

*Dorota Cianciara*

## REKLAMA LEKÓW KIEROWANA DO PUBLICZNEJ WIADOMOŚCI W POLSCE – ASPEKTY PRAWNE, ETYCZNE, ZDROWOTNE I SPOŁECZNE

Zakład Promocji Zdrowia Państwowego Zakładu Higieny  
Kierownik Zakładu: Maria Miller

*Analizowano zgodność polskich regulacji prawnych w sprawie reklamy leków kierowanej do publicznej wiadomości ze standardami międzynarodowymi. Stwierdzono, że obowiązujące przepisy różnią się od dyrektywy Unii Europejskiej oraz norm etycznych Światowej Organizacji Zdrowia i są od nich bardziej liberalne. Omówiono potencjalne skutki zdrowotne i społeczne reklamy leków.*

*Słowa kluczowe: reklama leków, populacja generalna, prawo i etyka*  
*Key words: medicines advertising, general public, law and ethics*

### WSTĘP

Zgodnie z ustawą Prawo farmaceutyczne, art. 52, ust. 1. (1), „reklamą produktu leczniczego jest działalność polegająca na informowaniu i zachęcaniu do stosowania produktu leczniczego mająca na celu zwiększenie liczby przepisywanych recept, dostarczania, sprzedaży lub konsumpcji produktów leczniczych”. Działalność tego rodzaju obejmuje między innymi reklamę kierowaną do publicznej wiadomości i reklamę kierowaną do osób uprawnionych do wystawiania recept oraz prowadzących zaopatrzenie w te produkty. Regulacje wykonawcze do ustawy zawarto w rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie reklamy produktów leczniczych (2) i oba te akty należy rozpatrywać komplementarnie. W rozumieniu ustawy, informacja umieszczona na opakowaniu oraz dołączona do opakowania produktu, nie jest reklamą. Kwestie szczegółowe odnośnie tych informacji reguluje odrębne rozporządzenie (3).

Celem pracy było porównanie zdezaktualizowanych i aktualnych polskich regulacji prawnych w sprawie reklamy leków adresowanej do ogółu populacji ze standardami międzynarodowymi.

### MATERIAŁ I METODA

Analizą porównawczą wymogów odnoszących się do reklamy kierowanej do powszechnej wiadomości objęto następujące akty normatywne:

1. Zdezaktualizowane Zarządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej w sprawie zasad i form prowadzenia reklamy i przekazywania informacji o środkach farmaceutycznych i materiałach medycznych (4).
2. Obowiązująca ustawa – Prawo farmaceutyczne.
3. Obowiązujące rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie reklamy produktów leczniczych.
4. Dyrektywa Unii Europejskiej „Wspólnotowy kodeks w sprawie produktów leczniczych stosowanych u ludzi” (5).
5. Kryteria etyczne promocji leków opracowane przez Światową Organizację Zdrowia (ŚOZ)(6).

Prezentowana tu analiza dokumentów polegała na stworzeniu listy obszarów – zagadnień objętych regulacjami. Zagadnienia te usystematyzowano w trzy grupy:

- przedmiot reklamy, a więc produkty, podlegające reklamie, opisywane w postaci zakazów lub nakazów;
- wymogi szczegółowe, a więc zestaw informacji, które są nakazane i niezbędne w reklamie produktu;
- wymogi ogólne, obejmujące różnorodne aspekty istoty, treści i formy reklamy, wyrażane w formie zakazów lub nakazów.

## WYNIKI

Ustalono, że każdy z analizowanych dokumentów charakteryzował się inną konstrukcją logiczną. W jednych omawiano najpierw zasady ogólne, jakim powinna podlegać reklama, w innych zaś, zaczynano od szczegółowej specyfikacji treści reklam. Dokumenty różniły się też sposobem artykułowania wymagań. Te same zagadnienia w jednych dokumentach bywają przedmiotem silniej lub słabiej wyrażonych zakazów, w innych zaś – nakazów. Dodatkowe trudności interpretacyjne wynikają z faktu, że polskie regulacje, w jednym rozporządzeniu z 2002 r., rozróżniają zasady reklamy adresowanej do ogółu społeczeństwa i profesjonalistów, reklamy produktów leczniczych i produktów leczniczych weterynaryjnych oraz reklamy wizualnej, dźwiękowej i audiowizualnej. W ustaleniach unijnych istnieje pod tym względem większa czytelność, ponieważ omawiana dyrektywa dotyczy tylko produktów leczniczych stosowanych u ludzi i reklamy w każdej postaci.

**P r z e d m i o t r e k l a m y.** Stwierdzono, że regulacje polskie odbiegają w pewnym stopniu od standardów międzynarodowych, pod względem charakteru produktów, które mogą być objęte reklamą adresowaną do populacji generalnej (tabela I). Podobieństwa polegają na tym, że zabrania się reklamy leków niedopuszczonych do obrotu na terytorium RP, wydawanych z przepisu lekarza, zawierających środki odurzające i substancje psychotropowe. Poza tym „*Reklama nie może zawierać wskazań terapeutycznych do stosowania w leczeniu gruźlicy, chorób przenoszonych drogą płciową, innych poważnych chorób zakaźnych, nowotworów złośliwych i innych chorób nowotworowych, chronicznej bezsenności, cukrzycy i chorób metabolicznych*” (ustawa Prawo farmaceut.). Ten ostatni wymóg, zgodnie z informacją podaną w unijnym informatorze internetowym Rzeczypospolitej został w Unii uchylony. Obecnie, w reklamie kierowanej do publicznej wiadomości, wolno odwoływać się do terapii tych chorób. Najbliższa przyszłość pokaże, jakie to będzie miało konsekwencje dla polskich norm, zwłaszcza, że ustawa Prawo farmaceutyczne będzie podlegała kolejnej no-

Tabela I. Przedmiot i obligatoryjna zawartość kierowanej do powszechnej wiadomości reklamy leków bezreceptowych

Table I. The scope and content of advertising of a medicinal products to the general public

Lp.	Poruszane zagadnienia	Zarz. MZiOS <sup>1</sup>	Pr. farm. <sup>2</sup>	Rozp. MZ <sup>3</sup>	UE <sup>4</sup>	ŚOZ <sup>4</sup>
1.	<b>Przedmiot reklamy – nakazy lub zakazy</b>					
1.1.	Produkty dopuszczone do obrotu, autoryzowane	+	+		+	+
1.2.	Produkty na receptę		+		+	+
1.3.	Produkty o określonym składzie		+		+	+
1.4.	Produkty stosowane do leczenia wybranych chorób	+	+		+	+
1.5.	Produkty możliwe do stosowania bez udziału lekarza				+	
1.6.	Produkty z listy leków refundowanych		+			
2.	<b>Zasady szczegółowe – nakazy</b>					
2.1.	Nazwa produktu, handlowa	+		+	+	+
2.2.	Nazwa międzynarodowa	+				
2.3.	Powszechnie stosowana nazwa substancji czynnej			+(max 3)	+(max 1)	+
2.4.	Skład	+				
2.5.	Dawka lub stężenie substancji czynnej			+		
2.6.	Postać farmaceutyczna			+		
2.7.	Wskazanie	+		+		+
2.8.	Ewentualne przeciwwskazania	+				+
2.9.	Działania niepożądane	+				+
2.10.	Specjalne środki ostrożności	+				+
2.11.	Informacje niezbędne do właściwego użycia				+	
2.12.	Podmiot odpowiedzialny			+		+
2.13.	Zalecenie / zaproszenie do zapoznania się z treścią ulotki dołączonej do pakowania	+			+	
2.14.	Ostrzeżenie nt. zapoznania się z treścią ulotki lub konsultacji z lekarzem, farmaceutą			+		

<sup>1</sup> Zdezaktualizowane Zarządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej, 1994<sup>2</sup> Ustawa – Prawo farmaceutyczne, 2001<sup>3</sup> Rozporządzenie Ministra Zdrowia, 2002<sup>4</sup> Dyrektywa 2001/83/EC Unii Europejskiej, 2001<sup>5</sup> Kryteria etyczne ŚOZ, 1988

welizacji. W stosunku do zapisów dyrektywy UE, w Polsce zrezygnowano z bardzo istotnego zapisu dotyczącego kolejnej cechy produktów, które mogą być objęte reklamą adresowaną do ogółu populacji. Norma unijna zakłada, że powinny to być leki, które w związku ze swoim składem i przeznaczeniem, powstały („*intended and designed*”) z myślą do stosowania za poradą farmaceuty, bez udziału lekarza w sferze diagnozy, zlecenia i monitorowania leczenia. Brak tego zapisu ma daleko idące konsekwencje praktyczne. Dodatkowo do praw unijnych jest zaś zakaz kierowania do publicznej wiadomości reklamy leków umieszczonych na listach leków refundowanych oraz dopuszczonych do wydawania bez recept o nazwie identycznej z lekami umieszczonymi w wykazach leków refundowanych.

**W y m o g i s z c z e g ó ł o w e.** W analizowanych dokumentach, stwierdzono istnienie znaczących różnic w obrębie zagadnień szczegółowych, obligatoryjnych w treści reklam. I tak, stare przepisy polskie i kryteria SOZ *expressis verbis* nakazują informowanie o przeciwwskazaniach, działaniach niepożądanych leku i ewentualnych środkach ostrożności. Aktualne polskie regulacje nie nakładają takiego obowiązku. Obligatoryjne jest podanie nazwy produktu, nazw substancji czynnych (jeśli jest ich nie więcej niż trzy), dawki lub stężenia substancji czynnych, postaci farmaceutycznej, wskazań terapeutycznych oraz podmiotu odpowiedzialnego. Obowiązkowe jest też umieszczenie ostrzeżenia, które jest inaczej sformułowane dla różnych postaci reklam, a dotyczy zapoznania się z informacją o leku, która jest do niego dołączona, bądź skonsultowania się z lekarzem lub farmaceutą. W dyrektywie unijnej wymagane minimum informacji dotyczy nazwy produktu lub nazwy substancji czynnej (jeśli jest tylko jedna) oraz informacji koniecznych do właściwego użycia leku. Poza tym, tam gdzie ma to zastosowanie, do wymaganego minimum należy wyraźne zaproszenie do uważnego przeczytania instrukcji na opakowaniu leku lub dołączonej do niego. Nie ma sugestii konsultacji z farmaceutą, a tym bardziej z lekarzem.

**W y m o g i o g ó ł n e.** Stwierdzono też, że analizowane dokumenty nieco odmiennie normują zasady ogólne, jakim ma podlegać reklama. Łącznie poruszają 25 obszarów istotnych dla znaczenia i przesłania reklam. Nie znaczy to jednak, że wszystkie odnoszą się do tych samych zagadnień. W prawie polskim, w grupie tej mieszczą się normy dość jednoznaczne, jak np., że reklama nie może być prowadzona z udziałem dzieci lub być kierowana do dzieci. Z drugiej jednak strony istnieją zapisy mało precyzyjne jak np., że reklama nie może sugerować, że dany środek poprawia stan zdrowia osób zdrowych. W reklamie zakazane są np. treści, które *zawierają niewłaściwe, niepokojące lub mylące określenia przedstawionych graficznie zmian chorobowych, obrażeń ludzkiego ciała lub działania produktu leczniczego na ludzkie ciało lub jego części*” (ustawa Prawo farm.). W dyrektywie, obszar ten skodyfikowano jako zakaz używania prezentacji graficznej zmian ciała wywołanych chorobą lub urazem, czy działaniem produktu na organizm lub jego części w taki sposób, który jest niewłaściwy, wywołuje obawy lub wprowadza w błąd. Norma europejska dotyczy zatem warstwy graficznej, a nie słownej. W polskich regulacjach ważny wydaje się zapis, że *„reklama produktu leczniczego nie może wprowadzać w błąd, powinna prezentować produkt leczniczy obiektywnie oraz informować o racjonalnym stosowaniu*” (ustawa Prawo farm.). Stanowi on jedyną przesłankę, która może sugerować potrzebę wszechstronnego informowania o przeznaczeniu leków.

Zacznając od podobieństw norm ogólnych, trzeba powiedzieć, że prawo polskie i unijne identycznie lub podobnie reguluje 18 zagadnień. Mieszczą się tu kwestie związane z istotą i przesłaniem reklamy – ma być zgodna z charakterystyką produktu, służyć racjonalnemu

użyciu i być obiektywna, nie może wprowadzać w błąd. Druga grupa jednolitych norm dotyczy treści reklamy – nie może sugerować możliwości rezygnacji z profesjonalnej opieki medycznej, gwarantować skutków, zapewniać o braku działań niepożądanych, porównywać skutków użycia produktu z innymi lekami czy metodami leczenia, sugerować poprawy zdrowia przy użyciu leku lub pogorszenia przy nieużywaniu, prowadzić do błędnej autodiagnozy. Reklama nie może także odwoływać się do faktu rejestracji, twierdzić, że lek jest produktem spożywczym lub kosmetykiem, a bezpieczeństwo lub skuteczność użycia są skutkiem naturalnego pochodzenia leku. Trzecia ujednolicona grupa dotyczy zagadnień związanych z formą reklamy – nie może stosować niewłaściwej ilustracji graficznej, odwoływać się do profesjonalistów, naukowców i osób popularnych. Nie może być też kierowana do dzieci.

W porównaniu do standardu Unii Europejskiej, w polskim prawie zabrakło zapisów o tym, że reklama kierowana do powszechnej wiadomości nie może obiecywać zwrotu kosztów za produkt, nie może polegać na bezpośredniej dystrybucji leku od producenta do konsumenta, ma być rozróżnialna jako reklama, a produkt powinien być przedstawiony jako lekarstwo. Pominięto także zapis, że reklama nie może przekreślać szansy na wyzdrowienie. Dodano zaś, zasadę nieoferowania lub nieobiecywania korzyści w zamian za dowód zakupu oraz zakaz prowadzenia reklamy z udziałem dzieci. Widać zatem wyraźnie, że zmiany w stosunku do dyrektywy Unii Europejskiej są znaczne.

## DYSKUSJA

Przedstawiony powyżej zarys wymagań prawnych dotyczących reklamy kierowanej do populacji generalnej wskazuje, że reklamodawca w Polsce ma wyjątkową swobodę w przekonywaniu odbiorców o przeznaczeniu swojego leku bezreceptowego. Nie ma bowiem obowiązku informowania o różnorodnych aspektach ograniczających użycie leku. W zamian, reklama musi podać nazwę składnika czynnego oraz jego stężenie, co (jak można sądzić), nie jest informacją szczególnie pożądaną przez konsumenta ani też dla niego zrozumiałą. Analiza dokumentów wskazuje też, że brzmienie wielu zapisów jest na tyle niejednoznaczne, że budzi wiele wątpliwości prawnych (7). Trzeba tu jednak stwierdzić, że w żadnym z omawianych dokumentów, a i wcześniejszych ustaleniach unijnych, nie ma ścisłej wykładni większości zapisów, tak więc jest to powszechna bolączka. Zapisy te wydają się bardziej emanacją intencji i wyobrażeń o reklamie niż narzędziem do jej zobiektywizowania i „ucywilizowania”. Biorąc pod uwagę fakt, że reklama, a zwłaszcza reklama leków bezreceptowych, powinna stać na straży prawa do informacji, jednego z pakietu podstawowych praw i wolności obywatelskich, które są usankcjonowane szeregiem dokumentów międzynarodowych, można postawić kilka kwestii.

Po pierwsze – czy liberalizm i niezgodność ze standardami ŚOZ są zamierzone, czy są efektem braku należytej staranności przy opracowaniu norm prawnych? Przede wszystkim, nie wydaje się, aby zmiany wprowadzono pod naciskiem krajów „piętnastki”, aczkolwiek głównym powodem nowelizacji prawa była potrzeba ujednoczenia go z regulacjami unijnymi. W analizowanej dyrektywie Unii Europejskiej nie ma wymogu informowania o przeciwwskazaniach, skutkach ubocznych czy środkach ostrożności. Powiedziano jednak, że reklama powinna zawierać informacje niezbędne do właściwego stosowania leku i jest to wymagane prawem minimum. W tym też stwierdzeniu można z łatwością pomieścić wymóg informowania o ograniczeniach stosowania i niezamierzonych skutkach użycia. Stwier-

dzenia tego zabrakło jednak w naszych regulacjach, co powoduje, że reklama leku bezreceptowego w Polsce... nie musi służyć zdrowiu. Mieści się, zgodnie z definicją, bardziej w sferze wolnego rynku niż ochrony zdrowia, co może znacząco kłócić się z zasadą ochrony konsumenta. Jak wspomniano, aktualne przepisy wprowadzają pewne zmiany w stosunku do prawa Unii Europejskiej, w tym nieznany wcześniej i gdzie indziej zakaz reklamy produktów leczniczych refundowanych, oszczędzający budżet KCh i NFZ. Można więc sądzić, że zmiany wprowadzano celowo. Z drugiej jednak strony, ten ostatni zakaz wydaje się niepotrzebny, bowiem leki refundowane są sprzedawane na receptę, a tych do powszechnej wiadomości reklamować nie wolno. I podobnie, reklama ma prezentować produkt leczniczy obiektywnie, ale nie musi informować o przeciwwskazaniach. Tak więc obie odpowiedzi wydają się równie uprawnione. Na tym tle rodzi się kolejne pytanie – czy podczas tworzenia zasad rynku reklamowego leków zastosowano jakąkolwiek ze znanych technik szacowania skutków zdrowotnych?

Po drugie – czy reklamodawcy korzystają z liberalnego prawa i jakie to ma skutki dla treści reklam? Czy istnieje nurt obiektywnej reklamy, który można by nazwać informacją o leku kierowaną do powszechnej wiadomości? Oraz szerzej – jaka w ogóle jest reklama/informacja o leku, do kogo jest adresowana, jakie stosuje techniki komunikowania, przekazy, argumenty i „chwyt”? Czy reklama/informacja drukowana, dostępna w aptekach i zakładach opieki zdrowotnej, jest taka sama jak reklama audiowizualna, telewizyjna? No i przede wszystkim, czy reklama/informacja zawiera szkodliwe treści i stosuje niedozwolone formy? Takie, które są zakazane prawem, a mieszczą się w grupie zagadnień ogólnych. To zaś rodzi kolejną trudność i pytanie – jak zobiektywizować ocenę treści reklam? Pobieźny przegląd wykazuje jednak niestety, że reklama leków jest nierzadko sprzeczna z prawem.

Po trzecie – jakie skutki zdrowotne, krótko oraz długoterminowe, może mieć reklama/informacja o leku? W 2003 roku co dwunasty Polak twierdził, że decyzję o zakupie leku powziął na skutek reklamy danego środka (8). Rok wcześniej, reklama w telewizji i czasopiśmie oraz ulotki dostępne w aptekach były ważnym źródłem informacji o lekach bezreceptowych dla odpowiednio 23 i 9% Polaków (9). Wiadomo także, że w ostatnich latach Polacy leczyli ból gardła, przeziębienie, grype i ból lekami, które były intensywnie reklamowane w telewizji (10,11). A reklamy telewizyjne, które rządzą się prawami wynikającymi ze specyfiki tego medium, twierdzą, że pigułki „*leczą schorzenia prostaty*”, „*regenerują uszkodzoną wątrobę*”, pozwalają „*bólowi stawów powiedzieć – stop*”, „*gaszą ognisko choroby do końca*”, dzięki „*maksymalnej sile, dają pewność*”, a nawet zapewniają „*zdrowy sen i rzeński poranek*”. Można więc uwierzyć, że leki, pojedynczo oraz wszystkie razem, są panaceum na wszelkie problemy zdrowotne. „*Na chorobę Ci inne środki*”. I należy wątpić, czy ostrzeżenie, aby przed użyciem leku (nie przed zakupem!) zapoznać się z treścią ulotki dołączonej do opakowania, bądź skonsultować się z lekarzem lub farmaceutą, mogło osłabiać taki wizerunek leków. Przecież, aby zapytać profesjonalistę i zrozumieć go, trzeba wykazać nie tylko aktywność, ale też posiadać pewien wyjściowy poziom wiedzy, a także sprawności werbalnej i intelektualnej. Również przeczytanie ulotki dołączonej do opakowania, pomimo, że jej treść jest precyzyjnie normowana prawem, nie musi odpowiedzieć na podstawowe nawet pytania i wątpliwości konsumenta. Warto tu zauważyć, że kryteria etyczne ŚOZ nie proponują stosowania takiego ostrzeżenia, bowiem w istocie, całą odpowiedzialność za skutki użycia leku, przerzuca ono z producenta na konsumenta. Dyrektywa Unii stoi natomiast na stanowisku, że do zdobycia pełnej wiedzy powinno wystarczyć przeczytanie

instrukcji dołączonej do leku. Zakłada, że leki podlegające reklamie są prostymi specyfikacjami. W razie wątpliwości, konsument może skonsultować się z farmaceutą. Tak więc niemal z pewnością można powiedzieć, że w obliczu istniejącego prawa, doraźne ryzyko zdrowotne wynikające z większego czy też niewłaściwego użycia leków, może być znaczne. Jest też podnoszone przez wielu specjalistów i dziennikarzy. Z medycznego punktu widzenia, ilościowe oszacowanie potencjalnych skutków reklamy jest jednak bardzo trudne, o ile możliwe.

Popularność telewizji sprawia, że reklama w tym medium trafia do bardzo wielu osób. Reklama drukowana w prasie i ulotki reklamowe produktów leczniczych mają mniejszy zasięg oddziaływania. Czy ten typ reklamy niesie identyczne przesłanie i czy stwarza podobne zagrożenie? W reklamie wizualnej nakazane prawem ostrzeżenie przyjmuje bowiem inne brzmienie – „*Przed użyciem zapoznaj się z ulotką, która zawiera wskazania, przeciwwskazania, dane dotyczące działań niepożądanych i dawkowanie oraz informacje dotyczące stosowania produktu leczniczego, bądź skonsultuj się z lekarzem lub farmaceutą*” (rozp. MZ). Otwartym pozostaje pytanie, jaką ulotkę miał na uwadze legislator i czy ostrzeżenie takie ma wpływ na treść materiałów reklamowych?

Poza tym, bardzo ważne wydaje się rozstrzygnięcie kwestii – czy reklama/informacja o leku może mieć wpływ na kształtowanie kompetencji zdrowotnych konsumentów? Czy sprzyja podejmowaniu racjonalnych zachowań dotyczących zdrowia? Każde użycie leku bezreceptowego, nawet właściwe, jest elementem samoleczenia. Podłoże i uwarunkowania samoleczenia są niezmiernie zawiłe i trudno jest ustalić kilka najbardziej znaczących przyczyn tego zjawiska. Bez wątpienia jednak, reklama ma ścisły związek z samoleczeniem. Trzeba tu obiektywnie przyznać, że samoleczenie jest słusznym wyborem w wielu mniej poważnych problemach zdrowotnych. Jest też racjonalną alternatywą dla wielu osób, zwłaszcza w sytuacji załamania systemu finansowania i zakupu świadczeń medycznych oraz utrudnionego dostępu do opieki zdrowotnej. Jednakże samoleczenie ma głębszy sens, gdy towarzyszą mu inne zachowania ukierunkowane na tzw. samoopiekę – dotyczące utrzymania zdrowia, zapobiegania chorobom i autodiagnozę (ta jednakże jest właściwie przedmiotem zakazów obejmujących reklamę leków bezreceptowych) oraz umiejętność korzystania z profesjonalnej porady medycznej. Tak rozumiane samoleczenie jest jedną z istotnych idei propagowanych przez ŚOZ (12). Implementowane rozłącznie od pozostałych elementów, jak np. w postaci reklam, w skali długoterminowej nie może zwiększać kompetencji zdrowotnych, ani też mieć zasadniczo korzystnego wpływu na stan zdrowia jednostek i populacji.

Po czwarte, w końcu – jakie skutki społeczne może przynosić reklama/informacja o leku, jak może wpływać na potoczną percepcję zdrowia? Aspekt ten, nie nazbyt oczywisty na pierwszy rzut oka, wydaje się jednak bardzo istotny. Trzeba tu zauważyć, że nawet ci adresaci reklam, którzy twierdzą, że jest ona dokuczliwa lub nie kierują się nią przy wyborze towarów oraz usług, są eksponowani na jej działanie. Najlepiej oglądane reklamy mają jednorazowo około 15-18% widzów objętych badaniem telemetrycznym, podczas gdy programy o zdrowiu oglądało 0,7-7,6% osób (13). Zdaniem TNS OBOP, „*Reklama, to dla większości Polaków trwałe i naturalny element otaczającej nas rzeczywistości. Częściej jednak dostrzegamy jej przydatność w sferze gwaranta pluralizmu politycznego i rozwoju gospodarczego niż pomocy przy codziennych zakupach*”. Reklama jest więc nie tylko „dźwignią handlu”, ale też jednym z czynników determinujących zbiorową świadomość, także zdrowotną.

Wiele zdaje się wskazywać, że reklama kreuje nierzeczywisty obraz zdrowia, jego uwarunkowań i sposobów ochrony. Przede wszystkim, skoro leki np. „*precyzyjnie lokalizują źródło bólu*”, zdrowie może się tu jawić jako pochodna wysokiej technologii. Poza tym, reklama dając proste rozwiązania na wszystkie niemal problemy zdrowotne, zdaje się mówić „Twoje zdrowie w Twoich rękach”. Nurt ten mieści się z powodzeniem w neoliberalnej koncepcji opieki zdrowotnej (14) i w obecnej rzeczywistości zbiega się z podobnymi stwierdzeniami przedstawicieli establishmentu. Coraz szerzej odpowiedzialność obywateli za zdrowie rozumiana jest jako podejmowanie zdrowego stylu życia, samoleczenie czy współpłatność za świadczenia medyczne. Myślenie takie przynosi jednak negatywne skutki dla zdrowia populacji (15) i cofa nas o 30 lat, do czasów przed Kartą Ottawską. Wtedy to świat spektakularnie wkroczył w erę społeczno-środowiskowego (strukturalnego) paradygmatu zdrowia, promocji zdrowia i nowego zdrowia publicznego. Uproszczenia takie stoją wyraźnie na uboczu istotnych założeń polityki zdrowotnej realizowanej przez Unię Europejską. Traktat z Amsterdamu, art. 152, stoi na stanowisku, że zdrowie powstaje na podłożu wielu polityk sektorowych, jest więc skutkiem wysiłków zbiorowości i dobrem wspólnym. W wielu dokumentach unijnych, zgodnie z regułami społeczeństwa obywatelskiego, współodpowiedzialność obywateli za zdrowie rozumiana jest jako udział w strukturach podejmowania decyzji dotyczących sektora zdrowia. Tak więc, przy widocznym w naszym życiu społecznym braku myśli filozoficznej promocji zdrowia, wszechobecność reklam produktów leczniczych może być jednym z ważkich czynników, który sprzyja upraszczaniu wizerunku zdrowia i ugruntowaniu błędnej perspektywy jednostkowej.

#### PODSUMOWANIE

W niniejszym artykule świadomie pominięto wiele innych aspektów reklamy leków bezreceptowych. Do pełnej analizy zjawiska brakuje wątku ekonomicznego, roli zakładów opieki zdrowotnej i aptek, roli lekarzy i farmaceutów, konfliktu interesów i wielu innych. Niemniej jednak, widać wyraźnie, że reklama leków bezreceptowych powinna stać się przedmiotem zainteresowania teorii i praktyki promocji zdrowia. Zwłaszcza przy obecnym stanie prawnym, potrzebne jest monitorowanie i dokładniejsza analiza treści i formy reklam adresowanych do populacji generalnej. Informacje te mogłyby stać się podstawą do ostudzenia rynku reklam i wyznaczenia mu bardziej precyzyjnych reguł gry (16,17). Ale nade wszystko, gdyby okazało się to konieczne, umożliwiłyby podejmowanie różnorodnych działań edukacyjnych i promujących zdrowie, których nadrzędnym celem byłoby „szczepienie” ludzi przeciwko szkodliwej reklamie. Przedsięwzięcia takie powinny być spójne z innymi, które zmierzają do racjonalizacji użycia leków. Działania adresowane do konsumentów są częścią strategii ŚOZ „*Essential drugs and medicines*”, którą zainicjowano w 1986 roku. Zdaniem ekspertów ŚOZ, działania edukacyjne tego rodzaju powinny być prowadzone przez ciała odległe od struktur odpowiedzialnych za politykę lekową państwa. W oczach opinii publicznej, struktury te mogą być bowiem postrzegane jako niewiarygodne i przedkładające interes państwa nad dobrostan jednostek.



*D Cianciara*

THE ADVERTISING OF MEDICINAL PRODUCTS TO THE PUBLIC IN POLAND  
– LEGISLATIVE, ETHICAL, HEALTH AND SOCIAL CONCERN

SUMMARY

Regulations regarding the advertising of medicinal products to the public in Poland, EC directive and WHO ethical criteria for medicinal drug promotion were compared. Current Polish regulations varied considerably with Community's and WHO point of view. The article covers the potential health and social effects of the recent situation in the area of medicines advertising in Poland.

PIŚMIENNICTWO

1. Ustawa – Prawo farmaceutyczne z dnia 6 września 2001. Dz. U. Nr 126, poz. 1381 z póź. zm.
2. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 grudnia 2002 r. w sprawie reklamy produktów leczniczych. Dz. U. Nr 230, poz. 1936.
3. Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie wymagań dotyczących oznakowania opakowania produktu leczniczego oraz treści ulotek. Dz. U. Nr 234, poz.1978.
4. Zarządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 21 lutego 1994 roku w sprawie zasad i form prowadzenia reklamy i przekazywania informacji o środkach farmaceutycznych i materiałach medycznych. Monitor Polski rok 94, numer 17, poz.131.
5. Directive 2001/83/EC of the European Parliament and the Council on Community code relating to medicinal products for human use. 2001. Art.86-90.
6. Ethical Criteria for Medicinal Drug Promotion. WHO 1988.
7. Białecki P. Wybrane zagadnienia związane z reklamą produktów leczniczych, na tle ustawy Prawo farmaceutyczne. *Prawo i Medycyna* 2003;13:127-37.
8. Zwyczaje zakupowe Polaków dotyczące nabywania leków. TNS OBOP 2003.
9. Leki OTC 2002. TNS OBOP 2002.
10. Czym leczymy ból gardła. TNS OBOP 2004.
11. Czym Polacy zwalczali przeziębienie, grypę i ból. TNS OBOP 2003.
12. Guidelines for the Regulatory Assessment of Medicinal Products for use in Self-medication. Geneva, WHO, 2000.
13. Cianciara D, Przewłocka T, Miller M. Widownia telewizyjnych programów o tematyce zdrowotnej. *Przeegl Epidemiol* 2004;58:391-98.
14. Tenis M. The neoliberal Triad of Anti-Health Reforms: Government Budget Cutting, Deregulation and Privatization. *Journal of Public Health Policy* 1999;2:149-67.
15. Ziglio E, Hagarad S, Griffiths J. Health promotion development in Europe: achievements and challenges. *Health Promotion International* 2000;2:143-54.
16. Council Directive 84/450/EEC of 10 September 1984 relating to the approximation of the laws, regulations and administrative provisions of the Member States concerning misleading advertising.
17. Council Directive 89/552/EEC of October 1989 on the coordination of certain provisions laid by Law, Regulation or Administrative Action in Member States concerning the pursuit of television broadcasting activities.

Otrzymano: 5.04.2004 r.

**Adres autorki:**

Dorota Cianciara  
Zakład Promocji Zdrowia Państwowego Zakładu Higieny  
ul. Chocimska 24, 00-791 Warszawa