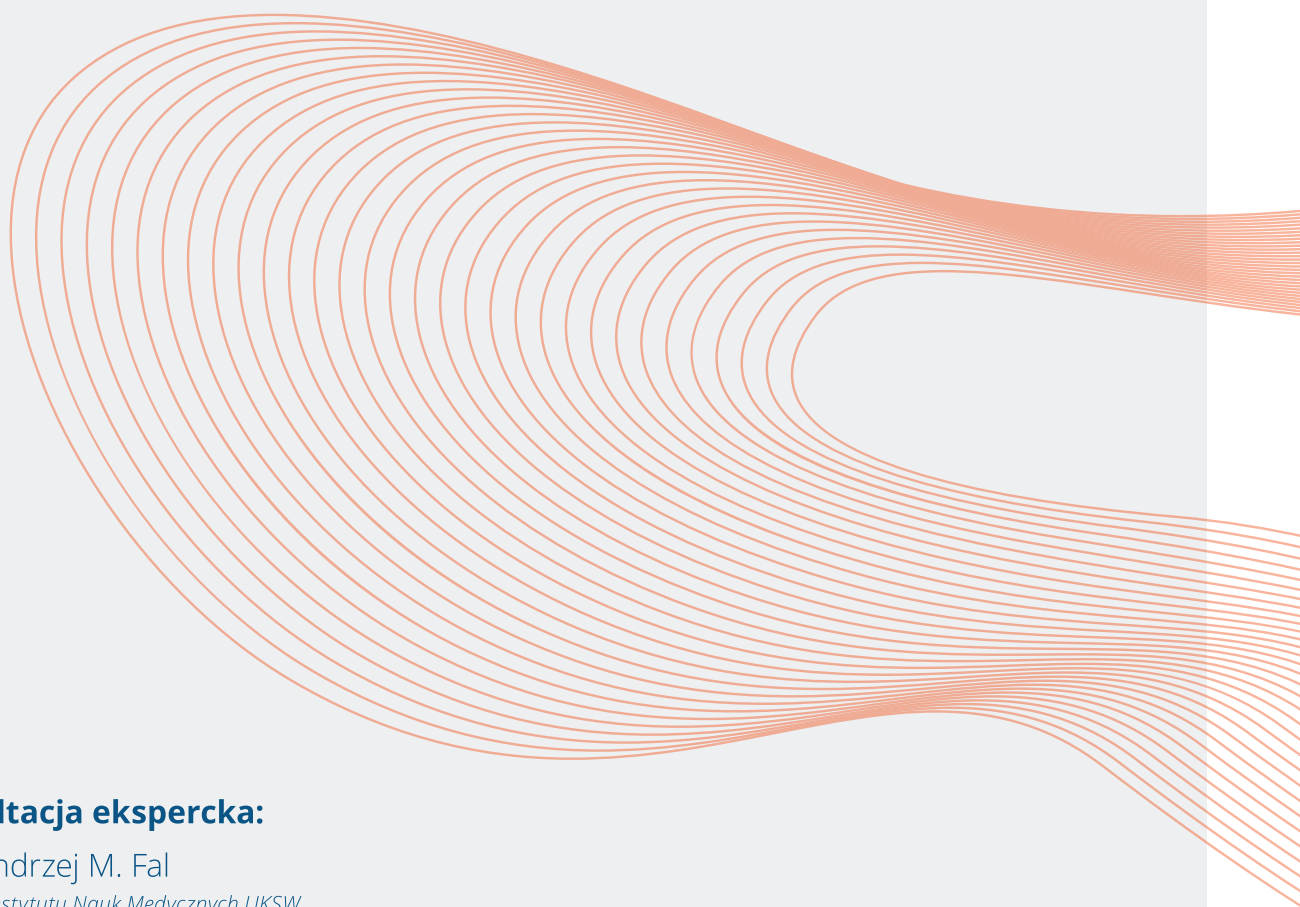


Opieka Farmaceutyczna w Polsce

Marzec 2020



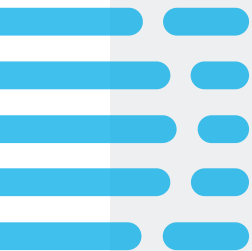
Konsultacja ekspercka:

Prof. Andrzej M. Fal

Dyrektor Instytutu Nauk Medycznych UKSW

Dr Małgorzata Gałązka-Sobotka

Dyrektor Instytutu Zarządzania w Ochronie Zdrowia, Uczelnia Łazarskiego



IQVIA pragnie podziękować **Gemini Polska,**
będącej partnerem raportu



1 SPIS TREŚCI

2	Słowo wstępne	4
3	Kluczowe wnioski	9
3.1	Kontekst opieki farmaceutycznej w Polsce	9
3.2	Rekomendacje dotyczące wdrożenia opieki farmaceutycznej w Polsce	10
4	Wyzwania stojące przed systemem opieki zdrowotnej w Polsce	11
4.1	Niedobór personelu medycznego w obliczu starzejącego się społeczeństwa	11
4.2	Niska efektywność profilaktyki w Polsce	13
4.3	Fragmentacja systemu opieki zdrowotnej.....	15
5	Perspektywy wdrożenia opieki farmaceutycznej	18
5.1	Uniwersalne korzyści z wprowadzenia opieki farmaceutycznej.....	18
5.1.1	Większa dostępność usług dla pacjenta	18
5.1.2	Optymalizacja nakładu pracy lekarzy	18
5.1.3	Poprawa profilaktyki	18
5.1.4	Zwiększenie <i>compliance</i> pacjentów	19
5.1.5	Zmniejszenie skali polipragmazji.....	19
5.2	Miejsce opieki farmaceutycznej w modelu podstawowego zabezpieczenia zdrowotnego	19
5.2.1	Lekarze POZ.....	20
5.2.2	Ambulatoryjna opieka specjalistyczna	20
5.2.3	Podstawowe zabezpieczenie szpitalne	20
5.2.4	Uzupełnienie systemu za pomocą opieki farmaceutycznej	20
5.3	Potencjał wprowadzenia opieki farmaceutycznej w Polsce	22
5.3.1	Liczna kadra specjalistów	22
5.3.2	Siatka aptek o wysokiej dostępności.....	23
5.3.3	Wprowadzenie i trwający rozwój systemu e-Zdrowie	23
5.3.4	Zmiany regulacyjne	24
5.4	Projekt ustawy o zawodzie farmaceuty	25
6	Proponowany model wprowadzenia opieki farmaceutycznej w Polsce	26
6.1	Wprowadzenie opieki farmaceutycznej na trzech poziomach	26
6.2	Poziom I – Zakres określony przez obecny projekt ustawy	28
6.2.1	Zakres opieki farmaceutycznej.....	28
6.2.2	Spodziewane korzyści	29
6.2.3	Potencjalne wykorzystanie systemu e-Zdrowie.....	29
6.2.4	Ograniczenia regulacyjne.....	30
6.3	Poziom II – Apteka jako centrum profilaktyki i konsultacji zdrowotnych	31
6.3.1	Zakres opieki farmaceutycznej.....	31
6.3.2	Spodziewane korzyści	32
6.3.3	Potencjalne wykorzystanie systemu e-Zdrowie.....	33

6.3.4	Ograniczenia regulacyjne.....	33
6.4	Poziom III – Współpraca pomiędzy lekarzami i farmaceutami	34
6.4.1	Zakres opieki farmaceutycznej.....	34
6.4.2	Spodziewane korzyści	35
6.4.3	Potencjalne wykorzystanie systemu e-Zdrowie.....	35
6.4.4	Ograniczenia regulacyjne.....	35
7	Opieka farmaceutyczna w innych krajach europejskich.....	36
7.1	Opieka farmaceutyczna w Wielkiej Brytanii	37
7.1.1	Rynek aptek	37
7.1.2	Zakres usług świadczonych w ramach opieki farmaceutycznej	38
7.1.3	Finansowane usługi	39
7.1.4	Rezultaty wprowadzenia opieki farmaceutycznej.....	40
7.1.5	Wnioski i rozwiązania dla rynku polskiego	41
7.2	Opieka farmaceutyczna w Niderlandach	41
7.2.1	Rynek aptek	41
7.2.2	Zakres usług świadczonych w ramach opieki farmaceutycznej	41
7.2.3	Wsparcie opieki farmaceutycznej rozwiązaniami IT	43
7.2.4	Rezultaty wprowadzenia opieki farmaceutycznej.....	43
7.2.5	Wnioski i rozwiązania dla rynku polskiego	44
7.3	Opieka farmaceutyczna w Norwegii.....	45
7.3.1	Rynek aptek	45
7.3.2	Zakres usług świadczonych w ramach opieki farmaceutycznej	46
7.3.3	Obowiązki i uprawnienia farmaceutów oraz techników farmacji.....	46
7.3.4	Rezultaty wprowadzenia opieki farmaceutycznej.....	47
7.3.5	Wnioski i rozwiązania dla rynku polskiego	47
7.4	Opieka farmaceutyczna w Szwecji	48
7.4.1	Rynek aptek	48
7.4.2	Zakres usług świadczonych w ramach opieki farmaceutycznej	48
7.4.3	Obowiązki i uprawnienia farmaceutów oraz techników farmacji.....	49
7.4.4	Najważniejsze etapy wdrożenia opieki farmaceutycznej.....	50
7.4.5	Wsparcie opieki farmaceutycznej rozwiązaniami IT	50
7.4.6	Wnioski i rozwiązania dla rynku polskiego	51
7.5	Opieka farmaceutyczna w Austrii.....	52
7.5.1	Rynek aptek	52
7.5.2	Zakres usług świadczonych w ramach opieki farmaceutycznej	53
7.5.3	Wsparcie opieki farmaceutycznej rozwiązaniami IT	54
7.5.4	Wnioski i rozwiązania dla rynku polskiego	54
7.6	Ciągły rozwój usług opieki farmaceutycznej	55
8	Bibliografia	56

2 SŁOWO WSTĘPNE

Istotne przyspieszenie rozwoju technologicznego w ostatnich latach, skutkujące z jednej strony wzrostem liczby dostępnych schematów terapeutycznych, substancji leczniczych i produktów medycznych, z drugiej drastycznym wzrostem kosztów terapii i procedur innowacyjnych, doprowadziło do zwiększenia zapotrzebowania pacjentów na informację i pomoc, jednocześnie ograniczając możliwe do przeznaczenia na ten cel fundusze.

Zmiana stylu życia i znaczące wydłużenie oczekiwanej długości życia spowodowały pojawienie się w społeczeństwie dwóch bardzo istotnych, szczególnie z punktu widzenia potrzeb medycznych, grup. Po pierwsze: osób cierpiących na choroby przewlekłe (zależne od czynników behawioralnych: tytoń, alkohol, cukier, brak ruchu itd.). Po drugie osób w wieku podeszłym (tradycyjnie 65+, chociaż granica ta będzie się coraz bardziej przesuwając), które cierpią na więcej niż jedno schorzenie i z tego względu stosują polipragmazję, często połączoną z mniej lub bardziej uzasadnioną suplementacją różnych substancji. Obydwie te grupy wymagają szczególnej uwagi, dużej ilości czasu i doradztwa związanego zarówno z istotą ich choroby, jaki i z profilaktyką, racjonalnym stosowaniem leków i utrzymaniem *compliance* w terapii.

Również miejsce pacjenta w opiece zdrowotnej i jego oczekiwania zmieniły się znacząco w ostatnim dwudziestoleciu. Dzisiejszy pacjent zdecydowanie powinien i chce być podmiotem a nie przedmiotem postępowania medycznego, ma wysoką potrzebę uzyskania informacji, a z drugiej strony jest wyraźnie krytycznie nastawiony i wyposażony w informacje Dr Google. Także hierarchia jego wartości została mocno przeszerogowana, aktywność fizyczna i społeczna, jakość życia w trakcie choroby/terapii stanowią wiodącą potrzebę. To z kolei stwarza konieczność pełnego uświadomienia pacjenta, uczynienia z niego pełnoprawnego uczestnika wielu decyzji w zakresie diagnostyki i leczenia. Wybory kierowane relacją skuteczności do bezpieczeństwa terapii, działań pożądaných do niepożądanych wymagają czasu i współpracy z pacjentem zarówno lekarza, który terapię przepisuje, jak i farmaceuty, który lek wydaje i doradza.

I wreszcie zmieniły się apteki. Wcześniej postrzegane jako miejsca produkcji, kontroli i wydawania leków, obecnie poprzez zmianę wizerunkową i poszerzenie oferty są miejscem zarówno promocji zdrowia, jak i miejscem ratowania zdrowia w razie potrzeby. Zwiększająca się ilość preparatów OTC i suplementów w sposób naturalny uczyniła aptekarza konsultantem pacjenta w zakresie właściwego ich doboru. Ponadto zarówno sytuacja rynkowa, jak i regulacje ustawowe zwiększyły *de facto* zakres doradztwa o dyskusje nad równoważnością lub przewagami różnych preparatów tej samej substancji przepisanej przez lekarza.

Reasumując:

- kompleksowa zmiana profilu pacjenta, wzrost jego oczekiwań i potrzeb
- zwiększona i szybko ewoluująca oferta lekowa rynku
- zwiększony panel oferty aptek o OTC, suplementy, środki higieny itd.
- niskie zasoby kadrowe lekarzy w Polsce, uniemożliwiające wydłużanie czasu wizyt o szerszą edukację, kontrolę polipragmazji czy *compliance*

doprowadzają do sytuacji, w której polskiego systemu opieki zdrowotnej nie stać dłużej na ignorowanie stosowanej w większości innych krajów opieki farmaceutycznej.

W projekcie ustawy o zawodzie farmaceuty:

„opieką farmaceutyczną jest działanie polegające na dokumentowanym procesie, w którym farmaceuta, współpracując z pacjentem i lekarzem, a w razie potrzeby z przedstawicielami innych zawodów medycznych, czuwa nad prawidłowym przebiegiem farmakoterapii w celu uzyskania określonych jej efektów poprawiających jakość życia pacjenta”

W minionych dwudziestu latach wielokrotnie czyniono próby wprowadzenia opieki farmaceutycznej w Polsce. Ich inicjatorami na zmianę byli Ministerstwo Zdrowia, Naczelna Izba Lekarska, inne organizacje branży aptekarskiej, organizacje pozarządowe... Żaden jednak z projektów nie wyszedł poza etap planowania organizacyjnego lub legislacyjnego, a w najlepszym razie – pilotażu. Dodatkowy problemem był, i niestety pozostaje, brak regulacji prawnych o dostępie farmaceuty do wybranych elementów dokumentacji lekarskiej, brak infrastruktury informatycznej mogącej taki dostęp obsłużyć itd. To wszystko są to jednak problemy wtórne do podstawowego: podjęcia decyzji co do wprowadzenia opieki farmaceutycznej w Polsce, jej terminu i zakresu.

Przedstawiony Raport nie stanowi samodzielnego rozwiązania, nie jest też stuprocentową receptą na sukces, jest natomiast rzetelną, bieżącą oceną potrzeby i możliwości wprowadzenia w Polsce opieki farmaceutycznej. Jest wskazaniem możliwych mechanizmów synergii na styku sektora aptecznego z pozostałymi sektorami ochrony zdrowia (POZ, AOS, szpitale, przychodnie rehabilitacyjne). Jest także próbą wskazania powszechnej korzyści z wprowadzenia nowych regulacji. Korzyści dla lekarza – mogącego przekazać część mechanizmów kontroli bieżącej farmaceutyce, dla farmaceuty – zyskującego bliższy kontakt z pacjentem, stającego się jego dodatkowym doradcą zdrowotnym, współtwórcą terapii i wreszcie dla pacjenta – zyskującego dodatkowe wsparcie, merytoryczną pomoc i zawodową empatię jego farmaceuty.

Beneficjentem opieki farmaceutycznej powinien ostatecznie zostać także system podstawowego zabezpieczenia medycznego, który przy rosnących kosztach technologii, deficycie kadr medycznych, bardzo napiętych przychodach ze środków publicznych zyskuje sposób poprawy i racjonalizacji farmakoterapii oraz profilaktyki w drodze bezkosztowej. Istotne ograniczenie polipragmatyzacji stanowi jedną z niewielu już rezerw kosztowych w opiece zdrowotnej. Szeroka, oparta o opiekę farmaceutyczną reforma aptecznej części systemu lepiej przygotowuje go na wyzwania związane ze starzeniem się społeczeństwa i ograniczoną dostępnością środków, a w konsekwencji usług medycznych.

Z punktu widzenia ekonomiki stoimy przed wyborem intensyfikacji vs ekstensyfikacji terapii i wykorzystania zasobów, a w praktyce pomiędzy racjonowaniem topniejących środków, a racjonalizowaniem ich wydawania.

Prof. Andrzej M. Fal

*Dyrektor Instytutu Nauk Medycznych
Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie*

Jednym z najważniejszych czynników wzrostu gospodarczego każdego państwa jest kapitał ludzki, rozumiany jako zasób wiedzy, umiejętności, zdrowia, sił i energii vitalnej zawarty w danym człowieku i całym społeczeństwie¹. Inwestycje w człowieka, w tym jego zdrowie wzmacniają nie tylko rozwój gospodarczy, ale także dynamizują postęp technologiczny. Powinny być zatem przedmiotem zainteresowania wszystkich rządzących, zarówno na poziomie krajowym, regionalnym, jak również lokalnym.

Zdrowie jednostki determinowane jest wieloma czynnikami. Zależy od czynników socjo-ekonomicznych tj. wykształcenia, dochodu, miejsca zamieszkania, jakości środowiska, w którym żyjemy. Kształtowane jest także przez nas samych i nasze wybory w zakresie stylu życia tj. aktywności fizycznej, sposobu odżywiania, podejścia do profilaktyki. Nie bez znaczenia jest także organizacja opieki zdrowotnej, dostęp do niej, jej skuteczność i efektywność oraz uwarunkowania genetyczne. Tymczasem z badań wynika, że Polska należy do państw charakteryzujących się wysokim poziomem niezaspokojonych potrzeb zdrowotnych². Stan naszego zdrowia ogółem jest gorszy niż pozostałych Europejczyków. Znacznie częściej przegrywamy z chorobami sercowo-naczyniowymi, nowotworami³. Głównym powodem tego stanu rzeczy są mniejsze niż przeciętne w Unii zasoby pozwalające na leczenie – mamy za mało lekarzy i pielęgniarek, a także funduszy przeznaczonych na ten cel. Jedyną grupą zawodową, którą dysponujemy w dużej liczbie są farmaceuci.

Dążąc do poprawy naszej wydajności w wytwarzaniu wartości zdrowotnej powinniśmy sięgnąć po wszystkie możliwe rozwiązania, które pozwolą nam skutecznie chronić zdrowie, poprawiać jakość życia w chorobie i efektywnie gospodarować strategicznymi zasobami, wykorzystywanymi w gospodarce zdrowia. Należy podejmować działania na rzecz zwiększenia dostępności do świadczeń zdrowotnych, na których czas oczekiwania, mimo widocznej poprawy, na tle innych krajów europejskich jest powyżej średniej. Co istotne o dostępności w większym stopniu rozstrzyga odpowiednia alokacja oraz organizacja systemu opieki zdrowotnej, niż poziomu nakładów finansowych. Od lat rekomendowane i oczekiwane jest zwiększenie udziału lecznictwa otwartego względem opieki stacjonarnej oraz rozwój koordynacji i współpracy różnych dostawców usług zdrowotnych na rzecz skuteczności i efektywności opieki nad pacjentem.

Jednym z ważnych, nierozwiniętych dotychczas w Polsce elementów opieki zintegrowanej jest opieka farmaceutyczna, która w wielu krajach bardzo skutecznie wspiera proces edukacji zdrowotnej, profilaktyki, prostej diagnostyki i leczenia pacjentów. Farmaceuci, osoby dysponujące specjalistyczną wiedzą pozyskaną w wyniku długiej i kosztownej edukacji, są tam ważnym partnerem dla lekarzy i pielęgniarek, którzy wspólnie troszczą się o pacjenta i jego kondycję.

Apteka to miejsce w systemie opieki zdrowotnej, z którego każdy z nas korzysta najczęściej, to najszybszy, a zarazem najprostszy element systemu ochrony zdrowia, w którym poszukujemy specjalistycznej wiedzy. Ich liczba i dostępność rozstrzygają, że nasza ekspozycja na farmaceutę jest największa w całym systemie ochrony. Nieraz farmaceuta jest jedynym pracownikiem medycznym, z którym pacjent ma do czynienia, szczególnie podczas tzw. samoleczenia, rozumianego jako samoordynacja leków lub jako samoopieka⁴. Dzięki odpowiedniej komunikacji pomiędzy pacjentem a

¹ Domański S. R., *Kapitał ludzki i wzrost gospodarczy*, PWN, Warszawa 1993, s. 19.

² Komisja Europejska, *European Semester: Thematic factsheet – Health systems*, kwiecień 2017, s. 7

³ Wojtyński B., Goryński P. (red.), *Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania*, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego - Państwowy Zakład Higieny, Warszawa 2018.

⁴ Święczkowski D., Merks P., Jaguszewski M., *Samoleczenie z wykorzystaniem produktów leczniczych o kategorii dostępności OTC - zagrożenia i korzyści dla pacjentów oraz systemu ochrony zdrowia*, Farmacja Polska 2016, tom 72, nr 5, s.286.

farmaceutą możliwe jest uzyskanie pozytywnych efektów farmakoterapii⁵. Nie bez powodu, jak wynika z doniesień agencji badawczej Biostat, zawód ten cieszy się ponad 90% zaufaniem społecznym. Doświadczenia krajów, które od lat rozwijają opiekę farmaceutyczną np. Wielkiej Brytanii, Niderlandów, Austrii, Norwegii, Szwecji są dla nas źródłem dobrych praktyk, które dowodzą ogromu korzyści jakie niesie aktywne włączenie farmaceuty w proces opieki nad pacjentami. Sprowadzenie tej grupy profesjonalistów do roli „sprzedawców leków” wydaje się dalece nieracjonalnym marnotrawstwem kompetencji.

Zapotrzebowanie na opiekę farmaceutyczną wzrasta wraz ze zwiększaniem się zapotrzebowania na opiekę zdrowotną, które potęguje starzenie się społeczeństwa. Jak podają długoterminowe prognozy demograficzne, wkrótce będziemy najszybciej starzejącym się społeczeństwem. Według prognoz GUS liczba osób 65- letnich i starszych w 2035 roku osiągnie 23,8% ogółu społeczeństwa. Zwiększenie długości życia, które jest zjawiskiem jak najbardziej pożądanym, ma jednak wpływ na stan zdrowia jednostek, nie zawsze idzie w parze z jego dobrą jakością. Procesowi starzenia się społeczeństwa towarzyszy wzrost zachorowalności na schorzenia o charakterze przewlekłym (choroby cywilizacyjne, choroby układu ruchu, miażdżyca, udary), demencje i inne choroby poznawcze (otępienia starcze), które nie rokują szans na wyleczenie. Zadaniem systemu opieki zdrowotnej w tym kontekście jest dołożenie wszelkich starań, aby jak najdłużej utrzymać sprawność osób starszych i stabilizować ich stan zdrowia. Podobne potrzeby zgłaszają także osoby młode długotrwale niesamodzielne, chorzy na choroby przewlekłe, czy też osoby, które wymagają stałej opieki z racji następstw wypadków komunikacyjnych, udarów, wylewów itp. Osoby te będą wymagać długotrwałych świadczeń medycznych, w tym zaopatrzenia farmaceutycznego.

Szeroki wachlarz usług, które składają się na pełnowymiarową opiekę farmaceutyczną, w szczególności przegląd leków, wsparcie inicjacji terapii, konsultacje zdrowotne, pomoc przy obsłudze urządzeń, wystawienie recepty w przypadku choroby przewlekłej, proste badania diagnostyczne, blistrowanie a nawet szczepienie np. przeciwko grypie dają szansę na wymierne korzyści dla samego pacjenta i systemu jako całości. Trudno bowiem kwestionować pozytywny wpływ wsparcia farmaceutycznego na tzw. *compliance* pacjenta, ograniczenie polipragmazji, poprawę profilaktyki poprzez edukację, wzmacniającą zmianę nawyków lub wczesną diagnostykę, która weryfikuje potrzebę porady lekarskiej. Dobrze zorganizowana i profesjonalna opieka farmaceutyczna jest także szansą na odciążenie lekarzy i pielęgniarki w ich codziennej pracy w ramach podstawowej opieki zdrowotnej.

W upowszechniającym się na całym świecie modelu Value Based Healthcare szczególną rolę w kreowaniu zrównoważonego systemu ochrony zdrowia przypisuje się opiece koordynowanej, w której opiekę nad pacjentem sprawuje współpracujący, zintegrowany, najczęściej informatycznie zespół profesjonalistów medycznych, którym przypisane są określone role i zadania na ścieżce zdrowia i choroby obywatela. Determinantu sukcesu w ochronie zdrowia jest czas interwencji. Stąd potrzeba zabezpieczenia podstawowych potrzeb zdrowotnych blisko miejsca zamieszkania pacjenta, zagwarantowanie w środowisku lokalnym usług, których konsumpcja gwarantuje maksymalizację efektu zdrowotnego. Wśród nich istotną rolę odgrywa edukacja zdrowotna, profilaktyka, wczesna diagnostyka czy wsparcie procesu leczenia. W każdym z procesów rolę nie do przecenienia może odegrać farmaceuta w ramach kompleksowej opieki farmaceutycznej. Jej obecność na mapie usług zdrowotnych warunkuje budowę zintegrowanego modelu ochrony zdrowia, w którym w trosce o zdrowie i efektywne wykorzystywanie zasobów promujemy działania „bottom-up”.

⁵ Drozd M., Cieccko S., *Ocena jakości usług farmaceutycznych podczas realizacji recepty lekarskiej*, Farmacja Polska 2016, tom 72, nr 6, s. 351

Dr Małgorzata Gałązka-Sobotka

*Dyrektor Instytutu Zarządzania w Ochronie Zdrowia oraz
Center of Value Based Healthcare
Uczelnia Łazarskiego*

3 KLUCZOWE WNIOSKI

3.1 Kontekst opieki farmaceutycznej w Polsce

System opieki zdrowotnej w Polsce stoi przed trzema podstawowymi wyzwaniami, które wymagają wprowadzenia kompleksowych rozwiązań w zakresie zmian organizacyjnych, regulacyjnych oraz informatycznych.

Pierwszym z nich jest wysoka liczba pacjentów przypadających na jednego lekarza w Polsce i jej dalszy wzrost w obliczu spodziewanych zmian struktury demograficznej. Brak gruntownych zmian może skutkować problemami z wydolnością systemu oraz z zapewnieniem odpowiedniego poziomu dostępu pacjentów do fachowego personelu medycznego.

Drugie wyzwanie związane jest z niską efektywnością profilaktyki w Polsce. Wynika on m.in z przeznaczanych na nią niewielkich nakładów finansowych oraz z niezgłaszalności potrzeb przez pacjentów. Niska efektywność profilaktyki ma wpływ nie tylko na pogorszenie stanu zdrowia mieszkańców, ale także na wzrost liczby świadczeń szpitalnych w stosunku do ambulatoryjnych, co powoduje wyższe sumaryczne koszty hospitalizacji dla systemu opieki zdrowotnej.

Trzecim wyzwaniem jest fragmentacja systemu opieki zdrowotnej i brak sprawnego przepływu informacji pomiędzy jego uczestnikami, związane z przyjętym modelem finansowania świadczeń zdrowotnych. Ich efektem jest wysoka liczba punktów kontaktu pacjenta z systemem oraz niewykorzystanie potencjału oferowanych usług lub ich duplikowanie ze względu na brak pełnej informacji.

Opieka farmaceutyczna, oparta na dużej liczbie aptek łatwo dostępnych dla pacjentów, może stanowić jeden z elementów nowego zintegrowanego modelu podstawowego zabezpieczenia zdrowotnego, uzupełniając obszary podstawowej opieki zdrowotnej, ambulatoryjnej opieki specjalistycznej oraz podstawowego zabezpieczenia szpitalnego. Ponadto, opieka farmaceutyczna jest rozwiązaniem sprawdzonym w kilkudziesięciu krajach na świecie, z szerokim zakresem możliwych do zaoferowania usług dla pacjentów oraz badaniami potwierdzającymi wymierne efekty zdrowotne i finansowe dla systemu.

Bliższa integracja aptek i farmaceutów z pozostałymi placówkami oraz uczestnikami systemu opieki zdrowotnej w Polsce pozwoli na ograniczenie liczby punktów kontaktu pacjenta z innymi elementami systemu lub z systemem w całości, co przełoży się na korzyści po stronie pacjenta, personelu medycznego oraz płatnika.

Polska posiada odpowiednie zasoby potrzebne do wprowadzenia opieki farmaceutycznej w postaci siatki aptek o wysokiej dostępności, licznego i kompetentnego personelu farmaceutycznego oraz poszerzanego o nowe funkcjonalności systemu e-Zdrowie. Jedynym brakującym elementem pozostaje podstawa regulacyjna. Szansę na jej stworzenie dają obecne prace na projektem ustawy o zawodzie farmaceuty.

3.2 Rekomendacje dotyczące wdrożenia opieki farmaceutycznej w Polsce

Docelowy model opieki farmaceutycznej powinien skupiać się na rozwoju trzech obszarów: profilaktyki i edukacji (1), wsparcia czujności pacjenta (2) oraz wsparcia terapii (3).

- 1) Profilaktyka i edukacja obejmuje pomoc pacjentowi w zainicjowanych przez niego aktywnościach oraz badaniach, które nie są wynikiem wystąpienia niepokojących objawów. Do tego obszaru należy również promowanie przez farmaceutów zdrowego trybu życia.
- 2) Wsparcie czujności pacjenta dotyczy niepokojących objawów, zmuszających go do poszukiwania odpowiedzi na proste pytania. Opieka farmaceutyczna zapewnia dostępne konsultacje w zakresie sprecyzowanego problemu lub odpowiedzi na pojawiające się wątpliwości.
- 3) Wsparcie terapii rozumiane jest jako pomoc świadczona pacjentowi przez farmaceutę w zakresie stosowania się do zaleceń lekarza dotyczących terapii lekowej. Pomoc ta obejmuje m.in. rozwiązywanie problemów związanych z niepożądanymi skutkami przyjmowania leków oraz udzielanie szczegółowych informacji dotyczących prawidłowego schematu stosowania leków.

Potencjalny model opieki farmaceutycznej w Polsce mógłby składać się z trzech poziomów, na których realizowałyby ją poszczególne apteki, w zależności od potrzeb lokalnej społeczności i możliwości samej placówki.

- 1) Pierwszy poziom określony jest ramami obecnego projektu ustawy i koncentruje się na wsparciu terapii lekowej poprzez konsultacje farmaceutyczne oraz rozwój diagnostyki dostępnej w aptece.
- 2) Drugi poziom to utworzenie w aptekach punktów edukacji i profilaktyki oraz wprowadzenie rozwiązań pozwalających podnieść efektywność indywidualnych konsultacji farmaceutycznych.
- 3) Trzeci poziom skupia się na zwiększeniu wkładu farmaceutów w kształtowanie terapii lekowej poprzez współpracę z lekarzem, wspartą narzędziami umożliwiającymi przekazywanie lekarzom rekomendacji powstałych w wyniku przeprowadzenia wywiadu z pacjentem oraz umożliwienie farmaceutom prowadzenia konsultacji zdrowotnych w przypadku powszechnych schorzeń o wystandaryzowanej terapii.

Integralnym elementem modelu opieki farmaceutycznej jest efektywny przepływ informacji pomiędzy pacjentem, lekarzem i farmaceutą za pomocą systemu e-Zdrowie. Przepływ informacji pozwala na zwiększenie wkładu farmaceuty w prowadzenie terapii pacjenta dzięki wglądowi w informacje dotyczące zaleceń lekarza i wyników badań, a docelowo ma dostarczać informacje zwrotne lekarzowi na temat efektów terapii.

Wdrażanie w pełnym zakresie kolejnych poziomów modelu wymaga jednoczesnego wprowadzania komplementarnych zmian regulacyjnych oraz coraz szerszego użycia funkcjonalności systemu e-Zdrowie.

4 WYZWANIA STOJĄCE PRZED SYSTEMEM OPIEKI ZDROWOTNEJ W POLSCE

System opieki zdrowotnej w Polsce stoi obecnie przed szeregiem wyzwań, które powinny być brane pod uwagę podczas dyskusji na temat jego przyszłego kształtu. Badając wpływ potencjalnego wprowadzenia opieki farmaceutycznej w Polsce, należy zidentyfikować najważniejsze wyzwania i ocenić, jaki wpływ na nie mogłyby mieć wdrożenie rozwiązań z omawianego zakresu.

4.1 Niedobór personelu medycznego w obliczu starzejącego się społeczeństwa

Pierwszym wyzwaniem, przed którym stoi system opieki zdrowotnej w Polsce, jest względnie niska liczba lekarzy. Tabela 1. przedstawia liczbę lekarzy POZ oraz specjalistów przypadających na 1 000 mieszkańców na tle wybranych państw z regionu. O ile liczba lekarzy specjalistów jest ok. 24% niższa od średniej w przedstawionych państwach, o tyle w przypadku lekarzy POZ różnica ta wynosi ok. 42%⁶. Tak znaczna różnica pozwala wysunąć wniosek, że liczba lekarzy jest zbyt niska jak na potrzeby społeczeństwa.

Tab. 1. Populacja lekarzy w wybranych krajach na tys. mieszkańców (2017)*

Kraj	Liczba lekarzy POZ	Liczba lekarzy specjalistów
Polska	0,42	1,96
Słowenia	0,68	2,3
Węgry	0,7	2,62
Łotwa	0,73	2,48
Estonia	0,8	2,66
Litwa	1,05	3,51
Wielka Bryt.	0,75	2,06
Niderlandy	1,62	1,97
Norwegia	0,87	1,98
Szwecja	0,65	2,24
Austria	1,56	2,75
Średnia EU5	0,96	2,54
Średnia CEE**	0,73	2,58

* Definicja lekarzy POZ/specjalistów według OECD

** CEE – Polska, Słowenia, Węgry, Łotwa, Estonia, Litwa

¹ Baza danych OECD Health Care Resources Database

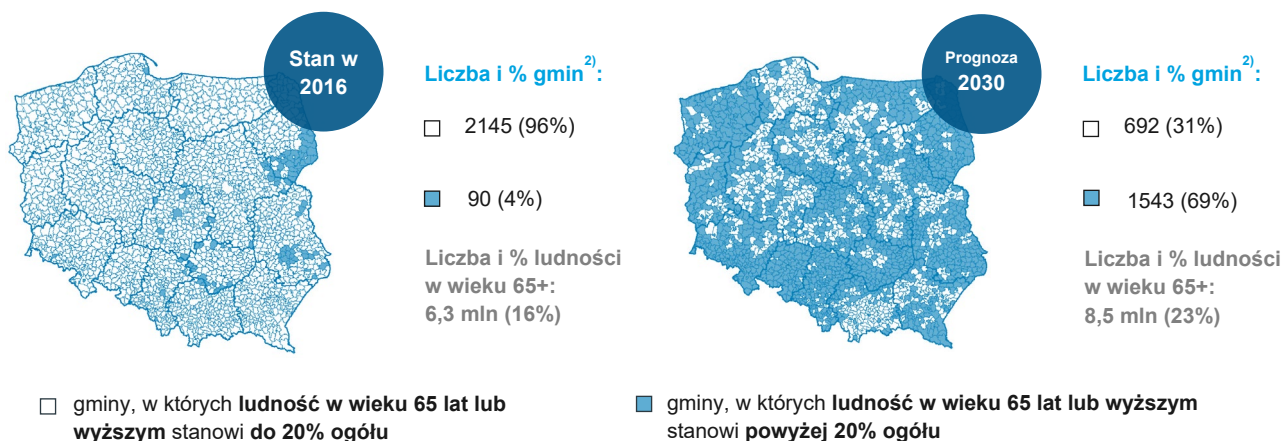
W przypadku lekarzy specjalistów najbardziej dotkliwy niedobór dotyczy pediatrów, geriatrów, anestezjologów oraz specjalistów chorób wewnętrznych⁷. Wymienione specjalizacje zostały wskazane przez szpitale, jako sprawiające najwięcej problemów w zakresie rekrutacji personelu. Warto również zauważyć, że ponad 55% lekarzy to osoby w wieku co najmniej 45 lat. Z tego powodu w kolejnych latach należy się spodziewać nasilającego się niedoboru lekarzy. Zdaniem ekspertów, w obrębie niektórych specjalizacji rozmiar luki pokoleniowej jest na tyle duży, że może on prowadzić do zagrożenia ciągłości udzielania świadczeń medycznych.

Czynnikiem zwiększającym skalę problemu jest szybkie starzenie się społeczeństwa. Według prognoz Głównego Urzędu Statystycznego, w 2030 roku 69% gmin w Polsce będzie zamieszkiwało przynajmniej 20% osób w wieku 65 lat lub więcej, podczas gdy w 2016 roku odsetek ten wynosił zaledwie 4%. W skali całej populacji odsetek ten ma wzrosnąć z 16% do 23%. Szczegółowa prognoza przedstawiona jest na Rysunku 1.

Podobnie, w 2016 roku odsetek osób w wieku przedprodukcyjnym (poniżej 18 lat) przewyższał analogiczny wskaźnik dla mieszkańców w wieku poprodukcyjnym (powyżej 65 lat) w 1 185 gminach. Według prognozy, w 2030 roku liczba gmin o powyższej proporcji wieku ma zmaleć do 160, czyli o ok. 86%.

Powyższe prognozy stawiają duże wyzwania przed systemem opieki zdrowotnej w nadchodzących latach, związane m.in z jego wydolnością oraz zapewnieniem odpowiedniego poziomu dostępu pacjentów do fachowego personelu medycznego.

Rys. 1. Prognoza zmian demograficznych w Polsce do 2030 roku⁸



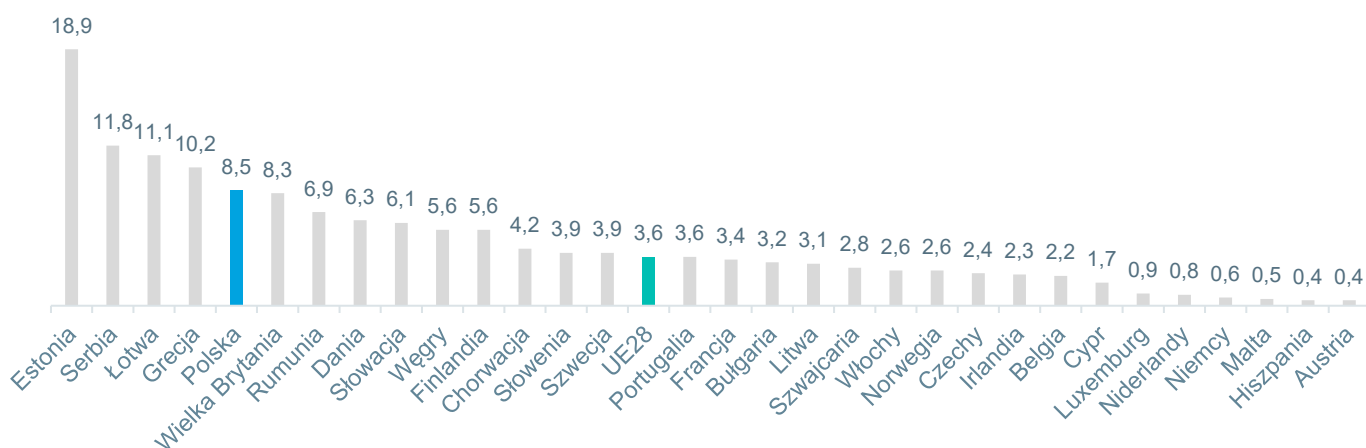
Wykres 1. przedstawia odsetek mieszkańców deklarujących niezaspokojone potrzeby zdrowotne w krajach Unii Europejskiej oraz Wielkiej Brytanii⁹. Polska zajmuje w nim piąte miejsce od końca, co pokazuje, że już w obecnej sytuacji zdolność systemu opieki zdrowotnej do zaspokajania potrzeb obywateli jest na jednym z najniższych poziomów w Europie.

⁷ ISB Zdrowie, *Lekarzy jakich specjalności brakuje w polskich szpitalach?*, ISB Zdrowie, maj 2019

⁸ Obliczenia własne na podstawie tabeli zbiorczej udostępnionej do opracowania GUS

⁹ Baza danych EUROSTAT, „Self-reported unmet needs for medical examination by sex, age, main reason declared and income quintile”

Wyk. 1. Odsetek mieszkańców UE deklarujących niezaspokojone potrzeby zdrowotne wśród populacji 16+ (%), 2018



Mała liczba lekarzy w połączeniu ze starzejącym się społeczeństwem oraz niskim poziomem zaspokojenia potrzeb zdrowotnych społeczeństwa mogą spowodować, że o ile nie zostaną wprowadzone odpowiednie rozwiązania w zakresie personelu, w Polsce wkrótce narosnie niedobór lekarzy, skutkujący spadkiem zdolności systemu do zaspokojenia podstawowych potrzeb zdrowotnych społeczeństwa.

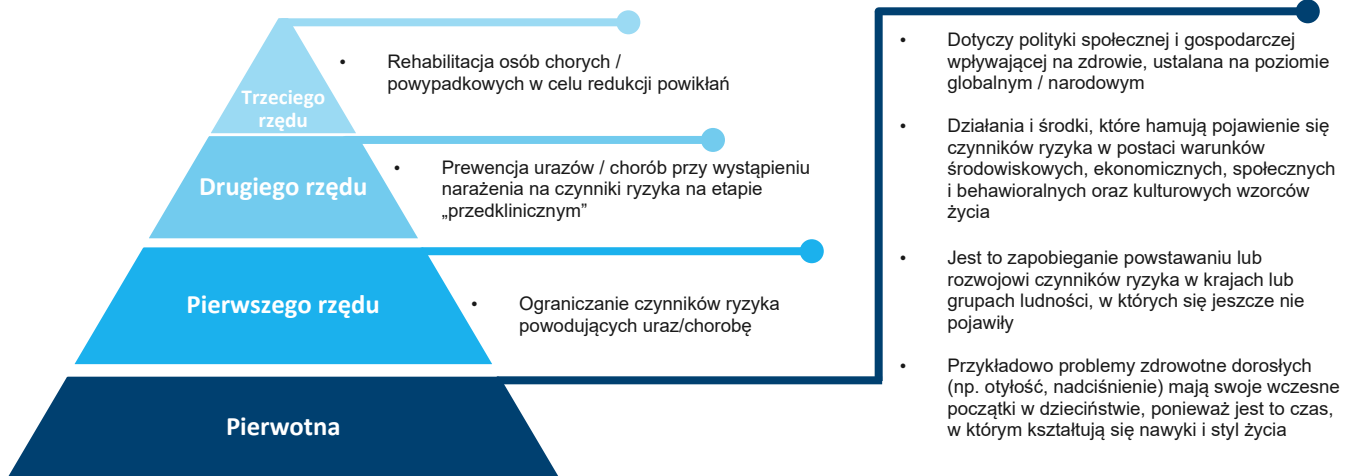
4.2 Niska efektywność profilaktyki w Polsce

Drugim problemem, z którym zmagają się system opieki zdrowotnej, jest liczba skutecznych działań w zakresie profilaktyki. Dotyczy ona utrwalania prawidłowych wzorców, zapobiegania chorobom i ich konsekwencjom oraz zahamowaniu postępu choroby i jej powikłań.

Rysunek 2. przedstawia wspomniane cztery warstwy profilaktyki. Warto zauważyć, że jedynie kompleksowe programy zmian w systemie opieki zdrowotnej, pokrywające wszystkie opisane warstwy, mają potencjał na wprowadzenie efektywnych rozwiązań w zakresie poprawy profilaktyki¹⁰.

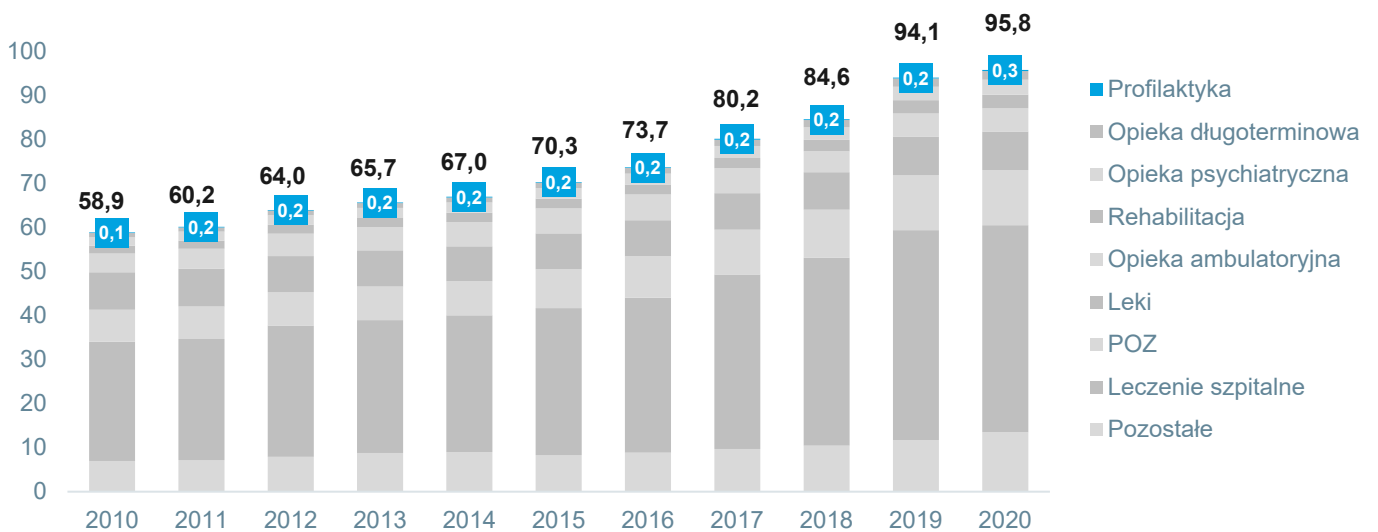
¹⁰ Eisenman D.P., National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine; Health and Medicine Division; Forum on Medical and Public Health Preparedness for Disasters and Emergencies. *Countering Violent Extremism Through Public Health Practice: Proceedings of a Workshop, 5, Applying Public Health Models and Approaches to Countering Violent Extremism*, National Academies Press, Washington (DC), luty 2017

Rys 2. Model czterech warstw profilaktyki w systemie opieki zdrowotnej



Wykres 2. przedstawia zmianę budżetu NFZ w latach 2010-2020. Wynika z niego, że wydatki przewidziane na obszar profilaktyki wynoszą jedynie ok. 0,3% całkowitych planowanych wydatków. Poniższe wydatki NFZ nie stanowią całości wydatków na profilaktykę w Polsce, ich udział w budżecie monopsonisty ilustruje jednak problem niedofinansowania tego kluczowego obszaru¹¹.

Wyk. 2. Budżet NFZ, 2010-2020, mld PLN

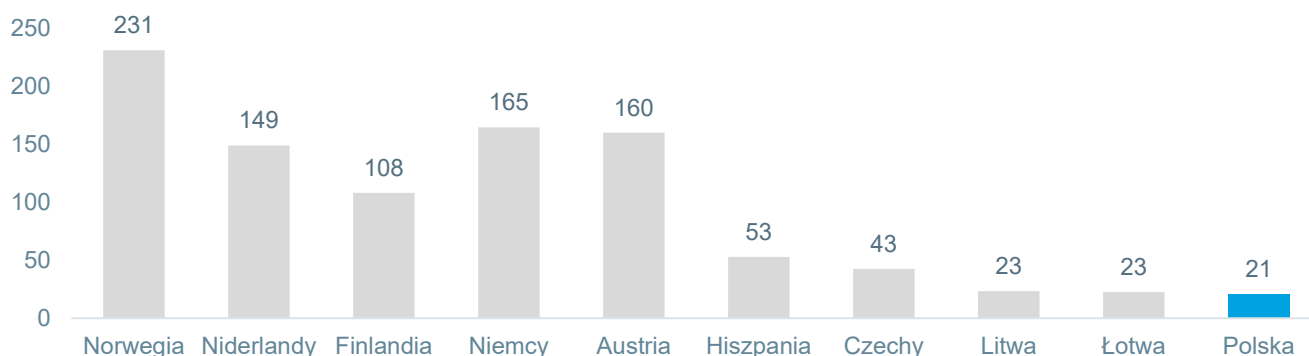


Wykres 3. przedstawia łączne wydatki na profilaktykę w przeliczeniu na mieszkańca dla wybranych państw europejskich. Z danych wynika, że kraje naszego regionu przeznaczają na ten obszar znacznie mniej niż w Europie Zachodniej i krajach nordyckich, przy czym Polska zajmuje ostatnie miejsce w zestawieniu. Wydatki *per capita* są siedmiokrotnie niższe niż w Niemczech i ponad dziesięciokrotnie niż w Norwegii¹².

¹¹ Portal NFZ – plany finansowe

¹² Baza danych OECD Global Health Expenditure Database

Wyk. 3. Wydatki na profilaktykę per capita, 2017, USD



Sprawozdania z wykonania planu finansowego NFZ pokazują, że koszty profilaktycznych programów zdrowotnych finansowanych ze środków własnych Funduszu w 2017 i 2018 roku były niższe od wielkości planowanej o 7,85%. Brak wykorzystania środków wynikał z niższego od spodziewanego zainteresowania świadczeniobiorców realizacją świadczeń w niektórych zakresach¹³. Zjawisko to może wynikać z niskiej zgłaszalności pacjentów

Wśród wspomnianych osób deklarujących niezaspokojone potrzeby zdrowotne ok. 18% jako powód ich niezaspokojenia podało brak czasu na wizytę u lekarza, a około 25% nie sięgnęło po pomoc z nadzieją, że problem z czasem zniknie. Czynniki te nie wpłynęły na niezaspokojenie potrzeb w tak dużym stopniu jak wydłużony czas oczekiwania na świadczenia (33%), mimo to należy zauważyć, iż niska zgłaszalność w znacznym stopniu przyczynia się do niskiej efektywności profilaktyki¹⁴.

Niskie wydatki oraz niezgłaszalność świadczeniobiorców przekładają się na niską efektywność profilaktyki w Polsce. Według danych OECD, spośród krajów UE21, Polska znajduje się na trzecim od końca miejscu pod względem liczby hospitalizacji z powodu chorób, które mogłyby być leczone w podstawowej opiece zdrowotnej (z 900 hospitalizacjami przypadającymi na 100 tys. mieszkańców). Wartość ta jest blisko 50% wyższa niż średnia krajów UE21 i prawie trzykrotnie wyższa niż w Portugalii, będącej liderem zestawienia¹⁵.

Reasumując, niskie nakłady na profilaktykę w Polsce oraz nieefektywności systemu powodują, że obecne rozwiązania nie gwarantują optymalnej ochrony zdrowia obywateli i właściwego wykorzystania zasobów. Poprawa profilaktyki powinna zatem stanowić jeden z priorytetów inicjatyw mających wprowadzić zmiany w systemie opieki zdrowotnej w Polsce.

4.3 Fragmentacja systemu opieki zdrowotnej

Trzecim aspektem systemu opieki zdrowotnej, który jest przyczyną szeregu nieefektywności, jest jego fragmentacja. Poszczególne konsultacje, usługi świadczone są pacjentom przez różnych uczestników

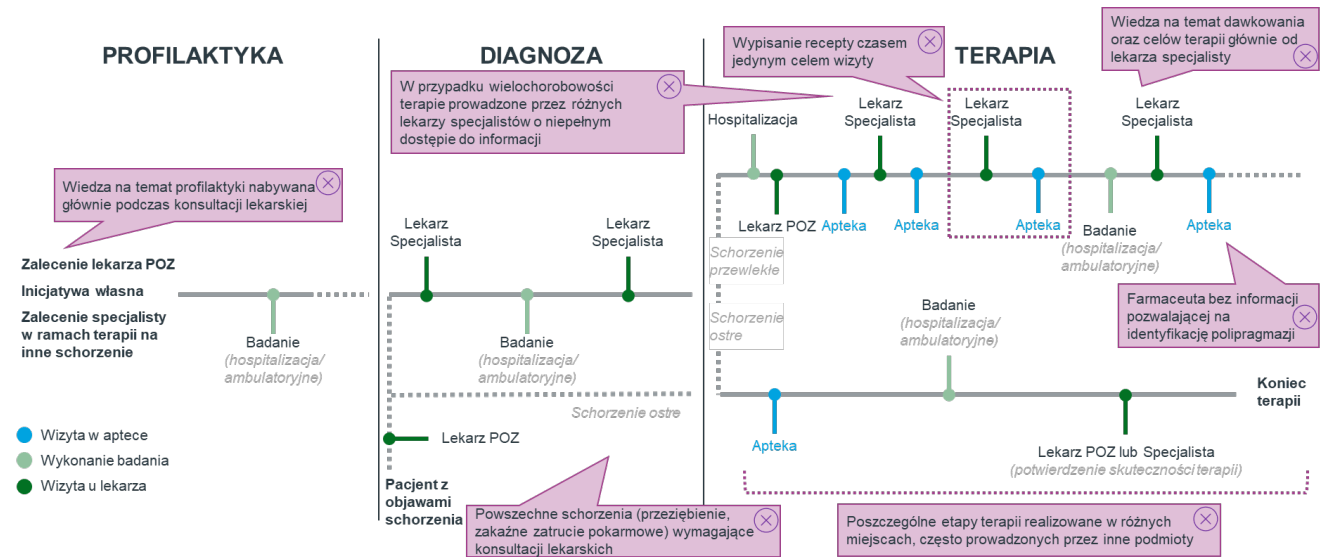
¹³ Portal NFZ – plany finansowe

¹⁴ Baza danych EUROSTAT, „Self-reported unmet needs for medical examination by sex, age, main reason declared and income quintile”

¹⁵ OECD, European Observatory on Health Systems and Policies, *Polska: Profil systemu ochrony zdrowia 2017*, State of Health in the EU, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Bruksela 2017

systemu, między którymi często nie występuje odpowiedni przepływ informacji. Skutkiem fragmentacji dla pacjenta są niedogodności – zarówno w przypadku pospolitych schorzeń, jak i w trakcie procesu diagnozy oraz potencjalnej terapii schorzeń przewlekłych. Nieefektywności te wiążą się często z potrzebą odwiedzania wielu odległych od siebie miejsc, oraz ze wspomnianym niepełnym przepływem informacji pomiędzy poszczególnymi uczestnikami systemu opieki zdrowotnej.

Rys. 3. Przykładowy schemat punktów kontaktu pacjenta z systemem opieki zdrowotnej



Ograniczona dostępność źródeł, z których pacjent ma szansę czerpać wiedzę jest jednym z problemów z perspektywy chorego (np. w celu otrzymania profesjonalnej porady na temat zalecanych badań profilaktycznych od musi udać się na wizytę lekarską). Inne możliwości pozyskania wiedzy przez pacjenta to edukacja we własnym zakresie lub otrzymanie zaleceń od lekarza specjalisty prowadzącego terapię schorzeń współistniejących (np. okresowe badanie dna oka w przypadku cukrzycy). W ostatnim przypadku wskazanie zaleceń nie jest wynikiem proaktywnego działania pacjenta i tym samym nie przyczynia się do zwiększenia brania odpowiedzialności za własne zdrowie.

Brak optymalizacji czasu dotyczy również czasu pracy lekarzy. Jednym z celów wizyty pacjentów u lekarzy jest POZ jest diagnoza i otrzymanie zaleceń terapeutycznych dotyczących najpowszechniejszych schorzeń o wystandaryzowanej terapii (np. przeziębienie, zatrucie pokarmowe). W takich przypadkach dostarczanie zaleceń mogłoby zostać częściowo wsparte przez specjalistów o innych kwalifikacjach diagnostycznych (np. farmaceutów), co pozwoliłoby lekarzom POZ skupić się na pacjentach wymagających pełnego wykorzystania ich wiedzy i czasu.

W przebiegu terapii schorzeń przewlekłych wizyty lekarskie nabierają w niektórych przypadkach charakteru częściowo administracyjnego (np. celem wielu z nich jest wystawienie cyklicznej recepty bez modyfikacji terapii). Na redukcję tego zjawiska niewątpliwie wpłynęło wprowadzenie e-Recepty, jednak w przypadku pacjentów, którzy nie korzystają z narzędzi elektronicznych, nowych technologii brak jest alternatywnego rozwiązania.

Identyfikacja polipragmacji przez farmaceutę to kolejny aspekt terapii, który wymaga optymalizacji. Kiedy pacjent przychodzi do apteki zrealizować receptę, farmaceuta dysponuje jedynie informacjami zawartymi na niej. Nie pozwalają one na określenie czy pacjent przyjmuje równolegle inne leki, wchodzące w niekorzystną interakcję.

Podobnie wygląda sytuacja w przypadku wielochorobowości – terapie poszczególnych schorzeń pacjenta prowadzone są przeważnie przez różnych lekarzy specjalistów. Lekarze specjaliści często

pracują w różnych placówkach, przepływ informacji między nimi odbywa się głównie za pośrednictwem pacjenta oraz sporadycznie za pomocą spisanych ręcznie zaleceń, co uniemożliwia stworzenie spójnego obrazu jego stanu zdrowia .

Jak już zostało wspomniane, poszczególne punkty kontaktu pacjenta z systemem opieki zdrowotnej często mają miejsce w odległych od siebie miejscach. Dotyczy to przede wszystkim wizyt u lekarzy specjalistów, ale również wykonywania niektórych badań profilaktycznych (szczególnie w przypadku badań, potrzeba długiego dojazdu może zniechęcić pacjenta do ich regularnego wykonywania).

Biorąc pod uwagę przedstawione nieefektywności, można postawić tezę, że na poczucie odpowiedzialności za własne zdrowie przez pacjenta, pozytywny wpływ mogłoby mieć ograniczenie fragmentacji systemu opieki zdrowotnej, prowadzące do zmniejszania liczby punktów kontaktu pacjenta z systemem oraz zwiększenia przepływu informacji pomiędzy jego uczestnikami.

5 PERSPEKTYWY WDROŻENIA OPIEKI FARMACEUTYCZNEJ

Opieka farmaceutyczna jest zdefiniowana w polskim prawie jedynie w kontekście obowiązków farmaceuty w Ustawie o izbach lekarskich¹⁶. Zgodnie z tekstem ustawy polega ona na „dokumentowanym procesie, w którym farmaceuta, współpracując z pacjentem i lekarzem, a w razie potrzeby z przedstawicielami innych zawodów medycznych, czuwa nad prawidłowym przebiegiem farmakoterapii w celu uzyskania określonych jej efektów poprawiających jakość życia pacjenta”.

Definicja ta jest bardzo ogólna i tym samym nie dostarcza szczegółowego opisu oferowanych usług. Ponadto, nie uwzględnia ona rozwoju rozwiązań z zakresu opieki farmaceutycznej, które od czasu przyjęcia ustawy wprowadzane są w pozostałych krajach europejskich. Przykłady wspomnianych rozwiązań opisane są w dalszej części dokumentu.

5.1 Uniwersalne korzyści z wprowadzenia opieki farmaceutycznej

Wprowadzenie opieki farmaceutycznej prowadzi do uzyskania korzyści, których charakter oraz skala związane są z zakresem wprowadzonych usług. Pomimo zróżnicowania, pewne korzyści są uniwersalne i wynikają z podstawowych założeń opieki farmaceutycznej.

5.1.1 Większa dostępność usług dla pacjenta

Poza przybliżeniem miejsca oferowania usług do miejsca zamieszkania pozytywny wpływ na optymalizację czasu pacjenta ma również sama zwiększona dostępność usług związana z możliwością oferowania ich przez farmaceutów. Większa liczba podmiotów oferujących daną usługę w naturalny sposób przekłada się na jej większą dostępność i tym samym krótszy czas oczekiwania na ich otrzymanie. Widocznym rezultatem jest redukcja kolejek w placówkach oferujących usługi diagnostyczne.

5.1.2 Optymalizacja nakładu pracy lekarzy

Dzięki zwiększeniu liczby podmiotów oferujących daną usługę optymalizacji podlega również czas pracy lekarzy. Ponieważ w przypadku części badań diagnostycznych oraz potencjalnie porad w zakresie powszechnych schorzeń pacjent może udać się do farmaceuty, lekarze mogą oczekiwać większego udziału wizyt wymagających kompleksowych konsultacji i ekspertyzy, której dostarczyć może jedynie profesjonalista o wykształceniu lekarskim.

5.1.3 Poprawa profilaktyki

Obszarem, który zyskuje na wprowadzeniu opieki farmaceutycznej jest profilaktyka, co wynika z dwóch czynników. Pierwszym z nich jest możliwość skonsultowania z farmaceutą aspektów zdrowego trybu życia oraz listy badań diagnostycznych, które pacjent powinien wykonać ze względu na wiek i obecny stan zdrowia (np. leczone choroby). Drugim elementem jest możliwość wykonania przynajmniej części koniecznych badań w aptece, która znajduje się zazwyczaj bliżej miejsca zamieszkania (niż najbliższy ośrodek diagnostyczny), ale może być też tym samym miejscem, w którym pacjent otrzymuje zalecenie

¹⁶ Dz.U.2019.0.965 t.j. - Ustawa z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich – art. 2a ust. 7

wykonania badania. Brak potrzeby przemieszczania się w celu wykonania badania pozwala pacjentowi zaoszczędzić czas i tym samym może zachęcić go do częstszej kontroli.

Ponadto, ze względu na zwiększenie jakości profilaktyki należy się spodziewać sukcesywnego spadku zapadalności na choroby niezakaźne oraz zmiany charakteru hospitalizacji ze względu na choroby przewlekłe. Mniejszy udział będą miały przypadki hospitalizacji w wyniku niewykrycia schorzenia, a dzięki wsparciu terapii, także ze względu na powikłania leczenia / działania niepożądane.

5.1.4 Zwiększenie *compliance* pacjentów

Zwiększenie *compliance* pacjentów, czyli stopnia stosowania się do wytycznych terapii. Jako że podstawowym elementem opieki farmaceutycznej są konsultacje farmakologiczne, należy się spodziewać, że rozwianie przez farmaceutę wątpliwości związanych z prawidłowym przyjmowaniem leków doprowadzi do lepszego zrozumienia przez pacjenta celów oraz wytycznych terapii, co w efekcie przełoży się na jej większą efektywność.

5.1.5 Zmniejszenie skali polipragmazji

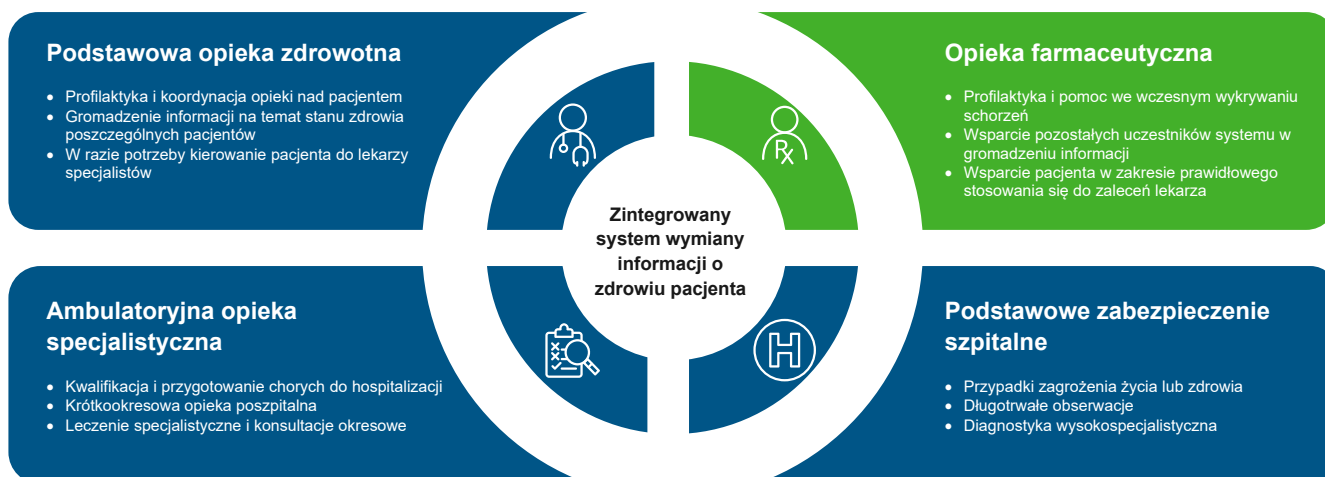
Inną korzyścią wynikającą bezpośrednio z konsultacji farmakologicznych jest ograniczenie polipragmazji. Prowadząc przegląd lekowy lub przeprowadzając wywiad z pacjentem, farmaceuta jest w stanie zidentyfikować nieefektywności i zagrożenia związane z mieszaniem leków zażywanych przez pacjenta. W ich skład wchodzi takie elementy jak zażywanie więcej niż jednego leku o określonym efekcie bądź jednoczesne przyjmowanie leków o negatywnej interakcji. Dzięki przeglądowi pacjent w porozumieniu z lekarzem i farmaceutą jest w stanie dostosować zestaw leków tak, aby wyeliminować niepożądane kombinacje.

5.2 Miejsce opieki farmaceutycznej w modelu podstawowego zabezpieczenia zdrowotnego

W ramach ogólnonarodowej debaty o kierunkach zmian w ochronie zdrowia opracowana została koncepcja systemu Podstawowego Zabezpieczenia Zdrowotnego¹⁷. Zakłada ona integrację funkcjonalną oraz informatyczną jednostek na najniższym poziomie administracyjnym, jakim jest powiat, w celu zapewnienia ciągłości opieki nad pacjentem. Jednym z jej kluczowych postulatów jest odciążenie szpitali poprzez przeniesienie części obowiązków oraz aktywności na medycynę ambulatoryjną i jednodniową. Ze względu na planowane zwiększenie odpowiedzialności jednostek związanych z wcześniejszymi stadiami ścieżki pacjenta – wsparcie ich poprzez rozwój opieki farmaceutycznej wpisuje się koncepcję systemu.

¹⁷ Czauderna P., Gałązka-Sobotka M., Górski P., Hryniewiecki T., *Strategiczne kierunki rozwoju systemu ochrony zdrowia w Polsce – Dokument podsumowujący*, Ministerstwo Zdrowia, Warszawa, lipiec 2019, s. 9-10

Rys. 4. Zakres wsparcia systemu podstawowego zabezpieczenia zdrowotnego przez usługi świadczone w ramach opieki farmaceutycznej



5.2.1 Lekarze POZ

Centralna rola w systemie Podstawowego Zabezpieczenia Zdrowotnego przypada jednostkom POZ. Ze względu na najlepszą znajomość pacjenta właśnie przez lekarzy POZ, ich rola powinna obejmować koordynowanie procesu opieki nad pacjentem. Z tego powodu poziom POZ stanowi również najlepszy punkt gromadzenia informacji o pacjencie.

5.2.2 Ambulatoryjna opieka specjalistyczna

Zgodnie z koncepcją systemu ośrodki ambulatoryjnej opieki specjalistycznej powinny w dalszym ciągu znajdować się zarówno przy szpitalach, jak i w lecznictwie otwartym.

5.2.3 Podstawowe zabezpieczenie szpitalne

W związku ze zwiększeniem roli jednostek POZ oraz ambulatoryjnej opieki specjalistycznej szpitale będą mogły skupić się na opiece długoterminowej, rehabilitacji, diagnostyce oraz opiece zachowawczej zabiegowej w podstawowych dziedzinach, tzn. choroby wewnętrzne, pediatria, ginekologia i chirurgia,.

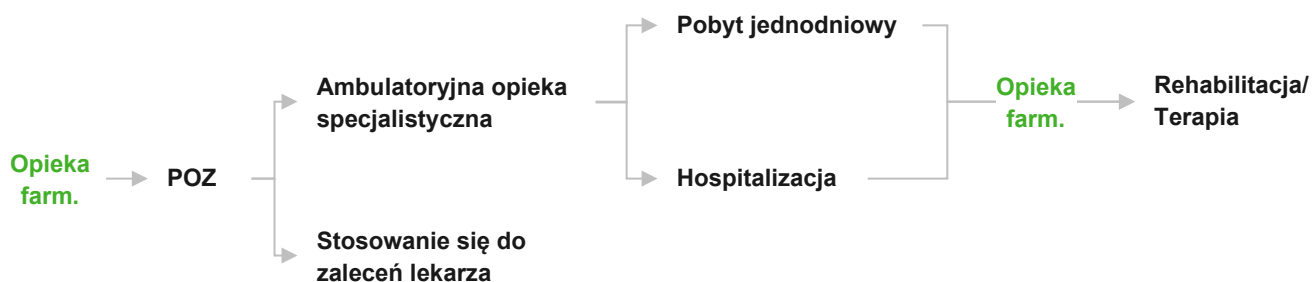
5.2.4 Uzupełnienie systemu za pomocą opieki farmaceutycznej

Opieka farmaceutyczna wpisuje się w założenia systemu Podstawowego Zabezpieczenia Zdrowotnego. Ze względu na zwiększenie roli POZ, w systemie kluczowa ma być rola lekarzy będących pierwszym szczeblem kontaktu pacjenta z opieką zdrowotną oraz punktem gromadzenia informacji o zdrowiu pacjenta. Przed nadmiernym obciążeniem tego szczebla systemu może chronić włączenie w proces farmaceutów.

Oferując podstawowe usługi z zakresu konsultacji farmakologicznych oraz profilaktyki, mają oni szansę stać się pierwszym punktem kontaktu w przypadku podstawowych badań diagnostycznych lub najpowszechniejszych schorzeń. Jednocześnie, dzięki postępującemu rozwojowi systemu e-Zdrowie, farmaceuci mogliby wspierać lekarzy w zbieraniu informacji o zdrowiu pacjenta, które używane są przez pozostałe szczeble systemu opieki zdrowotnej, w tym lekarzy POZ.

Miejsce opieki farmaceutycznej w systemie podstawowego zabezpieczenia zdrowotnego przedstawione jest na Rysunku 5¹⁸. Jak wspomniano, obejmuje ona przede wszystkim pełnienie roli pierwszego kontaktu pacjenta z systemem opieki zdrowotnej oraz wsparcie terapii, włącznie ze wsparciem po hospitalizacji. Obszary wsparcia zostaną szczegółowo omówione w dalszej części raportu.

Rys. 5. Miejsce opieki farmaceutycznej w systemie podstawowego zabezpieczenia zdrowotnego na przykładowej ścieżce pacjenta



Skala potencjalnego wsparcia przedstawiona jest na Rysunku 6¹⁹. Na 87 500 lekarzy w Polsce przypada 26 500 magistrów i 33 500 techników farmacji²⁰ – sama liczba magistrów dorównuje zatem 30% liczby lekarzy. Wsparcie lekarzy jedynie w wymienionych wyżej obszarach pozwoliłoby im w większym stopniu skoncentrować się na diagnozie i terapiach skierowanych do pacjentów wymagającym bardziej kompleksowej ekspertyzy. Podobnie, 12 500 aptek (nie uwzględniając punktów aptecznych)²¹ stanowiłoby bardzo istotne wsparcie dla 22 000 przychodni lekarskich i 26 700 podmiotów ambulatoryjnej opieki zdrowotnej²² w zakresie podstawowych badań diagnostycznych oraz konsultacji farmaceutycznych.

¹⁸ Opracowanie IQVIA na podstawie Czauderna P., Gałązka-Sobotka M., Górski P., Hryniewiecki T., *Strategiczne kierunki rozwoju systemu ochrony zdrowia w Polsce – Dokument podsumowujący*, Ministerstwo Zdrowia, Warszawa, lipiec 2019, s. 9-10

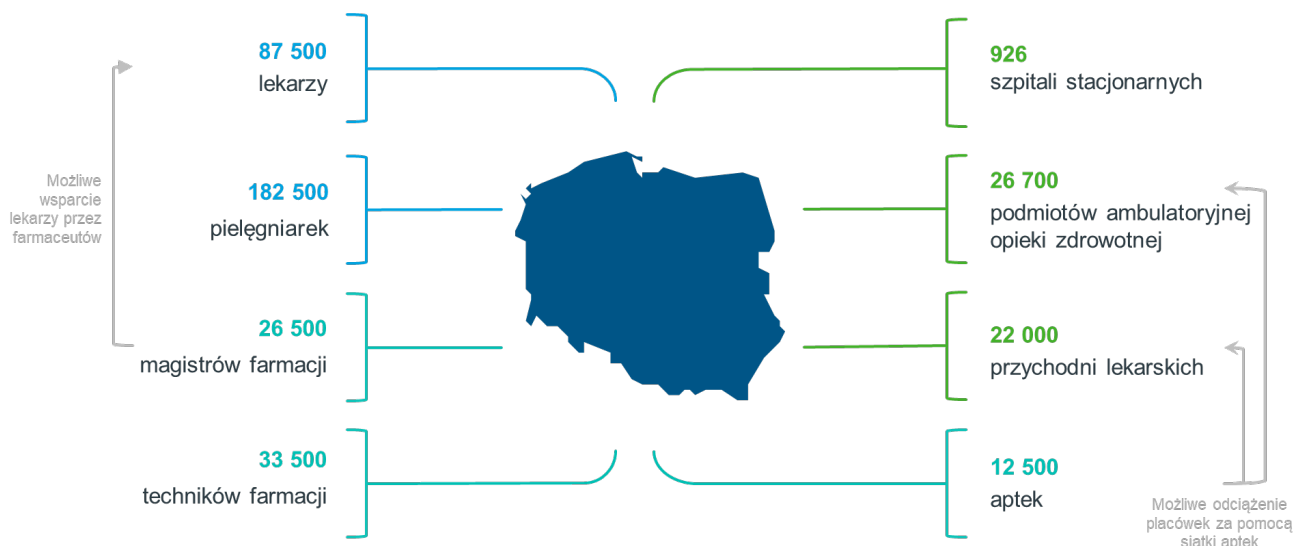
¹⁹ Ministerstwo Zdrowia, *Biuletyn Statystyczny Ministerstwa Zdrowia za 2018 rok*, Warszawa 2019, s.18-33

²⁰ Główny Urząd Statystyczny, *Apteki i punkty apteczne w 2018 r.*, Warszawa 2019, s. 2

²¹ Baza aptek IQVIA

²² Główny Urząd Statystyczny, *Ambulatoryjna opieka zdrowotna w 2018 r.*, Warszawa 2019, s. 1

Rys. 6. Placówki oraz personel medyczny w Polsce









5.3 Potencjał wprowadzenia opieki farmaceutycznej w Polsce

5.3.1 Liczna kadra specjalistów

Podstawowym warunkiem wprowadzenia opieki farmaceutycznej jest dostępność wystarczającej liczby farmaceutów. W Polsce pracuje 26 500 magistrów farmacji. Wskaźnik farmaceutów przypadających na jednego 10 tys. mieszkańców wynosi 6,98 i jest zbliżony do pozostałych badanych krajów, z wyjątkiem Niderlandów, gdzie jest on znacznie niższy. Można zatem szacować, że liczba farmaceutów jest wystarczająca do wprowadzenia rozwiązań o podobnym zakresie jak w pozostałych krajach uwzględnionych w porównaniu²³.

Tab. 2. Personel medyczny w przeliczeniu na 10 tys. mieszkańców w wybranych krajach europejskich²⁴

	 Wielka Brytania	 Niderlandy	 Norwegia	 Szwecja	 Austria	 Polska
Lekarze	28,11	36,03	46,59	41,17	51,83	23,80
Lekarze internści	7,54	16,19	8,65	6,46	15,62	4,19
Pielęgniarki	78,25	109,43	176,66	109,02	68,50	48,06
Farmaceuci	8,83	2,10	6,63	8,29	7,10	6,98
Technicy farmacji	5,15	9,40	5,12	3,02	Brak danych	8,82

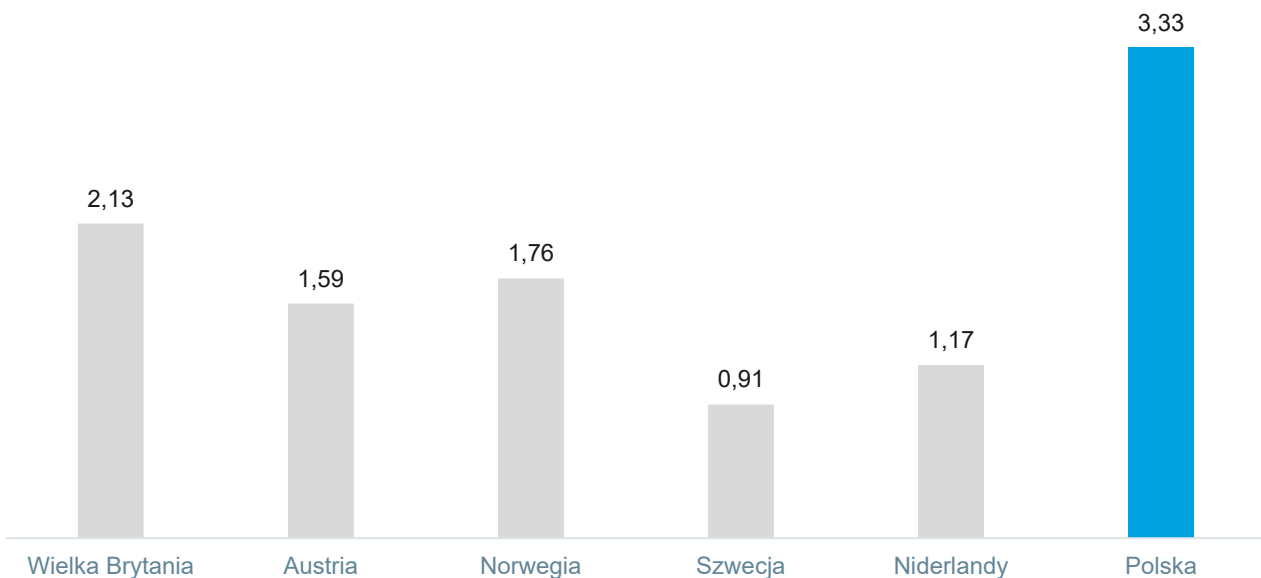
²³ Baza danych OECD Health Care Resources Database

²⁴ Baza danych OECD Health Care Resources Database

5.3.2 Siatka aptek o wysokiej dostępności

Drugim wymaganym elementem jest wystarczająco rozwinięta siatka aptek o wysokiej dostępności. W Polsce znajduje się ok. 12 500 aptek (nie uwzględniając punktów aptecznych). Jak widać na Wykresie 4., w tym wypadku wskaźnik liczby aptek na 10 tys. mieszkańców jest znacznie wyższy niż w przypadku pozostałych badanych krajów, co świadczy o większej dostępności siatki aptek. Ponieważ ważnym aspektem jest bliskość aptek względem pacjentów, potencjał Polski w tym zakresie co najmniej dorównuje badanym krajom²⁵.

Wyk. 4. Liczba aptek na 10 tys. mieszkańców – Polska na tle wybranych krajów europejskich



5.3.3 Wprowadzenie i trwający rozwój systemu e-Zdrowie

Kolejnym warunkiem wprowadzenia efektywnego modelu opieki farmaceutycznej jest zapewnienie sprawnego przepływu informacji pomiędzy farmaceutami, pacjentami i pozostałymi uczestnikami systemu opieki zdrowotnej. Dzięki zintegrowanym systemom informatycznym farmaceuta jest w stanie uzyskać dostęp do szczegółowych zaleceń lekarza w zakresie terapii oraz potencjalnie dostarczać własne spostrzeżenia i rekomendacje pod względem optymalizacji terapii farmakologicznej.

W Polsce ten aspekt jest zapewniany przez wdrażany system e-Zdrowie. Centrum zawierającym najważniejsze informacje jest Internetowe Konto Pacjenta, na którym przechowywane są kluczowe informacje dotyczące kontaktu pacjenta z systemem opieki zdrowotnej. Dzięki odpowiednio zarządzanym dostępom do informacji możliwe jest precyzyjne określenie, jaką rolę powinni w systemie pełnić poszczególni uczestnicy systemu opieki zdrowotnej. Warto zauważyć, że obecnie system dostarcza podstawowych funkcjonalności i osiągnięcie poziomu porównywalnego z krajami, w których pomyślnie wdrożono opiekę farmaceutyczną wymaga ciągłego rozwoju systemu. Istnieje jednak już podstawa, na bazie której można wprowadzać nowe funkcjonalności zgodnie z przyjętymi priorytetami.

System podlega również stałemu rozwojowi. Obecnie, poza dostępnością samego centrum danych, jakim jest IKP, wdrożone zostały już usługi e-Recepty oraz e-Zwolnienia. Związane z tymi usługami

²⁵ Baza danych OECD Health Care Resources Database

procesy odbywają się całkowicie w formie elektronicznej. Dalsze plany zakładają uruchomienie w 2021 roku usługi e-Skierowań²⁶.

5.3.4 Zmiany regulacyjne

Ostatnim elementem niezbędnym do wprowadzenia opieki farmaceutycznej jest odpowiednie umocowanie regulacyjne. Jak wspomniano, obecnie w Polsce opieka farmaceutyczna zdefiniowana jest na poziomie ogólnym w Ustawie o izbach aptekarskich²⁷. W opracowaniu jest jednak ustawa o zawodzie farmaceuty, której projekt z 16 stycznia 2020 został przyjęty przez Radę Ministrów Rzeczypospolitej Polskiej.

Projekt ustawy zawiera definicję opieki farmaceutycznej oraz opis jej zakresu. Zakres ten zostanie omówiony w dalszej części raportu – warto jednak zwrócić uwagę, że jeszcze w 2020 roku spodziewane jest wprowadzenie podstawy regulacyjnej opieki farmaceutycznej.

Podsumowując, na tle krajów, które z powodzeniem zintegrowały opiekę farmaceutyczną z systemem opieki zdrowotnej, Polska posiada wystarczającą liczbę farmaceutów oraz aptek, aby wprowadzić rozwiązania o podobnym zakresie. W najbliższych latach odpowiedni przepływ informacji będzie również zapewniony przez wciąż rozwijany system e-Zdrowie. Jedynym brakującym elementem pozostaje umocowanie regulacyjne opieki farmaceutycznej, którego wprowadzenie spodziewane jest w 2020 roku. Po przyjęciu projektu ustawy Polska będzie dysponowała odpowiednim potencjałem do wprowadzenia omawianych rozwiązań²⁸.

²⁶ Portal Ministerstwa Zdrowia i NFZ, pacjent.gov.pl

²⁷ Dz.U.2019.0.965 t.j. - Ustawa z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich – art. 2a ust. 7

²⁸ Projekt ustawy o zawodzie farmaceuty z dnia 16.01.2020 r.

5.4 Projekt ustawy o zawodzie farmaceuty

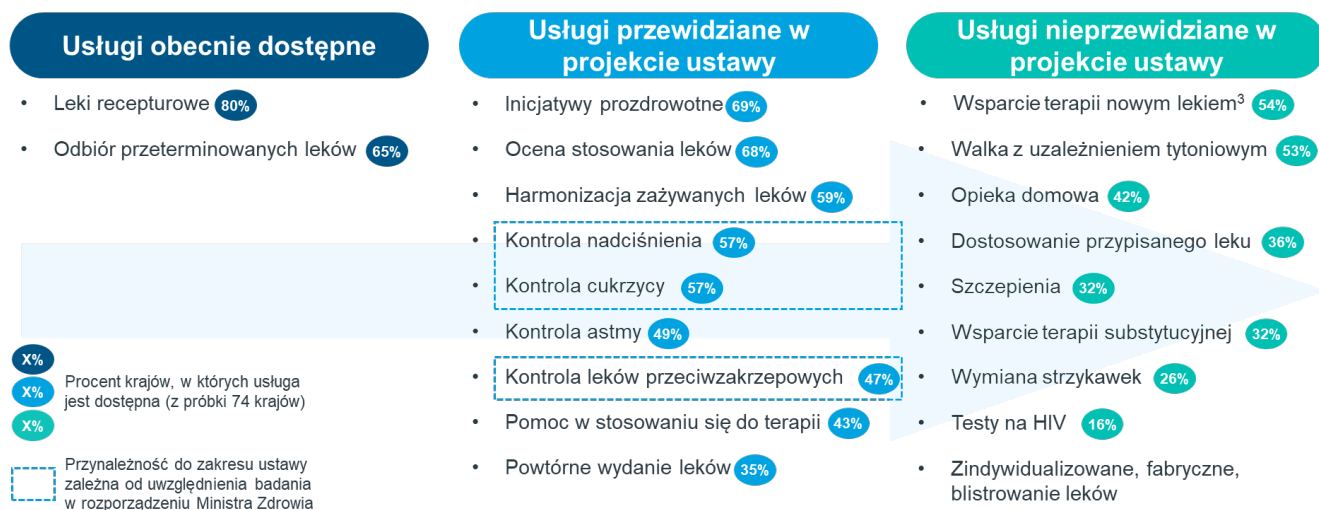
Projekt ustawy o zawodzie farmaceuty po raz pierwszy definiuje pojęcie opieki farmaceutycznej oraz zestaw usług, które obejmuje. Lista usług opisana jest na poziomie ogólnym, utrudniającym odniesienie jej zakresu do praktyk z innych krajów europejskich. Natomiast w przypadku zestawu badań diagnostycznych, projekt ustawy wprost odwołuje się do szczegółowej listy, która regulowana będzie rozporządzeniem Ministra Zdrowia.

Na uwagę zasługuje też lista usług farmaceutycznych – wymieniona obok powyższego zestawienia. Usługi te są również opisane na poziomie ogólnym, a ich część zbliżona jest zakresem do usług wchodzących w skład opieki farmaceutycznej, przez co określenie granicy oddzielającej oba obszary jest zadaniem problematycznym²⁹.

Rysunek 7. prezentuje listę usług wraz z procentowym udziałem krajów, w których wchodzą one w zakres opieki farmaceutycznej, spośród grupy 74 przebadanych krajów³⁰. Usługi zostały podzielone na te, które obecnie w Polsce wykonywane są przez farmaceutów, oraz te, które kolejno znajdują się i nie znajdują w zakresie obecnego projektu ustawy, według jego możliwej interpretacji.

Na podstawie grafiki wysunąć można dwa podstawowe wnioski: 1) obecny zakres usług świadczonych przez farmaceutów w Polsce jest ograniczony w stosunku do porównywanych krajów; 2) nawet po wprowadzeniu opieki farmaceutycznej w zakresie określonym przez projekt ustawy, część usług świadczonych przez farmaceutów w wybranych krajach znajdzie się poza ich kompetencjami. Usługi te będą stanowiły obszar, który będą mogły objąć kolejne potencjalne akty prawne³¹.

Rys. 7. Usługi opieki farmaceutycznej dostępne obecnie w Polsce oraz uwzględnione w projekcie ustawy



²⁹ Ostrowska E., Ustawa o zawodzie farmaceuty – do poprawki. [w:] Gazeta Farmaceutyczna, wrzesień 2019, s. 8-9

³⁰ International Pharmaceutical Federation, *Pharmacy at a glance 2015-2017*, International Pharmaceutical Federation, Haga 2017, s. 12

³¹ Projekt ustawy o zawodzie farmaceuty z dnia 16.01.2020 r.

6 PROPONOWANY MODEL WPROWADZENIA OPIEKI FARMACEUTYCZNEJ W POLSCE

6.1 Wprowadzenie opieki farmaceutycznej na trzech poziomach

Proponowany model zakłada wdrożenie opieki farmaceutycznej na trzech możliwych poziomach, o rosnącym stopniu zaangażowania farmaceuty w system opieki zdrowotnej. Celem stopniowania jest umożliwienie każdej placówce aptecznej wyboru poziomu oferowanych usług adekwatnego do skali działalności oraz otoczenia, w którym jest zlokalizowana.

Przykładowo, w środowisku miejskim, w którym znajduje się duże zagęszczenie przychodni może nie być uzasadnione rozwijanie działalności diagnostycznej w takim stopniu jak w miejscowości wiejskiej pozbawionej nawet pojedynczej placówki.

Warto również zauważyć, że zdefiniowanie poszczególnych poziomów daje aptekom możliwość stopniowego wdrażania docelowego zakresu usług świadczonych przez farmaceutę. Dotyczy to również samego ustawodawcy, który, chcąc potencjalnie wprowadzić proponowane rozwiązania, musiałby zagwarantować podstawę prawną umożliwiającą świadczenie opisanych usług.

Poziom I zakłada wprowadzenie usług farmaceutycznych o zakresie zdefiniowanym przez obecny projekt ustawy o zawodzie farmaceuty. Skupia się on głównie na wsparciu przez farmaceutów terapii lekowej przez udzielanie porad farmaceutycznych oraz profilaktyki przez wykonywanie podstawowych badań diagnostycznych.

Poziom II skupia się na podniesieniu efektywności konsultacji farmaceutycznych oraz przekształceniu aptek w centra profilaktyki i konsultacji zdrowotnych. Cele te mają zostać osiągnięte przez umożliwienie farmaceutom wglądu w zalecenia lekarza i historię choroby, a także przez poszerzenie zakresu konsultacji o pozostałe tematy zdrowotne.

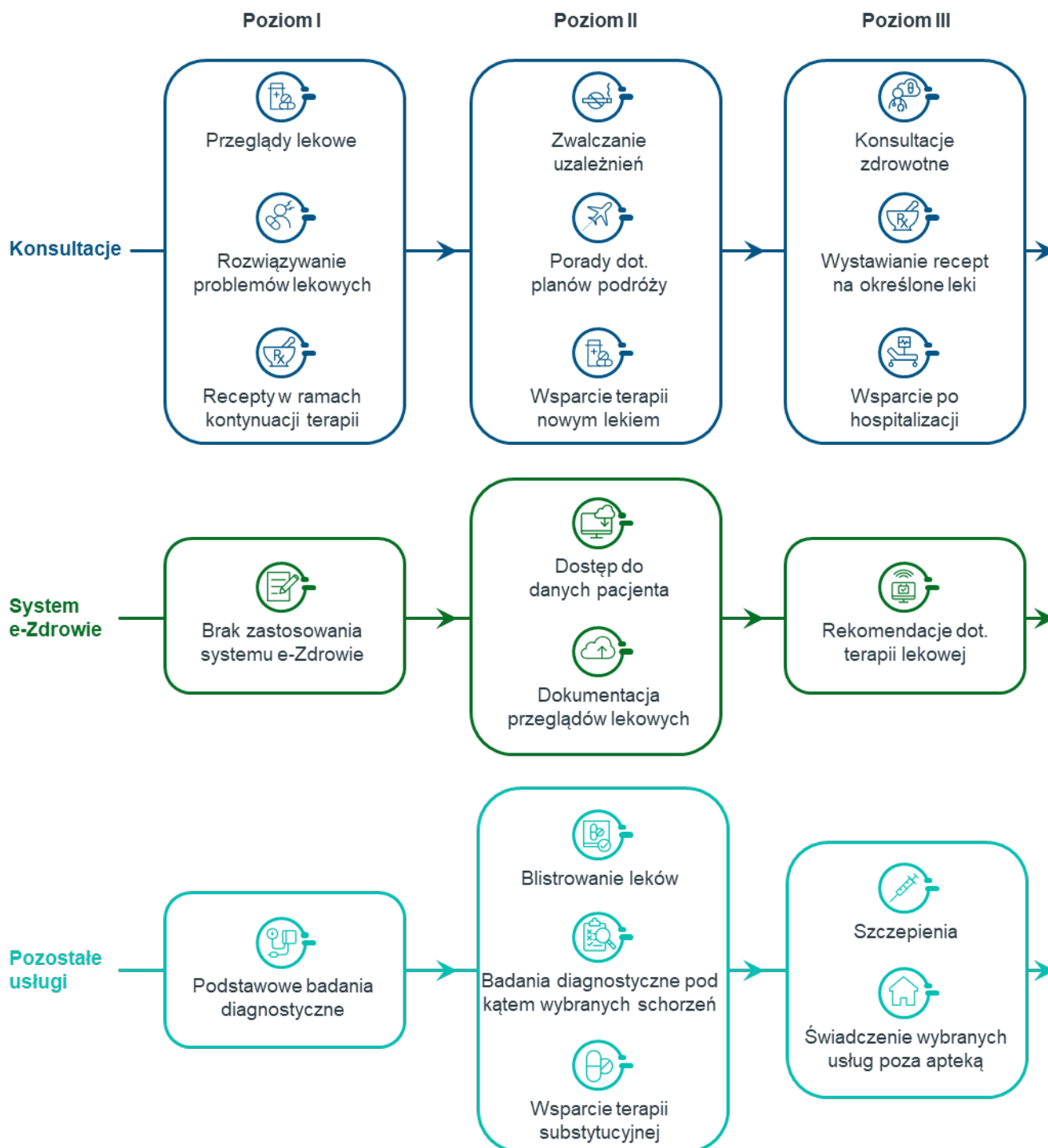
Poziom III ma na celu poszerzenie działalności edukacyjnej farmaceutów poza obszar apteki oraz umożliwienie pacjentom odbycie w aptece podstawowych konsultacji zdrowotnych w przypadkach pospolitych schorzeń, takich jak przeziębienie lub zatrucie pokarmowe. W przypadku potwierdzenia schorzenia pacjent mógłby również otrzymać receptę w adekwatnym zakresie.

Zakres opisanych poziomów zdefiniowany jest dla każdej z trzech kategorii. Profilaktyka i edukacja odnoszą się do sytuacji, w których pacjent przychodzi do apteki bez potwierdzonego schorzenia ani niepokojących objawów oraz do działalności farmaceuty w zakresie promowania zdrowego trybu życia. Wsparcie czujności pacjenta odnosi się do sytuacji, w których pacjent przychodzi do apteki z określonym problemem lub potrzebą porady w zakresie planowej podróży. Wsparcie terapii odnosi się do działalności farmaceuty mającej na celu pomoc pacjentowi w stosowaniu się do zaleceń lekarza, zarówno w zakresie zażywanych leków, jak i obsługi urządzeń medycznych.

Dla każdego z trzech poziomów wymienione są sposoby wykorzystania systemu e-Zdrowie, niezbędne do wdrożenia danego poziomu oraz ograniczenia regulacyjne, które powinny zostać usunięte w celu prawidłowego funkcjonowania modelu. W przypadku Poziomów II i III opisy usług zakończone są ikonami przedstawiającymi przykładowe kraje, w których usługa wchodzi w zakres opieki farmaceutycznej.

Rysunek 8. przedstawia zakres kolejnych poziomów modelu w podziale na typy usług oraz stopień wykorzystania funkcjonalności systemu e-Zdrowie.

Rys. 8. Podsumowanie zakresu usług na poszczególnych poziomach modelu opieki farmaceutycznej



6.2 Poziom I – Zakres określony przez obecny projekt ustawy

6.2.1 Zakres opieki farmaceutycznej

Poziom I modelu opieki farmaceutycznej ma na celu wprowadzenie usług o zakresie, na który pozwala obecny projekt ustawy o zawodzie farmaceuty.

6.2.1.1 Profilaktyka i edukacja

W zakresie profilaktyki projekt ustawy zezwala farmaceutyce na wykonywanie pomiaru ciśnienia krwi oraz badań diagnostycznych, których zakres definiowany jest za pomocą rozporządzenia Ministra Zdrowia. Na chwilę obecną zakres pozostaje jednak kwestią otwartą.

Obszar edukacji wspomniany jest na poziomie ogólnym jako „edukacja zdrowotna, promocja zdrowia i zdrowego trybu życia oraz profilaktyki zdrowotnej” w kontekście opracowania indywidualnego planu opieki farmaceutycznej. Definicja ta pozwala zaryzykować stwierdzenie, że edukacja na Poziomie I ma charakter porad uzupełniających zalecenia farmaceutyczne podczas wydawania leku.

6.2.1.2 Wsparcie czujności pacjenta

W zakresie wsparcia czujności pacjenta projekt ustawy definiuje wywiad farmaceutyczny jako „uzyskiwanie od pacjenta informacji niezbędnych do wyboru właściwego produktu leczniczego oraz opracowanie indywidualnego planu opieki farmaceutycznej z uwzględnieniem problemów lekowych”.

Definicja ta znajduje się poza opisem zakresu opieki farmaceutycznej i odnosi się do tradycyjnej funkcji wysłuchiwanie problemów pacjenta i zalecania leków bez recepty wraz z odpowiednimi instrukcjami.

6.2.1.3 Wsparcie terapii

W zakresie wsparcia terapii projekt ustawy upoważnia farmaceutę do szeregu czynności w zakresie wspomagania pacjenta we właściwym stosowaniu się do zaleceń lekarskich.

Najważniejszym wprowadzonym elementem jest możliwość prowadzenia konsultacji farmaceutycznych „w celu zapewnienia bezpieczeństwa pacjenta w związku ze stosowaniem produktów leczniczych, wyrobów medycznych lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego”. Konsultacje te pozwolą na indywidualny kontakt pacjenta z farmaceutą, prowadzący do rozwiania wątpliwości względem poprawności zażywanych leków. Powyższa definicja wspomina również wyroby medyczne, co sugeruje również edukację w zakresie osobistych urządzeń medycznych, takich jak pompy insulinowe czy inhalatory.

Kolejną czynnością jest prowadzenie przeglądu lekowego. Opcja ta umożliwi pacjentowi przyniesienie pełnego zestawu zażywanych leków w celu wyjaśnienia i oceny ich współdziałania przez farmaceutę. Poza edukacją pacjenta przeglądy mają na celu identyfikację negatywnych interakcji pomiędzy lekami (lub lekami i suplementami diety) oraz wyeliminowanie zbędnych leków, duplikujących funkcjonalność innych, już zażywanych.

Trzecim elementem jest „opracowanie indywidualnego planu opieki farmaceutycznej, z uwzględnieniem problemów lekowych pacjenta”. Czynność ta ma na celu określenie celów terapeutycznych i wskazanie rozwiązań potencjalnych problemów lekowych.

Ostatnim rozwiązaniem jest możliwość wystawiania recepty w ramach kontynuacji zlecenia lekarskiego. Uprawnienie to pozwoli pacjentom na uzyskanie cyklicznej recepty w pobliskiej aptece zamiast umawiania się na wizytę lekarską wyłącznie w tym celu. Z punktu widzenia systemu opieki zdrowotnej rozwiązaniem to pozwoli na redukcję kolejek w przychodniach oraz na optymalizację czasu pracy lekarza³².

6.2.2 Spodziewane korzyści

Konsultacje farmaceutyczne z pewnością przyczynią się do wzrostu *compliance* wśród uczestniczących w nich pacjentów. Zaowocuje to zwiększoną efektywnością terapii chorób przewlekłych, co w efekcie przełoży się na mniejszą liczbę hospitalizacji w związku z takimi chorobami jak cukrzyca, niewydolność serca, czy przewlekła obturacyjna choroba płuc.

Przeglądy lekowe prowadzą do zmniejszenia skali polipragmazji, ponieważ farmaceuta, dysponując informacją na temat wszystkich przyjmowanych przez pacjenta leków – jest w stanie zidentyfikować pary leków pokrywających się działaniem lub cechujących negatywną interakcją.

Choć zakres badań diagnostycznych, które będzie mógł wykonywać farmaceuta, nie jest jeszcze określony, nie ulega wątpliwości, że dodatkowe narzędzie profilaktyczne wpłynie pozytywnie na zdrowie pacjentów.

Możliwość wystawiania recepty w ramach kontynuacji zlecenia lekarskiego pomoże też zredukować liczbę punktów kontaktu pacjenta z systemem opieki zdrowotnej i tym samym doprowadzi do optymalizacji czasu, zarówno po stronie pacjenta, jak i lekarza.

6.2.3 Potencjalne wykorzystanie systemu e-Zdrowie

Projekt ustawy nie porusza kwestii uprawnień farmaceuty do modyfikacji bądź wglądu do dokumentów zawierających zalecenia lekarza względem terapii. Nie wspomina on też o roli systemów IT we wsparciu opieki farmaceutycznej.

Sprawozdanie z prac Komisji ds. Opieki Farmaceutycznej Naczelnej Rady Aptekarskiej wspomina decyzję Ministra Zdrowia o rozpoczęciu kolejnego etapu przygotowań do pilotażu opieki farmaceutycznej, planowanego na lipiec 2020 roku. Z kontekstu pozostałej części raportu wynika, że inicjatywa ma obejmować również rozwiązanie IT umożliwiające wgląd w dane dotyczące farmakoterapii na Internetowym Koncie Pacjenta oraz dokumentację informacji uzyskanych od pacjenta podczas przeglądu lekowego, który ma stanowić kluczowy element pilotażu. Do tej pory nie został jednak opublikowany oficjalny zakres planowanego pilotażu ani potwierdzenie wspierania procesu przez rozwiązania IT (tym bardziej postęp w ich rozwijaniu). Nie została udostępniona także informacja na temat postępów prac nad potencjalnym rozwiązaniem, co nawet w przypadku potwierdzenia powyższych planów nie pozwala ocenić, czy terminowe opracowanie wymaganych systemów jest możliwe. Dlatego też opisane funkcjonalności pilotażu należy uznać za niepotwierdzone.³³

Biorąc pod uwagę brak oficjalnego potwierdzenia planów oraz fakt, że Poziom I modelu zdefiniowany jest przez zakres projektu ustawy, który nie odwołuje się do rozwiązań IT, wsparcie ze strony systemu

³² Projekt ustawy o zawodzie farmaceuty z dnia 16.01.2020 r.

³³ Biuletyn Naczelnej Izby Aptekarskiej, nr VII/2019, Sprawozdanie z działalności Naczelnej Izby Aptekarskiej Siódmej Kadencji, 2016-2020, s. 100

e-Zdrowie zostało umieszczone poza zakresem omawianego poziomu. Ponieważ inicjatywa jest przynajmniej rozważana i należy się spodziewać wprowadzenia w niedalekiej przyszłości, wsparcie w opisanym zakresie znajduje się na Poziomie II modelu.

6.2.4 Ograniczenia regulacyjne

Ponieważ Poziom I modelu zdefiniowany jest przez zakres projektu ustawy, w dokumencie nie istnieją zapisy ograniczające możliwość świadczenia opisanych usług.

6.3 Poziom II – Apteka jako centrum profilaktyki i konsultacji zdrowotnych

6.3.1 Zakres opieki farmaceutycznej

Poziom II modelu opieki farmaceutycznej ma na celu wydłużenie listy usług oferowanych przez apteki o konsultacje w zakresie szerszych zagadnień zdrowotnych niż stosowanie się do zaleceń lekarza oraz dalsze zwiększenie efektywności profilaktyki.

6.3.1.1 Profilaktyka i edukacja

Głównym elementem Poziomu II modelu jest rozszerzenie badań diagnostycznych wykonywanych przez farmaceutę o listę działań profilaktycznych pozwalających stwierdzić zagrożenie występowania wybranych schorzeń przewlekłych. Skupienie się na konkretnych schorzeniach ma na celu rozwinięcie profilaktyki Poziomu I modelu ze stwierdzenia zaistnienia problemów zdrowotnych w stronę próby wstępnego zdiagnozowania określonego schorzenia. Po otrzymaniu odpowiedniego zalecenia od farmaceuty, pacjent powinien udać się do lekarza POZ lub specjalisty. Warto również podkreślić kompleksowość badań diagnostycznych możliwych do wykonania w aptece w przypadku umożliwienia poboru w niej krwi od pacjenta. Zakres profilaktyki staje się wówczas znacznie szerszy i mógłby obejmować wspieranie takich inicjatyw jak zapowiadany program Profilaktyka 40 Plus³⁴. 🇺🇸

6.3.1.2 Wsparcie czujności pacjenta

Poziom II modelu zakłada rozszerzenie zakresu opieki farmaceutycznej o pomoc w walce z uzależnieniami, przykładowo od tytoniu, alkoholu czy cukru. Substancje uzależniające zostały zaklasyfikowane przez World Health Organization jako czynniki zwiększające ryzyko zachorowania na choroby niezakaźne³⁵. Podczas konsultacji farmaceuta dokonuje przeglądu postępów pacjenta w walce z uzależnieniem i świadczy porady pomagające w dalszej terapii. 🇺🇸 🇩🇪 🇬🇧

Drugim obszarem doradztwa ze strony farmaceutów jest umożliwienie pacjentowi skonsultowania swoich planów podróży pod kątem zachowania zdrowia i bezpieczeństwa. Zadaniem farmaceuty jest dostarczenie rekomendacji w zakresie szczepień, które powinny zostać wykonane przed podróżą, środków ostrożności pozwalających na uniknięcie groźnych, lokalnych chorób w miejscu pobytu oraz transportu i właściwego przechowywania zażywanych leków. 🇩🇪 🇬🇧

6.3.1.3 Wsparcie terapii

Wsparcie terapii na Poziomie II modelu zakłada rozwój dwóch obszarów. Pierwszym z nich jest dalsze zwiększanie efektywności konsultacji farmaceutycznych, podczas gdy drugi skupia się na poszerzaniu zakresu usług o dodatkowe obszary konsultacji oraz rozwiązania logistyczne.

Dalsze zwiększenie efektywności konsultacji planowane jest poprzez wspomniane w opisie Poziomu I zapewnienie farmaceutom możliwości wglądu w dane dotyczące farmakoterapii na Internetowym Koncie Pacjenta oraz dokumentację informacji uzyskanych od pacjenta podczas przeglądu lekowego. Optymalnym rozwiązaniem byłoby również udostępnienie farmaceutom za zgodą pacjenta dostępu do historii jego choroby. Dysponując precyzyjnymi wynikami badań, listą przebytych chorób oraz

³⁴ Portal Internetowy Ministerstwa Zdrowia

³⁵ Portal Internetowy World Health Organization

kontekstem zalecenia danej terapii przez lekarza, farmaceuta byłby w stanie lepiej wesprzeć terapię poradami farmakologicznymi. 🇫🇮

Dodatkową zmianą w zakresie konsultacji jest wyodrębnienie w przypadku wybranych chorób przewlekłych oddzielnego rodzaju spotkań dotyczących wsparcia inicjacji terapii nowym lekiem. Mimo że udzielanie porad z tego zakresu wchodzi w zakres standardowych konsultacji farmaceutycznych, celem zmiany jest ustrukturyzowanie procesu i przekształcenie go w integralny element systemu opieki zdrowotnej. Przykładowo, rozpoczynając nową terapię insuliną lub lekami na nadciśnienie, pacjent będzie miał możliwość umówienia konsultacji w ramach inicjatywy, która modelowo będzie zawierała pakiet dwóch lub trzech wizyt, w zależności od schorzenia. Podczas pierwszej wizyty farmaceuta będzie dostarczał instrukcji dotyczących leku lub urządzenia medycznego, a podczas kolejnych śledził postępy w adaptacji terapii oraz rozwiewał powstałe wątpliwości. Kluczowym elementem inicjatywy jest stworzenie uniwersalnych ram dla poszczególnych schorzeń i zapewnienie płynnego przejścia od zalecenia lekarza do pierwszej konsultacji farmaceutycznej. 🇫🇮 🇨🇪 🇩🇰

W kategorii poszerzania usług pierwszym elementem jest umożliwienie farmaceutom umieszczania leków w blistrach. W celu zminimalizowania ryzyka pominięcia lub przyjęcia niewłaściwej dawki leku farmaceuta może odpakować leki i umieścić je w przegródkach reprezentujących poszczególne dni tygodnia i pory dnia. Rozwiązanie to jest szczególnie wartościowe w przypadku starszych pacjentów przyjmujących często znaczną liczbę leków, którzy mają problemy z pamięcią.. 🇫🇮 🇨🇪 🇩🇰

Kolejnym elementem wsparcia terapii jest zaangażowanie farmaceutów w przebieg substytucyjnej terapii opioidowej. Pacjenci będący poddani terapii uzyskują możliwość udania się do jednej z wybranych aptek, w której będą mogli otrzymać dzienną dawkę zaleczonej substancji i przyjąć ją pod nadzorem farmaceuty. Rozwiązanie to byłoby korzystne dla pacjentów, którzy obecnie muszą udawać się do punktów wydawania metadonu oddalonych od ich miejsca zamieszkania. 🇨🇪

Dodatkową usługą jest możliwość wydawania w nagłych wypadkach leków wyznaczonemu przez pacjenta kurierowi. W przypadku, kiedy pacjent nie jest w stanie sam dotrzeć do apteki, a lek jest mu pilnie potrzebny, farmaceuta dysponuje możliwością wydania leku osobie lub kurierowi wyznaczonej przez pacjenta. Wprowadzenie usługi stanowi największą wartość dla pacjentów w podeszłym wieku oraz osób z ograniczonymi możliwościami ruchowymi. 🇨🇪

Ostatnią usługą jest wprowadzenie infolinii, dzięki której pacjenci mogliby rozwiązać potencjalne wątpliwości względem zażywania leków lub dowiedzieć się, gdzie znajduje się najbliższa otwarta apteka. Usługa ta skierowana jest przede wszystkim do pacjentów, którzy mają proste pytania lub nie mogą samodzielnie się zapoznać z informacjami zamieszczonymi w ulotce dołączonej do leku (np. ze względu na problemy ze wzrokiem). Celem udzielania informacji na temat najbliższej otwartej apteki jest z kolei pomoc w przypadkach nagłych sytuacji mających miejsce w godzinach nocnych, szczególnie pacjentom nieposiadającym dostępu do Internetu bądź umiejętności pozwalających uzyskać tę informację w sieci. Warto zauważyć, że ze względu na swój charakter potencjalna usługa miałaby najprawdopodobniej charakter centralny i nie byłaby prowadzona na poziomie pojedynczej apteki. 🇨🇪

6.3.2 Spodziewane korzyści

Podstawową korzyścią z wprowadzenia modelu jest przekształcenie aptek w swoiste centra profilaktyki i konsultacji zdrowotnych. Prawdopodobnym efektem takiej procesu jest zmiana postrzegania ich przez pacjentów jako miejsca, gdzie pacjent jedynie kupuje lek, a na miejsce, do którego mogą się udać w celu proaktywnego dbania o własne zdrowie.

Dla systemu opieki zdrowotnej, zmiana z dużym prawdopodobieństwem doprowadzi do zwiększenia efektywności profilaktyki i tym samym zmniejszenia liczby hospitalizacji z powodu późno wykrytych lub nieefektywnie prowadzonych chorób przewlekłych. Poza spodziewanym wzrostem liczby wykonywanych badań diagnostycznych, tendencja do wykonywania znacznej ich części w aptekach ma szansę doprowadzić do zmniejszenia liczby analogicznych wizyt odbywanych w przychodniach i ośrodkach specjalistycznych.

Umożliwienie farmaceutom wglądu w zalecenia lekarza oraz potencjalnie w wyniki badań pacjenta skutkowałoby wzrostem skuteczności terapii dzięki możliwości udzielania dokładniejszych zaleceń. Wprowadzanie do Internetowego Konta Pacjenta danych uzyskanych podczas przeglądu lekowego z kolei wspomagałoby codzienną pracę lekarza. Poszerzenie konsultacji farmaceutycznych o wspomniane obszary z dużym prawdopodobieństwem przełożyłoby się na zwiększone bezpieczeństwo i poprawę zdrowia pacjenta.

6.3.3 Potencjalne wykorzystanie systemu e-Zdrowie

Wdrożenie Poziomu II modelu wiąże się z koniecznością zapewnienia farmaceutom dostępu do informacji na temat terapii (zalecenia lekarskie) oraz potencjalnie danych medycznych (wyniki badań). Integralnym elementem jest również opracowanie rozwiązania umożliwiającego farmaceutom dokumentację przeglądów lekowych, która następnie posłuży do wprowadzenia danych do Internetowego Konta Pacjenta. Według Sprawozdania z prac Komisji ds. Opieki Farmaceutycznej Naczelnej Rady Aptekarskiej ostatnia funkcjonalność jest już rozwijana³⁶.

6.3.4 Ograniczenia regulacyjne

Wprowadzenie Poziomu II modelu wymaga zagwarantowania farmaceutom podstawy prawnej do wykonywania wszystkich opisanych czynności. Dotyczy to takich obszarów jak umieszczanie leków w blistrach oraz wspieranie terapii substytucyjnej, które obecnie znajdują się poza kompetencjami farmaceuty.

Drugim elementem wymagającym regulacji prawnej jest wspomniany w kontekście systemu e-Zdrowie dostęp do informacji na temat terapii oraz potencjalnie historii choroby pacjenta. Poza umożliwieniem dostępu od strony technicznej kluczowe jest również zapewnienie farmaceutom dostępu od strony regulacyjnej.

³⁶ Biuletyn Naczelnej Izby Aptekarskiej, nr VII/2019, Sprawozdanie z działalności Naczelnej Izby Aptekarskiej Siódmej Kadencji, 2016-2020, s. 100

6.4 Poziom III – Współpraca pomiędzy lekarzami i farmaceutami

6.4.1 Zakres opieki farmaceutycznej

Poziom III modelu ma na celu zacieśnienie współpracy pomiędzy lekarzami i farmaceutami oraz poszerzenie obszaru działań wybranych aktywności opieki farmaceutycznej poza obszar apteki.

6.4.1.1 Profilaktyka i edukacja

Inicjatywa w zakresie edukacji ma za zadanie zwiększenie zasięgu edukacji i promocji zdrowego trybu życia szerzonych przez farmaceutów tak, aby zwiększyć liczbę docelowych odbiorców. W tym celu zakres obowiązków farmaceuty powinien zostać poszerzony o prowadzenie akcji prozdrowotnych i edukacyjnych, również poza obszarem apteki, w takich miejscach jak szkoły i ośrodki lokalnych społeczności. Tematyka spotkań obejmuje takie zagadnienia jak edukacja w zakresie profilaktyki oraz porady dotyczące zdrowego trybu życia. 🇸🇰

Drugim elementem profilaktyki jest umożliwienie pacjentom zaszczepienia się w aptecce przeciw najpowszechniejszym schorzeniom (np. grypa) lub w wypadku zagrożenia wybuchem epidemii. Wygoda związana z bliskością aptek i brakiem konieczności czekania w kolejce na wizytę lekarza wiązałyby się z prawdopodobnym wzrostem wszczepialności. 🇬🇧 🇩🇪 🇫🇮

6.4.1.2 Wsparcie czujności pacjenta

Do prawidłowego funkcjonowania konsultacji zdrowotnych pacjent musi mieć możliwość otrzymania od farmaceuty recepty na leki niezbędne do realizacji otrzymanych zaleceń. Zakres leków objętych zakresem recepty powinien być jasno zdefiniowany i ograniczony do terapii wybranych schorzeń. 🇬🇧

6.4.1.3 Wsparcie terapii

Kluczową inicjatywą w zakresie wsparcia terapii jest poszerzenie wspomnianej w opisie Poziomu II modelu możliwości dokumentacji przeglądów lekowych o możliwość dostarczania lekarzowi prowadzącemu terapię schorzenia przewlekłego (lub wystawiającemu receptę) rekomendacji dotyczących optymalizacji dawkowania leku. Przykładowo, jeśli podczas wywiadu z pacjentem farmaceuta oceni, że problemy lekowe pacjenta związane są najprawdopodobniej z zażywaniem zbyt dużej dawki przepisanego leku, system powinien mu umożliwić wystawienie rekomendacji skierowanej do odpowiedniego lekarza. Poziom ustrukturyzowania formatu rekomendacji pozostaje kwestią otwartą, jednak powinna ona być widoczna na Internetowym Koncie Pacjenta, a lekarz powinien mieć możliwość udokumentowania w systemie jej zaakceptowania lub odrzucenia.

Kolejnym ważnym elementem jest zapewnienie dostępu do opieki farmaceutycznej pacjentom starszym oraz osobom o ograniczonej mobilności, którzy nie mogą samodzielnie dotrzeć do apteki. Powinni oni mieć możliwość otrzymania wybranych usług poza obszarem placówki. Dotyczy to takich elementów opieki farmaceutycznej jak konsultacje, przegląd lekowy czy blistrowanie leków. Choć szczegóły organizacyjne rozwiązania oraz aspekt regulacyjny pozostają sprawą otwartą, farmaceuta powinien być w stanie w opisanych sytuacjach świadczyć usługi z zakresu opieki farmaceutycznej poza apteką. 🇸🇰

Ostatnim rozwinięciem wsparcia terapii jest wprowadzenie opieki po hospitalizacji, mającej na celu pomoc pacjentowi w przyswojeniu i zrozumieniu zmian w dotychczasowej terapii. Podobnie jak w przypadku wsparcia nowej terapii lekowej, powyższe działania znajdują się w zakresie konsultacji farmaceutycznych, jednak i w tym wypadku krytycznym elementem jest zintegrowanie usługi z resztą systemu opieki zdrowotnej w taki sposób, aby zachować ciągłość pomiędzy momentem opuszczenia

przez pacjenta szpitala a pierwszą konsultacją. W kontekście tej usługi wyjątkowo ważna jest również możliwość prowadzenia jej przez farmaceutę w miejscu przebywania pacjenta. 🇵🇱

6.4.2 Spodziewane korzyści

Wprowadzenie Poziomu III modelu wiąże się przede wszystkim ze zwiększaniem roli farmaceuty w terapii pospolitych schorzeń. Umożliwienie pacjentowi odbycia konsultacji w ich zakresie z farmaceutą zwiększy dostępność wizyt o tym charakterze oraz pozwoli lekarzom POZ skupić się na problemach zdrowotnych wymagających większej ekspertyzy.

Rozwój opieki i wsparcia po hospitalizacji prawdopodobnie zwiększy efektywność, z jaką pacjenci będą przyswajać reguły zmodyfikowanej terapii. Poprawa ta z kolei zmniejszy ryzyko powtórnej hospitalizacji. Umożliwienie farmaceutom wprowadzania rekomendacji do Internetowego Konta Pacjenta dostarczy lekarzom dodatkowej opinii profesjonalisty, umożliwiającą bardziej świadomą modyfikację terapii, co przełoży się na wzrost jej efektywności.

6.4.3 Potencjalne wykorzystanie systemu e-Zdrowie

Integralnymi elementami Poziomu III modelu jest dodawanie rekomendacji farmaceuty do Internetowego Konta Pacjenta oraz prowadzenie konsultacji zdrowotnych dotyczących powszechnych schorzeń. W obu tych przypadkach niezbędne jest umożliwienie farmaceutom dodawania informacji za pomocą systemu e-Zdrowie.







6.4.4 Ograniczenia regulacyjne

Warunkiem wdrożenia Poziomu III jest umożliwienie farmaceutom prowadzenia wspomnianych konsultacji zdrowotnych oraz wystawiania recept na adekwatne leki. Obecnie wystawienie recepty farmaceutycznej możliwe jest jedynie w wyjątkowych sytuacjach, kiedy zagrożone jest życie lub zdrowie pacjenta. Podobnie, pozostałe omawiane usługi, w tym prowadzenie konsultacji zdrowotnych, również wymagają jednoznacznego umocowania regulacyjnego.

7 OPIEKA FARMACEUTYCZNA W INNYCH KRAJACH EUROPEJSKICH

Poniższa sekcja przedstawia opisy modeli opieki farmaceutycznej w wybranych krajach Europy, wraz z wnioskami płynącymi z ich wdrożenia dla perspektywy wprowadzenia analogicznych rozwiązań w Polsce. Warto zauważyć, że, jak wspomniano, liczba farmaceutów oraz techników farmacji przypadających średnio na 10 tys. mieszkańców w Polsce jest zbliżona do omawianych krajów. W zakresie dostępności personelu nie ma zatem przeszkód do zaadaptowania analogicznych rozwiązań w Polsce. W celu ilustracji wniosku poniżej ponownie została załączona Tabela 2.

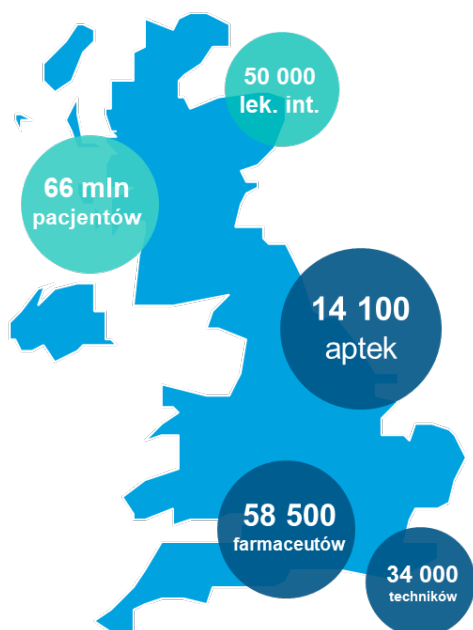
Tab. 2. Personel medyczny w przeliczeniu na 10 tys. mieszkańców w wybranych krajach europejskich³⁷

	 Wielka Brytania	 Niderlandy	 Norwegia	 Szwecja	 Austria	 Polska
Lekarze	28,11	36,03	46,59	41,17	51,83	23,80
Lekarze interniści	7,54	16,19	8,65	6,46	15,62	4,19
Pielęgniarki	78,25	109,43	176,66	109,02	68,50	48,06
Farmaceuci	8,83	2,10	6,63	8,29	7,10	6,98
Technicy farmacji	5,15	9,40	5,12	3,02	Brak danych	8,82

³⁷ Baza danych OECD Health Care Resources Database

7.1 Opieka farmaceutyczna w Wielkiej Brytanii

Tab. 4. Personel medyczny w Wielkiej Brytanii³⁸



Personel medyczny	Łącznie	per 10 tys. mieszkańców
Lekarze	185 500	28,11
Lekarze interniści	50 000	7,54
Pielęgniarki	517 000	78,25
Farmaceuci	58 500	8,83
Technicy farmacji	34 000	5,15

7.1.1 Rynek aptek

Obecny kształt rynku aptek w Wielkiej Brytanii w kontekście opieki farmaceutycznej zdefiniowany jest przez wprowadzony w 2009 roku program *Healthy Living Pharmacies* (HLP). Zakłada on akredytację oraz związane z nią dofinansowanie na trzech poziomach, w zależności od poziomu spełniania ustalonych kryteriów.

Kryteria te dotyczą trzech obszarów działalności aptek. Pierwszym z nich jest wystarczająca dostępność personelu o odpowiednich kwalifikacjach. Drugie obejmuje przystosowanie samej placówki do świadczenia usług. Trzecie kryterium reprezentuje zaangażowanie apteki w życie lokalnej społeczności oraz interakcję z pozostałymi uczestnikami systemu opieki zdrowotnej.

Trzy poziomy akredytacji przekładają się na dofinansowanie trzech obszarów usług. Pierwszy poziom obejmuje edukację prozdrowotną oraz promocję zdrowego trybu życia. Drugi poziom skupia się na działaniach z zakresu profilaktyki, a trzeci z zakresu ochrony zdrowia, rozumianej jako dostarczanie zaleceń natury zdrowotnej.

W 2019 roku w Wielkiej Brytanii ponad 9 500 z ok. 14 100 aptek posiadało status HLP na pierwszym poziomie³⁹. W latach 2020-2021 posiadanie akredytacji HLP na pierwszym poziomie ma stać się warunkiem otrzymania dofinansowania od płatnika (NHS – *National Health Service*)⁴⁰.

³⁸ Baza danych OECD Health Care Resources Database

³⁹ Portal Internetowy Pharmaceutical Services Negotiating Committee

⁴⁰ Portal Internetowy Department of Health & Social Care

7.1.2 Zakres usług świadczonych w ramach opieki farmaceutycznej

Rys. 9. Usługi świadczone w Wielkiej Brytanii w ramach opieki farmaceutycznej – perspektywa pacjenta i farmaceuty



Przegląd lekowy

Możliwość przeglądu domowej apteczki wraz z farmaceutą w celu wyjaśnienia działania i prawidłowego sposobu zażywania leków oraz zapobiegania polipragmazji



Pomoc przy obsłudze urządzeń

Konsultacje i trening w zakresie obsługi osobistych urządzeń medycznych (np. pompy insulinowe, inhalatory)



Szczepienia

Dokonywanie szczepień określonych grup pacjentów (np. najbardziej narażonych na gripę)



Wsparcie inicjacji terapii

Możliwość omówienia działania i wskazań dotyczących nowo przyjmowanego leku, instrukcja zażywania oraz wsparcie w zarządzaniu skutkami ubocznymi



Recepty farmaceutyczne

Możliwość wystawienia recepty w przypadku choroby przewlekłej o stałym zapotrzebowaniu na leki lub wypisanie nowej recepty przy odpowiednich kwalifikacjach farmaceuty



Blistrowanie

Przygotowanie zorganizowanego zestawu leków posegregowanych według dni tygodnia, aby zapewnić prawidłowe dawkowanie i zmniejszyć ryzyko pominięcia dawki



Konsultacje zdrowotne

Możliwość konsultacji w zakresie powszechnych przypadłości/chorób (np. przeziębienie) oraz wykonanie wybranych badań (np. pomiar ciśnienia)



Zwalczanie uzależnień

Monitorowanie oraz konsultacje mające na celu pomoc w odstawieniu artykułów nikotynowych oraz alkoholu, substancji opioidowych



Badania diagnostyczne

Możliwość wykonania podstawowych badań diagnostycznych (np. pomiar ciśnienia, poziom cukru)

Ze względu na rozwinięty model opieki farmaceutycznej zakres usług świadczonych przez farmaceutów w Wielkiej Brytanii jest bardzo szeroki. Ich podstawą pozostaje jednak świadczenie konsultacji dotyczących wsparcia terapii lekowych.

Pierwszą kluczową usługą jest przegląd lekowy. Podczas konsultacji pacjent może przedstawić listę wszystkich przyjmowanych przez siebie leków lub fizycznie pokazać je farmaceucie. Dysponując pełnym zakresem informacji, farmaceuta jest w stanie zidentyfikować przypadki negatywnych interakcji pomiędzy zażywanymi lekami. Korzyścią dla pacjenta płynącą z przeglądu lekowego jest nie tylko lepsze zrozumienie działania leku oraz rozwianie wątpliwości dotyczących prawidłowego ich przyjmowania, ale również zestaw rekomendacji otrzymanych od farmaceuty. Rekomendacje mogą przykładowo dotyczyć optymalizacji pory przyjmowania poszczególnych substancji w celu zwiększenia pozytywnego efektu ich działania lub zminimalizowania wspomnianych negatywnych interakcji.

Kolejną usługą związaną z terapią lekową jest wsparcie inicjacji leczenia nowym lekiem. Stanowi ona ważny element w zapewnieniu *adherence* i *compliance* pacjentów na wczesnym etapie terapii. Pacjent ma możliwość przedyskutowania z farmaceutą szczegółów dotyczących prawidłowego przyjmowania leków oraz omówienia potencjalnych efektów ubocznych.

W ramach konsultacji farmaceuta udziela informacji nie tylko w zakresie przyjmowanych leków. Pacjent ma również możliwość uzyskania wskazówek w zakresie prawidłowego używania osobistych urządzeń medycznych, takich jak pompa insulinowa czy inhalator. Zakres konsultacji obejmuje nie tylko podstawy używania urządzeń, ale również rozwiązywanie podstawowych problemów technicznych.

Innym przykładem konsultacji niezwiązanej ze wsparciem terapią lekową jest pomoc pacjentowi w zakresie zwalczania uzależnienia nikotynowego. Podczas spotkań farmaceuta monitoruje postępy pacjenta oraz dostarcza porad mających na celu optymalizację danej terapii.

Najwyższym stopniem konsultacji w modelu opieki farmaceutycznej są jednak konsultacje zdrowotne. W ich ramach pacjent może liczyć na zalecenia farmaceuty w zakresie najpowszechniejszych schorzeń, takich jak przeziębienie czy zatrucie pokarmowe. Wysoki poziom standaryzacji ich leczenia sprawia, że nie zawsze wymagają one konsultacji lekarskiej, co pozwala pacjentom uniknąć kolejek w przychodni, udając się do pobliskiej apteki.

Działalność farmaceutów wiąże się również z usługami wykraczającymi poza obszar konsultacji. Część z nich związana jest z działaniami profilaktycznymi. Przykładowo, w aptece pacjent może zostać zaszczepiony przeciwko najczęstszemu schorzeniu (np. grypa). Istnieje też możliwość wykonania podstawowych badań diagnostycznych, takich jak poziom ciśnienia lub cukru we krwi.

Ostatni obszar usług świadczonych przez farmaceutów obejmuje szeroko pojęte wsparcie procesu zapewnienia pacjentom dostępu do niezbędnych leków. Farmaceuta może m.in. wystawić receptę na leki regularnie zażywane przez pacjenta w ramach terapii schorzenia przewlekłego. Jeśli farmaceuta ma właściwe akredytacje może również wypisać receptę indywidualną, która nie wymaga zatwierdzenia przez lekarza. Innym udogodnieniem jest możliwość umieszczenia wydawanych leków w blistrach, minimalizując ryzyko pominięcia lub przyjęcia niewłaściwej dawki przez pacjenta⁴¹.

7.1.3 Finansowane usługi

W Wielkiej Brytanii przeważająca większość usług finansowana jest przez płatnika, samorządy lub pokrywana z przychodu aptek. Niezależnie od rozwiązania dotyczącego danej usługi, koszt prawie w żadnym wypadku nie jest ponoszony bezpośrednio przez pacjenta. Rysunek 10. przedstawia szczegóły wyceny oraz finansowania opisanych powyżej usług⁴².

Rys. 10. Finansowanie usług świadczonych w ramach opieki farmaceutycznej



Etapy wdrożenia opieki farmaceutycznej

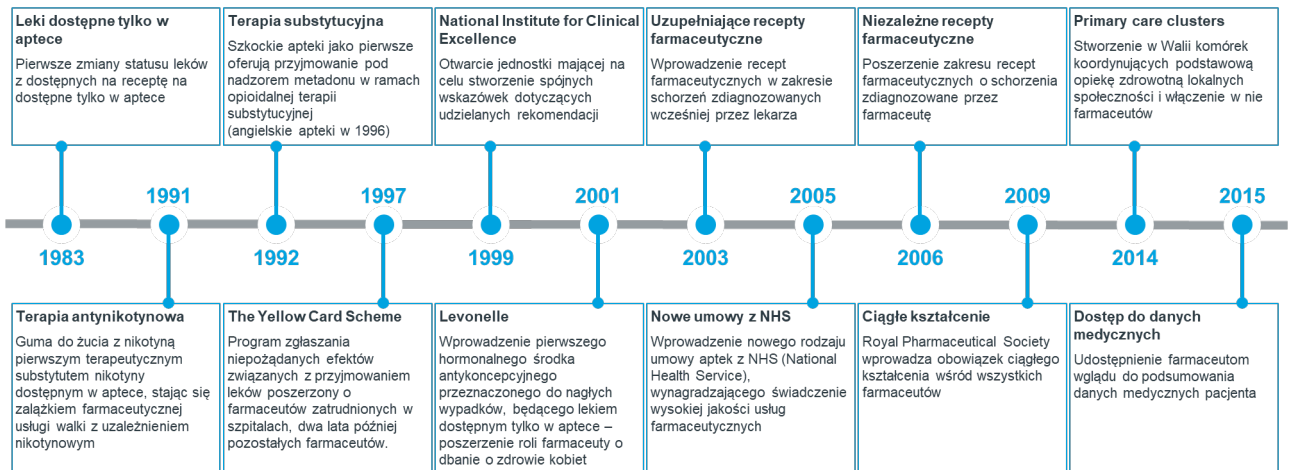
Opieka farmaceutyczna w Wielkiej Brytanii wdrażana była stopniowo. Warto zauważyć, że pierwsze usługi wprowadzane były w ramach indywidualnych inicjatyw, niebędących elementami zintegrowanego programu opieki farmaceutycznej. Rozwój modelu następował zatem organicznie. Kluczowe działania zaprezentowane są na Rysunku 11., zawierającym graficzną reprezentację wdrożenia opisanych rozwiązań⁴³.

⁴¹ Portal Internetowy Pharmaceutical Services Negotiating Committee, psnc.org.uk

⁴² Portal Internetowy Pharmaceutical Services Negotiating Committee, psnc.org.uk

⁴³ Connelly D., *NHS70: Major moments in pharmacy 1948–2018*, The Pharmaceutical Journal, czerwiec 2018

Rys. 11. Historia wdrożenia opieki farmaceutycznej



7.1.4 Rezultaty wprowadzenia opieki farmaceutycznej

Opracowania dotyczące opieki farmaceutycznej w Wielkiej Brytanii wskazują na wysoka skuteczność oraz opłacalność finansową wprowadzonych rozwiązań⁴⁴. Do najważniejszych potwierdzonych korzyści należą poniższe rezultaty:

- Poprawę w *adherence* przy wsparciu farmaceuty w nowej terapii stwierdzono u 10% pacjentów
- 21% przebadanych pacjentów przyznało, że nie udałoby się po pomoc do innego podmiotu systemu opieki zdrowotnej, gdyby nie dostęp do *Healthy Living Pharmacy*
- 87% przebadanych pacjentów stwierdziło lepsze zrozumienie swoich leków po przeglądzie lekowym. 1/3 interwencji została zaimplementowana
- 79% badanych przyznało, że konsultacje farmaceutyczne zastępują im wizyty u lekarza POZ
- Koszt konsultacji u farmaceuty jest dla płatnika niższy o ok. 50% niż analogiczna usługa świadczona przez lekarza
- Udział farmaceuty w terapii zwiększa szansę na przezwyciężenie uzależnienia nikotynowego o 160%
- Ponad 500 000 szczepień przeciwko grypie wykonywane jest w aptekach zarejestrowanych do świadczenia tej usługi (ok. 70% wszystkich aptek)

⁴⁴ Wright D., *A rapid review of evidence regarding clinical services commissioned from community pharmacies*, wrzesień 2016, s. 5-44

7.1.5 Wnioski i rozwiązania dla rynku polskiego

Rozwinięty model opieki farmaceutycznej w Wielkiej Brytanii może dostarczyć wielu pozytywnych inspiracji dla rozważań o wprowadzeniu analogicznych usług w Polsce. Na szczególną uwagę zasługują jednak dwa rozwiązania, które wyróżniają ją spośród badanych krajów.

Pierwszym z nich jest określenie kilku poziomów, na których świadczone są usługi w poszczególnych aptekach. Przykład *Healthy Living Pharmacies* pokazuje, że definicja kilku poziomów o zróżnicowanych kryteriach pozwala na stopniowe wdrażanie docelowych rozwiązań. Ma to szczególne znaczenie dla aptek, które mogą osiągać kolejne poziomy, stopniowo rozwijając poszczególne aspekty swojej działalności. Ponadto, ze względu na miejsce i kontekst rynkowy, w którym działają poszczególne placówki, nie każda z nich musi dążyć do osiągnięcia pełnego zakresu opieki farmaceutycznej. W przypadku aptek zlokalizowanych w małych miejscowościach bądź blisko kilku przychodni dążenie do wprowadzenia pełnego spektrum usług może okazać się nieuzasadnione.

Drugim rozwiązaniem jest umożliwienie farmaceutom prowadzenia konsultacji o charakterze zdrowotnym w przypadku powszechnych schorzeń o wystandaryzowanej terapii. Jak wspomniano, rozwiązanie to wiąże się z korzyściami zarówno dla pacjenta, jak i dla systemu opieki zdrowotnej.

7.2 Opieka farmaceutyczna w Niderlandach

Tab. 5. Personel medyczny w Niderlandach⁴⁵



Personel medyczny	Łącznie	per 10 tys. mieszkańców
Lekarze	61 500	36,03
Lekarze interniści	27 500	16,19
Pielęgniarki	186 500	109,43
Farmaceuci	3 600	2,10
Technicy farmacji	16 000	9,40

7.2.1 Rynek aptek

W Niderlandach apteki dzielą się na placówki sprzedające leki na receptę (*apothek*) oraz na oferujące jedynie leki dostępne bez recepty (*drogist*). Usługi z zakresu opieki farmaceutycznej świadczone są w pierwszym wymienionym typie.

7.2.2 Zakres usług świadczonych w ramach opieki farmaceutycznej

Rys. 12. Usługi świadczone w Niderlandach w ramach opieki farmaceutycznej – perspektywa pacjenta i farmaceuty

⁴⁵ Baza danych OECD Health Care Resources Database



Przegląd lekowy

Możliwość przeglądu domowej apteczki wraz z farmaceutą w celu wyjaśnienia działania i prawidłowego sposobu zażywania leków oraz zapobiegania polipragmacji - również możliwość wykonania w domu



Pomoc przy obsłudze urządzeń

Konsultacje i trening w zakresie obsługi osobistych urządzeń medycznych (np. pompy insulinowe, inhalatory)



Usługi komercyjne

Przeważnie finansowane przez zakłady ubezpieczeń w ramach polisy

- Zapewnienie kontynuacji leczenia (np. między hospitalizacjami w różnych ośrodkach)
- Szkolenia dla grup dot. samoleczenia
- Konsultacje związane z planowaniem podróży



Wsparcie inicjacji terapii

Możliwość omówienia działania i wskazań dotyczących nowo przyjmowanego leku, instrukcja zażywania oraz wsparcie w zarządzaniu skutkami ubocznymi



Wsparcie kontynuacji terapii

Możliwość omówienia działania i wskazań dotyczących leków przyjmowanych na stałe, instrukcja zażywania oraz wsparcie w zarządzaniu skutkami ubocznymi

- Koszt płatnika
- Koszt pacjenta lub ubezpieczyciela

Zakres podstawowych usług świadczonych w Niderlandach jest względnie wąski, w porównaniu do pozostałych badanych krajów. Szerszy zakres usług dostępny jest zazwyczaj w ramach polisy, oferowanej pacjentom przez zakładu ubezpieczeń.

W skład podstawowych usług wchodzi cztery podstawowe elementy. Pierwszym z nich jest przegląd lekowy. Obejmuje on przegląd zażywanych leków z farmaceutą w celu wyjaśnienia przez niego działania poszczególnych substancji oraz dostarczenia rekomendacji dotyczących ich przyjmowania, zarówno w celu maksymalizacji i pozytywnych efektów, jak i ograniczenia szkodliwych interakcji pomiędzy poszczególnymi lekami.

Kolejnym dwiema, blisko powiązаныmi ze sobą usługami, są wsparcie inicjacji oraz wsparcie kontynuacji terapii. Obie mają na celu zapewnienie, że pacjent cierpiący na schorzenie przewlekłe otrzyma odpowiednie wsparcie w zakresie informacji i ekspertyzy, aby właściwie stosować się do zaleceń lekarza dotyczących terapii lekowej. W trakcie konsultacji farmaceuta nie tylko edukuje pacjenta przekazując mu wiedzę niezbędną do stosowania terapii, ale również pomaga ograniczać negatywne skutki uboczne wynikające z przyjmowania określonych leków.

Ostatnią z podstawowych usług jest edukacja i świadczenie konsultacji w zakresie obsługi osobistych urządzeń medycznych, przykładowo pomp insulinowych. Podczas konsultacji pacjent może uzyskać od farmaceuty wiedzę dotyczącą prawidłowej obsługi urządzenia oraz rozwiązywania podstawowych problemów technicznych.

Usługi, których koszty pokrywane są przez pacjenta lub zakład ubezpieczeń, obejmują szerszy zakres działań farmaceuty. Jedną z nich jest zapewnienie pacjentowi kontynuacji leczenia po hospitalizacji. W jej zakres wchodzi pomoc pacjentowi w dostosowaniu się do potencjalnych zmian w terapii wprowadzonych podczas pobytu w szpitalu oraz dostosowanie sprzętu medycznego lub rehabilitacyjnego, szczególnie jeśli pacjent zmuszony jest pozostawać w łóżku lub jego mobilność jest w inny sposób ograniczona. Warto zauważyć, że usługa może być świadczona również w domu pacjenta, co jest powszechną praktyką w przypadku komercyjnych usług farmaceutycznych.

Inne usługi świadczone za opłatą obejmują działalność edukacyjną, przykładowo prowadzenie przez farmaceutów dla grup ubezpieczonych szkoleń dotyczących podstaw samoleczenia oraz zdrowego

trybu życia. Innym przykładem są indywidualne konsultacje na temat niezbędnych środków bezpieczeństwa związanych z planami podróży pacjenta⁴⁶.

7.2.3 Wsparcie opieki farmaceutycznej rozwiązaniami IT

Od lat dziewięćdziesiątych rozwój opieki farmaceutycznej w Niderlandach idzie w parze z towarzyszącym mu rozwojem systemów IT wspierających świadczone usługi. Zakres podstawowych usług jest zatem względnie wąski, jednak ich jakość wysoka dzięki nowoczesnym rozwiązaniom systemowym.

Przykładowo, już od lat dziewięćdziesiątych dostępne jest rozwiązanie, które po wprowadzeniu listy zazywanych leków automatycznie identyfikuje możliwe negatywne interakcje pomiędzy poszczególnymi substancjami. Rozwiązanie to stanowi użyteczne narzędzie pomocnicze dla farmaceutów podczas prowadzenia konsultacji.

Inny proces usprawniony przez rozwiązania IT to wystawianie recept dla pacjentów ze zdiagnozowanymi schorzeniami przewlekłymi. Jeśli system zidentyfikuje powtarzalną receptę wystawianą w regularnych odstępach czasowych, sugestia jej przedłużenia zostanie wysłana do lekarza. Po udzieleniu akceptacji recepta zostaje przekazana do apteki, gdzie lek zostaje przygotowany do wydania. Cały proces odbywa się bez aktywnego udziału pacjenta, a w momencie otrzymania powiadomienia lek czeka już na niego w aptece.

Dodatkowym udogodnieniem jest wyświetlana w trakcie realizacji recepty informacja dla farmaceuty, że recepta na dany lek została zrealizowana po raz pierwszy. Farmaceuta ma wtedy obowiązek poinstruować pacjenta na temat dawkowania oraz udzielić wszelkich innych wskazówek dotyczących prawidłowego przyjmowania leku. Realizacja takiej recepty wiąże się z wyższym wynagrodzeniem otrzymywanym przez farmaceutę⁴⁷.

7.2.4 Rezultaty wprowadzenia opieki farmaceutycznej

Opracowania dotyczące Niderlandów szacują znaczne korzyści związane z wprowadzeniem opieki farmaceutycznej – zarówno dla pacjenta, jak i dla systemu opieki zdrowotnej. Najważniejsze korzyści obejmują następujące obszary⁴⁸:

- Poprawę w *adherence* przy wsparciu farmaceuty w nowej terapii stwierdzono u 4% pacjentów
- 11% leków odstawianych jest bezpiecznie dzięki wsparciu farmaceuty
- Przeglądy lekowe pozwalają uniknąć 16% hospitalizacji
- Do 160 mln EUR rocznie może być oszczędzanych dzięki uniknięciu powtórnych hospitalizacji
- 190 EUR przypada średnio na pacjenta dzięki redukcji leków będącej wynikiem przeglądów lekowych

⁴⁶ Mil V., Foppe J. W., *Pharmaceutical Care in Community Pharmacy: Practice and Research in the Netherlands*, The Annals of Pharmacotherapy, listopad 2005; 2. Booz&Co, *KNMP – The potential for pharmaceutical quality services*, Haga, listopad 2012, s. 3-8

⁴⁷ Wywiad z ekspertami IQVIA

⁴⁸ Booz&Co, *KNMP – The potential for pharmaceutical quality services*, Haga, listopad 2012, s. 3-8

- Do 200 mln EUR może być zaoszczędzonych przez system opieki zdrowotnej dzięki mniejszej sprzedaży refundowanych leków oraz liczbie hospitalizacji, będących wynikiem regularnych przeglądów lekowych

7.2.5 Wnioski i rozwiązania dla rynku polskiego

Analiza charakterystyki modelu opieki farmaceutycznej w Niderlandach może dostarczyć cennych wskazówek podczas dyskusji na temat wprowadzenia opieki farmaceutycznej w Polsce. Na szczególną uwagę zasługują dwa aspekty wyróżniające omawiany model.

Pierwszym z nich jest integralne powiązanie rozwiązań z zakresu systemów IT z rozwojem usług oferowanych w ramach opieki farmaceutycznej. Opieka farmaceutyczna w Niderlandach funkcjonuje sprawnie pomimo niskiej liczby farmaceutów przypadającej na mieszkańca dzięki optymalizacji procesów za pomocą rozwiązań IT (oraz wysokiej liczbie techników farmacji). Funkcjonalności takie jak automatyczna identyfikacja szkodliwych interakcji pomiędzy lekami lub powiadamianie farmaceuty o pierwszym zrealizowaniu przez pacjenta recepty na dany lek pozwalają na zwiększenie efektywności nawet podstawowych usług oraz na optymalizację czasu farmaceuty, umożliwiając mu poświęcenie więcej uwagi bezpośredniej interakcji z pacjentem. W Polsce rozwijane funkcjonalności systemu e-Zdrowie mogłyby zostać wykorzystane do wsparcia planowanych usług farmaceutycznych, jednak kluczowe jest, aby dyskusje na temat rozwoju obu elementów prowadzone były w sposób zsynchronizowany i skoordynowany.

Drugim aspektem jest rozszerzenie działalności edukacyjnej farmaceutów poza apteki. W ramach usług komercyjnych farmaceuci organizują szkolenia i akcje edukacyjne dla grup ubezpieczonych. W Polsce kompetencje farmaceutów do przekazywania informacji dotyczących prowadzenia zdrowego trybu życia oraz podstaw stosowania się do zasad terapii można wykorzystać w postaci szkoleń i akcji prozdrowotnych organizowanych np. w szkołach i zakładach pracy.

7.3 Opieka farmaceutyczna w Norwegii

Tab. 6. Personel medyczny w Norwegii⁴⁹



Personel medyczny	Łącznie	per 10 tys. mieszkańców
Lekarze	24 500	46,59
Lekarze interniści	4 500	8,65
Pielęgniarki	93 000	176,66
Farmaceuci	3 500	6,63
Technicy farmacji	2 700	5,12

7.3.1 Rynek aptek

Rynek aptek w Norwegii zdominowany jest przez 4 sieci, przy czym 84% wszystkich aptek należy do międzynarodowych koncernów. Model ten ukształtował się po liberalizacji rynku w 2001 roku. Apteki internetowe mogą funkcjonować od 2017 roku, ale jedynie jako część tradycyjnej apteki. Apteki szpitalne prowadzone są wyłącznie przez państwo.

W zakresie otwierania nowych aptek brak jest regulacji charakterystycznych dla części innych krajów. Placówki mogą być otwierane bez ograniczeń przez dowolne podmioty, z wyjątkiem producentów leków i lekarzy. Dozwolona jest też integracja sieci aptek – zarówno pozioma (z innymi sieciami), jak i pionowa (z dostawcami)⁵⁰.

⁴⁹ Baza danych OECD Health Care Resources Database

⁵⁰ Portal Internetowy Norwegian Pharmacy Association

7.3.2 Zakres usług świadczonych w ramach opieki farmaceutycznej

Rys. 13. Usługi świadczone w Norwegii w ramach opieki farmaceutycznej – perspektywa pacjenta i farmaceuty



Usługi z zakresu opieki farmaceutycznej w Norwegii skupione są na profilaktyce i wsparciu terapii w zakresie konkretnych chorób przewlekłych.

Od 2016 roku pacjenci mogą w aptekach otrzymać edukację w zakresie poprawnego używania inhalatora. Z kolei od 2018 roku pacjenci cierpiący na choroby układu krążenia mogą liczyć na program mający na celu wsparcie wprowadzenia nowego leku do terapii. W skład programu wchodzi trzy wizyty – podczas pierwszej z nich pacjent otrzymuje instrukcje dotyczące poprawnego przyjmowania leku, a podczas dwóch następnych (kolejno po dwóch i pięciu tygodniach) farmaceuta rozwiewa powstałe wątpliwości pacjenta oraz pomaga mu w rozwiązaniu potencjalnych problemów⁵¹.

Inne usługi skupione na wybranych chorobach przewlekłych obejmują przede wszystkim badania diagnostyczne. W ich zakres wchodzi takie środki profilaktyki jak kontrola poziomu cukru, ciśnienia i cholesterolu. Pozostałe środki ostrożności obejmują testy kontrolne pod kątem ryzyka wystąpienia raka jelita grubego oraz badanie znamion pod kątem zmian skórnych.

Poza wspomnianym zakresem apteki świadczą też usługi z innych obszarów. Jedną z nich jest możliwość odbycia z farmaceutą konsultacji mających na celu wsparcie pacjenta w zwalczaniu uzależnienia nikotynowego. Podczas wizyty omawiane są postępy oraz dostarczane wskazówki w zakresie dalszych kroków. Inną usługą świadczoną w ok. 25% są szczepienia przeciwko grypie.

Z wyżej wymienionych usług, edukacja w zakresie poprawnego używania inhalatora oraz wsparcie wprowadzenia nowego leku do terapii finansowane są w pełni przez państwo. Koszty pozostałych usług muszą być finansowane przez pacjenta lub zakład ubezpieczeń.

7.3.3 Obowiązki i uprawnienia farmaceutów oraz techników farmacji

W Norwegii pojęcie „farmaceuta” obejmuje dwie grupy profesjonalistów. Pierwszą z nich są magistrzy farmacji, którzy ukończyli pięcioletnie studia. Drugą są tzw. *prescriptionists*. Uzyskanie tego tytułu

⁵¹ Portal Internetowy Norwegian Pharmacy Association

wymaga ukończenia trzyletnich studiów licencjackich. Obie grupy posiadają te same uprawnienia w zakresie udzielania porad pacjentom oraz wydawania im leków na receptę. Tytuł magistra farmacji wymagany jest jednak do pełnienia funkcji kierownika farmacji, którego obowiązki obejmują zarządzanie apteką, również w zakresie zapewnienia odpowiedniego profesjonalizmu w zakresie usług świadczonych pacjentom.

Technicy farmacji nie posiadają uprawnień w zakresie wydawania pacjentom leków na receptę. Ich rola obejmuje udzielanie klientom apteki podstawowych informacji oraz odpowiedzialność za sprawy administracyjne i utrzymywanie odpowiedniego poziomu stanu magazynowego. Kurs na technika farmacji trwa sześć miesięcy i jest oferowany w ramach szkolnictwa wyższego⁵².

7.3.4 Rezultaty wprowadzenia opieki farmaceutycznej

Obie usługi zapewniane przez państwo przyczyniły się do wzrostu skuteczności terapii.

W przypadku edukacji w zakresie poprawnego używania inhalatora, badania wykazały, że po odbyciu konsultacji 90% badanych poprawnie używało urządzenia, podczas gdy przed przystąpieniem do programu 70% jego uczestników popełniało krytyczne błędy, zmniejszające korzyści z używania urządzenia⁵³.

Podobnie, badania na grupie kontrolnej pacjentów cierpiących na choroby układu krążenia, rozpoczynających terapię nowym lekiem wykazały poprawę *adherence* o 4,5-5% na wczesnym etapie terapii, obejmującym pierwsze 18 miesięcy⁵⁴.

7.3.5 Wnioski i rozwiązania dla rynku polskiego

Podstawowym aspektem opieki farmaceutycznej w Norwegii, na który warto zwrócić uwagę podczas rozważań na temat wprowadzenia opieki farmaceutycznej w Polsce, jest skupienie się oferowanych usług na konkretnych schorzeniach przewlekłych. Dotyczy to zarówno profilaktyki, jak i etapu wsparcia terapii.

Badania diagnostyczne powinny oczywiście obejmować jak najszersze spektrum możliwych dolegliwości, jednak w przypadku chorób takich jak rak jelita grubego lub rak skóry warto podjąć korki mające na celu jak najwcześniejsze wykrycie niepokojących objawów. Podobnie, skoncentrowanie się na wsparciu terapii poszczególnych chorób pozwala na opracowanie dokładniejszych wytycznych i zapewnieniu bardziej precyzyjnej struktury odbywanym konsultacjom.

⁵² Portal Internetowy Norwegian Pharmacy Association

⁵³ Portal Internetowy Norwegian Pharmacy Association

⁵⁴ Hovland R., Bremer S., Frigaard Ch., Hendjum S., *Effect of a pharmacist-led intervention on adherence among patients with a first-time prescription for a cardiovascular medicine: a randomized controlled trial in Norwegian pharmacies*, Apokus, National Centre for Development of Pharmacy Practice, Oslo, grudzień 2019

7.4 Opieka farmaceutyczna w Szwecji

Tab. 7. Personel medyczny w Szwecji⁵⁵



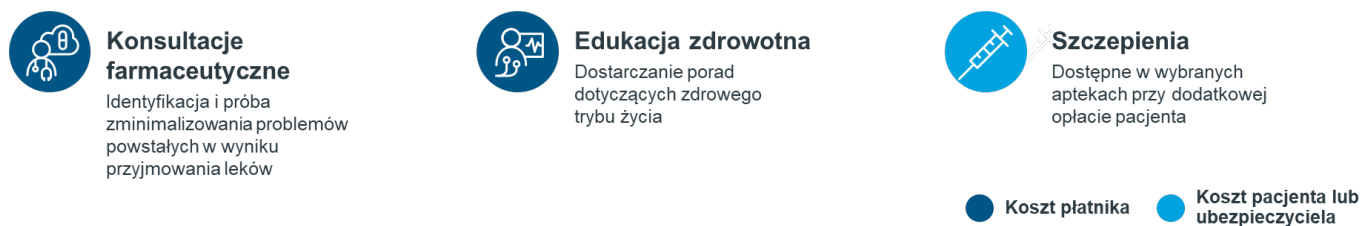
Personel medyczny	Łącznie	per 10 tys. mieszkańców
Lekarze	41 000	41,17
Lekarze interniści	6 400	6,46
Pielęgniarki	108 000	109,02
Farmaceuci	8 200	8,29
Technicy farmacji	3 000	3,02

7.4.1 Rynek aptek

Do 2009 roku wszystkie apteki w Szwecji należały do państwowej spółki Apoteket AB. Decyzja o liberalizacji regulacji w zakresie właścicielstwa aptek stała się początkiem zmian, w wyniku których ok. 66% aptek należy do prywatnych firm, w większości sieciowych. Pozostałe apteki wciąż skupione są pod szyldem Apoteket AB⁵⁶.

7.4.2 Zakres usług świadczonych w ramach opieki farmaceutycznej

Rys. 14. Usługi świadczone w Szwecji w ramach opieki farmaceutycznej – perspektywa pacjenta i farmaceuty



Obecnie głównym elementem opieki farmaceutycznej w Szwecji są konsultacje prowadzone przez farmaceutów. Ich zakres obejmuje przede wszystkim identyfikację i próbę zminimalizowania problemów powstałych w wyniku przyjmowania leków oraz rozwiewanie wątpliwości pacjentów w zakresie stosowania się do zasad terapii.

⁵⁵ Baza danych OECD Health Care Resources Database

⁵⁶ World Health Organization, *The legal and regulatory framework for community pharmacies in the WHO European Region*, Copenhagen 2019, s. 29

Pierwsza konsultacja trwa ok. 30 minut i musi zostać zarezerwowana z wyprzedzeniem. Podczas spotkania farmaceuta zapoznaje się z sytuacją zdrowotną pacjenta oraz szczegółami zalecanej mu terapii. Kolejne wizyty są krótsze i trwają przeważnie w okolicach 15 minut. Dodatkową wartością dodaną dla systemu opieki zdrowotnej jest dokumentowanie wyników konsultacji w narodowej bazie danych, dzięki czemu z informacji mogą skorzystać również inni uczestnicy systemu.

Opieka farmaceutyczna w opisanym zakresie jest świadczona w ok. 260 spośród ok. 900 aptek. Decyzja o wprowadzeniu usług podejmowana jest przez kierownika apteki i podyktowana liczebnością i dostępnością personelu. Warto zauważyć, że nie wszystkie apteki prowadzą konsultacje o uniwersalnym zakresie – część z nich koncentruje się na konkretnych schorzeniach, np. cukrzyca lub chorobach układu krwionośnego, w zależności od poziomu wiedzy i doświadczenia farmaceuty.

Konsultacje farmaceutyczne są bezpłatne, niezależnie od swojego zakresu. Praca farmaceutów finansowana jest z przychodu aptek, a samo świadczenie usług postrzegane jest jako praca społeczna⁵⁷. W odróżnieniu od konsultacji, usługą płatną, którą pacjent może nabyć w wybranych aptekach jest wykonywanie szczepień. Zakres usług obejmuje zarówno szczepienia sezonowe (np. grypa), jak i związane z planami podróży, jak kleszczowe zapalenie mózgu czy dur brzuszny⁵⁸.

7.4.3 Obowiązki i uprawnienia farmaceutów oraz techników farmacji

W Szwecji określenie „farmaceuta” używane jest zarówno w odniesieniu do magistra farmacji, jak i do tzw. *prescriptionist*, będącego odpowiednikiem licencjata farmacji. Edukacja magistra farmacji trwa pięć lat i poza wiedzą ekspercką obejmuje również tematy z zakresu komunikacji, świadczenia usług konsultacyjnych oraz prawidłowego zajmowania się pacjentem. Aby zostać *prescriptionist*, należy ukończyć trzyletnie studia, które skupiają się przede wszystkim na przygotowaniu studenta do pracy w aptece. Z tego powodu role, jakie odgrywają te dwie grupy przeważnie różnią się od siebie. Pomimo że mają one te same uprawnienia oraz ten sam zakres odpowiedzialności, magistrzy farmacji częściej prowadzą badania, ocenę leków oraz zasiadają w komitetach, podczas gdy *prescriptionists* zajmują się przede wszystkim codzienną interakcją z pacjentem i wydawaniem leków.

Technicy farmacji zajmują się przede wszystkim sprzedażą i doradzaniem pacjentom w zakresie leków bez recepty. Jednym z ich kluczowych zadań jest ocena czy problem pacjenta może zostać rozwiązany przez farmaceutę, czy wymaga zalecenia pacjentowi zgłoszenia się do lekarza.

Obowiązki technika farmacji obejmują również sprawy administracyjne, tak jak odpowiedzialność za utrzymywanie odpowiedniego poziomu stanów magazynowych czy rejestrowanie recept. Warto zauważyć, że technik farmacji posiada uprawnienia do wydawania leku przygotowanego przez farmaceutę.⁵⁹

⁵⁷ Montgomery A., *Counselling in Swedish Community Pharmacies: Understanding the Process of a Pharmaceutical Care Service*, Department of Pharmacy, Uppsala University, Uppsala 2009, s. 17, 23-25

⁵⁸ Portal Internetowy sieci aptecznej Apoteket AB

⁵⁹ Montgomery A., *Counselling in Swedish Community Pharmacies: Understanding the Process of a Pharmaceutical Care Service*, Department of Pharmacy, Uppsala University, Uppsala 2009, s. 17, 23-25

7.4.4 Najważniejsze etapy wdrożenia opieki farmaceutycznej

Opieka farmaceutyczna w Szwecji wdrażana była etapami.

Od 1991 roku, przez kolejne 10 lat, Apoteket AB, będące właścicielem wszystkich aptek w kraju, prowadziło doroczne kampanie mające na celu zwiększenie świadomości farmaceutów oraz pacjentów w zakresie określonych schorzeń, takich jak cukrzyca, astma, alergie czy choroby skórne. Przykładowo, grupy pacjentów ze świeżo zdiagnozowanym schorzeniem organizowane były w lokalne grupy, które następnie spotykały się z farmaceutami w celu otrzymania od nich niezbędnej edukacji. W ten sposób pacjenci uczyli się, jak radzić sobie z nowym schorzeniem, podczas gdy farmaceuci nabywali niezbędne umiejętności i doświadczenie w zakresie przekazywania pacjentom wiedzy oraz wspierania ich w ciężkim dla nich okresie.

W 2002 roku wprowadzono usługę konsultacji, która z czasem stała się trzonem opieki farmaceutycznej w Szwecji. Początkowo program obejmował jedynie 11 aptek i jego przebieg oceniany był przez środowisko akademickie oraz lekarskie. Wraz z potwierdzaniem pozytywnych rezultatów programu, jego zasięg rozszerzano stopniowo o kolejne apteki, aż usługa osiągnęła swoją dzisiejszą formę⁶⁰.

7.4.5 Wsparcie opieki farmaceutycznej rozwiązaniami IT

System opieki zdrowotnej w Szwecji wspierany jest w znacznym stopniu przez systemy IT, które mają również pozytywny wpływ na jakość opieki farmaceutycznej. Na uwagę zasługuje fakt, że bezpośrednimi beneficjentami funkcjonalności systemów nie są jedynie lekarze i farmaceuci, ale również sami pacjenci, którzy posiadają dostęp do urządzeń pozwalających na ustrukturuwany wgląd w ich dane zdrowotne.

Podstawowe usługi dostępne w kanale elektronicznym to e-Recepty, elektroniczne umawianie wizyt oraz dostęp do danych medycznych. Za pomocą kanału zdalnego możliwe jest też odbycie konsultacji lekarskiej. Część rozwiązań jest jednak szczególnie wartościowa z punktu widzenia opieki farmaceutycznej.

Jednym z takich rozwiązań jest system EES (*Electronic Expert Support*), który nie tylko dostarcza farmaceutom pełnego obrazu leków zażywanych przez pacjenta, ale również automatycznie identyfikuje potencjalne szkodliwe interakcje pomiędzy poszczególnymi substancjami. Na podstawie uzyskanych informacji farmaceuta jest w stanie skuteczniej ocenić terapię przez pryzmat indywidualnych informacji dostarczonych przez pacjenta.

Kolejnym rozwiązaniem jest system *Medicine Check*, który zapewnia pacjentowi przejrzysty obraz historii oraz obecnego statusu jego recept. Zestawienie obejmuje między innymi listę wystawionych recept oraz historię ich realizacji. Dodatkową informacją jest kwota, która pozostała pacjentowi do osiągnięcia rocznego progu wysokich kosztów, po osiągnięciu którego zostanie zwolnionych z dodatkowych kosztów związanych z opieką zdrowotną (*högkostnadsskydd*).

Następnym krokiem i zarazem uzupełnieniem powyższych funkcjonalności jest system *My Issued Prescriptions*. Pozwala on generować odpowiednie raporty oraz analizuje wzorce oraz prawidłowości

⁶⁰ Montgomery A., *Counselling in Swedish Community Pharmacies: Understanding the Process of a Pharmaceutical Care Service*, Department of Pharmacy, Uppsala University, Uppsala 2009, s. 17, 23-25

w wystawianiu recept danemu pacjentowi. Istnieje również wersja systemu skierowana do kierowników placówek medycznych⁶¹.

7.4.6 Wnioski i rozwiązania dla rynku polskiego

Model oraz doświadczenia rynku szwedzkiego dostarczają kilku wartościowych wskazówek dotyczących potencjalnego wprowadzenia opieki farmaceutycznej w Polsce. Pierwszy z nich dotyczy przebiegu wdrożenia usługi. Przykład Szwecji pokazuje, że efektywnym podejściem jest wprowadzanie opieki farmaceutycznej etapami – zarówno w kontekście zakresu, jak i geograficznym.

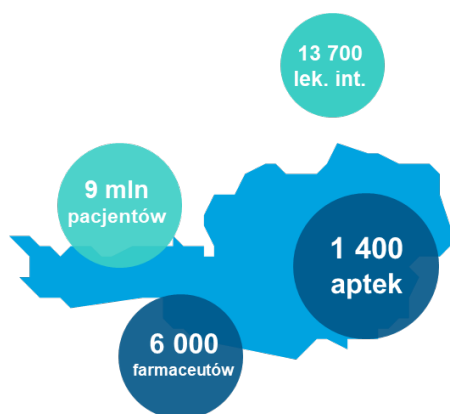
Zanim zdecydowano się na wprowadzenie konsultacji farmaceutycznych, inicjatywy ograniczono do tematycznych kampanii zdrowotnych, w trakcie których pacjenci współpracowali z farmaceutami. Rozwiązanie to pozwoliło farmaceutom stopniowo nabywać niezbędne umiejętności i doświadczenie, podczas gdy pacjenci stopniowo oswajali się z nową rolą pracowników aptek. Z kolei po wprowadzeniu docelowej usługi konsultacji farmaceutycznej, jej zasięg z początku obejmował pojedyncze apteki i w miarę potwierdzeniem skuteczności programu jego zasięg zostawał rozszerzany o kolejne placówki.

Kolejne wartościowe spostrzeżenia dotyczą samego przebiegu konsultacji. Pierwsze spotkania wymagają wcześniejszej rezerwacji, co pozwala uniknąć niepotrzebnych kolejek oraz zoptymalizować czas samego farmaceuty. Ponadto dokumentowanie wyników konsultacji w narodowej bazie danych zwiększa płynące z nich korzyści, jako że mogą z nich korzystać nie tylko pacjenci, ale i inni uczestnicy systemu opieki zdrowotnej.

⁶¹ Portal Internetowy Swedish eHealth Agency

7.5 Opieka farmaceutyczna w Austrii

Tab. 8 Personel medyczny w Austrii⁶²



Personel medyczny	Łącznie	per 10 tys. mieszkańców
Lekarze	45 500	51,83
Lekarze interniści	13 700	15,62
Pielęgniarki	60 000	68,50
Farmaceuci	6 000	7,10

7.5.1 Rynek aptek

Rynek aptek w Austrii zdominowany jest przez niezależne placówki, co jest bezpośrednim wynikiem regulacji chroniących rynek przed powstawaniem sieci aptek. Zgodnie z prawem apteka może być założona jedynie przez farmaceutę będącego członkiem lokalnej społeczności i musi się znajdować co najmniej 500 metrów od najbliższej placówki, przy czym na jedną aptekę nie może przypadać średnio mniej niż 5 500 osób. Ponadto, jeden farmaceuta nie może być właścicielem więcej niż dwóch aptek. W wyniku powyższych regulacji 25% farmaceutów poradzi swoje własne apteki i zatrudnia średnio 3 innych farmaceutów.

W pierwszej dekadzie dwudziestego wieku w Austrii miał miejsce rozwój aptek w społecznościach nieposiadających wcześniej placówek, w wyniku czego nastąpił znaczny wzrost liczby placówek oraz personelu w nich zatrudnionego. Obecnie ponad połowa wszystkich aptek znajduje się w miejscowościach wiejskich lub w małych miasteczkach⁶³.

⁶² Baza danych OECD Health Care Resources Database

⁶³ Österreichische Apothekerkammer, *The Austrian Pharmacy – Facts and Figures*, 2009, s. 2, 17, 29

7.5.2 Zakres usług świadczonych w ramach opieki farmaceutycznej

Rys. 15. Usługi świadczone w Austrii w ramach opieki farmaceutycznej – perspektywa pacjenta i farmaceuty



„Medyczny pas bezpieczeństwa”

Konsultacje dotyczące efektów ubocznych zażywanych leków i interakcji między nimi



Konsultacje dot. szczepień

Konsultacje w zakresie zalecanych szczepień np. ze względu na plany podróże



Ładowanie butli z tlenem

Dostępne w wybranych aptekach dla pacjentów cierpiących na POChP



Dostawa leków w nagłych wypadkach

Możliwość wysyłki leku w nagłych wypadkach – przy sposobie dostawy organizowanym przez pacjenta



Walka z uzależnieniem nikotynowym

Konsultacje mające na celu pomoc w rzuceniu palenia



„10 minut dla Twojego zdrowia”

Badania poziomu ciśnienia krwi, cukru, cholesterolu oraz wagi; w ramach czasowych, ogólnokrajowych kampanii poszerzenie zakresu badań np. o żyły, alergię, itp.



Terapia substytucyjna

Farmakologiczna pomoc w walce z uzależnieniem narkotykowym za pomocą wydawania codziennych dawek zaleconych substancji



„Telefon do apteki”

Telefoniczna usługa pozwalająca na konsultacje dot. zażywanego leku z farmaceutą oraz zlokalizować najbliższą otwartą aptekę (dostępna 24/7)

W Austrii zakres usług opieki farmaceutycznej jest szeroki i dotyczy różnych obszarów działalności. Podstawową usługą, dostępną we wszystkich aptekach, jest tzw. „Medyczny pas bezpieczeństwa”. Jest to wariant konsultacji farmaceutycznej, koncentrujący się na identyfikacji negatywnych efektów ubocznych zażywanych leków oraz negatywnych interakcji pomiędzy poszczególnymi substancjami. Usługa została wprowadzona w 2007 roku i jej skuteczność jest zwiększona dzięki systemowi *e-Medikation*, za pomocą którego farmaceuta dysponuje pełnym obrazem leków zażywanych przez pacjenta. Przeciętny czas trwania konsultacji to ok. 10 minut.

Kolejną podstawową usługą świadczoną w aptekach jest „10 minut dla Twojego zdrowia”. Trzonem usługi jest zapewnienie pacjentom dostępu do podstawowych badań diagnostycznych, jak mierzenie poziomu ciśnienia, cholesterolu oraz cukru krwi. Zakres badań poszerzany jest okresowo o bardziej zaawansowane badania w ramach ogólnokrajowych kampanii tematycznych o takich obszarach jak alergie czy badanie żył.

Usługi świadczone przez farmaceutów wychodzą jednak poza konsultacje dotyczące terapii lekowej i badania diagnostyczne. W Austrii farmaceuci zostali włączeni w prowadzenie terapii substytucyjnej w przypadku pacjentów uzależnionych od substancji opioidowych. Pacjent objęty terapią może zgłosić się do apteki, gdzie zostanie mu wydana dzienna dawka substancji i zażyć ją pod okiem farmaceuty, monitorującego na bieżąco reakcję i czuwającego nad jego bezpieczeństwem.

Poza wspomnianym wsparciem terapii lekowej konsultacje farmaceutyczne obejmują również wsparcie pacjenta w walce z uzależnieniem nikotynowym. Obejmują one monitorowanie postępów oraz udzielanie porad w zakresie rezygnacji ze szkodliwych substancji. Innym rodzajem konsultacji jest możliwość omówienia z farmaceutą zestawu zalecanych szczepień wynikających z planów podróży lub stanu zdrowia pacjenta.

Na uwagę zasługują też usługi w zakresie logistyki świadczone przez apteki i farmaceutów. Jednym z nich jest możliwość wysłania leku pacjentowi za pomocą środka transportu zorganizowanego przez pacjenta (komercyjnego lub rodziny/przyjaciół). Usługa ta dostępna jest w nagłych przypadkach, kiedy pacjent pilnie potrzebuje leku, a nie jest w stanie sam dotrzeć do apteki, np. ze względu na starszy wiek lub problemy z mobilnością.

Inną usługą dostępną w całym kraju jest „Telefon do apteki”. Dzwoniąc pod uniwersalny numer, pacjent może otrzymać informacje na temat leku, który ma zażyć. Usługa ta została wprowadzona w celu zapewnienia dostępu do informacji osobom, które ze względu na problemy zdrowotne nie są w stanie odczytać ulotek załączonych do leków – z czasem zyskała jednak popularność w przypadku innych wątpliwości. Drugim rodzajem informacji, którą może otrzymać pacjent, jest położenie najbliższej otwartej apteki. Usługa ta jest szczególnie ważna w przypadku osób starszych lub niekorzystających z Internetu.

Przeważająca większość opisanych usług jest darmowa (w tym konsultacje), podczas gdy reszta refundowana jest przez ubezpieczenie społeczne pacjenta⁶⁴.

7.5.3 Wsparcie opieki farmaceutycznej rozwiązaniami IT

Rozwiązaniem mającym wpływ na skuteczność opieki farmaceutycznej jest system *e-Medikation*. Na karcie posiadanej przez pacjenta przechowywane są dane dotyczące leków przepisanych i wydanych mu w ciągu ostatniego roku.

Każda wystawiona recepta automatycznie zapisywana jest na koncie pacjenta i jest na nim widoczna nawet, jeśli nie została wykupiona. Podczas realizacji recepty w aptece zamieszczony na niej kod kreskowy jest skanowany przez farmaceutę i informacja o wydaniu leku również automatycznie pojawia się na koncie pacjenta – nawet w przypadku braku użycia karty. Posiadanie przy sobie karty przez pacjenta w momencie zakupu umożliwia wprowadzenie do systemu również zakupionych leków dostępnych bez recepty.

Poza samym pacjentem dostęp do konta pacjenta posiada lekarz prowadzący terapię oraz farmaceuta, ale dopiero po wczytaniu przez pacjenta karty w aptece. Zestawienia zawarte na koncie zwiększają efektywność konsultacji poprzez dostarczenie farmaceucie informacji pozwalających na dokładniejszą identyfikację szkodliwych interakcji pomiędzy lekami oraz na zrozumienie historii farmakologicznej pacjenta.⁶⁵

7.5.4 Wnioski i rozwiązania dla rynku polskiego

Model funkcjonowania opieki farmaceutycznej w Austrii może posłużyć za inspirację podczas rozważań na temat wdrożenia analogicznych usług w Polsce ze względu na przystępność aptek oraz ich bliskość dla klienta. Aspektem, który jednak najbardziej wyróżnia model austriacki spośród omawianych krajów, jest przedłużenie usług świadczonych przez farmaceutę nawet poza obszar apteki.

Pierwszym udogodnieniem jest infolinia, na którą dzwoniąc, pacjent ma możliwość rozwiania wątpliwości względem prawidłowości przyjmowania leków oraz uzyskania informacji na temat lokalizacji najbliższej otwartej apteki. Drugim rozwiązaniem jest umożliwienie farmaceucie wydania w szczególnych sytuacjach leku kurierowi zorganizowanemu przez pacjenta.

Oba te rozwiązania są przejawem świadomości, że aktywność farmaceuty i usługi świadczone na rzecz pacjenta nie muszą ograniczać się do obszaru apteki. Jest to punkt widzenia, o którym warto pamiętać, prowadząc rozważania nad potencjalnym modelem docelowym opieki farmaceutycznej w Polsce.

⁶⁴ Österreichische Apothekerkammer, *Apotheke in Zahlen*, Österreichische Apothekerkammer, Wiedeń 2019, s. 16-20

⁶⁵ Portal Internetowy e-Card

7.6 Ciągły rozwój usług opieki farmaceutycznej

Koncepcja opieki farmaceutycznej nieustannie ewoluuje i tym samym zakres usług regularnie zostaje wsparty o nowe rozwiązania. Są one wprowadzane wraz z rozwojem technologii lub w odpowiedzi na pojawiające się nowe potrzeby. Zjawisko to można zaobserwować w kontekście zmian w funkcjonowaniu aptek, które zachodzą w wyniku panującej pandemii COVID-19. Sytuacja stała się katalizatorem przyspieszającym wprowadzanie nowych rozwiązań.

W Wielkiej Brytanii Pharmaceutical Services Negotiating Committee prowadzi rozmowy w celu umożliwienia pacjentowi otrzymania przyjmowanego regularnie leku bez okazania recepty, jeżeli jego praktyka lekarza POZ została zamknięta. Podobnie, trwają rozmowy w zakresie dostawy leków do osób, które przebywają w izolacji⁶⁶.

W Stanach Zjednoczonych część aptek wprowadziła rozwiązania mające na celu ochronę seniorów, będących w grupie podwyższonego ryzyka. Jedną z inicjatyw jest wprowadzenie tzw. „godziny dla seniora”, podczas której apteka obsługuje jedynie osoby starsze oraz te z potwierdzonym osłabieniem systemu immunologicznego. Dodatkowo, w części aptek seniorzy mają możliwość odebrania leku na receptę, nie wychodząc z samochodu zaparkowanego przed placówką. Usługa jest dostępna po wcześniejszym opłaceniu leku i powiadomieniu o terminie jego odbioru. Podobnie jak w Wielkiej Brytanii, umożliwiona została również wysyłka leków na receptę⁶⁷.

We Francji rozszerzony został dostęp do telemedycyny. Pacjenci mają możliwość odbycia konsultacji lekarskich za pośrednictwem Internetu, również ze wsparciem video. Usługa ta podlega standardowym regułom refundacji. Obecnie opcja dotyczy jedynie konsultacji lekarskich, jednak wraz ze stopniowym upowszechnieniem się rozwiązania, można spodziewać się jego adaptacji w zakresie usług opieki farmaceutycznej⁶⁸.

Wspomniane rozwiązania zostały wprowadzone z myślą o przeciwdziałaniu bezpośredniemu zagrożeniu. Można się jednak spodziewać, że raz sprawdzona w praktyce, część z nich (oraz innych nowych inicjatyw) przetrwa obecny kryzys i pozostanie stałym elementem systemu lub zostanie ponownie wprowadzona w zmienionej formie. W najbliższych latach należy się zatem spodziewać dalszego rozwoju usług z zakresu opieki farmaceutycznej.

⁶⁶ Portal Internetowy Pharmaceutical Services Negotiating Committee, <https://psnc.org.uk/the-healthcare-landscape/covid19/what-psnc-is-doing/>

⁶⁷ Gleiter S., *Giant changes pharmacy policies to help senior and immunocompromised shoppers*, PennLive, marzec 2020

⁶⁸ Stańko K., *Francja – większy dostęp do telekonsultacji*, Medycyna Praktyczna, Paryż, marzec 2020

8 BIBLIOGRAFIA

8.1 Publikacje

1. Biuletyn Naczelnej Izby Aptekarskiej, nr VII/2019, Sprawozdanie z działalności Naczelnej Izby Aptekarskiej Siódmej Kadencji, 2016-2020, s. 100, Dostępny w Internecie: https://www.nia.org.pl/wp-content/uploads/2020/01/Biuletyn_TNR.pdf
2. Booz&Co, *KNMP – The potential for pharmaceutical quality services*, Haga, listopad 2012, s. 3-8, Dostęp w Internecie: <https://www.knmp.nl/downloads/booz-co-the-potential-for-pharmaceutical-quality-services.pdf>
3. Connelly D., *NHS70: Major moments in pharmacy 1948–2018*, The Pharmaceutical Journal, czerwiec 2018, Dostęp w Internecie: <https://www.pharmaceutical-journal.com/news-and-analysis/infographics/nhs70-major-moments-in-pharmacy-19482018/20205049.article?firstPass=false>
4. Cooper R., *Pharmacists warned to be on alert for coronavirus infections*, Australian Pharmacist, styczeń 2020, Dostęp w Internecie: https://www.australianpharmacist.com.au/pharmacists-warned-to-be-on-alert-for-coronavirus-infections/?doing_wp_cron=1583359372.0905818939208984375000
5. Czauderna P., Gałązka-Sobotka M., Górski P., Hryniewiecki T., *Strategiczne kierunki rozwoju systemu ochrony zdrowia w Polsce – Dokument podsumowujący*, Ministerstwo Zdrowia, Warszawa, lipiec 2019, s. 9-10, Dostęp w Internecie: www.oipip.elblag.pl/wp-content/uploads/2019/07/Wsp%C3%B3lnie-dla-zdrowia_dokument-podsumowuj%C4%85cy.pdf
6. Domański S. R., *Kapitał ludzki i wzrost gospodarczy*, PWN, Warszawa 1993, s. 19
7. Drozd M., Ciećko S., *Ocena jakości usług farmaceutycznych podczas realizacji recepty lekarskiej*, Farmacja Polska 2016, tom 72, nr 6, s. 351
8. Eisenman D.P., National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine; Health and Medicine Division; Forum on Medical and Public Health Preparedness for Disasters and Emergencies. *Countering Violent Extremism Through Public Health Practice: Proceedings of a Workshop, 5, Applying Public Health Models and Approaches to Countering Violent Extremism*, National Academies Press, Washington (DC), luty 2017, Dostęp w Internecie: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK537576/>
9. Gleiter S., *Giant changes pharmacy policies to help senior and immunocompromised shoppers*, PennLive, marzec 2020, Dostęp w Internecie: <https://www.pennlive.com/coronavirus/2020/03/giant-changes-pharmacy-policies-to-help-senior-and-immunocompromised-shoppers.html>
10. Główny Urząd Statystyczny, *Ambulatoryjna opieka zdrowotna w 2018 r.*, Warszawa 2019, s. 1, Dostęp w Internecie: www.stat.gov.pl/obszary-tematyczne/zdrowie/zdrowie/ambulatoryjna-opieka-zdrowotna-w-2018-roku,13,3.html
11. Główny Urząd Statystyczny, *Apteki i punkty apteczne w 2018 r.*, Warszawa 2019, s. 2, Dostęp w Internecie: www.stat.gov.pl/obszary-tematyczne/zdrowie/zdrowie/apteki-i-punkty-apteczne-w-2018-roku,15,3.html

12. Hovland R., Bremer S., Frigaard Ch., Hendjum S., *Effect of a pharmacist-led intervention on adherence among patients with a first-time prescription for a cardiovascular medicine: a randomized controlled trial in Norwegian pharmacies*, Apokus, National Centre for Development of Pharmacy Practice, Oslo, grudzień 2019, Dostęp w Internecie: www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31886591
13. International Pharmaceutical Federation, *Pharmacy at a glance 2015-2017*, International Pharmaceutical Federation, Haga 2017, s. 12, Dostęp w Internecie: https://www.fip.org/www/streamfile.php?filename=fip/publications/2017-09-Pharmacy_at_a_Glance-2015-2017.pdf
14. ISB Zdrowie, *Lekarzy jakich specjalności brakuje w polskich szpitalach?*, ISB Zdrowie, maj 2019, Dostęp w Internecie: <https://www.isbzdrowie.pl/2019/05/jakich-lekarzy-brakuje-w-polskich-szpitalach/>
15. Komisja Europejska, *European Semester: Thematic factsheet – Health systems*, kwiecień 2017, Dostęp w Internecie: https://ec.europa.eu/info/sites/info/files/file_import/european-semester_thematic-factsheet_health-systems_en_0.pdf
16. Mil V., Foppe J. W., *Pharmaceutical Care in Community Pharmacy: Practice and Research in the Netherlands*, The Annals of Pharmacotherapy, listopad 2005, Dostęp w Internecie: https://www.researchgate.net/publication/7616322_Pharmaceutical_Care_in_Community_Pharmacy_Practice_and_Research_in_the_Netherlands
17. Ministerstwo Zdrowia, *Biuletyn Statystyczny Ministerstwa Zdrowia za 2018 rok*, Warszawa 2019, s.18-33, Dostęp w Internecie: www.csioz.gov.pl/fileadmin/user_upload/Biuletyny_informacyjny/biuletyn_2018_5c3deab703e35.pdf
18. Montgomery A., *Counselling in Swedish Community Pharmacies: Understanding the Process of a Pharmaceutical Care Service*, Department of Pharmacy, Uppsala University, Uppsala 2009, s. 17, 23-25, Dostęp w Internecie: http://europharm.pbworks.com/f/Anna%2BMontgomery_%255B1%255D.pdf
19. OECD, European Observatory on Health Systems and Policies, *Polska: Profil systemu ochrony zdrowia 2017*, State of Health in the EU, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Bruksela 2017, Dostęp w Internecie: www.ec.europa.eu/health/sites/health/files/state/docs/chp_poland_polish.pdf
20. Ostrowska E., *Ustawa o zawodzie farmaceuty – do poprawki*. [w:] *Gazeta Farmaceutyczna*, wrzesień 2019, s. 8-9
21. Österreichische Apothekerkammer, *Apotheke in Zahlen*, Österreichische Apothekerkammer, Wiedeń 2019, s. 16-20, Dostęp w Internecie: <https://www.lbg.at/static/content/e173427/e230210/file/ger/Apotheke%20in%20Zahlen%202019.pdf?checksum=f9ffb5b7896d8706413de94d9b164f5cc23329a0>
22. Österreichische Apothekerkammer, *The Austrian Pharmacy – Facts and Figures*, 2009, s. 2, 17, 29, Dostęp w Internecie: <https://apps.who.int/medicinedocs/documents/s17236de/s17236de.pdf>

23. Redakcja mgr.farm, *Koronawirus w Wielkiej Brytanii: farmaceuci wiedzą jak uspokoić pacjentów*, Portal mgr.farm, luty 2020, Dostęp w Internecie: <https://mgr.farm/aktualnosci/wielka-brytania-rzad-przygotowal-plakaty-dla-aptek/>
24. Stańko K., *Francja – większy dostęp do telekonsultacji*, Medycyna Praktyczna, Paryż, marzec 2020, Dostęp w Internecie: <https://www.mp.pl/covid19/covid19-aktualnosci/228944,francja-wiekszy-dostep-do-telekonsultacji>
25. Świączkowski D., Merks P., Jaguszewski M., *Samoleczenie z wykorzystaniem produktów leczniczych o kategorii dostępności OTC - zagrożenia i korzyści dla pacjentów oraz systemu ochrony zdrowia*, Farmacja Polska 2016, tom 72, nr 5, s. 286
26. Wojtyniak B., Goryński P. (red.), *Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego - Państwowy Zakład Higieny*, Warszawa 2018
27. World Health Organization, *The legal and regulatory framework for community pharmacies in the WHO European Region*, Copenhagen 2019, s. 29, Dostęp w Internecie: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/326394>
28. Wright D., *A rapid review of evidence regarding clinical services commissioned from community pharmacies*, wrzesień 2016, s. 5-44, Dostęp w Internecie: <https://www.england.nhs.uk/commissioning/wp-content/uploads/sites/12/2016/12/rapid-evdnc-rev-dec-16.pdf>

8.2 Źródła Internetowe

1. Portal Internetowy sieci aptecznej Apoteket AB, Dostęp w Internecie: <https://translate.google.com/translate?hl=pl&tab=TT&sl=sv&tl=en&u=https%3A%2F%2Fwww.apoteket.se%2Fhalsotjanster%2FVaccination%2F>
2. Portal Internetowy Department of Health & Social Care, Dostęp w Internecie: <https://www.gov.uk/government/publications/community-pharmacy-contractual-framework-2019-to-2024/year-2-detail>
3. Baza danych EUROSTAT, „*Self-reported unmet needs for medical examination by sex, age, main reason declared and income quintile*”, Dostęp w Internecie: https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-datasets/-/hlth_silc_08
4. Baza danych OECD Global Health Expenditure Database, Dostęp w Internecie: <https://apps.who.int/nha/database>
5. Baza danych OECD Health Care Resources Database, Dostęp w Internecie: https://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=HEALTH_REAC
6. Portal Internetowy Ministerstwa Zdrowia, Dostęp w Internecie: <https://www.gov.pl/web/zdrowie/wprowadzamy-program-profilaktyka-40-plus>
7. Portal Internetowy Ministerstwa Zdrowia i NFZ, Dostęp w Internecie: www.pacjent.gov.pl
8. Portal NFZ – plany finansowe, Dostęp w Internecie: <https://www.nfz.gov.pl/bip/finanse-nfz/>

9. Portal Internetowy Narodowego Funduszu Zdrowia, Dostęp w Internecie: <https://www.gov.pl/web/zdrowie/sprawozdania-finansowe-nfz>
10. Portal Internetowy Norwegian Pharmacy Association, Dostęp w Internecie: www.apotek.no
11. Portal Internetowy Pharmaceutical Services Negotiating Committee, Dostęp w Internecie: <https://psnc.org.uk/services-commissioning/locally-commissioned-services/healthy-living-pharmacies/> ; <https://psnc.org.uk/the-healthcare-landscape/covid19/what-psnc-is-doing/>
12. Portal Internetowy Swedish eHealth Agency, Dostęp w Internecie: <https://www.ehalsomyndigheten.se/other-languages/english/>
13. Portal Internetowy World Health Organization, Dostęp w Internecie: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>
14. Portal Internetowy e-Card, Dostęp w Internecie: <https://www.chipkarte.at/cdscontent/?contentid=10007.767252&portal=ecardportal>

8.3 Akty Normatywne

1. Dz.U.2019.0.965 t.j. - Ustawa z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich – art. 2a ust. 7
2. Projekt ustawy o zawodzie farmaceuty z dnia 16.01.2020 r.