

Sz. P.

Grzegorz Zagórny

Przewodniczący Zespołu ds. Opieki Farmaceutycznej

ul. Miodowa 15

00-952 Warszawa

Warszawa, 10.02.16

Dotyczy: projektu zmian ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej w zakresie wdrożenia opieki farmaceutycznej.

Szanowny Panie Dyrektorze,

Według Międzynarodowej Organizacji Farmaceutycznej (FIP) organizacja opieki farmaceutycznej w danym kraju powinna brać pod uwagę indywidualne potrzeby tego kraju i jego systemu opieki zdrowotnej. Dlatego też wymagana jest dobra znajomość potrzeb zdrowotnych pacjentów, problemów lekowych jakie się w danym kraju pojawiają oraz nakreślenia priorytetów w zakresie implementacji tej opieki. Wprowadzenie opieki farmaceutycznej do koszyka świadczeń gwarantowanych jest poważną zmianą, która nie powinna się dokonać bez dokładnego rozpoznania potrzeb pacjentów w tym zakresie. W dyskusji nad jej modelem powinni brać udział także przedstawiciele innych zawodów medycznych – lekarze i pielęgniarki. Przekazujemy nasze uwagi do proponowanych zapisów w ustawie o świadczeniach świadczeniach opieki zdrowotnej w zakresie wdrożenia opieki farmaceutycznej.

1. Definicja. Należy **wprowadzić jak najszerszą definicję opieki farmaceutycznej**, rozumianej jako prewencję, edukację zdrowotną i konsultacje z zakresu farmakoterapii. Zawężanie opieki farmaceutycznej tylko do farmakoterapii albo przeglądu lekowego (tzw. *medicines use review*, MUR) to pozbawienie opieki farmaceutycznej szerszego kontekstu jakim jest wspieranie przez farmaceutów modyfikacji stylu życia pacjenta od sposobu odżywiania poprzez ruch (*self care*), samodzielne stosowanie leków przez osoby z typowymi objawami nie wymagającymi interwencji lekarza (*self medication*) oraz wspieranie zjawiska *compliance* pacjentów z chorobami przewlekłymi (*self managenment*). Ponadto w przytaczanym MUR nie uwzględniono, że ma on różne stopnie i tak mamy MUR podstawowy, MUR chorób przewlekłych, MUR kliniczny itp. w zależności od tego gdzie jest przeprowadzany i kto go przeprowadza oraz jakie ma kwalifikacje.

2. Miejsce świadczenia. Miejsce świadczenia opieki farmaceutycznej to wg proponowanych zapisów: apteka, apteka szpitalna lub dział farmacji szpitalnej. **W interesie pacjentów i lekarzy leży natomiast**

zapewnienie dostępu do opieki farmaceutycznej nie tylko w aptekach i szpitalach, ale na wszystkich piętrach systemu opieki zdrowotnej, także w POZ i ambulatoryjnej opiece specjalistycznej. W innych krajach farmaceuci są zatrudniani w podstawowej opiece zdrowotnej (i nazywają się farmaceutami podstawowej opieki zdrowotnej). Model tak rozumianej opieki farmaceutycznej eksperci Fundacji chętnie przybliżą zespołowi ds. opieki farmaceutycznej.

Farmaceuta udzielający porad w aptece jest odcięty od dostępu do dokumentacji pacjenta. Jest w stanie skonsultować tylko dokumentację przedstawioną przez pacjenta. Udzieli pacjentowi informacji na temat optymalizacji farmakoterapii i z tą informacją pacjent będzie musiał zgłosić się do lekarza. Tak więc nie jest w tym modelu realizowane wskazane w uzasadnieniu do ustawy założenie, że opieka farmaceutyczna poprawi koordynację leczenia i zmniejszy obciążenie lekarzy. W proponowanym modelu **w dalszym ciągu to sam pacjent jest koordynatorem leczenia i komunikacji między farmaceutą i lekarzem a opieka farmaceutyczna zamiast zmniejszać - zwiększa użycie zasobów pod postacią kolejnych wizyt u lekarza.** Założenia koordynacji i zmniejszania zużycia zasobów będzie mógł realizować natomiast farmaceuta umiejscowiony w placówce POZ. Poza dostępem do dokumentacji pacjentów i zespołu lekarzy będzie w stanie odpowiadać na pytania pacjentów i personelu medycznego, proaktywnie kontrolować zlecenia dotyczące farmakoterapii, optymalizować zużycie darmowych leków u pacjentów 75+ a także włączyć się w prowadzoną w POZ profilaktykę i edukację zdrowotną i co najistotniejsze z perspektywy pacjentów – **udzielać informacji w tym także telefonicznych na temat samodzielnego radzenia sobie z typowymi objawami nie wymagającymi konsultacji z lekarzem.** To umiejscowienie opieki farmaceutycznej przyczyni się do popraw jakości i bezpieczeństwa a także ekonomiki farmakoterapii i wpłynie na rozwój wiedzy pacjentów o bezpiecznej farmakoterapii oraz ogólnej *health literacy*. Ponadto w świadczenie opieki farmaceutycznej może być łatwiejsze w poradni POZ niż w aptece, często nie posiadającej osobnego pomieszczenia i warunków do rozmów z pacjentami, na co zwracają uwagę sami farmaceuci. Farmaceuta prowadzący opiekę farmaceutyczną wyłącznie w aptece to farmaceuta nie mający dostępu do dokumentacji pacjenta oraz farmaceuta nie współpracujący z lekarzem POZ. Funkcję koordynacji leczenia oraz odciążenia lekarza od poradnictwa związanego z samoleczeniem będzie miał jedynie farmaceuta prowadzący opiekę farmaceutyczną w POZ. Opieka farmaceutyczna jest pacjentom potrzebna przede wszystkim w POZ. Tylko wtedy pacjenci staną się beneficjentami dobrej zmiany i współpracy farmaceuty i lekarza.

3. Grupy docelowe oraz narzędzia dostępu. W wielu krajach określa się konkretne grupy objęte opieką farmaceutyczną : osoby chore przewlekłe (niezależnie od wieku), osoby starsze, ale także osoby, które np. stosują leki przeciwkrzepliwne lub inne grupy leków, które są trudne w dawkowaniu, stosowaniu i kontroli. Tak np. jest w Wielkiej Brytanii. **Uważamy, że dostęp do opieki farmaceutycznej nie powinien być ograniczony jedynie dla pacjentów, ale powinna być ona dostępna dla wszystkich potrzebujących, w 3 typowych współczesnych formach dostępu – jako możliwość porady *face to face*, telefonicznej infolinii 24/7 oraz publicznego portalu z dostępnymi poradami online.**


4. Finansowanie. Sposób finansowania opieki farmaceutycznej będzie pochodną przyjętego docelowego modelu tej opieki i powinien być elementem końcowym a nie pierwotnym tworzonego

prawa. Nie są jasne zapisy dotyczące możliwości świadczenia przez farmaceutów komercyjnych porad z zakresu opieki farmaceutycznej. Wymaga to wyjaśnienia i konsultacji ze środowiskami pacjentów.

5. Dialog społeczny. Brakuje społecznej debaty i oceny potrzeb i oczekiwań pacjentów i lekarzy od tego nowego ważnego w koszyku świadczeń elementu. **W Zespole ds. opieki farmaceutycznej wyraźnie brakuje reprezentacji interesów pacjentów i lekarzy.** Założenie, że środowisko farmaceutów stworzy samodzielnie optymalny model opieki farmaceutycznej może być błędne. Zachęcamy do współpracy i dialogu w tej istotnej sprawie z przedstawicielami innych środowisk.

Z poważaniem,

Ewa Borek


Fundacja MY Pacjenci
ul. Łabędzia 61, 04-806 Warszawa
NIP 9522119578, REGON 146134960
KRS 0000420212
tel./fax: 22 615 57 10