



ŚLĄSKA IZBA APTEKARSKA

z siedzibą w Katowicach

40-637 Katowice ul. Kryniczna 15

tel.+48 (32) 6089760, fax 6089769, www.katowice.oia.pl, katowice@oia.pl

Nasz znak: SIAKat-0366-2015

Katowice, 2015-07-01

Podsekretarz Stanu
w Ministerstwie Zdrowia
Igor Radziewicz-Winnicki
ul. Miodowa 15
00-952 Warszawa

Szanowny Panie Ministrze,

W nawiązaniu do pisma SIAKat0201-2015 z dnia 17 kwietnia br. przesyłam dodatkowe informacje dotyczące projektu Śląskiej Izby Aptekarskiej wdrożenia refundowanej opieki farmaceutycznej w polskim systemie opieki zdrowia.

Opieka farmaceutyczna zaczęła kształtować się w drugiej połowie XX wieku. Jej podstawy zostały stworzone przez Ch. Heplera i L. Strand.

Stwierdzono (m.in. w A. Skowron Model opieki Farmaceutycznej dla polskiego systemu zdrowotnego), że farmakoterapia jest najczęściej pojawiającą się procedurą terapeutyczną (programem), dostępną i użytkową w takim samym stopniu przez farmaceutów, lekarzy, pielęgniarki i pacjentów. Właśnie pacjent tj. ostatni użytkownik bezpośrednio związany z dostarczeniem leku jest najbardziej rozległym i najtrudniejszym do kontrolowania, a jednocześnie decydującym o powodzeniu całego procesu leczenia. Konieczność kontrolowania farmakoterapii wynika również z konieczności kontrolowania wydatków na leki w systemach zdrowotnych, i to zarówno wydatków publicznych (z podatków i obowiązkowych lub dobrowolnych ubezpieczeń zdrowotnych), jak i prywatnych, z budżetu pacjenta. Nie dziwi więc fakt, że w ciągu ostatnich trzech dziesięcioleci wprowadzono wiele mechanizmów zarządzania, których celem była racjonalizacja stosowania leków i kontrola związanych z nimi wydatków. Odpowiedzialnymi za te mechanizmy czyniono przedstawicieli różnych zawodów medycznych i różnych poziomów systemu zdrowotnego. W zasadzie dziś trudno jest ustalić dokładne granice i różnice pomiędzy zarządzaniem chorobą (disease management), opieką zarządzaną (managed care) i opieką farmaceutyczną (pharmaceutical care). Przenikają się one bowiem wzajemnie, a zasadniczym czynnikiem rozróżniającym jest punkt wyjścia dla dalszych działań.

W literaturze fachowej przyjęto, że opieka farmaceutyczna to swoisty program zdrowotny, którego inicjatorem jest farmaceuta (aptekarz), a beneficjentem głównym pacjent, zaś dodatkowo korzyści odnosi całe społeczeństwo oraz płatnik ubezpieczenia zdrowotnego i społecznego.

Poniższa tabela przedstawia zależności i różnice pomiędzy programami zarządzania opieką, chorobą i opieką farmaceutyczną.

Rodzaj programu	Inicjator	Beneficjent główny	Beneficjent dodatkowy
MANAGED CARE zarządzanie opieką	PŁATNIK	PŁATNIK	PACJENT
DISEASE MANAGEMENT zarządzanie chorobą	LEKARZ/SZPITAL	PŁATNIK	PACJENT
Pharmaceutical care OPIEKA FARMACEUTYCZNA	FARMACEUTA/APTEKA	PACJENT	SPOŁECZEŃSTWO PŁATNIK

W trakcie przeprowadzonych badań naukowych (A. Skowron Model opieki Farmaceutycznej dla polskiego systemu zdrowotnego) stwierdzono, że opieka farmaceutyczna znacząco przyczynia się do obniżenia kosztów, a oszczędności wynikające z wdrożenia opieki farmaceutycznej w znaczący sposób obniżają nakłady płatnika na świadczenia opieki zdrowotnej.

W Polsce definicja opieki farmaceutycznej zawarta jest w ustawie o izbach aptekarskich, w art. 2a. p. 7.1: „Wykonywanie zawodu farmaceuty ma na celu ochronę zdrowia publicznego i obejmuje udzielanie usług farmaceutycznych polegających w szczególności na: sprawowaniu opieki farmaceutycznej polegającej 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 2007 r. powstało opracowanie zatytułowane „Strategia wdrażania opieki farmaceutycznej w Polsce” (http://nia.org.pl/dat/magazyn/BiuletynNRA_IV17.pdf) Zostało ono przygotowane przez zespół powołany w wyniku realizacji zapisów umowy o współpracy zawartej 3 lutego 2005 r. w Warszawie pomiędzy Naczelną Izbą Aptekarską i Polskim Towarzystwem Farmaceutycznym. Zostało ono przygotowane przez zespół autorów w składzie: dr Tadeusz Bąbelek, prof. dr hab. Jerzy Brandys, prof. dr hab. Edmund Grześkowiak, dr Jerzy Łazowski, mgr Joanna Marczak, dr Teresa Olczyk-Andryszek, dr Agnieszka Skowron i prof. dr hab. Wiesława Stożkowska.

W 2013 r. ukazał się dokument „Perspektywy rozwoju farmacji w Polsce do roku 2030” (<http://www.ptfarm.pl/pub/File/PTFarm%20dokumenty/strategia.pdf>) opracowany przez ogólnopolską sekcję opieki farmaceutycznej Polskiego Towarzystwa Farmaceutycznego. Autorami tego dokumentu są Agnieszka Skowron, Lucyna Bułaś, Mariola Drozd, Bożena Karolewicz i Joanna Machalska. W preambule dokumentu napisano m.in. „W każdym systemie zdrowotnym farmakoterapia stanowi podstawową metodę terapeutyczną, zlecaną obecnie już nie tylko przez lekarzy, ale także przez innych członków zespołu medycznego. Jednak to farmaceuci posiadają kompleksową wiedzę nie tylko na temat mechanizmu działania leku i jego losów w organizmie, lecz również czynników gwarantujących utrzymanie jego jakości i stabilności w środowisku, w którym jest stosowany. Współczesne społeczeństwo oczekuje od farmaceutów większego zaangażowania w monitorowanie i nadzorowanie farmakoterapii. Międzynarodowe dokumenty jednoznacznie definiują bowiem farmaceutę jako strażnika bezpieczeństwa i skuteczności farmakoterapii, nie bez powodu kwestie bezpieczeństwa stawiając na pierwszym miejscu. W czasach wyspecjalizowanych lekarzy, trudno nie docenić farmaceuty, którego wiedza obejmuje wiele aspektów związanych z farmakodynamiką, farmakokinetyką czy właściwościami fizykochemicznymi leków, więc wszystkim tym, co wpływa na proces terapeutyczny. W zawodach zaufania publicznego, które zgodnie z przypisaną im rolą stoją na straży interesu publicznego, stawiając dobro społeczeństwa i poszczególnych jego jednostek, ponad interesy własnej grupy, istotne jest wskazywanie drogi, która gwarantuje realizację tego celu. Prestiż zawodu nie jest bowiem sumą prestiżu poszczególnych jego przedstawicieli, a nieprawidłowe, lub co gorsza nieetyczne działania niewielkiej grupy przedstawicieli danego zawodu, mogą poważnie osłabić pozytywne postrzeganie przez społeczeństwo całej grupy zawodowej. Istotne i niezwykle szybkie zmiany zachodzące w naukach farmaceutycznych wskazują, że rolą farmaceutów nie jest już wyłącznie dystrybucja produktów leczniczych, ale przede wszystkim umożliwienie pełnego korzystania przez członków społeczeństwa ze zdobyczy współczesnej farmacji. Farmaceuta służy pacjentowi oraz doradza lekarzowi i innym członkom zespołu medycznego, musi więc być traktowany jako pełnoprawny członek zespołu medycznego wnoszący do niego unikalną wiedzę na temat substancji leczniczej i gotowego produktu leczniczego...”

W każdej z usług określono cel jej stosowania oraz zadania przewidywane dla personelu aptek, a w wybranych przypadkach zaproponowano także grupy pacjentów, do których usługa powinna być kierowana w pierwszej kolejności. Wśród tych szczególnie predestynowanych grup znajdują się m.in.:

- populacja geriatryczna,
- populacja pediatryczna poprzez współpracę z bezpośrednimi opiekunami,
- osoby stosujące politerapię,
- osoby z niewydolnością narządów uczestniczących w procesie metabolizmu i wydalania leków - niewydolność nerek, schorzenia wątroby, uszkodzenia przewodu pokarmowego,
- osoby uzależnione w przeszłości lub obecnie od leków, alkoholu, narkotyków,

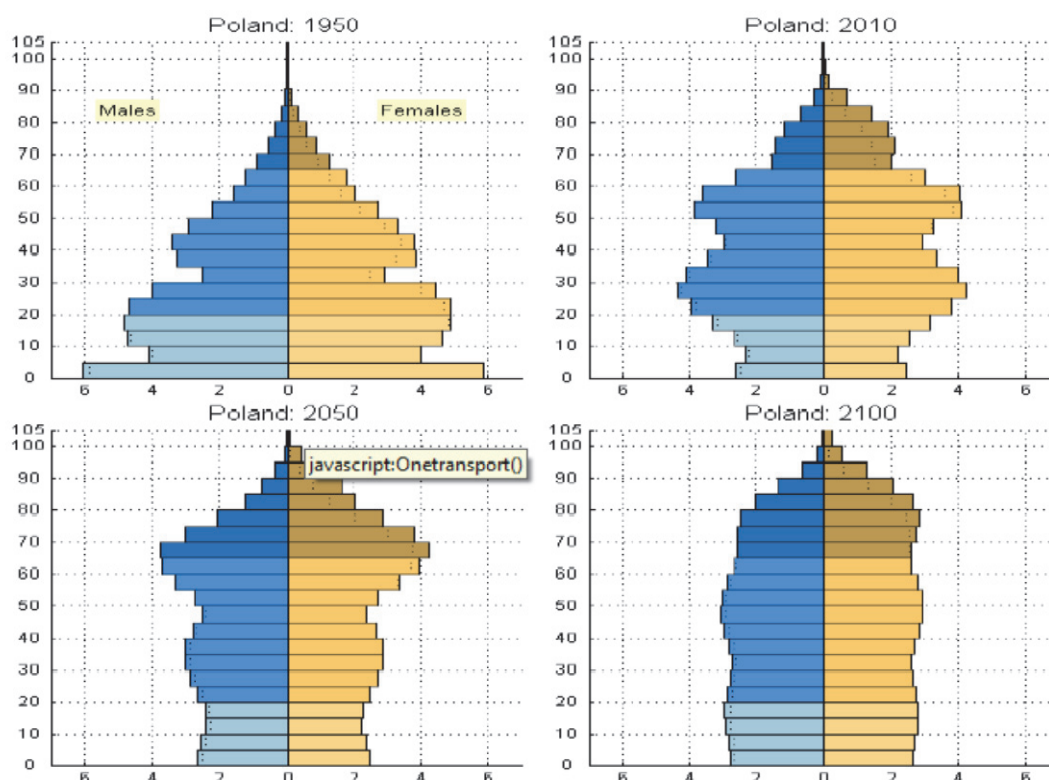
- osoby z ograniczeniami fizycznymi i/lub psychicznymi, które mogą wpływać na terapię - m.in. - osoby niewidome, niesłyszące, chorzy z zaburzeniami percepcji i rozpoznawania np. kolorów, chorzy z chorobami nowotworowymi,
- kobiety w ciąży i karmiące.

W strategii stwierdzono m.in., że **opieka farmaceutyczna powinna stać się w przyszłości jedną z usług refundowanych**, oferowanych przez farmaceutę w aptece. Farmaceuta podpisywałby umowę z Narodowym Funduszem Zdrowia (NFZ) na wzór umowy lekarza podstawowej opieki zdrowotnej (POZ). Pacjenci będą mieli możliwość wyboru „swojego” farmaceuty, na takiej samej zasadzie, jak obecnie mają możliwość wyboru lekarza POZ, pielęgniarki i położnej. Rolą farmaceuty, byłoby monitorowanie farmakoterapii i kontakt z pozostałymi członkami zespołu medycznego sprawującego opiekę nad pacjentem.

W jednym z rozdziałów tego dokumentu określono m.in. zadania dla samorządu zawodowego, takie jak:

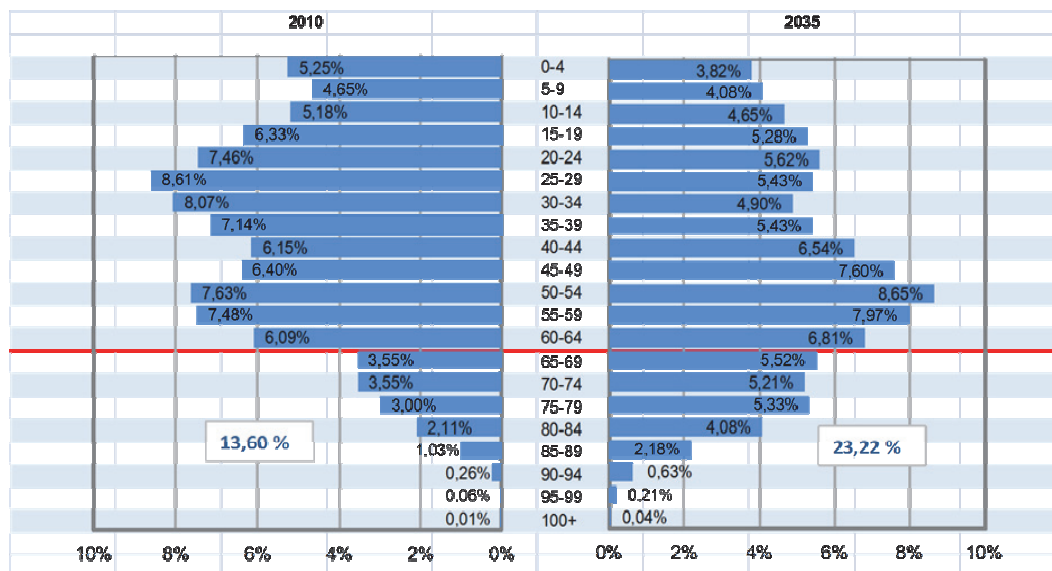
- opracowanie wytycznych i zaleceń dla usług świadczonych w aptekach ogólnodostępnych,
- przygotowanie strategii organizacyjnej i prawnej dla rozwoju praktyki farmaceutycznej,
- aktywne poszukiwanie funduszy na wspieranie działań w obszarze praktyki farmaceutycznej,
- powołanie zespołu (wspólnie z organizacjami i instytucjami naukowymi), który przygotuje raporty oceniające efektywność kosztową dodatkowych usług świadczonych w aptekach, co pozwoli na włączenie tego rodzaju usług do katalogu świadczeń finansowanych z funduszy publicznych.

Dodatkowo należy stwierdzić, że obecna sytuacja i problemy polskiej służby zdrowia wymagają zmian systemowych, które pozwolą rozwiązać obecne jej problemy. Jedną z przyczyn jest sytuacja demograficzna Polski i przebiegający proces starzenia się społeczeństwa, które pociągają za sobą coraz większe koszty.



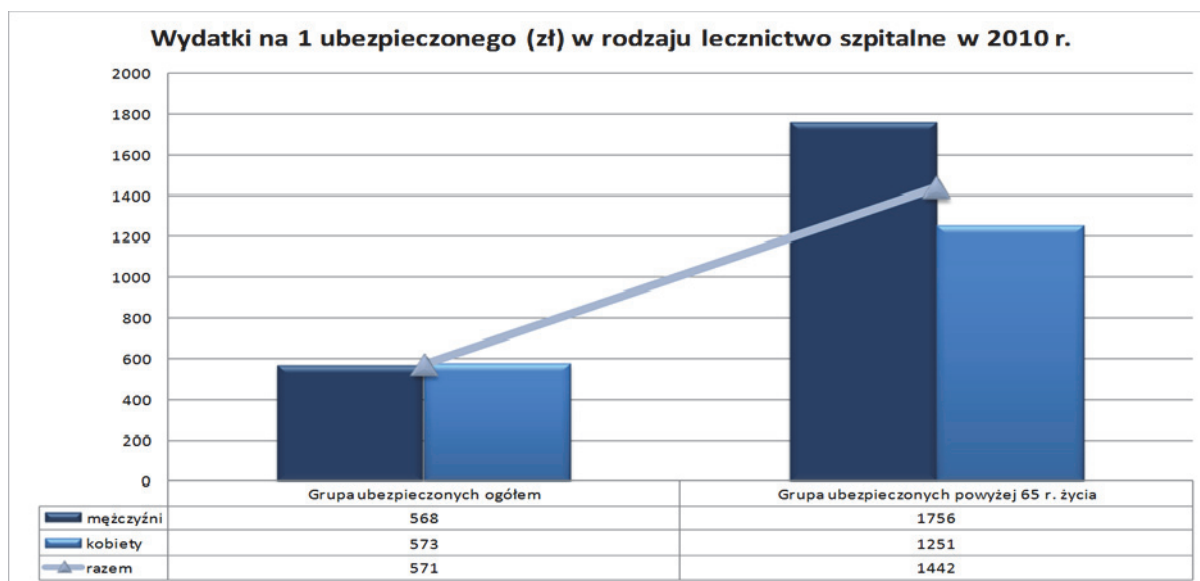
Źródło: http://www.osoz.pl/osoz-konf/docs/prezentacje_konf/Sesja_A_Piotr_Bledowski.pdf

Dotychczasowa strategia leczenia chorób za pomocą medycyny naprawczej czasu rzeczywistego powinna zostać jak najszybciej uzupełniona i zastępowana strategią leczenia profilaktycznego znacznie tańszego i skutecznego w skali społeczeństwa.



Źródło: GUS; Prognoza ludności Polski w latach 2008-2035, Warszawa 2009

Analizując problemy służby zdrowia oraz szukając ich rozwiązań zauważyliśmy, że wdrożenie opieki farmaceutycznej refundowanej jest bardzo dobrym sposobem rozwiązania wielu obecnych problemów i zadań, jakie stoją przed polską służbą zdrowia. Naszym zdaniem, opieka farmaceutyczna refundowana, do tej pory niedoceniana, może być nowym, bardzo skutecznym narzędziem wdrożenia filozofii profilaktyki zdrowotnej. Ponadto uważamy, że koszty wdrożenia oraz utrzymywania - finansowania opieki farmaceutycznej refundowanej są bardzo niewielkie w porównaniu z potencjalnymi korzyściami, jakie ona przyniesie. Źródło finansowania znajdujące się po stronie NFZ i wykorzystujące redystrybucję niezagospodarowanych środków z pozycji planu finansowego funduszu dotyczącej profilaktycznych programów zdrowotnych, gwarantuje możliwość realnego wdrożenia projektu.



Źródło: NFZ „Analiza wydatków Narodowego Funduszu Zdrowia związanych z finansowaniem hospitalizacji pacjentów od 65 roku życia w 2010 r.”

Dodatkową wartością dodaną, jaka powstanie przy wdrożeniu opieki farmaceutycznej refundowanej, jest usprawnienie systemu szkolenia poddyplomowego.

Wychodząc naprzeciw zadaniom stawianym samorządowi aptekarskiemu, Śląska Izba Aptekarska opracowała koncepcję wdrożenia opieki farmaceutycznej refundowanej w Polsce.

Koncepcja SIA zawiera m.in. sposób wprowadzenia opieki farmaceutycznej (2 warianty wdrożenia), ewaluację, pomysł - sposób początkowego jej finansowania oraz wykaz niezbędnych zmian legislacyjnych, jakie należy wprowadzić, a także zawiera analizę SWOT oraz Q&A na kluczowe pytania dotyczące elementów krytycznych jej wdrożenia.

Już w 2010 roku w dokumencie Informacje Departamentu Spraw Zagranicznych NRA styczeń - czerwiec 2010 w rozdziale - Nowy model funkcjonowania aptek i jego wymiar ekonomiczny stwierdzono m.in.:

„W ciągu ostatnich kilku lat eksperci rynku farmaceutycznego w wielu krajach europejskich próbowali oceniać rolę aptek w systemach ochrony zdrowia, przede wszystkim w kontekście cen leków i możliwości ich obniżania. Często starali się oni wykazać, że tylko duże podmioty - sieci apteczne - są w stanie oferować znaczne obniżki cen leków i tylko taka droga rozwoju rynku farmaceutycznego w Europie jest najbardziej korzystna dla pacjentów.

Jednak takie rozumienie roli aptek w systemach ochrony zdrowia - jako supermarketów z lekami, oferujących różnego typu bonusy i rabaty oraz dążących do maksymalizacji sprzedaży - jest wyjątkowo krótkowzroczna, a obiecywane korzyści w postaci poprawy dostępności do usług farmaceutycznych, czy obniżenia cen leków są w dłuższej perspektywie bardzo iluzoryczne. Przykładem tego jest Norwegia, gdzie w momencie wyparcia niezależnych aptek (w całym kraju pozostało ich zaledwie 16 na ogólną liczbę 622 aptek) przez sieci apteczne, zwiększyła się liczba aptek w dużych miastach, a zlikwidowane zostały niewielkie apteki w małych miejscowościach i na wsiach. Założenia dotyczące obniżenia cen leków nie zostały osiągnięte, ponieważ nastąpił podział terytorialny trzech dominujących sieci aptecznych.

Opierając się na wyliczeniach dotyczących fińskich aptek oraz o nowe zadania wynikające ze zmian demograficznych zachodzących w społeczeństwach europejskich można sobie łatwo wyobrazić, jak ogromne oszczędności może przynieść właściwe funkcjonowanie aptek. Coraz częściej politycy w wielu krajach europejskich uświadamiają sobie fakt, że w społeczeństwach XXI wieku, w których zachodzą bardzo dynamiczne zmiany, funkcjonują systemy ochrony zdrowia opracowane w wieku XIX. Konieczne są gruntowne zmiany, a rola aptekarzy w przyszłości powinna zostać znacznie zwiększona.

Bardzo interesujące są opublikowane w czerwcu 2010 r. wyliczenia wykonane przez PricewaterhouseCoopers - wiodącą globalną organizację świadczącą profesjonalne usługi doradcze w 151 krajach, korzystającą z wiedzy i kwalifikacji ponad 163.000 pracowników. Przeprowadzone zostały obliczenia dotyczące wymiaru ekonomicznego bezpłatnych porad fachowych udzielanych w aptekach w Finlandii. Zgodnie z szacunkami PricewaterhouseCoopers, dzięki udzielanym poradom fachowym w fińskich aptekach:

- liczba wizyt pacjentów u lekarzy pierwszego kontaktu w ciągu roku jest mniejsza o 6.2 miliona,
- liczba wizyt pacjentów u lekarza w nagłych przypadkach (pogotowie) jest mniejsza o 750 tysięcy,
- porady aptekarzy pozwalają zmniejszyć o 123 tysiące liczbę nocy spędzonych przez pacjentów w szpitalach,
- daje to w sumie oszczędności rzędu 565 milionów Euro rocznie, przy czym oszczędności:
 - 300 mln Euro wynikają z mniejszej liczby wizyt u lekarzy pierwszego kontaktu,
 - 75 mln Euro stanowią oszczędności wynikające z mniejszej ilości wizyt u lekarza w nagłych przypadkach,
 - 100 mln Euro oszczędności wynika z mniejszej ilości przypadków leczenia szpitalnego oraz mniejszej ilości wypisywanych recept.

W wyniku przeprowadzonych analiz stwierdzono, że bezpłatne porady fachowe udzielane w fińskich aptekach w zakresie ochrony zdrowia przynoszą rocznie 411 mln Euro oszczędności, a porady dotyczące właściwego stosowania przepisanych leków przynoszą rocznie korzyści na poziomie 146 mln Euro! Jest to pierwsze badanie w tym zakresie przeprowadzone w Finlandii. Należy wziąć pod uwagę, że ludność Finlandii wynosi około 5.4 mln i w kraju tym jest 807 aptek (gdy tymczasem w Polsce jest ok. 14 300 aptek i punktów aptecznych, przy liczbie ludności wynoszącej ok. 38,50 mln - od autora).

Można zatem zakładać, że w przypadku analogicznych obliczeń wykonanych dla Polski otrzymane wartości oszczędności byłyby wielokrotnie wyższe!”

Mając na uwadze powyższe fakty zwracamy się do Pana Ministra z uprzejmą prośbą o pilne powołanie resortowego zespołu ds. wdrożenia opieki farmaceutycznej refundowanej.

Z poważaniem
Prezes Rady Śląskiej Izby Aptekarskiej


dr n. farm. Piotr Brukiewicz