

Opieka farmaceutyczna prowadzona w warunkach szpitalnych – wybrane aspekty medyczne i ekonomiczne

Pharmaceutical care in a hospital setting – selected medical and economic aspects

Urszula Religioni

Kolegium Nauk o Przedsiębiorstwie, Szkoła Główna Handlowa w Warszawie

Streszczenie

Opieka farmaceutyczna rozumiana jako ścisła współpraca farmaceuty z pacjentami, lekarzami i pozostałym personelem medycznym jest jednym z kluczowych elementów wpływających na racjonalizację stosowania leków. Koncepcja opieki farmaceutycznej rozwijana jest na świecie od kilkudziesięciu lat. W Polsce opieka farmaceutyczna nadal jest obszarem nieznanym wielu specjalistom medycznym i zarządzającym podmiotami leczniczymi, którzy często postrzegają farmaceutów nie jako ekspertów w zakresie doboru terapii dla pacjenta, ale jako osoby wydające produkty lecznicze. Celem artykułu jest zaprezentowanie koncepcji opieki farmaceutycznej oraz przedstawienie wpływu opieki farmaceutycznej prowadzonej w podmiotach leczniczych na stan kliniczny pacjentów oraz ekonomiczne aspekty leczenia pacjentów. W artykule omówiono rolę farmaceutów w zapobieganiu i rozwiązywaniu problemów lekowych, przedstawiono wpływ interwencji farmaceutycznych na racjonalizację gospodarki lekowej, a także wskazano dobre praktyki prowadzenia opieki farmaceutycznej stosowane w innych krajach. Ponadto, w tekście zwrócono uwagę na możliwe bariery rozwoju opieki farmaceutycznej w Polsce. (*Farm Współ 2019; 12: 84-91*)

Słowa kluczowe: opieka farmaceutyczna, farmakoekonomika, farmacja szpitalna, farmaceuta kliniczny, usługa farmaceutyczna

Abstract

Pharmaceutical care, as a close cooperation of a pharmacist with patients, doctors and other medical staff, is one of the key elements influencing the rationalization of drug use. The concept of pharmaceutical care has been developed in the world for several decades. In Poland, pharmaceutical care is not fully understood by many medical experts and managers of medical entities who often perceive pharmacists not as specialists in the selection of therapy for the patient, but as persons dispensing medicinal products. The aim of the article is to present the concept of pharmaceutical care and the effect of pharmaceutical care provided by medical entities on the clinical condition of patients and economic aspects of patient treatment. The article discusses the role of pharmacists in the prevention and resolution of drug problems, presents the impact of pharmaceutical interventions on the rationalization of drug management, and also indicates the good practices of pharmaceutical care used in other countries. In addition, the text highlights possible barriers to the development of pharmaceutical care in Poland. (*Farm Współ 2019; 12: 84-91*)

Keywords: pharmaceutical care, pharmacoeconomics, hospital pharmacy, clinical pharmacist, pharmaceutical service

Wprowadzenie

Opieka farmaceutyczna polega na ścisłej współpracy farmaceutów z pacjentami, lekarzami oraz pozostałym personelem medycznym w celu uzyskania jak najlepszych efektów terapii u pacjentów. Koncepcja opieki farmaceutycznej w Europie zaczęła rozwijać się w latach 90. XX wieku w Finlandii. Znaczne korzyści

medyczne i ekonomiczne, jakie okazały się skutkiem opieki farmaceutycznej stały się bodźcem do jej rozwoju w wielu krajach. Obecnie w większości krajów Europy rozwinięta jest opieka farmaceutyczna prowadzona na poziomie opieki otwartej (ambulatoryjnej), obejmująca współpracę farmaceutów pracujących w aptekach otwartych z pacjentami, lekarzami podstawowej opieki

zdrowotnej oraz specjalistami w określonych dziedzinach medycyny, u których diagnozują lub leczą się konkretni pacjenci [1,2]. Literatura wskazuje, iż objęcie pacjentów opieką farmaceutyczną znacząco wpływa na ich satysfakcję i zadowolenie z opieki medycznej, poprawiając jednocześnie stan zdrowia [2-5]. Opieka farmaceutyczna, kładąc nacisk na indywidualny dobór terapii dla pacjenta, stałe monitorowanie stanu zdrowia i jak najszybsze modyfikowanie terapii w przypadku braku oczekiwanych efektów, doskonale wpisuje się w nurt medycyny spersonalizowanej, stając się jednym z jej głównych elementów.

Mimo znacznego rozwoju opieki farmaceutycznej na poziomie opieki otwartej, relatywnie niewielu zarządzających podmiotami leczniczymi udzielającymi świadczeń stacjonarnych stara się wdrożyć podstawowe założenia opieki farmaceutycznej w szpitalach. Liczne badania wskazują jednak, iż takie działania, podobnie jak w przypadku opieki otwartej, znacznie wpływają zarówno na lepsze efekty lecznicze pacjentów, jak i na zmniejszenie kosztów leków ponoszonych przez podmioty lecznicze [6-8].

Opieka farmaceutyczna w Polsce, zarówno w otwartej, jak i zamkniętej opiece zdrowotnej rozwinięta jest na bardzo niskim poziomie. Jedną z przyczyn tej sytuacji może być niska świadomość korzyści z opieki farmaceutycznej wśród personelu medycznego, decydentów (zarządzających podmiotami leczniczymi, regulatorów rynku), a także pacjentów. Biorąc pod uwagę doświadczenia zagraniczne, należy jednak rozważyć zastosowanie koncepcji opieki farmaceutycznej w polskim systemie ochrony zdrowia, szczególnie w obszarach, gdzie przynieść może największe korzyści medyczne i ekonomiczne w podmiotach leczniczych funkcjonujących na polskim rynku opieki medycznej.

Opieka farmaceutyczna – definicja

Ustawa z dnia 19 kwietnia 1991 r. o izbach aptekarskich definiuje opiekę farmaceutyczną jako proces, 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, wpływając na poprawę jakości życia pacjenta [9].

W tym kontekście, do podstawowych elementów opieki farmaceutycznej zaliczyć należy: wykrywanie rzeczywistych lub potencjalnych problemów lekowych, rozwiązywanie rzeczywistych problemów lekowych

oraz zapobieganie powstawaniu problemów lekowych. Problem lekowy nie powinien być rozumiany wyłącznie jako nieprawidłowe użycie określonego produktu, ale znacznie szerzej – jako każdy doświadczany przez pacjenta niepożądany efekt, który jest lub może być spowodowany w związku z użyciem określonego produktu leczniczego [10,11]. Tym samym, sytuacje, klasyfikowane jako problem lekowy mogą obejmować:

- zastosowanie leku, który nie jest wskazany w danym schorzeniu lub u danego pacjenta (np. z uwagi na inne schorzenia);
- podanie pacjentowi nieodpowiedniej dawki (zbyt dużej lub za małej, by wystąpił oczekiwany efekt terapeutyczny);
- użycie leku, którego skuteczność w danym rozpoznaniu jest wątpliwa;
- stosowanie zbyt dużej liczby leków u pacjentów, które mogą np. znosić wzajemnie swoje działanie;
- niezastosowanie leku, gdy jest on konieczny;
- stosowanie drogiego leku w sytuacji, gdy można zastąpić go produktem znacznie tańszym.

Specyfika opieki farmaceutycznej prowadzonej w podmiotach leczniczych

Stosowanie produktów leczniczych jest jednym z podstawowych elementów leczenia pacjentów w podmiotach leczniczych. Odpowiedni wybór leku, jego dawkowania czy zakładanego czasu trwania terapii wymaga nie tylko wiedzy medycznej, ale przede wszystkim farmakologicznej. Farmaceuci posiadają wiedzę zarówno z zakresu mechanizmów działania leków, jak i ich właściwości fizykochemicznych, farmakodynamicznych, farmakokinetycznych czy dróg metabolizmu. Wiedza ta pozwala przewidzieć reakcje poszczególnych pacjentów na konkretny lek w zależności od płci, wieku, dawki czy stosowanych leków dodatkowych.

W kontekście opieki farmaceutycznej, praca farmaceuty powinna polegać więc przede wszystkim na wykrywaniu, rozwiązywaniu i zapobieganiu problemom lekowym (we współpracy z pacjentami i personelem medycznym). Szczególną rolę przypisać należy ostatniemu z elementów – zapobieganiu problemom lekowym, gdyż działanie polegające na zapobieganiu interakcjom pomiędzy lekami czy niedopuszczeniu do zastosowania leku u pacjenta z uwagi na przeciwwskazania związane z innymi chorobami, przyczyniać się będzie do znacznego zwiększenia jakości opieki oraz

uniknięciu dodatkowych kosztów leczenia. Interwencje farmaceutów w zakresie zmiany produktu leczniczego dla konkretnego pacjenta, zmiany jego dawkowania, formy, zaprzestania stosowania leku czy wykrycie dublujących się lub znoszących terapii to najczęstsze problemy, jakie występują w podmiotach leczniczych [12,13].

Szeroka wiedza, jaką posiadają farmaceuci powinna stanowić podstawę funkcjonowania zespołów terapeutycznych w podmiotach leczniczych, np. zespołu ds. antybiotykoterapii, czy zespołu ds. zakażeń szpitalnych, bowiem w tych obszarach możliwa jest znaczna poprawa racjonalizacji użycia produktów leczniczych. Badania wskazują bowiem, że błędy w zleceniach leków związane są najczęściej z terapią antybiotykami [14]. Rola farmaceutów pracujących w podmiotach leczniczych podkreślona powinna być również w zakresie farmakoterapii dzieci, gdzie zwykle konieczne jest precyzyjne obliczanie dawek leków, podział tabletek czy rozcieńczanie płynów, a wiele leków stosowanych jest poza wskazaniami [14,15]. Farmakoterapia populacji pediatrycznej jest więc kolejnym obszarem, w którym występować może szczególnie dużo problemów lekowych.

Zapobieganie wielu problemom lekowym czy ich szybkie rozwiązywanie, a także zapewnienie personelowi i pacjentom informacji o stosowanych produktach leczniczych powinny stać się podstawą zatrudniania farmaceutów na oddziałach szpitalnych w roli doradców lekarzy w zakresie farmakoterapii [3,16-18]. Szczególne znaczenie w tym względzie ma bezpośrednia opieka farmaceuty nad pacjentem, zapewnianie mu dokładnych informacji o stosowanych lekach, możliwość bieżącego monitorowania efektów terapii, szybka reakcja w przypadku wystąpienia działań niepożądanych, ocena wpływu terapii na funkcjonowanie pacjenta, czy udzielanie dokładnych informacji o planowanym leczeniu farmakologicznym osobom, które są wypisywane z placówki.

Opieka farmaceutyczna na świecie

W większości krajów europejskich opieka farmaceutyczna jest świadczeniem zapewnianym pacjentom w ramach publicznego finansowania, a poszczególne usługi farmaceutyczne (np. ustalenie indywidualnego systemu dawkowania leku, monitorowanie efektów terapii, kontrola parametrów zdrowotnych pacjentów, np. ciśnienia krwi u osób z nadciśnieniem tętniczym) są wyceniane i kontraktowane przez płatników podob-

nie jak w przypadku każdej innej usługi zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych [19].

Jednym z krajów, w którym opieka farmaceutyczna rozwinięta jest na najwyższym poziomie jest Finlandia, gdzie z uwagi na fakt, że opieka farmaceutyczna funkcjonuje już od ponad 30 lat, fińscy farmaceuci uważani są za ekspertów w zakresie opieki farmaceutycznej. W Finlandii duża rola przypisywana jest racjonalizacji stosowanej terapii, zarówno w opiece otwartej (ambulatoryjnej), jak i w szpitalach. Szczególne znaczenie w tym względzie ma praca farmaceutów na oddziałach szpitalnych, gdzie biorą oni udział w bezpośredniej terapii pacjentów m.in. poprzez omawianie z lekarzami planów terapeutycznych czy udzielanie pacjentom informacji o stosowanych u nich lekach oraz innych możliwościach terapeutycznych [20].

Podobnie w Hiszpanii, każdy zlecany lek konsultowany jest z farmaceutą, który analizuje zlecane terapie z uwzględnieniem indywidualnych cech pacjentów (w tym stylu życia, diety), stosowanych do tej pory leków, czy chorób współistniejących. Praca ta jest znacznie ułatwiona dzięki powszechnym systemom informacyjnym, w których farmaceuci mają dostęp do wielu danych o pacjentach i stosowanych przez nich lekach. Najpopularniejszy system BOT Plus dostarcza również farmaceutom informacji o objawach i najnowszych standardach leczenia poszczególnych chorób, a dzięki specjalnym algorytmom umożliwia wykrywanie potencjalnych problemów lekowych u pacjentów [6,21].

W Niemczech duże znaczenie w szpitalnej opiece farmaceutycznej przypisywane jest minimalizacji błędów lekowych, głównie związanych z niewłaściwym użyciem leku. Analizowane są więc sytuacje, które wpłynąć mogą na powstanie tego rodzaju błędów, w tym przepisywanie leku konkretnemu pacjentowi, zalecenia odnośnie dawkowania i długości trwania terapii, znakowania leków i możliwości pomyłki przy dystrybucji lub podaniu leku pacjentowi. W tym celu dokonywane są zarówno przeglądy retrospektywne (dające podstawę do uściślenia procedur użycia leków), jak i prospektywne, polegające na bieżącym kilkakrotnym sprawdzaniu powyższych elementów przez personel farmaceutyczny i medyczny. W Niemczech popularne jest szkolenie lekarzy przez farmaceutów w zakresie optymalizacji stosowania leków czy minimalizacji błędów lekowych. Stosowane są też szczególne procedury farmakoterapeutyczne, które zwykle są wynikiem współpracy lekarzy z farmaceutami [22].

W Wielkiej Brytanii również popularne jest zatrudnianie farmaceutów na oddziałach szpitalnych, co jest możliwe m.in. dzięki dużej liczbie farmaceutów pracujących zarówno w otwartej, jak i zamkniętej opiece zdrowotnej. Farmaceuci w Wielkiej Brytanii są członkami zespołów terapeutycznych, a na co dzień w dużej mierze pracują bezpośrednio przy łóżkach pacjentów. Współpracując z lekarzami, często dokonują ostatecznego wyboru leku stosowanego u pacjentów, gdyż lekarz wypisuje zlecenia na lek zwykle wyłącznie za pomocą nazwy międzynarodowej [23]. Dodatkowo, w Wielkiej Brytanii farmaceuci kliniczni po spełnieniu odpowiednich warunków (doświadczenie w zawodzie, ukończenie specjalistycznego kursu) mogą samodzielnie przepisywać leki pacjentom po otrzymaniu diagnozy lekarskiej (tytuł ang. *supplementary prescriber*), a nawet po samodzielnym postawieniu diagnozy (tytuł ang. *independent prescriber*) [24].

We Włoszech farmaceuci również pełnią rolę doradców lekarzy w zakresie farmakoterapii, aktywnie uczestnicząc w wyborze leku dla konkretnego pacjenta, a następnie na bieżąco monitorując jego stan, w tym wyniki badań, by jak najszybciej w razie potrzeby móc zmodyfikować stosowaną terapię. We Włoszech szczególnie mocno rozwinięta jest współpraca farmaceutów nie tylko z lekarzami, ale również z pielęgniarkami czy dietetykami, a farmaceuci, dzięki specjalnym programom rządowym mają możliwość sprawowania opieki nie tylko nad pacjentami hospitalizowanymi, ale również będącymi pod opieką ambulatoryjną, którzy zmagają się z chorobami przewlekłymi (np. cukrzyca, choroby sercowo-naczyniowe, astma) [25,26].

Poza krajami europejskimi, wzorem opieki farmaceutycznej jest m.in. Australia, gdzie dziedzina ta rozwijała się nawet 10 lat wcześniej niż w Europie. Obecnie, w Australii funkcjonuje całe spektrum usług farmaceutycznych, począwszy od szpitalnego centrum informacji o lekach, aż po dobór terapii dla pacjentów bezpośrednio przez farmaceutów. Szpitalne centra informacji o lekach, rozwinięte już w latach 80-tych XX wieku stanowiły miejsca, gdzie lekarze zasięgnąć mogli specjalistycznych opinii w najtrudniejszych przypadkach klinicznych w zakresie doboru farmakoterapii, co znacznie wpłynęło na fakt, iż obecnie farmaceuci w Australii postrzegani są jako specjaliści z zakresu wiedzy o lekach. Praca farmaceutów w Australii na oddziałach szpitalnych i znajomość

dokumentacji medycznej pacjentów pozwala na dobór najodpowiedniejszej terapii. Lekarze w australijskim systemie ochrony zdrowia zazwyczaj tylko składają propozycje terapeutyczne (za pomocą nazw międzynarodowych), a ostateczny dobór produktów leczniczych dokonywany jest przez farmaceutów, którzy ustalają jego dawkowanie, sposób podania czy sugerują długość terapii. Praca farmaceutów na oddziałach szpitalnych oraz poznanie poszczególnych pacjentów umożliwia dobór najwłaściwszej terapii z punktu widzenia oczekiwanych efektów klinicznych. Dostęp farmaceutów do dokumentacji pacjentów pozwala w wielu przypadkach przewidzieć interakcje typu lek-pacjent, lek-lek, lek-pożywienie czy lek-choroby [27-29].

Szpitalna opieka farmaceutyczna – aspekty medyczne

Dane Światowej Organizacji Zdrowia (ang. *World Health Organisation*; WHO) wskazują, iż ponad połowa produktów leczniczych używanych w szpitalach może być stosowana nieprawidłowo, co wpłynąć może nie tylko na brak oczekiwanych efektów terapeutycznych związanych z zastosowaniem leku, ale również z wystąpieniem wielu działań niepożądanych, prowadzących do pogorszenia stanu zdrowia pacjentów, a nawet śmierci [30].

W celu poprawy prawidłowości stosowania leków niezbędne wydaje się zaangażowanie w opiekę nad pacjentami farmaceutów, którzy poprzez dobór lub odpowiednią modyfikację terapii (zmianę produktu leczniczego, modyfikację drogi jego podania, dawki, skrócenie lub wydłużenie terapii), przyczynią się do uniknięcia wielu błędów związanych z użyciem leków. Stały i bezpośredni udział farmaceutów w monitorowaniu stanu zdrowia pacjentów daje dodatkowo możliwość natychmiastowej reakcji w przypadku wystąpienia jakichkolwiek działań niepożądanych lub braku oczekiwanych efektów terapii.

Opieka farmaceutyczna odgrywa szczególną rolę wśród pacjentów chorych przewlekle, gdzie konieczne jest długotrwałe stosowanie często różnych produktów leczniczych. Przykładowo, półroczne badanie efektywności wpływu opieki farmaceutycznej na stan zdrowia pacjentów chorych na astmę wykazało, że w grupie, w której pacjenci poza rutynową kontrolą lekarską otrzymywali co dwa tygodnie kompleksowe porady farmaceutów (np. dotyczące doboru terapii czy możliwości wsparcia procesu leczenia terapiami nielekowymi), znacznie rzadziej zdarzały się ostre

ataki astmy, a liczba stosowanych u pacjentów leków wziewnych znacząco zmalała [3]. Podobne rezultaty zauważane są w innych jednostkach chorobowych, w których pacjenci otrzymują wsparcie farmaceutów, np. w leczeniu nadciśnienia tętniczego [4], czy cukrzycy [5]. Badania wskazują również pozytywny wpływ opieki farmaceutycznej u pacjentów chorych na nowotwory. Przykładowo, wśród pacjentek z nowotworami piersi lub jajników dzięki wsparciu farmaceutów zauważalne jest zwiększenie skuteczności stosowania leków przeciwwymiotnych będących elementem leczenia, co wpływa na zmniejszenie częstości występowania wymiotów, a tym samym na poprawę jakości życia pacjentek i zwiększenie satysfakcji z opieki [31].

Porównanie oddziałołw intensywnej terapii, w których pacjenci otrzymywali opiekę farmaceutyczną oraz tych, gdzie nie mieli oni dostępu do tego rodzaju usług wskazuje, że na oddziałach, gdzie pracowali wyłącznie lekarze i pielęgniarki, liczba zgonów była wyższa o 4,8-23,6%, a liczba dni pobytu pacjenta w szpitalu była dłuższa o 5,9-8,1% [7].

Wdrożenie opieki farmaceutycznej w proces terapii pacjentów przyczynia się do wielu pozytywnych konsekwencji medycznych, w tym uniknięcia wielu możliwych błędów lekowych, szybszej poprawy stanu zdrowia pacjentów, poprawy wyników testów diagnostycznych (np. poziomu glukozy we krwi czy poziomu ciśnienia tętniczego), zmniejszenia częstości występowania działań niepożądanych, lepszego stosowania się pacjentów do zaleceń lekarskich, regularnego przyjmowania leków, większej wiedzy pacjenta o swojej chorobie, mniejszej liczby koniecznych wizyt lekarskich czy hospitalizacji.

Szpitalna opieka farmaceutyczna – aspekty ekonomiczne

Wydatki na produkty lecznicze w szpitalach stanowią drugą najwyższą pozycję kosztową, tuż po wynagrodzeniach. Z tego względu konieczna jest optymalizacja gospodarki produktami leczniczymi w szpitalach, co bezpośrednio przekładać się będzie na wielkość zysków placówek medycznych.

Zgodnie z definicją Światowej Organizacji Zdrowia racjonalne użycie leku gwarantuje, że pacjent otrzyma lek właściwy dla jego stanu klinicznego, w odpowiedniej dawce, we właściwym czasie, z uwzględnieniem globalnych kosztów terapii [30]. Na globalne koszty terapii nie wpływa bowiem jedynie ostateczna cena leku, ale również koszty jego magazynowania, przygo-

towania, podania, a także koszty ewentualnych działań niepożądanych.

Nieracjonalne stosowanie produktów leczniczych, wynikające zarówno z nieodpowiednio zastosowanego leku dla konkretnego pacjenta, błędów w przepisywaniu czy podaniu leków wpływa nie tylko na medyczne aspekty terapii pacjenta, ale pociąga za sobą również dodatkowe koszty leczenia, które w prawidłowo stosowanej farmakoterapii możliwe są do uniknięcia. Elementy wpływające na zwiększenie kosztów leczenia pacjentów wynikające z nieracjonalnego stosowania leków obejmują m.in.:

- dodatkowe koszty związane z wydłużeniem czasu hospitalizacji;
- koszty leczenia konsekwencji występujących działań niepożądanych związanych z terapią lekową i interakcji lekowych (np. stan zapalny przewodu pokarmowego);
- koszty związane z koniecznością wydłużenia terapii np. z uwagi na zastosowanie wzajemnie znoszących się substancji lekowych w leczeniu pierwszego rzutu;
- koszty nieprawidłowo prowadzonej antybiotykoterapii, w tym nieuzasadnione stosowanie tych produktów (tzw. koszty marnotrawstwa w ochronie zdrowia) czy koszty związane z występowaniem antybiotykoooporności u pacjentów;
- koszty wynikające z nieprawidłowego planowania terapii pacjentów lub braku planów terapeutycznych (m.in. stosunku do produktów leczniczych stosowanych u dzieci, w przypadku których zwykle istnieje konieczność zastosowania mniejszej dawki leku (np. podziału tabletki), co w konsekwencji prowadzi do marnotrawienia dużej ilości leków);
- globalne koszty związane ze zmniejszeniem produktywności pacjentów, a także przedwczesnymi zgonami w wyniku nieprawidłowo prowadzonej terapii lekowej.

Wdrożenie opieki farmaceutycznej pozwala na uniknięcie wielu dodatkowych kosztów leczenia pacjentów. Przykładowo, badanie efektywności kosztowej interwencji farmaceutycznych w jednym z hiszpańskich szpitali wykazało, iż 3136 interwencji farmaceutycznych przeprowadzonych w ciągu sześciu miesięcy przyniosło oszczędności wynoszące 129 058,31 euro [6]. Porównanie oddziałołw intensywnej terapii, w których pacjenci objęci byli opieką farmaceutyczną oraz tych, gdzie pacjenci otrzymywali stan-

dardową opiekę medyczną wskazuje, że na oddziałach, gdzie nie byli obecni farmaceuci wydatki oddziału związane z leczeniem pacjentów były o 11,9-12,9% wyższe [7].

Mimo iż konsekwencje ekonomiczne nieracjonalnego użycia leków bezpośrednio widoczne są na poziomie szpitali, gdzie dokonać można szczegółowych analiz wydatków na poszczególne grupy produktów leczniczych w wybranych latach czy miesiącach [8], dotyczą one wpływu na cały system ochrony zdrowia. Marnotrawienie pieniędzy przeznaczonych na niepotrzebne lub nieodpowiednie leczenie stanowi nieodwracalne straty finansowe i w konsekwencji obniża poziom opieki zdrowotnej w danym państwie, gdyż każde zasoby, które użyte są na nieodpowiednie leczenie mogą być wykorzystane w inny sposób, umożliwiając powrót do zdrowia kolejnym pacjentom.

Opieka farmaceutyczna sprawowana nad hospitalizowanymi pacjentami przyczynia się więc do zapewniania szpitalom znacznych oszczędności dzięki stosowaniu bezpiecznej i efektywnej terapii. Praca farmaceutów może mieć bezpośredni wpływ zarówno na uzyskiwanie bieżących oszczędności w zakresie stosowanych leków, ale również zapobieganie nieracjonalnych wydatków w przyszłości. Poza optymalizacją stosowania leków i związanymi z nią oszczędnościami, ważny jest bowiem fakt zapobiegania wielu wydatkom związanym z leczeniem pacjenta w przyszłości (np. poprzez zapobieganie interakcjom lekowym, skróceniu hospitalizacji itp.).

Możliwości wprowadzenia opieki farmaceutycznej w Polsce

Funkcjonowanie opieki farmaceutycznej jest możliwe w systemach opieki zdrowotnej, które charakteryzują się pięcioma podstawowymi cechami:

1. Opieka farmaceutyczna ma umocowanie prawne, w tym jako świadczenie gwarantowane, zapewniane każdemu pacjentowi.
2. W systemie ochrony zdrowia pracują odpowiednio przeszkoleni farmaceuci (także w ramach opieki farmaceutycznej).
3. Zarządzający szpitalami wyrażają zgodę na prowadzenie opieki farmaceutycznej w warunkach klinicznych.
4. Lekarze, pielęgniarki i przedstawiciele innych zawodów medycznych akceptują rolę farmaceuty w opiece nad pacjentem i współpracują w tej kwestii z farmaceutami.

5. Pacjenci są świadomi, czym jest opieka farmaceutyczna oraz jakie przynosi korzyści [32].

W kontekście powyższych założeń, do najważniejszych barier rozwoju opieki farmaceutycznej w Polsce zaliczyć można zbyt małą liczbę personelu zatrudnionego w aptekach i związany z tym brak czasu personelu na opiekę nad pacjentami czy niedostateczną wiedzę i niewielkie umiejętności praktyczne części farmaceutów w zakresie sprawowania opieki farmaceutycznej, które wynikają z obecnego programu studiów. Podkreślić należy również słabe umocowanie prawne opieki farmaceutycznej w Polsce, w tym, w obszarze pracy farmaceutów na oddziałach szpitalnych, niezadki brak możliwości wglądu przez farmaceutów do dokumentacji medycznej pacjenta, a także brak odpowiednich systemów informatycznych łączących poszczególne jednostki szpitala, który umożliwiałby szybką wymianę informacji i możliwość reakcji w zależności od zmian stanu zdrowia pacjenta. Dodatkowo, istotną barierą rozwoju opieki farmaceutycznej jest niedostateczna wiedza lekarzy, pielęgniarek, ale także farmaceutów co do korzyści klinicznych i ekonomicznych z prowadzenia opieki farmaceutycznej, a tym samym – ze wzajemnej współpracy [33,34].

Podsumowanie

Rynek ochrony zdrowia charakteryzuje się znacznym ograniczeniem zasobów, zarówno kadrowych, jak i finansowych. Mimo zwiększającego się poziomu finansowania opieki zdrowotnej w Polsce, potrzeby pacjentów, m.in. z uwagi na rosnącą zachorowalność na choroby przewlekłe są również coraz wyższe. W tym kontekście konieczne wydaje się racjonalizowanie stosowanych wśród pacjentów leków. Dbałość o zapewnienie efektywnej klinicznie i kosztowo terapii powinno odbywać się na każdym poziomie opieki zdrowotnej, zarówno w lecznictwie otwartym, jak i zamkniętym. Szczególne znaczenie może mieć jednak racjonalizacja farmakoterapii w podmiotach leczniczych, gdzie leki podawane są często rutynowo, bez dbałości o koszty czy uzyskanie jak najlepszego efektu terapeutycznego w stosunku do poniesionego wydatku.

Rola opieki farmaceutycznej w optymalizacji kosztów opieki zdrowotnej i podnoszeniu jakości życia pacjentów uwarunkowanej stanem zdrowia w polskich placówkach medycznych wydaje się być niedoceniana. Doświadczenia zagraniczne pokazują, iż kluczową rolę w zapewnieniu pacjentom odpowiedniej farmakoterapii odgrywają farmaceuci, a włączenie farmaceutów

w proces leczenia pacjentów, w tym decyzje dotyczące wyboru terapii, wpływać będzie zarówno na medyczne, jak i ekonomiczne aspekty terapii pacjentów.

Konflikt interesów / Conflict of interest
Brak/None

Adres do korespondencji / Correspondence address

✉ Urszula Religioni
Kolegium Nauk o Przedsiębiorstwie
Szkoła Główna Handlowa w Warszawie
ul. Madalińskiego 6/8; 02-513 Warszawa
☎ (+48 22) 629 02 43
✉ urszula.religioni@gmail.com

Piśmiennictwo / References

1. Waszyk-Nowaczyk M, Simon M, Szukalska B. Opieka farmaceutyczna płaszczyzną współpracy lekarza i farmaceuty. *Now Lek.* 2013;82(3):262-5.
2. Merks P, Białoszewska K, Kozłowska-Wojciechowska M. Usługi farmaceutyczne w Polsce – profil korzystania oraz poziom satysfakcji pacjentów jako czynniki strategiczne przy wprowadzeniu pełnej opieki farmaceutycznej. *Farm Pol.* 2012;68(12):812-9.
3. Abdelhamid E, Awad A, Gismalla A. Evaluation of a hospital pharmacy-based pharmaceutical care services for asthma patients. *Pharm Pract.* 2008;6(1):25-32.
4. Morgado M, Rolo S, Castelo-Branco M. Pharmacist intervention program to enhance hypertension control: a randomised controlled trial. *Int J Clin Pharm.* 2011;33(1):132-40.
5. Collins C, Limone BL, Scholle JM, et al. Effect of pharmacist intervention on glycemic control in diabetes. *Diabetes Res Clin Pract.* 2011;92(2):145-52.
6. Galindo C, Olivé M, Lacasa C, et al. Pharmaceutical care: pharmacy involvement in prescribing in an acute-care hospital. *Pharm World Sci.* 2003;25(2):56-64.
7. MacLaren R, Bond CA, Martin SJ, et al. Clinical and economic outcomes of involving pharmacists in the direct care of critically ill patients with infection. *Crit Care Med.* 2008;36(12):3184-9.
8. Pringle JL, Boyer A, Conklin MH, et al. The Pennsylvania Project: pharmacist intervention improved medication adherence and reduced health care costs. *Health Aff (Millwood)* 2014;33(8):1444-52.
9. Ustawa z dnia 19 kwietnia 1991 r. o izbach aptekarskich (Dz.U. 1991 nr 41 poz. 179 ze zm.).
10. Jasińska M, Orszulak-Michalak D. Optymalizacja farmakoterapii w przebiegu opieki farmaceutycznej. *Aptekarz Polski* 2009; 39(17), http://www.aptekarzpolski.pl/index.php?option=com_content&task=view&id=508&Itemid=102, 20.12.2018.
11. American Society of Hospital Pharmacy. Medication Therapy and Patient Care, Organization and Delivery of Services—Statements, <http://www.ashp.org/doclibrary/bestpractices/orgstpharmcare.aspx>, 20.12.2018.
12. Chuang LC, Sutton JD, Henderson GT. Impact of a clinical pharmacist on cost saving and cost avoidance in drug therapy in an intensive care unit. *Hosp Pharm.* 1994; 29(3):215-8.
13. Castelino RL, Bajorek BV, Chen TF. Targeting suboptimal prescribing in the elderly: a review of the impact of pharmacy services. *Ann Pharmacother.* 2009;43(6):1096-106.
14. Pharmaceutical care, policies and practices for a safer, more responsible and cost-effective health system. Keitel S. (red.). European Directorate for the Quality of Medicines & HealthCare, EDQM; Strasburg 2012. s. 21-22.
15. Sangher N, Chan PY, Khaki ZF, et al. Interventions of hospital pharmacists in improving drug therapy in children: a systematic literature review. *Drug Saf.* 2006;29(11):1031-47.
16. Sessions JK, Valgus J, Barbour S, et al. Role of oncology clinical pharmacists in light of the oncology workforce. *J Oncol Pract.* 2010;6(5): 270-2.
17. Geissler K. A shared fight against cancer: the complementary roles of oncology physicians and oncology pharmacists. *Expert Rev Anticancer Ther.* 2013;13(1):13-5.
18. American Pharmacists Association, National Association of Chain Drug Stores Foundation, Medication Therapy Management in Pharmacy Practice, American Pharmacists Association and National Association of Chain Drug Stores Foundation, Washington; 2008. s. 3.
19. Molińska J. Opieka farmaceutyczna – skąd czerpać wzorce?, <https://www.farmacjapracujacy.pl/2016/08/opieka-farmaceutyczna-skad-czerpac-wzorcel>, 10.12.2018.
20. Ministry of Social Affairs and Health. Promoting patient safety together. Finnish Patient Safety Strategy 2009 – 2013, www.stm.fi/en/publications/publication/_julkaisu/1383571, 10.12.2018.
21. Żółtkowska K. Apteka po hiszpańsku, <http://www.nazdrowie.pl/artukul/apteka-po-hiszpansku>, 10.12.2018.
22. Krämer I. Hospital pharmacy in Germany. *Hosp Pharm Europ.* 2003;7:85-7.
23. Collignon U, Osborne CA, Kostrzewski A. Pharmacy services to UK emergency departments: a descriptive study. *Pharm World Sci.* 2010; 32(1):90-6.

24. Łasocha P, Merks P, Olszewska A. Farmacja szpitalna i kliniczna w Wielkiej Brytanii. *Farm Pol.* 2013;69(9):527-30.
25. Lombardo L, Di Rosa L, Venturella F. The role of the hospital pharmacy in the storage and supply of antidotes. *Ital J Med.* 2013;4(7): 259-64.
26. Carollo A. The role of the pharmacists in the multidisciplinary team. *Hosp Pharm Europ.* 2014;73.
27. The Society of Hospital Pharmacists of Australia, Clinical review, therapeutic drug monitoring (TDM) and adverse drug reactions (ADR). Quick guide, Melbourne, July 2013.
28. Leung D, Kirsa S, Egan A, et al. SHPA Standards of Practice for Critical Care Pharmacy Practice. *J Pharm Pract Res.* 2008;38(1):58.
29. Merks P. Ranga farmaceuty. *Gazeta Farmaceutyczna* 2006;3(167):22-3.
30. WHO, WHO Policy Perspectives on Medicines – Promoting national use of medicines: core components. World Health Organization, Geneva; 2002. s. 1
31. Liekweg A, Westfeld M, Braun M, et al. Pharmaceutical care for patients with breast and ovarian cancer. *Support Care Cancer.* 2012;20(11):2669-77.
32. Rząsa-Duran E. Możliwości prowadzenia opieki farmaceutycznej nad pacjentami stosującymi chemioterapię, <http://www.aptekarzpolski.pl/2017/02/mozliwosci-prowadzenia-opieki-farmaceutycznej-nad-pacjentami-stosujacymi-chemoterapie/>, 22.12.2018.
33. Blaski E. Farmaceuta na oddziale szpitalnym – relacja z konferencji naukowej „Farmaceuta na oddziale szpitalnym – korzyści i wyzwania”, <https://opieka.farm/doniesienia/farmaceuta-na-oddziale-szpitalnym-relacja-z-konferencji/>, 22.12.2018.
34. Sreelalitha N, Vigneshwaran E, Narayana G. Review of pharmaceutical care services provided by the pharmacists. *Int Res J Pharm.* 2012; 3(4):78-9.