

BIULETYN INFORMACYJNY ŚWIĘTOKRZYSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ W KIELCACH

# ESKULAP

ŚWIĘTOKRZYSKI

ISSN 1233-3972  
NR 7-8 (383-384)  
LIPIEC - SIERPIEŃ 2024



**Rodzicielstwo  
a kariera medyczna**

CZYTAJ NA STRONACH 10-12

AKTUALNY STAN I ROZWÓJ W PRZYSZŁOŚCI

# OPIEKA FARMACEUTYCZNA

Aptekarstwo w Polsce stoi na progu zmian. W obliczu globalnych trendów i wyzwań, sektor ten musi przejść od modelu opartego wyłącznie na sprzedaży leków, środków pomocniczych i wykonywaniu leków recepturowych, do bardziej zrównoważonego i wszechstronnego podejścia. Dzięki ustawie o zawodzie farmaceuty, która obowiązuje od kwietnia 2021 roku, farmaceuci mają możliwość rozwoju umiejętności i pełniejszego wykorzystania potencjału. Wprowadzane są nowe standardy, które w innych krajach europejskich już funkcjonują. Pandemia COVID-19 i proces szczepień na dużą skalę ujawniły, że apteki też mogą realizować świadczenia zdrowotne, co może być narzędziem usprawniania systemu ochrony zdrowia. O opiece farmaceutycznej i kierunkach jej rozwoju rozmawiam z Radosławem Wesołkiem – Prezesem Kieleckiej Okręgowej Izby Aptekarskiej.



fot. archiwum własne

**DP:** Czym jest opieka farmaceutyczna?

**RW:** Jest to świadczenie zdrowotne obejmujące min. konsultacje farmaceutyczne (przykładem jest pilotażowy program związany z tabletką „dzień po”), przeglądy lekowe, wykonywanie badań diagnostycznych, wykonywanie szczepień, nie tylko refundowanych (dziś refundowane są szczepienia przeciwko COVID-19 u osób powyżej 18 r.ż. oraz przeciwko grypie i pneumokokom u osób powyżej 65 r.ż.), oraz wystawianie przez farmaceutów recept farmaceutycznych. Opieka opiera się na ścisłym współdziałaniu farmaceuty z pacjentem oraz innymi członkami zespołu terapeutycznego.

**DP:** Zacznijmy od szczepień.

**RW:** Okres pandemii pokazał, jak ważną rolę odgrywają farmaceuci w systemie ochrony zdrowia. W tym czasie zaszczepiliśmy ponad 3 miliony osób przeciwko COVID-19. Tylko ja i moja koleżanka w ramach naszej pracy w jednej z aptek zaszczepiliśmy kilka tysięcy osób. Oczywiście, aby móc przeprowadzać szczepienia, musiało zmienić się prawo, musieliśmy przejść odpowiednie kursy i uzyskać stosowne certyfikaty. Po wczorajszym spotkaniu w Naczelnej Radzie Aptekarskiej,

mogę powiedzieć, że otrzymaliśmy rekomendację z Polskiego Towarzystwa Pediatricznego do wykonywania szczepień w aptekach na HPV dzieci od 12 r.ż. W grudniu ubiegłego roku przeprowadziłem ankietę wśród pacjentów mojej apteki, którzy zgłosili się na szczepienie. W ankiecie wzięło udział ponad 200 pacjentów, z których 80% zadeklarowało, że w przyszłości nadal chce korzystać z apteki jako miejsca szczepień. Parę lat temu nikt nie przypuszczał, że będziemy szczepić w aptekach. Na pewno musiało to i nadal wymusza zmianę nastawienia nas farmaceutów do pracy. Jesteśmy jednak przekonani, że nasza rola w systemie ochrony zdrowia jest niezwykle ważna. Będziemy kontynuować nasze wysiłki, aby służyć naszym pacjentom najlepiej, jak potrafimy.

**DP:** Kolejnym świadczeniem realizowanym w aptece jest recepta farmaceutyczna.

**RW:** Wypisywana przez nas recepta farmaceutyczna umożliwia wydanie leków dostępnych tylko na receptę na produkty lecznicze o kategorii dostępności Rp., z pominięciem środków psychotropowych i odurzających. Jest to możliwe, np. gdy pacjent zgłasza się do apteki po leki, które miał wcześniej

przepisane przez lekarza, a nie posiada przy sobie w danej chwili recepty w wersji papierowej czy elektronicznej. Z założenia powinniśmy wystawiać takie recepty tylko wtedy, gdy mamy pewność, że pacjenci regularnie zażywają dany lek. Czyli powinni mieć one charakter recepty kontynuowanej, wypisywanej wcześniej przez lekarza. Weryfikacji możemy dokonać na kilka sposobów. Na przykład możemy poprosić pacjenta o dostęp do dokumentacji na Internetowym Koncie Pacjenta (IKP). Możemy zadać mu kilka pytań, które pomogą nam zweryfikować, czy rzeczywiście potrzebuje tego leku. Nasza recepta ma na celu zabezpieczenie pacjenta w sytuacji kryzysowej np. gdy przed weekendem zapomniał, że kończy mu się któryś z zażywanych przez niego farmaceutyków. Gdy leki wypisywane są bez odpowiedniej weryfikacji, może to prowadzić do sytuacji, w której pacjenci otrzymują substancje, których nie potrzebują, lub które mogą im zaszkodzić. Dlatego ważne jest, abyśmy jako farmaceuci mieli dostęp do informacji medycznej w tym zakresie i podejmowali odpowiedzialne decyzje dotyczące wystawiania recept. Kwestią sporną, nawet wśród samych aptekarzy są również opłaty za recepty farmaceutyczne. Nie ma przepisów zabraniających ich pobierania.

Na razie wygląda to tak, że niektóre apteki pobierają opłatę za wystawienie recepty, inne nie. Są też takie, które „ukrywają” opłatę, podnosząc cenę leku (oczywiście oprócz leków posiadających ceny urzędowe).

**DP:** Przejdźmy do antykoncepcji awaryjnej, tzw. tabletki „dzień po”.

**RW:** Program pilotażowy opieki farmaceutycznej nad pacjentem w zakresie zdrowia reprodukcyjnego poprawia dostęp pacjentek do antykoncepcji awaryjnej. Jest on przeprowadzany w aptekach i tak jak szczepienia refundowane ze środków NFZ. Konsultacja ma charakter wielowymiarowy. Farmaceuci, uczestniczący w programie pilotażowym zobowiązani są do wyjaśnienia zasad przyjmowania tabletki, rozwiania wszystkich wątpliwości z tym związanych – co szczególnie jest ważne dla pacjentek w wieku 15-18 lat. Konsultacja zawiera również elementy edukacyjne. Cała rozmowa odbywa się w osobnym pokoju aby pacjentki mogły poczuć się komfortowo i bezpiecznie. Nie każda konsultacja kończy się wystawieniem recepty. Wystawienie recepty na antykoncepcję awaryjną, (zawierająca octan uliprystalu) następuje tylko wtedy, gdy jest to uzasadnione stanem zdrowia pacjentki i ryzykiem nieplanowanej ciąży. Jednakże, istnieje pewien dylemat związany z tymi konsultacjami. Zgodnie z prawem, konsultacje farmaceutyczne mają znamiona świadczenia zdrowotnego, co oznacza, że do 18 r.ż. nie mogą one być przeprowadzane bez obecności rodzica. To stawia nas w trudnej sytuacji, zwłaszcza gdy młode pacjentki szukają porady na temat tabletek „dzień po”. Na szczęście, Ministerstwo Zdrowia zgodziło się, żeby farmaceuci biorący udział w pilotażu nie byli karani za odmowę świadczenia usług związanych z tym pilotażem dla pacjentek przed 18 r.ż. Jest to ważne, ponieważ pozwala nam podejmować decyzje zgodnie z naszym osądem i prawem.

Z własnych doświadczeń mogę powiedzieć, że większość pacjentek zgłaszających się po antykoncepcję awaryjną ma powyżej 18 lat. W tym tygodniu miałem jednak przypadek, kiedy po antykoncepcję zgłosiła się do mnie pacjentka nieletnia. Poinformowałem ją o konieczności zgłoszenia się z rodzicami, czego nie chciała zrobić. W trakcie rozmowy z nią ujawniła, że ma obawy z tym związane i nie wiedziała, czy w tej sytuacji nie skorzysta z receptomatu. Poradziłem jej i zachęcałem do porozmawiania z rodzicami. Nie wiem, co ostatecznie zrobiła, ale takie sytuacje mają miejsce.

**DP:** W ramach opieki farmaceutycznej realizowane są również przeglądy lekowe?

**RW:** Takie przeglądy są ważne dla dobrostanu pacjenta i przynoszą oszczędności na wielu płaszczyznach. Polegają one na identyfikacji elementów polipragmazji, czyli sytuacji, w których pacjent zażywa jednorazowo kilka leków, nie do końca znając mechanizmy ich działania lub występowania oddziaływań pomiędzy nimi. To może prowadzić do skutków ubocznych, pogorszenia zdrowia i generowania dodatkowych kosztów dla NFZ. Razem z NFZ, prowadzimy co miesiąc spotkania dla seniorów na temat polipragmazji. Na tych spotkaniach, informujemy pacjentów o tym, jak prawidłowo zażywać leki i jakie mogą być konsekwencje ich niewłaściwego stosowania. Od stycznia tego roku do tych rozmów wprowadziliśmy kilka nowych elementów. Teraz, na pierwszym spotkaniu zbieramy od pacjentów informacje o tym, jakie leki zażywają, kto je przepisał, czy regularnie je zażywają, czy wprowadzają jakieś zmiany w leczeniu, czy zażywają suplementy, jak się odżywiają, czy mieszkają sami. Są one niezbędne do przeprowadzenia skutecznego przeglądu lekowego. Na podstawie tej wiedzy, na kolejnym spotkaniu

(po miesiącu) przygotowujemy raport, który przekazujemy pacjentowi i lekarzowi. Ma on charakter analityczny, zawiera nasze obserwacje i sugestie dotyczące terapii. Ostateczna decyzja o zmianie lub modyfikacji leczenia i tak należy do lekarza. Przeglądy lekowe są korzystne dla pacjentów. Pomagają im lepiej zrozumieć swoją farmakoterapię i potencjalne ryzyko związane z zażywaniem leków. Są one również korzystne dla systemu zdrowia, umożliwiają identyfikację niepotrzebnych kosztów związanych z przepisywaniem i zażywaniem leków nie tylko refundowanych. W przyszłości, przeglądy lekowe powinny stać się standardową częścią opieki farmaceutycznej finansowanej ze środków publicznych. Wierzę, że my – farmaceuci – posiadający odpowiednią wiedzę i umiejętności w zakresie działania leków, interakcji oraz skutków ubocznych po ich zażyciu, możemy w znaczny sposób pomóc pacjentom w zarządzaniu ich terapią lekową.

**DP:** Czego możemy się spodziewać w przyszłości w rozwoju opieki farmaceutycznej?

**RW:** Inspirując się modelem brytyjskim, pragniemy rozszerzyć jej zakres, włączając w nią pomoc w drobnych dolegliwościach. Jako Naczelna Rada Aptekarska, prowadzimy rozmowy z Ministerstwem Zdrowia na temat tego świadczenia. Oczywiście, pewne przepisy prawa muszą ulec zmianie, aby mogło ono funkcjonować. Nasza wizja polega na tym, że wraz ze środowiskiem lekarskim stworzylibyśmy katalog drobnych dolegliwości, z którymi pacjenci nie musieliby się zgłaszać do lekarza, ale mogliby wejść do apteki i po przeprowadzeniu konsultacji farmaceutycznej, otrzymać odpowiednią pomoc. Dysponując określonym algorytmem, moglibyśmy zdefiniować, czy rzeczywiście mamy do czynienia z drobną dolegliwością, co pozwoliłoby odciążać lekarzy. Do tego ▶

stworzony zostałby katalog leków na receptę i bez recepty, którym mogliśmy się posługiwać. Na pewno będziemy rozmawiać z Ministerstwem Zdrowia o rozszerzeniu naszych kompetencji w zakresie szczepień.

Skoro tak dobrze poradziłyśmy sobie z nimi, nie powinno być przeszkód, abyśmy mogli szczepić w domach pomocy społecznej czy w domach seniorów. Jesteśmy w stanie dostarczyć szczepionki w odpowiednich warunkach, zachowując tzw. zimny łańcuch, i podać je kompleksowo wszystkim pacjentom w tych placówkach, którzy będą chcieli skorzystać z takiej usługi. Kolejnym elementem mogłoby być przeprowadzanie świadczeń u osób, które naprawdę wymagają bezpośredniej pomocy – na przykład osób, które nie chodzą i mieszkają same. Oczywiście, musiałoby to być poparte umową z Narodowym Funduszem Zdrowia na świadczenie tego typu usługi. Moglibyśmy dostarczać leki do pacjenta, zwłaszcza, że takie

osoby często mają przepisane także środki pomocnicze (pieluchy czy pieluchomajtki). Kolejnym elementem mogłaby być recepta kontynuowana. Wykorzystując System Informacji Medycznej lekarz przekazywałby nam dyspozycje dotyczące wypisania leków. Poza wystawieniem recepty, w stosownych sytuacjach określiłby wykonanie pewnych świadczeń, jak pomiar ciśnienia, BMI, poziomu glukozy. Przekazane lekarzowi prowadzącemu wyniki pomiarów decydowałyby o kontynuacji recepty lub konieczności wizyty u lekarza. Recepta kontynuowana, wystawiana przez farmaceutę, obejmowałaby także katalog leków dla osób powyżej 65 roku życia z kategorii leków bezpłatnych. Podkreślam, że podobne rozwiązania działają w Europie i nie odkrywamy niczego spektakularnego, tylko musimy wprowadzić te standardy do Polski. Za parę lat 1/4 populacji Polski osiągnie wiek +65. Można założyć, że przy obecnym modelu

funkcjonowania służby zdrowia system będzie niewydolny. Dlatego wracamy do tej kwestii. Jako farmaceuci, dążymy do tego, aby świadczenia zdrowotne mogły funkcjonować na podstawie standaryzowanych procedur. Wiele krajów europejskich już dostrzegło, że farmaceuci są ważnym elementem w ochronie zdrowia, zwłaszcza w sytuacji niewydolności systemu opieki zdrowotnej, który boryka się z trudnościami, jeśli chodzi o dostęp do lekarzy, diagnostykę czy samo leczenie. Proponowane przez nas podejście musi się oczywiście oprzeć na konsolidacji i otwartości na współpracę zawodów medycznych. Istotne jest to, że istnieje społeczna akceptacja dla omawianych przeze mnie zmian. Również od środowiska lekarskiego docierają do nas sygnały, że jesteśmy traktowani naprawdę poważnie i że jest chęć wykorzystania naszej wiedzy i możliwości.

Rozmawiała  
Dorota Pacholec

## ZMIANY W PRAWIE MEDYCZNYM

Pierwsze półrocze 2024 przyniosło szereg zmian w polskim prawie medycznym. Pojawiły się nowe regulacje dotyczące m.in. kursów kwalifikacyjnych dla ratowników medycznych, badań lekarskich przy pozwoleniu na broń, dokumentacji medycznej, wynagrodzeń członków Rady Akredytacyjnej, uznawania ordynatorów za lekarzy systemu oraz prawa wykonywania zawodu lekarza i lekarza dentystry. Rozporządzenia wprowadzające te zmiany mają na celu usprawnienie i zaktualizowanie obecnych procedur oraz zasady działania w różnych obszarach opieki zdrowotnej. Wszystkie te zmiany mają bezpośredni wpływ na funkcjonowanie systemu opieki zdrowotnej w Polsce, wpływając na praktykę lekarzy, ratowników medycznych i innych pracowników służby zdrowia.

### Kursy dla ratowników medycznych

Od 5 czerwca 2024 r. obowiązuje rozporządzenie Ministra Zdrowia z 22 maja 2024 r. o kursach kwalifikacyjnych dla ratowników medycznych (Dz. U. z 2024 r., poz. 826) ustanawiające wymagania dotyczące programu kursów kwalifikacyjnych, sposób i tryb uczestnictwa w kursie kwalifikacyjnym

i zakończenia go pozytywną oceną oraz wzór dokumentu potwierdzającego ukończenie go.

### Badania lekarskie przy pozwoleniu na broń

Od 19 czerwca 2024 r. obowiązuje nowe rozporządzenie Ministra Zdrowia z 28 maja 2024 r., które zmienia

rozporządzenie dotyczące badań lekarskich i psychologicznych dla osób ubiegających się o pozwolenie na broń lub rejestrujących broń pneumatyczną oraz dla posiadaczy pozwolenia na broń lub zarejestrowanej broni pneumatycznej (Dz. U. z 2024 r., poz. 829). Nowe rozporządzenie wprowadza zmiany w załącznikach nr 3 i 4 do rozporządzenia Ministra Zdrowia