



Rekomendacja nr 145/2023

z dnia 15 grudnia 2023 r.

Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w sprawie kwalifikacji świadczenia opieki zdrowotnej „Opieka farmaceutyczna” jako świadczenia gwarantowanego

Prezes Agencji nie rekomenduje zakwalifikowania świadczenia opieki zdrowotnej „Opieka farmaceutyczna” jako świadczenia gwarantowanego na zaproponowanych warunkach.

Uzasadnienie rekomendacji

Opieka farmaceutyczna obejmuje działania podejmowane przez farmaceutów, we współpracy z lekarzami i w razie potrzeby z przedstawicielami innych zawodów medycznych, mające na celu poprawę bezpieczeństwa i skuteczności farmakoterapii. Oceniane świadczenie obejmuje: prowadzenie konsultacji farmaceutycznych, wykonywanie przeglądów lekowych wraz z oceną farmakoterapii, opracowywanie indywidualnego planu opieki farmaceutycznej, z uwzględnieniem problemów lekowych pacjenta, wykonywanie badań diagnostycznych określonych w przepisach wykonawczych oraz wystawianie recept w ramach kontynuacji zlecenia lekarskiego.

W celu oceny zasadności zakwalifikowania ww. świadczenia jako świadczenia gwarantowanego przeprowadzono:

- przegląd wytycznych (zidentyfikowano 6 dokumentów: PTF 2003, BAK 2003, FIP 2021, NHS 2021, PSCG 2019, PSA 2020),
- przegląd rozwiązań organizacyjnych w wybranych krajach (zidentyfikowano rozwiązania organizacyjne dotyczące opieki farmaceutycznej w 7 krajach - Wielka Brytania, Królestwo Niderlandów, Szwecja, Austria, Norwegia, Niemcy, Australia),
- analizę opinii eksperckich (otrzymano 8 opinii eksperckich),
- analizę wyników programu pilotażowego przeglądów lekowych w Polsce,
- analizę skuteczności (włączono 19 przeglądów systematycznych (PS), w tym 10 z metaanalizą),
- przegląd analiz ekonomicznych (włączono 7 opracowań dotyczących opłacalności kosztowej interwencji składających się na opiekę farmaceutyczną),
- oszacowanie wpływu finansowania świadczenia ze środków publicznych na system ochrony zdrowia.

W nielicznych PS z metaanalizą (3 spośród 10 prac) oceniano liczbę hospitalizacji/ ponownych hospitalizacji lub wpływ na śmiertelność. W żadnym z badań, w których analizowano ww. punkty końcowe nie wykazano korzyści w zakresie wpływu interwencji farmaceutycznych

na śmiertelność czy liczbę hospitalizacji. Interwencje farmaceutyczne wydają się mieć znamienny wpływ m.in. na stan chorych z nadciśnieniem i/lub cukrzycą, głównie w postaci redukcji ciśnienia tętniczego (6 przeglądów systematycznych z metaanalizą: de Souza Cazarim 2023, Al-babtain 2022 – pacjenci z cukrzycą, Marcum 2021, Alshehri 2019, Yuan 2019, Martinez-Mardones 2019), czy obniżenia stężenia Hb1A1c (4 przeglądy systematyczne z metaanalizą u pacjentów z cukrzycą: Al-babtain 2022, Alshehri 2019, Yuan 2019, Martinez-Mardones 2019).

Analiza całości materiału nie pozwala jednak na postawienie jednoznacznych wniosków na temat skuteczności przeglądów lekowych / konsultacji farmaceutycznych. Włączone badania charakteryzują się dużą heterogenicznością (różne m.in. w zakresie populacji, interwencji w ramach opieki farmaceutycznej, punktów końcowych).

W odniesieniu do przeprowadzonego programu pilotażowego należy wskazać, że pozwala do pewnego stopnia zobrazować model opieki farmaceutycznej, jednakże nadal pozostaje kilka pytań badawczych bez jednoznacznej odpowiedzi. Brakuje m. in. oceny wpływu monitorowania interakcji lekowych na ryzyko wystąpienia polekowych działań niepożądanych prowadzących do określonych stanów klinicznych (np. ryzyko niewydolności nerek w przypadku interakcji NLPZ z lekiem moczopędnym). Przeprowadzona przez AOTMiT analiza wskaźników oceny efektywności opieki farmaceutycznej pozwoliła na wyłonienie również innych możliwych do monitorowania wskaźników, wśród których wskazuje się m.in.: liczbę hospitalizacji, śmiertelność /śmiertelność z przyczyn sercowo-naczyniowych, jakość życia. Zauważono także, że informacje nt. leków pozyskano wyłącznie na podstawie wywiadu z pacjentem, a farmaceuci nie mieli dostępu do pełnej elektronicznej dokumentacji medycznej pacjenta. Wyniki przeprowadzonego pilotażu nie potwierdzają redukcji wydatków płatnika publicznego. Należy również podkreślić, że zrealizowany program pilotażowy nie obejmował wszystkich elementów wnioskowanego świadczenia (tj. badań diagnostycznych i kontynuacji recept w ramach zlecenia lekarskiego).

Zwraca się również uwagę na prognozowany wpływ na budżet. W przypadku wprowadzenia wnioskowanego świadczenia oraz objęcia populacji docelowej opisaną procedurą szacowane wydatki płatnika związane z jego finansowaniem mogą wynieść: 1,17 mld zł (wariant I podstawowy: ≥ 60 lat i ≥ 5 leków; 6,4 mln osób), 952,4 mln zł (wariant II: ≥ 65 lat i ≥ 5 leków; 5,2 mln osób), 441,6 mln zł (wariant III: ≥ 65 lat i ≥ 10 leków; 2,4 mln osób), 101,4 mln zł (wariant IV: ≥ 65 lat, ≥ 5 leków; wielkość populacji na podstawie opinii 3 ekspertów: 554,1 tys. osób). Wydatki płatnika są uzależnione od zastosowanych kryteriów kwalifikacji pacjentów takich jak: wiek i liczba przyjmowanych leków, ale koszty świadczenia ściśle zależą także od czasu jego realizacji. Wdrożenie OF do praktyki wymaga wprowadzenia rozwiązań teleinformatycznych optymalizujących przebieg procesu przeglądu lekowego oraz usprawniających współpracę farmaceuty z lekarzem POZ. Dokumenty wytwarzane w trakcie świadczenia usługi opieki farmaceutycznej powinny być przekazywane lekarzowi prowadzącemu w formie elektronicznej, prawdopodobnie za pośrednictwem platformy P1 (system e-zdrowie; IKP – internetowe konto pacjenta).

W ramach przeprowadzanego przeglądu lekowego farmaceuta powinien pozyskiwać informacje o lekach pacjenta nie tylko na podstawie wywiadu z pacjentem/opiekunem (jak w pilotażu), ale także z udostępnionej dokumentacji medycznej pacjenta dotyczącej w szczególności przepisanej farmakoterapii - powyższe wymaga zmian prawnych.

Odnalezione wytyczne oraz rozwiązania przyjęte w innych krajach wskazują na zasadność zdefiniowania populacji docelowej do opieki farmaceutycznej (zlecenie nie precyzuje populacji docelowej, w tym wielolekowości).

W związku z powyższym zakwalifikowanie opieki farmaceutycznej jako świadczenia gwarantowanego mogłoby być rozważane po dokładnym określeniu zakresu interwencji uwzględnionych w OF, warunków ich przeprowadzania oraz wyodrębnieniu populacji docelowej, która najbardziej skorzystałaby z dostępu do świadczenia z jednoczesną weryfikacją wydatków z budżetu płatnika.

Przedmiot wniosku

Zlecenie Ministra Zdrowia dotyczy oceny zasadności kwalifikacji świadczenia opieki zdrowotnej „Opieka farmaceutyczna” jako świadczenia gwarantowanego na podstawie art. 31n pkt 1 lit. a tiret pierwsze i drugie i pkt 5 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2022 r. poz. 2561).

Problem zdrowotny

Opieka farmaceutyczna stanowi działania podejmowane przez farmaceutów, we współpracy z lekarzami i w razie potrzeby z przedstawicielami innych zawodów medycznych, mające na celu poprawę bezpieczeństwa i skuteczności farmakoterapii. Składowymi opieki farmaceutycznej są: prowadzenie konsultacji farmaceutycznych, wykonywanie przeglądów lekowych wraz z oceną farmakoterapii, z uwzględnieniem problemów lekowych pacjenta, opracowanie indywidualnego planu opieki farmaceutycznej z uwzględnieniem problemów lekowych pacjenta, wykonywanie badań diagnostycznych (szczegółowo określonych w innych przepisach – obecnie w Rozporządzeniu) oraz wystawianie recept w ramach kontynuacji zlecenia lekarskiego.

Aktualna definicja opieki farmaceutycznej jest zapisana w Ustawie o zawodzie farmaceuty z 10 grudnia 2020 roku. W art. 4 wspomnianego aktu prawnego zapisano, iż „Wykonywanie zawodu farmaceuty ma na celu ochronę zdrowia pacjenta oraz ochronę zdrowia publicznego” i polega między innymi na sprawowaniu opieki farmaceutycznej. Została ona zdefiniowana w art. 4 ust. 2 jako „świadczenie zdrowotne w rozumieniu art. 5 pkt 40 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2021 r. poz. 1285, z późn. zm.), udzielane przez farmaceutę i stanowiące dokumentowany proces, w którym farmaceuta, współpracując z pacjentem i lekarzem prowadzącym leczenie pacjenta, a w razie potrzeby z przedstawicielami innych zawodów medycznych, czuwa nad prawidłowym przebiegiem indywidualnej farmakoterapii”.

Składową opieki farmaceutycznej jest realizowanie przeglądów lekowych (ang. medication use review) przez farmaceutów. Usługa ma na celu identyfikację i rozwiązanie problemów lekowych (ang. drug-related problems) u pacjenta. Zgodnie z definicją Pharmaceutical Care Network Europe, zaadoptowaną przez Polskie Towarzystwo Farmaceutyczne, przegląd lekowy stanowi ustrukturyzowaną ocenę stosowanych przez pacjenta leków pod kątem wykrycia potencjalnych lub rzeczywistych problemów lekowych, a celem tej oceny jest optymalizacja użycia leków, gwarantująca poprawę efektów zdrowotnych pacjenta i osiągnięcie zamierzonego efektu terapeutycznego. Aktualne rozwiązania prawne wskazują farmaceutę jako fachowego pracownika właściwego do wykonywania przeglądów lekowych.

Zakres badań diagnostycznych, które mogą być wykonywane przez farmaceutę został określony w załączniku do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 stycznia 2022 r. w sprawie wykazu badań diagnostycznych, które mogą być wykonywane przez farmaceutę.

Zgodnie z powyższym, farmaceuta jest uprawniony do wykonywania następujących badań:

- test antygenowy w kierunku SARS-CoV-2,

- badanie podstawowych parametrów życiowych: ciśnienie krwi, tętno, puls oraz saturacja krwi,
- pomiar masy ciała, wzrostu i obwodu w pasie, a także obliczanie wskaźnika BMI (ang. Body Mass Index) oraz stosunku obwodu talii do obwodu bioder (WHR – ang. Waist-Hip Ratio),
- stężenie glukozy we krwi,
- kontrola panelu lipidowego (cholesterol, frakcja HDL i LDL oraz trójglicerydy),
- szybki test do wykrywania grypy, stężenia białka C-reaktywnego, antygeny Streptococcus z grupy A, Helicobacter – test z krwi).

Zapisy ustawy z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne regulują kwestie wystawiania recept przez farmaceutę w ramach kontynuacji terapii.

Alternatywna technologia medyczna

Alternatywne technologie medyczne dla ocenianego świadczenia obejmują:

- dla przeglądu lekowego wykonywanego przez farmaceutę (obejmującego przeprowadzanie konsultacji farmaceutycznych i ustalanie indywidualnego planu opieki farmaceutycznej) – opiekę sprawowaną przez lekarza POZ, który powinien w odpowiedni sposób zarządzać farmakoterapią pacjenta z wielolekowością w celu optymalizacji planu leczenia,
- dla wykonywania badań diagnostycznych w aptece – wykonywanie badań diagnostycznych w ramach POZ,
- dla wystawiania recept w ramach kontynuacji zlecenia lekarskiego przez farmaceutę – wystawianie recept przez lekarza POZ / lekarza specjalistę.

Opis wnioskowanego świadczenia

Świadczenie obejmuje:

- 1) prowadzenie konsultacji farmaceutycznych w celu zapewnienia bezpieczeństwa pacjenta w związku ze stosowaniem produktów leczniczych, wyrobów medycznych, wyposażenia wyrobów medycznych, systemów i zestawów zabiegowych oraz wyrobów medycznych do diagnostyki in vitro i wyposażenia wyrobów medycznych do diagnostyki in vitro,
- 2) wykonywanie przeglądów lekowych wraz z oceną farmakoterapii, z uwzględnieniem problemów lekowych pacjenta - w celu wykrywania i rozwiązywania problemów lekowych oraz zapewnienia bezpieczeństwa w procesie farmakoterapii,
- 3) opracowywanie indywidualnego planu opieki farmaceutycznej, z uwzględnieniem problemów lekowych pacjenta - w celu określenia celów terapeutycznych możliwych do osiągnięcia przez pacjenta stosującego farmakoterapię oraz wskazania sposobów rozwiązywania wykrytych problemów lekowych, ze szczególnym uwzględnieniem edukacji zdrowotnej, promocji zdrowia i zdrowego trybu życia oraz profilaktyki zdrowotnej,
- 4) wykonywanie badań diagnostycznych określonych w przepisach wykonawczych – w celu oceny skuteczności i bezpieczeństwa stosowanej przez pacjenta farmakoterapii oraz analizy problemów lekowych występujących u pacjenta, oraz proponowania metod i badań diagnostycznych,
- 5) wystawianie recept w ramach kontynuacji zlecenia lekarskiego.

Do zlecenia nie załączono Karty Świadczenia Opieki Zdrowotnej. Przekazano natomiast materiały dotyczące zrealizowanego w Polsce programu pilotażowego w zakresie przeglądów lekowych, stanowiących jeden z elementów wnioskowanego świadczenia.

Ocena skuteczności (klinicznej oraz praktycznej) i bezpieczeństwa

Ocena ta polega na zebraniu danych o konsekwencjach zdrowotnych (skuteczność i bezpieczeństwo) wynikających z zastosowania nowej terapii w danym problemie zdrowotnym oraz innych terapii, które w danym momencie są finansowane ze środków publicznych i stanowią alternatywne leczenie dostępne w danym problemie zdrowotnym. Następnie ocena ta wymaga określenia wiarygodności zebranych danych oraz porównania wyników dotyczących skuteczności i bezpieczeństwa nowej terapii względem terapii już dostępnych w leczeniu danego problemu zdrowotnego.

Na podstawie powyższego ocena skuteczności i bezpieczeństwa pozwala na uzyskanie odpowiedzi na pytanie o wielkość efektu zdrowotnego (zarówno w zakresie skuteczności, jak i bezpieczeństwa), którego należy oczekiwać względem nowej terapii w porównaniu do innych rozważanych opcji terapeutycznych.

Uwzględniono 19 publikacji (w tym 10 przeglądów systematycznych (PS) z metaanalizą i 9 przeglądów systematycznych) cechujących się wysoką heterogenicznością. Wyłoniono 2 najaktualniejsze prace (PS + metaanaliza) o największej liczbie włączonych RCTs: Al-babtain 2022 (40 RCTs włączonych do PS; 3-6 RCTs ujętych w metaanalizie), Marcum 2021 (40 RCTs włączonych do PS; 7-38 badań ujętych w metaanalizie).

W 3 spośród 10 PS z metaanalizą oceniano liczbę hospitalizacji/rehospitalizacji lub wpływ na śmiertelność. W żadnym z badań, w których analizowano ww. punkty końcowe nie wykazano korzyści w zakresie wpływu interwencji farmaceutycznych na śmiertelność czy liczbę hospitalizacji.

Na podstawie wyników uwzględnionych w analizie przeglądów systematycznych (PS) istotnie statystycznie korzyści wykazano w zakresie:

- poprawy adherence (2 PS: Marcum 2021, Dokbua 2018),
- zmniejszenia intensywności przewlekłego bólu (1 PS: Thapa 2021),
- poprawa kontroli astmy oskrzelowej (1 PS: Dokbua 2018),
- redukcji ciśnienia tętniczego (6 PS: de Souza Cazarim 2023, Al-babtain 2022 – pacjenci z cukrzycą, Marcum 2021, Alshehri 2019, Yuan 2019, Martinez-Mardones 2019),
- redukcji ryzyka sercowo-naczyniowego (2 PS: de Souza Cazarim 2023, Alshehri 2019),
- jakości życia (3 PS: de Souza Cazarim 2023, Marcum 2021, Dokbua 2018),
- redukcji liczby leków (1 PS: Croke 2023) (MD= -0,80 (95% CI: -1,17, -0,43),
- obniżenia poziomu TG (2 PS: de Souza Cazarim 2023, Alshehri 2019),
- obniżenia poziomu glukozy (1 PS: Martinez-Mardones 2019),
- obniżenia stężenia Hb1A1c u pacjentów z cukrzycą (4 PS: Al-babtain 2022, Alshehri 2019, Yuan 2019, Martinez-Mardones 2019),
- obniżenia stężenia TC (2 PS: Al-babtain 2022 u pacjentów z dyslipidemią, Alshehri 2019),
- obniżenia stężenia LDL (1 PS: Martinez-Mardones 2019).

Na podstawie 2 najaktualniejszych PS (obejmujących po 40 RCTs) z metaanalizą wykazane korzyści odnosiły się do poprawy parametrów klinicznych w określonych populacjach pacjentów tj. ciśnienie krwi w populacji pacjentów z cukrzycą, stężenie Hb1A1c w populacji pacjentów z cukrzycą, stężenie cholesterolu całkowitego w populacji pacjentów z dyslipidemią (Al-babtain 2022) oraz poprawa stosowania się do zaleceń (adherence), ciśnienia skurczowego i rozkurczowego krwi, jakości życia (Marcum 2021).

Należy podkreślić, że analiza całości materiału nie pozwala na wyciąganie jednoznacznych wniosków na temat skuteczności przeglądów lekowych / konsultacji farmaceutycznych.

W żadnym z PS włączonym do analizy nie zdefiniowano kryteriów włączenia w odniesieniu do liczby leków przyjmowanych przez pacjentów. Kryteria populacyjne były definiowane najczęściej w kontekście stanu klinicznego pacjentów, tj. obecności chorób przewlekłych, najczęściej: cukrzycy, nadciśnienia, chorób sercowo-naczyniowych, dyslipidemii.

W żadnym PS nie przedstawiono wyników dla subpopulacji pacjentów przyjmującej określoną liczbę leków (zdefiniowana wielolekowość).

Pilotaż przeglądów lekowych w Polsce

Celem zrealizowanego w Polsce Programu Pilotażowego Przeglądów Lekowych było sprawdzenie skuteczności praktycznej przeglądów lekowych w warunkach świadczenia opieki farmaceutycznej oraz sprawdzenie ich wartości klinicznej, wpływu na system opieki zdrowotnej a w konsekwencji wypracowanie optymalnego modelu, procedur oraz standardów tego elementu opieki farmaceutycznej jako świadczenia zdrowotnego.

Ograniczenia

W ramach przeprowadzonego programu pilotażowego nie przeprowadzono oceny wpływu monitorowania interakcji lekowych na ryzyko wystąpienia polekowych działań niepożądanych prowadzących do określonych stanów klinicznych (np. ryzyko niewydolności nerek w przypadku interakcji NLPZ z lekiem moczopędnym). Przeprowadzona przez AOTMiT analiza wskaźników oceny efektywności opieki farmaceutycznej pozwoliła na wyłonienie również innych możliwych do monitorowania wskaźników, wśród których wskazuje się m.in.: liczbę hospitalizacji, śmiertelność /śmiertelność z przyczyn sercowo-naczyniowych, jakość życia.

Do pozostałych ograniczeń pilotażu należy zaliczyć:

- brak danych dla znacznego odsetka pacjentów zakwalifikowanych do pilotażu;
- brak uzasadnienia dla proponowanych przez Autorów pilotażu wymaganych kwalifikacji farmaceutów uprawniających do przeprowadzania przeglądów lekowych (ukończenie kursu kwalifikacyjnego prowadzonego przez uczelnię);
- informacje nt. leków pozyskano wyłącznie na podstawie wywiadu z pacjentem; farmaceuci nie mieli dostępu do pełnej elektronicznej dokumentacji medycznej pacjenta;
- analiza częstości występowania interakcji lekowych (przedstawiona w aneksie do raportu) ograniczona jest do leków refundowanych. Większość NLPZ dostępnych w aptekach i obrocie pozaaptecznym posiada kategorię dostępności OTC;
- wnioskowanie odnośnie znaczenia klinicznego przeglądów lekowych w kontekście występowania interakcji lekowych jest oparte wyłącznie na analizie liczby pacjentów, u których odnotowano interakcje. Nie przeprowadzono oceny wpływu interakcji lekowych na ryzyko wystąpienia polekowych działań niepożądanych prowadzących do określonych stanów klinicznych (np. ryzyko niewydolności nerek w przypadku interakcji NLPZ z lekiem moczopędnym). Przeprowadzona przez AOTMiT analiza wskaźników oceny efektywności opieki farmaceutycznej pozwoliła na wyłonienie również innych możliwych do monitorowania wskaźników, wśród których wskazuje się m.in.: liczbę hospitalizacji, śmiertelność /śmiertelność z przyczyn sercowo-naczyniowych, jakość życia;
- analiza wyników dla kosztów refundacji inhibitorów pompy protonowej (IPP) wraz z wnioskowaniem, iż w grupie pacjentów objętych pilotażem przeglądów lekowych, którzy często stosowali leki z tej grupy, dochodzi do znacznego ograniczenia stosowania preparatów refundowanych (co ma dowodzić efektywności przeglądów lekowych), jest niepewna z uwagi na fakt, iż wiele leków IPP jest dostępna w postaci preparatów OTC;
- wyniki pilotażu nie potwierdzają redukcji wydatków płatnika publicznego.

Należy również podkreślić, że zrealizowany program pilotażowy nie obejmował wszystkich elementów wnioskowanego świadczenia (tj. badań diagnostycznych i kontynuacji recept w ramach zlecenia lekarskiego).

Propozycje instrumentów dzielenia ryzyka

Nie dotyczy.

Ocena ekonomiczna, w tym szacunek kosztów do uzyskiwanych efektów zdrowotnych

Ocena ekonomiczna polega na oszacowaniu i zestawieniu kosztów i efektów zdrowotnych, jakie mogą wiązać się z zastosowaniem u pojedynczego pacjenta nowej terapii zamiast terapii już refundowanych.

Koszty terapii szacowane są w walucie naszego kraju, a efekty zdrowotne wyrażone są najczęściej w zyskanych latach życia (LYG, life years gained) lub w latach życia przeżytych w pełnym zdrowiu (QALY, quality adjusted life years) wskutek zastosowania terapii.

Zestawienie wartości dotyczących kosztów i efektów związanych z zastosowaniem nowej terapii i porównanie ich do kosztów i efektów terapii już refundowanych pozwala na uzyskanie odpowiedzi na pytanie, czy efekt zdrowotny uzyskany u pojedynczego pacjenta dzięki nowej terapii wiąże się z wyższym kosztem w porównaniu do terapii już refundowanych.

Uzyskane wyniki wskaźnika kosztów-efektów zdrowotnych porównuje się z tzw. progiem opłacalności, czyli wynikiem, który sygnalizuje, że przy zasobności naszego kraju (wyrażonej w PKB) maksymalny koszt nowej terapii, która ma wiązać się z uzyskaniem jednostkowego efektu zdrowotnego (1 LYG lub 1 QALY) w porównaniu do terapii już dostępnych, nie powinien przekraczać trzykrotności PKB per capita.

Aktualnie próg opłacalności wynosi 190 380 PLN/QALY.

Wskaźnik kosztów-efektów zdrowotnych nie szacuje i nie wyznacza wartości życia, pozwala jedynie ocenić i m. in. na tej podstawie dokonać wyboru terapii związanej z potencjalnie najlepszym wykorzystaniem aktualnie dostępnych zasobów.

Do przeglądu analiz ekonomicznych zakwalifikowano 7 publikacji dotyczących wymienionych w zleceniu świadczeń wchodzących w skład opieki farmaceutycznej. Cztery publikacje zawierały analizy efektywności kosztowej (CUA/CEA) a 3 prezentowały analizy kosztów.

Wyniki analiz ekonomicznych wskazują na opłacalność kosztową interwencji wchodzących w skład opieki farmaceutycznej. Wartości ICER wyniosły:

- 42 643 zł (8 495 GBP) (Twigg 2019);
- 69 920 zł (16 058 EUR) (Jódar-Sánchez 2015);
- 56 087 zł (11 159 GBP) za przegląd lekowy z możliwością przepisywania leku oraz 27 938 zł (5 567 GBP) za przegląd lekowy z informacją zwrotną do lekarza rodzinnego (Neilson 2015).

Wskazanie czy zachodzą okoliczności, o których mowa w art. 13 ust. 3 ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. z 2023 r. poz. 826)

Jeżeli analiza kliniczna wnioskodawcy nie zawiera randomizowanych badań klinicznych dowodzących wyższości leku nad technologiami medycznymi dotychczas refundowanymi w danym wskazaniu, to urzędowa cena zbytu leku musi być skalkulowana w taki sposób, aby koszt stosowania leku wnioskowanego do objęcia refundacją nie był wyższy niż koszt technologii medycznej o najkorzystniejszym współczynniku uzyskiwanych efektów zdrowotnych do kosztów ich uzyskania.

Nie dotyczy.

Ocena wpływu na system ochrony zdrowia, w tym wpływu na budżet płatnika publicznego

Ocena wpływu na system ochrony zdrowia składa się z dwóch istotnych części.

Po pierwsze, w analizie wpływu na budżet płatnika, pozwala na oszacowanie potencjalnych wydatków związanych z finansowaniem nowej terapii ze środków publicznych.

Szacunki dotyczące wydatków związanych z nową terapią (scenariusz „jutro”) są porównywane z tym, ile aktualnie wydajemy na leczenie danego problemu zdrowotnego (scenariusz „dzisiaj”). Na tej podstawie możliwa jest ocena, czy nowa terapia będzie wiązać się z koniecznością przeznaczenia wyższych środków na leczenie danego problemu zdrowotnego, czy też wiąże się z uzyskaniem oszczędności w budżecie płatnika.

Ocena wpływu na budżet pozwala na stwierdzenie czy płatnik posiada odpowiednie zasoby na finansowanie danej technologii.

Ocena wpływu na system ochrony zdrowia w drugiej części odpowiada na pytanie jak decyzja o finansowaniu nowej terapii może wpłynąć na organizację udzielania świadczeń (szczególnie w kontekście dostosowania do wymogów realizacji nowej terapii) oraz na dostępność innych świadczeń opieki zdrowotnej.

Rozpatrywano 4 warianty analizy, uzależnione od zastosowanych kryteriów kwalifikacji pacjentów (wiek, liczba przyjmowanych leków) i źródła danych.

W przypadku wprowadzenia wnioskowanego świadczenia oraz objęcia populacji docelowej opisaną procedurą maksymalne prognozowane wydatki płatnika (przy założeniu że wszyscy spełniający kryteria skorzystają ze świadczenia) związane z finansowaniem świadczenia wyniosą:

- 1,17 mld (wariant I podstawowy: ≥ 60 lat i ≥ 5 leków; 6,4 mln osób),
- 952,4 mln (wariant II: ≥ 65 lat i ≥ 5 leków; 5,2 mln osób),
- 441,6 mln (wariant III: ≥ 65 lat i ≥ 10 leków; 2,4 mln osób),
- 101,4 mln (wariant IV: ≥ 65 lat, ≥ 5 leków; wielkość populacji na podstawie opinii 3 Ekspertów: 554,1 tys. osób).

Ograniczenia

Oszacowania dotyczą wyłącznie świadczenia, jakim jest przegląd lekowy, udzielanego raz w roku i składającego się z dwóch spotkań farmaceuty z pacjentem oraz samodzielnego przygotowania przez farmaceutę IPOF (łącznie czas pracy farmaceuty oszacowano na 120 minut).

W analizie przyjęto założenie, że wszyscy kwalifikujący się do wykonania przeglądu lekowego z niego skorzystają, co w praktyce jest niemożliwe do osiągnięcia. Liczba pacjentów korzystających w przyszłości z przedmiotowego świadczenia będzie również uzależniona od liczby aptek posiadających odpowiednie warunki, niezbędne do wykonywania usługi.

Przy oszacowaniach kosztu świadczenia uwzględniono wyłącznie koszty pracy farmaceuty, nie uwzględniono kosztów szkolenia personelu, ani kosztów dostosowania i modernizacji pomieszczeń do przeprowadzania procedury, kosztów testów diagnostycznych, kosztów zasobów materiałowych (np. materiały biurowe, ulotki, materiały informacyjne, środki ochrony osobistej: rękawice, maseczki).

Prognozowane wydatki płatnika stanowią dodatkowe koszty interwencji medycznej (interwencja w sposób bezpośredni nie zastępuje żadnego z dotychczas stosowanych świadczeń, stanowiąc jedynie poszerzenie wykazu świadczeń medycznych finansowanych w ramach środków publicznych), które przede wszystkim zależne są od przyjętej populacji docelowej.

Opinia NFZ w sprawie skutków finansowych dla systemu ochrony zdrowia

W otrzymanej odpowiedzi od Prezesa NFZ nie przedstawiono oszacowań dotyczących skutków finansowych dla systemu ochrony zdrowia w przypadku zakwalifikowania opieki farmaceutycznej jako świadczenia gwarantowanego.

Uwagi do proponowanego instrumentu dzielenia ryzyka

Nie dotyczy.

Uwagi do opisu świadczenia

Rozpatrywane świadczenie traktowane jest kompleksowo jako świadczenie obejmujące wykonywanie przeglądu lekowego, którego składowymi są konsultacje farmaceutyczne oraz ustalanie indywidualnego planu opieki farmaceutycznej. Odnośnie do pozostałych elementów świadczenia, tj. wykonywania badań diagnostycznych, badania te są ściśle związane z pozostałymi składowymi świadczenia opieki farmaceutycznej, umożliwiając nadzór nad farmakoterapią i ocenę skuteczności i bezpieczeństwa leków w ramach działań podejmowanych przez farmaceutę podczas konsultacji farmaceutycznych, przeglądów lekowych oraz opracowania indywidualnego planu opieki farmaceutycznej. Również wystawianie recept w ramach kontynuacji zlecenia lekarskiego, powinno być traktowane jako usługa wykonywana i finansowana w ramach kompleksowo postrzeganej opieki farmaceutycznej.

Realizator / osoba inicjująca wykonanie świadczenia

Farmaceuta (magister farmacji) posiadający aktywne prawo wykonywania zawodu, który uzyskał dyplom po 2012 roku i realizował program studiów obejmujący efekty kształcenia przygotowujące do świadczenia opieki farmaceutycznej.

W przypadku osób, które ukończyły studia na kierunku farmacja przed obowiązywaniem wymienionego powyżej standardu, uzupełnienie kompetencji w zakresie opieki farmaceutycznej odbywa się w szerokim zakresie w ramach prowadzonych przez akredytowane jednostki szkolące:

- specjalizacji z zakresu farmacji aptecznej lub klinicznej, gdzie zawarte są moduły kształcenia z zakresu opieki farmaceutycznej,
- szkoleń ustawicznych, organizowanych przez akredytowane jednostki szkolące i samorząd zawodu farmaceuty, poruszających zagadnienia z opieki farmaceutycznej w oparciu o obowiązujące standardy terapeutyczne i klasyfikacje problemów lekowych.

Przeгляд lekowy powinien być realizowany na podstawie pisemnego zlecenia lekarskiego.

Przeгляд lekowy - kryteria kwalifikacji pacjentów:

Na podstawie całości materiału analitycznego można wnioskować, że kryteria kwalifikacji do wnioskowanego świadczenia powinny obejmować wiek (powyżej 60 r.ż. lub powyżej 65 r.ż.) oraz wielolekowość definiowaną jako stosowanie minimum 5 substancji czynnych Rx.

Czas realizacji usługi i częstość

Na podstawie całości materiału analitycznego można wnioskować, że przeglądy lekowe powinny być przeprowadzane raz w roku, a usługa powinna obejmować 2 spotkania z pacjentem (pierwsze spotkanie – 45 min., przygotowanie IPOF – 60 min., drugie spotkanie – 15 min). Łączny czas realizacji usługi powinien wynosić 120 min.

Inne wymagania

Warunkiem realizacji świadczenia jest umożliwienie farmaceucie dostępu do danych pacjenta zawartych w Internetowym Koncie Pacjenta (IKP), za zgodą pacjenta.

Omówienie rozwiązań proponowanych w analizie racjonalizacyjnej

Przedmiotem analizy racjonalizacyjnej jest identyfikacja mechanizmu, którego wprowadzenie spowoduje uwolnienie środków publicznych w wysokości odpowiadającej co najmniej wzrostowi kosztów wynikającemu z podjęcia pozytywnej decyzji o refundacji wnioskowanej technologii medycznej.

Analiza racjonalizacyjna jest przedkładana, jeżeli analiza wpływu na budżet podmiotu zobowiązanego do finansowania świadczeń ze środków publicznych wykazuje wzrost kosztów refundacji.

Nie dotyczy.

Omówienie rekomendacji wydawanych w odniesieniu do ocenianej technologii

Odszukane wytyczne odnoszą się do zaleceń dotyczących przeprowadzania przeglądów lekowych / analiz leków, przygotowywania planu zarządzania farmakoterapią oraz prowadzenia konsultacji farmaceutycznych (PTF 2023, NHS 2021, BAK 2023, FIP 2021, PSA 2020, PCSG 2019).

Kryteria kwalifikacji do przeglądu lekowego / konsultacji farmaceutycznych

Analiza odnalezionych wytycznych wskazuje zróżnicowane kryteria włączenia pacjentów do przeglądu lekowego. Zaleca się jego przeprowadzenie w przypadku:

- polifarmakoterapii definiowanej jako stosowanie ≥ 4 leków dziennie (szczególnie osoby w wieku >75 lat; NHS 2021); ≥ 5 leków, suplementów diety lub wyrobów medycznych z substancją czynną (PTF 2023, BAK 2023, FIP 2021, PCSG 2019);
- złożonego i/lub skomplikowanego schematu dawkowania lub konieczności przyjmowania 12 lub więcej dawek leku dziennie (PTF 2023, BAK 2023, NHS 2021, PCSG 2019);
- po wprowadzeniu istotnych zmian w schemacie leczenia - PSA 2020, PTF 2023 (po wprowadzeniu zmian w ciągu ostatnich 3 miesięcy obejmujących zmianę substancji leczniczej, postaci leku, schematu dawkowania oraz wprowadzenie więcej niż 4 zmiany w farmakoterapii w ciągu ostatnich 12 miesięcy), PCSG 2019 (istotnych zmian w farmakoterapii w ciągu ostatnich 30 dni);
- po wypisie ze szpitala lub w przypadku częstych hospitalizacji – FIP 2021, NHS 2021, PCSG 2019, PSA 2020, PTF 2023 (w okresie ostatnich 3 miesięcy lub przynajmniej 3 pobyty w okresie 12 miesięcy), zmiana schematu leczenia po hospitalizacji (BAK 2023);
- stosowania leków wymagających dodatkowego monitorowania, leków wysokiego ryzyka - PTF 2023, PCSG 2019, FIP 2021 (leki przeciwzakrzepowe, opioidy, insulina, leki przeciwpadaczkowe, antycholinergiczne lub immunosupresyjne), PSA 2020 (opioidy, leki psychotropowe, insulina, leki przeciwzakrzepowe, antybiotyki, NLPZ, leki przeciwcholinergiczne), NHS 2021 (leków o szerokim zakresie działań niepożądanych, np. NLPZ; o wąskim zakresie terapeutycznym, np. digoksyna lub leków, które nie są powszechnie stosowane w podstawowej opiece zdrowotnej);
- pacjenta w wieku ≥ 65 lat – FIP 2021, PCSG 2019, PTF 2023 (u pacjentów z co najmniej 1 chorobą przewlekłą);
- wielochorobowości (≥ 3 chorób – PTF 2023; PSA 2020 ≥ 4 chorób – BAK 2023; PCSG 2019);
- przyjmowania leków przepisywanych przez różnych lekarzy np. specjalistę i lekarza POZ (NHS 2021), w przypadku konsultacji z ≥ 3 lekarzami w związku z występowaniem wielu chorób współistniejących (PCSG 2019).

Inicjatorzy i realizatorzy opieki farmaceutycznej

Zgodnie z polskimi wytycznymi inicjowanie przeprowadzenia przeglądu lekowego należy do lekarza prowadzącego pacjenta (PTF 2023). Australijskie wytyczne wskazują, że po zidentyfikowaniu potrzeby klinicznej i uzyskaniu zgody pacjenta lekarz podstawowej opieki zdrowotnej, lekarz geriatra, lekarz psychiatra lub specjalista w zakresie leczenia bólu kieruje pacjenta do farmaceuty celem przeprowadzenia kompleksowego przeglądu lekowego (PSA 2020). W przypadku pozostałych

wytycznych (PSCG 2019, BAK 2023, FIP 2021, NHS 2021) wskazuje się na osoby mające uprawnienia do wystawiania recept (ang. prescribers).

Większość rekomendacji zaleca, by opiekę farmaceutyczną realizowali farmaceuci (PTF 2023, BAK 2023, FIP 2021), farmaceuci i/lub pracownicy apteki świadczący usługę (PCSG 2019), farmaceuci akredytowani (PSA 2020) lub farmaceuci kliniczni (NHS 2021). Niektóre wytyczne przewidują możliwość włączenia w jej sprawowanie także inny wykwalifikowany personel medyczny (ang. appropriate clinician), np. wykwalifikowaną pielęgniarkę lub lekarza rodzinnego w zakresie wykonywania przeglądu lekowego (NHS 2021). Jedynie australijskie wytyczne z 2020 roku definiują „wykwalifikowanego farmaceutę” (ang. accredited pharmacist) jako posiadającego odpowiednie umiejętności i specjalistyczną wiedzę potwierdzoną stosownym certyfikatem uprawniającym do przeprowadzania przeglądów lekowych.

Czas i częstość realizacji usługi

Wytyczne brytyjskie i australijskie szacują czas trwania konsultacji farmaceutycznej na ok. 20 minut lub więcej w zależności od złożoności problemów przewidując możliwość ponownej konsultacji pacjenta w celu podjęcia działań związanych z potencjalnymi problemami z lekowymi oraz oceny stopnia osiągnięcia uzgodnionych wyników leczenia (NHS 2021, PSA 2020), zaś wytyczne polskie rekomendują czas przeprowadzenia wywiadu farmaceutycznego na min. 30 minut (PTF 2023). Ogólny harmonogram czasowy opieki farmaceutycznej sprawowanej nad pacjentem (follow-up) został oszacowany w wytycznych australijskich na 1–3 miesiące, natomiast przeciętny czas trwania procesu przygotowania i planowania przedkonsultacyjnego na 45-60 minut lub więcej w zależności od złożoności zidentyfikowanych problemów (PSA 2020). Zalecenia brytyjskie i singapurskie wskazują również na korzyść dla pacjentów przyjmujących leki przewlekle z przynajmniej jednej konsultacji rocznie w ramach opieki farmaceutycznej (NHS 2021, PCSG 2019).

Miejsce przeprowadzania przeglądów lekowych / konsultacji farmaceutycznych

Zalecanym przez wszystkie wytyczne podstawowym miejscem przeprowadzania przeglądu lekowego jest apteka ogólnodostępna (PTF 2023, BAK 2023, FIP 2021, NHS 2021, PSA 2020, PSCG 2019). Niektóre wytyczne wskazują także na oddział szpitalny (PTF 2023, PSCG 2019), podstawową opiekę zdrowotną (PTF 2023, FIP 2021), dom pacjenta (BAK 2023, PSA 2020), ambulatoryjną opiekę specjalistyczną/klinikę (PTF 2023, PSCG 2019), zakład opieki długoterminowej/dom opieki nad osobami starszymi (PTF 2023, PSCG 2019), dedykowane programy usług zdrowotnych (PSA 2020) oraz gabinet pielęgniarki środowiskowej/opieki farmaceutycznej (PTF 2023).

Źródła informacji dla farmaceuty przeprowadzającego przegląd lekowy

W ramach przeprowadzanego przeglądu lekowego farmaceuta pozyskuje informacje o lekach pacjenta ze wszystkich dostępnych źródeł, m.in. dane pozyskane od upoważnionego opiekuna/ przedstawiciela pacjenta, z IKP, z udostępnionej dokumentacji medycznej pacjenta, od lekarza rodzinnego/ lekarzy specjalistów (PTF 2023), na podstawie przeprowadzonego wywiadu z pacjentem i/lub jego opiekunem oraz weryfikacji uzyskanych informacji z wykorzystaniem jednego lub kilku źródeł (PSA 2020), z wykorzystaniem dostępu do danych z bazy aptecznej lub zaktualizowanej dokumentacji dla danej apteki, w której pacjent wykupuje leki lub w ramach wspólnej elektronicznej dokumentacji medycznej (jeśli jest dostępna) (FIP 2021).

Zakres leków kwalifikowanych do przeglądu lekowego

Wszystkie odszukane wytyczne rekomendują uwzględnianie w przeglądzie lekowym wszystkich leków stosowanych przez pacjenta, które zostały przepisane przez lekarza oraz zakupione bez recepty przez pacjenta (OTC), w tym suplementy diety, leki ziołowe, witaminy, wyroby medyczne (BAK 2023, NHS 2021, PTF 2023, PSA 2020), inne alternatywne/uzupełniające terapie, które przyjmuje pacjent (FIP 2021), produkty farmaceutyczne przyjmowane doraźnie (w tym substancje odurzające) i eksperymentalne środki lecznicze (PSCG 2019).

Raportowanie przeglądu lekowego

Większość wytycznych zaleca przygotowanie raportu lub innej formy udokumentowania wykonanego przeglądu lekowego dla lekarza i pacjenta (PTF 2023, BAK 2023, FIP 2021), tylko lekarza (PSA 2020, NHS 2020) lub tylko pacjenta (PCSG 2019).

Przegląd rozwiązań organizacyjnych w wybranych krajach

Odnaleziono informacje na temat rozwiązań organizacyjnych dotyczących opieki farmaceutycznej w 7 krajach (Wielka Brytania, Królestwo Niderlandów, Szwecja, Austria, Norwegia, Niemcy, Australia). W 4 krajach (Wielka Brytania, Królestwo Niderlandów, Niemcy, Australia) główną usługą świadczoną przez farmaceutów w aptekach jest przegląd lekowy, który polega na przeanalizowaniu wszystkich przyjmowanych przez pacjenta leków, weryfikacji działań niepożądanych oraz interakcji pomiędzy poszczególnymi lekami. W pozostałych 3 krajach realizowane są konsultacje z farmaceutą.

Przegląd lekowy / konsultacje farmaceutyczne – częstość i czas realizacji usługi

Przegląd lekowy w Wielkiej Brytanii, Królestwie Niderlandów, Niemczech i Australii przeprowadzany jest raz do roku. W Niemczech i Australii w uzasadnionych przypadkach, np. wprowadzenia nowego leku do schematu leczenia pacjenta, usługa przeglądu lekowego może być wykonywana częściej.

W 2 krajach (Austria i Szwecja) jedną z usług farmaceutycznych są konsultacje, mające na celu identyfikację działań niepożądanych przyjmowanych leków oraz interakcji między nimi. Nie odnaleziono kryteriów kwalifikacji do wyżej wymienionej usługi. W przypadku państw, gdzie przeprowadzana jest konsultacja farmaceutyczna nie odnaleziono informacji na temat liczby wizyt farmaceutycznych w ciągu roku. W Austrii przeciętny czas trwania konsultacji wynosi ok. 10 minut. W Szwecji natomiast pierwsza konsultacja trwa ok. 30 min, pozostałe natomiast trwają ok. 15 min.

Przegląd lekowy / konsultacje farmaceutyczne – kryteria kwalifikacji

Głównym kryterium kwalifikacji pacjenta do przeglądu lekowego jest przyjmowanie przez niego wielu leków lub wielochorobowość. W Wielkiej Brytanii do przeglądu kwalifikują się osoby, które przyjmują na stałe co najmniej 4 leki lub mają określone choroby współistniejące (tj. POChP, astma, cukrzyca (typ 2), nadciśnienie, hipercholesterolemia, osteoporoza, dna moczanowa, jaskra, padaczka, choroba Parkinsona, nietrzymanie/zatrzymanie moczu, niewydolność serca, ostre zespoły wieńcowe, migotanie przedsionków, długoterminowe ryzyko żylnej choroby zakrzepowo-zatorowej/zatorowości, udar/przemijający napad niedokrwienności, choroba niedokrwienności serca). W Niemczech i Australii kryterium objęcia przeglądem lekowym stanowi przyjmowanie co najmniej 5 leków lub przynajmniej 12 dawek leków dziennie, przy czym w Niemczech do przeglądu lekowego kwalifikują się również pacjenci, którzy mają co najmniej 4 choroby współistniejące. W Królestwie Niderlandów natomiast kryterium kwalifikującym jest wiek ≥ 65 lat lub przyjmowanie na stałe co najmniej 5 leków.

Pozostałe obszary opieki farmaceutycznej

W Norwegii opieka farmaceutyczna koncentruje się głównie na profilaktyce i wsparciu terapii w zakresie określonych chorób przewlekłych. Wykonywane są komercyjne usługi, tj. badania profilaktyczne obejmujące kontrolę poziomu glukozy, ciśnienia krwi i cholesterolu, a także badania pod kątem ryzyka wystąpienia raka jelita grubego oraz badanie znamion.

W wielu krajach istnieje możliwość niekomercyjnego wykonania w aptece podstawowych badań diagnostycznych, takich jak poziom ciśnienia lub glukozy we krwi (np. Wielka Brytania), czy też dodatkowo badania poziomu cholesterolu (Austria). W Australii, w przypadku przyjmowania przez pacjenta po hospitalizacji leków przeciwzakrzepowych (tj. warfaryna), pacjent może mieć w aptece oznaczony wskaźnik INR, którego wynik może posłużyć do modyfikacji dawki leku przeciwzakrzepowego.

W kontekście wsparcia przez farmaceutów procesu zapewnienia pacjentom dostępu do niezbędnych leków, w Wielkiej Brytanii farmaceuta może m.in. wystawić receptę na leki regularnie zażywane przez

pacjenta w ramach terapii schorzenia przewlekłego. Jeśli farmaceuta posiada właściwe kwalifikacje może również wypisać receptę na nowy lek, o ile nie wymaga to zatwierdzenia przez lekarza.

Finansowanie opieki farmaceutycznej

Według zgromadzonych informacji na temat rozwiązań organizacyjnych w ww. krajach pacjent najczęściej nie ponosi kosztów związanych z wykonaniem przeglądu lekowego. W Wielkiej Brytanii większość usług farmaceutycznych finansowana jest przez płatnika publicznego, samorządy lub pokrywana z przychodu aptek. W Królestwie Niderlandów usługa przeglądu lekowego jest finansowana przez płatnika publicznego, będąc częścią podstawowego ubezpieczenia zdrowotnego (niderlandzkie towarzystwa ubezpieczeniowe mają obowiązek zapewnić do nich dostęp swoim klientom, poprzez zawieranie umów ze świadczeniodawcami). W Australii usługa ta finansowana jest przez rząd. W Niemczech w przypadku osób posiadających ustawowe ubezpieczenie zdrowotne oraz ubezpieczenie prywatne apteki rozliczają się bezpośrednio z ubezpieczycielami. W Norwegii państwo w ramach opieki farmaceutycznej finansuje jedynie edukację w zakresie poprawnego używania inhalatora oraz wsparcie wprowadzenia nowego leku do terapii, natomiast pozostałe usługi finansowane są przez pacjenta lub zakład ubezpieczeń.

Podstawa przygotowania rekomendacji

Rekomendacja została przygotowana na podstawie zlecenia z dnia 27.04.2023 r., Ministra Zdrowia (znak PLPR.781.1.2023.ES), w sprawie zasadności zakwalifikowania opieki farmaceutycznej jako świadczenia gwarantowanego, na podstawie art. 31 c ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2022 poz. 2561, z późn. zm.), po uzyskaniu stanowiska Rady Przejrzystości nr 144/2023 z dnia 11 grudnia 2023 roku w sprawie zasadności kwalifikacji świadczenia opieki zdrowotnej „Opieka farmaceutyczna” jako świadczenia gwarantowanego.

Piśmiennictwo

1. Stanowisko Rady Przejrzystości nr 144/2023 z dnia 11 grudnia 2023 roku w sprawie zasadności kwalifikacji świadczenia opieki zdrowotnej „Opieka farmaceutyczna” jako świadczenia gwarantowanego
2. Raport nr WS.420.10.2023 Opieka farmaceutyczna - ocena zasadności kwalifikacji świadczenia jako świadczenia gwarantowanego, 8 grudnia 2023 r.