



Minister
Zdrowia

PLPR.050.37.2026.WK
Warszawa, 20 lipca 2026

Pan
Włodzimierz Czarzasty
Marszałek Sejmu RP

Szanowny Panie Marszałku,

w odpowiedzi na interpelację nr 18027 Posła Marcina Józefaciuka w sprawie wykorzystania kompetencji farmaceutów w opiece nad pacjentami geriatrycznymi oraz wdrożenia przeglądów lekowych dla seniorów, Minister Zdrowia przekazuje poniższe informacje.

W zakresie pytania pierwszego Minister Zdrowia wskazuje, że program pilotażowy przeglądów lekowych przeprowadzony został na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 2 grudnia 2021 r. w sprawie programu pilotażowego przeglądów lekowych (Dz.U. z 2023 r. poz. 663) i zakończył się z dniem 30 czerwca 2023 r.

W jego ramach przeprowadzono 850 przeglądów lekowych realizowanych przez 75 magistrów farmacji w 75 aptekach w 13 województwach. Populacja objęta pilotażem była populacją wysokiego ryzyka z punktu widzenia bezpieczeństwa farmakoterapii – mediana wieku pacjentów wynosiła 74 lata, 90,8% uczestników stanowiły osoby w wieku co najmniej 60 lat, a mediana liczby stosowanych preparatów przed przeglądem lekowym wynosiła 15. Większość pacjentów uczestniczących w pilotażu, tj. 96,5%, przyjmowała co najmniej 10 produktów.

Wyniki pilotażu pozwoliły wskazać, że przeglądy lekowe przyczyniły się do identyfikacji wśród uczestników problemów lekowych (mediana wynosiła 6). Najczęściej identyfikowanym problemem była zbędna terapia, stosowanie niewłaściwego preparatu, występowanie potencjalnych interakcji oraz działań niepożądanych. U pacjentów, u których możliwe było porównanie danych przed i po zakończeniu przeglądu, odnotowano zmniejszenie liczby problemów lekowych, zmniejszenie liczby potencjalnych interakcji lek-lek oraz lek-choroba, a także zmniejszenie liczby preparatów ocenianych przez farmaceutę jako potencjalnie nieprawidłowe.

W grupie pacjentów, którzy ukończyli pełny cykl działań, mediana liczby stosowanych preparatów zmniejszyła się z 15 do 14, a zmniejszenie natężenia wielolekowości odnotowano u 65% pacjentów. Wyniki te wskazują na potencjał przeglądów lekowych w identyfikowaniu i ograniczaniu nieuzasadnionej polifarmakoterapii.

Jednocześnie wyniki pilotażu nie pozwoliły na jednoznaczne wykazanie wpływu tej interwencji na zmniejszenie liczby hospitalizacji związanych z błędami lekowymi. Pilotaż dostarczył cennych danych organizacyjnych i klinicznych, posiadał jednak istotne ograniczenia metodyczne dotyczące w szczególności braku kompletnych danych dla części pacjentów, ograniczonego zakresu analizy interakcji lekowych, braku oceny wpływu zidentyfikowanych interakcji na konkretne następstwa kliniczne oraz braku potwierdzenia redukcji wydatków płatnika publicznego.

Wyniki pilotażu opublikowano w raporcie dostępnym pod adresem:

<https://www.nfz.gov.pl/o-nfz/programy-i-projekty/programy/program-pilotazowy-przegladow-lekowych/>.

W zakresie pytania drugiego Minister Zdrowia wskazuje, że w oparciu o wyniki pilotażu przeprowadzono prace analityczne dotyczące możliwości zakwalifikowania opieki farmaceutycznej, obejmującej m.in. przeglądy lekowe, jako świadczenia gwarantowanego. W tym miejscu należy nadmienić, że Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji nie rekomendowała zakwalifikowania świadczenia opieki zdrowotnej „Opieka farmaceutyczna” jako świadczenia gwarantowanego.

Nie oznacza to zakwestionowania samej idei wykorzystania farmaceutów w poprawie bezpieczeństwa farmakoterapii. Ewentualne ponowne rozważenie kwalifikacji takiego świadczenia wymaga doprecyzowania wskaźników – populacji docelowej, zakresu interwencji, warunków realizacji, sposobu dokumentowania efektów oraz wpływu na budżet płatnika publicznego. Aktualnie nie został przyjęty harmonogram działań nakierowanych na wdrożenie przeglądów lekowych jako świadczenia finansowanego ze środków publicznych. Tym niemniej Minister Zdrowia zauważa, że dalsze prace powinny mieć charakter etapowy i obejmować przede wszystkim doprecyzowanie modelu świadczenia.

Wobec tego, Minister Zdrowia wskazał Agencji Badań Medycznych działania priorytetowe wspierające rozwój opieki farmaceutycznej, w tym rozwiązania dotyczące nowego leku dla pacjenta w aptece ogólnodostępnej oraz koncyliacji lekowej prowadzonej przez farmaceutów w szpitalach. Działania te wpisują się również w projektowane kierunki Polityki Lekowej Państwa na lata 2026–2031.

Odnosząc się do pytania trzeciego, Minister Zdrowia informuje, że nie posiada zbiorczej informacji o liczbie farmaceutów, którzy ukończyli szkolenia, kursy lub studia podyplomowe związane z opieką farmaceutyczną w geriatrici albo wykonywaniem przeglądów lekowych. Dane takie są rozproszone pomiędzy uczelniami medycznymi, jednostkami szkolącymi, Centrum Medycznym Kształcenia Podyplomowego, samorządem zawodowym farmaceutów oraz organizatorami poszczególnych form kształcenia.

W odniesieniu do programu pilotażowego wskazać można, że wzięło w nim udział 75 magistrów farmacji, spośród których 60 (80%) było przygotowanych do wykonywania

przeglądów lekowych w toku studiów podyplomowych z zakresu opieki farmaceutycznej zrealizowanych w Polsce, a 15 posiadało uprawnienia uzyskane w Wielkiej Brytanii.

W kwestii pytania czwartego, Minister Zdrowia wskazuje, że nie dysponuje jednolitymi danymi dotyczącymi liczby seniorów przyjmujących jednocześnie co najmniej pięć leków oraz skali zjawiska polipragmazji w Polsce, a ich uzyskanie jest technicznie problematyczne, gdyż wielolekowość liczona jest odmiennie w zależności od źródła – na podstawie danych o receptach refundowanych, na podstawie wywiadu z pacjentem, w tym z uwzględnieniem leków OTC, suplementów diety i preparatów stosowanych doraźnie.

Do opracowania raportu z realizacji programu pilotażowego wykorzystano dane wynikające z badania „POLSENIOR 2 - Badanie poszczególnych obszarów stanu zdrowia osób starszych, w tym jakości życia związanej ze zdrowiem” realizowanego przez przedstawicieli Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego („POLSENIOR 2”). Zgodnie z danymi przywołanymi w raporcie w oparciu o ww. badanie polifarmakoterapia, definiowana jako stosowanie jednocześnie więcej niż 5 leków, występuje w Polsce u ok. 51% populacji w wieku 60 lat i więcej. Według badania POLSENIOR 2 stosowanie co najmniej 10 leków kategorii Rx i OTC dotyczyło 12,4% osób w wieku powyżej 60 lat, co przy liczbie 9,8 mln osób w tej grupie wiekowej w 2021 r. oznaczało ok. 1,2 mln osób z nasiloną wielolekowością.

Prezes Agencji Oceny Technologii Medycznej i Taryfikacji w wydanej rekomendacji nr 145/2023 z dnia 15 grudnia 2023 r. wskazał, że nie rekomenduje się zakwalifikowania świadczenia opieki zdrowotnej „Opieka farmaceutyczna” jako świadczenia gwarantowanego na zaproponowanych warunkach, wskazując m.in. na niejednoznaczność wyników dostępnych badań co do skuteczności przeglądów lekowych/konsultacji farmaceutycznych, brak precyzyjnego zdefiniowania populacji docelowej we wniosku oraz istotną skalę potencjalnych wydatków płatnika publicznego.

Dane te potwierdzają skalę problemu, wskazują jednocześnie, że ewentualne świadczenie finansowane ze środków publicznych wymagałoby precyzyjnego określenia populacji docelowej, gdyż zbyt szerokie kryteria kwalifikacji prowadziłyby do bardzo dużej populacji świadczeniobiorców i istotnych skutków finansowych dla płatnika publicznego.

W zakresie pytania piątego, Minister Zdrowia wyjaśnia, że możliwość priorytetowego objęcia przeglądami lekowymi określonych kategorii pacjentów była analizowana. Najbardziej racjonalnym kierunkiem ewentualnego wdrożenia jest model selektywny, ukierunkowany na pacjentów wysokiego ryzyka, a nie powszechne wykonywanie przeglądów lekowych u wszystkich pacjentów. Wyniki analiz przemawiają za tym, aby ewentualne wdrożenie świadczenia poprzedzić precyzyjnym określeniem kryteriów kwalifikacji, obejmujących wiek, liczbę przyjmowanych leków, obecność wielochorobowości, stosowanie leków wysokiego ryzyka oraz szczególne momenty ścieżki pacjenta, takie jak wypis ze szpitala.

Odpowiadając na pytanie szóste, Minister Zdrowia pozytywnie ocenia potencjał farmaceutów w zakresie identyfikacji problemów lekowych, wspierania racjonalizacji farmakoterapii oraz ograniczania ryzyka działań niepożądanych związanych z wielolekowością. Farmaceuci posiadają zawodowe kompetencje w zakresie analizy

farmakoterapii, identyfikacji interakcji, oceny poprawności stosowania leków, edukacji pacjenta i wspierania adherencji.

Jednocześnie depreskrypcja, rozumiana jako planowany i nadzorowany proces odstawiania albo ograniczania stosowania leków, wymaga współpracy między przedstawicielami zawodów medycznych sprawujących opiekę nad pacjentem. W przypadku leków wydawanych na receptę ostateczna decyzja terapeutyczna należy do lekarza prowadzącego leczenie. Rola farmaceuty polega w takim modelu przede wszystkim na identyfikacji problemu, przygotowaniu rekomendacji, omówieniu jej z pacjentem oraz przekazaniu lekarzowi informacji istotnych dla procesu terapeutycznego, nie zaś na władczej ingerencji w proces terapeutyczny.

W zakresie pytania siódmego, Minister Zdrowia wskazuje, że kwestia formalnego mechanizmu przekazywania lekarzom wyników przeglądów lekowych wymaga dalszych analiz prawnych i organizacyjnych towarzyszących ewentualnej implementacji przeglądów lekowych jako świadczenia. Doświadczenia pilotażu wskazują, że brak jednoznacznej ścieżki przekazywania rekomendacji lekarzowi stanowił istotne ograniczenie organizacyjne – w części przypadków brakowało informacji zwrotnej od lekarza, część pacjentów oczekiwała na decyzję lekarza, a część lekarzy nie przekazała informacji o sposobie odniesienia się do rekomendacji.

Odnosząc się do pytania ósmego, Minister Zdrowia wskazuje, że analizuje działania służące lepszemu wykorzystaniu kompetencji farmaceutów w systemie ochrony zdrowia, zarówno w aptekach ogólnodostępnych, jak i w podmiotach leczniczych, w których farmaceuci mogą odgrywać istotną rolę w zakresie farmacji klinicznej i koncyliacji lekowej.

Świadczy o tym m.in. wskazane wyżej priorytetowe prepozycje działania dla Agencji Badań Medycznych. Niewątpliwie dalsze działania systemowe powinny koncentrować się na budowie standardów współpracy między lekarzami i farmaceutami oraz rozwijaniu narzędzi cyfrowych umożliwiających bezpieczny dostęp do niezbędnych danych medycznych.

Minister Zdrowia dostrzega znaczenie problemu adherencji terapeutycznej, szczególnie w populacji pacjentów w wieku senioralnym, z wielochorobowością i stosujących różne farmakoterapie. Działania edukacyjne i informacyjne w tym zakresie, w tym propozycja kampanii społecznej spójnej z założeniami Narodowego Programu Zdrowia, mogą stanowić istotny element wspierający bezpieczeństwo farmakoterapii oraz skuteczność leczenia.

Należy również wskazać, że zagadnienia związane z bezpieczeństwem farmakoterapii, racjonalizacją leczenia oraz poprawą adherencji terapeutycznej pozostają przedmiotem prac analitycznych prowadzonych w ramach przygotowywania dokumentu „Polityka Lekowa Państwa 2026–2031”. W toku tych prac analizowane są m.in. działania dotyczące wsparcia pacjentów w zakresie przestrzegania zaleceń terapeutycznych, rozwoju narzędzi cyfrowych wspierających proces leczenia oraz potencjalnej roli usług farmaceutycznych w poprawie bezpieczeństwa farmakoterapii.

Odpowiadając na pytanie dziewiąte, Minister Zdrowia wskazuje, że rozwiązania funkcjonujące w innych państwach m.in. Wielką Brytanię, Królestwo Niderlandów, Szwecję, Austrię, Norwegię, Niemcy oraz Australię były brane pod uwagę.

Rozwiązania zagraniczne wykazują istotne różnice w zakresie populacji docelowej, modelu finansowania, poziomie integracji z podstawową opieką zdrowotną oraz wymaganiach wobec farmaceutów. Wspólnymi elementami, które mogą być przydatne przy projektowaniu rozwiązań w Polsce, są przede wszystkim: selektywne kierowanie usługi do pacjentów wysokiego ryzyka, uwzględnienie leków przepisywanych przez lekarzy oraz leków OTC i suplementów diety. Rozwiązania zagraniczne nie mogą być jednak przenoszone do polskiego systemu wprost, bez uwzględnienia krajowych uwarunkowań, w szczególności roli aptek ogólnodostępnych, modelu opieki zdrowotnej oraz możliwości płatnika publicznego.

W zakresie pytania dziesiątego, Minister Zdrowia informuje, że na obecnym etapie nie został opracowany projekt legislacyjny wprost adresujący udział farmaceutów w monitorowaniu skuteczności i bezpieczeństwa farmakoterapii osób starszych. Minister Zdrowia analizuje na bieżąco możliwości zwiększenia udziału farmaceutów w tym zakresie, w szczególności w kontekście zjawiska starzenia się społeczeństwa. Tematyka bezpieczeństwa farmakoterapii osób starszych, racjonalizacja leczenia oraz poprawa adherencji terapeutycznej pozostaje jednym z kluczowych wyzwań współczesnej opieki zdrowotnej i będzie odgrywać istotną rolę w planowaniu oraz wdrażaniu przyszłych działań systemowych.

Z wyrazami szacunku
z upoważnienia Ministra Zdrowia
Tomasz Maciejewski
Podsekretarz Stanu
/dokument podpisany elektronicznie/