

Zarządzanie procesem farmakoterapii

Maciej Paprocki

Autor proponuje, aby model procesu farmakoterapii, przedstawiony jako sekwencja procesów decyzyjnych i monitorowanego procesu wykonawczego, potraktować jako narzędzie ułatwiające wielopłaszczyznowe analizowanie i usprawnianie tego procesu.

Przedstawia też w oparciu o proponowany model różne warunki realizacji procesu farmakoterapii, wprowadza szereg klasyfikacji czynników determinujących różne typy procesu farmakoterapii, wprowadza pojęcia farmakoterapii bezpośredniej oraz farmakoterapii pośredniej – przerywanej i prezentuje szereg wniosków mających służyć poznaniu i usprawnianiu procesu farmakoterapii. Wnioski te ujmuje w dwóch grupach:

I – dotyczące możliwości wykorzystania proponowanego modelu procesu farmakoterapii,

II – dotyczące klasyfikacji procesów farmakoterapii i wskazania zasadniczych kierunków działań usprawniających racjonalizację tych procesów.

1. Wprowadzenie

Powszechnie stosowany proces farmakoterapii to leczenie pacjentów przez zastosowanie leków. Leczenie znacznie bardziej powszechne od stosowania zabiegów chirurgicznych, psychoterapii, szeroko pojętej fizykoterapii, akupunktury lub innych metod i technik leczenia.

Skutki nieprawidłowości mogących zachodzić w każdym jednostkowo rozpatrywanym bądź globalnie analizowanym *procesie farmakoterapii* to poważne straty – utopione koszty nieefektywnych działań, dające się łatwo wyliczyć w PLN lub dowolnej walucie oraz koszty o charakterze medycznym, braku efektu i następstw, trudne do dokładnego rozpoznania, a tym bardziej do skwantyfikowania (ale badane i szacowane w państwach poważnie traktujących ochronę zdrowia obywateli).

Potrzeba systemowej poprawy racjonalności stosowanej powszechnie *farmakoterapii*, w aktualnej sytuacji polskiego systemu ochrony zdrowia oraz rynku leków wydaje się oczywista, a niewiele robi się dla osiągnięcia tego celu.

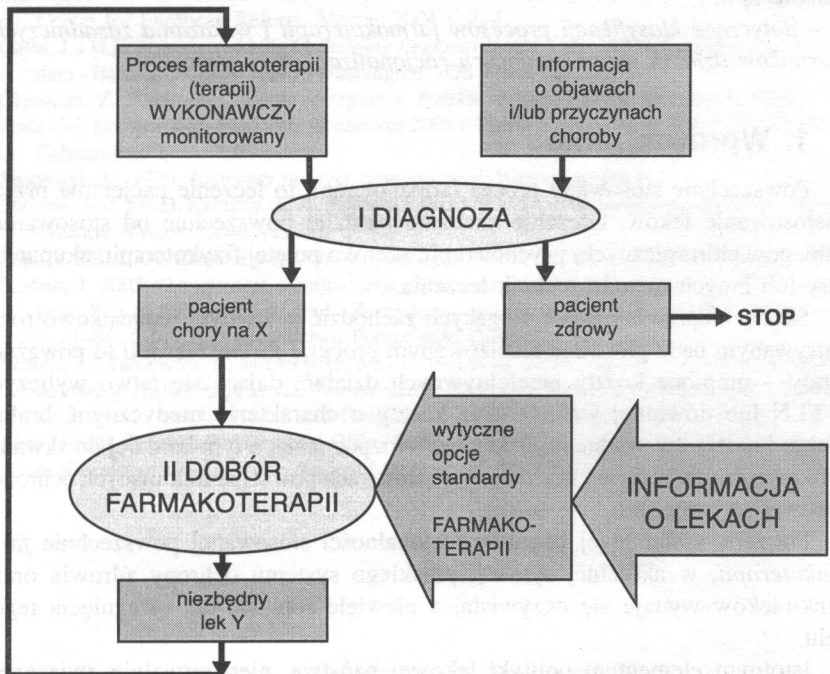
Istotnym elementem polityki lekowej państwa, nierozzerwalnie związanej z polityką zdrowotną, powinna być strategia stałej racjonalizacji *procesu farmakoterapii*, a takiej strategii nie ma.

Racjonalizacja tego procesu wymaga przede wszystkim dokładnego rozpoznania go. W tym celu należy zadbać o szybszy rozwój dziedziny wiedzy, jaką jest EKONOMIKA FARMACJI, a w jej ramach szczególnie EKONOMIKI STOSOWANIA LEKÓW¹, której treścią powinno być rozpoznawanie i podnoszenie poziomu racjonalności *procesu farmakoterapii* – poprawa zasadności medycznej i jednocześnie zasadności ekonomicznej stosowania leków.

Autor niniejszego opracowania, prezentując model *procesu farmakoterapii* przedstawionego jako sekwencja procesów decyzyjnych i monitorowanego procesu wykonawczego, proponuje zastosowanie go jako narzędzia ułatwiającego wielopłaszczyznowe analizowanie *procesu farmakoterapii*, a więc przydatnego w usprawnianiu tego procesu – w zarządzaniu *procesem farmakoterapii*.

2. Model procesu farmakoterapii – sekwencja procesów decyzyjnych i monitorowanego procesu wykonawczego

Proces farmakoterapii proponuję potraktować jako sekwencję procesów decyzyjnych i monitorowanego procesu wykonawczego, zobrazowanego w formie schematu (algorytmu) przedstawionego na rys. 1.



Rys. 1. Model procesu farmakoterapii – opracowanie własne Maciej Paprocki.

Przedstawiony schemat opracowano przy następujących założeniach:

1. farmakoterapia jest powszechnie stosowaną metodą terapii,
2. w farmakoterapii wyróżnić można część decyzyjną zasilaną odpowiednimi informacjami (diagnoza stanu zdrowia pacjenta oraz dobór farmakoterapii) i część wykonawczą,
3. część wykonawcza farmakoterapii powinna być procesem co najmniej kontrolowanym, a najlepiej monitorowanym, którego zakończenie, kontynuacja lub korekta powinny wynikać z procesu decyzyjnego zasilanego odpowiednimi informacjami (diagnoza stanu zdrowia pacjenta i – w stosownych sytuacjach – dobór farmakoterapii).

W procesie określonym jako *farmakoterapia* oczywistym elementem jest proces decyzyjny, w wyniku którego powstaje diagnoza określająca stan zdrowia pacjenta – pacjent jest zdrowy lub chory na jednostkę chorobową X. Jak ten proces jest złożony i trudny, przekonujemy się często w życiu, uzyskując bardzo różne diagnozy jednego przypadku konkretnej dolegliwości. Trafność tej pierwszej decyzji – jakość diagnozy – trudno przecenić. Czy sięgać po wszystkie możliwe metody i techniki diagnostyczne w poszczególnych przypadkach to odrębny problem, który nie jest przedmiotem tego opracowania. Stwierdzenie określonej jednostki chorobowej (lub zespołu kilku jednostek chorobowych) jest niewątpliwie ważnym etapem formułującym zadanie do rozwiązania – jaką podjąć terapię.

Po zakończeniu tego I etapu *procesu* farmakoterapii, jeśli wynikiem nie jest stwierdzenie, że pacjent jest zdrowy, niezbędny jest dostęp do odpowiedniej informacji, umożliwiającej decyzję o podjęciu niezbędnych dla poprawy stanu zdrowia, a niekiedy ratowania życia pacjenta działań. Fakt łatwej dostępności do lepszej lub gorszej, ale stosunkowo bogatej informacji o lekach (IOL), w porównaniu z dostępnością do informacji o innych środkach możliwych do przeprowadzenia terapii, zazwyczaj przesądza o kierunku działań – zastosowaniu *farmakoterapii*. Niektóre bardzo aktywne i silnie motywujące formy IOL, zapewnione profesjonalnie wypracowanymi, niewątpliwie silnymi oddziaływaniami promocyjnymi producentów i dystrybutorów leków zainteresowanych zwiększaniem sprzedaży leków, sugerują zazwyczaj szybkie i stosunkowo proste rozwiązanie, tj. zastosowanie konkretnego, wskazanego leku, przedstawianego subiektywnie jako „jedyne” lub co najmniej „najlepsze z możliwych do zastosowania”.

Tak więc kolejnym, drugim procesem decyzyjnym w ramach *procesu farmakoterapii* jest zazwyczaj dobór farmakoterapii.

Wynik tego procesu decyzyjnego zazwyczaj powoduje rozpoczęcie procesu wykonawczego, a więc podawanie określonego leku (leków) w określonej formie (tabletek, kapsułek, czopków, roztworów itd.), określoną drogą podania (doustnie, dożylnie, zewnętrznie przez wcieranie w skórę, itd.), w określonej dawce (wielkość i częstotliwość).

Ten proces decyzyjny jest bardzo złożony. Nieprawidłowości w doborze leku (substancji leczniczej z różnymi komponentami), stosownej formy, drogi

podania leku i jego dawkowania powodują poważne skutki, takie jak: zatrucia lekami (w tym ostre), choroby polekowe i zgony, niezależnie od braku zamierzonego efektu. W trakcie podejmowania tej ważnej decyzji trzeba uwzględnić możliwość zachodzenia interakcji pomiędzy stosowanymi lekami, a także lekami i składnikami pokarmu. Interakcje takie mogą obniżyć lub wyeliminować działanie pożądane leków lub wywołać zdecydowanie negatywne działania niepożądane i niebezpieczne. Skutkiem zastosowania leku (leków) może być też zjawisko lekozależności pacjenta.

Ukrywanie nieprawidłowości związanych z procesem decyzyjnym dobór farmakoterapii, brak systemu powszechnego monitorowania skutków całego procesu farmakoterapii, badań i analiz tego procesu oraz powszechnie dostępnych publikacji o ich wynikach, należy uznać za złą praktykę.

Każdy jednostkowy proces farmakoterapii wymaga ciągłej uwagi i dużej troski o osiągnięcie skuteczności (zasadności medycznej), efektywności (zasadności ekonomicznej) oraz absolutnego bezpieczeństwa.

3. Dwie zasadnicze grupy warunków przebiegu procesu farmakoterapii

Analizując *proces farmakoterapii*, przedstawiony schematycznie na rys. 1., z uwzględnieniem warunków, w jakich przebiega w praktyce, trzeba podkreślić, że proces ten jest realizowany w różny sposób w różnych sytuacjach.

Proponuję wyróżnienie dwóch zasadniczych grup warunków przebiegu *procesu farmakoterapii* istotnych, jak się wydaje, dla usprawniania tego procesu, przedstawionych na rys. 2.

Jedno rozróżnienie dotyczy *procesów farmakoterapii* realizowanych przez:

- jeden podmiot w całości (zarówno części decyzyjnej, jak i wykonawczej),
- dwa różne podmioty (jeden realizujący część decyzyjną, drugi część wykonawczą).

Drugie rozróżnienie dotyczy zakwalifikowania podmiotów realizujących *proces farmakoterapii* do podmiotów: „profesjonalnych” lub „nieprofesjonalnych”.

Przy założeniu, że:

- podmiotami „profesjonalnymi” są indywidualni lekarze, oraz lekarze pracujący w zespołach² (również w zespołach interdyscyplinarnych, np. w szpitalnych komitetach terapeutycznych, z udziałem farmaceutów, mikrobiologów, pielęgniarek i profesjonalistów reprezentujących inne zawody) stosownie wykształceni i zawodowo (w „korporacji zawodowej”) uprawiający *farmakoterapię*,
- podmiotami „nieprofesjonalnymi” są pacjenci, o bardzo różnym poziomie i charakterze wykształcenia, w skrajnych przypadkach bez wykształcenia.

W tym miejscu trzeba wspomnieć o sytuacjach „nietypowych”, bo nie ujętych w zaproponowanych wyżej zasadniczych grupach, ale występujących dość

L.P.	Warunki stosowania farmakoterapii	Liczba podmiotów realizujących farmakoterapię	Sposoby usprawniania racjonalizacji procesu farmakoterapii	
			Części „decyzyjnej”	Części „wykonawczej”
1	Lecznictwo zamknięte (stacjonarne)	1 (farmakoterapia bezpośrednia)	Doskonalenie kształcenia i dokształcania lekarzy oraz farmaceutów Wsparcie Farmacją Klinikzną	
2	Lecznictwo zamknięte (stacjonarne) – zlecenia „na później” (kontynuacja i/lub wspomaganie)	2 (farmakoterapia pośrednia – przerywana)	Doskonalenie kształcenia i dokształcania lekarzy oraz farmaceutów Wsparcie Farmacją Klinikzną	Doskonalenie kształcenia i dokształcania lekarzy oraz farmaceutów Wsparcie Opieką Farmaceutyczną
3	Lecznictwo otwarte (ambulatoryjne)	2 (farmakoterapia pośrednia – przerywana)	Doskonalenie kształcenia i dokształcania lekarzy oraz farmaceutów Wsparcie Farmacją Klinikzną	Doskonalenie kształcenia i dokształcania lekarzy oraz farmaceutów Wsparcie Opieką Farmaceutyczną
4	Pomoc doraźna	1 (farmakoterapia bezpośrednia)	Doskonalenie kształcenia i dokształcania lekarzy oraz farmaceutów Wsparcie Farmacją Klinikzną	
5	Pomoc doraźna – zlecenia „na później” (kontynuacja i/lub wspomaganie)	2 (farmakoterapia pośrednia – przerywana)	Doskonalenie kształcenia i dokształcania lekarzy oraz farmaceutów Wsparcie Farmacją Klinikzną	Doskonalenie kształcenia i dokształcania lekarzy oraz farmaceutów Wsparcie Opieką Farmaceutyczną
6	Samolecznictwo – zakres „asortymentu aptecznego leków”	1 (farmakoterapia bezpośrednia lub farmakoterapia pośrednia – przerywana)	Doskonalenie kształcenia i dokształcania lekarzy oraz farmaceutów Wsparcie Opieką Farmaceutyczną	
7	Samolecznictwo – zakres „asortymentu pozaaptecznego leków”	1 (farmakoterapia bezpośrednia lub farmakoterapia pośrednia – przerywana)	System powszechnej edukacji społeczeństwa Zachęty do korzystania z Opieki Farmaceutycznej	

Rys. 2. Możliwość usprawniania racjonalizacji procesu farmakoterapii

często i wymagających uwagi, bo skutki ich bagatelizowania mogą być bardzo poważne. Taką sytuacją „nietypową” w kontekście dokonanych wyżej podziałów jest jednoczesne zastosowanie *farmakoterapii bezpośredniej*, realizowanej przez jeden podmiot, i rozpoczęcie stosowania *farmakoterapii pośredniej – przerywanej*, realizowanej przez dwa podmioty, przez ten sam podmiot, niemal jednocześnie.

4. Charakterystyka zróżnicowanych warunków przebiegu procesu farmakoterapii

Analizując warunki przebiegu *procesu farmakoterapii*, trzeba uwzględnić sytuację udzielania pomocy doraźnej, w ramach ratownictwa medycznego czy innych świadczeń medycznych udzielanych „na wezwanie” – w terenie, w karetce pogotowia ratunkowego, w domu pacjenta lub w miejscu jego pracy. Tam niezależnie od przeprowadzenia (rozpoczęcia i zakończenia) *procesu farmakoterapii bezpośredniej* może nastąpić rozpoczęcie *procesu farmakoterapii pośredniej – przerywanej*.

W prowadzonych rozważaniach należy uwzględnić przypadek niemal jednoczesnego

- zastosowania leku (np. przeciwbólowego podanego w formie iniekcji dożylniej), a więc przeprowadzenia *procesu farmakoterapii bezpośredniej*, w którym i „część decyzyjną”, i bezpośrednio następującą po niej „część wykonawczą” realizuje jeden podmiot, tj. lekarz, podmiot określony wyżej jako „profesjonalny”;
- zlecenia leku poprzez wystawienie recepty lekarskiej dla pacjenta, a więc rozpoczęcie *procesu farmakoterapii pośredniej – przerywanej*, w którym „część decyzyjna” została podjęta i zakończona przez jeden podmiot, którym jest ten sam lekarz, podmiot „profesjonalny”, a „część wykonawcza” nie została podjęta bezpośrednio po niej – i co więcej – nie wiadomo, czy, ewentualnie kiedy, i jak zostanie zrealizowana, przez drugi podmiot, którym jest pacjent, podmiot „nieprofesjonalny”.

Przypadki inicjowania przez jeden podmiot (zawsze podmiot „profesjonalny”) *procesu farmakoterapii bezpośredniej* i niemal jednoczesnego inicjowania *procesu farmakoterapii pośredniej – przerywanej* związane są zarówno z udzielaniem pomocy doraźnej, jak i z opuszczaniem przez pacjenta zamkniętego (stacjonarnego) zakładu opieki zdrowotnej. To wszystkie sytuacje, w których pacjentowi „podaje się” lek (lub leki) i od razu lek (lub leki) „zleca się na później”. Nie są to przypadki odosobnione i warto w analizach przebiegu *procesu farmakoterapii* je uwzględnić, aby stosowanie leków „później”, czyli realizacja „części wykonawczej” rozpoczętego *procesu farmakoterapii pośredniej – przerywanej*, nie wymknęła się z pod kontroli.

Świadomość, że „część wykonawcza” może nie zostać w ogóle zrealizowana przez drugi podmiot „nieprofesjonalny”, powinna sugerować, że dla zapewnie-

nia (ściślej – zwiększenia pewności) kontynuowania lub uzupełnienia stosowanej *farmakoterapii bezpośredniej* pacjent, przecież niemal w każdym przypadku, objęty powszechnym i obowiązkowym ubezpieczeniem zdrowotnym, powinien dostać do ręki nie receptę na lek, a lek w stosownej ilości i z odpowiednią instrukcją.

Rozpatrując przypadki *procesów farmakoterapii* realizowanych w praktyce, uwzględniając zaproponowane powyżej podziały warunków ich przebiegu, wypada wyróżnić sytuacje zestawione na rys. 3.:

1. farmakoterapię realizowaną w warunkach lecznictwa zamkniętego, szczególnie lecznictwa szpitalnego, przez jeden podmiot, jakim jest, a przynajmniej powinien być, „profesjonalny” zespół terapeutyczny, którą można określić jako *farmakoterapię bezpośrednią*, w warunkach umożliwiających szeroko pojęte monitorowanie „części wykonawczej” i – co bardzo istotne – „zamknięcie pętli” całej sekwencji (rys. 1.),
2. farmakoterapię rozpoczętą w warunkach lecznictwa zamkniętego, szczególnie lecznictwa szpitalnego, przez jeden podmiot, jakim jest, a przynajmniej powinien być, „profesjonalny” zespół terapeutyczny, którą można określić jako *farmakoterapię pośrednią – przerywaną*. Taką, w której z założenia po zakończonej „części decyzyjnej” następuje przerwa (krótsza lub dłuższa), związana z pozyskaniem leku (leków), najczęściej zakupem, po której drugi podmiot „nieprofesjonalny”, jakim jest pacjent, w innym czasie i miejscu ma zrealizować zleconą „część wykonawczą”.
3. farmakoterapię realizowaną w warunkach lecznictwa otwartego (ambulatoryjnego) przez dwa różne podmioty:
 - lekarza – „profesjonalistę”, realizującego „część decyzyjną”,
 - pacjenta – „nieprofesjonalistę”, realizującego po przerwie, zazwyczaj w innym czasie i miejscu (lub nierealizującego!) zleconą „część wykonawczą” *procesu farmakoterapii pośredniej – przerywanej*,
4. farmakoterapię realizowaną w warunkach ratownictwa medycznego lub innego rodzaju pomocy doraźnej przez jeden podmiot „profesjonalny”, jakim jest w Polsce zazwyczaj lekarz, którą można określić jako *farmakoterapię bezpośrednią*, w warunkach ograniczonego monitorowania „części wykonawczej”.
5. farmakoterapię rozpoczętą w warunkach ratownictwa medycznego lub innego rodzaju pomocy doraźnej przez jeden podmiot „profesjonalny”, jakim jest w Polsce zazwyczaj lekarz, którą można określić jako *farmakoterapię pośrednią – przerywaną*. Taką, w której z założenia po zakończonej „części decyzyjnej” następuje przerwa (krótsza lub dłuższa), związana z pozyskaniem leku (leków), najczęściej zakupem, po której drugi podmiot „nieprofesjonalny”, jakim jest pacjent w innym czasie i miejscu ma zrealizować zleconą „część wykonawczą”.
6. farmakoterapię realizowaną w warunkach samolecznictwa, w zakresie asortymentu aptecznego leków, przez jeden podmiot „nieprofesjonalny”, jakim

L.P.	Warunki stosowania farmakoterapii	Liczba podmiotów realizujących farmakoterapię	Sposoby usprawniania racjonalizacji procesu farmakoterapii	
			Części „decyzyjnej”	Części „wykonawczej”
1	Lecznictwo zamknięte (stacjonarne)	1 (farmakoterapia bezpośrednia)	Doskonalenie kształcenia i dokształcania lekarzy oraz farmaceutów Wsparcie Farmacją Klinikzną	
2	Lecznictwo zamknięte (stacjonarne) – zlecenia „na później” (kontynuacja i/lub wspomaganie)	2 (farmakoterapia pośrednia – przerywana)	Doskonalenie kształcenia i dokształcania lekarzy oraz farmaceutów Wsparcie Farmacją Klinikzną	Doskonalenie kształcenia i dokształcania lekarzy oraz farmaceutów Wsparcie Opieką Farmaceutyczną
3	Lecznictwo otwarte (ambulatoryjne)	2 (farmakoterapia pośrednia – przerywana)	Doskonalenie kształcenia i dokształcania lekarzy oraz farmaceutów Wsparcie Farmacją Klinikzną	Doskonalenie kształcenia i dokształcania lekarzy oraz farmaceutów Wsparcie Opieką Farmaceutyczną
4	Pomoc doraźna	1 (farmakoterapia bezpośrednia)	Doskonalenie kształcenia i dokształcania lekarzy oraz farmaceutów Wsparcie Farmacją Klinikzną	
5	Pomoc doraźna – zlecenia „na później” (kontynuacja i/lub wspomaganie)	2 (farmakoterapia pośrednia – przerywana)	Doskonalenie kształcenia i dokształcania lekarzy oraz farmaceutów Wsparcie Farmacją Klinikzną	Doskonalenie kształcenia i dokształcania lekarzy oraz farmaceutów Wsparcie Opieką Farmaceutyczną
6	Samolecznictwo – zakres „asortymentu aptecznego leków”	1 (farmakoterapia bezpośrednia lub farmakoterapia pośrednia – przerywana)	Doskonalenie kształcenia i dokształcania lekarzy oraz farmaceutów Wsparcie Opieką Farmaceutyczną	
7	Samolecznictwo – zakres „asortymentu pozaaptecznego leków”	1 (farmakoterapia bezpośrednia lub farmakoterapia pośrednia – przerywana)	System powszechnej edukacji społeczeństwa Zachęty do korzystania z Opieki Farmaceutycznej	

Rys. 3. Możliwość usprawniania racjonalizacji procesu farmakoterapii

jest pacjent. Taką, która może mieć charakter *farmakoterapii bezpośredniej*, gdy pacjent ma „pod ręką” lek w tzw. apteczce domowej, albo ma charakter *farmakoterapii pośredniej – przerywanej*, gdy musi nastąpić przerwa związana z nabyciem leku w aptece (ogólnodostępnej),

7. farmakoterapię realizowaną w warunkach samolecznictwa, w zakresie asortymentu pozaaptecznego leków, przez jeden podmiot „nieprofesjonalny”, jakim jest pacjent. Taką, która może mieć charakter *farmakoterapii bezpośredniej*, gdy pacjent ma „pod ręką” lek w tzw. apteczce domowej, albo ma charakter *farmakoterapii pośredniej – przerywanej*, gdy musi nastąpić przerwa związana z nabyciem leku w sieci ogólnodostępnych placówek handlowych (nie tylko w aptekach).

Na uwagę zasługuje fakt, że jedynie w drugim z przedstawionych wyżej przypadków, gdy stosowana jest *farmakoterapia pośrednia – przerywana*, realne jest zastąpienie recepty na lek wystawionej dla pacjenta receptą na lek wystawioną dla apteki zakładowej (szpitalnej), na podstawie której lek może być wydany pacjentowi „do ręki”, w celu zwiększenia szansy realizacji „części wykonawczej” rozpoczętego *procesu farmakoterapii pośredniej – przerywanej*, a więc zwiększenia pewności, że niezbędna kontynuacja i/lub uzupełnienie zastosowanej *farmakoterapii bezpośredniej* będą zrealizowane przez pacjenta.

Przypadki korzystania z usług aptek internetowych, realizacji „części wykonawczej” lub całego *procesu farmakoterapii* nie przez pacjenta, lecz przez jego opiekuna (na przykład rodzica opiekującego się małym dzieckiem), i inne szczególne sytuacje, które występują w życiu, można również analizować z zastosowaniem przedstawionego modelu i charakterystyki warunków przebiegu *procesu farmakoterapii*.

Dla uzupełnienia prowadzonych rozważań dotyczących *procesu farmakoterapii*, realizowanego w różnych warunkach, wypada dodać, że różnym warunkom przebiegu tego procesu towarzyszą różne rodzaje *transakcji* dotyczących nabycia leku (leków) przez pacjenta.

Należy podkreślić pozornie oczywisty fakt, że w *transakcjach* tych mogą uczestniczyć dwie, trzy lub cztery strony: **pacjent zawsze**, lekarz lub inny podmiot zlecający lek, instytucja tzw. płatnika trzeciej strony³ i apteka lub inny podmiot sprzedaży detalicznej leków. Trzeba pamiętać, że interesy każdej ze stron *transakcji* są odmienne albo wyraźnie sprzeczne (sprzedającego i kupującego). Im więcej stron – uczestników, tym trudniej sprzeczne interesy bezkonfliktowo pogodzić. Charakter tych *transakcji* może znacząco się różnić, co nie jest obojętne dla przebiegu *procesu farmakoterapii*. Złożoność i liczne uwarunkowania bezkonfliktowego przebiegu *transakcji* towarzyszących *procesowi farmakoterapii*, z uwzględnieniem interesu najważniejszej grupy ich uczestników, jaką stanowią pacjenci będący konsumentami leków, to problem wymagający lepszego poznania, a więc dalszych poważnych rozważań i analiz.

Ważne jest też uwzględnianie przy decyzjach rządowych o rozszerzaniu asortymentu leków dostępnego poza aptekami faktu⁴, że wiążą się one z wyeli-

minowaniem aptek z uczestnictwem w *transakcjach* towarzyszących stosowaniu *farmakoterapii* w lecznictwie otwartym i samolecznictwie. A to eliminuje możliwość wsparcia *procesu farmakoterapii* przez te „profesjonalne” podmioty, poprzez zastosowanie wiedzy z zakresu farmacji klinicznej oraz opieki farmaceutycznej⁵.

Trzeba też dodać, że z „urynkowaniem” systemu ochrony zdrowia wiąże się **zagrożenie priorytetowego interesu pacjentów** kosztem interesów innych grup uczestników *transakcji na rynku leków* (dobrze zorganizowanych i silnych), a tym samym **zagrożenie dla racjonalizacji procesu farmakoterapii**.

Wszystkie instytucje władzy publicznej w Polsce wyraźnie ignorują to zagrożenie, o czym świadczą zaniechania, pomimo poważnych zaniedbań, w zakresie regulacji rynku leków oraz badań i usprawniania *procesu farmakoterapii*.

5. Zakończenie

O potrzebie podnoszenia poziomu racjonalności *procesu farmakoterapii* przekonuje wiele faktów. Między innymi rekordowe polskie wskaźniki⁶:

- najwyższy w UE stopień współpłacenia za leki przez pacjentów,
- najwyższe w UE wydatki na leki, wyrażone w procentach PKB,
- najwyższy procent udział wydatków na leki we wszystkich wydatkach na ochronę zdrowia
- słabe rozpoznanie *procesu farmakoterapii*, wynikające z braku kompleksowych badań i powszechnego, informatycznego systemu monitorowania tego procesu.

Kwestię racjonalizacji *procesu farmakoterapii* należy uznać za problem zarządzania *procesem farmakoterapii*, z obszaru zarządzania rynkiem leków, w skali makro, i w skali mikro. **To problem związany z koniecznością obiektywnego, naukowego określenia zapotrzebowania na leki, a nie subiektywnego generowania popytu na leki, wysoko wydajnymi metodami i technikami marketingowymi, przez bardzo silne podmioty sfery podaży rynku leków, zainteresowane ciągłym zwiększaniem zysków ze sprzedaży tego szczególnego towaru, który może ratować życie lub je odbierać.**

Wnioski z przedstawionych wyżej rozważań, mających służyć poznaniu i usprawnianiu *procesu farmakoterapii*, można ująć w dwie grupy:

I – dotyczące możliwości wykorzystania proponowanego modelu procesu farmakoterapii,

II – dotyczące klasyfikacji procesów farmakoterapii i wskazania zasadniczych kierunków działań usprawniających racjonalizację tych procesów.

Ad. I

Wobec potrzeby podnoszenia poziomu racjonalności *procesu farmakoterapii*, dla poprawiania skuteczności, efektywności, a przede wszystkim bezpieczeństwa stosowania leków, wskazane jest lepsze rozpoznanie i stałe doskonalenie tego

procesu. Do tego celu przydatne jest wykorzystanie narzędzia w formie proponowanego przez autora modelu *procesu farmakoterapii*. Model ten pozwala na:

- wyodrębnienie i analizowanie poszczególnych procesów decyzyjnych oraz procesu wykonawczego tworzących sekwencję – całość *procesu farmakoterapii*,
- rozróżnienie warunków stosowania *farmakoterapii* odmiennych zasadniczo:
 - w samolecznictwie,
 - w leczeniu otwartym (ambulatoryjnym),
 - w leczeniu zamkniętym (głównie szpitalnym),
- rozróżnienie *farmakoterapii bezpośredniej oraz farmakoterapii pośredniej – przerywanej*,
- rozróżnienie grup podmiotów decyzyjnych podejmujących *proces farmakoterapii*, z uwzględnieniem ich przygotowania:
 - kwalifikacji formalnych,
 - doświadczenia,
 - predyspozycji,
- badanie i analizowanie potrzeb informacyjnych oraz kształtowanie zasileń informacyjnych – stosownie dla poszczególnych grup podmiotów podejmujących *proces farmakoterapii*,
- rozróżnienie warunków i rodzajów monitorowania procesu wykonawczego *farmakoterapii*, z uwzględnieniem:
 - monitorowania przemieszczania się i działalności pacjentów mających wpływ na stan zdrowia, w tym szczególnie równoległego leczenia się w różnych miejscach i różnymi sposobami,
 - monitorowania skuteczności podawanego leku (leków), poprzez:
 - rejestrację i analizę wybranych wskaźników stanu zdrowia pacjenta (temperatura ciała, ciśnienie tętnicze i t. p.),
 - rejestrację i analizę wybranych wskaźników klinicznych obrazujących obecności i działanie leku w organizmie pacjenta (np. poziom leku w surowicy krwi).

Analiza modelu *procesu farmakoterapii* wskazuje na potrzebę:

- usprawniania systemu informacyjnego, umożliwiającego dostęp do informacji zapewniających trafne decyzje,
- budowanie systemu motywacyjnego, mobilizującego do dokonywania obiektywnych, optymalnych wyborów przez podmioty uprawiające farmakoterapię,
- uwzględnienie różnego poziomu przygotowania różnych grup podmiotów podejmujących *proces farmakoterapii*,
- upowszechnianie stosowania wytycznych opcji oraz standardów postępowania, w tym wytycznych, opcji i standardów farmakoterapii, dla poprawy racjonalności każdego jednostkowego *procesu farmakoterapii*,
- zwiększenia wsparcia przez farmaceutów *procesu farmakoterapii*, w każdych warunkach stosowania leków, poprzez zorganizowane działania, zgodnie z zasadami farmacji klinicznej oraz opieki farmaceutycznej.

Ad. II

Wobec potrzeby podnoszenia poziomu racjonalności *procesu farmakoterapii*, dla poprawiania skuteczności, efektywności, a przede wszystkim bezpieczeństwa stosowania leków, wskazane jest lepsze rozpoznanie i stałe doskonalenie tego procesu. Do osiągnięcia tego celu niezbędne jest:

- podjęcie badań organizacji oraz skuteczności, efektywności i bezpieczeństwa siedmiu wymienionych wyżej typów *procesu farmakoterapii* (*farmakoterapii* stosowanej w różnych warunkach – patrz rys. 3.),
- podjęcie i/lub intensyfikowanie działań w zakresie:
 - edukacji podmiotów „nieprofesjonalnych” stosujących *farmakoterapię*, czyli wszystkich obywateli,
 - kształcenia i doksztalcenia lekarzy, stanowiących (indywidualnie lub w zespołach terapeutycznych) podmioty „profesjonalne” stosujące *farmakoterapię* zawodowo,
 - kształcenia i doksztalcenia farmaceutów mających za zadanie (indywidualnie i w zespołach terapeutycznych) doradztwo w sprawach stosowania leków, a więc stosowania *farmakoterapii bezpośredniej* oraz *farmakoterapii pośredniej – przerywanej* w każdym warunkach, w ramach farmacji klinicznej oraz opieki farmaceutycznej (patrz rys. 3.),
 - prac legislacyjnych mających na celu wymuszanie wsparcia przez farmaceutów *procesu farmakoterapii* w każdym warunkach stosowania leków, poprzez zorganizowane działania, zgodne z zasadami farmacji klinicznej oraz opieki farmaceutycznej.

Informacje o autorze

Mgr farm. Maciej Paprocki – Zakład Farmacji Stosowanej, Wydział Farmaceutyczny AM w Warszawie. E-mail: mpapr@wp.pl.

Przypisy

- ¹ W ramach **ekonomiki farmacji** należy wyodrębnić **ekonomikę produkcji leków, ekonomikę dystrybucji leków** oraz **ekonomikę stosowania leków**, patrz: Paprocki M. 2005. *Ekonomika farmacji dla farmaceutów i lekarzy. Zeszyty Naukowe Ochrony Zdrowia. Zdrowie Publiczne i Zarządzanie*, Nr 2, s. 70–77.
- ² Odrębnym poważnym problemem jest precyzyjne określenie zakresu obowiązków, uprawnień, a głównie odpowiedzialności lekarza pracującego w zespole, mając na uwadze dominujące, często silnie dominujące pozycje „starszych”, bardziej utytułowanych członków zespołu, a przede wszystkim przełożonych, takich jak ordynator oddziału, czy dyrektor szpitala.
- ³ Instytucje taką mogą stanowić różne podmioty.
- ⁴ Decyzjach z zakresu regulacji rynku leków.
- ⁵ Dziedzinę wiedzy określoną jako **farmacja kliniczna** opisują interesująco prof. Leszek Krówczyński oraz prof. Jerzy Masiakowski, w Krówczyński L. Danek A. 1982, a idee **opieki farmaceutycznej** opisuje wyczerpująco dr Jerzy Łazowski, w Łazowski J. 2004 oraz w Sieradzki E. 2004.

- ⁶ Rekordy niczym nie uzasadnione, patrz Paprocki M. 2005. Wzrost wydatków na leki jako czynnik zagrażający stabilności systemu finansów publicznych państwa. *Problemy Zarządzania – ekonomia sektora publicznego*. Nr 4, s. 227–244.

Bibliografia

- Krówczyński, L. i A. Danek. (red.) 1982. *Zarys farmacji klinicznej*, Warszawa: PZWL.
- Łazowski, J. 2004. Opieka farmaceutyczna. *Biuletyn NIA nr specjalny*, styczeń 2004.
- Paprocki, M. 2005. Ekonomika farmacji dla farmaceutów i lekarzy. *Zeszyty Naukowe Ochrony Zdrowia. Zdrowie Publiczne i Zarządzanie*, nr 2, s. 70–77.
- Paprocki, M. 2005. Wzrost wydatków na leki jako czynnik zagrażający stabilności systemu finansów publicznych państwa. *Problemy Zarządzania – ekonomia sektora publicznego*. nr 4, s. 227–244.
- Sieradzki, E. (red.) 2004. *Opieka Farmaceutyczna w praktyce aptecznej*, Warszawa: AM w Warszawie. s. 7–26.