

Racjonalne gospodarowanie lekami w zakresie opieki farmaceutycznej i lekarskiej

Marcin Czech, Tomasz Olszewski, Ewelina Ścibor

Celem opieki lekarskiej i farmaceutycznej jest najskuteczniejsza, najbezpieczniejsza i najbardziej dogodna dla pacjenta farmakoterapia oraz ograniczenie zbędnych nakładów na ochronę zdrowia. Warunkiem racjonalizacji gospodarowania lekami jest współpraca lekarza, farmaceuty i samego pacjenta. Zarówno lekarze jak i farmaceuci w większości przypadków widzą konieczność informowania swoich pacjentów o aspektach ekonomicznych związanych z terapią. Taką potrzebę dostrzega prawie połowa pacjentów. Na podstawie przeprowadzonych badań można stwierdzić, że aż 18% chorych czasami lub nigdy nie realizuje przepisanych recept, dla 39% barierą może być cena. Cena leku obok skuteczności i bezpieczeństwa to najważniejsze kryterium w akceptacji lub odrzuceniu terapii. Mała jest tolerancja pacjentów związana z potencjalnym podwyższeniem ceny leku. 77% pacjentów chciałoby być informowanych o istnieniu tańszego odpowiednika, jeśli taki istnieje, tylko 35% zna takie odpowiedniki. Prawie połowa pacjentów zawsze lub czasami prosi lekarza o przepisanie najtańszego odpowiednika.

1. Wstęp

Rezolucja Rady Europy dotycząca rozwoju funkcji aptekarzy i dostosowania ich podstawowego kształcenia głosi, że racjonalne stosowanie leków musi nie tylko zwiększać korzyści terapeutyczne dla ludności jako całości i dla osób indywidualnych, ale i przynosić korzyści ekonomiczne całemu społeczeństwu (Rezolucja Rady Europy 1997). Od opieki farmaceutycznej w zakresie ekonomicznym można oczekiwać uniknięcia niepotrzebnego stosowania leków, redukcji przypadków niewłaściwego ich stosowania oraz uniknięcia skutków niewłaściwego stosowania leków (Horoszevska, Czech 2004). Realizacja tych zadań może odbywać się poprzez uświadamianie pacjentowi konieczności przestrzegania zaleceń lekarskich przez samego lekarza oraz farmaceutę, informowanie lekarza o niemożności wykupienia leku bądź rezygnacji pacjenta z jego przyjmowania, przedstawienie korzyści zdrowotnych wynikających z prawidłowo prowadzonej terapii oraz kosztów, jakie trzeba na nią ponieść, informowanie o właściwym sposobie przyjmowania produktu leczniczego oraz zaproponowanie

takiego leku, który będzie w zasięgu możliwości finansowych pacjenta. W zakresie obowiązków lekarza, oprócz przekazania zaleceń o typowo medycznym charakterze, powinno pozostawać informowanie pacjenta o cenie przepisanego leku lub leków, koszcie diagnostyki (niepokrywanej przez powszechne ubezpieczenie zdrowotne), ryzyku związanym z zaprzestaniem leczenia mogącym przekładać się na hospitalizację lub/i absencję w pracy. Kluczową kwestią jest odpowiednia współpraca między lekarzem i farmaceutą oraz właściwa komunikacja profesjonalistów medycznych z chorymi. Wszelkie informacje powinny być przekazywane pacjentom w prosty i zrozumiały sposób, a chorzy powinni mieć możliwość zadania pytań i uzyskania wyczerpujących odpowiedzi.

Wybory pacjentów dotyczące zakupu leku nie mogą być traktowane jako zachowania konsumenckie w czystej formie, odzwierciedlające następujące po sobie fazy procesu podejmowania decyzji. Samo podejmowanie decyzji definiowane jest jako akt wyboru jednej możliwości spośród ich zestawu (Griffin 2004). Pochodzący z literatury zarządzania proces podejmowania decyzji zakupu obejmuje kilka etapów: uświadomienie potrzeby, poszukiwanie i gromadzenie informacji, ustanowienie kryteriów wyboru i ocena alternatywnych rozwiązań, wybór rozwiązania – decyzja zakupu, ocena decyzji (Dobiegała-Korona 1996). W przypadku pacjenta stojącego przed wyborem terapii mającej na celu leczenie określonego schorzenia proces decyzyjny w znacznej mierze odbiega od przedstawionego wyżej schematu. Podczas gdy w procesie samoleczenia, dotyczącego mniej poważnych schorzeń, opartego na lekach wydawanych bez recepty (OTC) z dużym przybliżeniem udałoby się zidentyfikować poszczególne etapy, to w przypadku leków wydawanych z przepisu lekarza decyzje podejmowane są w odmienny sposób. Dzieje się tak dlatego, że większość faz w procesie decyzyjnym, ze względu na asymetrię informacji, będącej pochodną posiadania specjalistycznej wiedzy, kształtowana jest przez lekarza, następnie farmaceutę, a nie samego pacjenta. Zbieranie informacji, po wyczerpaniu źródeł osobistych i publicznych napotyka najczęściej na barierę wiedzy. Dlatego ocena alternatywnych rozwiązań odbywa się już przy znaczącym współudziale wyspecjalizowanych profesjonalistów medycznych. Stąd tak ważna jest rola odpowiednio realizowanej opieki lekarskiej, a następnie farmaceutycznej. Z tego i innych względów założenia racjonalnego modelu podejmowania decyzji nie nadają się do zastosowania w tym przypadku. Problemy decyzyjne nie są tu proste, istnieje wiele możliwych rozwiązań, związanych m.in. z ograniczeniami kosztów i czasu. Oprócz tego zarówno decyzje lekarza jak i samego pacjenta podejmowane są w warunkach niepewności i w większości są niezaprogramowane.

Można postawić sobie pytanie, jakie wobec takiego stanu rzeczy opcje decyzyjne pozostają pacjentowi apteki otwartej, który otrzymał lek na receptę. Po pierwsze, pacjent może leku nie wykupić ze względu na za wysoką cenę preparatu. W tym przypadku, jeśli istnieje jego tańszy odpowiednik, farmaceuta może zaproponować zamianę na tańsze leczenie (substytucja generyczna). Pacjent może nie zrealizować recepty z innych przyczyn, np. trudności w przyjmowaniu leku, niechęci do jego stosowania, niezrozumienia instrukcji lekarza,

obawy o działania niepożądane i inne. Tutaj z kolei nieodzowna jest pomoc i opinia farmaceuty pełniącego rolę doradcy pacjenta.

W Polsce bardzo wysoki jest poziom rezygnacji z realizacji recepty lub z wykupywania leków zleconych przez lekarza. Na tle innych typów usług medycznych, a także w porównaniu z innymi krajami jest on niezmiernie wysoki i wynosi 34%. Wśród tych osób, którym nie starczyło środków na zakup leków, 38% zwróciło się do lekarza z prośbą o przepisanie tańszych leków, 45% kupiło tańsze leki za radą aptekarza, 31% postarało się o dodatkowe środki pieniężne, a 6% skorzystało z leczenia w szpitalu, gdzie otrzymało leki bezpłatnie (Czapiński, Panek 2004).

Niezmiernie interesujące było poznanie motywacji pacjentów przy zakupie leków, szczególnie brania pod uwagę kryteriów ekonomicznych przy podejmowaniu decyzji oraz potencjalnego wpływu farmaceuty oraz w mniejszym stopniu lekarza na te decyzje.

2. Cel badania

Celem badania było poznanie czynników, jakimi kierują się pacjenci podczas dokonywania wyboru leku, przyczyn podjęcia takiej a nie innej decyzji, zbadać opinie na temat leków oryginalnych i generycznych, a także ogólnego nastawienia do ceny, jakości i marki leku.

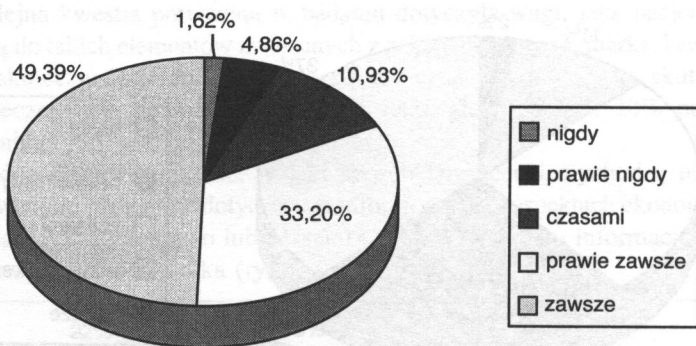
3. Metodyka

Przy pomocy specjalnie przygotowanej i zwalidowanej ankiety zebrano w sposób anonimowy opinie od 247 klientów aptek otwartych, leczonych ze wskazań ostrych i z powodu chorób przewlekłych. Ankieta składała się z 11 pytań o zróżnicowanej skali ważności.

Nie prowadzono żadnego doboru osób badanych – ankietowani to osoby obu płci, w różnym wieku, stosujące różne typy farmakoterapii i o różnym poziomie zamożności. Badanie przeprowadzono w Warszawie w 2006 roku, a dane pochodzą z trzech placówek o zróżnicowanej charakterystyce: apteki osiedlowej sąsiadującej z przychodnią zdrowia (apteka nr 1), apteki znajdującej się w supermarkecie (apteka nr 2) oraz apteki przyszpitalnej (apteka nr 3).

4. Wyniki

Na podstawie przeprowadzonych badań okazało się, że tylko niespełna 50% pacjentów realizuje zawsze recepty, kolejne 33% czyni to prawie zawsze. Reszta przyznaje się, że nie realizuje recept nigdy, prawie nigdy lub czyni to czasami (rys. 1.)



Rys. 1. Częstość realizacji przepisanej przez lekarza recepty.

Nieco inaczej kształtowały się odpowiedzi u chorych leczonych z powodu wskazań ostrych i przewlekłych (tab. 1.).

| | Ogółem | | Leczący się przewlekle | | Leczący się doraźnie | |
|---------------|-------------|---------|------------------------|---------|----------------------|---------|
| | Liczba osób | Procent | Liczba osób | Procent | Liczba osób | Procent |
| Nigdy | 4 | 1,62 | 3 | 2,73 | 1 | 0,73 |
| Prawie nigdy | 12 | 4,86 | 5 | 4,55 | 7 | 5,11 |
| Czasami | 27 | 10,93 | 14 | 12,72 | 13 | 9,49 |
| Prawie zawsze | 82 | 33,20 | 27 | 24,55 | 55 | 40,15 |
| Zawsze | 122 | 49,39 | 61 | 55,45 | 61 | 44,55 |

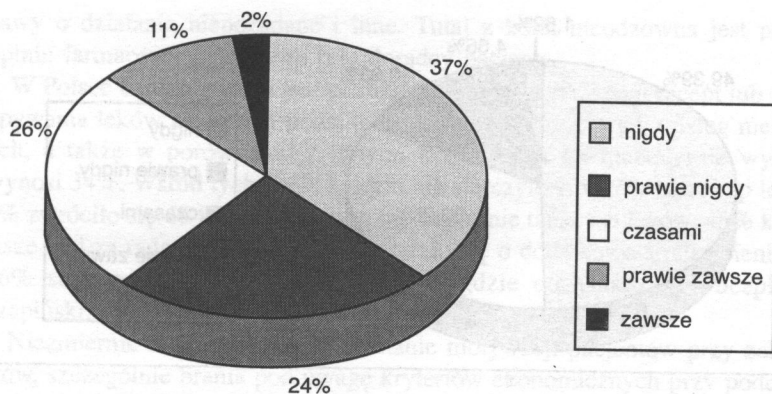
Tab. 1. Częstość realizowanej przez chorego recepty w zależności od rodzaju choroby.

Znacząco rzadziej realizowali recepty pacjenci apteki szpitalnej (tab. 2.).

| | Apteka 1 osiedlowa | | Apteka 2 supermarket | | Apteka 3 szpital | |
|---------------|--------------------|---------|----------------------|---------|------------------|---------|
| | Liczba osób | Procent | Liczba osób | Procent | Liczba osób | Procent |
| Nigdy | 0 | 0 | 1 | 1,35 | 3 | 3,23 |
| Prawie nigdy | 4 | 5 | 2 | 2,75 | 6 | 6,45 |
| Czasami | 5 | 6,25 | 8 | 10,82 | 14 | 15,05 |
| Prawie zawsze | 32 | 40 | 23 | 31,08 | 27 | 29,03 |
| Zawsze | 39 | 48,75 | 40 | 54,05 | 43 | 46,24 |

Tab. 2. Częstość realizowanej przez chorego recepty w zależności od rodzaju apteki.

Aż 39% respondentów czasami, często lub bardzo często rezygnuje z realizacji całości lub części recepty za względu na cenę leku (rys. 2.)



Rys. 2. Częstość rezygnacji z przepisanej przez lekarza recepty ze względu na cenę.

Wśród leczących się przewlekle odsetek ten jest większy (tab. 3.).

| | Ogółem | | Leczący się przewlekle | | Leczący się doraźnie | |
|---------------------|-------------|---------|------------------------|---------|----------------------|---------|
| | Liczba osób | Procent | Liczba osób | Procent | Liczba osób | Procent |
| Nie zdarzyło mi się | 92 | 37,25 | 34 | 30,91 | 58 | 42,33 |
| Bardzo rzadko | 59 | 23,88 | 25 | 22,73 | 34 | 24,82 |
| Czasami | 64 | 25,91 | 32 | 29,08 | 32 | 23,36 |
| Często | 26 | 10,53 | 15 | 13,64 | 11 | 8,03 |
| Bardzo często | 6 | 2,43 | 4 | 3,64 | 2 | 1,46 |

Tab. 3. Częstość rezygnacji z realizacji recepty ze względu na cenę leku.

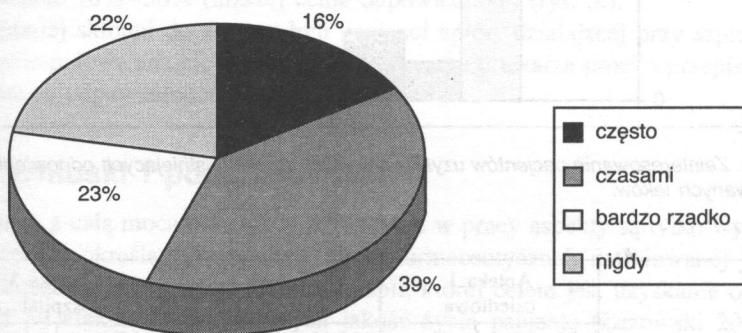
Pacjenci korzystający z apteki w supermarkecie rzadziej rezygnowali z zakupu ze względu na cenę (tab. 4.).

| | Apteka 1 osiedlowa | | Apteka 2 supermarket | | Apteka 3 szpital | |
|---------------------|--------------------|---------|----------------------|---------|------------------|---------|
| | Liczba osób | Procent | Liczba osób | Procent | Liczba osób | Procent |
| Nie zdarzyło mi się | 30 | 37,5 | 32 | 43,24 | 30 | 32,26 |
| Bardzo rzadko | 18 | 22,5 | 18 | 24,32 | 23 | 24,73 |
| Czasami | 20 | 25 | 19 | 25,68 | 25 | 26,88 |
| Często | 11 | 13,75 | 4 | 5,41 | 11 | 11,83 |
| Bardzo często | 1 | 1,25 | 1 | 1,35 | 4 | 4,3 |

Tab. 4. Częstość rezygnacji z realizacji recepty ze względu na rodzaj apteki.

Kolejna kwestia poruszona w badaniu dotyczyła wagi, jaką pacjenci przywiązują do takich elementów związanych z zakupem jak cena, marka, bezpieczeństwo, skuteczność terapii. Okazało się, że cena jest trzecią po skuteczności i bezpieczeństwie determinantą zakupu leku, ale przez ok. 20% pacjentów wymieniana jest jako najważniejsza.

Można postawić pytanie, w jaki sposób farmaceuci wychodzą naprzeciw oczekiwaniom pacjentów dotyczących informowania o aspektach ekonomicznych leczenia. Otóż 55% często lub czasami przekazuje chorym informacje o istnieniu tańszego odpowiednika (rys. 3.).



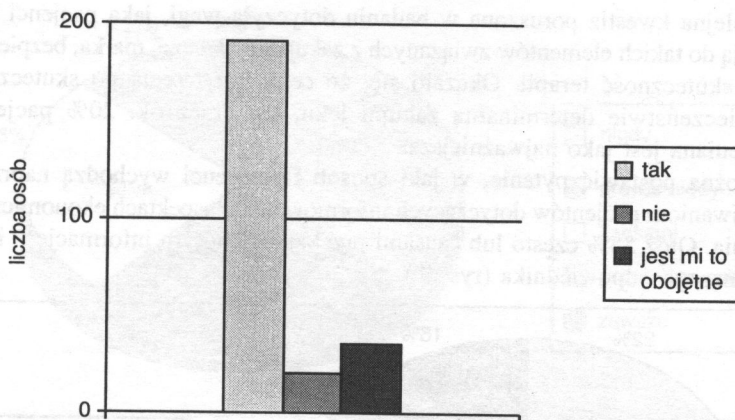
Rys. 3. Częstość informowania pacjentów o istnieniu tańszego odpowiednika.

Najczęściej o istnieniu tańszego odpowiednika pacjentów informują farmaceuci pracujący w aptece osiedlowej, aż w 74% przypadków, rzadziej w szpitalnej (56%), a najrzadziej w aptece znajdującej się w supermarkecie (41%) (tab. 5.).

| | Apteka 1 osiedlowa | | Apteka 2 supermarket | | Apteka 3 szpital | |
|---------------|--------------------|---------|----------------------|---------|------------------|---------|
| | Liczba osób | Procent | Liczba osób | Procent | Liczba osób | Procent |
| Często | 17 | 21,25 | 7 | 9,46 | 21 | 22,58 |
| Czasami | 42 | 52,5 | 23 | 31,08 | 31 | 33,33 |
| Bardzo rzadko | 12 | 15 | 20 | 27,03 | 21 | 22,58 |
| Nigdy | 9 | 11,25 | 24 | 32,43 | 20 | 21,51 |

Tab. 5. Częstość informowania pacjentów o istnieniu tańszego odpowiednika w zależności od rodzaju apteki.

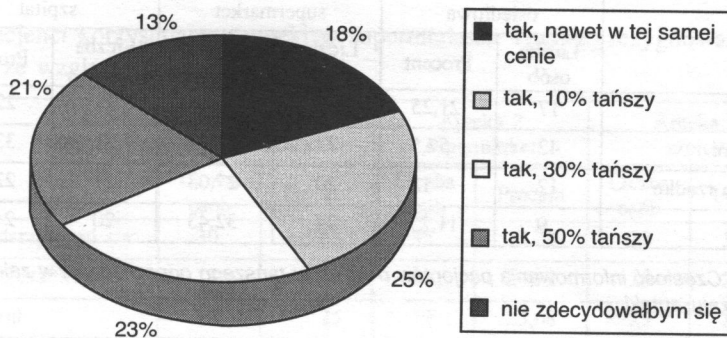
Z kolei 77% pacjentów chciałoby otrzymywać informacje o istniejących odpowiednikach stosowanego przez siebie leku, niezależnie od leczenia ze wskazań ostrych czy przewlekłych (73% i 83%) (rys. 4.).



Rys. 4. Zainteresowanie pacjentów uzyskiwaniem informacji o istniejących odpowiednikach stosowanych leków.

| | Apteka 1 osiedlowa | | Apteka 2 supermarket | | Apteka 3 szpital | |
|---------------------|--------------------|---------|----------------------|---------|------------------|---------|
| | Liczba osób | Procent | Liczba osób | Procent | Liczba osób | Procent |
| Tak | 48 | 60 | 66 | 89,19 | 77 | 82,8 |
| Nie | 15 | 18,75 | 2 | 2,7 | 3 | 3,22 |
| Jest mi to obojętne | 17 | 21,25 | 6 | 8,11 | 13 | 13,98 |

Tab. 6. Zainteresowanie pacjentów uzyskiwaniem informacji o istniejących odpowiednikach stosowanych leków w zależności od rodzaju apteki.



Rys. 5. Wpływ ceny odpowiednika na chęć zakupu leku przez pacjenta.

Jednocześnie tylko 35% osób zna odpowiedniki stosowanych przez siebie leków, najwięcej osoby korzystające z apteki znajdującej się w supermarkecie. 72% ankietowanych zawsze lub prawie zawsze pyta o takie odpowiedniki.

Co ciekawe, częściej taką informację chcieliby uzyskać pacjenci korzystający z apteki znajdującej się przy supermarkecie, najrzadziej ci odwiedzający aptekę osiedlową (tab. 6.).

Ciekawie układały się odpowiedzi na pytania dotyczące elastyczności cenowej odpowiedników. Badana populacja podzieliła się na prawie równe grupy, jeśli chodzi o deklarowaną chęć zakupu (zamiany) przy różnicach w cenie w przedziale 10%–50% (niższej cenie odpowiednika) (rys. 5.).

Najmniej skłonni do zmiany byli pacjenci apteki działającej przy szpitalu.

Prawie połowa ankietowanych podczas wizyty u lekarza prosi o przepisanie najtańszego odpowiednika.

4. Wnioski i podsumowanie

Należy z całą mocą podkreślić, że opisane w pracy aspekty są tylko wycinkiem działań określanych mianem opieki farmaceutycznej, definiowanej jako odpowiedzialne zapewnienie farmakoterapii, której celem jest uzyskanie określonych jej efektów poprawiających jakość życia pacjenta (Łazowski 2005). Opiekę farmaceutyczną można rozważyć w trzech wymiarach; w zakresie choroby, w odniesieniu do pacjenta oraz w zakresie ekonomicznym. Wysiłki badaczy koncentrowały się wokół ważnych, choć nie wszystkich, składowych wymiaru ekonomicznego.

Wyniki przeprowadzonego badania, które należy traktować jako niereprezentatywną próbę pilotażową, wskazują na potencjalny obszar oddziaływania farmaceutów i lekarzy na decyzje podejmowane przez pacjenta. Decyzje te w dużym stopniu uwarunkowane są czynnikami ekonomicznymi. W badaniu poruszono tylko niektóre z nich. Skoncentrowano się na problemie nierealizowania przepisanych przez lekarza recept, który dotyczy dużego odsetka pacjentów. Dla wielu z nich barierą jest cena leku, która obok bezpieczeństwa i skuteczności jest ważnym czynnikiem podejmowania decyzji przez chorych. Stąd dla części z nich ważna jest informacja o istnieniu i możliwości nabycia tańszych odpowiedników, jeśli takowe istnieją. W większości przypadków pacjenci oczekivaliby, aby odpowiednik był tańszy.

Nie analizowano postawy pacjentów wobec zmniejszenia prawdopodobieństwa hospitalizacji lub absencji w pracy, jakie może nastąpić dzięki zastosowaniu skutecznej farmakoterapii. Nie badano kwestii elastyczności cenowej popytu leków oryginalnych, szczególnie wobec ich wyższej skuteczności. Zagadnienia te były tematem innych opracowań (Horuszewska, Czech 2004).

Na przedstawionych przykładach widać jednak wyraźnie, jak ważny jest wpływ farmaceuty na decyzje pacjenta dotyczące realizacji recept i odpowiednie podejścia pacjenta do rozpoczęcia i kontynuacji terapii. Kwestie te mają oczywiście wymiar ekonomiczny.

Prawidłowo realizowana opieka lekarska i farmaceutyczna może przyczynić się do poprawy gospodarowania lekami i zmniejszenia kosztów w sektorze ochrony zdrowia.

Informacje o autorach

Dr n. med. Marcin Czech – Studium Farmakoekonomiki, Marketingu i Prawa Farmaceutycznego Politechniki Warszawskiej. E-mail: marcin.czech@biznes.edu.pl.

Tomasz Olszewski – Studium Farmakoekonomiki, Marketingu i Prawa Farmaceutycznego Politechniki Warszawskiej E-mail: tomek@mgt.pl.

Ewelina Ścibor – Studium Farmakoekonomiki, Marketingu i Prawa Farmaceutycznego Politechniki Warszawskiej. E-mail: ewesci@wp.pl.

Bibliografia

- Czapiński, J. i T. Panek (red.) 2004. *Warunki i jakość życia Polaków. Diagnoza społeczna 2003*, Warszawa: Wyższa Szkoła Finansów i Zarządzania.
- Dobiegała-Korona, B. 1996. *Marketing. Przesłanki i narzędzia decyzji marketingowych*. Warszawa: Wydawnictwa Prywatnej Wyższej Szkoły Businessu i Administracji.
- Griffin, R.W. 2004. *Podstawy Zarządzania Organizacjami*, Warszawa: Wyd. Naukowe PWN.
- Horoszewska M. i M. Czech. 2004. Elementy farmakoekonomiki i opłacalności leczenia z punktu widzenia pacjenta apteki otwartej. *Farmakoekonomika. Ekonomiczna ocena programów ochrony zdrowia*, Warszawa: Oficyna Wydawnicza Politechniki warszawskiej.
- Łazowski, J. 2005. *Podstawy opieki farmaceutycznej w teorii i praktyce aptecznej*. Biblioteka Naukowa Czasopisma Aptekarskiego.
- Rezolucja Rady Europy AP(97)2 przyjęta przez Komitet Ministrów 30 września 1997 Rozwój funkcji aptekarzy i dostosowania ich podstawowego kształcenia.
- Schaefer M. i M. Schultz. 2000. *Manuale zur Pharmazeutischen Betreuung*, Govi Verlag.