

Potencjalne i rzeczywiste wykorzystanie farmakoekonomiki dla potrzeb zarządzania na szczeblu centralnym i regionalnym

Marcin Czech
Dorota Z. Piwowska
Dorota Suchołbiak

W ostatnich latach znacząco wzrosły wydatki na ochronę zdrowia. Spowodowane jest to odnotowywanym w większości krajów rozwiniętych starzeniem się społeczeństwa, stosowaniem doskonalszych, ale i droższych metod diagnostycznych i leczniczych. Te i inne czynniki sprawiają, iż zarządzanie sektorem ochrony zdrowia, także w sensie makroekonomicznym, staje się coraz trudniejsze.

Jednym z narzędzi, które może okazać się bardzo pomocne we wspomaganiu podejmowania decyzji na szczeblu centralnym, jest farmakoekonomika.

Analizy farmakoekonomiczne to oceny korzyści leczenia w stosunku do poniesionych kosztów przy założeniu ograniczoności dostępnych zasobów.

Przedmiotem zainteresowania autorów pracy były źródła informacji, bariery i ograniczenia oraz szanse rozwoju farmakoekonomiki jako dynamicznie rozwijającej się nauki służącej racjonalizacji farmakoterapii w centrali i oddziałach Narodowego Funduszu Zdrowia oraz w Ministerstwie Zdrowia.

W sposób ramowy zgromadzono informacje dotyczące obecnego stanu wiedzy związanej z farmakoekonomiką i dalszych potrzeb edukacyjnych w tej dziedzinie.

Wstęp

W ostatnich latach znacząco wzrosły wydatki na ochronę zdrowia. Spowodowane jest to, odnotowywanym w większości krajów rozwiniętych, starzeniem się społeczeństwa, stosowaniem doskonalszych, ale i droższych metod diagnostycznych i leczniczych. Te i inne czynniki sprawiają, iż zarządzanie sektorem ochrony zdrowia, także w sensie makroekonomicznym staje się coraz trudniejsze.

Jednym z narzędzi, które może okazać się bardzo pomocne we wspomaganiu podejmowania decyzji na szczeblu centralnym jest farmakoekonomika.

Farmakoekonomika jest nową dziedziną wiedzy, często umiejscawianą pomiędzy farmacją a ekonomiką. Z definicji zajmuje się ekonomiczną oceną produktów farmaceutycznych (leków) poprzez analizę porównawczą dwóch lub więcej

alternatywnych rozwiązań pod względem ich kosztów i konsekwencji (Orlewska 1999). Głównym zadaniem analiz farmakoekonomicznych jest wyselekcjonowanie jak najbardziej korzystnych produktów i usług medycznych, czyli takich, które zapewniają najlepszy stosunek korzyści do poniesionych kosztów. Prawdopodobnie przeprowadzone analizy farmakoekonomiczne umożliwiają obniżenie kosztów leczenia oraz diagnostyki chorych, idące w parze z obniżeniem śmiertelności oraz polepszeniem jakości życia chorych (www.ccohta.ca). Po raz pierwszy analizy farmakoekonomiczne jako obowiązkowe przy podejmowaniu decyzji o refundacji leku wprowadzono w Australii w 1993 roku. Kolejnym krajem, w którym zaczęły obowiązywać wytyczne w sprawie przeprowadzania analiz farmakoekonomicznych, była Kanada (Ontario) (www.ccohta.ca). Obecnie analizy farmakoekonomiczne stosowane są w wielu krajach, takich jak: Portugalia, Holandia, Finlandia czy Wielka Brytania (Czech, Pachocki 2003/04). Po mimo tego, że w Polsce zainteresowanie analizą ekonomiczną programów zdrowotnych wciąż wzrasta, nadal nie jest wiadome, jaką rolę pełni ten rodzaj analizy w podejmowaniu decyzji o akceptacji bądź odrzuceniu danego programu zdrowotnego.

Ochrona zdrowia w Polsce jest jedną z dziedzin działalności, która dopiero „uczy się” efektywnych metod zarządzania. W ostatnich latach branża ta poddana została wielu, gruntownym, choć nie zawsze udanym próbom reorganizacji, zmian zasad funkcjonowania i finansowania. Towarzyszyły im przewartościowanie i ewolucja w sposobie zarządzania (Shortell, Kaluzny 2001). Pomimo tego nadal nie można stwierdzić, że organizowanie, kierowanie, planowanie, motywowanie i kontrolowanie w medycynie oparte jest na ustalonym modelu zarządzania. W sektorze ochrony zdrowia zaobserwować można pewne tendencje dotyczące wyboru określonych metod planowania i kierowania odpowiednimi procesami.

Podmiotami, które na szczeblu centralnym biorą udział w procesie podejmowania decyzji o alokacji zasobów, są: Ministerstwo Zdrowia i Narodowy Fundusz Zdrowia. W przyszłości podmioty te prawdopodobnie otrzymają merytoryczne wsparcie ze strony Polskiej Agencji Ochrony Technologii Medycznych, którego powstanie zapisane jest w projekcie ustawy o Powszechnym Ubezpieczeniu Zdrowotnym (www.zgzza.pl).

Zadaniem Ministerstwa Zdrowia jest dbałość o utrzymanie odpowiedniego poziomu stanu zdrowotnego w państwie poprzez opracowanie systemowych rozwiązań opieki zdrowotnej. Łączy to w sobie takie elementy jak opracowanie polityki lekowej, sposobu dostępności do usług zdrowotnych czy też przeprowadzanie analiz stanu opieki zdrowotnej kraju i koniecznych zmian w jej działaniu.

Dnia 23 stycznia 2003 roku weszła w życie Ustawa o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym, tworząca Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ) – państwową jednostkę organizacyjną, posiadającą osobowość prawną.

NFZ ma za zadanie zabezpieczyć świadczenia zdrowotne ubezpieczonym poprzez zarządzanie środkami finansowymi przekazywanymi na podstawie ustawy.

Fundusz finansuje świadczenia zdrowotne oraz zapewnia refundację leków w ramach posiadanych środków finansowych. Do zakresu działań NFZ należy również określanie jakości i dostępności, oraz analiza kosztów świadczeń zdrowotnych w zakresie niezbędnym dla prawidłowego zawierania umów ze świadczeniodawcami (Ustawa z dnia 23 stycznia 2003r. o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia, Dziennik ustaw z dnia 17 marca 2003 r.).

W skład Narodowego Funduszu Zdrowia wchodzi centrala z siedzibą w Warszawie i 16 oddziałów wojewódzkich, kierowanych przez dyrektorów oddziałów.

Cel pracy

Niniejszej praca ma na celu przedstawienie analizy obecnego i potencjalnego (oczekiwanego) wykorzystania farmakoekonomiki dla potrzeb zarządzania w instytucjach takich jak Narodowy Fundusz Zdrowia i Ministerstwo Zdrowia. Przyjętą przez autorów tezą jest stwierdzenie, że szersze propagowanie zasad i mechanizmów działania farmakoekonomiki jest sposobem na polepszenie efektywności metod zarządzania. W celu określenia trafności sformułowanej tezy zbadano stopień znajomości i wykorzystania analiz farmakoekonomicznych, jak i oczekiwania co do koniecznych zmian w sposobie definiowania mechanizmów zarządzania wśród wyselekcjonowanej grupy specjalistów związanych z procesami planowania.

Główne cele badań zostały zdefiniowane następująco:

- ocena obecnego wykorzystania analiz farmakoekonomicznych w procesie podejmowania decyzji o polityce cenowej i stopniu refundacji leków,
- zdiagnozowanie oczekiwań co do zastosowania analiz farmakoekonomicznych dla potrzeb zarządzania w instytucjach związanych z ochroną zdrowia
- określenie stanu wiedzy i wykorzystania farmakoekonomiki.

Metodyka

Do wykonania badań wykorzystano metodę sondażu diagnostycznego, a jako technikę badań anonimową ankietę. Narzędziem umożliwiającym realizację wybranej techniki był kwestionariusz.

W ankiecie zastosowano pytania zamknięte, posiadające zestaw możliwych odpowiedzi, choć dana była również możliwość dopisania własnej odpowiedzi przez respondenta.

Ankieta podzielono na dwie części, pierwsza obejmowała pytania problematyczne, a druga dotyczyła pytań z zakresu demograficzno-społecznych cech analizowanej grupy respondentów oraz pozwalała klasyfikować osoby pod względem znajomości wiedzy na temat farmakoekonomiki.

Pierwszą część kwestionariusza stanowił blok pytań dotyczących stopnia wykorzystania analiz farmakoekonomicznych dla potrzeb zarządzania. Część ta zawierała pięć następująco brzmiących pytań:

1. Z jakich źródeł informacji dotyczących gospodarki lekiem korzysta Pani / Pan obecnie przy podejmowaniu decyzji dotyczących zarządzania Pani / Pana placówką? Z jakich źródeł według Pani / Pana powinno się korzystać w sytuacji idealnej?
2. Jakie według Pani / Pana są bariery i ograniczenia w praktycznym zastosowaniu analiz farmakoekonomicznych dla potrzeb zarządzania w instytucjach związanych z ochroną zdrowia w Polsce i jakie mają znaczenie?
3. Jakie środki Pani / Pana zdaniem należałoby przedsięwziąć, aby zastosowanie analiz farmakoekonomicznych było bardziej rozpowszechnione?
4. Jaki punkt widzenia w analizie farmakoekonomicznej wydaje się Pani / Panu najważniejszy?

5. Czy wydaje się Pani / Panu konieczne uzupełnianie wiedzy w dziedzinie farmakoekonomiki / ekonomiki zdrowia?

Druga część pozwoliła uzyskać informacje na temat wieku, płci, wykształcenia oraz zajmowanego stanowiska pracy respondenta. Na podstawie danych pochodzących z tej części ankiety określić można deklarowane przez respondentów źródła wiedzy z zakresu farmakoekonomiki.

Przy interpretacji wyników uwzględniano parametry statystyczne: średnią, medianę, minimum, maksimum, odchylenie standardowe.

Wstępnie założono przeprowadzenie badań ankietowych we wszystkich departamentach znajdujących się w Ministerstwie Zdrowia i w Centrali Narodowego Funduszu Zdrowia. Po zapoznaniu się i uzyskaniu informacji o zakresie działalności poszczególnych departamentów w Ministerstwie Zdrowia zdecydowano się przeprowadzić badanie w Departamencie Polityki Lekowej, biorąc pod uwagę kryteria istotne dla badanego problemu. W Centrali Narodowego Funduszu Zdrowia badania ankietowe zostały wykonane w Pionie Zastępcy Prezesa ds. Medycznych oraz w Pionie Zastępcy Prezesa ds. Służb Mundurowych. Departamentami Pionu Zastępcy Prezesa ds. Medycznych, w których uzyskanie wyników badań ankietowych okazało się możliwe, były: Departament Świadczeń Zdrowotnych i Departament Gospodarki Lekiem.

Ponadto badanie przeprowadzone zostało w Oddziałach Wojewódzkich Narodowego Funduszu Zdrowia.

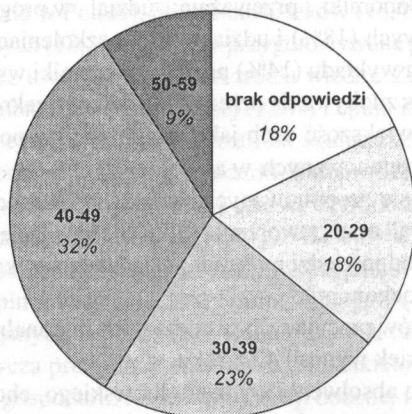
Badania realizowane były w okresie od grudnia 2003 do lutego 2004.

Wyniki

Przeanalizowano 22 ankiety pochodzące z Ministerstwa Zdrowia i Centrali Narodowego Funduszu Zdrowia oraz 14 ankiet uzyskanych z oddziałów regionalnych NFZ.

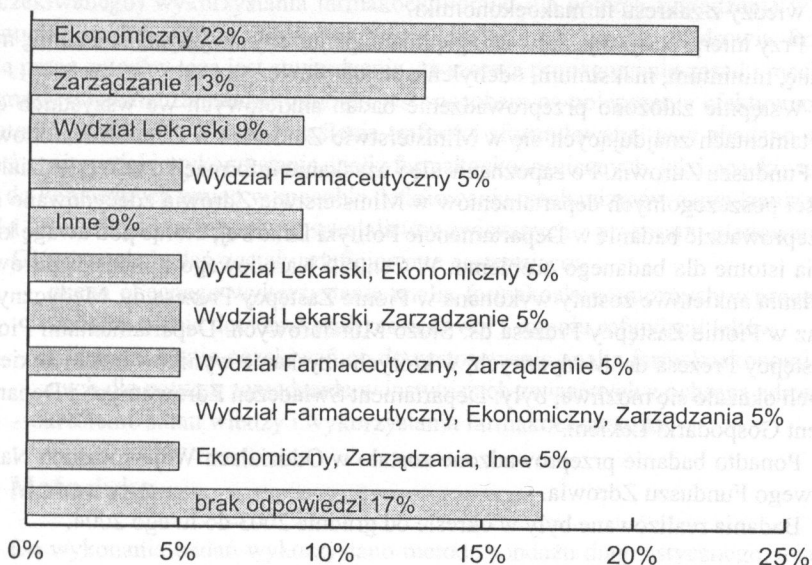
Charakterystyka osób biorących udział w badaniach.

Wśród osób reprezentujących instytucje centralne 50% stanowiły kobiety. Przedział wiekowy przedstawiono na rysunku 1.



Rys. 1. Analiza wieku respondentów.

Wiele z ankietowanych osób podało kilka rodzajów posiadanego wykształcenia. Z tego też względu zdecydowano się na podział respondentów na zasadzie wyróżnienia rozłącznych zbiorów zawierających osoby o odmiennej charakterystyce wykształcenia (tj. wykształcenie ekonomiczne i ekonomiczno-lekarskie stanowiły dwa rodzaje wykształcenia).



Rys. 2. Analiza wykształcenia respondentów.

Analiza zajmowanych stanowisk wskazuje na to, iż 14% ankietowanych pracowało na stanowisku dyrektora, 27% kierownika, 27% specjalistów. Średni okres doświadczenia w podejmowaniu decyzji związanych z gospodarką lekiem wynosił 5,3 roku.

Spośród odpowiedzi, jakie respondenci wskazali jako źródła własnej wiedzy z zakresu farmakoekonomiki, przeważają: udział w programie edukacyjnym/studiach podyplomowych (18%) i udział w kilku szkoleniach (17%). Ankietowani poza wyróżnieniem wykładu (14%) pozostałe czynniki wskazali za stosunkowo równoważące podczas zdobywania przez nich wiedzy z zakresu farmakoekonomiki (5-9%). Ogromna większość osób jako źródła wiedzy podała więcej niż jeden element spośród zaproponowanych w ankiecie czynników. Jako dodatkowe źródła, nie ujęte w zakresie proponowanych, wskazano „samodzielne samokształcenie i literaturę fachową” oraz „stworzenie kilku analiz”. Dziewięć procent ankietowanych nie udzieliło odpowiedzi na temat posiadanego wykształcenia/źródeł wiedzy z zakresu farmakoekonomiki.

Wśród respondentów pracujących w oddziałach regionalnych NFZ 64% stanowiły kobiety, średni wiek wynosił 42,5 roku.

Większość osób to absolwenci wydziału lekarskiego, choć wielu z nich ukończyło wydział farmaceutyczny. Sześciu z czternastu badanych ukończyło dodatkowo zarządzanie.

		Dodatkowo ukończone zarządzanie
Wydział lekarski	7 osób (50%)	5 osób (36%)
Wydział farmaceutyczny	6 osób (43%)	1 osoba (7%)

Tabela 1. Studia ukończone przez osoby pracujące w oddziałach regionalnych NFZ.

Czterech z badanych nie ujawniło zajmowanego przez siebie stanowiska pracy. Najczęściej podawanym przez respondentów stanowiskiem był kierownik działu, a średnia lat poświęcona na podejmowanie decyzji związanych z gospodarką lekiem wynosi 4,75.

Respondenci swą wiedzę z zakresu ekonomiki zdrowia/farmakoekonomiki czerpali przede wszystkim z udziału w szkoleniach i wysłuchaniu wykładu.

udział w kilku szkoleniach	8 osób
wysłuchanie wykładu	3 osoby
udział w programie edukacyjnym lub studiach podyplomowych w tej dziedzinie	2 osoby
praktyczne stosowanie farmakoekonomiki – w jakim zakresie: – prowadzenie analiz farmakoekonomicznych – wykorzystywanie wyników analiz farmakoekonomicznych w praktyce (interpretacje)	2 osoby
inne; literatura	2 osoby

Tabela 2. Wykształcenie respondentów z oddziałów regionalnych NFZ z zakresu farmakoekonomiki.

Wśród pracowników agencji centralnych najczęstszymi źródłami wiedzy dotyczącej gospodarki lekiem okazały się opinia ekspertów (19,2% respondentów) i koszty leków (18,9%). Wyniki te wskazują na potrzebę wsparcia procesu podejmowania decyzji w analizowanych instytucjach na miarodajnych opiniach zewnętrznych (może to być z drugiej strony postrzegane jako przejaw niepewności w stosowaniu technik analizy farmakoekonomicznej), jak i na przekonaniu o wysoce istotnym wpływie czynnika ekonomicznego (za źródło tej opinii można uważać sytuację ekonomiczną służby zdrowia w Polsce). Skuteczność leków (16,4%), artykuły w czasopiśmie specjalistycznych (12,5%) i analizy przygotowywane przez firmy farmaceutyczne (10,6%) również uważane za istotne źródła wiedzy. Znamiennym jest natomiast niski poziom zaufania do opinii własnej (9,2%) i opinii kolegów (8,1%).

Dla sytuacji idealnej ankietowani wskazali na skuteczność leków jako na najważniejsze źródło wiedzy z zakresu gospodarki lekiem (21,4%). Wskazuje to na potrzebę zwiększenia stopnia dostępności i jakości dowodów naukowych związanych z produktami przemysłu farmaceutycznego. Kolejnym ważnym czynnikiem okazała się opinia ekspertów (18,6%) i artykuły w specjalizowanych czasopiśmie farmaceutycznych. Opinia własna (9,1%) i opinia kolegów (7,5%) są czynnikami względnie niepostrzeganymi jako źródła wiedzy z zakresu farmakoekonomiki.

Analiza porównawcza preferencji wskazań ogółu ankietowanych na źródła informacji dotyczących gospodarki lekiem w sytuacji obecnej i idealnej wskazuje na oczekiwaną poprawę znaczenia (a co za tym idzie dostępności) źródeł zawierających informacje na temat skuteczności leków (wzrost o 5%) i artykułów w czaso-

pismach farmaceutycznych (wzrost o 4,4%). Największy spadek odnoszący się do oczekiwanego zmniejszenia względnego stopnia wykorzystania źródła informacji dotyczy kosztów leków (spadek o 7,2%). Współczynnik korelacji pomiędzy serią wyników dotyczącą sytuacji obecnej i idealnej wynosi 0,777. Proporcje zależności pomiędzy preferencjami ankietowanych w dziedzinie poszczególnych czynników dla sytuacji obecnej i idealnej są więc w dosyć dużym stopniu podobne (skorelowane).

Wśród barier i ograniczeń w praktycznym zastosowaniu analiz farmakoekonomicznych pracownicy Ministerstwa Zdrowia i Centrali NFZ wskazali brak zainteresowania analizami farmakoekonomicznymi, poświęcanie uwagi jedynie obniżaniu kosztów (13,5%).

Wynika to z przekonania o negatywnym wpływie podejścia minimalizującego wydatki, tak powszechnie stosowanego w realiach kryzysu finansów publicznych.

Kolejnymi wskazanymi ograniczeniami okazały się kolejno: brak zainteresowania władz centralnych wprowadzaniem i zastosowaniem regulacji dotyczących analiz farmakoekonomicznych (10%) oraz brak jasnych reguł dotyczących planowania, przeprowadzania i interpretacji analiz (9%). Świadczy to o przekonaniu wśród ankietowanych o niedociągnięciach po stronie ciał regulacyjnych i prawodawczych.

Najrzadziej wskazaną barierą (pośród zaproponowanych) okazały się mała wiarygodność modeli farmakoekonomicznych ze względu na liczbę (i niepewność) przyjętych założeń (6,2%) oraz mała wiarygodność samych analiz farmakoekonomicznych (5,8%). Wynika stąd przekonanie ankietowanych o wysokiej „przewidywanej” skuteczności analiz farmakoekonomicznych i zaufania do zdefiniowanej metodologii ich przeprowadzania.

Uzyskane odpowiedzi wskazują, że dla rozpowszechniania zastosowania analiz farmakoekonomicznych należałoby wykazać więcej inicjatyw edukacyjnych dotyczącej farmakoekonomiki (20,4% badanych). Dla rozwoju farmakoekonomiki znaczącym jest również stworzenie profesjonalnych baz danych dotyczących kosztów – tak odpowiedziało 19,2% respondentów. Szerszy dostęp do publikowanych analiz farmakoekonomicznych został wskazany jako trzeci czynnik pod względem znaczenia dla popularyzacji tej dziedziny (17,1% respondentów). Świadczy to o przekonaniu o konieczności większej dbałości o środki techniczne i programy edukacyjne dotyczące sposobów efektywniejszego przeprowadzania analiz farmakoekonomicznych.

Na podstawie uzyskanych danych można stwierdzić, że analizy farmakoekonomiczne powinny być przeprowadzane z punktu widzenia pacjenta – tak uważa 40% respondentów. 22% badanych oceniło, że najważniejszym punktem widzenia w analizie farmakoekonomicznej jest prowadzenie badań z punktu widzenia świadczeniodawcy, a 14% wskazało na perspektywę społeczną.

Wszyscy badani odpowiedzieli twierdząco na pytanie dotyczące konieczności uzupełnienia wiedzy w dziedzinie farmakoekonomiki. Świadczy to o dużym zainteresowaniu analizowanymi problemami i jednoczesnym wskazaniu na potrzebę dalszego uzupełniania wiadomości i doskonalenia technik praktycznego stosowania analiz farmakoekonomicznych.

Jeśli chodzi o źródła informacji dotyczącej gospodarki lekiem, to według pracowników oddziałów regionalnych NFZ największe znaczenie mają (w skali od

1 do 10; 1 – najmniej ważne, 10 – najważniejsze): opinia ekspertów (8,00), koszty leków (6,69), skuteczność leków (6,41), artykuły farmakoekonomiczne (5,67), analizy przygotowane przez firmy farmaceutyczne (4,70).

Z kolei najmniejsze znaczenie ma, i powinna mieć, opinia kolegów i własna. Największe znaczenie przy podejmowaniu decyzji dotyczących zarządzania powinny mieć następujące źródła (w skali od 1 do 10): skuteczność leków (9,07), koszty leków (8,08), opinia ekspertów (7,85), artykuły farmakoekonomiczne (7,50), analizy przygotowane przez firmy (6,12). Najważniejszymi ograniczeniami dla praktycznego zastosowania analiz farmakoekonomicznych w zarządzaniu Oddziałami Wojewódzkimi NFZ są (również w skali od 1 do 10): brak jasnych reguł dotyczących planowania, przeprowadzania i interpretacji analiz (7,77), mała wiarygodność danych kosztowych – brak dostosowania „kosztów” używanych w analizach do rzeczywistych kosztów placówki (7,08), trudności w przyjęciu perspektywy długoterminowej (6,92), brak możliwości alokacji zasobów (6,89), brak zainteresowania analizami farmakoekonomicznymi, poświęcanie uwagi jedynie ograniczaniu kosztów (6,83). Najmniejsze znaczenie miała dla respondentów mała wiarygodność modeli farmakoekonomicznych ze względu na liczbę (i niepewność) przyjętych założeń (5,36). Według respondentów środkami, które umożliwiłyby większe rozpowszechnienie analiz farmakoekonomicznych, są: stworzenie profesjonalnych baz danych dotyczących kosztów (8,45), przejrzyste kryteria oceny analiz oraz ich wykorzystanie przez podejmujących decyzje (7,93), więcej inicjatyw edukacyjnych dotyczących farmakoekonomiki/ekonomiki zdrowia (7,25), szerszy dostęp do publikowanych analiz farmakoekonomicznych (7,09), większa liczba publikacji w czasopismach medycznych (7), wprowadzenie wytycznych dotyczących prowadzenia analiz jako obowiązującego prawa (6,33). Z ankiety wynika, iż społeczny punkt widzenia (6 respondentów) oraz płatnika publicznego (5 respondentów) jest najważniejszym dla analiz farmakoekonomicznych.

Wynik ten jest odmienny od reprezentowanego przez pracowników agencji centralnych.

Wnioski

Na podstawie uzyskanych wyników należy stwierdzić, że wśród ankietowanych przeważająca liczba osób widzi potrzebę pogłębiania wiadomości z zakresu efektywnych metod zarządzania ochroną zdrowia.

Ankietowani wskazali również na konieczność opracowania koncepcji tworzenia i udostępnienia baz danych zawierających naukowo potwierdzone opinie w zakresie działania i skuteczności leków. Wniosek wynika z praktyki przeprowadzania analiz farmakoekonomicznych, w których ilość i jakość danych o danym leku jest kluczowym elementem dla prawidłowego określenia jego efektywności, zarówno klinicznej, jak i ekonomicznej. Świadczy to o niejako aktywnym i świadomym uczestniczeniu w procesie zarządzania i planowania, czego dowodem są spostrzeżenia o koniecznych czy zalecanych, w myśl praktycznie wypracowanych wniosków, zmianach.

Istotną konkluzją płynącą z analizy wyników sondażowych jest wyraźnie obecna wśród ankietowanych opinia o zbytym przywiązaniu do modelu zarządzania opartym na minimalizacji kosztów (zazwyczaj bieżących). Model, w którym istot-

nym elementem jest próba zmian w strukturze wydatków rozumianych jako optymalne dobieranie celów i przypisanych im wydatków finansowych, jest podejściem bardziej efektywnym w sensie farmakoekonomicznym.

Osoby biorące udział w badaniu stwierdziły, iż najważniejszymi źródłami informacji dotyczącymi gospodarki lekiem, z których korzystają przy podejmowaniu decyzji dotyczących zarządzania ich placówką, są: opinia ekspertów, koszty, skuteczność leków, analizy farmakoekonomiczne. Natomiast najważniejszymi powinny być: skuteczność, koszty leków, opinie ekspertów, artykuły farmakoekonomiczne. Wszystko sprowadza się więc do farmakoekonomiki, gdyż dopasowanie odpowiedniej analizy umożliwia jednocześnie uwzględnienie zarówno kosztów, jak i skuteczności danej terapii czy leku.

Z wypełnionych ankiet wynika, iż istnieje wiele barier, które w sposób znaczący zmniejszają możliwość wykorzystania analiz farmakoekonomicznych dla potrzeb zarządzania w Wojewódzkich Oddziałach NFZ. Do nich należą przede wszystkim: brak jasnych reguł dotyczących planowania, przeprowadzania i interpretacji analiz. Może się to zmienić, gdyż powstał projekt polskich wytycznych przeprowadzania badań farmakoekonomicznych, przyjęty przez Polskie Towarzystwo Farmakoekonomiczne (www.farmakoekonomika.pl).

Fakt wprowadzenia wytycznych, jak i obowiązującego prawa wydaje się być kwestią kluczową dla szerszego stosowania analiz dla potrzeb zarządzania.

Oprócz inicjatyw edukacyjnych stworzenie profesjonalnych baz danych kosztów wydaje się być ważnym elementem torującym rozwój i praktyczne zastosowanie analiz.

Ciekawe jest podejście do punktu widzenia, z jakiego prowadzone są oceny farmakoekonomiczne. Wśród pracowników oddziałów regionalnych NFZ panuje pogląd, że to perspektywa społeczna, a więc uwzględniająca wszystkie rodzaje kosztów, bez względu na to, kogo dotyczą, jest najważniejsza.

Z kolei pracownicy agencji centralnych wskazują na znaczenie perspektywy płatnika jako podstawowej.

Farmakoekonomika, mimo że jest stosunkowo nową dziedziną, charakteryzuje się już wyklarowanymi zasadami działania i mechanizmami stosowania w rzeczywistych realiach. Będąc jednak z definicji połączeniem „twardych” zasad ekonomiki oraz elementów dotyczących ochrony zdrowia ludzkiego, wymaga wyspecjalizowanego podejścia zarówno z perspektywy wydatków, jak i określania stanu zdrowia pacjentów. Owo wyspecjalizowanie w znacznym stopniu opiera się na konieczności dostosowania się do wysoce dynamicznych zmian. Dodatkowo należy zaznaczyć, że doraźny interes ekonomiczny często nie idzie w parze z wymaganiami co do odpowiedniego poziomu jakości usług medycznych.

Polityka zdrowotna jest jednym z podstawowych zadań państwa. Zwiększenie efektywności zarządzania ochroną zdrowia winno być priorytetowym celem działań w zinstytucjonalizowanych jednostkach, jakimi są Ministerstwo Zdrowia i Narodowy Fundusz Zdrowia. Rozpowszechnienie i dbałość o szersze stosowanie analiz farmakoekonomicznych jest jednym z kluczowych czynników dla osiągnięcia tego celu. Istotnym jest również stwierdzenie, że waga powyższych wniosków nie dotyczy tylko sytuacji kryzysowych (drastycznych braków w sferze finansowej), dla których to charakterystycznym jest poszukiwanie swoistego panaceum na doraźne trudności.

Farmakoekonomika powinna być świadomie stosowanym narzędziem zarządzania w zakresie planowania najwłaściwszej alokacji ograniczonych zasobów w perspektywie krótko i długoterminowej.

Informacje o autorach

Dr Marcin Czech, Polskie Towarzystwo Farmakoekonomiczne.

E-mail: marcin.czech@biznes.edu.pl.

Mgr Dorota Z. Piwowarska, mgr Dorota Sucholbiak, Studium Farmakoekonomiki, Marketingu i Prawa Farmaceutycznego Szkoły Biznesu Politechniki Warszawskiej.

Bibliografia

- Czech, M., Pachocki, R. 2003/04. *Rola i znaczenie farmakoekonomiki w zarządzaniu organizacjami ochrony zdrowia*, Warszawa: Studium Farmakoekonomiki, Marketingu i Prawa Farmaceutycznego.
- Kaluzny, A.D., Shortell, S.M. 2001. *Podstawy zarządzania opieką zdrowotną*, Kraków: Uniwersyteckie Wydawnictwo Vesalius
- Orlewska, E. 1999. *Podstawy farmakoekonomiki*, Jaworzno: Unimed.
- Ustawa z dnia 23 stycznia 2003r.o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia, Dziennik ustaw z dnia 17 marca 2003 r.
- www.ccohta.ca (stan z 21.06.2004).
- www.farmakoekonomika.pl (stan z 21.06.2004).
- www.zgzza.pl (stan z 21.06.2004).