

# 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.

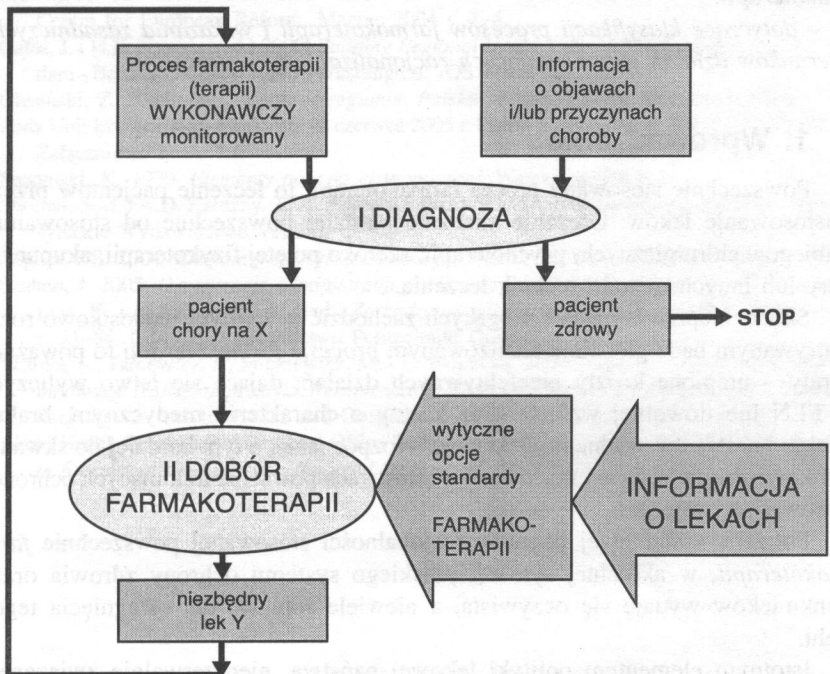
Istotnym elementem polityki lekowej państwa, nierozzerwalnie związanej z polityką zdrowotną, powinna być strategia stałej racjonalizacji *procesu farmakoterapii*, a takiej strategii nie ma.

Racjonalizacja tego procesu wymaga przede wszystkim dokładnego rozpoznania go. W tym celu należy zadbać o szybszy rozwój dziedziny wiedzy, jaką jest EKONOMKA FARMACJI, a w jej ramach szczególnie EKONOMIKI STOSOWANIA LEKÓW<sup>1</sup>, 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 zespołach<sup>2</sup> (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	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	Doskonalenie kształcenia i dokształcania lekarzy oraz farmaceutów Wsparcie Opieką Farmaceutyczną
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	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 strony<sup>3</sup> 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 faktu<sup>4</sup>, 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 farmaceutycznej<sup>5</sup>.

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 wskaźniki<sup>6</sup>:

- 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 każdych warunkach, w ramach farmacji klinicznej oraz opieki farmaceutycznej (patrz rys. 3.),
  - prac legislacyjnych mających na celu wymuszanie wsparcia przez farmaceutów *procesu farmakoterapii* w każdych 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

- <sup>1</sup> 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.
- <sup>2</sup> 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.
- <sup>3</sup> Instytucje taką mogą stanowić różne podmioty.
- <sup>4</sup> Decyzjach z zakresu regulacji rynku leków.
- <sup>5</sup> 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.

- <sup>6</sup> 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.