

Marcin Jacek Jabłoński¹, Martyna Kulak², Michał Lenart², Sławomir Murawiec³

¹Katedra Psychologii Wydziału Filozoficznego Akademii Ignatianum w Krakowie

²Koło Naukowe Studentów Psychologii Akademii Ignatianum w Krakowie

³Centrum Terapii Dialog w Warszawie

Dlaczego farmaceuci proponują zamianę leków?

Why pharmacists propose generic substitution of medication?

Abstract

Introduction: The Article is bringing up the problem of the exchange of prescribed medicines for the recipe for their counterparts in the context of motivation and the reflectiveness of pharmacists participating in this process.

Material and methods: 50 questionnaire forms, get from pharmacists working in pharmacies in Lesser Poland province, in which they were asking for motivation for proposing patients the exchange of medicines for equivalents, perception of anxieties of patients in the discussed situation of the exchange of medicines and the awareness, that pharmacists apart from delivering the specific medicinal product additionally are going up the position of the third participant of the therapeutic relation.

Results: Collected data are indicating that, submitting to the proposal the exchange of medicines is a general practice in polled pharmacies. They are most often declared motivations for the exchange of medicines in the equal proportion declared „good of the patient” as well as convincing the pharmacist that the patient is bothered about the minimum price of the medicine. It only recognised the 10% of polled pharmacists that the good of the patient is guaranteed when he receives this medicine which the doctor prescribed exactly.

Conclusions: Achieved results are pointing indirectly at the significant influence of the promotion of medicines for the forming of the motivation system of pharmacists and to their low awareness, that proposing the exchange of medicines actively are joining in the therapeutic relation.

Psychiatria 2014; 11, 2: 99–106

Key words: generics, exchange of medicines, therapeutic relation

Wstęp

Przemysł farmaceutyczny i rynek leków zaliczane są do najbardziej dynamicznie rozwijających się sektorów gospodarki. Specyfiką tego rynku jest działanie w obszarze wartości życia i zdrowia człowieka, które mają szerszy, pozaekonomiczny sens. Rynek farmaceutyczny w Polsce ze względu na nabywców można podzielić na trzy grupy. Pierwszy obejmuje leki dostępne w handlu detalicznym bez recepty. Nabywcą jest tutaj indywidualny klient płacący z własnej kieszeni za leki, które decyduje się kupić na potrzeby zdrowotne zdefiniowane przez siebie bądź pracowników świadczących usługi zdrowot-

ne. Drugi, to rynek leków sprzedawanych na receptę (tzw. RX), przepisywanych przez lekarzy, który jest refundowany przez NFZ, czasami finansowany z puli Ministerstwa Zdrowia lub współfinansowany przez pacjentów. Trzeci rynek obejmuje zakupy leków na receptę i bez recepty, dokonywane przez szpitale i inne placówki koordynowanej opieki zdrowotnej, na przykład zakłady opieki zdrowotnej, przychodnie, hospicja. Każdy z rynków działa wedle odmiennych mechanizmów ekonomicznych i marketingowych, które są nastawione na wywołanie określonych reakcji pacjentów [1]. Od dawna wiadomo, że efekty leków — nie tylko stosowanych w psychiatrii, można rozpatrywać na różnych płaszczyznach. Wystarczy przytoczyć powszechnie znane pojęcie „efektu placebo”, czyli powodowania poprawy klinicznej (nawet do 40% w zakresie obserwowanych parametrów), bez wpływu na specyficzne mechanizmy farma-

Adres do korespondencji:

dr n. med. Marcin Jacek Jabłoński
Katedra Psychologii Wydziału Filozoficznego
Akademii Ignatianum,
ul. M. Kopernika 26, 31–501 Kraków
e-mail: marcinjablonski@interia.pl

kokinetyczne i farmakodynamiczne typowe dla samej substancji czynnej zawartej w danym lekarstwie, a jedynie poprzez modyfikację holistycznych procesów psychosomatycznych człowieka. Wiadomo również, że zwłaszcza w psychiatrii leki mogą przejmować funkcje symboliczną w relacji terapeutycznej. Podejście to zaprezentowane zostało w publikacji pochodzącej z 1960 roku przez Cleghorna, który w dyskusji opublikowanej w książce poświęconej psychodynamicznemu działaniu leków stosowanych w psychiatrii zauważa: „Oczywiście trudno jest radzić sobie z trzema aspektami tej samej rzeczy. Leki mają funkcję symboliczną, funkcję psychodynamiczną i funkcję farmakologiczną, i wszystkie one pozostają we wzajemnej interakcji”. To rozróżnienie jest z jednej strony niezwykle nośne poznawczo, z drugiej — na pewno nie wyczerpuje listy wszystkich funkcji leków, jakie możemy stosować w psychiatrii. Z pewnością jest ich więcej, na przykład opisana funkcja tworzenia przez pacjenta związku z lekiem zbliżonego do związku z drugim człowiekiem. W piśmiennictwie psychiatrycznym większość uwagi poświęca się jednak funkcji farmakologicznej leków, natomiast dwie pozostałe funkcje są zaniedbywane i najczęściej — poza spektrum zainteresowań badaczy. Intensywne badania dotyczące psychodynamicznych aspektów działania leków psychotropowych prowadził między innymi Sarwer-Foner, który analizował działanie leków w świetle wiedzy psychodynamicznej, relacji interpersonalnych oraz społecznego i rodzinnego otoczenia pacjenta [2]. Jednym z najważniejszych elementów tego społecznego i systemowego otoczenia jest relacja pomiędzy lekarzem a pacjentem realizująca się w intymnym spotkaniu dwóch osób — w ramach wizyty, w czasie której budowana jest relacja nie tylko usługowa, ale przede wszystkim terapeutyczna. Relacja terapeutyczna (therapeutic alliance) stanowi jeden z najistotniejszych, niezależnych czynników rokowniczych w procesie leczenia zarówno pacjentów dorosłych, jak i w wieku rozwojowym [3, 4]. Relacja terapeutyczna jest szczególnym związkiem lekarza terapeuty i pacjenta. Dobrze rozwinięty związek terapeutyczny należy do najważniejszych niespecyficznych czynników zmiany w procesie leczenia. Relacja terapeutyczna jest niepowtarzalna i unikatowa, tak jak niepowtarzalne jest spotkanie dwóch osób w określonym miejscu i czasie. Lekarz terapeuta swoją postawą stwarza warunki do współpracy, wnosi swoją osobowość, oferuje uwagę, empatię, koncentrację, lojalność i dyskrecję po to, aby pacjent, słuchając, myśląc i odczuwając, mógł dzielić się z nim spontanicznie swoimi myślami i odczuciami. Pierwszym i zasadniczym celem zawiązania relacji terapeutycznej jest dobro pacjenta [5]. Pacjent z kolei, wchodząc w relację terapeutyczną z zaufaniem i nadzie-

ją, oczekiwaniem poprawy, a niejednokrotnie i zmiany życia w szerszym kontekście przyjmuje zalecenie lekarskie — w tym recepty na zaordynowane farmaceutyki jako symbol wypracowanego — ekskluzywnego porozumienia dwóch osób, skoncentrowanego na jego interesie i wypracowanego w procesie poznania często najbardziej intymnych i subtelnych szczegółów jego życia i aspektów zdrowia. Skuteczność i bezpieczeństwo farmakoterapii w znacznej mierze są zależne od wyboru leku. Z uwagi na konieczność redukcji kosztów farmakoterapii wiele systemów refundacji leków jest opartych na tak zwanych lekach generycznych, w mowie potocznej określanych jako „zamienniki”. Ze względu na wyższe ceny leków oryginalnych — innowacyjnych, leki generyczne, zwykle tańsze, umożliwiają stosowanie nowych substancji czynnych u znacznie większej liczby pacjentów. Nie wolno jednak zapominać, że skuteczność i tolerancja różnych leków zawierających tę samą substancję czynną u tego samego pacjenta mogą być odmienne. Stąd też powstaje praktyczne pytanie, kiedy i w jakich sytuacjach klinicznych można bezpiecznie zamieniać leki oryginalne generycznymi, lub w ogóle zamieniać odpowiedniki („zamienniki”) pomiędzy sobą? [6]. W polskich warunkach żonglerka lekami nadal trwa, często pacjent z roli podmiotu jest sprowadzany do roli przedmiotu i tak naprawdę nikt nie monitoruje, stosowanej często przewlekłej, farmakoterapii [6]. Wybór konkretnego leku (a nie substancji leczniczej) opiera się na badaniach klinicznych, przeprowadzonych z udziałem odpowiednich populacji pacjentów. Dlatego nie bez znaczenia jest dyskusja, czy zawsze skuteczność terapeutyczna wszystkich leków zawierających daną substancję leczniczą jest identyczna [6]. Na subiektywne odczucie skuteczności terapii mogą wpływać także cechy zewnętrzne leku, takie jak: wielkość, kolor, kształt oraz smak tabletki [6]. Zamiana leku oryginalnego na generyczny musi odbywać się więc na podstawie gruntownej wiedzy dotyczącej farmakokinetyczno-farmakodynamicznych uwarunkowań skuteczności i bezpieczeństwa farmakoterapii. Każda zamiana leku, również gdy zawarta w nim substancja lecznicza jest identyczna, może prowadzić do wzrostu ryzyka wystąpienia działań niepożądanych, których koszt musi być uwzględniony w szacowaniu kosztów leczenia [7]. W literaturze dostępne są badania, których wyniki wskazują, że nawet 1/3 pacjentów, u których leki oryginalne zastąpiono generykami, zgłaszała negatywne konsekwencje tej zamiany, związane przede wszystkim z występowaniem polekowych działań niepożądanych [8]. Warto wiedzieć, że za działania niepożądane obserwowane podczas farmakoterapii nie musi odpowiadać substancja lecznicza, ale mogą one być powodowane przez substancje pomocnicze zawarte w określonej

postaci leku [6]. Należy także pamiętać, że leki zawierające identyczną substancję leczniczą mogą mieć różne formy farmaceutyczne (tabletki, tabletki powlekane, drażetki, kapsułki), z których szybkość uwalniania substancji leczniczej może być różna, a to z kolei także może mieć wpływ zarówno na skuteczność terapeutyczną, jak i na częstość występowania niepożądanych działań. Nieracjonalne z punktu widzenia racjonalnej farmakoterapii jest proponowanie przy każdej wizycie pacjenta w przychodni lub w aptece innego leku zawierającego tę samą substancję czynną. O ile odtworzony lek może się różnić biodostępnością od leku referencyjnego o 20%, o tyle różnica między różnymi generykami może być jeszcze większa. Teoretycznie przy zamianie dwóch generyków, gdzie jeden — na przykład aktualnie stosowany ma +20%, a drugi — na który właśnie zamieniany zostaje ten pierwszy ma –20% biodostępności leku oryginalnego, to spadek realnej biodostępności zalecanego pierwotnie preparatu wynosi 40%! Jest to równoznaczne z niezamierzoną, a zależną jedynie od mechanizmu handlowego redukcją dawki leku o prawie połowę. Nie ma na to wpływu lekarz, pacjent jest tego zupełnie nieświadomy, prawo farmaceutyczne na to zezwala, a skutki zdrowotne w chorobach wymagających precyzyjnej kontroli dawki na przykład w chorobach układu sercowo-naczyniowego, chorobach metabolicznych (np. cukrzyca), zaburzeniach psychicznych (np. depresja z ryzykiem suicydalnym) i innych (np. u niemowląt, dzieci, kobiet ciężarnych oraz osób w podeszłym wieku) mogą być gwałtowne i tragiczne. Każda zamiana leku zawierającego tę samą substancję czynną jest zatem istotną decyzją terapeutyczną, która musi być podjęta przez lekarza lub farmaceutę po przeanalizowaniu stosunku korzyści do ryzyka takiej zamiany. Niezwykle ważne jest, aby była to decyzja terapeutyczna, a nie handlowa, gdyż konsekwencje takiej zamiany mogą wpływać na skuteczność i bezpieczeństwo farmakoterapii [6].

Na rynku aptek i hurtowni w Polsce trwa obecnie walka o klienta, w wyniku której dokona się nowy podział rynku [1]. Rosnąca konkurencja między aptekami stanowi silną motywację do uruchomienia różnego rodzaju zachowań związanych z potrzebą zaspokojenia własnych interesów biznesowych, zwłaszcza że właścicielami aptek są coraz rzadziej osoby z branży farmaceutycznej lub medycznej a coraz częściej osoby prawne lub grupy kapitałowe w ogóle nieedukowane medycznie i nieprzykładające uwagi do indywidualnego charakteru terapii, czy specyficznych potrzeb pacjenta. Obecnie w dużych miastach rynek apteczny jest tak bardzo nasycony, że pozyskanie nowych klientów jest niezmiernie trudne. Z tego względu rozwój apteki musi się opierać w dużej mierze na działaniach pozwalających na lepsze wykorzystanie

potencjału posiadanych już klientów. Głównym celem tych działań jest sprawienie, aby klienci coraz częściej odwiedzali „swoją” aptekę oraz dokonywali w niej większych zakupów. Dlatego apteki poszerzają swoją ofertę na przykład o słodycze dla cukrzyków czy dermokosmetyki [9]. Innymi słowy w tym systemie subtelnych naczyń połączonych, gdzie z jednej strony na lekarzy wywierana jest silna presja edukacyjna i oczekiwanie społeczne zachowań profesjonalnych, merytorycznych i etycznych — tak olbrzymi obszar relacji terapeutycznej idzie w kierunku dominacji mechanizmów handlowych i interesu finansowego przedsiębiorstw jakimi stały się apteki, zwłaszcza tak zwane sieciowe — korporacyjne. W polskich warunkach decyzja o zamianie leku ze wszystkimi jej konsekwencjami jest traktowana dość swobodnie i pozostawiona wyłącznie do decyzji farmaceuty. W Stanach Zjednoczonych, a także w wielu krajach Unii Europejskiej farmaceuci przechodzą specjalne szkolenia z prowadzenia wywiadu z pacjentem. Istnieją algorytmy postępowania dotyczące substytucji aptecznej, a decyzja o zamianie leku jest podejmowana w ścisłym porozumieniu z lekarzem. W Polsce farmaceuci są pozostawieni sami sobie. Już dziś prawnicy przewidują, że z tytułu przyszłych pozwów grożą im kary pieniężne i spoczywa na nich ogromna odpowiedzialność związana z roszczeniami pacjentów [10]. Sprawę tę należy rozumieć również w kontekście obowiązujących przepisów, tj. Ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków [11], środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych, która w Art. 44. określa, że: „Osoba wydająca leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wyroby medyczne objęte refundacją ma obowiązek poinformować świadczeniobiorcę o możliwości nabycia leku objętego refundacją, innego niż lek przepisany na receptę, o tej samej nazwie międzynarodowej, dawce, postaci farmaceutycznej, która nie powoduje powstania różnic terapeutycznych, i o tym samym wskazaniu terapeutycznym, którego cena detaliczna nie przekracza limitu finansowania ze środków publicznych oraz ceny detalicznej leku przepisanego na receptę. Apteka ma obowiązek zapewnić dostępność tego leku.

Osoba wydająca leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyroby medyczne objęte refundacją ma obowiązek, na żądanie świadczeniobiorcy, wydać lek, o którym mowa w ust. 1, którego cena detaliczna jest niższa niż cena leku przepisanego na receptę. Nie dotyczy to sytuacji, w której osoba uprawniona dokonała odpowiedniej adnotacji na druku recepty, wskazując na niemożność dokonania zamiany przepisanego leku”. Przepisy te pozwalają zarówno aptekarzowi, jak i pacjentowi decydować samodzielnie o wyborze dowolnego

zamiennika, z uwzględnieniem jedynie ograniczeń wynikających z odrębnych przepisów finansowych Narodowego Funduszu Zdrowia i wyjątkowych przypadków, kiedy lekarz na receptę może zaznaczyć symbol NZ, to znaczy nie zamieniać leku przepisanego. Dylematy etyczne na rynku farmaceutycznym należy rozumieć jako sytuacje trudnego wyboru między pojawiającymi się alternatywami. Lekarz, aptekarz, hurtownik farmaceutyczny doznają często konfliktu powinności. Podejmując oni decyzje dotyczące chorego człowieka, który zdany jest na ich dobrą wolę i profesjonalizm zawodowy. Tymi grupami zawodowymi mogą jednak kierować również inne motywy i interesy związane bardziej z rynkowym charakterem relacji medycznych i farmaceutycznych. Występujące konflikty interesów mogą przyczynić się do pomijania wartości głównej, jaką jest dobro pacjenta, na rzecz komercyjnych interesów własnych bądź korporacji zawodowej. Dylematy i konflikty w opiece zdrowotnej pojawiają się na różnych szczeblach funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej i dystrybucji leków [1].

Materiał i metody

Na tym tle pojawia się aspekt dyskutowany w naszym artykule, tj. udział osób trzecich, handlowców, pośredników ingerujących z pozycji dostawcy – sprzedawcy leku w proces intymnej umowy terapeutycznej pomiędzy lekarzem a pacjentem — umowy zakończonej wydaniem pacjentowi określonych zindywidualizowanych zaleceń w postaci recepty z naniesionymi konkretnymi nazwami – symbolami leków. Nie chodzi o to, że formułując powyższą hipotezę badawczą, chcieliśmy *a priori* zredukować farmaceutów do roli handlowców, ale poprzez tak wyraziście postawione pytanie wyostrzyć spojrzenie na proporcje, w jakich potencjalne „myślenie biznesowe” farmaceutów przeważa nad „myśleniem terapeutycznym” w trakcie ich interferencji z diadyczną relacją terapeutyczną lekarz–pacjent. Podstawowymi pytaniami, jakie zadaliśmy sobie, przystępując do omawianego badania, były:

- Czym kierują się farmaceuci — sprzedawcy leków, kiedy proponują pacjentowi zamianę leku na inny tzw. odpowiednik (zamiennik), różniący się nazwą, wyglądem, opakowaniem, a często i szczegółowym składem, na przykład substancji pomocniczych zawartych w leku i niektórymi parametrami biochemicznymi, na przykład jego biodostępnością?
- Czy farmaceuci zauważają obawy pacjentów w omawianej sytuacji zamiany leków?
- Czy farmaceuci zdają sobie sprawę, że poza dostarczaniem określonego „produktu leczniczego” jako sprzedawcy dodatkowo wchodzą na pozycję „trzeciego” uczestnika w proces relacji terapeutycznej?

Aby uzyskać porównywalne dane do odpowiedzi na tak sformułowane pytania badawcze, skonstruowano krótką ankietę następującej treści:

1. Czy zdarza się Pani/Panu proponować klientowi zamianę przepisanego na receptę leku na odpowiednik?
2. Proponując zamianę leku na inny, kieruje się Pani/Pan PRZED WSZYSTKIM (proszę wpisać cyfry od 1–7 od motywu najbardziej ważnego = 1 do najmniej ważnego = 7):
 - ... dobrem Pacjenta
 - ... ceną leku — proponuję tańszy
 - ... interesem biznesowym — proponuję ten, który wolę sprzedać (bo na przykład jest na stanie apteki)
 - ... zaleceniami firm farmaceutycznych
 - ... przepisami prawa farmaceutycznego
 - ... aktualnymi zmianami na liście leków refundowanych
 - ... inną motywacją (proszę krótko określić, jaką?)
3. Co Pani/Pana zdaniem najbardziej odpowiada pojęciu „dobro Pacjenta” w odniesieniu do wydawania zamienników leków?
 - a) pacjent otrzyma lek najtańszy
 - b) pacjent otrzyma lek, o którym Pani/Pan ma najlepsze zdanie
 - c) pacjent otrzyma lek obiektywnie najlepszy
 - d) pacjent otrzyma lek przepisany przez lekarza
 - Inne.....
4. Co Pani/Pana zdaniem najbardziej odpowiada pojęciu: „lek obiektywnie najlepszy”?
 - a) produkowany przez najbardziej znaną firmę
 - b) najczęściej sprzedawany w Pani/Pana aptece
 - c) najlepiej reklamowany
 - d) ten, o którym Pani/Pan wie najwięcej (na przykład z konferencji naukowych, publikacji)
 - e) inne:
5. Jaki procent klientów Pani/Pana zdaniem ma wątpliwości co do proponowanej zamiany leków?
6. Jaki procent klientów wg Pani/Pana doświadczenia ODMAWIA zamiany leków i żąda wydania dokładnie leku przepisanego na receptę?
7. Czy wydając zamiennik leków, bierze Pani/Pan pod uwagę, że sytuacja ta może wzbudzać w kliencie poczucie niepewności, spowodowane zmianą decyzji lekarza wystawiającego receptę?

Ankietę rozdawano z instrukcją jej wypełnienia w losowo wybranych aptekach w Małopolsce, grupę docelową stanowili technicy farmacji i farmaceuci bezpośrednio wydający leki w kontakcie z pacjentami. Wydano 100 ankiet, natomiast zwrotnie uzyskano 50 poprawnie wypełnionych ankiet, na podstawie których przeprowadzono poniższą analizę.

Wyniki i dyskusja

Wszyscy pytani farmaceuci na pytanie pierwsze ankiety udzielili odpowiedzi twierdzącej. Znaczy to, że składanie propozycji zamiany leków jest powszechną praktyką w ankietowanych aptekach. Jest to zgodne z naszymi przewidywaniami i obowiązującymi przepisami.

Na pytanie drugie 15 spośród 50 ankietowanych (30%) uszeregowało odpowiedzi, wskazując, że największe znaczenie przypisuje „dobru pacjenta” i tyle samo 15 (30%) „cenie leku”. Kolejnych 12 ankietowanych (24%) za podstawową osobistą pobudkę do złożenia propozycji zamiany leków uznało przepisy prawa refundacyjnego, 6 ankietowanych (12%) wprost przyznało, że kieruje nimi „interes biznesowy” rozumiany jako potrzeba sprzedaży określonego towaru (na przykład z przyczyn kończącej się daty ważności leku czy bardziej korzystnej marży), a tylko 2 ankietowanych (4%) stwierdziło, że bezpośrednimi zaleceniami firm farmaceutycznych. Wynik ten można interpretować dwójako. Być może rzeczywiście przepisy, pomimo że bardzo jednoznaczne i powszechnie obowiązujące, nie decydują na co dzień o praktyce farmaceutów w takim zakresie, jak można było oczekiwać (mniej niż 1/4 podejmowanych decyzji o zamianie), albo też biorą górę mechanizmy zaprzeczania i sublimacji, przenoszące ciężar decyzji na procesy bardziej akceptowane społecznie, jak powoływanie się na z definicji pozytywne pojęcie „dobra pacjenta”, czy uznając dystrybucję leków tańszych jako bardziej korzystną, ze względu na ich teoretycznie większą dostępność dla pacjentów o mniej zasobnym portfelu, co odsuwa od sprzedawcy podejrzenie, że ten kieruje się merkantylną chęcią zysku. Ciekawi też niski odsetek odpowiedzi wskazujących na znaczenie zaleceń producentów leków, zwłaszcza w kontekście swoistej apoteozy charakterystyk produktów leczniczych w polskich przepisach refundacyjnych.

W pytaniu trzecim, którego założeniem było doprecyzowanie pojęcia „dobro Pacjenta” w odniesieniu do wydawania zamienników leków, ankietowani farmaceuci zaznaczali najczęściej odpowiedź „c”, czyli że pacjent otrzymuje lek „obiektywnie najlepszy”. Odpowiedź taką udzieliło 22 (44%) ankietowanych; 17 (34%) ankietowanych odpowiedziało, że „dobro pacjenta” zagwarantowane jest wtedy, kiedy otrzyma on „lek najtańszy”. Co ciekawe, tylko w 32% byli to ci sami ankietowani, którzy w poprzednim pytaniu wskazali cenę leku jako główną motywację swojej decyzji zamiany leków; 6 (12%) ankietowanych zidentyfikowało dobro pacjenta z wydaniem leku na podstawie własnej oceny jego jakości, udzielając odpowiedzi „b”. Co ciekawe, mniej, bo tylko 5 (10%) farmaceutów, uznało, że dobro pacjenta zagwarantowane jest wtedy, kiedy w aptecce jest wydawany dokładnie ten lek, który przepisał lekarz.

Pytanie czwarte o to, co zdaniem ankietowanych najbardziej odpowiada pojęciu: „lek obiektywnie najlepszy?” wyraźnie różnicowało ankietowaną grupę farmaceutów — 28(56%) spośród ankietowanych udzieliło odpowiedzi „d”, uznając za lek „obiektywnie najlepszy” ten, o którym respondent posiada największą wiedzę, na przykład z konferencji, publikacji naukowych. Ten ciekawy aspekt identyfikowania „obiektywnie” najlepszego produktu z posiadanymi danymi na jego temat, potwierdza zasadność intensyfikacji promocji produktów, jak najszerzego docierania do profesjonalistów w aptekach z medyczną informacją naukową, co jest podstawowym narzędziem marketingowym wszystkich firm farmaceutycznych; 11 ankietowanych (22%) udzieliło odpowiedzi „a”, uznając za obiektywnie najlepszy lek produkowany przez najbardziej znaną (sobie) firmę farmaceutyczną. W sumie te dwa wyniki (78%) wskazują na olbrzymi wpływ, jaki ma na sprzedaż konkretnych leków oddziaływanie koncernów farmaceutycznych, zarówno ich wizerunku, jak i efektywnej promocji leków właśnie w grupie docelowej farmaceutów, co jest ciekawym wynikiem w obliczu toczącej się aktualnie dyskusji przypisującej decydującą rolę w kształtowaniu rynku leków przez wystawiających recepty lekarzy. Jeszcze ciekawszy jest fakt, że nikt z ankietowanej grupy (0% odpowiedzi „c”) nie przyznał w ankiecie, że lek najlepszy to ten najlepiej reklamowany. Ta dysproporcja może świadczyć o istnieniu zgeneralizowanego mechanizmu zaprzeczania istnieniu korelacji pomiędzy aktywną wielokierunkową promocją która jest codziennością rynku aptecznego w Polsce z ukształtowanymi (zintrojektowanymi) przekonaniem, a co za tym idzie zaprzeczania własnej podatności na siłę reklamy, co służy kształtowaniu własnego wizerunku jako neutralnego eksperta. Dodatkowo 4 (8%) ankietowanych za obiektywnie najlepszy uznało lek najczęściej sprzedawany w zatrudniającej respondenta aptecce. Może to świadczyć między innymi o podejściu do tematu z perspektywy silnej identyfikacji z miejscem świadczenia usług, wzorowaniu się na poglądach współpracowników i przełożonych, tak czy inaczej na kształtowaniu własnych poglądów na temat zalet proponowanych leków w dość ubogim układzie odniesień. Odpowiadając na pytanie na pytanie piąte, 49 (98%) respondentów przyznała, że spotyka się regularnie (częściej niż w 10%) z wątpliwościami pacjentów odnośnie do proponowanej zamiany przepisanych leków, a na pytanie szóste, że z odmową (na poziomie powyżej 10% obsługiwanych klientów) spotyka się na co dzień 42 (84%) ankietowanych aptekarzy.

Na pytanie siódme o świadomość, że sytuacja proponowania i wydawania zamienników może wzbudzać w pacjencie poczucie niepewności, spowodowane zmianą decyzji lekarza wystawiającego receptę pozytywnie odpowiedziało 43 (86%) ankietowanych. Rodzi się zatem kolejne pytanie,

Tabela 1. Zestawienie wyników w zakresie pytań 1-4 analizowanej ankiety

Table 1. Summary of results of questions 1-4 of the analyzed questionnaire

Nr	Pytanie	Odsetek odpowiedzi
1	Czy zdarza się Pani/Panu proponować klientowi zamianę przepisano na receptę leku na odpowiednik	100 — Tak
2	Proponując zamianę leku na inny, kieruje się Pani/Pan PRZED WSZYSTKIM:	30 — dobrem pacjenta 30 — ceną leku 24 — prawem refundacyjnym 12 — interesem biznesowym 4 — zaleceniami firm farmaceutycznych
3	Co Pani/Pana zdaniem najbardziej odpowiada pojęciu „dobro Pacjenta” w odniesieniu do wydawania zamienników leków?	44 — pacjent otrzymuje lek obiektywnie najlepszy 34 — pacjent otrzyma lek najtańszy 12 — pacjent otrzyma lek, o którym farmaceuta ma najlepsze zdanie 10 — pacjent otrzyma lek przepisany przez lekarza
4	Co Pani/Pana zdaniem najbardziej odpowiada pojęciu: „lek obiektywnie najlepszy”?	56 — ten, o którym farmaceuta posiada największą wiedzę 22 — lek produkowany przez najbardziej znaną firmę 8 — sprzedawany w aptece, w której pracuje respondent 14 — inne zróżnicowane odpowiedzi nie kwalifikowane do żadnej z grup

jak ta świadomość wpływa na dalsze postępowanie farmaceutów oraz o rzeczywisty poziom dyskomfortu pacjenta w momencie, kiedy musi konfrontować się z zaistniałą sytuacją. Znalezione odpowiedzi na te pytania nie mieściły się niestety w ramach prowadzonej ankiety.

Uzyskane wyniki w zakresie pytań 1–4 zestawiono w tabeli 1.

Wnioski

Choć badanie przyniosło jedynie orientacyjne dane na temat poglądów części małopolskich farmaceutów w odniesieniu do szerokiego tematu stosowania zamienników leków wypisywanych na receptę, to wydaje się możliwym, aby na ich podstawie dostrzec kolejne obszary do dalszych bardziej szczegółowych i dokładniejszych metodologicznie badań. Pytanie o zawartą w tytule rzeczywistą relację czynników motywujących farmaceutów do zamiany leków i ich świadomości uczestnictwa w szczególnej roli „trzeciego” w diadycznej relacji pacjent–lekarz, której podmiotowy charakter definiowany jest a priori, pozostaje nadal bez jednoznacznej odpowiedzi. Na podstawie uzyskanych danych można jednak wysunąć tezę o wielu dynamicznych i nieświadomych procesach ujawniających się w formie

zaprezentowanych przekonań, które wnoszone w relację terapeutyczną z pewnością nie pozostają dla niej obojętne. I nie chodzi tu wyłącznie o końcowy efekt związany z potencjalnym ryzykiem zamiany jednej substancji na inną w rozumieniu biochemicznym czy farmakodynamicznym, ale o proces interakcji międzyludzkiej o złożonym i długoterminowym oddziaływaniu. Dostrzegane sprzeczności w przeżywaniu własnej roli przez farmaceutów uczestniczących w procesie zamiany leków, powszechna świadomość, że ta procedura budzi niepokój i niepewność w przeważającej grupie pacjentów oraz spotyka się z niechęcią i odmową. Również konieczność uczestnictwa w sytuacji szczególnie wieloznacznej, gdyż że leki są towarami produkowanymi i promowanymi w celu zarobkowym przez koncerny farmaceutyczne, szerokie odium społeczne związane z dyskusją o prawach do refundacji i zakazem konkurencji cenowej aptek, muszą mieć większy lub mniejszy wpływ na również na samych farmaceutów w sensie ich tożsamości zawodowej, poczucia uczestniczenia w realnym procesie leczenia, dyskusji postaw etycznych i antycypacji prawnych. Zaprezentowane wyżej wyniki można interpretować także w szerszym kontekście narzucanej aktualnie narracji społecznej, która wymusza zmianę osobistych narracji uczestników systemu

oraz często nie chciane zmiany ich zachowań które muszą być wyjaśniane i negocjowane z własnym i społecznym systemem wartości. Zarówno dostęp do porady lekarskiej, jak i środki farmaceutyczne były od zawsze towarem rynkowym, mającym pewną wartość, dostępnym dla jednych osób łatwiej niż dla innych. Z pewnością nie jest to sytuacja „sprawiedliwa” zwłaszcza z punktu widzenia osób mniej zamożnych pozbawionych dostępu do odpowiednich specjalistów bądź leków, ale jest to również sytuacja jednoznaczna poznawczo (jak również na pewno niejednoznaczna emocjonalnie i moralnie). Dostęp do specjalistów i leków pozostał nadal wartością rynkową, narzucana narracja społeczna zaprzecza jednak temu faktowi, przekonując o równym dostępie do świadczeń i leków (wbrew faktom) niezależnie od czynników ekonomicznych. Środki farmaceutyczne dostępne w aptekach są nadal towarem rynkowym i o ich dystrybucji decydują działania i interes zainteresowanych stron oraz regulacje prawne wynikające z interesu publicznego płatnika, ale na poziomie społecznym narracja zaprzecza temu faktowi. Narracja ta mówi, że jeśli pacjent musi zapłacić za leki, to dlatego że lekarz nie przepisał tańszego odpowiednika (choć taki nie istnieje, lub lekarz przepisał taki odpowiednik), lub że stoi za tym faktem chciwość firm farmaceutycznych. Wersja mówiąca, że lek kosztuje określoną kwotę, albo że publicznego płatnika nie stać na wyższy poziom refundacji, nie jest obecna w tej narracji. W związku z tym, przerysowując, można byłoby powiedzieć, że wszystkie leki są dla wszystkich bezpłatne, a jedynie albo lekarze, albo firmy farmaceutyczne sprawiają, że pacjent musi za nie zapłacić. W tym dyskursie „zdrowie jest wartością bezcenną”, a „pacjent jest najważniejszy” aż

do momentu kiedy potrzebne są nakłady ze strony płatnika, co natychmiast zmienia retorykę na zgola odmienną czyli „powinniśmy liczyć każdą złotówkę” i „środki publiczne powinny być racjonalnie wydawane”. Pomiedzy tymi biegunami retoryki i realności, deklaracji oraz kontroli wykonań i limitów świadczeń poruszać się muszą wszyscy zaangażowani w system dystrybucji leków oraz pacjenci. W takiej narracji muszą odnaleźć także swoje miejsce farmaceuci. Z jednej strony, kierując się dobrem pacjenta, swoją wiedzą i doświadczeniem a z drugiej prawami rynku i koniecznością utrzymania rentowności swojej działalności. Tyle że odwołanie się do tej drugiej wskazanej grupy czynników nie jest możliwe w dyskursie społecznym, musi on pozostać w ukryciu, a co najmniej w cieniu pierwszego. Analogiczny proces odbywa się na poziomie intrapsychnicznym. Istotne i ważne motywacje, nawet jeśli są jak najbardziej realistyczne, muszą pozostać w ukryciu, natomiast deklarowany sposób ich przedstawiania musi być zgodny z obowiązującą społecznie narracją. Poruszone w artykule zagadnienia wpisują się w szerszy kontekst dyskusji o wpływie społecznego zjawiska finansjalizacji na funkcjonowanie systemu ochrony zdrowia w Polsce. W związku z tym, że prezentowana praca ma charakter badania pilotażowego. mamy nadzieję, że zachęci ciekawych czytelników do stawiania kolejnych pytań i poszukiwania własnych odpowiedzi.

Podziękowania

Autorzy składają podziękowanie za współpracę wszystkim członkom Koła Naukowego Katedry Psychologii Wydziału Filozoficznego Akademii Ignatianum, którzy w badaniu pełnili funkcję ankieterów.

Streszczenie

Wstęp: W artykule porusza się problem zamiany leków przepisywanych na receptę na ich odpowiedniki w kontekście motywacji i refleksyjności uczestniczących w tym procesie farmaceutów.

Materiał i metody: Poddano analizie 50 ankiet, uzyskanych od farmaceutów pracujących w aptekach w Małopolsce, w których pytano o motywację do proponowania pacjentom zamiany leków na odpowiedniki, percepcję obaw pacjentów w omawianej sytuacji zamiany leków oraz świadomość, że farmaceuci poza dostarczaniem określonego „produktu leczniczego” jako sprzedawcy dodatkowo wchodzą na pozycję „trzeciego” uczestnika w proces relacji terapeutycznej.

Wyniki: Uzyskane dane wskazują, że składanie propozycji zamiany leków jest powszechną praktyką w ankietowanych aptekach. Najczęściej deklarowanymi motywacjami do zamiany leków są w równej proporcji deklarowane „dobro pacjenta” oraz przekonanie farmaceuty, że pacjentowi zależy na niższej „cenie leku”. Tylko 10% ankietowanych farmaceutów uznało, że dobro pacjenta zagwarantowane jest wtedy, kiedy otrzyma on dokładnie ten lek, który przepisał lekarz.

Wnioski: Uzyskane wyniki wskazują pośrednio na istotny wpływ promocji leków na kształtowanie systemu motywacyjnego farmaceutów oraz na ich niską świadomość, że proponując zamianę leków aktywnie włączają się w relację terapeutyczną.

Psychiatria 2014; 11, 2: 99–106

Słowa kluczowe: generyki, zamiana leków, relacja terapeutyczna

Piśmiennictwo

1. Gałuszka M. Dylematy etyczne praktyk marketingowych na polskim rynku farmaceutycznym; 2006; Uniwersytet Medyczny w Łodzi; www.annalesonline.uni.lodz.pl, logowanie 1.05.2014.
2. Murawiec S. Psychodynamiczne aspekty działania leków psychotropowych wg koncepcji G.J. Serwera-Fonera. *Psychoterapia* 2004; 1: 67–76.
3. Flückiger C., Del Re A.C., Wampold B.E., Symonds D., Horvath A.O. How central is the alliance in psychotherapy? A multilevel longitudinal meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology* 2012; 59: 10–17.
4. Shirk S.R., Karver M.S., Brown R. The alliance in child and adolescent psychotherapy. *Psychotherapy (Chic)* 2011; 48: 17–24.
5. Rakowska J.M. Skuteczność psychoterapii. Wydawnictwo Naukowe Scholar 2005.
6. Woron J. Leki oryginalne i generyczne w farmakoterapii, czyli dlaczego potrzebna jest indywidualizacja farmakoterapii. *Forum Zaburzeń Metabolicznych* 2010; 1: 241–247.
7. Hellstrom J., Rudholm N. Side effects of generic competition? *Eur. J. Health Econom.* 2004; 5: 203–208.
8. Kjoenniksen I., Lindbaek M., Granas A.G. Patients attitudes towards and experiences of generic drug substitution in Norway. *Pharm. World Sci.* 2006; 28: 284–289.
9. Orłowska M. i wsp. Zachowania pacjentów w aptekach. *Gazeta Farmaceutyczna*, grudzień 2013.
10. Rodziewicz M. W Polsce brakuje standardów substytucji aptecznej; www.medexpress.pl, 11 marca 2014; 1.05.2014.
11. Ustawa z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych.; www.lsap.sejm.gov.pl; 1.05.2014.