

Raport !

PBM – czy Polska może skorzystać ze sprawdzonych wzorców?



graf. Natalia Gościński

Ochrona lekowa

Wydatki na ochronę zdrowia w USA są z roku na rok coraz wyższe i w 2003 r. przekroczyły 15,3 proc. produktu krajowego brutto (GDP – *Gross Domestic Product*). Koszty leków stanowiły relatywnie małą część całkowitych nakładów na ochronę zdrowia, było to tylko 10,4 proc. Mimo tego stosunkowo niedużego udziału kosztów farmakoterapii opinia publiczna w USA, podobnie jak w Polsce, przywiązuje bardzo dużą wagę do cen i dostępności leków. Wynika to z faktu, że wydatki na leki stanowią aż 60 proc. [1] wydatków na zdrowie ponoszonych bezpośrednio przez pacjentów (u osób starszych odsetek ten jest jeszcze większy). W związku z powyższym leki stają się często przedmiotem dyskusji polityków, szczególnie w okresie kampanii prezydenckiej.

Przewiduje się, że dynamika wzrostu kosztów farmakoterapii w USA będzie wynosić w najbliższych latach 15–17 proc. rocznie, gdyż lekarstwa odgrywają coraz większą rolę w ochronie zdrowia. Po-

wstają coraz to nowocześniejsze leki, z terapią genową włącznie, mówi się o rozwoju w przyszłości spersonalizowanej farmakoterapii. Są tacy, którzy twierdzą, że amerykańska ochrona zdrowia wcho-

dzi w nową erę, określaną jako *Rx Health Care* [2] (co w wolnym tłumaczeniu znaczy ochrona zdrowia oparta na lekach). Jednakże trzeba pamiętać, że w USA podejmowane są bardzo skuteczne inicjatywy, mające na celu redukcję kosztów leczenia. Należy wymienić tu przede wszystkim kierowaną opiekę medyczną (*Managed Care*) oraz skoordynowa-

programem *Medicare*, którzy prawo do refundacji leków wydawanych przez apteki otwarte uzyskują dopiero w 2006 r., po wejściu w życie uchwalonej w 2003 r. ustawy *Medicare Prescription Drug Improvement and Modernization Act (MMA of 2003)*.

Dopiero w latach 60., pod wpływem nacisków ze strony związków zawodowych, w zakres ubez-

” W USA podejmuje się inicjatywy mające na celu redukcję kosztów leczenia. Jedną z nich jest skoordynowana opieka farmaceutyczna – PBM ”

ną opiekę farmaceutyczną (*Pharmacy Benefit Management – PBM*). Tym drugim rozwiązaniem pragniemy się zająć w niniejszym artykule.

Historia i dzień dzisiejszy PBM

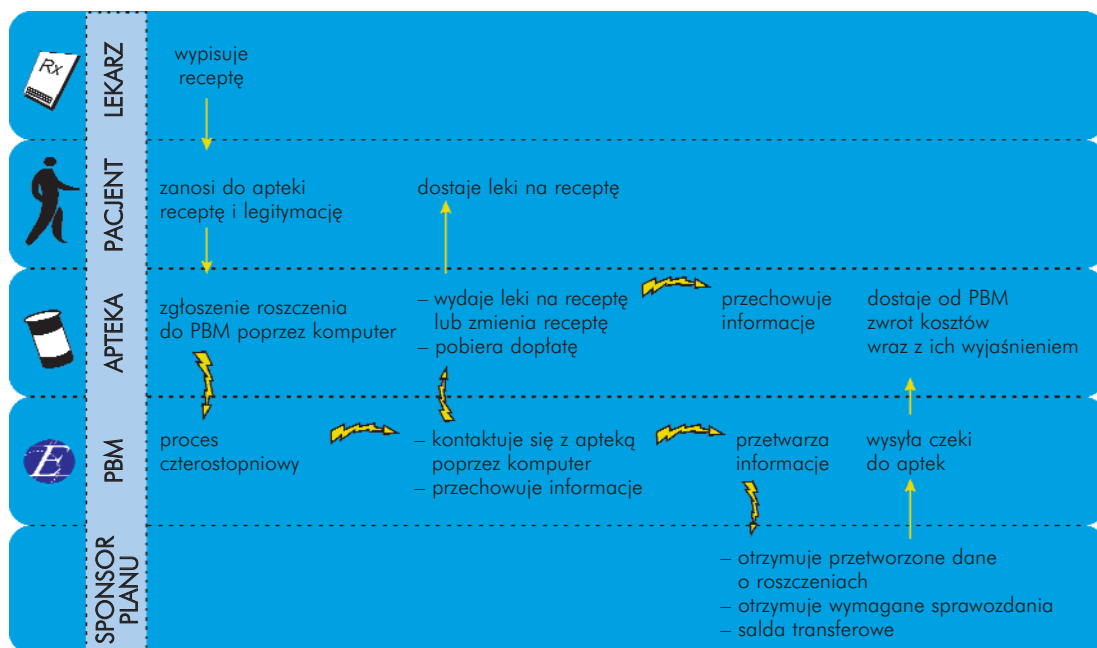
Jeszcze w latach 40. i 50. pacjenci ubezpieczeni w prywatnych ubezpieczalniach w USA musieli płacić za leki z własnej kieszeni. Do dziś w takiej sytuacji znajdują się pacjenci objęci państwowym

pieczenia zdrowotnego pracowników zaczęto włączać także refundację kosztów farmakoterapii. To nowe zadanie zakładów ubezpieczeń okazało się bardzo trudne, bowiem wymagało rozwinięcia całkiem nowych kompetencji oraz specjalnej infrastruktury IT. Ubezpieczalnie nie były do tego przygotowane, dlatego powstały niezależne instytucje – *Pharmacy Benefit Managers*, którym zakłady ubezpieczeń zlecały początkowo tylko rozliczanie roz-

Tab. 1. Najważniejsze wydarzenia w historii PBM-ów w USA

Rok	Wydarzenie
1969	PCS jest pierwszym PBM-em utworzonym w USA
1983	rozpoczyna działalność Medco Containment Services
1987	zostaje założony Advance Paradigm
1987	PCS rozpoczyna używanie pierwszego systemu weryfikacji roszczeń refundacyjnych <i>online</i>
1992	Express Scripts wchodzi na giełdę
1994	Eli Lilly kupuje PCS Health Systems od McKesson
1994	UnitedHealth sprzedaje DPS firmie SmithKline Beecham
1996	ValueHealth (spółka-matka ValueRx) zostaje sprzedany Columbia/HCA
1996	Advance Paradigm wchodzi na giełdę
1998	Columbia/HCA sprzedaje PCS firmie RiteAid
1999	Eli Lilly sprzedaje PCS firmie RiteAid
1999	Foundation Health sprzedaje PBM firmie Advance Paradigm
1999	SmithKline Beecham sprzedaje DPS firmie Express Scripts
2000	ProVantage zostaje sprzedany Merck-Medco
2000	FFI Health Services zostaje sprzedany Advance Paradigm
2000	RiteAid sprzedaje PCS firmie Advance Paradigm
2003	Medco i Merck rozdzielają się
2004	Caremark łączy się z Advance Paradigm

Materiały źródłowe: Express Scripts, Inc.; AdvancePCS, Inc.; US Bancorp Piper Jaffray, opracowanie Capgemini



Ryc. 1. Uproszczona ścieżka przebiegu roszczenia refundacyjnego w ramach PBM-u

Materiały źródłowe: opracowanie własne autorów na podstawie materiałów z firmy Express Scripts

czeń refundacyjnych, potem PBM-y rozwinęły szereg dodatkowych funkcji, szczegółowo omówionych w dalszej części artykułu. Pierwszym PBM był PCS, który powstał w 1969 r., potem pojawiły się kolejne. Rosnące obroty i zyski tych instytucji pozwoliły im na realizację istotnych inwestycji w obszarze IT. W latach 80., wraz z dynamicznym rozwojem organizacji typu HMO (*Health Maintenance Organization*) oraz wzrostem kosztów farmakoterapii potrzebne było nie tylko efektywne rozliczanie roszczeń refundacyjnych, ale także wybór skutecznego i możliwie najtańszego leku oraz sposobu dostarczenia go do pacjenta. Sytuacja ta spo-

tycznych, po czym w latach 90. kilka dużych koncernów farmaceutycznych, takich jak SmithKline Beecham (obecnie GlaxoSmithKline), Merck czy też Eli Lilly kupiło PBM-y. Potem, pod koniec lat 90. i w obecnym dziesięcioleciu, firmy farmaceutyczne zaczęły pozbywać się PBM-ów (patrz tabela *Najważniejsze wydarzenia w historii PBM-ów w USA*). Powodem tych działań były zarzuty związane z ograniczaniem konkurencji w dostępie innych firm farmaceutycznych do receptariuszy PBM-ów zależnych od koncernów farmaceutycznych.

Aktualnie szacuje się, że w USA funkcjonuje 60 PBM-ów. Z czego 3, tj. Medco Health Solutions,

” W latach 80. PBM-y przejęły zadania związane z rozliczaniem roszczeń refundacyjnych oraz zarządzanie polityką lekową ubezpieczycieli ”

wodowała, że PBM-y coraz bardziej rozszerzały zakres oferowanych usług i w latach 80. zadania związane z rozliczaniem roszczeń refundacyjnych zostały zwiększone o szeroko rozumiane zarządzanie polityką lekową ubezpieczycieli. Ta sytuacja stworzyła PBM-om nowe możliwości rozwoju.

PBM a firmy farmaceutyczne

Warto wspomnieć o historii relacji pomiędzy firmami farmaceutycznymi a PBM-ami. Początkowo PBM-y rozwijały się niezależnie od firm farmaceu-

Express Scripts oraz Caremark, to niezależne PBM-y świadczące pełny zakres usług oraz działające na obszarze całego kraju (te 3 wiodące organizacje mają 44-proc. udział w rynku, biorąc pod uwagę liczbę podopiecznych) [3]. Kilka PBM-ów należy do dużych sieci supermarketów lub też sieci aptek (CV's, PharmaCare, Krogers Prescription Plans oraz Walgreen's Health Initiatives). Wielu dużych ubezpieczycieli, jak Aetna oraz Cigna, realizuje w ramach własnych organizacji funkcje PBM-ów. Poza tym w USA funkcjonuje również wiele mniejszych

prywatnych PBM-ów [4]. Rynek PBM-ów był w 2001 roku szacowany na 85 mld dol. i przewiduje się, że do 2010 r. wzrośnie on do 300 mld dol. (w kwotę tę wlicza się również wydatki na leki) [2].

Funkcjonalności PBM-ów

Po przedstawieniu zarysu historii rozwoju PBM-ów i ich sytuacji obecnej, pora przejść do prezentacji funkcjonalności tych rozwiązań. Firmy typu *Pharmacy Benefit Managers* (PBM) realizują w imieniu płatników (instytucji państwowych, firm ubezpieczeniowych czy też organizacji typu HMO) szereg zadań, związanych z kreowaniem polityki lekowej płatników oraz działań operacyjnych, związanych z gospodarką lekową.

W ramach tych zadań PBM-y:

- utrzymują bazy danych zawierające historię stosowanych leków dla każdego pacjenta należącego do populacji, którą się opiekują,
- w oparciu o te bazy danych, dostępne online poprzez sieć komputerową, prowadzą stały monitoring leków przepisywanych i wydawanych pacjentom, umożliwiając nie tylko sprawdzenie uprawnień pacjenta do określonego poziomu refundacji, ale także zwiększając znacząco bezpieczeństwo pacjenta,

waną, czyli próbowanie indywidualnej podatności danego pacjenta na określony lek. Terapię najpierw rozpoczyna się od tańszego, a przy tym skutecznego środka, a dopiero później, jeżeli okaże się on nieskuteczny dla tego pacjenta, sięga się po droższe medykamenty.

Warto dodać, że w USA w większości przypadków pacjenci nie wykupują standardowych opakowań leków (w blistrach), lecz dostają wyliczoną ilość dawek lekarstwa, która wynika z indywidualnej ordynacji lekarskiej. W ten sposób w USA eliminuje się tak popularne u nas zjawisko, że domowe apteczki są pełne nieużytych opakowań leków, które ulegają przeterminowaniu i w końcu są wyrzucane.

Substytucja generyczna

PBM-y odnoszą bardzo duży sukces w zakresie substytucji generycznej, których powszechność w ramach PBM-ów jest znacznie wyższa niż poza nimi. W przypadku pacjentów przewlekle chorych, dzięki zastosowaniu specjalnych mechanizmów odnawiania recept, które nie wymagają wizyty lekarskiej, uzyskuje się także istotne oszczędności w dziedzinie wydatków na opiekę medyczną, wynikające ze zmniejszenia liczby wizyt lekarskich w obrębie tej grupy pacjentów.

” PBM-y prowadzą przetargi i negocjacje z dostawcami leków dopuszczonych do refundacji i umieszczonych w receptariuszach w celu uzyskania dla płatnika najkorzystniejszych rabatów ”

- prowadzą bieżące rozliczenia refundacyjne z aptekami,
- utrzymują telefoniczne centra informacji dostępne dla pacjentów, lekarzy i aptekarzy, przekazując wiedzę o potwierdzonych naukowo, efektywnych kosztowo sposobach farmakoterapii,
- na podstawie doniesień medycyny opartej na faktach wydają informatory i przewodniki dotyczące farmakoterapii, prowadząc metodami marketingowymi stałą edukację lekarzy i aptekarzy,
- analizują zachowania rynku leków, przedstawiając decydom umotywowane propozycje niezbędne do aktualizowania regulacji dotyczących wykazów leków refundowanych i receptariuszy,
- prowadzą przetargi i negocjacje z dostawcami leków dopuszczonych do refundacji i umieszczonych w receptariuszach, w celu uzyskania dla płatnika najkorzystniejszych rabatów,
- utrzymują bazę cen leków.

W celu obniżenia kosztów farmakoterapii powszechnie stosuje się również tzw. terapię stopnio-

Dramatycznie rosnące koszty farmakoterapii wymusiły oszczędności również na etapie dystrybucji leków do pacjentów. Na amerykańskim rynku bardzo dynamicznie rozwija się wysyłkowa sprzedaż leków. Według danych IMS, opublikowanych w czerwcu 2004 r., 13,8 proc. recept realizowanych jest wysyłkowo. Warto podkreślić, że 75 proc. leków na receptę sprzedawanych wysyłkowo to leki stosowane w chorobach przewlekłych. Bardzo aktywne są w tym obszarze PBM-y, które realizują znaczną część sprzedaży wysyłkowej.

Właśnie ten zestaw wzajemnie powiązanych, spójnych działań wykonywanych przez PBM nazywa się *skoordynowaną opieką farmaceutyczną* (SOF). Należy wyraźnie podkreślić, że jedynie w takiej kompleksowej postaci SOF przynosi najbardziej optymalne efekty. Warto również dodać, że obecnie w USA dynamicznie rozwija się *e-prescribing*, czyli recepty elektroniczne. Rozwiązanie to pozwala przenieść do gabinetu lekarskiego szereg funkcji, tradycyjnie wykonywanych w systemie *skoordynowanej opieki farmaceutycznej* na poziomie aptek (np. we-

Tab. 2. Potencjalne korzyści z wprowadzenia PBM-u w Polsce w odniesieniu do poszczególnych grup beneficjentów

MZ/NFZ	Pacjenci
<ul style="list-style-type: none"> • obniżenie kosztów farmakoterapii przy jednoczesnym podniesieniu jej jakości i dostępności • eliminacja błędów i nadużyć, np. przepisywania leków przysługujących nieodpłatnie inwalidom wojennym osobom nieuprawnionym • umożliwienie wprowadzenia programów klinicznych, obniżających koszty i podnoszących jakość opieki zdrowotnej, takich jak np. <i>leki za złotówkę dla seniorów</i> • zwiększenie udziału w rynku leków generycznych (dzięki PBM w Stanach Zjednoczonych, po wygaśnięciu patentu na Prozac, w ciągu 8 tygodni 81 proc. pacjentów przeszło na generyki) 	<ul style="list-style-type: none"> • PBM zapewnia bezpieczeństwo pacjenta, niezależnie od miejsca realizacji recepty • umożliwienie dostępu w czasie rzeczywistym do profilu pacjenta w centralnej bazie danych • podniesienie bezpieczeństwa pacjentów w wieku powyżej 65. roku życia, co jest bardzo ważne, ponieważ 25 proc. z nich narażonych jest na ryzyko błędów w farmakoterapii (aż ok. 20 proc. osób starszych jest hospitalizowanych z powodu nieprawidłowego przyjmowania leków) • umożliwienie dostępu do taniej i skutecznej farmakoterapii • możliwość korzystania z całodobowej infolinii dla pacjentów
Lekarze	Aptekarze
<ul style="list-style-type: none"> • zapewnienie lekarzom dostępu do raportów, przystosowanych do ich potrzeb • umożliwienie dostępu do profilu pacjenta w centralnej bazie danych • możliwość podejmowania trafniejszych decyzji na podstawie lepszych informacji o pacjencie i przyjmowanych przez niego lekach • możliwość korzystania z całodobowej infolinii dla lekarzy • umożliwienie interwencji lekarza przed wydaniem niewłaściwego leku • podniesienie bezpieczeństwa farmakoterapii, ponieważ przed wydaniem budzącego wątpliwości leku aptekarz kontaktuje się z lekarzem • po zrównaniu poziomu informatyzacji gabinetów lekarskich z informatyzacją aptek możliwe stanie się przeniesienie procesu orzekania w czasie rzeczywistym o refundacji leków do miejsca wystawiania recepty, którym może być np. laptop odbywającego wizyty domowe lekarza, komunikujący się z centralną bazą danych przez telefon komórkowy 	<ul style="list-style-type: none"> • PBM potwierdza uprawnienia pacjenta, eliminując ryzyko odrzucenia roszczenia przez płatnika po wydaniu leku • ułatwienie wprowadzania programów klinicznych, takich jak <i>leki za złotówkę dla seniorów</i>, pozwoli odzyskać większość z 27 proc. klientów rezygnujących obecnie z realizacji recept • umożliwienie dostępu do profilu pacjenta i jego danych historycznych w centralnej bazie danych • ułatwienie pracy aptekarza, ponieważ przesyłane w czasie rzeczywistym komunikaty ostrzegają o niebezpiecznych interakcjach lekowych i potencjalnych alergiach; sygnalizują dublowanie leków czy też dawkowanie niezgodne z zaleceniami wytwórcy leku itd. • możliwość korzystania z całodobowego Telefonicznego Centrum Obsługi Aptekarzy (<i>Help Desk</i>) • automatyczne generowanie raportów, co eliminuje przekazywanie dokumentów papierowych i przyspiesza proces rozliczania refundacji

Materiały źródłowe: opracowanie własne autorów

ryfikacja uprawnień refundacyjnych ubezpieczonych, eliminacja szkodliwych interakcji lekowych, zgodność z obowiązującym receptariuszem). Rozwiązanie to sprzyja także wysyłkowej sprzedaży leków, bowiem recepta elektroniczna może zostać przesłana bezpośrednio z gabinetu lekarza do apteki wysyłkowej.

Przedstawiony sposób funkcjonowania PBM-ów powoduje znaczne oszczędności w stosunku do systemów, gdzie rozwiązania te nie są stosowane. Łączne oszczędności uzyskiwane dzięki skoordynowanej opiece farmaceutycznej szacowane są na ok. 27 proc. kosztów farmakoterapii (bez uwzględnienia korzyści wynikających z wysyłkowej sprzedaży leków oraz redukcji liczby wizyt lekarskich w przypadku pacjentów przewlekle chorych).

PBM w Polsce

Po zapoznaniu się z zasadami funkcjonowania i korzyściami, jakie niesie ze sobą skoordynowana

opieka farmaceutyczna w USA, nasuwa się pytanie dotyczące możliwości wprowadzenia tego rozwiązania w Polsce.

Oczywiście jest to możliwe. Głównym argumentem przemawiającym za wdrożeniem tego rozwiązania są bardzo duże oszczędności, ale nie tylko one. System skoordynowanej opieki farmaceutycznej byłby korzystny dla wszystkich stron zainteresowanych kwestią refundacji leków, tj. dla Ministerstwa Zdrowia/NFZ, pacjentów, lekarzy i aptekarzy (szczegółowe korzyści zostały przedstawione w tab. 2.). Co więcej, powyższe oszczędności można uzyskać nie kosztem pacjentów, lecz przy jednoczesnym zwiększeniu skuteczności, bezpieczeństwa i dostępności farmakoterapii.

Skala oszczędności

Gdyby odnieść do warunków polskich skalę oszczędności, jakie uzyskuje się w USA dzięki implementacji PBM – tj. 27 proc., to oszczędno-

ści te wyniosłyby rocznie 1,7 mld zł. Dokładna kwota zależy będzie przede wszystkim od polityki lekowej państwa, które zachowuje pełną kontrolę nad ustalaniem zasad refundacji, kosztami oraz wszystkimi pozostałymi parametrami opieki farmaceutycznej. Oczywiście, tylko przeprowadzenie szeroko zakrojonych badań empirycznych pozwoliłoby na oszacowanie rozmiarów szkód zdrowotnych i finansowych, powstających w wyniku błędów i nadużyć w przepisywaniu, wydawaniu i stosowaniu leków.

PBM jest tylko narzędziem zapewniającym przestrzeganie zasad polityki lekowej państwa, eliminującym automatycznie jedynie ewidentne nadużycia oraz zagrożenia życia i zdrowia pacjenta. W pozostałych przypadkach decyzję o wydaniu leku podejmuje aptekarz, mogący skorzystać z pomocy Telefonicznego Centrum Obsługi – *Help Desk*.

Część korzyści, jakie przyniesie wdrożenie PBM, stosunkowo łatwo da się oszacować. Przykładowo, wyeliminowanie samych tylko fałszywych recept, wystawianych *na inwalidę wojennego*, pozwoliłoby na zaoszczędzenie kilkuset milionów złotych w skali jednego roku. W sprawozdaniach Krajowego Związku Kas Chorych, dotyczących refundacji recept lekarskich w 2000 r. podano, że średni roczny koszt refundacji leków dla inwalidy wojennego przekroczył 3 700 zł, podczas gdy jego rówieśnik (ubezpieczony, który przekroczył 60. rok życia),

lionów złotych rocznie. Tylko system działający w czasie rzeczywistym może ustrzec pacjenta przed negatywnymi skutkami błędów i pomyłek zdarzających się w procesie przepisywania leków przez lekarzy i wydawania ich przez apteki. Skutki takich błędów i pomyłek są bardzo kosztowne. W Polsce nie prowadzi się na ten temat badań statystycznych, ale np. w Stanach Zjednoczonych szacuje się, że ponad 20 proc. hospitalizacji pacjentów w wieku ponad 65 lat wynika z błędów i pomyłek we wcześniejszej farmakoterapii.

Ministerstwo Zdrowia/NFZ nie posiada odpowiednich zasobów niezbędnych do wprowadzenia i zarządzania PBM-em. Obecnie w NFZ w całym kraju w działach gospodarki lekiem jest zatrudnionych ok. 150 osób i pełnią one głównie funkcje kontrolne wobec aptek i lekarzy. Dla porównania można podać, że firmy farmaceutyczne mają w Polsce ok. 8 tys. przedstawicieli, a nakłady na promocję leków szacuje się rocznie na ok. 2 mld zł. By wprowadzić PBM, konieczne byłoby więc, oprócz stworzenia systemu informatycznego, zorganizowanie zespołu wysoko wykwalifikowanych pracowników. Trzeba byłoby także przygotować specjalne procedury analityczne, informacyjne, edukacyjne, kontrolne itp. Zatrudnienie dodatkowych pracowników podniosłoby koszty administracyjne NFZ. Poza tym wydaje się, że na osiągnięcie pierwszych znaczących efektów, przy takim podejściu, trzeba byłoby czekać kilka lat.

” Oszczędności z wprowadzenia w Polsce systemu PBM wyniosłyby rocznie ok. 1,7 mld zł ”

niemający przywileju bezpłatnego zaopatrzenia we wszystkie leki, uzyskał roczną dopłatę z budżetu kas chorych do zakupionych preparatów w wysokości niespełna 600 zł. Brak kontroli nad wydawaniem leków dla grupy inwalidów wojennych może oznaczać, że recepty dla tej niewielkiej grupy uprzywilejowanych (ok. 130 tys. osób, czyli 0,34 proc. populacji) nadal będą stanowić niewspółmiernie dużą część wydatków refundacyjnych (w 2003 r. NFZ musiał przeznaczyć na ten cel prawie 476 mln zł, co stanowi ok. 8 proc. wydatków).

Tylko w systemie działającym w czasie rzeczywistym (*online*) możliwe jest zapobieganie błędom i nadużyciom. Działanie prewencyjne jest znacznie skuteczniejsze od kontroli następczej, prowadzonej obecnie przez NFZ. W naszym systemie prawnym rewindykacja niesłusznie wyptaconych należności jest często praktycznie niemożliwa, zwłaszcza jeśli w grę wchodzi duża liczba stosunkowo niewielkich rozszczeń, których łączna wartość sięga jednak setek mi-

Należy pamiętać, że obecnie w żadnym resorcie nie istnieje zespół fachowców zdolny do zarządzania powyższymi zagadnieniami, aczkolwiek po kilka osób w ministerstwie zdrowia, finansów, instytutach naukowych oraz na wyższych uczelniach zajmuje się pewnymi aspektami poruszonych powyżej problemów. W związku z tym alternatywą byłoby zlecenie przygotowania tego rozwiązania zewnętrznym firmom usługowym, które wykorzystując swoją specjalistyczną wiedzę i doświadczenie, byłyby gwarantem sukcesu przedsięwzięcia. Zaletą tego podejścia byłoby także nieangażowanie środków publicznych, tylko korzystanie z zewnętrznych źródeł finansowania.

Kończąc ten fragment rozważań, warto zauważyć, że wprowadzana przez PBM skoordynowana opieka farmaceutyczna jest systemem wzajemnie powiązanych działań, które razem tworzą operacyjnie i logicznie spójną całość. Dlatego też selektywne wdrażanie wyrwanych z kontekstu, wybra-

nych elementów tego systemu może okazać się niemożliwe bądź nieefektywne.

Propozycji niektórych rozwiązań, mających zastosowanie w amerykańskich PBM-ach, można doszukać się w dokumencie Ministerstwa Zdrowia *Polityka lekowa państwa w latach 2004–2008* [5], gdzie wyraźnie mówi się o potrzebie wprowadzenia substytucji generycznej, receptariuszy dla leczenia otwartego i zamkniętego, monitorowania ordynacji lekarskiej, a także o konieczności udostępnienia aktualnej informacji o lekach dla pacjentów oraz środowiska medycznego poprzez Internet oraz infolinie. Jak na razie rozwiązania te, niestety, nie zostały jeszcze wprowadzone w życie.

Realne możliwości

Nawiązując do możliwości wprowadzenia w Polsce rozwiązań typu PBM, wydaje się, że ich częściowa lub całkowita implementacja jest u nas całkiem realna. Rosnąca informatyzacja całej gospodarki, w tym również aptek i gabinetów lekarskich, z pewnością sprzyja tego typu usprawnieniom. Mając na względzie olbrzymie oszczędności, jakie wynikałyby z wprowadzenia *skoordynowanej opieki farmaceutycznej*, wydaje się, że każdy rok zwłoki we wprowadzaniu funda-

mentalnych reform w obszarze polityki lekowej, to niepowetowana strata dla naszej służby zdrowia, a przede wszystkim dla pacjentów. Uzyskane oszczędności mogą zostać przesunięte do innych obszarów ochrony zdrowia czy też podnieść jakość i dostępność nowoczesnej farmakoterapii. Trzeba przy tym pamiętać, że nie musielibyśmy tworzyć wszystkiego od podstaw, lecz moglibyśmy skorzystać ze sprawdzonych rozwiązań, które tworzyły się przez 35 lat funkcjonowania PBM-ów na świecie.

Piśmiennictwo

1. Getzen Thomas E. *Ekonomika zdrowia*. PWN, 2000: 346.
2. Rx Health. PBMs; US Bancorp Piper Jaffray. Grudzień 2001.
3. Drug Benefit News 2004; 5 (19).
4. Improving Health Care: A Dose of Competition. Federal Trade Commission and the Department of Justice. Lipiec 2004.
5. http://www.mz.gov.pl/wwwfiles/ma_struktura/docs/plekp2004_2008_230304.pdf

prof. dr hab. Tomasz Hermanowski
kierownik Studium Farmakoekonomiki, Marketingu
i Prawa Farmaceutycznego
w Szkole Biznesu Politechniki Warszawskiej

lek. mgr Zbigniew Tytko
starszy konsultant w Dziale Doradztwa
w Capgemini Polska