

graf. Natalia Gościńskiak

Zaniedbana farmacja szpitalna  
– pozorowane zaangażowanie  
w racjonalizację *farmakoterapii*  
i *gospodarki lekami*

## Niewygodni farmaceuci

Maciej Paprocki

Farmacja szpitalna to jeden z najbardziej zaniedbanych obszarów polskiego systemu ochrony zdrowia. Związane jest to z nagminnym pomijaniem zagadnień *racjonalizacji farmakoterapii* oraz szeroko pojmowanej *gospodarki lekami*, a także udziału farmaceutów w tych procesach, wśród najistotniejszych kryteriów różnych ocen, certyfikacji i akredytacji szpitali.

*Farmakoterapia* to najpowszechniejsza ze stosowanych na świecie metod terapii, polegająca na użyciu leków. W procesie *farmakoterapii* można wyodrębnić część informacyjno-decyzyjną oraz część wykonawczą.

Rozpatrując warunki i sposób realizacji procesu farmakoterapii można wyróżnić:

- 1 – *farmakoterapię bezpośrednią* stosowaną w szpitalach (w lecznictwie tzw. zamkniętym albo stacjonarnym) lub w dowolnym miejscu – w warunkach tzw. samolecznictwa oraz
- 2 – *farmakoterapię pośrednią* stosowaną w lecznictwie tzw. ambulatoryjnym lub otwartym.

*Bezpośrednia farmakoterapia* – to taka, której procesy informacyjno-decyzyjne są bezpośrednio

związane z częścią wykonawczą, umożliwiając precyzyjne i szeroko rozumiane monitorowanie skutków podjętych decyzji oraz działań, zapewniające szybkie podejmowanie decyzji korygujących. Korekty mogą być niezbędne w najmniej dających się przewidzieć sytuacjach.

*Farmakoterapia pośrednia* – to taka, której procesy informacyjno-decyzyjne nie są bezpośrednio związane z częścią wykonawczą. Polega na zleceniu przez lekarzy leków pacjentom (część I), którzy zlecają *farmakoterapię* stosując sami lub mogą od niej odstąpić na każdym etapie, a nawet w ogóle jej nie podejmować (część II).

### Szpitale na rynku usług zdrowotnych

Szpitale są kategorią zakładów opieki zdrowotnej (zoz-ów) zamawiających i kupujących

najwięcej leków, gdyż *farmakoterapię bezpośrednią* stosują systematycznie. Przeważnie jako terapię podstawową, a niekiedy jedynie jako terapię uzupełniającą (np. na oddziałach chirurgicznych i innych zabiegowych). Warto więc je potraktować jako istotną grupę podmiotów sfery podaży rynku usług zdrowotnych, stanowiącą jednocześnie istotną grupę podmiotów sfery popytu rynku leków – generujących znaczący (ilość, wartość, jakość) popyt na leki (ryc. 1.).

Tworzenie wizerunku szpitala, nie może być budowaniem fasady czy kładzeniem swoistego makijażu. Np. problemy z doborem wielkości, rodzaju i stylu czcionki w logo firmy nie powinny przysłaniać poważniejszych problemów – zadbana o płynność finansową, sprawną organiza-

wynikającymi z praktyki innych państw UE lub USA, gdzie stosunek liczby zatrudnianych farmaceutów do liczby łóżek szpitalnych jest badany i wyrażony liczbami. W większości państw UE to ok. 200 łóżek na 1 farmaceutę, a w USA to ok. 22 łóżka na 1 farmaceutę.

Z procesem zaopatrzenia szpitala w leki, zapewniającym ciągłość stosowania *farmakoterapii bezpośredniej* powinny być związane bardziej lub mniej rozbudowane procedury:

- planowanie wydatków (plany finansowe),
- planowanie zakupów (plany rzeczowe),
- zamawianie towaru (związane ze żmudną analizą aktualnych ofert dostawców, a często również z zawieraniem zawyżonych umów dotyczących warunków dostaw),

„ W wielu przypadkach kadra kierownicza szpitali, jak może ogranicza działalność, a także zatrudnienie *niewygodnych kontrolerów*, jakimi z natury wyuczonych i przypisanej funkcji są farmaceuci „

cję, dysponowanie kompetentną kadrami zarządzającą i wykonawczą. Umiejętność efektywnego gospodarowania oraz racjonalnego wydawania środków publicznych, to takie elementy oceny, które czas ujawniać i eksponować, a nie zamazywać i ukrywać, w tworzeniu wizerunku szpitali, w ramach różnych działań marketingowych.

W kontekście powyższych stwierdzeń, warto – wydaje się, postulować uwzględnianie w ocenie jakości działalności szpitali i oferowanych przez nie usług zdrowotnych, oceny organizacji *gospodarki lekami* w aspekcie zapewnienia skuteczności (zasadności medycznej), efektywności (zasadności ekonomicznej), a przede wszystkim bezpieczeństwa stosowanej w nich *farmakoterapii bezpośredniej*.

### Istotna rola farmaceutów

- Ocenę taką można uzyskać dwoma sposobami:
- 1 – analizując generowany przez szpitale popyt na leki. Ściślej – analizując kształtowany przez każdy ze szpitali popyt na leki – ilość, wartość i jakość stosowanych, a wcześniej, zamawianych i kupowanych leków, w oparciu o wytyczne i standardy *farmakoterapii*,
  - 2 – nieco prościej – przez zbadanie udziału farmaceutów (liczby i charakteru zatrudnionych) – specjalistów przygotowanych do racjonalizacji *farmakoterapii*.

Należy w tym miejscu dodać, że w tym przypadku można się również posłużyć standardami,

- kontrola dostaw (ilość, wartość i jakość!),
- składanie ewentualnych reklamacji,
- zapewnienie określonych warunków przechowywania,
- ewidencjonowanie i realizacja poleceń w przypadkach urzędowego wstrzymania i dopuszczenia leku do obrotu oraz wycofania leku z obrotu,



Aktualnie (sierpień 2005 r.) istotne grupy podmiotów sfery podaży stanowią również:

- przedsiębiorstwa tworzące sieci aptek,
- apteki internetowe

Opracowanie własne: Maciej Paprocki

Ryc. 1. Model rynku leków

- celowe – ściśle określone (uzasadnione medycznie i uzasadnione ekonomicznie) wydawanie leków z magazynu aptecznego do bezpośredniego podania pacjentowi.

### Racjonalizacja farmakoterapii i gospodarki lekami

Do eliminowania zagrożeń zdrowia i życia ludzkiego, związanych ze stosowaniem leków oraz do sprawnego zaopatrzenia szpitala (jego oddziałów i innych komórek organizacyjnych) w leki, niezbędne jest zatrudnienie farmaceutów. Oczywiście, zatrudnienie farmaceutów powinno uwzględniać charakter oraz liczbę udzielanych usług zdrowotnych z zastosowaniem *farmakoterapii* i dostosowanie do potrzeb:

- kwalifikacji i doświadczenia zawodowego kandydatów,
- liczby zatrudnianych fachowców oraz godzin ich pracy.

Zatrudnienie fachowców ds. leków może być inne w:

- dużych wielooddziałowych szpitalach z tzw. poliklinikami,

*rów farmakoterapii uzasadnionej medycznie i jednocześnie ekonomicznie,*

2. zaopatrywania szpitala w leki – planowania i realizacji zakupów (zamówień na leki z zastosowaniem profesjonalnej, wielopłaszczyznowej i szczegółowej analizy ofert, z *zachowaniem warunków konkurencji* – dla zapewnienia zakupów wybranych leków na najdogodniejszych warunkach),
3. usprawniania systemu dystrybucji wewnętrznej leków w szpitalu (z magazynu aptecznego do pacjenta) – *dla zapewnienia bezpieczeństwa i obniżania kosztów logistycznych* stosowanej farmakoterapii.
4. podejmowania każdej decyzji o zastosowaniu *farmakoterapii bezpośredniej* oraz monitorowania skutków działania farmakologicznego leków, w oddziałach szpitalnych *przy łóżku chorego* – w ramach realizacji *zasad farmacji klinicznej*.

### Bitwa o koszty

Na każdym z tych poziomów, zwłaszcza w trudnej sytuacji finansowej szpitali, powinna być toczona regularna walka o eliminowanie

” W większości państw Unii 1 farmaceuta przypada na ok. 200 łóżek szpitalnych, a w USA na ok. 22 łóżka ”

- szpitalach monospecjalistycznych, takich jak położniczo-ginekologiczne czy psychiatryczne,
- powiatowych, małych szpitalach z czterema podstawowymi oddziałami,
- bardzo małych, prywatnych szpitalach specjalistycznych, np. tzw. *chirurgii jednego dnia*.

W każdym przypadku, celem jest profesjonalne realizowanie konkretnych zadań związanych z zaopatrzeniem w leki i ze stosowaniem farmakoterapii, którymi nie powinno się obciążać lekarzy, pielęgniarek ani innych pracowników szpitala zarówno ze względów prawnych, jak i ekonomicznych (efektywności działania).

Udział farmaceutów w racjonalizacji farmakoterapii w szpitalach powinien być formalnie zaplanowany i realizowany na czterech poziomach:

1. opracowywania, wdrażania, stosowania, analizowania oraz aktualizowania systemu rekomendacji leków, czyli *wytycznych i standardów farmakoterapii*, zsynchronizowanych ze *szpitalną listą leków (SLL)*, stworzonych przez *komitet terapeutyczny szpitala* (tzw. *receptariusz szpitalny*) dla zapewnienia w szpitalu wybo-

nieuzasadnionych kosztów stosowanej farmakoterapii. Wydawałoby się, że udział farmaceutów w tej walce jest oczywisty. W praktyce, w polskich szpitalach nie zawsze tak jest. Wydaje się, że w wielu przypadkach kadra kierownicza szpitali, jak może ogranicza działalność, a także zatrudnienie *niewygodnych kontrolerów*, jakimi z natury wyuczonych i przypisanej funkcji są farmaceuti. Można postawić tezę, że przyczyną jest sytuacja, trochę irracjonalna, polegająca na administrowaniu i zarządzaniu całym systemem ochrony zdrowia oraz szpitalami polskimi (w większości przypadków) – przez lekarzy.

Niemal powszechnie znany jest elementarz, jaki stanowi *Receptariusz szpitalny* opracowany przez prof. Jacka Splawińskiego, wprowadzający czytelnika szczegółowo i przystępnie do złożonych procedur tworzenia i funkcjonowania receptariusza. Stosowanie zawartych w nim *wytycznych i standardów farmakoterapii* powinno być już dawno kanonem zawodowym! W praktyce jednak bywa różnie. W wielu szpitalach brakuje konsekwencji w dokumentowaniu prac komitetu terapeutycznego oraz w sys-

tematycznej weryfikacji szpitalnej listy leków. Do tego, że w praktyce stosowany jest receptariusz szpitalny, przyznaje się tylko 75 proc. badanych kierowników aptek szpitalnych. Choć wszyscy potwierdzają, że jest opracowany regulamin funkcjonowania komitetu terapeutycznego, to tylko 16,6 proc. respondentów podaje jako powód aktualizacji szpitalnej listy leków narzucony przez ten regulamin harmonogram. Dwa razy w roku aktualizuje szpitalną listę leków tylko 41,6 proc. szpitali, choć jest to optymalna częstotliwość weryfikowania tego podstawowego narzędzia pracy.

W zakresie drugiego i trzeciego poziomu – występuje wiele *błędów i wypaczeń*, wynikających ze swoistej powściągliwości w zatrudnianiu farmaceutów w szpitalach i w dążeniu raczej do likwidacji aptek szpitalnych niż do ich rozwoju, o czym świadczą dane Naczelnej Izby Aptekarskiej, pokazujące malejącą od lat liczbę aptek szpitalnych.

W kwestii poziomu czwartego – wypada stwierdzić, że idea *farmacji klinicznej*, polegająca na usytuowaniu farmaceuty przy łóżku pacjenta, w roli partnera lekarza, w decyzjach dotyczących

szpitale je kupują, który kupuje tanio, a który drogo – i jak to w ogóle oceniać.

Warto podkreślić, że wszystkie szpitale wykorzystujące środki publiczne mogą kupować leki po następujących cenach:

- niższych od cen producenta,
- równych cenom producenta,
- hurtowych – z różną marżą,  
a także otrzymywać leki *bezpłatnie!*

Wszystkie szpitale powinny przestrzegać przepisów ustaw o finansach publicznych i o zamówieniach publicznych. Wydaje się, że nierozpoznanym problemem jest nie tylko przestrzeganie tych przepisów, ale również ich gruntowna znajomość przez kadrę kierowniczą wszystkich szpitali. Warto w tym miejscu przypomnieć, że z przepisów pierwszej ze wspomnianych ustaw wynika, m.in. obowiązek przestrzegania dyscypliny budżetowej (w tym nieprzekraczanie planów wydatków), a z drugiej – zapewnienie warunków konkurencji (autentycznej, a nie pozorowanej) przy rozpatrywaniu ofert i zawieraniu umów z dostawcami, w ramach

” Szpitale są kategorią zoz-ów zamawiających i kupujących najwięcej leków, gdyż farmakoterapię bezpośrednią stosują systematycznie ”

*doboru farmakoterapii* oraz w *monitorowaniu procesu wykonawczego farmakoterapii*, kwitująca od wielu lat we wszystkich rozwiniętych państwach, w Polsce nie tylko nie rozwija się, ale w ogóle nie zaistniała, stłamszona w zarodku, jeszcze w okresie PRL-u, a obecnie *wygodnie* zapomniana.

### **Amnezja czy zaniechanie**

Temat racjonalizacji *farmakoterapii* i szeroko rozumianej *gospodarki lekami* w polskich szpitalach, z zagadkowych powodów, znajduje się poza zainteresowaniem:

- organów założycielskich szpitali,
- ubezpieczyciela publicznego (NFZ) oraz
- rządu,

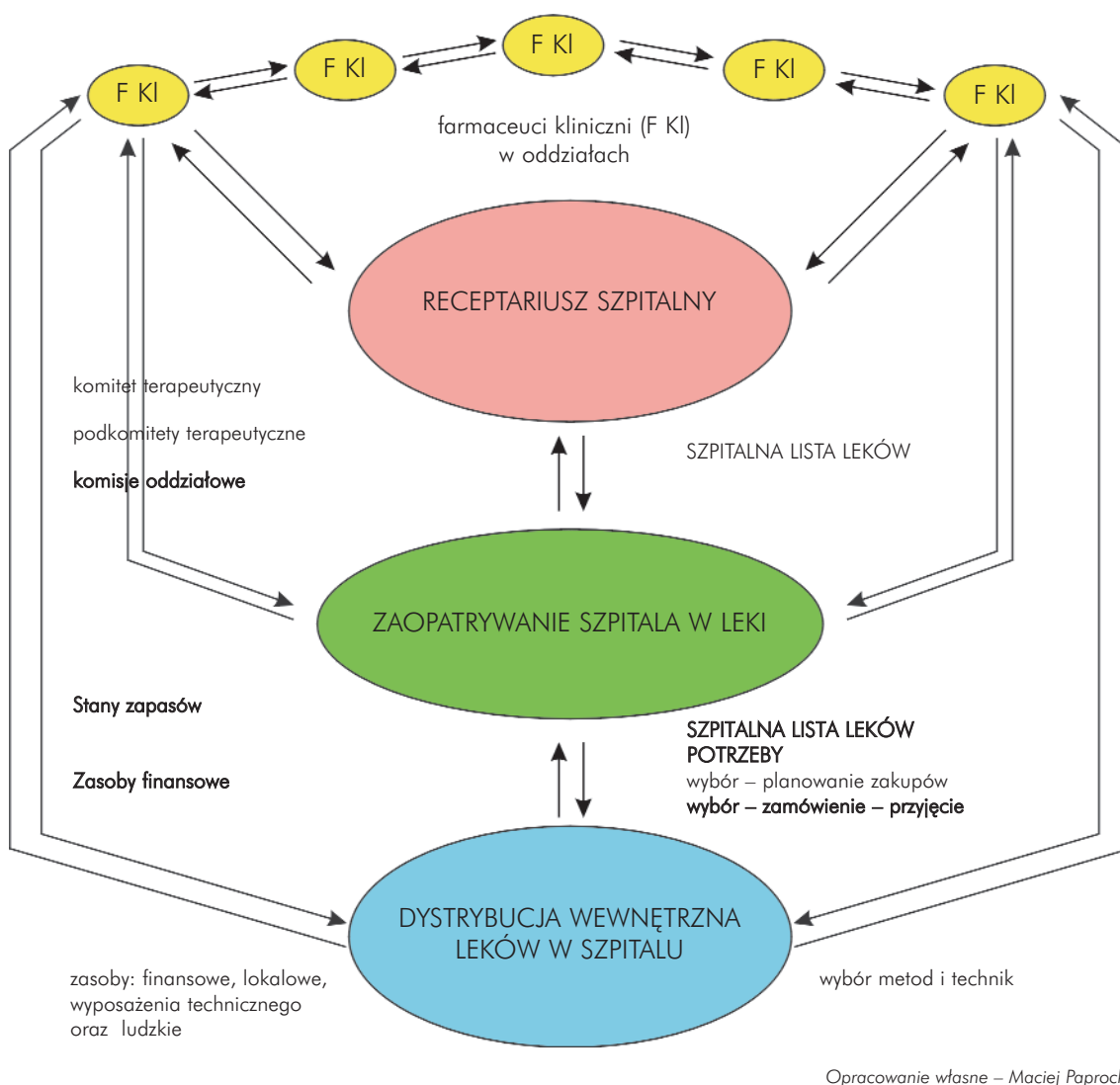
a nawet Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia, akredytującego polskie szpitale, niezatrudniającego kompetentnych pracowników.

Mimo że zakupy leków przez szpitale finansowane są niemal w 100 proc. ze środków publicznych, bo nawet część szpitali niepublicznych uzyskuje środki publiczne w ramach zawieranych z oddziałami NFZ kontraktów, nikt nie interesuje się u kogo i na jakich warunkach

procesu zamawiania dostaw leków i realizacji zakupów tego szczególnego towaru. Szczególnego, m.in. z powodu bardzo wielu pozycji asortymentowych, subtelnie różniących się od siebie wieloma złożonymi kryteriami, możliwymi do oceny tylko przez wysoko kwalifikowanych specjalistów, jakimi są farmaceuci ze stosownym wykształceniem i doświadczeniem.

### **Błędy w sztuce**

Wobec przedstawionego obrazu rzeczywistości funkcjonowania polskich szpitali, warto uświadomić sobie problem braku zrozumienia i uznania roli oraz znaczenia farmacji i farmaceutów w zapewnianiu skutecznej, efektywnej, a przede wszystkim bezpiecznej *farmakoterapii bezpośredniej*, przez kilka ostatnich ekip zarządzających polskim systemem ochrony zdrowia, a także przez wielu zarządzających zoz-ami. Zaniedbania rozwoju polskiej farmacji, a szczególnie farmacji szpitalnej, uwzględniającej zasady farmacji klinicznej, warto potraktować jako ignorowanie podejścia systemowego, a więc błąd w sztuce zarządzania całym systemem ochrony zdrowia i zoz-ami.



Opracowanie własne – Maciej Paprocki

Ryc. 2. Cztery poziomy racjonalizacji farmakoterapii stosowanej w szpitalach z udziałem farmaceutów

Problemy nieprawidłowości w zarządzaniu systemem ochrony zdrowia oraz zoz-ami, dotyczących stosowania *farmakoterapii bezpośredniej* oraz szeroko pojmowanej *gospodarki lekami*, warto przedstawić w kontekście świadomego kreowania i świadomego odbioru wizerunku rynku usług zdrowotnych oraz poszczególnych zoz-ów występujących na tym rynku w sferze podaży, a stanowiących jednocześnie podmioty sfery popytu rynku leków, spośród których szpitale zasługują na szczególne potraktowanie, m.in. ze względu na generowanie znaczącego popytu na leki. Problemy te nie powinny być też pomijane w różnych ocenach systemu ochrony zdrowia, a także przy sporządzaniu ocen oraz przyznawaniu certyfikacji jakości i akredytacji szpitalom.

Tragiczny przykład skrajnego braku *kontroli zasadności stosowania farmakoterapii bezpośredniej*, dopuszczający do zamierzonego (wg aktu oskarżenia) stosowania leków do uśmiercania pacjentów w łódzkim pogotowiu ratunkowym dla zysku, nie powinien być przemilczany ani zapomniany, choćby w celu zapobieżenia podobnemu dramatowi w przyszłości. To, kompromitujące polski system ochrony zdrowia zjawisko, wykryte w nietypowy sposób przez media masowe, bez udziału *kontroli wewnętrznej* systemu ochrony zdrowia (bo taka prawie nie funkcjonuje, a formalnie istnieje w karłowatej postaci), warto też skojarzyć z wydawaniem pieniędzy publicznych na zabijanie ludzi, wobec często występujących sytuacji braku środków finanso-

wych na zakupy leków ratujących życie. Warto także to skrajnie patologiczne zjawisko przypomnieć w trakcie rozważań na temat czynników istotnych w tworzeniu wizerunku rynku usług zdrowotnych i poszczególnych podmiotów świadczących usługi na tym rynku, a także w kontekście rozważań na temat *zarządzania przez jakość w usługach zdrowotnych*.

wanego przez poszczególne szpitale popytu na leki oraz analizę liczby i charakteru zatrudnienia farmaceutów *na czterech poziomach*, ma za zadanie uzupełnienie niepełnych, a więc fałszywych ocen jakości szpitali. Powinna również uniemożliwić unikanie wsparcia merytorycznego i organizacyjnego przez farmaceutów stosowania *farmakoterapii*, m.in. przez standaryzację i kontrolę

” Udział farmaceutów w racjonalizacji farmakoterapii w szpitalach powinien być formalnie zaplanowany i realizowany na czterech poziomach ”

Zaproponowane w niniejszym opracowaniu sposoby oceny szpitali są konkretną propozycją *systemowego i rynkowego* potraktowania szpitali. Ocena szpitali i ich ofert przez analizę genero-

tego procesu – niezbędnych do poprawy jakości usług zdrowotnych, a także do eliminowania nieuzasadnionych medycznie i ekonomicznie wydatków na leki. ■