

**UNIwersytet Medyczny
IM. KAROLA MARCINKOWSKIEGO W POZNANIU
WYDZIAŁ NAUK O ZDROWIU**

AGNIESZKA ŚLUSARSKA

**UWARUNKOWANIE FUNKCJONOWANIA APTEK
NA RYNKU W POLSCE PO 2011 ROKU
A REALIZACJA ZADAŃ W ZAKRESIE ŚWIADCZEŃ
ZDROWOTNYCH**

Praca na stopień doktora nauk o zdrowiu

**Promotor pracy doktorskiej:
prof. dr hab. n. med. Krzysztof Wiktorowicz**

Słowa kluczowe: *opieka farmaceutyczna, doradztwo farmaceutyczne, ochrona i promocja zdrowia, marketing, ustawa.*

Pani

dr hab. Marii Danucie Głowackiej

Kierownikowi

Katedry i Zakładu Organizacji i Zarządzania

w Opiece Zdrowotnej

za umożliwienie wykonania pracy doktorskiej

i twórczą inspirację,

serdecznie dziękuję.

Panu

prof. dr hab. n. med. Krzysztofowi Wiktorowiczowi

Promotorowi pracy doktorskiej

za kierownictwo naukowe, opiekę,

serdecznie dziękuję.

WYKAZ SKRÓTÓW:

- CMUJ** - *Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego*
- EHR** - *Electronic Health Record*
- FIP** - *Federation Internationale Pharmaceutique – Międzynarodowa Federacja Farmaceutów*
- FONTiC** - *Farmaceutyczna Opieka Nadciśnienia Tętniczego i Cukrzyca*
- GIODO** - *Generalny Inspektor Ochrony Danych Osobowych*
- GUS** - *Główny Urząd Statystyczny*
- NIA** - *Naczelna Izba Aptekarska*
- NFZ** - *Narodowy Fundusz Zdrowia*
- OF** - *Opieka Farmaceutyczna*
- OTC** - *Over The Counter drugs, leki dostępne bez recepty*
- PGEU** - *Pharmaceutical Group of the European Union, Grupa Farmaceutyczna Unii Europejskiej*
- PTF** - *Polskie Towarzystwo Farmaceutyczne*
- PZH** - *Państwowy Zakład Higieny*
- Rx** - *leki dostępne na receptę*
- UE** - *Unia Europejska*
- WHO** - *World Health Organization, Światowa Organizacja Zdrowia*

WSTĘP.....	8
ROZDZIAŁ 1.....	11
OPIEKA FARMACEUTYCZNA – CELE EDUKACYJNE APTEKI.....	11
1.1. Zmiana wizerunku apteki i regulacji prawnych na przestrzeni dziejów. Apteka jako organizacja ukierunkowana na dystrybucję leków.....	11
1.2. Charakterystyka współczesnego klienta, wzrost ilości pacjentów geriatrycznych.	20
1.3. Opieka farmaceutyczna w Polsce.	25
1.3.1. Geneza i rozwój opieki farmaceutycznej.....	25
1.3.2. Opieka farmaceutyczna w Polsce – aspekty prawne i realizacja przez farmaceutę zadań z zakresu ochrony zdrowia.....	32
1.3.3. Opieka farmaceutyczna a promocja apteki.....	42
ROZDZIAŁ 2.....	52
METODOLOGIA BADAŃ WŁASNYCH	52
2.1. Cel pracy.....	52
2.2. Hipotezy badawcze.	53
2.3. Materiał badawczy.	53
2.4. Narzędzia i metody badawcze.....	54
2.5. Dane socjodemograficzne badanych grup.	57
ROZDZIAŁ 3.....	62
WYNIKI BADAŃ.....	62
3.1. Rola współczesnego farmaceuty oraz apteki w promocji i ochronie zdrowia.	63
3.2. Realizacja przez farmaceutę podstawowych zadań z zakresu ochrony i promocji zdrowia po 2011 roku.	76
3.3. Wykształcenie akademickie farmaceutów i jego wpływ na realizację zadań z zakresu opieki farmaceutycznej.	86
3.4. Rola farmaceuty w procesie samoleczenia i czynniki wpływające na decyzje zakupowe pacjentów.	90
ROZDZIAŁ 4.....	106
DYSKUSJA I WNIOSKI.....	106
4.1. Dyskusja.	106
4.2. Wnioski.....	119
5. STRESZCZENIE.....	120
6. SUMMARY	122
7. PIŚMIENNICTWO.....	124
7.1. LITERATURA.....	124

7.2. CZASOPISMA.....	127
7.3. AKTY PRAWNE	133
7.4. INNE.....	134
8. WYKAZ TABEL.....	136
9. WYKAZ WYKRESÓW.....	137
10. ANEKS.....	139

WSTĘP

Funkcjonowanie apteki w obecnych realiach prawnych i społeczno-ekonomicznych stawia przed nią szereg wyzwań i zmienia obraz farmaceuty. Z osoby zajmującej się wytwarzaniem leków w recepturze, obecnie jednym z jego głównych zadań jest marketingowe zarządzanie apteką, by przetrwała na rynku farmaceutycznym. Konkurencja jest duża, bowiem do czerpania zysków ze sprzedaży specyfików leczniczych w konkurencji z branżą farmaceutyczną stanęła branża spożywcza, a także możliwość zakupu leków w supermarketach oraz na stacjach benzynowych. Obowiązkiem aptekarza jest obecnie nie tylko dyspensowanie leków, ale także umiejętne odczytywanie recept, szczegółowe sprawdzenie jej poprawności, pobranie należności i wydanie medykamentu pacjentowi. Możliwość otwierania aptek przez inne osoby niż farmaceuci, sprawiła, że obraz apteki rysuje się jako dobrze funkcjonujące przedsiębiorstwo na rynku, konkurujące z innymi jednostkami, stosując najnowsze narzędzia marketingowego zarządzania firmą. W tak funkcjonującej jednostce pomija się najważniejszy element i przesłankę zawodu farmaceuty, jako osoby pomagającej, doradzającej w ramach swych kompetencji w wyborze leków dostępnych bez recepty. Brak regulacji prawnych sprawia, że nie ma jasno wyznaczonych granic dla farmaceuty w realizacji zadań z zakresu świadczeń zdrowotnych.

Sytuacja aptek i całego rynku farmaceutycznego, zmieniła się w styczniu 2012 roku, w związku z wprowadzeniem w życie ustawy o refundacji leków (...).¹ Główną jej przesłanką jest zakaz reklamy apteki, sztywne ceny oraz marże na leki refundowane.

Starzejące się społeczeństwo, wzrost wydatków na państwową służbę zdrowia, zmusił płatnika - NFZ, do szukania oszczędności. Ustawa uniemożliwiła obniżanie, rabatowanie, dawanie bonifikat, czy stosowanie promocji na leki refundowane, gdzie koszt owych obniżek ponosił NFZ. Zakaz w/w czynności był jednym z najczęściej stosowanych narzędzi marketingowych w wielu aptekach sieciowych. Umożliwiał on konkurencję z innymi jednostkami, kusząc pacjentów do zakupu leków na receptę za grosz, a innych medykamentów po promocyjnych cenach. W tym całym mechanizmie rynkowym zapomniano jednak o doradczej roli farmaceuty, tj. osoby, która dzięki swojej interdyscyplinarnej wiedzy ma świadczyć usługi z zakresu świadczeń zdrowotnych. Spowodowało to, iż prestiż zawodu farmaceuty wśród społeczeństwa nie cieszy się już tak dużym szacunkiem i zaufaniem, jak było to kiedyś. Takie działania sprawiły, że aptekarz jest postrzegany jako sprzedawca preparatów leczniczych.

Farmaceuci powinni zaangażować się w ochronę zdrowia społeczeństwa i dążyć do zmian w ustawodawstwie farmaceutycznym, by móc w pełni realizować zadania z zakresu

¹ Ustawa z dnia 12 maja 2011 roku o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobach medycznych (Dz. U. z dnia 13 czerwca 2011 roku nr 122, poz. 696, z późn. zm.)

opieki farmaceutycznej. Idea opieki farmaceutycznej narodziła się w Ameryce już w latach 80. XX wieku, podkreślając rolę farmaceuty jako „strażnika” właściwej farmakoterapii pacjentów, z jednoczesną troską o rozwój potencjału aptekarzy. W Polsce brak jest nadal uregulowań prawnych, które pozwoliłyby i ułatwiły na szerzenie tej idei we wszystkich aptekach. Jedyńm artykułem odnoszącym się do roli farmaceuty w opiece farmaceutycznej jest art. 2a, nowelizacji ustawy o izbach aptekarskich z dnia 10 stycznia 2008 roku (Dz. U. z 2008 nr 47, poz. 273), w którym czytamy: *„Wykonywanie zawodu farmaceuty ma na celu ochronę zdrowia publicznego i obejmuje udzielenie usług farmaceutycznych polegających w szczególności na: sprawowaniu opieki farmaceutycznej polegającej na dokumentowanym procesie, w którym farmaceuta, współpracując z pacjentem i lekarzem, a w razie potrzeby z przedstawicielami innych zawodów medycznych, czuwa nad prawidłowym przebiegiem farmakoterapii w celu uzyskania określonych jej efektów poprawiających jakość życia pacjentów”*.² Realizacja przez apteki zadań z zakresu świadczeń zdrowotnych nie może odnosić się tylko do roli doradczej farmaceuty. Główną przesłanką jaką stawia sobie obecnie środowisko aptekarskie jest szerzenie idei opieki farmaceutycznej wśród pracujących aptekarzy i zmiana nauczania akademickiego i specjalizacyjnego w kierunku dodatkowych przedmiotów z zakresu opieki farmaceutycznej.

Przedstawiona dysertacja ma celu zaprezentowanie szczegółowych zagadnień związanych z realizacją w aptekach zadań w zakresie świadczeń zdrowotnych, w tym idee opieki farmaceutycznej oraz uwarunkowania funkcjonowania apteki na rynku w Polsce po 2011 roku.

Całość pracy podzielono na cztery rozdziały i streszczenie, gdzie wyróżnić można dwie główne części: teoretyczną i empiryczną.

Rozdział 1. przedstawia zmiany wizerunku apteki na przestrzeni dziejów. Główną przesłanką tego rozdziału jest przedstawienie opieki farmaceutycznej oraz jej realizacji na świecie i w Polsce. Poprzez ukazanie kontrastu w rozwiązaniach prawnych umożliwiających wdrażanie opieki farmaceutycznej w Polsce i na świecie, zostaną zobrazowane przeszkody jakie stoją na w/w drodze w Polsce, wynikające z niemożności pełnej realizacji zadań z zakresu świadczeń zdrowotnych i ochrony zdrowia Polaków w aptekach. Poruszony zostaje też problem promocji apteki poprzez idee opieki farmaceutycznej.

Meritum **rozdziału 2.** jest przedstawienie metodologii badań własnych. Przedstawiono w nim cele, hipotezy, które stały się podstawą do realizacji części analitycznej niniejszej pracy. W rozdziale opisano także materiał badawczy, scharakteryzowano użyte narzędzie badawcze, zastosowane metody statystyczne. W jednym z podrozdziałów dokonano dokładnej charakterystyki dwóch grup socjodemograficznych: pacjentów i aptekarzy.

W **rozdziale 3.** zaprezentowano wyniki uzyskane na podstawie analizy statystycznej badań własnych. Przedstawiono stanowisko farmaceutów i pacjentów na kwestię realizacji w aptece zadań z zakresu świadczeń zdrowotnych, realizację przez aptekarzy doradztwa farmaceutycznego i kwestię zapotrzebowania pacjentów na taki rodzaj usług.

² Ustawa z dnia 10 stycznia 2008r. o zmianie ustawy o izbach aptekarskich (dz. U. z 2008 nr 47, poz. 273).

Rozdział 4 poświęcono dyskusji na temat uzyskanych wyników, poszerzając go o dane źródłowe z literatury światowej. Szczególną uwagę zwrócono na temat idei opieki farmaceutycznej i jej realizacji w innych państwach oraz rolę farmaceuty w realizacji zadań z zakresu świadczeń zdrowotnych. Przedstawiono także doświadczenia aptek na świecie we wdrażaniu opieki farmaceutycznej oraz o przeszkodach jakie funkcjonują w prawie polskim, czy świadomości aptekarzy.

Niniejsze rozprawa kończy streszczenie w języku polskim i angielskim, spis piśmiennictwa, wykaz tabel i wykresów oraz aneks, w którym zawarto kwestionariusze przy pomocy których przeprowadzono badania ankietowe.

ROZDZIAŁ 1

OPIEKA FARMACEUTYCZNA – CELE EDUKACYJNE APTEKI.

1.1. Zmiana wizerunku apteki i regulacji prawnych na przestrzeni dziejów. Apteka jako organizacja ukierunkowana na dystrybucję leków.

Ilekoć w niniejszym podrozdziale jest mowa o „Ustawie”, rozumie się przez to ustawę o refundacji leków (.....).³

Aptekarstwo polskie w swych początkach, podobnie jak w Europie, związane jest z ziołolecznictwem, medycyną ludową i działalnością zakonów. Przełom X i XI wieku to przybycie do Polski zakonu benedyktynów i rozpowszechnienie ziołolecznictwa. W drugiej połowie XVII wieku zakon jezuitów otrzymuje przywilej królewski, dzięki któremu ma możliwość przyjmowania na praktykę uczniów i ich nauczania do zawodu "aptekarza".

Pierwsze apteki (*officina sanitatis*) traktowane były jako placówki zdrowia, jednakże aby mogły funkcjonować, wymagane było odpowiednie zezwolenie od władz miejskich. Wydawane wówczas akty prawne odnoszące się do aptekarstwa miały tylko charakter regionalny. Władze państwowe w początkach działania aptek na terenie państwa nie ingerowały w sprawy zawodu aptekarza, a aptekarze podlegali jurysdykcji władz miejskich i cechowych.⁴ Jurysdykcja nie dotyczyła aptekarzy królewskich, którzy byli do dyspozycji króla.⁵ Wprowadzono jednak ograniczenia ilościowe aptek w celu ochrony aptekarzy przed konkurencją.

W 1783 roku otworzono na Akademii Krakowskiej wydział szkolący przyszłych adeptów z zakresu farmacji.

³ Ustawa z dnia 12 maja 2011 roku o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobach medycznych (Dz. U. z dnia 13 czerwca 2011 roku nr 122, poz. 696, z późn. zm.)

⁴ Zimmerman A. *Wpływ uregulowań prawnych na sytuację aptekarstwa w Polsce na początku XXI wieku*. praca na stopień doktora, Akademia Medyczna w Gdańsku 2002, s. 5-8.

⁵ Tamże, s. 5-8.

W 1810 roku wprowadzono pojęcie koncesji w regulacjach prawnych, czyli pozwolenia na prowadzenie apteki. Otrzymać mogła ją tylko osoba posiadająca odpowiednie kwalifikacje, pozwalające na kierowanie apteką.⁶

Sejm Rzeczypospolitej Polski w 1938 roku uchwalił ustawę o wykonywaniu zawodu aptekarskiego.⁷ Precyzowała ona zakres czynności do wykonywania zawodu, informacje kto mógł go wykonywać, jak wygląda nabywanie i utrata uprawnień do zarządzania apteką, a także utrata praw do wykonywania zawodu.⁸ W rok później (1939 rok) uchwalono ustawę o Izbach Aptekarskich, która ujednolicała zasady przynależności do samorządu zawodowego.⁹

Po 1945 roku Ministerstwo Zdrowia wydawało zezwolenie na prowadzenie apteki. W 1951 roku weszła w życie ustawa, która zakładała przejęcie wszystkich aptek na własność państwa, powstała Centrala Aptek Społecznych do której wcielono wszystkie apteki prywatne i jednocześnie powołano zarząd państwowy.¹⁰ W tym samym roku weszły w życie jeszcze trzy ustawy: o środkach farmaceutycznych i odurzających oraz artykułach sanitarnych¹¹, ustawa o zniesieniu Izb Aptekarskich¹² oraz ustawa o aptekach¹³.

W grudniu 1988 roku weszła w życie ustawa o działalności gospodarczej¹⁴, która umożliwiła prywatyzację aptek. Rok później Ministerstwo Zdrowia rozpoczęło wydawanie pozwoleń umożliwiających prowadzenie aptek prywatnych. Do tej pory wszystkie apteki ogólnodostępne podlegały Przedsiębiorstwu Państwowemu Zaopatrzenia Farmaceutycznego *Cefarm*. Na mocy tej ustawy *Cefarm* rozpoczął sprzedaż aptek, nie uwzględniono jednak interesów dawnych właścicieli aptek.¹⁵ Rok 1991 to ustawa o izbach aptekarskich, która przywróciła samorząd zawodowy aptekarzy.¹⁶

Po 1989 r. kiedy stało się możliwe prywatyzowanie aptek, zmieniała się sytuacja społeczno-ekonomiczna w Polsce, wielorakim modyfikacjom ulegał także status ekonomiczny i wizerunek apteki. Koniec XX i początek XXI wieku niesie wiele zmian dla

⁶ Zimmerman A. *Wpływ uregulowań prawnych na sytuację aptekarstwa w Polsce na początku XXI wieku*. praca na stopień doktora, Akademia Medyczna w Gdańsku 2002, s. 5-8.

⁷ Ustawa z dnia 25 marca 1938 roku o wykonywaniu zawodu aptekarskiego (Dz. U. RP z 1938 roku nr 23 poz. 202).

⁸ Tamże.

⁹ Ustawa z dnia 15 czerwca 1939 roku o Izbach Aptekarskich (Dz. U. RP z 1939 roku nr 55 poz. 346).

¹⁰ Ustawa z dnia 8 stycznia 1951 roku o przejęciu aptek na własność państwa (Dz. U. z 1951 roku nr 1 poz. 1).

¹¹ Ustawa z dnia 8 stycznia 1951 roku o środkach farmaceutycznych i odurzających oraz artykułach sanitarnych (Dz. U. z 1951 roku nr 1 poz. 4).

¹² Ustawa z dnia 8 stycznia 1951 roku o zniesieniu Izb Aptekarskich (Dz. U. z 1951 roku nr 1 poz. 3).

¹³ Ustawa z dnia 8 stycznia 1951 roku o aptekach (Dz. U. z 1951 roku nr 1 poz. 2).

¹⁴ Ustawa z dnia 23 grudnia 1988 roku o działalności gospodarczej (Dz. U. z 1988 roku nr 41 poz. 324 z późn. zm.).

¹⁵ Zimmerman A. *Wpływ uregulowań prawnych na sytuację aptekarstwa w Polsce na początku XXI wieku*. praca na stopień doktora, Akademia Medyczna w Gdańsku 2002, s. 7-8.

¹⁶ Ustawa z 19 kwietnia 1991 roku o izbach aptekarskich (Dz. U. z 1991 roku nr 41 poz. 179 z późn. zm.).

aptekarstwa. Prawo reglamentuje z jednej strony obrót produktem leczniczym, broniąc interesu społecznego, zaś z drugiej strony nadążając za trendami ekonomiczno-gospodarczymi, liberalizuje działalność aptek.^{17,18} Koniec lat 90. XX wieku to rozwój aptek rodzinnych, które w szybkim tempie ewoluowały pod względem ekonomicznym.

Początek kolejnego stulecia (XXI wiek) to dynamiczny rozwój gospodarczy i liberalizacja życia gospodarczego. Zmieniający się rynek farmaceutyczny, a wraz z nim apteczny, dostosował się do przemian ustrojowych mających miejsce w Polsce od 1989 roku. Wzrosła liczba aptek i hurtowni farmaceutycznych, z czasem doszło do konsolidacji tych że podmiotów gospodarczych, natomiast w sferze rynkowej nastąpił wzrost liczby firm farmaceutycznych.¹⁹ Na polskim rynku zaczęły się w szybkim tempie rozwijać apteki sieciowe, wypierając z rynku apteki rodzinne, cieszące się często wielopokoleniowym doświadczeniem i zaufaniem pacjentów. Działania marketingowe wprowadzone w tych aptekach doprowadziły w szybkim tempie do dominacji aptek sieciowych na rynku. Dozwolone wówczas rabaty, bonifikaty i wszelkiego rodzaju programy lojalnościowe dla pacjentów stanowiły przytłaczającą konkurencję dla małych aptek, które często zmuszone były do zamknięcia rodzinnego interesu. Powyższe zmiany oraz rola jaką odegrał marketing w działaniach podjętych przez wszystkie podmioty znajdujące się na rynku farmaceutycznym, spowodowały że od 1990 roku do 2012 roku liczba aptek zwiększała się.²⁰ W 1990 roku liczba placówek aptecznych nie przekraczała 3800, w 2011 roku było ich 13 650, w 2012 roku prawie 14 000.^{21,22,23} Dopiero po 2012 roku, odnotowujemy pierwszy spadek liczby aptek, w 2013 było ich 13 500.²⁴ Obecnie liczba aptek utrzymuje się na stałym poziomie.²⁵

Początek XXI wieku to także zmiany w ustawodawstwie dotyczące roli i zadań farmaceutów w aptece, m. in. ustawa Prawo farmaceutyczne z dnia 6 września 2001 r. (Dz. U. z 2008 roku nr 45 poz. 271), która ustanowiła między innymi, iż aptekarz ma być doradcą pacjenta w prawidłowej farmakoterapii zażywanych leków²⁶. Dopiero uchwalona ustawa o zmianie ustawy o izbach aptekarskich z 10 stycznia 2008 r. (i art. 2a pkt 7) mówi o opiece farmaceutycznej „*Wykonywanie zawodu farmaceuty ma na celu ochronę zdrowia publicznego i obejmuje udzielanie usług farmaceutycznych polegających w szczególności na: sprawowaniu opieki farmaceutycznej polegającej na dokumentowym procesie, w którym farmaceuta, współpracując z pacjentem i lekarzem, a w razie potrzeby z przedstawicielami*

¹⁷ Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z 2 kwietnia 1997 roku (Dz. U. z 1997 roku nr 78 poz. 483).

¹⁸ Zimmerman A. *Wpływ uregulowań prawnych na sytuację aptekarstwa w Polsce na początku XXI wieku*. praca na stopień doktora, Akademia Medyczna w Gdańsku 2002, s. 5-8.

¹⁹ Kula P. *Jak zmienił się rynek farmaceutyczny w Polsce*. Aptekarz Polski, wrzesień 2011, nr 61/39 online.

²⁰ Tamże.

²¹ <http://www.rynekapteki.pl/dystrybucja/statystycznie-co-trzecia-apteka-powinna-byc-zlikwidowana,2538.html>

²² http://www.farmacja-polska.org.pl/cms/uploads/dokumenty/APTEKA_2013_PharmaExpert.pdf

²³ http://www.farmacja-polska.org.pl/cms/uploads/dokumenty/OBRAZ_POLSKIEGO_RYNKU_FARMA CEUTYCZNEGO.pdf

²⁴ http://www.farmacja-polska.org.pl/cms/uploads/dokumenty/APTEKA_2013_PharmaExpert.pdf

²⁵ http://www.farmacja-polska.org.pl/cms/uploads/dokumenty/OBRAZ_POLSKIEGO_RYNKU_FARMA CEUTYCZNEGO.pdf

²⁶ Ustawa z dnia 6 września 2001 roku Prawo farmaceutyczne (Dz. U. z 2008 roku nr 45, poz. 271 z późn. zm.).

*innych zawodów medycznych, czuwa nad prawidłowym przebiegiem farmakoterapii w celu uzyskania określonych jej efektów poprawiających jakość życia pacjenta”.*²⁷

Apteki ogólnodostępne, zgodnie z art. 87 ust. 2 ustawy z dnia 6 września 2001 roku Prawo farmaceutyczne, przeznaczone są do zaopatrywania ludności w produkty lecznicze, leki apteczne, leki recepturowe, wyroby medyczne i inne artykuły oraz wykonywania czynności określonych w art. 86 ust. 1 i 2.²⁸

Art. 86 ust. 1. Apteka jest placówką ochrony zdrowia publicznego, w której osoby uprawnione świadczą w szczególności usługi farmaceutyczne, o których mowa w ust. 2.²⁹

Art. 86 ust. 2. Nazwa apteka zastrzeżona jest wyłącznie dla miejsca świadczenia usług farmaceutycznych obejmujących:

- 1) wydawanie produktów leczniczych i wyrobów medycznych, określonych w odrębnych przepisach;
- 2) sporządzanie leków recepturowych, w terminie nie dłuższym niż 48 godzin od złożenia recepty przez pacjenta, a w przypadku recepty na lek recepturowy zawierający środki odurzające lub oznaczonej "wydać natychmiast" - w ciągu 4 godzin;
- 3) sporządzenie leków aptecznych;
- 4) udzielanie informacji o produktach leczniczych i wyrobach medycznych.³⁰

Apteka jest więc nie tylko miejscem gdzie pacjent, często traktowany dziś jak klient, ma możliwość zaopatrzenia się w leki, ale także uzyskać fachową informację na temat zakupionych farmaceutyków. W obecnej sytuacji kiedy większość działań marketingowych jest ograniczona lub zupełnie zabroniona przepisami, np. reklama apteki, czy różnego rodzaju programy lojalnościowe, właśnie opieka farmaceutyczna może stać się jednym z narzędzi pomocnych w promocji apteki i ułojalnienia pacjenta.

W sposób szczegółowy zadania i obowiązki zawodu farmaceuty, które mają na celu ochronę zdrowia publicznego, określa art 2a ustawy o zmianie ustawy o izbach aptekarskich.³¹

Apteka jest także jednym z miejsc promocji i ochrony zdrowia, co zaakcentowała Światowa Organizacja Zdrowia (World Health Organization – WHO), określając w 1993 roku rolę farmaceuty w opiece zdrowotnej i konieczność wprowadzenia idei opieki farmaceutycznej bez względu na warunki rozwoju społeczno-ekonomicznego.³²

²⁷ Ustawa z dnia 10 stycznia 2008r. o zmianie ustawy o izbach aptekarskich (dz. U. z 2008 roku nr 47, poz. 273).

²⁸ Ustawa z dnia 6 września 2001 roku Prawo farmaceutyczne (Dz. U. z 2008 roku nr 45, poz. 271 z późn. zm.).

²⁹ Tamże.

³⁰ Tamże.

³¹ Ustawa z dnia 10 stycznia 2008r. o zmianie ustawy o izbach aptekarskich (Dz. U. z 2008 roku nr 47 poz. 273).

³² Łazowski J. *Podstawy opieki farmaceutycznej w teorii i praktyce aptecznej*. Biblioteka Narodowa Czasopisma Aptekarskiego, Warszawa 2005, s. 209.

WHO i UE (Unia Europejska) kształtują politykę ochrony zdrowia w całej Europie, w tym w Polsce jako państwie członkowskim. Obecna polityka WHO polega na ochronie zdrowia, kreowaniu zdrowego stylu życia, poprawie jakości życia osób przewlekle chorych. Głównym celem jest zapobieganie rozprzestrzenianiu się chorób i przez to obniżanie kosztów leczenia. Dlatego WHO podkreśla rolę farmaceuty i świadczoną w tym zakresie usługę opieki farmaceutycznej.³³

Polska jest członkiem WHO od 1945 roku i aktywnie, od tego momentu, uczestniczy w pracach WHO. Jednym z zadań wyznaczonych przez Światową Organizację Zdrowia była poprawa stanu zdrowia społeczeństwa. Mimo powstania licznych programów zdrowia, Polska nadal klasyfikowała się na niskiej pozycji w międzynarodowym rankingu. Zmiany ustrojowe po 1989 roku wymusiły na rządzie wprowadzenie licznych ustaw, których zadaniem była promocja i ochrona zdrowia. Przepisy dostosowano do wymogów UE.³⁴ Do najważniejszych zadań należy:

- Narodowy Program Zdrowia przyjęty przez Komitet Społeczno-Ekonomiczny Rady Ministrów w 1990 roku, opracowany na podstawie strategii WHO „Zdrowie dla wszystkich w 2000 roku.” Była to pierwsza próba konsolidacji różnych instytucji i całego społeczeństwa w celu zahamowania rosnącej zachorowalności i umieralności Polaków;
- Narodowy Program Zdrowia na lata 1996-2006;
- Narodowy Program Zdrowia na lata 2007-2015;
- Narodowy Program Zdrowia na lata 2016-2020.³⁵

Narodowy Program Zdrowia realizowany od 1996 roku miał na celu poprawę stanu zdrowia Polaków i promowanie zachowań prozdrowotnych: właściwego odżywiania, higienicznego trybu życia.³⁶ W programach na lata 1996-2006, 2007-2015 i 2016-2020 nie uwzględniono współpracy między lekarzem a farmaceutą, choć polityka WHO od lata 80. XX wieku podkreśla ich ważną rolę w ochronie zdrowia i szerzeniu polityki prozdrowotnej, a co za tym idzie profilaktyce.³⁷

Apteka pełni nie tylko funkcje w systemie ochrony zdrowia, ale funkcjonując na rynku farmaceutycznym, który podlega mechanizmom rynkowym, jest miejscem sprzedaży detalicznej leków, realizując typowe funkcje handlu.^{38,39} Jest także ważnym miejscem dystrybucji farmaceutyków i środków medycznych. Funkcjonuje na rynku farmaceutycznym w zakresie prawnych uwarunkowań. Choć działalność aptek ograniczona jest prawem, ze

³³ Szalotka K. *Opieka farmaceutyczna w ochronie zdrowia Polaków*. PWN, Warszawa 2011, s.32-33.

³⁴ Tamże, s. 37.

³⁵ <http://www.mz.gov.pl/ministerstwo/wspolpraca-miedzynarodowa/wspolpraca-z-organizacja-miedzynarodowymi/swiatowa-organizacja-zdrowia-who/who-informacje-ogolne>.

³⁶ Szalotka K. *Opieka farmaceutyczna w ochronie zdrowia Polaków*. PWN, Warszawa 2011, s. 41.

³⁷ Tamże, s. 41.

³⁸ Szalotka K. *Opieka farmaceutyczna w ochronie zdrowia Polaków*. PWN, Warszawa 2011, s. 125.

³⁹ Kaniewska A., Leszczyński G. *Apteka jako miejsce zakupu*. [w] *Marketing farmaceutyczny i apteczny*. Materiały konferencyjne, Akademia Ekonomiczna w Poznaniu, Poznań 2000, s. 128.

względu na swój specyficzny charakter, spełnia nie tylko funkcję zaspakajania potrzeb społeczeństwa, ale czerpie z tego korzyści finansowe.

Farmaceuci świadczą profesjonalne usługi w zakresie farmakoterapii sprzedawanych leków. Miejsce ich pracy - apteka, jest więc jednym z elementów systemu ochrony zdrowia. Jest też podmiotem gospodarczym na rynku, który w przypadku aptek ogólnodostępnych, w większości prywatnych, musi samofinansować się. Praca i świadczone usługi przez farmaceutów mają za zadanie przynieść określony zysk, aby móc pokryć koszty swojej działalności. Zgodnie z ustawą z dnia 6 września 2001 roku Prawo farmaceutyczne, apteka ma obowiązek zapewnić pacjentom dostęp do farmaceutyków, które ratują ich zdrowie i życie.

Apteka jest podmiotem wyodrębnionym w strukturze gospodarki, którego celem jest maksymalizacja zysku przez świadczone pacjentom profesjonalne usługi, polegające na sprzedaży i nadzorowaniu procesu konsumpcji środków farmaceutycznych, a w efekcie uczestniczenie w procesie promocji zdrowia (promotion of health).⁴⁰

Niepodważalny jest udział apteki w kształtowaniu zdrowia, ale jak każdy podmiot gospodarki wolnorynkowej, musi czerpać korzyści finansowe ze swojej działalności, dążąc często do maksymalizacji zysków, minimalizując przy tym koszty. Wiąże się to często z brakiem czasu na właściwą farmakoterapię i opiekę farmaceutyczną. Farmaceuci działając na rynku jako jednostki samofinansujące się i samodzielne. Spotykają się na co dzień z wieloma problemami, między innymi nadmiarem biurokracji, zbyt częstymi zmianami w zakresie obrotu lekami, limitami cen leków refundowanych. Rośnie też liczba aptek, pociągając za sobą spadek liczby pacjentów przypadających na jedną aptekę. W 1990 roku, czyli na początku transformacji ustrojowej w Polsce, było około 4 tys. aptek, z czego blisko 40% stanowiły apteki prywatne, a na jedną placówkę przypadało 7,6 tys. mieszkańców.^{41,42} 20 lat później, w 2010 roku w Polsce było już 13,2 tys. aptek i wszystkie prywatne, a średnio na jedną aptekę przypadało już tylko 2859 mieszkańców.^{43,44}

Farmaceuci dążąc do maksymalizacji zysków, przy rosnącej konkurencji zarówno ze strony innych aptek jak i innych podmiotów oferujących suplementy diety, są nastawieni na ilość i wartość sprzedanych leków.⁴⁵ Istotna rola, w zmianie podejścia aptek do swojej działalności oraz skupienia się na służbie zdrowia społeczeństwa, należy do Ministerstwa Zdrowia i Głównego Inspektora Farmaceutycznego.⁴⁶ Odpowiednio przygotowany system do finansowania opieki farmaceutycznej w aptekach, pozwoliłby pracownikom na prowadzenie fachowego doradztwa i związanej z tym farmakoterapii oraz promowaniu zdrowego stylu życia, a nie na sprzedaży leków.⁴⁷ Również płatnikowi (NFZ) powinno zależeć na wdrożeniu

⁴⁰ Suchecka J. *Ekonomia zdrowia i opieki zdrowotnej*. Wolters Kluwer Polska, Warszawa 2010, s. 135.

⁴¹ Główny Urząd Statystyczny (GUS) *Rocznik Statystyczny Rzeczypospolitej Polskiej*. GUS, Warszawa 2001, s. 271.

⁴² www.pharmaexpert.pl/aktualnosci.

⁴³ www.pharmaexpert.pl/aktualnosci/spadek-liczby-w-polsce.html.

⁴⁴ www.pharmaexpert.pl/aktualnosci.

⁴⁵ Szalonka K. *Opieka farmaceutyczna w ochronie zdrowia Polaków*. PWN, Warszawa 2011, s. 136.

⁴⁶ Tamże, s. 136-137.

⁴⁷ Tamże, s. 136-137.

płatnych usług opieki farmaceutycznej do aptek. Pozwoliłoby to na monitorowanie farmakoterapii leków, odciążałoby lekarzy pierwszego kontaktu, zmniejszałoby koszty ambulatoryjnego i stacjonarnego leczenia pacjentów w wyniku przedawkowywania leków.⁴⁸

Aptekę można też potraktować jako przedsiębiorstwo usług profesjonalnych i jako podmiot gospodarczy.⁴⁹ Celem jest bowiem z jednej strony wysoki zysk, z drugiej zaś strony służba społeczeństwu, w ramach której realizowana jest opieka farmaceutyczna.⁵⁰

Przyglądając się definicji usługi warto zwrócić uwagę na pojęcie sformułowane przez Czubałę: „*usługa jest specyficznym rodzajem działalności polegającym na świadczeniu pracy, w wyniku której nie powstaje nowy wyrób (...). Korzystanie z usług nie wiąże się z nabyciem czegokolwiek, lecz ze zmianą cech konsumentów bądź posiadanych przez nich dóbr materialnych. (...) Jeśli człowiek jest odbiorcą usług, to mogą one służyć m. in. zachowaniu sprawności jego organizmu.*”⁵¹ Do takiego rodzaju usług można zaliczyć usługi zdrowotne: medyczne, farmaceutyczne.⁵²

Usługa farmaceutyczna w tak rozumianym ujęciu jest nietrwała, nie można jej magazynować ani odsprzedać. Każdy z pacjentów odwiedzających aptekę jest inny, zażywa inne leki i ma inną sytuację ekonomiczną, jego stan zdrowia może ulec zmianie, dlatego należy ciągle monitorować pacjenta i zmieniać farmakoterapię. Apteka świadczy więc profesjonalne usługi jednocześnie zajmując się sprzedażą leków, dermokosmetyków, czy sprzętu medycznego.⁵³ Jest też jak przedsiębiorstwo usługowe w zakresie świadczenia usługi opieki farmaceutycznej.⁵⁴

Aptekę można potraktować też jako podmiot działalności handlowej. Handel według definicji to zawodowe pośredniczenie w wymianie towarowo-pieniężnej.⁵⁵ Powstał i rozwinął się pod wpływem sił wytwórczych i podziału pracy.⁵⁷ Przedsiębiorstwo handlowe to jednostka gospodarcza, posiadająca wyodrębnione organizacje, ekonomiczne i prawne.⁵⁸ Handel, a w naszym rozważaniu tzw. handel apteczny, ma służyć zaspokojeniu potrzeb konsumenta w wyniku sprzedaży potrzebnych leków czy udzieleniu porady, za które klient ponosi pewien koszt. Towarem jest więc tutaj produkt ratujący ludzkie życie.⁵⁹

Apteka jest jednym z ogniw na rynku farmaceutycznym zajmującym się dystrybucją leków i dermokosmetyków i to tu pacjent otrzyma fachową poradę. Obecnie jest możliwość nabycia leków OTC (Over The Counter) w innych miejscach niż apteka: stacja benzynowa,

⁴⁸ Szalonka K. *Opieka farmaceutyczna w ochronie zdrowia Polaków*. PWN, Warszawa 2011, s. 136.

⁴⁹ Tamże, s. 137.

⁵⁰ Tamże, s. 137-138.

⁵¹ Czubała A. *Usługi w gospodarce*. [w] Czubała A. i in. *Marketing usług*. Wolters Kluwer – Oficyna Ekonomiczna, Kraków 2006, s. 11.

⁵² Szalonka K. *Opieka farmaceutyczna w ochronie zdrowia Polaków*. PWN, Warszawa 2011, s. 139.

⁵³ Tamże, s. 141.

⁵⁴ Tamże, s. 141.

⁵⁵ Boczar K., Kossut Z. *Ekonomika handlu*. PWE, Warszawa 1983, s. 22.

⁵⁶ Szalonka K. *Opieka farmaceutyczna w ochronie zdrowia Polaków*. PWN, Warszawa 2011, s. 141.

⁵⁷ Boczar K., Kossut Z. *Ekonomika handlu*. PWE, Warszawa 1983, s. 22.

⁵⁸ Sławińska M., Urbanowska-Sojkin E. *Zarządzanie marketingowe przedsiębiorstwem handlowym*. AE, Poznań 1997, s. 11.

⁵⁹ Szalonka K. *Opieka farmaceutyczna w ochronie zdrowia Polaków*. PWN, Warszawa 2011, s. 134.

sklepy i apteki internetowe, sklepy mało- i dużopowierzchniowe. Klient nie ma jednak w tym wypadku możliwości skonsultowania właściwego dawkowania zakupionych leków, czy uniknięcia przedawkowania substancji czynnej przy zakupie różnych specyfików z tą samą substancją czynną. Tylko przy odpowiedniej jakości usługi, jaką otrzymuje w aptece, pacjent przekona się z czasem, że w dbaniu o własne zdrowie nie wystarczą tylko informacje przeczytane w gazecie, czy Internecie, ale fachowa wiedza z zakresu medycyny i farmacji.⁶⁰ Pozwoli to uniknąć nadmiernej i niewłaściwej konsumpcji leków, a w konsekwencji nie dopuścić do pogorszenia zamiast poprawy stanu zdrowia.

Apteki w odpowiedzi na wzrost zainteresowania społeczeństwa własnym zdrowiem a także tym, że rośnie ilość pacjentów geriatrycznych oferują coraz bogatszą gamę leków dostępnych bez recepty i suplementów diety.⁶¹ Rosły też, do końca 2011 roku, wydatki państwa związane z dopłatami do leków refundowanych. Sprzedaż leków na receptę tzw. Rx do 2011 rosła bardzo dynamicznie. Państwo polskie w obliczu rosnącego kryzysu, nie było już w stanie podolać zwiększonym wydatkom NFZ-u na refundację leków. Wyjściem z sytuacji stała się wprowadzona w styczniu 2012 roku Ustawa, która znacznie obniżyła ceny i marże leków refundowanych oraz zakazała powszechnie stosowanych praktyk promocji i bonifikat leków refundowanych.

Ustawa wraz z innymi aktami prawnymi z nią powiązanymi, to wyzwanie dla rynku farmaceutycznego, gdyż wprowadziła zupełnie nowy system finansowania przez Państwo, leków i wyrobów medycznych.⁶² Zmiany dotyczą głównie leków refundowanych, ale mają wpływ na wszystkie segmenty rynku. Odczuły je wszystkie podmioty uczestniczące w łańcuchu sprzedaży, od producenta, przez hurtownie, apteki, aż po płatnika - pacjenta i NFZ.⁶³ Ustawa ta wprowadza nowy sposób budowania grup limitowych i przyporządkowania do grup odpłatności, a także „sztywne” ceny i marże.⁶⁴ Częściej publikowane są zmiany na wykazach, co pozwala z jednej strony na dostosowanie się do szybko zmieniającego się rynku z drugiej strony powoduje, że apteki są mniej skłonne do posiadania dużych zapasów leków refundowanych, a także ograniczają swój asortyment, by zmniejszyć straty spowodowane zmianami na listach leków refundowanych, ukazujący się co dwa miesiące.⁶⁵ Do tej pory zmiany wykazów leków refundowanych ukazywały się jeden lub dwa razy w roku. Ustawa przynosi korzyści dla części producentów, zwłaszcza leków generycznych. Stanowi bowiem to dla nich możliwość zaistnienia na rynku bądź zwiększenia udziału w sprzedaży produktów leczniczych.⁶⁶ Również apteki chętniej, niż kiedyś, są skłonne do zamieniania zaordynowanego leku przez lekarza na tańszy lek generyczny. Ceny leków w Polsce mimo to należą do najniższych w Europie – średnia cena leków generycznych w Polsce jest o 43% niższa od średniej ceny tych leków w Unii Europejskiej, natomiast

⁶⁰ Szalotka K. *Opieka farmaceutyczna w ochronie zdrowia Polaków*. PWN, Warszawa 2011, s. 162.

⁶¹ Mruk H., Michalik M., Barańkiewicz T. *Marketingowe zarządzanie apteką*. ABC a Wolters Kluwer business, Warszawa 2013, s. 9.

⁶² Kula P. *Jak zmienił się rynek farmaceutyczny w Polsce*. *Aptekarz Polski*, 2011, nr 61/39 online.

⁶³ Tamże.

⁶⁴ Tamże.

⁶⁵ Mruk H., Michalik M., Barańkiewicz T. *Marketingowe zarządzanie apteką*. ABC a Wolters Kluwer business, Warszawa 2013, s. 21.

⁶⁶ Kula P. *Jak zmienił się rynek farmaceutyczny w Polsce*. *Aptekarz Polski*, 2011, nr 61/39 online.

średnia cena leków innowacyjnych w Polsce jest niższa o 59%.⁶⁷ Wprowadzona Ustawa wpłynęła również na wzrost cen leków refundowanych i wyrobów medycznych.⁶⁸ Spowodowało to, że średnia zapłata pacjenta za statystyczne opakowanie leku refundowanego także wzrosła.⁶⁹ Likwidacja mechanizmów rynkowych np. obniżenie marży hurtowej negatywnie wpłynęło na rynek hurtowy leków. Wprowadzono także marżę degresywną - naliczania od leku, który jest limitem w grupie. Oznacza to, że z uwagi na znaczny udział na rynku leków refundowanych, apteki znacznie straciły na marży dla tych produktów, która i tak jest najmniejsza ze wszystkich segmentów tegoż rynku. Te zmiany w połączeniu ze zmianami w hurcie wpłynęły negatywnie na kondycję finansową aptek. Ustawa nałożyła również na apteki konieczność podpisania umowy na sprzedaż leków refundowanych, określiła czas i sposoby przekazywania informacji na temat sprzedaży do NFZ-tu oraz zawarła dość rygorystyczne podejście do kontroli i kar względem aptek, które złamią przepisy ustawy.

Celem Ustawy było umożliwienie pacjentom dostępu do tańszych leków refundowanych i obniżenie w skali kraju cen i marż leków refundowanych. Zlikwidowało to nierówną konkurencję i zapewniło pacjentom dostęp do tańszego leczenia lekami na receptę. Obniżyło także dopłaty NFZ-tu do refundacji, co wiąże się ze znacznymi oszczędnościami dla finansów publicznych.⁷⁰ Te zmiany miały też z drugiej strony wpływ na obniżenie rentowności aptek. Spadła marża apteczna na leki refundowane, których sprzedaż do końca 2011 roku dynamicznie rosła i stanowiła większość segmentu aptecznego. Wpłynęło to także na podniesienie średniej ceny za opakowanie leku na receptę i podniesienie kosztów farmakoterapii dla pacjentów. Skutkiem tego jest z jednej strony rezygnacja pacjenta z zakupu części leków zapisanych na recepcie, a z drugiej strony farmaceuci chętniej polecają tańsze leki generyczne zamiast tych zaordynowanych przez lekarza. Wprowadzona Ustawa, pociągnęła więc za sobą cały łańcuch zmian na całym rynku farmaceutycznym.

⁶⁷ http://www.infozdrowie.org/attachments/leki2013/4_kucharewicz.pdf

⁶⁸ Tamże.

⁶⁹ http://www.infozdrowie.org/attachments/leki2013/4_kucharewicz.pdf

⁷⁰ www.nfz.gov.pl, Komunikaty NFZ.

1.2. Charakterystyka współczesnego klienta, wzrost ilości pacjentów geriatrycznych.

Przez pojęcie konsumpcji, a takie sformułowanie można odnieść do klientów aptek kupujących i zażywających leki, rozumiemy akt lub proces konsumpcji.⁷¹ W ujęciu ekonomicznym, przez konsumpcję rozumie się najczęściej akty, które zaspakajają różnorodne, bieżące potrzeby ludzkie, bądź jako proces wykorzystywania dóbr i usług w celu zaspokojenia tych potrzeb.⁷² Konsumpcja jest więc pewnym procesem, w wyniku którego zaspokojenie potrzeb ludzkich następuje przez akt sprzedaży i zakupu.⁷³

Potrzeba jest podstawową zachowania się konsumenta. „Potrzeba jest subiektywnym odczuwaniem braku, niezaspokojenia bądź pożądaniami określonych warunków lub rzeczy, które z jednej strony są niezbędne dla człowieka w celu utrzymania go przy życiu, z drugiej zaś umożliwiają mu rozwój oraz pozwalają pełnić określone funkcje w społeczeństwie. Oznacza to, że potrzeby są jednym z kluczowych determinant dynamizujących ludzkie działanie, a także odgrywających istotną rolę w życiu człowieka funkcjonującego w danym środowisku i grupie społecznej.”⁷⁴

Pojęcie konsument pochodzi od łacińskiego *consumtio* (spożycie) i *consumere* (spożywać).⁷⁵ Tradycyjnie konsumenta definiuje się jako osobę, która odczuwa potrzeby i zaspakaja je poprzez korzystanie z dóbr i usług.⁷⁶ Pojęcie „konsumenta” należy odróżnić od takich kategorii, jak nabywca i klient, które dość często są używane zamiennie.⁷⁷ Konsumentem jest każdy, kto nie tylko kupuje, ale także posiada, użytkuje, zużywa a nawet niszczy posiadane dobra.⁷⁸ Nabywcą jest natomiast osoba, które kupuje na rynku dobra i usługi w celu zaspokojenia potrzeb konsumpcyjnych własnych bądź innych osób. Nabywca więc może być konsumentem lub reprezentantem konsumenta na rynku.⁷⁹ Z kolei klientem jest podmiot potencjalnie zainteresowany zakupem danego produktu. Konsument dokonując wyboru dóbr i usług kieruje się swoimi preferencjami, dochodami, a także upodobaniami, przyzwyczajeniami i tradycjami.⁸⁰ Na jego ostateczną decyzję o zakupie dóbr i usług wpływa również cały splot warunków i czynników jego otoczenia dalszego i bliższego.⁸¹

⁷¹ Zalega T. *Konsumpcja. Determinanty. Teorie. Modele*. Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne, Warszawa 2012, s. 14-15.

⁷² Tamże, s. 14-15.

⁷³ Tamże, s. 14-15.

⁷⁴ Tamże, s. 47.

⁷⁵ Szulce H. *Leksykon sfer spożycia. Technologia i metodyka badań*. PWE, Warszawa 1998, s. 161.

⁷⁶ Maciejewski G. *Ryzyko w decyzjach nabywczych konsumentów*. Prace Naukowe UE Katowice, Katowice 2010, s. 14.

⁷⁷ Kolny B., Kucia M., Stolecka A. *Produkt i Marki w opinii e-konsumentów*. Wydawnictwo HELION, Gliwice 2011, s. 9.

⁷⁸ Kędziora Z. *Konsument wobec zmian systemowych w Polsce*. Marketing i Rynek, 1999, nr 1, s. 20.

⁷⁹ Janoś-Krzesło M., Mróz B. (red. nauk.) *Konsument i konsumpcja we współczesnej gospodarce*. SGH, Warszawa 2006, s. 14-15.

⁸⁰ Kolny B., Kucia M., Stolecka A. *Produkt i Marki w opinii e-konsumentów*. Wydawnictwo HELION, Gliwice 2011, s. 10.

⁸¹ Altkorna J., Kramera T. Pr. Zb. *Leksykon marketingu*. PWE, Warszawa 1998, s. 120.

Charakteryzując współczesnego klienta w ramach organizacji, aby jak najbardziej dopasować do niego sprzedaż, można podczas segmentacji przyjąć za kryterium podziału jego wymagania w zakresie wartości.⁸² Pozwala to skoncentrować się na kliencie i jego potrzebach. Biorąc pod uwagę wartość klientów można podzielić ich na trzy grupy:

- klienci ceniący wyłącznie wartość produktu,
- klienci ceniący wartość dodatkową,
- klienci ceniący wartość strategiczną.⁸³

Do pierwszej grupy zaliczamy **klientów (pacjentów) ceniących wyłącznie wartość produktu**. Dla nich najważniejszy jest koszt (cena) kupowanego specyfiku. Nie liczy się dla nich marka, zaś produkt traktują jako towar, który można łatwo zastąpić konkurencyjnym. Cała wartość zamyka się u nich w produkcie. Dlatego nawet rozmowa z farmaceutom nie stanowi dla nich wartości dodanej i jego argumenty nie przekonają go do zmiany specyfiku. Nie zgłaszają potrzeby doradztwa, czy dostosowania produktu do indywidualnych wymagań. Największą wartość stanowią dla nich łatwość i niskie koszty zakupu.⁸⁴

Klienci ceniący wartość dodatkową skupiają swoją uwagę nie tylko na samym preparacie, ale także na korzyściach jakie może przynieść rozmowa z farmaceutom. Cenią sobie rady i pomoc, która ułatwi im wybór i pomoże w doborze specyfiku z gamy OTC w podniesieniu jakości zdrowia. Cena nie jest dla nich najważniejsza, jeśli aptekarz pokaże im zalety i korzyści płynące z konkurencyjnego produktu. Chętnie budują relacje stając się przez to lojalnymi pacjentami apteki. Wykazują potrzebę dostosowania produktu do własnych potrzeb. Pomoc ze strony farmaceuty ma dla nich dużą wartość.⁸⁵

Klienci ceniący wartość strategiczną chcą czegoś więcej niż tylko produkt, cenią wartość relacji z farmaceutom. Wykazują często dużą wiedzę z zakresu nauk medycznych, chętnie dyskutując z aptekarzami. Wymagają więcej uwagi i poświęcenia czasu na rozmowę, jednakże skłonni są zapłacić więcej za dany preparat czy zakupy w danej aptece, jeśli farmaceuta stanie się partnerem w rozmowie z nim i poświęci im wymaganą ilość czasu.

Współczesny klient staje się coraz bardziej wymagający, zmienia się też struktura społeczeństwa w którym żyje. Ma na to wpływ wiele czynników m.in.: demograficzne, ekonomiczne, naturalne, społeczno-kulturowe. Uwarunkowania demograficzne polskiego społeczeństwa w ostatnich latach bardzo się zmieniły. Dochody i liczba ludności oraz tempo wzrostu demograficznego odgrywają dużą rolę w branży farmaceutycznej, a w szczególności dla aptek.⁸⁶ Warto zwrócić również uwagę na strukturę wieku, poziom wykształcenia, wzorce gospodarstw, cechy regionalne i migracyjne.⁸⁷ Poznanie otoczenia placówki

⁸² Rackham N., De Vincentis J. *Zespół sprzedaży w obliczu zmian. Jak na nowo zdefiniować sprzedaż, aby stworzyć wartość dla klientów*. Oficyna a Wolters Kluwer business, Warszawa 2010, s. 24.

⁸³ Tamże, s. 24.

⁸⁴ Tamże, s. 27.

⁸⁵ Tamże, s. 27.

⁸⁶ Grabowski L., Rutkowski I., Wrzosek W. *Marketing. Punkt zwrotny nowoczesnej firmy*. PWE, Warszawa 2000, s. 75.

⁸⁷ Kotler Ph. *Marketing, analiza, planowanie, wdrażanie i kontrola*. Gebethner & Ska, Warszawa 1994, s. 141.

z uwzględnieniem tych wszystkich elementów pozwoli na dobranie odpowiednich narzędzi pasujących do profilu ludności mieszkającej w pobliżu apteki i odwiedzającej ją.

Według rocznika PZH (Państwowy Zakład Higieny) z 2008 roku liczba ludności Polski zmniejsza się od 1996 roku i wyniosła pod koniec 2007 roku 38 115,6 tys.⁸⁸ Według prognozy GUS (Główny Urząd Statystyczny) przyjmuje się dalsze obniżenie liczby ludności, gdzie w 2035 roku prognozuje się spadek o około 2120 tys.⁸⁹ W latach 2002-2011 zwiększyła się (o ok. 823 tys.) liczba osób w wieku produkcyjnym (18-59/64 lata) oraz wzrósł udział tej grupy osób o 1,7 pkt. procentowego w stosunku do 2002 roku.⁹⁰ Przy czym odnotowano nieznaczne zmniejszenie się (o ok. 120 tys.) liczebności grupy wieku mobilnego (18-44 lata), natomiast w grupie wieku niemobilnego (45-59 – kobiety i 45-64 lata – mężczyźni) nastąpił przyrost o ok. 944 tys. (wzrost o 2,3 pkt. procentowego).⁹¹ Tym samym coraz mniej korzystne stają się proporcje między grupami wieku produkcyjnego – w 2011 roku udział ludności w wieku mobilnym wynosił 62% wieku produkcyjnego, w 2002 roku 65%.⁹²

W stosunku do poprzedniego spisu (w 2002 roku) liczba osób w wieku poprodukcyjnym (60/65 i więcej) wzrosła o prawie 1 milion (981 tys.).⁹³ Zwiększył się także – do 17,5% (tj. o 2,5 pkt) – jej udział w ogólnej liczbie ludności; w 2002 r. wynosił 15,0%.⁹⁴

Na skutek zmian w ekonomicznych grupach wieku obniżył się współczynnik obciążenia demograficznego (na niekorzyść grupy wieku przedprodukcyjnego).⁹⁵ Oznacza to, że w 2011 roku na każde 100 osób w wieku produkcyjnym przypadało 57 osób w wieku nieprodukcyjnym; o 5 osób mniej niż miało to miejsce w 2002 roku. Najbardziej istotne zmiany dotyczą rozkładu tego wskaźnika na wskaźniki cząstkowe, tj. na wiek przedprodukcyjny i poprodukcyjny (patrz tabela nr 1). Należy zauważyć, że zmniejszenie (o 8 punktów, tj. z 38 do 30) dotyczy wskaźnika cząstkowego właściwego dla wieku przedprodukcyjnego natomiast obciążenie ludnością w wieku poprodukcyjnym wzrosło o 3 punkty (z 24 do 27).

⁸⁸ Wojtyński G., Gorczyński P. *Sytuacja zdrowotna ludności Polski*. Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego, Warszawa 2008, s.17.

⁸⁹ Tamże, s.17.

⁹⁰ Główny Urząd Statystyczny, *Wynik Narodowego Spisu Powszechnego Ludności i Mieszkań 2011. Podstawowe informacje o sytuacji demograficzno-społecznej ludności Polski oraz zasobach mieszkaniowych*, Warszawa 2012.

⁹¹ Główny Urząd Statystyczny, *Wynik Narodowego Spisu Powszechnego Ludności i Mieszkań 2011. Podstawowe informacje o sytuacji demograficzno-społecznej ludności Polski oraz zasobach mieszkaniowych*, Warszawa 2012.

⁹² Tamże.

⁹³ Tamże.

⁹⁴ Tamże.

⁹⁵ Tamże.

Tabela 1. Ludność w wieku nieprodukcyjnym na 100 osób w wieku produkcyjnym – według NSP (Narodowy Spis Ludności 2011) 2011 i 2002.

Wyszczególnienie		Nieprodukcyjny razem	Z tego		Mężczyźni	Kobiety
			Przedprodukcyjny	Poprodukcyjny		
ogółem	2011	57	30	27	46	70
	2002	62	38	24	52	72
miasta	2011	55	27	28	44	67
	2002	56	33	23	48	64
wieś	2011	61	35	26	49	75
	2002	73	46	27	61	87

Źródło: http://www.stat.gov.pl/cps/rde/xbcr/gus/lu_nps2011_wyniki_nsp2011_22032012.pdf.

Społeczeństwo polskie starzeje się i zmniejsza się udział dzieci i młodzieży w wieku poniżej 20. roku życia, a zwiększa się liczba osób po 65. roku życia, w tzw. wieku poprodukcyjnym. Perspektywa na najbliższe lata też nie jest optymistyczna, zakłada dalszy wzrost osób starszych, by w latach 2010-2030 zwiększyć się do 22,3%.⁹⁶

Sytuacja demograficzna wpływa również na kondycję ekonomiczną społeczeństwa. Polacy żyją coraz dłużej, przeciętny Polak - 72,7 lat, a przeciętna Polka - 81 lat.⁹⁷ To o 3 lata dłużej niż w 2000 roku i o ok. 6 lat dłużej niż przed 20 laty.⁹⁸ Wzrost długości życia przekłada się na zwiększenie się ilości tzw. pacjentów geriatrycznych w aptekach. To oni w największym stopniu korzystają z usług podmiotów leczniczych i są najczęstszymi pacjentami aptek. Sytuacja ekonomiczna państwa i wzrost marż na leki refundowane przerzucił większy ciężar finansowania wydatków związanych z ochroną zdrowia na barki pacjentów. Wpływa to na rezygnację z zakupu leków przez pacjentów, szczególnie przez rencistów i emerytów. Farmaceuta może zapobiec takim sytuacją proponując tańszy lek generyczny, istotne jest przy tym, aby pacjent nie przerwał kuracji z powodu problemów finansowych. Dlatego tak ważna jest rozmowa z pacjentem i wdrażanie opieki farmaceutycznej do aptek.

Proces dokonywania zakupów przez klientów w aptece jest też uwarunkowany przez czynniki kulturowe, społeczne, osobowe i psychologiczne.⁹⁹ Wpływa to na zachowania zakupowe klientów apteki. Społeczeństwo i czynniki kulturowe kształtują podstawowe wartości, sposób postrzegania, pragnienia i zachowania.

⁹⁶ Wojtyniak G., Gorczyński P. *Sytuacja zdrowotna ludności Polski*. Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego, Warszawa 2008, s. 18-19.

⁹⁷ Główny Urząd Statystyczny. *Wynik Narodowego Spisu Powszechnego Ludności i Mieszkań 2011. Podstawowe informacje o sytuacji demograficzno-społecznej ludności Polski oraz zasobach mieszkaniowych*, GUS, Warszawa 2012.

⁹⁸ Tamże.

⁹⁹ Kotler Ph., Armstrong G., Saunders J., Wong V. *Marketing. Podręcznik europejski*. PWE, Warszawa 2002, s. 266.

Na wybór i postawę klientów apteki wpływają też czynniki psychologiczne: motywacja, postrzeganie, uczenie się, przekonanie i postawa.¹⁰⁰

Pacjent apteki świadom własnych potrzeb związanych z dbaniem o stan zdrowia, staje się coraz bardziej wymagający. Zadowolenie klienta, budowa trwałych i partnerskich związków z pacjentem ułatwi znajomość hierarchii potrzeb wg Abrahama Masłowa.¹⁰¹ Zaszeregował je od najbardziej do najmniej naglących:

1. Potrzeby fizjologiczne,
2. Potrzeby bezpieczeństwa,
3. Potrzeby przynależności,
4. Potrzeby uznania,
5. Potrzeby samorealizacji.¹⁰²

Potrzeby fizjologiczne i bezpieczeństwa są zaliczane do elementów podstawowych, których zaspokojenie powinna realizować każda z aptek np. szklanka z wodą, pomoc przy wyborze leku, informacja o dawkowaniu zapisana czytelnie na kartce. Nie można jednak zapomnieć o pozostałych trzech potrzebach zaliczanych do ponadpodstawowych. To one zadecydują o przywiązaniu pacjenta do apteki, są też domeną współczesnego kłębka, który oczekuje ponadstandardowej obsługi skupionej na realizacji jego potrzeb. Ułatwi to także tworzenie wartości dla klienta.

Pacjent kieruje się różnymi przesłankami przy wyborze apteki. Wpływ ma na to wiele czynników w tym realizacja własnych potrzeb. Farmaceuta nie zmieni położenia, czy otoczenia placówki w której pracuje, ale jego cechy osobowościowe mogą wpłynąć na relację i budowanie więzi z pacjentem. W zależności od wieku i miejsca zamieszkania (duże lub małe miasto, wieś) wpływ na wybór apteki mają różne determinanty (położenie blisko miejsca zamieszkania lub przychodni, w centrum handlowym, ulubiona apteka z wyjątkową obsługą).¹⁰³

Często ważnym elementem przy wyborze apteki jest możliwość wcześniejszego zarezerwowania sobie leków przez telefon, czy zakup przez Internet. E-konsument ma ograniczone możliwości zakupu leków online, w związku z tym, iż jest to zabronione w prawie polskim, choć dopuszczone w europejskim.¹⁰⁴ Na rynku polskim rozwijają się apteki internetowe, ale mają wiele ograniczeń między innymi zakaz sprzedaży leków na receptę.¹⁰⁵

¹⁰⁰ Kotler Ph., Amstrong G., Saunders J., Wong V. *Marketing. Podręcznik europejski*. PWE, Warszawa 2002, s. 278.

¹⁰¹ Tamże, s. 279.

¹⁰² Tamże, s. 280.

¹⁰³ Szalotka K. *Marketing w aptece*. Continuo, Warszawa 2005, s. 45-47.

¹⁰⁴ Tamże, s. 49.

¹⁰⁵ Tamże, s. 49.

Klienci oczekują i cenią sobie fachową wiedzę farmaceutów przekazaną im w dostępny i zrozumiały sposób. Mimo rosnącej konkurencji na rynku leków OTC to nadal apteka jest głównym miejscem zakupu preparatów z tej grupy. Farmaceuta cieszy się szacunkiem i zaufaniem społeczeństwa.¹⁰⁶

Pacjent zwraca uwagę nie tylko na jakość, ale także na szybkość obsługi w aptece.¹⁰⁷ Liczy się dla niego uczciwość i solidność farmaceuty. Na znaczeniu zyskuje coraz bardziej doradztwo farmaceutyczne, a przez to bardziej istotne będą tzw. elementy miękkie w budowaniu wizerunku.¹⁰⁸ Zaliczamy do nich cechy osobowości farmaceuty, zdolność do budowania zaufania, tworzenie atmosfery partnerstwa i porozumienia, komunikatywność oraz empatia.

Oczekiwania współczesnego klienta są coraz większe, co wynika ze znacznego wzrostu zainteresowania własnym zdrowiem i wyglądem. Zarówno klienci starsi jak i młodszy chcą podnieść jakość życia inwestując w suplementy diety i dermokosmetyki dostępne w aptece. Te dwie grupy wiekowe różnią się indywidualnymi potrzebami, sposobem komunikowania się i wartościami jakie są dla nich najważniejsze (cena czy jakość produktu), ale farmaceuta jest dla nich nie tylko osobą sprzedającą im leki, ale przede wszystkim doradcą.

1.3. Opieka farmaceutyczna w Polsce.

1.3.1. Geneza i rozwój opieki farmaceutycznej.

Rozwój polityki zdrowotnej na świecie i Polsce pociągnął za sobą zainteresowanie własnym zdrowiem w konsekwencji nastąpił rozwój i znaczenie sektora farmaceutycznego.¹⁰⁹ Głównym celem tego rynku jest dystrybucja leków, opatrunków i środków medycznych w celu poprawy lub utrzymania stanu zdrowia.¹¹⁰ Patrząc na historię aptekarstwa w Polsce, można dostrzec istotny przełom w rozwoju przemysłu farmaceutycznego po 1989 roku. W 80. latach XX wieku na rynku farmaceutycznym istniało 4 tys. aptek zaopatrujących Polaków w medykamenty.¹¹¹ Tamte czasy to także brak konkurencji na rynku aptekarskim ze strony sektora prywatnego. Powodowało to ustawiczne kolejki w aptekach i brak czasu na fachową obsługę pacjenta połączoną z doradztwem farmaceutycznym. Początek lat 90. XX wieku to

¹⁰⁶ Szalonka K. *Marketing w aptece*. Continuo, Warszawa, s. 47.

¹⁰⁷ Michalik M., Pilarczyk B., Mruk H. *Marketing strategiczny na rynku farmaceutycznym*. Oficyna a Wolters Kluwer business, Warszawa 2011, s. 198.

¹⁰⁸ Tamże, s. 198.

¹⁰⁹ Szalonka K. *Opieka farmaceutyczna w ochronie zdrowia Polaków*. PWN, Warszawa 2011, s. 51.

¹¹⁰ Tamże, s. 51.

¹¹¹ Tamże, s. 51.

dominacja sektora prywatnego połączona często z agresywną konkurencją i minimalizacją roli doradztwa farmaceutycznego w aptekach. Dopiero zmiana w przepisach i ustawa o refundacji leków (...) ¹¹² spowodowała ograniczenia w podejmowanych na szeroką skalę działaniach marketingowych i skupieniu uwagi farmaceutów na potrzebach pacjentów. Teraz to klient stanął w centrum uwagi wszystkich aptekarzy i zaspokojenie jego oczekiwań stało się głównym narzędziem konkurencji pomiędzy aptekami. Dotychczasowa polityka i podejmowane działania marketingowe w aptekach sprawiły, że farmaceuci są postrzegani przez polskie społeczeństwo jako sprzedawcy, a nie jako wykwalifikowani pracownicy, którzy pełnią ważną rolę w ochronie zdrowia. Zadania farmaceuty w zakresie promocji i opieki zdrowia podkreśliła w 1993 roku Światowa Organizacja Zdrowia. ¹¹³ To farmaceuta jest najczęściej pierwszym ogniwem, do którego zwraca się pacjent po poradę. ¹¹⁴ Wiąże się to z łatwiejszym dostępem do farmaceutów, niż do lekarzy do których trzeba czekać w długich kolejkach, a niektóre z usług nie są objęte refundacją. Farmaceuta ma tutaj pełnić rolę doradcy, pomóc w wyborze leków dostępnych bez recepty, dostosowanych do dolegliwości pacjenta i uwzględniających ewentualne inne przewlekłe choroby klienta i stosowane leki. Powinien też na podstawie przeprowadzonego wywiadu (rozmowy z pacjentem na temat jego stanu zdrowia) ustalić potrzebę udania się do specjalisty. Farmaceuta nie powinien podejmować działań, wykraczających poza jego kompetencje.

Podsumowanie zadań, obowiązków i roli farmaceuty stanowi poniższa definicja: *„farmaceuta to wysoko wykwalifikowany specjalista zajmujący się ochroną zdrowia publicznego, wykonujący czynności mające na celu zapewnienie optymalnego zdrowia pacjenta”*. ¹¹⁵

Apteka przez lata była miejscem dystrybucji leków, z której właściciele czerpali wymierne zyski. Pomocne były w tym różne działania marketingowe podejmowane w aptekach przez właścicieli apteki i firmy farmaceutyczne. Podstawowym zadaniem farmaceutów była maksymalizacja zysków przez zwiększanie sprzedaży leków. Zamiast promocji zdrowia prowadzono promocje leków, co prowadziło do zwiększonej konsumpcji leków, wpływającej często na pogorszenie się stanu zdrowia pacjenta. Efekt był odwrotny do zamierzonego. Apteka przestała w tym wypadku pełnić misję ochrony życia i zdrowia pacjenta. ¹¹⁶ W 1998 roku na posiedzeniu FIP (Federation Internationale Pharmaceutique – Międzynarodowa Federacja Farmaceutów) potwierdzono, że z powodu coraz większej ilości leków dostępnych na rynku, pacjent powinien otrzymać wsparcie farmaceuty w procesie terapii lekowej w postaci obiektywnych informacji, które mają przyczynić się do maksymalizacji korzyści terapeutycznych i zapobiec pojawieniu się

¹¹² Ustawa z dnia 12 maja 2011 roku o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobach medycznych (Dz. U. z dnia 13 czerwca 2011 roku nr 122, poz. 696, z późn. zm.).

¹¹³ Szalotka K. *Opieka farmaceutyczna w ochronie zdrowia Polaków*. PWN, Warszawa 2011, s. 41.

¹¹⁴ Carowicz G. *Istota opieki farmaceutycznej* [w] Szalotka K. *Opieka farmaceutyczna w Polsce – warunki i szanse wdrożenia*. Wyższa Szkoła Handlowa we Wrocławiu Continuo, Wrocław 2010, s. 9-10.

¹¹⁵ Zygałło E. *Wizerunek farmaceuty w oczach społeczeństwa na podstawie badań ankietowych przeprowadzonych we Francji*. Czasopismo Aptekarskie 2004, nr 1, s. 42-44.

¹¹⁶ Szalotka K. *Opieka farmaceutyczna w ochronie zdrowia Polaków*. PWN, Warszawa 2011, s. 52.

niepożądanych działań.^{117,118} FIP jest najstarszą organizacją farmaceutyczną na świecie. Powstała w 1912 roku. Zrzesza 3 mln farmaceutów z całego świata i naukowców specjalizujących się w farmacji. Misją organizacji jest reprezentowanie zawodu, osiągnięcie w dziedzinie farmacji oraz ich popularyzowania w środowisku.¹¹⁹ Odwołując się do definicji promocji zdrowia, która "według Karty Ottawskiej umożliwia ludziom zwiększenie kontroli nad swoim zdrowiem i jego poprawą poprzez podejmowanie decyzji sprzyjających zdrowiu, kształtowanie potrzeb i kompetencji do rozwiązywania problemów zdrowotnych oraz zwiększanie potencjału zdrowia"¹²⁰ to farmaceuta i lekarz posiadają odpowiednią wiedzę o lekach i to oni są autorytetem w tej dziedzinie. Dążenia firm farmaceutycznych do maksymalizacji zysków powodują, że przeznaczają one duże nakłady finansowe na działania marketingowe promujące leki w mediach. Pacjenci traktują przez to leki jako środki spożywcze.

Niewłaściwa i nadmierna konsumpcja medykamentów, która prowadzi do interakcji pomiędzy lekami oraz nieprzestrzeganie zaleceń terapeutycznych pociąga za sobą konsekwencje nie tylko zdrowotne, ale także finansowe. Wiąże się to z dodatkowymi poradami lekarskimi, badaniami diagnostycznymi, a nawet hospitalizacją. Publiczny system opieki zdrowotnej w Polsce ponosi skutki finansowe nadmiernej konsumpcji leków. Szacuje się, że jest to około 6 mld zł rocznie.¹²¹ Takie działania powinny być dodatkowym impulsem do podejmowania przez apteki działań na rzecz wdrożenia do swoich aptek opieki farmaceutycznej, która stanowi wartość dodaną do sprzedaży leków w aptekach. Farmaceuci powinni postawić sobie za cel zmniejszenie nieracjonalnej konsumpcji leków, przez którą należy rozumieć:

- nieuzasadnioną konsumpcję leków;
- nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich i farmaceutycznych przez stosowanie niepełnej zaordynowanej kuracji lekowej przez pacjentów;
- nadmierną konsumpcję leków, która doprowadza do pogorszenia stanu zdrowia lub nawet śmierci.¹²²

Podejmowane działania marketingowe i promocyjne mające miejsce na rynku farmaceutycznym przyczyniają się do przekonania pacjentów, że lek jest bezpiecznym produktem i służy poprawie zdrowia. Takie przesłanki lobbowane przez producentów na całym świecie nie ukazują jednak skutków niekontrolowanego samoleczenia stosowanego przez pacjentów. Wiedza klientów aptek na temat leków jest znikoma, często opierają się oni na opinii znajomych bądź rodziny, czy informacjach zaczerpniętych z reklam. Firmy farmaceutyczne z jednej strony tworzą coraz nowocześniejsze i doskonalsze leki, z drugiej

¹¹⁷ Łazowski J. *Podstawy opieki farmaceutycznej w teorii i praktyce aptecznej*. Biblioteka Naukowa „Czasopisma Aptekarskiego”, Warszawa 2005, s. 105; www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2316538.

¹¹⁸ Szalonka K. *Opieka farmaceutyczna w ochronie zdrowia Polaków*. PWN, Warszawa 2011, s. 52.

¹¹⁹ http://www.fip.org/?page=menu_about

¹²⁰ <http://www.mz.gov.pl/zdrowie-i-profilaktyka/promocja-zdrowia>

¹²¹ Kardas P. *Nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich. Dlaczego prawidłowe leczenie nie skutkuje?* Continuo, Wrocław 2006, s. 7-10.

¹²² Szalonka K. *Opieka farmaceutyczna w ochronie zdrowia Polaków*. PWN, Warszawa 2011, s. 53.

strony ich działania reklamowe przyczyniają się do nadmiernej konsumpcji leków. Sprzedaż leków stanowi bowiem ich zysk. Tym bardziej staje się słuszne wdrożenie idei opieki farmaceutycznej do aptek.

Ważnym krokiem prawnym umożliwiającym wprowadzenie opieki farmaceutycznej do aptek była decyzja Naczelnej Rady Aptekarskiej w 2007 roku. Pozwoliła ona na uznanie strategii opieki farmaceutycznej w Polsce za oficjalne stanowisko samorządu aptekarskiego. Dodatkowym aspektem umożliwiającym rozwój opieki farmaceutycznej było zatwierdzenie ustawy o zmianie ustawy o izbach aptekarskich z 10 stycznia 2008 roku (Dz. U. z 2008 nr 47, poz. 273).¹²³ Ten akt prawny objął usługę opieki farmaceutycznej jako jeden z celów ochrony zdrowia publicznego, którego wykonywanie należy do obowiązków zawodu farmaceuty. W celu kształcenia farmaceutów w kierunku opieki farmaceutycznej, umieszczono także te tematy w programach kształcenia podyplomowego farmaceutów, o czym mówi rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie szkoleń ciągłych dla farmaceutów.¹²⁴ Również w programie szkoleń podyplomowych organizowanych przez Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego wprowadzono tematykę z zakresu opieki farmaceutycznej.¹²⁵ Tematy związane z opieką farmaceutyczną stały się od roku akademickiego 2008/2009 obowiązkowym przedmiotem dla wszystkich studentów farmacji na uczelniach w całej Polsce.¹²⁶ Wynika to z Uchwały z dnia 2 lipca 2008 roku Konferencji Dziekanów Wydziałów Farmaceutycznych w sprawie harmonizacji nauczania opieki farmaceutycznej w ramach studiów magisterskich na kierunku farmacja.^{127,128}

Po raz pierwszy definicja opieki farmaceutycznej pojawiła się w amerykańskim czasopiśmie naukowym *American Journal of Hospital Pharmacy* w 1975 roku, gdzie opisano opiekę jako: „*pomoc dla pacjenta w celu zapewnienia mu bezpiecznego i racjonalnego stosowania leków*”.^{129,130}

Brodie i współautorzy w 1980 roku rozszerzyli definicję opieki farmaceutycznej pisząc, że „*opieka farmaceutyczna obejmuje określenie potrzeb lekowych danej osoby, nie tylko jako zaopatrzenie w leki, lecz także jako udzielenie niezbędnych świadczeń (przed, w czasie i po zakończeniu leczenia), zapewniających optymalnie bezpieczną i skuteczną farmakoterapię*”.¹³¹

¹²³ Ustawa z dnia 10 stycznia 2008r. o zmianie ustawy o izbach aptekarskich (Dz. U. z 2008 nr 47, poz. 273).

¹²⁴ Carowicz G. *Istota opieki farmaceutycznej* [w] Szalonka K. *Opieka farmaceutyczna w Polsce – warunki i szanse wdrożenia*. Wyższa Szkoła Handlowa we Wrocławiu Continuo, Wrocław 2010, s. 9- 10.

¹²⁵ *Europejskie Stowarzyszenie Wydziałów Farmacji: Raport grupy zadaniowej zajmującej się wprowadzaniem do programu nauczaniu przedmiotu Opieka farmaceutyczna*. Czasopismo Aptekarskie 1999, nr 5.

¹²⁶ Żymelka-Naturalny A. *Prawne aspekty wdrożenia opieki farmaceutycznej na świecie i w Polsce*. [w] Szalonka K. *Opieka farmaceutyczna w Polsce – warunki i szanse wdrożenia*. Wyższa Szkoła Handlowa we Wrocławiu Continuo, Wrocław 2010, s. 36.

¹²⁷ Tamże, s. 36.

¹²⁸ Bąbelek T. *Co dalej z opieką farmaceutyczną w Polsce?* Aptekarz Poleski 2008, nr 24, s. 8-11.

¹²⁹ Carowicz G. *Istota opieki farmaceutycznej* [w] Szalonka K. *Opieka farmaceutyczna w Polsce – warunki i szanse wdrożenia*. Wyższa Szkoła Handlowa we Wrocławiu Continuo, Wrocław 2010, s. 10.

¹³⁰ Hepler Ch. D., Stand L.M. *Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care*. *American Journal of Hospital Pharmacy* 1990, nr 47, s. 533.

¹³¹ Carowicz G. *Istota opieki farmaceutycznej* [w] Szalonka K. *Opieka farmaceutyczna w Polsce – warunki i szanse wdrożenia*. Wyższa Szkoła Handlowa we Wrocławiu Continuo, Wrocław 2010, s. 10-11.

W 1987 roku Hepler Ch. D. podał nową definicję opieki farmaceutycznej określając obowiązki farmaceuty wobec pacjenta, pisząc „*opieka farmaceutyczna jest uzgodnionym związkiem między pacjentem a farmaceutą, w którym farmaceuta sprawuje kontrolę nad procesem stosowania leków (posiadając odpowiednią wiedzę i umiejętności), kierując się świadomością i zobowiązaniem wobec interesu (dobra) pacjenta*”.¹³² Przedstawiona definicja podkreśla rolę farmaceuty jako jedynej wykwalifikowanej osoby do sprawowania opieki farmaceutycznej.¹³³

Te trzy wyżej wymienione definicje opisują nie tylko samo pojęcie opieki farmaceutycznej (ujęte w pierwszej i drugiej definicji), ale także rolę farmaceuty jako osoby koordynującej i sprawującej kontrolę nad prawidłowym procesem zażywania leków co jest głównym zadaniem opieki farmaceutycznej.

O roli farmaceuty w systemie zdrowia, debatowali w 1988 roku na konferencji w New Dehli doradcy z WHO. Zaproponowano wówczas standardy, kształcenia aptekarzy w zakresie farmacji klinicznej.¹³⁴

Początek lat 90. XX wieku przynosi nową definicję opieki farmaceutycznej. Hepler Ch. D. i Strand L. M. piszą, że „*opieka farmaceutyczna jest odpowiedzialnym zapewnieniem farmakoterapii, której celem jest uzyskanie określonych efektów poprawiających jakość życia pacjenta. Efektami tymi są następujące czynniki:*

- wyleczenie,
- wyeliminowanie lub złagodzenie objawów choroby,
- zatrzymanie lub spowolnienie procesu chorobowego,
- zapobieżenie chorobie lub wystąpienia jej objawów.”

Powyższa definicja opisuje zadania, które kryją się pod pojęciem opieki farmaceutycznej. W porównaniu do poprzednich, najlepiej opisuje definicję opieki farmaceutycznej. Upływ lat i rozwój problemów lekowych zauważanych przez coraz szersze grono organizacji zajmujących się zdrowiem sprawił, że pojęcie opieki farmaceutycznej zyskało na znaczeniu, a jej definicja została rozbudowana o kolejne elementy, aby objąć wszystkie problemy, które w ramach opieki farmaceutycznej stawiane są przed farmaceutą.

Zaproponowano także rozdzielenie funkcji lekarza i farmaceuty, podkreślając jednak znaczenie ich wzajemnej współpracy. Lekarze powinni zajmować się tradycyjnie diagnozą i leczeniem choroby, a do zadań farmaceutów ma należeć rozwiązywanie problemów lekowych.

¹³²Carowicz G. *Istota opieki farmaceutycznej* [w] Szalonka K. *Opieka farmaceutyczna w Polsce – warunki i szanse wdrożenia*. Wyższa Szkoła Handlowa we Wrocławiu Continuo, Wrocław 2010, s. 11.

¹³³Jachowicz R. *Farmacja praktyczna*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2007.

¹³⁴Carowicz G. *Istota opieki farmaceutycznej* [w] Szalonka K. *Opieka farmaceutyczna w Polsce – warunki i szanse wdrożenia*. Wyższa Szkoła Handlowa we Wrocławiu Continuo, Wrocław 2010, s. 11.

Opieka farmaceutyczna polega więc na ścisłej współpracy między aptekarzami, a pozostałymi pracownikami podmiotu leczniczego, w szczególności lekarzami. Głównym celem tej współpracy jest opracowanie, wdrażanie i monitorowanie planu terapeutycznego, aby w efekcie końcowym uzyskać określone efekty terapeutyczne u pacjenta. Do zrealizowania takiego działania potrzebne jest:

- rozpoznanie rzeczywistych i potencjalnych problemów lekowych;
- zapobieganie potencjalnym problemom lekowym.¹³⁵

Opieka farmaceutyczna jest więc nieodzownym elementem opieki zdrowotnej, której głównym celem jest bezpośrednio dobro pacjenta.¹³⁶

W Szwecji już w 1991 roku opracowano dokument, w którym główną przesłanką było podniesienie bezpieczeństwa i efektów terapeutycznych stosowanych leków.¹³⁷

Międzynarodowa Federacja Farmaceutyczna w 1998 roku zmodyfikowała cel opieki farmaceutycznej, podając że główną przesłanką jest „(...) uzyskanie określonych jej efektów poprawiających lub utrzymujących jakość życia pacjenta”.¹³⁸

Definicja opieki farmaceutycznej podkreśla rolę farmaceuty w zapobieganiu problemom lekowym, zanim one wystąpią.¹³⁹ Farmaceuta by móc zrealizować stawiane przed nim wymagania i rzetelnie wypełnić powierzoną mu rolę, powinien działać według ustalonego schematu. Składa się on z kilku etapów:

- nawiązanie kontaktu z pacjentem;
- zebranie danych o pacjencie, jego dolegliwościach oraz stosowanych preparatach;
- określenie problemów lekowych, zarówno potencjalnych, jak i rzeczywistych;
- określenie pożądanych efektów farmakoterapii dla każdego;
- spisanie wszystkich alternatyw i możliwości terapeutycznych związanych ze stosowaniem leku;
- dokonanie wyboru najkorzystniejszego rozwiązania farmakoterapeutycznego;
- określenie planu opieki farmaceutycznej
- wdrożenie planu opieki i kontrola efektów leczenia farmakologicznego;

¹³⁵ Carowicz G. *Istota opieki farmaceutycznej* [w] Szalotka K. *Opieka farmaceutyczna w Polsce – warunki i szanse wdrożenia*. Wyższa Szkoła Handlowa we Wrocławiu Continuo, Wrocław 2010, s. 11.

¹³⁶ Tamże, s. 11.

¹³⁷ Tamże, s. 11.

¹³⁸ Tamże, s. 11.

¹³⁹ Tamże, s. 13.

- ocena uzyskanych efektów.¹⁴⁰

Głównym celem opieki farmaceutycznej, jak wynika z w/w etapów, jest monitorowanie skuteczności leczenia środkami farmakologicznymi. Konieczne jest więc gromadzenie i przetwarzanie danych o chorym, w celu wyboru najlepszego wariantu leczniczego, aby rozwiązać jego problemy lekowe.¹⁴¹ Należy jednak dostosować plan opieki farmaceutycznej do stanu zdrowia i potrzeb pacjenta.

Filozofia opieki farmaceutycznej wynikająca z przesłanek i zaprezentowanych definicji to przede wszystkim:

- pomoc pacjentom we właściwym stosowaniu przepisanych leków, pozwalająca na wyeliminowanie lub zapobieganie problemom lekowym;
- edukowanie pacjentów o przestrzeganiu właściwych schematów dawkowania leków stosowanych przewlekłe;
- pomoc w dobieraniu leków bez recepty w celu uniknięcia interakcji z lekami stosowanymi na stałe;
- zaproponowanie tańszych leków generycznych w zamian za zaordynowane leki przez lekarza.

Wdrożenie opieki farmaceutycznej do aptek to także zmiana w komunikacji lekarz-farmaceuta-pacjent. Właściwa współpraca na tym poziomie pozwoli na wykorzystanie olbrzymiego potencjału i wiedzy farmaceutów, w celu uniknięcia wielu działań niepożądanych po niewłaściwym stosowaniu leków w procesie samoleczenia pacjentów. Idea opieki farmaceutycznej to także możliwości promowania apteki i jeden ze sposobów na konkurencję pomiędzy aptekami, przy obecnej sytuacji ograniczającej możliwości działań marketingowych. Dla samych farmaceutów to możliwość podniesienia prestiżu i rangi zawodu, a także wykorzystanie swojego potencjału i zdobytej wiedzy.

¹⁴⁰ Łazowski J. *Podstawy opieki farmaceutycznej w teorii i praktyce aptecznej*. Biblioteka Naukowa „Czasopisma Aptekarskiego”, Warszawa 2005, s. 53.

¹⁴¹ Szalotka .K. *Opieka farmaceutyczna w ochronie zdrowia Polaków*. PWN, Warszawa 2011, s. 211-212.

1.3.2. Opieka farmaceutyczna w Polsce – aspekty prawne i realizacja przez farmaceutę zadań z zakresu ochrony zdrowia.

Ilekoć w niniejszym podrozdziale jest mowa o „Ustawie”, rozumie się przez to ustawę z dnia 10 stycznia 2008 roku o zmianie ustawy o izbach aptekarskich (Dz. U. z 2008 nr 47, poz. 273).

Zmiany w Polsce na początku lat 90. XX wieku pociągnęły za sobą szereg zmian, w tym też w systemie ochrony zdrowia. Powstawały prywatne podmioty na rynku podmiotów leczniczych, które konkurowały z jednostkami publicznymi. Pacjent, traktowany jako jednostka reprezentująca popyt z określonymi potrzebami zdrowotnymi, często był zagubiony w nowym systemie. Jednym z ograniczeń w tak stworzonym systemie są nakłady finansowe płatnika czyli NFZ-tu na usługi medyczne, co często wiąże się z ograniczonym do nich dostępem. Pacjent zmuszony jest wówczas do korzystania z prywatnych usług zdrowotnych. Częstym zjawiskiem jest też korzystanie z porad kilku lekarzy w celu weryfikacji diagnozy. Każda z takich wizyt kończy się wypisaniem recepty na medykamenty. Wykupione leki są źródłem dochodu dla całego rynku farmaceutycznego, co w konsekwencji prowadzi do nadmiernej konsumpcji leków lub do zdublowania dawki tej samej substancji czynnej, występującej w lekach pod różną nazwą handlową.¹⁴² Zjawisko to podkreśla jak ważne jest wdrożenie opieki farmaceutycznej do wszystkich aptek, by zapobiec irracjonalnej konsumpcji leków i interakcjom lekowym.

W obecnych czasach kiedy większość leków jest już gotowa, a leki recepturowe czyli te robione samodzielnie przez farmaceutę w aptece, stanowią niewielki procent obrotu aptecznego, rola aptekarzy sprowadza się często do pracy biurowej (retaksacja recept, zamawiania i wprowadzania towaru, czynności związane z zarządzaniem apteką) i wydawania leków. Tymczasem wykwalifikowani farmaceuci powinni dzielić się wiedzą i fachową poradą z pacjentami. Pośród wielu krajów na świecie są zarówno apteki, które pełnią funkcje handlowe jak i jednostki stanowiące ważny element w łańcuchu ochrony zdrowia.¹⁴³ Podstawą współczesnych poglądów pośród środowiska związanego z opieką zdrowotną, jest przesłanka, że dla zapewnienia pełnej opieki, pacjentom konieczne jest skoordynowanie i współpraca wszystkich zawodów związanych ze służbą zdrowia. W praktyce jednak lekarze i farmaceuci nie współpracują między sobą lub czynią to w niewielkim stopniu.¹⁴⁴ Wynika to z utartego już podziału: lekarz rozpoznaje chorobę i ordynuje odpowiednie leki, a farmaceuta wydaje przepisane medykamenty.¹⁴⁵ Opieka farmaceutyczna mogłaby pełnić funkcję łącznika pomiędzy oba tymi zawodami, chroniąc pacjentów przed niewłaściwą konsumpcją i terapią lekami oraz interakcjami.

¹⁴² Szalonka .K. *Opieka farmaceutyczna w ochronie zdrowia Polaków*. PWN, Warszawa 2011, s. 7.

¹⁴³ Wróbel A. *Inicjatywy i kierunki rozwoju opieki farmaceutycznej w Polsce*. *Opieka Farmaceutyczna* 2006, nr 1-2, s. 67-70.

¹⁴⁴ Zymelka-Naturalny A. *Prawne aspekty wdrożenia opieki farmaceutycznej na świecie i w Polsce*. [w] Szalonka K. *Opieka farmaceutyczna w Polsce – warunki i szanse wdrożenia*. Wyższa Szkoła Handlowa we Wrocławiu Continuo, Wrocław 2010, s. 21

¹⁴⁵ Łazoński J. *Współpraca aptekarzy i lekarzy w opiece farmaceutycznej*. *Opieka Farmaceutyczna* 2006/2007, nr 4/1, s. 130.

Możliwość wdrożenia opieki farmaceutycznej do aptek związana jest często także z ograniczeniami prawnymi. Na całym świecie istnieje dlatego wiele organizacji wspierających inicjatywy związane z opieką farmaceutyczną:

- Międzynarodowa Federacja Farmaceutów – FIP, współpracującą z WHO;
- Grupa Farmaceutyczna Unii Europejskiej – PGEU;
- Rada Europy;
- EuroPharm Forum;
- Europejska Sieć Opieki Farmaceutycznej.¹⁴⁶

Pojęcie opieki farmaceutycznej w systemie ochrony zdrowia pojawiło się w latach 80. XX wieku. Przez wiele lat była to w wielu krajach dobrowolna inicjatywa aptekarzy i dopiero od niedawna staje się elementem polityki zdrowotnej i lekowej państwa.¹⁴⁷ W Polsce idea opieki farmaceutycznej pojawiła się na przełomie XX i XXI wieku.¹⁴⁸ Jednak dopiero Ustawa dała możliwość wprowadzenia opieki farmaceutycznej do wszystkich aptek, określając obowiązki i uprawnienia farmaceutów. W art. 2a czytamy: „Wykonywanie zawodu farmaceuty ma na celu ochronę zdrowia publicznego i obejmuje udzielenie usług farmaceutycznych polegających w szczególności na: sprawowaniu opieki farmaceutycznej polegającej na dokumentowanym procesie, w którym farmaceuta, współpracując z pacjentem i lekarzem, a w razie potrzeby z przedstawicielami innych zawodów medycznych, czuwa nad prawidłowym przebiegiem farmakoterapii w celu uzyskania określonych jej efektów poprawiających jakość życia pacjentów”.¹⁴⁹

Do czasu wprowadzenia zapisu o opiece farmaceutycznej w Ustawie, obowiązki farmaceuty określono w art. 86 ust. 2 ustawy z dnia 6 września 2001 roku Prawo farmaceutyczne.¹⁵⁰

Ustawa farmaceutyczna z dnia 6 września 2001 roku nie obejmowała pojęcia opieki farmaceutycznej. Interpretując w/w artykuł prowadzenie opieki farmaceutycznej w aptekach było zakazane.¹⁵¹ Dopiero zmiany w ustawodawstwie w 2008 roku wprowadziły definicję opieki farmaceutycznej, na którą farmaceuci mogą się powoływać. Pozwoliła ona na dostosowanie się aptek do wdrożenia i lepszej oraz szerszej dostępności dla społeczeństwa tej usługi.¹⁵² Jednak wiele aspektów prawnych pozostaje nadal nie uregulowanych. Zgodnie z interpretacją Ustawy, opieką farmaceutyczną nie można nazwać różnych usług

¹⁴⁶ Żymelka-Naturalny A. *Prawne aspekty wdrożenia opieki farmaceutycznej na świecie i w Polsce*. [w] Szalonka K. *Opieka farmaceutyczna w Polsce – warunki i szanse wdrożenia*. Wyższa Szkoła Handlowa we Wrocławiu Continuo, Wrocław 2010, s. 22-23.

¹⁴⁷ Tamże, s. 21.

¹⁴⁸ Szalonka K. *Opieka farmaceutyczna w ochronie zdrowia Polaków*. PWN, Warszawa 2011, s. 7.

¹⁴⁹ Ustawa z dnia 10 stycznia 2008r. o zmianie ustawy o izbach aptekarskich (dz. U. z 2008 nr 47, poz. 273).

¹⁵⁰ Ustawa z dnia 6 września 2001 roku Prawo farmaceutyczne (Dz. U. z 2008 roku nr 45, poz. 271 z późn. zm.).

¹⁵¹ Żymelka-Naturalny A. *Prawne aspekty wdrożenia opieki farmaceutycznej na świecie i w Polsce*. [w] Szalonka K. *Opieka farmaceutyczna w Polsce – warunki i szanse wdrożenia*. Wyższa Szkoła Handlowa we Wrocławiu Continuo, Wrocław 2010, s. 33.

¹⁵² Tamże, s. 34.

oferowanych w aptekach w ramach tzw. wartości dodanej.¹⁵³ Rozumiane jest przez to oferowanie w aptekach, jednorazowych porad o zażywaniu leków i ich interakcji z pożywieniem, czy innymi lekami, pomiaru ciśnienia krwi oraz porad dietetycznych.¹⁵⁴ Nie są to bowiem usługi ciągle i udokumentowane oraz nie mają nic wspólnego z całościowym ujęciem farmakoterapii.^{155, 156} Farmaceuta poprzez w/w porady farmaceutyczne pełni rolę doradcy w procesie samoleczenia pacjentów.

Zgodnie z zapisem w Ustawie, prowadzenie opieki farmaceutycznej musi być procesem systematycznym i udokumentowanym.¹⁵⁷ Konsekwencją tego zapisu jest nałożenie na farmaceutów dodatkowych obowiązków związanych ze zbieraniem, przechowywaniem i przetwarzaniem danych osobowych pacjentów.^{158, 159} Wymogi te reguluje ustawa z dnia 29 sierpnia 1997 roku o ochronie danych osobowych oraz akty wykonawcze tej ustawy.¹⁶⁰ Dotyczy więc to informacji zbieranych w ramach opieki farmaceutycznej, czyli nazwisko, adres i stan zdrowia pacjenta. Wymaga to od farmaceutów uzyskania zgody pacjenta na gromadzenie oraz przetwarzanie danych o jego stanie zdrowia i podejmowanych działaniach. W razie wycofania zgody przez pacjenta na dalsze uczestniczenie w programie, aptekarz jest zmuszony zniszczyć zbierane informacje. Artykuł 27 ust. 2 pkt 7 ustawy o ochronie danych osobowych z 1997 roku dopuszcza przetwarzanie danych osobowych bez zgody pacjenta, ale tylko wtedy, gdy usługi są prowadzone w celu „(...) *ochrony stanu zdrowia, świadczenia usług medycznych lub leczenia pacjentów przez osoby trudniące się zawodowo udzielaniem usług medycznych i są stworzone pełne gwarancje ochrony danych osobowych*”.^{161, 162} Przepisy dotyczące opieki farmaceutycznej nie określają czy można ją zaliczyć do usług medycznych, farmaceuci nie mogą więc odwołać się do tego artykułu.¹⁶³ Dlatego aptekarze, aby uniknąć zarzutów o naruszaniu ustawy o ochronie danych osobowych, muszą uzyskać zgodę o przechowywaniu i przetwarzaniu danych od każdego pacjenta biorącego udział w opiece farmaceutycznej.¹⁶⁴ Od momentu zarejestrowania pierwszych pacjentów do programu opieki farmaceutycznej, zarządzający apteką staje się administratorem danych osobowych chorego. Do jego obowiązków należy prowadzenie dokumentacji oraz stworzenie warunków technicznych i organizacyjnych do przetwarzania danych osobowych pacjentów

¹⁵³ Szalonka K. *Opieka farmaceutyczna w ochronie zdrowia Polaków*. PWN, Warszawa 2011, s. 66.

¹⁵⁴ Tamże, s. 66.

¹⁵⁵ Tamże, s. 66.

¹⁵⁶ Żymelka-Naturalny A. *Prawne aspekty wdrożenia opieki farmaceutycznej na świecie i w Polsce*. [w] Szalonka K. *Opieka farmaceutyczna w Polsce – warunki i szanse wdrożenia*. Wyższa Szkoła Handlowa we Wrocławiu Continuo, Wrocław 2010, s. 34.

¹⁵⁷ Szalonka K. *Opieka farmaceutyczna w ochronie zdrowia Polaków*. PWN, Warszawa 2011, s. 66.

¹⁵⁸ Żymelka-Naturalny A. *Prawne aspekty wdrożenia opieki farmaceutycznej na świecie i w Polsce*. [w] Szalonka K. *Opieka farmaceutyczna w Polsce – warunki i szanse wdrożenia*. Wyższa Szkoła Handlowa we Wrocławiu Continuo, Wrocław 2010, s. 34.

¹⁵⁹ Szalonka K. *Opieka farmaceutyczna w ochronie zdrowia Polaków*. PWN, Warszawa 2011, s. 66.

¹⁶⁰ Ustawa z dnia 29 sierpnia 1997 roku o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 1997 roku nr 133 poz. 883 z późn. zm.).

¹⁶¹ Szalonka K. *Opieka farmaceutyczna w ochronie zdrowia Polaków*. PWN, Warszawa 2011, s. 66.-67.

¹⁶² Ustawa z dnia 29 sierpnia 1997 roku o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002 roku nr 101 poz. 926 z późn. zm.).

¹⁶³ Szalonka K. *Opieka farmaceutyczna w ochronie zdrowia Polaków*. PWN, Warszawa 2011, s. 67.

¹⁶⁴ Tamże, s. 67.

zapewniający ochronę przetwarzanych danych.¹⁶⁵ Szczegółowe przepisy w zakresie prowadzenia i zakresu dokumentacji opisującej sposób przetwarzania danych osobowych oraz warunki techniczne i organizacyjne zapewniające ochronę przetwarzanych danych, odpowiednią do zagrożeń oraz kategorii danych objętych ochroną, a także podstawowe warunki organizacyjne, jakim powinny odpowiadać urządzenia i systemy informatyczne służące do przetwarzania danych oraz wymagania w zakresie odnotowywania udostępniania danych i bezpieczeństwa przetwarzania, reguluje rozporządzenie Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji z dnia 29 kwietnia 2004 roku.¹⁶⁶ Niezależnie jednak od obowiązków informacyjnych względem pacjentów oraz wymogów technicznych związanych z zabezpieczeniem danych osobowych, na administratorze ciąży obowiązek zgłaszania zbioru danych osobowych Generalnemu Inspektorowi Ochrony danych Osobowych w celu rejestracji.^{167,168} Z tego obowiązku są zwolnione jedynie usługi medyczne. W celu ułatwienia przetwarzania danych osobowych pacjentów objętych opieką farmaceutyczną w aptekach, konieczne wydaje się zakwalifikowanie opieki farmaceutycznej do usług medycznych. Inna możliwość to dodanie do ustawy o ochronie danych osobowych z 1997 roku opieki farmaceutycznej jako niezależnej od usług medycznych i jako usługi zwolnionej z w/w regulacji prawnych.

Pomocny w zarządzaniu bazą danych pacjentów, odciążający apteki, jest projekt firmy Kamsoft. Zaproponowała ona elektroniczne konta pacjentów, na których byłyby gromadzone informacje o stanie zdrowia pacjenta oraz o wykupionych i zaordynowanych lekach.¹⁶⁹ Pacjent, aby wykupić leki, musiałby okazać elektroniczną receptę, zapisaną na karcie przez lekarza.¹⁷⁰ Pozwoliłoby to aptekom na prowadzenie opieki farmaceutycznej bez konieczności przechowywania danych.¹⁷¹ Z drugiej zaś strony ta metoda jednak nie daje aptekarzom możliwości na gromadzenie danych chorego, które są zapisane na jego indywidualnej karcie, uruchamianej przez niego za pomocą specjalnego kodu.¹⁷²

Odwołując się do definicji opieki farmaceutycznej w Ustawie, polega ona na współpracy farmaceuty z przedstawicielami innych zawodów medycznych, głównie lekarzem. Nadal jednak w prawie polskim brak ustawy o zawodzie farmaceuty, która zdefiniowałaby jego uprawnienia zawodowe i zakres odpowiedzialności.¹⁷³ Dlatego tak ważne jest określenie zakresu odpowiedzialności obu zawodów w celu uniknięcia niebezpieczeństwa naruszenia kompetencji zawodowych.¹⁷⁴ Zgodnie z ustawą z dnia

¹⁶⁵ Szalonka K. *Opieka farmaceutyczna w ochronie zdrowia Polaków*. PWN, Warszawa 2011, s. 67.

¹⁶⁶ Rozporządzenie Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji z dnia 29 kwietnia 2004 roku (Dz. U. z 2004 roku nr 100 poz. 1024.).

¹⁶⁷ Jendryczko B. *Opieka farmaceutyczna a ochrona danych osobowych*. Czasopismo Aptekarskie 2006, nr 3, s. 14-17.

¹⁶⁸ Szalonka K. *Opieka farmaceutyczna w ochronie zdrowia Polaków*. PWN, Warszawa 2011, s. 67.

¹⁶⁹ Tamże, s. 68.

¹⁷⁰ Tamże, s. 68.

¹⁷¹ Tamże, s. 68.

¹⁷² Szalonka K. *Opieka farmaceutyczna w ochronie zdrowia Polaków*. PWN, Warszawa 2011, s. 68.

¹⁷³ Zymelka-Naturalny A. *Prawne aspekty wdrożenia opieki farmaceutycznej na świecie i w Polsce*. [w] Szalonka K. *Opieka farmaceutyczna w Polsce – warunki i szanse wdrożenia*. Wyższa Szkoła Handlowa we Wrocławiu Continuo, Wrocław 2010, s. 35.

¹⁷⁴ Skowron A. *Prawne aspekty prowadzenia opieki farmaceutycznej w warunkach polskich*. Aptekarz Polski 2008, nr 24, s. 6-7.

5 grudnia 1996 roku wykonywanie zawodu lekarza polega na „(...) udzieleniu przez osobę posiadającą wymagane kwalifikacje, potwierdzone odpowiednimi dokumentami, świadczeń zdrowotnych, w szczególności: badaniu stanu zdrowia, rozpoznaniu chorób i zapobieganiu im, leczeniu i rehabilitacji chorych, udzielaniu porad lekarskich, a także wydawanie opinii i orzeczeń lekarskich”.¹⁷⁵ Farmaceuci prowadzący opiekę farmaceutyczną powinni więc zmierzać do rozwiązywania rzeczywistych problemów lekowych oraz do wykrywania i zapobiegania potencjalnym problemom lekowym.¹⁷⁶ Stawianie diagnozy, leczenie należy do obowiązków lekarzy.¹⁷⁷

Nie tylko ograniczenia prawne stoją na przeszkodzie rozwoju opieki farmaceutycznej w Polsce. Powody w zapewnieniu opieki farmaceutycznej w aptekach mają charakter mentalny oraz:

- obawy farmaceutów, że ich wiedza w zakresie chorób i farmakoterapii jest niewystarczająca;
- brak wiary we własne kompetencje;
- konieczność przejęcia odpowiedzialności za farmakoterapię pacjentów oraz brak podziału obowiązków i kompetencji między lekarzem a farmaceutom;
- potrzebę poświęcenia dużej ilości czasu na przygotowania się i przeprowadzenie rozmowy z pacjentem w ramach, których klient otrzymuje pełną informację o odpowiedniej farmakoterapii zażywanych leków;
- konieczność przygotowania w aptece odpowiedniego wyposażenia miejsca do spotkań z pacjentem.^{178,179}

Wymaga to zmiana sposobu myślenia farmaceutów, lekarzy i pacjentów o miejscu farmaceuty w powszechnej opiece zdrowotnej.

Starzejące się społeczeństwo, wzrost zainteresowania własnym zdrowiem i coraz trudniejszy dostęp do usług medycznych, a jednocześnie olbrzymi potencjał jakim są farmaceuci jest kolejną przesłanką do wdrożenia opieki farmaceutycznej. W Ustawie została zdefiniowana opieka farmaceutyczna oraz aspekty jej wdrożenia. Nie ma jednak nadal centralnej jednostki koordynującej działania związane z opieką farmaceutyczną z ramienia Naczelnej Rady Aptekarskiej (NIA). Zawarto jak dotąd umowę o współpracy między Naczelną Izbą Aptekarską, a Polskim Towarzystwem Farmaceutycznym (PTFarm).¹⁸⁰ Miało

¹⁷⁵ Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 roku o zawodzie lekarza i lekarza dentystry (Dz. U. z 2002r. Nr 21 poz. 204 z późn. zm.)

¹⁷⁶ Żymelka-Naturalny A. *Prawne aspekty wdrożenia opieki farmaceutycznej na świecie i w Polsce*. [w] Szalonka K. *Opieka farmaceutyczna w Polsce – warunki i szanse wdrożenia*. Wyższa Szkoła Handlowa we Wrocławiu Continuo, Wrocław 2010, s. 35-36.

¹⁷⁷ Tamże, s. 36.

¹⁷⁸ Szalonka K. *Opieka farmaceutyczna w ochronie zdrowia Polaków*. PWN, Warszawa 2011, s. 69.

¹⁷⁹ Żymelka-Naturalny A. *Prawne aspekty wdrożenia opieki farmaceutycznej na świecie i w Polsce*. [w] Szalonka K. *Opieka farmaceutyczna w Polsce – warunki i szanse wdrożenia*. Wyższa Szkoła Handlowa we Wrocławiu Continuo, Wrocław 2010, s. 22.

¹⁸⁰ Szalonka K. *Opieka farmaceutyczna w ochronie zdrowia Polaków*. PWN, Warszawa 2011, s. 209.

to miejsce 3 lutego 2005 roku. W wyniku tego powstał **zespół koordynujący**. Głównym jego zadaniem jest integracja działań związanych z wdrożeniem opieki farmaceutycznej do aptek. Jako priorytet wyznaczono sobie wdrożenie przedmiotów poszerzających wiedzę z zakresu opieki farmaceutycznej do programu nauczania na wydziałach farmacji. Materiały związane z tą tematyką od roku akademickiego 2008/2009 są wykładane na wydziałach farmacji wszystkich uczelni w Polsce. Ponadto **zespół koordynacyjny** wyznaczył kierunki niezbędnych działań i przydzielił określone zadania do wykonania w poszczególnych organizacjach samorządowych. Ustalono przy tym konkretne cele:

- wydawanie produktów leczniczych w optymalnych warunkach i zgodnie z obowiązującym prawem;
- wykrywanie i rozwiązywanie rzeczywistych i potencjalnych problemów lekowych;
- udzielanie porad i konsultacje farmaceutyczne oraz przekazywanie informacji dotyczących problemów zdrowotnych;
- ochrona pacjenta przed problemami lekowymi;
- ocena sytuacji, czy aktualny stan zdrowia pacjenta nie jest konsekwencją problemów lekowych;
- ocena i monitorowanie farmakoterapii przez:
 - dążenie do uzyskania maksymalnej efektywności leczenia farmakologicznego;
 - minimalizację zagrożeń związanych ze stosowaniem medykamentu;
 - racjonalizację stosowania produktów leczniczych;
 - polepszanie jakości życia pacjenta.^{181,182}

Celem planu strategicznego opieki farmaceutycznej jest:

- zwiększenie zaangażowania każdego farmaceuty w proces realizacji opieki farmaceutycznej;
- doskonalenie standaryzacji opieki farmaceutycznej;
- powołanie zespołu nadzorującego jakość usług zdrowotnych świadczonych w aptekach.¹⁸³

W obecnej sytuacji brakuje organu badającego, certyfikującego i nadzorującego centralnie apteki, brak również centrum zbierania, wymiany i archiwizacji informacji, a także

¹⁸¹ Szalanka K. *Opieka farmaceutyczna w ochronie zdrowia Polaków*. PWN, Warszawa 2011, s. 210.

¹⁸² Marczak J. *Strategie wdrażania opieki farmaceutycznej w Polsce*. Biuletyn Naczelnej Rady Aptekarskiej 2007, nr IV/17.

¹⁸³ Marczak J. *Strategie wdrażania opieki farmaceutycznej w Polsce*. Biuletyn Naczelnej Rady Aptekarskiej 2007, nr IV/17.

systemu akredytacji w zakresie opieki farmaceutycznej.¹⁸⁴ Brakuje także systemu monitoringu działań związanych z opieką farmaceutyczną.¹⁸⁵

Wymienione ograniczenia nie powinny jednak stać się przeszkodą we wdrożeniu opieki farmaceutycznej w aptekach. Ideą opieki farmaceutycznej jest bowiem troska o życie i zdrowie pacjentów w fazie leczenia farmakologicznego.¹⁸⁶ Pacjent otrzymuje indywidualną opiekę nad stosowanymi lekami, a tym samym poprawę efektów leczenia i jakości życia.¹⁸⁷ Wzrost w społeczeństwie tendencji do samoleczenia, pociąga za sobą nadużywanie leków, zażywanie nieprawidłowych dawek i łączenia tych samych substancji czynnych leków dostępnych bez recepty występujących pod różnymi nazwami handlowymi. Dlatego farmaceuci powinni edukować pacjentów o prawidłowym zażywaniu leków OTC. Lek powinien być kupowany tylko w razie potrzeby, a nie na zapas. Takie tendencje do kupowania leków promują firmy farmaceutyczne emitując liczne reklamy medykamentów, zachęcające do kupowania specyfików na różne dolegliwości. Racjonalizacja konsumpcji leków ze względu na działania marketingowe podejmowane przez producentów leków jest trudnym tematem. Przychody firmy farmaceutyczne stanowią silną pozycję w gospodarce państwa, dlatego jest to temat niechętnie podejmowany przez rządzących.¹⁸⁸ Producenci, hurtownicy i aptekarze są nastawieni na działalność biznesową.¹⁸⁹ Jest to jednak działanie krótkowzroczne, bowiem w dłuższej perspektywie taka polityka gospodarki lekami doprowadzi do szkodliwych skutków społecznych w wyniku wzrostu działań niepożądanych będących konsekwencją nadużywania leków, a co i z tym jest związane uzależnień od medykamentów. Często preparaty zamiast pomóc szkodzą przy niekontrolowanym ich zażywaniu. W Polsce brak jest źródeł i statystyk śmiertelności na skutek niewłaściwej farmakoterapii.¹⁹⁰ Nie ma także danych dotyczących wyliczeń odnośnie dopłat na niepotrzebnie przepisane leki, na finansowanie hospitalizacji chorych w wyniku przedawkowania leków lub niewłaściwej terapii, czy interakcji pomiędzy lekami. Pacjenci odwiedzając często kilku specjalistów, od każdego otrzymują ordynację z receptą na medykamenty. Brakuje w Polsce monitorowania zażywanych leków przez pacjenta, który łączy terapię medykamentami od różnych specjalistów. Wdrożenie opieki farmaceutycznej do aptek powinno stać się priorytetowym zadaniem państwa przy wsparciu Ministerstwa Zdrowia. Pozwoli to na obniżenie kosztów związanych z leczeniem, zatruciem lekami u pacjentów nadużywających leki lub hospitalizacji chorych, którzy zrezygnowali z wykupienia przepisanych medykamentów.

¹⁸⁴ Żymelka-Naturalny A. *Prawne aspekty wdrożenia opieki farmaceutycznej na świecie i w Polsce*. [w] Szalonka K. *Opieka farmaceutyczna w Polsce – warunki i szanse wdrożenia*. Wyższa Szkoła Handlowa we Wrocławiu Continuo, Wrocław 2010, s. 36.

¹⁸⁵ Jendryczko B. *Opieka farmaceutyczna a ochrona danych osobowych*. Czasopismo Aptekarskie 2006, nr 3, s. 14-17.

¹⁸⁶ Szalonka K. *Opieka farmaceutyczna w ochronie zdrowia Polaków*. PWN, Warszawa 2011, s. 70.

¹⁸⁷ Żymelka-Naturalny A. *Prawne aspekty wdrożenia opieki farmaceutycznej na świecie i w Polsce*. [w] Szalonka K. *Opieka farmaceutyczna w Polsce – warunki i szanse wdrożenia*. Wyższa Szkoła Handlowa we Wrocławiu Continuo, Wrocław 2010, s. 36-37.

¹⁸⁸ Szalonka K. *Opieka farmaceutyczna w ochronie zdrowia Polaków*. PWN, Warszawa 2011, s. 70.

¹⁸⁹ Tamże, s. 70.

¹⁹⁰ Tamże, s. 70.

Opieka farmaceutyczna została zapoczątkowana w Stanach Zjednoczonych przez Strand L. i Heplera C., twórców nowej koncepcji funkcjonowania aptek. Dzięki inicjatywie WHO, która wspierała rozwój opieki farmaceutycznej, nadano jej charakter priorytetowy. Stąd już na przełomie XX i XXI wieku wiele państw próbowało wdrożyć koncepcję opieki farmaceutycznej do polityki ochrony zdrowia społeczeństwa. Strand L. uważa, że nowa koncepcja funkcjonowania aptek ma szanse funkcjonowania we wszystkich państwach, bez względu na warunki społeczno-gospodarcze i poziom świadczonych usług medycznych.¹⁹¹ W Polsce idea opieki farmaceutycznej mimo wsparcia środowiska farmaceutycznego natrafia na wiele barier prawnych.

Przeszkodą uniemożliwiającą jej rozwój i wdrożenie do wszystkich aptek jest również:

- brak chęci farmaceutów;
- brak motywacji finansowej (tylko w nielicznych krajach opieka farmaceutyczna jest wynagradzana);
- brak uzmysłowienia rangi tej usługi w kształtowaniu polityki zdrowotnej wśród rządzących;
- niewiedza pacjentów o tworzącej się nowej usłudze w aptekach.¹⁹²

Wartość opieki farmaceutycznej dla pacjentów, farmaceutów jak i państwa jest bezdyskusyjna. Pacjent otrzymuje indywidualną opiekę nad farmakoterapią. Farmaceuci natomiast mogą spełnić się jako wykwalifikowani specjaliści w opiece zdrowotnej.¹⁹³ Państwo zaoszczędzi na refundacji leków kupionych niepotrzebnie i kosztach hospitalizacji chorych po nadużywaniu medykamentów lub interakcjach pomiędzy lekami.

Rola aptekarza w systemie opieki zdrowotnej jest bardzo ważna, została określona w wielu ustawach.¹⁹⁴ Aptekarz jako pracownik podmiotu leczniczego powinien zaangażować się w działania służące podnoszeniu świadomości zdrowotnej społeczności.¹⁹⁵ Zachowanie wysokiego poziomu zdrowia jest jednym z głównych zadań, jakie stawia przed sobą Unia Europejska.¹⁹⁶ Artykuł 129 ust. 1 w traktacie z Maastricht brzmi: „*Wspólnota przyczynia się do zapewnienia wysokiego poziomu ochrony ludzkiego zdrowia, poprzez zachęcanie do współpracy między Państwami Członkowskimi i jeśli jest to konieczne, wspiera ich działania. Działanie Wspólnoty ma na celu zapobieganie chorobom, zwłaszcza epidemiom, w tym uzależnieniom od narkotyków, poprzez wspieranie badań nad ich przyczynami, sposobami ich rozprzestrzeniania się oraz zapobiegania im, jak również informacji i edukacji zdrowotnej. Wymogi ochrony zdrowia stanowią część składową pozostałych polityk Wspólnoty*”.

¹⁹¹ Szalotka K. *Opieka farmaceutyczna w ochronie zdrowia Polaków*. PWN, Warszawa 2011, s. 70.

¹⁹² Tamże, s. 70

¹⁹³ Tamże, s. 37

¹⁹⁴ Carowicz G. *Profilaktyka zdrowotna na rynku aptecznym*. [w] Szalotka K. *Opieka farmaceutyczna w Polsce – warunki i szanse wdrożenia*. Wyższa Szkoła Handlowa we Wrocławiu Continuo, Wrocław 2010, s. 103.

¹⁹⁵ Tamże, s. 103.

¹⁹⁶ Traktat o Unii Europejskiej (Traktat z Maastricht), podpisany 7 lutego 1992 roku, wszedł w życie 1 listopada 1993 roku, Tytuł X Zdrowie Publiczne, art. 129.

Ważne jest także wspieranie kampanii promujących działania nastawione na profilaktykę schorzeń oraz edukację pacjentów w dziedzinie zdrowia. Tutaj także należy podkreślić rolę apteki, jako podmiot działalności leczniczej. Pacjent może otrzymać informację nie tylko o lekach, ale także o promocji zdrowia i profilaktyce zdrowotnej.¹⁹⁷ Należy podkreślić, że aptekarze ze względu na posiadaną interdyscyplinarną wiedzę zajmują unikatową pozycję wśród przedstawicieli innych zawodów.¹⁹⁸ Apteki i pracujący w nich farmaceuci są łatwiej dostępni niż lekarze.¹⁹⁹ Farmaceuta pełniąc rolę informacyjno-edukacyjną jest ważnym ogniwem w promowaniu promocji zdrowia.

Wiele dokumentów i aktów prawnych podkreśla ważną rolę farmaceutów w systemie promocji zdrowia. W sprawozdaniu **Grupy WHO – Rola farmaceuty w systemie opieki zdrowotnej można przeczytać:** „*Aptekarz może uczestniczyć w lokalnych i krajowych kampaniach zdrowotnych w szerokim zakresie tematów o problematyce zdrowotnej oraz zagadnień związanych z planowaniem rodziny. Może brać także udział w kampaniach zapobiegającym chorobom*”.

Natomiast w innym dokumencie, **sprawozdanie oraz zalecenia grupy roboczej WHO – Rola farmaceuty w aptece otwartej i szpitalnej w europejskim systemie opieki zdrowotnej** napisano, że: „*Aptekarz powinien uczestniczyć w działaniach podejmujących wpływ na świadomość, aby zapobiegać chorobom i promować zdrowy styl życia. Powinien angażować się w badania skriningowe, takie jak pomiar ciśnienia, pomiar stężenia glukozy we krwi, w profilaktykę działań medycznych oraz we wszystkie aspekty związane z problemami lekowymi. Ważnym punktem jest zaangażowanie farmaceutów w promowaniu właściwej diety, form aktywnego wypoczynku itp.*”.

Dobra Praktyka Farmaceutyczna wyznacza cel aptekarzy wraz z jednostkami lokalnymi lub państwowymi, którzy powinni połączyć: „*zaangażowanie, potencjał i swoje możliwości, w celu stworzenia wspólnych projektów dotyczących promocji zdrowia*”.

W **Kodeksie Etyki Aptekarza** czytamy, że: „*aptekarz powinien popularyzować wiedzę z zakresu kultury zdrowia i powinien przeciwstawiać się praktykom i postawom szkodliwym dla zdrowia społeczeństwa – aptekarz powinien współdziałać w zakresie oświaty zdrowotnej, szerzyć wiedzę farmaceutyczną, przeciwdziałać praktykom uznanym przez naukę za bezwartościowe i szkodliwe dla zdrowia, powinien przeciwdziałać narkomanii, toksykomanii, zapobiegać alkoholizmowi oraz dopingowi w sporcie*”.²⁰⁰

Współczesna apteka jest postrzegana wyłącznie jako placówka handlowa, dlatego farmaceuci powinni zabiegać o zmianę podejścia do ich zawodu jako profesji zaufania społecznego oraz o postrzeganie ich jako promujących aktywny tryb życia i profilaktykę zdrowotną.²⁰¹ To zmieni także mentalność społeczeństwa w postrzeganiu roli farmaceutów

¹⁹⁷ Traktat o Unii Europejskiej (Traktat z Maastricht), podpisany 7 lutego 1992 roku, wszedł w życie 1 listopada 1993 roku, Tytuł X Zdrowie Publiczne, art. 129, s. 104.

¹⁹⁸ Tamże, s. 103.

¹⁹⁹ Tamże, s. 103.

²⁰⁰ Szostak-Ulatowska E. *Udział aptek w działaniach z zakresu profilaktyki i promocji zdrowia w opiniach wybranej grupy pacjentów*. Probl Hig Epidemiol 2008, nr 2 (89), s.272.

²⁰¹ Tamże, s. 104.

w społeczeństwie. Ważne jest też podkreślenie profilaktyki zdrowotnej w działalności na rzecz ochrony zdrowia. Pozwoli to na zmniejszenie i właściwe wydatkowanie funduszy na opiekę zdrowotną, pociągnie również za sobą obniżenie kosztów ponoszonych na rzecz leczenia chorób zbyt późno wykrytych przez brak odpowiedniej profilaktyki w społeczeństwie.

Zaangażowanie się farmaceutów w promocję zdrowia powinno obejmować także:

- zapobieganie i zwalczanie otyłości u dzieci i dorosłych;
- opiekę nad pacjentami ze schorzeniami przewlekłymi (astmatycy, chorzy z niewydolnością krążenia, diabetycy, pacjenci z nadciśnieniem);
- opiekę nad pacjentami z polipragmazją (zażywanie kilku leków na raz) z powodu dużego prawdopodobieństwa w wystąpieniu interakcji lek-lek, lek-pożywienie;
- opiekę nad pacjentami stosującymi szczególnie toksyczne produkty lecznicze, np. leki przeciwnowotworowe, środki chemioterapeutyczne, środki obniżające krzepliwość krwi.²⁰²

Farmaceuci powinni także zwracać uwagę na coraz większą rzeszę pacjentów stosujących samoleczenie lub niestosujący się do ordynacji lekarskiej. Ważne jest, aby pacjent nie zmieniał zaleceń lekarskich, one bowiem gwarantują powrót do zdrowia chorego lub poprawę stanu zdrowia w przebiegu ciężkich chorób. Samoleczenie, nadużywanie leków przez pacjentów to przyczyna pogorszenia zdrowia i komfortu życia.²⁰³

Farmaceuci mogą się także zaangażować w ochronę zdrowia, ze względu na posiadaną wiedzę zdobytą podczas studiów, podejmując działania związane z zagrożeniem zdrowotnym wynikającym z zanieczyszczenia środowiska naturalnego oraz skażenia żywności. Studenci zdobywają wiedzę z zakresu farmakologii, toksykologii oraz ochrony środowiska.²⁰⁴

Rola farmaceuty w społeczeństwie na rzecz szerzenia profilaktyki i działania związane z opieką zdrowotną są niepodważalne. Farmaceuci ze względu na posiadaną wiedzę i łatwiejszy dostęp pacjentów do aptek niż do lekarzy mają możliwość wspierania działań na rzecz ochrony zdrowia w efektywny sposób, przy założeniach, iż w przyszłości zostaną sprecyzowane w ustawodawstwie zadania i obowiązki obu zawodów. Przyniesie to dużo korzyści i oszczędności. Pacjent będzie miał wtedy zapewniony stały monitoring swojej farmakoterapii przez farmaceutę, lekarz będzie mógł się skupić na leczeniu i stawianiu diagnoz. Dla społeczeństwa, a co za tym idzie dla płatnika (NFZ) będą to oszczędności w zakresie zmniejszonej liczby hospitalizacji z powodu przedawkowania substancji czynnej lub niewłaściwej farmakoterapii.

²⁰² Bąbelek T. *O potrzebie opieki farmaceutycznej. Wskazania do sprawowania opieki farmaceutycznej.* Aptekarz Polski, Pismo Naczelnej Izby Aptekarskiej 2009, nr 3.

²⁰³ Carowicz G. *Profilaktyka zdrowotna na rynku aptecznym.* [w] Szalotka K. *Opieka farmaceutyczna w Polsce – warunki i szanse wdrożenia.* Wyższa Szkoła Handlowa we Wrocławiu Continuo, Wrocław 2010, s. 106.

²⁰⁴ Tamże, s. 106.

1.3.3. Opieka farmaceutyczna a promocja apteki

Wprowadzenie opieki farmaceutycznej do aptek w Polsce powinno stać się priorytetem w sytuacji obecnej ustawy o refundacji leków (...).²⁰⁵ Wprowadziła ona zakaz reklamy apteki i niektórych strategii marketingowych prowadzonych dotychczas w aptekach. Działania te obejmowały programy lojalnościowe w ramach których naliczano punkty za zakupy dokonane w aptece, wymieniane na nagrody oraz prezenty i upominki. W sytuacji stałych cen i marż na leki refundowane niemożliwe jest też udzielanie rabatów na te medykamenty. Spowodowało to znaczne zmniejszenie się dochodu aptek. Szansą na dalszą maksymalizację zysków może być wdrożenie opieki farmaceutycznej do aptek. We właściwe wprowadzenie opieki farmaceutycznej powinien zaangażować się cały personel.

Opieka farmaceutyczna powinna być jednym z ważniejszych narzędzi polityki zdrowotnej państwa.²⁰⁶ Farmaceuta, w myśl ustawy o zmianie ustawy o izbach aptekarskich z 2008 roku, współpracując z lekarzami i przedstawicielami innych zawodów medycznych, czuwa nad właściwym przebiegiem farmakoterapii. Farmaceuta ma służyć nie tylko poradą, ale także promować zdrowie, szerzyć działania na rzecz profilaktyki, monitorować, a w uzasadnionej sytuacji modyfikować użycie leku przez chorego w celu zapewnienia skuteczności i bezpieczeństwa zastosowanej terapii. Tutaj farmaceuta powołując się na art. 44 ust. 1 ustawy o refundacji leków (...)²⁰⁷, który brzmi: „*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*”, w myśl której aptekarz ma obowiązek poinformować chorego o tańszym leku generycznym. Opieka farmaceutyczna przyniesie również korzyści dla państwa, zmniejszając wydatki płatnika (NFZ-u), bowiem racjonalna farmakoterapia nadzorowana przez wykwalifikowanych pracowników apteki zwiększy efektywność i zapewni bezpieczeństwo leczenia.

Farmaceuci są świadomi, że przez działania podejmowane w ramach ustawodawstwa, apteki pełnią rolę podmiotu działalności leczniczej. Duża liczba aptek otwartych i pracujący w nich farmaceuci posiadający szeroko wiedzę, są najbliższą grupą zawodową w dziedzinie

²⁰⁵ Ustawa z dnia 12 maja 2011 roku o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobach medycznych (Dz. U. z dnia 13 czerwca 2011 roku nr 122, poz. 696, z późn. zm.)

²⁰⁶ Żymelka-Naturalny A. *Prawne aspekty wdrożenia opieki farmaceutycznej na świecie i w Polsce*. [w] Szalotka K. *Opieka farmaceutyczna w Polsce – warunki i szanse wdrożenia*. Wyższa Szkoła Handlowa we Wrocławiu Continuo, Wrocław 2010, s. 21.

²⁰⁷ Ustawa z dnia 12 maja 2011 roku o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobach medycznych (Dz. U. z dnia 13 czerwca 2011 roku nr 122, poz. 696, z późn. zm.)

opieki zdrowotnej dla pacjentów.²⁰⁸ Dla pacjentów to możliwość uzyskania fachowej porady bez konieczności umawiania się na wizytę i czekania w kolejce. Należy jednak pamiętać, że stawianie diagnozy i leczenie należy według ustawodawstwa do obowiązków lekarza. Rozmowy z pacjentem są dla farmaceutów dużym wyzwaniem, bowiem wymagają ciągłego doszkalania się i uzupełniania wiedzy, z drugiej zaś strony musi on tak przeprowadzić rozmowę, aby uzyskać potrzebne informacje do właściwego rozpoznania, a następnie prawidłowego doradzenia choremu.

Opieka farmaceutyczna obejmuje doradztwo i nadzór nad farmakoterapią. Podstawą jest właściwa współpraca pomiędzy lekarzem, farmaceutom a pacjentem. Relacje farmaceuta-pacjent opierają się na wzajemnym zaufaniu. Natomiast w przypadku współpracy lekarz-farmaceuta tutaj oprócz zaufania ważne jest, aby w polskim prawie dokładnie sprecyzować zakres odpowiedzialności i obowiązków w monitorowaniu farmakoterapii przez oba zawody, w celu uniknięcia naruszenia kompetencji przedstawicieli obu członków zespołu medycznego.

Jednym z ważnych elementów opieki farmaceutycznej jest ocena jej skuteczności w podniesieniu jakości życia pacjenta.²⁰⁹ Ocena ta opiera się na subiektywnych odczuciach pacjenta i jego sytuacji życiowej.²¹⁰ Opinia na temat własnego stanu zdrowia pacjenta opiera się i uzależniona jest od takich czynników jak: płeć, wiek, sytuacja ekonomiczna we własnym gospodarstwie domowym, status społeczny, wykształcenie, wpływy kulturowe.²¹¹ Czynniki te zależą i współgrają także z takimi składowymi jak: ogólne postrzeganie zdrowia, funkcjonowanie społeczne, zdrowie psychiczne, emocjonalne oraz fizyczne.²¹²

Opieka farmaceutyczna jest więc procesem przeprowadzonym równoległe do czynności leczenia prowadzonej przez lekarza. Farmaceutuci realizując zadania związane z opieką farmaceutyczną starają się je wykonywać jak najlepiej, ale muszą spełnić wiele wytycznych, w tym prawnych. Ustawodawstwo wymaga jednak jeszcze wielu zmian, by aptekarze mogli się skupić na najważniejszym, czyli pomocy pacjentowi.

Farmaceuta ma być w obecnych czasach dla pacjenta doradcą przy wyborze z ogromnej ilości leków dostępnych bez recepty, uwzględniając przy tym jego choroby przewlekłe i stosowane przy tym medykamenty. Pacjent uzyska też informacje odnośnie farmakoterapii stosowanych przez niego leków, uzupełniając wiedzę zdobytą u lekarza.

W Polsce program opieki farmaceutycznej w aptekach otwartych dopiero zaczyna się rozwijać. Ze względu na problemy prawne i mentalność farmaceutów funkcjonuje on w niewielkiej liczbie aptek. Początkiem kampanii propagującej i zachęcającej farmaceutów

²⁰⁸ Pis J. B. *Szansa wdrożenia opieki farmaceutycznej w Polsce*. [w] Szalonka K. *Opieka farmaceutyczna w Polsce – warunki i szanse wdrożenia*. Wyższa Szkoła Handlowa we Wrocławiu Continuo, Wrocław 2010, s. 39.

²⁰⁹ Tamże, s. 41.

²¹⁰ Tamże, s. 41.

²¹¹ Tamże, s. 41.

²¹² Pis J. B. *Szansa wdrożenia opieki farmaceutycznej w Polsce*. [w] Szalonka K. *Opieka farmaceutyczna w Polsce – warunki i szanse wdrożenia*. Wyższa Szkoła Handlowa we Wrocławiu Continuo, Wrocław 2010, s. 41.

do wdrożenia opieki farmaceutycznej jest projekt Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie (CMUJ). Pracownia Farmakoepidemiologii i Farmakoekonomiki Katedry Toksykologii Wydziału Farmaceutycznego CMUJ jest koordynatorem programu FONTiC (Farmaceutyczna Opieka Nadciśnienia Tętniczego i Cukrzyca), którego celem jest opieka farmaceutów nad pacjentami ze zdiagnozowanym i leczonym nadciśnieniem tętniczym oraz cukrzycą typu 2 z ustaloną farmakoterapią.²¹³ Koordynatorzy zachęcają farmaceutów do udziału w programie, oferując im przy tym narzędzia wspomagające prowadzenie opieki. Należą do nich: szczegółowy scenariusz spotkań z pacjentem w ramach projektu, ankiety oceny wiedzy i jakości życia ułatwiające planowanie edukacji pacjentów oraz internetowe narzędzia wspomagające dokumentowanie opieki, czyli Baza Dokumentowania Opieki Farmaceutycznej.^{214, 215} Baza ta została umieszczona w rejestrze Generalnego Inspektora Ochrony Danych Osobowych (GIODO), której administratorem jest Uniwersytet Jagielloński. Pozwala to farmaceutom chcącym uczestniczyć w programie FONTiC na skupieniu się na edukacji pacjentów, która obejmuje tematykę związaną ze stosowanymi lekami, możliwych działaniach niepożądanych, interakcjach, ale też udzielaniu informacji na temat schorzenia pacjenta, prawidłowego pomiaru ciśnienia krwi, kontroli poziomu cukru, znaczenia prawidłowej diety i zdrowego stylu życia.^{216, 217} Baza danych pozostaje bowiem w gestii uczelni, farmaceuci nie muszą już uzyskać zgody od GIODO na gromadzenie danych wrażliwych, czyli o stanie zdrowia chorego.²¹⁸ Pacjenci zakwalifikowani do programu, czyli spełniający jeden z wymogów programów FONTiC, muszą wyrazić zgodę na prowadzenie dokumentacji przez aptekę.²¹⁹ Farmaceuci nie ingerują w farmakoterapię, ale gdy zauważą problem lekowy zgłaszają go lekarzowi prowadzącemu chorego i samemu zainteresowanemu. Ważna jest dlatego w opiece współpraca pomiędzy lekarzem a farmaceutem. Koordynatorzy zachęcają aptekarzy do wdrożenia planu opieki farmaceutycznej do swoich aptek. Chcą oni udowodnić, posiadając wyniki swoich badań zebranych z całej Polski od jak największej liczby pacjentów, że opieka farmaceutyczna jest opłacalna z punktu widzenia społeczeństwa i NFZ-u (płatnika usług zdrowotnych).²²⁰

²¹³ Pis J. B. *Szansa wdrożenia opieki farmaceutycznej w Polsce*. [w] Szalonka K. *Opieka farmaceutyczna w Polsce – warunki i szanse wdrożenia*. Wyższa Szkoła Handlowa we Wrocławiu Continuo, Wrocław 2010, s. 44.

²¹⁴ Skowron A. *Prowadzenie opieki farmaceutycznej*. Aptekarz Polski Pismo Naczelnej Izby Aptekarskiej 2011, nr 3.

²¹⁵ Szalonka K. *Opieka farmaceutyczna w ochronie zdrowia Polaków*. PWN, Warszawa 2011, s. 67.

²¹⁶ Pis J. B. *Szansa wdrożenia opieki farmaceutycznej w Polsce*. [w] Szalonka K. *Opieka farmaceutyczna w Polsce – warunki i szanse wdrożenia*. Wyższa Szkoła Handlowa we Wrocławiu Continuo, Wrocław 2010, s. 44.

²¹⁷ Szalonka K. *Opieka farmaceutyczna w ochronie zdrowia Polaków*. PWN, Warszawa 2011, s. 67.

²¹⁸ Tamże, s. 67.

²¹⁹ Pis J. B. *Szansa wdrożenia opieki farmaceutycznej w Polsce*. [w] Szalonka K. *Opieka farmaceutyczna w Polsce – warunki i szanse wdrożenia*. Wyższa Szkoła Handlowa we Wrocławiu Continuo, Wrocław 2010, s. 44.

²²⁰ Szalonka K. *Opieka farmaceutyczna w ochronie zdrowia Polaków*. PWN, Warszawa 2011, s. 67.

Apteka jest jednak nadal postrzegana przez większość społeczeństwa jako placówka handlowa, a nie miejsce pełniące ważne miejsce w systemie opieki zdrowotnej. Nie została również uwzględniona w programie *e-zdrowie*, obejmującym podmioty w sektorze usług medycznych. Projekt „*e-Zdrowie Polska*” na lata 2011-2015, obejmuje:

1. Ułatwienie dostępu obywateli do informacji z zakresu ochrony zdrowia;
2. Poprawę efektywności systemu ochrony zdrowia w zakresie elektronicznego obiegu dokumentacji;
3. Stworzenie procedur, wytycznych, zebranie i udostępnienie dobrych praktyk mających na celu usprawnienie zarządzania zakładem opieki zdrowotnej. Lepsze wykorzystanie do podnoszenia zdolności zarządczych, systemów teleinformatycznych;
4. Unowocześnienie systemu informacji medycznej w celu analizy zapotrzebowania na realizowane świadczenia zdrowotne;
5. Praktyczną realizację budowy rozwiązań IT w ochronie zdrowia zgodnych z wytycznymi Komisji Europejskiej umożliwiającej włączenie Rzeczypospolitej Polskiej w obszar interoperacyjnego elektronicznego zapisu medycznego (EHR – Electronic Health Record).²²¹

Apteka stanowi ważne ogniwo w systemie usług medycznych, gdyż posiada ogromny potencjał do świadczenia usług medycznych i kształtowania zachowań społecznych, dlatego powinna zostać uwzględniona w realizowaniu tego projektu.²²²

Apteka pełni nie tylko rolę szerzenia profilaktyki zdrowotnej i edukacji pacjentów obejmującej: właściwą farmakoterapię i zdrowy tryb życia, jest miejscem gdzie pacjent kupi leki, opatrunki, dermokosmetyki czy sprzęt medyczny. To właśnie sprzedaż stanowi źródło dochodu dla farmaceutów. Apteka jest podmiotem prywatnym, którego celem jest maksymalizacja zysków. W obecnej sytuacji prawnej wobec zakazu reklamy apteki i produktów leczniczych, sztywnych marż i cen na leki refundowane oraz przy wielu ograniczeniach w działaniach marketingowych, które dotychczas były głównym sposobem na przyciągnięcie, przywiązanie i ułojalnienie pacjenta. Warto więc, mając do dyspozycji ograniczone narzędzia marketingowe, wykorzystać potencjał i wiedzę farmaceutów, wprowadzając do aptek opiekę farmaceutyczną i usługę promocji zdrowia, która mogłaby objąć takie dziedziny jak: aktywność fizyczna dostosowana do współistniejących schorzeń, pomoc we właściwym odżywianiu, ustalenie diety przy stosowanej farmakoterapii, motywowanie oraz organizacja grup wsparcia dla odchudzających się.²²³ W ramach działań podejmowanych w aptekach wyróżnić można dostępność szerokiej gamy asortymentu związanej z utrzymaniem zdrowia i leczeniem.

²²¹<http://www.google.pl/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&ved=0CDEQFjAB&url=http%3A%2F%2Fwww.csioz.gov.pl%2Ffile.php%3Fs%3DcD81Ng%3D%3D&ei=7V7EUtHGMMlw4gSH9ICgBw&usg=AFQjCNHyCt18Kdzu6QHupT64Rz57XXv9yg>

²²² Szalonka K. *Opieka farmaceutyczna w ochronie zdrowia Polaków*. PWN, Warszawa 2011, s. 246.

²²³ Tamże, s. 247.

Wzrost konkurencji na rynku aptecznym powoduje, że właściciele aptek obserwują rynek apteczny, swoje otoczenie, a także starają się rozpoznać potrzeby nabywców i zastosować odpowiednie instrumenty marketingowe.^{224,225} Chcąc utrzymać silną pozycję rynkową, muszą dostosować się do zachodzących zmian w ich otoczeniu. Jedną ze zmian jest starzenie się społeczeństwa i wzrost zainteresowania własnym zdrowiem i aktywnym trybem życia. Obecnie trudno konkurować samym asortymentem, niską ceną, wystrojem i wnętrzem apteki, czy działaniami marketingowymi. Przy obecnym zakazie prowadzenie akcji promocyjnych na leki refundowane i braku programów lojalnościowych oraz zakazie reklamy apteki, pozostaje niewiele możliwości w zastosowaniu w aptekach strategii marketingowych. Właściwsze zdaje się być wdrożenie marketingu relacji, którego celem jest budowanie dobrych, długoterminowych relacji z pacjentami.²²⁶ Pomocne przy tym są takie narzędzia jak: jakość, proces obsługi, dobre relacje pacjenta z farmaceutom i związane z tym zaufanie do aptekarza, czy komunikacja bezpośrednia.²²⁷ Ideą takiego marketingu jest przywiązanie pacjenta do marki, firmy.²²⁸ Jako społeczeństwo jesteśmy bowiem uzależnieni od marek, kochamy je, potrzebujemy, otaczamy się nimi na co dzień.²²⁹ Często wielopokoleniowe apteki cieszą się zaufaniem pacjentów, gdyż mają oni pozytywne skojarzenia z tym miejscem. Właściciel może ową nostalgię pacjentów wykorzystać, budując na niej lojalność wobec swojej apteki postrzeganej jako markowa.²³⁰ W odniesieniu do apteki, chory oczekuje indywidualizacji w spojrzeniu na jego stan zdrowia i rozpoznaniu jego potrzeb. W takim ujęciu aptekę można potraktować jako markę. Wdrożona opieka farmaceutyczna i marketing relacji poprzez indywidualizację usług i towarów (leków), może stać się podstawą do wzmocnienia pozycji apteki na rynku aptecznym. Pacjent będzie postrzegał taką placówkę jako silną markę o wysokiej jakości usług.

Apteka wdrażając opiekę farmaceutyczną stosuje jednocześnie marketing relacji, poprzez indywidualizację usług i dostępnego asortymentu (leki, sprzęt medyczny) dostosowanego do potrzeb pacjentów.²³¹ Do innych korzyści jakie może osiągnąć apteka po wdrożeniu opieki farmaceutycznej należy:

- zwiększenie satysfakcji z pracy farmaceutów, w konsekwencji również podniesienie prestiżu zawodu;
- zwiększenie wiedzy i nabycie praktycznych umiejętności, które są wykorzystywane również w codziennej pracy z pacjentem realizującym recepty;

²²⁴ Szalonka K. *Opieka farmaceutyczna w ochronie zdrowia Polaków*. PWN, Warszawa 2011, s. 208.

²²⁵ Mruk H., Michalik M., Barańkiewicz T. *Marketingowe zarządzanie apteką*. ABC a Wolters Kluwer business, Warszawa 2013, 109.

²²⁶ Szalonka K. *Opieka farmaceutyczna w ochronie zdrowia Polaków*. PWN, Warszawa 2011, s. 208.

²²⁷ Tamże, s. 208.

²²⁸ Tamże, s. 208.

²²⁹ Matthew W. R., Bolivar J.B. *Potęga kultowej marki. W jaki sposób dziewięć wyjątkowych marek zmieniło swoich klientów w wiernych fanów*. Helion, Gliwice 2006, s. 17.

²³⁰ Tamże, s. 170.

²³¹ Szalonka K. *Opieka farmaceutyczna w ochronie zdrowia Polaków*. PWN, Warszawa 2011, s. 208.

- przywiązanie (ulojalnienie) pacjenta do apteki, co może w efekcie zwiększyć obroty i zyskowność apteki.²³²

Personel apteki, a właściwie farmaceuci stają się w nowoczesnej koncepcji zarządzania apteką, instrumentem marketingowym. Służąc swoją wiedzą pomagają pacjentom w działaniach związanych z profilaktyką oraz promują zdrowy tryb życia. Apteka w ramach takich usług pomaga pacjentom zachować dobre zdrowie przy stosowaniu zasad zdrowego życia. Dla apteki to możliwość budowania swojej pozycji na rynku aptecznym. Podstawą jest zaangażowanie się i zgranie całego personelu apteki, szeroka wiedza farmaceutów z tego zakresu i przygotowanie mentalne do rozmów z pacjentem. Wzrost liczby aptek, łatwiejszy do nich dostęp, powiększenie się asortymentu pociągnął za sobą zmianę w relacjach z pacjentami. Obok leków na receptę klienci aptek nabywają coraz więcej preparatów OTC, sprzęt medyczny (termometry, ciśnieniomierze, glukometry, inhalatory), czy dermokosmetyki. Posiadając przy tym coraz więcej informacji na temat własnego zdrowia, chcieliby być partnerami w rozmowach z farmaceutami.²³³ Aptekarze powinni przekazywać informacje pacjentom, prostym i zrozumiałym dla nich językiem. Jednocześnie należy podkreślić, iż mimo większej wiedzy pacjentów na tematy związane ze zdrowiem i wiążącym się z tym zjawiskiem samoleczenia, posiadają oni często wiedzę wybiórczą, niekompletną, opierającą się na informacjach zdobytych z licznych reklam, prasy codziennej, Internetu. Brak tu jednak fachowej i kompetentnej wiedzy z zakresu farmakoterapii, jaką posiadają farmaceuci. Dlatego tak ważne jest wprowadzenia opieki farmaceutycznej do aptek. Farmaceuta sprawując opiekę nad chorym nadzorowałby farmakoterapię zażywanych przez niego na stałe leków i doradzał w kupowaniu leków OTC. Zapobiegnie się w ten sposób niekontrolowanemu i niebezpiecznemu kupowaniu medykamentów przez pacjentów i leczeniu na własną rękę bez konsultacji lekarskiej. Zwiększona dostępność do leków oraz kosmetyków przy narastającym chaosie reklam wielu produktów, powodują dezorientację u pacjenta.²³⁴ Szuka on porady u lekarza i chce porozmawiać na tematy związane ze zdrowiem, ale utrudniony do niego dostęp (konieczność wcześniejszego umówienia wizyty i kolejki) powoduje wzrost zainteresowania dostępnością porad w aptece. Pacjent dąży do bezpośredniej komunikacji, wspierania go w jego decyzjach, pomocy w wyborze medykamentów, dermokosmetyków i zachowaniach prozdrowotnych.²³⁵ Opieka farmaceutyczna obejmuje więc nie tylko pomoc we farmakoterapii, rozwiązywaniu problemów lekowych i unikaniu interakcji pomiędzy nimi, a także właściwą komunikację lekarz-farmaceuta.²³⁶

Usługi świadczone w aptekach są ważnym elementem działań marketingowych i mogą stać się siłą apteki. Opieka farmaceutyczna w aptece traktowana jest często niesłusznie tylko jako usługa doradztwa. Należy jednak podkreślić różnicę pomiędzy opieką farmaceutyczną, która jest procesem udokumentowanym, a doradztwem. Doradztwo nie wiąże się jednak tylko

²³² Skowron A. *Opieka farmaceutyczna – jak zacząć*. Aptekarz Polski Pismo Naczelnej Izby Aptekarskiej 2008, nr 11.

²³³ Mruk H., Michalik M., Barańkiewicz T. *Marketingowe zarządzanie apteką*. ABC a Wolters Kluwer business, Warszawa 2013, 111.

²³⁴ Tamże, s. 112.

²³⁵ Tamże, s. 112.

²³⁶ Tamże, s. 112.

z farmakoterapią leków zażywanych przez chorego. Porady mogą dotyczyć także kwestii związanych z właściwym przechowywaniem leków w domu, aby nie doszło do przedwczesnego rozkładu substancji czynnych. Każdy medykament ma ściśle określone warunki stabilizacji danego leku. W tym znaczeniu doradztwo w opiece farmaceutycznej należy rozumieć jako usługę w ramach której chory otrzymuje poradę i informację oraz odpowiedź na tematy związane ze zdrowiem. Relacje z pacjentem powinno się od początku skutecznie budować. Ma na to wpływ, stosunek farmaceuty do swojej pracy oraz jego umiejętności komunikacyjne w relacjach z pacjentem, często trudnym i wymagającym. Wartość przekazu może także stracić na jakości, a farmaceuta nie zdobędzie zaufania jeśli jego wygląd będzie nieschludny, założy brudny i rozpięty fartuch, będzie unikał kontaktu wzrokowego i miał obrażoną minę. Warto podkreślić, że jakość usług świadczonych w aptece straci na swoim profesjonalizmie jeśli farmaceuta nie zadba o te elementy w swoim wyglądzie i zachowaniu. Zaangażowany, uśmiechnięty i miły farmaceuta jest najlepszą wizytówką placówki. Do każdego pacjenta trzeba też podejść indywidualnie, nie można tutaj ustalić ścisłych reguł, gdyż każdy z nich jest inny i ma inne potrzeby. Farmaceuta powinien także unikać konfliktowych sytuacji, po których trudno później naprawić złe wrażenie i negatywny stosunek pacjenta do apteki. Nie da się wyeliminować takich sytuacji, ale można zmniejszyć niezadowolenie pacjenta ze świadczonych usług w aptece, wysyłając farmaceutów na szkolenia. Otrzymują oni narzędzia do radzenia sobie w stresujących sytuacjach i wzorce zachowania. Usługi świadczone przez farmaceutę, jakość usługi, dokładność i misja zawodu są elementami trwałymi, nie podlegającymi zmianom.²³⁷ Warto więc od początku budować pozytywny wizerunek apteki.

Usługi świadczone w aptece można opisać słowem *service*, które daje farmaceutom praktyczne wskazówki, jak zbudować silną więź oraz usatysfakcjonować pacjenta.²³⁸ *Service* to:

- **S** – sincerity – szczerłość wobec pacjentów dzięki której zdobywamy zaufanie pacjenta;
- **E** – enthusiasm - entuzjazm i zaangażowanie w obsługiwaniu pacjentów oraz w wykonywaniu wszystkich obowiązków w aptece;
- **R** – respect – szacunek dla każdego pacjenta, niezależnie od tego kim jest, jakie są jego dochody, jakie posiada wykształcenie;
- **V** – visual – odpowiednia prezentacja pracowników i apteki, które są wizytówką placówki i świadczą o wysokiej jakości marki;
- **I** – information – pełna informacja, wyczerpująca wątpliwości pacjentów związane ze zdrowiem i zakupionymi medykamentami czy dermokosmetykami;
- **C** – courtesy – grzeczność, uprzejmość wobec każdego pacjenta;

²³⁷ Mruk H., Michalik M., Barańkiewicz T. *Marketingowe zarządzanie apteką*. ABC a Wolters Kluwer business, Warszawa 2013, s. 116.

²³⁸ Tamże, s. 120-121.

- **E** – eager – ochota, zaangażowanie, chęć w świadczeniu usług pacjentom na najwyższym poziomie.²³⁹

Te składowe są ważne, aby zbudować silną pozycję rynkową apteki i usatysfakcjonować pacjenta. W usługach należy także pamiętać o empatii, opanowaniu emocji i ciągłej pracy nad nimi, aby budować właściwe relacje z pacjentami.

Wraz z transformacją w Polsce zaczęto zmieniać podejście do zarządzania własnym przedsiębiorstwem. Oprócz strategii marketingowych, które są jednym z głównych narzędzi konkurencji na rynku, coraz ważniejszą rolę odgrywa postrzeganie satysfakcjonowania potrzeb klienta jako zasobu przedsiębiorstwa.²⁴⁰ Zadowolenie klienta jest współcześnie ważnym czynnikiem sukcesu rynkowego.²⁴¹ Rozpoznanie obecnych i przyszłych potrzeb pacjenta jest jednym z podstawowych warunków, aby zbudować satysfakcję klienta. Należy stale dbać o zaspakajanie potrzeb pacjenta, wcześniej trzeba jednak poznać pacjentów apteki ich odczucia, opinie, preferencje.²⁴² Usatysfakcjonowany pacjent jest źródłem pozytywnych informacji o firmie oraz pozwala na oszczędności marketingowe.^{243,244,245} Taniej utrzymać obecnych pacjentów niż zdobywać nowych.²⁴⁶ Zadowolony klient jest często dla innych najwiarygodniejszym źródłem informacji. Usatysfakcjonowany pacjent, dokonuje częstszych zakupów w danej aptece, przyciągając grono nowych klientów.

*Satysfakcja wg Sztuckiego to „jedyna i prawdziwa wartość jaką musi zapewnić każdy produkt, usługa, obsługa, dystrybucja, sprzedaż, promocja. Jest to subiektywne odczucie zadowolenia, odniesionych korzyści i spełnionych oczekiwań z nabycia, konsumpcji i użytkowania produktu bądź usługi, wynikające z zaspokojenia potrzeb lub rozwiązania problemu”.*²⁴⁷ Odwołując się do tej definicji i analizując obecną sytuację rynkową na świecie i w Polsce, zauważalne jest, że nierównowaga rynkowa, nadmierna podaż, stała walka o klienta, powoduje, że zadowolony i pozytywnie zaskoczony klient jest jednym z ważniejszych działań marketingowych.²⁴⁸ Czynnikiem kształtującym satysfakcję klienta jest zadowolenie z usługi, która zależy od rzeczywistych cech usługi, indywidualnych cech nabywcy i jego wymagań dotyczących usługi, polityki komunikacyjnej prowadzonej przez

²³⁹ Mruk H., Michalik M., Barańkiewicz T. *Marketingowe zarządzanie apteką*. ABC a Wolters Kluwer business, Warszawa 2013, s. 120-121.

²⁴⁰ Nieżurawski L., Pawłowska B., Witkowska J. *Satysfakcja klienta. Strategia-Pomiar-Zarządzanie. Koncepcja wewnętrznego urynekowania współczesnej organizacji*. Wydawnictwo naukowe Uniwersytetu Mikołaja Kopernika, Toruń 2010, s. 9.

²⁴¹ Tamże, s. 9

²⁴² Tamże, s. 10.

²⁴³ Czerw A. *Satysfakcja i lojalność klienta na rynku farmaceutycznym*. Wydawnictwo Fachowe CeDeWu, Warszawa 2008, s. 12.

²⁴⁴ Tamże, s. 13.

²⁴⁵ Kwarciać B. *Między zdradą lojalnością, czyli jak przywiązać do siebie klienta*. Zbiór referatów na IV Kongres Reklamy Polskiej 28-29.10.1995, s. 143.

²⁴⁶ Kall J. *Silna marka. Istota i kreowanie*. PWE, Warszawa 2001, s. 100-101.

²⁴⁷ Sztucki T. *Marketing przedsiębiorcy i menadżera. Rynek - marketing – najlepsze strategie marketingowe*. Agencja Wydawnicza Placet, Warszawa 1996, s. 40.

²⁴⁸ Czerw A. *Satysfakcja i lojalność klienta na rynku farmaceutycznym*. Wydawnictwo Fachowe CeDeWu, Warszawa 2008, s. 13-14.

firmę i dotychczasowych doświadczeń konsumenta.^{249,250} Powyższe czynniki wpływają na postrzeganie usługi przez nabywcę, kształtując jego oczekiwania, a w rezultacie określając poziom satysfakcji.²⁵¹ Wymienione elementy wpływające na satysfakcję klientów, mają odniesienie do apteki, gdzie na zadowolenie pacjenta wpływa szereg czynników. Świadczone usługi w aptece powinny być zawsze na najwyższym poziomie, co przełoży się na wyniki finansowe apteki.

Kolejnym ważnym elementem będącym w ścisłym powiązaniu ze satysfakcją jest lojalność. Nie zawsze zadowolony klient to lojalny klient. Połączenie tych dwóch czynników, stanowi dopiero pełną gwarancję powrotu pacjenta do apteki i powtarzalności zakupów w niej dokonywanych. Zdobywanie lojalnych klientów jest więc jednym z podstawowych celów przedsiębiorstwa.²⁵² Posiadanie i zdobywanie kolejnych lojalnych klientów to kolejne ważne zadanie każdej firmy. Konkurencja wraz ze swoimi działaniami podejmuje kroki na odbieraniu klientów innym. Lojalność nabywców wobec marki stanowi kluczową wartość organizacji.²⁵³ Zgodnie z definicją Sztuckiego „*lojalność ma charakter afektywny i oznacza przywiązanie nabywców do rodzaju nabywanego produktu oraz miejsc ich sprzedaży, co przekłada się na aspekt behawioralny wyrażany stałym dokonywaniem zakupów i propagowaniem dobrej opinii*”.²⁵⁴ Lojalność jest celem kompleksowych działań marketingowych każdego przedsiębiorstwa.²⁵⁵ Zapewnia to przywiązanie konsumentów do danej marki, niepoddających się działaniu konkurencji.²⁵⁶ W obecnej sytuacji prawnej, gdzie wiele aptek walczy o przetrwanie, a działania marketingowe w walce z konkurencją są ograniczone, właściciele powinni skupić się na polityce lojalności, aby spełnić oczekiwania pacjentów i zatrzymać ich u siebie.²⁵⁷

Podsumowując: opieka farmaceutyczna w Polsce powinna zostać wdrożona. Jest to obecnie jedno z ważniejszych działań marketingowych, które nie jest w sprzeczności z obecnym prawem farmaceutycznym. Pełni też ważne cele edukacyjne dla pacjentów z zakresu zdrowia. Aptekarz pełni też ważną rolę w systemie opieki zdrowotnej, realizując zadania z zakresu ochrony zdrowia. Farmaceuta czynnie uczestniczy w procesie leczenia, poprzez wdrażanie do aptek opieki farmaceutycznej.²⁵⁸ Wpływa ona na skuteczność i bezpieczeństwo terapii, co pozwala obniżyć koszty leczenia. Na drodze wdrożenia opieki

²⁴⁹ Czerw A. *Satysfakcja i lojalność klienta na rynku farmaceutycznym*. Wydawnictwo Fachowe CeDeWu, Warszawa 2008, s. 15.

²⁵⁰ Mazurek-Lopacińska K. *Zachowania nabywców i ich konsekwencje marketingowe*. PWE, Warszawa 2003, s. 305.

²⁵¹ Tamże, s. 305.

²⁵² Czerw A. *Satysfakcja i lojalność klienta na rynku farmaceutycznym*. Wydawnictwo Fachowe CeDeWu, Warszawa 2008, s. 23.

²⁵³ Otto J. *Lojalny klient najcenniejszym kapitałem*. Marketing w Praktyce 2000, nr 2, s. 15.

²⁵⁴ Sztucki T. *Encyklopedia marketingu: definicja, zasady, metody*. Agencja Wydawnicza Placet, Warszawa 1998, s. 153.

²⁵⁵ Czerw A. *Satysfakcja i lojalność klienta na rynku farmaceutycznym*. Wydawnictwo Fachowe CeDeWu, Warszawa 2008, s. 24.

²⁵⁶ Altkorna J., Kramera T. Pr. Zb. *Leksykon marketingu*. PWE, Warszawa 1998, s. 134.

²⁵⁷ Mruk H., Michalik M., Barańkiewicz T. *Marketingowe zarządzanie apteką*. ABC a Wolters Kluwer business, Warszawa 2013, 20.

²⁵⁸ Rezolucja Rady Europy ResAP (2001)2 dotycząca roli aptekarza w zakresie bezpieczeństwa zdrowia z 21 marca 2001 roku.

farmaceutycznej do aptek stoi wiele przeszkód prawnych i znikomy stan wiedzy pacjentów - główną grupą docelową – oraz lekarzy, którzy powinni współpracować z aptekarzami, aby chory miał jak najlepszy proces leczenia. Odpowiednie przygotowanie prawne, powinno określić zadania i obowiązki lekarza i farmaceuty, aby uniknąć podważenia roli i autorytetu zawodu lekarza. Farmaceuci muszą być świadomi i docenić swoją wiedzę oraz kwalifikacje, a przez to budować swój wizerunek w społeczeństwie. Nie powinni być tylko postrzegani jako osoby wydające lek i czuwające nad prawidłową retaksacją recept. Należy też zastanowić się nad większą motywacją farmaceutów do wprowadzenia opieki farmaceutycznej.²⁵⁹ Pozwoliłoby to zapobiec nadmiernej sprzedaży leków, które są często niepotrzebne pacjentom.²⁶⁰ Regularna i długotrwała współpraca pomiędzy farmaceutą, a pacjentem powinna przynieść racjonalną konsumpcję leków, a dzięki temu ograniczyć wiele zatruć lekami.

Apteka powinna być miejscem, gdzie pacjent otrzyma fachowe porady na tematy związane ze zdrowiem. Dobra współpraca lekarz-farmaceuta-pacjent pozwoli zaś na kontrolę farmakoterapii. Aptekarz będzie wtedy nadzorował postęp i efekty leczenia. Apteka to miejsce zakupu leków, dermokosmetyków, asortymentu prozdrowotnego oraz promocji zdrowia. Nie wszyscy pacjenci, szczególnie młodzi ludzie wyrażają zapotrzebowania na opiekę farmaceutyczną, dlatego farmaceuci dostosowując się do potrzeb klienta powinni poza udzielaniem porad farmaceutycznych, prowadzeniem edukacji zdrowotnej dobierać odpowiednie strategie marketingowe. Silna konkurencja na rynku wymaga od właścicieli ciągłego podnoszenia standardów i pracy nad satysfakcją i lojalnością klientów, to oni bowiem decydują o zyskach apteki.

²⁵⁹ Szalonka K. *Opieka farmaceutyczna w ochronie zdrowia Polaków*. PWN, Warszawa 2011, s. 246.

²⁶⁰ Tamże, s. 246.

ROZDZIAŁ 2

METODOLOGIA BADAŃ WŁASNYCH

2.1. Cel pracy.

Celem głównym pracy jest analiza uwarunkowań funkcjonowania aptek na rynku w Polsce po 2011 roku. Ocena funkcjonowania aptek w sytuacji wprowadzenia ustawy o refundacji leków (...) ²⁶¹ stała się wyjściem do oceny realizacji zadań w zakresie świadczeń zdrowotnych. Przeprowadzona analiza, została poprzedzona przeglądem literatury przedmiotu i szczegółowym opisaniem tych czynników, które w części empirycznej zostały opracowane i opisane oraz przedstawione za pomocą wykresów oraz tabel. Celem było przedstawienie rzeczywistej sytuacji aptek w odbiorze zarówno społeczeństwa jak i samych pracowników aptek. Kwestionariusze ankietowe zostały tak zbudowane, aby wypowiedzi osób biorących udział w badaniu, zobrazowały i pozwoliły na weryfikację zależności pomiędzy głównym celem pracy, a rozwojem apteki jako podmiotu działalności leczniczej oraz ilością i rodzajem świadczonych usług, które mają na celu promowanie i ewaluację opieki farmaceutycznej w aptekach otwartych.

Na podstawie tak sformułowanego celu głównego, autorka pracy wyodrębniła również cele szczególne:

1. Przedstawienie i ocena aktualnej sytuacji w aptekach i skonfrontowanie tego z przesłankami teoretycznymi głoszącymi tezę, iż apteka pełni rolę podmiotu działalności leczniczej oraz miejsca do praktycznej realizacji edukacji i promocji zdrowia.
2. Określenie najważniejszych zadań współczesnego aptekarza i analiza uwarunkowań prawnych oraz ograniczeń ze strony pracodawcy.
3. Ewaluacja wykształcenia akademickiego i jego wpływ na świadomość i odpowiednie przygotowanie do realizacji zadań z zakresu opieki zdrowotnej.
4. Analiza ustawy o refundacji leków (...) ²⁶² i innych aktów prawnych, które mają wspierać działania na rzecz wdrożenia opieki farmaceutycznej w aptekach.
5. Zaprezentowanie wzajemnych relacji pomiędzy czynnikami indywidualnymi, a organizacyjnymi oraz ich wpływ na decyzje zakupowe pacjentów.

²⁶¹ Ustawa z dnia 12 maja 2011 roku o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobach medycznych (Dz. U. z dnia 13 czerwca 2011 roku nr 122, poz. 696, z późn. zm.)

²⁶² Tamże.

2.2. Hipotezy badawcze.

Hipoteza główna brzmi następująco:

Ustawa o refundacji leków (...) ²⁶³ wprowadziła szereg zmian, w wyniku których nie zmieniło się podejście aptekarzy do pacjentów w zakresie realizacji zadań świadczeń zdrowotnych.

Natomiast **hipotezy badawcze** dla weryfikacji których były przeprowadzone badania empiryczne brzmią następująco:

1. W opinii przedstawicieli różnych grup demograficznych apteka jest podmiotem działalności leczniczej, której pracownicy przyczyniają się do zmniejszenia strat w budżecie państwa.
2. Ustawa o refundacji leków (...) ²⁶⁴ i inne akty prawne nie wspierają działań na rzecz wdrożenia opieki farmaceutycznej.
3. W opinii przedstawicieli różnych grup demograficznych wykształcenie akademickie i obowiązek ciągłego kształcenia wpływają na odpowiednie przygotowanie farmaceutów do realizacji zadań z zakresu opieki farmaceutycznej.
4. Dostępność apteki, fachowa obsługa, szeroki asortyment leków są decydującym czynnikiem przy wyborze apteki przez pacjentów.
5. Aptekarze posiadają wg pacjentów odpowiednie kwalifikacje, wiedzę oraz podstawy prawne do udzielania porad w leczeniu łagodniejszych dolegliwości, a także wykazują duże zainteresowanie zdrowiem pacjenta i chętnie udzielają porad na temat stosowania leków.

2.3. Materiał badawczy.

Badania zostały przeprowadzone w losowo wybranych aptekach ogólnodostępnych na terenie województwa wielkopolskiego. Ankiety zostały skierowane do aktywnie czynnych zawodowo farmaceutów i pacjentów tych że aptek. Kwestionariusze były wypełniane anonimowo. Podstawą do przeprowadzenia badania była zgoda respondenta na wypełnienie ankiety.

Termin przeprowadzenia badania to III i IV kwartał 2014 roku. Łącznie rozdano 812 ankiet, w tym 284 ankiet było skierowanych do farmaceutów a 528 rozdano wśród pacjentów tych aptek. Zwrotnie otrzymano 245 ankiet skierowanych do aptekarzy z rozdanych 284 co daje 86%. W przypadku pacjentów otrzymano zwrotnie 490 ankiet, a rozdano 528 co daje 93%. Wszystkie ankiet zostały wypełnione prawidłowo. Ostatecznie 735 prawidłowo wypełnionych ankiet stanowiło podstawę do badań empirycznych.

²⁶³ Ustawa z dnia 12 maja 2011 roku o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobach medycznych (Dz. U. z dnia 13 czerwca 2011 roku nr 122, poz. 696, z późn. zm.)

²⁶⁴ Tamże.

2.4. Narzędzia i metody badawcze.

Na potrzeby niniejszej pracy została przeprowadzona analiza empiryczna materiałów zebranych za pomocą kwestionariusza ankietowego oraz analiza teoretyczna w oparciu o zebrane teksty źródłowe.

Część teoretyczna pracy stanowiła analizę literatury, aktów prawnych, najnowszych doniesień naukowych dostępnych na stronach internetowych.

Badanie zostały przeprowadzone za pomocą metody sondażowej przy użyciu ankiety, co pozwoliło na dostosowanie metody badawczej do celu pracy oraz samego przedmiotu badań.

Kwestionariusz o charakterze indywidualnym został skierowany do dwóch grup badawczych pacjentów i farmaceutów. Dla każdej jednostki wchodzącej w skład zbiorowości (w tym wypadku pacjenci i farmaceuci) został skierowany osobny arkusz.

Ankieta została skonstruowana i wykorzystana we wcześniejszej pracy badawczej.²⁶⁵ Niektóre pytania zostały zmodyfikowane, aby ich treść i odpowiedzi mieściły się w zakresie nowych wymagań prawnych z ustawy o refundacji leków (...)²⁶⁶.

Ankieta do farmaceutów składała się z 21 pytań. Pierwsze pytanie stanowiła metryczka w formie tabeli składająca się z trzech części: płeć, wiek i stanowisko w pracy. Pozwoliła ona na uzyskanie danych socjodemograficznych badanej grupy farmaceutów.

Pozostałe 20 pytań zostało zbudowane w formie pytań otwartych, bądź zamkniętych, jednokrotnego lub wielokrotnego wyboru.

W ankiecie do farmaceutów 3 pytania są otwarte nr 4, 10 i 13.

W pytaniu 4:

"Co Pan/Pani rozumie przez pojęcie:

- Informacja o leku...
- Farmakoterapia chorób...
- Farmakoenomika...."

Farmaceuta miał wyrazić swoją opinię i zdanie na temat trzech w/w pojęć.

Pytania nr 10 i 13, stanowiły połączenie pytań zamkniętych jednokrotnego wyboru z otwartymi opisowymi.

Pytanie 10:

"Czy aptekarz może wpływać na koszty leczenia pacjentów:

TAK/NIE

²⁶⁵ Rauer K. *Transformacja wizerunku apteki a realizacja zadań w ochronie zdrowia*. Praca na stopień doktora. UM w Poznaniu, Poznań 2005.

²⁶⁶ Ustawa z dnia 12 maja 2011 roku o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobach medycznych (Dz. U. z dnia 13 czerwca 2011 roku nr 122, poz. 696, z późn. zm.)

W jaki sposób..."

Farmaceuci rozwijając powyższe dwa pytania mieli wyrazić zdanie na kwestię roli farmaceuty w obniżaniu kosztów leczenia pacjenta i wsparcia ze strony właścicieli bądź kierowników aptek w których pracują, o wdrażaniu w aptekach najnowszych wytycznych odnośnie ochrony zdrowia.

W tejże ankiecie było 10 pytań zamkniętych wielokrotnego wyboru i 7 pytań zamkniętych jednokrotnego wyboru, gdzie farmaceuci wyrażali swoje opinie na temat:

- roli współczesnego aptekarza w ochronie i promocji zdrowia;
- warunków personalno-technicznych w aptekach, które mają umożliwić realizację podstawowych zadań aptekarzy, w tym z zakresu opieki farmaceutycznej;
- przygotowania akademickiego oraz wiedzy zdobywanej podczas dodatkowych form kształcenia ciągłego podnoszących kwalifikacje farmaceutów, które mają być podstawą w dalszej realizacji podstawowych zadań farmaceuty w aptekach z zakresu świadczeń zdrowotnych;
- roli apteki jako podmiotu działalności leczniczej i miejsca oraz zadań aptekarza związanych ze świadczeniem usług z zakresu świadczeń zdrowotnych;
- odpowiedzialności farmaceuty za proces samoleczenia pacjentów, a co za tym idzie wspieranie profilaktyki i promocji zdrowia;
- roli aptekarza w obniżaniu kosztów leczenia pacjentów;
- uwarunkowań prawnych wspierających działania farmaceutów w zakresie świadczeń zdrowotnych, w tym opiekę farmaceutyczną, podnosząc prestiż zawodu i rangę aptek jako placówek świadczących usługi z zakresu świadczeń zdrowotnych.

Pytania zamknięte wielokrotnego wyboru to pytania nr: 3, 6, 8, 9, 11, 12, 14, 16, 17 i 20 (np. pytanie nr 3 "Czy Pani/Pana zdaniem najważniejsze zadania i wytyczne współczesnego aptekarza to").

W pytaniach zamkniętych wielokrotnego wyboru respondenci wybierali z pośród kilku możliwych odpowiedzi, które według nich najlepiej opisywały podane zagadnienie.

Pytania zamknięte jednokrotnego wyboru to pytania nr: 2, 5, 7, 15, 18, 19 i 21 (np. pytanie nr 5 "Czy uważa Pani/Pan, że aptekarz może i powinien brać na siebie odpowiedzialność za samodzielne stosowanie leków przez pacjentów"). Respondenci w tych pytaniach mieli do wyboru trzy możliwości TAK/NIE/NIE WIEM, natomiast w pytaniu nr 7 podane były dwie możliwości:

"Aptekarze biorą udział w promocji i profilaktyce zdrowia ponieważ:

- są odpowiedzialni za sprzedaż leków OTC,
- spełniają rolę informatorów o lekach."

Ankieta skierowana do pacjentów składała się z 13 pytań zamkniętych jednokrotnego lub wielokrotnego wyboru. Pierwsze pytanie podobnie jak w ankiecie do farmaceutów stanowiła metryczka w formie tabelki składająca się z trzech części: płeć, wiek i wykształcenie. Pozwoliło to na scharakteryzowanie grupy badawczej pod względem socjodemograficznym.

W ankiecie było 8 pytań zamkniętych jednokrotnego wyboru i 4 pytania zamknięte wielokrotnego wyboru, w których pacjenci mieli wyrazić swoje zdanie na temat:

- przyczyn wyboru apteki jako pierwszego miejsca na udzielnie pomocy w leczeniu łagodniejszych dolegliwości i schorzeń,
- oczekiwań dotyczących aptekarzy i jakości świadczonych przez nich usług farmaceutycznych,
- powodów, którymi kierują się przy wyborze apteki,
- decyzji zakupowych i pomocy farmaceutów przy wyborze leków dostępnych bez recepty (rola farmaceuty w procesie samoleczenia) w przypadku istniejących przewlekłych chorób i związanym z tym zażywaniem innych leków,
- kwalifikacji aptekarzy w procesie leczenia łagodniejszych dolegliwości i schorzeń, uzupełniając lub odciążając w ten sposób lekarzy.

Pytania zamknięte jednokrotnego wyboru to nr: 2, 5, 8, 9, 11 i 13 (np. pytanie nr 5 "Czy jest Pani/Pan zadowolony z pracy aptekarzy i oferowanych przez nich usługi farmaceutyczne", pytanie nr 8 "Czy uważa Pani/Pan, że aptekarze mają odpowiednie kwalifikacje i wiedzę oraz podstawy prawne, aby udzielić porad na temat leczenia łagodniejszych chorób i dolegliwości oraz proponować lub wybierać na te schorzenia leki dostępne bez recepty"). Respondenci w powyższych pytaniach wybierali jedną z kilku możliwości (pytania nr: 2, 5, 9, 13) lub zakreślali jedną z trzech możliwości TAK/NIE/NIEWIEM (pytania nr 8 i 11).

Pytania zamknięte wielokrotnego wyboru to nr: 3, 4, 6, 7, 10 i 12 (np. pytanie nr 10 "Jakie informacje można bez problemu uzyskać w aptece, w której kupuje Pani/Pan leki"). Respondenci wybierali kilka odpowiedzi z podanych możliwości, które według nich najtrafniej opisywały badane zagadnienie.

Obliczenia statystyczne wykonano za pomocą pakietu statystycznego R 3.1.2.²⁶⁷ (R Development Core Team (2009). R: A language and environment for statistical computing. R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria. ISBN 3-900051-07-0, URL <http://www.R-project.org>.)

Do analizy materiału empirycznego wykorzystano następujące metody statystyczne:

- **Test niezależności χ^2 (chi-kwadrat)** - pozwala na weryfikację hipotez o niezależności zmiennych. Ocenie zostają podane cechy niemierzalne (x, y), mających charakter jakościowy. Test ten polega na porównaniu częstości zaobserwowanych z częstościami oczekiwanymi, przy założeniu o prawdziwości hipotezy H_0 (o braku związku pomiędzy zmiennymi). Wysokie wartości χ^2 oznaczają dużą różnicę między częstościami, a oczekiwanymi i wówczas jest to potwierdzenie istnienia zależności, natomiast niskie wartości χ^2 wskazują na brak powiązania. Test chi-kwadrat wymaga dużych liczebności.^{268, 269}

²⁶⁷ R Development Core Team (2009). R: A language and environment for statistical computing. R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria. ISBN 3-900051-07-0, URL <http://www.R-project.org>.

²⁶⁸ Sobczyk M. *Statystyka*. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2007, s. 227-228.

- **Test niezależności χ^2 z korektą Yates'a** - poprawka na ciągłość (nazywana czasem poprawką na nieciągłość). Znajduje zastosowanie w teście niezależności chi-kwadrat w przypadku, gdy w którejś z kolumn tabel krzyżowych (tabela 2 x 2 - tablica posiadająca dwa wiersze i dwie kolumny) wartość obserwacji jest mniejsza niż 10 ($0 < 10$). Wprowadzenie poprawki na ciągłość Yates'a w teście chi-kwadrat, który jest testem ciągłym, jest wymagane przy małej próbie badawczej.^{270,271,272}
- **Test Fishera** - ma on zastosowanie w przypadku małych wartości oczekiwanych (w odróżnieniu od testu chi-kwadrat z korektą Yates'a gdzie małą wartość przyjmują wartości obserwowane). Wprowadzenie testu Fishera do obliczeń jest stosowane, jeśli którakolwiek z komórek ma wartość oczekiwaną mniejszą od 5 ($E < 5$). Rozszerzonego klasycznego dokładnego testu Fishera można również użyć na tabele większe niż 2x2.²⁷³

2.5. Dane socjodemograficzne badanych grup.

Badaniem zostali objęci farmaceuci oraz pacjenci losowo wybranych aptek. Do charakterystyki obu grup badawczych pod względem socjodemograficznym zostanie wykorzystana metryczka z obu ankiet, która stanowiła pierwszą część każdej z ankiet.

W ankiecie skierowanej do farmaceutów metryczka składała się z trzech części obejmujących: płeć, wiek, stanowisko w pracy. Do ostatecznej analizy użyto 245 ankiet.

Po analizie statystycznej metryczki zauważono, iż w podziale na płeć (kobieta i mężczyzna) przeważają kobiety (210 ankiet). Mężczyzn, którzy wypełnili ankietę było zaledwie 35. Ma to swoje odzwierciedlenie w danych statystycznych ogólnopolskich, gdzie większość pracujących w aptekach za pierwszym stołem stanowią kobiety, odpowiednio 84% w 2011 roku i 94% w 2012 roku.²⁷⁴ Dane w podziale na płeć uzyskane z ankiet przedstawia poniższy wykres 1.

²⁶⁹ Patrie A., Sabin C. Statystyka medyczna w zarysie. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2006, s. 63.

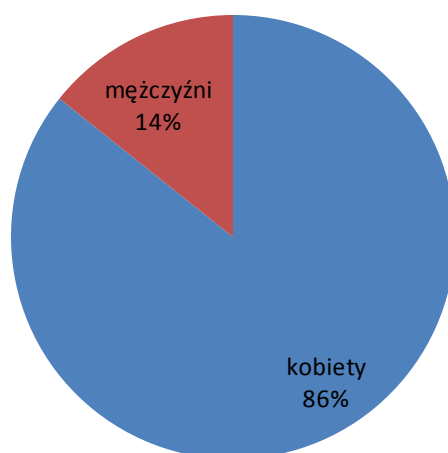
²⁷⁰ http://www.naukowiec.org/wiedza/statystyka/poprawka-na-ciaglosc-yatesa_517.html

²⁷¹ http://www.google.pl/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=6&cad=rja&uact=8&ved=0CD0QFjAF&url=http%3A%2F%2Fwww.wichrowski.net%2Fstat%2Fx2.doc&ei=Wlr_VKPKCYG8UoO-gpAP&usg=AFQjCNHbgMycMukuRHXDQGD6GJ4_2ubMBQ&bv m=bv.87611401,d.d24

²⁷² Patrie A., Sabin C. Statystyka medyczna w zarysie. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2006, s. 100.

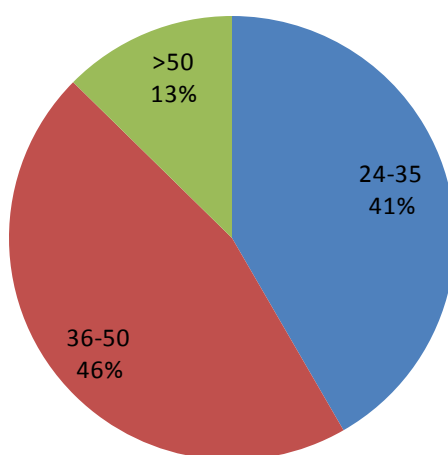
²⁷³ Tamże, s. 63.

²⁷⁴ Główny Urząd Statystyczny. *Zdrowie i ochrona zdrowia w 2012 r.* Warszawa 2013, s. 113.



Wykres 1. Procentowy rozkład płci ankietowanych farmaceutów.

W podziale na wiek wyróżniono trzy przedziały: 24-35, 36-50 i powyżej 50. Uzyskano zwrotnie: 102 ankiety od osób w wieku 24-35, 112 ankiet od osób z przedziału 36-50 i 31 ankiet od osób powyżej 50 roku życia. Dane te zostały przedstawione na wykresie 2.



Wykres 2. Procentowy rozkład wieku badanych farmaceutów.

Ostatnia część metryczki to stanowisko pracy, gdzie można było wybrać z pośród czterech kategorii: właściciel, kierownik i właściciel, kierownik oraz pracownik. Uzyskano następujące wyniki: 5 ankiet od właścicieli, 9 ankiet od osób będących jednocześnie właścicielami i kierownikami aptek, 58 ankiet od kierowników i 173 ankiety od pracowników. Powyższe dane przedstawia wykres 3.



Wykres 3. Rozkład procentowy ankietowanych farmaceutów w zależności od zajmowanego stanowiska w aptece.

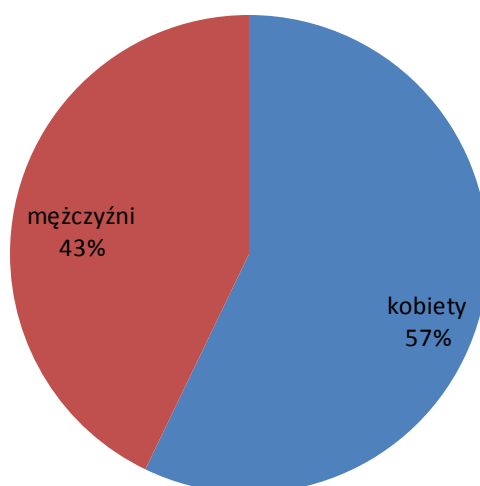
Ze względu na zbyt małą grupę badawczą jaką stanowią właściciele, ta grupa została odrzucona do dalszych badań mierzących zależność pytania od stanowiska pracy, a grupa: kierownik i właściciel oraz kierownik została połączona w jedną, co dało łączny wynik 67 ankiet (co stanowi 27%). Jak wynika z danych GUS na 11.999 aptek ogólnodostępnych i 1.220 punktów aptecznych w 2012 roku było zatrudnionych odpowiednio 24900 magistrów farmacji i 26.200 techników farmaceutycznych.^{275,276} Daje to nam łącznie 13.219 miejsc do pracy dla 51.100 pracowników. Analizując dane GUS-u i wyniki uzyskane z metryczki oraz uwzględniając to, iż każda z aptek ma tylko jednego kierownika (nie wliczając w to punktów aptecznych), ta właśnie grupa pracowników jest najliczniejsza. W badaniach uwzględniających zależność pytań od zajmowanego stanowiska pracy, ostatecznie uwzględniono podział na dwie grupy badawcze: kierownik i pracownik, uwzględniając powyższe dane z GUS-u.

W ankiecie skierowanej do pacjentów metryczka składała się z trzech części: płeć, wiek i wykształcenie. Do ostatecznej analizy użyto 490 ankiet.

Analizując podział na płeć: kobieta i mężczyzna uzyskano następujące wyniki 280 ankiet wypełniły kobiety, co stanowi 57%, natomiast 210 ankiet zostało wypełnionych przez mężczyzn, co stanowi 43%. Dane te zostały przedstawione na wykresie 4.

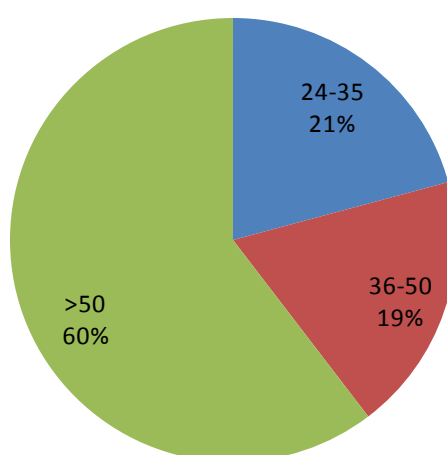
²⁷⁵ Główny Urząd Statystyczny. *Zdrowie i ochrona zdrowia w 2012 r.* GUS, Warszawa 2013, s. 113.

²⁷⁶ Główny Urząd Statystyczny. *Rocznik Statystyczny Województwa.* GUS, Warszawa 2013, s. 449.



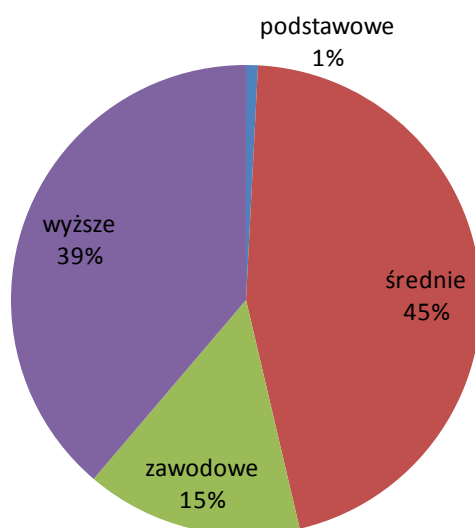
Wykres 4. Procentowy rozkład płci badanych pacjentów.

W podziale na wiek wyróżniono trzy przedziały wiekowe: 24-35, 36-50 i powyżej 50 roku życia. Po analizie ankiet uzyskano następujące dane: 102 ankiety zostały wypełnione przez osoby w wieku 24-36, 92 ankiety wypełniły osoby w wieku 36-50 i 296 ankiet zostało wypełnionych przez osoby powyżej 50 roku życia. Analiza uzyskanych danych z tej części metryczki wskazuje na przewagę starszych pacjentów odwiedzających aptekę. Analiza literatury i obserwacje codziennej pracy wykonywanej przez autora pracy, potwierdza tą zależność, gdyż w głównej mierze, to starsi ludzie odwiedzają aptekę. Wynika to z tego, że to właśnie ta grupa pacjentów cierpi na różne przewlekłe choroby i to oni najczęściej udają się do lekarza, a później do apteki po leki i poradę. Rozkład powyższych danych przedstawia wykres 5.



Wykres 5. Procentowy rozkład wieku badanych pacjentów.

Ostatnią część metryczki stanowiło wykształcenie: podstawowe, zawodowe, średnie, wyższe. Uzyskano następujące wyniki: 4 ankiety od osób z wykształceniem podstawowym, 73 ankiety od osób z wykształceniem zawodowym, 223 ankiety wypełniły osoby z wykształceniem średnim i 190 osób miało wykształcenie wyższe. Dane te zostały przedstawione na poniższym wykresie 6.



Wykres 6. Procentowy rozkład wykształcenia badanych pacjentów.

Porównując uzyskane dane z ankiet skierowanych do pacjentów aptek z danymi z GUS z 2012 roku i danymi z 2013 roku wyniki są zbliżone. Odwołując się do danych literaturowych wykształcenie w Polsce przedstawia się następująco: wykształcenie podstawowe ma 11% badanych Polaków, zawodowe 29%, średnie 36% i wyższe 24%.^{277,278} Odwołując się do danych GUS odnośnie wykształcenia Polaków w dalszej analizie pytań z ankiet skierowanych do pacjentów w zależności od wykształcenia połączono osoby z wykształceniem zawodowym (73 osoby) i podstawowym (4 osoby) w jedną grupę co dało łączny wynik 77 osób. W podziale na wykształcenia w dalszych analizach mamy więc trzy grupy z wykształceniem: zawodowym (77 osób), średnim (223 osoby) i wyższym (190 osób).

W kolejnym rozdziale omawiającym wyniki, uzyskane dane z ankiet skierowanych do farmaceutów i pacjentów pozwolą znaleźć zależności pomiędzy badanymi zmiennymi, a losowo wybranymi danymi socjodemograficznymi w celu dokładniejszego zobrazowania i opisanie stawianych hipotez.

²⁷⁷ Główny Urząd Statystyczny. *Wynik Narodowego Spisu Powszechnego Ludności i Mieszkań 2011. Podstawowe informacje o sytuacji demograficznej- społeczno ludności Polski oraz zasobach mieszkaniowych.* GUS, Warszawa 2012, s. 13.

²⁷⁸ <http://www.parp.gov.pl/files/74/81/713/20012.pdf>

ROZDZIAŁ 3

WYNIKI BADAŃ

W rozdziale tym zostanie przedstawiona analiza empiryczna materiału badawczego, uzyskana na podstawie przeprowadzonych badań własnych. Pozwoli to na przedstawienie opinii farmaceutów i pacjentów aptek na temat roli farmaceuty jako pracownika podmiotu leczniczego i realizacji w aptekach zadań z zakresu świadczeń zdrowotnych.

Pacjenci i farmaceuci otrzymali ankiety, w których mieli wyrazić swoje opinie na temat jak wygląda i w jakim stopniu jest realizowana w aptekach profilaktyka i promocja zdrowia. Opinie te mają stać się podstawą do wyciągnięcia wniosków, czy doradztwo farmaceutyczne jest realizowane w aptece i czy wśród pacjentów istnieje potrzeba na taki rodzaj usług. Jednocześnie na podstawie analizy uzyskanych wyników i zebranej literatury zostaną wyciągnięte wnioski, czy farmaceuci udzielając porad farmaceutycznych widzą szansę na rozwój w aptekach opieki farmaceutycznej.

W badaniach skupiono się przede wszystkim na analizie procesów dotyczących świadczeniu usług farmaceutycznych z zakresu doradztwa farmaceutycznego. Należy bowiem przedstawić zasadniczą różnicę między pojęciem opieka farmaceutyczna, a doradztwo farmaceutyczne, które często niesłusznie stosowane są zamiennie. Porada farmaceutyczna to przekazywanie informacji odnośnie stosowania zaordynowanych leków przez lekarza, pomoc przy wyborze leków OTC, dodatkowe informacje na temat ich przechowywania i ewentualnych interakcji z jedzeniem lub innymi zażywanymi lekami. Opieka farmaceutyczna to, jak opisana w rozdziale drugim, udokumentowany proces rejestracji, podczas którego w indywidualny sposób traktowany jest każdy chory, uwzględniający szczegółowe informacje na temat jego współistniejących chorób i zażywanych leków.²⁷⁹ Stanowi uzupełnienie wszystkich czynności prowadzonych w ramach systemu zdrowotnego, zmierzających do poprawy stosowania leków przez pacjentów.

Doradztwo farmaceutyczne może stać się jednak elementem nowego podejścia farmaceuty do jego roli w systemie opieki zdrowotnej i rozwoju opieki farmaceutycznej w każdej z aptek. Ważne jest jednak także to, aby ze strony pacjentów zaistniał popyt na taki rodzaj usług. Pierwszym krokiem do tego mogłaby się stać porada farmaceutyczna. Pacjenci często nie są świadomi, iż w aptece mogą dokonać nie tylko zakupu medykamentów, ale także otrzymać poradę farmaceutyczną, czy jak to jest w przypadku opieki farmaceutycznej, indywidualne konsultacje i pomoc w wyborze leków bez recepty, czy pomoc w leczeniu łagodniejszych dolegliwości. Należy także podkreślić rolę farmaceuty w realizacji zadań

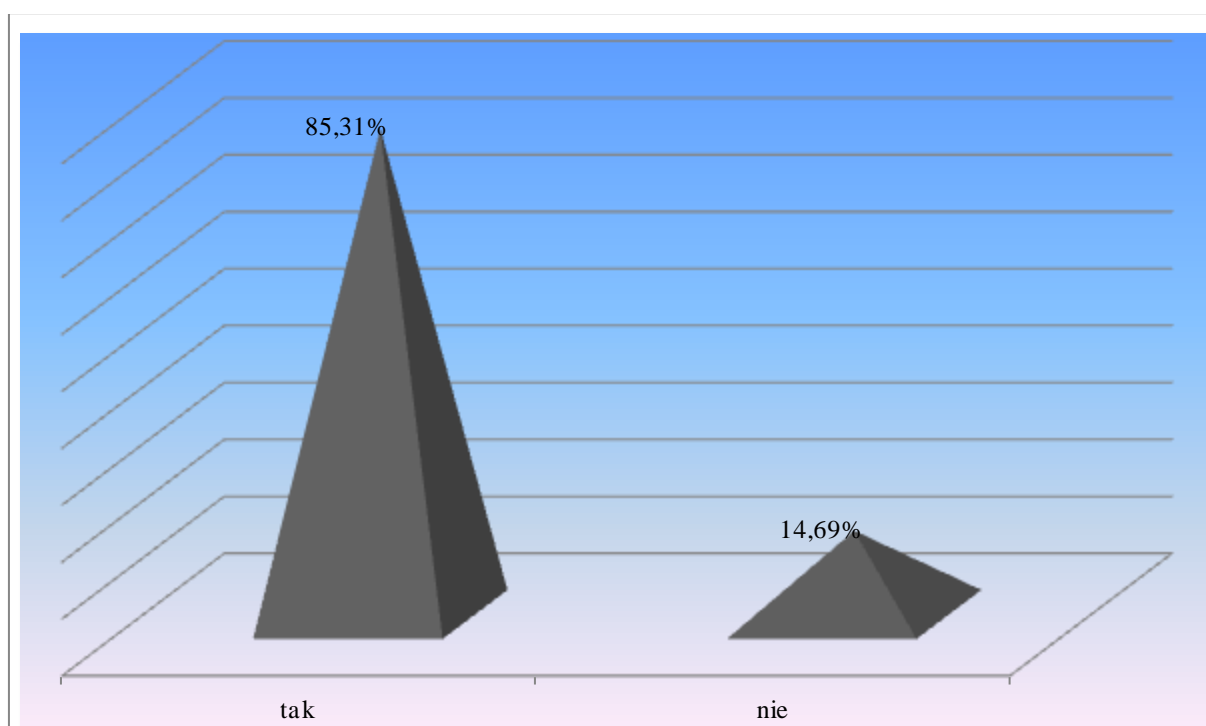
²⁷⁹ Van Mil F, Tromp. *Opieka farmaceutyczna – jak wprowadzić ją w życie?* Farm Polska 2001, nr 57, s. 1063 - 1067.

z zakresu świadczeń zdrowotnych poprzez rozpowszechnienie idei opieki farmaceutycznej. Nie można jednak w całym tym procesie pominąć ważnej roli lekarza.

3.1. Rola współczesnego farmaceuty oraz apteki w promocji i ochronie zdrowia.

Jednym z obszarów badań było potwierdzenie, przez analizę wyników uzyskanych z ankiet skierowanych do farmaceutów i pacjentów, hipotezy czy: apteka pełni rolę placówki ochrony zdrowia realizując edukację i promocję zdrowia.

Zdaniem farmaceutów apteka pełni rolę placówki zdrowia, 209 farmaceutów odpowiedziało tak, przecząco odpowiedziało 36 farmaceutów, wyniki ilustruje wykres 7.



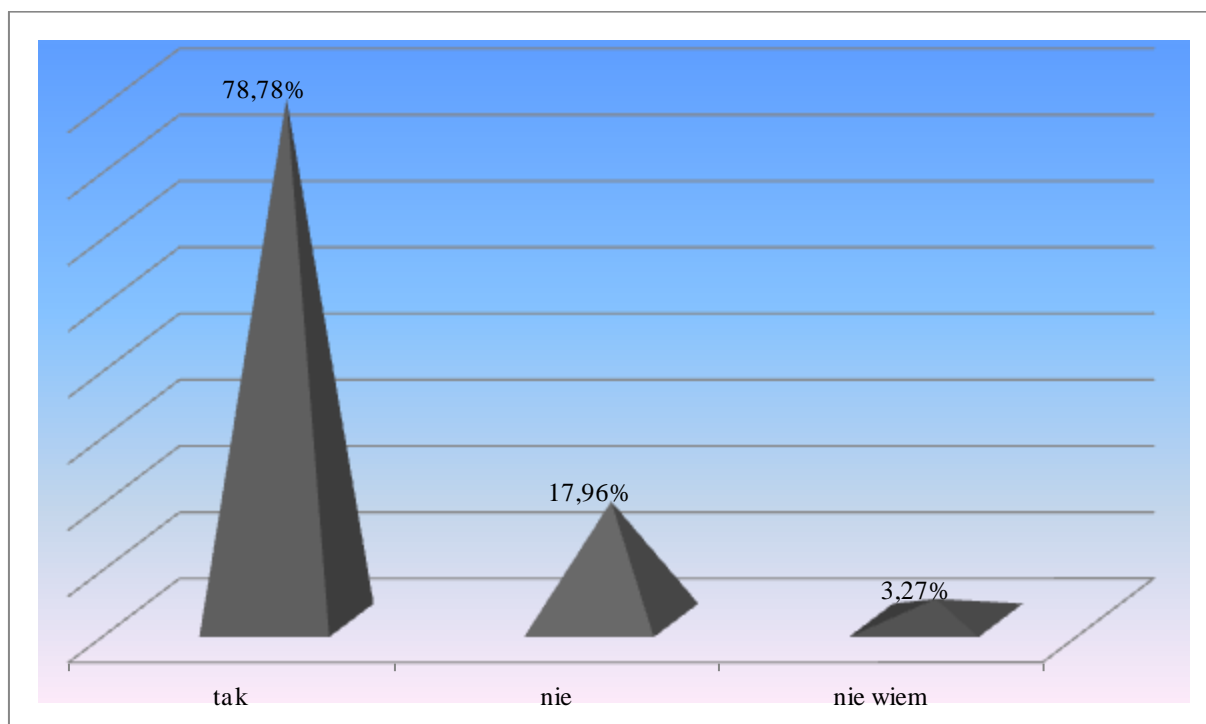
Wykres 7. Apteka jako instytucja spełniająca rolę placówki ochrony zdrowia - opinia farmaceutów.

Zbadano także ocenę, jak wiek wpływa na opinię farmaceutów na temat tego, czy apteka pełni rolę placówki ochrony zdrowia. Z danych w tabeli 2 wynika, że odpowiedź na zadane pytanie jest niezależna statystycznie od wieku.

Tabela 2. Apteka jako instytucja spełniająca rolę placówki ochrony zdrowia - opinia w zależności od wieku badanych farmaceutów.

Apteka jako placówka ochrony zdrowia	24-35 lat		36-50 lat		Powyżej 50 lat		p
	n	%	n	%	n	%	
tak	87	85,29%	95	84,82%	27	87,10%	p=0,999
nie	15	14,71%	17	15,18%	4	12,90%	

Farmaceuci mieli także odpowiedzieć na pytanie, czy aptekarz jest pracownikiem podmiotu leczniczego. Dane przedstawiono na wykresie 8.



Wykres 8. Aptekarz jako pracownik podmiotu leczniczego - opinia farmaceutów.

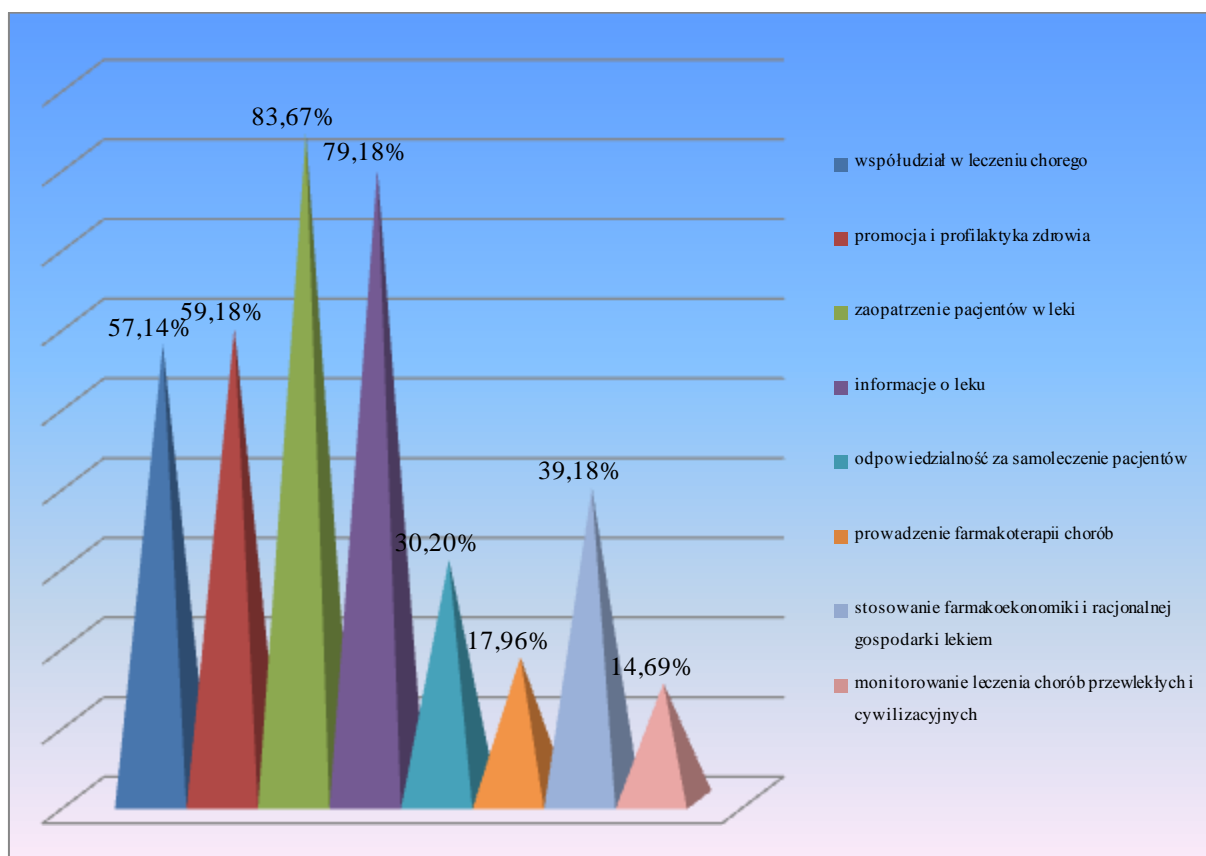
Analizując powyższe dane widać, iż farmaceuci uważają się za pracowników podmiotów leczniczych, twierdząco odpowiedziało 193, przecząco 44 i brak zdania na ten temat ma 8 farmaceutów.

Jednocześnie zbadano zależność tego pytania od wieku farmaceutów, wykazano brak zależności istotnie statystycznej pomiędzy wiekiem a odpowiedziami farmaceutów. Wyniki przedstawiono w tabeli 3.

Tabela 3. Aptekarz jako pracownik podmiotu leczniczego - opinia w zależności od wieku badanych farmaceutów.

Aptekarz jako pracownik podmiotu leczniczego	24-35 lat		36-50 lat		Powyżej 50 lat		p
	n	%	n	%	n	%	
tak	82	80,39%	84	75,00%	27	87,10%	p=0,149
nie	14	13,73%	26	23,21%	4	12,90%	
nie wiem	6	5,88%	2	1,79%	0	0,00%	

Farmaceuci odpowiadając na pytania, mieli wskazać zadania i wytyczne współczesnego aptekarza, które są realizowane w aptece. Pozwoliło to na wyciągnięcie wniosków, czy farmaceuci w swojej codziennej pracy wspierają działania na rzecz edukacji zdrowotnej. Wyniki prezentuje wykres 9.



* Odsetki nie sumują się do 100%, gdyż było to pytanie wielokrotnego wyboru

Wykres 9. Najważniejsze zadania i wytyczne współczesnych aptekarzy - opinia farmaceutów.

Analizując powyższy wykres, farmaceuci uważają, że najważniejszym zadaniem jest: "zaopatrzenie pacjentów w leki" (205 odpowiedzi) i "informacja o leku" (194 odpowiedzi), następnie "promocja i profilaktyka zdrowia" (145 odpowiedzi), później "współdziałanie w leczeniu chorego" (140 odpowiedzi). Farmaceuci rzadziej wybierali odpowiedzi: "stosowanie farmakoekonomiki i racjonalnej gospodarki lekami" (96 odpowiedzi), "odpowiedzialność za samoleczenie pacjentów" (74 odpowiedzi) "prowadzenie farmakoterapii chorób" (44 odpowiedzi) i "monitorowanie leczenia chorób przewlekłych i cywilizacyjnych" (36 odpowiedzi).

Z danych wynika, że farmaceuci za najważniejsze wytyczne współczesnych aptekarzy uważają głównie zadania związane z poradami farmaceutycznymi. Monitorowanie chorób przewlekłych i cywilizacyjnych, które są jednym z celów opieki farmaceutycznej wybrało niespełna 15% farmaceutów, zaopatrzenie pacjentów w leki ponad 80%, natomiast informację o leku prawie 80%.

Zdaniem farmaceutów promocja i profilaktyka zdrowia jest także głównym zadaniem współczesnych aptekarzy na co wskazuje prawie 60% odpowiedzi, co potwierdza słuszność stwierdzenia, iż apteka pełni ważną rolę w promocji i profilaktyce zdrowia.

Powyższe zagadnienie zostało także zweryfikowane w zależności od wieku, co przedstawia tabela 4.

Tabela 4. Najważniejsze zadania i wytyczne współczesnych aptekarzy - opinia w zależności od wieku badanych farmaceutów.

Najważniejsze zadania i wytyczne współczesnych aptekarzy	24-35 lat		36-50 lat		Powyżej 50 lat		p
	n	% *	n	% *	n	% *	
współdziałanie w leczeniu chorego	67	65,69%	58	51,79%	15	48,39%	p=0,07
promocja i profilaktyka zdrowia	61	59,80%	70	62,50%	14	45,16%	p=0,218
zaopatrzenie pacjentów w leki	88	86,27%	97	86,61%	20	64,52%	p=0,008
informacje o leku	92	90,20%	81	72,32%	21	67,74%	p=0,001
odpowiedzialność za samoleczenie pacjentów	30	29,41%	34	30,36%	10	32,26%	p=0,954
prowadzenie farmakoterapii chorób	14	13,73%	24	21,43%	6	19,35%	p=0,333
stosowanie farmakoekonomiki i racjonalnej gospodarki lekiem	25	24,51%	57	50,89%	14	45,16%	p<0,001
monitorowanie leczenia chorób przewlekłych i cywilizacyjnych	13	12,75%	19	16,96%	4	12,90%	p=0,654

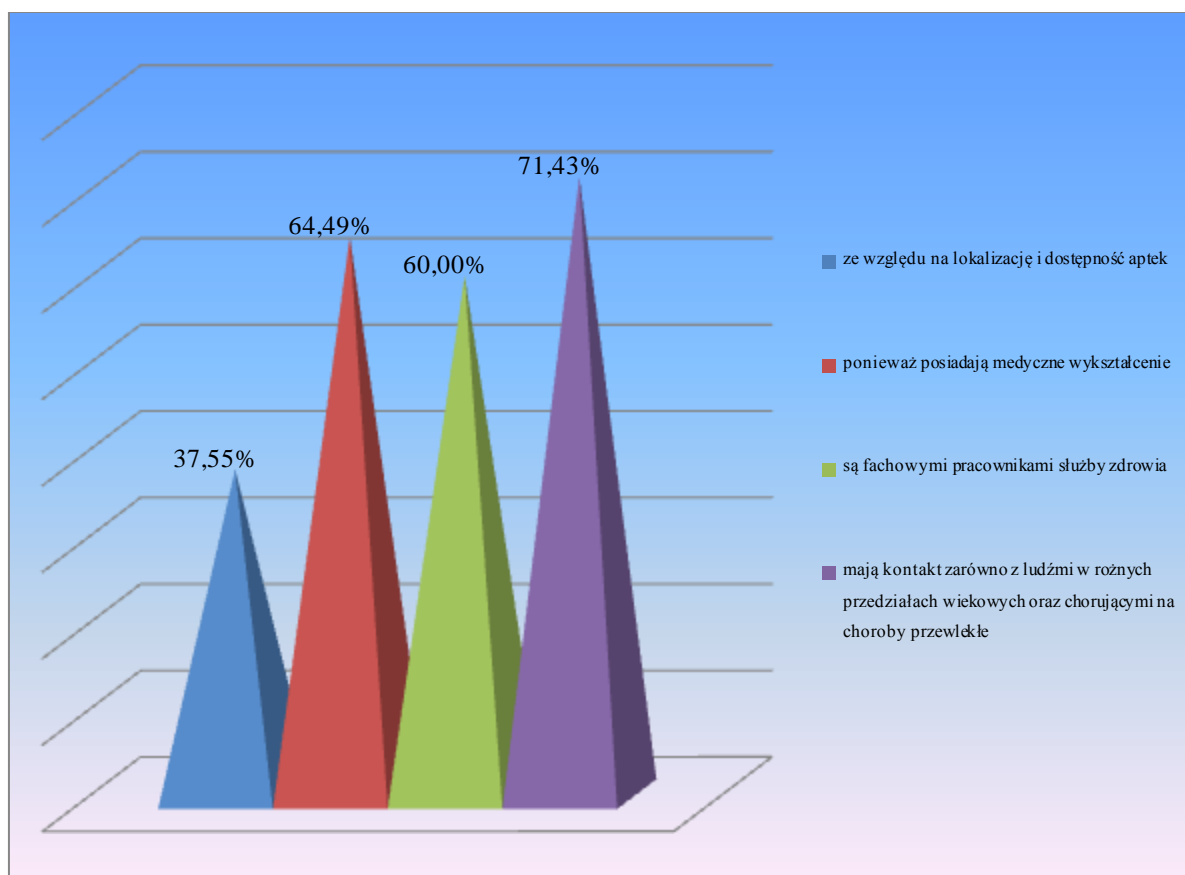
* Odsetki nie sumują się do 100%, gdyż było to pytanie wielokrotnego wyboru. Na czerwono zaznaczono w tabeli odpowiedzi istotnie statystycznie, gdzie $p < 0,05$.

Istnieje zależność istotna statystycznie pomiędzy odpowiedziami „zaopatrzenie pacjentów w leki”, „informacje o leku” i „stosowanie farmakoekonomiki i racjonalnej gospodarki lekiem” a wiekiem badanych farmaceutów:

- „zaopatrzenie pacjentów w leki” najczęściej wybierały osoby w wieku 36-50 lat, a najrzadziej osoby w wieku ponad 50 lat,
- „informacje o leku” wybór malał wraz z wiekiem ankietowanych,
- „stosowanie farmakoekonomiki i racjonalnej gospodarki lekiem” najczęściej wybierały osoby w wieku 36-50 lat, a najrzadziej osoby w wieku 24-35 lat.

Analizując tabelę 4 widać, iż najważniejsze dla farmaceutów, szczególnie grupy młodszych pracowników 24-35 lat oraz 36-50 lat, są zadania związane z doradztwem farmaceutycznym. Aptekarze nadal niechętnie zapatrują się na wprowadzenie zadań z zakresu opieki farmaceutycznej. Uważają, iż informacja o leku w pełni spełnia swoją rolę w promocji i ochronie zdrowia.

Kolejnym zagadnieniem podjętym w pracy była informacja na temat, czy farmaceuci w aptekach ogólnodostępnych biorą udział w promocji i profilaktyce zdrowia i jakie argumenty przemawiają za tym. Dane przedstawia wykres 10.



* Odsetki nie sumują się do 100%, gdyż było to pytanie wielokrotnego wyboru

Wykres 10. Argumenty za udziałem aptekarzy w promocji i profilaktyce zdrowia - opinia farmaceutów.

Najczęściej wybierana była odpowiedź, iż farmaceuci biorą udział w profilaktyce zdrowia dzięki kontaktowi z ludźmi w różnych grupach wiekowych oraz chorującymi na choroby przewlekłe (175 odpowiedzi). Pozostałe odpowiedzi uzyskały odpowiednio: "ponieważ posiadają medyczne wykształcenie", (158 odpowiedzi), "są fachowymi pracownikami podmiotu leczniczego", (147 odpowiedzi). Najmniej farmaceutów wybrało odpowiedź "ze względu na lokalizację i dostępność aptek" (92 odpowiedzi).

Aptekarze, szczególnie w małych aptekach, znają bardzo dobrze swoich pacjentów i historie ich chorób wraz z zażywaniem lekami. Są też często jedynymi fachowcami, którzy doradzają swoim pacjentom przy wyborze leków dostępnych bez recepty. Ich wiedza oparta jest nie tylko na tej zdobytej podczas studiów, czy kursach doszkalających, ale także zdobytej w praktyce w czasie pracy, w codziennym kontakcie z chorymi i ich problemami, wynikającymi czy to z niemożliwością szybkiego dostania się do specjalisty, czy z brakiem funduszy na wykup leków z recepty, bądź wątpliwościami przy właściwym doborze leków i suplementów diety dostępnych bez recepty. Wyniki zobrazowane w tabeli 5.

Tabela 5. Argumenty za udziałem aptekarzy w promocji zdrowia i profilaktyce chorób - opinia w zależności od wieku badanych farmaceutów.

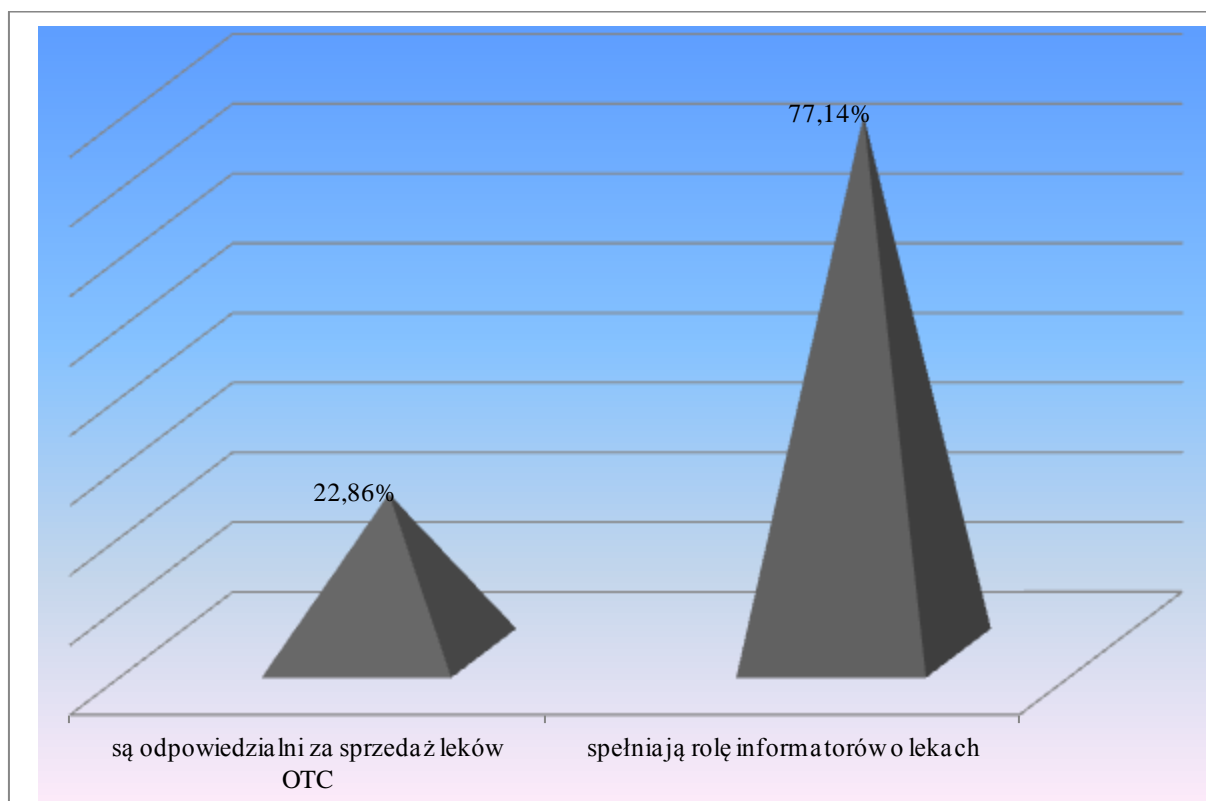
Argumenty za udziałem aptekarzy w promocji zdrowia i profilaktyce chorób	24-35 lat		36-50 lat		Powyżej 50 lat		p
	n	% *	n	% *	n	% *	
ze względu na lokalizację i dostępność aptek	47	46,08%	40	35,71%	5	16,13%	p=0,009
ponieważ posiadają medyczne wykształcenie	75	73,53%	61	54,46%	22	70,97%	p=0,01
są fachowymi pracownikami podmiotu leczniczego	60	58,82%	71	63,39%	16	51,61%	p=0,471
mają kontakt z ludźmi w różnym wieku oraz przewlekłe chorującymi	78	76,47%	79	70,54%	18	58,06%	p=0,134

* Odsetki nie sumują się do 100%, gdyż było to pytanie wielokrotnego wyboru. Na czerwono zaznaczono w tabeli odpowiedzi istotnie statystycznie, gdzie $p < 0,05$.

Analiza powyższych danych wskazuje na zależność istotnie statystyczną tylko dwóch wypowiedzi: "ze względu na lokalizację i dostępność aptek" i "ponieważ posiadają medyczne wykształcenie" od wieku. Najczęściej te odpowiedzi wybierali ludzie młodzi 24-35 lat, którzy krótko pracują w zawodzie. Ich pogląd na funkcje apteki i farmaceutów różni się od osób, które dłużej pracują w zawodzie i wcześniej kończyły studia. Od roku akademickiego 2008/2009 tematy związane z opieką farmaceutyczną stały się obowiązkowym przedmiotem dla wszystkich studentów farmacji na uczelniach w całej Polsce.²⁸⁰ Dlatego też młodsze pokolenie farmaceutów, wkraczające na rynek apteczny ma większą świadomość i lepsze przygotowanie do zadań opieki farmaceutycznej.

²⁸⁰ Żymelka-Naturalny A. *Prawne aspekty wdrożenia opieki farmaceutycznej na świecie i w Polsce*. [w] Szalotka K. *Opieka farmaceutyczna w Polsce – warunki i szanse wdrożenia*. Wyższa Szkoła Handlowa we Wrocławiu Continuo, Wrocław 2010, s. 36.

Aptekarze wyrażali swoją opinię nie tylko na temat argumentów opowiadających się za udziałem farmaceutów w promocji zdrowia i profilaktyce chorób, ale także w jaki sposób te zadania są przez nich realizowane.



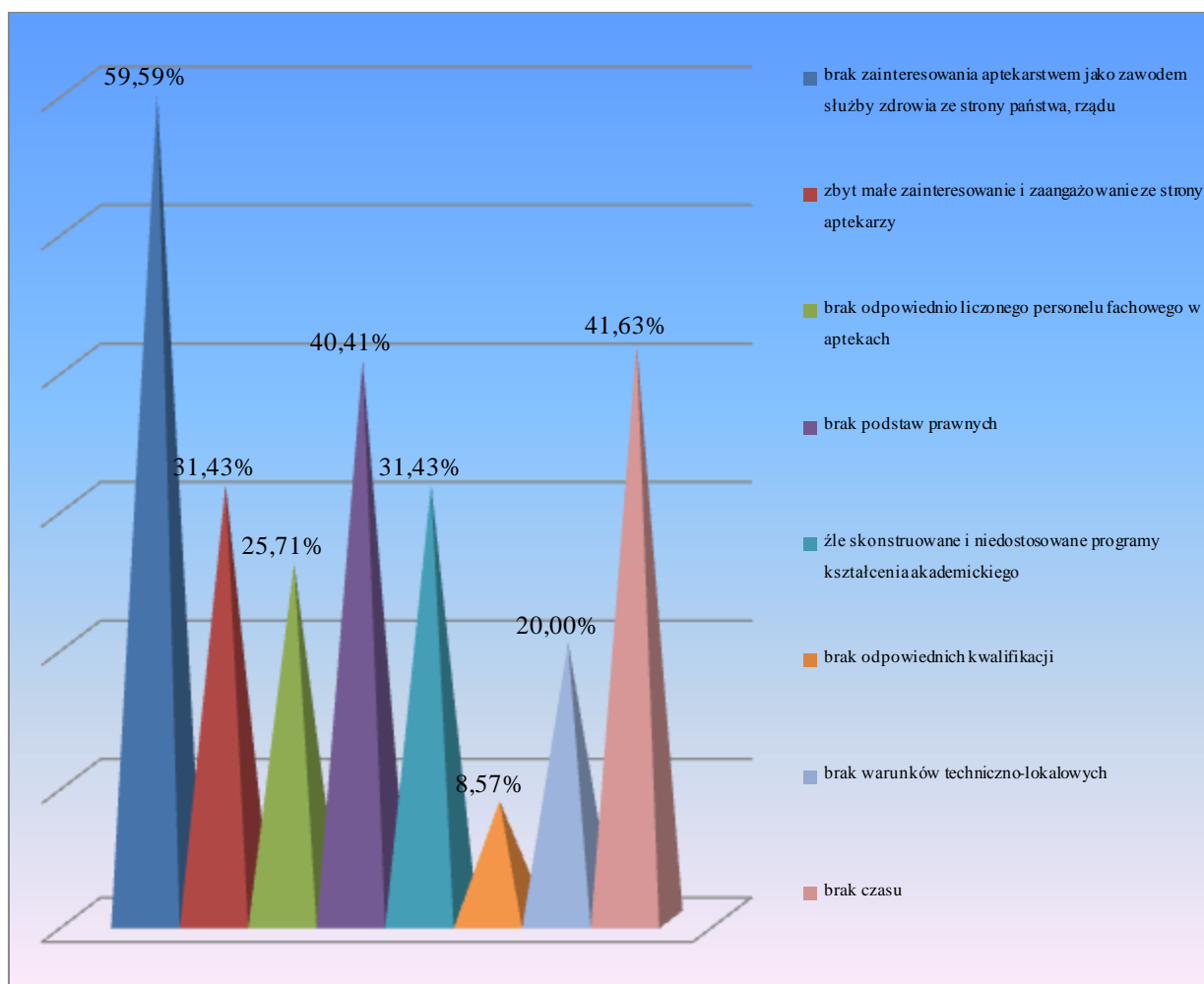
Wykres 11. Udział aptekarzy w promocji i profilaktyce zdrowia - opinia farmaceutów.

Analizując powyższe dane (wykres 11) i odwołując się do poprzedniej analizy - najważniejsze zadania i wytyczne współczesnych aptekarzy (wykres 9) - większość farmaceutów wybrała odpowiedź "spełniają rolę informatorów o lekach" 189 farmaceutów tylko 56 farmaceutów uważa, że są odpowiedzialni za sprzedaż leków OTC (wykres 11).

Analiza tych dwóch pytań z ankiety skierowanej do farmaceutów (nr 3 "Pani/Pana zdaniem, najważniejsze zadania i wytyczne współczesnych aptekarzy" i nr 6 "Aptekarze w aptekach ogólnodostępnych mogą brać udział w promocji zdrowia i profilaktyce chorób") wskazuje jednoznacznie, iż farmaceuci mają świadomość tego, że w aptekach są realizowane zadania z zakresu świadczeń zdrowotnych, ale głównej mierze poprzez zaopatrzenie pacjentów w leki i informację o leku. Zakres obowiązków związanych z doradztwem farmaceutycznym i tematy związane z opieką farmaceutyczną są pomijane.

Aptekarze zapytani o utrudnienia i przeszkody dla realizacji zadań ochrony i promocji zadań w aptekach, zwrócili szczególną uwagę na "brak zainteresowania aptekarstwem jako zawodem ochrony zdrowia ze strony państwa, rządu" (146 odpowiedzi). Następnie wskazywali na "brak czasu" (102 odpowiedzi) i "brak podstaw prawnych" (99 odpowiedzi). 77 odpowiedzi otrzymały argumenty: "zbyt małe zainteresowanie i zaangażowanie ze strony

aptekarzy" i "źle skonstruowane i niedostosowane programy kształcenia akademickiego". Następnie respondenci wskazali na "brak odpowiednio licznego personelu fachowego w aptekach" (63 odpowiedzi). 49 odpowiedzi otrzymała odpowiedź "brak warunków techniczno-lokalowych". Tylko 21 odpowiedzi dotyczy braku odpowiednich kwalifikacji aptekarzy. Dane te przedstawiono na wykresie 12.



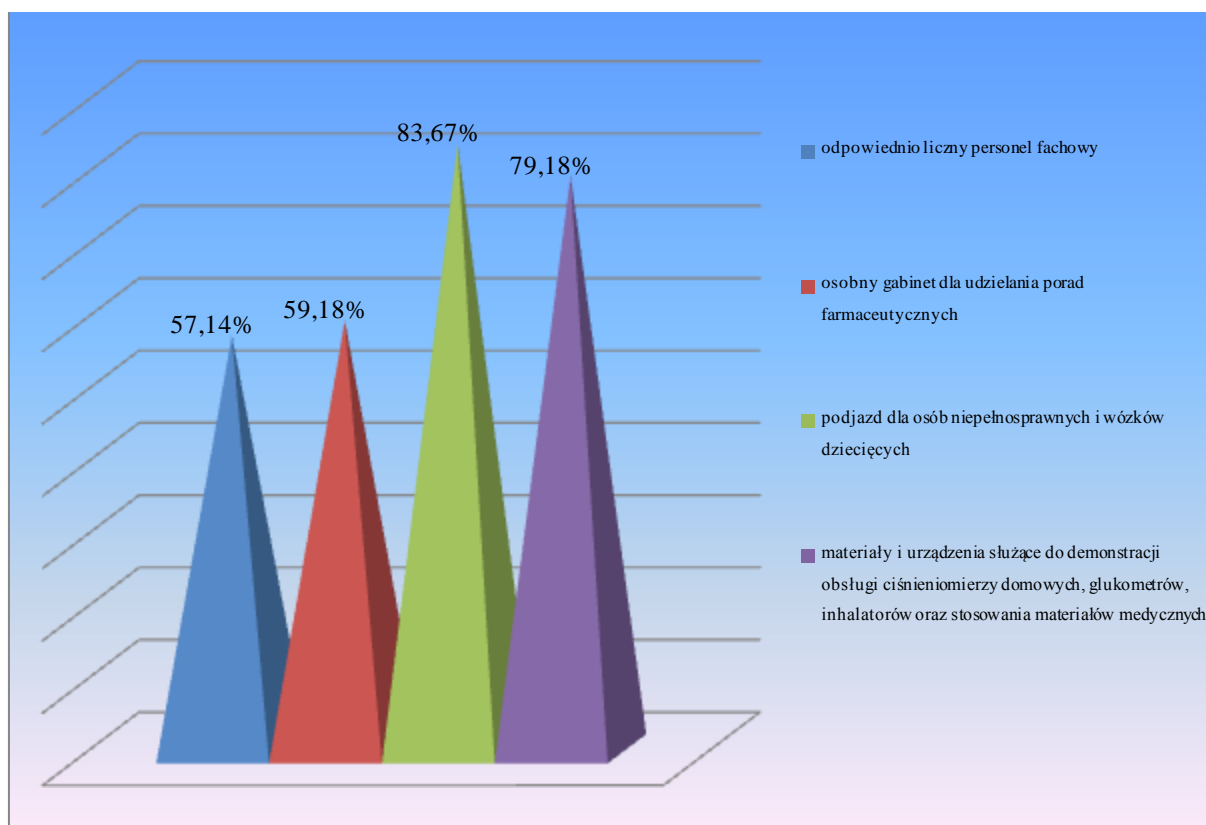
* Odsetki nie sumują się do 100%, gdyż było to pytanie wielokrotnego wyboru.

Wykres 12. Utrudnienia i przeszkody dla realizacji zadań ochrony i promocji zdrowia w aptekach - opinia farmaceutów.

Trzy najczęściej wybierane odpowiedzi to: "brak zainteresowania aptekarstwem jako zawodem ochrony zdrowia możliwości ze strony państwa, rządu" (prawie 60%) "brak czasu" i "brak podstaw prawnych" (ok. 40%). Znajduje to swoje uzasadnienie w realiach i ograniczeniach prawnych oraz w nie sprecyzowanych w ustawodawstwie obowiązków i zadań farmaceutów jako pracowników podmiotów leczniczych. Jest to jedna z przeszkód do realizacji opieki farmaceutycznej we wszystkich aptekach. Jak na razie odbywają się pilotażowe programy w nielicznych aptekach w Polsce.

Farmaceuci zapytani jakie warunki personalne-techniczne spełnione są w ich aptekach w celu realizacji zadań z zakresu opieki zdrowotnej wskazywali głównie "podjazd dla osób niepełnosprawnych i wózków dziecięcych" (205 odpowiedzi), następnie wybrano odpowiedź dotyczącą posiadania przez aptekę "materiałów i urządzeń służących do demonstracji obsługi ciśnieniomierzy domowych, glukometrów, inhalatorów oraz stosowania materiałów medycznych" (194 odpowiedzi). 145 odpowiedzi otrzymała odpowiedź "osobny gabinet dla udzielania porad farmaceutycznych" i 140 odpowiedzi "odpowiednio liczny personel fachowy". Odpowiedzi te są zgodne z danymi umieszczonymi na wykresie 12. Tam farmaceuci mieli wskazać utrudnienia i przeszkody do realizacji zadań ochrony i promocji zdrowia w aptekach. Odpowiedź "brak warunków techniczno-lokalowych" i "brak odpowiednio licznego personelu fachowego w aptekach" były najrzadziej wybierane (ok. 20%) - wykres 12. Farmaceuci wskazywali na inne w/w opisane problemy stojące na drodze realizacji zadań z zakresu ochrony i promocji zdrowia.

Wyniki dotyczące owych warunków personalno-technicznych w aptekach zostały przedstawione na wykresie 13.

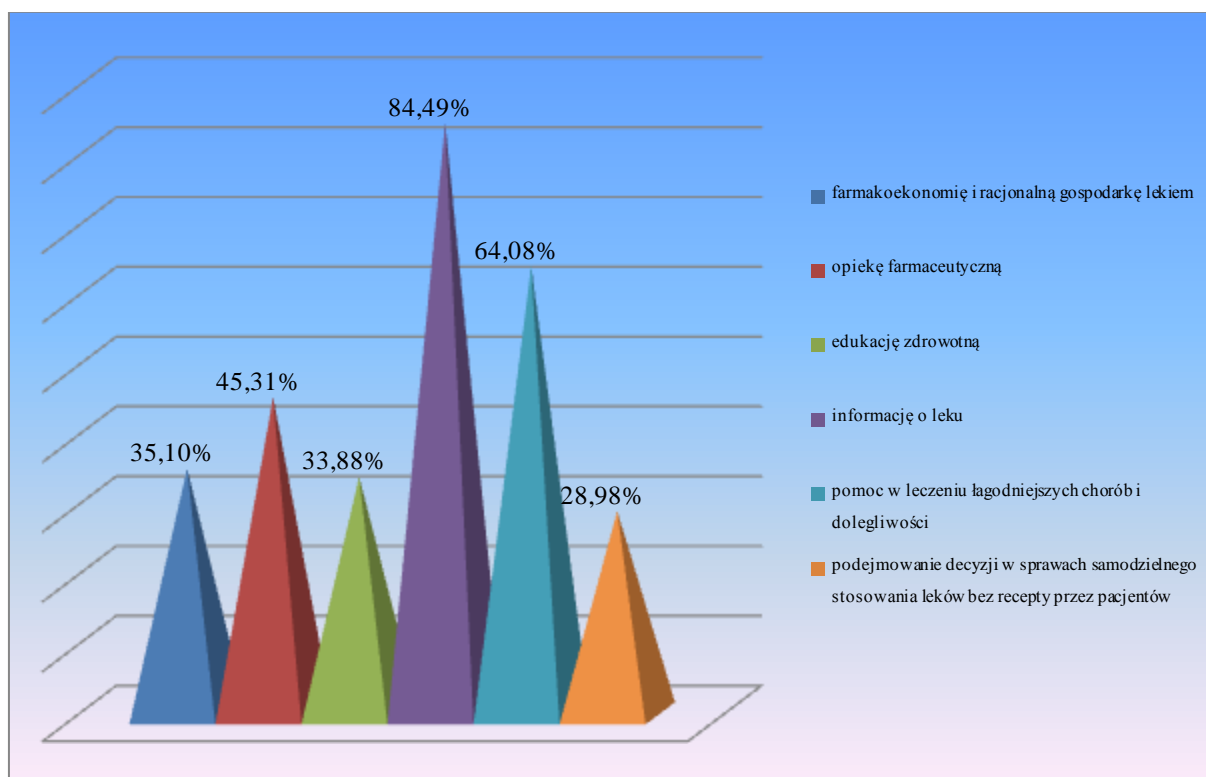


*Odsetki nie sumują się do 100%, gdyż było to pytanie wielokrotnego wyboru.

Wykres 13. Warunki personalno-techniczne w aptece - opinia farmaceutów.

Farmaceuci w trakcie obsługi pacjenta promują ochronę zdrowia. Najczęściej realizują ją poprzez "informację o leku" (207 odpowiedzi), następnie "pomoc w leczeniu łagodniejszych dolegliwości" (157 odpowiedzi) i "opiekę farmaceutyczną" (111 odpowiedzi). "Edukacja zdrowotna" była piątą najczęściej z wybieranych odpowiedzi 83, podobną liczbę odpowiedzi uzyskała "farmakoekonomika i racjonalna gospodarka lekami" 86. 71 odpowiedzi

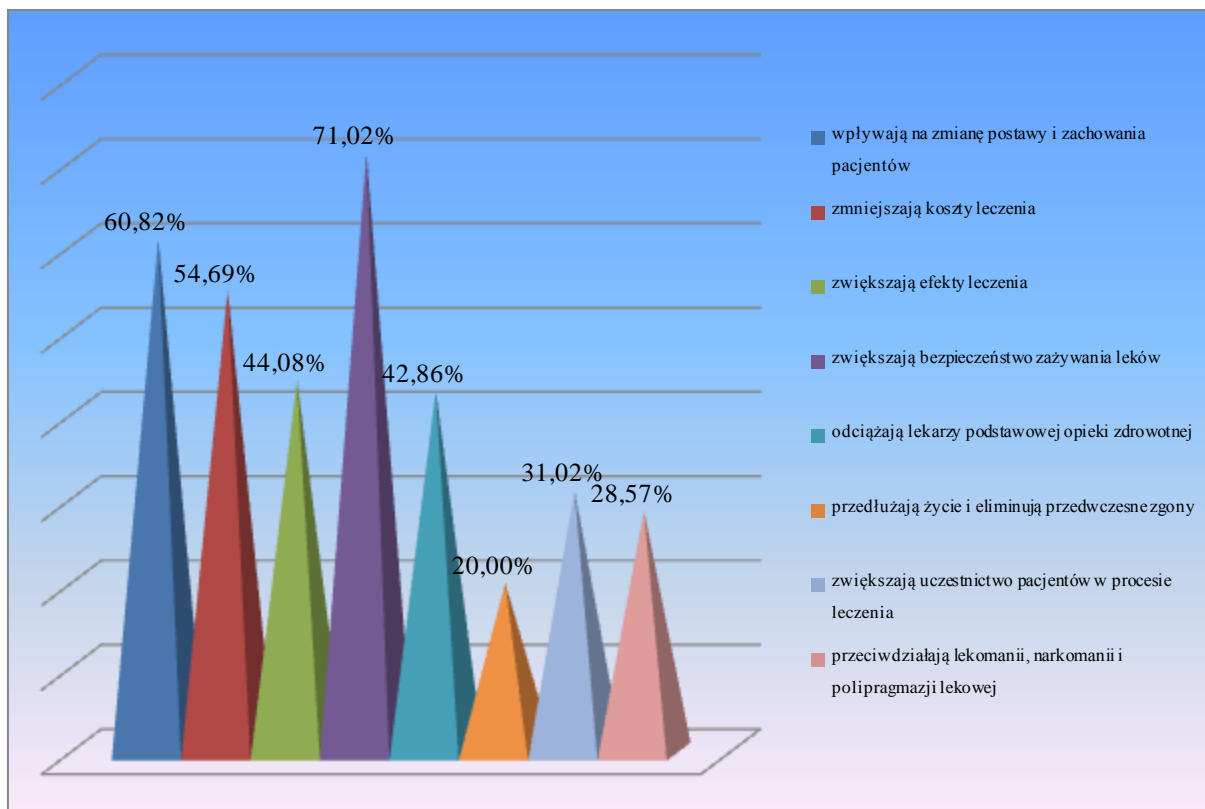
uzyskał argument dotyczący "podejmowania decyzji w sprawach samodzielnego stosowania leków bez recepty przez pacjentów". Wyniki przedstawiono na wykresie 14.



*Odsetki nie sumują się do 100%, gdyż było to pytanie wielokrotnego wyboru.

Wykres 14. Zadania realizowane przez farmaceutę w trakcie obsługi pacjenta - opinia farmaceutów.

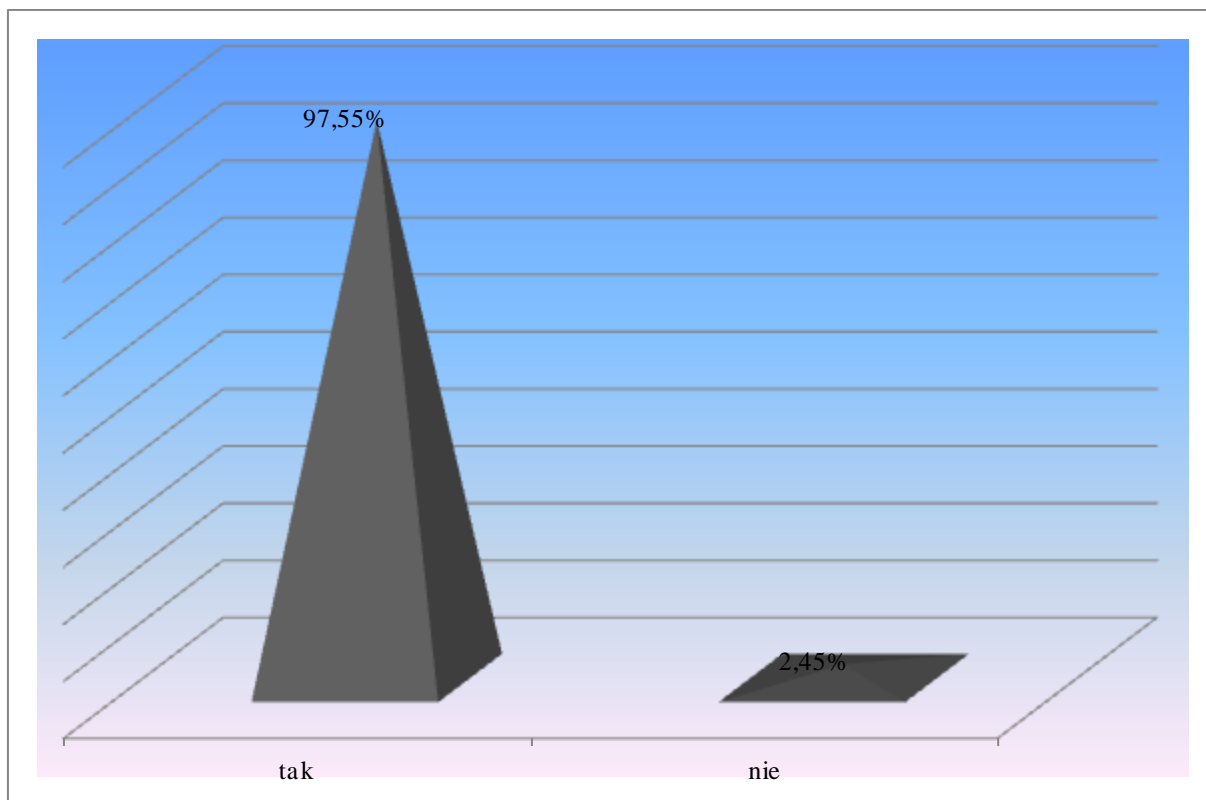
Opieka farmaceutyczna, edukacja pacjentów, udział w samoleczeniu i rzetelna informacja o leku, to najczęściej realizowane zadania podczas obsługi pacjenta. Mają one wpływ na: "zwiększenie bezpieczeństwa zżywanych leków" (174 odpowiedzi), "zmianę postawy i zachowania pacjentów" (149 odpowiedzi), "zmniejszenie kosztów leczenia" (134 odpowiedzi), "zwiększenie efektów leczenia" (108 odpowiedzi) i "odciążenie lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej" (105 odpowiedzi). To najczęściej wybierane odpowiedzi przez farmaceutów. Analiza wyników tego pytania, potwierdza słuszność założenia przez autora pracy, iż aptekarze odgrywają ważną rolę w promocji i ochronie zdrowia. Przedstawione opinie farmaceutów prezentują jakie są najważniejsze zadania realizowane z zakresu świadczeń zdrowotnych. Ostatnie trzy argumenty były wybierane najrzadziej "zwiększenie uczestnictwa pacjentów w procesie leczenia" (76 odpowiedzi), "przeciwdziałanie lekomanii, narkomanii i polipragmazji lekowej" (70 odpowiedzi) i "przedłużanie życia i eliminacja przedwczesnego zgonu" 49 odpowiedzi. Analiza wyników przedstawiona została na wykresie 15.



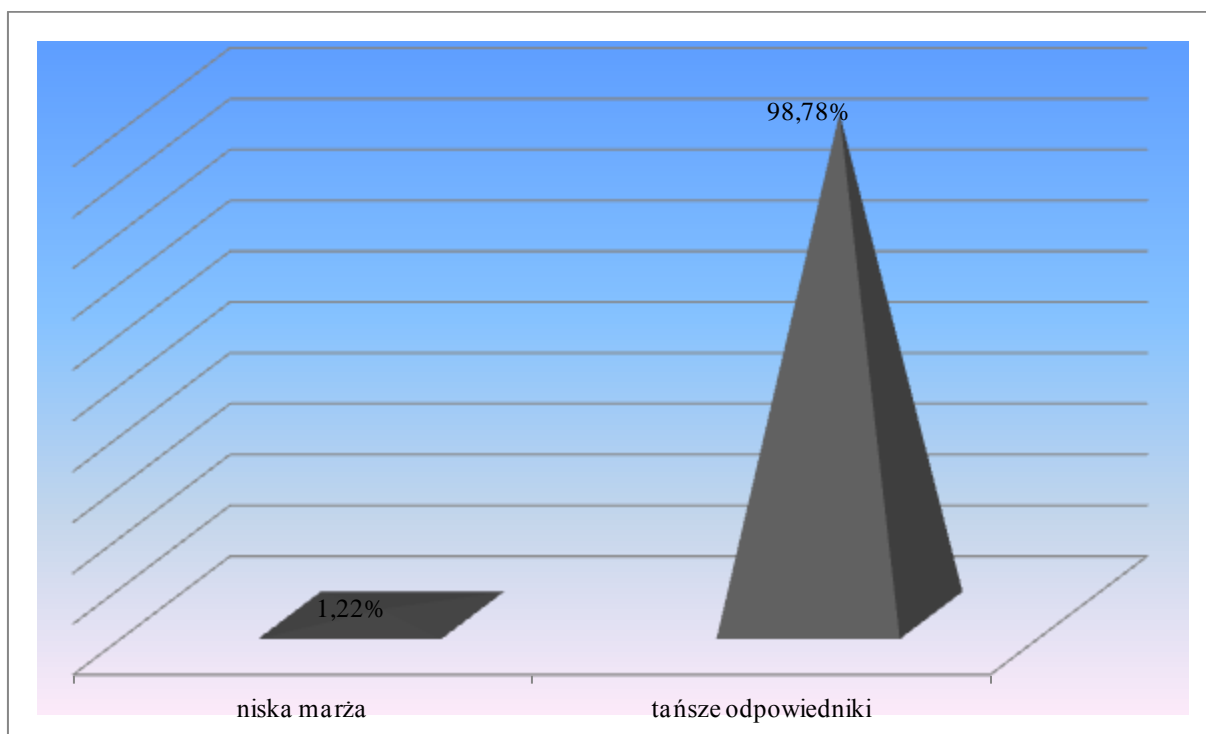
*Odsetki nie sumują się do 100%, gdyż było to pytanie wielokrotnego wyboru.

Wykres 15. Argumenty na które wpływa opieka farmaceutyczna, edukacja pacjentów, udział farmaceutów w samoleczeniu i rzetelna informacja o leku - opinia farmaceutów.

Apteka pełni rolę podmiotu działalności leczniczej. Farmaceuta poprzez swoje działania na rzecz edukacji zdrowotnej, informacji o leku, przyczynia się do zwiększenia efektów terapeutycznych, a przez to zmniejszenia kosztów leczenia. Farmaceuta może wpływać na koszty leczenia (239 odpowiedzi) poprzez proponowanie leków generycznych (242 odpowiedzi). Na wykresach 16 i 17 przedstawiono powyższe wyniki.



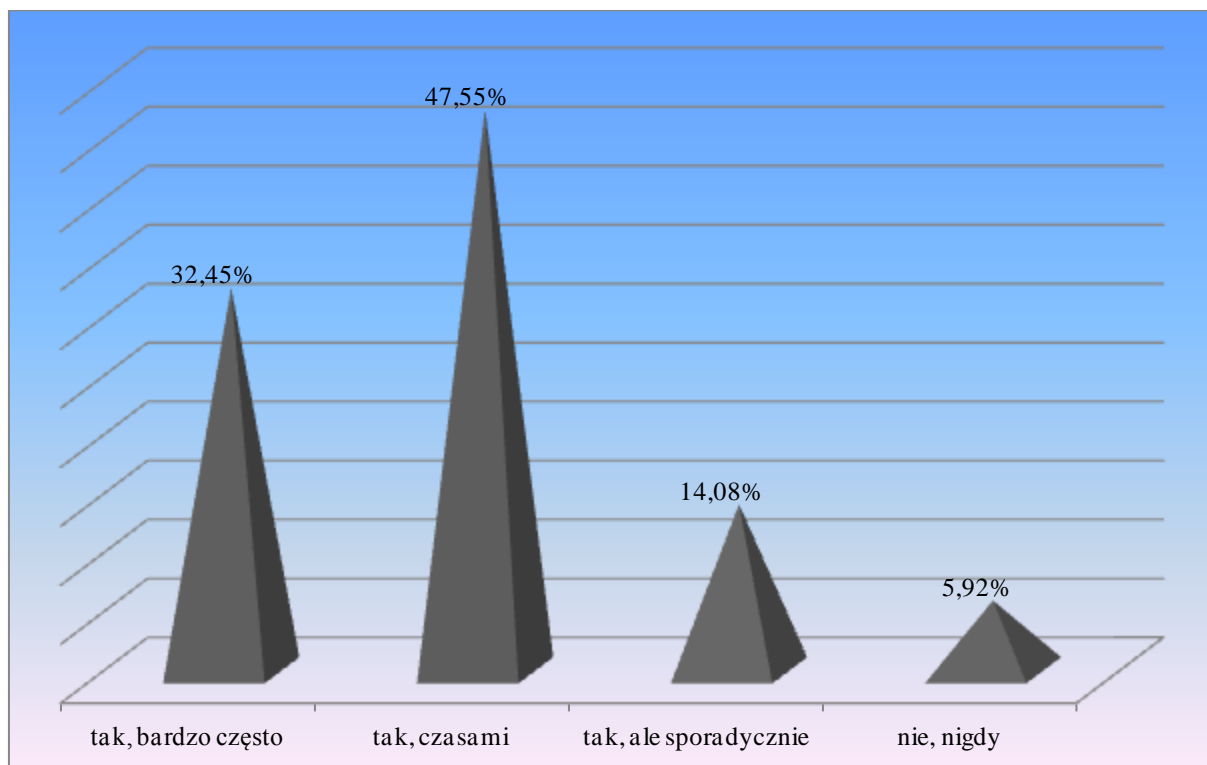
Wykres 16. Aptekarz wpływa na koszty leczenia pacjentów - opinia farmaceutów.



Wykres 17. Czynniki decydujące o zmniejszeniu kosztów leczenia pacjentów - opinia farmaceutów.

Analizując wykres 17, widać że prawie 100% respondentów uważa, że czynnikiem decydującym o zmniejszeniu kosztów leczenia dla pacjentów, jest wydanie tańszego odpowiednika, niż obniżanie marży na leki. W sytuacji stałej marży na leki refundowane, obniżanie cen preparatów dotyczy tylko suplementów diety i pełnopłatnych leków na receptę. Po 2011 roku wiele aptek odnotowało spadek zyskowności i dalsza rentowność wielu aptek jest zagrożona. W obecnych realiach dalsze obniżanie cen leków nie jest możliwe. Jednocześnie wzrost cen leków refundowanych, skłonił farmaceutów do częstszego proponowania pacjentom tańszego leku generycznego, w zamian za oryginalny lek przepisany na recepcie, często o wiele droższy.

Pacjenci zapytani o to czy "aptekarze proponują im tańszy odpowiednik leku lub bardziej ekonomiczne opakowanie witamin itp." stwierdzili, że w większości wypadków farmaceuta oferuje im leki generyczne, czy tańsze suplementy diety. 233 pacjentów odpowiedziało "tak, czasami", "tak, bardzo często" wybrało 159. Odpowiedzi "tak, ale sporadycznie" wybrało 69, 29 pacjentów wybrało odpowiedź "nie, nigdy". Wyniki te pokrywają się z odpowiedziami farmaceutów o zmniejszenie kosztów leczenia pacjentów poprzez propozycję tańszego zamiennika. Dane ilustruje wykres 18.



Wykres 18. Częstość propozycji wydania przez aptekarza tańszego zamiennika - opinia pacjentów.

3.2. Realizacja przez farmaceutę podstawowych zadań z zakresu ochrony i promocji zdrowia po 2011 roku.

Ustawa o refundacji leków (...) ²⁸¹ wprowadziła wiele zmian na rynku farmaceutycznym m. in. zakaz reklamy apteki, stałe ceny i marże na leki refundowane. Farmaceuci wiązali wiele nadziei z w/w ustawą i oczekiwali, iż wprowadzi wiele zmian w zawodzie farmaceuty. Jednak główną jej przesłanką były zmiany dotyczące refundacji leków. Najwięcej korzyści przyniosła ona dla płatnika, czyli NFZ-u który w obecnej sytuacji negocjując ceny i dopłaty za leki refundowane, przerzucił część kosztów na pacjentów. Z drugiej jednak strony dał szansę firmom, które wytwarzają tańsze leki generyczne. Jednocześnie ta ustawa (...) ²⁸² nie zawierała jednak żadnych artykułów, które wsparłyby działania na rzecz wdrożenia opieki farmaceutycznej.

Nadal jedynym aktem prawnym umożliwiającym wprowadzenie opieki farmaceutycznej do wszystkich aptek, określającym obowiązki i uprawnienia farmaceutów jest ustawa o izbach aptekarskich (...) w szczególności art. 2a tejże ustawy. ²⁸³

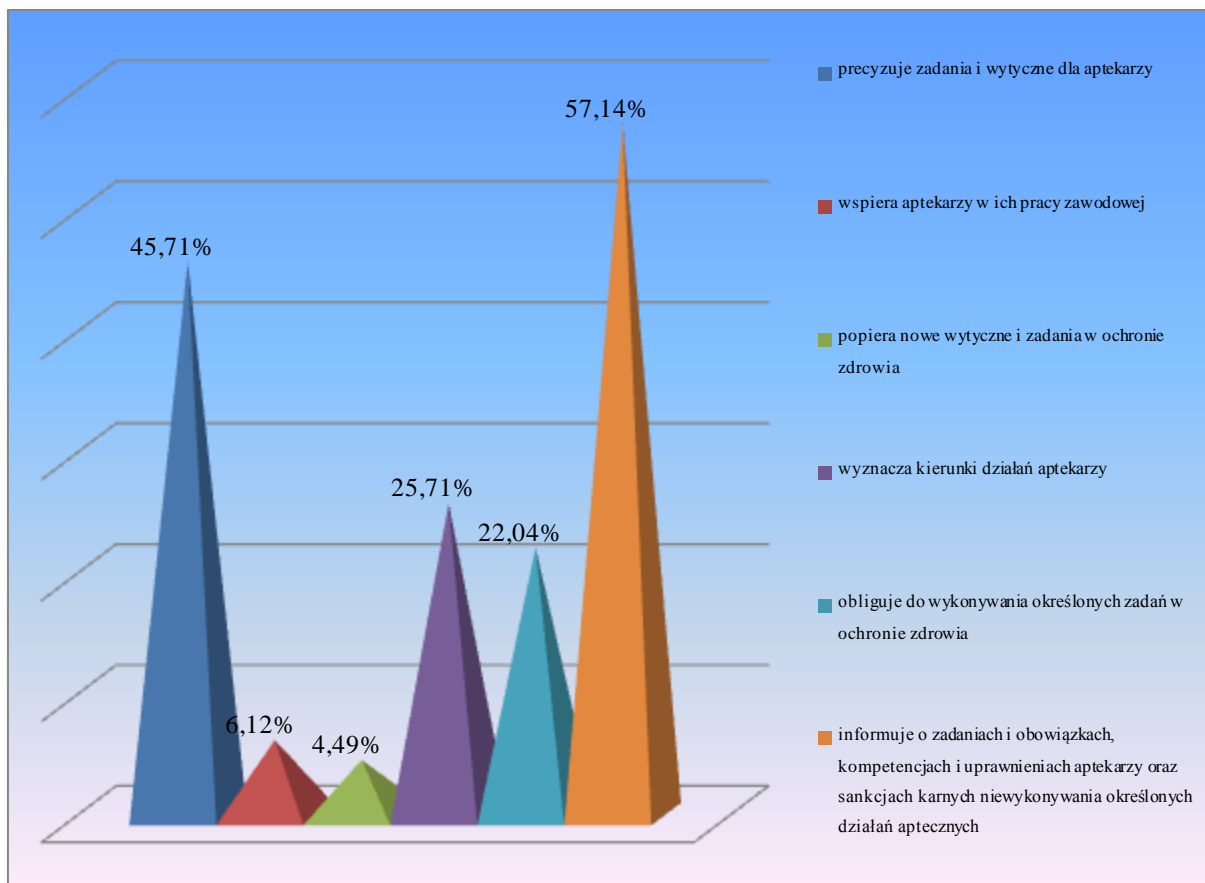
Celem tej części badawczej jest potwierdzenie hipotezy, iż nadal brakuje w Polsce sprecyzowanych aktów prawnych, które wspierałyby farmaceutów we wdrażaniu opieki farmaceutycznej do aptek.

Farmaceuci uważają, że obecne ustawodawstwo przede wszystkim "informuje o zadaniach i obowiązkach, kompetencjach i uprawnieniach aptekarzy oraz sankcjach karnych za niewykonywanie określonych działań aptecznych" oraz "precyzuje zadania i wytyczne dla aptekarzy" (ponad 50% odpowiedzi). Aptekarze podkreślają, że głównym celem obecnych aktów prawnych jest informacja o zadaniach i obowiązkach farmaceutów oraz o sankcjach karnych w przypadku ich nie przestrzegania. Niespełna 5% uzyskał argument, iż obecne ustawodawstwo "popiera nowe wytyczne i zadania w ochronie zdrowia" w tym opiekę farmaceutyczną. Pozostałe argumenty wskazujące na wytyczne obecnego ustawodawstwa uzyskały po ok 20% "wyznaczanie kierunku działań dla aptekarzy" oraz "obligowanie do wykonywania określonych zadań w ochronie zdrowia". Dane te przedstawia wykres 19.

²⁸¹ Ustawa z dnia 12 maja 2011 roku o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobach medycznych (Dz. U. z dnia 13 czerwca 2011 roku nr 122, poz. 696, z późn. zm.)

²⁸² Tamże.

²⁸³ Ustawa z dnia 10 stycznia 2008r. o zmianie ustawy o izbach aptekarskich (Dz. U. z 2008 nr 47, poz. 273).



* Odsetki nie sumują się do 100%, gdyż było to pytanie wielokrotnego wyboru.

Wykres 19. Obecne ustawa wstwo farmaceutyczne - opinia farmaceutów.

Analizując te dane ze względu na wiek respondentów uzyskano następujące wyniki przedstawione w tabeli 6. Wykazano zależność istotnie statystyczną dla następujących odpowiedzi „precyzuje zadania i wytyczne dla aptekarzy”, „wspiera aptekarzy w ich pracy zawodowej” oraz „informuje o zadaniach i obowiązkach, kompetencjach i uprawnieniach aptekarzy oraz sankcjach karnych za niewykonywanie określonych działań aptecznych”:

- „precyzuje zadania i wytyczne dla aptekarzy” i „wspiera aptekarzy w ich pracy zawodowej” - najczęściej wybierały osoby w wieku 36-50 lat, a najrzadziej osoby w wieku ponad 50 lat,
- „informuje o zadaniach i obowiązkach, kompetencjach i uprawnieniach aptekarzy oraz sankcjach karnych za niewykonywanie określonych działań aptecznych” najczęściej wybierały osoby w wieku powyżej 50 lat, a najrzadziej osoby w wieku 36-50 lat.

Tabela 6. Obecne ustawodawstwo farmaceutyczne - opinia w zależności od wieku badanych farmaceutów.

Ustawodawstwo farmaceutyczne	24-35 lat		36-50 lat		Powyżej 50 lat		p
	n	% *	n	% *	n	% *	
precyzuje zadania i wytyczne dla aptekarzy	41	40,20%	62	55,36%	9	29,03%	p=0,012
wspiera aptekarzy w ich pracy zawodowej	3	2,94%	12	10,71%	0	0,00%	p=0,019
popiera nowe wytyczne i zadania w ochronie zdrowia	5	4,90%	4	3,57%	2	6,45%	p=0,764
wyznacza kierunki działań aptekarzy	23	22,55%	33	29,46%	7	22,58%	p=0,468
obliguje do wykonywania określonych zadań w ochronie zdrowia	25	24,51%	24	21,43%	5	16,13%	p=0,601
informuje o zadaniach i obowiązkach, kompetencjach i uprawnieniach aptekarzy oraz o sankcjach karnych niewykonywania określonych działań aptecznych	63	61,76%	55	49,11%	22	70,97%	p=0,044

* Odsetki nie sumują się do 100%, gdyż było to pytanie wielokrotnego wyboru. Na czerwono zaznaczono w tabeli odpowiedzi istotnie statystycznie, gdzie $p < 0,05$.

Analizując te odpowiedzi pod względem zajmowanego stanowiska uzyskano następujące wyniki, które przedstawiono w tabeli 7. Istnieje zależność istotnie statystyczna pomiędzy odpowiedziami „precyzuje zadania i wytyczne dla aptekarzy” oraz „informuje o zadaniach i obowiązkach, kompetencjach i uprawnieniach aptekarzy oraz sankcjach karnych za niewykonywanie określonych działań aptecznych” a zajmowanym stanowiskiem:

- „precyzuje zadania i wytyczne dla aptekarzy” częściej wybierają kierownicy,
- „informuje o zadaniach i obowiązkach, kompetencjach i uprawnieniach aptekarzy oraz sankcjach karnych za niewykonywanie określonych działań aptecznych” częściej wybierają pracownicy.

Tabela 7. Obecne ustawodawstwo farmaceutyczne - opinia w zależności od stanowiska badanych farmaceutów.

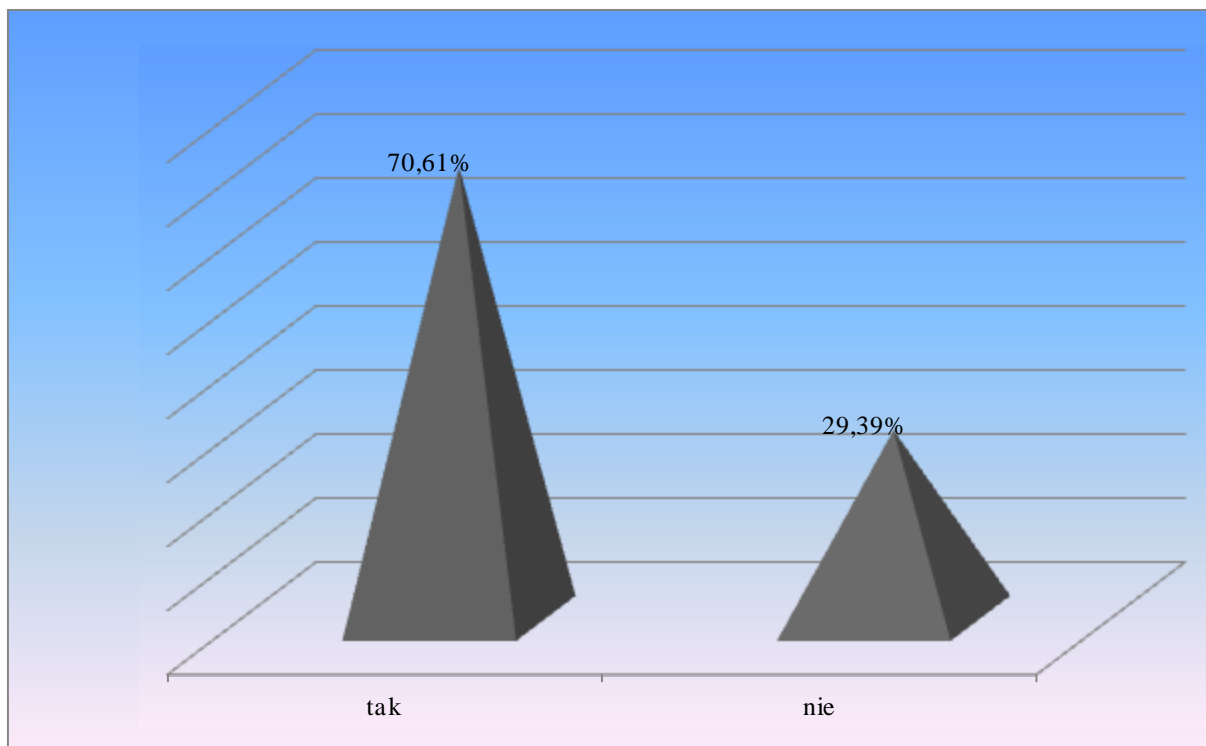
Ustawodawstwo farmaceutyczne	Kierownik		Pracownik		p
	n	% *	n	% *	
precyzuje zadania i wytyczne dla aptekarzy	40	59,70%	67	38,73%	p=0,005
wspiera aptekarzy w ich pracy zawodowej	6	8,96%	6	3,47%	p=0,156
popiera nowe wytyczne i zadania w ochronie zdrowia	3	4,48%	8	4,62%	p=1
wyznacza kierunki działań aptekarzy	13	19,40%	50	28,90%	p=0,181
obliguje do wykonywania określonych zadań w ochronie zdrowia	13	19,40%	39	22,54%	p=0,723
informuje o zadaniach i obowiązkach, kompetencjach i uprawnieniach aptekarzy oraz o sankcjach karnych niewykonywania określonych działań aptecznych	31	46,27%	106	61,27%	p=0,049

* Odsetki nie sumują się do 100%, gdyż było to pytanie wielokrotnego wyboru. Na czerwono zaznaczono w tabeli odpowiedzi istotnie statystycznie, gdzie $p < 0,05$.

Analiza tabel 6 i 7 oraz wykresu 19, pokazuje, iż farmaceuci uważają, że obecne ustawodawstwo nie wspiera ich działań na rzecz realizacji zadań z zakresu ochrony i promocji zdrowia. Najczęściej wybierana była odpowiedź, iż ustawodawstwo: "informuje o zadaniach i obowiązkach, kompetencjach i uprawnieniach aptekarzy oraz sankcjach karnych za niewykonywanie określonych działań aptecznych" prawie 60% ankietowanych wybrało tą odpowiedź, głównie pracownicy powyżej 50 roku życia. Farmaceuci uważają także prawie 50% odpowiedzi, że ustawodawstwo "precyzuje zadania i wytyczne dla aptekarzy", najczęściej wybierali kierownicy 36-50 lat. Potwierdza to słuszność stawianej hipotezy, iż ustawa o refundacji leków (...) ²⁸⁴ oraz inne akty prawne nie wspierają działań na rzecz wdrożenia opieki farmaceutycznej do aptek.

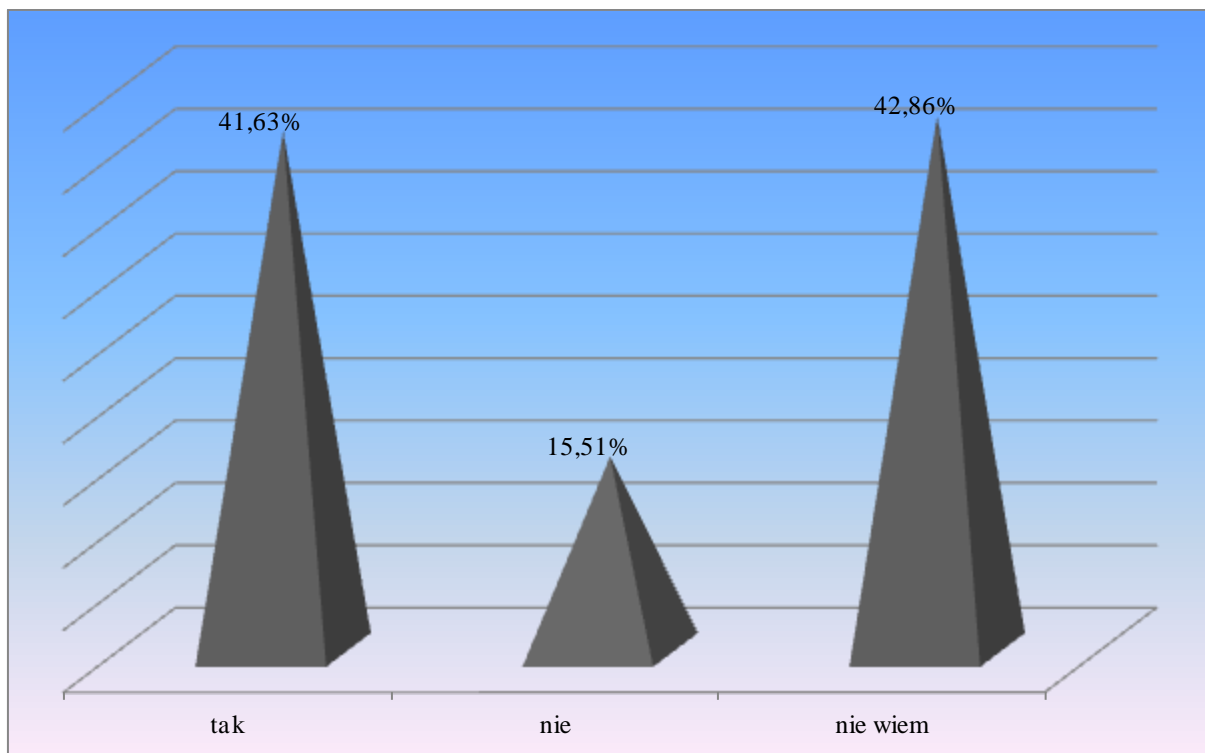
Ponad 50% farmaceutów uważa, że ustawodawstwo precyzuje zadania i wytyczne aptekarzy, ale tylko niecałe 5% uważa, że akty prawne popierają nowe wytyczne i zadania w ochronie zdrowia - wykres 19. Jednocześnie ponad 70% farmaceutów uważa, że właściciel lub kierownik apteki, w której pracują wymaga, zachęca lub zaleca stosowanie najnowszych wytycznych i zadań aptekarzy w ochronie zdrowia. Wyniki przedstawia wykres 20.

²⁸⁴ Ustawa z dnia 12 maja 2011 roku o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobach medycznych (Dz. U. z dnia 13 czerwca 2011 roku nr 122, poz. 696, z późn. zm.)



Wykres 20. Wsparcie ze strony właścicieli lub kierowników apteki w stosowaniu najnowszych wytycznych i zadań aptekarzy w ochronie zdrowia - opinia farmaceutów.

Opinie farmaceutów o ustawodawstwie i jego roli w ocaleniu prestiżu zawodowego, rangi placówek aptecznych oraz szacunku społecznego, są podzielone. Prawie 43% ma wątpliwości, czy akty prawne wspierają aptekarzy w ich działaniach na rzecz ochrony zdrowia. Natomiast niespełna 42% uważa, że nowe przesłanki, obowiązki zawodu aptekarskiego, w tym opieka i doradztwo farmaceutyczne, są szansą na ocalenie prestiżu zawodowego. Tylko 15% podważa rolę nowego ustawodawstwa. Wyniki przedstawia wykres 21.



Wykres 21. Szanse na ocalenie prestiżu zawodowego - opinia farmaceutów.

Analizując powyższe dane według wieku i zajmowanego stanowiska uzyskano następujące wyniki.

Tabela 8. Szanse na ocalenie prestiżu zawodowego - opinia w zależności od wieku badanych farmaceutów.

Nowe obowiązki i przesłanki zawodu aptekarskiego szansą na ocalenie prestiżu zawodowego, rangi placówek aptecznych oraz szacunku społeczeństwa	24-35 lat		36-50 lat		Powyżej 50 lat		p
	n	%	n	%	n	%	
tak	42	41,18%	53	47,32%	7	22,58%	p=0,041
nie	20	19,61%	11	9,82%	7	22,58%	
nie wiem	40	39,22%	48	42,86%	17	54,84%	

Największe przekonanie, że nowe obowiązki i przesłanki zawodu aptekarskiego są szansą na ocalenie prestiżu zawodowego, rangi placówek aptecznych oraz szacunku społeczeństwa panuje wśród osób w wieku 36-50 lat, a najmniejsze u osób w wieku powyżej 50 lat. Obecne ustawodawstwo, w tym ustawa o refundacji leków (...) ²⁸⁵ precyzuje zadania i obowiązki farmaceutów - wykres 19. Ustawodawstwo zawiera także przepisy dotyczące obowiązków i przesłanek zawodu aptekarza m. in. wspomniany art. 2a w ustawie o izbach

²⁸⁵ Ustawa z dnia 12 maja 2011 roku o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobach medycznych (Dz. U. z dnia 13 czerwca 2011 roku nr 122, poz. 696, z późn. zm.).

aptekarskich (...) ²⁸⁶

Tabela 9. Szansa na ocalenie prestiżu zawodowego - opinia w zależności od zajmowanego stanowiska badanych farmaceutów.

Nowe obowiązki i przesłanki zawodu aptekarskiego szansą na ocalenie prestiżu zawodowego, rangi placówek aptecznych oraz szacunku społeczeństwa	Kierownik		Pracownik		p
	n	%	n	%	
tak	36	53,73%	66	37,08%	p=0,084
nie	9	13,43%	27	15,17%	
nie wiem	22	32,84%	85	47,75%	

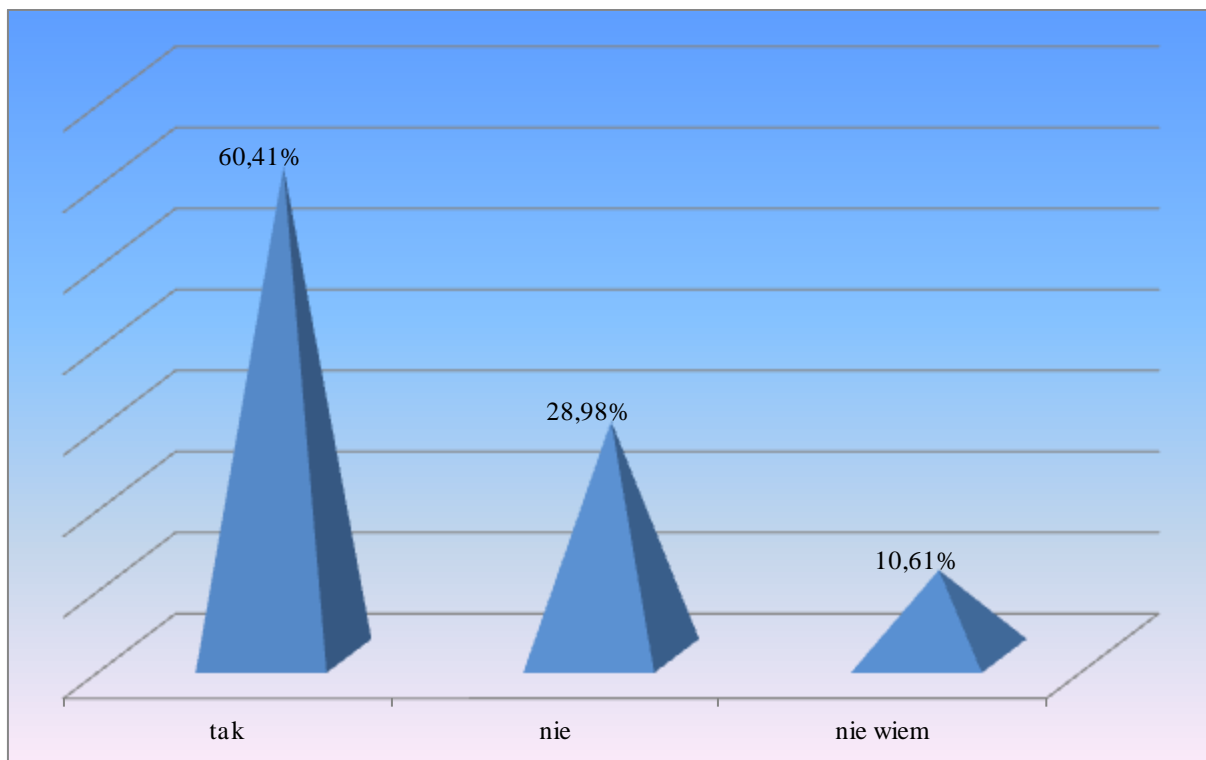
Brak zależności istotnie statystycznej pomiędzy odpowiedziami udzielonymi na to pytanie a zajmowanym stanowiskiem.

Szansą na ocalenie prestiżu zawodowego, rangi placówki oraz szacunku społeczeństwa, mogą stać się nie tylko nowe obowiązki i przesłanki zawodu aptekarskiego. Stanowisko środowiska farmaceutycznego wysuwa inicjatywę zmian w prawie, która umożliwi otwieranie aptek tylko przez farmaceutów (60,41% - odpowiedzi twierdzących), na podstawie koncesji (71,02% - odpowiedzi twierdzących). Dane te są przedstawione w tabeli 10 i na wykresach 22-24.

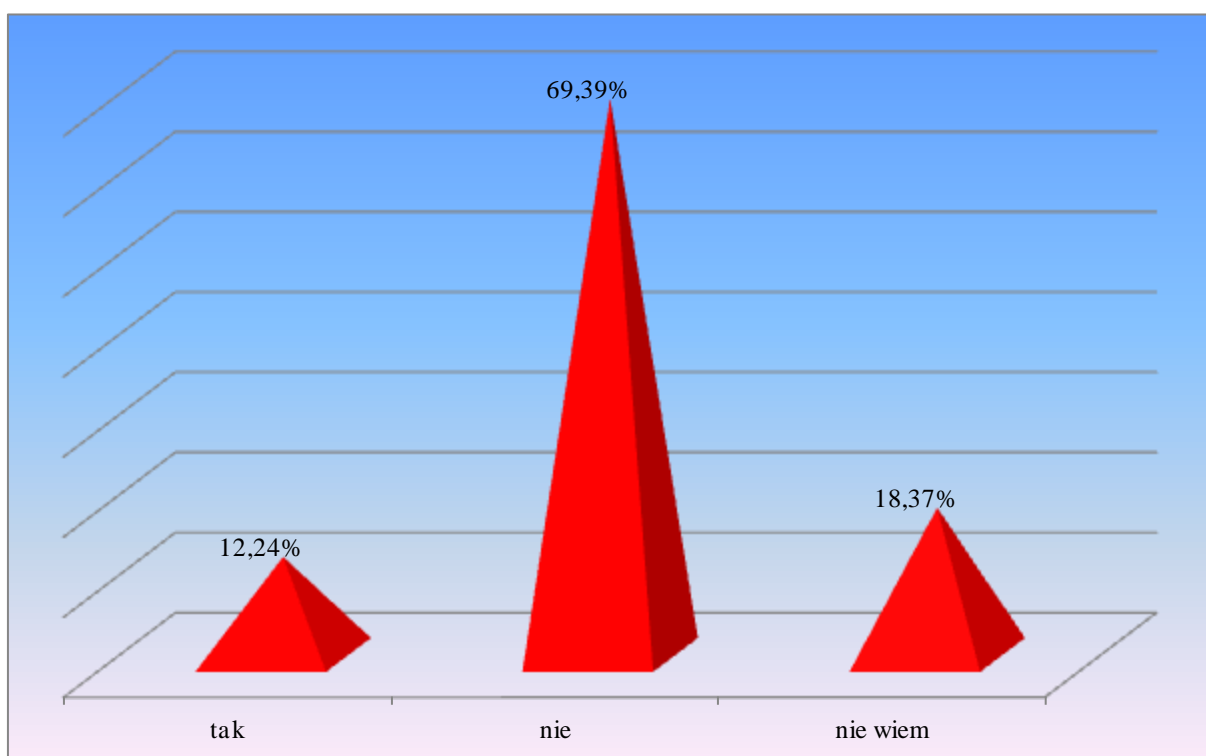
Tabela 10. Opinia farmaceutów na temat: otwierania aptek tylko przez farmaceutów, liczby posiadanych aptek przez jednego farmaceutę, możliwości otwierania aptek na podstawie koncesji.

Czy Pani/Pana zdaniem:	n	%
apteka powinna być własnością wyłącznie aptekarza:		
tak	148	60,41%
nie	71	28,98%
nie wiem	26	10,61%
aptekarz powinien posiadać tylko jedną aptekę:		
tak	30	12,24%
nie	170	69,39%
nie wiem	45	18,37%
apteki powinny być otwierane na podstawie koncesji:		
tak	174	71,02%
nie	30	12,24%
nie wiem	41	16,73%

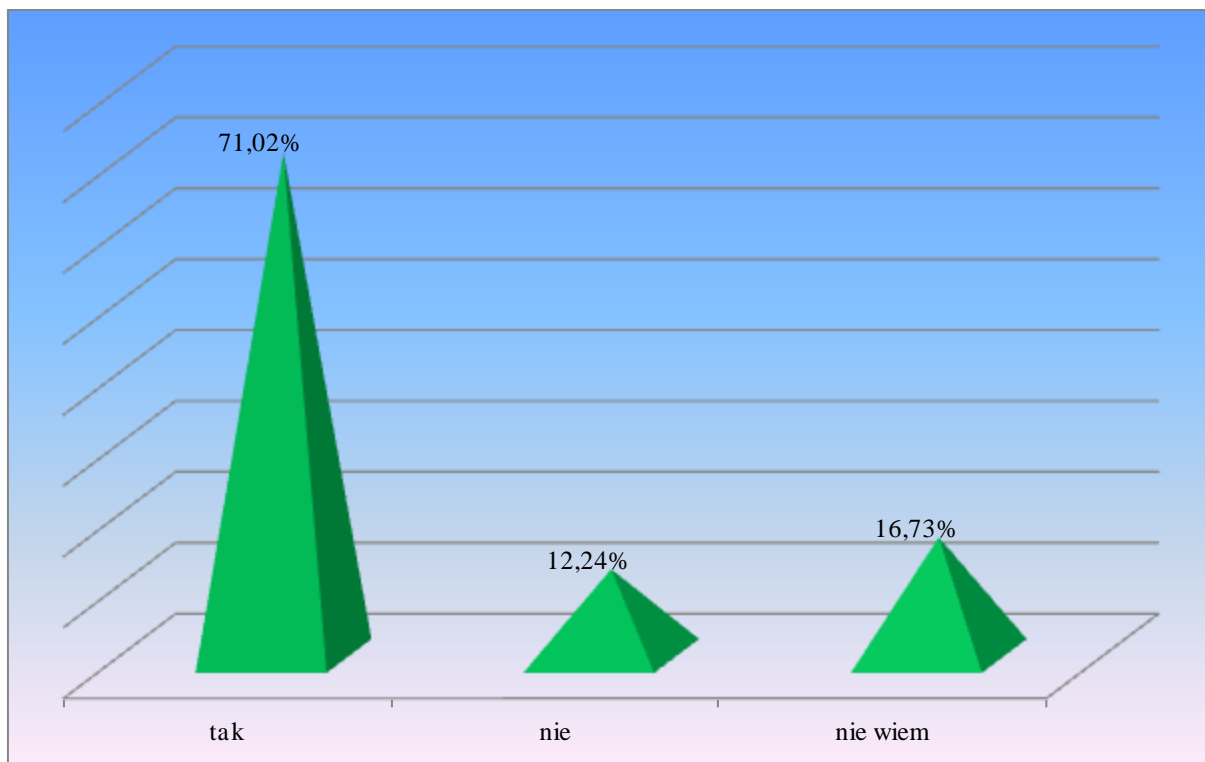
²⁸⁶ Ustawa z dnia 10 stycznia 2008r. o zmianie ustawy o izbach aptekarskich (Dz. U. z 2008 roku nr 47 z poz. 273).



Wykres 22. Apteki własnością wyłącznie aptekarzy - opinia farmaceutów.



Wykres 23. Farmaceuta właścicielem tylko jednej apteki - opinia farmaceutów.



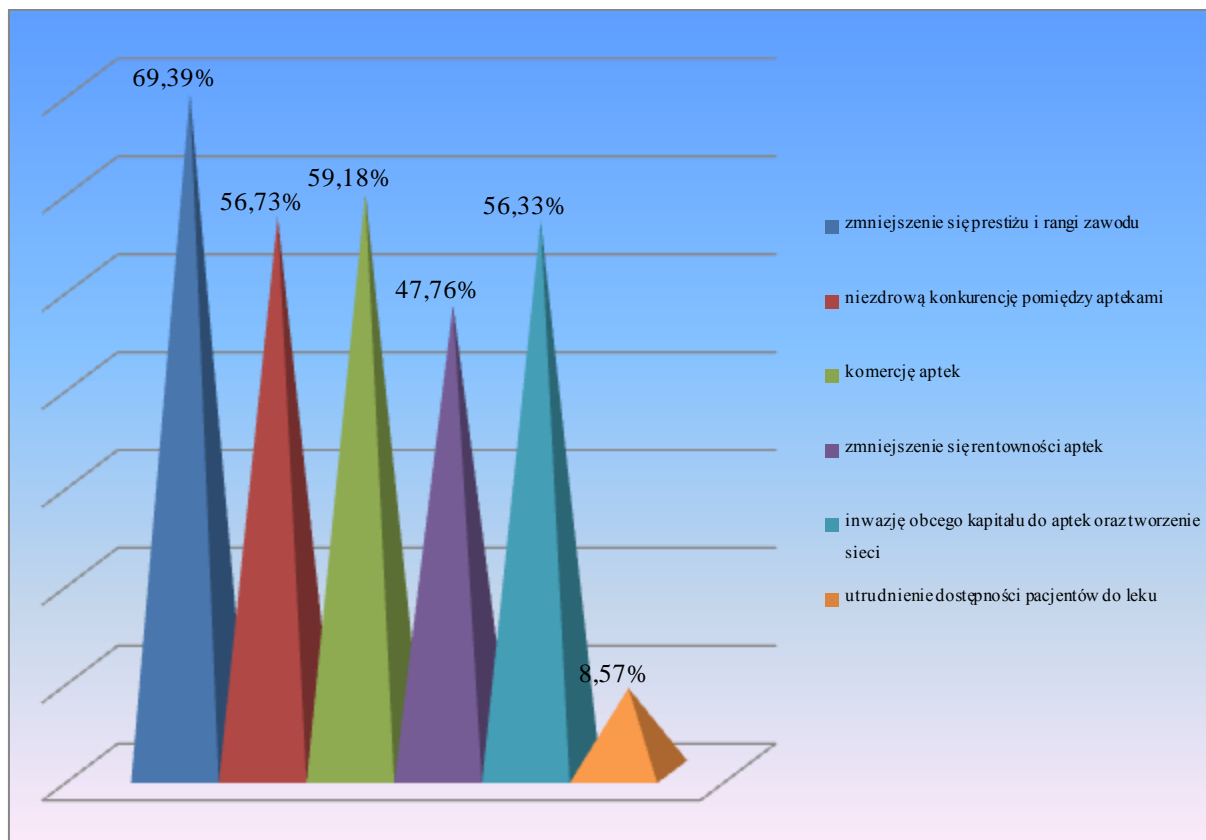
Wykres 24. Apteki otwierane tylko na podstawie koncesji - opinia farmaceutów.

Zdecydowana większość farmaceutów jest zdania, że apteki powinny być własnością wyłącznie aptekarzy i otwierane na podstawie koncesji, ale prawie 70% (69,39%) farmaceutów uważa jednocześnie, iż farmaceuta powinien być właścicielem więcej niż jednej apteki. Większość farmaceutów widzi w tym szansę na przetrwanie na rynku farmaceutycznym, gdzie konkurencja jest bardzo silna, szczególnie ze strony aptek sieciowych.

Ponad 60% farmaceutów uważa, że możliwość otwierania aptek przez inne osoby niż farmaceuci może spowodować zmniejszenia się prestiżu zawodu aptekarza. Zagrożeniem są także sieciowe apteki i napływ obcego kapitału oraz komercję aptek - zdanie prawie 70% farmaceutów. Apteki, należące do dużej sieci lub grupy zakupowej mają większe i lepsze możliwości negocjacyjne. Nastawione tylko na zysk, traktują aptekę jako przedsiębiorstwo, które ma przynosić wymierny zysk, a nie służyć ochronie zdrowia i świadczenia usług w zakresie świadczeń zdrowotnych na najwyższym poziomie. Dlatego są one zagrożeniem dla małych aptek, w których pacjenci są mniej anonimowi i farmaceuta ma możliwość doradzenia w wielu kwestiach związanych z ochroną i promocją zdrowia, czy wyborem suplementów diety. Spowoduje to niezdrową konkurencję pomiędzy aptekami (opinia 56,73% farmaceutów). Wprowadzona ustawa o refundacji leków(...) ²⁸⁷, wprowadziła wiele zmian, m. in.: zakaz reklamy apteki i działań promocyjnych, sztywne marże i ceny na leki refundowane, zakaz prowadzenia akcji promocyjnych i rabatowych oraz kart stałego klienta, zlikwidowała

²⁸⁷ Ustawa z dnia 12 maja 2011 roku o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobach medycznych (Dz. U. z dnia 13 czerwca 2011 roku nr 122, poz. 696, z późn. zm.).

część działań, które wykorzystywały duże apteki sieciowe eliminując z rynku małe jednostki. 47,76% farmaceutów uważa, że możliwość otwieranie aptek przez inne osoby niż aptekarze spowoduje "zmniejszenie się rentowności aptek", a niespełna 9% "utrudniony dostęp pacjentów do leków". Dane te przedstawia wykres 25.

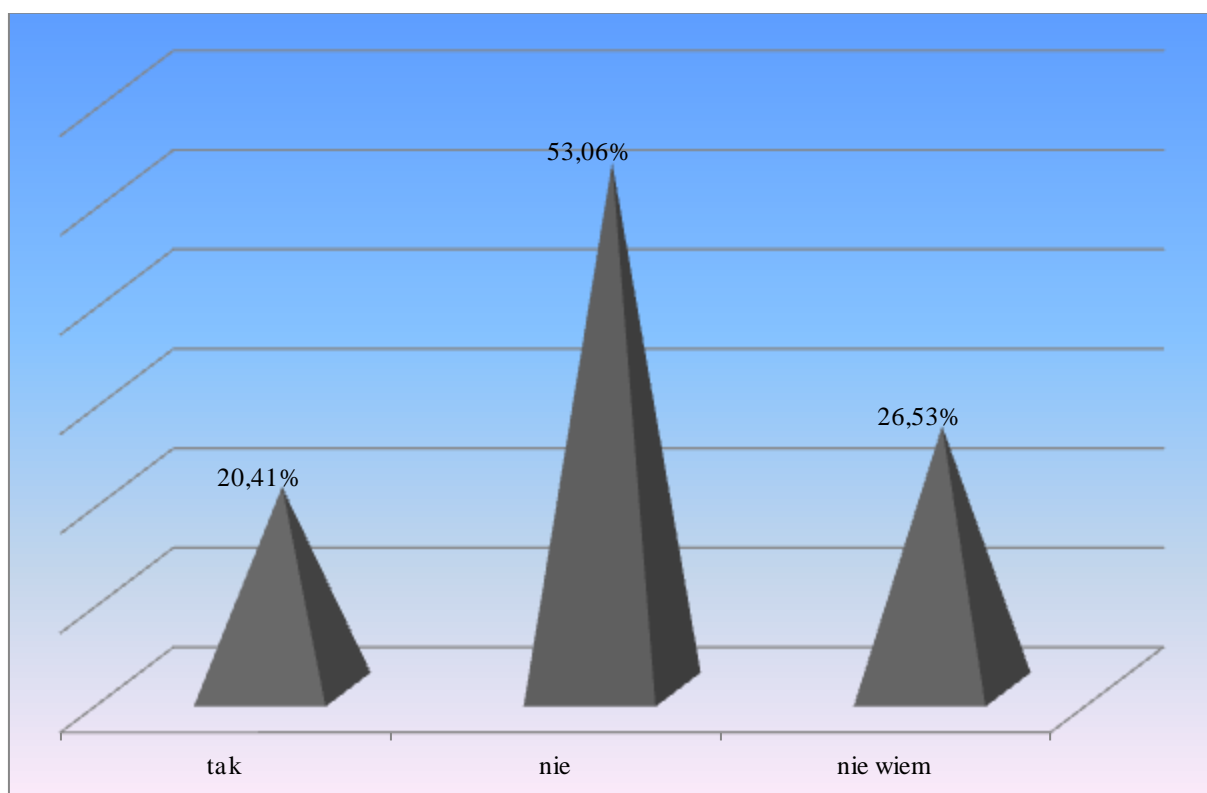


Wykres 25. Możliwość otwierania aptek przez inne osoby niż farmaceuci - opinia farmaceutów.

3.3. Wykształcenie akademickie farmaceutów i jego wpływ na realizację zadań z zakresu opieki farmaceutycznej.

Wielokrotnie w pracy autorka podkreślała rolę i znaczenie opieki farmaceutycznej w ochronie zdrowia jako narzędzia marketingowego.

Ponad 50% farmaceutów uważa, że podczas studiów nadal brakuje przedmiotów, które w odpowiedni sposób przygotowałyby ich do realizacji zadań służby farmaceutycznej. Odmiennego zdania jest 20% respondentów. Dane te są przedstawione na wykresie 26.



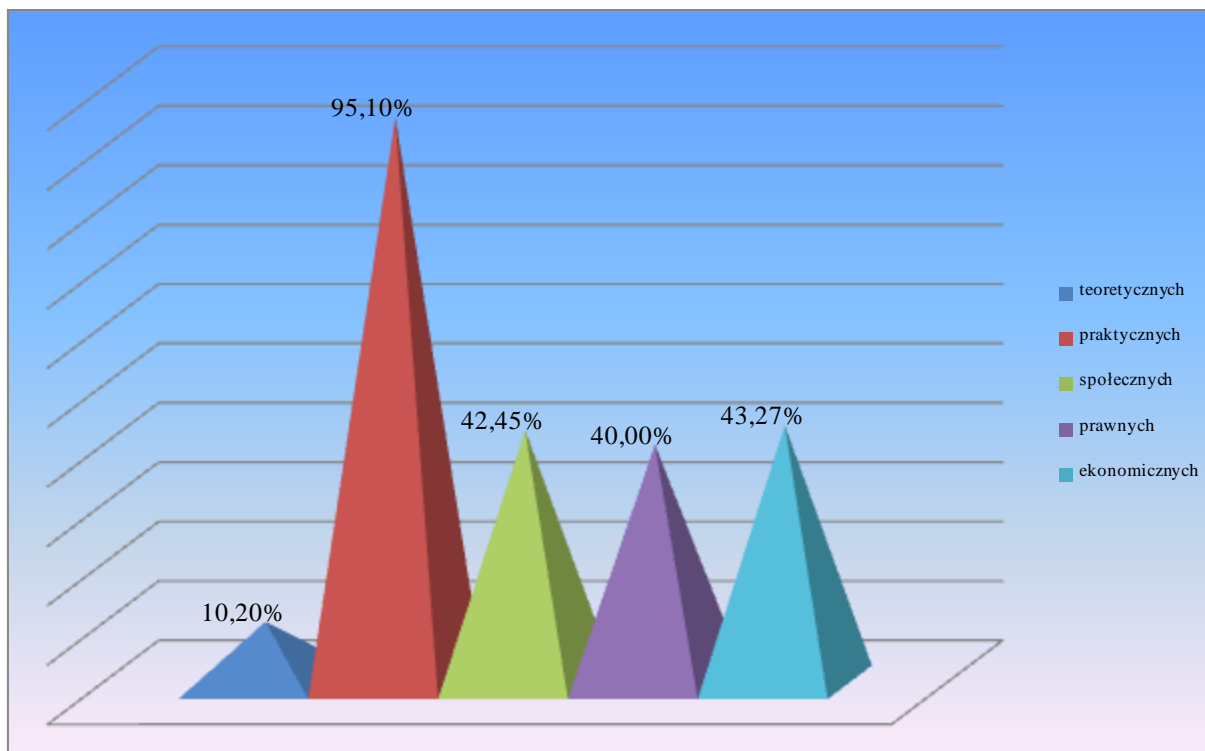
Wykres 26. Przygotowanie studentów farmacji do realizowania służby farmaceutycznej - opinia farmaceutów.

Brak istotnie statystycznej zależności pomiędzy pytaniem przygotowanie absolwentów studiów farmaceutycznych do realizowania służby farmaceutycznej, a wiekiem farmaceutów. Dane przedstawia tabela 11.

Tabela 11. Przygotowanie studentów farmacji do realizowania służby farmaceutycznej - opinia w zależności od wieku badanych aptekarzy.

Przygotowanie absolwentów studiów farmaceutycznych do realizowania służby farmaceutycznej	24-35 lat		36-50 lat		Powyżej 50 lat		p
	n	%	n	%	n	%	
tak	19	18,63%	23	20,54%	8	25,81%	p=0,140
nie	62	60,78%	57	50,89%	11	35,48%	
nie wiem	21	20,59%	32	28,57%	12	38,71%	

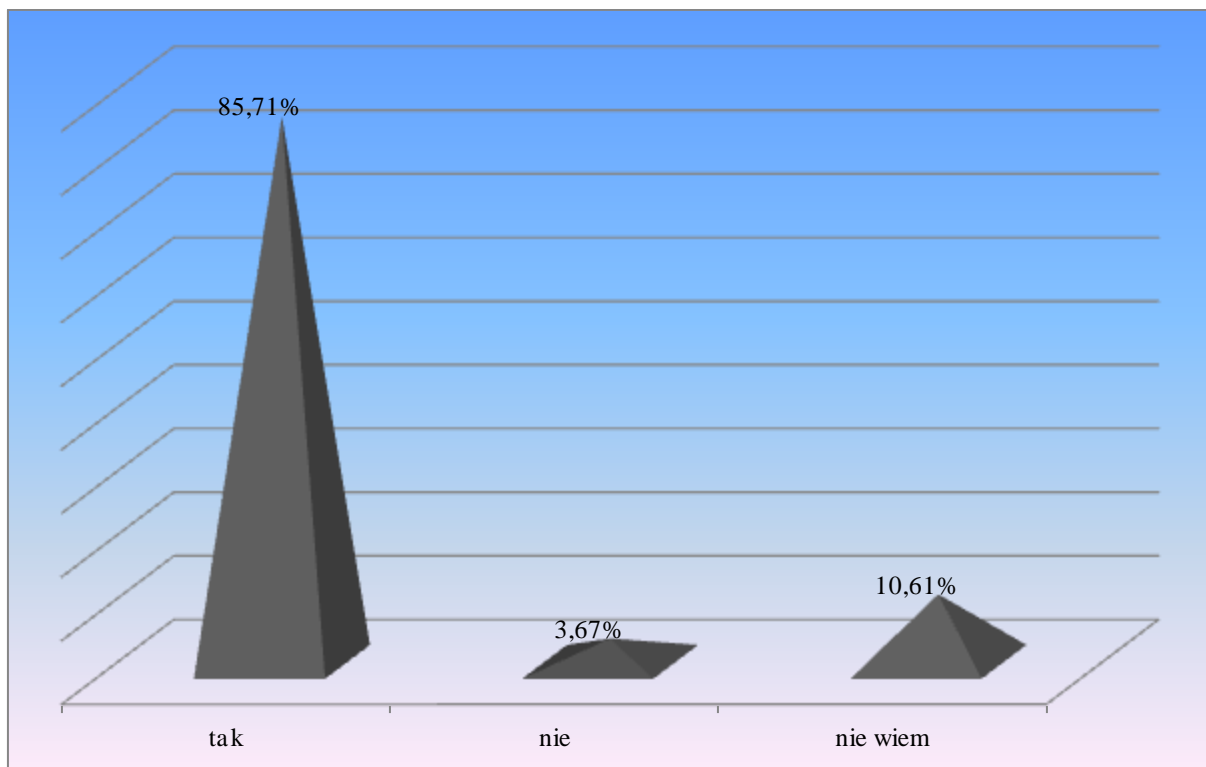
Większość ankietowanych uważa, że właściwe przygotowanie studentów farmacji do realizacji zadań z zakresu opieki farmaceutycznej powinno iść z reformą studiów farmaceutycznych w kierunku praktycznych zajęć. Studenci i młodzi absolwenci, widzą braki w umiejętnościach związanych z obsługą pacjenta, rozmową, kompetentnym doradztwem farmaceutycznym. Farmaceuci posiadają ogromną wiedzę z różnych dziedzin, brak im jednak przygotowania praktycznego. Ponad 40% respondentów zauważa także potrzebę reformy studiów w kierunkach: społecznym, prawnym i ekonomicznym. Farmaceuci wraz z ze zmianami gospodarczymi po 90. roku, dostrzegli iż samo wykształcenie nie jest przepisem na sukces. Brak im wiedzy prawno-ekonomicznej, która pozwoliłaby im na konkurencję z dużymi aptekami sieciowymi. Widzą też braki w umiejętności radzenia sobie w stresujących sytuacjach z trudnym pacjentem. Dane te przedstawione są na wykresie 27.



* Odsetki nie sumują się do 100%, gdyż było to pytanie wielokrotnego wyboru.

Wykres 27. Kierunki studiów farmaceutycznych i ich reforma - opinia farmaceutów.

Farmaceuci mają świadomość, że reforma kształcenia akademickiego to za mało, potrzebne jest stałe doszkalanie się. Podnoszenie kwalifikacji poprzez kursy doszkalające pozwoli aptekarzom podnieść swoje kwalifikacje, uzupełnić wiedzę zdobytą podczas studiów o nowe informacje, uzyskać wiedzę na temat nowych sposobów leczenia i lekach - opinia ponad 80% farmaceutów. Dane przedstawione na wykresie 28.



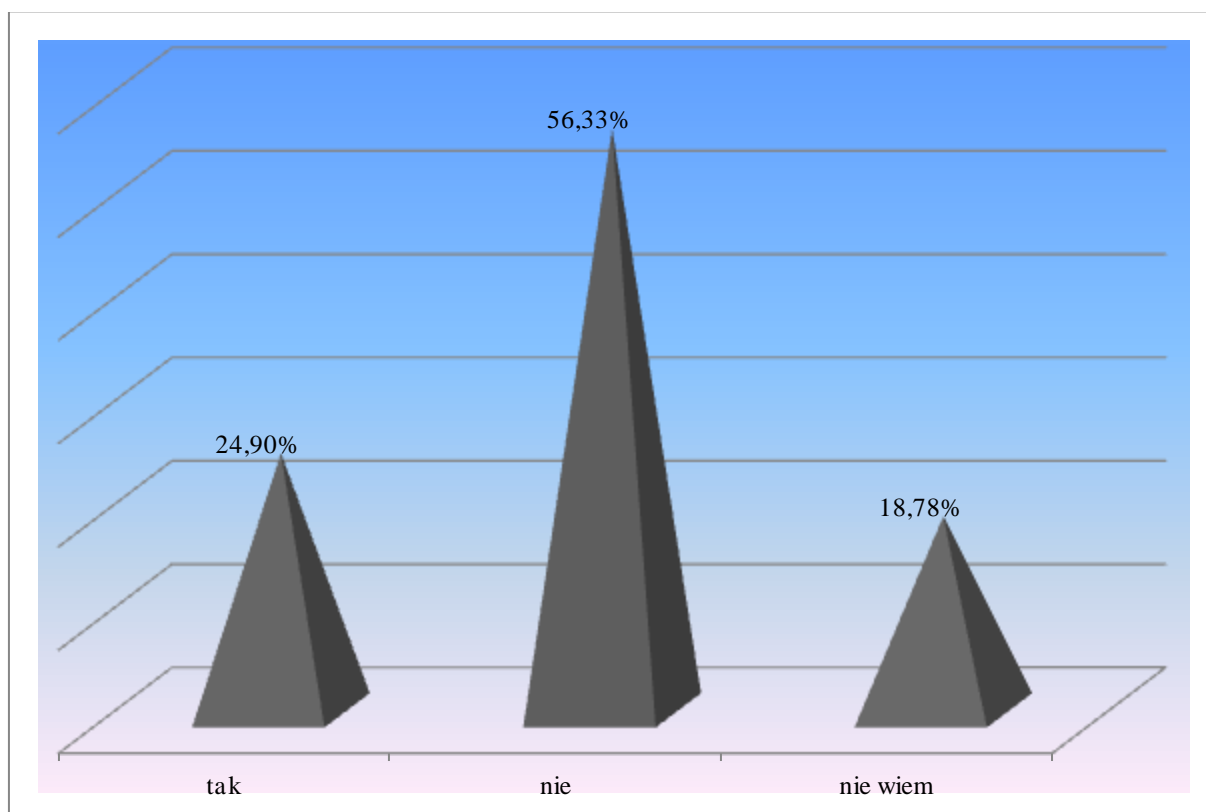
Wykres 28. Potrzeba ciągłego kształcenia wśród aptekarzy - opinia farmaceutów.

Analiza powyższych danych pokazuje jednoznacznie, iż ponad 50% absolwentów studiów farmaceutycznych uważa, że nie są w odpowiedni sposób przygotowani do realizacji zadań z zakresu ochrony i promocji zdrowia, tym bardziej z zakresu opieki farmaceutycznej (wykres 26), mimo posiadania szerokiej i interdyscyplinarnej wiedzy. Większość widzi potrzebę ewaluacji programu nauczania w kierunku zajęć praktycznych (wykres 27). Ponad 40% odpowiedzi dotyczy potrzeby reformy programu nauczania w kierunkach społeczno-ekonomicznych (wykres 27). Jednocześnie większość farmaceutów podkreśla potrzebę ciągłego kształcenia (wykres 28). Wyniki te potwierdzają słuszność stawianej hipotezy, iż wykształcenie akademickie i obowiązek ciągłego kształcenia wpływają na odpowiednie przygotowanie od realizacji zadań z zakresu opieki farmaceutycznej.

3.4. Rola farmaceuty w procesie samoleczenia i czynniki wpływające na decyzje zakupowe pacjentów.

Farmaceuci świadcząc usługi w aptece z zakresu doradztwa farmaceutycznego, odgrywają ważną rolę w procesie samoleczenia pacjentów. Ze względu na posiadaną interdyscyplinarną wiedzę pomagają pacjentom przy wyborze leków dostępnych bez recepty, poinformują o właściwym dawkowaniu czy przechowywaniu leków.

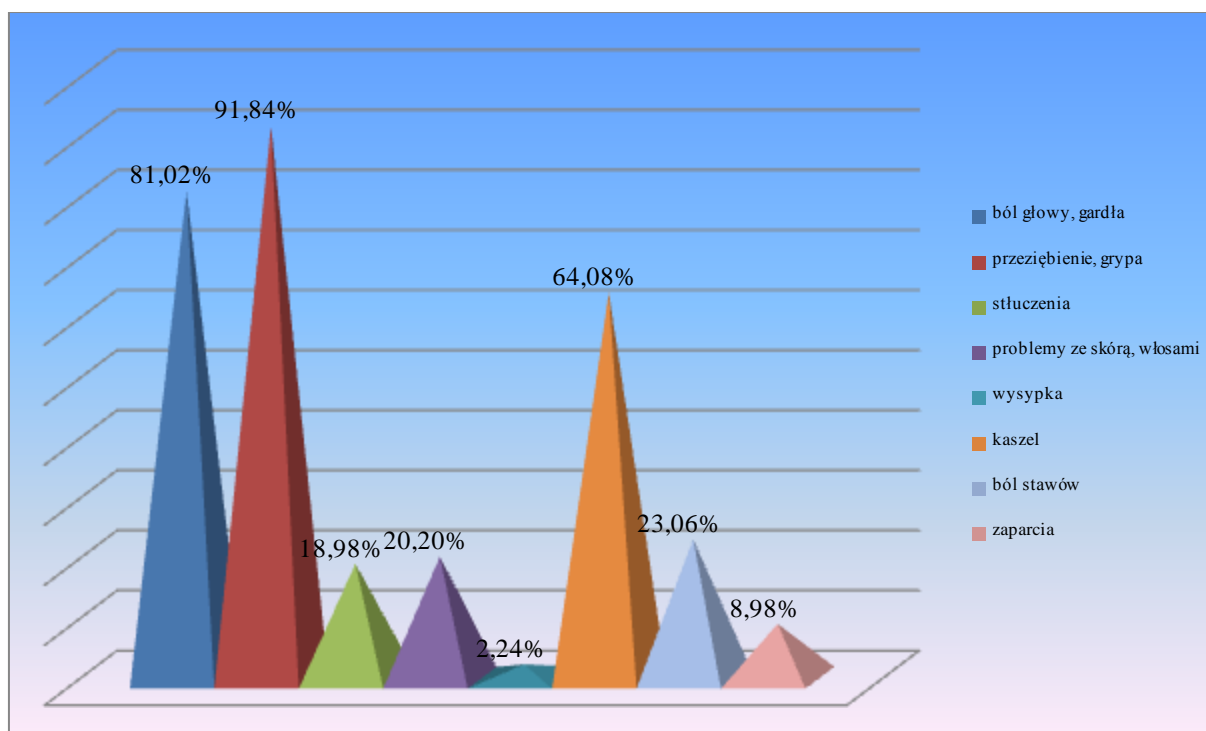
Aptekarze są świadomi swojej roli w procesie samoleczenia. Jednocześnie podkreślają, że nie powinni brać odpowiedzialności w wypadku samodzielnego stosowania leków przez pacjentów, poza kontrolą lekarza czy farmaceuty - zdanie ponad połowy badanych aptekarzy. Tylko co czwarty badany farmaceuta uważa, że aptekarz powinien brać na siebie odpowiedzialność za samodzielne stosowanie leków przez pacjenta. Dane przedstawiono na wykresie 29.



Wykres 29. Odpowiedzialność farmaceutów za samodzielne stosowanie leków przez pacjenta - opinia farmaceutów.

Pacjenci coraz częściej sami leczą łagodniejsze dolegliwości schorzenia. Po poradę udają się w pierwszej kolejności do apteki, ponieważ wiedzą że otrzymają od farmaceuty pomoc przy wyborze leków dostępnych bez recepty. Najczęściej proszą o pomoc w leczeniu:

"przeziębienia i grypy", następnie "ból głowy i gardła", później "kaszel". Dane zostały przedstawione na wykresie 30.

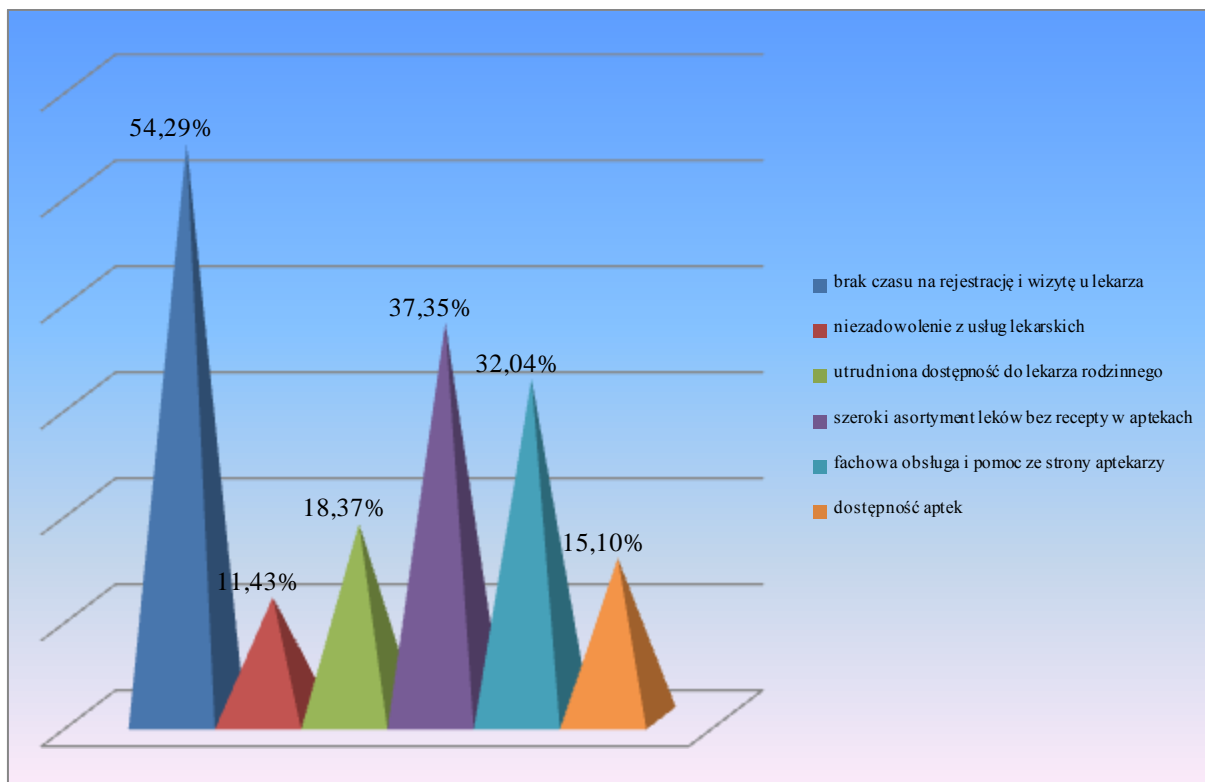


* Odsetki nie sumują się do 100%, gdyż było to pytanie wielokrotnego wyboru.

Wykres 30. Dolegliwości z którymi pacjent udaje się w pierwszej kolejności do apteki - opinia pacjentów.

Najczęstszym powodem samodzielnego leczenia dolegliwości przez pacjentów jest "brak czasu na rejestrację i wizytę u lekarza". Ważnym czynnikiem decydującym o szukaniu pomocy w aptece w leczeniu łagodniejszych dolegliwości jest także "szeroki asortyment leków bez recepty dostępny w aptekach". Wyniki te pokazują, że pacjenci coraz częściej samodzielnie próbują wyleczyć swoje dolegliwości. Często jednak czy to z braku czasu na poradę farmaceutyczną, pośpiech pacjenta, wiara w własną wiedzę, pacjenci zupełnie sami, na podstawie informacji zaczerpniętych z Internetu lub z gazet czy opinii znajomych, dokonują wyboru leków, które ich zdaniem będą najskuteczniejsze w danej dolegliwości. Często preparaty zamiast pomóc, szkodzą przy niekontrolowanym ich zażywaniu. W Polsce brak jest źródeł i statystyk śmiertelności na skutek niewłaściwej farmakoterapii.²⁸⁸ Dane przedstawiono na wykresie 31.

²⁸⁸ Szalonka K. *Opieka farmaceutyczna w ochronie zdrowia Polaków*. PWN, Warszawa 2011, s. 70.



* Odsetki nie sumują się do 100%, gdyż było to pytanie wielokrotnego wyboru.

Wykres 31. Przyczyny dla których pacjent udaje się w pierwszej kolejności po pomoc do apteki - opinia pacjentów.

Na opinię na temat "przyczyn, dla których pacjent z łagodniejszymi dolegliwościami w pierwszej kolejności udaje się do apteki" ma wpływ wiek i wykształcenie respondentów. Dane przedstawiono w tabeli 12 (wg wieku) i 13 (wg wykształcenia).

Istnieje zależność istotna statystycznie pomiędzy odpowiedziami „szeroki asortyment leków bez recepty” oraz „fachowa obsługa i pomoc” a wiekiem:

- „szeroki asortyment leków bez recepty” najczęściej wybierały osoby w wieku 24-35 lat, a najrzadziej osoby w wieku 36-50 lat,
- „fachowa obsługa i pomoc” najczęściej wybierały osoby w wieku powyżej 50 roku życia a najrzadziej w wieku 24-35 lat.

Tabela 12. Przyczyny dla których pacjent udaje się w pierwszej kolejności po pomoc do apteki - opinia w zależności od wieku badanych pacjentów.

Przyczyny, dla których z łagodniejszymi dolegliwościami udaje się Pani/Pan w pierwszej kolejności do apteki	24-35 lat		36-50 lat		Powyżej 50 lat		p
	n	% *	n	% *	n	% *	
brak czasu na rejestrację	56	54,90%	49	53,26%	161	54,39%	p=0,972
niezadowolenie z usług lekarskich	10	9,80%	14	15,22%	32	10,81%	p=0,431
utrudniona dostępność do lekarza	21	20,59%	18	19,57%	51	17,23%	p=0,712
szeroki asortyment leków bez recepty	46	45,10%	23	25,00%	114	38,51%	p=0,012
fachowa obsługa i pomoc	19	18,63%	32	34,78%	106	35,81%	p=0,005
dostępność aptek	17	16,67%	10	10,87%	47	15,88%	p=0,445

* Odsetki nie sumują się do 100%, gdyż było to pytanie wielokrotnego wyboru. Na czerwono zaznaczono w tabeli odpowiedzi istotnie statystycznie, gdzie $p < 0,05$.

Istnieje zależność istotna statystycznie pomiędzy odpowiedziami „fachowa obsługa i pomoc” i „utrudniona dostępność do lekarza” a wykształceniem:

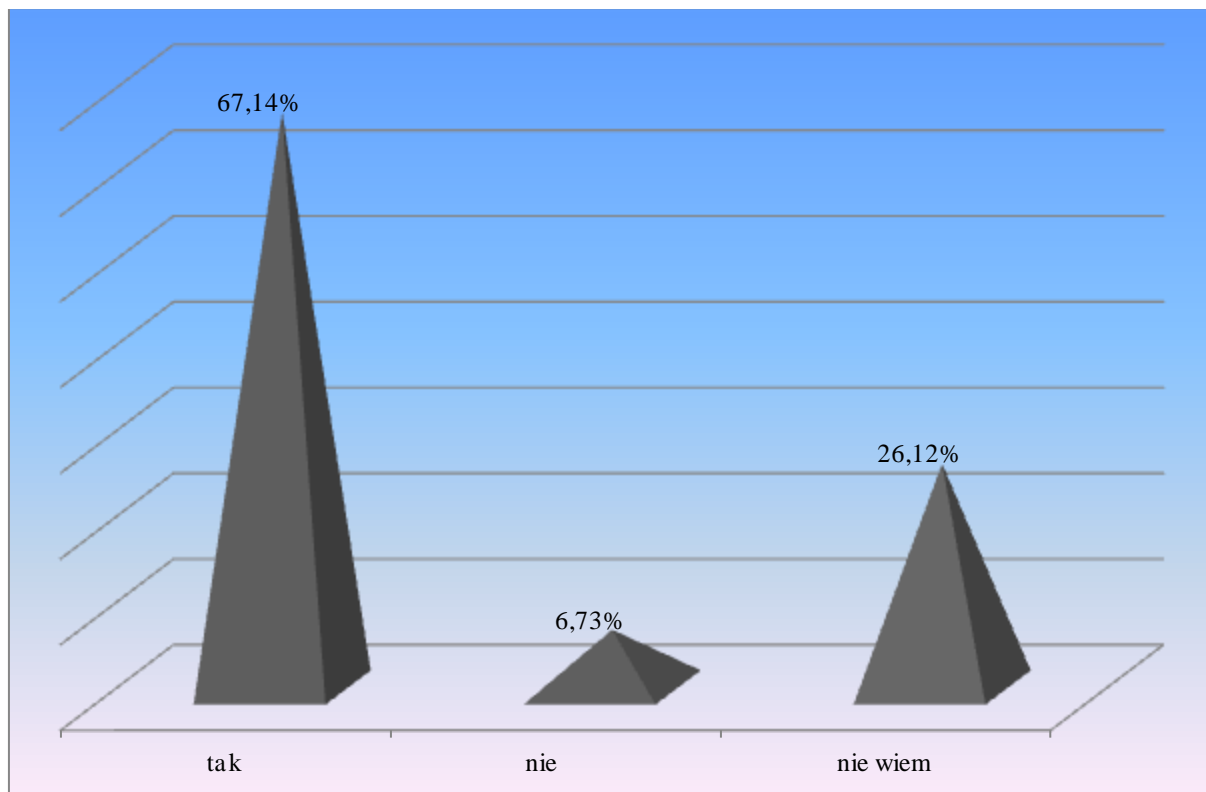
- „fachowa obsługa i pomoc” najczęściej wybierały osoby z wykształceniem podstawowym i zawodowym, a najrzadziej osoby z wykształceniem wyższym,
- „utrudniona dostępność do lekarza” najczęściej wybierały osoby z wykształceniem średnim, a najrzadziej osoby z wykształceniem podstawowym i zawodowym.

Tabela 13. Przyczyny dla których pacjent udaje się w pierwszej kolejności po pomoc do apteki - opinia w zależności od wykształcenia badanych pacjentów.

Przyczyny, dla których z łagodniejszymi dolegliwościami udaje się Pani/Pan w pierwszej kolejności do apteki	Podstawowe / Zawodowe		Średnie		Wyższe		p
	n	% *	n	% *	n	% *	
brak czasu na rejestrację	48	62,34%	11 2	50,22%	106	55,79%	p=0,16
niezadowolenie z usług lekarskich	10	12,99%	21	9,42%	25	13,16%	p=0,441
utrudniona dostępność do lekarza	4	5,19%	50	22,42%	36	18,95%	p=0,003
szeroki asortyment leków bez recepty	27	35,06%	88	39,46%	68	35,79%	p=0,672
fachowa obsługa i pomoc	34	44,16%	72	32,29%	51	26,84%	p=0,023
dostępność aptek	10	12,99%	33	14,80%	31	16,32%	p=0,778

* Odsetki nie sumują się do 100%, gdyż było to pytanie wielokrotnego wyboru. Na czerwono zaznaczono w tabeli odpowiedzi istotnie statystycznie, gdzie $p < 0,05$.

Pacjenci zadeklarowali, że szukają pomocy w aptekach, ponieważ otrzymają fachową obsługę i pomoc ze strony aptekarzy (wykres 31). Większość uważa także, iż "aptekarze mają odpowiednie kwalifikacje i wiedzę oraz podstawy prawne, aby udzielić porad na temat leczenia łagodniejszych chorób i dolegliwości oraz proponować lub wybierać na te schorzenia leki dostępne bez recepty". Wyniki przedstawiono na wykresie 32.



Wykres 32. Kwalifikacje farmaceutów - opinia pacjentów.

Brak zależności istotnej statystycznie dla zmiennej wieku. Dane są przedstawiono w tabeli 14.

Tabela 14. Kwalifikacje farmaceutów - opinia w zależności od wieku badanych pacjentów.

Aptekarze mają odpowiednie kwalifikacje, aby udzielić porad na temat leczenia łagodniejszych chorób	24-35 lat		36-50 lat		Powyżej 50 lat		p
	n	%	n	%	n	%	
tak	67	65,69%	61	66,30%	201	67,91%	p=0,452
nie	11	10,78%	6	6,52%	16	5,41%	
nie wiem	24	23,53%	25	27,17%	79	26,69%	

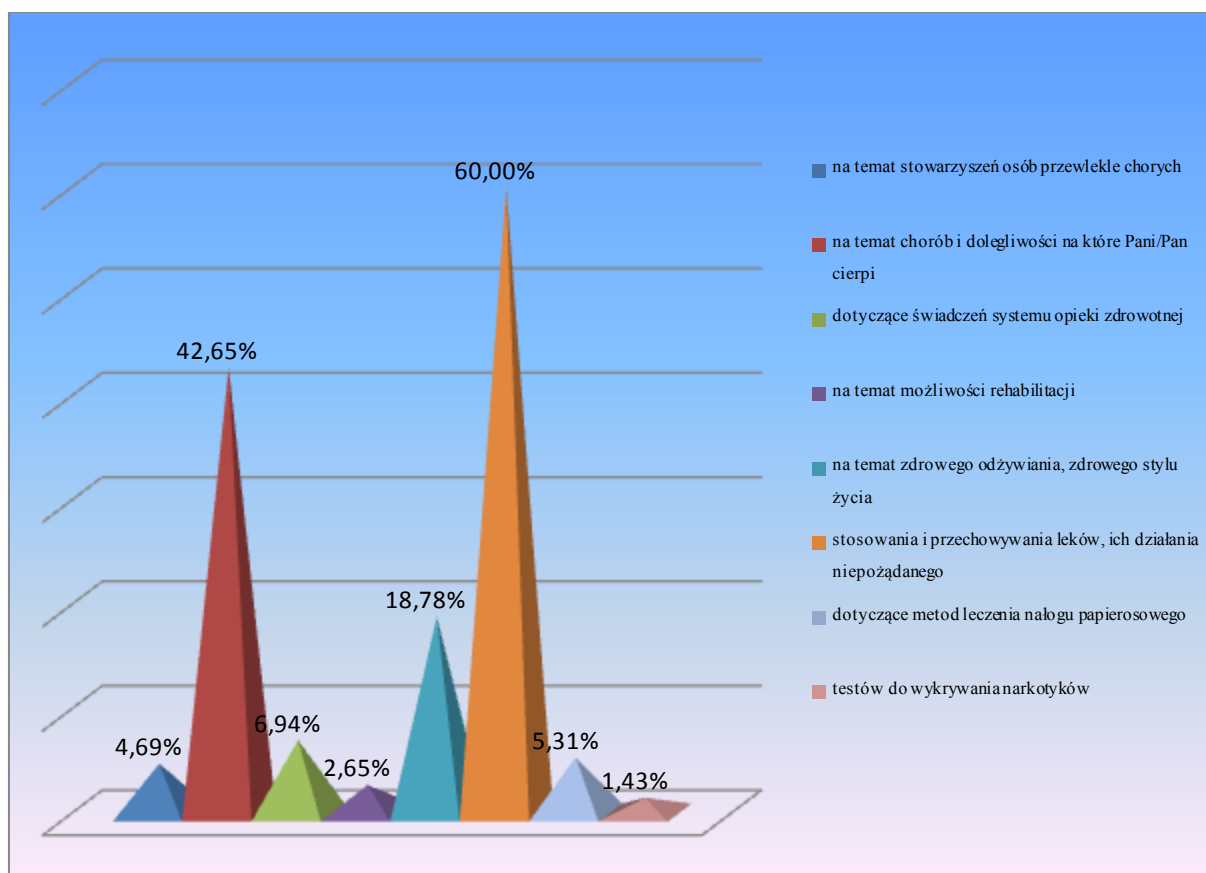
Natomiast istnieje zależność istotna statystycznie dla tegoż pytania w zależności od wykształcenia. Najbardziej przekonane o odpowiednich kwalifikacjach aptekarzy są osoby

z wykształceniem średnim, a najmniej osoby z wykształceniem wyższym. Dane przedstawione w tabeli 15.

Tabela 15. Kwalifikacje farmaceutów - opinia w zależności od wykształcenia badanych pacjentów.

Aptekarze mają odpowiednie kwalifikacje, aby udzielić porad na temat leczenia łagodniejszych chorób	Podstawowe/ Zawodowe		Średnie		Wyższe		p
	n	%	n	%	n	%	
tak	52	67,53%	166	74,44%	111	58,42%	p=0,002
nie	2	2,60%	10	4,48%	21	11,05%	
nie wiem	23	29,87%	47	21,08%	58	30,53%	

Pacjenci do aptek udają się nie tylko po poradę na temat leczenia łagodniejszych dolegliwości, ale także otrzymują informacje na temat "stosowania i przechowywania leków, ich działania niepożądanego", "na temat chorób i dolegliwości na które cierpi pacjent" i "na temat zdrowego odżywiania, zdrowego stylu życia" - to najczęściej wybierane odpowiedzi przez pacjentów. Dane są przedstawione na wykresie 33.

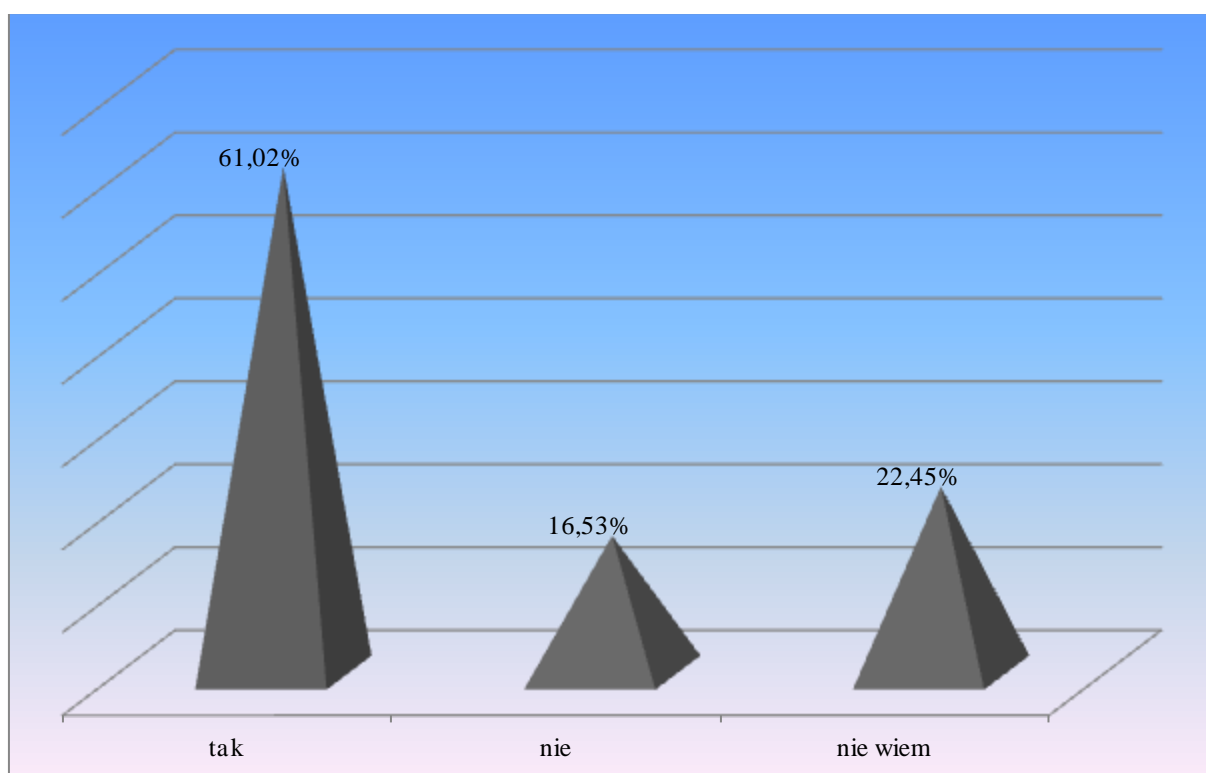


* Odsetki nie sumują się do 100%, gdyż było to pytanie wielokrotnego wyboru.

Wykres 33. Informacje otrzymane w aptece - opinia pacjentów.

Powyższy wykres pokazuje problemy i obszary tematyczne, które najbardziej interesują pacjentów, chcących uzyskać dodatkowe informacje. Głównie jest to tematyka związana z ochroną i profilaktyką zdrowia.

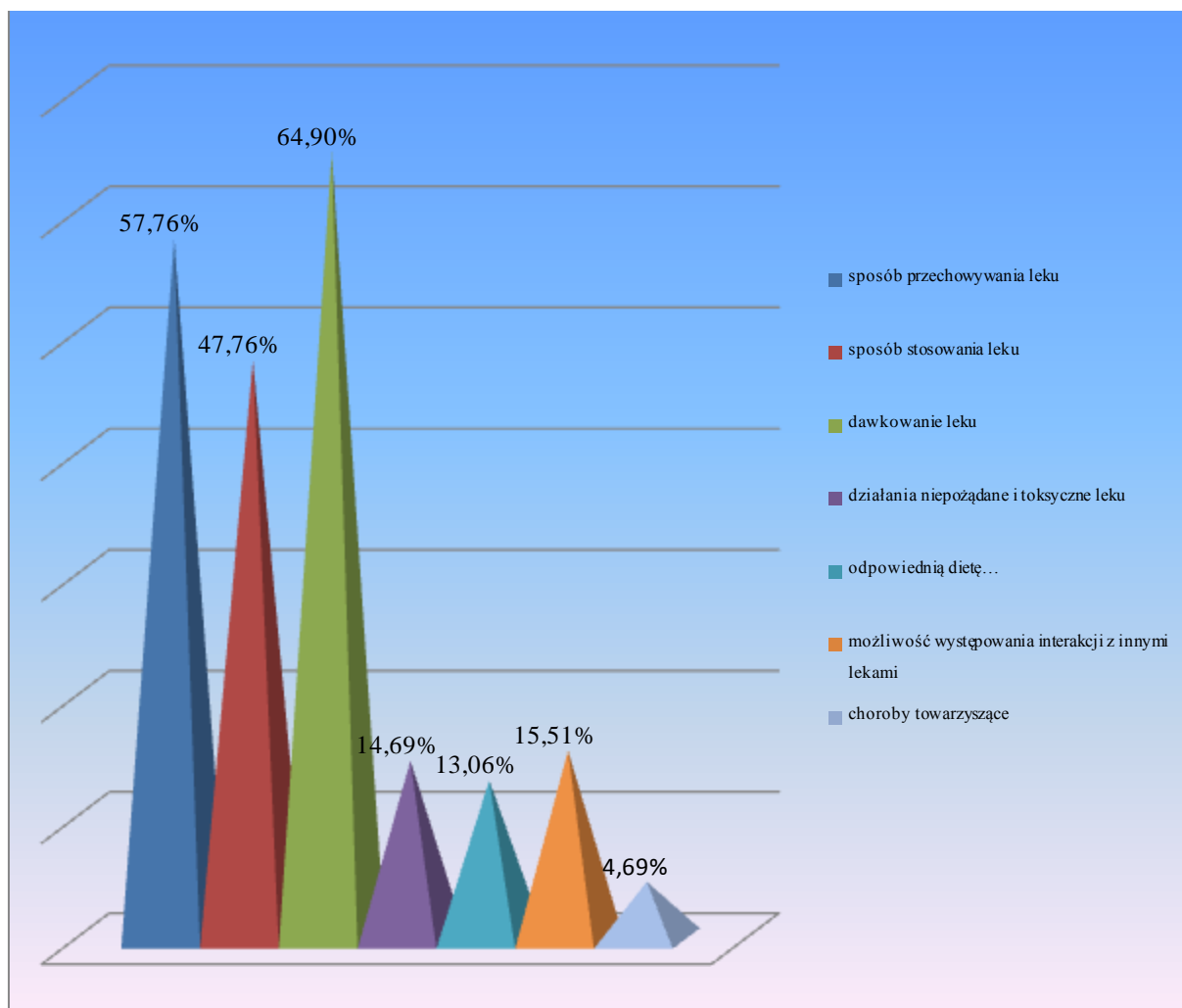
Pacjenci udają się chętnie do apteki po poradę na temat leczenia łagodniejszych dolegliwości; przyznają, że farmaceuci mają odpowiednią wiedzę i kwalifikacje do pomocy w wyborze leków dostępnych bez recepty - opinia ponad połowy respondentów (wykres 32). W opinii pacjentów aptekarz biorąc udział w leczeniu chorób, uzupełnia działania lekarza, odciążając go w leczeniu łagodniejszych schorzeń - wybór większości ankietowanych. Wyniki przedstawiono na wykresie 34.



Wykres 34. Aptekarz bierze udział w leczeniu chorób i uzupełnia działania lekarza - opinia pacjentów.

Pacjenci często przychodzą do apteki po poradę lub podczas zakupu leku oczekują dodatkowych informacji. Farmaceuci przyznają, że ich najważniejsze zadania to informacja o leku i zaopatrzenie pacjentów w medykamenty (opinia ponad 80% ankietowanych, wykres 14). W opinii pacjentów, aptekarze podczas wydawania leków zwracają szczególną uwagę na: "dawkowanie leku", "sposób przechowywania leku" oraz "sposób stosowania leku" - najczęściej wybierane odpowiedzi (dane przedstawiono na wykresie 35). Rzadziej farmaceuci informują o działaniach niepożądanych i toksycznych leku oraz możliwościach wystąpienia interakcji z innymi lekami. Niecałe 5% ankietowanych zadeklarowało, że farmaceuci pytają o towarzyszące choroby. Informacje te są bardzo ważne we właściwym doradztwie farmaceutycznym i są podstawą prowadzenia profesjonalnej opieki farmaceutycznej w aptece. Pomijanie tych zagadnień podczas rozmowy z pacjentem jest często wynikiem różnych przyczyn m. in. pośpiechu pacjenta. Brak czasu na dłuższą rozmowę z pacjentem ze strony

aptekarza wynika z mechanizacji pracy w aptece, zbyt dużej liczby dodatkowych zadań lub braku odpowiednio licznego personelu fachowego.



*Odsetki nie sumują się do 100%, gdyż było to pytanie wielokrotnego wyboru.

Wykres 35. Aptekarze zwracają szczególną uwagę - opinia pacjentów.

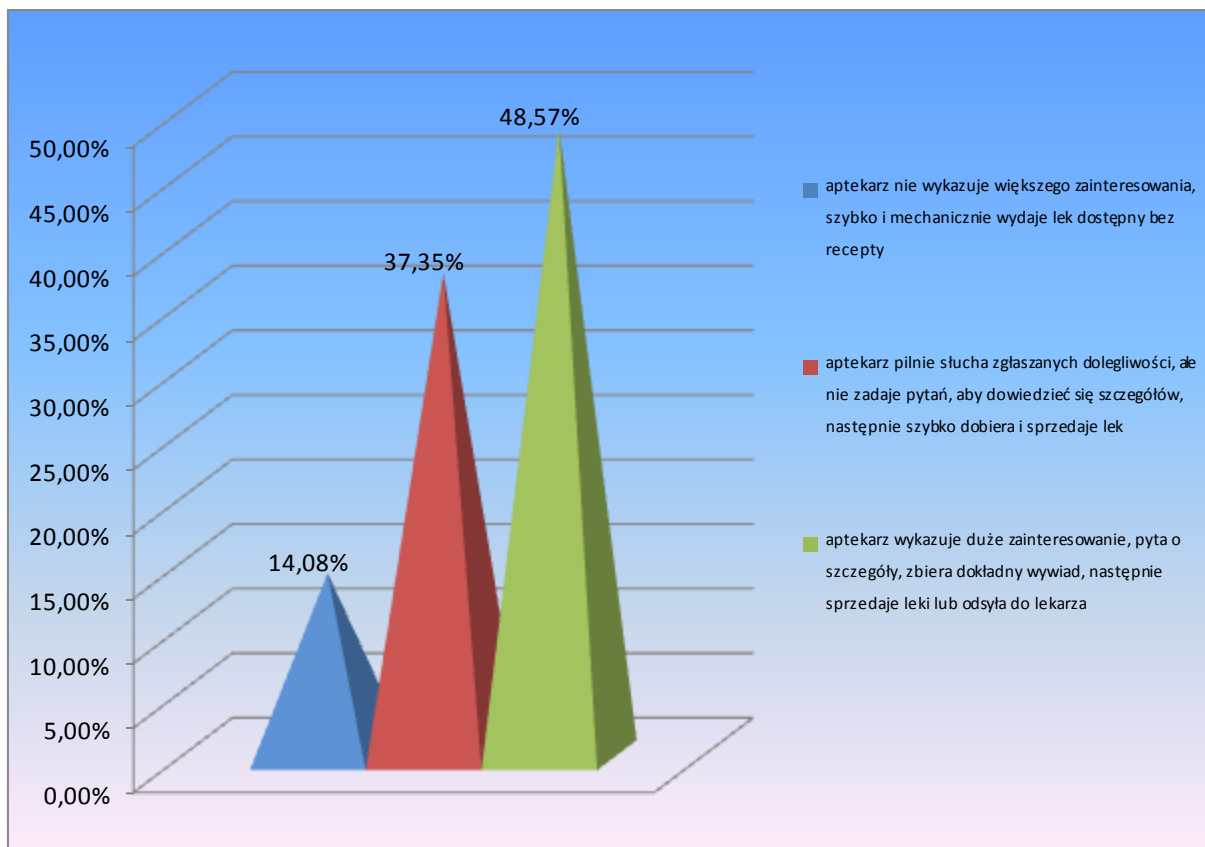
Nie wykazano zależności istotnie statystycznej pomiędzy wybieranymi przez pacjentów odpowiedziami na temat informacji udzielanych przez farmaceutę a wiekiem pacjentów - tabela 16.

Tabela 16. Aptekarze zwracają szczególną uwagę - opinia ze względu na wiek badanych pacjentów.

Aptekarz zwrócił szczególną uwagę na:	24-35 lat		36-50 lat		Powyżej 50 lat		p
	n	% *	n	% *	n	% *	
sposób przechowywania leku	62	60,78%	52	56,52%	169	57,09%	p=0,781
sposób stosowania leku	49	48,04%	52	56,52%	133	44,93%	p=0,151
dawkowanie leku	63	61,76%	64	69,57%	191	64,53%	p=0,512
działania niepożądane i toksyczne leku	8	7,84%	7	7,61%	37	12,50%	p=0,245
odpowiednią dietę	15	14,71%	13	14,13%	36	12,16%	p=0,761
możliwość występowania interakcji	12	11,76%	16	17,39%	48	16,22%	p=0,484
choroby towarzyszące	5	4,90%	5	5,43%	13	4,39%	p=0,913

* Odsetki nie sumują się do 100%, gdyż było to pytanie wielokrotnego wyboru.

Pacjenci deklarują jednocześnie, że aptekarze pomagają w doborze leków dostępnych bez recepty w celu leczenia łagodniejszych dolegliwości. Podczas porady w leczeniu łagodniejszych problemów zdrowotnych: "aptekarz wykazuje duże zainteresowanie, pyta o szczegóły, zbiera dokładny wywiad, następnie sprzedaje leki lub odsyła do lekarza" prawie 50% ankietowanych wybrało tą odpowiedź. Dane przedstawione na wykresie 36.

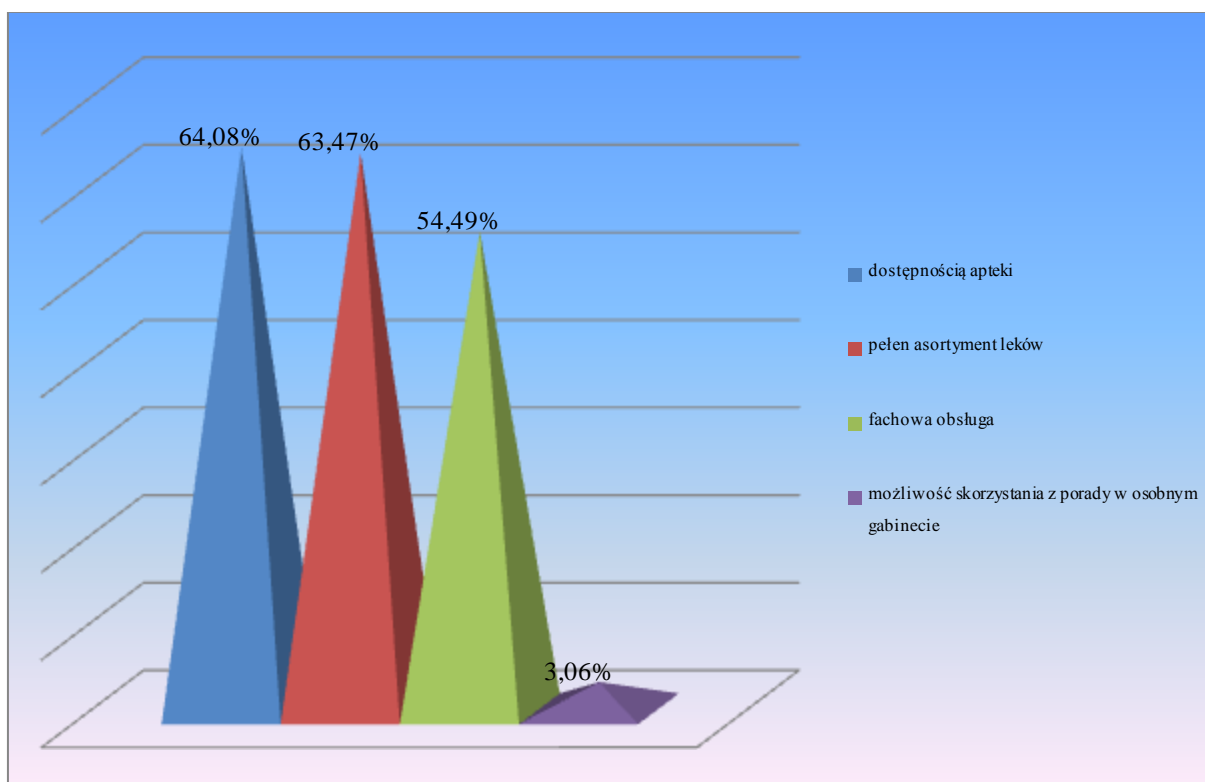


Wykres 36. Ocena pracy aptekarzy - opinia pacjentów.

Ankietowani uważają, że: farmaceuci chętnie udzielają porad na temat stosowania leków, ich przechowywania i ich działaniach niepożądanych" (wykres 33), jednocześnie wskazuje, iż podczas wydawania leku aptekarz zwrócił szczególną uwagę na "sposób dawkowania leku" (wykres 35). Pacjenci oceniając pracę farmaceutów są zdania, iż "aptekarz wykazuje duże zainteresowanie, pyta o szczegóły, zbiera dokładny wywiad, następnie sprzedaje leki lub odsyła do lekarza" (wykres 36). Dane te potwierdzają słuszność stawianej hipotezy, że aptekarze wykazują duże zainteresowanie zdrowiem pacjenta i chętnie udzielają porad na temat stosowania leków.

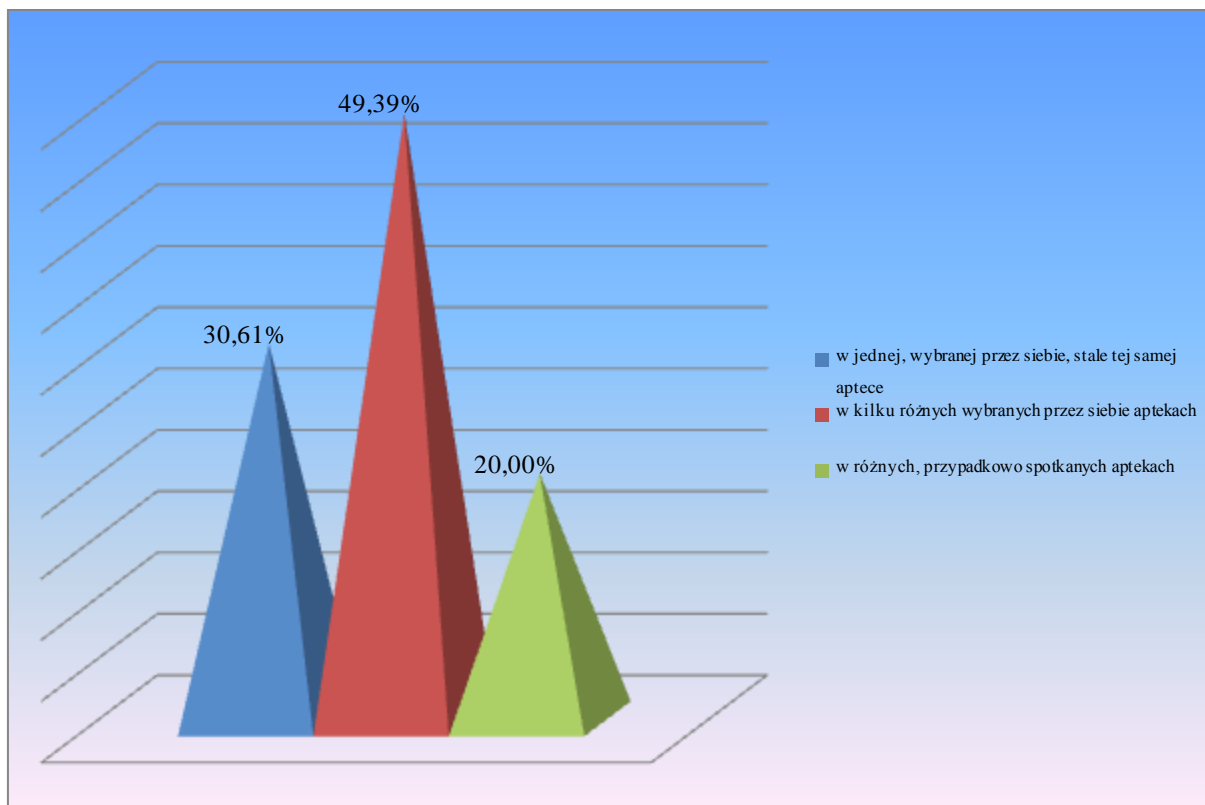
Na decyzje zakupowe pacjentów i wybór apteki ma wpływ wiele czynników. Ważne jest: "dostępność apteki", "pełen asortyment" i "fachowa obsługa" ponad połowa wybieranych odpowiedzi przez ankietowanych uznało te czynniki za najważniejsze. Dane przedstawiono na wykresie 37. Dla pacjentów, jak wynika to z poprzednich analiza, ważna jest nie tylko fachowa obsługa, ale także możliwość dokonania zakupu wszystkich leków w jednym miejscu. Apteka też powinna mieć dogodne położenie, duży parking, bliskość przychodni lub gabinetów lekarskich, czy sklepów. Pacjenci chętniej wybierają takie apteki, gdzie mogą załatwić również inne sprawy bez potrzeby przemieszczania się autem, czyli możliwość dokonania wygodnego nabycia zgodnie z zasadą *one stop shopping* – zatrzymać się raz i kupić wszystko, odnosi się to głównie do aptek zlokalizowanych w centrach handlowych.²⁸⁹

²⁸⁹ Mruk H., Michalik M., Barańkiewicz T. *Marketingowe zarządzanie apteką*. ABC a Wolters Kluwer business, Warszawa 2013, s 90.



*Odsetki nie sumują się do 100%, gdyż było to pytanie wielokrotnego wyboru.
 Wykres 37. Czynniki decydujące o wyborze apteki przez pacjenta.

Zapytano także pacjentów, czy kupują leki tylko w jednej wybranej przez siebie aptece - tylko jedna trzecia respondentów wybrało tę odpowiedź. Przeważnie pacjenci kupują medykamenty w kilku wybranych przez siebie aptekach. Dane przedstawione na wykresie 38. Konsekwencją kupowania przez pacjentów leków w różnych aptekach, a często także na stacjach benzynowych czy w supermarketach jest to, że farmaceuta nie ma możliwości prowadzić fachowego doradztwa farmaceutycznego bądź opieki farmaceutycznej. Pacjenci często nie przyznają się, że dokonali już zakupu medykamentów w innej aptece, co prowadzi do tego, że porada farmaceutyczna jest źle przeprowadzona, nie uwzględnia ona ewentualnych interakcji z innymi, już zakupionymi wcześniej lekami.



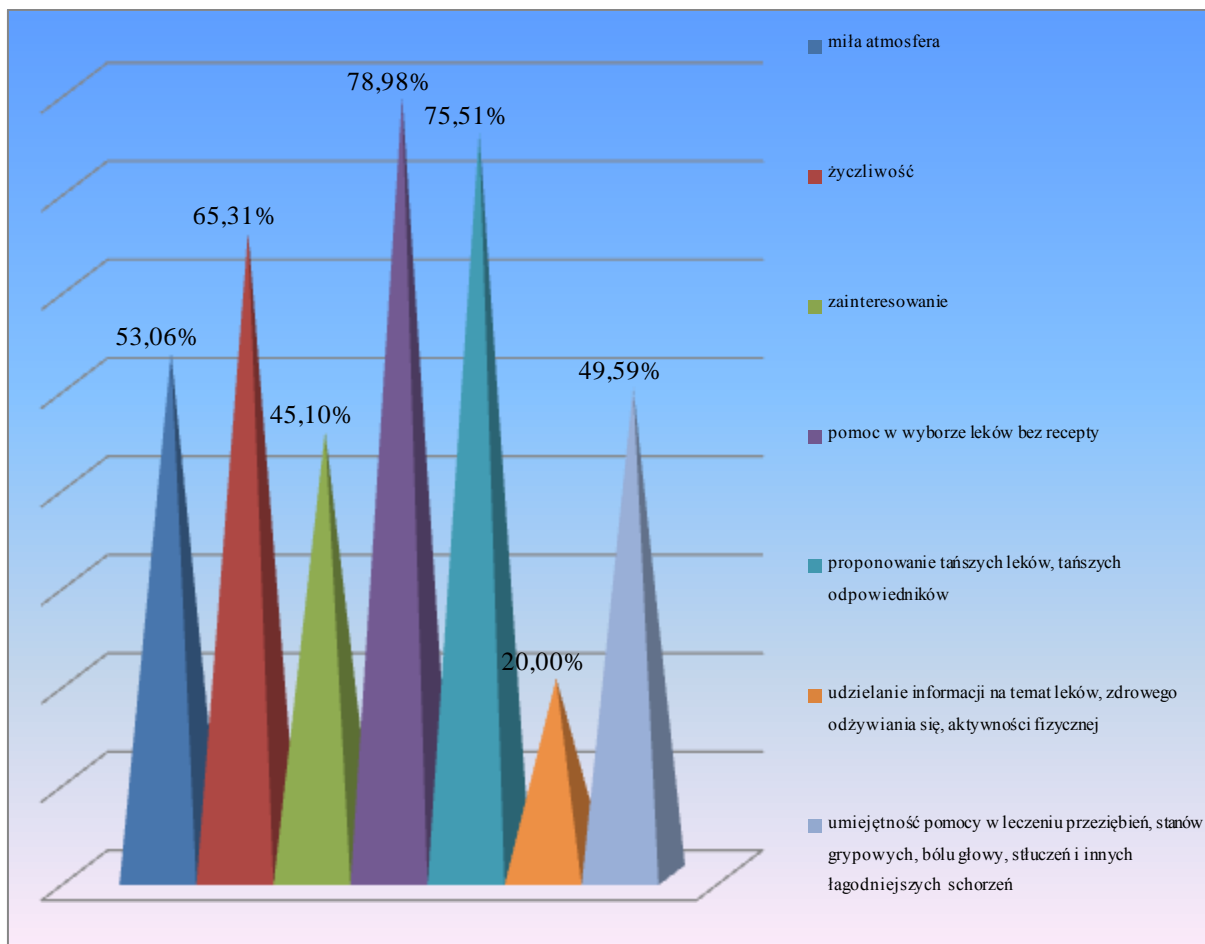
Wykres 38. Wybór apteki przez pacjenta.

Odpowiedź na to pytanie nie zależy od wieku pacjenta - tabela 17.

Tabela 17. Wybór apteki w zależności od wieku badanych pacjentów.

Miejsce zakupu leków	24-35 lat		36-50 lat		Powyżej 50 lat		p
	n	%	n	%	n	%	
w jednej aptece	26	25,49%	26	28,26%	98	33,11%	p=0,597
w kilku różnych aptekach	52	50,98%	47	51,09%	143	48,31%	
w przypadkowo napotkanych aptekach	24	23,53%	19	20,65%	55	18,58%	

Dostępność apteki, pełen asortyment leków, fachowa obsługa, to najważniejsze czynniki decydujące o wyborze apteki. Pacjenci nie są jednak wierni jednej wybranej przez siebie aptece, ale kilku różnym. Zapytani jakie są ich oczekiwania dotyczące aptekarzy i ich pracy wybierają najczęściej: "pomoc w wyborze leków bez recepty", "proponowanie tańszych leków, tańszych odpowiedników", "życzliwość", "miła atmosfera", "umiejętność pomocy w leczeniu przeziębień, stanów grypowych, bólu głowy, stłuczeń i innych łagodniejszych schorzeń", "zainteresowanie". Dane przedstawia wykres 39.



* Odsetki nie sumują się do 100%, gdyż było to pytanie wielokrotnego wyboru.

Wykres 39. Oczekiwania wobec aptekarzy - opinia pacjentów.

Zbadano zależność powyższego pytania od wieku, płci i wykształcenia respondentów, dane przedstawiono poniżej: tabela 18 (wg wieku), tabela 19 (wg płci), tabela 20 (wg wykształcenia).

Istnieje zależność istotna statycznie pomiędzy odpowiedziami „zainteresowanie” oraz „udzielanie informacji na temat leków” a wiekiem pacjentów:

- „zainteresowanie” najczęściej wybierały osoby w wieku 36-50 lat, a najrzadziej osoby w wieku 24-35 lat,
- „udzielanie informacji na temat leków” najczęściej wybierały osoby w wieku 24-35 lat, a najrzadziej osoby w wieku 36-50 lat.

Tabela 18. Oczekiwania wobec aptekarzy - opinia w zależności od wieku badanych pacjentów.

Oczekiwania wobec aptekarzy	24-35 lat		36-50 lat		Powyżej 50 lat		p
	n	% *	n	% *	n	% *	
miła atmosfera	56	54,90%	42	45,65%	162	54,73%	p=0,287
życzliwość	64	62,75%	60	65,22%	196	66,22%	p=0,817
zainteresowanie	37	36,27%	51	55,43%	133	44,93%	p=0,028
pomoc w wyborze leków bez recepty	81	79,41%	71	77,17%	235	79,39%	p=0,895
proponowanie tańszych leków	79	77,45%	67	72,83%	224	75,68%	p=0,752
udzielanie informacji na temat leków	30	29,41%	16	17,39%	52	17,57%	p=0,028
umiejętność pomocy w leczeniu przeziębień	60	58,82%	47	51,09%	136	45,95%	p=0,077

* Odsetki nie sumują się do 100%, gdyż było to pytanie wielokrotnego wyboru. Na czerwono zaznaczono w tabeli odpowiedzi istotnie statystycznie, gdzie $p < 0,05$.

Istnieje zależność istotna statystycznie pomiędzy odpowiedziami „miła atmosfera” oraz „umiejętność pomocy w leczeniu przeziębień” a płcią:

- „miła atmosfera” częściej wybierali mężczyźni,
- „umiejętność pomocy w leczeniu przeziębień” częściej wybierały kobiety.

Tabela 19. Oczekiwania wobec aptekarzy - opinia w zależności płci badanych pacjentów.

Oczekiwania wobec aptekarzy	Kobieta		Mężczyzna		p
	n	% *	n	% *	
miła atmosfera	118	42,14%	142	67,62%	p<0,001
życzliwość	182	65,00%	138	65,71%	p=0,945
zainteresowanie	129	46,07%	92	43,81%	p=0,685
pomoc w wyborze leków bez recepty	222	79,29%	165	78,57%	p=0,936
proponowanie tańszych leków	213	76,07%	157	74,76%	p=0,82
udzielanie informacji na temat leków	56	20,00%	42	20,00%	p=1
umiejętność pomocy w leczeniu przeziębień	155	55,36%	88	41,90%	p=0,004

* Odsetki nie sumują się do 100%, gdyż było to pytanie wielokrotnego wyboru. Na czerwono zaznaczono w tabeli odpowiedzi istotnie statystycznie, gdzie $p < 0,05$.

Istnieje zależność istotna statystycznie pomiędzy odpowiedziami „miła atmosfera”, „życzliwość” i „pomoc w wyborze leków bez recepty” a wykształceniem:

- „miła atmosfera” najrzadziej wybierały osoby z wykształceniem wyższym, a najczęściej osoby z wykształceniem podstawowym i zawodowym,
- „życzliwość” najczęściej wybierały osoby z wykształceniem podstawowym i zawodowym, a najrzadziej osoby z wykształceniem średnim,
- „pomoc w wyborze leków bez recepty” najczęściej wybierały osoby z wykształceniem wyższym, a najrzadziej osoby z wykształceniem średnim.

Tabela 20. Oczekiwania wobec aptekarzy - opinia w zależności od wykształcenia badanych pacjentów.

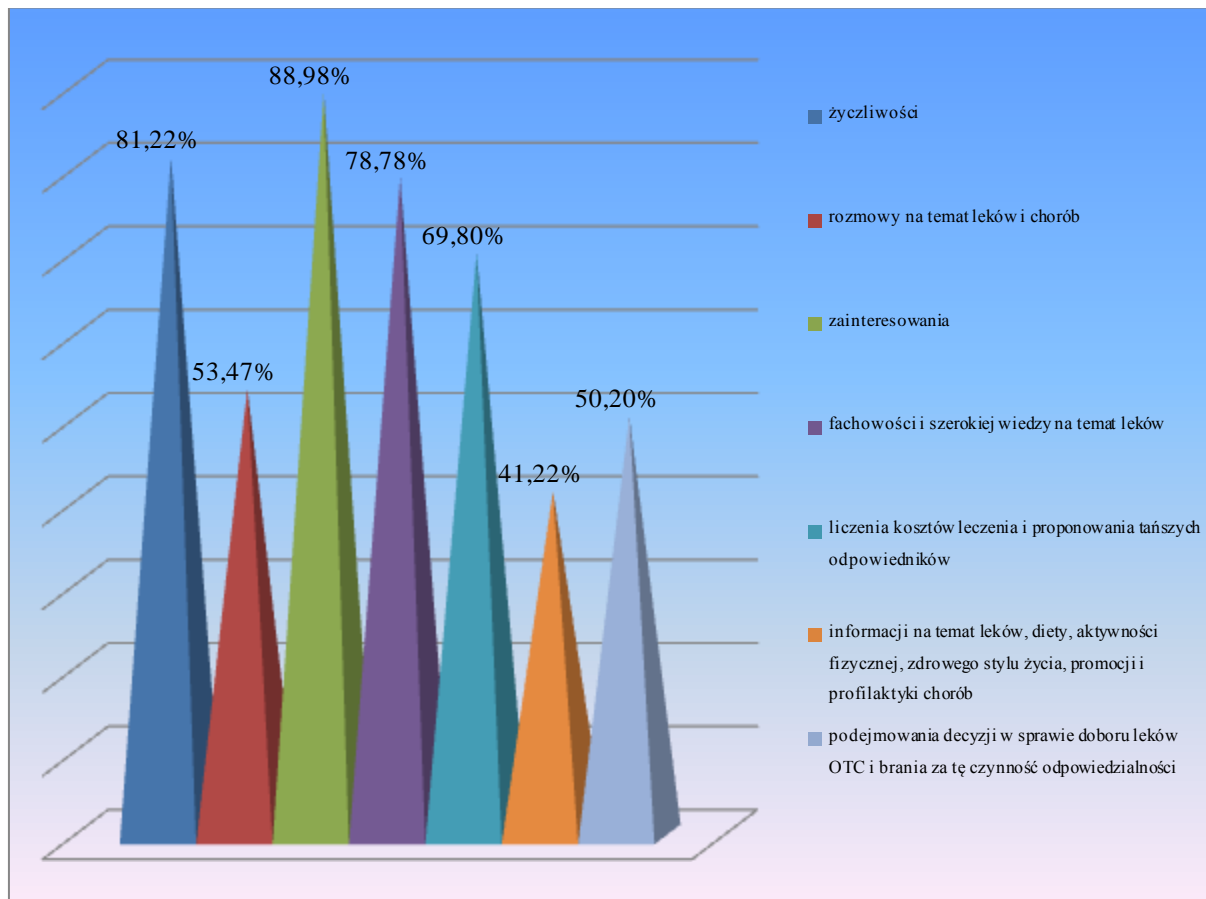
Oczekiwania wobec aptekarzy	Podstawowe/ Zawodowe		Średnie		Wyższe		p
	n	% *	n	% *	n	% *	
miła atmosfera	50	64,94%	130	58,30%	80	42,11%	p<0,001
życzliwość	59	76,62%	133	59,64%	128	67,37%	p=0,02
zainteresowanie	29	37,66%	110	49,33%	82	43,16%	p=0,164
pomoc w wyborze leków bez recepty	59	76,62%	166	74,44%	162	85,26%	p=0,023
proponowanie tańszych leków	62	80,52%	157	70,40%	151	79,47%	p=0,055
udzielanie informacji na temat leków	9	11,69%	47	21,08%	42	22,11%	p=0,134
umiejętność pomocy w leczeniu przeziębień	34	44,16%	113	50,67%	96	50,53%	p=0,583

* Odsetki nie sumują się do 100%, gdyż było to pytanie wielokrotnego wyboru. Na czerwono zaznaczono w tabeli odpowiedzi istotnie statystycznie, gdzie p<0,05.

Zapytano także aptekarzy, czego według nich oczekują pacjenci od farmaceutów. Wyniki przedstawia wykres 40. Farmaceuci uważają, że najważniejsze dla pacjentów jest: "zainteresowanie" - 88,98%, następnie "życzliwość" - 81,22%, "fachowa obsługa i szeroka wiedza na temat leków" - 78,78%, "liczenia kosztów leczenia i proponowania tańszych odpowiedników" - 69,80%, "rozmowa na temat leków i chorób" - 53,47%, "podejmowania decyzji w sprawie doboru leków OTC i brania za tę czynność odpowiedzialności" - 50,20% i "informacji na temat leków, diety, aktywności fizycznej, zdrowego stylu życia, promocji i profilaktyki chorób" - 41,22%.

Porównując wyniki odpowiedzi farmaceutów i pacjentów na temat oczekiwań wobec aptekarzy, widać iż dla obu grup respondentów ważna jest pomoc w wyborze leków dostępnych bez recepty i proponowanie tańszych zamienników, czyli liczenie kosztów leczenia przez farmaceutów. Wyniki te podkreślają rolę aptekarzy w profilaktyce i ochronie zdrowia, a przez to także zmniejszenie kosztów leczenia pacjentów, także pośrednio zmniejszenie strat w budżecie państwa. Wynika to z tego, iż pacjent płacąc mniej za leki na receptę - (farmaceuta proponuje tańszy lek generyczny) - wykupuje wszystkie. Nie przerywa

kuracji rezygnując z leków lub wykupując tylko częściowo. Pozwala to na prawidłowy proces leczenia bez dodatkowych hospitalizacji. Tańsze leki generyczne refundowane oznaczają też mniejsze dopłaty przez pacjentów i mniejszą refundację dla NFZ-u.



* Odsetki nie sumują się do 100%, gdyż było to pytanie wielokrotnego wyboru.

Wykres 40. Oczekiwania wobec aptekarzy - opinia farmaceutów.

ROZDZIAŁ 4

DYSKUSJA I WNIOSKI

4.1. Dyskusja.

Postrzeżenie roli farmaceuty jako pracownika podmiotu leczniczego i apteki jako placówki ochrony zdrowia znalazło swoje poparcie w przeprowadzonych badaniach empirycznych. Pacjenci oczekują pomocy w wyborze leków dostępnych bez recepty (decyzja większości respondentów, wykres 39) i uważają farmaceutów za ekspertów w dziedzinie farmakoterapii. Podobne wyniki otrzymano w Pakistanie i Stanach Zjednoczonych.^{290,291,292} Farmaceuci widzą swoją rolę w edukacji zdrowotnej poprzez zaopatrzenie pacjentów w medykamenty i informację o leku (decyzja większości farmaceutów, wykres 9). Tematy związane z monitorowaniem farmakoterapii w przebiegu chorób przewlekłych i cywilizacyjnych wybrało zaledwie 15% respondentów (wykres 9), czyli zadania z zakresu opieki farmaceutycznej. W Polsce pojęcie promocji zdrowia w aptece jest realizowane przez farmaceutów nadal tylko poprzez sprzedaż farmaceutyków. Pomijana jest tak potrzebna opieka farmaceutyczna i kontrola kupowanych leków przez pacjentów. W Szwecji opieka farmaceutyczna składa się z dwóch rodzajów usług i obejmuje szerszy zakres działań niż ma to miejsce w Polsce.²⁹³ Z drugiej jednak strony badania przeprowadzone w szwedzkich aptekach pokazują, iż farmaceuci często skupiają się jednak bardziej na ekranie komputera niż fachowej obsłudze, dochodzi wręcz do mechanizacji pracy.²⁹⁴

Pojęci opieki farmaceutycznej jest często mylone i stosowane zamiennie z pojęciem doradztwa farmaceutycznego. Opieka farmaceutyczna to udokumentowany proces, w którym

²⁹⁰ Jin X, Azhar S, Murtaza G, Xue F, Mumtaz A, Niu H, Taha A, Zhang Y. *Quantitative study evaluating perception of general public towards role of pharmacist in health care system of Pakistan*. Acta Pol Pharm., 2014; 71(5): 869-875.

²⁹¹ Khan MU, Khan AN, Ahmed FR, Feroz Z, Rizvi SA, Shah S, Hussain R, Adil Z. *Patients' opinion of pharmacists and their roles in health care system in Pakistan*. J Young Pharm., 2013; 5(3): 90-94.

²⁹² Feifer RA, Greenberg L, Rosenberg-Brandl S, Franzblau-Isaac E. *Pharmacist counseling at the start of therapy: patient receptivity to offers of in-person and subsequent telephonic clinical support*. Popul Health Manag., 2010; 13(4): 189-193.

²⁹³ Montgomery AT, Kälve mark Sporrang S, Manap N, Tully MP, Lindblad AK. *Receiving a pharmaceutical care service compared to receiving standard pharmacy service in Sweden --How do patients differ with regard to perceptions of medicine use and the pharmacy encounter?* Res Social Adm Pharm., 2010; 6(3): 185-195.

²⁹⁴ Montgomery AT, Kettis Lindblad A, Eddby P, Söderlund E, Tully MP, Kälve mark Sporrang S. *Counselling behaviour and content in a pharmaceutical care service in Swedish community pharmacies*. Pharm World Sci., 2010; 32(4): 455-463.

farmaceuta jako specjalista posiadający interdyscyplinarną wiedzę o leku nadzoruje w sposób ciągły prawidłowy proces farmakoterapii pacjentów. Przyglądając się wykresowi 14 prawie połowa farmaceutów odpowiedziało, iż w trakcie obsługi pacjenta realizuje opiekę farmaceutyczną poprzez informację o leku. Potwierdza to słuszność założeń, iż nadal pojęcie opieki farmaceutycznej, jest źle rozumiane i często mylone z doradztwem farmaceutycznym. Przyglądając się doniesieniom światowym o realizacji zadań z opieki farmaceutycznej w aptekach, widzimy ogromną przepaść i potrzebę zmiany w sposobie podejścia fachowego personelu do procesu opieki farmaceutycznej jako współczesnego trendu na świecie w promocji zdrowia.

Apteka powinna być, zgodnie z przesłankami teoretycznymi, miejscem ostatecznej kontroli i weryfikacji leków wydawanych na receptę co pozwoli na uniknięcie interakcji potencjalnych i rzeczywistych oraz kontrolę prawidłowej farmakoterapii.^{295, 296, 297, 298} Analizując wykres 35, można zaobserwować, iż pacjenci otrzymują najczęściej informację o dawkowaniu leków, przechowywaniu leków i sposobie stosowania leków. Natomiast z badań przeprowadzonych w Pakistanie wynika, iż ponad połowa pacjentów nie otrzymuje fachowej porady farmaceutycznej.²⁹⁹ W większości przypadków pacjenci są obsługiwani przez niewykwalifikowanych sprzedawców.³⁰⁰ Ponadto w krajach muzułmańskich przy leczeniu chorób, nadal przoduje medycyna naturalna oparta na ludowych mieszkach. Również badania przeprowadzone w Poznaniu od września 2008 do czerwca 2011 pokazują, iż tylko 11,4% pacjentów otrzymuje informację od farmaceutów na temat dawkowania leków.³⁰¹ Rozbieżność w otrzymanych wynikach autorki niniejszej pracy i polskiego badacza z Poznania wynika z terminu przeprowadzania badań. Lata 2008-2011 to największa sprzedaż leków w aptekach.³⁰² Pacjenci, w obawie przed wprowadzeniem od stycznia 2012 roku, sztywnych cen i marż na leki refundowane kupowali często leki na zapas. W aptekach z powodu zwiększonego ruchu, farmaceutom często brakowało czasu na fachowe doradztwo. Poprzez analizę rynku farmaceutycznego po styczniu 2012 roku, chciano sprawdzić, czy

²⁹⁵ Williams KA, Emmerton LM, Taylor R, Werner J, Benrimoj SI. *Non-prescription medicines and Australian community pharmacy interventions: rates and clinical significance*. Int J Pharm Pract., 2011; 19(3): 156-165.

²⁹⁶ Krass I, Delaney C, Glaubitz S, Kanjanarach T. *Measuring patient satisfaction with diabetes disease state management services in community pharmacy*. Res Social Adm Pharm. 2009; 5(1): 31-39.

²⁹⁷ Elhoseeny TA, Ibrahim SZ, Abo El Ela AM. *Opinion of community pharmacists on use of nonprescription medications in Alexandria, Egypt*. J Egypt Public Health Assoc. 2013; 88(2): 79-84.

²⁹⁸ Rafie S, McIntosh J, Shealy KM, Borgelt LM, Forinash A, Shrader SP, Koepf ER, McClendon KS, Griffin BL, Horlen C, Karaoui LR, Rowe EL, Lodise NM, Wigle PR. *Roles of the pharmacist in the use of safe and highly effective long-acting reversible contraception: an opinion of the women's health practice and research network of the American College of Clinical Pharmacy*. Pharmacotherapy. 2014; 34(9): 991-999.

²⁹⁹ Hussain A, Ibrahim MI. *Medication counselling and dispensing practices at community pharmacies: a comparative cross sectional study from Pakistan*. Int J Clin Pharm. 2011; 33(5): 859-867.

³⁰⁰ Tamże.

³⁰¹ Waszyk-Nowaczyk M, Nowaczyk P, Simon M. *Physicians' and patients' valuation of pharmaceutical care implementation in Poznan (Poland) community pharmacies*. Saudi Pharm J. 2014; 22(6): 537-544.

³⁰² <http://www.pmrpublications.com/press-releases/247/rynek-farmaceutyczny-w-polsce-w-latach-2011-2013-tylko-umiarkowany-wzrost>.

zmiany jakie wniosła ze sobą ustawa o refundacji leków (...) ³⁰³ wpłynęły na rodzaj i jakość świadczonych usług z zakresu świadczeń zdrowotnych. Otrzymane wyniki w konfrontacji z wynikami z 2011 roku pokazują jednoznacznie na podniesienie jakości świadczonych usług w aptekach z zakresu doradztwa farmaceutycznego. Większość farmaceutów także potwierdza słuszność stwierdzenia, iż poprzez edukację pacjentów i udział w samoleczeniu zwiększa się bezpieczeństwo zażywanych leków (wykresu 15).

Aptekarze zapytani o przyczyny, które utrudniają im realizację zadań z zakresu ochrony i promocji zdrowia wskazują głównie na brak zainteresowania aptekarstwem jako zawodem ochrony zdrowia ze strony państwa i rządu oraz brak czasu (dane z wykresu 12). Podobne wyniki uzyskano w badaniach przeprowadzonych w 2011 roku w Krakowie, gdzie farmaceuci mieli wybrać trzy najważniejsze według nich bariery, które przyczyniają się do braku realizacji OF w ich aptekach. ³⁰⁴ Badania przeprowadzone w Tajlandii, pokazują jak ważna jest współpraca rządowych organizacji z jednostkami świadczącymi usługi z zakresu opieki zdrowotnej, w tym aptek. ³⁰⁵ Pozwala to na obniżenie kosztów leczenia i lepszą opiekę nad pacjentem. ³⁰⁶

Farmaceuci promują ochronę zdrowia poprzez fachowe doradztwo, niestety głównie podając tylko informację o leku. Przyczyniają się jednak do obniżenia kosztów leczenia poprzez proponowanie tańszych leków generycznych (wyniki z wykresu 16-18). Jednym z założeń cytowanej i wielokrotnie omawianej w pracy ustawie o refundacji leków (...) ³⁰⁷, było zachęcenie farmaceutów do obniżania kosztów leczenia pacjentów poprzez proponowanie tańszych leków generycznych. Pociąga to za sobą nie tylko oszczędności dla samego pacjenta, ale również dla budżetu państwa i płatnika czyli NFZ-tu. Owe oszczędności dla portfela pacjenta w postaci tańszych leków generycznych mogą się przyczynić do uzyskania pożądanych efektów terapeutycznych poprzez przestrzeganie reżimu terapeutycznego. ³⁰⁸ Blisko 50% chorych, leczących się zarówno z powodu schorzeń ostrych i przewlekłych, nie stosuje leków zgodnie z zaleceniami. ³⁰⁹ Ze względu na skalę tego zjawiska, nieprzestrzeganie zaleceń przez wielu chorych, przyczynia się nie tylko do poważnych konsekwencji dla ich zdrowia i prawidłowego procesu leczenia, ale również pociąga za sobą poważne konsekwencje społeczne i ekonomiczne. ³¹⁰ Często pacjenci rezygnują z wykupienia części lub wszystkich leków z recepty z powodu czy to ograniczonego budżetu, czy zbyt dużej ilości przepisanych leków. Polski system ochrony

³⁰³ Ustawa z dnia 12 maja 2011 roku o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobach medycznych (Dz. U. z dnia 13 czerwca 2011 roku nr 122, poz. 696, z późn. zm.)

³⁰⁴ http://www.aptekarzpolski.pl/index.php?option=com_content&task=view&id=546&Itemid=102

³⁰⁵ Sookaneknun P, Saramunee K, Rattarom R, Kongsri S, Senanok R, Pinitkit P, Sawangsri W, Deesin B. *Economic analysis of the diabetes and hypertension screening collaboration between community pharmacies and a Thai government primary care unit. Prim Care Diabetes.* 2010; 4(3): 155-164.

³⁰⁶ Tamże.

³⁰⁷ Ustawa z dnia 12 maja 2011 roku o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobach medycznych (Dz. U. z dnia 13 czerwca 2011 roku nr 122, poz. 696, z późn. zm.)

³⁰⁸ Simpson SH, Eurich DT, Majumdar SR, Padwal RS, Tsuyuki RT, Varney J, Johnson JA. *A meta-analysis of the association between adherence to drug therapy and mortality.* BMJ. 2006 ;333(7557):15.

³⁰⁹ <https://systemeureka.com/documents/75412>

³¹⁰ Kubica A., Grzešek G., Sienkiewicz W., Koziański M., Grzešek E., Goch A. *Compliance, concordance, adherence w przewlekłej terapii.* Folia Cardiologica Excerpta 2010, tom 5, nr 2, 54–57.

zdrowia traci rocznie około 6 mld złotych z powodu nieprzestrzegania zaleceń terapeutycznych.³¹¹ Przerwanie leczenia przez pacjentów lub rezygnacja z wykupienia leków jest głównie spowodowane zbyt wysoką ceną leków w Polsce.³¹² Alternatywą do tego rodzaju postępowania może być proponowanie chorym tańszych leków generycznych.

Badania przeprowadzone w Danii pokazują jak ważną rolę w bezpiecznym i skutecznym stosowaniu leków odgrywa farmaceuta.³¹³ Opieka farmaceuty nad pacjentem, szczególnie z chorobami przewlekłymi np. cukrzycą, przyczynia się do zmniejszenia dodatkowych interwencji medycznych, w tym hospitalizacji.³¹⁴ Warto również podkreślić, iż zaangażowanie farmaceutów w pomoc pacjentom leczonym ambulatoryjnie lub chorym, którzy właśnie zakończyli pobyt w szpitalu i kontynuują leczenie w domu, skutkuje redukcją błędów medycznych.^{315,316} Pacjenci otrzymując na wypisie ze szpitala zalecenia lekarskie do kontynuacji leczenia w domu, często nie rozumieją lub nie potrafią we właściwy sposób przestrzegać i zastosować się do tych dyrektyw.³¹⁷ Wiele publikacji podkreśla rolę farmaceutów w opiece nad pacjentem po leczeniu szpitalnym.^{318,319} Współpraca pomiędzy farmaceutami i innymi pracownikami podmiotów leczniczych, zapewnia pacjentom odpowiednią opiekę i pomoc we właściwej farmakoterapii.³²⁰ Przyczynia się do zmniejszenia niepotrzebnych hospitalizacji i dodatkowych konsultacji lekarskich, co w konsekwencji ogranicza dodatkowe wydatki na leczenie. Należy więc podkreślić rolę farmaceutów w wykrywaniu i rozwiązywaniu problemów lekowych również wśród pacjentów ambulatoryjnych.³²¹ Kontrola farmakoterapii stosowanych leków przez pacjenta może również przyczynić się do zastosowania zaleceń lekarskich, a przez to pozwoli uniknąć

³¹¹ <http://abcproject.eu/img/Puls.pdf>

³¹² Tamże.

³¹³ Kjeldsen LJ, Bjerrum L, Dam P, Larsen BO, Rossing C, Søndergaard B, Herborg H. *Safe and effective use of medicines for patients with type 2 diabetes - A randomized controlled trial of two interventions delivered by local pharmacies.* Res Social Adm Pharm. 2015;11(1):47-62.

³¹⁴ Tamże.

³¹⁵ Kripalani S, Roumie ChA, Dalal AK, Cawthon C, Businger A, Eden SK, Shintani A, Sponsler KC, Harris LJ, Theobald C, Huang RL, Scheurer D, Hunt S, Jacobson TA, Rask KJ, Vaccarino V, Gandhi TK, Bates DW, Williams MV, Jeffrey L, Schnipper JL, and PILL-CVD study group. *Effect of a Pharmacist Intervention on Clinically Important Medication Errors after Hospital Discharge: A Randomized Controlled Trial.* Ann Intern Med. 2012; 157(1): 1–10.

³¹⁶ Kaboli PJ, Hoth AB, McClimon BJ, Schnipper JL. *Clinical pharmacists and inpatient medical care: a systematic review.* Arch Intern Med. 2006 May 8; 166(9): 955-964.

³¹⁷ Walker PC, Bernstein SJ, Jones JN, Piersma J, Kim HW, Regal RE, Kuhn L, Flanders SA. *Impact of a pharmacist-facilitated hospital discharge program: a quasi-experimental study.* Arch Intern Med. 2009; 169(21).

³¹⁸ Tamże.

³¹⁹ Kripalani S, Roumie ChA, Dalal AK, Cawthon C, Businger A, Eden SK, Shintani A, Sponsler KC, Harris LJ, Theobald C, Huang RL, Scheurer D, Hunt S, Jacobson TA, Rask KJ, Vaccarino V, Gandhi TK, Bates DW, Williams MV, Jeffrey L, Schnipper JL, and PILL-CVD study group. *Effect of a Pharmacist Intervention on Clinically Important Medication Errors after Hospital Discharge: A Randomized Controlled Trial.* Ann Intern Med. 2012; 157(1): 1–10.

³²⁰ Kristeller J.. *Transition of care: pharmacist help needed.* Hosp Pharm. 2014; 49(3):215-216.

³²¹ Skowroan A, Dymek J. *Rola farmaceuty w wykrywaniu i rozwiązywaniu problemów lekowych wśród pacjentów ambulatoryjnych.* Zdrowie Publiczne i Zarządzanie 2013; 11 (1): 44–58.

szeregu niepotrzebnych interwencji lekarskich, a w konsekwencji obniżyć koszty leczenia.³²² Pomocne w monitorowaniu właściwego schematu dawkowania leków wśród pacjentów mogą być nowoczesne metody przesyłania danych przez pracowników podmiotów leczniczych, w tym farmaceutów do centrum, gdzie rejestrowane i zbierane oraz analizowane są wszystkie informacje.³²³ Do poprawy przestrzegania przez pacjentów reżimu terapeutycznego służą obecnie: uproszczone i zindywidualizowane schematy dawkowania, edukacja pacjentów, w tym informacje na temat jego choroby, instrukcje jak zażywać prawidłowo leki, oraz wyjaśnienia pozytywnych i negatywnych skutków terapii, opracowanie specjalnych kalendarzy dawkowania oraz nowoczesne pojemniki na leki z indywidualnym systemem dawkowania.³²⁴

Fakt pomijania zadań z zakresu OF przez farmaceutów wiąże się również z brakiem odpowiednich aktów prawnych w ustawodawstwie polskim, które by w jednoznaczny sposób regulowały zadania i obowiązki farmaceuty w tym zakresie OF. Ustawa o refundacji leków (...) ³²⁵nie wniosła żadnych artykułów, które wsparłyby działania na rzecz wdrożenia opieki farmaceutycznej.

Nadal jedynym aktem prawnym umożliwiającym wprowadzenie opieki farmaceutycznej do wszystkich aptek w Polsce, określającym obowiązki i uprawnienia farmaceutów jest ustawa o zmianie ustawy o izbach aptekarskich z dnia 10 stycznia 2008 roku (Dz. U. z 2008 nr 47, poz. 273).³²⁶ W art. 2a czytamy: „Wykonywanie zawodu farmaceuty ma na celu ochronę zdrowia publicznego i obejmuje udzielenie usług farmaceutycznych polegających w szczególności na: sprawowaniu opieki farmaceutycznej polegającej na dokumentowanym procesie, w którym farmaceuta, współpracując z pacjentem i lekarzem, a w razie potrzeby z przedstawicielami innych zawodów medycznych, czuwa nad prawidłowym przebiegiem farmakoterapii w celu uzyskania określonych jej efektów poprawiających jakość życia pacjentów”³²⁷. Ponad połowa farmaceutów, jak pokazują to wyniki przedstawione na wykresie 18, uważa, że nadal prawo farmaceutyczne głównie precyzuje informacje na temat obowiązków i kompetencji aptekarzy oraz o sankcjach karnych za nieprzebranie realizacji określonych zadań .

Funkcjonowanie OF w innych krajach na świecie zależy podobnie jak w Polsce od: sprawności organizacji kraju, sprawności politycznej, rangi zawodu farmaceuty w społeczeństwie, oraz programu edukacji farmaceutów na uczelniach.³²⁸ ³²⁹Zadania

³²² Chong WW, Aslani P, Chen TF. *Pharmacist-patient communication on use of antidepressants: a simulated patient study in community pharmacy*. Res Social Adm Pharm. 2014; 10(2): 419-437.

³²³ Bond WS, Hussar DA. *Detection methods and strategies for improving medication compliance*. Am J Hosp Pharm. 1991; 48(9):1978-1988.

³²⁴ Tamże.

³²⁵ Ustawa z dnia 12 maja 2011 roku o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobach medycznych (Dz. U. z dnia 13 czerwca 2011 roku nr 122, poz. 696, z późn. zm.)

³²⁶ Ustawa z dnia 10 stycznia 2008r. o zmianie ustawy o izbach aptekarskich (dz. U. z 2008 nr 47, poz. 273).

³²⁷ Tamże.

³²⁸ Szalotka K. *Opieka farmaceutyczna w ochronie zdrowia Polaków*. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2011, s. 57.

z zakresu OF są realizowane na całym świecie w różnym stopniu.³³⁰ Kolebką OF są Stany Zjednoczone, gdzie od ponad 25 lat funkcjonuje ona w różnych postaciach.³³¹ Stopień zaawansowania usług świadczonych w ramach OF wygląda różnie w zależności od stanu.³³² Ponad 50% aptek w USA to apteki sieciowe, gdzie głównym celem jest wydawanie leków, tylko 25% to apteki właścicieli niezależnych, gdzie ma miejsce OF.³³³ Część farmaceutów świadczy usługi bezpłatnie jako działanie marketingowe wyróżniające aptekę spośród innych, jednakże w niektórych stanach są to usługi finansowane.³³⁴ W Australii mimo wsparcia prawnego i finansowego ze strony rządu, OF jest realizowana tylko w dużych miastach.^{335,336} Jednak tylko nieliczni pacjenci (podobnie jak w Polsce) wiedzą o OF, a farmaceutę postrzegają głównie jako sprzedawcę leków, a nie osobę posiadającą odpowiednią wiedzę do kontroli farmakoterapii zażywanych leków.³³⁷ W Afryce Południowej świadczenia z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, świadczone w aptece są zarezerwowane tylko dla osób, które mogą pozwolić sobie na zapłacenia za taki rodzaj usług.³³⁸ W opozycji do wyżej opisanych państw są Zjednoczone Emiraty Arabskie, gdzie OF mimo krótkiego stażu, pierwsze publikacje na ten temat OF są z 2011 roku, rozwija dość dynamicznie.^{339, 340} Kolejne doniesienia z 2014 roku informują o ważnej roli farmaceuta w systemie opieki zdrowotnej w tymże państwie.³⁴¹ Aptekarze nadzoruje farmakoterapię swoich pacjentów, udziela informacji o sposobie dawkowania i zażywania leków.³⁴² Doniesienia dotyczące Zjednoczonych Emiratów Arabskich i szybkiego rozwoju opieki farmaceutycznej związane są przede wszystkim z poziomem finansowania podmiotów leczniczych. Jako kraj szybko rozwijający się i należący do najbogatszych państw Azji Zachodniej, przeznaczają znaczne środki na finansowanie podmiotów leczniczych, w tym opiekę farmaceutyczną. W Europie

³²⁹ Żymełko-Naturalny A. Prawne aspekty wdrażania opieki farmaceutycznej na świecie i w Polsce [w] Szalonka K. (red.) *Opieka farmaceutyczna w Polsce - warunki i szanse drożenia*. Wydawnictwo Continuo, Wrocław 2010, s. 28.

³³⁰ Szalonka K. *Opieka farmaceutyczna w ochronie zdrowia Polaków*. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2011, s. 57.

³³¹ <http://www.farmacjajia.pl/poradnik-farmaceuty/opieka-farmaceutyczna/opieka-farmaceutyczna-w-polsce-i-na-swiecie.html>

³³² Tamże.

³³³ Christensen DB., Farris KB. *Pharmaceutical care in community pharmacies: practice and research in the US*. *Ann Pharmacother*. 2006; 40(7-8): 1400-1406.

³³⁴ Szalonka K. *Opieka farmaceutyczna w ochronie zdrowia Polaków*. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2011, s. 58.

³³⁵ Benrimoj S.I., Roberts A.S. *Providing patient care in community pharmacies in Australia*. *The Annals of Pharmacotherapy* 2005; 39(11): 1911-1917.

³³⁶ Żymełko-Naturalny A. *Prawne aspekty wdrażania opieki farmaceutycznej na świecie i w Polsce*. [w] Szalonka K. (red.) *Opieka farmaceutyczna w Polsce - warunki i szanse drożenia*. Wydawnictwo Continuo, Wrocław 2010, s. 30-31.

³³⁷ Szalonka K. *Opieka farmaceutyczna w ochronie zdrowia Polaków*. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2011, s. 60.

³³⁸ Malangu N. *The future of community pharmacy practice in South Africa in the light of the proposed new qualification for pharmacists: implications and challenges*. *Glob J Health Sci*. 2014; 6(6):226-233.

³³⁹ Hasan S, Stewart K, Chapman CB, Hasan MY, Kong DC. *Physicians' attitudes towards provision of primary care services in community pharmacy in the United Arab Emirates*. *Int J Pharm Pract*. 2014.

³⁴⁰ Hasan S, Sulieman H, Chapman C, Stewart K, Kong DC. *Community pharmacy in the United Arab Emirates: characteristics and workforce issues*. *Int J Pharm Pract*. 2011 Dec; 19(6): 392-399.

³⁴¹ Hasan S, Stewart K, Chapman CB, Hasan MY, Kong DC. *Physicians' attitudes towards provision of primary care services in community pharmacy in the United Arab Emirates*. *Int J Pharm Pract*. 2014.

³⁴² Tamże.

OF rozwija się również w sposób dynamiczny i wiele państw może pochwalić się długim doświadczeniem we wdrażaniu OF do podstawowego systemu opieki zdrowotnej. W Niemczech już w 1987 roku wpisano w Rozporządzenie w Sprawie Zasad Funkcjonowania Aptek, obowiązek udzielania porady farmaceutycznych.³⁴³ Jednak pierwsze doniesienia i zapiski o opiece farmaceutycznej pochodzą z 1993 roku. Powstały tzw. model apteki domowej, w których pacjent otrzymuje indywidualną opiekę i pomoc w prawidłowej farmakoterapii.³⁴⁴ Farmaceuci w swoich działaniach są wspierani przez rządowe organizacje oraz mają możliwość ciągle podnoszenia kwalifikacji dzięki systemowi szkoleń z zakresu OF.³⁴⁵ Natomiast w Wielkiej Brytanii obejmuje ona trzy poziomy usług (medicines management): podstawowe, zaawansowane i rozszerzone, pozwala to na skupieniu się na indywidualnych potrzebach pacjenta.³⁴⁶ Farmaceuta ma też w Wielkiej Brytanii możliwość ordynowania leków.³⁴⁷ W Szwecji już w 1993 roku pojawiły się pierwsze publikacje na temat OF, na początku przyjęła ona formę doradztwa farmaceutycznego podczas wyboru leków OTC.³⁴⁸ Dopiero później przybrała ona formę nadzoru nad właściwą farmakoterapią pacjentów, a od 2006 roku został stworzony system dokumentujący zażywane leki wydawane z przepisu lekarskiego dla danego pacjenta.³⁴⁹

Mimo wysokich standardów nauczania na wydziałach farmaceutycznych, wszystkich uczelni medycznych w Polsce, absolwenci nadal są nieodpowiednio przygotowani do realizacji zadań z zakresu edukacji, a tym bardziej opieki farmaceutycznej. Podkreślają ogromną potrzebę zwiększenia zajęć praktycznych (95,10% dane z wykresu 27). Dopiero od roku akademickiego 2008/2009 tematyka związana z OF stała się obowiązkowym przedmiotem na studiach. Pod koniec 2007 roku Naczelna Rada Aptekarska przyjęła strategię opieki farmaceutycznej w Polsce jako oficjalne stanowisko samorządu aptekarskiego.³⁵⁰ Konsekwencją tego było umieszczenie opieki farmaceutycznej w nauczaniu podyplomowym farmaceutów.³⁵¹ Z problemem odpowiedniego przygotowania farmaceutów do pracy w aptekach i realizacji zadań z zakresu OF, borykają się także inne państwa na świecie. Inne badania pokazują jak ważne jest także ciągle podnoszenie standardów nauczania w celu stymulowania innowacyjności podejścia farmaceutów do własnej pracy i korzystania z najnowszych doniesień z zakresu opieki nad chorym i sprawowaniem właściwej farmakoterapii.³⁵²,³⁵³ Autorzy artykułu podkreślają ważną rolę współpracy środowiska

³⁴³ Urlich G. *Opieka farmaceutyczna w Niemczech*. [w] Szalonka K. *Opieka farmaceutyczna w Polsce - warunki i szanse wdrożenia*. Wyższa szkoła Handlowa we Wrocławiu Continuo 2010, s. 66.

³⁴⁴ Tamże, s. 67.

³⁴⁵ Tamże, s. 68-69.

³⁴⁶ Szalonka K. *Opieka farmaceutyczna w ochronie zdrowia Polaków*. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2011, s. 61.

³⁴⁷ <http://www.nazdrowie.pl/artukul/opieka-farmaceutyczna-na-swiecie>

³⁴⁸ Szalonka K. *Opieka farmaceutyczna w ochronie zdrowia Polaków*. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2011, s. 63.

³⁴⁹ Tamże, s. 63.

³⁵⁰ Carowicz G. *Istota opieki farmaceutycznej* [w] Szalonka K. *Opieka farmaceutyczna w Polsce – warunki i szanse wdrożenia*. Wyższa Szkoła Handlowa we Wrocławiu Continuo, Wrocław 2010, s. 9.

³⁵¹ Tamże, s. 9.

³⁵² Gubbins PO, Micek ST, Badowski M, Cheng J, Gallagher J, Johnson SG, Kames JH, Lyons K, Moore KG, Strnad K. *Innovation in clinical pharmacy practice and opportunities for academic--practice partnership*. *Pharmacotherapy*. 2014; 34(5): e45-54.

naukowego z praktykami, owa symbioza może przyczynić się do poprawy wyników leczenia pacjentów.³⁵⁴ Innym ważnym zagadnieniem, który ma przynieść wymierne korzyści dla studentów farmacji, jest wolontariat z zakresu działań promocyjnych, podejmowany w aptekach.³⁵⁵ Badacze z Norwegii i USA podkreślają zwrócenie uwagi na problemy i bariery na jakie napotykają imigranci w ich państwach, w otrzymaniu fachowej opieki medycznej.^{356,357} Potrzebni są nie tylko farmaceuci ze znajomością języków obcych, ale także rozumiejący różnice kulturowe i związane z tym problemy danych grup imigranckich w ich państwach.^{358,359}

Ocenę zadowolenia pacjenta z jakości świadczonej opieki zdrowotnej w aptece uznaje się za ważny element jakości pracy farmaceuty i jego współpracy z pacjentem.³⁶⁰ Literatura światowa donosi o licznych badaniach dotyczących zadowolenia pacjentów z jakości usług farmaceutycznych, w tym opieki farmaceutycznej dostępnej w aptekach.^{361,362,363} Opracowano i walidowano w 2014 roku narzędzie, które ma służyć do pomiaru satysfakcji pacjentów z jakości usług świadczonych w aptece.³⁶⁴ Badania pokazują, że pacjenci cenią sobie porady aptekarzy i ich zaangażowanie w rozmowę o ich problemach.³⁶⁵ Prawie połowa farmaceutów podkreśla, jednak iż brak czasu (wykres 12), jest jedną z przeszkód do realizacji zadań z ochrony i promocji zdrowia. Powoduje to często obniżenie jakości świadczonych usług w aptekach. Światowe doniesienia pokazują, iż nowym rozwiązaniem w sposobie

³⁵³ Stolpe SF, Adams AJ, Bradley-Baker LR, Burns AL, Owen JA. *Historical development and emerging trends of community pharmacy residencies*. Am J Pharm Educ. 2011; 75(8): 160.

³⁵⁴ Gubbins PO, Micek ST, Badowski M, Cheng J, Gallagher J, Johnson SG, Karnes JH, Lyons K, Moore KG, Strnad K. *Innovation in clinical pharmacy practice and opportunities for academic--practice partnership.. Pharmacotherapy*. 2014; 34(5): e45-54.

³⁵⁵ Saleem F, Hassali MA, Ibrahim ZS, Rasheedy AA, Aljadhey H. *Perceptions and attitudes of pharmacy students towards volunteering at health promotional programs: a cross-sectional study from Malaysia*. J Community Health. 2015; 40(2): 285-290.

³⁵⁶ Håkonsen H, Lees K, Toverud EL. *Cultural barriers encountered by Norwegian community pharmacists in providing service to non-Western immigrant patients*. Int J Clin Pharm. 2014; 36(6): 1144-1151.

³⁵⁷ Olenik NL, Gonzalvo JD, Snyder ME, Nash CL, Smith CT.. *Perceptions of Spanish-speaking clientele of patient care services in a community pharmacy*. Res Social Adm Pharm. 2015; 11(2): 241-252.

³⁵⁸ Håkonsen H, Lees K, Toverud EL. *Cultural barriers encountered by Norwegian community pharmacists in providing service to non-Western immigrant patients*. Int J Clin Pharm. 2014; 36(6): 1144-1151.

³⁵⁹ Olenik NL, Gonzalvo JD, Snyder ME, Nash CL, Smith CT.. *Perceptions of Spanish-speaking clientele of patient care services in a community pharmacy*. Res Social Adm Pharm. 2015; 11(2): 241-252.

³⁶⁰ Tinelli M, Bond C, Blenkinsopp A, Jaffray M, Watson M, Hannaford P; Community Pharmacy Medicines Management Evaluation Team. *Patient evaluation of a community pharmacy medications management service*. Ann Pharmacother. 2007; 41(12): 1962-70.

³⁶¹ Krass I, Delaney C, Glaubitz S, Kanjanarach T. *Measuring patient satisfaction with diabetes disease state management services in community pharmacy*. Res Social Adm Pharm. 2009; 5(1): 31-9.

³⁶² Naik Panvelkar P, Saini B, Armour C. *Measurement of patient satisfaction with community pharmacy services: a review*. Pharm World Sci. 2009; 31(5):525-537.

³⁶³ Kassam R, Collins JB, Berkowitz J. *Developing anchored measures of patient satisfaction with pharmaceutical care delivery: Experiences versus expectations*. Patient Prefer Adherence. 2009;3:113-122.

³⁶⁴ Sakharkar P, Bounthavong M, Hirsch JD, Morello CM, Chen TC, Law AV. *Development and validation of PSPSQ 2.0 measuring patient satisfaction with pharmacist services*. Res Social Adm Pharm. 2014; 11(14): 487-98.

³⁶⁵ Tinelli M, Bond C, Blenkinsopp A, Jaffray M, Watson M, Hannaford P; Community Pharmacy Medicines Management Evaluation Team. *Patient evaluation of a community pharmacy medications management service*. Ann Pharmacother. 2007; 41(12): 1962-70.

przekazywania informacji i rozmowy chorego z aptekarzem są tzw. interwencje telefoniczne.^{366, 367} Pozwolą one nie tylko na dotarcie do pacjentów, którzy nie mają możliwości dojścia do apteki lub potrzebują częstszej konsultacji ze względu na rozpoczęcie nowej terapii leczniczej.³⁶⁸ Poddaje się również obecnie ocenie zastosowanie nowych narzędzi technologicznych z wykorzystaniem Internetu do samodzielnego nadzorowania procesu farmakoterapii oraz wsparcia starszych ludzi w ochronie własnego zdrowia.³⁶⁹ Pozwoli to na prawidłowy przebieg procesu farmakoterapii, zmniejszenie błędów i zwiększenie bezpieczeństwa.³⁷⁰

Bezpieczeństwo stosowanych leków, to jedno z priorytetowych obecnie zagadnień.³⁷¹ Farmaceuci jako ważne ogniwo systemu ochrony zdrowia mogą poprawić i czuwać nad prawidłowym zażywaniem leków oraz obniżyć koszty leczenia pacjentów.³⁷² Ważne jest nie tylko dostępność do porady farmaceutycznej w aptece, ale jak pokazują badania przeprowadzone w Holandii, także możliwość wizyt domowych aptekarzy, szczególnie u pacjentów ambulatoryjnych.³⁷³ Powinno to stanowić integralną część leczenia tych pacjentów w domu.³⁷⁴ Chory otrzymuje pomoc: we właściwym sposobie dawkowania leków, informacji na temat zażywanych leków, rozwiązywaniu problemów lekowych, edukacji pacjenta.^{375,376}

Proces samoleczenia stanowi poważny problem w procesie farmakoterapii z powodu braku odpowiednich narzędzi do rejestracji zakupywanych leków przez pacjentów i tak łatwej dostępności do specyfików na stacjach benzynowych i sklepach. Może bowiem dojść do zatrucia lekami poprzez zdublowanie przyjętej substancji czynnej w wyniku nieświadomego kupienia leków pod różną nazwą handlową lecz z tą samą substancją czynną. Ponad połowa farmaceutów zapytana o odpowiedzialność aptekarzy za proces samoleczenia pacjentów,

³⁶⁶ Feifer RA, Greenberg L, Rosenberg-Brandl S, Franzblau-Isaac E. *Pharmacist counseling at the start of therapy: patient receptivity to offers of in-person and subsequent telephonic clinical support*. Popul Health Manag. 2010;13(4):189-93.

³⁶⁷ Kooy MJ, van Geffen EC, Heerdink ER, van Dijk L, Bouvy ML. *Effects of a TELEphone Counselling Intervention by Pharmacist (TelCIP) on medication adherence, patient beliefs and satisfaction with information for patients starting treatment: study protocol for a cluster randomized controlled trial*. BMC Health Serv Res. 2014;14:219.

³⁶⁸ Tamże.

³⁶⁹ Carrillo I, Guilbert M, Pérez-Jover V, Mira JJ. *Assessment of two applications of medication self-management in older patients. Qualitative study*. Rev Calid Asist. 2015; 30(3): 142-9.

³⁷⁰ Tamże.

³⁷¹ Simoens S. *Analysis of drug authentication at the point of dispensing in Belgian and Greek community pharmacies*. Ann Pharmacother. 2009; 43(10): 1701-6.

³⁷² Kirschenbaum BE. *Specialty pharmacies and other restricted drug distribution systems: financial and safety considerations for patients and health-system pharmacists*. Am J Health Syst Pharm.2009; 66(24 Suppl 7): 13-20.

³⁷³ Hugtenburg JG, Borgsteede SD, Beckeringh JJ. *Medication review and patient counselling at discharge from the hospital by community pharmacists*. Pharm World Sci. 2009; 31(6): 630-7.

³⁷⁴ Hugtenburg JG, Borgsteede SD, Beckeringh JJ. *Medication review and patient counselling at discharge from the hospital by community pharmacists*. Pharm World Sci. 2009; 31(6): 630-7.

³⁷⁵ Tamże.

³⁷⁶ Flanagan P, Kainth S, Nissen L. *Satisfaction survey for a medication management program: satisfaction guaranteed?* Can J Hosp Pharm. 2013; 66(6):355-360.

uważa, iż nie na nich spoczywa odpowiedzialność za samodzielne stosowanie leków przez chorych (wykres 29).

Większość pacjentów zgłaszają się bardzo często z łagodniejszymi dolegliwościami w pierwszej kolejności do farmaceuty, z powodu braku czasu na rejestrację i wizytę lekarską (wykres 31). Porady te dotyczą przede wszystkim: bólu gardła i głowy, przeziębienia, grypy oraz kaszlu (wykres 30). Większość pacjentów przyznaje także, iż farmaceuci posiadają odpowiednie kwalifikacje i wiedzę oraz podstawy prawne, aby udzielać porad na temat leczenia łagodniejszych chorób i dolegliwości oraz proponować lub wybierać na te schorzenia leki dostępne bez recepty (wykres 32). Rola farmaceuty jako wykwalifikowanej osoby do udzielania porad, została podkreślona także w stanowisku Międzynarodowej Federacji Farmaceutów: „*aptekarz jest doskonale wykwalifikowany do tego, by udzielać porady o konieczności konsultacji lekarskiej a porada ta, jako pochodząca od osoby o wyspecjalizowanej wiedzy będzie lepiej i skuteczniej wysłuchana niż rada przyjaciela lub członka rodziny*”³⁷⁷ Opinia ta podkreśla jednocześnie rolę współpracy lekarza i farmaceuty. Wzajemna korelacja w wykonywanych czynnościach związanych z nadzorem nad prawidłową farmakoterapią, pozwoli na lepszą kontrolę zażywanych leków przez pacjenta, a przez to poprawę ich wyników terapeutycznych i jakość życia pacjentów.^{378,379,380,381,382} Badania Kucukarslan i wsp. pokazują jednak, że ta współpraca występuje rzadko, mimo świadomości obu grup o korzyściach z niej płynących.³⁸³ Lekarze postrzegają rolę farmaceuty w opiece nad pacjentem, generalnie jako osoby wydającej leki.^{384,385,386} Nieliczne badania wykazują, iż lekarze widzą w aptekarach osoby posiadające odpowiednią wiedzę do wykrywania interakcji między kupowanymi lekami OTC, a innymi zażywanimi lekami czy

³⁷⁷ Międzynarodowa Federacja Farmaceutyczna. *Deklaracja zasad: Samoopieka wraz z samoleczeniem – Zawodowa rola aptekarza*. Farm Pol 1997; 53:463.

³⁷⁸ Kelly DV, Bishop L, Young S, Hawboldt J, Phillips L, Keough TM. *Pharmacist and physician views on collaborative practice: Findings from the community pharmaceutical care project*. Can Pharm J (Ott). 2013; 146(4): 218-226.

³⁷⁹ Pojskic N, Mackeigan L, Boon H, Ellison P, Breslin C. *Ontario family physician readiness to collaborate with community pharmacists on drug therapy management*. Res Social Adm Pharm. 2011; 7(1): 39-50.

³⁸⁰ Geurts MM, Talsma J, Brouwers JR, de Gier JJ. *Medication review and reconciliation with cooperation between pharmacist and general practitioner and the benefit for the patient: a systematic review*. Br J Clin Pharmacol. 2012; 74(1): 16-33.

³⁸¹ Bryant LJ, Coster G, Gamble GD, McCormick RN. *The General Practitioner-Pharmacist Collaboration (GPPC) study: a randomised controlled trial of clinical medication reviews in community pharmacy*. Int J Pharm Pract. 2011; 19(2): 94-105.

³⁸² Weiss MC, Grey E, Harris M, Rodham K. *Dispensing doctor practices and community pharmacies: exploring the quality of pharmaceutical services*. Prim Health Care Res Dev. 2015; 17:1-14.

³⁸³ Kucukarslan S, Lai S, Dong Y, Al-Bassam N, Kim K. *Physician beliefs and attitudes toward collaboration with community pharmacists*. Res Social Adm Pharm. 2011; 7(3): 224-232.

³⁸⁴ Chisholm-Burns M, Graff Zivin JS, Lee JK, et al. *Economic effects of pharmacists on health outcomes in the United States: a systematic review*. Am J Health Syst Pharm 2010; 67:1624-1634.

³⁸⁵ Howard M, Trim K, Woodward C, et al. *Collaboration between community pharmacists and family physicians: lessons learned from the Seniors Medication Assessment Research Trial*. J Am Pharm Assoc (2003) 2003; 43:566-572.

³⁸⁶ Alkhateeb FM, Unni E, Latif D, et al. *Physician attitudes toward collaborative agreements with pharmacists and their expectations of community pharmacists' responsibilities in West Virginia*. J Am Pharm Assoc (2003) 2009; 49:797-800.

prawowaniu kontroli nad prawidłową farmakoterapią pacjentów, w tym odpowiednim schematem leczenia.^{387,388}

Doniesienia ze światowej literatury o braku należytej współpracy pomiędzy lekarzem i farmaceutą tym bardziej niepokoją, iż pacjent po poradę bardzo często w pierwszej kolejności udaje się do apteki z pominięciem lekarza. Większość farmaceutów informuje swoich pacjentów o stosowaniu i przechowywaniu leków oraz o ich działaniach niepożądanych (wykres 33). Przekazuje także podstawowe informacje na temat chorób i dolegliwości na które cierpi pacjent (wykres 33). Pacjenci uważają także, iż farmaceuta poprzez swoje porady bierze udział i uzupełnia działania lekarza, odciąża go w leczeniu łagodniejszych chorób (wykres 34). Nadal jednak w dużej mierze pacjenci samodzielnie dokonują wyboru preparatów dostępnych bez recepty bez konsultacji z lekarzem czy farmaceutą.³⁸⁹ Z życzeniowym podchodzeniem do produktów leczniczych związane jest także coraz bardziej popularne wśród pacjentów zjawisko tzw. samoleczenia.³⁹⁰ Deklaracja Europejskiego Biura WHO w Kopenhadze z 1986 roku, określająca zakres produktów medycznych używanych samodzielnie przez pacjentów, przedstawia jednoznacznie definicję samoleczenia: „*samoleczenie określa używanie lekarstw przez konsumenta w leczeniu chorób lub objawów rozpoznanych samodzielnie. W praktyce określenie to zawiera również leczenie wzajemne przez członków rodzin lub przyjaciół, szczególnie gdy leczone jest dziecko*”.^{391,392}

Pomoc farmaceuty w wyborze leków dostępnych bez recepty, nadzór na właściwą farmakoterapią poprzez unikanie groźnych dla zdrowia interakcji, to założenia opieki farmaceutycznej, realizowane jak na razie w niewielu polskich aptekach.³⁹³ Informacja o lekach i doradztwo farmaceutyczne to jedyne formy kontroli farmakoterapii pacjentów i próby nadzoru nad samodzielnym stosowaniem leków OTC.³⁹⁴ Mimo to dochodzi do częstych interakcji lek-lek, a to pokazuje potrzebę odpowiedniego mechanizmu nadzoru nad stosowaniem leków przez chorych i edukację pacjentów na temat zagrożeń samodzielnego stosowania leków.^{395,396} Poważny problem samoleczenia i wielolekowości dotyczy przede

³⁸⁷ Kelly DV, Bishop L, Young S, Hawboldt J, Phillips L, Keough TM. *Pharmacist and physician views on collaborative practice: Findings from the community pharmaceutical care project*. Can Pharm J (Ott). 2013; 146(4): 218-226.

³⁸⁸ Howard M, Trim K, Woodward C, et al. *Collaboration between community pharmacists and family physicians: lessons learned from the Seniors Medication Assessment Research Trial*. J Am Pharm Assoc (2003) 2003; 43:566-72.

³⁸⁹ Pączkowska M. *Korzystanie z leków i ich dostępność*. Raport z badań. Wydział Bada i Analiz Socjologicznych CSIOZ, 2008; 1-29.

³⁹⁰ <http://www.prawoimedycyna.pl/?str=artykul&id=126>

³⁹¹ <http://www.prawoimedycyna.pl/?str=artykul&id=126>

³⁹² Cianciara D., *Reklama leków kierowana do publicznej wiadomości w Polsce - aspekty prawne, etyczne zdrowotne i społeczne*, Przegląd epidemiologiczny 2004, nr 3, s. 561.

³⁹³ http://www.aptekarzpolki.pl/index.php?option=com_content&task=view&id=546&Itemid=102

³⁹⁴ Fakh S, Hussainy SY, Marriott JL. *Women pharmacy consumers' experiences with weight loss treatment across Victoria, Australia*. Int J Clin Pharm. 2013; 35(6):1120-1129.

³⁹⁵ Voll ML, Yap KD, Terpstra WE, Crul M. *Potential drug-drug interactions between anti-cancer agents and community pharmacy dispensed drugs*. Pharm World Sci. 2010; 32(5): 575-580.

³⁹⁶ Servidoni AB, Coelho L, Navarro Mde L, de Avila FG, Mezzalana R. *Self-medication profile of ENT patients*. Braz J Otorhinolaryngol. 2006; 72(1): 83-88.

wszystkim osób starszych.³⁹⁷ Mimo zmian specyfiki zawodu farmaceuty, który nie jest już tylko sprzedawcą leków, a wyspecjalizowanym znawcą w swojej dziedzinie i specjalistą w ochronie zdrowia, nadal opieka farmaceutyczna w Polsce jest realizowana w niewielkim stopniu przy dużych utrudnieniach prawno-formalnych.

Proces samoleczenia i brak kontroli nad farmakoterapią pacjentów utrudnia również fakt, iż pacjenci mają dostęp do leków nie tylko w aptece, ale również na stacjach benzynowych czy sklepach, gdzie nie mają szansy na otrzymanie fachowej porady. Drugim problem uniemożliwiającym prowadzenie kontroli zażywanych leków jest fakt, iż pacjenci nie są wierni jednej aptece, tylko kupują w kilku wybranych przez siebie (wykres 38). O wyborze apteki decyduje: dostępność apteki, pełen asortyment leków i fachowa obsługa (wykres 37). Pacjenci mają także coraz częściej dostęp do leków, które wcześniej były tylko na receptę.³⁹⁸ Ten proces zamiany leku Rp na tzw. OTC switch, jest coraz częściej wykorzystywany przez producentów leków i suplementów.³⁹⁹ Oczywistym kryterium takiej zamiany jest zapewnienie bezpieczeństwa pacjentowi, zadeklarowanej skuteczności i zakresu działania. Proces ten umożliwia jednocześnie poszerzenie port folio danej firmy o nowe produkty lecznicze OTC, tak chętnie kupowane obecnie przez społeczeństwo. Pociąga to również za sobą niebezpieczeństwo nadużywania przez pacjentów substancji czynnych, które do tej pory były zażywany ściśle pod kontrolą lekarską, ze względu na ich ograniczoną dostępność. Z tego też powodu należy jeszcze raz podkreślić rolę opieki farmaceutycznej w prawidłowej farmakoterapii pacjentów oraz współpracę lekarza i farmaceuty.

Pacjenci czerpią informacje o lekach z różnych źródeł takich jak telewizja, książki, artykuły w różnych czasopismach i coraz bardziej popularny Internet.⁴⁰⁰ Dlatego tak ważna jest rzetelna informacja o lekach przekazywana przez farmaceutów.⁴⁰¹ Podnoszenie poziomu wiedzy społeczeństwa i ich edukacji stanowi oczywistą podstawę do wzrostu i rozwoju samoleczenia.^{402,403} Zwiększenie dostępności informacji o lekach z jednej strony, zapewnia możliwość poprawy edukacji pacjenta i jego wiedzy na tematy związane ze zdrowiem⁴⁰⁴ Z drugiej jednak strony, chorzy korzystają z informacji zaczerpniętych z nieprofesjonalnych stron. Swoje opinie konfrontują ze znajomymi, rodziną, bez udziału lekarza lub farmaceuty. Prowadzić to może to szkodliwego procesu samoleczenia dla ich zdrowia. Szukanie informacji online, są spowodowane rosnącym zapotrzebowaniem konsumentów na nowinki ze świata o najnowszych trendach w leczeniu różnych schorzeń, bądź prowadzeniu zdrowego

³⁹⁷ Neumann-Podczaska A., Wieczorowska-Tobis K., Grześkowiak E., *Opieka farmaceutyczna w geriatrici – założenia programu*. Farmacja Współczesna 2014; 7: 126-130.

³⁹⁸ Blenkinsopp A, Bradley C. *Patients, society, and the increase in self medication*. BMJ. 1996; 312(7031): 629-32.

³⁹⁹ <http://www.prawoimedycyna.pl/?str=artykul&id=126>

⁴⁰⁰ Tamże.

⁴⁰¹ Tamże.

⁴⁰² Kardas P., Herczyński D. *Samoleczenie infekcji dróg oddechowych przez podopiecznych lekarzy rodzinnych*. Medycyna Rodzinna, 2003, nr 1, s. 56-63.

⁴⁰³ <http://www.prawoimedycyna.pl/?str=artykul&id=126>

⁴⁰⁴ Agree EM, King AC, Castro CM, Wiley A, Borzekowski DL. *"It's got to be on this page": age and cognitive style in a study of online health information seeking*. J Med Internet Res. 2015; 17(3): e79.

stylu życia.^{405,406} Internet jest głównym źródłem wiedzy na temat zdrowia dla młodych i wykształconych oraz seniorów.^{407,408}

Pacjenci mimo, że coraz częściej sami dokonują wyboru leków dostępnych bez recepty, a informacje na ten temat czerpią z różnego rodzaju gazet Internetu, uważają, że: "aptekarz wykazuje duże zainteresowanie, pyta o szczegóły, zbiera dokładny wywiad, następnie sprzedaje leki lub odsyła do lekarza" - opinia prawie połowy pacjentów (wykres 36). Jednocześnie, aż 40% uważa, iż "aptekarz pilnie słucha zgłaszanych dolegliwości, ale nie zadaje pytań, aby dowiedzieć się szczegółów, następnie szybko dobiera i sprzedaje lek". Różnica w przedstawionych danych i poglądach pacjentów na temat pracy farmaceutów, może wynikać z faktu, iż apteki działają według zasad wolnego rynku ekonomicznego. Jako jednostki samofinansujące, mając silną i liczną konkurencję, aptekarze zmuszeni są do oszczędności, a często dochodzi do mechanizacji pracy w wyniku nadmiernej ilości pracy biurowej. Miarą zadowolenia pacjentów z pracy aptekarzy jest kolejna wizyta chorego w aptecce i zaufanie, którym obdarzają farmaceutę. Zebrane opinie pacjentów na temat pracy farmaceutów podkreślają, przede wszystkim: "pomoc ze strony aptekarzy w wyborze leków bez recepty", "proponowanie tańszych leków, tańszych odpowiedników", "życzliwość", "miłą atmosferę", "umiejętność pomocy w leczeniu przeziębień, stanów grypowych, bólu głowy, stłuczeń i innych łagodniejszych schorzeń", "zainteresowanie" (dane z wykresu 39). W innym z badań oceniano potrzeby starszych ludzi w stosunku do usług świadczonych w aptekach.⁴⁰⁹ Uczestnicy ankiety, chcieli przede wszystkim spersonalizowania i dostosowania oferty świadczonych usług w aptekach, w stosunku do ich potrzeb.⁴¹⁰ Apteki powinny podjąć inicjatywę w stworzeniu i promowaniu innowacyjnych usług dla osób starszych, w tym opieki farmaceutycznej dla geriatrycznych pacjentów.^{411,412}

Podkreślając rolę i wagę OF, przedstawiono także realia funkcjonowania OF w polskich aptekach. Na przeszkodzie stoi nie tylko brak uregulowań prawnych, ale także brak zaangażowania ze strony samych farmaceutów. Dlatego farmaceutyci zgodnie z przesłanką pracy i w nawiązaniu do tematu pracy realizując zadania z zakresu świadczeń zdrowotnych

⁴⁰⁵ Shahab L, Brown J, Gardner B, Smith SG. *Seeking health information and support online: does it differ as a function of engagement in risky health behaviors? Evidence from the health information national trends survey.* J Med Internet Res. 2014; 16(11): e253.

⁴⁰⁶ Lee K, Hoti K, Hughes JD, Emmerton L. *Dr Google and the consumer: a qualitative study exploring the navigational needs and online health information-seeking behaviors of consumers with chronic health conditions.* J Med Internet Res. 2014; 16(12): e262.

⁴⁰⁷ Tennant B, Stelfefon M, Dodd V, Chaney B, Chaney D, Paige S, Alber J. *eHealth literacy and Web 2.0 health information seeking behaviors among baby boomers and older adults.* J Med Internet Res. 2015; 17(3): e70.

⁴⁰⁸ Medlock S, Eslami S, Askari M, Arts DL, Sent D, de Rooij SE, Abu-Hanna A. *Health information-seeking behavior of seniors who use the Internet: a survey.* J Med Internet Res. 2015; 17(1): e10.

⁴⁰⁹ Wood K, Gibson F, Radley A, Williams B. *Pharmaceutical care of older people: what do older people want from community pharmacy?* Int J Pharm Pract. 2015; 23(2): 121-30.

⁴¹⁰ Tamże.

⁴¹¹ Neumann-Podczaska A., Wieczorowska-Tobis K., Grześkowiak E., *Opieka farmaceutyczna w geriatrici – założenia programu.* Farmacja Współczesna 2014; 7: 126-130.

⁴¹² Wood K, Gibson F, Radley A, Williams B. *Pharmaceutical care of older people: what do older people want from community pharmacy?* Int J Pharm Pract. 2015; 23(2): 121-30.

i skupiając się na edukacji pacjentów powinni szerzyć idee porad farmaceutycznych i pomagać pacjentom w tak powszechnym i niekontrolowanym samoleczeniu się.

4.2. Wnioski

1. Apteka pełni rolę podmiotu działalności leczniczej, farmaceuci natomiast promują ochronę zdrowia i przyczyniają się do obniżenia kosztów leczenia pacjentów, poprzez doradztwo farmaceutyczne i proponowanie tańszych leków generycznych. Pomijane są jednak zadania związane z opieką farmaceutyczną.
2. Brak jest w ustawodawstwie precyzyjnych aktów, które wspierałyby działania na rzecz wdrożenia do każdej z aptek opieki farmaceutycznej. Farmaceuci realizują podstawowe zadania z zakresu ochrony i promocji zdrowia jak doradztwo farmaceutyczne.
3. Wykształcenie akademickie ma wpływ na świadomość i właściwe przygotowanie do realizacji zadań z zakresu opieki farmaceutycznej. Absolwentom brakuje jednak odpowiedniej wiedzy społeczno-ekonomicznej i zajęć praktycznych do właściwej realizacji służby farmaceutycznej. Natomiast obowiązek ciągłego szkolenia i podnoszenia swoich kwalifikacji jest niezbędny dla profesjonalnego wykonywania czynności aptekarskich.
4. Pacjenci uczęszczają do kilku wybranych przez siebie aptek, a kryteria decydujące o jej wyborze to: dostępność apteki, pełen asortyment leków, fachowa obsługa.
5. Farmaceuta ze względu na posiadaną interdyscyplinarną wiedzę i kwalifikacje pełni ważną rolę w procesie samoleczenia pacjentów.

5. STRESZCZENIE

W pracy przedstawiono sytuację aptek na rynku farmaceutycznym po 2011 roku w sytuacji wdrożenia ustawy z dnia 12 maja 2011 roku o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobach medycznych (Dz. U. nr 122, poz. 696, z póź. zm.). Wprowadziła one nowe regulacje prawne. Największą zmianą są: sztywne ceny i marże na leki refundowane oraz zakaz reklamy apteki. Pociągnęło to za sobą konsekwencje dla wszystkich podmiotów znajdujących się na rynku farmaceutycznym, od producentów poprzez hurtownie aż do aptek. Następstwo takich ewaluacji jest odczuwalne również dla pacjentów, ponieważ średnia zapłata pacjenta za statystyczne opakowanie leku refundowanego wzrosła. Zakaz udzielania rabatów i bonifikat na leki refundowane i likwidacja sprzedaży tych leków za 1 gr spowodował, że średni koszyk statystycznego pacjenta odwiedzającego aptekę, zmniejszył się. W wyniku takich zmian pogorszyła się również kondycja finansowa wielu aptek, które stanęły przed koniecznością zamknięcia placówki. Takie implikacje dla wszystkich podmiotów biorących udział w łańcuchu sprzedaży, miały przynieść oszczędności dla płatnika NFZ-tu, poprzez zmniejszenia dopłat do leków refundowany. Analiza rynku farmaceutycznego była punktem wyjścia do oceny możliwości implementacji OF w Polsce, a przez to realizacji przez farmaceutę zdań z zakresu świadczeń zdrowotnych. Ponadto analiza aktów prawnych, które wspierałyby działania na rzecz wdrożenia OF w Polsce. Przedstawiono idee OF i jej realizację w praktyce w aptekach na świecie i w Polsce.

Celem pracy była analiza rynku farmaceutycznego po 2011 roku a realizacja zadań w zakresie świadczeń medycznych.

Metoda: Badania ankietowe przeprowadzono w losowo wybranych aptekach na terenie województwa wielkopolskiego w III i IV kwartale 2014. Grupę badawczą obejmowali farmaceuci i pacjenci tychże aptek. Zwrotnie otrzymano 245 ankiet od aptekarzy i 490 ankiet od pacjentów. Ostatecznie 735 ankiet stanowiło podstawę do badań empirycznych. Do analizy statystycznej użyto: testu niezależności χ^2 (chi-kwadrat), testu niezależności χ^2 z korektą Yates'a oraz testu Fishera przyjmując poziom istotności $p < 0,05$. Obliczenia statystyczne wykonano za pomocą pakietu statystycznego R 3.1.2.⁴¹³

Wyniki: Przeprowadzone badania potwierdzają, iż apteka pełni rolę placówki ochrony zdrowia realizując edukacje i promocję zdrowia. Farmaceuci są zdania, iż są pracownikami podmiotu leczniczego. Swoje zadania z zakresu świadczeń zdrowotnych realizują jednak tylko poprzez doradztwo farmaceutyczne w zakresie zaopatrzenia pacjentów w leki i udzieleniu informacji o zażywanych, czy kupowanych lekach. Aptekarze są świadomi, iż posiadając interdyscyplinarną wiedzę, mogą brać udział w promocji zdrowia i profilaktyce chorób. Mimo to wiele zadań z zakresu farmakoterapii i tematów związanych z OF jest pomijanych. Często też pojęcie opieki farmaceutycznej i doradztwa jest niesłusznie stosowane

⁴¹³ R Development Core Team (2009). R: A language and environment for statistical computing. R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria. ISBN 3-900051-07-0, URL <http://www.R-project.org>.

zamiennie

i te dwa pojęcia są często mylone. Farmaceuci podkreślają także, iż przeszkodą stojącą na drodze do pełnej realizacji zadań z zakresu promocji i ochrony zdrowia w aptekach, a przez to wdrażania OF jest brak zainteresowania aptekarstwem jako zawodem ochronny zdrowia ze strony państwa, rządu, brak podstaw prawnych oraz czasu. Akty prawne dotyczące farmaceutów i aptek informują głównie o obowiązkach i uprawnieniach aptekarzy oraz o sankcjach karnych za ich nieprzestrzeżenie. Brak bowiem podstaw prawnych, które promowałyby i ułatwiły implementację OF. Również absolwenci studiów nie są odpowiednio przygotowani do służby farmaceutycznej. W pracy podkreślono rolę ciągłego kształcenia i obowiązku stałego podnoszenia swoich kwalifikacji jako niezbędnego elementu do profesjonalnego wykonywania czynności aptekarskich, w tym doradztwa farmaceutycznego.

Utrudnieniem we wdrożeniu OF do aptek w Polsce jest także brak przywiązania pacjenta do jednej wybranej apteki. Podstawą wyboru jest pełen asortyment leków i bliskość miejsca zamieszkania. Konsekwencją kupowania przez pacjentów leków w różnych aptekach, a często także na stacjach benzynowych, czy w supermarketach powoduje, że farmaceuta nie ma możliwości prowadzenia fachowego doradztwa farmaceutycznego bądź opieki farmaceutycznej. Pacjenci często nie przyznają się, że dokonali już zakupu medykamentów w innej aptece, co prowadzi do tego, że porada farmaceutyczna jest źle przeprowadzona, nie uwzględnia ona ewentualnych interakcji z innymi już zakupionymi wcześniej lekami.

Zebrane wyniki z ankiet skierowanych do pacjentów i farmaceutów potwierdzają i zwracają uwagę na rosnący proces samoleczenia. Agresywne reklamy w mediach i prasie, duże zainteresowanie zdrowiem wśród społeczeństwa, powoduje iż promowane suplementy i leki OTC cieszą się coraz większym zainteresowaniem. Farmaceuci podkreślają, iż nie powinni brać na siebie odpowiedzialności w wypadku samodzielnego stosowania leków przez pacjentów, poza kontrolą aptekarza czy lekarza. Potwierdzają, iż doradztwo farmaceutyczne, edukacja pacjentów, udział w samoleczeniu oraz rzetelna informacja o leku wpływają na bezpieczeństwo zażywanych leków oraz zmianę postaw i zachowań pacjentów.

Pacjenci mimo tak powszechnego leczenia na własną rękę, przyznają iż chętniej udają się o pomoc w leczeniu łagodniejszych dolegliwości i schorzeń (przeziębienie, grypa, ból głowy oraz gardła, kaszel) do farmaceuty niż lekarza. Uważają, że aptekarze mają odpowiednie kwalifikacje i wiedzę oraz podstawy prawne, aby udzielić porad na temat leczenia łagodniejszych chorób i dolegliwości oraz proponować lub wybierać na te schorzenia leki dostępne bez recepty.

Wnioski: Apteki realizują zadania z zakresu świadczeń zdrowotnych i edukację pacjentów, jedynie poprzez doradztwo farmaceutyczne. Brak jest nadal aktów prawnych, które ułatwiły i zachęciły farmaceutów do wdrożenia OF do swoich palcówek.

6. SUMMARY

The paper presents the situation of pharmacies on the pharmaceutical market after the year 2011, following the implementation of the Act of 12 May 2012 on the Refunding of Medicines, Foodstuffs Intended for Particular Nutritional Uses and Medical Products (Dz. U. [Journal of Laws] no 122, item 696, as amended). The act introduced new regulations. The most fundamental change was fixed prices and fixed profit margins for refunded medicines and a ban on any form of advertising of pharmacies. The consequences hit all actors on the pharmaceutical market, from producers and warehouses to pharmacies. Also patients felt the difference since the average price of a statistical package of a refunded medicine increased. Introduction of a ban on discounts and rebates on refunded medicines and the abolition of a scheme of selling these medicines at PLN 0,01 resulted in the reduction of an average basket of a statistical patient, client of a pharmacy. The change also adversely affected the financial standing of many pharmacies which were forced to close down. All these ramifications for all the participant of the sale chain were to bring savings to the National Health Fund payer by decreasing the money spent on refunding medicines. The insight into the pharmaceutical market was a starting point for the assessment of possibilities to implement in Poland pharmaceutical care (PC) and thus to have healthcare tasks performed by pharmacists. Furthermore, legislation that could support the PC implementation in Poland was examined. The concept of PC and its practical use in pharmacies in Poland and abroad was presented.

The aim of this paper was to analyse the pharmaceutical market after 2011 and the performance of the healthcare tasks.

Method: A survey in random pharmacies in the whole Wielkopolskie province in the third and fourth quarter of 2014. The respondents comprised both pharmacists and patients. 245 questionnaires were returned by the pharmacists and 490 by the patients. Altogether the empirical study was based on 735 questionnaires. The following tests were applied for the statistical analysis: a χ^2 test of independence (chi-square), χ^2 test of independence with Yates correction, and Fisher test with significance level $p < 0.05$. Statistical calculations were done by means of a statistical package R 3.1.2.⁴¹⁴

Results: The survey confirms that a pharmacy is a healthcare establishment which implements health education and promotion. Pharmacists consider themselves healthcare professionals. However, they perform their healthcare tasks only through pharmaceutical advice as regards patient's choice of medicines and through the information on the medicaments taken or purchased by the patients. Pharmacists are aware of the fact that with their interdisciplinary knowledge they can participate in health promotion and disease prevention. Nevertheless, many aspects of pharmacotherapy and PC is still omitted. The idea

⁴¹⁴R Development Core Team (2009). R: A language and environment for statistical computing. R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria. ISBN 3-900051-07-0, URL <http://www.R-project.org>.

of pharmaceutical care and advice are often mistaken and erroneously used interchangeably. Pharmacists also point to another obstacle to the full completion of their tasks concerning health promotion and healthcare in pharmacies and thus to the implementation of PC, namely the lack of government's interest in the pharmacy as a healthcare profession, lack of legal grounds and lack of time. Legislation governing pharmacists and pharmacies mainly lays down the rights and obligations of pharmacists and legal consequences of the failure to meet them. There are no legal grounds that would promote or facilitate the implementation of PC. Additionally, university graduates are also unprepared for pharmaceutical service. The paper also highlights the role of continuing education and obligation to constantly improve one's qualifications which is an essential part of performing pharmaceutical activities, including advice.

Patients in Poland are not loyal to one pharmacy which also forms an obstacle for implementing PC. Proximity and a full range of medicines are the key factors for choosing a pharmacy. Patients buy their medicines in several different pharmacies, or even gas stations and supermarkets. A pharmacist is therefore not able to offer professional advice or pharmaceutical care. Patients often do not tell they have already bought other medicines in a different pharmacy, what results in wrong pharmaceutical advice which does not take into consideration possible interactions with other, previously purchased, medicines.

The survey results from pharmacists and patients confirm and point to the growing phenomenon of self-medication. Aggressive advertisements in the media and the press, and growing general interest in personal health result in an increasing interest in the OTC medications and food supplements. Pharmacists underline they should not be held responsible for patients' taking medicaments on their own, without doctor's or pharmacist's supervision. They confirm that pharmaceutical advice, education of patients, participation in self-medication and detailed information about the medicament are the factors influencing the safety of the medicaments and changing the attitudes and behaviour of patients.

Although self-medication is very widespread, patients often admit that would rather go to a pharmacist than to a doctor for advice in mild ailments and indispositions (cold, flu, headaches, sore throat, cough). They feel pharmacists are properly qualified and legally authorized to give advice on such ailments and to suggest or choose adequate OTC medications.

Conclusions: Pharmacies carry out their healthcare tasks and patient's education tasks only through pharmaceutical consulting. There are no legislation that would encourage pharmacists to implement PC in their pharmacies and facilitate it.

7. PIŚMIENNICTWO

7.1. LITERATURA

1. Altkorna J., Kramera T. Pr. Zb. *Leksykon marketingu*. PWE, Warszawa 1998.
2. Boczar K., Kossut Z. *Ekonomika handlu*. PWE, Warszawa 1983.
3. Carowicz G. *Istota opieki farmaceutycznej* [w] Szalonka K. *Opieka farmaceutyczna w Polsce – warunki i szanse wdrożenia*. Wyższa Szkoła Handlowa we Wrocławiu Continuo, Wrocław 2010.
4. Carowicz G. *Profilaktyka zdrowotna na rynku aptecznym*. [w] Szalonka K. *Opieka farmaceutyczna w Polsce – warunki i szanse wdrożenia*. Wyższa Szkoła Handlowa we Wrocławiu Continuo, Wrocław 2010.
5. Czerw A. *Satysfakcja i lojalność klienta na rynku farmaceutycznym*. Wydawnictwo Fachowe CeDeWu, Warszawa 2008.
6. Czubała A. *Usługi w gospodarce*. [w] Czubała A. i in. *Marketing usług*. Wolters Kluwer – Oficyna Ekonomiczna, Kraków 2006.
7. Garbarski L., Rutkowski I., Wrzosek W. *Marketing. Punkt zwrotny nowoczesnej firmy*. PWE, Warszawa 2000.
8. Jachowicz R. *Farmacja praktyczna*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2007.
9. Janoś-Krzesło M., Mróz B. (red. nauk.) *Konsument i konsumpcja we współczesnej gospodarce*. SGH, Warszawa 2006.
10. Kall J. *Silna marka. Istota i kreowanie*. PWE, Warszawa 2001.
11. Kaniewska A., Leszczyński G. *Apteka jako miejsce zakupu*. [w] *Marketing farmaceutyczny i apteczny*. Materiały konferencyjne, Akademia Ekonomiczna w Poznaniu, Poznań 2000.
12. Kardas P. *Nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich. Dlaczego prawidłowe leczenie nie skutkuje?* Continuo, Wrocław 2006.
13. Kolny B., Kucia M., Stolecka A. *Produkt i Marki w opinii e-konsumentów*. Wydawnictwo HELION, Gliwice 2011.
14. Kotler Ph., Armstrong G., Saunders J., Wong V. *Marketing. Podręcznik europejski*. PWE, Warszawa 2002.
15. Kotler Ph. *Marketing, analiza, planowanie, wdrażanie i kontrola*. Gebethner & Ska, Warszawa 1994.
16. Kwarciać B. *Między zdradą lojalnością, czyli jak przywiązać do siebie klienta*. Zbiór referatów na IV Kongres Reklamy Polskiej 28-29.10.1995.
17. Łazowski J. *Podstawy opieki farmaceutycznej w teorii i praktyce aptecznej*. Biblioteka Naukowa „Czasopisma Aptekarskiego”, Warszawa 2005.
18. Maciejewski G. *Ryzyko w decyzjach nabywczych konsumentów*. Prace Naukowe UE Katowice, Katowice 2010.

19. Matthew W. R., Bolivar J.B. *Potęga kultowej marki. W jaki sposób dziewięć wyjątkowych marek zmieniło swoich klientów w wiernych fanów*. Helion, Gliwice 2006.
20. Mazurek-Łopacińska K. *Zachowania nabywców i ich konsekwencje marketingowe*. PWE, Warszawa 2003.
21. Michalik M., Pilarczyk B., Mruk H. *Marketing strategiczny na rynku farmaceutycznym*. Oficyna a Wolters Kluwer business, Warszawa 2011.
22. Mruk H., Michalik M., Barańkiewicz T. *Marketingowe zarządzanie apteką*. ABC a Wolters Kluwer business, Warszawa 2013.
23. Nieżurawski L., Pawłowska B., Witkowska J. *Satysfakcja klienta. Strategia-Pomiar_Zarządzanie. Koncepcja wewnętrznego urynkowania współczesnej organizacji*. Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Mikołaja Kopernika, Toruń 2010.
24. Patrie A., Sabin C. *Statystyka medyczna w zarysie*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2006.
25. Pis J. B. *Szansa wdrożenia opieki farmaceutycznej w Polsce*. [w] Szalonka K. *Opieka farmaceutyczna w Polsce – warunki i szanse wdrożenia*. Wyższa Szkoła Handlowa we Wrocławiu Continuo, Wrocław 2010.
26. Rackham N., DeVincentis J. *Zespół sprzedaży w obliczu zmian. Jak na nowo zdefiniować sprzedaż, aby stworzyć wartość dla klientów*. Oficyna a Wolters Kluwer business, Warszawa 2010.
27. Rauer K. *Transformacja wizerunku apteki a realizacja zadań w ochronie zdrowia*. Praca na stopień doktora. UM w Poznaniu, Poznań 2005.
28. Sławińska M., Urbanowska-Sojkin E. *Zarządzanie marketingowe przedsiębiorstwem handlowym*. AE, Poznań 1997.
29. Sobczyk M. *Statystyka*. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2007.
30. Suchecka J. *Ekonomia zdrowia i opieki zdrowotnej*. Wolters Kluwer Polska, Warszawa 2010.
31. Szalonka K. *Marketing w aptece*. Continuo, Warszawa 2005.
32. Szalonka K. *Opieka farmaceutyczna w ochronie zdrowia Polaków*. PWN, Warszawa 2011.
33. Sztucki T. *Marketing przedsiębiorcy i menadżera. Rynek - marketing – najlepsze strategie marketingowe*. Agencja Wydawnicza Placet, Warszawa 1996.
34. Sztucki T. *Encyklopedia marketingu: definicja, zasady, metody*. Agencja Wydawnicza Placet, Warszawa 1998.
35. Szulce H. *Leksykon sfer spożycia. Technologia i metodyka badań*. PWE, Warszawa, 1998.
36. Urlich G. *Opieka farmaceutyczna w Niemczech*. [w] Szalonka K. *Opieka farmaceutyczna w Polsce - warunki i szanse wdrożenia*. Wyższa szkoła Handlowa we Wrocławiu Conlinuo 2010.
37. Zalega T. *Konsumpcja. Determinanty. Teorie. Modele*. Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne, Warszawa 2012.
38. Zimmerman A. *Wpływ uregulowań prawnych na sytuację aptekarstwa w Polsce na początku XXI wieku*. praca na stopień doktora, Akademia Medyczna w Gdańsku 2002.

39. Żymełko-Naturalny A. *Prawne aspekty wdrażania opieki farmaceutycznej na świecie i w Polsce*. [w] Szalonka K. (red.) *Opieka farmaceutyczna w Polsce - warunki i szanse drożenia*. Wydawnictwo Continuo, Wrocław 2010.

7.2. CZASOPISMA

1. Agree EM, King AC, Castro CM, Wiley A, Borzekowski DL. *"It's got to be on this page": age and cognitive style in a study of online health information seeking.* J Med Internet Res. 2015; 17(3).
2. Alkhateeb FM, Unni E, Latif D, et al. *Physician attitudes toward collaborative agreements with pharmacists and their expectations of community pharmacists' responsibilities in West Virginia.* J Am Pharm Assoc (2003) 2009; 49.
3. Bąbelek T. *Co dalej z opieką farmaceutyczną w Polsce?* Aptekarz Polski 2008, nr 24.
4. Bąbelek T. *O potrzebie opieki farmaceutycznej. Wskazania do sprawowania opieki farmaceutycznej.* Aptekarz Polski, Pismo Naczelnej Izby Aptekarskiej 2009, nr 3.
5. Benrimoj S.I., Roberts A.S. *Providing patient care in community pharmacies in Australia.* The Annals of Pharmacotherapy 2005; 39(11).
6. Blenkinsopp A, Bradley C. *Patients, society, and the increase in self medication.* BMJ. 1996; 312(7031).
7. Bond WS, Hussar DA. *Detection methods and strategies for improving medication compliance.* Am J Hosp Pharm. 1991; 48(9).
8. Bryant LJ, Coster G, Gamble GD, McCormick RN. *The General Practitioner-Pharmacist Collaboration (GPPC) study: a randomised controlled trial of clinical medication reviews in community pharmacy.* Int J Pharm Pract. 2011; 19(2).
9. Carrillo I, Guilabert M, Pérez-Jover V, Mira JJ. *[Assessment of two applications of medication self-management in older patients. Qualitative study].* Rev Calid Asist. 2015; 30(3).
10. Chisholm-Burns M, Graff Zivin JS, Lee JK, et al. *Economic effects of pharmacists on health outcomes in the United States: a systematic review.* Am J Health Syst Pharm 2010: 67.
11. Chong WW, Aslani P, Chen TF. *Pharmacist-patient communication on use of antidepressants: a simulated patient study in community pharmacy.* Res Social Adm Pharm. 2014; 10(2).
12. Christensen DB., Farris K.B. *Pharmaceutical care in community pharmacies: practice and research in the US.* Ann Pharmacother. 2006; 40(7-8).
13. Cianciara D., *Reklama leków kierowana do publicznej wiadomości w Polsce - aspekty prawne, etyczne zdrowotne i społeczne,* Przegląd epidemiologiczny 2004, nr 3.
14. Elhoseeny TA., Ibrahim SZ., Abo El Ela AM. *Opinion of community pharmacists on use of nonprescription medications in Alexandria, Egypt.* J Egypt Public Health Assoc. 2013; 88(2).
15. Fakih S, Hussainy SY, Marriott JL. *Women pharmacy consumers' experiences with weight loss treatment across Victoria, Australia.* Int J Clin Pharm. 2013; 35(6).

16. Feifer RA, Greenberg L, Rosenberg-Brandl S, Franzblau-Isaac E. *Pharmacist counseling at the start of therapy: patient receptivity to offers of in-person and subsequent telephonic clinical support*. Popul Health Manag. , 2010; 13(4).
17. Flanagan P, Kainth S, Nissen L. *Satisfaction survey for a medication management program: satisfaction guaranteed?* Can J Hosp Pharm. 2013; 66(6).
18. Geurts MM, Talsma J, Brouwers JR, de Gier JJ. *Medication review and reconciliation with cooperation between pharmacist and general practitioner and the benefit for the patient: a systematic review*. Br J Clin Pharmacol. 2012; 74(1).
19. Gubbins PO, Micek ST, Badowski M, Cheng J, Gallagher J, Johnson SG, Karnes JH, Lyons K, Moore KG, Strnad K. *Innovation in clinical pharmacy practice and opportunities for academic--practice partnership..* Pharmacotherapy. 2014; 34(5).
20. Håkonsen H, Lees K, Toverud EL. *Cultural barriers encountered by Norwegian community pharmacists in providing service to non-Western immigrant patients*. Int J Clin Pharm. 2014; 36(6).
21. Hasan S, Stewart K, Chapman CB, Hasan MY, Kong DC. *Physicians' attitudes towards provision of primary care services in community pharmacy in the United Arab Emirates*. Int J Pharm Pract. 2014.
22. Hasan S, Sulieman H, Chapman C, Stewart K, Kong DC. *Community pharmacy in the United Arab Emirates: characteristics and workforce issues*. Int J Pharm Pract. 2011; 19(6).
23. Hepler Ch. D., Stand L.M. *Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care*. American Journal of Hospital Pharmacy 1990, nr 47.
24. Howard M, Trim K, Woodward C, et al. *Collaboration between community pharmacists and family physicians: lessons learned from the Seniors Medication Assessment Research Trial*. J Am Pharm Assoc (2003) 2003; 43.
25. Hugtenburg JG, Borgsteede SD, Beckeringh JJ. *Medication review and patient counselling at discharge from the hospital by community pharmacists..* Pharm World Sci. 2009; 31(6).
26. Hussain A, Ibrahim MI. *Medication counselling and dispensing practices at community pharmacies: a comparative cross sectional study from Pakistan*. Int J Clin Pharm. 2011; 33(5).
27. Jendryczko B. *Opieka farmaceutyczna a ochrona danych osobowych*. Czasopismo Aptekarskie 2006, nr 3.
28. Jin X, Azhar S, Murtaza G, Xue F, Mumtaz A, Niu H, Taha A, Zhang Y. *Quantitative study evaluating perception of general public towards role of pharmacist in health care system of Pakistan*. Acta Pol Pharm., 2014; 71(5).
29. Kaboli PJ, Hoth AB, McClimon BJ, Schnipper JL. *Clinical pharmacists and inpatient medical care: a systematic review*. Arch Intern Med. 2006; 166(9).
30. Kassam R, Collins JB, Berkowitz J. *Developing anchored measures of patient satisfaction with pharmaceutical care delivery: Experiences versus expectations*. Patient Prefer Adherence. 2009; 3.
31. Kardas P., Herczyński D. *Samoleczenie infekcji dróg oddechowych przez podopiecznych lekarzy rodzinnych*. Medycyna Rodzinna, 2003, nr 1.

32. Kelly DV, Bishop L, Young S, Hawboldt J, Phillips L, Keough TM. *Pharmacist and physician views on collaborative practice: Findings from the community pharmaceutical care project*. Can Pharm J (Ott). 2013; 146(4).
33. Kędziora Z. *Konsument wobec zmian systemowych w Polsce*. Marketing i Rynek, 1999, nr 1.
34. Khan MU, Khan AN, Ahmed FR, Feroz Z, Rizvi SA, Shah S, Hussain R, Adil Z. *Patients' opinion of pharmacists and their roles in health care system in Pakistan*. J Young Pharm., 2013; 5(3).
35. Kjeldsen LJ, Bjerrum L, Dam P, Larsen BO, Rossing C, Søndergaard B, Herborg H. *Safe and effective use of medicines for patients with type 2 diabetes - A randomized controlled trial of two interventions delivered by local pharmacies*. Res Social Adm Pharm. 2015; 11(1).
36. Krass I, Delaney C, Glaubitz S, Kanjanarach T. *Measuring patient satisfaction with diabetes disease state management services in community pharmacy*. Res Social Adm Pharm. 2009; 5(1).
37. Kripalani S, Roumie ChA, Dalal AK, Cawthon C, Businger A, Eden SK, Shintani A, Sponsler KC, Harris LJ, Theobald C, Huang RL, Scheurer D, Hunt S, Jacobson TA, Rask KJ, Vaccarino V, Gandhi TK, Bates DW, Williams MV, Jeffrey L, Schnipper JL, and PILL-CVD study group. *Effect of a Pharmacist Intervention on Clinically Important Medication Errors after Hospital Discharge: A Randomized Controlled Trial*. Ann Intern Med. 2012; 157(1).
38. Kirschenbaum BE. *Specialty pharmacies and other restricted drug distribution systems: financial and safety considerations for patients and health-system pharmacists*. Am J Health Syst Pharm. 2009; 66(24 Suppl 7).
39. Kooy MJ, van Geffen EC, Heerdink ER, van Dijk L, Bouvy ML. *Effects of a TELEphone Counselling Intervention by Pharmacist (TelCIP) on medication adherence, patient beliefs and satisfaction with information for patients starting treatment: study protocol for a cluster randomized controlled trial*. BMC Health Serv Res. 2014; 14.
40. Krass I, Delaney C, Glaubitz S, Kanjanarach T. *Measuring patient satisfaction with diabetes disease state management services in community pharmacy*. Res Social Adm Pharm. 2009; 5(1).
41. Kristeller J.. *Transition of care: pharmacist help needed*. Hosp Pharm. 2014; 49(3).
42. Kubica A., Grzešk G., Sienkiewicz W., Koziński M., Grzešk E., Goch A. *Compliance, concordance, adherence w przewlekłej terapii*. Folia Cardiologica Excerpta 2010, tom 5, nr 2.
43. Kucukarslan S, Lai S, Dong Y, Al-Bassam N, Kim K. *Physician beliefs and attitudes toward collaboration with community pharmacists*. Res Social Adm Pharm. 2011; 7(3).
44. Kula P. *Jak zmienił się rynek farmaceutyczny w Polsce*. Aptekarz Polski, 2011, nr 61/39 online.

45. Lee K, Hoti K, Hughes JD, Emmerton L. *Dr Google and the consumer: a qualitative study exploring the navigational needs and online health information-seeking behaviors of consumers with chronic health conditions.* J Med Internet Res. 2014; 16(12).
46. Łazowski J. *Podstawy opieki farmaceutycznej w teorii i praktyce aptecznej.* Biblioteka Narodowa Czasopisma Aptekarskiego, Warszawa 2005.
47. Łazowski J. *Współpraca aptekarzy i lekarzy w opiece farmaceutycznej.* Opieka Farmaceutyczna 2006/2007, nr 4/1.
48. Malangu N. *The future of community pharmacy practice in South Africa in the light of the proposed new qualification for pharmacists: implications and challenges.* Glob J Health Sci. 2014; 6(6).
49. Marczak J. *Strategie wdrażania opieki farmaceutycznej w Polsce.* Biuletyn Naczelnej Rady Aptekarskiej 2007, nr IV/17.
50. Medlock S, Eslami S, Askari M, Arts DL, Sent D, de Rooij SE, Abu-Hanna A. *Health information-seeking behavior of seniors who use the Internet: a survey.* J Med Internet Res. 2015; 17(1).
51. Montgomery AT, Kälvemarm Sporrang S, Manap N, Tully MP, Lindblad AK. *Receiving a pharmaceutical care service compared to receiving standard pharmacy service in Sweden--How do patients differ with regard to perceptions of medicine use and the pharmacy encounter?* Res Social Adm Pharm., 2010; 6(3).
52. Montgomery AT, Kettis Lindblad A, Eddby P, Söderlund E, Tully MP, Kälvemarm Sporrang S. *Counselling behaviour and content in a pharmaceutical care service in Swedish community pharmacies.* Pharm World Sci., 2010; 32(4).
53. Naik Panvelkar P, Saini B, Armour C. *Measurement of patient satisfaction with community pharmacy services: a review.* Pharm World Sci. 2009; 31(5).
54. Neumann-Podczaska A., Wieczorowska-Tobis K., Grześkowiak E. *Opieka farmaceutyczna w geriatricii – założenia programu.* Farmacja Współczesna 2014; 7.
55. Olenik NL, Gonzalvo JD, Snyder ME, Nash CL, Smith CT. *Perceptions of Spanish-speaking clientele of patient care services in a community pharmacy.* Res Social Adm Pharm. 2015; 11(2).
56. Otto J. *Lojalny klient najcenniejszym kapitałem.* Marketing w Praktyce 2000, nr 2.
57. Pojskic N, Mackeigan L, Boon H, Ellison P, Breslin C. *Ontario family physician readiness to collaborate with community pharmacists on drug therapy management.* Res Social Adm Pharm. 2011; 7(1).
58. Rafie S, McIntosh J, Shealy KM, Borgelt LM, Forinash A, Shrader SP, Koepf ER, McClendon KS, Griffin BL, Horlen C, Karaoui LR, Rowe EL, Lodise NM, Wigle PR. *Roles of the pharmacist in the use of safe and highly effective long-acting reversible contraception: an opinion of the women's health practice and research network of the American College of Clinical Pharmacy.* Pharmacotherapy. 2014; 34(9).
59. Sakharkar P, Bounthavong M, Hirsch JD, Morello CM, Chen TC, Law AV. *Development and validation of PSPSQ 2.0 measuring patient satisfaction with pharmacist services.* Res Social Adm Pharm. 2014; 11(4).

60. Saleem F, Hassali MA, Ibrahim ZS, Rasheedy AA, Aljadhey H. *Perceptions and attitudes of pharmacy students towards volunteering at health promotional programs: a cross-sectional study from Malaysia*. J Community Health. 2015; 40(2).
61. Servidoni AB, Coelho L, Navarro Mde L, de Avila FG, Mezzalana R. *Self-medication profile of ENT patients*. Braz J Otorhinolaryngol. 2006 Jan-Feb; 72(1).
62. Shahab L, Brown J, Gardner B, Smith SG. *Seeking health information and support online: does it differ as a function of engagement in risky health behaviors? Evidence from the health information national trends survey*. J Med Internet Res. 2014; 16(11).
63. Simoens S. *Analysis of drug authentication at the point of dispensing in Belgian and Greek community pharmacies*. Ann Pharmacother. 2009; 43(10).
64. Simpson SH, Eurich DT, Majumdar SR, Padwal RS, Tsuyuki RT, Varney J, Johnson JA. *A meta-analysis of the association between adherence to drug therapy and mortality*. BMJ. 2006.
65. Skowron A. *Opieka farmaceutyczna – jak zacząć*. Aptekarz Polski Pismo Naczelnej Izby Aptekarskiej 2008, nr 11.
66. Skowron A. *Prawne aspekty prowadzenia opieki farmaceutycznej w warunkach polskich*. Aptekarz Polski 2008, nr 24.
67. Skowron A. *Prowadzenie opieki farmaceutycznej*. Aptekarz Polski Pismo Naczelnej Izby Aptekarskiej 2011, nr 3.
68. Skowron A, Dymek J. *Rola farmaceuty w wykrywaniu i rozwiązywaniu problemów lekowych wśród pacjentów ambulatoryjnych*. Zdrowie Publiczne i Zarządzanie 2013; 11 (1).
69. Sookaneknun P, Saramunee K, Rattarom R, Kongsri S, Senanok R, Pinitkit P, Sawangsri W, Deesin B. *Economic analysis of the diabetes and hypertension screening collaboration between community pharmacies and a Thai government primary care unit*. Prim Care Diabetes. 2010; 4(3).
70. Stolpe SF, Adams AJ, Bradley-Baker LR, Burns AL, Owen JA. *Historical development and emerging trends of community pharmacy residencies*. Am J Pharm Educ. 2011; 75(8).
71. Szostak-Ulatowska E. *Udział aptek w działaniach z zakresu profilaktyki i promocji zdrowia w opiniach wybranej grupy pacjentów*. Probl Hig Epidemiol 2008, nr 2 (89).
72. Tennant B, Stellefson M, Dodd V, Chaney B, Chaney D, Paige S, Alber J. *eHealth literacy and Web 2.0 health information seeking behaviors among baby boomers and older adults*. J Med Internet Res. 2015; 17(3).
73. Tinelli M, Bond C, Blenkinsopp A, Jaffray M, Watson M, Hannaford P; Community Pharmacy Medicines Management Evaluation Team. *Patient evaluation of a community pharmacy medications management service*. Ann Pharmacother. 2007; 41(12).
74. Ulrich G. *Opieka farmaceutyczna w Niemczech*. [w] Szalonka K. *Opieka farmaceutyczna w Polsce - warunki i szanse wdrożenia*. Wyższa szkoła Handlowa we Wrocławiu Conlinuo 2010.

75. Van Mil F, Tromp. *Opieka farmaceutyczna –jak wprowadzić ją w życie?* Farm Polska 2001, nr 57.
76. Voll ML, Yap KD, Terpstra WE, Crul M. *Potential drug-drug interactions between anti-cancer agents and community pharmacy dispensed drugs.* Pharm World Sci. 2010; 32(5).
77. Walker PC, Bernstein SJ, Jones JN, Piersma J, Kim HW, Regal RE, Kuhn L, Flanders SA. *Impact of a pharmacist-facilitated hospital discharge program: a quasi-experimental study.* Arch Intern Med. 2009; 169(21).
78. Waszyk-Nowaczyk M, Nowaczyk P, Simon M. *Physicians' and patients' valuation of pharmaceutical care implementation in Poznan (Poland) community pharmacies.* Saudi Pharm J. 2014; 22(6).
79. Weiss MC, Grey E, Harris M, Rodham K. *Dispensing doctor practices and community pharmacies: exploring the quality of pharmaceutical services.* Prim Health Care Res Dev. 2015.
80. Williams KA, Emmerton LM, Taylor R, Werner J, Benrimoj SI. *Non-prescription medicines and Australian community pharmacy interventions: rates and clinical significance.* Int J Pharm Pract., 2011; 19(3).
81. Wood K, Gibson F, Radley A, Williams B. *Pharmaceutical care of older people: what do older people want from community pharmacy?* Int J Pharm Pract. 2015; 23(2).
82. Wróbel A. *Inicjatywy i kierunki rozwoju opieki farmaceutycznej w Polsce.* Opieka Farmaceutyczna 2006, nr 1-2.
83. Zygadło E. *Wizerunek farmaceuty w oczach społeczeństwa na podstawie badań ankietowych przeprowadzonych we Francji.* Czasopismo Aptekarskie 2004, nr 1.

7.3. AKTY PRAWNE

1. Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z 2 kwietnia 1997 roku (Dz. U. z 1997 roku nr 78 poz. 483).
2. Ustawa z dnia 25 marca 1938 roku o wykonywaniu zawodu aptekarskiego (Dz. U. RP z 1938 roku nr 23 poz. 202).
3. Ustawa z dnia 15 czerwca 1939 roku o Izbach Aptekarskich (Dz. U. RP z 1939 roku nr 55 poz. 346).
4. Ustawa z dnia 8 stycznia 1951 roku o przejęciu aptek na własność państwa (Dz. U. z 1951 roku nr 1 poz. 1).
5. Ustawa z dnia 8 stycznia 1951 roku o aptekach (Dz. U. z 1951 roku nr 1 poz. 2).
6. Ustawa z dnia 8 stycznia 1951 roku o środkach farmaceutycznych i odurzających oraz artykułach sanitarnych (Dz. U. z 1951 roku nr 1 poz. 4).
7. Ustawa z dnia 8 stycznia 1951 roku o zniesieniu Izb Aptekarskich (Dz. U. z 1951 roku nr 1 poz. 3).
8. Ustawa z dnia 23 grudnia 1988 roku o działalności gospodarczej (Dz. U. z 1988 roku nr 41 poz. 324 z późn. zm.).
9. Ustawa z dnia 19 kwietnia 1991 roku o izbach aptekarskich (Dz. U. z 1991 roku nr 41 poz. 179 z późn. zm.).
10. Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 roku o zawodzie lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2002r. nr 21 poz. 204, z późn. zm.).
11. Ustawa z dnia 29 sierpnia 1997 roku o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002 roku nr 101 poz. 926 z późn. zm.).
12. Ustawa z dnia 6 września 2001 roku Prawo farmaceutyczne (Dz. U. z 2008 roku nr 45, poz. 271 z późn. zm.).
13. Ustawa z dnia 10 stycznia 2008r. o zmianie ustawy o izbach aptekarskich (Dz. U. z 2008 roku nr 47 z poz. 273).
14. Ustawa z dnia 12 maja 2011 roku o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobach medycznych (Dz. U. z dnia 13 czerwca 2011 roku nr 122, poz. 696, z późn. zm.).
15. Rozporządzenie Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji z dnia 29 kwietnia 2004 roku (Dz. U. z 2004 roku nr 100 poz. 1024.).
16. Narodowy Program Zdrowia na lata 1996-2006.
17. Narodowy Program Zdrowia na lata 2007-2015.
18. Narodowy Program Zdrowia na lata 2016-2020.

7.4. INNE

1. *Europejskie Stowarzyszenie Wydziałów Farmacji: Raport grupy zadaniowej zajmującej się wprowadzaniem do programu nauczaniu przedmiotu Opieka farmaceutyczna*. Czasopismo Aptekarskie 1999, nr 5.
2. Główny Urząd Statystyczny. *Rocznik Statystyczny Rzeczypospolitej Polskiej*. GUS, Warszawa 2001.
3. Główny Urząd Statystyczny. Wynik Narodowego Spisu Powszechnego Ludności i Mieszkań 2011. *Podstawowe informacje o sytuacji demograficzno-społecznej ludności Polski oraz zasobach mieszkaniowych*. GUS, Warszawa 2012.
4. Główny Urząd Statystyczny. *Rocznik Statystyczny Województw*. GUS, Warszawa 2013
5. Główny Urząd Statystyczny. *Zdrowi i ochrona zdrowia w 2012 r.* GUS, Warszawa 2013.
6. <http://abcproject.eu/img/Puls.pdf> (stan na dzień 22 kwietnia 2015)
7. http://www.aptekarzypolski.pl/index.php?option=com_content&task=view&id=546&Itemid=102 (stan na dzień 20 kwiecień 2015)
8. <https://systemeureka.com/documents/75412> (stan na dzień 25 kwiecień 2015)
9. http://www.farmacja-polska.org.pl/cms/uploads/dokumenty/APTEKA_2013_PharmaExpert.pdf (stan na dzień 18 wrzesień 2014)
10. http://www.farmacja-polska.org.pl/cms/uploads/dokumenty/OBRAZ_POLSKIEGO_RYNKU_FARMACEUTYCZNEGO.pdf (stan na dzień 22 wrzesień 2014)
11. <http://www.farmacjaija.pl/poradnik-farmaceuty/opieka-farmaceutyczna/opieka-farmaceutyczna-w-polsce-i-na-swiecie.html> (stan na dzień 28 kwietnia 2015)
12. http://www.fip.org./?page=menu_about (stan z dnia 25 czerwiec 2014)
13. <http://www.google.pl/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&ved=0CDEQFjAB&url=http%3A%2F%2Fwww.csioz.gov.pl%2Ffile.php%3Fs%3DcD81Ng%3D%3D&ei=7V7EUtHGMMLw4gSH9ICgBw&usg=AFQjCNHyCtl8Kdzu6QHupT64Rz57XXv9yg> (stan na dzień 02 lipiec 2014)
14. http://www.google.pl/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=6&cad=rja&uact=8&ved=0CD0QFjAF&url=http%3A%2F%2Fwww.wichrowski.net%2Fstat%2F2Fx2.doc&ei=Wlr_VKPKCYG8UoO-gpAP&usg=AFQjCNHbgMycMukuRHXDQGD6GJ4_2ubMBQ&bvm=bv.87611401,d.d24 (stan na dzień 5 styczeń 2015)
15. http://www.infozdrowie.org/attachments/leki2013/4_kucharewicz.pdf (stan na dzień 15 wrzesień 2014)
16. <http://www.mz.gov.pl/ministerstwo/wspolpraca-miedzynarodowa/wspolpraca-z-organizacjami-miedzynarodowymi/swiatawa-organizacja-zdrowia-who/who-informacje-ogolne> (stan na dzień 14 wrzesień 2014)

17. <http://www.mz.gov.pl/zdrowie-i-profilaktyka/promocja-zdrowia> (stan na dzień 3 marzec 2015)
18. http://www.naukowiec.org/wiedza/statystyka/poprawka-na-ciaglosc-yatesa_517.html (stan na dzień 2 kwiecień 2015)
19. <http://www.nazdrowie.pl/artukul/opieka-farmaceutyczna-na-swiecie> (stan na dzień 25 kwiecień 2015)
20. <http://www.parp.gov.pl/files/74/81/713/20012.pdf> (stan na dzień 8 luty 2015)
21. <http://www.pmrpublications.com/press-releases/247/rynek-farmaceutyczny-w-polsce-w-latach-2011-2013-tylko-umiarkowany-wzrost>. (stan na dzień 12 grudzień 2014)
22. <http://www.prawoimedycyna.pl/?str=artykul&id=126> (stan na dzień 28 kwiecień 2015)
23. <http://www.rynekapteki.pl/dystrybucja/statystycznie-co-trzecia-apteka-powinna-byc-zlikwidowana,2538.html> (stan na dzień 15 września 2014)
24. Międzynarodowa Federacja Farmaceutyczna. *Deklaracja zasad: Samoopieka wraz z samoleczeniem –Zawodowa rola aptekarza*. Farm Pol 1997; 53:463.
25. Pączkowska M. *Korzystanie z leków i ich dostępność*. Raport z badań. Wydział Bada i Analiz Socjologicznych CSIOZ, 2008.
26. Rezolucja Rady Europy ResAP (2001)2 dotycząca roli aptekarza w zakresie bezpieczeństwa zdrowia z 21 marca 2001 roku.
27. R Development Core Team (2009). R: A language and environment for statistical computing. R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria. ISBN 3-900051-07-0, URL <http://www.R-project.org>.
28. Traktat o Unii Europejskiej (Traktat z Maastricht), podpisany 7 lutego 1992 roku, wszedł w życie 1 listopada 1993 roku, Tytuł X Zdrowie Publiczne, art. 129.
29. Wojtyniak B., Gorczyński P. *Sytuacja zdrowotna ludności Polski*. Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego, Warszawa 2008.
30. www.pharmaexpert.pl/aktualnosci (stan z dnia 25 lipiec 2014)
31. www.pharmaexpert.pl/aktualnosci/spadek-liczby-w-polsce.html (stan z dnia 28 sierpień 2014)
32. www.nfz.gov.pl Komunikaty NFZ (stan na dzień 10 wrzesień 2014)

8. WYKAZ TABEL.

1. Ludność w wieku nieprodukcyjnym na 100 osób w wieku produkcyjnym – według NSP (Narodowy Spis Ludności 2011) 2011 i 2002.
2. Apteka jako instytucja spełniająca rolę placówki ochrony zdrowia - opinia w zależności od wieku badanych farmaceutów.
3. Aptekarz jako pracownik podmiotu leczniczego - opinia w zależności od wieku badanych farmaceutów.
4. Najważniejsze zadania i wytyczne współczesnych aptekarzy - opinia w zależności od wieku badanych farmaceutów.
5. Argumenty za udziałem aptekarzy w promocji i profilaktyce zdrowia - opinia w zależności od wieku badanych farmaceutów.
6. Obecne ustawodawstwo farmaceutyczne - opinia w zależności od wieku badanych farmaceutów.
7. Obecne ustawodawstwo farmaceutyczne - opinia w zależności od zajmowanego stanowiska badanych farmaceutów.
8. Szanse na ocalenie prestiżu zawodowego - opinia w zależności od wieku badanych farmaceutów.
9. Szanse na ocalenie prestiżu zawodowego - opinia w zależności od zajmowanego stanowiska farmaceutów.
10. Opinia farmaceutów na temat: otwierania aptek tylko przez farmaceutów, liczby posiadanych aptek przez jednego farmaceutę, możliwości otwierania aptek na podstawie koncesji.
11. Przygotowanie studentów farmacji do realizowania służby farmaceutycznej - opinia w zależności od wieku badanych aptekarzy.
12. Przyczyny dla których pacjent udaje się w pierwszej kolejności po pomoc do apteki - opinia w zależności od wieku badanych pacjentów.
13. Przyczyny dla których pacjent udaje się w pierwszej kolejności po pomoc do apteki - opinia w zależności od wykształcenia badanych pacjentów.
14. Kwalifikacje farmaceutów - opinia w zależności od wieku badanych pacjentów.
15. Kwalifikacje farmaceutów - opinia w zależności od wykształcenia badanych pacjentów.
16. Aptekarze zwracają szczególną uwagę - opinia w zależności od wieku badanych pacjentów.
17. Wybór apteki w zależności od wieku badanych pacjentów.
18. Oczekiwania wobec aptekarzy - opinia w zależności od wieku badanych pacjentów.
19. Oczekiwania wobec aptekarzy - opinia w zależności od płci badanych pacjentów.
20. Oczekiwania wobec aptekarzy - opinia w zależności od wykształcenia badanych pacjentów.

9. WYKAZ WYKRESÓW.

1. Procentowy rozkład płci ankietowanych farmaceutów.
2. Procentowy rozkład wieku badanych farmaceutów.
3. Rozkład procentowy ankietowanych farmaceutów w zależności od zajmowanego stanowiska w aptece.
4. Procentowy rozkład płci badanych pacjentów.
5. Procentowy rozkład wieku badanych pacjentów.
6. Procentowy rozkład wykształcenia badanych pacjentów.
7. Apteka jako instytucja spełniająca rolę placówki ochrony zdrowia - opinia farmaceutów.
8. Aptekarz jako pracownik podmiotu leczniczego - opinia farmaceutów.
9. Najważniejsze zadania i wytyczne współczesnych aptekarzy - opinia farmaceutów.
10. Argumenty za udziałem aptekarzy w promocji i profilaktyce zdrowia - opinia farmaceutów.
11. Udział aptekarzy w promocji i profilaktyce zdrowia - opinia farmaceutów.
12. Utrudnienia i przeszkody dla realizacji zadań ochrony i promocji zdrowia w aptekach - opinia farmaceutów.
13. Warunki personalno-techniczne w aptece - opinia farmaceutów.
14. Zadania realizowane przez farmaceutę w trakcie obsługi pacjenta - opinia farmaceutów.
15. Argumenty na które wpływa opieka farmaceutyczna, edukacja pacjentów, udział farmaceutów w samoleczeniu i rzetelna informacja o leku - opinia farmaceutów.
16. Aptekarz wpływa na koszty leczenia pacjentów - opinia farmaceutów.
17. Czynniki decydujący o zmniejszeniu kosztów leczenia pacjentów - opinia farmaceutów.
18. Częstość propozycji wydania przez aptekarza tańszego zamiennika - opinia pacjentów.
19. Obecne ustawodawstwo farmaceutyczne - opinia farmaceutów.
20. Wsparcie ze strony właścicieli lub kierowników apteki w stosowaniu najnowszych wytycznych i zadań aptekarzy w ochronie zdrowia - opinia farmaceutów.
21. Szanse na ocalenie prestiżu zawodowego - opinia farmaceutów.
22. Apteki własnością wyłącznie aptekarzy - opinia farmaceutów.
23. Farmaceuta właścicielem tylko jednej apteki - opinia farmaceutów.
24. Apteki otwierane tylko na podstawie koncesji - opinia farmaceutów.
25. Możliwość otwierania aptek przez inne osoby niż farmaceuci - opinia farmaceutów.
26. Przygotowanie studentów farmacji do realizowania służby farmaceutycznej - opinia farmaceutów.
27. Kierunki studiów farmaceutycznych i ich reforma - opinia farmaceutów.
28. Potrzeba ciągłego kształcenia wśród aptekarzy - opinia farmaceutów.
29. Odpowiedzialność farmaceutów za samodzielne stosowanie leków przez pacjenta - opinia farmaceutów.
30. Dolegliwości z którymi pacjent udaje się w pierwszej kolejności do apteki - opinia pacjentów.
31. Przyczyny dla których pacjent udaje się w pierwszej kolejności po pomoc do apteki - opinia pacjentów.

32. Kwalifikacje farmaceutów - opinia pacjentów.
33. Informacje otrzymane w aptece - opinia pacjentów.
34. Aptekarz bierze udział w leczeniu chorób i uzupełnia działania lekarza - opinia pacjentów.
35. Aptekarze zwracają szczególną uwagę - opinia pacjentów.
36. Ocena pracy aptekarzy - opinia pacjentów.
37. Czynniki decydujące o wyborze apteki przez pacjenta.
38. Wybór apteki przez pacjenta.
39. Oczekiwania wobec aptekarzy - opinia pacjentów.
40. Oczekiwania wobec aptekarzy - opinia farmaceutów.

10. ANEKS.

Poniższa ankieta skierowana do Pani/Pana ma zbadać w jakim stopniu apteka realizuje zadania z zakresu opieki zdrowotnej. Badanie jest całkowicie anonimowe, a otrzymane wyniki posłużą do celów naukowych. Po przeczytaniu pytania proszę wybrać, jedną lub więcej jeśli wymaga tego pytanie, z wybranych przez siebie odpowiedzi i zakreślić krzyżykiem. Niektóre z pytań wymagają udzielenia opisowej odpowiedzi.

ANKIETA DLA APTEKARZY

1. Kwestionariusz osobowy:

Płeć	Wiek	Stanowisko w aptece
<input type="checkbox"/> Kobieta	<input type="checkbox"/> 24 – 35	<input type="checkbox"/> Właściciel
<input type="checkbox"/> Mężczyzna	<input type="checkbox"/> 36 – 50	<input type="checkbox"/> Kierownik i właściciel
	<input type="checkbox"/> Powyżej 50	<input type="checkbox"/> Kierownik
		<input type="checkbox"/> Pracownik

2. Czy Pani/Pana zdaniem:

- apteka jako instytucja spełnia rolę placówki ochrony zdrowia

<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> nie wiem
------------------------------	------------------------------	-----------------------------------

- aptekarz jest pracownikiem podmiotu leczniczego

<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> nie wiem
------------------------------	------------------------------	-----------------------------------

3. Pani/Pana zdaniem, najważniejsze zadania i wytyczne współczesnych aptekarzy to (minimum 3 odpowiedzi):

- współudział w leczeniu chorego
- promocja i profilaktyka zdrowia
- zaopatrzenie pacjentów w leki
- informacje o leku
- odpowiedzialność za samoleczenie pacjentów
- prowadzenie farmakoterapii chorób
- stosowanie farmakoekonomiki i racjonalnej gospodarki lekami
- monitorowanie leczenia chorób przewlekłych i cywilizacyjnych

4. Co Pani/Pan rozumie przez pojęcie:

Informacja o leku

.....

Farmakoterapia

chorób.....

Farmakoekonomika

.....

5. Czy uważa Pani/Pan, że aptekarz może i powinien brać na siebie odpowiedzialność za samodzielne stosowanie leków przez pacjentów:

<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> nie wiem
------------------------------	------------------------------	-----------------------------------

6. Aptekarze w aptekach ogólnodostępnych mogą brać udział w promocji zdrowia i profilaktyce chorób (minimum 2 odpowiedzi):

- ze względu na lokalizację i dostępność aptek
- ponieważ posiadają medyczne wykształcenie
- są fachowymi pracownikami podmiotów leczniczych
- mają kontakt zarówno z ludźmi w różnych przedziałach wiekowych oraz chorującymi na choroby przewlekłe

7. Aptekarze biorą udział w promocji i profilaktyce zdrowia ponieważ:

- są odpowiedzialni za sprzedaż leków OTC
- spełniają rolę informatorów o lekach

8. Utrudnienia i przeszkody dla realizacji zadań ochrony i promocji zdrowia w aptekach to:

- brak zainteresowania aptekarstwem jako zawodem ochrony zdrowia ze strony państwa, rządu
- zbyt małe zainteresowanie i zaangażowanie ze strony aptekarzy
- brak odpowiednio liczonego personelu fachowego w aptekach
- brak podstaw prawnych
- źle skonstruowane i niedostosowane programy kształcenia akademickiego
- brak odpowiednich kwalifikacji
- brak warunków techniczno-lokalowych
- brak czasu

9. Jakie warunki personalno-techniczne są spełnione w aptece, w której Pani/Pan pracuje dla realizowania zadań apteki jako placówki opieki zdrowotnej:

- odpowiednio liczny personel fachowy
- osobny gabinet dla udzielania porad farmaceutycznych
- podjazd dla osób niepełnosprawnych i wózków dziecięcych
- materiały i urządzenia służące do demonstracji obsługi ciśnieniomierzy domowych, glukometrów, inhalatorów oraz stosowania materiałów medycznych.

10. Czy aptekarz może wpływać na koszty leczenia pacjentów:

<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie
------------------------------	------------------------------

W jaki sposób.....

11. Które z wymienionych niżej zadań realizuje Pani/Pan w trakcie obsługi pacjentów:

- farmakoekonomię i racjonalną gospodarkę lekiem
- opiekę farmaceutyczną
- edukację zdrowotną
- informację o leku
- pomoc w leczeniu łagodniejszych chorób i dolegliwości
- podejmowanie decyzji w sprawach samodzielnego stosowania leków bez recepty przez pacjentów

12. Czy według Pani/Pana opieka farmaceutyczna, edukacja pacjentów, udział w samoleczeniu i rzetelna informacja o leku:

- wpływają na zmianę postawy i zachowania pacjentów
- zmniejszają koszty leczenia
- zwiększają efekty leczenia
- zwiększają bezpieczeństwo zażywania leków
- odciążają lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej
- przedłużają życie i eliminują przedwczesne zgony
- zwiększają uczestnictwo pacjentów w procesie leczenia
- przeciwdziałają lekomanii, narkomanii i polipragmazji lekowej

13. Czy właściciel lub kierownik apteki, w której Pani/Pan pracuje wymaga, zachęca lub zaleca stosowanie najnowszych wytycznych i zadań aptekarzy w ochronie zdrowia:

<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie
------------------------------	------------------------------

W jaki sposób.....

14. Według Pani/Pana pacjenci oczekują od aptekarzy (minimum 4 odpowiedzi):

- życzliwości
- rozmowy na temat leków i chorób
- zainteresowania
- fachowości i szerokiej wiedzy na temat leków
- liczenia kosztów leczenia i proponowania tańszych odpowiedników
- informacji na temat leków, diety, aktywności fizycznej, zdrowego stylu życia, promocji i profilaktyki chorób
- podejmowania decyzji w sprawie doboru leków OTC i brania za tę czynność odpowiedzialności

15. Czy Pani/Pana zdaniem absolwenci studiów farmaceutycznych są odpowiednio i dostatecznie przygotowani do realizowania służby farmaceutycznej:

<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> nie wiem
------------------------------	------------------------------	-----------------------------------

16. W kierunku jakich przedmiotów Pani/Pana zdaniem powinny być reformowane programy studiów farmaceutycznych (minimum 2 odpowiedzi):

- teoretycznych
- praktycznych
- społecznych
- prawnych
- ekonomicznych

17. Czy Pani/Pana zdaniem ustawodawstwo farmaceutyczne:

- precyzuje zadania i wytyczne dla aptekarzy
- wspiera aptekarzy w ich pracy zawodowej
- popiera nowe wytyczne i zadania w ochronie zdrowia
- wyznacza kierunki działań aptekarzy
- obliguje do wykonywania określonych zadań w ochronie zdrowia
- informuje o zadaniach i obowiązkach, kompetencjach i uprawnieniach aptekarzy oraz sankcjach karnych niewykonywania określonych działań aptecznych

18. Czy uważa Pani/Pan, że kształcenie ciągłe i obowiązek stałego podnoszenia kwalifikacji przez aptekarzy jest potrzebny i niezbędny dla profesjonalnego wykonywania czynności aptecznych:

<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> nie wiem
------------------------------	------------------------------	-----------------------------------

19. Czy Pani/Pana zdaniem:

- apteka powinna być własnością wyłącznie aptekarza:

<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> nie wiem
------------------------------	------------------------------	-----------------------------------

- aptekarz powinien posiadać tylko jedną aptekę

<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> nie wiem
------------------------------	------------------------------	-----------------------------------

- apteki powinny być otwierane na podstawie koncesji

<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> nie wiem
------------------------------	------------------------------	-----------------------------------

20. Czy Pani/Pana zdaniem możliwość otwierania aptek przez inne osoby niż aptekarze powoduje (minimum 3 odpowiedzi):

- zmniejszenie się prestiżu i rangi zawodu
- niezdrową konkurencję pomiędzy aptekami
- komercję aptek
- zmniejszenie się rentowności aptek
- inwazję obcego kapitału do aptek oraz tworzenie sieci
- utrudnienie dostępności pacjentów do leku

21. Czy nowe obowiązki i przesłanki zawodu aptekarskiego są szansą na ocalenie prestiżu zawodowego, rangi placówek aptecznych oraz szacunku społeczeństwa:

<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> nie wiem
------------------------------	------------------------------	-----------------------------------

Dziękuję za udzielenie odpowiedzi.

Poniższa ankieta skierowana do Pani/Pana ma zbadać w jakim stopniu apteka realizuje zadania z zakresu opieki zdrowotnej. Badanie jest całkowicie anonimowe, a otrzymane wyniki posłużą do celów naukowych. Po przeczytaniu pytania proszę wybrać jedną lub więcej jeśli wymaga tego pytanie z wybranych przez siebie odpowiedzi i zakreślić krzyżykiem.

ANKIETA DLA PACJENTÓW

1. Kwestionariusz osobowy

Płeć	Wiek	Wykształcenie
<input type="checkbox"/> Kobieta	<input type="checkbox"/> 24 – 35	<input type="checkbox"/> Podstawowe
<input type="checkbox"/> Mężczyzna	<input type="checkbox"/> 36 – 50	<input type="checkbox"/> Zawodowe
	<input type="checkbox"/> Powyżej 50	<input type="checkbox"/> Średnie
		<input type="checkbox"/> Wyższe

1. Czy kupuje Pani/Pan leki:

- w jednej, wybranej przez siebie, stale tej samej aptece
- w kilku różnych wybranych przez siebie aptekach
- w różnych, przypadkowo spotkanych aptekach

3. Czym się Pani/Pan kierują przy wyborze apteki (minimum 2 odpowiedzi):

- dostępnością apteki (centrum, ruchliwa ulica, niewielka odległość od domu)
- pełen asortyment leków
- fachowa obsługa
- możliwość korzystania z porady w osobno do tego wydzielonym do tego celu gabinecie

4. Jakie są Pani/Pana oczekiwania dotyczące aptekarzy i ich pracy w aptece (minimum 4 odpowiedzi):

- miła atmosfera
- życzliwość
- zainteresowanie
- pomoc w wyborze leków dostępnych bez recepty
- proponowanie tańszych leków, tańszych odpowiedników
- udzielanie informacji na temat leków, zdrowego odżywiania się, aktywności fizycznej
- umiejętność pomocy w leczeniu przeziębień, stanów grypowych, bólu głowy, stłuczeń i innych łagodniejszych schorzeń

5. Czy jest Pani/Pan zadowolona z pracy aptekarzy i oferowanych przez nich usługi farmaceutycznych:

<input type="checkbox"/> tak, zawsze	<input type="checkbox"/> prawie zawsze	<input type="checkbox"/> często	<input type="checkbox"/> rzadko	<input type="checkbox"/> nigdy
--------------------------------------	--	---------------------------------	---------------------------------	--------------------------------

6. Z jakimi dolegliwościami i schorzeniami udaje się Pani/Pan w pierwszej kolejności do apteki (minimum 3 odpowiedzi):

- ból głowy, gardła
- przeziębienie, grypa
- stłuczenia
- problemy ze skórą, włosami
- wysypka
- kaszel
- ból stawów
- zaparcia

7. Przyczyny, dla których z łagodniejszymi dolegliwościami udaje się Pani/Pan w pierwszej kolejności do apteki to:

- brak czasu na rejestrację i wizytę u lekarza
- niezadowolenie z usług lekarskich
- utrudniona dostępność do lekarza rodzinnego
- szeroki asortyment leków bez recepty w aptekach
- fachowa obsługa i pomoc ze strony aptekarzy
- dostępność aptek

8. Czy uważa Pani/Pan, że aptekarze mają odpowiednie kwalifikacje i wiedzę oraz podstawy prawne, aby udzielić porad na temat leczenia łagodniejszych chorób i dolegliwości oraz proponować lub wybierać na te schorzenia leki dostępne bez recepty:

<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> nie wiem
------------------------------	------------------------------	-----------------------------------

9. Czy zdarzyło się, że aptekarz zaproponował Pani/Panu lek tańszy np. zamiennik leku przepisane przez lekarza, bardziej ekonomiczne opakowanie witamin itp.:

<input type="checkbox"/> tak, bardzo często	<input type="checkbox"/> tak, czasami	<input type="checkbox"/> tak, ale sporadycznie	<input type="checkbox"/> nie, nigdy
---	---------------------------------------	--	-------------------------------------

10. Jakie informacje można bez problemu uzyskać w aptece, w której kupuje Pani/Pan leki:

- na temat stowarzyszeń osób przewlekle chorych
- na temat chorób i dolegliwości na które Pani/Pan cierpi
- dotyczące świadczeń systemu opieki zdrowotnej
- na temat możliwości rehabilitacji
- na temat zdrowego odżywiania, zdrowego stylu życia
- stosowania i przechowywania leków, ich działania niepożądanego
- dotyczące metod leczenia nałogu papierosowego
- testów do wykrywania narkotyków

11. Czy uważa Pani/Pan, że aptekarz bierze udział w leczeniu chorób, uzupełnia działanie lekarza, odciąża go w leczeniu łagodniejszych schorzeń:

<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> nie wiem
------------------------------	------------------------------	-----------------------------------

12. Czy zdarzyło się Pani/Panu, że aptekarz wydając leki na daną chorobę zwrócił szczególną uwagę na:

- sposób przechowywania leku
- sposób stosowania leku
- dawkowanie leku
- działania niepożądane i toksyczne leku
- odpowiednią dietę w trakcie stosowania leku
- możliwość występowania interakcji z innymi lekami
- choroby towarzyszące

13. Kiedy zwraca się Pani/Pan do aptekarza po poradę i pomoc w łagodniejszych problemach zdrowotnych to:

- aptekarz nie wykazuje większego zainteresowania, szybko i mechanicznie wydaje lek dostępny bez recepty
- aptekarz pilnie słucha zgłaszanych dolegliwości, ale nie zadaje pytań, aby dowiedzieć się szczegółów, następnie szybko dobiera i sprzedaje lek
- aptekarz wykazuje duże zainteresowanie, pyta o szczegóły, zbiera dokładny wywiad, następnie sprzedaje leki lub odsyła do lekarza

Dziękuję za udzielenie odpowiedzi.