

Wydział Gospodarki Międzynarodowej



UNIWERSYTET EKONOMICZNY
W POZNANIU

Dominika Grzywińska

**Determinanty procesu podejmowania decyzji na rynku
generycznych leków receptowych w Polsce**

Rozprawa doktorska

Promotor:
Prof. dr hab. Henryk Mruk

Poznań 2013

Spis treści

WSTĘP.....	5
1. KRYTYCZNA ANALIZA TEORII ZACHOWAŃ KONSUMENTA I JEJ ZNACZENIE W PROCESIE PODEJMOWANIA DECYZJI ZAKUPOWYCH.....	12
1.1. Pojęcie rynku – miejsce konsumenta na rynku.....	12
1.1.1. Rynek	12
1.1.2. Konsument i jego zachowania.....	21
1.1.3. Proces podejmowania decyzji o zakupie.....	27
1.2. Ekonomiczne determinanty zachowań konsumentów.....	36
1.3. Demograficzne i społeczne determinanty zachowań konsumentów	42
1.4. Psychologiczne determinanty zachowań konsumentów	50
1.5. Analiza czynników kształtujących decyzje zakupowe na rynku farmaceutycznym i ich wpływ na rynek leków generycznych.....	53
1.5.1. Aktywność rynkowa firm farmaceutycznych.....	55
1.5.2. Koszty ponoszone na zakup produktów farmaceutycznych przez pacjenta	64
1.5.3. Oczekiwanie najwyższej możliwej skuteczności oraz bezpieczeństwa terapii lekowej.....	72
2. PRZEDMIOTOWA I PODMIOTOWA ANALIZA RYNKU FARMACEUTYCZNEGO Z UWZGLĘDNIENIEM RYNKU LEKÓW GENERYCZNYCH.....	74
2.1. Rynek farmaceutyczny.....	74
2.1.1. Definicje i charakterystyka rynku farmaceutycznego	74
2.1.2. Etapy rozwoju przemysłu farmaceutycznego.....	78
2.1.3. Niesprawności rynku farmaceutycznego i ich konsekwencje	80
2.1.4. Rola państwa na rynku farmaceutycznym.....	83
2.1.5. Polityka Lekowa – Koncepcja WHO	90
2.2. Rynek farmaceutyczny w Polsce	97
2.2.1. Ramy prawne funkcjonowania rynku farmaceutycznego w Polsce	97
2.2.2. Narzędzia regulacji rynku	99
2.2.3. Struktura rynku farmaceutycznego w Polsce	109
2.3. Rynek leków generycznych.....	117
2.3.1. Definicja i miejsce leków generycznych w rynku farmaceutycznym	117
2.3.2. Patenty a leki generyczne.....	123
2.3.3. Struktura rynku leków generycznych w Polsce.....	130
3. METODYKA BADAŃ WŁASNYCH	135
3.1. Narzędzia i metodyka badań własnych.....	135
3.1.1. Badanie jakościowe.....	136

3.1.2. Badania ilościowe	137
3.2. Metodyka wnioskowania z badań własnych.....	147
4. POPYTOWE UWARUNKOWANIA FUNKCJONOWANIA RYNKU LEKÓW GENERYCZNYCH W POLSCE W ŚWIETLE BADAŃ WŁASNYCH	150
4.1. Determinanty procesu podejmowania decyzji o wyborze leków – perspektywa pacjenta	150
4.1.1. Znaczenie ceny, bezpieczeństwa i skuteczności leku.....	150
4.1.2. Percepcja różnicy w skuteczności pomiędzy lekami generycznymi a oryginalnymi	153
4.1.3. Częstość próśb o zamianę leku na tańszy.....	157
4.1.4. Percepcja jakości tańszych leków	162
4.1.5. Korzystanie z innych źródeł informacji na temat schorzenia przed wizytą u lekarza	167
4.1.6. Typologia pacjentów ze względu na ich podejście do leków w świetle badań własnych	174
4.2. Determinanty procesu podejmowania decyzji o wyborze leków – perspektywa lekarza.....	179
4.2.1. Wybór pomiędzy lekami generycznymi a oryginalnymi	179
4.2.2. Częstość próśb pacjenta o zamianę leku na tańszy	183
4.2.3. Opinia lekarzy na temat leków generycznych i oryginalnych.....	188
4.2.4. Stosunek do systemu refundacji leków	201
4.2.5. Źródła informacji o nowych lekach	213
4.3. Determinanty procesu podejmowania decyzji o wyborze leków – perspektywa farmaceuty	217
4.3.1. Zamiana leków oryginalnych na generyczne	217
4.3.2. Świadomość pacjenta na temat leków generycznych w opinii farmaceutów	221
4.3.3. Znaczenie ceny leków dla pacjenta w opinii farmaceutów	229
4.3.4. Opinia farmaceutów o lekach generycznych i oryginalnych.....	231
ZAKOŃCZENIE.....	235
BIBLIOGRAFIA.....	245
SPIS TABEL.....	259
SPIS RYCIN	261
ANEKS.....	267

WYKAZ WAŻNIEJSZYCH SKRÓTÓW UŻYTYCH W PRACY

AOTM	–	Agencja Oceny Technologii Medycznych
ATC	<i>Anatomical Therapeutic Chemical Classification</i>	Klasyfikacja anatomiczno-terapeutyczno-chemiczna
CP	<i>Central Procedure</i>	Procedura Centralna dopuszczenia produktów leczniczych do obrotu rynkowego
DCP	<i>Decentralized Procedure</i>	Procedura Zdecentralizowana dopuszczenia produktów leczniczych do obrotu rynkowego
DDD	–	Dzienna Dopuszczalna Dawka
EGA	<i>European Generic Association</i>	Europejskie Stowarzyszenie Producentów Leków Generycznych
EMA	<i>European Medicines Agency</i>	Europejska Agencja Leków
FDA	<i>Food and Drug Administration</i>	Amerykańska Agencja ds. Żywności i Leków
FMOT	<i>First Moment of Truth</i>	Pierwszy moment prawdy
GCP	<i>Good Clinical Practice</i>	Dobra Praktyka Kliniczna
GLP	<i>Good Laboratory Practice</i>	Dobra Praktyka Laboratoryjna
GMP	<i>Good Manufacturing Practice</i>	Dobra Praktyka Wytwarzania
INN	<i>International Nonproprietary Name</i>	Nieopatentowana Nazwa Międzynarodowa
MRS	<i>Mutual Recognition Procedure</i>	Procedura Wzajemnego Uznania
NFZ	–	Narodowy Fundusz Zdrowia
OTC	<i>Over-the-counter</i>	Leki dostępne bez recepty
RMS	<i>Reference Member State</i>	Kraj Referencyjny
SPC	<i>Supplementary Protection Certificate</i>	Dodatkowe Prawa Ochronne
SMOT	<i>Second Moment of Truth</i>	Drugi moment prawdy
WHA	<i>World Health Association</i>	Światowe Stowarzyszenie Zdrowia
WHO	<i>World Health Organization</i>	Światowa Organizacja Zdrowia
ZMOT	<i>Zero Moment of Truth</i>	Zerowy moment prawdy

WSTĘP

Rynek farmaceutyczny, tak w Polsce jak i w innych krajach, jest rynkiem regulowanym w praktycznie wszystkich aspektach jego funkcjonowania – począwszy od jakości, skuteczności i bezpieczeństwa produktu, poprzez jego cenę, po działania promocyjne i dystrybucję. Związane jest to z tym, że państwo zarówno ponosi odpowiedzialność za jakość opieki zdrowotnej, jak i pokrywa częściowo jej koszty. Sprawia to, że jest ono wysoce zainteresowane sposobem funkcjonowania rynku opieki zdrowotnej, w tym rynku farmaceutycznego.

Mimo, że rynek farmaceutyczny jest jednym z najbardziej regulowanych rynków w przestrzeni gospodarczej, wybór sposobu leczenia jest jednak tylko w ograniczonym zakresie regulowany. Lekarz, jako główny decydent w procesie wyboru najbardziej odpowiedniej terapii lekowej posiada pewien margines swobody. W ramach tego marginesu może on dokonywać wyboru pomiędzy lekami dopuszczonymi do obrotu dla konkretnej jednostki chorobowej.

Konsument na rynku leków receptowych, czyli pacjent, znacząco różni się od konsumentów na innych rynkach. Przyczyną takiego stanu rzeczy jest fakt, iż wpływ konsumenta na decyzje o wyborze produktu jest znacznie bardziej ograniczony, niż ma to miejsce w przypadku chociażby rynku dóbr konsumenckich (na przykład produktów szybko zbywalnych), oraz nie w pełni ponosi on koszty swojego zakupu. Decyzję o wyborze stosownych leków podejmuje lekarz na podstawie swojej wiedzy medycznej oraz doświadczenia, a rola pacjenta w procesie podejmowania decyzji o jej wyborze jest znacząco ograniczona. Koszt zakupu leków zaś ponosić może nie tylko pacjent, ale również państwo poprzez funkcjonujący system refundacji. Sprawia to, że w skali makroekonomicznej państwo jest istotnym płatnikiem na rynku farmaceutycznym – dla przykładu, w roku 2011 wydatki Narodowego Funduszu Zdrowia na refundację leków wyniosły 8,63 miliarda złotych, co stanowi 48,3 procent całkowitych wydatków

poniesionych na leki receptowe w Polsce (zarówno refundowane, jak i nierefundowane) i 30,8 procent całkowitych nakładów na leki¹.

Specyfiką rynku farmaceutycznego w Polsce jest znaczący w nim udział leków generycznych, szacowany na 84,3 procent w ujęciu wartościowym i 62,4 procent w ujęciu ilościowym, co uzasadnia poświęcenie szczególnej uwagi właśnie temu segmentowi. Leki generyczne posiadają tę samą substancję czynną, co leki oryginalne. Ich wytwarzanie jest możliwe dopiero po upływie okresu ochrony patentowej na lek oryginalny. Ponieważ produkcja leków generycznych wymaga mniejszych nakładów na badania, są one najczęściej znacząco tańsze, niż leki oryginalne. Ze względu na ich niższą cenę, leki generyczne stanowią atrakcyjną alternatywę dla leków oryginalnych. Ma to szczególne znaczenie w związku z dążeniami państw do ograniczenia dynamiki wzrostu wydatków na leki, jednak jest również istotne dla pacjenta, gdyż w mniejszym stopniu obciąża jego budżet.

Zagadnienie zachowań konsumentów na rynku leków receptowych w Polsce, a w szczególności na rynku leków generycznych, jest jak dotąd słabo rozpoznane. Przeprowadzono wiele badań dotyczących zachowań pacjentów na rynku leków OTC (dostępnych bez recepty), jednak czynniki warunkujące zachowania pacjenta przy wyborze leków receptowych, w szczególności leków generycznych, pozostały obszarem, który wymaga badań i głębszego poznania. Wynika to ze wspomnianego wcześniej faktu, iż pacjent nie jest w pełni odpowiedzialny za wybór leków, a także z obowiązującego w Polsce zakazu kierowania działań promocyjnych dotyczących leków receptowych do pacjenta. Poznanie mechanizmów warunkujących zachowania pacjenta na rynku generycznych leków receptowych może przynieść wymierne korzyści w postaci większej efektywności kampanii edukacyjnych dotyczących leków generycznych oraz podniesienia akceptacji dla leków generycznych wśród pacjentów. Docelowo, możliwa będzie optymalizacja nakładów ponoszonych na leki, zarówno publicznych, jak i prywatnych.

¹ Przeliczenia własne na podstawie danych Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ) i PharmaExpert.

Aby całościowo zrozumieć proces podejmowania decyzji o wyborze leków receptowych, należy wziąć pod uwagę również zachowania lekarzy te leki ordynujących, jak i farmaceutów wydających zaordynowane przez lekarza leki, oraz relacje zachodzące pomiędzy pacjentem a lekarzem czy farmaceutą.

Celem głównym niniejszej pracy jest analiza procesu podejmowania decyzji zakupowych na rynku leków receptowych oraz zbadanie jego implikacji dla rynku leków generycznych. Zawężenie obszaru badań do leków generycznych motywowane jest ich znaczącym i rosnącym udziałem w rynku farmaceutycznym w Polsce oraz ich wzrastającą popularnością w skali globalnej. Analiza została przeprowadzona w roku 2011, a więc jeszcze przed wejściem w życie nowej ustawy refundacyjnej (ustawa obowiązuje od dnia 1 stycznia 2012).

W trakcie przeprowadzanych badań sformułowano następujące cele szczegółowe:

- identyfikacja decydentów i ich roli w procesie podejmowania decyzji o wyborze leków;
- analiza czynników wpływających na wybór leków;
- analiza postrzegania leków generycznych przez pacjenta;
- segmentacja pacjentów ze względu na ich stosunek do generycznych leków receptowych oraz ocena implikacji takiej segmentacji dla uczestników tego rynku.

Uwzględniając wszystkie wyżej wymienione cele, w dysertacji postawiono następujące hipotezy badawcze:

H1. Cena jest dla pacjenta kluczowym czynnikiem wyboru leków;

H2. Podejście pacjentów do leków różni się w zależności od płci, wieku i miejsca zamieszkania;

H3. Większa świadomość zdrowotna pacjenta nie wpływa na pogorszenie opinii o lekach generycznych;

H4. Opinia o lekach generycznych jest pozytywna, zarówno wśród lekarzy i farmaceutów, jak i pacjentów, co pozwala na minimalizację wydatków ponoszonych na leki.

Dla zweryfikowania postawionych hipotez badawczych przeprowadzono pogłębione, krytyczne studia literaturowe z zakresu ekonomii, zarządzania, a także psychologii i socjologii. Wykorzystano również dostępne raporty badawcze dotyczące produktów farmaceutycznych oraz zachowań decydentów przy ich wyborze, przygotowane na podstawie badań przeprowadzonych zarówno w Polsce, jak i za granicą. Analizie poddano również dostępne materiały statystyczne, dane rynkowe i raporty dotyczące motywacji i zachowań konsumentów.

Ze względu na fakt, iż studia literaturowe okazały się niewystarczające do weryfikacji postawionych hipotez, przeprowadzone zostały cztery badania empiryczne. Przy projektowaniu metod i technik badawczych, a także interpretacji zebranych wyników, wykorzystano dostępną literaturę z tego zakresu.

Badania empiryczne przeprowadzone na potrzeby niniejszej dysertacji miały charakter zarówno jakościowy, jak i ilościowy. Zrealizowano cztery następujące badania:

- badanie jakościowe w formie wywiadu indywidualnego pogłębionego oparte o własny scenariusz, przeprowadzone na próbie lekarzy pracujących w Polsce. Przeprowadzono łącznie dziesięć takich wywiadów w okresie od kwietnia do maja 2011 roku. Dobór respondentów miał charakter celowy. Podstawą tego badania była analiza dostępnych źródeł literaturowych, a jego celem było dogłębne zrozumienie problemu i specyfiki polskich realiów. Badanie to stało się podstawą do przeprowadzenia badań ilościowych.
- badanie ilościowe na próbie 500 pacjentów powyżej 18 roku życia, przeprowadzone w oparciu o ankietę. Łącznie rozdystrybuowano 508 ankiet, jednak ze względu na ich niekompletność, analizie poddanych zostało 500 z nich. Badanie zostało przeprowadzone w okresie od maja do czerwca 2011 roku. Dobór

próby do tego badania miał charakter kwotowy (proporcjonalny) oparty o trzy kryteria: wiek, płeć oraz miejsce zamieszkania. Liczebność poszczególnych segmentów została ustalona w oparciu o rozkład populacji generalnej. Analizie statystycznej poddano 500 kwestionariuszy. Badanie ilościowe na próbie pacjentów zostało poprzedzone badaniem pilotażowym na próbie 30 osób, które miało na celu weryfikację zrozumienia zadawanych pytań przez respondentów. Podczas badania pilotażowego odkryto, iż pacjenci nie rozumieją pojęcia leków generycznych, dlatego też w kwestionariuszu użytym do badania właściwego naniesiono krótką informację o tym, czym jest lek generyczny.

- badanie ilościowe na próbie 119 lekarzy (łącznie 123 ankiety, z czego cztery niekompletne) przeprowadzone zostało w okresie od maja do czerwca 2011 roku i oparte zostało na kwestionariuszu ankietowym w formie komputerowej i audytoryjnej. Dobór próby miał charakter celowy. Kryterium doboru respondentów do badania było wykonywanie zawodu lekarza oraz przynajmniej roczny staż zawodowy. Ze względu na pozyskaną w trakcie badania jakościową informację, iż lekarze pewnych specjalizacji, takich jak anestezjologia i intensywna terapia, radiologia, organizacja ochrony zdrowia oraz medycyna ratunkowa, przepisują jedynie nieznaczną liczbę recept, zdecydowano o wykluczeniu tych specjalizacji z badania, aby pozyskane w nim informacje były możliwie najbardziej reprezentatywne. Istotną trudnością przy przeprowadzaniu tego badania była ograniczona osiągalność respondentów i ich niechęć do udziału w badaniu. Dodatkowo, pewne obszary tematyczne, takie jak kontakty i relacje z przedstawicielami firm farmaceutycznych okazały się drażliwe.
- badanie ilościowe na próbie 112 farmaceutów (łącznie 118 ankiet, z czego sześć niekompletnych) przeprowadzone zostało w okresie od maja do czerwca 2011 roku w oparciu o kwestionariusz ankietowy w formie audytoryjnej. Dobór próby miał charakter celowy. Za kryterium doboru respondentów do badania przyjęto wykonywanie zawodu farmaceuty.

Wnioskowanie przeprowadzone w niniejszej pracy miało charakter logiczny. Do analizy i oceny zebranych danych w poszczególnych grupach respondentów wykorzystano test Manna-Whitney'a, test Kruskala-Wallisa, test Chi-kwadrat oraz korelację Spearmana. Analizę statystyczną przeprowadzono za pomocą oprogramowania STATISTICA firmy StatSoft, SPSS firmy IBM oraz TANAGRA, opracowanego przez Ricco Rakotomalala².

Przedmiot rozważań niniejszej pracy został ujęty w czterech rozdziałach. Rozdział pierwszy zawiera analizę i ocenę teorii zachowań konsumenta. Został on oparty o dostępną literaturę zwartą, periodyki naukowe oraz inne opracowania traktujące o tymże temacie. Dodatkowo, zawiera on charakterystykę głównych czynników psychologicznych, ekonomicznych oraz demograficznych i społecznych wpływających na decyzje konsumenta. W rozdziale pierwszym przedstawiono również rozważania nad rynkowymi czynnikami determinującymi decyzje zakupowe na rynku farmaceutycznym. Analizie poddano czynniki takie jak: aktywność rynkowa firm farmaceutycznych, koszty ponoszone na leki przez pacjenta oraz oczekiwanie możliwie najwyższej skuteczności i bezpieczeństwa tychże leków. Dodatkowo, przedstawiono specyfikę procesu podejmowania decyzji na rynku leków receptowych.

Rozdział drugi przedstawia podmiotową i przedmiotową analizę rynku farmaceutycznego oraz charakterystykę specyfiki rynku leków generycznych. W rozdziale tym podjęto próbę przedstawienia koncepcji teoretycznych, struktury i uwarunkowań prawnych funkcjonowania rynku farmaceutycznego oraz prezentację specyfiki i cech charakterystycznych funkcjonowania rynku farmaceutycznego w Polsce. Ponadto, przedstawiono pojęcie i miejsce leków generycznych na rynku farmaceutycznym, poddano analizie główne problemy z tymi lekami związane oraz przedstawiono strukturę i charakterystykę funkcjonowania polskiego rynku leków generycznych.

² Ricco Rakotomalala, "TANAGRA: a free software for research and academic purposes", in Proceedings of EGC'2005, RNTI-E-3, vol. 2, pp.697-702, 2005.

W rozdziale trzecim w sposób syntetyczny przedstawiono metody badawcze wykorzystane podczas przeprowadzania badań własnych, przedstawiono zastosowaną metodykę badań.

W rozdziale czwartym zaprezentowano popytowe uwarunkowania funkcjonowania rynku leków generycznych w świetle wyników badań własnych, przeprowadzonych na grupie pacjentów, lekarzy oraz farmaceutów. W szczególności przeprowadzona została analiza statystyczna zjawisk, jakie zaobserwowano podczas badań pierwotnych oraz ocena istotności statystycznej tych zjawisk. Dodatkowo, rozdział czwarty przedstawia typologię pacjentów ze względu na ich podejście do leków w ogóle, oraz leków generycznych w szczególności. Typologia ta została wykonana w oparciu o wyniki badań własnych. Przedstawiono również implikacje dla uczestników rynku wynikające z dokonanej typologii.

W zakończeniu przeprowadzono weryfikację postawionych hipotez badawczych. Zaprezentowano również uogólnione wnioski wypływające z badań własnych oraz studiów literaturowych przeprowadzonych na potrzeby niniejszej dysertacji.

W aneksie, będącym integralną częścią niniejszej pracy, zaprezentowano wykorzystany scenariusz i kwestionariusze badań.

1. KRYTYCZNA ANALIZA TEORII ZACHOWAŃ KONSUMENTA I JEJ ZNACZENIE W PROCESIE PODEJMOWANIA DECYZJI ZAKUPOWYCH

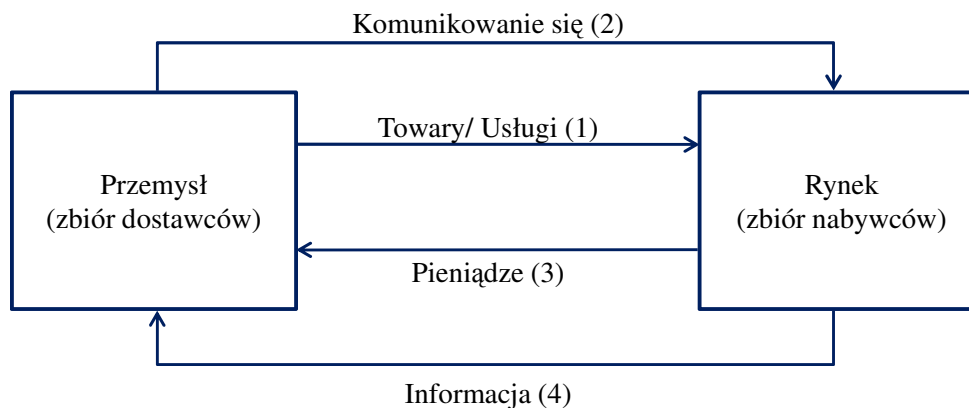
1.1. Pojęcie rynku – miejsce konsumenta na rynku

1.1.1. Rynek

W celu jak najbardziej dokładnego zdefiniowania zachowań konsumentów konieczne jest sprecyzowanie pojęć rynku, konsumenta, oraz jego miejsca i roli na rynku.

W ujęciu tradycyjnym rynek to fizyczne miejsce spotkań dostawców i odbiorców. We współczesnej literaturze rynek definiuje się jako zbiór sprzedających i kupujących, którzy poprzez faktyczne lub potencjalne interakcje definiują cenę produktu lub grupy produktów [Pindyck 2012, s. 1]. Kotler [2005, s. 9-10] dowodzi, iż sprzedawcy i kupujący na rynku są powiązani czterema kanałami, co przedstawione zostało na Rycinie 1.

Rycina 1. Powiązania pomiędzy uczestnikami rynku



Źródło: Kotler 2005, s. 10

Sprzedawcy dostarczają na rynek towary lub usługi (kanał pierwszy) oraz informacje, takie jak reklama, informacje o produkcie (kanał drugi). W odpowiedzi otrzymują natomiast pieniądze, będące zapłatą za te produkty lub usługi (kanał trzeci) oraz informacje dotyczące nastawienia i preferencji konsumentów czy wielkości sprzedaży

(kanał czwarty). Należy zauważyć, iż kanał drugi i kanał czwarty tworzą pętlę przedstawiającą wymianę informacji na rynku.

Sawhney [1999, s. 119] proponuje z kolei koncepcję metarynku, czyli zbioru produktów i usług, wzajemnie się uzupełniających, ściśle ze sobą powiązanych, ale rozrzuconych w różnych branżach.

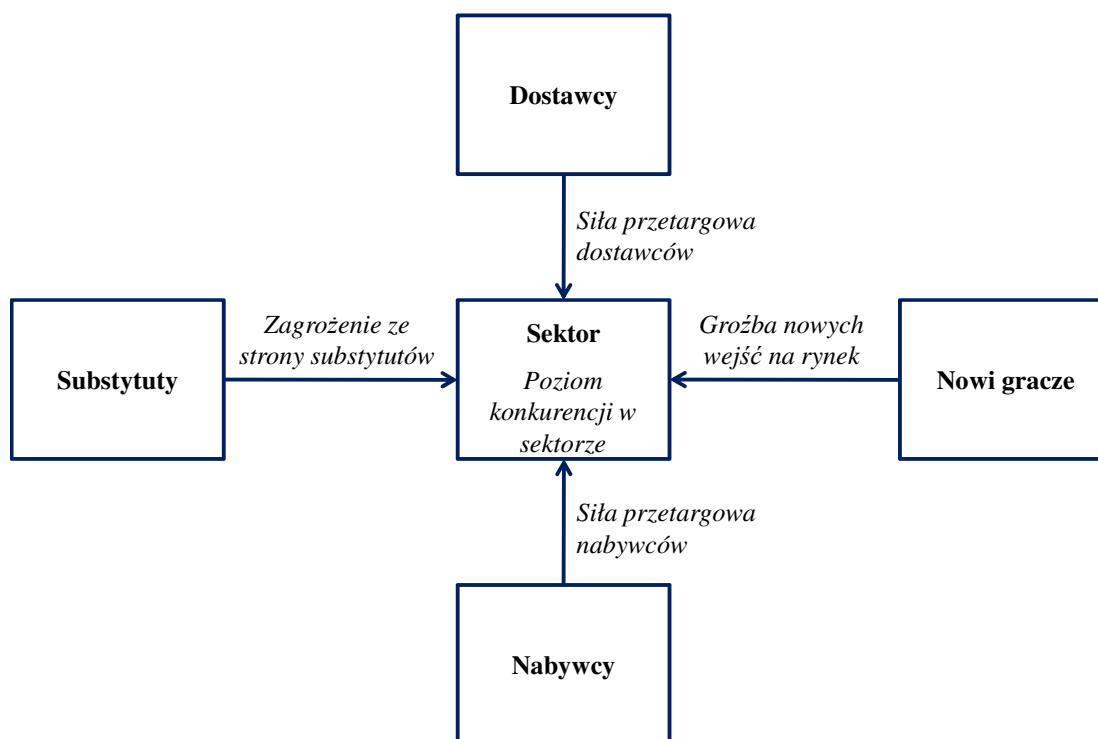
Aspekt procesowy rynku uwypukla Milewski [2002, s. 97-98], definiując rynek jako proces prowadzący do tego, że decyzje gospodarstw domowych dotyczące konsumpcji alternatywnych dóbr, decyzje przedsiębiorstw, co i jak produkować, oraz decyzje pracowników dotyczące tego, jak wiele i dla kogo pracować, zostają wzajemnie uzgodnione dzięki odpowiedniemu dostosowaniu cen. Rynek jest całokształtem dostosowań sił popytu i podaży oraz wynikającej z tych dostosowań ceny. Pełni on więc rolę regulatora procesów gospodarczych. Podobne podejście prezentują Kamerschen, McKenzie i Nardinelli [1993, s. 4] definiując rynek jako proces, przy pomocy którego kupujący i sprzedający określają, co chcą sprzedać lub kupić i na jakich warunkach.

Pojawiają się jednak również opinie, według których definicja rynku jest kwestią marginalną [Massey 2000, s. 325]. Według Stiglera [1982, s. 1-11] dyskusja na temat definicji rynku nigdy nie zaprzętała zbytnej uwagi ekonomistów, ponieważ określenie rynku pozostaje raczej niezgłębioną kwestią badań ekonomicznych na poziomie teoretycznym lub empirycznym. Podobnie, Horowitz [1981, s. 1] zauważa, iż ekonomiści od czasów Adama Smitha z pewnością i entuzjazmem, ale niekoniecznie zgodnie pisali o rynkach, tak więc racjonalnym byłoby oczekiwać, iż mogliby oni znacząco przyczynić się rozwiązania dyskusyjnej kwestii definicji rynku. Uważa on, że oczekiwanie to, mimo iż racjonalne, jest jednak błędne.

Dobrym narzędziem do holistycznej oceny rynku jest model pięciu sił Portera. Porter w jednym ze swoich artykułów [1979, s. 137-145] opisał pięć sił, które kształtują konkurencję na rynku. Do analizowanych przezeń czynników należą: siła przetargowa dostawców, siła przetargowa odbiorców, rywalizacja w sektorze, zagrożenie ze strony

substytutów oraz groźba nowych wejść na rynek. Dokonana przez Portera analiza rozpatruje problem konkurencyjności z perspektywy przedsiębiorstwa i stanowi usystematyzowaną podstawę do określenia cech charakterystycznych rynku doskonałego. Koncepcję analizy Portera przedstawia Rycina 2.

Rycina 2. Model pięciu sił Portera



Źródło: Opracowanie własne na podstawie: Porter 1979

Model Pięciu Sił Portera, jakkolwiek jest dobrą podstawą do analizy rynku farmaceutycznego, nie uwzględnia dwóch kluczowych w jego wypadku aspektów: znaczenia technologii oraz roli państwa w tej gałęzi gospodarki. Obydwa te czynniki zostaną poddane analizie w dalszej części niniejszej rozprawy.

Siła przetargowa dostawców określa, w jakim stopniu mogą oni generować dla siebie wyższą wartość dodaną, niż wynikałoby to z działania sił czysto rynkowych, poprzez na przykład ustalanie wyższej ceny, obniżanie wartości sprzedawanych dóbr i usług, czy przenoszenie kosztów na innych uczestników rynku. W warunkach konkurencji

doskonałej podmioty działające po stronie podaży są na tyle rozproszone, że samodzielnie nie posiadają takiej siły.

Ze wszystkich pięciu sił, siła przetargowa dostawców wydaje się mieć najmniejsze znaczenie dla sektora farmaceutycznego. W przypadku większości dużych firm farmaceutycznych ma miejsce silna integracja pionowa, w związku z czym dostawa surowców i półproduktów nie jest bynajmniej wąskim gardłem. Wyjątkiem mogą tu być firmy biotechnologiczne oraz firmy zajmujące się genetyką, gdzie podaż surowców i półproduktów wydaje się bardziej kłopotliwa ze względu na ich wysoko wyspecjalizowaną naturę. Jeśli przyjmie się, iż podaż pracy jest również siłą przetargową, kluczowym obszarem może okazać się siła przetargowa specjalistów w zakresie badań i rozwoju. Znaczenie tego aspektu może być wyjątkowo istotne w przypadku producentów leków innowacyjnych, ich działania skupiają się bowiem na prowadzeniu prac badawczo-rozwojowych. W przypadku producentów leków generycznych, prowadzących ograniczoną działalność w zakresie badań i rozwoju, czynnik ten wydaje się mieć dużo mniejsze znaczenie.

Siła przetargowa nabywców określa, w jakim stopniu są oni w stanie wymusić na dostawcach niższe ceny lub wyższą jakość kupowanych dóbr i usług (a przez to powodować wzrost kosztów ponoszonych przez dostawców). Podobnie jak w przypadku aspektu podażowego, podmioty funkcjonujące po stronie popytowej są w konkurencji doskonałej rozproszone, a więc każdy z nich dysponuje taką samą siłą ekonomiczną. Dlatego też ich decyzje oparte są o cenę z zewnątrz, która jest parametrem danym.

Siła przetargowa nabywców w przypadku rynku farmaceutycznego wynika ze struktury aspektu popytowego rynku, gdzie końcowy konsument, podmiot podejmujący decyzje o zakupie, oraz płatnik to często trzy różne podmioty (odpowiednio: pacjent, lekarz lub farmaceuta, ubezpieczyciel). Tak specyficzna struktura rynku wiąże się z ograniczeniem wrażliwości cenowej poszczególnych podmiotów procesu decyzyjnego. Jednakże, w wielu krajach rynek farmaceutyczny zorganizowany jest w formie monopsonu, co zwiększa znacząco siłę przetargową odbiorców, ponieważ dostawcy (firmy

farmaceutyczne) mają do czynienia z jednym lub kilkoma kupującymi (rządy, kasy chorych, ubezpieczyciele zdrowotni). Taka forma organizacji rynku nie pozwala na swobodne ustalanie cen przez dostawców, w szczególności na ich podwyższanie (dostawcy mają jednak zazwyczaj swobodę obniżania cen). Analizując siłę przetargową odbiorców, nie należy również zapominać o pośrednikach między producentem a użytkownikiem końcowym. Siła przetargowa hurtowni farmaceutycznych (w kontaktach zarówno z producentami, jak i aptekami) jest tym większa, im wyższy jest stopień ich koncentracji³. Firmy farmaceutyczne, chcąc uniknąć trudności wynikających z siły przetargowej hurtowni farmaceutycznych, opracowały model dystrybucji bezpośredniej, sprowadzając hurtownie farmaceutyczne do roli pośredników logistycznych⁴.

Z powyższymi dwoma siłami wiąże się trzecia – poziom rywalizacji w sektorze. Rywalizacja między podmiotami uczestniczącymi w rynku po stronie podażowej może przyjąć różnorakie formy, jak na przykład rabaty cenowe, wprowadzanie nowych produktów, kampanie marketingowe czy poprawa obsługi posprzedażowej.

Poziom rywalizacji pomiędzy graczami sektora ma może być oceniany z perspektywy przemysłu lub z perspektywy produktu. Z perspektywy przemysłu, siłę rywalizacji pomiędzy poszczególnymi graczami można określić, obliczając wskaźnik koncentracji rynku, czyli sumując wielkość obrotów czterech (C4) lub ośmiu (C8) największych graczy na rynku i zestawiając go z całkowitą wartością rynku. Wskaźnik koncentracji dla przemysłu farmaceutycznego na poziomie całego rynku jest tradycyjnie bardzo niski, co oznacza silną konkurencję pomiędzy poszczególnymi firmami. Jednakże, przeprowadzenie podobnej analizy na poziomie grup terapeutycznych, dowodzi, iż poziom koncentracji jest tu znacznie wyższy, a więc poziom konkurencyjności jest

³ Taka sytuacja ma miejsce na przykład w Niemczech, szczególnie w zachodniej części kraju.

⁴ Model taki jest powszechny w Wielkiej Brytanii, w Polsce został on wprowadzony przez firmę AstraZeneca w roku 2009.

niższy. Na poziomie poszczególnych produktów, poziom koncentracji często jest już dość wysoki dla większości krajów.

Z perspektywy produktu, konkurencja w sektorze farmaceutycznym odbywa się na dwóch poziomach – leków oryginalnych (innovacyjnych i naśladowczych) i leków generycznych. Konkurencja na poziomie leków oryginalnych dotyczy przede wszystkim czynników niecenowych, takich jak skuteczność czy bezpieczeństwo (niewystępowanie skutków ubocznych). Dodatkowo, znaczącym czynnikiem konkurencyjnym dla leków oryginalnych są wysiłki sprzedażowe podejmowane przez zespół wysoko wykwalifikowanych specjalistycznych przedstawicieli medycznych. Mniejsze znaczenie natomiast mają publikacje w prasie branżowej, dystrybucja próbek leków, czy konferencje.

Drugim poziomem konkurencji w perspektywie produktu są leki generyczne. W związku z faktem, iż producenci leków generycznych to zazwyczaj firmy mniejsze niż producenci leków oryginalnych, często o lokalnym lub regionalnym zasięgu, zakres ich konkurencyjności często sprowadza się do aspektu cenowego. Wynika to również z faktu, iż wytwórcy leków generycznych ponoszą znacznie mniejsze nakłady na działalność badawczo-rozwojową. Wzrost konkurencyjności leków generycznych na rynku farmaceutycznym wynika z trzech zasadniczych faktów: po pierwsze, z czasochłonnego i kosztownego procesu rozwoju nowych leków innovacyjnych, po drugie z faktu, iż leki na wiele schorzeń zostały już opracowane i wprowadzone na rynek, a po trzecie – z podejmowanych przez płatników prób ograniczenia wydatków na leki.

Występowanie substytutów, lub, jak ujmuje to Porter, zagrożenie ze strony substytutów oznacza, iż rentowność sektora maleje poprzez ustalenie limitów na ceny. Brak wyróżnienia produktów ze względu na ich jakość, czy działania marketingowe prowadzi do obniżenia zyskowności ich sprzedaży, a także potencjału wzrostu. Doskonała konkurencja zakłada, iż dobra będące przedmiotem transakcji posiadają identyczne cechy fizyczne, a konsumenci postrzegają je jednakowo, bez względu na to, który producent je wytworzył.

Zasadnicze zagrożenie substytucją dla przemysłu farmaceutycznego może nastąpić z trzech stron. Zalicza się do nich: alternatywne metody leczenia, wzrost świadomości zdrowotnej oraz – w przypadku leków oryginalnych – substytucję generyczną, omówioną powyżej.

Terapie alternatywne, takie jak transplantacja organów, znacząco zmniejszają popyt na leki; dla przykładu, wszczepienie nowych, sprawnie funkcjonujących nerek ogranicza popyt na leki nefrologiczne. Ograniczeniem jest tutaj ograniczona podaż dostępnych organów oraz reakcja układu immunologicznego na przeszczepiony organ.

Wzrost świadomości zdrowotnej, działania profilaktyczne czy badania przesiewowe ograniczają zapadalność na poszczególne choroby, w związku z czym ogranicza również popyt na leki. Wszelkiego rodzaju edukacyjne kampanie społeczne przyczyniają się do stopniowego podnoszenia świadomości zdrowotnej społeczeństw, przez co obniżeniu ulega sprzedaż leków stosowanych w leczeniu poszczególnych chorób. Kampanie takie dotyczą w dużej mierze chorób będących szczególnym zagrożeniem (a więc i kosztem) dla zdrowia społeczeństw, takich jak: cukrzyca, nowotwory, choroby układu krwionośnego, nerwowego czy oddechowego.

Ostatnią kwestią analizowaną przez Portera jest groźba nowych wejść na rynek. Pojawienie się nowych graczy rynkowych oznacza zazwyczaj zmniejszenie udziału w rynku graczy uczestniczących już w tym rynku⁵, a więc docelowo generuje presję na ceny, koszty i inwestycje.

Rynek farmaceutyczny uznaje się za stosunkowo atrakcyjny dla nowych graczy ze względu na stosunkowo wysoką stopę zwrotu [Public Citizen's Congress Watch 2002, Deloitte 2012], jednakże wysokie są również bariery wejścia na rynek. Cztery zasadnicze bariery wejścia na rynek farmaceutyczny to patenty, wysokość wydatków na badania i rozwój, wydatki marketingowe oraz reputacja firmy.

⁵ Wyjątkiem jest tu sytuacja, gdy pojawienie się nowego uczestnika rynku generuje dodatkowy popyt.

Istnienie patentów jest główną barierą wejścia na rynek farmaceutyczny, bowiem opracowanie nowego leku jest bardzo kosztowne, a jego skopiowanie – stosunkowo niedrogi. Bez ograniczeń prawnych, takich jak ochrona patentowa, konkurenci mogliby z łatwością kopiować leki, obniżając przy tym ich cenę i eliminując możliwość osiągnięcia zwrotu nakładów na badania i rozwój poniesionych przez wynalazcę danego leku. Jednakże, podczas gdy patenty stanowią istotny bodziec do inwestowania w czasochłonne i kosztowne prace badawczo-rozwojowe, mogą one również tworzyć sztuczne rozróżnienie między lekami, odtwórczymi (*me-too*). Argumenty za i przeciw ochronie patentowej były podnoszone przez długi czas i tak najprawdopodobniej pozostanie. Powszechnie uważa się, że patenty są podstawą w podnoszeniu konkurencyjności zarówno cenowej jak i produktowej na rynku farmaceutycznym. Zniesienie ich prawdopodobnie oznaczałoby mniej innowacji i, w dłuższej perspektywie, mniejszą konkurencyjność. Jak dowodzą niektórzy autorzy, nasilające się globalnie presje cenowe, zarówno ze strony płatnika lub płatników publicznych, jak i płatników prywatnych przejawiają się tym, że są oni skłonni płacić dużo więcej za naprawę innowacyjne leki. Dla przykładu, stawki refundacyjne za leki onkologiczne nowej generacji są nawet tysiąckrotnie wyższe od stawek za leki starszych generacji [Garnier 2008]. Problemem są jednak praktycznie nieistniejące systemy określające faktyczną wartość nowego leku, utrudniające firmom farmaceutycznym zdobycie wyższej stawki refundacyjnej. Ich sukces zależy tu w dużej mierze od liczby konkurentów oferujących podobne produkty, kondycji finansowej systemów opieki zdrowotnej w poszczególnych krajach oraz dodatkowych czynników, takich jak nakłady na badania i rozwój czy produkcję. Możliwe więc, iż w przyszłości kraje rozwinięte będą zgłaszać rosnący popyt na leki innowacyjne, jednak tempo przyrostu tego popytu będzie wolniejsze. Czynnikiem wywołującym wzrost popytu na leki oryginalne będą: pojawienie się nowych chorób, starzejące się społeczeństwa oraz rosnący popyt ze strony gospodarek rozwijających się. Ze względu na atrakcyjność cenową, leki generyczne będą cieszyły się rosnącą

popularnością, co będzie dodatkowo potęgowane wygasaniem patentów na popularne leki oryginalne.

Wysokość wydatków na badania i rozwój jest kolejną barierą wejścia na rynek farmaceutyczny. Całkowite nakłady przemysłu farmaceutycznego na badania i rozwój wzrosły z dwóch miliardów dolarów w roku 1980 do 43 miliardów dolarów w roku 2006, przy czym liczba leków dopuszczonych do obrotu w roku 1980 i 2006 była praktycznie taka sama [Garnier 2008]. Wynika to z wielu czynników, takich jak ambitniejsze wyzwania (opracowano już leki dla najłatwiejszych w leczeniu chorób), rosnące wymagania podmiotów odpowiedzialnych za regulację rynku, czy ciągle zwiększające się koszty praktycznie każdego aspektu prac badawczo-rozwojowych. Szacuje się, iż opracowanie nowego leku trwa około 12 lat i kosztuje ponad miliard dolarów [Garnier 2008]. W związku z tym oczywistym wydaje się oczekiwanie firm farmaceutycznych, iż tak duże nakłady finansowe znajdą swoje odzwierciedlenie w cenie leku oryginalnego.

Wysoki koszt działań marketingowych nowych leków na rynek jest trzecią zasadniczą barierą wejścia na rynek farmaceutyczny. Szczególnie wysokim kosztem jest tu utrzymanie dobrze wyspecjalizowanego zespołu przedstawicieli medycznych, którzy będą promowali dany lek bezpośrednio wśród osób uprawnionych do wystawiania recept.

Czwartą barierą zniechęcającą do wejścia na rynek farmaceutyczny jest wiarygodność firmy farmaceutycznej na rynku. Ryzyko związane z terapią danym lekiem jest praktycznie niemożliwe do wykluczenia. Marka producenta lub wynalazcy danego leku jest zasadniczym czynnikiem obniżającym to ryzyko w oczach osoby wystawiającej receptę. Zbudowanie reputacji jest procesem czasochłonnym.

Mruk zauważa, iż dynamika wzrostu rynku farmaceutycznego zazwyczaj przewyższa dynamikę wzrostu PKB [Michalik, Pilarczyk i Mruk 2011]. Jednakże, mimo powszechnej opinii o rentowności przemysłu farmaceutycznego, niektórzy autorzy zauważają, iż sytuacja w przemyśle farmaceutycznym ulega stopniowemu, acz ciągłemu pogorszeniu [Kandybin i Genova 2012]. Ma to związek z czynnikami takimi jak presje cenowe, wymogi regulacyjne, czy coraz bardziej skomplikowane i zawile przepisy prawne.

Wpływają one na obniżenie wydajności finansowej i tworzenie wartości dodanej, a w konsekwencji utratę zainteresowania inwestorów. Między grudniem 2000, a lutym 2008 piętnaście największych przedsiębiorstw w branży straciło na wartości około 850 miliardów dolarów, a ceny ich akcji spadły z 32-krotnych zarobków do 13-krotnych.

1.1.2. Konsument i jego zachowania

Jak można zauważyć w powyższej próbie zdefiniowania rynku, konsument, obok dostawcy, jest głównym uczestnikiem rynku, a relacje między tymi dwoma podmiotami stanowią istotę funkcjonowania mechanizmu rynkowego. Konsument to ostateczny użytkownik dóbr i usług. Za konsumenta uważa się także kupującego lub decydenta [Koontz 2001, s. 5]. W związku z tym, rodzic wybierający zabawkę dla swojego dziecka również uważany jest za konsumenta. W przypadku rynku farmaceutycznego, w państwach, które stosują system publicznej refundacji receptowych produktów farmaceutycznych, za konsumenta uważać można by również lekarza, farmaceutę oraz płatnika. Lekarz jest głównym decydentem w procesie wyboru leków receptowych, farmaceuta ma możliwość substytucji zaordynowanego przez lekarza specyfiku, a więc posiada również wpływ na proces decyzyjny o wyborze leku. Państwo, za pomocą odpowiednich instytucji, jest, w przypadku leków refundowanych, przynajmniej częściowym płatnikiem. Tak szerokie ujęcie może jednak utrudnić rozróżnienie roli poszczególnych podmiotów w procesie decyzyjnym, dlatego też w niniejszej rozprawie za konsumenta na rynku farmaceutycznym uznaje się pacjenta.

Aby w pełni zrozumieć istotę zachowań konsumenta, warto rozważyć, jak podejście do badań nad zachowaniem konsumenta zmieniało się wraz z rozwojem myśli ekonomicznej. Ekonomia jako nauka skupia się na badaniu, jak ludzie radzą sobie z problemem rzadkości zasobów i jak dokonują ich alokacji w celu zaspokojenia stale rosnących i zmieniających się potrzeb konsumpcyjnych. Z tego właśnie względu, głównym obszarem zainteresowań współczesnej ekonomii jest człowiek i jego potrzeby, oraz, co za tym idzie, sposób zachowania się konsumenta [Zalega 2012, s. 27].

Przedstawiciele nurtu neoklasycznego w ekonomii podjęli szereg prób mających na celu zbudowanie matematycznego modelu zachowań konsumenta, utrzymując przy założeniach zaproponowane przez ekonomistów klasycznych: konsumenci zachowują się racjonalnie i dążą do maksymalizacji swojej użyteczności w oparciu o ustalony zestaw preferencji i dostęp do pełnej informacji [Bray 2009; Grossman i Stiglitz 1980]. Koncepcja optymalnego agenta, która powstała na fali rewolucji matematycznej w ekonomii w latach 40. XX wieku, eliminowała wszelkie odwołania do psychologii i moralności, uznając je za nienaukowe [Polowczyk 2010].

Przykładem takiej próby jest słaby aksjomat ujawnionych preferencji (WARP, *Weak Axiom of Revealed Preference*), który podejmuje próbę zdefiniowania funkcji użyteczności poprzez obserwację zachowań konsumentów. Autor tej teorii, Paul Samuelson dowodzi, że jeśli konsument spośród dwóch dóbr A i B wybiera dobro A to preferuje on dobro A [Varian 2006]. Zasadniczą słabością tego modelu jest jednak brak możliwości ekstrapolacji zebranych danych i przewidywania przyszłych zachowań konsumenta. Innym przykładem ujęcia zachowań konsumenta w modelu matematycznym była teoria oczekiwanej użyteczności. Teoria ta dotyczy zachowań konsumenta w obliczu ryzyka i niepewności przy założeniu zupełności, przechodniości, niezależności i ciągłości preferencji. Oczekiwana użyteczność poszczególnych opcji jest iloczynem użyteczności danej opcji oraz prawdopodobieństwa jej wystąpienia. [Davis, Hands i Maki 1997]. Wraz z rozwojem neoklasycznej myśli ekonomicznej w zakresie badań nad zachowaniem konsumenta, pojawiło się pojęcie *homo oeconomicus*, definiujące racjonalnego konsumenta dążącego do maksymalizacji użyteczności [Bray 2009].

Szereg badań empirycznych podważył jednak słuszność założeń teorii oczekiwanej użyteczności. Najbardziej przełomowymi były badania Kahnemana i Tverskiego [Glimcher i in. 2009], które podważały założenia teorii użyteczności i ostatecznie położyły podwaliny pod nurt behawioralny w ekonomii. Kahneman i Tversky przedstawili teorię perspektywy, tłumaczącą zachowania konsumenta w warunkach ryzyka i niepewności [Kahneman i Tversky 1979]. Ekonomia behawioralna przyjmuje, że

wiedza z zakresu socjologii, antropologii i psychologii człowieka w sposób znaczący uzupełnia i ulepsza koncepcje i założenia ekonomistów neoklasycznych dotyczących zachowań konsumenta. Dla przykładu, ekonomiści behawioralni pokazują, że teoria oczekiwanej użyteczności winna być uzupełniona o koncepcję referencyjności i zależności, ponieważ ocena użyteczności zależy w dużej mierze od punktu odniesienia, który obierze konsument. Podobnie, nie wszystkie działania konsumenta mają na celu maksymalizację jego użyteczności, a kontekst społeczny, czyli na przykład altruizm, albo zaufanie mają istotne znaczenie dla decyzji podejmowanych przez konsumenta [Glimcher i in. 2009]. Ekonomiści behawioralni podkreślają ponadto, że emocje w sposób istotny determinują zachowania konsumenta [Rick i Loewenstein 2008].

Kolejnym istotnym dla zrozumienia procesu decyzyjnego konsumenta zjawiskiem było pojawienie się nowej dyscypliny naukowej, zwanej neuroekonomią. Dyscyplina ta, w oparciu o obserwacje funkcjonowania mózgu, podejmuje próbę stworzenia algorytmu, który pozwoliłby z możliwie największym prawdopodobieństwem określić, jakie decyzje podejmie konsument w danej sytuacji. Tym samym, wnioski płynące z badań neuroekonomicznych mogłyby stanowić istotne uzupełnienie dla koncepcji ekonomii behawioralnej poprzez stworzenie weryfikowalnego modelu zachowań konsumenta. Rozwój neuroekonomii był możliwy dzięki dynamicznemu postępowi w zakresie obrazowania medycznego, zwłaszcza technologii funkcjonalnego rezonansu magnetycznego, który jest wykorzystywany przez neuroekonomistów. Mimo oczekiwań, jakie wielu badaczy zachowań konsumenta pokłada w neuroekonomii, poziom jej rozwoju jest w chwili obecnej niewystarczający, aby pozwolił na wyciąganie uogólnionych wniosków płynących z badań neuroekonomicznych dla teorii zachowań konsumenta.

Modele ekonomiczne podejmujące próbę opisanego zachowań pacjenta zwykle podkreślały znaczenie analizy kosztów uzyskania świadczenia medycznego i korzyści z takiego świadczenia płynące (por. Cutler). Stres i niepewność były jednak czynnikami zazwyczaj

pomijanymi w takich modelach. Jednakże wraz z postępem w zakresie psychologii i rozwojem ekonomii behawioralnej podjęte zostały próby włączenia tych osiągnięć do badań nad zachowaniem pacjenta. Model oczekiwanej psychologicznej użyteczności Caplina i Leahy [1999] uwzględnia znaczenie niepewności i obaw o własne zdrowie dla procesu podejmowania decyzji przez pacjentów. Koszegi [2003] w oparciu o model Caplina i Leahy dowodzi, że funkcja użyteczności pacjenta jest określana przez wiarę w określone rezultaty (a nie same rezultaty) oraz jego podejście do informacji. Zauważa on, że stres i strach przed potencjalnie złymi informacjami mają istotny wpływ na zachowanie pacjentów.

Istotną słabością teorii neoklasycznej, i w związku z tym trudnością jej zastosowania w zakresie badań nad zachowaniami pacjenta, jest w szczególności założenie o racjonalności pacjenta, które pomija kwestię zachowania w warunkach stresu i niepewności, niewątpliwie pojawiające się w kontekście kwestii zdrowia. Dodatkowo, niedostatki teorii neoklasycznej widoczne są w zakresie dostępu do informacji dotyczącej zdrowia. Dlatego też podejście behawioralne do badań nad zachowaniem pacjenta mogłoby zostać uznane za bardziej wydajne i skuteczne [Frank 2004] – zwłaszcza dzięki uwzględnieniu czynników psychologicznych oraz socjologicznych i antropologicznych mających wpływ na jego zachowanie. Jednakże niemożność zbudowania standardowego modelu opartego o czynniki behawioralne wyklucza wyciąganie uogólnionych wniosków. W związku z powyższymi uwagami, autorka zauważa trudność, jaką stanowić może ekstrapolacja wniosków płynących z badań przeprowadzonych w niniejszej pracy na populację ogólną.

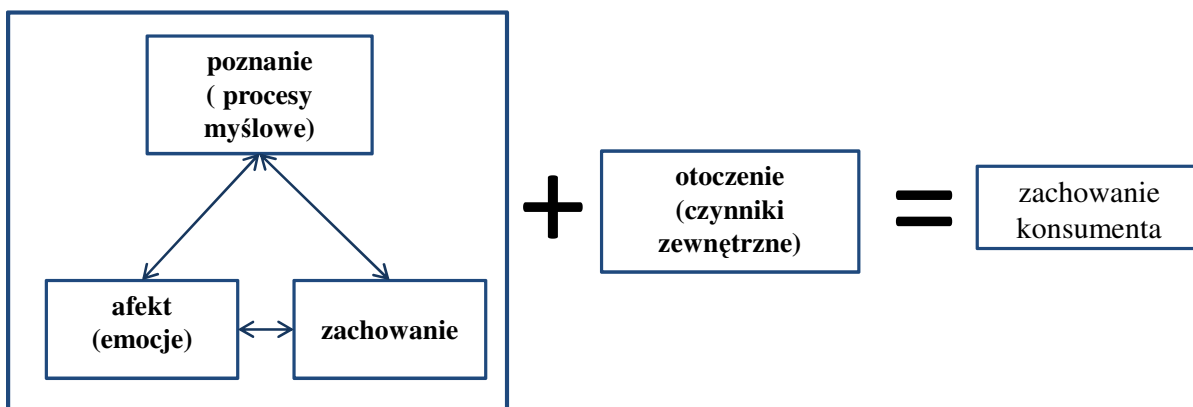
Dalsza część niniejszego rozdziału zawiera rozważania na temat definicji zachowań konsumenta oraz interdyscyplinarności badań nad nimi.

Zalega [2012, s. 28] definiuje zachowanie się konsumenta jako kompleks działań i czynności, który ma na celu zaspokojenie potrzeb konsumpcyjnych jednostki lub grupy poprzez zdobywanie dóbr i usług, skorelowany z odczuwanym systemem preferencji oraz sposobem obchodzenia się z nabytymi dobrami. Zachowanie się konsumenta oznacza

zazwyczaj każdą reakcję organizmu na bodźce środowiska i ustosunkowanie się do tego środowiska. Solomon [1996, s. 33] pisze, że zachowaniem konsumenta są procesy uruchamiane, gdy jednostki lub grupy jednostek wybierają, kupują lub używają produktów, usług, koncepcji w celu zaspokojenia swoich potrzeb. Belch z kolei definiuje zachowanie konsumenta jako procesy i czynności, które ludzie wykonują podczas poszukiwania, wyboru, zakupu, używania, oceny i pozbywania się produktów i usług w celu zaspokojenia swoich potrzeb [1978, s. 320-325]. Podobną definicję przedstawiają Engel, Blackwell i Miniard [za: Garbarski, Rutkowski i Wrzosek 2008, s. 136] nazywając postępowanie konsumentów ogółem procesów związanych z pozyskiwaniem, użytkowaniem i dysponowaniem produktami oraz usługami wraz z decyzjami poprzedzającymi i warunkującymi te działania. Wszystkie powyższe definicje podkreślają złożoność i wieloetapowość zachowania się konsumenta podczas podejmowania decyzji o zakupie.

Behawiorystyczne podejście do zachowań konsumenta prezentuje w swojej definicji Bennett, podkreślając znaczenie procesów emocjonalnych i wpływ czynników zewnętrznych na podejmowanie decyzji przez konsumenta. Uznaje on, że zachowanie konsumenta to dynamiczna interakcja afektu i poznania, zachowania i otoczenia, przez którą ludzie realizują aspekty wymiany w swoim życiu [Bennett 1995, s. 59]. Idea tej definicji została przedstawiona na Rycinie 3.

Rycina 3. Dynamika zachowań konsumenta

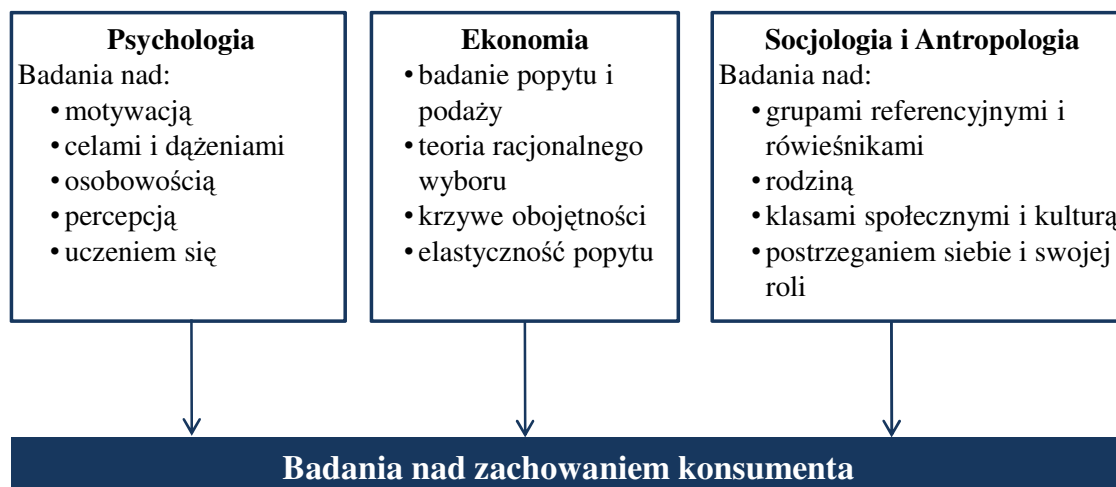


Źródło: Blythe 2008, s. 7

Zachowania konsumenta są dynamiczne [Solomon i in. 2010, s. 7], ponieważ zmianom ulegają działania podejmowane przez konsumentów. Dodatkowo, zachowania konsumentów uwzględniają interakcje pomiędzy ludzkimi uczuciami, procesami myślowymi i zachowaniami a otoczeniem oraz dotyczą wymiany dóbr i usług o określonej wartości [Tyagi i Kumar 2004, s. 36].

Podejście interdyscyplinarne do badań nad zachowaniem konsumenta, jak zostało to wcześniej zauważone podczas rozważań nad rozwojem myśli ekonomicznej w tym zakresie, jest niezbędne dla dogłębnego i pełnego poznania istoty przedmiotu. Poza naukami ekonomicznymi, istotną rolę w badaniach nad zachowaniem konsumenta odgrywają także psychologia, socjologia oraz antropologia. Powiązania pomiędzy tymi dyscyplinami oraz ich wpływ na badania nad zachowaniem konsumenta zostały przedstawione na Rycinie 4.

Rycina 4. Powiązania pomiędzy badaniami nad zachowaniem konsumenta a innymi dyscyplinami



Źródło: Opracowanie własne na podstawie: Blythe 2008, s. 14-21

Psychologia tłumaczy procesy umysłowe jednostki, dzięki czemu dostarcza badaniom nad zachowaniem konsumenta odpowiedzi na pytania percepcję produktów i usług i ich

miejsce w ogólnej percepcji świata konsumenta⁶. Wyjaśnia również podstawowe czynniki zachęcające ludzi do poszukiwania odpowiedzi na ich własne potrzeby. Ekonomia (neoklasyczna) dostarcza teorii wyjaśniających racjonalny aspekt zachowań konsumenta. Szczególnie istotne są tutaj teoria popytu i podaży, teoria racjonalnego wyboru, koncepcja krzywych obojętności, czy elastyczność popytu. Socjologia i antropologia skupiają się na badaniach zachowań grupowych, dostarczając odpowiedzi na pytania dotyczące roli, zachowań i funkcjonowania jednostki w grupie. Ponieważ człowiek nie jest wyizolowany od innych ludzi, wśród których funkcjonuje, socjologia dostarcza informacji na temat wpływu i roli grupy na konsumenta i na wybory, jakie podejmuje.

Dzięki korzystaniu z dorobku innych, wspomnianych wcześniej dyscyplin, badania nad zachowaniem konsumenta mogą być przeprowadzane w sposób holistyczny i objąć szeroką gamę czynników wpływających na decyzje podejmowane przez konsumenta, takie jak czynniki ekonomiczne, demograficzne i socjologiczne. W dalszych paragrafach tego rozdziału podjęta zostanie próba szczegółowej analizy tych czynników. Wcześniej jednak warto zastanowić się nad samym procesem podejmowania decyzji przez konsumenta.

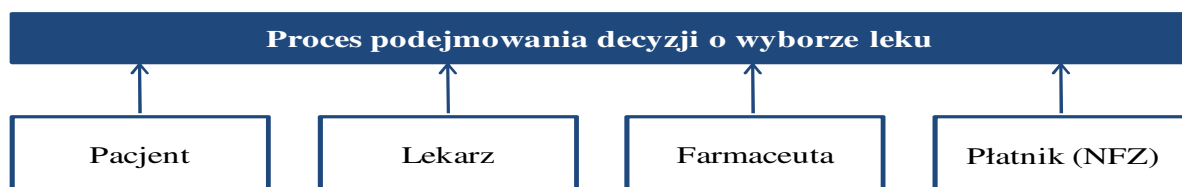
1.1.3. Proces podejmowania decyzji o zakupie

Procesem podejmowania decyzji nazywamy proces identyfikacji i wyboru pomiędzy alternatywnymi propozycjami, w oparciu o wartości i preferencje decydenta. Podejmowanie decyzji implikuje, że istnieje więcej niż jeden alternatywny wybór do rozważenia. W takim przypadku zadaniem decydenta jest nie tylko identyfikacja jak największej możliwej liczby alternatywnych rozwiązań, ale również wybór takiego, które najlepiej odpowiada jego celom, założeniom, pragnieniom i wartościom [Harris, za: Fulop 1980].

⁶ Jak zauważono wcześniej, ekonomia behawioralna uznaje aspekt psychologiczny za integralną część procesu podejmowania decyzji przez konsumenta.

Na rynku farmaceutycznym, pacjent nie jest jedynym decydem, co wyróżnia rynek farmaceutyczny na tle innych rynków. Jak wspomniano już wcześniej, znaczący udział w procesie wyboru odpowiednich leków, zwłaszcza leków receptowych, ma lekarz, farmaceuta oraz – poprzez listę leków refundowanych – płatnik. Ilustruje to Rycina 5.

Rycina 5. Podmioty wpływające na wybór leków



Źródło: Opracowanie własne

Rola lekarza w procesie podejmowania decyzji o wyborze leków jest uważana za najbardziej istotną. Stern i Trajtenberg [1998, s. 2] zauważają, że rolą lekarza jest ‘dopasowywanie’ pacjentów do leków, które najbardziej odpowiadają ich potrzebom.

Płatnik, czyli w przypadku Polski Narodowy Fundusz Zdrowia, działając z ramienia Ministerstwa Zdrowia, odpowiedzialny jest za refundację. Lista leków refundowanych w znacznej mierze determinuje decyzje dotyczące wyboru leków. Refundacja leków w znaczący sposób odciąża budżet pacjenta, przez co leki objęte refundacją są często w rozumieniu pacjenta tańsze, niż leki nier refundowane. W niniejszej pracy przyjęto założenie, że lista leków refundowanych jest brana pod uwagę przez lekarza w momencie proponowania pacjentowi konkretnej terapii lekowej. Aby uwzględnić znaczenie refundacji w procesie podejmowania decyzji o wyborze leków, w badaniu przeprowadzonym wśród lekarzy zapytano ich o opinię na temat leków refundowanych.

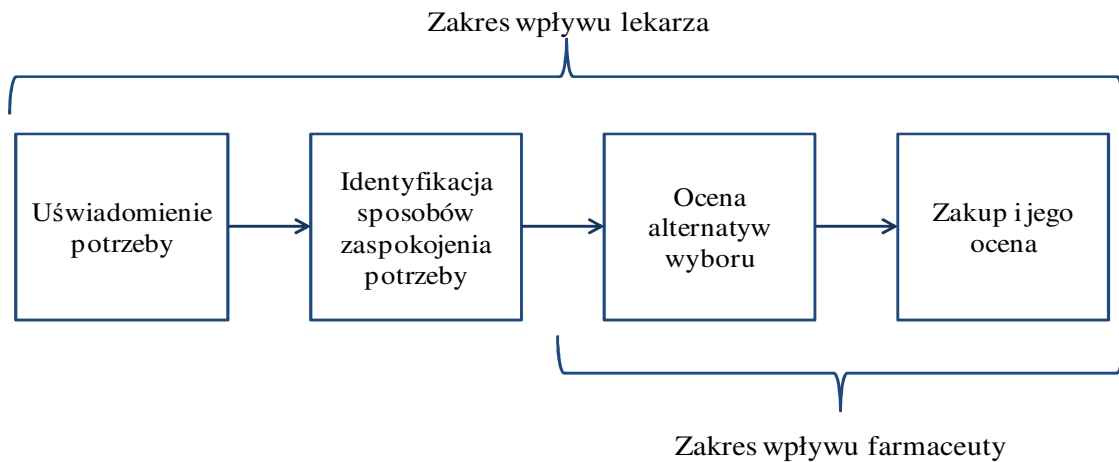
Podejmowanie decyzji o zakupie jest procesem złożonym, składającym się z pięciu etapów [Rudnicki 2000, s. 197]:

- uświadomienia potrzeby;
- poszukiwania informacji;
- oceny wariantów;
- decyzji o zakupie;

- zachowania po zakupie.

Garbarski [2011, s. 115] proponuje czteroetapowy model podejmowania decyzji o zakupie, gdzie czwartym, ostatnim etapem procesu jest zakup i jego ocena. Proces ten i jego etapy w odniesieniu do rynku leków receptowych ilustruje Rycina 6.

Rycina 6. Proces podejmowania decyzji o zakupie leku receptowego



Źródło: Opracowanie własne na podstawie: Garbarski, 2011, s.115-121

Dla porównania oraz podkreślenia specyfiki rynku leków receptowych, w opisie procesu podejmowania decyzji przez pacjenta, przedstawione zostały zasadnicze różnice pomiędzy analizowanym rynkiem, a rynkiem leków dostępnych bez recepty.

Pierwszym etapem procesu podejmowania decyzji o zakupie jest rozpoznanie problemu, czyli uświadomienie potrzeby, jaką zakup miałyby spełnić. Etap ten następuje, gdy dochodzi do rozbieżności pomiędzy stanem faktycznym, a stanem pożądanym. Wyróżnić można trzy możliwości [Falkowski i Tyszka 2001, s. 114]:

- zmiana stanu faktycznego (na przykład kończą się zaordynowane przez lekarza leki);
- zmiana stanu pożądanego (na przykład ból żołądka odczuwany przez pacjenta motywuje go do wizyty u lekarza i, na podstawie jego ordynacji, zakupu odpowiedniego leku);
- zmiana zarówno stanu faktycznego, jak i pożądanego (pacjentowi skończyły się wcześniej zaordynowane przez lekarza leki i ponownie odczuwa on ból żołądka).

Czynniki, które wpływają na uświadomienie sobie potrzeby przez pacjenta mogą mieć charakter zarówno wewnętrzny, jak i zewnętrzny. W przypadku pacjentów, częściej mamy do czynienia z bodźcami wewnętrznymi, które związane są ze stanem psychofizycznym pacjenta. Dodatkowo, w przypadku leków OTC, istotne znaczenie mają bodźce zewnętrzne, takie jak na przykład działania marketingowe. Wynika to z faktu, iż intensywność bodźców zewnętrznych na rynku leków receptowych jest ograniczona poprzez zakaz kierowania reklamy tychże preparatów do szerokiej opinii publicznej.

Ze względu na specyfikę rynku farmaceutycznego, nierzadko zdarza się również, że to lekarz uświadamia pacjentowi istnienie potrzeby. Dla przykładu, pacjent spożywający środki przeciwbólowe zostaje uświadomiony przez lekarza o konieczności równoległego stosowania preparatów osłonowych, celem uniknięcia negatywnego wpływu środków przeciwbólowych na stan żołądka. W przypadku leków OTC, których zakup może nastąpić bez kontaktu z lekarzem, farmaceuta może być osobą uświadamiającą istnienie konkretnej potrzeby. Rola farmaceuty jest jednak w tym wypadku często warunkowana poziomem jego zaangażowania w relacje z pacjentem.

Kolejnym etapem procesu podejmowania decyzji przez konsumenta jest poszukiwanie informacji, w jaki sposób najlepiej zaspokoić zaistniałą potrzebę. Konsument może odwołać się do własnych doświadczeń, bądź też poszukiwać niezbędnych informacji na zewnątrz. W przypadku leków receptowych, zdobywanie informacji jest bardzo utrudnione, ze względu na wspomniane już ograniczenia prawne dotyczące działalności marketingowej producentów tych leków. Innym czynnikiem ograniczającym możliwość zdobywania informacji na temat konkretnych leków receptowych jest złożoność tychże informacji, których zrozumienie wymaga rozległej wiedzy specjalistycznej, jakiej pacjenci często nie posiadają. Dlatego też najbardziej istotnym źródłem informacji na temat leków receptowych jest lekarz. W przypadku leków OTC, istotnym źródłem informacji, poza lekarzem czy farmaceutą, są ulotki produktów, działania marketingowe producentów tychże leków, czy magazyny farmaceutyczne. Coraz częstszym zjawiskiem jest też poszukiwanie przez pacjenta informacji w Internecie.

Etap trzeci podejmowania decyzji przez konsumenta to ocena możliwych wariantów. Ze względu na ograniczoną wiedzę pacjenta na temat zjawisk chorobowych oraz ich terapii, pacjent zmuszony jest opierać się w tym zakresie na wiedzy i doświadczeniu lekarza bądź farmaceuty.

Wybór odpowiednich leków dokonywany przez lekarza odbywa się w ramach obowiązujących regulacji prawnych i jest tymi regulacjami ograniczony. Jednakże szeroka gama dostępnych na rynku produktów pozostawia lekarzowi, ale również w pewnych przypadkach farmaceucie, pewien obszar swobody wyboru i podejmowania decyzji. Wspomniana wcześniej swoboda decyzyjna lekarza sprowadza się do możliwości dokonania wyboru pomiędzy różnymi produktami w ramach tej samej grupy terapeutycznej. Wybór ten może najczęściej być dokonany w dwóch wymiarach. Po pierwsze, lekarz może wybrać pomiędzy lekiem oryginalnym a lekiem generycznym. Drugi wymiar to wybór pomiędzy lekami różnych producentów. Ideę tych wyborów przedstawia Rycina 7, w przypadku której założono, iż w danej grupie terapeutycznej dostępne są leki zarówno oryginalne jak i generyczne dwóch producentów (Producent A i Producent B).

Rycina 7. Obszar wyboru dokonywanego przez lekarza w zakresie terapii lekowej

Lek generyczny	Lek generyczny producenta A (1)	Lek generyczny producenta B (3)
Lek oryginalny	Lek oryginalny producenta A (2)	Lek oryginalny producenta B (4)
	Producent A	Producent B

Źródło: Opracowanie własne

Najszerszy zakres wyboru ma miejsce, kiedy wszyscy producenci w ramach tej samej grupy terapeutycznej produkują zarówno leki oryginalne, jak i generyczne. W zależności od konfiguracji rynku i dostępności produktów, zakres wyboru może być odpowiednio ograniczony. Dla przykładu, jeśli w danej grupie terapeutycznej występują produkty generyczne producenta A i oryginalne producenta B, zakres wyboru ograniczy się do pól (1) i (4).

Dodatkowo, pacjent ma możliwość poproszenia lekarza o przepisanie tańszego substytutu leku, czy leku refundowanego. Może on też poprosić farmaceutę o wydanie tańszego odpowiednika leku zaordynowanego przez lekarza. Sytuacja wygląda nieco inaczej w przypadku preparatów dostępnych bez recepty. Tutaj decyzja może w większym stopniu być oparta o cenę preparatu, wierność marce, rekomendację osoby, do której pacjent ma zaufanie, czy też działania marketingowe producenta danego preparatu [Michalik i Mruk 2006, s. 73].

Kolejnym etapem jest podjęcie faktycznej decyzji o zakupie. W oparciu o zebrane informacje oraz dokonaną ocenę alternatywnych ofert, pacjent dokonuje wyboru, który, jego zdaniem, najlepiej spełnia jego potrzeby i oczekiwania. Na podjęcie decyzji o zakupie może mieć wpływ sytuacja, w której ten zakup będzie dokonany. Sytuację tę warunkują [Garbarski 1998, s. 73]:

- warunki fizyczne (np.: oświetlenie, głośność otoczenia, temperatura w pomieszczeniu, w którym dokonuje się zakupu);
- warunki społeczne (np.: osoby towarzyszące, wzory zachowań, normy grupowe);
- warunki wynikające z istoty sytuacji (np. przyczyny zakupu);
- czas w procesie podejmowania decyzji (pora dnia, presja czasu);
- warunki towarzyszące samemu aktowi zakupu (np. nastrój, posiadanie gotówki).

W przypadku leków receptowych, decyzja ta zostaje podjęta przez lekarza w momencie wystawiania recepty. Wpływ na jej zmianę może posiadać również farmaceuta, który ma prawo zamiany zaordynowanego przez lekarza leku na jego odpowiednik. Dzieje się tak,

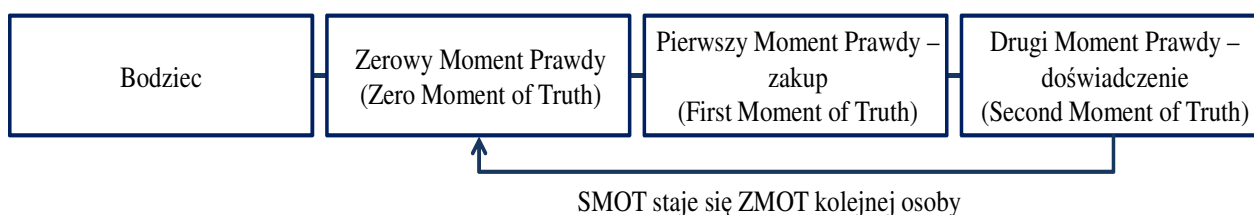
gdy w aptece niedostępny jest przepisany przez lekarza lek i farmaceuta proponuje pacjentowi jego substytut. Alternatywnie, pacjent sam może poprosić farmaceutę o zamianę zaordynowanego leku na tańszy substytut. W przypadku leków OTC, wpływ na podjęcie decyzji o zakupie leku może mieć kilka czynników. Michalik i Mruk [2006] zwracają uwagę na takie aspekty, jak: zakupy planowane a impulsywne, zasady postrzegania leków (lepsze i gorsze miejsca, wysokość oczu – ok. 160cm), ocena wpływu czasu, multifacing (kilka opakowań obok siebie), promocja w miejscu sprzedaży (np. przy kasie).

Ostatnim elementem procesu jest zachowanie po zakupie. Poziom zadowolenia konsumenta i spełnienia jego oczekiwań poprzez zakupiony produkt czy usługę mają istotny wpływ na to, czy zostanie on stałym klientem, czy też jego zakup będzie jednorazowy. Istotnym zjawiskiem jest dysonans pozakupowy, czyli moment, kiedy konsument zastanawia się, czy dokonał właściwego wyboru [Engel 1963, s. 55-58]. Pojęcie to różni się od niezadowolenia konsumenta – dysonans pozakupowy może bowiem nastąpić, zanim konsument faktycznie użyje zakupionego produktu. Wpływ na pojawienie się dysonansu pozakupowego ma liczba rozważanych przez konsumenta ofert alternatywnych. [Holloway 1967, s. 39-43] oraz cena zakupionego produktu [Oshikawa 1970, s. 132-140].

W przypadku leków, zachowanie pacjenta po zakupie jest silnie skorelowane ze skutecznością (osiąganie pożądaných efektów terapeutycznych) i bezpieczeństwem stosowanego leku (brak skutków ubocznych). Dysonans pozakupowy może pojawić się na przykład w momencie szczegółowego zapoznania się pacjenta z ulotką informacyjną dołączoną do leku, zawierającą informacje o możliwych skutkach ubocznych.

Alternatywny model procesu zakupowego proponuje Lecinski [2011]. Model ten uwzględnia cztery etapy: wystąpienie bodźca, Zerowy Moment Prawdy, Pierwszy Moment Prawdy (zakup) oraz Drugi Moment Prawdy. Model ten został zilustrowany na Rycinie 8.

Rycina 8. Model zakupowy Zero Moment of Truth



Źródło: Lecinski 2011, s.17

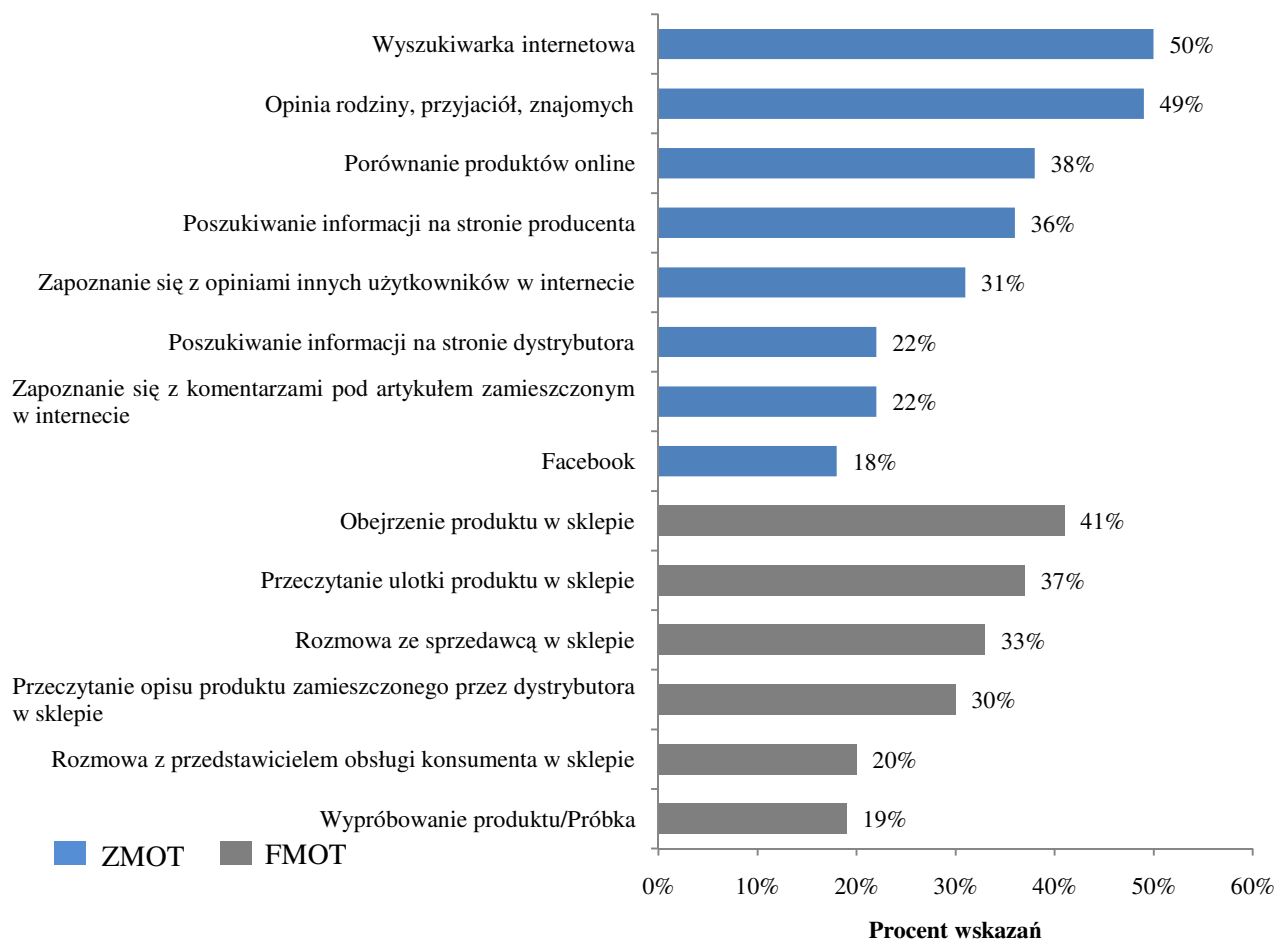
Model *Zero Moment of Truth* zakłada, że czynnikiem inicjującym proces podejmowania decyzji o zakupie jest zadziałanie bodźca, który uświadamia konsumentowi istnienie konkretnej potrzeby. W przypadku pacjenta, jest to najczęściej poczucie pewnego dyskomfortu, czy dolegliwości, które skłania go do wizyty u lekarza bądź w aptecę. Etap ten jest zbieżny z etapem rozpoznania problemu we wcześniej omawianym modelu.

Kolejnym etapem, zwanym Zerowym Momentem Prawdy (*Zero Moment of Truth*, ZMOT), jest szukanie informacji. Jak sugeruje autor, w dobie coraz powszechniejszego dostępu do Internetu, poszukiwanie informacji właśnie tam staje się coraz istotniejszym elementem budowania przesłania marketingowego i komunikowania się z odbiorcą końcowym.

Badania wykazały, że przeciętny konsument w roku 2011 korzystał średnio z 10,4 źródeł informacji o produkcie, którym był zainteresowany w porównaniu do 5,3 źródeł w roku 2010. W przypadku leków OTC, w roku 2011 pacjenci korzystali średnio z 9,8 źródeł informacji, zanim podjęli decyzję o zakupie konkretnego preparatu. Dla porównania, w przypadku sprzętu elektronicznego, liczba ta wynosiła 14,8, a w przypadku dóbr bankowych – 10,8. [Lecinski 2011, s. 39]. Etap ZMOT jest zbieżny z kolejnymi dwoma etapami w modelu omawianym powyżej – szukaniem informacji i oceną wariantów.

Następnym etapem jest Pierwszy Moment Prawdy (*First Moment of Truth*, FMOT), czyli podjęcie decyzji i faktyczne dokonanie zakupu. Porównanie bodźców, które wpłynęły na zachowanie konsumenta w etapach ZMOT i FMOT ilustruje Rycina 9.

Rycina 9. Bodźce wpływające na zachowanie konsumenta w ZMOT i FMOT



Źródło: Lecinski 2011, s. 19

Można zauważyć, że Internet odgrywa dominującą rolę w etapie ZMOT. Jest to istotna informacja dla dostawców. Jednakże, w przypadku rynku leków receptowych, sytuacja wydaje się być inna. Wynika to z faktu, że pacjent nie ma bezpośredniego wpływu na wybór leku, który będzie zażywał. Dobór leków jest przede wszystkim domeną lekarza. To właśnie do niego powinny być skierowane działania marketingowe, również te prowadzone przez Internet. W zakresie swojego wpływu na wybór leków, pacjent powinien być w stanie zapoznać się z koncepcją leków generycznych, ideą wprowadzania na rynek tańszych zamienników dostępnych leków.

Ostatnim, czwartym etapem procesu zakupowego jest Drugi Moment Prawdy (*Second Moment of Truth*), czyli doświadczenie, jakie konsument zdobywa, korzystając z danego produktu. Istotnym elementem tego modelu jest sprzężenie pomiędzy SMOT i ZMOT. Doświadczenie zdobyte przez konsumenta przełoży się bowiem na to, jakie informacje zdobędzie kolejny konsument szukając informacji o danym produkcie. W przypadku rynku leków receptowych, taka wymiana doświadczeń wydaje się mieć największe znaczenie pomiędzy głównymi decydentami, czyli lekarzami. Nie oznacza to jednak, że pacjenci sami między sobą nie wymieniają się doświadczeniami ze stosowania konkretnego leku. Mogą oni oczywiście skonsultować pozyskaną w ten sposób wiedzę z lekarzem, ale ostatecznie to lekarz podejmie decyzję o doborze najodpowiedniejszego specyfiku.

1.2. Ekonomiczne determinanty zachowań konsumentów

Ekonomiści w analizie zachowań konsumenta opierają się na teorii racjonalnego zachowania konsumenta. Postępowanie racjonalne to wewnętrznie spójne postępowanie, które umożliwia jednostce maksymalizację zadowolenia. Opiera się ono o trzy główne założenia [Kamerschen, McKenzie i Nardinelli 1993]:

- jednostka ma preferencje i potrafi w pewnych granicach określić swoje potrzeby;
- jednostka jest zdolna w sposób wewnętrznie spójny uporządkować swoje potrzeby;
- jednostka będzie dokonywać wewnętrznie spójnych wyborów w celu maksymalizacji swojego zadowolenia.

Teoria ta posiada jednak swoje ograniczenia. Zalicza się do nich błędy, które popełniają jednostki, brak lub niewystarczająca informacja, oraz fakt, iż czasami jednostki zachowują się irracjonalnie (wewnętrznie niespójnie). Kahneman twierdzi, że ludzie nie są nieracjonalni, jednak często potrzebują pomocy w formułowaniu trafniejszych ocen i podejmowaniu lepszych decyzji i w niektórych przypadkach taką pomoc mogą przynieść rozwiązania polityczne i instytucjonalne [Kahneman 2012, s. 547]. Podejście takie kłóci się z podejściem neoklasyków do ekonomii. Jedno z fundamentalnych twierdzeń szkoły

neoklasycznej głosi bowiem, że chronienie jednostek przed ich własnymi wyborami jest nie tylko niepotrzebne, ale i niemoralne, bowiem racjonalni uczestnicy rynku nie popełniają błędów. Nawet jednak przy założeniu pełnej informacji, uczestnicy rynku mogą nie być w stanie z tej informacji w pełni skorzystać. Sytuacja taka ma miejsce w przypadku rynku farmaceutycznego, gdzie do zaordynowania odpowiednich dla danego schorzenia leków konieczna jest rozległa wiedza specjalistyczna. Dlatego też przyjąć należy, że jednostki w większości przypadków zachowują się wewnątrznie spójnie [Kamerschen, McKenzie i Nardinelli 1993], nawet, jeśli – jak ma to miejsce w przypadku leków – racjonalność zachowań jest oparta o szerokie spektrum rozwiązań instytucjonalnych.

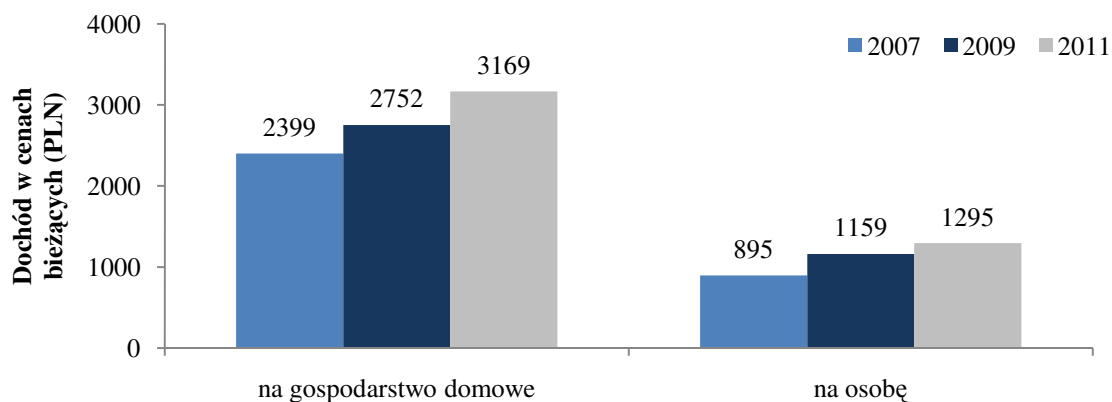
Sytuację ekonomiczną konsumenta warunkują zarówno czynniki zewnętrzne, jak i wewnętrzne. Do czynników zewnętrznych należą determinanty o charakterze makroekonomicznym. Zalicza się do nich ogólną sytuację gospodarczą kraju, stan koniunktury, czy obowiązujący system prawny i finansowy. Warto zauważyć, iż czynniki zewnętrzne determinujące sytuację ekonomiczną konsumenta są takie same, bądź zbliżone dla wszystkich jednostek w danym kraju.

Druga grupa czynników to czynniki wewnętrzne, które mogą być zasadniczo różne dla poszczególnych jednostek. Czynniki te rozumiane są jako ograniczenia determinujące zachowania konsumentów. Zalicza się do nich dochody nabywców stanowiące ich ograniczenie budżetowe, poziom cen produktów oraz podaż dóbr konsumpcyjnych [Kieźel i in. 2004].

Ograniczenie budżetowe jest jednym z głównych czynników wpływających na postępowanie konsumentów. Wysokość dochodu ma bezpośredni wpływ na wielkość całkowitych wydatków konsumpcyjnych oraz kształtuje proporcje pomiędzy wydatkami a oszczędnościami w budżecie konsumenta [Karczewska 2010, s. 480].

Rycina 10 przedstawia średnie dochody netto w cenach bieżących w ujęciu miesięcznym na osobę oraz na gospodarstwo domowe w latach 2007-2011.

Rycina 10. Dochody netto osób i gospodarstw domowych w ujęciu miesięcznym (2007-2011)



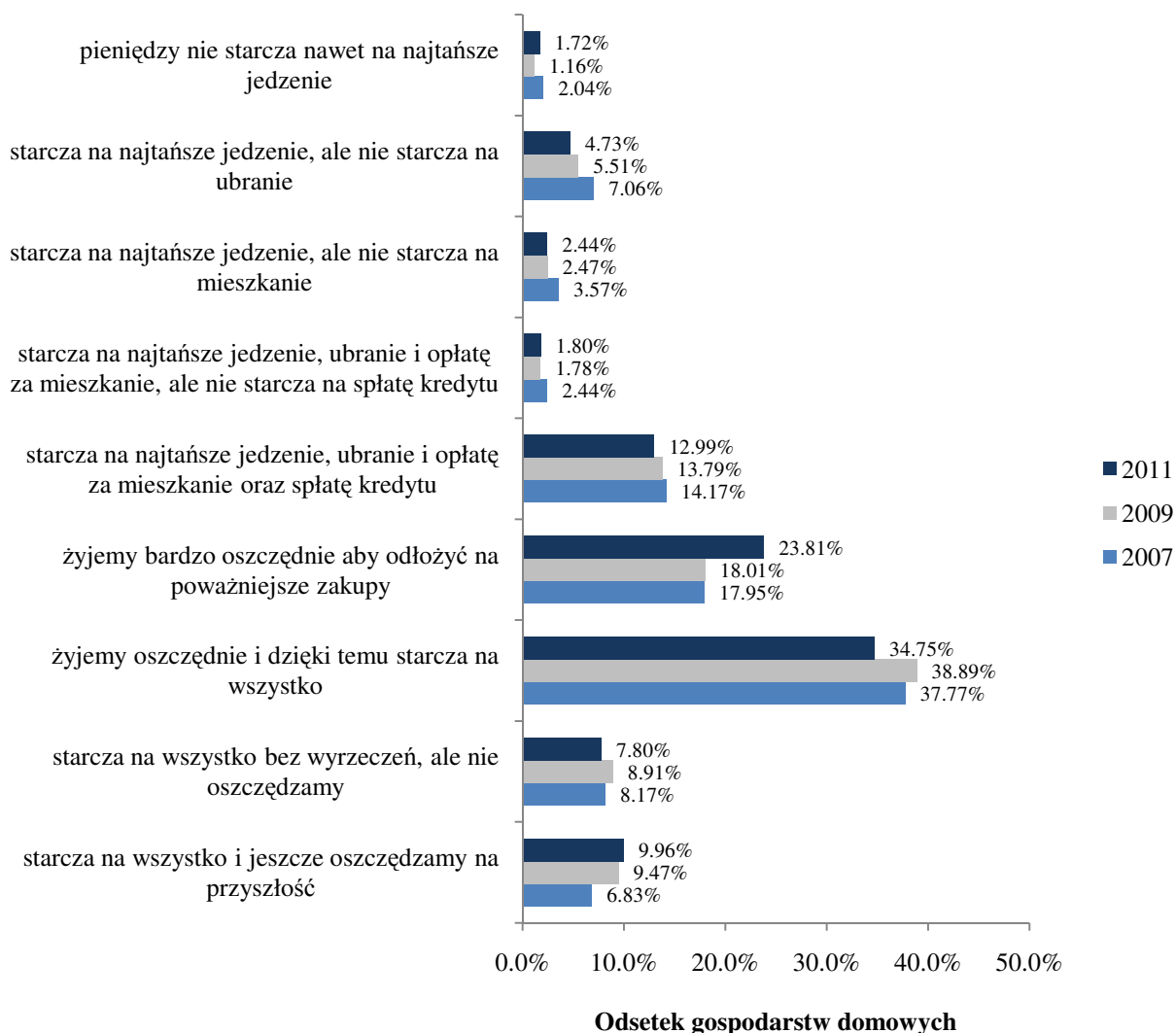
Źródło: Opracowanie własne na podstawie: Czapiński i in. 2007, Czapiński i in. 2009, Czapiński i in. 2011

Średni dochód netto w przeliczeniu na osobę w ujęciu miesięcznym wniósł w roku 2011 Polsce 1295 PLN, co oznacza realny wzrost o około cztery procent w przeciągu dwóch lat [Czapiński i in. 2011, s. 45]. W tym samym roku, średni miesięczny dochód netto gospodarstwa domowego wyniósł 3169 PLN.

Rycina 11 przedstawia sposób gospodarowania dochodem przez gospodarstwa domowe w latach 2007-2011. Istotną obserwacją jest fakt, że w roku 2011 52,51 procent badanych deklaroowało, że pieniędzy starcza im na wszystko (kategorie: „żyjemy oszczędnie i dzięki temu starcza na wszystko”, „starcza na wszystko, lecz nie oszczędzamy” oraz „starcza na wszystko i jeszcze oszczędzamy na przyszłość”). Na przestrzeni czterech lat grupa ta nieznacznie się zmniejszyła – w roku 2007, osoby, które deklarowały, że starcza im na wszystko stanowiły 52,77 procent badanej populacji.

Zauważyć również można, że w okresie 2007-2011 zmniejszył się odsetek gospodarstw domowych, którym pieniędzy nie starcza nawet na najtańsze jedzenie (z 2,04 do 1,72 procent). Najlicniejszą grupę, bo 34,75 procent badanych, stanowiły w roku 2011 gospodarstwa domowe deklarujące, że żyją oszczędnie i dzięki temu starcza im na wszystko. Kolejną pod względem liczności grupę gospodarstw domowych stanowiły w roku 2011 gospodarstwa, które żyły bardzo oszczędnie, aby odłożyć na poważniejsze zakupy (23,81 procent).

Rycina 11. Sposób gospodarowania dochodem przez gospodarstwa domowe (2007-2011)

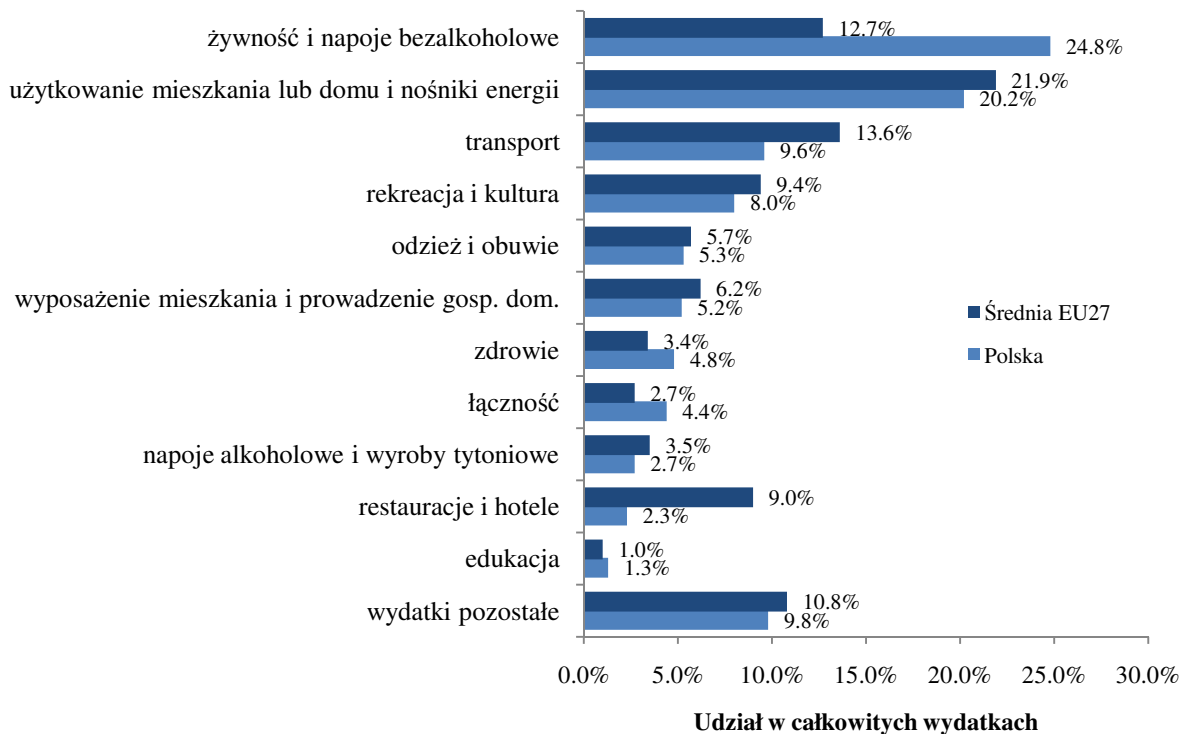


Uwaga: Wartości się nie sumują do 100 procent ze względu na zaokrąglenia.

Źródło: Czapiński i in. 2011, s. 52

Rycina 12 przedstawia strukturę wydatków gospodarstw domowych Polsce w porównaniu z uśrednioną strukturą wydatków dla krajów Unii Europejskiej w roku 2010. Zaobserwować można znaczne rozbieżności, zwłaszcza w zakresie wydatków na żywność i napoje bezalkoholowe, restauracje i hotele oraz wydatków w zakresie transportu. Zauważyć można, iż wydatki na zdrowie stanowiły 4,8 procent ich całkowitych wydatków w roku 2010. Dla porównania, średnie wydatki na opiekę zdrowotną w krajach Unii Europejskiej wyniosły 3,4 procent całkowitych wydatków.

Rycina 12. Struktura wydatków gospodarstw domowych w Polsce i Unii Europejskiej (2010)

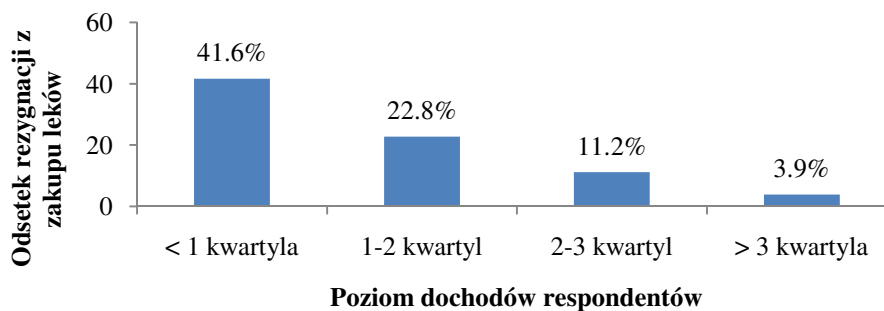


Uwaga: Wartości się nie sumują do 100 procent ze względu na zaokrąglenia.

Źródło: GUS 2011c, s. 4, Eurostat

Jednocześnie, w 2011 roku 18,1 procent gospodarstw domowych zadeklarowało, iż zmuszone były one do rezygnacji z zakupu leków z powodów finansowych [Czapiński i in. 2011, s. 123]. Skalę rezygnacji z zakupu leków w zależności od poziomu dochodów gospodarstwa domowego przedstawia Rycina 13.

Rycina 13. Skala rezygnacji z zakupu leków w zależności od poziomu dochodów gospodarstwa domowego (2011)

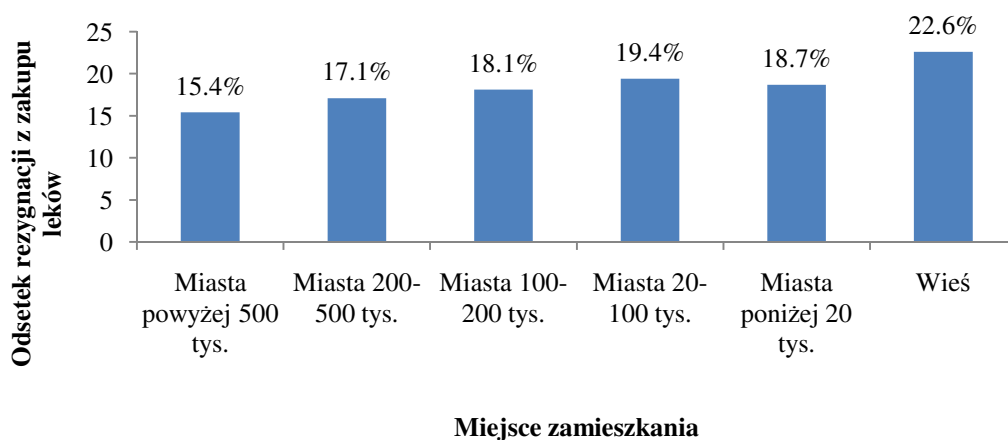


Źródło: Czapiński i in. 2011, s. 124

Największy stopień rezygnacji z zakupu leków zaobserwowano w gospodarstwach domowych o dochodach ekwiwalentnych⁷ poniżej pierwszego kwartyła (41,6 procent). Był on znacząco wyższy od stopnia rezygnacji gospodarstw domowych powyżej trzeciego kwartyła (3,9 procent).

Rycina 14 ilustruje skalę rezygnacji z zakupu leków w zależności od miejsca zamieszkania gospodarstw domowych.

Rycina 14. Skala rezygnacji z zakupu leków w zależności od miejsca zamieszkania gospodarstwa domowego (2011)



Źródło: Czapiński i in. 2011, s. 124

Najczęściej z zakupu leków zrezygnowały gospodarstwa domowe zamieszkujące na wsiach (22,6 procent), najrzadziej zaś – gospodarstwa domowe zamieszkujące w miastach powyżej 500 tysięcy mieszkańców (15,4 procent).

Szczegółowa analiza wydatków gospodarstw domowych, skali rezygnacji ze świadczeń opieki zdrowotnej, w tym z zakupu leków, oraz sposobów radzenia sobie z owymi rezygnacjami, została przeprowadzona w dalszej części niniejszej pracy.

Istotnym czynnikiem ekonomicznym determinującym zachowania konsumenta jest również cena nabywanego produktu. Ogólne prawo popytu i podaży mówi, że wraz ze wzrostem ceny danego dobra spada popyt na to dobro. Jednakże nie wszyscy konsumenci

⁷ Dochody ekwiwalentne mierzone są współczynnikiem Giniego, por. Czapiński i in. 2011, s. 45.

reagują w ten sam sposób na zmiany cen. Ma to związek z elastycznością cenową popytu. Popyt elastyczny jest przejawem dużej wrażliwości reakcji konsumentów na zmianę ceny danego dobra, natomiast popyt nieelastyczny obrazuje stosunkowo niską wrażliwość konsumenta na zmiany ceny dobra. Elastyczność popytu uwarunkowana jest klasyfikacją danego dobra – im bardziej luksusowe jest dane dobro, tym popyt na nie jest bardziej elastyczny. Dla dóbr podstawowych, których nabycie jest konieczne dla konsumenta, popyt będzie więc mniej elastyczny. Dodatkowo, zauważyć należy, iż wzrost ceny danego dobra, powodując spadek popytu na to dobro, podniesie popyt na dobra substytucyjne. Zdarzają się jednak sytuacje, kiedy wzrost ceny wywołuje wzrost popytu na te dobra. Elastyczność popytu zależna jest również od wysokości dochodu konsumenta.

Elastyczność cenowa popytu na świadczenia opieki zdrowotnej jest stosunkowo niska. Podobnie, niska jest elastyczność popytu w zależności od dochodu konsumenta [Ringel i in. 2000, s. 33]. Popyt na leki receptowe, podobnie jak popyt na świadczenia opieki zdrowotnej, jest nieelastyczny, czego dowodzą liczne badania empiryczne [O'Brien 1989, Harris 1990, Smith 1993, za: Ringel i in. 2000]. Związane jest to ze znaczeniem, jakie do stanu zdrowia przywiązują jednostki, co zostanie szerzej przedstawione w paragrafie traktującym o psychologicznych determinantach zachowań konsumenta.

W niniejszej pracy podjęto próbę oceny znaczenia ceny leków dla pacjenta i podjęto ocenę opinii pacjentów na temat możliwości substytucji tańszymi odpowiednikami ordynowanych leków.

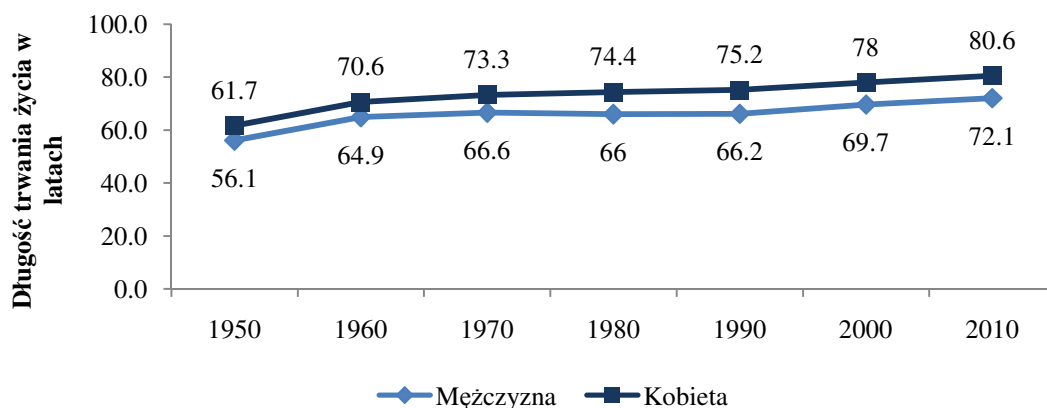
1.3. Demograficzne i społeczne determinanty zachowań konsumentów

Czynniki demograficzne, takie jak wiek, płeć, czy miejsce zamieszkania należą do najczęstszych czynników demograficznych używanych w badaniach rynku. Istnieje jednak szereg innych czynników demograficznych i społecznych, jak chociażby poziom wykształcenia, przynależność do określonych grup społecznych, czy wreszcie poziom dochodów, które determinują zachowania konsumenta. W niniejszej rozprawie pod

uwagę wzięto jednak pod uwagę trzy podstawowe czynniki – wiek, płeć oraz miejsce zamieszkania.

Wiek jest niewątpliwie czynnikiem różnicującym konsumentów i ich potrzeby. Różne bowiem będą potrzeby dzieci, osób dorosłych w wieku produkcyjnym oraz osób dorosłych w wieku poprodukcyjnym. Niebagatelne znaczenie mają więc pewne ogólne tendencje demograficzne, obserwowane w krajach rozwiniętych, w tym w Polsce. Wydłużająca się średnia długość życia jest jednym z takich czynników. Zmiany w średniej długości trwania życia na przestrzeni lat 1950-2010 ilustruje Rycina 15.

Rycina 15. Przeciętne trwanie życia w Polsce (1950-2010)



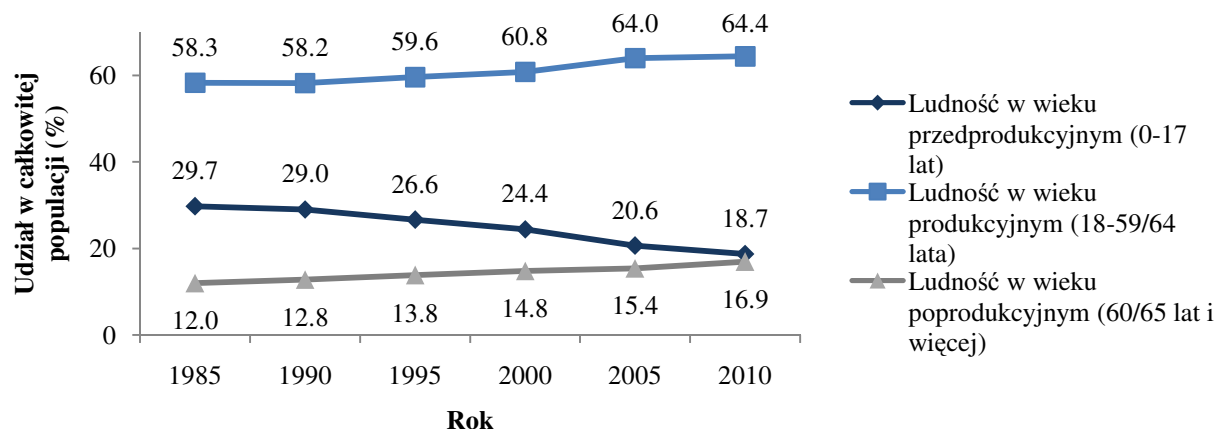
Źródło: GUS 2011d

Zauważyć można znaczny wzrost długości trwania życia w Polsce między rokiem 1950 a rokiem 2010, zarówno w przypadku kobiet, jak i mężczyzn. W przypadku mężczyzn, przeciętna długość trwania życia wzrosła z 56,1 do 72,1 lat, natomiast w przypadku kobiet – z 61,7 do 80,6 lat.

Wzrost przeciętnej długości trwania życia ma bezpośrednie przełożenie na wzrost zapotrzebowania na świadczenia opieki zdrowotnej, w tym produkty farmaceutyczne. Co za tym idzie, wzrastają również wydatki na leki ponoszone zarówno przez osoby indywidualne, jak i państwa refundujące leki swoim obywatelom.

Kolejnym istotnym zjawiskiem demograficznym jest starzenie się społeczeństw rozwiniętych, w tym Polski (Rycina 16). Zjawisko to wynika po pierwsze z wspomnianej już wcześniej wzrastającej przeciętnej długości życia, a po drugie – z malejącego przyrostu demograficznego.

Rycina 16. Udział ludności w wieku przedprodukcyjnym, produkcyjnym i poprodukcyjnym w całkowitej populacji (1985-2010)



Źródło: GUS 2011b

W latach 1985-2010 nastąpił znaczny spadek udziału ludności w wieku przedprodukcyjnym w całkowitej populacji (z 29,7 do 18,7 procent). Równocześnie, o 4,9 punktu procentowego (z 12,0 do 16,9 procent) wzrósł udział ludności w wieku poprodukcyjnym w całkowitej populacji.

Starzenie się społeczeństwa ma bezpośrednie implikacje dla wydatków na leki, zarówno ponoszone ze środków prywatnych, jak i publicznych. Przyjmuje się bowiem, że wielkość wydatków na leki wzrasta, wraz ze wzrostem wieku pacjenta. Uważa się więc, iż starzenie się społeczeństw jest jedną z głównych sił napędowych wzrostu przychodów przemysłu farmaceutycznego [Cassel, Rudberg i Olshansky 1992].

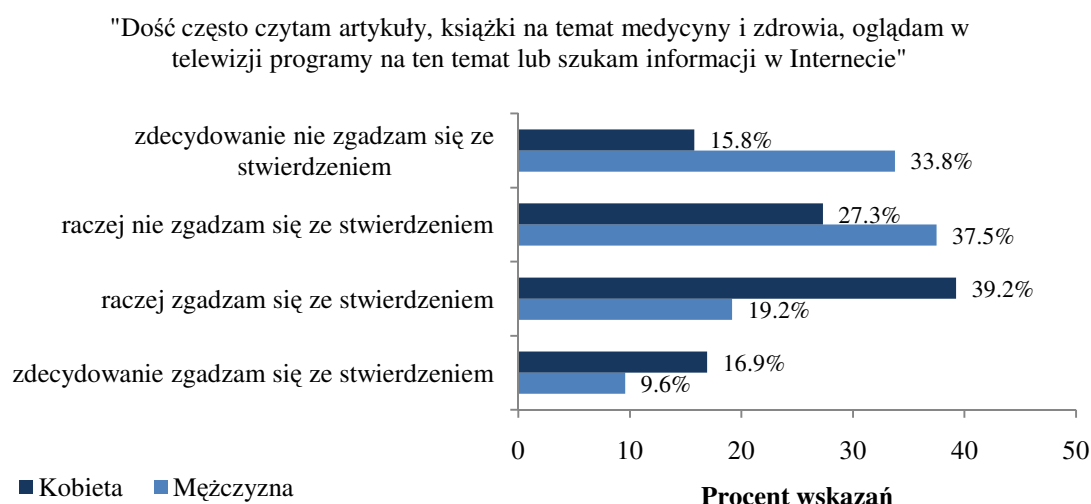
Rozwój nowych technologii sprawia, że pacjenci mają coraz większą wiedzę na temat przysługujących im praw, ale również większą świadomość zdrowotną. Zmienia się również podejście pacjenta do chorób i śmierci. Nie są one postrzegane już wyłącznie jako coś nieuchronnego, ale coraz częściej jako niepowodzenie terapeutyczne. [EuroRSCG Sensors 2012].

W niniejszej pracy podjęta zostanie próba oceny wpływu wieku na kształt rynku farmaceutycznego w Polsce oraz wyodrębnienie różnic w podejmowanych decyzjach oraz świadomości pacjentów w zależności od wieku. W analizie pod uwagę wzięto pacjentów dorosłych, co było motywowane poziomem ich wiedzy i świadomości zdrowotnej.

Kolejnym istotnym czynnikiem demograficznym wpływającym na zachowania konsumenta jest jego płeć. Zachowania kobiet i mężczyzn w procesie zakupowym różnią się pod wieloma względami, takimi, jak chociażby sposób zdobywania informacji, podejmowania decyzji, czy wzorce konsumpcji [Hoyer i MacInnis 2008]. Liczba kobiet w Polsce w roku 2010 wyniosła 19,75 mln, liczba mężczyzn zaś 18,44 mln [GUS 2011b]. Z badań przeprowadzonych w roku 2007 przez TNS OBOP [2007] wynika, iż kobiety bardziej niż mężczyźni dbają o swoje zdrowie. Podczas wizyty u lekarza, 62 procent badanych kobiet zadeklarowało, że dopytuje się o szczegóły kuracji, wśród mężczyzn odsetek ten wynosi 48 procent. Z badań okresowych korzysta 39 procent kobiet, w porównaniu z 27 procentami mężczyzn.

Kobiety bardziej aktywnie od mężczyzn poszukują informacji na temat zdrowia (telewizja, Internet). Wyniki badania przeprowadzonego przez TNS OBOP przedstawia Rycina 17.

Rycina 17. Poszukiwanie informacji na temat zdrowia w zależności od płci (2007)



Źródło: TNS OBOP

Kobiety znacząco częściej niż mężczyźni deklarują, że „czytają artykuły, książki na temat medycyny i zdrowia, oglądają w telewizji programy na ten temat, lub szukają informacji w Internecie” – 56,1 procent kobiet, w porównaniu do 28,8 procent mężczyzn zdecydowanie lub raczej zgadza się z tą opinią.

W niniejszej pracy podjęta zostanie próba zróżnicowania ze względu na płeć zachowań pacjentów podczas wyboru leków, podejścia do leków oraz poszukiwania informacji o lekach.

Zachowania konsumenta determinuje również miejsce jego zamieszkania. Mogą one znacząco różnić się w zależności od tego, czy pacjent mieszka w mieście, czy na wsi. Inna jest bowiem dostępność placówek opieki zdrowotnej w miastach i na wsi. W Polsce poza miastami mieszka około 40 procent ludności, jednakże liczba lekarzy pracujących na wsiach jest niewystarczająca [Rynek Zdrowia 2008]. W roku 2007, spośród 280 tysięcy porad lekarskich w opiece ambulatoryjnej, jedynie 16 procent zostało udzielonych na wsiach [GUS 2008]. Zróżnicowanie to wynika z różnej dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej na wsiach i w miastach. Większość szpitali oraz specjalistycznych placówek opieki zdrowotnej prowadzonych jest w miastach, co wymaga większego wysiłku od pacjentów zamieszkujących na wsi, którzy chcą skorzystać z usług takich placówek (np. organizacja transportu, dodatkowe koszty).

Kolejnym czynnikiem różnicującym miasto i wieś jest dostępność aptek. Apteki zlokalizowane na wsiach stanowią jedynie 17 procent aptek w Polsce [GUS 2008]. Aby zwiększyć dostępność do opieki aptecznej, na wsiach otwierane są punkty apteczne, które jednak posiadają znacząco zawężoną gamę produktów. Spośród 1114 punktów aptecznych funkcjonujących w Polsce w roku 2007, 98,1 procent było zlokalizowanych na wsiach. Łączna liczba aptek i punktów aptecznych dostępnych na wsiach stanowiła w roku 2007 24,6 procent wszystkich placówek tego typu. W tym samym roku na wsiach mieszkało 38,9 procent populacji [GUS 2011b]. Sytuacja taka może negatywnie wpływać na dostępność leków dla mieszkańców wsi, w porównaniu z mieszkańcami miast.

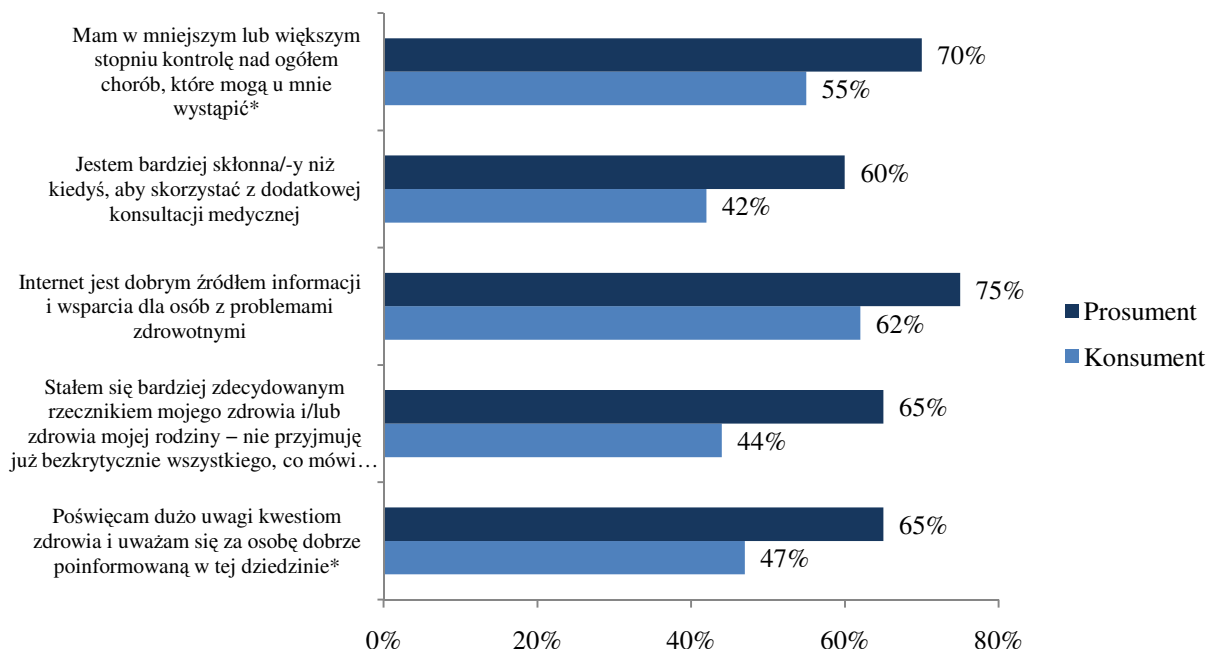
Mimo, iż w ostatnich latach coraz więcej zamożnych mieszkańców miast przeprowadza się na wieś, co związane jest z procesem dezurbanizacji, różnice pomiędzy miastem i wsią są nadal znaczące. Jak wynika z danych Narodowego Spisu Powszechnego przeprowadzonego w roku 2011, jednym z głównych czynników różnicujących miasto i wieś jest poziom wykształcenia – osoby posiadające wykształcenie wyższe stanowiły 21,3 procent populacji zamieszkujących miasta, na wsi wskaźnik ten wyniósł odpowiednio 9,9 procent. Jak dowodzą badania [Korzeniowska 2008], poziom wykształcenia ma bezpośredni wpływ na samoocenę zdrowotną oraz realizowanie określonych zachowań zdrowotnych – niżej wykształcona część społeczeństwa poświęca sprawom zdrowia mniej uwagi, niż osoby lepiej wykształcone. Również źródło utrzymania było istotnym czynnikiem różnicującym – 34,2 procent mieszkańców wsi to osoby będące na utrzymaniu innych osób, w porównaniu z 27,7 procentami mieszkańców miast. Stopa bezrobocia na wsi w roku 2011 wyniosła 13,9 procent i była wyższa o 1,5 punktu procentowego w porównaniu do stopy bezrobocia odnotowanej w miastach [GUS 2012, s. 62-87].

W podjętej próbie analizy uwzględniono miejsce zamieszkania (miasto – wieś) jako czynnik różnicujący zachowania konsumentów podczas wyboru leków, stosunek do leków generycznych i oryginalnych czy metody pozyskiwania informacji na temat schorzeń i możliwych terapii lekowych.

Autorzy raportu „Ja i moje ciało. Zdrowie i samopoczucie w dzisiejszych czasach.” [EuroRSCG Sensors 2012], deklarują, że najbardziej znaczące różnice pomiędzy postawami i zachowaniami konsumentami zachodzą nie tyle pomiędzy płciami, grupami wiekowymi, czy mieszkańcami różnych krajów, czy reprezentantami odmiennych kultur, ale pomiędzy przeciętnymi konsumentami a prosumentami⁸ (Rycina 18).

⁸ Pojęcie prosumenta wprowadził w latach 70. XX wieku Alvin Toffler. Za prosumenta uważa się osobę, która posiada rozległą wiedzę o produktach i usługach związanych i tą wiedzę przekazuje innym. Prosument chce aktywnie brać udział w tworzeniu produktu, którym jest zainteresowany i świadomie podejmuje decyzje zakupowe.

Rycina 18. Różnice w podejściu do zdrowia między konsumentami a prosumentami



Uwaga: Wykres pokazuje % respondentów zdecydowanie / w pewnym stopniu zgadzających się z podanym stwierdzeniem

* dane dla Polski

Źródło: EuroRSCG Sensors 2012

Niniejsza praca skupia się na rozróżnieniu pacjentów ze względu na ich cechy demograficzne, wspomniane wyżej. Jednakże, biorąc pod uwagę wzrastającą liczbę prosumentów w społeczeństwie, w dalszej części niniejszej dysertacji zostanie podjęta próba wyróżnienia i scharakteryzowania postaw prosumenckich w odniesieniu do leków generycznych.

Proces podejmowania decyzji o zakupie jest warunkowany również czynnikami społecznymi. Konsument nie podejmuje bowiem decyzji w próżni, na ich kształt wpływ ma również otoczenie, w jakim dany konsument funkcjonuje.

Sposób, w jaki pacjenci używają leków nie jest zależny wyłącznie od klinicznej i medycznej wiedzy i doświadczenia. Decyzje pacjentów o poszukiwaniu pomocy medycznej, czy wyborach dotyczących leków (zarówno receptowych, jak i dostępnych

bez recepty), wynikają nie tylko z symptomów fizycznych, jakich pacjenci doświadczają, ale także z tego, co wiedzą, z kim wchodzi w interakcje w związku ze swoim problemem zdrowotnym, oraz z sytuacji, w jakiej ten problem występuje [Smith i Wertheimer 1996, s. 263].

Istotnym czynnikiem społecznym przy podejmowaniu decyzji o wyborze leków są sieci społeczne. Sieć społeczna to zbiór węzłów i zbiór powiązań pomiędzy tymi węzłami, który przedstawia pewne relacje lub brak relacji pomiędzy węzłami [Brass i in. 2004, s. 795-817]. Sieci społeczne są więc zbiorem kontaktów i relacji z innymi, poprzez które jednostka definiuje swoją tożsamość społeczną oraz pozyskuje informacje, pomysły, wsparcie i możliwość nawiązywania nowych kontaktów.

W przypadku stosowania leków, pacjent może czerpać swoją wiedzę na temat schorzenia z ogólnodostępnych źródeł, takich jak publikacje książkowe, czasopisma, czy źródła internetowe. W niniejszej pracy analizie zostanie poddana częstość korzystania z dodatkowych źródeł informacji (innych niż wiedza lekarza i farmaceuty) na temat schorzeń i leków oraz jej wpływ na wiedzę pacjentów i ich percepcję leków. Pominięty został wpływ działań marketingowych na decyzje pacjenta, co wynika z faktu, iż w Polsce zakazana jest reklama leków receptowych skierowana do pacjenta.

Najistotniejszym jednak czynnikiem zewnętrznym, wpływającym na podejmowanie przez pacjenta wiedzy o lekach jest lekarz i jego interakcja z pacjentem. Lekarz, posiadając gruntowną wiedzę medyczną oraz szerokie doświadczenie, jest dla pacjenta głównym źródłem informacji na temat schorzeń i terapii lekowych. W części empirycznej podjęta została próba oceny zachowań lekarzy przy ordynowaniu leków. W związku z faktem, iż niniejsza rozprawa skupia się na lekach generycznych, przeprowadzone wśród lekarzy badanie ankietowe miało na celu ocenę percepcji leków generycznych, ich podejście do systemu refundacji w Polsce oraz źródeł, z jakich lekarze czerpią swoją wiedzę na temat leków. Dodatkowo, dokonano oceny częstości, z jaką lekarze zamieniają raz przepisane już leki oryginalne na leki generyczne. Analizę przeprowadzono, biorąc pod uwagę wiek, staż zawodowy, oraz miejsce pracy badanego lekarza.

Istotny wpływ na zachowania pacjenta na rynku farmaceutycznym ma również farmaceuta. Farmaceuta nie tylko wydaje przepisany przez lekarza lek, ale również doradza pacjentowi, co zrobić, aby odzyskać i zachować zdrowie [Kostecki 2010]. Jego rola jest szczególnie istotna przy wyborze leków dostępnych bez recepty, na przykład w czasie szczególnego narażenia na grypę, farmaceuta przypomina o lekach przeciwgrypowych, czy sugeruje preparaty na wzmocnienie odporności organizmu. W przypadku leków receptowych, farmaceuta może, zgodnie z prawem obowiązującym w Polsce, zasugerować pacjentowi substytut zaordynowanego przez lekarza leku (na przykład w sytuacji, kiedy dany lek jest niedostępny w aptece). W związku z tym, w badaniu przeprowadzonym wśród farmaceutów oceniano, jak często sugerują oni pacjentom tańszy odpowiednik leku zaordynowanego przez lekarza. W celu weryfikacji wyników badań na próbie pacjentów, farmaceutów zapytano również o ich opinię na temat stosunku pacjentów do leków generycznych.

1.4. Psychologiczne determinanty zachowań konsumentów

Jednym z podstawowych pojęć przy analizie psychologicznych, czyli wewnętrznych uwarunkowań zachowań konsumenta jest potrzeba. Potrzeby cechuje ich obiektywny charakter oraz subiektywne źródło powstania [Zalega 2012, s. 53]. Ekonomia skupia się na aspekcie subiektywnym potrzeb ludzkich. Jak dowodził Galbraith, ekonomia nie powinna wnikać w to, skąd biorą się ludzkie potrzeby, ale dążyć do zapewnienia ich maksymalnego zaspokojenia poprzez produkcję towarów i dostarczanie usług [1958, s. 143].

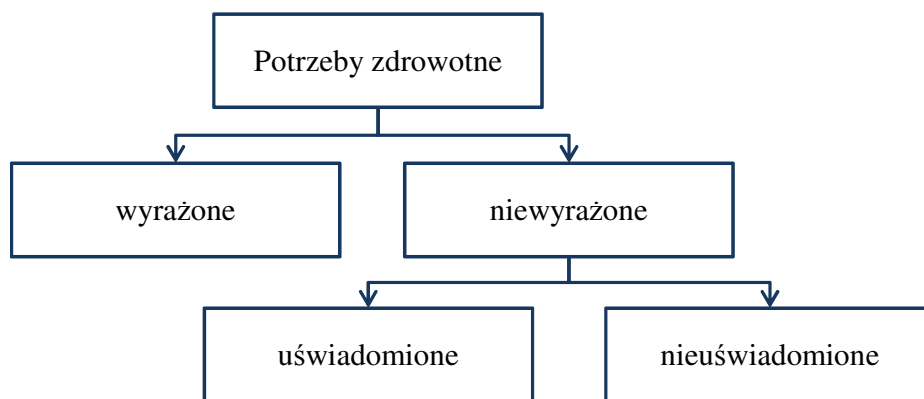
Najbardziej znanym modelem hierarchizującym potrzeby jest piramida potrzeb Masłowa [Maslow 1970]. Koncepcja ta zakłada, że człowiek realizuje swoje potrzeby sekwencyjnie, poczynając od najbardziej podstawowych (znajdujących się na dole piramidy, takich jak potrzeby fizjologiczne czy potrzeba bezpieczeństwa). Realizacja potrzeb wyższego rzędu może nastąpić dopiero, gdy zaspokojone zostaną potrzeby niższego rzędu.

Malinowski przedstawia bardziej interdyscyplinarną klasyfikację potrzeb, będącą próbą połączenia psychologicznych, ekonomicznych i biologicznych potrzeb człowieka. Wyróżnia on:

- potrzeby podstawowe – związane z fizjologią człowieka (metabolizm, reprodukcja, wymogi organizmu, bezpieczeństwo, ruch, rozwój, zdrowie);
- potrzeby pochodne – nawiązujące do aspektu społecznego życia człowieka (produkcja narzędzi i dóbr konsumpcyjnych, kodyfikacja i regulacja zachowań ludzkich, transmisja kultury, organizacja kolektywnego działania);
- potrzeby integratywne – połączone z kulturową stroną ludzkiego życia (wiedza, etyka, religia, magia, moralność, sztuka). [Zalega 2012, s. 54-58].

Potrzebę zdrowotną można zdefiniować jako odchylenie w stanie zdrowia pacjenta, wymagające podjęcia odpowiednich kroków mających na celu niedopuszczenie do negatywnych dla zdrowia skutków. Potrzeby zdrowotne można podzielić na wyrażone (takie, z którymi pacjent sam zgłasza się do lekarza) i niewyrażone (ujawniane dopiero podczas badań); potrzeby niewyrażone można z kolei podzielić na uświadomione (pacjent zdaje sobie z nich sprawę, ale z jakiegoś powodu ich nie zgłasza) oraz nieuświadomione (pacjent nie zdaje sobie sprawy z ich istnienia) [Baran 1985]. Podział ten ilustruje Rycina 19.

Rycina 19. Rodzaje potrzeb zdrowotnych

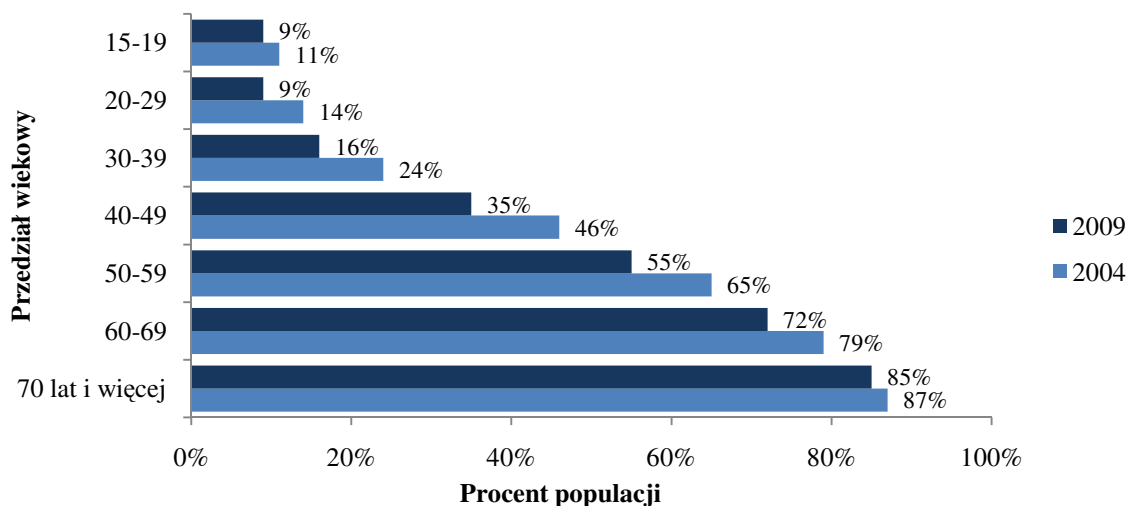


Źródło: Opracowanie własne na podstawie: Baran 1985

Znaczenie zdrowia dla ludzi jest bardzo wysokie. W badaniu „Diagnoza społeczna 2011 – warunki i jakość życia Polaków” przeprowadzonym na próbie 26.221 dorosłych osób badano system wartości Polaków, pytając respondentów o trzy najważniejsze warunki udanego, szczęśliwego życia. Zdrowie okazało się najważniejszym z nich – wskazało je 64,1 procent badanych [Czapiński i in. 2011, s. 220].

Istotnym aspektem psychologicznym motywującym zachowania konsumenta są przekonania i postawy. Z badania przeprowadzonego przez TNS Pentor wynika, iż zmianie ulegają postawy i zachowania Polaków związane z troską o swoje zdrowie [TNS Pentor 2002]. Wzrasta liczba Polaków twierdzących, iż nie ma większych problemów zdrowotnych. W roku 2004, 39 procent Polaków oceniało swój stan zdrowia poniżej poziomu dobrego, podczas gdy w roku 2009 stan taki deklarowało 34 procent osób [GUS 2010a]. Rycina 20 przedstawia odsetek populacji w podziale na grupy wiekowe oceniającej stan swojego zdrowia poniżej dobrego.

Rycina 20. Ludność oceniająca swoje zdrowie poniżej oceny dobrej według wieku (2004, 2009)



Źródło: GUS 2010a, s. 45

We wszystkich grupach wiekowych zauważyć można wzrost oceny swojego stanu zdrowia między rokiem 2004 a 2009.

Jednocześnie obserwuje się wzmożoną troskę o kondycję fizyczną. Polacy coraz częściej widzą potrzebę wizyt u lekarza, dbania o zdrową i zbilansowaną dietę, podejmowania wysiłku fizycznego, a także stosowania profilaktyki zdrowotnej [TNS Pentor 2006]. Jednakże, większość Polaków przyznaje, że z powodu braku czasu lub środków finansowych dba o stan zdrowia w stopniu mniejszym, niż to konieczne.

Z badania przeprowadzonego przez CBOS [2010] wynika, iż Polacy chętnie leczą się sami. Polacy najczęściej spożywają leki przeciwbólowe i przeciwzapalne, środki na przeziębienie; chętnie zażywają również witaminy i minerały oraz środki zwiększające odporność. W przypadku 'dolegliwości dnia codziennego', Polacy z reguły leczą się sami, a do lekarza udają się, gdy objawy ulegną zaostrzeniu lub w przypadku nieskuteczności samodzielnie podjętej terapii [TNS Pentor 2006].

1.5. Analiza czynników kształtujących decyzje zakupowe na rynku farmaceutycznym i ich wpływ na rynek leków generycznych

Mimo iż bardzo znaczące, na kształt oraz funkcjonowanie rynku farmaceutycznego w Polsce mają nie tylko bezpośrednie uregulowania prawne. Regulacje prawne tworzą raczej ramy funkcjonowania systemu, aniżeli go ostatecznie definiują. Tak więc regulacje prawne dotyczące rynku farmaceutycznego – jakkolwiek konieczne dla jego funkcjonowania – nie są jedynymi determinantami jego ostatecznego kształtu. Istnieje bowiem pewien margines swobody działań, zarówno lekarza, farmaceuty, jak i pacjenta. Obszar swobody jest węższy, niż ma to miejsce w przypadku mniej regulowanych rynków, takich jak chociażby rynek dóbr konsumpcyjnych (na przykład rynek dóbr szybko zbywalnych). Jednakże warto przyjrzeć się jego determinantom, oraz temu, w jaki sposób wpływają one na strukturę rynku farmaceutycznego, z uwzględnieniem leków generycznych.

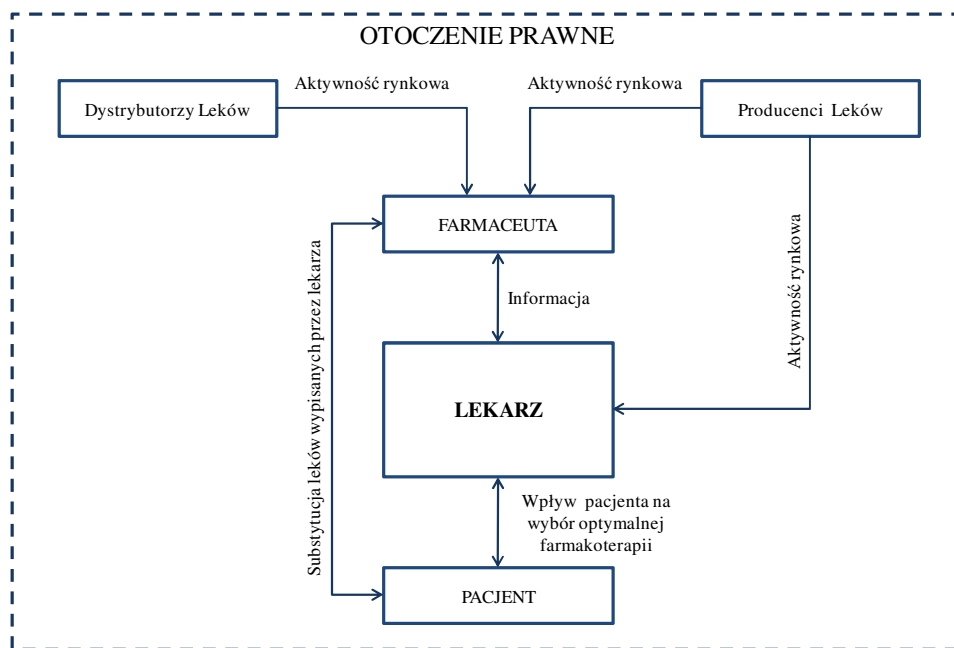
W momencie wyboru stosownych leków receptowych, lekarz, będący głównym decydem w tym procesie, korzysta ze swojej wiedzy i doświadczenia, poruszając się jednocześnie w ramach obowiązujących uregulowań prawnych. Do rynkowych

(pozaprawnych) czynników mających wpływ na podejmowanie przez lekarza decyzji o wyborze leków zalicza się:

- aktywność rynkową firm farmaceutycznych (działania marketingowe i informacyjne);
- koszty ponoszone na zakup produktów farmaceutycznych przez pacjentów;
- oczekiwanie najwyższej możliwej skuteczności leków.

Środowisko podejmowania decyzji oraz możliwości wpływu czynników rynkowych na rynku farmaceutycznym przedstawia Rycina 21.

Rycina 21. Podejmowanie decyzji oraz możliwości wpływu czynników rynkowych na rynku farmaceutycznym



Źródło: Opracowanie własne

W centrum tego schematu znajduje się lekarz – osoba, która jest głównym decydem w procesie wyboru stosownej terapii lekowej. Na jego wybory wpływa z jednej strony działalność marketingowa producentów i dystrybutorów leków, a z drugiej pacjent i jego oczekiwania wobec leku, zarówno pod względem jej skuteczności, jak i ceny. Pewną rolę

odgrywa także wymiana informacji pomiędzy lekarzem a farmaceutą, a także pomiędzy samymi lekarzami.

1.5.1. Aktywność rynkowa firm farmaceutycznych

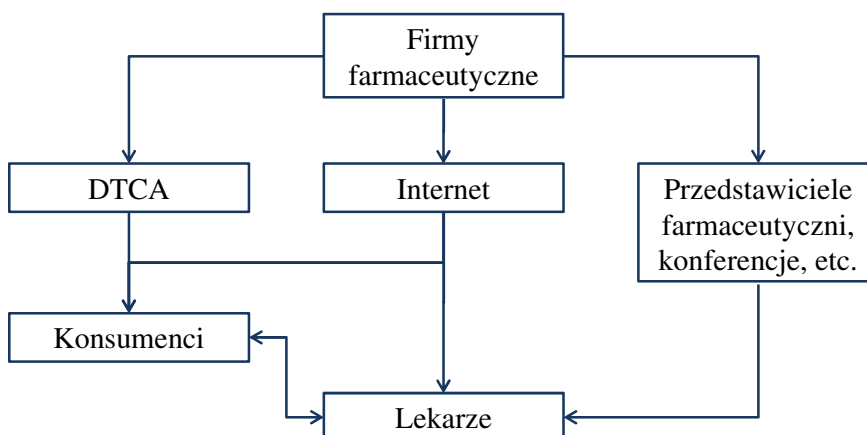
Aktywność rynkowa – rozumiana jako działania marketingowe oraz edukacyjne, podejmowane zarówno przez producentów leków, jak i różnego rodzaju organizacje i stowarzyszenia – jest istotnym czynnikiem wpływającym na funkcjonowanie rynku farmaceutycznego. Smith [1991] uważa, iż głównym celem aktywności rynkowej firm farmaceutycznych jest opieka farmaceutyczna nad pacjentami. Wymaga to dostarczania rozwiązań (terapii) dla chorób, w celu poprawy ogólnego zdrowia i wiedzy społeczeństwa na temat zdrowia [Sheehan 2007]. Dodatkowo, aktywność rynkowa firm farmaceutycznych jako podmiotów rynkowych dążących do maksymalizacji zysku, ma na celu podniesienie wartości sprzedaży [Rubin 2004]. Innym celem aktywności firm farmaceutycznych jest wymiana informacji oraz maksymalnie dokładne dostosowanie działań firm farmaceutycznych do potrzeb pacjentów [Smith 1991].

Wszelkie wysiłki związane z promocją oraz edukacją na temat leków receptowych skierowane są właśnie do głównych decydentów, czyli lekarzy, oraz – w mniejszym stopniu – do farmaceutów. Polskie prawo zabrania kierowania reklamy leków dostępnych wyłącznie na receptę bezpośrednio do pacjentów (DTCA – *direct to consumer advertising* – reklama skierowana bezpośrednio do konsumenta). Pacjent może być jedynie adresatem reklam leków OTC. W związku z tym, że niniejsza rozprawa skupia się na rynku leków receptowych, pominięte zostaną kwestie związane z DTCA oraz kontrowersje, jakie ta forma promocji budzi⁹.

Schemat interakcji związanych z aktywnością rynkową firm farmaceutycznych przedstawia Rycina 22.

⁹ Por. Shin, J., Moon, S., Direct-to-consumer prescription drug advertising: concerns and evidence on consumer's benefit, *Journal of Consumer Marketing*, vol. 22/7, 2005, s. 397-403.

Rycina 22. Schemat interakcji związanych z aktywnością rynkową firm farmaceutycznych



Źródło: Buckley2004

Korzystanie z narzędzi marketingowych na rynku farmaceutycznym w Polsce jest obwarowane szeregiem regulacji prawnych. Sposób ich wykorzystania reguluje Ustawa Prawo Farmaceutyczne. Ustawa ta definiuje reklamę produktów leczniczych jako działalność polegającą na informowaniu lub zachęcaniu do stosowania produktu leczniczego, mającą na celu zwiększenie: liczby przepisywanych recept, dostarczania, sprzedaży lub konsumpcji produktów leczniczych. W szczególności, działania reklamowe obejmują:

- reklamę produktu leczniczego kierowaną do publicznej wiadomości;
- reklamę produktu leczniczego kierowaną do osób uprawnionych do wystawiania recept lub osób prowadzących obrót produktami leczniczymi;
- odwiedzanie osób uprawnionych do wystawiania recept lub osób prowadzących obrót produktami leczniczymi przez przedstawicieli handlowych lub medycznych;
- dostarczanie próbek produktów leczniczych;
- sponsorowanie spotkań promocyjnych dla osób upoważnionych do wystawiania recept lub osób prowadzących obrót produktami leczniczymi;

- sponsorowanie konferencji, zjazdów i kongresów naukowych dla osób upoważnionych do wystawiania recept lub osób prowadzących obrót produktami leczniczymi.

Ustawodawca wprowadza również ograniczenia dotyczące przeprowadzania działań reklamowych produktów farmaceutycznych:

- reklama produktu leczniczego nie może wprowadzać w błąd, powinna prezentować produkt leczniczy obiektywnie oraz informować o jego racjonalnym stosowaniu;
- reklama produktu leczniczego nie może polegać na oferowaniu lub obiecywaniu jakichkolwiek korzyści w sposób pośredni lub bezpośredni w zamian za nabycie produktu leczniczego lub dostarczanie dowodów, że doszło do jego nabycia;
- reklama produktu leczniczego nie może być kierowana do dzieci ani zawierać żadnego elementu, który jest do nich kierowany;
- reklama produktu leczniczego, będąca przypomnieniem pełnej reklamy, poza jego nazwą własną i nazwą powszechnie stosowaną może zawierać tylko znak towarowy niezawierający odniesień do wskazań leczniczych, postaci farmaceutycznej, dawki, haseł reklamowych lub innych treści reklamowych.

Reklama produktów farmaceutycznych dostępnych na receptę może być kierowana wyłącznie do osób uprawnionych do wystawiania recept i powinna zawierać informacje zgodne z Charakterystyką Produktu Leczniczego. W przypadku leków umieszczonych na liście leków refundowanych, informacja ta winna być rozszerzona o wskazanie urzędowej ceny detalicznej i maksymalnej kwocie dopłaty ponoszonej przez pacjenta. Działania promocyjne polegające na dostarczaniu próbek leków mogą być kierowane wyłącznie do osób uprawnionych do wystawiania recept. Ustawodawca wymienia również dodatkowe ograniczenia tej formy promocji:

- osoba upoważniona do wystawiania recept wystąpiła w formie pisemnej do przedstawiciela handlowego lub medycznego o dostarczenie próbki produktu leczniczego;

- osoba dostarczająca próbkę prowadzi ewidencję dostarczanych próbek;
- każda dostarczana próbka nie jest większa niż jedno najmniejsze opakowanie produktu leczniczego dopuszczone do obrotu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej;
- każda dostarczana próbka jest opatrzona napisem „próbka bezpłatna – nie do sprzedaży”; do każdej dostarczanej próbki dołączona jest Charakterystyka Produktu Leczniczego (...);
- ilość próbek tego samego produktu leczniczego dostarczanych tej samej osobie nie przekracza pięciu opakowań w ciągu roku.

Ustawa refundacyjna, która weszła w życie z dniem 1 stycznia 2012, ogranicza możliwość prowadzenia działalności marketingowej przez apteki. Ustawodawca, wychodząc z założenia, iż apteka jest przede wszystkim placówką ochrony zdrowia, wprowadził zapisy, które uniemożliwiają aptekom prowadzenie działań marketingowych w odniesieniu do leków refundowanych ze środków publicznych. Tak więc, od dnia 1 stycznia 2012, niedozwolonym jest *stosowanie jakichkolwiek form zachęty odnoszących się do leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyrobów medycznych podlegających refundacji ze środków publicznych, w szczególności kierowanych do świadczeniobiorców, przedsiębiorców oraz ich pracowników lub osób uprawnionych, w tym sprzedaży uwarunkowanej, upustów, rabatów, bonifikat, pakietów i uczestnictwa w programach lojalnościowych, darowizn, nagród, prezentów, upominków, wycieczek, loterii, losowań, wszelkich form użyźnień, transakcji wiązanych, ułatwień, zakupów lub usług sponsorowanych, wszelkiego rodzaju talonów, bonów oraz innych niewymienionych z nazwy korzyści* [Ustawa o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych 2011].

Dodatkowo, ustawa ta, wprowadzając sztywne marże na leki refundowane, w znaczący sposób ograniczyła możliwość prowadzenia promocji cenowych przez apteki, hurtownie farmaceutyczne, bądź samych producentów.

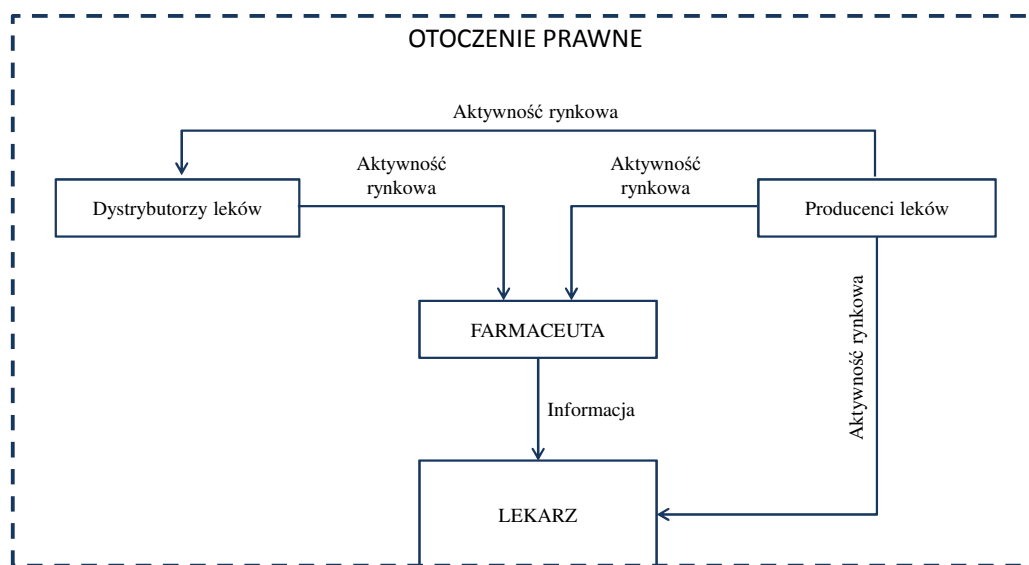
1.5.1.1. Formy aktywności rynkowej na rynku farmaceutycznym

Aktywność rynkowa firm farmaceutycznych skierowana jest do lekarzy, przedstawicieli aptek oraz dystrybutorów leków. Dodatkowo, podmioty prowadzące hurtowy obrót lekami prowadzą własne działania skierowane do swoich odbiorców, czyli aptek. Apteki, do dnia 31 grudnia 2011 mogły prowadzić działalność marketingową i edukacyjną skierowaną do pacjentów, polegającą na przykład na prowadzeniu programów lojalnościowych, czy promocji cenowych.

Nowa ustawa refundacyjna, która weszła w życie z dniem 1 stycznia 2012 prowadzenia takiej działalności zakazuje. W związku z zawężeniem analizy do rynku leków receptowych, w rozprawie pominięta zostaje rola pacjenta będącego adresatem działalności marketingowej związanej z lekami OTC.

Istotę aktywności rynkowej związanej z lekami receptowymi w Polsce przedstawia Rycina 23.

Rycina 23. Miejsce działalności marketingowej na rynku leków receptowych



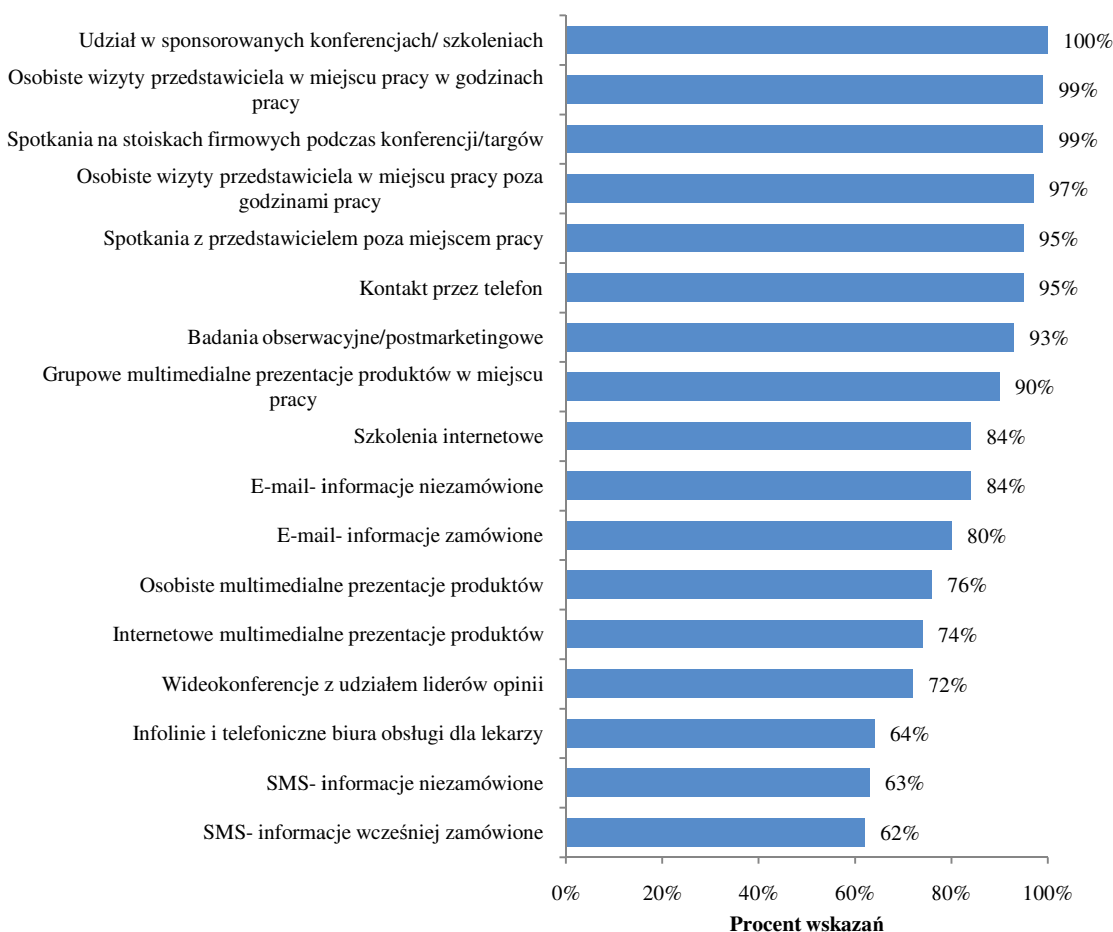
Źródło: Opracowanie własne

Szacuje się, iż ponad 60 procent nakładów koncernów farmaceutycznych na działania marketingowe jest przeznaczanych na działania polegające na bezpośrednim kontakcie z lekarzami [Harms i in. 2002]. Jednakże, wraz ze wzrostem znaczenia mediów

elektronicznych, oczekuje się, że większego znaczenia nabiorą w przyszłości takie formy i narzędzia komunikacji, jak media społecznościowe, technologie mobilne, czy *e-detailing* [Booz&Co 2012, s. 9]. Innymi istotnymi grupami docelowymi są farmaceuci, szpitale, instytucje rządowe, oraz dystrybutorzy produktów farmaceutycznych [Szalkai 2004].

Badanie przeprowadzone wśród lekarzy przez firmę badawczą PMR Publications [2010b] wskazuje jednoznacznie na kluczowe znaczenie bezpośredniej aktywności rynkowej na rynku farmaceutycznym. Respondenci pytani byli, czy kiedykolwiek słyszeli o danej formie kontaktu z firmą farmaceutyczną. Wyniki badania przedstawione zostały na Rycinie 24.

Rycina 24. Odsetek lekarzy, którzy słyszeli kiedykolwiek o danej formie kontaktu z firmą farmaceutyczną w Polsce (2010)



Źródło: PMR 2010b

Analizując wyniki tego badania można zauważyć, iż kontakty bezpośrednie są dominującą formą aktywności rynkowej firm farmaceutycznych. Wszyscy ankietowani spotkali się z taką formą aktywności jak organizacja konferencji naukowych przez firmy farmaceutyczne. Bezpośredni kontakt z przedstawicielem farmaceutycznym w godzinach pracy oraz spotkania na stoiskach firmowych podczas konferencji lub targów jako znane im rodzaje kontaktu z firmą farmaceutyczną wskazało 99 procent respondentów. Zaobserwować można równocześnie stosunkowo mniejszą popularność elektronicznych form kontaktu, takich jak chociażby infolinie, czy informacje przesyłane za pomocą SMS lub e-mail.

1.5.1.2. Leki oryginalne a generyczne

Istotnym jest rozróżnienie leków oryginalnych i generycznych w kontekście aktywności rynkowej firm farmaceutycznych. Badanie dotyczące aktywności rynkowej firm farmaceutycznych, rozróżniające leki oryginalne i generyczne, zostało przeprowadzone przez Budapesztański Uniwersytet Technologiczno-Ekonomiczny [Szalkai 2004]. Ogólne wnioski płynące z tego badania wskazują na istotność bezpośrednich kontaktów między lekarzami a firmami farmaceutycznymi. Lekarze czerpią wiedzę na temat nowych leków, zarówno oryginalnych, jak i generycznych, w głównej mierze z informacji dostarczanych im przez przedstawicieli medycznych. W badaniu tym udział wzięło 48 lekarzy, którzy mogli wskazać więcej niż jedno źródło (Tabela 1).

Tabela 1. Źródła informacji na temat nowych leków generycznych i innowacyjnych

Źródło informacji	O lekach generycznych (liczba wskazań)	O lekach oryginalnych (liczba wskazań)
Wizyta przedstawiciela medycznego	37	32
Literatura	10	33
Konferencja	9	22
Przesyłki informacyjne	18	13
Farmaceuta	15	8
Inny lekarz	3	6
Baza danych o lekach	1	1

Źródło: Szalkai 2004

Ciekawą obserwacją wydaje się rozbieżność pomiędzy liczbą wskazań literatury, jako źródła informacje na temat nowych leków. W przypadku leków oryginalnych literaturę wskazało 33 respondentów, jednak w przypadku leków generycznych liczba wskazań była znacząco niższa i wyniosła 10. Podobne dysproporcje można zaobserwować w przypadku zdobywania informacji o nowych lekach na konferencjach. Z konferencji czerpie wiedzę o nowych lekach oryginalnych 22 respondentów, a tylko dziewięciu o nowych lekach generycznych. W odróżnieniu od leków oryginalnych, w przypadku leków generycznych znaczącą rolę jako źródło informacji wydaje się odgrywać farmaceuta.

Należy jednak pamiętać, iż nawet najbardziej skuteczne formy aktywności rynkowej mogą ponieść porażkę, jeśli pacjenci są bardzo wrażliwi na cenę leków. Jeśli bowiem pacjenci opierają swoje decyzje wyłącznie na cenie, aktywność rynkowa firm farmaceutycznych może pozostać bez wpływu na ich decyzje zakupowe [Ladha 2007]. Nie bez znaczenia pozostaje również częste postrzeganie leków oryginalnych jako lepszych i skuteczniejszych, niż ich generyczne odpowiedniki. W takiej sytuacji kluczowym pozostaje wpływ rekomendacji lekarza na wybór leków.

Konieczność aktywności rynkowej firm farmaceutycznych jest niekwestionowalna. Jest ona bowiem skutecznym narzędziem służącym do przekazywania decydom informacji o nowych lekach, a w ten sposób wspierania podejmowania decyzji o wyborze stosownych leków opartych o racjonalne przesłanki. Taylor, Zou i Ozsomer [1995] dowodzą, iż tego rodzaju działania ułatwiają wejście na rynek poprzez efektywną komunikację z lekarzami (w przypadku leków receptowych) na temat konkretnych leków i ich cech. Poprzez umożliwienie nowym lekom zdobycia akceptacji wśród lekarzy, inne firmy są zachęcane, by wprowadzać swoje nowe leki, i w ten sposób zwiększać poziom konkurencji na rynku. Podobnie, Calfee [2003] zauważa, że lekarze powoli modyfikują swoje przyzwyczajenia w kwestii przepisywania leków, nawet, jeśli pojawiają się nowe – oparte o rzeczowe dowody – wytyczne prestiżowych organizacji. Aktywność rynkowa firm farmaceutycznych wydaje się wtedy być szczególnie wartościowym narzędziem przekazywania informacji. Dlatego też, w długim okresie, aktywność rynkowa firm

farmaceutycznych może wpływać na obniżenie cen leków. Istnieją również sugestie, iż nakłady na aktywność rynkową są równoważone przez oszczędności wynikające z prawidłowego stosowania leków oraz niższych cen leków wynikających z konkurencji cenowej. Z drugiej jednak strony, istnieje szereg publikacji zwracających uwagę na wysokie i wciąż rosnące nakłady ponoszone na aktywność rynkową przez firmy farmaceutyczne. Nie należy bowiem zapominać, że poza dostarczaniem informacji, celem aktywności rynkowej jest też zwiększanie sprzedaży produktów [Levy 1994]. Z punktu widzenia strategii firm farmaceutycznych, aktywność rynkowa wydaje się być coraz bardziej istotna. W latach osiemdziesiątych i dziewięćdziesiątych dwudziestego wieku, sukces firm farmaceutycznych opierał się w głównej mierze na działalności badawczo-rozwojowej i użyciu patentów. Jednakże wraz ze spowolnieniem dynamiki wzrostu w przemyśle farmaceutycznym i rosnącymi kosztami działalności badawczo-rozwojowej, pojawiła się potrzeba stworzenia nowej strategii [Shuiling i Moss 2004]. Sugeruje się, iż w obliczu takich zmian w przemyśle, firmy farmaceutyczne muszą w większej mierze wykorzystywać potencjał aktywności rynkowej [Blackett 2005].

Badania przeprowadzone przez naukowców Uniwersytetu w York wykazały, że wydatki koncernów farmaceutycznych na aktywność rynkową przewyższają nakłady na prace badawczo-rozwojowe. Wniosek taki został wyciągnięty na podstawie analizy danych dostępnych dla rynku farmaceutycznego w Stanach Zjednoczonych. Autorzy obliczyli, iż amerykański przemysł farmaceutyczny przeznaczył w roku 2004 24,4 procent wartości sprzedaży na działania promocyjne, podczas gdy na prace badawczo-rozwojowe – 13,4 procent wartości sprzedaży [Gagnon i Lexchin 2008]. Istnieje również szereg innych badań zdających potwierdzać rosnące nakłady na aktywność rynkową. Naik [2009] dowodzi, iż od lat siedemdziesiątych do pierwszej dekady XXI wieku nakłady na ten cel wzrosły z 32 do 39 procent wartości sprzedaży ogółem. W tym samym czasie koszty produkcji zostały obniżone z 43 do 23 procent, a nakłady na działalność badawczo-rozwojową wzrosły z pięciu do 17 procent. Z ankiety przeprowadzonej pośród 20 największych europejskich firm farmaceutycznych w roku 2006 przez Consumers

International [2006] wynika, że wydatki na aktywność rynkową stanowiły pomiędzy 31 a 50 procent sprzedaży tych firm. Na podobne wartości wskazuje Kwapiszewski [w: Ulatowska-Szostak 2008, s. 441]. Rizzo [1999] zauważa jednak że, mimo iż wydatki firm farmaceutycznych na aktywność rynkową stanowią 20-30 procent ich sprzedaży, to ich wpływ na konkurencyjność jest ograniczony i niespójny.

Ustawodawcy, mając świadomość wysokości nakładów na aktywność rynkową firm farmaceutycznych, tworzą rozwiązania dążące do ograniczenia tych nakładów. Przesłanką do takich działań jest założenie, iż wydatki na aktywność rynkową są odzwierciedlone w wyższych cenach leków, generując tym samym dodatkowe koszty zarówno dla systemów opieki zdrowotnej, jak i indywidualnych pacjentów. Przykładem jest tutaj tak zwany podatek Garattiniego, wprowadzony we Włoszech, gdzie firmy farmaceutyczne zobowiązane są do odprowadzania podatku wysokości pięciu procent od nakładów ponoszonych na aktywność rynkową.

Jednakże, badania przeprowadzone przez Capellę na rynku amerykańskim [2009] dowodzą, że ani marketing bezpośredni, stanowiący najpopularniejszą formę działań marketingowych na rynku farmaceutycznym, ani inne formy aktywności rynkowej, nie mają ani pozytywnego, ani negatywnego wpływu na ceny leków.

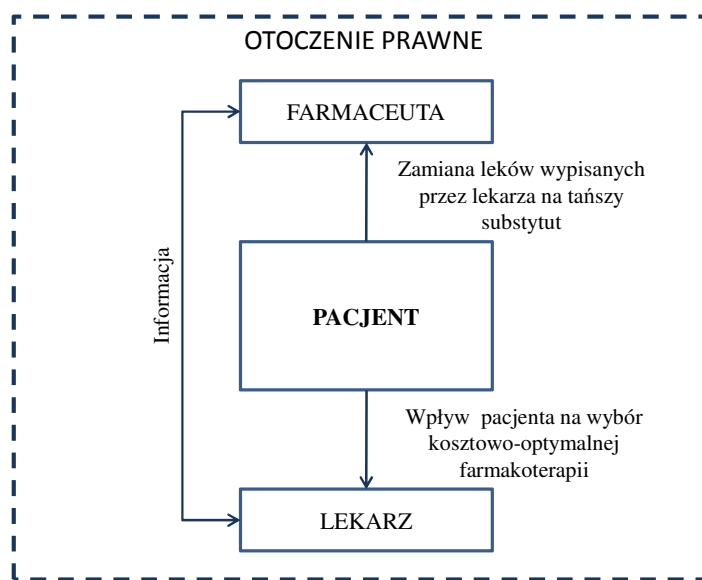
Bezpośrednie przenoszenie tych badań na grunt polski wydaje się jednak nie do końca uzasadnione ze względu na formę organizacji rynku farmaceutycznego w Polsce, która jest znacząco różna od formy organizacji rynku w Stanach Zjednoczonych. System refundacji, poprzez swój wpływ na ceny, jakie za leki płacą pacjenci, deformuje skutki aktywności rynkowej firm farmaceutycznych. Należy jednak mieć na uwadze, iż wydatki firm farmaceutycznych na aktywność rynkową są znaczące i nie pozostają bez wpływu na zachowanie lekarzy.

1.5.2. Koszty ponoszone na zakup produktów farmaceutycznych przez pacjenta

Kolejnym ważnym aspektem, nieściśle wynikającym z regulacji prawnych jest dążenie do minimalizacji nakładów ponoszonych na produkty farmaceutyczne. Nakłady ponoszone

z budżetu państwa na refundację leków są bezpośrednio zależne od obowiązujących uregulowań prawnych. Tutaj zaobserwować można nasilone działania zmierzające do ograniczenia tempa wzrostu tych kosztów¹⁰. Należy jednak pamiętać, iż wydatki publiczne stanowią jedynie część całkowitych nakładów na produkty farmaceutyczne. W roku 2011 wydatki Narodowego Funduszu Zdrowia na refundację leków wyniosły 8,63 miliarda złotych, podczas gdy wartość całkowitej sprzedaży produktów farmaceutycznych (receptowych i OTC) wyniosła 27,9 miliarda złotych, z czego wartość sprzedaży leków receptowych (refundowanych i nier refundowanych) wyniosła 17,8 miliarda złotych. Różnicę pomiędzy detaliczną ceną leku refundowanego, a wartością refundacji pokrywa pacjent w ramach współpłacenia. Jak zauważają analitycy rynku farmaceutycznego [Jakubiak 2011], w ostatnich latach poziom współpłacenia pacjentów za leki był sukcesywnie obniżany i kształtował się na poziomie około 30 procent. W roku 2011 wysokość współpłacenia pacjenta ukształtowała się na poziomie 31,6 procent. Istotę dążenia do minimalizacji nakładów ze strony pacjenta przedstawia Rycina 25.

Rycina 25. Minimalizacja kosztów ponoszonych przez pacjenta oraz jej miejsce na rynku farmaceutycznym



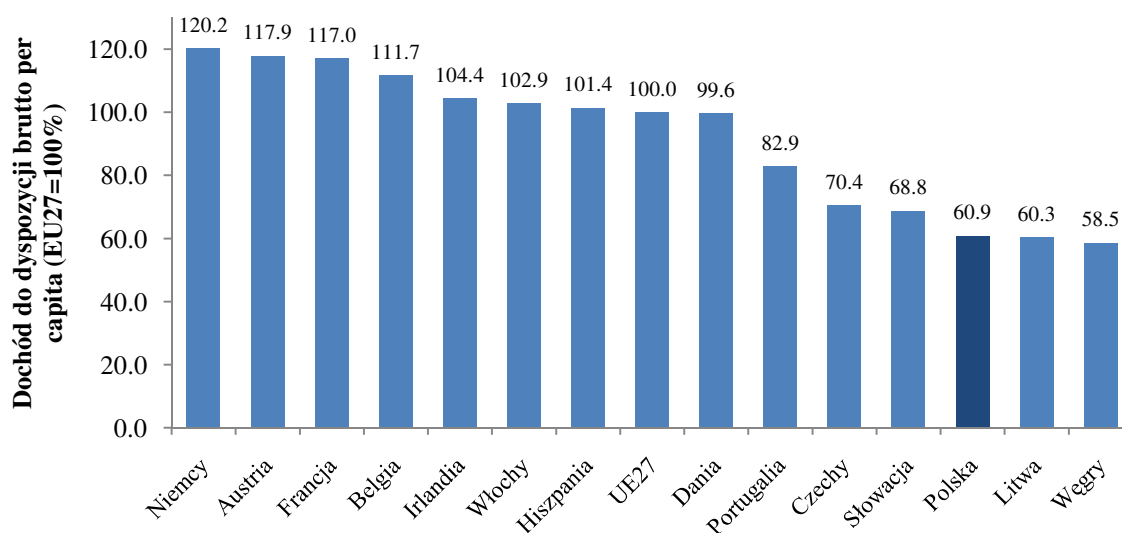
Źródło: Opracowanie własne

¹⁰ Zmieniona ustawa refundacyjna wprowadziła ograniczenie nakładów na refundację leków do maksymalnie 17 procent całkowitych publicznych nakładów na opiekę zdrowotną. Dodatkowo, negocjacje cenowe prowadzone z producentami leków przez Komisję Ekonomiczną przy Ministerstwo Zdrowia, mają na celu obniżenie cen jednostkowych leków.

Mimo, iż pacjent nie jest podmiotem decydującym o wyborze leków, posiada on jednak pewien wpływ na ten wybór. Może on bowiem poprosić lekarza o wzięcie pod uwagę jego możliwości finansowych i wybór leków możliwie najbardziej optymalnych pod względem kosztów. Wpływ pacjenta na wybór leków może też mieć miejsce w momencie realizowania wystawionej przez lekarza recepty. Pacjent może poprosić farmaceutę o zamianę przepisanej przez lekarza leku na tańszy odpowiednik. Wyjątkiem jest tutaj sytuacja, kiedy lekarz wyraźnie zaznaczył na receptce, iż lek nie powinien zostać zamieniony. Rola pacjenta w procesie wyboru leków ogranicza się zazwyczaj albo do wpływu na etapie wystawiania recepty lub na etapie jej realizacji – rzadko zdarza się, iż wpływ ten jest wywierany w obu sytuacjach jednocześnie.

Kwestia minimalizacji kosztów jest o tyle istotna, że dochód do dyspozycji brutto per capita był w Polsce jest znacząco niższy, niż średni dochód do dyspozycji brutto per capita w krajach Unii Europejskiej. Ilustruje to Rycina 26.

Rycina 26. Dochód do dyspozycji brutto per capita w wybranych krajach Unii Europejskiej jako procent średniej dla krajów Unii Europejskiej (2009).

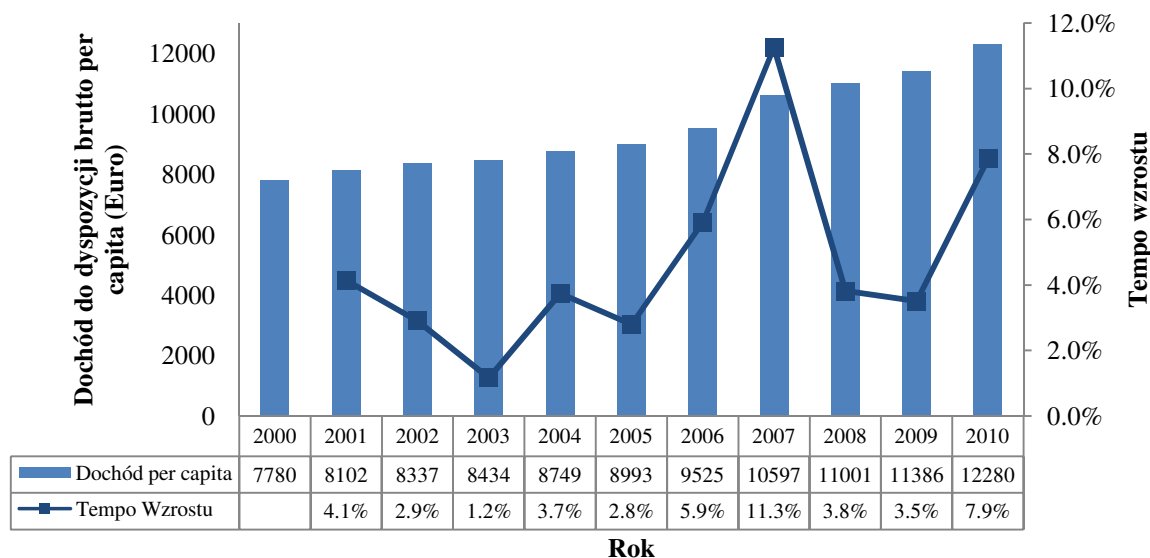


Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych Eurostat.

W roku 2009 dochód do dyspozycji brutto per capita stanowił 60,9 procent średniej dla Unii Europejskiej i był o połowę niższy, niż dochód do dyspozycji brutto per capita w Niemczech [Eurostat]. W regionie Europy Środkowej i Wschodniej, wyższy od Polski dochód do dyspozycji brutto per capita był w Czechach oraz na Słowacji.

Jednakże, w ciągu ostatniej dekady zaobserwować można było nieprzerwany wzrost produktu krajowego w Polsce, świadczący między innymi o bogaceniu się społeczeństwa polskiego (Rycina 27).

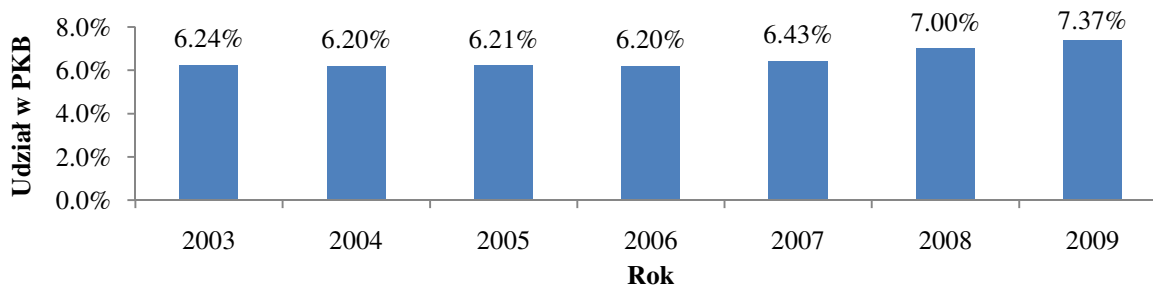
Rycina 27. Dochód do dyspozycji brutto per capita oraz dynamika jego wzrostu dla Polski (2000-2010)



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych Eurostat

W roku 2010 dochód do dyspozycji brutto per capita w Polsce wyniósł 12.280 euro i był wyższy o 57,8 procent w porównaniu z rokiem 2000. Jednakże równocześnie wzrastały nakłady ponoszone na opiekę zdrowotną (Rycina 28).

Rycina 28. Udział całkowitych wydatków na opiekę zdrowotną w Polsce w PKB (2003-2008)



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych Eurostat

Kwestią kluczową dla niniejszej analizy jest jednak nie całkowita wartość wydatków na opiekę zdrowotną, a ich struktura. Należy więc zastanowić się, jaką część tych wydatków pacjent ponosił z własnej kieszeni.

W latach 2007-2011 nastąpił wzrost odsetka gospodarstw domowych korzystających z usług placówek opieki zdrowotnej opłacanych z własnej kieszeni o 12,1 procent [Czapiński i in. 2009]. Tabela 2 ilustruje te zmiany w poszczególnych grupach społeczno-ekonomicznych oraz w zależności od poziomu dochodu na osobę w gospodarstwie domowym.

Tabela 2. Odsetek gospodarstw domowych korzystających z usług placówek opieki zdrowotnej opłacanych z własnej kieszeni (2007, 2009, 2011)

Grupa społeczno-demograficzna	2007 (%)	2009 (%)	2011 (%)	Dynamika wzrostu 2007-2011
Grupa społeczno-ekonomiczna				
Pracownicy	51,9	56,4	55,3	6,6%
Rolnicy	38,5	45,2	48,9	27,0%
Pracujący na własny rachunek	66,1	67,8	70,7	7,0%
Emeryci	32,9	39,6	42,1	28,0%
Renciści	28,0	29,7	28,6	2,1%
Utrzymujący się z niezarobkowych źródeł	29,9	36,3	29,0	-3,0%
Dochód na osobę				
Dolny kwartył	24,3	30,4	29,7	22,2%
Środkowe 50 procent	42,0	49,0	48,9	16,4%
Górny kwartył	64,1	65,5	68,1	6,2%
Ogółem	43,8	48,9	49,1	12,1%

Źródło: Opracowanie własne na podstawie: Czapiński i in. 2009, s. 109, Czapiński i in. 2011, s. 121

W praktycznie każdej grupie społecznej nastąpił wzrost odsetka gospodarstw domowych korzystających z usług placówek opieki zdrowotnej opłacanych z własnej kieszeni. Wyjątkiem jest grupa utrzymujących się z niezarobkowych źródeł, w której odsetek ten nieznacznie się obniżył pomiędzy rokiem 2007 a 2011.

Biorąc pod uwagę kryterium dochodu na osobę, największy wzrost liczby gospodarstw korzystających z usług placówek opieki zdrowotnej opłacanych z własnej kieszeni nastąpił wśród dolnego kwartyna społeczeństwa i wyniósł on 22,2 procent.

Równocześnie, wysokość wydatków ponoszonych na leki (zarówno receptowe, jak i dostępne bez recepty) oraz inne artykuły farmaceutyczne w ujęciu kwartalnym wzrosła w latach 2007-2011 o 22 procent, z 307 PLN do 375 PLN [Czapiński i in. 2011]. Pomiedzy rokiem 2009 i 2011 nastąpił nieznaczny spadek o jeden procent (Tabela 3).

Tabela 3. Wysokość wydatków ponoszonych przez gospodarstwa domowe na zakup leków i artykułów farmaceutycznych w ujęciu kwartalnym (2007-2011)

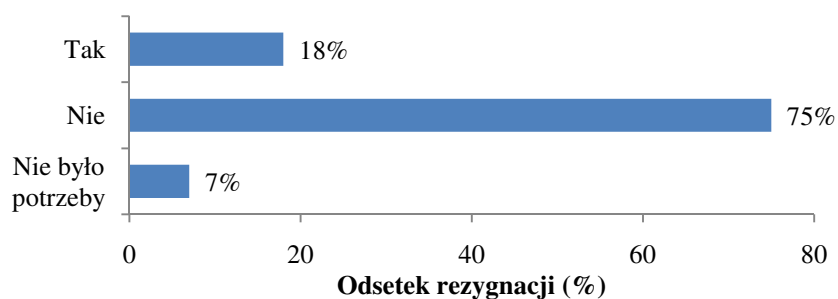
Rok	2007	2009	2011
Wysokość wydatków ponoszonych na leki (PLN)	307	379	375

Źródło: Czapiński i in. 2011., s. 125

Wynioskować więc można, iż wydatki na opiekę zdrowotną ponoszone z własnej kieszeni, w tym leki oraz inne produkty farmaceutyczne, rosną szybciej, niż dochód do dyspozycji brutto. Wzrost ten jest szczególnie widoczny wśród części populacji o najniższych dochodach.

Wysokie i rosące koszty opieki zdrowotnej prowadzą często do konieczności rezygnacji z niektórych usług zdrowotnych. W roku 2011, odsetek gospodarstw domowych, które z powodu braku środków zmuszone były zrezygnować z wykupienia leków wyniósł 18 procent (Rycina 29).

Rycina 29. Skala rezygnacji gospodarstw domowych z zakupu leków (2011)

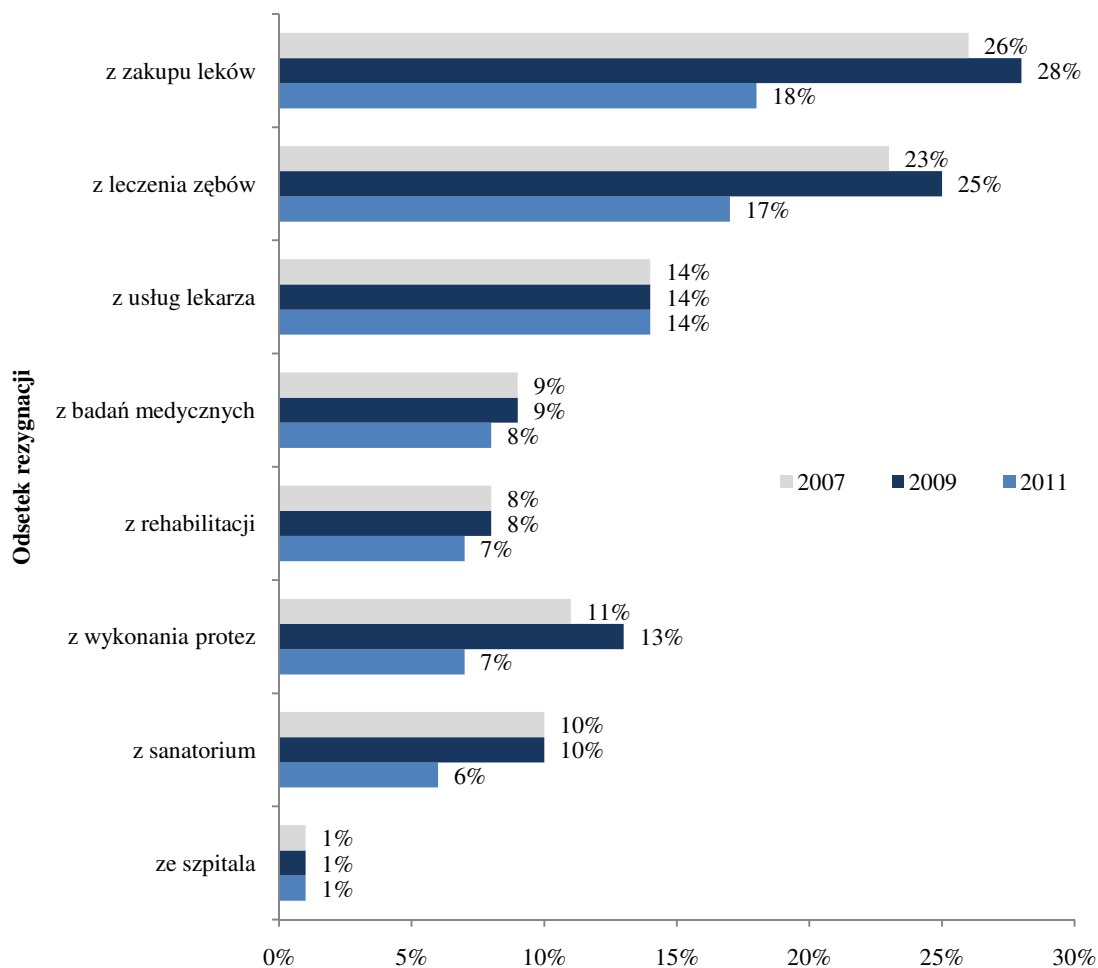


Źródło: Czapiński i in. 2011., s. 123

Równocześnie, zakup leków był tym świadczeniem zdrowotnym, z którego gospodarstwa domowe najczęściej rezygnowały w obliczu braku środków (Rycina 30). Skala rezygnacji

ze świadczeń opieki zdrowotnej w roku 2011 w większości przypadków znacząco się zmniejszyła w porównaniu do poprzednich lat.

Rycina 30. Skala rezygnacji gospodarstw domowych z różnych świadczeń zdrowotnych (2007-2011)



Źródło: Opracowanie własne na podstawie: Czapiński, i in. 2007, s. 100, Czapiński i in. 2009, s. 111, Czapiński i in. 2011, s. 123

Zauważyć można, że w roku 2011 18 procent badanych gospodarstw domowych zmuszonych było zrezygnować przynajmniej raz z zakupu leków ze względów finansowych. Oznacza to spadek odsetka o 10 punktów procentowych w porównaniu z rokiem 2009 i o osiem punktów procentowych w porównaniu z rokiem 2007.

Znając zarówno skalę, jak i przyczyny rezygnacji z zakupu leków, należy zastanowić się nad sposobami radzenia sobie z tym zjawiskiem. W raporcie „Diagnoza Społeczna 2007 –

Warunki i Jakość Życia Polaków” [Czapiński i in. 2007] poddano analizie zachowania w przypadku braku środków finansowych na zakup leków. Okazuje się, iż w grupie 26 procent gospodarstw domowych, które były zmuszone zrezygnować z zakupu leków, nie we wszystkich przypadkach nie skorzystano w ogóle z leków. Znaczna część osób podjęła bowiem działania mające na celu ostateczne skorzystanie z leków.

Rycina 31. Odsetek gospodarstw domowych, które w różny sposób zachowały się w sytuacji braku środków na zakup leków (2007)



Źródło: Czapiński i in. 2007, s. 98-99

Mimo, iż odsetek gospodarstw domowych, które w ostatecznym rozrachunku de facto rezygnują z zakupu leków jest bardzo wysoki (62,9 procent), znacząca liczba gospodarstw podjęła działania mające na celu wykup leków. Do działań tych zalicza się: korzystanie z opieki szpitalnej, staranie o dodatkowe pieniądze oraz zwrócenie się do lekarza z prośbą o przepisanie tańszych leków lub zwrócenie się do farmaceuty o substytucję leków przepisanych przez lekarza. Można zauważyć, iż odsetek gospodarstw domowych zwracających się do lekarza i farmaceuty z prośbą o tańsze leki był bardzo podobny (odpowiednio: 40,9 procent i 41,5 procent). Podejmowanie tego typu działań może świadczyć o tym, iż pacjenci są świadomi możliwości substytucji leków ich tańszymi odpowiednikami.

Reasumując, można zauważyć, iż rosnące wydatki na opiekę zdrowotną, w tym wydatki na leki, niejednokrotnie zmuszają pacjentów do rezygnacji z wykupienia przepisanych przez lekarza leków. Istotą problemu nie jest ocena, w jaki sposób rezygnacja z terapii lekami wpłynęła na stan zdrowia pacjentów. Kluczowym problemem jest bowiem to, że kwestia ceny leków stanowi zasadniczy problem dla pacjentów. Dodatkowo fakt, iż pacjenci, a przynajmniej ich część, są świadomi możliwości substytucji leków droższych ich tańszymi odpowiednikami, oraz że z tej możliwości korzystają, jednoznacznie wskazuje, iż cena jest istotnym aspektem kształtującym strukturę rynku farmaceutycznego poprzez zwiększanie popytu na leki tańsze.

Wnioski te są szczególnie istotne dla rynku leków generycznych, bowiem ceny leków generycznych są zazwyczaj niższe od cen leków oryginalnych.

1.5.3. Oczekiwanie najwyższej możliwej skuteczności oraz bezpieczeństwa terapii lekowej

Skuteczność oraz bezpieczeństwo stosowania są kryteriami, jakie dany lek winien spełnić, aby zostać dopuszczonym do obrotu. Obowiązek dostarczenia dowodów, że produkt spełnia wymagania odnośnie wspomnianych czynników leży po stronie jego producenta.

W tym kontekście należy więc zastanowić się nad sednem długotrwałej dyskusji nad skutecznością i bezpieczeństwem leków generycznych w porównaniu z lekami innowacyjnymi. Dopuszczenie do obrotu leku generycznego warunkowane jest tymi samymi kryteriami, co dopuszczenie do obrotu leku innowacyjnego. W przypadku wprowadzania do obrotu leków generycznych nie wymaga się jednak przeprowadzania badań klinicznych. Wynika to z faktu, iż takie badania zostały już przeprowadzone dla leku referencyjnego (oryginalnego). Konieczne jest natomiast przeprowadzenie badań biorównoważności mających na celu wykazanie, czy lek generyczny jest równoważny lekowi referencyjnemu. Tak więc w momencie, kiedy lek generyczny zostaje dopuszczony do obrotu, można przyjąć iż jest on równoważny lekowi oryginalnemu pod względem skuteczności, jakości i bezpieczeństwa.

Odmienną kwestią jest natomiast świadomość i postrzeganie leków generycznych, zarówno przez lekarzy, farmaceutów, jak i pacjentów. Istnieją badania dowodzące, iż występuje związek pomiędzy ceną leku a postrzeganiem jego skuteczności przez pacjenta [Bate i in. 2011]. Dowodzą one, iż konsument może postrzegać tańsze leki jako gorszej jakości, przez co mniej skuteczne. Badanie przeprowadzone na populacji osób powyżej 65 roku życia pokazuje, iż negatywne opinie o lekach generycznych były częściej wyrażane przez osoby o niskiej świadomości zdrowotnej lub osoby, które określiły poziom zdolności komunikacyjnych swojego lekarza jako niski [Iosifescu i in. 2008]. Inne badanie, przeprowadzone w różnych grupach wiekowych nie wskazuje korelacji między wiekiem, a postrzeganiem skuteczności leków generycznych. Dowodzi ono jednak, iż osoby lepiej wyedukowane częściej postrzegają leki generyczne za równie skuteczne, co leki innowacyjne, niż osoby o niższym poziomie edukacji [Figueiras i in. 2009].

Można oczekiwać, iż wzrastająca świadomość zdrowotna społeczeństwa oraz wysiłki na rzecz promocji leków generycznych, podejmowane zarówno przez państwo, jak i wytwórców tych leków, będą stopniowo zmieniać postrzeganie leków generycznych jako mniej skutecznych.

Biorąc jednak pod uwagę ograniczony wpływ pacjenta na wybór leków, kluczowe znaczenie odgrywa tutaj rola lekarza. Jest on bowiem ostatecznym decydentem przy wyborze leku, a także autorytetem dla pacjenta i może wpłynąć na jego postrzeganie leku.

Reasumując, można stwierdzić, iż oczekiwanie najwyższej możliwej skuteczności leków niekoniecznie będzie prowadzić do wyboru leku oryginalnego nad generycznym. Kluczową rolę odgrywa tutaj nie tylko świadomość zdrowotna pacjenta, ale również opinia i zdolności komunikacyjne lekarza czy farmaceuty.

2. PRZEDMIOTOWA I PODMIOTOWA ANALIZA RYNKU FARMACEUTYCZNEGO Z UWZGLĘDNIENIEM RYNKU LEKÓW GENERYCZNYCH

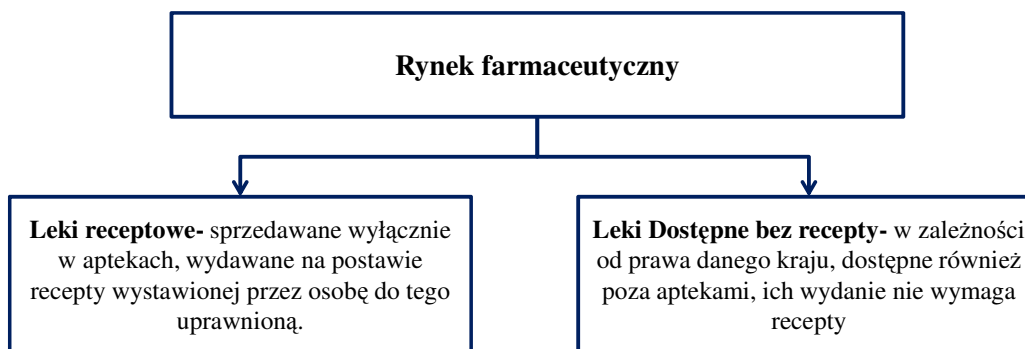
2.1. Rynek farmaceutyczny

2.1.1. Definicje i charakterystyka rynku farmaceutycznego

Definiując rynek farmaceutyczny, należy zwrócić uwagę na kilka zagadnień związanych z jego specyfiką. Dotyczą one różnic pomiędzy rynkiem farmaceutycznym, a innymi rynkami, charakterystyki pacjenta jako odbiorcy końcowego, a także znaczenia ceny dla pacjenta. Należy zastanowić się również, czy leki generyczne stanowią ten sam rynek, co leki oryginalne, czy są to zupełnie odrębne rynki [Morse 2003]. Dodatkowo, należy zwrócić uwagę na specyfikę konkurencji na rynku farmaceutycznym, istotne znaczenie innowacji technologicznych oraz silną regulację tegoż rynku.

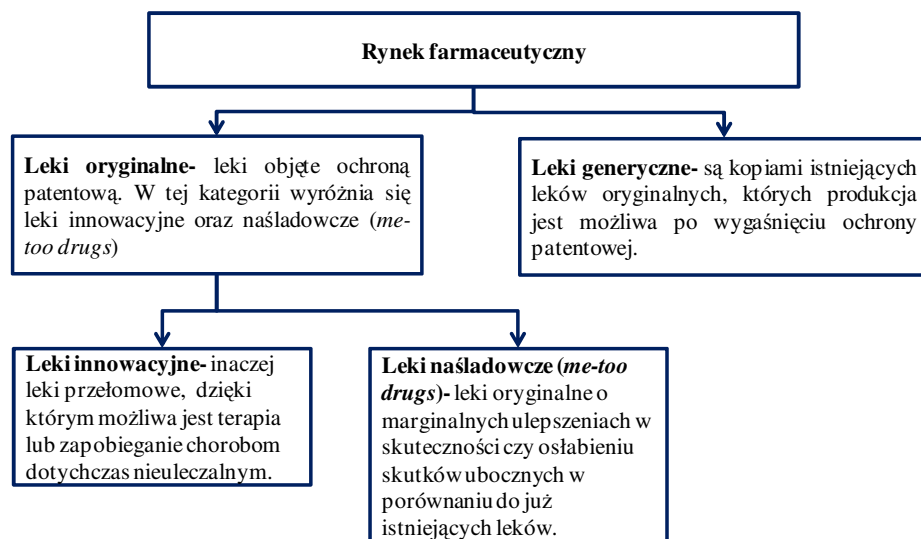
Na potrzeby niniejszej rozprawy przyjmuje się, iż za rynek farmaceutyczny uważany jest rynek, którego przedmiotem obrotu są substancje chemiczne o wartości terapeutycznej. Obejmuje on więc swoim zakresem zarówno leki receptowe, jak i leki dostępne bez recepty, zarówno leki generyczne, jak i oryginalne (Ryciny 32 i 33).

Rycina 32. Podział rynku farmaceutycznego ze względu na dostępność leków



Źródło: Opracowanie własne

Rycina 33. Podział rynku farmaceutycznego ze względu na poziom oryginalności leków



Źródło: Opracowanie własne

Trzy immanentne cechy rynku to podaż, popyt oraz cena [Michalik, Pilarczyk i Mruk 2011, s. 14]. Podaż na rynku farmaceutycznym zapewniana jest przez wytwórców produktów farmaceutycznych, zarówno krajowych, jak i zagranicznych. Wytwórcy sprzedają swoje produkty dystrybutorom, którzy dostarczają je do aptek. W przypadku aspektu podażowego rynku, zwrócić należy uwagę na zjawisko dystrybucji bezpośredniej. Polega ono na ominięciu dystrybutorów w łańcuchu dostaw i dostarczanie wyrobów od producentów bezpośrednio do aptek. W tym modelu dystrybucji, rola dystrybutora jest ograniczona i sprowadza się do funkcji logistycznych. Model ten jest rozpowszechniony w Wielkiej Brytanii. W Polsce korzysta z niego AstraZeneca.

Innym istotnym zjawiskiem w aspekcie podażowym rynku jest import równoległy. Importerzy równolegli to firmy, które, uzyskawszy stosowną zgodę na tego typu działalność, importują leki z państw, w których ich cena jest niższa i wprowadzają je do obrotu na rynku krajowym, mimo, iż zostały one uprzednio wprowadzone na rynek przez ich producenta, bądź jego przedstawiciela. Działanie importerów równoległych zaburza politykę cenową producentów farmaceutyków, którzy często stosują różne strategie cenowe w różnych państwach.

Aspekt popytowy rynku farmaceutycznego jest specyficzny i odróżnia rynek farmaceutyczny od innych rynków. Dzieje się tak, ponieważ, co było już wielokrotnie sygnalizowane w niniejszej rozprawie, osobą decydującą o zakupie produktu nie jest ostateczny konsument. Na rynku farmaceutycznym, decyzję o wyborze leków podejmuje lekarz [Itkar 2008], pewien wpływ ma na nią również i farmaceuta. Ostatecznym konsumentem jest jednak pacjent. Konsumpcja leków powinna odbywać się pod ścisłym nadzorem lekarza. Wyjątkiem są tutaj leki dostępne bez recepty, gdzie pacjent sam decyduje o ich zakupie, a kontrola lekarza nad dawkowaniem leku jest ograniczona.

Innym aspektem, wpływającym na specyfikę rynku farmaceutycznego są obostrzenia w reklamowaniu leków dostępnych na receptę [Michalik, Pilarczyk i Mruk 2011, s. 18-20]. W większości krajów, grupą docelową reklamy leków dostępnych bez recepty jest pacjent, jednak w przypadku leków receptowych, taki sposób promocji jest zabroniony. Reklama leków receptowych może być bowiem skierowana wyłącznie do decydentów, czyli lekarzy i osób uprawnionych do wystawiania recept. Reklamowanie leków jest silnie kontrolowane w większości krajów, zarówno prawnie, jak i poprzez samoregulację przemysłu farmaceutycznego [Smith 1996, s. 35].

Trzeci kluczowy element rynku to cena. Na rynku farmaceutycznym nie jest ona zawsze ustalana poprzez dostosowania sił popytu i podaży, jak ma to miejsce w wielu innych rynkach. Produkty farmaceutyczne są istotną częścią rynku usług zdrowotnych [OECD 2000]. W związku z tym, że w znaczącej większości wypadków zadaniem państwa jest zapewnienie swoim obywatelom dostępu do usług zdrowotnych, istotną cechą rynku farmaceutycznego jest duże zainteresowanie państwa jego kształtem i sposobem funkcjonowania. Niebagatelne znaczenie dla rynku ma poziom i zakres regulacji wprowadzanych przez państwo, przejawiający się chociażby w funkcjonowaniu list leków refundowanych ze środków publicznych, czy w szczegółowych procedurach dopuszczenia leków do obrotu. Ingerencja państwa w rynek farmaceutyczny, poprzez zjawisko refundacji leków, zaburza dostosowania popytu i podaży. W związku ze zjawiskiem refundacji, na rynku występuje jeden lub kilku dużych odbiorców, którzy,

poprzez swoją sytuację, posiadają wyższą siłę przetargową, niż zbiór pojedynczych odbiorców. Dzięki tej sile, są oni w stanie wpływać na strukturę cenową rynku farmaceutycznego.

Przemysł farmaceutyczny charakteryzuje się znaczącymi nakładami na badania i rozwój, ciągłą innowacyjnością oraz wprowadzaniem coraz to nowych leków. Wynika to z faktu, iż głównym obszarem konkurencji pomiędzy firmami farmaceutycznymi są właśnie nowe leki oraz aktywność rynkowa. Te ostatnie są jednak jedynie dodatkiem do sedna działalności innowacyjnych firm farmaceutycznych, czyli prac badawczo-rozwojowych. Zauważa się, iż rozwój nowych leków jest procesem coraz bardziej długotrwałym, kosztownym oraz obciążonym dużym ryzykiem [Morse 2003].

Wczesny etap prac badawczo-rozwojowych polega na syntezie bądź subtrakcji nowych jednostek molekularnych lub nowych jednostek chemicznych. Są to nowe związki, które nie były wcześniej używane w terapii ani testowane na ludziach. Szacuje się, iż obecnie jedynie jedna na dziesięć tysięcy testowanych na tym etapie substancji zostanie wprowadzona na rynek jako nowy lek. Substancja, która pomyślnie przeszła tę fazę testów zostaje skierowana do fazy badań przedklinicznych, polegających na testowaniu substancji na zwierzętach. Badania w tej fazie skupiają się na analizie skuteczności farmakologicznej oraz efektów niepożądanych danej substancji. Po zakończeniu fazy testów przedklinicznych konieczne jest uzyskanie pozwolenia od odpowiedniej instytucji rządowej na przekazanie substancji do testów klinicznych. Pierwsza faza testów klinicznych polega na analizie podstawowych parametrów farmakokinetycznych oraz ustaleniu poziomów tolerancji u pacjentów. Badania przeprowadza się zazwyczaj na małej grupie zdrowych ochotników (od 20 do 100). W drugiej fazie badań klinicznych analizuje się skuteczność danego leku. Badaniu poddawani są pacjenci ze zdiagnozowaną chorobą, którą dany lek ma leczyć. Podzieleni oni zostają na dwie grupy – badaną i kontrolną (porównawczą). Pacjentom z pierwszej grupy podaje się badany lek, z drugiej zaś – placebo. Substancje, które pomyślnie przejdą tę fazę testów, poddawane są testom fazy trzeciej, organizowanym na większą skalę, których zadaniem jest wykrycie rzadkich

efektów ubocznych oraz potwierdzeniu skuteczności działania danej substancji. Faza czwarta badań klinicznych ma miejsce już po wprowadzeniu danego leku na rynek. Faza ta ma dwa zasadnicze cele: sprawdzenie występowania jakichkolwiek efektów ubocznych oraz poszerzenie wiedzy na temat leku. Badania fazy czwartej mogą doprowadzić do odkrycia nowych zastosowań danego leku oraz zyskania akceptacji wśród lekarzy. Może się jednak zdarzyć, że podczas badań czwartej fazy ujawnione zostaną długofalowe skutki uboczne, które, w skrajnej sytuacji, mogą doprowadzić do konieczności wycofania danego leku z rynku.

Szacuje się, iż wynalezienie nowego leku zajmuje około 15 lat, a koszt tego procesu waha się od około 800 milionów dolarów [DiMassi, Hansen i Grabowski 2003, s. 151-180] do jednego miliarda [Adams i Barntner, 2010] dolarów (wliczając koszty nieudanych prób wynalazczych). Inne badania dowodzą, iż tylko jedna trzecia leków nowo wprowadzonych na rynek generuje zyski, które przewyższają przeciętne nakłady na prace badawczo-rozwojowe [Grabowski, Vernon i DiMassi 2002].

Na podstawie powyższych informacji zauważyć można, że istnieje szereg cech, które sprawiają, iż rynek farmaceutyczny znacząco różni się od innych rynków. Jego specyfikę zauważyć można również na podstawie analizy konkurencyjności, która została przedstawiona w dalszej części pracy.

2.1.2. Etapy rozwoju przemysłu farmaceutycznego

Przyjmuje się, iż historia przemysłu farmaceutycznego sięga końca dziewiętnastego wieku. Wtedy to, w początkujących firmach chemicznych w Dolinie Górnego Renu, w pobliżu Bazylei w Szwajcarii odkryto antyseptyczne właściwości barwników. Początek działalności firm farmaceutycznych uznaje się za tożsamy z początkiem funkcjonowania firm chemicznych produkujących barwniki, takich jak Hoffman-La Roche, Sandoz, Ciba-Geigy czy Novartis¹¹. Przez lata, wiele firm chemicznych skupiło się wyłącznie na

¹¹ Novartis powstał w latach 90. XX wieku jako połączenie firm Sandoz i Ciba-Geigy.

produkcji specyfików farmaceutycznych i innych syntetycznych chemikaliów stopniowo przekształcając się w globalnych graczy na rynku.

Są jednak autorzy, którzy uważają, iż przemysł farmaceutyczny w kształcie, w jakim funkcjonuje dzisiaj, istnieje od lat 40. XX wieku. Wcześniej, aptekarze przygotowywali lecznicze maści i napoje z różnego rodzaju substancji chemicznych korzystając z własnych receptur bądź też powszechnie znanych formuł [Abbott 2000]. Lata 40. XX wieku to bowiem czas komercyjnego sukcesu penicyliny i insuliny (wynalezionych w latach 20. i 30. XX wieku), a także sukcesu innych leków innowacyjnych. Uważa się również, iż w latach 40. XX wieku zinstytucjonalizowano wysiłki badawczo-rozwojowe w przemyśle farmaceutycznym. W latach 60. XX wieku nastąpił gwałtowny rozwój przemysłu farmaceutycznego, głównie dzięki nowym odkryciom oraz swobodnym regulacjom prawnym, a także wzrostowi ogólnych wydatków na opiekę zdrowotną. Wiązało się to nierozdzielnie z dobrą sytuacją gospodarczą na świecie w tym okresie. W latach 60. Amerykańska Agencja ds. Żywności i Leków (*Food and Drug Administration*, FDA) podjęła pierwsze próby zwiększenia zakresu regulacji w przemyśle farmaceutycznym oraz ograniczenia powiązań między firmami farmaceutycznymi a lekarzami wystawiającymi recepty. W roku 1964, po tragedii z talidomidem¹², ustalone zostały standardy badań klinicznych, a firmy farmaceutyczne zostały zobowiązane do udowodnienia skuteczności i bezpieczeństwa leku w testach klinicznych, przed wprowadzeniem go na rynek.

Lata 70. XX wieku to czas wprowadzenia ściślejszego nadzoru nad przemysłem farmaceutycznym, zwłaszcza wprowadzenie regulacji dotyczących produkcji leków generycznych w Stanach Zjednoczonych. Nowe regulacje uchylły stałe patenty na leki, które obowiązywały tam praktycznie od początku funkcjonowania przemysłu

¹²Talidomid był sprzedawany w latach 1957-1961 bez recepty jako nasenny lek ogólnego stosowania oraz w większych dawkach jako lek przeciwbólowy dla kobiet z powikłaniami ciążowymi. Pod koniec lat 60. udowodniono silne działanie mutogenne talidomidu na ludzkie płody, szczególnie, jeśli lek był zażywany przez kobietę podczas pierwszych 50 dni ciąży. Szacuje się, iż około 15 000 płodów ludzkich zostało ofiarami tej substancji, z czego 12.000 zostało urodzone jako dzieci z głębokimi wadami genetycznymi, z owych 12.000, tylko 8.000 przeżyło pierwszy rok życia.

farmaceutycznego. Wprowadzone zostały z góry określone okresy ochrony patentowej leków oryginalnych, dzięki którym powstał rynek 'markowych generyków'. Jednakże ochrona patentowa leków poza Stanami Zjednoczonymi nie była kwestią oczywistą. W kontynentalnej Europie do niedawna można było opatentować proces produkcji leków, a nie sam produkt [Boldrin i Levine 2002, s. 225-255]. Wyjaśnienie takiej sytuacji podaje Niemieckie Stowarzyszenie Przemysłu Chemicznego w swoim memorandum dla Reichstagu. Memorandum to tłumaczy, iż tę samą substancję chemiczną można wytworzyć w różnych procesach oraz metodami, które wychodzą od początkowo różnych materiałów i komponentów. Tak więc patentowanie procesów ma większą wartość społeczną, ponieważ nagradza innowatora nie zamykając tym samym drogi kolejnym innowacjom.

2.1.3. Niesprawności rynku farmaceutycznego i ich konsekwencje

Rynek farmaceutyczny nie jest bynajmniej rynkiem doskonałym. Istnieje szereg czynników decydujących o tym, iż jest to rynek niedoskonale konkurencyjny.

Do czynników tych, czyli do niesprawności rynku farmaceutycznego, zalicza się:

- konflikt pomiędzy dążeniem do poprawy zdrowia publicznego a chęcią maksymalizacji zysku;
- asymetrię informacji;
- ubezpieczenia zdrowotne.

Specyfika tych zjawisk została szczegółowo omówiona w dalszej części niniejszego rozdziału.

2.1.3.1. Konflikt pomiędzy dążeniem do poprawy zdrowia publicznego a chęcią maksymalizacji zysku

Istnienie rynku farmaceutycznego, w odróżnieniu od wielu innych rynków, służy nie tylko prywatnym, ale również publicznym celom. Na przykład leki stosowane w terapii chorób zakaźnych mają na celu nie tylko kurację pacjentów tymi chorobami zarażonych,

ale również powstrzymanie rozprzestrzeniania się tych chorób. W pewnych aspektach produkty farmaceutyczne noszą więc znamiona dóbr publicznych.

Potencjalny konflikt pomiędzy dążeniem do maksymalizacji zysku a dążeniem do poprawy zdrowia publicznego może mieć miejsce w przypadku niskiej opłacalności opracowywania leków dla niektórych schorzeń [Rawlins 2004, s. 360-364]. Przykładem jest tutaj chociażby leczenie chorób tropikalnych, takich jak malaria. Stąd też istnieje ryzyko, iż producenci będą skupiali swoją działalność badawczo-rozwojową na tych schorzeniach, których leczenie potencjalnie może przynieść większe zyski [Sloan i Hsieh 2007]. Przykładem mogą być tutaj choroby cywilizacyjne, takie jak cukrzyca czy nadciśnienie, dotyczące w głównej mierze kraje rozwinięte, a więc bardziej zasobne.

Dodatkowo, producent ponoszący wysokie nakłady na działalność badawczo-rozwojową poddany jest ryzyku skopiowania jego rozwiązań przez firmy konkurencyjne po wprowadzeniu swojego produktu na rynek.

2.1.3.2. Asymetria informacji

Asymetria informacji dotyczy rynku farmaceutycznego na kilku poziomach. Jej występowanie wynika w dużej mierze z faktu, iż bardzo trudno jest ocenić jakość i skuteczność produktu oraz oszacować jego potencjalne skutki uboczne *ex ante*.

Po pierwsze, poziom wiedzy pacjenta na temat leków znacząco różni się od poziomu wiedzy lekarza czy farmaceuty. Dzieje się tak przede wszystkim ze względu na wykształcenie, jakie odbiera lekarz lub farmaceuta. Dodatkowym czynnikiem może być różnica w dostępie do kampanii informacyjnych i reklamowych (na przykład zakaz kierowania działań promocyjnych leków receptowych do pacjentów). Jednakże, w dobie powszechnego dostępu do Internetu, coraz bardziej wzrasta świadomość zdrowotna pacjentów [Tufts Managed Care Institute 2001]. W przypadku występowania asymetrii informacji pomiędzy pacjentem a lekarzem lub farmaceutą, istnieje ryzyko, iż rada udzielona pacjentowi przez lekarza lub farmaceutę będzie motywowana chęcią zwiększenia zysków, a nie wyłącznie dobrem pacjenta.

Zróżnicowane mogą być również poziomy wiedzy lekarza oraz producenta leków. Nieujawnienie, bądź niepełne ujawnienie informacji na temat danego leku może powodować zagrożenie życia lub zdrowia pacjentów. Dodatkowo, niepełna wiedza lekarzy na temat danego produktu może prowadzić do nieracjonalnych zachowań w przypadku wystawiania recept. Istnieje zatem ryzyko wykorzystania takich sytuacji przez producentów do zwiększenia zysków [Bennett, Quick i Velasquez 1997].

2.1.3.3. Ubezpieczenie zdrowotne

Ubezpieczenie zdrowotne, będąc świadczeniem społecznym mającym na celu pokrycie kosztów terapii w razie wystąpienia choroby, stwarza również ryzyko hazardu moralnego. Arrow [1963, s. 141-149] zaobserwował, iż poza faktycznymi kosztami leczenia, koszt opieki medycznej zależy również od decyzji podejmowanych przez uczestników systemu, takich jak na przykład lekarze. W przypadku, gdy ubezpieczenie zdrowotne ma charakter pełny, może nastąpić zjawisko znieczulenia na faktyczne koszty, przez co wydatki na produkty farmaceutyczne mogą wzrosnąć ponad poziom optymalny.

Dodatkowo, biorąc pod uwagę zachodzące procesy demograficzne, takie jak na przykład starzenie się społeczeństw w krajach rozwiniętych, istnienie ubezpieczenia zdrowotnego może znacząco zdeformować kierunek programów badawczo-rozwojowych [Hollis, za: Sloan i Hsieh 2007], doprowadzając do sytuacji, kiedy innowacyjność sama w sobie jest źródłem dodatkowego popytu. Dzieje się tak, ponieważ, pacjenci posiadający pełne ubezpieczenie zdrowotne częściej i chętniej sięgają po nowe, innowacyjne leki, prowadząc tym samym do wzrostu wydatków na produkty farmaceutyczne.

Jak zostało zauważone, rynek farmaceutyczny jest rynkiem niedoskonale konkurencyjnym. Wcześniejsze rozważania nad specyfiką rynku farmaceutycznego oraz analiza szeregu cech, które go od innych rynków odróżniają, oraz znaczenie rynku farmaceutycznego dla sektora opieki zdrowotnej sprawiają, iż rynek farmaceutyczny znajduje się w obszarze ścisłego zainteresowania państwa. Analiza roli państwa na rynku farmaceutycznym przedstawiona została w dalszej części niniejszej rozprawy.

2.1.4. Rola państwa na rynku farmaceutycznym

Za główną rolę państwa uznaje się dbałość o wzrost dobrobytu społecznego [Styś S. w: Styś A. 2010, s. 13-21]. W odniesieniu do rynku farmaceutycznego, zadaniem państwa jest ochrona zdrowia publicznego. Wypełnienie tej funkcji wymaga podjęcia przez państwo działań interwencyjnych mających na celu minimalizację niesprawności tego rynku.

W ujęciu ogólnym, rządy państw odgrywają podwójną rolę w rynku farmaceutycznym. Po pierwsze, państwo pełni rolę regulatora rynku, jednak stopień jego zaangażowania jest zależny od obranej przez państwo polityki [Corstjens 1991]. Drugim fundamentalnym zadaniem państwa jest wspieranie działań badawczo-rozwojowych.

Państwa, ze względu na troskę o stan zdrowia swoich obywateli, ale również pewne założenia dotyczące poprawy sytuacji demograficznej (na przykład zmniejszenie śmiertelności niemowląt, wydłużenie średniej długości życia społeczeństwa), decydują się na wprowadzanie regulacji wpływających na zasady i sposoby wejścia na rynek. Stawiają one producentom farmaceutyków szereg wymogów, jakie ich produkty powinny spełnić, aby uzyskać dopuszczenie do obrotu rynkowego.

Istotnym celem regulacji rynku farmaceutycznego jest również kształtowanie cen produktów dostępnych na tym rynku. W wielu krajach rozwiniętych państwo pokrywa znaczącą część kosztów ponoszonych na opiekę zdrowotną, w tym na leki. W związku z faktem, iż koszty te są rosnącym obciążeniem dla budżetów państw, podejmuje się coraz drastyczniejsze kroki celem ich ograniczenia. Kwestia nakładów ponoszonych na leki stanowi coraz większe wyzwanie dla decydentów kształtujących polityki zdrowotne poszczególnych krajów i skłania ich do coraz częstszych interwencji po stronie popytowej. W latach 80. i 90., większość nowych regulacji wprowadzanych przez rządy państw wynikała z potrzeby kontrolowania szybko przyrastających kosztów zapewnienia społeczeństwu usług zdrowotnych, w których leki mają zazwyczaj bardzo wysoki udział¹³. Leki są częstym celem działań mających na celu ograniczenie kosztów,

¹³ Większość krajów OECD wydaje na leki między 10 a 20 procent całkowitych nakładów na opiekę zdrowotną.

ponieważ decydenci postrzegają je jako widoczne wydatki, które można ograniczyć poprzez bezpośrednią interwencję i są mniej wrażliwe politycznie niż obniżki w pensjach, czy ilość i jakość świadczonych usług [Mrazek 2002]. Wzrost wydatków na leki ma swoje przyczyny zarówno po stronie podażowej (wprowadzanie nowych, kosztownych technologii), jak i popytowej (starzenia się społeczeństw, wzrost zachorowalności na niektóre choroby). Przyczynami wzrostu wydatków na leki mogą być również omówione wcześniej niedoskonałości rynku. Podejmowane wysiłki będące próbą reakcji na rosnące nakłady finansowe na leki skutkują dużą liczbą interwencji regulacyjnych, gdyż istnieje zasadnicze przypuszczenie, iż sama konkurencja rynkowa nie jest wystarczającą, aby zapewnić wydajne ceny [Mrazek 2002].

Drugim zadaniem państwa jest utrzymanie bodźców do prowadzenia działań badawczo-rozwojowych oraz zapewnienie dostępu do nowych innowacyjnych leków. Na rządach spoczywa więc konieczność wprowadzania efektywnych polityk zdrowotnych, prowadzących do poprawy stanu zdrowia obywateli poprzez dopuszczanie do obrotu nowych, bardziej wydajnych leków [Simoens i DeCoster 2006]. Jak zostało już wspomniane, jednym z zadań państwa jest dostarczanie dóbr publicznych. Interesującym przykładem dóbr publicznych, które stają się prywatnymi, są leki receptowe. Po dokonaniu odkrycia i dopuszczeniu do obrotu rynkowego, bieżący koszt produkcji takiego leku jest niewielki. Z takiego leku, w odróżnieniu na przykład od szczepień, których rolą jest powstrzymanie rozprzestrzeniania się choroby zakaźnej, korzysta jedynie pacjent ten lek zażywający. Prawo ochrony patentowej daje firmie produkującej dany lek monopol [Epstein 2006, s. 45], dzięki czemu firma ta może żądać od osób ten lek zażywających zwrotu całości kosztów poniesionych na prace badawczo-rozwojowe [Peltzman 1974].

Z drugiej jednak strony, rządy dążą do minimalizacji kosztów ponoszonych na leki bądź ograniczenia tempa przyrostu tych kosztów. Realizacja obu wyżej wspomnianych celów wymaga podejmowania czasami sprzecznych ze sobą działań, bowiem zwiększanie efektywności i skuteczności terapii wiąże się często ze stosowaniem leków

innowacyjnych, a obniżanie kosztów ponoszonych na leki wymaga często z substytucji leków oryginalnych ich tańszymi odpowiednikami. U podstaw inwestycji badawczo-rozwojowych w przemyśle farmaceutycznym leży ochrona własności intelektualnej [OECD 2000]. Przypuszcza się, że 65 procent produktów farmaceutycznych nie zostałyby w ogóle wprowadzonych na rynek, a 60 procent nie zostałyby w ogóle wynalezionych, gdyby nie odpowiednia ochrona patentowa [Levy 1999]. Jednakże wartość ochrony patentowej zależy od długości trwania okresu wyłączności. Mimo, iż, na podstawie porozumień międzynarodowych czas trwania ochrony patentowej został ustalony na 20 lat, efektywny czas trwania ochrony patentowej jest znacząco krótszy. Wiąże się to z dużym odstępem czasowym pomiędzy przyznaniem ochrony patentowej a uzyskaniem pozwolenia na dopuszczenie do obrotu rynkowego. Dla przykładu, efektywny czas trwania ochrony patentowej skrócił się w Stanach Zjednoczonych z 15 lat w latach 60. do ośmiu w latach 80. [OECD 2000]. W związku z tym, zarówno rząd Stanów Zjednoczonych, jak i Unia Europejska, podjęły kroki w kierunku przedłużenia czasu trwania ochrony patentowej. W Stanach Zjednoczonych Waxman Hatch Act gwarantuje wydłużenie wyłączności rynkowej o okres do lat pięciu, równocześnie ograniczając go do maksymalnie 14 lat od uzyskania dopuszczenia do obrotu rynkowego. W Unii Europejskiej natomiast ochrona patentowa może zostać przedłużona o okres do lat pięciu za pomocą dodatkowych praw ochronnych (*supplementary protection certificates, SPC*).

Rynek farmaceutyczny jest więc rynkiem silnie regulowanym w praktycznie wszystkich obszarach swojego funkcjonowania [Danzon 1999], w związku z czym wszystkie funkcjonujące na nim podmioty – producenci, hurtownie, sprzedawcy detaliczni, pacjenci, lekarze oraz farmaceuci – podlegają regulacjom. Działalność regulacyjna państwa w zakresie rynku farmaceutycznego może być rozpatrywana zarówno w aspekcie popytowym, jak i podażowym.

2.1.4.1. Regulacje po stronie popytu

Ze względu na specyfikę organizacji rynku farmaceutycznego, który najczęściej przybiera formę monopsonu, największą rolę przy regulacji popytu na leki przypisuje się instytucji ubezpieczenia zdrowotnego. Przyjmując hipotetyczny, acz ekstremalny przypadek, kiedy to wszyscy beneficjenci są w pełni ubezpieczeni, a wszystkie leki w pełni refundowane, można zauważyć, iż doszłoby do sytuacji, kiedy konsumowane byłyby tylko najlepsze (bądź postrzegane jako najlepsze) leki w swoich klasach terapeutycznych, bez względu na ich cenę i bez względu na ceny ich odpowiedników. Oznaczałoby to brak efektu substytucji, sztywny popyt na najlepsze leki oraz występowanie nadmiernej, nieuzasadnionej konsumpcji leków. Można więc zauważyć, iż instytucja ubezpieczenia zdrowotnego niejako znieczula pacjentów na rzeczywiste koszty leków. W związku z tym koniecznym wydaje się zastosowanie szeregu rozwiązań, których zadaniem jest kontrolowanie wielkości i jakości wydatków na leki. Do rozwiązań tych zaliczane są:

- regulacja cen leków;
- kontrolowanie sposobu przepisywania leków przez lekarzy;
- obowiązek współpłacenia pacjentów.

Regulacja cen leków ma na celu kontrolowanie całkowitych wydatków na leki. Istnieje kilka metod regulacji cen leków, które zostały zaprezentowane poniżej.

- Metoda kosztowa, czyli ustalanie ceny leku na poziomie kosztów produkcji powiększonych o dodatek związany z wydatkami na prace badawczo-rozwojowe oraz marketing. W związku z faktem, iż największym kosztem produkcji jest koszt substancji aktywnej, często braną pod uwagę jest cena transferowa substancji aktywnej, czyli cena, jaką lokalny oddział firmy kupuje ową substancję od jednostki macierzystej lub innej firmy zagranicznej.

- System referencjonowania wewnętrznego, gdzie ceny ustalane są poprzez odniesienie do cen leków o podobnym działaniu na rynku krajowym. Dopuszcza się ustalanie wyższych cen dla leków innowacyjnych.
- System referencjonowania zewnętrznego, gdzie cena danego leku jest porównywana z ceną tego samego leku w innych krajach.
- Brak regulacji cenowych (wolne ustalanie cen) – brak jest ustaleń na poziomie cen fabrycznych, ale system refundacji jest skomponowany w taki sposób, że stawka refundacyjna jest taka sama dla produktów z poszczególnych grup
- Kontrola zysków – kontroli podlega poziom rentowności firm farmaceutycznych.

Stosowanie różnych systemów kontroli cen w poszczególnych krajach skutkuje różnymi cenami w krajach sąsiadujących. Sprzyja to rozwojowi importu równoległego. Zjawisko importu równoległego jest niewątpliwym wyzwaniem dla firm farmaceutycznych. Może się bowiem okazać, iż większość obrotu generowana jest przez magazyn w kraju o niższych cenach leków, ograniczając w ten sposób poziom obrotów w innych krajach, a przez to obniżając zyski danej firmy.

Do narzędzi wykorzystywanych w zakresie kontroli sposobu przepisywania leków przez lekarzy zalicza się:

- listy pozytywne – państwo refunduje tylko leki znajdujące się na takiej liście;
- listy negatywne określające leki lub kategorie leków, które są wykluczone z refundacji;
- listy przejrzystości, które są przekazywane osobom uprawnionym do wystawiania recept, a które porównują koszty leków oryginalnych z kosztami ich generycznych odpowiedników. W niektórych wypadkach farmaceuci mogą zachować część różnicy kosztów między lekami oryginalnymi i generycznymi, jeśli zastąpią lek oryginalny lekiem generycznym;
- ograniczenie wydatków poprzez ustalenie górnego limitu całkowitej wartości leków, jakie dana osoba uprawniona do wystawiania recept może przepisać;

- monitorowanie recept – nawyki osób uprawnionych do wystawiania recept są monitorowane i są oni uświadamiani o kosztach przepisanych przez nich leków.

Obowiązek współpłacenia pacjentów jest narzędziem kontroli nad konsumentami leków, czyli pacjentami. Pacjent zobowiązany jest uiszczenia albo kwoty ryczałtowej, albo określonego procentu ceny leku. Większość państw wyróżnia zazwyczaj grupę pacjentów, dla których leki dostępne są bez żadnych opłat. Część państw uzależnia wysokość opłat od rodzaju choroby. Na przykład, leki na choroby przewlekłe czy nowotwory są refundowane przez państwo w większym stopniu, czyli wymagają niższego poziomu współpłacenia od pacjenta. W Europie wyróżnia się cztery modele współpłacenia [Vogler i in. 2008]:

- regulacja cen wszystkich farmaceutyków – w Belgii, Bułgarii, na Cyprze, w Czechach, Grecji, Luksemburgu i Turcji;
- regulacja cen leków refundowanych – w Austrii, Estonii, Finlandii, Francji, Irlandii, na Litwie, w Łotwie, Polsce, Szwecji, Słowenii, Słowacji, na Węgrzech, w Wielkiej Brytanii i we Włoszech;
- regulacja cen leków dostępnych na receptę – w Holandii, Portugalii i Norwegii;
- brak regulacji cenowej – w Danii, na Malcie i w Niemczech.

2.1.4.2. Regulacje po stronie podaży

Regulacje aspektu podażowego na rynku farmaceutycznym skupiają się na rekompensacie nakładów ponoszonych przez firmy farmaceutyczne na badania i rozwój z jednej strony, a zapewnieniu bezpieczeństwa z drugiej. Do metod regulacji podaży leków zalicza się:

- nadzór nad dystrybucją leków;
- ochronę praw własności;
- procedury dopuszczenia do obrotu rynkowego;
- nadzór nad działaniami promocyjnymi.

Wystawianie recept oraz wydawanie leków jest w pełni kontrolowane przez państwo. Tylko lekarze lub osoby do tego uprawnione, mogą wystawiać recepty. Tylko farmaceuci lub lekarze są uprawnieni do wydawania leków. W większości krajów prowadzenie działalności w zakresie dystrybucji hurtowej lub detalicznej leków wymagają specjalnego pozwolenia.

Należy pamiętać, iż ochrona patentowa leków innowacyjnych jest z jednej strony bodźcem dla ponoszenia nakładów na badania i rozwój, gdyż gwarantuje ich tymczasowy monopol na rynku, ale z drugiej strony deformuje konkurencję rynkową stwarzając warunki do niekonkurencyjnych zachowań.

Proces dopuszczenia do obrotu rynkowego, ze względu na jego czas trwania i koszt, może prowadzić do zaniechania inwestycji w badania i rozwój innowacyjnych leków i przeniesienie wysiłku na produkcję substytutów leków już dopuszczonych do obrotu. To z kolei może prowadzić do obniżenia konkurencyjności w poszczególnych grupach terapeutycznych.

Jednym z istotnych elementów promocji są działania reklamowe podejmowane przez producentów leków. Możliwości reklamowania leków są również kontrolowane przez rządy. W krajach Unii Europejskiej (UE), kwestie związane z reklamowaniem produktów leczniczych określone są w jednej z dyrektyw Parlamentu Europejskiego i Rady UE, która harmonizuje te kwestie we wszystkich krajach UE. Głównymi narzędziami stosowanymi w promocji produktów farmaceutycznych są: przedstawiciele medyczni, reklamy, bezpłatne próbki leków oraz konferencje naukowe.

Wspomniana dyrektywa rozróżnia reklamę produktów leczniczych skierowaną do profesjonalistów (osób uprawnionych do wystawiania recept, czy farmaceutów), oraz reklamę skierowaną do szerokiej publiczności. Zabrania się między innymi działań reklamowych skierowanych do ogółu społeczeństwa dotyczących leków dostępnych wyłącznie na receptę, w szczególności leków refundowanych, a także leków zawierających substancje psychotropowe lub narkotyczne.

Tabela 4 przedstawia sumaryczne zestawienie przeanalizowanych wcześniej niesprawności rynku farmaceutycznego i możliwych do podjęcia działań w celu ich minimalizacji.

Tabela 4. Przegląd niesprawności rynku i korespondujących działań państwa

Niesprawność rynku	Możliwe działania państwa	Uwagi
Konflikt pomiędzy dążeniem do poprawy zdrowia publicznego a chęcią maksymalizacji zysku	Ochrona patentowa – wsparcie innowacyjności	Rekompensuje wysiłki badawczo – rozwojowe poprzez przyznanie tymczasowego monopolu
Asymetria informacji	Procedury dopuszczenia do obrotu rynkowego	Asymetria informacji nadal istnieje, ale jest możliwie minimalna
Ubezpieczenie zdrowotne	Polityka refundacyjna i polityka cenowa	Optymalizacja kosztów, na przykład poprzez wprowadzenie mechanizmu współpłacenia
Konkurencyjność na rynku farmaceutycznym	Polityka refundacyjna i polityka cenowa	Ograniczenie nadużywania uprzywilejowanej pozycji rynkowej wynikającej z przyznanych patentów

Źródło: Opracowanie własne na podstawie: European Commission 2009

Biorąc pod uwagę wspomniane niedoskonałości rynku, oraz cele i zadania państwa na rynku farmaceutycznym, należy zauważyć, że doskonała konkurencja nie zawsze maksymalizuje korzyści społeczne i niekoniecznie jest lepszą formą funkcjonowania rynku farmaceutycznego [Lacetera i Orsenigo 2001].

2.1.5. Polityka Lekowa – Koncepcja WHO

Zbiór przepisów, regulacji i zasad funkcjonowania rynku farmaceutycznego określa się mianem polityki lekowej. Koncepcja formułowania takowej polityki pojawiła się po raz pierwszy w roku 1975, kiedy to Światowe Stowarzyszenie Zdrowia (*World Health Association, WHA*), czyli forum Ministrów Zdrowia krajów członkowskich Światowej Organizacji Zdrowia (*World Health Organization, WHO*) złożyło wniosek do WHO

o przygotowanie środków mających na celu wsparcie krajów członkowskich w formułowaniu ich narodowych polityk lekowych. Pierwszym rezultatem tych działań było stworzenie modelowej listy niezbędnych leków, która została przedstawiona przez WHO w roku 1977. W roku 1979 utworzony został Program WHO ds. Niezbędnych Leków (*WHO Action Programme on Essential Drugs*), a w roku 1986 Komitet Ekspertów ds. Narodowej Polityki Lekowej opublikował pierwsze wytyczne dotyczące formułowania polityki lekowej.

Wysiłki WHO w zakresie poprawy sytuacji farmaceutycznej w krajach członkowskich przynoszą widoczne efekty. Liczba osób z dostępem do podstawowych leków wzrosła z 2,1 miliarda w roku 1977 do około 3,8 miliarda w roku 1999. Do roku 1999, 156 krajów członkowskich WHO posiadało listy niezbędnych leków, z czego 127 uaktualniło swoje listy w ciągu poprzedzających pięciu lat.

Jednakże problem dostępu do wysokiej jakości leków i ich racjonalnego użycia nadal występuje. Mimo niewielkiej ilości dostępnych danych, przypuszcza się, iż w najbiedniejszych częściach Afryki i Azji ponad połowa populacji nie ma dostępu do podstawowych leków. Pojawiają się także nowe wyzwania, jak wzrost roli sektora prywatnego w obszarze leków, reformy sektora zdrowotnego, wpływ globalizacji, czy pojawiające się coraz to nowe choroby. Szczególnie istotnym jest obecny trend zmniejszania publicznych wydatków na opiekę zdrowotną.

W związku pojawiającymi się nowymi problemami i wyzwaniami, w roku 1995 Komitet Ekspertów rozpoczął uaktualnianie wytycznych z roku 1986. Nowe, obowiązujące w chwili obecnej wytyczne skupiają się na procesach narodowej polityki lekowej, strategiach i opcjach, które mogą być wykorzystane przez kraje członkowskie WHO i organizacje aktywne w sektorze farmaceutycznym [WHO].

Prawo do zdrowia jest podstawowym prawem człowieka¹⁴. Dostęp do opieki zdrowotnej, a w tym dostęp do podstawowych leków, jest fundamentalną przesłanką wypełniania tego

¹⁴ Powszechna Deklaracja Praw Człowieka, Artykuł 3: *Każdy człowiek ma prawo do życia, wolności i bezpieczeństwa swej osoby*; Artykuł 25: *Każdy człowiek ma prawo do poziomu życia zapewniającego zdrowie i dobrobyt jemu i jego rodziny(...)*.

prawa. Dostępność przystępnych cenowo, dobrej jakości leków podstawowych pozwala na proste i kosztowo wydajne rozwiązanie wielu problemów dotyczących opieki zdrowotnej.

Narodowa polityka lekowa jest zbiorem kluczowych założeń i wytycznych dla działań, zawiera średnio- i długoterminowe cele ustalane przez rząd dla sektora farmaceutycznego i identyfikuje główne strategie ich osiągnięcia oraz zapewnia ramy koordynacji aktywności sektora farmaceutycznego. Polityka lekowa dotyczy wszystkich podmiotów aktywnych w obszarze farmaceutycznym, zarówno z sektora prywatnego, jak i publicznego.

Ustalenie narodowej polityki lekowej powinno być poprzedzone konsultacjami ze wszystkimi zainteresowanymi stronami.

Do głównych przesłanek istnienia narodowej polityki lekowej należą:

- prezentacja formalnego zapisu wartości, aspiracji, decyzji oraz średnio- i długoterminowe zobowiązania rządu;
- zdefiniowanie celów dotyczących sektora farmaceutycznego i ustalenie priorytetów;
- zidentyfikowanie działań i narzędzi niezbędnych do osiągnięcia tych celów oraz podmiotów odpowiedzialnych za wdrażanie głównych komponentów tej polityki;
- stworzenie podstawy i forum do szerokiej dyskusji.

Narodowa polityka lekowa nie może być zbudowana w próżni – musi wpasowywać się w koncept systemu opieki zdrowotnej, założenia narodowej polityki zdrowotnej i ewentualny program planowanych reform sektora zdrowotnego.

Polityka zdrowotna państwa oraz poziom świadczenia usług są więc ważnymi determinantami polityki lekowej. Z drugiej jednak strony, sytuacja lekowa również wpływa na sposób świadczenia usług zdrowotnych, które mogą utracić swoją wiarygodność, gdy podaż dobrej jakości leków jest niewystarczająca, lub gdy są one nieodpowiednio przepisane.

W szerokim rozumieniu, narodowa polityka lekowa powinna promować sprawiedliwość i zrównoważony rozwój sektora farmaceutycznego.

Główne cele polityki lekowej powinny więc zapewniać:

- dostępność: równość w dostępie do podstawowych leków;
- jakość: jakość, bezpieczeństwo i skuteczność wszystkich leków;
- racjonalność stosowania: promowanie terapeutycznie rozsądnego i kosztowo efektywnego stosowania leków przez personel medyczny i pacjentów.

Bardziej szczegółowe założenia zależne są od sytuacji kraju, narodowej polityki zdrowotnej, priorytetów politycznych ustalonych przez rząd . Poza celami polityki zdrowotnej, istotne znaczenie mają także cele gospodarcze, jak na przykład dodatkowy cel w postaci zwiększenia narodowej produkcji leków.

Zasadniczym jest jednak, by wszystkie założenia polityki lekowej były jasne i czytelne, aby można było dokonać rozdziału ról i zadań pomiędzy sektor publiczny i prywatny, ministrów (zdrowia, finansów, gospodarki) i inne jednostki rządowe.

Do komponentów narodowej polityki lekowej zaliczyć można [WHO 1988]:

- wybór podstawowych leków jako podstawowy krok do promowania racjonalnego stosowania leków, gdyż żaden rząd nie może pozwolić sobie na dostarczanie lub refundowanie wszystkich dostępnych na rynku leków. Głównymi obszarami są tu:
 - przyjęcie definicji podstawowych leków w celu zidentyfikowania priorytetów dla rządowego zaangażowania w sektorze farmaceutycznym, szczególnie w kwestii dostarczania leków w sektorze publicznym i schematów refundowania leków;
 - procedury tworzenia i uaktualniania narodowej listy leków podstawowych;
 - wybór mechanizmów dla leków tradycyjnych i ziołowych.
- dostępność finansowa leków jako istotny warunek zapewnienia dostępu do podstawowych leków w sektorze publicznym i prywatnym. Główne obszary:
 - dla wszystkich leków: redukcja ceł, taryf i kontyngentów, polityka cenowa;

- dla produktów wieloźródłowych: promowanie konkurencji poprzez ustalenie polityki dotyczącej leków generycznych, substytucję lekami generycznymi, Dobra Praktyka Udzielania Zamówień Publicznych (GPP);
- dla leków jednoźródłowych: negocjacje cenowe, konkurencja poprzez informację cenową i stosowanie terapii alternatywnych, import równoległy, a także zgodne z TRIP procedury ‘wczesnych prac’ (*early workings*) nad lekami oryginalnymi, które umożliwiają producentom leków generycznych możliwość wczesnego przeprowadzania testów i badań.
- finansowanie leków – główne obszary:
 - podejmowanie działań podnoszących wydajność i redukujących straty;
 - wzmożone finansowanie rządowe dla chorób priorytetowych, dla osób biednych;
 - korzystanie z pożyczek rozwojowych na finansowanie leków;
 - wytyczne dla darowizn w postaci leków.
- system dostaw – główne obszary:
 - system dystrybucji uwzględniający komponenty publiczne i prywatne;
 - dobra Praktyka Udzielania Zamówień Publicznych farmaceutyków w sektorze publicznym;
 - publikowanie informacji cenowych półproduktów i produktów finalnych;
 - istnienie systemu dostaw leków dla nagłych przypadków;
 - kontrola zasobów, procedury zapobiegające kradzieży i minimalizacji odpadów;
 - system dysponowania lekami niechcianymi i przeterminowanymi.
- regulacja i zapewnienie jakości:
 - zapewnienie podstaw prawnych i odpowiednich zasobów ludzkich i finansowych do polityki lekowej;

- niezależność i przejrzystość działania instytucji odpowiedzialnej za regulowanie polityki lekowej, relacje z ministerstwem odpowiednim do spraw zdrowotnych;
 - etapowe podejście do oceny i rejestracji leków, zdefiniowanie obecnych i średniookresowych procedur rejestracyjnych;
 - przestrzeganie Dobrej Praktyki Produkcji (GMP);
 - dostęp do obiektów kontroli leków;
 - regulacja promocji i reklamowania leków;
 - system monitorowania działań niepożądanych wywoływanych przez leki;
 - międzynarodowa wymiana informacji.
- racjonalność stosowania dzięki której pacjenci otrzymują leki odpowiednie do ich potrzeb klinicznych, w dawkach, które spełniają ich indywidualne zapotrzebowanie, przez odpowiedni okres czasu i po najniższym koszcie dla nich i dla społeczeństwa.

Główne obszary:

 - odpowiednie regulacje promujące racjonalne stosowanie leków;
 - promowanie koncepcji podstawowych leków, racjonalności stosowania i przepisywania leków generycznych w ramach podstawowej edukacji personelu medycznego;
 - edukacja pacjentów;
 - bodźce finansowe promujące racjonalne stosowanie leków.
 - badania operacyjne ułatwiające implementację, monitoring i ewaluację różnych aspektów polityki lekowej. Są one podstawowym narzędziem oceny wpływu polityki lekowej na system opieki zdrowotnej.
 - rozwój zasobów ludzkich mający zapewnić wystarczającą liczbę zmotywowanego i wyedukowanego personelu wdrażającego politykę lekową;
 - monitoring i ewaluacja polityki lekowej. Główne obszary:
 - jasno określone zasady ewaluacji polityki lekowej;
 - przeprowadzanie regularnych ankiet w sektorze farmaceutycznym;

- o niezależny zewnętrzny audyt polityki lekowej państwa i jej wpływu na społeczeństwo i gospodarkę.

W Tabeli 5 przedstawiono zależności pomiędzy wyżej opisanymi komponentami narodowej polityki lekowej a głównymi celami tejże polityki.

Tabela 5. Komponenty narodowej polityki lekowej w połączeniu z głównymi celami

Główne cele:	Dostępność	Jakość	Racjonalność stosowania
Komponenty:			
Wybór podstawowych leków	X	(X)	X
Dostępność finansowa	X		
Finansowanie leków	X		
System dostaw	X		(X)
Regulacja i zapewnienie jakości		X	X
Racjonalność stosowania			X
Badania	X	X	X
Rozwój zasobów ludzkich	X	X	X
Monitoring i ewaluacja	X	X	X

X – zależność bezpośrednia; (X) – zależność pośrednia

Źródło: WHO 1988

Analizując Tabelę 5., zaobserwować można wielokierunkowość zależności i mnogość połączeń pomiędzy głównymi celami narodowej polityki lekowej i jej komponentami. Znacząca większość komponentów wykorzystywania jest do realizacji więcej niż jednego celu polityki lekowej.

2.2. Rynek farmaceutyczny w Polsce

2.2.1. Ramy prawne funkcjonowania rynku farmaceutycznego w Polsce¹⁵

Ramy prawne funkcjonowania rynku farmaceutycznego w Polsce określane są przez następujące ustawy:

- ustawę Prawo farmaceutyczne z dnia 6 września 2001,
- ustawę o Urzędzie Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych z dnia 27 lipca 2001,
- ustawę o wyrobach medycznych z dnia 27 lipca 2001 oraz Ustawę o cenach z dnia 5 lipca 2001,
- ustawę o cenach z dnia 5 lipca 2001 (zastąpiona przez ustawę z dnia 12 maja 2011 o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych regulującą refundację leków w Polsce).

Lista leków refundowanych jest ogłaszana w formie rozporządzenia¹⁶ Ministra Zdrowia, w oparciu o wyżej wymienione ustawy.

Polskie ustawodawstwo zostało zharmonizowane z dyrektywami Unii Europejskiej dotyczącymi produkcji, dopuszczenia do obrotu, reklamy i obrotu wyrobami medycznymi oraz nadzoru i kontroli jakości.

Organami kształtującymi system farmaceutyczny w Polsce są:

- Ministerstwo Zdrowia
 - Rola i zadania: Ministerstwo Zdrowia sprawuje większość funkcji regulacyjnych dotyczących systemu farmaceutycznego, biorąc przy tym pod uwagę konieczność ochrony zdrowia publicznego, dostępność leków oraz możliwość

¹⁵ Zauważyć należy, iż ze względu na zakres czasowy badań własnych przeprowadzonych na potrzeby niniejszej pracy, zaprezentowane ramy prawne funkcjonowania rynku farmaceutycznego w Polsce dotyczą okresu sprzed 1 stycznia 2012, czyli dnia wejścia w życie nowej ustawy refundacyjnej. Zmiany wprowadzone przez ustawę zostaną zaakcentowane w dalszej części rozprawy.

¹⁶ Od dnia 1 stycznia 2012 w formie obwieszczenia

finansowe Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ). Funkcjonujący w ramach Ministerstwa Departament Polityki Lekowej jest odpowiedzialny za kształtowanie i implementację polityki lekowej

- Narodowy Fundusz Zdrowia
 - Rola i zadania: NFZ jest płatnikiem w publicznej służbie zdrowia. Zawiera kontrakty na świadczenie usług zdrowotnych dla ubezpieczonych obywateli, zarządza budżetem pochodzącym ze składek ubezpieczeniowych, kontroluje wystawiane przez lekarzy recepty oraz ich wydawanie w aptekach (w głównej mierze funkcja ta dotyczy leków refundowanych). NFZ ma minimalny wpływ na kształtowanie polityki lekowej państwa.
- Urząd Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Materiałów Biobójczych
 - Rola i zadania: Urząd odpowiada za dopuszczenie farmaceutyków do obrotu na terenie Polski. Samo dopuszczenie do obrotu następuje na podstawie decyzji Ministra Zdrowia, jednak raport Prezesa Urzędu jest podstawą do wydania takiej decyzji. W przypadku zastosowania w dopuszczeniu do obrotu Procedury Wzajemnego Uznania (MRP), Urząd odpowiedzialny jest za harmonizację list produktów dopuszczonych do obrotu.
- Agencja Oceny Technologii Medycznych (AOTM)
 - Rola i zadania: AOTM jest organem opiniotwórczym, zobowiązanym do przygotowania listy świadczeń zdrowotnych gwarantowanych w ramach publicznej opieki zdrowotnej.
- Konsultanci Krajowi
 - Rola i zadania: Funkcję Konsultantów Krajowych pełnią lekarze specjaliści z różnych obszarów medycyny. Pełnią oni rolę doradczą wobec Ministra Zdrowia w zakresie swojej specjalizacji.
- Sejmowa Komisja Zdrowia

- Rola i zadania: Komisja zajmuje się opiniowaniem uchwał i ustaw dotyczących systemu opieki zdrowotnej.

2.2.2. Narzędzia regulacji rynku

2.2.2.1. Dopuszczenie do obrotu

Regulacje związane z dopuszczeniem do obrotu rynkowego w procedurze narodowej i procedurze zdecentralizowanej zawarte są w Ustawie z dnia 6 września 2001 Prawo farmaceutyczne, zgodnej z wytycznymi Unii Europejskiej.

Do obrotu dopuszczone zostają produkty lecznicze, które uzyskały stosowne pozwolenie wydane w drodze decyzji przez Ministra Zdrowia, a także produkty, które uzyskały pozwolenie wydane przez Radę Unii Europejskiej lub Komisję Europejską (procedura centralna). Bez konieczności uzyskania pozwolenia do obrotu dopuszczone są leki recepturowe, leki apteczne, krew i osocze, produkty radiofarmaceutyczne, surowce farmaceutyczne nieprzeznaczone do sporządzania leków recepturowych i aptecznych. Pozwolenia nie wymagają również leki sprowadzane z zagranicy, których zastosowanie jest niezbędne do ratowania życia lub zdrowia pacjenta¹⁷, a także produkty lecznicze pochodzące z importu równoległego, które pozwolenie na taki import uzyskały oraz produkty lecznicze wykorzystywane wyłącznie do badań naukowych¹⁸ lub przeznaczone do badań klinicznych, produkty lecznicze i półprodukty wykorzystywane przez wytwórców.

Wnioski o wydanie pozwolenia, zmianę danych stanowiących podstawę wydania pozwolenia, zmianę terminu ważności pozwolenia podmiot odpowiedzialny składa do Ministra Zdrowia za pośrednictwem Prezesa Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych,

¹⁷ Pod warunkiem, iż dany lek dopuszczony jest do obrotu w kraju, z którego jest importowany.

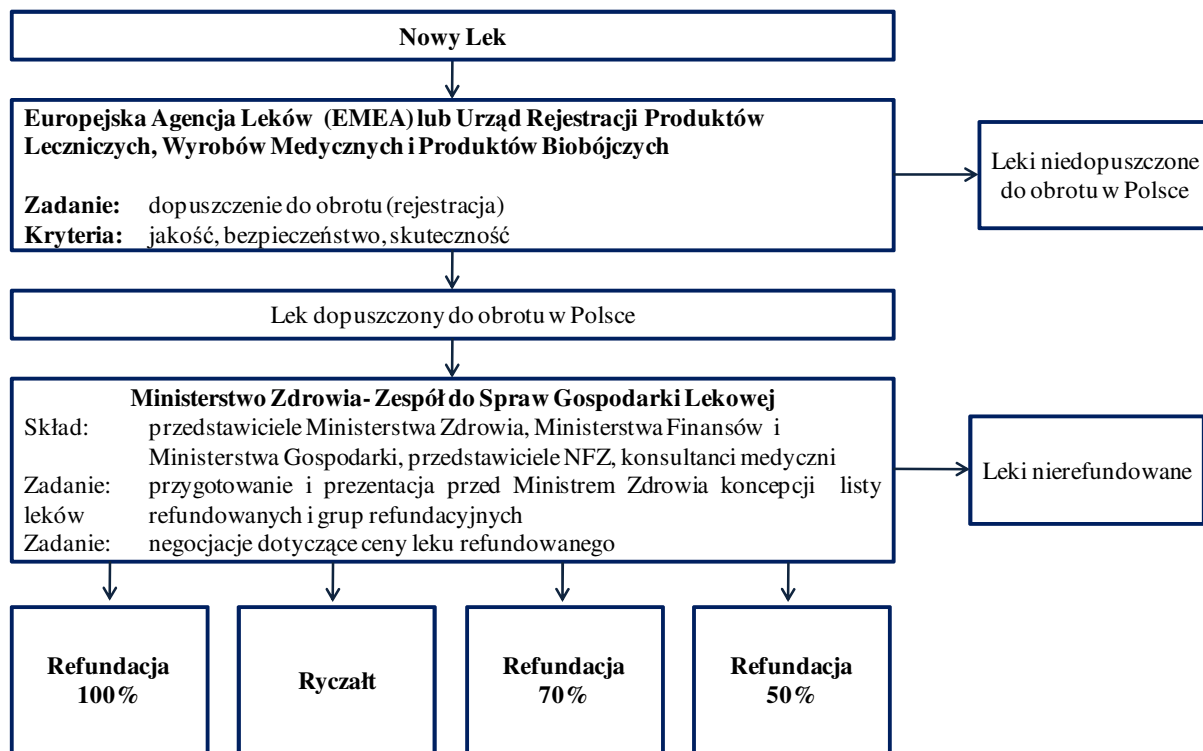
¹⁸ Zgodnie z Ustawą z dnia 12 stycznia 1991 r. o Komitecie Badań Naukowych, Dz. U. z 2001 r. Nr 33, poz. 389 oraz z 2003 r. Nr 39, poz. 335.

Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych, który z kolei sporządza raport opiniujący, będący podstawą decyzji Ministra.

Wnioskodawca ubiegający się o rejestrację winien dostarczyć dowody, że produkt leczniczy spełnia wymagania odnośnie jakości, skuteczności i bezpieczeństwa, w postaci wyników badań jakościowych, przedklinicznych i klinicznych. Badania te są prowadzone zgodnie z wymaganiami dobrej praktyki wytwarzania (*good manufacturing practice*, GMP), dobrej praktyki laboratoryjnej (*good laboratory practice*, GLP) i dobrej praktyki klinicznej (*good clinical practice*, GCP).

Rycina 34 przedstawia schemat wprowadzania do obrotu nowych leków, wyszczególniając organy odpowiedzialne za kolejne etapy wprowadzania nowego leku na rynek.

Rycina 34. Schemat wprowadzania do obrotu nowych leków

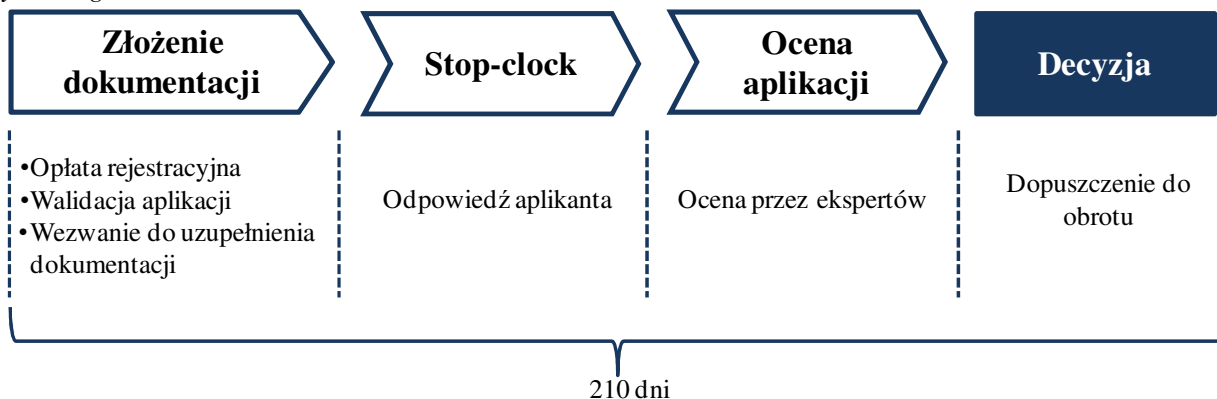


Źródło: Opracowanie własne na podstawie: Ustawa o Cenach

Dopuszczenie do obrotu produktów farmaceutycznych odbywa się w ramach jednej z czterech dostępnych procedur:

- Procedura narodowa – dotyczy ona w założeniu produktów leczniczych rejestrowanych tylko w kilku krajach. Trwa ona 210 dni, jej niewątpliwą zaletą jest brak konieczności uzyskania zgody na rozpoczęcie procedury (*stop-clock*)

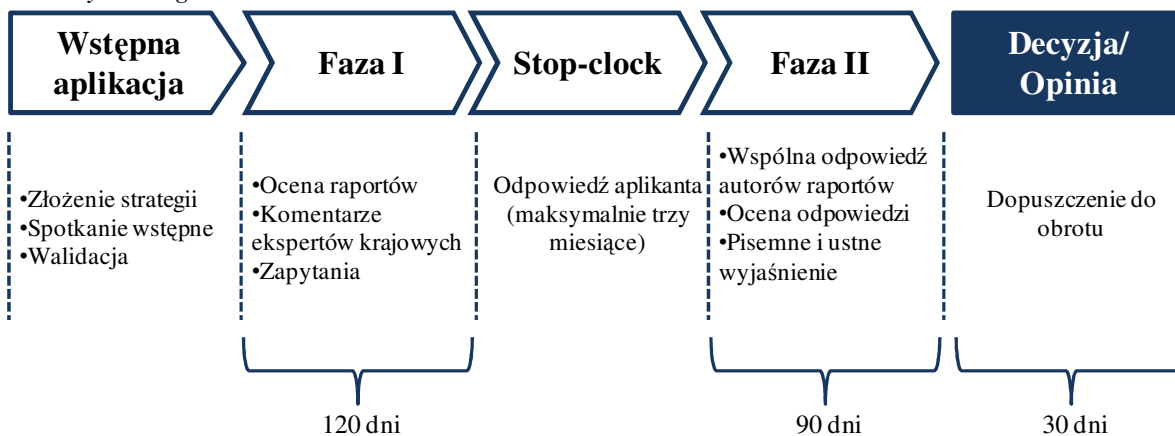
Rycina 35. Zasada funkcjonowania procedury narodowej dopuszczenia produktów leczniczych do obrotu rynkowego



Źródło: Opracowanie własne

- Procedura zdecentralizowana z Polską jako krajem referencyjnym – dotyczy produktów leczniczych rejestrowanych równolegle w kilku krajach Unii Europejskiej, z których jeden jest krajem referencyjnym i jest odpowiedzialny za wstępną ocenę i koordynację całego procesu. Procedura trwa 210 dni, wymaga uzyskania pozwolenia na rozpoczęcie (*time-slot*). Po upływie 210 dni, następuje 30-dniowy etap przygotowania materiałów informacyjnych o danym produkcie w języku lokalnym.

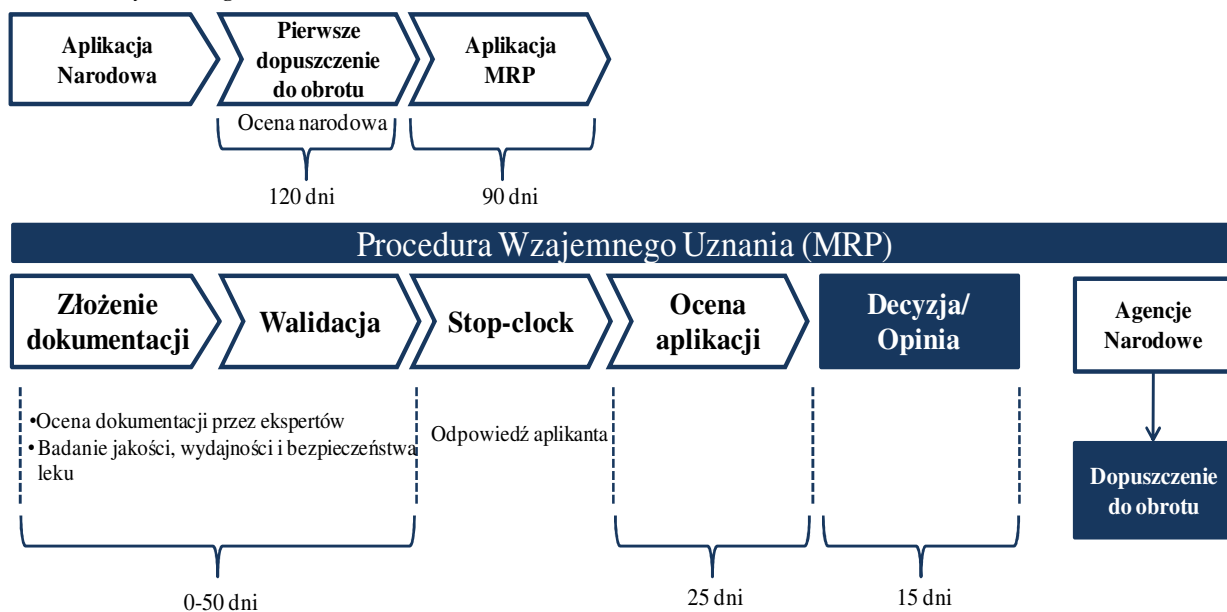
Rycina 36. Zasada funkcjonowania procedury zdecentralizowanej dopuszczenia produktów leczniczych do obrotu rynkowego



Źródło: Opracowanie własne

- Procedura wzajemnego uznania – dotyczy rejestracji produktu leczniczego zarejestrowanego już w jednym z państw Unii Europejskiej (czyli w kraju referencyjnym, RMS). Kraj referencyjny odpowiedzialny jest za koordynację procedury, która trwa 90 dni i wymaga uzyskania zgody na jej rozpoczęcie (*time-slot*). Po upływie 90 dni, następuje trwający 30 dni etap przygotowania druków informacyjnych dla produktu w języku danego kraju.

Rycina 37. Zasada funkcjonowania procedury wzajemnego uznania dopuszczenia produktów leczniczych do obrotu rynkowego



Źródło: Opracowanie własne

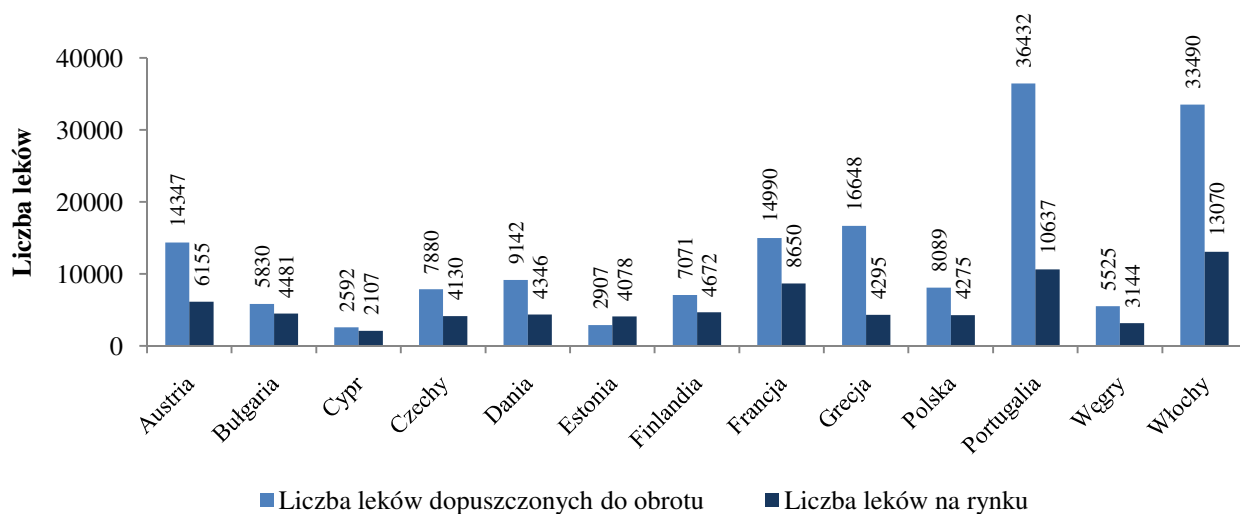
- W związku z członkostwem Polski w strukturach Unii Europejskiej funkcjonuje również procedura centralna, w ramach której pozwolenie na dopuszczenie do obrotu wydawane jest przez Komisję Europejską przy współpracy z Europejską Agencją Leków (*European Medicines Agency, EMA*) i dotyczy wszystkich państw członkowskich Unii Europejskiej.

Wykaz produktów leczniczych dopuszczonych do obrotu na terytorium Polski publikowany jest przez w drodze obwieszczenia przez Prezesa Urzędu Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Środków Biobójczych. Według stanu z dnia 31

marca 2011, do obrotu na terenie Polski dopuszczonych było 10.125 produktów leczniczych, z czego 1.508 na podstawie pozwoleń wydanych przez Radę Unii Europejskiej lub Komisję Europejską i 866 w ramach importu równoległego.

Rycina 38 przedstawia statystyki dotyczące liczby leków dopuszczonych do obrotu i faktycznie dostępnych na rynku dla wybranych krajów Unii Europejskiej.

Rycina 38. Liczba leków dostępnych na rynkach w wybranych krajach europejskich (2006)



Źródło: Vogler i in. 2008, s. 45

Widać, iż w niektórych krajach liczba leków dopuszczonych do obrotu jest znacznie wyższa niż leków de facto obecnych na rynku (Austria, Grecja, Portugalia), co może być wynikiem faktu, iż firmy farmaceutyczne aplikują o rozpoczęcie zdecentralizowanej procedury dopuszczenia do obrotu, nie wprowadzając jednak danego produktu na rynek. Innym powodem może być, iż firmy konsultingowe zajmujące się wprowadzeniem danego produktu na rynek składają często więcej niż jedną aplikację dla tego samego produktu, po czym, po uzyskaniu takich autoryzacji, sprzedają je firmom generycznym. Po trzecie, firmy farmaceutyczne nie zawsze wprowadzają na rynek wszystkie dostępne formy i rozmiary opakowań [Vogler i in. 2008].

2.2.2.2. Regulacje cen leków

Zasady i tryb kształtowania cen produktów leczniczych i wyrobów medycznych określa ustawa z dnia 5 lipca 2001 r. o cenach¹⁹. Dotyczy ona jedynie tych leków, których refundacja finansowana jest całkowicie lub częściowo ze środków publicznych. Minister Zdrowia określa w drodze rozporządzenia wykaz cen hurtowych i detalicznych, mając na względzie równowagę interesów konsumentów i przedsiębiorców zajmujących się wytwarzaniem i obrotem tymi produktami, oraz biorąc pod uwagę możliwości płatnicze Narodowego Funduszu Zdrowia.

Ustalenie cen, jak już wspomniano, dotyczy leków refundowanych i odbywa się na trzech poziomach: producenta, hurtowni oraz apteki. W przypadku leków stosowanych w lecznictwie zamkniętym, ustalanie cen odbywa się tylko na poziomie producenta i hurtowni. Tabela 6 przedstawia metody ustalania cen farmaceutyków stosowane w Polsce.

Tabela 6. Metody ustalania cen farmaceutyków stosowane w Polsce

	Poziom Producenta	Poziom Hurtowni	Poziom Detaliczny
Brak regulacji cen	<ul style="list-style-type: none">leki nierefundowane (dostępne dla pacjenta w aptekach)leki dostępne bez recepty (OTC) (sprzedawane zarówno w aptekach, jak i poza nimi)		
Ceny urzędowe	Dotyczą wszystkich leków refundowanych, dostępnych bezpłatnie, za opłatą ryczałtową lub częściową odpłatnością. Ceny urzędowe hurtowe i detaliczne określone są w drodze rozporządzenia Ministra Zdrowia (w porozumieniu z Ministrem Finansów).		
Negocjacje cenowe	Od 1 stycznia 2012 – pomiędzy Komisją Ekonomiczną a producentem	Nie dotyczy – od 1 stycznia 2012 – sztywne marże	Nie dotyczy – od 1 stycznia 2012 – sztywne marże

Źródło: Opracowanie własne

¹⁹ Od dnia 1 stycznia 2012 ceny leków refundowanych ustalane są w oparciu o ustawę z dnia 12 maja 2012.

Metodami stosowanymi przy ustalaniu cen są: zewnętrzne referencjonowanie cen, czyli porównywanie ich z cenami w innych krajach, wewnętrzne referencjonowanie cen oraz minimalizacja kosztów.

Ceny urzędowe obowiązują również w przypadku leków używanych w lecznictwie zamkniętym, ale tylko tych najpopularniejszych, które generują 40 procent obrotów szpitali (w sumie jest to około 270 produktów). W przypadku produktów leczniczych nabywanych przez placówki lecznictwa zamkniętego, ceny urzędowe ustalane są na poziomie producenta oraz hurtowni.

Negocjacje cenowe z producentem leku przebiegają równolegle i łącznie z negocjacjami o wpisanie leku na listę leków refundowanych. W przypadku pozytywnego rozpatrzenia wniosku o wpisanie leku na listę refundacyjną, propozycja ceny jest przesyłana przez Ministerstwo Zdrowia do aplikanta. Propozycja taka musi zostać zatwierdzona przez aplikanta, w innym wypadku miejsce mają negocjacje cenowe. Niepowodzenie negocjacji cenowych skutkuje niewpisaniem danego leku na listę leków refundowanych. Negocjacje cenowe dotyczą zarówno produktów leczniczych dostępnych w aptekach otwartych, jak i przeznaczonych do użycia w placówkach lecznictwa zamkniętego.

2.2.2.3. Metody i procedury ustalania cen leków

Przygotowanie i przedstawienie Ministrowi Zdrowia stanowisk w zakresie ustalania cen urzędowych produktów leczniczych i wyrobów medycznych jest zadaniem Departamentu Polityki Lekowej. Odbywa się to w szczególności z wzięciem pod uwagę następujących kryteriów:

- poziomu cen w krajach o zbliżonym dochodzie narodowym na mieszkańca;
- konkurencyjności cenowej;
- wpływu leku na bezpośrednie koszty leczenia;
- wielkości realizowanych dostaw w okresie poprzedzającym złożenie przez producenta wniosku;

- kosztów produkcji;
- udowodnionej skuteczności leku;
- znaczenia leku w zwalczaniu chorób o znacznym zagrożeniu epidemiologicznym i cywilizacyjnym.

Cena urzędowa zostaje ustalona na poziomie ceny najtańszego w grupie terapeutycznej leku generycznego, lub, jeśli lek generyczny w danej grupie nie jest dostępny, ustala się cenę o 20 procent niższą od oferowanej przez producenta.

Do ustalania cen leków w Polsce stosuje się system cen referencyjnych, w którego skład wchodzi wewnętrzne oraz zewnętrzne referencjonowanie cen. System ten referencyjnych funkcjonuje w Polsce od roku 1998. Grupy referencyjne (skupiające produkty homogeniczne) w Polsce skupione są na poziomie ATC5²⁰ oraz ATC4²¹, w rzadkich przypadkach również ATC3.

Wewnętrzne referencjonowanie cen odbywa się na poziomie cen producenta i odbywa się w kilku wymiarach. Porównania dokonuje się pomiędzy cenami leków oryginalnych i generycznych, a także cenami leków z tej samej grupy terapeutycznej. Producent ma obowiązek dostarczenia informacji o kosztach produkcji jednego opakowania danego leku, jednak koszty badań i rozwoju nie są uwzględniane przy ustalaniu ceny. Wewnętrzne referencjonowanie cen przeprowadzane jest przez Zespół do Spraw Gospodarki Lekami oraz Departament Farmaceutyczny Ministerstwa Zdrowia.

Drugim, stosowanym w ustalaniu cen narzędziem, jest proces zewnętrznego referencjonowania cen wobec krajów referencyjnych. Lista tych krajów to: Belgia, Wielka Brytania, Irlandia, Niemcy, Holandia, Szwecja, Dania, Hiszpania, Portugalia, Włochy, Grecja, Czechy, Węgry, Luksemburg, Litwa i Szwajcaria. Porównywanie cen odbywa się w ich wartościach nominalnych, bez uwzględnienia parytetu siły nabywczej; obowiązującą walutą jest euro. Producent ma obowiązek przedstawić ceny leku w krajach

²⁰ Grupa klasyfikacji anatomiczno-terapeutyczno-chemicznej, zawierająca leki o tym samym składniku aktywnym, tej samej dawce, rozmiarze opakowania i sposobie przyjmowania.

²¹ Grupa klasyfikacji anatomiczno-terapeutyczno-chemicznej, zawierająca leki o podobnych wskazaniach terapeutycznych.

referencyjnych podczas negocjacji cenowych. Ceny te są później weryfikowane przez decydenta poprzez porównanie ich z danymi własnymi, których źródło nie jest ujawniane. W związku z faktem, iż referencje cenowe dokonywane są w euro, w momencie gdy następuje aprecjacja złotówki wobec euro, producenci zachęceni są do obniżenia cen leków. Odbywa się to poprzez wprowadzenie nowej ceny referencyjnej na dany lek, więc niejako wymusza na producencie taką obniżkę.

Systemowi cen referencyjnych nie w pełni podlegają leki przeznaczone dla placówek lecznictwa zamkniętego. Od roku 2006 Ministerstwo Zdrowia kontroluje ceny 40 procent najpopularniejszych farmaceutyków w tym segmencie. Urzędowe ceny tych leków ustalane są w ramach procedury negocjacji oraz na podstawie opinii niezależnych ekspertów.

Jak zostało to już wspomniane, z dniem 1 stycznia 2012 w życie weszła nowa ustawa refundacyjna. Określa ona:

- zasady, warunki, tryb podejmowania decyzji/uchylania decyzji o objęciu refundacją;
- zasady finansowania produktów refundowanych;
- kryteria tworzenia poziomów odpłatności i grup limitowych;
- zasady, tryb, kryteria ustalania urzędowych cen zbytu, marż handlowych i detalicznych;
- zasady ustalania cen leków stosowanych w ramach udzielania świadczeń gwarantowanych;
- obowiązki aptek wynikające z obrotu produktami refundowanymi oraz zasady kontroli aptek;
- obowiązki osób uprawnionych do wystawiania recept na produkty refundowane.

Główne zmiany wprowadzane przez tę Ustawę, to:

- wprowadzenie limitu środków przeznaczanych na refundację leków na poziomie maksymalnie 17 procent sumy środków publicznych przeznaczonych na finansowanie świadczeń gwarantowanych w planie finansowym Narodowego Funduszu Zdrowia.

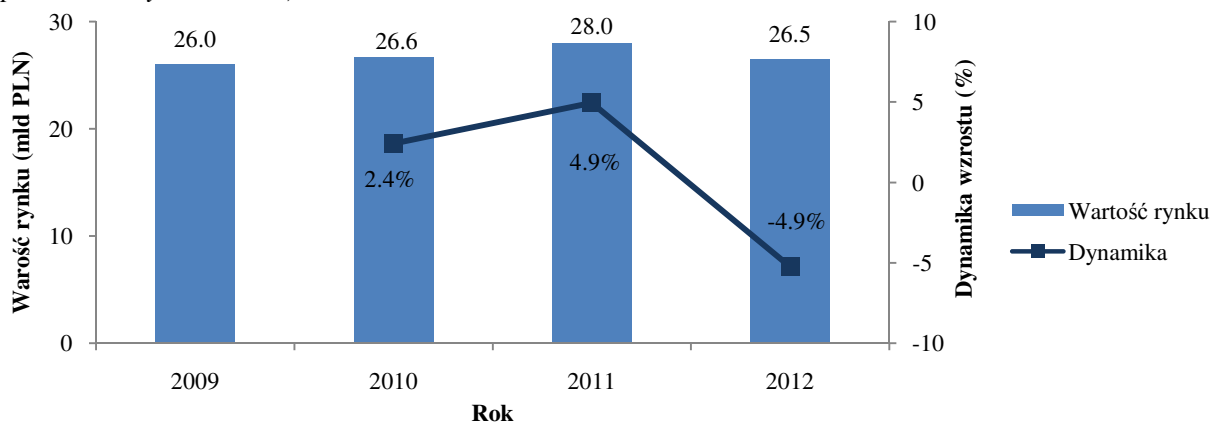
W latach 2012-2014 wysokość nakładów na refundację będzie równa wysokości nakładów poniesionych w roku 2011;

- wprowadzenie sztywnych, urzędowych cen zbytu, marż hurtowych (5 procent) i detalicznych na refundowane leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyroby medyczne; ceny będą ustalane w drodze decyzji administracyjnej (na czas od dwóch do pięciu lat). Pięcioprocentowa marża hurtowa będzie obowiązywać od roku 2014. Do tego czasu stosowane będą stawki przejściowe;
ustalenie limitów refundacji według nowego, złożonego wzoru, opartego o Dzienną Dopuszczalną Dawkę (DDD) oraz wprowadzenie grup limitowych, wyróżnianych na podstawie kryteriów takich jak analogiczne wskazania, analogiczna skuteczność, ale również istotny wpływ na efekt zdrowotny, dodatkowy efekt zdrowotny oraz siła interwencji;
- wprowadzenie negatywnych kryteriów refundacyjnych, w tym np. kryterium eliminującego z refundacji leki, które mogą zostać zastąpione przez zmianę stylu życia pacjenta;
- wprowadzenie opcjonalnych instrumentów dzielenia ryzyka ekonomicznego pomiędzy płatnika a firmę (price-volume agreements), umożliwiających na przykład uzależnienie wysokości urzędowej ceny zbytu od ustalonej wielkości obrotu refundowanym produktem;
- wykazy produktów refundowanych będą ogłaszane w drodze obwieszczenia (nie rozporządzenia jak dotychczas), a podstawą do umieszczenia konkretnego leku (środka specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyrobu medycznego) na ww. obwieszczeniu będą decyzje Ministra Zdrowia o objęciu refundacją [Domański Zakrzewski Palinka 2010].

2.2.3. Struktura rynku farmaceutycznego w Polsce

Wartość aptecznego rynku farmaceutycznego w Polsce w roku 2011 wyniosła 27,97 miliarda złotych w cenach detalicznych²². Ze względu na charakter rozprawy, niniejsza analiza skupia się na segmencie aptecznym, pomijając szpitalny rynek farmaceutyczny. Szacuje się, że wartość rynku szpitalnego w latach 2011-2013 będzie stabilna i będzie oscylowała w granicach 2,9 miliarda złotych [PMR Publications 2011]. Dynamika wzrostu obrotów na aptecznym rynku farmaceutycznym w Polsce w roku 2011 wyniosła około 4,9 procent w porównaniu do roku 2010. Oczekuje się, iż wartość sprzedaży aptecznej na rynku farmaceutycznym w Polsce wyniesie w roku 2012 26,6 miliarda złotych. Osłabienie wzrostu w roku 2012 było skutkiem wejścia w życie nowej ustawy refundacyjnej, która ogranicza wydatki refundacyjne państwa. Również sztywne marże, wprowadzone przez nową ustawę zlikwidowały zjawisko promocyjnych cen leków refundowanych (tzw. 'leki za grosz'), przez co zmniejszyła się siła nabywcza pacjentów. Pod koniec roku 2011 zaobserwowano znaczący wzrost obrotów na rynku farmaceutycznym, co było spowodowane obawami pacjentów przed wzrostem cen związanym z wejściem w życie nowej ustawy refundacyjnej. Wyższe obroty w ostatnim kwartale 2011 spowodowały znaczący spadek obrotów na rynku w pierwszym kwartale 2012.

Rycina 39. Wartość i dynamika rynku farmaceutycznego w Polsce w latach 2009-2012 (sprzedaż apteczna, ceny detaliczne)



Źródło: Przeliczenia własne na podstawie danych PharmaExpert

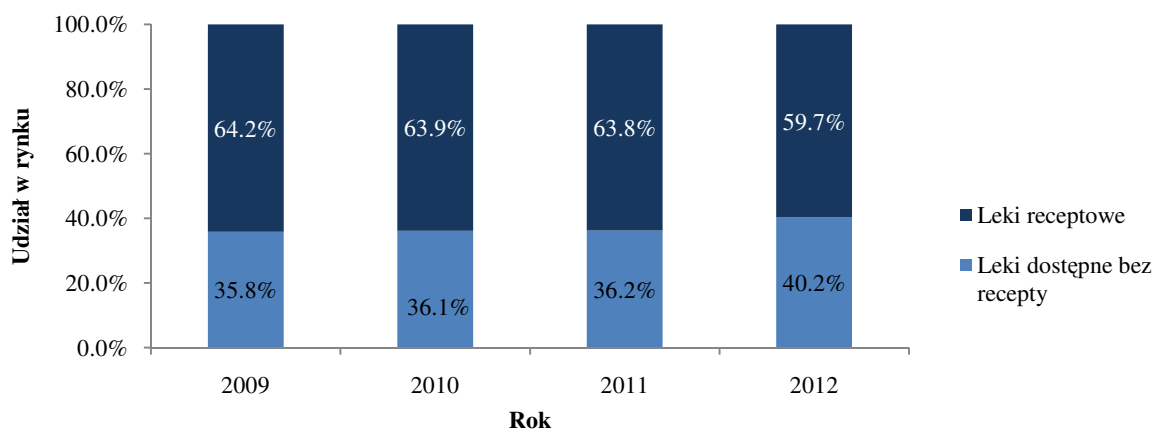
²² Przeliczenia własne na podstawie danych PharmaExpert.

Analizując strukturę rynku sprzedaży aptecznej leków w Polsce, można zauważyć, iż sprzedaż leków dostępnych bez recepty generuje ponad jedną trzecią obrotu na aptecznym rynku farmaceutycznym – w roku 2011 było to 36,2 procent. Od roku 2009, udział segmentu OTC w całym rynku farmaceutycznym nieprzerwanie rośnie. Oczekuje się, że w latach 2012-2014, dynamika wzrostu segmentu OTC ukształtuje się na poziomie około 3 procent [Rynek Aptek 2012]. Całkowita wartość tego segmentu rynku jest wyższa o około 13 procent, które generowane jest przez kanał pozaapteczny (sklepy spożywcze, stacje benzynowe etc.).

IMS Health [2010] podaje, iż udział wartości segmentu OTC w całym rynku farmaceutycznym w Polsce wyniósł w 2010 roku 19 procent, co jest wartością znacznie niższą od danych podawanych przez PharmaExpert i PMR Publications. Różnica ta wynika z faktu, iż IMS Health opiera swoje analizy na cenach hurtowych leków, podczas gdy dwie pozostałe firmy – na cenach detalicznych. Wywnioskować więc można, iż marże w segmencie OTC są znacząco wyższe niż marże w segmencie leków receptowych.

Wartość sprzedaży leków receptowych w cenach detalicznych stanowiła 63,8 procent wartości całego aptecznego rynku farmaceutycznego w Polsce w roku 2011 (Rycina 40).

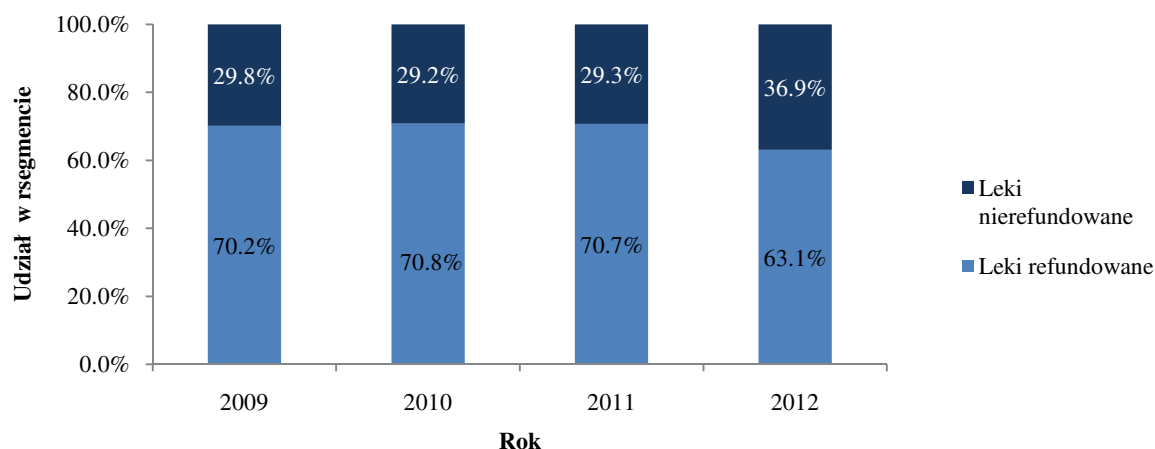
Rycina 40. Udział sprzedaży leków receptowych oraz leków dostępnych bez recepty w całkowitej wartości sprzedaży aptecznej (2009-2012)



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych PharmaExpert

Wartość sprzedaży leków refundowanych w stosunku do całkowitej sprzedaży leków receptowych wyniosła w 2011 roku 70,7 procent wartości sprzedaży leków refundowanych oraz 45,2 procent całkowitej wartości rynku farmaceutycznego w Polsce. W roku 2012 nastąpił spadek udziału leków receptowych całkowitej wartości rynku farmaceutycznego o 4,1 punktu procentowego.

Rycina 41. Wartościowy udział leków refundowanych i nier refundowanych w całkowitej wartości rynku leków receptowych (2009-2012)



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych PharmaExpert

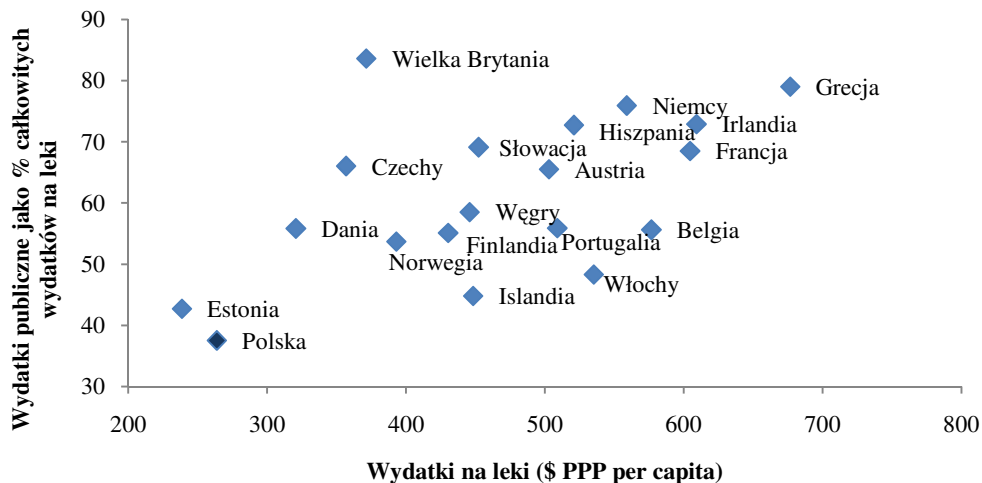
Należy jednak zauważyć, iż wydatki Narodowego Funduszu Zdrowia na refundację leków wyniosły w roku 2011 8,63 miliarda złotych [NFZ 2011], a więc poziom współpłacenia pacjenta za leki refundowane wyniósł 31,6 procent. W stosunku do wartości całego segmentu leków receptowych, udział NFZ wyniósł około 48,4 procent, pozostałe środki pochodziły zaś z prywatnych nakładów pacjentów.

W roku 2012, ze względu na wprowadzone zmiany w systemie refundacji leków, znacząco wzrósł poziom współpłacenia. Na refundację leków w roku 2012 NFZ przeznaczył 8,17 miliarda złotych [NFZ 2012], a więc znacząco mniej niż w roku poprzednim. W szczególności, wzrost wartości współpłacenia pacjenta w roku 2012 jest najbardziej widoczny przy refundacji dotyczącej niektórych produktów i grup terapeutycznych, takich jak: paski cukrzycowe (wzrost całościowej odpłatności pacjenta

na poziomie 53 milionów złotych), astma (wzrost o 35 milionów złotych) oraz leki przeciwwzakrzepowe (wzrost o 2 miliony złotych) [Rynek Zdrowia 2012].

Rycina 42 przedstawia zależność pomiędzy wydatkami na leki per capita a poziomem finansowania publicznego leków w perspektywie europejskiej.

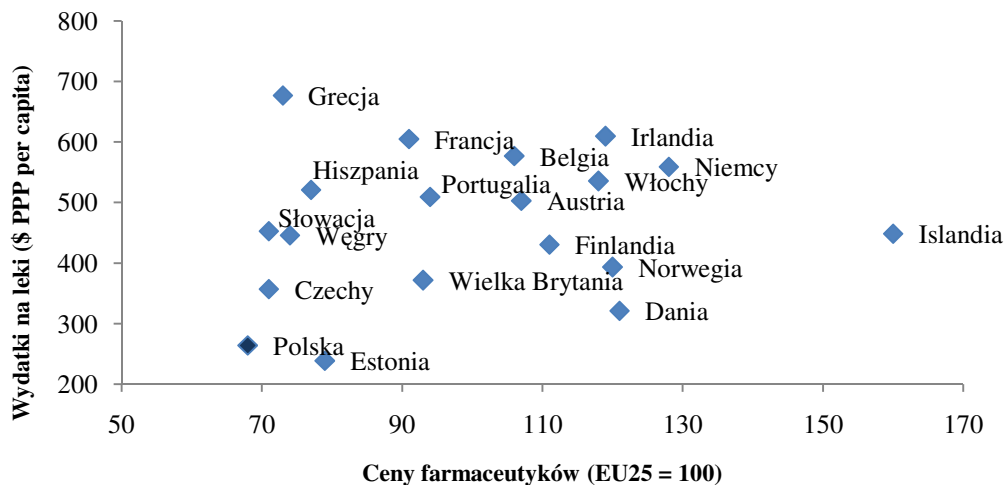
Rycina 42. Wydatki na leki per capita i poziom finansowania publicznego leków w Europie (2009)



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych WHO

Zauważyć można, iż wydatki na leki w Polsce są jednymi z najniższych w Europie – ich poziom wyniósł \$314,8 per capita w roku 2010. Równocześnie, najniższy jest udział wydatków publicznych w całkowitych wydatkach na leki.

Rycina 43. Wydatki na leki per capita i ceny leków w Europie (2009)



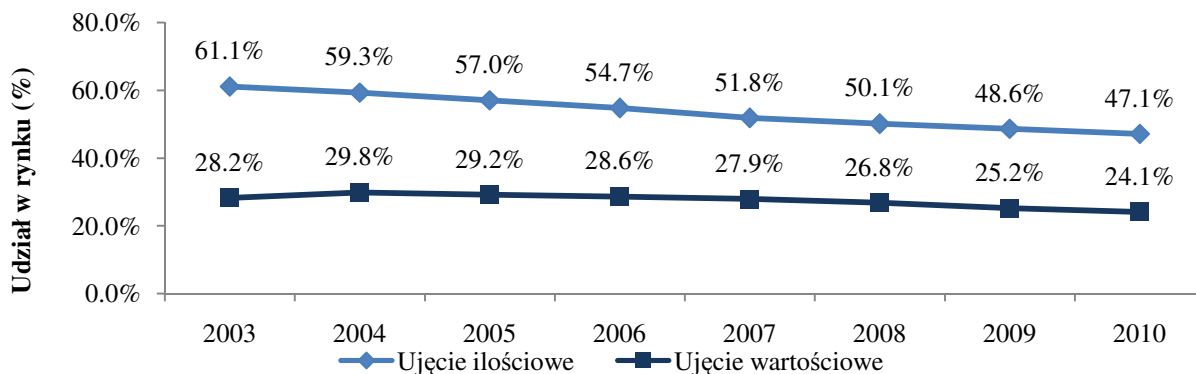
Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych WHO i Eurostat

Ceny leków w Polsce należą do najniższych w Europie (Rycina 43), co jest warunkowane dużym udziałem leków generycznych w strukturze polskiego rynku. Szczegółowa analiza rynku leków generycznych została przedstawiona w dalszej części niniejszej pracy. Niskie ceny leków są jednocześnie jedną z przyczyn niskich wydatków na leki w porównaniu do innych państw europejskich.

Krajowi producenci skupiają się na produkcji leków tańszych, najczęściej generycznych odpowiedników oryginalnych leków zagranicznych. Sytuacja taka wynika w dużej mierze z faktu, iż opracowanie leków oryginalnych wymaga dużych nakładów kapitałowych, których krajowi producenci często nie są w stanie ponieść. Inną przyczyną może być również konstrukcja listy leków refundowanych, oparta w głównej mierze o leki generyczne. W rezultacie, udział leków wytwarzanych lokalnie w całkowitej wartości rynku leków receptowych w roku 2010 wyniósł 24,1 procent. Jednakże, udział ilościowy w tym samym czasie wyniósł 47,1 procent [Infarma 2011].

W latach 2003-2010 można było zaobserwować stały spadek udziału krajowych producentów w rynku farmaceutycznym, zarówno w ujęciu ilościowym, jak i wartościowym (Rycina 44). Należy przy tym zauważyć różnicę w dynamice tego spadku. W latach 2003-2010, spadek w ujęciu ilościowym wyniósł 14 punktów procentowych, podczas, gdy spadek w ujęciu wartościowym – 4,1 punktów procentowych. Wynika z tego, iż leki polskich producentów stają się coraz droższe.

Rycina 44. Udział sprzedaży krajowych leków w polskim rynku farmaceutycznym w cenach producenta netto (2003-2010)



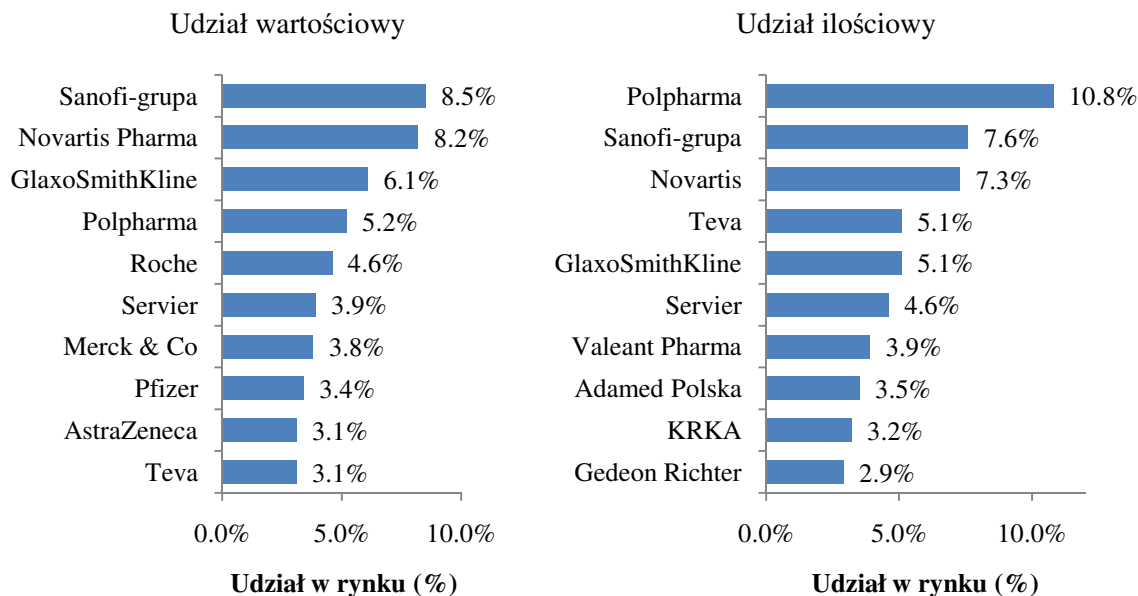
Źródło: IMS Health, za: Infarma 2011

Raport Instytutu Badań nad Gospodarką Rynkową na temat sektora farmaceutycznego w Polsce sugeruje, iż przyczyn tego zjawiska należy upatrywać w patologiach błędnej konstrukcji systemu refundacji, której wynikiem jest wzrost sprzedaży produkowanych za granicą leków droższych, mimo istnienia tańszych odpowiedników produkcji krajowej [Instytut Badań nad Gospodarką Rynkową 2010]. Przyczyn spadku udziału leków krajowych w rynku farmaceutycznym należy jednak upatrywać również w przejęciach polskich firm farmaceutycznych przez koncerny zagraniczne. Przykładowo, w procesie prywatyzacji w roku 1998, Polfa Poznań została przejęta przez GlaxoSmithKline, w tym samym roku Polfa Kraków została przejęta przez chorwacki koncern PLIVA (później przejęty przez Barr Pharmaceuticals, obecnie PLIVA jest częścią Grupy Teva). W roku 2009 Grodziskie Zakłady Farmaceutyczne „Polfa”, sprywatyzowane w roku 2002, zostają przemianowane na Gedeon Richter Polska. Prywatyzacja wiązała się więc także z wejściem na Polski rynek zagranicznych producentów leków generycznych, kosztowo konkurencyjnych do polskich producentów. Dodatkowo, pamiętać należy, iż polski system refundacyjny promuje leki tańsze, a nowa ustawa refundacyjna kładzie jeszcze większy nacisk na koszty leków i akcentuje istotność jej efektywności kosztowej.

W porównaniu do innych państw europejskich, Polski rynek farmaceutyczny charakteryzuje się dużym udziałem leków generycznych. W roku 2009 udział leków generycznych w całkowitej sprzedaży leków wyniósł niemal 85 procent w ujęciu ilościowym, oraz około 63 procent w ujęciu wartościowym (w cenach producenta netto) [Instytut Badań nad Gospodarką Rynkową 2010]. Dokładniejsze omówienie rynku leków generycznych znajduje się w dalszej części niniejszej rozprawy.

Rynek farmaceutyczny w Polsce jest rynkiem rozdrobnionym. Liderem rynku w roku 2010 była grupa Sanofi z wartościowym udziałem w rynku na poziomie 8,5 procent. W ujęciu ilościowym (wolumen sprzedanych opakowań), liderem była Polpharma. Polski producent, skupiający się na produkcji leków generycznych osiągnął w roku 2010 10,8 procent udziału w rynku. Szczegółowe dane zostały przedstawione na Rycinie 45.

Rycina 45. Wartościowy i ilościowy udział w rynku dziesięciu największych producentów leków w Polsce (2010)



Źródło: Infarma 2011

Porównując udziały w rynku największych producentów w ujęciu ilościowym i wartościowym, zauważyć można dominację producentów leków generycznych (Polpharma, Teva, Valeant Pharma, KRKA, Gedeon Richter) w ujęciu ilościowym. Dowodzi to po raz kolejny, że ceny leków generycznych są niższe od cen leków oryginalnych.

Przedmiotem obrotu rynku OTC są przede wszystkim dostępne bez recepty leki przeciwbólowe, leki na grypę i przeziębienie, witaminy i minerały, suplementy diety, witaminy i minerały, leki gastryczne, leki stosowane w pielęgnacji i chorobach skóry, leki stosowane w chorobach układu krążenia oraz leki nasenne i uspokajające. Wartość rynku leków OTC w Polsce wyniosła w roku 2011 10,1 miliarda złotych w cenach detalicznych, co stanowiło 36,2 procent całkowitej wartości rynku farmaceutycznego²³. Dynamika wzrostu tego segmentu rynku wyniosła w roku 2011 cztery procent w porównaniu z rokiem 2010.

²³ Przeliczenia własne na podstawie danych PharmaExpert

W odróżnieniu od leków receptowych, leki OTC mogą być dystrybuowane również w kanale pozaaptecznym. Zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z roku 2010, tylko leki na bazie 52 substancji czynnych mogą być dystrybuowane w tym kanale, czyli w sklepach spożywczych, kioskach, czy na stacjach benzynowych. Suplementy diety, natomiast mogą być dystrybuowane w kanale pozaapteczny bez ograniczeń. Szacuje się, iż kanał pozaapteczny wygenerował w 2010 roku 13 procent całkowitej sprzedaży leków OTC w Polsce. Największym podmiotem na rynku leków OTC jest polska firma US Pharmacia.

Wartość rynku hurtu farmaceutycznego w Polsce, z uwzględnieniem sprzedaży na rynek szpitalny, wyniosła w 2011 roku 26,5 miliarda złotych [IMS za: Pelion Healthcare Group 2012]. W związku z faktem, iż działalność hurtowni farmaceutycznych jest niskomarzowa, hurtownie coraz częściej dywersyfikują swoją działalność poprzez integrację pionową (własne apteki bądź firmy farmaceutyczne). Oczekuje się, iż wejście w życie nowej ustawy refundacyjnej dodatkowo nasili ten proces, ponieważ ustawa ta zakłada wprowadzenie sztywnej marży hurtowej, która będzie stopniowo obniżana do roku 2014 i wyniesie wtedy pięć procent (dla porównania, w roku 2011 średnia marża hurtowa wyniosła 9,8 procent). Przykładowo, w roku 2010 Neuca i ACP Pharma uruchomiły centra usług wspólnych, które obecnie działają na potrzeby wewnętrzne, a docelowo mają świadczyć usługi finansowo-księgowe dla podmiotów zewnętrznych. Pelion Healthcare Group w tym samym roku uruchomiła spółkę Business Support Solutions, obsługującą ponad 140 podmiotów w zakresie finansowo-księgowym. Spółka prowadzi, poza obrotem hurtowym, również działalność detaliczną w Polsce i na Litwie poprzez sieć 865 aptek (652 aptek w Polsce i 213 na Litwie). Również Neuca rozpoczęła budowę sieci franczyzowej aptek w Polsce. Dodatkowo, Neuca inwestuje również w produkcję leków, koordynując działalność spółki zależnej Synoptis Pharma, która to w roku 2010 odnotowała sprzedaż wysokości dziewięciu miliardów złotych.

Rynek hurtu aptecznego charakteryzuje się dużym stopniem konsolidacji podmiotów w nim uczestniczących. Liderem rynku w roku 2011 była Neuca z przychodem na poziomie 6,4 miliarda złotych [Neuca 2012]. Pelion Healthcare kontrolująca PGF-Hurt oraz Pharmapoint, prowadzące sprzedaż hurtową na rynku farmaceutycznym w roku 2011 odnotowały wielkość sprzedaży na poziomie 4,3 miliarda złotych [Pelion Healthcare Group 2012].

Liczba aptek w Polsce rosła dynamicznie do roku 2009, kiedy wyniosła ona 13.650 aptek, w porównaniu z 9.700 aptek w roku 2001 [PharmaExpert 2011]. Jednakże, w połowie 2009 roku, aptek w Polsce zaczęło ubywać. Sytuacja taka była przede wszystkim skutkiem faktu, iż w liczba aptek w Polsce w przeliczeniu na mieszkańca jest jedną z najwyższych w Europie. W roku 2010 tendencja spadkowa została zatrzymana. Oczekuje się, iż w następnych latach liczba indywidualnych aptek działających w Polsce będzie spadać, wzrośnie natomiast liczba aptek działających w sieciach aptecznych oraz działających w oparciu o franczyzę.

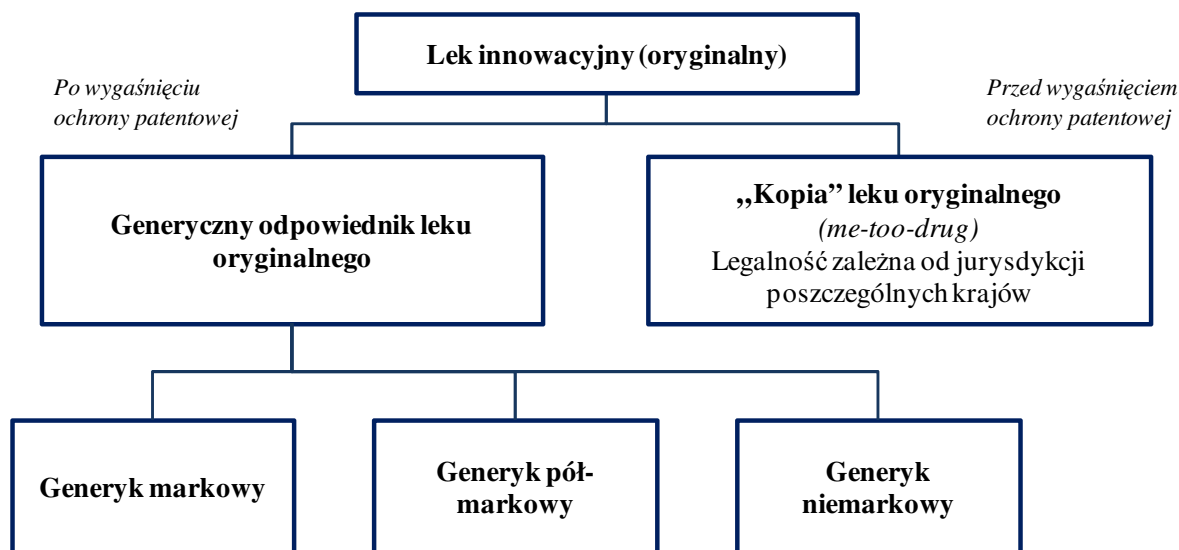
2.3. Rynek leków generycznych

2.3.1. Definicja i miejsce leków generycznych w rynku farmaceutycznym

Generyczny produkt leczniczy to produkt leczniczy posiadający ten sam jakościowy i ilościowy skład w substancjach czynnych oraz tę samą postać farmaceutyczną jak referencyjny produkt leczniczy, oraz którego biorównoważność względem referencyjnego produktu leczniczego została udowodniona w drodze przeprowadzenia odpowiednich badań biodostępności. Różne sole, estry, etery, izomery, mieszaniny izomerów, kompleksy lub pochodne substancji czynnych uznaje się za taką samą substancję czynną, o ile nie różnią się znacząco właściwościami odnośnie bezpieczeństwa i skuteczności.

Miejsce leków generycznych na rynku farmaceutycznym ilustruje Rycina 46.

Rycina 46. Główne komponenty rynku leków



Źródło: Garattini i Teodiozi 2000

Ze względu na nazwę handlową, leki generyczne można podzielić na trzy główne grupy: generyczne leki markowe, będące kopiami leków oryginalnych, rozprowadzane pod własną nazwą handlową, generyczne leki pół-markowe, rozprowadzane pod nazwą producenta poprzedzoną nazwą substancji aktywnej oraz generyczne leki niemarkowe, rozprowadzane pod nazwą niemarkową (*INN – International Nonproprietary Name*) [Garattini i Teodiozi 2000].

Uważa się, iż istnienie leków generycznych może być głównym czynnikiem generującym konkurencję na rynku farmaceutycznym [Torres, Puig-Junoy i Borell-Arque 2007]. Jest to związane po pierwsze z faktem, iż po wygaśnięciu ochrony patentowej, na rynku pojawiają się konkurencyjne w stosunku do leków oryginalnych odpowiedniki, wytwarzając tym samym presję na obniżenie ich cen. Po drugie, istnienie leków generycznych ma charakter motywujący dla producentów leków oryginalnych. Wiąże się to z faktem, iż producenci leków oryginalnych są świadomi, że wymuszona zostanie na nich obniżka ceny danego leku w momencie wygaśnięcia ochrony patentowej.

Jednakże wpływ leków generycznych na konkurencyjność zależy od natury popytu na farmaceutyki, która z kolei zależy od stosowanych przez poszczególne kraje mechanizmów ten popyt regulujących. Poza tym, istotnymi kwestiami są wierność marce oraz wrażliwość cenowa płatnika [OECD 2000]. W związku z faktem, iż dany lek innowacyjny jest pierwszym w swojej grupie terapeutycznej, a przez czas trwania ochrony patentowej również jedynym, dzięki ochronie znaku towarowego rozwinięciu ulega lojalność wobec marki, która bynajmniej nie znika w momencie pojawienia się produktu konkurencyjnego [Grabowski i Vernon 1992]. Niektórzy autorzy w kontekście rynku amerykańskiego uważają, iż przewaga uzyskana z racji pierwszeństwa (*first-mover advantage*), dyferencjacja produktu oraz wierność marce, sprawiają, iż pierwsi gracze na rynku nie spotykają się ze znaczącą konkurencją cenową ze strony kolejnych graczy wchodzących na ten rynek, oferujących alternatywne formy terapii lekowej [Levy 1999]. Istnieją badania, które dowodzą, iż cena markowego leku może wręcz wzrosnąć po wygaśnięciu ochrony patentowej i równoczesnym wejściu na rynek produktów generycznych²⁴. Może to być spowodowane istnieniem dwóch równoległych rynków, z których jeden jest wrażliwy na ceny, przez co bardziej skłonny zaakceptować konkurencję generyczną, a drugi, niewrażliwy na ceny, jest lojalny wobec oryginalnego leku.

Dla rynków, na których konsumpcja leków jest silnie zależna od ich ceny, leki generyczne są istotnym źródłem konkurencji dla leków oryginalnych. W Stanach Zjednoczonych na przykład, nie jest niczym nadzwyczajnym, aby lek generyczny uzyskał ponad 50-procentowy udział w rynku pod względem ilościowym już w pierwszym roku po wygaśnięciu patentu na lek oryginalny [Griliches i Cockburn 1995]. Wiele krajów

²⁴ Levy zauważa, iż: „Frank i Salkever, w badaniu 32 leków, które utraciły ochronę patentową w latach osiemdziesiątych, zauważyli, iż ceny leków markowych wzrosły po pojawieniu się ich generycznych odpowiedników, a ceny leków generycznych uległy znaczącej obniżce w momencie pojawienia się kolejnych leków generycznych w danej kategorii.

W badaniu leków markowych narażonych na konkurencję ze strony ich generycznych odpowiedników, przeprowadzonym w latach 1983-1987, Grabowski i Vernon zauważyli, iż ceny leków markowych nieznacznie wzrosły po pojawieniu się leków generycznych, oraz, iż średnie ceny uległy obniżeniu o około 20 procent dwa lata po pojawieniu się konkurencji ze strony leków generycznych.

wprowadziło rozwiązania wspomagające dopuszczenie do obrotu rynkowego leków generycznych poprzez adaptację skróconej procedury dopuszczenia do obrotu dla leków generycznych oraz zezwolenie producentom leków generycznych na przeprowadzanie badań biorównoważności zanim jeszcze wygaśnie patent na dany lek oryginalny. W Stanach Zjednoczonych takie rozwiązania wprowadzone zostały na mocy Waxman-Hatch Act (1984), podobnie w Kanadzie, producenci leków mogą przeprowadzać prace badawczo-rozwojowe jeszcze przed wygaśnięciem patentów. Zgodnie z prawem Unii Europejskiej, producent leków generycznych nie ma obowiązku powtarzania obszernych badań klinicznych, jakie wymagane są od producenta leku oryginalnego. *Składający wniosek nie musi przedstawiać wyników badań toksykologicznych i farmakologicznych, ani też wyników prób klinicznych, o ile może wykazać, że produkt leczniczy jest zasadniczo podobny do produktu leczniczego wprowadzonego do obrotu w danym Państwie Członkowskim na podstawie wniosku oraz że posiadacz oryginalnego pozwolenia na dopuszczenie do obrotu oryginalnego produktu leczniczego wyraził zgodę na wykorzystanie toksykologicznych, farmakologicznych i klinicznych referencji przedstawionych w dokumentacji oryginalnego produktu leczniczego* [Dyrektywa 2001/83/WE Parlamentu Europejskiego i Rady].

Ułatwienia w dopuszczeniu do obrotu leków generycznych zastosowane zostały również w Rosji. Na mocy Prawa Federalnego Numer 61 'O Obrocie Lekami', które weszło w życie we wrześniu 2010, poza tym, iż skrócona została procedura dopuszczenia do obrotu rynkowego, (czas jej trwania może wynieść maksymalnie 210 dni), wprowadzono skróconą procedurę dopuszczenia do obrotu leków generycznych, której maksymalny czas trwania wynosi 60 dni.

Zasadniczo, pojawienie się na rynku farmaceutycznym leków generycznych ma pozytywny i statystycznie istotny wpływ na obniżenie cen leków oryginalnych [Regan 2008].

Tabela 7 ilustruje różnice pomiędzy cenami leków oryginalnych i generycznych w wybranych krajach oraz udział leków generycznych w całkowitym rynku leków.

Tabela 7. Różnice cenowe między lekami oryginalnymi a generycznymi (2012)

Kraj	Średnia różnica między ceną leku generycznego a oryginalnego
Francja	-30%
Niemcy	-40%
Włochy	-16%
Hiszpania	-13%
Wielka Brytania	-15%

Źródło: IHS Healthcare and Pharma Blog 2012

Z analiz Centrum Badań nad Farmaceutykami i Farmakoekonomią Uniwersytetu w Leuven wynika, iż prawdopodobnym jest, że stworzenie przychylnych uwarunkowań legislacyjno-organizacyjnych pozwoli rządowi na utrzymanie poziomu opieki zdrowotnej i kontrolę wydatków na leki, ponieważ leki generyczne posiadają tę samą jakość, ten sam poziom bezpieczeństwa i skuteczności terapeutycznej jak leki oryginalne, ale są równocześnie od nich tańsze. Niższa cena leków generycznych wynika z faktu, iż ich producenci nie muszą wliczać kosztów badań i rozwoju w ceny swoich produktów, jak ma to miejsce w przypadku leków oryginalnych [Simoens i DeCoster 2006].

Leki generyczne, poprzez swój wpływ na obniżenie cen leków oferują znaczące oszczędności dla płatników, w tym dla budżetu państwa, który w wielu przypadkach jest głównym i największym odbiorcą. Badanie przeprowadzone przez Simoensa dowodzi, iż substytucja generyczna dziesięciu najlepiej sprzedających się substancji obniżyłaby wydatki na leki o 21-48 procent²⁵. Tak znaczące możliwości obniżki wydatków na leki spotykają się z dużym zainteresowaniem państw, które, dążąc do obniżenia, lub utrzymania na względnie stałym poziomie wydatków na opiekę zdrowotną, w tym wydatków na leki, często decydują się na zastosowanie rozwiązań stymulujących rozwój rynków leków generycznych.

Doświadczenie krajów europejskich pokazuje, że istnieje wiele metod wspomagania rozwoju rynku leków generycznych, zarówno po stronie podażowej, jak i popytowej.

²⁵ Badanie przeprowadzone na próbie krajów europejskich o rozwiniętych rynkach leków generycznych: Austria, Belgia, Dania, Francja, Hiszpania, Niemcy, Holandia, Polska, Portugalia, Wielka Brytania, Włochy.

Należy jednak pamiętać, iż stosowanie rozwiązań tylko po stronie popytowej lub tylko po stronie podażowej jest niewystarczającym, aby w pełni wykorzystać potencjał leków generycznych. [Simoens i DeCoster 2006].

Poza wcześniej wspomnianymi ułatwieniami w dopuszczeniu do obrotu leków generycznych, stosowane rozwiązania po stronie podażowej rynku sprowadzają się w znaczącej mierze do działań związanych z cenami leków. Simoens pisze, iż penetracja rynku przez leki generyczne jest skuteczniejsza w państwach, które dopuszczają (względny) brak regulacji cenowych (Niemcy, Holandia, Wielka Brytania), niż w krajach o silnie regulowanych cenach leków (Austria, Belgia, Francja, Włochy, Hiszpania, Portugalia). Wynika to z faktu, iż ceny leków w krajach, które ich nie regulują są zazwyczaj wyższe, co powoduje, że większa jest różnica między ceną leku generycznego a ceną leku oryginalnego [Simoens i DeCoster 2006]. Można to zaobserwować na przykładzie Niemiec, które nie regulują cen leków (por. Tabela 7.). Również stosowanie systemu referencji cenowych w większości wypadków korzystnie wpływa na rozwój rynku leków generycznych poprzez nałożenie na pacjenta obowiązku współpłacenia za leki oryginalne powyżej poziomu ceny referencyjnej. Należy jednak pamiętać, iż pierwotnym celem systemu referencji cenowych jest obniżanie wydatków publicznych na leki, co nie zawsze stymuluje rozwój rynku leków generycznych. Na przykład wprowadzenie systemu referencyjnego we Francji spowodowało obniżenie cen leków oryginalnych do poziomu cen referencyjnych i nie przełożyło się bezpośrednio na wzrost udziału leków generycznych w całkowitym rynku [Simoens i DeCoster 2006].

Do stymulacji rozwoju rynku leków generycznych wykorzystuje się również koncepcję współpłacenia przez pacjenta, która wpływa na rozwój rynku leków generycznych, czego przykładem może być Portugalia i Polska. Jednakże, jest ona skuteczna tylko, gdy pacjent rzeczywiście pokrywa część ceny leków z własnej kieszeni. Na skutek takiej sytuacji, We Francji, gdzie dopłaty do leków pokrywane są zazwyczaj z prywatnego ubezpieczenia, ta forma stymulacji rynku leków generycznych jest nieskuteczna, ponieważ pacjent nie ponosi kosztu zakupu leku z własnej kieszeni.

Budżety dla lekarzy, które mogą oni wykorzystać na leki przepisywane pacjentom wpłynęły korzystnie na zwiększenie udziału leków generycznych w całkowitym rynku w Niemczech i Wielkiej Brytanii. Dla pełnej skuteczności tego narzędzia konieczne są jednak odpowiednie nagrody lub sankcje, przyznawane odpowiednio za niewykorzystanie w pełni lub przekroczenie przyznanego budżetu. Innym narzędziem jest substytucja generyczna na poziomie aptek, która jest jednak skuteczna tylko, gdy jest finansowo atrakcyjna dla farmaceutów [Simoens i DeCoster 2006].

2.3.2. Patenty a leki generyczne

Wprowadzanie na rynek leków generycznych może napotykać na pewne bariery i ograniczenia, wśród których najczęściej wymienianą jest bariera związana z ochroną patentową. Należy więc przyjrzeć się kwestii ochrony patentowej, aby zrozumieć wynikające z niej konsekwencje dla rynku leków generycznych.

Według definicji Europejskiej Organizacji Patentowej, patent daje jego posiadaczowi prawo do ochrony wynalazku przed komercyjnym wykorzystaniem go przez inne podmioty. Patent jest ważny w państwie, w którym złożone zostało zgłoszenie patentowe. Mimo podejmowanych wysiłków, na chwilę obecną nie funkcjonuje patent Unii Europejskiej, który chroniłby wynalazek na obszarze wszystkich krajów Unii Europejskiej. Funkcjonuje natomiast patent europejski, przyznawany przez Europejski Urząd Patentowy (organ wykonawczy Europejskiej Organizacji Patentowej) na mocy Konwencji o Udzielaniu Patentów Europejskich. Konwencji tej nie należy jednak utożsamiać z prawem Unii Europejskiej. Jej moc obowiązywania dotyczy bowiem również krajów nie będących krajami członkowskimi Unii, jak na przykład Monako, Turcji, Szwajcarii, Lichtensteinu, San Marino czy Islandii. Istotą patentu europejskiego jest on de facto wiązką patentów krajowych. Wniosek o uzyskanie ochrony patentowej może zostać złożony dla maksymalnie 38 państw (członków Europejskiej Organizacji Patentowej). Konwencja o Udzielaniu Patentów Europejskich reguluje wyłącznie

procedurę udzielenia patentu, a wszelkie jego naruszenia rozpatrywane są w kontekście przepisów krajowych.

W Polsce wprowadzono w roku 1993 na mocy umów międzynarodowych ochronę związków chemicznych i produktów farmaceutycznych oraz 20-letnią ochronę patentową [Krzywdzińska 2002].

Prawo własności intelektualnej jest kluczowym narzędziem wspierania innowacyjności. W badaniu sektora farmaceutycznego przeprowadzonym przez Komisję Europejską wskazuje się szczególne znaczenie innowacyjności, a co za tym idzie, prawa własności intelektualnej, dla przemysłu farmaceutycznego. Wynika to z konieczności odpowiadania na coraz to nowe potrzeby i problemy zdrowotne, jak i długiego cyklu życia produktów, częściowo wynikającego z długiego okresu opracowania. Istnieją również opinie [Lehman 2003], iż przemysł farmaceutyczny jest jednym z trzech przemysłów, w których patent jest praktycznie równoznaczny z produktem²⁶. W odróżnieniu bowiem od innych gałęzi przemysłu, gdzie produkcja wymaga drogiej i skomplikowanej infrastruktury, produkty farmaceutyczne mogą zostać łatwo i niewysokim nakładem kosztów skopiowane. Wynika to z faktu, iż nakłady kapitałowe w przemyśle farmaceutycznym są czynione w głównej mierze na badania kliniczne, a nie sam proces produkcji.

Tabela 8. Struktura kosztowa nowoopracowanego leku

Czynnik	Udział w całkowitych kosztach (procent)
Badania i rozwój, patenty	20-40%
Produkcja	15-30%
Koszty administracyjne	5-15%
Marketing i dystrybucja	20-30%
Marża	20-35%

Źródło: Grassmann, Reepmeyer, i von Zedtwitz 2002, s. 2

Prawa własności intelektualnej służą więc ochronie inwestycji w prace badawczo-rozwojowe ponoszone przez producentów leków. Jest to kwestia o tyle istotna, że nakłady

²⁶ Za pozostałe dwa przemysły autor uznaje przemysł chemiczny i biotechnologiczny.

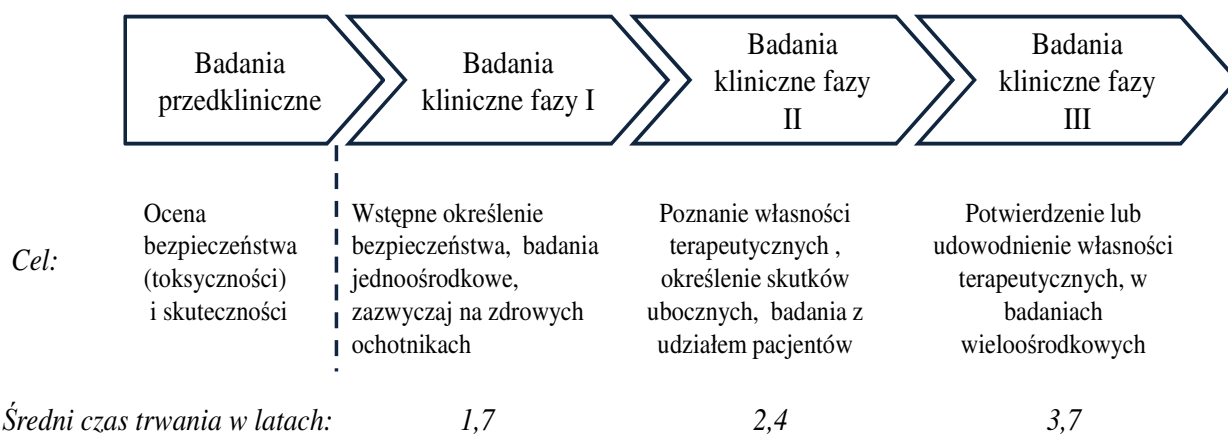
inwestycyjne ponoszone na prace badawczo-rozwojowe w sektorze farmaceutycznym są bardzo wysokie. Szacuje się bowiem, iż koszt opracowania nowego leku, od pierwszej fazy badań klinicznych aż po wprowadzenie na rynek, to około 802 miliony dolarów [DiMassi, Hansen i Grabowski 2003]. Inne źródła wskazują jednak, iż jest to kwota niedoszacowana i sugerują, iż kwota ta waha się jednak w zależności od grupy terapeutycznej i oscyluje około jednego miliarda dolarów [Adams i Barntner 2010]. Dlatego też ochrona patentowa oraz wynikające z niej okresy wyłączności rynkowej służą motywowaniu producentów produktów farmaceutycznych do dalszych innowacji.

Dodatkowo, istnieją inne mechanizmy służące temu celowi. Zalicza się do nich między innymi dodatkowe świadectwa ochronne, czy wyłączność danych rejestracyjnych.

Istotą dodatkowego prawa ochronnego jest wydłużenie wyłączności rynkowej produktów referencyjnych o maksymalnie pięć lat. U podstaw koncepcji dodatkowego prawa ochronnego leżały wysokie koszty ponoszone na prace badawczo-rozwojowe oraz skrócenie wyłączności rynkowej wynikające z długotrwałości prac badawczo-rozwojowych.

Rycina 47 ilustruje proces prac badawczo-rozwojowych nad nowym lekiem.

Rycina 47. Etapy procesu prac badawczo-rozwojowych nad nowym lekiem

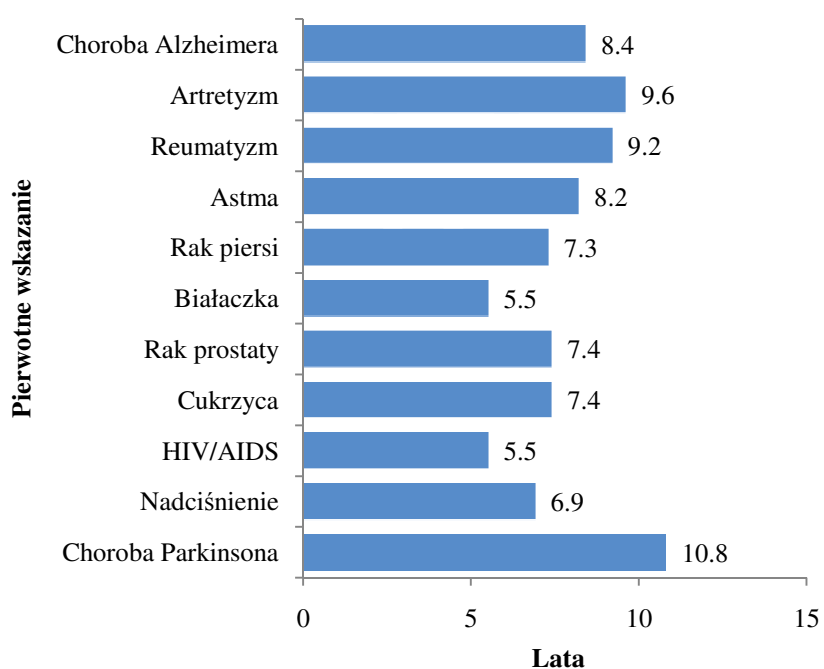


Źródło: Opracowanie własne

Szacuje się, iż na chwilę obecną pomiędzy rozpoczęciem badań klinicznych fazy a wprowadzeniem leku do obrotu mija około ośmiu lat. Czas ten różni się jednak

w zależności od pierwotnego wskazania poszczególnych leków [Adams i Barntner 2003], co ilustruje Rycina 48. Najwięcej czasu wymaga opracowanie nowego leku stosowanego w terapii choroby Parkinsona (10,8 lat) oraz artretyzmu i reumatyzmu (odpowiednio 9,6 i 9,2 lat). Najmniej czasu pochłania opracowanie nowego leku używanego w leczeniu HIV/AIDS oraz białaczki. W obu przypadkach czas opracowania nowego leku to około 5,5 lat.

Rycina 48. Czas pomiędzy rozpoczęciem badań klinicznych fazy I a wprowadzeniem leku do obrotu w zależności od pierwotnego wskazania danego leku



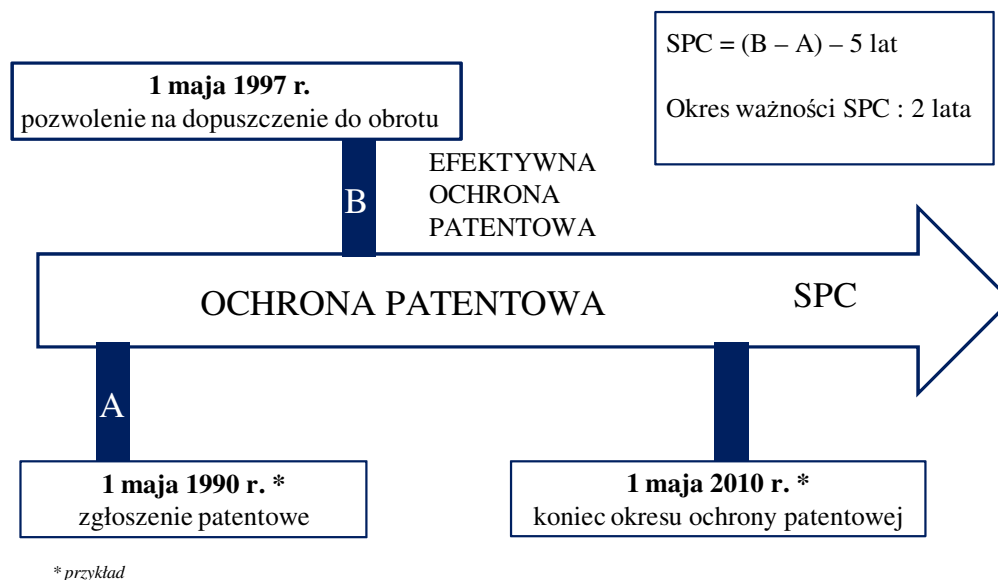
Źródło: Adams i Barntner 2003

Długotrwałość procesu prac badawczo-rozwojowych sprawia, iż efektywna ochrona patentowa ulega skróceniu²⁷ i zamiast 20 lat trwa zazwyczaj mniej niż 15 lat, ponieważ patenty uzyskiwane są zazwyczaj zanim produkt zostanie dopuszczony do obrotu rynkowego.

²⁷ W anglojęzycznej literaturze rzeczywisty okres ochrony patentowej produktu leczniczego określa się jako „effective patent term” (C. Katzka, Interpretation of the term „product” in EU Council Regulations 1768/92 and 1610/96 on Supplementary Protection Certificate, Journal of Intellectual Property Law & Practice, 2008.

Dodatkowe prawa ochronne (SPC) przyznawane są w Unii Europejskiej na okres maksymalnie pięciu lat. Ideę działania dodatkowych praw ochronnych ilustruje Rycina 49.

Rycina 49. Zasada funkcjonowania dodatkowych praw ochronnych



* przykład

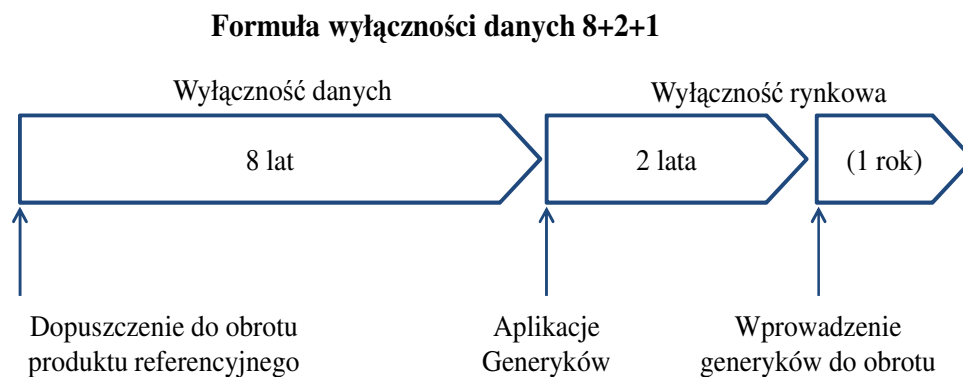
Źródło: Opracowanie własne

Należy przy tym pamiętać, iż dodatkowe prawa ochronne nie są automatycznym przedłużeniem ochrony patentowej, a odrębnym prawem własności przemysłowej, mimo, iż w swojej treści przyznają takie same prawa i obowiązki i podlegają takim samym ograniczeniom jak patent [Nowicka 2004]. Dodatkowo, zauważyć należy, iż dodatkowe prawa ochronne nie są tożsame z patentem dodatkowym. Patent dodatkowy jest bowiem patentem na ulepszenie lub uzupełnienie wynalazku, które posiada cechy wynalazku, a nie może być stosowane samoistnie [Kostasiński 2010].

Drugim istotnym mechanizmem ochrony jest okres wyłączności danych rejestracyjnych. Mechanizm ten gwarantuje podmiotowi, któremu ten okres został przyznany, szczególne prawa, polegające na tym, że dane wygenerowane przez ten podmiot nie mogą zostać użyte przez inny podmiot przez określony czas [International Federation of Pharmaceutical Manufacturers Associations 2000]. W tym okresie możliwa jest

rejestracja produktu generycznego, niemożliwe jest natomiast jego wprowadzenie na rynek. Sposób funkcjonowania tego mechanizmu w Unii Europejskiej przedstawia Rycina 50.

Rycina 50. Zasada funkcjonowania okresu wyłączności danych rejestracyjnych



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych European Generics Association

Do dnia 1 maja 2011 okres wyłączności danych wynosił w Polsce sześć lat. Jednakże, z dniem 1 maja 2011 okres ten został wydłużony do ośmiu lat.

W odróżnieniu od patentu, okres wyłączności danych nie powstrzymuje innych podmiotów od przeprowadzania własnych badań klinicznych i składaniu ich wyników celem dopuszczenia do obrotu rynkowego. Tak więc producent leku generycznego może nadal otrzymać pozwolenie na dopuszczenie danego leku do obrotu, pod warunkiem, że przeprowadzi własne badania kliniczne i niezależnie aplikuje o pozwolenie na dopuszczenie do obrotu [International Federation of Pharmaceutical Manufacturers Associations 2000].

Jakkolwiek ochrona patentowa w przemyśle farmaceutycznym jest konieczna, w pewnych przypadkach może ona stanowić utrudnienie dla rozwoju rynku leków generycznych.

Europejskie Stowarzyszenie Producentów Leków Generycznych (EGA) [2008] wskazuje na następujące potencjalne utrudnienia ze strony ochrony patentowej dla wprowadzenia leków na rynek w Unii Europejskiej:

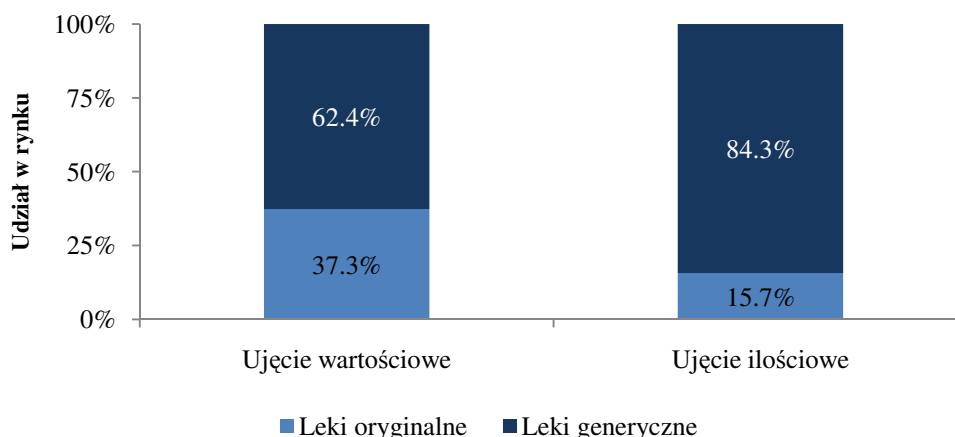
1. Wady systemu przyznawania ochrony patentowej na wynalazki wysokiej jakości takie jak: brak rygorystycznej oceny spełniania zdolności patentowej, w szczególności poziomu wynalazczego, niezadowalająca jakość zgłoszeń patentowych, niemożność sprawdzenia danych przez ekspertów, długotrwała procedura sprzeciwu.
2. Zagęszczenie patentów oraz patenty wynikające z poprzednio przyznanych patentów takie jak: nieuzasadnione przedłużanie monopolu na lek poprzez patenty wynikające bezpośrednio z wcześniej przyznanych patentów, liczne pochodne zgłoszenia patentowe będące w rzeczywistości podobnymi lub identycznymi ze zgłoszeniem pierwotnym, wyszczególnienie danych farmakokinetycznych bez wyraźnego odniesienia do konkretnego preparatu, zgłoszenie drugiego lub kolejnego zastosowania medycznego
3. Procedury postępowania w sporach patentowych takie jak: złożoność i nieprzewidywalność sporu sądowego w całej Unii Europejskiej, długość trwania postępowania, rozdwojenie systemu prowadzenia patentowych sporów sądowych w niektórych krajach Unii Europejskiej (Niemcy, Czechy, Polska, Węgry)
4. Inne ograniczenia związane z ochroną patentową takie jak powiązania patentowe polegające na łączeniu ceny i statusu refundacyjnego lub pozwolenia na dopuszczenie do obrotu rynkowego leku generycznego ze statusem patentowym referencyjnego produktu producenta leku oryginalnego. Innym przykładem jest prowadzenie szeroko zakrojonej kampanii marketingowej tuż przed wygaśnięciem ochrony patentowej mającej na celu przeniesienie popytu ze 'starego' produktu chronionego patentem na jego nowowprowadzoną na rynek formę.

Również dokument opracowany przez Fundację NHCM (National Healthcare Management) przedstawia ochronę patentową leków oryginalnych jako jedną z przeszkód dla wejścia leków generycznych na rynek w Stanach Zjednoczonych [National Institute for Healthcare Management Foundation 2002].

2.3.3. Struktura rynku leków generycznych w Polsce

Charakterystycznym dla polskiego rynku farmaceutycznego jest znaczący w nim udział leków generycznych. W roku 2009 wyniósł on 84,3 procent w ujęciu ilościowym oraz 62,4 procent w ujęciu wartościowym.

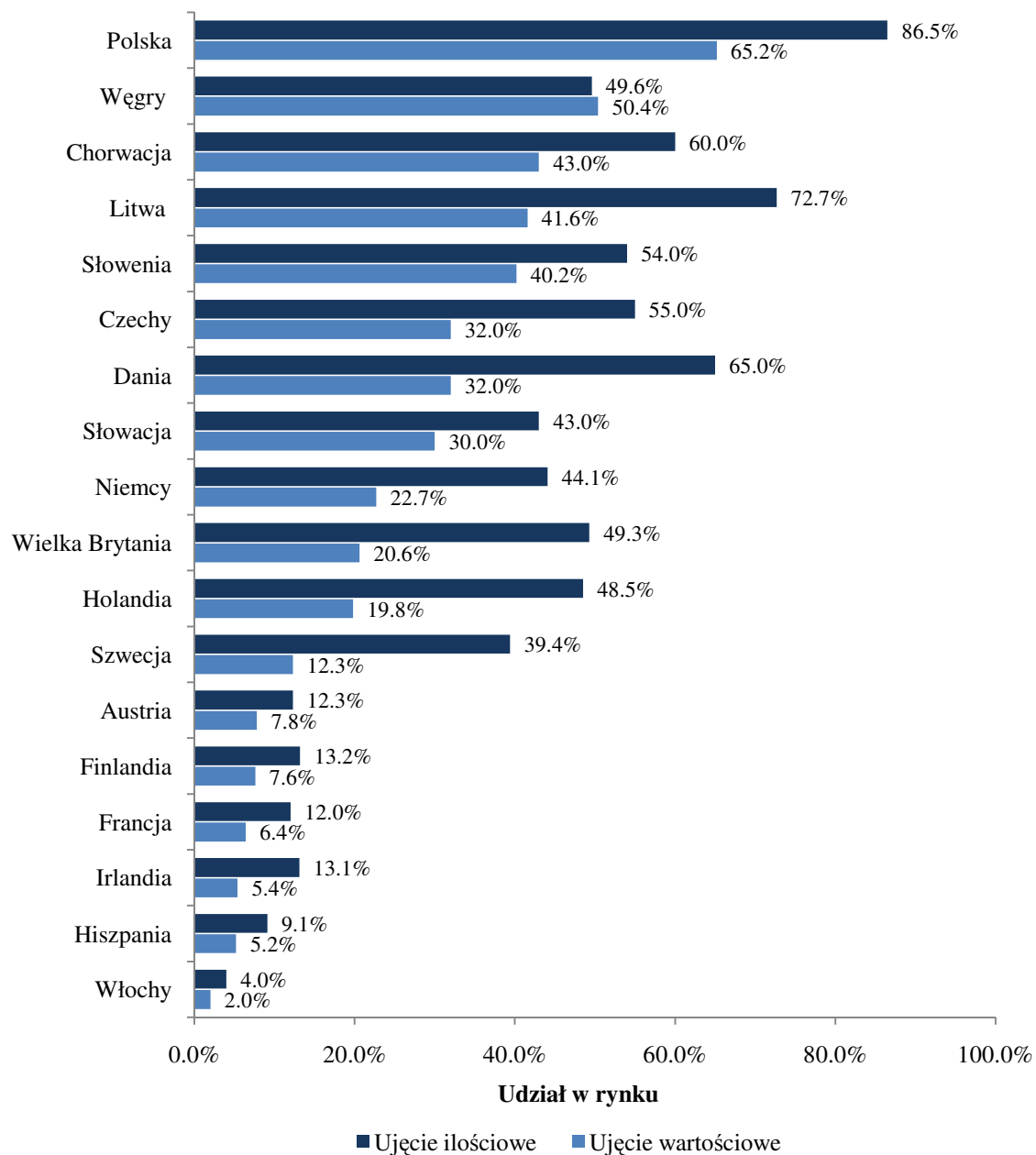
Rycina 51. Struktura polskiego rynku farmaceutycznego w podziale na leki oryginalne i generyczne w ujęciu ilościowym i wartościowym (2009)



Źródło: IMS Health, za: Instytut Badań nad Gospodarką Rynkową: Znaczenie sektora farmaceutycznego dla polskiej gospodarki 2010

Taki stan rzeczy wyróżnia Polskę na tle innych państw europejskich [EGA]. Polska jest bowiem krajem o największym udziale leków generycznych spośród wszystkich krajów członkowskich Unii Europejskiej, zarówno w ujęciu ilościowym, jak i wartościowym. Dla porównania, udział leków generycznych we Włoszech wynosi jedynie około cztery procent w ujęciu ilościowym (dwa procent w ujęciu wartościowym). Znamienne, iż w krajach Europy Środkowej i Wschodniej, udział leków generycznych w całkowitym rynku farmaceutycznym jest wyższy, niż w krajach Europy Zachodniej, co częściowo może wynikać ze stosunkowo niższej zasobności systemów opieki zdrowotnej, jak i indywidualnych obywateli.

Rycina 52. Udział leków generycznych w wybranych rynkach farmaceutycznych w Europie w ujęciu ilościowym i wartościowym (2006)



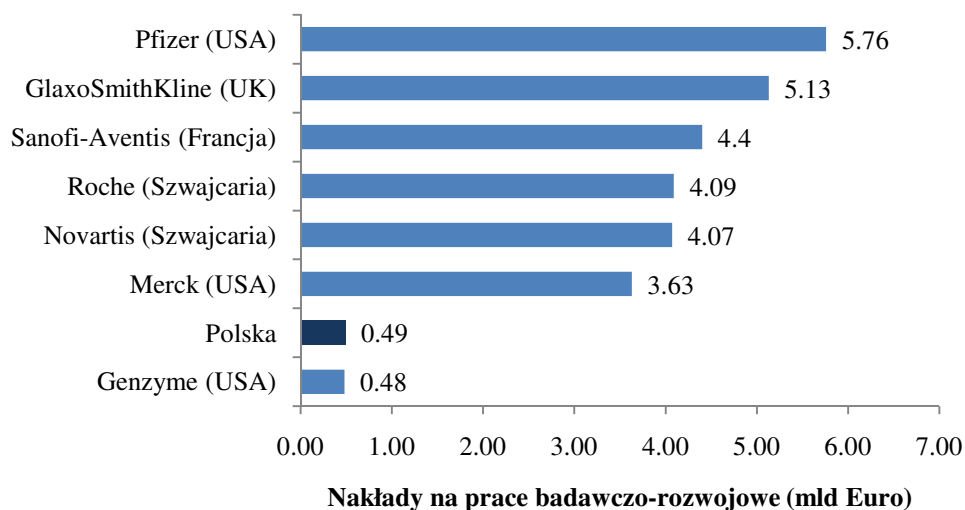
Źródło: European Generics Association

Szacuje się, iż w roku 2009 udział leków generycznych w całkowitej sprzedaży leków wyniósł niemal 85 procent w ujęciu ilościowym, oraz około 63 procent w ujęciu wartościowym (w cenach producenta netto) [Instytut Badań nad Gospodarką Rynkową 2010]. Należy przy tym zwrócić uwagę na znaczącą różnicę w strukturze rynku pomiędzy

ujęciem wartościowym, a ilościowym. Znacząco niższy udział w rynku farmaceutycznym leków generycznych w ujęciu wartościowym, niż ma to miejsce w przypadku ujęcia wartościowego, sugeruje niższe ceny leków generycznych niż oryginalnych. Potwierdzeniem tej tezy jest analiza wolumenu sprzedaży leków w Polsce, który w roku 2009 wyniósł 1,3 miliarda opakowań, oraz całkowitej wartość sprzedaży w cenach producenta. Średnia cena jednego opakowania leku generycznego w Polsce wyniosła w roku 2009 10,8 zł, podczas gdy cena jednego opakowania leku oryginalnego wyniosła 34,8 zł.

W odróżnieniu od leków oryginalnych, leki generyczne dostarczane są na polski rynek zarówno przez międzynarodowych, jak i krajowych producentów. Jest to możliwe ze względu na stosunkowo niższe nakłady na prace badawczo-rozwojowe wymagane przy opracowywaniu leków generycznych. W związku z faktem, iż nakłady na prace badawczo-rozwojowe w Polsce są stosunkowo niskie [Adamed 2011], krajowi producenci funkcjonują praktycznie wyłącznie w segmencie leków generycznych. Wielkość nakładów ponoszonych na badania i rozwój w Polsce w porównaniu do nakładów ponoszonych przez koncerny farmaceutyczne ilustruje Rycina 53.

Rycina 53. Nakłady na prace badawczo-rozwojowe (2006)



Źródło: Adamed 2011

Oczekuje się, iż w przyszłości znaczenie leków generycznych w rynku farmaceutycznym będzie dalej rosnąć [Therriault 2007]. Wynika to po pierwsze z tzw. klifu patentowego, czyli wygasania patentów na najlepiej sprzedające się leki oryginalne (*blockbusters*). Szacuje się, iż w latach 2011-2015, ochronę patentową utracą leki, które w tym okresie wygenerowałyby sprzedaż wartą około 250 miliardów dolarów [Alazraki 2011]. Tabela 9 prezentuje najlepiej sprzedające się farmaceutyki, które utraciły ochronę patentową w latach 2011-2012.

Tabela 9. Wybrane farmaceutyki tracące ochronę patentową (2011-2012)

Nazwa leku	Zastosowanie	Producent	Sprzedaż w USA (mln dolarów)
Rok 2011			
Lipitor	cholesterol	Pfizer	5.329
Zyprexa	antydepresant	Eli Lilly	2.496
Levaquin	antybiotyk	Johnson & Johnson	1.312
Concerta	ADHD/ADD	Johnson & Johnson	929
Protonix	choroba refluksowa	Pfizer	690
Rok 2012			
Plavix	przeciwwzakrzepowe	Bristol-Myers Squibb, Sanofi-Aventis	6.154
Seroquel	antydepresant	AstraZeneca	3.747
Singulair	Astma	Merck	3.224
Actos	cukrzyca II typu	Takeda	3.351
Enbrel	artretyzm	Amgen	3.304

Źródło: Alazraki 2011

Szacuje się, że leki generyczne przejmują nawet do 90 procent wolumenu sprzedaży leków oryginalnych po wygaśnięciu jego patentu [Alazraki 2011].

Kolejnym istotnym czynnikiem wpływającym na popularyzację leków generycznych są coraz częstsze dążenia państw do ograniczania nakładów na leki oraz równoczesne oczekiwanie maksymalnej możliwej jej skuteczności. Ustawa refundacyjna, która weszła

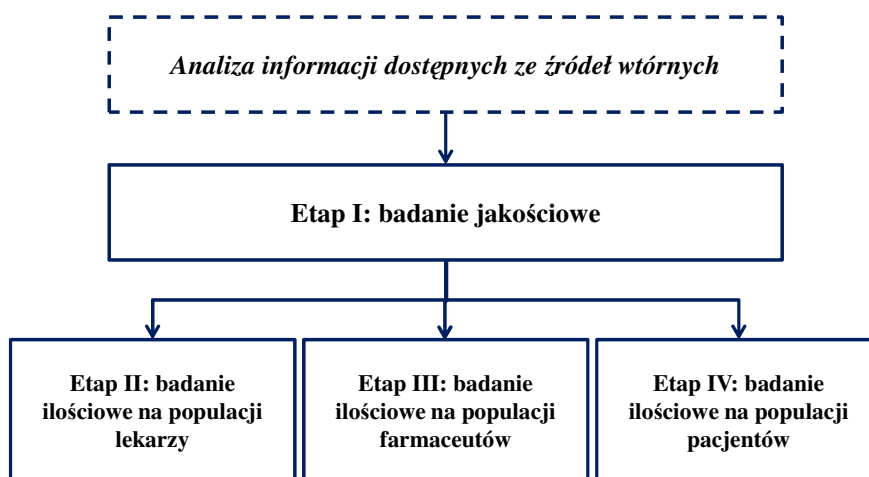
w życie w Polsce z dniem 1 stycznia 2012, jest również przykładem takich dążeń. Zawiera ona zapis, iż wydatki publiczne na refundację leków nie mogą przekroczyć 17 procent sumy środków publicznych przeznaczonych na finansowanie świadczeń gwarantowanych w planie finansowym Narodowego Funduszu Zdrowia. Ponadto, polski system refundacji preferuje leki najtańsze, co zdecydowanie zwiększa znaczenie i popularność leków generycznych.

3. METODYKA BADAŃ WŁASNYCH

3.1. Narzędzia i metodyka badań własnych

W celu określenia czynników rynkowych kształtujących proces podejmowania decyzji o zakupie leków, w szczególności leków generycznych w Polsce, dokonana została analiza dostępnej literatury i innych źródeł. Na jej podstawie postawione zostały hipotezy badawcze. Jednakże, informacje dostępne ze źródeł wtórnych nie były wystarczające, aby zweryfikować te hipotezy. Dlatego też, aby w pełni zrozumieć te czynniki oraz ich wpływ na kształt rynku farmaceutycznego w Polsce oraz celem dopełnienia tejże analizy, przeprowadzone zostały badania własne. Przebieg badań własnych ilustruje Rycina 54.

Rycina 54. Przebieg badań własnych



Źródło: Opracowanie własne

Podmiotem badań byli lekarze i farmaceuci pracujący w Polsce oraz pacjenci w wieku powyżej 18 roku życia. Badania zostały przeprowadzone w okresie od kwietnia do lipca 2011 roku.

Pierwszym etapem badań własnych było badanie jakościowe przeprowadzone wśród populacji lekarzy w Polsce. Podstawą do przeprowadzenia tego etapu była analiza informacji dostępnych ze źródeł wtórnych. Etap drugi badań własnych obejmował badanie ilościowe przeprowadzone wśród lekarzy. Punktem wyjścia tego badania była

analiza informacji pozyskanych podczas badania jakościowego. Równoległe do drugiego etapu badań, przeprowadzono badanie ilościowe na populacji farmaceutów (faza trzecia) oraz badanie na populacji pacjentów, będące czwartą fazą badań własnych. W poniższych podrozdziałach przedstawiono szczegółowo narzędzia i metodyki wykorzystane w poszczególnych etapach badań własnych.

3.1.1. Badanie jakościowe

Pierwszym etapem badań pierwotnych było badanie jakościowe. Jego celem było zrozumienie motywów, jakimi kierują się lekarze przy doborze leków oraz poznanie ich opinii na temat całokształtu funkcjonowania rynku farmaceutycznego w Polsce. Dodatkowo, celem tego etapu prac badawczych była również weryfikacja informacji zebranych podczas analizy dostępnej literatury [Schroeder, Bartosik-Purgat i Mruk 2013]. Do realizacji powyższych celów, jako najbardziej adekwatna metoda badania, została wybrana metoda wywiadu indywidualnego pogłębionego. Wywiad pogłębiony, zwany również wywiadem niestrukturyzowanym ma na celu jest holistyczne zrozumienie tematu. Wywiad tego typu może być również używany do określenia interesujących obszarów i zagadnień, które potencjalnie mogłyby być przeanalizowane w przyszłości. Jest on przeprowadzany w formie zadawania pytań otwartych w ramach określonego zakresu tematycznego [Patton 1997].

Sugeruje się, iż przeprowadzanie wywiadów pogłębionych jest celowe między innymi w następujących sytuacjach [Hague P., Hague N. i Morgan 2005]:

- niewiele wiadomo o badanych zagadnieniach;
- trzeba się dowiedzieć czegoś o poglądach lub motywach postępowania oraz zagadnieniach dotyczących konsumenta;
- dany proces powinien być szczegółowo opisany;
- wymagane jest złożone wyjaśnienie sprawy i jej poznanie.

O wyborze pogłębionych wywiadów indywidualnych jako najbardziej odpowiedniej techniki badania na potrzeby niniejszej rozprawy przesądzał dodatkowo fakt, iż

respondenci, czyli w tym wypadku lekarze, byli trudno osiągalni – niechętnie godzili się na udział w badaniu. Poza tym, czynnikiem przesądającym o takim wyborze była potencjalna drażliwość tematu, która wynikała przede wszystkim z pytań dotyczących kontaktów z przedstawicielami firm farmaceutycznych.

Na etapie badania jakościowego przeprowadzone zostało dziesięć wywiadów pogłębionych z lekarzami w okresie od kwietnia do maja 2011 roku. Dobór respondentów do badania jakościowego miał charakter celowy.

Na potrzeby wywiadów pogłębionych przygotowany został scenariusz, służący jako ramowy zapis wątków do dyskusji. Został on skonstruowany wokół zagadnień tematycznych, bez formułowania konkretnych pytań. Taka konstrukcja scenariusza miała na celu umożliwienie swobodnej wypowiedzi respondentom bez konieczności ograniczania ich wywodów do odpowiedzi na określone pytania.

3.1.2. Badania ilościowe

Na potrzeby niniejszej rozprawy przeprowadzone zostały badania ilościowe trojakiemu rodzaju. Pierwszym z nich było badanie przeprowadzone na próbie lekarzy, drugim – na próbie farmaceutów, trzecim zaś – badanie przeprowadzone na próbie pacjentów.

Celem badań ilościowych było zebranie podstaw do analizy czynników rynkowych kształtujących rynek farmaceutyczny w Polsce. Punktem wyjścia do utworzenia kwestionariusza użytego w badaniach ilościowych były wyniki badania jakościowego.

3.1.2.1. Badanie ilościowe przeprowadzone wśród pacjentów

Drugim elementem badań pierwotnych było badanie ilościowe przeprowadzone wśród pacjentów w okresie od czerwca do lipca 2011. Celem tego badania było zebranie informacji będących podstawą do analizy wpływu pacjentów na wybór leków oraz ich podejścia do leków generycznych. Przygotowanie pytań, ustalenie ich kolejności oraz wariantów odpowiedzi dla pytań zamkniętych zostały zweryfikowane podczas badania pilotażowego na próbie 30 osób. Na podstawie informacji pozyskanych podczas badania

pilotażowego nieznacznej modyfikacji poddano sposób formułowania niektórych pytań, aby zwiększyć ich zrozumiałość dla grupy badanej. Dla przykładu – w opisie badania dodano definicję leku generycznego, gdyż pojęcie to okazało się być niezrozumiałym dla wielu pacjentów.

Za metodę najbardziej adekwatną do tego typu badań wybrano ankietę. Podobnie jak w przypadku badania przeprowadzonego wśród lekarzy, ankietę została przeprowadzona w formie zarówno komputerowej (interaktywny kwestionariusz on-line), jak i audytoryjnej. Tabela 10 prezentuje listę pytań zadanych podczas badania przeprowadzonego wśród pacjentów. W aneksie zaprezentowano ankietę przedstawioną pacjentom podczas przeprowadzania niniejszego badania.

Tabela 10. Zestawienie pytań zadanych w badaniu empirycznym na próbie pacjentów i ich celów

Pytanie	Cel pytania/ Hipoteza
1. Która z cech leku jest dla Pana/Pani najważniejsza?	<ul style="list-style-type: none"> • Ocena znaczenia ceny przy wyborze leków
2. Czy uważa Pan/Pani, że istnieje różnica w jakości pomiędzy lekami oryginalnymi i generycznymi?	<ul style="list-style-type: none"> • Umiejętność rozróżnienia leków generycznych i oryginalnych
3. Jak często prosi Pan/Pani lekarza o zamianę leku na tańszy?	<ul style="list-style-type: none"> • Wpływ pacjenta na wybór leków, jego częstotliwość • Świadomość pacjenta o możliwości substytucji
4. Czy uważa Pan/Pani, że tańsze leki mogą być gorszej jakości?	<ul style="list-style-type: none"> • Przy założeniu, że leki generyczne są tańsze od leków oryginalnych, ocena percepcji leków generycznych wśród pacjentów • Pytanie sprawdzające do pytania 2.
5. Czy przed wizytą u lekarza zasięga Pan/Pani informacji z innych źródeł na temat swojego schorzenia i leków?	<ul style="list-style-type: none"> • Ocena świadomości zdrowotnej pacjenta i jego źródeł pozyskiwania informacji zdrowotnych

Źródło: Opracowanie własne

Wielkość próby została ustalona na poziomie 500 jednostek. Dobór jednostek do badań odbył się metodą kwotową (proporcjonalną). Cechami, w oparciu o które dokonany został dobór próby były: wiek, płeć oraz miejsce zamieszkania.

Liczebność poszczególnych segmentów obliczona została w oparciu o procentowy rozkład populacji generalnej poprzez jego przemnożenie przez wielkość próby. Informacje o liczebności populacji generalnej zostały zaczerpnięte z danych Głównego Urzędu Statystycznego [GUS 2011a].

Obszar zainteresowania niniejszego badania został ograniczony do populacji pacjentów powyżej 18 roku życia. Założono bowiem, iż wpływ pacjentów poniżej 18 roku życia na wybór leków jest bardzo często ograniczony na rzecz ich rodziców bądź opiekunów prawnych oraz, że nie są oni zasadniczo aktywni zawodowo, przez co nie posiadają w dyspozycji własnych środków, z których mogliby pokryć koszt leków.

Na tej podstawie oszacowano rozmiar populacji generalnej na 31 002 901 jednostek. Kwoty w niniejszym badaniu ustalone zostały na podstawie trzech kryteriów: wiek, płeć oraz miejsce zamieszkania.

Według kryterium wieku, populacja została podzielona na cztery podgrupy: 18-29 lat, 30-49 lat, 50-65 lat oraz 65 i więcej lat. Według kryterium miejsca zamieszkania, podział został dokonany pomiędzy miasto i wieś. Liczebność i rozkład populacji generalnej zostały przedstawione w Tabeli 11.

Tabela 11. Rozkład populacji generalnej poddanej badaniu

Wiek	Ogółem	Mężczyźni	Kobiety	Miasto			Wieś		
				Ogółem	Mężczyźni	Kobiety	Ogółem	Mężczyźni	Kobiety
18-29	7 382 228	3 754 972	3 627 316	4 417 506	2 223 779	2 193 727	2 964 782	1 531 193	1 433 589
30-49	10 535 908	5 299 128	5 236 780	6 473 200	3 190 984	3 282 216	4 062 708	2 108 144	1 954 564
50-65	7 923 235	3 756 851	4 166 384	5 198 467	2 372 270	2 826 197	2 724 768	1 384 581	1 340 187
65 i więcej	5 161 470	1 944 430	3 217 040	3 212 114	1 197 871	2 014 243	1 949 356	746 559	1 202 797

Źródło: GUS 2011a

Na podstawie powyższych danych skonstruowany został procentowy rozkład populacji generalnej, co zaprezentowane zostało w Tabeli 12.

Tabela 12. Procentowy rozkład populacji generalnej

Wiek	Ogółem	Mężczyźni	Kobiety	Miasto			Wieś		
				Ogółem	Mężczyźni	Kobiety	Ogółem	Mężczyźni	Kobiety
15-29	23,8%	12,1%	11,7%	14,2%	7,2%	7,1%	9,6%	4,9%	4,6%
30-49	34,0%	17,1%	16,9%	20,9%	10,3%	10,6%	13,1%	6,8%	6,3%
50-65	25,6%	12,1%	13,4%	16,8%	7,7%	9,1%	8,8%	4,5%	4,3%
65 i więcej	16,6%	6,3%	10,4%	10,4%	3,9%	6,5%	6,3%	2,4%	3,9%

Źródło: Opracowanie własne

Po uwzględnieniu liczebności próby, kwoty na potrzeby niniejszego badania zbudowano w sposób przedstawiony w Tabeli 13.

Tabela 13. Kwoty badania pierwotnego na próbie pacjentów – ujęcie całkowite

Wiek	Ogółem	Mężczyźni	Kobiety	Miasto			Wieś		
				Ogółem	Mężczyźni	Kobiety	Ogółem	Mężczyźni	Kobiety
15-29	119	61	58	71	36	35	48	25	23
30-49	170	85	84	104	51	53	66	34	32
50-65	128	61	67	84	38	46	44	22	22
65 i więcej	83	31	52	52	19	32	31	12	19
Łącznie	500	238	262	311	145	166	189	93	96

Źródło: Opracowanie własne

Aby uzyskać kwotę wysokości 500 jednostek, łącznie zebrano 508 kwestionariuszy ankietowych (osiem z zebranych kwestionariuszy było niekompletnych).

3.1.2.2. Badanie ilościowe przeprowadzone wśród lekarzy

Celem tego badania było stworzenie podstaw do analizy czynników rynkowych determinujących wybór leków dokonywany przez lekarzy. Punktem wyjścia do przeprowadzenia badań ilościowych były informacje zebrane podczas badań jakościowych. Dzięki badaniom jakościowym zawężony został obszar zainteresowań oraz możliwe było sformułowanie precyzyjnych pytań zadanych podczas badania ilościowego. Badanie ilościowe przeprowadzone wśród lekarzy posłużyło również do weryfikacji hipotez postawionych podczas badania jakościowego.

Dobór próby miał charakter celowy. Badanie przeprowadzone zostało wśród 123 lekarzy, jednak po wstępnej analizie kwestionariuszy okazało się, iż cztery z nich były niekompletne i podjęto decyzję o wykluczeniu ich z dalszej analizy. Literatura wskazuje, iż przy wielkości próby między 30 a 200 jednostkami, można mówić o badaniu ilościowym i jakościowym [Hague P., Hague N. i Morgan 2005].

Kryterium wyboru respondentów do badania było wykonywanie zawodu lekarza oraz przynajmniej roczny staż zawodowy. Podczas badania jakościowego pozyskano informację, iż lekarze pewnych specjalizacji przepisują jedynie nieznaczną liczbę recept. W związku z tym, na potrzeby badania, z populacji wykluczone zostały następujące specjalizacje: anestezjologia i intensywne terapia, radiologia, organizacja ochrony zdrowia oraz medycyna ratunkowa.

Badanie zostało przeprowadzone w okresie od maja do czerwca 2011 roku. Za najbardziej adekwatną metodę w przypadku tego badania została uznana badanie ankietowe w formie kwestionariusza wywiadu.

Na potrzeby niniejszego badania wybrano ankietę audytorijną oraz komputerową. Ankieta audytorijna była dystrybuowana w liczbie 59 sztuk podczas wizyt w placówkach medycznych oraz podczas zjazdów i konferencji medycznych. Ankieta komputerowa w formie interaktywnego kwestionariusza on-line została wykonana w liczbie 64 sztuk.

Literatura [Michalik, Pilarczyk i Mruk 2011] sugeruje siedmioetapowe tworzenie kwestionariusza:

1. Ustalenie celu badań i problemu badawczego.
2. Przygotowanie wstępnej listy pytań do respondentów.
3. Ustalenie wariantów odpowiedzi dla pytań zamkniętych.
4. Sprawdzenie poprawności przygotowanych pytań.
5. Skonstruowanie kwestionariusza próbnego, ustalenie liczby pytań i ich kolejności.
6. Przeprowadzenie badań pilotażowych celem sprawdzenia prawidłowości konstrukcji kwestionariusza.
7. Modyfikowanie niektórych pytań na podstawie wyników badań pilotażowych.

Wzór kwestionariusza dystrybuowanego wśród respondentów na potrzeby niniejszego badania został przedstawiony w Aneksie.

Tabela 14 przedstawia pytania zadane respondentom podczas badania oraz główne cele tych pytań.

Tabela 14. Zestawienie pytań zadanych w badaniu empirycznym na próbie lekarzy i ich celów

Pytanie	Cel pytania/ Hipoteza
1. Czy wśród przepisywanych przez Pana/Panią leków dominują preparaty oryginalne czy preparaty generyczne?	<ul style="list-style-type: none"> • Popularność leków generycznych w różnych ujęciach (miejsce pracy, staż, specjalizacja)
2. Jak często zdarza się, że Pacjenci sami pytają o możliwość przepisania tańszego substytutu, niż proponowany przez Pana/Panią preparat?	<ul style="list-style-type: none"> • Wpływ pacjenta na wybór leku • Znaczenie ceny przy wyborze leku
3. Dlaczego decyduje się Pan/Pani na przepisanie preparatu generycznego, zamiast oryginalnego?	<ul style="list-style-type: none"> • Percepcja leków generycznych wśród lekarzy • Czynniki podejmowania decyzji • Kwestia stosunku ceny do jakości • Potencjalny wpływ lekarza na opinię pacjenta
4. Skąd czerpie Pan/Pani informacje na temat nowych leków generycznych?	<ul style="list-style-type: none"> • Ocena istotności różnych narzędzi marketingowych
5. Z jakich powodów odradza Pan/Pani pacjentom zażywanie preparatów generycznych?	<ul style="list-style-type: none"> • Potencjalne wady leków generycznych • Wpływ na opinię pacjenta • Kwestia jakości i skuteczności leku
6. Czy lista refundacyjna w Polsce odzwierciedla rzeczywiste potrzeby pacjentów?	<ul style="list-style-type: none"> • Lista refundacyjna zawiera w dużej mierze leki generyczne. Jeśli lista nie odzwierciedla wszystkich potrzeb, potrzeba większego udziału leków oryginalnych
7. Czy sposób kompozycji listy refundacyjnej gwarantuje Pacjentom dostęp do preparatów wysokiej jakości?	<ul style="list-style-type: none"> • Jeśli nie – preparaty generyczne nie są preparatami wysokiej jakości w opinii lekarzy • Podważenie kwestii jakości leków generycznych lub jej potwierdzenie
8. Czy uważa Pan/Pani, że system refundacji zapewnia wystarczający dostęp do preparatów innowacyjnych?	<ul style="list-style-type: none"> • Związek z pytaniem 5. Np. Lista odzwierciedla potrzeby pacjentów, mimo, iż nie ma na niej wystarczającej liczby leków oryginalnych
9. Jak często zamienia Pan/Pani przepisane już preparaty oryginalne na preparaty generyczne?	<ul style="list-style-type: none"> • Jakość preparatów generycznych • Potencjał substytucji leków oryginalnych lekami generycznymi

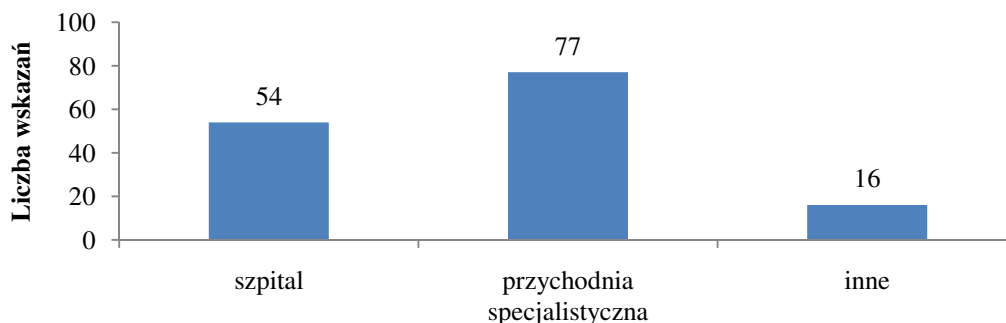
Źródło: Opracowanie własne

Spośród analizowanych kwestionariuszy, 69 było wypełnionych przez kobiety, a 50 przez mężczyzn. W określaniu miejsca pracy można było wskazać więcej niż jedno miejsce. Spośród badanych lekarzy, 54 osoby pracowały w szpitalu, z czego 35 wyłącznie w szpitalu, 15 w szpitalu i przychodni specjalistycznej, trzy osoby w szpitalu i innym miejscu (na przykład prowadząc prywatny gabinet lekarski), a jedna osoba pracowała zarówno w szpitalu, przychodni specjalistycznej, jak i innym miejscu.

W przychodni specjalistycznej pracowało łącznie 77 osób, z czego 55 osób pracowało wyłącznie w przychodni specjalistycznej, 15 w przychodni specjalistycznej i w szpitalu, sześć osób w przychodni specjalistycznej i innym miejscu, a jedna osoba pracowała zarówno w szpitalu, przychodni specjalistycznej, jak i innym miejscu.

Spośród badanych osób, 16 pracowało w miejscu innym niż szpital bądź przychodnia specjalistyczna, z czego pięć wyłącznie w miejscu innym niż szpital bądź przychodnia lekarska, a jedna osoba pracowała zarówno w szpitalu, przychodni specjalistycznej, jak i innym miejscu (Rycina 55).

Rycina 55. Badana populacja lekarzy w zależności od miejsca pracy

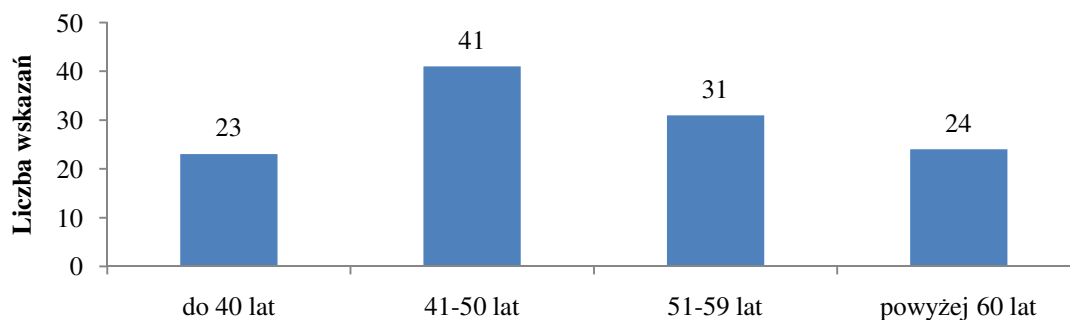


Uwaga: Liczby nie sumują się do 119, ponieważ można było wskazać więcej niż jedno miejsce pracy.

Źródło: Opracowanie własne

W zależności od wieku badanych, rozkład przedstawiał się następująco: 23 respondentów miało w momencie badania 40 lat lub mniej, 41 respondentów miało 41-50 lat, 31 respondentów – 51-59 lat, a 24 respondentów miało powyżej 60 lat (Rycina 56).

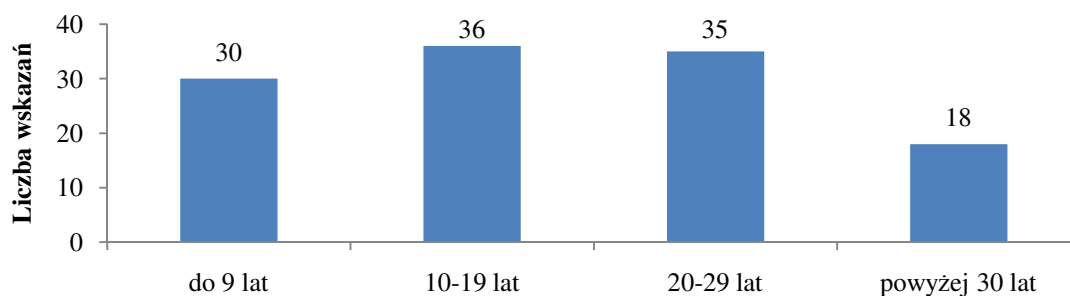
Rycina 56. Badana populacja lekarzy w zależności od wieku



Źródło: Opracowanie własne

W zależności od stażu pracy lekarza, 30 respondentów pracowało w zawodzie 9 lub mniej lat, 36 pracowało pomiędzy 10 a 19 lat, 35 – pomiędzy 20 a 29 lat, a 18 posiadało staż zawodowy 30 lub więcej lat (Rycina 57).

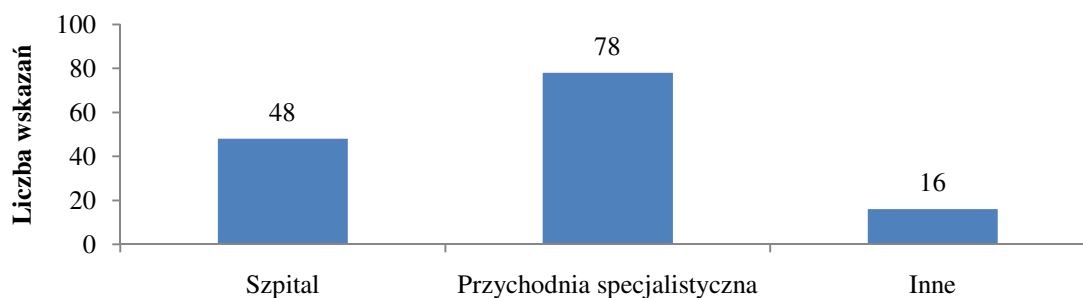
Rycina 57. Badana populacja lekarzy w zależności od stażu pracy lekarza



Źródło: Opracowanie własne

Ze względu na miejsce pracy lekarza, rozkład populacji przedstawia Rycina 58.

Rycina 58. Badana populacja lekarzy w zależności od miejsca pracy lekarza



Uwaga: Liczby nie sumują się, do 119, ponieważ wskazać można było więcej niż jedno miejsce pracy.

Źródło: Opracowanie własne

Ponieważ w ankiecie można było wskazać więcej niż jedno miejsce pracy, analizy zjawisk w zależności od miejsca pracy lekarza dokonywano w dwóch etapach:

- lekarze pracujący w szpitalu a lekarze pracujący w miejscu innym niż szpital;
- lekarze pracujący w przychodni specjalistycznej a lekarze pracujący w miejscu innym niż przychodnia specjalistyczna.

Podejście takie pozwoliło na analizę zjawisk w zależności od miejsca pracy respondenta.

3.1.2.3. Badanie ilościowe przeprowadzone wśród farmaceutów

Celem tego etapu badań było zrozumienie badanych zjawisk z perspektywy farmaceuty, który odgrywa znaczącą rolę w kształtowaniu opinii pacjenta o lekach [Zeind i McCloskey 2006]. Badanie to stanowiło uzupełnienie badań przeprowadzonych wśród pacjentów oraz lekarzy i posłużyło do weryfikacji postawionych hipotez.

Dobór próby do badania miał charakter celowy. Badanie przeprowadzono wśród 112 farmaceutów. Kryterium doboru ankietowanych do badania był tytuł magistra farmacji uprawniającego do wykonywania zawodu farmaceuty.

Badanie przeprowadzono w okresie od maja do czerwca 2011 roku metodą badania ankietowego w formie kwestionariusza wywiadu. Ankieta została dystrybuowana pośród farmaceutów pracujących w miastach i na wsiach w liczbie 118 sztuk, jednakże niekompletność ośmiu z pozyskanych ankiet uniemożliwiła poddanie ich analizie.

Tabela 15 przedstawia pytania zadane respondentom podczas badania oraz główne cele tych pytań.

Tabela 15. Zestawienie pytań zadanych w badaniu empirycznym na próbie farmaceutów i ich celów

Pytanie	Cel pytania/ Hipoteza
1. Czy wśród wydawanych przez Pana/Panią leków dominują preparaty oryginalne czy preparaty generyczne?	• Popularność leków generycznych w różnych ujęciach (miejsce pracy, staż, specjalizacja)
2. Jak często zdarza się, iż Pacjenci pytają o różnice pomiędzy preparatami generycznymi i oryginalnymi?	• Świadomość pojęcia leków generycznych wśród pacjentów

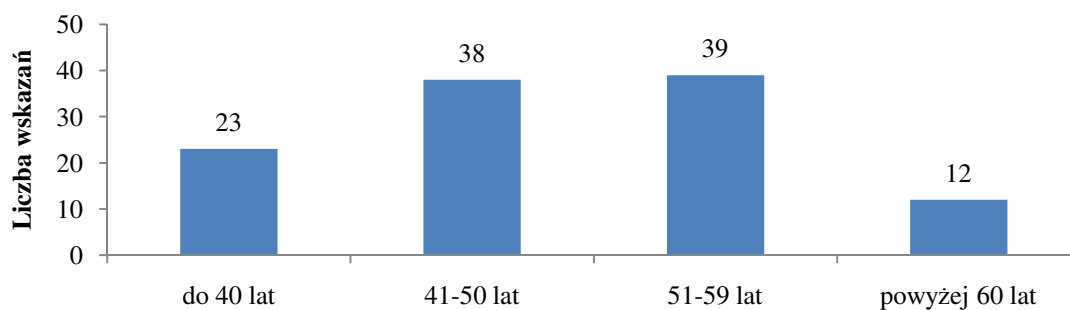
3. Jak często zdarza się, że Pacjenci proszą o zamianę przepisanego przez lekarza preparatu na jego tańszy odpowiednik? Kto najczęściej prosi o zamianę leku na tańszy (wiek, płeć)?	<ul style="list-style-type: none"> • Wpływ pacjenta na wybór leku • Znaczenie ceny przy wyborze leku • Charakterystyka pacjenta proszącego farmaceutę o zamianę leku na tańszy
4. Jak często zdarza się, że Pacjenci rezygnują z zakupu leków ze względu na ich cenę? Kto najczęściej rezygnuje z zakupu leków ze względu na ich cenę (wiek, płeć)?	<ul style="list-style-type: none"> • Znaczenie ceny leków dla pacjenta • Częstość rezygnacji pacjenta z wykupienia leków ze względu na ich cenę • Charakterystyka pacjenta najczęściej rezygnującego z wykupienia leków
5. Jak często zdarza się, że sam/sama sugeruje Pan/Pani pacjentowi zamianę przepisanego preparatu na jego tańszy odpowiednik?	<ul style="list-style-type: none"> • Percepcja leków generycznych wśród farmaceutów
6. Z jakich powodów odradza Pan/Pani pacjentom zażywanie preparatów generycznych?	<ul style="list-style-type: none"> • Potencjalne wady leków generycznych • Wpływ na opinię pacjenta • Kwestia jakości i skuteczności leku

Źródło: Opracowanie własne

Spośród analizowanych kwestionariuszy, 78 zostało wypełnionych przez kobiety, a 34 przez mężczyzn.

W zależności od wieku badanych, rozkład przedstawiał się następująco: 23 respondentów miało w momencie badania 40 lat lub mniej, 38 respondentów miało 41-50 lat, 39 respondentów – 51-59 lat, a 12 respondentów miało powyżej 60 lat (ryc. 59).

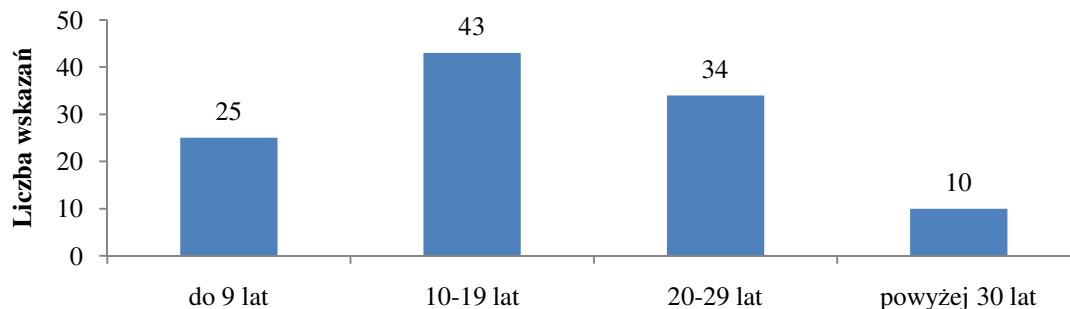
Rycina 59. Badana populacja farmaceutów zależności od wieku farmaceuty



Źródło: Opracowanie własne

W zależności od stażu pracy farmaceuty, 25 respondentów pracowało w zawodzie 9 lub mniej lat, 43 pracowało pomiędzy 10 a 19 lat, 34 – pomiędzy 20 a 29 lat, a 10 posiadało staż zawodowy 30 lub więcej lat (Rycina 60).

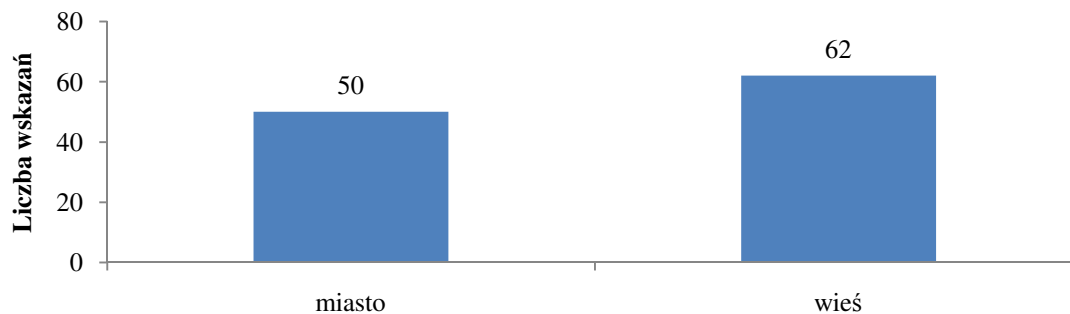
Rycina 60. Badana populacja farmaceutów w zależności od stażu pracy farmaceuty



Źródło: Opracowanie własne

Ze względu na miejsce pracy farmaceuty, rozkład populacji przedstawia Rycina 61.

Rycina 61. Badana populacja farmaceutów w zależności od miejsca pracy farmaceuty



Źródło: Opracowanie własne

W badaniu udział wzięło 62 farmaceutów pracujących w aptekach znajdujących się na wsi, oraz 50 farmaceutów pracujących w aptekach w mieście.

3.2. Metodyka wnioskowania z badań własnych

Jak zostało to już wcześniej wspomniane, badanie jakościowe miało na celu zawężenie obszaru zainteresowań oraz było podstawą do przeprowadzenia badań ilościowych na próbie lekarzy i pacjentów.

Zebrane w badaniu ilościowym dane zostały zakodowane. Następnym etapem była analiza struktury zjawisk na potrzeby wnioskowania.

Badanie własne przeprowadzone na próbie pacjentów

Zakodowane dane zostały porównane za pomocą testu Manna-Whitney'a ze względu na płeć respondentów oraz miejsce zamieszkania (miasto – wieś). Wyniki statystyczne przyjęto za istotne, gdy $p < 0,05$. Za pomocą testu Kruskala-Wallisa badano również istotność różnic pomiędzy zebranymi danymi a wiekiem respondentów (pogrupowanym w przedziały).

Siła oraz kierunek zależności pomiędzy poszczególnymi zjawiskami zostały oceniona za pomocą korelacji Spearmana.

Segmentacji pacjentów ze względu na ich stosunek do leków dokonano za pomocą analizy skupień metodą k-średnich.

Badanie własne przeprowadzone na próbie lekarzy i farmaceutów

Zakodowane dane zostały porównane za pomocą testu Manna-Whitney'a ze względu na płeć respondentów. Wyniki statystyczne przyjęto za istotne, gdy $p < 0,05$. Za pomocą testu Kruskala-Wallisa badano również istotność statystyczną różnic pomiędzy zebranymi danymi a wiekiem oraz długością stażu pracy respondentów (w przedziałach). Za pomocą testu Chi-kwadrat zbadano zależność pomiędzy odpowiedziami na pytania, w których można było wybrać jedną z dwóch odpowiedzi ('tak' lub 'nie') a płcią, wiekiem i stażem pracy respondenta.

Siła i kierunek zależności pomiędzy poszczególnymi zjawiskami zostały oceniona za pomocą korelacji Spearmana.

Wnioskowanie przeprowadzone w niniejszej dysertacji miało charakter logiczny. Na podstawie wniosków płynących z analizy dostępnych źródeł literaturowych postawione zostały hipotezy badawcze. Badania własne posłużyły do weryfikacji postawionych

hipotez. Na podstawie poczynionych obserwacji dokonano również segmentacji pacjentów ze względu na ich stosunek do receptowych leków generycznych oraz przedstawiono implikacje takiego podziału dla uczestników rynku.

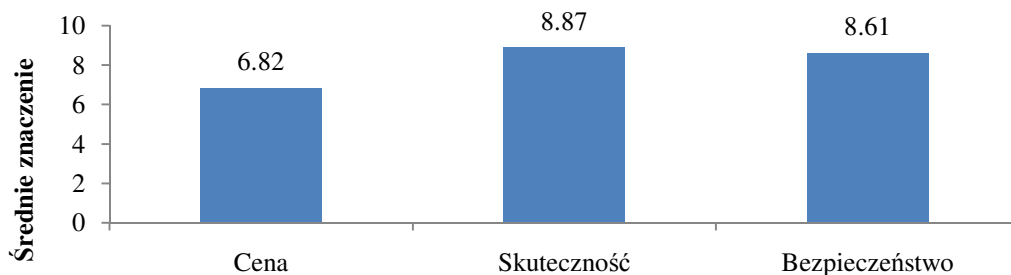
4. POPYTOWE UWARUNKOWANIA FUNKCJONOWANIA RYNKU LEKÓW GENERYCZNYCH W POLSCE W ŚWIETLE BADAŃ WŁASNYCH

4.1. Determinanty procesu podejmowania decyzji o wyborze leków – perspektywa pacjenta

4.1.1. Znaczenie ceny, bezpieczeństwa i skuteczności leku

Pacjentów poproszono o ocenę, jakie znaczenia mają dla nich cena, bezpieczeństwo i skuteczność leku. Oceny dokonywano w skali od 1 do 10, gdzie 1 oznaczało najmniej istotne, a 10 – najbardziej istotne. Średnią ocenę znaczenia poszczególnych czynników dla całej grupy badanej przedstawia Rycina 62.

Rycina 62. Średnie znaczenie ceny, skuteczności i bezpieczeństwa leków dla pacjenta



Źródło: Opracowanie własne

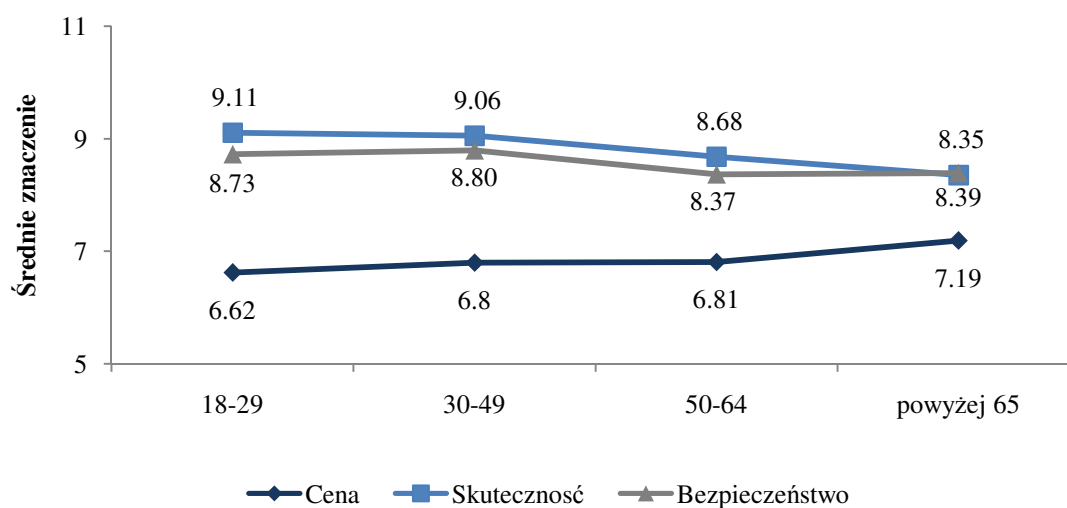
Z danych wynika, że największe znaczenie dla pacjentów miała skuteczność leku (8,71 punktów na 10), najmniejsze zaś – cena (6,82 punktów na 10).

Kolejnym etapem badania była obserwacja zależności znaczenia ceny, skuteczności i bezpieczeństwa leku w zależności od płci pacjenta. Badania istotności statystycznej różnic pomiędzy płciami dokonano za pomocą testu Manna-Whitney'a. Za hipotezę zerową przyjęto stwierdzenie, iż znaczenie ceny, skuteczności i bezpieczeństwa leku nie różni się w zależności od płci. Ponieważ poziom istotności we wszystkich trzech przypadkach (znaczenie ceny, skuteczności i bezpieczeństwa leku) wyniósł odpowiednio

$p= 0,705$, $p= 0,58$ i $p= 0,829$, należy przyjąć hipotezę zerową, czyli uznać, iż znaczenie ceny leku, skuteczności leku oraz bezpieczeństwa leku nie różni się w zależności od płci.

Kolejnym etapem analizy było zbadanie zależności pomiędzy wiekiem pacjenta a znaczeniem ceny, skuteczności i bezpieczeństwa leku. W tym celu pacjentów podzielono na cztery przedziały wiekowe (18-29 lat, 30-49 lat, 50-64 lata, 65 i więcej lat). Średnie znaczenie poszczególnych czynników dla kolejnych grup wiekowych przedstawia Rycina 63. Zauważyć można, iż wraz z wiekiem wzrasta znaczenie ceny leku, a spada znaczenie skuteczności i bezpieczeństwa leku.

Rycina 63. Średnie znaczenie ceny, skuteczności i bezpieczeństwa leku w zależności od wieku pacjenta



Źródło: Opracowanie własne

Za pomocą testu Kruskala-Wallisa zbadano, czy istnieje statystycznie istotna różnica pomiędzy wiekiem pacjenta a znaczeniem ceny, skuteczności i bezpieczeństwa leków. Zaobserwowano, iż nie występuje statystycznie istotna zależność pomiędzy wiekiem pacjenta a znaczeniem ceny leku ($p= 0,143$), natomiast w przypadku znaczenia skuteczności i bezpieczeństwa leków taka zależność istnieje (odpowiednio $p= 0,01$ oraz $p= 0,19$). Za pomocą współczynnika korelacji rang Spearmana zbadano korelacje pomiędzy wiekiem pacjenta a znaczeniem skuteczności i bezpieczeństwa leków (Tabele 16 i 17).

Tabela 16. Korelacja pomiędzy wiekiem pacjenta a znaczeniem skuteczności leku

			Wiek	Znaczenie skuteczności leku
Rho Spearmana	Wiek	Współczynnik korelacji	1,000	-0,163*
		Istotność dwustronna	.	0,000
	Znaczenie skuteczności leku	Współczynnik korelacji	-0,163*	1,000
		Istotność dwustronna	0,000	.

* Korelacja jest istotna na poziomie 0,01 (dwustronna)

Źródło: Opracowanie własne

Ponieważ współczynnik korelacji Spearmana wynosi -0,163, możemy wnioskować, iż istnieje słaba ujemna korelacja pomiędzy wiekiem pacjenta a znaczeniem skuteczności leku. Tak więc, wraz ze wzrostem wieku pacjenta maleje znaczenie skuteczności leku.

Tabela 17. Korelacja pomiędzy wiekiem pacjenta a znaczeniem bezpieczeństwa leku

			Wiek	Znaczenie bezpieczeństwa leku
Rho Spearmana	Wiek	Współczynnik korelacji	1,000	-0,113*
		Istotność dwustronna	.	0,011
	Znaczenie bezpieczeństwa leku	Współczynnik korelacji	-0,113*	1,000
		Istotność dwustronna	0,011	.

* Korelacja jest istotna na poziomie 0,05 (dwustronna)

Źródło: Opracowanie własne

Współczynnik korelacji Spearmana wynosi -0,113, możemy więc wnioskować, iż wraz ze wzrostem wieku, maleje znaczenie bezpieczeństwa leku.

Kolejnym etapem analizy było zbadanie istotności statystycznej różnic dla znaczenia ceny, skuteczności oraz bezpieczeństwa leku w zależności od miejsca zamieszkania. Badanie to przeprowadzone zostało za pomocą testu Manna-Whitney'a. Za hipotezę zerową przyjęto stwierdzenie, iż znaczenie ceny, skuteczności i bezpieczeństwa leku nie różni się w zależności od miejsca zamieszkania. Ponieważ poziom istotności we wszystkich trzech przypadkach (znaczenie ceny, skuteczności i bezpieczeństwa leku) wyniósł odpowiednio $p=0,118$, $p=0,522$ i $p=0,151$, nie ma podstaw do odrzucenia

hipotezy zerowej. Należy więc uznać, iż znaczenie ceny leku, skuteczności leku oraz bezpieczeństwa leku nie różni się w zależności od miejsca zamieszkania.

Badaniu poddano również korelacje pomiędzy znaczeniem ceny, skuteczności i bezpieczeństwa leku. Wyniki przedstawia Tabela 18.

Tabela 18. Korelacje pomiędzy znaczeniem ceny, skuteczności i bezpieczeństwa leku

		Znaczenie bezpieczeństwa leku	Znaczenie skuteczności leku	Znaczenie ceny leku
Znaczenie bezpieczeństwa leku	Korelacja Spearmana	1,000	0,575*	0,118*
	Istotność dwustronna	.	0,000	0,004
Znaczenie skuteczności leku	Korelacja Spearmana	0,575*	1,000	0,165*
	Istotność dwustronna	0,000	.	0,000
Znaczenie ceny leku	Korelacja Spearmana	0,118*	0,165*	1,000
	Istotność dwustronna	0,004	0,000	.

* Korelacja jest istotna na poziomie 0,01.

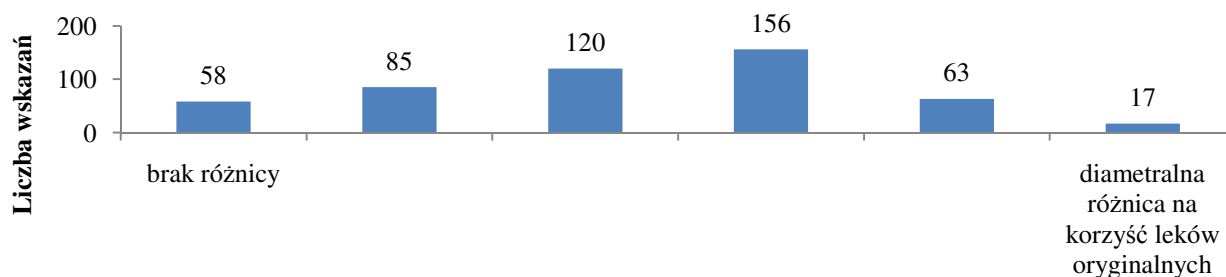
Źródło: Opracowanie własne

Współczynnik Spearmana dla korelacji pomiędzy znaczeniem bezpieczeństwa i skuteczności leku wyniósł 0,575. Wnioskować więc można, iż istnieje silna dodatnia korelacja (współczynnik Spearmana większy od 0,5) pomiędzy znaczeniem bezpieczeństwa i skuteczności leku.

4.1.2. Percepcja różnicy w skuteczności pomiędzy lekami generycznymi a oryginalnymi

W kolejnym etapie analizy rozważano percepcję skuteczności leków generycznych i oryginalnych. W ankiecie zadano pytanie: „Czy uważa Pan/Pani, że leki oryginalne są lepszej jakości, niż leki generyczne?”. Oceny dokonywano w sześciostopniowej skali, gdzie 0 oznacza brak różnicy, a 5 – diametralną różnicę na korzyść leków oryginalnych. Wyniki przedstawione zostały na Rycinie 64.

Rycina 64. Percepcja jakości leków generycznych i leków oryginalnych wśród pacjentów

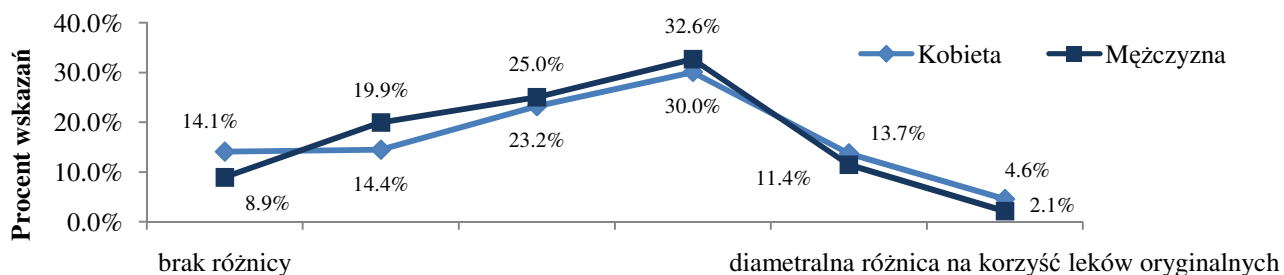


Źródło: Opracowanie własne

Na pytanie odpowiedzi udzieliło łącznie 499 pacjentów. Różnicy w jakości pomiędzy lekami generycznymi a oryginalnymi nie widzi 11,6 procent grupy badanej, czyli 58 pacjentów. Leki generyczne są równie dobrej jakości, bądź nieznacznie gorsze, niż leki oryginalne (odpowiedzi 0-2) w opinii 52,7 procent badanych. Dużą lub diametralną różnicę w jakości pomiędzy lekami generycznymi a oryginalnymi (odpowiedzi 4-5) widzi 16 procent pacjentów.

Kolejnym etapem analizy było zbadanie zależności percepcji jakości leków generycznych w porównaniu do leków oryginalnych i płci. Wyniki prezentuje Rycina 65.

Rycina 65. Percepcja jakości leków generycznych w porównaniu do leków oryginalnych w zależności od płci pacjenta



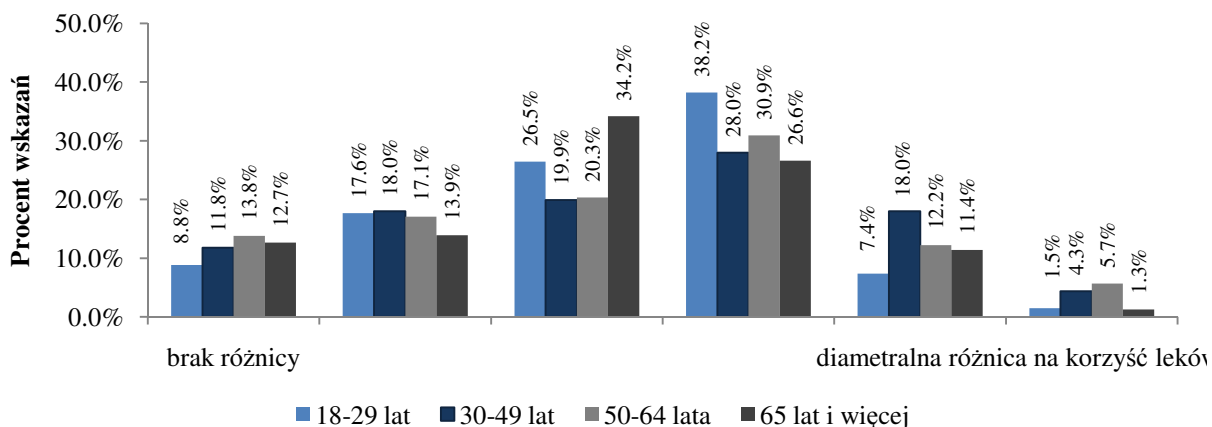
Źródło: Opracowanie własne

Za pomocą testu Manna-Whitney'a zbadano, czy istnieje statystycznie istotna różnica pomiędzy płciami dla badanej zmiennej. Za hipotezę zerową przyjęto stwierdzenie, iż percepcja jakości leków generycznych w porównaniu do leków oryginalnych leku nie różni się w zależności od płci. Ponieważ poziom istotności był wyniósł 0,655, należy

przyjąć hipotezę zerową, czyli uznać, że percepcja jakości leków generycznych w stosunku do leków oryginalnych nie różni się w zależności od płci.

Kolejnym etapem była analiza odpowiedzi na powyższe pytanie w podziale ze względu na wiek. Pacjentów podzielono na cztery grupy wiekowe (18-29 lat, 30-49 lat, 50-64 lata, 65 i więcej lat). Rycina 66 prezentuje procentowy rozkład odpowiedzi na pytanie o jakość leków generycznych w porównaniu do leków oryginalnych w zależności od wieku pacjenta.

Rycina 66. Percepcja jakości leków generycznych w porównaniu do leków oryginalnych w zależności od wieku pacjenta

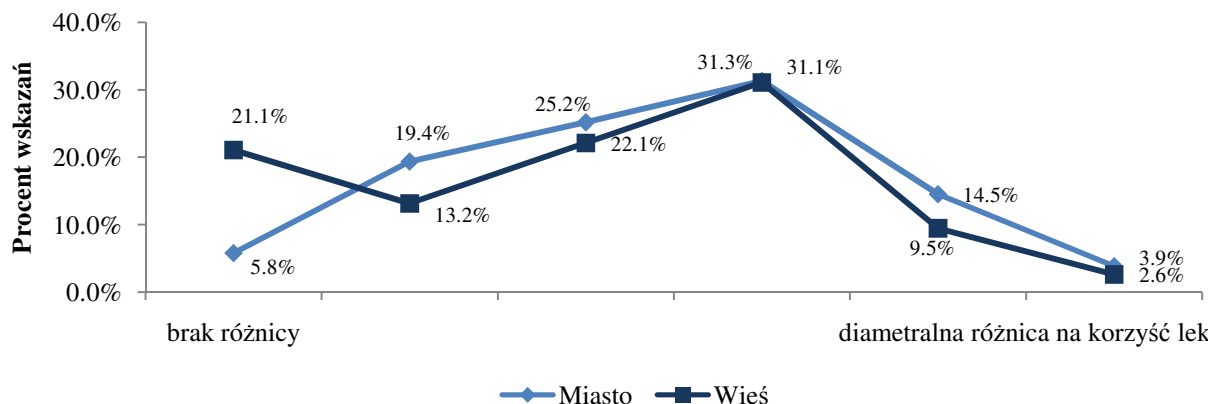


Źródło: Opracowanie własne

Za pomocą testu Kruskala-Wallisa zbadano, czy istnieje statystycznie istotna różnica pomiędzy wiekiem pacjenta dla percepcji jakości leków generycznych. Za hipotezę zerową przyjęto twierdzenie o braku takich różnic. Ponieważ $p=0,609$, nie ma podstaw do odrzucenia hipotezy zerowej.

Następnie podjęto próbę stwierdzenia, czy istnieje zależność pomiędzy percepcją jakości leków generycznych w porównaniu do leków oryginalnych i miejscem zamieszkania. Rycina 67 prezentuje procentowy rozkład odpowiedzi na pytanie o jakość leków generycznych w porównaniu do leków oryginalnych w zależności od miejsca zamieszkania.

Rycina 67. Percepcja jakości leków generycznych w porównaniu do leków oryginalnych w zależności od miejsca zamieszkania pacjenta



Źródło: Opracowanie własne

Zauważyć można, iż pacjenci mieszkający na wsi w dużo większym stopniu uważają, iż nie istnieje różnica w jakości pomiędzy lekami generycznymi i oryginalnymi. Brak różnicy wskazało bowiem 21,1 procent badanych mieszkańców wsi, w porównaniu z 5,8 procent mieszkańców miast.

Badanie to przeprowadzone zostało za pomocą testu Manna-Whitney'a. Za hipotezę zerową przyjęto stwierdzenie, iż percepcja jakości leków generycznych w porównaniu do leków oryginalnych leku nie różni się w zależności od miejsca zamieszkania pacjenta. Ponieważ poziom istotności był równy 0,05, należy odrzucić hipotezę zerową. Uznać więc należy, że percepcja jakości leków generycznych i oryginalnych różniła się w zależności od miejsca zamieszkania pacjenta.

Tabela 19. Korelacje pomiędzy percepcją różnicy w jakości leków generycznych w stosunku do leków oryginalnych a znaczeniem ceny, skuteczności i bezpieczeństwa leku

			Różnica w skuteczności	Znaczenie ceny leku	Znaczenie skuteczności leku	Znaczenie bezpieczeństwa leku
Rho Spearman a	Leki generyczne są mniej skuteczne	Współczynnik korelacji	1,000	-0,044	0,124*	0,151*
		Istotność	.	0,332	0,006	0,001
		N	499	499	499	499

* Korelacja jest istotna na poziomie 0,01

Źródło: Opracowanie własne

Zauważyć można, iż nie istnieje korelacja pomiędzy percepcją jakości leków generycznych w stosunku do leków oryginalnych a znaczeniem ceny leku. Zaobserwowano jednak słabą korelację pomiędzy percepcją jakości leków generycznych w stosunku do leków oryginalnych a znaczeniem skuteczności leku i znaczeniem bezpieczeństwa leku. Im wyższe dla pacjenta znaczenie skuteczności i bezpieczeństwa leku, tym bardziej uważa on, że leki generyczne są gorszej jakości w stosunku do leków oryginalnych.

4.1.3. Częstość próśb o zamianę leku na tańszy

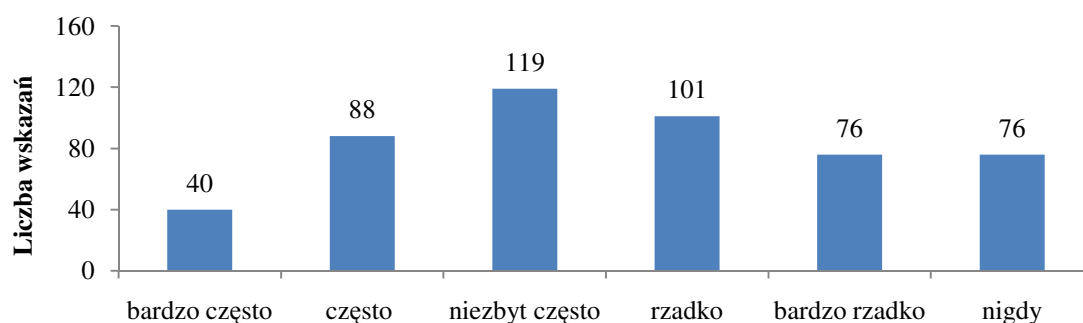
W kolejnym etapie analizowano częstość prośby pacjenta o zamianę leku na tańszy. Pacjenci poproszeni zostali o udzielenie odpowiedzi na pytanie: „Jak często prosi Pan/Pani lekarza o zamianę leku na tańszy?”.

W badaniu zastosowano sześciostopniową skalę oceny częstości próśb o zamianę leków:

- bardzo często (80-100 procent przypadków);
- często (60-79 procent przypadków);
- niezbyt często (40-59 procent przypadków);
- rzadko (20-39 procent przypadków);
- bardzo rzadko (1-19 procent przypadków);
- nigdy.

Wyniki przedstawia Rycina 68.

Rycina 68. Częstość próśb pacjenta o zamianę leku na tańszy odpowiednik



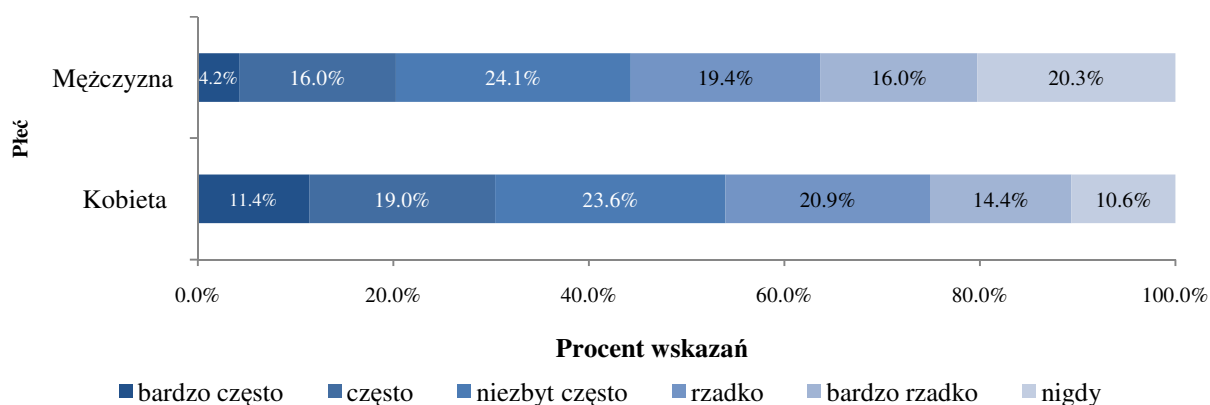
Źródło: Opracowanie własne

25,6 procent pacjentów prosi lekarza o zamianę leku na tańszy często lub bardzo często, natomiast 15,2 procent pacjentów nie prosi lekarza o zamianę leku na tańszy nigdy.

Kolejnym etapem analizy było zbadanie istotności różnic pomiędzy płciami dla częstości próśb o zamianę leku na tańszy. Badanie to przeprowadzone zostało za pomocą testu Manna-Whitney'a. Za hipotezę zerową przyjęto stwierdzenie, iż częstość próśb o zamianę leku na tańszy nie różni się w zależności od płci. Ponieważ poziom istotności wyniósł 0,01, należy odrzucić hipotezę zerową, czyli uznać, częstość próśb o zamianę leku na tańszy różni się w zależności od płci.

Na Rycinie 69 przedstawiono procentową częstość próśb o zamianę leku na tańszy w zależności od płci.

Rycina 69. Częstość próśb o zamianę leku na tańszy w zależności od płci pacjenta



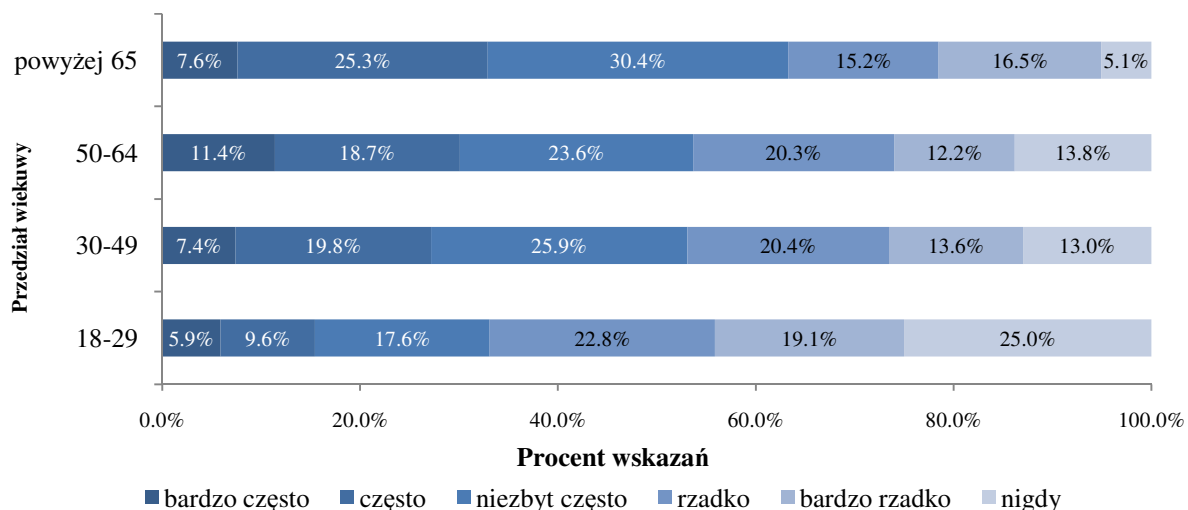
Źródło: Opracowanie własne

Z powyższych danych wynika, iż kobiety znacznie częściej proszą o zamianę leku na tańszy niż mężczyźni. Bardzo często i często o zamianę leku na tańszy odpowiednik prosi 30,4 procent badanych kobiet oraz 20,2 procent badanych mężczyzn. Równocześnie, 20,3 procent badanych mężczyzn nigdy nie prosi lekarza o zamianę leku na tańszy odpowiednik.

Kolejnym etapem była analiza odpowiedzi na powyższe pytanie w podziale ze względu na wiek. Pacjentów podzielono na cztery grupy wiekowe (18-29 lat, 30-49 lat, 50-64 lata,

65 i więcej lat). Na Rycinie 70 przedstawiono procentową częstość próśb o zamianę leku na tańszy w poszczególnych grupach wiekowych.

Rycina 70. Częstość próśb o zamianę leku na tańszy w zależności od wieku pacjenta



Źródło: Opracowanie własne

Na podstawie powyższych danych zauważyć można, iż najrzadziej o zamianę leku na tańszy prosiły osoby młode (w wieku 18-29 lat). W tym przedziale wiekowym 60 ze 136 osób, czyli 44,1 procent osób udzieliło odpowiedzi, iż bardzo rzadko lub nigdy nie prosi lekarza o zamianę leku na tańszy.

O zamianę leku na tańszy najczęściej prosiły osoby starsze (powyżej 65 roku życia). W tym przedziale wiekowym 32,9 procent osób, czyli 26 z 79 badanych osób, zadeklarowało, że bardzo często lub często prosi lekarza o zamianę leku na tańszy. Podobna sytuacja zaobserwowana została wśród osób w przedziale wiekowym pomiędzy 50 a 64 rokiem życia. W tej grupie wiekowej 30,1 procent badanych, czyli 37 ze 123 osób zadeklarowało, że bardzo często lub często prosi lekarza o zamianę leku na jego tańszy odpowiednik. Osoby pomiędzy 30 a 49 rokiem życia proszą o zamianę leku na tańszy niezbyt często lub rzadko (46,3 procent przypadków, czyli 75 ze 162 osób badanych).

Za pomocą testu Kruskala-Wallisa zbadano, czy istnieje statystycznie istotna różnica ze względu na wiek pacjenta dla badanej zmiennej. Za hipotezę zerową przyjęto

stwierdzenie, że częstość próśb pacjenta o zamianę leku na tańszy nie różni się w zależności od wieku pacjenta. Ponieważ $p = 0,000$, istnieją podstawy, aby odrzucić hipotezę zerową i uznać, iż częstość próśb pacjenta o zamianę leku na tańszy zależy od wieku pacjenta. Aby określić charakter tej zależności, zbadano współczynnik korelacji rang Spearmana (Tabela 20).

Tabela 20. Korelacja pomiędzy wiekiem pacjenta a częstością próśb o zamianę leku na tańszy

		Przedział wiekowy	Częstość próśb o zamianę leku na tańszy
Rho Spearmana	Przedział wiekowy	Współczynnik korelacji	1,000
		Istotność dwustronna	0,000
	Częstość próśb o zamianę leku na tańszy	Współczynnik korelacji	-0,205*
		Istotność dwustronna	0,000

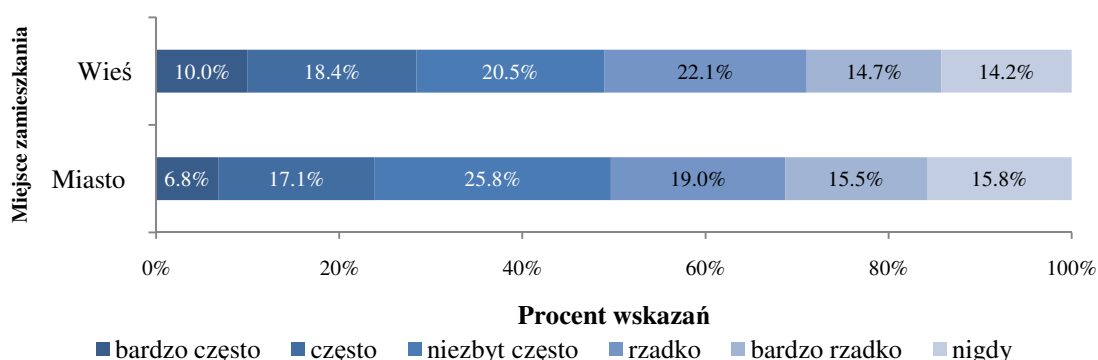
* Korelacja jest istotna na poziomie 0,01

Źródło: Opracowanie własne

Ponieważ współczynnik korelacji Spearmana wyniósł $-0,205$ należy wnioskować, iż istnieje słaba korelacja pomiędzy częstością próśb o zamianę leku na tańszy a wiekiem pacjenta. Korelacja ta ma charakter ujemny, tak więc wraz z wiekiem rośnie częstość próśb o zamianę leku na tańszy.

Następnie podjęto próbę stwierdzenia, czy istnieje zależność pomiędzy częstością próśb o zamianę leku na tańszy odpowiednik i miejscem zamieszkania (Rycina 71).

Rycina 71. Częstość próśb o zamianę leku na tańszy w zależności od miejsca zamieszkania pacjenta



Źródło: Opracowanie własne

Za pomocą testu Manna-Whitney'a oceniono, czy istnieje statystycznie istotna różnica pomiędzy miejscami zamieszkania dla badanej zmiennej. Za hipotezę zerową przyjęto stwierdzenie, iż częstość próśb o zamianę leku na tańszy odpowiednik nie różni się w zależności od miejsca zamieszkania pacjenta. Ponieważ poziom istotności wyniósł 0,479, należy przyjąć hipotezę zerową. Uznać więc należy, że częstość próśb o zamianę leku na tańszy odpowiednik nie różniła się w zależności od miejsca zamieszkania pacjenta.

W kolejnym etapie zbadano zależność pomiędzy częstością próśb o zamianę leku na tańszy a znaczeniem ceny, bezpieczeństwa i skuteczności leku dla pacjenta. Współczynniki korelacji rang Spearmana przedstawia Tabela 21.

Tabela 21. Korelacje pomiędzy częstością próśb pacjenta o zamianę leku na tańszy odpowiednik a znaczeniem ceny, skuteczności i bezpieczeństwa leku

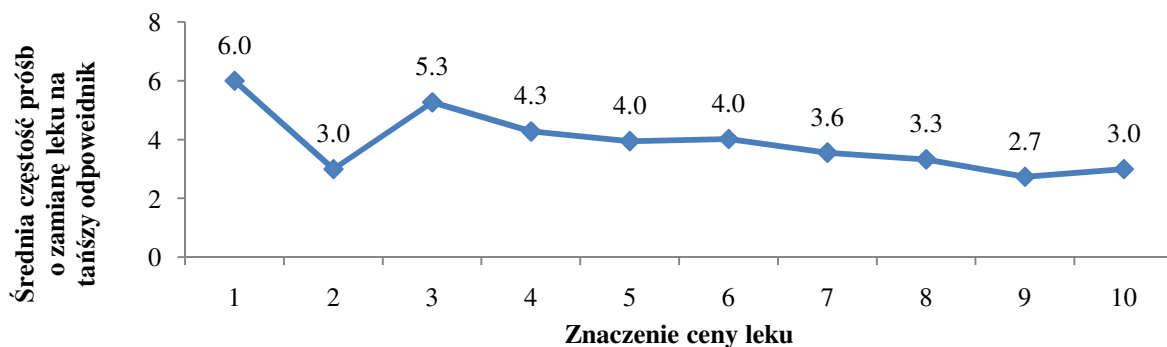
			Częstość próśb o zamianę leku na tańszy	Znaczenie ceny leku	Znaczenie skuteczności leku	Znaczenie bezpieczeństwa leku
Rho Spearmana	Częstość próśb o zamianę leku na tańszy	Współczynnik korelacji	1,000	-0,307**	0,094*	0,030
		Istotność	.	0,000	0,036	0,510
		N	500	500	500	500

** Korelacja jest istotna na poziomie 0,01* Korelacja jest istotna na poziomie 0,05

Źródło: Opracowanie własne

Na podstawie powyższych danych zauważyć można, iż nie istnieje statystycznie istotna korelacja pomiędzy częstością próśb o zamianę leku na tańszy a znaczeniem dla pacjenta bezpieczeństwa leku. Na poziomie istotności $p=0,05$, istnieje nikła korelacja pomiędzy częstością próśb pacjenta o zamianę leku na tańszy a znaczeniem dla pacjenta skuteczności leku. Na poziomie istotności $p=0,01$ istnieje natomiast przeciętna korelacja pomiędzy częstością próśb o zamianę leku na tańszy a znaczeniem dla pacjenta ceny leku. Korelacja ma charakter ujemny, co oznacza, że im wyższe znaczenie dla pacjenta ma cena leku, tym częściej prosi on lekarza o zamianę leku na jego tańszy odpowiednik. Ilustruje to Rycina 72.

Rycina 72. Zależność średniej częstości próśb o zamianę leku na tańszy i znaczenia ceny leku dla pacjenta



Źródło: Opracowanie własne

Kolejnym etapem badania była weryfikacja, czy istnieje statystycznie istotna zależność pomiędzy częstością próśb o zamianę leku na tańszy a percepcją różnicy w jakości pomiędzy lekami generycznymi a oryginalnymi (Tabela 22).

Tabela 22. Korelacje pomiędzy częstością próśb pacjenta o zamianę leku na tańszy odpowiednik a percepcją różnicy w jakości pomiędzy lekami generycznymi a oryginalnymi

			Częstość próśb o zamianę leku na tańszy	Leki generyczne są gorszej jakości
Rho Spearmana	Częstość próśb o zamianę leku na tańszy	Współczynnik korelacji	1,000	0,019
		Istotność	.	0,666
		N	500	499
	Leki generyczne są gorszej jakości	Współczynnik korelacji	0,019	1,000
		Istotność	0,666	.
		N	499	499

Źródło: Opracowanie własne

Jak wynika z zaprezentowanych powyżej danych, nie zaobserwowano istotnej statystycznie korelacji.

4.1.4. Percepcja jakości tańszych leków

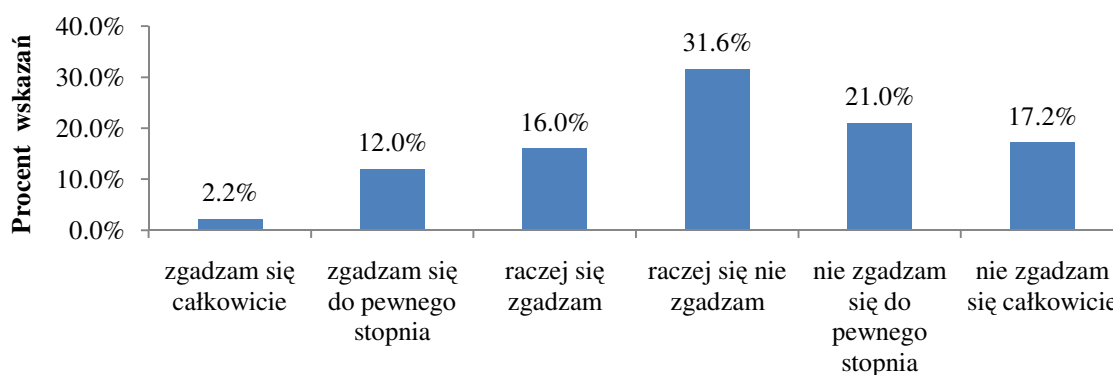
W kolejnym etapie analizie poddano opinię pacjentów o tym, czy tańsze leki mogą być mniej skuteczne. Pacjenci poproszeni zostali o odpowiedź na następujące pytanie: „Czy uważa Pan/Pani, że tańsze leki mogą być gorszej jakości?” Odpowiedzi pacjentów zakodowano w następujący sposób:

- zgadzam się całkowicie;

- zgadzam się do pewnego stopnia;
- raczej się zgadzam;
- raczej się nie zgadzam;
- nie zgadzam się do pewnego stopnia;
- nie zgadzam się całkowicie.

Wyniki przedstawia Rycina 73.

Rycina 73. Opinia pacjentów na temat niższej jakości tańszych leków

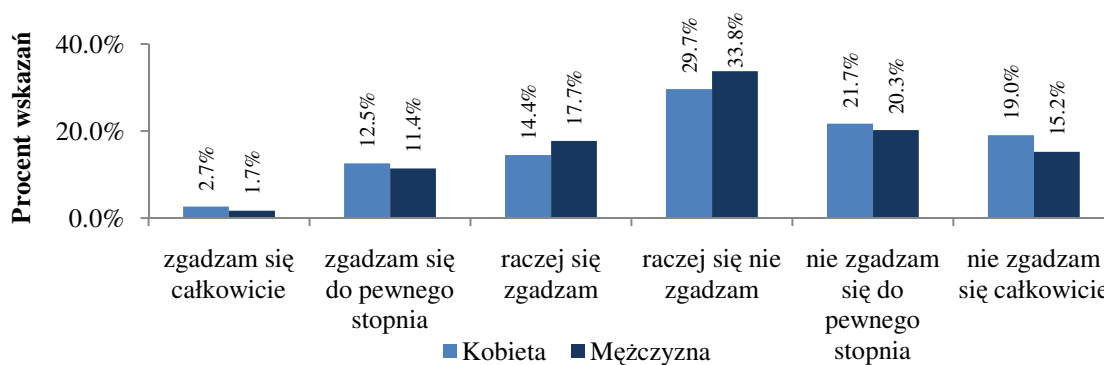


Źródło: Opracowanie własne

Zauważyć można, iż 30,2 procent pacjentów w mniejszym bądź większym stopniu zgadza się z opinią, iż leki tańsze mogą być gorszej jakości. Znacząca większość pacjentów, bo 69,8 procent nie zgadza się z tym twierdzeniem.

Kolejnym etapem analizy było zbadanie zależności percepcji niższej jakości tańszych leków a płcią (Rycina 74).

Rycina 74. Opinia na temat niższej jakości tańszych leków w zależności od płci pacjenta

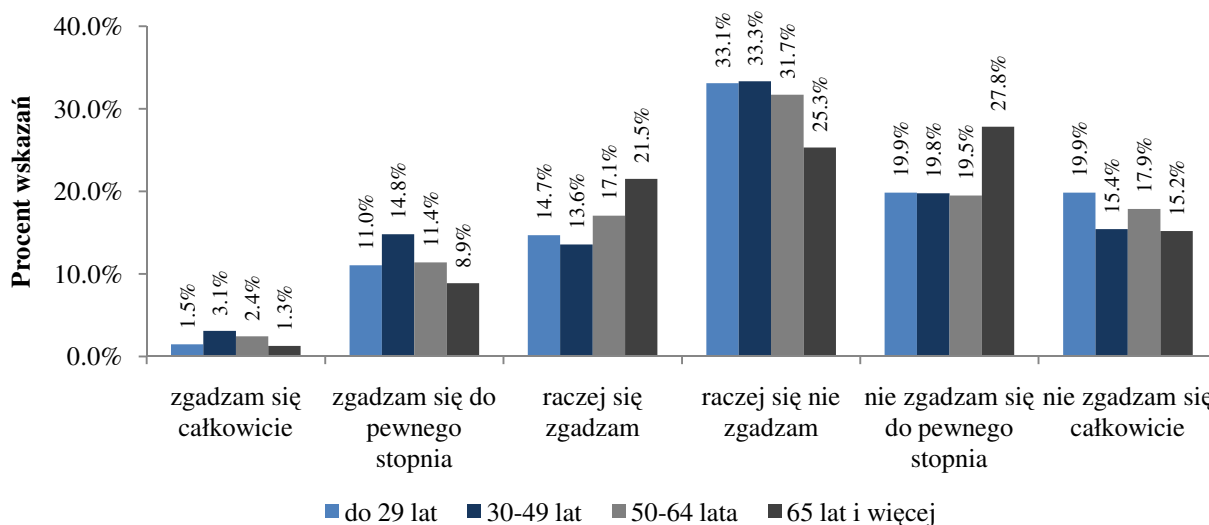


Źródło: Opracowanie własne

Za pomocą testu Manna-Whitney'a zbadano, czy istnieje statystycznie istotna różnica pomiędzy płciami dla badanej zmiennej. Za hipotezę zerową przyjęto stwierdzenie, iż percepcja niższej jakości leków tańszych nie różni się w zależności od płci. Ponieważ poziom istotności wyniósł 0,424, należy przyjąć hipotezę zerową, czyli uznać, że percepcja niższej jakości tańszych leków nie różni się w zależności od płci.

Kolejnym etapem była analiza odpowiedzi na powyższe pytanie w podziale ze względu na wiek. Pacjentów podzielono na cztery grupy wiekowe (18-29 lat, 30-49 lat, 50-64 lata, 65 i więcej lat). Wyniki przedstawia Rycina 75.

Rycina 75. Opinia na temat niższej jakości tańszych leków w zależności od wieku pacjenta

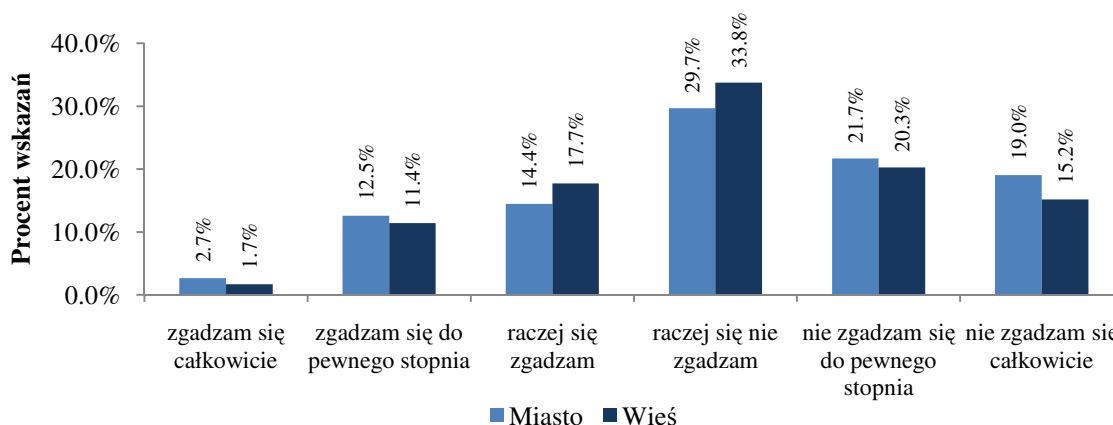


Źródło: Opracowanie własne

Za pomocą testu Kruskala-Wallisa zbadano, czy różnica pomiędzy przedziałami wiekowymi dla badanej zmiennej statystycznie istotna. Za hipotezę zerową przyjęto twierdzenie, iż percepcja gorszej jakości leków tańszych nie różni się w zależności od wieku pacjenta. Ponieważ $p=0,659$, nie ma podstaw do odrzucenia hipotezy zerowej.

Następnie podjęto próbę stwierdzenia, czy istnieje zależność pomiędzy percepcją niższej jakości tańszych leków i miejscem zamieszkania. Wyniki zaprezentowano na Rycinie 76.

Rycina 76. Opinia na temat niższej jakości tańszych leków w zależności od miejsca zamieszkania pacjenta



Źródło: Opracowanie własne

Za pomocą testu Manna-Whitney'a zbadano, czy istnieje statystycznie istotna różnica pomiędzy miejscami zamieszkania dla badanej zmiennej. Za hipotezę zerową przyjęto stwierdzenie, iż percepcja niższej jakości tańszych leków nie różni się w zależności od miejsca zamieszkania pacjenta. Ponieważ poziom istotności wyniósł 0,097, należy przyjąć hipotezę zerową. Uznać więc należy, że percepcja niższej jakości leków tańszych nie różniła się w zależności od miejsca zamieszkania pacjenta.

W kolejnym etapie badania weryfikowano zależność pomiędzy percepcją niższej jakości tańszych leków a znaczeniem ceny, skuteczności i bezpieczeństwa leku dla pacjenta. W tym celu zbadano współczynniki korelacji rang Spearmana, przedstawione w Tabeli 23.

Tabela 23. Korelacje pomiędzy percepcją niższej jakości tańszych leków a znaczeniem ceny, skuteczności i bezpieczeństwa leku

		Znaczenie ceny leku	Znaczenie skuteczności leku	Znaczenie bezpieczeństwa leku
Rho Spearmana	Tańsze leki są gorszej jakości	Współczynnik korelacji	0,032	-0,055
		Istotność	0,481	0,218
		N	0,032	-0,055

* Korelacja jest istotna na poziomie 0,01

Źródło: Opracowanie własne

Nie stwierdzono istotnej statystycznie korelacji pomiędzy percepcją niższej jakości tańszych leków a znaczeniem ceny leku oraz znaczeniem skuteczności leku

(współczynniki Spearmana wyniosły odpowiednio 0,032 i -0,055). Zaobserwowano natomiast słabą korelację ujemną pomiędzy percepcją jakości leków tańszych a znaczeniem bezpieczeństwa leku dla pacjenta. Korelacja ta ma charakter ujemny, tak więc wnioskować można, że im większe dla pacjenta znaczenie bezpieczeństwa leku, tym rzadziej uważa on, że tańsze leki mogą być gorsze jakościowo.

W dalszej części analizy badano zależność pomiędzy percepcją gorszej jakości leków tańszych a częstością próśb o zamianę leku na tańszy. Wyniki zaprezentowano w Tabeli 24.

Tabela 24. Korelacja pomiędzy percepcją niższej jakości leków tańszych a częstością próśb pacjenta o zamianę leku na tańszy odpowiednik.

			Częstość próśb o zamianę leku na tańszy	Tańsze leki są gorszej jakości
Rho Spearmana	Częstość próśb o zamianę leku na tańszy	Współczynnik korelacji	1,000	-0,078
		Istotność dwustronna	.	0,083
	Tańsze leki są gorszej jakości	Współczynnik korelacji	-0,078	1,000
		Istotność dwustronna	0,083	.

Źródło: Opracowanie własne

Nie zaobserwowano istotnej statystycznie zależności pomiędzy percepcją niższej jakości leków tańszych a częstością próśb o zamianę leku na tańszy odpowiednik.

Kolejnym etapem badania była weryfikacja zależności pomiędzy percepcją niższej jakości leków tańszych a percepcją różnicy w skuteczności pomiędzy lekami generycznymi a oryginalnymi (Tabela 25).

Tabela 25. Korelacja pomiędzy percepcją niższej jakości leków tańszych a percepcją różnicy w jakości leków generycznych w stosunku do leków oryginalnych

			Tańsze leki są gorszej jakości	Leki generyczne są gorszej jakości
Rho Spearmana	Tańsze leki są gorszej jakości	Współczynnik korelacji	1,000	-0,422*
		Istotność dwustronna	.	0,000
	Leki generyczne są gorszej jakości	Współczynnik korelacji	-0,422*	1,000
		Istotność dwustronna	0,000	.

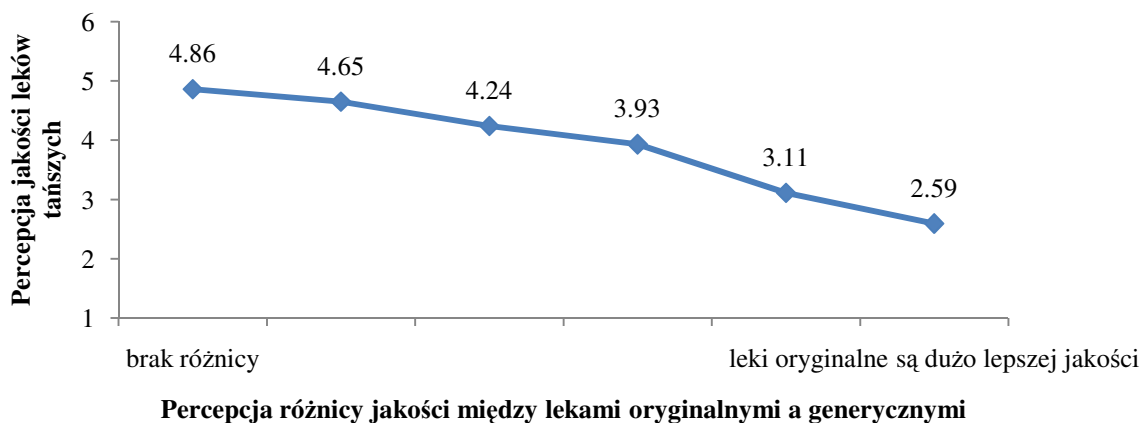
* Korelacja jest istotna na poziomie 0,01

Źródło: Opracowanie własne

Zaobserwowano przeciętną korelację ujemną pomiędzy percepcją niższej jakości leków tańszych a percepcją różnicy w jakości leków generycznych w stosunku do leków oryginalnych.

Zależność pomiędzy percepcją leków tańszych a percepcją różnicy w jakości pomiędzy lekami generycznymi i oryginalnymi przedstawiono na Rycinie 77.

Rycina 77. Zależność pomiędzy percepcją niższej jakości leków tańszych, a percepcją różnicy w jakości leków generycznych w stosunku do leków oryginalnych



Źródło: Opracowanie własne

Wnioskować więc można, iż pacjenci zdają sobie sprawę, iż pojęcie leków generycznych i pojęcie leków tańszych może być traktowane zamiennie.

4.1.5. Korzystanie z innych źródeł informacji na temat schorzenia przed wizytą u lekarza

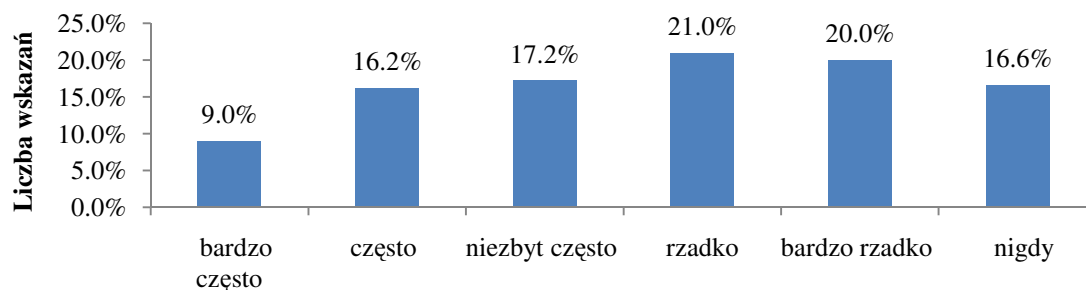
W kolejnym etapie analizowano częstość korzystania z innych źródeł informacji na temat schorzenia przed wizytą u lekarza. Pacjenci poproszeni zostali o udzielenie odpowiedzi na pytanie: „Czy przed wizytą u lekarza zasięga Pan/Pani informacji z innych źródeł na temat swojego schorzenia i leków?”. W badaniu zastosowano sześciostopniową skalę oceny częstości korzystania z innych źródeł informacji:

- bardzo często (80-100 procent przypadków);
- często (60-79 procent przypadków);
- niezbyt często (40-59 procent przypadków);

- rzadko (20-39 procent przypadków);
- bardzo rzadko (1-19 procent przypadków);
- nigdy.

Wyniki przedstawia Rycina 78.

Rycina 78. Częstość korzystania z innych źródeł informacji na temat schorzenia przed wizytą u lekarza

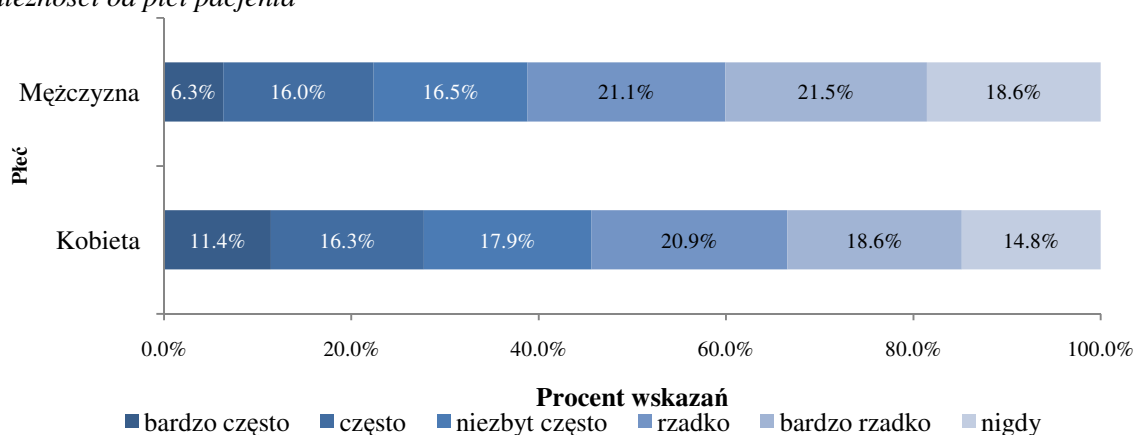


Źródło: Opracowanie własne

Z dodatkowych źródeł informacji w celu diagnozy dolegliwości oraz leków przed wizytą u lekarza często lub bardzo często korzysta 25,2 procent badanych osób. Nigdy nie próbuje zdiagnozować swojej dolegliwości przed wizytą u lekarza 16,6 procent badanych.

Kolejnym etapem analizy było zbadanie zależności pomiędzy częstością korzystania z dodatkowych źródeł informacji a płcią. Wyniki przedstawia Rycina 79.

Rycina 79. Częstość korzystania z innych źródeł informacji na temat schorzenia przed wizytą u lekarza w zależności od płci pacjenta



Źródło: Opracowanie własne

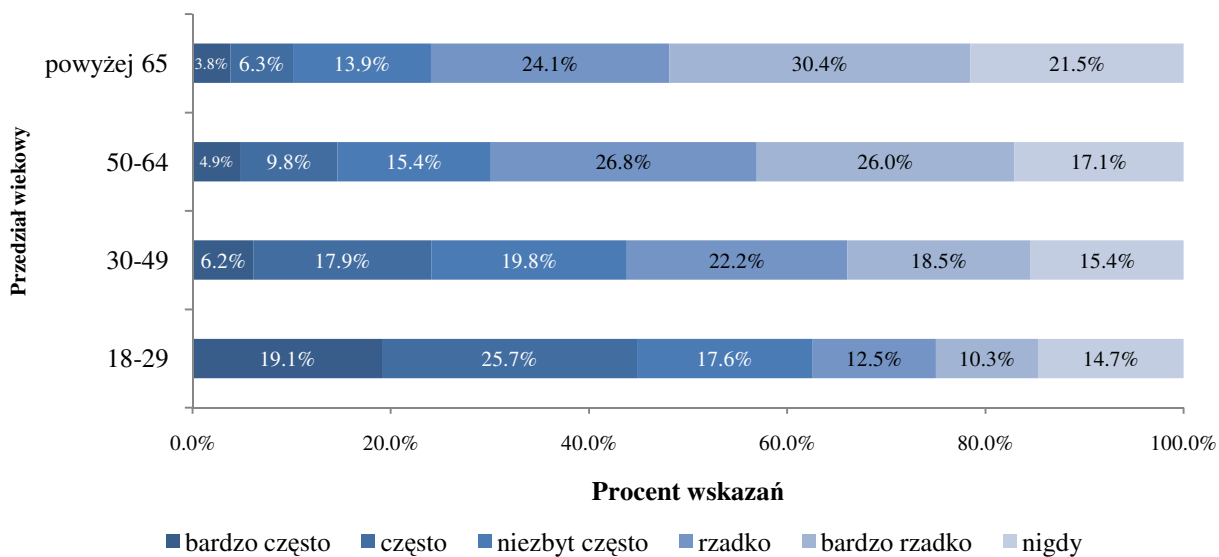
Jak wynika z Ryciny 79, często lub bardzo często z dodatkowych źródeł informacji na temat schorzenia i leków korzysta przed wizytą u lekarza 27,7 procent kobiet. Tak samo często robi to 22,3 procent mężczyzn.

Badanie istotności statystycznej różnic pomiędzy płciami dla badanej zmiennej przeprowadzono za pomocą testu Manna-Whitney'a. Za hipotezę zerową przyjęto stwierdzenie, iż częstość korzystania z dodatkowych źródeł informacji nie różni się w zależności od płci. Ponieważ poziom istotności wyniósł 0,055, należy przyjąć hipotezę zerową, czyli uznać, częstość korzystania z dodatkowych źródeł informacji na temat schorzenia i leków nie różni się w zależności od płci.

Kolejnym etapem była analiza odpowiedzi na powyższe pytanie w podziale ze względu na wiek. Pacjentów podzielono na cztery grupy wiekowe (18-29 lat, 30-49 lat, 50-64 lata, 65 i więcej lat).

Na Rycinie 80 przedstawiono procentową częstość korzystania z dodatkowych źródeł informacji na temat schorzenia przez wizytą u lekarza w poszczególnych grupach wiekowych.

Rycina 80. Częstość korzystania z dodatkowych źródeł informacji na temat schorzenia przez wizytą u lekarza w zależności od wieku pacjenta



Źródło: Opracowanie własne

Na podstawie Ryciny 80 można zauważyć, iż częstotliwość korzystania z innych źródeł informacji przed wizytą u lekarza znacząco maleje wraz z wiekiem pacjentów. W przypadku najmłodszej przebadanej grupy (18-29 lat), 44,8 procent badanych bardzo często lub często zasięgało informacji przed wizytą. Z kolei, wśród najstarszych pacjentów (grupa 65 lat i więcej) często lub bardzo często korzystało z dodatkowych źródeł informacji jedynie 10,1 procent przebadanych. Aż 51,9 procent respondentów w tej grupie twierdziło, że zasięga informacji bardzo rzadko lub nigdy podczas gdy w grupie najmłodszych respondentów odpowiedziało tak 25,0 procent przebadanych.

Za pomocą testu Kruskala-Wallisa zbadano, czy istnieje istotna statystycznie różnica pomiędzy przedziałami wiekowymi dla badanej zmiennej. Za hipotezę zerową przyjęto stwierdzenie, iż różnica ta nie jest istotna statystycznie. Ponieważ $p = 0,000$, istnieją podstawy, aby hipotezę zerową odrzucić i uznać, iż zależność pomiędzy badanymi zmiennymi jest statystycznie istotna. Aby określić charakter tej zależności, zbadano współczynnik korelacji rang Spearmana (Tabela 26).

Tabela 26. Korelacja pomiędzy wiekiem pacjenta a częstością korzystania z dodatkowych źródeł informacji

			Przedział wiekowy	Częstość korzystania z dodatkowych źródeł informacji
Rho Spearmana	Przedział wiekowy	Współczynnik korelacji	1,000	0,272*
		Istotność dwustronna	.	0,000
	Częstość korzystania z dodatkowych źródeł informacji	Współczynnik korelacji	0,272*	1,000
		Istotność dwustronna	0,000	.

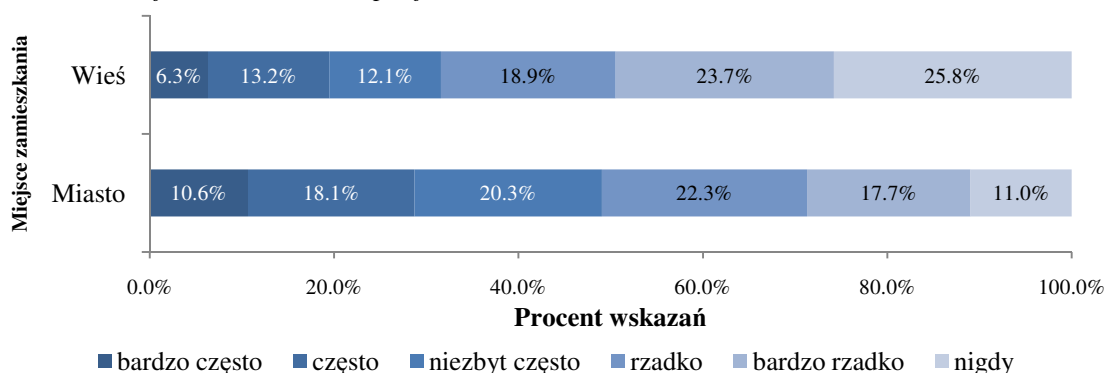
* Korelacja jest istotna na poziomie 0,01.

Źródło: Opracowanie własne

Ponieważ współczynnik korelacji Spearmana wyniósł 0,272 należy wnioskować, iż istnieje słaba korelacja dodatnia pomiędzy percepcją niższej jakości leków tańszych a wiekiem pacjenta. Dlatego też można stwierdzić, że im starszy pacjent, tym rzadziej korzysta on z dodatkowych informacji na temat swojego schorzenia i leków.

Następnie podjęto próbę stwierdzenia, czy istnieje zależność pomiędzy częstością korzystania z dodatkowych źródeł informacji na temat schorzenia i leków a miejscem zamieszkania. Na Rycinie 81 przedstawiono procentową częstość korzystania z innych źródeł informacji na temat schorzenia i leków przez wizyta u lekarza z podziałem na miejsce zamieszkania respondentów.

Rycina 81. Częstość korzystania z innych źródeł informacji na temat schorzenia przez wizyta u lekarza w zależności od miejsca zamieszkania pacjenta



Źródło: Opracowanie własne

Większe zróżnicowanie aniżeli w przypadku płci odnotowano przy podziale populacji według miejsca zamieszkania. W miastach 28,7 procent respondentów bardzo często lub często zasięga informacji przed wizytą podczas gdy na wsiach robi to zaledwie 19,5 procent. Rozbieżność zachowań pomiędzy miastem a wsią jest bardziej widoczny w przypadku grupy osób nie zasięgających informacji. Na wsiach aż 49,5 procent pacjentów bardzo rzadko lub nigdy nie zasięga informacji przed wizytą w porównaniu do jedynie 28,7 procent respondentów w miastach.

Badanie istotności statystycznej różnicy pomiędzy miejscami zamieszkania dla analizowanej zmiennej przeprowadzone zostało za pomocą testu Manna-Whitney'a. Za hipotezę zerową przyjęto stwierdzenie, iż percepcja częstości korzystania z dodatkowych źródeł informacji na temat schorzenia i leków nie różni się w zależności od miejsca zamieszkania pacjenta. Ponieważ poziom istotności wyniósł 0,000, istnieją podstawy, aby odrzucić hipotezę zerową. Uznać więc należy, że częstość korzystania z dodatkowych źródeł informacji na temat schorzenia i leków różni się w zależności od miejsca

zamieszkania pacjenta. Pacjenci mieszkający w miastach stosunkowo częściej niż pacjenci mieszkający na wsi korzystają z dodatkowych źródeł informacji na temat schorzenia i leków.

W kolejnym etapie badania weryfikowano zależność pomiędzy częstością korzystania z dodatkowych źródeł informacji na temat schorzenia i leków a znaczeniem ceny, skuteczności i bezpieczeństwa leku dla pacjenta. W tym celu obliczono współczynniki korelacji rang Spearmana, które przedstawia Tabela 27.

Tabela 27. Korelacje pomiędzy częstością korzystania z dodatkowych źródeł informacji a znaczeniem ceny, skuteczności i bezpieczeństwa leku

		Częstość korzystania z dodatkowych źródeł informacji	Znaczenie ceny leku	Znaczenie skuteczności leku	Znaczenie bezpieczeństwa leku	
Rho Spearman	Częstość korzystania z dodatkowych źródeł informacji	Współczynnik korelacji	1,000	0,063	-0,013	-0,009
		Istotność	.	0,160	0,779	0,849
		N	1,000	0,063	-0,013	-0,009

Źródło: Opracowanie własne

Nie stwierdzono istotnej statystycznie korelacji pomiędzy częstością korzystania z dodatkowych źródeł informacji na temat schorzenia i leków a znaczeniem ceny, skuteczności i bezpieczeństwa leku (współczynniki Spearmana wyniosły odpowiednio $p=0,063$, $p=-0,13$ i $p=-0,09$). Należy więc wnioskować, iż częstość korzystania z dodatkowych informacji na temat schorzenia i leków nie wpływa na znaczenie, jakie mają dla pacjenta cena, skuteczność i bezpieczeństwo leku.

W dalszej części analizy badano zależność pomiędzy częstością korzystania z dodatkowych źródeł informacji na temat schorzenia i leków a częstością próśb o zamianę leku na tańszy (Tabela 28).

Tabela 28. Korelacja pomiędzy częstością korzystania z dodatkowych źródeł informacji a częstością próśb pacjenta o zamianę leku na tańszy odpowiednik.

			Częstość próśb o zamianę leku na tańszy	Częstość korzystania z dodatkowych źródeł informacji
Rho Spearmana	Częstość próśb o zamianę leku na tańszy	Współczynnik korelacji	1,000	0,029
		Istotność dwustronna	.	0,518
	Częstość korzystania z dodatkowych źródeł informacji	Współczynnik korelacji	500	500
		Istotność dwustronna	0,029	1,000

Źródło: Opracowanie własne

Nie zaobserwowano istotnej statystycznie zależności pomiędzy częstością korzystania z dodatkowych źródeł informacji na temat schorzenia i leków a częstością próśb o zamianę leku na tańszy odpowiednik.

Kolejnym etapem badania była weryfikacja zależności pomiędzy częstością korzystania z dodatkowych źródeł informacji na temat schorzenia i leków a percepcją różnicy w skuteczności pomiędzy lekami generycznymi a oryginalnymi (Tabela 29).

Tabela 29. Korelacja pomiędzy częstością korzystania z dodatkowych źródeł informacji a percepcją różnicy w jakości leków generycznych w stosunku do leków oryginalnych

			Częstość korzystania z dodatkowych źródeł informacji	Leki generyczne są gorszej jakości
Rho Spearmana	Częstość korzystania z dodatkowych źródeł informacji	Współczynnik korelacji	1,000	-0,065
		Istotność dwustronna	.	0,145
	Leki generyczne są gorszej jakości	Współczynnik korelacji	500	499
		Istotność dwustronna	-0,065	1,000

Źródło: Opracowanie własne

Nie zaobserwowano istotnej statystycznie zależności pomiędzy częstością korzystania z dodatkowych źródeł informacji na temat schorzenia i leków a percepcją różnicy w skuteczności pomiędzy lekami generycznymi a oryginalnymi.

W dalszej części analizy podjęto próbę zbadania zależności pomiędzy częstością korzystania z dodatkowych źródeł informacji na temat schorzenia i leków a percepcją niższej jakości leków tańszych (Tabela 30).

Tabela 30. Korelacja pomiędzy częstością korzystania z dodatkowych źródeł informacji a percepcją niższej jakości leków tańszych

			Częstość korzystania z dodatkowych źródeł informacji	Tańsze leki są gorszej jakości
Rho Spearmana	Częstość korzystania z dodatkowych źródeł informacji	Współczynnik korelacji	1,000	0,063
		Istotność dwustronna	.	0,160
	Tańsze leki są gorszej jakości	Współczynnik korelacji	500	500
		Istotność dwustronna	0,063	1,000

Źródło: Opracowanie własne

Nie zaobserwowano istotnej statystycznie zależności pomiędzy częstością korzystania z dodatkowych źródeł informacji na temat schorzenia i leków a percepcją niższej jakości leków tańszych.

4.1.6. Typologia pacjentów ze względu na ich podejście do leków w świetle badań własnych

Aby w pełni zobrazować otrzymane wyniki badań, w dalszej części wnioskowania podjęto próbę pogrupowania pacjentów w homogeniczne grupy ze względu na ich sposób zachowania na rynku farmaceutycznym oraz cechy demograficzne. Za pomocą metody k-średnich utworzono cztery grupy: „świadomi”, „oczekujący skuteczności”, „rozdarci” i „obojętni”. Poniżej przedstawiono charakterystyki wszystkich grup.

Grupa 1. – „Świadomi”

Świadomi wiedzą, iż leki tańsze są równie dobre jakościowo, co leki droższe, a ponieważ cena leku ma dla nich istotne znaczenie, często proszą lekarza o tańsze substytuty.

Typowym przedstawicielem tej grupy jest pacjent starszy, w wieku około 72 lat, statystycznie częściej jest to kobieta. Równie często mieszka w mieście, jak i na wsi. W porównaniu do członków innych grup, uważa ona cenę leku za istotny czynnik przy wyborze leków, a skuteczność i bezpieczeństwo leków mają dla niej mniejsze znaczenie. Nie uważa ona, aby leki tańsze były mniej skuteczne i nie widzi powodów, aby uznać leki oryginalne za lepsze jakościowo od leków generycznych. Dość często prosi ona

o zamianę leków na tańsze, ale praktycznie nigdy nie korzysta z dodatkowych informacji na temat schorzenia i leków przed wizytą u lekarza.

Grupa 2. – „Oczekujący skuteczności”

Oczekujący skuteczności nie liczą się z ceną leku. Dla nich najważniejsza jest skuteczność leku. Często korzystają z dodatkowych źródeł informacji o schorzeniu i leków, aby mieć pewność, że podczas wizyty u lekarza otrzymają lek, który zadziała możliwie najskuteczniej.

Charakterystycznym przedstawicielem tej grupy jest młody mężczyzna w wieku około 26 lat, mieszkający w mieście. Najważniejsza dla niego przy wyborze leków jest ich skuteczność, następnie bezpieczeństwo, natomiast cena leków ma pomniejsze znaczenie. Bardzo rzadko prosi on o przepisanie lub zamianę leków na tańsze, ale dość często korzysta z dodatkowych informacji na temat schorzenia i leków przed wizytą u lekarza. Pacjent taki jest przekonany, że cena leku nie wpływa na jego skuteczność, jednak sądzi, że leki oryginalne mogą być bardziej skuteczne od generycznych.

Zachowania oczekujących skuteczności są najbardziej zbieżne z charakterystyką prosumentów przedstawioną we wcześniejszej części niniejszej dysertacji.

Grupa 3. – „Rozdarcie”

Rozdarcie uważają, iż cena leku może mieć wpływ na jego jakość, ale ze względu na swoje ograniczenia budżetowe zmuszeni są do stosowania tańszych zamienników.

Reprezentantem tej grupy jest kobieta w wieku około 42 lat mieszkająca na wsi. Najważniejsze jest dla niej bezpieczeństwo leku, ale jego skuteczność i cena również mają istotne znaczenie. Dlatego też prosi ona dość często o zamianę przepisanych leków na tańsze, i dość rzadko korzysta z dodatkowych źródeł informacji przed wizytą u lekarza. Uważa, że leki tańsze mogą być gorsze jakościowo, a leki oryginalne postrzega jako lepsze.

Grupa 4. – „Obojętni”

Obojętni są najbardziej nieokreśloną grupą. Nie mają oni zdania, co do różnicy w jakości między lekami tańszymi i droższymi. Nie korzystają z dodatkowych źródeł informacji

i nie proszą o zamianę leków na ich tańsze substytuty, mimo, że cena leków ma dla nich dość istotne znaczenie.

Statystycznym przedstawicielem tej grupy jest mężczyzna w średnim wieku (około 58 lat), mieszkający w mieście. Cena jest dla niego dość istotnym kryterium przy wyborze leków, ale niezbyt często prosi on swojego lekarza o zamianę przepisanych leków na ich tańsze odpowiedniki. Praktycznie nie korzysta on z dodatkowych informacji na temat swojego schorzenia i leków i nie ma zdania, czy leki generyczne mogą być gorszej jakości niż oryginalne. Nie widzi on również różnicy w jakości pomiędzy lekami tańszymi i droższymi.

Zestawienie cech charakterystycznych dla wyróżnionych grup przedstawia Tabela 31.

Tabela 31. Zestawienie typów pacjentów i ich stosunku do leków generycznych

Charakterystyka	„Świadomi”	„Oczekujący skuteczności”	„Rozdarci”	„Obojętni”
Średni wiek	72 lata	26 lat	42 lata	58 lat
Miejsce zamieszkania	miasto/wieś	miasto	wieś	miasto
Płeć	kobieta	mężczyzna	kobieta	kobieta/mężczyzna
Skuteczność	mniej ważna	bardzo ważna	średnio ważna	średnio ważna
Bezpieczeństwo	mniej ważne	średnio ważne	bardzo ważne	średnio ważne
Cena	bardzo ważna	mniej ważna	ważna	średnio ważna
Prośba o zamianę leków na tańsze	często	rzadko	dość często	rzadko
Dodatkowe informacje przed wizytą u lekarza	bardzo rzadko	często	dość rzadko	rzadko
Tańsze leki mogą być gorszej jakości	nie	nie	być może	być może
Leki oryginalne mogą być lepszej jakości	nie	być może	być może	być może

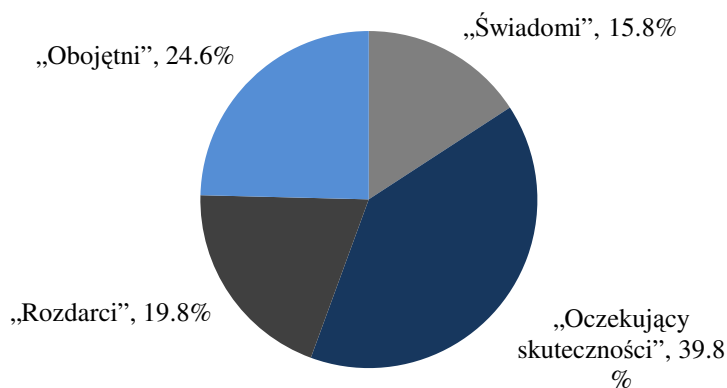
Źródło: Opracowanie własne

Istnienie różnorodnych grup pacjentów wydaje się być istotną informacją dla uczestników rynku farmaceutycznego przy kształtowaniu strategii ich działań. Dlatego też w kolejnym etapie analizy podjęta została próba oceny implikacji istnienia wyżej wspomnianych grup

pacjentów dla poszczególnych uczestników rynku. Ze względu na zakres pracy, ocena implikacji została skupiona wokół producentów leków generycznych oraz płatnika (NFZ).

W interesie producentów leków generycznych jest zwiększenie wolumenu sprzedaży tych leków oraz zwiększenie ich udziału w całkowitym rynku farmaceutycznym. Płatnik natomiast dąży do minimalizacji kosztów ponoszonych na leki, przy zachowaniu skuteczności i bezpieczeństwa leków. Zakładając analogiczność działania leków oryginalnych i generycznych, wzrost udziału leków generycznych w rynku byłby zjawiskiem korzystnym dla NFZ, a więc cele producentów leków generycznych oraz NFZ wydają się być w tym zakresie spójne. W dalszej części pracy przedstawiono możliwe obszary, na których skupiona powinna zostać komunikacja producentów leków generycznych i NFZ z pacjentem. Rycina 82 prezentuje udział wyróżnionych grup w całkowitej populacji pacjentów.

Rycina 82. Typy pacjentów i ich udział w populacji



Źródło: Opracowanie własne

Najliczniejszą okazała się grupa „oczekujących skuteczności”. Jak zostało już wspomniane, pacjenci z tej grupy uważają cenę leku za mniej ważną przy doborze leków, w związku z czym rzadko proszą o zamianę leków na tańsze substytuty. Uważają oni jednak, iż leki generyczne mogą być gorszej jakości, niż leki oryginalne. Dlatego też, istotnymi w stosunku do tej grupy byłyby działania mające na celu promowanie przede

wszystkim kwestii jakości leków generycznych. Mniej skuteczne wydają się być działania akcentujące wyłącznie niższą cenę leków, gdyż jest ona dla tej grupy relatywnie mniej istotna. Zakładając jednak racjonalność działań tych pacjentów, można przyjąć, iż będą oni skłonni kupować 'to samo za mniej'.

Kolejną co do wielkości była grupa „obojętnych”, którzy, podobnie jak „oczekujący skuteczności”, rzadko proszą o zamianę leków na tańsze, ale przywiązują większą uwagę do ceny leków. Osoby te nie są pewne co do jakości leków tańszych oraz nie są w pełni przekonane, że leki generyczne są dobrym substytutem dla leków oryginalnych. Działania skierowane wobec tej grupy powinny mieć więc charakter zwiększający świadomość o możliwościach substytucji lekami generycznymi. Powinny one zostać skupione na niwelowaniu bierności pacjentów „obojętnych”, a więc aktywizować ich do świadomego udziału w procesie doboru leków. Dodatkowo, działania te winny być skupione na promowaniu jakości leków generycznych oraz przekonywaniu pacjentów, że niższa cena leku oznacza jego niższą jakość.

Cena leku dla „rozdartych” jest dość istotna i to właśnie ze względu na nią dość często proszą oni lekarzy o zamianę leków na tańsze. Jednakże obawiają się oni gorszej jakości, przede wszystkim obniżonego bezpieczeństwa leków tańszych. Dlatego też komunikacja skierowana do tej grupy pacjentów powinna przede wszystkim akcentować fakt, iż leki tańsze są równie skuteczne, co ich droższe odpowiedniki oraz pokazywać potencjalne oszczędności wynikające z substytucji generycznej.

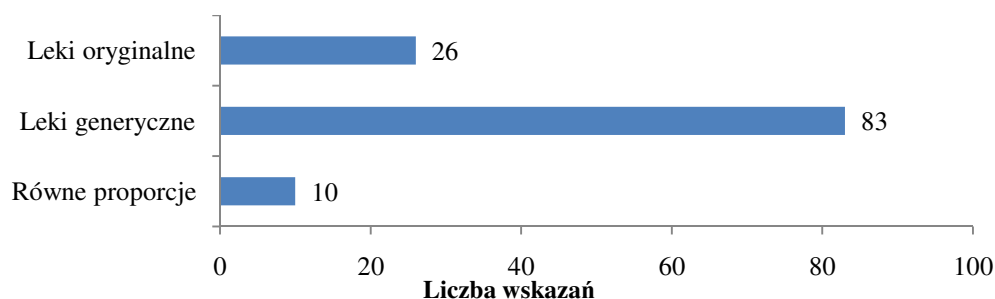
Ostatnią grupą pacjentów są „świadomi”. Pacjenci ci wydają się być idealnymi klientami dla firm produkujących leki generyczne. Ponieważ cena leków jest dla nich kwestią bardzo istotną, często proszą oni lekarzy o zamianę leków na ich tańsze odpowiedniki. Jednocześnie, są świadomi analogicznej jakości leków generycznych i oryginalnych.

4.2. Determinanty procesu podejmowania decyzji o wyborze leków – perspektywa lekarza

4.2.1. Wybór pomiędzy lekami generycznymi a oryginalnymi

Badanych lekarzy poproszono o udzielenie odpowiedzi na następujące pytanie: „Czy wśród przepisywanych przez Pana/Panią leków dominują preparaty oryginalne czy preparaty generyczne?” Uzyskane odpowiedzi przedstawiono na Rycinie 83.

Rycina 83. Najczęściej przepisywane przez lekarzy leki

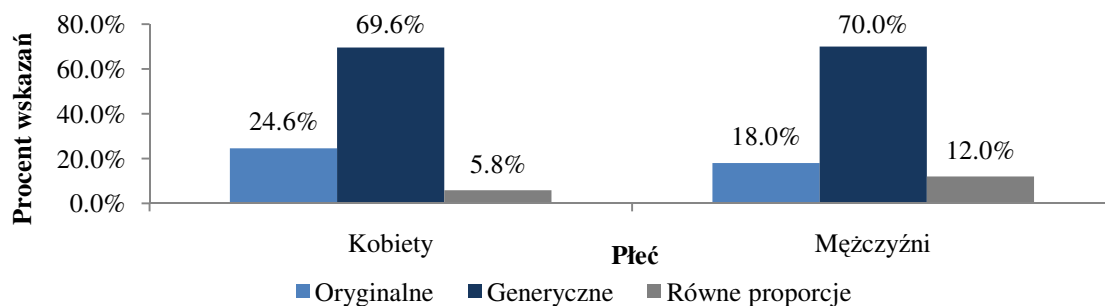


Źródło: Opracowanie własne

Z powyższych danych wynika, że prawie 70 procent badanych lekarzy (83 osoby) przepisuje w przeważającej ilości leki generyczne. Prawie 22 procent respondentów (26 osób) przyznało, iż spośród przepisywanych przez nich leków dominują leki oryginalne. Pozostałe osiem procent badanych (10 osób) deklaruje, iż proporcje przepisywanych przez nich leków są równe.

Częstość wskazań leków generycznych i oryginalnych w zależności od płci lekarza przedstawia Rycina 84.

Rycina 84. Najczęściej przepisywane przez lekarzy leki w zależności od płci lekarza



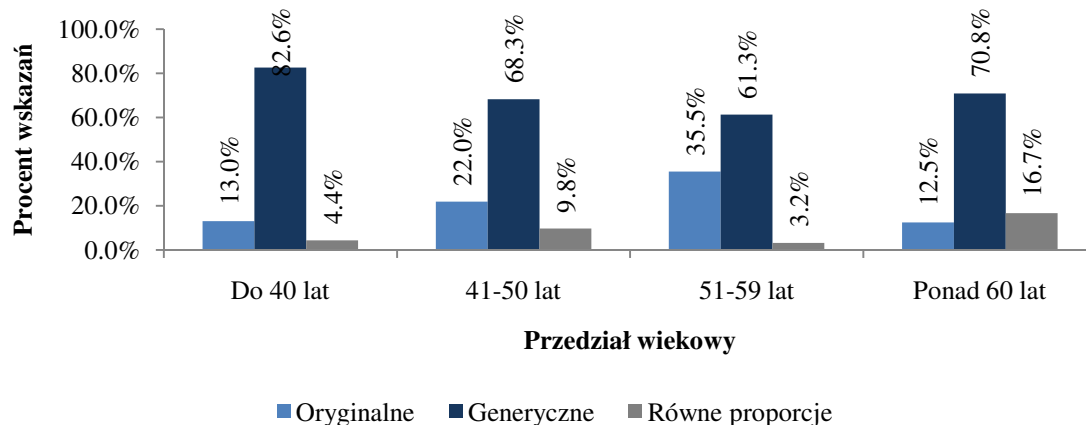
Źródło: Opracowanie własne

Częstość wskazań leków generycznych jako najczęściej przepisywanych jest bardzo podobna wśród lekarzy-mężczyzn i lekarzy-kobiet. Spośród badanych lekarzy-mężczyzn, 12,0 procent wskazało, iż proporcje pomiędzy przepisywanymi lekami (oryginalnymi i generycznymi) są równe. Takiej samej odpowiedzi udzieliło 5,8 procent badanych kobiet.

Za pomocą testu Manna-Whitney'a zbadano, czy istnieją statystycznie istotne różnice pomiędzy płciami w wyborze leków generycznych lub oryginalnych. Za hipotezę zerową przyjęto twierdzenie, iż wybór leków (generycznych lub oryginalnych) nie zależy od płci lekarza. Test nie wykazał statystycznie istotnej różnicy między wyborem leków a płcią ($p=0,3114$), należy więc przyjąć hipotezę zerową.

W następnym etapie przeprowadzono analizę najczęściej przepisywanych przez lekarzy leków w zależności od ich wieku. W tym celu utworzono cztery przedziały wiekowe (do 40 lat, 41-50 lat, 51-59 lat oraz powyżej 60 lat). Wyniki przedstawia Rycina 85.

Rycina 85. Najczęściej przepisywane przez lekarzy leki w zależności od wieku lekarza



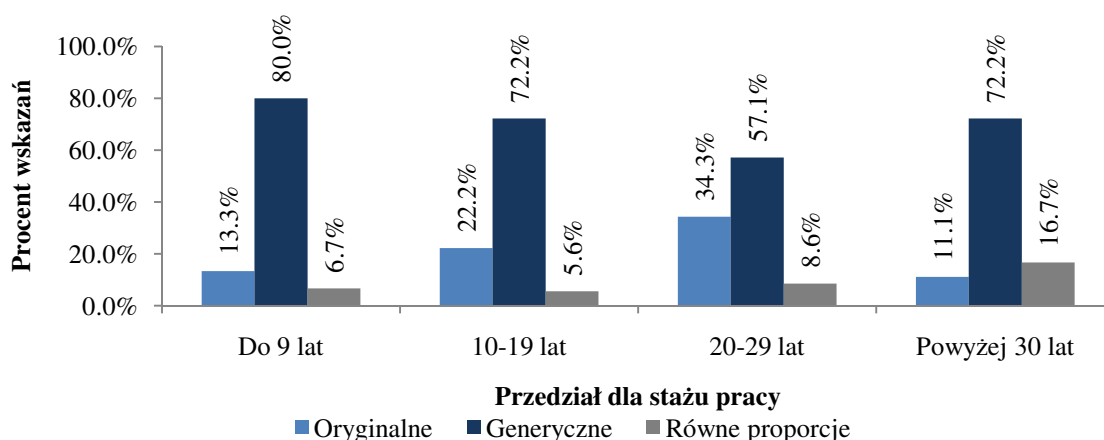
Źródło: Opracowanie własne

Spośród badanych lekarzy 82,6 procent z nich w wieku 40 lat i mniej wskazało, iż spośród przepisywanych przez nich leków dominują leki generyczne. Analogicznej odpowiedzi udzieliło jedynie 61,3 procent lekarzy w wieku 51-59 lat. W tej właśnie grupie wiekowej najwyższy (35,5 procent) jest odsetek lekarzy, którzy deklarują, iż wśród przepisywanych przez nich leków dominują leki oryginalne.

Za pomocą testu Kruskala-Wallisa zbadano, czy istnieją statystycznie istotne różnice pomiędzy wiekiem lekarza (dla przedziałów) a wyborem leków. Hipotezą zerową było twierdzenie, iż rodzaj wybieranych leków nie zależy od wieku lekarza. Okazało się, iż nie istnieje statystycznie istotna różnica pomiędzy przedziałem wiekowym a wyborem leków ($p=0,4989$), należy więc przyjąć hipotezę zerową.

Za pomocą testu Kruskala-Wallisa zbadano również, czy istnieją statystycznie istotne różnice w rodzaju przepisywanych leków pomiędzy przedziałami dla stażu pracy lekarza. W tym celu staż zawodowy lekarza pogrupowano w cztery przedziały: do 9 lat, 10-19 lat, 20-29 lat, powyżej 30 lat (Rycina 86). Za hipotezą zerową przyjęto stwierdzenie, że rodzaj przepisywanych leków nie różni się w zależności od długości stażu zawodowego. Okazało się, iż występuje brak różnic między przedziałami długości stażu pracy w wyborze leków ($p=0,3319$), należy więc przyjąć hipotezę zerową.

Rycina 86. Najczęściej przepisywane przez lekarzy leki w zależności od długości stażu pracy lekarza

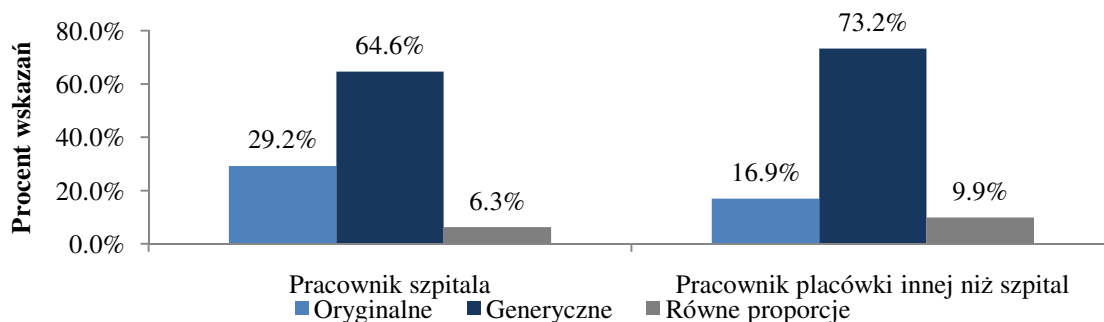


Źródło: Opracowanie własne

Lekarze o stażu pracy równym 9 lat lub mniej najczęściej (80,0 procent) deklarowali, iż wśród przepisywanych przez nich leków dominują leki generyczne, najrzadziej takiej odpowiedzi udzielili lekarze o stażu pracy pomiędzy 20 a 29 lat (57,1 procent wskazań). W tej ostatniej grupie największy procent badanych (34,3 procent) odpowiedział, iż wśród przepisywanych przez nich leków dominują leki oryginalne.

W kolejnym etapie zbadano zależność rodzaju przepisywanych leków od miejsca pracy lekarza. Wyniki przedstawiają Ryciny 87 i 88.

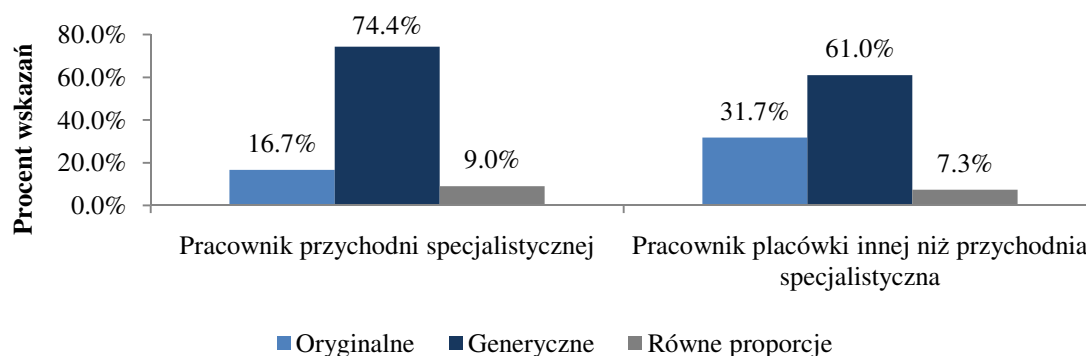
Rycina 87. Najczęściej przepisywane przez lekarzy leki w zależności od miejsca pracy lekarza (szpital)



Źródło: Opracowanie własne

Pracownicy szpitali stosunkowo częściej przepisywali leki oryginalne, niż pracownicy innych placówek (odpowiednio 29,2 i 16,9 procent wszystkich przepisywanych przez nich leków). Zbadano więc czy różnice te są istotne statystycznie za pomocą testu Manna-Whitney'a. Za hipotezę zerową przyjęto stwierdzenie, iż rodzaj przepisywanych przez lekarzy leków nie różni się w zależności od tego, czy lekarz pracuje w szpitalu, czy w innej placówce. Ponieważ $p = 0,1953$, nie ma podstaw do odrzucenia hipotezy zerowej. Należy więc uznać, iż rodzaj przepisywanych przez lekarza leków nie różni się w zależności od tego, czy lekarz pracuje w szpitalu, czy w innej placówce.

Rycina 88. Najczęściej przepisywane przez lekarzy leki w zależności od miejsca pracy lekarza (przychodnia specjalistyczna)



Źródło: Opracowanie własne

Pracownicy przychodni specjalistycznych stosunkowo częściej przepisywali leki generyczne niż osoby pracujące poza takimi przychodniami (odpowiednio 74,4 i 61,0 procent). Za pomocą testu Manna-Whitney'a zbadano, czy różnice te są istotne statystycznie. Za hipotezę zerową przyjęto stwierdzenie, iż rodzaj przepisywanych leków nie różni się w zależności od tego, czy lekarz pracuje w przychodni specjalistycznej, czy poza nią. Ponieważ $p=0,1794$, nie ma podstaw do odrzucenia hipotezy zerowej.

4.2.2. Częstość próśb pacjenta o zamianę leku na tańszy

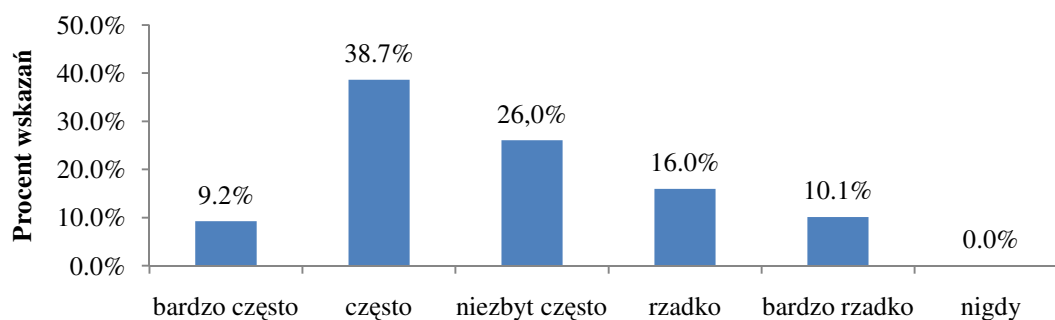
W kolejnym etapie badania zadano lekarzom pytanie, jak często zdarza się, iż pacjenci sami proszą o przepisanie tańszego substytutu, niż proponowany przez lekarza preparat.

W tym celu określono następujące przedziały częstości:

- bardzo często – 80-100 procent przypadków;
- często – 60-79 procent przypadków;
- niezbyt często – 40-59 procent przypadków;
- rzadko – 20-39 procent przypadków;
- bardzo rzadko – 1-19 procent przypadków;
- nigdy – 0 procent przypadków.

Rozkład odpowiedzi przedstawia Rycina 89. Wynika z niej, iż pacjenci proszą lekarza o zamianę leku na tańszy odpowiednik często lub bardzo często w prawie połowie, bo w 47,9 procentach przypadków. Równocześnie, na powyższe pytanie, żaden z lekarzy nie udzielił odpowiedzi 'nigdy'.

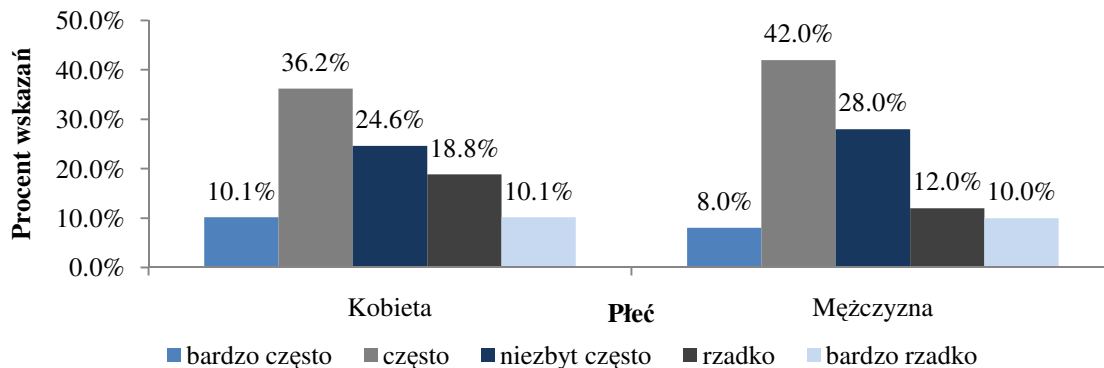
Rycina 89. Częstość próśb pacjenta o zamianę leku na tańszy



Źródło: Opracowanie własne

Kolejnym etapem była analiza, jak często pacjenci proszą o zamianę leku na tańszy w zależności od płci lekarza. Wyniki przedstawia Rycina 90.

Rycina 90. Częstość próśb pacjenta o zamianę leku na tańszy w zależności od płci lekarza

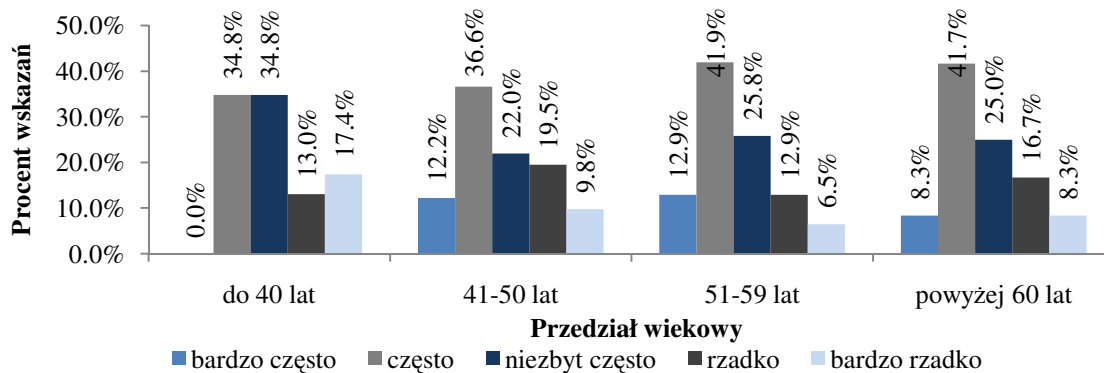


Źródło: Opracowanie własne

Zauważono, iż 50 procent lekarzy-mężczyzn deklaruje, iż często lub bardzo często słyszy ze strony pacjenta prośbę o zamianę leku na jego tańszy odpowiednik. W przypadku lekarzy-kobiet częstotliwość ta jest podobna i wynosi 46,3 procent przypadków. Weryfikację istotności statystycznej różnic pomiędzy płciami dla badanej zmiennej wykonano za pomocą testu Manna-Whitney'a, przyjmując za hipotezę zerową stwierdzenie o braku różnic. Ponieważ $p = 0,6934$, hipoteza zerowa została przyjęta.

Następnie przeanalizowano, jak często lekarze słyszą prośbę o zamianę przepisywanego leku na jego tańszy odpowiednik w zależności od wieku lekarza. W tym celu dokonano podziału populacji badanych lekarzy na cztery grupy wiekowe: do 40 lat, 41-50 lat, 51-59 lat oraz powyżej 60 lat. Wyniki przedstawiono na Rycinie 91.

Rycina 91. Częstość próśb pacjentów o zamianę leku na tańszy w zależności od wieku lekarza



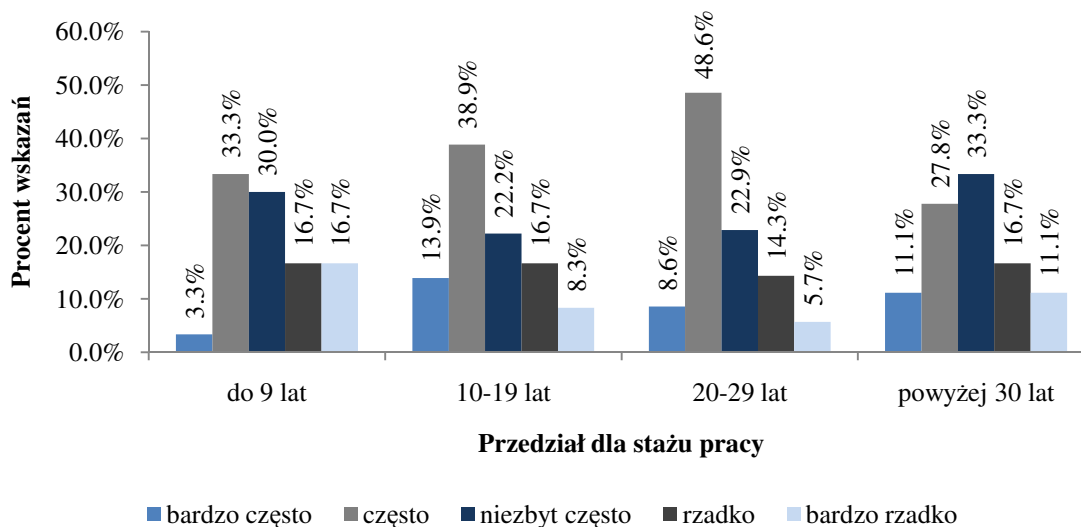
Źródło: Opracowanie własne

Z analizy wynika, iż bardzo często lub często prośbę o zamianę leku na tańszy słyszy 34,8 procent lekarzy w wieku do 40 lat. W stosunku do innych grup wiekowych, jest to najniższy odsetek. Dla porównania, z taką samą częstotliwością taką prośbę słyszy 50 procent lekarzy w wieku powyżej 60 lat oraz 54,8 procent lekarzy w wieku 51-59 lat.

Za pomocą testu Kruskala-Wallisa zbadano, czy istnieją statystycznie istotne różnice pomiędzy przedziałami wiekowymi a częstością słyszanych próśb pacjenta o zamianę leku na tańszy. Za hipotezę zerową przyjęto stwierdzenie, iż takie różnice nie występują. Ponieważ $p=0,3758$, nie ma podstaw do odrzucenia hipotezy zerowej.

W kolejnym etapie zbadano zależność pomiędzy stażem pracy lekarza a częstością próśb pacjenta o zamianę leku na tańszy. W tym celu dokonano podziału badanej populacji na cztery grupy w zależności od stażu pracy: do 9 lat, 10-19 lat, 20-29 lat, powyżej 30 lat. Wyniki przedstawia Rycina 92.

Rycina 92. Częstość próśb pacjentów o zamianę leku na tańszy w zależności od długości stażu pracy lekarza



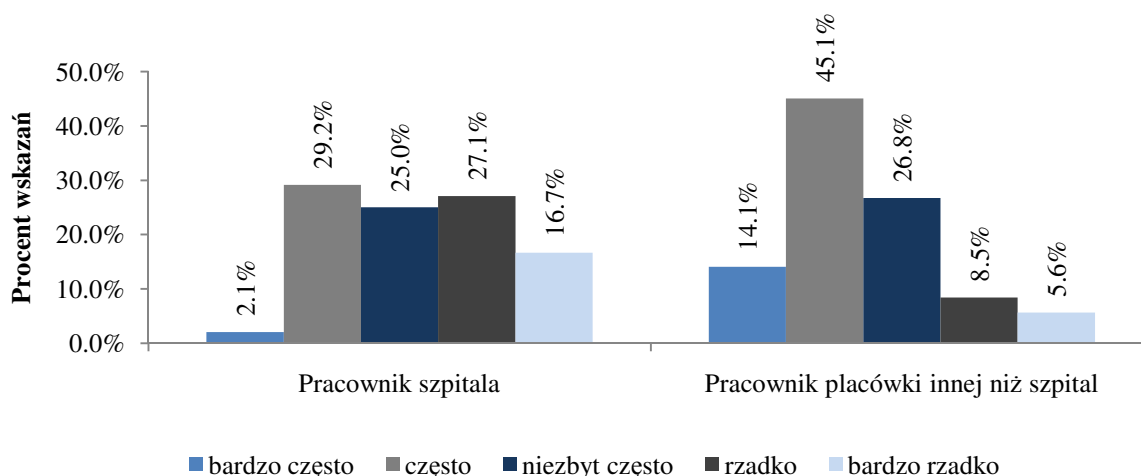
Źródło: Opracowanie własne

Zauważyć można, iż bardzo często lub często prośbę o zamianę leku na tańszy słyszy 57,2 procent lekarzy o stażu pracy pomiędzy 20 a 29 lat. Jest to najwyższy wskaźnik w porównaniu do pozostałych przedziałów. Dla porównania, prośbę taką słyszy bardzo często lub często 36,7 procent lekarzy o stażu pracy równym bądź niższym od 9 lat.

Za pomocą testu Kruskala-Wallisa zbadano, czy istnieją statystycznie istotne różnice dla częstości słyszanych próśb o zamianę leku na tańszy a przedziałem dla stażu pracy lekarza. Hipotezą zerową było stwierdzenie o braku statystycznie istotnych różnic. Ponieważ $p = 0,2836$, nie ma podstaw do odrzucenia hipotezy zerowej. Uznać więc należy, iż częstość słyszanych próśb pacjentów o zamianę leku na tańszy nie zależy od długości stażu pracy lekarza.

Następnie analizie poddano zależność pomiędzy częstością próśb pacjenta o zamianę leku na tańszy a miejscem pracy lekarza. Wyniki przedstawiają Ryciny 93 i 94.

Rycina 93. Częstość próśb pacjentów o zamianę leku na tańszy w zależności od miejsca pracy lekarza (szpital)



Źródło: Opracowanie własne

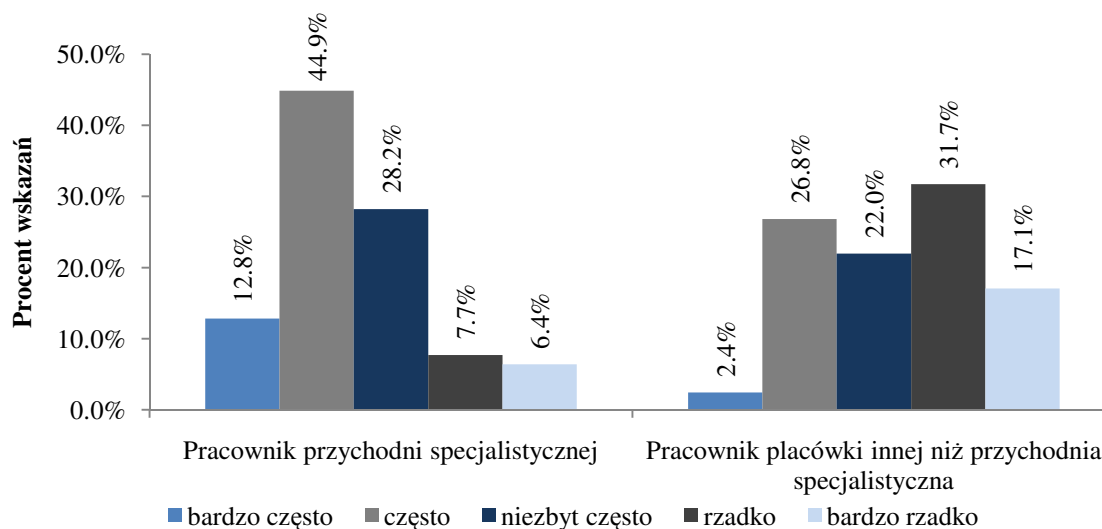
Z powyższych danych wynika, że lekarze pracujący w szpitalach deklarują, że często lub bardzo często słyszą prośbę o zamianę leku na tańszy substytut słyszą w 36,6 procentach przypadków (lekarze pracujący w placówkach innych niż szpital – w 52,8 procentach przypadków).

Za pomocą testu Manna-Whitney'a zbadano, czy istnieje statystycznie istotna różnica dla częstości próśb pacjenta o zamianę leku na tańszy pomiędzy lekarzami pracującymi w szpitalach a lekarzami pracującymi poza nimi. Za hipotezą zerową przyjęto założenie, iż taka różnica nie występuje. Ponieważ $p = 0,0003$, istnieją przesłanki do odrzucenia

hipotezy zerowej. Lekarze pracujący w szpitalach stosunkowo rzadziej są proszeni o zamianę przepisywanych leków na tańsze, niż lekarze pracujący poza szpitalami.

Lekarze pracujący w przychodniach specjalistycznych deklarują, że często lub bardzo często słyszą prośbę o zamianę leku na tańszy substytut słyszą w 57,7 procentach przypadków (lekarze pracujący poza przychodnią specjalistyczną – w 29,2 procentach przypadków). Równocześnie, jedynie 6,4 procent lekarzy pracujących w przychodniach specjalistycznych deklaruje, iż bardzo rzadko (1-19 procent przypadków) słyszy taką prośbę, w porównaniu z 17,1 procent lekarzy pracujących poza przychodniami specjalistycznymi. Dane zostały zaprezentowane na Rycinie 94.

Rycina 94. Częstość próśb pacjentów o zamianę leku na tańszy w zależności od miejsca pracy lekarza (przychodnia specjalistyczna)



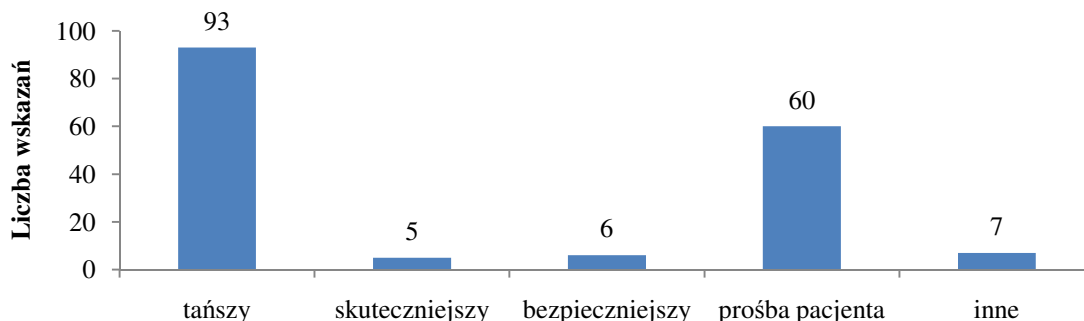
Źródło: Opracowanie własne

Za pomocą testu Manna-Whitney'a zbadano, czy istnieje statystycznie istotna różnica pomiędzy lekarzami pracującymi w przychodniach specjalistycznych, a lekarzami pracującymi poza takimi placówkami ze względu na częstość próśb pacjenta o zamianę leku na tańszy. Za hipotezę zerową przyjęto założenie, iż taka różnica nie występuje. Ponieważ $p = 0,0002$, istnieją przesłanki do odrzucenia hipotezy zerowej. Lekarze pracujący w przychodniach specjalistycznych stosunkowo częściej są proszeni o zamianę przepisywanych leków na tańsze, niż lekarze pracujący poza takimi przychodniami.

4.2.3. Opinia lekarzy na temat leków generycznych i oryginalnych

W kolejnym etapie badania zapytano respondentów, dlaczego decydują się oni na przepisanie preparatu generycznego zamiast oryginalnego. Wyniki przedstawia Rycina 95.

Rycina 95. Liczba wskazań przesterek wyboru leku generycznego zamiast leku oryginalnego



Uwaga: Liczby nie sumują się do 119, ponieważ można było wskazać więcej niż jedną odpowiedź.

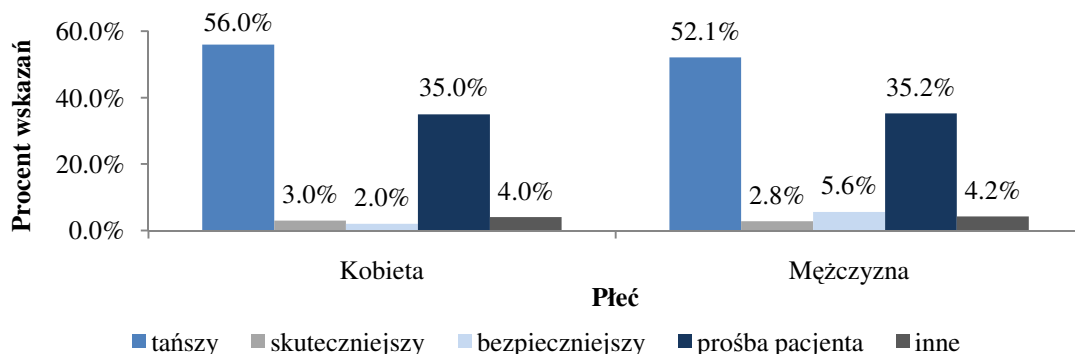
Źródło: Opracowanie własne

Zauważyć można, iż spośród 119 lekarzy, aż 93 (78,2 procent) wskazało, iż decydują się oni na przepisanie leku generycznego zamiast oryginalnego, ponieważ jest on tańszy. Lek generyczny zamiast oryginalnego na prośbę pacjenta przepisuje 60 respondentów (50,4 procent). Jedynie niewielka liczba badanych uważa, że leki generyczne są skuteczniejsze, bądź bezpieczniejsze od leków oryginalnych (odpowiednio pięciu i sześciu badanych).

Siedem spośród badanych osób wskazało, iż decydują się oni na lek generyczny zamiast oryginalnego z innych powodów. Pięć spośród nich zadeklarowało, iż leki generyczne są bardziej dostępne i dlatego przepisują je zamiast leków oryginalnych. Pozostałe dwie osoby zaznaczyły, iż nie widzą różnic w terapii i dlatego przepisują leki generyczne zamiast oryginalnych.

Wskazane przesłanki wyboru leków generycznych zamiast leków oryginalnych ze względu na płeć badanych lekarzy przedstawia Rycina 96.

Rycina 96. Przesłanki wyboru leku generycznego zamiast leku oryginalnego ze względu na płeć lekarza

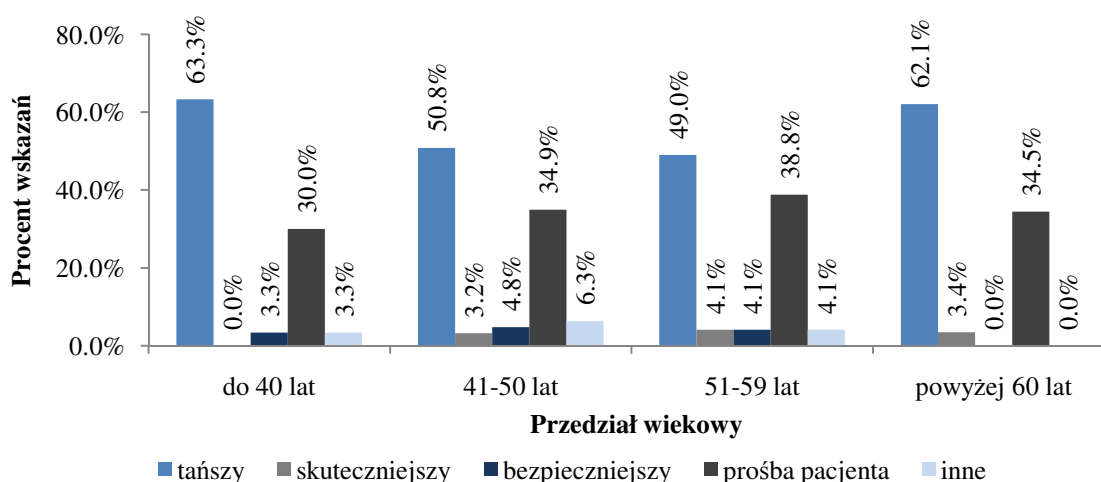


Źródło: Opracowanie własne

Z powyższych danych wynika, iż odpowiedzi, jakich udzielali lekarze-mężczyźni w nieznacznym tylko stopniu różnią się od odpowiedzi udzielanych przez kobiety. Istotność statystyczną różnic pomiędzy płciami dla badanej zmiennej zbadano za pomocą testu Manna-Whitney'a. Hipotezą zerową było stwierdzenie o braku takich różnic. Ponieważ $p = 0,4737$, nie ma podstaw do odrzucenia hipotezy zerowej.

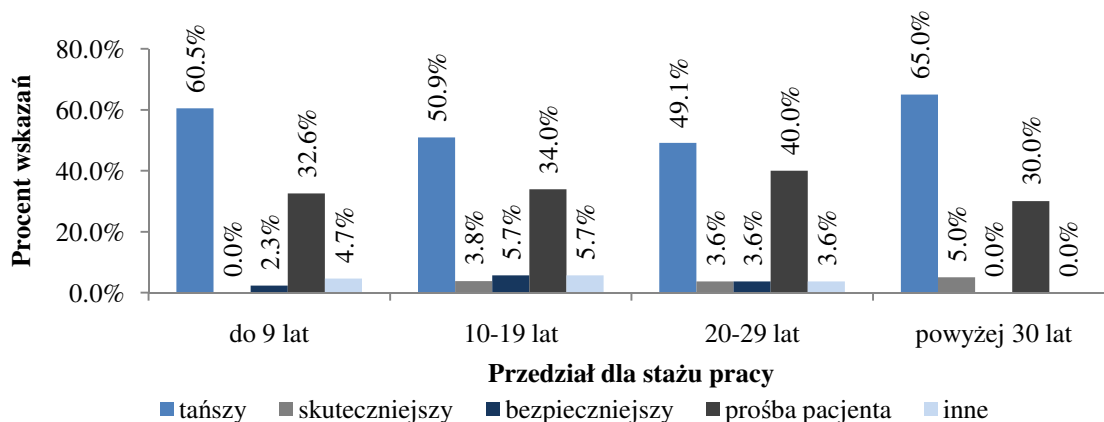
W następnym etapie poddano analizie przesłanki dla wyboru leków generycznych zamiast leków oryginalnych w zależności od wieku lekarza oraz długości stażu pracy lekarza (Ryciny 97 i 98).

Rycina 97. Przesłanki wyboru leku generycznego zamiast leku oryginalnego ze względu na wiek lekarza



Źródło: Opracowanie własne

Rycina 98. Przestanki wyboru leku generycznego zamiast leku oryginalnego ze względu na długość stażu pracy lekarza

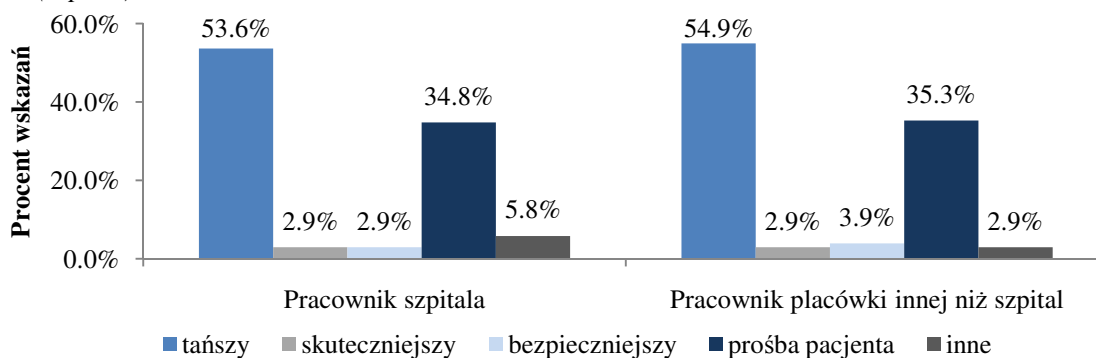


Źródło: Opracowanie własne

Badanie istotności statystycznej różnic pomiędzy przedziałami wiekowymi dla badanej zmiennej przeprowadzono za pomocą testu Kruskala-Wallisa. Hipotezą zerową było stwierdzenie, iż brak jest takich różnic. Ponieważ $p = 0,4713$, nie ma podstaw do odrzucenia hipotezy zerowej. Podobne badanie wykonano dla przedziałów dla stażu pracy. Również tutaj nie ma podstaw, aby sądzić, iż przesłanki dla wyboru leków generycznych zamiast oryginalnych różnią się w zależności od długości stażu pracy lekarza ($p = 0,4688$).

Następnym etapem było zbadanie, w jaki sposób przesłanki dla wyboru leków generycznych zależą od miejsca pracy lekarza. Wyniki przedstawiają Ryciny 99 i 100.

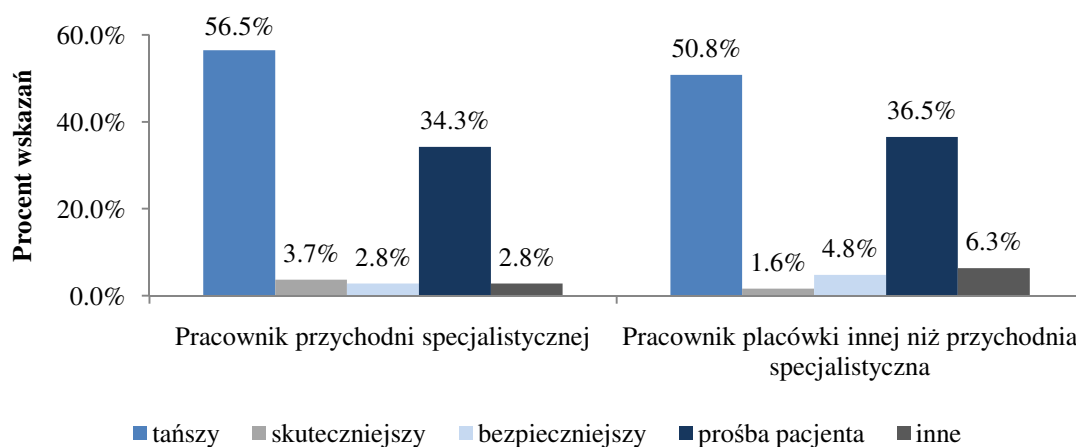
Rycina 99. Przestanki wyboru leku generycznego zamiast leku oryginalnego ze względu na miejsce pracy lekarza (szpital)



Źródło: Opracowanie własne

Istotność statystyczną zależności badanych zmiennych zweryfikowano za pomocą testu Manna-Whitney'a. Za hipotezę zerową przyjęto stwierdzenie, iż przesłanki wyboru leku generycznego zamiast oryginalnego nie różnią się w zależności od tego, czy lekarz pracuje w szpitalu, czy w innej niż szpital placówce. Ponieważ $p = 0,7237$, nie ma podstaw, aby odrzucić hipotezę zerową. Należy więc uznać, iż fakt, że lekarz pracuje w szpitalu nie wpływa na rodzaj przesłanek, jakie nim kierują przy przepisywaniu leków generycznych.

Rycina 100. Przesłanki wyboru leku generycznego zamiast leku oryginalnego ze względu na miejsce pracy lekarza (przychodnia specjalistyczna)

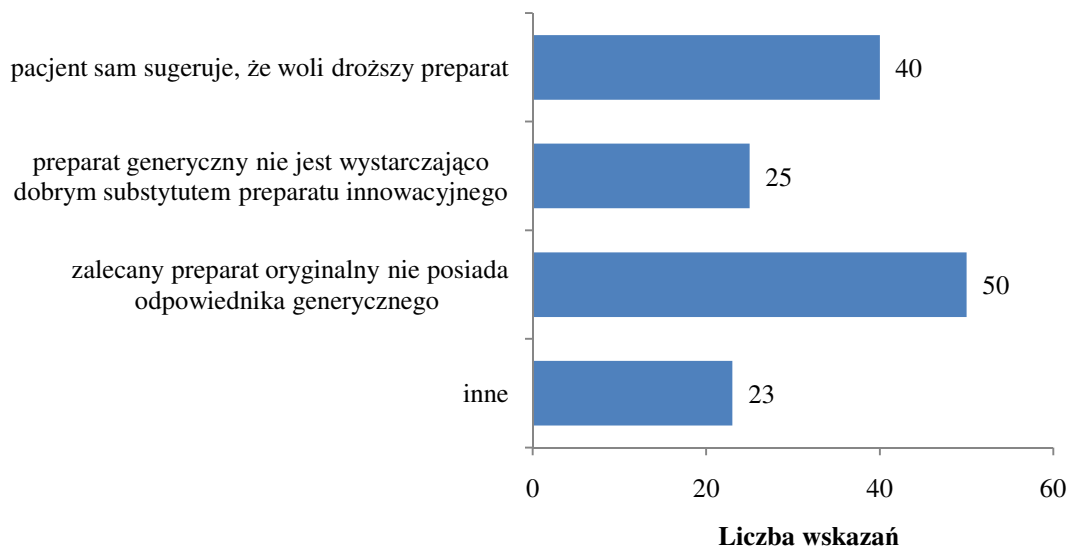


Źródło: Opracowanie własne

Istotność statystyczną zależności badanych zmiennych zweryfikowano za pomocą testu Manna-Whitney'a. Za hipotezę zerową przyjęto stwierdzenie, iż przesłanki wyboru leku generycznego zamiast oryginalnego nie różnią się w zależności od tego, czy lekarz pracuje w przychodni specjalistycznej, czy placówce w innej niż taka przychodnia. Ponieważ $p = 0,2380$, brak jest podstaw, aby odrzucić hipotezę zerową. Podobnie jak w przypadku lekarzy pracujących w szpitalu, przesłanki wyboru leków generycznych nie różnią się w zależności od tego, czy lekarz pracuje w przychodni specjalistycznej, czy w innej placówce.

W kolejnym etapie badania lekarzy zapytano również, o sytuacje, w jakich powodów odradzają pacjentom zażywanie leków generycznych. Wyniki zostały przedstawione na Rycinie 101.

Rycina 101. Przestanki wyboru leku oryginalnego zamiast leku generycznego

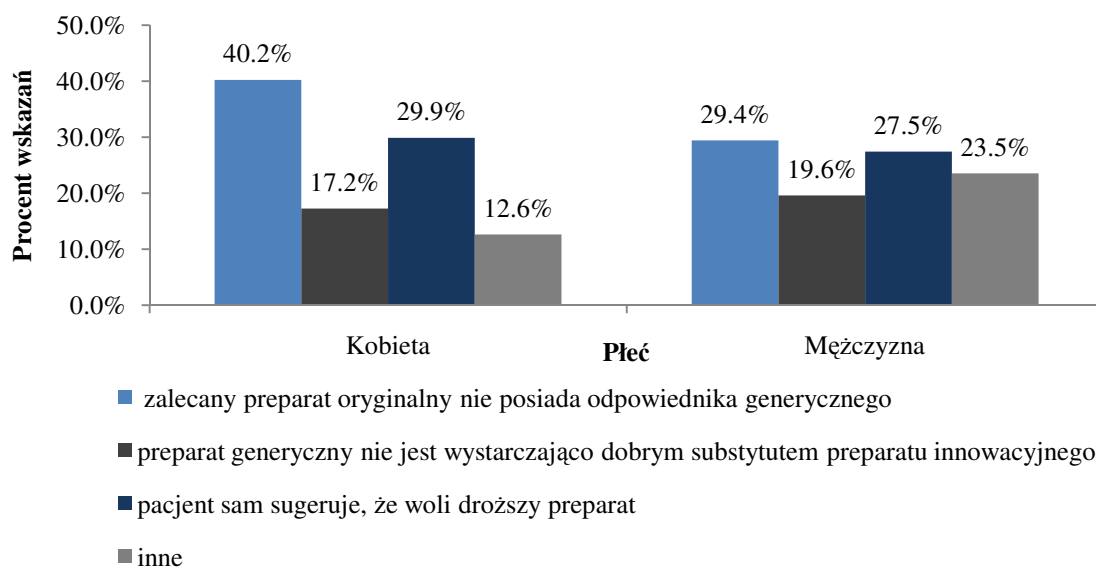


Uwaga: Liczby nie sumują się do 119, ponieważ można było wskazać więcej niż jedną odpowiedź.

Źródło: Opracowanie własne

Spośród możliwych odpowiedzi, lekarze najczęściej wskazywali, iż przepisują lek oryginalny, ponieważ nie posiada on odpowiednika generycznego. Odpowiedzi takiej udzieliło 42,0 procent badanych. Spośród badanych lekarzy 33,6 procent wskazało, iż przepisuje leki oryginalne, ponieważ to pacjent sam sugeruje, iż woli droższy, a zatem oryginalny preparat. Znamienne, 21,0 procent badanych odpowiedziało, iż odradza pacjentom stosowanie leków generycznych, ponieważ uważa je za niewystarczająco dobre odpowiedniki leków oryginalnych. Spośród osób, które wskazały odpowiedź 'inne', 22 osoby odpowiedziały, iż w ogóle nie odradza pacjentom stosowania leków generycznych, a jedna osoba odpowiedziała, iż taka sytuacja ma miejsce w przypadku, gdy cena leku oryginalnego nie różni się od ceny leku generycznego. Wskazane przesłanki wyboru leków oryginalnych zamiast leków generycznych ze względu na płeć badanych lekarzy przedstawia Rycina 102.

Rycina 102. Przesłanki wyboru leku oryginalnego zamiast leku generycznego ze względu na płeć lekarza



Źródło: Opracowanie własne

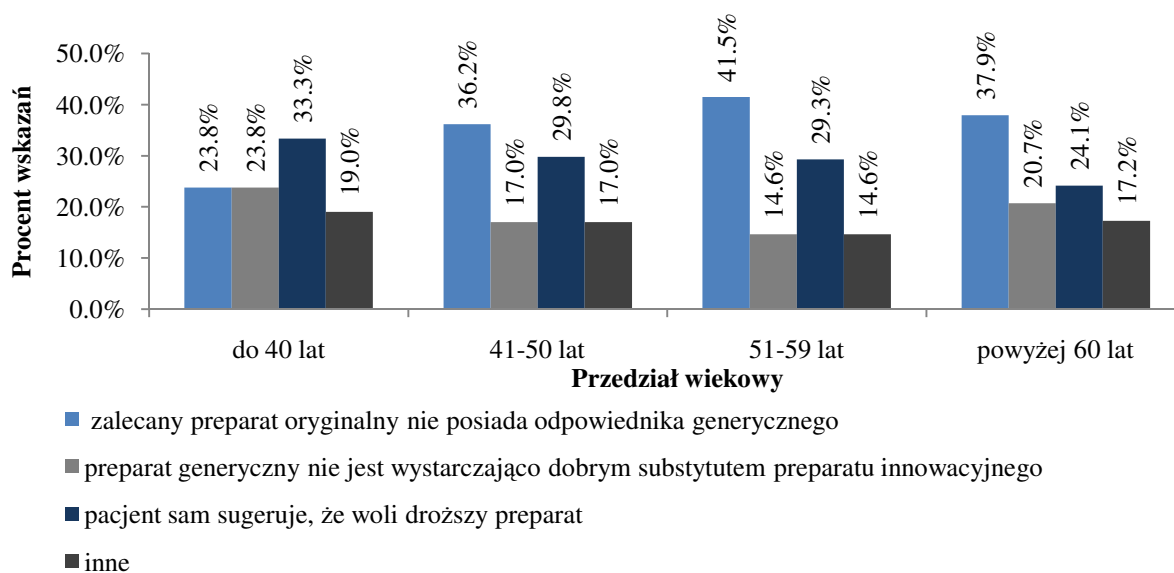
Z powyższych danych wynika, iż kobiety częściej niż mężczyźni wskazali odpowiedź, iż przepisują leki oryginalne zamiast generycznych w sytuacji, gdy lek oryginalny nie posiada odpowiednika generycznego.

Za pomocą testu Manna-Whitney'a sprawdzono, czy istnieje statystycznie istotna różnica między odpowiedziami w zależności od płci lekarza. Za hipotezę zerową przyjęto stwierdzenie, iż pomiędzy badanymi zmiennymi nie występuje zależność istotna statystycznie. Ponieważ $p=0,6825$, nie ma podstaw do odrzucenia hipotezy zerowej.

W kolejnym etapie badania podjęto próbę określenia, czy przesłanki dla wyboru leków oryginalnych zamiast leków generycznych różnią się w zależności od wieku lekarza oraz długości stażu pracy lekarza.

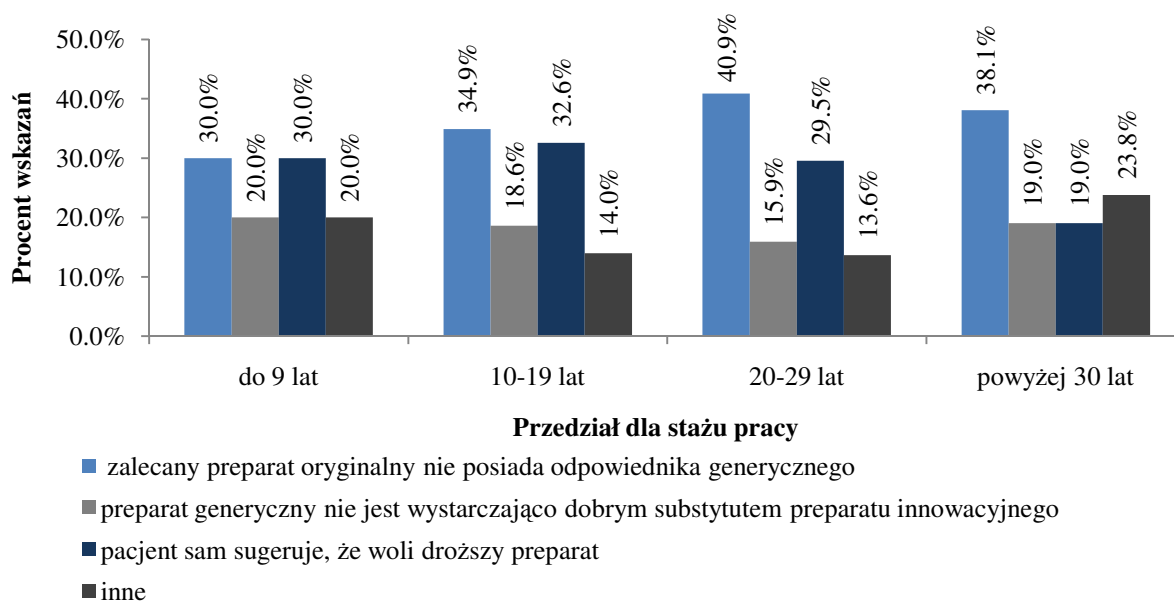
Ryciny 103 i 104 przedstawiają wskazywane odpowiedzi w zależności od obu zmiennych.

Rycina 103. Przestanki wyboru leku oryginalnego zamiast leku generycznego ze względu na wiek lekarza



Źródło: Opracowanie własne

Rycina 104. Przestanki wyboru leku oryginalnego zamiast leku generycznego ze względu na długość stażu pracy lekarza



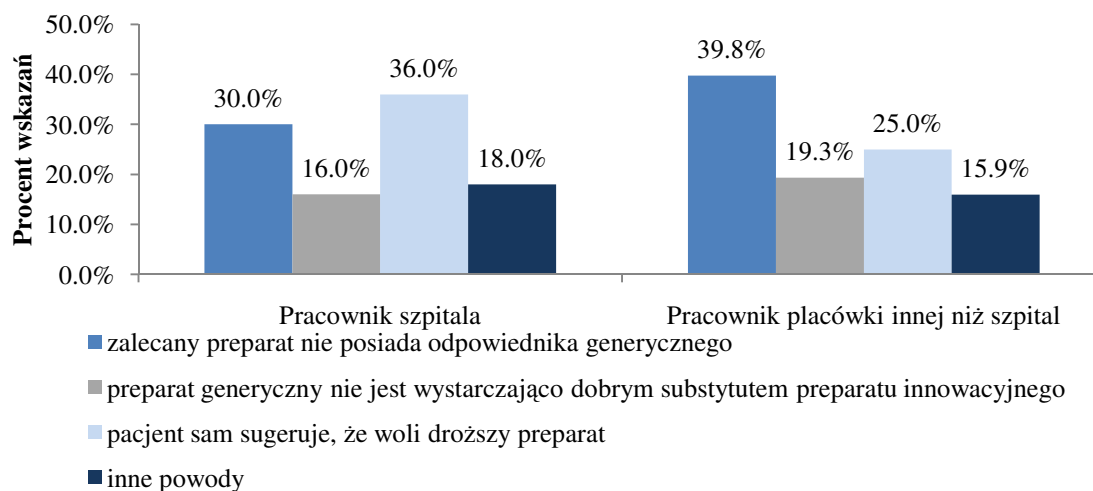
Źródło: Opracowanie własne

Badanie istotności statystycznej różnic pomiędzy przedziałami wiekowymi dla badanej zmiennej przeprowadzono za pomocą testu Kruskala-Wallisa. Za hipotezę zerową

przyjęto stwierdzenie o braku takowych różnic. Ponieważ $p=0,9605$, brak jest podstaw do odrzucenia hipotezy zerowej. Podobny test wykonano, aby zweryfikować istotność statystyczną różnic pomiędzy przedziałami dla stażu pracy lekarza. Podobnie, jak w przypadku przedziałów wiekowych, nie ma podstaw, by odrzucić hipotezę zerową mówiącą o braku różnic ($p=0,9358$).

W kolejnym etapie przeanalizowano zależność pomiędzy miejscem pracy lekarza a przesłankami dla wyboru leków oryginalnych. Wyniki przedstawiają Ryciny 105 i 106.

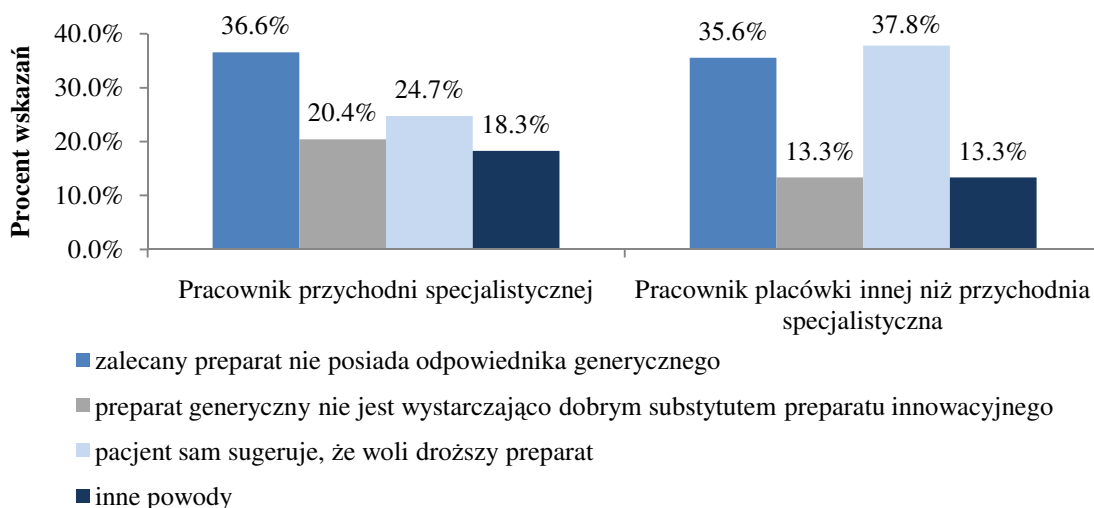
Rycina 105. Przesłanki wyboru leku oryginalnego zamiast leku generycznego ze względu na miejsce pracy lekarza (szpital)



Źródło: Opracowanie własne

Istotność statystyczną różnic pomiędzy miejscem pracy lekarza (szpital lub inna niż szpital placówka) dla badanych przesłanek zweryfikowano za pomocą testu Manna-Whitney'a. Za hipotezę zerową przyjęto stwierdzenie, iż przesłanki wyboru leku oryginalnego zamiast generycznego nie różnią się w zależności od tego, czy lekarz pracuje w szpitalu, czy w innej niż szpital placówce. Ponieważ $p=0,7318$, brak jest podstaw, aby odrzucić hipotezę zerową. Należy więc uznać, iż przesłanki wyboru leku oryginalnego zamiast leku generycznego nie różnią się w zależności od tego, czy lekarz pracuje w szpitalu czy placówce innej niż szpital.

Rycina 106. Przesłanki wyboru leku oryginalnego zamiast leku generycznego ze względu na miejsce pracy lekarza (przychodnia specjalistyczna)



Źródło: Opracowanie własne

Istotność statystyczną różnic pomiędzy miejscem pracy lekarza (przychodnia specjalistyczna lub inna niż przychodnia specjalistyczna placówka) dla badanej zmiennej zweryfikowano za pomocą testu Manna-Whitney'a. Za hipotezę zerową przyjęto stwierdzenie, iż przesłanki wyboru leku oryginalnego zamiast generycznego nie różnią się w zależności od tego, czy lekarz pracuje w przychodni specjalistycznej, czy placówce w innej niż taka przychodnia. Ponieważ $p = 0,7278$, brak jest podstaw, aby odrzucić hipotezę zerową.

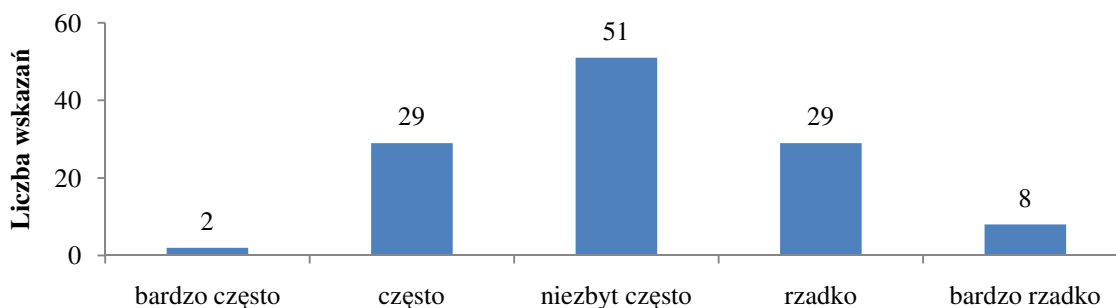
Lekarzy zapytano również, o to, jak często zdarza się im zamieniać przepisane już leki oryginalne na leki generyczne.

W tym celu określono następujące przedziały częstości:

- bardzo często – 80-100 procent przypadków;
- często – 60-79 procent przypadków;
- niezbyt często – 40-59 procent przypadków;
- rzadko – 20-39 procent przypadków;
- bardzo rzadko – 1-19 procent przypadków;
- nigdy – 0 procent przypadków.

Odpowiedzi przedstawia Rycina 107.

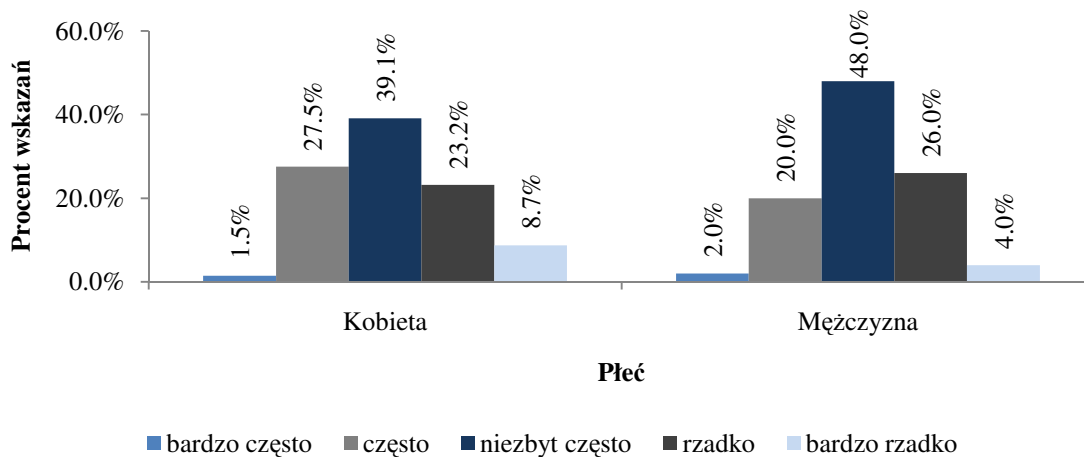
Rycina 107. Częstość zamiany preparatów oryginalnych na generyczne.



Źródło: Opracowanie własne

Z powyższych danych wynika, że 82 osoby, czyli 68,9 procent badanych zamienia przepisane leki oryginalne na leki generyczne częściej niż w 40 procentach przypadków. Następnie analizie poddano częstość zamiany przepisanych już leków oryginalnych na leki generyczne w zależności od płci lekarza. Wyniki przedstawia Rycina 108.

Rycina 108. Częstość zamiany preparatów oryginalnych na generyczne w zależności od płci lekarza



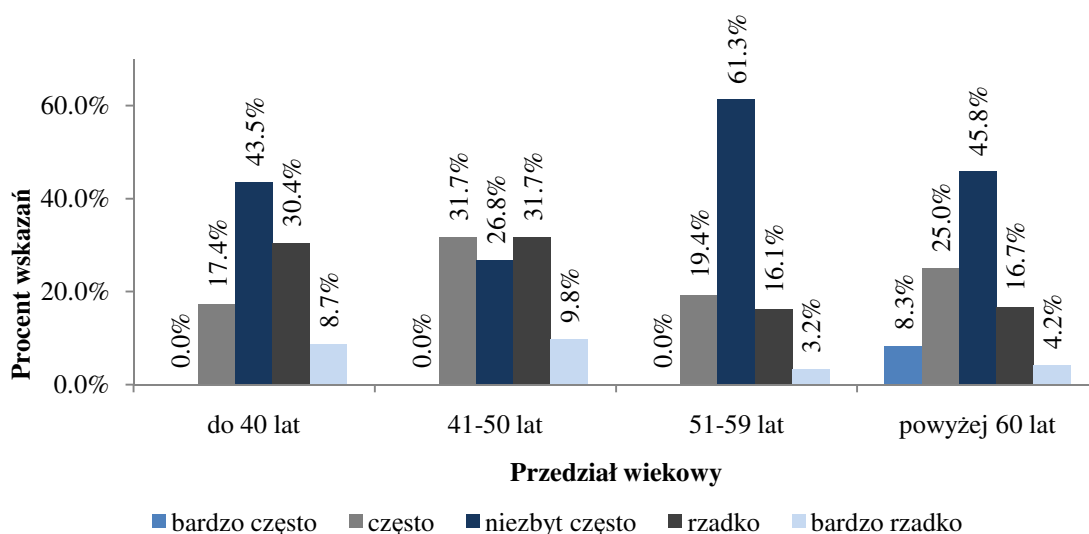
Źródło: Opracowanie własne

Testem Manna-Whitney'a zbadano istotność różnicy statystycznej w zależności od płci dla badanej zmiennej. Za hipotezę zerową przyjęto twierdzenie o braku takowych różnic. Nie wykazano statystycznie istotnej różnicy między odpowiedziami kobiet

a odpowiedziami mężczyzn ($p= 0,8263$), nie ma więc podstaw do odrzucenia hipotezy zerowej.

Odpowiedzi na powyższe pytanie w zależności od wieku respondenta przedstawia Rycina 109.

Rycina 109. Częstość zamiany preparatów oryginalnych na generyczne w zależności od wieku lekarza

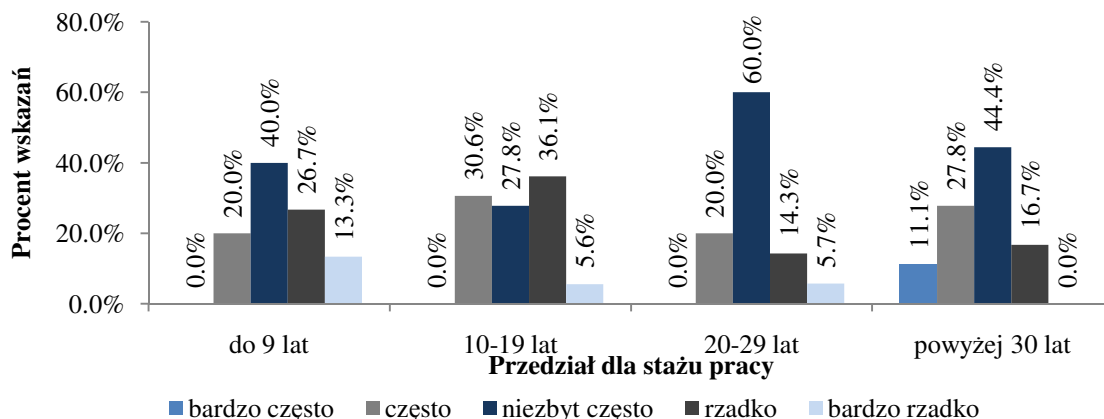


Źródło: Opracowanie własne

Za pomocą testu Kruskala-Wallisa zbadano, czy występują statystycznie istotne różnice pomiędzy przedziałami wiekowymi w odpowiedziach na pytanie o zamianę leków. Hipotezą zerową było twierdzenie, iż pomiędzy badanymi zmiennymi nie istnieje zależność istotna statystycznie. Test wykazał, iż nie ma podstaw do odrzucenia hipotezy zerowej ($p= 0,3548$). Znamiennie jednak, że jedynie w grupie lekarzy powyżej 60 roku życia występują osoby, które deklarują, że często lub bardzo często przepisane już leki oryginalne na leki generyczne.

Następnie, zbadano zależność pomiędzy długością stażu lekarza a częstością zamiany przepisanych już leków oryginalnych na generyczne. Wyniki przedstawia Rycina 110.

Rycina 110. Częstość zamiany preparatów oryginalnych na generyczne w zależności od długości stażu pracy lekarza



Źródło: Opracowanie własne

Za pomocą testu Kruskala-Wallisa zbadano istotność statystyczną różnic pomiędzy odpowiedziami respondentów w zależności od długości ich stażu zawodowego, przyjmując za hipotezę zerową twierdzenie o braku takich różnic. Ponieważ $p = 0,1683$, zauważyć można, że różnica pomiędzy częstością zamiany leków oryginalnych na generyczne a długością stażu lekarza nie jest istotna statystycznie, należy więc przyjąć hipotezę zerową. Uznać więc należy, że częstość zamiany przepisanych już leków oryginalnych na generyczne nie różni się w zależności od długości stażu pracy lekarza.

Za pomocą korelacji rang Spearmana zbadano korelację pomiędzy wiekiem oraz długością stażu pracy lekarza a częstością przepisanych już leków oryginalnych na generyczne (Tabela 32).

Tabela 32. Korelacje pomiędzy wiekiem i długością stażu pracy lekarza a częstością zamiany preparatów oryginalnych na generyczne

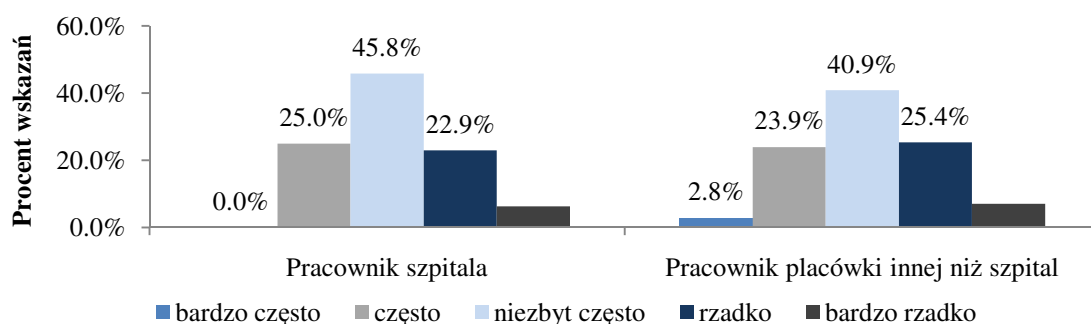
Częstość zamiany preparatów oryginalnych na generyczne	N	R	t(N-2)	p
Przedział wiekowy	119	-0,1649	-1,8082	0,0731
Przedział dla stażu pracy	119	-0,1957	-2,1586	0,0329

Źródło: Opracowanie własne

Istnieje słaba ujemna korelacja między częstością zmiany już przepisanych preparatów oryginalnych na leki generyczne a długością stażu pracy lekarza. Korelacja ma charakter ujemny.

Kolejnym etapem badania była weryfikacja zależności pomiędzy częstością zamiany przepisanych już wcześniej preparatów oryginalnych na preparaty generyczne a miejscem pracy lekarza. Wyniki przedstawiają Ryciny 111 i 112.

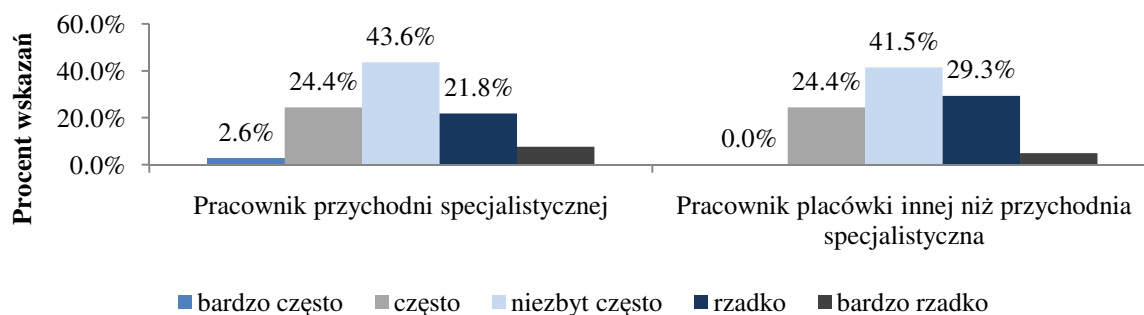
Rycina 111. Częstość zamiany preparatów oryginalnych na generyczne w zależności od miejsca pracy lekarza (szpital)



Źródło: Opracowanie własne

Za pomocą testu Manna-Whitney'a zbadano, czy różnica pomiędzy pracownikami szpitali i innych placówek jest istotna statystycznie dla badanej zmiennej. Za hipotezę zerową przyjęto stwierdzenie, iż częstość zamiany przepisanej wcześniej terapii preparatami oryginalnymi na terapię preparatami generycznymi nie różni się w zależności od tego, czy dany lekarz pracuje w szpitalu, czy innej placówce. Ponieważ $p = 0,9634$, nie ma podstaw do odrzucenia hipotezy zerowej.

Rycina 112. Częstość zamiany preparatów oryginalnych na generyczne w zależności od miejsca pracy lekarza (przychodnia specjalistyczna)



Źródło: Opracowanie własne

Weryfikacja istotności statystycznej różnic pomiędzy miejscem pracy lekarza (przychodnia specjalistyczna a inna placówka) dla badanej zmiennej została dokonana za pomocą testu Manna-Whitney'a. Za hipotezę zerową przyjęto stwierdzenie, iż częstość zamiany przepisanej wcześniej terapii preparatami oryginalnymi na terapię preparatami generycznymi nie różni się w zależności od tego, czy dany lekarz pracuje w przychodni specjalistycznej, czy w innej placówce. Ponieważ $p = 0,6823$, nie ma podstaw do odrzucenia hipotezy zerowej.

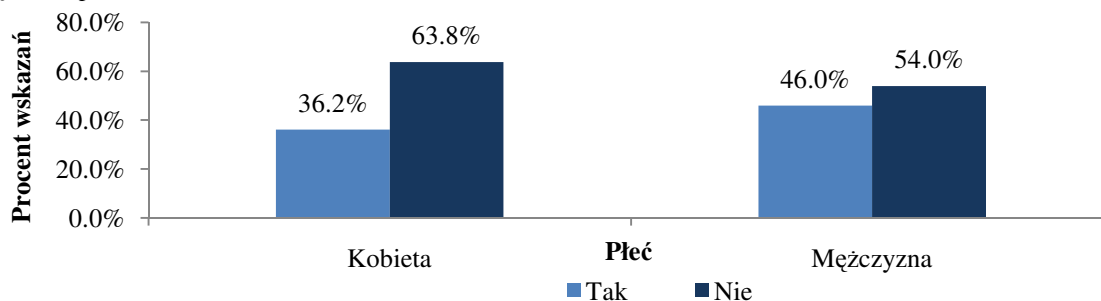
4.2.4. Stosunek do systemu refundacji leków

Kolejnym pytaniem, jakie postawiono lekarzom, było pytanie, czy lista leków refundowanych odzwierciedla rzeczywiste potrzeby pacjentów.

Spośród 119 badanych osób, 71 odpowiedziało na to pytanie negatywnie, natomiast 48 osób stwierdziło, iż lista leków refundowanych odpowiada potrzebom pacjenta.

Rycina 113 przedstawia, ze względu na płeć lekarza, rozkład odpowiedzi na to pytanie.

Rycina 113. Opinia o adekwatności listy leków refundowanych do potrzeb pacjenta w opinii lekarzy ze względu na płeć lekarza

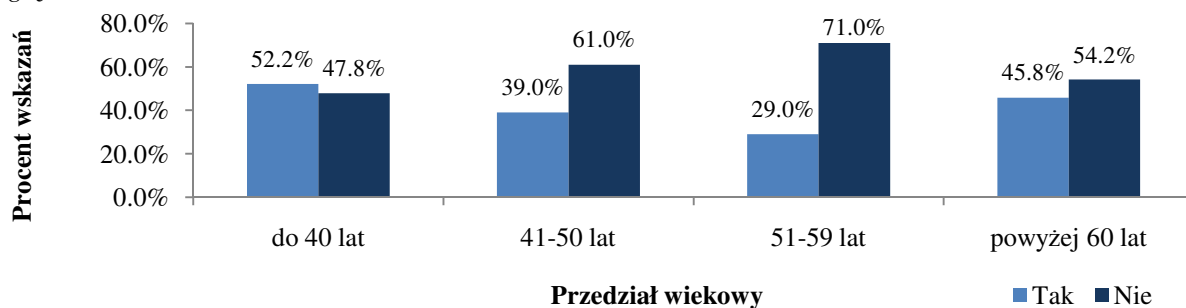


Źródło: Opracowanie własne

Z powyższych danych wynika, iż kobiety częściej niż mężczyźni uważają, iż lista leków refundowanych nie odzwierciedla potrzeb pacjenta. Za pomocą testu Chi-kwadrat zbadano, czy istnieje statystycznie istotna zależność pomiędzy płcią lekarza a jego opinią o adekwatności listy leków refundowanych do potrzeb pacjenta. Za hipotezę zerową przyjęto stwierdzenie, iż zależność pomiędzy badanymi zmiennymi nie jest istotna statystycznie. Ponieważ $p = 0,2836$, nie ma podstaw do odrzucenia hipotezy zerowej.

Następnie zbadano zależność pomiędzy opinią o adekwatności listy leków refundowanych do potrzeb pacjenta a wiekiem lekarza (Rycina 114).

Rycina 114. Opinia o adekwatności listy leków refundowanych do potrzeb pacjenta w opinii lekarzy ze względu na wiek lekarza



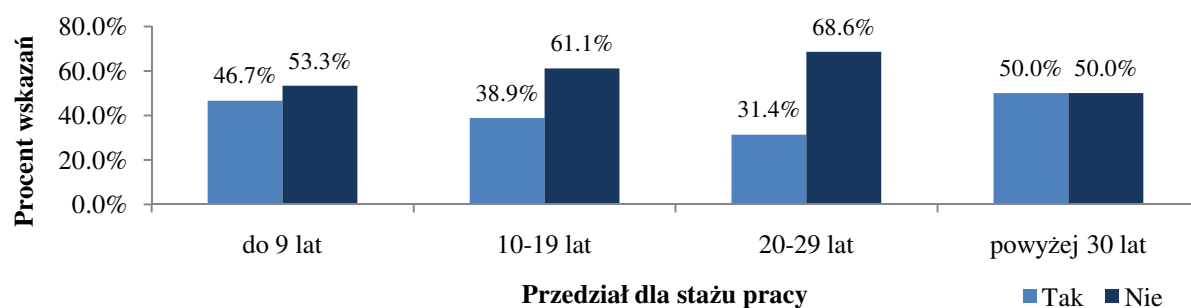
Źródło: Opracowanie własne

Z zebranych danych wynika, iż najbardziej negatywną opinię o adekwatności listy leków refundowanych do potrzeb pacjenta mają lekarze w wieku od 51 do 59 lat – 71 procent respondentów z tej grupy zadeklarowało, iż lista leków refundowanych nie odzwierciedla potrzeb pacjenta. Dla porównania, odpowiedzi takiej udzieliło jedynie 47,8 procent lekarzy w wieku 40 lat lub mniej.

Istotność zależności statystycznej pomiędzy badanymi zmiennymi zbadano za pomocą testu Chi-kwadrat, przyjmując za hipotezę zerową twierdzenie o braku takiej zależności. Ponieważ $p=0,3454$, uznaje się, iż nie ma podstaw do odrzucenia hipotezy zerowej.

W kolejnym etapie zbadano zależność pomiędzy długością stażu pracy lekarza a opinią o adekwatności listy leków refundowanych do potrzeb pacjenta (Rycina 115).

Rycina 115. Opinia o adekwatności listy leków refundowanych do potrzeb pacjenta w opinii lekarzy ze względu na długość stażu pracy lekarza

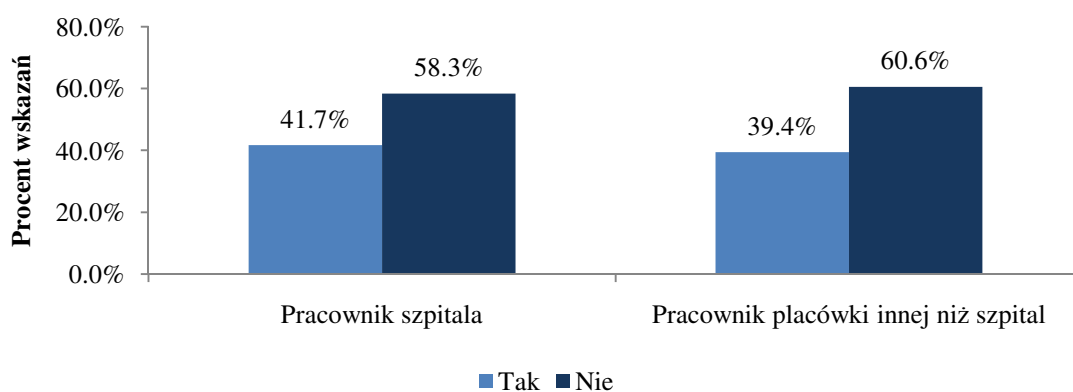


Źródło: Opracowanie własne

Z powyższych danych wynika, iż 66,7 procent lekarzy o stażu pracy 30 lat i więcej uważa, iż lista leków refundowanych dobrze odzwierciedla potrzeby pacjenta. Dla porównania takiej odpowiedzi udzieliło jedynie 47,2 procent lekarzy o stażu pracy 10-19 lat. Za pomocą testu Chi-kwadrat, badano zależność pomiędzy długością stażu pracy lekarza a jego opinią o adekwatności listy leków refundowanych do potrzeb pacjenta. Za hipotezę zerową przyjęto stwierdzenie o braku takowej zależności. Ponieważ $p=0,4967$, uznaje się, iż zależność ta nie jest istotna statystycznie i nie ma podstaw do odrzucenia hipotezy zerowej.

Zbadano również zależność pomiędzy miejscem pracy lekarza a opinią o adekwatności listy leków refundowanych do potrzeb pacjenta. Wyniki przedstawiają Ryciny 116 i 117.

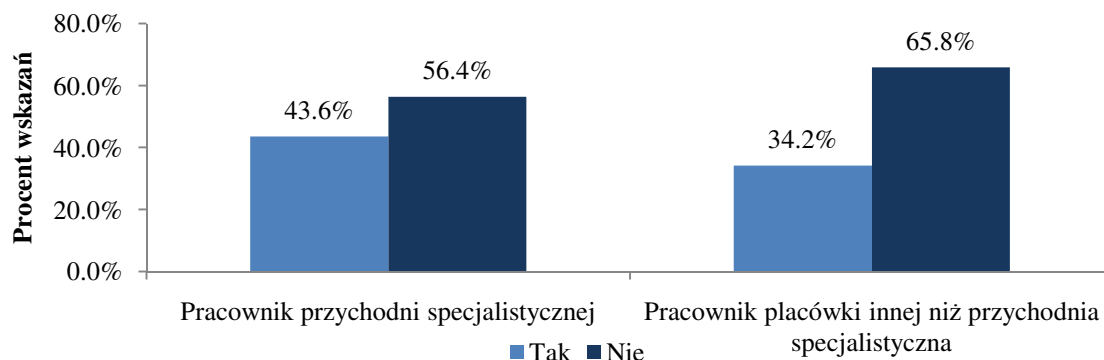
Rycina 116. Opinia o adekwatności listy leków refundowanych do potrzeb pacjenta w opinii lekarzy ze względu na miejsce pracy lekarza (szpital)



Źródło: Opracowanie własne

Istotność statystyczna zależności pomiędzy danymi została zweryfikowana za pomocą testu Chi-kwadrat. Za hipotezę zerową przyjęto twierdzenie o braku takiej zależności. Ponieważ $p=0,8078$, brak jest podstaw do odrzucenia hipotezy zerowej.

Rycina 117. Opinia o adekwatności listy leków refundowanych do potrzeb pacjenta w opinii lekarzy ze względu na miejsce pracy lekarza (przychodnia specjalistyczna)



Źródło: Opracowanie własne

Istotność statystyczna zależności pomiędzy opinią o adekwatności listy leków refundowanych do potrzeb pacjenta a faktem, iż dany lekarz pracuje w przychodni specjalistycznej została zweryfikowana za pomocą testu Chi-kwadrat. Za hipotezę zerową przyjęto twierdzenie o braku takiej zależności. Ponieważ $p = 0,3183$, brak jest podstaw do odrzucenia hipotezy zerowej.

Kolejnym pytaniem zadany lekarzom było pytanie, czy sposób kompozycji listy refundacyjnej gwarantuje pacjentom wystarczający dostęp do preparatów wysokiej jakości.

Spośród 119 badanych osób, 62 odpowiedziały na to pytanie negatywnie, natomiast 57 osób stwierdziło, iż lista leków refundowanych gwarantuje pacjentom wystarczający dostęp do preparatów wysokiej jakości.

Znamiennie, spośród osób, które stwierdziły, iż lista leków refundowanych odzwierciedla potrzeby pacjenta, 16 osób uznało, że nie gwarantuje ona pacjentom wystarczającego dostępu do preparatów wysokiej jakości. Spośród badanych respondentów, 30 osób uznało natomiast, że mimo, iż lista leków refundowanych nie odpowiada potrzebom pacjenta, gwarantuje ona wystarczający dostęp do preparatów wysokiej jakości. Dane te przedstawia Tabela 33.

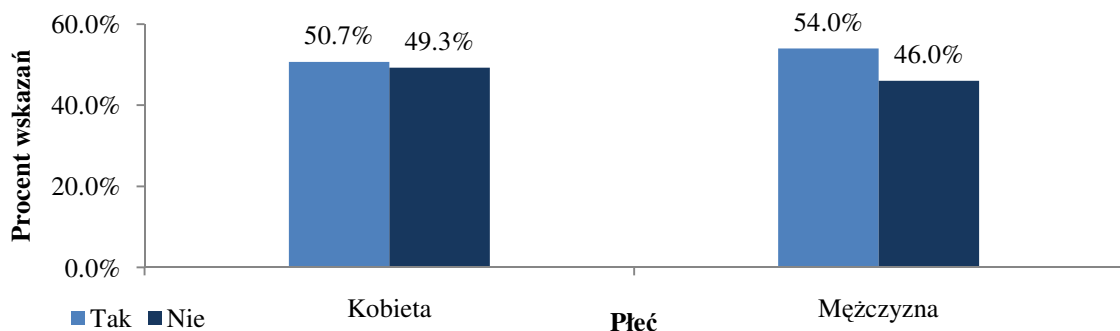
Tabela 33. *Opinia o adekwatności listy leków refundowanych do potrzeb pacjenta a opinia o gwarancji wystarczającego dostępu do preparatów wysokiej jakości w opinii lekarzy*

Lista leków refundowanych odpowiada potrzebom pacjenta	Lista leków refundowanych gwarantuje dostęp do preparatów wysokiej jakości	
	tak	nie
tak	32	16
nie	30	41

Źródło: Opracowanie własne

Rycina 118 przedstawia, ze względu na płeć lekarza, rozkład odpowiedzi na to pytanie.

Rycina 118. *Opinia o wystarczającej dostępności preparatów wysokiej jakości w ramach listy leków refundowanych w opinii lekarzy ze względu na płeć lekarza*

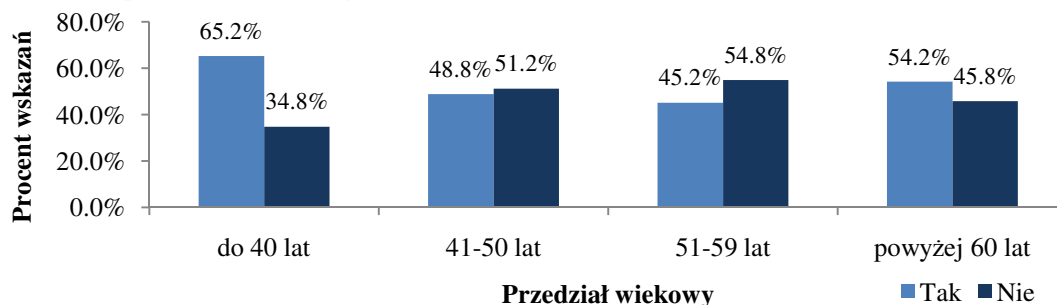


Źródło: Opracowanie własne

Z powyższych danych wynika, iż kobiety i mężczyźni mają podobne zdanie na temat tego, czy lista leków refundowanych gwarantuje wystarczający dostęp do preparatów wysokiej jakości. Za pomocą testu Chi-kwadrat zbadano, czy istnieje statystycznie istotna zależność pomiędzy płcią lekarza a jego opinią o tym, czy lista leków refundowanych gwarantuje pacjentom wystarczający dostęp do preparatów wysokiej jakości. Za hipotezę zerową przyjęto stwierdzenie, iż ta zależność nie jest istotna statystycznie. Ponieważ $p=0,7240$, nie ma podstaw do odrzucenia hipotezy zerowej.

Następnie zbadano zależność pomiędzy opinią o tym, czy sposób kompozycji listy refundacyjnej gwarantuje pacjentom wystarczający dostęp do preparatów wysokiej jakości a wiekiem lekarza (Rycina 119).

Rycina 119. Opinia o wystarczającej dostępności preparatów wysokiej jakości w ramach listy leków refundowanych w opinii lekarzy ze względu na wiek lekarza



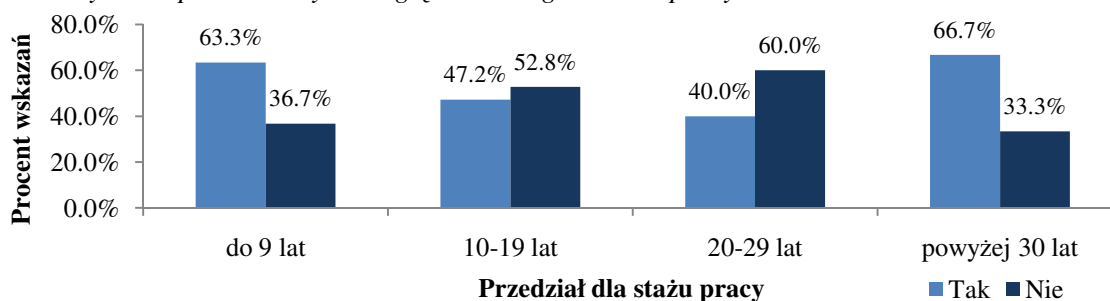
Źródło: Opracowanie własne

Z zebranych danych wynika, iż najbardziej negatywną opinię o dostępności preparatów wysokiej jakości w ramach listy leków refundowanych mają lekarze w wieku od 51 do 59 lat – 93,6 procent respondentów z tej grupy zadeklarowało, iż lista leków refundowanych nie gwarantuje pacjentom wystarczającego dostępu do preparatów wysokiej jakości. Dla porównania, odpowiedzi takiej udzieliło 56,6 procent lekarzy w wieku 40 lat lub mniej.

Za pomocą testu Chi-kwadrat, badano istotność statystyczną zależności pomiędzy wiekiem lekarza a jego opinią o wystarczającej dostępności preparatów wysokiej jakości w ramach listy leków refundowanych. Hipotezą zerową było stwierdzenie, iż zależność ta nie jest istotna statystycznie. Ponieważ $p = 0,4925$, uznaje się, iż nie ma podstaw do odrzucenia hipotezy zerowej.

W kolejnym etapie zbadano zależność pomiędzy długością stażu pracy lekarza a opinią o tym, czy lista leków refundowanych gwarantuje pacjentom wystarczający dostęp do preparatów wysokiej jakości (Rycina 120).

Rycina 120. Opinia o wystarczającej dostępności preparatów wysokiej jakości w ramach listy leków refundowanych w opinii lekarzy ze względu na długość stażu pracy lekarza



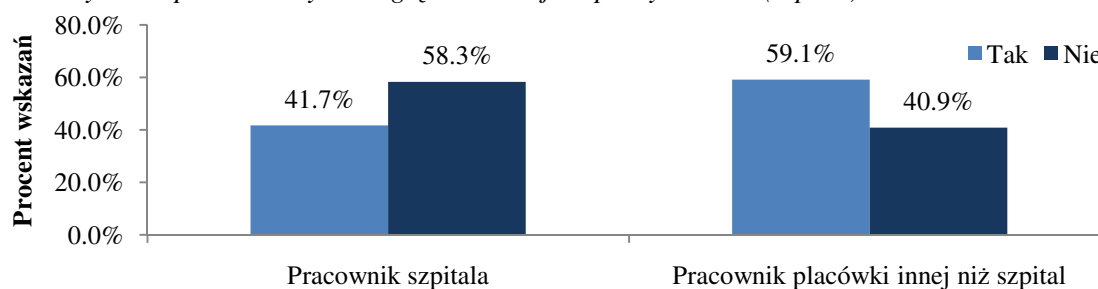
Źródło: Opracowanie własne

Z powyższych danych wynika, iż większość lekarzy o stażu pracy poniżej 9 lat i powyżej 30 lat uznaje, że lista leków refundowanych gwarantuje pacjentom wystarczający dostęp do preparatów wysokiej jakości. Odwrotna sytuacja ma miejsce wśród lekarzy o stażu pracy pomiędzy 10 a 29 lat – większość lekarzy o takim stażu pracy uznaje, że lista leków refundowanych nie gwarantuje pacjentom wystarczającego dostępu do preparatów wysokiej jakości.

Za pomocą testu Chi-kwadrat, badano istotność statystyczną zależności pomiędzy długością stażu pracy lekarza a jego opinią o dostępności preparatów wysokiej jakości w ramach listy leków refundowanych. Za hipotezę zerową przyjęto stwierdzenie o braku takiej zależności. Ponieważ $p = 0,1420$, uznaje się, iż brak jest podstaw do odrzucenia hipotezy zerowej.

Zbadano również zależność pomiędzy miejscem pracy lekarza a opinią o tym, czy lista leków refundowanych gwarantuje pacjentom wystarczający dostęp do preparatów wysokiej jakości. Wyniki przedstawiają Ryciny 121 i 122.

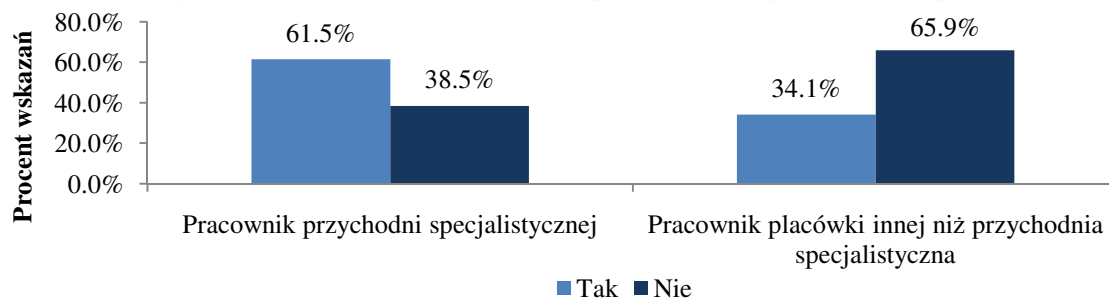
Rycina 121. Opinia o wystarczającej dostępności preparatów wysokiej jakości w ramach listy leków refundowanych w opinii lekarzy ze względu na miejsce pracy lekarza (szpital)



Źródło: Opracowanie własne

Istotność statystyczna zależności pomiędzy danymi została zweryfikowana za pomocą testu Chi-kwadrat. Za hipotezę zerową przyjęto twierdzenie o braku takiej zależności. Ponieważ $p = 0,0610$, brak jest podstaw do odrzucenia hipotezy zerowej.

Rycina 122. Opinia o wystarczającej dostępności preparatów wysokiej jakości w ramach listy leków refundowanych w opinii lekarzy ze względu na miejsce pracy lekarza (przychodnia specjalistyczna)

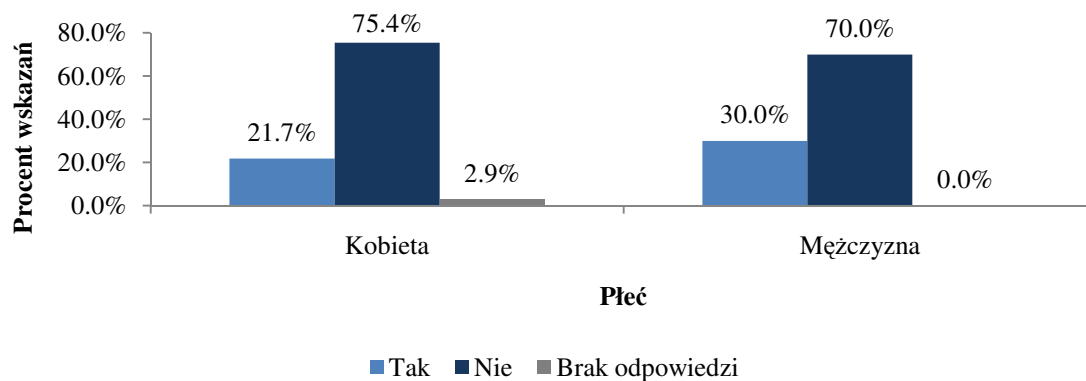


Źródło: Opracowanie własne

Istotność statystyczna zależności pomiędzy danymi została zweryfikowana za pomocą testu Chi-kwadrat. Za hipotezę zerową przyjęto twierdzenie o braku takiej zależności. Ponieważ $p = 0,0044$, istnieją podstawy, aby odrzucić hipotezę zerową. Należy więc stwierdzić, iż pracownicy przychodni specjalistycznych stosunkowo częściej niż lekarze zatrudnieni w innych placówkach uważają, iż lista leków refundowanych gwarantuje pacjentom wystarczający dostęp do preparatów wysokiej jakości.

W kolejnym etapie lekarzom zadano pytanie o to, czy system refundacji w Polsce gwarantuje pacjentom wystarczający dostęp do leków innowacyjnych. Na takie pytanie 87 osób odpowiedziało, że nie, 30, że tak, a dwie osoby w ogóle nie udzieliły odpowiedzi. Rycina 123 przedstawia, ze względu na płeć lekarza, rozkład odpowiedzi na to pytanie.

Rycina 123. Opinia o wystarczającej dostępności preparatów innowacyjnych w ramach listy leków refundowanych w opinii lekarzy ze względu na płeć lekarza

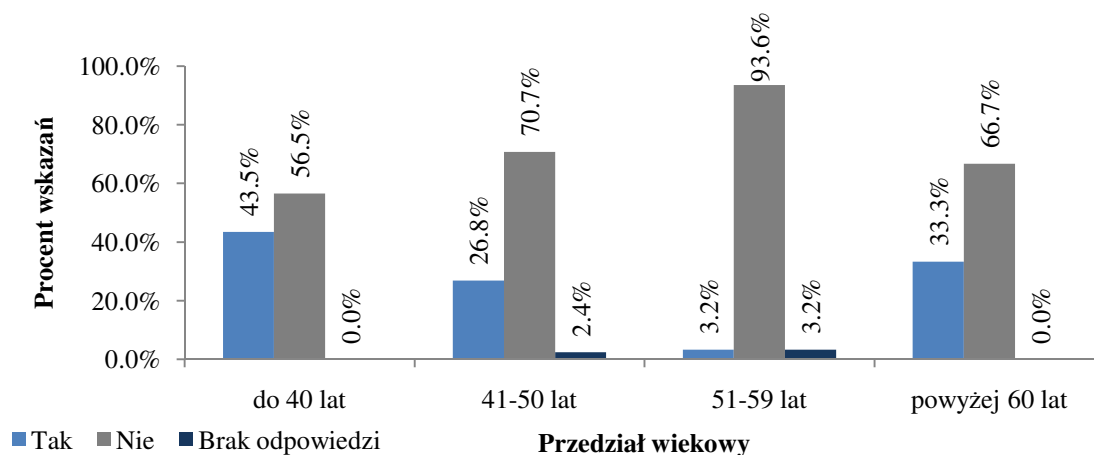


Źródło: Opracowanie własne

Z powyższych danych wynika, iż kobiety i mężczyźni mają podobne zdanie na temat tego, czy lista leków refundowanych gwarantuje wystarczający dostęp do preparatów innowacyjnych. Za pomocą testu Chi-kwadrat zbadano, czy istnieje statystycznie istotna zależność pomiędzy płcią lekarza a jego opinią o tym, czy lista leków refundowanych gwarantuje pacjentom wystarczający dostęp do preparatów innowacyjnych. Za hipotezę zerową przyjęto twierdzenie, iż zależność ta nie jest istotna statystycznie. Ponieważ $p=0,3091$, należy przyjąć hipotezę zerową.

Następnie zbadano zależność pomiędzy opinią o tym, czy sposób kompozycji listy refundacyjnej gwarantuje pacjentom wystarczający dostęp do preparatów innowacyjnych a wiekiem lekarza.

Rycina 124. Opinia o wystarczającej dostępności preparatów innowacyjnych w ramach listy leków refundowanych w opinii lekarzy ze względu na wiek lekarza



Źródło: Opracowanie własne

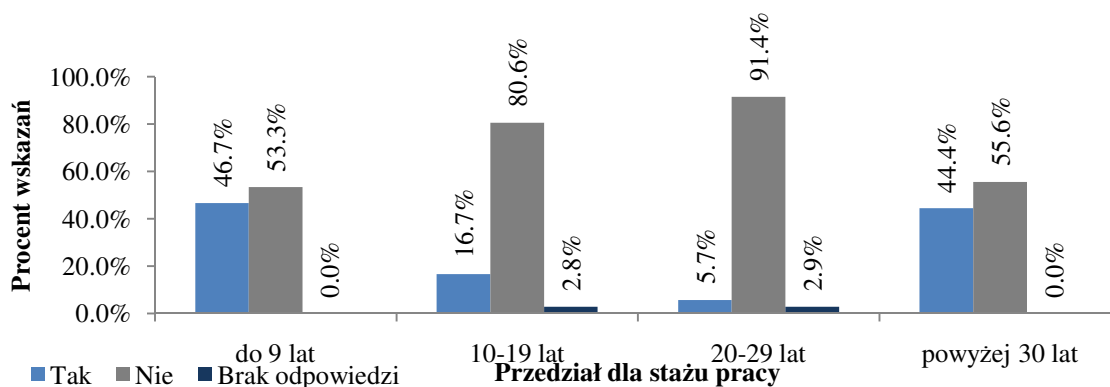
Z zebranych danych wynika, iż niezależnie od grupy wiekowej, wszyscy lekarze uznają, że lista leków refundowanych nie gwarantuje pacjentom wystarczającego dostępu do leków innowacyjnych. Najbardziej negatywną opinię o dostępności preparatów wysokiej jakości w ramach listy leków refundowanych mają lekarze w wieku od 51 do 59 lat i od 41 do 50 lat – odpowiednio 93,6 procent i 70,7 procent respondentów z tych grup zadeklarowało, iż lista leków refundowanych nie gwarantuje pacjentom wystarczającego

dostępu do preparatów innowacyjnych. Dla porównania, odpowiedzi takiej udzieliło 56,5 procent lekarzy w wieku 40 lat lub mniej.

Za pomocą testu Chi-kwadrat, zbadano, czy zależność pomiędzy wiekiem lekarza a jego opinią o wystarczającej dostępności preparatów innowacyjnych w ramach listy leków refundowanych jest istotna statystycznie. Hipotezą zerową dla tego badania było stwierdzenie, iż zależność ta nie jest istotna statystycznie. Ponieważ $p = 0,0315$, uznaje się, iż istnieją podstawy do odrzucenia hipotezy zerowej.

W kolejnym etapie zbadano zależność pomiędzy długością stażu pracy lekarza a opinią o tym, czy lista leków refundowanych gwarantuje pacjentom wystarczający dostęp do preparatów innowacyjnych.

Rycina 125. Opinia o wystarczającej dostępności preparatów innowacyjnych w ramach listy leków refundowanych w opinii lekarzy ze względu na długość stażu pracy lekarza

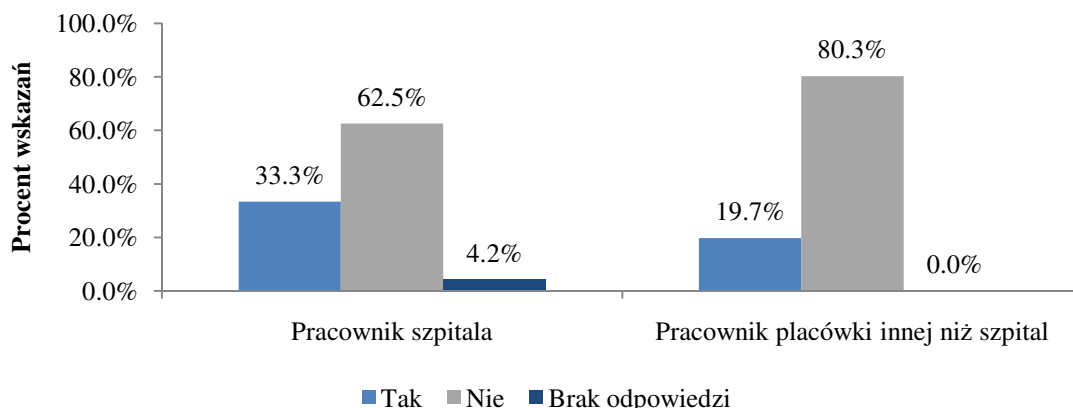


Źródło: Opracowanie własne

Z powyższych informacji wynika, że, niezależnie od długości stażu pracy, lekarze uznają, iż lista leków refundowanych nie gwarantuje pacjentom wystarczającego dostępu do leków innowacyjnych. Osób takiego zdania jest stosunkowo najwięcej wśród lekarzy, których staż zawodowy wynosił pomiędzy 10 a 29 lat. Za pomocą testu Chi-kwadrat, zbadano, czy zależność pomiędzy długością stażu pracy lekarza a jego opinią o dostępności preparatów innowacyjnych w ramach listy leków refundowanych jest istotna statystycznie. Za hipotezę zerową przyjęto stwierdzenie o braku takiej zależności. Ponieważ $p = 0,0216$, uznaje się, iż należy odrzucić hipotezę zerową.

Zbadano również zależność pomiędzy miejscem pracy lekarza a opinią o tym, czy lista leków refundowanych gwarantuje pacjentom wystarczający dostęp do preparatów wysokiej jakości. Wyniki przedstawiają Ryciny 126 i 127.

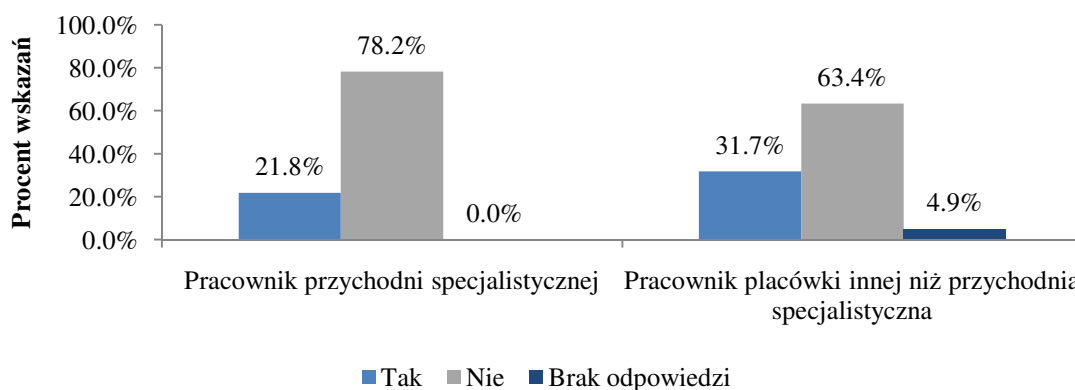
Rycina 126. Opinia o wystarczającej dostępności preparatów innowacyjnych w ramach listy leków refundowanych w opinii lekarzy ze względu na miejsce pracy lekarza (szpital)



Źródło: Opracowanie własne

Istotność statystyczna zależności pomiędzy danymi została zweryfikowana za pomocą testu Chi-kwadrat. Za hipotezę zerową przyjęto twierdzenie o braku takiej zależności. Ponieważ $p = 0,0516$, brak jest podstaw do odrzucenia hipotezy zerowej.

Rycina 127. Opinia o wystarczającej dostępności preparatów innowacyjnych w ramach listy leków refundowanych w opinii lekarzy ze względu na miejsce pracy lekarza (przychodnia specjalistyczna)



Źródło: Opracowanie własne

Istotność statystyczna zależności pomiędzy danymi została zweryfikowana za pomocą testu Chi-kwadrat. Za hipotezę zerową przyjęto twierdzenie o braku takiej zależności. Ponieważ $p = 0,0596$, nie istnieją podstawy, aby odrzucić hipotezę zerową.

Znamiennie, spośród osób, które stwierdziły, iż lista leków refundowanych odzwierciedla potrzeby pacjenta, 31 osób uznało, że nie gwarantuje ona pacjentom wystarczającego dostępu do preparatów innowacyjnych (Tabela 34).

Tabela 34. *Opinia o adekwatności listy leków refundowanych do potrzeb pacjenta a wystarczająca dostępność preparatów innowacyjnych*

	Lista leków refundowanych gwarantuje wystarczający dostęp do preparatów innowacyjnych		
Lista leków refundowanych odpowiada potrzebom pacjenta	brak odpowiedzi	tak	nie
tak	2	15	31
nie	0	15	56

Źródło: Opracowanie własne

63,9 procent lekarzy (39 osób), którzy uznali, iż lista leków refundowanych gwarantuje wystarczający dostęp do preparatów wysokiej jakości uznało równocześnie, iż lista leków refundowanych nie gwarantuje wystarczającego dostępu do leków innowacyjnych (Tabela 35). Można więc wyciągnąć wniosek, iż ta grupa lekarzy uznaje preparaty generyczne za preparaty wysokiej jakości.

Tabela 35. *Wystarczająca dostępność leków wysokiej jakości a wystarczająca dostępność preparatów innowacyjnych w ramach listy leków refundowanych*

	Lista leków refundowanych gwarantuje wystarczający dostęp do preparatów innowacyjnych		
Lista leków refundowanych gwarantuje wystarczający dostęp do preparatów wysokiej jakości	brak odpowiedzi	tak	nie
tak	1	22	39
nie	1	8	48

Źródło: Opracowanie własne

Zbadano również zależność pomiędzy odpowiedziami na pytanie o wystarczającą dostępność do leków innowacyjnych a rodzajem leków najczęściej przepisanych przez lekarza (Tabela36).

Tabela 36. Wystarczająca dostępność preparatów innowacyjnych w ramach listy leków refundowanych a najczęściej przepisywane przez lekarza leki

		Lista leków refundowanych gwarantuje wystarczający dostęp do preparatów innowacyjnych		
		brak odpowiedzi	tak	nie
Najczęściej przepisywane przez lekarza leki	oryginalne	1	4	21
	generyczne	1	22	60
	równe proporcje	0	4	6

Źródło: Opracowanie własne

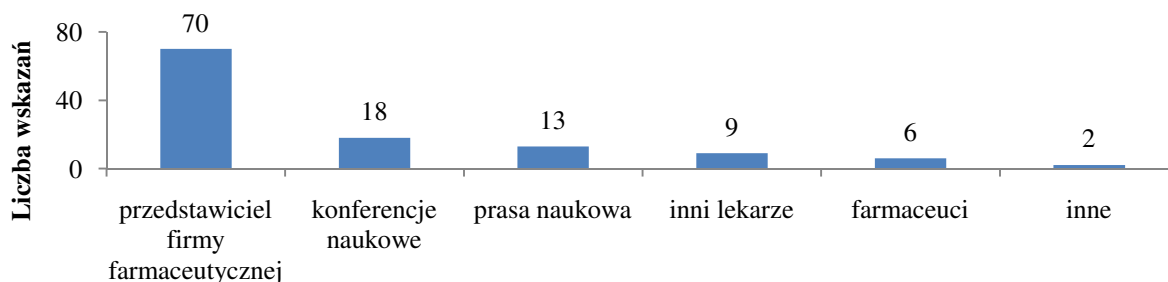
Jedynie czterech lekarzy przepisujących w głównej mierze leki oryginalne (15,4 procent) uznało, iż lista leków refundowanych zapewnia wystarczający do nich dostęp. Spośród lekarzy przepisujących w głównej mierze leki generyczne 26,5 procent uznało, że lista leków refundowanych gwarantuje pacjentom wystarczający dostęp do leków innowacyjnych. Wywnioskować więc można, że lekarze częściej przepisujący leki oryginalne mają gorszą opinię na temat dostępności leków oryginalnych w ramach listy leków refundowanych, niż lekarze przepisujący w głównej mierze leki generyczne.

4.2.5. Źródła informacji o nowych lekach

Ostatnim etapem badania było pytanie, skąd lekarze czerpią informację na temat nowych leków. Należy przy tym zaznaczyć, iż lekarze bardzo nieufnie podchodzili do tego pytania i niechętnie udzielali na nie odpowiedzi. Poruszanie kwestii relacji i kontaktów z przedstawicielami firm farmaceutycznych spotkało się z największą niechęcią ze strony lekarzy i było często pomijane, co mogło wpłynąć na jakość udzielonych odpowiedzi.

Odpowiedzi na to pytanie przedstawione zostały na Rycinie 128.

Rycina 128. Źródła informacji o nowych lekach

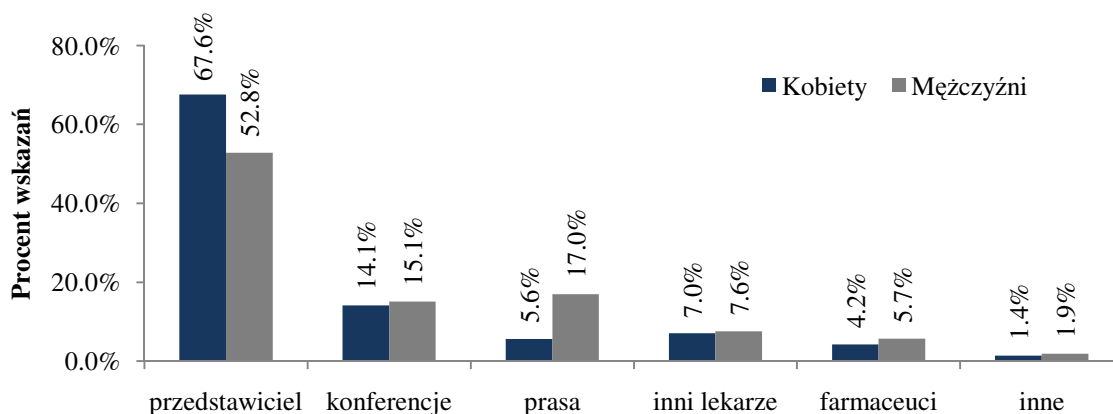


Źródło: Opracowanie własne

Zauważyć można, iż znacząca większość lekarzy deklaruje, iż czerpie swoją wiedzę na temat nowych leków w głównej mierze od przedstawicieli firm farmaceutycznych. Jako kolejne źródła informacji o nowych lekach respondenci wskazali kolejno: konferencje naukowe, prasę naukową, innych lekarzy, farmaceutów oraz inne źródła.

Rycina 129 przedstawia najczęściej wskazywane źródła informacji o nowych lekach w zależności od płci respondentów.

Rycina 129. Źródła informacji o nowych lekach w zależności od płci lekarza



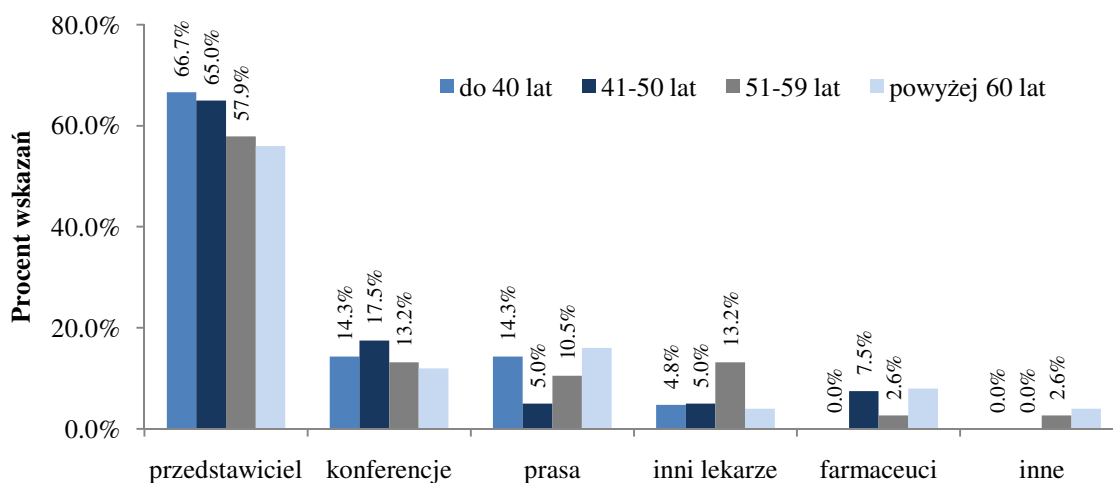
Źródło: Opracowanie własne

Istotność statystyczną różnic pomiędzy płciami dla badanej zmiennej zweryfikowano za pomocą testu Manna-Whitney'a. Za hipotezę zerową przyjęto stwierdzenie o braku istotnej statystycznie różnicy pomiędzy płciami dla badanej zmiennej. Ponieważ $p=0,6815$, należy przyjąć hipotezę zerową. Uznać więc należy, iż rodzaj źródeł wykorzystywanych przy zdobywaniu informacji o nowych lekach nie różni się w zależności od płci lekarza.

Istotną statystycznie zależność zaobserwowano pomiędzy płcią lekarza a częstością korzystania z prasy jako źródła informacji o nowych lekach (test Chi-kwadrat, $p=0,0351$). Uznać więc należy, iż mężczyźni częściej niż kobiety korzystają z prasy jako źródła informacji o nowych lekach.

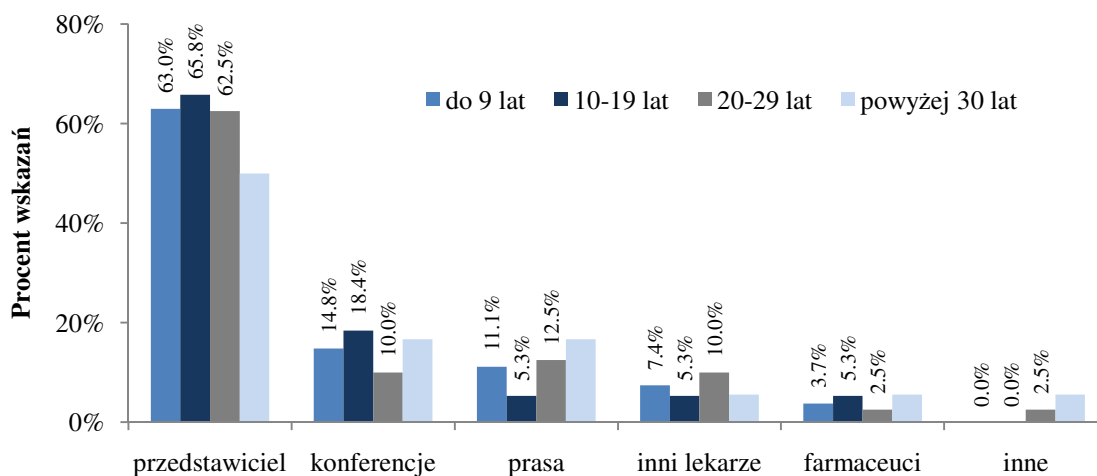
Częstość korzystania z różnych źródeł informacji w zależności od wieku i długości stażu pracy lekarza przedstawiają Ryciny 130 i 131.

Rycina 130. Źródła informacji o nowych lekach w zależności od wieku lekarza



Źródło: Opracowanie własne

Rycina 131. Źródła informacji o nowych lekach w zależności od długości stażu pracy lekarza

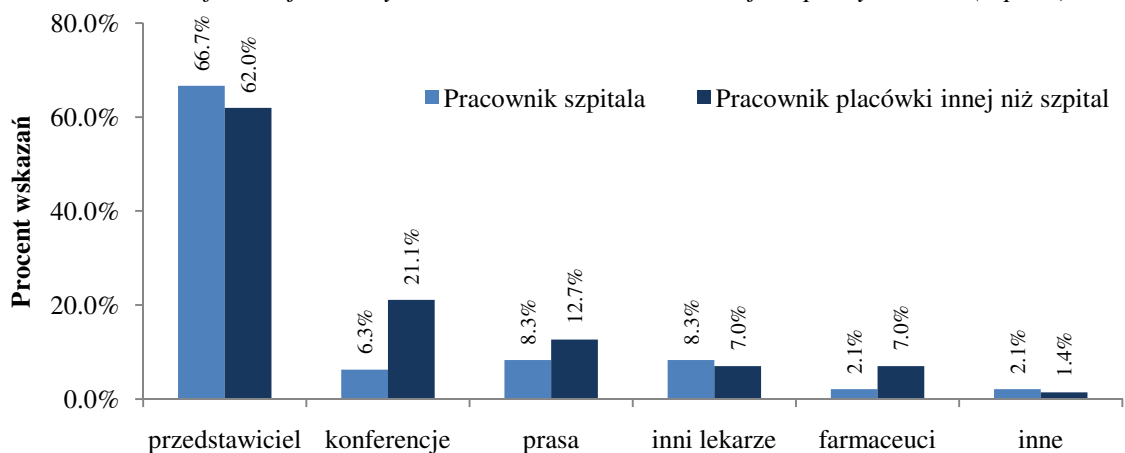


Źródło: Opracowanie własne

Istotność statystyczną różnic pomiędzy przedziałami wiekowymi dla badanej zmiennej zbadano za pomocą testu Kruskala-Wallisa. Hipotezą zerową było twierdzenie o braku takich różnic. Ponieważ $p = 0,3890$, nie ma podstaw do odrzucenia hipotezy zerowej. Podobny test wykonano dla przedziałów dla stażu pracy. Również w tym wypadku nie zaobserwowano statystycznie istotnych różnic ($p = 0,5910$).

Korzystanie z różnych źródeł informacji na temat nowych leków w zależności od miejsca pracy lekarza przedstawiają Ryciny 132 i 133.

Rycina 132. Źródła informacji o nowych lekach w zależności od miejsca pracy lekarza (szpital)

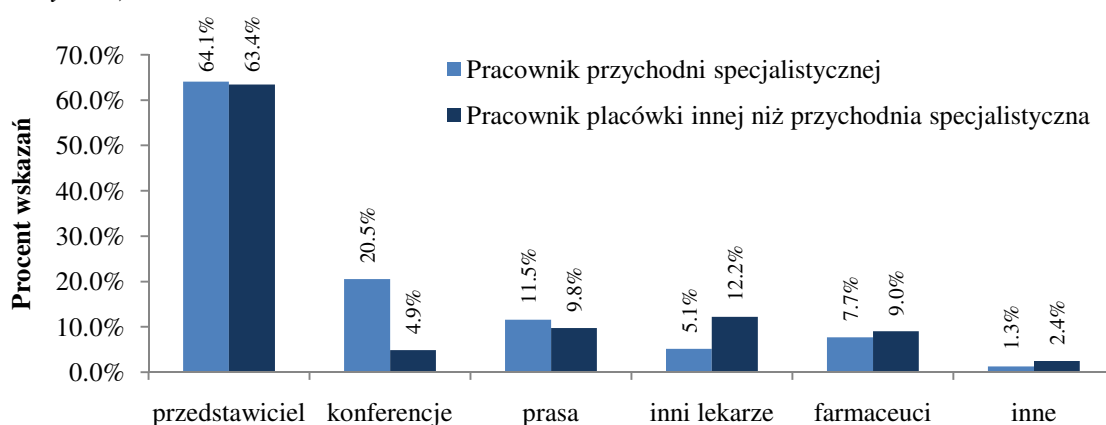


Źródło: Opracowanie własne

Istotność statystyczną różnic pomiędzy respondentami pracującymi w szpitalach i pracującymi poza nimi dla badanej zmiennej zweryfikowano za pomocą testu Manna-Whitney'a. Hipotezę zerową stanowiło twierdzenie o braku takich różnic. Ponieważ $p=0,1183$, należy przyjąć hipotezę zerową.

Istotną statystycznie zależność zaobserwowano w przypadku konferencji jako źródła informacji o nowych lekach (test Chi-kwadrat $p=0,0262$). Wynioskować więc można, iż lekarze pracujący w szpitalach częściej niż lekarze pracujący w innych placówkach traktują konferencje naukowe jako źródło informacji o nowych lekach.

Rycina 133. Źródła informacji o nowych lekach w zależności od miejsca pracy lekarza (przychodnia specjalistyczna)



Źródło: Opracowanie własne

Istotność statystyczną różnic pomiędzy respondentami pracującymi w przychodniach specjalistycznych i pracującymi poza nimi dla badanej zmiennej zweryfikowano za pomocą testu Manna-Whitney'a. Hipotezę zerową stanowiło twierdzenie o braku takich różnic. Ponieważ $p=0,2168$, należy przyjąć hipotezę zerową.

Istotną statystycznie zależność zaobserwowano w przypadku konferencji jako źródła informacji o nowych lekach (test Chi-kwadrat, $p=0,0236$). Wywnioskować więc można, iż lekarze pracujący w przychodniach specjalistycznych częściej niż lekarze pracujący w placówkach innych niż przychodnia specjalistyczna traktują konferencje naukowe jako źródło informacji o nowych lekach.

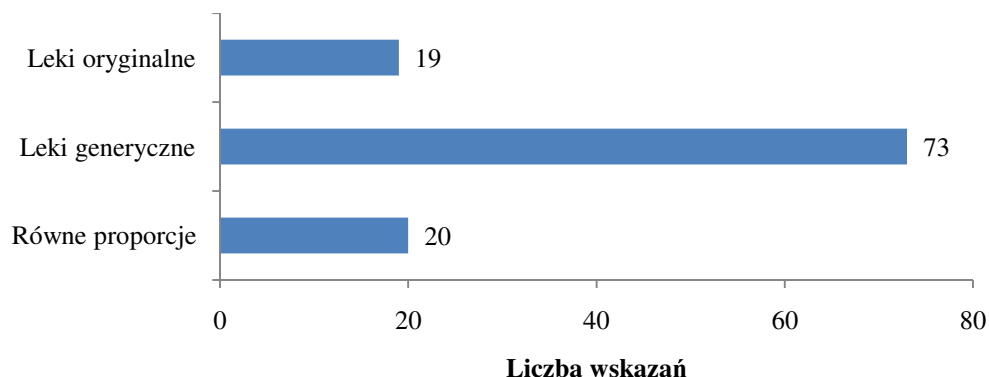
4.3. Determinanty procesu podejmowania decyzji o wyborze leków – perspektywa farmaceuty

4.3.1. Zamiana leków oryginalnych na generyczne

Badanych farmaceutów poproszono o określenie, jakie leki dominują pośród wydawanych przez nich preparatów.

Uzyskane odpowiedzi przedstawiono na Rycinie 134.

Rycina 134. Najczęściej wydawane przez farmaceutów leki



Źródło: Opracowanie własne

Z danych tych wynika, iż 65 procent badanych farmaceutów deklaruje, że wydaje głównie leki generyczne. Około 18 procent badanych uważa, że wydaje równie dużo leków

generycznych, co oryginalnych. Pozostałe 17 procent badanych twierdzi, iż wydaje przede wszystkim leki oryginalne.

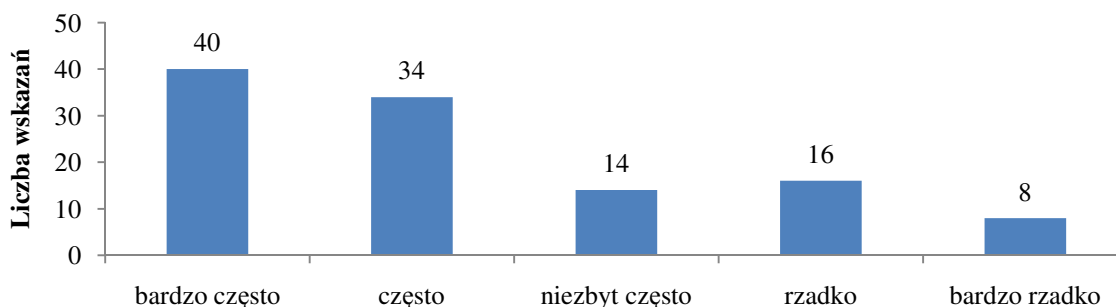
W związku z powyższym, farmaceutów zapytano, jak często sugerują oni zmianę przepisanej przez lekarza leku oryginalnego na jego generyczny odpowiednik.

W tym celu określono następujące przedziały częstości:

- bardzo często – 80-100 procent przypadków;
- często – 60-79 procent przypadków;
- niezbyt często – 40-59 procent przypadków;
- rzadko – 20-39 procent przypadków;
- bardzo rzadko – 1-19 procent przypadków;
- nigdy – 0 procent przypadków.

Wyniki przedstawia Rycina 135.

Rycina 135. Częstość sugestii zamiany preparatu oryginalnego na generyczny

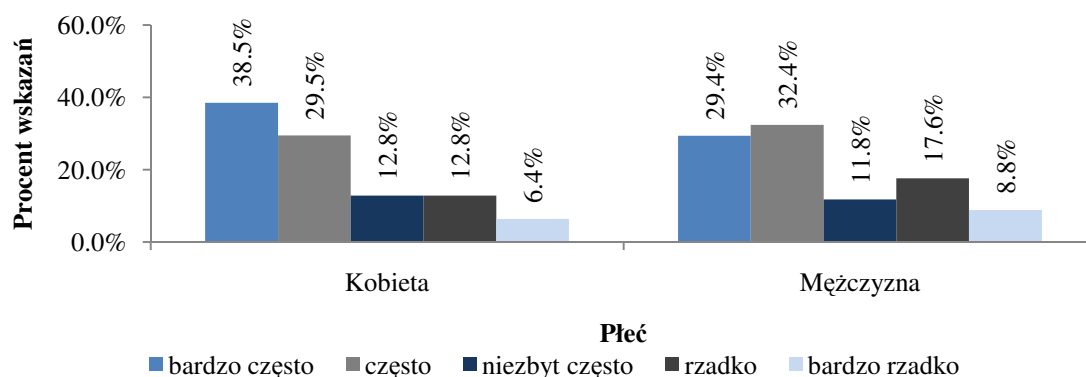


Źródło: Opracowanie własne

Zauważyć można, iż ponad 66 procent badanych farmaceutów deklaruje, iż sugeruje pacjentom zmianę przepisanej leku oryginalnego na jego generyczny odpowiednik często lub bardzo często. Jedyne 7 procent badanych zadeklarowało, iż robi to bardzo rzadko, a żaden z badanych nie zadeklarował, iż nie robi tego nigdy.

W kolejnym etapie zbadano, jak często farmaceuci sugerują zmianę leku oryginalnego na jego tańszy odpowiednik w zależności od płci farmaceuty.

Rycina 136. Częstość sugestii zamiany leku oryginalnego na generyczny w zależności od płci farmaceuty

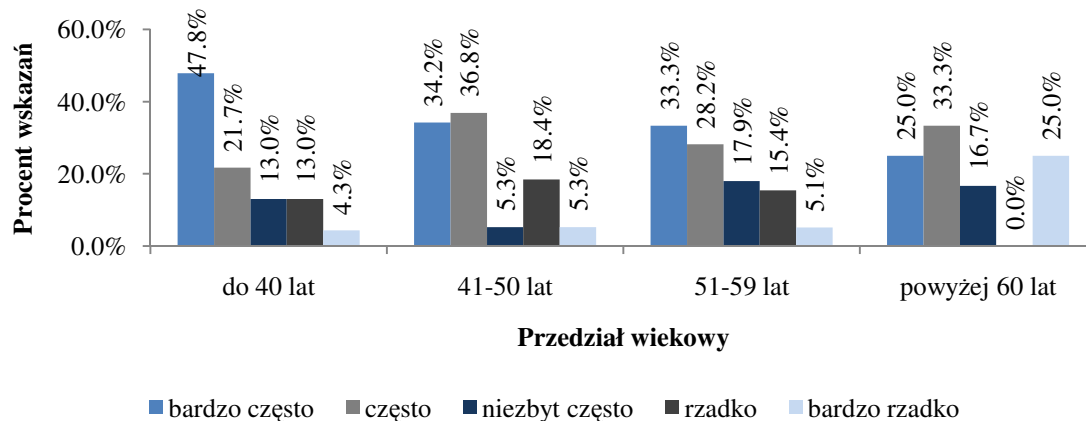


Źródło: Opracowanie własne

Za pomocą testu Manna-Whitney'a zbadano, czy istnieją statystycznie istotne różnice pomiędzy płciami w częstości sugestii zamiany leków oryginalnych na ich generyczne odpowiedniki. Za hipotezę zerową przyjęto twierdzenie, iż częstość sugestii zamiany leków oryginalnych na generyczne nie zależy od płci lekarza. Test nie wykazał statystycznie istotnej różnicy między wyborem leków a płcią ($p=0,332$), należy więc przyjąć hipotezę zerową.

W kolejnym kroku zbadano, czy częstość sugestii zamiany leku oryginalnego na generyczny zależy od wieku farmaceuty. W tym celu utworzono cztery przedziały wiekowe (do 40 lat, 41-50 lat, 51-59 lat oraz powyżej 60 lat). Wyniki przedstawia Rycina 137.

Rycina 137. Częstość sugestii zamiany leku oryginalnego na generyczny w zależności od wieku farmaceuty



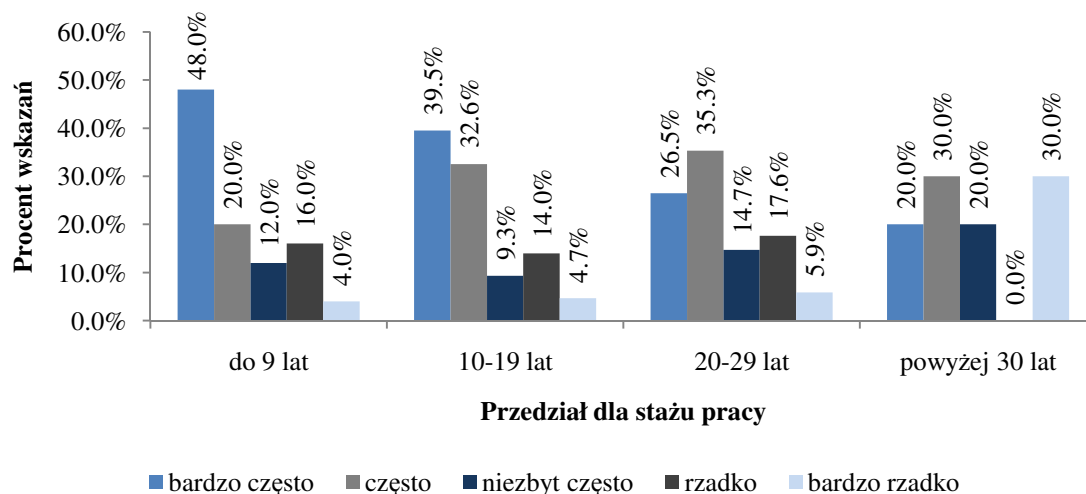
Źródło: Opracowanie własne

Z analizy wynika, iż najmłodszy farmaceuci (do 40 roku życia) stosunkowo najczęściej sugerują pacjentom zamianę leku oryginalnego na jego generyczny odpowiednik.

Za pomocą testu Kruskala-Wallisa zbadano, czy istnieją statystycznie istotne różnice pomiędzy przedziałami wiekowymi a częstością sugestii zamiany leku oryginalnego na generyczny. Za hipotezę zerową przyjęto stwierdzenie, iż takie różnice nie występują. Ponieważ $p = 0,587$, nie ma podstaw do odrzucenia hipotezy zerowej.

W kolejnym etapie zbadano zależność pomiędzy stażem pracy farmaceuty a częstością sugestii zamiany leku oryginalnego na generyczny. W tym celu dokonano podziału badanej populacji na cztery grupy w zależności od stażu pracy: do 9 lat, 10-19 lat, 20-29 lat, powyżej 30 lat. Wyniki przedstawia Rycina 138.

Rycina 138. Częstość sugestii zamiany leku oryginalnego na generyczny w zależności od długości stażu pracy farmaceuty

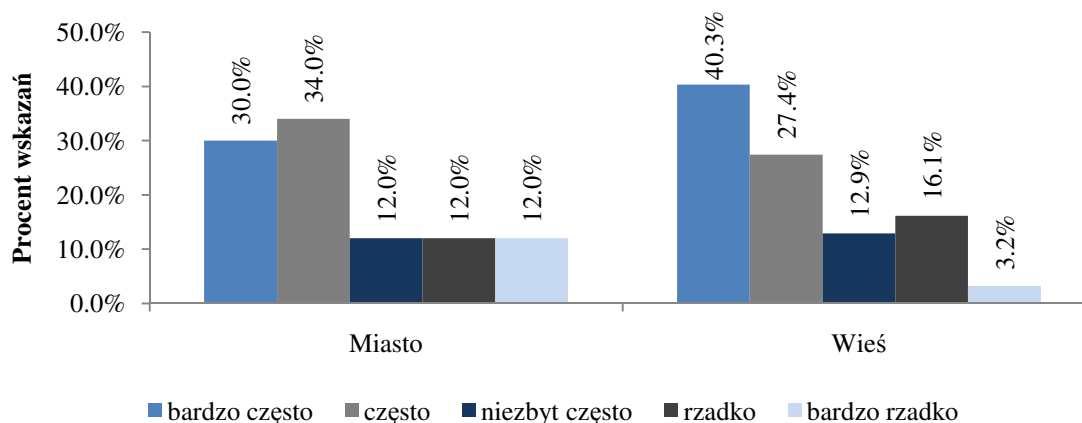


Źródło: Opracowanie własne

Za pomocą testu Kruskala-Wallisa zbadano, czy istnieją statystycznie istotne różnice dla częstości sugestii zamiany leku oryginalnego na jego generyczny odpowiednik a przedziałem dla stażu pracy lekarza. Hipotezą zerową było stwierdzenie o braku statystycznie istotnych różnic. Ponieważ $p = 0,256$, nie ma podstaw do odrzucenia hipotezy zerowej. Uznać więc należy, iż częstość sugestii zamiany leku oryginalnego na jego generyczny odpowiednik nie zależy od długości stażu pracy farmaceuty.

Następnie analizie poddano zależność pomiędzy sugestii zamiany leku oryginalnego na generyczny a miejscem pracy farmaceuty. Wyniki przedstawiono na Rycinie 139.

Rycina 139. Częstość sugestii zamiany leku oryginalnego na generyczny w zależności od miejsca pracy farmaceuty



Źródło: Opracowanie własne

Za pomocą testu Manna-Whitney'a zbadano, czy istnieje statystycznie istotna zależność pomiędzy miejscem pracy farmaceuty a częstością, z jaką sugeruje on pacjentom zamianę przepisanego przez lekarza leku oryginalnego na jego generyczny odpowiednik. Za hipotezę zerową przyjęto twierdzenie o braku takiej zależności. Ponieważ $p = 0,275$, należy przyjąć hipotezę zerową.

4.3.2. Świadomość pacjenta na temat leków generycznych w opinii farmaceutów

Badanych farmaceutów zapytano, jak często zdarza się, że pacjenci pytają o różnicę pomiędzy preparatami generycznymi i oryginalnymi.

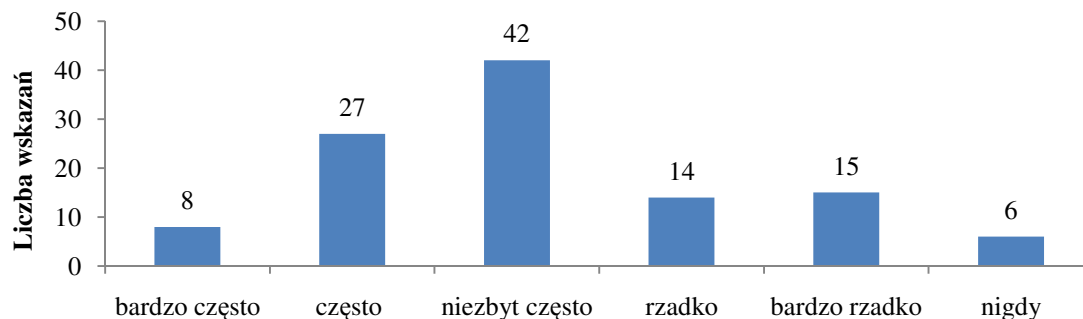
W tym celu określono następujące przedziały częstości:

- bardzo często – 80-100 procent przypadków;
- często – 60-79 procent przypadków;
- niezbyt często – 40-59 procent przypadków;
- rzadko – 20-39 procent przypadków;
- bardzo rzadko – 1-19 procent przypadków;

- nigdy – 0 procent przypadków.

Wyniki przedstawia Rycina 140.

Rycina 140. Częstość zapytań pacjentów o różnice pomiędzy lekami oryginalnymi a generycznymi

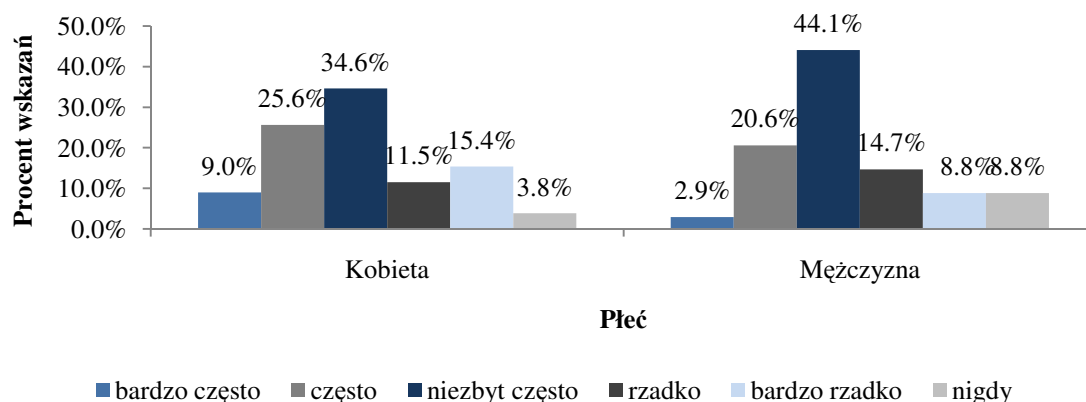


Źródło: Opracowanie własne

Dane wskazują, iż ponad 30 procent farmaceutów deklaruje, iż pacjenci pytają ich o różnice pomiędzy lekami generycznymi i oryginalnymi często lub bardzo często. Dla porównania, prawie 19 procent badanych deklaruje, iż słyszy takie pytanie bardzo rzadko lub nigdy.

W zależności od płci farmaceuty, częstość pytań pacjentów o różnice pomiędzy lekami oryginalnymi a generycznymi, przedstawia Rycina 141.

Rycina 141. Częstość pytań pacjenta o różnice pomiędzy lekami generycznymi a oryginalnymi w zależności od płci farmaceuty

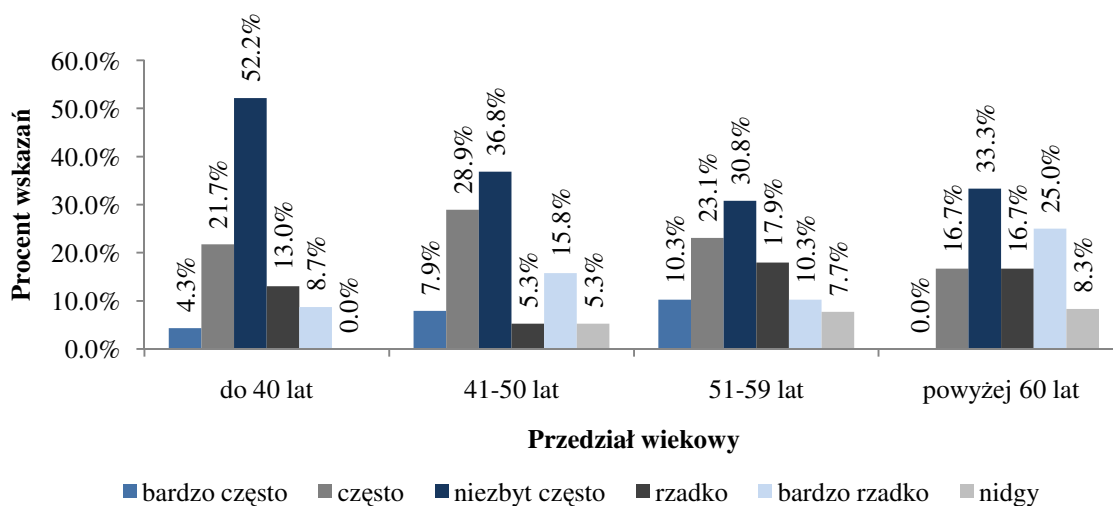


Źródło: Opracowanie własne

Istotność statystyczną badanej zależności zweryfikowano za pomocą testu Manna-Whitney'a. Za hipotezę zerową przyjęto twierdzenie, iż nie istnieje zależność pomiędzy płcią farmaceuty a tym, jak często pacjenci pytają go o różnice pomiędzy lekami oryginalnymi a generycznymi. Ponieważ $p = 0,382$, należy przyjąć hipotezę zerową.

W kolejnym etapie analizie poddano rozkład odpowiedzi na zadane pytanie w zależności od wieku farmaceuty. Podobnie, jak w przypadku wcześniejszych pytań, uwzględniono cztery przedziały wiekowe. Wyniki przedstawia Rycina 142.

Rycina 142. Częstość pytań pacjenta o różnice pomiędzy lekami generycznymi a oryginalnymi w zależności od wieku farmaceuty

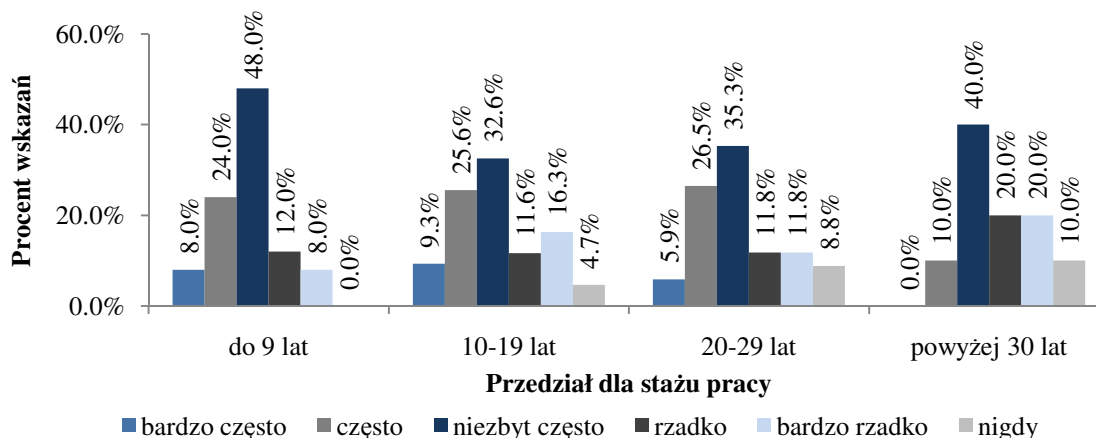


Źródło: Opracowanie własne

Istotność statystyczną analizowanej zależności zweryfikowano za pomocą testu Kruskala-Wallisa. Hipotezą zerową było twierdzenie o braku zależności pomiędzy wiekiem farmaceuty a tym, jak często słyszy on od pacjenta pytanie o różnice pomiędzy lekami oryginalnymi a generycznymi. Dla badanej zależności $p = 0,407$, więc przyjąć należy hipotezę zerową.

W dalszej części badania weryfikowano zależność pomiędzy częstotliwością pytań pacjenta o różnice pomiędzy lekami oryginalnymi a generycznymi w zależności od stażu zawodowego farmaceuty (Rycina 143).

Rycina 143. Częstość pytań pacjenta o różnice pomiędzy lekami generycznymi a oryginalnymi w zależności od długości stażu pracy farmaceuty

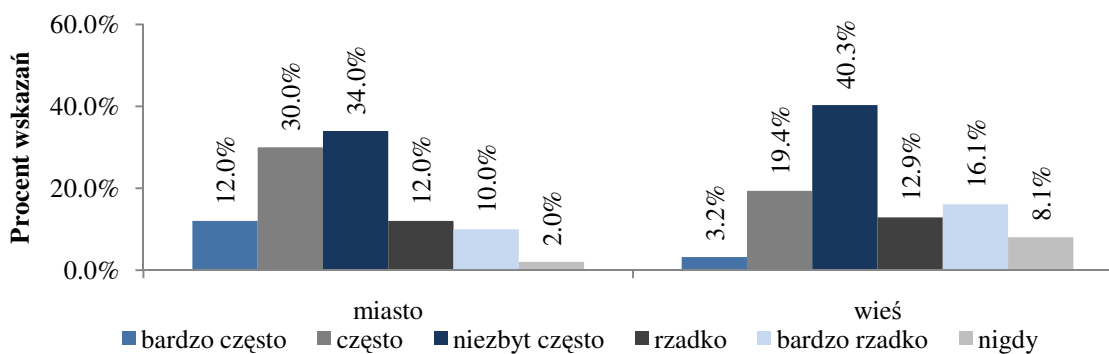


Źródło: Opracowanie własne

Istotność statystyczną badanej zależności zweryfikowano za pomocą testu Kruskala-Wallisa, przyjmując za hipotezę zerową twierdzenie o braku takiej zależności. Okazało się, iż $p = 0,322$, należy więc przyjąć hipotezę zerową.

W kolejnym kroku analizie poddano zależność pomiędzy częstotliwością pytań pacjentów o różnice pomiędzy lekami generycznymi a oryginalnymi a miejscem pracy farmaceuty. Odpowiedzi przedstawia Rycina 144.

Rycina 144. Częstość pytań pacjenta o różnice pomiędzy lekami generycznymi a oryginalnymi w zależności od miejsca pracy farmaceuty



Źródło: Opracowanie własne

Istotność statystyczną badanej zależności zweryfikowano za pomocą testu Manna-Whitney'a. Hipotezą zerową było twierdzenie o braku takiej zależności. Ponieważ $p=0,016$, należy odrzucić hipotezę zerową i uznać, iż zależność ta jest istotna statystycznie. Przyjąć więc trzeba, iż pacjenci w miastach stosunkowo częściej niż pacjenci na wsiach pytają o różnice pomiędzy lekami generycznymi a oryginalnymi. Może się to wiązać z większą świadomością pacjentów w miastach niż na wsiach. W analizie uznano bowiem, iż jeśli farmaceuta pracuje w mieście, znacząca większość pacjentów, których obsługuje, to również mieszkańcy miast.

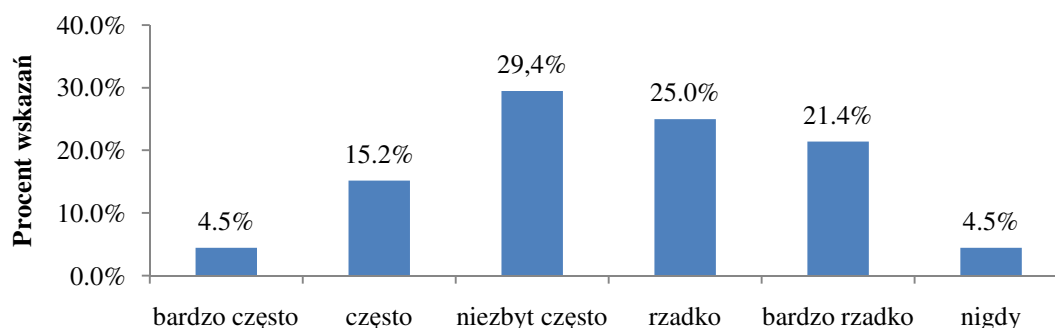
Kolejnym pytaniem, jakie zadano farmaceutom, było pytanie o to, jak często pacjenci proszą o zamianę leku zaordynowanego przez lekarza na jego tańszy odpowiednik.

W tym celu określono następujące przedziały częstości:

- bardzo często – 80-100 procent przypadków;
- często – 60-79 procent przypadków;
- niezbyt często – 40-59 procent przypadków;
- rzadko – 20-39 procent przypadków;
- bardzo rzadko – 1-19 procent przypadków;
- nigdy – 0 procent przypadków.

Wyniki przedstawia Rycina 145.

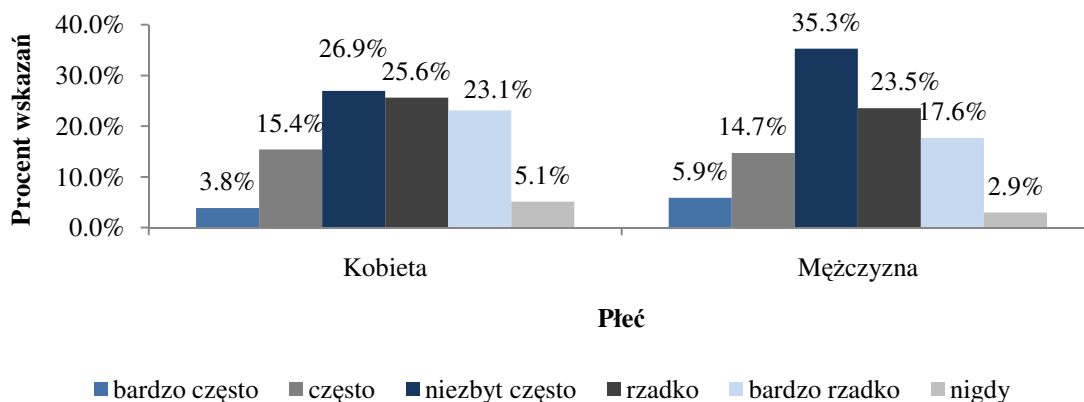
Rycina 145. Częstość próśb pacjenta o zamianę leku na tańszy w opinii farmaceuty



Źródło: Opracowanie własne

W kolejnym etapie zbadano, jak często pacjenci proszą o zamianę leku na tańszy w zależności od płci farmaceuty (Rycina 146).

Rycina 146. Częstość próśb pacjenta o zamianę leku na tańszy w zależności od płci farmaceuty

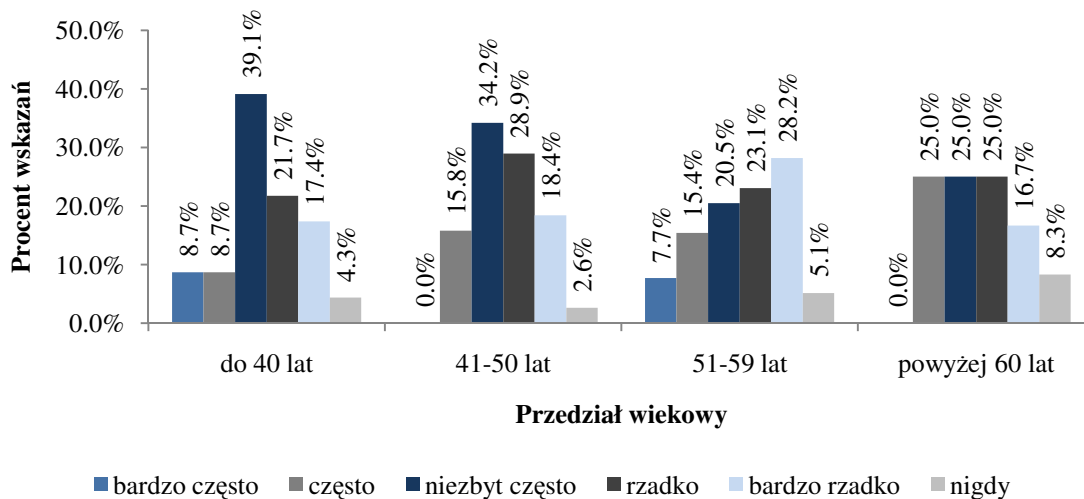


Źródło: Opracowanie własne

Istotność statystyczną badanej zależności zweryfikowano za pomocą testu Manna-Whitney'a, za hipotezę zerową przyjmując twierdzenie o braku takiej zależności. Ponieważ $p=0,369$, uznać należy iż nie występuje zależność pomiędzy płcią farmaceuty a tym, jak często pacjenci proszą go o zamianę leku na tańszy.

Następnie zbadano, często farmaceuta jest proszony o zamianę leku na tańszy w zależności od płci farmaceuty (Rycina 147).

Rycina 147. Częstość próśb pacjentów o zamianę leku na tańszy w zależności od wieku farmaceuty

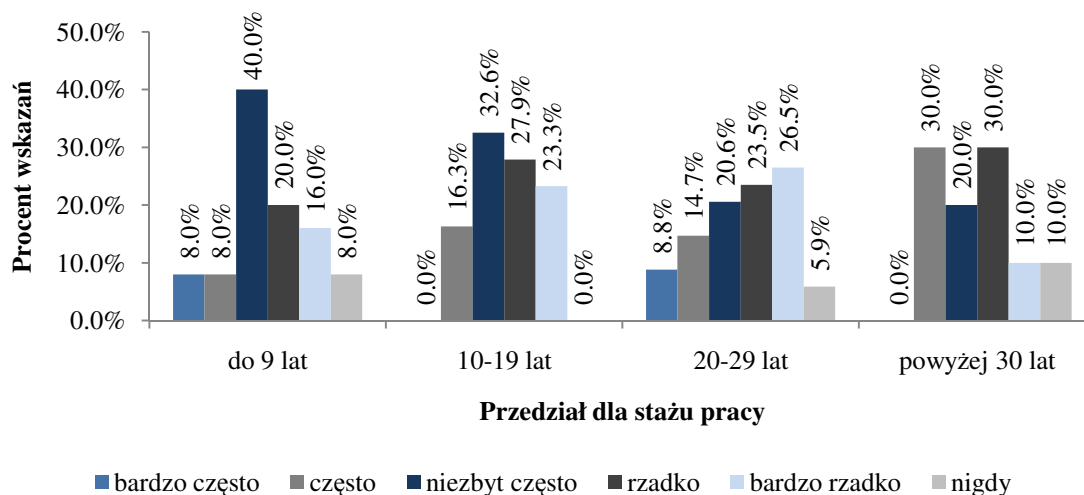


Źródło: Opracowanie własne

Istotność statystyczną badanej zależności zweryfikowano za pomocą testu Kruskala-Wallisa. Hipotezą zerową było twierdzenie o braku zależności pomiędzy wiekiem farmaceuty a częstością, z jaką pacjenci proszą go o zamianę leku na tańszy. Ponieważ $p=0,919$, nie ma podstaw do odrzucenia hipotezy zerowej.

W kolejnym etapie poddano weryfikacji zależność pomiędzy długością stażu pracy farmaceuty a częstością, z jaką pacjenci proszą go o zamianę leków na tańsze. Wyniki przedstawia Rycina 148.

Rycina 148. Częstość próśb pacjentów o zamianę leku na tańszy w zależności od długości stażu pracy farmaceuty

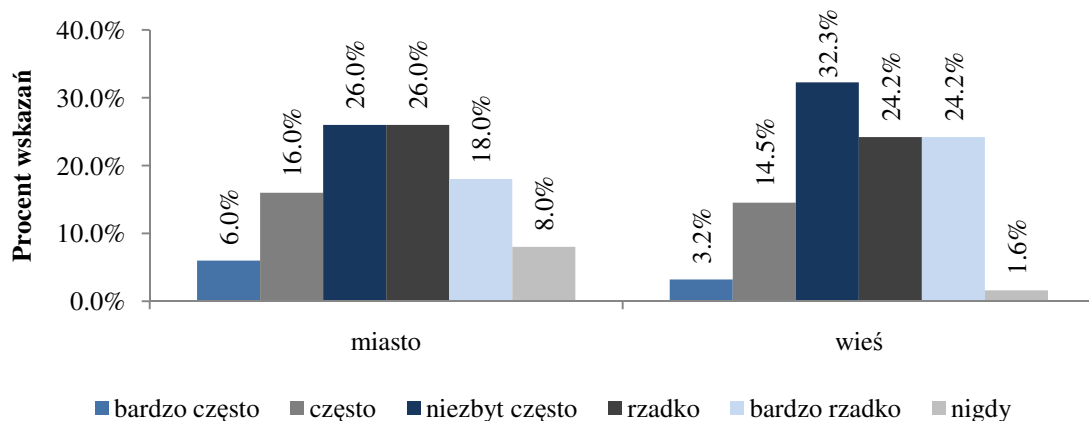


Źródło: Opracowanie własne

Istotność statystyczną badanej zależności zweryfikowano za pomocą testu Kruskala-Wallisa, przyjmując Za hipotezę zerową, iż badana zależność nie jest istotna statystycznie. Ponieważ $p=0,962$, należy przyjąć hipotezę zerową.

Kolejnym krokiem było zbadanie, czy częstość próśb o zamianę leku na jego tańszy odpowiednik zależy od miejsca pracy farmaceuty. Wyniki zaprezentowane zostały na Rycinie 149.

Rycina 149. Częstość próśb pacjentów o zamianę leku na tańszy w zależności od miejsca pracy farmaceuty

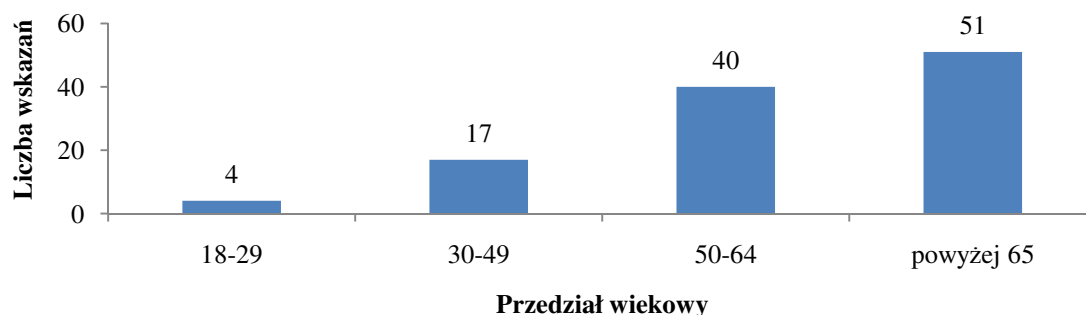


Źródło: Opracowanie własne

Za pomocą testu Manna-Whitney'a zbadano, czy zależność ta jest istotna statystycznie. Za hipotezę zerową przyjęto twierdzenie, iż zależność pomiędzy miejscem pracy farmaceuty a częstością próśb pacjenta o zamianę leku na tańszy nie jest istotna statystycznie. Ponieważ $p = 0,971$, należy przyjąć hipotezę zerową.

W celu pogłębienia analizy, farmaceutom zadano pytanie o to, jacy pacjenci najczęściej proszą farmaceutę o zamianę leku na jego tańszy odpowiednik. Farmaceuty zostali poproszeni o wskazanie przedziału wiekowego oraz płci pacjentów, którzy ich zdaniem najczęściej proszą o zamianę leków na ich tańsze odpowiedniki. Wyniki przedstawiają Ryciny 150 i 151.

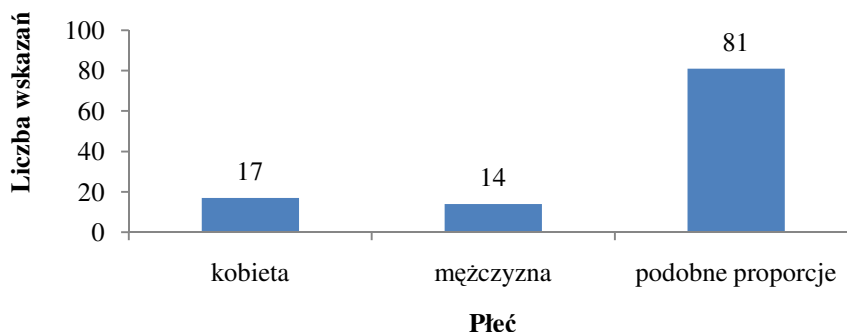
Rycina 150. Częstość próśb o zamianę leku na tańszy w zależności od wieku pacjenta w opinii farmaceuty



Źródło: Opracowanie własne

Z zebranych danych wynika, iż farmaceuci twierdzą, że najczęściej o zamianę leków na ich tańsze odpowiedniki proszą pacjenci starsi.

Rycina 151. Częstość próśb o zamianę leku na tańszy w zależności od płci pacjenta w opinii farmaceuty



Źródło: Opracowanie własne

Powyższe dane wskazują, iż farmaceuci uważają, że mężczyźni podobnie często jak kobiety proszą ich o wydanie tańszego odpowiednika zaordynowanego przez lekarza leku.

4.3.3. Znaczenie ceny leków dla pacjenta w opinii farmaceutów

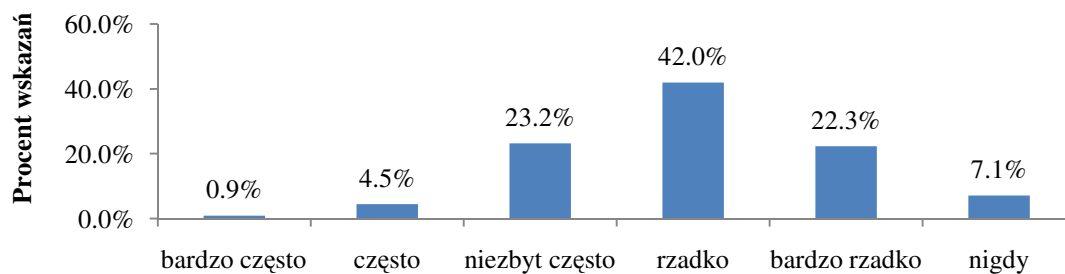
Jak zaobserwowano w badaniu przeprowadzonym na próbie pacjentów, cena ma istotne znaczenie dla pacjenta. Dlatego też zapytano farmaceutów, jak często pacjenci rezygnują z wykupienia zaordynowanego przez lekarza leku ze względu na jego cenę.

W tym celu określono następujące przedziały częstości:

- bardzo często – 80-100 procent przypadków;
- często – 60-79 procent przypadków;
- niezbyt często – 40-59 procent przypadków;
- rzadko – 20-39 procent przypadków;
- bardzo rzadko – 1-19 procent przypadków;
- nigdy – 0 procent przypadków.

Rozkład częstości odpowiedzi przedstawia Rycina 152.

Rycina 152. Częstość rezygnacji pacjentów z wykupienia leków ze względu na ich cenę

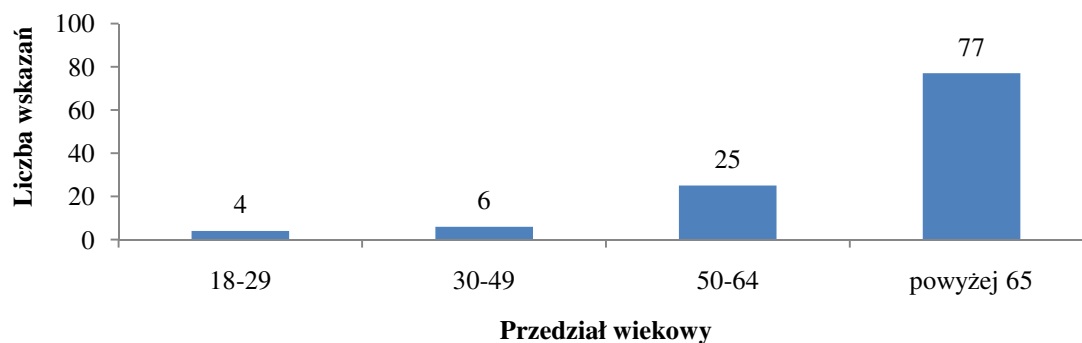


Źródło: Opracowanie własne

Z zebranych danych wynika, iż 64,3 procent farmaceutów uważa, że pacjenci rezygnują z wykupienia zaordynowanych przez lekarza leków rzadko, lub bardzo rzadko.

Dla lepszego zrozumienia badanego zagadnienia, poproszono farmaceutów o doprecyzowanie, jacy pacjenci najczęściej proszą o zamianę leku na jego tańszy odpowiednik. Farmaceuci zostali poproszeni o wskazanie przedziału wiekowego oraz płci pacjentów, którzy ich zdaniem najczęściej o taką zamianę proszą.

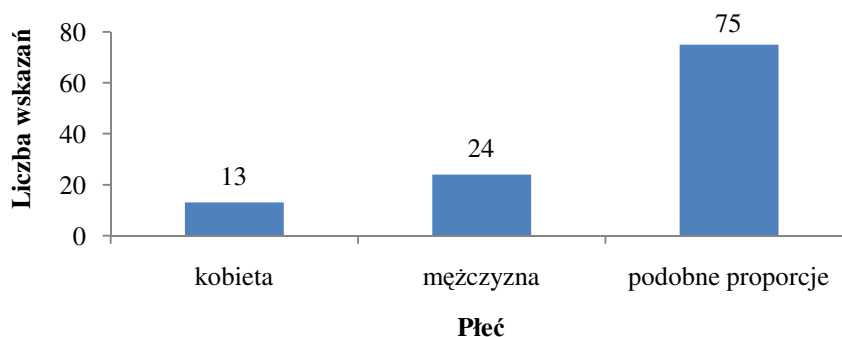
Rycina 153. Częstość rezygnacji pacjentów z wykupienia leków ze względu na ich cenę w zależności od wieku pacjenta w opinii farmaceuty



Źródło: Opracowanie własne

Z zebranych danych wynika, iż farmaceuci twierdzą, że najczęściej z zakupu leków rezygnują pacjenci najstarsi, w wieku powyżej 65 roku życia. Stanowią oni 68,8 procent wszystkich pacjentów rezygnujących z zakupu leków ze względu na ich cenę.

Rycina 154. Częstość rezygnacji pacjentów z wykupienia leków ze względu na ich cenę w zależności od płci pacjenta w opinii farmaceuty



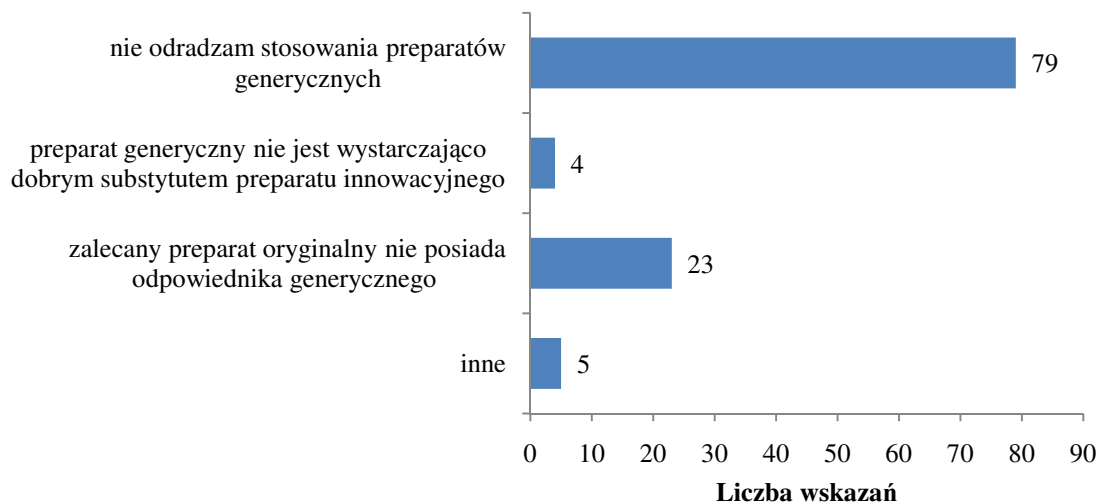
Źródło: Opracowanie własne

Zebrane dane wskazują, iż farmaceuci twierdzą, że kobiety, podobnie często jak mężczyźni rezygnują z wykupienia zaordynowanych im leków ze względu na ich cenę.

4.3.4. Opinia farmaceutów o lekach generycznych i oryginalnych

Aby zrozumieć stosunek farmaceutów do leków generycznych oraz ich motywację do zamiany preparatów oryginalnych na generyczne, zapytano ich o powody, dla których odradzają oni pacjentom zażywanie leków generycznych. Uzyskane odpowiedzi przedstawia Rycina 155.

Rycina 155. Powody, dla których farmaceuci odradzają pacjentom stosowanie leków generycznych

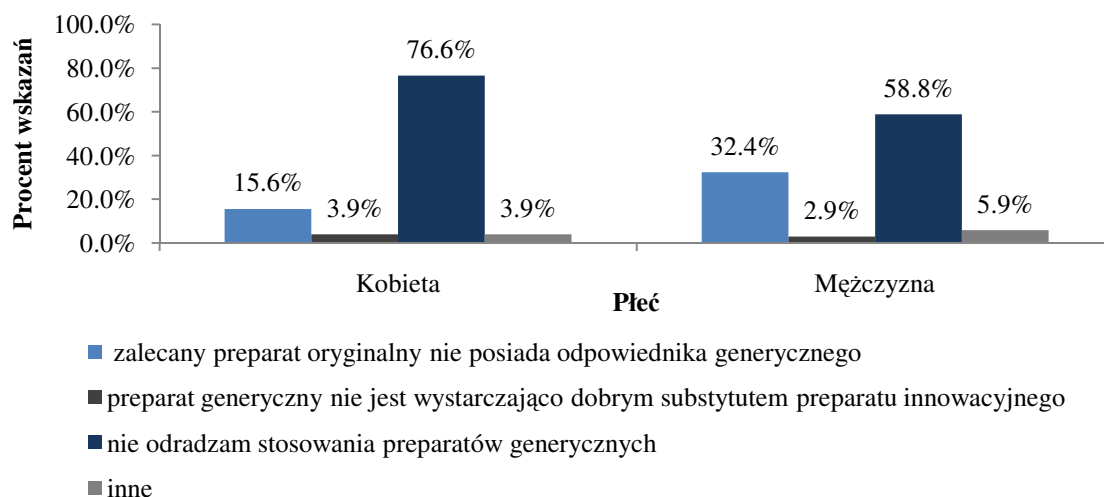


Źródło: Opracowanie własne

Na zadane pytanie uzyskano 111 odpowiedzi, 79 badanych stwierdziło, iż nie odradza stosowania preparatów generycznych, a 23 osoby zadeklarowały, iż nie jest możliwym zasugerowanie pacjentowi leku generycznego, gdyż taki odpowiednik nie istnieje dla poszukiwanego przez pacjenta leku oryginalnego.

Wskazane przesłanki wyboru leków generycznych zamiast oryginalnych ze względu na płeć badanych farmaceutów przedstawia Rycina 156.

Rycina 156. Powody odradzania stosowania leków generycznych ze względu na płeć farmaceuty

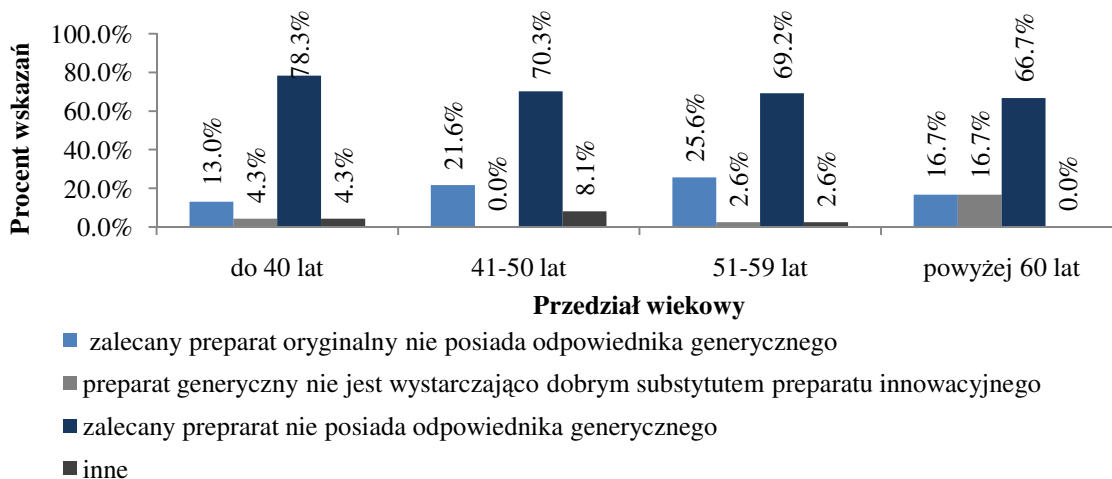


Źródło: Opracowanie własne

Istotność statystyczną zależności pomiędzy płcią badanych farmaceutów a przesłankami, dla których odradzają oni stosowanie preparatów generycznych zbadano za pomocą testu Manna-Whitney'a. Za hipotezę zerową przyjęto twierdzenie o braku zależności pomiędzy płcią farmaceuty a powodami, dla których odradza on stosowania leków generycznych. Ponieważ $p = 0,129$, nie istnieją przesłanki do odrzucenia hipotezy zerowej.

W kolejnym etapie przeprowadzono analizę zależności pomiędzy przesłankami, dla których farmaceuci odradzają stosowanie preparatów generycznych a wiekiem farmaceuty. Uzyskane odpowiedzi prezentuje Rycina 157.

Rycina 157. Powody odradzania stosowania leków generycznych ze względu na wiek farmaceuty

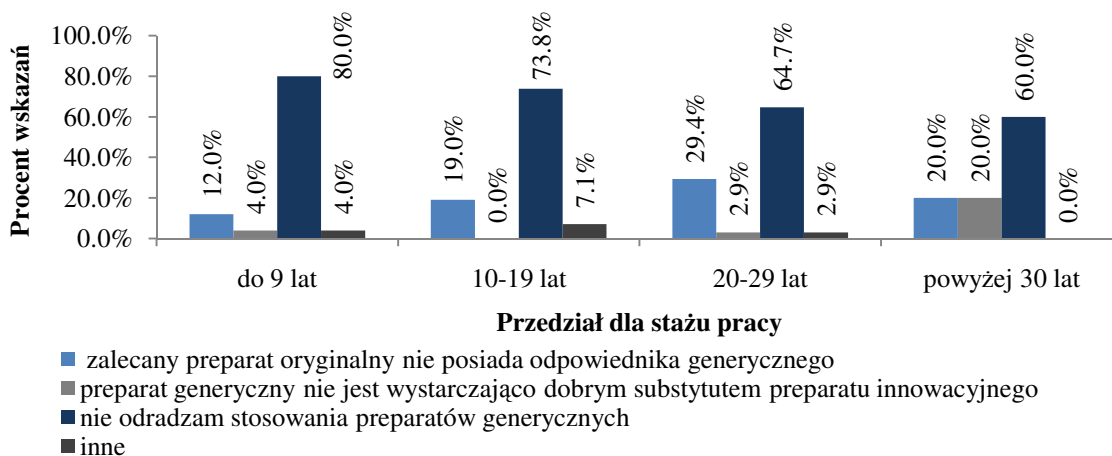


Źródło: Opracowanie własne

W celu zweryfikowania istotności statystycznej powyższej zależności wykonano test Kruskala-Wallisa, przyjmując za hipotezę zerową twierdzenie o braku różnic pomiędzy przesłankami, dla których farmaceuci odradzają stosowanie leków generycznych a wiekiem farmaceuty. Ponieważ $p = 0,588$, należy przyjąć hipotezę zerową i uznać, że przesłanki, dla których farmaceuci odradzają stosowanie leków generycznych nie różni się w zależności od wieku farmaceuty.

Kolejnym etapem było zbadanie zależności pomiędzy długością stażu pracy farmaceuty a przesłankami, dla których odradzają oni stosowanie leków generycznych. Otrzymane wyniki przedstawia Rycina 158.

Rycina 158. Powody odradzania stosowania leków generycznych ze względu na długość stażu pracy farmaceuty

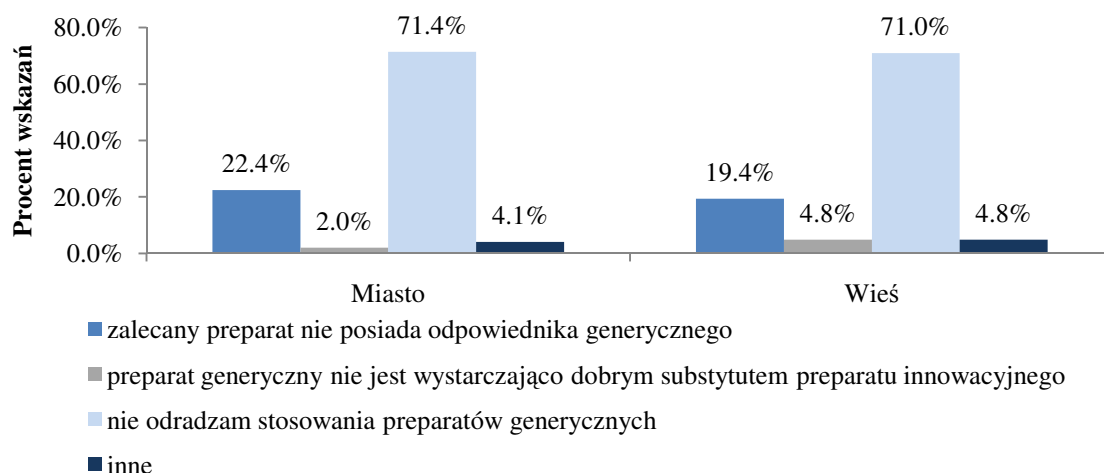


Źródło: Opracowanie własne

Istotność statystyczną zależności pomiędzy uzyskanymi odpowiedziami a długością stażu pracy farmaceuty oceniono za pomocą testu Kruskala-Wallisa. Za hipotezę zerową przyjęto twierdzenie o braku takowych zależności. Ponieważ $p = 0,263$, należy przyjąć hipotezę zerową.

W kolejnym etapie weryfikacji poddano zależność pomiędzy miejscem pracy farmaceuty a przesłankami, dla których odradza on pacjentom stosowanie preparatów generycznych. Uzyskane odpowiedzi przedstawia Rycina 159.

Rycina 159. Powody odradzania stosowania leków generycznych ze względu na miejsce pracy farmaceuty



Źródło: Opracowanie własne

Istotność statystyczną analizowanej zależności zbadano za pomocą testu Manna-Whitney'a, za hipotezę zerową przyjmując brak takowej zależności. Ponieważ $p = 0,860$, należy przyjąć hipotezę zerową.

ZAKOŃCZENIE

Podstawowym celem niniejszej rozprawy była identyfikacja i ocena czynników wpływających na proces podejmowania decyzji zakupowych o lekach receptowych oraz ocena implikacji tych czynników dla rynku leków generycznych.

Na potrzeby rozprawy przeprowadzono badania pierwotne, zarówno jakościowe, jak i ilościowe, które miały umożliwić przyjęcie, bądź odrzucenie postawionych w niniejszej pracy hipotez. Wyniki przeprowadzonych badań pozwoliły na pozytywne zweryfikowanie postawionych hipotez.

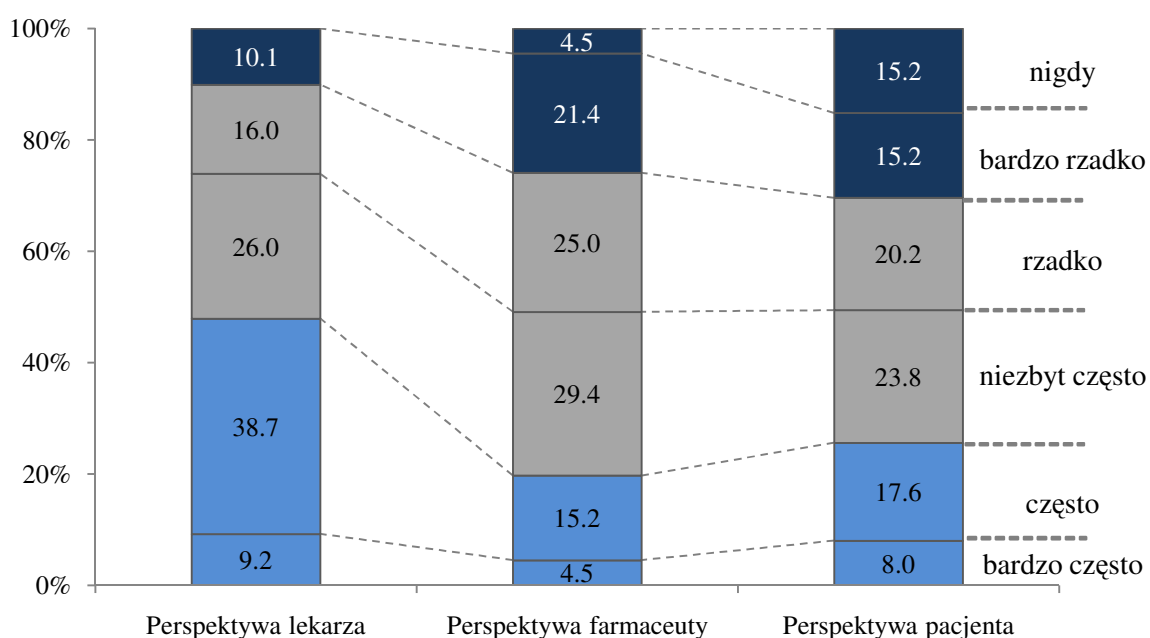
Wzrost świadomości zdrowotnej sprawia, iż pacjenci coraz więcej uwagi poświęcają swojemu stanowi zdrowia i coraz bardziej o nie dbają. W społeczeństwie zaczyna kształtować się grupa prosumentów, czyli konsumentów świadomych swoich potrzeb w zakresie zdrowia i możliwych metod ich zaspokojenia. Większa uwaga przywiązywana do kwestii zdrowotnych może wiązać się jednak z wyższymi kosztami, jakie mogą oni ponosić na leki. Mimo istniejącego w Polsce systemu refundacji leków, wydatki ponoszone na leki stanowią poważne obciążenie dla budżetów domowych pacjentów. Racjonalnymi byłyby więc działania zmierzające ku temu, aby te koszty minimalizować. Takie działania uwzględniają między innymi interakcje z lekarzem lub farmaceutą i prośbę o zastąpienie leku jego tańszym odpowiednikiem. Zachowania takie nie są jednak bardzo częste. Aby w pełni zrozumieć strukturę zjawiska, w toku pracy przyjęto hipotezę 1 – „cena jest dla pacjenta kluczowym czynnikiem wyboru leków”.

Obserwacją poczynioną podczas analizy wyników badań jest fakt, iż spośród trzech głównych kryteriów oceny leków (cena, skuteczność, bezpieczeństwo), najważniejsze w lekach dla pacjentów okazały się skuteczność i bezpieczeństwo leku, przyznając cenie relatywnie mniejsze znaczenie. Zaobserwowano silną korelację dodatnią pomiędzy znaczeniem skuteczności i bezpieczeństwa leków. Znamienne, im starszy pacjent, tym mniejsze dla niego ma znaczenie skuteczność i bezpieczeństwo leku, a ważniejsza staje się jego cena. Równocześnie, badanie przeprowadzone wśród farmaceutów wykazało, że

ponad pięć procent z nich obserwuje częstą lub bardzo częstą rezygnację z wykupienia przepisanych leków ze względu na ich cenę. Jedynie siedem procent badanych zadeklarowało, że nigdy nie spotkało się z takim zjawiskiem. Badani są zgodni, że najczęściej z wykupienia zaordynowanych leków rezygnują osoby starsze (powyżej 65 roku życia) – taką odpowiedź wskazało 69 procent badanych, a ponad 90 procent z nich uważa, że z wykupienia leków rezygnują osoby powyżej 50 roku życia.

Znaczenie ceny dla pacjentów oceniono na podstawie częstości ich próśb o zamianę leku na jego tańszy odpowiednik. Sumaryczne zestawienie wyników badań we wszystkich badanych grupach przedstawiono na Rycinie 160.

Rycina 160. Częstość próśb pacjenta o zamianę leku na tańszy z perspektywy lekarzy, farmaceutów i pacjentów



Źródło: Opracowanie własne

Spośród badanej populacji, 15,2 procent pacjentów deklaruje, że nigdy nie prosi lekarza o zamianę leków na tańsze. Często lub bardzo często robi to 25,6 procent badanych pacjentów. Kobiety, znacznie częściej niż mężczyźni, proszą lekarza o zamianę

przepisanych leków na ich tańsze odpowiedniki. Częstość próśb o zamianę leku na tańszy odpowiednik rośnie z wiekiem – im starszy pacjent, tym częściej prosi on lekarza o tańsze leki. Pacjenci, którzy deklarowali, iż cena leków ma dla nich duże znaczenie, częściej niż pacjenci, dla których cena nie miała tak dużego znaczenia, prosili lekarza o tańsze odpowiedniki leków.

Z perspektywy lekarza, pacjenci znacznie częściej proszą o tańsze leki, niż sami się do tego przyznają. Taką prośbę słyszy często lub bardzo często 47,9 procent badanych lekarzy. Znamienne, statystycznie rzadziej takie prośby słyszą lekarze pracujący w szpitalach, niż lekarze pracujący poza nimi. Różnica ta może wynikać z faktu, iż pacjenci w szpitalach są znacznie bardziej anonimowi, niż w przychodniach specjalistycznych, w których leczą się od lat. Dzięki temu, iż ich kontakty z lekarzem są bardziej personalne, mają oni większą odwagę, by prosić o tańsze leki.

Badanie przeprowadzone wśród farmaceutów wskazuje, że 19 procent badanych jest proszonych o zamianę leku na tańszy często lub bardzo często. Jest to znacząco niższy wskaźnik, niż w przypadku lekarzy. Rozbieżność ta może wynikać z faktu, iż pacjenci chętniej proszą lekarza o taką zamianę, gdyż mają z nim bliższy, bardziej osobisty kontakt niż z farmaceutą, a także z faktu, iż lekarz cieszy się zazwyczaj wyższym niż farmaceuta autorytetem. Dodatkowym powodem niechęci proszenia farmaceutów o zamianę leku na tańszy może być obecność innych osób w aptece podczas kupowania leków przez pacjenta, co powoduje, że prośba taka może się wydać pacjentowi wstydliva.

Na podstawie poczynionych obserwacji można więc przyjąć hipotezę, iż cena jest kluczowym czynnikiem wyboru leków dla pacjenta. Zastrzec jednak należy, iż w opinii pacjentów jest ona mniej istotna, niż skuteczność i bezpieczeństwo przyjmowanych leków. Znamienne, w opinii lekarzy i farmaceutów, poziom znaczenia ceny leku dla pacjenta jest wyższy, niż deklarowany przez pacjenta.

Różny poziom świadomości zdrowotnej oraz wiedzy na temat leków, jaki został zaobserwowany na podstawie badań wtórnych stanowił podstawę do postawienia

hipotezy 2: „podejście pacjentów do leków różni się w zależności od płci, wieku i miejsca zamieszkania”. W toku analizy dokonano podziału badanej populacji pacjentów ze względu na ich stosunek do leków, z uwzględnieniem podejścia do leków generycznych. Wyróżniono cztery grupy pacjentów: „świadomi”, „oczekujący skuteczności”, „rozdarci” oraz „obojętni”. Pacjenci zaklasyfikowani do poszczególnych grup różnią się miejscem zamieszkania, płcią i wiekiem. Tabela 37 przedstawia zestawienie cech demograficznych charakterystycznych dla poszczególnych typów pacjentów.

Tabela 37. Cechy demograficzne poszczególnych typów pacjentów

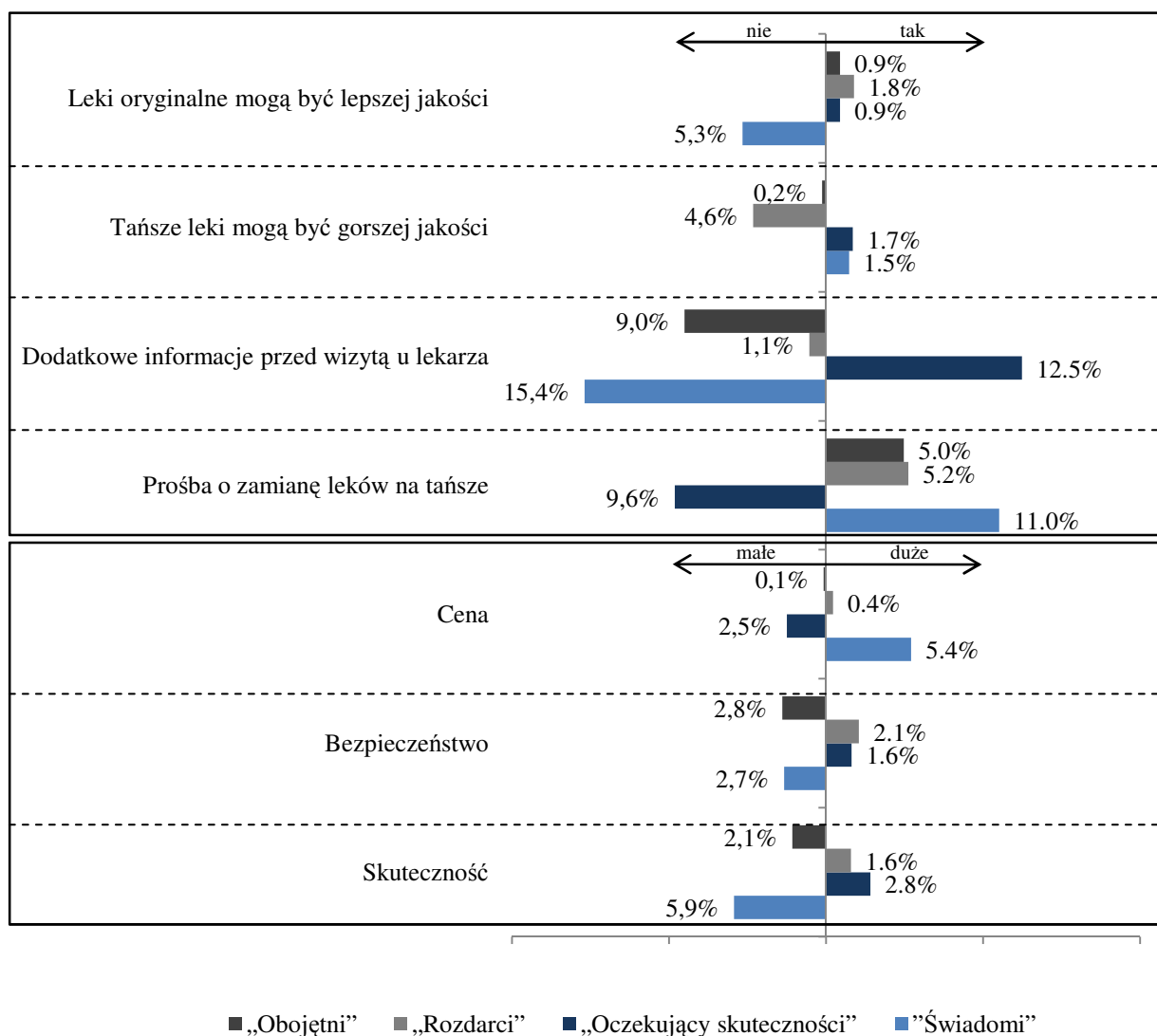
Charakterystyka	„Świadomi”	„Oczekujący skuteczności”	„Rozdarci”	„Obojętni”
Średni wiek	72 lata	26 lat	42 lata	58 lat
Miejsce zamieszkania	miasto/wieś	miasto	wieś	miasto
Płeć	kobieta	mężczyzna	kobieta	kobieta/mężczyzna

Źródło: Opracowanie własne

Każdą z tych grup charakteryzuje inny poziom świadomości zdrowotnej, inne podejście do leków generycznych oraz różne podejście do znaczenia ceny, skuteczności oraz bezpieczeństwa stosowanych leków.

Rycina 161 przedstawia odchylenie od średnich dla całkowitej populacji charakterystyczne dla poszczególnych grup. Rycina składa się z dwóch części. Część pierwsza pokazuje odpowiedzi na pytania związane z jakością leków generycznych i tańszych, częstością zasięgania dodatkowych informacji na temat schorzenia przed wizytą u lekarza oraz częstością próśb o zamianę leków na tańsze. Część druga natomiast pokazuje znaczenie poszczególnych cech (cena, skuteczność, bezpieczeństwo) przy doborze leków. W obu częściach strzałki wskazują kierunek odchylenia.

Rycina 161. Odchylenie cech poszczególnych grup od średniej dla całej populacji



Źródło: Opracowanie własne

Można więc zauważyć, iż pomiędzy wyróżnionymi grupami występują znaczące różnice w stosunku do leków generycznych i farmakoterapii w ogóle. Dlatego też przyjąć należy hipotezę 2.

W związku z rosnącą świadomością zdrowotną Polaków, można zaobserwować, iż coraz więcej osób próbuje zdiagnozować się samemu poprzez zasięganie informacji w książkach, Internecie, czy prasie. Pacjenci tacy często pojawiają się u lekarza

z diagnozą i propozycją terapii konkretnymi lekami. W stosunku do takich pacjentów można stosować pojęcie prosumentów. Pacjenci są zainteresowani również koncepcją substytucji generycznej. W tym celu postawiono hipotezę nr 3 – „większa świadomość zdrowotna pacjenta nie wpływa na pogorszenie opinii o lekach generycznych”.

Z dodatkowych źródeł informacji w celu diagnozy dolegliwości oraz leków przed wizytą u lekarza często lub bardzo często korzysta 25,2 procent badanych osób. Nigdy nie próbuje zdiagnozować swojej dolegliwości przed wizytą u lekarza 16,6 procent badanych. Zaobserwowano, iż istnieje korelacja pomiędzy wiekiem pacjenta a częstotliwością korzystania z dodatkowych źródeł informacji o lekach. Im młodszy pacjent, tym częściej z takich źródeł korzysta. Dodatkowo, zauważono, iż pacjenci mieszkający w miastach korzystają z takich źródeł częściej, niż pacjenci mieszkający na wsiach. Obserwacje zgadzają się z wnioskami poczynionymi podczas weryfikacji hipotezy 2.

Nie zaobserwowano natomiast korelacji pomiędzy częstotliwością korzystania z dodatkowych źródeł informacji na temat schorzenia i leków a opinią pacjentów o jakości leków generycznych. Dlatego też należy przyjąć postawioną hipotezę i uznać, że większa świadomość zdrowotna pacjenta nie wpływa na pogorszenie opinii o lekach generycznych.

W badaniu przeprowadzonym wśród farmaceutów zaobserwowano, że 31,3 procent badanych deklaruje, iż pacjenci bardzo często lub często pytają o różnice pomiędzy lekami generycznymi a oryginalnymi. Jedynie 18,8 procent badanych deklaruje, że bardzo rzadko lub nigdy nie słyszy takich pytań ze strony pacjentów. Dlatego też podjęto próbę zbadania wpływu wzrastającej świadomości zdrowotnej z opinią o lekach generycznych. Znamienne, znacznie częściej o różnice pomiędzy lekami generycznymi a oryginalnymi pytani są farmaceuci pracujący w miastach, co może wiązać się z większą świadomością mieszkających tam pacjentów.

Obserwacja sposobu funkcjonowania rynków farmaceutycznych w wielu krajach, w tym w Polsce pozwala stwierdzić, iż substytucja generyczna stanowi skuteczny sposób obniżania kosztów leków. Dla powodzenia tego sposobu minimalizacji nakładów na leki

istotnym jest, aby zarówno lekarze, jak i farmaceuci mieli pozytywny stosunek do leków generycznych, a pacjenci rozumieli i akceptowali substytucyjność leków generycznych i oryginalnych. Dlatego też w toku analizy postawiona została hipoteza 4– „opinia o lekach generycznych jest pozytywna, zarówno wśród lekarzy i farmaceutów, jak i pacjentów, co pozwala na minimalizację wydatków ponoszonych na leki”.

Leki generyczne dominują wśród przepisywanych leków u 70 procent badanych lekarzy. Główną przesłanką do przepisywania leków generycznych jest ich cena – 78,2 procent lekarzy wskazało właśnie tę przesłankę. Równocześnie, 50,4 procent badanych twierdzi, iż przepisuje leki generyczne na wyraźną prośbę pacjenta. Głównymi przesłankami do przepisania leków oryginalnych są sytuacje, kiedy lek nie posiada odpowiednika generycznego (42 procent wskazań), bądź kiedy pacjent sam sugeruje, iż woli droższy, oryginalny preparat. Znamienne, 21 procent badanych odpowiedziało, iż odradza pacjentom stosowanie leków generycznych, ponieważ uważa je za niewystarczająco dobre odpowiedniki leków oryginalnych. Często lub bardzo często przepisane już leki oryginalne na leki generyczne zamienia 26,1 procent badanych lekarzy. Statystycznie częściej robią to lekarze o dłuższym stażu pracy, niż lekarze o niskim stażu pracy. Może prowadzić to do wniosku, iż lekarze o krótszym stażu pracy bardziej zachowawczo podchodzą do kwestii substytucji generycznej, ponieważ boją się „eksperymentować”.

Dodatkowo, 63,9 procent lekarzy, którzy uznali, iż lista leków refundowanych gwarantuje wystarczający dostęp do preparatów wysokiej jakości uznało równocześnie, iż lista leków refundowanych nie gwarantuje wystarczającego dostępu do leków innowacyjnych. Można więc wyciągnąć wniosek, iż ta grupa lekarzy uznaje preparaty generyczne za preparaty wysokiej jakości.

W podobnym badaniu przeprowadzonym we Francji [Lagarce i in. 2005], 45 procent lekarzy uznało, że leki generyczne są mniej skuteczne, niż leki oryginalne. Różnica w wynikach niniejszego oraz cytowanego badania może wynikać z udziału leków generycznych w rynku polskim i francuskim. W Polsce, udział ten wynosi 86,5 procent

w ujęciu ilościowym i 65,2 procent w ujęciu wartościowym, a we Francji odpowiednio 12 procent i 6,4 procent.

Badanie przeprowadzone w Arabii Saudyjskiej [Alghasham 2009] wskazuje na podobne wnioski. Większość lekarzy popiera substytucję generyczną. Czynnikiem popularyzującym koncepcję substytucji generycznej są: wiedza lekarza na temat skuteczności leku generycznego, wiedza na temat różnic cenowych oraz ogólnie pozytywna opinia na temat leków generycznych oraz wpływ pacjentów na podejmowanie decyzji o doborze leków.

Wśród wydawanych przez farmaceutów leków również dominują leki generyczne – takiej odpowiedzi udzieliło ponad 65 procent badanych. Równocześnie, prawie 18 procent z nich stwierdziło, iż proporcje pomiędzy wydawanymi przez nich lekami oryginalnymi i generycznymi są równe. Leki generyczne cieszą się pozytywną opinią wśród farmaceutów – 70 procent ankietowanych zadeklarowało, że nie odradza pacjentom stosowania leków generycznych. Jedynie około 3 procent badanych uznało, że lek generyczny nie jest wystarczająco dobrym substytutem leku oryginalnego.

Pozytywną opinię o jakości leków generycznych wyraziło 53 procent badanych pacjentów. Wynik ten jest spójny z rezultatami badań przeprowadzonych w Stanach Zjednoczonych, gdzie większość badanych odniosła się pozytywnie do leków generycznych [Gaither 2001]. Podobne wnioski można wyciągnąć z analizy dostępnych publikacji dotyczących Polski [Domasławska 2011].

Znamiennie, im wyższe było deklarowane przez pacjenta znaczenie skuteczności i bezpieczeństwa leku, tym częściej twierdził on, że leki generyczne są gorszej jakości. Równocześnie, 69,8 procent pacjentów nie uważa, aby leki tańsze były lekami gorszej jakości. Zaobserwowano przeciętną korelację ujemną pomiędzy percepcją niższej jakości leków tańszych a percepcją różnicy w jakości leków generycznych w stosunku do leków oryginalnych. Wnioskować więc można, iż większość pacjentów zdaje sobie sprawę, iż pojęcie leków generycznych i pojęcie leków tańszych może być traktowane zamiennie. Pozostaje jednak ponad 30 procent pacjentów, którzy sądzą, iż niższa cena leku oznaczać

może ich gorszą jakością, co sugeruje, iż istnieje znaczna luka informacyjna dotycząca jakości tańszych leków.

Na podstawie poczynionych analiz można więc wywnioskować, iż hipoteza o dobrej opinii lekarzy, farmaceutów oraz pacjentów o lekach generycznych może zostać przyjęta. Pacjenci utożsamiają pojęcie leków generycznych z lekami tańszymi i wyrażają pozytywną opinię o ich jakości. Wśród leków przepisywanych przez badanych lekarzy dominują leki generyczne, a znacząca większość lekarzy uważa, że leki generyczne są dobrymi substytutami leków oryginalnych.

Reasumując, należy stwierdzić, iż cena leków ma istotne znaczenie dla pacjentów, prawdopodobnie bardziej istotne, niż deklarują to sami pacjenci. Dodatkowo, wszyscy decydenci posiadają pozytywną opinię na temat leków generycznych. Te dwa czynniki, a także sposób konstrukcji listy leków refundowanych, wskazują na przychylność dla leków generycznych w Polsce. Przyjmując, że leki generyczne dostarczają pacjentom taką samą użyteczność, jak leki oryginalne, a przy tym są tańsze, pozytywna percepcja leków generycznych jest zgodna z założeniem teorii neoklasycznej o racjonalności zachowań konsumenta. Jednakże, zróżnicowanie w podejściu do znaczenia ceny leków w zależności od grupy pacjentów pokazuje, że preferencje pacjentów nie są stałe i różnią się w zależności od cech demograficznych pacjentów, przez co niemożliwym jest przyjęcie w pełni neoklasycznego podejścia do zachowań pacjenta.

Pozytywna opinia o lekach generycznych jest istotna nie tylko dla producentów leków generycznych, ale również dla państwa i pacjentów, w których interesie leży minimalizacja nakładów na leki. Równocześnie jednak istnieje znaczna grupa pacjentów, lekarzy i farmaceutów, których opinia na temat leków generycznych jest negatywna, a część pacjentów obawia się, że niższa cena leku może oznaczać jego gorszą jakość. Wskazuje to na istotną lukę informacyjną, której istnienie podważa jedno z kluczowych założeń neoklasycznego modelu zachowań konsumenta o posiadaniu przezeń pełnej informacji. Luka ta powinna zostać wypełniona za pomocą kampanii edukacyjnych

skierowanych nie tylko do lekarzy i farmaceutów, ale również pacjentów. Wniosek ten jest spójny implikacjami badania rynku amerykańskiego przeprowadzonego przez Nguyen. Stwierdza ona bowiem, iż *niewiedzy pacjenta można zaradzić poprzez dodatkowe doradztwo ze strony farmaceuty i lekarza, więcej informacji od władz i większą proaktywność pacjentów przy doborze terapii lekowej (...)* [Nguyen]. Segmentacja pacjentów przedstawiona w niniejszej rozprawie winna umożliwić lepsze zaprojektowanie kampanii edukacyjnej, zapewniając tym samym wyższą efektywność przekazu. Działania edukacyjne i informacyjne są niezbędnym krokiem w kierunku racjonalizacji nakładów na leki w Polsce.

Dogłębne poznanie determinant zachowania konsumenta na rynku receptowych leków generycznych w Polsce wymaga dalszych badań. W celu pełnego zrozumienia badanego zagadnienia niezbędne będą między innymi badania nad wpływem czynników takich, jak wykształcenie, czy poziom dochodów konsumentów, a także szeregu czynników psychologicznych i behawioralnych. Ocena ekonomicznych skutków zmian w percepcji leków generycznych, zarówno wśród lekarzy, farmaceutów, jak i pacjentów, dla płatnika oraz producentów leków generycznych, również wymaga pogłębionej analizy. W związku z silnym stopniem regulacji, przeprowadzając analizę zachowań konsumenta, należy brać pod uwagę obowiązujące przepisy prawne. Dla przykładu, zmieniona ustawa o refundacji leków obowiązująca od roku 2012 wprowadziła sztywne marże na leki refundowane. W związku z tym, obowiązująca cena danego preparatu jest taka sama, niezależnie od apteki. Zmiana ta mogła potencjalnie mieć wpływ na percepcję znaczenia ceny leku przy wyborze leków. Należy również pamiętać, iż ze względu na różny charakter regulacji rynków farmaceutycznych w różnych krajach, determinanty zachowań pacjenta na rynku leków receptowych mogą znacząco różnić się pomiędzy tymi krajami.

BIBLIOGRAFIA

- Adamed, 2011, *Innowacje w Medycynie i Farmacji*, Warszawa.
- Adams, C., Brantner, V., 2003, *New Drug Development: Estimating entry from human clinical trials*, Working Papers no. 262, Federal Trade Commission – Bureau of Economics, <http://www.ftc.gov/be/workpapers/wp262.pdf> [dostęp: 20.03.2011].
- Adams, C., Brantner, V., 2010, *Spending on New Drug Development*, Health Economics vol. 19, no. 2, s. 131-140.
- Alazraki, M., 2011, *The 10 Biggest-Selling Drugs That Are About to Lose Their Patent*, <http://www.dailyfinance.com/2011/02/27/top-selling-drugs-are-about-to-lose-patent-protection-ready/> [dostęp: 13.05.2011].
- Alghasham, A., 2009, Generic drug prescribing in central Saudi Arabia: Perceptions and attitudes of physicians, *Annals of Saudi Medicine*, vol. 29, no. 1, s. 24-29
- Angell, M., 2004, *Over and above: Excess in the pharmaceutical industry*, *Canadian Medical Association Journal*, vol. 171, no. 12, s. 1451-1453.
- Applbaum, K., 2006, *Pharmaceutical Marketing and the Invention of the Medical Consumer*, *PLoS Medicine*, vol. 3, no. 4, s. 445-447.
- Applbaum, K., 2009, *Pharmaceutical marketing and the abstraction of consumer needs*, <http://somatosphere.net/2009/03/pharma-marketing-and-abstraction-of.html> [dostęp: 8.01.2012].
- Aronsson, T., Bergman, M., Rudholm, N., 2001, *The impact of generic drug competition on brand name market shares — evidence from micro data*, *Review of Industrial Organization*, vol. 19, s. 423-433.
- Arrow, K.J., 1963, *Uncertainty and the welfare economics of medical care*, *The American Economic Review*, vol. 53, no. 5, s. 941-973.
- Baran, C., 1985, *Organizacja ochrony zdrowia – zagadnienia ogólne*, Wydawnictwo Akademii Medycznej w Gdańsku, Gdańsk.
- Barcentewicz, M., Matczak, M., Mączyński, G., Luty, O., 2010, *Ustawa Refundacyjna: Najważniejsze Zmiany*, Domański, Zakrzewski, Palinka, Life Sciences Law Blog, <http://blog.dzp.pl/pharma/projekt-ustawy-najwazniejsze-zmiany/> [dostęp: 21.10.2011].
- Bartels, R., 1976, *The History of Marketing Thought*, Grid Inc., Columbus, Ohio, <http://www.faculty.missouristate.edu/c/ChuckHermans/Bartels.htm> [dostęp: 30.12.2011].
- Bate, R., Zhe Jin, G., Mathur, A., 2011, *Does price reveal poor-quality drugs? Evidence from 17 countries*, Working Papers, no. 16854, National Bureau of Economic Research, Cambridge.
- Belch, G.E., 1978, *Belief systems and the differential role of the self-concept*, w: Hunt, H.K. (ed.), *Advances in Consumer Research*, vol. 5, s. 320-325.
- Bennett, P.D. (ed.), 1995, *Dictionary of Marketing Terms*, American Marketing Association, NTC Business Books, Chicago.
- Bennett, S., Quick, J., Velasquez, G., 1997, *Public-private roles in the pharmaceutical sector – implications for equitable access and rational drug use*, DAP Series no. 5, WHO/DAP/97.12, World Health Organization, Action Programme on Essential Drugs, <http://archives.who.int/tbs/global/whozip27e.pdf> [dostęp: 20.05.2010].

- Blackett, T., Robins, R. (eds.), 2005, *Branding in the Pharmaceutical Industry*, Interbrand Healthcare, New York.
- Blythe, J., 2008, *Consumer Behaviour*, Thomson Learning, London.
- Blodget, H., 2012, *We need to stop maximizing profit and start maximizing value*, <http://www.businessinsider.com/lets-stop-maximizing-profit-and-start-maximizing-value-2012-12> [dostęp: 10.12.2012]
- Boldrin, M., Levine, D.K., 2002, *Against Intellectual Monopoly*, Cambridge University Press, Cambridge.
- Booz&Co, 2012, *Pharmaceutical Sales and Marketing Trends 2011*, <http://www.booz.com/media/uploads/BoozCo-Pharmaceutical-Sales-Marketing-Trends-National-Analysts-2011.pdf> [dostęp 15.12.2012]
- Brass, D., Galaskiewicz, J., Greve, H., Tsai, W., 2004, *Taking stock of networks and organizations: a multilevel perspective*, *The Academy of Management Journal*, vol. 47, no. 6, s. 795-817.
- Bray, J., 2009, *Consumer Behaviour Theory: Approaches and Models*, Niepublikowane, <http://eprints.bournemouth.ac.uk/10107/> [dostęp: 20.10.2012]
- Buckley, J., 2004, *Pharmaceutical Marketing – Time for Change*, *Electronic Journal of Business Ethics and Organization Studies*, vol. 9, no. 2, s. 4-11, http://ejbo.jyu.fi/pdf/ejbo_vol9_no2.pdf [dostęp 19.07.2011].
- Business Monitor International, 2011, *Poland pharmaceuticals and healthcare report*, Business Monitor International, London.
- Calfee, J., 2003, *The Role of Marketing in Pharmaceutical Research and Development*, *Pharmacoeconomics*, Supl. 3, s. 77-84.
- Capella, M., Taylor, C., Campbell, R., Longwell, L., 2009 *Do Pharmaceutical Marketing Activities Raise Prices? Evidence from Five Major Therapeutic Classes*, *Journal of Public Policy and Marketing*, vol. 28, no. 2, s. 146-161.
- Caplin, A., Leahy, J., 1999, *The Supply of Information by a Concerned Expert*, Centre for Economic Policy Research.
- Cassel, C., Rudberg, M., Olshansky, S., 1992, *The price of success: health care in an aging society*, *Health Affairs*, vol. 11, no. 2 (1992), s. 87-99.
- Chisnall, P., 1997, *Marketing Research*, McGraw Hill, London.
- Churchill, G., 2002, *Badania marketingowe. Podstawy metodologiczne*, Wydawnictwo naukowe PWN, Warszawa.
- Consumers International, 2006, *Branding the Cure*, London, <http://www.consumersinternational.org/media/299887/branding%20the%20cure%20-%20report%20%28pdf%20english%29.pdf> [dostęp 10.07.2011]
- Corstjens, M., 1991, *Marketing Strategy in the Pharmaceutical Industry*, Chapman & Hall, London.
- Corstjens, M., Carpenter, M., 2000, *From managing pills to managing brands*, *Harvard Business Review*, April-May, s. 20-22.
- Czapiński, J., Panek, T. (red.), 2005, *Diagnoza społeczna, Warunki i jakość życia Polaków*, Rada Monitoringu Społecznego, Warszawa.

- Czapiński, J., Panek, T. (red.), 2007, *Diagnoza społeczna, Warunki i jakość życia Polaków*, Rada Monitoringu Społecznego, Warszawa.
- Czapiński, J., Panek, T. (red.), 2009, *Diagnoza społeczna, Warunki i jakość życia Polaków*, Rada Monitoringu Społecznego, Warszawa.
- Czapiński, J., Panek, T. (red.), 2011, *Diagnoza społeczna, Warunki i jakość życia Polaków*, Rada Monitoringu Społecznego, Warszawa.
- Danzon, P.M., 1999, *The Pharmaceutical Industry*, The Wharton School – University of Pennsylvania, Philadelphia.
- Davis, J., Hands, W., Maki, U. (eds.), 1997, *Handbook of Economic Methodology*, Edward Elgar Publishing, Londyn, s.342-350
- Deloitte, 2012, *Pharmaceutical R&D internal rate of return falls for a second year but shows signs of stabilizing*, http://www.deloitte.com/view/en_GB/uk/industries/life-sciences/af79540ed506b310VgnVCM2000003356f70aRCRD.htm [dostęp: 20.12.2012].
- DiMassi, J., Hansen, R., Grabowski, H., 2003, The price of innovation: new estimates of drug development costs, *Journal of Health Economics*, vol. 22, s. 151-180.
- Domasławska, I., 2011, *Ufamy generykom*, <http://www.farmacjapraktyczna.pl/ufamy-generykom,aktualnosci,1829,9,1,1,pl>, [dostęp: 20.05.2011].
- Donohue, J., Berndt E., 2004, *Effects of direct-to-consumer advertising on medication choice: the case of antidepressants*, *Journal of Public Policy and Marketing*, vol. 23, no. 2, s. 115-127.
- Dranikowska, B., 2007, *Wpływ bodźców otoczenia na zachowanie konsumenta*, *Marketing i Rynek*, vol. 7.
- Dyrektywa 2001/83/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 6 listopada 2001 r. w sprawie wspólnotowego kodeksu odnoszącego się do produktów leczniczych stosowanych u ludzi.
- Dyrektywa 2004/27/EC Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 31 marca 2004 r. zmieniająca Dyrektywę 2001/83/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 6 listopada 2001.
- Engel, J.F., 1963, *Are automobile purchasers dissonant customers?*, *Journal of Marketing*, 27, s. 55-58.
- Epstein, R., 2006, *Overdose: how excessive government regulation stifles pharmaceutical innovation*, An Institute for Policy Innovation Book, Yale University Press, London.
- European Commission, 2009, *Competitiveness of the EU Market and Industry for Pharmaceuticals, Final Report*, ECORYS Nederland BV, Rotterdam.
- European Generics Association, *Generic Medicines in Europe*, <http://www.egagenerics.com/gen-geneurope.htm> [dostęp: 30.06.2011].
- European Patent Office, 1973, *European Patent Convention*, <http://www.epo.org/law-practice/legal-texts/html/epc/1973/e/ma1.html> [dostęp: 12.07.2011].
- EuroRSCG Sensors, 2012, *Ja i moje ciało. Zdrowie i dobre samopoczucie w dzisiejszych czasach*.
- Eurostat, *Real adjusted gross disposable income of households per capita*, <http://epp.eurostat.ec.europa.eu/tgm/table.do?tab=table&init=1&language=en&pcode=tec00113&plugin=1> [dostęp: 10.04.2011].

- Fahey, M., 1996, *Guide to consumer's pharmaceutical purchasing behavior*, Journal of Managed Care Pharmacy, vol. 2, no. 5, s. 489-499.
- Falkowski, A., Tyszka, T., 2001, *Psychologia zachowań konsumenckich*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk.
- Figueiras, M., Alves, N., Marcelino, D., Cortes, M., Weinman, J., Horne, R., 2009, *Assessing lay beliefs about generic medicines: Development of the generic medicines scale*, Psychology, Health & Medicine, vol. 14, no. 3, s. 311-321.
- Florea, R., Florea, R., 2011, *Socio-cultural environment influence on the pharmaceutical market development*, Economy Transdisciplinary Cognition, vol. XIV, s. 468-475.
- Foxall, G., Sigurdsson, V., 2011, *Drug use as consumer behavior*, Behavioral and Brain Sciences, vol. 34, s. 313-314.
- Frank, R., 2004, *Behavioral Economics and Healthcare Economics*, NBER Working Paper Series no. 10881.
- Fulop, J., *Introduction to Decision Making Methods*, <http://academic.evergreen.edu/projects/bdei/documents/decisionmakingmethods.pdf> [dostęp: 4.01.2012].
- Gagnon, M., Lexchin, J., 2008, *The Cost of Pushing Pills: a New Estimate of Pharmaceutical Promotion Expenditures in the United States*, PLoS Medicine, vol. 5, no. 1, s. 29-33.
- Gaither C., 2001, *Consumer's view on generic medications*, Journal of American Pharmaceutical Association, vol. 41, no. 5, s. 729-736.
- Galbraith, J., 1958, *The Affluent Society*, Houghton Mifflin Company, Boston.
- Ganslandt, M., Maskus, K., 2004, *Parallel imports and the pricing of pharmaceutical products: evidence from the European Union*, Journal of Health Economics, Working Paper no. 622, Research Institute of Industrial Economics.
- Garattini, L., Tediozi, F., 2000, *a comparative analysis of generic markets in five European countries*, Health Policy, vol. 51, no. 3, s. 149-162.
- Garbarski, L., 1998, *Zachowania nabywców*, PWE, Warszawa.
- Garbarski, L., Rutkowski, I., Wrzosek, W., 2008, *Marketing, Punkt zwrotny nowoczesnej firmy*, PWE, Warszawa.
- Garbarski, L., Baran, R., Czarnecki, A., Krzyżanowska, M., Marciniak, B., Taranko, T., 2011, *Marketing, Koncepcja skutecznych działań*, Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne, Warszawa
- Garnier, J.-P., 2008, *Rebuilding the R&D Engine in Big Pharma*, Harvard Business Review, May, s. 68-79.
- Getzen, T., 2000, *Ekonomika zdrowia*, wyd.1, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.
- Glimcher, P., Camerer, C., Fehr, E., Poldrack, R., 2009, *Neuroeconomics. Decision Making and the Brain*, Academic Press, London, s.1-33.
- Główny Urząd Statystyczny, 2008, *Podstawowe Dane z Zakresu Ochrony Zdrowia w 2007 r.*, http://www.stat.gov.pl/cps/rde/xbcr/gus/WZ_podstaw_dane_z_zakre_zdr_2007r.pdf [dostęp 15.01.2011]
- Główny Urząd Statystyczny, 2010a, *Stan Zdrowia Ludności Polski w 2009r.*, http://www.stat.gov.pl/cps/rde/xbcr/gus/PUBL_ZO_stan_zdrowia_2009.pdf [dostęp: 7.01.2012].

- Główny Urząd Statystyczny, 2010b, *Monitoring Rynku Pracy – Wejście ludzi młodych na rynek pracy*, Departament Pracy Głównego Urzędu Statystycznego, Materiały na Konferencję Prasową.
- Główny Urząd Statystyczny, 2011a, *Rocznik Demograficzny 2010*, Zakład Wydawnictw Statystycznych, Warszawa.
- Główny Urząd Statystyczny, 2011b, *Stan i struktura ludności oraz ruch naturalny w przekroju terytorialnym w 2010 r.*,
http://www.stat.gov.pl/cps/rde/xbcr/gus/PUBL_1_ludnosc_stan_struktura_31_12_2010.pdf
[dostęp 6.01.2012].
- Główny Urząd Statystyczny, 2011c, *Sytuacja gospodarstw domowych w 2010 r. w świetle wyników badania budżetów gospodarstw domowych, 2010*,
http://www.stat.gov.pl/cps/rde/xbcr/gus/PUBL_wz_sytuacja_gosp_dom_2010.pdf [dostęp: 6.01.2012].
- Główny Urząd Statystyczny, 2011d, *Trwanie życia w 2010 r.*
- Główny Urząd Statystyczny, 2012, *Raport z wyników, Narodowy Spis Powszechny Ludności i Mieszkań 2011*, http://www.stat.gov.pl/cps/rde/xbcr/gus/LUD_raport_z_wynikow_NSP2011.pdf
[dostęp: 31.08.2012]
http://www.stat.gov.pl/cps/rde/xbcr/gus/PUBL_lud_trwanie_zycia_2010.pdf [dostęp: 6.01.2012]
- Goldberg, P., 2009, *Intellectual property rights protection in developing countries: the case of pharmaceuticals*, http://www.econ.yale.edu/~pg87/Goldberg_Marshall.pdf [dostęp: 8.01.2012].
- Gonul, F., Carter, F., Petrova, E., Srinivasan K., 2001, *Promotion of Prescript Drugs and Its Impact on Physicians' Choice Behavior*, *Journal of Marketing*, vol. 65, no. 3, s. 79-90.
- Grabowski, H., Vernon, J., 1992, *Brand Loyalty, Entry and Price Competition in Pharmaceuticals after the 1984 Drug Act*, *Journal of Law and Economics*, vol. 35, no. 2, s. 331–351.
- Grabowski, H., Vernon, J., DiMasi, J., 2002, *Returns on Research and Development for 1990s New Drug Introductions*, *PharmacoEconomics* vol. 20 (Supplement 3), s. 11-29.
- Granlund, D., Rudholm, N. 2011, *Consumer Information and Pharmaceutical Prices: Theory and Evidence*, *Oxford Bulletin of Economics and Statistics*, vol. 73, s. 230-254.
- Grassmann, O., Reepmeyer G., von Zedtwitz M., 2002, *Leading pharmaceutical innovation: trends and drivers for growth in the Pharmaceutical Industry*, Springer Verlag, Berlin-Heidelberg.
- Greene, J., 2007, *Pharmaceutical marketing research and the prescribing physician*, *Annals of Internal Medicine*, vol. 146, no. 10, s. 742-748.
- Grossman, S., Stiglitz, J., 1980, *On the impossibility of informationally efficient markets*, *American Economic Review*, vol. 70, s. 393-408.
- Hague P., Hague N., Morgan C., 2005, *Badania rynkowe w praktyce*, Wydawnictwo Helion, Gliwice.
- Harms, F., Rohmann, S., Heinrich, M., Druener, M., Trommsdorff, V., 2002, *Innovative Marketing*, *Pharmaceutical Policy and Law*, vol. 5, no. 5.
- Helms, R. (ed.), 1995, *Competitive Strategies in the Pharmaceutical Industry*, AEI Press, Washington, D.C.

- Herzenstein, M., Mishra, S., Posavac S., 2004, *How Consumer's Attitudes Toward DTCA of Prescription Drugs Influence Ad Effectiveness, and Consumer and Physician Behavior*, Marketing Letters, vol. 15, no. 4, s. 201-212.
- Herzlinger, R., 2006, *Why Innovation in Health Care Is So Hard*, Harvard Business Review, May, s. 58-66.
- Hodor, J., 2008, *Leki oryginalne i odtwórcze*, Puls Farmacji, vol. 6, no. 11.
- Hollis, A., 2007, *Drugs for neglected diseases: new incentives for innovation*, w: Sloan, F., Hsieh, C. (eds.), *Pharmaceutical innovation: Incentives, Competition, and Cost-Benefit Analysis in International Perspective*, Cambridge University Press, Cambridge.
- Holloway, R., 1967, *An experiment on consumer dissonance*, Journal of Marketing, vol. 31, s. 39-43
- Horowitz, I., 1981, *Market Definition in Antitrust Analysis: A Regression-based Approach*, Southwestern Economics Society, vol. 48, s. 1-16.
- Horrobin, D., 2000, *Innovation in the pharmaceutical industry*, Journal of the Royal Society of Medicine, vol. 93, s. 341-345.
- Hoyer, W.D., McInnis, D.J., 2008, *Consumer Behavior*, South Western, Mason
- Hudson, J., 2000, *Generic take-up in the pharmaceutical market following patent expiry: a multi-country study*, International Review of Law and Economics, vol. 20, no. 2, s. 205-221.
- IHS Healthcare and Pharma Blog, 2012, *Generic Drug Price Trends – a comparison across France, Germany, Italy, Spain and the UK*, <http://healthcare.blogs.ihs.com/2012/01/06/generic-drug-price-trends-france-germany-italy-spain-uk/>, [dostęp 15.02.2012]
- IMS Health, 2010, *An Analytical Snapshot of the Russian Pharmaceutical Market: Comparing Russian and Regional Landscapes*.
- Infarma, 2011, *Wkład innowacyjnego przemysłu farmaceutycznego w rozwój polskiej gospodarki*, http://www.infarma.pl/uploads/media/PwC_Raport.pdf [dostęp 10.01.2012]
- Instytut Badań nad Gospodarką Rynkową, 2010, *Znaczenie sektora farmaceutycznego dla polskiej gospodarki – Aneks*, Warszawa.
- International Federation of Pharmaceutical Manufacturers Associations, 2000, *Encouragement of New Clinical Drug Development: The Role of Data Exclusivity*, <http://www.ifpma.org/documents/NR83/DataExclusivity.pdf> [dostęp 30.06.2010].
- Iosifescu, A., Halm, E., McGinn, T., Siu, A., Federman, A., 2008, *Beliefs about generic drugs among elderly adults in hospital-based primary care practices*, Patient Education and Counselling, vol. 73, no. 2, s. 377-383.
- Itkar, S., 2008, *Pharmaceutical Management*, Nirali Prakashan, Pune.
- Jakubiak, L., 2011, *Współpłatnienie na spółkę z samym sobą*, <http://www.rynekaptek.pl/polityka-lekowa/wspolplacenie-na-spolke-z-samym-soba,2822.html> [dostęp: 13.05.2011].
- Kahneman, D., 2012, *Pułapki myślenia. O myśleniu szybkim i wolnym*, Media Rodzina, Poznań
- Kahneman D., Tversky A., 1979 *Prospect Theory: An Analysis of Decision under Risk*, Econometrica, vol 47, no, 2, s.263-291.

- Kamerschen, D., McKenzie, R., Nardinelli, C., 1993, *Ekonomia*, Fundacja Gospodarcza NSZZ Solidarność, Gdańsk.
- Kandybin, A., Genova, V., 2012, *Big Pharma's Uncertain Future*, <http://m.strategy-business.com/article/00095?gko=777a7> [dostęp: 15.05.2012].
- Karczewska, M., 2010, *Determinanty zachowań konsumenckich na rynku*, Krakowska Konferencja Młodych Uczonych, Kraków, s. 475-484.
- Kardas, P., 2005, *Gdyby nie było generyków*, *Gazeta Lekarska*, vol. 6, no. 173, s. 14-17.
- Katzka, C., 2008, *Interpretation of the term „product” in EU Council Regulations 1768/92 and 1610/96 on Supplementary Protection Certificate*, *Journal of Intellectual Property Law & Practice*, vol. 3, no. 10, s. 650-658.
- Kędzior, Z., Karcz, K., 2001, *Badania marketingowe w praktyce*, Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne, Warszawa.
- Kieźel, E. (red.), 2004, *Racjonalność konsumpcji i zachowań konsumentów*, PWE, Warszawa.
- King, D., Kanavos, P., 2002, *Encouraging use of generic medicines: implications for transition economies*, *Croatian Medical Journal*, vol. 43, no. 3, s. 462-469.
- Komisja Europejska, *Streszczenie sprawozdania z badania sektora farmaceutycznego*, http://ec.europa.eu/competition/sectors/pharmaceuticals/inquiry/communication_pl.pdf [dostęp: 13.12.2011].
- Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej, 2.04. 1997.
- Koontz, C.M., 2001, *Glossary of Marketing Definitions*, Florida State University, <http://www.geolib.org/pdf/marketingterms.pdf> [dostęp 1.01.2012].
- Korzeniowska, E., 2008, *Wpływ wykształcenia na zróżnicowanie świadomości zdrowotnej społeczeństwa polskiego jako wyzwanie dla edukacji i promocji zdrowia*, Projekt Naukowym Instytutu Medycyny Pracy, Łódź.
- Kostański, P. (red.), 2010, *Prawo własności przemysłowej. Komentarz.*, Wydawnictwo C.H. Beck, Warszawa.
- Kostecki Ł., 2010, *Farmaceuta XXI wieku*, *Farmacja i Ja*, <http://www.farmacjaija.pl/poradnik-farmaceuty/akademia-farmaceuty/farmaceuta-xxi-wieku.html> [dostęp: 7.01.2012].
- Koszegi, B., 2003, *Health anxiety and patient behavior*, *Journal of Health Economics*, vol. 22 (2003), s. 1073-1084
- Kotler, P., 2005, *Marketing*, Dom Wydawniczy REBIS, Poznań 2005.
- KPMG, *Polski rynek farmaceutyczny, Kondycja i perspektywy rozwoju do 2011 roku w opinii największych firm farmaceutycznych*, http://www.marketingwaptece.pl/eskulap/site/upload/file/THQUSPL_raport_farmaceutyczny.pdf [dostęp: 15.09.2011].
- Krzywdzińska, E., 2002, *Cykl seminariów CASE – Rzeczpospolita – Ministerstwo Gospodarki nt. innowacji w polskim przemyśle*, <http://www.rzeczpospolita.pl/tematy/case-seminarium/2002/seminaria/wplyw3.html> [dostęp: 15.07.2011].

- Lacetera, N., Orsenigo, L., 2001, *Political regimes, technological regimes and innovation in the evolution of the pharmaceutical industry in the USA and in Europe*, w: *Conference on Evolutionary Economics*, 30-31 March, Johns Hopkins University, Baltimore, <http://www.unisi.it/ricerca/prog/epris/abstract/pdf/Lacetera-Orsenigo-Baltimore2.PDF> [dostęp 15.10.2011].
- Ladha, Z., 2007, *Are consumers really influenced by brands when purchasing pharmaceutical products?*, *Journal of Medical Marketing*, no. 7/2, s. 146-151.
- Lagarce, L., Lusson-Brisset, C. Bruhat, C., Diquet, B., Lainé-Cessac, P., 2005, *How practitioners view generic drugs: an opinion study from general practitioners in Maine-et-Loire*, *Therapie*, vol. 60, no. 1, s. 67-74.
- Lecinski, J., 2011, *Winning the Zero Moment of Truth*, Google Inc.
- Leffler, K., 1980, *Persuasion or Information? The Economics on Prescription Drug Advertising*, *Journal of Law and Economics*, vol. 24, s. 45.
- Lehman, B., 2003, *The Pharmaceutical Industry and the Patent System*, International Intellectual Property Institute, <http://www.fuliaochina.com/bbs/upfile/UpAttachment/2010-9/201092133934.pdf> [dostęp 23.08.2011].
- Levitt, T., 1986, *The marketing imagination*, Free Press, New York.
- Levy, R., 1994, *The Role and Value of Pharmaceutical Marketing*, *Archives of Family Medicine*, vol. 3, no. 4, s. 327-332.
- Levy, R., 1999, *The Pharmaceutical Industry: a Discussion of Competitive and Antitrust Issues in an Environment of Change*, Working Papers, FTC Bureau of Economics Staff Report, Washington, D.C., <http://www.ftc.gov/reports/pharmaceutical/drugrep.pdf> [dostęp 31.03.2011].
- Maslow, A., 1970, *Motivation and personality*, 2nd edition, Harper & Row Publishers, New York
- Massey, P., 2000, *Market Definition and Market Power in Competition Analysis: Some Practical Issues*, *The Economic and Social Review*, vol. 31, s. 309-328.
- Michalik, M., Mruk, H., 2006, *Zachowania pacjenta na rynku farmaceutycznym*, *Polityka Zdrowotna*, nr 5, s. 53-62.
- Michalik, M., Pilarczyk, B., Mruk, H., 2011, *Marketing Strategiczny na Rynku Farmaceutycznym*, Oficyna, Warszawa.
- Milewski, R., 2002, *Podstawy Ekonomii*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.
- Ministerstwo Zdrowia, 2004, *Polityka lekowa państwa 2004-2008 r.*, http://www.mz.gov.pl/wwwfiles/ma_struktura/docs/plekp2004_2008_230304.pdf [dostęp: 13.12.2011].
- Ministerstwo Zdrowia, 2004, *Raport Finansowanie ochrony zdrowia w Polsce, Zielona Księga*, http://www.mz.gov.pl/wwwfiles/ma_struktura/docs/raport_zk_211204.pdf [dostęp: 11.12.2011].
- Ministerstwo Zdrowia, 2008, *Raport Finansowanie ochrony zdrowia w Polsce, Zielona Księga II*, <http://www.sluzbazdrowia.com.pl/pdf/ZielonaKsiegaII.pdf> [dostęp: 11.12.2011].
- Mity polskiego rynku leków*, *Pigułka* no. 22, 2008, http://www.pzppf.com.pl/images/pigułka/24_pl.pdf [dostęp: 14.09.2011].

- Morse, M.H., 2003, *Product Market Definition in the Pharmaceutical Industry*, *Antitrust Law Journal*, no. 2, s. 633-676.
- Mortimer, R., 1997, *Demand for prescription drugs: the effects of managed care pharmacy benefits*, Working Paper, Department of Economics, University of California, Berkeley.
- Mowen, J., 1987, *Consumer behavior*, Macmillan Publications, New York.
- Mrazek, M.F., 2002, *Comparative Approaches to Pharmaceutical Price Regulation in the European Union*, *Croatian Medical Journal*, vol. 44, no. 3, s. 453-461.
- Mruk, H., Sojkin, B., 1992, *Jak prowadzić badania ankietowe*, *Businessman Magazine*, vol.1.
- Mynarski, S., 1995, *Badania rynkowe w warunkach konkurencji*, Oficyna Wydawnicza, Kraków.
- Naik, P., Weiss, D., Weiss, R., 2009, *Big Pharma Dilemma: Feed R&D or Promote Existing Drugs?*, UC Davis Graduate School of Management, <http://gsm.ucdavis.edu/sites/main/files/file-attachments/17bigpharmadilemma.pdf> [dostęp: 7.04.2011].
- Narodowy Fundusz Zdrowia, *Plan Finansowy NFZ na rok 2011, stan na dzień 29 grudnia 2011*, http://www.nfz.gov.pl/new/art/4741/2011_12_29_zmiana_planu.xls [dostęp: 17.05.2012].
- Narodowy Fundusz Zdrowia, *Plan Finansowy NFZ na rok 2012, stan na dzień 16 sierpnia 2012*, http://www.nfz.gov.pl/new/art/4617/plan_finansowy_2012.xls [dostęp 20.09.2012]
- National Institute for Healthcare Management Foundation, 2002, *A Primer: Generic Drugs, Patents and the Pharmaceutical Marketplace*, NIHCM Foundation, Washington, D.C.
- Nelson, P., 1974, *Advertising as Information*, *Journal of Political Economy*, vol. 82, s. 729-753.
- Neuca, 2012, *Wyniki skonsolidowane 2011*, http://www.neuca.pl/images/pdf/prezentacje/20120321_NEUCA_prezentacja_dla_inwestorow_2011.pdf, [dostęp: 25.05.2012].
- Nguyen, N., *The American pharmacy staff's experiences and opinions of generic drug substitution*, Uppsala Universitet, <http://www.farmfak.uu.se/farm/samfarm-web/DiplomaWork/HT10NaffeNguyen.pdf> [dostęp: 17.01.2012]
- Nowak, L., 1995, *Pozaeconomiczne determinanty zachowań nabywców*, Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej w Poznaniu, Poznań.
- Nowicka, A., 2005, *Dodatkowe prawo ochronne na produkty lecznicze*, *Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Jagiellońskiego. Prace z Prawa Własności Intelektualnej*, vol. 88, s. 83-106.
- Obuchowski, Z., 1966, *Psychologia dążeń ludzkich*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.
- OECD, 2000, *Competition and Regulation Issues in the Pharmaceutical Industry*, Working Papers, no. DAF/CLP(2000)29, OECD Policy Roundtables, <http://www.oecd.org/dataoecd/35/35/1920540.pdf> [dostęp 22.10.2011].
- Oshikawa, S., 1970, *Consumer pre decision conflict and post decision dissonance*, *Behavioral Science*, vol. 15, s. 132-140.
- Patton, M., 1987, *How to Use Qualitative Methods in Evaluation*, Sage Publications, Inc., Newbury Park, CA.
- Pelion Healthcare Group, 2012, *Podsumowanie roku 2011*, <http://www.pelion.eu/uploads/1332425143.pdf> [dostęp: 3.05.2012].

- Peltzman, S., 1974, *The regulation of pharmaceutical innovation: the 1962 amendments*, American Enterprise Institute, Washington, D.C.
- Perry, G., 2006, *The European generic pharmaceutical market in review: 2006 and beyond*, Journal of Generic Medicines, vol. 4, no. 1, s. 4-14.
- Pharmaceutical Executive, 2010, *Generics: the ripple effect*, Pharmaceutical Executive, May, s. 24-28.
- PharmaExpert, 2011, *Aptek w Polsce nadal ubywa*, <http://www.rynekaptek.pl/marketing-i-zarządzanie/aptek-w-polsce-nadal-ubywa,758.html> [dostęp: 10.06.2011].
- Pindyck, R., 2012, *Market Definition and Concentration*, Sloan School of Management, Massachusetts Institute of Technology, <http://web.mit.edu/rpindyck/www/Courses/MMD.pdf> [dostęp 15.03.2011]
- PMR Publications, 2010b, *Nowoczesne i tradycyjne formy skutecznego farmarketingu*, Kraków.
- PMR Publications, 2011, *Rynek farmaceutyczny w Polsce 2011-2013*, Kraków.
- Polowczyk, J., 2010, *Elementy Ekonomii Behawioralnej w Dziełach Adama Smitha*, Ekonomista 2010, vol. 4.1., s.493-522.
- Porter, M., 1979, *How Competitive Forces Shape Strategy*, Harvard Business Review, May/June, s. 137-145.
- Porter, M., 2008, *The Five Competitive Forces That Shape Strategy*, Harvard Business Review, January, s. 78-93.
- Powszechna Deklaracja Praw Człowieka.
- Prezes Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych, 2009, *Wykaz produktów leczniczych dopuszczonych do obrotu na podstawie pozwoleń wydanych przez radę unii europejskiej lub Komisję Europejską*, http://www.mz.gov.pl/wwwfiles/ma_struktura/docs/urzedwpl_2009_czesc_1b_16062009.pdf [dostęp: 3.01.2011].
- Prezes Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych, 2009, *Wykaz produktów leczniczych dopuszczonych do obrotu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej*, http://www.mz.gov.pl/wwwfiles/ma_struktura/docs/urzedwpl_2009_czesc_1a_16062009.pdf [dostęp: 3.01.2011].
- Prezes Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych, 2009, *Wykaz produktów leczniczych dopuszczonych do obrotu w ramach importu równoległego*, http://www.mz.gov.pl/wwwfiles/ma_struktura/docs/urzedwpl_2009_czesc_1c_16062009.pdf [dostęp: 3.01.2011].
- Public Citizen's Congress Watch, 2002, *Pharmaceuticals Rank as Most Profitable Industry, Again*, http://www.citizen.org/documents/fortune500_2002erport.PDF [dostęp: 15.07.2011].
- Rawlins, M., 2004, *Cutting the cost of drug development?*, Nature Reviews Drug Discovery, no. 3, s. 360-364.

- Regan, T., 2008, *Generic entry, price competition and market segmentation in the prescription drug market*, International Journal of Industrial Organization, no. 26, s. 930-948.
- Rick, S., Loewenstein, G., 2008, *Handbook of Emotions*, The Guilford Press, Nowy Jork, s.138-156.
- Ringel, J., Hosek, S., Vollaard, B., Mahanovski, S., 2000, *The elasticity of demand for healthcare. A review of literature and its application to the military healthcare system*, National Defense Research Institute.
- Rizzo, J., 1999, *Advertising and Competition in the Ethical Pharmaceutical Industry: The Case of Antihypertensive Drugs*, Journal of Law and Economics, 42(1), s. 89-116.
- Roox, K. (ed.), 2008, *Patent-related Barriers to Market Entry for Generic Medicines in the European Union*, European Generics Medicines Association, http://www.marcaspatentes.pt/files/collections/pt_PT/1/178/EGA_procent20Report_procent20IP_procent20Barriers_procent20Generic_procent20Medicines.pdf [dostęp: 13.10.2011].
- Rosenthal, M., Berndt, E., Donohue, J., Frank, R., Epstein, A., 2002, *Promotion of Prescription Drugs to Consumers*, New England Journal of Medicine, vol. 346, s. 498-505.
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 października 2010 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie kryteriów klasyfikacji produktów leczniczych, które mogą być dopuszczone do obrotu w placówkach obrotu pozaaptecznego oraz punktach aptecznych, Dz. U. 2010 nr 204 poz. 1352.
- Rubin, P. H., 2004, *Pharmaceutical marketing: medical and industry biases*, Journal of Pharmaceutical Finance, Economics & Policy, vol. 13, no. 2, s. 1-16.
- Rudnicki, L., 2000, *Zachowania konsumentów na rynku*, PWE, Warszawa.
- Rynek Aptek, 2012, *PMR: Segment OTC odnotuje dodatnią dynamikę wzrostu*, <http://www.rynekapteki.pl/marketing-i-zarzadzanie/pmr-segment-otc-odnotuje-dodatnia-dynamike-wzrostu,5255.html>, [dostęp: 15.09.2012]
- Rynek Zdrowia, 2008, *Mieszkańców wsi przybywa, w przeciwieństwie do lekarzy...*, <http://www.rynekzdrowia.pl/Zdrowie-publiczne/Mieszkancow-wsi-przybywa-w-przeciwienstwie-do-lekarzy,1458,27,1.html> [dostęp: 7.01.2012].
- Rynek Zdrowia 2012, *IMS Health o listopadowej liście leków refundowanych*, <http://www.rynekzdrowia.pl/Farmacja/IMS-Health-o-listopadowej-liscie-lekow-refundowanych,124980,6,drukuj.html> [dostęp: 10.11.2012]
- Sawhney, M., 1999, *Making New Markets: Sellers Need to Better Understand Buyers to Achieve the Promise of Net Economy*, Business 2.0, May, s. 116-121.
- Schroeder, J., Bartosik-Purgat, M., Mruk, H., 2013, *Międzynarodowe Badania Marketingowe*, Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego w Poznaniu, Poznań.
- Schuling, I., Moss, G., 2004, *A brand logic for pharma? a possible strategy based on FMCG experience*, International Journal of Medical Marketing vol. 4, no. 1, s. 55-62.
- Sheehan, K.B., 2007, *Direct-to-Consumer (DTC) Branded Drug Web Sites Risk Presentation and Implications for Public Policy*, Journal of Advertising, vol. 36, s. 123-135.
- Shin, J., Moon, S., 2005, *Direct-to-consumer prescription drug advertising: concerns and evidence on consumer's benefit*, Journal of Consumer Marketing, vol. 22, no. 7, s. 397-403.

- Shrank, W., Hoang, T., Ettner, S., 2006, *The implications of choice: prescribing generic or preferred pharmaceuticals improves medication adherence for chronic conditions*, Archives of Internal Medicine, vol. 166, s. 332-337.
- Simoens, S., DeCoster, S., 2006, *Sustaining Generic Medicines Market in Europe*, Katholieke Universiteit Leuven, Leuven.
- Sloan, F., Hsieh, C., 2007, *Pharmaceutical innovation: Incentives, Competition, and Cost-Benefit Analysis in International Perspective*, Cambridge University Press, Cambridge.
- Smith, M., 1991, *Pharmaceutical Marketing: Strategy and Cases*, Pharmaceutical Product Press, Sydney.
- Smith, M., 1996, *Pharmaceutical Marketing in the 21st Century*, Pharmaceutical Products Press, Binghampton.
- Smith, M., Wertheimer, A. (eds.), 1996, *Social and behavioral aspects of pharmaceutical care*, Pharmaceutical Products Press, Binghamton.
- Solomon, M., Bamossy, G., Askegaard, S., Hogg, M., 2010, *Consumer Behavior. A European perspective*, wyd.4, Pearson Education Limited, Harlow.
- Solomon, M., 1996, *Consumer Behavior, Buying, Having and Being*, Prentice Hall, Englewood Cliffs, New Jersey.
- Stern, S., 1996, *Product demand in pharmaceutical market*, Mimeo, Sloan School of Management, MIT.
- Stern, S., Trajtenberg, M., 1998, *Empirical Implications of Physician Authority in Pharmaceutical Decisionmaking*, Working Paper no. 6851, National Bureau of Economic Research, s. 2.
- Stigler, G., 1982, *The Economists and the Problem of Monopoly*, American Economic Review, vol. 72, s. 1-11.
- Stremersch, S., 2008, *Health and marketing: The emergence of a new field of research*, International Journal of of Research in Marketing, vol. 25, s. 229-233.
- Styś, A. (red.), 2010, *Problematyka marketingu w procesie adaptacji do warunków gospodarki rynkowej w Polsce*, Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu, Wrocław
- Szalkai, Z., 2004, *Relationship Marketing in the Pharmaceutical Market – Analysis of the Hungarian Case*, Periodica Polytechnica, Budapest University of Technology and Economics, s. 177-188.
- Śledziewski, C., 2009, *O potrzebie regulacji rynku leków refundowanych*, Pigułka, no.27, http://www.pzppf.com.pl/images/pigułka/30_pl.pdf [dostęp: 26.06.2011].
- Światowy, G., 1999, *Determinanty zachowań konsumentów na współczesnym rynku*, Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej we Wrocławiu, Wrocław.
- Taylor, C., Zou, S., Ozsomer, A., 1995, *Advertising and its effects on industrial concentration: a contingency perspective*, Journal of Current Issues and Research in Advertising, no.18, s. 35-44.
- Therriault, I., 2007, *Growing Pharmaceutical Market Complexity Warrants New Metrics*, Canadian Pharmaceutical Marketing, September, s. 19-20.

- Timur, A., Picone, G., DeSimone, J., 2010, *Has the European Union achieved a single pharmaceutical market?*, Working Paper no. 16261, National Bureau of Economic Research.
- TNS OBOP, 2007, *Polki dbają o zdrowie*,
<http://infodrop.tnsglobal.pl/archiwum/2007/marzec/2007-03-06> [dostęp: 6.01.2012].
- TNS Pentor, *Stan zdrowia Polaków*, 2002, <http://pentor-arch.tnsglobal.pl/16652.xml> [dostęp: 7.01.2012]
- TNS Pentor, *Zdrowie Polaków*, 2006, *Tendencje w czasie a rozwój rynku OTC*,
http://www.pentor.pl/upload_module/wysiwyg/publikacje/2006/analizy/kwiecien/konferencja procent20OTC.pdf [dostęp: 7.01.2012].
- Torres, I., Puig-Junoy, J., Borell-Arque, J., 2007, *Generic Entry into a Regulated Pharmaceutical Market*, <http://www.econ.upf.edu/docs/papers/downloads/1014.pdf> [dostęp: 19.08.2011].
- Tufts Managed Care Institute, 2001, *Patient Education and the Internet*, Boston,
<http://www.thci.org/downloads/ttopic91001.pdf> [dostęp:30.10.2011].
- Tyagi, C.L., Kumar, A., 2004, *Consumer Behaviour*, Atlantic Publishers and Distributors, New Dehli.
- Ulatowska-Szostak, E., 2008, *Wpływ reklamy na zakup leków, parafarmaceutyków i preparatów witaminowych w opiniach klientów aptek – porównanie lat 2002 i 2007*, *Problemy Higieny i Epidemiologii*, vol. 89(3), s.441-444.
- Ulatowska-Szostak, E., Gazda, A., 2010, *Wybrane aspekty związane z lekami generycznymi w opiniach fachowych pracowników aptek*, *Problemy Higieny i Epidemiologii*, vol. 91, no. 1, s. 148-152.
- Ustawa z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych, Dz. U. 2011 Nr 122 poz. 696.
- Ustawa z dnia 12 stycznia 1991 r. o Komitecie Badań Naukowych, Dz. U. z 2001 r. Nr 33, poz. 389 oraz z 2003 r. Nr 39, poz. 335.
- Ustawa z dnia 27 lipca 2001 r. o Urzędzie Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych, Dz. U. 2001 Nr 126 poz. 1379.
- Ustawa z dnia 27 lipca 2001 r. o wyrobach medycznych, Dz. U. 2001 Nr 126 poz.1380
- Ustawa z dnia 5 lipca 2001 r. o cenach, Dz. U. 2001 Nr 97 poz.1050.
- Ustawa z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne, Dz. U. 2001 Nr 126 poz.1381.
- Varian, H.R., 2006, *Revealed Preference*,
<http://www.ppge.ufrgs.br/GIACOMO/arquivos/eco02277/varian-2005.pdf>, [dostęp: 20.12.2012]
- Vernon, J., 1981, *Concentration, Promotion, and Market Share Stability in the Pharmaceutical Industry*, *Journal of Industrial Economics*, 19(3), s. 246-266.
- Viscusi, W. Kip, 1985, *Consumer Behavior and the Safety Effects of Product Safety Regulation*, *Journal of Law and Economics*, vol. 28, s. 527-553.
- Vogler, S., i.in., 2008, *PPRI Report*, Komisja Europejska i Austriackie Federalne Ministerstwo Zdrowia, Wiedeń.
- WHO Medicines Policy, <http://www.who.int/medicines/areas/policy/en/index.html> [dostęp: 10.04.2011].

WHO, 1988, *How to develop and implement national drug policy Guidelines for Developing National Drug Policies*, Second Edition, Geneva.

WHO, Health For All Database.

Wierzbowski Eversheds, 2010, *Projekt Ustawy o refundacji. Podstawowe zmiany i ich konsekwencje*, Warszawa.

Wosinska, M., 2005, *Direct-to-consumer advertising and drug therapy compliance*, Journal of Marketing Research, August, s. 323-332.

Wosinska, M., *Just what the patient ordered? Direct-to-consumer advertising and the demand for pharmaceutical products*, Working paper no. 03-058, Harvard Business School.

Zalega, T., 2012, *Konsumpcja. Determinanty, teorie, modele*, Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne, Warszawa.

Zarowitz, B., 2008, *The generic imperative*, Geriatric Nursing, vol. 29, no. 4, s. 223-226.

Zeind, C., McCloskey, W., 2006, *Pharmacist's Role in the Health Care System*, Harvard Health Policy Review, vol.7 no.1, s. 147-154.

SPIS TABEL

<i>Tabela 1. Źródła informacji na temat nowych leków generycznych i innowacyjnych</i>	61
<i>Tabela 2. Odsetek gospodarstw domowych korzystających z usług placówek opieki zdrowotnej opłacanych z własnej kieszeni (2007, 2009, 2011)</i>	68
<i>Tabela 3. Wysokość wydatków ponoszonych przez gospodarstwa domowe na zakup leków i artykułów farmaceutycznych w ujęciu kwartalnym (2007-2011)</i>	69
<i>Tabela 4. Przegląd niesprawności rynku i korespondujących działań państwa</i>	90
<i>Tabela 5. Komponenty narodowej polityki lekowej w połączeniu z głównymi celami</i>	96
<i>Tabela 6. Metody ustalania cen farmaceutyków stosowane w Polsce</i>	104
<i>Tabela 7. Różnice cenowe między lekami oryginalnymi a generycznymi (2012)</i>	121
<i>Tabela 8. Struktura kosztowa nowoopracowanego leku</i>	124
<i>Tabela 9. Wybrane farmaceutyki tracące ochronę patentową (2011-2012)</i>	133
<i>Tabela 10. Zestawienie pytań zadanych w badaniu empirycznym na próbie pacjentów i ich celów</i>	138
<i>Tabela 11. Rozkład populacji generalnej poddanej badaniu</i>	139
<i>Tabela 12. Procentowy rozkład populacji generalnej</i>	140
<i>Tabela 13. Kwoty badania pierwotnego na próbie pacjentów – ujęcie całkowite</i>	140
<i>Tabela 14. Zestawienie pytań zadanych w badaniu empirycznym na próbie lekarzy i ich celów</i>	142
<i>Tabela 15. Zestawienie pytań zadanych w badaniu empirycznym na próbie farmaceutów i ich celów</i>	145
<i>Tabela 16. Korelacja pomiędzy wiekiem pacjenta a znaczeniem skuteczności leku</i>	152
<i>Tabela 17. Korelacja pomiędzy wiekiem pacjenta a znaczeniem bezpieczeństwa leku</i>	152
<i>Tabela 18. Korelacje pomiędzy znaczeniem ceny, skuteczności i bezpieczeństwa leku</i>	153
<i>Tabela 19. Korelacje pomiędzy percepcją różnicy w jakości leków generycznych w stosunku do leków oryginalnych a znaczeniem ceny, skuteczności i bezpieczeństwa leku</i>	156
<i>Tabela 20. Korelacja pomiędzy wiekiem pacjenta a częstością próśb o zamianę leku na tańszy</i>	160
<i>Tabela 21. Korelacje pomiędzy częstością próśb pacjenta o zamianę leku na tańszy odpowiednik a znaczeniem ceny, skuteczności i bezpieczeństwa leku</i>	161
<i>Tabela 22. Korelacje pomiędzy częstością próśb pacjenta o zamianę leku na tańszy odpowiednik a percepcją różnicy w jakości pomiędzy lekami generycznymi a oryginalnymi</i>	162
<i>Tabela 23. Korelacje pomiędzy percepcją niższej jakości tańszych leków a znaczeniem ceny, skuteczności i bezpieczeństwa leku</i>	165
<i>Tabela 24. Korelacja pomiędzy percepcją niższej jakości leków tańszych a częstością próśb pacjenta o zamianę leku na tańszy odpowiednik.</i>	166
<i>Tabela 25. Korelacja pomiędzy percepcją niższej jakości leków tańszych a percepcją różnicy w jakości leków generycznych w stosunku do leków oryginalnych</i>	166
<i>Tabela 26. Korelacja pomiędzy wiekiem pacjenta a częstością korzystania z dodatkowych źródeł informacji</i>	170
<i>Tabela 27. Korelacje pomiędzy częstością korzystania z dodatkowych źródeł informacji a znaczeniem ceny, skuteczności i bezpieczeństwa leku</i>	172
<i>Tabela 28. Korelacja pomiędzy częstością korzystania z dodatkowych źródeł informacji a częstością próśb pacjenta o zamianę leku na tańszy odpowiednik.</i>	173

<i>Tabela 29. Korelacja pomiędzy częstością korzystania z dodatkowych źródeł informacji a percepcją różnicy w jakości leków generycznych w stosunku do leków oryginalnych</i>	<i>173</i>
<i>Tabela 30. Korelacja pomiędzy częstością korzystania z dodatkowych źródeł informacji a percepcją niższej jakości leków tańszych.....</i>	<i>174</i>
<i>Tabela 31. Zestawienie typów pacjentów i ich stosunku do leków generycznych.....</i>	<i>176</i>
<i>Tabela 32. Korelacje pomiędzy wiekiem i długością stażu pracy lekarza a częstością zamiany preparatów oryginalnych na generyczne</i>	<i>199</i>
<i>Tabela 33. Opinia o adekwatności listy leków refundowanych do potrzeb pacjenta a opinia o gwarancji wystarczającego dostępu do preparatów wysokiej jakości w opinii lekarzy.....</i>	<i>205</i>
<i>Tabela 34. Opinia o adekwatności listy leków refundowanych do potrzeb pacjenta a wystarczająca dostępność preparatów innowacyjnych</i>	<i>212</i>
<i>Tabela 35. Wystarczająca dostępność leków wysokiej jakości a wystarczająca dostępność preparatów innowacyjnych w ramach listy leków refundowanych</i>	<i>212</i>
<i>Tabela 36. Wystarczająca dostępność preparatów innowacyjnych w ramach listy leków refundowanych a najczęściej przepisywane przez lekarza leki.....</i>	<i>213</i>
<i>Tabela 37. Cechy demograficzne poszczególnych typów pacjentów.....</i>	<i>238</i>

SPIS RYCIN

<i>Rycina 1. Powiązania pomiędzy uczestnikami rynku</i>	<i>12</i>
<i>Rycina 2. Model pięciu sił Portera.....</i>	<i>14</i>
<i>Rycina 3. Dynamika zachowań konsumenta</i>	<i>25</i>
<i>Rycina 4. Powiązania pomiędzy badaniami nad zachowaniem konsumenta a innymi dyscyplinami</i>	<i>26</i>
<i>Rycina 5. Podmioty wpływające na wybór leków</i>	<i>28</i>
<i>Rycina 6. Proces podejmowania decyzji o zakupie leku receptowego</i>	<i>29</i>
<i>Rycina 7. Obszar wyboru dokonywanego przez lekarza w zakresie terapii lekowej.....</i>	<i>31</i>
<i>Rycina 8. Model zakupowy Zero Moment of Truth</i>	<i>34</i>
<i>Rycina 9. Bodźce wpływające na zachowanie konsumenta w ZMOT i FMOT</i>	<i>35</i>
<i>Rycina 10. Dochody netto osób i gospodarstw domowych w ujęciu miesięcznym (2007-2011).....</i>	<i>38</i>
<i>Rycina 11. Sposób gospodarowania dochodem przez gospodarstwa domowe (2007-2011).....</i>	<i>39</i>
<i>Rycina 12. Struktura wydatków gospodarstw domowych w Polsce i Unii Europejskiej (2010).....</i>	<i>40</i>
<i>Rycina 13. Skala rezygnacji z zakupu leków w zależności od poziomu dochodów gospodarstwa domowego (2011).....</i>	<i>40</i>
<i>Rycina 14. Skala rezygnacji z zakupu leków w zależności od miejsca zamieszkania gospodarstwa domowego (2011).....</i>	<i>41</i>
<i>Rycina 15. Przeciętne trwanie życia w Polsce (1950-2010)</i>	<i>43</i>
<i>Rycina 16. Udział ludności w wieku przedprodukcyjnym, produkcyjnym i poprodukcyjnym w całkowitej populacji (1985-2010).....</i>	<i>44</i>
<i>Rycina 17. Poszukiwanie informacji na temat zdrowia w zależności od płci (2007).....</i>	<i>45</i>
<i>Rycina 18. Różnice w podejściu do zdrowia między konsumentami a prosumentami</i>	<i>48</i>
<i>Rycina 19. Rodzaje potrzeb zdrowotnych.....</i>	<i>51</i>
<i>Rycina 20. Ludność oceniająca swoje zdrowie poniżej oceny dobrej według wieku (2004, 2009)</i>	<i>52</i>
<i>Rycina 21. Podejmowanie decyzji oraz możliwości wpływu czynników rynkowych na rynku farmaceutycznym.....</i>	<i>54</i>
<i>Rycina 22. Schemat interakcji związanych z aktywnością rynkową firm farmaceutycznych</i>	<i>56</i>
<i>Rycina 23. Miejsce działalności marketingowej na rynku leków receptowych.....</i>	<i>59</i>
<i>Rycina 24. Odsetek lekarzy, którzy słyszeli kiedykolwiek o danej formie kontaktu z firmą farmaceutyczną w Polsce (2010).....</i>	<i>60</i>
<i>Rycina 25. Minimalizacja kosztów ponoszonych przez pacjenta oraz jej miejsce na rynku farmaceutycznym</i>	<i>65</i>
<i>Rycina 26. Dochód do dyspozycji brutto per capita w wybranych krajach Unii Europejskiej jako procent średniej dla krajów Unii Europejskiej (2009).....</i>	<i>66</i>
<i>Rycina 27. Dochód do dyspozycji brutto per capita oraz dynamika jego wzrostu dla Polski (2000-2010).....</i>	<i>67</i>
<i>Rycina 28. Udział całkowitych wydatków na opiekę zdrowotną w Polsce w PKB (2003-2008)</i>	<i>67</i>
<i>Rycina 29. Skala rezygnacji gospodarstw domowych z zakupu leków (2011).....</i>	<i>69</i>
<i>Rycina 30. Skala rezygnacji gospodarstw domowych z różnych świadczeń zdrowotnych (2007-2011).....</i>	<i>70</i>
<i>Rycina 31. Odsetek gospodarstw domowych, które w różny sposób zachowały się w sytuacji braku środków na zakup leków (2007).....</i>	<i>71</i>

<i>Rycina 32. Podział rynku farmaceutycznego ze względu na dostępność leków</i>	<i>74</i>
<i>Rycina 33. Podział rynku farmaceutycznego ze względu na poziom oryginalności leków</i>	<i>75</i>
<i>Rycina 34. Schemat wprowadzania do obrotu nowych leków.....</i>	<i>100</i>
<i>Rycina 35. Zasada funkcjonowania procedury narodowej dopuszczenia produktów leczniczych do obrotu rynkowego</i>	<i>101</i>
<i>Rycina 36. Zasada funkcjonowania procedury zdecentralizowanej dopuszczenia produktów leczniczych do obrotu rynkowego.....</i>	<i>101</i>
<i>Rycina 37. Zasada funkcjonowania procedury wzajemnego uznania dopuszczenia produktów leczniczych do obrotu rynkowego.....</i>	<i>102</i>
<i>Rycina 38. Liczba leków dostępnych na rynkach w wybranych krajach europejskich (2006).....</i>	<i>103</i>
<i>Rycina 39. Wartość i dynamika rynku farmaceutycznego w Polsce w latach 2009-2012 (sprzedaż apteczna, ceny detaliczne).....</i>	<i>109</i>
<i>Rycina 40. Udział sprzedaży leków receptowych oraz leków dostępnych bez recepty w całkowitej wartości sprzedaży aptecznej (2009-2012).....</i>	<i>110</i>
<i>Rycina 41. Wartościowy udział leków refundowanych i nier refundowanych w całkowitej wartości rynku leków receptowych (2009-2012)</i>	<i>111</i>
<i>Rycina 42. Wydatki na leki per capita i poziom finansowania publicznego leków w Europie (2009).....</i>	<i>112</i>
<i>Rycina 43. Wydatki na leki per capita i ceny leków w Europie (2009).....</i>	<i>112</i>
<i>Rycina 44. Udział sprzedaży krajowych leków w polskim rynku farmaceutycznym w cenach producenta netto (2003-2010).....</i>	<i>113</i>
<i>Rycina 45. Wartościowy i ilościowy udział w rynku dziesięciu największych producentów leków w Polsce (2010)</i>	<i>115</i>
<i>Rycina 46. Główne komponenty rynku leków.....</i>	<i>118</i>
<i>Rycina 47. Etapy procesu prac badawczo-rozwojowych nad nowym lekiem</i>	<i>125</i>
<i>Rycina 48. Czas pomiędzy rozpoczęciem badań klinicznych fazy I a wprowadzeniem leku do obrotu w zależności od pierwotnego wskazania danego leku.....</i>	<i>126</i>
<i>Rycina 49. Zasada funkcjonowania dodatkowych praw ochronnych</i>	<i>127</i>
<i>Rycina 50. Zasada funkcjonowania okresu wyłączności danych rejestracyjnych</i>	<i>128</i>
<i>Rycina 51. Struktura polskiego rynku farmaceutycznego w podziale na leki oryginalne i generyczne w ujęciu ilościowym i wartościowym (2009).....</i>	<i>130</i>
<i>Rycina 52. Udział leków generycznych w wybranych rynkach farmaceutycznych w Europie w ujęciu ilościowym i wartościowym (2006).....</i>	<i>131</i>
<i>Rycina 53. Nakłady na prace badawczo-rozwojowe (2006)</i>	<i>132</i>
<i>Rycina 54. Przebieg badań własnych.....</i>	<i>135</i>
<i>Rycina 55. Badana populacja lekarzy w zależności od miejsca pracy.....</i>	<i>143</i>
<i>Rycina 56. Badana populacja lekarzy w zależności od wieku.....</i>	<i>144</i>
<i>Rycina 57. Badana populacja lekarzy w zależności od stażu pracy lekarza.....</i>	<i>144</i>
<i>Rycina 58. Badana populacja lekarzy w zależności od miejsca pracy lekarza.....</i>	<i>144</i>
<i>Rycina 59. Badana populacja farmaceutów w zależności od wieku farmaceuty.....</i>	<i>146</i>
<i>Rycina 60. Badana populacja farmaceutów w zależności od stażu pracy farmaceuty</i>	<i>147</i>
<i>Rycina 61. Badana populacja farmaceutów w zależności od miejsca pracy farmaceuty</i>	<i>147</i>

<i>Rycina 62. Średnie znaczenie ceny, skuteczności i bezpieczeństwa leków dla pacjenta</i>	<i>150</i>
<i>Rycina 63. Średnie znaczenie ceny, skuteczności i bezpieczeństwa leku w zależności od wieku pacjenta</i>	<i>151</i>
<i>Rycina 64. Percepcja jakości leków generycznych i leków oryginalnych wśród pacjentów.....</i>	<i>154</i>
<i>Rycina 65. Percepcja jakości leków generycznych w porównaniu do leków oryginalnych w zależności od płci pacjenta</i>	<i>154</i>
<i>Rycina 66. Percepcja jakości leków generycznych w porównaniu do leków oryginalnych w zależności od wieku pacjenta.....</i>	<i>155</i>
<i>Rycina 67. Percepcja jakości leków generycznych w porównaniu do leków oryginalnych w zależności od miejsca zamieszkania pacjenta.....</i>	<i>156</i>
<i>Rycina 68. Częstość próśb pacjenta o zamianę leku na tańszy odpowiednik.....</i>	<i>157</i>
<i>Rycina 69. Częstość próśb o zamianę leku na tańszy w zależności od płci pacjenta</i>	<i>158</i>
<i>Rycina 70. Częstość próśb o zamianę leku na tańszy w zależności od wieku pacjenta.....</i>	<i>159</i>
<i>Rycina 71. Częstość próśb o zamianę leku na tańszy w zależności od miejsca zamieszkania pacjenta.....</i>	<i>160</i>
<i>Rycina 72. Zależność średniej częstości próśb o zamianę leku na tańszy i znaczenia ceny leku dla pacjenta</i>	<i>162</i>
<i>Rycina 73. Opinia pacjentów na temat niższej jakości tańszych leków</i>	<i>163</i>
<i>Rycina 74. Opinia na temat niższej jakości tańszych leków w zależności od płci pacjenta</i>	<i>163</i>
<i>Rycina 75. Opinia na temat niższej jakości tańszych leków w zależności od wieku pacjenta.....</i>	<i>164</i>
<i>Rycina 76. Opinia na temat niższej jakości tańszych leków w zależności od miejsca zamieszkania pacjenta</i>	<i>165</i>
<i>Rycina 77. Zależność pomiędzy percepcją niższej jakości leków tańszych, a percepcją różnicy w jakości leków generycznych w stosunku do leków oryginalnych.....</i>	<i>167</i>
<i>Rycina 78. Częstość korzystania z innych źródeł informacji na temat schorzenia przed wizytą u lekarza.....</i>	<i>168</i>
<i>Rycina 79. Częstość korzystania z innych źródeł informacji na temat schorzenia przed wizytą u lekarza w zależności od płci pacjenta</i>	<i>168</i>
<i>Rycina 80. Częstość korzystania z dodatkowych źródeł informacji na temat schorzenia przez wizytą u lekarza w zależności od wieku pacjenta.....</i>	<i>169</i>
<i>Rycina 81. Częstość korzystania z innych źródeł informacji na temat schorzenia przez wizytę u lekarza w zależności od miejsca zamieszkania pacjenta.....</i>	<i>171</i>
<i>Rycina 82. Typy pacjentów i ich udział w populacji</i>	<i>177</i>
<i>Rycina 83. Najczęściej przepisywane przez lekarzy leki</i>	<i>179</i>
<i>Rycina 84. Najczęściej przepisywane przez lekarzy leki w zależności od płci lekarza</i>	<i>179</i>
<i>Rycina 85. Najczęściej przepisywane przez lekarzy leki w zależności od wieku lekarza</i>	<i>180</i>
<i>Rycina 86. Najczęściej przepisywane przez lekarzy leki w zależności od długości stażu pracy lekarza....</i>	<i>181</i>
<i>Rycina 87. Najczęściej przepisywane przez lekarzy leki w zależności od miejsca pracy lekarza (szpital).....</i>	<i>182</i>
<i>Rycina 88. Najczęściej przepisywane przez lekarzy leki w zależności od miejsca pracy lekarza (przychodnia specjalistyczna)</i>	<i>182</i>
<i>Rycina 89. Częstość próśb pacjenta o zamianę leku na tańszy</i>	<i>183</i>
<i>Rycina 90. Częstość próśb pacjenta o zamianę leku na tańszy w zależności od płci lekarza</i>	<i>184</i>
<i>Rycina 91. Częstość próśb pacjentów o zamianę leku na tańszy w zależności od wieku lekarza</i>	<i>184</i>

<i>Rycina 92. Częstość próśb pacjentów o zamianę leku na tańszy w zależności od długości stażu pracy lekarza</i>	<i>185</i>
<i>Rycina 93. Częstość próśb pacjentów o zamianę leku na tańszy w zależności od miejsca pracy lekarza (szpital).....</i>	<i>186</i>
<i>Rycina 94. Częstość próśb pacjentów o zamianę leku na tańszy w zależności od miejsca pracy lekarza (przychodnia specjalistyczna)</i>	<i>187</i>
<i>Rycina 95. Liczba wskazań przestanek wyboru leku generycznego zamiast leku oryginalnego</i>	<i>188</i>
<i>Rycina 96. Przestanki wyboru leku generycznego zamiast leku oryginalnego ze względu na płeć lekarza</i>	<i>189</i>
<i>Rycina 97. Przestanki wyboru leku generycznego zamiast leku oryginalnego ze względu na wiek lekarza</i>	<i>189</i>
<i>Rycina 98. Przestanki wyboru leku generycznego zamiast leku oryginalnego ze względu na długość stażu pracy lekarza</i>	<i>190</i>
<i>Rycina 99. Przestanki wyboru leku generycznego zamiast leku oryginalnego ze względu na miejsce pracy lekarza (szpital).....</i>	<i>190</i>
<i>Rycina 100. Przestanki wyboru leku generycznego zamiast leku oryginalnego ze względu na miejsce pracy lekarza (przychodnia specjalistyczna)</i>	<i>191</i>
<i>Rycina 101. Przestanki wyboru leku oryginalnego zamiast leku generycznego</i>	<i>192</i>
<i>Rycina 102. Przestanki wyboru leku oryginalnego zamiast leku generycznego ze względu na płeć lekarza</i>	<i>193</i>
<i>Rycina 103. Przestanki wyboru leku oryginalnego zamiast leku generycznego ze względu na wiek lekarza</i>	<i>194</i>
<i>Rycina 104. Przestanki wyboru leku oryginalnego zamiast leku generycznego ze względu na długość stażu pracy lekarza</i>	<i>194</i>
<i>Rycina 105. Przestanki wyboru leku oryginalnego zamiast leku generycznego ze względu na miejsce pracy lekarza (szpital).....</i>	<i>195</i>
<i>Rycina 106. Przestanki wyboru leku oryginalnego zamiast leku generycznego ze względu na miejsce pracy lekarza (przychodnia specjalistyczna)</i>	<i>196</i>
<i>Rycina 107. Częstość zamiany preparatów oryginalnych na generyczne.</i>	<i>197</i>
<i>Rycina 108. Częstość zamiany preparatów oryginalnych na generyczne w zależności od płci lekarza</i>	<i>197</i>
<i>Rycina 109. Częstość zamiany preparatów oryginalnych na generyczne w zależności od wieku lekarza.</i>	<i>198</i>
<i>Rycina 110. Częstość zamiany preparatów oryginalnych na generyczne w zależności od długości stażu pracy lekarza.....</i>	<i>199</i>
<i>Rycina 111. Częstość zamiany preparatów oryginalnych na generyczne w zależności od miejsca pracy lekarza (szpital).....</i>	<i>200</i>
<i>Rycina 112. Częstość zamiany preparatów oryginalnych na generyczne w zależności od miejsca pracy lekarza (przychodnia specjalistyczna)</i>	<i>200</i>
<i>Rycina 113. Opinia o adekwatności listy leków refundowanych do potrzeb pacjenta w opinii lekarzy ze względu na płeć lekarza</i>	<i>201</i>
<i>Rycina 114. Opinia o adekwatności listy leków refundowanych do potrzeb pacjenta w opinii lekarzy ze względu na wiek lekarza.....</i>	<i>202</i>

Rycina 115. Opinia o adekwatności listy leków refundowanych do potrzeb pacjenta w opinii lekarzy ze względu na długość stażu pracy lekarza	202
Rycina 116. Opinia o adekwatności listy leków refundowanych do potrzeb pacjenta w opinii lekarzy ze względu na miejsce pracy lekarza (szpital).....	203
Rycina 117. Opinia o adekwatności listy leków refundowanych do potrzeb pacjenta w opinii lekarzy ze względu na miejsce pracy lekarza (przychodnia specjalistyczna)	204
Rycina 118. Opinia o wystarczającej dostępności preparatów wysokiej jakości w ramach listy leków refundowanych w opinii lekarzy ze względu na płeć lekarza	205
Rycina 119. Opinia o wystarczającej dostępności preparatów wysokiej jakości w ramach listy leków refundowanych w opinii lekarzy ze względu na wiek lekarza	206
Rycina 120. Opinia o wystarczającej dostępności preparatów wysokiej jakości w ramach listy leków refundowanych w opinii lekarzy ze względu na długość stażu pracy lekarza	206
Rycina 121. Opinia o wystarczającej dostępności preparatów wysokiej jakości w ramach listy leków refundowanych w opinii lekarzy ze względu na miejsce pracy lekarza (szpital)	207
Rycina 122. Opinia o wystarczającej dostępności preparatów wysokiej jakości w ramach listy leków refundowanych w opinii lekarzy ze względu na miejsce pracy lekarza (przychodnia specjalistyczna)	208
Rycina 123. Opinia o wystarczającej dostępności preparatów innowacyjnych w ramach listy leków refundowanych w opinii lekarzy ze względu na płeć lekarza	208
Rycina 124. Opinia o wystarczającej dostępności preparatów innowacyjnych w ramach listy leków refundowanych w opinii lekarzy ze względu na wiek lekarza	209
Rycina 125. Opinia o wystarczającej dostępności preparatów innowacyjnych w ramach listy leków refundowanych w opinii lekarzy ze względu na długość stażu pracy lekarza	210
Rycina 126. Opinia o wystarczającej dostępności preparatów innowacyjnych w ramach listy leków refundowanych w opinii lekarzy ze względu na miejsce pracy lekarza (szpital)	211
Rycina 127. Opinia o wystarczającej dostępności preparatów innowacyjnych w ramach listy leków refundowanych w opinii lekarzy ze względu na miejsce pracy lekarza (przychodnia specjalistyczna)	211
Rycina 128. Źródła informacji o nowych lekach.....	213
Rycina 129. Źródła informacji o nowych lekach w zależności od płci lekarza	214
Rycina 130. Źródła informacji o nowych lekach w zależności od wieku lekarza.....	215
Rycina 131. Źródła informacji o nowych lekach w zależności od długości stażu pracy lekarza	215
Rycina 132. Źródła informacji o nowych lekach w zależności od miejsca pracy lekarza (szpital).....	216
Rycina 133. Źródła informacji o nowych lekach w zależności od miejsca pracy lekarza (przychodnia specjalistyczna)	216
Rycina 134. Najczęściej wydawane przez farmaceutów leki.....	217
Rycina 135. Częstość sugestii zamiany preparatu oryginalnego na generyczny	218
Rycina 136. Częstość sugestii zamiany leku oryginalnego na generyczny w zależności od płci farmaceuty	219
Rycina 137. Częstość sugestii zamiany leku oryginalnego na generyczny w zależności od wieku farmaceuty.....	219
Rycina 138. Częstość sugestii zamiany leku oryginalnego na generyczny w zależności od długości stażu pracy farmaceuty.....	220

<i>Rycina 139. Częstość sugestii zamiany leku oryginalnego na generyczny w zależności od miejsca pracy farmaceuty.....</i>	<i>221</i>
<i>Rycina 140. Częstość zapytań pacjentów o różnice pomiędzy lekami oryginalnymi a generycznymi</i>	<i>222</i>
<i>Rycina 141. Częstość pytań pacjenta o różnice pomiędzy lekami generycznymi a oryginalnymi w zależności od płci farmaceuty</i>	<i>222</i>
<i>Rycina 142. Częstość pytań pacjenta o różnice pomiędzy lekami generycznymi a oryginalnymi w zależności od wieku farmaceuty.....</i>	<i>223</i>
<i>Rycina 143. Częstość pytań pacjenta o różnice pomiędzy lekami generycznymi a oryginalnymi w zależności od długości stażu pracy farmaceuty.....</i>	<i>224</i>
<i>Rycina 144. Częstość pytań pacjenta o różnice pomiędzy lekami generycznymi a oryginalnymi w zależności od miejsca pracy farmaceuty</i>	<i>224</i>
<i>Rycina 145. Częstość próśb pacjenta o zamianę leku na tańszy w opinii farmaceuty</i>	<i>225</i>
<i>Rycina 146. Częstość próśb pacjenta o zamianę leku na tańszy w zależności od płci farmaceuty</i>	<i>226</i>
<i>Rycina 147. Częstość próśb pacjentów o zamianę leku na tańszy w zależności od wieku farmaceuty</i>	<i>226</i>
<i>Rycina 148. Częstość próśb pacjentów o zamianę leku na tańszy w zależności od długości stażu pracy farmaceuty.....</i>	<i>227</i>
<i>Rycina 149. Częstość próśb pacjentów o zamianę leku na tańszy w zależności od miejsca pracy farmaceuty.....</i>	<i>228</i>
<i>Rycina 150. Częstość próśb o zamianę leku na tańszy w zależności od wieku pacjenta w opinii farmaceuty</i>	<i>228</i>
<i>Rycina 151. Częstość próśb o zamianę leku na tańszy w zależności od płci pacjenta w opinii farmaceuty</i>	<i>229</i>
<i>Rycina 152. Częstość rezygnacji pacjentów z wykupienia leków ze względu na ich cenę</i>	<i>230</i>
<i>Rycina 153. Częstość rezygnacji pacjentów z wykupienia leków ze względu na ich cenę w zależności od wieku pacjenta w opinii farmaceuty.....</i>	<i>230</i>
<i>Rycina 154. Częstość rezygnacji pacjentów z wykupienia leków ze względu na ich cenę w zależności od płci pacjenta w opinii farmaceuty</i>	<i>231</i>
<i>Rycina 155. Powody, dla których farmaceuci odradzają pacjentom stosowanie leków generycznych</i>	<i>231</i>
<i>Rycina 156. Powody odradzania stosowania leków generycznych ze względu na płeć farmaceuty.....</i>	<i>232</i>
<i>Rycina 157. Powody odradzania stosowania leków generycznych ze względu na wiek farmaceuty</i>	<i>233</i>
<i>Rycina 158. Powody odradzania stosowania leków generycznych ze względu na długość stażu pracy farmaceuty.....</i>	<i>233</i>
<i>Rycina 159. Powody odradzania stosowania leków generycznych ze względu na miejsce pracy farmaceuty</i>	<i>234</i>
<i>Rycina 160. Częstość próśb pacjenta o zamianę leku na tańszy z perspektywy lekarzy, farmaceutów i pacjentów</i>	<i>236</i>
<i>Rycina 161. Odchylenie cech poszczególnych grup od średniej dla całej populacji</i>	<i>239</i>

ANEKS

Załącznik 1.

Scenariusz badania jakościowego przeprowadzonego wśród lekarzy

Badanie Rynku Leków Generycznych w Polsce

CEL: Zrozumienie motywów wyboru leków przez lekarza oraz poznanie opinii lekarzy na temat rynku farmaceutycznego w Polsce

Wstęp (5 minut)

przedstawienie siebie, badanego problemu i celu badania

zebranie informacji o lekarzu (staż, miejsce pracy, specjalizacja zawodowa etc.)

Obszary tematyczne (30 minut)

Obszar tematyczny	Pytania pomocnicze
Wybór leków	<ul style="list-style-type: none"> • Jakie kwestie, poza wskazaniami medycznymi, są istotne przy doborze leków?
Leki generyczne	<ul style="list-style-type: none"> • Co sądzi Pan/Pani o lekach generycznych? • Czy pacjenci są świadomi istnienia leków generycznych i możliwości substytucji leków tańszymi odpowiednikami? • Jakie przyczyny determinują przepisanie leku generycznego? • Czy istnieją powody, aby odradzać pacjentom leki generyczne? Jeśli tak, jakie? • Czy często zdarza się, że lekarz zamienia przepisane już leki oryginalne lekami generycznymi? Jakie są ku temu powody?
Wiedza i świadomość lekarzy i pacjentów	<ul style="list-style-type: none"> • Skąd lekarze najczęściej czerpią wiedzę na temat nowych leków dostępnych na rynku? Czym jest to warunkowane? • Jakie czynniki związane z lekami są istotne dla pacjentów przy doborze farmakoterapii? Na co pacjenci nie zwracają uwagi? • Czy pacjenci często przychodzą do lekarza z konkretną wiedzą na temat przypadłości, która im potencjalnie dolega?
Lista leków refundowanych	<ul style="list-style-type: none"> • Jaka jest Pana/Pani opinia o liście leków refundowanych? • Czy sposób kompozycji listy refundacyjnej gwarantuje pacjentom dostęp do leków wysokiej jakości, innowacyjnych i czy spełnia potrzeby pacjenta?

Dodatkowe uwagi i komentarze ze strony lekarza (5 minut)

Załącznik 2.

Kwestionariusz badania ankietowego przeprowadzonego wśród pacjentów



Badanie Rynku Leków Generycznych w Polsce

Katedra Handlu Międzynarodowego Uniwersytetu Ekonomicznego w Poznaniu prowadzi badanie rynku leków generycznych w Polsce.

Aby poznać zdanie pacjentów na temat leków generycznych, prosimy o wypełnienie poniższej ankiety.

1. Która z cech leku jest dla Pana/Pani najważniejsza?

Proszę ocenić istotność każdej z cech w skali od 0 do 10. (0 – w ogóle nieważne, 10 – najważniejsze).

a. cena	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
b. skuteczność	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
c. bezpieczeństwo	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

2. Czy uważa Pan/Pani, że istnieje różnica w jakości pomiędzy lekami oryginalnymi i generycznymi*?

(*lek generyczny to odpowiednik leku oryginalnego, który utracił ochronę patentową)

Proszę ocenić w różnicę w skali od 0 do 5 (0 – brak różnicy, 5 – diametralna różnica na korzyść leków oryginalnych)

brak różnicy	0	1	2	3	4	5	diametralna różnica na korzyść leków oryginalnych
--------------	---	---	---	---	---	---	---

3. Jak często prosi Pan/Pani lekarza o zamianę leku na tańszy?

- | | |
|---|---------------------------------------|
| a. bardzo często (80 – 100% przypadków) | d. rzadko (20 – 39% przypadków) |
| b. często (60 – 79% przypadków) | e. bardzo rzadko (1 – 19% przypadków) |
| c. niezbyt często (40 – 59% przypadków) | f. nigdy |

4. Czy uważa Pan/Pani, że tańsze leki mogą być gorszej jakości?

- | | |
|-----------------------------------|---------------------------------------|
| a. zgadzam się całkowicie | d. raczej się nie zgadzam |
| b. zgadzam się do pewnego stopnia | e. nie zgadzam się do pewnego stopnia |
| c. raczej się zgadzam | f. nie zgadzam się całkowicie |

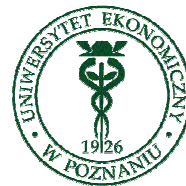
5. Czy przed wizytą u lekarza zasięga Pan/Pani informacji z innych źródeł na temat swojego schorzenia i leków?

- a. bardzo często (80 – 100% przypadków) d. rzadko (20 – 39% przypadków)
b. często (60 – 79% przypadków) e. bardzo rzadko (1 – 19% przypadków)
c. niezbyt często (40 – 59% przypadków) f. nigdy

Miejsce zamieszkania	<input type="checkbox"/> wieś	<input type="checkbox"/> miasto do 100 tys.	<input type="checkbox"/> miasto powyżej 100 tys.
Płeć	<input type="checkbox"/> kobieta	<input type="checkbox"/> mężczyzna	
Wiek			

Załącznik 3.

Kwestionariusz badania ankietowego przeprowadzonego wśród lekarzy



Badanie Rynku Leków Generycznych w Polsce

Katedra Handlu Międzynarodowego Uniwersytetu Ekonomicznego w Poznaniu prowadzi badanie rynku leków generycznych w Polsce.

Aby w pełni zrozumieć sposób funkcjonowania tego rynku, prosimy Państwa o wypełnienie poniższej ankiety. Jest ona anonimowa, prosimy jedynie o podanie kilku danych (specjalizacja, miejsce pracy, staż zawodowy, płeć, wiek), które zostaną wykorzystane w celach statystycznych.

1. **Czy wśród wypisywanych przez Pana/Panią leków dominują preparaty oryginalne czy preparaty generyczne?**
 - a. preparaty oryginalne, ponieważ _____
 - b. preparaty generyczne, ponieważ _____
 - c. proporcje pomiędzy preparatami oryginalnymi i generycznymi są równe

2. **Jak często zdarza się, że Pacjenci sami pytają o możliwość przepisania tańszego substytutu, niż proponowany przez Pana/Panią preparat?**

a. bardzo często (80 – 100% przypadków)	d. rzadko (20 – 39% przypadków)
b. często (60 – 79% przypadków)	e. bardzo rzadko (1 – 19% przypadków)
c. niezbyt często (40 – 59% przypadków)	f. nigdy

3. **Dlaczego decyduje się Pan/Pani na przepisanie preparatu generycznego, zamiast oryginalnego?**
 - a. jest tańszy
 - b. jest skuteczniejszy
 - c. jest bezpieczniejszy
 - d. na prośbę pacjenta
 - e. inne. Jakież? _____

4. **Skąd czerpie Pan/ Pani wiedzę na temat nowych preparatów generycznych?**

a. przedstawiciel farmaceutyczny	d. inni lekarze
b. konferencje naukowe	e. inne. Jakież? _____
c. czasopisma naukowe	

5. Z jakich powodów odradza Pan/Pani pacjentom zażywanie preparatów generycznych? Proszę wybrać wszystkie pasujące odpowiedzi.

- a. zalecany preparat oryginalny nie posiada odpowiednika generycznego
- b. preparat generyczny nie jest wystarczająco dobrym substytutem preparatu innowacyjnego
- c. pacjent sam sugeruje, że woli droższy preparat
- d. inne. Jakież? _____

6. Czy lista refundacyjna w Polsce odzwierciedla rzeczywiste potrzeby pacjentów?

- a. tak, ponieważ _____
- b. nie, ponieważ _____

7. Czy sposób kompozycji listy refundacyjnej gwarantuje Pacjentom dostęp do preparatów wysokiej jakości?

- a. tak
- b. nie

8. Czy uważa Pan/Pani, że system refundacji zapewnia wystarczający dostęp do preparatów innowacyjnych?

- a. tak
- b. nie

9. Jak często zamienia Pan/Pani przepisane już preparaty oryginalne na preparaty generyczne?

- a. bardzo często (80 – 100% przypadków)
- b. często (60 – 79% przypadków)
- c. niezbyt często (40 – 59% przypadków)
- d. rzadko (20 – 39% przypadków)
- e. bardzo rzadko (1 – 19% przypadków)
- f. nigdy

Miejsce pracy	<input type="checkbox"/> pital	<input type="checkbox"/> zychodnia specjalistyczna	<input type="checkbox"/> he
Specjalizacja			
Płeć	<input type="checkbox"/> obieta	<input type="checkbox"/> ężczyzna	
Staż zawodowy			
Wiek			

Załącznik 4.

Kwestionariusz badania ankietowego przeprowadzonego wśród farmaceutów



Badanie Rynku Leków Generycznych w Polsce

Katedra Handlu Międzynarodowego Uniwersytetu Ekonomicznego w Poznaniu prowadzi badanie rynku leków generycznych w Polsce.

Aby w pełni zrozumieć sposób funkcjonowania tego rynku, prosimy Państwa o wypełnienie poniższej ankiety. Jest ona anonimowa, prosimy jedynie o podanie kilku danych (staż zawodowy, płeć, wiek, miejsce zamieszkania), które zostaną wykorzystane w celach statystycznych.

Uwaga: Lek generyczny jest zamiennikiem leku oryginalnego, zawierającym tę samą substancję czynną. Leki generyczne mają często niższą cenę niż ich oryginalne odpowiedniki.

1. Czy wśród wydawanych przez Pana/Panią leków dominują preparaty oryginalne, czy generyczne?
 - a. zdecydowanie preparaty oryginalne
 - b. zdecydowanie preparaty generyczne
 - c. proporcje pomiędzy preparatami oryginalnymi i generycznymi są równe

2. Jak często zdarza się, iż pacjenci pytają o różnicę pomiędzy preparatami generycznymi i oryginalnymi?
 - a. bardzo często (80 – 100% przypadków)
 - b. często (60 – 79% przypadków)
 - c. niezbyt często (40 – 59% przypadków)
 - d. rzadko (20 – 39% przypadków)
 - e. bardzo rzadko (1 – 19% przypadków)
 - f. nigdy

3. Jak często zdarza się, że Pacjenci proszą o zamiannę przepisanego przez lekarza preparatu na jego tańszy odpowiednik?
 - a. bardzo często (80 – 100% przypadków)
 - b. często (60 – 79% przypadków)
 - c. niezbyt często (40 – 59% przypadków)
 - d. rzadko (20 – 39% przypadków)
 - e. bardzo rzadko (1 – 19% przypadków)
 - f. nigdy

4. Kto najczęściej prosi o zamiannę leku na tańszy?

Płeć Kobiety Mężczyźni Podobne proporcje

Wiek 18 – 29 lat 30 – 49 lat 50 – 64 lata 65 lat i więcej

5. Jak często zdarza się, że Pacjenci rezygnują z zakupu leków ze względu na ich cenę?

- a. bardzo często (80 – 100% przypadków)
- b. często (60 – 79% przypadków)
- c. niezbyt często (40 – 59% przypadków)
- d. rzadko (20 – 39% przypadków)
- e. bardzo rzadko (1 – 19% przypadków)
- f. nigdy

6. Kto najczęściej rezygnuje z zakupu leków ze względu na ich cenę?

Płeć Kobiety Mężczyźni Podobne proporcje

Wiek 18 – 29 lat 30 – 49 lat 50 – 64 lata 65 lat i więcej

7. Jak często zdarza się, iż sam/sama sugeruje Pan/Pani pacjentowi zamianę przepisanego preparatu na jego generyczny odpowiednik?

- a. bardzo często (80 – 100% przypadków)
- b. często (60 – 79% przypadków)
- c. niezbyt często (40 – 59% przypadków)
- d. rzadko (20 – 39% przypadków)
- e. bardzo rzadko (1 – 19% przypadków)
- f. nigdy

8. Z jakich powodów odradza Pan/Pani pacjentom zażywanie preparatów generycznych? Proszę wybrać wszystkie pasujące odpowiedzi.

- a. zalecany preparat oryginalny nie posiada odpowiednika generycznego
- b. preparat generyczny nie jest wystarczająco dobrym substytutem preparatu innowacyjnego
- c. nie odradzam stosowania preparatów generycznych
- d. inne. Jakież? _____

Miejsce pracy	<input type="checkbox"/> Wieś	<input type="checkbox"/> Miasto
Płeć	<input type="checkbox"/> Kobieta	<input type="checkbox"/> Mężczyzna
Staż zawodowy		
Wiek		

