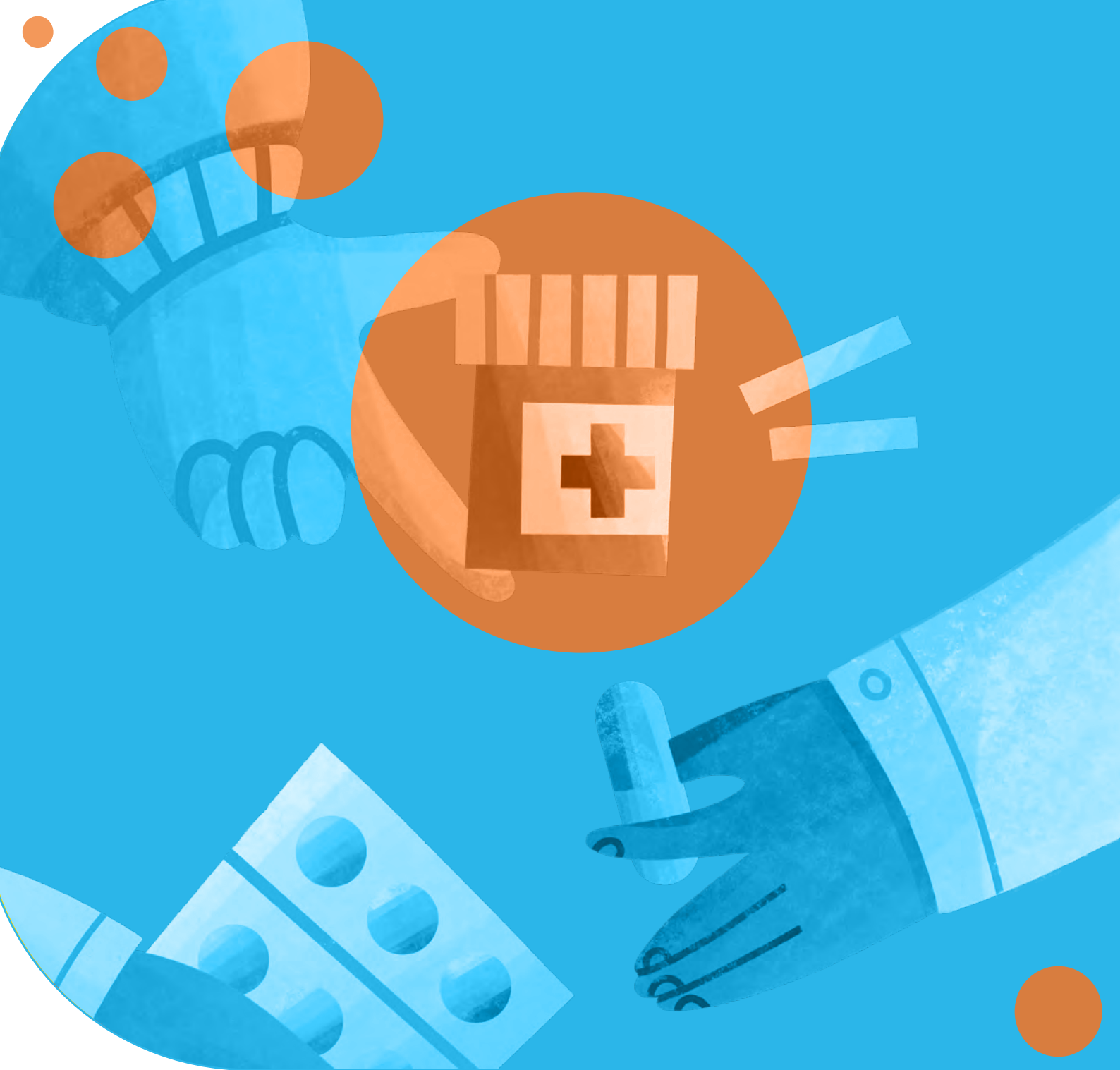




Rola samoleczenia w systemie opieki zorientowanym na wartość zdrowotną



IZWOZ | INSTYTUT ZARZĄDZANIA
W OCHRONIE ZDROWIA

Wydawnictwo Uczelni Łazarskiego
ul. Świeradowska 43, 02-662 Warszawa, Polska
+48/22/54-35-450, +48/22/54-35-410
www.lazarski.pl
© Uczelnia Łazarskiego 2024

Redakcja naukowa:
Dr n. ekon. Małgorzata Gałązka-Sobotka

Autorzy:
Dr n. med. Mateusz Babicki
Lek. Aleksander Biesiada
Dr n. med. Tomasz Bochenek
Mec. Monika Duszyńska
Jarosław Frąckowiak
Dr n. ekon. Małgorzata Gałązka-Sobotka
Dr n. med. Jakub Gierczyński
Tomasz Kiełczewski
Dr hab. n. med. Karolina Kłoda
Dr hab. n. o zdr. Iwona Kowalska-Bobko
Dr hab. n. med. Agnieszka Neumann-Podczaska
Mec. Jan Pachocki
Marta Pawłowska
Dr Anna Zimny-Zajac

Recenzja:
Prof. dr hab. n. med. Marcin Czech
Dr hab. n. med. Agnieszka Mastalerz-Migas, prof. UMW

ISBN 978-83-60694-35-0
e-ISBN 978-83-60694-41-1
DOI 10.26399/978-83-60694-35-0

Opracowanie graficzne:
Natalia Błaszczuk
Norbert Paszyński
Marcin Pietrzak
Oliver Szot

Projekt zrealizowany dzięki wsparciu:



Spis treści

Wstęp	4
1. Miejsce i rola samoleczenia w systemie ochrony zdrowia	6
1.1. Samoleczenie – kluczowe definicje	7
1.2. Medyczne i społeczne aspekty samoleczenia	10
1.3. Wpływ samoleczenia na zdrowie publiczne	15
2. Aspekty prawne i rynkowe samoleczenia – ujęcie krajowe i międzynarodowe	19
2.1. Miejsce samoleczenia w regulacjach prawnych krajowych i międzynarodowych	20
2.2. Modele wykorzystania samoleczenia w optymalizacji opieki zdrowotnej – ujęcie europejskie	27
2.3. Rynek leków OTC w Polsce i Europie	33
3. Samoleczenie w praktyce pacjenta i lekarza	38
3.1. Postawy polskich pacjentów wobec zdrowia i ich potrzeby w kwestii samoleczenia	39
3.2. Świadomy pacjent a samoleczenie. Mapa ryzyka	48
3.3. Samoleczenie w percepcji lekarzy POZ w Polsce	51
3.4. Samoleczenie a dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej, ze szczególnym uwzględnieniem okresu pandemii COVID-19	55
4. Korzyści z samoleczenia dla pacjenta, świadczeniodawcy, systemu ochrony zdrowia, pracodawcy, gospodarki	60
4.1. Postawy polskich pacjentów wobec zdrowia i ich potrzeby w obszarze samoleczenia	61
5. Ekonomiczne aspekty samoleczenia oraz samoopieki	64
5.1. Wymiar korzyści ekonomicznych płynących ze stosowania leków bez recepty	65
5.2. Wpływ samoleczenia na koszty bezpośrednie i pośrednie w zakresie absenteizmu i prezenteizmu	72
6. Narzędzia i inicjatywy na rzecz odpowiedzialnego samoleczenia	80
6.1. Rola opieki farmaceutycznej w procesie samoleczenia	81
6.2. Odpowiedzialna edukacja na rzecz samoleczenia – inicjatywy międzynarodowe i krajowe	85
6.3. Samoleczenie w aspekcie nowoczesnych rozwiązań technologicznych (teleporada, rola IKP, informatyzacja systemu zdrowia)	90
7. Rekomendacje w zakresie optymalnego wykorzystania samoleczenia w systemie ochrony zdrowia	95
Komentarze eksperckie	110
Bibliografia	114
Spis tabel	121
Spis wykresów	122
Spis rysunków	122

Wstęp

Na przestrzeni ostatnich trzech dekad Polska z sukcesem przeszła przez transformację ustrojową i gospodarczą. Należymy do grona dwudziestu największych gospodarek świata a tempo naszego rozwoju pomimo globalnego spowolnienia gospodarczego utrzymuje się wciąż na dodatnim poziomie. Warunkiem stabilizacji naszego rozwoju jest dostęp do kapitału ludzkiego, a ten warunkowany jest stanem zdrowia populacji. Niestety pomimo od lat podejmowanych wysiłków i zmian systemowych kondycja zdrowotna Polaków nie należy do najlepszych. Oczekiwana długość życia w chwili urodzin jest o 4 lata krótsza niż przeciętnego Europejczyka, wskaźnik zgonów możliwych do uniknięcia wyniósł w 2021 r. 344 na 100 tys. przy średnia OECD na poziomie 237 zgonów. Polacy są też społecznością, która ma ograniczony dostęp do zasobów ochrony zdrowia, tylko 94% populacji objętych jest podstawową opieką zdrowotną, podczas gdy średnia dla krajów OECD wynosi 97%. Zapewne to właśnie ograniczoność dostępu do opieki wysokiej jakości we właściwym czasie wpływa na niski poziom zadowolenia z zabezpieczenia zdrowotnego. Tylko 51% Polek i Polaków deklaruje satysfakcję w tym obszarze, przy średniej na poziomie prawie 67%¹. Wyzwaniem dla polityków zdrowotnych jest dodatkowo wysokie tempo starzenia się polskiego społeczeństwa, co z roku na rok będzie istotnie obciążało system ochrony zdrowia i finansów publicznych.

Powyższe przesłanki skłaniają liczne środowiska odpowiedzialne za bezpieczeństwo zdrowotne do poszukiwania nowych i lepszego wykorzystania już istniejących możliwości zwiększania wartości zdrowotnej, która z godnie z koncepcją Value Based Healthcare mierzona jest wynikami zdrowotnymi, doświadczeniami pacjentów korzystających z opieki i efektywnością kosztową. W dyskusji systemowej często podnoszone są postulaty wzmocnienia profilaktyki, poprawy jakości i skuteczności opieki dostarczanej, zarówno na poziomie POZ, jak również AOS, leczenia szpitalnego i opieki długoterminowej. Na marginesie dyskusji publicznej znajdują się procesy samoopieki (ang. self-care) i samoleczenia (ang. self-medication lub self-treatment), które odgrywają krytyczną rolę w zabezpieczeniu drobnych dolegliwości, które liczone są w Europie na poziomie 6,6 mld przypadków rocznie, a których zabezpieczenie w systemie opieki profesjonalnej skutkowałoby paraliżem w dostępie do leczenia pacjentów ciężiej chorych i niezdolnych do samodzielnego poradenia sobie z chorobą.

Samoopieka jest terminem szerszym niż samoleczenie. Światowa Organizacja Zdrowia definiuje „samoopiekę” jako zdolności jednostek, rodzin i społeczności do promowania zdrowia, zapobiegania chorobom, utrzymywania zdrowia oraz radzenia sobie z chorobą i niepełnosprawnością przy wsparciu pracownika ochrony zdrowia lub bez niego, dzięki lekom OTC, suplementom diety oraz wyrobom medycznym². Samoleczenie zaś to działania, podejmowane przez samych ludzi w celu przywrócenia oraz utrzymania zdrowia, jak również w celu zapobiegania chorobom oraz ich zwalczania poprzez odpowiedzialne stosowanie leków przez pacjenta³.

Samoleczenie jest zjawiskiem mającym swoje korzenie w starożytności, jednak wraz z rozwojem nowożytnej medycyny stało się procesem skoncentrowanym na farmakoterapii i powiązany z opieką dostarczaną przez profesjonalistów medycznych. Ostatnie lata przyniosły wzrost zainteresowania społeczeństw Europy tą formą dbania o swoje zdrowie, nie mniej w Polsce dostrzegalny jest brak systemowego ujęcia samoopieki i samoleczenia jako ważnych elementów zrównoważonego systemu ochrony zdrowia.

Niniejsze opracowanie przedkładamy szerokiej opinii publicznej jako przesłankę do szerszego spojrzenia na miejsce i rolę samoleczenia w systemie, którego celem jest skuteczna poprawa stanu zdrowia Polaków w warunkach ograniczonych zasobów i rosnących potrzeb zdrowotnych. Wraz z gronem wybitnych ekspertów, opierając się na badaniach społecznych przeprowadzonych na reprezentatywnej grupie pacjentów oraz badaniach wśród lekarzy POZ, zaprojektowanych i zebranych przez Polskie Towarzystwo Medycyny Rodzinnej, podjęliśmy próbę ułożenia samoleczenia w kontekście uwarunkowań prawnych, medycznych,

organizacyjnych i ekonomicznych systemu ochrony zdrowia. Poprzez analizę danych statystycznych dokonaną przez PEX SP. z o.o., studiów przypadków, opinii ekspertów oraz doświadczeń pacjentów i lekarzy, staramy się rzucić światło na różnorodne aspekty samoleczenia. Przyglądamy się jego wpływowi na zdrowie publiczne, jego osadzeniu w regulacjach prawnych krajowych i międzynarodowych, a także praktycznym aspektem, takim jak możliwości wykorzystania nowoczesnych narzędzi e-Zdrowia czy korzyści ekonomiczne płynące z tej praktyki.

To pierwsze w Polsce tak kompleksowe ujęcie tematu samoleczenia, którego głównym celem jest zrozumienie jego potencjału, zarówno pozytywnego, jak i negatywnego, oraz wskazanie możliwych kierunków działań systemowych, które wzmocnią samodzielność polskiego społeczeństwa w opiece nad swoim dobrostanem, przy wsparciu profesjonalistów medycznych i narzędzi doskonalenia kompetencji zdrowotnych.

Pragniemy przede wszystkim podkreślić znaczenie edukacji zdrowotnej i odpowiedzialnego podejścia do samoleczenia, aby zapewnić bezpieczeństwo i skuteczność działań podejmowanych przez jednostki w celu dbania o swoje zdrowie. Jest to istotne, zwłaszcza w kontekście narastającej popularności samoleczenia oraz coraz większego zróżnicowania dostępnych na rynku produktów i usług związanych z tą praktyką.

W tym miejscu serdecznie dziękuję dr hab. n. med. Agnieszce Mastalerz- Migas, prof. UMW, konsultant krajowej w dziedzinie medycyny rodzinnej, prezes Polskiego Towarzystwa Medycyny Rodzinnej oraz prof. dr hab. n. med. Marcinowi Czechowi, prezesowi Polskiego Towarzystwa Farmakoekonomiki, kierownikowi Zakładu Farmakoekonomiki Instytutu Matki i Dziecka za przygotowanie recenzji raportu i docenienie roli samoleczenia w systemie ochrony zdrowia, ze wskazaniem działań niezbędnych do poprawy skuteczności i efektywności tego procesu z punktu widzenia zdrowia publicznego.

Wierzimy, że niniejszy raport może stanowić cenny wkład w dyskusję na temat samoleczenia w Polsce, a także inspirację do podejmowania działań mających na celu poprawę opieki zdrowotnej i promowanie zdrowego stylu życia.

Dr Małgorzata Gałązka-Sobotka
Dyrektor Instytut Zarządzania W Ochronie Zdrowia
Uczelni Łazarskiego

1 Health at a Glance, www.oecd-ilibrary.org/healthataglance2023

2 Self-care interventions for health, World Health Organization https://www.who.int/health-topics/self-care#tab=tab_1.

3 The Role of the pharmacist in self-care and self-medication: report of the 4th WHO Consultative Group on the Role of the Pharmacist, 1998.

1

Miejsce i rola samoleczenia w systemie ochrony zdrowia



Samoleczenie – kluczowe definicje

NOUN
1.1?

Definicję samoleczenia sformułowała w 1998 r. Światowa Organizacja Zdrowia (WHO), według której są to działania, podejmowane przez samych pacjentów w celu przywrócenia oraz utrzymania zdrowia, jak również w celu zapobiegania chorobom oraz ich zwalczania⁴. Samodzielne, odpowiedzialne stosowanie leków przez pacjenta odgrywa ważną, wspierającą rolę dla każdego systemu opieki zdrowotnej⁵. W ostatnich latach obserwujemy intensywny rozwój samoleczenia (ang. self-medication lub self-treatment) i samoopieki (ang. self-care), czemu towarzyszy rozwój rynku usług i produktów z nimi związanych. Warto więc precyzyjnie zdefiniować oba te pojęcia i różnice pomiędzy nimi.

Samoopieka jest terminem szerszym niż samoleczenie. WHO definiuje „samoopiekę” jako zdolności jednostek, rodzin i społeczności do promowania zdrowia, zapobiegania chorobom, utrzymywania zdrowia oraz radzenia sobie z chorobą i niepełnosprawnością przy wsparciu pracownika ochrony zdrowia lub bez niego, dzięki lekom OTC, suplementom diety oraz wyrobom medycznym⁶. Realizacja tej opieki obejmuje szeroki zakres prostych, rutynowych działań. Dotyczy między innymi dbania o higienę i prowadzenie zdrowego trybu życia. Równocześnie wymaga większej aktywności w zarządzaniu własnym zdrowiem i dobrym samopoczuciem, poprzez pozyskiwanie wiedzy na temat zdrowia oraz posiadanie niezbędnych podstawowych umiejętności i wsparcia, aby samodzielnie diagnozować, leczyć i monitorować drobne dolegliwości. Samoopieka stanowi znaczący krok w kierunku większej autonomii i zaangażowania w nasze zdrowie. Uzupełnia konwencjonalną opiekę zdrowotną i stanowi ważną część systemu opieki

zdrowotnej. Produkty do samoopieki i samoleczenia obejmują leki dostępne bez recepty [(znane również jako OTC (over the counter)], suplementy, diety, w tym składniki mineralne i witaminy oraz wyroby medyczne do samodzielnej pielęgnacji. Produkty te pomagają w leczeniu, wzbogacają dietę w cenne substancje odżywcze przy wielu drobnych dolegliwościach, takich jak infekcje wirusowe, kaszel, ból gardła, alergie, owrzodzenia jamy ustnej, problemy trawienne (w tym zgaga), problemy z wypróżnieniem, wymioty, biegunki, oparzenia słoneczne, łagodne do umiarkowanych bóle, jak bóle głowy i bóle mięśni, łagodne do umiarkowanych problemy skórne, np. wypryski, a także np. skaleczenia, ukąszenia owadów.

Samoopieka polega też na umiejętności dobrego rozpoznania niektórych objawów i tego, co dzieje się z własnym ciałem – oczywiście na tyle, na ile jest to możliwe przy braku specjalistycznej wiedzy medycznej, właściwemu pacjentowi. W sytuacji korzystania z usług medycznych, w samoopiece mieści się także umiejętność właściwej współpracy z fachowym personelem medycznym, stosowania zleconych leków, suplementów diety lub wyrobów medycznych. Definicja ta zakłada zatem współodpowiedzialność pacjenta za jego stan zdrowia i aktywne uczestnictwo w procesie leczenia.

W odróżnieniu od samoopieki, dosyć szeroko definiowanej, samoleczenie oznacza głównie indywidualne stosowanie leków (produktów leczniczych) w celu leczenia dolegliwości i schorzeń. Dotyczy ono najczęściej leków OTC (over-the-counter; leków wydawanych w sprzedaży odręcznej, dostępnych bez recepty), niekiedy także leków zleconych już uprzednio przez lekarza w celu leczenia przewlekłych chorób, i może mieć charakter

⁴ The Role of the pharmacist in self-care and self-medication: report of the 4th WHO Consultative Group on the Role of the Pharmacist, 1998.
⁵ Self-care competency framework. Volume 1. Global competency standards for health and care workers to support people's self-care – Volume 2. Knowledge guide for health and care workers to support people's self-care – Volume. 3. Curriculum guide for health and care workers to support people's self-care), World Health Organisation 2023.
⁶ Self-care interventions for health, World Health Organization https://www.who.int/health-topics/self-care#tab=tab_1.

doraźny lub długotrwały⁷. Produkt leczniczy sklasyfikowany jako OTC musi charakteryzować się niską toksycznością ogólną, brakiem szkodliwego działania na funkcje rozrodcze i rozwój potomstwa, brakiem właściwości mutagennych i rakotwórczych, a także niewywoływaniem poważnych działań niepożądanych i interakcji⁸.

Odpowiedzialne samoleczenie polega na stosowaniu leków dostępnych bez recepty zgodnie z etykietą. Jest zjawiskiem pożądanym i może przyczynić się do znacznego spadku wizyt w gabinetach lekarskich dzięki poprawie zdrowia oraz zwiększeniu świadomości w zakresie własnego zdrowia.

Niezależnie od przyjętej definicji, nie ulega wątpliwości, że we wszystkich systemach opieki zdrowotnej na świecie samoleczenie jest trendem, od którego nie ma odwrotu. W kontekście bieżących problemów zdrowia publicznego – jak starzenie się społeczeństwa i wynikające z tego zwiększone zapotrzebowanie na usługi medyczne i obciążenie systemów opieki zdrowotnej oraz niedobór kadr medycznych – samoleczenie, które przenosi częściowo odpowiedzialność za własne zdrowie z systemu na jednostkę, jest zjawiskiem pożądanym.

Szacuje się, że w Unii Europejskiej każdego roku występuje około 1,2 miliarda przypadków drobnych dolegliwości⁹, co przekłada się na 3,3 miliona zdarzeń dziennie. Gdyby każdy pacjent zgłaszał się do lekarza z każdą dolegliwością, w całej Unii Europejskiej potrzebnych byłoby dodatkowo 120 tysięcy lekarzy pierwszego kontaktu (GP) lub obecni lekarze musieliby pracować dodatkowe 144 minuty

dziennie¹⁰. Około 55% drobnych dolegliwości występujących u pacjentów w Polsce podlega samoleczeniu. Pasuje to Polskę na pierwszym miejscu w Unii Europejskiej pod względem samoleczenia. Na drugim biegunie są takie kraje jak Portugalia, Hiszpania, Szwecja czy Norwegia, gdzie udział samoleczenia wynosi mniej niż 20%¹¹.

Wykorzystanie potencjału samoleczenia wymaga jednak systemowej edukacji pacjentów, wspieranej przez profesjonalistów ochrony zdrowia – lekarzy, farmaceutów, pielęgniarki, którzy nieustannie przekazują wiedzę na temat bezpieczeństwa tego procesu, w tym zasad doboru preparatów dostępnych bez recepty stosowanych do leczenia drobnych dolegliwości, zasad zdrowego stylu życia.

Rysunek 1. Samoopieka i samoleczenie w systemie ochrony zdrowia



Źródło: Opieka koordynowana na świecie. Przykłady mające pomóc usprawnić (podstawową) opiekę zdrowotną w Polsce. Raport sporządzony przez K. Viktorię Stein; NFZ, 2016.

Tabela 1. Kluczowe pojęcia w kontekście samoleczenia

Zdrowie	Stan cechujący się uzyskaniem dobrego samopoczucia na poziomie fizycznym, psychicznym i społecznym. Jest on zatem związany tylko z brakiem choroby czy niedomaganiem (WHO).
Ochrona zdrowia	Wszelka działalność, której celem jest zapobieganie chorobom oraz ich leczenie, utrzymanie rozwoju psychicznego, fizycznego i społecznego człowieka, przedłużanie życia, zapewnienie zdrowego rozwoju następnym pokoleniom. Artykuł 68. ust. 1. Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej stanowi, że „Każdy ma prawo do ochrony zdrowia” (NIZP-PZH).
Opieka zdrowotna	Rozpoznawanie i leczenie, a także zapobieganie i edukacja zdrowotna pacjenta i rodziny w środowisku zamieszkania, pracy i nauki (WHO).
Opieka profesjonalna	Ogół działań podejmowanych w zakresie diagnostyki i leczenia na rzecz pacjenta przez profesjonalistów medycznych.
Opieka farmaceutyczna	Wsparcie w zakresie prawidłowego przebiegu leczenia farmakologicznego, udzielane pacjentowi przez farmaceutę, przy współpracy z lekarzem i przedstawicielami innych zawodów medycznych uczestniczących w leczeniu pacjenta.
Samoleczenie	Stosowanie leków dla samodzielnego radzenia sobie z objawami chorób, oparte o indywidualnie podejmowane przez pacjenta decyzje.
Samoopieka	Wszelkie czynności podejmowane przez człowieka dla utrzymania odpowiedniego stanu zdrowia, zapobiegania lub leczenia chorób.
Świadomość zdrowotna	Indywidualna umiejętność zdobywania i właściwego rozumienia potrzebnych pacjentowi informacji dotyczących opieki zdrowotnej.
Leki OTC	Leki (produkty lecznicze) wydawane pacjentom bez recepty. Niektóre muszą być sprzedawane wyłącznie w aptekach, lecz niektóre z nich dostępne są także poza nimi.

Źródło: Opracowanie własne.

7 Wertheimer A. I., Serradell J., A discussion paper on self-care and its implications for pharmacists, „ PharmacyWorld and Science” 2008, 30(4), 309–315. <https://doi.org/10.1007/s11096-007-9187-y>.

8 Dyrektywa 2001/83/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dn. 6 listopada 2001 roku w sprawie wspólnotowego kodeksu odnoszącego się do produktów leczniczych stosowanych u ludzi (Dz. Urz. WE L 311 z 28.11.2001, str. 67, Dz. Urz. Polskie wydanie specjalne, rozdz. 13, t. 27, str. 69).

9 Self-Care in Europe: Economic and Social Impact on Individuals and Society. AESGP 2021. Źródło: <https://aesgp.eu/content/uploads/2022/01/AESGP-Summary-Report-Self-Care-in-Europe-Economic-and-Social-Impact-on-Individuals-and-Society.pdf>.

10 May U., Bauer C., Schneider-Ziebe A., Giulini-Limbach C., Self-Medication in Europe: Economic and Social Impact on Individuals and Society, “Gesundh ökon Qual mana” [Zacytowano: 15 06 2023.] <https://www.thieme-connect.com/products/ejournals/pdf/10.1055/a-2089-5142.pdf>.

11 Self-Care in Europe...op.cit.

Medyczne i społeczne aspekty samoleczenia

Wnioski



W samoleczeniu istotne jest posiadanie minimum wiedzy o zdrowiu, jego determinantach oraz objawach chorób populacyjnych, co powoduje ostrożność w podejmowaniu decyzji w zakresie samodzielnego radzenia sobie z dolegliwościami, które na bazie dotychczasowego doświadczenia uznaje się za łagodne i szybko przemijające.



Bagatelizowanie objawów chorobowych i niesięganie po fachową pomoc medyczną może prowadzić do pogorszenia stanu zdrowia. Nie bez powodu zalecany czas trwania samodzielnego stosowania przez pacjentów leków OTC jest krótki, zazwyczaj kilkudniowy, nieprzekraczający 10 dni.



Samoleczenie powinno być ważnym elementem systemu ochrony zdrowia, ułatwiającym utrzymanie równowagi pomiędzy narastającymi potrzebami zdrowotnymi współczesnych społeczeństw a zazwyczaj ograniczonymi możliwościami ich zaspokojenia.



Odpowiedzialne samodzielne prowadzenie farmakoterapii dla uzyskania poprawy jakości życia pacjenta, maksymalizacja korzyści i unikanie działań niepożądanych powinno być oparte o współpracę z farmaceutą, lekarzem, a także z innymi profesjonalistami medycznymi i prowadzone w atmosferze wzajemnego zaufania.



Pacjenci doceniają możliwość samodzielnego zastosowania leku przynoszącego ulgę w chorobie, szczególnie w sytuacji ograniczenia w dostępie do szybkiej fachowej opieki medycznej. Decyzja o podjęciu samoleczenia jest relacją pomiędzy ponoszonymi samodzielnie kosztami finansowymi i nakładami czasowymi, a odczuwanymi potrzebami zdrowotnymi oraz oczekiwanymi efektami zdrowotnymi. Wysokie kompetencje zdrowotne społeczeństwa i samodzielne stosowanie leków mogą istotnie poprawiać stan zdrowia.



Liczne ograniczenia w badaniach wykonywanych na świecie wskazują na potrzebę dalszych badań wysokiej jakości metodologicznej dotyczących relacji pomiędzy kosztami a efektami stosowania samoopieki, w porównaniu do innych sposobów postępowania. Nie oznacza to, że samoopieka jest nieefektywna kosztowo, konieczne jest jednak wspieranie badań naukowych w tym obszarze.



Dla osiągnięcia optymalnych efektów zdrowotnych, równie ważne jest wsparcie systemowe, zarówno instytucjonalnego systemu usług diagnostycznych i terapeutycznych, jak również procesu samoopieki i samoleczenia poprzez współpracę wielu interesariuszy na rzecz pacjenta.

Medyczne aspekty samoleczenia i samoopieki

Przy podejmowaniu decyzji o samoleczeniu duże znaczenie mają wcześniejsze doświadczenia własne z radzeniem sobie z podobnymi objawami zdrowotnymi i własna wiedza o chorobie. Samodzielne stosowanie leków ma miejsce głównie wówczas, gdy osobisty problem zdrowotny postrzegany jest jako raczej niezbyt poważny, o łagodnym i przemijającym charakterze^{12, 13, 14}. Niestety, tego rodzaju podejście może prowadzić do bagatelizowania objawów chorobowych i związanych z tym negatywnych konsekwencji niesięgania po fachową pomoc medyczną, a w rezultacie do pogorszenia stanu zdrowia. W samoleczeniu istotne jest zachowanie odpowiedniego wyczucia, posiadanie minimum wiedzy o chorobie i ostrożność w podejmowaniu decyzji, a w razie potrzeby – niezwłoczne zwrócenie się do profesjonalistów medycznych po pomoc. Nie bez powodu zalecany czas trwania samodzielnego stosowania przez pacjentów leków OTC jest krótki, zazwyczaj kilkudniowy i nieprzekraczający 10 dni. Dokładne informacje na ten temat można znaleźć w treści ulotki załączonej do leku, która bezwarunkowo powinna zostać przeczytana przed jego zażyciem. Paradoksalnie więc, samoleczenie nie jest remedium na niedoskonałości niewydolnego i niespełniającego oczekiwań pacjentów systemu ochrony zdrowia. Powinno być raczej ważnym elementem tego systemu, stanowiącym dla niego odciążenie w zakresie korzystania z usług medycznych, stosowanym jedynie w sytuacjach dopuszczalnych, ułatwiającym utrzymanie równowagi pomiędzy znacznymi potrzebami zdrowotnymi współczesnych społeczeństw a ograniczonymi możliwościami ich realizacji.

Jeśli chodzi o sposób, w jaki zakupywane są w Polsce leki OTC stosowane w samoleczeniu, to można stwierdzić, że dominuje tradycyjny rodzaj sprzedaży,

tj. poprzez apteki ogólnodostępne, stacjonarnie¹⁵. Sprzyja to większym możliwościom konsultacji zakupu tych produktów z fachowym personelem – farmaceutą lub techniką farmacji. Konsultowanie zakupów i decyzji o stosowaniu leków przez pacjenta mieści się w szeroko rozumianej opiece farmaceutycznej. Można ją zdefiniować jako odpowiedzialne prowadzenie farmakoterapii dla uzyskania poprawy jakości życia pacjentów, oparte o współpracę, maksymalizację korzyści i unikanie działań niepożądanych oraz, co istotne, prowadzone w atmosferze wzajemnego zaufania¹⁶. Współpraca i atmosfera zaufania dotyczą pacjenta, jego lekarzy, farmaceutów, ale także innych zawodów medycznych.



¹² Loyola Filho A.I., Lima-Costa M.F., Uchôa E., Bambuí Project: a qualitative approach to self-medication, "Cad Saude Publica" 2004 Nov-Dec;20(6):1661-9. doi: 10.1590/s0102-311x2004000600025. Epub 2004 Dec 8. PMID: 15608869.

¹³ Mortazavi, S.S., Shati M., Khankeh, H.R. et al, Self-medication among the elderly in Iran: a content analysis study. BMC Geriatr 17, 198, 2017, <https://doi.org/10.1186/s12877-017-0596-z>.

¹⁴ Le T.H., Ottosson E., Nguyen T.K., Kim B.G., Allebeck P., Drug use and self-medication among children with respiratory illness or diarrhea in a rural district in Vietnam: a qualitative study "J Multidiscip Healthc" 2011;4:329-36. doi: 10.2147/JMDH.S22769. Epub 2011 Sep 13. PMID: 21966227; PMCID: PMC3180479.

¹⁵ Łanda K. (red.), Kowalczyk A., Markiewicz M., Puścion M., Wiśniewski M., Pozaapteczny obrót lekami OTC w Polsce: bezpieczeństwo, prawo, ekonomia i oczekiwania pacjenta, Warszawa „WatchHealthCare, Stowarzyszenie Leków Tylko z Apteki” 2023.

¹⁶ Ministerstwo Zdrowia, Raport opieka farmaceutyczna. Kompleksowa analiza procesu wdrożenia. Warszawa 2020 1-114.



Społeczne aspekty samoleczenia i samoopieki

Z perspektywy pacjentów, w samoleczeniu bardzo duże znaczenie ma łatwość w dostępie do leków, a więc także w dostępie do jakiegokolwiek osiągalnej formy leczenia. Wskazują na to wyniki metasyn-tezy jakościowej samoleczenia opublikowanej w 2018 r.¹⁷. Pacjenci doceniają to, że nieraz w razie choroby znacznie łatwiej im zastosować samodzielnie lek przynoszący ulgę niż dostać się do przychodni i umówić się na wizytę u lekarza^{18, 19, 20}. Niewątpliwie, ta zaleta samoleczenia ma szczególnie duże znaczenie w tych systemach opieki zdrowotnej, gdzie z różnych przyczyn są duże bariery w szybkim uzyskaniu fachowej opieki medycznej. Obejmuje ona m.in. regularne przeprowadzanie badań

okresowych i ocenę istotnych parametrów, takich jak np. wartość ciśnienia tętniczego krwi, stężenie cholesterolu, wskaźnik masy ciała (BMI; Body Mass Index) lub inne. W samoopiece należy uwzględniać także dbanie o aktywność fizyczną, odpowiednio dobrane i wartościowe odżywianie się, pozbawione nadmiaru kalorii. Ważna jest dbałość o higienę, w tym również w obszarze jamy ustnej i uzębienia. Kolejny element to unikanie lub minimalizowanie ryzyka zdrowotnego poprzez nieużywanie tytoniu, ograniczanie konsumpcji alkoholu, korzystanie ze szczepień ochronnych. W samoopiece mieści się też samodzielne stosowanie leków, wyrobów medycznych lub usług zdrowotnych w sposób odpowiedzialny i racjonalny. Podczas udzielania fachowych porad dotyczących samoopieki wszystkie wymienione jej elementy powinny być analizowane indywidualnie, pod kątem potrzeb konkretnego pacjenta. Dopiero w rezultacie tego rodzaju analizy i wynikającego z niej zidentyfikowania ewentualnych braków i potrzeb, może być tworzony plan działania prozdrowotnego, dostosowany do danej osoby^{21, 22}.

Stosowanie samoopieki, w tym samoleczenia, może wiązać się nie tylko z ulgą w cierpieniu i poprawą stanu zdrowia, upodmiotowieniem pacjenta, ale także z możliwością przeznaczenia czasu pracy personelu medycznego, zaoszczędzonego dzięki samoopiece, na inne aktywności zawodowe²³.

W Wielkiej Brytanii i Stanach Zjednoczonych pojawiły się inicjatywy promujące tego rodzaju działania odciążające system opieki zdrowotnej: „Expert Patients Programme” oraz „Chronic Disease Self-management Program”^{24, 25}.

Wciąż jednak pojawiają się pytania, czy oraz

ewentualnie w jakim stopniu interwencje z zakresu samoopieki są kosztowo efektywne. Dotyczy to podejmowanych prób zmierzenia relacji pomiędzy efektami zdrowotnymi, wynikającymi z wdrażania metod samoopieki, a ich kosztami. Próby te są dokonywane z zastosowaniem metod wypracowanych w ekonomice zdrowia i ocenie technologii medycznych (Health Technology Assessment) dla innego rodzaju technologii, w tym głównie (choć niewyłącznie) tzw. technologii lekowych. Te ostatnie są związane z wykorzystaniem różnego rodzaju farmakoterapii, najczęściej dostępnych wyłącznie w oparciu o recepty lub odbywających się w ramach leczenia szpitalnego, nie zaś z wykorzystaniem leków OTC²⁶. Okazuje się, że trudno jest jednoznacznie potwierdzić efektywność kosztową samoopieki, a wynika to z wielu powodów²⁷. Należą do nich przede wszystkim:

- niedoskonała metodyka liczenia kosztów oraz uwzględnianie niewłaściwych grup pacjentów uwzględnianych w porównaniach;
- niewłaściwe sposoby radzenia sobie z niepewnością odnośnie do wyników badań, w tym rzadkie przeprowadzanie analizy wrażliwości;
- złe sposoby postępowania z danymi brakującymi (missing data);
- krótkie okresy obserwacji, uwzględniane w badaniach, jak też po ich zakończeniu, wynoszące najczęściej zaledwie 1 rok lub krócej.

Powyższe ograniczenia wskazują na potrzebę dalszych badań wysokiej jakości metodologicznej, co nie oznacza jednocześnie, że samoopieka jest nieefektywna kosztowo.

W związku ze zmianą przepisów dotyczących refundacji leków w Polsce, które mogą dotyczyć również leków OTC, należy spodziewać się zwiększonego zainteresowania rozwojem analiz opartych na metodologii HTA w zakresie oceny kosztowej efektywności tych technologii.



17 Fereidouni Z, Kameli Morandini M, Najafi Kalyani M, Experiences of self-medication among people: a qualitative meta-synthesis. „Daru : Journal of Faculty of Pharmacy” 2019, Tehran University of Medical Sciences, 27(1), 83–89. <https://doi.org/10.1007/s40199-019-00244-9>.

18 Beyene K.G., Beza S.W., Self-medication practice and associated factors among pregnant women in Addis Ababa, Ethiopia, „Trop Med Health” 2018 May 1;46:10. doi: 10.1186/s41182-018-0091-z. PMID: 29743807; PMCID: PMC5928590.

19 LLe T.H., Ottosson E., Nguyen T.K., Kim B.G., Allebeck P., Drug use and self-medication among children with respiratory illness or diarrhea in a rural district in Vietnam: a qualitative study, „J Multidiscip Healthc” 2011;4:329-36. doi: 10.2147/JMDH.S22769. Epub 2011 Sep 13. PMID: 21966227; PMCID: PMC3180479.

20 Loyola Filho A.I., Lima-Costa M.F., Uchôa E., Bambuí Project: a qualitative approach to self-medication, “Cad Saude Publica” 2004 Nov-Dec;20(6):1661-9. doi: 10.1590/s0102-311x2004000600025. Epub 2004 Dec 8. PMID: 15608869.

21 CDC, What We Know About...Health Literacy 2009, Source: <http://www.cdc.gov/healthmarketing/resources.htmNCHM>

22 Bell J., Dziekan G., Pollack C., Mahachai V., Self-Care in the Twenty First Century: A Vital Role for the Pharmacist, “Advances in Therapy” 2016, 33, 1691-1703. <https://doi.org/10.1007/s12325-016-0395-5>

23 Donaldson L., Expert patients usher in a new era of opportunity for the NHS “BMJ” 2003 Jun 14;326(7402):1279-80. doi: 10.1136/bmj.326.7402.1279. PMID: 12805129; PMCID: PMC1126164.

24 Department of Health, The expert patient: A new approach to chronic disease management in the 21st century, London: Stationery Office; 2001.

25 Lorig K., Sobel D.S., Stewart A.L. i inni, Evidence suggesting that a chronic disease self-management program can improve health status while reducing hospitalization, „Med Care” 1999;37:5-14.

26 Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, Wytyczne oceny technologii medycznych. Wersja 3.0. (III). Wydawnictwo Lekarskie PZWL 2016.

27 Richardson G., Gravelle H., Weatherly H., Ritchie G., Cost-effectiveness of interventions to support self-care: a systematic review “Int J Technol Assess Health Care” 2005 Fall;21(4):423-32. doi: 10.1017/S0266462305050592. PMID: 16262964.

Chociaż samoopieka i samoleczenie oparte są na indywidualnych decyzjach osoby, często będącej w roli pacjenta (lub jego rodziny), to są one mocno powiązane z funkcjonowaniem i pracą wielu podmiotów i interesariuszy w systemie ochrony zdrowia – farmaceutów, lekarzy i innych zawodów medycznych, przychodni, szpitali oraz innych świadczeniodawców opieki zdrowotnej. Rysunek nr 2 przedstawia zróżnicowane akcentowanie spraw dotyczących samodzielności w zakresie zdrowotnej opieki nad samym sobą, potrzeb w zakresie

korzystania z pomocy profesjonalistów medycznych oraz potrzeb w zakresie korzystania z placówek leczniczych w ich różnych wariantach, gdzie samoopieka stanowi podstawę życia w relatywnie dobrym zdrowiu. Często jest w niej niezbędna jest pomoc i konsultacja ze strony farmaceuty lub lekarza, niekiedy potrzebne są konsultacje i zabiegi medyczne lub leczenie szpitalne, jednak dobrze prowadzona i świadoma samoopieka powinna być podstawą życia w dobrym zdrowiu.

Rysunek 2. Samoopieka prowadzona przez świadomego w zakresie spraw zdrowotnych pacjenta jako podstawa życia w dobrym zdrowiu



Źródło: Opracowanie własne na podstawie Krajewski-Siuda K., Samoleczenie, Instytut Sobieskiego, Warszawa 2012.

Wpływ samoleczenia na zdrowie publiczne

Wnioski



Wyzwania cywilizacyjne XXI wieku, dynamiczny rozwój ekonomiczny i technologiczny, wzrastające koszty utrzymania instytucji państwowych, większa świadomość obywateli, rosnące oczekiwania dotyczące opieki zdrowotnej, kryzysy (pandemiczny, gospodarczy, wojenny) stawiają przed decydentami politycznymi poważne wyzwania. Konieczne jest poszukiwanie nowych rozwiązań lub modyfikacji istniejących, aby utrzymać jak najwyższą jakość życia.



Obecnie opieka zdrowotna w każdym kraju jest bardziej uzależniona od czynników ekonomicznych niż kiedykolwiek wcześniej w historii. Specjaliści w dziedzinie zdrowia publicznego proponują wiele rozwiązań mających na celu wsparcie trudnego procesu reform i znalezienie skutecznego lekarstwa na funkcjonowanie nowoczesnych systemów ochrony zdrowia. Jednym z rozwiązań, które wydaje się obiecujące, jest przeniesienie części odpowiedzialności za opiekę zdrowotną na jednostki.



Samoleczenie, znane od wieków i występujące we wszystkich społeczeństwach, niezależnie od stopnia rozwoju technologicznego czy kulturowego, może stanowić odpowiedź na problemy współczesnych systemów zdrowotnych. Jednocześnie zauważa się, że poziom wiedzy na temat nowoczesnego samoleczenia jest stosunkowo niski. Specjaliści z dziedzin związanych ze zdrowiem wciąż zastanawiają się, czy samoleczenie może przyczynić się do stworzenia efektywnie funkcjonującego systemu ochrony zdrowia²⁸.



Samoleczenie ma swoje blaski i cienie. Z jednej strony może odciążyć systemy zdrowotne poprzez ograniczenie wizyt pacjentów czy stosowanie tańszych metod leczenia, podnosić wiedzę i świadomość zdrowotną obywateli. Z drugiej jednak strony niekontrolowane stosowanie leków prowadzi do niepożądanych skutków ubocznych i może przyczynić się do pogorszenia stanu zdrowia oraz zwiększyć koszty leczenia.



Ważne jest, aby zachować równowagę i nie przeciążać jednostki zbyt dużą odpowiedzialnością za swoje zdrowie, wprowadzać programy opieki koordynowanej, podnosić kompetencje zdrowotne obywateli, szerzyć działalność profilaktyczną i edukacyjną.



Istotna jest także efektywność działań władz na rzecz zdrowia populacyjnego, poprzez propagowanie prozdrowotnych rozwiązań, przekazywanie wiedzy i kształtowanie kompetencji zdrowotnych od najmłodszych lat.



Aby samoleczenie przyniosło pozytywne efekty dla zdrowia publicznego, należy wprowadzić niezależne mechanizmy kontroli, systematyczne badania monitorujące skuteczność terapii lekowej stosowanej przez pacjentów oraz edukację, podnoszącą poziom kompetencji zdrowotnych.



Samoleczenie ma istotny wpływ na zdrowie publiczne. Z jednej strony, może przyczynić się do zmniejszenia obciążenia systemów ochrony zdrowia poprzez ograniczenie liczby wizyt pacjentów poprzez ograniczenie liczby wizyt pacjentów poprzez ograniczenie liczby wizyt pacjentów, takich jak leki bez recepty i suplementy diety. Ponadto, samoleczenie może zwiększyć wiedzę i świadomość zdrowotną pacjentów, ponieważ osoby podejmujące samodzielne działania w celu poprawy zdrowia muszą poznać i zrozumieć swoją chorobę, jej przyczyny i skutki.

Identyfikacja mocnych i słabych stron samoleczenia powinna stanowić drogowskaz działań państwa na rzecz zdrowia publicznego, wskazujący pożądane aktywności. Dla współczesnego zdrowia publicznego, w warunkach popandemicznych jednym z najistotniejszych wyzwań jest wzrost kompetencji zdrowotnych obywateli, ich świadomość własnego zdrowia, racjonalizująca podejmowane decyzje rzutujące na zdrowie. Równie ważna jest efektywność działań władz na rzecz zdrowia populacyjnego, poprzez propagowanie prozdrowotnych rozwiązań, przekazywanie wiedzy i kształtowanie kompetencji zdrowotnych od najmłodszych lat, tak aby przełożyło się to na zabezpieczenie i usprawnienie dostępu do świadczeń zdrowotnych, leków i wyrobów medycznych, ich wysoką jakość i bezpieczeństwo.

Rozwój samoleczenia

Samoleczenie w Polsce ma długą tradycję i jest obecne zarówno w kulturze wiejskiej, jak i miejskiej. Obecnie samoleczenie jest rozumiane i jako

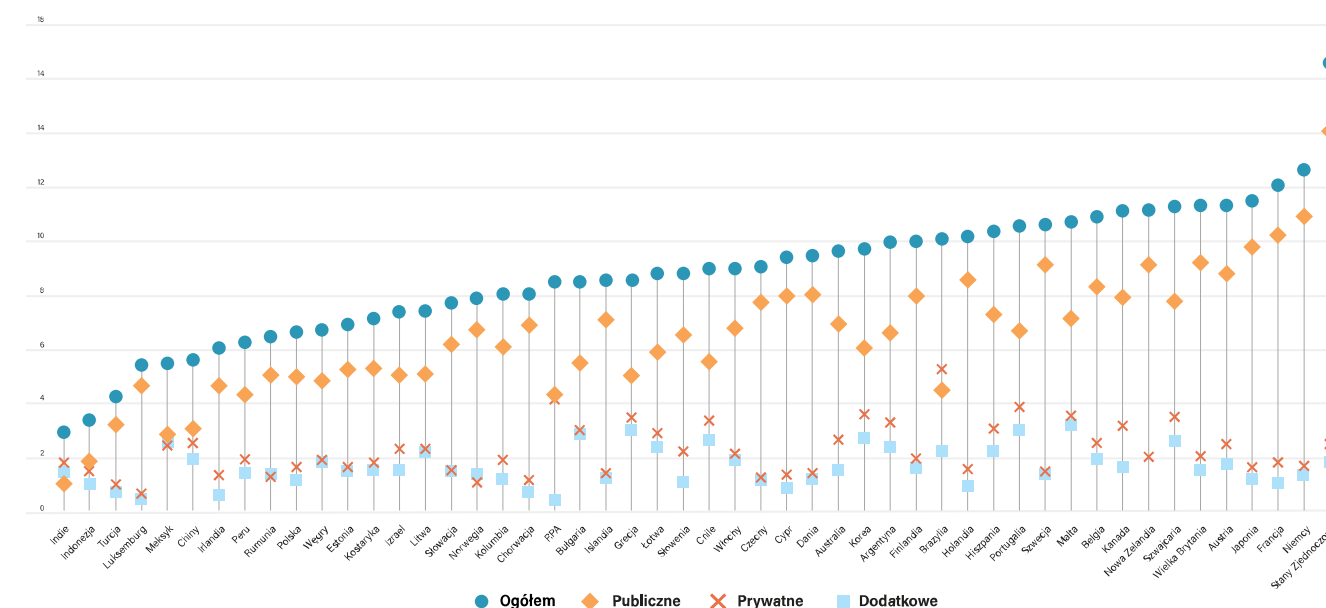
uzupełnienie tradycyjnej opieki medycznej. Ludzie uczą się samodzielnie dbać o swoje zdrowie, podejmując działania mające na celu profilaktykę, redukcję stresu, poprawę żywienia, aktywność fizyczną i równowagę emocjonalną. Zwiększona dostępność informacji, rozwój technologii, a także wpływ globalnych trendów zdrowotnych przyczyniły się do wzrostu zainteresowania samodzielnymi metodami leczenia i dbałości o zdrowie. Polacy często korzystają z dostępnych materiałów, jak książki, czasopisma, strony internetowe czy fora dyskusyjne, aby poszerzać wiedzę na temat samoleczenia. Wciąż istnieją jednak pewne kontrowersje związane z niektórymi praktykami samoleczenia i ważne jest, aby korzystać z wiarygodnych źródeł informacji i w razie potrzeby konsultować się z profesjonalistą medycznym.

Determinanty zdrowotne

Sir Michael Marmot, brytyjski epidemiolog i ekspert ds. zdrowia publicznego, determinanty zdrowia dzielił na dwie kategorie:

- warunki życia w tym m.in.: status społeczno-ekonomiczny, edukacja, zatrudnienie i warunki pracy, warunki mieszkaniowe, styl życia, środowisko naturalne, a także system ochrony zdrowia;*
- system polityczny, ekonomiczny i społeczny, na które składają się polityka społeczna, polityka fiskalna, kultura, system wartości, dostępność do edukacji i pracy oraz poziom równości społecznej²⁹.*

Wykres 1. Wydatki na ochronę zdrowia w podziale na publiczne, prywatne i dodatkowe w 2022 r. jako % PKB



Źródło: Dane OECD z 2022 r. lub ostatniego dostępnego.

Należy zauważyć, że łączne wydatki na ochronę zdrowia w Polsce stanowiły 6,5% PKB – co odbiega od średniej UE wynoszącej 9,9%³⁰. Prowadzi to do niedostatecznej dostępności usług medycznych w stosunku do realnych potrzeb zdrowotnych ludności a także wysokiego udziału środków prywatnych w łącznych kosztach udzielanych usług zdrowotnych. W rezultacie dostęp do tych usług coraz częściej zależy od sytuacji finansowej pacjentów. Środki finansowe są głównie wykorzystywane na leczenie już istniejących schorzeń, zamiast na zapobieganie im. W efekcie leczenie staje się kosztowne, a brak koordynacji i kontynuacji opieki prowadzi do marnowania efektów terapeutycznych. Źle zorganizowany system ochrony zdrowia nie sprzyja wczesnemu wykrywaniu chorób. Kontrole przeprowadzone przez Najwyższą Izbę Kontroli wskazują, że niektórzy lekarze rodzinni nie spełniają obowiązków związanych z profilaktyką chorób cywilizacyjnych, w tym z badaniami przesiewowymi, ani nie uczą pacjentów samokontroli³¹. Można zatem uznać, że aktualny niski poziom wydatków na ochronę zdrowia, zbyt niska składka na ubezpieczenie zdrowotne, a także

deficyty kadrowe i niedostateczna koordynacja leczenia wpływają negatywnie na zdrowie populacyjne.

Jednym z ważnych czynników wpływających na warunki życia, w szczególności na styl życia są kompetencje zdrowotne (KZ)³². Niski poziom kompetencji zdrowotnych jest silniejszym wyznacznikiem zdrowia niż wiek, dochód, poziom wykształcenia, wykonywany zawód czy rasa³³. Kompetencje zdrowotne są uważane za jedną z krytycznych determinant zdrowia, ponieważ ich rozwój pozwala jednostkom na podejmowanie świadomych wyborów dotyczących zdrowia i umożliwia skuteczne korzystanie z systemów ochrony zdrowia. Wiedza, umiejętności i postawy zdrowotne pozwalają na podejmowanie racjonalnych decyzji dotyczących zdrowia i radzenie sobie w kontaktach z systemem ochrony zdrowia. Poprawa poziomu kompetencji zdrowotnych jest zatem jednym ze sposobów poprawy zdrowia i redukcji nierówności zdrowotnych w społeczeństwie. Ludzie powinni mieć rozwinięte odpowiednie kompetencje zdrowotne, jak umiejętność

rozpoznawania objawów choroby, oceniania ryzyka i korzyści z samoleczenia oraz świadomie podejmować decyzje dotyczące leczenia. Dobrze rozwinięte kompetencje zdrowotne pozwalają na skuteczne korzystanie z różnych źródeł informacji o zdrowiu, na podejmowanie racjonalnych decyzji i na wykorzystywanie opieki zdrowotnej w sposób skuteczny³⁴. W dzisiejszych czasach coraz większa liczba organizacji i instytucji, zarówno publicznych jak prywatnych, skupia się na propagowaniu i rozwijaniu kompetencji zdrowotnych, co ma na celu zwiększenie świadomości i poprawę jakości życia ludzi.

W Deklaracji Szanghajskiej uznano KZ za krytyczną determinantę zdrowia i zwrócono uwagę na konieczność ich wzmocnienia poprzez inicjatywy na poziomie krajowym i lokalnym we wszystkich populacjach i instytucjach edukacyjnych³⁵. W deklaracji podkreślono również, że posiadanie wystarczającego poziomu KZ jest niezbędne do dbałości o zdrowie własne oraz najbliższych.

Kompetencje zdrowotne obejmują wiele różnych umiejętności, takich jak: umiejętność zrozumienia zaleceń lekarza, poprawnego odczytywania informacji zawartych w ulotkach leków, krytycznej analizy informacji dotyczących zdrowia oraz podejmowania właściwych decyzji w zakresie dbałości o zdrowie własne i bliskich³⁶.

Podnoszenie kompetencji zdrowotnych w krajach Unii Europejskiej jest istotnym celem prowadzonej polityki zdrowotnej, mającym na celu poprawę jakości opieki zdrowotnej oraz promowanie zdrowego stylu życia. W ramach podejmowanych aktywności wspierających rozwój kompetencji zdrowotnych należy wskazać wprowadzanie licznych programów edukacyjnych dotyczących zdrowia w szkołach. W niektórych krajach wprowadza się przedmiot nauki o zdrowiu (np. USA)³⁷, o który w Polsce zabiegają resort zdrowia, Rzecznik Praw Pacjenta i środowiska eksperckie od 2018 roku.

Rządy, samorząd terytorialny, podmioty lecznicze i organizacje pozarządowe prowadzą kampanie informacyjne, które mają na celu zwiększenie świadomości społeczeństwa na temat ważnych zagadnień zdrowotnych, takich jak szczepienia ochronne, zdrowe odżywianie, przeciwdziałanie paleniu tytoniu i alkoholizmowi. Konieczne jest rozwijanie programów i usług, które mają na celu zwiększenie samodzielności pacjentów i ich zaangażowania w opiekę nad własnym zdrowiem, jak amerykańska platforma online z Narodowym Programem Zdrowia Healthy People 2030. Jest to inicjatywa rządu federalnego, propagująca cele Narodowego Programu Zdrowia, skupiająca się na promowaniu zdrowego stylu życia, profilaktyce chorób i zwiększaniu świadomości zdrowotnej obywateli. Organizowane są kampanie informacyjne i dostarczane narzędzia edukacyjne³⁸. Bardzo często władze publiczne podejmują inicjatywy na rzecz zwiększenia kompetencji zdrowotnych u tzw. grup wrażliwych np. uchodźców, mieszkańców obszarów peryferyjnych, dzieci itp. (np. Szwecja, Portugalia)³⁹.

³⁴ Duplaga, M. (2020). Determinants and Consequences of Limited Health Literacy in Polish Society. International Journal of Environmental Research and Public Health, 17(2), 642.

³⁵ W listopadzie 2016 roku odbyła się Światowa Konferencja Promocji Zdrowia w Szanghaju, która potwierdziła kluczową rolę KZ w poprawie zdrowia.

³⁶ Rogala, A. (2020). Wyzwania realizacji koncepcji patient empowerment w kontekście kompetencji pacjentów. e-mentor, 3(85), 41–49. <https://doi.org/10.15219/em>.

³⁷ Teaching Health Education in School, <https://www.healthychildren.org/English/ages-stages/gradeschool/school/Pages/Teaching-Health-Education-in-School.aspx>, (dostęp: 20.08.2023)

³⁸ Healthy People 2030, <https://health.gov/healthypeople> (dostęp: 20.08.2023)

³⁹ Niedorys B., Chrzan-Rodak A., Ślusarska B., Health Literacy – a review of research using the European Health Literacy Questionnaire (HLS-EU-Q16) in 2010-2018, "Pielęgniarstwo XXI" 2020, Vol.19, Nr 1 (70)/2020, https://www.researchgate.net/publication/339402534_Health_Literacy_-_a_review_of_research_using_the_European_Health_Literacy_Questionnaire_HLS-EU-Q16_in_2010-2018, (dostęp: 20.08.2023).



2

Aspekty prawne i rynkowe samoleczenia – ujęcie krajowe i międzynarodowe

Miejsce samoleczenia w regulacjach prawnych krajowych i międzynarodowych

Wnioski



Samoleczenie jest definiowane najczęściej jako stosowanie leków bez konsultacji lekarskiej i dotyczy leków dostępnych bez recepty.



Systemy prawne, w tym prawo unijne zaimplementowane do prawa krajowego, wprowadzają podział leków na leki na receptę oraz te dostępne bez recepty (kategoria dostępności, określana w pozwoleniu na dopuszczenie do obrotu). Prawo ustanawia kryteria, według których leki powinny być dostępne na receptę oraz bez recepty, jednak państwa członkowskie nadają lekom kategorię dostępności samodzielnie. Ten sam lek może mieć różną kategorię dostępności w różnych państwach.



Samoleczenia dotyczą, bezpośrednio lub pośrednio, wybrane przepisy prawa poszczególnych państw członkowskich Unii Europejskiej. W niektórych krajach członkowskich Unii dostępne są szczegółowe wytyczne dotyczące stosowania oraz dostępności leków bez recepty.



Kategoria dostępności leku może ulec zmianie (np. lek na receptę może stać się lekiem OTC), po dokonaniu analizy przez kompetentny organ i stosownej zmiany w pozwoleniu na dopuszczenie do obrotu.



Prawo unijne nie rozstrzyga, na jakich zasadach można stosować leki OTC, pozostawiając te kompetencje krajom członkowskim, które w niektórych przypadkach opracowują szczegółowe wytyczne w tym zakresie.



Organy Unii Europejskiej w różnych dokumentach popierały rozwój samoleczenia oraz tworzenie korzystnego środowiska regulacyjnego dla jego rozwoju; w jednej ze swych rezolucji Parlament Europejski zarekomendował promowanie odpowiedzialnego samoleczenia, aby Europejczycy mogli dbać o swoje zdrowie i ograniczać związane z tym wydatki. Uznał również, że odpowiedzialne samoleczenie stanowi istotny element długoterminowej polityki prozdrowotnej.



W zakresie kanałów dystrybucji leków OTC, państwa europejskie można podzielić na zasadnicze dwie grupy. Pierwsza obejmuje kraje, w których dystrybucja leków OTC jest zmonopolizowana przez apteki. W drugiej grupie sprzedaż może odbywać się zarówno w aptekach, jak i placówkach obrotu pozaaptecznego (supermarketach, stacjach paliw, itp.).



W państwach członkowskich UE, w których prawo lokalne zezwala na sprzedaż leków OTC w placówkach obrotu pozaaptecznego, zazwyczaj obowiązują dodatkowe wymagania, których celem jest zapewnienie bezpieczeństwa stosowania takich leków.



Tylko w niektórych państwach członkowskich UE możliwa jest refundacja leków OTC. Nowością jest możliwość objęcia refundacją spełniających określone kryteria leków OTC w Polsce (od 1 listopada 2023 r.).

Stosowanie leków bez recepty w prawie Unii Europejskiej

Ustawodawstwo unijne ustanawia dwie zasadnicze kategorie dostępności dla leków dopuszczonych do obrotu: leki dostępne na podstawie recepty oraz leki dostępne bez recepty, które mogą być zakupywane oraz stosowane bez konsultacji lekarskiej. 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 określa szczegółowe kryteria dla produktów leczniczych dostępnych wyłącznie na podstawie recepty lekarskiej.

Leki na receptę, zgodnie z treścią Dyrektywy, obejmują kilka grup produktów.

1. Leki, które: 1) mogą stanowić bezpośrednie lub pośrednie zagrożenie, nawet w przypadku prawidłowego stosowania, jeżeli przyjmowane są bez nadzoru lekarza; 2) są często i powszechnie stosowane niezgodnie z przeznaczeniem, w wyniku czego mogą stanowić bezpośrednie lub pośrednie zagrożenie zdrowia; 3) zawierają substancje, których działanie lub skutki uboczne wymagają dalszych badań; 4) są zazwyczaj przepisywane przez lekarza do stosowania pozajelitowego (w szczególności leki iniekcyjne).
2. Produkty lecznicze zawierające substancje narkotyczne lub psychotropowe oraz te produkty, które – w razie nieprawidłowego stosowania – mogą stanowić prowadzić do uzależnienia lub być niewłaściwie wykorzystane w celach nielegalnych.
3. Leki stosowane w lecznictwie zamkniętym (szpitale).
4. Produkty stosowane w terapii chorób lub stanów klinicznych, które powinny być zdiagnozowane w warunkach szpitalnych lub w ośrodkach o odpowiednim zapleczu diagnostycznym.

Produkty lecznicze niespełniające żadnego z powyższych kryteriów mogą być wydawane bez recepty (art. 72. Dyrektywy).

Dyrektywa dopuszcza zmianę kategorii dostępności leku z leku na receptę na OTC i odwrotnie, jak również, w przypadku leku OTC, wymaga zamieszczenia w ulotce określonej instrukcji jego stosowania.

Dyrektywa nie zawiera żadnych postanowień dotyczących stosowania leków dostępnych bez recepty samodzielnie przez chorego. Prawo unijne nie rozstrzyga, leki z jakimi substancjami czynnymi mogą być dostępne bez recepty ani w jakich wskazaniach mogą być stosowane. Kwestie te rozstrzygają właściwe organy państw członkowskich, odpowiedzialne za wydawanie pozwoleń na dopuszczenie do obrotu. Pozwolenie takie wskazuje m.in. kategorię dostępności objętego nim produktu leczniczego, czyli to, czy on jest dostępny na receptę czy nie.

Rekomendacje wspólnotowe dotyczące samoleczenia

Organy Unii Europejskiej w różnych dokumentach popierały rozwój samoleczenia oraz tworzenie korzystnego środowiska regulacyjnego dla jego rozwoju.

Jednym z takich aktów była rezolucja Parlamentu Europejskiego nr A4-0104/96 z dnia 16 kwietnia 1996 r. dotycząca Komunikatu Komisji do Rady oraz Parlamentu Europejskiego dotyczącego kierunków polityki dla sektora farmaceutycznego we Wspólnocie Europejskiej (Resolution on the communication from the Commission to the Council and the European Parliament on the outlines of an industrial policy for the pharmaceutical sector in the European Community (COM (93)0718 - C3-0121/94)). Parlament Europejski, uwzględniając, że odpowiedzialne samoleczenie jest zgodne z kierunkami polityki zdrowotnej (lit. D preambuły), w punkcie 49 rezolucji zarekomendował promowanie odpowiedzialnego samoleczenia, aby Europejczycy mogli dbać o swoje zdrowie i ograniczać związane z tym wydatki. Zdaniem eurodeputowanych, odpowiedzialne samoleczenie stanowi istotny element długoterminowej polityki prozdrowotnej. Europosłowie uznali, że należy

ustanowić bardziej transparentne procedury przenoszenia leków z kategorii na receptę do kategorii OTC, aby poprawić prawne uwarunkowania dla stosowania przez pacjentów leków bez recepty.

Przykład aktywności instytucji europejskich wspierających ideę samoleczenia

Komisja Europejska pod koniec 2000 r. powołała Grupę Wysokiego Szczebla ds. Innowacji i Dostarczania Leków (High Level Group on Innovation and the Provision of Medicines), zwaną w skrócie G10 Medicines. Postulaty tej grupy oraz proponowane mechanizmy ich implementacji zostały sformułowane w postaci czternastu rekomendacji, zawartych w Aneksie A do Komunikatu Komisji Europejskiej do Rady, Parlamentu Europejskiego, Europejskiego Komitetu Ekonomiczno-Społecznego i Komitetu Regionów „Silniejszy europejski przemysł farmaceutyczny z korzyścią dla pacjenta – Wezwanie do działania” (A Stronger European-based Pharmaceutical Industry for the Benefit of the Patient – A Call for Action). W rekomendacji nr 5, zatytułowanej „Konkurencyjność rynku [leków] bez recepty”, zawarto postulat dokonania przeglądu kryteriów przyznawania określonej kategorii dostępności oraz mechanizmów przenoszenia leków z kategorii na receptę do kategorii OTC, oraz wprowadzenia ewentualnych zmian

w tym zakresie. Wskazano także na potrzebę dopuszczalności zachowania dotychczas używanego znaku towarowego po zmianie kategorii dostępności.

W treści samego komunikatu, którego dotyczyła wspomniana rezolucja Parlamentu Europejskiego, Komisja Europejska zwróciła uwagę, że choć koszty leków bez recepty obciążają konsumenta, to jednak uzyskuje do nich lepszy dostęp, dzięki temu, że do ich nabycia nie jest potrzebna porada lekarska i recepta. Pozwala to na znaczące zaoszczędzenie czasu zarówno pacjenta, jak personelu medycznego.

Komisja zastrzegła jednak, że samoleczenie może odnieść pożądany skutek tylko wtedy, gdy będzie cieszyło się zaufaniem zarówno pacjentów, jak pracowników ochrony zdrowia. Dlatego obecne rozwiązania prawne zezwalają na zmianę kategorii dostępności na lek dostępny bez recepty jedynie wówczas, gdy może on być pacjentowi udostępniony w bezpieczny sposób, bez konieczności odbycia konsultacji lekarskiej. Zauważono, że zmiana kategorii na lek dostępny bez recepty jest już dobrze utrwaloną procedurą, która może przynieść korzyści pacjentom, personelowi medycznemu, rządowi, systemowi ochrony zdrowia oraz

przemysłowi farmaceutycznemu.

Europejski Parlament Zdrowia (European Health Parliament – EHP) jest nieformalnym ruchem łączącym ekspertów ds. zdrowia powołanym do formułowania rekomendacji na rzecz przyszłości zdrowia w Europie. EHP nie jest powiązany z Parlamentem Europejskim ani z innymi instytucjami Unii Europejskiej. Członkowie Parlamentu Europejskiego, Komisji Europejskiej oraz reprezentanci innych instytucji unijnych są zapraszani do uczestnictwa w debatach EHP.

EHP w zaleceniach z 2016 r. w sprawie samoleczenia i profilaktyki rekomendował m.in. opracowanie przez Komisję Europejską wspólnotowego programu działań ukierunkowanego na promocję samoleczenia i profilaktyki, upowszechnianie wśród obywateli korzystnych dla zdrowia nawyków, edukowanie pacjentów w zakresie znaczenia samoopieki i roli stylu życia w zapobieganiu chorobom oraz wdrażanie programów samoleczenia i prewencji chorób w miejscach pracy.

Samoleczenie w wybranych państwach Unii Europejskiej

Samoleczenia dotyczą bezpośrednio lub pośrednio, wybrane przepisy prawa poszczególnych państw członkowskich Unii Europejskiej. Ustawodawstwo krajowe w dużej mierze stanowi implementację do porządku krajowego Dyrektywy 2001/83 oraz innych unijnych aktów prawnych dotyczących produktów leczniczych, regulując warunki przyporządkowywania leków do poszczególnych kategorii dostępności, ustanawiając wymogi dla ulotek leków OTC, na wzór przepisów unijnych. Ponadto, w niektórych krajach członkowskich Unii, niezależnie od przepisów prawa, są publikowane szczegółowe wytyczne dotyczące stosowania oraz dostępności leków bez recepty.

Warto podkreślić, że kraje członkowskie Unii Europejskiej samodzielnie stanowią politykę w zakresie organizacji systemu obrotu detalicznego lekami bez recepty i ustalają kryteria klasyfikacji leków. Dlatego te same produkty lecznicze mogą

mieć w różnych państwach członkowskich odmienną kategorię dostępności.

Ogólnie można zauważyć tendencję do liberalizacji wielu aspektów regulacyjnych dotyczących leków OTC, szczególnie w zakresie ich dystrybucji oraz odchodzenie od regulowania ich cen⁴⁰.

Kanały dystrybucji

W zakresie kanałów dystrybucji, państwa europejskie można podzielić zasadniczo dwie grupy.

Grupa I: dystrybucja leków OTC jest zmonopolizowana przez apteki. Leki mogą być udostępniane pacjentom w części samoobsługowej apteki albo wydawane wyłącznie przez farmaceutę, czyli zza lady, zależnie od wymogów obowiązujących w danym kraju. Taki system jest stosowany we Francji, Hiszpanii, Belgii, Niemczech (z pewnymi wyjątkami), Austrii, Słowacji, Finlandii, na Łotwie, w Estonii, Bułgarii (z pewnymi wyjątkami).

Grupa II: sprzedaż może odbywać się zarówno w aptekach, jak w placówkach obrotu pozaaptecznego (supermarketach, stacjach paliw, itp.). Taki system jest stosowany np. w Polsce, Litwie, Czechach, Węgrzech, Rumunii, Włoszech, Grecji, Słowenii, Portugalii, Niderlandach, Norwegii, Szwecji, Wielkiej Brytanii.

Wydawanie leków OTC

W krajach, gdzie prawo lokalne zezwala na sprzedaż leków OTC w placówkach obrotu pozaaptecznego, zazwyczaj obowiązują dodatkowe wymogi (co najmniej jeden z wymienionych), których celem jest zapewnienie bezpieczeństwa stosowania takich leków:

- dopuszczalność nabywania leków OTC jedynie przez osoby pełnoletnie,
- obowiązek wydawania leków pod nadzorem farmaceuty,
- określone ograniczenia w zakresie wielkości opakowania i dawki czy rodzaju

⁴⁰ Miało to miejsce np. w Grecji w połowie 2017 r. Z kolei na Litwie w 2019 r. zliberalizowano sposób dystrybucji leków OTC, zezwalając na ich sprzedaż w placówkach obrotu pozaaptecznego (za): Vīla L. I inni, A quantitative classification of OTC medicines regulations in 30 European countries: dispensing restrictions, distribution, pharmacy ownership, and pricing systems, „Journal of Pharmaceutical Policy and Practice” 2023, 16:19.

postaci farmaceutycznej leku, który może być udostępniany pacjentom (w części samoobsługowej apteki lub np. w sklepie ogólnodostępnym).

Takie ograniczenia obowiązują w 13 państwach europejskich.

W niektórych państwach wymaga się przechowywania leków OTC wyłącznie w części obsługiwanej przez farmaceutę (za ladą), w zamkniętych szafkach, itp., co ma zapewnić wydawanie takich leków właściwym osobom⁴¹.

Refundacja i ustalanie cen

Z reguły leki OTC nie są objęte finansowaniem ze strony państwa – ich koszt pozostaje w całości w gestii pacjenta.

Ceny leków OTC są regulowane w:

- Belgii: właściwy organ ustala maksymalna cenę ex-factory, a marża hurtowa i detaliczna jest ułamkiem ceny zbytu ex-factory, co ma sprzyjać konkurencji na rynku leków OTC;
- Bułgarii: lokalna agencja rejestruje maksymalną cenę detaliczną leku OTC;
- Łotwie: cena leku OTC jest ustalana w postępowaniu, w którym bierze udział również wytwórca oraz posiadacz pozwolenia na dopuszczenie do obrotu (podmiot odpowiedzialny);
- Finlandii: właściwy organ ustala maksymalną cenę zbytu (ex factory);
- Litwie;
- Luksemburgu⁴².

Tabela 2. Rozwiązania stosowane w wybranych systemach

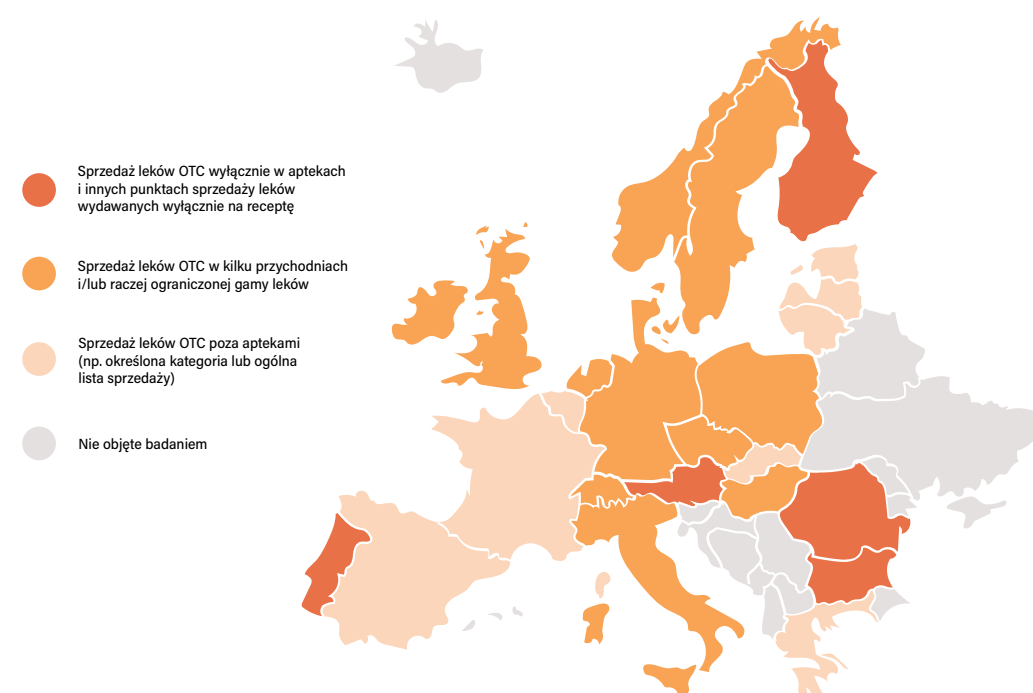
Kraj	System zdrowotny – finansowanie świadczeń	Opieka farmaceutyczna	Poziom samoopieki	Kategorie dostępności	Kanały dystrybucji leków OTC	Informatory poświęcone samoleczeniu lub lekom OTC
Francja	Ubezpieczenia	• Farmaceuci są upoważnieni do zastępowania przepisanych leków alternatywnymi lekami generycznymi, chyba że lekarz wystawiający receptę uzna, że nie można ich zastąpić (uzasadnione względami medycznymi).	Niski	• Lek na receptę • Lek, które mogą być wydawane na podstawie recepty przez farmaceutę • Lek OTC dostępne w wolnej sprzedaży aptecznej (medication officinale)	Wyłącznie w aptekach i innych punktach sprzedaży leków wydawanych wyłącznie na receptę.	Strona L'Assurance Maladie zawierają wytyczne i zalecenia dotyczące samodzielnego stosowania leków bez recepty. Kartoteka farmaceutyczna pacjenta, gdzie rejestrowane są wszystkie ordynowane mu leki.
Szwecja	Budżet państwa	• Świadczenia są ograniczone i dostępne tylko w części aptek. • Głównym zadaniem farmaceuty jest udzielanie konsultacji farmaceutycznych, rozwanie wątpliwości pacjenta dotyczących leków, identyfikacja potencjalnych problemów lekowych. Konsultacje są bezpłatne, a praca farmaceutów finansowana jest z przychodu aptek. • Farmaceuci mogą wykonywać szczepienia ochronne (dodatkowo płatne dla pacjenta). • Systemy informatyczne umożliwiają optymalną realizację opieki farmaceutycznej.	Umiarkowany	• Lek na receptę • Lek OTC	Zarówno w aptekach, jak sklepach ogólnodostępnych.	Strony rządowe zawierają informacje o typowych terapiach i leczeniu różnych problemów zdrowotnych. Po załogowaniu strona umożliwia dostęp do indywidualnych informacji na temat leczenia.
Niderlandy	Ubezpieczenia	• Farmaceuci świadczą usługi związane z poradnictwem lekowym, przeglądem lekowym, wsparciem terapii i pomocą przy obsłudze urządzeń medycznych. • Usługi opieki farmaceutycznej obejmują kontynuację leczenia po hospitalizacji, poradnictwo przy przyjęciu do szpitala, wypisie, po-dziennej lub ambulatoryjnej wizycie w szpitalu. • Dostęp do systemu identyfikującego interakcje między lekami.	Umiarkowany	• Lek na receptę • Lek OTC apteczne (Pharmacy only PH, Uitsluitend Apotheek UA) • Lek OTC apteczne i drogerijne (Pharmacy and Drugstore only PDO, Uitsluitend Apotheek of Drogist UAD) • Lek OTC ogólnodostępne (General Sales GS, Algemene Verkoop AV)	W zależności od kategorii sprzedawane w aptekach, drogeriach lub w punktach sprzedaży detalicznej	Rada ds. Oceny Produktów Leczniczych (MEB) prowadzi program „Lepsze Stosowanie”, w ramach którego opracowała „Lek w skrócie” - skondensowany materiał informacyjny o lekach, w formie infografik, ułatwiający pacjentom szybkie zrozumienie kluczowych informacji o leku.

41 Ibidem.
42 Ibidem.

Wielka Brytania	Budżet państwa	• Zadaniem farmaceutów jest sprzedaż leków, promocja zdrowego trybu życia, zamawianie powtórnych recept, stosowanie recept elektronicznych. • Kluczowym elementem opieki farmaceutycznej jest przegląd lekowy dla pacjentów z wielochorobowością • Farmaceuci udzielają konsultacji, oferują wsparcie nowych terapii i wykonują różnorodne usługi, finansowane głównie przez płatnika	Wysoki	• Lek na receptę (POM - prescription-only medicine) • Lek OTC apteczne (P - pharmacy medicines) • Lek OTC ogólnodostępne (GSL - general sales list)	Leki apteczne można zakupić wyłącznie w aptece lub w obecności farmaceuty. Lek ogólnodostępne można zakupić w ogólnodostępnej części apteki lub w ogólnodostępnych sklepach.	Rządowe strony internetowe zawierające obszerne informacje o kategoriach dostępności leków, kryteriach zmiany kategorii i samodzielnym leczeniu.
USA	Prywatne ubezpieczenia	• Farmaceuci świadczą różnorodne usługi zależne od ustawodawstwa każdego stanu • Wydawanie leków w aptekach obejmuje dostarczenie leku i sprawdzenie możliwych interakcji, identyfikację potencjalnych problemów lekowych i czasem konsultację przed rozpoczęciem terapii. • Program zarządzania farmakoterapią (MTM) przewiduje przeglądy lekowe. • Farmaceuci mają możliwość wystawiania recept na kontynuację leczenia lub na określone leki w niektórych stanach. • Farmaceuci uczestniczą w profilaktyce i edukacji zdrowotnej. • Refundacje leków i usługi świadczone w ramach opieki farmaceutycznej zależą od ubezpieczyciela.	Brak danych	• Lek na receptę • Lek OTC (tzw. switch)	W supermarketach, hipermarketach, aptekach.	Strona FDA zawierająca poradniki i materiały edukacyjne na temat stosowania leków OTC, promując bezpieczne i świadome samoleczenie.
Polska	Ubezpieczenia	• Farmaceuci mają możliwość prowadzenia konsultacji farmaceutycznych, wykonywania przeglądów lekowych wraz z oceną farmakoterapii, z uwzględnieniem problemów lekowych pacjenta. • Farmaceuci mają również uprawnienia do opracowywania indywidualnego planu opieki farmaceutycznej, z uwzględnieniem problemów lekowych pacjenta, wykonywania badań diagnostycznych, wystawiania recept w ramach kontynuacji leczenia lekarskiego, szczepienia.	Wysoki	• Lek na receptę • Lek OTC	W aptekach i punktach aptecznych. ściśle określona grupa leków OTC dostępna również w placówkach obrotu posaptecznego (sklepy zielarsko-medyczne, sklepy specjalistycznego zaopatrzenia medycznego, sklepy ogólnodostępne).	Opieka farmaceutyczna w aptekach obejmująca doradztwo w samoleczeniu farmakologicznym pacjentów. Baza leków w Internetowym Koncie Pacjenta. Skanowanie kodu z opakowania ulotki leku w celu wyświetlenia ulotki w aplikacji mojejKP.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie:
Self-Care in Europe: Economic and Social Impact on Individuals and Society, AESGP, 2021. Źródło: <https://aesgp.eu/content/uploads/2022/01/AESGP-Summary-Report-Self-Care-in-Europe-Economic-and-Social-Impact-on-Individuals-and-Society.pdf>.
<https://www.ameli.fr/assure/remboursements/rembourse/medicaments-vaccins-dispositifs-medicaux/remboursement-medica-ments-tiers-payant> [data dostępu: 22.01.2024]
<https://sante.gouv.fr/soins-et-maladies/medicaments/le-circuit-du-medicament/article/la-fixation-des-prix-et-du-taux-de-rembourse-ment> [data dostępu: 22.01.2024]
Netherlands: health system review 2016, Health Systems in Transition, Vol. 18 No. 2
<https://english.zorginstituutnederland.nl/about-us/tasks-of-the-national-health-care-institute/assessment-of-outpatient-medicines-for-the-benefit-of-the-medicine-reimbursement-system-gvs/reimbursement-of-outpatient-medicines>
Sweden: health system review 2023, Health Systems in Transition, Vol. 25 No. 4
<https://eurohealthobservatory.who.int/publications/i/sweden-health-system-review-2023>
Poland: health system review 2019, Health Systems in Transition, Vol. 21 No. 1
<https://eurohealthobservatory.who.int/publications/i/poland-health-system-review-2019>
L'automédication | ameli.fr | Assuré, https://www.ameli.fr/assure/sante/medicaments/utiliser-recycler-medicaments/automedication.Fiche-A.13_Automedication.pdf (france-assos-sante.org).
https://www.france-assos-sante.org/wp-content/uploads/2016/01/Fiche-A.13_Automedication.pdf.
<https://www.1177.se/behandling--hjalpmedel/behandling-med-lakemedel/lakemedel-utifran-diagnos/>.
<https://www.government.nl/topics/medicines/question-and-answer/where-can-i-buy-medicines-in-the-netherlands>.
<https://english.cbg-meb.nl/topics/about-meb-our-tasks/about-meb-better-use-of-medicines/the-better-use-programme>.
<https://www.gov.uk/guidance/medicines-reclassify-your-product>.
https://www.gov.uk/search/policy-papers-and-consultations?content_store_document_type%5B%5D=open_consultations&content_store_document_type%5B%5D=closed_consultations&organisations%5B%5D=medicines-and-healthcare-products-regulatory-agency.
<https://www.nhs.uk/conditions/>.
<https://www.chpa.org/about-consumer-healthcare/faqs/faqs-about-regulation-otc-medicines>
<https://www.fda.gov/drugs/choosing-right-over-counter-medicine-otcs/over-counter-medicines-whats-right-you>
<https://www.fda.gov/drugs/understanding-over-counter-medicines/educational-resources-understanding-over-counter-medicine>.
Oberska J., Prusaczyk, A., Zuk P., Jurewicz B., Guzek M., Bogdan M., Doświadczenia międzynarodowe w kontekście wdrożenia opieki farmaceutycznej w Polsce, „Journal of Education, Health and Sport” 2020, 12. 81-95. 10.12775/JEHS.2022.12.05.005.
<https://apcz.umk.pl/JEHS/article/view/38037/32023>.

Rysunek 3. Sprzedaż leków bez recepty w 28 krajach Unii Europejskiej



Źródło: Opracowanie własne na podstawie raportu „The health economic benefits of self-care in Europe a potential to rethink its position in the healthcare system”, <https://www.wsmi.org/resources/health-economic-benefits-self-care-europe>.

Modele wykorzystania samoleczenia w optymalizacji opieki zdrowotnej – ujęcie europejskie

2.2

Wnioski



Samoopieka i samoleczenie pełnią kluczową rolę we wspieraniu odporności systemów ochrony zdrowia.



Samoopieka i samoleczenie, praktykowane prawidłowo i odpowiedzialnie, zapewnia szeroki zakres korzyści, w tym wzmocnienie pozycji ludzi w zarządzaniu swoim zdrowiem i dobrym samopoczuciem, lepszą dostępność i alokację zasobów opieki zdrowotnej oraz ogólnie lepszy zwrot z inwestycji dla społeczeństwa.



Od lat obserwowany jest wzrost liczby produktów leczniczych przekształcanych z dostępności wyłącznie na receptę na ogólną dostępność, przy jednoczesnej tendencji spadkowej w zakresie liczby realizowanych wizyt lekarskich w przypadku drobnych dolegliwości.



Samoleczenie eliminuje konieczność porady lekarskiej, co wpływa na lepszą alokację zasobów i obniżenie kosztów opieki zdrowotnej. Inwestycja w samoopiekę prowadzi do widocznych długoterminowych oszczędności dla publicznych systemów ochrony zdrowia.



W procesie rozwoju samoleczenia kluczowa jest edukacja zdrowotna społeczeństwa oraz praca farmaceutów aptecznych.

Raport „Samoopieka w Europie: wpływ ekonomiczny i społeczny jednostki i społeczeństw” stanowi prezentację analizy związanej z ekonomicznymi i społecznymi wartościami, jakie niesie stosowanie samoopieki w trzydziestu krajach europejskich (27 z UE, Norwegia, Szwajcaria i Wielka Brytania)⁴³.

Główne wnioski z raportu wskazują na to, że pomimo niewielu badań dotyczących wartości samoopieki

i samoleczenia w krajach europejskich, istnieją dane wskazujące na rosnące zainteresowanie samoopieką oraz chęć zwiększania jej popularności. Realną zmianą jest obserwowany wzrost liczby produktów leczniczych przekształcanych z dostępności wyłącznie na receptę na ogólną dostępność, przy jednoczesnej tendencji spadkowej w zakresie liczby realizowanych wizyt lekarskich w przypadku drobnych dolegliwości.

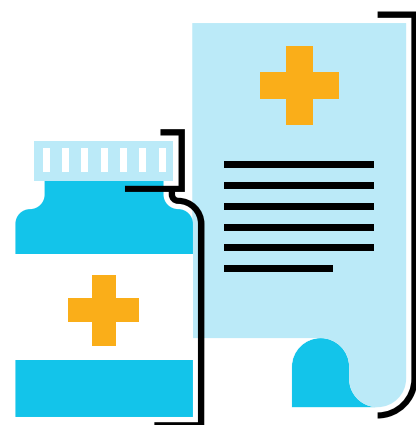
43 Self-Care in Europe...op.cit.

Oszacowano, że w Europie potencjał do samoopieki ma 6,6 mld przypadków chorobowych rocznie, spośród których realnie samoopieka dotyczy 1,2 mld przypadków rocznie i wyłącznie drobnych dolegliwości.

Odsetek drobnych dolegliwości, które są obecnie samodzielnie leczone za pomocą produktów bez recepty, jest bardzo zróżnicowany w Europie. W przypadku powszechnych dolegliwości istnieją dwa podstawowe kierunki rozwoju samoopieki:

- Stosowanie produktów do samodzielnej pielęgnacji w przypadku wcześniej nieleczonych dolegliwości. W oparciu o obecne warunki można określić dla wybranych krajów różne potencjały wzrostu w zakresie samoopieki – poprzez zamianę produktów na receptę na produkty dostępne bez recepty (dla tych wskazań, które są już możliwe do samodzielnego leczenia w innym kraju europejskim) lub przez wyższe wykorzystanie samoopieki;
- Dalsze zastępowanie wizyt u lekarza rodzinnego odpowiedzialną samoopieką. Odsetek konsultacji lekarskich, które można zastąpić samoopieką, wynosi od 10% do 25% w wybranych krajach. Potencjał różni się w zależności od kraju i aktualnego poziomu samoopieki.

Autorzy raportu porównali dostępność produktów leczniczych bez recepty w krajach europejskich i na tej podstawie oszacowano poziom samoopieki. Kraje te podzielono na cztery grupy. Wśród krajów, w których występuje największa liczba produktów leczniczych dostępnych bez recepty (od 110 do blisko 150 aktywnych substancji czynnych) z wysokim poziomem samoopieki znajduje się Szwajcaria (ok. 115 aktywnych substancji czynnych bez recepty), Belgia, Portugalia, Polska, Niemcy, Wielka Brytania (ok. 145 aktywnych substancji czynnych bez recepty). Kraje o równie wysokiej liczbie produktów leczniczych dostępnych bez recepty (od 110 do 135), niemniej jednak o znacznie niższym poziomie samoopieki to Dania (112 aktywnych substancji



czynnych bez recepty), Francja, Włochy i Hiszpania (132 aktywnych substancji czynnych bez recepty). Wysokim poziomem samoopieki, a niezbyt dużą ilością produktów leczniczych dostępnych bez recepty (od 70 do 110 aktywnych substancji czynnych), charakteryzują się takie kraje jak Estonia (70 aktywnych substancji czynnych dostępnych bez recepty), Bułgaria, Szwecja, Czechy, Finlandia, Irlandia, Litwa, Rumunia i Łotwa (110 aktywnych substancji czynnych dostępnych bez recepty). Natomiast niskim poziomem samoopieki oraz niewielką ilością produktów leczniczych dostępnych bez recepty (od 50 do 110 aktywnych substancji czynnych dostępnych bez recepty), wyróżniają się kraje takie jak Chorwacja (mniej niż 50 aktywnych substancji czynnych bez recepty), Niemcy, Słowenia, Norwegia, Luksemburg, Węgry, Grecja, Austria i Słowacja (około 110 aktywnych substancji czynnych bez recepty)⁴⁴.

W ramach przedmiotowej analizy, zdefiniowano parametry pomagające określić różne krajowe poziomy absorpcji samoopieki, opracowano model oceny oparty na trzech kryteriach. Kryteria te uwzględniają:

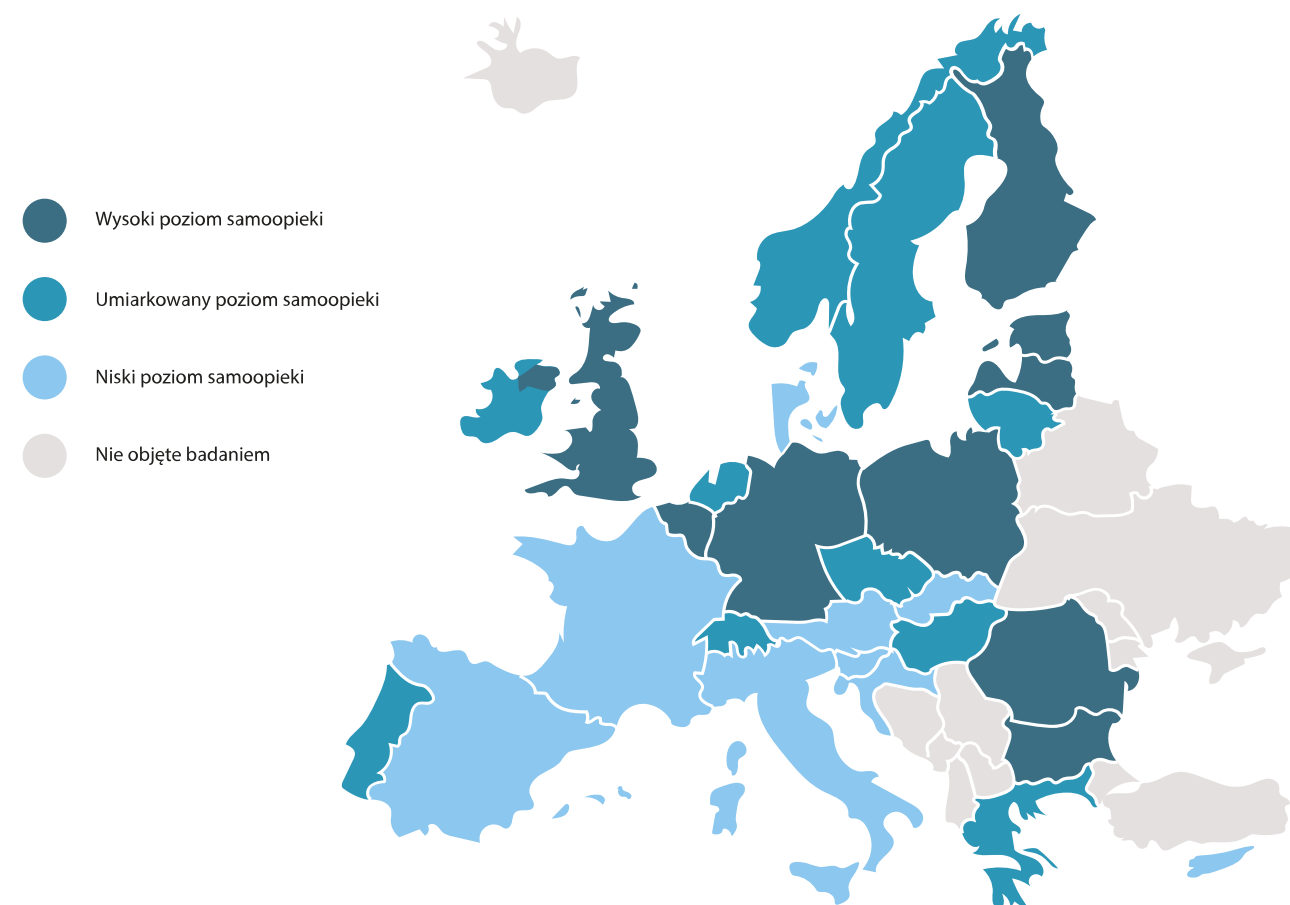
- udział produktów OTC w obszarze realizacji samoopieki,
- liczbę wizyt lekarskich u lekarza podstawowej opieki zdrowotnej per capita,
- odsetek osób chętnych do samoopieki w populacji.

Na tej podstawie powstał ranking krajów europejskich, który daje podstawę do identyfikacji środków i instrumentów odpowiednich do promowania roli samoopieki i wskazania potencjalnych przeszkód.

Wyniki pokazują, że samoopieka jest bardzo zróżnicowana w Europie, bez spójnego wzorca

w krajach o wysokim, średnim i niskim upowszechnieniu samoopieki. Wysoki poziom samoopieki charakteryzuje Polskę, Niemcy, Wielką Brytanię, Belgię, Estonię, Łotwę, Finlandię, Rumunię i Bułgarię. Najniższy poziom opieki wykazują takie kraje jak Hiszpania, Francja, Włochy, Austria, Czechy, Słowacja i Chorwacja oraz Dania.

Rysunek 4. Poziom samoopieki na podstawie oceny czterech parametrów w krajach europejskich



Źródło: Opracowanie własne na podstawie raportu Self-Care in Europe: Economic and Social Impact on Individuals and Society, AES-GP, 2021, <https://aesgp.eu/content/uploads/2022/01/AESGP-Summary-Report-Self-Care-in-Europe-Economic-and-Social-Impact-on-Individuals-and-Society.pdf>

W wielu przypadkach decydujący wpływ na rozwój i poziom samoopieki mają nadrzędne uwarunkowania społeczno-ekonomiczne lub prawne oraz uwarunkowania społeczno-kulturowe. Wysoka wartość samoopieki jest ściśle związana z aktywną polityką w tym zakresie lub ukierunkowanymi zachętami dla ogółu społeczeństwa i pracowników ochrony zdrowia. W Finlandii, Wielkiej Brytanii oraz w Polsce istnieją polityki zdrowotne dotyczące samoopieki. Dodatkowo w Irlandii, Szwajcarii

i Wielkiej Brytanii istnieją wytyczne dotyczące samoopieki. W Niemczech znaczącą rolę w rozwoju samoopieki mają lekarze, którzy udzielają pacjentom pisemnych porad o nier refundowanych produktach leczniczych do samoopieki, a także wystawiają receptę specjalnego typu – tzw. zieloną receptę, wprowadzoną w 2004 roku z inicjatywy Niemieckiego Stowarzyszenia Farmaceutów, która uprawnia do skorzystania z produktów leczniczych bez recepty, ale objętych

44 Ibidem.

refundacją⁴⁵. W Wielkiej Brytanii wprowadzono ścieżki opieki poprawiające współpracę między lekarzami a farmaceutami w zakresie promowania samoopieki w społeczeństwie. Lekarz może skierować pacjentów do apteki na konsultację w przypadku drobnych dolegliwości. W Belgii i Niemczech polityka zdrowotna jest ukierunkowana na rozwój aptek ogólnodostępnych, a w Bułgarii i Rumunii realizacji polityki zdrowotnej w zakresie samoopieki sprzyja ograniczony dostęp do usług opieki zdrowotnej.

W raporcie wymieniono kilka głównych rekomendacji dla rozwoju samoopieki w Europie:

- konieczność przeprowadzenia działań ukierunkowanych na społeczeństwo, takich jak stworzenie budżetów na samoleczenie, zapewniane przez niektórych ubezpieczycieli zdrowotnych, stworzenie nowych zasad

dotyczących zwolnień lekarskich, a także źródeł informacji i narzędzi zwiększających świadomość dotyczącą zdrowia (infolinie lub strony internetowe dotyczące samoopieki);

- wzmocnienie roli lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej w kierowaniu pacjentów na konsultacje farmaceutyczne oraz w zwiększeniu świadomości wśród pacjentów o samoopiece;
- wsparcie rozwoju samoopieki poprzez uwzględnienie jej w politykach opieki zdrowotnej;
- poprawę świadomości o optymalizacji kosztów i zasobów wynikających z samoopieki;
- potrzebę prowadzenia dalszych badań dotyczących samoopieki, przeprowadzania analiz potencjału i ryzyk oraz wskazywania kierunków zmian.

Aby zwiększyć rolę samoopieki, jednocześnie zapobiegając potencjalnym negatywnym skutkom zdrowotnym, należy wziąć pod uwagę:

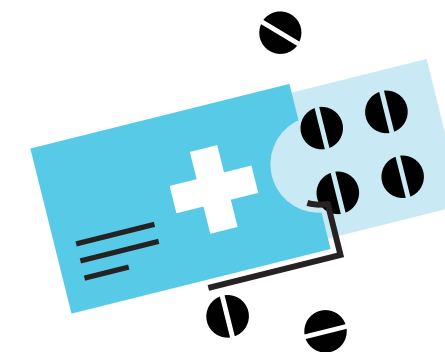
- pozycjonowanie i zwiększenie roli farmaceutów,
- ciągłe skupianie się na bezpieczeństwie,
- skupienie na poprawie edukacji oraz poradnictwa,
- potrzebę realizacji dalszych badań wskazujących kierunek zmian oraz potencjalne ryzyka.

Pokreślenia wymaga rola i funkcja farmaceuty w monitorowaniu zdrowia i wsparcie dla realizacji samoopieki. W Europie apteki są najbardziej rozpowszechnionymi punktami, w których można skorzystać z konsultacji dotyczących zdrowia. Niezbędne jest podejmowanie działań edukacyjnych, zwiększających zaufanie pacjentów do farmaceutów i posiadanej przez nich wiedzy^{46, 47}. Jednocześnie w Europie:

- istnieje 160 tys. aptek,
- 58% społeczeństwa mieszka w odległości co najmniej 5 minut od najbliższej apteki,
- 46 mln osób znajduje się w aptece każdego dnia.

Analogicznie w Polsce:

- działalność prowadziło 11,7 tys. aptek (ogólnodostępnych i zakładowych) oraz 1,1 tys. punktów aptecznych (koniec 2022 r.)⁴⁸,
- 74,5% Polaków do najbliższej apteki miało około 5 minut pieszo (dane za 2021 r.)⁴⁹,
- każdego dnia apteki obsługują ok. 2 mln. pacjentów⁵⁰.



We Francji wprowadzono „Dossier Pharmaceutique” – rodzaj dokumentacji medycznej, którą zarządzają farmaceuci społeczni i mogą ją oceniać, aby pomóc zapobiegać interakcjom między lekami, nadużywaniu leków, poprawić przestrzeganie zaleceń lekarskich. Z kolei w Belgii Stowarzyszenie Farmaceutów korzysta z usługi internetowej zintegrowanej z oprogramowaniem do wydawania leków w aptekach, która ostrzega, gdy lek podlega dodatkowemu monitorowaniu lub wchodzi w interakcję z innymi lekami⁵¹.

Potencjałem w rozwoju samoopieki są także technologie cyfrowe. W 2017 roku dostępnych było ok. 325 tys. aplikacji zdrowotnych, a liczba ta stale wzrasta. Dzięki aplikacjom możliwe jest aktywne monitorowanie własnego zdrowia, a także diety, aktywności fizycznej lub przestrzegania zaleceń lekarskich. Innym potencjalnym obszarem dla technologii cyfrowych jest edukacja⁵².

Rysunek 5. Proces podejmowania decyzji dotyczących samoopieki i samoleczenia



Źródło: Opracowanie własne na podstawie raportu „The health economic benefits of self-care in Europe a potential to rethink its position in the healthcare system”, <https://www.wsmi.org/resources/health-economic-benefits-self-care-europe>.

⁴⁵ Samoopieka w Niemczech. ABDA – Federalny Związek Niemieckich Stowarzyszeń Farmaceutów. <https://www.abda.de/themen/selbstmedikation/>.

⁴⁶ Community pharmacy, a public health hub, PGEU 2016, <https://www.pgeu.eu/wp-content/uploads/2019/06/PGEU-AR-2016-web.pdf>.
⁴⁷ From prescription-only to pharmacy-only, BAH 2018, https://www.bah-bonn.de/index.php?id=2&type=565&file=redakteur_filesystem/public/20180612_BAH_switches_E_web.pdf.
⁴⁸ GUS. Apteki i punkty apteczne w 2022 r., https://stat.gov.pl/files/gfx/portalinformacyjny/pl/defaultaktualnosci/5513/15/7/1/apteki_i_punkty_apteczne_w_2022_r.pdf.
⁴⁹ Raport Apteki w Polsce. Gdzie jeszcze jest potencjał sprzedaży, <https://mgr.farm/aktualnosci/raport-745-polakow-do-najblizszej-apteki-ma-okolo-5-minut-piesz/>; <https://dataplace.ai/pl/report/apteki-w-polsce-2021-raport/>.
⁵⁰ Raport Apteki w Polsce, kwiecień 2019, https://aptekarze.org.pl/wp-content/uploads/2019/05/zappa_raport_2019_19_04_2019_dr.pdf. <https://www.rynekzdrowia.pl/Farmacja/Lewiatan-aby-uslugi-apteczne-sie-rozwijaly-pacjenci-musza-o-nich-wiedziec,2430776.html>.
⁵¹ Pharmacy 2030: A Vision for Community Pharmacy in Europe PGEU 2019, https://www.pgeu.eu/wp-content/uploads/2019/03/Pharmacy-2030_-A-Vision-for-Community-Pharmacy-in-Europe.pdf.
⁵² Castle-Clarke S., Imison C., The digital patient: transforming primary care?, "Nuffield Trust" 2016, <https://www.nuffieldtrust.org.uk/research/the-digital-patient-transforming-primary-care>

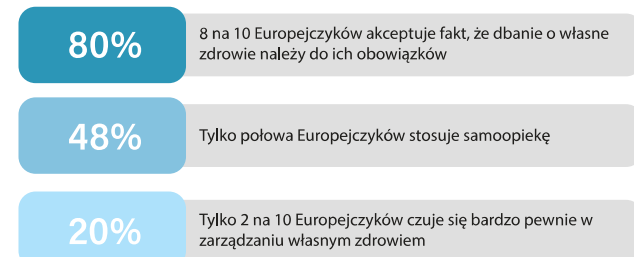
Bariery i ryzyka rozwoju samoopieki i samoleczenia w Europie

Wśród głównych barier odpowiadających za brak perspektyw do rozwoju samoopieki wymienia się:

- brak nacisku na profilaktykę w systemach ochrony zdrowia,
- niski poziom wiedzy społeczeństwa na temat zdrowia,
- postawę profesjonalistów medycznych skoncentrowanych na opiece medycznej,
- model finansowania usług zdrowotnych stymulujący rozwój świadczeń.

Niski poziom wiedzy o zdrowiu i ograniczone zaufanie do zarządzania zdrowiem jest jedną z największych barier dla samoopieki. Badania wskazują także, że tylko 48% społeczeństwa realizuje działania z zakresu samoopieki. Jednocześnie tylko 20% Europejczyków świadomie i pewnie zarządza własnym zdrowiem.

Rysunek 6. Statystyka świadomości zdrowotnej



Źródło: Opracowanie własne na podstawie raportu GSK Consumer Healthcare and Vintura: The Health-Economic Benefits of Self-care in Europe. A potential to rethink its position in the healthcare system. 2020, Available at: https://assets.gskstatic.com/corporate/Health-Economic-Study/GSK_report_summary-FINAL.pdf.

Postawa profesjonalistów medycznych skoncentrowanych na opiece medycznej, jest kolejną barierą dla samoopieki z uwagi na to, że nie ma wyraźnej odpowiedzialności między profilaktyką a profesjonalnym leczeniem. Nie ma wytycznych ani określonych zasad lub wzorów współpracy w tym

zakresie między profesjonalistami medycznymi, farmaceutami i pacjentami. Często samoopieka jest mylnie kojarzona z całkowicie samodzielnym działaniem pacjenta, bez wsparcia profesjonalistów medycznych. Niezbędne jest utworzenie wytycznych i zaangażowanie m.in. farmaceutów. Właściwy przykład zaangażowania farmaceutów w samoopiekę można zaobserwować w Holandii, gdzie holenderscy farmaceuci ściśle współpracują z lekarzami w celu poprawy opieki nad pacjentem⁵³.



PEX Sp. z o.o. Rynek leków OTC w Polsce i Europie

Wnioski



Polski apteczny rynek farmaceutyczny uplasował się na 8. miejscu spośród 17 analizowanych krajów europejskich, z wartością 8,6 mld euro, co stanowi niespełna 4% ogólnej wartości rynku analizowanej grupy.



W ujęciu wartości rynku aptecznego na jednego mieszkańca, Polska plasuje się na ostatnim miejscu spośród analizowanych krajów, z wartością 227€ rocznie.



W 2022 roku Polska, ze sprzedażą na poziomie 2,9 miliarda euro, zajęła 5. miejsce spośród analizowanych krajów w sprzedaży leków bez recepty (OTC), wyprzedzając m.in. takie państwa jak: Włochy, Szwajcaria czy Austria.



Polska przoduje w udziale leków OTC w rynku aptecznym (34%). Wyprzedza Belgię, drugi kraj w zestawieniu, którego wartość leków OTC w ogólnej sprzedaży aptecznej to ok. 23%.



Polska plasuje się też na wysokiej 7. pozycji pod względem poziomu wydatków ponoszonych na leki bez recepty w 2022 roku, w przeliczeniu na 1 mieszkańca. Przeciętnie Polacy przeznaczając na ten cel ok. 78 euro, czyli znacznie więcej niż kraje zamożniejsze od nas, np. Szwecja, Holandia czy Norwegia. Biorąc pod uwagę siłę nabywczą polskiego społeczeństwa, wydatki na tym poziomie wydają się potwierdzać wysokie zaangażowanie Polaków w samoopiekę, kosztem innych potrzeb.



Leki bez recepty (OTC) stanowiły w 2022 roku 56% całej kategorii produktów dostępnych w aptekach bez recepty. W sumie sprzedano 562 mln opakowań o wartości 10,7 miliardów złotych (51% kategorii).



Leki OTC są w Polsce dostępne również w obrocie pozaaptecznym. W 2023 r. dystrybucję tego typu produktów prowadziło 80 834 placówek obrotu pozaaptecznego.



W ostatnich latach obserwowany jest także dynamiczny rozwój sprzedaży e-commerce leków OTC, prowadzonej przez apteki internetowe. Wolumen leków bez recepty sprzedanych tym kanałem wyniósł niemal 20 milionów opakowań, których wartość wyniosła niemal 339 milionów złotych.



Pod względem wartości, 51,2% leków OTC produkowanych jest wyłącznie w Polsce. Produkty polskich producentów średnio mają niższą cenę niż pochodzące z zagranicy.

⁵³ Garattini, L. I inni, Do European pharmacists really have to trespass on medicine?, „Eur J Health Econ” 2020, <https://link.springer.com/article/10.1007/s10198-020-01185-w>.

Rynek farmaceutyczny apteczny

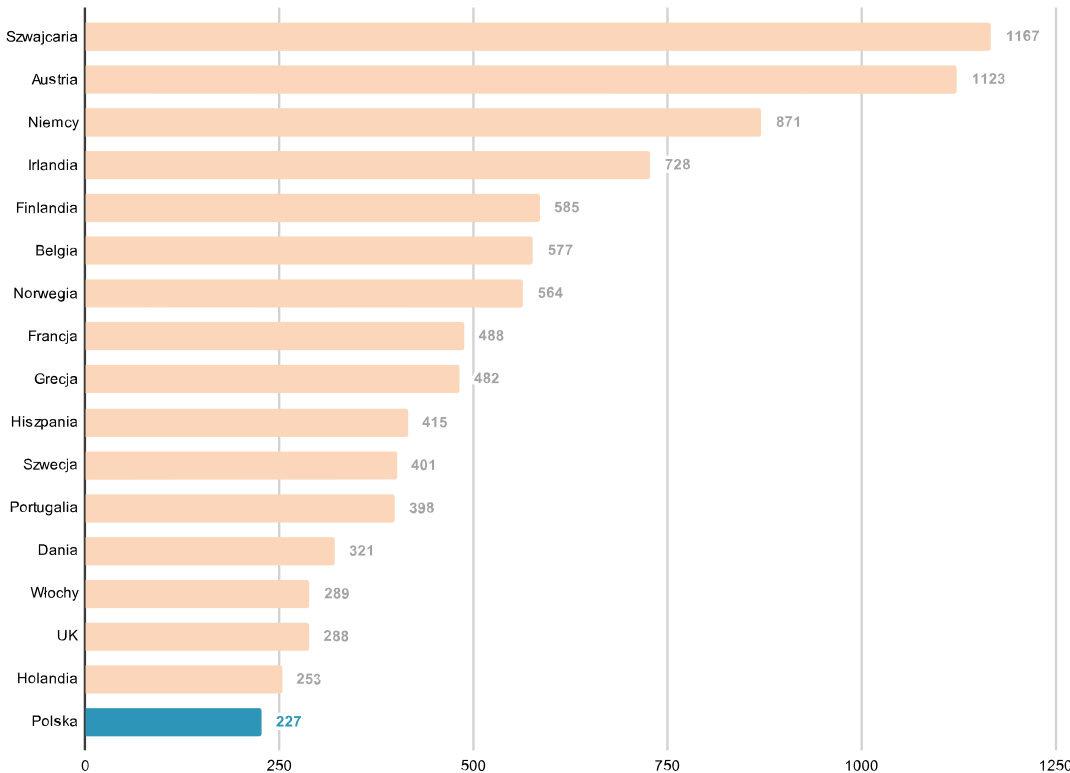
Wartość aptecznego rynku farmaceutycznego w 17 krajach europejskich⁵⁴ w 2022 roku osiągnęła niemal 227 miliardów euro. Polska, z rynkiem wartym 8,6 miliarda euro, zajmuje 8. miejsce wśród analizowanych krajów. Wyższą wartość aptecznego rynku farmaceutycznego odnotowują Niemcy (72,5€ mld), Francja (33,1€ mld), Hiszpania (19,7€ mld), Wielka Brytania (19,3€ mld), Włochy (17,1€ mld), Szwajcaria (10,2€ mld) oraz Austria (10,1€ mld)⁵⁵.

Wartość rynku aptecznego w przeliczeniu na 1 mieszkańca najwyższa jest w Szwajcarii i wynosi 1167€ rocznie. Kolejny kraj, Austria, przeznaczając niewiele mniejsze środki, bo 1123€. Kraj o największym wydatku w ujęciu całkowitym, Niemcy, w przeliczeniu na pojedynczego mieszkańca znajdują się dopiero na 3. miejscu, z ponad 22% mniejszym wydatkiem per capita od Austrii, tj. 871€.

W ujęciu wartości rynku aptecznego na jednego mieszkańca, Polska plasuje się na ostatnim miejscu spośród analizowanych krajów, z wartością 227€ rocznie. Stanowi ona niespełna 20% wartości aptecznego rynku farmaceutycznego przypadającego na 1 mieszkańca w Szwajcarii oraz nieco ponad 54% wartości obserwowanej w Hiszpanii, która jest najbliższym Polsce krajem pod względem liczby mieszkańców⁵⁶.



Wykres 2. Rynek farmaceutyczny apteczny w wybranych krajach na 1 mieszkańca, w roku 2022; ceny detaliczne, euro



Źródło: Opracowanie własne PEX Sp. z o.o., 2023.

54 Niemcy, Francja, Hiszpania, Wielka Brytania (UK), Włochy, Szwajcaria, Austria, Polska, Belgia, Grecja, Holandia, Szwecja, Portugalia, Irlandia, Finlandia, Norwegia, Dania
55 Federchimica Assosalute, Numeri e indici dell'automedicazione Edizione 2019/2020/2021/2022/2023, <https://assosalute.federchimica.it/publicazioni/numerieindici>
56 Eurostat. Population on 1 January by age and sex, https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/DEMO_PJAN__custom_6683151/default/table?lang=en

Rynek farmaceutyczny apteczny leków bez recepty

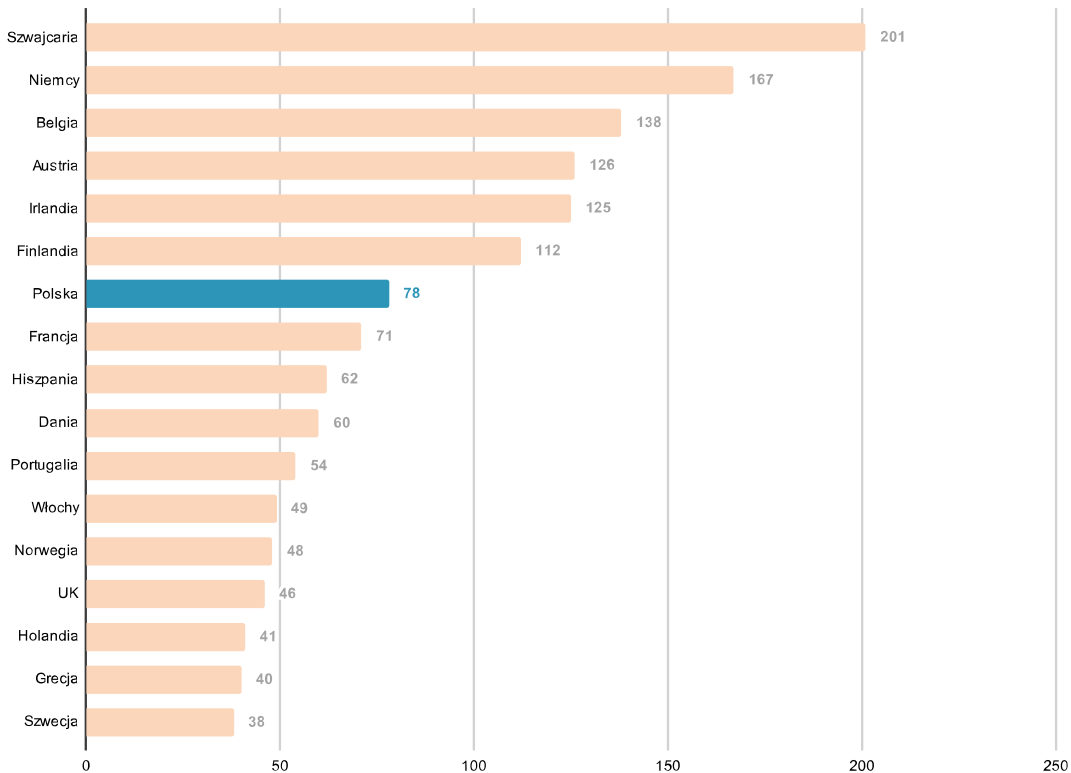
Leki bez recepty są przeznaczone do terapii drobnych dolegliwości, o najczęściej ostrym i krótkotrwałym charakterze (jak np. przeziębienie, alergia, ból ze strony układu kostno-mięśniowego, spowodowany np. ciężką pracą, czy ból brzucha związany z menstruacją).

W 2022 roku liderami runku leków bez recepty (OTC) w ujęciu wartościowym były Niemcy (13,9 miliarda euro), Francja (4,8 miliarda euro) i Wielka Brytania (3,1 miliarda euro). Polska, ze sprzedażą na poziomie 2,9 miliarda euro, zajęła 5. miejsce wśród analizowanych krajów. Warto wskazać, że w Polsce w ujęciu wartościowym sprzedaje się więcej leków bez recepty niż we Włoszech, Szwajcarii czy Austrii.

Udział leków OTC w rynku aptecznym jest najwyższy w Polsce (34%), co jest wartością o nieco ponad 10 punktów procentowych wyższą od kolejnego z analizowanych krajów, tj. Belgii⁵⁷. Przyczyn takiej sytuacji należy upatrywać zarówno w możliwości odpowiedzi systemu ochrony zdrowia na potrzeby zdrowotne pacjentów, uwarunkowaniach historycznych, jak i zmianach stylu życia obserwowanych w ostatnich latach.

Najwyższy poziom wydatków ponoszonych na leki bez recepty w 2022 roku w przeliczeniu na 1 mieszkańca występował w Szwajcarii (201€), Niemczech (167€) i Belgii (138€). Najniższy poziom wydatków na leki bez recepty obserwowano w Szwecji (38€), Grecji (40€) i Holandii (41€). Polska, z wartością rynku leków bez recepty w przeliczeniu na 1 mieszkańca na poziomie 78€ rocznie, znajduje się na 7. pozycji spośród 17 analizowanych krajów.

Wykres 3. Wartość rynku leków bez recepty w wybranych krajach, na 1 mieszkańca, w roku 2022; ceny detaliczne, euro



Źródło: Opracowanie własne PEX Sp. z o.o., 2023.

57 Federchimica Assosalute, Numeri e indici dell'automedicazione Edizione 2019/2020/2021/2022/2023, <https://assosalute.federchimica.it/publicazioni/numerieindici>

Niewątpliwie jednym z istotnych czynników wpływających na zdolność pacjentów do realizacji potrzeb zdrowotnych finansowanych ze środków własnych (a tak w przeważającej liczbie krajów finansowane są leki OTC) jest zamożność społeczeństwa. Według badania GfK siła nabywcza w Polsce w przeliczeniu na 1 mieszkańca w 2021 wynosiła 8294€ i była 45% poniżej średniej europejskiej, co plasowało Polskę na 28. miejscu⁵⁸.

Na obserwowany poziom wydatków na leki OTC w analizowanych krajach wpływ również ma dostępność poszczególnych leków OTC – lokalny regulator rynku ma bowiem znaczną autonomię w zakresie ustalania statusu rejestracyjnego leku Rx (na receptę) i OTC (bez recepty). Zmiana statusu wielu leków, określana jako switch Rx-to-OTC, jest jednym z powodów zwiększenia się w ostatnich latach wartości rynku leków OTC w całej Europie. W Polsce w ostatnich latach taka zmiana statusu miała miejsce dla szeregu produktów, co plasuje nas w gronie krajów o wysokiej aktywności w tym obszarze. Zmiany te w ostatnich latach dotyczyły m.in.:

- 2018 r. – m.in. loratydyna, acyklowir, syldenafil i diklofenak,
- 2019 r. – klotrimazol, pamoat pirantelu, cyklopiroksolamina, hydrokortyzon, karbocysteina,
- 2022 r. – tadalafil (Polska była pierwszym krajem, który zatwierdził zmianę statusu rejestracyjnego dla tego produktu), bilastyna, desloratadyna i racekadotryl,
- 2023 r. – almotryptan.

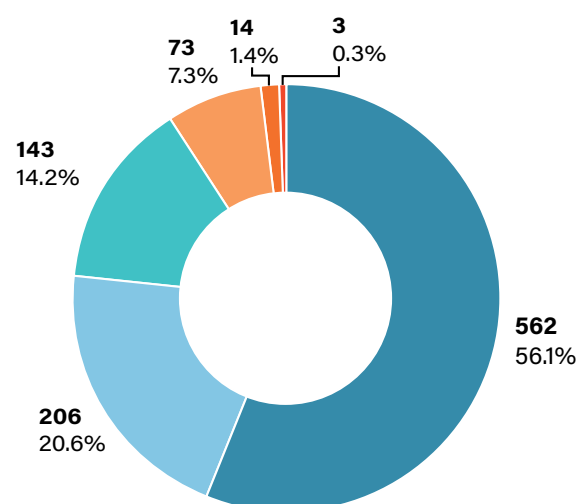
Rosnąca świadomość pacjentów oraz dostęp do informacji medycznej – w tym tej udzielanej przez farmaceutów w trakcie dokonywania zakupu leku bez recepty – pozwalają na szersze stosowanie świadomej i bezpiecznej samoordynacji leków. Proces ten jest jednym z elementów zwiększania kontrybucji pacjentów w dbałości o ich zdrowie – żaden bowiem system ochrony zdrowia nie jest w stanie przejąć na siebie całkowitej odpowiedzialności za zdrowie wszystkich obywateli, co jest szczególnie widoczne w krajach o szybko starzejącej się populacji, a takim krajem jest m.in.

Polska. Uwolnione dzięki lekom bez recepty zasoby systemu ochrony zdrowia mogą być przekierowane na zaopatrzenie potrzeb pacjentów w cięższych stanach chorobowych, co przyczynia się zarówno do zmniejszenia kolejek, jak do podejmowania interwencji medycznych na wcześniejszych etapach choroby, co poprawia rokowanie.

Apteczny rynek leków OTC w Polsce

Leki bez recepty (OTC) stanowią największą część kategorii produktów dostępnych w aptekach bez recepty i odpowiadały w 2022 roku za sprzedaż 562 mln opakowań (56% kategorii), o wartości 10,7 miliardów złotych (51% kategorii).

Wykres 4. Produkty bez recepty według kategorii rejestracyjnych w 2022 roku, ujęcie ilościowe, opakowania



Etykieta:

Wartość górna - ujęcie nominalne miliony opakowań

- Leki OTC
- Suplementy diety i środki dietetyczne specjalnego przeznaczenia
- Wyroby medyczne
- Kosmetyki
- Pozostałe
- Leki Homeopatyczne

Źródło: PEX Sp. z o.o.

Leki OTC są w Polsce dostępne również w obrocie pozaaptecznym. W 2022 r. dystrybucję tego typu produktów prowadziło 88 950 placówek obrotu pozaaptecznego. W porównaniu z rokiem 2021, gdzie liczba sklepów posiadających podstawowe leki bez recepty dopuszczone w tym kanale sprzedaży wynosiła 90 927 sklepów obserwuje się tendencję spadkową wśród tego rodzaju placówek (przypis: Dane PASMI). Jak podaje najnowszy raport NIQ i GfK mamy do czynienia z dalszym spadkiem liczebności sklepów, który w 2023 r. wyniósł 80 834⁵⁹.

Obok sprzedaży w aptekach stacjonarnych i sprzedaży w punktach pozaaptecznych dynamicznie rozwija się sprzedaż e-commerce, prowadzona przez apteki internetowe. Wolumen leków bez recepty sprzedanych tym kanałem wyniósł niemal 20 milionów opakowań, których wartość wyniosła niemal 339 milionów złotych.

Główne zastosowania leków bez recepty

W 2022 roku główną kategorią produktów w segmencie leków bez recepty były produkty z kategorii „przeziębienie” (180 mln opakowań, 32% wolumenu leków OTC; 3,6 mld PLN, 34% wartości leków OTC). Trzeba jednak zauważyć, że na ten poziom sprzedaży w dużym stopniu miał wpływ bardzo wysoki sezon infekcyjny odnotowany w czwartym kwartale. Na drugiej pozycji pod względem wolumenu sprzedaży znajdują się produkty z kategorii „preparaty przeciwbólowe” (84 mln opakowań, 15% wolumenu leków OTC; 1,4 mld PLN, 13% wartości leków OTC). Trzecią pod względem wolumenu kategorię produktów stanowią leki z kategorii „przewód pokarmowy i metabolizm” (76 mln opakowań, 13% wolumenu leków OTC; 1,23 mld PLN, 11% wartości leków OTC).

Produkcja leków bez recepty w Polsce

Dostępne w Polsce leki bez recepty pochodzą zarówno z krajowej produkcji, jak są importowane z zagranicy. Leki bez recepty posiadające jedynie jedno miejsce wytwarzania (Polska), odpowiadały

w 2022 roku za ponad 60% wolumenu leków bez recepty wyrażonego w opakowaniach. Po dołączeniu do analizy produktów, dla których są dwa miejsca wytwarzania (w Polsce i za granicą): to taka grupa produktów odpowiada za 2/3 rynku leków bez recepty. W ujęciu wartościowym udział produktów z miejscem wytwarzania w Polsce jest niższy i wynosi 51,2%, a przy poszerzonej grupie (w Polsce i za granicą): 57,4%. Mniejszy udział wartościowy wskazuje, iż produkty polskich producentów średnio mają niższą cenę niż produkty pochodzące z zagranicy.

W grupie „Top 10” firm o największej liczbie sprzedanych opakowań leków bez recepty znajdują się polskie firmy. Udział polskich producentów ujętych w zestawieniu „Top 10” sięga 36% ilości sprzedaży całego segmentu leków bez recepty. Wartość sprzedaży leków bez recepty firm polskich z „Top10” w ujęciu wartościowym to niemal 1/3 wartości całego segmentu.

Silna pozycja w segmencie leków bez recepty producentów z Polski powinna być traktowana jako element zapewniania bezpieczeństwa lekowego państwa. To właśnie ci producenci, mając w magazynach istotne zapasy substancji czynnych oraz mogąc, do pewnego stopnia, elastycznie zarządzać mocami wytwórczymi, w sytuacji występujących globalnie braków np. paracetamolu (przełom lat 2022/2023: zwiększone zapotrzebowanie w Chinach, wstrzymany eksport z Indii), zapewniali dostępność leków opartych o tę molekułę, przez co polscy pacjenci, w porównaniu do innych krajów, nie byli w znaczący sposób dotknięci brakami tej grupy leków.



58 Rutkowska A., Rudecki M., Krajobraz rynku FMCG 2023. Rozwój i kluczowe trendy, Raport NIQ i GfK 2024.

59 Kowalczyk A., Markiewicz M., Puścion M., Wiśniewski M., Pozaapteczny obrót lekami OTC: bezpieczeństwo, prawo, ekonomia i oczekiwania pacjenta, <https://pozaapteczny.pl/wp-content/uploads/2023/04/5944d3ce0a5455cd7c1b6a3ee53b3aa3bb323300.pdf>



3 Samoleczenie w praktyce pacjenta i lekarza

3.1

Postawy polskich pacjentów wobec zdrowia i ich potrzeby w kwestii samoleczenia

Wnioski

-  Polacy często doświadczają różnych dolegliwości, jak m.in. bóle pleców, bóle głowy, bóle mięśni i stawów, bóle menstruacyjne.
-  Używanie leków kupionych samodzielnie bez recepty jest powszechne w Polsce. Są one najczęściej traktowane jako pierwszy krok leczenia, zarówno u dorosłych, jak dzieci.
-  Leki bez recepty są najczęściej wybierane na podstawie wcześniejszych doświadczeń i rekomendacji farmaceuty.
-  Przekonanie o własnych umiejętnościach samodzielnego radzenia sobie z dolegliwościami jest głównym powodem niekorzystania z konsultacji lekarskich.
-  Nasilenie objawów i brak skuteczności samodzielnego leczenia są głównymi czynnikami skłaniającymi do wizyty u lekarza.
-  Polacy często poszukują informacji na temat leków w Internecie, odwiedzając specjalistyczne strony poświęcone poradom medycznym i fora internetowe.
-  Apteki są głównym miejscem zakupu leków bez recepty, a rekomendacje farmaceuty odgrywają istotną rolę w wyborze leku.
-  Większość Polaków dąży do utrzymania zapasu leków w domu na wypadek potrzeby.

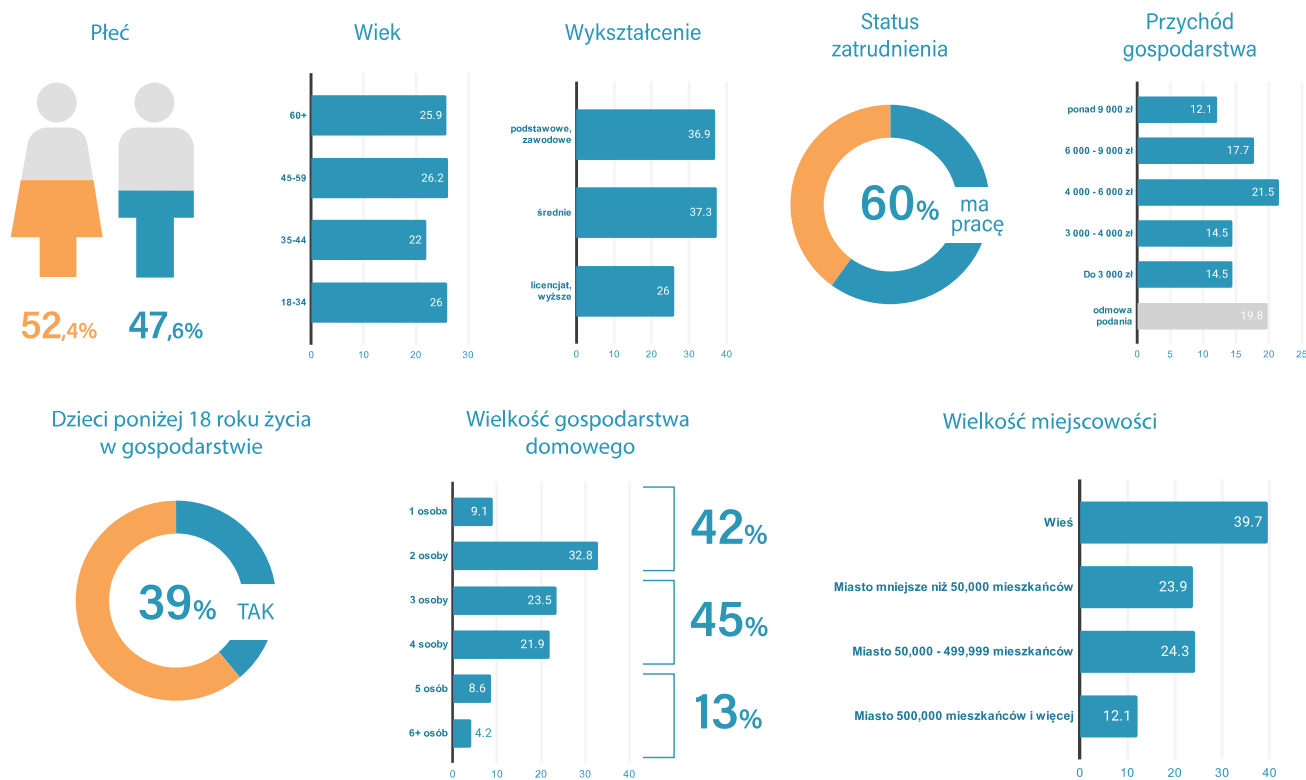
Odpowiedzialne samoleczenie jest wysoce pożądanym elementem systemu ochrony zdrowia nakierowanego na wartość zdrowotną (Value Based Healthcare). Jego skuteczność i bezpieczeństwo warunkowane są jednak kompetencjami pacjentów, w szczególności wiedzą, nie tylko w zakresie zasad samodzielnego stosowania leków, ale także umiejętności sięgania i wykorzystywania rzetelnych źródeł informacji.

Na potrzeby niniejszego opracowania zaplanowano i przeprowadzono badania społeczne, których celem było poznanie doświadczeń i zachowań polskich pacjentów, jeśli chodzi o samoleczenie. Wśród respondentów wyróżniono osoby dorosłe, ale także

rodziców lub opiekunów dzieci i młodzieży. Wyniki badania pozwoliły zdefiniować kierunki wsparcia systemowego, które wzmocnią bezpieczeństwo i skuteczność procesu samoleczenia w polskim systemie ochrony zdrowia.

W badaniu wzięło udział 800 osób. Szczegółowy opis grupy badanej przedstawiono na następnej stronie.

Rysunek 7. Demografia badanej próby respondentów (próba dorosłych Polaków)



Źródło: Badanie GFK przeprowadzone na zlecenie Uczelni Łazarskiego.

Do realizacji badań wykorzystano metodę sondażu oraz technikę ankiety. Niezbędne do celów badawczych informacje zostały zebrane przy pomocy kwestionariusza, który został przekazany do wypełnienia respondentom drogą elektroniczną (wywiady CAWI – Computer Assisted Web Interviews), głównie poprzez GFK Access Panel oraz panel CINT. Panele te stanowią społeczność osób o różnej charakterystyce demograficznej – razem jest to prawie 2 miliony zarejestrowanych uczestników, z czego aktywni uczestniczy w badaniach ok. 200-300 tysięcy (w Polsce). Rekrutacja do badania odbywała się poprzez wysyłanie zaproszeń do udziału do zarejestrowanych panelistów – zaproszenia oraz kontrola realizacji odbywa się wg klucza kwotowego – ze względu na płeć, wiek, poziom wykształcenia i wielkość miejscowości, aby ostatecznie zrealizowana próba badawcza odzwierciedlała skład demograficzny populacji. Nie został zastosowany test statystyczny do określenia minimalnej wielkości próby. Proponowana wielkość próby została określona na podstawie zamówienia.

Do udziału w badaniu byli kwalifikowani wszyscy chętni w wieku od 18. do 75. r.ż., którzy zadeklarowali, że w ciągu ostatnich 2 lat zmagali się z wymienionymi w kwestionariuszu chorobami i dolegliwościami. Po zrealizowaniu 90% wymaganych wywiadów kwoty są uwalniane, a ostateczne wyniki ważone do zakładanej struktury demograficznej.

Kwestionariusz ankiety zawierał 26 pytań zamkniętych. Pytania w kwestionariuszu zawierały zarówno kafeterię dysjunktywną, koniunktywną jak skalę porządkową.

Ankieta mogła zostać wypełniona w dowolnym miejscu i terminie, bez ograniczenia czasowego. Respondenci wzięli udział w badaniu anonimowo i z własnej woli. Ankietowani mieli możliwość przerwania badania, bez podania powodu w dowolnym momencie.

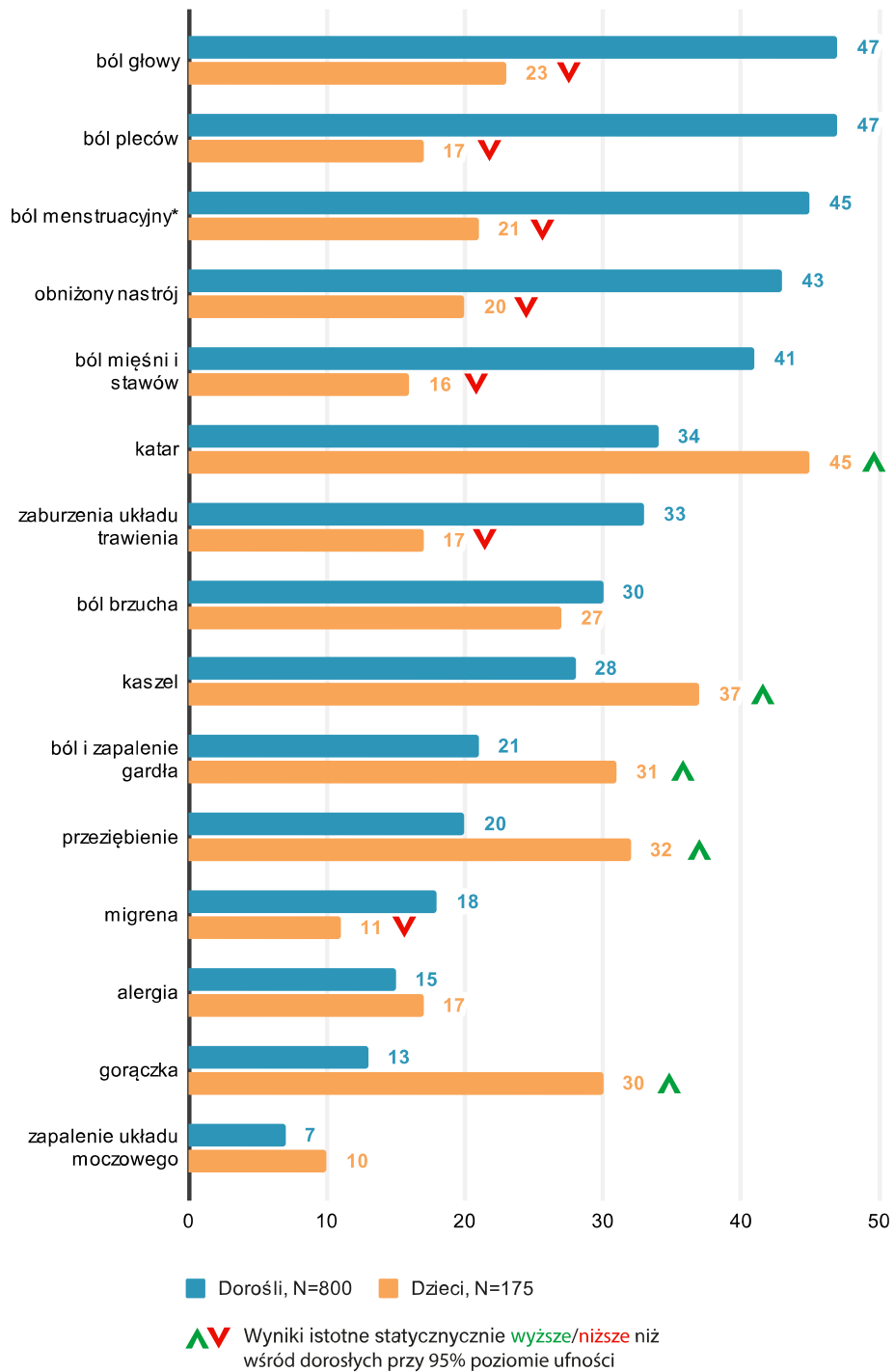
Do oceny istotności statystycznych różnic pomiędzy poszczególnymi grupami użyto testów T-Studenta.

Kluczowe wyniki badania zaprezentowano na wykresach na kolejnych stronach.

Częstotliwość chorób i dolegliwości doświadczonych w ciągu ostatnich 2 lat

Polacy doświadczają różnego rodzaju dolegliwości, które często próbują leczyć samodzielnie.

Wykres 5. Dolegliwości doświadczane przynajmniej raz na 2-3 miesiące w ciągu ostatnich 2 lat



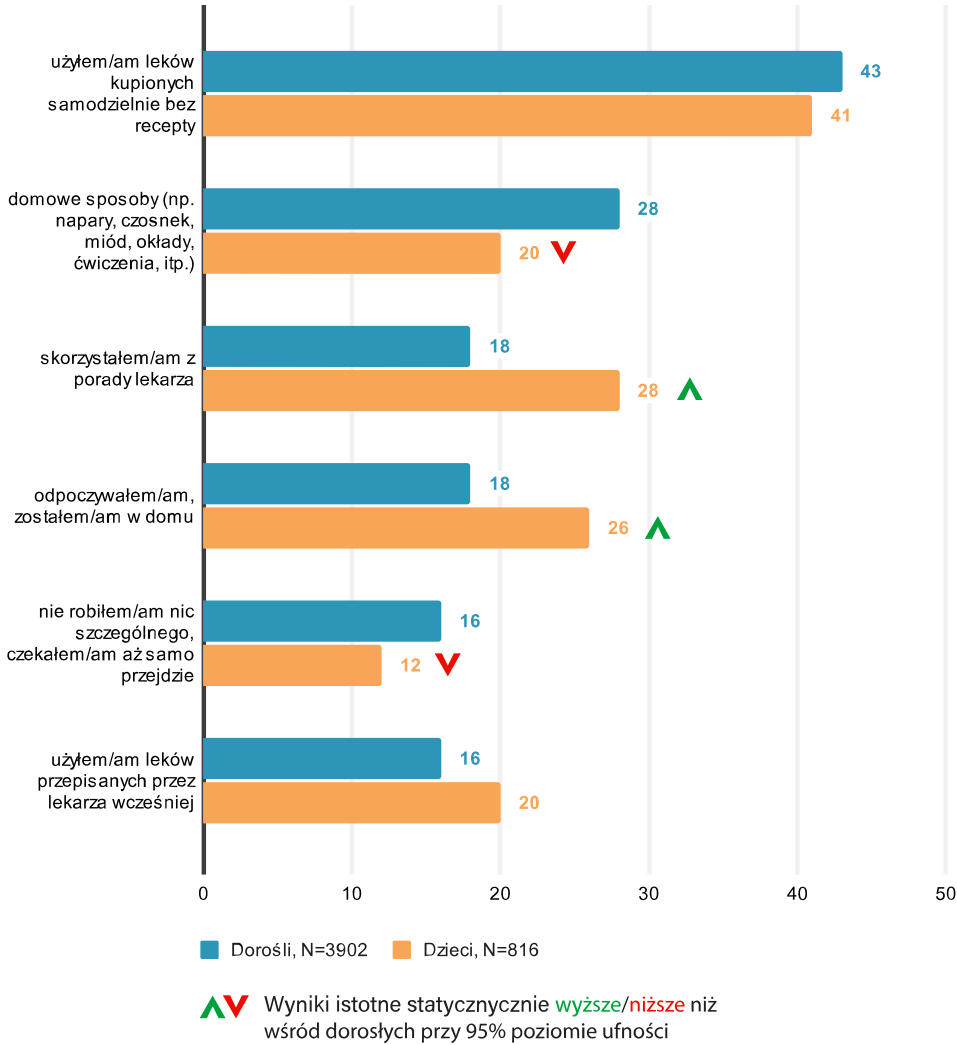
Źródło: Badanie GFK przeprowadzone na zlecenie Uczelni Łazarskiego.

Metody leczenia chorób/ dolegliwości

Najczęstszym zachowaniem, w przypadku wystąpienia powszechnych chorób i dolegliwości, jest samodzielne leczenie – najczęściej za pomocą samodzielnie kupionych leków (43%), ale również z pomocą tzw. „domowych sposobów” (28%), czy odpoczynku (18%). Na poradę lekarza Polacy decydują się nieco rzadziej niż w co 5. przypadku. W niektórych przypadkach (16%) sięgają jednak po leki przepisane przez lekarza wcześniej.

W przypadku leczenia dzieci Polacy znacznie częściej skłaniają się ku poradzie lekarza (28%) lub stawiają na odpoczynek (26%). Rzadziej decydują się na leczenie domowymi sposobami (20%) lub całkowitą bierność (12%). Nadal jednak najczęstszym postępowaniem jest wspomaganie kuracji samodzielnie kupionymi lekami bez recepty (41%).

Wykres 6. Metody leczenia chorób/dolegliwości



Źródło: Badanie GFK przeprowadzone na zlecenie Uczelni Łazarskiego.

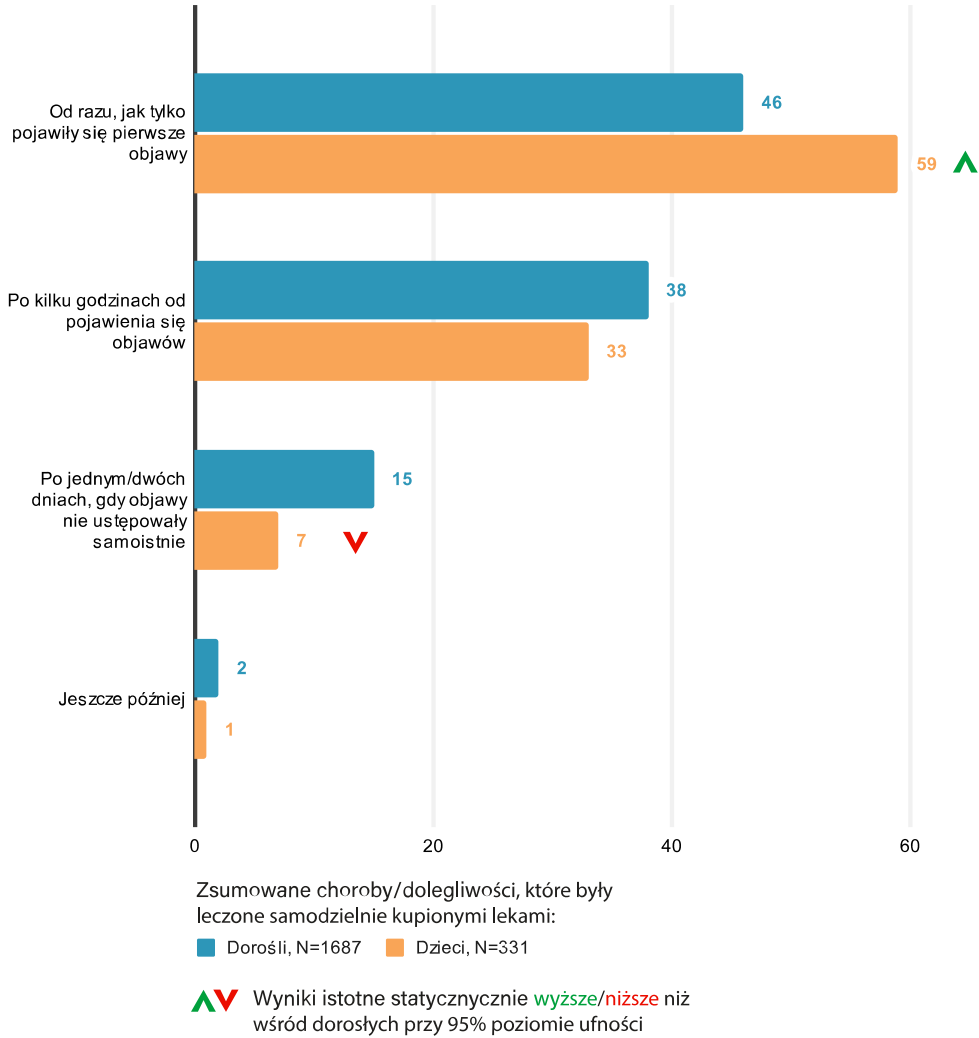
Nie wszystkie dolegliwości osób dorosłych są leczone w taki sam sposób, jednak w przypadku niemal wszystkich drobnych dolegliwości najczęstszą reakcją jest sięgnięcie po leki bez recepty, zwłaszcza w przypadku bólu menstruacyjnego (62%), migreny (56%), bólu głowy (64%) i gorączki (50%). Obniżony nastrój jest najczęściej ignorowaną dolegliwością (45%). Natomiast domowe sposoby są najchętniej stosowane w przypadku chorób układu oddechowego (zapalenie gardła: 45%, przeziębienie: 44%, kaszel: 43%, katar: 38%) i gorączki (39%).

Podobnie jak w przypadku dorosłych, w leczeniu dzieci (0-18 lat) Polacy najczęściej sięgają po leki bez recepty w przypadku znacznej większości badanych dolegliwości (41%). Najczęściej jednak samodzielnie kupowane leki są używane w trakcie leczenia gorączki (53%), kaszlu (51%), przeziębienia (50%) oraz bólu menstruacyjnego (57%). Pediatra jest zwykle odwiedzany, gdy dziecko cierpi na zapalenie gardła (48%), ale także w przypadku gorączki (39%). Wydaje się, że rodzice dzieci o obniżonym nastroju reagują najmniej aktywnie.

Moment rozpoczęcia samodzielnego leczenia lekami

Zazwyczaj rozpoczęcie leczenia lekami dostępnymi bez recepty następuje tuż po wystąpieniu pierwszych objawów, zwłaszcza w przypadku dzieci.

Wykres 7. Moment rozpoczęcia samodzielnego leczenia lekami

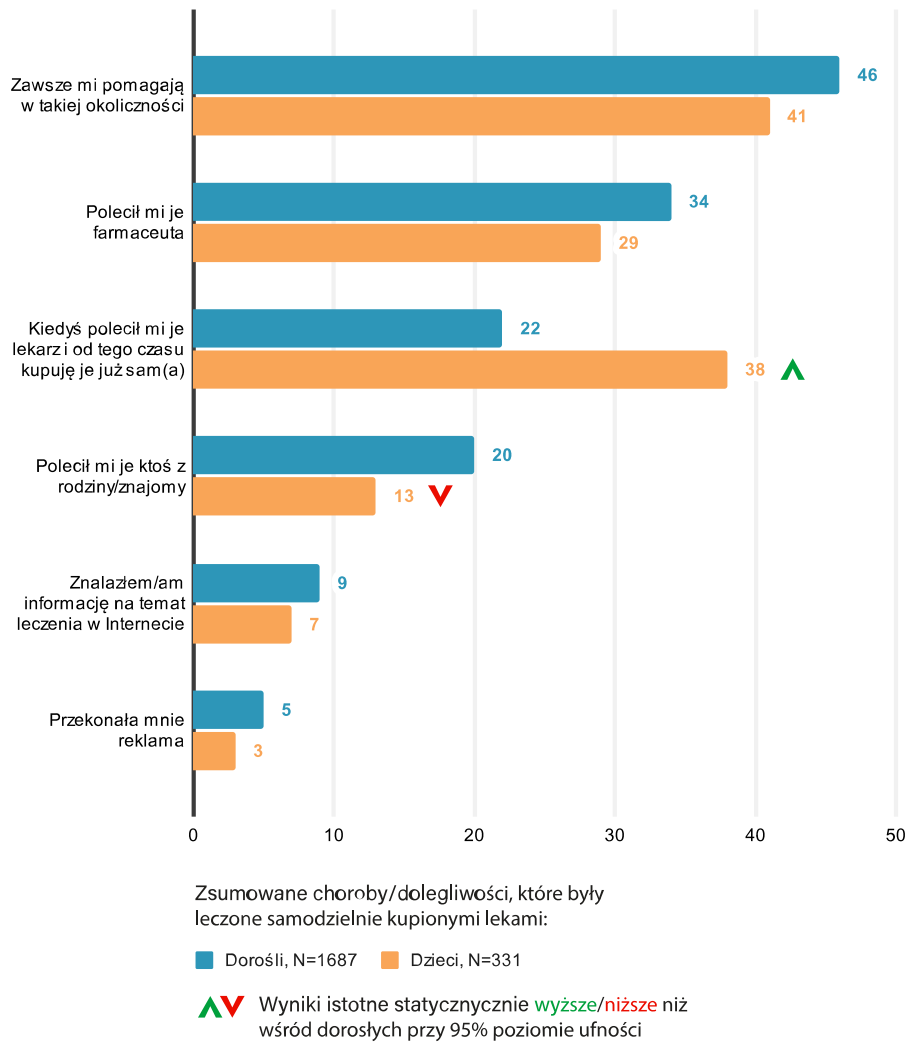


Źródło: Badanie GFK przeprowadzone na zlecenie Uczelni Łazarskiego.

Wiedza na temat stosowanych leków

Polacy najczęściej wybierają lek bez recepty na podstawie swoich wcześniejszych doświadczeń (46%) lub rekomendacji farmaceuty (34%). W przypadku leczenia dzieci rodzice i opiekunowie często sięgają po lek, który pomagał w podobnych sytuacjach (41%) lub był wcześniej zalecany przez lekarza (38%).

Wykres 8. Wiedza na temat użytych leków

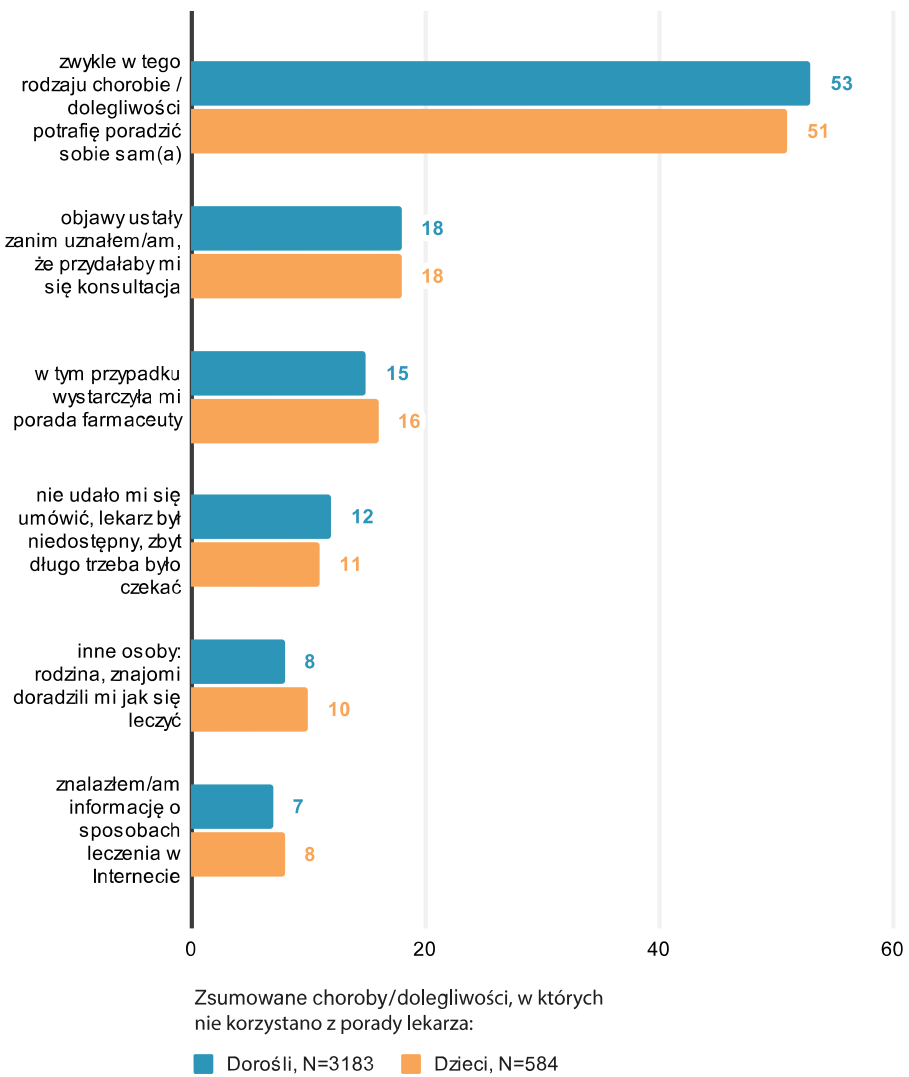


Źródło: Badanie GFK przeprowadzone na zlecenie Uczelni Łazarskiego.

Powód niekorzystania z porady lekarza

Zdecydowanie najczęstszym powodem, dla którego Polacy nie sięgają po poradę lekarską podczas różnych chorób i dolegliwości, jest przekonanie o posiadanych umiejętnościach w samodzielnym radzeniu sobie w tego typu sytuacjach (53%). To przekonanie dotyczy zarówno dorosłych, którzy leczą się samodzielnie, jak rodziców podejmujących samodzielne działania w leczeniu swoich dzieci (51%).

Wykres 9. Powody niekorzystania z porady lekarza

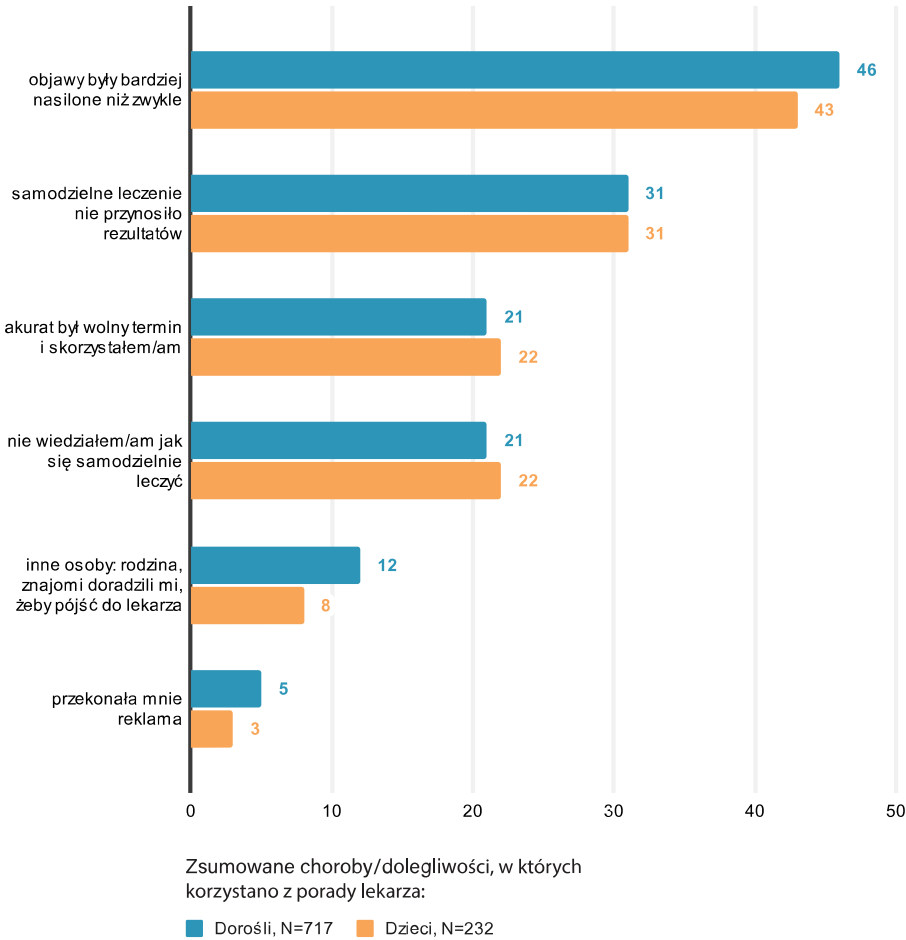


Źródło: Badanie GFK przeprowadzone na zlecenie Uczelni Łazarskiego.

Powód skorzystania z porady lekarza

Nasilenie się objawów (46%) oraz nieskuteczność samodzielnego leczenia (31%), to najczęściej podawane powody odwiedzenia lekarza – zarówno w przypadku leczenia się dorosłych, jak dzieci (odpowiednio: 43% i 31%).

Wykres 10. Powód skorzystania z porady lekarza



Źródło: Badanie GFK przeprowadzone na zlecenie Uczelni Łazarskiego.

Miejsca poszukiwania informacji o leczeniu online

Przeszukując Internet w poszukiwaniu informacji na temat leków, Polacy najczęściej odwiedzają specjalistyczne strony poświęcone poradom medycznym (41%) oraz fora internetowe (33%), a także czytają artykuły na portalach informacyjnych (34%). Strony producentów leków (26%) i blogi poświęcone tematyce medycznej (23%) są odwiedzane nieco rzadziej.

Działania niepożądane i reakcja na nie

Mniej niż jedna na dziesięć osób, które leczą siebie lub swoje dzieci samodzielnie, zgłosiło wystąpienie objawów niepożądanych (8%). Najczęstszą reakcją na takie objawy było odstawienie leku (41%).

Miejsca zakupu leków bez recepty

Apteka jest najczęstszym miejscem zakupu leków bez recepty: 9 na 10 Polaków kupuje takie leki przynajmniej od czasu do czasu. Przy dokonywaniu zakupów w aptece, część osób deklaruje, że rekomendacja farmaceuty jest dla nich bardzo ważna (27%), zwłaszcza osoby najstarsze w wieku 60+.

Stosunek do leków OTC i do leczenia

Znaczna liczba dorosłych Polaków napotyka trudności z oceną leków dostępnych bez recepty. W zależności od konkretnej kwestii, od około jednej trzeciej do połowy respondentów nie ma opinii na temat jakości tych leków i sposobu ich działania. Pozostali skłaniają się ku przekonaniu, że leki OTC produkowane są z zachowaniem tych samych standardów jakości co leki na receptę oraz stanowią rzeczywisty środek leczniczy. Uważają, że są skuteczne, nie działają jako placebo i mogą być przedawkowane, podobnie jak leki dostępne na receptę.

Większość Polaków dąży do utrzymania zapasu leków w domu na wypadek konieczności ich stosowania i często bierze pod uwagę sugestie farmaceuty podczas zakupów.



Świadomy pacjent a samoleczenie. Mapa ryzyka

Wnioski



Samoleczenie wiąże się z ryzykiem m.in. błędnej diagnozy i nieprawidłowym sposobem leczenia dolegliwości, interakcją leków i ich nadużywaniem, co prowadzi do uzależnienia od leków.



Wszystkie ryzyka związane z samoleczeniem mogą być zminimalizowane przez stałą edukację obywateli oraz powszechny dostęp do opieki farmaceutycznej.



Poprawa ogólnej wiedzy, poziomu wykształcenia i statusu społeczno-ekonomicznego stanowi fundament skutecznego samoleczenia.

Z samoopieką, w tym samoleczeniem, wiąże się szereg korzyści wzmacniających niezależność i pozycję pacjenta w systemie, ale także wysokie ryzyko^{60, 61, 62, 63, 64}.

Do ryzyka związanego z samoleczeniem musimy zaliczyć m.in. błędną samodiagnozę, niewłaściwy dobór terapii, nieprawidłowe dawkowanie, nieodpowiedni sposób podawania leku, zbyt długi czas jego stosowania, wystąpienie rzadkich, ale poważnych działań niepożądanych, maskowanie ciężkiego przebiegu choroby, opóźnienie w zwróceniu się o pomoc lekarską w razie potrzeby, nierozpoznanie szczególnego ryzyka farmakologicznego, nadużywanie lub uzależnienie od leku, niebezpieczne interakcje leku z innymi lekami czy pożywieniem, polipragmazję^{65, 66, 67}.

Błędna samodiagnoza, niewłaściwy dobór terapii

Szeroka gama schorzeń ma wiele wspólnych niespecyficznych objawów, wśród których można wymienić tak popularne dolegliwości jak ból gardła, ból mięśni, ból pleców, gorączka czy obniżony nastrój. Leczenie tych zwykle drobnych i nieswoistych przypadłości za pomocą leków OTC może maskować ciężkie objawy niezdiagnozowanej przez pacjenta choroby i tym samym opóźnić wizytę u specjalisty. Dlatego niezbędne w samoleczeniu jest przestrzeganie zaleceń widniejących na etykiecie i/lub na załączonej ulotce, dotyczących m.in. czasu leczenia⁶⁸.

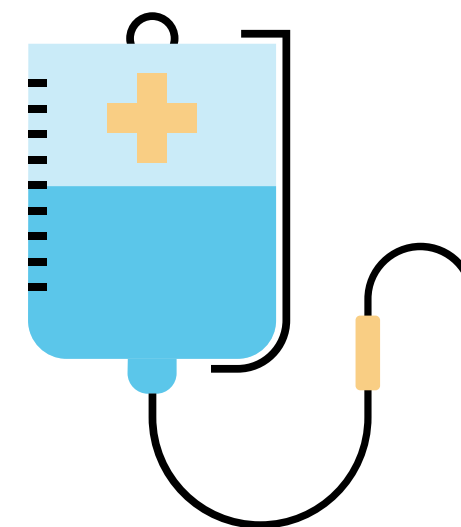
Zagrożenie błędną samodiagnozą pojawia się także w przypadku infekcji i chorób zakaźnych, gdyż pacjentowi niejednokrotnie ciężko jest prawidłowo ocenić, co może być czynnikiem wywołującym chorobę – bakterie, wirusy, grzyby czy pasożyty. Co więcej, w zależności od czynnika zakaźnego, leczenie jest różne, a nieprawidłowy wybór terapii może pogorszyć stan zdrowia, wpływając w negatywny sposób na najbliższe otoczenie pacjenta – błędne leczenie, a więc tym samym nieskuteczne, może bowiem grozić rozprzestrzenianiem się choroby⁶⁹.

Interakcje leków

Polska jest jednym z krajów europejskich z największym spożyciem leków i suplementów diety⁷⁰. Według badania CBOS z 2016 r., leki dostępne bez recepty (OTC) oraz suplementy diety były stosowane przez niemal dziewięciu na dziesięciu dorosłych (89%). Najczęściej sięgali oni po preparaty przeciwbólowe i przeciwzapalne (68%) oraz łagodzące objawy przeziębienia lub grypy (68%). Można przypuszczać, że odsetki te zwiększyły się w czasie pandemii. Przy tak wielkiej skali przyjmowania leków OTC realnym zagrożeniem są interakcje leków między sobą, a także z przyjmowanymi suplementami diety czy pożywieniem oraz polipragmazja, czyli wielolekowość.

Polipragmazja, definiowana jako przyjmowanie pięciu lub więcej leków dziennie, w Europie dotyczy nawet 32,1% osób w wieku 65 lat lub powyżej. Szacuje się, że w Polsce wskaźnik ten może być wyższy i wynosić około 33,8%^{71, 72}. Dlatego odpowiedzialne samoleczenie wymaga m.in. zapoznania się z informacjami opisującymi sposób przyjmowania leku, możliwe skutki uboczne

i interakcje, ostrzeżenia dotyczące leku, czas stosowania itd., a także świadomości, że substancje zawarte w lekach mogą wchodzić w interakcje z suplementami, pożywieniem czy przyjmowanymi preparatami ziołowymi^{73, 74, 75}. Tymczasem w Polsce badania CBOS wskazują, że z informacjami na ulotkach leków zapoznaje się tylko 69% osób⁷⁶.



Nadużywanie lub uzależnienie od leku

Nadużywanie leków to uporczywe lub sporadyczne nadmierne stosowanie leków niezgodne lub niezwiązane z akceptowalną praktyką medyczną. Natomiast celowe stosowanie nadmiernych dawek lub zamierzone stosowanie dawek terapeutycznych, ale w celach innych niż stanowi wskazanie leku, to uzależnienie od leku⁷⁷.

60 World Health Organization, The role of the Pharmacist in self-care and self-medication. WHO 1998, https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/65860/WHO_DAP_98.13.pdf?sequence=1&isAllowed=y.

61 Ruiz M. E., Risks of self-medication practices, "Current Drug Safety" 2010; 5 (4): 315 – 323, https://www.researchgate.net/profile/Maria-Ruiz-74/publication/45112723_Risks_of_Self-Medication_Practices/links/5922ccf4a6fdcc4443f759e1/Risks-of-Self-Medication-Practices.pdf.

62 Hughes C. M., McElnay J. C., Fleming G. F., Benefits and Risks of Self Medication, "Drug Safety" 2001; 24: 1027–1037, <https://link.springer.com/article/10.2165/00002018-200124140-00002>.

63 Araia Z. Z., Gebregziabher N. K., Mesfun A. B., Self medication practice and associated factors among students of Asmara College of Health Sciences, Eritrea: a cross sectional study, "J of Pharm Policy and Pract" 2019 12, 3, <https://joppp.biomedcentral.com/articles/10.1186/s40545-019-0165-2>.

64 World Health Organization, Guidelines for the regulatory assessment of medicinal products for use in self-medication, WHO 2000.

65 Ruiz M. E., Risks of self-medication practices... op.cit

66 Hughes C. M., McElnay J. C., Fleming G. F., Benefits and Risks of Self Medication, "Drug Safety" 2001; 24: 1027–1037, <https://link.springer.com/article/10.2165/00002018-200124140-00002>.

67 Bennadi D., Self-medication. A current challenge, "J Basic Clin Pharm" 2013; 5(1):19-23, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4012703/>.

68 Ruiz M. E., Risks of self-medication practices... op.cit.

69 Ibidem.

70 Raport miesięczny – maj 2023. PEX PharmaSequence, https://www.pexps.pl/files/upload/files/PEX_RaportMiesieczny_20230615.pdf.

71 NFZ o zdrowiu. Polipragmazja. Centrala Narodowego Funduszu Zdrowia, Departament Analiz i Innowacji. Warszawa 2020; ISBN: 978-83-944034-7-8 <https://ezdrowie.gov.pl/portal/home/zdrowe-dane/raporty/nfz-ozdrowiu-polipragmazja>.

72 Midão, L., Giardini, A., Menditto, E., Kardas, P., Costa, E., Polypharmacy prevalence among older adults based on the survey of health, ageing and retirement in europe. "Archives of Gerontology and Geriatrics" 2018, 78, 213 – 220, <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0167494318301328?via%3Dihub>.

73 Hughes C. M., McElnay J. C., Fleming G. F., Benefits and Risks of Self Medication, "Drug Safety" 2001; 24: 1027–1037, <https://link.springer.com/article/10.2165/00002018-200124140-00002>.

74 Consolini A.E., Ragone M.I., Patterns of self-medication with medicinal plants and related adverse events--a South American survey, "Curr Drug Saf" 2010 Oct;5(4):333-41. doi: 10.2174/157488610792246019.

75 Ruiz M. E., Risks of self-medication practices... op.cit.

76 Leki dostępne bez recepty i suplementy diety. Komunikat z Badań Nr 158/2016. CBOS, Warszawa 2016, https://cbos.pl/SPISKOM.POL/2016/K_158_16.PDF.

77 Ruiz M. E., Risks of self-medication practices... op.cit.

Edukacja pacjenta i regulacje prawne a samoleczenie

Samoleczenia nie można ignorować, zarówno ze względu na ograniczenia systemów ochrony zdrowia, w tym mniejszą dostępność kadry medycznej czy ograniczone finansowanie świadczeń, jak ze względu na dobro pacjenta, który dzięki świadomemu, odpowiedzialnemu samoleczeniu może uzyskać szybką i skuteczną pomoc. Należy jednak ograniczyć ryzyko wystąpienia potencjalnych zagrożeń, w tym wymienionych, z którymi może wiązać się samoleczenie⁷⁸.

Zgodnie z wytycznymi WHO „poprawa ogólnej wiedzy, poziomu wykształcenia i statusu społeczno-ekonomicznego ludzi w wielu krajach stanowi rozsądną podstawę skutecznego samoleczenia”. Kluczową rolę w obniżeniu ryzyka nieprawidłowego samoleczenia i wszystkich konsekwencji, które się z nim wiążą, pełni więc odpowiednia szeroka edukacja społeczeństwa.

Niezbędna jest promocja zdrowia rozumiana jako podniesienie świadomości i kompetencji zdrowotnych pacjentów m.in. na temat zasad prawidłowego przyjmowania leków, by potrafili mądrze kontrolować i wpływać na poprawę zarówno własnego zdrowia, jak zdrowia najbliższych. Edukacja zdrowotna powinna odbywać się na wszystkich poziomach kształcenia. Ważną rolę do odegrania mają pracownicy systemu ochrony zdrowia, którzy mogą ograniczać zagrożenia płynące z samoleczenia poprzez udzielanie odpowiedniej informacji, edukację pacjentów, a także poradnictwo terapeutyczne^{79, 80}.



78 Ibidem.
79 Bennadi D., Self-medication: A current challenge... op. cit.
80 NFZ o zdrowiu. Polipragmazja... op. cit.

Samoleczenie w percepcji lekarzy POZ w Polsce

3.3

Wnioski



Doświadczenia zawodowe lekarzy lecznictwa ambulatoryjnego wskazują na podejmowanie samoleczenia przez pacjentów na skutek porad członków rodziny lub przyjaciół, opierania się na informacjach online oraz własnego doświadczenia. Dlatego konieczne jest wsparcie edukacyjnego i organizacyjnego pacjentów.



Według lekarzy, głównymi źródłami wiedzy dla pacjentów przy wyborze leków stosowanych w samoleczeniu są na pierwszym miejscu lekarze, następnie członkowie rodziny lub przyjaciele, własne doświadczenia oraz informacje dostępne online, co wskazuje na ważną rolę profesjonalistów o wykształceniu medycznym przy podejmowaniu decyzji o zastosowaniu leku.



Według deklaracji lekarzy, 72% dorosłych pacjentów podejmuje samodzielną decyzję o włączeniu antybiotykoterapii. W przypadku dzieci nieco mniej niż 40% opiekunów włącza samodzielnie antybiotyki – zdecydowana większość zgłasza się do lekarza od razu po wystąpieniu niepokojących objawów. Potrzebne są dalsze badania, by ocenić, czy różnice mogą wynikać ze świadomości konieczności oceny wskazań do antybiotykoterapii i potencjalnego ryzyka, czy także z opierania się dorosłych na swoim doświadczeniu co do stosowania tych leków.



Z doświadczeń lekarzy wynika niedostateczne zaangażowanie pacjentów w obszarze zdrowia psychicznego. Najczęściej obserwowano brak samodzielnej reakcji ze strony pacjentów oraz opiekunów dzieci na pogorszenie stanu psychicznego. Chociaż w przypadku dzieci niemal 22% lekarzy wskazuje, że opiekunowie od razu zgłosili się do lekarza, to dla dorosłych odsetek ten wynosił jedynie 5,7%.



Działania niepożądane po zastosowanym samoleczeniu obserwowano w prawie 70% przypadków, a konsultacja lekarska jest najczęstszą formą poszukiwania rozwiązania problemu przez pacjentów.

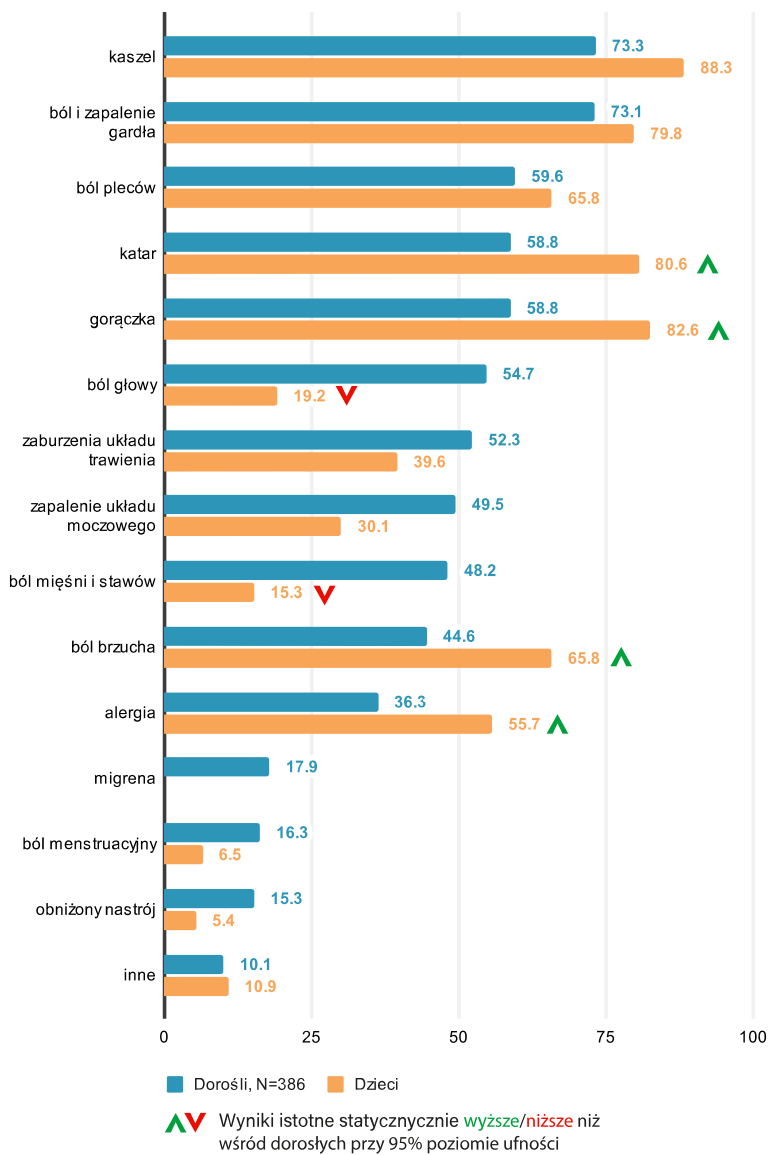


Farmaceuci byli wskazywani jako istotne źródło wiedzy o stosowanym leku – według deklaracji lekarzy 43,2% pacjentów skorzystało z takiej porady. Jest to argumentem za zwiększaniem roli opieki farmaceutycznej w polskim systemie ochrony zdrowia.



Obszar samoleczenia w Polsce wymaga wsparcia edukacyjnego i organizacyjnego na różnych poziomach – społecznym (kampanie informacyjne, edukacja szkolna), systemu opieki zdrowotnej (zwiększenie roli profesjonalistów medycznych, w tym farmaceutów), a także w obszarze prawodawstwa.

Wykres 11. Samoleczenie wśród pacjentów dorosłych i pediatrycznych



Źródło: Opracowanie własne na podstawie badania przeprowadzonego przez Sekcję Naukową Polskiego Towarzystwa Medycyny Rodzinnej wraz z Uczelnią Łazarskiego.

Metody i grupa badana

Badanie zostało przeprowadzone przez Sekcję Naukową Polskiego Towarzystwa Medycyny Rodzinnej wraz z Instytutem Zarządzania w Ochronie Zdrowia Uczelni Łazarskiego. W badaniu wykorzystano wywiad internetowy wspomagany komputerowo (Computer-Assisted Web Interview – CAWI), który był rozpowszechniany online od 4 lipca do 23 sierpnia 2023 roku, skierowany do lekarzy pracujących w Polsce. Ankieta była dostępna do wypełnienia za pośrednictwem portalu społecznościowego Facebook.com w zamkniętych grupach, do których dostęp mają tylko lekarze po weryfikacji numeru prawa do wykonywania zawodu. Ponadto wykorzystano bazę mailingową oraz stronę internetową Polskiego Towarzystwa Medycyny Rodzinnej do upowszechnienia ankiety. Przed wypełnieniem formularza uczestnicy otrzymywali informacje dotyczące celów i metodologii badań oraz byli zobowiązani do wyrażenia świadomej zgody na dostęp do kwestionariusza. Respondenci mogli przerwać udział w dowolnym momencie, bez wyjaśnienia. Żadne dane osobowe, takie jak adresy e-mail, nie zostały zebrane, by zapewnić anonimowość. Kryteriami włączenia do badania były: wyrażenie świadomej zgody na udział w badaniu i bycie lekarzem. Niespełnienie obu kryteriów oznaczało, że dalszy udział w badaniu nie był możliwy.

Badanie zostało przeprowadzone zgodnie z wytycznymi Deklaracji Helsińskiej i zatwierdzone przez Komisję Bioetyczną Uczelni Łazarskiego.

Opis grupy badanej

Do badania włączono 386 lekarzy pracujących w Polsce, o średniej wieku 38,6 ± 9,5 roku. Wśród badanych lekarzy 87% pracuje w POZ, 43,8% posiada tytuł specjalisty medycyny rodzinnej, a 30,2% jest w trakcie tej specjalizacji. Średni staż pracy wynosił 11,6 ± 9,3 roku.

Samoleczenie wśród pacjentów dorosłych i pediatrycznych

W analizie pytań dotyczących przyczyn medycznych wdrażania samoleczenia przez pacjentów wykazano, że w większości były one różne dla dzieci oraz dorosłych. W obu grupach najczęstszą dolegliwością skłaniającą do samoleczenia był kaszel (73,4% vs. 88,5%). Wśród dorosłych kolejne przyczyny obejmowały ból i zapalenie gardła, ból pleców oraz katar i gorączkę. W przypadku dzieci rodzice często podejmowali próby samoleczenia gorączki (82,8%) oraz kataru (80,7%). Porównując pacjentów dorosłych oraz pediatrycznych, wykazano, że opiekunowie zdecydowanie częściej podejmują próby samodzielnego leczenia dzieci w przypadku objawów infekcyjnych, bólu brzucha (44,5% vs 65,9%) oraz alergii (36,5% vs 55,7%). Natomiast dorośli częściej podejmują samodzielne próby leczenia objawów mniej specyficznych, jak ból głowy (54,4% vs 19,0%), bóle mięśniowo-stawowe (48,2% vs 15,1%) czy też obniżony nastrój (15,4% vs 5,1%).

Stosowane metody samoleczenia

Oceniając sposoby wdrożonego samoleczenia na podstawie opinii lekarzy, wykazano, że w przypadku bólu głowy zarówno dorośli pacjenci jak opiekunowie dzieci, najczęściej sięgali po samodzielnie kupione leki bez recepty. Co więcej, dorośli częściej nie robili nic, czekając aż ból ustąpi samodzielnie (46,1% vs 18,5%). W obu przypadkach często wykorzystywano sposoby domowe. Podobnie w przypadku bólu gardła, kaszlu oraz kataru samodzielnie kupione leki bez recepty dla obu grup pacjentów były najczęstszą opcją. Natomiast wśród pacjentów dorosłych, aż w 72,1% przypadków podjęto samodzielną decyzję o włączeniu antybiotykoterapii. Z obserwacji lekarzy zjawisko to wystąpiło u 39,8% pacjentów pediatrycznych. Częściej do lekarza zgłaszali się od razu opiekunowie z chorymi dziećmi niż dorośli pacjenci (42,2% vs 22,1%).

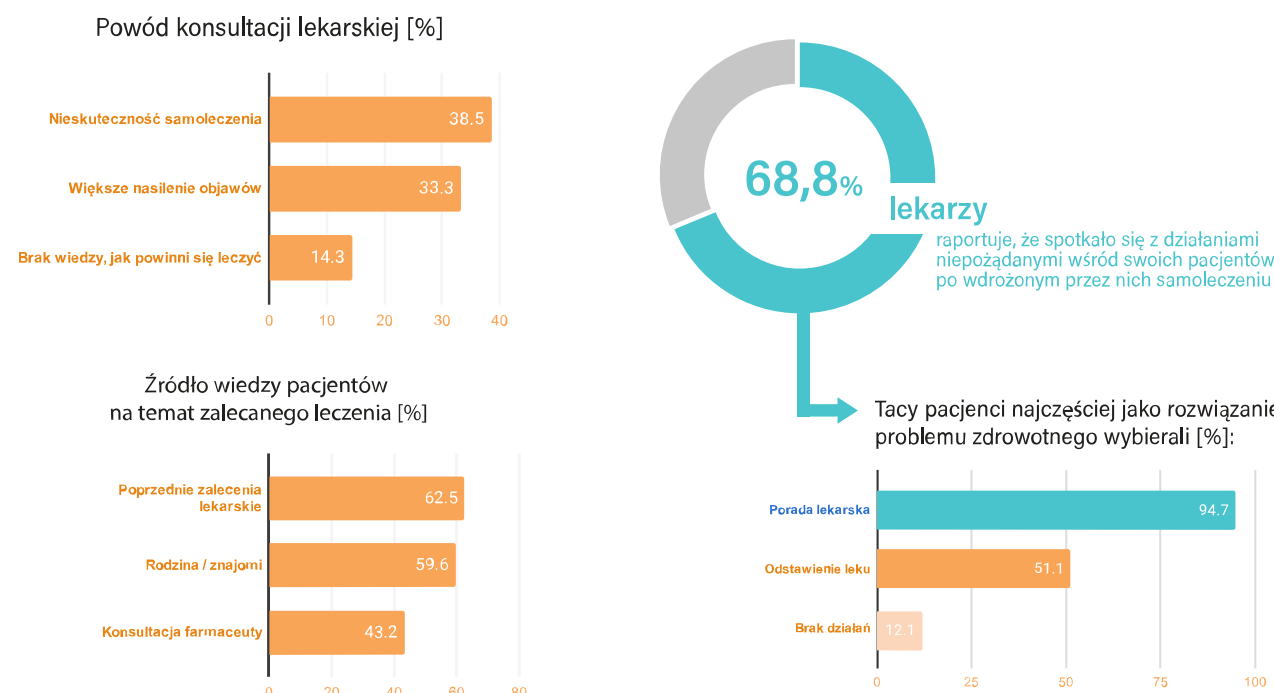
W przypadku zaburzeń zdrowia psychicznego najczęściej lekarze zaobserwowali brak samodzielnej reakcji ze strony pacjentów oraz rodziców dzieci; odpowiednio 73,2% vs 64,8%, p <0,001. Niemniej jednak w przypadku dzieci 21,9% lekarzy wskazuje, że rodzice od razu zgłosili się po poradę lekarską, podczas gdy w przypadku dorosłych odsetek ten wynosił jedynie 5,7%.

Czas pomiędzy samoleczeniem, a konsultacją lekarską

W analizie deklaracji czasu, jaki przeciętnie mija od wdrożenia samoleczenia do zgłoszenia się do lekarza, wykazano, że w przypadku bólu brzucha, bólu głowy, zakażenia układu moczowego oraz kataru/kaszlu/gorączki zarówno w przypadku dzieci jak dorosłych, najczęściej wizyty odbywają się w ciągu 3 dni. Co więcej, dorośli pacjenci zamiennie częściej pojawiają się u lekarza po 3-7 dni aniżeli dorośli. W przypadku zaburzeń zdrowia psychicznego pacjenci dorośli najczęściej zgłaszali się dopiero po upływie ponad miesiąca, podczas gdy z dziećmi – wcześniej (p<0,001).



Rysunek 8. Samoleczenie wśród pacjentów dorosłych i pediatrycznych



Źródło: Opracowanie własne na podstawie badania przeprowadzonego przez Sekcję Naukową Polskiego Towarzystwa Medycyny Rodzinnej wraz z Uczelnią Łazarskiego.

Przyczyny konsultacji lekarskich po samoleczeniu

Lekarze najczęściej wskazują, że pacjenci zgłaszają się z powodu nieskuteczności samoleczenia – 38,5%. W 33,3% przypadków przyczyną było większe nasilenie objawów, a 14,3% pacjentów nie wiedziało, jakie leczenie powinni włączyć. Lekarze zaobserwowali, że pacjenci najczęściej wiedzę o leczeniu opierają na poprzednich zaleceniach lekarskich (62,5%) oraz na rekomendacjach rodziny/znajomych (59,6%). W 43,2% przypadków lekarze deklarują, że ich pacjenci zaczerpnęli wiedzę od farmaceutów. Ponadto 264 lekarzy (68,8%) raportuje, że u pacjentów pojawiły się działania niepożądane po wdrożonym przez nich samoleczeniu. Tacy pacjenci najczęściej jako rozwiązanie problemu zdrowotnego wybierali konsultację lekarską – 94,7%. Ponad połowa (51,1%) zdecydowała się na odstawienie leku, a w 12,1% przypadków pacjenci nie robili nic i czekali na samoistne ustąpienie objawów.

Dyskusja

Bazując na wynikach opisanego badania przeprowadzonego wśród lekarzy, można wskazać trzy główne powody wyboru samoleczenia. Są to: skorzystanie z porad innych osób – członków rodziny lub przyjaciół (59,1%), znalezienie informacji online (52,9%) oraz możliwość samoleczenia w tego rodzaju objawach/chorobach (51,6%). Brak możliwości umówienia się na wizytę u lekarza był czwartą najczęstszą przyczyną. Na pytanie o źródło wiedzy na temat stosowanych leków najczęściej odpowiadano: rekomendacja lekarza (62,5%), rekomendacja członka rodziny lub przyjaciela (59,6%), własne doświadczenie (49,0%) oraz znalezienie odpowiednich informacji w Internecie (46,9%). Nierzadkie są również sytuacje, gdy bliscy dzielą się między sobą lekami, co w najbardziej niekorzystnym scenariuszu może stanowić zagrożenie życia. Ponadto, lekarze zgłaszają, że w sytuacjach, gdy pacjent otrzyma większą ilość leków, nie jest chętny do przyścia na zaplanowane kontrole, które pozwalają na określenie skutków terapeutycznych leczenia, ale pojawia się w momencie, gdy przepisane leki się skończą⁸¹.

Samoleczenie a dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej, ze szczególnym uwzględnieniem okresu pandemii COVID-19

Wnioski



Ze względu na rosnące rozpowszechnienie samoleczenia na świecie i w Polsce, szczególnie w czasie i po pandemii COVID-19, niezbędne są pilne działania regulujące wsparcie odpowiedzialnego samoleczenia.



Pandemia COVID-19 nasiliła proces samoleczenia wśród pacjentów, z uwagi na czasową reorganizację systemu opieki zdrowotnej oraz przekierowanie zasobów medycznych z różnych poziomów do walki z wirusem. Nie bez znaczenia był również lęk przed zakażeniem skutkujący unikaniem wizyt lekarskich przez pacjentów.



Odpowiedzialne samoleczenie, jako zjawisko pożądane, może być wsparte poradą ze strony farmaceuty, który angażując się w proces dobierania farmakoterapii, ma możliwość wpłynięcia na proces decyzyjny zakupu leku.



Dostarczenie farmaceutom możliwości szkoleń i dostępu do merytorycznych oraz zwięzłych informacji może wzmocnić doradztwo, zgodnie z zasadami farmacji opartej na dowodach (EBPharm) i stanowić integralną ścieżkę ciągłej opieki nad pacjentem przy zaplanowaniu adekwatnej strategii.



Wsparcie odpowiedzialnego samoleczenia różnymi strategiami, w tym kampaniami informacyjnymi i poradnictwem ze strony profesjonalisty medycznego, stwarza możliwość ograniczenia szkód zdrowotnych wynikających z niewłaściwego stosowania leków, a także zmniejszenia obciążenia systemu opieki zdrowotnej.



W tworzeniu kampanii społecznych należy wykorzystać różnorodne środki przekazu – TV, prasę, Internet, media społecznościowe – z uwagi na zróżnicowanie wiekowe potencjalnych odbiorców, jednocześnie dbając o gwarancję wiarygodnych źródeł informacji medycznych dla pacjentów. Ponadto należy przeciwdziałać rozpowszechnianiu nieprawdziwych oraz szkodliwych fake newsów medycznych.



Samoleczenie może być akceptowalne w przypadku łagodnych dolegliwości, kiedy pacjent ma odpowiednią wiedzę i dostęp do informacji. Jednak w przypadku braku dostatecznych kompetencji medycznych, warto skonsultować się z profesjonalistą medycznym, aby uniknąć ryzyka powikłań lub działań niepożądanych. Należy pamiętać, że przypadek każdego pacjenta jest unikalny, a decyzja o samoleczeniu może być wynikiem różnorodnych składników, w tym stanu zdrowia, stosowanych przewlekłych leków, poziomu zaufania do systemu opieki zdrowotnej czy też zasobów finansowych.

81 Zanini C., Sarzi-Puttini P., Atzeni F., Di Franco M., Rubinelli S., Doctors' insights into the patient perspective: a qualitative study in the field of chronic pain, "Biomed Res Int." 2014;2014:514230. doi: 10.1155/2014/514230. Epub 2014 May 18. PMID: 24949456; PMCID: PMC4052070.

Zainteresowanie samoleczeniem w Polsce i na świecie zwiększyło się w okresie pandemii COVID-19. Ze względu na ograniczenia w dostępie do opieki medycznej w wielu państwach, chorzy często sięgali na własną rękę po dostępne rozwiązania terapeutyczne.



Niemieckie badanie z sierpnia 2023 roku zwraca uwagę na szeroką dostępność leków możliwych do zakupienia bez recepty (OTC) w różnych placówkach handlowych, w tym w sklepach spożywczych. W wynikach badania podkreślono kluczową rolę farmaceuty w poradnictwie w zakresie samoleczenia, (niezależnie od miejsca zakupu leków). Odniesiono się wprost do porady opartej na faktach, uwzględniającej preferencje pacjenta, wzięto pod uwagę doświadczenie praktyczne farmaceuty i najlepsze dostępne dowody zewnętrzne, zgodnie z zasadami farmacji opartej na dowodach (Evidence-Based Pharmacy – EBPharm). Główne wnioski badania odnosiły się do potrzeb zgłaszanych przez respondentów, czyli udostępnienia cyfrowych lub elektronicznych źródeł informacji spełniających kryteria takie jak niezależność od producenta leku, krytyczna ocena i wiarygodność. Autorzy podkreślają też potrzebę dalszego rozwoju EBPharm celem prawidłowego wdrożenia poradnictwa samoleczenia opartego na dowodach⁸².

Wyniki analiz prowadzonych w Polsce nie różniły się od tych, które uzyskano w innych krajach. Wykazano wysoki odsetek obawy przed zakażeniem wirusem. Co więcej, poziom lęku korelował ze współczynnikami zachorowań oraz zgonów z powodu infekcji SARS-CoV-2. Najwyższy poziom lęku, mierzonego na skali liniowej, wykazano w trakcie czwartej fali pandemii, kiedy to odnotowywano dziennie od 9839 do 29062 nowych przypadków COVID-19 oraz od 209 do 793 zgonów. W tym okresie ponad 85% ankietowanych wskazało, że obawia się infekcji koronawirusem, przy czym ponad 20% osób deklarowało, że odczuwany przez nich lęk z tego powodu jest większy niż lęk przed innymi schorzeniami⁸³.

Dlatego, biorąc pod uwagę raporty naukowe i doświadczenia z innych państw, można spodziewać się, że również w Polsce poczucie zagrożenia, niepewności i zmniejszonej dostępności do świadczeń zdrowotnych w okresie pandemii COVID-19, stało się ważnym czynnikiem otwierającym drogę do poszukiwania rozwiązań terapeutycznych na własną rękę – czyli większego rozpowszechnienia samoleczenia. Było ono zjawiskiem zauważalnym w Polsce od lat 90. ubiegłego wieku ze względu na przemianę polityczną, większy dostęp do już stosowanych preparatów farmaceutycznych oraz pojawienie się nowych środków na chłonnym wówczas rynku⁸⁴. Dodatkowo, samoleczeniu zaczęły sprzyjać zmiany prawa farmaceutycznego i możliwość reklamowania leków dostępnych bez recepty (OTC)⁸⁵. Kolejno przeprowadzane badania wykazały, że w ciągu dwóch dekad stopniowo rósł odsetek procentowy Polaków przyjmujących preparaty OTC na własną rękę – od 11% w 1996, poprzez 21% w 2010, aż do 28% w 2016 roku. Istotną zmianą w zachowaniu Polaków w okresie pandemii COVID-19 było zastosowanie samoleczenia przez osoby, które do tej pory tego nie robiły⁸⁶.

Obserwuje się, że duże znaczenie dla rozpowszechnienia samoleczenia ma rosnąca

liczba osób samodzielnie poszukujących informacji w Internecie – z dostępem do różnych źródeł i mających łatwy dostęp do leków OTC. Zjawisko to dotyczy szczególnie osób młodych, ale dorośli również są aktywni w szukaniu wsparcia online⁸⁷. Badanie jakościowe z UK, które objęło nastolatków w wieku 14 do 17 lat, pokazało, że korzystali oni z Internetu celem poszukiwania sposobów leczenia bólu – nie z powodu braku dostępu do porady lekarskiej, ale w celu przygotowania się do wizyty lekarskiej lub sprawdzenia informacji przekazanej podczas konsultacji. Jednocześnie respondenci przyznali, że dostępność leków OTC (w tym paracetamolu) ma znaczenie dla samoleczenia – łatwiej i szybciej jest zakupić lek niż umawiać się na konsultację. Wskazują też na niedostateczną jakość i wiarygodność informacji o charakterze medycznym, dostępnych w Internecie, a jedną z konkluzji badania jest konieczność dostarczenia dobrej jakości informacji na temat zdrowia również nastolatkom⁸⁸.



W ostatnich latach rozpowszechnieniu samoleczenia w Polsce towarzyszył i sprzyjał okres szybkiego wzrostu usług telemedycznych, zarówno w sektorze prywatnym, jak publicznym. Pomimo że usługi telemedyczne w naszym kraju były dostępne od 2015 roku, to powszechność telemedycyny zwiększyła się we wczesnym okresie pandemii, która przyczyniła się do wzrostu zaufania oraz rozpowszechnienia tej metody zdalnego kontaktu lekarz-pacjent⁸⁹. W związku z wprowadzonymi ograniczeniami w kontaktach społecznych (lockdown) duża część placówek medycznych zmieniła swoje działanie na tryb zdalny lub hybrydowy. Zmiany te nie ominęły podmiotów POZ, które musiały szybko dostosować się do nowego trybu pracy, aby zapewnić ciągłość opieki swoim pacjentom.

Zjawisko samoleczenia dotyczy również osób u schyłku życia – czyli opieki paliatywnej, mającej na celu poprawę jakości życia pacjentów i ich rodzin, stojących w obliczu problemów związanych z zagrażającą życiu chorobą (WHO). Świadczenia opieki paliatywnej powinny traktować pacjenta w sposób holistyczny, szczególnie że sami pacjenci, jak ich rodziny często szukają na własną rękę rozwiązań terapeutycznych. Ostatnie lata przyniosły ciągły postęp w leczeniu chorób nowotworowych i nienowotworowych, lepszą diagnostykę i dostęp do świadczeń lekarskich. Wydłużyło to przeżycie chorych z aktywną chorobą, ale także osób po zakończonym leczeniu onkologicznym. Dlatego ogólna liczba pacjentów wymagających opieki paliatywnej stale się zwiększa. Każdego roku około 40 mln osób na świecie wymaga tego rodzaju świadczeń; szacuje się, że tylko około 14% ma je zapewnione. Należy się spodziewać, że globalne zapotrzebowanie na opiekę paliatywną będzie nadal zwiększało się, również w związku ze starzeniem się populacji oraz rosnącym obciążeniem chorobami przewlekłymi⁹⁰. Obecnie istniejące bariery w opiece paliatywnej, takie jak brak świadomości decydentów i pracowników ochrony zdrowia na temat tego, czym jest opieka paliatywna i jakie korzyści

82 Alexa J.M., Bertsche T., An online cross-sectional survey of community pharmacists to assess information needs for evidence-based self-medication counselling, "Int J Clin Pharm." 2023 Aug 2. doi: 10.1007/s11096-023-01624-7. Epub ahead of print. PMID: 37532842.

83 Babicki M., Bogudzińska B., Kowalski K., Mastalerz-Migas A., Depression, Anxiety and Quality of Life among Online Responders in Poland: A Cross-Sectional Study Covering Four Waves of the COVID-19 Pandemic, "Int. J. Environ. Res. Public Health" 2022, 19, 9934. <https://doi.org/10.3390/ijerph19169934>.

84 Wdowiak L., Kapka L., Samoleczenie a zdrowie publiczne [Self-medication and public health] w: Krajewski-Siuda K. (red.), Self-Medication. Instytut Sobieskiego; Warszawa 2012. Pp. 13–24.

85 Krajewski-Siuda K., Chmura R., Łach K., Samoleczenie jako problem zdrowia publicznego [Self-medication as a public health problem] w: Krajewski-Siuda K. (red.), Self-Medication. Instytut Sobieskiego; Warszawa, Poland: 2012. pp. 31–98.

86 Makowska M., Boguszewski R., Nowakowski M., Podkowińska M., Self-Medication-Related Behaviors and Poland's COVID-19 Lockdown, "International Journal of Environmental Research and Public Health" 2020; 17(22):8344. <https://doi.org/10.3390/ijerph17228344>.

87 Corcoran T.B., Haigh F., Seabrook A., Schug S.A., A survey of patients' use of the internet for chronic pain-related information, "Pain Med." 2010 Apr;11(4):512-7. Doi: 10.1111/j.1526-4637.2010.00817.x. Epub 2010 Mar 1. PMID: 20202143.

88 Henderson E.M., Keogh E., Eccleston C., Why go online when you have pain? A qualitative analysis of teenagers' use of the Internet for pain management advice, "Child Care Health Dev." 2014 Jul;40(4):572-9. doi: 10.1111/cch.12072. Epub 2013 May 12. PMID: 23663232.

89 Furlepa K., Śliwczyński A., Kamecka K., Kozłowski R., Gołębiak I., Cichońska-Rzeźnicka D., Marczak M., Glinkowski W.M., The COVID-19 Pandemic as an Impulse for the Development of Telemedicine in Primary Care in Poland, "Journal of Personalized Medicine" 2022; 12(7):1165. <https://doi.org/10.3390/jpm12071165>.

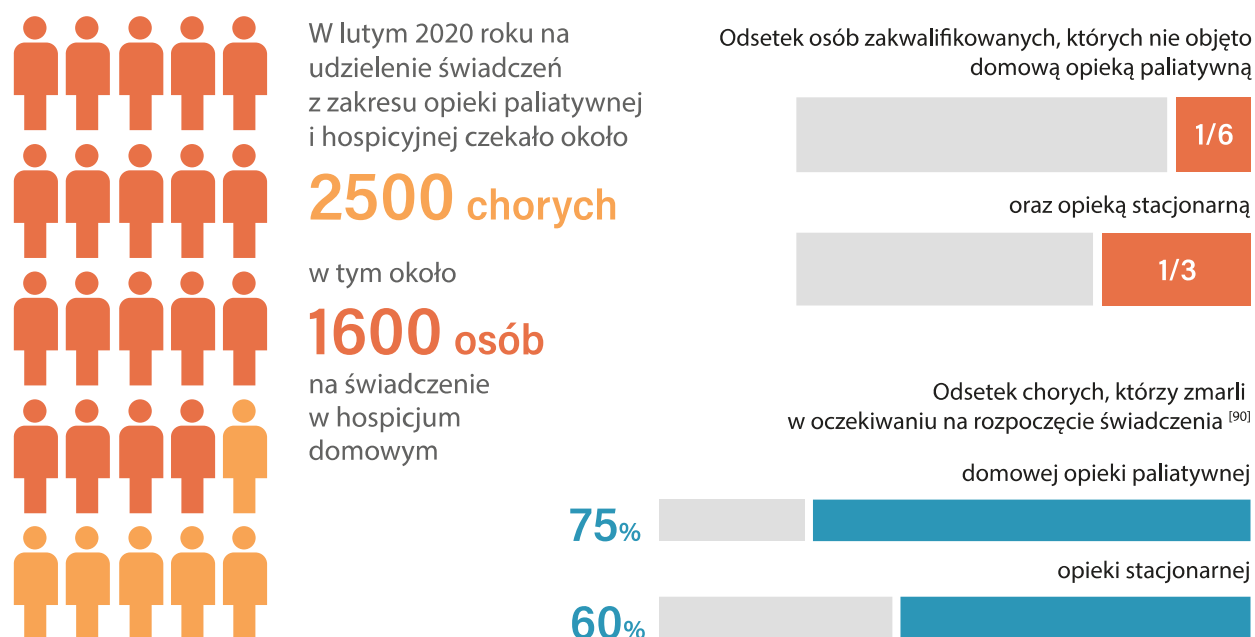
90 Zasowska-Nowak A., Directions of development of palliative care based on the literature, "Medycyna Paliatywna/Palliative Medicine" 2022;14(2):55-63.

może zaoferować chorym oraz systemowi opieki zdrowotnej, utrudniony dostęp do opioidowych środków przeciwbólowych, przekonanie, że poprawa dostępu do analgezji opioidowej doprowadzi do wzrostu nadużywania tych leków, mogą przyczyniać się do poszukiwania możliwości samoleczenia⁹¹.

Ocena sytuacji w Polsce opisana w raporcie NIK z 2019 roku wykazała, że wielu pacjentów wymagających opieki paliatywnej nie ma dostępu do odpowiedniej jakości świadczeń w tym zakresie. Oznacza to, iż muszą oni samodzielnie radzić sobie z objawami związanymi z ich chorobą podstawową. Według przeprowadzonej analizy dostępności (na podstawie liczby pacjentów przypadających na 10 tys. mieszkańców) ze świadczeń opieki paliatywnej i hospicyjnej korzystało o ponad 30% mniej pacjentów z gmin wiejskich niż miejskich, co stanowi istotną dysproporcję między tymi obszarami. Różnica w dostępności dotyczyła także realizacji świadczeń opieki paliatywnej w różnych województwach – w 2018 roku w 6 województwach nie zapewniono świadczeń perinatalnej opieki

paliatywnej, przy czym na terenie trzech województw w ogóle nie ogłoszono konkursów na te świadczenia⁹². W przypadku działań w zakresie opieki paliatywnej ograniczeniami są zarówno zasoby finansowe (kontrakty z Narodowym Funduszem Zdrowia), jak zasoby osobowe, przez co niemożliwe jest zapewnienie wysokiej jakości świadczeń opieki paliatywnej wszystkim potrzebującym pacjentom. Według danych Ministerstwa Zdrowia w lutym 2020 roku na udzielenie świadczeń z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej czekało około 2500 chorych, w tym około 1600 osób na świadczenie w hospicjum domowym. W 2018 roku domową opieką paliatywną nie objęto około jednej szóstej zakwalifikowanych do niej chorych, natomiast stacjonarną – niemal jednej trzeciej. Większość z tych chorych (odpowiednio około 75% i 60%) zmarła w okresie oczekiwania na rozpoczęcie świadczenia⁹³.

Rysunek 9. Ocena sytuacji w Polsce w zakresie opieki paliatywnej



Źródło: Opracowanie własne na podstawie raportu NIK z 2019 roku.

91 <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>.
 92 Zapewnienie opieki paliatywnej i hospicyjnej. Raport NIK 2019 <https://www.nik.gov.pl/kontrola/P/18/063/>
 93 Zasowska-Nowak A., Directions of development of palliative care... op. cit.

Samoleczenie jest ważnym aspektem opieki paliatywnej, w ramach którego pacjenci i ich bliscy mogą podejmować działania mające na celu kontrolę bólu i innych objawów oraz odpowiednie nawadnianie i odżywianie. Samoleczenie pacjentów paliatywnych powinno być wspierane przez polityki krajowe. Z punktu widzenia fizycznych potrzeb chorego kluczowym działaniem jest łagodzenie bólu i innych dolegliwości negatywnie wpływających na samopoczucie i przebieg choroby. Zgodnie z zaleceniami leczenia bólu, u chorych na nowotwory obowiązuje leczenie zgodnie z drabiną analgetyczną WHO, przy czym należy zwrócić uwagę, że dla bólu w skali NRS 1-4 w leczeniu stosowane mogą być nieopiodowe leki przeciwbólowe (które są w części dostępne jako OTC)⁹⁴.

Szacuje się, że całkowite wykorzystanie obecnego potencjału rynku samoleczenia może zmniejszyć liczbę wizyt u lekarzy GP w Unii Europejskiej o 10-25%, co skutkowałoby dodatkowymi oszczędnościami w wysokości 17,6 miliarda euro (12,52 miliarda euro kosztów medycznych i 5,07 miliarda euro kosztów ponoszonych przez gospodarkę), które można by przeznaczyć na leczenie poważniejszych schorzeń lub dopłaty do leków OTC. Takie zmniejszenie liczby wizyt skutkowałoby potencjalnym uwolnieniem czasu 58 tysięcy lekarzy, co umożliwiłoby udzielenie świadczeń pacjentom dotkniętym cięższymi schorzeniami lub zmniejszenie czasu pracy dla wszystkich lekarzy w Unii Europejskiej o godzinę⁹⁵.

94 Farmakoterapia bólu u chorych na nowotwory – zalecenia Polskiego Towarzystwa Badania Bólu, Polskiego Towarzystwa Medycyny Paliatywnej, Polskiego Towarzystwa Onkologicznego, Polskiego Towarzystwa Medycyny Rodzinnej, Polskiego Towarzystwa Anestezjologii i Intensywnej Terapii. Ból 2017; 18 (3): 11-53.
 95 Ibidem.





4 Korzyści z samoleczenia dla pacjenta, świadczeniodawcy, systemu ochrony zdrowia, pracodawcy, gospodarki

4.1

Postawy polskich pacjentów wobec zdrowia i ich potrzeby w obszarze samoleczenia

Wnioski



Zagrożenia epidemiologiczne i demograficzne oraz ograniczenia w dostępie do zasobów ludzkich, rzeczowych i finansowych sektorów ochrony zdrowia skłaniają do podejmowania działań na rzecz zwiększania odpowiedzialnego i bezpiecznego samoleczenia, z uwagi na korzyści, które ono przynosi.



Odpowiedzialne samoleczenie jest procesem, który przynosi wielowymiarowe korzyści zarówno pacjentom, systemowi ochrony zdrowia, pracodawcom, jak gospodarce.



Kluczową determinantą skutecznego samoleczenia są kompetencje zdrowotne pacjenta, kształtowane przy współudziale profesjonalistów medycznych (lekarzy, pielęgniarek, farmaceutów).



Współpraca na linii pacjent-profesjonalista medyczny jest podstawą racjonalnego korzystania z leków OTC. Wzmacnia bezpieczeństwo terapii, zarówno w obszarze zagadnień związanych z polipragmazją czy możliwymi interakcjami poszczególnych produktów leczniczych, jak zapobiega zjawiskom ewentualnego nadużywania lub zbyt długiego stosowania samoleczenia, co mogłoby w niektórych przypadkach wpływać na odsuwanie w czasie procesów diagnostyczno-terapeutycznych, a co za tym idzie modyfikować rokowania choroby.



Rysunek 10. Zakup leków bez recepty

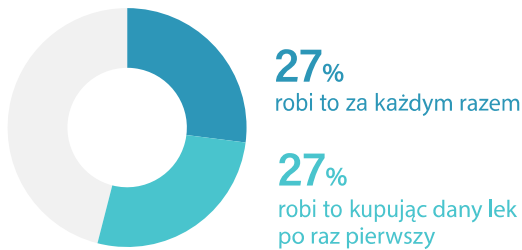


Źródło: Opracowanie własne PEX PharmaSequence, 2023.

Według badań, 88% pacjentów kupuje leki bez recepty w aptece stacjonarnej, a kolejne 8% w aptece internetowej⁹⁶. 27% pacjentów zawsze konsultuje zakup leku z farmaceutą, a kolejne 27% deklaruje, że taką konsultację przeprowadza, kupując dany lek po raz pierwszy. Tym samym ponad połowa pacjentów ma możliwość pozyskania informacji od fachowego pracownika ochrony zdrowia. Ulotkę dołączoną do leków czyta 64% Polaków⁹⁷. Duża część pacjentów wybiera jednak inne źródła informacji o lekach, jak telewizja czy Internet^{98, 99}. Zapewnienie wiarygodności informacji z tych źródeł jest kluczowe, aby uniknąć niepożądanych interakcji pomiędzy bezpiecznymi lekami OTC z innymi bezpiecznymi lekami lub suplementami diety^{100, 101}. Zapewnienie wiarygodnych i łatwo dostępnych źródeł informacji jest w szczególności potrzebne dla leków dostępnych w obrocie pozaaptecznym.



54% pacjentów
konsultuje zakup leku z farmaceutą



Rysunek 11. Korzyści stosowania samoleczenia z poziomu różnych perspektyw



Perspektywa pacjenta

- Podjęcie terapii natychmiast po wystąpieniu objawów (np. bólu) prowadzi do zmniejszenia nasilenia objawu i krótszego czasu jego występowania
- Brak konieczności korzystania z porady lekarza oszczędza czas
- Uniknięcie kosztów związanych ze świadczeniem profesjonalnym (dojazd, opuszczenie dnia w szkole lub w pracy)
- Ograniczenie absencji zawodowej / szkolnej lub jej znaczne skrócenie
- Wzrost odpowiedzialności za własne zdrowie i samodzielna możliwość poprawy jakości życia
- Produkty eliminujące powszechne dolegliwości wspierają dobre samopoczucie niezależnie od wieku
- Możliwość zarządzania schorzeniami, łagodzenia objawów i skrócenia czasu powrotu do zdrowia
- Farmaceuci mogą oferować natychmiastowe rozwiązanie, wspierane przez rozbudowany sieci aptek i dostępność porad farmaceuty bez wcześniejszej wizyty

Perspektywa pracodawcy

- Redukcja dni absencji chorobowej
- Utrzymanie lub niewielki spadek efektywności pracowników stosujących samoleczenie
- Wzrost dojrzałości w zakresie samoleczenia może przyczynić się do bardziej efektywnego zarządzania problemem chorób zakaźnych w miejscu pracy
- Pracownicy, którzy samodzielnie radzą sobie z drobnymi dolegliwościami, mogą być bardziej zaangażowani i zmotywowani do pracy
- Skrócenie czasu rekonwalescencji, co przekłada się na szybszy powrót pracowników do pełnej produktywności. W branżach, gdzie praca zdalna jest możliwa, samoleczenie może być skuteczne bez obniżenia efektywności
- W niektórych krajach udzielanie urlopu zdrowotnego bez konsultacji lekarskiej może być dodatkową zachętą do samoleczenia



Perspektywa systemu ochrony zdrowia

- Redukcja obciążenia systemów zdrowotnych umożliwia lepszą alokację zasobów oraz skuteczniejsze leczenie osób z przewlekłymi lub skomplikowanymi schorzeniami
- Mniejsze koszty świadczeń finansowanych umożliwia ją obejmowanie dopłatami NFZ nowych technologii medycznych i rozszerzanie dostępu do tych technologii dla większej liczby osób
- Pacjenci współfinansujący leczenie mogą bardziej racjonalnie podchodzić do korzystania z zasobów, co obniża koszty utylizacji i pozwala skuteczniej zarządzać lekami, ograniczając marnotrawstwo
- Nieregulowane marże poprawiają sytuację ekonomiczną hurtowni i aptek
- Sprzedaż leków bez recepty zwiększa bezpieczeństwo lekowe pacjentów
- Podnoszenie świadomości zdrowotnej pacjentów poprzez edukację może pozytywnie wpływać na stan zdrowia populacji, zmniejszać ryzyko różnych schorzeń i redukować koszty przyszłych świadczeń zdrowotnych



Perspektywa gospodarki

- Utrzymanie aktywności zawodowych pracowników i redukcja dni absencji chorobowej
- Wartość dodana wynikająca z funkcjonowania lokalnych przedsiębiorstw prowadzących działalność wytwórczą w obszarze leków bez recepty
- Działalności badawczo rozwojowe firm produkujących leki OTC, w tym: pozyskiwanie nowych technologii i współpraca z jednostkami zewnętrznymi o charakterze naukowym prowadząca do rozwoju kapitału ludzkiego kraju



Źródło: Opracowanie własne PEX Sp. z o.o., 2023.

96 Medonet. Znamy wyniki sondy – czy leki bez recepty przyjmujemy bezpiecznie. [Online] 15 11 2021. [Zacytowano: 15 10 2023.] <https://www.medonet.pl/zdrowie-bez-recepty/odpowiedzialne-samoleczenie,znamy-wyniki-sondy---czy-leki-bez-recepty-przyjmujemy-beezpiecznie-,artykul,10661968.html>.

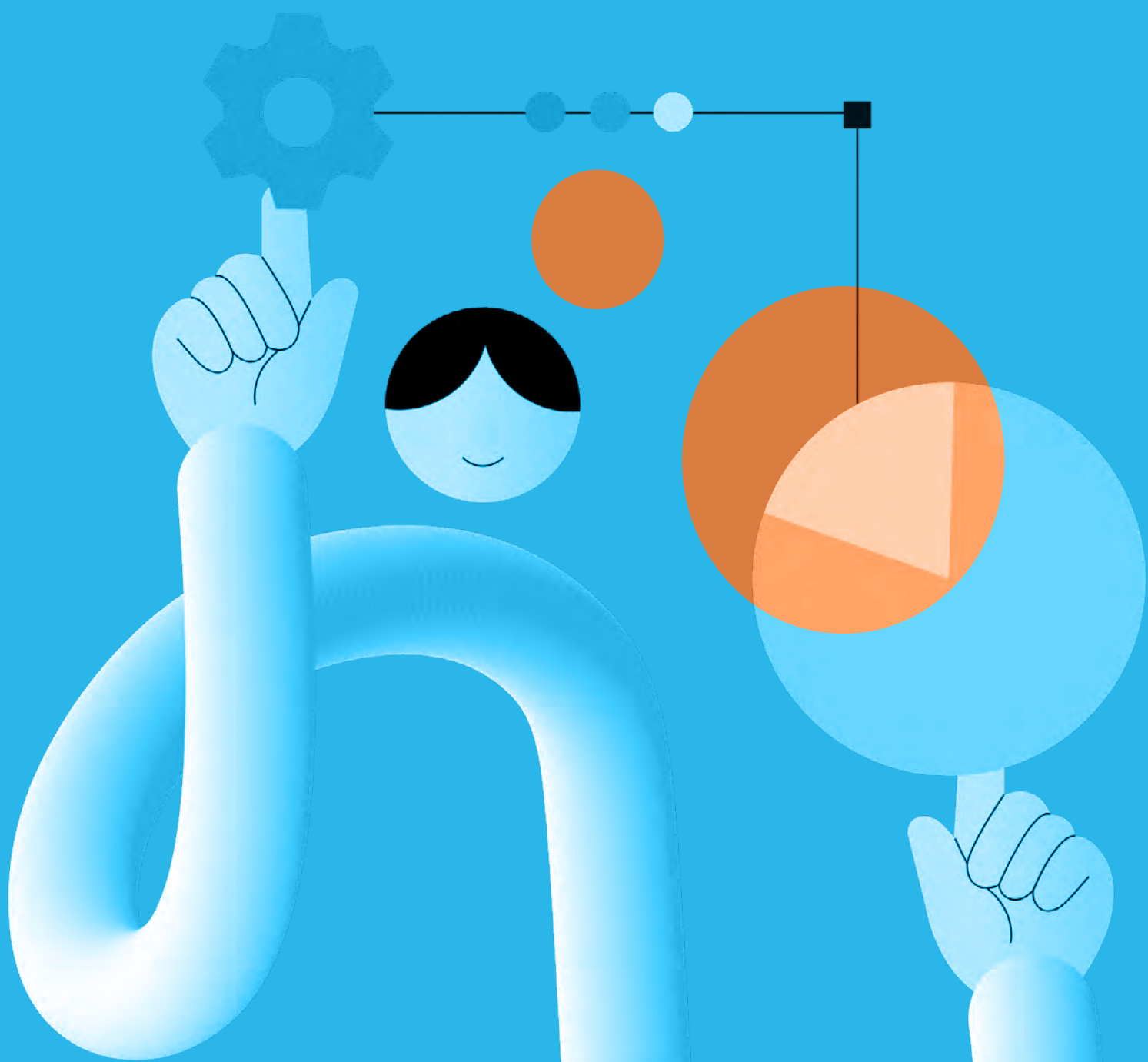
97 Ibidem.

98 Karłowicz-Bodalska K., Sauer N., Jonderko L., Wiela-Hojeska A., Over the Counter Pain Medications Used by Adults: A Need for Pharmacist Intervention, "International Journal of Environmental Research and Public Health" 2023.

99 Pyznar O., Mól N., Zasada M., Zasada W., Mazurek M., Kwinta P., OVER-THE-COUNTER ANTIPYRETICS USE AMONG CHILDREN FROM SOUTHEASTERN POLAND, "Journal of Mother and Child" 25, 2021, Tom 1.

100 Karłowicz-Bodalska K., Sauer N., Jonderko L., Wiela-Hojeska A., Over the Counter... op. cit.

101 Woron J., Andrzej A., Chrobak, Ślęzak D., Siwek M., Unprescribed and unnoticed: Retrospective chart review of adverse events of interactions between antidepressants and over-the-counter drugs, "Frontiers in Pharmacology" 13, 2022, Tom 965432.



5

Ekonomiczne aspekty samoleczenia oraz samoopieki

PEX Sp. z o.o.

Wymiar korzyści ekonomicznych płynących ze stosowania leków bez recepty

5.1

Wnioski



Około 55% drobnych dolegliwości występujących u pacjentów w Polsce podlega samoleczeniu, co plasuje Polskę na pierwszym miejscu w Unii Europejskiej pod względem udziału samoleczenia. Nie ma wątpliwości, że jest to związane z ograniczonym dostępem do profesjonalnej opieki zdrowotnej, problemem niedoboru kadr i zasobów finansowych.



Oszczędności generowane dzięki samoleczeniu pacjentów szacowane są w Europie na 36,72 miliarda euro.



Biorąc pod uwagę potencjał krajowych systemów ochrony zdrowia, mierzony takimi parametrami jak zasięg krajowych systemów zdrowia, przychody, wydatki na zdrowie, liczba lekarzy na tysiąc obywateli, a także produkt krajowy brutto (GDP) na osobę, Polska porównywana jest do takich krajów jak Gruzja, Turcja, Albania, Bułgaria, Rumunia, Serbia, Białoruś i inne. Niższa zasobność systemu ochrony zdrowia państwa generuje istotnie mniejszą redukcję kosztów opieki w przeliczeniu na pacjenta z tytułu samoleczenia w tej grupie krajów (\$27,78) niż w krajach Europy Zachodniej (\$50,48).



Przeciętny Europejczyk oszczędza 2,18 euro. podejmując się samoleczenia w porównaniu z wizytą u lekarza.



Zwiększenie wykorzystania obecnego potencjału rynku samoleczenia może dodatkowo zmniejszyć liczbę wizyt u lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej w Unii Europejskiej o 10-25%, co skutkowałoby dodatkowymi oszczędnościami w wysokości 17,6 miliarda euro (12,52 miliarda euro kosztów medycznych i 5,07 miliarda euro kosztów ponoszonych przez gospodarkę), które można by przeznaczyć na inne niezaspokojone potrzeby pacjentów.



Badania wykazują, że wraz z poprawą dobrobytu ekonomicznego i promocją samoleczenia możliwe jest systematyczne zwiększanie oszczędności systemu ochrony zdrowia z tytułu wzrostu samodzielności obywateli w opiece nad swoim zdrowiem.

Szacuje się, że obecnie w Unii Europejskiej występuje około 1,2 miliarda przypadków drobnych dolegliwości każdego roku¹⁰². Przekłada się to na 3,3 miliona przypadków dziennie. Gdyby każdy pacjent zgłaszał się do lekarza z każdą dolegliwością, w całej Unii Europejskiej potrzebnych byłoby dodatkowych 120 tysięcy lekarzy pierwszego kontaktu (GP) lub obecni lekarze musieliby pracować dodatkowe 144 minut dziennie¹⁰³ (Uwe May, 2023). Około 55% drobnych dolegliwości występujących u pacjentów w Polsce podlega samoleczeniu. Plasuje to Polskę na pierwszym miejscu w Unii Europejskiej pod względem udziału samoleczenia. Z drugiej strony w takich krajach jak Portugalia, Hiszpania, Szwecja czy Norwegia udział samoleczenia wynosi mniej niż 20%¹⁰⁴.

Tak jak wspomniano wcześniej, samoleczenie oszczędza nie tylko czas lekarzy, ale także pieniądze dla gospodarki, czas i pieniądze pacjentów. Bardzo ciekawe w tym kontekście jest przeprowadzone przed wieloma laty badanie Economic and Public Health Value of Self-Medication, w którym wykazano jednoznacznie ekonomiczne korzyści dla europejskiej gospodarki, wynikające ze wzrostu skali samoleczenia¹⁰⁵.

W 2019 roku przeprowadzono analizę korzyści, które niesie stosowanie samoleczenia. Metodologia zakładała podział krajów na 3 grupy, ze względu na takie parametry jak: zasięg krajowych systemów zdrowia, przychody, wydatki na zdrowie, liczba lekarzy na tysiąc mieszkańców, a także produkt krajowy brutto (GDP) na osobę¹⁰⁶.

Tabela 3. . Spis państw wchodzących w skład krajów Europy i Azji Centralnej z podziałem na grupy

KRAJE EUROPY I AZJI CENTRALNEJ						
GRUPA A			GRUPA B			GRUPA C
Austria	Hiszpania	Republika Czeska	Albania	Gruzja	Turcja	Tadżykistan
Belgia	Holandia	Republika Słowacji	Armenia	Kazachstan	Turkmenia	
Chorwacja	Irlandia	Słowenia	Azerbejdżan	Macedonia Północna	Ukraina	
Dania	Litwa	Szwajcaria	Białoruś	Mołdawia	Uzbekistan	
Estonia	Łotwa	Szwecja	Bośnia i Hercegowina	Polska		
Finlandia	Niemcy	Węgry	Bułgaria	Republika Kirgijska		
Francja	Norwegia	Włochy	Cypr	Rumunia		
Grecja	Portugalia	Zjednoczone Królestwo	Federacja Rosyjska	Serbia		

Źródło: The Global Social and Economic Value of Self-Care. [Online] 2022. https://www.selfcarefederation.org/sites/default/files/media/documents/2022-06/FINAL_GSCF%20Socio-Economic%20Research%20Report%202022.pdf.

102 Self-Care in Europe...op.cit. https://aesgp.eu/content/uploads/2023/05/2022-09-19_Self-Care-in-Europe_MayBauer_AESGP_FINAL.pdf.
103 May U., Bauer C., Schneider-Ziebe A., Giulini-Limbach C., Self-Medication in Europe...op.cit.
104 Self-Care in Europe...op.cit.
105 Economic and Public Health Value of Self-Medication, Association of the European Self-Medication Industry 2004.
106 The Global Social and Economic Value of Self-Care,2022. https://www.selfcarefederation.org/sites/default/files/media/documents/2022-06/FINAL_GSCF%20Socio-Economic%20Research%20Report%202022.pdf.

Dla państw zakwalifikowanych do grupy A korzyść ze stosowania samoleczenia w przeliczeniu na pacjenta to \$50,48 oszczędzonych kosztów (refundacja droższych terapii, czas lekarza, itd.), a każdy pacjent może się cieszyć zaoszczędzonymi 259 minutami – w przypadku konsultacji z lekarzem czas ten zostałby poświęcony na dojazd do placówki medycznej, oczekiwanie w kolejce na wizytę u lekarza oraz samą konsultację.

W grupie B, tj. w regionie, do którego zakwalifikowano Polskę, poziom korzyści przedstawiał się następująco:

oszczędność na kosztach była mniejsza (\$27,78), co wynika z mniejszych kosztów pracy (udzielanych świadczeń zdrowotnych) oraz tańszych leków, jednak większa była oszczędność czasu pacjenta (313 minut), co wynika z większych problemów w doprowadzeniu do porady lekarza¹⁰⁷. Pomimo tego, że oszczędzamy mniej pieniędzy niż Europa Zachodnia, to można oszacować, że uzyskiwany poziom oszczędności pozwala Narodowemu Funduszowi Zdrowia na przeznaczenie ponad miliard złotych na leczenie cięższych przypadków¹⁰⁸.

Tabela 4. Szacowane korzyści uzyskane z aktualnego poziomu samoleczenia (2019) w Europie i Azji Środkowej; Polska znajduje się w grupie B

		Grupa A 461 mln ludzi 1 308 mln FT opakowań 1 962 mln OT opakowań	Grupa B 446 mln ludzi 1 549 mln FT opakowań 4 648 mln OT opakowań	Grupa C 9 mln ludzi 288 952 FT opakowań 5 mln OT opakowań
Pierwsza terapia (FT)	Uniknięte koszty w służbie zdrowia	\$33 885 mln	\$12 391 mln	\$2 mln
	Oszczędzony czas pacjenta	1 635 mln godzin	2 324 mln godzin	1 mln godzin
	Oszczędzony czas lekarza	392 mln godzin	310 mln godzin	28 895 godzin
Jedyna terapia (OT)	Zyskana produktywność	2 943 mln dni	6 971 mln dni	8 mln dni
	Wartość zyskanej produktywności	\$413 786 mln	\$232 600 mln	\$33 mln
	Zyskana jakość życia	1 589 133 QALY	3 764 575 QALY	4 447 QALY

Źródło: The Global Social and Economic Value of Self-Care. [Online] 2022. https://www.selfcarefederation.org/sites/default/files/media/documents/2022-06/FINAL_GSCF%20Socio-Economic%20Research%20Report%202022.pdf.

107 Ibidem.
108 Ibidem.

Według innego ujęcia, każde 1 euro przeznaczone na samoleczenie przynosi oszczędności dla danego państwa na poziomie 4,60 euro, które musiałyby zostać wydane na leczenie danego pacjenta, oraz 2,10 euro unikniętych strat dla gospodarki¹⁰⁹. Szacuje się, że dzięki aktualnemu poziomowi samoleczenia, w krajach z grupy B każdy obywatel jest produktywny przez dodatkowe 15,6 dnia w roku¹¹⁰. Dodatkowo, na poziomie europejskim, pacjent podejmując się samoleczenia, oszczędza 2,18 euro, w porównaniu z wizytą u lekarza¹¹¹. Poziom oszczędności przypadającej na pacjenta w przypadku Polski może być niższy od przedstawionego oszacowania – wynika to z niższych kosztów dostępu do świadczeniodawcy, co jest efektem organizacji polskiego systemu ochrony zdrowia (brak współpłacenia pacjenta za wizyty lekarskie). Z tego samego powodu oszczędności dla ochrony zdrowia będą większe. Łącznie oszczędności generowane dzięki samoleczeniu pacjentów szacowane są w Europie na 36,72 miliarda euro¹¹².

Szacuje się, że całkowite wykorzystanie obecnego potencjału rynku samoleczenia może dodatkowo zmniejszyć liczbę wizyt u lekarzy GP w Unii Europejskiej o 10-25%, co skutkowałoby dodatkowymi oszczędnościami w wysokości 17,6 miliarda euro (12,52 miliarda euro kosztów medycznych i 5,07 miliarda euro kosztów ponoszonych przez gospodarkę), które można by przeznaczyć na leczenie poważniejszych schorzeń lub dopłaty do leków OTC. Takie zmniejszenie liczby wizyt skutkowałoby potencjalnym uwolnieniem czasu 58 tysięcy lekarzy, co umożliwiłoby udzielenie świadczeń pacjentom dotkniętym cięższymi schorzeniami lub zmniejszenie czasu pracy dla wszystkich lekarzy w Unii Europejskiej o godzinę¹¹³.

W przywołanym już wcześniej opracowaniu „The Global Social and Economic Value of Self-Care 2022”¹¹⁴, w celu oszacowania potencjalnych oszczędności wynikające z samoleczenia z wykorzystaniem pełnego potencjału aktualnie dostępnych leków OTC, wyodrębniono wpływ trzech czynników:

- dobrobyt ekonomiczny,
- demografia,
- wpływ polityki promującej samoleczenie.

Następnie wymodelowano wzrost każdego z tych czynników pomiędzy rokiem 2019 a 2030. Według założonego modelu wyliczono, że dla wszystkich grup największą zmianą będzie zwiększenie dobrobytu ekonomicznego. Największy efekt widać w grupie B, w której znajduje się Polska, gdzie oceniono, że poziom dobrobytu społecznego w 2030 roku zapewni oszczędności o 52,17% wyższe niż poziom dobrobytu społecznego w roku 2019. W grupie A, czyli najbogatszych krajach, wpływ tego czynnika zwiększy się o 18,37%, zaś w grupie C wzrost ten wyniesie 44,60%.

Wzrost wpływu polityki promującej samoleczenie zwiększy oszczędności spowodowane tym czynnikiem o 10% dla grupy A, 15% dla grupy B oraz 20% dla grupy C. Czynniki demograficzne będą miały największy wpływ na grupę C, gdzie zaobserwujemy wzrost oszczędności o 19,86%. Kraje grupy A zaobserwują jedynie 2,66% wzrostu. Niewiele większy będzie efekt w krajach grupy B gdzie wzrost wyniesie 4,77%).

Tabela 5. Prognozowane dodatkowe korzyści wynikające z samoleczenia w roku 2030 w Europie i Azji Środkowej; Polska znajduje się w grupie B.

		Grupa A 463 mln ludzi 1,701 mln FT opakowań 2,552 mln OT opakowań	Grupa B 456 mln ludzi 2,720 mln FT opakowań 8,161 mln OT opakowań	Grupa C 12 mln ludzi 1 mln FT opakowań 11 mln OT opakowań
Pierwsza terapia (FT)	Uniknięte koszty w służbie zdrowia	\$10 300 mln	\$9 350 mln	\$2 mln
	Oszczędzony czas pacjenta	492 mln godzin	1 757 mln godzin	1 mln godzin
	Oszczędzony czas lekarza	118 mln godzin	234 mln godzin	29 563 godzin
Jedyna terapia (OT)	Zyskana produktywność	885 mln dni	5 270 mln dni	8 mln dni
	Wartość zyskanej produktywności	\$127 000 mln	\$174 461 mln	\$33 mln
	Zyskana jakość życia	477 872 QALY	2 845 948 QALY	4 550 QALY

Źródło: The Global Social and Economic Value of Self-Care. [Online] 2022. https://www.selfcarefederation.org/sites/default/files/media/documents/2022-06/FINAL_GSCF%20Socio-Economic%20Research%20Report%202022062022.pdf.



109 Self-Care in Europe... op. cit.
110 The Global Social and Economic Value of Self-Care... op. cit.
111 Self-Care in Europe... op. cit.
112 May U., Bauer C., Schneider-Ziebe A., Giulini-Limbach C., Self-Medication in Europe... op. cit.
113 Ibidem.
114 The Global Social and Economic Value of Self-Care...op.cit.

Zwiększenie dostępności do kolejnych produktów na rynku samoleczenia (tj. zmiana statusu produktów z Rx na OTC dla kolejnych leków) oraz oszczędności osiągnięte podczas samoleczenia – analiza przypadków

Przypadek nr 1 - Włochy¹¹⁵

Do analizy wybrano leki, które mają status Rx we Włoszech, jednak są lekami OTC w takich krajach jak: Francja, Hiszpania, Niemcy, Wielka Brytania. Przeanalizowano trzy różne modele zachowania się rynku po zmianie klasyfikacji leków: statyczny, w którym cena i wolumen leku nie ulegną zmianie,

- statyczny, w którym cena i wolumen leku nie ulegną zmianie,
- pośredni, w którym ceny leków z listy A (refundowane przez system ochrony zdrowia, leki na choroby ciężkie i przewlekłe) zwiększone zostaną o 10%, a wolumen leków nierefundowanych zwiększy się o 10%,
- maksymalny, w którym cena leków z listy A zwiększa się o 30%, a wolumen zwiększyłby się o 10% dla leków na receptę i 30% dla leków bez recepty, które mogą zostać wydane po konsultacji z farmaceutą.

Analiza przeprowadzona dla rynku włoskiego pokazuje możliwość zaoszczędzenia od 1 do 2,1 miliarda euro (Monica Hildegard Otto, 2018).

Tabela 6. Rodzaje scenariuszy zaproponowanej analizy

Scenariusz	Proponowana zmiana	Oszczędność
Scenariusz statystyczny	Zmiana statusu wszystkich proponowanych molekuł na leki OTC	Między 1,4 a 2,1 mld euro oszczędności dla państwa (26 - 40 euro na osobę)
Scenariusz pośredni		Między 1,3 a 2,05 mld euro (25 - 39 euro na osobę)
Scenariusz maksymalny		Między 1,2 a 1,9 mld euro (22 - 36 euro na osobę)

Źródło: Opracowanie własne na podstawie Monica Hildegard Otto, 2018.

Autorzy opracowania wyliczyli także, że brak refundacji i wzrost cen wymusi podniesienie średniego rocznego budżetu pacjentów na leki OTC o 17,5-21 euro. Jest to kwota niższa niż przewidywane oszczędności nawet w najgorszym scenariuszu, jednak pochodzi ona bezpośrednio z kieszeni pacjentów, a nie z budżetu państwa. Dodatkowo w symulacjach nie uwzględniono uwolnionego czasu pracy lekarzy GP, ponieważ we Włoszech są oni opłacani w zależności od liczby pacjentów, a nie ze względu na czas pracy czy liczbę konsultacji. Czas zyskany na wizytach zastąpionych samoleczeniem może dać w efekcie skrócenie kolejek bądź spowodować możliwość bardziej kompleksowego zajęcia się cięższymi przypadkami. Oba te scenariusze przynoszą dużo korzyści społecznym.

115 Hildegard M., Carla Pillarella O., Jommi C., The Economic Impact of a Switch From Prescription-Only to Non-prescription Drugs in Italy, "Frontiers in Pharmacology", 9, 2018, 1069.

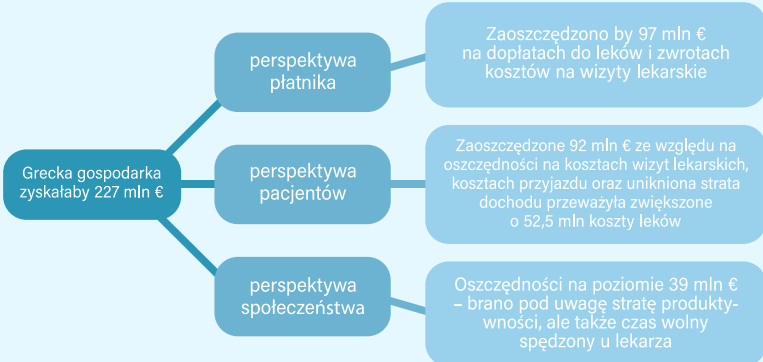
Przypadek nr 2 - Grecja

Na danych z roku 2019 przeprowadzono w Grecji symulację hipotetycznej sytuacji, w której 5% całego wolumenu leków refundowanych zostałoby zmienione na leki OTC. W drugim scenariuszu zmieniono status 60 substancji wybranych przez ekspertów z listy 89 substancji przygotowanej na podstawie danych z innych krajów europejskich¹¹⁶.

W konsekwencji wskazano na potencjalne oszczędności dla greckiej gospodarki na poziomie 227 mln euro w pierwszym scenariuszu i 567,5 mln euro w scenariuszu drugim.

I scenariusz:

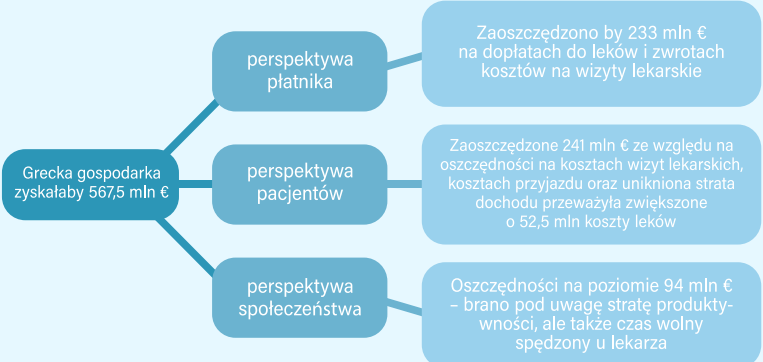
Rysunek 12. Scenariusz zamiany 5% całego woluminu leków refundowanych na leki OTC



Źródło: Opracowanie własne.

II scenariusz:

Rysunek 13. Scenariusz zmiany statusu 60 z listy 89 substancji przygotowanej przez ekspertów



Źródło: Opracowanie własne.

W Polsce, rynek leków OTC z pewnością może być dalej rozwijany, ale spodziewane oszczędności będą prawdopodobnie mniejsze, ponieważ jesteśmy liderem switch Rx-to-OTC^{117, 118, 119, 120}.

Warto jednak podejmować działania na rzecz bezpiecznego i odpowiedzialnego samoleczenia, gdyż starzejąca się populacja będzie generować popyt na świadczenia medyczne, którego zaspokojenie w najbliższych latach może być trudnym do realizacji wyzwaniem dla systemu ochrony zdrowia.

116 Naoum V., Nomikos N., Naoum P., Athanasakis K., Kyriopoulos J., Self-medication in Greece: the financial impact from expanding the OTC market, "International Journal of Pharmacy Practice" 29, 2021.
117 Lasota D., Mirowska-Guzel D., Goniewicz M., The Over-the-Counter Medicines Market in Poland, "International Journal of Environmental Research and Public Health" 19, 2022.
118 Self-Care in Europe... op. cit.
119 The Global Social and Economic Value of Self-Care... op. cit.
120 Global self-care federation. Self-care readiness index, 2021. <https://selfcarepromise.org/wp-content/uploads/2021/09/Self-Care-Readiness-Index-Report-1.pdf>.

5.2

Wpływ samoleczenia na koszty bezpośrednie i pośrednie w zakresie absenteizmu i prezenteizmu

Wnioski



Obecnie w Europie około 1,2 miliarda przypadków drobnych dolegliwości jest leczonych przez samych pacjentów lekami dostępnymi bez recepty. Biorąc pod uwagę dominującą sytuację na rynku zdrowia w krajach europejskich, obecne praktyki samoopieki i samoleczenia przez pacjentów przynoszą oszczędności netto w wysokości 23,3 miliarda euro rocznie w wydatkach na usługi i produkty medyczne. Koszty te zostałyby poniesione przez krajowe systemy opieki zdrowotnej.



Samoopieka pozwala także na następujące oszczędności:

- 10,41 mld euro zostaje zaoszczędzone dzięki zmniejszeniu liczby wizyt lekarskich oraz zmniejszeniu liczby utraconych godzin pracy w związku ze zwolnieniami lekarskimi i stratami wydajności.
- 1 euro wydane na samoopiekę przez pacjenta odpowiada oszczędności 6,70 euro, gdyby pacjenci z drobnymi schorzeniami zgłaszali się do opieki profesjonalnej. Obejmuje to oszczędności w wysokości 4,60 euro dla systemów opieki zdrowotnej i 2,10 euro dla gospodarek krajowych.
- Samoopieka pozwala zaoszczędzić dla gospodarki narodowej 14,14 euro na każdego pacjenta.



Przy braku samoopieki w UE należałoby zatrudnić dodatkowo 120 000 lekarzy lub wydłużyć czas ich pracy o 2,4 godzinny dziennie.

Raport „Zdrowotne korzyści ekonomiczne wynikające z samoopieki w Europie, potencjał do ponownego przemyślenia swojej pozycji w systemie opieki zdrowotnej” podkreśla znaczenie samoopieki i samoleczenia w systemach ochrony zdrowia w obliczu rosnących wyzwań zdrowotnych związanych ze wzrastającymi kosztami opieki zdrowotnej czy zmianami demograficznymi¹²¹. Samoopieka i samoleczenie są wypadkową

wieloobszarowych korzyści społeczno-ekonomicznych. Pozwalają one na osiągnięcie korzyści zdrowotnych oraz zmniejszenie obciążenia systemów opieki zdrowotnej.

Korzyści zdrowotne z samoopieki dotyczą poprawy zdrowia społeczeństw przy leczeniu drobnych dolegliwości, a także poprawy samopoczucia wśród osób z chorobami przewlekłymi. Ostatecznie

samoopieka redukuje ryzyko występowania poważnych chorób¹²². Przykładem możliwości zastosowania samoopieki w chorobach przewlekłych jest choroba zwyrodnieniowa stawów, gdzie odpowiednie leczenie bólu i stanu zapalnego stanowi podstawę terapii, a leki dostępne bez recepty w tym przypadku mogą zapobiec wizytom lekarskim¹²³. Samoopieka może przyczynić się do zmniejszenia obciążenia systemów ochrony zdrowia. Wiele krajów prowadzi politykę zmiany kategorii dostępności produktów leczniczych tzw. switch, inicjowaną przez ministrów właściwych ds. zdrowia danego kraju w ramach realizacji potrzeb zdrowotnych. Dostępność leków dostępnych bez recepty może poprawić dostęp do skutecznego leczenia, zwiększyć autonomię pacjentów i zmniejszyć koszty systemów opieki zdrowotnej. Dodatkowe oszczędności dla społeczeństwa to np. oszczędności związane z absencją w pracy dla poszczególnych osób i opiekunów¹²⁴.

Szacuje się, że we Włoszech 1,7 mld euro wyniosłyby oszczędności społeczne, gdyby przeklasyfikowano leki na receptę na leki wydawane bez recepty, tak jak w innych krajach Unii Europejskiej. Byłoby to równoznaczne z koniecznością przeklasyfikowania 133 milionów opakowań¹²⁵. We Włoszech wpływy do budżetu państwa ze sprzedaży leków bez recepty stanowią 10% ogółu podatków. W Niemczech jest to 19%, a w Wielkiej Brytanii 20%. W Niemczech sprzedano w 2017 roku leki bez recepty o łącznej wartości 6,7 mld euro. We Włoszech wartość ta wyniosła 3,0 mld euro, a w Wielkiej Brytanii 2,4 mld euro. Należy podkreślić, że w Niemczech jest 134 aktywnych substancji czynnych dostępnych bez recepty, we Włoszech 118, a w Wielkiej Brytanii 146. Z kolei w Niemczech 60 euro rocznie wynosi koszt zakupu leków bez recepty na osobę, we Włoszech koszt ten wynosi 30 euro rocznie, a w Wielkiej Brytanii 46 euro rocznie. Obecnie samoopieka



w Niemczech przynosi oszczędności w wysokości 21 mld euro rocznie. Przyszły scenariusz przewiduje dodatkowe oszczędności w wysokości 2,2 mld euro w kosztach leczenia i 426 mln euro w kosztach leków. Dzięki mniejszej liczbie zwolnień lekarskich już można uniknąć dalszych 6 mld euro wydatków i oczekuje się, że zostanie zaoszczędzone dodatkowe 750 mln euro¹²⁶. W Hiszpanii dane wskazują, że zmiana 5% leków wydawanych na receptę na leki bez recepty może przynieść oszczędności w wysokości 3,1 mln euro¹²⁷. Z kolei w Grecji szacuje się, że przestawienie 5% wolumenu całkowitej sprzedaży leków refundowanych na leki dostępne bez recepty doprowadzi do rocznych oszczędności w wysokości 227,57 mln euro. Roczne oszczędności z perspektywy płatnika zdrowotnego, indywidualnego i społecznego oszacowano odpowiednio na 97,06 mln euro, 91,81 mln euro i 38,69 mln euro. Łączne roczne oszczędności wyniosły 567,57 mln euro¹²⁸. W Wielkiej Brytanii szacuje się, że 1,5 mld euro stanowi roczny koszt leczenia schorzeń, które można byłoby leczyć samodzielnie. Tym samym 945 mln euro wydawanych jest na wizyty u lekarza podstawowej opieki zdrowotnej dla schorzeń, dla których można zastosować samodzielne leczenie. 233 miliony euro są wydawane na leki dostępne

121 The health economic benefits of self-care in Europe a potential to rethink its position in the healthcare system, "Vintura" 2020. https://assets.gskstatic.com/corporate/Health-Economic-Study/GSK_report_summary-FINAL.pdf (dostęp dn. 04.12.2022).

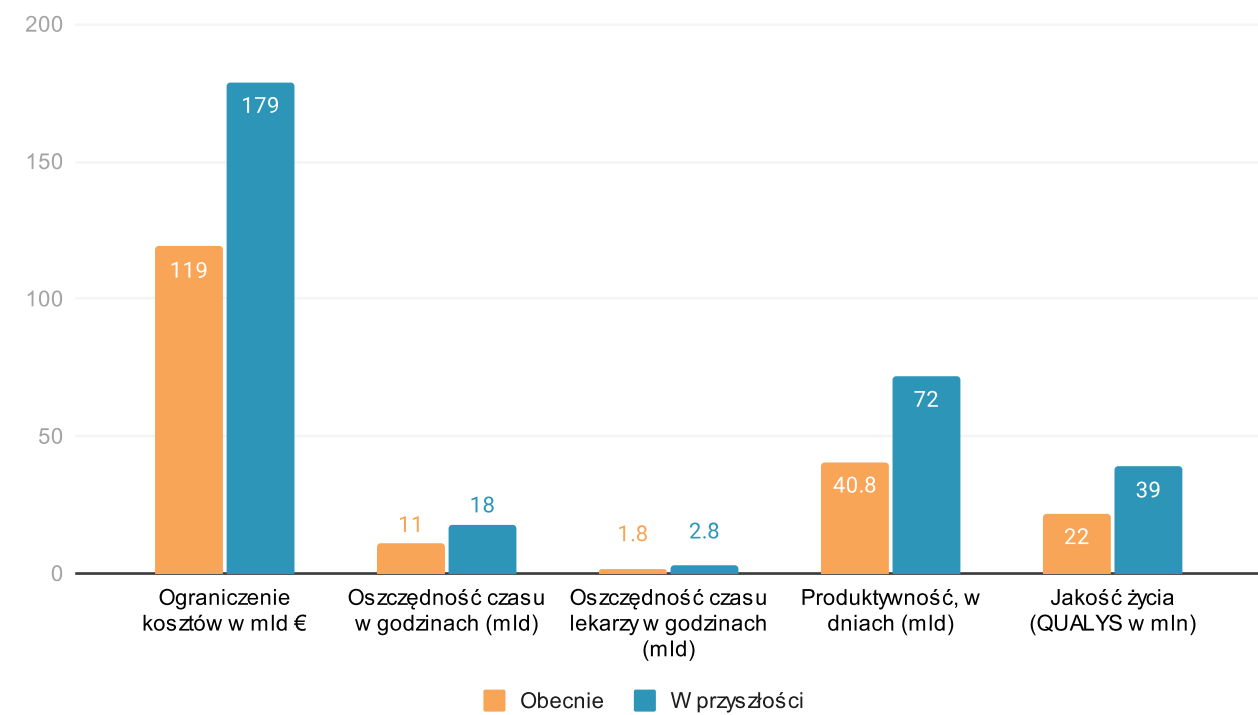
122 Delivering better oral health: an evidence-based toolkit for prevention, "Public health England" 2017. <https://www.gov.uk/government/publications/delivering-better-oral-health-an-evidence-based-toolkit-for-prevention> (dostęp dn. 04.12.2022r.).
 123 Rannou F. I inni Efficacy and safety of topical NSAIDs in the management of osteoarthritis: Evidence from real-life setting trials and surveys, "Semin Arthritis Rheum" 2016;45(4 Suppl):S18-S21. <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0049017215002851> (dostęp dn. 04.12.2022r.).
 124 The Economic and Public Health Value of Self-Medication... op. cit.
 125 Otto M. i inni, The Economic Impact of a Switch From Prescription-Only to Non-prescription Drugs in Italy, "Front. Pharmacol" 2018. <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fphar.2018.01069/full> (dostęp 04.12.2022 r.).
 126 May U, Bauer C., Pharmacy-Based Self-Care Of Minor Ailments - A Health Economic Analysis Focused On The German Healthcare System, "SelfCare" 9(2):27-46 2018.: <https://selfcarejournal.com/wp-content/uploads/2018/05/May-Bauer-9.2.27-46.pdf> (dostęp 04.12.2022 r.).
 127 The Economic Impact of an Hypothetical Rx-To-otc Switch in Spain, "Value in Health" 2018. <https://aesgp.eu/content/uploads/2021/01/The-economic-impact-of-an-hypothetical-Rx-to-OTC-switch-in-Spain-Study.pdf> (dostęp 04.12.2022 r.).
 128 Naoum V., Self-medication in Greece: the financial impact from expanding the OTC market, "International Journal of Pharmacy Practice" 2021, Volume 29, Issue 6, <https://academic.oup.com/ijpp/article/29/6/541/6388146> (dostęp 04.12.2022 r.)

bez recepty^{129, 130}. Ponadto autorzy raportu „A self-care White Paper: supporting the delivery of the NHS Long Term Plan” wskazują na to, że każdego roku możliwe jest zaoszczędzenie ponad 1,75 mld euro w przypadku realizacji samoopieki oraz samoleczenia dla chorób przewlekłych i drobnych schorzeń. Przegląd dostępnej literatury naukowej wskazuje na to, że każde euro zainwestowane w leki bez recepty oszczędza 5,20 euro kosztów bezpośrednich dla systemu opieki zdrowotnej w Austrii¹³¹.

W raporcie „The Global Social and Economic Value of Self-Care, 2020” zaprezentowano szacunki wzrostu oszczędności względem stanu wyjściowego. Znaczne oszczędności zostaną zaobserwowane w ograniczeniu kosztów – z obecnych 119 mld do 179 mld euro oszczędności¹³².



Wykres 12. Porównanie wybranych parametrów korzyści z zastosowania samoopieki w Europie



Źródło: Opracowanie własne na podstawie „The Global Social and Economic Value of Self-Care”, 2020.

129 A self-care White Paper: supporting the delivery of the NHS Long Term Plan, PAGB, 2019. Źródło: https://www.pagb.co.uk/content/uploads/2019/03/PAGB_Self-Care_White-Paper_v1-0.pdf (dostęp 04.12.2022 r.).
130 Shaping the future. Together, PAGB 2019. https://www.atlanticcouncil.org/wp-content/uploads/2020/11/Annual-Report-2019_20.pdf (dostęp 04.12.2022 r.)
131 May U., Bauer C., The health economic significance of OTC preparations in Austria. Vienna 2013. <https://www.may-bauer.de/project/gesundheitsoekonomisch-otc-oesterreich/>
132 The Global Social and Economic Value of Self-Care, GSCF 2020, <https://www.selfcarefederation.org/sites/default/files/media/documents/2022-05/GSCF%20Socio-Economic%20Research%20Executive%20Summary%20v16%20CDG.pdf> (dostęp dn. 04.12.2022r.)

Wszystkie kraje europejskie stoją przed wyzwaniem, jakim jest rosnący niedobór zasobów kadr medycznych, przy jednoczesnym kryzysie demograficznym. Widać jednak również rosnące możliwości związane z innowacjami w obszarze ochrony zdrowia¹³³. Odpowiedzią na te wyzwania jest samoleczenie, które może znacznie odciążyć publiczny system opieki zdrowotnej. Alternatywą dla samoleczenia, nawet w przypadku drobnych dolegliwości, jest konsultacja z lekarzem Podstawowej Opieki Zdrowotnej (rzadziej lekarzem specjalistą). W porównaniu z innymi krajami europejskimi. in. Danią, Wielką Brytanią, Francją, Holandią czy Szwecją, pacjenci m.in. z Austrii i Niemiec wielokrotnie częściej korzystają z konsultacji z lekarzem POZ^{134, 135}. W wielu krajach zarówno pacjenci, jak i lekarze odczuwają znaczny brak czasu na opiekę nad pacjentem w codziennej praktyce lekarskiej^{136, 137}. Sytuacja ta może się jeszcze pogorszyć, biorąc pod uwagę pojawiający się niedobór zasobów kadr medycznych w podstawowej opiece zdrowotnej.

Badania populacyjne wykazały roczny wskaźnik ponad 6,6 miliarda drobnych dolegliwości w całej Europie, jak przeziębienie, łagodny ból głowy, zaburzenia żołądkowo-jelitowe, zgaga. W większości tych drobnych dolegliwości pacjenci mogą podejmować samodzielne leczenie. Jednocześnie objęte analizą badania populacyjne wykazały, że co najmniej połowa z wymienionych konsultacji lekarskich z powodu drobnych dolegliwości odbyła się pomimo braku wskazań medycznych.

Przeprowadzona analiza badań dostarcza wniosku, że samoleczenie jest bezpieczną i odpowiednią formą terapii drobnych dolegliwości, pod warunkiem spełnienia warunków instytucjonalnych, prawnych oraz standardów informacyjnych pacjentów. W oparciu o aktualny stan wiedzy naukowej nie ma różnicy w korzyściach dotyczących punktów końcowych istotnych dla pacjenta, porównując samoopiekę, wspartą poradami lekarskimi i farmaceutycznymi z poradą lekarską w przypadku

drobnych dolegliwości. Samoleczenie wnosi cenny wkład w efektywność nowoczesnych systemów opieki zdrowotnej. Z punktu widzenia zdrowia publicznego zasadny jest dalszy rozwój badań naukowych i analiz ekonomicznych dotyczących zdrowia i pokazujących, w jakim stopniu samoleczenie pacjentów, zwłaszcza przy aktywnym wsparciu ze strony aptek, mogłoby złagodzić wyzwania europejskich systemów opieki zdrowotnej związane z niedoborem zasobów, w tym kadr medycznych.

Ogółem w krajach europejskich objętych badaniem prawie 1,19 mld drobnych dolegliwości rocznie leczy się za pomocą samodzielnego leczenia¹³⁸. Biorąc pod uwagę wszystkie rodzaje kosztów, samoopieka znacznie oszczędza czas i koszty, w porównaniu z wizytami lekarskimi. Samoopieka zmniejsza obciążenie europejskich systemów opieki zdrowotnej i gospodarek krajowych. Jednak bardziej daleko idące analizy perspektywiczne pokazują, że te efekty łagodzenia rozkładają się nierównomiernie wśród interesariuszy i uczestników systemów, a efekty są widoczne dopiero w dłuższej perspektywie.

Na natychmiastowe i krótkoterminowe efekty składają się wyraźnie zmniejszone koszty czasu wizyt lekarskich, co jest ważne zarówno dla pacjentów jak dla lekarzy. Wpływ budżetowy na systemy opieki zdrowotnej jest złożony. Przedstawiono przegląd zagregowanych skutków w wymiarze kosztowym i czasowym, według obecnie realizowanej samoopieki w praktykowanej formie i częstotliwości. Dotyczyła ona około 1,2 miliarda rocznie przypadków samoleczenia.

133 Self-Care in Europe...op.cit.
134 Koch-Institut (Hrsg), Gesundheit in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes 2015. Gemeinsam getragen von RKI und Destatis, RKI, Berlin 2015.
135 Köcher R., MLP Gesundheitsreport 2012/13, Berlin 2013, <http://www.mlp-ag.de/presse/gesundheitsreport/gesundheitsreport-2012-13>
136 May U., Bauer C., Pharmacy-based Self-care of Minor Ailments – A Health Economic Analysis Focused on the German Healthcare System, "In: SelfCare Journal." 9(2)/2018.
137 McKee S., GPs dealing with 'unsafe' work load, 2018, http://www.pharmatimes.com/news/gps_dealing_with_unsafe_work_load_1217707
138 May U., Bauer C., Self-treatment and pharmacy. A socio- and health-economic report...op.cit

Wykres 13. Porównanie oszczędności samoleczenia z różnych perspektyw - Europa ogółem

Liczba drobnych dolegliwości leczona samodzielnie na rok		1 189 149 286,58
Perspektywa pacjenta	Całkowity koszt leków (euro)	850 206 039,43
	Udział pacjenta w kosztach wizyty lekarskiej (euro)	- 3 444 947 335,01
	Czas pacjenta (min)	- 126 134 003 629,51
Perspektywa lekarza	Czas lekarza (min)	- 13 275 078 491,87
Perspektywa krajowego systemu opieki zdrowotnej	Koszt leczenia przez lekarzy (euro)	- 16 648 499 015,03
	Koszt leków Rx (euro)	- 6 535 769 177,40
	Całkowite oszczędności	- 23 184 268 192,43
Perspektywa gospodarki narodowej	Nieobecność w pracy z powodu zwolnienia lekarskiego (euro)	- 5 763 916 371,40
	Utrata produktywności związana z leczeniem (euro)	- 4 651 221 135,47
	Całkowite oszczędności	- 10 415 137 506,87
	Nieobecność w pracy z powodu zwolnienia lekarskiego (min)	- 14 269 791 438,94
	Utrata produktywności związana z leczeniem (min)	- 11 515 079 550,63

Źródło: Opracowanie własne na podstawie: Cost savings from different stakeholder perspectives – Europe total, Self-Care in Europe: Economic and Social Impact on Individuals and Society. Project on behalf of the Association of the European Self-Care Industry (AESGP), 2021.

Przeciętny przypadek samoopieki, w ramach którego pacjent korzysta z leków bez recepty (OTC), kosztuje od 2,53 do 6,61 euro, w zależności od branej pod uwagę grupy krajów. Osoba, która poprzez wizytę u lekarza staje się pacjentem, ponosi przeciętne koszty w wysokości od 3,41 do 29,91 euro,

na które składają się koszty leków kupowanych przez pacjenta oraz dopłaty ustawowe – wynikające najczęściej z ubezpieczenia. W zależności od grupy krajów przeciętnie samoopieka kosztuje pacjenta od 1,11 do 1,49 euro, co pozwala zaoszczędzić od 0,71 do 23,30 euro¹³⁹.

139 Ibidem.

Średni czas potrzebny do odbycia wizyty u lekarza, obejmujący czas dojazdu, czas oczekiwania, czas leczenia, czas konsultacji, czas wizyty w aptece w celu uzyskania leku na receptę – 114,76 min.

Średni czas samoopieki – 8,68 min¹⁴⁰.

Samodzielne leczenie – zamiast wizyty u lekarza – w przypadku drobnej dolegliwości pozwala pacjentowi zaoszczędzić średnio 2,18 euro i 106 minut. Średnio 22 minuty, poświęcane na wizytę u jednego lekarza, odbywają się w godzinach pracy, a zatem jest to istotne z ekonomicznego punktu widzenia¹⁴¹. To niematerialny czynnik kosztowy, który ma duże znaczenie dla pacjentów.

W porównaniu finansowym na poziomie indywidualnego pacjenta wzięto pod uwagę fakt, że wydatki krajowych systemów opieki zdrowotnej wynikające z leczenia muszą ostatecznie ponieść pacjenci (podatnicy lub płatnicy, poprzez finansowanie z podatków lub składek ubezpieczeniowych). Uwzględnienie faktu współfinansowania systemu opieki zdrowotnej przez pacjentów za pomocą składek i podatków, wskazuje na to, że w efekcie powstaną wyższe oszczędności dla pacjentów.

W ujęciu zbiorczym dane wskazują, że europejscy pacjenci są obciążani kwotą 2,63 miliarda euro rocznie z tytułu samodzielnego leczenia lekami OTC w obecnie praktykowanym zakresie¹⁴².

Jednocześnie wydatki na leki Rx wynoszące 1,78 miliarda euro i koszty wizyt lekarskich wynoszące 3,44 miliarda euro ponoszone przez pacjentów mogą zostać zredukowane poprzez samoleczenie i rezygnację z wizyty u lekarza. Autorzy Raportu szacują, że dzięki leczeniu drobnych dolegliwości za pomocą samoleczenia możliwe jest zaoszczędzenie ok. 2,59 miliarda euro rocznie. Szacowany czas

zaoszczędzony dzięki samoopiece wynosi około 126 miliardów minut, czyli około 2,1 miliarda godzin rocznie¹⁴³.

Jednym ze skutków, który ma ogromne znaczenie dla całej populacji pacjentów, jest fakt, że samoopieka uwalnia także znaczną część potencjału zasobów kadrowych sektora ochrony zdrowia do alternatywnych zastosowań. W obecnym stanie oznacza to 221 milionów godzin pracy lekarzy rocznie. W warunkach niedoborów kadr medycznych i innych wyzwań skutkuje to natychmiastowymi korzyściami medycznymi dla pacjentów, którzy pilnie potrzebują pomocy lekarskiej.

Poza aspektami wymiernymi i możliwymi do oceny korzyści płynących z samoleczenia z punktu widzenia pacjenta są również korzyści o charakterze somatycznym, psychicznym, psychologicznym i społecznym. Jest to szczególnie ważne, jeśli samoopiekę można wybrać jako alternatywę dla terapii lekarskiej, a obie ścieżki leczenia zapewniają równoważne korzyści medyczne¹⁴⁴.

Wzmocniona zostaje indywidualna autonomia odpowiedzialnego pacjenta. W dziedzinie opieki zdrowotnej samoopieka oznacza niezależność, samostanowienie i wolność. Większość Europejczyków przywiązuje dużą wagę do tych aspektów. Samoopieka i samoleczenie ułatwiają i przyspieszają dostęp do leczenia dolegliwości, a tym samym tworzą cenną dodatkową korzyść dla pacjenta. Należy podkreślić, że samoopieka jest tylko jedną z możliwości w większości krajów i nie odbiera pacjentom swobody wizyty u lekarza.

Jeżeli pacjent z drobną dolegliwością zamiast leczyć się samodzielnie, zgłasza się do lekarza, średni koszt netto recepty dla publicznego systemu opieki zdrowotnej, po odliczeniu refundacji i dopłat, wynosi 10,64 euro. Nie dotyczy to innych usług, które mogły zostać zlecone przez lekarza (np. fizjoterapia i inne). Łącznie na tej podstawie samoopieka pozwala obecnie europejskim systemom opieki zdrowotnej

140 May U., Bauer C., Pharmacy-based Self-care of Minor Ailments...op.cit.
141 [https://www.valueinhealthjournal.com/article/S1098-3015\(15\)02222-6/fulltext?_returnURL=https%3A%2F%2Flinkinghub.elsevier.com%2Fretrieve%2Fpii%2FS1098301515022226%3Fshowall%3Dtrue](https://www.valueinhealthjournal.com/article/S1098-3015(15)02222-6/fulltext?_returnURL=https%3A%2F%2Flinkinghub.elsevier.com%2Fretrieve%2Fpii%2FS1098301515022226%3Fshowall%3Dtrue).
142 May U., Bauer C., The health economic significance of OTC preparations in Austria. Vienna 2013. <https://www.may-bauer.de/wp-content/uploads/sites/109/2019/11/otc-pr%C3%A4parate-%C3%B6sterreich.pdf>.
143 Cost savings from different stakeholder perspectives – Europe total, Self-Care in Europe: Economic and Social Impact on Individuals and Society. Project on behalf of the Association of the European Self-Care Industry, AESGP, 2021.
144 May U., Bauer C., Self-treatment and pharmacy. A socio- and health-economic report...op.cit.

zaoszczędzić 6,5 miliarda euro (netto) na kosztach leków rocznie. Z punktu widzenia systemu opieki zdrowotnej całkowite oszczędności wynikające z samoopieki odpowiadają w przybliżeniu 6% całkowitych wydatków Europy w sektorze ambulatoryjnym i 11% całkowitych detalicznych wydatków na produkty farmaceutyczne w Unii Europejskiej. W przyszłości można będzie zaoszczędzić dalsze koszty przepisywania leków dzięki zwiększeniu samoopieki wśród pacjentów.

Zachęty do promowania samoopieki są zatem obecne zarówno na poziomie indywidualnych płatników, jakimi są pacjenci, jak i na poziomie państwowych systemów opieki zdrowotnej (np. w Wielkiej Brytanii i Włoszech).

Bez umożliwienia samoopieki w Europie potrzebnych byłoby około 120 000 dodatkowych lekarzy, a lekarz pierwszego kontaktu w Europie musiałby pracować średnio 2,4 godziny dłużej dziennie¹⁴⁵.

Z ekonomicznego punktu widzenia oraz z perspektywy pracodawców prywatnych i publicznych należy zauważyć, że każda drobna dolegliwość, którą leczą pacjenci na własną odpowiedzialność, oszczędza gospodarce europejskiej stratę produktywności o wartości 14,14 euro. Samoleczenie pozwala uniknąć 210 051 dni niezdolności do pracy rocznie, co stanowi 5,8 miliarda euro w wyniku ograniczenia wizyt u lekarzy w godzinach pracy. Jednocześnie samoleczenie wpływa na ograniczenie zwolnień lekarskich i nieobecności w pracy z powodu choroby o ok. 149 000 dni i wartości około 4,7 miliarda euro rocznie¹⁴⁶.

Ekonomiczny i społeczny wpływ samoopieki na jednostki i społeczeństwo w Europie jest złożony i wieloaspektowy. Ograniczona jest liczba badań na temat gospodarczego i społecznego wpływu dbania o siebie w Europie. Większość badań skupia się na krajach Europy Zachodniej i Południowej. Prawie połowa publikacji dotyczących zachowań i postaw wobec samoopieki dotyczy krajów Europy Wschodniej. Odpowiednie badania i kwestionariusze dotyczące poglądów na temat samoopieki wskazują na rosnące zainteresowanie wspieraniem kultury samoopieki i zwiększaniem wykorzystania samoopieki w takich krajach jak Chorwacja, Estonia, Polska, Słowacja i Słowenia. Aktualne dowody wskazują na zmniejszenie liczby wizyt lekarskich i zmniejszenie liczby leków na receptę (leków Rx) oraz ich zamianę na leki bez recepty (OTC).

Niezbędne są dalsze badania nad społeczną i ekonomiczną wartością samoopieki w Europie, które wymagałyby zebrania danych z każdego kraju, a na ich podstawie zostałaaby wykonana analiza ekonomiczna. Rekomendowane jest także włączenie ekspertów do realizacji takich badań.

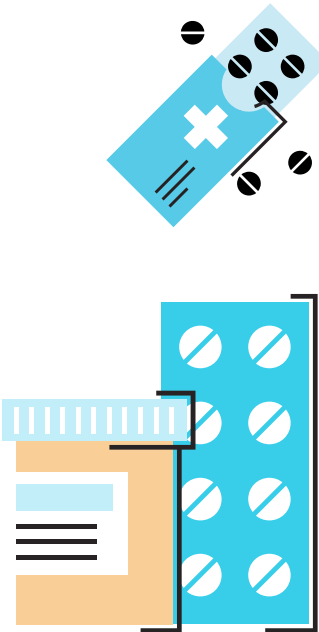
Tabela 7. Podsumowanie oszczędności dzięki samoopiece z różnych perspektyw

Każdy przypadek samoopieki oszczędza średnio 14,14 euro rocznie dla gospodarki narodowej	
Perspektywa pacjenta	Perspektywa gospodarki narodowej
1 Pacjenci w Europie oszczędzają średnio 106 minut realizując samoopiekę zamiast odwiedzać lekarza rodzinnego 2 22 minuty (21%) tego czasu pacjenta to czas pracy 3 Wartość ekonomiczna tego czasu wynosi 9,30 euro	1 Dzięki samoopiece pacjentów gospodarki narodowe mogą zaoszczędzić średnio 12 minut zwolnienia lekarskiego możliwego do uniknięcia z medycznego punktu widzenia 2 Wartość ekonomiczna tego czasu wynosi 4,84 euro

Źródło: Opracowanie własne na podstawie: Ostermann H., Renner A.-T., Bobek J., Schneider P., Vogler S. A cost/benefit analysis of self-care systems in the European Union. Final report. Vienna, 2015. https://jasmin.goeg.at/id/eprint/396/1/Self_Care_final%20report_20150629.pdf.

145 Make selfcare products a lever for resilience and access to proximity care in France - Report. AFIPA, Paris 2020. <https://neres.fr/wp-content/uploads/2021/02/Lever-for-resilience-and-access-to-proximity-care.pdf>.

146 Göbel H., Braun J., Petersen-Braun M., Gessner U., Pharmacoeconomic benefits of self-medication in Germany - empirical study using the example of migraines and headaches. Health Economics & Quality Management. 21(1), 2015. <https://schmerzlinik.de/wp-content/uploads/2015/08/pharmakoeconomischer-nutzen-der-selbstmedikation-in-deutschland.pdf>.



Narzędzia i inicjatywy na rzecz odpowiedzialnego samoleczenia

Rola opieki farmaceutycznej w procesie samoleczenia

6.1

Wnioski



W świetle współczesnych wyzwań, przed którymi stoją światowe systemy opieki zdrowotnej, odpowiedzialne samoleczenie odegrać może kluczową rolę w poprawie zdrowia publicznego.



Wzmacnianie roli i dostępności samoleczenia, poprzez zintegrowanie opieki farmaceutycznej z innymi elementami systemu ochrony zdrowia, systematyczną edukację zdrowotną społeczeństwa i zwiększenie nakładów na profilaktykę to jedyna droga do pokonania niewidzialnej epidemii, którą jest niewystarczająca świadomość zdrowotna społeczeństw.

„Brak wiedzy o zdrowiu to niewidzialna epidemia, zaniedbany obszar zdrowia publicznego”.

*Kristine Sørensen
– Global Health Literacy Academy*

Zarówno Komisja Europejska, jak i WHO podkreślają liczne korzyści płynące z samoleczenia, w tym szczególnie jego korzystny wpływ na spadek zużycia zasobów opieki zdrowotnej oraz ograniczenie publicznych wydatków na zdrowie¹⁴⁷. Podkreśla się, że wysoka świadomość zdrowotna społeczeństwa, zarówno w przypadku osób zdrowych jak przewlekle chorych, przekłada się na dbałość o zdrowie i zmniejsza ryzyko konieczności interwencji medycznych.

Bardzo ciekawe są dane pochodzące z Eposi

Barometer, badającego postawy wobec samoleczenia w wielu krajach Europy. 80% Europejczyków przyznaje, że czują się odpowiedzialnymi za własne zdrowie i są gotowi o nie dbać. Jednak tylko 5-7% respondentów (w zależności od regionu Europy) podaje, że ich poziom wiedzy na temat samoleczenia jest bardzo wysoki¹⁴⁸. Z kolei według danych badania M-POHL opublikowanego w 2021 r., analizującego poziom świadomości zdrowotnej Europejczyków, niemal połowa (46%)¹⁴⁹ mieszkańców starego kontynentu nie ma umiejętności wykorzystywania informacji do podejmowania decyzji związanych z własnym zdrowiem, a zatem nie jest zdolna do prowadzenia odpowiedzialnego samoleczenia. Dane te wskazują z pewnością nie tylko na pilną potrzebę edukowania społeczeństwa, ale także na konieczność integracji samoopieki ze wszystkimi strukturami systemu opieki zdrowotnej.

¹⁴⁷ EU, Commission of the European Communities, 2008.

¹⁴⁸ <https://ehff.eu/wp-content/uploads/2013/11/8.-Epposi-Self-Care-Barometer-2013.pdf>.

¹⁴⁹ https://m-pohl.net/sites/m-pohl.net/files/inline-files/HLS19_International%20Report%20%28002%29_0.pdf.

Kluczową rolę w tym zakresie odegrać powinien farmaceuta, jako profesjonalista w systemie ochrony zdrowia, który ma szeroką wiedzę na temat stosowanych przez pacjentów preparatów i jest zobligowany do udzielania porad pacjentowi zapisami Ustawy o Zawodzie Farmaceuty z dnia 10. 12. 2020 r. Rola farmaceuty w Polsce ulega obecnie redefinicji – zawód ten z funkcji wykonawczej przejmuje funkcję doradczą/ ekspercką w całym procesie leczenia, a zatem również wobec pacjenta stosującego samoleczenie.



Opieka farmaceutyczna szansą na poprawę poziomu świadomości zdrowotnej społeczeństwa

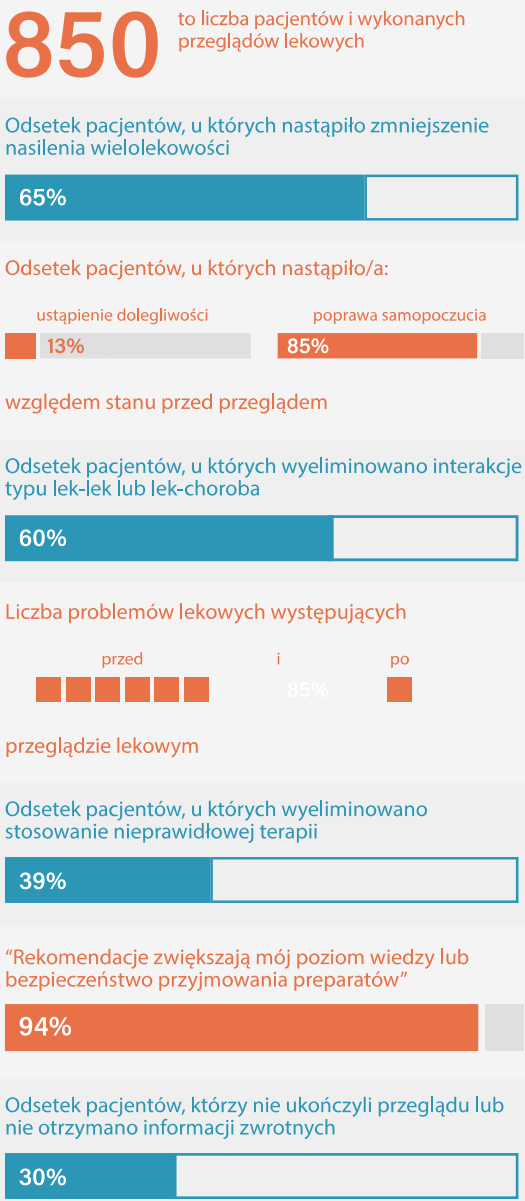
Jakie już dziś mamy obserwacje na temat roli farmaceutów w poprawie bezpieczeństwa samoleczenia w Polsce?

W Polsce na mocy Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 2.12.2021 r. zrealizowano Pilotażowy Program Przeglądów Lekowych, którego wyniki zaprezentowano podczas Gali Podsumowania Programu w czerwcu 2023 r. Program ten jest pierwszym w historii polskiej farmacji projektem, który zmienia sposób patrzenia na zawód farmaceuty, stawiając go w roli eksperta od farmakoterapii i edukatora społeczeństwa w zakresie odpowiedzialnego, bezpiecznego samoleczenia.

W ramach projektu szczególnie przygotowani farmaceuci w całej Polsce wykonali wystandaryzowane przeglądy lekowe, polegające na całościowej ocenie farmakoterapii (ze szczególnym uwzględnieniem samoleczenia) u 850 pacjentów z wielochorobowością i wielolekowością. W wyniku tych interwencji opracowane zostały Indywidualne Plany Opieki Farmaceutycznej (IPOF), o których dyskutowano z pacjentami i lekarzami rodzinnymi, w celu optymalizacji prowadzonego leczenia.

Efektem projektu jest spadek wielolekowości, poprawa bezpieczeństwa farmakoterapii, samopoczucia pacjentów, zwiększenie poziomu ich wiedzy na temat leczenia, a także wysoki stopień akceptacji zaleceń farmaceutów. Wskaźniki realizacji wspomnianego projektu zaprezentowano na rysunku poniżej.

Rysunek 14. Wskaźniki realizacji pilotażowego programu przeglądów lekowych

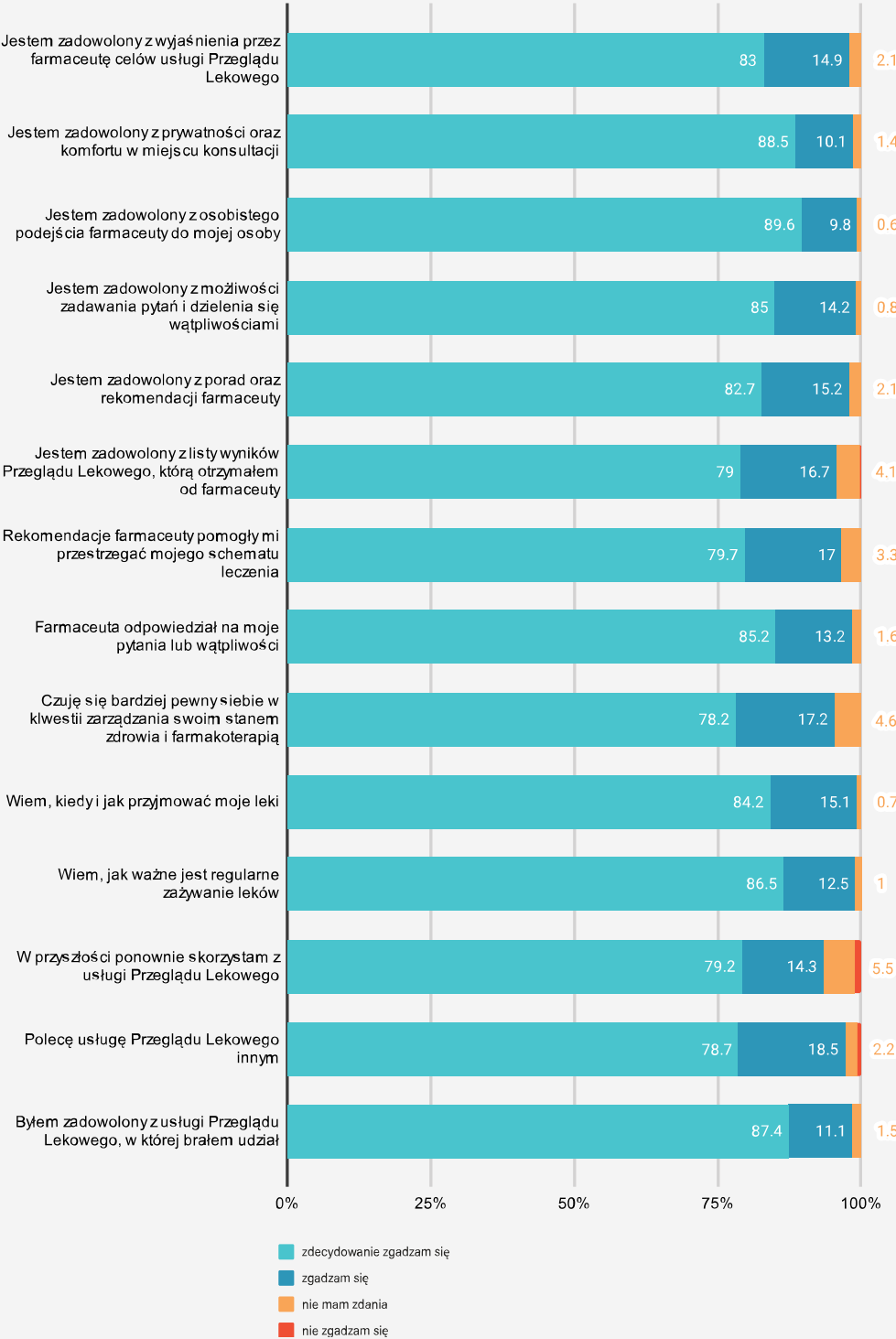


Źródło: prezentacja z Gali Podsumowania Pilotażowego Programu Przeglądów Lekowych w Warszawie 30.06.2023).

Pacjenci biorący udział w pilotażowym programie przeglądów lekowych zapytani o opinię na temat sposobu realizacji przeglądu lekowego wyrazili zadowolenie z porad farmaceutów i potwierdzili, iż uzyskali odpowiedź na pytania i wątpliwości odnośnie do leczenia. Aż 95,4% pacjentów przyznało, iż czują

się bardziej pewni siebie w kwestii zarządzania swoim stanem zdrowia i farmakoterapią, a 93,5% potwierdziło, iż w przyszłości skorzystają z usługi przeglądu lekowego. Wszystkie opinie pacjentów zebrano na rysunku poniżej.

Wykres 14. Ocena procesu realizacji przeglądów lekowych przez pacjentów (n=511 pacjentów)



Źródło: Prezentacja z Gali Podsumowania Pilotażowego Programu Przeglądów Lekowych w Warszawie, 30.06.2023).

Jak bezpiecznie zwiększyć rolę samoleczenia w systemach opieki zdrowotnej?

Według Raportu „Redefining the role of self-care in Europe Vision, barriers, and recommendations to empower people to self-care”¹⁵⁰, do kluczowych aspektów, które są istotne dla potencjalizacji roli odpowiedzialnego samoleczenia, zaliczyć należy edukację prozdrowotną, zwiększanie roli farmaceutów i popularyzację dostępu do rzetelnych źródeł informacji w obszarze profilaktyki zdrowotnej dla wszystkich grup społecznych, ze szczególnym uwzględnieniem osób o niskich dochodach i/ lub cierpiących na choroby przewlekłe, zintegrowanie samoleczenia z systemami ochrony zdrowia oraz zwiększanie dostępu społeczeństwa do samoleczenia. Bardzo istotne jest zintegrowanie opieki farmaceutycznej finansowanej ze środków publicznych z innymi elementami systemu opieki zdrowotnej – budowanie współpracy pomiędzy pacjentami a profesjonalistami ochrony zdrowia oraz tworzenie narzędzi wymiany informacji wspomagających ten proces.



Odpowiedzialna edukacja na rzecz samoleczenia – inicjatywy międzynarodowe i krajowe

6.2

Wnioski



Samoleczenie jest ważnym tematem badań i analiz, a także działań edukacyjnych podejmowanych na poziomie zarówno międzynarodowym jak krajowym, mającym na celu wnikliwą eksplorację tego zjawiska i zwiększenie kompetencji zdrowotnych ludzi.



Wiele organizacji międzynarodowych i krajowych podejmuje inicjatywy informacyjne i edukacyjne dotyczące samoleczenia i samoopieki, w których zwraca się uwagę na:

- konieczność ostrzegania pacjentów przed pseudonauką i terapiami bez dowodów medycznych,
- propagowanie sprawdzonych źródeł w zakresie bezpiecznego leczenia,
- konieczność podnoszenia świadomości pacjentów na temat bezpiecznej farmakoterapii i podnoszenie kompetencji zdrowotnych społeczeństwa,
- monitorowanie jakości informacji w mediach cyfrowych, nadanie w edukacji zdrowotnej specjalnego priorytetu kompetencjom zdrowotnym i samoleczeniu, a także wspieranie upowszechniania rzetelnej wiedzy na ten temat we wszystkich środkach masowego przekazu.



Priorytety WHO w zakresie samoleczenia to bezpieczeństwo leków w sytuacjach wysokiego ryzyka, zmniejszenie ryzyka polipragmazji i bezpieczeństwo leków podczas zmiany form opieki.



Najważniejsze inicjatywy, wymagające propagowania, upowszechniania w zakresie samoopieki i samoleczenia to:

- indeks gotowości do samoopieki (Self-Care Readiness Index), służący jako praktyczne narzędzie do lepszego zrozumienia czynników warunkujących samoopiekę oraz sposobów poprawy,
- matryca samoopieki (Self-Care Matrix – SCM), narzędzie służące do konceptualizacji i rozwoju różnych powiązanych ze sobą elementów samoopieki.

Samoleczenie i samoopieka – wybrane kluczowe międzynarodowe inicjatywy informacyjne i edukacyjne

Światowe Towarzystwo Medyczne

Na konieczność bezpiecznego samoleczenia i odpowiedzialnej edukacji tego dotyczącej, zwróciło uwagę Światowe Towarzystwo Medyczne (World Medical Association, WMA) w stanowisku opublikowanym w roku 2002 (następnie potwierdzonym w roku 2012 i 2022)¹⁵¹. WMA podkreśla, że wszelkie leki (dostępne na receptę i bez recepty) to produkty specjalne, dlatego wymagają szczególnej ostrożności w informacji i edukacji. WMA zwraca uwagę na konieczność ostrzegania pacjentów przed pseudonauką i terapiami bez dowodów medycznych, nakłania pracowników opieki zdrowotnej do popularyzowania wśród pacjentów źródeł rzetelnej wiedzy o bezpiecznym samoleczeniu, apeluje także o propagowanie odpowiedzialnego samoleczenia w komunikatach promocyjnych i reklamowych.

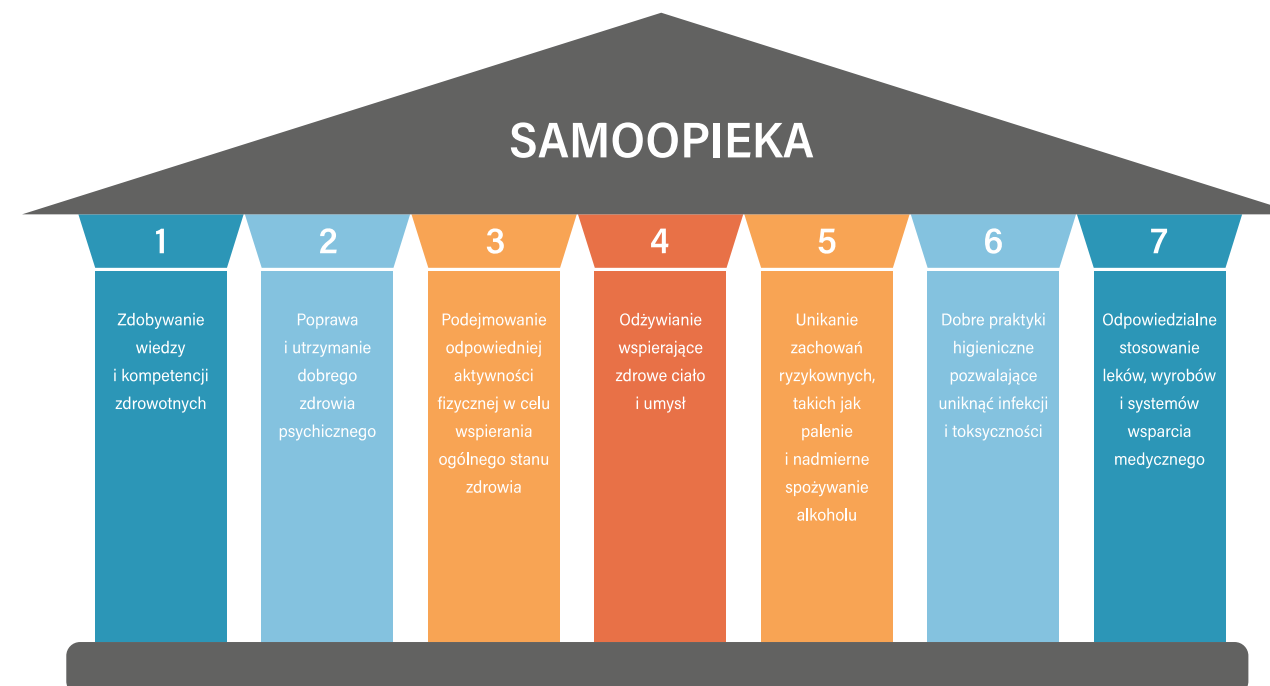
Światowa Organizacja Zdrowia

Global Patient Safety Challenge: Medication Without Harm (Światowe Wyzwanie na rzecz Bezpieczeństwa Pacjentów: Leki bez szkody) to ogólnoświatowa inicjatywa WHO, zainaugurowana w roku 2017, w celu powszechnego zaangażowania państw członkowskich WHO i organizacji branżowych na całym świecie do redukcji szkodliwych działań związanych ze spożyciem leków¹⁵². Realizowana jest ona na poziomie globalnym i krajowym, przede wszystkim w środowisku specjalistów opieki zdrowotnej; była także tematem Światowego Dnia Bezpieczeństwa Pacjenta w roku 2022 (17 września 2022). WHO zwróciła się do krajów członkowskich i kluczowych interesariuszy opieki zdrowotnej o nadanie priorytetu trzem obszarom wymagającym silnego zaangażowania i skutecznego zarządzania

w celu ochrony pacjentów przed szkodami, przy jednoczesnej maksymalizacji korzyści płynących ze stosowania leków. Wskazane priorytety to: bezpieczeństwo leków w sytuacjach wysokiego ryzyka, minimalizacja ryzyka polipragmazji i bezpieczeństwo leków podczas zmiany opieki. W szerokim raporcie na temat bezpieczeństwa lekowego, wydanym w 2019 roku, WHO podkreślała także wielokrotnie konieczność podnoszenia świadomości pacjentów na temat bezpiecznej farmakoterapii i kompetencji i zdrowotnych¹⁵³. Propagowano narzędzia dostosowane do indywidualnych potrzeb pacjentów oraz materiały edukacyjne zwiększające proaktywne ich zaangażowanie w zarządzanie własną farmakoterapią.

W ramach Światowego Dnia Bezpieczeństwa Pacjenta, WHO rokrocznie udostępnia krajom członkowskim materiały informacyjne i edukacyjne, adresowane do specjalistów, pacjentów i dziennikarzy, a także zachęca do organizacji tematycznych wydarzeń lokalnych we wszystkich krajach¹⁵⁴. Globalne wyzwania w zakresie bezpieczeństwa lekowego pacjentów prezentowano na podstawie modelu WHO „Global Patient Safety Challenge”, w którym ważnym elementem jest edukacja społeczna i podnoszenie kompetencji zdrowotnych pacjentów w zakresie samoleczenia¹⁵⁵. Inicjatywa Światowego Dnia Bezpieczeństwa Pacjenta: Leki bez Szkody jest podejmowana w Polsce przez liczne placówki opieki zdrowotnej, organizacje pacjentów i instytucje branżowe – realizowana wg preferencji organizacji, z wykorzystaniem materiałów WHO lub własnych¹⁵⁶.

Rysunek 15. Siedem Filarów Samoopieki



Źródło: Opracowanie własne.

Globalna Federacja Samoopieki (GSCF) we współpracy z WHO opublikowała w 2022 roku „Self-Care Readiness Index 2.0” – narzędzie badawcze, wspierające zrozumienie i poprawę czynników warunkujących samoopiekę oraz jej znaczenie dla stabilności systemów opieki zdrowotnej. Indeks podkreśla wielowymiarowość samoopieki, zaleca zwiększenie i poprawę dostępu do informacji o samoleczeniu, promuje rolę farmaceutów jako doradców samoleczenia oraz wspiera działania dotyczące samoopieki wśród świadczeniodawców opieki zdrowotnej. Rekomendacje obejmują zwiększenie jakości i ilości informacji o samoleczeniu dla konsumentów, edukację świadczeniodawców oraz promocję zdrowia. Raport GSCF przedstawia niemiecki plan alfabetyzacji zdrowotnej jako przykład dobrej praktyki, będący modelem dla programów promocji zdrowia. Niemieccy eksperci stosują kompleksowe podejście do samoopieki, obejmujące strategię redukcji cukru, tłuszczu i soli w żywności, edukację medyków oraz refundację cyfrowych aplikacji zdrowotnych.

Sieć inicjatyw pomiaru kompetencji zdrowotnych M-POHL

W 2018 roku utworzono pod patronatem Europejskiej Inicjatywy Informacji Zdrowotnej WHO (EHII) sieć inicjatyw pomiaru kompetencji zdrowotnych populacji i organizacji (WHO Action Network on Measuring Population and Organizational Health Literacy – M-POHL Network), a jej celem jest prowadzenie regularnych badań porównawczych szeroko pojętych kompetencji zdrowotnych w Europie oraz propagowanie najlepszych praktyk w tym zakresie¹⁵⁷. Pierwsze i jedyne dotychczas opublikowane badanie zostało przeprowadzone w latach 2019-2021 w 17 krajach regionu europejskiego WHO (bez udziału Polski); na podstawie wyników uznano kompetencje cyfrowe w zdrowiu za jedno z najtrudniejszych zadań na najbliższe lata. Cyfrowe kompetencje zdrowotne (Cyfrowy HL) pozwalają na ocenę wiarygodności danej informacji, na jej oszacowanie pod kątem interesu komercyjnego, a także na korzystanie z informacji w celu rozwiązania problemu zdrowotnego. Mierzony w badaniu Cyfrowy HL miał znaczący potencjalnie pozytywny wpływ na samoocenę zdrowia oraz na korzystanie

¹⁵¹ Światowe Towarzystwo Medyczne <https://www.wma.net/policies-post/wma-statement-on-self-medication/> (dostęp 10.08.2023)

¹⁵² Światowa Organizacja Zdrowia <https://www.who.int/initiatives/medication-without-harm> (dostęp 11.08.2023).

¹⁵³ Światowa Organizacja Zdrowia „Medication Safety in Polypharmacy. Technical report”, 2019; <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-UHC-SDS-2019.11> (dostęp 12.08.2023).

¹⁵⁴ Światowa Organizacja Zdrowia <https://www.who.int/campaigns/world-patient-safety-day/2023> (dostęp 5.02.2024).

¹⁵⁵ Ibidem.

¹⁵⁶ Przykładowe inicjatywy: <https://www.cmj.org.pl/wpsd2022/propozycje.php?lista=1> (dostęp 10.08.2023).

¹⁵⁷ <https://m-pohl.net> (dostęp 11.08.2023 r.).

z usług lekarzy rodzinnych. W zaleceniach podsumowujących badania zwrócono uwagę na konieczność intensyfikacji interwencji mających na celu poprawę kompetencji zdrowotnych, także w obszarze profilaktyki chorób i promocji zdrowia. Wskazano również konieczność poprawy jakości informacji na temat zdrowia w środkach masowego przekazu¹⁵⁸.

Samoleczenie w Polsce – przykłady inicjatyw edukacyjnych

Wśród nielicznych ogólnokrajowych inicjatyw edukacyjnych poświęconych bezpiecznemu samoleczeniu w Polsce, pierwszą grupę stanowią działania o charakterze cyklicznym, realizowane przez instytucje sektora publicznego lub prywatnego, a związane w większości z bezpieczeństwem lekowym. Są to:

- Kampania „Lek Bezpieczny”, realizowana w latach 2006-2018¹⁵⁹ przez Urząd Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych (kampania w formie spotkań prasowych, wydawnictw edukacyjnych, informacji w środowisku internetowym oraz spotkań informacyjnych)¹⁶⁰;
- Kampania „Lek bezpieczny oczami dziecka”, realizowana w latach 2016-2018¹⁶¹ przez Urząd Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych pod patronatem honorowym Ministra Zdrowia (kampania w formie zajęć w placówkach szkolnych dla uczniów klas II i III szkoły podstawowej, konkursu plakatu, informacji w środowisku internetowym oraz materiałów edukacyjnych dla uczniów)¹⁶²;

- Międzynarodowy Dzień Samoleczenia – obchodzony pod auspicjami WHO co roku 24 lipca, komunikowany publicznie przez liczne instytucje medyczne, organizacje pacjentów oraz stowarzyszenia branżowe (kampania w formie działań informacyjnych i narzędzi edukacyjnych na poziomie krajowym oraz akcji informacyjnych i promocyjnych organizowanych przez poszczególne instytucje, np. akcja „Niezbędnik pacjenta”, „Wykaz Przyjmowanych Produktów” Polskiego Związku Producentów Leków bez Recepty PASMI i środowiska lekarzy rodzinnych)¹⁶³;
- Światowy Tydzień Wiedzy o Antybiotykach – kampania realizowana od 2015 roku z inicjatywy WHO (do roku 2014 jako Europejski Dzień Wiedzy o Antybiotykach w ramach projektu partnerskiego z AESGP); kampania złożona z działań o charakterze lokalnym (m. in. ekspozycja w komunikacji miejskiej, promocja w prasie/telewizji/radiu/Internecie, sympozja dla specjalistów) oraz centralnym (komunikacja z mediami, aktywności realizowane ze środków NPZ 2021-2025 w ramach Narodowego Programu Ochrony Antybiotyków)¹⁶⁴;
- Światowy Dzień Bezpieczeństwa Pacjenta Lek bez szkody – obchodzony co roku 17 września z inicjatywy WHO. Pprojekt w Polsce jest zarządzany przez Biuro Rzecznika Praw Pacjenta i nakierowany na bezpieczeństwo stosowania leków¹⁶⁵ (kampania informacyjna i edukacyjna w skali ogólnopolskiej i lokalnej).

Poza wspomnianymi akcjami i kampaniami cyklicznymi, realizowane są także projekty o charakterze ciągłym – na przykład „Zdrowie bez recepty” (kampania edukacyjna podkreślająca rolę ulotki lekowej w bezpiecznym stosowaniu leków bez recepty)¹⁶⁶ czy platforma edukacyjna www.

odpowiedzialneleczenie.pl (źródło kompleksowej informacji dla pacjenta, swoista „instrukcja obsługi” bezpiecznego samoleczenia)¹⁶⁷.

Dobłą praktyką w propagowaniu bezpiecznego samoleczenia, którą warto w tym miejscu wyróżnić, są działania edukacyjne realizowane przez fundacje i organizacje pacjentów, w szczególności w chorób przewlekłych – w tym np. akcje i materiały informacyjne Polskiego Stowarzyszenia Diabetyków¹⁶⁸, Instytutu Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej¹⁶⁹, Fundacji Obywatele Zdrowo Zaangażowani¹⁷⁰.

Interesującą inicjatywę dotyczącą edukacji pacjentów w zakresiesamoleczenia zrealizował w 2020 r. Narodowy Fundusz Zdrowia. Na podstawie raportu „NFZ o zdrowiu. Polipragmazja”¹⁷¹ opracowano kompleksowe materiały edukacyjne dla pacjentów, w okresie 3 miesięcy zrealizowano kampanię spotową w trzech stacjach telewizyjnych i dwóch stacjach radiowych (parasolowe hasło „Nie (i)graj z lekami – w grę wchodzi Twoje zdrowie”), inserty w prasie, kampanię advertorialową w Internecie oraz filmy edukacyjne z infulencerem YouTube. Partnerami kampanii NFZ była Naczelna Rada Lekarska i Naczelna Rada Aptekarska.

Jak kształtować odpowiedzialną i efektywną edukację na temat samoleczenia?

Samoleczenie to zjawisko generujące korzyści tak dla pacjenta, jak dla systemu. Niemniej jednak, przeciwstawą tych korzyści jest ryzyko zdrowotne wynikające z niebezpiecznych praktyk i zachowań związanych z samoleczeniem, jak nieracjonalne stosowanie leków, polipragmazja i powiązane z nią interakcje

leków czy błędna samodiagnoza¹⁷². Aby ryzyka te minimalizować, niezbędna jest skuteczna informacja na temat samoleczenia. Konieczne jest środowisko przychylne rozwojowi samoleczenia, skuteczne edukowanie na rzecz zdrowia, podnoszenie kompetencji zdrowotnych wszystkich grup społecznych, a także propagowanie najlepszych praktyk z tych obszarów.

Kształtowanie w Polsce środowiska przychylnego samoleczeniu oznacza także otwartość na implementowanie modeli i narzędzi już sprawdzonych na arenie międzynarodowej, opracowanie standardów edukacji pracowników opieki zdrowotnej sektora publicznego i prywatnego, tworzenie krajowych długofalowych inicjatyw i partnerstw publiczno-prywatnych, zorientowanych na propagowanie wiedzy i dobrych praktyk w tym obszarze. Samoleczenie jest bowiem zjawiskiem poddanym nieustannej ewolucji, kształtowanym przez rozwój technologiczny, zmiany demograficzne, trendy społeczne czy czynniki cywilizacyjne, jak pandemia COVID-19 – zaskakujące w swojej dynamice, lecz także wymagające innowacji i ich absorbowania na rzecz tworzenia wartości zdrowotnej.

¹⁵⁸ <https://m-pohl.net/Results> (dostęp 11.08.2023 r.).

¹⁵⁹ Kampania zawieszona w okresie pandemii, zapowiadane powtórne uruchomienie od roku 2023 (informacja uzyskana drogą mailową).

¹⁶⁰ <https://www.urpl.gov.pl/pl/urząd/kampanie/lek-beezpieczny> (dostęp 13.08.2023 r.).

¹⁶¹ Kampania zawieszona w okresie pandemii, zapowiadane powtórne uruchomienie od roku 2023 (informacja uzyskana drogą mailową).

¹⁶² Por. Prezes Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych „Raport roczny 2022”, Warszawa 2022, https://www.urpl.gov.pl/sites/default/files/pictures/Raport%20Roczny%20Prezesa%20Ur%C4%99du%20za%202022%20rok_plik%20internetowy.pdf (dostęp 10.08.2023 r.).

¹⁶³ Polski Związek Producentów Leków bez Recepty PASMI <https://pasmi.pl/24-lipca-miedzynarodowy-dzien-samoleczenia/> (dostęp 16.08.2023 r.).

¹⁶⁴ <https://antybiotyki.edu.pl/edwa/> (dostęp 12.08.2023 r.).

¹⁶⁵ Rzecznik Praw Pacjenta <https://www.gov.pl/web/rpp/swiatowy-dzien-beezpieczenstwa-pacjenta> (dostęp 13.08.2023 r.).

¹⁶⁶ Polski Związek Producentów Leków bez Recepty PASMI <https://pasmi.pl/kampania-edukacyjna-pasmi-zdrowie-bez-recepty/> (dostęp 13.08.2023 r.).

¹⁶⁷ <https://odpowiedzialneleczenie.pl/> (dostęp 13.08.2023 r.).

¹⁶⁸ <https://diabetyk.org.pl>.

¹⁶⁹ <https://ippez.pl>.

¹⁷⁰ <http://www.obywatelezz.pl>.

¹⁷¹ Narodowy Fundusz Zdrowia „NFZ o zdrowiu. Polipragmazja”, Warszawa 2020, <https://ezdrowie.gov.pl/portal/home/badania-i-dane/zdrowe-dane/raporty/nfz-o-zdrowiu-polipragmazja> (dostęp 22.08.2023).

¹⁷² Ibidem, s: 55-58.

Samoleczenie w aspekcie nowoczesnych rozwiązań technologicznych (teleporada, rola IKP, informatyzacja systemu zdrowia)

6.3

Wnioski



Samoleczenie jest obszarem, który poprzez kompetentną kontrolę nad własnym zdrowiem może ograniczyć negatywne skutki deficytu kadry medycznej oraz poprawić stan zdrowia obywateli.



Skuteczne wdrożone e-zdrowie może istotnie pomóc w efektywnym samoleczeniu poprzez podniesienie wiedzy pacjentów oraz zapewnienie im dostępnych usług zdrowotnych, kiedy są potrzebne. Dlatego tak istotne jest efektywne wdrażanie priorytetowych rozwiązań zawartych w Programie rozwoju e-zdrowia w sposób skoordynowany, aby zapewnić pacjentowi efektywny ekosystem dostępnych informacji od współpracujących ze sobą instytucji oraz partnerów społecznych, jak również ucyfrowioną opiekę. Dzięki temu może zwiększyć się wiedza pacjenta na temat samoleczenia oraz konieczności indywidualnego podejścia do zdrowia. Co więcej, świadomy pacjent będzie lepiej wiedział, kiedy i jak bardziej efektywnie skorzystać z dostępu do systemu ochrony zdrowia. Spełnienie tych warunków powinno również skutkować minimalizacją ryzyka samodzielnego użycia leków OTC.

Wykorzystanie narzędzi e-zdrowia powinno być oceniane pod kątem zwiększenia efektywności i wydajności samoleczenia oraz ograniczenia ryzyka z nim związanego.

Rola e-zdrowia w samoleczeniu powinna odpowiadać na dwa wyzwania:

- zapewnienie pacjentowi dostępnej i wiarygodnej informacji na temat samoleczenia,
- zagwarantowanie pacjentowi efektywnego kontaktu z profesjonalistami medycznymi, kiedy jest to potrzebne.

Wykorzystanie e-zdrowia do zmniejszenia deficytu wiedzy w zakresie samoleczenia

Pierwszym wyzwaniem jest deficyt wiedzy pacjentów na temat samoleczenia. Choć ulotki dla pacjentów dostarczane wraz z lekami stanowią podstawową informację, to często jest ona niewystarczająca. Warto wskazać stanowisko Estefanii Guzman Cordero z Europejskiego Forum Pacjentów: „Ulotki są zwykle długie i skomplikowane. Starsi ludzie mają trudności ze znalezieniem potrzebnych im informacji i zniechęcają się do ich czytania. Musimy pomyśleć tu innowacyjnie”¹⁷³.

W przestrzeni cyfrowej problemem dla pacjentów jest odróżnienie wiarygodnych informacji od tych, które mogą być mylące. Dlatego ważne jest tworzenie ekosystemu sprawdzonych informacji na temat samoleczenia w formule on-line.

Przykład dobrej praktyki

Strona internetowa National Health Service¹⁷⁴, zawiera szczegółowe informacje na temat różnych chorób, problemów zdrowotnych, a także rodzajów leków i terapii. Informacje są skrupulatnie opisane i zawierają odesłania do dodatkowych źródeł. Tak rozbudowany zbiór wskazówek, stworzony przez publiczny urząd z odpowiednimi kompetencjami, przyczynia się do wzrostu świadomości pacjentów. Dzięki temu mają większe szanse na samodzielne postawienie trafnej diagnozy przy lekkich dolegliwościach, dobór właściwych leków oraz odpowiednie postępowanie w chorobie. Takie informacje mogą także odciążyć system opieki zdrowotnej.

Rysunek 16. Przykłady dobrej praktyki w UK na stronie National Health Service

When antibiotics are needed

Antibiotics may be used to treat bacterial infections that:

- are unlikely to clear up without antibiotics
- could infect others
- could take too long to clear without treatment
- carry a risk of more serious complications

People at a high risk of infection may also be given antibiotics as a precaution, known as antibiotic prophylaxis.

Read more about [when antibiotics are used](#) and [why antibiotics are not routinely used to treat infections](#).

How to take antibiotics

Take antibiotics as directed on the packet or the patient information leaflet that comes with the medicine, or as instructed by your GP or pharmacist.

Antibiotics can come as:

- tablets, capsules or a liquid that you drink – these can be used to treat most types of mild to moderate infections in the body
- creams, lotions, sprays and drops – these are often used to treat skin infections and eye or ear infections
- injections – these can be given as an injection or through a drip directly into the blood or muscle, and are used for more serious infections

Missing a dose of antibiotics

If you forget to take a dose of your antibiotics, check the patient information leaflet that came with your medicine to find out what to do. If you're not sure, speak to a pharmacist or a GP.

In most cases, you can take the dose you missed as soon as you remember and then continue to take your course of antibiotics as normal.

But if it's almost time for the next dose, skip the missed dose and continue your regular dosing schedule. Do not take a double dose to make up for a missed one.

Accidentally taking an extra dose

There's an increased risk of side effects if you take 2 doses closer together than recommended.

Accidentally taking 1 extra dose of your antibiotic is unlikely to cause you any serious harm.

But it will increase your chances of getting side effects, such as pain in your stomach, diarrhoea, and feeling or being sick.

If you accidentally take more than 1 extra dose of your antibiotic, are worried or you get severe side effects, speak to your GP or call [NHS 111](#) as soon as possible.

Side effects of antibiotics

As with any medicine, antibiotics can cause side effects. Most antibiotics do not cause problems if they're used properly and serious side effects are rare.

The common side effects include:

- being sick
- feeling sick
- bloating and indigestion
- diarrhoea

Some people may have an [allergic reaction](#) to antibiotics, especially penicillin and another type of antibiotic called cephalosporins.

In very rare cases, this can lead to a [serious allergic reaction \(anaphylaxis\)](#), which is a medical emergency.

Call 999 or go to A&E now if:

- you get a skin rash that may include itchy, red, swollen, blistered or peeling skin
- you're wheezing
- you get tightness in the chest or throat
- you have trouble breathing or talking
- your mouth, face, lips, tongue or throat start swelling

You could be having a serious allergic reaction and may need immediate treatment in hospital.

Read more about the [side effects of antibiotics](#).

173 Redefining the role of self-care in Europe... op. cit.

174 <https://www.nhs.uk>.

Considerations and interactions

Some antibiotics are not suitable for people with certain medical problems, or women who are pregnant or breastfeeding.

Tell your healthcare professional if you're pregnant or breastfeeding so they can prescribe the most suitable antibiotic for you.

Only ever take antibiotics prescribed for you – never "borrow" them from a friend or family member.

Some antibiotics do not mix well with other medicines, such as the contraceptive pill and alcohol.

Read the information leaflet that comes with your medicine carefully and discuss any concerns with your pharmacist or GP.

Read more about [how antibiotics interact with other medicines](#).

Types of antibiotics

There are hundreds of different types of antibiotics, but most of them can be classified into 6 groups.

- **Penicillins** (such as penicillin, [amoxicillin](#), [co-amoxiclav](#), [flucloxacillin](#) and [phenoxymethylpenicillin](#)) – widely used to treat a variety of infections, including skin infections, [chest infections](#) and [urinary tract infections](#)
- **Cephalosporins** (such as [cefalexin](#)) – used to treat a wide range of infections, but some are also effective for treating more serious infections, such as [sepsis](#) and [meningitis](#)
- **Aminoglycosides** (such as gentamicin and tobramycin) – tend to only be used in hospital to treat very serious illnesses such as sepsis, as they can cause serious side effects, including hearing loss and kidney damage; they're usually given by injection, but may be given as drops for some ear or eye infections
- **Tetracyclines** (such as tetracycline, [doxycycline](#) and [lymecycline](#)) – can be used to treat a wide range of infections, but are commonly used to treat [acne](#) and a skin condition called [rosacea](#)
- **Macrolides** (such as [azithromycin](#), [erythromycin](#) and [clarithromycin](#)) – can be particularly useful for treating lung and chest infections, or as an alternative for people with a penicillin allergy, or to treat penicillin-resistant strains of bacteria
- **Fluoroquinolones** (such as [ciprofloxacin](#) and [levofloxacin](#)) – are broad-spectrum antibiotics that were once used to treat a wide range of infections, especially respiratory and urinary tract infections; these antibiotics are no longer used routinely because of the risk of serious side effects

Other antibiotics include [chloramphenicol](#) (used for eye and ear infections), [fusidic acid](#) (used for skin and eye infections), and [nitrofurantoin](#) and [trimethoprim](#) (used for urinary tract infections).

Page last reviewed: 11 November 2022
Next review due: 11 November 2025

Źródło: <https://www.nhs.uk> (dostęp 15.01.2024 r.).



Rysunek 17. Funkcjonalności dostępne w aplikacji mojejKP

Witaj KAROLINA!

Jak się dzisiaj czujesz?

Podstawowa opieka zdrowotna (POZ)

Podstawowa opieka zdrowotna

Dane kontaktowe do lekarza, pielęgniarki oraz położnej podstawowej opieki zdrowotnej.

Przypomnienie o lekach

Moje leki - przypomnienie

Sprawdź przypomnienia o lekach, które zażywasz lub ustaw nowe.

Szybki i prosty dostęp do ulotki leku

Skaner ulotki leku

Odczyt kodu z opakowania leku w celu wyświetlenia ulotki.

Certyfikat odporności na COVID-19

Unijny Certyfikat COVID

Pobierz kod QR potwierdzający odporność na COVID-19.

e-zdrowie

profilaktyka

Moje leki - przypomnienie

Ustaw przypomnienie dla przyjmowanego leku

Uzupełnij wszystkie pola, aby ustawić przypomnienie.

Nazwa i dawka leku

Uzupełnij dane

Skanuj kod leku

Początek i koniec kuracji

Uzupełnij dane

Częstotliwość i godziny dawek

Uzupełnij dane

Sposób przyjmowania leku

Anuluj

Ustaw

Źródło: Aplikacja mojejKP.

Zapewnienie efektywnego dostępu do profesjonalisty medycznego

Tworzenie ekosystemu e-zdrowia oraz zaangażowanie świadczeniodawców, zarówno podmiotów leczniczych, jak aptek, jest bardzo istotne z perspektywy drugiego wyzwania, które jest związane z zapewnieniem kontaktu z odpowiednim profesjonalistą medycznym, kiedy jest to potrzebne. Opiera się to na dwóch czynnikach. Pierwszym

jest wiedza pacjenta, co zostało omówione w poprzednim punkcie. Drugim jest zapewnienie efektywnego kontaktu. Dlatego ważne jest, aby dążyć do stopniowej transformacji w stronę nowoczesnej opieki cyfrowej, która charakteryzuje się zwiększonym poziomem efektywności oraz dostępności.

W tym kontekście należy uwzględnić komponenty, które warunkują efektywność takiego systemu i są zobrazowane w tabeli na kolejnej stronie.

Dobre praktyki

Rola samoleczenia w systemie opieki zorientowanym na wartość zdrowotną

93

Tabela 8. Komponenty warunkujące efektywność opieki zdrowotnej

Element	Komentarz
Wystandaryzowana teleporada finansowana ze środków publicznych	Skuteczne wykorzystanie teleporady wymaga odpowiedniej standaryzacji świadczenia zdrowotnego oraz jego uwzględnienia w koszyku świadczeń finansowanych ze środków publicznych. Działania te umożliwią również upowszechnienie teleporady w systemie opieki zdrowotnej jako świadczenia bezpiecznego i wysokojakościowego. Warto, aby zawody, które stopniowo zdobywają kompetencje (np. farmaceuci) również mogły korzystać z teleporady czy konsultacji (np. farmaceuta - lekarz).
Wykorzystanie potencjału wyrobów medycznych monitorujących pacjenta	Należy zwiększać dostępność do wyrobów medycznych umożliwiających zdalną funkcję monitorowania stanu zdrowia poprzez zwiększanie finansowania rozwiązań, których wykorzystanie przynosi korzyści kliniczne oraz finansowe.
Wystandaryzowana teleporada finansowana ze środków publicznych	Szczególnie istotne jest, aby informacja o pacjencie była dostępna dla profesjonalisty medycznego. Dzięki temu profesjonalista wie, kiedy i jak zareagować. W tym kontekście bardzo istotne są rozwiązania dotyczące stosowania farmakoterapii (np. dziennik przyjmowanych leków i przypomnienki o leczeniu). Bardzo ważne z punktu prowadzonego leczenia jest, aby lekarz oraz inny profesjonalista medyczny widział stosowane leki, a prowadzona terapia była skuteczna, efektywna i bezpieczna. Ważna jest też efektywna komunikacja pomiędzy poszczególnymi etapami systemu ochrony zdrowia oraz zawodami (np. lekarza z farmaceutą w ramach rozwoju opieki farmaceutycznej).
Wystandaryzowana teleporada finansowana ze środków publicznych	Należy zbadać o następujące rozwiązania: • utworzenie nowych zawodów medycznych oraz poszerzenie roli i kompetencji poszczególnych profesjonalistów medycznych, w tym m.in. farmaceuty, pielęgniarki, dietetyka, opiekuna medycznego, edukatora zdrowotnego; • szersze wsparcie profesjonalistów medycznych poprzez przeniesienie części kompetencji na personel administracyjny; • ograniczanie sprawozdawczości; • wprowadzanie rozwiązań z zakresu symptom check oraz opracowanie standardów w tym zakresie; • wprowadzanie innych rozwiązań zakładających automatyzację, w tym z wykorzystaniem AI.



7

Rekomendacje w zakresie optymalnego wykorzystania samoleczenia w systemie ochrony zdrowia

Rozwój odpowiedzialnego samoleczenia jako istotnego elementu ochrony zdrowia populacji i jednostki wymaga wdrożenia następujących działań:

Rysunek 18. Wypracowane rekomendacje w zakresie optymalnego wykorzystania samoleczenia w systemie ochrony zdrowia



Źródło: Opracowanie własne.

Rozwój kompetencji zdrowotnych społeczeństwa poprzez edukację zdrowotną na każdym etapie życia



Rozwój kompetencji zdrowotnych społeczeństwa poprzez edukację zdrowotną jest kluczowy dla promocji zdrowia, prewencji chorób i poprawy ogólnego dobrostanu społeczeństwa. Edukacja zdrowotna powinna obejmować wszystkie etapy życia, zaczynając od dzieciństwa, aż do późnej dorosłości.

Całokształt edukacji zdrowotnej

Zaleca się wdrożenie szeroko zakrojonych programów edukacyjnych, które obejmują różne grupy wiekowe i etap życia, począwszy od szkoły podstawowej aż po wiek senioralny. Programy te powinny uwzględniać różnorodne aspekty zdrowia fizycznego, psychicznego i społecznego.

1. Kształtowanie kompetencji zdrowotnych na wczesnym etapie

Skupienie na edukacji zdrowotnej już od najwcześniejszych lat życia jest kluczowe. Programy skierowane do dzieci i młodzieży powinny obejmować tematy związane z prawidłowym odżywianiem, aktywnością fizyczną, higieną osobistą, a także zdrowym stylem życia.

2. Rozwój umiejętności samopielegnacyjnych

Edukacja zdrowotna powinna koncentrować się nie tylko na przekazywaniu wiedzy, ale także na rozwijaniu praktycznych umiejętności samopielegnacyjnych. Społeczeństwo powinno być świadome konkretnych działań, które można podejmować w celu utrzymania i poprawy zdrowia.

3. Zachęcanie do aktywnego udziału w opiece zdrowotnej

Społeczeństwo powinno być zachęcane do aktywnego udziału w procesie opieki zdrowotnej, co obejmuje świadome podejmowanie decyzji dotyczących zdrowia, korzystanie z dostępnych badań profilaktycznych oraz współpracę z profesjonalistami służby zdrowia.

4. Promocja zdrowego stylu życia

Programy edukacyjne powinny kłaść duży nacisk na promocję zdrowego stylu życia, obejmującego zdrową dietę, regularną aktywność fizyczną, kontrolę stresu i unikanie szkodliwych nawyków. Społeczeństwo powinno zdawać sobie sprawę z wpływu tych czynników na ogólny stan zdrowia.

5. Dostosowanie do indywidualnych potrzeb społeczności

Programy edukacyjne powinny być dostosowane do specyficznych potrzeb różnych grup społecznych, uwzględniając różnice kulturowe, społeczno-ekonomiczne i zdrowotne. Działania te powinny być elastyczne i uwzględniać różnorodność populacji.

6. Wsparcie dla osób chorych i ich rodzin

W ramach edukacji zdrowotnej należy również zapewnić wsparcie dla osób dotkniętych chorobami przewlekłymi oraz ich rodzin. Informacje dotyczące zarządzania chorobą, opieki paliatywnej i psychologicznego wsparcia mogą być integralną częścią edukacji zdrowotnej.

Upowszechnienie wiedzy o istocie samoleczenia, jego skuteczności i zasadach bezpiecznego stosowania wśród obywateli i kadr medycznych

7.2

Upowszechnienie wiedzy o istocie samoleczenia, jego skuteczności i zasadach bezpiecznego stosowania ma na celu zwiększenie świadomości społeczeństwa i kadry medycznej na temat samodzielnych działań mających na celu poprawę zdrowia.

1. Definicja i istota samoleczenia

Konieczne jest jasne zdefiniowanie pojęcia samoleczenia oraz przedstawienie jego istoty. Samoleczenie to proces, w którym jednostka angażuje się aktywnie w dbanie o swoje zdrowie poprzez podejmowanie świadomych decyzji i działań mających na celu poprawę lub utrzymanie stanu zdrowia.

2. Skuteczność samoleczenia

W ramach edukacji należy podkreślać naukowe dowody na skuteczność samoleczenia w wielu przypadkach. Kluczowe jest wskazanie, że pewne działania w ramach samoopieki, jak zdrowa dieta, regularna aktywność fizyczna czy skuteczne radzenie sobie ze stresem, mogą istotnie wpływać na poprawę zdrowia.

3. Bezpieczne samoleczenie

Konieczne jest przekazywanie informacji na temat bezpiecznych praktyk samoleczenia. Obywatele i kadra medyczna powinni być świadomi, że samoleczenie nie zastępuje profesjonalnej opieki medycznej i że pewne przypadki wymagają fachowej interwencji. Wskazane jest omówienie granic samoleczenia i sytuacji, w których należy skonsultować się z lekarzem.

4. Znaczenie edukacji społeczeństwa

Wiedza o samoleczeniu powinna być dostępna dla całego społeczeństwa. Edukacja powinna obejmować zarówno osoby zdrowe, jak i te z różnymi schorzeniami. Informowanie społeczeństwa o możliwościach samopomocy przyczyni się do zwiększenia samoświadomości w kwestiach zdrowotnych.

5. Kształcenie kadr medycznych

Kadra medyczna powinna być przeszkolona w zakresie wspierania i promowania samoleczenia jako uzupełnienia tradycyjnej opieki medycznej. Lekarze, pielęgniarki i inni pracownicy służby zdrowia powinni być świadomi korzyści płynących z zaangażowania pacjentów w proces samoleczenia.

6. Promocja działalności prozdrowotnej

Wskazywanie korzyści wynikających z aktywnego podejścia do zdrowego stylu życia, profilaktyki i samoleczenia może stanowić kluczowy element działań prozdrowotnych. Obywatele powinni być zachęceni do podejmowania działań mających na celu utrzymanie zdrowia i zapobieganie chorobom.

7. Monitoring i ewaluacja samoleczenia

W ramach edukacji należy także podkreślać znaczenie monitorowania i ewaluacji działań samoleczenia. Obywatele powinni być zachęceni do świadomego oceniania skuteczności podejmowanych działań oraz dostosowywania ich w razie potrzeby.

Zwiększenie bezpieczeństwa samoleczenia poprzez aktywne włączenie farmaceutów w edukację pacjentów, także w ramach sukcesywnie rozwijanej opieki farmaceutycznej

7.3

1. Kształcenie farmaceutów w aspekcie edukacji pacjentów

Przeprowadzenie specjalnych szkoleń i kursów dla farmaceutów, które skupią się na umiejętnościach komunikacji z pacjentami oraz dostarczeniu im wiedzy na temat zasad bezpiecznego samoleczenia. To pozwoli farmaceutom pełnić bardziej aktywną rolę w procesie edukacji pacjentów.

2. Tworzenie indywidualnych planów samoleczenia

Farmaceuci mogą współpracować z pacjentami w tworzeniu spersonalizowanych planów samoleczenia, które będą uwzględniać indywidualne potrzeby, historię zdrowotną oraz ewentualne przeciwwskazania do określonych działań samodzielnych. To podejście pomaga dostosować samoleczenie do konkretnych warunków pacjenta.

3. Dostarczanie praktycznych informacji o lekach

Farmaceuci mogą aktywnie dostarczać praktyczne informacje o lekach, ich dawkowaniu, skutkach ubocznych i potencjalnych interakcjach. Regularne rozmowy z pacjentami na temat przepisywanych leków i suplementów mogą wpłynąć na skuteczność i bezpieczeństwo samoleczenia.

4. Szkolenia dla pacjentów w aptece:

Organizacja regularnych szkoleń dla pacjentów w aptekach, podczas których farmaceuci mogą

omawiać ogólne zasady samoleczenia, podkreślać bezpieczne praktyki oraz odpowiadać na pytania pacjentów. To stanowi okazję do bezpośredniego kontaktu i budowania zaufania.

5. Promowanie odpowiedzialnego korzystania z przeglądów leków

Farmaceuci mogą zachęcać pacjentów do regularnych przeglądów leków, szczególnie w przypadku przyjmowania wielu preparatów jednocześnie. Regularne analizy mogą pomóc w identyfikacji ewentualnych problemów związanych z interakcjami lekowymi oraz dostosowaniu terapii do zmieniających się potrzeb pacjenta.

6. Dostępność materiałów edukacyjnych w aptece

Zorganizowanie miejsca w aptece, gdzie pacjenci mogą uzyskać dostęp do materiałów edukacyjnych na temat samoleczenia, zdrowego stylu życia i profilaktyki. Informacyjne broszury, plakaty czy foldery mogą stanowić źródło wartościowej wiedzy dla klientów apteki.

7. Współpraca zintegrowanych zespołów zdrowia

Farmaceuci mogą aktywnie współpracować z innymi przedstawicielami zespołów zdrowia, jak lekarze czy pielęgniarki, aby zapewnić kompleksową opiekę pacjentom. Współdzielenie informacji między profesjonalistami pozwoli na lepsze zrozumienie i wsparcie w zakresie samoleczenia.

8. Edukacja online i aplikacje mobilne

Opracowanie interaktywnych platform online i aplikacji mobilnych, które farmaceuci mogą promować w aptekach. Pacjenci mogą korzystać z tych narzędzi do uzyskiwania dostępu do spersonalizowanych informacji na temat leków, interakcji oraz wskazówek dotyczących samoleczenia.



Uproszczenie treści i ułatwienie dostępu do ulotek informujących o działaniu leków stosowanych w procesie samoleczenia

Uproszczenie treści i ułatwienie dostępu do ulotek informujących o działaniu leków stosowanych w procesie samoleczenia celem zwiększenia zrozumiałości i dostępności informacji dla pacjentów.

1. Uproszczenie języka w ulotkach

Istotne jest przeprowadzenie rewizji standardowych ulotek informacyjnych dołączanych do leków, aby upewnić się, że są napisane prostym i zrozumiałym językiem. Ograniczenie fachowej terminologii na rzecz zwięzłych, przystępnych wyjaśnień pomoże pacjentom lepiej zrozumieć informacje dotyczące stosowanych leków.

2. Graficzne Prezentacje działania leków

Wprowadzenie graficznych prezentacji działania leków w ulotkach. Diagramy, ilustracje czy grafiki mogą pomóc w wizualizacji procesów farmakologicznych, co jest szczególnie istotne dla pacjentów preferujących wizualne formy przekazu informacji. Wdrożenie takich rozwiązań wymaga prac na forum Komisji Europejskiej.

3. Personalizowane ulotki dla pacjentów

System online umożliwiający wybór preferowanego języka, poziomu złożoności informacji czy uwzględnienie konkretnych warunków zdrowotnych może znacznie zwiększyć efektywność przekazu.

4. Informacyjne materiały wideo

Rozpropagowanie krótkich filmów edukacyjnych prezentujących informacje o lekach. Materiały wideo mogą być bardziej przystępne dla niektórych pacjentów i stanowić uzupełnienie tradycyjnych

ulotek.

5. Dostosowane szkolenia dla personelu medycznego

Przeprowadzenie szkoleń dla personelu medycznego, aby lekarze, pielęgniarki i farmaceuci mogli skuteczniej komunikować pacjentom informacje o lekach. Rzetelna informacja przekazywana przez personel medyczny może wpływać na skuteczność samoleczenia.

6. Ułatwienie dostępu dla osób z niską zdolnością czytania

Opracowanie alternatywnych form przekazu informacji dla osób z niską zdolnością czytania, takich jak nagrania audio czy materiały w formie wizualnej. To podejście pozwala na bardziej wszechstronny dostęp do informacji.



7.4

Rozwój i integracja systemów danych w celu ich wymiany i wykorzystywania przez przedstawicieli różnych zawodów medycznych na rzecz skutecznej profilaktyki i samoleczenia

7.5

Rozwój i integracja systemów danych w celu wymiany informacji między przedstawicielami różnych zawodów medycznych na rzecz skutecznej profilaktyki i samoleczenia ma na celu poprawienie koordynacji opieki zdrowotnej, umożliwienie spójnego monitorowania pacjentów oraz ułatwienie podejmowania decyzji terapeutycznych.

1. Konsekwentny rozwój Centralnej Bazy Danych Medycznych

W myśl Rozporządzenia KE ustanawiającego Europejską Przestrzeń Danych Medycznych (EHDS) konieczne jest współdziałanie państw na rzecz stworzenia i rozwoju scentralizowanej bazy danych medycznych, do której będą mieli dostęp różni przedstawiciele świata medycyny, jak lekarze, pielęgniarki, farmaceuci. Baza danych powinna zawierać kompleksowe informacje dotyczące historii chorób, wyników badań, aktualnych leków oraz planów terapeutycznych pacjentów.

2. Standardy interoperacyjności systemów

Ustanowienie standardów interoperacyjności dla systemów informatycznych stosowanych w opiece zdrowotnej: dzięki jednolitym standardom możliwe będzie efektywne łączenie różnych systemów, co ułatwi wymianę danych między różnymi instytucjami medycznymi.

3. Edukacja pracowników medycznych w zakresie wykorzystania systemów

Przeprowadzenie szkoleń dla pracowników medycznych dotyczących korzystania z nowoczesnych systemów danych: wprowadzenie jednolitego podejścia do korzystania z systemów informatycznych w różnych placówkach medycznych zwiększy skuteczność ich implementacji.

4. Elektroniczne karty pacjenta

Ważne jest wdrożenie elektronicznych kart pacjenta, które będą zawierały kompleksową historię zdrowotną, plany leczenia oraz wyniki badań. Elektroniczne karty pacjenta ułatwią błyskawiczny dostęp do kluczowych informacji, niezależnie od tego, gdzie pacjent korzysta z usług medycznych.

5. Powiadomienia i przypomnienia dla pacjentów

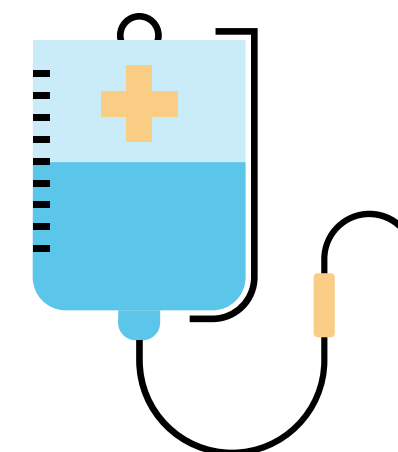
Integracja systemów umożliwiająca wysyłanie powiadomień i przypomnień pacjentom dotyczących badań profilaktycznych, planów terapeutycznych czy zażywania leków, możliwych interakcji między nimi a także możliwość uwzględniania działań niepożądanych, które dany lek spowodował: dzięki temu pacjenci będą bardziej zaangażowani w proces samoleczenia.

6. Analiza danych dla skuteczniejszej profilaktyki

Wykorzystanie analizy danych zebranych z różnych źródeł do identyfikowania obszarów, w których można wprowadzić skuteczniejsze programy profilaktyczne: wspólna analiza danych pozwoli na zidentyfikowanie wzorców i opracowanie lepszych strategii profilaktycznych.

7. Bezpieczeństwo danych

Ustanowienie surowych norm bezpieczeństwa danych, aby chronić poufność informacji pacjentów. Wdrażanie zabezpieczeń, takich jak szyfrowanie danych czy systemy uwierzytelniania dwuskładnikowego, jest kluczowe dla utrzymania zaufania pacjentów do systemów informatycznych w ochronie zdrowia.



Upowszechnienie wykorzystania nowoczesnych narzędzi (np. aplikacji na smartfonach i smartwatchach), które wspierają pacjenta w skutecznym zarządzaniu własnym zdrowiem, w tym planami profilaktycznymi i samoleczeniem

7.6

Upowszechnienie wykorzystania nowoczesnych narzędzi, jak aplikacje na smartfony i smartwatche, celem wsparcia pacjenta w zarządzaniu własnym zdrowiem, profilaktyką i samoleczeniem, ma na celu wykorzystanie technologii do poprawy skuteczności opieki zdrowotnej.

1. Aplikacje monitorujące zdrowie

Rozwinięcie aplikacji monitorujących zdrowie, które umożliwiają pacjentom śledzenie kluczowych parametrów, takich jak ciśnienie krwi, poziom cukru czy aktywność fizyczna. Integrowane sensory w smartwatchach mogą dostarczać ciągłych danych, a aplikacje analizować je, dostarczając informacji zwrotnej i sugerując modyfikacje stylu życia.

2. Spersonalizowane planowanie terapii

Wprowadzenie funkcji spersonalizowanego planowania terapii w aplikacjach. Pacjenci mogą otrzymywać indywidualnie dostosowane plany profilaktyczne, harmonogramy przyjmowania leków oraz przypomnienia o badaniach. Spersonalizowane podejście zwiększy zaangażowanie pacjentów w proces samoleczenia.

3. Aplikacje motywacyjne

Integracja funkcji motywacyjnych, takich jak cele zdrowotne, nagrody za osiągnięcia czy systemy punktowe. Aplikacje mogą zachęcać pacjentów do zaangażowania się w utrzymanie zdrowego stylu

życia poprzez nagradzanie regularnej aktywności fizycznej, zdrowego odżywiania i regularnych kontroli zdrowotnych.

4. Monitoring parametrów psychicznych

Dodanie do aplikacji funkcji monitorowania parametrów psychicznych, takich jak poziom stresu czy jakość snu. Umożliwi to kompleksowe podejście do zdrowia, uwzględniające nie tylko aspekty fizyczne, ale także psychiczne i emocjonalne.

5. Telemedycyna i konsultacje online

Wprowadzenie na stałe funkcji telemedycyny i możliwości planowania konsultacji online z lekarzami. Pacjenci mogą uzyskiwać porady zdrowotne, monitorować postępy terapii i otrzymywać recepty, korzystając z aplikacji, co zwiększa dostępność opieki zdrowotnej.

6. Integracja z elektronicznymi kartami pacjenta

Integracja aplikacji z elektronicznymi kartami pacjenta, umożliwiającymi dostęp do kompleksowej historii zdrowotnej. Pozwoli to na spójne śledzenie zmian w stanie zdrowia pacjenta i lepszą koordynację opieki.

7. Inteligentne systemy analizy danych

Zastosowanie inteligentnych systemów analizy danych w celu generowania spersonalizowanych rekomendacji dla pacjentów. Wykorzystanie sztucznej inteligencji do przetwarzania danych pozwoli na bardziej precyzyjne i skuteczne wsparcie w samoleczeniu.

8. Aplikacje skierowane do dzieci

Aplikacje skierowane do dzieci powinny edukować i zachęcać do zdrowego stylu życia. Gry, quizy i interaktywne funkcje mogą sprawić, że dzieci będą bardziej świadome znaczenia zdrowego trybu życia.



Wsparcie badań naukowych i analiz na temat produktów i terapii stosowanych w ramach samoleczenia, w oparciu o dane z praktyki klinicznej



Wsparcie badań naukowych i analiz dotyczących produktów i terapii stosowanych w ramach samoleczenia, opartych na danych gromadzonych z praktyki klinicznej, jest kluczowym krokiem w rozwijaniu skutecznych strategii opieki zdrowotnej.

1. Tworzenie baz danych z praktyki klinicznej

Ustanowienie centralnych baz danych, w których gromadzi się informacje z praktyki klinicznej dotyczące stosowanych produktów, terapii oraz wyników samoleczenia. Te bazy danych mogą obejmować różne obszary, jak choroby przewlekłe, suplementy diety czy metody alternatywne.

2. Analiza skuteczności produktów i terapii

Przeprowadzenie analiz skuteczności produktów i terapii stosowanych w samoleczeniu, korzystając z danych klinicznych. Ocenianie wyników terapeutycznych, skutków ubocznych oraz wpływu na jakość życia pacjentów pozwoli na zweryfikowanie rzeczywistych korzyści i potencjalnego ryzyka.

3. Badania porównawcze alternatywnych terapii

Organizacja badań porównawczych, które oceniają skuteczność różnych form samoleczenia w kontekście konkretnych schorzeń: porównania te mogą obejmować konwencjonalne leczenie farmakologiczne, terapie alternatywne i innowacyjne podejścia, co pozwoli na identyfikację najlepszych praktyk.

4. Ocenianie Skuteczności Produktów OTC

Skoncentrowanie badań na skuteczności produktów dostępnych bez recepty (OTC), które są często stosowane w ramach samoleczenia. Ocenianie ich wpływu na zdrowie pacjentów pozwoli na lepszą weryfikację celu ich stosowania.

5. Monitorowanie zjawiska placebo

Badanie zjawiska placebo i jego wpływu na skuteczność samoleczenia: analiza tego aspektu może dostarczyć cennych informacji na temat psychologicznego i neurobiologicznego oddziaływania samoleczenia na pacjentów.

6. Ocenianie wpływu zróżnicowania kulturowego

Uwzględnienie zróżnicowania kulturowego i społecznego w analizach skuteczności samoleczenia: badania powinny brać pod uwagę różnice kulturowe w podejściu do zdrowia i terapii, aby dostosować strategie samoleczenia do różnych grup pacjentów.

7. Analiza interakcji z konwencjonalnym leczeniem

Ocena interakcji między samoleczeniem a konwencjonalnym leczeniem farmakologicznym pozwoli identyfikować sytuacje, w których samoleczenie może być skutecznym uzupełnieniem terapii konwencjonalnej lub kolidować z jej efektami.

8. Opracowanie wytycznych klinicznych dla pacjentów

Na podstawie wyników badań istotne jest opracowanie wytycznych klinicznych dla pacjentów dotyczących samoleczenia. Wytyczne te mogą służyć jako pomoc dla pacjentów w podejmowaniu odpowiedzialnych decyzji dotyczących stosowania różnych produktów i terapii w ramach samoleczenia.



Uwzględnienie samoleczenia w strategicznych dokumentach dla krajowej i europejskiej polityki zdrowotnej

7.8

Uwzględnienie samoleczenia w strategicznych dokumentach dla krajowej i europejskiej polityki zdrowotnej jest istotnym krokiem w kierunku zrównoważonej i kompleksowej opieki zdrowotnej.

1. Włączenie samoleczenia do strategii zdrowotnej

Wprowadzenie samoleczenia jako kluczowego elementu w strategicznych dokumentach polityki zdrowotnej. Uwzględnienie samoleczenia na szczeblu krajowym i europejskim umożliwi ustanowienie ram, które promują zdrowie publiczne poprzez aktywne uczestnictwo pacjentów w dbaniu o swoje zdrowie.

2. Tworzenie programów edukacyjnych dla społeczeństwa

Opracowanie programów edukacyjnych na temat samoleczenia, które będą integralną częścią narodowej i europejskiej strategii zdrowotnej. Takie programy powinny dostarczać informacji na temat skutecznych metod samodzielnego zarządzania zdrowiem oraz promować zdrowy styl życia.

3. Wsparcie badań nad skutecznością samoleczenia

Alokacja środków finansowych na badania nad skutecznością różnych form samoleczenia. Włączenie tego elementu do strategii zdrowotnej pozwoli na naukowe uzasadnienie praktyk samoleczenia oraz identyfikację najlepszych praktyk w tej dziedzinie.

4. Rozwinięcie struktur wsparcia dla pacjentów

Rozwinięcie struktur wsparcia dla pacjentów, jak poradnie zdrowia, centra samopomocy czy telefoniczne linie informacyjne. Włączenie tych elementów do krajowej i europejskiej polityki zdrowotnej umożliwi łatwiejszy dostęp pacjentów do informacji oraz profesjonalnej pomocy w kwestiach związanych z samoleczeniem.

5. Promocja samodzielności pacjenta

Aktywna promocja samodzielności pacjenta jako jednego z kluczowych celów zdrowotnych. Integracja tego aspektu z polityką zdrowotną umożliwi budowanie postaw prozdrowotnych i umocnienie roli pacjenta jako partnera w procesie opieki zdrowotnej.

6. Współpraca międzysektorowa dla zdrowia publicznego

Nawiązanie współpracy międzysektorowej, aby promować samoleczenie jako element zdrowia publicznego. Współpraca z sektorami edukacyjnym, społecznym, gospodarczym czy środowiskowym pozwoli na kompleksowe podejście do zdrowia społeczeństwa.

7. Monitorowanie efektywności programów samoleczenia

Włączenie systemów monitorowania i oceny efektywności programów samoleczenia do struktur narodowych i europejskich. Regularne oceny pozwolą na dostosowywanie strategii oraz alokację zasobów zgodnie z wynikami osiąganymi w dziedzinie samoleczenia.

8. Integracja technologii wspierających samoleczenie

Wspieranie integracji nowoczesnych technologii, takich jak aplikacje mobilne czy telemedycyna, do krajowej i europejskiej polityki zdrowotnej. Umożliwi to dostarczanie innowacyjnych narzędzi wspierających samoleczenie, poprawiając dostępność opieki zdrowotnej.

9. Stworzenie platformy wymiany dobrych praktyk

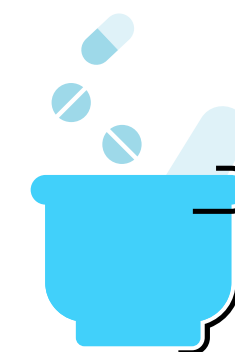
Utworzenie platformy na szczeblu europejskim do wymiany dobrych praktyk związanych z samoleczeniem pozwoli na dzielenie się doświadczeniami między krajami, co może prowadzić do lepszej standaryzacji i efektywności działań w tej dziedzinie.

10. Promowanie zdrowego stylu życia

Promowanie zdrowego stylu życia jako kluczowego elementu strategii zdrowotnej. Edukacja społeczeństwa na temat wpływu stylu życia na zdrowie i aktywne wspieranie zdrowych nawyków są kluczowe dla skutecznego samoleczenia.

11. Zwiększanie dostępności lekowej dla pacjenta

Wprowadzanie nowych cząsteczek na rynek bądź zmiana kategorii dostępności z leków na receptę na leki bez recepty.



Komentarze eksperckie



Dr hab. Agnieszka Mastalerz-Migas, prof. UMW

konsultant krajowa w dziedzinie medycyny rodzinnej, prezes zarządu
głównego Polskiego Towarzystwa Medycyny Rodzinnej

Raport „Rola samoleczenia w systemie opieki zorientowanym na wartość zdrowotną” opracowany pod kierownictwem Pani dr Małgorzaty Gałązki-Sobotki stanowi cenne opracowanie ważnego i aktualnego z punktu widzenia systemu ochrony zdrowia, a także polityki zdrowotnej i zdrowia publicznego zagadnienia, jakim jest samoleczenie pacjentów, w odniesieniu do współczesnych możliwości i zagrożeń.

Nie ulega wątpliwości, że we wszystkich systemach opieki zdrowotnej na świecie samoleczenie jest trendem, od którego nie ma odwrotu. W kontekście bieżących problemów zdrowia publicznego, takich jak starzenie się społeczeństwa i wynikające z tego zwiększone zapotrzebowanie na usługi medyczne i obciążenie systemów opieki zdrowotnej oraz niedobór kadr medycznych - samoleczenie, które przenosi niejako częściowo odpowiedzialność za własne zdrowie z systemu na jednostkę - jest zjawiskiem pożądanym.

W ostatnich latach obserwujemy intensywny rozwój samoleczenia (ang. self-medication lub self-treatment) i samoopieki (ang. self-care), czemu towarzyszy rozwój rynku usług i produktów z nimi związanych. Samoopieka jest terminem szerszym niż samoleczenie. WHO definiuje „samoopiekę” jako zdolności jednostek, rodzin i społeczności do promowania zdrowia, zapobiegania chorobom, utrzymywania zdrowia oraz radzenia sobie z chorobą i niepełnosprawnością przy wsparciu pracownika ochrony zdrowia lub bez niego, dzięki lekom OTC, suplementom diety oraz wyrobom medycznym. Samoleczenie oznacza głównie indywidualne stosowanie leków (produktów leczniczych) w celu leczenia dolegliwości i schorzeń rozpoznanych samodzielnie.

Samoleczenie, czyli leczenie się bez udziału profesjonalnego personelu medycznego lub bez konsultacji z lekarzem, odgrywa korzystną rolę w systemie ochrony zdrowia, jednak może być również źródłem różnych ryzyk.

Rola samoleczenia w systemie ochrony zdrowia może być postrzegana z różnych perspektyw:

1. Dostępność i samodzielność: W niektórych sytuacjach, zwłaszcza gdy dostęp do opieki medycznej jest ograniczony (np. na obszarach wiejskich, w regionach słabo rozwiniętych), samoleczenie może być jedyną opcją dla ludzi, którzy potrzebują szybkiego łagodzenia objawów lub pierwszej pomocy w nagłych przypadkach.
2. Znajomość własnego ciała: Niektórzy ludzie preferują samoleczenie w przypadku łagodnych dolegliwości, z powodu zdolności do rozpoznawania i leczenia typowych problemów zdrowotnych, takich jak bóle głowy, bóle mięśniowe, drobne skaleczenia itp. W takich przypadkach, korzystanie z domowych sposobów leczenia może być skuteczne i oszczędne.
3. Ograniczenie obciążenia systemu opieki zdrowotnej: Korzystanie z samoleczenia w przypadku łagodnych dolegliwości może pomóc w zmniejszeniu obciążenia dla systemu opieki zdrowotnej, pozostawiając więcej zasobów dla osób z poważnymi schorzeniami lub nagłymi przypadkami.

Jednak istnieją również pewne ryzyka związane z samoleczeniem:

1. Błędne diagnozy: Samoleczenie może prowadzić do błędnych diagnoz lub leczenia nieodpowiednich dla prawdziwej przyczyny objawów, co może pogorszyć stan zdrowia lub opóźnić odpowiednie leczenie.
2. Brak monitorowania: Osoby, które decydują się na samoleczenie, mogą nie być pod stałym nadzorem medycznym, co może prowadzić do zaniedbania lub ignorowania istotnych objawów.
3. Uzależnienie od leków: Samoleczenie może prowadzić do nadużywania leków lub substancji, szczególnie w przypadku leków przeciwbólowych, uspokajających itp.

W związku z tym, choć samoleczenie może być użyteczne w pewnych okolicznościach, zawsze istotne jest, aby w przypadku poważniejszych lub długotrwałych objawów odbyła się konsultacja z lekarzem lub innym wykwalifikowanym specjalistą medycznym. Samoleczenie musi być powiązane z prowadzeniem szeroko zakrojonej edukacji zdrowotnej społeczeństwa.

Niewątpliwie, samoleczenie może przynieść oszczędności związane z kosztami opieki zdrowotnej, m.in.:

1. Brak wizyt lekarskich: Korzystanie z domowych metod leczenia lub środków dostępnych bez recepty może uniknąć konieczności wizyt lekarskich, co wiąże się z opłatami za wizytę oraz ewentualnymi kosztami badań diagnostycznych.
2. Mniejsze koszty leków: Niektóre leki dostępne bez recepty są tańsze niż ich odpowiedniki na receptę. Samoleczenie może więc prowadzić do mniejszych wydatków na leki, szczególnie w przypadku łagodnych dolegliwości.
3. Oszczędności na dojazdach: Unikanie częstych wizyt lekarskich może pomóc w zmniejszeniu kosztów związanych z dojazdami do placówek medycznych, szczególnie jeśli pacjent mieszka w odległych lub trudno dostępnych miejscach.
4. Mniejsze koszty procedur i badań diagnostycznych: W niektórych przypadkach samoleczenie może pomóc w uniknięciu kosztów procedur diagnostycznych, takich jak badania krwi czy obrazowanie medyczne.

Analizując samoleczenie, należy podkreślić konieczność rozwoju opieki farmaceutycznej, która odgrywa istotną rolę w kontekście samoleczenia, farmaceuci mogą dostarczyć pacjentom istotne informacje i wsparcie w wyborze odpowiednich środków leczniczych. Obszary wsparcia to m.in.:

1. Doradztwo w doborze leków bez recepty: Farmaceuci mogą pomóc pacjentom w wyborze odpowiednich leków bez recepty (OTC), które mogą pomóc w łagodzeniu objawów chorób łagodnych lub stanów zdrowotnych.
2. Orientacja w stosowaniu leków i suplementów diety: Farmaceuci mogą udzielać informacji na temat prawidłowego stosowania leków oraz suplementów diety, w tym dawkowania, częstotliwości podawania i ewentualnych interakcji między lekami.
3. Monitorowanie interakcji leków: Farmaceuci mogą pomóc w identyfikacji potencjalnych interakcji między różnymi lekami, co jest istotne szczególnie w przypadku osób, które przyjmują wiele leków jednocześnie.
4. Edukacja na temat bezpiecznego samoleczenia: Farmaceuci mogą dostarczyć informacje na temat bezpiecznych praktyk samoleczenia oraz ostrzec pacjentów przed potencjalnymi zagrożeniami związanymi z niewłaściwym stosowaniem leków.

Kwestie poruszone powyżej są wnikliwie omówione w raporcie, ze wskazaniem wyliczeń finansowych oszczędności, jakie mogą się pojawić w systemach ochrony zdrowia przy położeniu większego nacisku na samoleczenie. W raporcie zaprezentowane także ciekawe wyniki badania własnego nt. samoleczenia, przeprowadzonego we współpracy z Polskim Towarzystwem Medycyny Rodzinnej. Podsumowując, raport stanowi cenny wkład w dyskusję nad znaczeniem samoleczenia w systemie ochrony zdrowia i w zdrowiu publicznym. Konieczny jest rozwój tego sektora, z istotnym wsparciem społeczeństwa w edukacji zdrowotnej, rozwojem opieki farmaceutycznej i rozsądnym zarządzaniem rynkiem leków dostępnych bez recepty (OTC).



Prof. dr hab. Marcin Czech

prezes Polskiego Towarzystwa Farmakoekonomicznego, kierownik Zakładu Farmakoekonomiki Instytutu Matki i Dziecka

Samoleczenie to proces, w którym jednostka podejmuje działania mające na celu poprawę swojego zdrowia fizycznego i psychicznego bez udziału profesjonalistów medycznych. W kontekście systemu opieki zorientowanego na wartość zdrowotną, samoleczenie odgrywa istotną rolę, choć nie zawsze

jest ona dostrzegana czy wspierana przez tradycyjne struktury opieki zdrowotnej.

Po pierwsze, samoleczenie może być efektywnym sposobem radzenia sobie z problemami zdrowotnymi o niskim stopniu złożoności lub o charakterze przewlekłym. Wiele dolegliwości, takich jak bóle głowy, niewielkie infekcje czy stany zapalne, może być łagodzone lub nawet leczone za pomocą prostych metod, takich jak zmiana diety, regularna aktywność fizyczna czy stosowanie naturalnych suplementów. W ten sposób jednostka nie tylko oszczędza czas i zasoby systemu opieki zdrowotnej, ale także aktywnie angażuje się w dbanie o swoje zdrowie.

Po drugie, samoleczenie może być szczególnie istotne w sytuacjach, gdy dostęp do opieki zdrowotnej jest ograniczony, na przykład ze względu na odległość od placówek medycznych, brak ubezpieczenia zdrowotnego (np. emigranci) lub niski poziom wykształcenia zdrowotnego społeczności. W takich przypadkach umiejętność samodzielnego radzenia sobie z problemami zdrowotnymi może być kluczowa dla utrzymania dobrego stanu zdrowia i zapobiegania powikłaniom.

Jednakże, istnieją także pewne wyzwania związane z samoleczeniem, które wymagają uwagi w systemie opieki zdrowotnej.

Po pierwsze, istnieje ryzyko niewłaściwego diagnozowania lub leczenia przez osoby nieposiadające odpowiedniej wiedzy medycznej. Samoleczenie może prowadzić do opóźnienia w rozpoznawaniu poważnych schorzeń lub nawet do pogorszenia się stanu zdrowia w przypadku nieprawidłowej interwencji.

Po drugie, samoleczenie może prowadzić do nadużywania leków lub suplementów, zwłaszcza w przypadku preparatów dostępnych bez recepty. Bez odpowiedniego nadzoru medycznego istnieje ryzyko interakcji między lekami oraz możliwością wystąpienia skutków ubocznych lub alergii. Patrząc przez pryzmat rejestracji i kanałów dystrybucji leków, rynek farmaceutyczny podzielony jest na grupy. Istnieją leki, które są ściśle kontrolowane, wydawane z przepisu lekarza, często stosowane w szpitalach, finansowane w programach

lekowych. Mamy cały apteczny obrót leków, które są w refundacji i te też są pod lupą systemu. Wszystkie leki przepisywane przez profesjonalistę medycznego (lekarza, farmaceutę, pielęgniarkę), w przypadku których możemy powiedzieć, że są przepisywane zgodnie ze wskazaniami, mamy większą pewność braku interakcji czy przedawkowania. Inaczej jest z lekami w sprzedaży, o której decyduje pacjent i które sam pacjent sobie ordynuje, zgodnie z potrzebą. W aptecznym obrocie lekami, mamy pewność, że cały kanał dystrybucji mamy pod kontrolą, w razie potrzeby jest zachowany „zimny łańcuch”, leki są właściwie przechowywane, i co ważne - wydawane przez profesjonalistów.

Kwestia samoleczenia ma również wymiar pokoleniowy. Więcej leków zażywają ludzie młodzi, w tym wykształcone kobiety, z dużych miejscowości. Można to interpretować jako dowód wyższej świadomości zdrowotnej ale również traktować jako przejaw fałszywej dorosłości czy dojrzałości. Młode pokolenie z dużo większą swobodą sięga po środki aktywne, produkty lecznicze, po środki psychoaktywne również. Myślę, że jest to zmiana pokoleniowa, również Internet, który jest źródłem informacji o leku, poza reklamami, daje takie pseudo poczucie bezpieczeństwa, jeżeli chodzi o samoleczenie.

W związku z tym, aby zwiększyć wartość zdrowotną systemu opieki, ważne jest zachęcanie do odpowiedzialnego samoleczenia poprzez edukację społeczeństwa na temat podstawowej opieki zdrowotnej, promowanie zdrowego stylu życia oraz zapewnienie dostępu do wiarygodnych źródeł informacji na temat samoleczenia. Współpraca między pacjentem a profesjonalistami medycznymi może również pomóc w zapobieganiu potencjalnym szkodom wynikającym z nieodpowiedzialnego samoleczenia, poprzez udzielanie informacji zwrotnych oraz monitorowanie stanu zdrowia pacjenta. W ten sposób samoleczenie może stać się integralną częścią systemu opieki zdrowotnej, przyczyniając się zarówno do poprawy indywidualnego zdrowia, jak i efektywności systemu opieki jako całości.

Raport powinien stać się lekturą obowiązkową wszystkich, którzy w sposób bezpośredni lub pośredni kształtują samoleczenie w Polsce. Znajdą oni w nim zarówno podstawy teoretyczne, definicje, aspekty medyczne i społeczne zjawiska, również w wymiarze międzynarodowym, jak i kontekst praktyczny, w tym otoczenie prawne, głęboko zakorzenione w specyfice polskiego systemu ochrony zdrowia. Raport uzupełniony jest danymi liczbowymi dotyczącymi stosowania leków wydawanych w sprzedaży odręcznej (Polska przoduje w udziale leków OTC w rynku aptecznym, w roku 2022 sprzedano 562 mln opakowań o wartości 10,7 miliardów złotych) oraz prezentacją modeli wykorzystania samoleczenia w optymalizacji opieki zdrowotnej. W tym kontekście ważny jest opis postaw polskich pacjentów wobec zdrowia, percepcji lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej oraz świadomości społecznej samoleczenia, wraz z tak ważną mapą ryzyk. Wnioski i rekomendacje w przejrzysty sposób podsumowują najważniejsze zagadnienia obejmujące korzyści z samoleczenia dla pacjenta, świadczeniodawcy, systemu, pracodawcy i całej gospodarki. Dokładna analiza wymiaru ekonomicznego wraz z jego wpływem na koszty bezpośrednie i pośrednie w zakresie absenteizmu i prezenteizmu oraz wymiaru zarządczego uwzględniającego rolę opieki farmaceutycznej i nowoczesnych rozwiązań technologicznych wieńczy dzieło.

Jestem przekonany, że wnikliwa lektura opracowania przełoży się na namacalne korzyści dla polskich pacjentów w kontekście zjawiska samoleczenia w naszym kraju, szczególnie w dobie wyzwań zdrowia publicznego i zagrożeń epidemiologicznych.

Bibliografia

1. A self-care White Paper: supporting the delivery of the NHS Long Term Plan, PAGB, 2019. Źródło: https://www.pagb.co.uk/content/uploads/2019/03/PAGB_Self-Care_White-Paper_v1-0.pdf (dostęp 04.12.2022 r.).
2. Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, Wytyczne oceny technologii medycznych. Wersja 3.0. (III.). Wydawnictwo Lekarskie PZWL 2016.
3. Alexa J.M., Bertsche T., An online cross-sectional survey of community pharmacists to assess information needs for evidence-based self-medication counselling, „Int J Clin Pharm.” 2023 Aug 2. doi: 10.1007/s11096-023-01624-7. Epub ahead of print. PMID: 37532842.
4. Araia Z. Z., Gebregziabher N. K., Mesfun A. B., Self medication practice and associated factors among students of Asmara College of Health Sciences, Eritrea: a cross sectional study, „J of Pharm Policy and Pract” 2019 12, 3. <https://joppp.biomedcentral.com/articles/10.1186/s40545-019-0165-2>.
5. Babicki M., Bogudzińska B., Kowalski, K., Mastalerz-Migas, A., Depression, Anxiety and Quality of Life among Online Responders in Poland: A Cross-Sectional Study Covering Four Waves of the COVID-19 Pandemic, „Int. J. Environ. Res. Public Health” 2022, 19, 9934. <https://doi.org/10.3390/ijerph19169934>.
6. Bell J., Dziekan G., Pollack C., Mahachai, V., Self-Care in the Twenty First Century: A Vital Role for the Pharmacist, „Advances in Therapy” 2016, 33, 1691-1703. <https://doi.org/10.1007/s12325-016-0395-5>.
7. Bennadi D., Self-medication. A current challenge, „J Basic Clin Pharm.” 2013; 5(1):19-23. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4012703/>.
8. Beyene K.G., Beza S.W., Self-medication practice and associated factors among pregnant women in Addis Ababa, Ethiopia, „Trop Med Health” 2018 May 1;46:10. doi: 10.1186/s41182-018-0091-z. PMID: 29743807; PMCID: PMC5928590.
9. Castle-Clarke S., Imison C., The digital patient: transforming primary care?, „Nuffield Trust” 2016, <https://www.nuffieldtrust.org.uk/research/the-digital-patient-transforming-primary-care>.
10. CDC, What We Know About... Health Literacy 2009, Source: <http://www.cdc.gov/healthmarketing/resources.htm> NCHM.
11. Community pharmacy, a public health hub, PGEU 2016. Źródło: <https://www.pgeu.eu/wp-content/uploads/2019/06/PGEU-AR-2016-web.pdf>.
12. Consolini A.E., Ragone M.I., Patterns of self-medication with medicinal plants and related adverse events - a South American survey, „Curr Drug Saf” 2010 Oct;5(4):333-41. doi: 10.2174/157488610792246019.
13. Corcoran T.B., Haigh F., Seabrook. A., Schug S.A., „A survey of patients” use of the internet for chronic pain-related information, „Pain Med.” 2010 Apr;11(4):512-7. Doi: 10.1111/j.1526-4637.2010.00817.x. Epub 2010 Mar 1. PMID: 20202143.
14. Delivering better oral health: an evidence-based toolkit for prevention, „Public health England” 2017. <https://www.gov.uk/government/publications/delivering-better-oral-health-an-evidence-based-toolkit-for-prevention> (dostęp 04.12.2022 r.).
15. Department of Health, The expert patient: A new approach to chronic disease management in the 21st century, London: Stationery Office; 2001.
16. Der gesundheitsökonomische Stellenwert von OTC-Präparaten in Österreich, Austria 2013. <https://www.may-bauer.de/project/gesundheitsoekonomisch-otc-oesterreich/> (dostęp 04.12.2022 r.).
17. Donaldson L., Expert patients usher in a new era of opportunity for the NHS, „BMJ” 2003 Jun 14;326(7402):1279-80. doi: 10.1136/bmj.326.7402.1279. PMID: 12805129; PMCID: PMC1126164.
18. Duplaga M., Determinants and Consequences of Limited Health Literacy in Polish Society, „International Journal of Environmental Research and Public Health” 2020, 17(2), 642.
19. Dyrektywa 2001/83/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dn. 6 listopada 2001 roku w sprawie wspólnotowego kodeksu odnoszącego się do produktów leczniczych stosowanych u ludzi (Dz. Urz. WE L 311 z 28.11.2001, str. 67, Dz. Urz. Polskie wydanie specjalne, rozdz. 13, t. 27, str. 69).
20. EU, Commission of the European Communities, 2008.
21. Eurostat. Population on 1 January by age and sex. [Online] 23 02 2023. [Zacytowano: 16. 06. 2023 r.] https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/DEMO_PJAN__custom_6683151/default/table?lang=en.
22. Farmakoterapia bólu u chorych na nowotwory – zalecenia Polskiego Towarzystwa Badania Bólu, Polskiego Towarzystwa Medycyny Paliatywnej, Polskiego Towarzystwa Onkologicznego, Polskiego Towarzystwa Medycyny Rodzinnej, Polskiego Towarzystwa Anestezjologii i Intensywnej Terapii. Ból 2017; 18 (3): 11-53.
23. Federchimica Assosalute, Numeri e indici dell'automedicazione Edizione 2019/2020/2021/2022/2023. [Online] <https://assosalute.federchimica.it/pubblicazioni/numerieindici> [Zacytowano: 19.08. 2023 r.]
24. Fereidouni Z, Kameli Morandini M., Najafi Kalyani M., Experiences of self-medication among people: a qualitative meta-synthesis. „Daru : Journal of Faculty of Pharmacy” 2019, Tehran University of Medical Sciences, 27(1), 83–89. <https://doi.org/10.1007/s40199-019-00244-9>.
25. Fiche-A.13_Automedication.pdf (france-assos-sante.org).
26. From prescription-only to pharmacy-only, BAH 2018. Źródło: https://www.bah-bonn.de/index.php?id=2&type=565&file=redakteur_files/system/public/20180612_BAH_switches_E_web.pdf.
27. Furlepa K., Śliwczyński A., Kamecka K., Kozłowski R., Gołębiak I., Cichońska-Rzeźnicka D., Marczak M., Glinkowski W.M., The COVID-19 Pandemic as an Impulse for the Development of Telemedicine in Primary Care in Poland, „Journal of Personalized Medicine” 2022; 12(7):1165. <https://doi.org/10.3390/jpm12071165>.
28. Garattini, L. I inni, Do European pharmacists really have to trespass on medicine?, „Eur J Health Econ” 2020, <https://link.springer.com/article/10.1007/s10198-020-01185-w>.
29. Göbel H., Braun J., Petersen-Braun M., Gessner U., Pharmacoeconomic benefits of self-medication in Germany - empirical study using the example of migraines and headaches. Health Economics & Quality Management. 21(1), 2015. <https://schmerz.klinik.de/wp-content/uploads/2015/08/pharmakoekonomischer-nutzen-der-selbstmedikation-in-deutschland.pdf>.
30. GUS. Apteki i punkty apteczne w 2022 r.: https://stat.gov.pl/files/gfx/portalinformacyjny/pl/defaultaktualnosci/5513/15/7/1/apteki_i_punkty_apteczne_w_2022_r.pdf.
31. Healthy People 2030, <https://health.gov/healthypeople> (dostęp: 20.08.2023 r.).
32. Henderson E. M., Keogh E., Eccleston C., Why go online when you have pain? A qualitative analysis of teenagers' use of the Internet for pain management advice, „Child Care Health Dev.” 2014 Jul;40(4):572-9. doi: 10.1111/cch.12072. Epub 2013 May 12. PMID: 23663232.
33. Hildegard M., Carla Pillarella O., Jommi C., The Economic Impact of a Switch From Prescription-Only to Non-prescription Drugs in Italy, „Frontiers in Pharmacology” 9, 2018, 1069.
34. <http://www.obywatelezz.pl>.
35. <https://antybiotyki.edu.pl/edwa/> (dostęp 12.08.2023).
36. <https://apcz.umk.pl/JEHS/article/view/38037/32023>.
37. <https://diabetyk.org.pl>.
38. <https://ehff.eu/wp-content/uploads/2013/11/8.-Epposi-Self-Care-Barometer-2013.pdf>.
39. <https://english.cbg-meb.nl/topics/about-meb-our-tasks/about-meb-better-use-of-medicines/the-better->

use-programme.

40. <https://english.zorginstituutnederland.nl/about-us/tasks-of-the-national-health-care-institute/assessment-of-outpatient-medicines-for-the-benefit-of-the-medicine-reimbursement-system-gvs/reimbursement-of-outpatient-medicines>.
41. <https://eurohealthobservatory.who.int/publications/i/poland-health-system-review-2019>.
42. <https://eurohealthobservatory.who.int/publications/i/sweden-health-system-review-2023>.
43. <https://ippez.pl>.
44. <https://m-pohl.net> (dostęp 11.08.2023).
45. <https://m-pohl.net/Results> (dostęp 11.08.2023).
46. https://m-pohl.net/sites/m-pohl.net/files/inline-files/HLS19_International%20Report%20%28002%29_0.pdf.
47. <https://odpowiedzialneleczenie.pl/> (dostęp 13.08.2023).
48. <https://sante.gouv.fr/soins-et-maladies/medicaments/le-circuit-du-medicament/article/la-fixation-des-prix-et-du-taux-de-remboursement> [dostęp: 22.01.2024 r.].
49. <https://www.1177.se/behandling--hjalpmedel/behandling-med-lakemedel/lakemedel-utifran-diagnos/>.
50. <https://www.ameli.fr/assure/remboursements/rembourse/medicaments-vaccins-dispositifs-medicaux/remboursement-medicaments-tiers-payant> [dostęp: 22.01.2024 r.].
51. <https://www.chpa.org/about-consumer-healthcare/faqs/faqs-about-regulation-otc-medicines>.
52. <https://www.fda.gov/drugs/choosing-right-over-counter-medicine-otcs/over-counter-medicines-whats-right-you>.
53. <https://www.fda.gov/drugs/understanding-over-counter-medicines/educational-resources-understanding-over-counter-medicine>.
54. https://www.france-assos-sante.org/wp-content/uploads/2016/01/Fiche-A.13_Automedication.pdf.
55. <https://www.gov.uk/guidance/medicines-reclassify-your-product>.
56. https://www.gov.uk/search/policy-papers-and-consultations?content_store_document_type%5B%5D=open_consultations&content_store_document_type%5B%5D=closed_consultations&organisations%5B%5D=medicines-and-healthcare-products-regulatory-agency.
57. <https://www.government.nl/topics/medicines/question-and-answer/where-can-i-buy-medicines-in-the-netherlands>.
58. <https://www.nhs.uk>.
59. <https://www.nhs.uk/conditions/>.
60. <https://www.rynekzdrowia.pl/Farmacja/Lewiatan-aby-uslugi-apteczne-sie-rozwijaly-pacjenci-musza-o-nich-wiedziec,2430776.html>.
61. <https://www.urpl.gov.pl/pl/urząd/kampanie/lek-bezpieczny> (dostęp 13.08.2023).
62. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>.
63. Hughes C. M., McElnay J. C., Fleming G. F., Benefits and Risks of Self Medication, „Drug Safety” 2001; 24: 1027-1037. <https://link.springer.com/article/10.2165/00002018-200124140-00002>.
64. Hughes C. M., McElnay J. C., Fleming G. F., Benefits and Risks of Self Medication, „Drug Safety” 2001; 24: 1027-1037. <https://link.springer.com/article/10.2165/00002018-200124140-00002>.
65. Karłowicz-Bodalska K., Sauer N., Jonderko L., Wiela-Hojeska A., Over the Counter Pain Medications Used

by Adults: A Need for Pharmacist Intervention, „International Journal of Environmental Research and Public Health” 2023.

66. Köcher R., MLP Gesundheitsreport 2012/13. Berlin 2013. <http://www.mlp-ag.de/presse/gesundheitsreport/gesundheitsreport-2012-13>.
67. Koch-Institut (Hrsg), Gesundheit in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes 2015. Gemeinsam getragen von RKI und Destatis. RKI, Berlin 2015.
68. Kowalczyk A., Markiewicz M., Puścion M., Wiśniewski M., Pozaapteczny obrót lekami OTC: bezpieczeństwo, prawo, ekonomia i oczekiwania pacjenta, [Online] 30 03 2023. [Zacytowano: 24 06 2023.] <https://pozaapteczny.pl/wp-content/uploads/2023/04/5944d3ce0a5455cd7c1b6a3ee53b3aa3bb323300.pdf>.
69. Krajewski-Siuda K., Chmura R., Łach K., Samoleczenie jako problem zdrowia publicznego [Self-medication as a public health problem] w: Krajewski-Siuda K. (red.), Self-Medication. Instytut Sobieskiego; Warszawa, Poland: 2012. pp. 31-98.
70. Lasota D., Mirowska-Guzel D., Goniewicz M., The Over-the-Counter Medicines Market in Poland, „International Journal of Environmental Research and Public Health.” 19, 2022.
71. L'automédication | ameli.fr | Assuré, <https://www.ameli.fr/assure/sante/medicaments/utiliser-recycler-medicaments/automedication>.
72. Le T.H., Ottosson E., Nguyen T.K., Kim B.G., Allebeck P., Drug use and self-medication among children with respiratory illness or diarrhea in a rural district in Vietnam: a qualitative study „J Multidiscip Healthc” 2011;4:329-36. doi: 10.2147/JMDH.S22769. Epub 2011 Sep 13. PMID: 21966227; PMCID: PMC3180479.
73. Leki dostępne bez recepty i suplementy diety. Komunikat z Badań Nr 158/2016. CBOS, Warszawa 2016. https://cbos.pl/SPISKOM.POL/2016/K_158_16.pdf.
74. Lorig K., Sobel D.S., Stewart A.L. i inni., Evidence suggesting that a chronic disease self-management program can improve health status while reducing hospitalization, „Med Care” 1999;37:5-14.
75. Loyola Filho A.I., Lima-Costa M.F., Uchôa E., Bambuí Project: a qualitative approach to self-medication, „Cad Saude Publica” 2004 Nov-Dec;20(6):1661-9. doi: 10.1590/s0102-311x2004000600025. Epub 2004 Dec 8. PMID: 15608869.
76. Loyola Filho A.I., Lima-Costa M.F., Uchôa E., Bambuí Project: a qualitative approach to self-medication, „Cad Saude Publica” 2004 Nov-Dec;20(6):1661-9. doi: 10.1590/s0102-311x2004000600025. Epub 2004 Dec 8. PMID: 15608869.
77. Łanda K. (red.), Kowalczyk A., Markiewicz M., Puścion M., Wiśniewski M., Pozaapteczny obrót lekami OTC w Polsce: bezpieczeństwo, prawo, ekonomia i oczekiwania pacjenta, Warszawa „WatchHealthCare, Stowarzyszenie Leki Tylko z Apteki” 2023.
78. Make selfcare products a lever for resilience and access to proximity care in France - Report. AFIPA, Paris 2020. <https://neres.fr/wp-content/uploads/2021/02/Lever-for-resilience-and-access-to-proximity-care.pdf>.
79. Makowska M., Boguszewski R., Nowakowski M., Podkowińska M., Self-Medication-Related Behaviors and Poland's COVID-19 Lockdown, „International Journal of Environmental Research and Public Health” 2020; 17(22):8344. <https://doi.org/10.3390/ijerph17228344>.
80. May U., Bauer C., Pharmacy-based Self-care of Minor Ailments – A Health Economic Analysis Focused on the German Healthcare System, In: SelfCare Journal. 9(2)/2018.
81. May U., Bauer C., Schneider-Ziebe A., Giulini-Limbach C., Self-Medication in Europe: Economic and Social Impact on Individuals and Society, „Gesundh ökon Qual mana” [Zacytowano: 15 06 2023.] <https://www.thieme-connect.com/products/ejournals/pdf/10.1055/a-2089-5142.pdf>.

82. May U., Bauer C., Self-treatment and pharmacy. A socio- and health-economic report, report commissioned by the Federal Association of Drug Manufacturers. Bonn, 2016. <https://www.bah-bonn.de/unsere-themen/selbstmedikation/selbstbehandlung-und-apotheke/>
83. May U., Bauer C., The health economic significance of OTC preparations in Austria. Vienna 2013. <https://www.may-bauer.de/project/gesundheitsoekonomisch-otc-oesterreich/>
84. McKee S., GPs dealing with 'unsafe' work load, 2018. http://www.pharmatimes.com/news/gps_dealing_with_unsafe_work_load_1217707
85. Medonet. Znamy wyniki sondy – czy leki bez recepty przyjmujemy bezpiecznie. [Online] 15 11 2021. [Zacytowano: 15 10 2023.] <https://www.medonet.pl/zdrowie-bez-recepty/odpowiedzialne-samoleczenie,znamy-wyniki-sondy---czy-leki-bez-recepty-przyjmujemy-beezpiecznie-,artykul,10661968.html>.
86. Midão, L., Giardini, A., Menditto, E., Kardas, P., Costa, E., Polypharmacy prevalence among older adults based on the survey of health, ageing and retirement in europe. „ Archives of Gerontology and Geriatrics” 2018, 78, 213 – 220. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0167494318301328?via%3Dihub>.
87. Ministerstwo Zdrowia, Raport opieka farmaceutyczna. Kompleksowa analiza procesu wdrożenia. Warszawa 2020 1-114.
88. Miraczak A., Poziom kompetencji zdrowotnych (helath literacy) seniorów a proces samozarządzania choroba przewlekłą, „Journal of Education, Health and Sport” 2017, ;7(3):72-85. eISSN 2391-8306. DOI <http://ojs.ukw.edu.pl/index.php/johs/article/view/4212> (dostęp 20.08.2023).
89. Mortazavi, S.S., Shati M., Khankeh, H.R. et al., Self-medication among the elderly in Iran: a content analysis study. BMC Geriatr 17, 198 , 2017, <https://doi.org/10.1186/s12877-017-0596-z>.
90. Najwyższa Izba Kontroli, Raport: System Ochrony Zdrowia w Polsce – stan obecny i pożądane kierunki zmian, KZD.034.001.2018, Nr ewid. 8/2019/megainfo/KZD, <https://www.nik.gov.pl/plik/id,20223,vp,22913.pdf>, (dostęp: 20.08.2023).
91. Naoum V., Self-medication in Greece: the financial impact from expanding the OTC market, „ International Journal of Pharmacy Practice” 2021, Volume 29, Issue 6, <https://academic.oup.com/ijpp/article/29/6/541/6388146> (dostęp 04.12.2022 r.).
92. Narodowy Fundusz Zdrowia „NFZ o zdrowiu. Polipragmazja”, Warszawa 2020, <https://ezdrowie.gov.pl/portal/home/badania-i-dane/zdrowe-dane/raporty/nfz-o-zdrowiu-polipragmazja> (dostęp 22.08.2023).
93. Netherlands: health system review 2016, Health Systems in Transition, Vol. 18 No. 2.
94. NFZ o zdrowiu. Polipragmazja. Centrala Narodowego Funduszu Zdrowia, Departament Analiz i Innowacji. Warszawa 2020; ISBN: 978-83-944034-7-8 <https://ezdrowie.gov.pl/portal/home/zdrowe-dane/raporty/nfz-ozdrowiu-polipragmazja>.
95. Niedorys B., Chrzan-Rodak A., Ślusarska B., Health Literacy – a review of research using.
96. Oberska J., Prusaczyk, A., Zuk P., Jurewicz B., Guzek M., Bogdan M., Doświadczenia międzynarodowe w kontekście wdrożenia opieki farmaceutycznej w Polsce, „Journal of Education, Health and Sport” 2020, 12, 81-95. 10.12775/JEHS.2022.12.05.005.
97. Opieka koordynowana na świecie. Przykłady mające pomóc usprawnić (podstawową) opiekę zdrowotną w Polsce. Raport sporządzony przez K. Viktorię Stein; NFZ, 2016.
98. Ostermann H., Renner A.-T., Bobek J., Schneider P., Vogler S. A cost/benefit analysis of self-care systems in the European Union. Final report. Vienna, 2015. https://jasmin.goeg.at/id/eprint/396/1/Self_Care_final%20report_20150629.pdf.
99. Otto M. i inni, The Economic Impact of a Switch From Prescription-Only to Non-prescription Drugs in Italy, “Front. Pharmacol” 2018. <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fphar.2018.01069/full> (dostęp 04.12.2022 r.).
100. PAP, Jaka jest siła nabywczą Polaków na tle UE, [Online] 08 11 2021. [Zacytowano: 16 10 2023.] <https://forsal.pl/gospodarka/artykuly/8287846,pkb-per-capita-w-polsce-na-tle-ue-jaka-jest-sila-nabywczapolakow.html>.
101. Pharmacy 2030: A Vision for Community Pharmacy in Europe PGEU 2019. https://www.pgeu.eu/wp-content/uploads/2019/03/Pharmacy-2030_-A-Vision-for-Community-Pharmacy-in-Europe.pdf.
102. Poland: health system review 2019, Health Systems in Transition, Vol. 21 No. 1
103. Polski Związek Producentów Leków bez Recepty PASMI <https://pasmi.pl/24-lipca-miedzynarodowy-dzien-samoleczenia/> (dostęp 16.08.2023 r.).
104. Polski Związek Producentów Leków bez Recepty PASMI <https://pasmi.pl/kampania-edukacyjna-pasmi-zdrowie-bez-recepty/> (dostęp 13.08.2023).
105. Por. Prezes Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych „Raport roczny 2022”, Warszawa 2022, https://www.urpl.gov.pl/sites/default/files/pictures/Raport%20Roczny%20Prezesa%20Urz%C4%99du%20za%202022%20rok_plik%20internetowy.pdf (dostęp 10.08.2023).
106. Pyznar O., Mól N., Zasada M., Zasada W., Mazurek M., Kwinta P., OVER-THE-COUNTER ANTIPYRETICS USE AMONG CHILDREN FROM SOUTHEASTERN POLAND, „ Journal of Mother and Child” 25, 2021, Tom 1.
107. Rannou F. I inni Efficacy and safety of topical NSAIDs in the management of osteoarthritis: Evidence from real-life setting trials and surveys, „ Semin Arthritis Rheum” 2016;45(4 Suppl):S18-S21. <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0049017215002851> (dostęp 04.12.2022r.).
108. Raport Apteki w Polsce, Kwiecień 2019: https://aptekarze.org.pl/wp-content/uploads/2019/05/zappa_raport_2019_19_04_2019_dr.pdf.
109. Raport Apteki w Polsce. Gdzie jeszcze jest potencjał sprzedaży: <https://mgr.farm/aktualnosci/raport-745-polakow-do-najblizszej-apteki-ma-okolo-5-minut-piesz/> ; <https://dataplace.ai/pl/report/apteki-w-polsce-2021-raport/>.
110. Raport miesięczny – maj 2023. PEX PharmaSequence. https://www.pexps.pl/files/upload/files/PEX_RaportMiesieczny_20230615.pdf.
111. Redefining the role of self-care in Europe Vision, barriers, and recommendations to empower people to self-care, „ Vintura” 2023 Haleon.
112. Richardson G., Gravelle H., Weatherly H., Ritchie G., Cost-effectiveness of interventions to support self-care: a systematic review „ Int J Technol Assess Health Care” 2005 Fall;21(4):423-32. doi: 10.1017/S0266462305050592. PMID: 16262964.
113. Rogala A, Wyzwania realizacji koncepcji patient empowerment w kontekście kompetencji pacjentów, e-mentor 2020, 3(85), 41–49. <https://doi.org/10.15219/em>.
114. Ruiz M. E., Risks of self-medication practices, „ Current Drug Safety” 2010; 5 (4): 315 – 323 https://www.researchgate.net/profile/Maria-Ruiz-74/publication/45112723_Risks_of_Self-Medication_Practices/links/5922ccf4a6fdcc4443f759e1/Risks-of-Self-Medication-Practices.pdf.
115. Rzecznik Praw Pacjenta <https://www.gov.pl/web/rpp/swiatowy-dzien-beezpieczenstwa-pacjenta> (dostęp 13.08.2023 r.).
116. Samoopieka w Niemczech, ABDA – Federalny Związek Niemieckich Stowarzyszeń Farmaceutów. <https://www.abda.de/themen/selbstmedikation/>.

117. Self-care competency framework. Volume 1. Global competency standards for health and care workers to support people's self-care – Volume 2. Knowledge guide for health and care workers to support people's self-care – Volume. 3. Curriculum guide for health and care workers to support people's self-care), World Health Organisation 2023.
118. Self-Care in Europe: Economic and Social Impact on Individuals and Society. AESGP 2021. Źródło: <https://aesgp.eu/content/uploads/2022/01/AESGP-Summary-Report-Self-Care-in-Europe-Economic-and-Social-Impact-on-Individuals-and-Society.pdf>.
119. Self-care interventions for health, World Health Organization https://www.who.int/health-topics/self-care#tab=tab_1.
120. Shaping the future. Together, PABG 2019. https://www.atlanticcouncil.org/wp-content/uploads/2020/11/Annual-Report-2019_20.pdf (dostęp 04.12.2022 r.).
121. State of Health in the EU, Polska, Profil systemu ochrony zdrowia 2021, https://health.ec.europa.eu/system/files/2021-12/2021_chp_poland_polish.pdf (dostęp: 20.08.2023 r.).
122. Strategic Review of Health Inequalities in England post-2010, Fair society, healthier lives: The Marmot review, The Marmot Review 2010.
123. Sweden: health system review 2023, Health Systems in Transition, Vol. 25 No. 4.
124. Światowa Organizacja Zdrowia „Medication Safety in Polypharmacy. Technical report”, 2019; <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-UHC-SDS-2019.11> (dostęp 12.08.2023 r.).
125. Światowa Organizacja Zdrowia <https://www.who.int/campaigns/world-patient-safety-day/2023> (dostęp 5.02.2024 r.).
126. Światowe Towarzystwo Medyczne <https://www.wma.net/policies-post/wma-statement-on-self-medication/> (dostęp 10.08.2023 r.)
127. Teaching Health Education in School, <https://www.healthychildren.org/English/ages-stages/gradeschool/school/Pages/Teaching-Health-Education-in-School.aspx>, (dostęp: 20.08.2023 r.)
128. The Economic Impact of an Hypothetical Rx-To-otc Switch in Spain, „Value in Health” 2018. <https://aesgp.eu/content/uploads/2021/01/The-economic-impact-of-an-hypthetical-Rx-to-OTC-switch-in-Spain-Study.pdf> (dostęp 04.12.2022 r.).
129. The European Health Literacy Questionnaire (HLS-EU-Q16) in 2010-2018, „Pielęgniarstwo XXI” 2020, Vol.19, Nr 1 (70)/2020, https://www.researchgate.net/publication/339402534_Health_Literacy_-_a_review_of_research_using_the_European_Health_Literacy_Questionnaire_HLS-EU-Q16_in_2010-2018, (dostęp: 20.08.2023 r.).
130. The Global Social and Economic Value of Self-Care. [Online] 2022. https://www.selfcarefederation.org/sites/default/files/media/documents/2022-06/FINAL_GSCF%20Socio-Economic%20Research%20Report%20202062022.pdf.
131. The health economic benefits of self-care in Europe a potential to rethink its position in the healthcare system, „Vintura” 2020. https://assets.gskstatic.com/corporate/Health-Economic-Study/GSK_report_summary-FINAL.pdf (dostęp 04.12.2022 r.).
132. The Role of the pharmacist in self-care and self-medication : report of the 4th WHO Consultative Group on the Role of the Pharmacist, 1998.
133. Vila L. I inni, A quantitative classification of OTC medicines regulations in 30 European countries: dispensing restrictions, distribution, pharmacy ownership, and pricing systems, „Journal of Pharmaceutical Policy and Practice” 2023, 16:19.
134. Wdowiak L., Kapka L., Samoleczenie a zdrowie publiczne [Self-medication and public health] w: Krajewski-

Siuda K. (red.), Self-Medication. Instytut Sobieskiego; Warszawa 2012. Pp. 13–24.

135. Wertheimer A. I., Serradell J., A discussion paper on self-care and its implications for pharmacists, „Pharmacy World and Science” 2008, 30(4), 309–315. <https://doi.org/10.1007/s11096-007-9187-y>.
136. Wilkinson R., Marmot M., Social determinants of health: the solid facts, 2nd ed (en). World Health Organization 2003, Regional Office for Europe. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/326568> (dostęp 03.05.2023 r.).
137. World Health Organization, Guidelines for the regulatory assessment of medicinal products for use in self-medication, WHO 2000.
138. World Health Organization, The role of the Pharmacist in self-care and self-medication. WHO 1998. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/65860/WHO_DAP_98.13.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
139. Woroń J., Andrzej A., Chrobak, Ślęzak D., Siwek M., Unprescribed and unnoticed: Retrospective chart review of adverse events of interactions between antidepressants and over-the-counter drugs, „Frontiers in Pharmacology” 13, 2022, Tom 965432.
140. Zanini C., Sarzi-Puttini P., Atzeni F., Di Franco M., Rubinelli S., Doctors' insights into the patient perspective: a qualitative study in the field of chronic pain, „Biomed Res Int.” 2014;2014:514230. doi: 10.1155/2014/514230. Epub 2014 May 18. PMID: 24949456; PMCID: PMC4052070.
141. Zapewnienie opieki paliatywnej i hospicyjnej. Raport NIK 2019 <https://www.nik.gov.pl/kontrol/P/18/063/>.
142. Zasowska-Nowak A., Directions of development of palliative care based on the literature, „Medycyna Paliatywna/Palliative Medicine” 2022;14(2):55-63.

Spis tabel

Tabela 1 Kluczowe pojęcia w kontekście samoleczenia.....	7
Tabela 2 Rozwiązania stosowane w wybranych systemach.....	22
Tabela 3 Spis państw wchodzących w skład krajów Europy i Azji Centralnej z podziałem na grupy.....	64
Tabela 4 Szacowane korzyści uzyskane z aktualnego poziomu samoleczenia (2019) w Europie i Azji Środkowej; Polska znajduje się w grupie B.....	65
Tabela 5 Prognozowane dodatkowe korzyści wynikające z samoleczenia w roku 2030 w Europie i Azji Środkowej; Polska znajduje się w grupie B.....	67
Tabela 6 Rodzaje scenariuszy zaproponowanej analizy.....	68
Tabela 7 Podsumowanie oszczędności dzięki samoopiece z różnych perspektyw.....	76
Tabela 8 Komponenty warunkujące efektywność opieki zdrowotnej.....	92

Spis wykresów

Wykres 1. Wydatki na ochronę zdrowia w podziale na publiczne, prywatne i dodatkowe w 2022 r. jako % PKB.....	17
Wykres 2. Rynek farmaceutyczny apteczny w wybranych krajach na 1 mieszkańca, w roku 2022; ceny detaliczne, euro.....	34
Wykres 3. Wartość rynku leków bez recepty w wybranych krajach, na 1 mieszkańca, w roku 2022; ceny detaliczne, euro.....	35
Wykres 4. Produkty bez recepty według kategorii rejestracyjnych w 2022 roku, ujęcie ilościowe, opakowania	36
Wykres 5. Dolegliwości doświadczane przynajmniej raz na 2-3 miesiące w ciągu ostatnich 2 lat	41
Wykres 6. Metody leczenia chorób/dolegliwości.....	42
Wykres 7. Moment rozpoczęcia samodzielnego leczenia lekami	43
Wykres 8. Wiedza na temat użytych leków	44
Wykres 9. Powody niekorzystania z porady lekarza.....	45
Wykres 10. Powód skorzystania z porady lekarza	46
Wykres 11. Samoleczenie wśród pacjentów dorosłych i pediatrycznych.....	52
Wykres 12. Porównanie wybranych parametrów korzyści z zastosowania samoopieki w Europie	74
Wykres 13. Porównanie oszczędności samoleczenia z różnych perspektyw - Europa ogółem	76
Wykres 14. Ocena procesu realizacji przeglądów lekowych przez pacjentów (n=511 pacjentów).....	83

Spis rysunków

Rysunek 1. Samoopieka i samoleczenie w systemie ochrony zdrowia	8
Rysunek 2. Samoopieka prowadzona przez świadomego w zakresie spraw zdrowotnych pacjenta jako podstawa życia w dobrym zdrowiu	14
Rysunek 3. Sprzedaż leków bez recepty w 28 krajach Unii Europejskiej	26
Rysunek 4. Poziom samoopieki na podstawie oceny czterech parametrów w krajach europejskich	29
Rysunek 5. Proces podejmowania decyzji dotyczących samoopieki i samoleczenia	30
Rysunek 6. Statystyka świadomości zdrowotnej	32
Rysunek 7. Demografia badanej próby respondentów (próba dorosłych Polaków).....	40
Rysunek 8. Samoleczenie wśród pacjentów dorosłych i pediatrycznych	54
Rysunek 9. Ocena sytuacji Polsce w zakresie opieki paliatywnej	58
Rysunek 10. Zakup leków bez recepty.....	62
Rysunek 11. Korzyści stosowania samoleczenia z poziomu różnych perspektyw	63
Rysunek 12. Scenariusz zamiany 5% całego woluminu leków refundowanych na leki OTC	71
Rysunek 13. Scenariusz zmiany statusu 60 z listy 89 substancji przygotowanej przez ekspertów.....	71
Rysunek 14. Wskaźniki realizacji pilotażowego programu przeglądów lekowych	82
Rysunek 15. Siedem Filarów Samoopieki	87
Rysunek 16. Przykłady dobrej praktyki w UK na stronie National Health Service.....	91
Rysunek 17. Funkcjonalności dostępne w aplikacji mojejKP	93
Rysunek 18. Wypracowane rekomendacje w zakresie optymalnego wykorzystania samoleczenia w systemie ochrony zdrowia.....	96