



# EKONOMIA BEHAWIORALNA MIĘDZY FARMACEUTĄ A PACJENTEM

## BEHAVIORAL ECONOMICS BETWEEN THE PHARMACIST AND THE PATIENT

Patrycja Kurowska<sup>1,2</sup>, Wojciech Giermaziak<sup>1</sup>, Anna Królak<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Główna Biblioteka Lekarska im. Stanisława Konopki, Warszawa

<sup>2</sup>Katedra Farmakognozji i Molekularnych Podstaw Fitoterapii, Wydział Farmaceutyczny, Warszawski Uniwersytet Medyczny

DOI: <https://doi.org/10.20883/ppnoz.2018.53>

### STRESZCZENIE

Interwencje zwiększające wydajność polityki zdrowotnej i redukujące koszty leczenia są coraz bardziej pożądane. Narzędzia ekonomii behawioralnej mogą być pomocnym rozwiązaniem także w przypadku wyzwań stojących przed sektorem farmaceutycznym. W artykule przedstawiono przykładowe zastosowanie ekonomii behawioralnej w poprawie przestrzegania zaleceń terapeutycznych przez pacjentów, wskazano czynniki kształtujące decyzje pacjentów, a także określono, w jaki sposób nowy nurt ekonomii może łagodzić niedobory leków deficytowych.

**Słowa kluczowe:** ekonomia behawioralna, farmacja, farmakoekonomika, współpraca pacjenta, deficyt leków.

### ABSTRACT

Interventions designed for improving the efficiency of health system policy and reducing costs of treatment are highly desirable. By applying the tools of behavioral economics, we can solve challenges facing the pharmaceutical sector. This article presents examples of the application of behavioral economics to improve medication adherence. Factors influencing patients' decisions are indicated and the way in which behavioral economics can mitigate drug shortages is presented.

**Keywords:** behavioral economics, pharmacy, pharmacoeconomics, patient compliance, drug shortages.

## Wstęp

Spośród wszystkich dziedzin życia publicznego, które korzystają z dorobku ekonomii behawioralnej, najważniejszą rolę społeczną zdaje się pełnić system ochrony zdrowia. Coraz bardziej pożądane są interwencje, zwiększające wydajność polityki zdrowotnej i redukujące koszty leczenia [1]. Ekonomia behawioralna może pomóc w stawianiu czoła wyzwaniom stojącym również przed sektorem farmaceutycznym. Rozwiązania dotyczące społecznych aspektów procesu decyzyjnego mogą być wdrażane w skali "mikro" – zza pierwszego stołu, w ramach opieki farmaceutycznej, a także w dużo szerszym zakresie, wpływając na całość kształt polityki lekowej państwa.

Ekonomia behawioralna powstała jako formalna dyscyplina zaledwie 3 dekady temu, zatem wciąż pozostaje *in statu nascendi* i opublikowano niewiele prac dotyczących jej wykorzystania w naukach farmaceutycznych [2]. W niniejszym artykule zostaną przedstawione wybrane interwencje, mogące wypełnić przepaść między racjonalnymi i nieracjonalnymi zachowaniami pacjentów czy lekarzy przepisujących leki. Należy jednak pamiętać, że wnioski płynące z innych krajów muszą być weryfikowane w odmiennych modelach kulturalnych, zatem nie sposób uniknąć ciągłych eksperymentów i pilotażów [3].

W dużym skrócie, ekonomia behawioralna zakwestionowała podstawowy paradygmat ekonomii tradycyjnej, zakładający, że ludzie postępują w sposób racjonalny. Okazuje się, że fundament ludzkich decyzji stanowi nie racjonalność, a emocje. Przykładem na to, jak odmienna jest rzeczywistość od założeń ekonomii tradycyjnej, mogą być kwestie ujęte w poniższej tabeli (**Tabela 1**).

**Tabela 1.** Ekonomia tradycyjna kontra ekonomia behawioralna, czyli oczekiwania a rzeczywistość. Na podstawie [4]

Przykład	Przewidywania (tradycyjna ekonomia)	Rzeczywistość (ekonomia behawioralna)
Pay for Performance (P4P; premia motywacyjna)	Premie będą bardziej motywować specjalistów do lepszej obsługi pacjentów	Niekiedy jest wręcz odwrotnie
Placebo	Cena placebo nie powinna wpływać na jego skuteczność terapeutyczną	Droższe placebo jest bardziej skuteczne w redukcji bólu
Efekt ramy	Kadrowanie wyborów nie powinno mieć wpływu na decyzje podejmowane przez racjonalnych ludzi	Kadrowanie ma duży wpływ

Dlaczego pacjenci nie przestrzegają zaleceń lekarskich? Dlaczego niezbyt rygorystycznie podchodzą do właściwego dawkowania czy zachowania odpowiednich odstępów czasu między poszczególnymi dawkami leków? Tego rodzaju postępowanie rozpatruje się z punktu widzenia heurystyk (skrótów myślowych, ułatwiających podjęcie decyzji) oraz błędów poznawczych. Warto przy tym zauważyć, że ekonomia behawioralna analizuje zachowania, a nie postawy. Często bywa, że to, co ludzie sądzą na dany temat, wcale nie przekłada się na ich działania. Pacjenci mogą na przykład deklorować chęć przestrzegania protokołu lekowego, a w ostatecznym rozrachunku tylko część z nich faktycznie postąpi zgodnie z deklaracjami.

### Przestrzeganie zaleceń terapeutycznych

Wiodącą rolą farmaceuty jest zapewnienie pacjentowi jak najwyższej skuteczności i bezpieczeństwa farmakoterapii. Jednak sami pacjenci często nie działają w swoim najlepszym interesie, nawet gdy są świadomi ryzyka, na które się narażają, nie przestrzegając zaleceń terapeutycznych. Eksperci ds. ochrony zdrowia i liderzy nauk farmaceutycznych od dekad zmagają się z wyzwaniem nieadherencji pacjenta. Owocem współpracy farmaceutów, lekarzy, płatników ochrony zdrowia, organizacji prozdrowotnych, dostawców technologii i innych zainteresowanych stron jest rozległa gama zautomatyzowanych narzędzi i pomysłów mających poprawić *compliance* pacjenta. Powstały kasetki i dozowniki na leki, systemy automatycznego przypominania mocowane do pojemników z lekami, aplikacje na telefony, przypominające o konieczności przyjęcia kolejnej dawki – cały arsenał narzędzi o różnej skuteczności [2].

Droga od wypisania leku przez lekarza do właściwego jego przyjęcia przez pacjenta jest najeżona trudnościami mimo faktu, że większość pacjentów jest wystarczająco często ostrzegana i zdaje sobie sprawę z tego, czym grozi niekonsekwentne stosowanie się do zaleceń. Szacuje się, że na 100 przepisanych leków, jedynie 15-20 jest przyjmowanych zgodnie z zaleceniami lekarskimi [5]. Dlaczego tak się dzieje? Tradycyjna ekonomia szukałaby wyjaśnienia w zaporowych cenach leków bądź niedogodnej dla pacjentów lokalizacji aptek. Niektóre odpowiedzi na zagadkę nieadherencji mogą jednak zostać znalezione na pograniczu ekonomii i psychologii, na polu ekonomii behawioralnej [2].

Nieadherencja do terapii jest zagadnieniem wielowymiarowym. Powody, dla których leki nie są przyjmowane zgodnie z zaleceniami mogą się różnić w zależności od przekonania poszczególnych pacjentów, jednak problem adherencji nie dotyczy jednostki, lecz odbija się na całym społeczeństwie [2]. Nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich może skutkować pogorszeniem zdrowia, a przy tym np.

koniecznością hospitalizacji, co nakłada znaczne obciążenie na systemy opieki zdrowotnej [6].

Badania wskazują, że farmaceuci są jednymi z najbardziej efektywnych dostawców usług zdrowotnych. Levin i Relish [7] przetestowali zachęty do przestrzegania zaleceń w formie listów dla pacjentów. Listy były dostarczane przez różne osoby: stwierdzono, że gdy wiadomość została przekazana przez farmaceutę, adherencja do terapii wzrastała o 4,2% – była więc skuteczniejsza od listu podpisanego przez celebrytę (wzrost o 2,1%) lub lekarza (wzrost o 3,3%) [7].

Aby skutecznie zachęcać do respektowania schematów leczenia, farmaceuci powinni zrozumieć przyczyny nieracjonalnych decyzji pacjentów. Jedną z nich jest "hiperboliczne obniżenie wartości", czyli tendencja do przedkładania natychmiastowych zysków nad zyski możliwe do osiągnięcia w przyszłości. To sprawia, że trudno jest zachęcić do przestrzegania reżimów terapeutycznych, ponieważ niektóre choroby przez dłuższy czas przebiegają bezobjawowo, tak jak np. nadciśnienie lub hipercholesterolemia. Pacjent zwraca uwagę na koszt leku, widzi, ile czasu traci na wizyty u lekarza i stanie w kolejce do pierwszego stołu, odczuwa niedogodności związane z przyjmowaniem leku każdego dnia o określonej porze, natomiast nie zauważa żadnych pozytywnych rezultatów terapii. Nie widzi sensu w przyjmowaniu tych leków, w przeciwieństwie do przyjmowania preparatów takich jak np. ibuprofen czy paracetamol, które zadziałają niemal natychmiast, zbijając gorączkę lub uśmierzając ból. Aby skorygować tendencję do dyskutowania przyszłych zysków, należy znaleźć sposób na podkreślenie krótkoterminowych korzyści płynących z przestrzegania zaleceń. Pacjent oczekujący natychmiastowych rezultatów powinien wiedzieć, jakie korzyści z farmakoterapii może osiągnąć w krótkim czasie – informacja, że "będzie żył kilka lat dłużej", nie będzie dla niego dostatecznie przekonująca (nawet jeśli taki byłby faktyczny cel terapii) [2].

Jedno z odkryć ekonomii behawioralnej, które może być wykorzystane jako narzędzie poprawiające adherencję, jest oparte na koncepcji awersji do strat. Polega ona na tendencji do podejmowania większego wysiłku celem uniknięcia straty niż do uzyskania równoważnego zysku. Oznacza to, że w strategii "kija i marchewki" kij może okazać się skuteczniejszy od marchewki. Jak można użyć tej wiedzy, aby poprawić adherencję pacjenta? Przykładowym rozwiązaniem jest przyznawanie nagród (np. bonów, nagród pieniężnych) za przestrzeganie zaleceń terapeutycznych i konieczność zwrotu, jeśli nie zastosują się do wytycznych [2]. Takiej strategii w prowadzonym badaniu użyli Ownesby i wsp. [8]. Uczestnicy grup motywacyjnych,

przyjmujący lek, otrzymali 90 USD na wirtualne konto. Za każdy dzień, w którym pominęli jedną lub więcej dawek leku mieli stracić 1 USD z konta. Dane na temat adherencji były przekazywane elektronicznie (do pojemnika z lekiem przymocowano system MEMS monitorujący jego otwieranie) [8]. Podobne badanie, lecz oparte na loterii przeprowadził Kimmel i wsp. [9]. Uczestnicy przyjmujący warfarynę brali udział w codziennej loterii, w której mieli szansę 1 do 5 na wygranie 10 USD, a 1 do 100 na zdobycie 100 USD. Wygrane przysługiwały wyłącznie pacjentom, którzy stosowali się do zaleceń. Jeśli zaś pacjent został wylosowany, ale okazywało się, że nie przyjął leku o określonej porze, dowiadywał się, że właśnie przepadła mu wygrana [9].

Inna metoda wpływania na pacjentów jest związana z siłą przywiązania do "opcji domyślnej" – zgodnie z błędem status quo, ludzie niechętnie podejmują wysiłek, by dokonać zmiany [2]. W obszarze farmacji opcja domyślna może być związana z receptą cyfrową – polegałaby wówczas na możliwości nadania receptie statusu automatycznej odnawialności. Zgodnie z koncepcją, lekarz z poziomu aplikacji wystawia receptę o określonych parametrach, która może być realizowana przez pacjenta w dowolnej aptece, a następnie jest domyślnie odnawiana.

I wreszcie można wykorzystać koncepcję "zachowania stadnego", w myśl której potężnym czynnikiem motywującym będzie konkurencja i porównanie z innymi pacjentami. Na przykład tablica wyników w konkursie na najlepszą adherencję daje pacjentom świadomość, że nie są sami i że inni, podobni im ludzie biorą w tym udział. Oczywiście, poprawa zdrowia powinna być wystarczającą nagrodą samą w sobie – byłoby tak, gdybyśmy postępowali w sposób czysto racjonalny. Jednak skłonność do irracjonalnych zachowań może sprawić, że będziemy regularnie przyjmować swoje lekarstwo na przykład wyłącznie po to, żeby wygrać kupon na kawę [10].

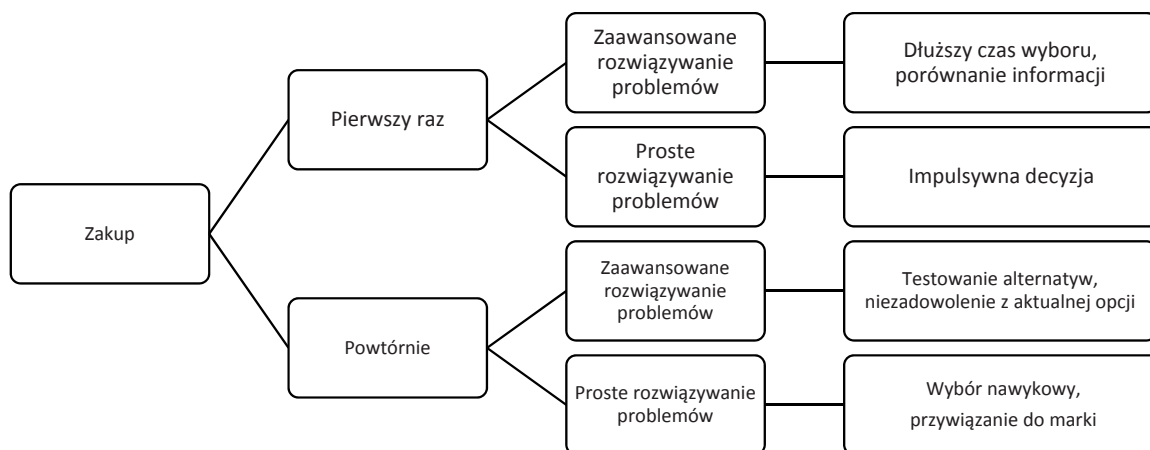
## Decyzje pacjentów

Wiedza na temat zachowań konsumenckich jest niezbędna do odkrywania potrzeb, projektowania usług, ustalania cen, reklamy i innych działań marketingowych. Przy kształtowaniu strategii działań uczestników rynku farmaceutycznego istotną informacją wydaje się być uwzględnienie potrzeb różnorodnych grup pacjentów – przykładową typologię pacjentów w oparciu o ich podejście do leków zaproponowała Grzywińska (Tabela 2) [11].

**Tabela 2.** Typologia pacjentów w oparciu o podejście do leków generycznych. Opracowanie na podstawie [11]

Grupa pacjentów	Wyjaśnienie
Świadomi	Świadomi, że tańsze zamienniki nie odbiegają jakościowo od droższych. Przy wyborze leku kierują się ceną.
Oczekujący skuteczności	Priorytetem jest dla nich skuteczność leku, a cena schodzi na dalszy plan.
Rozdarcie	Sądzą, że cena może mieć wpływ na jakość leku, ale ze względów finansowych korzystają z tańszych substytutów.
Obojętni	Nie mają zdania

Dla projektowania polityki w oparciu o ekonomię behawioralną istotne znaczenie może mieć wiedza, jaki jest udział poszczególnych grup pacjentów w społeczeństwie. Pacjenci mogą też decydować się na zakup konkretnych preparatów w oparciu o własne doświadczenia, nawyki czy też np. przywiązanie do marki. Istotną kwestią jest również to, czy dany lek jest kupowany po raz pierwszy, czy powtórnie [12]. Uproszczony schemat procesu decyzyjnego przedstawiono na rycinie 1.



**Rycina 1.** Schemat procesu decyzyjnego. Na podstawie: [12]

Ponadto można założyć, że pacjenci będą podejmować decyzje w sposób zaawansowany, jeśli będą to decyzje: nowe, wysokiego ryzyka czy wymagające dużego zaangażowania (np. znacznego wkładu finansowego). W przypadku procedur rutynowych, nieryzykownych i taniach będą skłonni je realizować raczej w trybie uproszczonym. Gdy decyzja nie wymaga procedury zaawansowanego rozwiązywania problemów, pacjenci będą korzystać z heurystyk [12–13].

Tryb, w którym będą podejmowane decyzje, determinuje uwagę i podatność na pozyskiwanie informacji. Źródłami informacji na temat leków dostępnych bez recepty mogą być dla pacjenta: farmaceuta, doświadczenia własne i bliskich, ulotki oraz środki masowego przekazu. W przypadku leków dostępnych wyłącznie na receptę, wiodącym źródłem informacji będzie lekarz – za którego decyzjami stoi wieloletnia edukacja, ale też np. reklamy pojawiające się w czasopiśmie medycznych czy wpływy przedstawicieli farmaceutycznych. Ponadto pacjent zasięgnie informacji na temat leków wydawanych na receptę w źródłach internetowych, broszurach i ulotkach dołączanych do leków [12,14]. Poza decyzjami dotyczącymi samych leków, pacjent wybiera też miejsce, w którym dane medykamenty nabędzie – kierując się przy tym takimi atrybutami jak: cena sprzedaży leku, lokalizacja apteki czy relacja z pracownikiem apteki [12].

Jak widać, na wybory pacjentów może wpłynąć mnogość czynników. Warto jednak darzyć uznaniem pacjentów dociekliwych, zadających pytania, bowiem zorientowani na własne zdrowie i aktywnie uczestniczący w procesie farmakoterapii zazwyczaj osiągają lepsze wyniki leczenia, a niektóre dowody wskazują, że takie postępowanie pozwala też na osiągnięcie oszczędności. Wobec tego wiele publicznych i prywatnych organizacji ochrony zdrowia stosuje strategie ukierunkowane na aktywizację i podnoszenie zaangażowania pacjentów w procesie podejmowania decyzji dotyczących leczenia. Działania te mogą obejmować np. zachęty do regularnych ćwiczeń, do przestrzegania zaleceń terapeutycznych czy promocję profilaktyki. Angażowanie pacjentów jest jedną ze strategii osiągnięcia potrójnego celu: poprawy wyników zdrowotnych, lepszej opieki nad pacjentem i obniżenia kosztów [15].

### **Korzystanie z zasad behawioralnej ekonomii w celu łagodzenia niedoborów leków deficytowych**

12 września Ministerstwo Zdrowia opublikowało nową listę leków zagrożonych brakiem dostępności, zawierającą 266 pozycji [16]. To pokazuje że leki, podobnie jak inne formy kapitału opieki zdrowotnej, są ograniczonym zasobem.

Na podstawie podobnych doświadczeń w Stanach Zjednoczonych Karir i wsp. [17] zaproponowali, na przykładzie N-acetylocysteiny, cztery strategie mające poprawić sposób przepisywania leków deficytowych. Zachowania lekarzy w zakresie przepisywania leków są głównym czynnikiem wpływającym na popyt na niektóre leki i często są kształtowane przez czynniki inne niż dowody empiryczne, takie jak nawyki i specyfikacja leków przedstawiana przez firmy farmaceutyczne. Na przykład, na oddziałach intensywnej terapii lekarze często przepisują pacjentom z zapaleniem płuc "ulubiony" antybiotyk, nawet jeśli istnieją rozsądniejsze alternatywy. Praktyki zwyczajowego przepisywania leków stają się problematyczne, gdy przepisywany lek jest towarem deficytowym. Na przykład, N-acetylocysteina jest lekiem z wyboru w celu zapobiegania ostrej niewydolności wątroby spowodowanej toksycznym działaniem paracetamolu, ale jest również często przepisywana w celu zapobiegania nefropatii pokontrastowej, mimo dowodów, że w tym przypadku nie będzie lepsza od płynów dożylnych. Niedobory N-acetylocysteiny w USA zostały zastrzeżone przez jej zwyczajowe stosowanie w przypadku nefropatii pokontrastowej. Stanowi to poważne ryzyko wyrządzenia krzywdy pacjentom z ostrą niewydolnością wątroby, dla których brakuje alternatywnej skutecznej terapii. Inne przykłady zwyczajowego przepisywania leków obejmują stosowanie niektórych antybiotyków podawanych dożylnie zamiast wielu równoważnych doustnych środków. Ryzyko niepotrzebnego zaszkodzenia pacjentom to wystarczające uzasadnienie etyczne, aby usprawiedliwić wpływanie na zachowanie lekarzy w zakresie przepisywania leków [17].

Karir i wsp. [17] przedstawili cztery strategie modyfikacji zaleceń lekarskich oraz przykłady ich zastosowania w praktyce klinicznej:

1. Dostarczaj żywe przypomnienia dotyczące deficytów lekowych

W momencie przepisywania leku deficytowego w systemie e-recepty powinno pojawiać się przypomnienie, że dany lek jest zagrożony brakiem dostępności. Przypomnienie powinno opisywać stan niedoboru, możliwe konsekwencje braku leku dla poszczególnych pacjentów, a także powinno proponować rozsądne alternatywy. Skupiając uwagę lekarzy na szerszym kontekście społecznym decyzji o przepisaniu leku i konsekwencjach dla innych pacjentów, można sprawić, że będą bardziej skłonni do odejścia od swoich rutynowych zaleceń. W przypadku niedoboru N-acetylocysteiny, gdy lekarze tworzą e-receptę, może się pojawić okienko, które informuje ich o niedoborze danego leku oraz wyświetla obraz przedstawiający twarz pacjenta z niewydolnością wątroby spowodowaną toksycznym działaniem paracetamolu, a także wymienia alternatywne

strategię leczenia w celu zapobiegania nefropatii wywołanej kontrastem.

## 2. Zmodyfikuj domyślny wybór leku

Instytucje mogą modyfikować domyślny wybór leku, aby zwiększyć wykorzystanie alternatyw dla brakującego leku. Zmiana opcji domyślnych może być szczególnie skuteczna, gdy decydenci nie mają silnych preferencji dotyczących podejmowanej decyzji. W przypadku zapobiegania nefropatii wywołanej kontrastem, systemy wspomagające przepisywanie leków mogłyby domyślnie uwzględniać płynoterapię dożylną zamiast N-acetylocysteiny.

## 3. Wprowadzenie czynników zniechęcających do przepisywania leków deficytowych

Jednym z czynników zniechęcających do powszechnego stosowania kosztownych leków jest wymóg uprzedniej zgody na ich przepisanie. Strategię tę można również zastosować w przypadku leków deficytowych. Uprzednia zgoda wymaga, aby osoby przepisujące leki uzasadniły swój wniosek dotyczący przepisania leku niedoborowego. Niedogodność związana z ubieganiem się o uprzednią zgodę na przepisanie danego leku może zwiększyć prawdopodobieństwo, że lekarze w zastępstwie przepiszą alternatywy, które nie wymagają uprzedniej zgody.

## 4. Ogranicz wybór recept lekarzom

Jeśli inne interwencje nie wpłyną na zmianę zachowań lekarzy przepisujących leki, można tymczasowo ograniczyć stosowanie danego leku wyłącznie do sytuacji, w których istnieje wyraźne przeciwwskazanie do zastosowania alternatywnych środków. W przeciwieństwie do poprzednio proponowanych interwencji, które nie ograniczają autonomii lekarzy, ograniczenie dozwolonych zastosowań rzadkich leków już ją narusza. Dlatego interwencja ta powinna być ostatecznością i powinna być uzasadniona faktycznym zagrożeniem dla bezpieczeństwa pacjentów [17].

Rosnąca liczba deficytów lekowych sprawia, że opracowanie skutecznych strategii łagodzenia ich braku stanowi kwestię o istotnym znaczeniu dla zdrowia publicznego. Celem zaproponowanych behawioralnych interwencji ekonomicznych, jest przeciwdziałanie nawykowemu przepisywaniu leków deficytowych. Zaproponowane strategie niestety nie będą skuteczne dla leków, dla których może nie być żadnej równie skutecznej alternatywy – tak, jak w przypadku niektórych leków do profilaktyki zdarzeń zakrzepowych. Decyzje o alokacji tych leków wymagają racjonowania i są bardzo kontrowersyjne [17].

## Nieudane eksperymenty ekonomii behawioralnej

Badania prowadzone w sferze ekonomii behawioralnej pozwalają na poszerzenie wiedzy o procesach decyzyjnych, narzędziach motywowania oraz etycznych aspek-

tach zachowań [18]. Świadomość tego, które zachęty mogą przynieść zamierzony efekt pozwala na optymalizację instrumentów zarządzania. Jednak warto zwrócić uwagę również na interwencje, które nie zakończyły się powodzeniem. Jeden z takich eksperymentów opisała Buttenheim i wsp. [19]. Celem prowadzonego badania było znalezienie sposobu na zwiększenie wyszczepialności przeciwko krztuścowi. Biorący udział w eksperymencie opiekunowie, przy okazji badania kontrolnego noworodka zostali przydzieleni do jednej z czterech grup: otrzymywali kupon uprawniający do 5-dolarowej zniżki bądź kupon uprawniający do bezpłatnego otrzymania szczepionki, a część uczestników dodatkowo (w zależności od grupy, do której zostali przypisani) oglądała 1-minutową reklamę dotyczącą szczepionki. Kupony można było zrealizować w czterech aptekach krajowej sieci, spośród których dwie znajdowały się bardzo blisko przychodni, w której prowadzono badanie. Okazało się, że spośród 95 uczestników tylko jedna osoba zrealizowała kupon. Przeprowadzone w późniejszym czasie wywiady sugerowały, że nawet podarowanie vouchera na bezpłatne szczepienie nie jest w stanie znieść barier, utrudniających ludziom zaszczepienie dziecka. Takich utrudnień był cały przekrój – niektórzy uczestnicy tłumaczyli się brakiem czasu na zakup i wykonanie szczepienia, inni twierdzili, że lokalizacja aptek biorących udział w badaniu nie była dla nich odpowiednia. Część osób zgubiła kupon, a kilku spośród tych, którzy dostali voucher z 5-dolarową zniżką uznało, że rabat jest zbyt niski (szczepionka kosztowała 63,99 USD). Byli też tacy, którzy w ogóle nie zwrócili uwagi na bon i nie byli nawet świadomi tego, że biorą udział w badaniu.

Jak widać na tym przykładzie, nie zawsze podejmowane interwencje są skuteczne, lecz nawet testy zakończone niepowodzeniem dostarczają cennych wskazówek do kolejnych działań – w przypadku opisywanego badania zaszeregowano, że przyszłe interwencje powinny skupić się np. na określeniu optymalnego czasu i miejsca promowania oraz dostarczania szczepionek przeciwko krztuścowi [19].

## Podsumowanie

Ekonomia behawioralna może wytyczyć szlak podejściom służącym poprawie adherencji terapeutycznej. Może być także pomocna w łagodzeniu deficytów lekowych. Analizując czynniki emocjonalne, psychologiczne, społeczne i poznawcze, można poznać reguły sterujące podejmowaniem decyzji przez pacjentów i lekarzy; decyzji, które mają implikacje finansowe oraz wdrażają określone rodzaje prozdrowotnych zachowań.

Ponieważ nie ma pewności co do tego, które dokładne efekty się powielają, a które nie, zastosowanie idei

ekonomii behawioralnej często rodzi wątpliwości. Ta stosunkowo młoda dziedzina potrzebuje lat eksperymentów oceniających, które efekty są prawdziwe, a które nie. Badacze zajmujący się ekonomią behawioralną podkreślają, że interwencje muszą być bezustannie weryfikowane i udoskonalane. Aktualnie trudno jest dyskutować na temat interwencji w zakresie ekonomii behawioralnej prowadzonych na większą skalę, jeśli nie jesteśmy nawet pewni, czy działają. Loewenstein i Ubel przypominają, że ekonomia behawioralna powinna stanowić jedynie uzupełnienie, a nie alternatywę dla bardziej konstruktywnych rozwiązań gospodarczych [20]. Jeśli zatem mamy zaakceptować kształtowanie polityki uzupełniane ekonomią behawioralną i wydatki, które się z tym wiążą, powinniśmy mieć pewność, że uzyskamy zadowalający zwrot z inwestycji.

### Piśmiennictwo

1. Voyer B. Behavioral Economics and Healthcare: A Match Made in Heaven. Źródło internetowe: <https://www.behavioraleconomics.com/behavioural-economics-and-healthcare-a-match-made-in-heaven/> (dostęp 22.09.2018).
2. Frederick J. Irrationality: looking at nonadherence through the lens of behavioral economics. *Drug Store News*. 2014; 36(5): 48–53.
3. Olejniczak K., Śliwowski P. Nadchodzi rewolucja? Analizy behawioralne w interwencjach publicznych [w:] Haber A., Olejniczak K. (red.) (R)ewaluacja 2. Wiedza w działaniu, Polska Agencja Rozwoju Przedsiębiorczości, Warszawa 2014; s. 13–45.
4. Holdford DA. *Marketing for Pharmacists*. 3rd Edition, American Pharmacists Association, Washington DC 2007: Chapter 11.
5. National Association of Chain Drug Stores. *Pharmacies: Improving Health, Reducing Costs*, March 2011. Źródło internetowe: <https://www.nacds.org/pdfs/pr/2011/PrinciplesOfHealthcare.pdf> (dostęp 22.09.2018).
6. Cutler RL., Fernandez-Llimos F., Frommer M., Benrimoj C., Garcia-Cardenas V. Economic impact of medication non-adherence by disease groups: a systematic review. *BMJ Open*. 2018; 8(1): e016982.
7. Levin T., Relish M. Behavioral Economics: What Does It All Mean? AMCP Nexus 2016 Meeting (October 3-6, Gaylord National Hotel & Convention Center in National Harbor, Maryland). Źródło internetowe: <https://nexus2016.amcp.org/behavioral-economics-what-does-it-all-mean/> (dostęp 22.09.2018).
8. Owensby JK, Garza KB, Hansen A, Fox BI, Franco-Watkins AM. Leveraging Behavioral Economics-Based Interventions to Improve Medication Adherence. *Research in Social and Administrative Pharmacy*. Poster and Podium Presentation Abstracts. 2016; 12(4): e11
9. Kimmel SE, Troxel AB, French B, Loewenstein G, Doshi JA, Hecht TE, Laskin M, Brensinger CM, Meussner C, Volpp K. A randomized trial of lottery-based incentives and reminders to improve warfarin adherence: the Warfarin Incentives (WIN2) Trial. *Pharmacoepidemiol Drug Saf*. 2016; 25(11): 1219–1227
10. Firlik K. How Behavioral Economics Can Inform Adherence Interventions. Źródło internetowe: <https://social.eyeforpharma.com/column/how-behavioral-economics-can-inform-adherence-interventions> (dostęp 22.09.2018).
11. Grzywińska D. Determinanty procesu podejmowania decyzji na rynku generycznych leków receptowych w Polsce. Rozprawa doktorska. 2013, Poznań: Uniwersytet Ekonomiczny w Poznaniu: 174-176 (pozyskano z [http://www.wbc.poznan.pl/Content/261908/Dominika\\_Grzywinska\\_doktorat.pdf](http://www.wbc.poznan.pl/Content/261908/Dominika_Grzywinska_doktorat.pdf)).
12. Holdford D. Consumer behavior in Pharmacies. Źródło internetowe: <https://www.slideshare.net/dholdford/consumer-behavior-in-pharmacies> (dostęp 22.09.2018).
13. Akademia Leona Koźmińskiego: Decyzje konsumenckie. Źródło internetowe: [https://www.kozminski.edu.pl/uploads/import/kozminski/pl/default\\_opisy/3920/2/1/zajecia\\_5\\_2010\\_proces\\_decyzyjny.pdf](https://www.kozminski.edu.pl/uploads/import/kozminski/pl/default_opisy/3920/2/1/zajecia_5_2010_proces_decyzyjny.pdf) (dostęp 22.09.2018).
14. Kim WJ, King KW. Product Category Effects on External Search for Prescription and Nonprescription Drugs. *Journal of Advertising*. 2009; 38(1): 5–19.
15. James J. Health policy brief: Patient engagement. *Health Affairs*. February 14, 2013.
16. Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 12 września 2018 r. w sprawie wykazu produktów leczniczych, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych zagrożonych brakiem dostępności na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej. *Dz. Urz. Min. Zdr*. 2018.93.
17. Karir V, Kahn JM, M, White DB. Using Principles of Behavioral Economics to Mitigate Drug Shortages. *American Journal Of Respiratory And Critical Care Medicine*. 2012; 185 (11): 1135–1146.
18. Mruk H. Zarządzanie placówką medyczną a ekonomia behawioralna. *Biuletyn Głównej Biblioteki Lekarskiej*. 2018; 371 (przed drukiem).
19. Bottenheim AM, Fiks AG, Burson RC, Wang E, Coffin SE, Mettlay JP, Feemster KA. A behavioral economics intervention to increase pertussis vaccination among infant caregivers: A randomized feasibility trial. *Vaccine*. 2016; 34(6): 839–45.
20. Loewenstein G, Ubel P. 2010. Economics behaving badly. *New York Times*. <https://www.nytimes.com/2010/07/15/opinion/15loewenstein.html> (dostęp 22.09.2018).

Zaakceptowano do edycji: 25.09.2018  
Zaakceptowano do publikacji: 23.10.2018

#### Adres do korespondencji:

Patrycja Kurowska  
Główna Biblioteka Lekarska im. Stanisława Konopki  
00-791 Warszawa  
ul. Chocimska 22  
e-mail: p.kurowska@gbl.waw.pl