



УДК 614.277.615

Б. П. Громовик, Б. Л. Парновський, Л. М. Унгурян

## РЕАЛІЇ АСИМЕТРІЇ ІНФОРМАЦІЇ У ФАРМАЦЕВТИЧНІЙ ОПІЦІ

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького,  
Одеський національний медичний університет

### Вступ

Відповідно до Етичного кодексу фармацевтичних працівників України (підрозд. 7.3) аптечний фахівець повинен надавати пацієнту в доступному вигляді всебічну інформацію щодо застосування, протипоказань, побічних дій лікарських засобів (ЛЗ) і медичної продукції, навіть всупереч власним інтересам або комерційним інтересам установи [5]. Проте фармацевтична допомога, зокрема її складова — фармацевтична опіка (ФО), характеризується певним видом невизначеності, пов'язаним із нерівномірним розподілом інформації (асиметрією інформації, asymmetric information — AI) між провізором і відвідувачем аптеки, що може проявлятися як ФО. При цьому AI притаманна фармацевтичній допомозі через її особливості.

Теорію AI опрацювали американські економісти Дж. Ейкерлоф, М. Спенс і Дж. Стигліц, які за це у 2001 р. були удостоєні Нобелівської премії [4]. Асиметрією в розподілі інформації, на їх думку, є така ситуація, коли частина учасників ринку володіє інформацією, якої не знають інші зацікавлені особи. Асиметрія інформації є серйозною причиною, що поро-

джує невизначеність використання засобів і ресурсів [16].

Питання нерівномірного розподілу інформації активно опрацьовуються щодо медицини. Так, обґрунтовано, що AI при наданні медичних послуг по-різному проявляється в державній, змішаній і приватній системах охорони здоров'я та пов'язана з механізмом фінансування, способом оплати праці виробників цих послуг і методом оплати медичної допомоги споживачами [10]. Показано, що внаслідок AI лікар чинить суттєвий тиск на формування попиту щодо медичних послуг і при виборі варіанта лікування може керуватися не лише інтересами пацієнта, але й власними [18].

Щодо AI у фармації, то в науковій літературі трапляються поодинокі публікації. Зокрема, показано, що в ринковому сегменті безрецептурних ЛЗ спостерігається недостатня компетентність споживачів унаслідок нерівномірного розподілу інформації. При цьому посправжньому усвідомлене споживання безрецептурних ЛЗ вимагало б від пацієнта розуміння суті його хвороби в комплексі зі знанням механізму дії ЛЗ [2].

Незважаючи на досягнуті успіхи в дослідженні функціону-

вання світового та національного фармацевтичних ринків, питання аналізу ситуацій, які виникають через існування AI у процесі фармацевтичної практики, розглядалися недостатньо.

**Метою** роботи було вивчення проблем прояву AI під час ФО відвідувачів аптек.

### Виклад основного матеріалу

Медичні та фармацевтичні знання дуже складні, тому інформації як про наслідки, так і про можливості фармакотерапії (ФТ) тієї чи іншої хвороби у провізора неодмінно набагато більше, ніж у пацієнта. Крім того, обидві сторони обізнані про цю інформаційну нерівність, а їхні стосунки ґрунтуються на цих знаннях.

Асиметрія інформації внутрішньо притаманна ФО. Питання лише в ступені AI, тому що від цього залежатиме її вплив на ефективність (результативність) ФО. Як видно з даних рис. 1, є три складові AI у ФО:

— приховані характеристики (одна зі сторін ФО (провізор) володіє більш повною інформацією, ніж інша (пацієнт)) [8];

— приховані дії (учасник ФО, який володіє більш повною інформацією, може чинити дії, про які не підозрює





Рис. 1. Складові та наслідки асиметрії інформації у фармацевтичній опції

менш поінформований учасник) [8];

— обмежена раціональність (позначає феномен когнітивної обмеженості пацієнтів у пошуках, використанні та сприйнятті релевантної та доступної інформації, зокрема фармацевтичної, у процесі прийняття рішення) [3].

Із зазначеного вище впливають три обставини. Перша з них полягає в тому, що приховані характеристики є наслідком властивостей самого об'єкта ФО, тобто якості (ефективності) ЛЗ.

На основі здатності споживача визначати якість товарів (у тому числі й фармацевтичні) можна класифікувати так [17; 19]:

— товари, якість (ефективність) яких можна визначити до використання ("search goods") — наприклад, тонометр;

— товари, якість (ефективність) яких можна визначити тільки після застосування ("experience goods") — наприклад, лейкопластир;

— товари, якість (ефективність) яких важко визначити

навіть після споживання, або товари на довірі ("credence goods"), — абсолютна більшість ЛЗ.

Друга обставина AI у процесі ФО полягає в тому, що пацієнту не вистачає спеціальних знань провізорів щодо ефективності ЛЗ та ширини і глибини їх асортименту, щоб вибрати найкращі ЛЗ для своїх потреб.

Коли провізор знає, що якість (ефективність) ЛЗ не може бути визначена пацієнтом у процесі його споживання, а асортимент препаратів-аналогів великий, то у провізора можуть виникнути прагнення отримати більший дохід і спокуса відпустити пацієнтові необґрунтовано дорогі ЛЗ у надмірних кількостях. При цьому для провізора така поведінка, з погляду торгівельної функції аптеки, може вважатися достатньо раціональною.

Третьою обставиною AI є те, що наявна інформація сприймається перекручено, тому що людська пам'ять здатна утримувати лише обмежений обсяг інформації. Навіть інформація,

яка надходить, не повністю засвоюється, і якась її частина неминуче відсікатиметься внаслідок особливостей мислення пацієнта. При цьому здатність людського розуму до правильного вибору оптимального варіанта дій теж обмежена.

Унаслідок AI між учасниками ФО виникають три соціально-економічні наслідки:

— проблема ризику безвідповідальності або морального ризику [1; 8], під яким розуміють недобросовісну поведінку провізора, що полягає у викривленні інформації та яка характеризується усвідомленим і/або спонукуваним прагненням провізора отримати додаткову вигоду внаслідок наявності AI у пацієнта;

— несприятливий відбір — пацієнти змушені купувати ЛЗ, поєднання яких при одночасному прийомі небезпечні, а також субстандартні чи фальсифіковані ЛЗ;

— зростання трансакційних витрат — додаткових витрат пацієнтів, які виникають унаслідок необґрунтованого придбання дорогих ЛЗ та/або ЛЗ у надмірних кількостях, а також додаткових витрат щодо ФТ хвороби від ліків, спричиненої поліпрагмацією.

У сучасній системі лікарського забезпечення проблема негативних соціально-економічних наслідків AI є достатньо вираженою через те, що більшість ЛЗ оплачується пацієнтами, тому у провізора є низка можливостей збільшити «середній касовий чек». Цьому сприяє спонукання з боку власників аптек, а також відповідні матеріали різних бізнес-тренерів з маркетингу у фармацевтичній періодиці [9].

Так, в одній із публікацій популярного фармацевтичного журналу наводиться звіт із семінару щодо збільшення аптечних продажів. Зокрема, увага приділяється рольовому аналізу ЛЗ, при якому виділяють генератори потоку (лідери про-



дажу в упаковках) і генератори готівки (лідери в грошах) [15].

Одним із прикладів може бути випадок, коли відвідувач аптеки просить дати йому «ессенціале форте» (генератор потоку), а директор тренінгового агентства рекомендує додатково продати ще й «гепабене» (генератор готівки) під приводом кращого захисту печінки.

Проте вживання хворим двох гепатопротекторів не рекомендується при гострих запальних захворюваннях печінки та жовчних протоків (на відміну від монотерапії «ессенціале форте»), воно може призвести до збільшення побічних ефектів — послаблюючої дії, алергічних реакцій і загалом збільшення ризику поліпрагмазії.

У публікації не менш популярного фармацевтичного щотижневика наводяться також приклади щодо збільшення «середнього чеку — основи аптечних продажів» [14].

Одна з рекомендацій має такий вигляд: «...клієнт просить цефтріаксон, а ви йому повідомляєте, що при прийомі такого антибіотика обов'язково слід захистити кишечник від дисбактеріозу, і пропонуєте придбати конкретний пробіотик».

Інший прийом тиску на пацієнта з метою збільшення «середнього чеку» ще вишуканіший: «Пам'ятайте — клієнти не купують якийсь пробіотик або якийсь протиалергічний препарат, необхідно рекомендувати конкретні препарати. Також хорошим посиленням цього прийому служить альтернативне питання, яке можна назвати "вибором без вибору"».

Наприклад:

— Дайте мені «Кларитроміцин».

— Приймаючи такий антибіотик, необхідно захистити кишечник, це може бути або «Лінекс», або «Біфіформ».

Клієнт при такій постановці питання просто змушений робити вибір!».

Таким чином, автори наведених вище рекомендацій спо-

нукають провізорів до дій у вигляді «прихованого тиску» на пацієнта, унаслідок чого виникають ситуації морального ризику, що призводять щонайменше до зростання у нього трансакційних витрат. При цьому провізор порушує правила відпуску рецептурних ЛЗ (зокрема антибіотиків), що є адміністративним правопорушенням, і, як наслідок, настає відповідальність за безрецептурний відпуск ЛЗ у порядку ч. 1 ст. 155 Кодексу України про адміністративні правопорушення, яка тягне за собою накладення штрафу від одного до десяти неоподатковуваних мінімумів доходів громадян [7].

Визначальними способами зниження АІ є:

1. Законодавче регулювання фармацевтичної діяльності.

2. Корпоративна соціальна відповідальність, яка реалізується через фармацевтичну етику та деонтологію. Згідно з Етичним кодексом фармацевтичних працівників України [5], інтереси пацієнта, турбота про його здоров'я мають бути пріоритетними для аптечних фахівців щодо комерційних інтересів продажів ЛЗ і медичної продукції (підрозд. 3.1). При цьому фармацевтичний працівник повинен діяти відкрито, чесно й об'єктивно, не використовуючи в особистих інтересах або в інтересах своєї установи необізнаність і непоінформованість пацієнта про ЛЗ та медичну продукцію, не чинити на нього тиску (у будь-якій формі) для їх придбання (підрозд. 3.3).

3. Документування здійснення доступної для пацієнта вербальної ФО у вигляді індивідуального плану, що надається пацієнту «на руки», яке сприятиме забезпеченню безперервності ФО протягом усього періоду ФТ та допоможе залучити пацієнта до процесу ФТ не лише як споживача фармацевтичних послуг, а і як активного учасника ФО [11].

4. Розвиток і підтримка державою консьюмеризму — діяльності громадських організацій, спілок (асоціацій) споживачів, яка спрямована на під-

тримку прав і можливостей споживачів у їхніх відносинах із виробниками та постачальниками ЛЗ. Цю роботу в Україні активно реалізує Спілка громадських організацій Всеукраїнська асоціація захисту прав пацієнтів «Здоров'я нації», що об'єднує 12 громадських організацій з 200 регіональними представництвами на території України [6].

5. Дотримання засобами масової інформації (ЗМІ), насамперед фармацевтичного спрямування, належної публікаційної практики (НПП), тобто сукупності правил і вимог щодо добросовісної подачі інформації про ЛЗ у біомедичних і фармацевтичних журналах, включаючи друковані, електронні видання, а також інших видах усного чи писемного подання наукових даних [12]. Упровадження НПП убезпечить від появи недобросовісних матеріалів різних бізнес-тренерів з маркетингу у фармацевтичній періодиці. Власне, дуже дивно, коли в одному й тому ж номері публікуються стаття, де обґрунтовуються приховані дії щодо пацієнтів, а також повідомлення про публічне обговорення проекту наказу МОЗ України «Про механізми запровадження Етичного кодексу фармацевтичного працівника України» [13]. При цьому поява двох матеріалів суперечить цьому кодексу, тому що в його підрозд. 7.2 вказано, що надання фармацевтичної інформації у професійних і публічних виданнях, будь-яких ЗМІ, виступах фармацевтичних працівників на наукових форумах в умовах професійної та практичної діяльності повинно здійснюватися з дотриманням етичних норм і правил, з уникненням проявів реклами, самореклами, недобросовісної конкуренції.

Підсумовуючи зазначене вище, необхідно констатувати, що АІ у ФО — це характеристика нерівномірності розподілу інформації про специфічні властивості та параметри активності ЛЗ між провізором і пацієнтом, наслідки якої, з одного боку, можуть бути мінімі-



зовані у процесі належної ФО, а з другого — можуть мати негативні соціально-економічні прояви, тобто моральний ризик, несприятливий відбір і зростання трансакційних витрат.

### Висновки

1. Деталізовані проблеми прояву й основні способи зниження AI у процесі ФО відвідувачів аптек.

2. Уточнено зміст AI у ФО як характеристики нерівномірності розподілу інформації про специфічні властивості та параметри активності ЛЗ між провізором і пацієнтом, наслідки якої можуть бути мінімізовані у процесі належної ФО, проте можуть мати й негативні соціально-економічні прояви: моральний ризик, несприятливий відбір і зростання трансакційних витрат.

### ЛІТЕРАТУРА

1. *Асиметричність* інформації [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://blog.concol.ru/asymmetrichnost-informatsii/>.

2. *Асиметрія* інформації на фармринку [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://aquareus.livejournal.com/391008.html>.

3. Білоус Т. Перспективи дослідження та моделювання «обмеженої раціональності» [Електронний ресурс] // Науковий вісник Чернівецького університету : зб. наук. праць. Вип. 412/413. Філософія. – С. 164–169. – Режим доступу :

[http://www.nbuu.gov.ua/portal/natural/Nvch/Filos/2008\\_412/412-413%5C33.pdf](http://www.nbuu.gov.ua/portal/natural/Nvch/Filos/2008_412/412-413%5C33.pdf).

4. Довбенко М. Нобелівська премія за розробку теорії асиметричної інформації / М. Довбенко // Економіка України. – 2003. – № 10. – С. 86–90.

5. *Етичний кодекс* фармацевтичних працівників України [Електронний ресурс]. – Режим доступу : [http://nfau.in.ua/?page\\_id=2840](http://nfau.in.ua/?page_id=2840).

6. *Как* обратить государство лицом к пациенту. В Украине создана Всеукраинская ассоциация защиты прав пациентов «Здоровье нации» [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.apteka.ua/article/34729>.

7. *Кодекс* України про адміністративні правопорушення (редакція від 16.03.2012) [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/80731-10>.

8. Козачок И. В. Экономическая сущность асимметрии информации и ее влияние на функционирование рынка / И. В. Козачок, С. Г. Краснова // Сибирская финансовая школа: АВАЛЬ. – 2007. – № 2. – С. 29–35.

9. Людина, яка прийшла до аптеки — це пацієнт чи клієнт? / Б. Л. Парновський, Г. Ю. Яцкова, О. М. Заліська [та ін.] // Провизор. – 2011. – № 5. – С. 18–19.

10. *Максимова-Ладьяна Н. И.* Специфика асимметрии информации в сфере здравоохранения / Н. И. Максимова-Ладьяна // Труды СГА. – 2011. – № 6. – С. 111–122.

11. *Настюха Ю. С.* Підвищення якості фармацевтичної опіки шляхом активного залучення пацієнта до її здійснення [Електронний ресурс] / Ю. С. Настюха, О. Б. Борецька, А. Б. Зіменковський // Формування Національної лікарської політики за

умов впровадження медичного страхування: питання освіти, теорії та практики : 2-га Всеукр. науково-освітня інтернет конфер. : матеріали. – Х. : МОЗ України, НФУ, 2012. – С. 155–157.

12. *Полякова Д.* Надлежащая публикационная практика (GPP) для фармацевтических компаний как осознанная необходимость [Электронный ресурс] / Д. Полякова. – Режим доступа : <http://www.apteka.ua/article/34102>.

13. *Про механізми* запровадження Етичного кодексу фармацевтичного працівника України : проект наказу МОЗ України [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.apteka.ua/article/124678>.

14. *Чертков Ю.* «Пирамида аптечных продаж» — проверенный инструмент увеличения «среднего чека» [Электронный ресурс] / Ю. Чертков. – Режим доступа: <http://www.apteka.ua/article/124706>.

15. *Чибисова М.* Аптечная машина продаж / М. Чибисова // Провизор. – 2010. – № 24. – С. 7–14.

16. *Шевченко Т. І.* Аналіз сутності асиметричної інформації та інформаційна асиметричність на сучасних ринках України / Т. І. Шевченко // Вісник Сум. ДУ. Серія Економіка. – 2008. – № 1. – С. 191–199.

17. *Darby M.* Free Competition and the Optimal Amount of Fraud / M. Darby, E. Karni // Journal of Law and Economics. – 1973. – Vol. 16, N 1. – P. 67–88.

18. *Feildstein P. J.* Health Care Economics, 6th Edition [Hardcover] / P. J. Feildstein. – Thomson Delmar Learning, 2004. – 576 p.

19. *Nelson P.* Information and Consumer Behavior / P. Nelson // Journal of Political Economy. – 1970. — Vol. 78, N 2. – P. 311–329.

УДК 615.453.2;615.322;615.326;615.453.6

О. А. Мельник<sup>1</sup>, Н. М. Белей<sup>2</sup>, Т. А. Грошовий<sup>2</sup>

## ДОСЛІДЖЕННЯ ЗАЛЕЖНОСТІ ОСНОВНИХ ПОКАЗНИКІВ ЯКОСТІ ТВЕРДОЇ ЛІКАРСЬКОЇ ФОРМИ НА ОСНОВІ ЛЕЦИТИНУ ВІД ВИДУ ДОПОМІЖНИХ РЕЧОВИН

<sup>1</sup> Одеський національний медичний університет,

<sup>2</sup> Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського,

<sup>3</sup> ДП «Інститут стоматології», Одеса

В умовах швидкого темпу розвитку науково-технічного прогресу, хімічної, харчової, медичної та фармацевтичної

технології організм людини стає об'єктом, на який мають сумарний негативний вплив результати усіх цих явищ. Усе

частіше ми стаємо мішенню різних нововведень: безліч синтетичних або напівсинтетичних замінників продуктів харчу-

