Nowy wzór recepty dla polskiego systemu opieki zdrowotnej w kontekście sprawowania opieki farmaceutycznej

Piotr Merks^{1, 2}, Adrian Bryła³, Tomasz Hareźlak⁴, Tomira Chmielewska-Ignatowicz¹, Damian Świeczkowski⁵, Jerzy Krysiński², Miłosz Jaguszewski⁵

¹ Wydział Medyczny, Collegium Medicum, Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie

² Katedra Technologii Postaci Leku, Wydział Farmaceutyczny, Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

³ Katedra Farmakodynamiki, Zakład Wstępnych Badań Farmakologicznych, Wydział Farmaceutyczny CMUJ w Krakowie

⁴ Apteka Zakładowa, 10. Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką SPZOZ w Bydgoszczy

⁵ I Klinika Kardiologii, Gdański Uniwersytet Medyczny

Adres do korespondencji: Piotr Merks, Wydział Medyczny, Collegium Medicum, Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie, ul. Wóycickiego 1/3, budynek 21, pok. 201, 01-938 Warszawa, e-mail: p.merks@uksw.edu.pl

A new prescription formula for the Polish healthcare system in the context of pharmaceutical care • The current prescription formula – albeit adapted to the applicable rules – does not seem to be the optimal solution in medical practice and in the pharmaceutical field. Each part of the prescription can induce many problems and create numerous inaccuracies, such as: incorrect determination of the level of payment for the drug, incorrectly prescribed dosage of the drug or the lack of a medical stamp with the doctor's corrections. Such frequent errors can often cause communication problems between the doctor, the patient and the pharmacist, and affect the perception of the doctor and pharmacist's professional prestige by patients.

From this point of view, it seems justified to be necessary to modify the existing prescription pattern and introduce to it the kind of changes that would enable complete pharmaceutical care and self-treatment of patients.

Keywords: prescription, community pharmacy, healthcare, pharmaceutical care.

© Farm Pol, 2019, 75 (6): 296–299

Wstęp

W Polsce zawód lekarza wykonywany jest przez ponad 120 tysięcy osób, a zawód lekarza-dentysty przez ok. 32 tysiące osób. Szacuje się, że każdy praktykujący swój zawód lekarz (również lekarz dentysta) przepisuje dziennie średnio 15–25 recept [2]. Z uwagi na zawile zasady refundacji określonych leków, jak i na wciąż zmieniającą się ustawę Prawo

farmaceutyczne wiele recept wystawianych jest błędnie, a w konsekwencji – zwracanych lekarzom do poprawek. Tego rodzaju sytuacje stają się nie tylko kłopotliwe dla pacjentów, ale także mogą wpływać negatywnie na wizerunek lekarza i farmaceuty.

Analiza recept obowiązujących w różnych krajach Europy i świata, zawierających elementy nie występujące w polskiej wersji recepty, pozwoliła na zaproponowanie nowego modelu recepty, który nie tylko może pomóc farmaceutom w świadczeniu opieki farmaceutycznej, ale także usprawnić pracę lekarzy, polepszyć komunikację na linii lekarz–pacjent–farmaceuta, jak również – co niezwykle istotne – zminimalizować ryzyko nanoszenia dodatkowych informacji na receptę przez pacjentów (fałszowanie recept przez pacjentów dopisujących samowolnie kolejne pozycje leków).

Problemy z receptami w Polsce

Obecnie właściwie każda z części polskiej wersji recepty może stwarzać lekarzom wiele problemów i budzić niejedną wątpliwość farmaceuty. O ile dane pacjenta, jak i oddział NFZ, mogą zostać zapisane poprawnie na rewersie recepty, o tyle pozostałe informacje muszą zostać dokładnie i poprawnie wypełnione przez lekarza. Krótki czas pojedynczej konsultacji medycznej, obowiązki administracyjne lekarza wypełniane podczas spotkania z pacjentem (np. konieczność wpisania przebiegu wizyty, zaleceń w systemie) mogą stać się przyczyną

niepoprawnego uzupełnienia recepty, co z kolei stwarza ryzyko braku możliwości realizacji recepty przez pacjenta, a także konieczność jego powtórnej wizyty u lekarza. Wśród najczęściej pojawiających się problemów związanych z zapisami na recepcie, uniemożliwiających realizację recepty w aptece są:

- nieczytelność pieczętek,
- brak numeru PESEL pacjenta na recepcie z lekami refundowanymi,
- brak dodatkowej pieczętki przy wprowadzonych poprawkach,
- błędne dawkowanie (ilość przepisane leku przekracza okres 120 dni stosowania danego leku),
- błędne określenie odpłatności – konflikty na linii lekarz-farmaceuta,
- brak systemu weryfikacji autentyczności recepty (falszowanie recept przez pacjenta).

Mimo że obecny wzór recepty dostosowany jest do ogólnie obowiązujących zasad, to biorąc pod uwagę wyżej przytoczone najczęściej powtarzające się błędy, powstające przy wypisywaniu recepty, zdaje się pojawiać istotna potrzeba modyfikacji tegoż wzoru w taki sposób, by zminimalizować ryzyko popełnienia błędu przez lekarza, a także udoskonalić opiekę farmaceutyczną pacjenta (np. poprzez usprawnienie kontroli samoleczenia podejmowanego przez pacjentów).

Falszowanie recept

Z opinii polskich farmaceutów wynika, że nie-rzadko, w swojej praktyce zawodowej, mają oni do czynienia z sytuacją, kiedy pacjent próbuje zrealizować w aptece sfalszowaną przez siebie receptę (np. dopisane leki). Niestety nie istnieje do tej pory system rejestracji tego rodzaju przypadków. Co więcej, poza unikatowym numerem każdej z recept, nie istnieje w zasadzie żadne inne zabezpieczenie recepty przed fałszerstwem dokonywanym przez pacjenta. Od kiedy został wprowadzony system umożliwiający lekarzowi wydruk własny recepty, liczba sfalszowanych recept wzrasta. Dziwi natomiast fakt, że liczba zgłaszanych tego typu zdarzeń jest zaskakująco niska. Farmaceuta wola nie odmówić przyjęcia sfalszowanego dokumentu, by tym samym nie narażać się na kłopoty natury prawnej, związanej z wykonywanym zawodem.

Najczęściej fałszowanymi przez pacjentów receptami są recepty z zapisanymi lekami psychotropowymi, silnymi lekami przeciwbólowymi oraz anabolikami. Nierzadko zdarza się, że zakupione w ten sposób leki przedostają się do wtórnej sprzedaży (czarny rynek).

W celu zminimalizowania ryzyka utrzymywania się tej tendencji oraz w celu objęcia pacjenta rzetelną opieką farmaceutyczną, zasadnym byłoby powołanie w NFZ prawnego organu zajmującego

się fałszowaniem recept przez osoby niewykonyjące zawodu lekarza. Niezwykle znaczącym obecnie problemem w praktyce lekarza, jak i farmaceuty zdaje się być obowiązek kontrolowania recept w zakresie poprawnego określenia poziomu odpłatności. Tymczasem wprowadzenie systemu stałej opłaty refundacyjnej za każdą pozycję na recepcie z pewnością nie tylko odciążałoby lekarzy i farmaceutów, ale wpłynęłoby także na obniżenie liczby nieprawidłowo wystawianych recept. Ważną kwestią w tym aspekcie wydaje się być też poprawa komunikacji farmaceuty z pacjentem. Obecnie farmaceuta, który jest nie tylko sprzedawcą, ale nade wszystko edukatorem pacjenta, na doradztwo klientowi apteki poświęca niewystarczającą ilość czasu. Jak wynika z raportów – najwięcej czasu magistra farmacji w ciągu dnia sprowadza się do sprawdzenia poprawności zapisów na receptach pod kątem poprawności refundacji [3, 4].

Z tego powodu – jak również biorąc pod uwagę wymienione wcześniej najczęstsze błędy pojawiające się na receptach – ważna wydaje się być konieczność dokonania analizy zawartości formularzy recept obowiązujących w innych krajach Europy i świata, by tym samym stworzyć propozycję nowego uproszczonego i bardziej przyjaznego lekarzowi oraz farmaceucie modelu polskiej recepty.

Rozwiązania systemowe w Australii i Wielkiej Brytanii

Australia

System wystawiania recept funkcjonujący w Australii – *Repeat Dispensing* – czyli powtarzanie wydawania leków, z reguły składa się z sześciu powtórzeń. Recepta posiada formę tabelki, na której umieszcza się odpowiednie naklejki oraz sygnatury z datą wydania. Pozwala to na lepszą kontrolę oraz weryfikację kolejnych powtórzeń. Procedura jest prosta zarówno dla pacjenta, jak i dla farmaceuty. Recepta jest przechowywana przez pacjenta bądź zostawiana w aptece z jednoczesnym zastrzeżeniem, że wszystkie powtórzenia mogą być zrealizowane w tej samej jednostce. System ten pozwala na zminimalizowanie obciążenia pacjenta – nie musi on już pokonywać długiej drogi systemowej za każdym razem, gdy potrzebuje kolejnej recepty, a co więcej zyskuje osobistą opiekę sprawowaną przez farmaceutę. Rola lekarza w tym systemie została zawężona do wydawania pakietu recept, które następnie są deponowane w aptece. Farmaceuta każdorazowo podejmuje decyzję o powtórzeniu leku (włącznie z udzieleniem odmowy powtórzenia leku, jeśli uzna, że nie zachodzi już taka konieczność). Tego typu rozwiązanie systemowe wpływa na wzrost prestiżu zawodu farmaceuty jako edukatora i opiekuna pacjenta, ogranicza liczbę wizyt pacjenta

u lekarza celem otrzymania jedynie nowej recepty, a także przekłada się na lojalność pacjenta względem wybranej przez niego apteki.

Wielka Brytania

Wielka Brytania jest kolejnym krajem, który wprowadził system recept z datą przyszłą. Podstawowe założenia systemu są takie same jak w Australii, jednak wersja brytyjska jest znacznie bardziej złożona.

System obowiązujący w Wielkiej Brytanii jest w sposób szczególnie dedykowany pacjentom cierpiącym na choroby przewlekłe. Pozwala to na lepsze zarządzanie czasem pacjenta i lekarza. Większość recept zarówno w UK, jak i na świecie to recepty na choroby przewlekłe, które wymagają systematycznego powtarzania. Szacuje się, że około 66% wszystkich recept stanowią recepty wymagające konsekwentnego, często wieloletniego powtarzania, a to z kolei stanowi 80% wydatków ponoszonych z tytułu refundacji recept [1].

Wieloletnie obserwacje tradycyjnego systemu, w którym pacjenci co miesiąc odwiedzają swojego lekarza w celu powtórzenia recepty, pozwoliły stwierdzić, że w wielu przypadkach był to jedyny cel ich wizyty. Analiza sytuacji, gdy pacjent trafia za każdym razem do apteki otwartej, aby zrealizować receptę, pozwoliła na rozwiązanie problemu polegające na zwiększeniu roli farmaceuty w procesie przewlekłej farmakoterapii.

Rozwiązanie to wprowadzono w życie w postaci systemu powtórzonego wydawania recept (ang. *Repeat Dispensing*), który jest dostępny we wszystkich aptekach otwartych w Wielkiej Brytanii. Zgodnie z regulacjami wprowadzonymi w 2005 r., lekarz ma prawo do wydania recept pozwalających na 6 do 12 powtórzeń. Po wypełnieniu przez lekarza recept w systemie *Repeat Dispensing*, pacjent przekazuje je do apteki nominowanej, która od tego momentu rozpoczyna zarządzanie zaordynowaną przez lekarza farmakoterapią. Pacjent tym samym zostaje objęty stałą opieką farmaceuty.

Obieg takich recept podlega określonym regulacjom i różni się od obiegu recept przeznaczonych do jednorazowej realizacji. Recepty wydane w ramach *Repeat Dispensing* składają się z recepty głównej (ang. *Master Copy*) i recepty seryjnej (ang. *Batch Issues*).

Pacjent powiadamia aptekę o zamiarze realizacji recepty w konkretnym dniu. Może to zrobić drogą internetową, listowną lub telefoniczną (z reguły apteka potrzebuje 48 godzin, aby zrealizować zamówienie pacjenta). Realizacji każdego kolejnego powtórzenia towarzyszy określona procedura (kładąca nacisk na konieczność otrzymania od pacjenta szczegółowych informacji na temat stale przyjmowanych leków, z uwagi na konieczność prowadzenia niezbędnej kontroli stosowanej farmakoterapii, jak i ze szczególnym uwzględnieniem

ewentualnych działań niepożądanych). Do tego celu służy specjalny kwestionariusz, którego wypełnienie jest obligatoryjne przed każdorazowym powtórzeniem leków. W przypadku wystąpienia działań niepożądanych farmaceuta jest zobowiązany do wstrzymania farmakoterapii i niezwłocznego skierowania pacjenta do lekarza.

W Wielkiej Brytanii pacjent do każdego leku otrzymuje ulotkę informacyjną, zawierającą dwa pola (w lewym dolnym rogu ulotki). Jedno z nich przeznaczone jest dla osoby, która lek przepisała, a drugie – dla farmaceuty, który jest osobą sprawdzającą osobę przygotowującą lek do wydania pacjentowi. Tego rodzaju rozwiązanie stwarza farmaceutom możliwość (a nawet konieczność) przeprowadzenia rozmowy z pacjentem, co przekłada się na jakość komunikacji między pacjentem a farmaceutą, zwiększenie zaufania pacjenta względem farmaceuty, a zawód farmaceuty zaczyna być postrzegany jako zawód zaufania publicznego.

Recepta jako dokument ścisłego zarachowania

Dużym problemem w praktyce zawodowej polskiego farmaceuty zdaje się być niska świadomość pacjentów w odniesieniu do uznawania przez nich recepty za dokument. Dowodem tego mogą być częste praktyki dostarczania do aptek recept z zamieszczonymi na rewersie prywatnymi notatkami pacjenta lub zamieszczanie swoich adnotacji tuż przy wypisanych lekach (jak chociażby z której pozycji na receptce pacjent rezygnuje bądź w jakich godzinach przyjmuje lekarz). Mimo że tekst ustawy wskazuje, że: „Wystawienie recepty polega na czytelnym oraz trwałym naniesieniu na awersie recepty treści obejmującej dane określone w rozporządzeniu oraz złożeniu własnoręcznego podpisu przez osobę uprawnioną na podstawie odrębnych przepisów do wystawiania recept, zwaną dalej osobą wystawiającą receptę” i na tej podstawie farmaceuta ma prawo odmówić pacjentowi wydania leku, to świadomości niezadowolonych pacjentów – klientów farmaceuci wciąż niezwykle rzadko odmawiają przyjęcia zniszczonej recepty (przyczyniając się tym samym do pogłębiania w pacjentach braku szacunku do tego rodzaju dokumentu) [4].

Ważną zatem kwestią, usprawniającą pracę lekarzy, farmaceutów oraz komunikację z pacjentami, wydaje się być uproszczenie formularza recepty w taki sposób, by zawarte w nim informacje były czytelne dla wszystkich trzech stron biorących udział w procesie realizacji recepty. Doświadczenia lekarzy i farmaceutów z Australii, Wielkiej Brytanii wskazują na to, że uproszczenie wzorca recepty wpływa bezsprzecznie nie tylko na poprawę komunikacji z pacjentem, ale także na oszczędności czasowe lekarza, farmaceuty i pacjenta, jak

Nowy wzór recepty

Recepta Numer recepty Dane wystawiającego receptę: Nazwa, siedziba – adres, telefon, Regon lub Imię Nazwisko, adres, telefon, numer 98XXXXXXX Świadczeniodawca	
Pacjent Imię Nazwisko Adres miejsca obecnego zamieszkania: Miasto, ulica, nr domu i lokalu (jeżeli nadano) PESEL pacjenta ☐ wiek do 18 roku Dni kuracji: ☐ Generyk: ☐ Oryginał (opcja zanacz) ☐	Oddział NFZ ☐ Uprawnienia dodatkowe np. IB jak nie, to X
Rp 1. Nazwa leku, 2. dawka, 3. postać, 4. ilość, 5. sposób dawkowania Na jednej receptce można zapisać maksymalnie 5 leków gotowych lub 1 recepturowy lub jeden lek psychotropowy ewidencjonowany	Odpłatność Jedna z odpłatności B np. 30% np. B np. 50% 100%
Liczba pozycji przepisanych na receptę: ☐ Kod kreskowy	
Data wystawienia: data wystawienia recepty	Dane i podpis lekarza minimum Imię Nazwisko PWZ + podpis Nazwa i adres lub region lub „wydruk własny” Dane podmiotu drukującego
Data realizacji „od dnia”: Znak X lub data, jeżeli rozbicie kuracji na 3 pojedyncze miesiące	

Recepta do powtórzeń

Dane poufne (awers recepty) Pacjent Imię Nazwisko Adres miejsca obecnego zamieszkania: Miasto, ulica, nr domu i lokalu (jeżeli nadano)	
Lista leków pacjenta z dnia / / (Jest to lista wszystkich leków wypisywanych przez lekarza danej przychodni).	
1. Warfarinum 5 mg tabl. 1 tabletkę 2 razy dziennie	☐
2. Tramadolium 50 mg tabl. 1 Kapsułka w razie bólu	☐
3. Simvastatinum 40 mg tabl. 1 tabletkę na noc	☐
4. Amiodaronum 200 mg tabl. 1 tabletkę raz dziennie	☐
5. Fluoxetinum 20 mg kaps. 2 razy dziennie w czasie głównych posiłków	☐
6. Cefalexinum 500 mg kaps. 1 kapsułka co 12 godzin	☐
7. Beclometasoni dipropionas + Formoteroli fumaras dihydricus roztwór, (100 + 6 mcg/dawkę inhalacyjną) 1 wddech 2 razy dziennie	☐
Notatka dla pacjenta:	
Dane wystawiającego receptę: Nazwa, siedziba – adres, telefon, region lub Imię Nazwisko, adres, telefon, numer 98XXXXXXX Świadczeniodawca	
Proszę zaznaczyć odpowiednie pozycje. Należy pamiętać, że powtarzanie recepty zajmuje dwa dni. Pacjencie, przeczytaj uważnie notatki lekarza!	

i oszczędności systemowe opieki zdrowotnej. Powyżej przedstawione są propozycje uproszczenia formularza recepty, które powstały z przeprowadzonej analizy wprowadzonych rozwiązań związanych z modelem recepty w Australii oraz Wielkiej Brytanii.

Ze względu na to, że coraz więcej podmiotów medycznych posiada systemy elektroniczne, umożliwiające drukowanie listy regularnie przyjmowanych przez pacjenta leków, tego typu rozwiązanie w znacznej mierze skróciłoby czas pracy lekarza i ułatwiło realizację recepty przez farmaceutę. Lista leków na odwrocie recepty byłaby nie tylko pomocna w utwierdzeniu farmaceuty, że dany lek został faktycznie zaordynowany pacjentowi, ale również umożliwiłaby wychwycenie w porę istotnych interakcji.

Podsumowanie

Z pewnością wprowadzenie tego rodzaju modelu recepty wymagałoby początkowo wprowadzenia

określonych regulacji prawnych. Zważywszy jednakże na fakt, że ustawa jest wciąż na etapie opracowań, zasadna wydaje się być modyfikacja wzorca polskiej recepty (w oparciu o wzorce sprawdzone i praktykowane już w innych krajach) w taki sposób, by umożliwić prowadzenie faktycznej opieki farmaceutycznej nad pacjentem, jak i ograniczyć ryzyko fałszowania recept przez pacjentów.

Otrzymano: 2019.06.19 · Zaakceptowano: 2019.06.27

Piśmiennictwo

1. Oficjalna strona internetowa Ministerstwa Zdrowia, <http://www.mz.gov.pl>.
2. Oficjalna strona internetowa Naczelnej Izby Lekarskiej, <http://www.nil.org.pl/xml/nil/rejek/infstat>.
3. Ustawa z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne (Dz.U. z 2016 r., poz. 2142 z późn. zm.).
4. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 8 marca 2012 r. w sprawie recept lekáarskich (Dz.U. z 2017 r., poz. 1570).