

Agnieszka Zimmermann, Aleksandra Gaworska-Krzemińska, Ewa Cieplikiewicz, Agata Flis

Zakład Zarządzania w Pielęgniarstwie, Wydział Nauk o Zdrowiu, Gdański Uniwersytet Medyczny

Ordynacja i preskrypcja pielęgniarska w Polsce

Ordain and nursing prescription in Poland

STRESZCZENIE

Wstęp. Rozwój samodzielności zawodowej pielęgniarek i położnych zaowocował stworzeniem i wprowadzeniem do praktyki nowego uprawnienia zawodowego. Dotyczy ono możliwości ordynowania leków, wystawiania na nie recept, a także kierowania na badania diagnostyczne. Wprowadzenie takich zmian bez wątpienia wzmacnia pozycję zawodową i dlatego obecną sytuację należy oceniać jako wyjątkowo doniosłą zarówno z punktu widzenia rozwoju obu zawodów, jak i zasad funkcjonowania systemu ochrony zdrowia.

Cel pracy. W pracy dokonano przeglądu i analizy regulacji prawnych z jednoczesnym formułowaniem wniosków prognostycznych opartych na przeprowadzonych do tej pory badaniach międzynarodowych.

Wnioski. Doświadczenia międzynarodowe w zakresie rozszerzania uprawnień pielęgniarek i położnych dotyczących ordynacji i preskrypcji preparatów leczniczych oraz wyrobów medycznych mają już kilkudziesięcioletnią historię i są pozytywne. Należy więc mieć nadzieję, że i w Polsce zmiany te przyniosą korzyść dla pacjentów, systemu ochrony zdrowia i środowiska zawodowego pracowników medycznych.

Problemy Pielęgniarstwa 2015; 23 (4): 551–556

Słowa kluczowe: pielęgniarka; wypisywanie recept; Polska; przepisy o lekach

ABSTRACT

Introduction. Expansion of professional independence of nurses and midwives resulted in the creation and introduction into practice of several new professional responsibilities. The new responsibilities include dispensing drugs, writing prescriptions, and ordering diagnostic tests. Introduction of such changes undoubtedly strengthens the position of professional nurses. Therefore the current situation should be assessed as extremely momentous for nurses and midwives not only in regards to the development of both professions but also in regards to the functioning of the entire health care system.

Aim of the study. The paper is a review and analysis of legal regulations while formulating conclusions based on the current international research.

Conclusions. International experiences in expanding the responsibilities of nurses and midwives in ordination of drugs and writing prescriptions already have a decades-long history and are positive. Therefore, we should hope that in Poland, these changes will benefit patients, health system, and the professional environment of medical staff.

Problemy Pielęgniarstwa 2015; 23 (4): 551–556

Key words: nurse; prescription; Poland; legislation; drug

Wstęp

Ustawa z dnia 22 lipca 2014 roku o zmianie ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. z 2014 r. poz. 1136) wprowadziła z dniem 1 stycznia 2016 roku nowe uprawnienia dla pielęgniarek i położnych. Dotyczą one możliwości

ordynowania i wystawiania recept na leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wystawiania skierowań na wykonanie określonych badań diagnostycznych, a także wystawiania zleceń i recept na refundowane wyroby medyczne. Są to uprawnienia, z których będą korzystały przede wszyst-

Adres do korespondencji: dr hab. farm. Agnieszka Zimmermann, Zakład Zarządzania w Pielęgniarstwie, Wydział Nauk o Zdrowiu, Gdański Uniwersytet Medyczny, ul. Dębinki 7, 80–227 Gdańsk, email: agnieszkazimmermann@gumed.edu.pl

DOI: 10.5603/PP.2015.0090

kim pielęgniarki i położne realizujące świadczenia zdrowotne w ramach podstawowej opieki zdrowotnej, opieki długoterminowej, opieki paliatywno-hospicyjnej, głównie w środowisku domowym.

Ordynacja leku jako termin, którym posługuje się ustawa z dnia 15 lipca 2011 roku o zawodach pielęgniarki i położnej — Dz.U. z 2014 r. poz. 1435 z późn. zm. (u.z.p.) nie posiada swojej definicji legalnej (czyli wynikającej z ustawy). Przez ordynację należy jednak rozumieć przepisanie leku. Jest to złożony proces, na który składają się:

- decyzja o zasadności zastosowania leku;
- wybór najodpowiedniejszego leku;
- ustalenie schematu dawkowania;
- monitorowanie efektywności i ewentualnej toksyczności zastosowanej terapii;
- edukacja pacjenta na temat możliwych działań niepożądanych leku;
- wystawienie recepty na lek niebędący lekiem o kategorii OTC (*over the counter* — czyli bez recepty).

Podczas ordynowania leku należy korzystać z wiedzy klinicznej, medycznej i farmaceutycznej, pamiętając jednocześnie o zasadach odpowiedzialności względem pacjenta oraz w sytuacji wystawienia recepty refundowanej — względem płatnika czyli NFZ. Niezbędna jest zatem znajomość aktów prawnych, wytycznych NFZ i rozumienie zasad gwarantujących dostęp do leków refundowanych. Przepisując lek należy kierować się także aktualnym stanem wiedzy medycznej i obowiązującymi standardami. Ważne jest stosowanie się do wskazań i dawek, określonych w zatwierdzonych Charakterystykach Produktów Leczniczych (ChPL). Niezbędna jest zatem znajomość regulacji prawnych oraz znajomość dokumentu jakim jest ChPL. Ważnym etapem ordynowania leku jest dokonanie odpowiedniego wpisu w dokumentacji medycznej argumentującego zasadność dokonanego wyboru leku. Ostatni etap ordynacji to wystawienie recepty. Wymaga on znajomości szczegółowych regulacji prawnych po to, by spełniać wymogi formalne dotyczące przede wszystkim czytelności danych na receptce i prawidłowości dokonanych poprawek; kompletności i poprawności danych niezbędnych do wystawienia recepty; przestrzegania zasad wystawiania recept, w tym zgodności danych umieszczonych na receptach z prowadzoną dokumentacją medyczną oraz z innymi regulacjami prawnymi, obowiązującymi w tym zakresie, a także zgodności uprawnień świadczeniobiorcy, umieszczonych na receptce ze stanem faktycznym.

Cel pracy

W pracy dokonano przeglądu i analizy regulacji prawnych z jednoczesnym formułowaniem wniosków prognostycznych opartych na przeprowadzonych do tej pory badaniach międzynarodowych.

Nowe uprawnienie dla polskich pielęgniarek i położnych ma dwojaką postać:

- samodzielnej ordynacji i wystawienia recepty (preskrypcja niezależna) oraz
- wystawienia recepty, będącej kontynuacją ordynacji lekarskiej (preskrypcja kolaboracyjna).

Rozgraniczenie uprawnień ma swoje podstawy w poziomie wykształcenia pielęgniarek i położnych.

Pierwszy rodzaj preskrypcji zarezerwowano dla osób z tytułem zawodowym magistra (pielęgniarstwa/ położnictwa) lub specjalisty i określono jako element samodzielnego wykonywania świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych (art. 15a ust. 1 u.z.p.). Drugi natomiast (art. 15a ust. 2 u.z.p.) jest przypisany osobom z tytułem zawodowym licencjata (pielęgniarstwa/położnictwa) lub specjalisty i scharakteryzowano jako element realizacji zleceń lekarskich w procesie diagnostyki, leczenia i rehabilitacji. Podstawą zdobycia nowych uprawnień jest ukończenie specjalistycznego kursu.

Pielęgniarka i położna uprawniona do wystawiania recept ma prawo samodzielnie:

- ordynować leki zawierające określone substancje czynne, z wyłączeniem leków zawierających substancje bardzo silnie działające, środki odurzające i substancje psychotropowe, oraz środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego, w tym wystawiać na nie recepty;
- ordynować określone wyroby medyczne, w tym wystawiać na nie zlecenia albo recepty (art. 15a ust. 1 u.z.p.).

Użyte powyżej wskazanie: „określone” leki, wyroby medyczne i środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego należy rozumieć jako tylko te produkty, które wymieniono w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 20 października 2015 roku w sprawie wykazu substancji czynnych zawartych w lekach, wykazu środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wykazu wyrobów medycznych i wykazu badań diagnostycznych (Dz.U. poz. 1739). W rozporządzeniu 31 substancji czynnych pogrupowano w następujący sposób:

- przeciwwymiotne,
- przeciwważenne do stosowania miejscowego,
- ginekologiczne leki przeciwważenne,
- stosowane w niedokrwistości,
- przeciwważenne stosowane w chorobach gardła,
- przeciwważenne stosowane w chorobach ucha i zatok,
- przeciwważenne stosowane w chorobach dróg moczowych,
- przeciwważenne stosowane w chorobach przyzębia i tkanki okostnej,
- przeciwważenne stosowane w chorobach skóry,
- środki znieczulające działające miejscowo,

- przeciwbólowe,
- anksjolityczne,
- przeciw pasożytnicze,
- rozszerzające oskrzela,
- witaminy,
- płyny infuzyjne.

Inne produkty (o kategorii dostępności Rp, czyli na receptę) nie będą mogły być ordynowane samodzielnie. W sytuacji gdy niezbędne będzie zastosowanie innych leków, niewymienionych w rozporządzeniu, ale o kategorii dostępności OTC, pielęgniarka i położna także będą mogły je polecić, wpisując odpowiednią adnotację w dokumentacji medycznej. Na przykład w Wielkiej Brytanii pielęgniarki mogą samodzielnie ordynować ponad 250 różnych substancji czynnych [1].

Natomiast pielęgniarki i położne posiadające tytuł zawodowy licencjata (pielęgniarstwa lub położnictwa) bądź też tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa w ramach realizacji zleceń lekarskich w procesie diagnostyki, leczenia i rehabilitacji mogą wystawiać recepty będące kontynuacją recepty lekarskiej. Dotyczyć mogą one także leków nie uwzględnionych w wyżej cytowanym rozporządzeniu z dnia 20 października 2015 roku w sytuacji, gdy przewidziano możliwość ich ponownego przepisania — czyli kiedy lekarz wystawił pielęgniarce lub położnej właściwe zlecenie. Jedynym ograniczeniem tego uprawnienia jest grupa leków bardzo silnie działających, odurzających i psychotropowych. Pielęgniarki i położne nie będą mogły wystawić kolejnej recepty na powyższe preparaty (art. 15a ust. 2 u.z.p.). Dodatkowo pielęgniarki i położne z tytułem licencjata nie będą mogły wystawić recepty na wyroby medyczne, co w praktyce może okazać się bardzo dużym utrudnieniem. Dla przykładu do kontynuacji leczenia ran za pomocą opatrunków dostępnych z refundacją nadal będzie potrzebna recepta lekarska. Pielęgniarki i położne będą mogły jedynie wystawić zlecenie na wyroby medyczne (np. na pieluchomajtki).

Podczas wystawiania recepty należy korzystać z Wykazu produktów leczniczych dopuszczonych do obrotu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, stanowiącego załącznik do aktualnie obowiązującego obwieszczenia Prezesa Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych w sprawie ogłoszenia Urzędowego Wykazu Produktów Leczniczych Dopuszczonych do Obrotu na terytorium Rzeczypospolitej.

Wykaz substancji bardzo silnie działających (czyli substancji, których nie będzie mogła przepisać pielęgniarka i położna) tak zwany wykaz A zamieszczony jest w „Farmakopei Polskiej”, która nie stanowi źródła prawa [2]. Leki bardzo silnie działające nie są określone w Urzędowym Wykazie Produktów Leczniczych Dopuszczonych do obrotu na terytorium

RP, który nie przewiduje takiej grupy leków, dzieląc produkty lecznicze na przykład na te dostępne na receptę lub bez recepty [3]. Dlatego też wydaje się, że właściwym zapisem w znowelizowanej ustawie o zawodach pielęgniarki i położnej byłoby odwołanie się poza systemowe do „Farmakopei Polskiej”. W obecnym brzmieniu, przy braku definicji prawnej „substancji bardzo silnie działającej” nieprecyzyjny zapis może w przyszłości powodować niejasności, które mogą mieć negatywne skutki w praktyce. Przykłady substancji, których pielęgniarki i położne nie będą mogły ordynować ani wystawiać na nie recept kontynuacyjnych podano w tabeli 1.

Wykazy środków odurzających oraz substancji psychotropowych stanowią załączniki do ustawy z dnia 29 lipca 2005 roku o przeciwdziałaniu narkomanii (t.j. Dz.U. z 2012 r. poz. 124 z późn. zm.). Są one podzielone na grupy w zależności od stopnia ryzyka powstania uzależnienia w przypadku używania ich w celach innych niż medyczne oraz zakresu ich stosowania w celach medycznych. Pielęgniarka i położna nie będzie mogła ordynować i wystawiać recept na preparaty zawierające te substancje.

Nowelizacja ustawy z dnia 12 maja 2011 roku o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych — Dz. U. z 2015 r., poz. 345 z późn. zm. (u. ref.) wprowadzona ustawą z dnia 9 października 2015 roku o zmianie ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia oraz niektórych innych ustaw zakłada, że każda uprawniona pielęgniarka lub położna może wystawić receptę refundowaną bez potrzeby podpisywania umowy z NFZ. Recepty w postaci papierowej na refundowane leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyroby medyczne opatrzone są unikalnymi numerami identyfikującymi recepty pielęgniarskie, nadawanymi przez dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu. Niezbędne zatem będzie wygenerowanie własnych numerów recept refundowanych na portalu NFZ.

Lista leków refundowanych jest ogłaszana w formie obwieszczenia Ministra Zdrowia raz na dwa miesiące. Dostępna jest ona na oficjalnych stronach www.mz.gov.pl. Obwieszczenie refundacyjne określa nazwę leku refundowanego, wielkość jego opakowania, dawkę i postać a także między innymi wysokość dopłaty pacjenta. Dopłata ta w każdej aptece ma taką samą wartość. Korzystanie z aktualnego obwieszczenia jest bardzo ważne — wynika bowiem z niego poziom odpłatności (30%, 50%, ryczałt lub bezpłatny), który należy wpisać na druku recepty. Obwieszczenie jest także źródłem wiedzy na temat zakresu wskazań objętych finansowaniem z budżetu NFZ [4].

Zasady dotyczące wystawienia recepty przez pielęgniarki i położne określa rozporządzenie Ministra

Zdrowia z dnia 28 października 2015 roku w sprawie recept wystawianych przez pielęgniarki i położne — Dz.U. z 2015 r. poz. 1971 (u.rec.p.), które ukazało się na oficjalnych stronach Rządowego Centrum Legislacji (www.rcl.gov.pl) dnia 26 listopada 2015 roku.

Polski system refundacyjny zakłada tak zwaną dorozumianą zgodę osoby wystawiającej receptę na wymianę w aptece leku na inny. Jeżeli lek nie ma być wymieniony na tańszy odpowiednik należy to zaznaczyć na recepcie, stosując adnotację: „Nie zamieniać” lub „NZ”. Oznacza ona w praktyce veto dla substytucji leku w aptece. Trzeba bowiem pamiętać, że na podstawie art. 44 ust. 2 u. ref. osoba wydająca lek w aptecę (farmaceuta lub technik farmaceutyczny) ma obowiązek poinformować pacjenta o możliwości wykupienia tańszego odpowiednika, a następnie na jego żądanie musi wydać lek, który jest odpowiednikiem zaordynowanego. W przypadku recept będących kontynuacją recepty lekarskiej adnotacja musi być powtórzona, jeżeli widniała na recepcie pierwotnej. Zastrzeżenie o niemożliwości zamiany nanieść należy zgodnie z danymi zawartymi w dokumentacji pacjenta (§ 7 ust. 4 r.rec.p.). Pielęgniarka i położna, wystawiając receptę z adnotacją „NZ”, została zobowiązana do szczegółowego uzasadnienia w dokumentacji medycznej przyczyn dokonania odpowiedniej adnotacji na druku recepty, wskazując na niemożność dokonania zamiany przepisanego leku (art. 15a ust. 5 u.z.p. w związku z art. 44 ust. 2 zdanie drugie u.ref.). W uzasadnieniu należy wykazać się znajomością dostępnych na rynku preparatów generycznych i wskazać na przykład na wcześniej zaobserwowaną złą tolerancję konkretnego odpowiednika u danego pacjenta [5]. W wielu krajach możliwość umieszczenia odpowiedniej adnotacji uniemożliwiającej dokonanie substytucji jest także dopuszczalna. Zapis DAW (*dispense as written*) jest stosowany na około 3% recept refundowanych w Stanach Zjednoczonych. W Niemczech specjalny zapis figuruje na około 19% recept refundowanych [6]. W Czechach natomiast substytucja możliwa jest tylko za zgodą lekarza wystawiającego receptę [7]. W Polsce brak adnotacji „NZ” czy „Nie zamieniać” oznacza dorozumianą zgodę na możliwość zmiany zaordynowanego leku na jego odpowiednik [5].

Pielęgniarka i położna będzie mogła zawrzeć z NFZ umowę upoważniającą do wystawiania recept refundowanych dla samej wystawiającej, jej małżonka, wstępnych i zstępnych w linii prostej oraz rodzeństwa (§ 3 ust. 3 r.rec.p.). Na recepcie wystawianej z adnotacją „*pro auctore*” dane dotyczące pacjenta mogą nie zawierać elementów, które są zamieszczone na nadruku, pieczętce lub naklejce z danymi osoby wystawiającej receptę. Istnieje możliwość wystawienia recepty nie tylko z adnotacją: „*pro auctore*” albo „*pro familiae*” ale także z inną równoważną (np.

„dla rodziny”, „rodzina”). Jeśli powyższe adnotacje wpisano na recepcie w sposób błędny lub niezgodny z rozporządzeniem apteka mimo to ją zrealizuje. Warto przypomnieć, że zstępni w linii prostej to dzieci, wnuki, prawnuki, a wstępni w linii prostej to rodzice, dziadkowie, pradziadkowie. Z powyższą adnotacją można wystawić receptę także dla małżonka, z którym osoba wystawiająca receptę pozostaje w separacji faktycznej bądź prawnej, ale już niemożliwe jest to w odniesieniu do teściów, konkubenta czy konkubiny, krewnych i powinowatych, niebędących rodzeństwem.

Pielęgniarka i położna mogą wystawić receptę transgraniczną, czyli wydaną na prośbę pacjenta, który zamierza ją zrealizować w innym niż Rzeczpospolita Polska państwie członkowskim Unii Europejskiej. Musi ona zawierać następujące dane:

- imię lub imiona i nazwisko pacjenta;
- datę urodzenia pacjenta;
- imię lub imiona i nazwisko osoby wystawiającej receptę;
- kwalifikacje zawodowe osoby wystawiającej receptę (tytuł zawodowy);
- dane do bezpośredniego kontaktu osoby wystawiającej receptę (adres e-mail lub numer telefonu lub faksu wraz z prefiksem międzynarodowym);
- adres miejsca udzielania świadczenia zdrowotnego (nazwa miejscowości, ulica, numer domu, numer lokalu, jeżeli nadano), a w przypadku pielęgniarek lub położnych wykonujących działalność leczniczą w formie indywidualnej praktyki pielęgniarskiej lub położniczej wyłącznie w miejscu wezwania lub indywidualnej specjalistycznej praktyki pielęgniarskiej lub położniczej wyłącznie w miejscu wezwania — adres miejsca przyjmowania wezwań i miejsca przechowywania dokumentacji medycznej oraz oznaczenie „Polska” albo skrót „PL”;
- nazwę powszechnie stosowaną (międzynarodową) albo nazwę handlową, jeżeli:
 - przepisany produkt jest biologicznym produktem leczniczym lub
 - osoba wystawiająca receptę uważa, że jest ona niezbędna ze względów medycznych — w takim przypadku na recepcie zwięźle podaje powody użycia nazwy handlowej;
- postać;
- dawkę (moc);
- ilość;
- sposób dawkowania;
- datę wystawienia recepty;
- podpis (§ 6 ust. 1 r.rec.p.).

Nowe regulacje ustawy z dnia 6 września 2001 roku Prawo farmaceutyczne — tekst jednolity: Dz.U. z 2008 r. Nr 45, poz. 271 z późn. zm. (art. 95a) przewidują także sytuacje wystawienia przez pielęgniarki i położne recept elektronicznych.

Tabela 1. Przykłady substancji bardzo silnie działających
Table 1. Examples of highly potent drugs

Argentinitras	Fluorouracilum
Atropinisulfas	Homatropinihydrobromidum
Busulfanum	Hydrogeniiperoxidum 30%
Chlorambucilum	Hyoscinihydrobromidum
Cyclophosphamidum	Isoprenalinisulfas
Cytarabinum	Lanatosidum C
Dactinomycinum	Lomustinum
Digoxinum	Mercaptopurinum
Dihydroergotaminimesilas	Natrijfluoridum
Dopaminihydrochloridum	Neostigminimilsulfas
Doxorubicinihydrochloridum	Norepinephrinibitartras
Epinephrinibitartras	Orciprenalinisulfas
Epinephrinum	Physostigminisalicylas
Ergotaminibitartras	Pilocarpinihydrochloridum
Etherethylicus	Suxamethoniichloridum
Etherethylicus pro Narciso	Vinblastinisulfas
Ethylischloridum	Vincristinisulfas

Źródło: Centrum Informacji o Leku http://leki-informacje.pl/63.wykaz_a_b_n_wg_fp_vi.html#wa

Pielęgniarka i położna może ordynować lek i wystawić receptę po uprzednim osobistym badaniu fizykalnym pacjenta (art. 15b ust. 1 u.z.p.). Wystawienie recepty jest możliwe bez dokonania osobistego badania pacjenta, jeżeli jest to uzasadnione stanem zdrowia pacjenta odzwierciedlonym w dokumentacji medycznej. Możliwe jest wtedy wystawienie recepty lub zlecenia na zaopatrzenie w wyroby medyczne jako kontynuacji (art. 15b ust. 2 u.z.p.). Receptę lub zlecenie można w takiej sytuacji przekazać:

- osobie upoważnionej przez pacjenta do odbioru recepty lub zlecenia albo przedstawicielowi ustawowemu pacjenta;
- osobie trzeciej, jeżeli pacjent oświadczy podmiotowi udzielającemu świadczeń zdrowotnych, że recepty lub zlecenia mogą być odebrane przez osoby trzecie bez szczegółowego określania tych osób (art. 15b ust. 3 u.z.p.).

Upoważnienie lub oświadczenie będzie musiało być odnotowane w dokumentacji medycznej pacjenta albo dołączone do tej dokumentacji, podobnie jak informacja o wystawieniu recepty bądź zlecenia i określenie osoby trzeciej, której je przekazano (art. 15b ust. 4 i 5 u.z.p.).

Pielęgniarki i położne mają prawo wglądu do dokumentacji medycznej pacjenta oraz do uzyskania od

lekarza pełnej informacji o stanie zdrowia pacjenta, rozpoznaniu, proponowanych metodach diagnostycznych, leczniczych, rehabilitacyjnych, zapobiegawczych i dających się przewidzieć następstwach podejmowanych działań, w zakresie niezbędnym do udzielanych przez siebie świadczeń zdrowotnych (art. 13 u.z.p.). Mogą zatem realizować swoje uprawnienie do ordynacji i wystawienia recepty bez formalnych przeszkód. Dodatkowo przepisy ustawy z dnia 6 listopada 2008 roku o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U. z 2012 r. poz.159 z, z późn. zm.) w art. 24 ust. 2 wskazują, że pielęgniarki i położne są uprawnione do uzyskiwania i przetwarzania danych zawartych w dokumentacji medycznej.

Zgodnie z art. 11 u.z.p. pielęgniarka i położna są zobowiązane do wykonywania swojego zawodu z należytą starannością, zgodnie z zasadami etyki zawodowej, poszanowaniem praw pacjenta, dbałością o jego bezpieczeństwo, wykorzystując wskazania aktualnej wiedzy medycznej. W sytuacji popełnienia błędu rozpatrywana będzie odpowiedzialność cywilna, w wyjątkowych przypadkach popełnienia przestępstwa dodatkowo odpowiedzialność karna. Kwestie ewentualnej odpowiedzialności zawodowej będą rozstrzygane na podstawie przepisów zawartych w rozdziale 6 ustawy z dnia 1 lipca 2011 roku o samorządzie pielęgniarek i położnych (Dz.U. Nr 174, poz. 1038, z późn. zm.). Kontrolę ordynacji pielęgniarskiej i zasadności wystawienia recepty będzie przeprowadzać NFZ (art. 48 ust. 7 u.ref.).

Podsumowanie

Ponieważ wyżej opisane uprawnienia i regulujące je akty prawne zaczęły obowiązywać od 1 stycznia 2016 roku nie mamy w Polsce jeszcze własnych doświadczeń, ani statystyk pozwalających na ocenę zasadności, czy efektów spowodowanych tymi zmianami. Na świecie historia przyznania uprawnień w zakresie wypisywania recept pielęgniarkom i położnym ma już kilkadziesiąt lat [8]. Dla przykładu wystawiane przez angielskie pielęgniarki recepty dotyczą głównie podstawowej opieki zdrowotnej (40,8%). Przede wszystkim są to leki ordynowane doraźnie w stanach infekcji, a także leki stosowane długotrwale w leczeniu: astmy, cukrzycy i POChP. Zazwyczaj tygodniowo wystawianych jest około 11 recept [9]. Rocznie liczba leków przepisanych przez 54 000 angielskich pielęgniarek i położnych sięga 12,8 miliona opakowań [10]. Z doświadczeń wielu krajów, takich jak: Stany Zjednoczone, Kanada, Australia, Irlandia, Nowa Zelandia, Szwecja, Wielka Brytania, gdzie wprowadzono podobne uprawnienia, wiadomo, że przyniosły one pozytywne efekty rozwiązań systemowych i zadowolenie pacjentów. Również pielęgniarki, które podjęły się tego zadania cenią

sobie samodzielność i możliwość szybszego udzielenia pacjentowi usługi. Pacjenci natomiast są bardzo zadowoleni z uzyskiwanych informacji na temat dalszego postępowania, osiągają wysoki poziom satysfakcji z oceny ich stanu zdrowia, stosowanej terapii, czy kontynuacji leczenia [11–13].

Doniesienia naukowe podkreślają, że umożliwienie wystawiania recept przez pielęgniarki i położne w sposób kluczowy zwiększa dostępność pacjentów do farmakoterapii i gwarantuje lepsze wykorzystanie potencjału kadry medycznej. Ważnym jest również fakt, że porównując zalecenia pielęgniarki i lekarza, okazuje się, że przy tych samych problemach zdrowotnych pacjentów, lekarze zastosowali by tę samą terapię [14, 15]. Podsumowując, należy więc mieć nadzieję, że i w Polsce opisane zmiany przyniosą korzyść dla pacjentów, systemu ochrony zdrowia i środowiska zawodowego pracowników medycznych.

Piśmiennictwo

1. Courtenay M., Carey N., Burke J. Independent extended and supplementary nurse prescribing practice in the UK: A national questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies* 2007; 44: 1093–1101.
2. Zimmermann A., Wengler L., Zimmermann R. Status prawny Farmakopei. *Farmacja Polska* 2010; 66: 652–658.
3. Zimmermann A., Michalski B. Kategorie dostępności produktów leczniczych. *Farmacja Polska* 2009; 65: 453–457.
4. Zimmermann A. Zmiany w polityce refundacyjnej państwa. *Czasopismo Aptekarskie* 2011; 18: 27–34.
5. Zimmermann A. Odpowiedniki produktów leczniczych a bezpieczeństwo prawne osoby realizującej receptę. *Czasopismo Aptekarskie* 2013; 20: 13–17.
6. Hoffman F., Glaeske G., Pfannkuche M.S. The effect of introducing rebate contracts to promote generic drug substitution on doctors' prescribing practices. *Deutsches Ärzteblatt International* 2009; 106: 783–788.
7. Maly J., Dosedel M., Kubena A., Vlcek J. Analysis of pharmacists' opinions, attitudes and experiences with generic drugs and generic substitution in the Czech Republic. *Acta Polonicae Pharmaceutica — Drug Research* 2013; 70: 923–931.
8. Snowden A. The history of prescribing. *Nurse Prescribing* 2008; 6: 530–537.
9. Latter S., Blenkinsopp A. Non-medical prescribing: current and future contribution of pharmacists and nurses. *International Journal of Pharmacy Practice* 2011; 19: 381–382.
10. <http://www.nhsbsa.nhs.uk/PrescriptionServices/923.aspx> (data wejścia 16.12.2015 r.).
11. Kroezen M., van Dijk, L. Groenewegen P., Francke A.L. Nurse prescribing of medicines in Western European and Anglo-Saxon countries: a systematic review of the literature. *BMC Health Serv. Res.* 2011; 11: 127.
12. Gielen S.C., Dekker J., Francke A.L., Mistiaen P., Kroezen M. The effects of nurse prescribing: a systematic review. *Int. J. Nurs Stud.* 2014; 51: 1048–1061.
13. Latter S., Maben J., Myall M., Young A., Baileff A. Evaluating prescribing competencies and standards used in nurse independent prescribers' prescribing consultations. An observation study of practice in England. *Journal of Research in Nursing* 2007; 12: 7–26.
14. Pearce Ch., Winter H. Review of non-medical prescribing among acute and community staff. *Nursing Management* 2014; 20: 22–26.
15. Mangle L., Philips P., Pitts M., Laver-Bradbury C. Implementation of independent nurse prescribing in UK mental health settings: focus on attention — deficit/hyperactivity disorder. *Attention Deficit and Hyperactivity Disorders* 2014; 6: 269–279.