TELEMEDYCYNA

E-recepta

Tomasz Zieliński

Wiele lat budowano w Polsce system e-zdrowia i kiedy już się wydawało, że nic z tego nie będzie, nastąpiło przyspieszenie. Przez ostatnie 2–3 lata wyraźnie widać było, że realizacja kolejnych etapów, zwłaszcza e-recepty, nabiera tempa. Część środowiska lekarskiego zastanawiała się jednak, jaki pożytek będzie z wdrożenia tych nowinek, i powątpiewała, czy jest sens angażować się w e-receptę. Jako Porozumienie Zielonogórskie zwracaliśmy uwagę, że nie można wymuszać przejścia na e-receptę, gdyż nie wszyscy lekarze są na to gotowi. Stały nacisk na Ministerstwo Zdrowia pozwolił, inaczej niż przy elektronicznych zwolnieniach, na wyjście z propozycją pozytywną – nagradzania tych, którzy wcześniej uruchomili e-receptę w swojej praktyce lekarskiej.

Uzyskaliśmy również zapewnienie, że żaden lekarz nie będzie karany za to, że wystawi receptę papierową. To było dla Porozumienia Zielonogórskiego bardzo ważne. Nasza Federacja od lat broni każdego lekarza zgodnie z zasadą: jeden za wszystkich, wszyscy za jednego. Dlatego chętnie wspieramy nowości, pamiętając jednak, że ma się to odbywać z pożytkiem dla pacjentów i podmiotów leczniczych, a nie tylko dla samej potrzeby wdrażania zmian. Jednocześnie bronimy tych, którzy nie są do zmian przekonani albo zwyczajnie, będąc u kresu kariery zawodowej, nie chcą już angażować się w nowe technologie. W takich warunkach masowo wystartowała e-recepta w 2020 r.

Historia e-recepty

Od czasu wystawienia pierwszej e-recepty w Polsce do dziś przechodziła one zmiany, które ją ulepszają, usprawniają i prowadzą do docelowej sytuacji, w której lekarze, pielęgniarki i położne oraz pacjenci będą mieli z niej pożytek. To proces ciągły, ale dotychczasowe zmiany ułatwiają pracę podczas epidemii. Od początku epidemii w Polsce radykalnie wzrosła liczba teleporad i wystawianych e-recept, które są najbezpieczniejsze dla pacjentów i personelu medycznego. I tak oto przeszliśmy od e-recepty jako niechcianego dziecka projektu unijnego, który trzeba było dokończyć, aby nie doszło do konieczności zwrotu przez Polskę środków z Unii Europejskiej, do e-recepty jako narzędzia, nawet jeśli wciąż dalekiego od ideału, to jednak niezbędnego, bez którego już praktycznie nikt nie wyobraża sobie pracy.

Co różni e-receptę od recepty papierowej?

Oczywiście chodzi o coś innego niż o sam fakt, że jest bytem elektronicznym, a nie papierowym. E-recepta pozwala wypisać przy jednej wizycie więcej opakowań leków. Na jednej e-recepcie można wypisać ilość leku nawet na 360 dni stosowania i pacjent może stopniowo odbierać kolejne opakowania. Ale tu uwaga – tylko w tej samej aptece! Dla pacjenta, który może kupować w jednej aptece przez rok, to olbrzymia wygoda. Jeżeli jest chory przewlekle, stabilny i współpracuje z lekarzem, to ma spokój przez 12 miesięcy z konieczności czekania w kolejce tylko po receptę. Jednocześnie może elastycznie wybierać, w jakim terminie i jaką liczbę opakowań chce wykupić. Jedyne ograniczenia to możliwość wykupienia jednorazowo ilości leku na 180 dni oraz konieczność pilnowania, żeby nie przeoczyć terminów, do kiedy można wykupić lek. Chodzi o to, że jeżeli pacjent nie zacznie wykupować recepty stopniowo, a czas od wypisania do pierwszego zakupu wyniesie np. 61 dni, to już nie dostanie z apteki ilości leku, jaką powinien był zużyć przez te 60 dni. To dość naturalne ograniczenie – skoro nie stosował leku, to nie był on potrzebny. A skąd wiadomo, ile powinien zużyć? Z upływu czasu i podanego na recepcie dawkowania. Dlatego tak ważne jest właściwe określenie dawkowania na każdej recepcie.

Czas na realizację e-recepty może być różny w zależności od tego, jakie leki są wypisane. W przypadku antybiotyków recepta jest ważna 7 dni, a w przypadku środków odurzających, substancji psychotropowych, preparatów zawierających te środki lub substancje oraz prekursorów kategorii 1 – do 30 dni od wystawienia. Czas ważności recepty zależy też od specjalnego znacznika określającego, czy jest to recepta roczna czy zwykła 30-dniowa. Jeżeli oznaczymy odpowiednio receptę, to może być realizowana do 365 dni od wystawienia, a jeśli wypiszemy ilość leku na mniej niż 360 dni – krócej.

Asystent medyczny

Dla lekarzy, którzy mają problemy z wystawianiem e-recepty, niezależnie od przyczyny, stworzono mechanizm pozwalający zarejestrować powiązanie lekarza z asystentem medycznym. Jeden lekarz może mieć kilku asystentów, a jeden asystent może współpracować z kilkoma lekarzami. To wiązanie odbywa się w Rejestrze Asystentów Medycznych (RAM). Rejestr jest dostępny pod adresem https://ram.rejestrymedyczne.csioz.gov.pl/

Asystentem medycznym może być osoba wykonująca zawód medyczny lub czynności pomocnicze przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych. Asystent może być dopuszczony do przetwarzania danych osobowych oraz obecny przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych. Zobowiązany jest do zachowania poufności. Odpowiedzialność została podzielona pomiędzy lekarza a asystenta zgodnie z zakresem czynności, jakie wykonują. Lekarz odpowiada za merytoryczną treść recepty, czyli za to, co zalecił – m.in. lek, dawkowanie. Asystent odpowiada za zapewnienie zgodności danych pomiędzy dokumentacją stworzoną przez lekarza a e-receptą. Warto dodać, że przy przechodzeniu na e-skierowania obowiązuje ten sam mechanizm i asystent może również w imieniu lekarza tworzyć e-skierowania wg jego zaleceń.

Rycina 1. Przykład oznaczenia recepty jako ważnej do 365 dni

> Tak oto przeszliśmy od e-recepty jako niechcianego dziecka projektu unijnego do e-recepty jako narzędzia, bez którego już praktycznie nikt nie wyobraża sobie pracy

Fot. 2x istockphoto

> Początkowy opór ZUS udało się stopniowo przełamać konsekwentnym naciskiem ze strony Federacji Porozumienie Zielonogórskie. Dziś certyfikat ZUS może otrzymać każdy pracownik medyczny i asystent

Podpisywanie e-recepty – certyfikat ZUS

Receptę papierową przez lata lekarze stemplowali pieczątką oraz składali na niej parafkę, mimo że przepis od lat nie nakazywał stosowania pieczęci, natomiast wymagał podpisu lekarza. W przypadku e-recepty wymagany jest podpis cyfrowy. Możliwe jest jej podpisywanie za pomocą profilu zaufanego – bezpłatnie udostępnianego każdemu obywatelowi. Niestety ten mechanizm wymaga wielu kliknięć i przepisywania SMS-ów z kodami. Szybciej pracuje się z inną metodą – podpisem kwalifikowanym, ale jest to rozwiązanie płatne, więc nie wzbudzało zainteresowania medyków. Z podobnym problemem – jak cyfrowo podpisywać dokument – zmierzyliśmy się przy wdrażaniu zwolnień elektronicznych. Po wielu turach rozmów udało się przekonać ZUS do wdrożenia trzeciej możliwości, jaką jest generowany przez nich certyfikat – odpowiednik podpisu kwalifikowanego, ale bezpłatny. Miał on początkowo ograniczenie zastosowania tylko do eZLA. Kiedy przekonywałem ZUS do takiego rozwiązania, cały czas miałem nadzieję, że uda się je wykorzystać do podpisywania pozostałych dokumentów powstających w gabinetach lekarzy czy pielęgniarek. Początkowy opór ZUS, ale też innych środowisk, udało się stopniowo przełamać konsekwentnym naciskiem ze strony Federacji Porozumienie Zielonogórskie. Dziś certyfikat ZUS może otrzymać każdy pracownik medyczny i asystent. Dzięki temu bezpłatnie i bardzo ergonomicznie można pracować m.in. z e-receptą. To jeden z tych elementów, bez których nie udałoby się rozpowszechnienie e-zdrowia.

Refundacja – mechanizm wspierający

Od kilku miesięcy działa narzędzie, które ułatwia dobór odpowiedniego poziomu refundacji. Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia (CSIOZ) przepisuje zawartość obwieszczenia refundacyjnego za każdym razem, kiedy pojawia się nowe, oraz zawartość odpowiedniego punktu, tj. wskazania do stosowania, ze wszystkich charakterystyk produktów leczniczych (ChPL), które są refundowane we wskazaniach rejestrowych. Dzięki temu mechanizmowi nie musimy poszukiwać odpowiednich ChPL dla każdego produktu ani weryfikować, czy ewentualna jego zmiana obowiązuje w zależności od daty. Mamy gotowy produkt, za który odpowiedzialność ponosi budżet państwa. Plik z danymi jest udostępniany przez CSIOZ i producenci aplikacji gabinetowych mogą go wykorzystywać w programach dla osób wystawiających recepty. Polecam korzystanie z niego i ścisłe przestrzeganie jego zapisów. Pozwoli to na uniknięcie odpowiedzialności za ewentualne błędy doboru poziomu odpłatności, ale oczywiście tylko wtedy, jeżeli przyporządkowaliśmy właściwe rozpoznanie do sytuacji klinicznej pacjenta. Nadal jest tak, że gdy na przykład mamy zapis w ChPL, że lek złożony stosujemy tylko wtedy, jeżeli wcześniej pacjent był leczony pojedynczymi preparatami w tych samych dawkach, to jeżeli pacjent przyjmuje go w jednej dawce, a potem ją korygujemy, to ten sam lek w innej dawce już dla tego pacjenta będzie płatny 100 proc. Ale sprawa refundacji to temat na inny artykuł.

„Uwspólniony" ChPL

Nowością, która obowiązuje od 1 lipca 2020 r., jest to, że lekarz, pielęgniarka lub położna, wystawiając receptę, może przyjąć jako zakres zarejestrowanych wskazań dla leku również wskazania określone dla wszystkich odpowiedników refundowanych w ramach tej samej kategorii dostępności refundacyjnej. Dotyczy to tylko produktów refundowanych w całym zakresie wskazań rejestrowych. Nie jest to wielka zmiana, ale likwiduje pewną niekonsekwencję dotychczasowych regulacji prawnych. Farmaceuta mógł zamieniać lek na jego zamiennik, utrzymując poziom refundacji bez analizy ChPL, a lekarz przy takiej samej zamianie czasami musiał zmienić odpłatność na 100 proc. Teraz nieważne, gdzie ta zamiana następuje, refundacja może się pacjentowi należeć.

Recepty dla seniorów

Osoby po ukończeniu 75. roku życia mają prawo do leków bezpłatnych, oczywiście jeżeli mają odpowiednie schorzenia, a lek znajduje się na liście leków przysługujących bezpłatnie. Wyjątkowo przy tym uprawnieniu ograniczeniem jest również, kto może wypisać receptę na taki lek. Na początku byli to tylko lekarz i pielęgniarka POZ oraz lekarz posiadający prawo wykonywania zawodu, który zaprzestał wykonywania zawodu w zakresie recept dla siebie albo dla małżonka, wstępnych lub zstępnych w linii prostej oraz rodzeństwa. Po kolejnych nowelizacjach takie recepty mogą wystawiać: każdy (bez znaczenia, jaką ma specjalizację i czy ma jakąkolwiek) lekarz lub pielęgniarka udzielający świadczeń w ramach umowy z NFZ z zakresu POZ albo lekarz posiadający prawo wykonywania zawodu, który zaprzestał wykonywania zawodu, a wystawia receptę dla siebie albo dla małżonka, osoby pozostającej we wspólnym pożyciu oraz krewnych lub powinowatych w linii prostej, a w linii bocznej do stopnia pokrewieństwa między dziećmi rodzeństwa.

> Porozumienie Zielonogórskie stara się pilnować, aby kolejne wdrożenia w zakresie e-zdrowia w Polsce były tworzone w sposób ułatwiający pracę lekarzom i pielęgniarkom. Jest nas w końcu zbyt mało, aby marnować nasz czas

Od 1 lipca 2020 r. podobne uprawnienie mieli nabyć lekarze z poradni AOS oraz ze szpitali. Ze względu na wprowadzony wymóg analizy za pośrednictwem platformy P1 przed wystawieniem recepty dla seniora zawartości recept wystawionych i zrealizowanych przez pacjenta – termin uzyskania uprawnienia został przesunięty na 1 października 2020 r. Do tego czasu ma powstać techniczna możliwość przeanalizowania danych o receptach pacjenta. Będziemy monitorować powstawanie tego narzędzia, gdyż jako Porozumienie Zielonogórskie staramy się cały czas pilnować, aby kolejne wdrożenia w zakresie e-zdrowia w Polsce były tworzone w sposób ułatwiający pracę lekarzom i pielęgniarkom. Jest nas w końcu zbyt mało, aby marnować nasz czas.

Autor jest wiceprezesem Federacji Związków Pracodawców Ochrony Zdrowia „Porozumienie Zielonogórskie"