

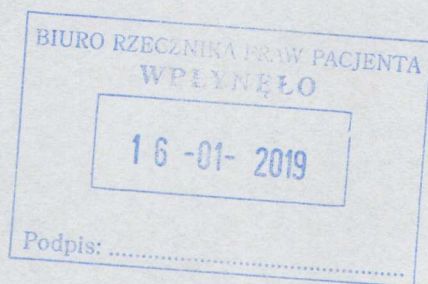


Minister Zdrowia

Warszawa,

2019-01-11

ZPG.073.1.2019.AK



Pan
Bartłomiej Chmielowiec
Rzecznik Praw Pacjenta

Szanowny Panie Rzeczniku,

w związku z pismem z dnia 22 listopada 2018 r. dotyczącym sytuacji osób chorych na choroby otępienne, w tym chorobę Alzheimera, zwracam się z uprzejmą prośbą o przyjęcie poniższych informacji.

Na wstępie chciałbym podkreślić, że Minister Zdrowia ma świadomość wzrostu częstości występowania chorób otępiennych, w tym choroby Alzheimera. Zapewnienie jak najpełniejszego wsparcia osobom chorym, ich bliskim i opiekunom stanowi jedno z kluczowych wyzwań zarówno dla organizacji, finansowania i koordynacji systemu ochrony zdrowia, jak i systemu pomocy społecznej w sytuacji starzenia się polskiego społeczeństwa.

Mając na względzie dostosowanie systemu opieki zdrowotnej do potrzeb pacjentów chorych na Alzheimera, rozważane jest wprowadzenie zmian w zakresie profilaktyki oraz obowiązującego modelu diagnozowania, leczenia i opieki nad tymi chorymi.

Niewątpliwie istotne jest określenie standardu postępowania z pacjentem, który pozwoli na zapewnienie odpowiedniej jakości udzielanych świadczeń, możliwie największego ujednoczenia standardu opieki oraz weryfikację w jakim stopniu możliwa jest jego implementacja w systemie ochrony zdrowia.

Zgadzam się, że niezwykle istotne jest wprowadzenie diagnozy jako podstawy do podejmowania dalszych kroków, wykluczenie innych przyczyn otępienia (nie zawsze otępienie spowodowane jest chorobą Alzheimera) i leczenia przedmiotowej jednostki chorobowej na możliwie wczesnym etapie, kiedy można jeszcze złagodzić przebieg choroby, a nawet opóźnić w czasie jej progresję. Zaproponowanie konkretnych rozwiązań wymaga jednak analizy stanu zasobów kadrowych, finansowych i rzeczowych podmiotów wykonujących diagnostykę pacjentów z otępieniem.

Mając na względzie powyższe, w Ministerstwie Zdrowia zostały przeanalizowane i zweryfikowane trzy Karty Świadczenia Opieki Zdrowotnej:

- 1) Rehabilitacja geriatryczna stacjonarna.
- 2) Diagnostyka otępienia z Całościową Oceną Geriatryczną (COG) w ramach procedury leczenia jednego dnia u osób powyżej 75 roku życia. Świadczenie realizowane raz w roku.
- 3) Geriatryczne Zespoły Konsultacyjne (GZK), udzielające świadczeń opieki zdrowotnej w trybie stacjonarnym.

Przedmiotowe karty zostały udostępnione Konsultantowi Krajowemu w dziedzinie Geriatrii, z prośbą o ich uzupełnienie i naniesie zmian.

Kolejnym etapem będzie przekazanie wskazanych Kart do konsultacji wewnątrzresortowych, a następnie do akceptacji Ministra Zdrowia i ewentualne wydanie Prezesowi Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji zlecenia, na podstawie art. 31c ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2018 r., poz. 1510, z późn. zm.), przygotowania rekomendacji w sprawie zasadności kwalifikacji świadczenia opieki zdrowotnej jako świadczenia gwarantowanego w wybranym zakresie świadczeń.

Jednocześnie chciałbym podkreślić, że w dniu 11 października 2018 r. w Ministerstwie Zdrowia odbyło się spotkanie z przedstawicielami stowarzyszeń działających na rzecz chorych na Alzheimera. Podczas spotkania zanotowano postulaty dotyczące m.in. edukacji opiekunów, opieki wytchnieniowej, dostępności opieki medycznej. Obecnie wszystkie propozycje poddawane są analizie wewnątrzministerialnej, w kontekście organizacyjnych i finansowych możliwości systemu opieki zdrowotnej, a także możliwości realizacji w ramach koordynacji działań z systemem pomocy społecznej.

Podkreślić należy również, że działania na rzecz osób z chorobami otępiennymi prowadzone będą na podstawie dokumentu strategicznego pn. *Polityka społeczna*

wobec osób starszych 2030. BEZPIECZEŃSTWO-UCZESTNICTWO-SOLIDARNOŚĆ, opracowanego przez Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej, który rząd przyjął 26 października 2018 r. W przedmiotowym dokumencie ujęto m.in. następujące działania:

- 1) Opracowanie programu działań skierowanych do osób starszych chorych na choroby otępienne – termin realizacji 2018-2025.
- 2) Prowadzenie kampanii edukacyjnych na temat chorób otępiennych – termin realizacji 2018-2030 (działanie ciągłe).
- 3) Opracowanie standardów opieki dla osób z zespołami otępiennymi, w tym opieki paliatywnej, w tym opieki domowej – termin realizacji 2018-2020.

Odnosząc się do kwestii wprowadzenia do polskiego systemu prawnego instytucji pełnomocnika medycznego, uprzejmie informuję, że Ministerstwo Zdrowia (MZ) we współpracy z Naczelną Radą Lekarską (NRL), prowadziło w ubiegłych latach wstępne prace nad tymi rozwiązaniami prawnymi. Stanowisko MZ i NRL w ww. zakresie pozostaje niezmiennie i jest tożsame z rozwiązaniami przedstawionymi w przedmiotowym projekcie przez Rzecznika Praw Pacjenta.

Pełnomocnik medyczny, zgodnie z postulatem, miałby być osobą wskazaną przez pacjenta do wyrażenia zgody na udzielenie mu świadczeń zdrowotnych, w przypadku gdy pacjent (dorosły, nieubezwłasnowolniony), nie mógłby takiej zgody udzielić, gdyż:

- 1) jest niezdolny do wyrażenia świadomej zgody na skutek postępów choroby, zazywanych leków czy stanu nieprzytomności;
- 2) skorzystał z prawa do nieudzielania mu informacji o jego stanie zdrowia.

Pierwsza z wymienionych okoliczności, uzasadniająca działanie pełnomocnika medycznego, zasługuje na aprobatę i poparcie. Natomiast wątpliwości powstają w sytuacji, gdy pacjent świadomie i dobrowolnie skorzystał z prawa do nieinformowania go o stanie zdrowia, a w momencie ustanowienia pełnomocnika medycznego, informacje o jego stanie zdrowia udzielane są pełnomocnikowi. Powstaje zatem pytanie, czy w tej sytuacji, zastosowanie powinno mieć żądanie wyrażone przez pacjenta do nieudzielania mu informacji, czy prawo pełnomocnika? Wydaje się, że proponowane rozwiązanie stoi w sprzeczności z ogólnymi prawami pacjenta.

Po analizie projektu pojawiły się również wątpliwości, czy wprowadzenie instytucji pełnomocnika medycznego przyniesie oczekiwany skutek w postaci:

- 1) większego poszanowania autonomii pacjenta;
- 2) uproszczenia i skrócenia procedury uzyskiwania zgody zastępczej na jego leczenie;
- 3) zabezpieczenie pracowników medycznych przed odpowiedzialnością, w związku z udzieleniem zgody na leczenie przez osobę, której pełnomocnictwo okaże się nieaktualne oraz koniecznością rozstrzygnięcia przez niego wątpliwości w tym zakresie.

W odniesieniu do kwestii wprowadzenia instytucji kuratora medycznego (powoływanego przez sąd w przypadku, gdy pacjent jest niezdolny do świadomego wyrażenia woli i nie ma przedstawiciela ustawowego, ani ustanowionego pełnomocnika medycznego), przedmiotowa propozycja wydaje się być zasadne. Wprowadzenie ww. instytucji może być istotne zwłaszcza w kontekście skrócenia procedury uzyskiwania zgody na świadczenia medyczne. Niemniej jednak, pojawiają się wątpliwości, dotyczące kwestii podważalności decyzji kuratora, tzn. możliwości zakwestionowania jej przez lekarza oraz odpowiedzialności pracowników medycznych w przypadku, gdy nie ma on możliwości ustalenia, czy pacjent ma ustanowionego kuratora medycznego oraz czy przedłożone postanowienie sądu jest ważne, np. nie zostało odwołane. Jest to szczególnie ważne z punktu widzenia lekarza, gdyż mimo zachowania należytej staranności, może zostać uwikłany w sytuacje sporne lub konflikty, w przypadku gdy okaże się, że osoba która wyraziła zgodę na udzielanie świadczeń zdrowotnych, nie była do tego uprawniona.

Podsumowując, uprzejmie informuję, iż rozwiązania przedstawione w projekcie ustawy o zmianie ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, umożliwiające ustanowienie pełnomocnika medycznego oraz kuratora medycznego w celu wyrażenia zgody na leczenie pacjenta, w przypadku gdy sam pacjent nie jest do tego zdolny na skutek postępów choroby, zażywanych leków czy stanu nieprzytomności, pozostają w obszarze zainteresowania Ministerstwa Zdrowia i są przedmiotem dalszych rozważań. Nadmieniam również, że proponowane rozwiązania, stanowią także odpowiedź na rekomendacje przedstawione w 2009 r. przez Radę Europy, która w Rekomendacji nr 11¹ wskazywała na potrzebę stworzenia takiej instytucji, jak pełnomocnik medyczny.

¹ Recommendation CM/Rec(2009)11 and explanatory memorandum – Principles concerning continuing powers of attorney and advance directives for incapacity

Niemniej jednak, mając na uwadze przedstawione wątpliwości, zwłaszcza w zakresie uzyskiwania zgody na leczenie, projektowane rozwiązania powinny zostać poddane wszechstronnej analizie oraz konsultacjom publicznym ze wszystkimi zainteresowanymi stronami, które pozwolą najlepiej ocenić zakładane cele przy jednoczesnym uwzględnieniu słusznego interesu pacjenta i lekarza.

Z poważaniem,


Z upoważnienia
MINISTRA ZDROWIA
PODSEKRETARZ STANU
Zbigniew J. Król

R

00459007731831878443

00459007731831878443

00459007731831878443

(00)459007731831878443

**"OPŁATA POBRANA
TAXE PERÇUE-POLOGNE
Umowa z Poczta Polska S.A.
NR ID: 406526/W"**



ZPG.073.1.2019

45320 2019-01-14 02 POLECONA

Pan Bartłomiej Chmielowiec
Rzecznik Praw Pacjenta
Młynarska 46
01-171 Warszawa