



**POLSKIE TOWARZYSTWO ŻYWIENIA
POZAJELITOWEGO, DOJELITOWEGO
I METABOLIZMU**



Warszawa, dn. 4 listopada 2022 r.

Szanowny Pan
dr hab. Marcin Wiącek, prof. UW
Rzecznik Praw Obywatelskich
Biuro Rzecznika Praw Obywatelskich
al. Solidarności 77
00-090 Warszawa

Szanowny Panie Rzeczniku,

działając w imieniu Stowarzyszenia na Rzecz Żywnienia Medycznego w Polsce, Polskiego Towarzystwa Żywnienia Pozajelitowego, Dojelitowego i Metabolizmu, Polskiego Towarzystwa Żywnienia Klinicznego oraz Polskiego Towarzystwa Żywnienia Klinicznego Dzieci, **chcielibyśmy zwrócić uwagę Pana Rzecznika na zasadność włączenia się w prace legislacyjne dotyczące projektu ustawy o Krajowej Sieci Onkologicznej** (numer z wykazu: UD 303; dalej: „Projekt ustawy”), poprzez podjęcie działań mających na celu odpowiednie zabezpieczenie potrzeb pacjentów onkologicznych w zakresie żywienia medycznego. **W świetle powyższego zwracamy się do Pana Rzecznika z uprzejmą prośbą o:**

- 1) formalne wsparcie działań Stowarzyszenia dotyczących wprowadzenia podczas prac nad Projektem ustawy przepisów regulujących kwestię dostępu pacjentów onkologicznych do odpowiedniego żywienia medycznego,**
- 2) wystąpienie do Ministra Zdrowia z pismem wskazującym na konieczność zaadresowania potrzeby wprowadzenia ww. przepisów w ramach prac nad Projektem ustawy.**

W obecnej sytuacji pacjenci onkologiczni napotykają na ogromne przeszkody w dostępie do odpowiedniego żywienia medycznego. Przeszkody te spowodowane są m. in. brakiem kompleksowej regulacji prawnej dot. zagadnienia żywienia medycznego w onkologii, co skutkuje z kolei brakiem jednolitych procedur funkcjonujących w podmiotach wykonujących działalność leczniczą. Niestety ocena stanu odżywienia pacjentów onkologicznych nie zawsze jest odpowiednio przeprowadzana, a nawet jeżeli dojdzie do jej przeprowadzenia, nie zawsze w ślad za tym idzie dostosowanie leczenia żywieniowego pacjenta do wyników oceny.

Obecnie procedowany Projekt ustawy, pomimo, że ma za zadanie zapewnić kompleksową opiekę onkologiczną, niestety nie adresuje potrzeb żywienia medycznego pacjentów onkologicznych.

Mając na względzie powyższe, Stowarzyszenie Na Rzecz Żywnienia Medycznego w Polsce wraz z Polskim Towarzystwem Żywnienia Pozajelitowego, Dojelitowego i Metabolizmu, Polskim Towarzystwem Żywnienia Klinicznego oraz Polskim Towarzystwem Żywnienia Klinicznego Dzieci, przyjęło **Stanowisko w sprawie konieczności zaadresowania potrzeb żywieniowych pacjentów onkologicznych w ramach prac nad projektem ustawy o Krajowej Sieci Onkologicznej** (dalej: „Stanowisko”). W ramach Stanowiska, ww. podmioty zaapelowały wspólnym głosem o rozszerzenie Projektu ustawy o regulację mające na celu uregulowanie problemu leczenia żywieniowego pacjentów onkologicznych, w szczególności poprzez:



**POLSKIE TOWARZYSTWO ŻYWIENIA
POZAJELITOWEGO, DOJELITOWEGO
I METABOLIZMU**



- doprecyzowanie zasad przeprowadzania przesiewowej oceny stanu odżywienia oraz pogłębionej oceny żywieniowej, w tym w szczególności wskazanie, że ocena stanu odżywienia powinna być dokonana po raz pierwszy na etapie diagnostyki pogłębionej,
- nałożenie bezpośredniego obowiązku odnotowywania wyników ww. badań w dokumentacji medycznej,
- zobowiązanie podmiotów wykonujących działalność leczniczą do zapewnienia pacjentom leczenia żywieniowego adekwatnego do potwierzonego stanu klinicznego.

W Stanowisku przedstawiony został syntetyczny opis proponowanych zmian oraz wskazane zostało szczegółowe uzasadnienie dot. konieczności wprowadzenia do regulacji określonych modyfikacji. Ponadto załącznikiem do Stanowiska jest propozycja poprawki, której uwzględnienie pomoże zapewnić odpowiednią, kompleksową terapię dla pacjentów onkologicznych. W załączeniu do niniejszego pisma przedkładamy Stanowisko wraz z propozycją poprawki do Projektu ustawy.

Na marginesie głównych rozważań pragniemy podkreślić, że ww. Stanowisko (wraz z propozycją poprawki) zostało przedłożone m. in. Panu Ministrowi Waldemarowi Krasce, Przewodniczącemu Stałemu Komitetu Rady Ministrów, Panu Ministrowi Łukaszowi Schreiberowi, a także Panu Premierowi Mateuszowi Morawieckiemu.

Poniżej przedstawiamy syntetyczne uzasadnienie wskazujące na zasadność włączenia się Pana Rzecznika w prace legislacyjne nad Projektem ustawy oraz poparcie propozycji określonej w Stanowisku.

1) Proponowana zmiana przyczyni się do realizacji konstytucyjnego prawa do ochrony zdrowia, w odniesieniu do szczególnych potrzeb żywieniowych pacjentów onkologicznych.

Art. 68 ust. 1 Konstytucji RP¹ wskazuje, że „każdy ma prawo do ochrony zdrowia”. Prawo do ochrony zdrowia obejmuje przy tym „możliwość korzystania z systemu ochrony zdrowia, funkcjonalnie ukierunkowanego na zwalczanie i zapobieganie chorobom, urazom i niepełnosprawności”². Tymczasem aktualny stan prawny, który sprowadza w istocie się do braku odpowiedniej regulacji dotyczącej systemu żywienia medycznego powoduje, że prawo to nie jest w pełni realizowane w stosunku do pacjentów onkologicznych (w kontekście ich szczególnych potrzeb żywieniowych).

W świetle powyższego nie ulega wątpliwości, że proponowana w Stanowisku zmiana, przyczyni się do realizacji konstytucyjnego prawa do ochrony zdrowia pacjentów cierpiących na choroby nowotworowe, poprzez umożliwienie im skorzystania z usystematyzowanej przesiewowej oceny stanu odżywienia, a także (w odpowiednich przypadkach) – pogłębionej oceny żywieniowej. Ponadto realizacja ww. prawa będzie odbywała się ze względu na zobowiązanie świadczeniodawców do zapewnienia leczenia żywieniowego adekwatnego do potwierzonego stanu klinicznego pacjenta – tym samym poprawiając całościowy standard opieki nad pacjentami onkologicznymi.

Podkreślić również należy, że zaproponowane w Stanowisku regulacje nie są sprzeczne z zasadą proporcjonalności. Jak wskazuje się w doktrynie, „Zasada proporcjonalności jest niewątpliwie znaczącą zasadą państwa prawnego. W świetle dotychczasowego orzecznictwa TK spośród możliwych środków działania należy wybierać możliwie najmniej uciążliwe dla podmiotów, wobec których mają być zastosowane, lub dolegliwe w stopniu nie większym niż jest to niezbędne dla osiągnięcia założonego celu”³.

¹ Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r. (Dz. U. Nr 78, poz. 483 z późn. zm.; „Konstytucja RP”)

² Art. 68; M. Safjan, L. Bosek (red.), Konstytucja RP. Tom I. Komentarz do art. 1–86, Warszawa 2016

³ Art. 2; M. Safjan, L. Bosek (red.), Konstytucja RP. Tom I. Komentarz do art. 1–86, Warszawa 2016



**POLSKIE TOWARZYSTWO ŻYWIENIA
POZAJELITOWEGO, DOJELITOWEGO
I METABOLIZMU**



Odnosząc się zaś do poprawki wskazanej w załączniku do Stanowiska należy uznać, że po pierwsze, wprowadzenie regulacji z całą pewnością polepszy sytuację pacjentów onkologicznych, zapewniając im dostęp do odpowiedniego żywienia medycznego. Po drugie, przedstawiona w niej regulacja jest niezbędna dla pełniejszej realizacji konstytucyjnego prawa do ochrony zdrowia, ponieważ podnosić będzie istotnie jakość opieki onkologicznej. Po trzecie zaś, rezultaty wprowadzanej regulacji będą pozostawać w odpowiedniej proporcji do ciężarów nakładanych na podmioty prowadzące podmioty lecznicze, w szczególności ze względu na fakt, że nie powinny być one zbyt uciążliwe (w tym w odniesieniu do obowiązków administracyjnych). Tym samym, jeżeli ustawodawca wprowadzi regulację zaproponowaną w Stanowisku, nie doprowadzi ona do nadmiernej ingerencji państwa w stosunki społeczne. Należy więc uznać, że wskazane w Stanowisku propozycje zmian będą proporcjonalne i odpowiednie dla założonych celów (poprawy jakości żywienia pacjentów onkologicznych).

2) Projekt ustawy w obecnym brzmieniu w żaden sposób nie adresuje problemu leczenia żywieniowego pacjentów onkologicznych.

Zgodnie z uzasadnieniem do Projektu ustawy „Ustanowienie KSO ma na celu realizację przyjętej Narodowej Strategii Onkologicznej, jak również osiągnięcie jak najlepszej organizacji opieki onkologicznej, w szczególności zapewnienie poprawy jakości i bezpieczeństwa diagnostyki i leczenia onkologicznego, a także wzrostu poziomu satysfakcji pacjenta i optymalizacji kosztów opieki onkologicznej.”⁴ Nie ulega wątpliwości, że usystematyzowanie ścieżki przeprowadzenia oceny żywieniowej oraz wdrażania leczenia żywieniowego jest niezbędne w celu skoordynowania i poprawy jakości leczenia onkologicznego. Tymczasem Projekt ustawy niestety nie zawiera jakichkolwiek regulacji z zakresu żywienia medycznego.

Wprowadzanie zmian prawnych (których celem jest określenie rozwiązań stanowiących rozwinięcie konstytucyjnego prawa do ochrony zdrowia), na poziomie ustawy, jest aprobowane przez doktrynę: „zasadniczą rolę w kształtowaniu struktury i treści prawa do ochrony zdrowia odgrywa ustawodawca. Podkreślił to TK w wielokrotnie już cytowanym wyr. z 7.1.2004 r. (K 14/03, OTK-A 2004, Nr 1, poz. 1), stwierdzając, że Konstytucja RP nie gwarantuje jakiegoś abstrakcyjnego dobrostanu, lecz możliwość korzystania z systemu ochrony zdrowia. Ustawa wyznacza w konsekwencji granice prawa do ochrony zdrowia, ustrój podmiotów leczniczych, system organów odpowiedzialnych za zdrowie, a w szczególności zasady udzielania świadczeń opieki zdrowotnej i finansowania tej opieki.”⁵

Tym samym nie ulega wątpliwości, że prace nad Projektem ustawy to odpowiednia przestrzeń dla zaadresowania zmian zmierzających do podniesienia jakości opieki nad pacjentem onkologicznym, a zaproponowane w Stanowisku zmiany, realizować będą konstytucyjne prawo do ochrony zdrowia.

3) Odpowiednie uregulowanie problematyki żywienia medycznego przyniesie ze sobą liczne korzyści dla pacjentów onkologicznych, na czele z optymalizacją leczenia.

W związku z tym, że choroby nowotworowe charakteryzują się dużą dynamiką zmian, wraz z ich rozwojem często dochodzi do postępujących zaburzeń stanu odżywienia. Statystyki jasno wskazują, jak powszechny problem wśród pacjentów onkologicznych, zwłaszcza hospitalizowanych, stanowią zaburzenia stanu odżywienia i jak silnie wpływają na ich sytuację – z dostępnych danych naukowych wynika, że zaburzenia te mogą występować nawet u 80 % pacjentów onkologicznych⁶. U ok. 70 % pacjentów hospitalizowanych,

⁴ Uzasadnienie do Projektu ustawy

⁵ Art. 68; M. Safjan, L. Bosek (red.), Konstytucja RP. Tom I. Komentarz do art. 1–86, Warszawa 2016

⁶ Kłęk S., Leczenie żywieniowe w onkologii, Onkol. Prakt.3. Klin., 2011, 7, 5, 269-273



**POLSKIE TOWARZYSTWO ŻYWIENIA
POZAJELITOWEGO, DOJELITOWEGO
I METABOLIZMU**



u których w momencie przyjmowania do szpitala występowały zaburzenia odżywiania, w trakcie hospitalizacji następuje ich pogłębienie; ponadto zaburzenia te pojawiają się w trakcie hospitalizacji u ok. 30 % pacjentów, którzy wcześniej się z nimi nie zmagali⁷.

Wprowadzenie obowiązku odpowiedniego, usystematyzowanego przeprowadzania oceny stanu odżywienia oraz wdrażania, w razie potrzeby, interwencji żywieniowej (adekwatnej do potwierdzonego stanu klinicznego), powinno umożliwić zarówno minimalizację ryzyka wystąpienia zaburzeń stanu odżywienia, jak i zapobiegnięcie pogłębiania się zaburzeń oraz zapewnienie szybszej rekonwalescencji u tych pacjentów, którzy już zmagają się z tym problemem. Prawidłowy stan odżywienia pacjentów onkologicznych powinien przyczynić się do ich większej tolerancji na leczenie onkologiczne oraz zwiększenia szansy na wyjście z choroby. Odpowiednio wdrożone leczenie żywieniowe, oprócz poprawy wyników, powinno wpłynąć także na fizyczny oraz psychiczny komfort leczenia pacjenta.

Wyrażamy nadzieję, że przedstawiona powyżej argumentacja przekona Pana Rzecznika do udzielenia formalnego wsparcia w ww. zakresie. Mamy nadzieję, że w ramach prac nad Projektem ustawy uda się wypracować optymalne rozwiązania, które w najwyższym stopniu będą realizowały interes pacjentów.

W przypadku gdyby Pan Rzecznik chciałby spotkać się ze Stowarzyszeniem osobiście celem przedyskutowania określonych postulatów - przedstawiciele Stowarzyszenia oraz Towarzystw Naukowych pozostają do dyspozycji.

Z poważaniem

Stowarzyszenie na
Rzecz Żywienia
Medycznego w Polsce

Polskie Towarzystwo
Żywienia
Pozajelitowego,
Dojelitowego
i Metabolizmu

Polskie Towarzystwo
Żywienia Klinicznego

Polskie Towarzystwo
Żywienia Klinicznego
Dzieci

Załączniki:

1. Stanowisko wraz z propozycją poprawki.

⁷ Bristian B. R., Prevalence of malnutrition in general medical patients. Arch Inter Med 1977; 235: 1567