



DLG.050.8.2024.PM
Warszawa, 22 marca 2024

Pan Szymon Hołownia
Marszałek Sejmu RP

Szanowny Panie Marszałku,

w odpowiedzi na interpelację poselską nr 1732 w sprawie standardów leczenia boreliozy i innych infekcji odkleszczowych, uprzejmie proszę o przyjęcie poniższych informacji.

Wskazana w interpelacji 'metoda ILADS' (opublikowana w roku 2014, więc odległe) której podstawę stanowi publikacja pod tytułem „*Evidence Assessments and Guideline Recommendations in Lyme Disease: The Clinical Management of Known Tick Bites, Erythema Migrans Rashes and Persistent Disease*” („Ocena dowodów i zalecenia dotyczące boreliozy: postępowanie kliniczne po ukąszeniu przez kleszcze, w przypadku wystąpienia rumienia wędrującego i choroby przewlekłej”) stanowi bardzo często podstawę do stosowania długotrwałej (przewlekłej) antybiotykoterapii, często wielomiesięcznej, a nawet ponad rocznej.

'Metoda ILADS' stała się powszechnie w praktyce klinicznej w Polsce podstawą do długotrwałego (nawet ponad rocznego, a nawet kilkuletniego) stosowania wielu antybiotyków, często w skojarzeniach (włączając leki z grupy B-laktamów, rifampicynę, metronidazol, makrolidy i inne). Takie postępowanie nie wynika z żadnych rekomendacji (nawet w 'rekomendacjach ILADS' nie ma wytycznych dotyczących sposobu kojarzenia antybiotyków ani docelowej długości antybiotykoterapii).

Skuteczność długotrwałego stosowania antybiotykoterapii nie została potwierdzona w randomizowanych badaniach klinicznych na odpowiednio dużych grupach a może prowadzić do istotnych działań niepożądanych oraz skutkować selekcją antybiotykoodporności w całej populacji Polski.

Literatura medyczna precyzyjnie opisuje przypadki powikłań po długotrwałej antybiotykoterapii stosowanej w przypadkach boreliozy. Dodatkowo istnieją dowody naukowe w randomizowanym badaniu klinicznym (opublikowanym po publikacji 'metody ILADS' w roku 2016 „*Randomized Trial of Longer-Term Therapy for Symptoms Attributed to Lyme Disease*”) opisujące brak korzyści ze stosowania długotrwałej antybiotykoterapii (12 tygodni) w porównaniu do krótszej terapii.

Na podkreślenie zasługuje fakt, że zgodnie z wytycznymi Polskiego Towarzystwa Epidemiologów i Lekarzy Chorób Zakaźnych (opublikowanymi w roku 2023), a także w szczegółowych międzynarodowych wytycznych IDSA (*Infectious Diseases Society of America*) opublikowanych w roku 2020 dla poszczególnych postaci boreliozy długość leczenia antybiotykiem jest jasno określona i nie przekracza 30 dni dla żadnego stadium klinicznego z możliwością ewentualnego jednokrotnego powtórzenia terapii antybiotykiem podawanym drogą dożylną przez 2-4 tygodni w przypadkach szczególnych (np. zapalenie stawów bez poprawy po antybiotykoterapii doustnej).

Ponadto, informuję, że Ministerstwo Zdrowia nie jest uprawnione do weryfikacji i oceny zasadności oraz prawidłowości działań Rzecznika Praw Pacjenta oraz Naczelnej Izby Lekarskiej względem lekarzy. Uprawnienia Ministra Zdrowia oraz podejmowane przez niego działania nie mogą wykraczać poza kompetencje przyznane powszechnie obowiązującymi przepisami prawa. Wskazać przy tym należy na art. 7 Konstytucji RP, który statuuje zasadę, zgodnie z którą organy władzy publicznej działają na podstawie i w granicach prawa. Oznacza to, że kompetencje, zadania i tryb postępowania organów władzy publicznej muszą określać normy prawne wskazując jednocześnie granice aktywności tych organów.

W tym miejscu przywołać należy art. 2 ust. 3 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz.U. z 2021 r. poz. 1342), który nadaje samorządowi zawodowemu lekarzy i lekarzy dentyków niezależność w wykonywaniu swoich zadań i statuuje zasadę podlegania wyłącznie przepisom prawa. Oznacza to, że wszelkie czynności podejmowane przez jednostki organizacyjne samorządu zawodowego lekarzy i lekarzy dentyków są dokonywane w oparciu o decyzje, na które nie mają wpływu organy władzy publicznej, w tym Minister Zdrowia. Natomiast nadzór nad działalnością Rzecznika Praw Pacjenta, zgodnie z art. 42 ust. 2 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2023 r. poz. 1545, z późn. zm.) sprawuje Prezes Rady Ministrów.

Odnosząc się do pytania o plany Ministerstwa Zdrowia związane z określeniem standardów leczenia boreliozy oraz innych infekcji odkleszczowych informuję, że Ministerstwo Zdrowia nie posiada kompetencji do nadawania konkretnego kierunku procesowi diagnostycznemu oraz terapeutycznemu, który realizowany jest w odniesieniu do poszczególnych pacjentów.

Decyzję o zastosowaniu danej metody i sposobu diagnostyki i leczenia każdorazowo podejmuje lekarz, biorąc pod uwagę wskazania aktualnej wiedzy medycznej oraz dostępne metody i środki zapobiegania, rozpoznawania i leczenia chorób. Ponadto, w razie wątpliwości diagnostycznych lub terapeutycznych lekarz z własnej inicjatywy bądź na wniosek pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego, jeżeli uzna to za uzasadnione w świetle wymagań wiedzy medycznej, powinien zasięgnąć opinii właściwego lekarza specjalisty lub zorganizować konsylium lekarskie.

W tym miejscu należy także dodać, że lekarz, w związku z podejmowaniem czynności stanowiących wykonywanie zawodu, ponosi odpowiedzialność: zawodową, karną lub cywilną, przy czym, zgodnie z obowiązującymi regulacjami, czynności stanowiące wykonywanie zawodu lekarza nie są przedmiotem kontroli lub nadzoru organów administracji publicznej, do których zalicza się Minister Zdrowia. Zgodnie z art. 53 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz.U. z 2021 r. poz. 1342), członkowie izb lekarskich podlegają odpowiedzialności zawodowej za naruszenie zasad etyki lekarskiej oraz przepisów związanych z wykonywaniem zawodu lekarza. Rzecznik dyscyplinarny niezwłocznie po otrzymaniu informacji świadczącej o możliwości popełnienia przewinienia zawodowego jest obowiązany wydać postanowienie o wszczęciu bądź o odmowie wszczęcia postępowania wyjaśniającego.

Z wyrazami szacunku
z upoważnienia Ministra Zdrowia
Wojciech Konieczny
Sekretarz Stanu
/dokument podpisany elektronicznie/