

USTAWA

z dnia.....201.. r.

o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty, o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych

Art. 1.

W ustawie z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 1997 r., Nr 28, poz.152, ze zmianami) wprowadza się następujące zmiany:

1) w art. 3 po ust. 3 dodaje się ust 4 w brzmieniu:

"ust 4. Ilekroć w ustawie jest mowa o medycynie komplementarnej należy przez to rozumieć: wszystkie metody terapeutyczne w szczególności: tradycyjną medycynę chińską, ziołolecznictwo, medycynę ortomolekularną, akupunkturę, medycynę antropozoficzną, chiropraktykę, klawiterapię, hirudoterapię, terapię neuralną, apiterapię".

UWAGA

Zwrot:

„...w szczególności: tradycyjną medycynę chińską, ziołolecznictwo, medycynę ortomolekularną, akupunkturę, medycynę antropozoficzną, chiropraktykę, klawiterapię, hirudoterapię, terapię neuralną, apiterapię...”

nie oznacza ZAMKNIĘTEJ LISTY możliwych do wykorzystania przez lekarzy terapii. Użyte na początku słowa: „w szczególności” wskazują na OTWARTY charakter tej listy.

2) po art. 4. dodaje się art. 4a w brzmieniu:

"art. 4a. Do dostępnych lekarzowi metod i środków zapobiegania, rozpoznawania i leczenia chorób zalicza się także metody i środki z zakresu medycyny komplementarnej, określone w art. 3 ust. 4."

UWAGA

*Zakresem tym jest to, **co lekarz uzna za stosowne**. Lekarz nie ma tutaj żadnego ograniczenia. Może wybrać taką terapię, jaką chce.*

3) w art. 32 po ust. 1 dodaje się ust. 1a w brzmieniu:

"1a. Lekarz może zastosować leczenie z wykorzystaniem metod medycyny komplementarnej po wyrażeniu zgody przez pacjenta".

4) w art. 38 po ust. 1 dodaje się ust. 1a w brzmieniu:

"1a. Lekarz może nie podjąć lub odstąpić od leczenia pacjenta z wykorzystaniem metod medycyny komplementarnej, jeżeli nie są one zgodne z oczekiwanym skutkiem terapeutycznym albo jeżeli według jego wiedzy medycznej sugerowana przez pacjenta terapia będzie szkodzić jego zdrowiu albo kiedy lekarz nie posiada odpowiedniej wiedzy do zastosowania sugerowanej przez pacjenta terapii."

UWAGA

Innymi słowy: żaden lekarz nie jest zmuszony do użycia jakichkolwiek metod innych niż proceduralne, ale jeśli tak zechce zrobić, to nie może być za to karany.

Art. 2

W ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. Nr 210, poz.2135, ze zmianami) wprowadza się następujące zmiany:

1) w art. 2 po ust. 2 dodaje się ust. 3 w brzmieniu:

„3 Korzystanie z metod medycyny komplementarnej nie jest finansowane ze środków publicznych.”

Art. 3

Ustawa wchodzi w życie w czternastym dniu po jej ogłoszeniu.

UZASADNIENIE

Konstytucja Rzeczypospolitej Polski w art. 68 gwarantuje każdemu prawo do ochrony zdrowia.

Podkreślić należy, iż wskazany powyżej przepis osadzony jest w rozdziale, który akcentuje podmiotowe prawo jednostki, jakim jest m. in. wolność. Wolność oznacza sytuację, w której człowiek może dokonywać swobodnych, zgodnych ze swoją wolą wyborów. Jednym z najważniejszych jest wolność osobista, czyli prawo o decydowaniu o sobie, swojej przyszłości, a także o swoim zdrowiu i sposobie leczenia. Ta sfera wolności nie może być ograniczona władczymi decyzjami urzędników, którym Konstytucja uprawnień w tym zakresie nie nadała.

Dobro chorego jest najwyższym prawem, które we współczesnym świecie akcentuje obowiązek respektowania przez lekarza prawa pacjenta do decydowania o jego zdrowiu.

Zgoda pacjenta na zabieg czy operację jest, według obowiązujących przepisów prawa, konieczna, by lekarz mógł podjąć działanie. Zgodnie z Art. 41 ust. 1 Konstytucji RP "każdemu zapewnia się nietykalność osobistą i wolność osobistą". Dotyczy to każdej sfery życia człowieka, łącznie ze sposobem leczenia.

Wykonanie zabiegu leczniczego bez zgody pacjenta lub jego prawnego opiekuna jest czynem karalnym, z mocy Art. 192 Kodeksu karnego, natomiast Kodeks Etyki Lekarskiej w Art. 15 stanowi, że postępowanie diagnostyczne, lecznicze i zapobiegawcze wymaga zgody pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego.

Istotną regulacją w tej materii jest również Art. 5 Konwencji o ochronie praw człowieka i godności istoty ludzkiej wobec zastosowań biologii i medycyny, zgodnie z którym: "Nie można przeprowadzić interwencji medycznej bez swobodnej i świadomej zgody osoby jej poddanej. Przed dokonaniem interwencji osoba zainteresowana otrzyma odpowiednie informacje o celu i naturze interwencji, jak również jej konsekwencjach i ryzyku. Osoba zainteresowana może w każdej chwili swobodnie wycofać zgodę".

Skoro normy prawa gwarantują człowiekowi ochronę w zakresie decydowania o jego zdrowiu, to obejmują także obowiązek respektowania wyboru leczenia. Wartość tę doceniła kilka lat temu Szwajcaria.

Stosunek szwajcarskiego rządu do medycyny naturalnej wynikał z wysokiego popytu i powszechnego stosowania alternatywnych dla medycyny konwencjonalnej metod leczenia, nie tylko ze strony konsumentów, ale również i lekarzy. Środowiska te zgodnie podkreślały jej skuteczność. Efektem aprobaty dla zintegrowania medycyny komplementarnej z akademicką było opowiedzenie się przez Szwajcarię w drodze referendum za powszechnym dostępem do medycyny komplementarnej w ramach podstawowego ubezpieczenia zdrowotnego.

Uwagę zwraca fakt, że aż 67% głosujących poparło zmiany, czyniąc ze Szwajcarii pierwszy kraj w Europie, który w ustawie zasadniczej nałożył na władze federalne i kantonalne obowiązek włączenia obu metod do leczenia pacjenta.

W wyniku tych zmian nowy artykuł 118a BV (Bundesverfassung der Schweizerischen Eidgenossenschaft) Konstytucji zyskał brzmienie:

„Rząd federalny i kantony mają, w zakresie swojej jurysdykcji, wziąć pod uwagę medycynę komplementarną. Na tej podstawie parlament i władze wykonawcze powinny:

- 1) umożliwić, w ramach obowiązkowego ubezpieczenia zdrowotnego, działalność lekarzom z pięciu dyscyplin medycyny komplementarnej (tj. medycyny antropozoficznej, homeopatii, terapii neutralnej, fitoterapii i tradycyjnej medycyny chińskiej),
- 2) stworzyć możliwości uzyskiwania krajowych dyplomów przez terapeutów niemedycznych,
- 3) włączyć problematykę medycyny komplementarnej do kształcenia i projektów badawczych,
- 4) chronić sprawdzone lekarstwa.

Wypełniając wspomniane zobowiązania, w dniu 13 stycznia 2011 r. minister zdrowia Didier Burkhalter podjął decyzję o włączeniu 5 wymienionych terapii do koszyka podstawowego ubezpieczenia zdrowotnego. W Szwajcarii od stycznia 2012 r. pacjenci korzystają więc z pięciu metod medycyny komplementarnej w ramach podstawowego ubezpieczenia zdrowotnego.

Ponadto minister ogłosił, że w porozumieniu z sektorem medycyny komplementarnej będzie dążył do: włączenia problematyki CAM (complementary and alternative medicine) do kształcenia pracowników sektora zdrowotnego, uproszczenia procedury rejestracji i dopuszczenia do obrotu produktów CAM, certyfikacji terapeutów (krajowe dyplomy), wydzielenia funduszy na badania oraz utworzenia instytutów – ośrodków referencyjnych w sprawach CAM.

Skoro Szwajcaria jako pierwszy kraj w Europie w ustawie zasadniczej nałożyła na władze państwowe obowiązek włączenia medycyny komplementarnej do istniejącego systemu zdrowotnego, to ignorowanie tej metody leczenia jako pozbawionej uzasadnienia medycznego byłoby, w obliczu zmian dokonanych w szanowanym kraju Europy zachodniej, nie na miejscu.

Zarówno pacjenci, jak i lekarze dokonali wyboru, zaś tamtejsze władze uszanowały prawa obywateli Szwajcarii do decydowania o ich zdrowiu i metodzie leczenia. Należy przy tym zwrócić uwagę, że medycyna akademicka i tradycyjna nie stanowią całkowicie odrębnych podsystemów. Mają bowiem specjalistów, którzy fachowo wykonują zabiegi z różnych obszarów (np. homeopatii czy akupunktury), a przeważająca większość pacjentów i konsumentów korzysta z obu podsystemów.

Ostatnie lata pokazują, że medycyna akademicka i naukowcy coraz bardziej interesują się praktykami tradycyjnymi, także tymi komplementarnymi – pochodzącymi z odległych regionów świata. Jednym z wielu przykładów jest zbiór informacji na temat „complementary medicine” w Cochrane Reviews, który zawiera ponad 700 raportów, w tym: 113 przeglądów systematycznych na temat alternatywnych systemów medycznych, 369 na temat terapii wykorzystujących produkty naturalne, 152 na temat leczenia energią, 20 o metodach takich jak chiropraktyka czy kręgarstwo oraz 67 o metodach takich jak hipnoza, relaksacja, medytacja czy joga.

(patrz: <http://www2.cochrane.org/reviews/en/subtopics/22.html>).

Innym przykładem jest ogólnoeuropejski projekt badawczy „CAMbrella”, dofinansowany z 7. Programu Ramowego UE, zmierzający do stworzenia sieci placówek badawczych zajmujących się CAM. Celem tego projektu jest stworzenie tzw. mapy drogowej dalszych badań nad CAM w Europie, aby były zgodne z potrzebami zdrowotnymi obywateli UE, mogły być zaakceptowane przez Parlament Europejski oraz instytucje odpowiedzialne za finansowanie badań w poszczególnych krajach, a także przez pracowników ochrony zdrowia (patrz: <http://www.cambrella.eu/home.php>).

Mając powyższe na uwadze Polska, opowiadając się za podmiotowym prawem jednostki, winna być otwarta i gotowa na zmiany, jakie w zakresie zintegrowania medycyny tradycyjnej z akademicką czynią inne państwa europejskie. Zmiany te wymusza przede wszystkim wysokie zapotrzebowanie społeczne na połączenie obu tych dziedzin w imię dobra pacjenta i troski o jego zdrowie.

Nie da się dłużej lekceważyć istnienia medycyny naturalnej w terapii, skoro jej skuteczność została już doceniona w Europie i na świecie. Lekarz powinien decydować o wyborze leczenia w porozumieniu z pacjentem. Jednakże aby było to możliwe, nie może być on ograniczany do metod leczenia, jakie wymusza na nim obowiązująca procedura medyczna.

Dążeniem do osiągnięcia pozytywnych skutków terapii winna być wymiana informacji i doświadczeń w zakresie obu dziedzin medycyny, z wykorzystaniem ich potencjału.

Powodem wprowadzenia przedmiotowych zmian legislacyjnych nie jest więc wypieranie medycyny akademickiej przez medycynę naturalną ani konkutowanie z nią, przeciwnie – chodzi o dialog, porozumienie i współpracę, czego efektem będzie wzajemne uzupełnianie wiedzy i doświadczeń każdej z nich w celu skuteczniejszego leczenia pacjenta.

Podkreślić należy, iż w chorobach przewlekłych medycyna akademicka odnotowuje niską lub wręcz zerową skuteczność całkowitego wyleczenia. W niektórych przypadkach istnieje wprawdzie możliwość przedłużenia pacjentowi życia, to jednak komfort tego życia jest zaburzony. Wiele schorzeń medycyna identyfikuje jako nieuleczalne, np. chorobę Hashimoto, stwardnienie rozsiane, toczeń, chorobę Parkinsona, łuszczycę, nowotwory.

Tymczasem praktyka lekarska w innych krajach odnotowuje sukcesy w wyleczeniu pacjenta z chorób przewlekłych z wykorzystaniem w terapii metod naturalnych. W Polsce część środowisk medycznych demonstrowuje sprzeciw wobec tej metody leczenia.

Wątpliwości w tym zakresie nie miała Szwajcaria. Jest to kraj bogaty, mający potężne, liczące się na świecie firmy farmaceutyczne i stać ją na zapewnienie swoim obywatelom drogich terapii farmakologicznych, z wykorzystaniem najwyższej klasy sprzętu medycznego i nowoczesnych technologii. A jednak uznała medycynę naturalną jako równoprawną dziedzinę, występującą obok akademickiego systemu leczenia człowieka.

W ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych wyszczególnia się profilaktykę zdrowia jako zadanie władz publicznych. Zgodnie z Art. 6 p. 3 przywołanej ustawy zadaniem władz publicznych w zakresie zapewnienia równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej są promocja zdrowia i profilaktyka, mające na celu stworzenie warunków sprzyjających zdrowiu. Natomiast według normy zawartej Art. 15 ust. 1 tejże ustawy świadczeniobiorcy mają na zasadach określonych w ustawie prawo do świadczeń opieki zdrowotnej, których celem jest m. in. zachowanie zdrowia i zapobieganie chorobom.

Niestety, obserwuje się pomieszanie pojęć pomiędzy działaniami prewencyjnymi na rzecz ochrony zdrowia a diagnostyką. Otóż za działania profilaktyczne powszechnie uznaje się planowe systematyczne poddawanie się badaniom lekarskim. Nie ma to jednak nic wspólnego z zapobieganiem chorobom. Wykonanie np. badania mammograficznego lub kolonoskopii nie jest żadnym działaniem prewencyjnym w powstaniu nowotworów, służy jedynie diagnozowaniu istniejących już zmian.

Jeżeli zatem w wyniku badania wykryto u pacjenta chorobę, to nie można mówić o zapobieganiu. Zapobieganiem chorobie jest niedopuszczanie do jej powstania. Dlatego też wachlarz możliwości

terapeutycznych i profilaktycznych powinien być dostępny i nieograniczony dla lekarza, którego wiedza z zakresu anatomii i fizjologii człowieka byłaby ogromną wartością dodaną przy wykorzystaniu metod naturalnych. Skoro w obecnej sytuacji służba zdrowia, z różnych powodów, nie jest w stanie zapewnić ochrony prewencyjnej zdrowia pacjenta, to jej obowiązkiem jest umożliwienie realizacji tego zadania poprzez wprowadzenie do systemu leczenia medycyny komplementarnej jako równoprawnej dziedziny w terapii i promocji zdrowia.

Skuteczność takiego zintegrowanego leczenia byłaby wielokrotnie wyższa niż do tej pory, co skutkowałoby wielomilionowymi oszczędnościami dla budżetu państwa.

Znacznie zwiększona efektywność leczenia pacjenta spowodowałaby zmniejszoną liczbę pacjentów z chorobami przewlekłymi, a są to choroby, na które przeznaczona jest większość budżetu NFZ. Mniejsza liczba pacjentów oznacza znacznie mniejsze kolejki, które są głównym powodem powszechnego niezadowolenia Polaków z obecnego stanu służby zdrowia. Warto odnotować, że niemal 6,5 mld zł, czyli ok. 10 proc. budżetu Narodowego Funduszu Zdrowia, jest przeznaczane na terapie onkologiczne: leczenie szpitalne, chirurgię, chemioterapię itd. Przeciętnie na jednego chorego wydawana jest suma ok. 10 000 zł. Średni koszt samej chemioterapii wynosi ponad 13 000 zł.

Oszczędności, o których wyżej mowa, mogłyby zostać uwolnione w celu:

- 1) leczenia bardzo ciężkich schorzeń, na które obecnie NFZ nie ma odpowiednich funduszy,
- 2) skrócenia kolejek do lekarzy,
- 3) znacznego podniesienia standardu pobytu pacjenta w szpitalu,
- 4) podniesienia poziomu wynagrodzeń personelu medycznego,
- 5) właściwego zadbania o osoby niepełnosprawne, które w obecnych warunkach mają ograniczoną i często niegodną człowieka egzystencję,
- 6) otoczenia właściwą opieką osób starszych lub przebywających w hospicjach.

Z założeń do planu finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia na 2016 rok wynika, że na ochronę zdrowia przeznaczone zostanie ok. 70 mld zł. Podkreślić również należy, iż **korzystanie z metod medycyny komplementarnej nie obciąża budżetu państwa**, ponieważ nie będzie finansowane ze środków publicznych. Pacjent, decydując się na zastosowanie terapii naturalnej, zostanie o tym poinformowany.

Wobec pozytywnego bilansu dla finansów publicznych, w dłuższej perspektywie czasowej państwo powinno jednak dążyć, wzorem Szwajcarii, do objęcia podstawowych metod medycyny komplementarnej ubezpieczeniem zdrowotnym.

Jest tajemnicą poliszynela fakt, że w wielu ośrodkach medycznych, ze szpitalami włącznie, lekarze ratują życie pacjentom nielegalnie, w ukryciu, ponieważ stosują metody niewystępujące w tzw. procedurach. W wielu jednak przypadkach lekarze raczej wolą pozwolić, by pacjent umarł, niż odejść od chroniących ich procedur, czego przykładem był bardzo w Polsce nagłośniony przypadek kilkuletniego Maxa Gudańca (wspominałem o nim wcześniej). To wszystko jest powodem istnienia w Polsce „podziemia medycznego”. Podziemia, w którym lekarz ratuje zdrowie czy życie pacjenta nielegalnie, za co grozi mu odebranie prawa wykonywania zawodu.

Jest coraz więcej lekarzy, którzy – stawiając dobro pacjenta na pierwszym miejscu przed jakimikolwiek procedurami, co jest całkowicie zgodne z etyką lekarską i składaną przez każdego lekarza przysięgą – świadomie schodzą do „podziemia medycznego”, nielegalnie lecząc i często ratując życie swoim pacjentom. Wielu lekarzom w Polsce odebrano prawo wykonywania zawodu tylko dlatego, że uratowali komuś zdrowie. Jest to żenująca sytuacja, której w nowoczesnej Polsce nie można już dłużej tolerować.

Nowelizacja ustawy pozwoliłaby wielu lekarzom na swobodne, legalne i zgodne z ich sumieniem czy wiedzą stosowanie każdej dostępnej im terapii w celu znacznie bardziej efektywnego leczenia pacjentów bez obawy utraty prawa wykonywania zawodu – jak to się dzieje teraz. Społeczeństwo polskie ponosi ogromne koszty kształcenia lekarzy, którzy zdobywają na studiach potężną wiedzę, a następnie w pracy są krępowani nakazami mówiącymi im, co i jak mają robić.

Proponowana nowelizacja ustawy korzysta również z tego, co parlament kanadyjskiej prowincji Ontario wprowadził już w roku 1999 do ustawy o prawie lekarskim (Medicine Act 1991). Rozwiązanie to oparte jest na prawie Alaski i innych stanów USA. Chodzi mi głównie o ten fragment:

“A member shall not be found guilty of professional misconduct or of incompetence under section 51 or 52 of the Health Professions Procedural Code solely on the basis that the member practices a therapy that is non-traditional or that departs from the prevailing medical practice unless there is evidence that proves that the therapy poses a greater risk to a patient’s health than the traditional or prevailing practice.”

Czyli: Członek (zrzeszenia lekarzy) nie może być uznany za winnego wykroczenia zawodowego lub niekompetencji na podstawie paragrafu 51 lub 52 Kodeksu Procedur w Zawodach Medycznych wyłącznie na podstawie tego, że praktykuje terapię, która jest nietradycyjna lub że odchodzi od powszechnie stosowanej praktyki medycznej, chyba że są dowody wskazujące, że dana terapia stwarza większe zagrożenie dla zdrowia pacjenta niż praktyki tradycyjne lub powszechnie stosowane.

W podobnym duchu Niemcy, znani z osiągnięć medycznych na najwyższym poziomie światowym, jeszcze w roku 1939 wprowadzili zawód lekarza naturoterapeuty tzw. Heilpraktiker.

Gesetz über die berufsmäßige Ausübung der Heilkunde ohne Bestallung (Heilpraktikergesetz), 17.02.1939

Polska nie może pozostawać w tyle. Niemieccy Heilpraktikerzy do leczenia pacjentów stosują witaminy, minerały, odpowiednią dietę... i tam jest to całkiem normalne. Od 1939 roku! A u nas? Kiedy mówię o zastosowaniu naturoterapii, żywności ekologicznej, witamin czy minerałów, nazywa się mnie szarlatanem, znachorem itd.

Proponowany projekt nowelizacji ustawy **nie narzuca lekarzom żadnych terapii, których oni sami by nie chcieli stosować**. Ale daje taką możliwość tym lekarzom, którzy chcą zastosować inne sposoby leczenia. Tacy lekarze w dalszym ciągu ponosiliby odpowiedzialność – dokładnie taką, jak do tej pory.

Projekt ten jest projektem typu „co do zasady”, a więc nie wymaga dowodów naukowych, analiz, badań klinicznych, ekspertyz czy wyliczeń.

Reasumując: celem projektu jest integracja medycyny akademickiej z medycyną naturalną, w sposób umożliwiający wykorzystanie dobrodziejstw obu systemów medycznych. **Decyzję o wyborze leczenia należy pozostawić lekarzom i pacjentom**. Do tej pory jej zakres jest zawężona jedynie do metod mieszczących się w procedurach medycyny akademickiej.

W praktyce niezwykle często zdarza się, że pacjent stojący w obliczu choroby przewlekłej czy też będący w bezpośrednim zagrożeniu życia, wobec braku optymistycznych prognoz chciałby skorzystać z terapii innych niż te oferowane mu przez obecny system lecznictwa. Jest wielu lekarzy, którzy, doceniając doświadczenie i dorobek medycyny naturalnej, chcą wykorzystać ją w leczeniu. To właśnie oni, jako wykształceni medycznie profesjonalisci, winni mieć możliwość realizacji takich terapii.

Należy zwrócić uwagę, że projekt ten nie dotyczy wybranych grup społecznych czy zawodowych. Dotyczy ochrony zdrowia każdego obywatela RP, dlatego stoi ponad wszelkimi podziałami społecznymi czy zawodowymi.

Projekt jest zgodny z prawem UE, a wejście w życie projektowanej ustawy nie wywoła negatywnych skutków finansowych dla budżetu państwa.