

Volume 20, Issue 1
June 2022

ISSN 1731-8297, e-ISSN 6969-9696
<http://czasopisma.uni.opole.pl/index.php/osap>

ORIGINAL ARTICLE
received 2022-02-26
accepted 2022-03-15



Uwagi na temat statusu medycyny komplementarnej i alternatywnej w prawie polskim

Observations about the status of complementary and alternative medicine in Polish law

ANNA LYSZCZYNA

Uniwersytet Opolski

ORCID: 0000-0002-8203-2166, lyszczyna.a.m@gmail.com

Citation: Lyszczyna, Anna. 2022. Uwagi na temat statusu medycyny komplementarnej i alternatywnej w prawie polskim. *Opolskie Studia Administracyjno-Prawne* 20(1), 165–185, DOI: 10.25167/osap.4749.

Abstract: Complementary and alternative medicine are therapeutic methods not included in academic (conventional) medicine. In recent years, there has been a noticeable increase in the demand for this kind of paramedical services. In Poland, they have no separate legal regulation and therefore it is not clear whether they should be regarded as ‘ordinary’ or medical services. The aim of the article is to indicate the legal basis for the functioning of paramedical activity, define the subject of this paramedical activity, determine how the legal position of its recipients is shaped and to essay to predict the direction of possible changes. The article describes the genesis of paramedical activity, attempts to regulate some of its branches, the tendency of some international organisations to unify its status, the attitude that the medical and pharmaceutical self-governments take towards paramedicine in internal acts (regulating the principles of practice of the profession by its members). Using the available literature on the subject and making reference to the relevant doctrine and jurisprudence, the author analyses the current legal situation, which leads to presentation of proposals for the content of a legal definition of paramedicine and other postulates de lege ferenda resulting from the application of dogmatics of law in the civil research method.

Keywords: complementary and alternative medicine, consumer law, paramedical activity

Abstrakt: Medycyna komplementarna i alternatywna to metody terapeutyczne niezaliczane do medycyny akademickiej (konwencjonalnej). W ostatnich latach jest zauważalny wzrost popytu na usługi paramedyczne. W Polsce nie mają one odrębnej regulacji prawnej, dlatego nie jest jasne, czy powinny być traktowane jak „zwykła” usługa, czy usługa medyczna. Celem artykułu jest wskazanie podstaw prawnych funkcjonowania w obrocie działalności paramedycznej, przedmiotu tej działalności, tego, jak kształtuje się pozycja prawna jej odbiorcy oraz wskazanie kierunku ewentualnych zmian. Artykuł przybliży genezę działalności paramedycznej, podejmowane próby regulacji niektórych jej działów, tendencje organizacji międzynarodowych do ujednoczenia jej statusu, postawę, jaką przyjmuje wobec paramedycyny samorząd lekarski oraz farmaceutyczny w aktach wewnętrznych (regulujących zasady wykonywania zawodu przez jego członków). Celem badawczym jest analiza obecnej sytuacji prawnej, której efektem ma być przedstawienie propozycji zawartości legalnej definicji paramedycyny oraz innych postulatów *de lege ferenda*, wynikających z zastosowania dogmatyki prawa w ujęciu cywilistycznym jako metody badawczej.

Słowa kluczowe: medycyna komplementarna i alternatywna, prawo konsumenckie

Wstęp

W ostatnich latach nastąpił wzrost zainteresowania metodami komplementarnymi i alternatywnymi, które w języku polskim można zbiorczo nazwać paramedycznymi. Jednocześnie brak w prawie polskim dostosowanej do nich regulacji – nie podlegają prawu medycznemu, lecz funkcjonują na bazie ogólnych przepisów dotyczących obrotu gospodarczego. Można założyć, że jeżeli tendencja ta zostanie utrzymana, na pewnym etapie stworzenie odrębnej regulacji będzie niezbędne. Z tego powodu warto zastanowić się, czym jest medycyna komplementarna i alternatywna, w jaki sposób należy ją definiować, co do niej zaliczać, na jakich podstawach funkcjonuje obecnie, jak chronieni są jej odbiorcy, a także czy, a jeśli tak, to jakie zmiany należałoby w tym zakresie wprowadzić. Podstawowym celem badawczym jest przeprowadzenie analizy sytuacji paramedycyny w prawie polskim, zbadanie zagadnienia źródeł jej pochodzenia oraz warunków funkcjonowania w obrocie gospodarczym, wyszczególnienie ewentualnych luk i zagrożeń, a w efekcie – zaproponowanie postulatów *de lege ferenda*. Dla osiągnięcia celu postawione zostały następujące hipotezy: paramedycyna nie posiada obecnie jednolitej definicji, tym bardziej definicji legalnej; wypracowanie definicji legalnej paramedycyny jest konieczne dla uregulowania jej statusu prawnego; paramedycyna nie jest przedmiotem zainteresowania polskiego ustawodawstwa; paramedycyna funkcjonuje w obrocie prawnym na ogólnych zasadach dotyczących prowadzenia działalności gospodarczej; odbiorca produktów i usług paramedycznych powinien być podmiotem

szczególnie chronionym z uwagi na oddziaływanie tej dziedziny na zdrowie ludzkie.

W artykule została zastosowana dogmatyka prawa w ujęciu cywilistycznym. Krokiem koniecznym dla sprawdzenia zgodności z prawdą przedstawionych wyżej tez oraz hipotez okazało się badanie materiału normatywnego, który w jakikolwiek sposób odnosi się do tematu medycyny alternatywnej w sposób pośredni. Niektóre z analizowanych aktów prawnych należało rozpatrywać w kategorii przykładu dla przyszłej, potencjalnej regulacji. Połączenie powyższego z analizą wypowiedzi doktryny oraz orzecznictwa dało obraz sytuacji. Efektem końcowym jest połączenie obecnie istniejących rozwiązań prawnych oraz opinii o ich funkcjonowaniu, jak również wypracowanie na tej podstawie postulatów *de lege ferenda*.

1. Pojęcie medycyny komplementarnej i alternatywnej

Medycyna alternatywna, łączona z medycyną komplementarną, tradycyjną, naturalną, nie posiada jednolitej definicji. W publikacjach zajmujących się różnymi jej działami, w opracowaniach typu encyklopedycznego, jak również w licznych artykułach popularnonaukowych pojawiają się próby jej opisanie na poziomie ogólnym, czyli wyjaśnienia w możliwie jak najprostszym sposób – poprzez oględne wskazanie – czym dziedzina ta się zajmuje oraz jakich środków do osiągnięcia zakładanego celu używa. Również w czasopiśmie uznawanych za typowo medyczne coraz częściej można znaleźć odniesienia do terapii alternatywnych lub podejścia holistycznego (Ostrzyżek, Marcinkowski 2012: 682–686; Woźniak-Holecka, Zborowska, Holecki 2010: 21–28) traktowanego jako szersze spojrzenie na proces leczenia i uznającego metody alternatywne za elementy wspomagające terapię konwencjonalną. Oznacza to pewien zwrot w dotychczasowym pojmowaniu zastosowania środków alternatywnych, lecz także poszerzenie myślenia o procesie leczenia. Próżno jednak szukać w polskich aktach prawnych nie tylko pojęcia medycyny alternatywnej, ale i w ogóle medycyny jako takiej. Można założyć, że ustawodawca pozostawia wypracowanie tego pojęcia specjalistycznej literaturze medycznej, jednak skoro dział prawa, jakim jest prawo medyczne, rozwija się w dynamiczny sposób, na pewnym etapie legalne zdefiniowanie może okazać się konieczne.

Punktem wyjścia rozważań będzie pogląd, zgodnie z którym „bez znajomości przeszłości zrozumienie bieżącej sytuacji jest niemożliwe” (Gajda 2011: 8). Tak samo więc bez krótkiego wprowadzenia dotyczącego historii medycyny, czyli skrótowego opisu procesu, z którego wzięła ona swój początek, nie będzie możliwe wypracowanie jej definicji. Trafne tematycznie jest porównanie tej czynności do wywiadu przeprowadzanego przez lekarza na początku każdej wi-

zyty, będącego wprowadzeniem do rozpoznania choroby na podstawie dolegliwości pacjenta (Gajda 2011: 9). Historia medycyny będzie w tym miejscu istotna również dlatego, że może wskazać pierwotne miejsce medycyny konwencjonalnej, tradycyjnej, alternatywnej, czy też naturalnej w historii leczenia chorób. Określenie historii medycyny jako nauki „o rozwoju myśli lekarskiej i formach praktyki lekarskiej, o zdrowiu i chorobie człowieka (w sensie zarówno indywidualnym, jak i społecznym) w aspekcie historycznym” (Brzeziński 2000: 11) jest na tyle pojemne, że mogłyby się w nim znaleźć zarówno metody leczenia uznawane za konwencjonalne, jak i te alternatywne. Wyrażenie stosowane w tzw. krajach rozwiniętych – „medycyna uzupełniająca lub alternatywna” – oznacza stosowanie pozaakademickich praktyk medycznych, które głównie uzupełniają, rzadko – zastępują) metody konwencjonalne (Łazowski 2006 (uzup. 2014)). Innymi słowy medycyna alternatywna jest synonimem medycyny niekonwencjonalnej, tym samym oznacza „leczenie chorób metodami nieuznawanymi przez oficjalną medycynę” (Słownik języka polskiego PWN 2020), precyzując, „rozpoznawanie i «leczenie» chorób metodami opartymi na podstawach, które nie zostały lub też nie mogą być poddane dokładnej weryfikacji naukowej, lub co do których badania naukowe nie wykazały skuteczności” (Encyklopedia PWN 2020). Połączenie medycyny komplementarnej uzupełniająco z metodami właściwymi medycynie konwencjonalnej (czyli *de facto* z metodami do tej pory nieuznawanymi przez nią) pojawiło się stosunkowo niedawno – dla przykładu: w medycynie amerykańskiej po roku 1990 (Whorton 2000: 17). Przyczyną ucieczki niektórych pacjentów w stosowanie metod alternatywnych może być odczuwanie stresu powodującego szereg dolegliwości, na które medycyna konwencjonalna albo nie ma właściwego leczenia, albo leczenie to wyzwała określone i nieprzyjemne skutki uboczne (Chez, Jonas, Eisenberg 2000: 32).

Mimo że medycyna komplementarna i alternatywna stopniowo zaczyna być przedmiotem zainteresowania różnych dziedzin, w tym wskazanych wyżej medycyny (w rozumieniu konwencjonalnym) i socjologii, nie zawsze idzie to w parze z regulacją prawną tego typu metod. Częściowym wytłumaczeniem jest fakt, iż niektóre z działów paramedycyny są niezwykle trudne do ujęcia w jakiegokolwiek ramy prawne z uwagi na swoją specyfikę. Próby regulacji na poziomie Unii Europejskiej, a także prawa krajowego nie dotyczą wprost medycyny alternatywnej, pośrednio jednak należy rozważyć ich zastosowanie również do metod, którymi się ona posługuje. W pierwszej kolejności należy wskazać działania Unii Europejskiej w tym zakresie. Należą do nich rozporządzenia: nr 726/2004 Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 31 marca 2004 r. ustanawiające wspólnotowe procedury wydawania pozwoleń dla produktów leczniczych stosowanych u ludzi i do celów weterynaryjnych i nadzoru nad nimi oraz ustanawiające Europejską Agencję Leków oraz nr 1924/2006 Parlamentu

Europejskiego i Rady z dnia 20 grudnia 2006 r. w sprawie oświadczeń żywnościowych i zdrowotnych dotyczących żywności, a ponadto Dyrektywa 2001/83/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 6 listopada 2001 r. w sprawie wspólnotowego kodeksu odnoszącego się do produktów leczniczych stosowanych u ludzi. Wydanie wymienionych regulacji było możliwe dzięki przepisom Traktatu o Funkcjonowaniu Unii Europejskiej (dalej: TFUE) – art. 168 TFUE tworzy Tytuł XIV Traktatu, a odnosi się do zapewnienia odpowiednio wysokiego poziomu zdrowia publicznego. Z kolei art. 49 TFUE znajdujący się w Tytule VI Rozdziale 2 „Prawo przedsiębiorczości” oraz 56 TFUE z Tytułu VI Rozdziału 3 „Usługi” są podstawą funkcjonowania medycyny alternatywnej jako przedmiotu prowadzonej działalności gospodarczej. W prawie polskim również brakuje aktu odnoszącego się bezpośrednio do paramedycyny, co nie oznacza, że nie istnieją prawne ramy jej funkcjonowania. Najważniejszym aktem prawnym, dzięki któremu działalność ta może być swobodnie prowadzona, jest ustawa z dnia 6 marca 2018 r. Prawo przedsiębiorców (dalej: pr. przeds.), która wraz z pakietem ustaw towarzyszących tworzy tzw. Konstytucję biznesu. Dodatkowym źródłem regulacji wykonywania niektórych zawodów paramedycznych jest ustawa z dnia 22 marca 1989 r. o rzemiośle oraz akty wykonawcze do wyżej wymienionych, wśród których dużą rolę odgrywa rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 10 stycznia 2017 r. w sprawie egzaminu czeladniczego, egzaminu mistrzowskiego oraz egzaminu sprawdzającego, przeprowadzanych przez komisje egzaminacyjne izb rzemieślniczych. Z punktu widzenia prawa medycznego należy wymienić: ustawę z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne (dalej: pr. farm.) w zakresie dotyczącym produktów leczniczych oraz ustawę z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych. Na tym tle Światowa Organizacja Zdrowia (dalej: WHO) od lat 90. XX wieku tworzy nową tendencję, czyniąc medycynę alternatywną przedmiotem swojego zainteresowania, a co za tym idzie, również badań. Ich efektem jest szereg dokumentów, które nie tylko opisują metody uznawane za niekonwencjonalne, podejmują próbę ich sklasyfikowania, ale także zawierają zalecenia – minimalne normy, które powinny spełniać osoby stosujące określone metody alternatywne. Polska jako członek WHO jest jednym z odbiorców treści zawartych w nich, zalecenia te są „drogowskazami”, w jakim kierunku podążać. Ekspertki zaproszeni z całego świata (22 krajów) przez Organizację dyskutowali o roli, jaką odgrywa medycyna tradycyjna, komplementarna i alternatywna (WHO 2001: 1). Medycynę niekonwencjonalną w skrócie nazwano TM/CAM (WHO 2001: 1).

Wnioskując z ustawodawstwa zarówno unijnego, jak i krajowego wyróżnić można pewien zakres wspólny: dla ustalenia tego, czym jest medycyna oraz tego, czym powinna się ona zajmować należy uznać, iż wiąże się ona z zapewnianiem zdrowia poprzez działania podejmowane przez władze, a także unikaniem

występowania chorób w sposób dostępny zgodnie z najnowszymi osiągnięciami (badaniami) naukowymi. Idąc dalej tym tropem, pojęcia medycyny alternatywnej nie powinno się poszukiwać ani próbować wypracować w opozycji do medycyny konwencjonalnej, gdyż oba typy są ze sobą nierozzerwalnie związane poprzez historię medycyny. Tradycyjne metody leczenia są podwalinami dzisiejszej nauki medycznej, wiele leków zawiera wyciągi i ekstrakty pozyskiwane z roślin. Jednakże mimo istnienia różnic, podkreślenia wymaga szereg wzajemnych zależności, m.in. wywodzenie się jednego typu z drugiego, podobny schemat przebiegu leczenia (rozpoznanie dolegliwości – dobranie odpowiedniej terapii – zapobieganie dalszym skutkom), rola wspomagająca medycyny komplementarnej i alternatywnej (jako jednego z elementów procesu leczenia w rozumieniu konwencjonalnym, np. obok farmakoterapii).

Brzmienie definicji medycyny alternatywnej i komplementarnej powinno w przeważającym stopniu opierać się na podkreśleniu różnic pomiędzy nimi a medycyną konwencjonalną. Proste zdefiniowanie od strony negatywnej – w rodzaju: medycyną alternatywną i komplementarną jest wszystko to, co nie jest uznawane powszechnie za medycynę konwencjonalną – nie sprawdzi się dlatego, że nie uwzględni pozycji tych dziedzin we wszystkich krajach świata i wszelkich wydanych przez organizacje międzynarodowe dokumentach czy ustaw różnych państw. Zawężenie mogłoby dotyczyć ustawodawstwa krajowego, oddania statusu, który w nim posiada medycyna komplementarna i alternatywna oraz pozycji zajmowanej przez nią w stosunku do medycyny konwencjonalnej. Czynniki, które należy wziąć przy tym pod uwagę, są następujące:

- czy do grupy metod medycyny alternatywnej i komplementarnej dane państwo (ustawodawstwo) zalicza wyłącznie metody o udowodnionych efektach leczniczych, czy też wszelkie niezaliczane do metod medycyny konwencjonalnej niezależnie od możliwości udowodnienia ich efektywności; jeśli jedynie te, których działanie zostało potwierdzone, należy rozszerzyć kryterium o rodzaje badań, które muszą zostać przeprowadzone, aby móc zaliczyć je do tej grupy;

- czy pod pojęciem terapii rozumiane są wyłącznie terapie medyczne, czy także pozostające poza nurtem medycyny konwencjonalnej; w przypadku gdy będą to wyłącznie terapie medyczne, koniecznym krokiem jest doprecyzowanie, co oznacza przymiotnik „medyczne” (np. czy mające na celu wyłącznie diagnozę oraz leczenie, czy też jego wspomaganie, a jeśli tak, to na jakich warunkach, w jaki sposób, jakimi metodami);

- czy dana terapia jest uznawana przez medycynę konwencjonalną, czy też nie;

- czy dana terapia jest przebadana oraz co rozumie się przez „przebadanie” (atest, powszechnie udostępnione wyniki skuteczności, zezwolenie na jej prowa-

dzenie wydane przez właściwy organ, ukończone studia, studia podyplomowe lub inna ścieżka kształcenia), czy też nie;

– jaka jest pozycja prawna osób wykonujących usługi z zakresu danej terapii.

Stosownie do wyżej wymienionych czynników możliwe byłoby sformułowanie definicji medycyny komplementarnej i alternatywnej dla każdego państwa z osobna i w niemal każdym przypadku byłaby ona odmienna z uwagi na to, iż stosunek poszczególnych krajów do niej znacząco się od siebie różni. Wpływ na jej postrzeganie ma również tradycja stosowania konkretnych metod w danym państwie. Próba skonstruowania definicji ogólnej musiałaby opierać się o wszystkie dotychczas wymienione czynniki, przy czym i tak w każdym kraju miałyby inne rozwinięcie. Przykładowa definicja prawna (jednocześnie ogólna i będąca bazą do rozwinięcia w każdym państwie z osobna) mogłaby wyglądać w następujący sposób: medycyna alternatywna i komplementarna jest działem wspomagającym medycyny w rozumieniu konwencjonalnym, stosowanym w celu osiągnięcia lepszego efektu całościowego leczenia, posługującym się metodami (terapiami), które ustawodawstwo danego państwa uznało (na podstawie kryterium efektywności działania lub jakiegokolwiek innego w nim przyjętego) za należące do tej grupy, m.in. za pomocą przeprowadzonych badań, konsultacji, dopuszczenia do obrotu w formie decyzji uprawnionego w danym państwie organu lub które na podstawie ugruntowanych przekonań i tradycji są w nim stosowane przez osoby posiadające stosowną wiedzę lub kwalifikacje.

2. Medycyna komplementarna i alternatywna jako przedmiot działalności

Rejestracja działalności gospodarczej jest pierwszym krokiem do podjęcia jej wykonywania. Osoba fizyczna dokonuje wyboru przedmiotu działalności i określa go kodem przypisanym w Polskiej Klasyfikacji Działalności (dalej: PKD) na poziomie podklasy, w tym wskazując jeden przedmiot przeważającej działalności zgodnie z art. 5 ust. 1 pkt 8 Ustawy z dnia 6 marca 2018 r. o Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej i Punkcie Informacji dla Przedsiębiorcy. Określenie musi być dokładne, wyczerpujące i zawierać nie więcej niż dziesięć pozycji, w tym jeden przedmiot przeważającej działalności na poziomie podklasy (art. 40 pkt 1 Ustawy z dnia 20 sierpnia 1997 r. o Krajowym Rejestrze Sądowym). PKD stanowi oznaczenie stosowane w statystyce, ewidencji i dokumentacji oraz rachunkowości, a także w urzędowych rejestrach i systemach informacyjnych administracji publicznej (§ 1 Rozporządzenia Rady Ministrów w sprawie Polskiej Klasyfikacji Działalności (PKD)). Działalność ma miejsce wówczas, gdy czynniki takie jak: wyposażenie,

siła robocza, technologia produkcji, sieci informacyjne lub produkty są powiązane w celu wytworzenia określonego wyrobu lub wykonania usługi, a jest ona charakteryzowana przez produkty wejściowe (wyroby lub usługi), proces technologiczny oraz przez produkty wyjściowe (Załącznik PKD cz.1: pkt 3.4). Dział 86 – „Opieka zdrowotna” – oprócz działalności związanej z metodami konwencjonalnymi leczenia (m.in. działalnością szpitali, porad lekarskich, praktyki dentystrycznej) obejmuje również działalność paramedyczną (Załącznik PKD cz. 3: 297). Jest ona szczegółowo opisana w podklasie 86.90.D i obejmuje działalność paramedyczną prowadzoną w takich dziedzinach jak irydologia, homeopatia, akupunktura, akupresura itp., która może być prowadzona w placówkach medycznych, takich jak przychodnie ogólne, specjalistyczne placówki medyczne inne niż szpitale, prywatne gabinety, oraz w domu pacjenta, a także w obiektach zapewniających zakwaterowanie, ale innych niż szpitale (Załącznik PKD cz. 3: 299). Działalność paramedyczna była obecna również w poprzedniej klasyfikacji pod kodem 85.14.E (Klucz powiązań PKD, Tablica Nr 2: 485). PKD umożliwia podział działalności gospodarczej na części i nazwy, co skutkuje identyfikacją konkretnej, podejmowanej i wykonywanej działalności w odniesieniu do kategorii, do której należy (Powałowski 2009: 25).

Mimo braku definicji medycyny alternatywnej zarówno w prawodawstwie unijnym, jak i w randze ustawowej wyjaśnienia do rozporządzenia o PKD zawierają jej namiastkę. Poprzez przykładowe i otwarte wyliczenie (co sugeruje dodanie „itp.” po wskazaniu rodzajów działalności) nie został ograniczony katalog dziedzin, które dzięki kodowi 86.90.D mogą istnieć na rynku. Zastanawiającą kwestią jest skupienie się wyłącznie na usługach, na co wskazują wymienione – i to nie w formie otwartego wyliczenia – miejsca, w których działalność ta może być prowadzona – „przychodnie”, „placówki”, „gabinety”. Co do zasady wyklucza to zakwalifikowanie sklepu (również w formie sprzedaży internetowej) oferującego urządzenie i preparaty stosowane w medycynie alternatywnej jako działalności pod kodem 86.90.D. Z jego wyjaśnienia wynika bowiem, że z założenia mają to być usługi polegające na wykonywaniu zabiegów zaliczanych do kategorii paramedycznych. Należy jednak zwrócić uwagę na to, że paramedycyna jest o wiele szerzej rozwiniętym segmentem rynku, o dużej rozpiętości związanych z nią działań. Jest obecna w nauczaniu (studia, studia podyplomowe), ofercie szkoleniowej, na rynku wydawniczym (czasopisma tematyczne, książki) oraz – co najbardziej znamienne z dotychczas wymienionych – w ofercie sprzedaży. Kierując się PKD oraz wyjaśnieniami ustawodawcy, można przyjąć, że każda z tych form będzie dominująca nad paramedyczną. W tym miejscu należy rozróżnić dwa kierunki interpretacji: pierwszy, w którym produkty paramedyczne są uznawane za część regulacji dotyczących wyrobów medycznych, suplementów diety, a także produktów leczniczych, i drugi, w któ-

rym są one uznawane za artykuły spożywcze oraz przedmioty „codziennego użytku”. Niezależnym podziałem będzie prowadzenie sprzedaży detalicznej i hurtowej. W przypadku, w którym produkty paramedyczne będą zaliczane do produktów leczniczych (leków), w grę wchodzi kody 21.10.Z „Produkcja podstawowych substancji farmaceutycznych” (surowców, z połączenia których leki są wytwarzane), 21.20.Z „Produkcja leków i pozostałych wyrobów farmaceutycznych”, 47.73.Z „Sprzedaż detaliczna wyrobów farmaceutycznych prowadzona w wyspecjalizowanych sklepach” (z tego względu należy określić, czy działalność będzie miała charakter detaliczny, czy hurtowy). Uznanie za wyroby medyczne powinno skutkować zastosowaniem kodu 47.74.Z „Sprzedaż detaliczna wyrobów medycznych, włączając ortopedyczne, prowadzona w wyspecjalizowanych sklepach”, a za suplement diety – 47.29.Z „Sprzedaż detaliczna pozostałej żywności prowadzona w wyspecjalizowanych sklepach”. Gdyby produkty i urządzenia paramedyczne nie zostały zaliczone do wyrobów medycznych, suplementów diety lub produktów leczniczych, kody uległyby zmianie. Dla produktów w formie płynnej mogłyby to być kody z działu 10, przykładowo 10.83.Z „Przetwórstwo herbaty i kawy” (w tym herbat ziołowych, stąd wskazanie na ten kod) lub 10.32.Z „Produkcja soków z owoców i warzyw”, dla produktów w postaci stałej np. 10.86.Z „Produkcja artykułów spożywczych homogenizowanych i żywności dietetycznej” (m.in. jest to żywność dietetyczna zalecana do stosowania przy leczeniu schorzeń, żywność o niskiej zawartości sodu lub bez sodu, zawierająca sole mineralne). Co ciekawe, produkcja olejków eterycznych, a więc w ujęciu paramedycznym preparatu, którym posługuje się aromaterapia, będzie posiadała swój odrębny kod – 20.53.Z „Produkcja olejków eterycznych”, niezależnie od przyjętego powyżej podziału. Istotnymi kwestiami oprócz pozycji „medycznej” lub „niemedycznej” produktów i urządzeń medycyny alternatywnej w zakresie dopasowania kodu będą więc wybór pomiędzy produkcją a sprzedażą oraz w przypadku sprzedaży podział na detaliczną i hurtową, sprowadzający się do wyboru charakteru prowadzonej działalności (np. „medycznej hurtowej” 46.46.Z „Sprzedaż hurtowa wyrobów farmaceutycznych i medycznych” lub „niemedycznej hurtowej” 46.34.B „Sprzedaż hurtowa napojów bezalkoholowych”).

Istnieją również wskazówki *a contrario*, czym nie jest działalność paramedyczna, zawarte w ustawach regulujących kwestie związane z wykonywaniem zawodów medycznych. Specjalista medycyny alternatywnej nie jest lekarzem, ponieważ wykonywanie zawodu lekarza polega na udzielaniu przez osobę posiadającą wymagane kwalifikacje – potwierdzone odpowiednimi dokumentami – świadczeń zdrowotnych, w szczególności na: badaniu stanu zdrowia, rozpoznawaniu chorób i zapobieganiu im, leczeniu i rehabilitacji chorych, udzielaniu porad lekarskich, a także wydawaniu opinii i orzeczeń lekarskich (art. 2

ust. 1 Ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza denty, dalej: z.l.l.d.). Wymagane kwalifikacje oznaczają przyznanie prawa wykonywania zawodu przez Okręgową Radę Lekarską osobie, która spełnia łącznie kilka warunków, wśród których prym w zróżnicowaniu paramedycyny od medycyny konwencjonalnej wiedzie posiadanie dyplomu lekarza wydanego przez odpowiednią instytucję (art. 5 ust. 1 pkt 2a z.l.l.d.). Nie jest wykluczona sytuacja, w której dyplomowany lekarz dodatkowo jest specjalistą w dziedzinie medycyny alternatywnej, jednak dodatkowa działalność nie ma związku z działalnością główną w tym znaczeniu, że prawo do tytułu oraz szereg uprawnień przypisanych dyplomowanemu lekarzowi przysługuje mu wyłącznie dzięki posiadaniu uprawnień lekarskich. W tym miejscu należy wskazać, że sytuacja łączenia zawodu lekarza medycyny konwencjonalnej i specjalisty z zakresu paramedycyny została oceniona negatywnie przez Naczelną Radę Lekarską (dalej: NRL) jako naruszenie art. 57 (rozdziału IV) Kodeksu Etyki Lekarskiej (dalej: KEL) – w szczególności mowa o ust. 1 wymienionego artykułu o następującej treści: „Lekarzom nie wolno posługiwać się metodami uznanymi przez naukę za szkodliwe, bezwartościowe lub niezwyfikowanymi naukowo. Nie wolno im także współdziałać z osobami zajmującymi się leczeniem, a nie posiadającymi do tego uprawnień” (Stanowisko Nr 24-02-IV). Opinia jest jedynie wyrazem zajętego stanowiska, wskazuje ona na możliwy kierunek interpretacji zachowania lekarzy. Należy wskazać, że postanowienia KEL mogą być przedmiotem kontroli Trybunału Konstytucyjnego w związku z odpowiednimi przepisami ustawowymi, ponieważ łącznie ich rozpatrzenie wskazuje na normę prawną wywiedzioną z powołanych przepisów i postanowień (sygn. akt SK 16/07). Sam KEL ma na celu zapewnienie najlepszego sposobu wykonywania praktyki lekarskiej oraz tym samym zapewnienie dobra pacjentów, a jego regulacje są zbieżne z normami wynikającymi z przepisów prawa (sygn. akt SK 16/07). Chodzi więc o fakt, że same postanowienia KEL (bez nawiązywania do przepisów ustawowych) pozostają poza obowiązującym porządkiem prawnym, a walor powszechności rozumianej jako obowiązująca norma prawna zyskują dopiero w połączeniu (oraz ze względu na) przepisy konkretnej ustawy, np. o izbach lekarskich (sygn. akt SK 16/07). Idąc dalej tym tropem – zarzucane naruszenie norm KEL powinno również mieć oparcie w przepisie ustawy. W przypadku art. 57 KEL może to być art. 4 z.l.l.d. stanowiący, iż lekarz ma obowiązek wykonywać zawód, zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, dostępnymi mu metodami i środkami zapobiegania, rozpoznawania i leczenia chorób, zgodnie z zasadami etyki zawodowej oraz z należyłą starannością. NRL dodatkowo wyraziła zaniepokojenie, że część lekarzy i lekarzy denty, organizacji lekarskich i uczelni medycznych angażuje się w popularyzację homeopatii i pokrewnych metod, służąc pomocą w organizacji szkoleń i działań mających na celu legitymizowanie oraz

promocję homeopatii (Stanowisko Nr 7/08/V). Należy wskazać, że powyższych dokumentów nie powinno się odbierać jako powszechnego zakazu stosowania metod alternatywnych (w tym homeopatii), gdyż obowiązują jedynie dyplomowanych członków samorządu lekarskiego. Stanowisko nr 7/08/V NRL było przedmiotem sporu z Urzędem Ochrony Konkurencji i Konsumentów. Decyzją Nr DOK – 6/2011 Prezes Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów (dalej: UOKiK) uznał stanowisko Naczelnej Rady Lekarskiej za praktykę ograniczającą konkurencję, nakładając na Naczelną Izbę Lekarską karę pieniężną w wysokości 49 113,89 zł (Nr DOK – 6/2011). Po odwołaniu wniesionym przez NIL i apelacji od wyroku sądu I instancji wniesionej przez Prezesa UOKiK sprawa zakończyła się wydaniem wyroku przez Sąd Apelacyjny w Warszawie, który oddalił apelację Prezesa UOKiK (sygn. akt VI ACa 75/15). UOKiK poinformował, iż „w ustnym uzasadnieniu SA podał, że była to jedynie niewiążąca opinia samorządu zawodowego, która nie wpływa na możliwość przepisowywania leków homeopatycznych. Jednocześnie Sąd podkreślił, że nie badał skuteczności stosowania terapii homeopatycznej” (UOKiK 2016).

Powyższa kwestia rozpatrywana w odniesieniu do aptek i farmaceutów nie jest jednoznaczna. Należy zauważyć, iż prawo do wykonywania zawodu farmaceuty posiada osoba, która przede wszystkim ukończyła odpowiednie studia na kierunku farmacja (art. 2b ust. 1 Ustawy z dnia 19 kwietnia 1991 r. o izbach aptekarskich). Także w przypadku farmaceuty możliwa jest sytuacja, w której jednocześnie jest on specjalistą paramedycyny albo entuzjastą stosowanych w niej środków. Naczelna Rada Aptekarska nie zajęła oficjalnego stanowiska w tej sprawie. Dostępna jest jednak informacja o poparciu przez jej władze homeopatii w liście do firmy BOIRON, co podzieliło członków samorządu (Słowik, Styczyński 2017). W tej sytuacji dodanie odpowiedniego kodu PKD do listy przedmiotów działalności apteki uzasadnia sprzedaż zarówno produktów leczniczych, jak i suplementów diety w aptekach. Nazwa „apteka” jest zastrzeżona wyłącznie dla miejsca świadczenia określonych usług farmaceutycznych (art. 86 ust. 2 pr. farm.). Aby prowadzić aptekę (zarówno ogólnodostępną, jak i szpitalną), należy uzyskać zezwolenie Wojewódzkiego Inspektora Farmaceutycznego (art. 100 ust. 3 oraz art. 106 ust. 1 pr. farm.) i spełnić szereg warunków, wśród których jest podanie imienia i nazwiska farmaceuty odpowiedzialnego za prowadzenie apteki oraz jego identyfikatora jako pracownika medycznego (art. 100 ust. 1 pkt 5 pr. farm.). Prawo do ubiegania się o zezwolenia na prowadzenie apteki ogólnodostępnej ma farmaceuta posiadający prawo wykonywania zawodu przyznane zgodnie z przepisami dotyczącymi izb aptekarskich i prowadzący jednoosobową działalność gospodarczą, spółka jawna lub spółka partnerska, której przedmiotem działalności jest wyłącznie prowadzenie aptek i w której wspólnikami (partnerami) są wyłącznie farmaceuci, także posiadający prawo

wykonywania zawodu (art. 99 ust. 4 pkt 1–2 pr. farm.). Zezwolenie na uruchomienie apteki szpitalnej jest udzielane na wniosek kierownika podmiotu leczniczego wykonującego stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne, w którym ma zostać uruchomiona apteka szpitalna (art. 106 ust. 2 pr. farm.). Nieco inaczej kształtują się wymogi dotyczące punktu aptecznego, który może być prowadzony jedynie na terenach wiejskich, jeżeli na terenie danej wsi nie jest prowadzona apteka ogólnodostępna, przy czym może go prowadzić osoba fizyczna, osoba prawna oraz niemająca osobowości prawnej spółka prawa handlowego przy pomocy ustanowionego kierownika, odpowiedzialnego za prowadzenie punktu (art. 70 ust. 2, 2a, 3 pr. farm.). Biorąc pod uwagę powyższe wymagania i główny cel założenia apteki, należy uznać, że sprzedaż środków paramedycznych będzie w niej działalnością dodatkową, o ile w ogóle zaistnieje. Bardziej odpowiednie do tego celu wydają się sklepy zielarsko-medyczne, sklepy specjalistyczne zaopatrzenia medycznego oraz sklepy ogólnodostępne, w tym przypadku rozumiane jako placówki obrotu pozaaptecznego, które mogą prowadzić sprzedaż produktów leczniczych wydawanych bez przepisu lekarza (art. 71 ust. 1 pkt 1–3 pr. farm.). Jednak i tu nałożono ograniczenie: sklepy takie mogą być prowadzone przez farmaceutę, technika farmaceutycznego oraz absolwenta kursu II stopnia z zakresu towaroznawstwa zielarskiego lub przedsiębiorców zatrudniających wymienione osoby jako kierowników tych placówek (art. 71 ust. 2 pr. farm.). W tym miejscu należy dojść do konkluzji, w której jednoznaczne uznanie wszelkich produktów stosowanych w paramedycynie za produkty lecznicze lub wyroby medyczne stanowiłoby zaostrożenie reguł nie tylko samego wprowadzania ich na rynek, lecz także tworzenia miejsc, w których mogą być sprzedawane. Częściowo ma to już miejsce, jak np. ustalenie reguł dotyczących homeopatycznego produktu leczniczego.

Rozważając to, czym działalność paramedyczna nie jest, konieczne staje się jej porównanie do działalności leczniczej. Działalność lecznicza oznacza udzielanie świadczeń zdrowotnych również za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności, poza tym może polegać na promocji zdrowia lub realizacji zadań dydaktycznych i badawczych w powiązaniu z udzielaniem świadczeń zdrowotnych i promocją zdrowia, w tym wdrażaniem nowych technologii medycznych oraz metod leczenia (art. 3 ust. 1 i 2 pkt 1–2 Ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, dalej: dział. leczn.). Kluczowe w rozstrzygnięciu, czy działalność paramedyczna może być działalnością leczniczą, będzie ustalenie, co rozumie się pod pojęciem udzielania świadczeń zdrowotnych. Są to działania służące zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia oraz inne działania medyczne wynikające z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich wykonywania (art. 2 ust. 1 pkt 10 dział. leczn.). Paramedycynę trudno przypisać jednoznacznie do które-

goś z elementów powyższego katalogu. Możliwe do wzięcia pod uwagę z czysto formalnego punktu widzenia są kategorie zachowania zdrowia lub pomoc w powrocie do niego. Jednak czynności te wiążą się z wykonywaniem zawodu medycznego, gdyż jedynie osoba wykonująca taki zawód jest uprawniona na podstawie odrębnych przepisów do udzielania świadczeń zdrowotnych oraz osobą legitymującą się nabyciem fachowych kwalifikacji do udzielania świadczeń zdrowotnych w określonym zakresie lub w określonej dziedzinie medycyny (art. 2 ust. 1 pkt 2 dział. leczn.). Z tego względu działalność lecznicza jest działalnością regulowaną w rozumieniu pr. przedś. (art. 16 ust. 1 dział. leczn.). Należy stwierdzić, że co do pojęcia działalności leczniczej w grę wchodzi jedynie medycyna konwencjonalna (alopatyczna) i rozszerzenie wymienionych przepisów na paramedycynę wymagałoby stworzenia odpowiednich regulacji. Elementem, dzięki któremu niektóre metody zaliczane do medycyny naturalnej przenikają do sformalizowanej działalności leczniczej poprzez usługi rehabilitacyjne (art. 9 i 12 dział. leczn.), może być krioterapia. Należy jednak nadmienić, że zawód fizjoterapeuty również jest zawodem regulowanym i do jego wykonywania potrzebne są potwierdzone kwalifikacje.

3. Odbiorca usług medycyny komplementarnej i alternatywnej – konsument, usługobiorca lub podmiot *sui generis*

Biorąc pod uwagę elementy składowe definicji oraz cechy charakterystyczne zarówno konsumenta, jak i usługobiorcy, należy zastanowić się, w jakiej pozycji w stosunku do nich znajduje się odbiorca usług medycyny komplementarnej i alternatywnej. Możliwością jest kilka: może być częścią powyższych, może być podmiotem zupełnie odrębnym, może też częściowo posiadać cechy charakterystyczne dla nich, a częściowo właściwe wyłącznie sobie.

Odbiorca usług medycyny komplementarnej i alternatywnej jest w przeważającej większości przypadków osobą fizyczną, która udaje się do wybranego gabinetu lub sklepu – czyli do podmiotu prowadzącego działalność gospodarczą w danej dziedzinie. Otrzymuje w nim usługę, która w pewnym zakresie może być połączona ze sprzedażą konkretnego specyfiku lub urządzenia. Najczęściej preparat lub urządzenie nie są sprzedawane w ilościach hurtowych, a ich przekazanie odbiorcy łączy się ze swoistą „diagnozą” jego potrzeb w danym momencie. Jest to więc usługa spersonalizowana. Spojrzenie na tę czynność jak na zwykły element handlu, w głównej mierze umowy sprzedaży, zawęży pole rozumienia jej znaczenia i konsekwencji także – a może przede wszystkim – prawnych. Czym innym bowiem jest sprzedaż powszechnie znanych artykułów spożywczych, czy nawet urządzeń gospodarstwa domowego, a czym innym przekazanie danej mieszanki ziół (bądź innego rodzaju preparatów) lub urządzenia, co do którego

zapewnia się, że ma określone działanie terapeutyczne. Stosowanie bez wcześniejszego rozpoznania celu zakupu takich towarów może stworzyć zagrożenie dla zdrowia ludzkiego w szerokim tego sformułowania znaczeniu. Jeśli każda osoba może swobodnie przyjść do sprzedawcy, oddziaływanie to zaczyna mieć rangę wpływu na zdrowie całego społeczeństwa (tzw. zdrowie publiczne). Niezachowanie w tym miejscu odpowiednich reguł bezpieczeństwa, niedostosowanie się do powszechnie obowiązujących przepisów może stworzyć sytuację zagrożenia. Natomiast jeśli wszelkie reguły zostały zachowane i wszystko odbywa się zgodnie z literą prawa, a mimo to zagrożenie jest realne, należy rozważyć zmianę przepisów w określonym kierunku, stworzenie dodatkowych reguł, które jeśli nie zupełnie wyeliminują stan zagrożenia, to przynajmniej go zmniejszą, ujmując dany typ działalności w dodatkowe ramy, najczęściej – zaostrzające reguły jego świadczenia i dodające pewne obowiązki jego wykonawcom. Można też spojrzeć na tego typu zmiany regulacji jak na dodatkowe obowiązki instytucji państwowych wobec obywateli. Nie należy zakazywać świadczenia pewnych usług tylko dlatego, że w niektórych przypadkach i pod pewnymi warunkami mogą się one okazać ryzykowne dla odbiorcy. Byłoby to przejawem nadmiernej i jednocześnie niepotrzebnej opiekuńczości. Dobrym wyjściem wydaje się stworzenie maksymalnie bezpiecznych warunków dla osób chcących z nich korzystać. Może się to stać dzięki stworzeniu jednolitej i optymalnej regulacji prawnej nie tylko dla odbiorców, lecz także dla świadczących tego typu usługi. Odbiorca znajduje się w centrum zainteresowania podmiotu świadczącego daną usługę. Podmiotowi takiemu również powinno zależeć na bezpieczeństwie odbiorcy – nie wykluczając aspektu bycia prowadzącym działalność gospodarczą i wypracowywanej w ten sposób renomy. Dla żadnego przedsiębiorcy nie jest pożądana sytuacja, w której niezadowolony klient składa reklamację lub – idąc o krok dalej – udaje się do odpowiednich instytucji państwowych ze skargą na jego działania. Najlepszym efektem jest zadowolenie z jakości wykonania usługi oraz polecenie gabinetu innym potencjalnym klientom. Zamierzenie takie jest wspólne wszystkim prowadzącym działalność, również w dziedzinie medycyny alternatywnej, niezależnie od pewnych szczególnych cech czy specyfiki, jaką bez wątpienia jest wpływ na zdrowie. Odbiorca produktów i usług medycyny alternatywnej ponadto zazwyczaj zarówno jest podmiotem zorientowanym w kwestiach technicznych właściwych danej dziedzinie (wie, jak działa zakładany w niej mechanizm), jak i wie dokładnie, jaki efekt zamierza dzięki temu osiągnąć. Można więc założyć, że jest osobą zorientowaną. Wiele z tych osób zwraca uwagę na posiadane przez podmioty świadczące usługi kwalifikacje i certyfikaty, co powinno być czynnikiem decydującym o minimalnym poziomie bezpieczeństwa ich wykonania. Jednak jest też grupa odbiorców, którzy kierują się poleceniem przez inną osobę. Dla nich kluczowym czynnikiem nie

jest możliwość wylegitymowania się odpowiednim dokumentem z posiadanych umiejętności przez usługodawcę, lecz fakt polecenia i zasłyszana opinia. Nie oznacza to, że te osoby tylko z tego względu mają być pozbawione pewnego standardu. Można więc powiedzieć, że odbiorca usług medycyny komplementarnej i alternatywnej co do zasady jest osobą zorientowaną w różnych jej dziedzinach i technikach, jakimi się posługuje, ponieważ jako entuzjasta jest zainteresowany posiadaniem wiedzy na temat. Jednak odbiorca może być nie tylko osobą fizyczną rozumianą jako podmiot prywatny, dokonujący zakupu dla siebie. Może to być zarówno przedsiębiorca (prowadzący jednoosobową działalność gospodarczą), spółka, jak i uczelnia wyższa, jej student. Wszystkie te podmioty mogą stać się pośrednimi odbiorcami paramedycyny, gdyż w jej ramach odbywają się liczne szkolenia, a nawet studia. Ponadto rozwój działalności w tej dziedzinie może polegać na tworzeniu kolejnych punktów, gabinetów lub sklepów franczyzowych w różnych miejscach kraju (także mobilnych), co łączy się z zakupem praw do prowadzenia działalności gospodarczej pod określonym szyldem, o określonym poziomie know-how, produktami, cennikiem usług w zamian za odpowiednie opłaty, wnoszone cyklicznie.

Grono odbiorców usług związanych bezpośrednio lub pośrednio z medycyną komplementarną i alternatywną jest więc szerokie. Nie oznacza to niemożliwości poddania go klasyfikacji zgodnej ze schematem usługobiorca-konsument. Można, a nawet trzeba myśleć o nim jako o konsumentcie, a w określonych przypadkach – jako o usługobiorcy. Jest to koniecznością w obecnym stanie prawnym, w którym brak odrębnej regulacji prawnej medycyny komplementarnej i alternatywnej, a działalność gospodarcza w tej dziedzinie jest ujęta w ramy ogólnie pojętej działalności gospodarczej (niemedycznej w konwencjonalnym tego słowa rozumieniu). Jako konsumenta należy postrzegać odbiorcę usług medycyny alternatywnej, gdy posiada cechy konsumenta zgodne z treścią polskiego ustawodawstwa: jest osobą fizyczną i zamawia wykonanie usługi przez przedsiębiorcę na potrzeby prywatne, tak więc jej wykonanie dla niego nie jest potrzebne do prowadzonej działalności gospodarczej czy zawodowej. Z tego względu usługobiorca może pozostawać równocześnie konsumentem. Usługobiorcą będzie w tym przypadku także każdy pomiot prowadzący działalność – indywidualną czy w formie spółki bez względu na fakt, czy ma zamiar spożytkować usługę wśród swoich pracowników, czy też nabyć pakiet „startowy” do rozwinięcia własnej działalności. W pojęciu usługobiorcy znajdować się powinien każdy odbiorca usługi, nie tylko konsument. Tutaj determinantem przynależności nie jest chęć nabycia dobra na własny użytek, lecz bycie adresatem wykonanego „zlecenia”. Tak rzecz przedstawia się w aktualnym stanie prawnym. Warto jednak zastanowić się, czy jest to dobre rozwiązanie. Argumentem przemawiającym za tym, aby nie zamykać odbiorcy produktów

i usług paramedycznych w ramach konsumenta i usługobiorcy, jest specyfika tej działalności. Oczywiście jest, że w zasadzie każdy produkt spożywczy, a nawet każde urządzenie ma w mniejszym czy większym stopniu wpływ na zdrowie, zachowanie, a nawet życie człowieka. Jednak żaden z produktów nie odwołuje się w tak bezpośredni i otwarty sposób do przebiegu chorób oraz przedstawienia możliwości ich leczenia (także wspomagającego). Dlatego innym wyjściem jest zupełne zerwanie z kategoriami konsumenta i usługobiorcy i opowiedzenie się za tym, aby odbiorca usług medycyny komplementarnej i alternatywnej był odrębną kategorią ze wszystkimi tego następstwami – przede wszystkim z brakiem podlegania przepisom chroniącym konsumentów w obecnym kształcie. Naturalną konsekwencją byłaby konieczność wypracowania własnego, być może zaostrożonego systemu ochrony odbiorcy tego typu produktów i usług. Wiele rozwiązań prawa konsumenckiego jest jednak korzystnych, co więcej – sprawdzonych w praktyce, i tworzenie nowej regulacji siłą rzeczy potrzebowałoby takiego wzorca. Dlatego wyjściem rozsądniejszym, przynajmniej na początku, byłoby wskazanie, że przepisy dotyczące konsumentów znajdują zastosowanie w przypadku odbiorcy produktów i usług paramedycznych, a także dodanie dalej idących przepisów prawa konsumenckiego, dotyczących jedynie dziedzin medycyny komplementarnej i alternatywnej. Pociągałoby to za sobą konieczność zakreslenia tego, jakiej kategorii odbiorców ma ono dotyczyć. Mimo że tego typu rozszerzenie jest możliwe do wyobrażenia w szczególnej sytuacji produktów i usług medycyny komplementarnej i alternatywnej, wydaje się nie do końca uzasadnione. Osoba prawna stanowiąca jednocześnie odbiorcą w dziedzinie paramedycyny nie przestaje być równorzędną stroną umowy zobowiązaniowej. To osoba fizyczna pozostaje podmiotem słabszym i jej ochrona wydaje się w każdym stopniu uzasadniona. Co do osób prawnych zwiększenie odpowiedzialności usługodawcy i pewne zaostrożenie reguł kontraktowych jest dobrym rozwiązaniem, ale nadmierne rozszerzenie zapewnianej im ochrony doprowadziłoby do zaburzenia równowagi stosunku zobowiązaniowego. Omawiana powyżej hipotetyczna regulacja jest logicznym rozwiązaniem, jeśli wziąć pod uwagę, że jednym ze sposobów na uregulowanie sytuacji jest stworzenie specjalnej ustawy. W słowniczku takowej mogłaby się znaleźć definicja odbiorcy produktów i usług medycyny komplementarnej i alternatywnej podobna tym, które można znaleźć w regulacjach dotyczących usług płatniczych czy pocztowych. Kluczową w niej rolę musiałby odgrywać aspekt oddziaływania zdrowotnego, jak również definicja tego, czym jest medycyna komplementarna i alternatywna. Nie jest to niemożliwe do sformułowania – szczególnie z uwagi na możliwość zastosowania metody „kazuistycznej”, zarówno poprzez pozytywne wymienienie, czym jest, jak i poprzez negatywne zakreslenie, czym nie jest. Z pewnością nie byłaby to regulacja doskonała. Mimo to o wiele lepszą sytu-

ację tworzy perspektywa jedynie kilku poprawek już istniejącej, kompleksowej regulacji niż niepewność związana z faktem, że takowa regulacja nie istnieje i przepisy należy stosować „odpowiednio”, podczas gdy nie zawsze przystają one do specyfiki danej dziedziny, a równocześnie nie są podejmowane żadne próby jej stworzenia.

Wnioski

Pojęcia medycyny komplementarnej i alternatywnej nie powinno się poszukiwać, ani próbować wypracować w opozycji do medycyny konwencjonalnej, gdyż oba typy są ze sobą nierozzerwalnie związane poprzez historię medycyny. Istnieje zasadnicza różnica w pojmowaniu medycyny komplementarnej i alternatywnej przez kulturę zachodnią i kulturę wschodnią. W kulturze wschodniej ma ona inny kontekst: w sytuacji krajów rozwijających się, w których dostęp do medycyny konwencjonalnej jest utrudniony przed odległość od najbliższego szpitala/ośrodka/lekarza oraz ceny, które trzeba płacić za usługi medyczne, zwrot ku medycynie komplementarnej i alternatywnej jest naturalny – to ona i jej specjaliści są medycyną powszechnie dostępną, a więc „podstawową”. W związku z tym istnieją odmienne motywacje regulacji prawnego statusu medycyny komplementarnej i alternatywnej. W krajach, w których wiodącą rolę odgrywa medycyna konwencjonalna (ortodoksyjna, alopacyjna), jest to ochrona praw konsumentów (m.in. zapobieganie wprowadzaniu ich w błąd). W krajach, w których medycyna komplementarna i alternatywna jest jedyną powszechnie dostępną, priorytetem jest zapewnienie podstawowych reguł bezpieczeństwa dla zdrowia i życia. Paramedycyna w chwili obecnej nie posiada odrębnej regulacji w polskim systemie prawnym. Działa na podstawie zasady swobody podejmowania, prowadzenia i zakończenia działalności gospodarczej. Działalność w obrębie medycyny komplementarnej i alternatywnej nie jest prawnie zakazana. Paramedycyna jest zauważana zarówno przez ustawodawcę, jak i przez polski system prawny, czego dowodem jest wskazanie w Polskiej Klasyfikacji Działalności odpowiedniego kodu (podklasa 86.90.D). Daje to uprawnienie do wysunięcia stwierdzenia, że brak szczególnej regulacji dla paramedycyny jest zamierzonym działaniem ustawodawcy. Nie istnieje podstawa zaliczenia działalności paramedycznej do działalności leczniczej. Aby dana działalność była działalnością leczniczą, musi spełniać szereg ustawowych wymogów, m.in. być związana z udzielaniem świadczeń zdrowotnych w rozumieniu ustawowym, tym, czy dana czynność jest wykonywana przez osobę uprawnioną, tj. związaną z wykonywaniem zawodu medycznego (również w rozumieniu ustawowym). Działalność leczniczą należy więc uznać za działalność regulowaną. W rozumieniu pojęcia działalności leczniczej w grę wchodzi jedynie medycyna konwencjonalna (alo-

patyczna) i rozszerzenie wymienionych uregulowań na paramedycynę wymagałoby stworzenia odpowiednich i odrębnych regulacji. Sytuując odbiorcę medycyny komplementarnej i alternatywnej w systemie prawnym, należy zauważyć, że w obecnym stanie prawnym po spełnieniu warunków bycia konsumentem należy zaliczyć go do tej grupy. Jednocześnie podkategorią konsumenta jest usługobiorca (konsument jako odbiorca konkretnej usługi), jest więc możliwe połączenie cech charakterystycznych dla obu tych grup. Dodatkowo odbiorca paramedycyny może posiadać cechy właściwe wyłącznie sobie, ponieważ jest to rozbudowany zespół czynności, w którym rolę odgrywają nie tylko usługi rozumiane jako wykonanie umówionego świadczenia, ale także towary – zioła, preparaty, urządzenia – które są w niektórych przypadkach ich nieodłącznym elementem. Nie zmienia to jednak faktu, że efektem końcowym jest świadczona na rzecz odbiorcy jest usługa. Innym rozwiązaniem jest niezamykanie odbiorcy produktów i usług medycyny alternatywnej w ramach pojęć konsumenta i usługobiorcy, z powodu specyfiki omawianej działalności. Oznaczałoby to zupełne zerwanie z kategoriami konsumenta i usługobiorcy i opowiedzenie się za tym, aby odbiorca produktów i usług medycyny komplementarnej i alternatywnej był odrębną kategorią ze wszystkimi tego następstwami, przede wszystkim, z brakiem podlegania przepisom chroniącym konsumentów w obecnym kształcie. Naturalną konsekwencją byłaby konieczność wypracowania własnego, być może zaostrzonego systemu ochrony odbiorcy produktów i usług medycyny alternatywnej. Jej przykładowa definicja prawna jest możliwa do wypracowania jedynie w obrębie danego kraju, z uwagi na odmienne pojmowanie i zróżnicowaną pozycję prawną, medyczną i kulturową w każdym państwie z osobna.

Wykaz skrótów

dział. leczn.	– Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej. Dz.U. z 2019 r., poz. 2331 z późn. zm.
KEL	– Kodeks Etyki Lekarskiej. Dostęp: 1.02.2020. https://nil.org.pl/dokumenty/kodeks-etyki-lekarskiej
Klucz powiązań PKD	– Klucz powiązań PKD 2007-PKD 2004 (tekst ujednolicony), do Rozporządzenia Rady Ministrów w sprawie Polskiej Klasyfikacji Działalności (PKD), Dz.U. z 2007 r. Nr 251, poz. 1885, Dz.U. z 2017 r., poz. 2440 z późn. zm., https://stat.gov.pl/Klasyfikacje/doc/pkd_07/pkd_07.htm
NIL	– Naczelna Izba Lekarska
NRL	– Naczelna Rada Lekarska
PKD	– Polska Klasyfikacja Działalności
pr. farm.	– Ustawa z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne. Dz.U. z 2019 r., poz. 1905 z późn. zm.

- TFUE – Traktat o funkcjonowaniu Unii Europejskiej z dnia 25 marca 1957 r., Dz.U. z 2004 r. Nr 90, poz. 864 z późn. zm., Dz.U. C 202 z 7.06.2016 r. z późn. zm.
- UOKiK – Urząd Ochrony Konkurencji i Konsumentów
- WHO – Światowa Organizacja Zdrowia (World Health Organization)
- Załącznik PKD cz. 1 – Załącznik „Polska Klasyfikacja Działalności (PKD) Część I – Zasady budowy klasyfikacji” do Rozporządzenia Rady Ministrów w sprawie Polskiej Klasyfikacji Działalności (PKD), Dz.U. z 2007 r. Nr 251, poz. 1885, Dz.U. z 2017 r., poz. 2440 z późn. zm., https://stat.gov.pl/Klasyfikacje/doc/pkd_07/pkd_07.htm
- Załącznik PKD cz. 3 – Załącznik „Polska Klasyfikacja Działalności (PKD) Część III – Wyjaśnienia PKD 2007” (tekst ujednoczony) do Rozporządzenia Rady Ministrów w sprawie Polskiej Klasyfikacji Działalności (PKD), s. 297, Dz.U. z 2007 r., Nr 251, poz. 1885, Dz.U. z 2017 r., poz. 2440 z późn. zm., https://stat.gov.pl/Klasyfikacje/doc/pkd_07/pkd_07.htm
- z.l.l.d. – Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry, Dz.U. z 2019 r., poz. 537, 577, 730, 1590 z późn. zm.

Bibliografia

Akty prawne

- Traktat o funkcjonowaniu Unii Europejskiej z dnia 25 marca 1957 r., Dz.U. z 2004 r. Nr 90, poz. 864 z późn. zm., Dz.U. C 202 z 7.06.2016 r. z późn. zm.
- Rozporządzenie nr 726/2004 Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 31 marca 2004 r. ustanawiające wspólnotowe procedury wydawania pozwoleń dla produktów leczniczych stosowanych u ludzi i do celów weterynaryjnych i nadzoru nad nimi oraz ustanawiające Europejską Agencję Leków, CELEX nr 32004R0726.
- Rozporządzenie nr 1924/2006 Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 20 grudnia 2006 r. w sprawie oświadczeń żywieniowych i zdrowotnych dotyczących żywności, CELEX nr 32006R1924.
- Dyrektywa 2001/83/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 6 listopada 2001 r. w sprawie wspólnotowego kodeksu odnoszącego się do produktów leczniczych stosowanych u ludzi, CELEX nr 32001L0083.
- Ustawa z dnia 22 marca 1989 r. o rzemiośle. Dz.U. z 2019 r., poz. 1495 z późn. zm.
- Ustawa z dnia 19 kwietnia 1991 r. o izbach aptekarskich. Dz.U. z 2019 r., poz. 1419 z późn. zm.
- Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry. Dz.U. z 2019 r., poz. 1590 z późn. zm.
- Ustawa z dnia 20 sierpnia 1997 r. o Krajowym Rejestrze Sądowym. Dz.U. z 2019 r., poz. 1798 z późn. zm.
- Ustawa z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne. Dz.U. z 2019 r., poz. 1905 z późn. zm.

- Ustawa z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych. Dz.U. z 2019 r., poz. 534 z późn. zm.
- Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej. Dz.U. z 2019 r., poz. 2331 z późn. zm.
- Ustawa z dnia 6 marca 2018 r. – Prawo przedsiębiorców. Dz.U. z 2019 r., poz. 1495 z późn. zm.
- Ustawa z dnia 6 marca 2018 r. – Przepisy wprowadzające ustawę – Prawo przedsiębiorców oraz inne ustawy dotyczące działalności gospodarczej. Dz.U. z 2018 r., poz. 650 z późn. zm.
- Ustawa z dnia 6 marca 2018 r. o Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej i Punkcie Informacji dla Przedsiębiorcy. Dz.U. z 2019 r., poz. 1649 z późn. zm.
- Ustawa z dnia 6 marca 2018 r. o Rzeczniku Małych i Średnich Przedsiębiorców. Dz.U. z 2018 r., poz. 648 z późn. zm.
- Ustawa z dnia 6 marca 2018 r. o zasadach uczestnictwa przedsiębiorców zagranicznych i innych osób zagranicznych w obrocie gospodarczym na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej. Dz.U. z 2021 r., poz. 2140 z późn. zm.
- Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 24 grudnia 2007 r. w sprawie Polskiej Klasyfikacji Działalności (PKD). Dz.U. z 2017 r., poz. 2440 z późn. zm.
- Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 10 stycznia 2017 r. w sprawie egzaminu czeladniczego, egzaminu mistrzowskiego oraz egzaminu sprawdzającego, przeprowadzanych przez komisje egzaminacyjne izb rzemieślniczych. Dz.U. z 2017 r., poz. 89 z późn. zm., z uwzględnieniem rozporządzenia z dnia 16 grudnia 2019 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie egzaminu czeladniczego, egzaminu mistrzowskiego oraz egzaminu sprawdzającego, przeprowadzanych przez komisje egzaminacyjne izb rzemieślniczych. Dz.U. z 2019 r., poz. 2468 z późn. zm.
- Klucz powiązań PKD 2007-PKD 2004 (tekst ujednolicony), do Rozporządzenia Rady Ministrów w sprawie Polskiej Klasyfikacji Działalności (PKD). Dz.U. z 2017 r., poz. 2440 z późn. zm., https://stat.gov.pl/Klasyfikacje/doc/pkd_07/pkd_07.htm.
- Załącznik *Polska Klasyfikacja Działalności (PKD) Część I – Zasady budowy klasyfikacji* do Rozporządzenia Rady Ministrów w sprawie Polskiej Klasyfikacji Działalności (PKD). Dz.U. z 2017 r., poz. 2440 z późn. zm., https://stat.gov.pl/Klasyfikacje/doc/pkd_07/pkd_07.htm.
- Załącznik *Polska Klasyfikacja Działalności (PKD) Część III – Wyjaśnienia PKD 2007* (tekst ujednolicony) do Rozporządzenia Rady Ministrów w sprawie Polskiej Klasyfikacji Działalności (PKD). Dz.U. z 2017 r., poz. 2440 z późn. zm., https://stat.gov.pl/Klasyfikacje/doc/pkd_07/pkd_07.htm.

Orzecznictwo

Wyrok TK z dnia 23 kwietnia 2008 r., SK 16/07. Dostęp: 1.02.2020. Legalis nr 97130.

Opracowania (w kolejności alfabetycznej)

- Brzeziński, Tadeusz. 2000. Wprowadzenie do historii medycyny. W: *Historia medycyny*, (red.) Brzeziński Tadeusz, 11–25. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Chez, Ronald A., Wayne B. Jonas, David Eisenberg. 2000. Lekarz wobec medycyny komplementarnej i alternatywnej. W: *Podstawy medycyny komplementarnej i alternatywnej*, (red.) Wayne B. Jonas, Jeffrey S. Levin, (red. nauk. polskiej edycji Marzanna Magdoń), 32–48. Kraków: Towarzystwo Autorów i Wydawców Prac Naukowych Universitas.
- Gajda, Zdzisław. 2011. *Do historii medycyny wprowadzenie*. Kraków: Wydawnictwo WAM.
- Ostrzyżek, Artur, Jerzy T. Marcinkowski. 2012. Biomedyczny versus holistyczny model zdrowia a teoria i praktyka kliniczna. *Problemy Higieny i Epidemiologii* 93(4), 682–686.
- Powałowski, Andrzej. 2009. W: *Ustawa o swobodzie działalności gospodarczej. Komentarz. 2. wydanie*, (red.) Andrzej Powałowski, 24–34. Warszawa: Wyd. ABC a Wolters Kluwer Business.
- WHO. 2001. *International Consultative Meeting: Global Information on Traditional Medicine / Complementary and Alternative Medicine. Practices and Utilization*. Dostęp: 2.05.2018. <http://apps.WHO.int/iris/handle/10665/67218>.
- Whorton, James C. 2000. Historia medycyny komplementarnej i alternatywnej. W: *Podstawy medycyny komplementarnej i alternatywnej*, (red.) Wayne B. Jonas, Jeffrey S. Levin, (red. nauk. polskiej edycji Marzanna Magdoń), 17–32. Kraków: Towarzystwo Autorów i Wydawców Prac Naukowych Universitas.
- Woźniak-Holecka, Joanna, Katarzyna Zborowska, Tomasz Holecki. 2010. Medycyna alternatywna jako uzupełniająca forma leczenia chorób nowotworowych w opinii pacjentów onkologicznych. *Psychoonkologia* 1, 21–28.

Źródła internetowe

- Encyklopedia PWN, hasło: medycyna niekonwencjonalna. Dostęp: 5.02.2020. <https://encyklopedia.pwn.pl/haslo/medycyna-niekonwencjonalna;3939273.html>.
- Informacja dotycząca decyzji UOKiK Nr DOK – 6/2011. Dostęp: 15.02.2020. [https://decyzje.uokik.gov.pl/bp/dec_prez.nsf/0/3CCE009B8D171184C1257EC6007B91BA/\\$file/Decyzja%20nr%20DOK%206_2011%20z%20dnia%2025%20lipca%202011%20r.pdf](https://decyzje.uokik.gov.pl/bp/dec_prez.nsf/0/3CCE009B8D171184C1257EC6007B91BA/$file/Decyzja%20nr%20DOK%206_2011%20z%20dnia%2025%20lipca%202011%20r.pdf).
- Informacja ze strony UOKiK dotycząca sporu pomiędzy NIL a UOKiK, sygn. akt sprawy: VI ACa 75/15. Dostęp: 15.02.2020. <https://decyzje.uokik.gov.pl/bp/wyroki.nsf/1/25A-F049787EFABAEC1257F8D003A6F69?editDocument&act=Wyroki>.
- Informacja ze strony UOKiK, zakładka „Aktualności – wyroki sądowe marzec–kwiecień 2016 r.”. Dostęp: 15.02.2020. https://www.uokik.gov.pl/aktualnosc.php?news_id=12335.
- Łazowski, Jan. 2006 (uzup. 2014). *WHO a medycyna niekonwencjonalna*. Dostęp: 2.05.2018. <http://janlazowski.pl/WHO-a-medycyna-niekonwencjonalna/>.
- Słowik, Patryk, Jakub Styczyński. 2017. *Gorzki posmak homeopatii. Drenaż kieszeni, czy sposób na zdrowie*. Dostęp: 15.02.2020. <https://edgp.gazetaprawna.pl/e-wydanie/979,18-maja-2017/4575,Dziennik-Gazeta-Prawna/647422,Gorzki-posmak-homeopatii.html>.
- Słownik języka polskiego PWN, hasło: paramedycyna. Dostęp: 5.02.2020. <https://sjp.pwn.pl/slowniki/paramedycyna.html>.

- Stanowisko Nr 24-02-IV Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 8 listopada 2002 r. w sprawie tzw. medycyny alternatywnej. Dostęp: 15.02.2020. <http://www.racjonalista.pl/kk.php/s,5969>.
- Stanowisko Nr 7/08/V Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 4 kwietnia 2008 r. w sprawie stosowania homeopatii i pokrewnych metod przez lekarzy i lekarzy dentystów oraz organizowania szkoleń w tych dziedzinach. Dostęp: 15.02.2020. http://www.oil.org.pl/res/img/img/nil/gazeta/biuletyn/r2008/4_2008.pdf.