

Wrześniewska-Wal, Iwona. Traditional and academic medicine – around the WHO strategy. *Journal of Education, Health and Sport*. 2022;12(11):198-205. eISSN 2391-8306. DOI <http://dx.doi.org/10.12775/JEHS.2022.12.11.026>
<https://apcz.umk.pl/JEHS/article/view/39573>
<https://zenodo.org/record/7277765>

The journal has had 40 points in Ministry of Education and Science of Poland parametric evaluation. Annex to the announcement of the Minister of Education and Science of December 21, 2021. No. 32343. Has a Journal's Unique Identifier: 201159. Scientific disciplines assigned: Physical Culture Sciences (Field of Medical sciences and health sciences); Health Sciences (Field of Medical Sciences and Health Sciences). Punkty Ministerialne z 2019 - aktualny rok 40 punktów. Załącznik do komunikatu Ministra Edukacji i Nauki z dnia 21 grudnia 2021 r. Lp. 32343. Posiada Unikatowy Identyfikator Czasopisma: 201159.

Przypisane dyscypliny naukowe: Nauki o kulturze fizycznej (Dziedzina nauk medycznych i nauk o zdrowiu); Nauki o zdrowiu (Dziedzina nauk medycznych i nauk o zdrowiu).

© The Authors 2022;

This article is published with open access at Licensee Open Journal Systems of Nicolaus Copernicus University in Torun, Poland
Open Access. This article is distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Noncommercial License which permits any noncommercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author(s) and source are credited. This is an open access article licensed under the terms of the Creative Commons Attribution Non commercial license Share alike.
(<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>) which permits unrestricted, non commercial use, distribution and reproduction in any medium, provided the work is properly cited.

The authors declare that there is no conflict of interests regarding the publication of this paper.

Received: 24.08.2022. Revised: 20.10.2022. Accepted: 02.11.2022.

Medycyna tradycyjna i akademicka - wokół strategii WHO Traditional and academic medicine – around the WHO strategy

Iwona Wrześniewska-Wal

i.wrzesniewska@cmkp.edu.pl; idrwal@yahoo.com

ORCID: 0000-0002-8892-5985

<https://orcid.org/0000-0002-8892-5985>

Department of Medical Law and Decisions, School of Public Health, Centre of Postgraduate Medical Education, Warsaw, Poland
Zakład Prawa Medycznego i Orzecznictwa Lekarskiego Szkoły Zdrowia Publicznego Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego w Warszawie

Abstract:

The aim of the work is to show the strategy of the World Health Organization (WHO) according to which various ways of improving health are currently being sought, including knowledge, skills and practices based on theories, beliefs and experiences indigenous to various cultures. The problem is significant because out of 194 WHO member states, 170 reported the use of these practices by patients, but only 124 of them have adequate legal regulations. However, for patients, in addition to the law, evidence, data and scientific analysis are needed that these practices are effective and safe. And the doctor who provides health services is obliged to apply current medical knowledge and relies on objective criteria. Otherwise, they are exposed to the charge of infringement of the rules of conduct and sanctions. The article shows the direction of WHO's activities regarding the use of traditional medicine.

Keywords: doctor, current medical knowledge, objective evidence, WHO

Streszczenie:

Celem pracy jest pokazanie strategii Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) zgodnie z którą obecnie poszukuje się różnych sposobów wpływających na poprawę stanu zdrowia, w tym wiedzy, umiejętności i praktyk opartych na teoriach, wierzeniach i doświadczeniach rdzennych dla różnych kultur. Problem jest istotny, gdyż spośród 194 państw członkowskich WHO 170 zgłosiło stosowanie tych praktyk przez pacjentów, ale tylko 124 z nich posiadają odpowiednie regulacje prawne. Jednak dla pacjentów oprócz przepisów prawa potrzebne są dowody, dane i naukowe analizy, że praktyki te są skuteczne i bezpieczne. Zaś lekarz, który udziela świadczeń zdrowotnych ma obowiązek stosowania aktualnej wiedzy medycznej i opiera się na kryteriach obiektywnych. W przeciwnym razie naraża się na zarzut naruszenia reguł postępowania i sankcje. Artykuł pokazuje kierunek działań WHO odnośnie wykorzystania medycyny tradycyjnej.

Słowa kluczowe: lekarz, aktualna wiedza medyczna, obiektywne dowody, WHO

Poszukiwanie sposobów na poprawę zdrowia - polityka WHO

Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) już od pół wieku bada potencjał medycyny tradycyjnej, gdyż była ona stosowana przez ludzkość w leczeniu różnych chorób na długo przed pojawieniem się medycyny konwencjonalnej i do dziś służy potrzebom zdrowotnym większości ludności świata. Szacuje się, że 88% wszystkich krajów stosuje tradycyjną medycynę, taką jak leki ziołowe, akupunktura, joga, terapie tubylcze i inne [1]. Powodem tego zainteresowania jest to, że nadal w wielu krajach afrykańskich i azjatyckich rdzenni uzdrowiciele pozostają jedynym lub głównym źródłem pomocy dla milionów ludzi mieszkających głównie na obszarach wiejskich [2]. W tych krajach zasadą jest, że chorzy najpierw konsultują się z tradycyjnymi uzdrowicielami, a później w miarę potrzeby korzystają z systemu opieki zdrowotnej [3]. W tych społecznościach medycyna tradycyjna jest więc od wieków integralnym źródłem dbałości o zdrowie i nadal stanowi ważny element opieki w sytuacji, gdy występują nierówności w dostępie do medycyny konwencjonalnej. Co więcej, badacze i naukowcy, przedstawiciele medycyny akademickiej coraz częściej interesują się praktykami pochodzącymi z odległych regionów świata [4]. Z tego choćby powodu należy wyraźnie odróżniać medycynę tradycyjną od praktyk szkodliwych (tzw. medycyny magicznej) wpływających negatywnie na zdrowie i życie. Ponadto ważnym powodem zainteresowania medycyną tradycyjną jest fakt, że staje się ona częścią szybko rozwijającego się światowego przemysłu zdrowia, odnowy biologicznej, urody i przemysłu farmaceutycznego, który wart jest bilion dolarów. Ponad 40% preparatów farmaceutycznych jest opartych na produktach naturalnych i przełomowych lekach, w tym aspirynie i artemizynie¹, oraz innych pochodzących z medycyny tradycyjnej [1].

Medycyna tradycyjna

Ugruntowany już w literaturze termin medycyna tradycyjna (TM) oznacza, że jest to: *„suma wiedzy, umiejętności i praktyk opartych na teoriach, wierzeniach i doświadczeniach rdzennych dla różnych kultur, dających się wytłumaczyć lub nie, które są wykorzystywane do utrzymania zdrowia, jako a także w celu zapobiegania, diagnozowania, poprawy lub leczenia chorób fizycznych i psychicznych”*[5]. Inny termin to medycyna komplementarna. Odnosi się on do szerokiego zestawu praktyk opieki zdrowotnej, które nie są częścią własnej tradycji lub

¹ Artemizyna jest substancją aktywną występującą głównie w Bylicy rocznej (*artemisia annua*). Roślina ta jest jednym z 300 gatunków należących do rodzaju bylica. Występuje powszechnie w Europie i Azji.

medycyny konwencjonalnej danego kraju i nie są w pełni zintegrowane z dominującym systemem opieki zdrowotnej tego kraju [5]. W niektórych krajach terminy te są używane zamiennie z terminami TM. W literaturze przedmiotu znajdziemy także inne terminy używane do opisu tych praktyk opieki zdrowotnej to „medycyna naturalna”, „medycyna niekonwencjonalna” i „medycyna holistyczna”.

Ta zróżnicowana terminologia oraz wieloraki i szeroki wachlarz usług dotyczących tych świadczeń sprawiły, że sprawą zajęło się Światowe Zgromadzenie Zdrowia (WHA) - organ zarządzający WHO. To właśnie WHA jako pierwsze w zwróciło uwagę na możliwość wykorzystania kadry, jaką stanowią osoby praktykujące tradycyjną medycynę w systemach opieki zdrowotnej. W trakcie Międzynarodowej Konferencji Podstawowej Opieki Zdrowotnej w Alma Ata (1978), WHA zaleciło rządów uczestniczących państw, aby priorytetowo potraktowały włączenie tradycyjnych lekarzy i asystentów porodowych do zespołu opieki zdrowotnej. To samo dotyczyło sprawdzonych po kątem bezpieczeństwa i jakości leków, głównie preparatów ziołowych [5]. Pozwała na to strategia WHO na temat rozwoju i produkcji produktów farmaceutycznych z obszaru medycyny tradycyjnej na lata 2002-2005 [4]. Już w 2008 r. został zwołany pierwszy Kongres WHO poświęcony medycynie tradycyjnej w Pekinie. Podczas Kongresu przyjęto rezolucję nazwaną: Deklaracją Pekińską, która stwierdzała m.in., że rządy ponoszą odpowiedzialność za zdrowie swoich obywateli i powinny sformułować krajowe polityki, przepisy i standardy tak, aby korzystanie z medycyny tradycyjnej było bezpieczne i skuteczne. Kongres zachęcał także do prowadzenia edukacji i badań klinicznych dotyczących medycyny tradycyjnej [6]. W końcu w maju 2014 r. sześćdziesiąte siódme WAM przyjęło rezolucję w sprawie medycyny tradycyjnej. Obecnie obowiązująca, zaktualizowana strategia dotycząca TM na lata 2014–2023 poświęca wiele uwagi wdrażaniu odpowiednich polityk krajowych oraz wzmocnieniu jakości i bezpieczeństwa produktów medycyny tradycyjnej.

Ustawodawstwo polskie – raport WHO

Najnowszy raport WHO (2019) pokazuje do 2018 r. już 98 państw członkowskich opracowało krajowe polityki dotyczące medycyny tradycyjnej, 109 państw wdrożyło różne przepisy ustawowe lub wykonawcze, a 124 państwa uchwaliło przepisy dotyczące leków ziołowych [7]. Według raportu Polska polityka i ustawodawstwo w zakresie medycyny tradycyjnej obejmuje wyłącznie leki ziołowe. Urzędem krajowym dla rejestracji produktów leczniczych, ale i dla ziół i homeopatycznych jest Urząd Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych, a za obszar badań naukowych odpowiada

Narodowy Instytut Leków w Warszawie. Status prawny leków ziołowych określony jest w art. 20a i 20b Prawa farmaceutycznego [8]. Leki ziołowe są klasyfikowane jako leki na receptę, leki bez recepty i leki ziołowe; są sprzedawane w aptekach i innych placówkach. Raport WHO wskazuje na brak danych z Polski na temat praktyk medycyny tradycyjnej, edukacji czy ubezpieczeń zdrowotnych. Na podstawie danych z raportu wynika, że w Polsce integracja medycyny tradycyjnej z akademicką postępuje dość powoli. Choć zjawisko to było opisywane w literaturze zdrowia publicznego już ponad 10 lat, nadal aktualna jest teza, że czas aby rozpocząć rzeczową dyskusję nad kształtem tej integracji [4]. Pozostaje mieć nadzieję, że nastąpi to w dość krótkim czasie, gdyż na co dzień w tym właśnie obszarze mamy przykłady wielu nieuczciwych praktyk rynkowych.

Walor aktualnej wiedzy medycznej

Oczywiście, ostateczny wybór produktu czy usługi należy do osoby, która ją nabywa, jednakże to na osobach świadczących usługi i sprzedającej produkty spoczywa obowiązek dostarczenia mu rzetelnej i jednoznacznej informacji na ten temat. W efekcie komercjalizacji usług medycznych relacja ta może kształtować się na płaszczyźnie „konsument - przedsiębiorca”² [9]. Niesie to za sobą pewne komplikacje, bo pacjent może nie otrzymać rzetelnej informacji czy stosowana metoda medycyny tradycyjnej jest zgodna z współczesną wiedzą medyczną, skuteczna i bezpieczna.

Inaczej jest w relacji „lekarz – pacjent”. W takiej sytuacji lekarz jest zobowiązany przestrzegać zasad wykonywania zawodu określonych w art. 4 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry [10]. Zgodnie z tym przepisem lekarz ma obowiązek wykonywać zawód zgodnie z dostępnymi mu metodami, należytą starannością i zasadami etyki oraz ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej. Obowiązkwowi temu odpowiada prawo pacjenta do otrzymania świadczeń zgodnych z aktualną wiedzą medyczną wyrażone w art. 6 ust. 1 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta [11].

Walor aktualności sprawia, że wiedza medyczna lekarza musi być obowiązująca w momencie udzielania świadczeń a lekarz jest zobowiązany ciągle aktualizować swoją wiedzę. Aktualna wiedza medyczna opiera się na kryteriach obiektywnych, nie zaś subiektywnych przekonaniach osoby, która udziela świadczeń zdrowotnych. Obecnie dzięki powszechnemu

² art. 22 [1] k.c.; zgodnie z nią za konsumenta uważa się osobę fizyczną dokonującą z przedsiębiorcą czynności prawnej (tu: zawierającą umowę o wykonanie „badania”) niezwiązaną bezpośrednio z jej działalnością gospodarczą lub zawodową. zgodnie z art. 43[1] k.c. przedsiębiorcą jest osoba fizyczna, osoba prawna i jednostka organizacyjna niebędąca osobą prawną, której ustawa przyznaje zdolność prawną, prowadząca we własnym imieniu działalność gospodarczą lub zawodową.

dostępowi do baz internetowych bibliograficznych i pełno tekstowych weryfikacja wiedzy może zostać realnie przeprowadzona. Jednak w praktyce ze względu na rosnącą liczbę publikacji jest to niemożliwe. Ponadto nie każdy lekarz jest w stanie ocenić rzetelność i wiarygodności przedstawianych w publikacjach badań. W związku z tym eksperci z danej dziedziny medycyny i farmacji, epidemiolodzy i statystycy zapoznają się z publikacjami naukowymi i dokonują przeglądów systematycznych w poszczególnych dziedzinach medycyny oraz metaanaliz [12]. Poszukiwanie wzorców działania z aktualną wiedzą medyczną sprawiło, że coraz częściej wprowadzane są standardy medyczne. Standardy te tworzą zespoły ekspertów z różnych dziedzin medycyny, towarzystwa medyczne i stowarzyszenia lekarzy. Nie są to dokumenty o charakterze bezwzględnie obowiązującym lekarza, ale stosowanie się lekarza do reguł w nich zawartych stanowi przejaw medycyny opartej na dowodach obiektywnych [13]. (zgodnie z EBM - *evidence-based medicine*). W ten sposób wiedza medyczna staje się weryfikowalna, co oznacza że jej poprawności jest oceniana przez całe środowisko medyczne [14].

Co do zasady o wyborze metody leczenia decyduje pacjent, a lekarz powinien być jego mądrym doradcą. Dodatkowo z uwagi na to, że postępowanie lekarza związane jest z dobrami najwyższej rangi – zdrowiem i życiem człowieka, działania lekarza wymagają zaufania, co oznacza, że ochronie podlega również relacja „lekarz-pacjent”. Przed lekarzem stoją szczególne wymagania dotyczące nie tylko wykonywania zawodu, ale i postawy etycznej. Szczególnie istotne jest zatem dbanie o godność zawodu, tj. wystrzeżenie się tego, co podważa szacunek do lekarza ze strony otoczenia (art.1 Kodeksu Etyki Lekarskiej) [15]. Naruszenie godności lekarza stanowi nie tylko niewłaściwe zachowanie lekarza w relacjach z pacjentami i z innymi lekarzami, członkami personelu medycznego. To również obowiązek aktualizacji wiedzy medycznej. Art. 57 Kodeksu Etyki Lekarskiej jednoznacznie stanowi, że lekarzowi nie wolno posługiwać się metodami niezwyfikowanymi naukowo czy też uznanymi przez naukę za szkodliwe lub bezwartościowe. Nie może także współdziałać z takimi osobami.

Wadliwe praktyki

W pewnych sytuacjach, kiedy lekarz stosuje niezwyfikowane naukowo metody sprawą może zająć się samorząd lekarski. Działła samorządu mają miejsce w dwóch obszarach. Pierwszym z nich jest edukacja. W medycznych pismach branżowych ukazują się artykuły, które nie pozostawiają żadnych wątpliwości dotyczących wartości danej metody. Drugim obszarem jest odpowiedzialność zawodowa lekarzy [16]. W tym przypadku, jeśli wpływa

skarga sugerująca, iż w praktyce zawodowej lekarz stosuje metody niezwyfikowane naukowo organy odpowiedzialności zawodowej tj. Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej analizuje sprawę. Jeśli skarga jest bezzasadna Rzecznik nie wszczyna postępowania a jeśli zostało wszczęte umarza je. Skargi zasadne, poparte dowodami są rozpatrywane przez Sąd lekarski. Ewentualne kary dla lekarzy obwinionych (tj. lekarzy, którzy mają postawione zarzuty) mogą być różne: od upomnienia, nagany do zawieszenia i pozbawienia prawa wykonywania zawodu.

Jeszcze kilka lat temu w Sądach lekarskich pojawiały się sprawy związane z niezwyfikowanymi naukowo zabiegami chelatacji w miażdżycy tętnic. Lekarze, którym Rzecznik stawiał zarzuty niewłaściwego postępowania stosowali substancją EDTA zawierającą wersenian dwusodowy (kwas wersenowy). I choć metoda chelatacji znana jest w medycynie od dawna i polega właśnie na wprowadzeniu do żył EDTA, to stosuje się ją w ostrym zatruciu metalami ciężkimi. Wprowadzony do krwi kwas wersenowy wiąże metale ciężkie i wydalany jest z organizmu wraz z nimi w ciągu kilku godzin. Kwas ten używany jest też jako konserwant w przechowywaniu krwi, gdyż wiążąc jony wapnia zapobiega jej krzepnięciu. Co istotne według dostępnej literatury, w leczeniu miażdżycy tętnic wersenian dwusodowy (EDTA) jest nieskuteczny. W związku z tym kluczowe znaczenie dla oceny tego postępowania lekarza miało stanowisko przedstawione przez Komisję Bioetyczną przy Okręgowej Izbie Lekarskiej w Warszawie. Z tej opinii wynikało, że są pewne wyniki badań, które wskazują na możliwe korzystne efekty stosowania chelatacji, jednakże jednoznaczne wytyczne kardiologiczne (American Heart Association) podają, że stosowanie zabiegów chelatacji jako rutynowej metody leczniczej nie znajduje w chwili obecnej uzasadnienia. W ocenie Sądu zostało potwierdzone, że zabieg chelatacji nie ma charakteru terapii standardowej w leczeniu miażdżycy i powinien uzyskać zgodę Komisji Bioetycznej. Przy ocenie obwinionego lekarza Sąd wziął pod uwagę, że używał on lek recepturowy a stosowana przez niego metoda nie zastępowała dotychczasowego leczenia pacjentów i prowadzili oni w dalszym ciągu terapię farmakologiczną. Ponadto obwiniony nie czerpał z zastosowania substancji EDTA żadnych korzyści majątkowych [17].

W innej sprawie dotyczącej stosowania zabiegów chelatacji w miażdżycy tętnic Okręgowego Sądu Lekarskiego ustalił, że obwiniony zlecił zastosowanie substancji EDTA na podstawie leku pozyskanego w drodze legalnego zakupu w kraju członkowskim Unii Europejskiej (Niemcy). Obwiniony stwierdził u badanych pacjentów obecność metali ciężkich ale nie zatrucie metalami ciężkimi a jednak zastosował zabieg chelatacji. W takiej sytuacji powinien uzyskać zgodę właściwej Komisji Bioetycznej, a *de facto* wykonując

zabiegi takiej zgody nie posiadał. Analizując sprawę Sąd lekarski wziął pod uwagę wyjaśnienia obwinionego lekarza, który twierdził, że nie wiedział o tym, iż zabiegi chelatacji są niedopuszczalne, a po pozyskaniu wiedzy w tym temacie odstąpił od jej stosowania. Najważniejszą okolicznością łagodzącą był fakt, że postępowanie obwinionego lekarza nie wywołało negatywnych skutków u pacjentów i nie czerpał on z zastosowania substancji EDTA żadnych korzyści [18].

Przykład chelatacji pokazuje, że istnieje konieczność edukacji i przekazywania informacji nawet w środowisku lekarskim na temat prowadzonych badań i ewentualnej weryfikacji metody. Nie ulega bowiem wątpliwości, że metoda, która nie jest oparta na jakichkolwiek dowodach naukowych, nie jest świadczeniem zdrowotnym odpowiadającym wskazaniom aktualnej wiedzy medycznej i zasadom etyki zawodowej, co stanowi naruszenie praw pacjenta. W przypadku naruszenia tych praw, roszczenia pacjentów mogą wynikać z: ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz z norm kodeksu cywilnego [19]. Są to przepisy prawa cywilnego (art. 445 i 448 k.c.) dotyczące naruszenia dóbr osobistych oraz art. 4 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta zgodnie z którym w razie zawinionego naruszenia praw pacjenta sąd może przyznać poszkodowanemu odpowiednią sumę tytułem zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę³ [20].

Podsumowanie

Nie obowiązująca jeszcze w Polsce nowa 11. edycja Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD-11) wprowadza rozdział poświęcony zagadnieniom medycyny tradycyjnej. Celem tego rozdziału jest monitorowanie wpływu metod używanych w medycynie tradycyjnej na zdrowie. Jednak nie oznacza to, że WHO uznała już medycynę tradycyjną za skuteczną. I choć nie jest jeszcze w pełni znana wchodząca w 2024 r. strategia WHO odnośnie wykorzystania medycyny tradycyjnej. Nie ulega wątpliwości, że znamy już kierunek przyszłych działań. Zachodzi pilna konieczność weryfikacji czy medycyna tradycyjna jest zgodna z współczesną widzą medycyną, czy jest skuteczna i bezpieczna dla pacjentów. Do tej pory 170 ze 194 państw członkowskich WHO zgłosiło stosowanie przez pacjentów medycyny tradycyjnej, a rządy tych państw zwróciły się o wsparcie WHO w tworzeniu zbioru wiarygodnych dowodów i danych dotyczących praktyk

³ W 2020 roku Rzecznik Praw Pacjenta podejmował działania w sprawach cywilnych dotyczących naruszenia praw pacjenta. W ramach uprawnienia, dzięki któremu działa na prawach prokuratora, Rzecznik może wytoczyć powództwo na rzecz pacjenta lub dołączyć do już toczącego się postępowania cywilnego. Rzecznik Praw Pacjenta prowadził ponad 60 spraw sądowych w całej Polsce. Zakończone w 2020 r. to 32 sprawy na mocy wydanych orzeczeń i zawartych ugód pacjenci otrzymali, łącznie ponad 4 mln zł zadośćuczynień i odszkodowań (nie licząc odsetek i rent).

i produktów tradycyjnej medycyny. Póki jednak brakuje badań, przepisów i standardów świadczących, że korzystanie z medycyny tradycyjnej jest bezpieczne i skuteczne należy zastosować zasadę *Primum non nocere*. Tylko w ten sposób można zapobiegać rozwojowi szkodliwych dla pacjentów praktyk i szkód na zdrowiu i życiu.

BIBLIOGRAFIA

- [1] Światowe Centrum Medycyny Tradycyjnej WHO, <https://www.who.int/initiatives/who-global-centre-for-traditional-medicine> (dostęp 28.10.2022)
- [2] Report by the Secretariat WHO: Traditional medicine, EB134/24, 13 December 2013 https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB134/B134_24-en.pdf, (dostęp 3.10. 2022)
- [3] Freeman M., Motsei, M., Planning health care in South Africa—Is there a role for traditional healers? *Social Science & Medicine*, 1992, No. 34(11), p. 1183–1190
- [4] Cianciara D., Integracja medycyny tradycyjnej z akademicką, *Problemy Higieny i Epidemiologii*, 2012, nr 93(1), s. 223-228
- [5] WHO, Traditional, Complementary and Integrative Medicine https://www.who.int/health-topics/traditional-complementary-and-integrative-medicine#tab=tab_1, (dostęp 28.10.2022)
- [6] The Sixty-second World Health Assembly Traditional medicine 22 may 2009 https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/A62/A62_R13-en.pdf?ua=1, (dostęp 28.10.2022)
- [7] WHO global report on traditional and complementary medicine 2019 <https://www.who.int/publications/i/item/978924151536>, (dostęp 28.10.2022)
- [8] Ustawa z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne (t.j. Dz. U. z 2021 r. poz. 1977, 2120, z późn. zm.)
- [9] Ustawa z 23 kwietnia 1964, Kodeks cywilny (t.j. Dz. U z 2020 r, poz. 1740, z późn. zm.)
- [10] Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (t. j. Dz.U. z 2021, poz. 790)
- [11] Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (t.j. Dz. U. 2020, poz. 849).
- [12] Borkowski W., Medycyna oparta na dowodach (EBM) w praktyce klinicznej, *Forum Bibliotek Medycznych*, 2011, nr 1 (7), s. 55-56
- [13] Zieliński P., Kilka słów o pojęciu oraz rodzajach błędu medycznego, *Medyczna Wokanda*, 2016, nr 8, s. 191-19
- [14] Kubiak R., *Prawo medyczne*, Warszawa 2014, s. 415
- [15] Kodeks Etyki Lekarskiej <https://nil.org.pl/dokumenty/kodeks-etyki-lekarskiej>, (dostęp: 3.10. 2022)
- [16] Ustawa z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (t.j. Dz. U. 2021, poz. 1342)
- [17] Orzeczenie OSL z dnia 5 marca 2015 r., sygn. akt OSL.630.39/14, niepublikowane
- [18] Orzeczenie OSL z dnia 19 lutego 2015 r., sygn. akt OSL.630.38/14, niepublikowane
- [19] Wrześniewska-Wal I., Podstawowe prawa pacjenta w orzeczeniach sądów lekarskich. Stan obecny i wyzwania na przyszłość, *Krakowskie Studia Międzynarodowe*, 2019, nr 4, s. 29-39
- [20] Rzecznik Praw Pacjenta <https://www.gov.pl/web/rpp/ponad-4-mln-zl-zadoscuczynien-i-odszkodowan-dla-pacjentow-dzieki-dzialaniom-rzeczniaka-praw-pacjenta> (dostęp 28.10.2022)