

6. märts 1997

A4-0075/97

ARUANNE

mittekonventsionaalse meditsiini staatuse kohta

Keskkonna-, rahvatervise ja tarbijakaitsekomisjon

Raportöör: P. Lannoye

PE 216.066/fin.

Ü S O N T E N T S

Lehekülg

Protseduuriline lehekülg	3
A.RESOLUTSIOONI ETTEPANEK	4
B. SELETUSKIRI	8
<u>Lisa</u> : Resolutsiooni ettepanek B4-0024/94.....	15

õiguskomisjoni ja kodanike õiguste 27. oktoobri 1994. aasta istungil teatas parlamendi president, et ta on edastanud resolutsiooni ettepaneku täiendava või mittekonventsionaalse meditsiini kohta, mille esitasid kodukorra artikli 45 alusel hr Pimenta ja teised, vastutavale keskkonna-, rahvatervise- ja tarbijakaitsekomisjonile ning õigusasjade ja kodanike õiguste komisjonile ning sotsiaal- ja tööhõivekomisjonile nende arvamuste eest.

Keskkonna-, tervise- ja tarbijakaitsekomitee otsustas oma 23. novembri 1994. aasta koosolekul koostada aruande ja taotles 28. novembri 1994. aasta kirjaga nõuetekohaselt luba. 16. jaanuari 1995. aasta istungil teatas president, et esimeeste konverents on volitanud komisjoni sel teemal aru andma.

Keskkonna-, rahvatervise- ja tarbijakaitsekomitee nimetas oma 20. detsembri 1994. aasta koosolekul hr Lannoye raportööriks.

Ta arutas aruande projekti oma 7. mai 1996. aasta, 9. juuli 1996. aasta, 3. septembri 1996. aasta ja 27. veebruari 1997. aasta koosolekutel.

Viimasel koosolekul võttis parlament resolutsiooni ettepaneku vastu 21 poolt- ja 4 vastuhäälega, erapooletuks jäi 2.

Hääletusel osalesid: Collins, esimees; Lannoye, raportöör ja aseesimees; Alber (Burtone'ile), Aparicio Sánchez (Apolinario), Baldi (d'Aboville'ile), Bébéar, Blokland, Breyer, Corbett (Bowe), Correia (Hulthén), De Coene (Kokkolale), Díez de Rivera Icaza, Eisma, Feret, Florenz, Garosci (Cabrol), Gränitz, Hardstaff (van Putten), Kirsten M. Jensen, McKenna, Kestelijn-Sierens (Olsson), Kronberger, Kuhn, Liese (Jackson), Marinucci, Needle, Pollack, Roth-Behrendt, Sornosa Martinez (Bertinotti), Tamino, Trakatellis, Valge.

Lisatud on õigusküsimuste ja kodanike õiguste komisjoni arvamus; sotsiaal- ja arengukomitee otsustas 24. märtsil 1995 arvamust mitte esitada.

Raport esitati 6. märtsil 1997.

Muudatusettepanekute esitamise tähtaeg märgitakse vastava osaistungjärgu päevakorra projektis.

A.
RESOLUTSIOONI ETTEPANEK

Resolutsioon mittekonventsionaalse meditsiini staatuse kohta

Euroopa Parlament,

- võttes arvesse järgmiste parlamendiliikmete resolutsiooni ettepanekut: Pimenta, Dell'Alba, Diez de Rivera Icaza, Crowley, Ewing, González Alvarez ja Lord Plumb täiendava meditsiini (või mittetraditsioonilise meditsiini) kohta (B40024/94),
- võttes arvesse oma 13. juuni 1991. aasta resolutsiooni direktiivi kohta, millega laiendatakse ravimeid käsitlevate õigus- ja haldusnormide ühtlustamist käsitlevate direktiivide 65/65/EMÜ ja 75/319/EMÜ reguleerimisala ning nähakse ette lisasätted homöopaatiliste ravimite kohta¹,
- võttes arvesse nõukogu direktiivi 92/73/EMÜ², millega laiendatakse ravimeid käsitlevate õigus- ja haldusnormide ühtlustamist käsitlevate direktiivide 65/65/EMÜ ja 75/319/EMÜ reguleerimisala ja nähakse ette lisasätted homöopaatiliste ravimite kohta,
- võttes arvesse EÜ 1994. aasta eelarve eelarverubriiki B6-8332, EÜ 1995. aasta eelarve rubriigi B6-7142 eelviimast lõiku ja EÜ 1996. aasta eelarve rubriigi B6-7142 punkte 4 ja 5, milles nähakse ette 1 miljon eküüd muude ravimeetodite, näiteks kiropraktika, osteopaatia, nõelravi, naturopaatia tõhususe uurimiseks; Hiina meditsiin, antroposoofiline meditsiin, fütoterapia jne",
- võttes arvesse keskkonna-, rahvatervise ja tarbijakaitsekomisjoni raportit ning õiguskomisjoni ja kodanike õiguste komisjoni arvamust (A4-0075/97),

- A. arvestades, et paljud inimesed liikmesriikides kasutavad teatavaid ebatraditsioonilisi ravimeid ja ravimeetodeid ning oleks ebarealistlik seda de facto olukorda eirata;
- B. arvestades, et üha enam levib paljude arstide ühine seisukoht, et erinevad ravimeetodid ning erinevad lähenemisviisid tervisele ja haigustele ei välista üksteist, vaid neid saab vastupidi kasutada üksteise täiendamiseks;
- C. arvestades, et oluline on tagada, et patsientidel oleks võimalikult lai ravivalik, mis tagaks neile maksimaalse ohutuse taseme ja võimalikult täpse teabe nn ebatraditsiooniliste ravimite ohutuse, kvaliteedi, tõhususe ja võimalike riskide kohta, ning et nad oleksid kaitstud kvalifitseerimata isikute eest;
- D. arvestades, et kõiki meditsiinisüsteeme ja ravivaldkondi, mida mõiste "mittekonventsionaalne meditsiin" hõlmab, ei tunnistata kehtivaks või on see lubatud ainult osaliselt; arvestades, et teatavat meditsiinilist või kirurgilist ravi, mida kasutatakse teise ravi asemel, võib kirjeldada

¹ EÜT C 183, 15.7.1991, lk 332

² EÜT L 297, 13.10.1992, lk 8.

kui "alternatiivset" ning ravi, mida kasutatakse teise ravi täiendamiseks, võib kirjeldada kui "täiendavat"; arvestades, et oleks vale rääkida "alternatiivsetest" või "täiendavatest" distsipliinidest, kuivõrd asjaolu, et meditsiinidistsipliin on alternatiivne või täiendav, saab kindlaks teha ainult konkreetse konteksti põhjal, milles seda kasutatakse; arvestades, et alternatiivne meditsiiniline distsipliin võib olla ka täiendav; arvestades, et käesolevas raportis hõlmab mõiste "mittekonventsionaalne meditsiin" mõisteid "alternatiivmeditsiin", "loodusravim" ja "täiendmeditsiin", mida kasutatakse teatavates liikmesriikides valimatult muude meditsiinierialade kui tavameditsiini tähistamiseks;

E. arvestades, et oma patsientide tervise täielikuks kaitsmiseks võib arst kasutada kõiki ressursse ja teadmisi mis tahes meditsiinivaldkonnas vastavalt oma äranägemisele ja südametunnistusele;

F. arvestades, et on olemas suur hulk ebatraditsioonilisi meditsiinivaldkondi, millest mõned on teatavates liikmesriikides mingil kujul õiguslikult tunnustatud ja/või neil on Euroopa tasandil organisatsiooniline struktuur (ühine põhikoolitus, deontoloogiline kood jne), eelkõige kiropraktika, homöopaatia, antroposoofiline meditsiin, Hiina traditsiooniline meditsiin (sealhulgas nõelravi), shiatsu, naturoopaatia, osteopaatia, fütoterapia jne; arvestades, et on olemas suur hulk ebatraditsioonilisi meditsiinivaldkondi, kuid ainult mõned neist vastavad kõigile järgmistele kriteeriumidele: õigusliku tunnustamise vorm teatavates liikmesriikides, organisatsiooniline struktuur Euroopa tasandil ja iseregulatsiooni mehhanismid;

G.võttes arvesse EÜ asutamislepingut, eriti selle III jaotise artikleid 52–66 isikute vaba liikumise ja asutamisevabaduse kohta; arvestades, et neid vabadusi õhnestab kõigi Euroopa Liidu ebatraditsiooniliste meditsiinierialade staatuse ja tunnustamisega seotud ebahühtlane valitsev olukord; oma kutsealal tegutsemise vabadust, mis teatavatel tervishoiutöötajatel praegu nende riigis on, ei tohiks mingil juhul piirata, muutes nende erialade staatust või tunnustamise määra Euroopa tasandil ega piirates patsientide vabadust valida ravi mittetavapärase ravi osas; võttes arvesse asutamislepingu sätteid liikmesriikide suhtes, täpsemalt artikli 57 lõigete 1, 2 ja 3 sätteid,

H.arvestades, et juba on selgeid märke arengutest, olgu siis tegemist teatavate liikmesriikide siseriiklike õigusaktidega, millega liberaliseeritakse mittekonventsionaalse meditsiini tava, jättes teatavad konkreetset tegevused volitatud spetsialistidele (seadus Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg, mille Madalmaade Senat võttis vastu 9. novembril 1994), või erimääruste kujul (Ühendkuningriigi seadus osteopaatide kohta 1993. aastal ja kiropraktika kohta 1994. aastal; kiropraktikat käsitlevad õigusaktid Taanis 1991. aastal, Rootsis 1989. aastal ja Soomes) või koolituse ametlikuks muutmise teel (kiropraktika Ühendkuningriigis ja Põhjamaades) või ravimite lisamine farmakopöasse (antroposoofiline meditsiin Saksamaal),

I.arvestades, et mittekonventsionaalse meditsiini staatust ja tava käsitlevad Euroopa õigusaktid võivad anda patsientidele garantiisid; arvestades, et iga ravimiliik peaks olema kohustatud korraldama oma kutseala Euroopa tasandil (deontoloogiline koodeks, kutseregistrid ja koolituskriteeriumid),

J.arvestades, et kõigepealt on vaja selgelt määratleda kõik mittekonventsionaalsed meditsiinivaldkonnad; selleks tuleks kliinilistes uuringutes, ravitulemuste hindamises, alusuuringutes (toimemehhanismid) ja muudes teadusuuringutes või akadeemilistes uuringutes hinnata kasutatud raviviiside tõhusust; see hindamine tuleb läbi viia eri valdkondade puhul asjakohaste meetodikate kohaselt,

K.arvestades, et ebatraditsiooniliste meditsiinerialade praktiseerijatele kehtestatud koolituskriteeriumide reguleerimine ja kooskõlastamine oleks kodanikele oluline tagatis; nii patsientide kui ka arstide huvides on oluline, et kvalifikatsioonid ühtlustataks kõrgel tasemel kutsealal toimuva range eneseregulatsiooni protsessi tulemusena, mille tulemuseks on seejärel iga eriala erinõuetele vastava riikliku diplomi andmine; väljaõppe tase peab vastama erinevate ebatraditsiooniliste meditsiinivaldkondade eripärale,

L.arvestades, et tavapärase arstide koolitus peaks hõlmama sissejuhatust teatavatesse mittetraditsioonilistesse meditsiinivaldkondadesse;

M.arvestades, et selleks, et terapeutidel oleks võimalus oma kutsealal nõuetekohaselt tegutseda ja kui samal ajal antakse patsientidele tagatis ebatraditsiooniliste ravimite hoolika hindamise kohta, peaks Euroopa farmakopöa hõlmama kõiki farmaatsiatooteid ja taimseid tooteid, mida kasutatakse mittekonventsionaalses meditsiinis; samal põhjusel on vaja läbi vaadata direktiivid 65/65/EMÜ, 75/319/EMÜ ja 92/73/EMÜ ning määrus 2309/93, millega asutatakse Euroopa Ravimihindamisamet, et anda patsientidele tagatised ebatraditsiooniliste ravimite kvaliteedi ja ohutuse osas,

N.arvestades, et nõukogu kutsub oma 30. novembri 1995. aasta resolutsioonis 95/C 350/05 ravimtaimede preparaatide kohta³ komisjoni üles selgitama "ravimpreparaatide õiguslikku seisundit, võttes arvesse ühenduse sätteid ravimpreparaatide kohta" ja uurima "rahvatervise kaitse tagamiseks vajalikke eritingimusi";

O.arvestades, et on vaja näidata kõnealuste ravitoodete kvaliteeti, tõhusust ja ohutust ning näha ette monograafia avaldamine iga toote kohta;

P. arvestades, et õigusaktide praegust seisust arvestades aitaksid toidulisandeid (vitamiinid, oligoelemendid jne) käsitlevad õigusaktid kaitsta tarbijaid, piiramata nende juurdepääsu- ja valikuvabadust, ning tagaksid, et kvalifitseeritud spetsialistidel on vabadus selliseid tooteid välja kirjutada;

Q.arvestades, et ebatraditsiooniliste ravimite väljatöötamine ja võimaluse korral kasutuselevõtmine loomakasvatuse sektoris oleks eriti oluline, pidades silmas tarbijate tõhusamat kaitset lihatoodetes leiduvate farmakoloogiliste jääkide eest ja paremaid tingimusi praegu kasvatatavatele kariloomadele, pidades silmas peagi kehtestatavaid eeskirju mahepõllumajandusliku loomakasvatuse meetodite kohta;

R.arvestades, et vaja on üleminekuetappi, et võimaldada kõigil, kes praegu praktiseerivad, täita uute õigusaktide nõudeid; arvestades, et on vaja luua "samaväärsuse komisjon", mille ülesanne on uurida asjaomaste spetsialistide olukorda igal üksikjuhul eraldi;

1.kutsub komisjoni üles algatama mittekonventsionaalse meditsiini tunnustamise protsessi, kui uuringu tulemused seda võimaldavad, ning võtma sel eesmärgil vajalikke meetmeid, et ergutada asjakohaste komiteede loomist;

2.kutsub komisjoni üles viima läbi põhjaliku uuringu kõigi ebakonventsionaalsete ravimite ohutuse, tõhususe, kasutusala ning täiendava või alternatiivse olemuse kohta ning koostama võrdleva uuringu ebatraditsiooniliste meditsiinitöötajate suhtes kohaldatavate erinevate riiklike õigusmudelite kohta; nõuab tungival, et komisjon kasutaks mõlemat uuringut alusena mis tahes mittekonventsionaalset meditsiini käsitlevate õigusaktide kooskõlastamisel; palub

³EÜT C 350, 30. detsember 1995, lk 6.

- komisjonil, pidades esmatähtsaks mitmeid mittetraditsioonilisi meditsiinivaldkondi, mida Euroopa tasandil juba mingil määral tunnustatakse ja korraldatakse, esitada direktiivi eelnõu, mis on vajalik asutamisvabaduse ja teenuste osutamise vabaduse tagamiseks mittetraditsioonilistele arstidele (nagu on sätestatud aluslepingu artikli 57 lõikes 3) ning vaba juurdepääsu saamiseks ravitoodetele, mis on vajalikud nende kutsealal tegutsemiseks; ning sellest tulenevalt vaadata läbi meditsiinitöötajaid käsitlevad kehtivad õigusaktid ja nendel erialadel tegutsemiseks vajalikud ravitooted;
- 3.kutsub komisjoni üles mittekonventsionaalseid meditsiinivorme käsitlevate Euroopa õigusaktide koostamisel tegema selget vahet ebatraditsioonilistel ravimitel, mis on oma olemuselt "täiendavad", ja ravimitel, mis on "alternatiivsed" ravimid selles mõttes, et need asendavad tavapärasest meditsiini;
- 4.palub nõukogul ja Euroopa Parlamendil pärast käesoleva raporti lõikes 2 osutatud eeltöö lõpetamist edendada teadusprogrammide väljatöötamist ebatraditsiooniliste ravimite valdkonnas, võttes arvesse individuaalset ja kollektiivset käitumist ning mittekonventsionaalsete meditsiinivaldkondade ennetavat rolli ja eripära;
- 5.nõuab tungivalt, et komisjon esitaks nõukogule ja Euroopa Parlamendile võimalikult kiiresti aruande selliste uuringute ja teadustöö tulemuste kohta, mis on juba tehtud eelarvepunkti B-7142 raames, mis on alates 1994. aastast ette nähtud homöopaatia ja muude ebakonventsionaalsete ravimite tõhususe uurimiseks;
- 6.palub komisjonil ebatraditsioonilises meditsiinis kasutatavate ravivormide tõhususe uurimisel tagada, et üheski liikmesriikides kasutatavas raviviisis ei kasutataks ravimeid, mis on valmistatud ohustatud loomaliikide elunditest, mis kujutaks endast osalemist ebaseaduslikus kaubanduses;
- 7.kutsub komisjoni üles esitama ettepanekut võtta vastu direktiiv toiduainete kohta, mis asuvad sageli dieettoodete ja ravimite vahelisel piiril. Sellised õigusaktid peaksid aitama tagada tarbijakaitset silmas pidades hea tootmistava, piiramata juurdepääsu- ja valikuvabadust, ning tagama kõigi spetsialistide vabaduse selliseid tooteid soovitada; kutsub komisjoni üles kõrvaldama liikmesriikidevahelisi kaubandustõkkeid, andes tervisetoodete tootjatele vaba juurdepääsu kõigile ELi turgudele;
- 8.teeb presidendile ülesandeks edastada käesolev resolutsioon nõukogule, liikmesriikidele, komisjonile ja Euroopa Nõukogule.

B SELETUSKIRI

1.Sissejuhatus

Arvamusküsitlused Euroopa Liidu eri liikmesriikides näitavad (justkui vajalik) Euroopa kodanike kasvavat huvi ebatraditsiooniliste meditsiinivormide vastu⁴. Riikides, mille kohta on olemas statistika, kasutab mittekonventsionaalset meditsiini 20–50% elanikkonnast.

See kasvav huvi on tingitud teatavast rahulolematusest tavameditsiiniga, kus erakordne tehnoloogiline areng on toonud kaasa vaieldamatu edu meditsiinilisel tasandil, kuid samal ajal tasakaalustamatuse arsti ja patsiendi suhetes. Veelgi enam, meditsiinitoodete arsenal, millel tavapärane meditsiin põhineb, on kindlasti tõhus, kuid see ründab eelkõige sümptomeid ja sageli on sellel soovimatuid kõrvaltoimeid või põhjustab isegi tõsist sõltuvust.

Üha enam otsitakse inimnäolisema näoga meditsiini, ravimit, mis tegeleb inimestega, mitte ainult nende patoloogiatega. Sellest tuleneb huvi taaselustamine traditsiooniliste ravimeetodite ja leebemate meditsiiniliste abinõude vastu, mille eesmärk ei ole mitte niivõrd patogeenide hävitamine, kuivõrd inimkeha võime neile vastu seista.

See ei tähenda siiski, et tavapärane ja mittekonventsionaalne meditsiin üksteist välistavad. Vastupidi, nad võivad toimida täiendaval viisil, mis toob patsientidele suurt kasu.

Mittekonventsionaalse meditsiini vorme on palju, palju; me ei saa neid kõiki siin nimetada. Neil on siiski üks ühine joon - meditsiinasutused neid kas ei tunnusta või tunnustavad ainult teatud viisil, isegi kui viimastel aastatel on ühelt poolt püütud kahtluse alla seada irratsionaalseid teaduslikke eelarvamusi, mis on nendega seotud, ja teiselt poolt on arstid pakkunud oma patsientidele praktilisi eksperimente seoses täiendava raviga.

2.Euroopa Liidu liikmesriikide õigusaktid

Mis puudutab tervishoidu, siis praegu eksisteerivad Euroopa Liidus koos kaks diametraalselt vastandlikku mõistet. Esimene usub, et ainult meditsiinitöötajatel (arstidel) on õigus praktiseerida tervishoidu ja ravida haigusi, välja arvatud teatavad kutsealad, millel on lubatud tegeleda teatavate konkreetsete meditsiiniliste või parameditsiiniliste tegevustega. Kui need konkreetsete juhtumid kõrvale jätta, on meditsiini praktiseerimine ebaseaduslik. Seda lähenemisviisi rakendatakse lõunapoolsetes riikides ning Prantsusmaal, Belgias ja Luksemburgis.

Sellegipoolest on mittekonventsionaalse meditsiini praktika de facto olemasolu nendes samades riikides koos patsientide kasvava nõudlusega toonud kaasa teatava sallivuse, nt Prantsusmaal, kus

⁴Mittekonventsionaalse meditsiini all ei pea me silmas alternatiivmeditsiini ja/või täiendmeditsiini mõisteid, mida kasutatakse tavameditsiini kontekstis (nt mõistet "alternatiivne" kasutatakse sageli ravi kirjeldamisel, mida saab kasutada kirurgilise ravi asemel ja vastupidi), vaid meditsiinilisi distsipliine või praktikaid, nagu antroposoofia, homöopaatia, Hiina meditsiin või naturopaatia, mis on teoreetilistel ja/või filosoofilistel kontseptsioonidel põhinevad täispuhutud meditsiinisüsteemid, mis näevad haigust vähem väliste mõjurite toime tulemusena kui organismi enda tasakaalutust.

akupunktuuri, mida Académie de Médecine on tunnustanud alates 1950. aastast, võivad arstid seaduslikult praktiseerida; Lisaks hüvitab sotsiaalkindlustus homöopaatilised ravimid, kui need on meditsiiniliselt välja kirjutatud.

Teine suhtumine, mis domineerib Põhja-Euroopa riikides, kasutab vastupidist lähenemisviisi: igaüks, kes soovib praktiseerida tervishoidu, võib seda teha, kuid teatud tegevused on rangelt reserveeritud arstidele, kes pealegi on need, kes moodustavad asutused ja lähtepunkti tervishoiu ja tervishoiupoliitika korraldamisel.

Ühendkuningriigis ja Iirimaal võib tavaõiguse kohaselt iga kvalifitseerimata isik, st mittearst, tegutseda terapeudina seni, kuni ta ei väida, et ta on arst. Sellel olukorral on tohtu puudus, et asjaolu, et ei koolitust ega kraadi ei ole seaduslikult tunnustatud, ei kaitse tõsiseid, pädevaid praktikuid ega patsiente madala kvalifikatsiooniga isikute või isegi charlataanide vastu. Selle lünga täitsid Ühendkuningriigis 1993. aasta osteopaatide seadus ja 1994. aasta kiropraktikute seadus.

Madalmaades võeti 1993. aasta novembris vastu individuaalse tervishoiu kutsealade seadus (BIG - Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg). Põhimõtteliselt lubab see kõigil praktiseerida meditsiini, kuid loetleb "reserveeritud tegevused", st need, mida võivad läbi viia ainult volitatud praktikud. Lisaks seob see seadus meditsiini praktiseerimise vabadusega karistussätteid: patsientide tervise kahjustamine on karistatav.

Saksamaal on vabadus praktiseerida tervishoidu alates 1873. aastast ja "Heilpraktikeri" (tervishoiutöötaja) professionaali on tunnustatud alates 1939. aastast; Isegi kui erikoolitust ei nõuta, peavad arstid alluma oma põhiliste meditsiiniliste oskuste eksamile ja olema kantud kutseregistrisse⁵. Lisaks on nii homöopaatilised kui ka antroposoofilised meditsiinilised ravimid lisatud riiklikku farmakopöasse (asjaomase distsipliini esindajad istuvad 1978. aastal loodud erikomisjonis).

Lõpuks võivad Taanis ja Rootsis mittearstid ja parameedikud praktiseerida mittekonventsionaalset meditsiini teatavates piirides, mis on sätestatud vastavalt 14. mai 1970. aasta ja 1960. aasta seadustega nr 409. Lisaks tunnustatakse kiropraktikat seaduslikult tervishoiutöötajana Taanis (6. juuni 1991. aasta seadus nr 415), Rootsis (seadus nr 1988/89: 96) ja Soomes.

3. Ühenduse õigusaktid

Liikmesriikide hoiakute ja õigusaktide ühtsuse puudumine tähendab Euroopa kodanike ebavõrdset kohtlemist. Ühes riigis tunnustatud tervishoiutöötajad võivad sattuda teise liikmesriigi kohtusse ebaseadusliku ravimiga tegelemise eest. See on vastuolus Rooma lepingus sätestatud põhimõtetega, eelkõige isikute vaba liikumise ja asutamisevabadusega (asutamislepingu III jaotis, artiklid 52–66).

Kuigi alates 1975. aastast on olnud mitu direktiivi meditsiini- ja parameedikute kohta, ei ole see nii mittekonventsionaalse meditsiini puhul, välja arvatud kaudselt, võttes vastu direktiivi 92/73/EMÜ homöopaatiliste ravimite kohta.

Võime täiesti õigesti järeldada, et ravimitööstuse huvid on Euroopa kodanike huvidest tähtsamad. Kuidas muidu saaksime selgitada asjaolu, et meil ei ole veel õnnestunud luua konkreetset metoodikat homöopaatiliste ravimite kliinilisteks uuringuteks, samas kui tavapärasel metoodikal on tunnustatud ilma igasuguse kohandamiseta? Kuidas muidu saame selgitada asjaolu,

⁵Heilpraktiker võib, kui neil on nõutavad Erlaubnis (luba), praktiseerida mittekonventsionaalseid meditsiinialasid.

et määrus 2309/93, millega asutatakse Euroopa Meditsiinitoodete Hindamise Amet, ei hõlma homöopaatilisi, antroposoofilisi ega fütoterapeutilisi tooteid oma detsentraliseeritud litsentsimismenetlustes?

Seda lünka silmas pidades ei ole parlamendil muud valikut, kui kutsuda komisjoni üles astuma vajalikke samme, et saavutada "meditsiini- ja sellega seotud kutsealadel tegutsemise tingimuste kooskõlastamine", kasutades asutamislepingu artikli 57 lõike 3 sõnastust. See ei tähenda, et mittekonventsionaalse meditsiini praktiseerimise tingimused tuleks standardiseerida, vaid et kõigile arstidele tuleks tagada asutamisoigus, andes neile vajalikud vahendid oma kutsealal tegutsemiseks, järgides samal ajal täielikult subsidiaarsuse põhimõtet.

Selle saavutamiseks on oluline, et tavapärase arstide staatus legaliseeritaks ja ühtlustataks, et kehtestataks tingimused koolituse kohta, et asjakohased ravimid kuuluksid Euroopa farmakopöasse ning et sotsiaalkindlustusasutused kataksid ebatavapärase tervishoiu ja meditsiinitoodete hüvitamise.

4. Meditsiinilise pluralismi suunas

Eesmärk on ühelt poolt vastata Euroopa Liidu lepingu nõudmistele ja ebatraditsiooniliste arstide õigustatud nõudmistele ning teiselt poolt vastata patsientide kasvavale nõudlusele. Seega on küsimus pakkumise ja nõudluse vastavusse viimises topeltvabaduse põhimõtte alusel: patsientide vabadus valida endale meelepärane meditsiiniline ravi ja arstide vabadus tegutseda oma kutsealal.

On ütlematagi selge, et see kahekordne põhimõte hõlmab patsiendile nii ohutuse kui ka kvaliteetse ravi tagamist. Nende valdkondade puhul, mida ühes või mitmes liikmesriigis juba mingil kujul õiguslikult tunnustatakse ja/või mis on mingil kujul Euroopa tasandil kutseorganisatsioonis⁶, võib ohutustagatist tõlgendada nii, nagu oleks tegemist pädevate praktikutega. Mis puutub nende tõhususse, siis uuringud on olemas - mõõndavasti mitte väga arvukad, kuid üldiselt veenvad, kuivõrd me nõustume, et me ei piira tõhususe hindamist tavameditsiinis kehtiva metoodika ja kriteeriumide alusel (sisuliselt kliinilised uuringud topeltpimedaga).

Selle põhjal on kiropraktika nüüd teaduslikult tunnustatud terapeutilise meetmena pärast mitmeid uuringuid, mis viidi läbi riigiasutuste, eriti Ühendkuningriigi meditsiiniuuringute nõukogu (Medical Research Council in the UK) palvel, mis on valitsuse rahastatud asutus⁷.

⁶Nimelt homöopaatia, fütoteraapia, antroposoofiline meditsiin, naturopaatia, nõelravi, Hiina traditsiooniline meditsiin, osteopaatia ja kiropraktika.

⁷-Kiropraktika ja haigla ambulatoorse ravi randomiseeritud võrdlus mehaanilise päritoluga alaseljavalu korral - T.W. Meade, Sandra Dyer, Wendy Browne, Joy Townsend, A.O. Frank, The Medical Research Council Epidemiology and Medical Care Unit, Northwick Park Hospital, Harrow, Inglismaa, avaldatud ajakirjas British Medical Journal, köide 300, 2. juuni 1990.

-Kiropraktika ja haigla ambulatoorse ravi randomiseeritud võrdlus alaseljavalu korral: laiendatud järelkontrolli tulemused - T.W. Meade, Sandra Dyer, Wendy Browne, Joy Townsend, A.O. Frank, The Medical Research Council Epidemiology and Medical Care Unit, Northwick Park Hospital, Harrow, Inglismaa, avaldatud ajakirjas British Medical Journal, köide 311, 5. august 1995.

Lõplikud tõendid homöopaatia⁸ tõhususe kohta kuhjuvad, isegi kui ortodoksne teadlaskond pole veel veendunud. Võiksime jätkata näidete toomist, mis hõlmavad nõelravi, Hiina traditsioonilist meditsiini, osteopaatiaid ja paljusid muid ravimeetodeid.

Nagu komisjon ise on öelnud, "ei ole ravitõhususe tõendamine üldtunnustatud teaduslike meetoditega võimalik või vähemalt tekitab tõsiseid vastuolusid"⁹. See avanemine meditsiinilisele pluralismile on juba leidnud konkreetse väljenduse EÜ 1994., 1995. ja 1996. aasta eelarvetes. EÜ 1994. aasta eelarve eelarverubriigis B6-8332 loodi uus, 1 miljoni eküü suurune eelarvepunkt homöopaatiauuringuteks; EÜ 1995. aasta eelarve eelarverubriigi B6-7142 eelviimases lõigus nõuti 3 miljonit eküüd homöopaatia tõhususe uurimise jätkamiseks ning 1996. aasta eelarve eelarverubriigi B67142 lõigetega 4 ja 5 eraldati 1 miljon eküüd muude ravimeetodite, näiteks kiropraktika, osteopaatia, nõelravi, naturopaatia, Hiina meditsiini tõhususe uurimiseks, antroposoofiline meditsiin, fütoterapia jne".

On selge, et mittekonventsionaalsete meditsiinidistsipliinide tunnustamise protsessi toetamiseks ja seadustamiseks peame minema kaugemale: peame korraldama dialoogi ülikoolide ringkondade ja iga meditsiinivaldkonna ekspertide vahel ning viima läbi multidistsiplinaarseid uurimisprogramme ühiselt kehtestatud meetodikate ja asjakohaste valiidsuskriteeriumide alusel. Kui patsient tunneb homöopaatiliste ravimite või osteopaatilise või muu tehnika tõttu mõju, ei ole otsene põhjuslikkus tingimata seotud. Kliinilised uuringud, ravitulemuste hindamine ning muud teaduslikud ja akadeemilised uuringud ja uuringud on lisaks vajalikud, et analüüsida nii täheldatud fakte kui ka nende omavahelist seotust. Hüpotees on, et homöopaatiline ravim, osteopaatiline manipuleerimine või nõelravi annab efekti: see peab olema tõendatav.

Ravitoime tõendamise vajadus ei tohiks siiski kaasa tuua mittekonventsionaalsete distsipliinide diskrimineerimist võrreldes tavameditsiiniga: paljud viimaste poolt valideeritud meditsiinipraktikad on seda olnud pigem meditsiinitöötajate esitatud arvamuste kui rangete teaduslike uuringute alusel. Sellegipoolest on põhimõtteliselt õige väita, et "teaduse" ja "mitteteaduse" eristamine on nii mõistlik kui ka muudetav. Kuivõrd üha rohkem täielikke ravivorme ja meditsiinisüsteeme on nüüd teaduslikult valideeritud, ei ole need enam "ebatavalised" ja muutuvad igapäevase praktika osaks, jättes seega de facto "mittekonventsionaalse" ravi sfääri. Tegelikult oleks arukam rääkida mitte puhtast ja lihtsast või jäigast jaotusest teaduse ja mitteteaduse vahel, vaid kõikuvast tõestuste ja vastuvõetavuse vahemikust, nagu oleme kogu teaduse ajaloo jooksul ikka ja jälle näinud.

5. Praktikute koolitamine

Mittekonventsionaalse ravi kvaliteet tuleb tagada praktikute asjakohase koolitusega, mida kinnitab diplom. Ka siin ei räägi me ühtsuse kehtestamisest, sest optimaalseks kutsekvalifikatsiooniks vajalik koolitustase on paratamatult eri distsipliinide lõikes erinev.

⁸-WALACH, H. (1992). Teaduslik homöopaatiliste ravimite testimine. Homöopaatilise kõrge potentsi ristpime ristuuring platseebo vastu. Heidelberg : Haug.

-LINDE K., JONAS W.B., MELCHAT D., WORKU F., WAGNER H., EITEK F. (1994). Inim- ja eksperimentaalne toksikoloogia. In : Jada-segatud lahjenduste kriitiline ülevaade ja metaanalüüs eksperimentaalses toksikoloogias, nr 13, lk 481-492.

-KLEIGNEN J., KNIPSCHILD P., ter REIT G. (1991). Homöopaatia kliinilised uuringud: metaanalüüs. British Medical Journal, nr 302, lk 316-323.

⁹KOM(90) 72 lõplik, lk 3

Täiemahulised meditsiinisüsteemid, nagu homöopaatia, antroposoofiline meditsiin, traditsiooniline hiina meditsiin (TCM) või naturoopaatia, on põhimõtteliselt sama ulatuslikud ja täielikud kui tavapärane lääne meditsiin, isegi kui nende erinevate meditsiiniliikidega hõlmatud patoloogilisi ja terapeutilisi valdkondi ei saa täpselt üksteise peale asetada. Üha rohkem nende süsteemide praktikuid püüab saavutada täielikku autonoomiat meditsiiniliste juhtumite diagnoosimisel, ravimisel ja nende eest vastutuse võtmisel. Samamoodi ei näe üha enam patsiente, kes pöörduvad nende ravimeetodite poole, oma praktikuid spetsialistidena, kes ravivad konkreetset valu või konkreetset organit, vaid üldarstidena, kellele nad on otsustanud usaldada oma tervise eest hoolitsemise. Kuigi see ei tohiks välistada arukat koostööd tavapäraste arstide või teiste täiendavate arstidega, nõuab see siiski teatavat professionaalset autonoomiat, mis hõlmab suurt vastutust patsiendi heaolu eest ja nõuab mitte vähem ranget koolitust kui see, mida praegu nõutakse lääne tavapärase meditsiini praktiseerimiseks. Selleks peaksid ja võiksid nendes süsteemides täiemahulise kutsekvalifikatsiooni omandamiseni viivad kursused läbida kas ülikoolis või riigiasutuste poolt tunnustatud ja subsideeritud eraõiguslikes asutustes. Sellised õppekursused peaksid viima riigi poolt tunnustatud riiklike diplomite või diplomite andmiseni.

Teisi erialasid, nagu refleksoloogia, aroomiteraapia, traditsiooniline idamaine massaaž, iridoloogia jne, praktiseeritakse täiendusena kõikehõlmavamatele ravimeetoditele, nagu traditsiooniline lääne meditsiin, homöopaatia, fütoterapia, naturoopaatia jne, või täiendusena üksteisele, ning praktikud ei kavatse üldiselt tegutseda iseseisvalt. Nende meetoditega seotud diagnoosid ja vastutusvaldkonnad peaksid piirduma perearstide poolt juba tuvastatud sümptomite või seisundite tõlgendamisega (kas tavameditsiinis või mujal). Seepärast oleks kohatu nõuda, et sellistel praktikutel oleks täiemahuline ülikooliharidus; kuid tuleks ette näha vähemalt kõrge kvalifikatsiooni tase.

Lõpuks on olemas ja on ka edaspidi mõnda aega homöopaatia, fütoterapia, nõelravi ja teiste suuremate meditsiinisüsteemide praktikud, kes eelistavad näha oma rolli täiendusena laiemalt või paremini kvalifitseeritud arstide (sageli tavapäraste arstide) rollile. Sellised praktikud ei ole huvitatud iseseisvast töötamisest; Nad eelistavad jätta diagnoosimise ja üldpatsientide järelkontrolli küsimused perearstidele ning suunata patsiendid vajadusel haiglakonsultantide juurde. Ka siin tundub, et täispuhutud ülikoolitasemel kvalifikatsioon on kohatu. Sellegipoolest on selge, et kõnealustel arstidel peavad olema märkimisväärsed teadmised süsteemist, mida nad soovivad praktiseerida, sest vastasel juhul näeksime tekkimas kahetasandilist süsteemi, mis ajaks patsiendid lihtsalt segadusse.

6. Praktikute staatuse legaliseerimine ja ühtlustamine

Lisaks kõrgetasemelisele koolitusele, mis on vajalik mittekonventsionaalse meditsiini praktiseerimiseks viisil, mis annab patsientidele maksimaalse kvaliteedi tagatiseid, on oluline, et samas vaimus kodifitseeritaks arstide kutsealane staatus.

Enamikul ebatraditsioonilistel meditsiinerialadel, eriti neil, mida selles raportis tegelikult nimetatakse, on juba enamikus liikmesriikides ja isegi Euroopa tasandil organisatsiooniline struktuur koos kutse-eeskriitika koodeksiga, mis määratleb reeglid, mida kutsealal tegutsevad isikud peavad järgima, ning kõnealuse kutseala esindajate registriga. Kuna neil puudub õiguslik seisund, võivad ühes liikmesriigis mõnikord kõrvuti eksisteerida mitu kutseühingut, millest igaühel on oma käitumisjuhend ja register; Liikmesriikide vahel on suured erinevused.

Euroopa algatus, mille eeskujuks oli asutamisvabadust ja arstide, õdede, hambaarstide ja ämmaemandate teenuste osutamise vabadust käsitlevate direktiivide koostamine, ei peaks ühtlustama mitte ainult ebakonventsionaalsete meditsiinitöötajate staatust Euroopa Liidus, vaid ka liikmesriikides, kus praegu õiguslikku tunnustust ei ole. Seda tunnustust ei saa määratleda tavapärase meditsiineriala ning selle riiklike ja Euroopa esindusorganite egiidi all, kuivõrd neil

"uutel" meditsiinerialadel on oma (terviklik) ja spetsiifiline (erinev teadmiste valdkond) lähenemisviis.

Ekspertkomisjonide moodustamine, kus oleks esindatud võrdne arv asjaomase eriala praktikuid ja tavapärase meditsiini kutseala esindajaid, näib olevat piisav vastus vajadusele hinnata ravimeetodite tõhusust, määrata kindlaks vastutusala ja reserveeritavad tavad ning otsustada erinevate ebatraditsiooniliste meditsiini- või terapeutiliste erialade tunnustamise üle. Seoses sisemise korraldusega (deontoloogiline kood, kutseregister ja praegu tegutsevate praktikute koolituse täiendamine) peaks igal erialal olema vabadus võtta oma meetmeid.

7.Sotsiaalkindlustuse kohaldamisala laiendamine

Asjaolu, et ebatraditsioonilistel meditsiinerialadel puudub enamikus liikmesriikides õiguslik seisund, tähendab, et neil on raske olla kaetud olemasoleva sotsiaalkindlustussüsteemiga. Euroopa Liidus on sellega seoses esile kerkinud kaks lähenemisviisi. Esiteks on teatavad erialad osaliselt integreeritud: homöopaatilisi ravimeid hüvitab Prantsusmaal sotsiaalkindlustus, kuigi homöopaatiat kui sellist ei tunnustata õiguslikult ja homöopaatide osutatud teenuseid ei hüvitata diferentseeritud tariifiskaalal. Teine lähenemisviis, mis on palju levinum, hõlmab seda, et erakindlustusseltsid nõustuvad looma paralleelse hüvitamisstruktuuri.

Kumbki neist lähenemisviisidest ei saa olla pikaajaline: esimene sellepärast, et see on ebajärjekindel, ja teine sellepärast, et kui see muutuks üldiseks, moodustaks see osa sotsiaalkindlustuse erastamise suundumusest, mis ohustaks kogu meie ühiskonna arengut.

On selge, et niipea, kui antud ravi tunnustatakse kehtivaks, peaks sotsiaalkindlustusamet selle hüvitama. Patsientidel ei ole ravi osas valikuvabadust, isegi kui ebakonventsionaalseid meditsiinerialasid on õiguslikult tunnustatud, kui esineb diskrimineerimist seoses sotsiaalkindlustuse kulude hüvitamisega.

Kõik Euroopa sotsiaalkindlustussüsteemid on tugevalt miinuses. See ei tohiks siiski õigustada mittekonventsionaalse meditsiini väljajätmist; Tõepoolest, selle ennetavat rolli tuleks muu hulgas arvesse võtta mis tahes sotsiaalkindlustussüsteemide ülemaailmses reformis, mis võib ette näha hüvitussüsteemi, mis põhineb haiguse prognoositavatel kogukuludel, mitte ainult ravi- või meditsiinikuludel.

Iga terapeut, kes soovib süsteemi kuuluda, peaks siis võtma endale samad kohustused, ravikindlustuse skaalad ning ravi ja retseptide asjakohasuse jälgimise. Sellist kontrolli teostaksid siiski asjaomase kutseala eksperdid.

Arstidele ja mittekonventsionaalsetele arstidele, kes ei soovi meditsiinikindlustuslepingut allkirjastada, peab säilima õigus seda mitte teha, kui patsiente on sellest eelnevalt selgelt teavitatud. Lisaks ei saa me keelata patsientide õigust sõlmida lepinguid erakindlustusseltsidega, et katta hüvitamata ravikulud, kui nad seda soovivad.

8.Ebakonventsionaalsete meditsiiniliste õiguskaitsevahendite lisamine Euroopa farmakopöasse

Euroopa Nõukogu koostatud Euroopa farmakopöa tuleb avada teistele farmakopöadele, eelkõige Hiina meditsiinis kasutatavatele ravimtaimedele.

Mittekonventsionaalse meditsiini staatust käsitlevatel õigusaktidel ei ole mingit mõtet, kui arstide käsutuses ei ole kõiki raviotstarbelisi tooteid, mida nad peavad hädavajalikuks, seda enam, et väljapakutud kõrgetasemeline koolitus peaks kõrvaldama igasugused hirmud seoses ravimite

vigase väljakirjutamise ohuga. Seepärast tuleb direktiivid 65/65/EMÜ ja 75/319/EMÜ läbi vaadata. Läbivaatamisega tuleks ette näha kõigi mis tahes laadi meditsiinivahendite vaba liikumine, kui neid on tunnustanud üks ebatraditsioonilistest meditsiinivahendite valdkondadest, kasutades oma kriteeriume. Läbivaatamisega tuleks käsitleda ka meditsiinivahendite valmistamisel kasutatud tooraineid identifitseerivate märgiste sisu. Lisaks bioloogilistele testidele on vaja lisada makroskoopilised ja kromatograafilised analüüsid. Lisaks sellele otsustab hindamiskomitee, kuhu kuuluvad iga liikmesriigi ebatraditsiooniliste meditsiinivahendite kvalifitseeritud praktikud, teadlased, ravimitootjad ja tarbijajuhenduste esindajad, kellel on selles valdkonnas kogemusi, ning komisjoni esindajad, toodete kvaliteedikriteeriumide ning tõhususe ja ohutuse standardite üle, millest lähtuvad Euroopa farmakopöas avaldatud monograafiad. Samamoodi on vaja muuta määrust (EÜ) nr 2309/93, millega asutatakse Euroopa Meditsiinivahendite Hindamise Amet.

Lisaks tuleb olemasolevatele õigusaktidele lisada uued Euroopa õigusaktid toidulisandite kohta; Need on sageli piirimal dieettoiduainete ja meditsiinivahendite vahel. Uus õigusakt peaks võimaldama tagada tarbijakaitse kõrgema kvaliteedi ja hoidma ära selle, et praegu puuduvad õigusaktid, mis annaksid nende toidulisandite tootjad ja/või jaemüüjad kohtusse ebaseadusliku apteegis tegutsemise ettekäändel.

Ühendus peab siiski uurima impordi küsimust kolmandatest riikidest, kus samu tooteid käsitlevad erinevad õigusaktid. Meil peab olema võimalik nõuda, et importijad näitaksid üles läbipaistvust mis tahes erilise toote koostisosade olemuse ja kvaliteedi osas, mille puudumisel peaks ühendus keelama toodete importimise riikidest, mis keelduvad kohaldamast olulisi kvaliteedi- ja spetsifikatsioonistandardeid.

9. Sujuva ülemineku tagamine

On selge, et ühtlustamist ei saa teostada ühest päevast teise. Samuti on vaja otsustada moratoriumi üle, mis võimaldaks peatada käimasolevad kohtumenetlused selles raportis nimetatud ebatraditsiooniliste meditsiinivahendite praktikute vastu, mis on praegu teatavates liikmesriikides (eriti Prantsusmaal) käimas. Lisaks ei saa me "välja tõsta" kõiki neid, kes on siiani treeninud ja praktiseerivad. Seetõttu tuleb luua samaväärsuse komisjon, mis koosneb asjaomase eriala ekspertidest ja akadeemilise kvalifikatsiooniga õpetajatest, kes uurivad asjaomaste isikute olukorda ja nende diplomeid igal üksikjuhul eraldi ning otsustavad vajalike täienduste üle.

LISA

RESOLUTSIOONI ETTEPANEK, mille esitasid kodukorra artikli 45 alusel liikmed PIMENTA, DELL'ALBA, DIEZ DE RIVERA ICAZA, CROWLEY, EWING, GONZALEZ ALVAREZ ja Lord PLUMB täiendava (või mittekonventsionaalse) meditsiini kohta

Euroopa Parlament,

- A.arvestades, et märkimisväärsele osale elanikkonnast (olenevalt riigist 18–75%) on juurdepääs täiendavatele ravimeetoditele;
- B.arvestades, et tuleks võtta meetmeid, et tagada patsientidele vaba juurdepääs vabalt valitud ravile koos kõigi asjakohaste tagatistega;
- C.arvestades, et täiendmeditsiini õiguslikku alust käsitlevad Euroopa õigusaktid annavad ühe neist tagatistest;
- D.arvestades, et ravi vaba valik võib koos muude võimalustega olla hõlmatud sotsiaalkindlustussüsteemidega, mis ei näita üles diskrimineerimist täiendavate ravimitega seotud teenuste ja ravimite hüvitamisel;
- E.arvestades, et inimeste asutamisvabaduse tagamiseks tuleb kaotada piirangud, nagu on sätestatud asutamislepingu artikli 57 lõikes 3, kooskõlastades meditsiini-, sellega seotud ja farmaatsiaerialadel tegutsemise tingimusi eri liikmesriikides;
- 1.kutsub komisjoni üles võtma vajalikke meetmeid täiendmeditsiini eri erialade põhikirjade ühtlustamiseks;
 - 2.kutsub nõukogu üles jõustama selleteemalisi õigusakte, et tagada patsientidele vaba valik ravile koos kõigi asjakohaste tagatistega ning tagada arstidele asutamiseõigus tõhusal viisil;
 - 3.kutsub nõukogu üles edastama liikmesriikidele soovitusi lisada sotsiaalkindlustussüsteemidesse täiendavaid ravimeid.

ARVAMUS

(kodukorra artikkel 147)

keskkonna-, rahvatervise ja tarbijakaitsekomisjonile

mittekonventsionaalse meditsiini staatuse kohta

Õigusküsimuste ja kodanike õiguste komisjon

Arvamuse koostaja: Siegbert Alber

MENETLUS

Õigusküsimuste ja kodanike õiguste komitee nimetas oma 29. oktoobri 1996. aasta koosolekul arvamuse koostaja Siegbert Alberi.

Ta pidas oma 25. ja 26. novembri 1996. aasta koosolekul arvamustevahetuse, arutas arvamuse eelnõu oma 27.–28. jaanuari 1997. aasta koosolekul ning võttis 13 poolt- ja 1 vastuhäälega vastu tehtud järeldused, erapooletuid ei olnud.

Hääletusel olid kohal: esimees De Clercq; Alber, arvamuse koostaja; Añoveros Trias de Bes, Berger, Cassidy, Cot, Crawley, Gebhardt, Herman, (Ferri jaoks), Hory, David Martin, Thors, Ullmann, Valverde López, (Palacio Vallelersundi) ja Zimmermann.

Lannoye raporti eesmärk on saavutada mittekonventsionaalse meditsiini tunnustamine. Selles nõutakse direktiivide kehtestamist eelkõige seitsme nimetatud ravimeetodi kohta.

I.Üldised kaalutlused

1.Ühenduse pädevus ja õiguslik alus

Ebakonventsionaalsete meditsiinivaldkondade piiriülene mõõde puudutab tavapäraste arstide asutamisevabadust ja nende teenuste osutamise vabadust, kaupadega (eelkõige ravimitega) kauplemist ja teenuseid otsivate patsientide liikumist (patsiendid pöörduvad arsti poole; õigus valida arsti üle piiri).

EÜ asutamislepingus viidatakse tervishoiule artikli 3 punktides o ja s¹⁰, artiklites 36 ja 56, artikli 100a lõikes 3 ja artiklis 129. Kuigi ühenduse õigusakte ei ole artiklis 129 ette nähtud, võib korduvate viidete põhjal tervisele siiski järeldada, et tervisekaitse on liidu pädevuse

¹⁰Tarbijakaitse; see võib kehtida ravimite kohta.

lisaks artiklile 235 võetakse õigusliku aluse puhul arvesse ¹¹artikli 54 lõiget 2, artikli 57 lõikeid 1 ja 2, artikli 63 lõiget 2 ja artiklit 100a.

Artikkel 57 näib olevat süstemaatilises kontekstis kõige sobivam õiguslik alus selle lõike 3 eripära tõttu ("meditsiiniline ja sellega seotud [...] elukutsed"). Lõige 1 hõlmab diplomite vastastikust tunnustamist ja lõige 2 füüsilisest isikust ettevõtjana tegevuse alustamist ja jätkamist. Lõike 1 sõnastus on üldine, nii et liikmesriikides juba olemasolevad mittekonventsionaalse meditsiini diplomid võib selle alla arvata. Lõike 2 sõnastus on samuti üldine. Ei ole alust väita, et tegevus mittekonventsionaalse meditsiini valdkonnas tuleks nendest sätetest välja jätta.

Kuna kõnealused artiklid ei ole sõnastatud kitsalt, võib eeldada, et õigusloomeprotsessis osalevatel institutsioonidel on õigusliku aluse küsimuses ulatuslik kaalutusõigus.

Allpool esitatud põhjustel ei piirdu artikli 57 lõike 2 kohased ühtlustamisvõitused olemasolevate õigus- ja haldusnormidega. Esiteks ei tehta artikli 57 lõike 2 sõnastuses vahet olemasolevatel ja tulevastel õigus- ja haldusnormidel. Teiseks võib sätete täielikku puudumist sõltuvalt õiguslikust kontekstist tõlgendada kas asjaomase mittekonventsionaalse meditsiini täieliku keelustamisena või täieliku liberaliseerimisena. Neid sätteid saab siis niikuinii ühtlustada. Kolmandaks on olemas teleoloogiline argument artikli 57 lõike 2 kitsa tõlgendamise vastu: oleks absurdne oodata piisavat lahknevust riiklike eeskirjade vahel ja alles siis taastada soovitud ühtsus!

2.Subsidiarsus

Kõigepealt tuleb märkida, et mittekonventsionaalset meditsiini käsitlevad liikmesriikide eeskirjad on väga erinevad. See tähendab, et ebatraditsiooniliste arstide konkurentsitingimused liikmesriikides ei ole kaugeltki ühesugused. Sellest vaatenurgast on põhimõtteliselt vaja tegutseda Euroopa tasandil. Teisest küljest ei ole vaja Euroopa eeskirju, mis puudutaksid sekkumist liikmesriikide haigekassade korraldamisse, sissemaksete ja hüvitamise korda; vastavalt subsidiaarsuse põhimõttele jäävad sellised eeskirjad liikmesriikide pädevusse.

3.Abstraktne definitsioon või suletud nimekiri?

Härra Lannoye esitatud määratlusi tuleks täiendada järgmiselt:

Mittekonventsionaalse meditsiini mõiste all tuleks mõista ravimeetodeid, mis ei ole või ei ole veel tavapärase meditsiini osa, mis suure tõenäosusega toovad kaasa lubatud tervenemise ja mille pakkumine ei sõltu tingimata arstiteaduse riiklikult omistatud kraadist (arsti diplom).

Abstraktne määratlus on eelistatavam kui erialade loetelu, sest uute arengute piiramine või isegi keelamine mittekonventsionaalse meditsiini valdkonnas oleks põhjendamatu.

Pealegi ei oleks iga mittekonventsionaalse meditsiinidistsipliini jaoks eraldi direktiividel mingit kasulikku eesmärki. Eelistatav on ühtne direktiiv, nagu see, mida kohaldatakse tavameditsiini suhtes.

Liikmesriigis ametiprofiili puudumine ei tohiks takistada sellel kutsealal tegutsemist selles liikmesriigis, kui see on hõlmatud Euroopa direktiiviga.

¹¹Direktiiv 92/73/EMÜ (EÜT L 297, 13.10.1992, lk 8) põhines artiklil 100a.

4. Komiteede kasutamine

Härri Lannoye nõutud komiteede kasutamine on põhimõtteliselt mõistlik, kuid need peavad jääma nõukogu 13. juuli 1987. aasta otsuse piiridesse¹². Fontaine'i raportis (A4-0269/96) arstide vaba liikumise ning nende diplomite, tunnistuste ja muude kvalifikatsiooni tõendavate dokumentide vastastikuse tunnustamise kohta nõutakse ka halduskomitee loomist (Ib liik).

5. Patsientide kaitse

Patsientide kaitse on tõhusa tervisekaitse oluline aspekt. Seda on võimalik saavutada kõrgeima võimaliku kvalifikatsiooni, teabe esitamise nõuete ja asjakohaste hüvitusmehhanismide abil.

5.1. Mittekonventsionaalsete arstide kvalifikatsioonitase

(a) Tavapärastel arstidel, kes on pöördunud ebakonventsionaalse distsipliini poole, on teadmised, mis võimaldavad neil vajaduse korral võtta tavapäraseid ravimeetmeid. Selline kvalifikatsioonitase on tervitatav ja see rühm tekitab kõige vähem kahtlusi. Koolitatud arstid, kes keskenduvad mittekonventsionaalsele meditsiinile, võivad seetõttu vabalt töötada mittekonventsionaalsete praktikutena.

b) Arsti diplomita mittekonventsionaalsed praktikud ei omanda sageli oma koolitusel vajalikke põhiteadmisi. Seepärast peaks eesmärk olema tagada võimalikult kõrge kvalifikatsioonitase. Seda on võimalik tagada kutsealase eneseregulatsiooni abil: kutseorganisatsioonid võiksid teostada järelevalvet asjaomasele distsipliinile juurdepääsu ja selle praktiseerimise üle. Eeldusel, et selle elukutse esindajad on piisavalt auväärased, oleksid nad kõige sobivamad inimesed oma kolleegide üle kohut mõistma. Võib eeldada, et kutsealad kohaldavad konkurentsi piiramiseks rangeid standardeid. Sellised kutseorganisatsioonid peaksid olema avatud riigiasutuste kontrollile. Nõutav minimaalne kvalifikatsioonitase peaks olema see, mis on ühes liikmesriigis välja töötatud "Heilpraktiker" (tervishoiutöötaja) kutseala jaoks. Tuleb teha täiesti selgeks, et see kvalifikatsioonitase ei ole määratletud abstraktselt, kuid asjaomased asutused, kes tegutsevad laialdase kaalutusõigusega, võivad selle lugeda üksikjuhtudel saavutatuks või mittesaavutatuks¹³. Igal juhul tuleb mittekonventsionaalsetelt arstidelt nõuda põhiteadmisi tavameditsiinist koos üksikasjalike teadmistega asjaomase mittekonventsionaalse distsipliini valdkonnas.

5.2. Ennetus- ja hüvitusmehhanismid

Siin on patsientide kaitse huvides olevateks võimalusteks esimesel juhul eelkõige teabe esitamise kohustus ja teisel juhul kohustuslik vastutuskindlustus. Ravi osutavatelt arstidelt tuleks nõuda võimalikult põhjaliku teabe esitamist. Ka teavituskampaaniad võivad anda positiivse panuse. Teabe sisu peaksid kindlaks määrama ja kontrollima kutseorganisatsioonid. Kohustuslik vastutuskindlustus peaks olema seotud kohustusliku liikmesusega asjaomases kutseorganisatsioonis. See peaks vastama samale standardile kui tavapärase arstide vastutuskindlustus.

¹²EÜT L 197, 18.7.1987, lk 33.

¹³17. veebruari 1939. aasta seadus arsti litsentsita kutsealal tegutsemise kohta (tervishoiutöötajate seadus) (RGBI I, lk 251; BGBI III 2122-2); 18. veebruari 1939. aasta esimene rakendusmäärus arsti litsentsita kutsealal tegutsemise seaduse kohta (tervishoiutöötajate seadus) (RGBI I, lk 259; BGBI III 2122-2-1); vt tervishoiutöötajate seaduse artikkel 1 ja rakendusmääruse artikli 3 lõiked 1, 2 ja 4. Erakolledžid on saadaval tervishoiutöötaja koolituse pakkumiseks, kuid nendes osalemine ei ole kohustuslik. Kohalikud rahvatervise osakonnad kontrollivad enne tervishoiutöötajana tegutsemise loa andmist tervishoiutöötaja kandidaatide teadmisi ja oskusi suuniste alusel. Tervishoiutöötajad on korraldatud mitmetes eraõiguslikes ühingutes.

II.Õiguslikud järeldused ja muudatusettepanekud

A.Järeldused

- 1.Mittekonventsionaalsed meditsiinidistsipliinid tuleks määratleda abstraktselt. Mittekonventsionaalse meditsiini mõiste all tuleks mõista ravimeetodeid, mis ei ole või ei ole veel tavapärase meditsiini osa, mis suure tõenäosusega toovad kaasa lubatud tervenemise ja mille pakkumine ei sõltu tingimata arstiteaduse riiklikult omistatud kraadist (arsti diplom).
2. Ühenduse pädevuse olemasolu mittekonventsionaalse meditsiini valdkonnas tuleks põhimõtteliselt kinnitada. Selle valdkonna eeskirjad võivad põhineda eelkõige artikli 57 lõigetel 1 ja 2. Selleks tuleks resolutsiooni tekstis selgesõnaliselt viidata asutamislepingu artikli 138b lõikele 2.
- 3.Mis tahes ühenduse eeskirjade süsteemi eesmärk peab olema eelkõige tagada, et patsientidel oleks vabadus ravi valida, et nad oleksid täielikult teadlikud mittekonventsionaalse meditsiini valimise eelistest, piirangutest ja riskidest ning et nad oleksid kaitstud šarlataanide eest.
- 4.Mittekonventsionaalsetel arstidel peab olema kõrgeim võimalik kvalifikatsioon. Nõutav tase peaks olema vähemalt samaväärne näiteks määraga, mis on välja töötatud "Heilpraktikeri" (tervishoiutöötajad) jaoks.
- 5.Ennetus- ja hüvitismehhanismid peaksid üldjuhul seisnema kohustuslikus liikmesuses kutseorganisatsioonides, mis on avatud avaliku sektori asutuste kontrollile, ning eelkõige põhjaliku teabe andmises ja kohustuslikus vastutuskindlustuses, mille peavad sõlmima ebakonventsionaalse raviga tegelevad arstid.

B.Lannoye aruandes tuleks muuta allpool esitatud punkte

- 6.Raporti projekti teises tsitaadis sisalduvale Euroopa Nõukogu Parlamentaarse Assamblee 28. jaanuari 1994. aasta resolutsiooni ettepanekule tehtud viitele tuleb lisada märkus, mille kohaselt kõnealune tekst väljendab üksnes ettepanekule allakirjutanute seisukohti ega kujuta endast parlamentaarse assamblee poolt vastu võetud arvamust. Teine volitus tuleks seetõttu välja jätta.
- 7.Lõik "arvestades, et asutamislepinguga liikmesriikidele pandud kohustused, eelkõige need, mis on sätestatud artikli 57 lõikes 3, nõuavad tungivalt, et liikmesriigid kooskõlastaksid meditsiini-, meditsiiniga seotud ja farmaatsiaerialadel tegutsemise tingimusi" (põhjendus F, viimane osa) tuleks välja jätta, kuna artikli 57 lõikest 3 ei tulene kohustust.
- 8.Ravikulude hüvitamine sotsiaalkindlustusskeemidest ei kuulu ühenduse pädevusse. Seepärast tuleks põhjendust L vastavalt muuta
- 9.Üksikud direktiivid üksikute mittekonventsionaalsete meditsiinierialade kohta ei pruugi olla soovitatavad. Komisjon peaks koostöös eri valdkondade ekspertidega hindama, kas selle valdkonna õigusakte ei tuleks pigem kehtestada ühtse direktiivina.
- 10.Tegevusetusmenetluse algatamist käsitlev lõik (raporti projekti lõige 2) ei pea artikli 175 teise lõigu sõnastust arvestades paika ja tuleks seetõttu välja jätta.
- 11.Raporti projekti lõikes 6 esitatud komiteesid võib moodustada üksnes siduvate õigusaktidega. Sellistel õigusaktidel peab olema asutamislepingus sätestatud õiguslik alus.Tavapäraste ja ebatraditsiooniliste sektorite võrdne esindatus lõikes 6 a osutatud ekspertkomisjonis ning

lõikes 6 b osutatud hindamiskomisjoni eneseregulatsiooni põhimõte ei anna patsientide kaitseks vajalikke tagatise. Seepärast tuleks need sätted välja jätta

12. Raporti projekti lõikes 7 nõutud moratorium on õiguslikult kaheldav ja rikub riiklikku kriminaaljurisdiktsiooni. Kõik lõigud Lannoye raporti resolutsioonist, mis on suunatud sel eesmärgil, tuleks seetõttu välja jätta.

[1] Consumer protection; this may relate to medicinal products.

[2] Directive 92/73/EEC (OJ L 297, 13.10.1992, p. 8) was based on Article 100a.

[3] OJ L 197, 18.7.1987, p. 33.

[4] Law on the professional practice of medicine without a medical licence (Law on Health Practitioners) of 17 February 1939 (RGBI I, p. 251; BGBI III 2122-2); first implementing regulation on the Law on the professional practice of medicine without a medical licence (Law on Health Practitioners) of 18 February 1939 (RGBI I p.259; BGBI III 2122-2-1); see Article 1 of the Law on Health Practitioners and Articles 3(1), (2) and 4 of the implementing regulation. Private colleges are available to provide training as a health practitioner, but attendance at them is not compulsory. Local public health departments check the knowledge and skills of health practitioner candidates, on the basis of 'guidelines', before a permit to practise as a health practitioner is granted. Health practitioners are organized in several associations governed by private law.