

Iwona Wrześniewska-Wal

Zakład Prawa Medycznego i Orzecznictwa Lekarskiego

Szkół Zdrowia Publicznego

Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego w Warszawie

ORCID: 0000-0002-8892-5985

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

Dariusz Hajdukiewicz

ORCID: 0000-0002-7456-0655

dariusz.hajdukiewicz@cmkp.edu.pl

Telemedycyna w Polsce – aspekty prawne, medyczne i etyczne

Wstęp

Już w latach sześćdziesiątych ubiegłego wieku w Stanach Zjednoczonych rozpoczął się rozwój nowej koncepcji udzielania świadczeń zdrowotnych, zwany telemedycyną. Początkowo służyła ona medycynie wojskowej, umożliwiając konsultowanie pacjentów na odległych kontynentach, a także medycynie kosmicznej, ułatwiając monitorowanie stanu zdrowia astronautów. Polityka militarna i podbój kosmosu spowodowały, że w tej fazie rozwój telemedycyny możliwy jedynie w Stanach Zjednoczonych oraz w ZSRR. W kolejnych latach usprawniano technologie przesyłania obrazów (RTG, histopatologicznych i mikroskopowych), podejmowano próby wykonywania operacji na odległość, z dobrym skutkiem prowadzono konsultacje cywilnych pacjentów na różnych kontynentach (np. pomoc Stanów Zjednoczonych dla Armenii i Rosji w 1989 r.). Rozwój sieci komputerowej i Internetu przyspieszył postęp w rozwoju telemedycyny. Kolejnym przełomem było zbudowanie robota ZEUS w 1999 r. i przeprowadzenie międzykontynentalnej Operacji Lindbergh¹ dwa lata później. Do państw przodujących dołączyły m.in. Francja czy Niemcy, ale także państwa uboższe (np. Macedonia) postawiły na rozwój technik cyfrowych w medycynie.

¹ M.M. Bujnowska-Fedak, P. Kumiega, B.J. Sapilak, *Zastosowanie nowoczesnych systemów telemedycznych w opiece nad ludźmi starszymi*, „Family Medicine & Primary Care Review” 2013, nr 15(3), s. 441–446.

W Polsce telemedycyna zaistniała w 2001 r. – powstała wówczas Sekcja Telemedycyny Polskiego Towarzystwa Lekarskiego. Jednak w następnych latach postęp w tym zakresie dokonywał się niemrawo. Chlubnym wyjątkiem są obiecujące prace nad kolejną generacją robota Robin Heart².

Obecnie w dobie pandemii COVID-19 wiele państw członkowskich UE dokonało znacznych inwestycji w rozwój technologii informacyjno-komunikacyjnych w opiece zdrowotnej. E-zdrowie zyskuje coraz większą akceptację i jest coraz częściej stosowane w całej UE. Jednak rozwiązania te nadal napotykają bariery legislacyjne. W Polsce jedna z tych barier związana ze sposobem prowadzenia dokumentacji medycznej została zniesiona. Dostęp pacjentów do dokumentacji medycznej online był zalecany jako kluczowe działanie w ramach Europejskiej Agendy Cyfrowej. Z rozwojem telemedycyny związane są kwestie ekonomiczne, finansowe, społeczne i prawne oraz etyczne. Wadliwe stosowanie nowych technologii, takich jak telemedycyna, może być źródłem poważnego naruszenia podstawowych praw jednostki. Z tego powodu niezbędne są ramy normatywne.

Siatka pojęć: e-zdrowie, telemedycyna i teleopieka

Określenie e-zdrowie jest pojęciem szerszym, zawierającym w swoim zakresie nie tylko telemedycynę. W skład e-zdrowia wchodzi jeszcze takie elementy zakresowe, jak teleopieka (telezdrowie), informatyka medyczna, technologie informacyjno-komunikacyjne w opiece zdrowotnej czy zarządzanie informacjami o zdrowiu. Do tego obszaru zalicza się również platformy informatyczne o charakterze prozdrowotnym³. W ramach e-zdrowia wykorzystuje się dziś także e-skierowania, e-recepty, e-zwolnienia czy e-rejestracje, których – podobnie jak prowadzenia elektronicznej dokumentacji medycznej – nie należy jednak utożsamiać ani z teleopieką, ani z telemedycyną. Zatem e-zdrowie to stosowanie narzędzi i usług technologii informacyjnych i komunikacyjnych w szeroko rozumianej opiece zdrowotnej.

W odpowiedzi na zmiany społeczno-gospodarcze Światowa Organizacja Zdrowia (dalej: WHO) sformułowała wytyczne dotyczące wdrażania krajowych

² Kolejne pokolenia polskiego robota operacyjnego, mogące konkurować z amerykańskim robotem Da Vinci, w szczególności w operacjach serca, tworzone są przez naukowców z Fundacji Rozwoju Kardiochirurgii w Zabrzu.

³ D. Gęsicka, *Usługi medyczne jako usługi społeczeństwa informacyjnego*, [w:] I. Lipowicz, G. Szpor, M. Świerczyński (red.), *Telemedycyna i e-zdrowie. Prawo i informatyka*, Warszawa 2019, s. 75. Także wśród lekarzy nie ma nadal dostatecznej wiedzy odnośnie do możliwości praktycznego zastosowania tego narzędzia w ich codziennej praktyce zawodowej, w tym także na temat skuteczności i efektywności ekonomicznej oraz możliwych korzyści dla pacjentów. W. Zgliczyński, J. Pinkas, D. Cianciara, M. Sitarek, T. Berdya, J. Nowicka-Wasilewska, J. Kawwa, *Telemedycyna w Polsce – bariery rozwoju w opinii lekarzy*, „Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu” 2013, nr 19(4), s. 496–499.

strategii e-zdrowia⁴, a Unia Europejska przyjęła odpowiedni plan działań na lata 2012–2020⁵. Strategie e-zdrowia rozprzestrzeniają się we wszystkich państwach członkowskich. W Polsce obowiązującym dokumentem jest *Strategia Rozwoju e-Zdrowia w Polsce* na lata 2018–2022⁶.

Należy przede wszystkim odróżnić teleopiekę od telemedycyny. Wprawdzie obie koncepcje zaliczane są do obszaru e-zdrowia, jednak teleopieka, na podobnych do telemedycyny zasadach, realizuje zadania z zakresu raczej pomocy społecznej, a nie ochrony zdrowia. Pozwala na zapewnienie podopiecznym (niekoniecznie pacjentom) bezpieczeństwa, polegającego m.in. na monitorowaniu funkcjonowania osoby, a także na umożliwieniu jej szybkiego uzyskania adekwatnej do potrzeb pomocy (czasem także medycznej). Specjalne opaski monitorujące pozwalają śledzić parametry życiowe (ciśnienie, tętno, poziom cukru), a także reagować na gwałtowną zmianę pozycji ciała (sygnalizując upadki) czy wreszcie świadomie wezwać pomoc (tzw. przycisk życia)⁷.

Określenie telemedycyna pochodzi od słów z języka greckiego *tele* – na odległość i łacińskiego *medicina* – nauka rozpoznawania i leczenia chorób. Na poziomie międzynarodowym istnieje wiele różnych definicji tego pojęcia. Definicja zawarta w komunikacie z 4 listopada 2008 r. Komisji do Parlamentu Europejskiego, Rady Europejskiej, Europejskiego Komitetu Ekonomiczno-Społecznego oraz Komitetu Regionów w sprawie korzyści telemedycyny dla pacjentów, systemów opieki zdrowotnej i społeczeństwa, telemedycyna jest to świadczenie usług zdrowotnych z wykorzystaniem TIK w sytuacji, gdy pracownik służby zdrowia i pacjent (lub dwaj pracownicy służby zdrowia) nie znajdują się w tym samym miejscu. Usługi telemedyczne wiążą się z przesyłem danych i informacji medycznych (jako tekstu, obrazu, dźwięku lub w innej formie), które są konieczne do działań prewencyjnych, diagnozy, leczenia i kontroli stanu zdrowia pacjenta⁸. Podobna, ale bardziej rozbudowana jest definicja sformułowana przez WHO, według której telemedycynę charakteryzują występujące razem poniższe cechy: świadczenie usług zdrowotnych, roz-

⁴ F.S. Mair, C. May, C. O'Donnell, T. Finch, F. Sullivan, E. Murray. *Factors that promote or inhibit the implementation of eHealth systems: an explanatory systematic review*, „Bull World Health Organ” 2012, nr 90, s. 357–64.

⁵ *Plan działań w zakresie e-zdrowia na lata 2012–2020 – Innowacyjna opieka zdrowotna na miarę XXI wieku 2012*, http://ec.europa.eu/newsroom/dae/document.cfm?doc_id=4188 (data dostępu: 10.07.2020).

⁶ Przyjęta 2 grudnia 2017 r. przez Ministerstwo Zdrowia oraz Ministerstwo Cyfryzacji, <https://www.gov.pl/web/cyfryzacja/prezentacja-strategii-rozwoju-e-zdrowia-w-polsce-na-lata-2018-2022> (data dostępu: 10.07.2020).

⁷ Przykładowy opis zalet takiego programu np. „Przycisk Sieci Życia” – na pomoc starszym, chorym i samotnym na stronie www.krakow.pl, 2019.

⁸ Komunikat Komisji do Parlamentu Europejskiego, Rady, Europejskiego Komitetu Ekonomiczno-Społecznego oraz Komitetu Regionów w sprawie korzyści telemedycyny dla pacjentów, systemów opieki zdrowotnej i społeczeństwa, KOM(2008)689 wersja ostateczna 2008, <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/PL/TXT/?qid=1426260639870&uri=CELEX:52008DC0689> (data dostępu: 22.07.2020).

łączność miejsca, udział osoby albo osób wykonujących zawody medyczne (relacja: profesjonalista medyczny – drugi profesjonalista medyczny albo profesjonalista medyczny – pacjent), wykorzystywanie technologii informatycznych i komunikacyjnych (ICT – *Information and Communication Technology*), cele – profilaktyka, diagnostyka i leczenie chorób i urazów, prowadzenie badań i ich ocena, zapewnienie i kontynuacja kształcenia pracowników systemu ochrony zdrowia, dla poprawy zdrowia jednostek oraz tworzonych przez nie społeczności⁹. Dużym uznaniem cieszy się definicja Amerykańskiego Stowarzyszenia Telemedycyny (ATA): telemedycyna to wymiana informacji medycznych pomiędzy co najmniej dwoma użytkownikami przy wykorzystaniu komunikacji elektronicznej w celu poprawy zdrowia pacjentów¹⁰.

Warto wspomnieć, że w ramach teleonkologii istnieje możliwość bezinwazyjnego badania piersi metodą termograficzną, w teleradiologii (obok opisywania badań obrazowych) możliwe jest kierowanie samym badaniem w czasie rzeczywistym¹¹. Dziedzin medycyny w których możliwe jest udzielanie świadczeń na odległość jest znacznie więcej np. telekardiologia¹² (elektryczny stetoskop, EKG, Holter i inne np. w zespołach ratownictwa medycznego), a także teledermatologia¹³, teleokulistyka¹⁴, telepsychiatria¹⁵, teleaudiologia¹⁶, tele-rehabilitacja¹⁷. Nawet w opiece położniczej możliwe jest monitorowanie ciąży w jej końcowym okresie. Wspomniano już o wykonywaniu zabiegów operacyjnych na odległość¹⁸. Warto jeszcze pamiętać, że wspomniane w definicji telemedycyny według WHO kształcenie medyków na odległość to tzw. telementoring.

⁹ WHO Telemedicine. Opportunities and development in Member States. Report on the 2nd global survey on eHealth, 2010, s. 9.

¹⁰ American Telemedicine, <https://www.americantelemed.org/> (data dostępu: 22.07.2020).

¹¹ W. Maczuk, *Medycyna na odległość (telemedycyna)*, [w:] M. Boratyńska, P. Konieczniak (red.), *System Prawa Medycznego*, t. 2, *Regulacja prawna czynności medycznych*, cz. 2, Warszawa 2019, s. 150–151.

¹² M. Sygut, *Telekardiologia ma przyszłość*, www.rynekzdrowia.pl, 2017 (data dostępu: 10.07.2020).

¹³ J. Maj, *Telemedycyna w dermatologii*, „Dermatologia po Dyplomie” 2018, nr 4.

¹⁴ R. Rejdak, A. Matysik, M. Zarbin, *Telemedycyna w okulistyce*, Prezentacja_Prof_Roberta_Rejdaka_Telemedycyna_w_okulistyce.pdf, www.gov.pl (data dostępu: 10.07.2020).

¹⁵ M. Krzystanek, A. Stolarczyk, M. Borkowski, S. Murawiec, *Telemedyczna terapia poznawczo-behawioralna*, „Psychiatria” 2018, nr 15(2), s. 110–116.

¹⁶ Polskie, autorskie rozwiązanie przygotowano w Światowym Centrum Słuchu w Kajetanach, za: M. Jankowski, A. Klimczak-Wieczorek, M. Kloc, M. Matuszewski, J. Rozum, *Telemedycyna w Polsce. Możliwości i szanse rozwoju*, 2016_11_25_Telemedycyna_04_WWW.pdf.

¹⁷ I. Lipowicz, *Administracja świadcząca na odległość – nowe wyzwania administracyjno-prawne*, [w:] I. Lipowicz, G. Szpor, M. Świerczyński (red.), *Telemedycyna i e-zdrowie. Prawo i informatyka*, Warszawa 2019, s. 21–22.

¹⁸ W takim przypadku istotną rolę odgrywa jeszcze kolejna nowoczesna technologia – sztuczna inteligencja. O problemach związanych z finansowaniem chirurgii robotowej więcej w: M. Małek-Orłowska, *Niemoralność finansowa robota? O negatywnej rekomendacji AOTM dla robota Da Vinci*, „Prawo i Medycyna” 2016, nr 1, s. 68–80.

Działalność lecznicza a systemy teleinformatyczne

Pomimo upowszechnienia się w ostatnim czasie usług medycznych świadczonych za pomocą nowych technologii w Polsce pojęcie telemedycyny nie do czekało się ustawowej definicji¹⁹. Punktem wyjścia do analizy krajowych regulacji jest jedynie ogólna definicja zawarta w ustawie o działalności leczniczej z 2011 r.²⁰ Zgodnie z nią działalność lecznicza polega na udzielaniu świadczeń zdrowotnych, które mogą być udzielane za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności (art. 3 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej). Oznacza to, że na gruncie prawa polskiego ustawodawca dość szeroko wyznacza zakres tej regulacji. Ze względu na zakres przedmiotowy kluczowym pojęciem jest definicja świadczenia zdrowotnego. Zgodnie z ustawą o działalności leczniczej świadczenie zdrowotne 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 pkt. 10 ustawy o działalności leczniczej). Szerszą definicję świadczenia zdrowotnego zawiera słownik zawarty w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.²¹ Przepis art. 5 pkt. 40 tej ustawy stanowi, że świadczenie zdrowotne to działanie służące profilaktyce, zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia oraz inne działanie medyczne wynikające z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich udzielania. Ta regulacja wskazuje, w pierwszej kolejności na profilaktykę. W „Słowniku języka polskiego” profilaktyka oznacza działania i środki mające na celu zapobieganie niekorzystnym zjawiskom, zwłaszcza chorobom²². Rozwój tej dziedziny doprowadził do wprowadzenia podziału profilaktyki na dwie grupy: indywidualną (wysokiego ryzyka)²³ oraz populacyjną, która koncentruje się na całej populacji, bez względu na indywidualne ryzyko rozwoju choroby. W obu tych przypadkach efektywne wykorzystanie telemedycyny jest wielką szansą a także polem edukacji w zakresie promocji zdrowia. Włączenie prewencji oraz rozpoznanie i właści-

¹⁹ A. Nowak, *Telemedycyna transgraniczna – problematyka prawa właściwego dla przypadków odpowiedzialności cywilnej podmiotów medycznych na gruncie prawodawstwa unijnego*, „Prawo Mediów Elektronicznych” 2018, nr 1, s. 36–45.

²⁰ Ustawa o działalności leczniczej z 15 kwietnia 2011 r. (Dz.U. z 2011 r., Nr 112, poz. 654 z późn. zm.).

²¹ Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2004 r., Nr 210, poz. 2135 z późn. zm.).

²² <https://sjp.pwn.pl/szukaj/profilaktyka.html> (data dostępu: 23.06.2020).

²³ Profilaktyka wysokiego ryzyka polega na aktywnym działaniu wśród osób, u których istnieje największe prawdopodobieństwo rozwoju danej choroby (np. serca i naczyń), a zwłaszcza na aktywnym wyszukiwaniu tych jednostek, które mają podwyższoną wartość znanego czynnika ryzyka, aby następnie zaoferować im odpowiednią terapię. K. Lewtak, M. Gajewska, L. Sugay, A. Rutyna, *Profilaktyka chorób – definicje*, <https://www.pzh.gov.pl/profilaktyka-chorob-definicja/> (data dostępu: 23.06.2020).

we kontrolowanie czynników ryzyka chorób cywilizacyjnych (m. in. palenia tytoniu, spożycia alkoholu, niskiej aktywności fizycznej, nieracjonalnego odżywiania) w zakres podstawowej opieki zdrowotnej (dalej: poz) uznawane jest za skuteczną metodę zapewniania wszechstronnej i kompleksowej opieki²⁴. Podstawowa opieka zdrowotna stanowi pierwsze miejsce kontaktu pacjenta z lekarzem. Stąd zmiany legislacyjne najpierw nastąpiły na poziomie poz, a później dopiero objęły pozostałe obszary usług medycznych.

Jeszcze w 2011 r. przepisy dotyczące wykonywania zawodu lekarza i lekarza dentystry wskazywały, że orzeka on o stanie zdrowia określonej osoby po uprzednim osobistym jej zbadaniu. Natomiast zmiana wprowadzona w 2015 r. na mocy ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw²⁵ dopuściła często wykorzystywaną w poz możliwość wystawienia bez konieczności dokonania osobistego badania pacjenta: recepty niezbędnej do kontynuacji leczenia oraz zlecenia na zaopatrzenie w wyroby medyczne jako kontynuację zaopatrzenia w wyroby medyczne. Jednak jedynie, gdy jest to uzasadnione stanem zdrowia pacjenta oraz jest odzwierciedlone w dokumentacji medycznej.

Dodatkowo pod koniec 2015 r. została uporządkowana kwestia wizyt online. Na mocy ustawy o zmianie ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia oraz niektórych innych ustaw²⁶, wprowadzano możliwość zbadania pacjenta za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności. Wizyta online stała się równoprawnym świadczeniem zdrowotnym. Ta zmiana legislacyjna nie miała jednak istotnego wpływu na funkcjonowanie całego systemu ochrony zdrowia. Faktycznie do systemu wizytę online wprowadzono w ramach poz od 5 listopada 2019 r. na mocy rozporządzenia Ministra Zdrowia z 31 października 2019 r.²⁷ Wówczas weszły w życie zmiany włączające do zakresu świadczeń gwarantowanych poradę lekarską udzielaną w warunkach ambulatoryjnych na odległość przy użyciu systemów teleinformatycznych lub systemów łączności. Uzupełnieniem, a zarazem szczegółowym określeniem zakresu porady jest zarządzenie prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia²⁸.

²⁴ K. Lewtak, A. Poznańska, *Uwarunkowania prowadzenia edukacji zdrowotnej pacjentów przez lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej*, „Przegląd Epidemiologiczny” 2012, nr 66, s. 697–704.

²⁵ Ustawa z 22 lipca 2014 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw.

²⁶ Ustawa z 9 października 2015 r. o zmianie ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia oraz niektórych innych ustaw.

²⁷ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 31 października 2019 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz.U. z 2019 r., poz. 2120).

²⁸ Zarządzenie prezesa NFZ z 30 grudnia 2019 r., nr 177/2019/DSOZ, w sprawie warunków zawarcia i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej.

Wybrane podstawy prawne telemedycyny

Istotne miejsce w obowiązujących regulacjach ma art. 42 ust. 1 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty (dalej: u.z.l.)²⁹, który stanowi, że „lekarz orzeka o stanie zdrowia określonej osoby po uprzednim, osobistym jej zbadaniu lub zbadaniu jej za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności, a także po analizie dostępnej dokumentacji medycznej tej osoby”. Oznacza to, że porada lekarska może się odbyć przy osobistej obecności lekarza i pacjenta, jak i za pośrednictwem systemów teleinformatycznych.

Analizując powyższą regulację po pierwsze należy odnieść się do słowa „orzeka”, które może mieć różne znaczenie. W art. 2 u.z.l. ustawodawca zestawiał obok siebie czynności lecznicze (materialne) i czynności orzecznicze (formalne, tzn. wydawanie opinii i orzeczeń). Znaczenie formalne oznacza wydawanie przez lekarza zaświadczenia na podstawie przepisów szczególnych, które jest niezbędne do realizacji określonych uprawnień przez osobę, której dotyczy, a materialne „orzekania” sprowadza się do merytorycznej wypowiedzi o stanie zdrowia badanej osoby³⁰.

W rezultacie tylko przepisy szczególne mogą ograniczać lekarza. Wydaje się to konieczne by ostatecznie rozwiązać wspomniane wątpliwości, co do faktycznych możliwości posłużenia się rozwiązaniami telemedycznymi przy orzekaniu o stanie zdrowia. Do niedawna pojawiały się także kontrowersje przy wystawianiu tą drogą e-recept³¹. Jednak w ostatnim czasie takie ograniczenia są stopniowo usuwane. Obecnie istnieje możliwość wydania zaświadczenia lekarskiego (e-ZLA) o czasowej niezdolności do pracy z powodu choroby, pobytu w szpitalu albo innym zakładzie leczniczym podmiotu leczniczego wykonującego działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne albo o konieczności osobistego sprawowania opieki nad chorym członkiem rodziny. W doktrynie słusznie podkreśla się, że o ile ocena stanu zdrowia wymaga jedynie wiedzy medycznej, to już ocena jego wpływu na zdolność do pracy wymaga także określonego doświadczenia. Stąd orzekanie co do niezdolności do pracy następuje po przeprowadzeniu bezpośredniego badania ubezpieczonego lub chorego członka rodziny, a przy jego wystawianiu należy brać pod uwagę stan zdrowia ubezpieczonego, ale koniecznie z uwzględnieniem rodzaju i warunków pracy³². Badanie to może jednak nastąpić również na wizycie online, choć nie ulega wątpliwości, że w pewnych przypadkach

²⁹ Ustawa z 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz.U. z 2020 r., poz. 514).

³⁰ G. Głanowski, *Telemedycyna w świetle ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty*, „Monitor Prawniczy” 2015, nr 18, s. 978–981.

³¹ D. Kaczan, *Telemedycyna w prawie polskim i kilka uwag na tle prawa unijnego*, „Zeszyty Prawnicze” 2017, nr 17(1), 95–99.

³² M. Gersdorf, B. Gudowska (red.), *Ustawa o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa. Komentarz*, 2012, Legalis.

konieczne będzie badanie przedmiotowe pacjenta lub zlecenie dodatkowych badań. Decyzję o sposobie badania podejmuje lekarz. Zgodnie z art. 54 ustawy o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa³³ jest on zobowiązany do przestrzegania zasad orzekania o czasowej niezdolności do pracy.

Warto dodać, że podobne zmiany, wprowadzone zostały do regulacji dotyczących zasad wykonywania zawodu pielęgniarki i położnej³⁴ oraz ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym (dalej: u.p.r.m.)³⁵. W art. 11 ust. 1 ww. ustawy dotyczącej wykonywania zawodu pielęgniarki i położnej stwierdzono, że „pielęgniarka i położna wykonują zawód, z należytą starannością, zgodnie z zasadami etyki zawodowej, poszanowaniem praw pacjenta, dbałością o jego bezpieczeństwo, wykorzystując wskazania aktualnej wiedzy medycznej oraz pośrednictwo systemów teleinformatycznych lub systemów łączności”. Natomiast ratownikowi medycznemu ustawodawca zezwolił na udzielanie świadczeń z wykorzystaniem technik telemedycyny, ale uczynił to w zawołany sposób i w bardzo ograniczonym zakresie. Zgodnie z art. 41 ust. 3 u.p.r.m., kierujący akcją medyczną powinien pozostawać w stałym kontakcie z dyspozytorem medycznym, korzystając z systemu telemedycyny podczas prowadzenia medycznych czynności ratunkowych. Ponadto, zgodnie z art. 11 ust. 10a i 10b u.p.r.m., ratownik medyczny oraz pielęgniarka systemu, wykonując medyczne czynności ratunkowe bez zgody pacjenta, są obowiązani, w miarę możliwości, skonsultować się z lekarzem wskazanym przez dysponenta ZRM w formie telekonsylium ratowniczego.

Jednak prawa do udzielania świadczeń zdrowotnych na odległość ustawodawca nie dał już felczerowi³⁶, fizjoterapeucie³⁷, oraz diagnoście laboratoryjnemu³⁸.

Druga kwestia związana jest z art. 9 Kodeksu etyki lekarskiej (dalej: KEL)³⁹: „Lekarz może podejmować leczenie jedynie po uprzednim zbadaniu pacjenta. Wyjątki stanowią sytuacje, gdy porada lekarska może być udzielona wyłącznie na odległość”. Termin „leczenie” obejmuje ogół merytorycznych czynności zmierzających do przywrócenia homeostazy organizmu. W rezultacie

³³ Ustawa z 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (t.j. Dz.U. z 2020 r., poz. 870 ze zm.).

³⁴ Ustawa z 5 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (t.j. Dz.U. z 2020 r., poz. 562).

³⁵ Ustawa z 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (t.j. Dz.U. z 2020 r., poz. 882).

³⁶ Ustawa z 20 lipca 1950 r. o zawodzie felczera (Dz.U. z 1950 r., Nr 36 poz. 336; t.j. Dz.U. z 2018 r. poz. 2150).

³⁷ Ustawa z 25 września 2015 r. o zawodzie fizjoterapeuty (Dz.U. z 2015 r., poz. 1994; t.j. Dz.U. z 2019 r. poz. 952).

³⁸ Ustawa z 27 lipca 2001 r. o diagnostyce laboratoryjnej (t.j. Dz.U. z 2020 r., poz. 2061).

³⁹ Kodeks etyki lekarskiej przyjęty uchwałą Nadzwyczajnego II Krajowego Zjazdu Lekarzy z 14 grudnia 1991 r., t.j. z 2 stycznia 2004 r., zawierający zmiany uchwalone 20 września 2003 r. przez Nadzwyczajny VII Krajowy Zjazd Lekarzy.

o ile przepisy ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty zezwalają na udzielanie przynajmniej niektórych świadczeń zdrowotnych na odległość (choć początkowo nie dotyczyło to raczej opiniowania), o tyle z KEL wynika zakaz praktykowania telemedycyny. Wspomniana regulacja zabrania podejmowania leczenia bez uprzedniego zbadania pacjenta, a wyjątek upatruje jedynie w sytuacji gdy doraźna pomoc lekarska w formie porady może być udzielona wyłącznie na odległość (np. lekarz telefonicznie dowiedział się o wypadku). Wprawdzie KEL nie stanowi prawa powszechnego, ale jego normy wiążą lekarzy, zwłaszcza, że przepisy ustawy o izbach lekarskich (art. 53 u.i.l.) inkorporują jego normy do porządku prawnego. Zgodnie z wyrokiem Trybunału Konstytucyjnego przepisy KEL dookreślają normy prawne⁴⁰. Oznacza to, że lekarz nie powinien, bez narażania się na odpowiedzialność zawodową, udzielać praktycznie żadnych świadczeń zdrowotnych bez osobistego zbadania. Ta wykładnia w ostatnim czasie uległa jednak pewnej modyfikacji, choć i dawniej nie była bezwzględnie uznawana. Przykładowo, lekarze radiolodzy przez szereg lat opisywali zdjęcia RTG na odległość, a ratownicy medyczni w karetkach transmitowali zapisy EKG, pomiary ciśnienia i tętna do ośrodków referencyjnych w regionie. Obecnie w dobie rozwoju telemedycyny Naczelna Rada Lekarska (dalej: NRL) stoi na stanowisku, że art. 9 KEL należy czytać łącznie z art. 42 ust. 1 u.z.l., który pozwala na osobiste badanie pacjenta lub za pomocą systemów teleinformatycznych oraz innych systemów łączności⁴¹.

Zasady udzielania wizyt online

Zgodnie z przedstawionymi regulacjami wizyta online jest traktowana tak samo jak wizyta stacjonarna. Oznacza to, że lekarz zobowiązany jest do świadczenia usług medycznych przy użyciu technologii informacyjno-komunikacyjnych zgodnie z art. 4 u.z.l. Przepis ten nakłada na lekarza obowiązek udzielenia świadczeń zgodnie z aktualną wiedzą medyczną, stosowania dostępnych metod i środków oraz z należytą starannością a także z zasadami etyki zawodowej. W konsekwencji udzielanie świadczeń telemedycznych wpisuje się również i w ten przepis. Jeśli bowiem lekarz ma wykonywać zawód dostępnymi metodami, to dla dobra pacjenta w szczególności nie może zaniechać wykorzystania metod telemedycznych (tak jak błędem byłoby nie posłużenie się stetoskopem podczas badania fizykalnego). Do korzystania z nich

⁴⁰ Postanowienie Trybunału Konstytucyjnego z 7 października 1992 r., sygn. akt U 1/92, OTK 1992/Nr 2, poz. 38.

⁴¹ J. Pachocki, *Aspekty prawne udzielania świadczeń telemedycznych – w tym odpowiedzialność za świadczenie*, Sekcja Prawa Medycznego i Farmaceutycznego ORA Warszawa, 21 grudzień 2020 r.

obliguje go również wymóg działania z należytą starannością i zgodnie z aktualną wiedzą.

Tak jak podczas świadczeń stacjonarnych, konieczna jest świadoma zgoda pacjenta. W telemedycynie zgoda wymaga, aby wszystkie niezbędne informacje dotyczące charakterystycznych cech wizyty telemedycznej zostały w pełni wyjaśnione pacjentom. Niewątpliwie lekarz powinien poinformować pacjenta o ograniczeniach wynikających z tego modelu udzielenia świadczenia, upewnić się co do niewadliwego funkcjonowania wykorzystywanych urządzeń, a przede wszystkim skutecznie potwierdzić tożsamość pacjenta⁴². Ponadto lekarz powinien poinformować o możliwości ewentualnej awarii technologicznej oraz sposobie postępowania w przypadku jej wystąpienia, choć takie informacje mogą być również podane wcześniej w regulaminie świadczeń telemedycznych.

Wszystkie elementy tej wizyty winny być udokumentowane wpisami w dokumentacji medycznej. Wpisy powinny uwzględniać przede wszystkim tryb wizyty online, miejsce w którym znajdował się pacjent (np. w domu, na ulicy), kto towarzyszył pacjentowi podczas wizyty (np. żona), elementy wywiadu, zgłaszane dolegliwości, planowane badania diagnostyczne – omówione czy zalecone podczas rozmowy, rozpoznanie i zalecenia wydane przez lekarza. Istotne jest to, aby lekarz upewnił się, że pacjent zrozumiał dalsze zalecenia lekarskie. W każdym przypadku pacjent powinien zostać poinformowany o możliwości skorzystania z wizyty stacjonarnej lub pomocy w SOR.

Teleporada COVID-19

W odpowiedzi na zagrożenia wywołane epidemią choroby COVID-19 ustawodawca zareagował wydaniem nowej ustawy z 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych⁴³ (dalej: ustawa o COVID-19), a następnie ustawy z 31 marca 2020 r. o zmianie niektórych ustaw w zakresie systemu ochrony zdrowia związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19⁴⁴, wprowadzając możliwość udzielania teleporad. Zgodnie z art. 7 ust. 4 ustawy o COVID-19 celem teleporady jest udzielenie informacji osobom, które podejrzewają obecność koronawirusa SARS-CoV-2 w swoim organizmie.

⁴² K.M. Zoń, *Kodeks etyki lekarskiej wobec leczenia na odległość – rozważania na tle art. 9*, <https://wil.org.pl> (data dostępu: 22.07.2020).

⁴³ Ustawa z 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych (Dz.U. z 2020 r., poz. 374).

⁴⁴ Ustawa z 31 marca 2020 r. o zmianie niektórych ustaw w zakresie systemu ochrony zdrowia związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19 (Dz.U. z 2020 r., poz. 567).

Teleporada jest zatem świadczeniem związanym z przeciwdziałaniem COVID-19 udzielanym za pośrednictwem systemu teleinformacyjnego (udostępnionego przez odpowiednią jednostkę podległą ministrowi zdrowia, tj. CSIOZ – *Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia*). Poza tym art. 7 ust. 4 ustawy o COVID-19 nie ma konieczności dokonywania wpisu do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej (CEIDG) i zakładania działalności gospodarczej oraz wpisywania się do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą (tj. obowiązków wynikających z art. 101 ustawy o działalności leczniczej). Co istotne, na podstawie tych przepisów (art. 4b ust. 2 ustawy o COVID-19) osoby wykonujące zawód medyczny mogą udzielać teleporad w okresie obowiązkowej kwarantanny lub izolacji w warunkach domowych bez utraty świadczeń (tj. zasiłku chorobowego)⁴⁵.

Ponadto lekarz udzielający teleporad jest zwolniony z obowiązków dotyczących prowadzenia dokumentacji medycznej wynikających z przepisów ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta⁴⁶. Zgodnie z ust. 7 ww. ustawy lekarz prowadzi dokumentację medyczną w postaci karty teleporady, które początkowo były przechowywane przez okres 30 dni od dnia udzielenia takiej porady. Nie ulega wątpliwości, że okres ten był zbyt krótki w kontekście ewentualnych sporów sądowych. Po sześciu miesiącach obowiązywania regulacji w tym kształcie ustawodawca naprawił ten błąd i od 1 września 2020 r. karty teleporady są przechowywane przez okres 30 dni od dnia odwołania stanu epidemii⁴⁷. Na podstawie art. 22 ust. 5 ustawy o działalności leczniczej minister zdrowia wydał rozporządzenie w sprawie standardu organizacyjnego opieki zdrowotnej nad pacjentem podejrzanym o zakażenie lub zakażonym wirusem SARS-CoV-2⁴⁸.

Teleporada poz

W rozporządzeniu Ministra Zdrowia z 12 sierpnia 2020 r. w sprawie standardu organizacyjnego teleporady w ramach podstawowej opieki zdrowotnej⁴⁹ określono elementy takiego świadczenia: a) informowanie w miejscu wykony-

⁴⁵ Art. 17 ustawy z 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (t.j. Dz.U. z 2020 r., poz. 870).

⁴⁶ Ustawa z 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (t.j. Dz.U. z 2020 r., poz. 824).

⁴⁷ Art. 8 ust. 9 ustawy z 31 marca 2020 r. (Dz.U. z 2020 r., poz. 567) został zmieniony przez art. 20 pkt 2 ustawy z 14 sierpnia 2020 r. (Dz.U. z 2020 r., poz. 1493).

⁴⁸ Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 października 2020 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki zdrowotnej nad pacjentem podejrzanym o zakażenie lub zakażonym wirusem SARS-CoV-2 (Dz.U. z 2020 r., poz. 1749).

⁴⁹ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 12 sierpnia 2020 r. w sprawie standardu organizacyjnego teleporady w ramach podstawowej opieki zdrowotnej (Dz.U. z 2020 r., poz. 1395).

wania świadczeń oraz na stronie internetowej, a na żądanie także telefonicznie, o warunkach udzielania teleporad z uwzględnieniem prawa pacjenta do zgłoszenia w trakcie teleporady woli osobistego kontaktu z właściwym personelem medycznym. Standard wymaga aby informacja określała z jakich systemów teleinformatycznych lub łączności korzysta lekarz, sposób ustalenia terminu i nawiązania kontaktu oraz sposób udzielenia teleporady. Poza tym standard wymaga wskazania sposobu postępowania w sytuacji anulowania teleporady przy braku kontaktu z pacjentem w ustalonym terminie (świadczeniodawca jest obowiązany do podjęcia min. trzech prób kontaktu, w odstępie nie krótszym niż 5 minut, a także możliwości skorzystania ze świadczenia opieki zdrowotnej udzielonego w bezpośrednim kontakcie z pacjentem, gdy jest to niezbędne (w porozumieniu z pacjentem lub jego opiekunem ustawowym). Świadczeniodawca poz powinien także opracować instrukcje o sposobie realizacji e-recepty, e-skierowania, e-zlecenia na wyroby medyczne, zlecenia badań dodatkowych, w szczególności laboratoryjnych lub obrazowych oraz możliwości założenia przez pacjenta Internetowego Konta Pacjenta. Numer telefonu, pod którym są udzielane teleporady, powinien być udostępniony NFZ.

Standard nakład obowiązek właściwego potwierdzenia tożsamości pacjenta przed udzieleniem teleporady oraz dokonania adnotacji w dokumentacji medycznej o realizacji świadczenia w tej formie. Teleporada musi być udzielona w warunkach poufności a świadczeniodawca poz powinien stosować rozwiązania służące transmisji dokumentów elektronicznych w postaci graficznej i tekstowej, w sposób zapewniający ich integralność oraz ochronę przed zniszczeniem, utraceniem, zmodyfikowaniem, nieuprawnionym ujawnieniem lub nieuprawnionym dostępem. Lekarz powinien ustalić na podstawie badania podmiotowego i po analizie dostępnej dokumentacji medycznej pacjenta czy teleporada jest wystarczająca albo poinformować pacjenta o konieczności udzielenia świadczenia zdrowotnego w bezpośrednim kontakcie.

Jednak regulacja ta nadal wywołuje wątpliwości, co stosowania teleporad, bezpieczeństwa prawnego i technicznych możliwości świadczeniodawców i pacjentów. Skłoniło to zespół ds. telemedycyny Naczelnej Rady Lekarskiej we współpracy z członkami Telemedycznej Grupy Roboczej do opracowania wytycznych i aktualizacji standardu organizacyjnego opieki zdrowotnej. Wytyczne składają się z trzech dokumentów: *Wytyczne dla udzielania świadczeń telemedycznych*, *Wytyczne świadczenia telemedycznego uwzględniające aspekty etyczne*, *10 kroków wizyty telemedycznej*, które stanowią odpowiednio załączniki nr 1, 2 i 3 do ww. uchwały⁵⁰.

⁵⁰ Uchwała nr 89/20/P-VIII prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej z 24 lipca 2020 r. w sprawie przyjęcia wytycznych dla udzielania świadczeń telemedycznych.

Elektroniczna dokumentacja medyczna

Telemedycyna na poziomie indywidualnym (lekarz – lekarz, lekarz – pacjent) wiąże się w dużym stopniu z dostępem do elektronicznej dokumentacji medycznej. Obecnie od 15 kwietnia 2020 r. sprzyjają temu przepisy nowego rozporządzenia w sprawie dokumentacji medycznej⁵¹. Zgodnie z tymi przepisami za podstawową formę prowadzenia dokumentacji uznaje się postać elektroniczną. W związku z wejściem w życie nowego rozporządzenia wszystkie podmioty wykonujące działalność leczniczą muszą wdrożyć dokumentację medyczną w formie elektronicznej, lecz z pewnymi wyjątkami. Dokumentacja może być prowadzona w postaci papierowej, jeżeli przepis rozporządzenia tak stanowi (np. książeczka zdrowia dziecka) lub warunki organizacyjno-techniczne uniemożliwiają prowadzenie dokumentacji w postaci elektronicznej. Przez brak warunków organizacyjno-technicznych należy rozumieć zarówno stały brak rozwiązań informatycznych, jak i czasową niemożność prowadzenia dokumentacji w postaci elektronicznej np. wskutek awarii systemu teleinformatycznego, w którym jest prowadzona dokumentacja, czy sprzętu. Nowe rozporządzenie określa szczegółowe wymagania i cechy, jakim powinien odpowiadać system teleinformatyczny służący do prowadzenia dokumentacji medycznej w formie elektronicznej (np. poufność, integralność, dostępność).

Ponadto inne zawody medyczne niż pielęgniarka, położna i lekarz także posiadają dostęp i uprawnienia w zakresie wypełniania dokumentacji medycznej. W tym aspekcie rozporządzenie przewiduje regulację dotyczącą odrębnej dokumentacji medycznej prowadzonej przez fizjoterapeutów w postaci kart indywidualnej opieki fizjoterapeutycznej oraz wykazów raportów fizjoterapeutycznych. Dodatkowo rozporządzenie wprowadza uproszczenia w zakresie prowadzenia dokumentacji medycznej, w szczególności ograniczenie zakresu przetwarzanych danych. Do katalogu danych zostały dodane numery e-recept, e-skierowań oraz identyfikatory asystentów medycznych, którzy mogą posiadać uprawnienia w zakresie wypełniania dokumentacji medycznej. Przedmiotowe rozwiązania nowego rozporządzenia mają na celu zapewnienie lepszej współpracy między różnymi podmiotami sprawującymi opiekę nad tym samym pacjentem.

Podsumowanie

Dostrzegając dynamiczny rozwój i korzyści z upowszechnienia telemedycyny w Polsce w okresie epidemii wirusa SARS-CoV-2 należy stwierdzić, że obecny stan wiedzy i techniki nie pozwala na to, aby telemedycyna stała się

⁵¹ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 6 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz.U. z 2020 r., poz. 666).

alternatywą dla wizyty standardowej, zakładającej jednoczesną fizyczną obecność pacjenta. Telemedycyna jest zatem nowoczesną formą udzielania świadczeń zdrowotnych uzupełniającą medycynę tradycyjną, w szczególności pozwalającą na łatwe wypełnianie deficytów i niedostatków np. kadrowych. Fundamentalnym zagrożeniem wizyty on-line jest brak możliwości przeprowadzenia badania przedmiotowego.

Tymczasem zasady odpowiedzialności cywilnej, karnej oraz zawodowej w zakresie teleporad oraz porad udzielanych stacjonarnie są takie same. Konieczne jest niezwłoczne dokończenie rozpoczętych już prac legislacyjnych prowadzące do pełnego zaimplementowania telemedycyny do systemu ochrony zdrowia. Aktualnie zdobywane doświadczenia związane z epidemią spowodowaną przez wirusa SARS-CoV-2 dotyczące zwłaszcza deficytu kadr medycznych, skłaniają do uznania telemedycyny jako bezpiecznej i potrzebnej formy udzielania świadczeń na odległość przez wszystkich profesjonalistów medycznych. Wydaje się oczywiste, że dla spójności systemu możliwość udzielania świadczeń on-line powinna objąć regulacje dotyczące pozostałych zawodów medycznych, jak fizjoterapeuci i diagnosty laboratoryjni. Do tej grupy dodać należy również farmaceutów w związku z planowanym rozszerzeniem opieki farmaceutycznej⁵². W doktrynie można jednak spotkać opinie, że każdy profesjonalista medyczny może udzielić zgodnego z aktualną wiedzą medyczną świadczenia telemedycznego w oparciu o normę zawartą we wspomnianym już art. 3 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej, który stanowi podstawę do udzielania świadczeń zdrowotnych na odległość i nie ogranicza takiej możliwości jedynie do niektórych zawodów⁵³. Wydaje się, że wykładnia celowościowa ww. przepisów pozwala na przyjęcie tej interpretacji.

Dodatkowo w przyszłości należałoby oczekiwać komentarza do brzmienia art. 9 KEL, aby nie budził w przyszłości wątpliwości co do legalności tej koncepcji leczenia i wypisywania recept. Istotne są rekomendacje i wytyczne poszczególnych towarzystw medycznych pozwalające uszczegółowić, kiedy i pod jakimi warunkami w oparciu o aktualną wiedzę medyczną można bezpiecznie udzielać świadczeń online⁵⁴. Ważne jest również to, że publiczny płatnik dostrzegł już jej zalety i umożliwił szersze niż dotychczas kontrakto-

⁵² Zasady i dokumentowanie opieki farmaceutycznej jest opracowanej przez zespół ekspertów Polskiego Towarzystwa Farmaceutycznego i Naczelnej Izby Aptekarskiej „Strategii Wdrażania Opieki Farmaceutycznej do Codziennej Praktyki Aptecznej oraz wytycznych opieki farmaceutycznej”.

A. Skowron, W. Polak, S. Polak, M. Polak, *Dokumentowanie opieki farmaceutycznej z wykorzystaniem bazy FONTiC*, „Opieka Farmaceutyczna” 2010, t. 66, nr 6, s. 393–410.

⁵³ Raport telemedyczny opracowany przez Telemedyczną Grupę Roboczą pn. *Jak skutecznie wykorzystać potencjał telemedycyny w polskim systemie ochrony zdrowia*, Warszawa, maj 2018 r., <http://telemedycyna-raport.pl/> (data dostępu: 22.07.2020).

⁵⁴ Prace w tym kierunku podejmuje już Polskie Towarzystwo Medycyny Rodzinnej, A. Masztalerz-Migas, *Teleporady POZ*, webinar Terrmedia 16.07.2020 r.

wanie tak udzielanych świadczeń. Pozytywnie należy ocenić pojawiające się w formie rozporządzenia standardy organizacyjne teleporad udzielanych w ramach POZ.

Pozostaje jednak nadal wiele wątpliwości co do etycznych aspektów stosowania teleporad, bezpieczeństwa prawnego oraz technicznych możliwości zarówno świadczeniodawców, jak i pacjentów. Dalszy rozwój regulacji powinien przebiegać równolegle z rzetelnym informowaniem pacjentów o ograniczeniach związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych na odległość.

Wykaz literatury

- Bujnowska-Fedak M.M., Kumiega P., Sapilak B.J., *Zastosowanie nowoczesnych systemów telemedycznych w opiece nad ludźmi starszymi*, „Family Medicine & Primary Care Review” 2013, nr 15(3).
- Gęsicka D., *Usługi medyczne jako usługi społeczeństwa informacyjnego*, [w:] I. Lipowicz, G. Szpor, M. Świerczyński (red.), *Telemedycyna i e-zdrowie. Prawo i informatyka*, Warszawa 2019.
- Gersdorf M., Gudowska B. (red.), *Ustawa o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa. Komentarz*, 2012, Legalis.
- Glanowski G., *Telemedycyna w świetle ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty*, „Monitor Prawniczy” 2015, nr 18.
- Kaczan D., *Telemedycyna w prawie polskim i kilka uwag na tle prawa unijnego*, „Zeszyty Prawnicze” 2017, nr 17(1).
- Krzystanek M., Stolarczyk A., Borkowski M., Murawiec S., *Telemedyczna terapia poznawczo-behawioralna*, „Psychiatria” 2018, nr 15(2).
- Lewtak K., Poznańska A., *Uwarunkowania prowadzenia edukacji zdrowotnej pacjentów przez lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej*, „Przegląd Epidemiologiczny” 2012, nr 66.
- Lipowicz I., *Administracja świadcząca na odległość – nowe wyzwania administracyjno-prawne*, [w:] I. Lipowicz, G. Szpor, M. Świerczyński (red.), *Telemedycyna i e-zdrowie. Prawo i informatyka*, Warszawa 2019.
- Maczuk W., *Medycyna na odległość (telemedycyna)*, [w:] M. Boratyńska, P. Konieczniak (red.), *System Prawa Medycznego*, t. 2, *Regulacja prawna czynności medycznych*, cz. 2, Warszawa 2019.
- Mair F.S., May C., O'Donnell C., Finch T., Sullivan F., Murray E., *Factors that promote or inhibit the implementation of eHealth systems: an explanatory systematic review*, „Bull World Health Organ” 2012, nr 90.
- Maj J., *Telemedycyna w dermatologii*, „Dermatologia po Dyplomie” 2018, nr 4.
- Małek-Orłowska M., *Niemoralność finansowa robota? O negatywnej rekomendacji AOTM dla robota Da Vinci*, „Prawo i Medycyna” 2016, nr 1.
- Nowak A., *Telemedycyna transgraniczna – problematyka prawa właściwego dla przypadków odpowiedzialności cywilnej podmiotów medycznych na gruncie prawodawstwa unijnego*, „Prawo Mediów Elektronicznych” 2018, nr 1.
- Skowron A., W. Polak, S. Polak, M. Polak, *Dokumentowanie opieki farmaceutycznej z wykorzystaniem bazy FONTiC*, „Opieka Farmaceutyczna” 2010, t. 66, nr 6.

Zgliczyński W., Pinkas J., Cianciara D., Sitarek M., Berdyga T., Nowicka-Wasilewska J., Kawwa J., *Telemedycyna w Polsce – bariery rozwoju w opinii lekarzy*, „Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu” 2013, nr 19(4).

Summary

Telemedicine in Poland – legal, medical and ethical aspects

Key words: new technologies, medical profession, ethics, telemedicine.

Telemedicine, as a form of providing health services, undoubtedly facilitates contact between the doctor and the patient but also carries with it some risks resulting from the lack of a personal physical examination. The article aims to present the long-standing legal and ethical standards applicable to a doctor providing telemedicine services and currently ongoing legislative works, including as part of primary health care (poz). The authors also indicate that the rapid development of technology, which provides opportunities for better diagnostics and treatment, also allows the use of other medical professions, which should be covered by the regulations on the provision of telemedicine services. However, this does not change the fact that telemedicine is a form of supplementing traditional medicine, which currently cannot develop without organizational guidelines and standards.