



TELEPORADY MEDYCZNE – NOWE MOŻLIWOŚCI I DYLEMATY PRAWNO-ETYCZNE

Medical teleconsultations – new possibilities
and legal and ethical dilemmas



Aneta Łazarska¹, Stanisław Niemczyk²

1. Katedra Prawa i Postępowania Cywilnego, Uczelnia Łazarskiego, Polska
2. Wojskowy Instytut Medyczny – Państwowy Instytut Badawczy, Klinika Chorób Wewnętrznych, Nefrologii i Dializoterapii, Polska

Aneta Łazarska –  ORCID 0000-0001-8802-8160
Stanisław Niemczyk –  ORCID 0000-0001-8151-860X

Streszczenie

Wprowadzenie i cel: Teleporady medyczne – konieczność w okresie pandemii z uwagi na istniejące uwarunkowania epidemiologiczne – powinny być po pandemii poddane krytycznej analizie i ocenie z punktu widzenia zgodności z zasadami etyki lekarskiej i prawami pacjenta oraz obowiązkiem lekarza dotyczącym zachowania należytej staranności. Celem artykułu jest ocena teleporad medycznych, ich podstaw normatywnych i zaleceń organów samorządu lekarskiego. **Materiał i metody:** Krytycznej analizie poddano aktualne regulacje, tj. art. 42 ust. 1 ustawy o zawodzie lekarza, w nawiązaniu do ram prawnych udzielania teleporad medycznych, które dookreślają: rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 12 sierpnia 2020 r. w sprawie standardu organizacyjnego teleporady w ramach podstawowej opieki zdrowotnej, a także rekomendacje Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 24 lipca 2020 r. w sprawie przyjęcia wytycznych dla udzielania świadczeń telemedycznych, wskazując na potencjalny konflikt z art. 9 Kodeksu etyki lekarskiej. Jest to więc praca z zakresu prawa nawiązująca do etyki lekarskiej, stąd właściwą metodą badawczą są metody dogmatycznoprawna, aksjologiczna i socjologiczna. **Wyniki:** Ustawodawca mimo upływu 3 lat od wybuchu pandemii wciąż nie dookreślił standardów teleporad w drodze ustawy i zgodnie z art. 9 Kodeksu etyki lekarskiej rozporządzenie nie określa rzeczy fundamentalnej, jaką jest skonkretyzowanie systemu łączności do przeprowadzania porad. Teleporady są dziś nadużywane, a ponadto nie gwarantują bezpieczeństwa pacjenta, gdyż dopiero w trakcie teleporady lekarz może uznać, że nie jest to forma wystarczająca, a zgodę pacjenta trudno będzie uznać za świadomą z uwagi na brak dostępu do lekarza i limitowanie porad zwykłych. **Wnioski:** Rozporządzenie covidowe czyni z teleporady zasadę, a nie wyjątek w ramach podstawowej opieki zdrowotnej, co w istocie rzeczy może w sposób nieodwracalny zmienić charakter porad medycznych i pogorszyć ich jakość. Komerccjalizacja usług medycznych nie może być jedynym uzasadnieniem dla dokonywanych zmian w modelu świadczenia porad medycznych.

Abstract

Introduction and objective: Medical teleconsultations, a necessity during the pandemic due to the existing epidemiological conditions, should now be subjected to a thorough, critical analysis and assessment for their compliance with the principles of medical ethics, patient rights and the doctor's obligation to exercise due care. The aim of this paper was to perform a critical assessment of medical teleconsultations, their regulatory frameworks as well as recommendations of medical self-governing bodies. **Materials and methods:** The current regulations of Article 42 (1) of the Act on the Medical Profession have been subjected to critical analysis in relation to the legal framework for providing medical teleconsultations. These include the Regulation of the Minister of Health on the organisational standard of teleconsultation within primary healthcare, as well as the recommendations of the Presidium of the Supreme Medical Council dated July 24, 2020, regarding the adoption of guidelines for providing telemedical services, pointing to a potential conflict with Article 9 of the Code of Medical Ethics. Therefore, this is a study within the field of law and medical ethics. Thus, the appropriate research methodology comprises legal doctrinal, axiological, and sociological methods. **Results:** Despite three years passing since the outbreak of the pandemic, the legislator has still not specified teleconsultation standards by way of an act. Furthermore, in accordance with Article 9 of the Code of Medical Ethics, the regulation does not specify the communication system. Teleconsultations are being overused today and do not guarantee patient safety, because only during teleconsultation can the doctor decide that it is not a sufficient form and the patient's consent will be difficult to consider informed due to the lack of access to the doctor and the restrictions on regular visits. **Conclusions:** The COVID-related regulation makes teleconsultation a principle rather than an exception within primary health care, which could irreversibly alter the nature of medical advice and deteriorate its quality. The commercialisation of medical services cannot be the sole justification for the changes in the model of providing medical advice.

Słowa kluczowe: telemedycyna, etyka lekarska, prawa pacjenta, teleporady medyczne, świadoma zgoda pacjenta

Keywords: telemedicine, medical ethics, patient's rights, medical teleconsultations, patient's informed consent

DOI 10.53301/lw/172672

Praca wpłynęła do Redakcji: 16.08.2023

Zaakceptowano do druku: 21.09.2023

Autor do korespondencji:

Aneta Łazarska

Katedra Prawa i Postępowania Cywilnego

Uczelnia Łazarskiego, Warszawa

e-mail: aneta.lazarska@lazarski.pl

Wstęp

Teleporady medyczne są częścią telemedycyny, która pojawiła się już w latach 70. ubiegłego wieku w Stanach Zjednoczonych dzięki rozwojowi nowych technologii, a dziś, w XXI wieku, w dobie rewolucji cyfrowej i sztucznej inteligencji stała się faktem. To forma świadczenia zdrowotnego udzielanego za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności (czyli na odległość), bez bezpośredniego kontaktu z chorym w gabinecie lekarskim. Główną rolę odgrywa w tym przypadku rozłączność miejsca, w którym przebywa pacjent, i miejsca świadczenia usługi medycznej [1]. Od początku okazało się, że jest ona wielkim wyzwaniem etycznym i prawnym.

Zgodnie z wytycznymi Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) telemedycyna to świadczenie usług medycznych przez osoby wykonujące zawody medyczne przy wykorzystaniu technologii informacyjno-komunikacyjnych służących wymianie istotnych informacji w celach: diagnostycznych i leczniczych, zapobiegania chorobom i urazom, prowadzenia badań i ich oceny, zapewnienie kontynuacji kształcenia pracowników ochrony zdrowia oraz poprawy zdrowia jednostek i tworzonych przez nie społeczności.

Początkowo telemedycyna znajdowała zastosowanie w medycynie kosmicznej, ułatwiając monitorowanie stanu zdrowia kosmonautów, co wskazywało wyraźnie, że właśnie odległość miejsca świadczenia usług jest głównym determinantem w definiowaniu teleporad. Amerykańska Narodowa Agencja Aeronautyki i Przestrzeni Kosmicznej korzystała z doświadczeń i wiedzy wielu lekarzy specjalistów, którzy mieli za zadanie zadbać o bezpieczeństwo zdrowotne załogi statków kosmicznych, i było oczywiste, że należy rozwiązywać problem zdrowotny zdalnie, bez możliwości bezpośredniego kontaktu z pacjentem [2].

W kolejnych latach rozszerzano zakres zastosowania telemedycyny, usprawniając technologie przesyłania obrazów histopatologicznych i RTG. Następnie zaczęto wykorzystywać roboty i przeprowadzać międzykontynentalne operacje. Pomocne okazały się też najnowocześniejsze systemy diagnostyczne – jak wskazują Susskind i Susskind, w nowojorskiej klinice chorób piersi Elizabeth Wende Breast Care odkryto, że wykorzystanie algorytmów do skanowania mammogramów pozwala zmniejszyć o 39% liczbę fałszywie ujemnych wyników badań w kierunku raka piersi. System SI firmy IBM, znany pod nazwą „Watson”, jest natomiast wykorzystywany przy diagnostyce nowotworów, gdzie opracowuje zalecane plany leczenia. Połowa amerykańskich lekarzy korzysta

z aplikacji Epocrates, która jest cyfrową bazą informacji o lekach, umożliwiającą jednocześnie analizę interakcji między lekami. Inne możliwe zastosowanie nowych technologii to choćby sieć Medtronic-CareLink, dzięki której pacjenci z chorobami serca mogą przysyłać swoim lekarzom raporty z danymi pochodzącymi z urządzeń wspomagających pracę serca, a każdy raport odpowiada osobistej wizycie lekarskiej [3].

W doktrynie zaś mówi się o kategorii e-zdrowia, która obejmuje nie tylko telemedycynę, ale też informatykę medyczną, technologie informacyjno-komunikacyjne w opiece zdrowotnej czy zarządzanie informacjami o zdrowiu. W ramach e-zdrowia wykorzystuje się dziś różnego rodzaju platformy elektroniczne [4] i niewątpliwie ich zastosowanie daje duże możliwości monitorowania stanu pacjentów. Unia Europejska przyjęła odpowiedni plan działań, by strategię e-zdrowia wprowadzić we wszystkich państwach członkowskich.

Częścią tych nowych technologii XXI wieku w zakresie standardów leczenia są również konsultacje medyczne w postaci teleporad.

Cel pracy

Teleporady medyczne – swoiste *signum temporis* – były koniecznością podczas pandemii z uwagi na istniejące uwarunkowania epidemiologiczne i zagrożenie życia, jednak w okresie postpandemicznym powinny być poddane krytycznej analizie oraz wnikliwej ocenie z punktu widzenia zgodności z zasadami etyki lekarskiej, prawami pacjenta i obowiązkiem zachowania należytej staranności przez lekarza.

Przeprowadzone badania mają na celu identyfikację potencjalnych zagrożeń związanych z instrumentalnym i komercyjnym wykorzystaniem teleporad oraz obniżeniem jakości teleporad, szczególnie realizowanych w postaci rozmów telefonicznych lub przy użyciu komunikatorów elektronicznych.

Materiały i metody

W ramach prowadzonych badań dokonano oceny podstaw normatywnych teleporad medycznych oraz ich konfrontacji ze standardem etycznym. Ocena ta objęła zatem regulację art. 42 ust. 1 ustawy o zawodzie lekarza (u.z.l.) [5] oraz ramy prawne udzielania teleporad medycznych, które określa rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 12 sierpnia 2020 r. w sprawie standardu organizacyjnego teleporady w ramach podstawowej opieki zdrowotnej [6].

Ponadto dokonano analizy dogmatycznoprawnej i aksjologicznej rekomendacji Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej (NRL) z 24 lipca 2020 r. w sprawie przyjęcia wytycznych dla udzielania świadczeń telemedycznych [7] w odniesieniu do art. 9 Kodeksu etyki lekarskiej (KEL) [8]. W kontekście teleporad omówiono także stanowisko Komisji Etyki Lekarskiej NRL z dnia 12 lutego 2023 r. w sprawie zjawiska komercyjnego wystawiania recept i zwolnień online z dnia 12 lutego 2023 r. [9].

Jest to więc praca z zakresu prawa nawiązująca do etyki lekarskiej, stąd właściwymi metodami badawczymi są metody: dogmatycznoprawna, aksjologiczna i socjologiczna.

Wyniki

Stan normatywny

Analiza podstaw normatywnych teleporad medycznych prowadzi do wniosku, że z art. 42 ust. 1 u.z.l. wynika, iż 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. W doktrynie przyjmuje się, że przez pojęcie orzeczenia o stanie zdrowia należałoby rozumieć merytoryczną ocenę dotyczącą stanu zdrowia danej osoby, niezależnie od formy takiego orzeczenia. Oznacza to, że w tej kategorii mieszczą się zarówno pisemne zaświadczenia dotyczące stanu zdrowia, jak i rozstrzygnięcia dotyczące stanu zdrowia danej osoby niemające postaci pisemnej [10].

Definicja teleporady znajduje się w § 2 pkt 3 rozporządzenia w sprawie standardu organizacyjnego teleporady w ramach podstawowej opieki zdrowotnej, w którym wskazano, że teleporadą jest świadczenie zdrowotne udzielane na odległość przy użyciu systemów teleinformatycznych lub systemów łączności. Z kolei definicję świadczenia zdrowotnego zawiera art. 2 ust. 1 pkt 10 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej [11]. W wymienionym przepisie istotę świadczeń zdrowotnych określono z jednej strony ogólnie, wskazując przede wszystkim na kryterium celu, które pozwala na rozstrzygnięcie w stosunku do danego świadczenia, czy ma ono charakter świadczenia zdrowotnego. Za takie świadczenie uważa się działania służące zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia oraz inne działania medyczne wynikające z procesu leczenia [12].

Ustawa, a konkretnie wspomniany art. 42 ust. 1 u.z.l., oraz rozporządzenie w sprawie standardu organizacyjnego teleporady w ramach podstawowej opieki zdrowotnej kreują w istocie nowy model udzielania porad medycznych. Dopuszcza on możliwość zbadania pacjenta za pośrednictwem systemów teleinformatycznych, choć nie dookreśla już samych rodzajów tych systemów ani nie odnosi się do jakości porady.

Przy przeprowadzeniu porady dopuszczalne jest więc połączenie telefonicznie lub wykorzystanie aplikacji do połączeń wideo czy nawet komunikatorów elektronicznych. Z wytycznych Prezydium NRL z dnia 24 lipca 2020 r. w sprawie udzielania świadczeń telemedycznych wynika, że można udzielać porad telefonicznych z użyciem

zwykłych telefonów i linii telefonicznych, a porad online (wideo, czat, e-mail) – z użyciem bezpiecznych połączeń internetowych w ramach zabezpieczonych platform telemedycznych, aplikacji lub systemów do komunikacji. Muszą one spełniać jednak warunki bezpiecznego połączenia, weryfikacji tożsamości itp. w zakresie ogólnych standardów obowiązujących w systemach telekomunikacyjnych i teleinformatycznych.

Zgodnie z art. 32 ust. 1 u.z.l. lekarz może przeprowadzić badanie lub udzielić innych świadczeń zdrowotnych, z zastrzeżeniem wyjątków przewidzianych w ustawie, po wyrażeniu zgody przez pacjenta [13]. Warunkiem przeprowadzenia badania jest więc świadoma zgoda pacjenta [14, 15], która powinna obejmować także metodę porady lekarskiej.

Według § 3 rozporządzenia w sprawie standardu organizacyjnego teleporady w ramach podstawowej opieki zdrowotnej pacjent w dużej mierze decyduje o najwygodniejszej dla niego formie kontaktu z lekarzem, która zależy od jego woli, a nie od decyzji podmiotu leczniczego.

Artykuł 4 u.z.l. wskazuje natomiast, że to lekarz ma obowiązek wykonywać zawód zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, dostępnymi mu metodami i środkami zapobiegania, rozpoznawania i leczenia chorób, zgodnie z zasadami etyki zawodowej oraz z należytą starannością. Zgodnie z art. 36 ust. 1 u.z.l. podczas udzielania świadczeń zdrowotnych lekarz ma obowiązek poszanowania intymności i godności osobistej pacjenta. Z § 3 wspomnianego rozporządzenia wynika, że ustala się standard organizacyjny teleporady udzielanej w ramach POZ, który obejmuje informowanie przez świadczeniodawcę POZ w miejscu wykonywania świadczeń oraz na stronie internetowej tego świadczeniodawcy, a na żądanie pacjenta również telefonicznie, o warunkach udzielania teleporad, z uwzględnieniem prawa pacjenta do zgłoszenia w trakcie teleporady woli osobistego kontaktu z właściwym personelem medycznym. Ponadto z tego przepisu wynika również, że do kategorii świadczeń realizowanych w bezpośrednim kontakcie z pacjentem należy sytuacja, gdy pacjent lub jego przedstawiciel ustawowy nie wyraził zgody na realizację świadczenia w formie teleporady. Ze wspomnianego rozporządzenia wynika więc, że pacjent może nie zgodzić się na taką postać teleporady i wtedy jest to bezwzględna przesłanka wykluczająca taką jej formę. Rozporządzenie wskazuje również, że to dopiero w trakcie już odbywającej się teleporady lekarz, na podstawie badania podmiotowego i po analizie dostępnej dokumentacji medycznej pacjenta, w tym udostępnionej za pośrednictwem systemu teleinformatycznego, udziela świadczenia zdrowotnego, w tym ustala, czy teleporada jest wystarczająca dla problemu zdrowotnego będącego jej przedmiotem, lub informuje pacjenta o konieczności udzielenia świadczenia zdrowotnego w bezpośrednim kontakcie z pacjentem, jeżeli charakter aktualnego problemu zdrowotnego uniemożliwia udzielenie świadczenia zdrowotnego w formie teleporady (§ 3 pkt 7 rozporządzenia). Z tych regulacji wynika więc pośrednio, że przy rejestracji pacjenta na wizytę nikt nie dokonuje rozpoznania problemu pacjenta. Dopiero podczas już odbywającej się teleporady lekarz może ocenić, po uprzednim zbadaniu pacjenta za pośrednictwem systemów łączności, że jednak teleporada nie

jest wystarczająca dla rozwiązania problemu pacjenta i chory wymaga zwykłej porady osobistej.

Standardy etyczne teleporad medycznych

Rozwiązania przyjęte w ramach analizowanego rozporządzenia są nowe, co nie znaczy nowatorskie. Na podstawie 20 lat doświadczeń wiodących organizacji międzynarodowych i stowarzyszeń zawodowych w USA można określić pewien standard etyczny teleporad medycznych. World Medical Association (WMA) i American Medical Association (AMA) podkreśliły, że relacje lekarz–pacjent powinny być podobne do tych w opiece bezpośredniej. Podstawowe znaczenie ma zachowanie jakości opieki, świadomej zgody pacjenta, prywatności (poufności) i bezpieczeństwa. Relacja pacjent–lekarz musi opierać się na wzajemnym zaufaniu i szacunku. Dlatego istotne jest, aby lekarz i pacjent mogli się wzajemnie niezawodnie identyfikować podczas korzystania z telemedycyny. W przypadku konsultacji pomiędzy dwoma specjalistami lub ich większą liczbą w różnych jurysdykcjach lub pomiędzy różnymi jurysdykcjami lekarz pierwszego kontaktu pozostaje odpowiedzialny za opiekę nad pacjentem i koordynację jego działań z zespołem medycznym działającym na odległość.

Relacja pacjent–lekarz powinna opierać się na osobistym badaniu i wystarczającej znajomości historii choroby pacjenta. Telemedycynę należy stosować przede wszystkim w sytuacjach, w których lekarz nie może być fizycznie obecny w bezpiecznym i akceptowalnym czasie, w leczeniu chorób przewlekłych lub w ramach obserwacji po leczeniu wstępnym, jeśli udowodniono, że ten sposób leczenia jest bezpieczny i skuteczny. Stowarzyszenia ostrzegają przed potencjalnymi konfliktami interesów, które mogą zagrozić opiece nad pacjentem i zaufaniu z powodu komercjalizacji oraz cięcia kosztów. Telemedycyny nie należy postrzegać na równi z opieką zdrowotną typu „twarzą w twarz” i nie należy jej wprowadzać wyjątkowo w celu oszczędności lub jako niekorzystnej zachęty do nadmiernej obsługi i zwiększania zarobków lekarzy [16, 17]. Do 2019 r. AMA w znaczący sposób włączyła telemedycynę do swojego Kodeksu etyki, ponownie podkreślając, że etyczne obowiązki lekarzy nie zmieniają się podczas telekonsultacji. Standardem powinna być odpowiednia jakość opieki, a tym samym i badania. Ta relacja może się zmienić, gdy opieka jest prowadzona zdalnie, za pośrednictwem technologii. Wyznaczając aktualne standardy teleporad, nie wystarczy jednak zastąpienie porad tradycyjnych, twarzą w twarz, formułą rozmowy telefonicznej. Telezdrowie to przecież – jak wskazano – koncept, idea determinująca przede wszystkim zmianę relacji z pacjentem. Nowe technologie informacyjne przyczyniają się do wirtualizacji pacjentów i opieki, do zmiany wartości dotyku i fizyczności oraz do skupienia się na pomiarach i kwantyfikacjach, nierzadko być może postrzegając klinicystów bardziej jak maszyny [18] i na pewno wymagając nowej generacji programów komputerowych czy nawet sztucznej inteligencji.

Nadal bowiem podstawowe zasady udzielania świadczeń są takie same, a lekarz zgodnie z art. 9 KEL ma obowiązek podejmować leczenie jedynie po uprzednim zbadaniu pacjenta. Wyjątkiem są zaś sytuacje, gdy porada lekarska może być udzielona wyjątkowo na odległość. Oznacza to, że KEL nie przewiduje co do zasady możliwości badania pacjenta za pomocą systemów teleinformatycznych,

Trafne jest więc stanowisko, że istnieje w tym zakresie konflikt pomiędzy tymi regulacjami, a konkretnie art. 9 KEL i art. 42 ust. 1 u.z.l. Zdanie drugie art. 9 KEL stanowi, że wyjątkowo porada lekarska może być udzielona na odległość, natomiast zasadą jest osobiste zbadanie pacjenta [19]. Ugruntowaną zasadą kodeksu etycznego jest więc obowiązek lekarza zbadania pacjenta, a podjęcie leczenia bez zbadania pacjenta jest niedopuszczalne [20].

W doktrynie wskazuje się, że w punktu widzenia lekarskiego istnieje konflikt pomiędzy możliwościami wyrażonymi w zmienionych przepisach ustawy o zawodzie lekarza a przepisami kodeksu deontologicznego. Konflikt ten powinien być jednoznacznie przesądzony, ponieważ dowolna interpretacja jednego z tych przepisów kodeksu deontologicznego jest niezwykle istotna dla odpowiedzialności prawnej i etycznej lekarzy [2].

Tym bardziej, że jak wskazuje Komisja Etyki Lekarskiej w swoim stanowisku w sprawie komercyjnego wystawiania recept i zwolnień online z dnia 12 lutego 2023 r., katalog obowiązków lekarza i praw pacjenta pozostaje niezmienny niezależnie od sposobu realizacji porady lekarskiej – zasady dotyczące udzielania teleporad przy wykorzystaniu technologii telemedycznych oraz porad osobistych są co do zasady takie same [9]. Zasady odpowiedzialności zawodowej, cywilnej i karnej za świadczenia telemedyczne są również takie same jak w przypadku innych świadczeń, a świadczeniobiorcy przysługują wszystkie prawa pacjenta.

Można rozważać, czy faktycznie katalog obowiązków lekarza jest taki sam w sytuacji udzielenia porady za pośrednictwem systemów łączności. Wydaje się, że z uwagi na ograniczenia związane z taką formą kontaktu z pacjentem lekarz powinien poszerzyć zakres obowiązków informacyjnych, m.in. w celu ograniczenia ryzyka naruszenia prawa powinien rzetelnie informować pacjenta o ograniczeniach związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych na odległość, w szczególności o mogących się pojawić trudnościach komunikacyjnych i niedostatkach warunków technicznych uniemożliwiających właściwą realizację świadczenia telemedycznego. Ważne, aby zarówno pacjent, jak i lekarz mieli świadomość, że teleporada ma swoje ograniczenia, i aby pacjent, świadomy tych ograniczeń, miał realną możliwość wyboru pomiędzy poradą stacjonarną i zdalną, a lekarz był świadomy dużo większego zakresu obowiązków i ryzyka związanego z zapewnieniem należytej jakości porady.

Omówienie

Teleporada jako nowa formuła opieki i kontaktu z pacjentem

Jak wskazano, teleporady są formułą świadczenia usług medycznych, które zmieniają sposób badania pacjenta. Lekarz musi ocenić, czy użycie nowych technologii daje mu pełny obraz kliniczny pacjenta. Zmienia się więc niejako sposób postrzegania pacjentów i opieki – lekarz musi inaczej podejść do oceny wartości dotyku i fizyczności oraz do skupienia się na pomiarach i kwantyfikacjach [21], co wymaga innego stosunku do pacjenta, ale przede wszystkim świadomości możliwych błędów komunikacyjnych.

Debata wokół teleporad dotyka niezwykle ważnego aspektu relacji podmiotowych pacjent-lekarz. Leczenie jest złożonym procesem, w którym czynnik ludzki odgrywa doniosłą rolę. Osobisty kontakt i bezpośrednie zbadanie pacjenta przez lekarza pozwala budować zaufanie i jest warunkiem koniecznym budowy tego zaufania. Oznacza to, że osobiste zbadanie pacjenta ma w istocie wiele większe znaczenie niż jedynie samo zebranie wywiadu. Chodzi o zbudowanie określonej relacji opartej na zaufaniu. Leczenie w dużej mierze odbywa się również na płaszczyźnie pozawerbalnej, gdzie odpowiedni gest, mimika, spojrzenie mają swoje znaczenie. Zdaniem Rużyłto poznanie choroby, ale i osobowości czy warunków życia chorego, ma służyć lepszej ocenie choroby i możliwości jej leczenia, a jednocześnie pogłębić zaufanie chorego do lekarza i ich wzajemną, osobistą wrażliwość [22]. Należy więc zadać pytanie, jak w tej nowej, wirtualnej rzeczywistości zbudować to zaufanie i czy nie grozi nam niebezpieczeństwo odhumanizowania relacji lekarz-pacjent.

Wydaje się jednak, że biorąc pod uwagę profesjonalizm udzielanej porady lekarskiej oraz konieczność zachowania przez lekarza należytej staranności, zasadą powinna być jednak porada stacjonarna, w pewnych przypadkach wideoporada, a zupełnie wyjątkowo rozmowa telefoniczna. Połączenie wideokonferencyjne, choć też nie jest doskonałe, pozwala na przeprowadzenie badania podmiotowego (zebranie wywiadu) ze zbliżoną do dotychczasowego próbą oceny przedmiotowej chorego (wygląd, zachowanie, duszność, kontrola ciśnienia tętniczego, obecność obrzęków, zmian skórnych, blizn, rany, owrzodzeń itp.). Nie jest to metoda tożsama z dotychczasowym badaniem i oceną, jednak w wielu przypadkach wystarczająca [23].

Z punktu widzenia medycznego rozmowa telefoniczna to metoda kontaktu z pacjentem zbyt powierzchowna – ma raczej charakter porady recepturowej i może niestety prowadzić do wielu błędów medycznych i komunikacyjnych, trudnych do uniknięcia, jeśli pacjent i lekarz nawet się nie widzą. Tymczasem pacjent powinien mieć świadomość znaczenia i wagi przekazywanych informacji. Doświadczenie zaś pokazuje, że zdarzało się, że podczas wywiadów kwalifikujących do zabiegów anestetycznych pacjenci podawali nieaktualną masę ciała. Dopiero rozmowa twarzą w twarz pozwala na prawidłową kwalifikację do zabiegów znieczulenia ogólnego [2]. To tylko jeden z przykładów możliwych nieporozumień i trudności związanych w teleporadami.

W tym przypadku trzeba też zwrócić uwagę na problem odpowiedniej jakości świadczonej opieki i technologii dostosowanej także do potrzeb osób niepełnosprawnych, starszych i innych, takich jak osoby z upośledzeniem funkcji poznawczych [24]. Jednocześnie rolą ustawodawcy powinno być przeciwdziałanie cyfrowemu wykluczeniu szczególnie osób starszych, które nie dysponują ani odpowiednim sprzętem technicznym, ani wiedzą, w jaki sposób działa system wideokonferencji. Można jedynie przypuszczać, że wprowadzenie wideoteleporady jako formuły obowiązkowej mogłoby doprowadzić do wykluczenia wielu osób, tym bardziej, że placówki podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) nie są też zapewne przygotowane do zapewnienia pacjentom sprzętu technicznego i odpowiedniego instruktażu. Stąd też ustawodawca dopuszcza najprostsze rozwiązanie w postaci rozmowy te-

lefonicznej, choć jest ono najgorsze dla procesu diagnozowania i leczenia pacjenta.

Okres, który upłynął do czasu wybuchu pandemii, umożliwił jednostkom POZ przygotowanie się do profesjonalnego świadczenia teleporad. Tym bardziej kontrowersyjne wydaje się stanowisko Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 24 lipca 2020 r. w sprawie przyjęcia wytycznych dla udzielania świadczeń telemedycznych, dopuszczające udzielanie porad telefonicznych z użyciem zwykłych telefonów i linii telefonicznych, które obecnie, w okresie postpandemicznym powinno zostać zrewidowane.

Teleporady – zagrożenia dla bezpieczeństwa pacjenta

Teleporady mogą nieść za sobą również zagrożenia dla bezpieczeństwa pacjenta. W wydanych w Wielkiej Brytanii przez General Medical Council [25] zaleceniach etycznych wskazuje się, że pracownicy ochrony zdrowia muszą priorytetowo traktować bezpieczeństwo pacjentów, chronić tych szczególnie narażonych, upewnić się, że pacjenci rozumieją, jak działają konsultacje zdalne, oraz uzyskać na nie ich świadomą zgodę, przeprowadzić odpowiednią ocenę kliniczną pacjenta, zapewnić pacjentom wszystkie dostępne opcje oraz zorganizować opiekę. Lekarze muszą zawsze rozważyć, czy zdalna konsultacja jest odpowiednia, upewnić się, że pacjenci otrzymują wszystkie potrzebne im informacje (i mogą je zrozumieć) oraz zapewnić im zdolność do podejmowania decyzji [26].

Pacjent powinien mieć dostęp do informacji o warunkach udzielenia teleporad oraz możliwość, jak to określono w rozporządzeniu, zgłoszenia w trakcie woli osobistego kontaktu. Wydaje się jednak, że informacje takie powinny być udzielane obowiązkowo także na przykład podczas rejestracji telefonicznej, a nie jedynie na żądanie pacjenta. Pojawia się jednak pytanie, na ile faktycznie sprzeciw pacjenta jest skuteczny. Jeśli bowiem z przyczyn pragmatycznych wprowadzone są limity porad osobistych, to oczywiście, że faktycznie pacjent może nie mieć żadnego wyboru. Podobnie jest, gdy z uwagi na odległość i miejsce zamieszkania pacjent ma utrudniony dojazd do poradni, a limit wizyt lekarskich na dany dzień został na przykład wyczerpany. Są to okoliczności, które z pewnością mogą ograniczać swobodę decyzji pacjenta i sprawiać, że jego wybór jest *de facto* iluzoryczny.

Istotnymi kwestiami są: czy faktycznie w takiej sytuacji mamy do czynienia ze świadomą zgodą pacjenta, skoro sama zgoda jest wątpliwa, oraz to, że pacjenci mają niewielki wybór w zakresie formuły porady lub akceptacji tych zasad, szczególnie gdy lekarz udziela informacji dopiero podczas teleporady. Ważna jest więc nie tylko kwestia swobody wyboru, ale i etapu, na którym następuje poinformowanie pacjenta o jego prawach.

Konstrukcja obecnej regulacji ustanawia więc jako podstawową formułę porad zdrowotnych teleporadę, poza nielicznymi wyjątkami. O ile w okresie pandemii teleporady były rozwiązaniem koniecznym, o tyle obecnie należy się zastanowić, czy nie są one nadużywane i czy faktycznie powinna być to podstawowa formuła porad, skoro dopiero w trakcie teleporady lekarz może uznać, że nie jest to forma wystarczająca, a zgodę pacjenta trudno będzie

uznać za świadomą, z uwagi na brak dostępu do lekarza i limitowanie porad zwykłych.

Porada „recepturowa”

Kolejna kwestia związana z teleporadami to tzw. porada recepturowa. Zdalne konsultacje i wypisywanie recept mogą bowiem stanowić potencjalne zagrożenie dla bezpieczeństwa pacjentów ze względu na takie kwestie, jak zwiększona częstość prób uzyskania dostępu do leków, które mogą spowodować poważne szkody oraz konieczność zapewnienia stałego monitorowania zdrowia osób z chorobami przewlekłymi [9].

Według art. 42 ust. 2 u.z.l. lekarz może, bez badania pacjenta, wystawić receptę niezbędną do kontynuacji leczenia oraz zlecenie na zaopatrzenie w wyroby medyczne jako kontynuację zaopatrzenia, jeżeli jest to uzasadnione stanem zdrowia pacjenta odzwierciedlonym w dokumentacji medycznej. Zgodnie zaś z art. 15b ust. 2 ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej [27], pielęgniarka i położna, o których mowa w art. 15a ust. 1, mogą bez badania pacjenta wystawić receptę niezbędną do kontynuacji leczenia oraz receptę albo zlecenie na zaopatrzenie w wyroby medyczne jako kontynuację zaopatrzenia, jeżeli jest to uzasadnione stanem zdrowia pacjenta odzwierciedlonym w dokumentacji medycznej. W tych dwóch przypadkach możliwe jest więc odstępnie od osobistego badania, jeśli jest to uzasadnione stanem zdrowia udokumentowanym w dokumentacji medycznej. Wydaje się jednak, że ustawodawca dał wyraźny prymat wystawianiu recept bez osobistego badania pacjenta, a jedynie na podstawie dokumentacji.

Na zagrożenia związane z nadużyciem teleporad w celu uzyskania niekontrolowanego dostępu do leków zwraca uwagę w swoim stanowisku Komisja Etyki Lekarskiej NRL [9] – podkreśla, że decydujące o możliwości przeprowadzenia porady teleinformatycznej są kryteria medyczne, a nie życzeniowe lub komercyjne. Błędą interpretacją zasad obowiązujących w teledycynie jest komercyjne wystawianie zwolnień i recept online na żądanie. Komisja ta w stanowisku z dnia 12 lutego 2023 r. w sprawie zjawiska komercyjnego wystawiania recept i zwolnień online po szczegółowej analizie wielu przykładów oferowanych w internecie usług odpłatnego wystawiania recept i zwolnień krytycznie oceniła wystawianie zwolnień czy recept jedynie po wypełnieniu krótkiej ankiety niespełniającej kryterium badania podmiotowego i sugerującej pacjentowi objawy, gdy czynnością uruchamiającą procedurę otrzymania dokumentu jest dokonanie płatności. Pacjent nie ma wówczas jakiegokolwiek kontaktu z lekarzem, oferty wystawiania recept i zwolnień służą jedynie ich odpłatnej sprzedaży, noszą cechy reklamy i na przykład oferują specjalne zniżki za wypełnienie ankiety. Finalizacja usługi trwa niezwykle krótko (3–5 minut), co sugeruje niedochowanie należytej staranności, zwłaszcza gdy pacjent nie był wcześniej badany i leczony przez lekarza wystawiającego receptę bądź zwolnienie na żądanie. Lekarze wydający w opisanym trybie recepty i zwolnienia narażają się na odpowiedzialność zawodową z powodu naruszenia m.in. art. 8 KEL (w zakresie niedochowania należytej staranności i niepoświęcania pacjentowi należytego czasu), art. 9 KEL (w zakresie określenia wyjątków, kiedy porada może być udzielona na odległość), art. 10 KEL (w zakresie wykraczania poza umiejętności zawodowe w sytuacji

wystawiania zaświadczeń spoza swojej specjalizacji lekarskiej), art. 11 KEL (w zakresie braku dbałości o odpowiednią jakość opieki nad pacjentem) i art. 40 KEL (w zakresie wydawania zaświadczeń bez osobistego badania lub odpowiedniej dokumentacji).

W rezultacie ustawodawca wprowadził w tym zakresie zmiany i ograniczenia, zawężone jedynie do przepisywania leków określonej kategorii. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 12 lipca 2023 r. zmieniło bowiem rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 11 września 2006 r. w sprawie środków odurzających, substancji psychotropowych, prekursorów kategorii 1 i preparatów zawierających te środki lub substancje [28], w którym wprowadzono zmiany, zgodnie z którymi recepta, o której mowa w art. 42 ust. 2 u.z.l., na preparat zawierający środek odurzający grupy I-N lub II-N, substancję psychotropową grupy II-P, III-P lub IV-P lub prekursor kategorii 1 może być wystawiona, jeżeli od ostatniego badania pacjenta upłynęło nie więcej niż 3 miesiące [29].

Wydaje się, że porada recepturowa nie powinna być z przyczyn komercyjnych oraz ograniczeń kosztów sprowadzona do analizy dokumentacji medycznej lub realizowana bezrefleksyjnie, niekiedy przez personel bez uprawnień. Każdorazowo decyzja w sprawie kontynuacji leczenia i realizacji planu powinna być konsultowana z lekarzem, który zna pacjenta, lub specjalistę, który przeanalizuje sytuację. Jako zbyt daleko idące z perspektywy czasu i doświadczeń należy ocenić porady recepturowe udzielane pacjentom z chorobami przewlekłymi bez cyklicznych konsultacji lekarskich i bezpośredniego kontaktu, szczególnie w sytuacjach, gdy przewlekłe choroby, którzy przyjmują obciążające leki, nie odbyli stacjonarnej wizyty nawet przez 2 lata, a ich terapia sprowadza się do stosowania leków.

Wnioski

Rozporządzenie wyznaczające ramy prawne teleporad wprowadzone w okresie covidowym czyni z teleporady zasadę, a nie wyjątek w ramach podstawowej opieki zdrowotnej, co w istocie może w sposób nieodwracalny zmienić charakter porad medycznych i niesie ryzyko pogorszenia ich jakości. I choć wydaje się, że z uwagi na rozwój teledycyny zastosowanie nowych technologii w obszarze świadczenia usług medycznych, w tym porad medycznych, jest nieuniknione i użyteczne, to jednak należy wprowadzić prawne gwarancje należytej jakości teleporady, aby wyeliminować konflikt pomiędzy tymi regulacjami a art. 9 KEL. Obecne rozwiązania normatywne pozwalają na dość prowizoryczną formę teleporad, badania za pomocą komunikatorów elektronicznych lub przez telefon, a do stworzenia profesjonalnego systemu teleporad z przyczyn ekonomicznych i cięć kosztów jeszcze długa droga.

Porady telefoniczne świadczone bez zachowania gwarancji jakości mogą osłabić tak ważne w opiece medycznej relacje personalne. Mogą też prowadzić do zwiększenia izolacji pacjentów, ignorowania zmian w relacjach i przyjęcia technologii w celu oszczędności lub maksymalizacji zysków, a nie ochrony zdrowia [30]. Mogą one nawet skutkować błędami medycznymi w procesie leczenia, a także prowadzić do odpowiedzialności lekarzy.

Teleporady medyczne mogą być niezwykle użyteczne w monitorowaniu stanu już zdiagnozowanych pacjentów, w celu realizowania już ustalonego planu leczenia czy w profilaktyce. Z tym jednak zastrzeżeniem, że będzie to świadomy, a nie wymuszony ograniczeniami wybór pacjenta. W przypadku porad służących diagnostyce chorób zasadą powinna być jednak wizyta tradycyjna. Podobnie teleporady nie powinny być sprowadzone do wizyt recepturowych, służących uzyskaniu dostępu do leków. Komerccjalizacja usług medycznych nie może być jedynym uzasadnieniem dokonywania zmian w modelu świadczenia porad medycznych.

De lege ferenda, to ustawodawca w ramach ustawy o zawodzie lekarza powinien zatem wyraźnie określić standard jakości teleporady medycznej, regulując jako wyjątek formę najprostszą, jaką jest rozmowa telefoniczna, lub nawet ją ograniczając do ratowania życia lub zdrowia. Przy określeniu jakości teleporad powinny być wykorzystane doświadczenia choćby światowych stowarzyszeń medycznych, wskazujące, że pracownicy ochrony zdrowia muszą priorytetowo traktować bezpieczeństwo pacjentów, chronić pacjentów szczególnie narażonych, upewniać się, że pacjenci rozumieją, jak działają konsultacje zdalne, oraz uzyskać ich świadomą zgodę, przeprowadzić odpowiednią ocenę kliniczną pacjentów i zapewnić im wszystkie dostępne opcje, aby uniknąć błędów medycznych. Rzecz jednak w tym, że ustawodawca mimo upływu 3 lat od wybuchu pandemii wciąż nie dookreślił standardów jakości teleporad, formułując jedynie ogólne ramy ich świadczenia.

Piśmiennictwo

- Czaplińska M, Sakowska-Baryła M. Telemedycyna i teleporady w dobie pandemii – aspekty prawne i organizacyjne. *Mon Praw*, 2022; 12: 645–652
- Paprocka-Lipińska A. Telemedycyna – wyzwanie bioetyczne XXI wieku. *Humanistyka i Przyrodoznawstwo*, 2021; 27: 135–150. doi: 10.31648/hip.7132
- Susskind R, Susskind D. Przyszłość zawodów. Jak technologia zmieni pracę ekspertów. Warszawa, Wolters Kluwer Polska, 2019
- Wrześniewska-Wal I, Hajdukiewicz D. Telemedycyna w Polsce – aspekty prawne, medyczne i etyczne. *Studia Prawnoustrojowe*, 2020; 50: 509–524. doi: 10.31648/sp.6061
- Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentystry z dnia 5 grudnia 1996 r. (t.j., Dz.U. 2023 poz. 1516)
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 12 sierpnia 2020 r. w sprawie standardu organizacyjnego teleporady w ramach podstawowej opieki zdrowotnej (Dz.U. 2022 poz. 1194).
- Uchwała Nr 89/20/P-VIII rekomendacje Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej (NRL) z 24 lipca 2020 r. w sprawie przyjęcia wytycznych dla udzielania świadczeń telemedycznych. <https://nil.org.pl/aktualnosci/4980-wytyczne-dla-udzielania-swiadczen-telemedycznych?previewmode=4ffbd5c8221d-7c147f8363ccdc9a2a37>
- Uchwała Nadzwyczajnego II Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 14 grudnia 1991 r. w sprawie Kodeksu Etyki Lekarskiej. <https://sip.lex.pl/akty-prawne/akty-korporacyjne/kodeks-etyki-lekarskiej-286454095>
- Stanowisko Komisji Etyki Lekarskiej NRL z dnia 12.02.2023 r. w sprawie komercyjnego wystawiania recept i zwolnień online. <https://nil.org.pl/aktualnosci/7609-kel-o-komercyjnym-wystawianiu-recept-i-zwolnien-online>
- Caban Ł. Komentarz do art. 42. In: Kopeć M, red. Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentystry. Komentarz. System LEX (dostęp: 14.08.2022 r.)
- Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. 2011 Nr 112 poz. 654)
- Malczewska M. Komentarz do art. 42. In: Zielińska E, red. Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentystry. Komentarz. System LEX (dostęp 20.09.2023 r.)
- Dukiet-Nagórska T. Świadoma zgoda pacjenta w ustawodawstwie polskim. *Prawo i Medycyna*, 2000; 6–7: 78–95
- Nesterowicz M. *Prawo medyczne*. Toruń, Dom Organizatora TNOiK, 2013
- Safjan M. *Prawo i medycyna*. Warszawa, Oficyna Naukowa, 1998
- World Medical Association. WMA statement on accountability, responsibilities and ethical guidelines in the practice of telemedicine. 1999. <https://www.wma.net/policies-post/wma-statement-on-accountability-responsibilities-and-ethical-guidelines-in-the-practice-of-telemedicine/>
- World Medical Association. WMA statement on the ethics of telemedicine. 2018. <https://www.wma.net/policies-post/wma-statement-on-the-ethics-of-telemedicine>
- Kaplan B. Ethics, Guidelines, Standards, and Policy: Telemedicine, COVID-19, and Broadening the Ethical Scope. *Camb Q Healthc Ethics*, 2022; 31: 105–118. doi: 10.1017/S0963180121000852
- Kielanowski T. *Etyka i deontologia lekarska*. Warszawa, Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich, 1985
- Brzeziński T. Tradycyjne zasady deontologii lekarskiej. In: Kielanowski T, ed. *Wybrane zagadnienia z etyki i deontologii lekarskiej*. Warszawa, Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich, 1980: 16–65
- Botrugno C. Information technologies in healthcare: enhancing or dehumanising doctor–patient interaction? *Health (London)*, 2021; 25: 475–493. doi: 10.1177/1363459319891213
- Rużyło E. *Etyka i medycyna*. Łomża, Oficyna Wydawnicza Stopka, 1999
- Łazarska A, Niemczyk S. Standardy prawno-medyczne udzielania teleporad a dobro pacjenta – wyzwania i zagrożenia. In: Chmielnicki P, Minich D, eds. *Prawo jako projekt przyszłości*. Warszawa, Wolters Kluwer Polska, 2022: 227–256
- Demiris G, Doorenbo AZ, Towle C. Ethical and legal considerations regarding the use of technology for older adults: the case of telehealth. *Res Gerontol Nurs*, 2009; 2:128–136. doi: 10.3928/19404921-20090401-02
- General Medical Council. Remote consultations. <https://www.gmc-uk.org/ethical-guidance/ethical-hub/remote-consultations> (dostęp: 16.08.2023 r.)
- Murphy M, Scott LJ, Salisbury C, et al. Implementation of remote consulting in UK primary care following the COVID-19 pandemic: a mixed-methods longitudinal study. *Br J Gen Pract*, 2021; 71: e166–e177. doi: 10.3399/BJGP.2020.0948
- Ustawa z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz.U. 2011 Nr 174 poz. 1039)
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 11 września 2006 r. w sprawie środków odurzających, substancji psychotropowych, prekursorów kategorii 1 i preparatów zawierających te środki lub substancje (Dz.U. 2006 Nr 169 poz. 1216)
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 12 lipca 2023 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie środków odurzających, substancji psychotropowych, prekursorów kategorii 1 i preparatów zawierających te środki lub substancje (Dz.U. 2023 poz. 1368)
- Botrugno C. Information technologies in healthcare: enhancing or dehumanising doctor–patient interaction? *Health (London)*, 2021; 25: 475–493. doi: 10.1177/1363459319891213