

Magdalena Błaszczak

Szkoła Doktorska Nauk Społecznych
Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza w Poznaniu
magdalena.blaszczak@amu.edu.pl
ORCID: 0000-0002-6167-096X

Teleporady a prawo: pre-COVID-19 v. post-COVID-19

Telemedicine consultations and the law: pre-COVID-19 v. post-COVID-19

Streszczenie

Wraz z rozprzestrzenianiem się pandemii COVID-19 prawodawca wyróżnił prawo medyczne jako pierwszorzędne narzędzie w odpowiedzi na niezwykle trudną sytuację społeczno-gospodarczą. Na łamach niniejszej pracy dokonano analizy wybranych regulacji tzw. prawa covidowego dotyczącego telemedycyny, *stricte* teleporad. Badany stan prawny podzielono na dwa tytułowe etapy, mianowicie "pre-covidowy" (okres przed wprowadzeniem stanu zagrożenia epidemicznego, a następnie stanu epidemii) oraz "post-covidowy" (okres po wprowadzeniu ww. stanów). Kluczowym założeniem autora stała się przy tym próba oceny skutków zastosowanych działań legislacyjnych, które niewątpliwie przyczyniły się do rozwoju segmentu e-zdrowia.

Słowa kluczowe: teleporada, telemedycyna, e-zdrowie, prawo medyczne, pandemia, koronawirus, SARS-CoV2, COVID-19.

Summary

With the spread of the COVID-19 pandemic, the legislator singled out medical law as a primary tool in response to an extremely difficult socio-economic situation. Selected regulations of the so-called covid law on telemedicine, strictly teleporad. The legal status under study was divided into two title stages, namely "pre-covid" (the period before the introduction of the epidemic threat state, and then the state of the epidemic) and "post-covid" (the period after the introduction of the above-mentioned states). The author's key assumption was an attempt to assess the effects of the applied legislative measures, which undoubtedly contributed to the development of the e-health segment.

Key words: telemedicine consultation, telemedicine, e-health, medical law, pandemic, coronavirus, SARS-CoV2, COVID-19.

Wstęp

Przedmiotem niniejszego rozdziału objęto regulacje prawne, które dotyczą standardu organizacyjnego na szczeblu POZ w zakresie najczęściej udzielanego świadczenia zdrowotnego w formie telemedycznej – teleporady. Zgodnie z tym założeniem, w podrozdziałach przybliżono (1) pojęcie teleporady, odróżniając je od zbliżonych terminów i wskazując sferę, w jakiej zagadnienie będzie rozważane; stan prawny, wraz z wyróżnieniem dwóch etapów, mianowicie (2) "pre-covidowego" (okresu przed wprowadzeniem stanu zagrożenia epidemicznego, a następnie stanu epidemii¹³⁹) i (3) "post-covidoweigo" (okresu po wprowadzeniu ww. stanów); oraz (4) próbę oceny skutków zastosowanych działań

¹³⁹ Rozporządzenie MZ z dnia 13 marca 2020 r. ws. ogłoszenia na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej stanu zagrożenia epidemicznego (Dz. U. poz. 433 z późn. zm.) oraz Rozporządzenie MZ z dnia 20 marca 2020 r. ws. ogłoszenia na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej stanu epidemii (Dz. U. poz. 491 z późn. zm.).

legislacyjnych, eksponując przy tym postulaty wobec teleporad. Całości towarzyszą odniesienia do stanowisk rodzimego orzecznictwa i doktryny.

Zastosowany podział ma na celu usystematyzowanie badanej materii, którą charakteryzuje mnogość kwestii pobocznych. Przykładowo dogmatyka w obrębie teleporad naturalnie prowadzi do komentarza, co do prawa pacjenta do świadczeń zdrowotnych czy konstytucyjnej zasady równego dostępu do opieki zdrowotnej¹⁴⁰. Nierzadki wątek stanowi również dyskusja wokół podnoszonej niekonstytucyjności działalności prawodawcy na polu tzw. prawa covidowego¹⁴¹. Jednakże wskazane zagadnienia traktuje się jako znacznie wykraczające poza wąsko przyjętą tematykę, stąd postanowiono je jedynie zasygnalizować.

1. Siatka pojęciowa

Na wzór definicji legalnej wyrażonej przez normę par. 2 pkt 3 TeleporadaR, teleporada to „świadczenie zdrowotne udzielane na odległość przy użyciu systemów teleinformatycznych lub systemów łączności”¹⁴². W praktyce teleporada funkcjonuje również jako telekonsultacja, porada lub konsultacja telemedyczna czy e-wizyta; szerzej świadczenie telemedyczne. O ile wskazane przykłady synonimów nie budzą większych wątpliwości, tak niezbędne jest odróżnienie pojęć względnie bliskoznacznych.

Za pierwszorzędnę uznano zestawienie teleporady z telemedycyną. Definiując telemedycynę za Ochmańskim jest to leczenie na odległość, uściślając świadczenie usług opieki zdrowotnej na odległość; Haberko mówi nawet szerzej o medycynie na odległość¹⁴³. Teleporada stanowi zatem jedną z postaci świadczenia telemedycznego, która może zostać

¹⁴⁰ Vide rozdz. 2 PrPacjentU oraz art. 68 ust. 2 Konstytucji RP. O ograniczaniu czy naruszaniu powyższych praw, cf. art. 5 PrPacjentU oraz art. 31 ust. 3 Konstytucji RP v. raport Rzecznik Praw Pacjenta. (2020). *Problemy pacjentów w obliczu epidemii choroby COVID-19*. Warszawa.

¹⁴¹ Zarówno w orzecznictwie, jak i doktrynie dominuje pogląd o niekonstytucyjności szeregu norm. Nie pozostaje to jednak polemiką merytoryczną, a bardziej polityczną. Dlatego pragnie się jedynie zauważyć, iż drastyczność skutków pandemii wymaga traktowania ustanowionego prawa jako obowiązującego, zważywszy chociażby na względy moralne, nakazujące zapobiegać, przeciwdziałać i zwalczać COVID-19. Poglądowo cf. (Florczak-Wątor, 2020, s. 5-22); Janczukowicz, K. (2021). *Legalność kar nakładanych za naruszenie ograniczeń związanych ze stanem epidemii*. LEX/el.; (Paśnik, 2020, s. 69 i n., 83 i n.); (Pecyna, 2020, s. 23-37) oraz (2021). *Dopuszczalność karania za naruszenie ograniczeń związanych z epidemią COVID-19 określonych w rozporządzeniu*. Legalis/el.

¹⁴² Czyli „świadczenie zdrowotne udzielone za pośrednictwem systemów TIK”, *cit. per* (Glanowski, 2020, s. 1152). Vide szerzej o definicjach „systemów teleinformatycznych” i „systemów łączności” e.g. u (Ochmański, 2016, s. 21).

¹⁴³ (Ochmański, 2016, s. 14) Autor poświęca również sporą część na historyczny aspekt rozwoju telemedycyny, który stanowi wartościowe uzupełnienie zagadnienia, *vide* s. 14-16; (Haberko, 2010, s. 49). Zdefiniowanie pojęcia telemedycyny spotyka się jednakże z dwojakim problemem. (1) Powstało już sporo definicji, zdeterminowanych przez perspektywę ich opracowujących, głównie uwzględniających inny etap ewolucji technologii. Dlatego trudno uznać którąś z definicji za wiodącą, a jedynie najbardziej aktualną. (2) Nieustannie przybywa też pojęć pokrewnych, które nierzadko błędnie stosowane są jako zamiennie. Tak (Glanowski, 2020, s. 1153 i n., pkt 6). Natomiast ujmując pojęcie etymologicznie, telemedycyna to połączenie gr. *tele* (odległy) oraz łac. *medicus* (lekarz).

udzielona za użyciem TIK. Zaś analogicznie świadczenie telemedyczne to rodzaj świadczenia zdrowotnego. Pełnowymiarowe zrównoważanie telemedycyny z klasycznym rozumieniem świadczenia, tj. nieróżnicowanie formy niestacjonarnej od stacjonarnej, wiązałoby się z *de facto* zaprzeczeniem potrzeby standaryzacji teleporady i pochodnych instytucji wykorzystujących systemy TIK¹⁴⁴.

Pozostając w temacie terminologii, zauważalna systematyka dodawania przedrostka „tele” przed standardowymi pojęciami to zasługa polityki Światowej Organizacji Zdrowia¹⁴⁵. O ile traktowanie w ten sposób specjalizacji lekarskich, np. telekardiologia (w rozumieniu wykorzystywania m.in. elektronicznego stetoskopu, EKG czy Holtera) nie budzi wątpliwości, tak krzywdzące byłoby przyjęcie takiego schematu wobec określania świadczeniodawców udzielających teleświadczeń, np. telekardiolog. Owa determinacja specjalizacji lekarza poprzez aspekt telemedyczny doprowadziłaby do wyodrębnienia grupy lekarzy udzielających (1) tylko, bądź (2) w większości, tudzież (3) w pierwszej kolejności, świadczeń telemedycznych. Segregacja ta mogłaby stanowić uzasadnienie dla licencjonowania udzielania świadczeń telemedycznych, o czym szerzej w podrozdziale „Skutki standaryzacji”.

Przedmiotem dalszego opracowania będzie jedynie teleporada w kontekście relacji pacjent-lekarz. Toteż wątki powiązane, tj. chociażby prowadzenie teledokumentacji medycznej (karta telemedyczna), weryfikacja tożsamości pacjentów podczas teleporad czy wyzwania natury etycznej nie zostaną wnikliwie omówione¹⁴⁶.

2. Teleporady pre-COVID-19

Początek realnego kształtowania prawa krajowego wobec telemedycyny przypada na rok 2001, kiedy to utworzono Sekcję Telemedycyny Polskiego Towarzystwa Lekarskiego. Jednak dalszy rozwój, jak trafnie zresztą ujęli Wrześniewska-Wal i Hajdukiewicz, dokonywał się „niemrawo”¹⁴⁷. Zwrot „telemedycyna” został po raz pierwszy użyty w jednym z przepisów ustawy o systemie informacji ochrony zdrowia z 2011 roku, który z resztą uchylono w całości

¹⁴⁴ Dodatkowo, dla uniknięcia ewentualnych wątpliwości w toku dalszej lektury, wypada określić też e-zdrowie, które oznacza „zastosowanie narzędzi i usług TIK w opiece zdrowotnej” – definicja Komisji Europejskiej, *cit. per* (Buczak-Stec, 2011, s. 107). *Cf.* (Wrześniewska-Wal, Hajdukiewicz, 2020, s. 510), gdzie autorzy dodają „szeroko rozumianej opieki zdrowotnej”. *Vide* też rozumienie e-zdrowia a m-zdrowia w (Światała, 2018, s. 303-308, 336-340). Z kolei teleopieka „realizuje zadania z zakresu raczej pomocy społecznej, a nie ochrony zdrowia”, (Wrześniewska-Wal, Hajdukiewicz, 2020, s. 511).

¹⁴⁵ (Glanowski, 2020, s. 1157 i n.).

¹⁴⁶ O tym szerzej *e.g.* u (Czaplicki, 2020, *Legalis/el*); (Haberko, 2010, s. 49-58); (Ochmański, 2016, s. 14-24) czy (Wrześniewska-Wal, Hajdukiewicz, 2020, s. 518).

¹⁴⁷ Wrześniewska-Wal, Hajdukiewicz (2020, s. 510).

w roku 2018¹⁴⁸. Niespełna dekadę temu Ministerstwo Zdrowia opowiedziało się nawet za brakiem konieczności regulacji prawnych dotyczących *stricte* telemedycyny, gdyż ta stanowi jeden ze sposobów realizacji świadczenia zdrowotnego. W zbliżonej opinii Centrali NFZ podstawą do możliwości udzielania świadczeń w postaci teleporad przez lekarza, pielęgniarkę i położną POZ jest przecież rozporządzenia MZ z dnia 24 września 2013 r. ws. świadczeń gwarantowanych z zakresu POZ¹⁴⁹. Pomimo tego w roku 2015 dokonano zmiany w ZawLekU, która pozwoliła lekarzom na zdalne wystawienie recepty czy zlecenia na zaopatrzenie w wyroby medyczne (nie myląc z e-receptą). Przy czym wskazano dwa warunki konieczne: (1) kontynuację leczenia czy zaopatrzenia i (2) stan zdrowia pacjenta odzwierciedlony w dokumentacji medycznej¹⁵⁰. Kolejny pozorny postęp legislacyjny wobec świadczeń telemedycznych nastąpił pod koniec 2015 roku za sprawą nowelizacji art. 3 ust. 1 DziałLeczU, na mocy którego uporządkowano status świadczenia telemedycznego jako równoprawne świadczenie zdrowotne¹⁵¹. Ważnym punktem było przyjęcie w 2017 roku strategii rozwoju e-zdrowia, która związana była jednak z oczekiwaniami raczej w zakresie rozwoju technologii rozwiązań telemedycznych, niż pożądanej harmonii regulacji prawnych tejże dziedziny¹⁵². O faktycznym wprowadzeniu teleporady do systemu prawnego mówi się od 5 listopada 2019 r. poprzez rozporządzenie MZ, które u schyłku roku kalendarzowego dookreśliło zarządzenie Prezesa NFZ¹⁵³. Dało to kolejną podstawę do możliwości udzielania świadczeń telemedycznych jako świadczeń gwarantowanych w warunkach ambulatoryjnych na odległość przy użyciu TIK. Wprowadzone prawo do udzielania teleświadczeń objęło zawód lekarza,

¹⁴⁸ Cf. art. 36 ust. 1 pkt 4 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (Dz. U. Nr 113, poz. 657) v. art. 1 ust. 24 ustawy z dnia 20 lipca 2018 r. o zm. ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 1515 z późn. zm.).

¹⁴⁹ Odpowiedź sekretarza stanu w MZ Neumanna S. z dnia 23 sierpnia 2012 r. na interpelację nr 7498 ws. braku uregulowań prawnych w zakresie telemedycyny, *cit. per* (Glanowski, 2020, s. 1152); *Komunikat* [NFZ – przyp. własny] z 15 marca 2020 do świadczeniodawców POZ w związku z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19 oraz Rozporządzenie MZ z dnia 24 września 2013 r. ws. świadczeń gwarantowanych z zakresu POZ (t.j. Dz. U. z 2021 r. poz. 540).

¹⁵⁰ Dot. art. 42 ust. 2 ZawLekU, na mocy art. 3 ust. 2 ustawy z dnia 22 lipca 2014 r. o zm. ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (t.j. Dz.U. 2014 poz. 1138).

¹⁵¹ W myśl art. 14 ust. 1 pkt a ustawy z dnia 9 października 2015 r. o zm. ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 1991 z późn. zm.), do przepisu art. 3 ust. 1 DziałLeczU „Działalność lecznicza polega na udzielaniu świadczeń zdrowotnych” dodano „Świadczenia te mogą być udzielane za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności”. *Vide cit. per* Chojecka M., Nowak A. i Mazurkiewicz S., Klich A. [w]: (Glanowski, 2020, s. 1151 i n.). Zmiana legislacyjna nie miała jednak istotnego wpływu na funkcjonowanie całego (e-)systemu ochrony zdrowia, (Wrześniewska-Wal, Hajdukiewicz, 2020, s. 514).

¹⁵² *Strategia Rozwoju e-Zdrowia w Polsce na lata 2018–2022* przyjęta dnia 2 grudnia 2017 r. przez Ministerstwo Zdrowia oraz Ministerstwo Cyfryzacji.

¹⁵³ Rozporządzenie MZ z dnia 31 października 2019 r. zm. rozporządzenie ws. świadczeń gwarantowanych z zakresu POZ (Dz.U. z 2019 r., poz. 2120) oraz Zarządzenie Nr 177/2019/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 30 grudnia 2019 r. ws. warunków zawarcia i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie POZ.

pielęgniarki, położnej, ratownika medycznego i pielęgniarki systemu, lecz nie uwzględniło zawodu felczera, fizjoterapeuty i diagnosty laboratoryjnego czy farmaceuty. W międzyczasie w doktrynie ukształtowało się stanowisko, iż w sprzeczności z telemedycyną stoi norma wyrażona w art. 9 KEL, stanowiąca o zakazie podejmowania leczenia bez uprzedniego zbadania pacjenta przez lekarza. Mając jednak na względzie, że akt deontologiczny dookreśla normy, a nie je stanowi oraz uwzględniając najnowsze stanowisko NRL¹⁵⁴, interpretacja ta złagodniała i słusznie uważa się brak potrzeby zmiany tegoż przepisu, gdyż wystarczy zastosowanie wykładni łącznej, tj. z obowiązującymi podstawami prawnymi udzielania świadczeń telemedycznych¹⁵⁵.

Natomiast w opiniach judykatury odcisnęło się piętno polskiej mentalności wobec TIK, czyli dysproporcji w wykorzystywaniu postępu technologicznego przez publiczną a prywatną opiekę zdrowotną¹⁵⁶. Mowa o tezie wyroku z 2013 roku: „Leczenie jest bowiem sztuką indywidualną i wymaga bezpośredniego kontaktu z lekarzem. Leczenie wymaga ciągłej interakcji pomiędzy pacjentem a specjalistami. Nic nie zastąpi bezpośredniego kontaktu z drugą osobą. W opinii sądu leczenie przez internet nie jest możliwe. Przez internet nikt nie zbada pacjenta, nie poprowadzi terapii i nie wyleczy. Można sobie z kimś porozmawiać, poradzić się, wspierać podczas walki z chorobą”¹⁵⁷.

3. Teleporady post-COVID-19

Wzmianki o teleporadzie zostały poczynione w CovidU, w której to przepisy art. 7 dotyczyły w dużym stopniu teleporad udzielanych przez lekarzy. Za brzmieniem art. 7 ust. 4 CovidU: „Lekarz oraz lekarz dentyista (...) może udzielać świadczeń opieki zdrowotnej w zw. z przeciwdziałaniem COVID-19 za pośrednictwem systemu teleinformatycznego udostępnionego przez jednostkę podległą ministrowi właściwemu do spraw zdrowia właściwą w zakresie systemów informacyjnych ochrony zdrowia, zwanych dalej „teleporadą” (...)”.

¹⁵⁴ Postanowienie TK z dnia 7 października 1992 r. o sygn. akt U 1/92, OTK 1992, nr 2, poz. 38 oraz Pachocki, J. (2020). *Aspekty prawne udzielania świadczeń telemedycznych – w tym odpowiedzialność za świadczenie*. Sekcja Prawa Medycznego i Farmaceutycznego Okręgowej Rady Adwokackiej. Warszawa.

¹⁵⁵ (Wrześniewska-Wal, Hajdukiewicz, 2020, s. 514; 516-517 i 522).

¹⁵⁶ Cf. e.g. kierunek rozwoju lidera komercyjnej opieki zdrowotnej w Polsce, (2019). *PZU Zdrowie uruchamia kiosk telemedyczny*. Pobrane z: [link] – „Kiosk telemedyczny PZU Zdrowie wyposażony jest w szereg urządzeń, za pomocą których pacjent może samodzielnie wykonać badania: stetoskop cyfrowy, EKG, pulsoksymetr, termometr, ciśnieniomierz oraz kamerę do obrazowania gardła, ucha i skóry. Następnie w trakcie wideokonsultacji pacjent omawia swoje wyniki z lekarzem i otrzymuje niezbędne zalecenia, a w razie potrzeby lekarz wystawia e-skierowanie na dalszą diagnostykę w placówce medycznej lub e-receptę”.

¹⁵⁷ Wyrok WSA w Poznaniu z dnia 8 sierpnia 2013 r. o sygn. akt I SA/Po 245/13, LEX nr 1373281.

Głównym celem przywołanego uregulowania teleporady było udzielenie informacji osobom, które podejrzewają obecność koronawirusa SARS-CoV-2 w swoim organizmie¹⁵⁸.

Pierwszym aktem prawnym w przedmiocie teleporad było rozporządzenie MZ z dnia 12 sierpnia 2020 r. ws. standardu organizacyjnego teleporady w ramach POZ (wcześniej już jako „TeleporadaR”). Weszło w życie z zachowaniem standardowego 14-dniowego *vacatio legis*, czyli 29 sierpnia 2020 r. oraz przewidywało aż 60 dni na dostosowanie świadczeniodawców do wymaganych standardów, co ocenia się akurat sceptycznie, gdyż skala negatywnych skutków pandemii wymaga szybkiego działania¹⁵⁹. Wydanie powyższego rozporządzenia nie zniwelowało szeregu wątpliwości wobec: (1) samego stosowania teleporad; (2) bezpieczeństwa prawnego; (3) technicznych możliwości świadczeniodawców i pacjentów. Negatywnie oceniano przede wszystkim swobodę świadczeniodawców, m.in. brak: (1) limitu teleporad na pacjenta; (2) przesłanek wyłącznego kontaktu osobistego; (3) realnego narzędzia wnioskowania o wizytę osobista przez pacjenta; (4) obowiązku wskazywania konkretnej godziny zamiast przedziału godzin czy samego dnia teleporady. Wątpliwe okazało się także zobowiązanie lekarza do trzykrotnej próby zatelefonowania do pacjenta, i to w odstępach minimum 5-minutowych, nim ten postanowi anulować teleporadę¹⁶⁰. Rozporządzenie nałożyło też na placówki obszerną listę obowiązków informacyjnych w sprawie warunków udzielania teleporad, czemu przypisuje się miano zbiurokratyzowania. Stąd interwencyjnie ze strony NRL, zespół ds. telemedycyny wraz z członkami Telemedycznej Grupy Roboczej, opracował wytyczne i aktualizację standardu organizacyjnego opieki zdrowotnej¹⁶¹.

Drugim aktem prawnym w przedmiocie teleporad było rozporządzenie MZ z dnia 12 stycznia 2021 r.¹⁶² zmieniające TeleporadaR, na mocy którego przepisem par. 3 pkt 1 lit. b dookreślono budzący wątpliwości sposób ustalenia terminu teleporady na „nie później niż

¹⁵⁸ Przepisy dotyczące teleporady pojawiły się również w Rozporządzeniu MZ z dnia 8 października 2020 r. ws. standardu organizacyjnego opieki zdrowotnej nad pacjentem podejrzanym o zakażenie lub zakażonym wirusem SARS-CoV-2 (Dz. U. poz. 1749 z późn. zm.), lecz ich analiza nie ma kluczowego znaczenia dla prowadzonych rozważań, które koncentrują się na teleporadach udzielanych pacjentom „nie-covidowym”.

¹⁵⁹ Dla odmiany, CovidU nie przewidywała nawet *vacatio legis*.

¹⁶⁰ NRL opowiedziała się za maks. 2 próbami, argumentując powód nieudanych połączeń słabym zasięgiem telefonii komórkowej w niektórych obszarach kraju, *cit. per* (Wrześniewska-Wal, Hajdukiewicz, 2020, s. 519 i n.).

¹⁶¹ Uchwała nr 89/20/P-VIII prezydium NRL z 24 lipca 2020 r. ws. przyjęcia wytycznych dla udzielania świadczeń telemedycznych. „Wytyczne składają się z trzech dokumentów: (1) *Wytyczne dla udzielania świadczeń telemedycznych*; (2) *Wytyczne świadczenia telemedycznego uwzględniające aspekty etyczne* i (3) *10 kroków wizyty telemedycznej*, które stanowią odpowiednio załączniki nr 1, 2 i 3 do ww. uchwały.”, *cit.* (z przyp. własnymi) *per* (Wrześniewska-Wal, Hajdukiewicz, 2020, s. 519 i n.). Dokumenty porównać można do realizacji godnego aprobaty postulatów o opracowanie tzw. dobrych praktyk telemedycznych przez środowisko przedstawicieli samorządów lekarskich na wzór europejskich trendów, *cf.* H.D.C. Roscam Abbing [w]: (Glanowski, 2020, s. 1183).

¹⁶² Rozporządzenie MZ z dnia 12 stycznia 2021 r. zm. rozporządzenie ws. standardu organizacyjnego teleporady w ramach POZ (Dz. U. poz. 95).

w pierwszym dniu roboczym następującym po dniu zgłoszenia się pacjenta do świadczeniodawcy POZ za pośrednictwem systemu teleinformatycznego, systemu łączności lub osobistego”.

Trzecim aktem prawnym w przedmiocie teleporad było rozporządzenie MZ z dnia 1 lutego 2021 r.¹⁶³ zmieniające TeleporadaR, dzięki któremu teleporada udzielana jest do dziś w jednym z dwóch terminów: (1) nie później niż w pierwszym dniu roboczym po dniu zgłoszenia się pacjenta do placówki – za pośrednictwem systemu teleinformatycznego, systemu łączności lub osobiście albo (2) w późniejszym terminie, jeżeli zostanie on ustalony w porozumieniu z pacjentem lub jego opiekunem ustawowym.

Czwartym aktem prawnym w przedmiocie teleporad było rozporządzenie MZ z dnia 5 marca 2021 r.¹⁶⁴ zmieniające TeleporadaR z dniem wejścia w życie, czyli 16 marca 2021 r. Nowelizacja ta końcu przewidywała inne zmiany, niż jedynie doprecyzowanie terminu teleporady. Na mocy normy wyrażonej w par. 3 pkt 1. lit. a TeleporadaR, uregulowano wyłączenia udzielania teleporady, w przypadku gdy: (1) pacjent albo jego opiekun ustawowy nie wyraził zgody na realizację świadczenia w formie teleporady; (2) jest to pierwsza wizyta u lekarza, pielęgniarki lub położnej POZ, których wskazano w deklaracji wyboru; (3) nastąpiło pogorszenie lub zmieniły się objawy choroby przewlekłej; (4) istnieje podejrzenie choroby nowotworowej lub (5) dziecko nie ukończyło jeszcze 6 roku życia. Ostatnią przesłankę skrytykowano, ponieważ granicę 2 roku życia uważano za bardziej odpowiednią¹⁶⁵. Nie zabrakło i głosów przeciwnych jakimkolwiek reglamentowaniu teleporady ze względu na wiek pacjentów, za czym opowiada się również autor niniejszego rozdziału¹⁶⁶. Konflikt w doktrynie prawnomedycznej wzbudziła też przesłanka pierwsza, przyzwalająca na sprzeciw pacjenta wobec wyboru wizyty zdalnej zamiast stacjonarnej, o czym szerzej w kolejnym podrozdziale.

Aktualnie trudno o stanowisko orzecznicze, które kwestionowałoby praktyki telemedyczne. W jednym z nowszych wyroków sąd podkreślił dosłownie „dopuszczenie” teleporady we wrześniu 2020 roku oraz poczynił następujący komentarz: „(...) możliwość uzyskania takiej formy porady lekarskiej Sąd uznaje za fakt notoryjny, nie wymagający dowodzenia, który został wprowadzony do systemu prawnego na podstawie przepisów ustaw

¹⁶³ Rozporządzenie MZ z dnia 1 lutego 2021 r. zm. rozporządzenie ws. standardu organizacyjnego teleporady w ramach POZ (Dz. U. poz. 231).

¹⁶⁴ Rozporządzenie MZ z dnia 5 marca 2021 r. zm. rozporządzenie ws. standardu organizacyjnego teleporady w ramach POZ (Dz. U. poz. 427).

¹⁶⁵ Cf. rozdz. II art. 2 ust. 1 pkt b) cytowanego już (przyp. 20) Rozporządzenia MZ z dnia 8 października 2020 r. (Dz. U. poz. 1749 z późn. zm.).

¹⁶⁶ Podobnie Ojczyk, J. (2021). *Rządowe standardy udzielania teleporady uderzają w pacjentów*. Pobrane z: [link].

wprowadzających środki mające przeciwdziałać skutkom COVID-19¹⁶⁷. Przedmiot teleporady najczęściej pojawia się w stanach faktycznych dotyczących spraw o przywrócenie terminu do dokonania czynności procesowej ze względu na stan pandemii. Jako usprawiedliwienie powoływane są zwykle trudności z uzyskaniem świadczenia zdrowotnego w formie tradycyjnej oraz niemożliwość skorzystania nawet z teleporady. Oczywiście orzekający nie traktują stanu epidemii jako przesłanki do automatycznego usprawiedliwienia w każdej sprawie – dla przykładu, uzasadnienie braku kontaktu z lekarzem, z racji tego, iż „ten już od roku udziela teleporad”, a nie wizyt stacjonarnych, traktowane jest jako nadużycie panującej sytuacji epidemicznej¹⁶⁸.

4. Skutki standaryzacji

Teleporada niesie za sobą szereg korzyści, które nie umniejszają jednak zagrożeniom¹⁶⁹. Z racji pandemii zauważa się tendencję do uzależnienia wyboru teleporady nie jedynie ze względu na pierwotny wzgląd barier geograficznych, lecz bezpieczeństwo publiczne i ekonomikę – sztuczne wydłużenie czasu trwania świadczenia poprzez rejestrację w placówce, wywiad epidemiologiczny, dezynfekcję *et cetera*. Owe upowszechnienie teleporady, a okresowo nawet jej dominacja, z perspektywy czasu ma jednak wciąż charakter subsydiarny i fakultatywny, a więc nie stanowi odrębnej dziedziny medycyny, ani nie ma na celu wyparcia tradycyjnej formy udzielania świadczeń zdrowotnych¹⁷⁰.

Równoległe do przytoczonych w poprzednim podrozdziale działań prawodawczych rosło zaangażowanie NFZ¹⁷¹. Taka dwutorowość wydawania "odgórnych", tj. wiążących

¹⁶⁷ Wyrok WSA w Rzeszowie z dnia 11 marca 2021 r. o sygn. akt I SA/Rz 74/21, LEX nr 3163969.

¹⁶⁸ *Cit. per* Postanowienie WSA w Gorzowie Wielkopolskim z dnia 7 kwietnia 2021 r. o sygn. akt II SA/Go 493/20, LEX nr 3158929. *Cf. z e.g.* Wyrok WSA w Gorzowie Wielkopolskim z dnia 31 marca 2021 r. o sygn. akt II SA/Go 142/21, LEX nr 3159785 czy Postanowienie WSA w Gdańsku z dnia 13 kwietnia 2021 r. o sygn. akt II SA/Gd 599/20, LEX nr 3162564.

¹⁶⁹ Szerzej o korzyściach *e.g.* u (Glanowski, 2020, s. 1155 i n., rozdz. 19.4); (Haberko, 2010, s. 50, 57 i n.); (Ochmański, 2016, s. 17); (Wałachowska, 2019, Legalis/el.) oraz (Wrześniewska-Wal, Hajdukiewicz, 2020, s. 522). Zaś o zagrożeniach również u (Haberko, 2010, s. 55 i 58); (Ochmański, 2016, s. 18); (Wałachowska, 2019, Legalis/el.) oraz (Wrześniewska-Wal, Hajdukiewicz, 2020, s. 522).

¹⁷⁰ Tak samo (Wrześniewska-Wal, Hajdukiewicz, 2020, s. 523).

¹⁷¹ *Vide* ponownie (przyt. 11) Komunikat NFZ z 15 marca 2020; Komunikat z 18 czerwca 2020 *NFZ przypomina - w sytuacji gdy stan zdrowia tego wymaga - pacjent ma prawo do skorzystania z wizyty w poradni POZ* oraz Zarządzenie Nr 32/2020/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 8 marca 2020 r. ws. zasad sprawozdawania oraz warunków rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, na mocy którego „poradnia po aktywowaniu konta w platformie e-wizyta może udzielać teleporad, które są finansowane przez NFZ”, *cit. per* (Fiutak, 2020, par. 4). Państwowa jednostka organizacyjna uruchomiła również infolinię dla pacjentów, którzy podejrzewają u siebie koronawirusa oraz wprowadziła system premiowy dla świadczeniodawców POZ i AOS, wystawiających lub przyjmujących e-skierowania. Dodatkowo zauważalne jest premiowane „umawianie porady w AOS na podstawie e-skierowania w ciągu 2 godzin od momentu jego wystawienia”, *cit. per* (Fiutak, 2020, par. 4). Premie obowiązują od 1 lipca 2020 na podstawie Zarządzenia Nr 94/2020/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 1 lipca 2020 r. zm. zarządzenie ws. określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju AOS oraz Zarządzenia Nr 95/2020/DSOZ

dla świadczeniodawców uregulowań teleporad, doprowadziła do okresowej dezinformacji i braku jednolitej wykładni. Biadun wymienia trzy główne błędy procesu standaryzacyjnego. (1) Po pierwsze, niespójność działań i brak zrozumienia wobec poszczególnych świadczeń zdrowotnych. W przypadku porady lekarskiej w ramach AOS „NFZ sam, bez zmiany rozporządzenia czy nawet własnego zarządzenia, wskazał komunikatem, że istnieje możliwość jej udzielania na odległość”. Tak samo postąpiono z poradami w opiece psychiatrycznej, choć te *post factum* potwierdzono chociażby zmianą w odpowiednim rozporządzeniu koszykowym. Z kolei dla rehabilitacji leczniczej NFZ odmiennie uznał, że teleporada może zostać wprowadzona jedynie poprzez zmianę zarządzenia. (2) Po drugie, wprowadzone uregulowania teleporad nie charakteryzują się spójnym określeniem czasu obowiązywania, jako że „w niektórych przypadkach zostały one wprowadzone na stałe, a przy innych – tylko na czas stanu zagrożenia epidemicznego albo stanu epidemii”, mówi się o chaosie temporalnym. (3) Po trzecie, „możliwość udzielenia i rozliczenia danego świadczenia z wykorzystaniem systemów teleinformatycznych lub innych systemów łączności zależy wyłącznie od tego, czy faktycznie zostanie udostępniony przez Centralę NFZ właściwy kod do rozliczenia”¹⁷². Mnogość problemów powoduje, że przepisy wypadałoby nazywać „standaryzacją” dość ostrożnie. Bowiem prawodawca raczej poczynił zaledwie pierwsze poważniejsze kroki prawne w procesie standaryzacyjnym, który jak dotąd obarczony był pandemiczną presją legislacyjną.

Podnoszone postulaty *de lege lata* i *de lege ferenda* można by zreasumować w jednej prognozie, jaką jest dalsza informatyzacja systemu ochrony zdrowia w obszarze teleporad. Ta jednak powiedzie się pod warunkiem finansowania publicznego nie tylko wobec wytworzenia świadczenia zdrowotnego, ale też obsługi jego udzielania¹⁷³. Podążenie w kierunku wdrożenia innowacji tożsame jest z pełnowymiarowym zaimplementowaniem telemedycyny poprzez m.in. ustandaryzowanie *stricte* technicznych warunków udzielenia świadczenia telemedycznego, tj. przepustowości łącza internetowego, parametrów sprzętu komputerowego, sposobu identyfikacji pacjenta oraz jednoznacznych wytycznych odnośnie stosowanych zabezpieczeń teleinformatycznych systemów¹⁷⁴. Pojawia się również optowanie

Prezesa NFZ z dnia 1 lipca 2020 r. zm. zarządzenie ws. warunków zawarcia i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie POZ.

¹⁷² *Cit. per* Biadun, D. (2020). *Teleporady - co można w ramach umowy z NFZ*. LEX/el.

¹⁷³ Wymienia się m.in. zakup urządzeń i wyrobów medycznych niezbędnych dla odbierania świadczeń telemedycznych, szkolenie pacjentów z zakresu obsługi, wsparcie techniczne (infolinia i serwisanci), *per* Lipowicz I. [w]: (Glanowski, 2020, s. 1181). Przy czym wciąż kłopotliwe wydaje się wsparcie pacjentów wykluczonych informatycznie.

¹⁷⁴ *Vide cit. per* Pachocki J. *et. al.* i Sikorski S. *et. al.* [w]: (Glanowski, 2020, s. 1182) oraz (Świtła, 2018, s. 336). Na uwagę zasługuje również dostosowanie przepisów o ochronie danych osobowych, w przypadkach traktowania

za uspojnieniem regulacji i wyzbyciu się wątpliwości interpretacyjnych, co do poszerzenia opieki farmaceutycznej o świadczenia na wzór tych telemedycznych oraz rozstrzygnięcie sporu interpretacyjnego, co do normy wyrażonej przez art. 9 KEL¹⁷⁵.

Bez komentarza nie sposób pozostawić również obowiązującego już uprawnienia pacjenta do niewyrażenia zgody na udzielenia świadczenia w formie niestacjonarnej. Otóż instytucja sprzeciwu pacjenta na świadczenie telemedyczne jest niewątpliwie lepszym rozwiązaniem systemowym, niż każdorazowe (bądź nawet jednorazowe i odwoływalne) wyrażanie zgody na udzielenie świadczenia zdrowotnego w formie zdalnej. Z pewnością nie uważa się uprawnienia za nadinterpretację autonomii pacjenta, jakoby dochodziło do zarzuconego przez Budzowską „wyłączenia myślenia lekarzy”¹⁷⁶. Natomiast racjonalne wydaje się pozbawienie prawa pacjenta do żądania osobistej porady, jeżeli jej przedmiot stanowią świadczenia mniej istotne, np. wystawienie e-recepty czy e-skierowania.

Z kolei krytycznie należy odnieść się do pomysłu licencjonowania udzielania świadczeń telemedycznych, gdyż „ich realizacja opiera się na wykorzystywaniu urządzeń, których obsługa często będzie wymagała wiedzy innej niż wykorzystywana w codziennej praktyce klinicznej”¹⁷⁷. Prezentowany przez Głanowskiego zamysł uważa się za nietrafny, ponieważ

udzielanych przez lekarza teleporad jako świadczenia przez niego pracy zdalnej, szerzej (Sakowska-Baryła, 2022, s. 34).

¹⁷⁵ Gierblińska, K. (2020). *Telegram pacjencki: co z prawami pacjenta w okresie epidemii?* Pobrane z: [link]; (Wrześniewska-Wal, Hajdukiewicz, 2020, s. 523). Co prawda dominuje pogląd, 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 DziałLeczU, który stanowi podstawę do udzielania świadczeń zdrowotnych na odległość i nie ogranicza takiej możliwości jedynie do niektórych zawodów”, *cit. per* (Wrześniewska-Wal, Hajdukiewicz, 2020, s. 522). Jednak występowanie niespójności w systemie, gdzie medycy muszą powoływać się podstawę prawną spoza aktu regulującego konkretny zawód, powinno mieć przyzwolenie jedynie czasowe. O uspojnieniu regulacji, tak aby status prawny świadczenia telemedycznego nie budził już wątpliwości interpretacyjnych również Pachocki J. *et. al.* i Sikorski S. *et. al.* [w]: (Głanowski, 2020, s. 1182).

¹⁷⁶ Wypowiedź mec. Budzowskiej w Ojczyk, J.. (2021). *Od wtorku zmiany w teleporadach - to pacjent zdecyduje o formie kontaktu z lekarzem*. Pobrane z: [link]. Opozycyjny konflikt wywołało stanowisko obrońców nieograniczonej autonomii pacjenta, co do wyboru formy udzielania porady, a nie sprzeciwiania się tej z góry ustalonej, jakoby w przeciwnym razie dochodziło do naruszenia prawa dostępu do świadczeń zdrowotnych. Zaś szerzej *vide* (Głanowski, 2020, s. 1163, pkt 11); Durbajło P., Piskorz-Ryń A. [w]: (Głanowski, 2020, s. 1183). oraz Karpeta-Paluchiewicz, L. (2020). *Prawa pacjenta w czasie epidemii*. Pobrane z: [link].

¹⁷⁷ (Głanowski, 2020, s. 1182). O ile rozumieć przesłankę „wiedzy innej niż wykorzystywana w codziennej praktyce klinicznej” jako obawę o chociażby grupę świadczeniodawców, którzy (zwykle z racji sędziwego wieku) nie korzystają płynnie z urządzeń służących jako narzędzie realizacji teleświadczeń, to argumentowanie za licencjowaniem jeszcze mocniej traci na znaczeniu. Tym bardziej w założeniu utrzymanej nieobowiązkowości udzielania świadczeń telemedycznych. W zakresie teleporad pozostaje truistyczne postawienie pytania: Czym różni się wykonanie połączenia telefonicznego, bądź wideo-rozmowy w ramach teleporady od standardowego użycia telefonu czy komputera w tym celu? „W praktyce takie świadczenia (przybierają – przyp. własny) kilka form – w tym w szczególności formę rozmowy telefonicznej, wideorozmowy lub wymiany korespondencji elektronicznej”. Tak (Czaplińska, Sakowska-Baryła, 2022, s. 649). Nawet jeżeli mowa o wysoce specjalistycznej aparaturze, której obsługa wymagać ma przeszkolenia z odpowiedniego oprogramowania, to wystarczy wprowadzić obowiązkowe szkolenia. Inaczej doszłoby do diametralnych dysproporcji tzw. licencjonowanych medyków *e.g.* w większych miastach w stosunku do mniejszych ośrodków medycznych. Nie należy zapominać.

jakiegokolwiek licencjonowanie służyłoby reglamentacji dostępu do usług telemedycznych. Zdecydowano się zaprzeczyć także radykalnemu stanowisku Sarnackiej – rzekomo w świetle obecnej regulacji, udzielanie świadczeń zdrowotnych przy wykorzystywaniu systemów teleinformatycznych lub systemów łączności nie jest prawem pacjenta¹⁷⁸. Konstruowanie kolejnego prawa pacjenta, czy też modyfikacja już istniejącego to tzw. nadprodukcja prawa. Dotychczasowe przepisy zapewniają możliwość dochodzenia ewentualnego naruszenia praw pacjenta.

Podsumowanie

Pomimo, iż genezy teleporady w dyskursie krajowym należy upatrywać już na początku XXI wieku, dopiero w przyпыwie pandemii doszło do jej upowszechnienia. Wcześniej, co problematyczne, zakładano jedynie stacjonarny kontakt lekarza z pacjentem, a telemedycyna w ogólności stanowiła domenę podmiotów prywatnej opieki zdrowotnej. Legalną definicję teleporady wprowadzono na mocy pandemicznego TeleporadaR, stąd nie dziwią opracowania, w których stawia się tezy głoszące o „niedawnym” wdrożeniu telemedycyny, w tym teleporady¹⁷⁹. Dementując te nieco mylne przekonanie, zauważalnym paradoksem jest, że pandemia COVID-19 bezspornie przyczyniła się do gwałtownego rozwoju owego segmentu e-zdrowia, lecz zdecydowanie nie odpowiada za jego początek.

Niewykluczone, że zdalne metody udzielania świadczeń, w szczególności na szczeblu POZ, będą wiodły prym również po zakończeniu pandemii¹⁸⁰ – mowa o świadczeniach mniej istotnych, których celem jest jedynie uzyskanie e-recepty, e-skierowania¹⁸¹, czy nawet e-zwolnienia¹⁸². W pozostałych przypadkach teleporada powinna pozostać alternatywną formą

iż wielokrotnie powtarzaną korzyścią telemedycyny jest szybkość i prostota udzielania świadczeń. Nadmiar reżimu prawnego może doprowadzić do skomplikowania systemu, co przyćmi ową zaletę.

¹⁷⁸ Sarnacka (2016, s. 15).

¹⁷⁹ (Fiutak, 2020, par. 4).

¹⁸⁰ Tak samo (Czaplińska, Sakowska-Baryła, 2022, s. 649) – „(...) możliwość teleporad nie dotyczy jedynie podejrzenia koronawirusa oraz nie zniknie wraz z zakończeniem walki z epidemią”.

¹⁸¹ Natomiast Zoń wymienia „pacjentów kontynuujących opiekę w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w konkretnej poradni (kardiologicznej, onkologicznej), a także rozwiązania dotyczące zdalnej weryfikacji tożsamości pacjenta czy wystawiania zleceń na zaopatrzenie w wyroby medyczne i zlecenia naprawy (...)”, *cit. per* (Zoń, 2022, rozdz. II, VI).

¹⁸² Rezygnacja ze stacjonarnej wizyty lekarskiej na rzecz e-wizyty może przyczynić się do ograniczonej możliwości weryfikacji, czy pacjent symuluje objawy celem uzyskania poświadczenia o czasowej niezdolności do pracy z tytułu choroby. Jednakże w przypadku stanu zagrożenia epidemicznego zasadność teleporady i wystawionego na jej podstawie e-zwolnienia nie powinna budzić sprzeciwu, z racji nadrzędnej ochrony zdrowia i życia przed rozprzestrzenianiem się czynnika chorobotwórczego. Analogicznie traktować należy okoliczności, gdy proces diagnostyczny obejmuje *stricte* wywiad lekarski, tj. rozmowę lekarza z pacjentem, co w szczególności dotyczy zakresu chorób klasyfikowanych jako zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania (ICD-10: F00–F99). Praktyka udowadnia, że poświadczenie nieprawdy przez pacjenta, a w następstwie zdalne wystawienie e-

udzielenia świadczenia. Zaś w odległej perspektywie wysoce prawdopodobne wydaje się poszerzenie standardu leczenia na odległość również na inne świadczenia zdrowotne, np. teleoperację.

Obecny kształt wiodącego aktu w kontekście teleporad nie jest jeszcze tożsamy z kompleksowym ustandaryzowaniem i ujednoliceniem tych świadczeń. Niestety stawką za szybkość ustanowionych regulacji jest niekiedy ich mierna jakość oraz fragmentaryczność, co jednak kilkakrotnie spotkało się z naprawczą reakcją prawodawcy – część uwag poczynionych w toku badań uległo dezaktualizacji, co tylko oddaje absolutnie wyjątkowy dynamizm sytuacji faktycznej, a w następstwie i prawnej. Należy zatem dążyć do dalszych działań legislacyjnych, które pomogą w niwelowaniu zagrożeń, a jednocześnie wykażą się stymulacją szans, jakie niesie za sobą telemedycyna (teleporada). Sukces tych udoskonaleń warunkuje fakt, iż *de facto* prawo ma realny wpływ na pierwszorzędą wydolność (jakość) systemu opieki zdrowotnej¹⁸³. A skutków założeń programowych pozostaje upatrywać dopiero na etapie ich oddziaływania w systemach – zarówno ochrony zdrowia, jak i prawnym (tu: prawa medycznego).

Wykaz skrótów:

AOS – ambulatoryjna opieka specjalistyczna;

CovidU – Ustawa z dnia 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych (t.j. Dz. U. poz. 1842 z późn. zm.);

DziałLeczU – Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (t.j. Dz. U. z 2021 r. poz. 711 z późn. zm.);

KEL – Obwieszczenie Nr 1/04/IV Prezesa NRL z dnia 2 stycznia 2004 r. ws. ogłoszenia jednolitego tekstu uchwały ws. Kodeksu Etyki Lekarskiej;

Konstytucja RP – Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r. (Dz. U. Nr 78, poz. 483 z późn. zm.);

MZ – Minister Zdrowia;

NFZ – Narodowy Fundusz Zdrowia;

NRL – Naczelna Rada Lekarska;

PrPacjentU – Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (t.j. Dz. U. z 2020 r. poz. 849);

POZ – podstawowa opieka zdrowotna;

TeleporadaR – Rozporządzenie MZ z dnia 12 sierpnia 2020 r. ws. standardu organizacyjnego teleporady w ramach POZ (Dz. U. poz. 1395 z późn. zm.);

zwolnienia poświadczającego nieprawdę przez lekarza – najczęściej wyłącza odpowiedzialność karną lekarza za fałsz intelektualny, *vide* szerzej (Długosz-Jóźwiak, 2021, § 3.)

¹⁸³ Podobnie (Kokocińska, 2021, *passim*, e.g. § 2 i 4) – „Nowoczesne rozwiązania informatyczno-komunikacyjne (technologiczne) służyć powinny poprawie dostępności i jakości funkcjonowania systemów zdrowotnych”; „Oznacza to konieczność tworzenia właściwych, czyli skutecznych, rozwiązań prawnych zapewniających dostępność i powszechność usług medycznych.”.

TIK – technologie informacyjno-komunikacyjne;

ZawLekU – Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (t.j. Dz. U. z 2020 r. poz. 514 z późn. zm.).

Bibliografia

Literatura:

1. Buczak-Stec, E. *et al.* (2011). E-zdrowie – wyzwanie dla systemu ochrony zdrowia. *Przegląd Epidemiologiczny*, nr 65, s. 107–114.
2. Czaplicki, K. (2020). Metody i techniki zdalnej weryfikacji tożsamości pacjentów. W: A. Gryszczyńska, G. Szpor (red.), *Internet. Cyberpandemia. Cyberpandemic* (Legalis/el.). Warszawa: C.H.Beck.
3. Czaplińska, M., Sakowska-Baryła, M. (2022). Telemedycyna i teleporady w dobie pandemii – aspekty prawne i organizacyjne. *Monitor Prawniczy*, nr 12, s. 645–652.
4. Długosz-Józwiak, J. (2021). Telemedycyna i fałsz intelektualny w czasie pandemii. W: J. Długosz-Józwiak, E. Paszyńska (red.), *Prawne i medyczne wyzwania stanu pandemii* (s. 87–100). Warszawa: C.H.Beck.
5. Florczak-Wątor, M. (2020). Niekonstytucyjność ograniczeń praw i wolności jednostki wprowadzonych w związku z epidemią COVID-19 jako przesłanka odpowiedzialności odszkodowawczej państwa. *Państwo i Prawo*, nr 12, s. 5–22.
6. Fiutak, A. (2020). Wybrane aspekty w organizacji ochrony zdrowia w czasie pandemii. W: T. Gardocka, D. Jagiełło (red.), *Pandemia Covid-19 a prawa i wolności obywatela* (Legalis/el.). Warszawa: C.H.Beck.
7. Głanowski, G. (2020). Telemedycyna. W: D. Bach-Golecka, R. Stankiewicz (red.), *Organizacja systemu ochrony zdrowia. System Prawa Medycznego. Tom 3* (s. 1147–1184). Warszawa: C.H.Beck.
8. Haberko, J. (2010). Prawne aspekty telemedycyny. *Medyczna Wokanda*, nr 2, s. 49–58.
9. Kokocińska, K. (2021). Udzielanie świadczeń zdrowotnych za pośrednictwem systemów teleinformatycznych – wyzwania organizacyjne w czasie epidemii czy konsekwencja rozwoju usług e-zdrowia? W: J. Długosz-Józwiak, E. Paszyńska (red.), *Prawne i medyczne wyzwania stanu pandemii* (s. 101–116). Warszawa: C.H.Beck.
10. Ochmański, J. W. (2016). Etyczne i prawne zagadnienia telemedycyny. W: K. Knoppek, J. Mucha (red.), *Wybrane problemy prawa materialnego i procesowego. Teoria i praktyka. Tom 4* (s. 14–24). Poznań: Akademicki Instytut Naukowo Wydawniczy Altus.
11. Paśnik, J. (2020). Kilka refleksji o regulacji stanu epidemii jako sui generis pozakonstytucyjnego stanu nadzwyczajnego. *Przegląd Prawa Publicznego*, nr 11, s. 69–85.
12. Pecyna, M. (2020). Odpowiedzialność odszkodowawcza Skarbu Państwa za ograniczenia praw i wolności w czasie epidemii COVID-19. *Państwo i Prawo*, nr 12, s. 23–37.
13. Sakowska-Baryła, M. (2022). Uprawnienia pracodawców w czasie pandemii – praca zdalna w sektorze medycznym. *Monitor Prawa Pracy*, nr 2, s. 29–37.
14. Sarnacka, E. (2016). Telemedycyna w świetle nowych polskich regulacji prawnych. *Medium. Gazeta Dolnośląskiej Izby Lekarskiej*, nr 2, s. 14–16.
15. Świtłała, K. (2018). *Pacjent jako beneficjent ograniczeń jawności elektronicznej dokumentacji medycznej*. Warszawa: C.H.Beck.
16. Wałachowska, M. (2019). Odpowiedzialność cywilna w związku ze stosowaniem telemedycyny/ W: I. Lipowicz *et al.* (red.), *Telemedycyna i e-Zdrowie. Prawo i informatyka* (Legalis/el.). Warszawa: Wolters Kluwer.

17. Wrześniewska-Wal, I., Hajdukiewicz, D. (2020). Telemedycyna w Polsce – aspekty prawne, medyczne i etyczne. *Studia Prawnoustrojowe Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego w Olsztynie, nr 50*, s. 509–524.
18. Zoń, K. M. (2022). *Cywilnoprawne uwarunkowania udzielania przez lekarza świadczeń zdrowotnych w modelu telemedycyny w prawie polskim (Legalis/el.)*. Warszawa: C.H.Beck.

Akty prawne, orzecznictwo i dokumenty – *vide* przypisy.

Netografia– *vide* przypisy (data dostępu 01.06.2021).