

**Karina Parśniak**, główny legislator w Departamencie Prawa Społecznego i Infrastruktury w Rządowym Centrum Legislacji. Zajmuje się prawem medycznym od 2014 r. Aplikację legislacyjną ukończyła w 2014 r. Członek Polskiego Towarzystwa Legislacji. Prowadzi zajęcia z oceny skutków regulacji na aplikacji legislacyjnej. Dotychczasowe doświadczenie zawodowe zdobywała w Biurze Pełnomocnika Rządu do Spraw Osób Niepełnosprawnych oraz Departamencie Prawnym Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej; ORCID: 0009-0004-6697-9220.

ARTYKUŁY

# Regulacje dotyczące telemedycyny w prawie polskim<sup>\*</sup>

Karina Parśniak

\* Stan prawny na 1 czerwca 2023 r.



## 1. Uwagi wstępne

---

Upowszechnienie usług medycznych świadczonych w modelu telemedycyny, szczególnie w okresie pandemii COVID-19, niejako wymusiło na ustawodawcy podjęcie odpowiednich działań legislacyjnych w tym zakresie zarówno na poziomie ustawowym, jak i aktów wykonawczych. Niewątpliwie zagadnienie to pozostaje w kręgu zainteresowań nie tylko prawników, lecz także w szczególności wśród lekarzy, podmiotów leczniczych oraz samych pacjentów.

Przedmiotem niniejszego artykułu jest zaprezentowanie regulacji prawnych z zakresu telemedycyny, która obecnie stanowi subsydiarny i innowacyjny sposób udzielania świadczeń zdrowotnych w porównaniu do podstawowego i tradycyjnego modelu, polegającego na osobistym i fizycznym kontakcie między lekarzem a pacjentem. W pierwszej kolejności zostanie podjęta próba wyjaśnienia pojęcia telemedycyny, którego definicja nie została sformułowana w przepisach prawa międzynarodowego ani prawa krajowego. Następnie, w głównej części artykułu, zostaną omówione obecnie obowiązujące przepisy dotyczące świadczeń telemedycznych oraz historyczne regulacje, a także wskazane wątpliwości i zastrzeżenia, jakie pojawiły się w trakcie ich obowiązywania. W kolejnej części artykułu zostanie przedstawiony obecnie występujący problem związany z wystawianiem e-recept za odpłatnością wyłącznie na podstawie wypełnionej przez pacjenta krótkiej ankiety lub formularza internetowego oraz zostaną omówione zmiany zaproponowane przez Ministerstwo Zdrowia w tym zakresie, zmierzające do ograniczenia tego zjawiska. W części zawierającej podsumowanie zostaną natomiast zaprezentowane postulaty *de lege ferenda*.

Ze względu na ramy niniejszego artykułu zostaną pominięte kwestie dotyczące finansowania świadczeń w modelu telemedycyny, odpowiedzialności zawodowej lekarzy oraz elektronicznej dokumentacji medycznej.

## 2. Pojęcie telemedycyny

---

Termin „telemedycyna” powstał z połączenia dwóch słów: łacińskiego *medicus* oraz greckiego *tele* i oznaczał leczenie na odległość. W takim też znaczeniu posłużył się nim Kenneth Thomas Bird w latach 70. XX w.<sup>1</sup>. Mogłoby się wydać, że upowszechnienie usług medycznych świadczonych na odległość przyczyni się do stworzenia definicji telemedycyny, jednak w rezultacie tak się nie stało. W praktyce funkcjonuje zatem wiele definicji opracowanych przez różne podmioty, jednak za przykład podaje się trzy, stworzone odpowiednio przez Światową Organizację Zdrowia (WHO), Komisję Europejską i Amerykańskie Stowarzyszenie Telemedycyny (ATA). Zgodnie z definicją WHO przez to pojęcie rozumie się „świadczenie usług opieki zdrowotnej, w której kluczową rolę odgrywa rozłączność miejsca, przez wszystkie osoby wykonujące zawody medyczne, przy wykorzystaniu ICT służących wymianie istotnych informacji w celach diagnostycznych, leczniczych oraz zapobiegania chorobom i urazom, prowadzenia badań i ich oceny, zapewnienia, kontynuacji kształcenia pracowników służby zdrowia, czyli w celu poprawy zdrowia jednostek oraz tworzonych przez nie społeczności”<sup>2</sup>. W ocenie Komisji Europejskiej telemedycyna to „świadczenie usług zdrowotnych z wykorzystaniem ICT, w sytuacji, gdy pracownik służby zdrowia i pacjent (lub dwaj pracownicy służby zdrowia) znajdują się w dwóch różnych miejscach. Usługi telemedyczne wiążą się z przesyłaniem danych i informacji medycznych (jako tekstu, obrazu, dźwięku lub w innej formie), które są konieczne do działań prewencyjnych, diagnozy, leczenia i kontroli stanu zdrowia pacjenta”<sup>3</sup>. Natomiast, zgodnie z definicją

- 1 Zob. G. Glanowski [w:] *System Prawa Medycznego*, t. 3, *Organizacja systemu ochrony zdrowia*, red. D. Bach-Golecka, R. Stankiewicz, Warszawa 2020, s. 1149; *Otoczenie regulacyjne telemedycyny w Polsce – stan obecny i nowe otwarcie*, red. M. Czarnuch, Warszawa 2015, s. 9, <https://www.dzp.pl/publikacje/435-raport-otoczenie-regulacyjne-telemedycyny-w-polsce> (dostęp: 6 maja 2023 r.) – raport przygotowany na zamówienie Telemedycznej Grupy Roboczej.
- 2 WHO, *Telemedicine. Opportunities and developments in Member States. Report on the second global survey on eHealth*, 2010, s. 9, cyt. za: *Otoczenie regulacyjne telemedycyny...*, s. 9. Użyty w definicji skrót ICT (ang. *Information and Communication Technologies*) oznacza technologie informacyjno-komunikacyjne.
- 3 Komisja Wspólnot Europejskich, 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, Bruksela 4.11.2008, s. 3.

ATA, telemedycyna oznacza wymianę informacji medycznych między co najmniej dwoma użytkownikami przy użyciu komunikacji elektronicznej w celu poprawy stanu zdrowia pacjenta<sup>4</sup>.

W odkodowaniu znaczenia omawianego pojęcia nie pomagają z pewnością stosowane niekiedy zamiennie, zarówno w praktyce rynkowej, jak i w piśmiennictwie, terminy takie jak: e-zdrowie (*eHealth*) czy m-zdrowie (*mHealth*). Zakresy tych pojęć w pewnym stopniu pokrywają się z terminem „telemedycyna”, jednak nie są one tożsame i nie powinny być używane jako jego synonimy. Przez pojęcie m-zdrowia rozumie się wykorzystanie urządzeń i aplikacji mobilnych służących do ochrony zdrowia (takich jak np. telefony komórkowe, urządzenia do monitorowania zachowań pacjentów), w ramach których mogą być uwzględnione rozwiązania telemedyczne oraz takie, które nimi nie są, jak np. aplikacje mierzące kroki, kontrolujące dietę<sup>5</sup>. Termin e-zdrowie jest znacznie szerszy i obejmuje swym zakresem nie tylko telemedycynę, lecz także teleopiekę (telezdrowie), ICT czy zarządzanie informacjami o zdrowiu (w e-zdrowiu wykorzystuje się e-recepty, jak również e-skierowania, e-zwolnienia, e-rejestrację)<sup>6</sup>.

Przyjmując za kryterium rodzaj udzielanych świadczeń, w ramach telemedycyny możemy wyróżnić w szczególności telemonitoring, telediagnostykę czy telekonsultacje, natomiast biorąc pod uwagę specjalizację świadczeniodawcy – np. telepsychiatrię, teleradiologię<sup>7</sup>. Jeżeli uwzględnimy podmioty biorące udział w wymianie informacji, wówczas wyróżnimy telemedycynę dwustronną (między co najmniej dwoma świadczeniodawcami) i jednostronną (łązącą pacjenta ze świadczeniodawcą). Drugi typ relacji sprzyja nawiązaniu stosunków prawa medycznego i daje podstawę do stworzenia terminu „świadczenie telemedyczne”, które wyróżnia forma jego udzielenia<sup>8</sup>. Wymiana informacji między podmiotami może przybierać następujące formy:

---

4 Zob. I. Wrześniewska-Wal, D. Hajdukiewicz, *Telemedycyna w Polsce – aspekty prawne, medyczne i etyczne*, „Studia Prawnoustrojowe” 2020, nr 50, s. 512.

5 Zob. G. Glanowski [w:] *System...*, s. 1153.

6 Zob. I. Wrześniewska-Wal, D. Hajdukiewicz, *op. cit.*, s. 510.

7 Zob. G. Glanowski [w:] *System...*, s. 1156 i 1157.

8 Zob. M. Czaplińska, M. Sakowska-Baryła, *Telemedycyna i teleporady w dobie pandemii – aspekty prawne i organizacyjne*, „Monitor Prawniczy” 2022, nr 12, s. 647.

- 1) dane medyczne mogą być gromadzone w postaci cyfrowej, np. zdjęć, plików wideo, a następnie przesyłane do analizy za pomocą zabezpieczonego łącza (*store and forward*);
- 2) usługi telemedyczne mogą być świadczone w drodze komunikacji w czasie rzeczywistym (*real time*) – popularną formą są wideokonferencje (w Polsce – teleporady);
- 3) usługi telemedyczne mogą przybierać postać przekazu danych w formie tzw. zdalnego monitoringu (*remote monitoring*)<sup>9</sup>.

Telemedycyną można zatem określić proces udzielania świadczeń zdrowotnych za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności, będący sekwencją czynności fizycznych, które podejmowane są za pośrednictwem tych systemów ze względu na możliwości technologiczne.

### 3. Regulacje obowiązujące do 11 grudnia 2015 r.

---

Kwestia związana z udzielaniem świadczeń zdrowotnych w modelu telemedycyny nie była wprost rozstrzygnięta przez ustawodawcę w tym okresie, brakowało bowiem ogólnej normy dopuszczającej taką możliwość. Regulacje nie sankcjonowały telemedycyny ani jej nie zabraniały, a legalność tego rodzaju świadczeń wywodzono głównie z braku ich zakazu<sup>10</sup>. Rozwiązanie takie funkcjonowało przez wiele lat, jednak w praktyce budziło wiele wątpliwości. Zagadnienie to było również przedmiotem interpelacji nr 7498 do Ministra Zdrowia w sprawie braku uregulowań prawnych w zakresie telemedycyny z 25 lipca 2012 r., w odpowiedzi na którą wskazano, że kwestie związane z telemedycyną nie są uregulowane odrębnie i zastosowanie mają w tym przypadku (odpowiednio) ogólne przepisy dotyczące udzielania świadczeń zdrowotnych<sup>11</sup>.

---

<sup>9</sup> Zob. A. Nowak, *Telemedycyna transgraniczna – problematyka prawa właściwego dla przypadków odpowiedzialności cywilnej podmiotów medycznych na gruncie prawodawstwa unijnego*, „Prawo Mediów Elektronicznych” 2018, nr 1, s. 38, cyt. za: M. Czaplińska, M. Sakowska-Baryła, *op. cit.*, s. 645 i 646.

<sup>10</sup> Zob. G. Głanowski, *Telemedycyna w świetle ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry*, „Monitor Prawniczy” 2015, nr 18, Legalis.

<sup>11</sup> Zob. <https://www.sejm.gov.pl/sejm7.nsf/interpelacja.xsp?documentId=C8A8B7D644E7B-036C1257A520040DD5F> (dostęp: 6 maja 2023 r.).

### 3.1. Orzekanie o stanie zdrowia pacjenta

W analizowanym stanie prawnym zasadniczym problemem był art. 42 u.z.l.<sup>12</sup>, zgodnie z którym lekarz orzekał o stanie zdrowia określonej osoby po uprzednim, osobistym jej zbadaniu, z zastrzeżeniem sytuacji określonych w odrębnych przepisach (w brzmieniu obowiązującym do 31 grudnia 2014 r.)<sup>13</sup>. Użyty w tym przepisie wyraz „osobiście” należy rozumieć zgodnie z jego znaczeniem słownikowym jako „we własnej osobie, nie korzystając z niczyjego pośrednictwa”<sup>14</sup>. W przepisie nie doprecyzowano zakresu czynności podejmowanych przez lekarza w celu zbadania pacjenta ani nie wskazano zakresu niezbędnych badań umożliwiających określenie stanu zdrowia pacjenta ze względu na fakt, że sposób postępowania z każdym pacjentem może być inny i jest on ustalany przez lekarza na podstawie standardów wykonywania zawodu określonych w art. 4 u.z.l., zawierającym podstawowe dyrektywy, którymi powinien kierować się lekarz, podejmując aktywność zawodową<sup>15</sup>. Zgodnie z tym przepisem, w brzmieniu obowiązującym nadal, 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 należyłą starannością. W literaturze przedmiotu podkreśla się, że art. 4 u.z.l. nie wyznacza celów ani ideałów, ale ustanawia najniższy prawnie akceptowalny poziom działań lekarza<sup>16</sup>.

12 Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (Dz. U. z 2023 r. poz. 1516 i 1617); dalej: u.z.l.

13 Przykładowo art. 12 ust. 4 ustawy z dnia 15 czerwca 2007 r. o lekarzu sądowym (Dz. U. Nr 123, poz. 849 z późn. zm.).

14 <https://sjp.pwn.pl/slovníki/osobi%C5%9Bcie.html> (dostęp: 6 maja 2023 r.).

15 W niniejszym artykule określenie „standard” będzie używane również jako „standard postępowania medycznego”, „standard organizacyjny” czy „standard należytej staranności”. W znaczeniu słownikowym termin „standard” oznacza „normy określające podstawowe wymagania stawiane czemuś”, <https://sjp.pwn.pl/szukaj/standard.html> (dostęp: 6 maja 2023 r.). Natomiast standardy medyczne obejmują wskazania odnośnie do metod diagnostycznych (mogą to być zalecenia w zakresie rodzaju i częstotliwości wykonywanych badań), metod leczniczych (dotyczące stosowania leków i ich dawkowania), metod zapobiegawczych (np. programy profilaktyczne) czy kontroli procesu leczenia (np. badania kontrolne) – zob. E. Zielińska, B. Namysłowska-Gabrysiak [w:] *Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentystry. Komentarz*, red. E. Zielińska, Lex 2022, art. 4, teza nr 6. Mogą być sformułowane jako zalecenia, wytyczne, wskazówki, schematy itd. Standardy organizacyjne opieki zdrowotnej, np. w zakresie teleporady, dotyczą sposobu sprawowania opieki nad pacjentem lub wykonywania czynności związanych z udzieleniem świadczenia zdrowotnego. Mają one charakter minimalnych wymagań i są wiążące dla podmiotu leczniczego.

16 Zob. M. Boratyńska, P. Konieczniak [w:] *System Prawa Medycznego*, t. 2, *Regulacja prawna czynności medycznych*, red. M. Boratyńska, P. Konieczniak, cz. 1, Warszawa 2021, s. 270.



Od 1 stycznia 2015 r. ustawodawca zmienił brzmienie art. 42 u.z.l.<sup>17</sup>. Zgodnie z ust. 1 tego przepisu, w brzmieniu obowiązującym do 11 grudnia 2015 r., lekarz orzekał o stanie zdrowia określonej osoby po uprzednim, osobistym jej zbadaniu, z zastrzeżeniem sytuacji określonych w ust. 2 (tj. lekarz mógł, bez dokonania osobistego badania pacjenta, wystawić receptę niezbędną do kontynuacji leczenia oraz zlecenie na zaopatrzenie w wyroby medyczne jako kontynuację zaopatrzenia w wyroby medyczne, jeżeli było to uzasadnione stanem zdrowia pacjenta odzwierciedlonym w dokumentacji medycznej, tzw. porada receptowa). W ramach porady receptowej nie było natomiast możliwe wystawienie pierwszej recepty albo pierwszego zlecenia podczas konsultacji z wykorzystaniem narzędzi telemedycznych, gdyż omawiany przepis dotyczył tylko kontynuacji leczenia (kiedy diagnoza była już postawiona), a nie rozpoczęcia nowej kuracji przez pacjenta. Możliwe było zatem kontynuowanie leczenia określonego pacjenta, które zostało rozpoczęte przez innego lekarza i było odzwierciedlone w dokumentacji medycznej. Natomiast w przypadku gdy zdiagnozowany wcześniej pacjent zgłosił się do lekarza z innym już schorzeniem lub dodatkowymi objawami czy dolegliwościami, konieczne było przeprowadzenie ponownego osobistego zbadania pacjenta i wdrożenie odpowiedniego leczenia (jeżeli pacjent nie mógł pojawić się u lekarza ze względu na wiek czy chorobę, lekarz powinien udać się do niego na wizytę domową)<sup>18</sup>. Podstawą skorzystania z porady receptowej był zawsze stan zdrowia pacjenta – to lekarz podejmował decyzję w tym zakresie, a nie pacjent (pacjent mógł tylko wystąpić z taką prośbą). Wystawioną w ramach takiej porady receptę lub zlecenie lekarz mógł przekazać osobie upoważnionej przez pacjenta do ich odbioru albo jego przedstawicielowi ustawowemu, albo osobie trzeciej, jeżeli pacjent oświadczył podmiotowi udzielającemu świadczeń zdrowotnych, że mogą być one odebrane przez osoby trzecie bez szczegółowego określania tych osób. Przy czym upoważnienie lub oświadczenie należało odnotować w dokumentacji medycznej pacjenta albo dołączyć do niej. Lekarz był zobowiązany do zamieszczenia w dokumentacji

---

17 Zmieniony przez art. 3 ustawy z dnia 22 lipca 2014 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 1138 z późn. zm.).

18 Zob. K.M. Zoń, *Cywilnoprawne uwarunkowania udzielania przez lekarza świadczeń zdrowotnych w modelu telemedycyny w prawie polskim*, Legalis 2022, rozdział 2, § 1 „Stan prawny do 11.12.2015 r.”, podrozdział V, pkt 3 „Stan prawny od 1.1.2015 r.”.

medycznej pacjenta informacji o wystawieniu takiej recepty lub zlecenia, a także do odnotowania w niej informacji o osobie, której przekazano receptę lub zlecenie albo dołączenia tej informacji do dokumentacji.

Uprzednie zbadanie pacjenta traktowano zatem jako standard postępowania medycznego, którego niedopełnienie stanowiło naruszenie reguł wiedzy i praktyki medycznej<sup>19</sup>. Naruszenie zasad wiedzy medycznej upatrywano w przypadku postawienia diagnozy przez lekarza na odległość (telefonicznie) na podstawie oświadczeń pacjenta, ale bez jego uprzedniego, osobistego zbadania<sup>20</sup>. Sąd Najwyższy w jednym z wyroków podkreślił, że lekarz nie może poprzestać na przyjęciu od pacjenta wywiadu odnośnie do przebytych chorób i operacji, gdyż jest on zobowiązany do przeprowadzenia rzetelnego badania przedmiotowego przed przystąpieniem do danego zabiegu, niezależnie od zapewnień pacjenta, z których wynika, że zarówno był, jak i jest zdrowy<sup>21</sup>.

Diagnozowanie pacjenta na odległość było natomiast możliwe w przypadku bezpośredniego niebezpieczeństwa grożącego pacjentowi (gdy dotarcie do niego było utrudnione, np. śnieżyca, powódź), a także konieczności przeprowadzenia specjalistycznej konsultacji (gdy podróż lekarza specjalisty była niemożliwa, a na miejscu nie było możliwości uzyskania konsultacji równorzędnego specjalisty)<sup>22</sup>.

### 3.2. Świadczenia telemedyczne<sup>23</sup>

Podstawą prawną udzielania świadczeń w modelu telemedycyny był (i jest) art. 37 u.z.l., zgodnie z którym w razie wątpliwości diagnostycznych lub terapeutycznych lekarz z własnej inicjatywy bądź na wniosek pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego, jeżeli uzna to za uzasadnione w świetle wymagań wiedzy medycznej, powinien zasięgnąć opinii właściwego lekarza specjalisty

19 Zob. R. Kędziora, *Odpowiedzialność karna lekarza w związku z wykonywaniem czynności medycznych*, Warszawa 2009, s. 210 i 211.

20 Zob. K.M. Zoń, *Cywilnoprawne...*, rozdział 2, § 1 „Stan prawny do 11.12.2015 r.”, podrozdział V, pkt 5 „Konsekwencja udzielania świadczeń zdrowotnych przez lekarza bez osobistego zbadania”.

21 Zob. wyr. SN z dnia 8 lutego 2017 r., (III KK 226/16, Lex nr 2224610) – sprawa dotyczyła zdarzenia medycznego z 2010 r., wyrok w pierwszej instancji zapadł 14 kwietnia 2015 r.

22 Zob. J. Sawicki, *Błąd sztuki przy zabiegu leczniczym*, Warszawa 1965, s. 114, cyt. za: K.M. Zoń, *Cywilnoprawne...*, rozdział 2, § 1 „Stan prawny do 11.12.2015 r.”, podrozdział V, pkt 5 „Konsekwencja udzielania świadczeń zdrowotnych przez lekarza bez osobistego zbadania”.

23 Ze względu na ramy niniejszego artykułu zostaną zaprezentowane tylko niektóre regulacje.

lub zorganizować konsylium lekarskie (w tym brzmieniu przepis nadal obowiązuje). W przepisie nie rozstrzygnięto, w jakiej formie ma się odbyć konsylium czy zasięgnięcie opinii, zatem możliwe jest w tym przypadku skorzystanie z narzędzi telemedycznych (np. Internet, telefon), szczególnie gdy lekarze przebywają w różnych miejscach (np. podmiotach leczniczych czy miastach). W literaturze przedmiotu rozpatrywano także dopuszczalność przeprowadzenia telekonsultacji w przypadku ograniczonej liczby świadczeń zdrowotnych zakontraktowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia (dalej: NFZ), powołując się na sytuacje, w której w danym podmiocie leczniczym zawodu nie wykonywał lekarz ze specjalizacją adekwatną do schorzenia danego pacjenta<sup>24</sup>. W tym zakresie rozważano bowiem, czy realizacja obowiązku wynikającego z art. 37 u.z.l. mogłaby polegać tylko na skierowaniu pacjenta do innego podmiotu leczniczego celem kontynuacji leczenia, czy też możliwie byłoby wówczas przeprowadzenie telekonsultacji z lekarzami z innego podmiotu leczniczego. W tym zakresie podzielić należy zdanie Mirosławy Malczewskiej, zgodnie z którym skorzystanie z telekonsultacji stałoby w sprzeczności z wówczas obowiązującym art. 42 u.z.l. ze względu na fakt, że lekarz konsultujący wydałby opinię na podstawie wyników badań i wywiadu zebranego przez innego lekarza, ale bez osobistego zbadania pacjenta.

W analizowanym stanie prawnym było (i jest nadal) możliwe udzielanie porad medycznych drogą radiową na morzu, które uregulowane jest w art. 125 ustawy z dnia 18 sierpnia 2011 r. o bezpieczeństwie morskim<sup>25</sup> (brzmienie przepisu nie uległo zmianie) i wydanym na jego podstawie rozporządzeniu Ministra Transportu, Budownictwa i Gospodarki Morskiej z dnia 8 marca 2012 r. w sprawie Morskiej Służby Asysty Telemedycznej<sup>26</sup>, w którym wskazano, że Służba realizuje zadania przy pomocy lekarzy dyżurnych posiadających w szczególności przeszkolenie w zakresie podstaw medycyny morskiej i tropikalnej lub medycyny transportu, a do jej zadań należy m.in. udzielanie porad medycznych drogą radiową, w tym wspomaganie kapitana lub członka załogi statku radą w zakresie diagnozy.

---

24 Zob. M. Malczewska [w:] *Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentysty. Komentarz*, red. E. Zielińska, Warszawa 2015, art. 37.

25 Dz. U. z 2023 r. poz. 1666.

26 Dz. U. poz. 320.

#### 4. Regulacje obowiązujące od 12 grudnia 2015 r.

---

Za przełomowy moment w zakresie regulacji dotyczących telemedycyny przyjmuje się wejście w życie nowelizacji z 2015 r.<sup>27</sup>, która swym zakresem objęła przepisy dotyczące wykonywania działalności leczniczej, które w nieznacznym stopniu powtórzono w niektórych ustawach regulujących wykonywanie zawodów medycznych (poza fizjoterapeutami, psychologami klinicznymi, diagnostami laboratoryjnymi i ratownikami medycznymi). W literaturze przedmiotu podkreśla się, że przedstawiciele zawodów medycznych nieobjętych tą nowelizacją mogą korzystać z ogólnej normy zawartej w art. 3 ust. 1 u.d.z.l.<sup>28</sup>, pod warunkiem, że ich aktywności stanowiące wykonywanie zawodu nie będą wykraczać poza ramy określone tym przepisem<sup>29</sup>.

Nowelizacja z 2015 r. miała usunąć istniejące dotychczas wątpliwości dotyczące dopuszczalności udzielania świadczeń telemedycznych, jednak nie do końca tak się stało, ze względu na jej zbyt ogólny charakter. W doktrynie podkreśla się, że ustawodawca nie uregulował kwestii dotyczących w szczególności konsekwencji zastosowania tych rozwiązań czy też ich wpływu na realizację praw pacjenta, być może ze względu na fakt, że rozwiązanie to różni się od modelu tradycyjnego sposobem realizacji świadczeń, a elastyczność przepisów umożliwia ich wykorzystywanie w ramach opieki zdrowotnej<sup>30</sup>. W ocenie autora odpowiednie uregulowanie w przepisach chociażby kwestii dotyczących wpływu świadczeń telemedycznych na prawa pacjenta nie zagroziłoby elastyczności ich wykorzystania w praktyce, a stanowiłoby raczej większą pewność prawa po stronie pacjentów korzystających z takich świadczeń.

---

27 Ustawa z dnia 9 października 2015 r. o zmianie ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 1991 z późn. zm.); dalej: nowelizacja z 2015 r.

28 Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2023 r. poz. 991 i 1675); dalej: u.d.z.l.

29 Zob. G. Glanowski [w:] *System...*, s. 1160.

30 Zob. K.M. Zoń, *Cywilnoprawne...*, rozdział 2, § 2 „Stan prawny od 12.12.2015 r.”, podrozdział II, pkt 2.1 „Obowiązek uprzedniego, osobistego zbadania”.

#### 4.1. Świadczenia zdrowotne w modelu telemedycyny

Nowelizacja z 2015 r. nie wprowadziła ustawowej definicji telemedycyny (nie ma jej również obecnie), nie są również znane powody, dla których ustawodawca nie zdecydował się na uregulowanie tej kwestii w przepisach, dlatego też za punkt wyjścia rozważań służy definicja działalności leczniczej zawarta w art. 3 ust. 1 u.dz.l.<sup>31</sup>. Zgodnie z tym przepisem, w brzmieniu nadanym nowelizacją z 2015 r., działalność lecznicza polega na udzielaniu świadczeń zdrowotnych, które mogą być udzielane za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności. W przepisie mowa jest o świadczeniu zdrowotnym, przez które rozumie się 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 ust. 1 pkt 10 u.dz.l.)<sup>32</sup>. Łączne odczytywanie tych norm prowadzi do wniosku, że korzystanie z rozwiązań w zakresie telemedycyny jest obecnie dopuszczalne, a podstawy prawne można znaleźć również w innych aktach prawnych niż omawiana ustawa<sup>33</sup>.

W art. 3 ust. 1 u.dz.l. mowa jest również o systemie teleinformatycznym, przez który rozumie się zespół współpracujących ze sobą urządzeń informatycznych i oprogramowania zapewniający przetwarzanie, przechowywanie, a także wysyłanie i odbieranie danych przez sieci telekomunikacyjne za pomocą właściwego dla danego rodzaju sieci telekomunikacyjnego urządzenia końcowego w rozumieniu przepisów prawa telekomunikacyjnego (art. 3 pkt 3 ustawy z dnia 17 lutego 2005 r. o informatyzacji działalności podmiotów realizujących zadania publiczne)<sup>34</sup>. Natomiast jeżeli chodzi o system łączności, nie ma on swojej ustawowej definicji, a w literaturze przedmiotu określa się go jako „zespół środków budowlanych na podstawie aktualnej wiedzy technologicznej, umożliwiający wymianę informacji na odległość, w tym tych pozwalających na udzielanie świadczeń zdrowotnych,

31 Telemedycyna na gruncie regulacji krajowych została bezpośrednio powiązana z działalnością leczniczą. Świadczenie telemedyczne rozumie się jako formę udzielenia świadczenia zdrowotnego, a telemedycynę jako działalność polegającą na udzielaniu świadczeń w takiej formie.

32 Szersza definicja tego pojęcia jest zawarta w art. 5 pkt 40 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2022 r. poz. 2561 z późn. zm.). Obejmuje ona swym zakresem również działania służące profilaktyce.

33 Zob. M. Czaplinska, M. Sakowska-Baryła, *op. cit.*, s. 647 i 648.

34 Dz. U. z 2023 r. poz. 57 z późn. zm.

aczkolwiek innych niż system teleinformatyczny”<sup>35</sup>. Przepisy nie precyzują, jakich systemów można używać do udzielania świadczeń telemedycznych, a decyzja w tym zakresie pozostawiona jest zasadniczo świadczeniodawcy, co skutkuje przerzuceniem na niego ryzyka wystąpienia potencjalnych błędów czy naruszeń rozpatrywanych na różnych płaszczyznach, w szczególności w kontekście przepisów dotyczących ochrony danych osobowych<sup>36</sup>. Co prawda w art. 22 ust. 3b u.d.z.l. zawarto fakultatywne upoważnienie do wydania rozporządzenia określającego szczegółowe wymagania, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia oraz systemy teleinformatyczne lub systemy łączności podmiotu wykonującego działalność leczniczą, udzielającego wyłącznie ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności, jednak akt taki nie został wydany do dnia dzisiejszego.

W odniesieniu do wyżej wymienionych podmiotów ustawodawca zdecydował się natomiast na wprowadzenie dwóch wyjątków. Pierwszy dotyczy wyłączenia stosowania wymagań określonych w rozporządzeniu wydanym na podstawie art. 22 ust. 3 u.d.z.l. do pomieszczeń i urządzeń podmiotów wykonujących działalność leczniczą udzielających wyłącznie ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności (ust. 3a)<sup>37</sup>. Drugi został określony w art. 24 ust. 2a u.d.z.l., w którym wskazano, że podmioty te podają do wiadomości pacjentów aktualne informacje, o których mowa w ust. 1 pkt 4, 9, 11 i 12<sup>38</sup>, przez ich umieszczenie na stronie internetowej podmiotu wykonującego działalność leczniczą i w Biuletynie Informacji Publicznej, w przypadku podmiotu obowiązującego do jego prowadzenia.

---

35 G. Glanowski [w:] *System...*, s. 1162.

36 Zob. M. Czaplńska, M. Sakowska-Baryła, *op. cit.*, s. 649.

37 Obecnie rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 r. w sprawie szczególnych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. z 2022 r. poz. 402). W przypadku gdy pomieszczenie jest wykorzystywane do udzielania świadczeń zdrowotnych zarówno w modelu telemedycyny, jak i w formie klasycznej, świadczeniodawca jest obowiązany spełniać wymagania określone w tym akcie.

38 Informacje dotyczą rodzaju działalności leczniczej oraz zakresu udzielanych świadczeń zdrowotnych, a także wysokości opłaty za: udostępnienie dokumentacji medycznej, przechowywanie zwłok pacjenta przez okres dłuższy niż 72 godziny oraz opłaty za świadczenia zdrowotne, które mogą być udzielane za częściową albo całkowitą odpłatnością.

Poza wskazanymi wyjątkami podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych w modelu telemedycyny jest obowiązany do spełniania tych samych warunków, które są wymagane od podmiotów zamierzających wykonywać działalność leczniczą. Zastosowanie mają do niego również standardy organizacyjne opieki zdrowotnej określone w aktach wykonawczych wydanych na podstawie art. 22 ust. 5 u.dz.l.<sup>39</sup>. Należy podkreślić, że w przepisach brakuje jednak większego zróżnicowania między podmiotami udzielającymi świadczeń zdrowotnych w modelu telemedycyny a świadczącymi usługi w klasycznej formie (tj. stacjonarnej) w zakresie spełniania przez nie określonych wymogów techniczno-organizacyjnych<sup>40</sup>.

W przepisach nie został również określony katalog świadczeń zdrowotnych, których można udzielać za pośrednictwem systemu teleinformatycznego lub systemu łączności, co może wynikać z założenia, że podstawową zasadą jest jednak udzielanie świadczeń na podstawie osobistego kontaktu lekarza z pacjentem, a rozwiązania telemedyczne należy traktować jako pomocnicze. W literaturze przedmiotu można również odnaleźć argument systemowy, zgodnie z którym świadczenia te są dedykowane pacjentom wymagającym leczenia w warunkach ambulatoryjnych, a nie szpitalnych, za czym może przemawiać wyłączenie stosowania warunków określonych w rozporządzeniu wydanym na podstawie art. 22 ust. 3 u.dz.l.<sup>41</sup>. Na aprobatę zasługuje stanowisko Grzegorza Głanowskiego, zgodnie z którym nie może to być argument zawsze przesądzający o możliwości udzielenia pacjentom ambulatoryjnym tego rodzaju świadczeń ze względu na fakt, że na lekarzu spoczywa obowiązek ustalenia, w szczególności na podstawie aktualnej wiedzy medycznej, czy w danym przypadku klinicznym i przy wykorzystaniu dostępnych mu i pacjentowi narzędzi telemedycznych możliwe będzie zebranie niezbędnych informacji, jakie mogłoby zostać pozyskane w trakcie osobistego badania pacjenta, a także czy uzyskane informacje uzasadniają udzielenie danego świadczenia w modelu telemedycyny<sup>42</sup>.

---

39 Dotychczas zostały one określone w dziedzinie radiologii i diagnostyki obrazowej w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 11 kwietnia 2019 r. w sprawie standardów organizacyjnych opieki zdrowotnej w dziedzinie radiologii i diagnostyki obrazowej wykonywanej za pośrednictwem systemów teleinformatycznych (Dz. U. poz. 834).

40 Zob. M. Czaplńska, M. Sakowska-Baryła, *op. cit.*, s. 648.

41 Zob. G. Głanowski [w:] *System...*, s. 1162.

42 Zob. *ibidem*, s. 1162.

Ustawodawca przesądził, że za pośrednictwem wyżej wymienionych systemów może być również wykonywana działalność lecznicza polegająca na promocji zdrowia lub realizacji zadań dydaktycznych i badawczych w powiązaniu z udzielaniem świadczeń zdrowotnych i promocją zdrowia, w tym wdrażaniem nowych technologii medycznych oraz metod leczenia (art. 3 ust. 2 i 2a u.d.z.l.).

#### 4.2. Orzekanie o stanie zdrowia pacjenta

Nowelizacja z 2015 r. zmieniła również art. 42 ust. 1 u.z.l., na podstawie którego lekarz orzekał o stanie zdrowia określonej osoby po uprzednim, osobistym jej zbadaniu lub zbadaniu jej za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności (w tym brzmieniu obowiązywał do 22 sierpnia 2018 r.). Jednocześnie w art. 2 u.z.l. dodano ust. 4, zgodnie z którym lekarz i lekarz dentyista mogli wykonywać czynności, o których mowa w ust. 1 i 2, także za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności<sup>43</sup>. Użycie w przepisie zwrotu „także” oznacza, że ustawodawca dopuścił zatem drugi, równorzędny, poza tradycyjnym modelem, sposób realizacji wskazanych czynności<sup>44</sup>. Zmiana ta została oceniona jako zasadna i odpowiadająca aktualnym trendom technologicznym, umożliwiającym kontakt z osobą badaną<sup>45</sup>.

Kolejna zmiana art. 42 ust. 1 u.z.l. została dokonana 23 sierpnia 2018 r., kiedy to ustawodawca zdecydował się na doprecyzowanie przedmiotowego przepisu<sup>46</sup>. Zgodnie z nim lekarz orzeka o stanie zdrowia określonej osoby po uprzednim, osobistym jej zbadaniu lub zbadaniu jej za pośrednictwem

43 Zgodnie z ust. 1 wykonywanie zawodu lekarza polega na udzielaniu przez osobę posiadającą wymagane kwalifikacje, potwierdzone odpowiednimi dokumentami, świadczeń zdrowotnych, w szczególności: badaniu stanu zdrowia, rozpoznawaniu chorób i zapobieganiu im, leczeniu i rehabilitacji chorych, udzielaniu porad lekarskich, a także wydawaniu opinii i orzeczeń lekarskich, natomiast wykonywanie zawodu lekarza dentyisty polega na udzielaniu przez osobę posiadającą wymagane kwalifikacje, potwierdzone odpowiednimi dokumentami, świadczeń określonych w ust. 1, w zakresie chorób zębów, jamy ustnej, części twarzowej czaszki oraz okolic przyległych (ust. 2).

44 Zob. K.M. Zoń, *Cywilnoprawne...*, rozdział 2, § 2 „Stan prawny od 12.12.2015 r.”, podrozdział IV, pkt 2.1 „Artykuł 2 ZawLeku”.

45 Zob. Ł. Caban [w:] *Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentyisty. Komentarz*, red. M. Kopeć, Lex 2016, art. 42, teza nr 1.

46 Zmieniony przez art. 2 pkt 1 ustawy z dnia 20 lipca 2018 r. o zmianie ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 1515 z późn. zm.); dalej: nowelizacja z 2018 r., wprowadzającej m.in. rozwiązania w zakresie Internetowego Konta Pacjenta.



systemów teleinformatycznych lub systemów łączności, a także po analizie dostępnej dokumentacji medycznej tej osoby (w tym brzmieniu przepis obowiązuje nadal). Przez pojęcie badania w tym przypadku rozumie się nie tylko obowiązek fizykalnego, uprzedniego zbadania danej osoby oraz zapoznania się z wynikami jej badań, w tym ewentualnymi zaświadczeniami, lecz także kontakt z tą osobą za pośrednictwem wskazanych systemów i przeprowadzenie z nią wywiadu, jak również zapoznanie się z udostępnioną w ten sposób dokumentacją medyczną w celu wydania opinii o stanie zdrowia badanej osoby<sup>47</sup>. W ramach dyspozycji art. 42 ust. 1 u.z.l. lekarz może w szczególności zebrać wywiad, odebrać wyniki badań, postawić diagnozę, a także wystawić e-receptę, e-skierowanie, e-zlecenie czy e-zwolnienie. Omawiana regulacja nie wskazuje, na czym ma polegać zbadanie danego pacjenta za pomocą systemów teleinformatycznych lub systemów łączności, co *de facto* oznacza pozostawienie decyzji w gestii lekarza odnośnie do tego, czy badanie takie zostanie przeprowadzone za pomocą telefonu czy połączenia przez komunikator z opcją rozmowy z wizją i dźwiękiem<sup>48</sup>. Regulacja ta nie jest również ograniczona w żaden sposób, co pozwala wysnuć wniosek, że może być stosowana niezależnie od specjalizacji lekarza, przyczyny dolegliwości pacjenta, jego wieku czy posiadanego stopnia niepełnosprawności (z zastrzeżeniem art. 11 ust. 1 ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego<sup>49</sup>). Brak takich ograniczeń oznacza, że kryteria oceny dopuszczalności udzielania świadczeń telemedycznych zostały przeniesione z płaszczyzny prawnej na przesłanki o charakterze medycznym, które za każdym razem są przez lekarza uwzględniane i rozpatrywane w kontekście zgodności ze standardami wykonywania zawodu, określonymi w art. 4 u.z.l.<sup>50</sup>.

Nowelizacją z 2015 r. objęto również przepisy dotyczące porady receptowej. Na jej podstawie recepty lub zlecenia, a w przypadku recepty i zlece-

---

47 Zob. Ł. Caban [w:] *Ustawa...*, art. 42, teza nr 3.

48 Zob. M. Malczewska [w:] *Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentystry. Komentarz*, red. E. Zielińska, Lex 2022, art. 42, teza nr 8.

49 Dz. U. z 2022 r. poz. 2123. Zgodnie z tym przepisem: „Orzeczenie o stanie zdrowia osoby z zaburzeniami psychicznymi, opinię lub skierowanie do innego lekarza lub psychologa albo podmiotu leczniczego lekarz może wydać wyłącznie na podstawie uprzedniego osobistego zbadania tej osoby. Skierowanie do szpitala psychiatrycznego wydawane jest w dniu badania, a jego ważność wygasa po upływie 14 dni”.

50 Zob. K.M. Zoń, *Cywilnoprawne...*, rozdział 2, § 2 „Stan prawny od 12.12.2015 r.”, podrozdział IV, pkt 2.2 „Artykuł 42 ust. 1 ZawLekU”.

nia w postaci elektronicznej – wydruk informacyjny<sup>51</sup> mogły być przekazane: przedstawicielowi ustawowemu pacjenta albo osobie upoważnionej przez pacjenta do ich odbioru lub osobie trzeciej, jeżeli pacjent oświadczył podmiotowi udzielającemu świadczeń zdrowotnych, że mogły być one odebrane przez osoby trzecie bez szczegółowego określania tych osób (art. 42 ust. 3 u.z.l., w brzmieniu obowiązującym do 30 września 2018 r.)<sup>52</sup>. Kolejne zmiany w zakresie orzekania o stanie zdrowia pacjenta, wprowadzone 18 kwietnia 2018 r., dotyczyły wykreślenia z art. 42 ust. 2 u.z.l. sformułowania „osobistego”, jakie było użyte w odniesieniu do badania pacjenta<sup>53</sup>. Zgodnie z nowym brzmieniem tego przepisu, obowiązującym nadal, lekarz może, bez dokonania badania pacjenta, wystawić receptę niezbędną do kontynuacji leczenia oraz zlecenie na zaopatrzenie w wyroby medyczne jako kontynuację zaopatrzenia w wyroby medyczne, jeżeli jest to uzasadnione stanem zdrowia pacjenta odzwierciedlonym w dokumentacji medycznej. Uzasadnieniem wprowadzenia tej zmiany był dalszy rozwój telemedycyny, który w opinii ustawodawcy jest możliwy, jeżeli będzie istniała możliwość wystawienia recepty bez osobistego kontaktu osoby wystawiającej receptę z pacjentem<sup>54</sup>. W ramach porady receptowej nie jest natomiast możliwe wystawienie pierwszej recepty albo pierwszego zlecenia podczas konsultacji z wykorzystaniem narzędzi telemedycznych, gdyż przepis dotyczy wyłącznie kontynuacji leczenia, a nie rozpoczęcia nowej kuracji przez pacjenta (uwagi poczynione w tym zakresie w pkt. 3.1 zachowują aktualność).

Lekarz, udzielając świadczeń telemedycznych, tak jak ma to miejsce w przypadku osobistego kontaktu z pacjentem, powinien postępować zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, dostępnymi mu metodami i środkami zapobiegania, rozpoznawania i leczenia chorób, zgodnie z zasa-

---

51 Wydruk informacyjny, o którym mowa w art. 96b ustawy z dnia 6 września 2001 r. – Prawo farmaceutyczne (Dz. U. z 2022 r. poz. 2301 z późn. zm.); dalej: pr. farm., i art. 38a ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. z 2023 r. poz. 826).

52 Zmieniony 1 października 2018 r. przez art. 2 pkt 2 nowelizacji z 2018 r. Zmiana polegała na wykreśleniu użytych w nim określeń: „zlecenia” (i pozostawieniu jedynie recepty w postaci elektronicznej) oraz „informacyjnego” (które było użyte w odniesieniu do wydruku), a także usunięciu odesłania do art. 38a ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych.

53 Zmieniony przez art. 2 ustawy z dnia 1 marca 2018 r. o zmianie niektórych ustaw w związku z wprowadzeniem e-recepty (Dz. U. poz. 697 oraz z 2019 r. poz. 1590).

54 Zob. uzasadnienie rządowego projektu ustawy o zmianie niektórych ustaw w związku z wprowadzeniem e-recepty, druk sejmowy nr 2264, Sejm VIII kadencji, s. 13.

dami etyki zawodowej oraz z należytą starannością, stosownie do wymogów przewidzianych w art. 4 u.z.l. Korzystanie z rozwiązań telemedycznych nie jest bowiem możliwe w każdym przypadku klinicznym i podlega ograniczeniom z uwagi na stan zdrowia danego pacjenta, zasady wykonywania zawodu czy też normy etyczne.

Udzielanie przez lekarza świadczeń zdrowotnych zgodnych ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej jest skorelowane z prawem pacjenta do uzyskania świadczenia odpowiadającego wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej, o którym mowa w art. 6 ust. 1 u.p.p.<sup>55</sup>. Na kwestię tę zwrócił również uwagę Sąd Najwyższy, stwierdzając w jednym z wyroków, że błędna diagnoza lekarska postawiona na skutek zaniedbań i zaniechań przeprowadzenia określonych badań nie realizuje prawa pacjenta do świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej, a oparta na tej błędnej diagnozie informacja o stanie zdrowia nie spełnia wymogów ustawowych w zakresie prawa pacjenta do informacji o swoim stanie zdrowia, o którym mowa w art. 9 ust. 1 u.p.p.<sup>56</sup>.

Wprowadzenie ogólnej normy dopuszczającej realizację świadczeń telemedycznych niewątpliwie wpłynęło na całokształt wykonywania zawodu lekarza oraz sposób postrzegania standardu należytej staranności sformułowanego w art. 4 u.z.l., która powinna być rozumiana jako „[...] właściwie dobrana do kwalifikacji danego podmiotu (zespołu), jego doświadczenia i sytuacji udzielania pomocy”<sup>57</sup>. Zdaniem Katarzyny Marii Zoń, analiza standardu należytej staranności pozostaje w związku z dyrektywą dostępnych lekarzowi metod oraz środków zapobiegania, rozpoznawania i leczenia chorób, dlatego też zalecane byłoby stosowanie takich rozwiązań, które pozwalałyby na jak najbardziej wszechstronny ogląd pacjenta (tj. korzystanie z połączenia głosowego i środków umożliwiających odbiór obrazu)<sup>58</sup>. Nieuniknione jest oczywiście wystąpienie różnych problemów technicznych, zarówno podczas próby nawiązania kontaktu z pacjentem, jak i w trakcie jego trwania, np.: zniekształcenie głosu, obrazu, przerwanie na chwilę połączenia czy też zakłócenia w procesie gromadzenia czy przepływu informacji, dlatego gromadzone dane oraz informacje powinny się charakteryzować w szczegól-

55 Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2023 r. poz. 1545 i 1675); dalej: u.p.p.

56 Zob. wyr. SN z dnia 10 stycznia 2019 r., (II CSK 293/18, Lex nr 2604711).

57 K.M. Zoń, *Cywilnoprawne...*, rozdział 3, § 1 „Należyta staranność”, podrozdział I.

58 *Ibidem*.

ności źródłowością, jednoznacznością i pewnością<sup>59</sup>. Standard należytej staranności obejmuje również obowiązek lekarza w postaci ustalenia tożsamości pacjenta, wynikający z art. 25 ust. 1 pkt 1 u.p.p. (które powinno mieć miejsce przed udzieleniem świadczenia telemedycznego – lekarz musi mieć pewność, że udziela świadczenia swojemu pacjentowi), a także obowiązek prawidłowego zbadania pacjenta, tj. przeprowadzenie starannego badania podmiotowego i przedmiotowego. Nie ulega wątpliwości, że kluczowym elementem dla przebiegu procesu terapeutycznego jest diagnoza pacjenta, dlatego też wystąpienie ewentualnych nieprawidłowości na tym etapie może negatywnie wpłynąć na stan zdrowia pacjenta, a niektóre z tych skutków mogą mieć nawet charakter nieodwracalny<sup>60</sup>. W literaturze przedmiotu wśród takich nieprawidłowości wskazuje się m.in.: nieprzeprowadzenie niezbędnych badań wstępnych lub pomocniczych, dokonanie zbyt powierzchownych lub pobieżnych badań, brak rzetelności podczas zbierania wywiadu, brak analizy lub błędne odczytanie wyników badań, a także brak konsultacji ze specjalistą w razie wątpliwości diagnostycznych<sup>61</sup>.

Lekarz powinien również postępować zgodnie z zasadami etyki zawodowej, ustanowionymi w Kodeksie Etyki Lekarskiej<sup>62</sup>. Zgodnie z art. 9 KEL lekarz może podejmować leczenie jedynie po uprzednim zbadaniu pacjenta; wyjątek stanowi sytuacja, gdy porada lekarska może być udzielona wyłącznie na odległość<sup>63</sup>. W przepisie dokonano zatem rozgraniczenia między leczeniem a poradą lekarską, przy czym nie określono sytuacji, w których dopuszczalne jest udzielenie porady na odległość. Oznacza to, że decyzja w tym zakresie będzie zawsze należała do lekarza, na nim spoczywa bowiem obowiązek dokonania oceny, szczególnie w kontekście standardu należytej staranności sformułowanego w art. 4 u.z.l., czy udzielenie

---

59 Zob. K. Wojsyk, *Jakość danych w ochronie zdrowia i jej znaczenie dla idei e-Zdrowia* [w:] *Telemedycyna i e-Zdrowie. Prawo i informatyka*, red. T. Lipowicz, Warszawa 2019, s. 106–114.

60 Zob. M. Nesterowicz, *Prawo medyczne*, Toruń 2016, s. 239.

61 Zob. *ibidem*, s. 239.

62 Kodeks Etyki Lekarskiej przyjęty uchwałą Nadzwyczajnego II Krajowego Zjazdu Lekarzy dnia 14 grudnia 1991 r.; dalej: KEL.

63 Pierwotnie odpowiednikiem obecnego art. 9 KEL był art. 10, zgodnie z którym: „Nie wolno podejmować leczenia bez uprzedniego zbadania pacjenta. Wyjątki stanowią nagłe sytuacje, gdy doraźna pomoc lekarska w formie porady może być udzielona wyłącznie na odległość”. Na skutek uchylecia art. 8 KEL zaistniała potrzeba zmiany numeracji, tj. art. 10 został oznaczony jako art. 9, któremu nadano następujące brzmienie: „Lekarz może podejmować leczenie jedynie po uprzednim zbadaniu pacjenta. Wyjątki stanowią nagłe sytuacje, gdy doraźna pomoc lekarska w formie porady może być udzielona wyłącznie na odległość”.

porady lekarskiej na odległość jest w danym przypadku klinicznym możliwe i adekwatne do stanu zdrowia pacjenta, a także czy nie będzie skutkować np. pogorszeniem jego stanu zdrowia. Udzielenie porady lekarskiej na odległość może dotyczyć np. zmiany dawkowania leków wyłącznie u przewlekle chorego pacjenta, który jest prowadzony przez lekarza i stale przez niego monitorowany, czy wystawienia skierowania na badania lub do szpitala<sup>64</sup>. Lekarz powinien unikać udzielania porad lekarskich przez telefon lub Internet tzw. „niewidzianym pacjentom” czy przepisywania przez dłuższy czas leków chorym, którzy nie zgłaszają się na wizyty kontrolne<sup>65</sup>. Co prawda KEL nie stanowi aktu prawa powszechnie obowiązującego, jednak jego normy wiążą lekarzy zgodnie z art. 53 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich<sup>66</sup>, stosownie do którego członkowie izb lekarskich podlegają odpowiedzialności zawodowej za naruszenie zasad etyki lekarskiej oraz przepisów związanych z wykonywaniem zawodu lekarza. Na kwestię tę zwrócił również uwagę Trybunał Konstytucyjny, stwierdzając, że zasady etyczno-deontologiczne zostały inkorporowane do obowiązującego systemu prawnego, a normy KEL dookreśliły treść norm prawnych<sup>67</sup>. W przypadku sprzeczności między art. 42 u.z.l. a art. 9 KEL lekarz powinien postępować zgodnie z normą ustawową<sup>68</sup>.

Przy udzielaniu świadczeń telemedycznych konieczne jest uzyskanie świadomej zgody pacjenta, podobnie jak ma to miejsce na wizycie stacjonarnej. W tym przypadku lekarz, oprócz potwierdzenia tożsamości pacjenta, powinien poinformować chorego o ograniczeniach wynikających z udzielania tego rodzaju świadczeń, a także upewnić się, czy urządzenie, z którego będzie korzystał, jest sprawne<sup>69</sup>. Wskazuje się również, że pacjent powinien zostać poinformowany o możliwości wystąpienia ewentualnych problemów technicznych oraz sposobie postępowania w takim przypadku, jeżeli infor-

64 Zob. K.M. Zoń, *Cywilnoprawne...*, rozdział 3, § 6 „Zgodność z zasadami etyki lekarskiej”, podrozdział III.

65 Zob. K. Radziwiłł, *Kodeks Etyki Lekarskiej. Odcinek 16: czy można badać i leczyć na odległość?*, „Medycyna Praktyczna” 2014, nr 6, s. 124 i 125.

66 Dz. U. z 2021 r. poz. 1342 oraz z 2023 r. poz. 1234.

67 Zob. post. TK z dnia 7 października 1992 r., (U 1/92, OTK 1992, z. 2, poz. 38); wyr. TK z dnia 23 kwietnia 2008 r., (SK 16/07, OTK-A 2008, z. 3, poz. 45).

68 Zob. M. Malczewska [w:] *Ustawa...*, art. 42, teza nr 2.

69 Zob. M. Zoń, *Kodeks etyki lekarskiej wobec leczenia na odległość – rozważania na tle art. 9*, <https://wil.org.pl> (dostęp: 22 lipca 2020 r.), cyt. za: I. Wrześniewska-Wal, D. Hajdukiewicz, *op. cit.*, s. 518.

macje takie nie są podane przez świadczeniodawcę w regulaminie udzielania świadczeń zdrowotnych w modelu telemedycyny<sup>70</sup>. Wszelkie informacje związane z udzieleniem świadczenia telemedycznego powinny znaleźć swoje odzwierciedlenie w dokumentacji medycznej pacjenta.

#### 4.3. Podstawowa opieka zdrowotna

5 listopada 2019 r. do zakresu świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, dalej: POZ, została włączona porada lekarska udzielana w warunkach ambulatoryjnych na odległość przy użyciu systemów teleinformatycznych lub systemów łączności<sup>71</sup>. Obecnie możliwe jest udzielanie w warunkach ambulatoryjnych na odległość świadczeń gwarantowanych lekarza POZ (porada lekarska), pielęgniarki POZ i położnej POZ (wizyta oraz porada), a także nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej (porada lekarska). Ponadto, w ramach profilaktyki chorób układu krążenia, istnieje możliwość realizacji na odległość jednej z dwóch przewidzianych porad.

## 5. Rozwiązania wprowadzone w okresie pandemii COVID-19

---

Nie ulega wątpliwości, że zagrożenia wywołane epidemią choroby COVID-19 miały wpływ na dalszy rozwój telemedycyny w Polsce. W tym okresie ustawodawca zdecydował się na wprowadzenie do porządku prawnego tzw. teleporad, a przepis je regulujący został zawarty w ustawie 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<sup>72</sup>. Zgodnie z art. 7 ust. 4 tej ustawy<sup>73</sup> lekarz oraz lekarz dentyista

---

<sup>70</sup> Zob. I. Wrześniewska-Wal, D. Hajdukiewicz, *op. cit.*, s. 518.

<sup>71</sup> Na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 31 października 2019 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 2120).

<sup>72</sup> Dz. U. z 2023 r. poz. 1327 i 1429.

<sup>73</sup> Zmiany wprowadzone 25 marca 2020 r. przez art. 15 pkt 3 lit. b ustawy z dnia 31 marca 2020 r. o zmianie niektórych ustaw w zakresie systemu ochrony zdrowia związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19 (Dz. U. poz. 567 z późn. zm.).

spełniający warunki, o których mowa w art. 18 ust. 1 pkt 1 i 2 u.d.z.l.<sup>74</sup>, mogli udzielać świadczeń opieki zdrowotnej w związku z przeciwdziałaniem COVID-19 za pośrednictwem systemu teleinformatycznego udostępnionego przez jednostkę podległą ministrowi właściwemu do spraw zdrowia właściwą w zakresie systemów informacyjnych ochrony zdrowia (tj. teleporad), z pominięciem obowiązków wynikających z art. 101 u.d.z.l.<sup>75</sup> oraz obowiązków dotyczących dokumentacji medycznej wynikających z przepisów o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (działalność ta nie podlegała wpisowi do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej). Lekarz oraz lekarz dentysta zobowiązani byli prowadzić dokumentację medyczną w postaci karty teleporady, które przechowywano początkowo przez okres 30 dni od dnia udzielenia teleporady (ust. 9)<sup>76</sup>. Wskazane przepisy miały odpowiednie zastosowanie do podmiotów wykonujących działalność leczniczą, które udzielały teleporad (ust. 11). Omawiana regulacja obowiązywała do 9 marca 2021 r.

W praktyce przepisy te nie rozwiązały jednak wątpliwości związanych z udzielaniem teleporad, czego wyrazem są wytyczne dla udzielania świadczeń telemedycznych opracowane przez Zespół Naczelnej Rady Lekarskiej ds. telemedycyny wspólnie z Telemedyczną Grupą Roboczą<sup>77</sup>, a także wytyczne Rzecznika Praw Pacjenta i Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych zawierające rekomendowane rozwiązania, które pozwolą na realizację prawa osoby upoważnionej do informacji o stanie zdrowia pacjenta<sup>78</sup>.

---

74 Lekarz musiał posiadać prawo wykonywania zawodu oraz nie mógł być: 1) zawieszony w tym prawie ani ograniczony w wykonywaniu określonych czynności medycznych; 2) ukarany karą zawieszenia prawa wykonywania zawodu; 3) pozbawiony możliwości wykonywania zawodu prawomocnym orzeczeniem sądu karnego zakazu wykonywania zawodu albo zawieszony w wykonywaniu zawodu zastosowanym środkiem zapobiegawczym.

75 Złożenie wniosku o wpis do rejestru przez lekarza zamierzającego wykonywać zawód w ramach działalności leczniczej.

76 Dopiero od 1 września 2020 r. karty teleporady mogły być przechowywane przez okres 30 dni od dnia odwołania stanu zagrożenia epidemicznego albo stanu epidemii. Zmiana została wprowadzona przez art. 20 pkt 2 ustawy z dnia 14 sierpnia 2020 r. o zmianie niektórych ustaw w celu zapewnienia funkcjonowania ochrony zdrowia w związku z epidemią COVID-19 oraz po jej ustaniu (Dz. U. poz. 1493).

77 Uchwała Nr 89/20/P-VIII Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 24 lipca 2020 r. w sprawie przyjęcia wytycznych dla udzielania świadczeń telemedycznych, <https://nil.org.pl/aktualnosci/4980-wytyczne-dla-udzielania-swiadczen-telemedycznych?previewmode=4ffbd5c8221d7c147f8363ccdc9a2a37> (dostęp: 6 maja 2023 r.).

78 Zob. Realizacja prawa pacjenta do informacji na odległość przez osoby uprawnione – wytyczne Rzecznika Praw Pacjenta oraz Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, <https://www.gov.pl/web/rpp/realizacja-prawa-pacjenta-do-informacji-na-odleglosc-prze->

W okresie pandemii COVID-19 zostało również wydane rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 12 sierpnia 2020 r. w sprawie standardu organizacyjnego teleporady w ramach podstawowej opieki zdrowotnej<sup>79</sup>, które weszło w życie 29 sierpnia 2020 r. Zgodnie z § 2 pkt 3 tego rozporządzenia przez teleporadę rozumie się świadczenie zdrowotne udzielane na odległość przy użyciu systemów teleinformatycznych lub systemów łączności. Obecnie na podstawie tej regulacji świadczeniodawca POZ jest zobowiązany do:

- 1) informowania w miejscu wykonywania świadczeń oraz na swojej stronie internetowej, 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 (w informacji określa się: systemy teleinformatyczne lub systemy łączności, przy użyciu których świadczeniodawca udziela teleporad, sposób ustalenia terminu teleporady, sposób nawiązania kontaktu między świadczeniodawcą a pacjentem w celu udzielenia teleporady oraz sposób jej udzielenia, sposób postępowania w sytuacji gdy brak kontaktu z pacjentem w ustalonym terminie teleporady skutkuje jej anulowaniem, możliwość skorzystania ze świadczenia opieki zdrowotnej udzielonego w bezpośrednim kontakcie z pacjentem, a także instrukcje o sposobie realizacji m.in.: e-recepty, e-skierowania czy e-zlecenia);
- 2) informowania NFZ o numerze telefonu, pod którym są udzielane teleporady, w przypadku udzielania ich telefonicznie;
- 3) zapewnienia pacjentowi możliwości kontaktu za pośrednictwem systemu teleinformatycznego lub systemu łączności, w tym kontaktu telefonicznego, w sposób umożliwiający nawiązanie połączenia ze świadczeniodawcą bez zbędnej zwłoki;
- 4) przekazywania do oddziału wojewódzkiego NFZ informacji o udzielonej poradzie przy użyciu systemów teleinformatycznych lub systemów łączności.

Przepisy nie wprowadzają wymogu zapewnienia odrębnego pomieszczenia przez świadczeniodawcę POZ, w którym udzielane będą teleporady, dlatego też może być ona udzielona w gabinecie lekarskim lub pielęgniarskim,

---

z-osoby-uprawnione---wytyczne-rzeczniaka-praw-pacjenta-oraz-prezesa-urzedu-ochrony-danych-osobowych (dostęp: 6 maja 2023 r.).

79 Dz. U. z 2022 r. poz. 1194. Rozporządzenie nadal obowiązuje.



przy uwzględnieniu warunków organizacyjnych<sup>80</sup>. Konieczne jest natomiast jej przeprowadzenie w warunkach gwarantujących poufność, w tym zapewnienie braku dostępu osób nieuprawnionych do informacji przekazywanych za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności w związku z udzieleniem teleporady.

W przypadku przekazywania informacji dotyczącej stanu zdrowia pacjenta, w tym cyfrowego odwzorowania dokumentacji medycznej, za pośrednictwem systemów teleinformatycznych, świadczeniodawca POZ jest zobowiązany stosować rozwiązania techniczno-organizacyjne służące zapewnieniu transmisji dokumentów elektronicznych w postaci graficznej i tekstowej, w sposób zapewniający ich integralność oraz ochronę przed nieuprawnionym wykorzystaniem, przypadkowym lub niezgodnym z prawem zniszczeniem, utraceniem, zmodyfikowaniem, nieuprawnionym ujawnieniem lub nieuprawnionym dostępem.

Na podstawie omawianych przepisów świadczeniodawca POZ jest obowiązany zrealizować teleporadę nie później niż w pierwszym dniu roboczym następującym po dniu zgłoszenia się pacjenta do świadczeniodawcy za pośrednictwem systemu teleinformatycznego, systemu łączności lub osobistego albo w późniejszym terminie, ustalonym w porozumieniu z pacjentem lub jego opiekunem ustawowym.

Osoba udzielająca teleporady, przed jej udzieleniem, jest zobowiązana do potwierdzenia tożsamości pacjenta na podstawie danych wskazanych w art. 25 ust. 1 pkt 1 u.p.p., przekazanych przez niego za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności oraz:

- 1) na podstawie danych wskazanych w dokumentacji medycznej lub deklaracji wyboru POZ lub
- 2) po okazaniu przez pacjenta dokumentu potwierdzającego tożsamość, przy udzielaniu świadczenia opieki zdrowotnej w formie wideoporady, lub
- 3) przy wykorzystaniu elektronicznego konta pacjenta utworzonego w wyniku potwierdzenia jego tożsamości osobiście lub w sposób określony w art. 20a ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 17 lutego 2005 r. o informatyzacji działalności podmiotów realizujących zadania publiczne.

Podczas udzielania teleporady osoba jej udzielająca jest obowiązana na

---

80 Zob. D. Bładun, *Teleporady w POZ – jak prawidłowo realizować obowiązek?*, Lex 2020, komentarz praktyczny.

podstawie badania podmiotowego i po analizie dostępnej dokumentacji medycznej pacjenta, w tym udostępnionej za pośrednictwem Elektronicznej Platformy Gromadzenia, Analizy i Udostępnienia Zasobów Cyfrowych o Zdarzeniach Medycznych, dalej: Elektroniczna Platforma, udzielić świadczenia zdrowotnego, w tym ustalić, czy teleporada jest wystarczająca dla problemu zdrowotnego będącego jej przedmiotem, lub poinformować pacjenta o konieczności udzielenia świadczenia w bezpośrednim kontakcie z pacjentem, jeżeli charakter aktualnego problemu zdrowotnego uniemożliwia udzielenie go w formie teleporady. W przypadku gdy porada zakończy się zaleceniami, konieczne jest wyjaśnienie pacjentowi, że w razie pogorszenia się stanu zdrowia albo wystąpienia dodatkowych niepokojących objawów powinien on natychmiast zgłosić się do lekarza<sup>81</sup>. Osoba udzielająca teleporady odnotowuje ten fakt w dokumentacji medycznej. Odnotowania wymaga także brak kontaktu z pacjentem, np. w przypadku gdy nie odbiera on telefonu.

Zgodnie z § 3 pkt 1 lit. a omawianego rozporządzenia od 16 marca 2021 r. nie jest możliwe udzielanie teleporad:

- 1) w przypadku gdy pacjent albo jego opiekun ustawowy nie wyrazili zgody na teleporadę, z wyjątkiem wystawienia recepty niezbędnej do kontynuacji leczenia oraz zlecenia na zaopatrzenie w wyroby medyczne jako kontynuację zaopatrzenia w wyroby medyczne, albo wydania zaświadczenia;
- 2) podczas pierwszej wizyty realizowanej przez lekarza, pielęgniarkę lub położną POZ;
- 3) w związku z chorobą przewlekłą, w przebiegu której doszło do pogorszenia lub zmiany objawów, a także w związku z podejrzeniem choroby nowotworowej;
- 4) dzieciom do 6. roku życia poza poradami kontrolnymi w trakcie leczenia, ustalonego w wyniku osobistego badania pacjenta, których udzielenie jest możliwe bez badania fizykalnego<sup>82</sup>.

Niezależnie od intencji, jakie przyświecały projektodawcy, wskazane wyłączenie budzi wątpliwości w kontekście upoważnienia zawartego

---

81 Zob. D. Biadun, *op. cit.*

82 Wyłączeniem objęte były również przypadki, w których dokonywano oceny stanu zdrowia pacjentów podejrzanych o zakażenie lub zakażonych COVID-19, gdyż zastosowanie miały do nich wymogi określone w rozporządzeniu 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 2022 r. poz. 382), które zostało uchylone 29 kwietnia 2022 r.

w art. 22 ust. 5 u.d.z.l., na podstawie którego minister właściwy do spraw zdrowia określa w rozporządzeniu standardy organizacyjne opieki zdrowotnej w wybranych dziedzinach medycyny lub w określonych podmiotach wykonujących działalność leczniczą, kierując się potrzebą zapewnienia odpowiedniej jakości świadczeń zdrowotnych. Wprowadzone w tym przypadku ograniczenie w udzielaniu teleporad wyznacza raczej standard leczenia pacjenta (tzn. wskazuje konkretne sytuacje, w których lekarz nie może skorzystać z teleporady w celu skomunikowania się z pacjentem), a nie standard organizacyjny rozumiany w tym przypadku jako „sposób zorganizowania czegoś”, „organizowanie czegoś”<sup>83</sup>. Przyjęte rozwiązanie jest również negatywnie oceniane w literaturze przedmiotu z punktu widzenia prawnego ze względu na jego kolizję z treścią art. 2 ust. 4 u.z.l., który pozostawia lekarzowi decyzję odnośnie do sposobu udzielenia danego świadczenia zdrowotnego<sup>84</sup>. W ocenie autora, skoro ustawodawca przyznał lekarzom ustawową „kompetencję” w zakresie decydowania o sposobie udzielenia danego świadczenia zdrowotnego, tj. zdalnie albo stacjonarnie, to ewentualne jej ograniczenia powinny również być uregulowane na gruncie ustawy, a nie w przepisach omawianego aktu wykonawczego.

## 6. Nadużycia w obszarze telemedycyny

---

Głównymi beneficjentami rozwiązań telemedycznych są przede wszystkim pacjenci i świadczeniodawcy. W zakresie pierwszej grupy przykładowo wskazuje się na następujące korzyści: pokonanie barier geograficznych, w tym zniwelowanie nierówności w dostępie do lekarzy na obszarach słabo rozwiniętych i mniej zaludnionych, poprawę opieki nad pacjentami o ograniczonej mobilności, starszymi i niepełnosprawnymi<sup>85</sup> czy skrócenie kolejek oczekujących na udzielenie świadczeń zdrowotnych stacjonarnie (co wynika z zaspokojenia części potrzeb zdrowotnych na odległość)<sup>86</sup>. Świadczeniodawcom telemedycyna daje możliwość np. efektywniejszego wykorzystania personelu medycznego czy

---

83 Zob. <https://sjp.pwn.pl/slowniki/organizacyjny> (dostęp: 6 maja 2023 r.).

84 Zob. E. Zielińska, B. Namysłowska-Gabrysiak [w:] *Ustawa...*, art. 2, teza nr 22.

85 Dostęp do tego rodzaju rozwiązań może być utrudniony dla osób z niepełnosprawnościami sensorycznymi.

86 Zob. *Otoczenie regulacyjne telemedycyny...*, s. 14.

łatwiejszego komunikowania się z innymi ośrodkami medycznymi. Natomiast wśród głównych wad telemedycyny wymienia się w szczególności: brak bezpośredniego kontaktu z lekarzem, który w niektórych stanach klinicznych jest nieodzowny, poleganie niekiedy na subiektywnych odczuciach pacjenta, co może prowadzić do nietrafionej oceny jego stanu zdrowia, a w konsekwencji zaostrezenia objawów lub nawet zagrożenia życia, potencjalne wykluczenie społeczne lub technologiczne (np. brak odpowiedniego sprzętu czy umiejętności informatycznych pacjenta), a także niedostateczna ochrona danych osobowych pacjenta<sup>87</sup>.

Mówiąc o telemedycynie, nie można pominąć kwestii związanych z nadużyciami, jakie mają miejsce w tym obszarze, a związanych z wystawianiem e-recept za odpłatnością wyłącznie na podstawie wypełnionej przez pacjenta krótkiej ankiety lub formularza internetowego (nazywanych niekiedy „wywiadem medycznym”). W praktyce pacjent jest w stanie uzyskać e-receptę na wybrany przez siebie lek, nawet lek psychotropowy, niekiedy w kilka lub kilkanaście minut, e-receptę wystawia lekarz o dowolnej specjalizacji, który posiada prawo wykonywania zawodu, a za dokumentację medyczną służy wypełniona ankieta lub formularz.

Kwestia ta była przedmiotem interpelacji nr 32323 z dnia 17 marca 2022 r. do Ministra Zdrowia w sprawie działania automatów internetowych, tzw. wirtualnych receptomatów, w odpowiedzi na którą wskazano, że Ministerstwo Zdrowia przyjmuje, iż prowadzone przez lekarzy działania pozostają zgodne z obowiązującym porządkiem prawnym, w tym z przepisami dotyczącymi wystawiania e-recept, natomiast w przypadku gdy do Ministerstwa trafia sprawa potencjalnych nadużyć, wówczas podejmuje ono działania zgodnie z jego właściwością<sup>88</sup>.

Stanowisko w sprawie zjawiska komercyjnego wystawiania recept i zwolnień online zajęła również Komisja Etyki Lekarskiej Naczelnej Rady Lekarskiej 12 lutego 2023 r., w którym podkreślono, że należy odróżnić sprzedaż recept i zwolnień na żądanie pacjenta od teleporady<sup>89</sup>. Komisja Etyki Lekarskiej Naczelnej Rady Lekarskiej krytycznie oceniła odpłatne wystawianie recept i zwolnień online w przypadku gdy:

---

87 Zob. <https://praca.medycyna.pl/artykuly/telemedycyna-od-do-z-pojecie-rozwoj-zalety-i-wady> (dostęp: 6 maja 2023 r.).

88 Zob. <https://www.sejm.gov.pl/sejm9.nsf/interpelacja.xsp?typ=INT&nr=32323> (dostęp: 6 maja 2023 r.).

89 Zob. <https://nil.org.pl/aktualnosci/7609-kel-o-komercyjnym-wystawianiu-recept-i-zwolnien-online> (dostęp: 6 maja 2023 r.).

- 1) pacjent otrzymuje dokumenty na podstawie krótkiej ankiety niespełniającej kryterium badania podmiotowego i sugerującej pacjentowi objawy;
- 2) czynnością uruchamiającą otrzymanie dokumentu jest dokonanie płatności;
- 3) pacjent nie ma jakiegokolwiek kontaktu z lekarzem;
- 4) oferty te służą jedynie ich odpłatnej sprzedaży, noszą cechy reklamy i np. dodatkowo oferują specjalne zniżki za wypełnienie ankiety;
- 5) finalizacja usługi jest zgodnie z ofertą niezwykle krótką usługą (trwa 3–5 minut), sugerującą niedochowanie należytej staranności;
- 6) pacjent nie był wcześniej badany i leczony przez lekarza wystawiającego dokumenty.

W literaturze przedmiotu podkreśla się również, że lekarz nie ma prawnego obowiązku wystawienia recepty na konkretny lek na żądanie pacjenta. Może on wziąć pod uwagę prośbę pacjenta w przypadku braku przeciwwskazań medycznych i prawnych, ale decyzja w tym zakresie należy wyłącznie do lekarza<sup>90</sup>.

W kwietniu 2023 r. Ministerstwo Zdrowia poinformowało o podjęciu w najbliższym czasie działań legislacyjnych na poziomie ustawowym, które wyeliminowałyby opisane powyżej zjawisko, polegających na ograniczeniu możliwości wystawiania e-recept na określone grupy leków powodujących uzależnienia, jak opioidy, wprowadzeniu standardu obsługi pacjenta gwarantującego przeprowadzenie wywiadu na temat jego stanu zdrowia oraz analizę schorzeń (jednym z rozwiązań miało być określenie czasu, który lekarz ma poświęcić pacjentowi)<sup>91</sup>. 2 maja 2023 r. do uzgodnień został skierowany projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniający rozporządzenie w sprawie środków odurzających, substancji psychotropowych, prekursorów kategorii I i preparatów zawierających te środki lub substancje (MZ 1516), którego celem jest zwiększenie nadzoru nad preskrypcją preparatów zawierających te środki, substancje lub prekursory przez zastrzeżenie, że recepta na te produkty lecznicze będzie mogła być wystawiona wyłącznie w postaci elektronicznej<sup>92</sup>. W rozporządzeniu zaproponowano również, aby wystawienie recepty na preparat zawierający środek odurzający grup I-N lub II-N,

90 Zob. M. Malczewska [w:] *Ustawa...*, art. 45, teza nr 9.

91 Zob. <https://serwisy.gazetaprawna.pl/zdrowie/artykuly/8697016,leczenie-ryнку-e-recept-resort-zdrowia-zapowiada-zmiany.html> (dostęp: 6 maja 2023 r.).

92 Zob. <https://legislacja.gov.pl/projekt/12372005> (dostęp: 3 maja 2023 r.). Prac nad projektem nie zakończono.

substancję psychotropową z grup II-P, III-P lub IV-P bądź prekursor kategorii 1 było możliwe po osobistym zbadaniu pacjenta oraz weryfikacji ilości oraz rodzaju przepisanych pacjentowi leków zawierających te substancje, pod względem bezpieczeństwa oraz konieczności ich stosowania, biorąc pod uwagę recepty wystawione oraz zrealizowane dla tego pacjenta. Przy czym warunek weryfikacji leków nie będzie dotyczył pacjenta, który nie aktywował Internetowego Konta Pacjenta, z uwagi na brak możliwości dokonania weryfikacji w systemie P1 (chodzi o pacjentów, których dotyka „wykluczenie cyfrowe”, np. osoby starsze czy niepełnosprawne), natomiast warunek zbadania pacjenta będzie wyłączony w przypadku porady receptowej (art. 42 ust. 2 u.z.l.). Możliwe będzie wystawienie recepty za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności, jeżeli od ostatniego zbadania pacjenta, którego wynikiem było wystawienie recepty na preparat zawierający środek odurzający z grup I-N lub II-N, substancję psychotropową z grup II-P, III-P lub IV-P bądź prekursor kategorii 1 upłynęło nie więcej niż 12 miesięcy. Wystawienie recepty w sytuacji stwierdzenia wcześniejszego przepisania pacjentowi innego preparatu zawierającego wyżej wymienione substancje będzie możliwe pod warunkiem uznania przez lekarza konieczności jej wystawienia uzasadnionej stanem pacjenta, co powinno znaleźć swoje odzwierciedlenie w dokumentacji medycznej pacjenta.

Niezależnie od intencji, jakie przyświecają projektodawcy, w postaci zwiększenia bezpieczeństwa pacjentów w dostępie do wyżej wymienionych produktów leczniczych, należy zwrócić uwagę na kilka aspektów. Po pierwsze, zasady wystawiania recept są określone w art. 95b pr. farm., w którym wskazano, że recepta jest wystawiana w postaci elektronicznej albo papierowej, oraz określono przypadki, w których wystawia się wyłącznie receptę papierową (np. brak dostępu do Elektronicznej Platformy, recepta dla osoby o nieustalonej tożsamości itd.), co oznacza, że proponowana regulacja dokonuje modyfikacji normy ustawowej. Jeżeli intencją jest wprowadzenie tego rodzaju ograniczenia, to powinno być ono uregulowane bezpośrednio w art. 95b pr. farm., w którym zostałyby wskazane przypadki, w których wystawia się receptę wyłącznie w postaci elektronicznej, tak jak ma to miejsce w przypadku recepty papierowej, czyniąc jednocześnie tę regulację kompleksową. Po drugie, jak podkreśla projektodawca w uzasadnieniu projektu, rozwiązania dotyczące obowiązkowej weryfikacji przez lekarza ilości oraz rodzaju przepisanych wcześniej pacjentowi leków, za pośrednictwem Elektronicznej Platformy, już funkcjonują i obecnie są stosowane w przypadku

bezpłatnych leków dla osób 75+ oraz dla kobiet w ciąży (art. 43a ust. 1b i art. 43b ust. 5 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych). W ocenie autora proponowane w tym zakresie rozwiązanie, skutkujące nałożeniem na lekarzy określonego obowiązku, stanowi materię ustawową i powinno być uregulowane na gruncie ustawy, analogicznie jak w przypadku wskazanych przepisów ustawowych.

## 7. Podsumowanie

---

Z przedstawionego stanu prawnego, zarówno obecnego, jak i historycznego, wynika, że przepisy dotyczące telemedycyny przeszły istotną rewolucję, szczególnie w okresie pandemii COVID-19. Regulacje obowiązujące w tym zakresie do 11 grudnia 2015 r. miały charakter wyjątkowy, a regułą było udzielanie świadczeń zdrowotnych w bezpośrednim kontakcie lekarza z pacjentem. Proces cyfryzacji ochrony zdrowia został zapoczątkowany dopiero 12 grudnia 2015 r., kiedy wprowadzono możliwość udzielania świadczeń zdrowotnych za pomocą systemów teleinformatycznych lub systemów łączności. Kolejne zmiany w przepisach w obszarze telemedycyny spowodowały, że obecnie udzielanie świadczeń zdrowotnych w tym modelu nie jest już wyjątkiem, jak kiedyś, a pacjenci coraz chętniej korzystają z teleporad, które stają się niekiedy alternatywą dla wizyt stacjonarnych. Zasadniczym ich deficytem jest jednak brak możliwości bezpośredniego kontaktu pacjenta z lekarzem, który w niektórych stanach klinicznych jest nieodzowny. Teleporada nie jest w stanie zastąpić osobistego kontaktu z lekarzem, w trakcie którego może on przeprowadzić badanie przedmiotowe, w tym sprawdzić reakcję pacjenta na bodźce, czy zobaczyć sposób jego poruszania się, dlatego też powinna być traktowana jedynie jako subsydiarny sposób udzielania świadczeń zdrowotnych.

Praktyka pokazała, że obecnie obowiązujące regulacje w obszarze telemedycyny mają zbyt ogólny charakter, co z kolei nie sprzyja pewności prawa szczególnie w kontekście realizacji praw pacjenta. Zasadne wydaje się zatem dokonanie analizy obecnego katalogu praw pacjenta, który powstał w oparciu na tradycyjnym modelu udzielania świadczeń zdrowotnych, pod kątem ochrony interesów pacjenta, w szczególności w zakresie sposobu uzyskania jego zgody na udzielenie świadczenia telemedycznego czy prawa do sprze-

ciwu w przedmiocie udzielenia świadczenia w tym modelu, np. w sytuacji gdy nie ma on dostępu do narzędzi umożliwiających udzielenie świadczenia na odległość, i wprowadzenie ewentualnych zmian w tym zakresie.

W ocenie autora należałoby również wydać rozporządzenie określające szczegółowe wymagania, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia oraz systemy teleinformatyczne lub systemy łączności podmiotu wykonującego działalność leczniczą udzielającego wyłącznie ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych za pośrednictwem systemu teleinformatycznego bądź systemu łączności, stanowiące wykonanie fakultatywnego upoważnienia zawartego w art. 22 ust. 3b u.d.z.l., które nie zostało wydane od 12 grudnia 2015 r., co mogłoby zapewnić m.in. większy poziom bezpieczeństwa danych osobowych pacjenta i informacji uzyskanych w trakcie świadczeń telemedycznych.

Rozważenia wymagałoby również dokonanie zmian w zakresie standardów organizacyjnych teleporady, które obecnie określone są w rozporządzeniu wydanym na podstawie art. 22 ust. 5 u.d.z.l. i mają zastosowanie wyłącznie do lekarzy POZ, wobec czego lekarze działający zarówno w ramach umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w innym zakresie, jak i działający poza finansowaniem ze środków publicznych nie są zobowiązani do zapewnienia zgodności z tymi standardami. Wprowadzenie takich zmian mogłoby wpłynąć m.in. na zwiększenie poziomu i jakości udzielanych świadczeń telemedycznych, a w rezultacie na bezpieczeństwo zdrowotne pacjentów korzystających z tego typu rozwiązań.

*Karina Parśniak*

## **Bibliografia**

---

### **Literatura**

- BIADUN D., *Teleporady w POZ – jak prawidłowo realizować obowiązek?*, Lex 2020, komentarz praktyczny.
- CZAPLIŃSKA M., SAKOWSKA-BARYŁA M., *Telemedycyna i teleporady w dobie pandemii – aspekty prawne i organizacyjne*, „Monitor Prawniczy” 2022, nr 12.



- GLANOWSKI G., *Telemedycyna w świetle ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty*, „Monitor Prawniczy” 2015, nr 18, Legalis.
- KĘDZIORA R., *Odpowiedzialność karna lekarza w związku z wykonywaniem czynności medycznych*, Warszawa 2009.
- NESTEROWICZ M., *Prawo medyczne*, Toruń 2016.
- NOWAK A., *Telemedycyna transgraniczna – problematyka prawa właściwego dla przypadków odpowiedzialności cywilnej podmiotów medycznych na gruncie prawodawstwa unijnego*, „Prawo Mediów Elektronicznych” 2018, nr 1.
- Otoczenie regulacyjne telemedycyny w Polsce – stan obecny i nowe otwarcie*, red. M. Czarnuch, Warszawa 2015, <https://www.dzp.pl/publikacje/435-raport-otoczenie-regulacyjne-telemedycyny-w-polsce> (dostęp: 6 maja 2023 r.).
- RADZIWIŁŁ K., *Kodeks Etyki Lekarskiej. Odcinek 16: czy można badać i leczyć na odległość?*, „Medycyna Praktyczna” 2014, nr 6.
- SAWICKI J., *Błąd sztuki przy zabiegu leczniczym*, Warszawa 1965.
- System Prawa Medycznego*, t. 2, *Regulacja prawna czynności medycznych*, red. M. Boratyńska, P. Konieczniak, cz. 1, Warszawa 2021.
- System Prawa Medycznego*, t. 3, *Organizacja systemu ochrony zdrowia*, red. D. Bach-Golecka, R. Stankiewicz, Warszawa 2020.
- Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentysty. Komentarz*, red. E. Zielińska, Warszawa 2015.
- Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentysty. Komentarz*, red. E. Zielińska, Lex 2022.
- Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentysty. Komentarz*, red. M. Kopeć, Lex 2016.
- WHO, *Telemedicine. Opportunities and developments in Member States. Report on the second global survey on eHealth*, 2010.
- WOJSYK K., *Jakość danych w ochronie zdrowia i jej znaczenie dla idei e-Zdrowia [w:] Telemedycyna i e-Zdrowie. Prawo i informatyka*, red. T. Lipowicz, Warszawa 2019.
- WRZEŚNIEWSKA-WAL I., HAJDUKIEWICZ D., *Telemedycyna w Polsce – aspekty prawne, medyczne i etyczne*, „Studia Prawnoustrojowe” 2020, nr 50.
- ZOŃ K.M., *Cywilnoprawne uwarunkowania udzielania przez lekarza świadczeń zdrowotnych w modelu telemedycyny w prawie polskim*, Legalis 2022.
- ZOŃ M., *Kodeks etyki lekarskiej wobec leczenia na odległość – rozważania na tle art. 9*, <https://wil.org.pl> (dostęp: 22 lipca 2020 r.).

### Akty prawne i materiały legislacyjne

Druk sejmowy nr 2264, Sejm VIII kadencji.

Kodeks Etyki Lekarskiej przyjęty uchwałą Nadzwyczajnego II Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 14 grudnia 1991 r.

- Komisja Wspólnot Europejskich, 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, Bruksela 4.11.2008.
- Realizacja prawa pacjenta do informacji na odległość przez osoby uprawnione – wytyczne Rzecznika Praw Pacjenta oraz Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, <https://www.gov.pl/web/rpp/realizacja-prawa-pacjenta-do-informacji-na-odleglosc-przez-osoby-uprawnione---wytyczne-rzecznika-praw-pacjenta-oraz-prezesa-urzedu-ochrony-danych-osobowych> (dostęp: 6 maja 2023 r.).
- Rozporządzenie Ministra Transportu, Budownictwa i Gospodarki Morskiej z dnia 8 marca 2012 r. w sprawie Morskiej Służby Asysty Telemedycznej (Dz. U. poz. 320).
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. z 2022 r. poz. 402).
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 11 kwietnia 2019 r. w sprawie standardów organizacyjnych opieki zdrowotnej w dziedzinie radiologii i diagnostyki obrazowej wykonywanej za pośrednictwem systemów teleinformatycznych (Dz. U. poz. 834).
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 31 października 2019 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 2120).
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 12 sierpnia 2020 r. w sprawie standardu organizacyjnego teleporady w ramach podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2022 r. poz. 1194).
- Rozporządzenie 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 2022 r. poz. 382).
- Uchwała Nr 89/20/P-VIII Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 24 lipca 2020 r. w sprawie przyjęcia wytycznych dla udzielania świadczeń telemedycznych, <https://nil.org.pl/aktualnosci/4980-wytyczne-dla-udzielania-swadczen-telemedycznych?previewmode=4ffb5c8221d7c147f8363ccdc9a2a37> (dostęp: 6 maja 2023 r.).
- Ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. z 2022 r. poz. 2123).
- Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (Dz. U. z 2023 r. poz. 1516 i 1617).
- Ustawa z dnia 6 września 2001 r. – Prawo farmaceutyczne (Dz. U. z 2022 r. poz. 2301 z późn. zm.).

- Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2022 r. poz. 2561 z późn. zm.).
- Ustawa z dnia 17 lutego 2005 r. o informatyzacji działalności podmiotów realizujących zadania publiczne (Dz. U. z 2023 r. poz. 57 z późn. zm.).
- Ustawa z dnia 15 czerwca 2007 r. o lekarzu sądowym (Dz. U. Nr 123, poz. 849 z późn. zm.).
- Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2023 r. poz. 1545 i 1675).
- Ustawa z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz. U. z 2021 r. poz. 1342 oraz z 2023 r. poz. 1234).
- Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2023 r. poz. 991 i 1675).
- Ustawa z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. z 2023 r. poz. 826).
- Ustawa z dnia 18 sierpnia 2011 r. o bezpieczeństwie morskim (Dz. U. z 2023 r. poz. 1666).
- Ustawa z dnia 22 lipca 2014 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 1138 z późn. zm.).
- Ustawa z dnia 9 października 2015 r. o zmianie ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 1991 z późn. zm.).
- Ustawa z dnia 1 marca 2018 r. o zmianie niektórych ustaw w związku z wprowadzeniem e-recepty (Dz. U. poz. 697 oraz z 2019 r. poz. 1590).
- Ustawa z dnia 20 lipca 2018 r. o zmianie ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 1515 z późn. zm.).
- 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 (Dz. U. z 2023 r. poz. 1327 i 1429).
- Ustawa z dnia 31 marca 2020 r. o zmianie niektórych ustaw w zakresie systemu ochrony zdrowia związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19 (Dz. U. poz. 567 z późn. zm.).
- Ustawa z dnia 14 sierpnia 2020 r. o zmianie niektórych ustaw w celu zapewnienia funkcjonowania ochrony zdrowia w związku z epidemią COVID-19 oraz po jej ustaniu (Dz. U. poz. 1493).

### **Orzecznictwo**

- Post. TK z dnia 7 października 1992 r., (U 1/92, OTK 1992, z. 2, poz. 38).
- Wyr. TK z dnia 23 kwietnia 2008 r., (SK 16/07, OTK-A 2008, z. 3, poz. 45).

Wyr. SN z dnia 8 lutego 2017 r., (III KK 226/16, Lex nr 2224610).

Wyr. SN z dnia 10 stycznia 2019 r., (II CSK 293/18, Lex nr 2604711).

### **Źródła internetowe**

<https://legislacja.gov.pl/projekt/12372005> (dostęp: 3 maja 2023 r.).

<https://nil.org.pl/aktualnosci/7609-kel-o-komercyjnym-wystawianiu-recept-i-zwolnien-online> (dostęp: 6 maja 2023 r.).

<https://praca.medycyna.pl/artykuly/telemedycyna-od-do-z-pojecie-rozwoj-zalety-i-wady> (dostęp: 6 maja 2023 r.).

<https://www.sejm.gov.pl/sejm7.nsf/interpelacja.xsp?documentId=C8A8B7D644E7B-036C1257A520040DDSF> (dostęp: 6 maja 2023 r.).

<https://www.sejm.gov.pl/sejm9.nsf/interpelacja.xsp?typ=INT&nr=32323> (dostęp: 6 maja 2023 r.).

<https://serwisy.gazetaprawna.pl/zdrowie/artykuly/8697016,leczenie-ryнку-e-recept-resort-zdrowia-zapowiada-zmiany.html> (dostęp: 6 maja 2023 r.).

<https://sjp.pwn.pl/slowniki/osobi%C5%9Bcie.html> (dostęp: 6 maja 2023 r.).

<https://sjp.pwn.pl/slowniki/organizacyjny> (dostęp: 6 maja 2023 r.).

## SUMMARY

**Regulations on telemedicine in Polish law**

---

The subject of this article is to discuss the legal regulations regarding telemedicine, which is currently a subsidiary method of providing health services, compared to the traditional model, involving direct contact between the doctor and the patient. These regulations have undergone a significant revolution, especially during the COVID-19 pandemic, as evidenced by the presented both current and historical regulations. An attempt will also be made to explain the concept of telemedicine, which, despite the spread of this type of medical services, has not been legally defined on the basis of national regulations and international law. The article will also address the current problem of issuing e-prescriptions against payment for a drug chosen by the patient, even a psychotropic drug, solely on the basis of a short questionnaire or online form completed by the patient. In this regard, the regulations proposed recently by the Ministry of Health, which aim is to limit this phenomenon in practice, will be discussed. In the summary section, *de lege ferenda* proposals will be formulated regarding the regulation of the current regulations in order to increase; in particular, the level of security of the patient's personal data and information obtained during telemedicine services as well as the level and quality of services provided and as a result – the health safety of patients.

---

**Karina Parśniak**, chief legislator at the Department of Social Law and Infrastructure at the Government Legislation Centre. She has been dealing with medical law since 2014. She completed the legislative training in 2014. Member of the Polish Legislation Society. She conducts classes on regulatory impact assessment on legislative training. She gained her professional experience in the Office of the Government Plenipotentiary for Disabled Persons and in the Legal Department of the Ministry of Family, Labor and Social Policy; ORCID: 0009-0004-6697-9220.