

Katarzyna Maria ZON

Mgr, doktorantka, Instytut Prawa Cywilnego, Zakład Prawa Cywilnego i Prawa Międzynarodowego Prywatnego, Interdyscyplinarna Pracownia Prawa Medycznego i Bioetyki, Wydział Prawa, Administracji i Ekonomii, Uniwersytet Wrocławski

Kodeks etyki lekarskiej wobec leczenia na odległość – rozważania na tle art. 9

1. Wprowadzenie

Współczesny rozwój nauki, będący konsekwencją postępów w telekomunikacji, elektronice oraz teleinformatyce, powoduje następstwa w dziedzinie medycyny. Jednak nowe możliwości w zakresie sposobu udzielania świadczeń zdrowotnych na odległość rodzą wiele wątpliwości zarówno w sferze prawnej, jak i etycznej. Mają one także wpływ na relację pomiędzy lekarzem a pacjentem, której podstawę od czasów starożytnych stanowił osobisty kontakt obu podmiotów.

Z biegiem wieków model bezpośredniej pierwotnej relacji między lekarzem a pacjentem zmieniał się¹. W starożytności w celu zdiagnozowania i oceny stanu zdrowia chorego podkreślano wagę oględzin ciała z wykorzystaniem jednego lub większej ilości zmysłów (wzrok, węch, smak, dotyk, słuch). Już Hipokrates oraz jego następcy wdrożyli podstawowe techniki badania lekarskiego takie jak: oglądanie, palpacja, opukiwanie i osłuchiwanie². Z czasem badanie fizykalne wzbogaciło się o korzystanie z dodatkowych przyrządów diagnostycznych. Stosowanie stetoskopu wynalezione przez francuskiego lekarza Rene Theophile Hyacinthe Laennec w 1816 r. początkowo powodowało wiele wątpliwości³. Jednakże już w latach 30-tych XIX w. znalazł on powszechne zastosowanie w badaniu lekarskim, zaś jego nieużywanie traktowane było jako błąd w sztuce⁴. Dokonujący się obecnie postęp techniczny daje faktyczną możliwość udzielania świadczeń zdrowotnych za pośrednictwem systemów teleinformatycznych i systemów łączności (telefon, Internet, poczta elektroniczna, komunikatory np. Skype, czat, telekonferencja, zdalnie monitorowane i kontrolowane urządzenia). Przedmiotowe zmiany dostrzeżone zostały również przez polskiego ustawodawcę, co znalazło swoje odzwierciedlenie w regulacjach prawnych. W dniu 12 grudnia 2015 r. weszła w życie ustawa z dnia 9 października 2015 r. o zmianie ustawy o systemie in-

¹ Szerzej na temat relacji między lekarzem a pacjentem w: J. Bujny, *Prawa Pacjenta. Między autonomią a paternalizmem*, Warszawa 2006; J. Hartman, M. Waligóra (red.), *Etyczne aspekty decyzji medycznych*, Warszawa 2011.

² L. J. Acierno (red.), G. Wojno, I. Wnętrza (tłum.), *Ilustrowana historia kardiologii*, Warszawa 2013, s. 441–442, 476.

³ Ibidem, s. 441–442, 472. Pierwszy jednostny stetoskop Laenneca składał się ze zwiniętej w rulon kartki papieru, choć wskazuje się, że pierwowzór stetoskopu opisany został już przez Leonardo da Vinci.

⁴ Ibidem, s. 441–442, 476–478.

formacji w ochronie zdrowia oraz niektórych innych ustaw⁵ przewidująca możliwość udzielania świadczeń zdrowotnych za pośrednictwem systemów teleinformatycznych i systemów łączności. W związku z powyższym zmianie uległo brzmienie między innymi art. 2 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. *o zawodach lekarza i lekarza dentysty* (dalej jako: u.z.l.)⁶, art. 42 u.z.l. oraz art. 3 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. *o działalności leczniczej*⁷ (dalej jako: u.d.l.). W uzasadnieniu projektu ustawy wskazano, iż powyższe zmiany miały na celu wprowadzenie do porządku prawnego rozwiązań ułatwiających wykonywanie zawodów lekarza i lekarza dentysty w modelu telemedycyny oraz uzupełnienie możliwości udzielania świadczeń zdrowotnych także za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności⁸. Poza przytoczonymi przepisami w ustawodawstwie krajowym wskazać można również na szczegółowe regulacje stanowiące podstawę udzielenia świadczenia zdrowotnego na odległość⁹.

Mając na uwadze powyższe okoliczności, w pełni uzasadnione jest rozważenie problematyki udzielania świadczeń zdrowotnych na odległość w świetle zbioru zasad etyki lekarskiej jaki stanowi Kodeks etyki lekarskiej (dalej jako: KEL)¹⁰. Punkt wyjścia dla przedmiotowej analizy stanowi treść art. 9 KEL. Jednakże jego pogłębiona interpretacja wymaga odniesienia się także do innych norm deontologicznych zarówno o charakterze ogólnym (zasady etyczne wysłowione w preambule oraz części ogólnej KEL), jak i zawartych w części szczegółowej KEL. Znaczenie praktyczne tytułowego zagadnienia wynika ponadto z faktu, iż naruszenie KEL aktualizuje możliwość poniesienia przez lekarza odpowiedzialności zawodowej przed sądem lekarskim, której podstawę stanowi art. 53 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. *o izbach lekarskich* (dalej jako: u.i.l.)¹¹.

Powyższe stanowi konsekwencję uznania zawodu lekarza za zawód zaufania publicznego w rozumieniu art. 17 ust. 1 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej (dalej jako: Konstytucja RP). W myśl powołanej regulacji „w drodze ustawy można tworzyć sa-

⁵ 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.

⁶ Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. *o zawodach lekarza i lekarza dentysty*, tekst jedn. Dz. U. 2015, poz. 464 z późn. zm.). W art. 2 dodano ust. 4 w brzmieniu: „Lekarz, lekarz dentysta może wykonywać czynności, o których mowa w ust. 1 i 2, także za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności”, a ponadto art. 42 ust. 1 otrzymał brzmienie: „Lekarz orzeka o stanie zdrowia określonej osoby po uprzednim, osobistym jej zbadaniu lub zbadaniu jej za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności”.

⁷ Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. *o działalności leczniczej*, tekst jedn. Dz. U. 2015, poz. 618, z późn. zm. Natomiast art. 3 ust. 1 otrzymał brzmienie: „Działalność lecznicza polega na udzielaniu świadczeń zdrowotnych. Świadczenia te mogą być udzielane za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności”, a ponadto po ust. 2 dodano ust. 2a w brzmieniu: „Czynności, o których mowa w ust. 2, mogą być wykonywane za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności”.

⁸ Uzasadnienie projektu ustawy – *o zmianie ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia oraz niektórych innych ustaw* z dnia 23 lipca 2015 r., druk nr 3763, cz. 1, s. 14 i 36, <http://orka.sejm.gov.pl/Druki7ka.nsf/0/CA48DDEB3940E32EC1257E92003C5FB8/%24File/3763%20cz.%201.pdf>, 16 sierpnia 2014.

⁹ Por. np. art. 41 ust. 3 ustawy z dnia 8 września 2006 r. *o Państwowym Ratownictwie Medycznym*, tekst jedn. Dz. U. 2013, poz. 757, z późn. zm.

¹⁰ Obwieszczenie nr 1/04/IV Prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 2 stycznia 2004 r. *w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu uchwały w sprawie Kodeksu etyki lekarskiej*, http://spolecznosc.gazetalekarska.pl/_data/assets/pdf_file/0014/3317/1_2004.pdf, 16 sierpnia 2016.

¹¹ Ustawa z dnia 2 grudnia 2009 r. *o izbach lekarskich*, tekst jedn. Dz. U. 2016 poz. 522.

morządy zawodowe, reprezentujące osoby wykonujące zawody zaufania publicznego i sprawujące pieczę nad należytym wykonywaniem tych zawodów w granicach interesu publicznego i dla jego ochrony”. Podstawą prawidłowego funkcjonowania przedmiotowego samorządu jest wysoki poziom etyczny i kultura zawodowa jej członków¹². Ponadto wykonywanie zawodu zaufania publicznego jest regulowane normami etyki zawodowej, zaś kształtowanie standardów etycznych oraz czuwanie nad ich przestrzeganiem stanowi przejaw sprawowania przez samorząd zaufania publicznego pieczy nad wykonywaniem zawodu. Zapewnienie tak istotnych gwarancji wynika z faktu, iż lekarzowi powierzane są najcenniejsze dla człowieka dobra – życie i zdrowie, a dla prawidłowego procesu diagnostycznego, leczniczego czy terapeutycznego przekazuje mu się informacje o charakterze poufnym. Łączy się to z oczekiwaniem zachowania przez lekarza najwyższych standardów etycznych w tym zakresie i wykorzystywania uzyskanych danych w sposób właściwy dla interesów jednostki¹³. Realizacja powyższego obowiązku stanowi niezbędny element powstania oraz trwania między tymi podmiotami szczególnej więzi osobistej, opartej na stosunku zaufania.

2. Komentarz do artykułu 9 Kodeksu etyki lekarskiej

Zasady etyczne mają odmienny charakter od reguł prawnych. Zatem również sposób ich stosowania jest szczególny. W regulacjach deontologicznych występują liczne zwroty niedookreślone i klauzule generalne, co wynika z konieczności wskazania pewnych zasad ogólnych, zaakcentowania wartości będących wskazówką postępowania, nie zaś konkretnych przykładów zachowań.

W systematyce KEL art. 9 usytuowany został w części szczegółowej, rozdziale I, wśród czterech jednostek redakcyjnych, którym nadano tytuł: *Jakość opieki zdrowotnej*. Brzmienie kluczowej dla prowadzenia dalszych rozważań regulacji jest następujące: „Lekarz może podejmować leczenie jedynie po uprzednim zbadaniu pacjenta. Wyjątki stanowią sytuacje, gdy porada lekarska może być udzielona wyłącznie na odległość”. Dla pełnego obrazu analizowanego zagadnienia przywołać należy również pierwotną treść art. 9 KEL, ustaloną w uchwale Nadzwyczajnego II Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 14 grudnia 1991 r. w sprawie Kodeksu etyki lekarskiej: „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”¹⁴. Przedmiotową regulację w zakresie zdania 2 zmodyfikowano uchwałą nr 5 Nadzwyczajnego VII Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 20 września 2003 r. zmieniającą uchwałę w sprawie Kodeksu etyki lekarskiej¹⁵. Pierwotnie zatem

¹² Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 7 marca 2012 r. (sygn. akt K 3/10 – sentencja ogłoszona dnia 22 marca 2012 r.), <http://otkzu.trybunal.gov.pl/2012/3A/25>, 12 sierpnia 2016.

¹³ Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 7 maja 2002 r. (sygn. akt SK 20/00), http://otk.trybunal.gov.pl/orzeczenia/teksty/otkpdf/2002/SK_20_00.pdf, 16 sierpnia 2016.

¹⁴ Uchwała Nadzwyczajnego II Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 14 grudnia 1991 r. w sprawie *Kodeksu etyki lekarskiej*, „Biuletyn NRL” 1994, nr 1(24).

¹⁵ Uchwała nr 5 Nadzwyczajnego VII Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 20 września 2003 r. *zmieniająca uchwałę w sprawie Kodeksu etyki lekarskiej*, „Biuletyn NRL” 2003, nr 6/80, która weszła w życie w dniu 31 grudnia 2003 r.

art. 9 KEL miał węższy zakres zastosowania, z uwagi na zawarte w nim dwa ograniczenia. Pierwszą granicę stanowiła cecha nagłości zdarzenia („sytuacje nagłe”), a drugą – dookreślenie charakteru pomocy lekarskiej udzielanej na odległość do doraznej pomocy lekarskiej w formie porady. Natomiast obecne brzmienie art. 9 KEL („Lekarz może podejmować leczenie jedynie po uprzednim zbadaniu pacjenta. Wyjątki stanowią sytuacje, gdy porada lekarska może być udzielona wyłącznie na odległość”) nie przewiduje powyższych ograniczeń. Decyzję co do rodzaju sytuacji, w których regulacja ta może znaleźć zastosowanie pozostawiono lekarzowi, co w mojej ocenie stanowi słuszne rozwiązanie, korespondujące także z pozostałymi postanowieniami KEL. Uzasadnione jest twierdzenie, iż postępy w zakresie sposobu udzielania świadczeń lekarskich mogą być z powodzeniem wykorzystywane w praktyce lekarskiej, z uwzględnieniem podstawowego nakazu etycznego działania dla dobra chorego.

Rozważana regulacja wyraźnie rozdziela pojęcie leczenia (art. 9 zd. 1 KEL) od zwrotu porada lekarska (art. 9 zd. 2 KEL). Z przywołanych norm wynika reguła, iż leczenie powinno poprzedzać zbadanie pacjenta, co niewątpliwie stanowi przejaw szczególnej relacji między lekarzem a pacjentem, opartej na osobistym wykonywaniu zawodu i na więzi zaufania. W mojej ocenie istota tej regulacji tkwi w okoliczności, by lekarz przed podjęciem leczenia miał pewność co do aktualnego stanu zdrowia pacjenta. Zatem przesłanka ta powinna być rozumiana w szerszy sposób. Natomiast w świetle regulacji KEL udzielenie porady wyłącznie na odległość jest dopuszczalne na zasadzie wyjątku, choć jednocześnie sytuacje, w których powyższa regulacja znajdzie zastosowanie nie zostały doprecyzowane. Przedmiotowe rozwiązanie wymaga dokonania każdorazowo przez lekarza oceny, szczególnie w kontekście kryterium należytej staranności, a także uwzględnienia, czy taka forma udzielenia świadczenia będzie w tym konkretnym przypadku wystarczająca i nie spowoduje gorszych skutków dla pacjenta niż jego odmowa. Lekarz ma wyłączne prawo do autonomicznego podejmowania decyzji terapeutycznych, które powinny być podejmowane po uprzednim zbadaniu pacjenta. W literaturze wskazuje się, że istotą tej regulacji jest zakaz pochopnego podejmowania decyzji medycznych, którym towarzyszy pośpiech oraz niestaranne czy niedbałe badanie i jednocześnie nakazuje wcześniejsze przeprowadzenie adekwatnego do konkretnych okoliczności procesu diagnostycznego¹⁶.

W art. 9 KEL ograniczono możliwość udzielania świadczeń na odległość wyłącznie do rodzaju pomocy lekarskiej w formie porady. Nie posłużono się tu zwrotami występującymi w treści innych przepisów KEL, jak: „leczenie” (art. 2 ust. 2 KEL), „postępowanie diagnostyczne, lecznicze i zapobiegawcze” (art. 8 KEL, art. 15 KEL) czy „czynności diagnostyczne, zapobiegawcze, lecznicze i orzecznicze” (art. 10 ust. 1 KEL). Kluczowym pojęciem dla analizy art. 9 KEL w aktualnym brzmieniu jest zwrot: „porada lekarska”. Na wstępie wskazać należy, iż w żadnym innym miejscu w treści KEL nie pojawia się to pojęcie. Niewątpliwie porada lekarska nie jest tożsama pojęciowo z „konsultacją” (art. 10 KEL), gdyż dotyczy ona relacji między lekarzami, a nie między lekarzem i pacjentem, jak ma to miejsce przy poradzie. Ponadto rozumienie tych obu pojęć w jednakowy sposób jest sprzeczne z zasadą stosowania tożsamych określeń dla oznaczenia pojęć o takim samym znaczeniu.

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

W myśl *Małego słownika języka polskiego* porada rozumiana jest jako „udzielenie komuś wskazówki, zalecenie jakiegoś środka na coś, rada”, z jednoczesnym podaniem jako przykładu zwrotu porada lekarska¹⁷. Natomiast pojęcie „porada lekarska” występowało w art. 3 nieobowiązującej już ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. *o zakładach opieki zdrowotnej*¹⁸, gdzie wymieniono ją w otwartym katalogu wśród innych świadczeń zdrowotnych. Natomiast obowiązująca obecnie ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. *o działalności leczniczej*¹⁹ w art. 2 ust. 1 pkt 10 u.d.l. zawiera definicję świadczenia zdrowotnego rozumianego jako „działania służące zachowaniu, ratowaniu, przywróceniu lub poprawie zdrowia oraz inne działania medyczne wynikające z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich wykonywania”. Została ona skonstruowana za pomocą metody opisowej (abstrakcyjnej), poprzez wskazanie celu jakiemu ma ono służyć, z uwzględnieniem zawodowego charakteru jego wykonywania²⁰. W rozważanym kontekście przywołać warto także art. 2 u.z.l., zgodnie z którym „wykonywanie zawodu lekarza polega na udzielaniu przez osobę posiadającą wymagane kwalifikacje [...] świadczeń zdrowotnych, które w szczególności obejmują: badanie stanu zdrowia, rozpoznawanie chorób i zapobieganie im, leczenie i rehabilitację chorych, udzielanie porad lekarskich, a także wydawanie opinii i orzeczeń lekarskich”. Wśród kilku przykładowo wymienionych rodzajów czynności należących do kategorii wykonywania zawodu lekarza wskazano wprost udzielanie porad lekarskich jako odrębny typ świadczenia obok badania stanu zdrowia, rozpoznawania chorób itd. Ponadto w literaturze wskazuje się, iż pojęcie użyte w art. 5 pkt 42 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. *o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych* (dalej jako: u.ś.o.z.)²¹ – „procedura medyczna”²² stanowi element procesu udzielania świadczeń zdrowotnych, który może być wyodrębniony między innymi jako porada lekarza podstawowej opieki zdrowotnej. Głównym celem posługiwania się tą kategorią ustawową jest konieczność rozliczenia z publicznym płatnikiem świadczeń zdrowotnych²³. Ponadto porada lekarska udzielana w warunkach ambulatoryjnych oraz porada lekarska udzielana w domu świadczeniobiorcy w przypadkach uzasadnionych medycznie zostały wymienione w wykazie świadczeń gwarantowanych lekarza podstawowej opieki zdrowotnej w ust. 1 pkt 1 i 2 części I załącznika nr 1 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej²⁴.

¹⁷ *Mały słownik języka polskiego*, red. E. Sobol, Warszawa 2000, s. 717.

¹⁸ Ustawa z dnia 30 sierpnia 1991 r. *o zakładach opieki zdrowotnej*, Dz. U. Nr 91, poz. 408 z późn. zm.

¹⁹ Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. *o działalności leczniczej*, Dz. U. Nr 112, poz. 654 z późn. zm.

²⁰ M. Dercz, T. Rek, *Ustawa o działalności leczniczej. Komentarz*, wyd. 2, Warszawa 2014, s. 43.

²¹ Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. *o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych*, tekst jedn. Dz. U. 2015, poz. 581.

²² „...procedura medyczna – postępowanie diagnostyczne, lecznicze, pielęgnacyjne, profilaktyczne, rehabilitacyjne lub orzecznicze przy uwzględnieniu wskazań do jego przeprowadzenia, realizowane w warunkach określonej infrastruktury zdrowotnej przy zastosowaniu produktów leczniczych i wyrobów medycznych” (art. 5 pkt 42 u.ś.o.z.).

²³ I. Kowalska-Mańkowska, A. Pietraszewska-Macheta, A. Sidorko, K. Urban, *Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Komentarz*, Warszawa 2015.

²⁴ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, tekst jedn. Dz. U. 2016, poz. 86.

W świetle przeprowadzonej analizy pojęcia porada lekarska dostrzec można wąski zakres zastosowania regulacji z art. 9 KEL. Wobec powyższego, nie jest dopuszczalne leczenie czy diagnozowanie na odległość, a jedynie udzielenie porady lekarskiej np. w postaci zmiany dawkowania leku u przewlekle chorego pacjenta, ale wyłącznie takiego, którego lekarz prowadzi oraz monitoruje aktualny stan jego zdrowia. Podkreśla się, iż nie można traktować diagnozowania i leczenia jako czynności technicznych, z pominięciem podmiotów w nich uczestniczących oraz międzyludzkiego charakteru spotkania pacjenta z lekarzem²⁵. Udzielanie porad niewidzianym pacjentom przez telefon lub Internet oraz wielomiesięczne „przepisywanie” leków chorym niezgłaszającym się na wizyty kontrolne podaje się za przykłady zachowań, których należy unikać²⁶.

Z uwagi na pierwotne brzmienie regulacji art. 9 KEL zaryzykować można twierdzenie, iż wyjątek wskazany w zd. 2 przedmiotowej regulacji znajdzie zastosowanie w sytuacjach nagłych oraz zasadniczo przy pomocy lekarskiej o charakterze doraźnym, którą charakteryzuje fragmentaryzm i konieczność podjęcia natychmiastowego działania. Jeśli po udzieleniu niezbędnej pomocy lekarz uzna, że stan pacjenta wymaga dalszych badań czy leczenia szpitalnego, powinien pacjenta na takie badanie skierować i osobiście go zbadać²⁷. Jeszcze w świetle pierwotnego brzmienia art. 9 KEL wskazywano, że pomoc o charakterze doraźnym ograniczona była do tych czynności medycznych, które powinny zostać podjęte bez zwłoki. Decyzję, czy dany pacjent znajduje się w stanie nagłym zawsze podejmuje lekarz, który w razie jakichkolwiek wątpliwości powinien działać zgodnie z zasadą *in dubio pro patiente*. Jako przykład sytuacji wymagającej udzielenia porady na odległość przez telefon czy radio podaje się przypadek, gdy lekarz nie ma możliwości wcześniejszego dotarcia do chorego. Jednakże, gdy ustaną przeszkody uniemożliwiające wcześniejsze udzielenie pomocy należy uczynić wszystko, aby zbadać chorego²⁸.

Przy interpretacji art. 9 KEL uwzględnić należy również tytuł jednostki redakcyjnej, w którym został on zamieszczony (*Jakość opieki medycznej*). Powyższe stanowi wskazówkę co do podstawowej wartości chronionej w analizowanej regulacji, czyli zapewnienia pacjentowi odpowiedniej jakości świadczeń zdrowotnych. Celowi temu służyć ma uprzednie zbadanie pacjenta przez lekarza. Natomiast, jeśli udzielenie porady na odległość nie wpłynie negatywnie na jakość udzielonego świadczenia i sprawowanej nad pacjentem opieki medycznej, formę taką uznać można za uzasadnioną. W rozważanym kontekście zwrócić należy również uwagę na jakość sprzętu, za pośrednictwem którego następuje komunikacja lekarza z pacjentem, by wady czy usterki techniczne nie wpłynęły negatywnie na sposób przekazu. Jest to szczególnie istotne, gdyż prawidłowy przepływ informacji ma duże znaczenie dla trafności podjętej przez lekarza decyzji. W świetle powyższej regulacji za dopuszczalne uznać można skonsultowanie pacjenta na odległość na podstawie przesłanych lekarzowi w formie tekstowej wyników badań laboratoryjnych (np. krwi), czy interpretację otrzymanego pocztą elektroniczną badania obrazowego, z zastrzeżeniem, iż lekarz dysponuje sprzętem zapewniającym właściwą jakość obrazu. Jednakże w pewnych uzasadnionych

²⁵ K. Radziwiłł, *Kodeks Etyki Lekarskiej...*, op. cit, s. 124–125.

²⁶ Ibidem.

²⁷ J. Kornobis, *Kodeks etyki lekarskiej. Komentarz, aforyzmy, myśli*, Wrocław 2001, s. 26.

²⁸ Ibidem.

medycznie sytuacjach porada na odległość z zasady nie będzie w pełni miarodajna. Wynikać będzie to między innymi z niemożności zapewnienia narzędzi technicznych właściwych przy ocenie schorzeń dermatologicznych, gdzie z uwagi na specyfikę jednostki chorobowej istotne jest również badanie za pomocą dotyku.

Kolejną kwestią jest interpretacja zawartego w treści art. 9 ust. 2 KEL sformułowania: „może być udzielona wyłącznie na odległość”²⁹. Można jej dokonać na dwa sposoby. Pierwszy z nich oznacza, że z uwagi na przeszkody faktyczne w postaci istotnej odległości geograficznej dzielącej lekarza i pacjenta porada musi być udzielona za pośrednictwem, gdyż nie ma możliwości udzielenia jej w inny sposób. Jest to wyłączny, rozumiany w tym kontekście jako jedyny możliwy w danych okolicznościach, sposób udzielenia porady lekarskiej. Natomiast drugie, szersze rozumienie, pozwala uznać, iż wystarczające będzie udzielenie porady lekarskiej na odległość, bez konieczności osobistego kontaktu lekarza z pacjentem. Przymiotnik wyłączny będzie tu zatem synonimem określenia wystarczający. Przychylić należy się do drugiej z przedstawionych interpretacji, szczególnie w kontekście zmiany treści art. 9 KEL i zniesienia w pewnym zakresie pierwotnych ograniczeń jego stosowania.

Kluczowa będzie decyzja lekarza zarówno co do formy, jak i następnie wyboru środka komunikacji. Zastosowany zwrot: „na odległość” stanowi otwartą kategorię pojęciową. Nie został on ograniczony do określonych środków porozumiewania się, co ma istotne znaczenie również z uwagi na dokonujący się stale postęp technologiczny. Tym samym lekarz ma wybór w przedmiocie środka komunikowania się, który uzna za stosowny i wystarczający w okolicznościach danego przypadku. Skorzystanie przez lekarza z formy kontaktu z pacjentem za pośrednictwem środków porozumiewania się na odległość aktualizuje po stronie lekarza obowiązek zachowania szczególnej ostrożności.

Rozważenie treści art. 9 KEL wymaga uwzględnienia szerszej perspektywy, w związku z czym nie można pominąć pozostałych jego postanowień jako elementów zbioru norm etycznych stanowiących całość regulacji. Wszelkie efekty dokonanej interpretacji należy przede wszystkim zestawić z preambułą. Akcentowane w niej wartości, podstawowe normy oraz zasady wykonywania zawodu, ograniczają zakres interpretacji pozostałych postanowień KEL, wyznaczając jednocześnie kierunek analizy dalszych postanowień. Uzyskane rezultaty muszą pozostać w zgodzie z wysłowionymi w treści tej części powinnościami takimi jak: sumienne wypełnianie obowiązków, służenie życiu i zdrowiu ludzkiemu oraz przeciwdziałanie cierpieniu i zapobieganie chorobom według swojej najlepszej wiedzy. Następnie należy mieć na względzie część ogólną KEL, w tym wysłowiony w art. 2 KEL najwyższy nakaz etyczny dla lekarza jakim jest dobro chorego. W tym kontekście bardzo ważną regulację stanowi także art. 4 KEL, mający charakter generalnych wytycznych znajdujących zastosowanie w każdej sytuacji, który przewiduje swobodę działań zawodowych w wypełnianiu swoich zadań ograniczoną sumieniem oraz współczesną wiedzą medyczną. Przy każdorazowym dokonywaniu przez lekarza wyboru formy kontaktu lekarza z pacjentem (bezpośrednia, na odległość) oraz oceny, czy jest ona wystarczająca, uwzględnić należy również treść art. 6 KEL w myśl którego: „Lekarz ma swobodę wyboru w zakresie metod postępowania, które uzna za najskuteczniejsze. Powinien jednak ograniczyć czynności me-

²⁹ E. Sobol (red.), *Mały słownik...*, op. cit., s. 1174.

dyczne do rzeczywiście potrzebnych choremu zgodnie z aktualnym stanem wiedzy”. Analiza art. 9 KEL wymaga także zwrócenia uwagi na poprzedzający ją art. 8 KEL, akcentujący dwie podstawowe dyrektywy dotyczące wykonywania zawodu przez lekarza. Są to: nakaz działania z należytą starannością oraz obowiązek poświęcenia na te czynności niezbędnego czasu. Należyta staranność oznacza podjęcie określonej sekwencji czynności najważniejszych w danym przypadku (badanie przedmiotowe, badanie podmiotowe, badania dodatkowe itp.). Nie ma możliwości stworzenia sztywnych ram postępowania, gdyż są one modyfikowane zarówno z uwagi na czynniki leżące po stronie pacjenta, jak i od niego niezależne (np. postęp w dziedzinie nauk medycznych). Udzielenie porady na odległość może spotkać się z zarzutem działania powierzchownego, pobieżnego, pozbawionego rzetelności. Także w przypadkach, gdy konieczna jest natychmiastowa pomoc, a w pobliżu nie ma lekarza, z którym pacjent mógłby się bezpośrednio skontaktować, lekarz staje przed dylematem co do dalszego postępowania. Czy powinien udzielić informacji pacjentowi na odległość, czy też odmówić. Wydaje się, że w tym kontekście uwzględnić należy również inne regulacje KEL, w tym nakaz działania dla dobra chorego i uzależnić decyzję od ustalenia, czy zwłoka w udzieleniu pomocy mogłaby zagrażać życiu lub zdrowiu pacjenta.

W kontekście szerszej analizy treści art. 9 KEL warto również wskazać na regulację deontologiczną dotyczącą wydawania zaświadczeń lekarskich. Polski ustawodawca dopuścił możliwość orzekania o stanie zdrowia pacjenta z wykorzystaniem systemów teleinformatycznych i systemów łączności (art. 42 u.z.l.). Treść art. 40 KEL stanowi, iż „wydawanie zaświadczeń lekarskich jest dozwolone jedynie na podstawie aktualnego badania lub odpowiedniej dokumentacji”. Z uwagi na zastosowanie alternatywy rozłącznej (*lub*) dla wystawienia zaświadczenia lekarskiego wystarczające jest spełnienie jednej z powyższych przesłanek, a zatem nie ma wymogu osobistego badania pacjenta, przy dysponowaniu właściwą dokumentacją. Dodatkowo nałożony został obowiązek, by treść dokumentu była zgodna z wiedzą i sumieniem lekarza, a nie powstała pod presją lub w oczekiwaniu osobistych korzyści (art. 41 KEL).

Sposób wyboru kontaktu z pacjentem pozostawiony został lekarzowi, który powinien dokonać rozsądnego wyboru, opartego o posiadaną wiedzę i umiejętności. Jeśli lekarz uzna, że wystarczające w danej sytuacji jest udzielenie porady lekarskiej na odległość związany będzie on postanowieniami KEL. Sama forma kontaktu nie zmieni faktu spoczywania na lekarzu obowiązków o charakterze deontologicznym, ale niekiedy je zmodyfikuje. Ten sposób komunikacji z pacjentem nie zwalnia lekarza z obowiązku prawidłowego prowadzenia dokumentacji lekarskiej, zawierającej informacje potrzebne dla postępowania lekarskiego (art. 28 KEL). Przed przystąpieniem do udzielenia porady w tej formie lekarz niewątpliwie powinien również wyczerpująco poinformować pacjenta o sposobie kontaktu i możliwych zagrożeniach dla naruszenia tajemnicy lekarskiej, a w razie potrzeby wskazać na konieczność osobistego kontaktu z lekarzem. Art. 13 KEL wymaga informowania pacjenta o podejmowanych decyzjach medycznych w celu zapewnienia mu świadomego w nich udziału oraz uzyskanie zgody pacjenta. W tym kontekście pojawić się może problem z prawidłową identyfikacją pacjenta, czyli ustaleniem, czy osoba, z którą lekarz porozumiewa się za pośrednictwem telefonu, poczty elektronicznej czy Skype’a jest w rzeczywistości jego pacjentem. Realizacja przedmiotowego obowiązku będzie szczególnie trudna przy komunikowa-

niu się za pośrednictwem poczty elektronicznej, opierającej się przede wszystkim na przekazie tekstowym. Korzystanie z tak ograniczonego zakresu środków wyrazu może stanowić źródło nieporozumień we wzajemnej komunikacji, gdyż przekazywane w ten sposób informacje stanowią syntetyczne komunikaty, ograniczone w swojej treści do niezbędnego minimum. Nie ma tu możliwości wsparcia się dodatkowymi informacjami jak np. wyraz twarzy³⁰. Powyższe ograniczenia w komunikowaniu się mają istotne konsekwencje w relacji między lekarzem a pacjentem i umożliwiają wyłącznie wymianę prostych informacji np. przesyłanie wyników badań. Ponadto ten kanał komunikacji nie gwarantuje szybkiej odpowiedzi drugiego uczestnika. Natomiast rozmowa telefoniczna pozwoli uzyskać szerszy zakres informacji wzbogacony o elementy komunikacji niewerbalnej. Ten sposób komunikowania się zagwarantuje również uzyskanie natychmiastowej odpowiedzi, co jest dla pacjenta korzystniejszym rozwiązaniem. Podobnie będzie przy komunikatorze Skype, którego niewątpliwą zaletą jest korzystanie z dodatkowych środków wyrazu takich jak: mimika, postawa ciała, wygląd.

3. Wnioski

Dodatkowe możliwości w zakresie stosowania nowych form udzielania świadczeń zdrowotnych znajdują swoje odzwierciedlenie również w treści norm deontologicznych.

W świetle obecnej regulacji KEL regułą powinno być podejmowanie przez lekarza leczenia jedynie po uprzednim zbadaniu pacjenta. Wyjątek od powołanej zasady stanowią sytuacje, gdy porada lekarska może być udzielona wyłącznie na odległość. Możliwość ta została ograniczona do udzielenia pomocy lekarskiej w określonej postaci tj. porady lekarskiej, która nie jest tożsama z badaniem, diagnozowaniem czy leczeniem pacjenta.

Wybór sposobu kontaktu z pacjentem każdorazowo należy do lekarza, który autonomicznie dokonuje oceny, czy taka forma wystarczy dla zapewnienia pacjentowi odpowiedniej jakości opieki medycznej. Realizacja porady lekarskiej na odległość nie ma wpływu na spoczywające na lekarzu obowiązki deontologiczne w postaci uzyskania zgody poinformowanej od uprawnionego podmiotu, powinności zachowania tajemnicy lekarskiej czy uwzględnienia faktu udzielenia porady w dokumentacji medycznej. Dodatkowo należy uprzednio zidentyfikować pacjenta, poinformować go o ryzyku związanym z udzieleniem porady za pośrednictwem telefonu czy Internetu (możliwość ujawnienia danych sensytywnych z zakresu stanu zdrowia pacjenta) oraz upewnić się co do prawidłowości funkcjonowania sprzętu, za pośrednictwem którego nastąpi kontakt z pacjentem.

Podsumowując, rozważana problematyka ma istotne znaczenie praktyczne ze względu na możliwość poniesienia przez lekarza odpowiedzialności zawodowej za naruszenie zasad etyki lekarskiej oraz przepisów związanych z wykonywaniem zawodu lekarza. Konieczność szerszego – systemowego ujęcia zagadnienia podyktowana jest tym, iż KEL stanowi zbiór określonych zasad etycznych, a zatem jego poszczególne postanowienia powinny być interpretowane z uwzględnieniem całości regulacji. Treść

³⁰ A. Stabryła, K. Woźniak (red.), *Determinanty potencjału rozwoju organizacji*, Kraków 2012, s. 298–301.

art. 9 KEL nie wskazuje konkretnych czynności i nie tworzy szczegółowego algorytmu postępowania dla lekarza, pozostawiając mu istotny zakres autonomii. Jednostkowa decyzja powinna stanowić wynik przeprowadzenia przez lekarza analizy, której kierunek wyznaczać będą dyrektywy należytej staranności, poświęcania pacjentowi niezbędnego czasu oraz zapewnienia odpowiedniej jakości opieki medycznej.

Bibliografia

- Bujny J., *Prawa Pacjenta. Między autonomią a paternalizmem*, Warszawa 2006.
- Hartman J., Waligóra M. (red.), *Etyczne aspekty decyzji medycznych*, Warszawa 2011.
- Acierno L. J. (red.), Wojno G., Wnętrza I. (tłum.), *Ilustrowana historia kardiologii*, Warszawa 2013.
- Radziwiłł K., *Kodeks Etyki Lekarskiej: Odcinek 16: czy można badać i leczyć na odległość?*, „Medycyna Praktyczna” 2014, nr 6.
- Kornobis J., *Kodeks etyki lekarskiej. Komentarz, aforyzmy, myśli*, Wrocław 2001.
- Dercz M., Rek T., *Ustawa o działalności leczniczej. Komentarz*, Warszawa 2014.
- Kowalska-Mańkowska I., Pietraszewska-Macheta A., Sidorko A., Urban K., *Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Komentarz*, Warszawa 2015.
- Sobol E. (red.), *Mały słownik języka polskiego*, Warszawa 2000.
- Stabryła A., Woźniak K. (red.), *Determinanty potencjału rozwoju organizacji*, Kraków 2012.

Streszczenie

Dokonujący się współcześnie rozwój nauki istotnie wpływa na formę udzielania świadczeń zdrowotnych.

Celem niniejszego artykułu jest rozważenie problematyki leczenia na odległość w świetle postanowień Kodeksu etyki lekarskiej. W tym kontekście analizie poddano przede wszystkim treść art. 9 Kodeksu etyki lekarskiej, w myśl którego lekarz może podejmować leczenie jedynie po uprzednim zbadaniu pacjenta. Wyjątek od powyższej zasady stanowią sytuacje, gdy porada lekarska może być udzielona wyłącznie na odległość. Następnie rozważono wybrane artykuły Kodeksu etyki lekarskiej pozostające w związku z przedmiotowym zagadnieniem. Na zakończenie przedstawione zostaną wnioski płynące z przeprowadzonej analizy.

Słowa kluczowe: leczenie na odległość, relacja lekarz–pacjent, Kodeks etyki lekarskiej

The Code of Medical Ethics and remote health service – discussion on the art. 9

Summary

At the beginning of considerations it should be pointed out that dynamic development of modern science are significantly influenced on providing health service.

The aim of this paper is to analyze selected aspects within deontological regulations connected to the issue of remote health service. In this context art. 9 of the Code of Medical Ethics is

carefully analyzed. According to the art. 9 the doctor is obliged to take the treatment only after medical examination. The exception to this rule is when medical advice can be given only at a distance. Afterwards are discussed the other regulations contained in the Code of Medical Ethics necessary for further consideration.

At the end will be presented the conclusions of above analysis.

Key words: *remote health service, the doctor – patient relationship, Code of Medical Ethics*

