

Wpływ pandemii COVID-19 na ewolucję regulacji prawnych z zakresu telemedycyny ze szczególnym uwzględnieniem świadczeń z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień

Wstęp

Pod koniec 2019 r. w Chinach odnotowano pojawienie się nowego koronawirusa odzwierzcącego SARS-CoV-2. Wywoływany przez niego zespół objawów klinicznych Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) wkrótce stał się istotnym problemem zdrowotnym na całym świecie, także w Polsce. Dnia 11 marca 2020 r. Światowa Organizacja Zdrowia (World Health Organisation, WHO) ogłosiła pandemię COVID-19¹.

W dobie pandemii obowiązek zapobiegania zakażeniom przy jednoczesnej konieczności kontynuowania udzielania świadczeń zdrowotnych niezwiązanych z COVID-19 przyczyniał się do poszukiwania nowych rozwiązań w zakresie telemedycyny. Według WHO telemedycyna to świadczenie usług opieki zdrowotnej, w której kluczową rolę odgrywa rozłączność miejsca, przez wszystkie osoby wykonujące zawody medyczne, z wykorzystaniem instrumentów służących wymianie istotnych informacji w celach diagnostycznych, leczniczych oraz zapobiegania chorobom i urazom, prowadzenia badań i ich oceny, zapewnienia i kontynuacji

¹ WHO, *WHO Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID-19, 2020*, <https://www.who.int/dg/speeches/detail/who-director-general-s-remakers-at-the-media-briefing-on-2019-ncov-on-11-february-2020> [dostęp: 11.02.2020].

kształcenia pracowników służby zdrowia, czyli w celu poprawy zdrowia poszczególnych osób oraz tworzonych przez nie społeczności².

W polskim systemie prawnym istniały regulacje dotyczące telemedycyny już przed pandemią COVID-19. W nowelizacji ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty z 9 października 2015 r.³ ustawodawca umożliwia lekarzowi udzielanie świadczeń zdrowotnych, w szczególności: badanie stanu zdrowia, rozpoznawanie chorób i zapobieganie im, leczenie i rehabilitację chorych, udzielanie porad lekarskich, wydawanie opinii i orzeczeń lekarskich także za pomocą systemów teleinformatycznych lub systemów łączności. Zgodnie z ustawą o zawodach pielęgniarstwa i położnej⁴ pielęgniarka i położna wykonują czynności zawodowe po uprzednim osobistym badaniu fizykalnym pacjenta lub za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności, a także po analizie dostępnej dokumentacji medycznej pacjenta. Według ustawy o działalności leczniczej⁵ świadczenia zdrowotne mogą być udzielane za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności. Ww. ustawa dopuszcza określenie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać systemy teleinformatyczne lub systemy łączności podmiotu wykonującego działalność leczniczą w drodze rozporządzenia. Ustawa ta dopuszcza też tzw. pracę zdalną pracowników medycznych. Stanowi bowiem, że w regulaminie organizacyjnym podmiotu wykonującego działalność leczniczą określa się w szczególności miejsce udzielania świadczeń zdrowotnych, a w przypadku udzielania świadczeń zdrowotnych za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności miejscem udzielania świadczeń jest miejsce przebywania osób wykonujących zawód medyczny udzielających tych świadczeń.

² WHO, *Telemedicine, Opportunities and development in Member States. Report on the second global survey on eHealth* 2010.2; A. Darkins, M.A. Cary, *Telemedicine and telehealth: principles, policies, performances and pitfalls*, New York 2000; R. Wootton, J. Craig, V. Patterson, *Introduction to telemedicine*, wyd. 2, London 2006.

³ Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz.U. z 1997 r. Nr 28, poz. 152, t.j. Dz.U. z 2021 r. poz. 790, 1559).

⁴ Ustawa z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarstwa i położnej (t.j. Dz.U. z 2021 r. poz. 479, 1559).

⁵ Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (t.j. Dz.U. z 2021 r. poz. 711, 1773, 2120).

Mniej liberalny w zakresie telemedycyny pozostaje Kodeks Etyki Lekarskiej (KEL), zgodnie z którym lekarz może podejmować leczenie tylko po uprzednim zbadaniu pacjenta. Wyjątki stanowią sytuacje, gdy porada lekarska może być udzielona wyłącznie na odległość⁶. Co prawda KEL nie stanowi prawa powszechnego, ale przepisy ustawy o izbach lekarskich⁷ inkorporują jego normy do porządku prawnego. Zgodnie z wyrokiem Trybunału Konstytucyjnego⁸ przepisy KEL dookreślają normy prawne.

Niezależnie od powyższego trwa proces cyfrowej transformacji ochrony zdrowia, tj. wprowadzanie kolejnych rozwiązań z zakresu e-zdrowia. Aktualnie funkcjonują: e-zwolnienie lekarskie (e-ZUS-ZLA), Internetowe Konto Pacjenta (IKP), e-recepta i e-skierowanie, a elektroniczna dokumentacja medyczna (EDM) jest w trakcie wdrażania. Planowane jest uruchomienie funkcjonalności zamawiania e-recept przez IKP oraz centralnej e-rejestracji i platformy do udzielania e-wizyt⁹.

Celem niniejszego artykułu jest analiza rozwiązań prawnych dotyczących telemedycyny wprowadzonych lub zmienionych w związku z pandemią COVID-19.

⁶ *Kodeks Etyki Lekarskiej*, tekst jednolity z dnia 2 stycznia 2004 r., Naczelna Izba Lekarska, Warszawa 2017.

⁷ Ustawa z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (t.j. Dz.U. z 2021 r. poz. 1342).

⁸ Postanowienie Trybunału Konstytucyjnego z 7 października 1992 r. (U 1/92, OTK 1992/Nr 2, poz. 38).

⁹ Ustawa z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (Dz.U. z 2011 r. poz. 408 z późn. zm.); ustawa z dnia 1 marca 2018 r. o zmianie niektórych ustaw w związku z wprowadzeniem e-recepty (Dz.U. z 2021 r. poz. 697); ustawa z dnia 6 grudnia 2018 r. o zmianie niektórych ustaw w związku z e-skierowaniem oraz listami oczekujących na udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz.U. z 2018 r. poz. 2429); ustawa z dnia 19 lipca 2019 r. o zmianie niektórych ustaw w związku z wdrażaniem rozwiązań e-zdrowia (Dz.U. z 2019 r. poz. 1590); rozporządzenie MZ z dnia 8 maja 2018 r. w sprawie rodzajów elektronicznej dokumentacji medycznej (Dz.U. z 2018 r. poz. 941); rozporządzenie MZ z dnia 6 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz.U. z 2020 r. poz. 666).

Materiał i metody

Dokonano przeglądu Dziennika Ustaw Rzeczypospolitej Polskiej z 2020 r. dostępnego pod adresem <https://dziennikustaw.gov.pl/DU> w zakresie aktów prawnych dotyczących telemedycyny. W wynikach nie uwzględniono szczegółowych rozwiązań prawnych związanych z nadzorem epidemicznym, kwarantanną, izolacją oraz innymi działaniami odnoszącymi się do walki z pandemią COVID-19 pośrednio tylko związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych.

Przegląd i analiza aktów prawnych

W Polsce stan zagrożenia epidemicznego w myśl ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi¹⁰ wprowadzono 13 marca 2020 r. drogą rozporządzenia Ministra Zdrowia (MZ). Już w tym rozporządzeniu stwierdza się, że podmioty udzielające świadczeń opieki zdrowotnej za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności potwierdzają tożsamość świadczeniobiorcy na podstawie danych przekazanych przez tego świadczeniobiorcę za pośrednictwem tych systemów, w tym przez telefon. A także w razie niepotwierdzenia prawa świadczeniobiorcy do świadczeń opieki zdrowotnej świadczeniobiorca może złożyć oświadczenie o przysługującym mu prawie do świadczeń opieki zdrowotnej za pośrednictwem ww. systemów, w tym przez telefon¹¹. Dnia 16 marca 2020 r. opublikowano rozporządzenie MZ zmieniające rozporządzenie w sprawie ogłoszenia na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej stanu zagrożenia epidemicznego, w którym uregulowano kwestię zleceń na zaopatrzenie w wyroby medyczne i zleceń ich naprawy. Dopuszczono wystawianie ich, a także weryfikację za

¹⁰ Ustawa z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (t.j. Dz.U. z 2021 r. poz. 2069, 2120).

¹¹ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 13 marca 2020 r. w sprawie ogłoszenia na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej stanu zagrożenia epidemicznego (Dz.U. z 2020 r. poz. 433).

pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności (tzw. e-zlecenia)¹². W dniu 20 marca 2020 r. wprowadzono w Polsce drogą stosownego rozporządzenia stan epidemii. W tym akcie prawnym powtórzono ww. rozwiązania prawne. Dodatkowo zniesiono wymóg dostarczenia oryginału skierowania nie później niż w terminie 14 dni roboczych od dnia wpisania na listę oczekujących na udzielenie świadczenia, dopuszczając dostarczenie skierowania w dniu udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej wykonywanego na podstawie tego skierowania lub do 21 dni po zakończeniu stanu epidemii¹³.

Po ogłoszeniu stanu epidemii wydano serię rozporządzeń Rady Ministrów dotyczącą ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii. W rozporządzeniach tych ustanowiono ograniczenie udzielania świadczeń z zakresu rehabilitacji leczniczej z wyjątkiem m.in. świadczeń udzielanych za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności, w tym obejmujących kardiologiczną telerehabilitację hybrydową. Umożliwiono zlecenie badań w kierunku koronawirusa SARS-CoV-2 za pośrednictwem systemu teleinformatycznego, równocześnie znosząc obowiązek oddzielnego raportowania podejrzenia czy potwierdzenia zakażenia i dodatnich wyników testów w myśl ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi. Kolejne ułatwienia wprowadzono w aspekcie skierowań. W przypadku świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności, przy braku możliwości dostarczenia skierowania, świadczeniobiorca może przekazać w dniu udzielenia świadczenia skan albo zdjęcie skierowania za pośrednictwem tych systemów albo, jeżeli nie ma takiej możliwości, przekazuje świadczeniodawcy dane uwidocznione na tym skierowaniu. Oświadczenie o niedokonaniu zgłoszenia w celu udzielenia

¹² Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 marca 2020 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie ogłoszenia na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej stanu zagrożenia epidemicznego (Dz.U. z 2020 r. poz. 461).

¹³ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 marca 2020 r. w sprawie ogłoszenia na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej stanu epidemii (Dz.U. z 2020 r. poz. 491).

świadczenia opieki zdrowotnej u innego świadczeniodawcy na podstawie danego skierowania może zostać złożone za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności¹⁴.

Rozwiązania z zakresu telemedycyny przyjęto także w nowo powstałych izolatoriach. Umożliwiono tam połączenia osób izolowanych z personelem medycznym izolatorium na odległość za pomocą systemów

¹⁴ Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 31 marca 2020 r. w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii (Dz.U. z 2020 r. poz. 566); rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 10 kwietnia 2020 r. w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii (Dz.U. z 2020 r. poz. 658); rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 19 kwietnia 2020 r. w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii (Dz.U. z 2020 r. poz. 697); rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 2 maja 2020 r. w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii (Dz.U. z 2020 r. poz. 792); rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 16 maja 2020 r. w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii (Dz.U. z 2020 r. poz. 878); rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 19 czerwca 2020 r. w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii (Dz.U. z 2020 r. poz. 1066); rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 7 sierpnia 2020 r. w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii (Dz.U. z 2020 r. poz. 1356); rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 13 sierpnia 2020 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii (Dz.U. z 2020 r. poz. 1393); rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 18 września 2020 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii (Dz.U. z 2020 r. poz. 1614); rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 9 października 2020 r. w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii (Dz.U. z 2020 r. poz. 1758); rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 23 października 2020 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii (Dz.U. z 2020 r. poz. 1871); rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 30 października 2020 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii (Dz.U. z 2020 r. poz. 1917); rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 2 listopada 2020 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii (Dz.U. z 2020 r. poz. 1931); rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 26 listopada 2020 r. w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii (Dz.U. z 2020 r. poz. 2091); rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 1 grudnia 2020 r. w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii (Dz.U. z 2020 r. poz. 2132); rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 21 grudnia 2020 r. w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii (Dz.U. z 2020 r. poz. 2316); rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 27 grudnia 2020 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii (Dz.U. z 2020 r. poz. 2353).

łącności (np. telefon, interkom). Wykonanie porady lekarskiej w sytuacji pogorszenia stanu zdrowia lub potrzeby podjęcia decyzji o wypisaniu izolowanego pacjenta z izolatorium dopuszcza się za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności. Z czasem również wprowadzono możliwość wizyty pielęgniarzkiej za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności¹⁵.

Szereg rozwiązań z zakresu telemedycyny wprowadzono drogą ustawy z dnia 31 marca 2020 r. o zmianie niektórych ustaw w zakresie systemu ochrony zdrowia związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19. W okresie podlegania obowiązkowej kwarantannie lub izolacji w warunkach domowych umożliwiono ubezpieczonemu wykonującemu zawód medyczny w rozumieniu ustawy o działalności leczniczej udzielanie świadczeń zdrowotnych za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności. Zgodnie z ww. ustawą lekarz może udzielać świadczeń opieki zdrowotnej w związku z przeciwdziałaniem COVID-19 za pośrednictwem systemu teleinformatycznego. W tym zakresie ograniczono prowadzenie dokumentacji medycznej do tzw. karty teleporady przechowywanej jedynie przez okres 30 dni od dnia udzielenia teleporady. Należy zauważyć, że ograniczenie to odnosi się tylko do teleporad udzielanych w związku z przeciwdziałaniem COVID-19. Zgodnie z treścią ustawy z dnia 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych¹⁶ celem teleporady jest udzielenie informacji osobom,

¹⁵ Rozporządzenie MZ z dnia 26 marca 2020 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki w izolatoriach (Dz.U. z 2020 r. poz. 539); rozporządzenie MZ z dnia 1 września 2020 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie standardu organizacyjnego opieki w izolatoriach (Dz.U. z 2020 r. poz. 1507); rozporządzenie MZ z dnia 8 października 2020 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie standardu organizacyjnego opieki w izolatoriach (Dz.U. z 2020 r. poz. 1750); rozporządzenie MZ z dnia 16 listopada 2020 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie standardu organizacyjnego opieki w izolatoriach (Dz.U. z 2020 r. poz. 2034).

¹⁶ Dz.U. z 2020 r. poz. 374.

które podejrzewają obecność koronawirusa SARS-CoV-2 w swoim organizmie¹⁷.

Ustawą 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 wpisano możliwość potwierdzenia tożsamości świadczeniobiorcy oraz jego prawa do świadczeń przez świadczeniodawcę udzielającego świadczeń opieki zdrowotnej za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności na podstawie danych przekazanych przez tego świadczeniobiorcę za pośrednictwem tych systemów do ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych¹⁸. W razie niepotwierdzenia prawa świadczeniobiorcy do świadczeń opieki zdrowotnej świadczeniobiorca może złożyć oświadczenie o przysługującym mu prawie do świadczeń opieki zdrowotnej także za pośrednictwem ww. systemów. 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 kryzysowych¹⁹ wydłużono okres przechowywania opisanych powyżej kart teleporad do 30 dni od dnia odwołania stanu zagrożenia epidemicznego albo stanu epidemii, podkreślając jednak, że ma on zastosowanie tylko do kart teleporad, których okres przechowywania nie upłynął do dnia wejścia w życie niniejszej ustawy²⁰.

Na początku września 2020 r. rozporządzenie w sprawie chorób zakaźnych powodujących powstanie obowiązku hospitalizacji, izolacji lub izolacji w warunkach domowych oraz obowiązku kwarantanny lub

¹⁷ 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. z 2020 r. poz. 567), zmieniająca m.in. ustawę 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. poz. 374).

¹⁸ Dz.U. z 2020 r. poz. 1398 i 1492.

¹⁹ Dz.U. poz. 374 z późn. zm.

²⁰ 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. z 2020 r. poz. 1395).

nadzoru epidemiologicznego, nakładając na lekarzy POZ obowiązek udzielania teleporad pacjentom, na których została nałożona kwarantanna bądź izolacja związana z zakażeniem COVID-19 w zakresie jej przedłużenia bądź zakończenia²¹. Kolejna zmiana rozporządzenia poszerzyła ów zakres o zlecenie badań w kierunku COVID-19 oraz nakładanie kwarantanny lub izolacji²².

W październiku 2020 r. w drodze rozporządzenia MZ ustalono, a następnie zmieniono standard organizacyjny opieki zdrowotnej nad pacjentem podejrzanym o zakażenie lub zakażonym wirusem SARS-CoV-2. W ramach realizacji działań, których dotyczy rozporządzenie, lekarz dokonuje oceny stanu zdrowia pacjenta z wyboru w formie teleporady z wyłączeniem dzieci do ukończenia 2. roku życia²³.

Jeszcze w kwietniu 2020 r. MZ wydał rozporządzenie w sprawie standardów w zakresie ograniczeń przy udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej pacjentom innym niż z podejrzeniem lub zakażeniem wirusem SARS-CoV-2 przez osoby wykonujące zawód medyczny mające bezpośredni kontakt z pacjentami z podejrzeniem lub zakażeniem tym wirusem. Zgodnie z tym rozporządzeniem osoby uczestniczące w udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej nie mogą uczestniczyć w udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej pacjentom innym niż z podejrzeniem lub zakażeniem wirusem SARS-CoV-2. Ograniczenie to nie dotyczy udzielania świadczeń opieki zdrowotnej niewymagających bezpośredniego kontaktu

²¹ Rozporządzenie MZ z dnia 1 września 2020 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie chorób zakaźnych powodujących powstanie obowiązku hospitalizacji, izolacji lub izolacji w warunkach domowych oraz obowiązku kwarantanny lub nadzoru epidemiologicznego (Dz.U. z 2020 r. poz. 1506).

²² Rozporządzenie MZ z dnia 8 września 2020 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie chorób zakaźnych powodujących powstanie obowiązku hospitalizacji, izolacji lub izolacji w warunkach domowych oraz obowiązku kwarantanny lub nadzoru epidemiologicznego (Dz.U. z 2020 r. poz. 1550).

²³ Rozporządzenie MZ z dnia 8 października 2020 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki zdrowotnej nad pacjentem podejrzanym o zakażenie lub zakażonym wirusem SARS-CoV-2 (Dz.U. z 2020 r. poz. 1749); rozporządzenie MZ z dnia 23 października 2020 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie standardu organizacyjnego opieki zdrowotnej nad pacjentem podejrzanym o zakażenie lub zakażonym wirusem SARS-CoV-2 (Dz.U. z 2020 r. poz. 1873).

z tymi pacjentami, w szczególności udzielania tych świadczeń za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności²⁴.

Umożliwiono także realizację świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień z wykorzystaniem systemów teleinformatycznych, pod warunkiem zapewnienia dostępności personelu wymaganego do ich realizacji w miejscu udzielania świadczeń²⁵. W ramach reformy pedopsychiatrii dopuszczono realizację świadczeń z wykorzystaniem systemów teleinformatycznych w ramach wszystkich poziomów referencyjności w zakresie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej dzieci i młodzieży²⁶.

Analogiczne rozwiązanie wprowadzono w zakresie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej, dopuszczając realizację porad i wizyt z wykorzystaniem systemów teleinformatycznych lub innych systemów łączności, o ile ten sposób postępowania nie zagraża pogorszeniem stanu zdrowia pacjenta²⁷. Podobny zapis pojawił się w rozporządzeniu w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej. Mianowicie umożliwiono realizację wizyt z wykorzystaniem systemów teleinformatycznych lub innych systemów łączności, o ile ten sposób postępowania nie zagraża pogorszeniem stanu zdrowia świadczeniobiorcy²⁸. Zmiany w rozporządzeniu w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej dopuszczają

²⁴ Rozporządzenie MZ z dnia 28 kwietnia 2020 r. w sprawie standardów w zakresie ograniczeń przy udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej pacjentom innym niż z podejrzeniem lub zakażeniem wirusem SARS-CoV-2 przez osoby wykonujące zawód medyczny mające bezpośredni kontakt z pacjentami z podejrzeniem lub zakażeniem tym wirusem (Dz.U. z 2020 r. poz. 775).

²⁵ Rozporządzenie MZ z dnia 16 marca 2020 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień (Dz.U. z 2020 r. poz. 456).

²⁶ Rozporządzenie MZ z dnia 16 września 2020 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień (Dz.U. z 2020 r. poz. 1641).

²⁷ Rozporządzenie MZ z dnia 16 marca 2020 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej (Dz.U. z 202 r. poz. 457).

²⁸ Rozporządzenie MZ z dnia 16 marca 2020 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej (Dz.U. z 2020 r. poz. 460).

w okresie stanu zagrożenia epidemicznego albo stanu epidemii realizację świadczeń przez lekarza w zakresie hemodializ z wykorzystaniem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności, jeżeli ten sposób udzielania świadczenia nie zagraża życiu lub pogorszeniem stanu zdrowia pacjenta, a przy pacjencie obecna jest pielęgniarka posiadająca odpowiednie kwalifikacje²⁹. Zmiany w rozporządzeniu w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej dopuszczają realizację porad lekarskich, porad lub wizyt terapeutycznych z wykorzystaniem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności, jeżeli ten sposób realizacji świadczenia opieki zdrowotnej nie zagraża pogorszeniem stanu zdrowia świadczeniobiorcy³⁰.

Warto zwrócić uwagę na sformułowania odpowiednio: „o ile ten sposób postępowania nie zagraża pogorszeniem stanu zdrowia pacjenta”, „o ile ten sposób postępowania nie zagraża pogorszeniem stanu zdrowia świadczeniobiorcy”, „jeżeli ten sposób udzielania świadczenia nie zagraża życiu lub pogorszeniem stanu zdrowia pacjenta” oraz „jeżeli ten sposób realizacji świadczenia opieki zdrowotnej nie zagraża pogorszeniem stanu zdrowia świadczeniobiorcy”. Ustawodawca pozostawia ocenę w tym zakresie świadczeniodawcom, a więc pracownikom medycznym, nie podając żadnych kryteriów. Rodzi to problem subiektywności takich ocen oraz skutkuje ewentualną odpowiedzialnością prawną w tym zakresie. Niestety paradoksalnie taka ocena może wymagać rezygnacji z narzędzi telemedycyny już na samym wstępie i implikować konieczność osobistego kontaktu ze świadczeniobiorcą, czyli pacjentem.

W związku z pandemią zmieniono również rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej. W załącznikach zawierających wykaz świadczeń gwarantowanych pielęgniarki i położnej podstawowej opieki zdrowotnej oraz warunki ich realizacji umieszczono poradę realizowaną na odległość przy użyciu

²⁹ Rozporządzenie MZ z dnia 6 kwietnia 2020 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (Dz.U. z 2020 r. poz. 612).

³⁰ Rozporządzenie MZ z dnia 10 kwietnia 2020 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz.U. z 2020 r. poz. 660).

systemów teleinformatycznych lub systemów łączności³¹. Ukazało się także rozporządzenie MZ w sprawie standardu organizacyjnego teleporady w ramach podstawowej opieki zdrowotnej. Jako osoby udzielające teleporad wymieniono lekarza, pielęgniarkę i położną podstawowej opieki zdrowotnej (POZ), a samą teleporadę zdefiniowano jako świadczenie zdrowotne udzielane na odległość przy użyciu systemów teleinformatycznych lub systemów łączności. Wprowadzono obowiązek informacyjny świadczeniodawcy względem świadczeniobiorcy dotyczący teleporad, a także prawo pacjenta do zgłoszenia w trakcie teleporady woli osobistego kontaktu z właściwym personelem medycznym. Uregulowano sposób kontaktu świadczeniodawcy ze świadczeniobiorcą i weryfikację tożsamości pacjenta przed przystąpieniem do teleporady. Wprowadzono obowiązek dokonania przez osobę udzielającą teleporady adnotacji w dokumentacji medycznej o realizacji świadczenia zdrowotnego w tej formie. Zwrócono też uwagę na przeprowadzenie teleporady w warunkach gwarantujących poufność. Finalnie osoba udzielająca teleporady ma też obowiązek poinformować pacjenta o konieczności udzielenia świadczenia zdrowotnego w bezpośrednim kontakcie z pacjentem, jeżeli charakter aktualnego problemu zdrowotnego uniemożliwia udzielenie świadczenia zdrowotnego w formie teleporady. Minister dał czas świadczeniodawcom POZ na dostosowanie swojej działalności do wymagań określonych w rozporządzeniu wynoszący 60 dni od dnia jego wejścia w życie, które nastąpiło 14 dni po jego ogłoszeniu³².

Mając na uwadze regulacje prawne, wytyczne dla udzielania świadczeń telemedycznych opracował zespół ds. telemedycyny Naczelnej Rady Lekarskiej we współpracy z członkami Telemedycznej Grupy Roboczej. Na posiedzeniu 24 lipca 2020 r. Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej podjęło uchwałę w sprawie przyjęcia wytycznych dla udzielania świadczeń telemedycznych wraz z rekomendacją ich stosowania przez lekarzy

³¹ Rozporządzenie MZ z dnia 8 lipca 2020 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz.U. z 2020 r. poz. 1255).

³² Rozporządzenie MZ z dnia 12 sierpnia 2020 r. w sprawie standardu organizacyjnego teleporady w ramach podstawowej opieki zdrowotnej (Dz.U. z 2020 r. poz. 1395).

i lekarzy dentyistów w ramach wykonywanego zawodu. Wytyczne owe w wielu aspektach wyprzedzają przedstawione wyżej akty prawne³³.

Szczególna sytuacja prawna świadczeń z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień

Jak widać na podstawie powyższego przeglądu aktów prawnych, regulacje dotyczące udzielenia świadczeń zdrowotnych za pośrednictwem systemów teleinformatycznych i systemów łączności zostały doprecyzowane w różnym zakresie w odniesieniu do różnych dziedzin medycyny. Na tle lakonicznych zapisów umożliwiających udzielanie teleporad wyróżnia się szczegółowy standard ich udzielania w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej ujęty w rozporządzeniu MZ. Zapewne znaczną część jego treści można ekstrapolować na inne dziedziny medycyny. Na łamach „Psychiatrii Polskiej” ukazały się bazujące na uwzględnionych w powyższym przeglądzie aktach prawnych *Polskie rekomendacje w zakresie prowadzenia wizyt online w opiece psychiatrycznej*. Opracował je zespół ekspertów z Sekcji Naukowej Telepsychiatrii Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego (PTP). Zwrócono w nich uwagę, że wizyta zdalna nie może w pełni zastąpić bezpośredniego badania lekarskiego i powinna być stosowana tylko w takich sytuacjach, gdy z ważnych przyczyn badanie bezpośrednio nie może się odbyć. Jest ona rekomendowana w sytuacjach kryzysowych takich jak stan zagrożenia epidemicznego czy epidemii. Zarekomendowano odbywanie wizyt zdalnych poprzez wideokomunikatory, gdyż umożliwia to obserwację pacjenta, jego mimiki, reakcji i zachowania, co pozwala na pełniejszą ocenę stanu psychicznego. Umożliwia to również ustalenie tożsamości świadczeniobiorcy na podstawie okazania dokumentu ze zdjęciem. Poruszono także kwestię szczególnie intymnego charakteru zaburzeń zdrowia psychicznego, co implikuje odpowiednie warunki techniczne i lokalowe udzielania teleporad. Zwrócono również uwagę na konieczność przygotowania się pacjenta do tej formy porady lekarskiej i wydano adekwatne

³³ Uchwała nr 89/20/P-VIII prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej z 24 lipca 2020 r. w sprawie przyjęcia wytycznych dla udzielania świadczeń telemedycznych.

instrukcje. Lekarz podczas takiej porady może wystawić e-receptę, e-skierowanie i e-zwolnienie. Może też zdecydować o przekazaniu pacjenta do leczenia szpitalnego. Podkreślono także konieczność zachowania należytej staranności przez lekarza podczas udzielania teleporad. Jej niezachowanie grozi bowiem odpowiedzialnością karną lekarza³⁴.

Pewne wątpliwości prawne co do powyższych rozwiązań z zakresu telepsychiatrii pojawiają się na tle obowiązującej ustawy o ochronie zdrowia psychicznego, będącej szczegółowym aktem prawnym. Zgodnie z art. 11 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, a skierowanie do szpitala psychiatrycznego wydawane jest w dniu badania. Jak do tej pory nie uwzględniono tu porad lekarskich za pośrednictwem systemów teleinformatycznych i systemów łączności³⁵.

Wobec powyższych rozbieżności przyjąć można, że podczas psychiatrycznej teleporady lekarskiej w dobie pandemii można wystawić pacjentowi skierowanie do innego lekarza lub psychologa albo podmiotu leczniczego w formie e-skierowania. Natomiast specyficzne dla opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień skierowanie do szpitala psychiatrycznego zawierające szereg wrażliwych danych o stanie zdrowia psychicznego świadczeniobiorcy, wystawiane jak dotąd w tradycyjnej formie papierowej, powinno być wydawane pacjentowi w trakcie wizyty *tête-à-tête* po osobistym zbadaniu pacjenta, podobnie jak orzeczenie o stanie zdrowia osoby z zaburzeniami psychicznymi. Takie postępowanie przyjęło się zresztą w ambulatoryjnej praktyce psychiatrycznej. Gdy podczas udzielania teleporady zachodzi pilna potrzeba przekazaniu pacjenta do leczenia szpitalnego, lekarz wzywa systemowy zespół ratownictwa medycznego (ZRM), tym samym przekazując pacjenta do szpitala bez uprzedniego wydania skierowania.

³⁴ *List do Redakcji. Polskie rekomendacje w zakresie prowadzenia wizyt online w opiece psychiatrycznej*, „Psychiatr. Pol.” 2020, nr 54(2), s. 391–394.

³⁵ Ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (t.j. Dz.U. z 2020 r. poz. 685).

W płaszczyźnie świadczeń z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień należy pamiętać, że gdy pacjent jest nieubezpieczony, korzysta z prawa do świadczeń na podstawie art. 10 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego (od 1 stycznia 2018 r. obejmuje on wszystkie zaburzenia psychiczne). Zgodnie z art. 12 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej nie narusza ona przepisów o świadczeniach udzielanych bezpłatnie bez względu na uprawnienia z tytułu ubezpieczenia zdrowotnego³⁶. Wobec tego weryfikacja prawa do świadczeń pacjenta traci na znaczeniu względem innych dziedzin medycyny.

Na marginesie powyższych rozważań należy zwrócić uwagę, że Sekcja Naukowa Telepsychiatrii PTP jest formacją prężnie działającą niezależnie od stanu pandemii, stawiającą przed sobą następujące cele: stworzenie grupy roboczej liderującej telepsychiatrii w Polsce; projektowanie, wdrażanie, konsultacja ekspercka i monitorowanie skuteczności i bezpieczeństwa rozwiązań telepsychiatrycznych; lobbowanie rozwiązań telepsychiatrycznych w Ministerstwie Zdrowia, Sejmie RP oraz NFZ; patronat nad projektami badawczymi dotyczącymi telepsychiatrii; popularyzacja telepsychiatrii w Polsce w postaci organizowania sesji panelowych i wystąpień z prezentacją wyników projektów badawczych na konferencjach psychiatrycznych. Ich realizacja nabrała jednak szczególnego znaczenia w dobie pandemii COVID-19³⁷. Skuteczność i bezpieczeństwo telepsychiatrii jako formy leczenia pacjentów z zaburzeniami psychicznymi potwierdzono w badaniach klinicznych³⁸. Mimo licznych wątpliwości udowodniono także skuteczność i bezpieczeństwo dla pacjenta psychoterapii prowadzonej metodą zdalną online. Najwięcej badań pochodzi z obszaru psychoterapii poznawczo-behawioralnej³⁹.

³⁶ Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2004 r. Nr 210, poz. 2135).

³⁷ https://psychiatria.org.pl/sekcja_naukowa_telepsychiatrii [dostęp: 24.01.2021].

³⁸ M. Krzystanek, M. Borkowski, K. Skalacka et al., *A telemedicine platform to improve clinical parameters in paranoid schizophrenia patients: Results of a one-year randomized study*, „Schizophr Res.” 2019, nr 204, s. 389–396, doi: 10.1016/j.schres.2018.08.016, indexed in Pubmed: 30154027.

³⁹ M. Krzystanek, A. Stolarczyk, M. Borkowski et al., *Telemedyczna terapia poznawczo-behawioralna*, „Psychiatria” 2018, nr 15(2), s. 110–116.

Opisy przypadków

Celem zobrazowania opisanych powyżej zawilości prawnych przedstawiono opisy przykładowych sytuacji klinicznych z praktyki lekarza psychiatry.

Przypadek 1

Pacjentka, lat 22, leczona psychiatrycznie z powodu nawracających zaburzeń depresyjnych i picia szkodliwego, podczas telewizyty u lekarza psychiatry w Przychodni Zdrowia Psychicznego zgłosiła pogorszenie stanu psychicznego od miesiąca, samookaleczenia i nasilające się myśli „s” z niepewną tendencją do realizacji. Wyobrażała sobie skok pod pociąg, podcięcie żył i skok pod samochód (tzw. ideacje samobójcze). W tle problemy w związku partnerskim. Podczas rozmowy telefonicznej płaczliwa, chwiejna emocjonalnie, w obniżonym nastroju. Z uwagi na potencjalny stan zagrożenia życia (tendencje samobójcze) lekarz wezwał do domu pacjentki Zespół Ratownictwa Medycznego (ZRM), który zabrał ją do Psychiatrycznej Izby Przyjęć. Lekarzowi w Izbie Przyjęć pacjentka przyznała się, że miała zły dzień, spożyła bliżej nieokreśloną ilość alkoholu i powiedziała, że „chce ze sobą skończyć”. Po wytrzeźwieniu negowała myśli i zamiary samobójcze. Twierdziła, że myśli samobójcze okresowo pojawiają się u niej od wielu lat, ale nie zamierza sobie nic zrobić. Ma bowiem pracę, którą lubi, i plany na przyszłość. Wysunięto podejrzenie osobowościowego tła powyższych zjawisk psychopatologicznych i oceniono ryzyko samobójstwa jako niskie. Pacjentkę wypisano z Izby do domu z zaleceniami z uwagi na brak wskazań do pilnej hospitalizacji w oddziale psychiatrycznym.

Na powyższym przykładzie wyraźnie widać ograniczenia badania psychiatrycznego w formie zdalnej i brak możliwości obiektywizacji stanu psychicznego chorej. W rozmowie telefonicznej pacjentka nie przyznała się do spożycia alkoholu. Na Izbie Przyjęć od początku podnosiła ten fakt, zdając sobie prawdopodobnie sprawę z możliwości zbadania alkometrem. Można także przypuszczać, że osobisty kontakt z lekarzem pozwolił jej na wyciszenie się i nawiązanie prawidłowej relacji terapeutycznej. Z prawnego punktu widzenia pacjentka podczas telekonsultacji

spełniała przesłanki do konsultacji psychiatrycznej bez jej zgody wynikające z art. 21 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego.

Przypadek 2

Pacjentka, lat 62, zgłosiła się do psychiatrycznej izby przyjęć pod opieką rodziny po telewizycie u lekarza psychiatry w przychodni zdrowia psychicznego bez skierowania. Ów lekarz postawił rozpoznanie wstępne zespołu Cotarda i zalecił adekwatną do stanu klinicznego psychofarmakoterapię. Jednakże z uwagi na znaczne nasilenie zaburzeń i wątpliwości co do stanu neurologicznego polecił pacjentce udanie się z rodziną do izby przyjęć celem osobistej konsultacji psychiatrycznej oraz neurologicznej. Konsultujący neurolog nie stwierdził cech ogniskowego uszkodzenia ośrodkowego układu nerwowego ani wskazań do pilnej hospitalizacji w oddziale neurologicznym. Z kolei dyżurny lekarz psychiatra ze względu na ciężki zespół depresyjny z objawami psychotycznymi zaproponował pacjentce przyjęcie do oddziału psychiatrycznego w trybie pilnym, na co pacjentka nie wyraziła zgody. Wobec braku przesłanek do leczenia szpitalnego wbrew woli w myśl art. 23. ustawy o ochronie zdrowia psychicznego pacjentkę pod opieką rodziny wypisano z izby przyjęć do domu z zaleceniami.

Przypadek 3

Pacjent, lat 68, leczony w poradni leczenia uzależnień z powodu uzależnienia od alkoholu i benzodiazepin, w abstinencji od około roku, podczas telewizyty zgłosił trwające od tygodnia trudności w wysłowieniu się, doborze słów, zaburzenia pamięci świeżej i koncentracji uwagi. W wywiadzie przedmiotowym od żony od tygodnia dziwne zachowanie pacjenta. Z uwagi na podejrzenie ostrego incydentu naczyniowo-mózgowego oraz fakt, że pacjent miał zapewnioną opiekę ze strony żony, lekarz polecił niezwłoczne udanie się bezpośrednio do szpitalnego oddziału ratunkowego bez skierowania.

Przypadek 4

Pacjentka leczona w przychodni zdrowia psychicznego z powodu zaburzeń adaptacyjnych podczas telewizyty u lekarza psychiatry ujawniała

negatywne myślenie, poczucie beznadziei, samookaleczenia oraz myśli samobójcze bez tendencji do realizacji. Chora na co dzień zajmowała się małym dzieckiem, sama pozostawała jednak otoczona czułą opieką ze strony swojego partnera i matki. Wysunięto podejrzenie zaburzeń osobowości, zintensyfikowano psychofarmakoterapię i zalecono pilną wizytę osobistą w przychodni. Podczas wizyty osobistej zmieniono kwalifikację myśli samobójczych na rezygnacyjne. Wydano pacjentce skierowanie do psychologa oraz skierowanie do oddziału dziennego psychiatrycznego celem wdrożenia intensywnych oddziaływań psychoterapeutycznych. Z tego ostatniego chora nie skorzystała, argumentując swoją decyzję koniecznością zajmowania się dzieckiem. Podczas kolejnych wizyt obserwowano stopniową poprawę stanu psychicznego.

Podsumowanie

Z powyższego przeglądu aktów prawnych można wyciągnąć wniosek, że pandemia COVID-19 przyczyniła się do rozwoju telemedycyny. Przyspieszyła wdrażanie do praktyki udzielania świadczeń zdrowotnych rozwiązań z tego zakresu, stwarzając również nowe płaszczyzny do ich zastosowania. Zmusiła także ustawodawcę do zalegalizowania tych rozwiązań, określenia standardów i obowiązujących procedur w tym zakresie. Pospieszenie procedowane prawo pozostawiło jednak pewne luki i sprzeczności, które wymagają weryfikacji w najbliższym czasie, chociażby w aspekcie opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień.

Warto podkreślić, że zgodnie z przedstawionymi regulacjami wizyta online jest traktowana tak samo jak wizyta stacjonarna. Zasady odpowiedzialności cywilnej, karnej oraz zawodowej w zakresie teleporad oraz porad udzielanych stacjonarnie są takie same. Również NFZ pozwala rozliczyć e-wizytę, traktując ją jako w pełni ekwiwalentną w stosunku do tradycyjnej wizyty ambulatoryjnej. Ocena, czy w danym przypadku świadczenie zdrowotne może zostać wykonane za pośrednictwem narzędzi telemedycyny, należy do lekarza, który ponosi odpowiedzialność za wykonanie badania. Wykonanie za pośrednictwem systemów teleinformatycznych i narzędzi łączności badania dotyczącego osób, których ocena

stanu zdrowia wymaga osobistego kontaktu z lekarzem, grozi lekarzowi poniesieniem potencjalnej odpowiedzialności za błąd diagnostyczny, którego skutkiem może być narażenie życia i zdrowia pacjenta oraz osób mających z nim kontakt⁴⁰.

Praktycznie jednak stan wiedzy z zakresu nauk medycznych oraz stopień rozwoju technologii informacyjnych nie pozwala uznać porady online i tradycyjnej stacjonarnej wizyty lekarskiej za w pełni ekwiwalentne. Telemedycyna stanowi raczej uzupełnienie dotychczasowych form udzielania świadczeń zdrowotnych. Fundamentalnym zagrożeniem wizyty online jest praktyczny brak możliwości przeprowadzenia badania przedmiotowego. Dlatego też nie może stanowić ona swoistego panaceum na zagrożenie epidemiczne i pod tym względem bywa nadużywana w czasie obecnej pandemii.

Bibliografia

- Darkins A., Cary M.A., *Telemedicine and telehealth: principles, policies, performances and pitfalls*, New York 2000.
- Krzystanek M., Borkowski M., Skalacka K. et al., *A telemedicine platform to improve clinical parameters in paranoid schizophrenia patients: Results of a one-year randomized study*, „Schizophr Res.” 2019, nr 204, s. 389–396, doi: 10.1016/j.schres.2018.08.016, indexed in Pubmed: 30154027.
- Krzystanek M., Matuszczyk M., Krupka-Matuszczyk I., Koźmin-Burzyńska A., Segiet S., Przybyło J., *Telewizyta (e-wizyta) na czas kryzysu epidemicznego – rekomendacje w zakresie prowadzenia wizyt online w opiece psychiatrycznej*, „Psychiatria” 2020, t. 17, nr 2, s. 61–65.
- Krzystanek M., Stolarczyk A., Borkowski M. et al., *Telemedyczna terapia poznawczo-behawioralna*, „Psychiatria” 2018, nr 15(2), s. 110–116.

⁴⁰ I. Wrześniewska-Wal, D. Hajdukiewicz, *Telemedycyna w Polsce – aspekty prawne, medyczne i etyczne*, „Studia Prawnoustrojowe” 2020, nr 50, <https://doi.org/10.31648/sp.6061>; M. Krzystanek, M. Matuszczyk, I. Krupka-Matuszczyk, A. Koźmin-Burzyńska, S. Segiet, J. Przybyło, *Telewizyta (e-wizyta) na czas kryzysu epidemicznego – rekomendacje w zakresie prowadzenia wizyt online w opiece psychiatrycznej*, „Psychiatria” 2020, t. 17, nr 2, s. 61–65; J. Zajdel-Calkowska, *Wydawanie orzeczeń o stanie zdrowia pracowników i osób ubiegających się o pracę z wykorzystaniem teleinformatycznych środków przekazu*, „Medycyna Pracy” 2020, t. 72(1).

- WHO, *WHO Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID-19, 2020*, <https://www.who.int/dg/speeches/detail/who-director-general-s-remarks-at-the-media-briefing-on-2019-ncov-on-11-february-2020> [dostęp: 11.02.2020].
- WHO, *Telemedicine., Opportunities and development in Member States. Report on the second global survey on eHealth 2010.2.*
- Wootton R., Craig J., Patterson V., *Introduction to telemedicine*, wyd. 2, London 2006.
- Wrześniewska-Wal I., Hajdukiewicz D., *Telemedycyna w Polsce – aspekty prawne, medyczne i etyczne*, „Studia Prawnoustrojowe” 2020, nr 50, <https://doi.org/10.31648/sp.6061>.
- Zajdel-Calkowska J., *Wydawanie orzeczeń o stanie zdrowia pracowników i osób ubiegających się o pracę z wykorzystaniem teleinformatycznych środków przekazu*, „Medycyna Pracy” 2020, nr 72(1).

Abstract

The impact of the COVID-19 pandemic on the evolution of legal regulations in the field of telemedicine with particular addiction from psychiatric dependence and addiction

In 2020, the COVID-19 pandemic has become a major health concern worldwide. The obligation to prevent infections with the simultaneous need to continue providing health services not related to COVID-19 contributed to the search for new solutions in the field of telemedicine. The article analyzes the evolution of telemedicine in the Polish legal system during the COVID-19 pandemic. Particular attention was paid to regulations relating to benefits in the field of psychiatric care and addiction treatment.