Anna Paprocka-Lipińska
ORCID: 0000-0002-0631-7311

Gdański Uniwersytet Medyczny
Zakład Etyki Medycznej

Medical University of Gdańsk
Department of Medical Ethics

TELEMEDYCYNA – WYZWANIE BIOETYCZNE XXI WIEKU

Telemedicine – the bioethical challenge of the 21st century

Słowa kluczowe: telemedycyna, bioetyka, zawody medyczne, nowe technologie, ochrona zdrowia

Key words: telemedicine, bioethics, medical professions, new technologies, healthcare

Streszczenie

Telemedycyna stanowi stosunkowo nowe zjawisko w ochronie zdrowia, a jej wdrażanie generuje wiele pytań, na które eksperci reprezentujący różne dziedziny próbują znaleźć odpowiedź. Brakuje interdyscyplinarnych opracowań naukowych dotyczących oceny tej nowej możliwości w kontekście szeroko rozumianego dobra pacjenta. W artykule przedstawiono wybrane zagadnienia związane z telemedycyną poddawane pod dyskusję w literaturze przedmiotu. Autorka, będąc praktykującym lekarzem, zwraca również uwagę na pewne aspekty praktyczne z punktu widzenia pracownika ochrony zdrowia.

Abstract

Telemedicine is a relatively new phenomenon in health care, and its implementation generates many questions to which experts from various fields try to find an answer. There are no interdisciplinary scientific studies on the assessment of this new possibility in the context of the patient's good. This article presents selected issues related to telemedicine, which are discussed in the literature. The author, being a practicing phisician, also draws attention to some practical aspects from the point of view of healthcare professional.

Wybory, jakich dokonuje człowiek, mogą mieć zarówno krótkoterminowe skutki dla najbliższego mu otoczenia, jak i długoterminowe konsekwencje dla środowiska i życia społeczeństwa w przyszłości, a tylko niektóre z nich są przewidywalne. Na powyższe aspekty zwrócono szczególną uwagę w latach 70. ubiegłego wieku, kiedy to w związku z gwałtownym postępem naukowo-technologicznym poszukiwano odpowiedzi na pytania dotyczące bezpiecznego wdrażania nowych tech-

nologii dla dobra człowieka. Profesor onkologii Van Rensselaer Potter[1] w monografii zatytułowanej *Bioethics: Bridge to the Future* zawarł opis koncepcji nowej dyscypliny naukowej – bioetyki, w której niezwykle ważna miała być dyskusja podejmowana przez naukowców reprezentujących różne dziedziny nauki w celu skrupulatnego namysłu nad wdrażaniem nowych technologii i możliwych do przewidzenia skutków tego procesu. Warto w tym miejscu zacytować chociaż parę zdań z tej monografii, aktualnych również dzisiaj: „Aby przetrwać i podnieść jakość życia, ludzkość pilnie potrzebuje nowego rodzaju mądrości, który dostarczy »wiedzy, jak korzystać z wiedzy«"[2] (Potter 1971: 1). „Potrzeba jednak nowej dyscypliny proponującej modele stylu życia ludziom, którzy będą komunikować się między sobą oraz proponować i wyjaśniać nowe kierunki polityki publicznej, które mogłyby stanowić »most do przyszłości«. Nowe dyscypliny będą wykuwane w ogniu obecnego kryzysu i muszą stanowić pewnego rodzaju mieszankę podstaw biologii, nauk społecznych i humanistycznych"[3] (Ibidem: 2).

W 1979 roku pojawił się pewien punkt odniesienia do dyskursu nad nowymi wyzwaniami w medycynie – cztery zasady etyki biomedycznej, zaproponowane przez amerykańskich filozofów: Jamesa Childressa i Toma Beachaumpa, opublikowane w monografii zatytułowanej *Principles of biomedical ethics*. We współczesnym ujęciu bioetyki wspomniane zasady raczej nie stanowią już wspólnego mianownika, a w literaturze przedmiotu funkcjonuje wiele definicji i odmian bioetyki, biorąc pod uwagę np. różnorodne tryby argumentacji czy formułowane wnioski normatywne (Turner 2009: 779). Cytując za prof. Kazimierzem Szewczykiem, chciałabym przyjąć, że „bioetyka jest usytuowaną w prze-

[1] Van Rensselaer Potter (1911–2001) – profesor onkologii, zastępca dyrektora McArdle Laboratory for Cancer Research Medical School na Uniwersytecie w Wisconsin; uważany jest za jednego z twórców pojęcia „bioetyka", którego użył w swoim artykule zatytułowanym *Bioethics: The science of Survival*, opublikowanym w 1970 r., a następnie w monografii *Bioethics: Bridge to the Future*, zawierającej opis koncepcji bioetyki jako nowej dyscypliny naukowej.

[2] W oryg.: "Mankind is urgently in need of new wisdom that will provide the »knowledge of how to use knowledge« for man's survival and for improvement in the quality of life" (tłum. Anna Kierbedź).

[3] W oryg.: "What is needed is a new discipline to provide models of life styles for people who can communicate with each other and propose and explain the new public policies the could provide a »bridge to the future«. The new disciplines will be forged in the heat of today's crisis problems, all of which require some kind of a mix between basic biology, social sciences, and the humanities" (tłum. Anna Kierbedź).

strzeni publicznej, interdyscyplinarną dziedziną nauki identyfikującą, krytycznie analizującą i (normatywnie) regulującą moralne aspekty podejmowania decyzji w systemie opieki zdrowotnej światopoglądowo zróżnicowanego państwa prawnego" (Szewczyk 2013) i w świetle tej definicji, analizując literaturę przedmiotu, dokonać próby identyfikacji problemów pojawiających się w związku z wprowadzaniem telemedycyny, ze zwróceniem szczególnej uwagi na wybrane aspekty dotyczące polskich rozwiązań.

Rozpatrując telemedycynę jako stosunkowo nowe zjawisko i wyzwanie w ochronie zdrowia, należałoby, w świetle założeń bioetycznych, skrupulatnie, z wielką ostrożnością, na podstawie wiedzy i doświadczenia ekspertów reprezentujących różne dziedziny nauki, ale także, a może przede wszystkim, przedstawicieli zawodów medycznych, przedstawicieli organizacji reprezentujących pacjentów i przedstawicieli różnych grup społecznych, podjąć dyskusję nad możliwościami i zaletami, a także nad wadami i ograniczeniami telemedycyny. Należy bowiem zdawać sobie sprawę, że wprowadzenie i zaakceptowanie zmian w tradycyjnym modelu uprawiania medycyny może odnieść określone skutki w przyszłości. Problemem jest jednak to, że dyskusje na ten temat prowadzone były dotychczas w ograniczonym zakresie i w grupach reprezentujących raczej wąskie dziedziny, dodatkowo entuzjastycznie nastawionych do pojawiających się nowych możliwości. Dodatkowo w każdym kraju, do czasu ogłoszenia stanu pandemii COVID-19, istniało wiele barier prawnych i finansowych. I tak np. w Stanach Zjednoczonych w 2018 roku największy płatnik usług medycznych dla osób dorosłych w starszym wieku – Medicare – refundował teleporady jedynie dla pacjentów zamieszkałych na trudno dostępnych terenach wiejskich, mimo że możliwości stosowania teleporad u innych pacjentów mogłyby być z powodzeniem stosowane, w ocenie lekarzy, również u innych pacjentów (Saldivar et al. 2021: 995).

W różnych opracowaniach i publikacjach funkcjonuje wiele definicji telemedycyny. W 2010 roku Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) zaadaptowała opisową definicję telemedycyny złożoną z istniejących już wielu wcześniejszych prób zdefiniowania tego zjawiska: „Świadczenie usług opieki zdrowotnej, gdzie czynnikiem krytycznym jest odległość, przez wszystkich pracowników ochrony zdrowia wykorzystujących technologie informacyjno-komunikacyjne do wymiany ważnych infor-

macji do diagnozowania, leczenia i zapobiegania chorobom i urazom, badań i oceny oraz do ustawicznego kształcenia świadczeniodawców opieki zdrowotnej, wszystko w interesie podniesienia stanu zdrowia jednostek i ich społeczności"[4] (WHO 2010).

W dobie dyskusji na temat zastosowań telemedycyny warto zastanowić się nad tym, co mianowicie oznacza, że „odległość jest czynnikiem krytycznym"? Czy jest to sytuacja, kiedy nie ma możliwości świadczenia usług opieki zdrowotnej w inny sposób niż tylko na odległość np. w trudno dostępnych rejonach geograficznych? Czy też telemedycyną możemy określić każdą sytuację, w której świadczenia odbywają się bez fizycznego, bezpośredniego kontaktu między osobą, która udziela świadczeń, a osobą, która z tych świadczeń korzysta? I nie będzie to zależne od tego, czy istnieją w tym samym czasie inne możliwości, jak np. tradycyjne udzielenie świadczeń w bezpośrednim kontakcie personalnym. To rozgraniczenie wydaje się istotne z punktu widzenia oceny zalet i wad telemedycyny. Innymi słowy: czy jest to konieczność, czy też wybór spomiędzy różnych dostępnych możliwości? Czy w sytuacji pandemii COVID-19 określenie, że teleporada jest jedynym rozwiązaniem zapewniającym bezpieczeństwo pacjenta w kontakcie z lekarzem, nie jest nadużyciem w sytuacji, gdy można byłoby zastosować środki ochrony osobistej i uodpornianie czynne w postaci szczepienia profilaktycznego, obowiązkowego dla obu stron, tzn. i pacjenta, i lekarza?

Wiele publikacji wskazuje na pierwsze zastosowanie telemedycyny w przypadku przesyłania wyników badań obrazowych, jednak autorzy monografii *History of Telemedicine: Evolution, Context, and Transformation*, opublikowanej w 2009 roku, wskazują na pionierską transmisję badania elektrokardiogramu (EKG) na odległość, której dokonał holenderski lekarz Willem Einthoven w roku 1905[5]. Mimo pewnych

[4] W oryg.: "The delivery of health care services, where distance is a critical factor, by all health care professionals using information and communication technologies for the exchange of valid information for diagnosis, treatment and prevention of disease and injuries, research and evaluation, and for the continuing education of health care providers, all in the interests of advancing the health of individuals and their communities" (tłum. własne).

[5] Cytuję za autorem recenzji wspomnianej monografii Seewon Ryu*: History of Telemedicine: Evolution, Context, and Transformation, Healthcare Informatics Research* 2010, 16 (1): 65, doi:10.4258/hir.2010.16.1.65. Na nazwisko Einthovena powołują się również autorzy raportu WHO na temat telemedycyny, opublikowanego w 2010 r., przywołując publikację: W. Einthoven (1906), *Le télécardiogramme* [*The telecardiogram*], „Archives Internationales de Physiologie" 4: 132–164.

historycznych rozbieżności należy podkreślić fakt, że pierwsze zastosowania nowych możliwości technologicznych dotyczyły przekazywania na odległość tylko gotowych wyników badań dodatkowych.

Nowe możliwości techniczne stopniowo obejmowały kolejne obszary i przybywało entuzjastów stosowania pewnych elementów telemedycyny, zwłaszcza w gronie przedstawicieli zawodów medycznych. Niewątpliwie do zastosowania telemedycyny w szerszym pojęciu niż tylko transmisja danych przyczyniły się loty człowieka w kosmos. Narodowa Agencja Aeronautyki i Przestrzeni Kosmicznej (NASA, The National Aeronautics and Space Administration) korzystała z doświadczenia i wiedzy wielu lekarzy specjalistów, którzy mieli za zadanie dbać o bezpieczeństwo zdrowotne załogi statków kosmicznych i było oczywiste, że należy rozwiązać problem zdrowotny zdalnie, bez możliwości bezpośredniego kontaktu z pacjentem. W Europie Rosyjska Agencja Lotniczo-Kosmiczna (Roskosmos) korzystała z podobnych rozwiązań podczas przygotowań oraz obsługi lotów kosmicznych.

W 1993 roku w Waszyngtonie powstało Amerykańskie Towarzystwo Telemedycyny (The American Telemedicine Association, ATA), jako organizacja non-profit skupiająca lekarzy zafascynowanych nowymi możliwościami technologicznymi i ich zastosowaniami w medycynie (ATA 1993). Od tego momentu, do dnia dzisiejszego, powstało wiele publikacji naukowych opisujących i analizujących zastosowanie telemedycyny w różnych specjalnościach medycznych. Aby jednak obiektywnie i rzetelnie ocenić zalety oraz ograniczenia telemedycyny, warto rozdzielić od siebie dwa zupełnie różne okresy, które w wyrazisty sposób oddziela dzień ogłoszenia przez Światową Organizację Zdrowia (WHO) stan pandemii COVID-19, a było to 11 marca 2020 roku (WHO 2020).

W pierwszym okresie – przed pandemią – poszukiwano obszarów, w których można byłoby bezpiecznie i z wyraźną korzyścią dla pacjentów wdrażać możliwości telemedycyny. Niektóre rozwiązania zastosowane w praktyce znacząco poprawiły jakość świadczeń medycznych w niektórych przypadkach i taka ocena była zgodna wśród entuzjastów stosowania nowych technologii, specjalistów z zakresu zdrowia publicznego, lekarzy oraz pacjentów. Dotyczyło to zwłaszcza diagnostyki objawów chorobowych, które pojawiały się nagle i mogły szybko przemijać. Przykładem może być inicjatywa Amerykańskiej Akademii Neurologii (American Academy of Neurology, AAN), dzięki której wdrożono

w 1999 roku, z dobrym skutkiem, do programu monitorowania udarów możliwość wczesnej diagnostyki na odległość (*telestroke services*) (Hatcher-Martin et al. 2020: 30). Innym niezwykłym osiągnięciem telemedycyny, pokazującym jej niemal nieograniczone możliwości, było przeprowadzenie pierwszej laparoskopowej operacji chirurgicznej na odległość: pacjentka znajdowała się w szpitalu w Strasburgu (Francja), a operujący narzędziami chirurg – w Nowym Jorku (Marescaux et al. 2002: 235). Było to możliwe dzięki użyciu szybkiej sieci naziemnej (high-speed terrestrial network, ATM service). Na przeprowadzenie tej operacji uzyskano zgodę stosownych komisji etycznych we Francji i w Stanach Zjednoczonych, a także nie znaleziono żadnych przepisów prawnych, które uniemożliwiałyby wykonanie tego rodzaju zabiegu. Pacjentka wyraziła świadomą zgodę i uzyskała pełne informacje o planowanym eksperymentalnym zabiegu. W konkluzji opisu naukowego tej operacji stwierdzono, że możliwe jest, od strony technicznej, przeprowadzenie zabiegu operacyjnego na odległość[6] przy pomocy robotów, z zastrzeżeniem, że należy tę ewentualność zarezerwować dla operacji w sytuacjach szczególnych, kiedy np. nie ma na miejscu odpowiedniego specjalisty.

Entuzjaści zastosowań nowych technologii w medycynie inicjowali w różnych krajach dyskusję na temat uwarunkowań prawnych i etycznych. W podsumowaniu rekomendacji stworzonych przez amerykańską grupę roboczą państwowej rady lekarskiej dla właściwego wykorzystania Internetu w praktyce medycznej stwierdzono, że kluczowe w zastosowaniu telemedycyny jest obopólne porozumienie: pacjenta i lekarza, co do tego, że świadczenia medyczne będą udzielane na odległość. Niezbędna jest również weryfikacja przez lekarza danych personalnych pacjenta oraz zachowanie poufności i prywatności. Zagwarantowane powinny być również zapis zdalnego zdarzenia medycznego, a także pełne bezpieczeństwo przechowywania elektronicznej dokumentacji. Pacjent powinien wyrazić zgodę na diagnostykę i leczenie przy wykorzystaniu technik telemedycznych (Gattu et al. 2016: 126). Biorąc pod uwagę proces uzyskiwania zgody na diagnostykę i świadczenia medyczne wykonywane w formie tradycyjnej, który odbywa się w kontakcie bezpośrednim, po rozmowie i przedstawieniu dostępnych możliwości, należałoby się wnikliwie zastanowić, jak wobec powyższego przeprowadzić proces udzielania zgody przez pacjenta na świadczenia telemedyczne.

[6] Chodzi tutaj o odległość transkontynentalną ok. 14 000 km.

Niektórzy autorzy sugerują wprowadzenie elektronicznego formularza świadomej zgody, który pacjent powinien wypełnić i przesłać lekarzowi przed teleporadą (Aneja, Arora 2021: 315).

W Polsce, w analogicznym okresie, możemy również wskazać na proces wprowadzania możliwości telemedycyny. Jednym z dobrych przykładów było utworzenie w 1997 roku w Sopocie Centrum Medycznego „KARDIOTEL", w którym uruchomiono całodobowy nadzór kardiologiczny nad pacjentami z zaburzeniami rytmu serca. Była to wówczas jedyna w Polsce Północnej placówka świadcząca tego typu usługi. Nowoczesny system transmisji sygnału EKG przez telefon pozwalał na kontakt pacjenta z lekarzem, w razie niepokoju wynikającego z zaburzeń rytmu serca, przez całą dobę. Mimo pozytywnej oceny metody zarówno przez lekarzy, jak i pacjentów usługa nie mogła być stosowana w ramach świadczeń publicznej ochrony zdrowia, ponieważ płatnik nie przewidywał takiej formy[7]. Zauważyć można więc w tym przypadku wyraźną rozbieżność pomiędzy oceną metody przez pacjentów i lekarzy a oceną dokonywaną przez struktury odpowiedzialne za faktyczną dostępność metody.

W 1998 roku powstało stowarzyszenie skupiające entuzjastów telemedycyny o nazwie Polskie Towarzystwo Telemedycyny (PTTM). Jak czytamy w statucie, jego celami były wówczas i są nadal:

> [...] działalność naukowo-badawcza służąca wspieraniu rozwoju telemedycyny i medycznej rzeczywistości wirtualnej w pracy klinicznej i naukowej na terytorium RP, wspieranie badań naukowych służących rozwojowi telemedycyny i ich zastosowań, wspieranie komunikacji telemedycznej pomiędzy ośrodkami medycznymi w kraju oraz ich współpracy z ośrodkami zagranicznymi, konsultacje merytoryczne oraz wspieranie działalności lekarzy, a zwłaszcza lekarza rodzinnego w małych ośrodkach przez wskazanie możliwości telediagnostyki i teleedukacji, opiniowanie projektów telemedycznych, ułatwianie i nawiązywanie kontaktów naukowych z osobami i ośrodkami zajmującymi się telemedycyną, ułatwianie dostępu do literatury fachowej oraz działalność edukacyjna propagująca zastosowania telemedycyny i medycznej rzeczywistości wirtualnej wśród lekarzy i innych pracowników służby zdrowia (Glinkowski 2005a: 8).

[7] To niezwykle nowoczesne rozwiązanie wyprzedziło możliwości organizacyjne w ochronie zdrowia. Narodowy Fundusz Zdrowia nie rozliczał wówczas usług telemedycznych i nie uwzględniał telekonsultacji. Z tego powodu zaniechano korzystania z tej możliwości.

W 2001 roku powstała kolejna struktura – Sekcja Telemedycyny Polskiego Towarzystwa Lekarskiego (Baraniecki 2003). Po siedmiu latach od utworzenia PTTM, jego prezes dr Wojciech Glinkowski pisał w swoich artykułach o zaletach i wadach telemedycyny. Wśród zalet wymieniał m.in. lepszy dostęp do opieki medycznej i informacji czy „obniżone koszty służby zdrowia", a wśród wad: problemy ochrony danych, „osłabienie wzajemnych relacji między specjalistą w dziedzinie medycyny lub ochrony zdrowia a pacjentem", a także kwestie organizacyjne i nieuregulowane kwestie prawne (Glinkowski 2005b: 3). W odniesieniu do sytuacji w polskiej ochronie zdrowia w kontekście telemedycyny Glinkowski wskazał, że najczęściej jest to całodobowy monitoring elektrokardiograficzny oraz przesiewowe badania słuchu i mowy[8]. Ważna była również opinia dotycząca ewentualnego rozszerzenia możliwości: „Na usługę lekarską odbywającą się bezpośrednio pomiędzy pacjentem a lekarzem w wielu specjalnościach medycyny somatycznej być może jest jeszcze troszeczkę za wcześnie" (Glinkowski 2005b: 5).

W 2015 roku nastąpiły ważne zmiany w polskim prawie, umożliwiające bardziej powszechne wprowadzanie telemedycyny do praktyki lekarskiej. W Ustawie o zawodach lekarza i lekarza dentysty art. 2 dodano pkt. 4, w którym ujęto stwierdzenie, że lekarz może wykonywać swoje czynności zawodowe „także za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności" (Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentysty, 1996). Ta zmiana w sposób jednoznaczny podsumowała i zakończyła dyskusję na temat, czy legalnie można stosować możliwości telemedycyny.

Kolejną kwestią, z którą należało się zmierzyć w kontekście telemedycyny, były wyzwania etyczne. Autorzy raportu Fundacji Telemedycznej Grupy Roboczej w opublikowanym w 2018 roku raporcie zatytułowanym: *Jak skutecznie wykorzystać potencjał telemedycyny w polskim systemie ochrony zdrowia?* dokonali próby odpowiedzi na bardzo ważne pytanie: „Czy udzielanie świadczeń telemedycznych jest zgodne z zasadami etyki zawodowej?" (TGR 2018: 34). W funkcjonujących kodeksach etyki zawodowej możemy znaleźć zapisy odnoszące się do udzielania świadczeń, w tym udzielania świadczeń medycznych, na odległość. Trzeba w tym miejscu zacytować brzmienie art. 9 aktualnie obowią-

[8] Program badania słuchu i mowy jest niezwykłym międzynarodowym osiągnięciem, zainicjowanym przez prof. dr. hab. med. Piotra H. Skarżyńskiego w 2009 roku (National Network of Teleaudiology).

zującego Kodeksu etyki lekarskiej (KEL): „Lekarz może podejmować leczenie jedynie po uprzednim zbadaniu pacjenta. Wyjątki stanowią sytuacje, gdy porada lekarska może być udzielona wyłącznie na odległość" (Kodeks etyki lekarskiej, 2004). Jeżeli interpretacji podlegałoby tylko pierwsze zdanie tego zapisu, można byłoby się zgodzić, że nie stoi on w sprzeczności z obowiązującym prawem – jego zmianą w 2015 roku uwzględniającą możliwość świadczenia usług zdrowotnych z wykorzystaniem technik telemetrycznych. Badanie pacjenta może przecież się odbyć również zdalnie, bez bezpośredniego fizycznego kontaktu. W jaki sposób interpretować to drugie zdanie artykułu? Zgodnie z kodeksem użycie technik telemetrycznych powinno być wyjątkiem, zarezerwowanym dla sytuacji, w których nie ma możliwości udzielenia świadczeń w tradycyjnej formie. Autorzy wspomnianego raportu kończą jednak swoje rozważania zdaniem: „Podsumowując, art. 9 Kodeksu etyki lekarskiej interpretowany z uwzględnieniem zasad powszechnie obowiązującego prawa nie stoi na przeszkodzie udzielaniu świadczeń telemedycznych".

Z kolei interpretacja innych prawników na temat brzmienia zapisu Kodeksu etyki lekarskiej już nie jest taka prosta i artykuł, w którym analizują przepisy prawne dotyczące telemedycyny, w podsumowaniu zawiera konkluzję o konieczności dodania komentarza w samym kodeksie (Wrześniewska-Wal, Hajdukiewicz 2020: 522). Problem jest w zasadzie jeden: KEL został stworzony przez lekarzy do przestrzegania przez nich zapisanych regulacji w czynnościach zawodowych i to nikt inny, tylko lekarze są rozliczani ze stosowania zapisów tego kodeksu, którego nie można dowolnie interpretować czy też zmieniać znaczenia wybranych zdań. Z punktu widzenia lekarskiego – istnieje obecnie konflikt pomiędzy możliwościami zapisanymi w znowelizowanych przepisach prawa a zapisami obowiązującego kodeksu deontologicznego i ten konflikt należałoby jednoznacznie rozstrzygnąć, ponieważ dowolna interpretacja jednego z zapisów KEL mogłaby pociągnąć za sobą kolejne, aż do momentu, w którym okazałoby się, że kodeks w ogóle nie jest potrzebny, ponieważ każdy z zapisów w nim zawartych można byłoby dowolnie interpretować. Prawnicy dodają, że „wprawdzie KEL nie stanowi prawa powszechnego, ale jego normy wiążą lekarzy". Komentarz do art. 9 KEL sprawiłby, że zapis „nie budziłby w przyszłości wątpliwości co do legalności tej koncepcji leczenia [telemedycyny

– przyp. autorki] i wypisywania recept [chodzi o formę e-recept – przyp. autorki]" (Ibidem). W tej teoretycznej dyskusji nie został uwypuklony bardzo ważny fakt: oprócz odpowiedzialności prawnej (cywilnej i karnej) każdy praktykujący lekarz ponosi również odpowiedzialność zawodową ocenianą właśnie m.in. przez pryzmat przestrzegania zapisów Kodeksu etyki lekarskiej. A konsekwencje, które może ponieść lekarz nieprzestrzegający zapisów tego kodeksu – to w najcięższych przewinieniach zawieszenie lub odebranie prawa wykonywania zawodu.

W raporcie Fundacji Telemedycznej Grupy Roboczej znajdujemy jeszcze zastanawiającą rekomendację autorów raportu dla lekarzy udzielających telekonsultacji, aby powiększyli swoją sumę ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej. Oznaczać to może tylko jedno i trzeba to wyraźnie podkreślić: udzielanie telekonsultacji wiąże się z większym ryzykiem popełnienia błędu przez lekarza. Można w tym miejscu zadać więc pytanie: dla kogo zastosowanie technik telemedycyny może okazać się dobre, skoro zarówno lekarz, jak i w konsekwencji postępowania lekarza – pacjent mogą być narażeni na zwiększone ryzyko błędnej diagnozy i nieprawidłowego leczenia?

Pandemia COVID-19 zdecydowanie zmieniła w sposób dotąd niespotykany postrzeganie problemów w ochronie zdrowia we wszystkich krajach. Z jednej strony starano się ograniczyć transmisję wirusa, dlatego też tam, gdzie tylko było to możliwe, zalecano kontakt zdalny – również w medycynie. We wszystkich przypadkach, gdy bezpośredni kontakt pacjenta z lekarzem nie był konieczny, starano się wdrożyć telekonsultacje. W wielu przypadkach, gdyby lekarz miał do dyspozycji różne techniki – przede wszystkim połączenie video i np. osobę asystującą pacjentowi, która może zmierzyć ciśnienie tętnicze krwi, częstość akcji serca, przekazać szczegóły wyglądu pacjenta, a dodatkowo jest możliwy dostęp do wyników badań laboratoryjnych – można byłoby postawić trafną diagnozę. Ale czy można diagnozować pacjenta, dysponując jedynie połączeniem telefonicznym[9]? Trzeba w tym miejscu wspomnieć o rozporządzeniach ministra zdrowia regulujących w Polsce stosowanie teleporady. Pierwsze z nich pojawiło się w sierpniu 2020 roku i dawało sporą swobodę podmiotom leczniczym w realizacji świad-

[9] Może nie jest to najbardziej właściwe porównanie, ale czy ktokolwiek uzyskał poradę i diagnozę przez telefon z warsztatu samochodowego? Zawsze w takich przypadkach, po wyliczeniu możliwych usterek, pojawia się na koniec polecenie – „proszę przyjechać i wtedy zobaczymy, co się stało".

czeń (Rozporządzenie, 2020). Głównym założeniem tego rozporządzenia było ograniczenie transmisji wirusa poprzez ograniczenie kontaktu personelu medycznego z pacjentami. Pod hasłem zwiększenia bezpieczeństwa pacjentów i lekarzy zdecydowana większość wizyt odbywała się zdalnie, a decydował o tym przede wszystkim, co trzeba wyraźnie podkreślić, niedobór środków ochrony osobistej dla personelu medycznego. Tego rozporządzenia nie przedyskutowano wcześniej ze środowiskiem lekarskim. Wielu lekarzy (nie ma danych statystycznych, a to twierdzenie opieram na informacjach od kolegów i koleżanek w zawodzie) zrezygnowało z udzielania świadczeń, nie mogąc pogodzić się z takim „siłowym" rozwiązaniem, nakładającym dodatkową odpowiedzialność za wysokie ryzyko popełnienia błędu diagnostyczno-terapeutycznego. Po upływie ośmiu miesięcy od wejścia w życie wspomnianego rozporządzenia, w marcu 2021 roku, minister ogłosił nowe, w którym dokładnie wymieniono sytuacje, w których teleporada nie może mieć miejsca: gdy pacjent nie wyraził zgody na taką formę świadczenia, podczas pierwszej wizyty, w związku z chorobą przewlekłą, w przebiegu której doszło do pogorszenia lub zmiany objawów, w związku z podejrzeniem choroby nowotworowej i u dzieci do 6. roku życia (z pewnymi wyjątkami) (Rozporządzenie, 2021). W porównaniu do innych krajów ta regulacja jest bardzo szczegółowa i nie daje zbytniej swobody wyboru[10]. Jest to kolejna, zupełnie odmienna, odgórnie narzucona regulacja prawna, która w zasadniczy sposób ogranicza ocenę oraz swobodę wyboru przez lekarza i zaproponowania pacjentowi najlepszej dla niego opcji, na rzecz rozwiązań podanych przez władze ministerialne.

Obecnie powstaje wiele prac podsumowujących okres stosowania różnych programów wdrażających technologie telemedyczne w czasie pandemii COVID-19. W maju 2020 roku wprowadzono program wirtualnego badania neurologicznego w Meksyku i przeprowadzono, w związku z tą nową możliwością udzielania świadczeń, badanie ankietowe satysfakcji pacjentów. W badaniu wzięło udział 304 pacjentów, z których 1/3 zgłaszała się do lekarza z powodu chorób nerwowo-mięśniowych, 1/3 z powodu bólów głowy, pozostali pacjenci – z powodu padaczki, za-

[10] W USA nie ma specjalnych regulacji prawnych. Lekarz decyduje o formie relacji z pacjentem, ponieważ ponosi za to pełną odpowiedzialność. Powołuję się na odpowiedź na moje pytanie dotyczące regulacji prawnych w USA ekspertki Ann Mond Johnson, reprezentującej ATA na międzynarodowej konferencji „Telemedicine Poland 2021", która odbyła się w dniach 23–24 kwietnia 2021 r.

burzeń krążenia mózgowego i dolegliwości związanych z poruszaniem się (Dominiguez-Moreno et al. 2021: 294). U żadnego z pacjentów nie było, ostatecznie, konieczności hospitalizacji, a tylko dwóch pacjentów skierowano po teleporadzie na wizytę w tradycyjnej formie. 108 pacjentów odpowiedziało, że wolą teleporadę niż konsultacje w tradycyjnej formie. W tym badaniu można wskazać wiele ograniczeń. Rodzaj dolegliwości, z którymi zgłaszali się chorzy, pozwalał na zakończenie konsultacji wyłącznie na teleporadzie. Może pacjenci byli świadomi, że ich dolegliwości nie są poważne i tylko chcieli upewnić się w swoich przypuszczeniach. Czy można na podstawie takiego badania wyprowadzić wniosek, że teleporady są dobre, oszczędzają czas pacjenta i lekarza, są mniej kosztowne i w dodatku pacjenci są z takiej formy zadowoleni? Autorzy artykułu zwracają uwagę na pilną potrzebę wypracowania odpowiednich regulacji prawnych dotyczących telezdrowia i wzrastającego zainteresowania lekarzy klinicystów telemedycyną. Innym przykładem może być wprowadzenie systemu diagnozowania, kontroli i wielodyscyplinarnego leczenia pacjentów z cukrzycą w szpitalu uniwersyteckim w Chanchun, w Chinach za pomocą aplikacji w smartfonie. Autorzy opisują wiele zalet metody, dodając jednocześnie, że taka forma diagnostyki mogłaby służyć w przyszłości prewencji chorób metabolicznych (Wang et al. 2021: 52). Z kolei badanie przeprowadzone przez zespół jednego ze szwajcarskich centrów leczenia bólu wskazuje, że u pacjentów z nasilonymi dolegliwościami w zespołach bólów przewlekłych teleporady nie są jednak równie dobrze ocenianą przez pacjentów formą jak tradycyjna wizyta u lekarza (Harnik 2021: 941).

Można rozpatrywać zalety telemedycyny z punktu widzenia organizatorów ochrony zdrowia, towarzystw popierających taką formę uprawiania medycyny, czy też z punktu widzenia pacjenta. Łacińska maksyma odnosząca się do podstawowego wyzwania etycznego w medycynie – *Salus aergoti suprema lex esto* (Dobro pacjenta jest najwyższym prawem) – jest cały czas aktualna. Problemem jednak staje się określenie, kto powinien decydować o tym, czym to dobro faktycznie jest. W istocie to sam pacjent powinien być w centrum wszelkich działań. W coraz bardziej skomplikowanej relacji lekarz – pacjent nie powinno się utracić najważniejszego jej wymiaru: relacja ta ma służyć naradzeniu się lekarza i pacjenta, a po omówieniu wyników badań – wspólnemu zaplanowaniu terapii. Pacjent powinien otrzymać od lekarza komplet in-

formacji, które mają mu pomóc podjąć właściwą decyzję. Można zadać pytanie, czy zastosowanie zdobyczy telemedycyny nie zmieni charakteru tej relacji, tak jak zmieniło się rozumienie pojęcia „przyjaźń" w dobie powszechnego użycia mediów społecznościowych typu Facebook czy Twitter. Nie ma, niestety, interdyscyplinarnych badań naukowych w tym niezwykle trudnym obszarze (Thorup et al. 2019: 471). Ważne wydaje się pozostawienie możliwości wyboru oraz edukacja społeczeństwa. Jeżeli pacjent chciałby świadomie i dobrowolnie wybrać formę telekonsultacji, to w świetle jego praw należałoby mu to umożliwić. Nie można jednak zapomnieć o odpowiedzialności lekarza, może zdarzyć się bowiem tak, że to lekarz będzie nalegał na tradycyjną, kontaktową formę relacji, uważając, że tylko ona zapewni odpowiednią jakość świadczenia medycznego.

W niektórych dziedzinach medycyny zastosowanie technik może okazać się wręcz niezbędne, jeżeli chcielibyśmy poprawić już istniejące formy udzielania świadczeń medycznych, a zasadniczą kwestią jest w tych przypadkach odpowiednie techniczne wyposażenie: – w kardiologii – monitorowanie zaburzeń rytmu i przesłanie zapisu EKG, na podstawie którego lekarz będzie mógł zinterpretować rodzaj zaburzeń rytmu; – w medycynie ratunkowej – możliwość pracy w systemie ratownictw karetek podstawowych (z zespołem składającym się z ratowników medycznych) – zdalny kontakt z lekarzem w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym – konsultacja – celowane leczenie i transport do optymalnej placówki, biorąc pod uwagę schorzenie pacjenta; – w diagnostyce – przesyłanie do konsultacji czy opisów wyników badań obrazowych RTG, USG, MRI, TK, – telekonsultacje i omówienie szczególnie trudnych schorzeń w gronie specjalistów. Pewne elementy telemedycyny można tak naprawdę zastosować w każdej ze specjalności lekarskich. Dla przykładu podam swoje doświadczenie w stosowaniu telewizyt w prywatnej praktyce anestezjologicznej. Pierwszą, wstępną rozmowę z pacjentem, u którego będzie stosowana procedura chirurgii jednego dnia, można przeprowadzić zdalnie. Jest to rozmowa, w której pacjent, po przesłaniu wyników wcześniej zaleconych badań dodatkowych, udziela informacji o swojej przeszłości chorobowej, dotychczasowych metodach leczenia i aktualnym samopoczuciu. Z kolei lekarz udziela informacji o planowanym postępowaniu i przekazuje zalecenia, jak należy przygotować się do procedury. Taka forma wymiany informacji jest wręcz oczekiwana przez pacjentów: telewizyta może od-

być się w pasującym dla obu stron czasie i jest zdecydowanie tańszym, a równie dobrym rozwiązaniem, z zachowaniem jednak pewnych warunków. Niezwykle ważna jest odpowiednia edukacja. Pacjent musi znać konsekwencje przekazania niepełnych lub nieprawdziwych informacji. Zdarzyło się mianowicie parokrotnie, że pacjenci podawali nieaktualną (a właściwie nazwałabym: „życzeniową") wagę ciała, znacznie zaniżając wartości. Konsekwencją była dyskwalifikacja z zabiegu, która odbywała się w momencie spotkania z pacjentem „twarzą w twarz" i po kontroli wagi ciała, ponieważ wg wytycznych dotyczących bezpieczeństwa znieczulenia ogólnego nie można przeprowadzić procedury znieczulenia ogólnego w warunkach ambulatoryjnych u pacjentów, u których BMI[11] przekracza wartość 40.

Według ekspertów zajmujących się telemedycyną w czasach po pandemii powinniśmy się przygotować do zmian w postaci hybrydowego świadczenia usług medycznych[12]. W trudnej sytuacji epidemicznej wzrosło w znaczącym stopniu zainteresowanie technikami zdalnymi we wszystkich obszarach życia społecznego, łącznie z medycyną. Ale czy jest to właściwy kierunek i czy trzeba akceptować coś, co wynikało z konieczności sytuacyjnej? Czy zmiany nie doprowadzą np. do wykluczenia[13] części społeczeństwa, zwłaszcza seniorów, którzy nie mają biegłości w posługiwaniu się nowymi technologiami, dając z drugiej strony możliwość integracji społecznej tej części, która nie ma swobodnego dostępu do specjalistycznych świadczeń medycznych np. na terenach wiejskich? Co z bezpieczeństwem danych pacjenta i tajemnicą informacji? Czy do systemu informatycznego nie jest przekazywanych zbyt wiele danych o pacjencie, które mogą stanowić o niebezpieczeństwie naruszenia tajemnicy medycznej, jeżeli dostęp do tych danych uzyska niewłaściwa osoba? Czy nie należałoby również wprowadzić zmian

[11] BMI (ang. *body mass index*) – wskaźnik masy ciała, który określa parametry dotyczące masy ciała człowieka w stosunku do wzrostu.

[12] O tym zjawisku wspomniała w swoim wystąpieniu na konferencji Ann Mond Johnson; trend opisują też polscy eksperci – prof. Konrad Rejdak, prezes elekt Polskiego Towarzystwa Neurologicznego, na konferencji prasowej „Neurologia 2020" zwrócił uwagę na szansę, jaką daje telemedycyna w wyrównaniu dostępności do specjalistycznych usług medycznych w różnych regionach kraju (Wojtasiński 2020).

[13] W. Markowski w swoim artykule zatytułowanym *Współczesna rola techniki w procesach wykluczenia i integracji społecznej* (2017: 233) zwrócił uwagę na wręcz przeciwne zjawisko, twierdząc, że „nowoczesne rozwiązania w dziedzinie opieki zdrowotnej generują duże spektrum możliwości włączania w struktury społeczne ludzi dotąd wykluczonych".

w edukacji przed- i podyplomowej lekarzy oraz innych pracowników ochrony zdrowia z położeniem nacisku na umiejętność zastosowania technik zdalnych w procesie diagnostyki i leczenia? To tylko niektóre z pytań i co do jednego należy się zgodzić, że trzeba będzie znaleźć na nie interdyscyplinarną odpowiedź przed pełną akceptacją nadchodzących nieuchronnie zmian w systemie ochrony zdrowia.

Bibliografia

Aneja J., Arora S. (2021), *Telemedicine and ethics: opportunities in India*, doi: 1020529/IJME.2021.042.

ATA (1993), *American companies established in 1993*, URL=https://www.en.wikipedia.org/wiki/category:1993_establishments_in the United States [dostęp z dnia 20.11.2021].

Baraniecki M. (2003), *Telemedycyna*, https://izba-lekarska.pl/numer/numer-200301/telemedycyna/ [dostęp z dnia 20.07.2021].

Dominiguez-Moreno M., Garciaa-Grimshaw M., Chavez-Martinez O.A., Rebolledo--Garcia D., Diestel-Bautista J.C., Michel-Chavez A., Calderon-MAtinez J.A., Tristan-Samaniego D.P., Vigueras-Hernandez A.V., Estrada-Rodrigez H.E., Vega-Boada F.A., Davila-Maldonaldo L., Tanimoto M.A., Cantu-Brito C., Gonzales-Duerte A. (2021), *Global & Community Health: Implementation of and Patient Satisfaction With the First Neurologic Telemedicine Program in Mexico Curing COVID-19*, „Neurology" 97: 293–296, doi:10.1212/WNL.0000000000012291.

Gattu R., Teshome G., Lichtenstein R. (2016), *Telemedicine Applications for the Pediatric Emergency Medicine*, „Pedicatric Emergency Care" 32 (2): 123–130.

Glinkowski W. (2005a), *Towarzystwa telemedycyny w Polsce i na świecie*, „Medycyna Dydaktyka Wychowanie" 37 (6): 8–9.

Glinkowski W. (2005b), *Wprowadzenie do telemedycyny*, „Medycyna Dydaktyka Wychowanie" 37 (6): 3–8.

Gupta V.S., Popp E.C., Garcia E.I., Quashqai S., Ankrom C., Tzu-Ching W., Harting M.T. (2021), *Telemedicine as a component of forward triage in a pandemic*, doi:10.1016/j.hjdsi.2021.100567.

Kocańda K. (2018), *Kilka uwag na temat medycyny*, „Folia Cardiologica" 13 (5): 489–493, doi: 10.5603/FC.a2018.0062.

Kodeks etyki lekarskiej (2004), Tekst jednolity z dnia 2 stycznia 2004 r. zawierający zmiany uchwalone w dniu 20 września 2003 r. przez Nadzwyczajny VII Krajowy Zjazd Lekarzy, Warszawa.

Marescaux J., Leroy J., Rubino F., Smith M., Vix M., Simone M., Mutter D. (2002), *Transcontinental Robot-Assisted Remote Telesurgery: Feasibility and Potential Applications*, „Annals of Surgery" 235 (4): 487–492.

Markowski W. (2017), *Współczesna rola techniki w procesach wykluczenia i integracji społecznej*, „Humanistyka i Przyrodoznawstwo" 23: 223–242.

Potter V.R. (1971), *Bioethics: Bridge to the Future*, Prentice-Hall, Inc., Englewood Cliffs, New Jersey.

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

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 5 marca 2021 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie standardu organizacyjnego teleporady w ramach podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2021 r., poz. 427).

Saldivar R.T., Tew W.P., Shahrokni A., Nelson J. (2021), *Goals of care conversations and telemedicine*, doi: 10.1016/j.go.2021.02.016.

Szewczyk K. (2013), *Status metodologiczny bioetyki (w demokratycznym państwie prawnym) i uniwersalność norm moralnych*, [w]: *Etyka w medycynie wczoraj i dziś*, K. Basińska, J. Halasz (red.), Oficyna Wydawnicza Impuls:, Kraków: 237–260.

WHO (2010), *Telemedicine. Opportunities and developments in Member States*. Report on the second global survey in eHealth. URL=https://who.int/goe/publications/goe_telemedicine_2010.pdf [dostęp z dnia 27.07.2021].

WHO (2020), *Coronavirus disease 2019 (COVID-19) Situation Report-51*, URL=https://www.who.inf/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200311 [dostęp z dnia 20.11.2021].

Telemedyczna Grupa Robocza (2018), *Jak skutecznie wykorzystać potencjał telemedycyny w polskim systemie ochrony zdrowia?* URL=http://telemedycyna-raport.pl/api/file/events/rtgr/DZP_raportTGR%20raport-www.pdfDokument [dostęp z dnia 14.07.2021].

Thorup C.B., Bundgaard K., Pedersen P.U. (2019), *Transformation of health professional/patient caring relationship through information and communication technologies used in telemedicine: a scoping review protocol*, „JBI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports" 17 (4): 470–478.

Turner L. (2009), *Does bioethics exists?*, doi: 10.1136/jme.2008.028605.

Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz.U. z 1997 r. Nr 28, poz. 158 z późn. zm.).

Wang H., Yuan X., Wang J., Sun C., Wang G. (2021), *Telemedicine maybe an effective solution for management of disease during the COVID-19 epidemic*, doi: 10.1017/S1463423621000517.

Wojtasiński Z. (2020), *Ekspert: po pandemii czeka nas era telemedycyny*, URL=https://www.gazetaprawna.pl/wiadomosci/artykuly/1498165,ekspert-po-pandemii-czeka-nas-era-telemedycyny.html [dostęp z dnia 14.07.2021].

Wrześniewska-Wal I., Hajdukiewicz D. (2020), *Telemedycyna w Polsce – aspekty prawne, medyczne i etyczne*, doi: 10.31648/sp.6061.