

DR KATARZYNA MARLA ZOŃ

UNIWERSYTET SWPS WE WROCŁAWIU

ORCID: 0000-0001-5175-2091

Teleporada w świetle postanowień nowego Kodeksu Etyki Lekarskiej – brzmienie art. 9 k.e.l. od projektu do uchwały

DOI: 10.70537/ppm/210268

S t r e s z c z e n i e

Uchwalenie nowego Kodeksu Etyki Lekarskiej (k.e.l.) było uzasadnione koniecznością dostosowania kształtu zasad etyki lekarskiej do współczesnych uwarunkowań wykonywania zawodu lekarza. Istotną zmianę stanowiło objęcie art. 9 k.e.l. stosowania teleporady w ramach wykonywania zawodu lekarza, która to problematyka ma istotne znaczenie praktyczne. Celem artykułu jest dokonanie wykładni art. 9 k.e.l. w brzmieniu obowiązującym od dnia 1 stycznia 2025 r., a następnie próba oceny zasadności wprowadzonych zmian i ich wpływu na wykonywanie zawodu lekarza. Wartość poznawcza tytułowych rozważań przejawia się w przedstawieniu własnych uwag w zakresie interpretacji art. 9 k.e.l. Kompleksowa analiza uwzględnia nadto komentarz przygotowany przez Komisję Etyki Lekarskiej Naczelnej Rady Lekarskiej. Upřednio omówione zostały również wcześniejsze propozycje brzmienia art. 9 k.e.l. dla wskazania kierunku, w którym ewoluowały prace samorządu lekarskiego nad kształtem tego postanowienia i określenia głównych założeń leżących u ich podstaw. Należy pozytywnie ocenić dostrzeżoną przez samorząd lekarski konieczność zmian w zakresie art. 9 k.e.l. Nowe brzmienie tego postanowienia wyraża bardziej elastyczne podejście do relacji lekarz-pacjent. Kluczowe

znaczenie będzie miał jednak sposób interpretacji art. 9 k.e.l. w ramach postępowań w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarza.

Słowa kluczowe: etyka zawodowa, kodeks etyki, odpowiedzialność zawodowa, relacja lekarz-pacjent, telemedycyna

1. Wstęp

Od wielu lat były prowadzone dyskusje nad koniecznością zmian Kodeksu Etyki Lekarskiej (dalej jako: k.e.l.), ukierunkowanych przede wszystkim na dostosowanie reguł etycznych do obecnych uwarunkowań wykonywania zawodu lekarza, wynikających zarówno z przemian społecznych, jak i dokonującego się postępu w medycynie. Kształt modyfikacji w tym zakresie wyznaczały również aktualne wyzwania stojące przed przedstawicielami tej profesji oraz oczekiwania społeczne dotyczące standardów etycznych właściwych dla tego zawodu medycznego.

Wśród celów realizowanych przez zasady etyki zawodowej zwraca się uwagę nie tylko na ustalenie hierarchii wartości i obowiązków przyjętych w określonej grupie zawodowej czy wskazywanie pożądanego sposobu zachowania przez jej członków (utrwalanie norm deontologicznych sprzyja ujednolicaniu standardu postępowania), ale także na funkcję kontrolną pozwalającą na dokonanie oceny zachowania przedstawicieli danej profesji¹.

Mając na uwadze powyższe, warto zaznaczyć, że choć zasady etyki zawodowej nie stanowią prawa, to mieszczą się w obrębie systemu prawa w szerokim ujęciu, podobnie jak zasady współżycia społecznego czy reguły ostrożności². Powinność ich przestrzegania przez członków izby lekarskiej wynika wprost z treści art. 8 pkt 1 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (dalej jako: u.i.l.)³. Problematyka ta ma istotne zna-

¹ A. Korytowska, *Problem zgodności Kodeksu Etyki Lekarskiej z Konstytucją RP*, „Ruch Prawniczy, Ekonomiczny i Socjologiczny”, nr 1 (2009), s. 53.

² P. Konieczniak, *O znaczeniu orzecznictwa sądów lekarskich dla interpretacji prawa medycznego* [w:] T. Giaro (red.), *Rola orzecznictwa w systemie prawa*, Warszawa 2016, s. 254.

³ Ustawa z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (t. j. Dz. U. z 2021 r., poz. 1342 ze zm.).

czenie z uwagi na możliwość poniesienia odpowiedzialności zawodowej przez lekarza. W świetle bowiem art. 53 u.i.l. przewinieniem zawodowym może być zarówno naruszenie zasad etyki lekarskiej, jak i przepisów związanych z wykonywaniem zawodu lekarza. W odniesieniu do pierwszej postaci warto podkreślić, że norma prawna odsyła adresata do postanowień zawartych w zbiorze norm etycznych, jakim jest k.e.l.

W myśl art. 38 pkt. 1 u.i.l. kompetencję do uchwalenia zasad etyki lekarskiej posiada zwoływany co cztery lata Krajowy Zjazd Lekarzy. Ponadto w celu obradowania nad konkretnymi kwestiami Naczelna Rada Lekarska jest uprawniona do zwołania Nadzwyczajnego Zjazdu Lekarzy. Treść art. 37 ust. 5 u.i.l. ogranicza zakres podejmowanych podczas niego obrad wyłącznie do spraw, dla których został zwołany. Jednym z punktów porządku obrad Nadzwyczajnego XVI Krajowego Zjazdu Lekarzy⁴ uczyniono przedstawienie projektu uchwały w sprawie Kodeksu Etyki Lekarskiej⁵. Po przeprowadzeniu dyskusji oraz głosowania w dniu 18 maja 2024 r. została podjęta uchwała nr 5 w sprawie Kodeksu Etyki Lekarskiej, której załącznik stanowił Kodeks Etyki Lekarskiej⁶. Była to pierwsza od ponad 20 lat zmiana kształtu zasad etyki lekarskiej. W tym kontekście warto podkreślić, że uchwały korporacyjne nie stanowią źródła prawotwórstwa samoistnego. Uregulowane w aktach wewnątrz korporacyjnych obowiązki członków samorządu, związane między innymi ze standardami wykonywania zawodu, uzupełniają regulację ustawową, ale nie mogą jej naruszać⁷.

Uchwalenie nowego k.e.l., a w jego ramach nadanie odmiennego brzmienia art. 9 k.e.l., stanowiło przyczynę dla ponownego podjęcia się analizy tej regulacji⁸. Telemedycyna oraz jej poszczególne przejawy stanowią

⁴ Nadzwyczajny XVI Krajowy Zjazd Lekarzy odbył się w Łodzi w dniach 16-18 maja 2024 r.

⁵ <https://nil.org.pl/izba/krajowy-zjazd-lekarzy/nadzwyczajny-xvi-krajowy-zjazd-lekarzy/8463-projekt-porzadku-obrad-nadzwyczajnego-xvi-krajowego-zjazdu-lekarzy>, [dostęp: 12.11.2024 r.]

⁶ <https://nil.org.pl/izba/krajowy-zjazd-lekarzy/nadzwyczajny-xvi-krajowy-zjazd-lekarzy/8487-nowelizacja-kodeksu-etyki-lekarskiej-kamien-milowy-dla-srodowiska-lekarskiego>, [dostęp: 12.11.2024 r.] Uchwała weszła w życie z dniem 1 stycznia 2025 r.

⁷ L. Bosek, *Źródła prawa medycznego* [w:] M. Safjan, L. Bosek (red.), *System Prawa Medycznego. Instytucje prawa medycznego*, t. 1, Warszawa 2018, s. 288-289.

⁸ Por. K.M. Zoń, *Stosowanie art. 9 Kodeksu Etyki Lekarskiej w świetle orzecznictwa sądów lekarskich* [w:] I. Lipowicz, M. Świerczyński, G. Szpor (red.), *Telemedycyna i e-zdrowie. Prawo i informatyka*, Warszawa 2019,

jedno z wyzwań wiążących się współcześnie z wykonywaniem zawodu lekarza, które bezpośrednio dotyczy zmian w obrębie relacji lekarz-pacjent. W związku z powyższym warto przybliżyć przebieg prac nad postanowieniem k.e.l. odnoszącym się do tego aspektu praktyki lekarskiej, a następnie omówić i podjąć próbę oceny uzyskanych rezultatów.

Tytułem przypomnienia, do dnia 31 grudnia 2024 r. art. 9 poprzednio obowiązującego Kodeksu Etyki Lekarskiej (dalej jako dk.e.l.)⁹ brzmiał: „Lekarz może podejmować leczenie jedynie po uprzednim zbadaniu pacjenta. Wyjątki stanowią sytuacje, gdy porada lekarska może być udzielona wyłącznie na odległość”. Natomiast od dnia 1 stycznia 2025 r. regulacji tej nadano postać: „Lekarz podejmuje się opieki nad pacjentem po uprzedniej ocenie jego stanu. Lekarz wybiera taką formę konsultacji (w szczególności wizyta stacjonarna, teleporada), która zapewnia pacjentowi dostępną jakość i ciągłość opieki medycznej”. Przed przejściem do dalszej analizy warto pokreślić, że interpretując poszczególne postanowienia k.e.l., stosuje się tożsame metody jak przy dokonywaniu wykładni ustaw¹⁰.

2. Przebieg prac nad kształtem regulacji art. 9 k.e.l. w nowym Kodeksie Etyki Lekarskiej

2.1. Pierwszy projekt Komisji Etyki Lekarskiej (listopad 2023 r.)

Prace nad kształtem nowego brzmienia k.e.l. były prowadzone w ramach Komisji Etyki Lekarskiej Naczelnej Rady Lekarskiej (dalej również jako Komisja). Pierwsza z przedstawionych propozycji art. 9 k.e.l. została ukształtowana jako rezultat dyskusji przeprowadzonych w ramach kon-

s. 141-163; K.M. Zoń, *Kodeks Etyki Lekarskiej wobec leczenia na odległość – rozważania na tle art. 9*, „Medyczna Wokanda” nr 8 (2016), s. 85-95.

⁹ 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, Biuletyn Naczelnej Rady Lekarskiej, nr 1 (81) rok XIV, Warszawa 2004.

¹⁰ P. Konieczniak, *Nieformalne źródła prawa na przykładzie Kodeksu Etyki Lekarskiej* [w:] T. Giaro (red.), *Źródła prawa: teoria i praktyka*, Warszawa 2016, s. 135.

ferencji „Rozmowy o etyce – Kodeks Etyki Lekarskiej, reklama, psychiatria”¹¹ oraz wyrażała stanowisko wypracowane przez interdyscyplinarne grono uczestników (lekarze, etycy, prawnicy)¹². W projekcie art. 9 k.e.l. określał zasady realizacji teleporad w praktyce lekarskiej¹³. Nosił tytuł „Teleporada” i składał się z pięciu wyodrębnionych podjednostek redakcyjnych. W pierwszym ustępie podkreślono, że kontakt osobisty stanowi najwłaściwszą formą relacji lekarza z pacjentem. Następnie zwrócono uwagę na obowiązki lekarza związane z udzielaniem świadczenia w formie teleporady, wymieniając uprzednią weryfikację tożsamości pacjenta, zapewnienie poufności, poinformowanie pacjenta o ograniczeniach teleporady w porównaniu z osobistym kontaktem z pacjentem (w szczególności wskazanie objawów uzasadniających wizytę osobistą, zalecenie skontaktowania się z podmiotem wykonującym działalność leczniczą). W art. 9 ust. 4 k.e.l. wskazano przykładowe sytuacje, w których teleporada może znaleźć zastosowanie (leczenie stanów przewlekłych, konsultacja w trakcie prowadzonego leczenia, zapewnienie ciągłości leczenia do czasu możliwie najbliższej wizyty osobistej), jednocześnie wskazując przypadki, w których jej udzielenie nie jest zalecane (pacjenci nieleczeni dotychczas przez danego lekarza, pacjenci zgłaszający nowy problem zdrowotny). W ostatnim ustępie art. 9 k.e.l. zawarto bezwzględny zakaz realizacji procesu diagnostyczno-terapeutycznego jedynie z wykorzystaniem formy teleporady.

W powyższym projekcie zwracała uwagę bardzo szczegółowa regulacja najważniejszych zasad dotyczących realizacji teleporady, która stanowi przecież tylko jeden z przejawów wykorzystania telemedycyny. Ograniczenie możliwości zastosowania tego rozwiązania tylko do wybranej postaci dodatkowo potwierdza nadany tej jednostce tytuł: „Teleporada”. Ponadto

¹¹ Konferencja odbyła się w dniu 7 października 2023 r. w Gdańsku.

¹² Pismo Przewodniczącego Komisji Etyki Lekarskiej Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 3 stycznia 2025 r. (KEL.007.8.2024.GA, KEL.KW-00001.2025), stanowiące odpowiedź na wniosek skierowany do Komisji o udzielenie informacji.

¹³ *Projekt art. 9. k.e.l. Nowelizacja Kodeksu Etyki Lekarskiej*, opublikowany w dniu 26 października 2023 r. na stronie internetowej Naczelnej Izby Lekarskiej, <https://nil.org.pl/aktualnosci/8253-projekt-art-9-kel-nowelizacja-kodeksu-etyki-lekarskiej>, [dostęp: 12.11.2024 r.]

stosunkowo rozbudowana kazuistyka, szczególnie dostrzegalna w treści art. 9 ust. 4 k.e.l., nie wydawała się zasadnym narzędziem regulacji etycznych powinności spoczywających na lekarzu. Decyzję bowiem czy, a jeśli tak, to w jakim zakresie może być udzielona teleporada, podejmuje lekarz, opierając się na standardach wykonywania zawodu. Celem kodeksu etycznego nie jest przedstawienie w wyczerpujący sposób każdego aspektu wykonywania zawodu, stąd też uzasadnione wydaje się zwięzłe uregulowanie poszczególnych zagadnień. Przejawy takiego podejścia do formuły zbioru norm etycznych są dostrzegalne w późniejszych propozycjach art. 9 k.e.l. wypracowywanych przez Komisję. Rozwiązanie zaproponowane w pierwszym projekcie stanowiło zaś rozwinięcie poszczególnych postanowień, co zbliżało je do formy komentarza. Poza bardzo obszerną regulacją, szczegółowo odnoszącą się do realizacji teleporad, uwagę zwracał stanowczy sposób zredagowania poszczególnych jednostek redakcyjnych (jak art. 9 ust. 5 k.e.l.). Tak kategoryczne ujęcie nie pozostawiało przestrzeni do interpretacji przy bardzo różnorodnych stanach faktycznych mogących zaistnieć w związku ze stosowaniem teleporad.

Na tym etapie prac nie przygotowywano uzasadnień do poszczególnych postanowień¹⁴.

2.2. Drugi projekt Komisji Etyki Lekarskiej (styczeń 2024 r.)

W wyniku dalszych prac nad kształtem regulacji art. 9 k.e.l. pochyłono się nad uwagami zgłaszanymi przez zainteresowane podmioty za pośrednictwem poczty elektronicznej¹⁵. W odniesieniu do propozycji brzmienia art. 9 k.e.l. wpłynęło łącznie 39 sygnałów oraz komentarzy, w których dzielono się swoimi doświadczeniami, spostrzeżeniami, przekazywano sugestie, a także wskazywano dobre praktyki czy przedstawiano własne stanowisko

¹⁴ Pismo Przewodniczącego Komisji Etyki Lekarskiej Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 3 stycznia 2025 r. (KEL.007.8.2024.GA, KEL.KW-00001.2025), stanowiące odpowiedź na wniosek skierowany do Komisji o udzielenie informacji.

¹⁵ Po opublikowaniu projektu Komisja Etyki Lekarskiej Naczelnej Rady Lekarskiej oczekiwała na zgłoszenia, uwagi i komentarze pod adresem: kel@nil.org.pl.

dotyczące zakresu stosowania telemedycyny¹⁶. Niektóre uwagi miały charakter ogólny, w innych zaś zgłoszeniach prezentowano konkretne propozycje zmian. W szczególności podkreślano, że zaproponowana treść art. 9 k.e.l. limitując, a w niektórych sytuacjach wyłączając możliwość stosowania teleporad, ogranicza dostęp pacjentów do świadczeń zdrowotnych oraz autonomię lekarza w procesie udzielania świadczeń zdrowotnych. Tym samym w ocenie zgłaszających propozycja nie uwzględniała korzyści, które mogą płynąć z wykorzystania tego rozwiązania. Wiele ze zgłoszonych uwag negatywnie odnosiło się do kategorycznego sformułowania art. 9 ust. 5 k.e.l.¹⁷, postulując bardziej elastyczne podejście.

W wyniku zgłoszonych uwag i dyskusji nad nimi Komisja Etyki Lekarskiej wypracowała nowy projekt brzmienia art. 9 k.e.l. Jego treść została istotnie zmieniona w porównaniu do poprzedniej wersji. W styczniu 2024 r. drugi projekt poddano konsultacjom społecznym¹⁸. Zaprezentowana wersja, kierowana zarówno do delegatów na Nadzwyczajny XVI Krajowy Zjazd Lekarzy, jak i do konsultacji społecznych, obejmowała treść regulacji a ponadto komentarze wyjaśniające oraz interpretujące postanowienia zawarte w poszczególnych jednostkach redakcyjnych k.e.l. Rozważany art. 9 k.e.l. nie został podzielony na ustępy i otrzymał następujące brzmienie: „Lekarz podejmuje się opieki nad pacjentem jedynie po uprzedniej ocenie jego stanu. Lekarz wybiera tylko taką formę konsultacji (wizyta stacjonarna, teleporada itp.), która zapewnia pacjentowi najwyższą dostępną jakość i ciągłość opieki medycznej. Lekarz odpowiada za prawidłowość doboru formy konsultacji”. W uzasadnieniu podkreślono, że podstawą

¹⁶ Załącznik nr 1 „Wpływ korespondencji elektronicznej w zakresie art. 9” do pisma Przewodniczącego Komisji Etyki Lekarskiej Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 3 stycznia 2025 r. (KEL.007.8.2024.GA, KEL.KW-00001.2025), stanowiące odpowiedź na wniosek skierowany do Komisji o udzielenie informacji. Jak wynika z treści korespondencji niektórzy Autorzy kierowali kilka wiadomości dotyczących brzmienia art. 9 KEL.

¹⁷ W projekcie art. 9 ust. 5 KEL brzmiał następująco: „Niedopuszczalne jest prowadzenie diagnostyki i terapii pacjenta jedynie w drodze teleporad”.

¹⁸ W dniu 26 stycznia 2024 r. przyjęto uchwałę Nr 3/24/IX Naczelnej Rady Lekarskiej w sprawie przedstawienia do konsultacji projektu Kodeksu Etyki Lekarskiej, <https://nil.org.pl/izba/naczelna-rada-lekarska/komisje-i-zespoły/komisja-etyki-lekarskiej-667/8375-projekt-kodeksu-etyki-lekarskiej-oddany-do-konsultacji>, [dostęp: 12.11.2024 r.]

relacji lekarz-pacjent jest kontakt osobisty, zaś telemedycyna ma na celu wsparcie, uzupełnienie lub rozszerzenie opieki nad pacjentem. Zwrócono również uwagę na konieczność realizacji świadczeń z uwzględnieniem potrzeb zdrowotnych oraz poszanowaniem praw pacjenta, w tym zapewnieniem, by forma udzielania świadczeń była dostępna także dla osób ze szczególnymi potrzebami. W komentarzu stanowiącym wskazówkę w interpretacji poszczególnych regulacji zaakcentowano także realizowany uprzednio obowiązek weryfikacji tożsamości pacjenta oraz w dostępnym zakresie, upewnienie się, czy świadczenie zostanie udzielone w okolicznościach zabezpieczających prywatność pacjenta i poufność przetwarzanych informacji. Zasadniczo orzekanie o stanie zdrowia w toku telekonsultacji powinno następować po zebraniu wywiadu (rozmowa w czasie rzeczywistym) oraz po analizie dokumentacji medycznej. W związku z tym, że nie każde świadczenie zdrowotne może być udzielone w postaci telemedycznej, decyzję o adekwatnej formie podejmuje lekarz, przy uwzględnieniu takich czynników jak: wskazania aktualnej wiedzy medycznej, wynikające z tej formy świadczenia korzyści dla pacjenta oraz jego wolę. W uzasadnieniu przykładowo wskazano, że „nie zaleca się udzielania teleporad pacjentom dotąd nieleczonym przez danego lekarza lub zgłaszającym nowy problem zdrowotny”, co może jednak prowadzić do ograniczenia stosowania teleporad, mimo że z medycznego punktu widzenia byłoby to rozwiązanie adekwatne. Kolejnym obowiązkiem lekarza jest poinformowanie pacjenta o ograniczeniach teleporady w porównaniu z osobistym kontaktem z pacjentem. Jednocześnie w komentarzu do art. 9 k.e.l. wskazano, że w razie konieczności wizyty osobistej należy zwrócić pacjentowi uwagę na potrzebę skorzystania z tej formy świadczenia. Tym samym można zauważyć, że wiele kwestii, które w pierwszej wersji art. 9 k.e.l. wprost wskazano w jego treści, na etapie drugiego projektu zostały przeniesione do omówienia, co należy ocenić jako trafne rozwiązanie. Służy to bowiem zwiększeniu przejrzystości i zapewnia niezbędny zakres swobody interpretacji. Kwestie zaś mogące w ocenie Autorów k.e.l. budzić wątpliwości w ramach stosowania regulacji znalazły swoje odzwierciedlenie w komentarzu do tej jednostki redakcyjnej.

W ramach przeprowadzonych konsultacji społecznych zgłoszono za pośrednictwem poczty elektronicznej łącznie 15 sygnałów dotyczących kształtu art. 9 k.e.l. zaproponowanego w uchwale z dnia 26 stycznia 2024 r.¹⁹ Poza uwagami odnoszącymi się do zawartości merytorycznej regulacji (m.in. w zakresie art. 9 zd. 3 k.e.l.), w niektórych zgłoszeniach podnoszono również kwestie natury formalnej (dotyczące przykładowo warstwy językowej).

Po zakończeniu konsultacji społecznych projekt wypracowany w ramach Komisji Etyki Lekarskiej został odzwierciedlony w treści uchwały Nr 7/24/IX Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 8 marca 2024 r. w sprawie przedstawienia Nadzwyczajnemu XVI Krajowemu Zjazdowi Lekarzy projektu uchwały w sprawie Kodeksu Etyki Lekarskiej²⁰. W takiej formie został on przekazany pod dalsze obrady podczas Nadzwyczajnego Krajowego Zjazdu Lekarzy. Kształt art. 9 k.e.l. nie uległ zmianie w porównaniu do pierwotnego brzmienia zawartego w projekcie poddanym konsultacjom społecznym.

2.3. Projekt w trakcie obrad Nadzwyczajnego XVI Krajowego Zjazdu Lekarzy

Jednym z punktów porządku obrad Nadzwyczajnego XVI Krajowego Zjazdu Lekarzy, następującym po przedstawieniu projektu uchwały w sprawie Kodeksu Etyki Lekarskiej, była dyskusja nad ostatecznym kształtem regulacji²¹. W trakcie trwania Zjazdu do zaproponowanej postaci k.e.l. zgłoszono ponad 50 poprawek, z których część została uwzględniona po przeprowadzeniu dyskusji²². Jedna poprawka dotyczyła treści art. 9 k.e.l., w zakresie

¹⁹ Załącznik nr 1 „Wpływ korespondencji elektronicznej w zakresie art. 9” do pisma Przewodniczącego Komisji Etyki Lekarskiej Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 3 stycznia 2025 r. (KEL.007.8.2024.GA, KEL.KW-00001.2025), stanowiące odpowiedź na wniosek skierowany do Komisji o udzielenie informacji, s. 28-41.

²⁰ https://nil.org.pl/dokumenty/naczelnej-rady-lekarskiej?s_search_form_searchwords=&cs_filters-document_kinds=7&cs_filtersdocument_years=176&active_page=1, [dostęp: 12.11.2024 r.].

²¹ <https://nil.org.pl/izba/krajowy-zjazd-lekarzy/nadzwyczajny-xvi-krajowy-zjazd-lekarzy/8463-projekt-porzadku-obrad-nadzwyczajnego-xvi-krajowego-zjazdu-lekarzy>, [dostęp: 18.11.2024 r.].

²² *Nowocześnie i bliżej pacjenta. Zjazd ważnych zmian*, <https://gazetalekarska.pl/nowocześnie-i-blizej-pacjenta-zjazd-waznych-zmian/>, [dostęp: 18.11.2024 r.].

wykreślenia ostatniego zdania tj.: „Lekarz odpowiada za prawidłowość doboru formy konsultacji”. W uzasadnieniu wskazano, że dobór formy konsultacji został w wystarczający sposób opisany w poprzedzającym je zdaniu drugim²³. Do przedmiotowej poprawki przychyliła się Komisja Uchwał i Wniosków. W wyniku zaś głosowania delegatów została ona przyjęta przy 268 głosach za, 16 przeciw i 10 wstrzymujących się²⁴.

Od dnia 1 stycznia 2025 r. art. 9 k.e.l. otrzymał zatem brzmienie: „Lekarz podejmuje się opieki nad pacjentem jedynie po uprzedniej ocenie jego stanu. Lekarz wybiera tylko taką formę konsultacji (wizyta stacjonarna, teleporada itp.), która zapewnia pacjentowi najwyższą dostępną jakość i ciągłość opieki medycznej”.

3. Interpretacja art. 9 w nowym Kodeksie Etyki Lekarskiej

3.1. Uwagi własne

Jak już wskazano stosowanie telemedycyny, w tym teleporad jest jednym z wyzwań stojących przed osobami wykonującymi zawód lekarza. Rozwiązania te stały się elementem realizacji świadczeń, a zatem ich funkcjonowanie powinno zostać uwzględnione również wśród zasad etyki lekarskiej. Na wstępie warto przypomnieć, że tytułowej problematyki dotyczył art. 9 dk.e.l.²⁵.

Przedmiotem regulacji art. 9 k.e.l. objęto kwestię wyboru formy konsultacji, ze wskazaniem podmiotu podejmującego decyzję w tym zakresie oraz postaci realizacji świadczeń zdrowotnych (wymieniając teleporadę jako jedną z możliwości). Zakresem omawianego postanowienia objęto wyłącznie jeden z przejawów telemedycyny – teleporadę, która nie wy-

²³ W myśl art. 9 zd. 2: „Lekarz wybiera tylko taką formę konsultacji (wizyta stacjonarna, teleporada itp.), która zapewnia pacjentowi najwyższą dostępną jakość i ciągłość opieki medycznej”.

²⁴ Pismo Przewodniczącego Komisji Etyki Lekarskiej Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 3 stycznia 2025 r. (KEL.007.8.2024.GA, KEL.KW-00001.2025), stanowiące odpowiedź na wniosek skierowany do Komisji o udzielenie informacji.

²⁵ W myśl art. 9 dk.e.l.: „Lekarz może podejmować leczenie jedynie po uprzednim zbadaniu pacjenta. Wyjątki stanowią nagle sytuacje, gdy doraźna pomoc lekarska w formie porady może być udzielona wyłącznie na odległość”.

czepuje jej możliwości. Zastosowane ograniczenie będzie miało dalsze konsekwencje, gdyż w dobie dynamicznego rozwoju może się okazać, że to uregulowanie stanie się niewystarczające w stosunku do potrzeb.

Przed przejściem do analizy treści art. 9 k.e.l. warto odnieść się do systematyki zbioru zasad etycznych. Podobnie jak w dk.e.l., art. 9 k.e.l. został usytuowany w części szczegółowej, w rozdziale I. Obecnie, wraz z sześcioma innymi jednostkami redakcyjnymi (art. 6-12 k.e.l.), umieszczono go pod wspólnym tytułem „Postępowanie lekarza wobec pacjenta”. Poprzednio tytuł ten obejmował wyłącznie art. 6 i art. 7 dk.e.l., natomiast art. 9 k.e.l. znajdował się wśród czterech jednostek redakcyjnych objętych wspólnym tytułem: „Jakość opieki zdrowotnej”. Z zastosowanej systematyki można było wyprowadzić wniosek, zgodnie z którym regulacje zamieszczone w ramach tej części miały na celu zapewnienie właściwej jakości świadczeń i przez pryzmat tej wartości należało interpretować art. 9 dk.e.l. Jednakże mimo zmian nadal przy wykładni art. 9 k.e.l. wskazane założenia wymagają uwzględnienia, gdyż wprost w art. 9 zd. 2 k.e.l. wskazano jakość jako kryterium brane pod uwagę przy wyborze formy realizacji świadczenia.

Odnosząc się do treści art. 9 zd. 1 k.e.l. („Lekarz podejmuje się opieki nad pacjentem po uprzedniej ocenie jego stanu” – podkreślenie KMZ) należy zwrócić uwagę na dwie zmiany wprowadzone w stosunku do art. 9 zd. 1 dk.e.l. („Lekarz może podejmować leczenie jedynie po uprzednim zbadaniu pacjenta” – podkreślenie KMZ). Pierwsza z nich dotyczy zastąpienia słowa „leczenie” pojęciem „opieka”, zaś druga zastosowania sformułowania „po uprzedniej ocenie jego stanu” w miejsce „po uprzednim zbadaniu pacjenta”.

Po porównaniu kształtu art. 9 zd. 1 k.e.l. na pierwszy plan wysuwa się sformułowanie „opieka nad pacjentem”, które zastąpiło „leczenie”. Pojęcie użyte w aktualnej wersji k.e.l. ma zdecydowanie szerszy zakres znaczeniowy. Obejmuje kompleksowe spojrzenie na relację lekarza i pacjenta, ujmując je z perspektywy całego procesu sprawowania opieki nad pacjentem, w tym również leczenia.

W kontekście wprowadzonych zmian warto również pochylić się nad zwrotem „uprzednia ocena stanu zdrowia pacjenta” (w miejsce „uprzed-

niego zbadania pacjenta”), zastosowanym w zdaniu pierwszym Obecnie położono akcent na cel, czyli właściwą ocenę stanu pacjenta, nie precyzując narzędzi, z których powinien skorzystać lekarz, zmierzając do jego osiągnięcia. Lekarz zachowuje swobodę wyboru sposobu, kierując się dyrektywami wykonywania zawodu (w tym art. 6 k.e.l. czy art. 8 k.e.l.). Podejście to pozostaje również spójne z wartością, jaką jest autonomia lekarza. Dokonana w tym zakresie istotna zmiana powoduje, że nie ma wymogu przeprowadzenia badania w każdym przypadku. W niektórych bowiem sytuacjach ocena stanu zdrowia pacjenta jest możliwa w oparciu o inne dane, przykładowo wyłącznie na podstawie dokumentacji medycznej (zawierającej m.in. ostatnie wyniki badań laboratoryjnych). Dla dokonania oceny stanu zdrowia pacjenta lekarz może zastosować również inny w porównaniu do badania sposób, adekwatny do konkretnych okoliczności. Podejście to jest w pełni uzasadnione, gdyż to lekarz z uwagi na posiadaną wiedzę i umiejętności posiada kompetencję w tym zakresie. Wprowadzanie ograniczenia oraz konieczność zbadania pacjenta w każdym przypadku nie zawsze jest konieczne dla zapewnienia właściwej opieki zdrowotnej nad pacjentem. Ocena stanu pacjenta, bez wskazywania konkretnego sposobu (narzędzia) zmierzającego do jego ustalenia jest rozwiązaniem trafniejszym, umożliwiającym elastyczne podejście do bardzo różnorodnych sytuacji. W związku z tą zmianą obecnie nie występują poprzednio wprowadzone ograniczenia z art. 9 zd. 2 dk.e.l. dotyczące sytuacji, w których lekarz może wyjątkowo podejmować leczenie bez uprzedniego zbadania pacjenta (nagle sytuacje, gdy doraźna pomoc lekarska w formie porady może być udzielona wyłącznie na odległość).

Przechodząc do brzmienia art. 9 zd. 2 k.e.l., przedmiotem regulacji objęto kilka elementów: kwestie podmiotowe, postaci konsultacji (w szczególności wizyta stacjonarna, teleporada) oraz kryteria brane pod uwagę przy podejmowaniu decyzji o formie konsultacji (dostępna jakość i ciągłość opieki medycznej). W kontekście wyboru postaci konsultacji należy mieć również na względzie podstawowe zasady wykonywania zawodu lekarza, gdyż interpretacja art. 9 k.e.l. musi uwzględniać pozostałe postanowienia zawarte w tym zbiorze norm etyki zawodowej.

W analizowanej regulacji jednoznacznie wskazano lekarza jako podmiot decydujący o formie konsultacji. Stanowi to konsekwencję przyjęcia w art. 4 k.e.l. zasady swobody działań zawodowych lekarza, która w odniesieniu do wyboru metody postępowania została rozwinęta w art. 6 k.e.l. Warto wspomnieć, że także w komentarzach do art. 9 dk.e.l. podkreślano, że to do lekarza należy decyzja odnosząca się do sposobu przeprowadzenia badania pacjenta i na nim spoczywa odpowiedzialność za jakość kontaktu z pacjentem²⁶. Właściwym wzorcem postępowania jest staranna ocena stanu pacjenta. Lekarz zatem decyduje o źródłach, z których czerpie wiedzę o stanie zdrowia pacjenta i w tym zakresie rozważa, czy wystarczająca będzie analiza dokumentacji medycznej, czy potrzebny jest wywiad z pacjentem, a może również badanie przedmiotowe. W niektórych bowiem sytuacjach teleporada nie pozwala czy znacząco utrudnia ustalenie tej kluczowej okoliczności. Dotyczy to przykładowo dostrzeżenia określonych objawów, które byłyby widoczne podczas wizyty stacjonarnej (np. reakcja pacjenta na bodźce – m.in. światło, specyficzny zapach, charakterystyczny sposób poruszania się pacjenta). Kwestie te mogą wykazywać istotny wpływ na trafność oraz szybkość postawienia diagnozy, a także prowadzony następnie proces terapeutyczny²⁷. Kluczowa dla lekarza jest wiedza, z którą rozpoczyna ten proces, a zatem katalog posiadanych informacji powinien być adekwatny do problemu zdrowotnego zgłaszanego przez pacjenta. Ponadto wybór formy konsultacji może być uwarunkowany innymi czynnikami, którymi przykładowo mogłyby być trudności pacjenta ze słyszeniem. Wskazana okoliczność znacznie ogranicza możliwość przeprowadzenia telekonsultacji, przemawiając za wyborem wizyty stacjonarnej celem zapewnienia wymaganej dostępności. W doborze adekwatnej metody i sposobu realizacji świadczeń zdrowotnych wyraża się również należyta staranność stanowiąca podstawową dyrektywę wykonywania zawodu lekarza. Dodatkowo w art. 9 zd. 2 k.e.l. określono wskazówki postępowania lekarza przy wyborze formy konsul-

²⁶ K. Kolankiewicz [w]: O. Nawrot (red.), *Kodeks Etyki Lekarskiej. Komentarz*, Sopot 2021, s. 141, s. 144.

²⁷ K.M., Zoń, *Cywilnoprawne uwarunkowania udzielania przez lekarza świadczeń zdrowotnych w modelu telemedycyny w prawie polskim*, Warszawa 2022, s. 392.

tacji. Wymienione w tej jednostce postaci konsultacji stanowią katalog otwarty, o czym świadczy użyty zwrot „w szczególności”. Zastosowana kolejność (odpowiednio: wizyta stacjonarna, teleporada) potwierdza zasadę, że udzielanie świadczeń powinno następować w kontakcie osobistym, z wyłączeniem sytuacji, gdy z uwagi na zachowanie dostępności i ciągłości opieki korzystniejsze będzie zastosowanie teleporady. Takie ujęcie kryteriów oceny, polegające na podkreśleniu dostępności (w odniesieniu do jakości), ale przy uwzględnieniu ciągłości sprawowanej opieki, wymaga wyważenia obu tych wartości. Wyprowadzić można wniosek, zgodnie z którym wykorzystanie nowoczesnych rozwiązań jest uzasadnione tam, gdzie poprawiają one jakość, dostępność czy ciągłość opieki. W każdej sytuacji kluczowe pozostaje wdrożenie rozwiązania adekwatnego i odpowiadającego potrzebom zdrowotnym pacjenta w konkretnym przypadku.

3.2. Komentarz Komisji Etyki Lekarskiej Naczelnej Rady Lekarskiej

Komisja Etyki Lekarskiej przygotowała komentarz do art. 9 k.e.l., który ma na celu wsparcie i udzielenie wskazówek dotyczących rozumienia tej regulacji oraz założeń leżących u jej podstaw²⁸. Jako przejaw wykładni autentycznej stanowi on próbę wyjaśnienia znaczenia i omówienia konkretnych postanowień k.e.l.

W uzasadnieniu do art. 9 k.e.l. skoncentrowano się na dwóch głównych kwestiach związanych z wyborem formy konsultacji. Po pierwsze wskazano okoliczności, w których można udzielić świadczenia „w formie telemedycznej”, a po drugie rozważano, w jaki sposób ma to nastąpić, by zagwarantować jakość i dochować należytej staranności przy jego udzielaniu.

Już na wstępie wskazano, że decyzja o postaci realizacji świadczenia należy do lekarza i jest podejmowana na podstawie problemu zdrowotnego, z którym zgłasza się pacjent, w oparciu o wskazania aktualnej wiedzy me-

²⁸ Komentarz do art. 9 k.e.l. został opublikowany w dniu 20 listopada 2024 r. na stronie internetowej Naczelnej Izby Lekarskiej, *Forma konsultacji lekarskiej. Komentarz do znowelizowanego KEL: art. 9*, <https://nil.org.pl/aktualnosci/8692-forma-konsultacji-lekarskiej-komentarz-do-znowelizowanego-kel-art-9>, [dostęp: 16.12.2024 r.].

dycznej oraz z uwzględnieniem woli pacjenta. Wydaje się, że sformułowanie to miało na celu konieczność zwrócenia uwagi zarówno na autonomię lekarza, jak i pacjenta jako podmiotów zaangażowanych w proces udzielania świadczeń zdrowotnych. Komentarz przygotowany przez Komisję potwierdza, że w ocenie lekarzy zasadniczo optymalną formą kontaktu z pacjentem pozostaje kontakt osobisty, z jednoczesnym zaznaczeniem, że w niektórych indywidualnych przypadkach korzystniejsze dla pacjenta może być udzielenie świadczenia w formie zdalnej. Regulacja ta jest przejawem uwzględnienia wspierającej roli telemedycyny, której wdrożenie ma realizować takie wartości jak dostępność, jakość i ciągłość opieki nad pacjentem. W komentarzu tym wskazano również przykładowe sytuacje stanowiące dla lekarza wskazówki co do przypadków, w których teleporada może być zastosowana (np. efektywne przygotowanie do wizyty osobistej, ułatwienie opieki w sprawach niewymagających osobistego badania, wsparcie dla osób z ograniczoną mobilnością lub ze szczególnymi potrzebami czy też zagwarantowanie bezpieczeństwa epidemicznego). Jednocześnie za niezalecane uznano udzielenie teleporad pacjentom, których dany lekarz dotychczas nie leczył, łagodząc jednak wydźwięk tego stwierdzenia przez sformułowanie: „chyba że jest to uzasadnione: wytycznymi, wskazaniami medycznymi, względami etycznymi lub indywidualną sytuacją, w której znajduje się pacjent lub lekarz ma odpowiedni dostęp do dokumentacji medycznej pacjenta”. Co wielokrotnie podkreślano, teleporada nie stanowi uniwersalnego sposobu postępowania z pacjentem, który można zastosować w każdej sytuacji, niezależnie od indywidualnych okoliczności. W związku z tym lekarz, wybierając taką formę konsultacji, powinien zachować szczególną staranność i ocenić, czy ten sposób będzie adekwatny, bezpieczny oraz czy pozwoli na skuteczną realizację świadczenia. Rozwijając w komentarzu zagadnienie zagwarantowania odpowiedniego poziomu udzielania świadczeń telemedycznych, wymieniono w tym miejscu obowiązki lekarza (tożsame z powinnościami z art. 9 ust. 2 k.e.l. z projektu z listopada 2023 r.), mające na celu zagwarantowanie jakości i bezpieczeństwa pacjenta (weryfikacja tożsamości pacjenta, kwestia prywatności pacjenta, poufności danych). Do uzasadnienia przeniesiono również obowiązki informacyj-

ne lekarza w zakresie przekazania ograniczeń związanych z teleporadą (w pierwotnej wersji znajdujące się w art. 9 ust. 3 k.e.l.). W ocenie komentatorów dochowanie należytej staranności oznacza również, że „pacjent powinien uzyskać odpowiednią wiedzę o specyfice świadczenia telemedycznego (np. zasady komunikacji on-line czy korzystania z wyrobów medycznych posiadających funkcje pomiarowe)”. Odnosnie do sposobu realizacji teleporady podkreślono wagę wywiadu z pacjentem i informacji zamieszczonych w dostępnej dokumentacji medycznej dla właściwej oceny stanu zdrowia pacjenta. Jest to wyraźne odniesienie do treści art. 9 zd. 1 k.e.l., zgodnie z którym lekarz podejmuje się opieki nad pacjentem po uprzedniej ocenie jego stanu, niezależnie od wybranej formy realizacji świadczenia. Jednocześnie dokonano rozróżnienia, gdy wywiad powinien być przeprowadzony w czasie rzeczywistym, na kształt badania podmiotowego podczas wizyty stacjonarnej (efektem teleporady ma być orzeczenie o stanie zdrowia, w tym wystawienie zwolnienia, wypisanie nowej recepty) oraz kiedy może on być zrealizowany w ramach komunikacji asynchronicznej z wykorzystaniem ankiety czy poczty elektronicznej (tylko pomocniczo, gdy służy przygotowaniu, uzupełnieniu lub kontynuacji leczenia). Wydaje się, że jedynie przypominając w komentarzu przywołano również podstawowe zasady przeprowadzania postępowania diagnostycznego, leczniczego i zapobiegawczego, gdyż stosowanie standardów wynikających z art. 8 k.e.l. jest niezależne od wybranego sposobu realizacji świadczeń.

Podsumowując, komentarz przygotowany przez Komisję Etyki Lekarskiej pozwala przybliżyć założenia leżące u podstaw poszczególnych postanowień i zapoznać się z pogłębionym stanowiskiem autorów poszczególnych regulacji. Dzięki powyższemu, omówienie to może być pomocnym narzędziem zarówno dla członków sądów lekarskich, stosujących w praktyce te regulacje, jak i każdego przedstawiciela samorządu lekarskiego jako zobowiązanego do ich przestrzegania. Wyjaśnienia te mają bowiem również walor edukacyjny, przybliżając znaczenie danej regulacji, w tym okoliczności, w których potencjalnie może ona znaleźć swoje zastosowanie.

4. Wnioski

Zachodzące współcześnie przemiany oraz potrzeby społeczne uzasadniały dokonanie modyfikacji w podstawowym zbiorze zasad etyki zawodowej lekarza, jakim jest Kodeks Etyki Lekarskiej. Należy podkreślić wagę tego zagadnienia i jego praktyczne konsekwencje, gdyż naruszenie zasad etyki zawodowej stanowi podstawę poniesienia przez lekarza odpowiedzialności zawodowej.

Ważne, że samorząd lekarski dostrzegł konieczność zmian w zakresie art. 9 k.e.l., albowiem dotychczasowe regulacje nie były adekwatne do aktualnych potrzeb. Ponadto wskazywano, że brzmienie art. 9 dk.e.l. mogło być sprzeczne w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych w modelu telemedycyny w relacji do przepisów ustawowych dotyczących wykonywania zawodu lekarza.

Należy pozytywnie ocenić, że w treści nowego k.e.l. nawiązano do zagadnienia telemedycyny, choć uczyniono to jedynie w odniesieniu do jednego jej przejawu, jakim jest teleporada. Została ona ujęta z perspektywy wyboru formy konsultacji z pacjentem. Nowe brzmienie art. 9 k.e.l. stanowi przejaw bardziej elastycznego podejścia do relacji lekarz-pacjent. Współcześnie tytułowa problematyka jest niezwykle istotna, gdyż teleporada stała się częścią systemu ochrony zdrowia, funkcjonując w nim niezależnie od sytuacji epidemicznej. Rozwiązanie to może stanowić skuteczne narzędzie dla zapewnienia ciągłości leczenia pacjenta. Jednakże dostrzegając korzyści i doceniając potencjał, należy mieć na względzie również związane z nim ryzyko. Teleporada nie stanowi bowiem rozwiązania uniwersalnego i każdorazowo wymaga rozważenia jej zastosowania zarówno z perspektywy bezpieczeństwa pacjenta, jak i lekarza.

Choć uchwała ustanawiająca zasady etyki lekarskiej stanowi akt wewnątrz korporacyjny, to projekt k.e.l. poddano szerokim konsultacjom społecznym. Powyższe umożliwiło zaangażowanie w proces kształtowania poszczególnych regulacji nie tylko środowiska zawodowego lekarzy, ale także pacjentów oraz ekspertów czy organizacji zajmujących się poszczególnymi aspektami. Należy bowiem podkreślić, że właściwe uregulowanie tej problematyki ma kluczowe znaczenie nie tylko dla lekarzy

– adresatów postanowień k.e.l., ale będzie miało istotny wpływ także na zakres stosowania telemedycyny i jej rozwój, a tym samym na funkcjonowanie systemu ochrony zdrowia w Polsce.

Pełna ocena zasadności zmiany art. 9 k.e.l. wymaga uwzględnienia perspektywy czasowej oraz sposobu stosowania tej regulacji, ponieważ to zadaniem sądów lekarskich będzie doprecyzowanie w procesie wykładni znaczenia poszczególnych postanowień k.e.l. w odniesieniu do konkretnej sprawy. Pewne wskazówki w tym zakresie zawiera komentarz przygotowany przez Komisję Etyki Lekarskiej, stanowiąc przykład wykładni autentycznej, która nie jest jednak wiążąca.

Podsumowując, choć zmiana brzmienia art. 9 k.e.l. stanowi ważny krok, to jednak zachodzące przemiany technologiczne będą powodowały konieczność ponownego pochylenia się samorządu lekarskiego nad przyjętym kształtem regulacji.

Bibliografia:

Bosek L., *Źródła prawa medycznego* [w:] M. Safjan, L. Bosek (red.), *System Prawa Medycznego. Instytucje prawa medycznego*, t. 1 Warszawa 2018.

Forma konsultacji lekarskiej. Komentarz do znowelizowanego KEL: art. 9, <https://nil.org.pl/aktualnosc/8692-forma-konsultacji-lekarskiej-komentarz-do-znowelizowanego-kel-art-9>.

Kolankiewicz K. [w:] O. Nawrot (red.), *Kodeks Etyki Lekarskiej. Komentarz*, Sopot 2021.

Korytowska A., *Problem zgodności Kodeksu Etyki Lekarskiej z Konstytucją RP*, „Ruch Prawniczy, Ekonomiczny i Socjologiczny”, nr 1 (2009).

Konieczniak P., *Nieformalne źródła prawa na przykładzie Kodeksu Etyki Lekarskiej* [w:] T. Giaro (red.), *Źródła prawa: teoria i praktyka*, Warszawa 2016.

Konieczniak P., *O znaczeniu orzecznictwa sądów lekarskich dla interpretacji prawa medycznego* [w:] T. Giaro (red.), *Rola orzecznictwa w systemie prawa*, Warszawa 2016.

Nowocześniej i bliżej pacjenta. Zjazd ważnych zmian <https://gazetalekarska.pl/nowocześniej-i-bliżej-pacjenta-zjazd-ważnych-zmian/>

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, Biuletyn Naczelnej Rady Lekarskiej, nr 1 (81) rok XIV, Warszawa 2004.

Porządek obrad Nadzwyczajnego XVI Krajowego Zjazdu Lekarzy <https://nil.org.pl/izba/krajowy-zjazd-lekarzy/nadzwyczajny-xvi-krajowy-zjazd-lekarzy/8463-projekt-porzadku-obrad-nadzwyczajnego-xvi-krajowego-zjazdu-lekarzy>.

Projekt art. 9. KEL. Nowelizacja Kodeksu Etyki Lekarskiej, <https://nil.org.pl/aktualnosc/8253-projekt-art-9-kel-nowelizacja-kodeksu-etyki-lekarskiej>.

Uchwała nr 5 Nadzwyczajnego XVI Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 18 maja 2024 r. w sprawie Kodeksu Etyki Lekarskiej <https://nil.org.pl/izba/krajowy-zjazd-lekarzy/nadzwyczajny-xvi-krajowy-zjazd-lekarzy/8487-nowelizacja-kodeksu-etyki-lekarskiej-kamien-milowy-dla-srodowiska-lekarskiego>.

Uchwała nr 3/24/IX Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 26 stycznia 2024 r. w sprawie przedstawienia do konsultacji projektu Kodeksu Etyki Lekarskiej, <https://nil.org.pl/izba/naczelnaradalekarska/komisje-i-zespoły/komisja-etyki-lekarskiej-667/8375-projekt-kodeksu-etyki-lekarskiej-oddany-do-konsultacji>.

Uchwała Nr 7/24/IX Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 8 marca 2024 r. w sprawie przedstawienia Nadzwyczajnemu XVI Krajowemu Zjazdowi Lekarzy projektu uchwały w sprawie Kodeksu Etyki Lekarskiej, https://nil.org.pl/dokumenty/naczelnaj-rady-lekarskiej?s_search_form_searchwords=&s_filtersdocument_kinds=7&s_filtersdocument_years=176&active_page=1.

Zoń K.M., *Cywilnoprawne uwarunkowania udzielania przez lekarza świadczeń zdrowotnych w modelu telemedycyny w prawie polskim*, Warszawa 2022.

S u m m a r y

Teleconsultation in the light of the provisions of the new Code of Medical Ethics – the text of Article 9 from the draft to the resolution

The adoption of the new Code of Medical Ethics was justified by the need to adjust the principles of medical ethics to the contemporary environment for the medical profession's practice. The substantial change concerns Article 9 and the application of teleconsultation in the provision of health services. The abovementioned aspect has essential practical application.

The article aims to interpret Article 9 of the new Code of Medical Ethics, which was obtained on 1 January 2025, and then to attempt to assess the legitimacy of the introduced changes and their impact on the medical profession. The cognitive value of the considerations is manifested in the presentation of the author's comments on the explanation of Article 9. Moreover, the comprehensive analysis considers the commentary prepared by the Medical Ethics Committee of the Supreme Medical Council. First of all, the previous proposals for the wording of Article 9 have also been discussed to indicate the direction of the evolution of the work of the medical self-government on this provision and point out the main assumptions underlying it.

The perceived need for changes to Article 9 should be assessed positively. The new wording of this provision expresses a more flexible approach to the doctor-patient relationship. However, the way in which Article 9 is interpreted in proceedings concerning a doctor's professional liability will be of key importance.

Key words: professional ethics, code of ethics, professional liability, doctor-patient relationship, telemedicine