

Justyna Węgrzyn

ŚWIADCZENIE USŁUGI MEDYCZNEJ TELEEKG JAKO ELEMENT KONSTITUCYJNEGO PRAWA DO OCHRONY ZDROWIA

Wstęp

Nie budzi wątpliwości, że technologie informacyjno-komunikacyjne w dużym stopniu przyczyniają się do rozwoju wielu dziedzin nauki. Do jednej z nich zalicza się medycynę, gdzie obserwujemy znaczny postęp w świadczeniu usług medycznych na odległość, jest to telemedycyna.

Według Światowej Organizacji Zdrowia przez telemedycynę należy rozumieć „świadczenie usług opieki zdrowotnej, w której kluczową rolę odgrywa rozłączność miejsca, przez wszystkie osoby wykonujące zawody medyczne, przy wykorzystaniu ICT¹ służących wymianie istotnych informacji w celach diagnostycznych, leczniczych oraz zapobiegania chorobom i urazom, prowadzenia badań i ich oceny, zapewnienia kontynuacji kształcenia pracowników służby zdrowia, czyli w celu poprawy zdrowia jednostek oraz tworzonych przez nie społeczności”². Z kolei Komisja Europejska podkreśla, że „[t]elemedycyna polega na świadczeniu usług zdrowotnych z wykorzystaniem ICT w sytuacji, gdy pracownik służby zdrowia i pacjent (lub dwaj pracownicy służby zdrowia) znajdują się w dwóch różnych miejscach. Komisja Europejska wskazuje również na pojęcie usług telemedycznych, które wiążą się z przesyłem danych i informacji medycznych (jako tekstu, obrazu, dźwięku lub w innej formie), koniecznych do działań prewencyjnych, diagnozy, leczenia i kontroli stanu zdrowia pacjenta”³.

¹ ICT – *information and communication technologies*, technologie informacyjno-komunikacyjne.

² *Otoczenie regulacyjne telemedycyny w Polsce – stan obecny i nowe otwarcie*, red. M. Czarnuch, M. Grabowski, P. Najbuk, Ł. Kołtowski, Warszawa 2015, s. 9; http://www.dzp.pl/files/Publicacje/Otoczenie_Regulacyjne_Telemedycyny_w_Polsce.pdf (27.12.2016).

³ *Ibidem*.

W polskim porządku prawnym zagadnienie telemedycyny zostało poruszone m.in. w ustawie z 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej⁴. Zgodnie z art. 3 ust. 1 tej ustawy działalność lecznicza polega na udzielaniu świadczeń zdrowotnych. Świadczenia te mogą być udzielane za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności.

Odnosząc się do terminów użytych w tym przepisie, należy wskazać, że pierwszy z nich zdefiniowany został przez art. 2 pkt 3 ustawy o świadczeniu usług drogą elektroniczną⁵. Zgodnie z tą jednostką redakcyjną przez system teleinformatyczny rozumie się zespół współpracujących ze sobą urządzeń informatycznych i oprogramowania zapewniający przetwarzanie i przechowywanie, a także wysyłanie i odbieranie danych poprzez sieci telekomunikacyjne⁶ za pomocą właściwego urządzenia końcowego w rozumieniu ustawy z 16 lipca 2004 r. – Prawo telekomunikacyjne. W tym znaczeniu system, o którym mowa, oznacza zespół współpracujących ze sobą komputerów, który umożliwi dokonywanie różnego rodzaju operacji na danych z wykorzystaniem internetu i urządzenia końcowego, które „służy przede wszystkim do nadawania i odbioru informacji. (...) Urządzenia końcowe mogą poza nadawaniem i odbiorem także przetwarzać informacje. Nie ma ograniczeń co do rodzaju informacji, które mogą być nadawane, odbierane i przetwarzane za pomocą urządzeń końcowych (znaki, sygnały, pismo, obrazy, dźwięki)”⁷. Do tych urządzeń zalicza się np. telefon, tablet, komputer, telefaks.

Z kolei drugi termin, tj. system łączności, nie doczekał się definicji legalnej, pomimo tego, że jest on używany w obrocie prawnym. Brak jakiegokolwiek odniesienia w tej kwestii może powodować trudności interpretacyjne. Z uwagi jednak na wyraźne oddzielenie systemu teleinformatycznego od systemu łączności spójnikiem „lub” należy przyjąć, że terminy te nie są tożsame, choć wydaje się, że system łączności stanowi pewien element systemu teleinformatycznego.

System łączności obejmować będzie zatem telekomunikację, przez którą należy rozumieć „nadawanie, odbiór lub transmisję informacji, niezależnie od ich rodzaju, za pomocą przewodów, fal radiowych bądź optycznych lub innych środków wykorzystujących energię elektromagnetyczną”⁸. Nie będzie więc błę-

⁴ T.j. Dz.U. z 2016 r., poz. 1638 ze zm.

⁵ Ustawa z 18 lipca 2002 r. o świadczeniu usług drogą elektroniczną (t.j. Dz.U. z 2016 r., poz. 1030 ze zm.).

⁶ Sieć telekomunikacyjna to systemy transmisyjne oraz urządzenia komutacyjne lub przekierowujące, a także inne zasoby, w tym nieaktywne elementy sieci, które umożliwiają nadawanie, odbiór lub transmisję sygnałów za pomocą przewodów, fal radiowych, optycznych lub innych środków wykorzystujących energię elektromagnetyczną, niezależnie od ich rodzaju – art. 2 pkt 35 ustawy – Prawo telekomunikacyjne.

⁷ S. Piątek, *Prawo telekomunikacyjne. Komentarz*, Warszawa 2013, s. 98.

⁸ Art. 2 pkt 42 ustawy – Prawo telekomunikacyjne.

dem stwierdzenie, że łączność telefoniczna, jak i internetowa w ramach świadczonych usług telemedycznych ma decydujące znaczenie, bowiem dzięki odpowiednim urządzeniom (np. telefony stacjonarne, komórkowe, komputery, tablety) umożliwia ona szybką i skuteczną wymianę informacji.

Ustawodawca nie posłużył się w art. 3 ust. 1 terminem „telemedycyna”, niemniej należy uznać, że pojęcie to jest rozumiane w brzmieniu nadanym przez ten przepis, bowiem wyraźnie wskazuje, że świadczenie usług zdrowotnych odbywa się za pomocą różnych form komunikacji na odległość, które nie wymagają osobistego kontaktu.

Nie ulega więc wątpliwości, że istotą telemedycyny jest ochrona zdrowia pacjenta poprzez prowadzenie konsultacji z lekarzem na odległość za pomocą wysoko skomputeryzowanego urządzenia medycznego, np. aparatu EKG⁹, oraz przy wykorzystaniu sieci komputerowych, telefonu stacjonarnego lub komórkowego¹⁰. Ze względu na wielość obszarów specjalizacji telemedycyny¹¹ oraz różnorodność usług telemedycznych¹² zakres przedmiotowy niniejszej publikacji ograniczony jest do świadczeń wykonywanych w ramach usługi TeleEKG (specjalizacja telekardiologia).

Celem niniejszego artykułu jest pokazanie istoty konstytucyjnego prawa do ochrony zdrowia, wskazanie regulacji ustawowych odnoszących się do zagadnienia telemedycyny, a także korzyści, jakie niesie ze sobą usługa TeleEKG będąca jedną z wielu ponadstandardowych usług telemedycyny.

Konstytucyjne prawo do ochrony zdrowia i równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej

Wśród konstytucyjnych wolności i praw człowieka ustrojodawca w śródtytule *Wolności i prawa ekonomiczne, socjalne i kulturalne* wymienił prawo do ochrony zdrowia, które na mocy art. 68 ust. 1 Konstytucji RP¹³ (dalej: Konstytucja lub

⁹ Elektrokardiogram, tzw. EKG, „jest to zarejestrowana elektryczna aktywność serca przy pomocy elektrod zamocowanych na skórze klatki piersiowej. Badanie EKG pozwala na ocenę rytmu i częstości pracy serca oraz umożliwia wykrycie uszkodzenia mięśnia sercowego u osób które przeszły lub właśnie przechodzą zawał serca. Na podstawie zapisu EKG można również ocenić wielkość komór serca”, <http://zdrowie.gazeta.pl/Zdrowie/1,101459,949873.html> (27.12.2016).

¹⁰ M. Nowak, *Telemedycyna. Kiedy odległość przestaje mieć znaczenie*, „Telemedycyni” 2015, nr 1, s. 5. Zobacz na ten temat: P. Kasztelowicz, *Internet medyczny i telemedycyna – wpływ nowych środków komunikacji na współczesne oblicze medycyny*, www.am.torun.pl/~pekasz/telemedycyna.pdf (27.12.2016).

¹¹ Na przykład: teleradiologia, telepediatria, telechirurgia. Zobacz szerzej: http://www.dzp.pl/files/Publikacje/Otoczenie_Regulacyjne_Telemedycyny_w_Polsce.pdf (27.12.2016).

¹² Na przykład: telemonitoring, telekonsultacje, teleoperacje. Zobacz szerzej: *ibidem*.

¹³ Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z 2 kwietnia 1997 r., Dz.U. nr 78, poz. 483 ze zm.

ustawa zasadnicza) zostało zagwarantowane każdemu¹⁴. Pomimo posłużenia się w tym przepisie słowem „każdy” adresatem prawa do ochrony zdrowia są wyłącznie osoby fizyczne. Nie ma więc możliwości rozszerzenia zakresu podmiotowego tego prawa na osoby prawne i jednostki organizacyjne nieposiadające osobowości prawnej, czego potwierdzeniem jest orzecznictwo Trybunału Konstytucyjnego. Zdaniem tego organu „zagwarantowane w art. 68 Konstytucji, prawo do ochrony zdrowia ma charakter osobisty i przysługuje wyłącznie osobom fizycznym”¹⁵. Wobec tego „stowarzyszenie nie może być podmiotem prawa przynależnego osobom korzystającym z opieki zdrowotnej, a tym samym nie przysługuje mu prawo występowania ze skargami konstytucyjnymi w celu ochrony tego prawa”¹⁶.

W związku z powyższym należy przyjąć, że ustanowione w Konstytucji prawo do ochrony zdrowia przysługuje każdemu człowiekowi¹⁷ niezależnie od obywatelstwa czy jakichkolwiek innych kryteriów. Na kwestię tę zwrócił uwagę Trybunał, stwierdzając: „Každy ma prawo do ochrony, co oznacza, że Konstytucja wyklucza jakiegokolwiek wyłączenia podmiotowe z zakresu jej działania”¹⁸. Wobec tego nie budzi wątpliwości, że prawo do ochrony zdrowia „jest prawem człowieka, a nie prawem wyłącznie obywatelskim, a ponadto nie tylko prawem pracujących i ubezpieczonych; ale przysługuje zarówno osobom uprawnionym do świadczeń w rozumieniu ustawodawstwa zwykłego, jak i takich uprawnień nieposiadających”¹⁹.

Prawo do ochrony zdrowia²⁰, któremu przyznano charakter podmiotowy²¹, „to przede wszystkim prawo do zachowania życia i jego obrony”²², gdy jest ono zagrożone. Zdaniem Trybunału, treścią tego prawa „nie jest naturalnie jakiś abstrakcyjnie określony (...) stan «zdrowia» poszczególnych jednostek, ale możliwość korzystania z systemu ochrony zdrowia, funkcjonalnie ukierunkowanego na zwal-

¹⁴ Art. 68 ust. 1: „Každy ma prawo do ochrony zdrowia”.

¹⁵ Postanowienie TK z 20 lutego 2002 r., Ts 171/01.

¹⁶ *Ibidem*. Por. postanowienie TK z 6 lutego 2001 r., Ts 148/00.

¹⁷ Wyrok NSA z 7 maja 2015 r., II GSK 740/14, Legalis.

¹⁸ Wyrok TK z 7 stycznia 2004 r., K 14/03.

¹⁹ S. Jarosz-Żukowska, *Prawo do ochrony zdrowia i dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej* [w:] *Realizacja i ochrona konstytucyjnych wolności i praw jednostki w polskim porządku prawnym*, red. M. Jabłoński, Wrocław 2014, s. 664 i cytowana tam literatura.

²⁰ W tym miejscu warto wspomnieć, że pojęcia ustawowe, takie jak: „świadczenia zdrowotne”, „pomoc lekarska”, „świadczenia lecznicze”, „świadczenia o celach nieleczniczych”, „działalność lecznicza”, mieszczą się w zakresie prawa do ochrony zdrowia; wyrok TK z 7 października 2015 r., K 12/14.

²¹ Z art. 68 ust. 1 Konstytucji: „należy wywieść podmiotowe prawo jednostki do ochrony zdrowia oraz obiektywny nakaz podejmowania przez władze publiczne takich działań, które są konieczne dla należytej ochrony i realizacji tego prawa”, wyrok TK z 23 marca 1999 r., K 2/98. Por. wyrok NSA z 10 czerwca 2015 r., II GSK 989/14, Legalis; J. Trzeciński, *Komentarz do art. 68 [w:] Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej. Komentarz*, t. III, red. L. Garlicki, Warszawa 2003, s. 3.

²² Wyrok TK z 7 stycznia 2004 r., K 14/03.

czanie i zapobieganie chorobom, urazom i niepełnosprawności”²³. To z kolei oznacza, że w ramach realizacji prawa do ochrony zdrowia, władze publiczne²⁴ obowiązane są do podjęcia określonych działań służących poprawie zdrowia, jak i zaniechania działań, które zagrażają zdrowiu i/lub życiu jednostki²⁵.

Z prawem do ochrony zdrowia immanentnie związany jest m.in. równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej²⁶ finansowanej ze środków publicznych, co wynika wprost z art. 68 ust. 2. Dostęp, o którym mowa, przysługuje obywatelom niezależnie od ich sytuacji materialnej, a podmiotem zobowiązanym do jego zapewnienia są władze publiczne. Przy czym warunki i zakres udzielania świadczeń określa ustawa²⁷.

Powołany wyżej przepis (art. 68 ust. 2) „nakłada na władze publiczne, a w szczególności na ustawodawcę, obowiązek określenia zasad realizowania prawa do ochrony zdrowia. Nakazuje więc stworzenie normatywnego układu odniesienia (systemu prawnego), który pozwoli dookreślić treść prawa do ochrony zdrowia, a to łączy się z koniecznością określenia warunków i zakresu udzielania świadczeń zdrowotnych. Ustrojodawca nie przesądza tego, jaki model normatywny powinien ustawodawca przyjąć w tej materii. Kształtując go, powinien jednak kierować się treścią Konstytucji, a przede wszystkim mieć na uwadze te wartości konstytucyjne, które są konsekwencją przyjętej w art. 1 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej zasady, że Rzeczypospolita Polska jest dobrem wspólnym wszystkich obywateli oraz wynikającej z art. 30 Konstytucji zasady, że godność człowieka jest

²³ *Ibidem*.

²⁴ Przez termin „władze publiczne” należy rozumieć „organy państwa i organy samorządu terytorialnego”, wyrok TK z 7 stycznia 2004 r., K 14/03.

²⁵ Zob. S. Jarosz-Żukowska, *op. cit.*, s. 672. Zobacz także, D. Karkowska, *Prawa pacjenta*, Warszawa 2009, s. 219 i n.

²⁶ Zgodnie z ustawą z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz.U. z 2016 r., poz. 1793 ze zm.) świadczenie opieki zdrowotnej to świadczenie zdrowotne, świadczenie zdrowotne rzeczowe i świadczenie towarzyszące (art. 5 pkt 34).

Świadczenie zdrowotne to działanie służące profilaktyce, zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia oraz inne działanie medyczne wynikające z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich udzielania (art. 5 pkt 40).

Świadczenie zdrowotne rzeczowe – związane z procesem leczenia, leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyroby medyczne (art. 5 pkt 37).

Świadczenia towarzyszące to zakwaterowanie i adekwatne do stanu zdrowia wyżywienie w szpitalu lub w innym przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego wykonującego działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej, usługi transportu oraz transportu sanitarnego, a także zakwaterowanie poza przedsiębiorstwem podmiotu leczniczego, jeżeli konieczność jego zapewnienia wynika z warunków określonych dla świadczenia gwarantowanego (art. 5 pkt 38).

²⁷ Art. 68 ust. 2. Konstytucji: „Obywatelom, niezależnie od ich sytuacji materialnej, władze publiczne zapewniają równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych. Warunki i zakres udzielania świadczeń określa ustawa”.

źródłem wszelkich praw i wolności. Ustawodawca, dokonując wyboru określonego modelu normatywnego, bierze na siebie związaną z tym odpowiedzialność za spójność, jasność i zupełność instrumentów, które go wyrażają. Konstytucja nie określa np. zakresu świadczeń opieki zdrowotnej dostępnych dla wszystkich obywateli na równych prawach, odsyłając to zagadnienie do uregulowania w ustawie (art. 68 ust. 2 zd. drugie). Norma zawarta w art. 68 ust. 2 zdanie drugie nie jest jedynie upoważnieniem ustawodawcy zwykłego do określenia warunków i zakresu świadczeń, lecz nakłada na ustawodawcę taki obowiązek. Swoboda ustawodawcy nie jest nieograniczona. Nie może on w ogóle zrezygnować z finansowania świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych²⁸.

Odnosząc się do rozwiązań przyjętych na tle art. 68 ust. 2 należy podkreślić, że ustrojodawca inaczej niż w ust. 1 określił zakres podmiotowy. W ust. 1 adresem jest „każdy”, tj. osoba fizyczna (np. cudzoziemiec, apatryda), natomiast w ust. 2 „obywatel”, a to oznacza, że podmiotów tych nie można ze sobą utożsamiać. Pewne wątpliwości budzić może zwrot „obywatel” bez jednoczesnego dookreślenia, że chodzi w tym przypadku o obywatela polskiego. Nie wydaje się jednak, aby zakres tego prawa zawężony został we wskazany sposób (tj. do obywatela polskiego). Jak słusznie zauważa M. Jabłoński, „posłużenie się pojęciem obywatel przy jednoczesnym rozszerzeniu kręgu podmiotów wolności i praw na inne osoby (cudzoziemców) nie musi być traktowane jako błąd. Można bowiem założyć, że wtedy, gdy ustrojodawcy chodziło o podkreślenie szczególnego charakteru praw gwarancyjnych, odwołał się tylko do pojęcia obywatel. Natomiast dla wyodrębnienia katalogu, tzw. pełni praw politycznych, przysługujących wyłącznie obywatelowi polskiemu posłużył się pojęciem obywatel przy jednoczesnym dookreśleniu przymiotnikiem polski²⁹”.

Mając powyższe na względzie, należy uznać, że uregulowanie w odmienny sposób zakresu podmiotowego nie było przypadkowe. Dzięki wskazanemu wyżej ograniczeniu także osoby „niespełniające kryterium obywatelstwa mają prawo do świadczeń opieki zdrowotnej, ale nie do świadczeń finansowanych ze środków publicznych. Ta gwarancja wynika z ust. 1 art. 68 Konstytucji, który przyznaje każdemu człowiekowi prawną ochronę zdrowia³⁰”.

²⁸ Wyrok TK z 7 stycznia 2004 r., K 14/03.

²⁹ M. Jabłoński, *Obywatelstwo polskie jako przesłanka realizacji konstytucyjnych praw i wolności* [w:] *Prawa podmiotowe. Pojmowanie w naukach prawnych. Zbiór studiów*, red. J. Ciapała, K. Flaga-Gieruszyńska, Szczecin 2006, s. 52. Zob. także: *idem*, *Zasada różnicowania zakresu realizacji konstytucyjnych wolności i praw jednostki w oparciu o kryterium obywatelstwa polskiego* [w:] *Wolności i prawa jednostki w Konstytucji RP*, t. I: *Idee i zasady przewodnie konstytucyjnej regulacji wolności i praw jednostki w RP*, red. M. Jabłoński, Warszawa 2010, s. 533 i n.

³⁰ D. Karkowska, *op. cit.*, s. 220. Zobacz także, K. Prokop, *Prawo do ochrony zdrowia w świetle art. 68 Konstytucji RP* [w:] *Uwarunkowania prawne, ekonomiczne i socjologiczne funkcjonowania systemów ochrony zdrowia*, red. T. Mróz, Białystok 2011, s. 45.

Jak wynika z treści art. 68 ust. 2, dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych musi być równy dla wszystkich obywateli, niezależnie od ich sytuacji materialnej³¹. W sformułowaniu tym – na co zwraca uwagę B. Banaszak – brak jest „jakichkolwiek gwarancji bezpłatności choćby podstawowych świadczeń (co wynikałoby ze sformułowanej w Preambule zasady solidarności), a termin «dostęp» nie jest jednoznaczny w swej treści. Natomiast przepis stanowiący, że warunki świadczeń i zakres ich udzielania określi ustawa, pozostawia ustawodawcy zbyt duży margines swobody, zarówno w definiowaniu świadczenia zdrowotnego, jak i w określeniu zakresu tych świadczeń w praktyce, np. przez wprowadzenie opłat może ograniczyć dostęp do opieki zdrowotnej. Wszystko to oznacza, że prawo do ochrony zdrowia nie ma charakteru absolutnego i podlega ograniczeniom z przyczyn określonych w innych normach konstytucyjnych – m.in. art. 31 ust. 3 Konstytucji RP. Jednym z tych ograniczeń będą na pewno względy (czynniki) ekonomiczne zmuszające władze publiczne do wydatkowania na świadczenia zdrowotne tylko tych środków publicznych, którymi dysponują”³². Wobec tego władze publiczne nie mają możliwości, aby zapewnić każdej chorej osobie dostęp do każdej z możliwych terapii w razie choroby³³.

W związku z powyższym należy stwierdzić, że „Konstytucja nie zakłada powszechnej dostępności do wszystkich znanych i stosowanych zgodnie z aktualnym stanem wiedzy medycznej świadczeń opieki zdrowotnej. Wręcz przeciwnie – zamieszczona w zd. 2 ust. 2 art. 68 ustawy zasadniczej wzmianka, iż nie tylko warunki, ale i zakres świadczeń finansowanych ze środków publicznych określać ma ustawa, otwiera możliwość kompilowania przez ustawodawcę modelu ochrony zdrowia zasadzającego się na środkach publicznych z innymi znanymi we współczesnych systemach sposobami finansowania (czy raczej – dofinansowania) kosztów tych świadczeń (udział własny, dodatkowe ubezpieczenie). Ustawa nie może jednak pozostawiać wątpliwości co do tego, jaki jest zakres świadczeń medycznych przysługujących beneficjentom publicznego systemu opieki zdrowotnej wobec istnienia wyraźnego nakazu konstytucyjnego określenia tej materii, a w konsekwencji nie może wprowadzać – w ramach tego systemu – modelu pozwalającego na dyferencjację świadczeń w wypadku występowania podobnych potrzeb zdrowotnych”³⁴.

Należy uznać, że prawo do ochrony zdrowia wyrażone w art. 68 ust. 1 Konstytucji powiązane jest z nie tylko z ustępem drugim, ale także i z pozostałymi

³¹ Wyrok TK z 7 stycznia 2004 r., K 14/03.

³² B. Banaszak, *Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej. Komentarz*, Warszawa 2012, s. 409 i n.

³³ *Ibidem*.

³⁴ Wyrok TK z 7 stycznia 2004 r., K 14/03.

ustępami³⁵ tego przepisu³⁶. Co istotne, „rzeczywisty standard realizacji prawa do ochrony zdrowia zależy jest w dużej mierze od sytuacji budżetowej państwa”³⁷. Nie można więc twierdzić, że przepisy Konstytucji zapewniają ogólny dostęp do wszystkich znanych nauce i praktyce medycznej świadczeń opieki zdrowotnej³⁸. Wobec tego w celu ochrony zdrowia pacjent może korzystać ze świadczeń gwarantowanych³⁹ lub świadczeń ponadstandardowych, za które sam musi zapłacić. Z tą drugą sytuacją mamy do czynienia w przypadku całodobowego nadzoru kardiologicznego na odległość, tzw. TeleEKG. Skorzystanie przez pacjenta z tej usługi jest możliwe po uprzednim wykupieniu abonamentu, który zapewnia nie-limitowany do niej dostęp. Takie rozwiązanie z pewnością wpływa korzystnie na sytuację pacjenta, bowiem podnosi jakość udzielanych świadczeń zdrowotnych poprzez:

- szybką i skuteczną możliwość reagowania na dolegliwości za pomocą prostego w obsłudze urządzenia,
- zapewnienie w każdej chwili i w każdym miejscu kontaktu z lekarzem (kardiologiem).

Znaczenie usługi medycznej TeleEKG dla ochrony zdrowia pacjenta

Na podstawie zmian przyjętych w ustawie z 9 października 2015 r. o zmianie ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia oraz niektórych innych ustaw⁴⁰ wprowadzono rozwiązania, na mocy których przewidziano możliwość i zasady udzielania świadczeń telemedycznych. Na szczególną uwagę – w związku z tematem niniejszej publikacji – zasługują zmiany dokonane w art. 2 ust. 1 i 4 oraz art. 42 ust. 1 ustawy z 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry⁴¹.

³⁵ Mowa tu o ust. 3–5 art. 68 Konstytucji. Zgodnie z art. 68 ust. 3 „[w]ładze publiczne są obowiązane do zapewnienia szczególnej opieki zdrowotnej dzieciom, kobietom ciężarnym, osobom niepełnosprawnym i osobom w podeszłym wieku.

Ust. 4. Władze publiczne są obowiązane do zwalczania chorób epidemicznych i zapobiegania negatywnym dla zdrowia skutkom degradacji środowiska.

Ust. 5. Władze publiczne popierają rozwój kultury fizycznej, zwłaszcza wśród dzieci i młodzieży”.

³⁶ Por. postanowienie TK z 11 sierpnia 2014 r., Ts 168/13.

³⁷ A. Ostrzyżek, *Prawo do ochrony zdrowia w świetle artykułu 68 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 roku*, „Prawo i Medycyna” 2005, nr 4, s. 73.

³⁸ Zobacz, wyrok SN – Izba Cywilna z 9 czerwca 2005 r., III CK 626/04, Legalis.

³⁹ Świadczenia gwarantowane to świadczenia opieki zdrowotnej finansowane w całości lub współfinansowane ze środków publicznych na zasadach i w zakresie określonych w ustawie (art. 5 pkt 35 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych).

⁴⁰ Dz.U. z 2015 r., poz. 1991 ze zm.

⁴¹ T.j. Dz.U. z 2017 r., poz. 125. Zmiany, o których mowa nastąpiły także w:

W pierwszym z tych przepisów ustawodawca wyraźnie podkreślił, że wykonywanie zawodu lekarza polega na udzielaniu przez osobę posiadającą wymagane kwalifikacje, potwierdzone odpowiednimi dokumentami, świadczeń zdrowotnych, w szczególności: badaniu stanu zdrowia, rozpoznawaniu chorób i zapobieganiu im, leczeniu i rehabilitacji chorych, udzielaniu porad lekarskich, a także wydawaniu opinii i orzeczeń lekarskich. Przy czym czynności, o których mowa, mogą być wykonywane także za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności.

Natomiast w drugim przepisie, tj. w art. 42 ust. 1, ustawodawca wskazał, że lekarz orzeka o stanie zdrowia określonej osoby nie tylko po uprzednim, osobistym jej zbadaniu, ale także zbadaniu jej za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności. Odnosząc się do treści tego przepisu, można dostrzec, że ustawodawca posłużył się w nim terminem „orzeka” bez dookreślenia, co należy przez nie rozumieć. Zgodnie z utrwalonym w doktrynie stanowiskiem pojęcie, o którym mowa, należy „interpretować w sposób wąski, jako wydawanie przez lekarza zaświadczenia, wskazanego w przepisach szczególnych, niezbędnego do realizacji określonych uprawnień, a nie jako każdą merytoryczną wypowiedź o stanie zdrowia badanej osoby – orzekanie obejmuje więc bardzo niewielki zakres udzielanych świadczeń”⁴².

Z przyjętych w ustawie o zawodach lekarza i lekarza dentystry rozwiązań wynika, że w obecnym stanie prawnym ustawodawca nie wyłączył telemedycyny z systemu ochrony zdrowia. Przed nowelizacją w obszarze tym mieliśmy do czynienia z luką prawną, co budziło spore wątpliwości, czy i w jakim zakresie możliwe jest prowadzenie działalności telemedycznej⁴³, poza nielicznymi wyjątkami przewidzianymi w art. 41⁴⁴ ustawy z 8 września 2006 r. o Państwowym

– art. 11 ust. 1 ustawy z 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej, który stanowi: „Pielęgniarka i położna wykonują zawód z należytą starannością, zgodnie z zasadami etyki zawodowej, poszanowaniem praw pacjenta, dbałością o jego bezpieczeństwo, wykorzystując wskazania aktualnej wiedzy medycznej oraz pośrednictwo systemów teleinformatycznych lub systemów łączności”, Dz.U. z 2016, poz. 1251 ze zm.,

– art. 2a ustawy z 19 kwietnia 1991 r. o izbach aptekarskich, do którego dodano ust. 2a w brzmieniu: „Usługi farmaceutyczne, o których mowa w ust. 1 pkt 6 i 7, mogą być udzielane przez farmaceutę za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności”, Dz.U. z 2016, poz. 1496.

⁴² *Otoczenie regulacyjne telemedycyny w Polsce – stan obecny i nowe otwarcie*, red. M. Czar-nuch, M. Grabowski, P. Najbuk, Ł. Kołtowski, Warszawa 2015, s. 9; http://www.dzp.pl/files/Publicacje/Otoczenie_Regulacyjne_Telemedycyny_w_Polsce.pdf.pdf (27.12.2016).

⁴³ *Ibidem*.

⁴⁴ Art. 41 ust. 1. Akcją prowadzenia medycznych czynności ratunkowych kieruje wyznaczony przez dyspozytora medycznego kierujący.

Ust. 2. Podczas prowadzenia medycznych czynności ratunkowych kierujący pozostaje w kontakcie z dyspozytorem medycznym.

Ust. 3. Kierujący może zasięgnąć opinii lekarza wskazanego przez dyspozytora medycznego.

Ratownictwie Medycznym⁴⁵ oraz art. 125⁴⁶ ustawy z 18 sierpnia 2011 r. o bezpieczeństwie morskim⁴⁷.

Wprowadzone zmiany stanowią zatem ważny krok do szerokiego korzystania z możliwości, jakie daje nam współczesna medycyna. Bariery związane niegdyś z odległością przestają stwarzać jakiegokolwiek trudności, co jest możliwe dzięki rozwiązaniom telemedycznym. Do takich zalicza się m.in. usługi TeleEKG, z których korzystają osoby z problemami kardiologicznymi. Dzięki temu świadczeniu pacjent ma zapewniony całodobowy nadzór kardiologiczny z każdego miejsca, w którym się znajduje. W celu skorzystania z tej usługi konieczne jest wyposażenie pacjenta w przenośny aparat EKG⁴⁸. W sytuacji, gdy poczuje się on źle, przykleja do klatki piersiowej – według załączonej instrukcji – dwie jednorazowe elektrody, do których następnie podłącza przewody znajdujące się przy aparacie. Po przygotowaniu się do badania należy zadzwonić z telefonu stacjonarnego lub komórkowego pod wskazany w instrukcji numer. Po uzyskaniu połączenia pacjent podaje swoje dane osobowe, aby lekarz dyżurujący mógł zapoznać się z jego dokumentacją medyczną⁴⁹. Następnie włącza się aparat, do którego w wyznaczonym miejscu przykładamy słuchawkę. Przed wykonaniem badania lub po nim chory informuje lekarza o dolegliwościach. Ważne jest, aby w czasie badania EKG nie znajdować się w miejscu, w którym uruchomiony jest innych sprzęt, np. komputer czy telewizor, bowiem może to powodować zakłócenia w zapisie.

W trakcie badania zapis pracy serca przesyłany jest do lekarza, który zapoznaje się z nim, a następnie przeprowadza z pacjentem wywiad i doradza, jakie czynności należy podjąć. Gdy wynik zagraża życiu pacjenta, lekarz „wzywa do niego pogotowie ratunkowe, przekazując dyspozytorowi informacje na temat przebiegu

⁴⁵ T.j. Dz.U. z 2016 r., poz. 1868 ze zm.

⁴⁶ Art. 125 ust. 1. W celu wykonywania zadań państwa związanych z udzielaniem porad medycznych drogą radiową na morzu tworzy się Morską Służbę Asysty Telemedycznej.

Ust. 2. Zadania Morskiej Służby Asysty Telemedycznej wykonuje Uniwersyteckie Centrum Medycyny Morskiej i Tropikalnej w Gdyni.

Ust. 3. Minister właściwy do spraw gospodarki morskiej w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia:

- 1) sposób funkcjonowania Morskiej Służby Asysty Telemedycznej,
- 2) szczegółowy zakres zadań Morskiej Służby Asysty Telemedycznej związanych z udzielaniem porad medycznych drogą radiową,
- 3) sposób ustalania procedur łączności i przekazywania informacji między Morską Służbą Asysty Telemedycznej a innymi podmiotami uczestniczącymi w udzielaniu pomocy na morzu – kierując się koniecznością usprawnienia udzielania porad medycznych i podniesienia poziomu ochrony zdrowia osób przebywających na statkach.

⁴⁷ T.j. Dz.U. z 2016 r., poz. 281 ze zm.

⁴⁸ Aparat EKG pacjent otrzymuje wraz z etui. Jest to urządzenie małe, przez co nie ma problemów, aby nosić je ze sobą.

⁴⁹ Dokumentację medyczną, którą posiadamy przed korzystaniem z TeleEKG, możemy przesyłać mailem lub pocztą tradycyjną do centrum telemedycznego.

choroby, zażywanych leków i aktualnego stanu zdrowia”⁵⁰. Po przeprowadzonym badaniu i konsultacji z lekarzem pacjent ma możliwość otrzymania zapisu pracy serca wraz z jego odczytem w wersji papierowej lub elektronicznej.

Co istotne, z usługi, o której mowa, mogą korzystać nie tylko osoby ze stwierdzoną chorobą serca, ale także i te, u których zdiagnozowanie dolegliwości nie zawsze jest możliwe. Z sytuacją taką możemy mieć np. do czynienia, gdy dana osoba dostanie napadowy częstoskurcz serca, który nie zostanie zdiagnozowany, bowiem po przyjeździe do szpitala dolegliwość ustanie. Bez odpowiedniej dokumentacji, tj. zapisu EKG, lekarz nie będzie w stanie postawić diagnozy, a przy pojawiających się tego typu zaburzeniach rytmu serca, które nie zawsze można szybko rozpoznać, brak specjalistycznego leczenia może być dla pacjenta nie tylko męczący, ale także zagrażać jego zdrowiu lub życiu.

W ramach świadczeń gwarantowanych osobom z dolegliwościami kardiologicznymi przeprowadza się badanie metodą Holtera, które rejestruje pracę serca przez jedną, dwie, trzy doby, a nawet przez tydzień. Przy czym badanie to odbywa się zazwyczaj przez dobę. Pacjent otrzymuje niewielki aparat⁵¹, od którego odchodzi pięć elektrod przyklejonych do klatki piersiowej. W trakcie tego badania pacjent powinien wykonywać codzienne czynności, aby wynik był wiarygodny. Bardzo ważne jest to, że podczas badania Holtera zapisywana jest praca serca także podczas snu. Całodobowy (2-, 3- lub 7 -dobowy) rytm serca wraz z zaburzeniami jego pracy zapisywany jest na zamieszczonej w aparacie kartę pamięci, a następnie odczytywany przez lekarza kardiologa, który może dzięki temu postawić diagnozę. Może się zdarzyć, że w trakcie badania nie wystąpią dolegliwości, co rodzi konieczność jego powtórzenia.

Nie budzi wątpliwości, że zarówno badanie TeleEKG, jak i Holter to dobre rozwiązania dla pacjenta. W obu przypadkach chory ma zapewnioną możliwość monitorowania pracy serca, przy czym należy pamiętać, że pierwsza z tych usług ma charakter odpłatny. Warto jednak zwrócić uwagę, że świadczenie TeleEKG może być wykonane przez pacjenta bez żadnych ograniczeń w każdym czasie i miejscu, a podczas badania chory ma kontakt telefoniczny z lekarzem. Natomiast badanie metodą Holtera wykonywane jest w ramach skierowania wystawionego przez kardiologa i w ustalonym do tego terminie. Ponadto po jego wykonaniu pacjent musi oczekiwać na wizytę u specjalisty, w trakcie której przekazany zostanie mu odczyt zapisu pracy serca.

Biorąc pod uwagę permanentny rozwój telemedycyny i korzyści, jakie ze sobą niesie, wydaje się, że może być ona skutecznym remedium do ulepszenia systemu opieki zdrowotnej. Przekształcenie usług telemedycznych – w tym

⁵⁰ M. Nowak, *op. cit.*, s. 7.

⁵¹ Aparat przypięty jest do paska, który umieszczany jest na podbrzuszu. W trakcie użytkowania aparatu nie może dojść do jego zamoczenia, dlatego pacjent w tym czasie nie może korzystać z basenu czy kąpieli.

przypadku TeleEKG – w świadczenia standardowe zdaje się zasadne. Przemawiają za tym m.in. następujące argumenty:

- obniżenie kosztów badania i leczenia,
- obniżenie kosztów związanych z wysłaniem do pacjenta karetki pogotowia,
- obniżenie kosztów pobytu pacjenta w szpitalu,
- zmniejszenie liczby oczekujących do lekarzy,
- przezwyciężenie barier geograficznych uniemożliwiających równy dostęp do usług medycznych.

Usługi medyczne oferowane za pomocą nowych technologii są nie tylko skuteczne, ale także mogą okazać się tańsze. Wobec tego warto byłoby sporządzić odpowiedni rachunek ekonomiczny, który potwierdziłby bądź nie racjonalność rozwiązań telemedycznych. Mając na uwadze wzrost zainteresowania telemedycyną, jej rozwój, jak i korzyści, można przypuszczać, że w przyszłości będzie ona miała charakter powszechny. Obecnie widoczne są już pierwsze działania, które podjęto w celu przełamania barier w świadczeniu usług medycznych na odległość. Mowa tu o wdrożeniu usługi telekonsultacji kardiologicznej⁵² i geriatrycznej⁵³ (tzw. telekonsylia), które są finansowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia na mocy zarządzenia nr 63/2015/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z 30 września 2015 r. zmieniającego zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie⁵⁴.

Telekonsultacje adresowane są głównie do osób zamieszkujących obszary podmiejskie, bowiem to właśnie ta grupa pacjentów ma utrudniony dostęp do lekarzy specjalistów⁵⁵. Dzięki tym rozwiązaniom pacjent w ramach wizyty u lekarza pierwszego kontaktu będzie mógł – w razie takiej potrzeby – zostać na miejscu skonsultowany z kardiologiem lub geriatrą. W tym celu lekarz pierwszego kontaktu będzie korzystał z urządzeń (np. elektronicznego stetoskopu, aparatu TeleEKG), za pomocą których nastąpi przesłanie danych do kardiologa⁵⁶. Następnie specjalista zapozna się z otrzymaną dokumentacją i udzieli porady. Czynności te odbywają się w czasie faktycznym, tzn. że lekarz

⁵² „Telekonsultacja kardiologiczna obejmuje: zdalny wywiad; zdalną analizę zapisu EKG; zdalną interpretację badań dodatkowych; ustalenie optymalnego leczenia kardiologicznego”, http://www.poradnikzdrowie.pl/sprawdz-sie/ciekawostki/telekonsultacje-u-kardiologa-i-geriatry-juz-na-nfz_43157.html (27.12.2016).

⁵³ „Telekonsultacja geriatryczna dotyczy osób po 65. roku życia. Obejmuje ona: zdalny wywiad; zdalną analizę z zapisu EKG; zdalną analizę badań diagnostycznych; zdalną analizę leczenia farmakologicznego; optymalizację leczenia”. *Ibidem*.

⁵⁴ Zarządzenie dostępne na stronie: <http://www.nfz.gov.pl/zarzadzenia-prezesa/zarzadzenia-prezesa-nfz/zarzadzenie-nr-632015dsoz,6410.html> (27.12.2016).

⁵⁵ http://www.poradnikzdrowie.pl/sprawdz-sie/ciekawostki/telekonsultacje-u-kardiologa-i-geriatry-juz-na-nfz_43157.html (27.12.2016).

⁵⁶ <https://telewizja.krakow.pl/telekonsylia-kardiologiczne-i-geriatryczne> (27.12.2016).

pierwszego kontaktu i lekarz specjalista za pomocą komunikatora widzą się w czasie konsultacji.

Działania podejmowane w obszarze telemedycyny z pewnością zasługują na aprobatę. Z uwagi na to, że „coraz większym problemem ochrony zdrowia są choroby i schorzenia cywilizacyjne, w tym otyłość, brak ruchu oraz stres, których następstwem w najczęstszych przypadkach są choroby układu krążenia”⁵⁷ należałoby zintensyfikować rozwój telemedycyny. Obecnie zaproponowane rozwiązania idą w dobrym kierunku, niemniej można by pójść dalej. Mianowicie, jeśli w trakcie telekonsultacji lub podczas tradycyjnej wizyty u kardiologa okazałoby się, że u pacjenta stwierdzono chorobę serca, albo pomimo zgłaszanych dolegliwości w danym momencie nie byłoby to możliwe, to wówczas pacjent otrzymałby przenośny aparat TeleEKG, za pomocą którego miałby zapewniony nadzór kardiologiczny przez całą dobę. Takie przedsięwzięcie wymagałoby jednak refundacji ze środków NFZ. Wydaje się, że tego typu rozwiązania są niewykłuczone, zważywszy na postęp w dziedzinie telemedycyny i oszczędności, które może ona generować. Być może dobrym etapem przejściowym byłoby początkowo objęcie usług telekardiologicznych refundacją częściową, a następnie całkowitą, aby osiągnąć wskazane wcześniej korzyści.

Podsumowanie

Jednym z obszarów, w których dynamicznie rozwija się telemedycyna, jest bez wątpienia telekardiologia. Wśród wielu usług medycznych świadczonych w ramach tej specjalizacji na uwagę zasługuje TeleEKG.

Dostęp do tego typu usługi zapewnia pacjentowi nie tylko bezpieczeństwo, ale także i komfort psychiczny. Nie musi on bowiem martwić się o zbyt długi termin oczekiwania na wizytę u specjalisty (kardiologa) w razie pojawienia się dolegliwości. Należy jednak podkreślić, że korzystanie ze świadczeń, jakie oferuje się pacjentowi w ramach TeleEKG, jest pomocą doraźną i nie zastępuje wizyty u kardiologa prowadzącego, o czym informują lekarze dyżurujący w centrum telemedycznym.

Jak wspomniałam już wcześniej, usługa ta ma charakter odpłatny. Pomimo tego nie można uznać, że narusza ona konstytucyjne prawo do ochrony zdrowia. Należy bowiem mieć na uwadze, że Konstytucja nie gwarantuje powszechnego dostępu do wszystkich świadczeń opieki zdrowotnej, co wynika z treści jej art. 68 ust. 2. Realizacja prawa do ochrony zdrowia uzależniona jest od kondycji finansowej państwa. Wobec tego „niedobór środków na opiekę zdrowotną w skali ogólnej, wynikający z kilku przyczyn (demograficznych, ekonomicznych, orga-

⁵⁷ <http://telemedycynapolska.pl/firma/relacje-inwestorskie/rynek> (27.12.2016).

nizacyjnych i moralnych) wymaga ograniczenia zakresu świadczeń znanych nauce i praktyce medycznej lub wyboru świadczeń najbardziej efektywnych⁵⁸. Nie bez przyczyny więc „świadomość braku środków na zapewnienie potrzebującym wszelkich znanych metod leczenia”⁵⁹ stała się motywem „unormowania konstytucyjnego (art. 68 ust. 1 i 2 Konstytucji), że władze publiczne zobowiązane zostały do utrzymywania systemu opieki zdrowotnej finansowanego ze środków publicznych opartego na zasadach równości dostępu i solidarności przejawiającej się w stosowaniu jednakowych, medycznie uzasadnionych procedur wobec potrzebujących bez względu na udział w kształtowaniu przychodów tego systemu”⁶⁰. W związku z tym nie budzi wątpliwości, że fundamentalna wartość konstytucyjna, którą jest ochrona zdrowia, może być urzeczywistniona poprzez korzystanie przez pacjenta ze świadczeń gwarantowanych lub ponadstandardowych, za które sam musi zapłacić.

Biorąc pod uwagę korzyści, jakie przypisuje się usłudze TeleEKG, można stwierdzić, że przyczynia się ona do skutecznej ochrony zdrowia i/lub życia pacjenta. Usługa ta jest bez wątpienia jednym z innowacyjnych narzędzi, które zapewniają bezpieczeństwo temu podmiotowi. Nie wszyscy chorzy jednak zdają sobie sprawę z dostępności tego typu świadczeń. W celu wyeliminowania więc występującego po stronie pacjentów deficytu informacyjnego warto prowadzić kampanie informacyjno-edukacyjne, które kierowane byłyby do każdego pacjenta bez względu na wiek. Jest to bardzo cenna inicjatywa, bowiem w większości przypadków o rozwiązaniach, jakie daje m.in. telemedycyna, dowiadujemy się z prywatnych źródeł (np. od znajomych).

Reasumując, należy podkreślić, że wzrost zainteresowania telemedycyną sprawia, że zaczyna wdrażać się nowe rozwiązania, które mają usprawnić system opieki zdrowotnej. Czas pokaże, czy wraz z podjęciem wskazanych wyżej kroków nastąpi szybki rozwój usług telemedycznych, czy będzie to proces idący małymi krokami co prawda do przodu, ale z pewnym opóźnieniem w porównaniu do innych państw, które umiejętnie wykorzystują szanse, jakie daje telemedycyna.

Bibliografia

- Banaszak B., *Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej. Komentarz*, Warszawa 2012.
Jabłoński M., *Obywatelstwo polskie jako przesłanka realizacji konstytucyjnych praw i wolności* [w:] *Prawa podmiotowe. Pojmowanie w naukach prawnych. Zbiór studiów*, red. J. Ciapała, K. Flaga-Gieruszyńska, Szczecin 2006.

⁵⁸ Wyrok SN – Izba Cywilna z 9 czerwca 2005 r., III CK 626/04, Legalis.

⁵⁹ *Ibidem*.

⁶⁰ *Ibidem*.

- Jabłoński M., *Zasada różnicowania zakresu realizacji konstytucyjnych wolności i praw jednostki w oparciu o kryterium obywatelstwa polskiego* [w:] *Wolności i prawa jednostki w Konstytucji RP*, t. I: *Idee i zasady przewodnie konstytucyjnej regulacji wolności i praw jednostki w RP*, Warszawa 2010.
- Jarosz-Żukowska, *Prawo do ochrony zdrowia i dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej* [w:] *Realizacja i ochrona konstytucyjnych wolności i praw jednostki w polskim porządku prawnym*, red. M. Jabłoński, Wrocław 2014.
- Karkowska D., *Prawa pacjenta*, Warszawa 2009.
- Kasztelowicz P., *Internet medyczny i telemedycyna – wpływ nowych środków komunikacji na współczesne oblicze medycyny*, www.am.torun.pl/~pekasz/telemedycyna.pdf (27.12.2016).
- Nowak M., *Telemedycyna. Kiedy odległość przestaje mieć znaczenie*, „Telemedycyni” 2015, nr 1.
- Ostryżek, *Prawo do ochrony zdrowia w świetle art. 68 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 roku*, „Prawo i Medycyna” 2015, nr 4.
- Piątek S., *Prawo telekomunikacyjne. Komentarz*, Warszawa 2013.
- Prokop K., *Prawo do ochrony zdrowia w świetle art. 68 Konstytucji RP* [w:] *Uwarunkowania prawne, ekonomiczne i socjologiczne funkcjonowania systemów ochrony zdrowia*, red. T. Mróz, Białystok 2011.
- Trzeciński J., *Komentarz do art. 68* [w:] *Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej. Komentarz*, t. III, red. L. Garlicki, Warszawa 2003.

Streszczenie

W artykule omówiono zostało prawo do ochrony zdrowia i równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej, które wyrażone zostało w art. 68 ust. 1 i 2 Konstytucji RP. W opracowaniu autorka odniosła się do orzecznictwa Trybunału Konstytucyjnego, z którego wynika, że przepisy Konstytucji nie zapewniają ogólnego dostępu do wszystkich znanych nauce i praktyce medycznej świadczeń opieki zdrowotnej. W związku z tym pacjent może korzystać ze świadczeń gwarantowanych lub ponadstandardowych, za które sam musi zapłacić. Do świadczeń ponadstandardowych zalicza się np. usługi TeleEKG, o których autorka pisze w niniejszym opracowaniu.

Słowa kluczowe: prawo do zdrowia, służby zdrowia, telemedycyna, TeleEKG, test Holtera

PROVISION OF MEDICAL SERVICE TELEEKG AS A PART OF THE CONSTITUTIONAL RIGHT TO HEALTH

Summary

This article concerns the right to health care and equal access to health care services, which have been expressed in art. 68 paragraph. 1 and 2 of the Constitution. In this research paper the author approached to the Constitutional Court who states that the provisions of the Constitution don't provide universal access to well know by knowledge and medical practice all of health services. Therefore the patient may benefit from the guaranteed or above-standard services, for which he must to pay. This above-standard services include, eg.: TeleEKG services, which were described by author in this article.

Keywords: right to health, health care services, telemedicine, TeleEKG, Holter test