

Telemedycyna

- aspekty medyczno-ubezpieczeniowe

AKADEMIA ISMR: Wykłady mistrzów

PIOTR DANILUK

Polskie Towarzystwo
Medycyny
Ubezpieczeniowej

Streszczenie

W poniższej pracy poruszone zostanie zagadnienie odpowiedzialności cywilnej podczas świadczenia usług medycznych z wykorzystaniem technologii z zakresu robotyki medycznej oraz prowadzenia procesów diagnostyczno-terapeutycznych.

PODSTAWY UBEZPIECZEŃ MEDYCZNYCH

Działalność lecznicza w Polsce regulowana jest przez następujące zapisy prawne: Ustawę z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej (Dz. U. z dnia 1 czerwca 2011 r.) wraz z późniejszymi zmianami oraz Ustawę z dnia 6 listopada 2008r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Prawa Pacjenta wraz Ustawą z dnia 28 kwietnia 2011r. o zmianie ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta wraz z późniejszymi zmianami. Ustawa o działalności leczniczej określa m.in. zasady wykonywania działalności leczniczej, zasady funkcjonowania podmiotów wykonujących działalność leczniczą nie będących przedsiębiorcami, zasady prowadzenia rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, normy czasu pracy pracowników podmiotów leczniczych, zasady sprawowania nadzoru nad wykonywaniem działalności leczniczej oraz podmiotami wykonującymi działalność leczniczą.

Zgodnie z ustawą o działalności leczniczej podmiotami leczniczymi są przedsiębiorcy prowadzący działalność we wszelkich formach przewidzianych dla wykonywania działalności gospodarczej, samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej, jednostki budżetowe, w tym państwowe jednostki budżetowe tworzone i nadzorowane przez Ministra Obrony Narodowej, ministra właściwego do spraw wewnętrznych, Ministra Sprawiedliwości lub Szefa Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego, posiadające w strukturze organizacyjnej ambulatorium, ambulatorium z izbą chorych lub lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, instytuty badawcze, fundacje i stowarzyszenia, których celem statutowym jest wykonywanie zadań w zakresie ochrony zdrowia i których statut dopuszcza prowadzenie działalności leczniczej, kościoły, kościelne osoby prawne lub związki wyznaniowe w zakresie, w jakim wykonują działalność leczniczą.

Ustawa definiuje również świadczenia zdrowotne – jako działania służące zachowaniu, ratowaniu,

przywracaniu lub poprawie zdrowia oraz inne działania medyczne wynikające z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich wykonywania. Zgodnie z ustawą świadczenie szpitalne to wykonywane całą dobę kompleksowe świadczenia zdrowotne polegające na diagnozowaniu, leczeniu, pielęgnacji i rehabilitacji, które nie mogą być realizowane w ramach innych stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych lub ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych; świadczeniami szpitalnymi są także świadczenia udzielane z zamiarem zakończenia ich udzielania w okresie nie przekraczającym 24 godzin.

Z kolei świadczenia inne niż szpitalne to świadczenia opiekuńcze, pielęgnacyjne, paliatywne, hospicyjne, świadczenia z zakresu opieki długoterminowej, rehabilitacji leczniczej, leczenia uzależnień, psychiatrycznej opieki zdrowotnej oraz lecznictwa uzdrowiskowego, udzielane pacjentom, których stan zdrowia wymaga udzielania całodobowych lub całodziennych świadczeń zdrowotnych w odpowiednio urządzonej, stałej pomieszczeniach. Według ustawy działalność lecznicza polega nie tylko na udzielaniu świadczeń zdrowotnych. Ale również na promocji zdrowia lub realizacji zadań dydaktycznych i badawczych w powiązaniu z udzielaniem świadczeń zdrowotnych i promocją zdrowia, w tym wdrażaniem nowych technologii medycznych oraz metod leczenia.

Artykuł 17, ustęp 1 ustawy określa warunki jakie musi spełniać Podmiot leczniczy prowadzący działalność leczniczą, w szczególności zaś posiadać odpowiednie pomieszczenia lub urządzenia, odpowiadające wymaganiom określonym, stosować wyroby odpowiadające wymaganiom ustawy z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych, zapewniać udzielanie świadczeń zdrowotnych wyłącznie przez osoby wykonujące zawód medyczny oraz spełniające wymagania zdrowotne określone w odrębnych przepisach; oraz obowiązkowo zawrzeć w umowę ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej a dobro-

wolnie umowę na rzecz pacjentów z tytułu zdarzeń medycznych. Obowiązek ubezpieczenia powstaje najpóźniej w dniu poprzedzającym dzień rozpoczęcia wykonywania działalności leczniczej.

Umowa ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej obejmuje szkody będące następstwem udzielania świadczeń zdrowotnych albo niezgodnego z prawem zaniechania udzielania świadczeń zdrowotnych, umowa ubezpieczenia z tytułu zdarzeń medycznych określonych w przepisach o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta obejmuje zdarzenia medyczne w rozumieniu tej ustawy, które miały miejsce w okresie ochrony ubezpieczeniowej.

Umowa ubezpieczenia z tytułu zdarzeń medycznych określonych w przepisach o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta obejmuje zdarzenia medyczne w rozumieniu tej ustawy, które miały miejsce w okresie ochrony ubezpieczeniowej. Suma ubezpieczenia okresie ubezpieczenia nie dłuższym niż 12 miesięcy, w odniesieniu do wszystkich zdarzeń medycznych w szpitalu, których skutki są objęte umową ubezpieczenia, o której mowa w ust. 1 pkt 2, jest uzależniona od liczby łóżek w szpitalu i sumy ubezpieczenia w odniesieniu do jednego łóżka szpitalnego, oraz wynosi nie mniej niż 300.000 zł. Suma ubezpieczenia w odniesieniu do jednego łóżka szpitalnego wynosi nie mniej niż 1.000 zł.1c. Jeżeli podmiot leczniczy posiada certyfikat akredytacyjny w rozumieniu ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o akredytacji w ochronie zdrowia (Dz. U. z 2009 r. Nr 52, poz. 418 i Nr 76, poz. 641 oraz z 2011 r. Nr 112, poz. 654) w zakresie leczenia szpitalnego, suma ubezpieczenia w odniesieniu do jednego łóżka szpitalnego jest pomniejszana o 10%.

Obowiązkowe ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą zawierane jest na podstawie Rozporządzenia Ministra Finansów z dnia 22 grudnia 2011r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą.

Dobrowolne ubezpieczenie z tytułu zdarzeń medycznych określonych w przepisach o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta obejmujące zdarzenia medyczne w rozumieniu tej ustawy, które miały miejsce w okresie ochrony ubezpieczeniowej. Zawierane jest na podstawie Warunków Umowy ubezpieczenia oferowanej przez Zakłady Ubezpieczeń.

W powyżej omawianych ubezpieczeniach określona została ustawowo wysokość sumy gwarancyjnej. Suma gwarancyjna jest górną granicą, do której odpowiada zakład ubezpieczeń. Inaczej mówiąc jest maksymalną wysokością odszkodowania, które może być wypłacone z konkretnego ubezpieczenia. I tak minimalna suma gwarancyjna w okresie nie dłuższym niż 12 miesięcy, których skutki objęte są umową ubezpieczenia OC podmiotu leczniczego, wynosi:

- 100 000 euro w odniesieniu do jednego zdarzenia oraz 500 000 euro w odniesieniu do wszystkich

- zdarzeń dla stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych szpitalnych

- 75 000 euro w odniesieniu do jednego zdarzenia oraz 350 000 euro w odniesieniu do wszystkich zdarzeń, dla stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych innych niż szpitalne oraz ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych

- 75 000 euro w odniesieniu do jednego zdarzenia oraz 350 000 euro w odniesieniu do wszystkich zdarzeń, dla lekarza lub lekarza dentystry wykonującego działalność leczniczą w formie jednoosobowej działalności gospodarczej jako indywidualna praktyka lekarska, indywidualna praktyka lekarska wyłącznie w miejscu wezwania, indywidualna specjalistyczna praktyka lekarska, indywidualna specjalistyczna praktyka lekarska wyłącznie w miejscu wezwania, indywidualna praktyka lekarska wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego na podstawie umowy z tym podmiotem lub indywidualna specjalistyczna praktyka lekarska wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego na podstawie umowy z tym podmiotem;

- 75.000 euro w odniesieniu do jednego zdarzenia oraz 350.000 euro w odniesieniu do wszystkich zdarzeń, dla lekarza lub lekarza dentystry wykonującego działalność leczniczą w formie spółki cywilnej, spółki jawnej albo spółki partnerskiej jako grupowa praktyka lekarska;

- 30.000 euro w odniesieniu do jednego zdarzenia oraz 150.000 euro w odniesieniu do wszystkich zdarzeń dla pielęgniarki lub położnej wykonującej działalność leczniczą w formie jednoosobowej działalności gospodarczej jako indywidualna praktyka pielęgniarki lub położnej, indywidualna praktyka pielęgniarki lub położnej wyłącznie w miejscu wezwania, indywidualna specjalistyczna praktyka pielęgniarki lub położnej, indywidualna specjalistyczna praktyka pielęgniarki lub położnej wyłącznie w miejscu wezwania, indywidualna praktyka pielęgniarki lub położnej wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego na podstawie umowy z tym podmiotem lub indywidualna specjalistyczna praktyka pielęgniarki lub położnej wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego na podstawie umowy z tym podmiotem;

- 30.000 euro w odniesieniu do jednego zdarzenia oraz 150.000 euro w odniesieniu do wszystkich zdarzeń, dla pielęgniarki lub położnej wykonującej działalność leczniczą w formie spółki cywilnej, spółki jawnej albo spółki partnerskiej jako grupowa praktyka pielęgniarek lub położnych.

TELEMEDYCYNĄ

Telemedycyną określane jest udzielanie świadczeń zdrowotnych na odległość. Telemedycyna jest stosunkowo młodą, aczkolwiek bardzo dynamicznie rozwijającą się dziedziną zarówno na świecie jak i w naszym kraju. Szybki rozwój w oczywisty sposób spo-

wodowany jest postępem w zakresie technik elektro-
nicznych i informatycznych. Pracownik świadczący
usługi medyczne (lekarz, pielęgniarka, diagnosta,
itp...) znajduje się w innym miejscu niż pacjent / inny
pracownik sektora medycznego (np. lekarze konsul-
tujący wyniki badań pacjentów). Wykorzystywane są
przy tym technologie informacyjno-komunikacyjne.

Telemedycyna obejmuje m.in. teleradiologię / tele-
patomorfologię - w ramach której obrazy radiologicz-
ne / histopatologiczne są przesyłane drogą elektro-
niczną w celu ich interpretacji / konsultacji. To także
telemonitoring czyli monitorowanie na odległość
stanu zdrowia pacjentów i parametrów ich badań –
np. interpretacja badania elektrokardiograficznego.
Dane mogą być gromadzone przy aktywnym udziale
pacjenta – a po ich przetworzeniu i przekazaniu od-
powiednim pracownikom służby zdrowia, mogą być
wykorzystywane w protokołach monitorowania sta-
nu zdrowia i leczenia pacjenta. Telechirurgiatio prze-
prowadzanie zabiegów operacyjnych na odległość,
np. z wykorzystaniem robota da Vinci.

Doświadczenia państw zachodnich wskazują, że
telemedycyna może być skuteczna i bezpieczna.
Optymalizuje czas pracy personelu medycznego, po-
woduje skrócenie czasu oczekiwania na wizyty, przy-
nosi oszczędności dla systemów opieki zdrowotnej.
Z pewnością zwiększa komfort pacjentów, a także
podnosi jakość świadczonych usług poprzez dużo
skuteczniejszą diagnostykę. Niestety w chwili obec-
nej w naszym kraju brakuje podejścia systemowego
do telemedycyny. Przykładowo - jedyny w Polsce
supernowoczesny robot chirurgiczny da Vinci, znaj-
dujący się we Wrocławiu nie jest wykorzystywany.
Przez cztery lata można nim było przeprowadzić kilka
tysięcy operacji, a wykonano ich zaledwie 186. Pa-
cjenci z Polski w zasadzie nie mają szans na opera-
cję z udziałem robota. Dodatkowo zauważalna jest
luka prawna w odniesieniu do telemedycyny. Poję-
cia z jej zakresu takie jak telemedycyna, telekonsul-
tacja, teletransmisja, teleoperacja, telechirurgia, są
powszechnie znane, czasami praktycznie stosowane
– ale nie zostały zdefiniowane i uregulowane w zapi-
sach prawnych.

Można oczywiście nie wprowadzać nowych zapi-
sów i opierać się na aktualnie obowiązującym prawie.
W przepisach regulujących np. wykonywanie zawodu
lekarza nie ma regulacji dotyczących telemedycyny –
ale również nie ma też zakazu jej stosowania.

W przytoczonych na wstępie artykułu ustawach
możemy znaleźć miejsce dla telemedycyny. Wyko-
rzystanie telemedycyny jest świadczeniem zdro-
wotnym – zdefiniowanym jako „działania służące
zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie
zdrowia”. Ale nie tylko – bo ustawa ta mówi również
o tym, że „działalność lecznicza polega nie tylko na
udzielaniu świadczeń zdrowotnych. Ale również na
„wdrażaniu nowych technologii medycznych oraz
metod leczenia”.

Biorąc jednakże pod uwagę, że świadczenie usług
medycznych jest działaniem ryzykownym wydaje się,
że brak precyzyjnych zapisów prawnych odnośnie
telemedycyny może stanowić w przyszłości problem
medyczny oraz problem ubezpieczeniowy – szczegó-
lnie w sytuacji upowszechniania się telemedycyny.
Statystycznie rzecz ujmując spowoduje to zgłaszanie
roszczeń z obszaru objętego telemedycyną i koniecz-
ności wypłat odszkodowań. Sytuacji, w której brakuje
szczegółowych regulacji prawnych obejmujących dia-
gnostykę, doradztwo, konsultacje na odległość, prze-
prowadzania zabiegów operacyjnych na odległość,
brakuje także wystarczającej ekspertyzy prawnej
w tym zakresie, przy zauważalnym wzroście roszcze-
niowości społeczeństwa – zwielokrotnia ryzyko dla
profesjonalistów medycznych korzystających z tele-
medycyny. Konieczne wydaje się zdefiniowanie i opi-
sanie wyżej wymienionych pojęć z zakresu w celu
zwiększenia przejrzystości prawnej, wzmocnienia
systemów ochrony danych i zapewnienie maksymal-
nego bezpieczeństwa pacjenta,

DYSKUSJA

W tej sytuacji można zdefiniować kilka obszarów
potencjalnie zagrożonych pod względem typowo
medycznym oraz medyczo – ubezpieczeniowym -
wystąpieniem roszczenia.

- Problemy etyczne związane ze zmianą relacji
między pacjentem a lekarzem. Brak odpowiedniego
kontakty pomiędzy pacjentem a pracownikiem me-
dycznym (lekarzem, pielęgniarką, rehabilitantem).
Podczas prowadzenia wywiadu lekarskiego z wyko-
rzystaniem technik telemedycznych następuje zde-
personalizowanie kontaktu terapeutycznego

- Brak wystarczającej liczby szkoleń w zakresie te-
lemedycyny. Osoby wykorzystujące telemedycynę
w dużej mierze zdane są na zdobywanie we własnym
zakresie doświadczeń w zakresie stosowania tych
technik.

- Całkowite podjęcie odpowiedzialności za techniki
telemedyczne: W przypadku telekonsultacji /tele-
operację. Czy całkowicie odpowiedzialny jest jedynie
lekarz kontaktujący się z pacjentem / zespołem przy-
gotowującym pacjenta. Jeśli nie to tylko – to w jaki
sposób określić zaangażowanie (i ewentualnie póź-
niejszą odpowiedzialność stron). Lekarz nie przepro-
wadza badania klinicznego – za które odpowiedzialny
był lekarz bezpośrednio konsultujący pacjenta i zle-
cający telekonsultację) a podejmuje leczenie i bierze
za nie odpowiedzialność ?

- Kwestia oceny czy konsultacja na odległość (te-
leekspertyzy) pomiędzy lekarzem a ratownikiem me-
dycznym można nazwać poradą lekarską?

- Czy osoba opiekująca się osobą niepełnosprawną,
podejmując decyzje podejmowane na podstawie da-
nych medycznych zbieranych z wykorzystaniem teletran-
smisji bierze pełną odpowiedzialność za swoje decyzje

- Czy decyzje wydane na podstawie teletransmisji to orzeczenia lekarskie. Z ustawy o zawodzie lekarza i lekarza dentystry wynika, że orzeczenia mogą być wydawane jedynie po osobistym zbadaniu pacjenta.

- Roszczenia dotyczące niepowodzenia zabiegu operacyjnego przeprowadzonego metodą telechirurgiczną. Pomijając aspekt odpowiedniego sformułowania formularza świadomej zgody na zabieg operacyjny, w którym należy uwzględnić sposób przeprowadzenia zabiegu konieczne jest zwrócenie uwagi na odpowiednie ubezpieczenie tego ryzyka. Przyczyny niepowodzenia zabiegu mogą być różnorakie – od typowych błędów medycznych – gdzie wskutek nieprawidłowych czynności operatora dochodzi do powikłań zdrowotnych do awarii sprzętu, awarii usług teletransmisyjnych.

- Kolejnym aspektem jest kwestia uznania odpowiedzialności i wysokości odszkodowania w przypadku gdy następuje szkoda medyczna. Jest to szczególnie istotne w przypadku gdy procedury wykonywane są transgranicznie. Zgodnie z Artykułem 3 Dyrektywy Parlamentu Europejskiego i Rady z 2011 (jak wspomniano powyżej brak jest polskich uregulowań w tym zakresie) w sprawie stosowania praw pacjentów w transgranicznej opiece zdrowotnej „państwo członkowskie leczenia” oznacza państwo członkowskie, na którego terytorium faktycznie świadczona jest opieka zdrowotna. W przypadku telemedycyny uważa się, że opieka zdrowotna świadczona jest w tym państwie członkowskim, w którym ma siedzibę świadczeniodawca; [...]”. Jednocześnie poszkodowany w wyniku działań medycznych ma prawo dochodzenia swych praw przed sądem krajowym. Możliwa

jest zatem taka sytuacja gdy lekarz świadczący usługi medyczne z wykorzystaniem telemedycyny zostanie pozwany przez pacjenta np. z Unii Europejskiej / Stanów Zjednoczonych, w których to państwach kwoty zasądzonych zadośćuczynień są wyższe i niedostosowane do sum gwarancyjnych w polisach zawieranych w Polsce.

Piotr Daniluk

Absolwent II Wydziału Lekarskiego Akademii Medycznej w Warszawie. Specjalista w zakresie chorób wewnętrznych. Absolwent Studiów Podyplomowych – Zarządzanie w Służbie Zdrowia Instytutu Medycyny Pracy w Łodzi oraz – Zdrowie Publiczne Organizacja i Zarządzanie Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego. Od 1995 roku związany z PZU Życie SA, od roku 2001 również z PZU SA. Aktualnie zaangażowany w budowanie Systemu Zarządzania Ryzykiem Medycznym w ubezpieczeniach z tytułu Odpowiedzialności Cywilnej Placówek Medycznych oraz działania w zakresie poprawy bezpieczeństwa pacjentów w placówkach ubezpieczanych przez Grupę PZU. Uczestnik i wykładowca wielu konferencji krajowych i zagranicznych. Wykładowca na Warszawskim Uniwersytecie Medycznym. Współautor podręcznika „Medycyna Ubezpieczeniowa”. Członek Biura ICLAM (International Comimittee for Insurance Medicine). Członek założyciel Polskiego Towarzystwa Medycyny Ubezpieczeniowej. Współautor Standardów Medycyny Ubezpieczeniowej opracowanych wspólnie z Polską Izbą Ubezpieczeń. Obecnie Wiceprezes Zarządu Towarzystwa.