

Łódź, 13.07.2026 r.,

Opinia prawna

w przedmiocie dopuszczalności wykorzystywania teleinformatycznych środków przekazu i innych systemów łączności, w trakcie wykonywania badań z zakresu profilaktycznej opieki zdrowotnej i badań kierowców,

Zakres i cel opinii

Niniejsza opinia powstała w związku z pytaniami jakie na gruncie codziennej praktyki medycznej pojawiają się odnośnie dopuszczalności stosowania teleinformatycznych środków przekazu, a także innych systemów łączności, w trakcie wykonywania świadczeń z zakresu profilaktycznej opieki zdrowotnej i badań kierowców.

Podstawowym celem niniejszej opinii jest odpowiedź na następujące pytania:

1. Jakie regulacje stanowią podstawę do wykorzystywania teleinformatycznych środków przekazu i innych systemów łączności w trakcie wykonywania czynności z zakresu zdrowotnej opieki profilaktycznej i badań kierowców?
2. Czy użycie w treści obowiązujących przepisów terminu „badanie osobiste” wyklucza bądź ogranicza wykorzystanie narzędzi ICT, w procesie wydawania orzeczeń o zdolności lub braku zdolności do pracy lub pracy na danym stanowisku oraz orzeczeń o zdolności bądź braku zdolności do kierowania pojazdami mechanicznymi?
3. Czy wykorzystanie w trakcie badań profilaktycznych i badań kierowców narzędzi ICT, i wydanie w oparciu o tak przeprowadzone czynności orzeczenia lekarskiego, naraża lekarza na odpowiedzialność za tzw. fałszerstwo intelektualne?

Osiągnięcie celów sformułowanych powyżej, możliwe jest w drodze dokonania kompleksowej analizy aktualnego stanu prawnego. W treści opinii odniesiono się nie tylko do wskazanych kwestii sensu stricto, ale także do zagadnień jakie pośrednio wiążą się z dopuszczalnością wykorzystywania teleinformatycznych środków przekazu i innych systemów łączności, w trakcie wykonywania zawodu lekarza.

Celem jasnego przedstawienia poszczególnych pojęć użytych w treści niniejszej opinii, poniżej zamieszczono „słownik” terminologiczny zawierający wykaz terminów i definicji legalnych wykorzystanych w toku poniższej analizy.

Słownik terminologiczny

1. **Badanie kierowcy** – badanie lekarskie prowadzone w celu ustalenia istnienia lub braku przeciwwskazań zdrowotnych do kierowania pojazdami (§1 pkt 1 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 5 grudnia 2022 r., w sprawie badań lekarskich osób ubiegających się o uprawnienia do kierowania pojazdami i kierowców, DzU 2022 r., poz. 2503, ze zm., – dalej r.b.k.)
2. **Badanie profilaktyczne** – lekarskie badania wstępne, okresowe i kontrolne pracowników w rozumieniu art. 229§ 1, 2 i 5 Kodeksu pracy (§1 pkt 1 Rozporządzenia w Ministra Zdrowia i opieki społecznej z dnia 30 maja 1996 r., tj. DzU 2023 r., poz. 607, ze zm., - dalej: r.m.p.)
3. **Dokumentacja medyczna** - dokumentacja, o której mowa w przepisach ustawy z dnia 6 listopada 2008 r., o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2024 r. poz. 581 oraz z 2026 r. poz. 26) – art. 2 ust. 1 pkt 1 Ustawy o działalności leczniczej z dnia 15 kwietnia 2011 r., tj. DzU 2026 r., poz. 156 (dalej: u.dz.l.)
4. **Świadczenie zdrowotne** - działania służące zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia oraz inne działania medyczne wynikające z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich wykonywania – art. 2 ust. 1 pkt 10 u.dz.l.
5. **Profilaktyczna opieka zdrowotna** - ogół działań zapobiegających powstawaniu i szerzeniu się niekorzystnych skutków zdrowotnych, które w sposób bezpośredni lub pośredni mają związek z warunkami albo

charakterem pracy – art. 4 pkt 1 Ustawy o służbie medycyny pracy z dnia 27 czerwca 1997 r., tj. DzU 2022 r., poz. 437.

6. **Osoba wykonująca zawód medyczny** - osoba uprawniona na podstawie odrębnych przepisów do udzielania świadczeń zdrowotnych oraz osoba legitymująca się nabyciem fachowych kwalifikacji do udzielania świadczeń zdrowotnych w określonym zakresie lub w określonej dziedzinie medycyny – art. 2 ust. 1 pkt 2 u.dz.l.
7. **Pacjent** – osoba zwracająca się o udzielenie świadczeń zdrowotnych lub korzystająca ze świadczeń zdrowotnych udzielanych przez podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych lub osobę wykonującą zawód medyczny - art. 3 ust. 1 pkt 4 Ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta z dnia 6.11.2008 r., tj. DzU 2024 r., poz. 581 (dalej: u.p.p.).
8. **Podmiot wykonujący działalność leczniczą** - podmiot leczniczy, o którym mowa w art. 4, oraz lekarz, pielęgniarka, fizjoterapeuta lub diagnosta laboratoryjny wykonujących zawód w ramach działalności leczniczej jako praktykę zawodową, o której mowa w art. 5 – art. 2 ust. 1 pkt 5 u.dz.l.

Zasady wykorzystywania teleinformatycznych środków przekazu lub innych systemów łączności w trakcie udzielania świadczeń zdrowotnych

Na określenie teleinformatycznych środków przekazu wykorzystywanych w trakcie udzielania świadczeń zdrowotnych, używa się powszechnie terminu „telemedycyna”. W rzeczywistości termin ten odnosi się ściśle do wykorzystania wszelkich form przekazu, które umożliwiają uzyskanie informacji dotyczących pacjenta.

Technologie informacyjne i komunikacyjne (dalej: ICT), nazywane zamiennie technologiami informacyjno-telekomunikacyjnymi, teleinformatycznymi lub technikami informacyjnymi, to rodzina technologii przetwarzających, gromadzących i przesyłających dane oraz informacje w formie elektronicznej. Skrót ICT odnosi się do teleinformatycznych środków przekazu oraz innych systemów łączności używanych w celu udzielenia świadczenia zdrowotnego, usług farmaceutycznych, innych czynności związanych z opieką zdrowotną, a także działań służących realizacji praw

pacjenta, w tym między innymi prawa do informacji, udzielenia świadomej zgody oraz dostępu do dokumentacji medycznej.

Wraz z postępującą cyfryzacją życia i opieki zdrowotnej kwestia równości w dziedzinie opieki zdrowotnej rozszerzyła się na środowiska cyfrowe lub e-środowiska, przyjmując konotację „Cyfrowej Równości w Ochronie Zdrowia” (*Digital Health Equity* – dalej: DHE). W dokumentach z 2021 i 2022 roku, WHO zdefiniowało „zdrowie cyfrowe” i skoncentrowało się na DHE, określając w ten sposób strategię działania w zakresie zdrowia cyfrowego, która uznaje centralną rolę promowania równości i zapobiegania ryzyku dyskryminacji i marginalizacji

(zob., D.R. Petretto i in., *Telemedicine, e-Health, and Digital Health Equity: A Scoping Review*, „*Clinical Practice & Epidemiology in Mental Health*” 2024/2 DOI: 10.2174/0117450179279732231211110248, s. 2).

Jakkolwiek w literaturze funkcjonuje wiele pojęć telemedycyny, tak w treści niniejszej analizy posłużono się pojęciem przyjętym przez World Health Organisation (dalej: WHO), które określa „telemedycynę” jako „świadczenie usług opieki zdrowotnej, w której kluczową rolę odgrywa rozłączność miejsca, przez wszystkie osoby wykonujące zawody medyczne, przy wykorzystaniu ICT 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” (zob., *World Health Organization, Telemedicine. Opportunities and development in Member States, Report on the 2nd global survey on eHealth, 2010.*).

Przed wejściem w życie Ustawy z dnia 22 lipca 2014 r., o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. poz. 1138 ze zm.) oraz Ustawy z dnia 9 października 2015 r., o zmianie ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. poz. 1991 ze zm.), przepisy prawa dopuszczały posługiwanie się narzędziami teleinformatycznymi w celu realizacji świadczeń zdrowotnych jedynie w sposób pośredni, tj. nie dopuszczając ich używania wprost, a jedynie nie zakazując ich wykorzystywania w ściśle określonych sytuacjach.

Recepty i zlecenia wystawiane „na odległość”

W dniu 18 kwietnia 2018 roku weszła w życie Ustawa z dnia 1 marca 2018 r., o zmianie niektórych ustaw w związku z wprowadzeniem e-recepty (DzU 2018 r., poz. 697), której art. 2 ustalił obecne brzmienie art. 42 ust. 2 Ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty z dnia 5 grudnia 1996 r., tj. DzU 2026 r., poz. 37 (dalej: u.z.l.).

Zgodnie z treścią art. 42 ust. 2 u.z.l., „lekarz może, bez dokonania badania pacjenta, wystawić receptę niezbędną do kontynuacji leczenia oraz zlecenie na zaopatrzenie w wyroby medyczne jako kontynuację zaopatrzenia w wyroby medyczne, jeżeli jest to uzasadnione stanem zdrowia pacjenta odzwierciedlonym w dokumentacji medycznej”. Powyższy zapis, jakkolwiek nie wynika to wprost z jego literalnego brzmienia, umożliwia wykorzystanie teleinformatycznych środków przekazu lub innych systemów łączności, do wykonania czynności związanych z preskrypcją lub wystawieniem zlecenia.

Zarządzenie Prezesa NFZ z dnia 31 marca 2025 r., nr 22/2025/DSOZ zmienione zarządzeniem nr 49/2026/DSOZ z dnia 08 maja 2026 r., (zob., <https://baw.nfz.gov.pl/NFZ/document/43878/>), przewiduje świadczenie w postaci porady receptowej (kod świadczenia według NFZ 5.01.00.0000155), które jest świadczeniem realizowanym w przypadkach uzasadnionych stanem zdrowia świadczeniobiorcy, odzwierciedlonym w dokumentacji medycznej (§ 2 pkt 17). Świadczenie to obejmuje ordynację leków, a jego celem jest kontynuacja leczenia bez konieczności uprzedniego, osobistego zbadania świadczeniobiorcy, po analizie dostępnej indywidualnej dokumentacji medycznej. Aktualnie wniosek o wykonanie tego świadczenia i w konsekwencji uzyskanie recepty na leki przyjmowane cyklicznie, może zostać złożony przez pacjenta przez IKP. W myśl § 2 pkt 36 zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia nr 132/2024/DSOZ z dnia 31 grudnia 2024 r., (zob., <https://baw.nfz.gov.pl/NFZ/document/43906/>), w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna dopuszczalne jest wykonanie świadczenia specjalistycznego receptowego, przez które należy rozumieć świadczenie, o którym mowa w art. 42 u.z.l. Oznacza to, że wystawienie recepty z

pominięciem osobistego kontaktu lekarza z pacjentem dopuszczalne jest również w ramach specjalistycznej opieki ambulatoryjnej.

Obowiązujące przepisy prawa dają lekarzowi możliwość wystawienia recepty nie tylko po dokonaniu badania osobiście i bezpośrednio, ale również z pominięciem jakiegokolwiek badania, w tym przeprowadzonego z wykorzystaniem narzędzi ICT. Podstawą do preskrypcji może być wyłącznie analiza dokumentacji medycznej pacjenta. Jakkolwiek literalna treść art. 42 ust. 2 u.z.l., pozwala na przyjęcie twierdzenia, że „powtarzanie recept” z pominięciem osobistego kontaktu z pacjentem dotyczy co do zasady osób chorych przewlekle, tak nie oznacza to, że osoby cierpiące na tego rodzaju choroby są zawsze w takim samym stanie, a co za tym idzie, że recepta wystawiona z pominięciem jakiegokolwiek kontaktu z lekarzem odpowiada aktualnym potrzebom pacjenta.

Ujęcie kwestii związanej z preskrypcją i wystawianiem zleceń „na odległość” nie jest w treści niniejszej opinii przypadkowe. Powyższe ma na celu uświadomienie potencjalnemu odbiorcy, że ekspansja rozwiązań odnoszących się do telemedycyny, daje obecnie możliwość nie tylko oceny stanu zdrowia pacjenta „na odległość”, ale również odstąpienia od wykonania badania w jakikolwiek sposób, na rzecz analizy dokumentacji medycznej, co może stanowić źródło decyzji o wydłużeniu leczenia farmakologicznego. Zaznaczenia wymaga, że leczenie farmakologiczne stosowane w związku z rozpoznaniem choroby przewlekłej, może, choć oczywiście nie musi, wiązać się z wystąpieniem negatywnych następstw dla życia i zdrowia, co dotyczy szczególnie sytuacji, w których decyzja o kontynuacji terapii podejmowana jest w oparciu o prośbę pacjenta. Ustawodawca nie określa, ile razy lekarz może podjąć działania dotyczące kontynuacji terapii w oparciu o analizę dokumentacji medycznej i czy na jakimkolwiek etapie, konieczna jest ponowna ocena stanu zdrowia dokonana w toku badania lekarskiego. Z powyższego wynika, że lekarz może orzekać o stanie zdrowia pacjenta w oparciu i na podstawie analizy dokumentacji medycznej powstałej w odległym wymiarze czasowym.

Zasadnym jest zatem przyjęcie, że dokonanie oceny stanu zdrowia osobiście w czasie rzeczywistym, w tym z wykorzystaniem narzędzi ICT, zmniejsza istotnie ryzyko versus przypadki, w których ocena stanu zdrowia i orzeczenie o kontynuacji

terapii wydawane jest „na odległość”, jedynie w oparciu o analizę, często znacznie wcześniej utworzonej dokumentacji.

Przepisy odnoszące się do udzielania świadczeń zdrowotnych z wykorzystaniem narzędzi ICT

Bazową regulacją umożliwiającą wykorzystanie teleinformatycznych środków przekazu w procesie udzielania świadczeń zdrowotnych sensu stricto, jest Ustawa o działalności leczniczej z dnia 15 kwietnia 2011 roku, której przepisy stanowią, że działalność lecznicza polega na udzielaniu świadczeń zdrowotnych. Świadczenia te mogą być udzielane za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności. Jednocześnie narzędzia teleinformatyczne lub systemy łączności mogą być wykorzystywane do promocji zdrowia, realizacji zadań dydaktycznych i badawczych, w tym wdrażania nowych technologii medycznych oraz metod leczenia (art. 3 ust. 2 pkt 1–2 u.dz.l.).

Dopuszczając wykonywanie świadczeń zdrowotnych „na odległość”, ustawodawca przyjmuje, że miejscem udzielania świadczeń zdrowotnych za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności jest miejsce przebywania osób wykonujących zawód medyczny, które udzielają tych świadczeń (art. 24 ust. 1 pkt 5 u.dz.l.). Obowiązujące przepisy dopuszczają udzielanie świadczeń zdrowotnych z wykorzystaniem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności nie tylko w warunkach leczenia zamkniętego, ale również w warunkach ambulatoryjnych (art. 24 ust. 2a u.dz.l.).

Do szeroko pojętego wykorzystania teleinformatycznych środków przekazu nawiązuje wprost również art. 42 ust. 1 u.z.l., zgodnie z którym „**lekarz orzeka o stanie zdrowia określonej osoby po uprzednim, osobistym jej zbadaniu lub zbadaniu jej za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności**”.

Z brzmienia cytowanego wyżej przepisu wynika, że orzekanie o stanie zdrowia może odbywać się poprzez osobiste wykonanie czynności przez lekarza, lub przeprowadzenie ich z wykorzystaniem teleinformatycznych środków przekazu. W treści przepisu został użyty spójnik „lub”, który oznacza alternatywę

łączną (nierozłączną), co oznacza, że adresat normy może zachować w sposób „X”, w sposób „Y”, a także w sposób „X i Y”.

Powyższe znajduje swoje potwierdzenie w judykaturze, w tym między innymi w uchwale Sądu Najwyższego z dnia 9 września 2008 r. sygn., akt. III CZP 31/08, gdzie stwierdzono, że spójnik „lub” oznacza alternatywę łączną (nierozłączną) i stanowi przeciwieństwo wyrazu „albo”, właściwego dla alternatywy rozłącznej. Identyczne stanowisko zajął Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 17 marca 2006 r., sygn., akt I CSK 8 I/OS. Z kolei w uchwale Składu Siedmiu Sędziów Sądu Najwyższego z dnia 29 września 2006 r., sygn., akt II UZP 10/06 wskazano, że „lub” wyraża „alternatywę łączną, czyli dopuszcza możliwość współwystępowania sytuacji komunikowanych przez zdanie łączone tym spójnikiem”.

Z powyższego przepisu wynika zatem, że lekarz może orzec o stanie zdrowia pacjenta dokonując badania osobistego, badania asynchronicznego z wykorzystaniem teleinformatycznych środków przekazu, jak również badania przeprowadzonego osobiście przy użyciu narzędzi ICT.

Zwrot „orzeczenie o stanie zdrowia” użyty w art. 42 ust. 1 u.z.l. należy identyfikować z rozpoczęciem procesu diagnostycznego i ewentualnym zainicjowaniem procesu terapeutycznego, nie zaś jedynie z wydaniem orzeczenia w postaci dokumentu, który stanowi na przykład podstawę do uzyskania przez pacjenta uprawnień lub zwolnienia go ze ściśle określonych aktywności (np. świadczenia pracy). Jednocześnie należy zaznaczyć, że ustawodawca, nie określając katalogu „narzędzi teleinformatycznych”, do którego to określenia nawiązuje art. 42 ust. 1 u.z.l., dopuszcza ich dowolne i nieograniczone wykorzystanie w procesie udzielania świadczeń zdrowotnych, bez jednoczesnego zastrzeżenia konkretnej formy przekazu zarówno na płaszczyźnie lekarz-pacjent, jak i lekarz – jednostki organizacyjne.

Dopuszczalność wykorzystania narzędzi teleinformatycznych w procesie udzielania świadczeń zdrowotnych przewiduje również Kodeks Etyki Lekarskiej (zob., *Załącznik do uchwały nr 5 Nadzwyczajnego XVI Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 18 maja 2024 r.*), którego art. 9 stanowi, że „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”.

Jakkolwiek Kodeks Etyki Lekarskiej nie jest aktem normatywnym, to, jak podkreśla się w literaturze: „(...) normy etyczne mogą być przez akty prawne inkorporowane do systemu obowiązującego prawa. Ustawa o izbach lekarskich dokonała takiej inkorporacji norm Kodeksu Etyki Lekarskiej. Normy tego Kodeksu dookreśliły treść norm prawnych zawartych w Ustawie o izbach lekarskich (...)”. (zob., L. Bosek, *Etyka lekarska [w:] Prawo wobec medycyny i technologii. Zbiór orzeczeń z komentarzami, red., M. Safjan, Warszawa 2011, s. 28).*

Naruszenie norm wynikających z Kodeksu Etyki Lekarskiej, może stać się podstawą odpowiedzialności dyscyplinarnej lekarza przed samorządem zawodowym, za naruszenie zasad etyki i deontologii lekarskiej. Co kluczowe, Kodeks Etyki Lekarskiej daje lekarzowi prawo do autonomicznego wyboru formy udzielenia świadczenia zdrowotnego. Lekarska decyzja o wykonaniu świadczenia zdrowotnego „na odległość”, nie może być oceniana pejoratywnie, jedynie z perspektywy subiektywnego odbioru adresata działań lub jakiegokolwiek jednostki zewnętrznej. Oznacza to, że wybór teleporady jako formy wykonania świadczenia zdrowotnego, jest zgodny z zasadami etyki i deontologii zawodowej tylekroć, ilekroć działania „na odległość” są podejmowane osobiście (bezpośrednio) przez lekarza, a ich specyfika i zakres pozwalają na adekwatną ocenę stanu zdrowia pacjenta.

Podkreślenia wymaga, że wybór teleporady, w tym w odniesieniu do świadczenia, które zmierza do wydania orzeczenia (dokumentu) o stanie zdrowia, nie może stanowić podstawy odpowiedzialności za naruszenie zasad etyki i deontologii lekarskiej. Wyłączenie odpowiedzialności zawodowej w związku z autonomicznym wyborem formy w jakiej udzielane jest świadczenia zdrowotne, ma swoje umocowanie w treści ogólnych przepisów odnoszących się do wykonywania zawodu lekarza i lekarza dentysty, które dopuszczają alternatywne wykorzystanie narzędzi ICT (art. 42 ust. 1 u.z.l.).

W kontekście orzekania o stanie zdrowia pacjenta na uwagę zasługuje art. 11 ust. 1 Ustawy o ochronie zdrowia psychicznego z dnia 19 sierpnia 1994 r., tj. DzU 2024 r., poz. 917, ze zm (dalej: u.o.z.p.). Zgodnie z cytowanym wyżej przepisem, „orzeczenie

o stanie zdrowia osoby z zaburzeniami psychicznymi, opinię lub skierowanie do innego lekarza lub psychologa albo podmiotu leczniczego lekarz może wydać wyłącznie na podstawie uprzedniego osobistego zbadania tej osoby.(...)”. Literalne brzmienie przepisu nasuwa pytanie, czy regulacja ta wyłącza zastosowanie przepisów art. 42 u.z.l. na zasadzie *lex specialis derogat legi generali (przepis szczególny uchyla zasadę)*. Odpowiadając na postawione pytania należy podkreślić, że treść art. 11 ust. 1 u.o.z.p., odnosi się do orzekania, tj. oceny stanu zdrowia, podjęcia decyzji terapeutycznych, a także przeprowadzenia czynności kontrolnych. Przyjęcie założenia, że ocena stanu zdrowia pacjenta w psychiatrii wymaga bezwzględnie nawiązania osobistego (fizycznego) kontaktu lekarza z pacjentem, przeczyłoby wykładni celowościowej i funkcjonalnej art. 42 ust. 1 u.z.l. i art. 3 u.dz.l., które wskazują na możliwość udzielania świadczeń zdrowotnych (w tym w dziedzinie psychiatrii), z wykorzystaniem teleinformatycznych środków przekazu lub innych systemów łączności, bez ograniczeń przedmiotowych w tym zakresie.

Powyższe znajduje swoje uzasadnienie w § 3a rozporządzenia Ministra Zdrowia z 19.06.2019 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień (tj. DzU 2026 r., poz. 383). Realizacja ambulatoryjnych świadczeń psychiatrycznych i leczenie uzależnień, może w myśl cytowanego wyżej § 3a rozporządzenia, odbywać się z wykorzystaniem systemów teleinformatycznych, pod warunkiem zapewnienia dostępności personelu wymaganego do ich realizacji w miejscu udzielania świadczeń. Rozporządzenie wskazuje również wprost na ograniczenia związane z wykorzystywaniem teleinformatycznych środków przekazu stanowiąc, że „(...) Przeprowadzanie procesu diagnostycznego nie może odbywać się wyłącznie z wykorzystaniem systemów teleinformatycznych” (§ 3a zdanie drugie). Z literalnego brzmienia tego zapisu wynika, że teleinformatyczne środki przekazu mogą być wykorzystywane w procesie diagnostycznym, niemniej nie mogą stanowić jedyne narzędzia, który stanowi podstawę postawienia rozpoznania ICD_10. Powyższe należy uznać za zasadne, co wynika wprost ze specyfiki procesu diagnostycznego w dziedzinie psychiatrii.

Dokonując uogólnienia na zasadzie analogii nasuwa się stwierdzenie, że wykorzystanie teleinformatycznych środków przekazu jest zasadne i dopuszczalne w każdej sytuacji, w której narzędzia diagnostyczne użyte „na odległość”, pozwalają

na właściwą i stanowiącą podstawę orzeczenia o stanie zdrowia, ocenę stanu pacjenta.

Pojęcia „kontakt bezpośredni” i „kontakt osobisty”

Kluczowym dla osiągnięcia celów zakreślonych w niniejszej opinii, jest wyjaśnienie pojęć „kontakt osobisty” i kontakt „bezpośredni”. Żadne z pojęć, nie doczekało się definicji legalnej na gruncie przepisów odnoszących się do organizacji, ani też udzielania świadczeń zdrowotnych.

Pojęcie „kontakt osobisty” występuje na gruncie prawa konsumenckiego, gdzie podkreśla się, że przez umowę zawartą poza lokalem przedsiębiorstwa należy rozumieć umowę z konsumentem zawartą: w lokalu przedsiębiorstwa danego przedsiębiorcy lub za pomocą środków porozumiewania się na odległość bezpośrednio po tym, jak nawiązano indywidualny i osobisty kontakt z konsumentem w miejscu, które nie jest lokalem przedsiębiorstwa danego przedsiębiorcy, przy jednoczesnej fizycznej obecności stron” (art. 2 pkt 2 c Ustawy o prawach konsumenta z dnia 30 maja 2014 r., tj. DzU 2024 r., poz. 1796, ze zm.). Należy jednak podkreślić, że „Przepisów ustawy nie stosuje się do umów dotyczących usług zdrowotnych, które są świadczone przez pracowników służby zdrowia pacjentom w celu oceny, utrzymania lub poprawy ich stanu zdrowia, łącznie z przepisywaniem, wydawaniem i udostępnianiem produktów leczniczych oraz wyrobów medycznych, bez względu na to, czy są one oferowane za pośrednictwem placówek opieki zdrowotnej” (art. 3a ust. 1 Ustawy o prawach konsumenta). Mając na uwadze powyższe, niemożliwe jest stosowanie do świadczeń zdrowotnych, w tym wystawiania orzeczeń lekarskich, rozumowania per analogiam, w zakresie pojęciowym odnoszącym się do definiowania kontaktu osobistego na gruncie prawa konsumenckiego.

Dokonując analizy treści cytowanego wyżej art. 42 ust. 1 u.z.l., należy dokonać dyferencjacji terminów „badanie osobiste”, „kontakt osobisty” i „kontakt pośredni”.

Przez „kontakt osobisty” należy rozumieć relację nawiązaną między dwiema lub większą liczbą osób. Podstawą kontaktu osobistego może być spotkanie (fizyczna obecność) dwóch lub większej liczby osób lub relacja nawiązana bezpośrednio z wykorzystaniem narzędzi, takich jak między innymi telefon lub komunikator video.

Komponenta bezpośredniości daje możliwość skomunikowania się dwóch lub większej liczby osób w czasie rzeczywistym, ale w różnych miejscach, przy wykorzystaniu narzędzi teleinformatycznych i systemów łączności. Posługując się niniejszym tokiem rozumowania należy przyjąć, że kontakt osobisty związany jest każdorazowo ze zmienną w postaci bezpośredniości. Tym samym terminy „osobisty” i „bezpośredni” mogą być traktowane jako synonimy w określonych warunkach regulacyjnych.

Powyższe znajduje uzasadnienia na gruncie regulacji odnoszących się do wykonywania czynności towarzyszących udzielaniu świadczeń zdrowotnych lub bezpośrednio z nich wynikających. Przykładem jest treść art. 55 ust. 4 pkt 1 ustawy z dnia 25 czerwca 1999 roku (DzU 2025 r., poz. 501, ze zm.), o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa. Zgodnie z cytowanym przepisem, orzekanie o czasowej niezdolności do pracy z powodu choroby, pobytu w szpitalu albo innym zakładzie leczniczym podmiotu leczniczego wykonującego działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne lub o konieczności osobistego sprawowania opieki nad chorym członkiem rodziny następuje po przeprowadzeniu bezpośredniego badania stanu zdrowia ubezpieczonego lub chorego członka rodziny.

E-zwolnienie lekarskie (e-ZLA) potwierdzające niezdolność do pracy, może zostać wystawione przez lekarza, po przeprowadzeniu badania bezpośredniego – tj. zarówno osobistego, jak i badania wykonanego z wykorzystaniem narzędzi teleinformatycznych i innych systemów łączności. Przyjmując rozumowanie, zgodnie z którym kontakt osobisty stanowi odrębną i znaczeniowo odmienną konstrukcję od kontaktu bezpośredniego, należałoby przyjąć, że wystawienie zaświadczenia o niezdolności do pracy po wykonaniu teleporady nie jest dopuszczalne, co przeczy praktyce i wykładni celowościowej przepisów odnoszących się do dopuszczalności wykorzystywania narzędzi „telemedycznych”.

Niezależnie od możliwości stosowania pojęć „kontakt osobisty” i „kontakt bezpośredni” jako synonimów, koniecznym jest wyjaśnienie pojęcia „osobiste zbadanie”, które ze względu na otoczenie regulacyjne w jakim zostało użyte, może być rozumiane w różny sposób. Na początku należy wskazać, że termin „osobiste zbadanie” nie posiada definicji legalnej. Osobiste zbadanie kojarzy się co do zasady

z wykonaniem szeregu czynności, wobec fizycznie obecnego pacjenta. Wykorzystanie narzędzi ICT w trakcie badań, nie wyłącza osobistego udziału lekarza w tych czynnościach, a jedynie wyklucza jego fizyczną obecność. Na marginesie należy przyjąć, że podstawą do orzekania o stanie zdrowia pacjenta może być zgodnie z art. 42 ust. 1 u.z.l., jedynie wykorzystanie teleinformatycznych środków przekazu, bez jednoczesowego udziału lekarza w realizacji czynności zmierzających do określenia parametrów życiowych. Przykładem jest chociażby wykorzystywanie urządzeń monitorujących stanu zdrowia pacjenta „na odległość”, a w konsekwencji dokonywanie jego oceny asynchronicznie lub w momencie uzyskania sygnału o patologicznej zmianie parametrów. W takich przypadkach należy przyjąć, że do orzekania o stanie zdrowia pacjenta dochodzi z wykorzystaniem narzędzi ICT, niemniej nie ma tu miejsca osobiste zaangażowanie lekarza w jego ocenę.

Jak wcześniej wspomniano, pojęcie „kontakt” osobisty nie zostało zdefiniowane na gruncie obowiązujących przepisów. Brak definicji legalnej, nie wyklucza jednak próby jego określenia, w oparciu o wykładnię celowościową (teleologiczną), jak również interpretację językową, która ma wpływ zarówno na kontekst, jak i samą semantykę słów użytych w treści przepisów. Posługując się wykładnią celowościową art. 42 ust. 1 u.z.l., należy przyjąć, że dopuszczalność wykorzystywania narzędzi teleinformatycznych lub innych systemów łączności w procesie udzielania świadczeń zdrowotnych, daje możliwość ich użycia we wszystkich sytuacjach, których specyfika i swoistość na to pozwalają. Co więcej, celowość wprowadzenia regulacji związanych z wykorzystywaniem narzędzi ICT w trakcie wykonywania świadczeń zdrowotnych, nie uchybia zasadzie osobistej realizacji tego typu czynności. Odnosząc się do interpretacji językowej, należy zwrócić uwagę na używanie w języku potocznym np. zwrotu „osobiście wprowadzone do systemu elektronicznego”. Osobiście, oznacza w tym kontekście działania podjęte z wykorzystaniem własnego zaplecza intelektualnego i fizycznego. Sama czynność zostaje jednak przeprocesowana przez narzędzia elektroniczne, które pozwalają na przekazanie wyniku danego działania, za pośrednictwem systemów ICT.

Wykonanie osobistego badania przez lekarza nie powinno być identyfikowane jednoznacznie z koniecznością osobistego stawiennictwa pacjenta, a tym samym koniecznością fizycznej obecności lekarza w trakcie określonej czynności. Zwrot

osobiście należy raczej identyfikować w kontekście udzielania świadczeń zdrowotnych, z obowiązkiem wykonania czynności przez ściśle określoną osobę (tu osobę wykonującą zawód medyczny), i zakazem cedowania tego obowiązku na inną osobę fizyczną. Osobiste wykonanie badania indukuje konieczność oceny stanu zdrowia pacjenta i przeprowadzenie niezbędnych badań z zachowaniem komponenty samodzielności – tj. niezależnie, bezstronnie i autonomicznie.

Wydawanie orzeczeń lekarskich z wykorzystaniem teleinformatycznych środków przekazu

Dla oceny zasadności wykorzystywania narzędzi teleinformatycznych w profilaktycznej opiece medycznej i w trakcie wykonywania badań kierowców, koniecznym jest dokonanie analizy odnoszącej się do aspektu wydawania orzeczeń lekarskich in genere.

Wydanie orzeczenia lekarskiego uzależnione jest w wielu przypadkach od osobistego stawiennictwa pacjenta w podejmowanych czynnościach, co wynika nie tyle z literalnego brzmienia cytowanych niżej przepisów, ale również z kontekstu znaczeniowego i wykładni funkcjonalnej tychże regulacji. Poniżej dokonano analizy przepisów odnoszących się do wymogu osobistego (fizycznego) kontaktu na płaszczyźnie lekarz-pacjent, celem uzyskania stosowanego orzeczenia.

Rozporządzenie Ministra Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 lipca 2003 r., w sprawie orzekania o niepełnosprawności i stopniu niepełnosprawności – dalej: r.o.n.s.n., (tj. DzU 2021 r., poz. 857, ze zm.).

W celu wydania orzeczenia o niepełnosprawności lub o stopniu niepełnosprawności lekarz będący przewodniczącym składu orzekającego sporządza, na podstawie badania, ocenę stanu zdrowia dziecka lub osoby zainteresowanej. W celu wydania orzeczenia o wskazaniach do ulg i uprawnień, ocenę sporządza w oparciu o przeprowadzone badania, lekarz będący członkiem zespołu powiatowego. W przypadku gdy osoba zainteresowana lub dziecko nie mogą osobiście uczestniczyć

w posiedzeniu składu orzekającego z powodu potwierdzonej zaświadczeniem lekarskim długotrwałej i nierokującej poprawy choroby, badanie przeprowadza się w miejscu pobytu tej osoby lub dziecka (§ 8 ust. 1–3 r.o.n.s.n.). Teleinformatyczne środki przekazu mogą zostać wykorzystane na etapie przesyłania zawiadomienia o terminie rozpatrzenia wniosku złożonego w przedmiocie wydania orzeczenia o niepełnosprawności osób, które nie ukończyły 16. roku życia lub o stopniu niepełnosprawności osób, które ukończyły 16. rok życia (§ 2 pkt 1–2 r.o.n.s.n.). W myśl § 7 ust. 3a r.o.n.s.n. w uzasadnionych przypadkach zawiadomienia, o terminie rozpatrzenia wniosku można dokonać również telefonicznie albo za pomocą poczty elektronicznej.

[Ustawa z dnia 15 czerwca 2007 r., o lekarzu sądowym – dalej: u.l.s., \(DzU 2007 r., nr 123, poz. 849\).](#)

Zgodnie z art. 11 u.l.s. lekarz sądowy wystawia zaświadczenie po uprzednim osobistym zbadaniu uczestnika postępowania i po zapoznaniu się z dostępną dokumentacją medyczną. Osobisty kontakt z pacjentem konieczny jest również w sytuacjach, w których uczestnik postępowania nie może stawić się na badanie w związku ze stanem zdrowia. W takich przypadkach lekarz sądowy przeprowadza badanie i wydaje zaświadczenie w miejscu pobytu osoby niemogącej stawić się na badanie (art. 12 ust. 3 u.l.s.). Wydanie zaświadczenia przez lekarza sądowego z pominięciem osobistego kontaktu z pacjentem może nastąpić w sytuacji określonej w art. 12 ust. 4 u.l.s. Zgodnie z powołanym przepisem w przypadku pobytu uczestnika postępowania w szpitalu, hospicjum stacjonarnym albo innym zakładzie opieki zdrowotnej, przeznaczonym dla osób, których stan zdrowia wymaga udzielania całodobowych świadczeń zdrowotnych w odpowiednio urządzonej, stałym pomieszczeniu, lekarz sądowy może wydać zaświadczenie na podstawie udostępnionej dokumentacji, bez osobistego badania uczestnika postępowania. Przyczynę odstąpienia od osobistego badania lekarz sądowy wskazuje w zaświadczeniu.

Dokonując analizy funkcjonalno-semantycznej cytowanych wyżej przepisów należy wskazać, że kontakt osobisty nie jest jednoznaczny z pojęciem osobistego

stawiennictwa, które jednoznacznie przesądza o obligatoryjnej fizycznej obecności pacjenta i lekarza, w tym samym miejscu, i w tym samym czasie.

W ujęciu słownikowym (zob. <https://wsjp.pl/haslo/podglad/85025/stawiennictwo>) stawiennictwo należy rozumieć jako przybycie w jakieś miejsce, po wcześniejszym oficjalnym wezwaniu. Stawiennictwo celem uzyskania orzeczenia lekarskiego wymagane jest wyłącznie w sytuacjach, w których przepis prawa wskazuje na to wprost lub wynika to z literalnej, celowościowej i funkcjonalnej wykładni przepisu.

Orzeczenia wydawane dla celów opieki profilaktycznej

W dniu 17 kwietnia 2026 roku, weszło w życie Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 marca 2026 r., zmieniające rozporządzenie w sprawie przeprowadzania badań lekarskich pracowników, z zakresu profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracownikami oraz orzeczeń lekarskich wydawanych do celów przewidzianych w Kodeksie pracy – dalej r.z.m.p. (DzU 2026 r., poz. 456). Zgodnie z §1 pkt 1a r.z.m.p., dotychczasowy §3 ust. 1 Rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 30 maja 1996 r., (r.m.p.), (DzU 1996 r., nr 69, poz. 332, ze zm.), o treści:

„W sprawach, o których mowa w § 1 ust. 1 pkt 4, lekarz orzeka na podstawie wyników przeprowadzonego badania lekarskiego oraz oceny zagrożeń dla zdrowia i życia pracownika, występujących na stanowisku pracy.”

otrzymał poniższe brzmienie

„1. W sprawach, o których mowa w § 1 ust. 1 pkt 4, lekarz orzeka, po uprzednim, osobistym zbadaniu osoby badanej, na podstawie wyników przeprowadzonego badania lekarskiego oraz zleconych dodatkowych specjalistycznych badań konsultacyjnych lub badań dodatkowych, o których mowa w § 2 ust. 2, a także na podstawie oceny zagrożeń dla zdrowia i życia pracownika, występujących na stanowisku pracy.”

Jakkolwiek cel i sens obu cytowanych wyżej przepisów nie uległ znaczącej zmianie, tak główne wątpliwości wywołuje użyty w treści §1 pkt 1a r.z.m.p., **zwrot „po uprzednim, osobistym zbadaniu osoby badanej”**. Posługując się treścią analizy przeprowadzonej wyżej należy podkreślić, że komentowany przepis nie wymaga

osobistego stawiennictwa pacjenta celem poddania się badaniu, a jedynie wykonania badania osobiście przez lekarza.

W analizowanym kontekście konieczne jest wskazanie, że przepisy odnoszące się do wykonywania badań profilaktycznych (r.m.p.) określają zakres i częstotliwość badań profilaktycznych pracowników. W myśl §2 ust. 1 r.m.p., „Zakres i częstotliwość badań profilaktycznych określają wskazówki metodyczne w sprawie przeprowadzania badań profilaktycznych pracowników, zwane dalej „wskazówkami metodycznymi”, stanowiące załącznik nr 1 do rozporządzenia. Z kolei, zgodnie z §2 ust. 2 r.m.p., „Lekarz przeprowadzający badanie profilaktyczne może poszerzyć jego zakres o dodatkowe specjalistyczne badania konsultacyjne, w zależności od wskazań, w szczególności: otolaryngologiczne, neurologiczne, okulistyczne, dermatologiczne, alergologiczne lub psychologiczne, oraz badania dodatkowe, a także wyznaczyć krótszy termin następnego badania, niż to określono we wskazówkach metodycznych, jeżeli stwierdzi, że jest to niezbędne dla prawidłowej oceny stanu zdrowia osoby przyjmowanej do pracy lub pracownika”.

Zgodnie z cytowanymi przepisami, zakres badań wykonywanych w ramach opieki profilaktycznej, zależy przede wszystkim od czynników wymienione w treści załącznika nr 1 do r.m.p., (wskazówki metodyczne w sprawie przeprowadzania badań profilaktycznych pracowników). Niezależnie od poziomu i specyfiki czynników narażenia, u osoby zgłaszającej się na badania profilaktyczne, musi zostać wykonane, oprócz innych wskazanych czynności, badanie lekarskie. Pojęcie to zostało zdefiniowane w treści załącznika nr 1 do r.m.p. i oznacza badanie wykonane przez lekarza uprawnionego do przeprowadzania badań, o których mowa w art. 229 ustawy Kodeks Pracy. Z literalnego brzmienia wskazanej definicji nie wynika jakie czynności składają się na badanie lekarskie, przy czym z wykładni celowościowej i funkcjonalnej przepisów odnoszących się do udzielania świadczeń zdrowotnych można wnioskować, że badanie lekarskie polega na ogólnej ocenie stanu zdrowia osoby badanej w oparciu o wywiad medyczny i ewaluacji wybranych autonomicznie przez lekarza, układów ludzkiego organizmu.

W treści karty badania profilaktycznego stanowiącej element konieczny dokumentacji medycznej (§9 ust. 1 pkt 1 r.m.p.) badań profilaktycznych, wskazano na

konieczność odnotowania wyniku badania przedmiotowego. Zgodnie z §9 ust. 2 pkt 6 r.m.p., „karta badania profilaktycznego powinna zawierać między innymi dane z wywiadu oraz badania przedmiotowego” (§9 ust. 2 pkt 6 r.m.p.). Zakres badania przedmiotowego odnosi się do badań poszczególnych układów anatomicznych, w tym układu sercowo-naczyniowego, układ moczowo-płciowego, układu nerwowego. W odniesieniu do każdego z tych układów określono trzy zmienne opisowe– tj. „norma, patologia, nie badano”. Należy zaznaczyć, że wskazanie poszczególnych układów w treści karty badania profilaktycznego, nie jest jednoznaczne z obligatoryjnością ich zbadania. W przypadku odstąpienia od zbadania danego układu, czego podstawą jest każdorazowo autonomiczna decyzja lekarza, konieczne jest jedynie dokonanie oznaczenia „nie badano”.

Reasumując, zakres badania przedmiotowego został określony w treści §9 ust. 2 pkt 6 r.m.p., bardzo ogólnie. Wzór karty badania profilaktycznego, wskazuje na poszczególne układy anatomiczne, jednak nie zobowiązuje lekarza do wykonania badania każdego z tych układów, a jedynie stanowi wskazówkę, co do zakresu czynności, który jest określany przez lekarza każdorazowo, na podstawie autonomicznej decyzji. Powyższe prowadzi do wniosku, że odstąpienie od zbadania określonych układów anatomicznych, nie stanowi naruszenia obowiązujących przepisów, a tym samym ryzyka odpowiedzialności za niedołożenie należytej staranności, czy też naruszenie zasad etyki i deontologii zawodowej.

W treści załącznika nr 1 do r.m.p., zostały wskazane czynniki narażenia, które nie wymagają do wydania orzeczenia lekarskiego będącego wynikiem badania profilaktycznego, innego rodzaju czynności, niż badanie lekarskie. Do takich należą np. praca zmianowa i praca w porze nocnej, praca w pozycji wymuszonej, praca wymagająca ruchów monotypowych kończyn (załącznik nr 1 do r.m.p., część V- inne czynniki, poz. 6, 8-9).

Konkludując, zakres badania profilaktycznego uzależniony jest finalnie od decyzji lekarza, który dokonuje oceny potencjalnych czynników narażenia w środowisku pracy i może (fakultatywnie) zlecić wykonanie dodatkowych konsultacji lub badań. Za oczywiste i zgodne z zasadami logiki jest przyjęcie twierdzenia, że część badań nie może zostać wykonana z wykorzystaniem teleinformatycznych

środków przekazu, co wynika z ich specyfiki (np. badania materiału biologicznego). Badania niewymagające osobistego stawiennictwa pacjenta, ze względu na ich charakter, mogą zostać przeprowadzone z wykorzystaniem narzędzi ICT, o ile ich użycie stanowi podstawę do ustalenia okoliczności stanowiących podstawę wydania orzeczenia o zdolności lub braku zdolności do pracy na danym stanowisku.

Orzeczenia wydawane w związku z przeprowadzeniem badania osób ubiegających się o kierowanie pojazdami i kierowców

Reguły wydawania orzeczeń w wyniku przeprowadzenia badań osób ubiegających się o kierowanie pojazdami kierowców (dalej: kierowców), ujęto w treści Rozporządzenia Ministra Zdrowia, w sprawie badań lekarskich osób ubiegających się o uprawnienia do kierowania pojazdami i kierowców (r.b.k.). W myśl §1 pkt 1 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 30 kwietnia 2026 roku, zmieniającego rozporządzenie w sprawie badań lekarskich osób ubiegających się o uprawnienia do kierowania pojazdami i kierowców (DzU 2026 r., poz. 608) – dalej: r.z.b.k.,

w § 4 w ust. 2 po wyrazie „lekarskiego” dodaje się wyrazy „przeprowadzanego w bezpośrednim kontakcie z osobą badaną”

Do chwili wprowadzenia zmian (tj. do dnia 03 czerwca 2026 roku), treść §4 ust. 2 r.b.k., brzmiała następująco:

„W ramach badania lekarskiego uprawniony lekarz określa u osoby badanej obecność i rodzaj schorzenia, stopień zaawansowania objawów chorobowych i ich dynamikę, z uwzględnieniem możliwości zarówno rozwoju choroby, jak i cofania się jej objawów, oraz rozważa zagrożenia dla bezpieczeństwa ruchu drogowego, jakie mogą wystąpić podczas kierowania pojazdem przez tę osobę”.

Wprowadzenie wskazanej wyżej zmiany, odnosi się do obowiązku przeprowadzenia badania lekarskiego w bezpośrednim kontakcie z osobą badaną. Jak wskazano wyżej, kontakt bezpośredni nie doczekał się definicji legalnej. O ile w przypadku zwrotu „kontakt osobisty” można choćby w sposób intuicyjny doszukiwać się konieczności fizycznego kontaktu osób, tak w przypadku terminu „kontakt

bezpośredni” należy raczej koncentrować się na braku ogniw pośrednich, które mogłyby zniekształcić lub zakłócić przekaz.

Słowo „bezpośrednio” etymologicznie oznacza brak „pośredników”, czyli osób lub przedmiotów stojących między nadawcą a odbiorcą. Narzędzi ICT nie należy identyfikować z pośrednikami, ale ze środowiskiem lub kanałem transmisji, eliminującym dystans fizyczny. Rozwój nowych technologii wymusił także stosowanie dla celów wykładni tzw. pojęcie ekwiwalentności funkcjonalnej. Oznacza to, że komunikacją z wykorzystaniem narzędzi ICT zyskuje cechy bezpośredniości, co zapewnia ten sam cel co spotkanie fizyczne – tj. wymianę komunikatów i dokonywanie innych czynności w czasie rzeczywistym, bez konieczności oczekiwania. Dokonując analizy, należy powołać się również na pojęcie komunikacji zapośredniczonej (zob., A. Panek. *Język w przestrzeni Internetu, Przestrzeń społeczna*, 2016 (11), nr 1, s. 14). W badaniach nad komunikacją, często używa się pojęcia *interface-to-interface*. Urządzenia i ekrany traktuje się w niej jako „przeźroczyste” narzędzia, co sprawia, że sama komunikacja z wykorzystaniem narzędzi ICT, ma charakter bezpośredni.

Odnosząc się do zmian przepisów obowiązujących w odniesieniu do przeprowadzania badań kierowców, zasadnym jest przyjęcie, że zwrot bezpośrednie badanie, nie powinien być identyfikowany wyłącznie z badaniem wykonywanym fizycznie. Nie sposób bowiem analizować przepisów prawa w oderwaniu od aktualnego kształtu komunikacji międzyludzkiej, jak również ogólnych przepisów odnoszących się do zasad wykonywania działalności leczniczej i orzekania o stanie zdrowia pacjentów przez osoby wykonujące zawód lekarza (art. 42 ust. 1 u.z.l.).

Niezależnie od analizy dotyczącej wykonania badań kierowcy w bezpośrednim kontakcie z pacjentem, należy odnieść się do treści r.b.k., które w §2 ust. 1 stanowi, że „osoba posiadająca skierowanie na badanie lekarskie albo osoba, która uzyskała od starosty albo marszałka województwa mazowieckiego informację o obowiązku poddania się badaniu lekarskiemu, zgłasza się na badanie lekarskie w terminie nie dłuższym niż 30 dni od dnia otrzymania skierowania albo informacji”. Z kolei w treści § 2 ust. 3 r.b.k., wskazano, że „osoba zgłaszająca się na badanie lekarskie przedstawia uprawnionemu lekarzowi dokument potwierdzający jej tożsamość. W przypadku nieprzedstawienia dokumentu potwierdzającego tożsamość

osoby zgłaszającej się na badanie lekarskie uprawniony lekarz nie może przeprowadzić tego badania”.

Z treści cytowanego wyżej §2 ust. 1 r.b.k., wynika konieczność zgłoszenia się na badanie osoby, u której ma ono zostać przeprowadzone. Zgłoszenia nie należy jednak identyfikować wprost z obowiązkiem fizycznego stawienia, ponieważ nie wynika to z literalnego brzmienia cytowanego przepisu. Tym samym, zgłoszenie na badanie, może zostać zrealizowane np. poprzez zalogowanie się do systemu teleinformatycznego, co wynika również z ogólnego, ustawowego prawa do wykorzystywania narzędzi ICT, w procesie udzielania świadczeń zdrowotnych.

Nawiązując do kwestii weryfikacji dokumentu tożsamości osoby zgłaszającej się na badanie, może ona zostać przeprowadzona np. z wykorzystaniem vidochatu. Podobne rozwiązanie zostało przewidziane np. w treści Rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie standardu organizacyjnego w sprawie teleporady w podstawowej opiece zdrowotnej z dnia 12 sierpnia 2020 r., tj. DzU 2022 r., poz. 1194, ze zm., (dalej: r.s.o.t). W myśl §3 pkt 3 lit b., „potwierdzenie przez osobę udzielającą teleporady, przed jej udzieleniem, tożsamości pacjenta na podstawie danych, o których mowa w art. 25 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2020 r. poz. 849 oraz z 2022 r. poz. 64 i 974), przekazanych przez niego za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności oraz: b) po okazaniu przez pacjenta dokumentu potwierdzającego tożsamość, przy udzielaniu świadczenia opieki zdrowotnej w formie wideoporady”.

Dodatkowym potwierdzeniem dla tezy, że stawienie na badanie kierowcy, nie musi wiązać się z fizyczną obecnością jest fakt, że zgodnie z treścią §2 ust. 3 r.b.k., badanie nie może zostać przeprowadzone jedynie w przypadku, gdy nie istnieje możliwość weryfikacji dokumentu tożsamości osoby badanej. Treść r.b.k., nie odnosi się natomiast do sytuacji, w której kierowca lub kandydat na kierowcę, nie może stawić się fizycznie na badanie. Brak fizycznej obecności pacjenta, nie stanowi zmiennej negatywnej w kontekście dopuszczalności przeprowadzenia czynności zmierzających do wydania zaświadczenia o zdolności lub braku zdolności do kierowania pojazdami.

Poruszane wyżej kwestie nie są związane bezpośrednio z głównym celem opinii. Powyższa analiza ma za zadanie wykluczyć wątpliwości, związane

z dopuszczalnością wykonania badania bezpośredniego (z wykorzystaniem narzędzi ICT), u osoby poddawanej ocenie stanu zdrowia w oparciu o przepisy r.b.k. Wskazane wyżej regulacje r.b.k., nie odnoszą się tak jak np. treści zawarte w r.o.n.s., lub u.l.s., do konieczności osobistego stawiennictwa, którego brak wyklucza możliwość oceny stanu zdrowia i wykonania badania.

Odpowiedzialność lekarza z tytułu wyczerpania znamion art. 271 Ustawy kodeks karny z związku z wykorzystaniem narzędzi ICT

Analiza zagadnień związanych z wykorzystaniem teleinformatycznych środków przekazu i innych systemów łączności w toku działalności orzeczniczej (tj. medycynie pracy i badaniach kierowców), nasuwa następujące pytanie.

Czy lekarz wykonujący badanie z wykorzystaniem narzędzi ICT i wydający w jego efekcie zaświadczenie o zdolności lub braku zdolności do pracy bądź zdolności lub braku zdolności do kierowania pojazdami, wyczerpuje znamiona czynu zabronionego, stypizowanego w treści art. 271 § 1 Ustawy kodeks karny z dnia 6 czerwca 1997 r., tj. DzU 2025 r., poz. 383, ze zm., - dalej k.k. Ze względu na zakres tematyczny niniejszej opinii, pominięto analizę pozostałych przepisów należących do jednostki redakcyjnej art. 271 k.k.

Zgodnie z art. 271§1 k.k.

„Funkcjonariusz publiczny lub inna osoba uprawniona do wystawienia dokumentu, która poświadcza w nim nieprawdę co do okoliczności mającej znaczenie prawne, podlega karze pozbawienia wolności od 3 miesięcy do lat 5”.

Lekarz nie posiada co do zasady statusu funkcjonariusza publicznego, ale posiada status osoby uprawnionej, tj. osoby fizycznej, która na mocy ściśle określonej, szczególnej delegacji o charakterze prawnym, istniejącej w chwili popełnienia przez nią czynu zabronionego, jest upoważniona do wystawiania określonych dokumentów w imieniu lub na rzecz innej osoby.

W judykaturze podkreśla się, że do znamion przestępstwa z art. 271 § 1 k.k. należy prawne znaczenie okoliczności, co do której nastąpiło poświadczenie nieprawdy, czego konsekwencją jest konieczność wykazania nie tylko braku zgodności

stanu poświadczanego z istniejącą obiektywnie rzeczywistością, ale również realnego wpływu tej konkretnej okoliczności na kształtowanie stosunków prawnych, których dotyczy wystawiony dokument” (*zob., postanowienie SN z 26.08.2021 r., sygn., akt V KK 75/20, LEX nr 3223814*). W wyroku SN wskazano, że „poświadczenie nieprawdy podlega karze na podstawie art. 271 k.k. tylko wtedy, gdy odnosi się do okoliczności mającej znaczenie prawne, a więc takiej, która wywołuje skutki przewidziane na gruncie obowiązujących w czasie poświadczenia przepisów jakiegokolwiek dziedziny prawa. Przez wyrażenie «znaczenie prawne» rozumieć należy relewantność prawną dla treści danego poświadczenia. Poświadczenie nieprawdy może być przy tym zrealizowane w postaci sporządzenia całego dokumentu, części dokumentu lub potwierdzenia jego treści tylko przez złożenie samego podpisu” (wyrok SN z dnia 18.04.2024 r., sygn., akt I KA 21/23, LEX nr 3706821).

Odnosząc się do stanowiska judykatury, jak również do literalnego brzmienia treści art. 271 k.k., należy wskazać, że:

Wyczerpanie znamion czynu zabronionego stypizowanego w treści art. 271§ k.k., zachodzi jedynie wówczas, gdy osoba uprawniona (tu lekarz), potwierdza istnienie okoliczności, które nie miały miejsca (np. stwierdza istnienie choroby lub dysfunkcji mimo jej braku) lub zaprzecza istnieniu okoliczności, które występowały w czasie wykonywania badania (np. orzeka o braku oczywiście występujących zaburzeń w funkcjonowaniu układu anatomicznego), a które to okoliczności mają znaczenie prawne, tj. wpływają na treść ostatecznego orzeczenia.

Samo wykonanie badania/badań zmierzających do wydania orzeczenia lekarskiego, z wykorzystaniem narzędzi ICT, nie stanowi o wyczerpaniu strony przedmiotowej przestępstwa stypizowanego w treści art. 271§ k.k.

Lekarz, który dopuszcza się poświadczenia nieprawdy, musi mieć świadomość, że poświadcza nieprawdę, i chcieć tego albo przewidywać możliwość, że poświadczona przez niego okoliczność jest niezgodna z prawdą, i się na to godzić. Poświadczenie nieprawdy musi odnosić się do okoliczności mających znaczenie prawne, czyli tych, które stanowią podstawę wydania orzeczenia o zdolności lub braku zdolności do określonego działania (np. podjęcia pracy, uzyskania uprawnień do

kierowania pojazdami), w związku z odpowiednim lub nieodpowiednim stanem zdrowia.

Ponadto sprawca czynu musi obejmować swoją świadomością także fakt, że składane przez niego oświadczenie może dotyczyć okoliczności mających znaczenie prawne. Zarówno znamię poświadczenia nieprawdy, jak i znamię okoliczności mającej znaczenie prawne może być zrealizowane z zamiarem bezpośrednim (tj. gdy sprawca chce popełnić czyn zabroniony) i wynikowym (tj. gdy sprawca, przewidując możliwość popełnienia czynu zabronionego, na to się godzi).

Sama forma wykonania świadczeń (tu badań lekarskich), pozostaje bez znaczenia dla przedmiotowej strony czynu. Wykorzystanie narzędzi telemedycznych nie wpływa na powstanie odpowiedzialności karnej stypizowanej w treści art. 271 k.k. Wyczerpanie znamion czynu w postaci fałszerstwa intelektualnego nie ma związku ze sposobem i formą wykonania określonej czynności, a wyłącznie ze stwierdzeniem nieistniejących lub zaprzeczeniem istnienia występujących okoliczności, które mają znaczenie prawne. Oznacza to, że lekarz, który w celu oceny stanu zdrowia pacjenta wykorzystuje dopuszczalne przez prawo systemy teleinformatyczne lub inne systemy łączności, nie naraża się na odpowiedzialność karną określoną w treści art. 271 k.k., w związku z brakiem istnienia przedmiotowej strony czynu.

Wnioski

Przedmiotem niniejszej opinii jest wykazanie, że badanie osobiste w tym badanie osobiste w medycynie pracy, nie wiąże się z koniecznością fizycznego stawiennictwa pacjenta, a jedynie z koniecznością samodzielnego i bezpośredniego wykonania niezbędnych czynności przez lekarza.

Chcąc osiągnąć niniejszy cel, konieczne jest odwołanie się do wcześniej wspomnianej wykładni celowościowej konkretyzującej ratio legis konkretnego przepisu lub zbioru norm. Każdy przepis prawa jest przez coś wywołany, czymś uzasadniony, ma swą przyczynę (*causa*) i rację. Jak podkreśla się w literaturze, w konstrukcie pojęcia normy prawnej należy wyróżnić rację w sensie logicznym, z których dana norma wypływa jako wniosek logiczny; rację w sensie teleologicznym, czyli cel, który miano na względzie przy wydaniu normy; rację normy w sensie psychologicznym,

tj. całokształt pobudek i dążeń, które skłoniły ustawodawcę do jej wydania, oraz rację w sensie historycznym, nawiązującą do źródła stanowionych przez ustawodawcę norm w postaci postanowień ustawodawstw obcych i teoretycznych prac w dziedzinie jurysprudencji (*por., A. Borowicz, Argumentacja oparta na odwołaniu się do racji normy prawnej, PiP 2009/3/48-59*).

Odnosząc powyższe rozważania do ratio legis wprowadzenia nowego brzmienia §3 ust. 1 r.m.p., należy przyjąć, że celem przepisu nie może być ograniczenie w zakresie wykorzystywania narzędzi ICT, przez lekarzy wykonujących badania profilaktyczne. Zastosowanie narzędzi ICT w medycynie ma charakter otwarty, co wynika wprost z treści u.dz.l. i u.z.l. Trudno znaleźć racjonalne wytłumaczenie dla zasadności wykonywania badań profilaktycznych wyłącznie po osobistym stawiennictwie pacjenta, skoro zarówno przepisy odnoszące się do preskrypcji bez badania pacjenta, jak i wykonywania innych świadczeń, w tym świadczeń podwyższonego ryzyka i zabiegów operacyjnych, możliwe jest w oparciu o wykorzystanie teleinformatycznych środków przekazu lub innych systemów łączności.

Analiza związana ze specyfiką badań profilaktycznych i ich zakresem statuuje przyjęcie wniosku, że badania profilaktyczne medycyny pracy nie wymagają osobistego stawiennictwa osoby poddawanej badaniu. Badanie lekarskie będące rdzeniem czynności wykonywanych w trakcie badania profilaktycznego, przeprowadzane jest w oparciu o wiedzę, doświadczenie i autonomiczne działanie lekarza. Powyższe wyklucza co do zasady konieczność dokonania ściśle określonych czynności, w tym czynności, których charakter wymagałby fizycznej obecności osoby badanej (patrz wyżej odnośnie braku obowiązku badania poszczególnych układów anatomicznych, s. 18).

Kontekst bezpośredniego kontaktu wskazany w treści r.z.b.k., należy identyfikować z koniecznością przeprowadzenia badań bez pośredników. Termin pośrednictwa, jak wskazano wcześniej, nie odnosi się do używania dopuszczonych przez u.z.l. i u.dz.l., narzędzi ICT, które należy identyfikować z kanałem komunikacji i ekosystemem cyfrowym, w którym funkcjonuje coraz to większy obszar ochrony zdrowia.

Przepisy r.m.p., i r.z.m.p., jak również przepisy r.b.k. i r.z.b.k., nie mają charakteru przepisów szczególnych, derogujących przepisy zasadnicze, a jedynie określają specyfikę czynności wykonywanych w toku działań orzeczniczych związanych z profilaktyczną opieką zdrowotną i badaniem kierowców. Wprowadzenie jednoznacznego zakazu w przedmiocie wykorzystywania narzędzi ICT w działalności orzeczniczej związanej z prowadzeniem badań profilaktycznych i badań kierowców, wymagałoby zmiany przepisów o randze Ustawy, w tym u.dz.l. i u.z.l.

Spis treści

Zakres i cel opinii	1
Słownik terminologiczny	2
Zasady wykorzystywania teleinformatycznych środków przekazu lub innych systemów łączności w trakcie udzielania świadczeń zdrowotnych	3
Recepty i zlecenia wystawiane „na odległość”	5
Przepisy odnoszące się do udzielania świadczeń zdrowotnych z wykorzystaniem narzędzi ICT	7
Pojęcia „kontakt bezpośredni” i „kontakt osobisty”	11
Wydawanie orzeczeń lekarskich z wykorzystaniem teleinformatycznych środków przekazu 14	
Rozporządzenie Ministra Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 lipca 2003 r., w sprawie orzekania o niepełnosprawności i stopniu niepełnosprawności – dalej: r.o.n.s.n., (tj. DzU 2021 r., poz. 857, ze zm.)	14
Ustawa z dnia 15 czerwca 2007 r., o lekarzu sądowym – dalej: u.l.s., (DzU 2007 r., nr 123, poz. 849)	15
Orzeczenia wydawane dla celów opieki profilaktycznej	16
Orzeczenia wydawane w związku z przeprowadzeniem badania osób ubiegających się o kierowanie pojazdami i kierowców	19
Odpowiedzialność lekarza z tytułu wyczerpania znamion art. 271 Ustawy kodeks karny z związku z wykorzystaniem narzędzi ICT	22
Wnioski	24
Spis treści	27