

Felelősségi kérdések a telemedicina-szolgáltatásban

A távközlési eszközök segítségével távolról nyújtott orvosi segítség első alkalmazására röviddel a telefon feltalálását követően (1876) sor került. A másfél százados múlt mellé ugyanakkor csak szerény jogalkotási aktivitás társult világszerte. A jogi és etikai szabályok esetében valóban elmondható, hogy döntően az utóbbi két évtizedben jelentek meg, és áttekintve azokat, némi hiányérzetünk támad. Hogyan ítéltethető meg az ellátó orvos büntetőjogi felelőssége a jelenlegi telemedicina-szabályok alapján? Hogyan lehet a betegbiztonság, a betegellátás, a transzparencia, az ellenőrizhetőség és az igazságszolgáltatás követelményeinek egyaránt megfelelő szabályrendszert alkotni? A feltett kérdések megválaszolása egyre sürgetőbb feladat. A megfelelő szabályrendszer ugyanakkor támogatólag hat a közreműködőkre, és segít megelőzni a hibákat, ezáltal limitálhatja a nem kívánt eseményeket.

Kulcsszavak: *telemedicina, orvosi felelősség, igazságügyi orvosszakértő*

Szerzői információ

Kovács Gábor, Nemzeti Közszolgálati Egyetem

<https://orcid.org/0000-0003-0166-6261>

Így hivatkozzon erre a cikkre:

Kovács, Gábor. „Felelősségi kérdések a telemedicina-szolgáltatásban”.

Információs Társadalom XXII, 3. szám (2022): 61–74.

== <https://dx.doi.org/10.22503/inftars.XXII.2022.3.4> ==

A folyóiratban közölt művek

a Creative Commons Nevezd meg! – Ne add el! – Így add tovább! 4.0

Nemzetközi Licenc feltételeinek megfelelően használhatók.

Liability issues of the telemedicine service

The first use of remote medical assistance by means of telecommunication took place shortly after the invention of the telephone (1876). However, a century and a half of history has been accompanied by only modest legislative activity worldwide. Indeed, the legal and ethical rules have emerged largely in the last two decades and, on reviewing them, one is left with a sense of inadequacy. How can the criminal liability of the attending physician be assessed under the current telemedicine rules? How can a set of rules be designed to meet the requirements of patient safety, patient care, transparency, auditability and justice? Answering these questions is an increasingly urgent task. At the same time, an appropriate set of rules can support those involved and help to prevent mistakes, thereby limiting unintended events.

Keywords: telemedicine, medical liability, medical malpractice, medico-legal expert

Bevezetés

A távközlési eszközök segítségével távolról nyújtott orvosi segítség vagy tanács ötlete és lehetősége a közhiedelemmel szemben egyáltalán nem új keletű. Annak ellenére, hogy sokan a Covid-19-pandémia következményének tartják annak széleskörű elterjedését, a lehetőségét már korán felvetették, sőt első alkalmazására röviddel a telefon feltalálását követően (Alexander Graham Bell 1876) sor került (Arnson 1977). A *Lancet* orvostudományi folyóirat 1878. február 9-i számában A. B. M. monogrammal jelzett olvasói levélben (A. B. M. 1878) a szerző nemcsak felveti, hogy a telefon előnyt jelenthet a szív működés meghallgatásában (orvosi műszóval: auscultatio), de egy másik telefontalálással akár elektródák is helyezhetők a mellkasra és érzékelhetik az izomösszehúzódást. Sajnos a szerző észrevétele csak pár soros volt, bővebben nem fejtette ki felvetését. A kortársak ugyanakkor erre a rövid közleményre is felfigyeltek. William Brown 1878-ban tovább vizsgálta az ötletet, és megállapította, hogy a telefon „alkalmas lehet szívhangok és légzési hangok továbbítására is”, és megjegyezte, hogy a felhasználáshoz „speciális oktatás” is szükséges lehet. Brown ennél is tovább lépett, mert nem kerülte el a figyelmét az a lehetőség sem, hogy a hangok az akkor ismertté vált „fonográf segítségével akár rögzíthetők is, sőt később reprodukálhatók, összehasonlíthatók a beteg korábbi felvételeivel” (Brown 1878). És mindez közel százötven éve történt. Ma a technika legújabb vívmányának tekintjük azt, ha a beteg EKG-felvételét távközlési eszköz segítségével továbbítjuk egy kiértékelő orvos számára. Holott Willem Einthoven, az első EKG-készülék megalkotója valószínűleg elsőként alkalmazott távorvoslást vagy távdiagnózist 1906-ban, amikor úgy építette ki diagnosztikai rendszerét, hogy az általa megalkotott EKG-galvanométer (Stowe és Harding 2010) jelét telefonvonal segítségével a másfél kilométerrel távolabb lévő kórházba juttatta. Mi több megállapította, hogy „...ahol tényleges [értsd: telefon] összeköttetés van [az EKG-t készítő fiziológus] a kórház között, ott gyümölcsözően lehet hasznosítani ezeket az újdonságokat” (Stowe és Harding 2010).

Az első világháborút követően az első dokumentált telemedicina-alkalmazás az 1920. november 8-án a New York-i Seamen's Church Institute-ban elhelyezett rádiós orvosi telekommunikációs rendszer volt, amellyel a tengeren lévő hajóorvosoknak biztosítottak konzíliumi támogatást. 1955-ben a Nebraskai Egyetemen végrehajtották az első telepszichiátriai kezelést. A telemedicina útján vezérelt első, teljes operáció 2001. szeptember 21-én sikerrel zárult. New York-i sebészek távolították el a Strasbourghban fekvő páciens epehólyagját egy Zeus sebészeti robottal: a videokamerát, a robotrendszerrel és a videokonferenciát biztosító berendezést az Atlanti-óceánon keresztülmenő, nagy sáv szélességű száloptikai szolgáltatásra kapcsolták (Marescaux 2002; valamint Daragó et al. 2013). A telemedicina jelenét jól mutatja, hogy az EU4Health 2021–2027 beruházási program jelentős forrásokkal támogatja a telemedicina fejlesztését (Regulation (EU) 2021/522). A telemedicinát az egészségügyi ellátás megerősítésének lehetőségeként és az ellátás fejlesztésének egyik sarokköveként tartják számon az új generációs uniós forrásokhoz való hozzáférés érdekében benyújtott reform- és beruházási tervekben Olaszországban, Németországban és Franciaországban (Governo Italiano 2021; Government Francaise 2021). A kutatók tehát alappal bíznak abban, hogy a pandémia által a telemedicinára írá-

nyitott figyelem nem esik vissza, és nem veszélyezteti a betegek biztonságát, hanem ellenkezőleg, az egészségügyi ellátás egyik meghatározó eleme lesz világszerte (De Micco et al. 2022). Az előzményekből jól látható, hogy a közvélekedéssel szemben a telemedicina közel másfél évszázados múltra tekint vissza, és bár kétségtelenül szoros az összefüggés a telemedicina elterjedése és a COVID között, de az ok-okozati viszony korántsem ennyire lineáris. A másfél százados múlt mellé ugyanakkor csak szerény jogalkotási aktivitás társult világszerte. A jogi és etikai szabályok esetében valóban elmondható, hogy döntően az utóbbi két évtizedben jelentek meg, és áttekintve azokat, némi hiányérzetünk támad. Ez a hiányérzet csak erősödik akkor, ha arra keressük a választ, hogy egy hibás telemedicina-szolgáltatás, vagy éppen a beteg halála esetén ki a felelős a nem kívánt eredményért.

A telemedicina meghatározása

A jogi felelősség elemzésének elengedhetetlen előfeltétele a telemedicina-szolgáltatás fogalmi körének vizsgálata. A szakirodalomban, valamint a joganyagban is több, egymást néha átfedő meghatározást találunk. Egyes nézetek szerint a távegészség (telehealth) és az elektronikus egészségügy (e-health) kifejezések nem szinonimái a telemedicinának, a távorvoslásnál szélesebb körű egészségügyi szolgáltatásokra utalnak (például egészségfejlesztés, betegségmegelőzés stb.), aminek egy része a telemedicina. Daragó és munkatársai (Daragó et al. 2013) szerint a *telehealth* általában az információs és kommunikációs technológiák alkalmazását jelenti az egészségügyben, nemcsak a gyógyítótevékenység, hanem általában a működés, így a gazdálkodás, adatszolgáltatás során is, míg az ehealth (vagy e-health) a telehealth-nek speciálisan az internet használatán alapuló szűkítése (lásd: e-learning, e-commerce stb.).

Az Európai Bizottság megfogalmazásában a távorvoslás egészségügyi szolgáltatások nyújtása olyan helyzetben, ahol az egészségügyi dolgozó és a beteg nem azonos helyen tartózkodik, az egészségügyi adatok és információk biztonságos továbbítását foglalja magában, amelyek a megelőzéshez, a betegek diagnosztizálásához, kezeléséhez és nyomon követéséhez szükségesek (COM/2008/0689).

Az Egészségügyi Világszervezet legfrissebb meghatározása szerint (World Health Organization/b) a telemedicina olyan egészségügyi szolgáltatások nyújtása, amelynek központi fogalmi eleme a (földrajzi) távolság. A telemedicina a *telehealth* (távegészségügy) egy része, amely a technológiák szélesebb körű alkalmazását jelenti, ahol elektronikus kommunikációt és információs technológiákat használnak az egészségügyi szolgáltatások támogatására. A *telemedicinát* pedig a távorvoslással azonosítják, és azt az alábbiak szerint definiálják: „egészségügyi szolgáltatások nyújtása [ahol] a távolság kritikus tényező és az egészségügyi szakemberek információs és kommunikációs technológiák felhasználásával, valid információk cseréjével, diagnózis felállítását vagy betegségek és sérülések kezelése és megelőzése [végzik]” (World Health Organization/c). A definíciókban közös, hogy a telemedicinát az infokommunikációs technológiák és az egészségügyi ellátás integrációjaként értelmezik (Bán 2017). Megállapíthatjuk tehát, hogy a telemedicina alapelve a távoli egészségügyi szolgáltatások digitális eszközökkel történő biztosítása orvos-orvos, és

orvos-beteg között. Ebbe a letisztult meghatározásba a diagnosztikus célú orvos-beteg kapcsolat, vagy a beteg állapotának nyomon követése és táv megfigyelése éppen úgy beletartozhat, mint az orvos-orvos közötti konzultáció, vagy a távleletezés is.

Problémafelvetés

A telemedicina kezdeti előnyeit abban látták, hogy annak segítségével a távoli településeken élők, a mozgáskorlátozottak, az egyedül élő idősök, azaz a hátrányos helyzetűknél fogva az egészségügyi ellátást nehezebben elérők számára is biztosítsák a folyamatos állapotmonitorozást orvos-beteg konzultáció vagy vészhívás biztosításával (Sandberg et al. 2019). Később egy alapvetően új szerep, és ahhoz kapcsolódó új kommunikációs csatorna jelent meg: az intézmény és az orvos közötti dimenzió, azaz a távleletezés, amelynek két jól ismert fajtája: a teleradiológia és a telepatológia. A teleradiológia (Palkó 2007) a telemedicina egyik fajtája, amikor a képalkotó diagnosztikai vizsgálatok felvételeit elektronikus úton továbbítják konzultáció és kórismezés céljából a leletező orvosnak. Ezt az ellátási formát világszerte a területi egyenlőtlenségek, a szakemberhiány, a területi központokban elérhető magasabb szakmai színvonal és az ellátásokra való várakozási idő redukálása hívta életre. A COVID-19-pandémia megjelenéséig a telemedicina az egészségügyi ellátás tágabb körében nem nyert komolyabb szerepet, ekkor azonban a kényszerű okok és közegészségügyi indokok miatt ki kellett szélesíteni a telemedicina ellátási körét. A 157/2020. Korm. rendelet a telemedicina lehetőségeit a betegirányítás, a tájékoztatás, az előszűrés, a távkonzultáció, a diagnózisfelállítá-, a terápiás javaslat, a gyógyszerrendelés-, a kontroll és az utógondozás lehetőségeire bővítette. A telemedicina-szolgáltatás elősegítheti, hogy a betegek szélesebb köre elérhető, egyúttal gyorsabb ellátáshoz jusson, ez által biztosítva az egyenlő hozzáférést. Természetesen a telemedicina-ellátás is csak akkor alkalmazható, ha nem veszélyezteti a beteg biztonságát, egészségét, életét, testi épségét. E körben azonban speciális felelősségi kérdések merülnek fel. A telemedicina sajátosságai miatt a téves diagnózis vagy terápiás javaslat kockázata – akár kommunikációs félreértések és a helyzet sajátossága miatt – fokozott. A jogalkotó ezért valamennyi magán és közfinanszírozott szolgáltató számára kötelezővé tette intézményi protokoll kialakítását (157/2020. Korm.r 4§ 1.bek). A protokoll azonban az intézmény belső dokumentuma, bármikor módosítható, megismerhetősége pedig korlátozott, sürgősségi esetekben pedig a beteg oldaláról ez létszerűtlen. A protokoll a felelősség megállapításának alapidokumentummá válik mind a (1) polgári, mind a (2) büntetőeljárásban. Ad 1 Az egészségügyi szolgáltatóval szemben indult kártérítési perekben a szolgáltató orvosának tevékenysége, annak szakmai felróhatósága, a kár bekövetkezése (egészségkárosodás) és a kettő közötti okozati összefüggés véleményezése orvosszakértői feladat. A telemedicina-ellátásban tehát a felelősség alapvető – néha egyetlen – dokumentumává válik egy olyan irat, amelynek részletes tartalmát sem jogszabály, sem szakmai szabály nem rendezi. Ad 2 A büntetőeljárásban az egészségügyi dolgozó szakmai szabályszegésére nézve nyilvánít véleményt az orvosszakértő. A protokoll a fentiek szerint olyan sajátos szakmai szabály, amelyet maga a szolgáltató állít össze.

Hogyan ítélné meg az ellátó orvos büntetőjogi felelőssége a jelenlegi telemedicina-szabályok alapján? Hogyan lehet a megbízhatóság, a betegellátás, a transzparencia, az ellenőrizhetőség és az igazságszolgáltatás követelményeinek egyaránt megfelelő szabályrendszert alkotni? A feltett kérdések megválaszolása egyre sürgetőbb feladat.

Jogszabályi háttér

A WHO által 2010. évben közzétett, 114 országra kiterjedő átfogó felmérése (WHO 2010) szerint a telemedicina elterjedését és térnyerését alapvetően tíz fontos tényező akadályozza, amelyek közül a fejlődő országokban a magas költségeket, az infrastruktúra fejletlenségét és a szakértelem hiányát nevezték meg vezető okként, míg Európában a megfelelő jogi szabályozás problémája, illetve annak hiányosságai került az első helyre. A WHO akkori felmérése szerint globálisan a legnagyobb akadályt az egészségpolitikai, illetve jogi tényezők jelentették, másodsorban az adatvédelem, az etika és a titoktartás kérdései, valamint az engedélyezési mechanizmusok. Megjegyezzük, hogy eme „másodlagos” akadályok szintén a jog területére esnek, azonban túlmutatnak tanulmányunk témáján. A WHO 2010-es tanulmánya még első helyen emelte ki a jogi szabályozás problémáit, az egyes országokban lezajlott jogfejlődés eredményeként is értékelhető, hogy a 2022-es guideline már csak nyolc pontban említi a jogi problémákat. Ehelyett konkrét javaslatokat fogalmaz meg, és jó gyakorlatokra hivatkozik. Kiemeli, hogy minden országban tisztázni kell (WHO 2022, 25) a telemedicina jogi kereteit, ideértve az szolgáltatást nyújtó egészségügyi dolgozók és szolgáltatók engedélyezését (például licence-vizsga). A telemedicina speciális jellege miatt jogi mechanizmusokat kell beépíteni a csalás (gyógyszerekkel visszaélés) és egyéb jogszabálysértő helyzetek kezelésére (például a felhasználók „tiltólistára helyezést” is javasolja), valamint külön figyelemmel kell eljárni az adatbiztonsági és adatvédelmi kérdésekben. Fontosnak tartják, hogy a jogrendszer megfelelő megoldást adjon az orvosi felelősséggel kapcsolatos speciális kérdések kezelésére és a szolgáltatások auditálásának módjára.

A telemedicina jogszabályi háttérét több hazai kutató is elemezte döntően a Covid-19-pandémia idő- és nézőpontjából tekintve magára a jogalkotásra. Julesz Máté (Julesz 2021) közleménye elsősorban a pandémiás helyzet ellátási problémáinak nézőpontjából vizsgálta a kérdést, áttekintve a telemedicina fogalmi rendszerét és a hazai egészségügyi ellátásban betöltött helyzetét. A telemedicina előnyeit és felhasználási lehetőségeit – elsősorban egészségügyi ellátási szempontból – nemzetközi áttekintéssel elemezte, és a külföldi helyes gyakorlat példáit kiemelte. Összegzésében adatvédelmi és alapjogi megközelítéssel zárja gondolatait: „...a pandémia alatti és utáni információs társadalomban az adatok szabadabban áramlanak, mint az korábban történt, de a személyiségi jogok (mint például a személyes adatok védelméhez fűződő jog, a magánélet védelméhez fűződő jog, a jó hírnévhez való jog stb.) is fokozott megerősítést nyernek”. Berki Gabriella (2021) és Homicskó Árpád (2021) tanulmányukban összehasonlították és feldolgozták a Covid-19-pandémiát megelőző hazai jogi szabályozást, elemezték a hazai e-egészségügy fontos elemét

az EESZT-t, és annak alrendszereit, kiemelten elemezték a magyar járványügyi telemedicina-szabályozást, valamint annak a tárgykört érintő keretszabályát a „telemedicina-rendeletként is ismert” 157/2020 (IV.29.) Kormányrendeletet. Azonos alapból részben eltérő következtetésre jutottak. Míg Homicskó Árpád tanulmánya összefoglalásaként alapvetően megfelelőnek ítélte a hazai joganyagot, addig Berki Gabriella összegzésében már a pandémia után fennálló jogalkotási és szakmai szabályalkotási lehetőségekre és a szabályalkotást kikényszerítő körülményekre fókuszált. Tanulmányában elemezte a telemedicina-szolgáltatás három fő jellegzetességét: (1) az egészségügyi szolgáltatást a beteg távollétében nyújtja, illetve (2) célja a távkonzultáció és a távdiagnózis, továbbá (3) távmonitoring vagy egyéb infokommunikációs eszközök igénybevételével megszerzett információk alapján történik. Kiemelte a szabályozási helyzetet, amelyben a telemedicina már nem csupán lehetőség volt, hanem kötelezettséggé is vált. A 157/2020. (IV. 29.) Korm. rendelet, 3. §. alapján valamennyi közfinanszírozott szolgáltató köteles volt a betegirányítás, a beteg tájékoztatására, beleegyezésére, valamint adatainak kezelésére vonatkozó nyilatkozatok fogadása, valamint az ellátás szükségességének és az egészségi állapot súlyosságának megítélése céljából a telemedicinális szolgáltatást megszervezni. A kormányrendelet pontosan meghatározta a dokumentációs kötelezettséget, annak módját, a kötelező intézményi (szolgáltató-) protokoll megalkotását, valamint a telemedicina-ellátást dokumentáló események rögzítési kötelezettségét az EESZT-ben. A kormányrendelet alapján valamennyi egészségügyi szolgáltató (közfinanszírozott és magánfinanszírozott egyaránt) köteles volt a telemedicinális szolgáltatásokat az egészségügyi dokumentáció vezetésére vonatkozó jogszabályokban meghatározott módon dokumentálni. Továbbá valamennyi egészségügyi szolgáltató köteles volt e szolgáltatások nyújtására vonatkozó intézményi protokollját kialakítani [4.§ (1) bek]. Valamennyi egészségügyi szolgáltató köteles gondoskodni arról, hogy saját intézményi informatikai rendszerében, hogy ez által az EESZT-ben létrejöjjön a vizsgálat tényét és szereplőit dokumentáló eseménykatalógus-bejegyzés, és egy, a vizsgálatot szakmai szempontból igazoló elektronikus kórtörténeti dokumentum. A veszélyhelyzet megszűnésével – bármennyire is előremutató volt – már csak 90 napig maradt hatályban a fenti joganyag. A korábban ismertettet 33/2020 (IX.16.) EMMI-rendelet azonban már nem tér ki a fenti garanciális szabályokra. A jogalkotó a 33/2020. (IX.16.) EMMI rendelettel építette az egészségügyi szolgáltatások nyújtásához szükséges szakmai minimumfeltételekről szóló 60/2003 (X.20.) ESZCSM rendeletbe a telemedicina szolgáltatás feltételeit. Utóbbi rendelet 3.§ (1) bek. g) pontja szerint az egészségügyi szolgáltatónak biztosítani kell a telemedicina útján nyújtott egészségügyi szolgáltatás esetén a szolgáltatás nyújtásához a szolgáltató részéről szükséges infokommunikációs eszközt, illetve az adott ellátáshoz szükséges orvostechnikai eszközöket, telemedicina ellátásra vonatkozó eljárásrendet és beteg-tájékoztatót, internetalapú szolgáltatás esetén a (2b) bekezdés alapján biztosítani kell a szélessávúinternet-kapcsolatot, a megfelelő stabil adatátvitelt és adatbiztonságot, vírusvédelmet. Amennyiben videokapcsolat alkalmazását jogszabály írja elő, akkor az erre alkalmas eszközt is a szolgáltatónak kell biztosítani. A fentiekén túl, a (2b) bekezdés alapján, a beteg egyértelmű azonosításáról is a szolgáltatónak kell gondoskodni. Az egészségügyről szóló 1998. évi CLIV. törvény 247. § (1) alapján felhatal-

mazást kapott a Kormány, hogy a) az ellátás visszautasítására vonatkozó részletes szabályokat megállapítsa, b) a telemedicina keretében nyújtott egészségügyi szolgáltatás megkezdésére és gyakorlására vonatkozó általános szabályokat, valamint a működési engedélyezési eljárásra, a bejelentés alapján történő egészségügyi szolgáltatás – ideértve a telemedicina keretében nyújtott egészségügyi szolgáltatást is – érdekében a hatósági nyilvántartásba vételre, továbbá a hatósági nyilvántartás személyes adatokat nem tartalmazó adattartalmára vonatkozó szabályokat, valamint a telemedicina keretében nyújtott egészségügyi szolgáltatással összefüggő, a telemedicina tevékenységek meghatározásával, finanszírozásával, dokumentációjával, betegazonosításával kapcsolatos szabályokat megállapítsa.

Megállapíthatjuk, hogy a telemedicinát érintő jogalkotásra kényszerítő erővel hatott a pandémia, azonban a veszélyhelyzeti rendelkezések kivezetésével a szabályozási hiányok pótlása megtorpant. Egyes kutatók véleménye szerint (Berki 2021) a jogalkotás adós marad fontos részletszabályokkal (például betegtájékoztató, egészségügyi adatvédelem, egészségügyi felelősség speciális szabályai telemedicina esetén), amelyeknek a hiánya bizonytalanságokhoz vezethet. Hasonlóan az intézményi szintű szakmai protokollok hiányához. Később látni fogjuk, hogy az egészségügyi dolgozó felelősségének megítélésénél ezeket a szakmai szabályokat kell alapul venni. A szakmai joganyag és az intézményi protokollok megalkotásánál felelősségi okokból is szem előtt kell tartani Dózsa és Ruzsovics (2019) javaslatát, amely szerint „biztosítania kell, hogy arra azonos követelményszint vonatkozzon, mint a megfelelő nem telemedicina-szolgáltatásokra (például teleradiológia – radiológia). Ez biztosítja, hogy a megfelelően szabályozott egészségügyi szolgáltatásokat nem váltják fel kevésbé szabályozott telemedicina-szolgáltatások, és elkerüli az azonos szolgáltatást nyújtó szolgáltatók közötti hátrányos megkülönböztetést”. Természetesen ez azt is jelenti, hogy jelenleg a speciális szakmai szabályok (például ellátási protokollok) hiányában az általános szakmai elvekből kell kiindulni a szakmai felelősség vizsgálatánál. Ezért meglátásom szerint egy esetleges hiba bekövetkezése jelen helyzetben kedvezőtlenebb konzekvenciákkal járhat a szolgáltatóra és az egészségügyi dolgozóra, hiszen a telemedicina alkalmazásából fakadó nehézségek esetén nincs olyan protokoll, amit segítségül hívhat. A szakmai szabályszegést megítélni hivatott igazságügyi orvosszakértő pedig – speciális szabályok hiányában – kényszerűen az általános elvárásokból kell hogy kiinduljon. Egyet kell értenünk Dózsa és Ruzsovics véleményével (2019, 10) azaz, „elengedhetetlen, hogy az egészségpolitikánál, az egészségügyi szabályozásban és az egészségbiztosítás rendszerében a jelenleginél nagyobb intenzitással foglalkozzunk a telemedicinális folyamatok elterjesztésével, a jelenlegi egészségügyi ellátáshoz történő integrációjával”. Akár Berki Gabriella által felvázolt (2021, 43) többszintű szabályozás valósul meg, akár más jogtechnikai megoldás születik, a szabályrendszer összeállításakor alapvető figyelmet kell fordítani arra, hogy annak elemei nemcsak egy jól működő ellátás vezérlői, hanem az egészségügyi dolgozó büntetőjogi és kártérítési felelősségének vizsgálatában is alappillérek lesznek. Ennek szem előtt tartása sokat segíthet a megfelelő szabályrendszer kimunkálásában. Kizárólag a megfelelően kialakított szabályrendszer garantálhatja az ellátás biztonságát, a betegek érdekét, és csak az tud megfelelő biztonságot és magabiztosságot adni az telemedicina kulcsszereplőjének az egészségügyi dolgozónak.

Fontos kiemelni, hogy az egyes szakterületek nem egyformák. Könnyen belátható, hogy a telemedicina általános szabályai mellet speciális szabályokra, protokollokra van szükség. A telemedicina-ellátás széles köre miatt eltérő szabályok szükségeseek, például a krónikus betegek állapotának otthoni monitorozására (például EKG) vagy a pszichiátriai beteg explorációjára vagy időközönkénti kontrollvizsgálatára, és teljesen más megközelítést igényel a mozgásszervi beteg otthoni rehabilitációja (például irányított gyógytorna) a betegmegfigyelés és a távleletezés (teleradiológia, telepatológia). Egy közelmúltban végzett felmérés alátámasztja, hogy magát a jó gyakorlatot leíró (good practice) szabályokkal radikálisan csökkenthető az orvosi tévedések száma (Alam et al. 2022). A hivatkozott tanulmány kiemeli, hogy a megkérdezett 242 klinikus 69%-a „egyetértett” vagy „teljesen egyetértett” azzal az állítással, hogy „hiányzik az orvosi műhiba elkerülését segítő szabályozás”. A fizikai kontaktus kerülése a Covid-19-pandémia idején természetesen felgyorsította a telemedicina elterjedését. Jól mutatja ezt például, hogy míg az Egyesült Államokban 2019-ben az összes orvos-beteg konzultáció kevesebb mint 1%-a zajlott ilyen módon, addig 2020-ban már mintegy 23%-a (Weiner et al. 2021), ugyanakkor még dinamikusabb elterjedését akkor is, és most is hasonló okok magyarázzák. Az American College of Physicians 1449 orvosát felölelő 2019-es felmérés szerint a telemedicina alkalmazásának egyik fő akadály a esetleges orvosi hibák miatti aggodalom (29%). A teljesség kedvéért, további okként szerepelt a gyakorlatba való integrálási nehézsége (42%), a betegek technológiához való hozzáférése (36%), valamint az információbiztonsági kérdések (23%) (Frieden 2019).

Kockázatok és mellékhatások

Bár Julesz szerint (2021) a telemedicina kockázatai eltörpülnek az előnyeivel szemben – és ez a pandémia idején vitán felül állt –, azonban mélyebb vizsgálattal arra juthatunk, hogy a kockázat mégsem elhanyagolható. Sőt, nyugodtan kijelenthetjük, hosszabb távon a kockázatok kérdése fel fog erősödni. A kockázatok egy része túlmutat az egyén szintjén: a gyógyszerfelírás speciális kérdései, a beteg hitelesítése vagy akár a kiberbiztonság. Az egyén, illetve a szolgáltató szintjén alapvetően a büntetőjogi és a kártérítési felelősség telemedicinára vonatkoztatott speciális kérdései vetődnek fel, amelyre nézve a hazai szakirodalom kevés támpontot ad. Az orvosi diagnosztikus hibák lehetőségével kapcsolatos aggodalmak a virtuális tér korlátozott kommunikációs lehetőségeiből, és a fizikális betegvizsgálat elvégzésének objektív korlátaiból fakadtak (Frieden 2019). A megkérdezettek a kommunikációs nehézségeket sokkal jelentősebb problémának érezték akkor, ha a beteg első vizsgálatáról van szó, vagy a véleményezés a kórelőzmények részleges ismeretében történik (például sürgősségi esetek). Az ismert, krónikus betegek nyomon követésében kisebb problémát láttak. Érthető, hiszen ilyenkor általában a beteg is és az orvos is tisztában van az állapot és a kezelés természetével.

A Harvard Medical School tapasztalt klinikusok körében végzett vizsgálata (még) a telefonos egészségügyi szolgáltatás kockázatait vizsgálva megállapította, hogy a távollátás hibái az esetek 68%-ában tévesen megállapított diagnózisra vezethetők

vissza (Katz et al. 2008). A következmények a kutatók megítélése szerint drámaiak voltak, emiatt az ismertté vált diagnosztikus tévedések 44%-a halálos kimenetelű volt. Az esetek 60%-ában dokumentációs hiányosságok és a beteg állapotának téves megítélése (sürgősségi triage) is felszínre került a vizsgálatkor. Mindazonáltal a „tévedni emberi dolog” közmondás úgy tűnik, hogy esetünkben fokozottan igaz, mivel az emberi tényező relevanciája a telemedicina esetében rendkívül jelentős. A nemzetközi szakirodalom az emberi hibaforrással, és az annak kiküszöbölésével foglalkozó önálló tudományág, a Human Factors and Ergonomics (HFE) eredményeinek felhasználását javasolja ahhoz, hogy a telemedicinát alkalmazó szolgáltatók minimalizálják a tévedést (Carayon 2014). A fentiek alapján megerősíthető, hogy a kórházi ellátáshoz hasonlóan a távorvoslásban is a kockázatok elsődleges forrása az emberi tényező.

A telemedicina alkalmazása sajátos helyzetet jelent az orvosnak és a betegnek egyaránt, ennek kezelésére nem egyformán felkészültek az egészségügyi ellátás szereplői. Ezért a telemedicinát alkalmazó egészségügyi szolgáltatók telemedicina-készségeinek fejlesztésére szolgáló képzések elengedhetetlenek a betegek biztonságának javításához, és a tévedések kockázatának csökkentéséhez is (Rowland 2022). Ezek a megállapítások komoly segítséget jelenthetnek a telemedicina szabályainak megalkotásakor is.

A korábban leírtak alapján is jól látható, hogy telemedicina széles ellátási spektruma miatt a felelősségi kérdések átfogó elemzése túlmutat jelen tanulmány tartalmi keretein. Ezért kizárólag az orvosi ellátás büntetőjogi és polgári jogi felelősségi elemeinek a telemedicinára adaptált áttekintése kísérelhető meg.

Foglalkozás körében elkövetett veszélyeztetés

Az orvos és az egészségügyi büntetőjogi felelőssége alapvetően a foglalkozás körében elkövetett veszélyeztetés tényállásán belül értékelhető. A tényállás megvalósulásának elemei a hanyag- vagy tudatosan gondatlan (minősített esetben szándékos) szakmai szabályszegés, és azzal okozati összefüggésben a sértett testi épségének, illetve egészségének veszélyeztetése.

A telemedicina történeti bevezetője alapján jól látható, hogy egy hagyományos telefonos orvos-beteg konzultáció történeti gyökereit tekintve valójában telemedicina-ellátás, és távoli analógiaként alapul vehető a büntetőjogi felelősség vizsgálatakor. Nyilván a telemedicina-szolgáltatás jellege sokkal szigorúbb feltételeket támaszt a szakmai szabályszegés, illetve az eset körülményeinek vizsgálatakor. Általánosságban kiindulásként rögzíthető, hogy mind az egyén, mind a társadalom, mind pedig a szakmai joganyag sokkal magasabb követelményeket támaszt egy ilyen speciális szolgáltatással kapcsolatban, mint amilyen elvárások megfogalmazhatók egy orvos-beteg telefonos konzultáció, vagy akár egy segélyhívással kapcsolatban. Mindezek arra utalnak, hogy az egészségügyi dolgozó elmarasztalásával végződő korábbi jogesetekhez képes, amelyek a telefonon történt téves helyzetfelismerést érintik (és sajnos több ilyen eset is hivatkozható) a telemedicina-szolgáltatás felelősségi szintje és elvárhatósági mércéje magasabb. Leggyakoribb probléma a kommunikációs

félreértés, a beteg szóhasználata, a betegség tünettanának változatossága, enyhébb szimptomák jelentkezése. Gyakori, hogy a beteg a panaszát nem, vagy nehezebben képes távközlési eszközön keresztül hitelesen artikulálni. Távközlési eszköz útján felvett kórelőzmény és panasztár esetén nagyobb körültekintés és fokozott időráfordítás indokolt.

Ugyanakkor ezt a diagnosztikus problémát a telemedicin- szolgáltatónak fel kell ismerni, és ennek megfelelően kell eljárni. A Gödöllői Járásbíróság B.143/2017-es ügyben hozott ítélete és a Kúria Bfv.1166/2021/5. döntése alapján rögzíthető, hogy az egészségügyi szolgáltatónak az elvárható gondosság mellett látnia kell a beteg megvizsgálásának hiányából fakadó kockázatot, így ha a vizsgálat elmulasztása miatt a beteg élete, testi épsége közvetlen veszélybe kerül, az az orvos felelősségi körébe tartozik. Ilyen esetben tehát az orvos büntetőjogi felelőssége megállapítható, mert – bár az tőle elvárható – nem gondolt magatartása (mulasztása) lehetséges következményeire.

A telemedicina-szolgáltatásoknál talán a legnagyobb kockázatot a diagnosztikus tévedés jelenti. A szakmai felelősségbiztosítók elemzése alapján az Egyesült Államokban 2014 és 2018 között a telemedicinával kapcsolatos káresemények 66%-a téves diagnózishoz kapcsolódott (Lindsay 2020), hasonló felmérés hazánkban nem történt, azonban kétségkívül a téves diagnózis lehetősége komoly kockázati tényezőként értékelhető.

Dogmatikailag megkülönböztetünk objektív okokból és szubjektív okokból bekövetkező diagnosztikus tévedést (Dezső 1979) Az objektív diagnosztikus tévedésről akkor beszélünk, ha a betegség tünetei vagy a vizsgálatok lelete nem tették lehetővé a helyes diagnózis megállapítását. Ebben az esetben az orvos mindent megtesz, hogy a helyes diagnózist megállapítsa, tevékenysége során valamennyi irányadó szakmai szabályt (jogszabályt, szakmai szabályt, protokollt stb.) betartja, ennek ellenére téves diagnózis születik. Ebben az esetben az orvos büntetőjogi felelőssége nem állapítható meg. Az objektív diagnosztikus tévedés megállapításához tehát csak a jól megalapozott, érthető, transzparens és betartható szakmai szabályrendszer elemzése útján juthatunk. Csak ilyen esetben állítható, hogy az orvos mindent megtett, valamennyi irányadó szakmai szabályt betartotta, hogy eljusson a helyes diagnózisig, ám az rajta kívülálló okok miatt nem vezetett eredményre. A szubjektív diagnosztikus tévedés megállapítása már nem eredményezi a büntetőjogi felelősség alóli mentesülést, mivel utóbbi azt jelenti, hogy az orvos szubjektív okok miatt tévedett a diagnózisban, azaz elmulasztott kiegészítő vizsgálatokat vagy konzíliumot, nem, vagy csak részben tartotta be a protokollok, szakmai szabályok előírásait. Utóbbi eset tehát nem valódi diagnosztikus tévedés.

A fentiekből jól látható, hogy diagnosztikus tévedés bekövetkezhet beteg-orvos telemedicina-kapcsolatban, de távleletezésnél is. Amennyiben Dózsa és Ruzsovics (2019) megállapítására utalunk, azaz „biztosítania kell, hogy arra azonos követelményszint vonatkozzon, mint a megfelelő nem telemedicina-szolgáltatásokra (például teleradiológia – radiológia)” akkor nagy valószínűség szerint részletesebb szakmai szabályok kimunkálása szükséges, hiszen pontosan tudjuk, hogy a távleletező számára a betegről vagy a beutalás okáról rendelkezésre álló információ köre esetenként szűkebb lehet, mint ugyanezen a területen az adott szolgáltatónál hely-

ben dolgozó társáé. A hiányzó információt néha szubjektív okokból nem képes kiegészíteni, más esetekben a fizikai távolság és akár a leletezés időbeli körülményei nem teszik lehetővé a pontosítást. Az ilyen esetekben bekövetkező diagnosztikus tévedés megítélése rendkívül problematikus lehet. Különösen nehéz helyzet adódik akkor, ha a téves telemedicina-leletre épülve maradnak el további vizsgálatok. Ha az első téves lelet szubjektív diagnosztikus tévedés következménye (készítője nem tanúsította a tőle elvárható gondosságot és körültekintést, vagy szakmai szabályt szegett) a további ellátók erre épülő téves következtetései már objektív diagnosztikus tévedést jelenthetnek.

Következtetések

A telemedicina bizonyított előnyökkel jár a gyors állapotfelmérés (triage), a távrehabilitáció, a távpszichiátria, a krónikus betegségek monitorozása és az orvosok közötti távkonzultáció (konzílium), illetve a távdiagnosztika (teleradiológia, telepatológia) terén. Azonban a telemedicina nem alkalmas minden klinikai szakterületen, ezért a hagyományos egészségügyi intézményekkel együttműködve kell alkalmazni (Cui et al. 2020). A telemedicina sajátos helyzetet jelent az orvosnak és a betegnek egyaránt, ennek kezelésére nem egyformán felkészültek az egészségügyi ellátás szereplői. Ezért – bár elsősorban fejlődő országokra vonatkoztatva vizsgálták (Combi et al. 2016) – általánosságban is megállapítható, hogy kiemelt jelentőségű lehet a telemedicinát alkalmazó szakemberek képzése. A megfelelő szabályrendszer támogatólag hat a közreműködőkre, és segít megelőzni a hibákat, ezáltal limitálhatja a nem kívánt eseményeket.

Irodalom

- Alam, Laima, Alam Mafaza, Amina Mannam Malik és Varqa Faraid. "Is Telemedicine our cup of tea? A nationwide cross-sectional survey regarding doctors' experience and perceptions." *Pakistan Journal of Medical Sciences* 37, no. 5 (2021):1319–1325.
<https://doi:10.12669/pjms.37.5.3970>
- Aronson, Sydney. "The Lancet on the Telephone." *Medical History* 21, no. 1 (1977):69–87.
<https://doi:10.1017/s0025727300037182>
- A. B. M. "The Telephone." *Lancet* 111, no. 2841 (1878): 221.
- Brown, Williams. "The Telephone And Phonograph In Practical Medicine." *Lancet* 111, no. 2841 (1878):371.
- Bán Attila. "A telemedicina néhány földrajzi vonatkozása Magyarországon példáján." PhD doktori értekezés Szeged: Szegedi Tudományegyetem Gazdaság- és Társadalomföldrajz Tanszék, 2017.
<https://doi.org/10.14232/phd.4031>
- Berki Gabriella. "COVID-19 és a telemedicina forradalma(?) Magyarországon." *Infokommunikáció és Jog* 18, 76. szám (2021):40–48.

- Bunderministerium der Finanzen. "Deutscher Aufbau-und Resilienzplan." 2023. január 29.
<https://www.bundesfinanzministerium.de/Content/DE/Standardartikel/Themen/Europa/DARP/deutscher-aufbau-und-resilienzplan.html>
- Carayon, Pascale, Tosha Wetterneck, Joy Rivera-Rodriguez, Ann Schoofs Hundt, Peter Hoonakker, Richard Holden és Ayse P. Gurses. "Human factors systems approach to healthcare quality and patient safety." *Appl Ergon* 45, no. 1 (2014):14–25.
<https://doi:10.1016/j.apergo.2013.04.023>
- Combi Carlo, Gabriele Pozzani és Giuseppe Pozzi. "Telemedicine for Developing Countries. A Survey and Some Design Issues." *Appl Clin Inform* 7, no. 4 (2016):1025–1050.
<https://doi:10.4338/ACI-2016-06-R-0089>
- Cui, Fanfang, Qianqian Ma, Xianying He, Yunkai Zhai, Jie Zhao, Baozhan Chen, Dongxu Sun, Jinming Shi, Mingbo Cao és Zhenbo Wang. "Implementation and Application of Telemedicine in China:Cross-Sectional Study." *JMIR Mhealth Uhealth* 8, no. 10 (2020):e18426.
<https://doi:10.2196/18426>
- Európai Közösségek Bizottsága. "A Bizottság Közleménye az Európai Parlamentnek, a Tanácsnak, az Európai gazdasági és Szociális bizottságnak és a Régiók Bizottságának a távorvoslásról a betegek, az egészségügyi ellátórendszerek és a társadalom javára /COM/2008/0689 végleges*./" Utolsó hozzáférés: 2023. január 29.
<https://eur-lex.europa.eu/legal-content/HU/TXT/HTML/?uri=CELEX:52008DC0689&from=EN>
- Daragó László, Jung Zsófia, Ispán Fanni, Bendes Rita és Dinya Elek. "A telemedicina előnyei és hátrányai." *Orvosi Hetilap* 154, 30. szám (2013):1167–1171.
<https://doi:10.1556/OH.2013.29664>
- De Micco, Francesco, Vittorio Fineschi, Giuseppe Banfi, Paola Frati, Antonio Oliva, Guido Vittorio Travaini, Mario Picozzi, Giuseppe Curcio, Leandro Pecchia, Tommasangelo Petitti, Rossana Alloni, Enrico Rosati, Anna De Benedictis és Vittoradolfo Tambone. "From COVID-19 Pandemic to Patient Safety: A New „Spring” for Telemedicine or a Boomerang Effect?" *Frontiers in Medicine* 9 (2022):901788.
<https://doi:10.3389/fmed.2022.901788>
- Dezső László. *Az orvos büntetőjogi felelőssége*. Budapest: BM Könyvkiadó, 1979.
- Dózsa Csaba és Ruzsovics Ágnes. "A telemedicina nemzetközi helyzetének ismertetése és a hazai telemedicina program szabályozási és finanszírozási kihívásai, II. rész." *Interdiszciplináris Magyar Egészségügy* 18, 5. szám (2019):5-10.
- Európai Parlament. "Az Európai Parlament és a Tanács (EU) 2021/522 rendelete a 2021–2027-es időszakra szóló uniós egészségügyi cselekvési program (az „EU az egészségért program”) létrehozásáról és a 282/2014/EU rendelet hatályon kívül helyezéséről." Utolsó hozzáférés: 2023. január 29.
<https://eur-lex.europa.eu/legal-content/HU/TXT/HTML/?uri=CELEX:32021R0522&from=EN>
- MedPageToday. Frieden, Joyce. "Barriers to telehealth adoption remain, survey finds." Utolsó hozzáférés: 2023. január 29.
<https://www.medpagetoday.com/meetingcoverage/acp/79180>
- Gouvernement Français. "Plan National de Relance et de Résilience." Utolsó hozzáférés: 2023. január 29.
<https://www.economie.gouv.fr/plan-national-de-relance-et-de-resilience-pnrr>
- Governo Italiano. "Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza." Utolsó hozzáférés: 2023. január 29.
<https://www.governo.it/sites/governo.it/files/PNRR.pdf>

-
- Homicskó Árpád Olivér. “A telemedicina alkalmazásának jogszabályi környezete Magyarországon.” *Glossa Iuridica* 8, 4. szám (2021): 233–244.
- Julesz Máté. “A telemedicina és a COVID–19-világjárvány.” *Információs Társadalom* XX, 3. szám (2020):27–38.
<https://doi.org/10.22503/inftars.XX.2020.3.2>
- Katz, Harvey P., Dawn Kaltsounis, Liz Halloran és Maureen Mondor. “Patient safety and telephone medicine: some lessons from closed claim case review.” *Journal of General Internal Medicine* volume 23, no. 5 (2008): 517–22.
<https://doi:10.1007/s11606-007-0491-y>
- Blomberg Law. Lowe, Lindsay. “Uptick in Telehealth Reveals Medical Malpractice Concerns.” Utolsó hozzáférés: 2023. január 29.
<https://news.bloomberglaw.com/health-law-and-business/uptick-in-telehealth-reveals-medical-malpractice-concerns>
- Palkó András. “Távleletezés a radiológiában. Lehetőség vagy veszély?” *Magyar Radiológia* 81, 01-02. szám (2007):40–44.
- Rowland, Simon, Edward Fitzgerald, Matthew Lungren, Elizabeth Lee, Zach Harned és Alison McGregor. “Digital health technology-specific risks for medical malpractice liability.” *NPJ Digital Medicine* 157, no. 1 (2022):157.
<https://doi:10.1038/s41746-022-00698-3>
- Sandberg, Charlotte E. J., Stephen R. Knight, Ahmad Uzair Qureshi és Samir Pathak. “Using Telemedicine to Diagnose Surgical Site Infections in Low- and Middle-Income Countries: Systematic Review.” *JMIR Mhealth Uhealth* 7, no. 8 (2019):e13309.
<https://doi:10.2196/13309>
- Weiner, Jonathan, Stephen Bandeian, Elham Hatef, Daniel Lans, Angela Liu és Klaus Lemke. “In-Person and Telehealth Ambulatory Contacts and Costs in a Large US Insured Cohort Before and During the COVID-19 Pandemic.” *JAMA Netw Open* 4, no. 3 (2021) e212618.
<https://doi:10.1001/jamanetworkopen.2021.2618>
- World Health Organization(a). “Telemedicine: opportunities and developments in Member States: report on the second global survey on eHealth.” Utolsó hozzáférés: 2023. január 29.
<https://apps.who.int/iris/handle/10665/44497>
- World Health Organization(b). “Consolidated telemedicine implementation guide.” Utolsó hozzáférés: 2023. január 29.
<https://www.who.int/publications/i/item/9789240059184>
- World Health Organization(c). “National eHealth strategy toolkit.” Utolsó hozzáférés: 2023. január 29.
<https://apps.who.int/iris/handle/10665/75211>

Jogesetek

Kúria Bfv.1166/2021/5

Kúria Bfv.91/2022/6

B.143/2017 Gödöllői Járásbíróság