

Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie

**Wydział Prawa i Administracji**

**Mgr Bartłomiej Oreziak**

**PRAWO DO ZDROWIA  
Z PERSPEKTYWY  
TRANSGRANICZNEGO ŚWIADCZENIA  
USŁUG TELEMEDYCZNYCH  
W UNII EUROPEJSKIEJ**

Rozprawa doktorska napisana pod  
opieką naukową dr hab. Elżbiety  
Karskiej, prof. UKSW w Katedrze  
Ochrony Praw Człowieka i Prawa  
Międzynarodowego Humanitarnego

**Warszawa 2022**



# Spis treści

Wykaz skrótów .....	6
Uwagi wprowadzające .....	10
<i>Opis problemu badawczego stanowiącego cel pracy wraz z metodologią</i> .....	10
<i>Uzasadnienie wyboru tematu</i> .....	20
<i>Dorobek doktryny</i> .....	24
Rozdział I Nowoczesne technologie w medycynie .....	41
1. <i>Wstęp</i> .....	41
2. <i>Systematyka zastosowania nowoczesnych technologii do użytku praktycznego w medycynie</i> .....	42
2. 1. <i>Cyfrowa medycyna</i> .....	42
2. 2. <i>e-Zdrowie</i> .....	44
2. 3. <i>m-Zdrowie</i> .....	46
2. 4. <i>Telezdrowie</i> .....	48
2. 5. <i>Zdrowie sensoryczne</i> .....	50
2. 6. <i>Informatyka medyczna</i> .....	52
2. 7. <i>Korelacja przedmiotowa w cyfrowej medycynie</i> .....	54
3. <i>Certyfikacja rozwiązań cyfrowej medycyny</i> .....	56
3. 1. <i>Kwalifikacja wyrobów medycznych jako system certyfikacji</i> .....	56
3. 2. <i>Wykładnia definicji wyrobu medycznego</i> .....	59
3. 3. <i>Rozwiązania cyfrowej medycyny jako wyroby medyczne</i> .....	61
4. <i>Pojęcie telemedycyny</i> .....	63
4.1. <i>Definicje telemedycyny</i> .....	63
4.2. <i>Istota telemedycyny</i> .....	66
4.3. <i>Podstawowe elementy konstrukcyjne telemedycyny i ich implikacje</i> .....	68
5. <i>Korzyści oraz zagrożenia telemedycyny</i> .....	70
5.1. <i>Korzyści telemedycyny</i> .....	70
5.2. <i>Zagrożenia telemedycyny</i> .....	72
6. <i>Podsumowanie</i> .....	74
Rozdział II Prawo do zdrowia w Unii Europejskiej .....	77
1. <i>Wstęp</i> .....	77
2. <i>Przedmiot prawa do zdrowia</i> .....	78
2. 1. <i>Prawo do zdrowia jako determinanta nowoczesnych technologii w medycynie</i> .....	78
2. 2. <i>Zarys prawa do ochrony zdrowia</i> .....	80
2. 3. <i>Zarys prawa do świadczeń opieki zdrowotnej</i> .....	86
2. 4. <i>Korelacja istoty prawa do ochrony zdrowia i prawa do świadczeń opieki zdrowotnej</i> .....	90
3. <i>Rys historyczny prawa do zdrowia w prawie pierwotnym Unii Europejskiej</i> .....	91
3. 1. <i>Ewolucja prawa do zdrowia do Traktatu z Maastricht</i> .....	91
3. 2. <i>Ewolucja prawa do zdrowia od Traktatu z Maastricht</i> .....	94
3. 3. <i>Traktat Lizboński jako kolejny rozdział ewolucji</i> .....	97
4. <i>Prawo do zdrowia w aktualnie obowiązującym prawie Unii Europejskiej</i> .....	98
4. 1. <i>Odzwierciedlenie prawa do zdrowia w KPP UE</i> .....	98
4. 2. <i>Odzwierciedlenie prawa do zdrowia w TFUE i TUE</i> .....	100

4. 3. Konkretyzacja prawa do zdrowia w prawie wtórnym .....	105
5. <i>Prawo do zdrowia w telemedycynie</i> .....	108
5. 1. Telemedycyna jako nowy gwarant prawa do ochrony zdrowia .....	108
5. 2. Telemedycyna jako nowoczesne narzędzie realizacji prawa do świadczeń opieki zdrowotnej .....	110
5. 3. Telemedycyna a równy dostęp do świadczeń zdrowotnych .....	112
6. <i>Podsumowanie</i> .....	113
<b>Rozdział III Transgraniczne świadczenie usług opieki zdrowotnej w Unii Europejskiej</b> .....	<b>116</b>
1. <i>Wstęp</i> .....	116
2. <i>Rynek wewnętrzny w świetle swobodnego przepływu usług</i> .....	117
2. 1. Charakterystyka rynku wewnętrznego <i>in genere</i> .....	117
2. 2. Zarys swobody przepływu usług .....	120
2. 3. Unijna definicja usługi.....	122
2. 4. Charakter normatywny norm traktatowych swobody przepływu usług .....	123
3. <i>Swobodny przepływ usług opieki zdrowotnej</i> .....	125
3. 1. Pojęcie usług opieki zdrowotnej .....	125
3. 2. Usługi opieki zdrowotnej usługami rynku wewnętrznego UE .....	127
3. 3. Ograniczenia swobodnego przepływu usług opieki zdrowotnej .....	134
3. 4. Transgraniczność jako alternatywa w swobodzie przepływu usług opieki zdrowotnej.....	136
4. <i>Prawa pacjentów w transgranicznej opiece zdrowotnej</i> .....	138
4. 1. Cel określenia transgranicznych praw pacjentów .....	138
4. 2. Obowiązki Państw Członkowskich Unii Europejskiej .....	143
4. 3. Telemedycyna jako przedmiot transgranicznej opieki zdrowotnej .....	147
5. <i>Usługi telemedyczne w transgranicznej opiece zdrowotnej</i> .....	153
5. 1. Usługi w telemedycynie .....	153
5. 2. Usługi telemedyczne jako usługi rynku wewnętrznego UE.....	156
6. <i>Podsumowanie</i> .....	158
<b>Rozdział IV Problemy realizacji prawa do zdrowia oraz funkcjonowania transgranicznej opieki zdrowotnej w UE podczas epidemii Covid-19</b> .....	<b>163</b>
1. <i>Wstęp</i> .....	163
2. <i>Ogólna charakterystyka epidemii Covid-19</i> .....	164
2. 1. Najważniejsze wydarzenia związane z epidemią Covid-19 .....	164
2. 2. Dane statystyczne epidemii Covid-19 .....	165
2. 3. Szczepienia przeciwko Covid-19.....	167
3. <i>Prawo wobec epidemii Covid-19</i> .....	170
3. 1. Prawo jako instrument walki z epidemią Covid-19 .....	170
3. 2. Środki prawne przeciwko Covid-19 w wybranych Państwach Członkowskich UE.....	172
3. 3. Wykonywanie uprawnień jednostki w czasie epidemii Covid-19 .....	176
4. <i>Prawo do zdrowia i transgraniczna opieka zdrowotna w realiach epidemii Covid-19</i> .....	178
4. 1. Prawo do zdrowia podczas epidemii Covid-19.....	178
4. 2. Transgraniczna opieka zdrowotna podczas epidemii Covid-19 .....	180
4. 3. Przeciwdziałanie negatywnemu wpływowi epidemii Covid-19 na funkcjonowanie transgranicznej opieki zdrowotnej w UE .....	184
5. <i>Propozycja wdrożenia i stosowania rozwiązań telemedycznych podczas epidemii Covid-19</i> .....	188

5. 1. Telemedycyna jako rozwiązanie problemu prawa do zdrowia podczas stanu epidemii.....	188
5. 2. Telemedycyna jako rozwiązanie problemu transgranicznej opieki zdrowotnej w UE podczas stanu epidemii .....	190
6. Podsumowanie .....	192
<b>Rozdział V Cyberprzestępstwa telemedyczne jako zagrożenie dla realizacji prawa do zdrowia w telemedycynie.....</b>	<b>196</b>
1. Wstęp .....	196
2. Teoretyczna charakterystyka cyberprzestępczości telemedycznej.....	197
2. 1. Wpływ cyberprzestępczości telemedycznej na prawo do zdrowia .....	197
2. 2. Pojęcie cyberprzestępstwa .....	199
2. 3. Termin cyberprzestępstwa telemedycznego.....	204
3. Rodzaje cyberprzestępstw telemedycznych .....	206
3. 1. Metoda określenia rodzajów cyberprzestępstw telemedycznych .....	206
3. 2. Typy cyberprzestępstw telemedycznych.....	207
4. Telemedyczne czynności dowodowe .....	214
4. 1. Metoda określenia rodzajów telemedycznych czynności dowodowych .....	214
4. 2. Rodzaje telemedycznych czynności dowodowych.....	215
5. Propozycja standaryzacji systemów telemedycznych .....	224
5. 1. Propozycja standaryzacji systemów informatycznych usług telemedycznych na podstawie typów cyberprzestępstw telemedycznych.....	224
5. 2. Propozycja standaryzacji systemów informatycznych usług telemedycznych na podstawie rodzajów telemedycznych czynności dowodowych .....	228
6. Podsumowanie .....	231
<b>Zagadnienia końcowe.....</b>	<b>234</b>
<i>Podsumowanie ustaleń .....</i>	<i>234</i>
<i>Wnioski na przyszłość .....</i>	<i>242</i>
<b>Bibliografia .....</b>	<b>254</b>
<i>Literatura: .....</i>	<i>254</i>
<i>Orzecznictwo: .....</i>	<i>280</i>
<i>Źródła prawa: .....</i>	<i>286</i>
<i>Dokumenty: .....</i>	<i>292</i>

## **Wykaz skrótów**

**Afrykańska Karta Praw Człowieka i Ludów – AKPCiL**

**Decyzja Parlamentu Europejskiego i Rady nr 1082/2013/UE z dnia 22 października 2013 roku w sprawie poważnych transgranicznych zagrożeń zdrowia oraz uchylająca decyzję nr 2119/98/WE – Decyzja w sprawie poważnych transgranicznych zagrożeń zdrowia**

**Decyzja Wykonawcza Komisji (UE) 2019/1765 z dnia 22 października 2019 roku ustanawiająca zasady utworzenia sieci organów krajowych odpowiedzialnych za e-zdrowie, zarządzania tą siecią i jej funkcjonowania oraz uchylająca decyzję wykonawczą 2011/890/UE – Decyzja wykonawcza Komisji w sprawie sieci e-Zdrowia**

**Decyzja Wykonawcza Komisji (UE) 2020/1023 z dnia 15 lipca 2020 roku zmieniająca decyzję wykonawczą (UE) 2019/1765 w zakresie transgranicznej wymiany danych między krajowymi aplikacjami mobilnymi służącymi do ustalania kontaktów zakaźnych i ostrzegania w związku ze zwalczaniem pandemii COVID-19 – Decyzja wykonawcza Komisji w sprawie wymiany danych i ostrzegania COVID-19**

**Dyrektywa 2002/98/WE Parlamentu europejskiego i Rady z dnia 27 stycznia 2003 roku ustanawiająca normy jakości i bezpiecznego pobierania, testowania, przetwarzania, przechowywania i dystrybucji krwi ludzkiej i składników krwi oraz zmieniająca dyrektywę 2001/83/WE – Dyrektywa w sprawie krwi ludzkiej**

**Dyrektywa 2004/23/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 31 marca 2004 roku w sprawie ustalenia norm jakości i bezpiecznego oddawania, pobierania, testowania, przetwarzania, konserwowania, przechowywania i dystrybucji tkanek i komórek ludzkich – Dyrektywa w sprawie tkanek i komórek ludzkich**

**Dyrektywa 2005/36/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 7 września 2005 roku w sprawie uznawania kwalifikacji zawodowych – Dyrektywa w sprawie uznawania kwalifikacji zawodowych**

**Dyrektywa 2006/123/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 12 grudnia 2006 roku dotycząca usług na rynku wewnętrznym – Dyrektywa usługowa**

**Dyrektywa Parlamentu Europejskiego i Rady 2011/24/UE z dnia 9 marca 2011 roku w sprawie stosowania praw pacjentów w transgranicznej opiece zdrowotnej – Dyrektywa o prawach pacjentów w transgranicznej opiece zdrowotnej/DPPTOZ**

**Dyrektywa Parlamentu Europejskiego i Rady 2014/40/UE z dnia 3 kwietnia 2014 roku w sprawie zbliżenia przepisów ustawowych, wykonawczych i administracyjnych państw członkowskich w sprawie produkcji, prezentowania i sprzedaży wyrobów tytoniowych i powiązanych wyrobów oraz uchylająca dyrektywę 2001/37/WE – Dyrektywa w sprawie wyrobów tytoniowych**

**Dyrektywa Rady 93/42/EWG z dnia 14 czerwca 1993 roku dotycząca wyrobów medycznych – Dyrektywa Rady 93/42/EWG**

**Europejska Karta Socjalna – EKS**

**Europejska Wspólnota Energii Atomowej – EURATOM**

**Europejska Wspólnota Gospodarcza – EWG**

**Europejska Wspólnota Węgla i Stali – EWWiS**

**Jednolity Akt Europejski z 17 lutego 1986 roku – JAE**

**Karta Narodów Zjednoczonych – KNZ**

**Karta Podstawowych Praw i Wolności (Czechy) – KPPiW**

**Karta Praw Podstawowych Unii Europejskiej – KPP UE**

**Komunikat Komisji Wytyczne w sprawie pomocy UE w sytuacji nadzwyczajnej dotyczące współpracy transgranicznej w zakresie opieki zdrowotnej związanej z kryzysem wywołanym epidemią COVID-19 – Wytyczne dotyczące współpracy transgranicznej w zakresie opieki zdrowotnej COVID-19**

**Konstytucja Grecji – KG**

**Konstytucja Hiszpanii – KH**

**Konstytucja Królestwa Belgijskiego – KKB**

**Konstytucja Republiki Bułgarii – KRB**

**Konstytucja Republiki Chorwacji – KRC**

**Konstytucja Republiki Estońskiej – KRE**

**Konstytucja Republiki Finlandii – KRF**

**Konstytucja Republiki Włoskiej – KRW**

**Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej – KRP**

**Konstytucja Węgier – KW**

**Konwencja o cyberprzestępczości z dnia 23 listopada 2001 roku – Konwencja o cyberprzestępczości bądź Konwencja Budapesztańska**

**Konwencja o ochronie praw człowieka i godności istoty ludzkiej w dziedzinie zastosowania biologii i medycyny – Konwencja o prawach człowieka i biomedycynie**

**Konwencja o Prawach Dziecka – KPD**

**Konwencja w sprawie likwidacji wszelkich form dyskryminacji kobiet – Konwencja przeciwko dyskryminacji kobiet**

**Międzynarodowy Pakt Praw Ekonomicznych, Socjalnych i Kulturalnych – MPPESiK**

**Opieka zdrowotna, w tym medyczna – opieka zdrowotna**

**Państwo Członkowskie UE, na którego terytorium faktycznie świadczona jest opieka zdrowotna – Państwo Członkowskie leczenia**

**Państwo Członkowskie UE, w którym pacjent jest uprawniony do otrzymania usług opieki zdrowotnej zgodnie z prawodawstwem tego państwa – Państwo Członkowskie ubezpieczenia**

**Powszechna Deklaracja Praw Człowieka – PDPCz**

**Protokół z San Salvador do Amerykańskiej Konwencji Praw Człowieka – Protokół z San Salvador do AKPCz**

**Rozporządzenie (WE) nr 726/2004 Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 31 marca 2004 roku ustanawiające wspólnotowe procedury wydawania pozwoleń dla produktów leczniczych stosowanych u ludzi i do celów weterynaryjnych i nadzoru nad nimi oraz ustanawiające Europejską Agencję Leków – Rozporządzenie w sprawie produktów leczniczych**

**Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 roku w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE – RODO**

**Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2017/745 z dnia 5 kwietnia 2017 roku w sprawie wyrobów medycznych, zmiany dyrektywy 2001/83/WE, rozporządzenia (WE) nr 178/2002 i rozporządzenia (WE) nr 1223/2009 oraz uchylenia dyrektyw Rady 90/385/EWG i 93/42/EWG – Rozporządzenie w sprawie wyrobów medycznych**

**Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (WE) nr 883/2004 z dnia 29 kwietnia 2004 roku w sprawie koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego – Rozporządzenie 883/2004**

**Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (WE) nr 987/2009 z dnia 16 września 2009 roku dotyczące wykonywania rozporządzenia (WE) nr 883/2004 w sprawie koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego – Rozporządzenie 987/2009**

**Stany Zjednoczone Ameryki – USA**



**Światowa Organizacja Zdrowia – WHO**

**Traktat o Funkcjonowaniu Unii Europejskiej – TFUE**

**Traktat o Unii Europejskiej z 7 lutego 1993 roku – Traktat z Maastricht/TUE**

**Traktat ustanawiający Europejską Wspólnotę Energii Atomowej z 25 marca 1957 roku – TEWEA**

**Traktat ustanawiający Europejską Wspólnotę Gospodarczą z 25 marca 1957 roku – TEWG**

**Traktat ustanawiający Europejską Wspólnotę Węgla i Stali z 18 kwietnia 1951 roku – TEWWiS**

**Traktat ustanawiający Jedną Radę i Jedną Komisję Wspólnot Europejskich z 8 kwietnia 1965 roku – traktat fuzyjny**

**Traktat ustanawiający Wspólnotę Europejską – TWE**

**Traktat z Amsterdamu zmieniający Traktat o Unii Europejskiej, Traktaty ustanawiające Wspólnoty Europejskie i niektóre związane z nimi akty z 2 października 1997 roku – Traktat Amsterdamski**

**Traktat z Lizbony zmieniający Traktat o Unii Europejskiej i Traktat ustanawiający Wspólnotę Europejską z 13 grudnia 2007 roku – Traktat Lizboński**

**Traktat z Nicei zmieniający Traktat o Unii Europejskiej, Traktaty ustanawiające Wspólnoty Europejskie i niektóre związane z nimi akty z 26 lutego 2001 roku – Traktat Nicejski**

**Trybunał Sprawiedliwości Unii Europejskiej – TSUE**

**Unia Europejska – UE**

**Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 roku Kodeks karny – KK**

**Wspólnota Europejska – WE**

**Wstęp do Konstytucji Republiki Francuskiej z 27 października 1946 roku – Wstęp do KRFr z 1946 roku**

# Uwagi wprowadzające

## Opis problemu badawczego stanowiącego cel pracy wraz z metodologią

Aktualnie dostrzegalny postęp techniczny, technologiczny i cywilizacyjny, związany z zastosowaniem nowoczesnych technologii do użytku praktycznego, coraz częściej przekształca tradycyjne rozwiązania na innowacyjne alternatywy. Taki stan rzeczy wymusza reakcję praktyków oraz teoretyków prawa, której celem jest dostosowanie bądź tworzenie skutecznych ram prawnych do zmieniającej się rzeczywistości. Prawo powinno normatywnie regulować nowinki techniczne czy technologiczne w taki sposób, aby bez hamowania ich rozwoju ograniczać problemy bądź zagrożenia związane z ich implementacją. Prowadzi to do wniosku, że dyscyplina nauk prawnych będąca bazą wiedzy oraz koncepcji dla ustawodawcy ma do odegrania w tym zakresie ważną rolę. Badania oraz analizy prawnicze powinny bowiem coraz częściej wykazywać się wrażliwością na zachodzące zmiany w świecie zewnętrznym w celu zabezpieczenia z jednej strony słuszych interesów podmiotów obrotu prawnego, a z drugiej – wypracowywanego przez dziesięciolecia systemu ochrony praw i wolności każdego człowieka.

Temat rozprawy doktorskiej związany z prawem do zdrowia z perspektywy transgranicznego świadczenia usług telemedycznych w Unii Europejskiej wpisuje się w powyższy obszar analityczny. Oznacza to, że stanowi przykład zagadnienia niepospolitego i zasługującego na pogłębione badania w ramach rozprawy doktorskiej. Dodatkowo, wnioski wynikające z takiej analizy mogą być tym bardziej interesujące, że przedmiot czy też zakres opracowania nie został jeszcze zgłębiony przez przedstawicieli nauk prawnych w wyczerpujący sposób. Wynika to zapewne z aktualności poddawanej analizie materii oraz jej innowacyjności zasadzającej się na połączeniu ze sobą dziedzin, które co do zasady dotychczas nie były ze sobą zestawiane, ale traktowane jako samodzielne w stosunku do siebie. Tymi dziedzinami są prawo do zdrowia, zastosowanie nowoczesnych technologii do użytku praktycznego oraz transgraniczne świadczenie usług opieki zdrowotnej w Unii Europejskiej.

Celem niniejszej rozprawy doktorskiej jest dokonanie analizy potencjału rozwiązań telemedycznych jako tych, które wzmacniają realizację w pełniejszym bądź przynajmniej w dotychczasowym zakresie prawa do zdrowia z wybranej perspektywy badawczej. Mowa

tutaj zatem o wykazaniu możliwości, jakie daje zastosowanie telemedycyny dla ochrony, wspierania oraz wzmocnienia realizacji przedmiotu prawa do zdrowia. Zasadniczą kwestią naukową towarzyszącą analizowanej materii podczas całości wywodu będzie pytanie o znaczenie, miejsce, systematykę, rolę, istotę, cele, cechy, specyfikę oraz funkcje telemedycyny w realizacji prawa do zdrowia z perspektywy transgranicznego świadczenia usług telemedycznych w Unii Europejskiej. Dodatkowo, dla tak określonego badania relewantne pozostają możliwe do ustalenia zagrożenia bądź problemy związane z realizacją prawa do zdrowia przez telemedycynę. Wydaje się zatem, że problematyka analizowana w niniejszej rozprawie doktorskiej może mieć ważne teoretycznie i praktycznie znaczenie. Ponadto, istotne dla dysertacji jest także pytanie o to, czy na aktualnym etapie rozwoju cywilizacyjnego, technicznego, technologicznego, a także prawnego telemedycyna może być traktowana jako nowy oraz nowoczesny środek wspierający realizację prawa do zdrowia w pełniejszym albo przynajmniej dotychczasowym zakresie. Zagadnienie to, stanowiące kluczowy dylemat naukowy niniejszej rozprawy, jest ściśle związane z realizacją głównego celu opracowania.

Osiągnięcie głównego celu rozprawy doktorskiej oraz udzielenie odpowiedzi na postawiony w niej zasadniczy dylemat naukowy nie byłyby możliwe bez określenia celów subsydiarnych. Należą do nich, po pierwsze, semantyczne przybliżenie terminologii stosowanej w kontekście wykorzystania nowoczesnych technologii do użytku praktycznego w medycynie, w tym wskazanie możliwości certyfikowania rozwiązań cyfrowej medycyny oraz zaprezentowanie korzyści i zagrożeń telemedycyny. Po drugie istotne jest wskazanie zakresu oraz znaczenia prawa do zdrowia w Unii Europejskiej, co zawiera w sobie także przedstawienie koncepcji prawa do zdrowia *in genere*. Po trzecie zostanie dokonana analiza warunków, zasad oraz interpretacji prawa w kontekście transgranicznego świadczenia usług opieki zdrowotnej w Unii Europejskiej, co bezpośrednio będzie prowadzić do wykazania, czy możliwa jest kwalifikacja usług telemedycznych jako usług w rozumieniu prawa Unii Europejskiej. Po czwarte przedstawione zostaną problemy realizacji prawa do zdrowia oraz funkcjonowania transgranicznej opieki zdrowotnej w Unii Europejskiej podczas epidemii COVID-19 wraz z propozycją ich rozwiązania. Po piąte ustalone zostaną rozwiązania niwelujące zjawisko cyberprzestępczości telemedycznej stanowiącej zagrożenie dla realizacji prawa do zdrowia w telemedycynie. Wypełnienie celów subsydiarnych powinno umożliwić zebranie informacji niezbędnych do skutecznego urzeczywistnienia problemu badawczego stanowiącego główny cel rozprawy doktorskiej oraz do udzielenia odpowiedzi na zasadniczy dylemat naukowy opracowania.

Całość powyższych spostrzeżeń prowadzi do zaproponowania tezy rozprawy doktorskiej, która zasadza się na następującym stwierdzeniu: „**Telemedycynę należy pojmować jako nowy oraz nowoczesny środek wspierający realizację prawa do zdrowia w pełniejszym bądź przynajmniej dotychczasowym zakresie**”. Udowodnieniu tej tezy służyć będzie analiza trzech zasadniczych zagadnień zawartych już w samym tytule niniejszej dysertacji naukowej.

Pierwszym zagadnieniem są nowoczesne technologie oddawane do użytku praktycznego w medycynie. W XXI wieku można zaobserwować dynamiczny rozwój cywilizacyjny, techniczny i technologiczny. Proces ten oddziałuje na codzienne życie zdecydowanej większości populacji, zmieniając tradycyjne rozwiązania na nowoczesne alternatywy. Większość dziedzin życia ludzkiego spotkała się już bądź spotyka się z potencjałem, korzyściami, ale i zagrożeniami nowoczesnych technologii. Wyjątkiem od tego zjawiska nie jest ani prawo, ani medycyna, która powinna korzystać z nowych, efektywnych, bezpiecznych i innowacyjnych rozwiązań zwiększających możliwości szerszego, szybszego, bardziej powszechnego czy równego, a w niektórych przypadkach także tańszego, urzeczywistniania swoich najważniejszych celów, gdzie wartości życia i dbania o zdrowie ludzkie powinny zajmować prymarną pozycję. Jednym z desygnatów takich rozwiązań oraz jednocześnie główną osią analityczną rozprawy doktorskiej jest telemedycyna. Z kolei prawo powinno między innymi gwarantować poprzez odpowiednią legislację, że oddawane do użytku praktycznego nowoczesne technologie medyczne w rzeczywistości są bezpieczne, służą założonym i deklarowanym przez twórców celom oraz pozostają zgodne z obowiązującymi standardami prawnymi i je urzeczywistniają, w tym szereg norm z zakresu ochrony praw człowieka, a w szczególności prawa, które bezpośrednio wiążą się ze zdrowiem ludzkim. Regulacje prawne w tym zakresie powinny zatem z jednej strony uwzględniać specyfikę nowoczesnych technologii oddawanych do użytku praktycznego w medycynie, a z drugiej zabezpieczać w odpowiedni sposób słuszne interesy podmiotów obrotu prawnego. W tym zakresie istotną rolę do odegrania ma nauka prawa, która powinna wskazywać poprzez badania i analizę pożądany kierunek dla praktyki oraz legislacji.

Drugim zagadnieniem jest koncepcja prawa do zdrowia. Warto podkreślić fakt, że wszelkie nowoczesne rozwiązania wywodzące się z zagadnienia nowoczesnych technologii oddawanych do użytku praktycznego w medycynie powinny być z jednej strony zgodne z przedmiotem prawa do zdrowia, z drugiej zaś dobrze, aby wspierały realizację tego prawa. Można zatem stwierdzić, że prawo do zdrowia, w tym prawo do jego ochrony oraz prawo do świadczeń opieki zdrowotnej, jego aspekt materialny oraz wykonawczy, powinno

determinować dopuszczanie do obrotu nowych oraz nowoczesnych rozwiązań w medycynie. Z tego powodu właściwe zrozumienie istoty i określenie odpowiedniego zakresu przedmiotowego prawa do zdrowia ma doniosłe znaczenie dla skuteczności analizy niniejszej dysertacji. Dodatkowo, nie mniej ważne jest także zwrócenie uwagi na obraz prawa do zdrowia w innym niż tradycyjne środowisku, a więc w tytułowym środowisku cyfrowym, określonym zgodnie z zakresem, znaczeniem oraz istotą telemedycyny i jej rolą w medycynie. Korelacja zarysowanych tematów analitycznych prowadzi do twierdzenia, że nowoczesne technologie oddawane do użytku praktycznego w medycynie w formie telemedycznej muszą być zgodne z całością norm z zakresu ochrony praw człowieka, a zwłaszcza i w pierwszej kolejności z tymi normami, których sedno bezpośrednio wykazuje związek z istotą telemedycyny. Wydaje się, że takimi prawami są te dotyczące zdrowia ludzkiego. Realizacja prawa do zdrowia stanowi zatem uzasadnienie dla zastosowania rozwiązań telemedycyny oraz korzystania przez nią bądź tworzenia albo dostosowywania dla niej ram prawnych, przykładowo takich jak swoboda przepływu usług w ramach Unii Europejskiej.

Trzecim zagadnieniem jest transgraniczne świadczenie usług opieki zdrowotnej w Unii Europejskiej. W dobie zaawansowanej i pozbawianej kolejnych barier mobilności populacji, w tym także pacjentów, istotnego znaczenia nabiera problem związany z realizowaniem prawa do zdrowia przez transgraniczne świadczenie usług zdrowotnych w ramach Unii Europejskiej. Z jednej strony, istotne jest znaczenie, zakres i charakter tych usług oraz ustalenie czy wchodzą one czy też nie w zakres unijnej swobody przepływu usług rynku wewnętrznego Unii Europejskiej. Z kolei z drugiej strony równie ważny jest dyskurs naukowy związany z prawami pacjentów w transgranicznej opiece zdrowotnej oraz rozważania nad telemedyczną formą usług zdrowotnych wspierającą efektywność, szybkość, równość w dostępie czy powszechność transgranicznej opieki zdrowotnej w Unii Europejskiej. To ważne obszary badawcze wymagające odwołania się do szeregu różnych źródeł i wnikliwej analizy prowadzącej do wniosków w zakresie telemedycyny, koncepcji prawa do zdrowia oraz prawa materialnego Unii Europejskiej. Wnioski potencjalnie wynikające z tej korelacji mogą dotyczyć interpretacji prawa unijnego w zakresie możliwości kwalifikowania usług telemedycznych jako usług w rozumieniu prawa Unii Europejskiej. Ma to istotne prawne znaczenie dla realizacji prawa do zdrowia za pomocą nowoczesnej technologii w transgranicznej oraz unijnej opiece zdrowotnej. W ramach tych rozważań konieczne jest nie tylko uwzględnianie roli czy funkcji, jaką telemedycyna i jej usługi mogą odegrać lub pełnić, w zgodzie ze swoim potencjałem, na tej płaszczyźnie analitycznej, ale także ustalenie znaczenia pojęcia usług telemedycznych. Należy zatem zauważyć, że zagadnienie transgranicznego świadczenia usług telemedycznych

w Unii Europejskiej zawiera w sobie połączenie ważnych supozycji badawczych dla głównego celu rozprawy doktorskiej.

Za zasadniczą metodę badawczą w rozprawie doktorskiej przyjęto metodę formalno-prawną (językowo-logiczną), która pozwala na analizę *de lege lata* obowiązującego prawa na zasadzie egzegezy treści aktu prawnego. Przedmiotowa analiza będzie uzupełniana o zastosowanie hermeneutyki językowej oraz o poglądy przedstawicieli doktryny (metoda teoretyczno-prawna). Dodatkowo, specyfika problemu badawczego stanowiącego główny cel pracy uzasadnia możliwość, nie konieczność, uzupełniającego stosowania także innych metod, takich jak metoda socjologiczna (prawo jako fakt społeczny), psychologiczna (prawo jako rodzaj przeżycia psychicznego – wg Leona Petrażyckiego), aksjologiczna (prawo jako wartość), statystyczna (wyłącznie dla celów opisowo-badawczych). Niezależnie od powyższego braną pod uwagę i potencjalnie możliwą do wykorzystania w niniejszej pracy doktorskiej metodą badawczą jest metoda prawnoporównawcza. Komparatystyka prawnicza poprzez analizę *de lege lata* polskiego i zagranicznego prawa, orzecznictwa sądów oraz opinii przedstawicieli doktryny może doprowadzić do wykrycia różnic i podobieństw legislacyjnych między różnymi systemami prawnymi, co może inspirować do wysuwania wartościowych wniosków. W pracy doktorskiej szczególna uwaga zostanie przypisana poglądom doktryny, co wyrażać się będzie wykorzystaniem szerokiej gamy zagranicznej literatury. Uwzględniając fakt, że przedmiotowe wypowiedzi naukowe tworzone były w odmiennym czasie oraz w kontekście różnych systemów normatywnych, mogą one stanowić podstawę dla licznych spostrzeżeń czy wniosków wzbogacających prowadzony w zakresie tytułowego zagadnienia dyskurs naukowy. Uzupełniająco, w zależności od potrzeb, pod uwagę brane będą także inne metody badawcze, choćby takie jak metody heurystyczne. Podczas prowadzenia badań naukowych ważne znaczenie ma określenie właściwego podejścia metodologicznego poprzez dobór odpowiednich metod z jednej strony, a z drugiej nie mniej istotne dla jakości prowadzenia analizy prawniczej okazuje się zachowanie zarówno otwartości na to, co zewnętrzne wobec krajowych praw i doktryn prawnych, jak i obiektywizmu oraz rzetelności naukowej. Tok rozumowania logicznego w dysertacji naukowej zostanie głównie oparty na sposobie dedukcyjnym, nie wykluczając jednak sposobu indukcyjnego w zależności od potrzeb problemu badawczego. Za cel zastosowania powyżej opisanego instrumentarium badawczego uznano funkcje poznawczą i interpretacyjną oraz subsydiarnie funkcję dydaktyczną.

Zaprezentowane dotychczas zagadnienia bezpośrednio determinują określenie struktury rozprawy doktorskiej, która łączy w sobie pięć głównych segmentów badawczych. Są to po pierwsze nowoczesne technologie w medycynie, po drugie – koncepcja prawa do zdrowia w

Unii Europejskiej, po trzecie – transgraniczne świadczenie usług opieki zdrowotnej w Unii Europejskiej, po czwarte – problemy realizacji prawa do zdrowia oraz funkcjonowania transgranicznej opieki zdrowotnej w Unii Europejskiej podczas epidemii COVID-19, a po piąte – cyberprzestępstwa telemedyczne jako zagrożenie dla realizacji prawa do zdrowia w telemedycynie. Już *prima facie* widać, że trzy pierwsze segmenty badawcze charakteryzują się podejściem teoretycznym z odpowiednimi elementami analityki badań naukowych. Z kolei dwa kolejne charakteryzują się podejściem głównie problemowym, gdzie analityka badań naukowych wysuwa się na pierwszą pozycję, a elementy teoretyczne prezentowane będą jedynie w niezbędnym zakresie. Wydaje się, że określenie powyższych segmentów badawczych pozwala na zaproponowanie konkretnej struktury rozdziałów niniejszej rozprawy doktorskiej, co porządkuje materię w wybrane obszary analityczne.

W rozdziale pierwszym dokonane zostanie znaczeniowe przybliżenie terminologii stosowanej w kontekście wykorzystania nowoczesnych technologii do użytku praktycznego w medycynie. Uwzględniając konieczne elementy sprawozdawcze, zostanie przedstawiony głos w dyskusji z literaturą oraz wybranymi organizacjami międzynarodowymi bądź pozarządowymi poprzez zaproponowanie autorskiej systematyki zastosowania nowoczesnych technologii do użytku praktycznego w medycynie. Mowa tutaj o wykazaniu możliwie precyzyjnych zakresów przedmiotowych, wraz z ich wewnętrzną korelacją, takich pojęć jak cyfrowa medycyna, e-Zdrowie, m-Zdrowie, telezdrowie, zdrowie sensoryczne oraz informatyka medyczna. Ponadto przedstawione zostanie zagadnienie certyfikacji rozwiązań cyfrowej medycyny, co ma znaczenie zarówno dla teorii, jak i praktyki prawa, w szczególności w kontekście różnych rodzajów nowoczesnych technologii oddawanych do użytku praktycznego w medycynie. W ramach tych rozważań dokonana zostanie także wykładnia definicji wyrobu medycznego na kanwie prawa unijnego oraz poddana pod rozwałę zostanie możliwość kwalifikacji rozwiązań cyfrowej medycyny jako wyrobów medycznych. Zaprezentowana także zostanie analiza pojęcia telemedycyny, które stanowi główną oś badawczą niniejszej dysertacji naukowej. W ramach tych rozważań przedstawiony zostanie szereg występujących w literaturze oraz dokumentach organizacji międzynarodowych bądź pozarządowych definicji telemedycyny. Doprowadzi to do podjęcia próby interpretacji istoty telemedycyny oraz jej najważniejszych elementów konstrukcyjnych. Zaprezentowane zostaną również obecne oraz możliwe do przewidzenia w przyszłości korzyści i zagrożenia telemedycyny. Rozdział zakończy się zwięzłym podsumowaniem zawierającym autorskie spostrzeżenia dotyczące zagadnień w nim poruszanych i akcentującym doniosłość normatywnie

przeznaczenie telemedycyny jako nowego gwaranta prawa do ochrony zdrowia oraz nowoczesnego narzędzia wykonawczego prawa do świadczeń opieki zdrowotnej.

W rozdziale drugim zaprezentowany zostanie zakres oraz znaczenie prawa do zdrowia w Unii Europejskiej, w tym koncepcja prawa do zdrowia *in genere* posiadająca kluczowe znaczenie dla głównej osi analitycznej dysertacji naukowej. Przedstawione zostaną rozważania związane z przedmiotem prawa do zdrowia. W ramach tego desygnatu analitycznego zaprezentowane zostaną spostrzeżenia dotyczące prawa do zdrowia jako determinanty nowoczesnych technologii w medycynie oraz zarysy prawa do ochrony zdrowia oraz prawa do świadczeń opieki zdrowotnej. Poza koniecznymi elementami sprawozdawczymi głosem w dyskusji z przedstawicielami doktryny będzie zaproponowanie autorskiego przedmiotu prawa do zdrowia zasadzającego się na podziale prawa do zdrowia na prawo do ochrony zdrowia i prawo do świadczeń opieki zdrowotnej, w tym medycznej, oraz na właściwym określeniu ich charakteru normatywnego. Nie mniej istotne okażą się także dywagacje związane z korelacją istoty prawa do ochrony zdrowia i prawa do świadczeń opieki zdrowotnej, co powinno doprowadzić do zaproponowania aspektu materialnego oraz wykonawczego prawa do zdrowia. Dodatkowo zostanie ukazany rys historyczny prawa do zdrowia w prawie pierwotnym Unii Europejskiej, gdzie punktami odniesienia będzie stan prawny zarówno przed Traktatem z Maastricht, jak i po nim, z wydzieleniem spostrzeżeń dotyczących znaczenia Traktatu Lizbońskiego jako kolejnego etapu ewolucji integracji europejskiej. Przedmiotem analizy stanie się w tym przypadku pytanie badawcze o możliwość ustalenia z historycznego punktu widzenia bezpośrednich oraz pośrednich odniesień do przedmiotu prawa do zdrowia w prawie pierwotnym Unii Europejskiej. Przybliżone zostaną także przejawy prawa do zdrowia w aktualnie obowiązującym prawie Unii Europejskiej. Dokonane zostanie to za pomocą wskazania postanowień Karty Praw Podstawowych Unii Europejskiej, Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej i Traktatu o Unii Europejskiej, odzwierciedlających przedmiot prawa do zdrowia oraz określenia wybranych przejawów jego konkretyzacji w prawie wtórnym Unii Europejskiej. Cel tego dyskursu stanowi ukazanie poziomu znaczenia tych postanowień w systemie prawa unijnego w kontekście prawa do zdrowia. W dalszej kolejności przedstawione zostaną rozważania związane z prawem do zdrowia w telemedycynie. W tym kontekście zaproponowane zostaną autorsko zdefiniowane specyficzne funkcje telemedycyny w prawie do zdrowia z uwzględnieniem podziału na prawo do ochrony zdrowia i prawo do świadczeń opieki zdrowotnej, w tym medycznej. Przedstawione zostaną również rozważania związane z relacją telemedycyny z wymogiem równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej. Rozdział zakończy się zwięzłym podsumowaniem zawierającym autorskie spostrzeżenia dotyczące



poruszanych w nim zagadnień, a kładącym nacisk przede wszystkim na istotny warunek świadczenia usług telemedycznych gwarantujących oraz realizujących prawo do zdrowia. Mowa tutaj o zwiększaniu równości w dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej, w tym medycznej, za pomocą transgraniczności.

W rozdziale trzecim dokonana zostanie analiza warunków, zasad oraz interpretacji prawa w kontekście transgranicznego świadczenia usług opieki zdrowotnej w Unii Europejskiej. Bezpośrednio będzie to także prowadzić do wykazania, czy możliwa jest kwalifikacja usług telemedycznych jako usług w rozumieniu prawa Unii Europejskiej. Zaprezentowane zostaną rozważania o charakterze ogólnym, dotyczące rynku wewnętrznego w świetle swobodnego przepływu usług. Uwaga zostanie zwrócona w stronę charakterystyki rynku wewnętrznego *in genere*, zarysu swobody przepływu usług oraz unijnej definicji usługi. W ramach tych spostrzeżeń poza koniecznymi elementami sprawozdawczymi głosem w dyskusji z przedstawicielami doktryny będzie podkreślenie doniosłości prezentowanej problematyki dla głównego obszaru badawczego niniejszej dysertacji naukowej. Mowa tutaj w szczególności o spostrzeżeniach dotyczących charakteru normatywnego norm traktatowych swobody przepływu usług, gdzie podkreślona zostanie konieczność ustalenia bardziej kompletnej relacji między prawem do zdrowia a transgranicznym świadczeniem usług telemedycznych w Unii Europejskiej. Następnie analizie zostanie poddane zagadnienie swobodnego przepływu usług opieki zdrowotnej, w ramach którego w pierwszej kolejności zaproponowane zostanie pojęcie usługi opieki zdrowotnej. Bazując na tych ustaleniach i uwzględniając inne stanowiska badawcze oraz orzecznictwo, zbadana zostanie możliwość kwalifikowania usług opieki zdrowotnej jako usług rynku wewnętrznego Unii Europejskiej. Integralnym uzupełnieniem tej kwestii będzie omówienie możliwości wprowadzania ograniczeń w swobodnym przepływie usług opieki zdrowotnej, w tym także w świetle testu proporcjonalności Trybunału Sprawiedliwości Unii Europejskiej. Przedmiotowe spostrzeżenia staną się podstawą do wysuwania dalej idących wniosków, w szczególności tych dotyczących transgraniczności rozumianej w kategoriach rozwiązania o charakterze alternatywnym. W dalszej kolejności omówiona zostanie kwestia praw pacjentów w transgranicznej opiece zdrowotnej. W tym przypadku uwaga zostanie zwrócona w stronę zarówno transgranicznych praw pacjentów, jak i obowiązków Państw Członkowskich Unii Europejskiej. Na podstawie tego możliwe stanie się podjęcie rozważań dotyczących telemedycyny jako przedmiotu transgranicznej opieki zdrowotnej. Przeprowadzona zostanie także analiza dotycząca usług telemedycznych w transgranicznej opiece zdrowotnej, gdzie zaprezentowana zostanie propozycja definicji usług telemedycznych oraz podjęta zostanie próba ustalenia możliwości

kwalifikowania usług telemedycznych jako usług rynku wewnętrznego Unii Europejskiej. Rozdział skończy się zwięzłym podsumowaniem zawierającym autorskie spostrzeżenia dotyczące poruszanych w nim zagadnień i kładącym nacisk przede wszystkim na dwa wybrane oraz aktualne problemy naukowe wynikające z realizacji prawa do zdrowia i związane z transgranicznym świadczeniem usług telemedycznych w Unii Europejskiej.

W rozdziale czwartym przedstawione zostaną problemy realizacji prawa do zdrowia oraz funkcjonowania transgranicznej opieki zdrowotnej w Unii Europejskiej podczas epidemii COVID-19 w kontekście możliwości transgranicznego świadczenia usług telemedycznych w Unii Europejskiej wraz z propozycją ich rozwiązania. Na początku dokonana zostanie ogólna charakterystyka epidemii COVID-19, na którą będą się składać najważniejsze wydarzenia z nią związane, jej dane statystyczne oraz analiza szczepień przeciwko omawianej chorobie. Następnie zaprezentowane zostaną rozważania dotyczące wpływu COVID-19 na system prawny, w tym poruszone zostanie zagadnienie prawa jako instrumentu walki z epidemią. W tym zakresie przedstawione zostaną także środki prawne przeciwko COVID-19 przyjęte w wybranych Państwach Członkowskich Unii Europejskiej oraz zarysowana zostanie rzeczywista możliwość wykonywania uprawnień jednostek w realiach epidemii. Co ważne, dotychczasowe ustalenia pozwolą na zdefiniowanie problemów stanowiących zasadniczy punkt odniesienia dla niniejszego rozdziału. Przedstawiony zostanie problem realizacji prawa do zdrowia podczas epidemii oraz problem funkcjonowania transgranicznej opieki zdrowotnej w tych samych warunkach. Podkreślenia wymaga, że analiza ta powinna dać podstawę do wyinterpretowania oraz nazwania sedna tych problemów. W ten sposób ustalone zostaną pożądane cechy, które powinny charakteryzować przedmiot rozwiązań zdefiniowanych problemów. Wsparciem w tym zakresie będą także wnioski wynikające z analizy podejmowanych przez Unię Europejską działań niwelujących negatywny wpływ epidemii COVID-19 na funkcjonowanie transgranicznej opieki zdrowotnej. Ponadto zostaną przedstawione propozycje rozwiązania problemu realizacji prawa do zdrowia podczas stanu epidemii oraz problemu funkcjonowania transgranicznej opieki zdrowotnej w Unii Europejskiej w tej samej sytuacji. Rozdział skończy się podsumowaniem zawierającym autorskie spostrzeżenia dotyczące dyskutowanej materii oraz zarys postulatów *de lege ferenda* dla ustawodawcy.

W rozdziale piątym ustalone zostaną rozwiązania niwelujące zjawisko cyberprzestępczości telemedycznej stanowiącej zagrożenie dla realizacji prawa do zdrowia przez telemedycynę. W tym celu wskazane zostaną głównie sposoby reakcji przed popełnieniem cyberprzestępstwa telemedycznego i po nim. Będą one zmierzać do ochrony

i wzmocnienia realizacji przez telemedycynę prawa do zdrowia. Przedstawione zostaną spostrzeżenia związane z teoretyczną charakterystyką cyberprzestępczości telemedycznej, zwracając uwagę w stronę wpływu cyberprzestępczości telemedycznej na prawo do zdrowia i odwołując się do pojęcia cyberprzestępstwa oraz terminu cyberprzestępstwa telemedycznego. Ponadto analizie zostaną poddane rodzaje cyberprzestępstw telemedycznych możliwych do wyinterpretowania z odpowiednich norm prawa międzynarodowego publicznego. W tym zakresie zostanie zaprezentowana metoda określania konkretnych rodzajów cyberprzestępstw telemedycznych oraz ich typy. Następnie poddane analizie zostanie zagadnienie telemedycznych czynności dowodowych możliwych do wyinterpretowania także z odpowiednich norm prawa międzynarodowego publicznego. W tym przypadku również zostanie wskazana metoda określenia rodzajów telemedycznych czynności dowodowych wraz z podaniem konkretnych rodzajów tych czynności. W dalszej kolejności zostanie zgłoszona propozycja standaryzacji systemów telemedycznych zawierającą w sobie dwa zasadnicze postulaty. Pierwszym z nich będzie standaryzacja systemów informatycznych usług telemedycznych na podstawie typów cyberprzestępstw telemedycznych, a drugim – standaryzacja systemów informatycznych usług telemedycznych na podstawie rodzajów telemedycznych czynności dowodowych. Rozdział skończy się podsumowaniem zawierającym autorskie spostrzeżenia dotyczące dyskutowanej materii oraz zarys postulatów *de lege ferenda* dla ustawodawcy.

Rozprawę doktorską zwieńczyą zagadnienia końcowe zawierające całościowe podsumowanie dokonanych ustaleń oraz wnioski na przyszłość.

## Uzasadnienie wyboru tematu

Istnieje wiele powodów uzasadniających analizę tytułowego zagadnienia, które łączy w sobie takie kwestie jak koncepcja prawa do zdrowia, zastosowanie nowoczesnych technologii do użytku praktycznego oraz transgraniczne świadczenie usług opieki zdrowotnej w Unii Europejskiej. W związku z tym konieczne jest zaprezentowanie wybranych i zarazem najistotniejszych motywów przemawiających za wyborem tematu dysertacji naukowej.

Po pierwsze, tytułowe zagadnienie wpisuje się w dostrzegalny dziś postęp techniczny, technologiczny oraz cywilizacyjny. Nowoczesne rozwiązania zaczynają dotykać i częściowo determinować życie ludzkie w wielu aspektach. Prawo jako jedna z takich dziedzin nie jest w tej mierze wyjątkiem. Nie jest nim również szeroko rozumiana medycyna. Z tego powodu zasadne staje się badanie, analizowanie oraz zajmowanie konstruktywnego stanowiska względem nowych rozwiązań tak, żeby jednocześnie wydobywając z nich wszelkie pozytywne atrybuty, dostrzegać oraz niwelować negatywne konsekwencje.

Po drugie, co jest ściśle związane z pierwszym powodem, analizowanie tytułowego zagadnienia uzasadnione jest potrzebą ustalenia predyspozycji nowoczesnych technologii do realizowania w szerszym bądź przynajmniej dotychczasowym zakresie norm ochrony praw człowieka. W ramach tytułowego zagadnienia mowa o zastosowaniu nowoczesnych technologii medycznych z perspektywy realizacji prawa do zdrowia. Zasadne jest zatem ustalenie, czy wykorzystanie telemedycyny w rzeczywistości wspiera bądź podtrzymuje funkcjonowanie tradycyjnie rozumianego systemu opieki zdrowotnej oraz realizację prawa do zdrowia.

Po trzecie, nie bez znaczenia pozostaje fakt, że aktualne prognozy demograficzne współczesnych państw jednoznacznie wskazują na postępujący proces starzenia się społeczeństw. Fakt ten bezsprzecznie wpływa na wydolność tradycyjnych systemów opieki zdrowotnej. Telemedycyna jako innowacyjna metoda świadczenia usług opieki zdrowotnej, w tym tych transgranicznych, mająca na celu zwiększenie ich efektywności, dostępności oraz jakości jest nakierowana na wparcie pracy personelu medycznego, a tym samym całego systemu opieki zdrowotnej. Rozwiązanie takie pozwala na efektywne i ogólnoeuropejskie wykorzystywanie posiadanych zasobów personalnych, finansowych i materialnych. Wydaje się, że uzasadnia to celowość zajmowania się tytułowym zagadnieniem związanym z zastosowaniem nowoczesnych technologii oddawanych do użytku praktycznego w medycynie, których celem, przynajmniej w założeniu, jest wzmocnienie oraz wsparcie

funkcjonowania systemów opieki zdrowotnej oraz realizacji prawa do zdrowia w pełniejszym bądź przynajmniej dotychczasowym zakresie.

Po czwarte, zajęcie się tytułowym zagadnieniem uzasadnia konieczność dokonania analizy koncepcji prawa do zdrowia oraz jej kluczowych elementów, a więc prawa do ochrony zdrowia i prawa do świadczeń opieki zdrowotnej. Z naukowego punktu widzenia uzasadnione jest pogłębianie badań dotyczących prawa do zdrowia i jego przedmiotu. Tego rodzaju analiza może doprowadzić do ustalenia nowych wniosków bądź ukazania innej perspektywy zaprezentowanych już w literaturze spostrzeżeń. Mowa tutaj w szczególności o ukazaniu prawa do zdrowia jako determinanty nowoczesnych technologii w medycynie, gdzie tytułowy standard ochrony powinien być zasadniczym elementem legitymizującym z jednej strony oddawanie tego rodzaju rozwiązań do użytku praktycznego, a z drugiej – tworzenie bądź też proponowanie nowych ram prawnych.

Po piąte, z punktu widzenia prawa do zdrowia nie bez znaczenia pozostają wyżej wskazane dwa pierwsze powody uzasadniające wybór tematu niniejszej dysertacji naukowej. W dzisiejszych czasach ważne i zasadne jest analizowanie tradycyjnie rozumianej koncepcji prawa do zdrowia pod kątem zastosowania telemedycyny jako konkretnego rodzaju nowoczesnej technologii oddawanej do użytku praktycznego w medycynie. Słuszne zatem wydaje się zbadanie tytułowego zagadnienia, gdyż powinno to skutkować określeniem roli telemedycyny w prawie do zdrowia oraz ustaleniem, czy może ona być w rzeczywistości postrzegana jak nowy gwarant prawa do ochrony zdrowia bądź jako nowoczesne narzędzie realizacji prawa do świadczeń opieki zdrowotnej. W tym zakresie ważna jest także relacja telemedycyny w stosunku do równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej. Innymi słowy, aktualnie istotne dla nauk prawnych znaczenie ma ustalenie funkcji telemedycyny w prawie do zdrowia.

Po szóste, Unia Europejska obecnie rysuje się jako obszar geograficzny, w którym tradycyjnie pojmowane granice państwowe zaczynają tracić na znaczeniu. Występujące swobody unijne skutecznie je zacierają, w tym kluczowa z punktu widzenia problemu badawczego niniejszej rozprawy doktorskiej swoboda przepływu usług. Powyższe spostrzeżenie wydaje się dostatecznie uzasadniać wybór tematu dysertacji, w tym analizowanie realizacji prawa do zdrowia poprzez zastosowanie nowoczesnych technologii medycznych multiplikujących popularność transgranicznej opieki zdrowotnej. Potrzeba ta wynika nie tylko z aktualnego stanu faktycznego, ale także ze stanu prawnego występującego w Unii Europejskiej, w tym z jej prawa pierwotnego i prawa wtórnego. Istniejące trendy integracji

europejskiej, w tym jej kierunek, uzasadniają więc decyzję o dokonaniu analizy tytułowego zagadnienia, które to wpisuje się w listę priorytetów aktualnej działalności Unii Europejskiej.

Po siódme, co wiąże się z powodem szóstym, w ramach Unii Europejskiej funkcjonują aktualnie ramy prawne transgranicznej opieki zdrowotnej. Biorąc pod uwagę ten fakt oraz współczesne trendy integracji europejskiej wybór tematu dysertacji naukowej jest uzasadniony także koniecznością zbadania warunków, zasad oraz interpretacji prawa unijnego w kontekście transgranicznego świadczenia usług opieki zdrowotnej w Unii Europejskiej. Dzieje się tak dlatego, że istnieje naukowa potrzeba przesądzenia bądź też dodatkowego potwierdzenia normatywnego charakteru norm traktatowych swobody przepływu usług. Potrzeba ta to w rzeczywistości konieczność ustalenia, czy usługi opieki zdrowotnej we właściwym tego słowa rozumieniu korzystają ze swobody przepływu usług w ramach rynku wewnętrznego Unii Europejskiej. Szukanie odpowiedzi popartej odpowiednią metodologicznie analizą jest zasadne z uwagi na doniosłość konsekwencji tego rodzaju ustaleń częstokroć zmieniających percepcję stanu prawnego. Dodatkowym przyczynkiem do zajmowania się tytułowym zagadnieniem wydaje się kolejna potrzeba ustalenia bądź wykazania wrażliwości aktualnie obowiązujących ram prawnych UE – dotyczących transgranicznej opieki zdrowotnej – na nowe i nowoczesne rozwiązania w dziedzinie medycyny. W tym kontekście ważne staje się ustalenie, czy możliwa z prawnego punktu widzenia jest kwalifikacja usług telemedycznych jako usług w rozumieniu prawa Unii Europejskiej. Dodatkowym uzasadnieniem badania tytułowego zagadnienia będzie określenie zasad styku prawa i nowoczesnych technologii medycznych w zakresie opisanego problemu badawczego.

Po ósme, analizowanie tytułowego zagadnienia uzasadnione jest także generalną koniecznością mierzenia się z aktualnymi problemami oraz zagrożeniami w dziedzinie nauk prawnych, które to częstokroć mogą wynikać ze zmian w świecie zewnętrznym. Z jednej strony mowa tutaj o problemach tradycyjnych instytucji prawa, gdzie rozwiązaniem może okazać się konkretny typ nowoczesnej technologii oddawanej do użytku praktycznego. Z drugiej zaś pojawia się kwestia zagrożeń, które mogą bezpośrednio wynikać z implementowania i praktycznego wykorzystywania nowoczesnych technologii. Uzasadnia to zajęcie się podjętym w rozprawie zagadnieniem, gdyż telemedycyna może jednocześnie stanowić rozwiązanie problemów występujących aktualnie w prawie do zdrowia i być źródłem określonych zagrożeń.

Po dziewiąte, za zajęciem się zagadnieniem wskazanym w tytule, jak to już podkreślono, przemawia fakt niedostatecznego zgłębienia tej problematyki przez przedstawicieli nauk prawnych, co zapewne wynika z aktualności analizowanej materii oraz jej innowacyjności. Przedmiotowa innowacyjność zasadza się na połączeniu ze sobą dziedzin, które co do zasady

dotychczas nie były ze sobą zestawiane, a traktowano je jako samodzielne w stosunku do siebie. Tymi dziedzinami są prawo do zdrowia, zastosowanie nowoczesnych technologii do użytku praktycznego oraz transgraniczne świadczenie usług opieki zdrowotnej w Unii Europejskiej. Sprawia to, że podejmowane zagadnienie wydaje się jeszcze bardziej istotne.

Na koniec warto dodać, że zgłębianie poruszanej w dysertacji kwestii, która to stanowi przykład aktualnego problemu naukowego, może być uzasadnione także podłożem aksjologicznym występującym w świecie nauki. Przedmiotowe podłoże charakteryzuje się samodzielnie występującą wartością badania, analizowania czy ustalania tego, co jest nieznanie bądź znane, ale niewyczerpująco zgłębione. Mowa tutaj zatem o wartości, którą można określić mianem poznawczej. Niesie ona ze sobą pewien ładunek ocenny w zakresie tytułowego zagadnienia. Dzieje się tak dlatego, że – co wydaje się pewne – nie każda innowacyjna bądź nowoczesna metoda, środek, instrument czy generalnie rozwiązanie posiada wyłącznie pozytywne konsekwencje. Zdarza się też, że korzyści zastosowania takiego rozwiązania zawsze przewyższają zagrożenia czy problemy związane z jego implementacją. Wydaje się również, że nie każde innowacyjne czy też nowoczesne rozwiązanie posiada tylko negatywne konsekwencje, a dodatkowo, że zagrożenia czy problemy towarzyszące implementacji takiego rozwiązania zawsze przewyższają jego dobrodziejstwa. W takich przypadkach będzie prawdopodobnie następował proces wazenia się płaszczyzny pozytywnej oraz negatywnej innowacji, a z perspektywy podjętego zagadnienia – nowoczesnych technologii oddawanych do użytku praktycznego w medycynie. Stąd dokonanie oceny użyteczności określonego rozwiązania obligatoryjnie powinno być poprzedzone rzetelną, konsekwentną, obiektywną oraz prawidłową analizą, w ramach której wykorzystane zostaną właściwe metody badawcze. Przedmiotowa analiza powinna doprowadzić do konkretnych wniosków diagnozujących stopień nasilenia bądź pozytywnej, bądź negatywnej płaszczyzny innowacyjnych czy nowoczesnych rozwiązań. Diagnoza ta w ramach zagadnienia poruszonego w niniejszej rozprawie powinna służyć wydaniu jasnego, zasadniczo bezwarunkowego werdyktu o słuszności implementacji telemedycyny z perspektywy realizacji prawa do zdrowia. Dodatkowo wydaje się, że bez przeprowadzenia opisanej powyżej analizy ocena innowacyjnych bądź nowoczesnych rozwiązań byłaby subiektywna, a nawet arbitralna czy niesprawiedliwa.

Powyżej przedstawione najważniejsze powody wyboru tematu dysertacji naukowej kreują logiczną argumentację kompletnie uzasadniającą potrzebę dokonania analizy podjętego zagadnienia, które to łączy w sobie w pionierski sposób koegzystencję problematyki prawa do zdrowia, zastosowania nowoczesnych technologii do użytku praktycznego oraz transgranicznego świadczenia usług opieki zdrowotnej w Unii Europejskiej.

## Dorobek doktryny

Dokonanie analizy przedstawionego przedmiotu i we wskazanym zakresie nie byłoby możliwe, gdyby nie szerokie wykorzystanie dorobku doktryny, w szczególności literatury zagranicznej. Przyglądając się pozycjom bibliograficznym korelującym, choćby częściowo, z tytułowym zagadnieniem zostanie zauważone, że z jednej strony cechują się one bogactwem myśli oraz wiedzy, zaś z drugiej skala ich zróżnicowania jest znaczna. Wydaje się, że za taki stan rzeczy odpowiada specyfika problemu naukowego poruszanego w niniejszej dysertacji naukowej, który to wymaga przeprowadzenia skomplikowanej analizy naukowej. Dążenie do osiągnięcia głównego celu opracowania oraz do ustalenia odpowiedzi na zasadniczy dylemat naukowy w nim przedstawiony wymaga w pierwszej kolejności kompletnej analizy opisanych już celów subsydiarnych. Spojrzenie przez ich pryzmat wymusza przyjęcie postawy otwartej na wielowymiarowość, wieloaspektowość czy wielorodzajowość badanej materii. Wydaje się, że ten ostatni fakt bezpośrednio determinuje osobliwość, zwłaszcza wspomniane zróżnicowanie, wykorzystanego dorobku doktryny. Uzasadnienia można szukać w strukturze niniejszej rozprawy doktorskiej. W jej świetle jasnym jest, że każdy rozdział, odpowiadający jednemu z celów subsydiarnych oraz częściowo prowadzący do osiągnięcia głównego celu i odpowiedzi na zasadniczy dylemat opracowania. Ponadto stanowi oddzielne i co do zasady samodzielne zagadnienie naukowe posiadające *in abstracto* swoje własne, ustalone już oraz dość liczne źródła bibliograficzne. W związku z tym, prezentując wykorzystany w niniejszej dysertacji naukowej dorobek doktryny dotyczący tytułowego zagadnienia, należy pamiętać, że składa się on przynajmniej z pięciu zasadniczych segmentów tematycznych.

Po pierwsze, wykorzystany dorobek doktryny wyznaczają źródła wartościowe z punktu widzenia analizy nowoczesnych technologii w medycynie. W tym zakresie można wskazać na pozycje umożliwiające zaproponowanie systematyki zastosowania nowoczesnych technologii do użytku praktycznego w medycynie. Mowa tutaj o dorobku doktryny, który umożliwił analizę



znaczenia oraz zakresu przedmiotowego takich pojęć jak cyfrowa medycyna<sup>1</sup>, e-Zdrowie<sup>2</sup>, m-Zdrowie<sup>3</sup>, telezdrowie<sup>4</sup>, zdrowie sensoryczne<sup>5</sup>, informatyka medyczna<sup>6</sup> wraz z ich wzajemną

---

<sup>1</sup> R. Görlitz, T. Kaltenbach, S. Herzig, *Impact of Digital Health on the Pharmaceutical Industry. Will Business Models be Reshaped by Digital Health?*, Paryż 2013, s. 4; D. Lupton, *The Digitally Engaged Patient: Self-Monitoring and Self-Care in the Digital Health Era*, "Social Theory & Health" Nr 11/3 (2013), s. 257; E. Elenko, L. Underwood, D. Zohar, *Defining Digital Medicine*, "Nature Biotechnology" Nr 33/5 (2015), s. 456–461; A. André, *The Information Technology Revolution in Health Care*, [w:] *Digital Medicine*, red. A. André, Cham 2019, s. 4; C. Austin, F. Kusumoto, *The Application of Big Data in Medicine: Current Implications and Future Directions*, "Journal of Interventional Cardiac Electrophysiology" Nr 47/1 (2016), s. 51–52; J. Greene, A. Lea, *Digital Futures Past – The Long Arc of Big Data in Medicine*, "The New England Journal of Medicine" Nr 381/5 (2019), s. 480–485; E. Nash, D. Gilroy, W. Sriksalanukul, W. Abhayaratna, T. Stanton, G. Mitchell, M. Stowasser, J. Sharman, *Facebook Advertising for Participant Recruitment into a Blood Pressure Clinical Trial*, "Journal of Hypertension" Nr 35/12 (2017), s. 2527–2531; B. Ince, P. Cuijpers, E. Hof, H. Riper, *Reaching and Recruiting Turkish Migrants for a Clinical Trial Through Facebook: A Process Evaluation*, "Internet Interventions" Nr 1 (2014), s. 74–83; D. Ramo, T. Rodriguez, K. Chavez, M. Sommer, J. Prochaska, *Facebook Recruitment of Young Adult Smokers for a Cessation Trial: Methods, Metrics, and Lessons Learned*, "Internet Interventions" Nr 1 (2014), s. 58–64; C. Hamilton, *Charting the Future of Digital Health Systems in the WHO European Region*, "Eurohealth" Nr 25/2 (2019), s. 3; A. Ramesh, C. Kambhampati, J. Monson, P. Drew, *Artificial Intelligence in Medicine*, "Annals of the Royal College of Surgeons of England" Nr 86/5 (2004), s. 334; V. Buch, I. Ahmed, M. Maruthappu, *Artificial Intelligence in Medicine: Current Trends and Future Possibilities*, "British Journal of General Practice" Nr 68/668 (2018), s. 143; G. Bache, M. Flear, T. Hervey, *The Defining Features of the European Union's Approach to Regulating New Health Technologies*, [w:] *European Law and New Health Technologies*, red. M. Flear, A.-M. Farrell, T. Hervey, T. Murphy, Oxford 2013, s. 7–46; M. Tallacchini, *Medical Technologies and EU Law: The Evolution of Regulatory Approaches and Governance*, [w:] *New Technologies and EU Law*, red. M. Cremona, Oxford 2017, s. 9–38.

<sup>2</sup> K. Frączkowski, *Program e-Zdrowie wspomagający świadczenie usług medycznych-telemedycyna*, „Acta Bio-Optica et Informatica Medica. Inżynieria Biomedyczna” Nr 11/3–4 (2005), s. 54–58; *Telemedycyna i e-Zdrowie. Prawo i informatyka*, red. I. Lipowicz, M. Świerczyński, G. Szpor, Warszawa 2019; K. Batko, *Wykorzystanie technologii informacyjno-komunikacyjnych w transformacji organizacji z sektora ochrony zdrowia-koncepcja e-zdrowie*, „Studia Ekonomiczne” Nr 100 (2012), s. 95–113; M. Bujnowska-Fedak, M. Tomczak, *Innowacyjne aplikacje telemedyczne i usługi e-zdrowia w opiece nad pacjentami w starszym wieku*, „Zdrowie Publiczne i Zarządzanie” Nr 11/4 (2013), s. 302–317; M. Czerwińska, *Postawy wobec e-zdrowia i opinie na jego temat w grupie studentów kierunku zdrowie publiczne*, „Roczniki Kolegium Analiz Ekonomicznych” Nr 29 (2013), s. 539–551; J. Janyszek, K. Frączkowski, *Wirtualna sieć komputerowa e-Zdrowie dla szpitali wrocławskich i regionu dolnośląskiego*, „Acta Bio-Optica et Informatica Medica. Inżynieria Biomedyczna” Nr 12/1 (2006), s. 60–63; M. Furmankiewicz, A. Sołtysik-Piorunkiewicz, P. Ziuziański, *Systemy mobilne w e-zdrowiu*, „Studia Ekonomiczne” Nr 308 (2016), s. 46–61; N. Terry, *Structural and Legal Implications of e-Health*, "Journal of Health Law" Nr 33/4 (2000), s. 605–607; M. Mars, R. Scott, *Global e-Health Policy: a Work in Progress*, "Health Affairs" Nr 29/2 (2010), s. 237–243; C. de Pietro, I. Francetic, *E-Health in Switzerland: The Laborious Adoption of the Federal Law on Electronic Health Records (EHR) and Health Information Exchange (HIE) Networks*, "Health Policy" Nr 122/2 (2018), s. 69–74; H. Oh C. Rizo, M. Enkin, A. Jadad, *What is eHealth? A Systematic Review of Published Definitions*, "World Hospitals and Health Services: the Official Journal of the International Hospital Federation" Nr 41 (2005), s. 34–35; F. Barbabella, M. Melchiorre, S. Quattrini, R. Papa, G. Lamura, *How Can eHealth Improve Care for People with Multimorbidity in Europe?*, Berlin 2017, s. 7; S. Sood, S. Negash, V. Mbarika, M. Kifle, N. Prakash, *Differences in Public and Private Sector Adoption of Telemedicine: Indian Case Study for Sectoral Adoption*, "Studies in Health Technology and Informatics" Nr 130 (2007), s. 257–268.

<sup>3</sup> K. Santosh, W. Nilsen, A. Abernethy, A. Atienza, K. Patrick, M. Pavel, W. Riley, A. Shar, B. Spring, D. Spruijt-Metz, D. Hedeker, V. Honavar, R. Kravitz, R. C. Lefebvre, D. Mohr, S. Murphy, C. Quinn, V. Shusterman, D. Swendeman, *Mobile Health Technology Evaluation: The mHealth Evidence Workshop*, "American Journal of Preventive Medicine" Nr 45/2 (2013), s. 228–231; D. Luxton, R. McCann, N. Bush, M. Mishkind, G. Reger, *mHealth for Mental Health: Integrating Smartphone Technology in Behavioral Healthcare*, "Professional Psychology: Research and Practice" Nr 42/6 (2011), s. 506–508; P. Mechael, *The Case for mHealth in Developing Countries*, "Innovations: Technology, Governance, Globalization" Nr 4/1 (2009), s. 103–106; M. Gagnon, P. Ngangue, J. Payne-Gagnon, M. Desmartis, *m-Health Adoption by Healthcare Professionals: a Systematic Review*, "Journal of the American Medical Informatics Association" Nr 2/1 (2016), s. 212–216; A. Paglialonga, A. Mastropietro, E. Scalco, G. Rizzo, *The mHealth*, [w:] *m\_Health Current and Future Applications*, red. G. Andreoni, P. Perego, E. Frumento, Cham 2019, s. 6; R. Istepanian, S. Laxminarayan,

---

C. Pattichis, *Preface*, [w:] *M-Health. Emerging Mobile Health System*, red. R. Istepanian, S. Laxminarayan, C. Pattichis, Cham 2006, s. XXIII; E. Sezgin, *Introduction to Current and Emerging mHealth Technologies: Adoption, Implementation, and Use*, [w:] *Current and Emerging mHealth. Technologies Adoption, Implementation, and Use*, red. E. Sezgin, S. Yildirim, S. Yildirim, E. Sumuer, Cham 2018, s. 1; M. Kay, J. Santos, M. Takane, *mHealth: New Horizons for Health Through Mobile Technologies*, Geneva 2011, s. 6; Z. Jakab, *From Innovation to Implementation. EHealth in the WHO European Region*, Copenhagen 2016, s. 41; M. Al-Azzam, M. Alazzam, *Smart City and Smart-Health Framework, Challenges and Opportunities*, “International Journal of Advanced Computer Science and Applications” Nr 10/2 (2019), s. 173–174; Y. Dwivedi, M. Shareef, A. Simintiras, B. Lal, V. Weerakkody, *A Generalised Adoption Model for Services: A Cross-Country Comparison of Mobile Health (m-Health)*, “Government Information Quarterly” Nr 33/1 (2016), s. 174–176; B. Silva, J. Rodrigues, I. de la Torre Diez, M. López-Coronado, K. Saleem, *Mobile-health: A Review of Current State in 2015*, “Journal of Biomedical Informatics” Nr 56 (2015), s. 265–267.

<sup>4</sup> R. Dorsey, E. Topol, *State of Telehealth*, “New England Journal of Medicine” Nr 375/2 (2016), s. 154–160; S. Koch, *Home Telehealth – Current State and Future Trends*, “International Journal of Medical Informatics” Nr 75/8 (2006), s. 565–576; R. Weinstein, A. Lopez, B. Joseph, K. Erps, M. Holcomb, G. Barker, E. Krupinski, *Telemedicine, Telehealth, and Mobile Health Applications that Work: Opportunities and Barriers*, “The American Journal of Medicine” Nr 127/3 (2014), s. 183–187; L. Van Dyk, *A Review of Telehealth Service Implementation Frameworks*, “International Journal of Environmental Research and Public Health” Nr 11/2 (2014), s. 1279–1298; A. Maimone, J. Bidwell, K. Peng, H. Fuchs, *Enhanced Personal Autostereoscopic Telepresence System Using Commodity Depth Camera*, “Computers & Graphics” Nr 36/7 (2012), s. 791–793; X. Wang, P. Love, M. Kim, W. Wang, *Mutual Awareness in Collaborative Design: An Augmented Reality Integrated Telepresence System*, “Computers in Industry” Nr 65/2 (2014), s. 314–324; C. Capt, J. Sanders, J. Smith, D. Dimond, *Telehealth*, [w:] *Advancing Federal Sector Health Care. A Model for Technology Transfer*, red. P. Ramsaroop, M. Ball, D. Beaulieu, J. Douglas, New York 2001, s. 338; W. Roffer, *Improving Veterans’ Access to Trauma Services Through Clinical Video Telehealth (CVT)*, [w:] *Career Paths in Telemental Health*, red. M. Maheu, K. Drude, S. Wright, Cham 2017, s. 207; T. Kim, *Insights on Telehealth and Virtual Reality*, [w:] *Information Technology Essentials for Behavioral Health Clinicians. Health Informatic*, red. N. Dewan, J. Luo, N. Lorenzi, Londyn 2010, s. 66; S. Edirippulige, *Changing Role of Nurses in the Digital Era: Nurses and Telehealth*, [w:] *Handbook of Digital Homecare. Series in Biomedical Engineering*, red. K. Yogesan, L. Bos, P. Brett, M. Gibbons, Berlin 2009, s. 271; M. Raza, M. Hoa Le, N. Aslam, C. Hieu Le, N. Tam Le, T. Ly Le, *Telehealth Technology: Potentials, Challenges and Research Directions for Developing Countries*, [w:] *6<sup>th</sup> International Conference on the Development of Biomedical Engineering in Vietnam (BME6). BME 2017. IFMBE Proceedings*, red. T. Vo Van, T. Nguyen Le, T. Nguyen Duc, Singapore 2018, s. 523; P. Brennan, J. Starren, *Consumer Health Informatics and Telehealth*, [w:] *Biomedical Informatics. Health Informatics*, red. E. Shortliffe, J. Cimino, New York 2006, s. 536; M. Martin-Khan, S. Freeman, K. Adam, G. Betkus, *The Evolution of Telehealth*, [w:] *Mobile e-Health. Human-Computer Interaction Series*, red. H. Marston, S. Freeman, C. Musselwhite, Cham 2017, s. 174; L. LaFramboise, C. Toderò, L. Zimmerman, S. Agrawal, *Comparison of Health Buddy with Traditional Approaches to Heart Failure Management*, “Family & Community Health” Nr 26/4 (2003), s. 275–288; O. Castolo, L. Camarinha-Matos, *Reliable Communications for Mobile Agents – The Telecare Solution*, [w:] *Emerging Solutions for Future Manufacturing Systems. BASYS 2004. IFIP International Federation for Information Processing*, red. L. Camarinha-Matos, Boston 2005, s. 149–150; I. Držanić, V. Mladenović, M. Debevc, V. Dolničar, A. Petrovčić, S. Touzery, I. Kožuh, *Usability Testing of a Smartphone Telecare Application for Informal Caregivers*, [w:] *Human Centered Computing. HCC 2019. Lecture Notes in Computer Science*, red. D. Milošević, Y. Tang, Q. Zu, Cham 2019, s. 252; B. Chuang, C. Tsai, *Rural Residents’ Perceptions and Needs of Telecare in Taiwan*, [w:] *Intelligent Information and Database Systems. ACIIDS 2012. Lecture Notes in Computer Science*, Berlin 2012, s. 237; H. Afsarmanesh, V. Masis, L. Hertzberger, *Virtual Community Support in Telecare*, [w:] *Processes and Foundations for Virtual Organizations. PRO-VE 2003. IFIP – The International Federation for Information Processing*, red. L. Camarinha-Matos, H. Afsarmanesh, Boston 2004, s. 211–212.

<sup>5</sup> X. Gao, L. Lin, T. Lan, X. Gan, *Design and Research on the Chinese Medicine Health Management System Based on the Wireless Sensor Network*, [w:] *Cyber Security Intelligence and Analytics. CSIA 2019. Advances in Intelligent Systems and Computing*, red. Z. Xu, K. Choo, A. Dehghantaha, R. Parizi, M. Hammoudeh, Cham 2020, s. 55–56; S. Surya, R. Ravi, *Damage Detection and Evaluation in Wireless Sensor Network for Structural Health Monitoring*, [w:] *Intelligent Communication Technologies and Virtual Mobile Networks. ICICV 2019. Lecture Notes on Data Engineering and Communications Technologies*, red. S. Balaji, Á. Rocha, Y. Chung YN, Cham 2020, s. 207; Z. Babović, A. Crnjin, G. Rakočević, S. Stanković, V. Milutinović, *ETF WSN Testbed: Practical Health Enhancing Application of Wireless Sensor Networks*, [w:] *Application and Multidisciplinary Aspects of Wireless Sensor Networks. Computer Communications and Networks*, red. L. Gavrilovska, S. Krco, V. Milutinovic, I. Stojmenovic, R. Trobec, Londyn 2011, s. 262; I. Nordin, P. Chee, M. Addi, F. Harun, *EZ430-Chronos Watch as a Wireless Health Monitoring Device*, [w:] *5<sup>th</sup> Kuala Lumpur*

korelacją. Ważne znaczenie w tym segmencie naukowym miały także źródła dotyczące certyfikacji rozwiązań cyfrowej medycyny, w tym kwalifikacji wyrobów medycznych jako systemu certyfikacji, wykładni definicji wyrobu medycznego oraz klasyfikacji rozwiązań cyfrowej medycyny jako wyrobu medycznego<sup>7</sup>. Kolejne wykorzystane źródła bibliograficzne

---

*International Conference on Biomedical Engineering 2011. IFMBE Proceedings*, red. N. Osman, W. Abas, A. Wahab, H. Ting, Berlin 2011, s. 306; B. Jo, H. Kim, J. Park, K. Yoon, S. Kang, S. Han, *Design of bridge health monitoring system on Wireless Sensor Network*, [w:] *Innovations and Advances in Computer Sciences and Engineering*, red. T. Sobh, Dordrecht 2010, s. 552–553; X. Han, *Research and Realization on the Community Health Care System Based on Wireless Sensor Network*, [w:] *Practical Applications of Intelligent Systems. Advances in Intelligent and Soft Computing*, red. Y. Wang, T. Li, Berlin 2011, s. 20; L. Zhang, L. Lao, K. Wu, Q. Liu, X. Wu, *Research in Development on Wireless Health Care of Infants*, [w:] *7<sup>th</sup> Asian-Pacific Conference on Medical and Biological Engineering. IFMBE Proceedings*, red. Y. Peng, X. Weng, Berlin 2008, s. 583; N. Fragoulis, V. Tsagaris, V. Anastassopoulos, *Information Fusion in ad hoc Wireless Sensor Networks for Aircraft Health Monitoring*, [w:] *Engineering Against Fracture*, red. S. Pantelakis, C. Rodopoulos, Dordrecht 2009, s. 320; K. Venkatasubramanian, G. Deng, T. Mukherjee, J. Quintero, V. Annamalai, S. Gupta, *Ayushman: A Wireless Sensor Network Based Health Monitoring Infrastructure and Testbed*, [w:] *Distributed Computing in Sensor Systems. DCOSS 2005. Lecture Notes in Computer Science*, V. Prasanna, S. Iyengar, P. Spirakis, M. Welsh, Berlin 2005, s. 406.

<sup>6</sup> W. Choctaw, *Avoiding Medical Malpractice. A Physician's Guide to the law*, New York 2008, s. 47; C. Huang, *Medical Informatics*, [w:] *Springer Handbook of Automation*, red. S. Nof, Berlin 2009, s. 1423; D. Closa, A. Gardiner, F. Giemsa, J. Macheck, *Patent Law for Computer Scientists*, Berlin 2010, s. 155; A. Venot, A. Burgun, S. Després, P. Degoule, *Medical Informatics as a Scientific Discipline*, [w:] *Medical Informatics, e-Health. Health Informatics*, red. A. Venot, A. Burgun, C. Quantin, Paryż 2014, s. 3–4.

<sup>7</sup> M. Marković, *On Secure e-Health Systems*, [w:] *Privacy in Statistical Databases. PSD 2006. Lecture Notes in Computer Science*, red. J. Domingo-Ferrer, L. Franconi, Berlin 2006, s. 364–365; K. Seelman, L. Hartman, D. Yu, *When Cutting Edge Technology Meets Clinical Practice: Ethical Dimensions of e-Health*, [w:] *Emerging Pervasive Information and Communication Technologies (PICT). Law, Governance and Technology Series*, red. K. Pimple, Dordrecht 2014, s. 136–137; M. Abdmeziem, D. Tandjaoui, *A Cooperative End to End Key Management Scheme for E-health Applications in the Context of Internet of Things*, [w:] *Ad-hoc Networks and Wireless. ADHOC-NOW 2014. Lecture Notes in Computer Science*, red. M. Garcia Pineda, J. Lloret, S. Papavassiliou, S. Ruehrup, C. Westphall, Berlin 2015, s. 39; A. Zúquete, H. Gomes, J. Cunha, *Authentication Architecture for Region-Wide e-Health System with Smartcards and a PKI*, [w:] *Biomedical Engineering Systems and Technologies. BIOSTEC 2008. Communications in Computer and Information Science*, red. A. Fred, J. Filipe, H. Gamboa, Berlin 2008, s. 484; E. Chávez, P. Krishnan, G. Finnie, *A Taxonomy of E-Health Standards to Assist System Developers*, [w:] *Information Systems Development*, red. G. Papadopoulos, W. Wojtkowski, G. Wojtkowski, S. Wrycza, J. Zupancic, Boston 2009, s. 740–741; D. Wąsik, N. Wąsik, *Ustawa o wyrobach medycznych. Komentarz*, Warszawa 2015, s. 27–39; S. Poździejch, *Ustawa o wyrobach medycznych. Komentarz*, Warszawa 2012, s. 59–85; A. Zhelyazkova, R. Torenvlied, *The Time-Dependent Effect of Conflict in the Council on Delays in the Transposition of EU Directives*, „European Union Politics” Nr 10 (2009), s. 35–62; J. Komárek, *Infringements in Application of Community Law: Some Problems and (Im)possible Solutions*, „Review of European Administrative Law” Nr 0/1 (2007), s. 87–98; D. Toshkov, *Embracing European Law: Compliance with EU Directives in Central and Eastern Europe*, „European Union Politics” Nr 9 (2008), s. 379–402; T. König, B. Luetgert, *Troubles with Transposition? Explaining Trends in Member-State Notification and the Delayed Transposition of EU Directives*, „British Journal of Political Science” Nr 39/1 (2009), s. 163–194; M. Kaeding, *Determinants of Transposition Delay in the European Union*, „Journal of Public Policy” Nr 26/3 (2006), s. 229–253; E. French-Mowat, J. Burnett, *How are Medical Devices Regulated in the European Union?*, „Journal of the Royal Society of Medicine” Nr 105/1 (2012), s. 22–28; E. Mantovani, P. Bocos, *Are mHealth Apps Safe? The Intended Purpose Rule, Its Shortcomings and the Regulatory Options Under the EU Medical Device Framework*, [w:] *Mobile e-Health. Human-Computer Interaction Series*, red. H. Marston, S. Freeman, C. Musselwhite, Cham 2017, s. 256; M. Alsaadi, A. Lisitsa, M. Khalaf, M. Qasaimeh, *Investigating the Capability of Agile Processes to Support Medical Devices Regulations: The Case of XP, Scrum, and FDD with EU MDR Regulations*, [w:] *Intelligent Computing Methodologies. ICIC 2019. Lecture Notes in Computer Science*, red. D. Huang, Z. Huang, A. Hussain, Cham 2019, s. 585; J. Osiejewicz, *Judicial Review of EU Legislation as an Instrument to Ensure Consistency of National and EU Law*, [w:] *Rule of Law, Human Rights and Judicial Control of Power. Ius Gentium: Comparative Perspectives on Law and Justice*, red. R. Arnold, J. Martínez-Estay, Cham 2017, s. 362–370; D. Kornobis-Romanowska, *Sąd krajowy w prawie wspólnotowym*, Warszawa 2007, s. 45–63; M. Niedźwiedź,

dotyczą pojęcia telemedycyny i odnoszą się do definicji telemedycyny, istoty oraz podstawowych elementów konstrukcyjnych<sup>8</sup>. Ostatni filar dotyczy korzyści oraz zagrożeń

---

*Stosowanie prawa wspólnotowego przez organy administracyjne*, „Casus” Nr 32 (2004), s. 6–10; M. Górski, *Wpływ orzecznictwa Europejskiego Trybunału Sprawiedliwości na interpretację i stosowanie przepisów o ochronie środowiska*, [w:] *Wspólnotowe prawo ochrony środowiska i jego implementacja w Polsce trzy lata po akcesji*, red. J. Jendrośka, M. Bar, Wrocław 2008, s. 30–32; J. Barta, R. Markiewicz, *Prawo autorskie*, Warszawa 2016, s. 528–531; J. Helios, W. Jedlecka, *Wykładnia prawa Unii Europejskiej ze stanowiska teorii prawa*, Wrocław 2018, s. 126.

<sup>8</sup> O. Adelakun, R. Garcia, *Technical Factors in Telemedicine Adoption in Extreme Resource-Poor Countries*, [w:] *Global Health and Volunteering Beyond Borders*, red. M. Olivier, C. Croteau-Chonka, Cham 2019, s. 8; C. Otto, *The Telemedicine Project of the Medical Service of the Bundeswehr*, [w:] *Telemedicine*, red. T. Buzug, H. Handels, D. Holz, Boston 2001, s. 106; P. Cohendet, L. Valignon, H. Sylla, *Space Assets in the Emerging Telemedicine Market*, [w:] *New Space Markets. Space Studies*, red. G. Haskell, M. Rycroft, Dordrecht 1998, s. 191; R. Klar, E. Pelikan, *Telemedicine in Germany*, [w:] *Springer Handbook of Medical Technology*, red. R. Kramme, K. Hoffmann, R. Pozos, Berlin 2011, s. 1119; M. Zimpfer, *Telemedicine: Steps into the Future*, [w:] *Anaesthesia, Pain, Intensive Care and Emergency Medicine – A.P.I.C.E.*, red. A. Gullo, Milano 1999, s. 77; J. Linkous, *A Rapidly Evolving Definition of Telemedicine*, [w:] *Information Technology for the Practicing Physician. Health Informatics*, New York 2001, s. 226; C. de Lucena, C. Mont’Alvão, F. Pierantoni, L. Frajhof, *Telemedicine and Design: Relationships that Create Opportunities*, [w:] *Human-Computer Interaction. Applications and Services. HCI 2013. Lecture Notes in Computer Science*, red. M. Kurosu, Berlin 2013, s. 129; O. Argy, M. Caputo, *Introduction to Telemedicine*, [w:] *Information Technology for the Practicing Physician. Health Informatics*, New York 2001, s. 227; D. Shaw, *Overview of Telehealth and Its Application to Cardiopulmonary Physical Therapy*, “*Cardiopulmonary Physical Therapy Journal*” Nr 20/2 (2009), s. 13–18; S. Bhattacharyya, *A DIY Guide to Telemedicine for Clinicians*, Singapore 2017, s. 6; S. Spradley, *Telemedicine: The Future of Medicine – A Case Study of Telemedicine Applications within the United States*, [w:] *Computers and Networks in the Age of Globalization. IFIP – The International Federation for Information Processing*, red. L. Rasmussen, C. Beardon, S. Munari, Boston 2001, s. 291; H. Reynolds, *The Tele-ICU: Formative or Out-of-Date or Both? Practice Models and Future Directions*, [w:] *Telemedicine in the ICU*, red. M. Koenig, Cham 2019, s. 4; G. Dafoulas, G. Pierris, S. Martinez, L. Kvistgaard Jensen, K. Kidholm, *Adaptation of the Model for Assessment of Telemedicine (MAST) for IoT Telemedicine Services*, [w:] *Human Aspects of IT for the Aged Population. Applications, Services and Contexts. ITAP 2017. Lecture Notes in Computer Science*, red. J. Zhou, G. Salvendy, Cham 2017, s. 340; N. Mohr, E. Hurst, A. MacKinney, E. Nash, B. Carr, B. Skow, *Telemedicine for Early Treatment of Sepsis*, [w:] *Telemedicine in the ICU*, red. M. Koenig, Cham 2019, s. 255; M. Lynn, *Telemedicine to Manage Sudden Mass Casualty Incidents Remotely*, [w:] *Disasters and Mass Casualty Incidents*, red. M. Lynn, H. Lieberman, L. Lynn, G. Pust, D. Yeh, K. Stahl, T. Zakrison, Cham 2019, s. 107; S. Melton, S. Simmons, B. Smith, D. Hamilton, *Telemedicine*, [w:] *Principles of Clinical Medicine for Space Flight*, red. M. Barratt, E. Baker, S. Pool, New York 2019, s. 253; S. Simmons, D. Hamilton, P. McDonald, *Telemedicine*, [w:] *Principles of Clinical Medicine for Space Flight*, red. M. Barratt, S. Pool, New York 2008, s. 163; Komisja Europejska, *Market study on telemedicine*, Bruksela 2018, s. 25; M. Raskas, K. Gali, D. Schinasi, S. Vyas, *Telemedicine and Pediatric Urgent Care: A Vision into the Future*, [w:] *Consumer Informatics and Digital Health*, red. M. Edmunds, C. Hass, E. Holve, Cham 2017, s. 206; M. Czarnucha, M. Grabowski, P. Najbuka, Ł. Kotłowski, *Otoczenie regulacyjne telemedycyny w Polsce – stan obecny i nowe otwarcie*, Warszawa 2015, s. 13–21; W. Maziarz, *Problemy rozwoju telemedycyny w Polsce*, „*Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego. Studia Informatica*” Nr 25 (2010), s. 33–35; O. Ben-Assuli, *Electronic Health Records, Adoption, Quality of Care, Legal and Privacy Issues and Their Implementation in Emergency Departments*, “*Health Policy*” Nr 119/3 (2015), s. 287–297; D. Kalra, *Electronic Health Record Standards*, “*Yearbook of Medical Informatics*” Nr 15/01 (2006), s. 136–144; J. Hodge, L. Gostin, P. Jacobson, *Legal Issues Concerning Electronic Health Information: Privacy, Quality, and Liability*, “*Journal of the American Medical Association*” Nr 282/15 (1999), s. 1466–1471; J. Dumortier, G. Verhenneman, *Legal Regulation of Electronic Health Records: A Comparative Analysis of Europe and the US*, [w:] *eHealth: Legal, Ethical and Governance Challenges*, red. C. George, D. Whitehouse, P. Duquenoy, Berlin 2013, s. 25–56; E. Christiansen, E. Skipenes, M. Hausken, S. Skeie, T. Østbye, M. Iversen, *Shared Electronic Health Record Systems: Key Legal and Security Challenges*, “*Journal of Diabetes Science and Technology*” Nr 11/6 (2017), s. 1234–1239; S. Peters, G. Steve, M. Khan, *Electronic Health Records: Current and Future Use*, “*Journal of Comparative Effectiveness Research*” Nr 3/5 (2014), s. 515–522; N. Ries, G. Moysa, *Legal Protections of Electronic Health Records: Issues of Consent and Security*, “*Health Law Review*” Nr 14/1 (2005), s. 18–25; M. Warren, *The Digital Vicious Cycle: Links Between Social Disadvantage and Digital Exclusion in Rural Areas*, “*Telecommunications Policy*” Nr 31/6–7 (2007), s. 374–388; E. Helsper, *A Corresponding Fields Model for the Links Between Social and Digital Exclusion*, “*Communication Theory*”

telemedycyny<sup>9</sup>. Całość wykorzystanego w niniejszej części opracowania dorobku doktryny powinna umożliwić dokonanie semantycznego przybliżenia terminologii stosowanej w kontekście wykorzystania nowoczesnych technologii do użytku praktycznego w medycynie wraz z analizą zagadnień towarzyszących.

Na wykorzystany dorobek doktryny składają się także źródła dotyczące prawa do zdrowia w Unii Europejskiej. W tym zakresie wypada podkreślić doniosłą wartość materiałów umożliwiających konceptualizację przedmiotu prawa do zdrowia, a odnoszących się do prawa do zdrowia jako determinanty nowoczesnych technologii w medycynie<sup>10</sup> oraz zarysu prawa do

---

22/4 (2012), s. 403–426; A. Bach, G. Shaffer, T. Wolfson, *Digital Human Capital: Developing a Framework for Understanding the Economic Impact of Digital Exclusion in Low-Income Communities*, „Journal of Information Policy” Nr 3 (2013), s. 247–266; M. Porter, *What is Value in Health Care?*, „The New England Journal of Medicine” Nr 363/26 (2010), s. 2478.

<sup>9</sup> D. Hailey, R. Roine, A. Ohinmaa, *Systematic Review of Evidence for the Benefits of Telemedicine*, „Journal of Telemedicine and Telecare” Nr 8/1 (2002), s. 1–7; K. Reed, *Telemedicine: Benefits to Advanced Practice Nursing and the Communities They Serve*, „Journal of the American Academy of Nurse Practitioners” Nr 17/5 (2005), s. 176–180; S. Dimmick, C. Mustaleski, S. Burgiss, T. Welsh, *A Case Study of Benefits & Potential Savings in Rural Home Telemedicine*, „Home Healthcare Now” Nr 18/2 (2000), s. 124–135; M. Berman, A. Fenaughty, *Technology and Managed Care: Patient Benefits of Telemedicine in a Rural Health Care Network*, „Health Economics” Nr 14/6 (2005), s. 559–573; S. Miyahara, M. Tsuji, C. Iizuka, T. Hasegawa, F. Taoka, *On the Evaluation of Economic Benefits of Japanese Telemedicine and Factors for its Promotion*, „Telemedicine Journal & e-Health” Nr 12/6 (2006), s. 691–697; N. Bilalović, C. Paties, A. Mason, *Benefits of Using Telemedicine and First Results in Bosnia and Herzegovina*, „Journal of Telemedicine and Telecare” Nr 4/1 (1998), s. 91–93; B. Hancock, *US and Europe Cyber Crime Agreement Problems*, „Computers and Security” Nr 19/4 (2000), s. 306–307; B. Wible, *A Site Where Hackers are Welcome: Using Hack-In Contests to Shape Preferences and Deter Computer Crime*, „The Yale Law Journal” Nr 112 (2003), s. 1577–1623; E. Sinrod, W. Reilly, *Cyber-Crimes: A Practical Approach to the Application of Federal Computer Crime Laws*, „Santa Clara Computer and High Technology Law Journal” Nr 16/2 (2000), s. 1–53; D. Speer, *Redefining Borders: The Challenges of Cyber Crime*, „Crime, Law and Social Change” Nr 34 (2000), s. 259–273; M. Gercke, *Europe’s Legal Approaches to Cyber Crime*, „ERA Forum” Nr 10 (2009), s. 409–420; S. Brenner, J. Schwerha, *Introduction – Cyber Crime: A Note on International Issues*, „Information Systems Frontiers” Nr 6/2 (2004), s. 111–114; S. Hilley, *Pressure Mounts on US Senate to Pass Cyber Crime Treaty*, „Digital Investigation” Nr 2 (2005), s. 171–174; S. Moitra, *Developing Policies for Cyber Crime*, „European Journal of Crime, Criminal Law and Criminal Justice” Nr 13/3 (2005), s. 435–464; S. Wang, *Measures of Retaining Digital Evidence to Prosecute Computer-based Cyber-crimes*, „Computer Standards and Interfaces” Nr 29 (2007), s. 216–223; W. Chung, H. Chen, W. Chang, S. Chou, *Fighting Cyber Crime: A Review and the Taiwan Experience*, „Decision Support Systems” Nr 41 (2006), s. 669–682; B. Boni, *Creating a Global Consensus Against Cyber Crime*, „Network Security” Nr 9 (2001), s. 18–19; J. Clough, *A World of Difference: The Budapest Convention on Cybercrime and the Challenges of Harmonization*, „Monash University Law Review” Nr 40/3 (2014), s. 698–736; M. Gercke, *The Convention on Cybercrime*, „Multimedia und Recht” Nr 20 (2004), s. 802; S. McQuade, *Encyclopedia of Crime*, London 2009, s. 46; J. Clough, *Principles of Cybercrime*, New York 2010, s. 50; O. Kerr, *The Problem of Perspective in Internet Law*, „Georgetown Law Journal” Nr 91 (2003), s. 60; M. Jakobsson, Z. Ramzan, *Crimeware. Understanding New Attacks and Defenses*, Boston 2008, s. 3.

<sup>10</sup> T. Jasudowicz, *Prawo do zdrowia*, [w:] *Prawa człowieka i ich ochrona*, red. B. Gronowska, T. Jasudowicz, M. Balcerzak, M. Lubiszewski, R. Mizerski, Toruń 2010, s. 491–495. Dodatkowo, wypada zwrócić uwagę na: T. Evans, *A Human Right to Health?*, „Third World Quarterly” Nr 23/2 (2002), s. 197–215; S. Jamar, *The International Human Right to Health*, „Southern University Law Review” Nr 22 (1994), s. 17–35; V. Leary, *The Right to Health in International Human Rights Law*, „Health and Human Rights” Nr 1/1 (1994), s. 24–56; J. Waldenström, J. Hersch, B. Barber, A. Burgen, C. Berry, K. Arrow, A. Strøm, L. Zuckerman, *The Right to Health*, [w:] *The Challenge of Life. Experientia Supplementum*, red. R. Kunz, H. Fehr, Basel 1972, s. 117–182; A. Jain, S. Leka, G. Zwetsloot, *Managing Health, Safety and Well-Being. Aligning Perspectives on Health, Safety and Well-Being*, Dordrecht 2018, s. 139–173; S. Gunn, *The Right to Health*, [w:] *Concepts and Practice of Humanitarian Medicine*, red. S. Gunn, M. Masellis, New York 2008, s. 3–7; J. Amzat, O. Razum, *Towards a Sociology of Health Discourse in Africa*. Springer, Cham 2018, s. 17–33; K. Libal, S. Harding, *Human Rights-Based Community Practice in the United States*, Cham 2015, s. 19–37; J. Montgomery, *Recognising a Right to*

ochrony zdrowia<sup>11</sup> i prawa do świadczeń opieki zdrowotnej<sup>12</sup>. Do przywołanej bibliografii należą także te pozycje, które zajmują się rysem historycznym prawa do zdrowia w prawie

---

*Health*, [w:] *Economic, Social and Cultural Rights. Southampton Studies in International Policy*, red. R. Beddard, D. Hill, London 1992, s. 184–203; N. Pestova, *The Right to Health for Vulnerable and Marginalised Groups: Russia as a Case Study*, [w:] *The Right to Health*, red. B. Toebes, R. Ferguson, M. Markovic, O. Nnamuchi, Haga 2014, s. 341–372; R. Iguñiz, N. Palomino, M. Barboza, *The Right to Health in Peru: Persistent Vulnerabilities in the Context of HIV/AIDS*, [w:] *The Right to Health...*, s. 313–337; A. McAuley, *The Challenges to Realising the Right to Health in Ireland*, [w:] *The Right to Health...*, s. 373–401; L. Walker, *The Right to Health and Access to Health Care in Saudi Arabia with a Particular Focus on the Women and Migrants*, [w:] *The Right to Health...*, s. 165–192; D. Evans, *The Right to Health: The Next American Dream*, [w:] *The Right to Health...*, s. 233–257; K. Heus, T. Sartawi, *The Realization of the Right to Health for Refugees in Jordan*, [w:] *The Right to Health...*, s. 193–229; T. Munesue, *The Right to Health in Japan: Its Implications and Challenges*, [w:] *The Right to Health...*, s. 121–132; S. Qiu, *Equality and the Right to Health: A Preliminary Assessment of China*, [w:] *The Right to Health...*, s. 97–120; S. Rawaf, S. Hassounah, *Codification and Implementation of the 'Right to Health' in the Arab World*, [w:] *The Right to Health...*, s. 135–163; C. Wu, *The Right to Health in Taiwan: Implications and Challenges*, [w:] *Taiwan and International Human Rights. Economics, Law, and Institutions in Asia Pacific*, red. J. Cohen, W. Alford, C. Lo, Singapore 2019, s. 457–469; E. Oke, *Patent Rights, Access to Medicines, and the Justiciability of the Right to Health in Kenya, South Africa and India*, [w:] *Justiciability of Human Rights Law in Domestic Jurisdictions*, red. A. Diver, J. Miller, Cham 2016, s. 91–122; G. France, *The Italian Health Care System and the Economics of the Right to Health*, [w:] *Italian Regionalism: Between Unitary Traditions and Federal Processes. Essays on Federalism and Regionalism*, red. S. Mangiameli, Cham 2014, s. 335–352; E. Oke, *The Incorporation of a Right to Health Perspective into Brazil's Patent Law Reform Process*, [w:] *Law and Policy in Latin America. St Antony's Series*, red. P. Fortes, L. Boratti, A. Lleras, T. Daly, London 2017, s. 311–326; R. Claude, *The Right to Health: Transnational Support for the Philippines*, [w:] *Human Rights and Development. International Political Economy Series*, red. D. Forsythe, London 1989, s. 19–38; J. Mann, L. Gostin, S. Gruskin, T. Brennan, Z. Lazzarini, H. Fineberg, *Health and Human Rights*, "Health and human rights" Nr 1/1 (1994), s. 6–23; P. Braveman, S. Gruskin, *Poverty, Equity, Human Rights and Health*, "Bulletin of the World Health Organization" Nr 81 (2003), s. 539–545; J. Mann, *Medicine and Public Health, ethics and Human Rights*, "Hastings Center Report" Nr 27/3 (1997), s. 6–13; T. Pogge, *Human Rights and Global Health: a Research Program*, "Metaphilosophy" Nr 36/1–2 (2005), s. 182–209; J. Mann, *Human Rights and the New Public Health*, "Health and Human Rights" Nr 1/3 (1995), s. 229–233.

<sup>11</sup> M. Urbaniak, *Konstytucyjne prawo do ochrony zdrowia*, [w:] *Szanse i bariery w ochronie zdrowia. Wybrane aspekty organizacyjne, prawnicze i psychologiczne*, red. M. Glowacka, E. Mojs, Poznań 2008, s. 99; A. Surówka, *Miejsce konstytucyjnego prawa do ochrony zdrowia w systemie praw i wolności człowieka i obywatela*, „Przegląd Prawa Konstytucyjnego” Nr 3 (2012), s. 91; *Wybór dokumentów prawa międzynarodowego dotyczących praw człowieka*, red. M. Zubik, Tom II, Warszawa 2008, s. 112–121; *Konstytucje państw Unii Europejskiej*, red. W. Staśkiewicz, Warszawa 2011, s. 21–83; J. Karp (*Wstęp*), *Konstytucja Republiki Bułgarii*, Warszawa 2012, s. 51–118; A. Mycielski (*Wstęp*), *Konstytucja Republiki Francuskiej*, Wrocław 1947, s. 9–10; L. Trócsányi, *Wokół prac nad ustawą zasadniczą Węgier. Tożsamość konstytucyjna a integracja europejska*, Warszawa 2017, s. 133; M. Piechota, *Równość a konstytucyjne prawo do ochrony zdrowia. Uwagi dotyczące obywateli Unii Europejskiej*, [w:] *Konstytucja w dobie europejskich wyzwań*, red. M. Zubik, A. Paprocka, R. Puchta, Warszawa 2010, s. 137–142; A. Zoll, *Problemy służby zdrowia w świetle doświadczeń RPO*, „Prawo i Medycyna” Nr 3/8 (2000), s. 8; M. Mikos, M. Urbaniak, *Prawo do bezpiecznej ochrony zdrowia w świetle Konstytucji RP oraz rekomendacji Rady Europy i Rady Unii Europejskiej*, „Medyczna Wokanda” Nr 8 (2016), s. 160, 166; K. Ryś, *Konstytucyjne prawo do ochrony zdrowia i prawo do szczególnej opieki zdrowotnej*, „Zeszyty Naukowe Prawa Konstytucyjnego” Nr 10 (2017), s. 119; A. Surówka, *Prawo do ochrony zdrowia*, [w:] *Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej. Komentarz encyklopedyczny*, red. W. Skrzydło, S. Grabowska, R. Grabowski, Warszawa 2009, s. 395; M. Piechota, *Konstytucyjne prawo do ochrony zdrowia jako prawo socjalne i prawo podstawowe*, „Roczniki Administracji i Prawa. Teorie i Praktyka” Nr 12 (2012), s. 93–104; M. Rex, *Human Rights and Civil Rights*, "Philosophical Studies: An International Journal for Philosophy in the Analytic Tradition" Nr 37/4 (1980), s. 391–403; P. Sarnecki, *Komentarz do wolności i praw osobistych*, [w:] *Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej. Komentarz*, red. L. Garlicki, Warszawa 2002, s. 1; B. Banaszak, *Ogólne wiadomości o prawach człowieka*, [w:] *Prawa i wolności obywatelskie w Konstytucji RP*, red. B. Banaszak, A. Preisner, Warszawa 2002, s. 27; B. Zawadzka, *Prawa ekonomiczne, socjalne i kulturalne*, Warszawa 1996, s. 9; J. Karp, *Prawa socjalne we współczesnym konstytucjonalizmie. Prolegomena*, [w:] *Ustroje, doktryny, instytucje polityczne. Księga jubileuszowa Profesora zw. dra hab. Mariana Grzybowskiego*, red. J. Czajowski, J. Karp, G. Kuca, A. Kulig, P. Mikuli, A. Opalek, Kraków 2007, s. 150.

<sup>12</sup> J. Arras, *Utility, Natural Rights, and the Right to Health Care*, [w:] *Biomedical Ethics Reviews*, red. J. Humber, R. Almeder, New York 1984, s. 23–45; J. Childress, *Rights to Health Care in a Democratic Societ*,

pierwotnym Unii Europejskiej, gdzie istotny jest stan prawny zarówno do Traktatu z Maastricht, jak i od niego, z osobnym wydzieleniem Traktatu Lizbońskiego<sup>13</sup>. Powyższe

---

[w:] *Biomedical Ethics...*, s. 47–70; E. Kluge, *Health Care as a Right*, [w:] *Changing Health Care Systems from Ethical, Economic, and Cross Cultural Perspectives*, red. E. Loewy, R. Loewy, Dordrecht 2002, s. 29–48; D. Cummiskey, *The Right to Die and the Right to Health Care*, [w:] *Public Health Policy and Ethics. International Library of Ethics, Law, and the New Medicine*, red. M. Boylan, Dordrecht 2004, s. 187–202; M. Green, *Global Justice and Health: Is Health Care a Basic Right?*, [w:] *Public Health Policy and Ethics...*, s. 203–221; B. Toebes, M. San Giorgi, *Dutch Realities: Evaluating Health Care Reform in the Netherlands from a Human Rights Perspective*, [w:] *The Right to Health...*, s. 403–436; H. Sass, *My Right to Care for my Health – and what about the Needy and the Elderly?*, [w:] *Rights to Health Care. Philosophy and Medicine*, red. T. Bole, W. Bondeson, Dordrecht 1991, s. 243–255; T. Halper, *Rights, Reforms, and the Health Care Crisis: Problems and Prospects*, [w:] *Rights to Health Care...*, s. 135–168; T. Marmor, *The Right to Health Care: Reflections on Its History and Politics*, [w:] *Rights to Health Care...*, s. 23–49; G. Agich, *Access to Health Care: Charity and Rights*, [w:] *Rights to Health Care...*, s. 185–198; N. Daniels, *Equal Opportunity and Health Care Rights for the Elderly*, [w:] *Rights to Health Care...*, s. 201–212; H. Engelhardt, *Rights to Health Care: Created, Not Discovered*, [w:] *Rights to Health Care...*, s. 103–111; A. Buchanan, *Rights, Obligations, and the Special Importance of Health Care*, [w:] *Rights to Health Care...*, s. 169–184; T. Beauchamp, *The Right to Health Care in a Capitalistic Democracy*, [w:] *Rights to Health Care...*, s. 53–81; J. Merrill, *The Road to Health Care Reform*, Boston 1994, s. 99–128; L. Mpedi, *Protecting the Health Care Rights of Refugees: Some Legal Perspectives from the Republic of South Africa*, [w:] *Health in Diversity – Diversity in Health*, red. K. Crepaz, U. Becker, E. Wacker, Wiesbaden 2020, s. 77–100; J. Tu, *Health Care Transformation in Contemporary China*, Singapore 2019, s. 59–84; S. Kirchner, *The Universal Human Right to Access to Effective Health Care: A Catholic Christian Response to Aasim Padela*, [w:] *Religious Perspectives on Social Responsibility in Health. Advancing Global Bioethics*, red. J. Tham, C. Durante, A. Gómez, Cham 2018, s. 141–151; A. Holder, *Children and Adolescents: Their Right to Decide About Their Own Health Care*, [w:] *Children and Health Care. Philosophy and Medicine*, red. L. Kopelman, J. Moskop, Dordrecht 1989, s. 161–172; D. Sulmasy, *Dignity, Rights, Health Care, and Human Flourishing*, [w:] *Autonomy and Human Rights in Health Care. International Library of Ethics, Law, and the New Medicine*, red. D. Weisstub, G. Pintos, Dordrecht 2008, s. 25–36; G. Tomossy, *Human Rights, Health Care and Biomedical Innovation: Confronting The Research Imperative*, [w:] *Autonomy and Human Rights in Health Care...*, s. 341–352; M. Serwach, *Prawa pacjenta do świadczeń zdrowotnych i ich kontekst*, „Polityka Społeczna” Nr 1 (2011), s. 20; D. Lach, *Zasada równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej*, Warszawa 2011, s. 178; K. Baka, *Komentarz do art. 5*, [w:] *Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Komentarz*, red. K. Baka, G. Machulak, A. Pietraszewska-Macheta, A. Sidorko, Warszawa 2010, s. 124–125; M. Dercz, T. Rek, *Ustawa o działalności leczniczej. Komentarz*, Warszawa 2012, s. 41; J. Bujny, *Prawa pacjenta. Między autonomią a paternalizmem*, Warszawa 2007, s. 109–110; S. Jarosz-Żukowska, *Prawo do ochrony zdrowia i dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej*, [w:] *Realizacja i ochrona konstytucyjnych wolności i praw jednostki w polskim porządku prawnym*, red. M. Jabłoński, Wrocław 2014, s. 660; A. Ostrzyżek, *Prawo do ochrony zdrowia w świetle artykułu 68 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 roku*, „Prawo i Medycyna” Nr 4 (2005), s. 65; J. Jończyk, *Transformacja ubezpieczeń społecznych i ochrony zdrowia*, [w:] *Konstytucyjne problemy prawa pracy i zabezpieczenia społecznego*, red. H. Szurgacz, Wrocław 2005, s. 110.

<sup>13</sup> H. Van Panhuys, L. Brinkhorst, H. Maas, M. Van Leeuwen Boomkamp, *The European Coal and Steel Community*, [w:] *International Organisation and Integration*, red. H. Van Panhuys, L. Brinkhorst, H. Maas, M. Van Leeuwen Boomkamp, Boston 1968, s. 655–705; I. Glockner, B. Rittberger, *The European Coal and Steel Community (ECSC) and European Defence Community (EDC) Treaties*, [w:] *Designing the European Union*, red. F. Laursen, Londyn 2012, s. 16–47; J. Paxton, *The Developing Common Market*, Londyn 1976, s. 161–192; A. Walsh, J. Paxton, *Competition Policy*, London 1975, s. 61–66; A. Bouscaren, *European Economic Community Migrations*, Dordrecht 1969, s. 106–114; J. Harvey, *Modern Economics Student's Notebook*, Londyn 1974, s. 99–101; H. Van Panhuys, L. Brinkhorst, H. Maas, M. Van Leeuwen Boomkamp, *The European Economic Community*, [w:] *International Organisation...*, s. 752–888; J. Chilver, *Introducing Business Studies*, Londyn 1984, s. 239–242; Idem, *The European Atomic Energy Community (Euratom)*, [w:] *International Organisation...*, s. 706–751; G. Nelson, *European Organisation in the Field of Atomic Energy*, [w:] *Annuaire Européen/European Yearbook*, red. B. Landheer, W. Carter, Dordrecht 1958, s. 36–64; H. Van Panhuys, L. Brinkhorst, H. Maas, M. Van Leeuwen Boomkamp, *The “Merger Treaty”*, [w:] *International Organisation...*, s. 889–904; F. Laursen, *The 1965 Merger Treaty: The First Reform of the Founding European Community Treaties*, [w:] *Designing the European...*, s. 77–97; G. Weil, *The Merger of the Institutions of the European Communities*, “American Journal of International Law” Nr 61/1 (1967), s. 57–65; D. Dinan, *The Single European Act: Revitalising European Integration*, [w:] *Designing the European...*, s. 124–146; E. Noël, *The Political Prospects for Europe in the Wake of the Single European Act: a Response to Public Expectations*, [w:] *Eurobarometer*, red. K. Reif, R. Inglehart,



sprowokowało także sięgnięcie do dorobku doktryny w zakresie prawa do zdrowia w aktualnie obowiązującym prawie Unii Europejskiej. Mowa tutaj o odzwierciedleniu prawa do zdrowia w KPP UE, TFUE i TUE, a także o konkretyzacji tego prawa w prawie wtórnym<sup>14</sup>. W ramach tej

---

Londyn 1991, s. 57–63; A. Moravcsik, *Negotiating the Single European Act: National Interests and Conventional Statecraft in the European Community*, [w:] *The European Union*, red. B. Nelsen, A. Stubb, Londyn 1994, s. 211–233; W. Wessels, *EPC after the Single European Act: Towards a European Foreign Policy via Treaty Obligations?*, [w:] *The Future of European Political Cooperation*, red. M. Holland, Londyn 1991, s. 143–160; E. de Ghellinck, *European Industrial Policy Against the Background of the Single European Act*, [w:] *Main Economic Policy Areas of the EEC – Towards 1992*, red. P. Coffey, Dordrecht 1988, s. 133–156; G. Contogeorgis, *The Maastricht Treaty on European Union – The Future of Europe*, [w:] *Energy Efficiency in Process Technology*, red. P. Pilavachi, Dordrecht 1993, s. 33–38; C. Mazzucelli, *The Treaty of Maastricht: Designing the European Union*, [w:] *Designing the European...*, red. F. Laursen, Londyn 2012, s. 147–179; A. Jordan, *The Europeanization of British Environmental Policy. One Europe or Several?*, Londyn 2002, s. 79–96; A. Watson, *Aspects of European Monetary Integration*, Londyn 1997, s. 49–65; R. Dehousse, *The Maastricht Treaty and its Limits*, [w:] *Europe: The Impossible Status Quo*, red. R. Dehousse, Londyn 1997, s. 15–32; J. Bierbach, *Frontiers of Equality in the Development of EU and US Citizenship*, Haga 2017, s. 301–345; A. Stubb, *Negotiating Flexibility in the European Union*, London 2002, s. 58–105; M. Zbinden, *Implications of the Intergovernmental Conference and the Treaty of Amsterdam for Small EU Member States*, [w:] *Small States Inside and Outside the European Union*, red. L. Goetschel, Boston 1998, s. 207–241; S. Vanhoonacker, *The Amsterdam Treaty: Modest Reforms*, [w:] *Designing the European...*, s. 180–195; S. Hug, T. König, *Divided Government and the Ratification of the Amsterdam Treaty*, [w:] *Democratic Foreign Policy Making: Problems of Divided Government and International Cooperation*, red. R. Pahre, New York 2006, s. 133–150; A. Maurer, *A Formal Outsider Becomes an Effective Player: The European Parliament in the Negotiation of the Treaty of Amsterdam and the Constitutional Treaty*, [w:] *Leadership in the Big Bangs of European Integration*, red. D. Beach, C. Mazzucelli, London 2006, s. 115–133; D. Dinan, *Treaty Change in the European Union: The Amsterdam Experience*, [w:] *Developments in the European Union*, red. L. Cram, D. Dinan, N. Nugent, London 1999, s. 290–310; J. Beneyto, *From Nice to the Constitutional Treaty: Eight Theses on the (Future) Constitutionalisation of Europe*, [w:] *The Lisbon Treaty*, red. S. Griller, J. Ziller, Wiedeń 2008, 1–19; F. Laursen, *The Treaty of Nice: The Inadequate Preparation of Enlargement*, [w:] *Designing the European...*, s. 196–216; D. Phinnemore, *The Treaty of Lisbon*, London 2013, s. 1–15, 211–228; F. Murray, *The European Union and Member State Territories: A New Legal Framework Under the EU Treaties*, Haga 2012, s. 179–189; J. Ziller, *The Law and Politics of the Ratification of the Lisbon Treaty*, [w:] *The Lisbon Treaty...*, s. 309–335; J. Ziller, *The Treaty of Lisbon: Constitutional Treaty, Episode II*, [w:] *Designing the European...*, s. 244–268; A. Stajano, *Quality, Competitiveness*, Boston 2009, s. 269–307; E. Jahn, *German Domestic and Foreign Policy*, Heidelberg 2015, s. 141–156; J. Wouters, D. Coppens, B. De Meester, *The European Union's External Relations after the Lisbon Treaty*, [w:] *The Lisbon Treaty...*, s. 143–203; P. Ponzano, 'Executive' and 'Delegated' Acts: *The Situation after the Lisbon Treaty*, [w:] *The Lisbon Treaty...*, s. 135–141; B. Hecker, *The Development of Individual Rights Protection in European Criminal Law after the Lisbon Treaty*, [w:] *Human Rights in European Criminal Law*, red. S. Ruggeri, Cham 2015, s. 1–6; G. Quisthoudt-Rowohl, *Trade Policy Under the Treaty of Lisbon*, [w:] *Common Commercial Policy after Lisbon*, red. M. Bungenberg, C. Herrmann, Heidelberg 2013, s. 107–111; I. Pernice, *The Treaty of Lisbon and Fundamental Rights*, [w:] *The Lisbon Treaty...*, s. 235–256; J. Louis, *Economic Policy under the Lisbon Treaty*, [w:] *The Lisbon Treaty...*, s. 285–298; U. Häde, *The Treaty of Lisbon and the Economic and Monetary Union*, [w:] *The European Union after Lisbon*, red. H. Blanke, S. Mangiameli, Heidelberg 2012, s. 421–441; B. de Witte, *Legal Instruments and Law-Making in the Lisbon Treaty*, [w:] *The Lisbon Treaty...*, s. 79–108.

<sup>14</sup> P. Craig, G. De Búrca, *EU Law: Text, Cases, and Materials*, Oxford 2015, s. 105–124; S. Weatherill, *Cases and Materials on EU Law*, Oxford 2016, s. 24–73; E. Berry, M. Homewood, B. Bogusz, *Complete EU Law: Text, Cases, and Materials*, Oxford 2019, s. 87–122; K. Bradley, *Legislating in the European Union*, [w:] *European Union Law*, red. C. Barnard, S. Peers, Oxford 2014, s. 103–104; A. Arnall, *European Union Law: A Very Short Introduction*, Oxford 2017, s. 3–18; T. Storey, C. Turner, *Unlocking EU Law*, Londyn–New York 2014, s. 1–21; D. Curtin, *Legal Acts and the Challenges of Democratic Accountability*, [w:] *EU Legal Acts: Challenges and Transformations*, red. M. Cremona, C. Kilpatrick, Oxford 2018, s. 10–14; K. Davies, *Understanding European Union Law*, Londyn–New York 2013, s. 54–56; E. Gianfrancesco, *The Charter of Fundamental Rights of the Union as a Source of Law*, [w:] *The European Union after Lisbon*, red. H. Blanke, S. Mangiameli, Heidelberg 2012, s. 295–310; H. Blanke, *The Protection of Fundamental Rights in Europe*, [w:] *The European Union after Lisbon...*, s. 159–232; B. Pérez de las Heras, *The Charter of Fundamental Rights as a New Element of European Identity and Beyond*, [w:] *Democratic Legitimacy in the European Union and Global Governance*, red. B. Pérez de las Heras, Cham 2017, s. 117–139; T. Kerikmäe, *EU Charter: Its Nature, Innovative*



---

*Character, and Horizontal Effect*, [w:] *Protecting Human Rights in the EU*, red. T. Kerikmäe, Heidelberg 2014, s. 5–19; C. Eriksen, J. Stubberud, *Legitimacy and the Charter of Fundamental Rights Post-Lisbon*, [w:] *The Reach of Free Movement*, red. M. Andenas, T. Bekkedal, L. Pantaleo, Haga 2017, s. 229–252; A. Balsamo, *The Content of Fundamental Rights*, [w:] *Handbook of European Criminal Procedure*, red. R. Kostoris, Cham 2018, s. 99–170; A. Bisset, *Blackstone's International Human Rights Documents*, Oxford 2020, s. 380; S. Ghandhi, *Blackstone's International Human Rights Documents*, Oxford 2012, s. 356; R. Smith, *Core EU Legislation 2015–16*, Londyn 2015, s. 129; L. Bussata, *Moving Patients and Families and the Social Right to Cross-Border Healthcare*, [w:] *The Right to Family Life in the European Union*, red. M. González Pascual, A. Torres Pérez, Londyn–New York 2017, s. 200; J. Kenner, *European Union Legislation*, Londyn–New York 2014, s. 203; K. Elgard, *The Effect of the Charter of Fundamental Rights of European Union on Substantive VAT Law*, [w:] *CJEU – Recent Developments in Value Added Tax 2017*, red. M. Lang, P. Pistone, A. Rust, J. Schuch, C. Staringer, P. Pillet, Wiedeń 2018, s. 22; G. Di Federico, *Fundamental Rights in the EU: Legal Pluralism and Multi-Level Protection after the Lisbon Treaty*, [w:] *The EU Charter of Fundamental Rights. Ius Gentium: Comparative Perspectives on Law and Justice*, red. D. Giacomo, Dordrecht 2011, s. 15–54; M. Szpunar, *The Authority of EU Law: The Case of Horizontal Application of Fundamental Rights*, [w:] *The Authority of EU Law*, red. W. Heusel, J. Rageade, Heidelberg 2019, s. 123–134; R. Kostoris, *The Protection of Fundamental Rights*, [w:] *Handbook of European Criminal Procedure*, red. R. Kostoris, Cham 2018, s. 67–98; L. Bernardeau, *Fines and Fundamental Rights: New Challenges*, [w:] *EU Competition and State Aid Rules. Europeanization and Globalization*, red. V. Tomljenović, N. Bodiřoga-Vukobrat, V. Butorac Malnar, I. Kunda, Heidelberg 2017, s. 133–143; A. Nußberger, *Artikel 35 GRCh Gesundheitsschutz* [w:] *Kölner Gemeinschaftskommentar zur Europäischen Grundrechte-Charta*, red. P.J. Tettinger, K. Stern, Monachium 2006, s. 592–593; G. Vermeulen, *Essential Texts on International and European Criminal Law*, Antwerpia 2012, s. 34; U. Neegaard, *EU Health Law in a Constitutional Light: Distribution of Competences, Notions of “Solidarity” and “Social Europe”*, [w:] *Health Care and EU Law*, red. J. Willem van de Gronden, E. Szyszczak, U. Neergaard, M. Krajewski, Haga 2011, s. 23; V. Hellmann, *Der Vertrag von Lissabon. Vom Verfassungsvertrag zur Änderung der bestehenden Verträge – Einführung mit Synopse und Übersichten*, Heidelberg 2019, s. 195; T. Biernat, *Soft law a proces tworzenia prawa w Unii Europejskiej. Wpływ soft law na konstrukcję i treść uzasadnień aktów normatywnych*, „Studia Prawnicze” Nr 2 (2012), s. 31; Idem, *Prawo Unii Europejskiej a kwestie bezpieczeństwa piłkarskich imprez masowych o charakterze międzynarodowym. Rola soft law na przykładzie Rezolucji Rady z dnia 3 czerwca 2010*, „Bezpieczeństwo. Teoria i Praktyka” Nr 3 (2011), s. 9; C. Barnard, *The Substantive Law of the EU: The Four Freedoms*, Oxford 2016, s. 559; I. Maletić, *The Law and Policy of Harmonisation in Europe's Internal Market*, Cheltenham 2013, s. 68; A. Engel, *The Choice of Legal Basis for Acts of the European Union*, Cham 2018, s. 20–27; H. Hijmans, *The European Union as Guardian of Internet Privacy. Law, Governance and Technology Series*, Cham 2016, s. 266, 317–326; L. Lopp, *Regulations Regarding Living Organ Donation in Europe*, Heidelberg 2013, s. 241; M. Ciotti, *Health Security and Disease Detection in the European Union*, [w:] *Biopreparedness and Public Health. NATO Science for Peace and Security Series A: Chemistry and Biology*, red. I. Hunger, V. Radosavljevic, G. Belojevic, L. Rotz, Dordrecht 2013, s. 57; M. Flear, *Governing Public Health: EU Law, Regulation and Biopolitics*, Oxford–Portland 2015, s. 40; L. Nistor, *Public Services and the European Union: Healthcare, Health Insurance and Education Services*, Haga 2011, s. 300; A. Exter, T. Hervey, *European Union Treaties, Human Rights*, [w:] *European Union Health Law: Treaties and Legislation*, red. A. Exter, T. Hervey, Antwerpia 2012, s. 25–26; S. Garben, *Title XIV Public Health*, [w:] *The EU Treaties and the Charter of Fundamental Rights: A Commentary*, red. M. Kellerbauer, M. Klamert, J. Tomkin, Oxford 2019 s. 1445–1456; M. Guy, W. Sauter, *The History and Scope of EU Health Law and Policy*, [w:] *Research Handbook on EU Health Law and Policy*, red. T. Hervey, C. Young, L. Bishop, Cheltenham 2017, s. 30; F. Geber, *Between a Rock and a Hard Place: a Controversial of Legislative Harmonization and National Lifestyle Policies*, [w:] *Regulating Lifestyle Risks*, red. A. Alemanno, A. Garde, Cambridge 2015, s. 153; L. Bosek, *Kompetencje prawodawcze w sferze ochrony zdrowia*, [w:] *Prawo wobec medycyny i biotechnologii: Zbiór orzeczeń z komentarzami*, red. M. Safjan, Warszawa 2011, s. 138–139; M. Földes, *Member State Interests and European Union Law*, [w:] *Between Compliance and Particularism*, red. M. Varju, Cham 2019, s. 216–221; H. Jarman, *Trade in Services and the public's Health: A “Fortress Europe” for Health?*, [w:] *European Union Public Health Policy: Regional and Global Trends*, red. S. Greer, P. Kurzer, New York 2013, s. 110–125; H. Blanke, *Article 1 [Establishment and Functioning of the Union]*, [w:] *The Treaty on European Union (TEU): A Commentary*, red. H. Blanke, S. Mangiameli, Berlin 2013, s. 45–109; R. Baeten, W. Palm, *Preserving General Interest in Healthcare Through Secondary and Soft EU Law: The Case of the Patients' Rights Directive*, [w:] *Social Services of General Interest in the EU. Legal Issues of General Interest*, red. U. Neergaard, E. Szyszczak, J. van de Gronden, M. Krajewski, Haga 2013, s. 398; V. Costigliola, *Mobility of Medical Doctors as an Attribute of the Cross-Border Healthcare: Challenges, Opportunities and Perspectives*, [w:] *Healthcare Overview. Advances in Predictive, Preventive and Personalised Medicine*, red. V. Costigliola, Dordrecht 2012, s. 239; K. Floistad, *The EEA Agreement in a Revised EU Framework for Welfare Services. Studies in European Economic Law and Regulation*,

części opracowania zwrócono uwagę na zagadnienie prawa do zdrowia w telemedycynie. Umożliwiło to dokonanie analizy w zakresie traktowania jej jako nowego gwaranta prawa do ochrony zdrowia i nowoczesnego narzędzia realizacji prawa do świadczeń opieki zdrowotnej. Pozwoliło także na analizę relacji występującej pomiędzy telemedycyną a równym dostępem do świadczeń opieki zdrowotnej. Wykorzystanie takiego rodzaju dorobku doktryny powinno doprowadzić do ustalenia z jednej strony zakresu oraz znaczenia prawa do zdrowia w UE, co zawiera w sobie także przedstawienie koncepcji prawa do zdrowia *in genere* posiadającej kluczowe znaczenie dla głównej osi analitycznej przedmiotowej dysertacji naukowej, a z drugiej – miejsca telemedycyny w prawie do zdrowia.

Istotną część wykorzystanego w niniejszej rozprawie doktorskiej dorobku doktryny stanowią pozycje bibliograficzne odnoszące się do transgranicznego świadczenia usług opieki zdrowotnej w Unii Europejskiej. W ramach tych rozważań skorzystano ze źródeł związanych z rynkiem wewnętrznym w świetle swobodnego przepływu usług, co umożliwiło charakterystykę rynku wewnętrznego *in genere*, zarysu swobody przepływu usług, unijnej definicji usługi oraz charakteru normatywnego norm traktatowych swobody przepływu usług<sup>15</sup>.

---

Cham 2018, s. 47; D. Marušič, V. Rupel, P. Mihelj, *Cross-Border Experiences in Health IT: What Are the Requests for the Medical Record? Opportunities and Emerging Issues*, [w:] *New Perspectives in Medical Records. TELe-Health*, red. G. Rinaldi, Cham 2017, s. 154–155; M. Cappelletti, *Healthcare Right and Principle of “Minimum Standards”*: *The Interpretation of the Judiciary in a Comparative Perspective*, [w:] *General Principles of Law – The Role of the Judiciary. Ius Gentium: Comparative Perspectives on Law and Justice*, red. L. Pineschi, Cham 2015, s. 254–255; M. Evans-Brown, R. Sedefov, *Responding to New Psychoactive Substances in the European Union: Early Warning, Risk Assessment, and Control Measures*, [w:] *New Psychoactive Substances. Handbook of Experimental Pharmacology*, red. H. Maurer, S. Brandt, Cham 2018, s. 5–6; G. Švedas, *Prevention of Illicit Trade in Tobacco Products: Experience of Lithuania*, [w:] *Combatting Illicit Trade on the EU Border*, red. C. Nowak, Cham 2021, s. 134–138; M. Engelhart, *Between Taxes, Criminal Law and Health Care: The Fight Against Illicit Tobacco Trade in Germany*, [w:] *Combatting Illicit Trade...*, s. 54; M. Foltea, *Brexit and the Control of Tobacco Illicit Trade*, Cham 2020, s. 67–70; G. de Oliveira, A. Pereira, *Ethical and Legal Concerns of the Use of Amniotic Membrane*, [w:] *Amniotic Membrane*, red. A. Mamede, M. Botelho, Dordrecht 2015, s. 231–244; E. Rynning, *Legal Challenges and Strategies in the Regulation of Research Biobanking*, [w:] *The Ethics of Research Biobanking*, red. J. Solbakk, S. Holm, B. Hofmann B., Boston 2009, s. 277–313; G. Migliaccio, C. Pintus, *Role of the EU Framework in Regulation of Stem Cell-Based Products*, [w:] *Mesenchymal Stem Cells – Basics and Clinical Application II. Advances in Biochemical Engineering/Biotechnology*, red. B. Weyand, M. Dominici, R. Hass, R. Jacobs, C. Kasper, Heidelberg 2012, s. 287–299; G. Tiedemann, S. Sethe, *Regulatory Frameworks for Cell and Tissue Based Therapies in Europe and the USA*, [w:] *Regenerative Medicine*, red. G. Steinhoff, Dordrecht 2013, s. 1139–1171; H. Dederer, *The Challenge of Regulating Genetically Modified Organisms in the European Union: Trends and Issues*, [w:] *Contemporary Issues in Environmental Law. Environmental Protection in the European Union*, red. Y. Nakanishi, Tokyo 2016, s. 139–168; M. Müllner, H. Eichler, *Current issues in drug regulation*, [w:] *Clinical Pharmacology: Current Topics and Case Studies*, red. M. Müller, Wiedeń 2010, s. 19–31; N. Chowdhury, *European Regulation of Medical Devices and Pharmaceuticals*, Cham 2014, s. 121–139; G. Stornaiuolo, *L’equità e l’intervento pubblico nel campo della salute*, „Economia pubblica” Nr 35 (2005), s. 50.

<sup>15</sup> S. Murthy, S. Evans, J. Sarkis, *The Four Freedoms-of-Movement and Distributed Manufacturing*, [w:] *Sustainable Development Goals and Sustainable Supply Chains in the Post-global Economy. Greening of Industry Networks Studies*, red. N. Yakovleva, R. Frei, S. Murthy, Cham 2019, s. 54–55; H. Voogsteerd, *The European Court of Justice and Legal Pluralism: The Case Law of the “Four Freedoms” and the Pluralist Construction of the Legal System of the European Community*, [w:] *Governance and International Legal Theory. Nova et Vetera Iuris Gentium*, red. I. Dekker, W. Werner, Dordrecht 2004, s. 278; S. Curzon, *Internal Market Derogations in Light of the Newly Binding Character of the EU Charter of Fundamental Rights*, [w:] *The EU Charter of*

Powyższe ustalenia stanowiły asumpt do podjęcia dalszego dyskursu w ramach tytułowego zagadnienia, gdzie wykorzystano pozycje bibliograficzne dotyczące swobody przepływu usług opieki zdrowotnej. Obszar ten odsyła do licznych źródeł powiązanych z pojęciem usługi opieki zdrowotnej, kwalifikowaniem usług opieki zdrowotnej jako usług rynku wewnętrznego UE, ograniczeniami swobodnego przepływu usług opieki zdrowotnej oraz transgranicznością jako alternatywą w swobodzie przepływu usług opieki zdrowotnej<sup>16</sup>. Do wykorzystanego dorobku

---

*Fundamental Rights. Ius Gentium: Comparative Perspectives on Law and Justice*, red. D. Giacomo, Dordrecht 2011, s. 125; M. Czermińska, *Jednolity rynek wewnętrzny Unii Europejskiej w XXI wieku – wyzwania i kierunki zmian*, „Studia Ekonomiczne. Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego w Katowicach” Nr 269 (2016), s. 63; P. Szewczyk, *Cztery swobody wspólnego rynku Euroazjatyckiej Unii Gospodarczej*, „Opolskie Studia Administracyjno-Prawne” Nr 14/4 (2016), s. 76; K. Tomaszewski, *Rynek wewnętrzny Unii Europejskiej – szansą i wyzwaniem dla obywateli*, „Studia Europejskie” Nr 2 (2003), s. 109; P. Oliver, W. Roth, *The Internal Market and the Four Freedoms*, „Common Market Law Review” Nr 41 (2004), s. 407; J. Łacny, *Model rynkowego handlu żywnością i artykułami rolno-spożywczymi w dobie zagrożenia epidemicznego w kontekście wymogów wynikających z prawa UE*, „Zeszyty Prawnicze BAS” Nr 67/3 (2020), s. 157; S. Koikkalainen, *Free Movement and EU Citizenship from the Perspective of Intra-European Mobility*, [w:] *Debating European Citizenship*, red. R. Bauböck, Cham 2019, s. 121–124; M. De Somer, *Qualitatively Charting Precedents*, [w:] *Precedents and Judicial Politics in EU Immigration Law. European Administrative Governance*, Cham 2019, 195, 210, 251–277; C. Barnard, *The Substantive Law of the EU. The Four Freedoms*, Oxford 2019, ss. 744; C. Barnard, S. Peers (red.), *European Union Law*, Oxford 2020, ss. 1032; N. Shuibhne, *The Coherence of EU Free Movement Law. Constitutional Responsibility and the Court of Justice*, Oxford 2013, ss. 302; M-L. Öberg, *The Boundaries of the EU Internal Market. Participation without Membership*, Cambridge 2020, ss. 332; F. Amtenbrink, G. Davies, D. Kochenov, J. Lindeboom (red.), *The Internal Market and the Future of European Integration. Essays in Honour of Laurence W. Gormley*, Cambridge 2019, ss. 854; F. Weiss, C. Kaupa, *European Union Internal Market Law*, Cambridge 2014, ss. 360; P. Syrpis (red.), *The Judiciary, the Legislature and the EU Internal Market*, Cambridge 2012, ss. 386; A. Zawadzka-Łojek, A. Łazowski (red.), *Instytucje i Porządek prawny. Prawo materialne*, Warszawa 2017, ss. 626; R. Grzeszczak, A. Zawadzka-Łojek (red.), *Prawo materialne Unii Europejskiej*, Warszawa 2015, ss. 434; J. Barcz, *Prawo gospodarcze Unii Europejskiej*, Warszawa 2011, ss. 1208; E. Skibińska, *Prawo Unii Europejskiej. Orzecznictwo*, Warszawa 2014, ss. 746; J. Barcik, A. Wentkowska, *Prawo Unii Europejskiej*, Warszawa 2014, ss. 600; D. Miąsik, N. Póltorak, A. Wróbel (red.), *Traktat o funkcjonowaniu Unii Europejskiej. Komentarz. T. I*, Warszawa 2012, ss. 1352; K. Kowalik-Bańczyk, M. Szwarc-Kuczer, A. Wróbel (red.), *Traktat o funkcjonowaniu Unii Europejskiej. Komentarz. T. II*, Warszawa 2012, ss. 1692; D. Kornobis-Romanowska, J. Łacny, A. Wróbel (red.), *Traktat o funkcjonowaniu Unii Europejskiej. Komentarz. T. III*, Warszawa 2012, ss. 1240; P. Mavroidis, *The Regulation of International Trade, Volume 3: The General Agreement on Trade in Services*, Massachuset 2020, s. 87; C. Barnard, *Free Movement of Legal Persons and the Provision of Services*, [w:] *European Union...*, s. 443; G. Moens, J. Trone, *Commercial Law of the European Union. Ius Gentium: Comparative Perspectives on Law and Justice*, Dordrecht 2010, s. 100; M. Wiberg, *The EU Services Directive: Law or Simply Policy?. Legal Issues of Services of General Interest*, Haga 2014, s. 20; J. van de Gronden, *Free Movement of Services and the Right of Establishment: Does EU Internal Market Law Transform the Provision of SSGI?*, [w:] *Social Services of General Interest...*, s. 125; N. Foster, *Blackstone's EU Treaties and Legislation 2020–2021*, Oxford 2020, s. 312; N. Foster, *Blackstone's EU Treaties and Legislation 2019–2020*, Oxford 2019, s. 377.

<sup>16</sup> W. Gekiere, R. Baeten, W. Palm, *Free Movement of Services in the EU and Health Care*, [w:] *Health Systems Governance in Europe. The Role of European Union Law and Policy*, red. E. Mossialos, G. Permanand, R. Baeten, T. Hervey, Cambridge 2010, s. 506–508; J. Maliszewska-Nienartowicz, *Rozwój zasady proporcjonalności w europejskim prawie wspólnotowym*, „Studia Europejskie” Nr 1 (2006), s. 59–82; N. Emiliou, *The Principle of Proportionality in European Law: A Comparative Study*, Londyn 1966, ss. 320; G. de Búrca, *Proportionality and Subsidiarity as General Principles of Law*, [w:] *General Principles of European Community Law, Reports from the Conference in Malmo 27–28 August 1999*, red. U. Bernitz, J. Nergelius, Haga-Boston 2000, s. 95, cyt. za J. Maliszewska-Nienartowicz, *Rozwój zasady proporcjonalności...*, s. 60; J. Długosz, *The Principle of Proportionality in European Union Law as a Prerequisite for Penalization*, „Adam Mickiewicz University Law Review” Nr 7 (2017), s. 283–300; F. Jacobs, *Recent Developments in the Principle of Proportionality in European Community Law*, [w:] *The Principle of Proportionality in the Laws of Europe*, red. E. Ellis, Oxford–Portland Oregon 1999, s. 1–23; T. Tridimas, *The Principle of Proportionality*, [w:] *Oxford Principles of European Union*

zaliczyć trzeba także pozycje połączone tematycznie z prawami pacjentów w transgranicznej opiece zdrowotnej, gdzie zajęto się celem ich określania, obowiązkami Państw Członkowskich Unii Europejskiej oraz telemedycyną jako przedmiotem transgranicznej opieki zdrowotnej<sup>17</sup>. Dotychczas przywołane materiały dały impuls do zbadania problematyki usług telemedycznych w transgranicznej opiece zdrowotnej. Umożliwiło to przeprowadzenie analizy związanej z określeniem znaczenia usług telemedycznych oraz kwalifikowaniem ich jako usług rynku wewnętrznego UE. Przedstawiony zakres dorobku doktryny stanowi na tyle solidną bazę materiałów, że możliwe powinno okazać się dokonanie analizy warunków, zasad oraz interpretacji prawa w kontekście transgranicznego świadczenia usług opieki zdrowotnej w UE. Bezpośrednio będzie to także prowadzić do wykazania, czy możliwa jest kwalifikacja usług telemedycznych jako usług w rozumieniu prawa UE.

Do uwzględnionych źródeł należy zaliczyć dorobek doktryny odnoszący się do problemów realizacji prawa do zdrowia i funkcjonowania transgranicznej opieki zdrowotnej w UE podczas epidemii COVID-19. W skład tego obszaru wchodzi odwołania do pozycji w zakresie jej ogólnej charakterystyki, co zawiera w sobie powiązania tematyczne z najważniejszymi wydarzeniami z nią związanymi, danymi statystycznymi na temat epidemii COVID-19 oraz problematyką szczepień przeciwko COVID-19<sup>18</sup>. Następnie można wskazać

---

*Law: The European Union Legal Order*, red. R. Schütze, T. Tridimas, Oxford 2018, s. 243–265; S. Planzer, *Empirical Views on European Gambling Law and Addiction. Studies in European Economic Law and Regulation*, Cham 2014, s. 233–244; M. Ostrowska, *Information Duties Stemming from the Insurance Distribution Directive as an Example of Faulty Application of the Principle of Proportionality*, [w:] *Insurance Distribution Directive. AIDA Europe Research Series on Insurance Law and Regulation*, red. P. Marano, K. Noussia, Cham 2021, s. 33–35; A. Young, P. Birkinshaw, V. Mitsilegas, T. Christou, *Europe's Gift to the United Kingdom's Unwritten Constitution – Juridification*, [w:] *National Constitutions in European and Global Governance: Democracy, Rights, the Rule of Law*, red. A. Albi, S. Bardutzky, Haga 2019, s. 117–119; H. Krunke, T. Baumbach, *The Role of the Danish Constitution in European and Transnational Governance*, [w:] *National Constitutions...*, s. 296; S. Golec, *Zasada proporcjonalności jako podstawa rozstrzygnięcia sadu administracyjnego w sprawach podatkowych*, Białystok 2018, s. 162–163.

<sup>17</sup> T. Hervey, J. McHale, *European Union Health Law. Themes and Implications*, Cambridge 2015, s. 184–211; D. Goscinska, *Transposition of the Patients' Rights Directive 2011/24/EU: A Discourse Analysis in Germany, Poland and Austria*, Berlin 2014, s. 1–40; T. McLean, *Jurisdiction 101 for Medical Tourism Purchases Made in Europe*, [w:] *The Globalization of Health Care. Legal and Ethical Issues*, red. I. Cohen, Oxford 2013, s. 35–40; H. Meyer, *Current Legislation on Cross-Border Health Care in the European Union*, [w:] *The Globalization of Health Care...*, s. 83–103; F. Forni, *Free Movement of „Needy” Citizens After the Binding Charter. Solidarity for All?*, [w:] *The EU Charter of Fundamental Rights: From Declaration to Binding Instrument*, red. G. Federico, Dordrecht 2011, s. 142–143; T. Hervey, J. McHale, *Article 35 – The Right to Health Care*, [w:] *The EU Charter of Fundamental Rights: A Commentary*, red. S. Peers, T. Hervey, J. Kenner, A. Ward, Portland 2014, s. 951–969; J. McHale, *Health Care, the United Kingdom and the Draft Patients' Rights Directive: One Small Step for Patient Mobility but a Huge Leap for a Reformed NHS?*, [w:] *Health Care...*, s. 259; G. Uścińska, *Zabezpieczenie społeczne osób korzystających z prawa do przemieszczania się w Unii Europejskiej*, Warszawa 2013, s. 307–346; A. Nowak, *Telemedycyna transgraniczna – problematyka prawa właściwego dla przypadków odpowiedzialności cywilnej podmiotów medycznych na gruncie prawodawstwa unijnego*, „Prawo Mediów Elektronicznych” Nr 1 (2018), s. 36–44.

<sup>18</sup> T. Akkoc, *COVID-19 and Mesenchymal Stem Cell Treatment; Mystery or Not*, [w:] *Cell Biology and Translational Medicine*, red. K. Turksen, Cham 2020, s. 169; S. Li, N. Ito, *“Nothing Can Stop Me!” Perceived Risk and Travel Intention Amid the COVID-19 Pandemic: A Comparative Study of Wuhan and Sapporo*, [w:]

na źródła odnoszące się do zagadnienia prawa wobec epidemii COVID-19, gdzie dokonano analizy prawa jako instrumentu walki z tym zagrożeniem, środków prawnych przeciwko COVID-19 w wybranych Państwach Członkowskich UE oraz wykonywania uprawnień jednostki w czasie epidemii<sup>19</sup>. W tej części opracowania skorzystano także z możliwości, jakie

---

*Information and Communication Technologies in Tourism 2021*, red. W. Wörndl, C. Koo, J. Stienmetz, Cham 2021, s. 490–491; M. Bonotti, S. Zech, *Recovering Civility during COVID-19*, Singapore 2021, s. 1; S. Fong, N. Dey, J. Chaki, *Artificial Intelligence for Coronavirus Outbreak*, Singapore 2021, s. 10; H. Yuan, *Herding Effect in China's A Share Stock Market under COVID-19 Pandemic*, “7<sup>th</sup> International Conference on E Business and Applications ICEBA 2021” Nr (2021), s. 70–76; S. Cowan, N. Mark, J. Reich, *COVID-19 Vaccine Hesitancy Is the New Terrain for Political Division among Americans*, “Socius” Nr 7 (2021), s. 1–3; A. Gaia, *Covid-19 Virus Diffusion in Italy: Data Quality and Methodological Challenges*, “Rassegna Italiana di Sociologia” Nr 62/1 (2021), s. 11–38; W. Rafajłowicz, *Learning Novelty Detection Outside a Class of Random Curves with Application to COVID-19 Growth*, “Journal of Artificial Intelligence and Soft Computing Research” Nr 11/3 (2021), s. 195–215; H. Tran, *Political Elite Behavior Effectiveness in Combating the Covid-19 Pandemic: A Case Study of Vietnam*, “Journal of Eastern European and Central Asian Research” Nr 8/2 (2021), s. 280–292; G. Dash, D. Chakraborty, *Transition to E-learning : By Choice or by Force – a Cross – Cultural and Trans-national Assessment*, “Prabandhan: Indian Journal of Management” Nr 14/3 (2021), s. 8–23; W. Alhashemi, D. Zageer, H. Risan, *Estimation the Efficiency of Sunlight UV on Inactivation COVID-19 Virus*, “Egyptian Journal of Chemistry” Nr 64/7 (2021), s. 3225–3234; D. Pawar, W. Patil, D. Raut, *Fractional-Order Mathematical Model for Analysing Impact of Quarantine on Transmission of COVID-19 in India*, “Mathematical Modeling and Computing” Nr 8/2 (2021), s. 253–266; S. Sawant; A. Nair; S. Sultana, A. Rajendran, K. Madathil, *Evaluation of the Content Quality of YouTube Videos on Alternate Therapies for Prevention or Treatment of COVID-19*, “Journal of Consumer Health on the Internet” Nr 25/2 (2021), s. 133–155; Q. Do, N. Mishra, N. Wulandhari, A. Ramudhin, U. Sivarajah, G. Milligan, *Supply Chain Agility Responding to Unprecedented Changes: Empirical Evidence from the UK Food Supply Chain During COVID-19 Crisis*, “Supply Chain Management” Nr 26/6 (2021), s. 737–752; X. Liu, X. Fu, C. Hua, Z. Li, *Crisis Information, Communication Strategies and Customer Complaint Behaviours: the Case of COVID-19*, “Tourism Review” Nr 76/4 (2021), s. 962–983; H. Wang; J. Gan, J. Chen, Z. Ouyang, *Automatic Detecting for COVID-19-Related Rumors dData on Internet*, “9<sup>th</sup> International Conference on Communications and Broadband Networking ICCBN 2021” (2021), s. 22–26; M. Young, J. Himmelmreich, D. Honcharov, S. Soundarajan, *The Right Tool for the Job? Assessing the Use of Artificial Intelligence for Identifying Administrative Errors*, “22<sup>nd</sup> Annual International Conference on Digital Government Research: Digital Innovations for Public Values: Inclusive Collaboration and Community DGO 2021” (2021), s. 15–26; K. Radzińska, *Pandemia COVID-19 implikacje dla polskiego rynku pracy*, „Zeszyty Naukowe Wydziału Nauk Ekonomicznych” Nr 1/24 (2020), s. 113–126; K. Niemczyk, A. Jasińska, P. Krawczyk, M. Bilińska, *COVID-19 – aktualne dane kliniczne i przegląd zaleceń dla lekarzy otorynolaryngologów i stomatologów*, „Polski Przegląd Otorynolaryngologiczny” Nr 9 (2020), s. 19–27; K. Stojczew, *Ocena wpływu pandemii COVID-19 na sytuację w branży motoryzacyjnej w Polsce*, “Studies of the Industrial Geography Commission of the Polish Geographical Society” Nr 35/2 (2021), s. 64–84; A. Partyk, *Epidemia (COVID-19) a tok postępowań cywilnych i sądowoadministracyjnych*, „Przegląd Prawa Publicznego” Nr 5 (2020), s. 42–52; J. Kruczalak-Jankowska, *Czy postępowanie o zatwierdzenie układu może być efektywnym narzędziem restrukturyzacji w czasach pandemii COVID-19?*, „Przegląd Prawa Handlowego” Nr 6 (2020), s. 13–17.

<sup>19</sup> M. Wielec, *Wartości – analiza z perspektywy osobliwości postępowania karnego*, Lublin 2017, s. 93–94; J. Radzińska, *Solidarność: definicja i konteksty*, „Etyka” Nr 48 (2014), s. 58–68; D. Bunikowski, *Wartości w Unii Europejskiej*, „Ruch Filozoficzny” Nr 70/4 (2013), s. 757–765; P. Hilpold, *Understanding Solidarity within EU Law: An Analysis of the ‘Islands of Solidarity’ with Particular Regard to Monetary Union*, “Yearbook of European Law” Nr 34/1 (2015), s. 257–285; E. Küçük, *Solidarity in EU Law: an Elusive Political Statement or a Legal Principle with Substance?*, [w:] *Solidarity in EU Law Legal. Principle in the Making*, red. A. Biondi, E. Dagilytė, E. Küçük, Cheltenham 2018, s. 38–60; I. Attané, Y. Chuang, A. Santos, S. Wang, *Troubled Belongingness: Chinese Immigrants and their Descendants in the Faced of the Covid-19 Epidemic in France*, “Critique Internationale” Nr 91/2 (2021), s. 137–159; C. Fabiani, S. Longo, A. Pisello, M. Cellura, *Sustainable Production and Consumption in Remote Working Conditions Due to COVID-19 Lockdown in Italy: An Environmental and User Acceptance Investigation*, “Sustainable Production and Consumption” Nr 28 (2021), s.1757–1771; E-J. Diez-Gutiérrez, K. Espinoza, *Educational Policies During the Lockdown: Measures in Spain after Covid-19*, “Center for Educational Policy Studies Journal” Nr 11 (2021), s. 1–24; M. Pfeiffer-Ruiz, V. Schroder, *COVID-19 Vaccination Strategy in Germany*, “Clinical Social Work And Health Intervention” Nr 12/3 (2021), s. 46–49; J. Landmesser, *The Use of the Dynamic Time Warping (DTW) Method to Describe the COVID-19 Dynamics in*

daje dorobek naukowy korelujący z prawem do zdrowia i transgraniczną opieką zdrowotną w realiach epidemii COVID-19, co powinno zaowocować wartościowymi ustaleniami związanymi zarówno z prawem do zdrowia oraz transgraniczną opieką zdrowotną w tych trudnych warunkach, jak i przeciwdziałaniem przez UE negatywnemu wpływowi COVID-19 na funkcjonowanie transgranicznej opieki zdrowotnej<sup>20</sup>. Ilość oraz jakość wykorzystanych źródeł powinna w ramach poddanego analizie zagadnienia naukowego doprowadzić z jednej strony do przedstawienia problemów realizacji prawa do zdrowia oraz funkcjonowania transgranicznej opieki zdrowotnej w UE podczas epidemii COVID-19 w kontekście możliwości transgranicznego świadczenia usług telemedycznych w UE, a z drugiej do przedstawienia konkretnych propozycji ich rozwiązania.

Ponadto za ważne z punktu widzenia niniejszej pracy należy uznać te źródła, które dotyczą płaszczyzny cyberprzestępstw telemedycznych jako zagrożenia dla realizacji prawa do zdrowia w telemedycynie. Mowa tutaj o wszystkich tych pozycjach, które umożliwiły dokonanie teoretycznej charakterystyki cyberprzestępczości telemedycznej, a więc były podstawą do analizy związanej z wpływem cyberprzestępczości telemedycznej na prawo do zdrowia, pojęciem cyberprzestępstwa oraz terminem cyberprzestępstwa telemedycznego<sup>21</sup>.

---

*Poland*, "Oeconomia Copernicana" Nr 12/3 (2021), s. 539–556; C. Theoret, X. Ming, *Our Education, our Concerns: The Impact on Medical Student Education of COVID-19*, "Medical Education" Nr 54/7 (2020), s. 591–592; P. Tarkar, *Impact of COVID-19 Pandemic on Education System*, "International Journal of Advanced Science and Technology" Nr 29/9 (2020), s. 3812–3814; S. Rashid, S. Yadav, *Impact of Covid-19 Pandemic on Higher Education and Research*, "Indian Journal of Human Development" Nr 14/2 (2020), s. 340–343; P. Gori, A. Pahladsingh, *Fundamental Rights under Covid-19: an European Perspective on Videoconferencing in Court*, "ERA Forum" Nr 21 (2021), s. 561–577; K. Lipiński, *Modyfikacje terminów przedawnienia karalności przestępstw, przestępstw i wykroczeń skarbowych oraz wykroczeń w związku z epidemią COVID-19*, „Czasopismo Prawa Karnego i Nauk Penalnych” Nr 24/2 (2020), s. 37–47; S. Traczyk, „Zamaskowany” sędzia, czyli o wymiarze sprawiedliwości podczas COVID-19, [w:] *Państwo i prawo w czasach COVID-19*, red. K. Stępnia, Warszawa 2020, s. 132–141; F. Manikowski, *Dochodzenie cywilnoprawnych roszczeń pacjentów w postępowaniach przyspieszonych – uwagi na tle pandemii Covid-19*, „Acta Iuridica Resoviensia” Nr 1/32 (2021), s. 105–122.

<sup>20</sup> K. Byszek, *The Impact of the COVID-19 Pandemic on the Cross-Border Healthcare*, "European Research Studies Journal" Nr 24/3 (2021), s. 747–757; U. Neergaard, *Access to Cross-Border Healthcare for Older Persons in the European Union: The Interplay between EU Law and Swedish Law*, *Written by Martina Axmin*, "European Journal of Health Law" Nr 28/2 (2021), s. 213–217; M. Gołda-Sobczak, *Zasady tworzenia sieci organów krajowych odpowiedzialnych za e-zdrowie w kontekście praw pacjentów w transgranicznej opiece zdrowotnej*, „Medyczna Wokanda” Nr 14 (2020), s. 127–142; J. Sobczak, *Unijna sieć e-zdrowie i zasady jej funkcjonowania*, „Medyczna Wokanda” Nr 14 (2020), s. 7–22.

<sup>21</sup> M. Filar, *Pokrzywdzony (ofiara przestępstwa) w polskim prawie karnym materialnym*, „Czasopismo Prawa Karnego i Nauk Penalnych” Nr 2 (2002), s. 25 cyt. za S. Tarapata, *Przedmiot czynności wykonawczej a przedmiot służący do popełnienia przestępstwa. Uwagi na marginesie uchwały Sądu Najwyższego z 30 października 2008 r. (sygn. akt I KZP 20/08)*, „Czasopismo Prawa Karnego i Nauk Penalnych” Nr 3 (2009), s. 133; E. Frumento, F. Freschi, *How the Evolution of Workforces Influences Cybercrime Strategies: The Example of Healthcare*, [w:] *Combatting Cybercrime and Cyberterrorism. Advanced Sciences and Technologies for Security Applications*, red. B. Akhgar, B. Brewster, Cham 2016, s. 237–258; J. Pollard, S. Kathleen, A. Karimi, M. Ficaglia, *Ethical Considerations in the Design and Implementation of a Telehealth Service Delivery Model*, "Behavior Analysis: Research and Practice" Nr 17/4 (2017), s. 308; R. Luna, E. Rhine, M. Myhra, R. Sullivan, C. Kruse, *Cyber Threats to Health Information Systems: a Systematic Review*, "Technology and Health Care" Nr 24/1 (2016), s. 1–9; F. Basile, F. Amate, *Secure Transmission of Medical Images by SSH Tunneling*, [w:] *HCI*

Dało to sposobność przedstawienia konkretnych rodzajów cyberprzestępstw telemedycznych oraz telemedycznych czynności dowodowych. Całościowo, wykorzystany w tym zakresie

---

*International 2011 – Posters’ Extended Abstracts. HCI 2011*, red. C. Stephanidis, Heidelberg 2011, s. 486–490; M. Wróbel, *Cyberprzestępczość w polskim systemie prawnym*, „Wiedza Obronna” Nr 4 (2014), s. 75; M. Siwicki, *Podział i definicja cyberprzestępstw*, „Prokuratura i Prawo” Nr 7–8 (2012), s. 246–250; J. Wasilewski, *Przestępczość w cyberprzestrzeni – zagadnienia definicyjne*, „Przegląd Bezpieczeństwa Wewnętrznego” Nr 8/15 (2016), s. 149; K. Chałubińska-Jentkiewicz, *Cyberbezpieczeństwo – zagadnienia definicyjne*, „Cybersecurity and Law” Nr 2/2 (2021), s. 15–16; S. Gordon, R. Ford, *On the Definition and Classification of Cybercrime*, „Journal in Computer Virology” Nr 2/1 (2006), s. 13–20; I. Jaroszevska, *Wybrane aspekty przestępczości w cyberprzestrzeni. Studium prawnokarne i kryminologiczne*, Olsztyn 2017, s. 10–13; M. Zbrojewska, V. Mosorov, S. Biedron, T. Panskyi, *Jak definiujemy cyberprzestępstwo?*, „Informatyka, Automatyka, Pomiary w Gospodarce i Ochronie Środowiska” Nr 2 (2016), s. 64–65; A. Golonka, *Cyberprzestępczość – międzynarodowe standardy zwalczania zjawiska a polskie regulacje karne*, „Studia Prawnicze. Rozprawy i Materiały” Nr 18/1 (2016), s. 63–64; E. Gruodytė, M. Bilius, *Investigating Cybercrimes: Theoretical and Practical Issues*, [w:] *Regulating eTechnologies in the European Union*, red. T. Kerikmäe, Cham 2014, s. 217–249; S. Ghosh, *Formidable Challenges Posed by Cybercrimes*, [w:] *Cybercrimes: A Multidisciplinary Analysis*, red. S. Ghosh, E. Turrini, Heidelberg 2011, s. 341–362; H. Saini, Y. Rao, T. Panda, *Cyber-Crimes and their Impacts: A Review*, „International Journal of Engineering Research and Applications” Nr 2/2 (2012), s. 202–209; K. Jaishankar, *Establishing a Theory of Cyber Crimes*, „International Journal of Cyber Criminology” Nr 1/2 (2007), s. 7–9; D. Wall, *What are Cybercrimes?*, „Criminal Justice Matters” nr 58/1 (2004), s. 20–21; N. Kshetri, *The Simple Economics of Cybercrimes*, „IEEE Security & Privacy” Nr 4/1 (2006), s. 33–39; F. Abdullah, *Using Big Data Analytics to Predict and Reduce Cyber Crimes*, „Technology” Nr 10/1 (2019), s. 1540–1546; P. Padmaavathy, *Cyber Crimes: A Threat to The Banking Industry*, „International Journal of Management Research and Reviews” Nr 9/4 (2019), s. 1–9; N. Boukemidja, *Cyber Crimes Against Women: Qualification and Means*, „European Journal of Social Sciences” Nr 1/3 (2018), s. 34–44; S. Lewandowski, H. Machińska, A. Malinowski, J. Petzel, *Logika dla prawników*, Warszawa 2003, s. 61; K. Szymanek, *Sztuka argumentacji. Słownik terminologiczny*, Warszawa 2004, s. 83; E. Nieznański, *Logika*, Warszawa 2011, s. 108–114; D. Wall, *Towards a Conceptualisation of Cloud (Cyber) Crime*, [w:] *Human Aspects of Information Security, Privacy and Trust*, red. T. Tryfonas, Cham 2017, s. 537; B. Hołyst, J. Pomykała, *Cyberprzestępczość, ochrona informacji i kryptologia*, „Prokuratura i Prawo” Nr 1 (2011), s. 17; A. Jibril, M. Kwarteng, F. Nwaiwu, C. Appiah-Nimo, M. Pilik, M. Chovancova, *Online Identity Theft on Consumer Purchase Intention: A Mediating Role of Online Security and Privacy Concern*, [w:] *Responsible Design, Implementation and Use of Information and Communication Technology*, red. M. Hattigh, M. Matthee, H. Smuts, I. Pappas, Y. Dwivedi, M. Mäntymäki, Cham 2020, s. 149; S. Warren, G. Oxburgh, P. Briggs, D. Wall, *How Might Crime-Scripts Be Used to Support the Understanding and Policing of Cloud Crime?*, [w:] *Human Aspects of Information Security...*, s. 541; A. Suchorzewska, *Ochrona prawna systemów informatycznych wobec zagrożenia terroryzmem*, Warszawa 2010, s. 152; J. Clough, *The Council of Europe Convention on Cybercrime: Definingcrime in a Digital World*, „Criminal Law Forum” Nr 23 (2012), s. 363–391; D. Cangemi, *Procedural Law Provisions of the Council of Europe Convention on Cybercrime*, „International Review of Law, Computers & Technology” Nr 18/2 (2004), s. 165–171; A. Weber, *The Council of Europe’s Convention on Cybercrime*, „Berkeley Technology Law Journal” Nr 18/1 (2003), s. 425–446; J. Young, *Surfing while Muslim: Privacy, Freedom of Expression and the Unintended Consequences of Cybercrime Legislation – A Critical Analysis of the Council of Europe Convention on Cybercrime and the Canadian Lawful Access Proposal*, „Yale Journal of Law & Technology” Nr 7 (2004), s. 346–421; P. Csonka, *Internet Crime: The Draft Council Of Europe Convention on Cyber-Crime: A Response to the Challenge of Crime in the Age of the Internet?*, „Computer Law & Security Review” Nr 16/5 (2000), s. 329–330; I. Carr, K. Williams, *Draft Cyber-Crime Convention: Criminalization and The Council of Europe (Draft) Convention on Cyber-Crime*, „Computer Law & Security Review” Nr 18/2 (2002), s. 83–90; A. Moise, *A Few Comments on the Council of Europe Convention on Cybercrime*, „Journal of Law and Administrative Sciences” Nr 2/8 (2017), s. 28–38; A. Jonkisz, *Podział podziałów. Ujęcie metodologiczne*, „Ruch Filozoficzny” Nr 73/2 (2017), s. 95–109; I. Walden, *Harmonising Computer Crime Laws in Europe*, „European Journal of Crime, Criminal Law and Criminal Justice” Nr 12/4 (2004), s. 321–336; N. Katyal, *Criminal Law in Cyberspace*, „University of Pennsylvania Law Review” Nr 149/4 (2001), s. 1003–1114; E. Simon, *Cyberporn and Censorship: Constitutional Barriers to Preventing Access to Internet Pornography by Minors*, „The Journal of Criminal Law and Criminology” Nr 88/3 (1998), s. 1015–1048; M. Nuth, *Taking Advantage of New Technologies: For and Against Crime Computer Law and Security Report*, „Computer Law & Security Review” Nr 24 (2008), s. 437–446; S. Waltoś, P. Hofmański, *Proces karny. Zarys systemu*, Warszawa 2015, s. 357; J. Staszko, *Zastrzeżenie do umowy międzynarodowej*, „Państwo i Społeczeństwo” Nr 4/1 (2004), s. 129–138; K. Wójtowicz, *Bezpośredni skutek przepisów prawa wspólnotowego w porządku prawnym RP*, „Kwartalnik Prawa Publicznego” Nr 4/2 (2004), s. 43–70.

dorobek naukowy powinien doprowadzić do ustalenia rozwiązań niwelujących zjawisko cyberprzestępczości telemedycznej stanowiącej zagrożenie dla realizacji prawa do zdrowia w telemedycynie. Głównie mowa tutaj o wskazaniu sposobów reakcji przed popełnieniem cyberprzestępstwa telemedycznego i po nim, które będą zmierzać do ochrony i wzmocnienia realizacji przez telemedycynę prawa do zdrowia.

Łącznie całe spektrum wykorzystanego w niniejszej rozprawie doktorskiej dorobku doktryny powinno umożliwić osiągnięcie głównego celu opracowania oraz rozstrzygnięcie zasadniczego dylematu naukowego w nim poruszanego.



# Rozdział I. Nowoczesne technologie w medycynie

## 1. Wstęp

Niniejszy rozdział ma na celu dokonanie semantycznego przybliżenia terminologii stosowanej w kontekście wykorzystania nowoczesnych technologii do praktycznego użytku w medycynie. W pierwszej kolejności, poza koniecznymi elementami sprawozdawczymi, zostanie przedstawiony głos w dyskusji z doktryną oraz wybranymi organizacjami międzynarodowymi bądź pozarządowymi poprzez zaproponowanie autorskiej systematyki zastosowania nowoczesnych technologii do użytku praktycznego w medycynie. Pod rozwagę zostaną poddane zakresy przedmiotowe takich pojęć jak cyfrowa medycyna, e-Zdrowie, m-Zdrowie, telezdrowie, zdrowie sensoryczne oraz informatyka medyczna. W tym kontekście podstawowym celem analitycznym będzie wskazanie możliwie precyzyjnych zakresów przedmiotowych, a następnie określenie ich wewnętrznej korelacji. Za pomocą powyższego zbudowany zostanie fundament dla dalszych, bardziej zaawansowanych rozważań naukowych. W związku z tym w dalszej kolejności zostanie przedstawione zagadnienie certyfikacji rozwiązań cyfrowej medycyny, mające znaczenie zarówno dla teorii, jak i praktyki prawa, w szczególności w kontekście systematyki zastosowania nowoczesnych technologii do użytku praktycznego w sektorze zdrowia. Zostanie zaproponowany system certyfikacji w postaci kwalifikacji jako wyrobu medycznego. Następnie zostanie dokonana wykładnia definicji wyrobu medycznego na kanwie prawa unijnego i poddana pod rozwagę możliwość kwalifikacji rozwiązań cyfrowej medycyny jako wyrobu medycznego.

Wszystkie te refleksje umożliwią przejście do twórczej analizy pojęcia telemedycyny, stanowiącego główną oś badawczą niniejszej dysertacji naukowej. W ramach przedmiotowych rozważań przedstawiony zostanie szereg definicji telemedycyny występujących w literaturze oraz dokumentach organizacji międzynarodowych bądź pozarządowych. W zamierzeniu zabieg ten stworzy podstawy do wyinterpretowania istoty telemedycyny oraz jej najważniejszych elementów konstrukcyjnych. Logiczną tego konsekwencją będzie również zaprezentowanie obecnych oraz możliwych do przewidzenia w przyszłości korzyści, ale i zagrożeń związanych z telemedycyną.

Rozdział zakończy się zwięzłym podsumowaniem zawierającym autorskie spostrzeżenia dotyczące zagadnień w nim poruszanych i kładącym nacisk na doniosłe normatywnie przeznaczenie telemedycyny jako nowego gwaranta prawa do ochrony zdrowia oraz nowoczesnego narzędzia wykonawczego prawa do świadczeń zdrowotnych.

## 2. Systematyka zastosowania nowoczesnych technologii do użytku praktycznego w medycynie

### 2.1. Cyfrowa medycyna

Ze względu na intencję właściwego podejścia metodologicznego oraz logicznego, charakterystycznego dla działalności analitycznej, na początku wypada zaprezentować pojęcie ogólne związane z wykorzystaniem nowoczesnych technologii do użytku praktycznego w medycynie<sup>22</sup>. Mowa tutaj o zdekodowaniu terminu stanowiącego fundament dla dalszych, bardziej zaawansowanych rozważań teoretycznych. Poszukiwane określenie będzie stanowiło swoistą matrycę dla innych węższych przedmiotowo pojęć dotyczących konkretnych wycinków zastosowania innowacyjnych technologii w medycynie. Zdaje się, że za pojęcie spełniające powyższe kryteria można uznać cyfrową medycynę. Dzieje się tak dlatego, że w literaturze podkreśla się, iż termin ten stanowi ogólny synonim digitalizacji tradycyjnie rozumianego systemu ochrony zdrowia<sup>23</sup>. Oznacza to, że wszelkie przejawy zastosowania nowoczesnych technologii do użytku praktycznego w medycynie wpisują się semantycznie w to przedmiotowe określenie. Implikuje to stanowisko, zgodnie z którym cyfrowa medycyna zawiera w sobie również pojęcie e-zdrowia, a dodatkowo całość infrastruktury technicznej, w tym subsydiarnie wspierające ją dziedziny, takie jak wielkie zbiory danych<sup>24</sup>, technologie nimi zarządzające<sup>25</sup> czy algorytmy sztucznej inteligencji<sup>26</sup>. Powyższe prowadzi zatem do

---

<sup>22</sup> Inspiracją dla autorskiej systematyki zastosowania nowoczesnych technologii do użytku praktycznego w medycynie była praca R. Görlitz, T. Kaltenbach, S. Herzig, *Impact of Digital Health on the Pharmaceutical Industry. Will Business Models be Reshaped by Digital Health?*, Paryż 2013, s. 4.

<sup>23</sup> D. Lupton, *The Digitally Engaged Patient: Self-monitoring and Self-care in the Digital Health Era*, "Social Theory & Health" Nr 11/3 (2013), s. 257; E. Elenko, L. Underwood, D. Zohar, *Defining Digital Medicine*, "Nature Biotechnology" Nr 33/5 (2015), s. 456–461; A. André, *The Information Technology Revolution in Health Care*, [w:] *Digital Medicine*, red. A. André, Cham 2019, s. 4.

<sup>24</sup> C. Austin, F. Kusumoto, *The Application of Big Data in Medicine: Current Implications and Future Directions*, "Journal of Interventional Cardiac Electrophysiology" Nr 47/1 (2016), s. 51–52; J. Greene, A. Lea, *Digital Futures Past – The Long Arc of Big Data in Medicine*, "The New England Journal of Medicine" Nr 381/5 (2019), s. 480–485.

<sup>25</sup> E. Nash, D. Gilroy, W. Srikusalanukul, W. Abhayaratna, T. Stanton, G. Mitchell, M. Stowasser, J. Sharman, *Facebook Advertising for Participant Recruitment into a Blood Pressure Clinical Trial*, "Journal of Hypertension" Nr 35/12 (2017), s. 2527–2531; B. Ince, P. Cuijpers, E. Hof, H. Riper, *Reaching and Recruiting Turkish Migrants for a Clinical Trial Through Facebook: A Process Evaluation*, "Internet Interventions" Nr 1 (2014), s. 74–83; D. Ramo, T. Rodriguez, K. Chavez, M. Sommer, J. Prochaska, *Facebook Recruitment of Young Adult Smokers for a Cessation Trial: Methods, Metrics, and Lessons Learned*, "Internet Interventions" Nr 1 (2014), s. 58–64.

<sup>26</sup> C. Hamilton, *Charting the Future of Digital Health Systems in the WHO European Region*, "Eurohealth" Nr 25/2 (2019), s. 3; A. Ramesh, C. Kambhampati, J. Monson, P. Drew, *Artificial Intelligence in Medicine*, "Annals of the Royal College of Surgeons of England" Nr 86/5 (2004), s. 334; V. Buch, I. Ahmed, M. Maruthappu, *Artificial Intelligence in Medicine: Current Trends and Future Possibilities*, "British Journal of General Practice" Nr 68/668 (2018), s. 143. W kontekście tematyki sztucznej inteligencji warto wspomnieć o inicjatywie

konstatacji, że cyfrowa medycyna obejmuje szeroką różnorodność usług, a przedstawienie pełnego ich katalogu zamkniętego w chwili obecnej okazuje się już niemożliwe, z kolei katalogu otwartego – niezwykle trudne. Zarówno w pierwszym, jak i w drugim przypadku jest to uzasadnione faktem stale nasilającego się postępu technicznego, technologicznego oraz cywilizacyjnego, co implikuje awangardowe możliwości medycyny<sup>27</sup>, gdzie jakkolwiek katalog form zastosowania nowoczesnych technologii do użytku praktycznego musi być stale aktualizowany oraz poddawany ciągłym zmianom. To ostatnie prowadzi do wniosku o braku zasadności podejmowania działań zmierzających do jego określenia. Niemniej jednak można przykładowo wskazać, że w cyfrową medycynę wpisuje się wykorzystanie zaawansowanych oraz zdigitalizowanych systemów informacji o zdrowiu, przenośnych urządzeń cyfrowych bądź bioczuJNIków<sup>28</sup>, aplikacji zdrowotnych dla pacjentów, przeprowadzanie konsultacji medycznych za pomocą narzędzi znajdujących się w cyberprzestrzeni<sup>29</sup> bądź tworzenie elektronicznych baz danych medycznych<sup>30</sup>. Cyfrowa medycyna przedstawia zatem proces adaptacji sztuki lekarskiej oraz nauk medycznych do realiów technologii informacyjnych i komunikacyjnych, a jej głównym celem jest implementacja oraz wykorzystanie zaawansowanych technologii w zamiarze zapewnienia i skalowania systemu opieki zdrowotnej dla ogółu zainteresowanych podmiotów. Zasadniczo odnosi się to do technologii dostarczającej usługi medyczne nie tylko pacjentom, ale także konsumentom, która dodatkowo pomaga zarządzać im swoimi danymi medycznymi. Reasumując, zważywszy na wszystkie powyżej

---

podejmowanej przez Unię Europejską, a dotyczącej wydania rozporządzenia o sztucznej inteligencji. Zob. Wniosek Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady, ustanawiające zharmonizowane przepisy dotyczące sztucznej inteligencji (akt w sprawie sztucznej inteligencji) i zmieniające niektóre akty ustawodawcze Unii (COM/2021/206 final).

<sup>27</sup> Co wywiera także wpływ na kształt ram prawnych zastosowania nowoczesnych technologii medycznych do użytku praktycznego: G. Bache, M. Flear, T. Hervey, *The Defining Features of the European Union's Approach to Regulating New Health Technologies*, [w:] *European Law and New Health Technologies*, red. M. Flear, A-M. Farrell, T. Hervey, T. Murphy, Oxford 2013, s. 7–46; M. Tallacchini, *Medical Technologies and EU Law: The Evolution of Regulatory Approaches and Governance*, [w:] *New Technologies and EU Law*, red. M. Cremona, Oxford 2017, s. 9–38.

<sup>28</sup> Ich celem przykładowo jest stały monitoring samopoczucia bądź funkcji fizycznych pacjenta. Zagadnienie to porusza kwestię analizy dopuszczalności kwalifikacji sensorów, aplikacji i oprogramowania związanego z cyfrową medycyną jako wyrobów medycznych: Zob. Wyrok Trybunału Sprawiedliwości Unii Europejskiej z dnia 22 listopada 2012 roku w sprawie C–219/11 w postępowaniu Brain Products GmbH przeciwko BioSemi VOF, Antonius Pieter Kuiper, Robert Jan Gerard Honsbeek, Alexander Coenraad Metting van Rijn (ECLI:EU:C:2012:742).

<sup>29</sup> Wypada zauważyć, że Polska jest jednym z nielicznych krajów, w którym przyjęto definicję legalną cyberprzestrzeni. Znajduje się ona w ustawie z dnia 29 sierpnia 2002 roku o stanie wojennym oraz o kompetencjach Naczelnego Dowódcy Sił Zbrojnych i zasadach jego podległości konstytucyjnym organom Rzeczypospolitej Polskiej (t.j. Dz.U. z 2017 r. poz. 1932): „Przez cyberprzestrzeń, o której mowa w ust.1, rozumie się przestrzeń przetwarzania i wymiany informacji tworzoną przez systemy teleinformatyczne, określone w art. 3 pkt 3 ustawy z dnia 17 lutego 2005 roku o informatyzacji działalności podmiotów realizujących zadania publiczne (Dz.U. z 2017 r. poz. 570), wraz z powiazaniami pomiędzy nimi oraz relacjami z użytkownikami”.

<sup>30</sup> D. Lupton, *The digitally...*, s. 257.

poruszone zagadnienia, należy postulować *de lege ferenda*, aby pojęcie cyfrowej medycyny było utożsamiane z wszelkimi przejawami zastosowania nowoczesnych technologii do użytku praktycznego w medycynie wraz z dziedzinami wspierającymi jej funkcjonowanie. Uprawniony wydaje się nawet wniosek, że cyfrowa medycyna w tym ujęciu będzie stanowić lustrzane odbicie tej tradycyjnie rozumianej z koniecznym elementem cyfrowym.

## 2.2. e-Zdrowie

Pojęciem posiadającym niewiele węższy zakres przedmiotowy w stosunku do cyfrowej medycyny jest e-Zdrowie<sup>31</sup>. Oznacza ono usługi medyczne wspierane za pomocą technologii informacyjnych i komunikacyjnych. Celem tego rodzaju rozwiązań jest zwiększenie jakości, bezpieczeństwa oraz dostępności dostarczanych usług medycznych z wykorzystaniem nowoczesnych technologii do użytku praktycznego<sup>32</sup>.

W literaturze prezentowanych jest wiele propozycji semantycznych terminu e-Zdrowie<sup>33</sup>. Zauważa się, że przedmiotowe pojęcie ma charakter ogólny i obejmuje swoim zakresem usługi opieki zdrowotnej świadczone za pośrednictwem technologii informacyjnych i komunikacyjnych, takie jak Elektroniczna Dokumentacja Medyczna, systemy informacji zdrowotnej, usługi zdalnego monitorowania i konsultacji czy narzędzia do samozarządzania i analizy danych zdrowotnych<sup>34</sup>. W niektórych propozycjach podkreśla się, że e-Zdrowie oznacza elektroniczną opiekę zdrowotną, wykorzystanie nowoczesnych technologii przez

---

<sup>31</sup> Na szczególną uwagę zasługują polskie pozycje bibliograficzne, przykładowo: *Telemedycyna i e-Zdrowie. Prawo i informatyka*, red. I. Lipowicz, M. Świerczyński, G. Szpor, Warszawa 2019; K. Frączkowski, *Program e-Zdrowie wspomagający świadczenie usług medycznych-telemedycyna*, „Acta Bio-Optica et Informatica Medica. Inżynieria Biomedyczna” Nr 11/3–4 (2005), s. 54–58; K. Batko, *Wykorzystanie technologii informacyjno-komunikacyjnych w transformacji organizacji z sektora ochrony zdrowia – koncepcja e-zdrowie*, „Studia Ekonomiczne” Nr 100 (2012), s. 95–113; M. Bujnowska-Fedak, M. Tomczak, *Innowacyjne aplikacje telemedyczne i usługi e-zdrowia w opiece nad pacjentami w starszym wieku*, „Zdrowie Publiczne i Zarządzanie” Nr 11/4 (2013), s. 302–317; M. Czerwińska, *Postawy wobec e-zdrowia i opinie na jego temat w grupie studentów kierunku zdrowie publiczne*, „Roczniki Kolegium Analiz Ekonomicznych” Nr 29 (2013), s. 539–551; J. Janyszek, K. Frączkowski, *Wirtualna sieć komputerowa e-Zdrowie dla szpitali wrocławskich i regionu dolnośląskiego*, „Acta Bio-Optica et Informatica Medica. Inżynieria Biomedyczna” Nr 12/1 (2006), s. 60–63; M. Furmankiewicz, A. Sołtysik-Piorunkiewicz, P. Ziuziański, *Systemy mobilne w e-zdrowiu*, „Studia Ekonomiczne” Nr 308 (2016), s. 46–61.

<sup>32</sup> N. Terry, *Structural and legal implications of e-health*, „Journal of Health Law” Nr 33/4 (2000), s. 605–607; M. Mars, R. Scott, *Global e-health policy: a work in progress*, „Health Affairs” Nr 29/2 (2010), s. 237–243; C. de Pietro, I. Francetic, *E-health in Switzerland: The Laborious Adoption of the Federal Law on Electronic Health Records (EHR) and Health Information Exchange (HIE) Networks*, „Health Policy” Nr 122/2 (2018), s. 69–74.

<sup>33</sup> H. Oh, C. Rizo, M. Enkin, A. Jadad, *What is eHealth? A Systematic Review of Published Definitions*, „World Hospitals and Health Services: the Official Journal of the International Hospital Federation” Nr 41 (2005), s. 34–35.

<sup>34</sup> F. Barbabella, M. Melchiorre, S. Quattrini, R. Papa, G. Lamura, *How Can eHealth Improve Care for People with Multimorbidity in Europe?*, Berlin 2017, s. 7.

społeczeństwo, pracowników służby zdrowia i inne osoby, aby uzyskać dostęp do informacji, usług i wsparcia w zakresie zdrowia i stylu życia, korzystanie z sieci teleinformatycznych w celu poprawy zdrowia pacjenta albo zbieżność między cyberprzestrzenią a branżą opieki zdrowotnej, co zapewnia konsumentom szeroką gamę informacji związanych z opieką zdrowotną<sup>35</sup>. Z kolei Światowa Organizacja Zdrowia definiuje e-Zdrowie jako wykorzystanie technologii informacyjnych i komunikacyjnych dla zdrowia, co stwarza możliwość rozwoju zdrowia publicznego poprzez poprawę równości, solidarności, jakości życia i opieki<sup>36</sup>. Unia Europejska (dalej: UE) zauważa zaś, że e-Zdrowie to połączenie nowoczesnych technologii z celami tradycyjnej medycyny, co niesie ze sobą możliwe do wystąpienia korzyści dla podmiotów zainteresowanych, w tym pacjentów, pracowników sektora opieki medycznej, instytucji zdrowotnych oraz władzy publicznej<sup>37</sup>.

Powyżej zaprezentowane różne znaczenia terminologiczne pojęcia e-Zdrowie prowadzi do wniosku, że z uwagi na brak definicji legalnej tego określenia występuje wiele propozycji semantycznych<sup>38</sup>, co niestety nie sprzyja postulatowi przejrzystości analizowanego zagadnienia, tym bardziej że zdefiniowano już powyżej pojęcie cyfrowej medycyny. W przeciwieństwie do niej E- Zdrowie nie powinno być jedynie utożsamiane z dziedzinami wspierającymi oraz umożliwiającymi transformację cyfrową tradycyjnie rozumianej medycyny. Granica semantyczna pomiędzy tymi dwoma pojęciami okazuje się niezwykle trudna do jednoznacznej identyfikacji. Można jedynie zaprezentować rekomendację, zgodnie z którą usługi e-Zdrowia nie powinny być utożsamiane z infrastrukturą techniczną niewidoczną z punktu widzenia zwykłego użytkownika. Zaprezentowane stanowisko posiada tę zaletę, że dość precyzyjnie określa zakresy przedmiotowe tych semantycznie podobnych terminów. W takim ujęciu e-Zdrowie byłoby *de lege ferenda* zewnętrzną warstwą cyfrowej medycyny, czyli stanowiłoby jej usługi dla zainteresowanych podmiotów – zarówno dla personelu medycznego, jak i pacjentów. W związku z tym, w ramach pojęcia e-Zdrowia istnieje możliwość zdefiniowania kolejnych, węższych już przedmiotowo terminów, takich jak m-Zdrowie, telezdrowie oraz zdrowie sensoryczne. Prowadzi to do zasadnego wniosku, że pojęcie e-Zdrowia jest punktem wyjścia do przedstawienia kolejnych terminów związanych

---

<sup>35</sup> H. Oh, C. Rizo, M. Enkin, A. Jadad, *What is eHealth...*, s. 34–35.

<sup>36</sup> Fifty-Eighth World Health Assembly, A58/21, Provisional Agenda Item 13.17, eHealth. Report by the secretariat.

<sup>37</sup> Rezolucja Parlamentu Europejskiego z dnia 14 stycznia 2014 roku w sprawie planu działania w dziedzinie e-zdrowia na lata 2012–2020: innowacyjna opieka zdrowotna w XXI wieku (2013/2061[INI]) (Dz.Urz. UE C 482 z 23 grudnia 2016 roku, s. 14–21).

<sup>38</sup> S. Sood, S. Negash, V. Mbarika, M. Kifle, N. Prakash, *Differences in Public and Private Sector Adoption of Telemedicine: Indian Case Study for Sectoral Adoption*, „Studies in Health Technology and Informatics” Nr 130 (2007), s. 257–268; H. Oh, C. Rizo, M. Enkin, A. Jadad, *What is eHealth...*, s. 34–35.

z zastosowaniem nowoczesnych technologii do użytku praktycznego w medycynie. Wielość implikacji w tym przypadku nie powinna prowadzić do pejoratywnych ocen, gdyż dyskutowane tutaj rozwiązania mają na celu całościowe odwzorowanie możliwości tradycyjnie rozumianej medycyny, a ta w swojej systematyce jawi się jako bardziej skomplikowana.

### 2.3. m-Zdrowie

Pojęciem będącym częścią składową koncepcji e-Zdrowia jest m-Zdrowie. Terminologicznie oznacza ono mobilne zdrowie nakierunkowane na wykonywanie zadań związanych z poprawą zdrowia pacjenta, jednocześnie wpierające pracę personelu medycznego za pomocą narzędzi mobilnych, takich jak telefony komórkowe, tablety czy innego rodzaju wyspecjalizowane przenośne urządzenia medyczne<sup>39</sup>. W tym aspekcie usługi medyczne będą najczęściej dostarczane za pomocą aplikacji mobilnych. W literaturze zauważa się, że m-Zdrowie powinno być rozumiane jako korzystanie z aplikacji medycznych za pomocą urządzeń przenośnych w celu zdalnego dostarczania danych medycznych, uzyskiwania do nich dostępu lub ich przetwarzania, świadczenia usług medycznych lub wspierania świadczenia opieki zdrowotnej<sup>40</sup>. Podkreśla się także, że ze znaczenia m-Zdrowia jako powstającej oraz rozwijającej się technologii komunikacji mobilnej dla systemów opieki medycznej można wywnioskować, iż jest ono wynikiem ewolucji systemów e-Zdrowia, które spotkały się z możliwościami nowoczesnych technologii w biomedycynie<sup>41</sup>. W taki sposób dyskutowane rozwiązanie może ułatwiać przewyżczanie tradycyjnych problemów opieki medycznej, takich jak dostęp do opieki medycznej, jakość oraz bezpieczeństwo świadczonych usług czy właściwe planowanie wykorzystania dostępnych zasobów<sup>42</sup>. Inna propozycja semantyczna wskazuje, że m-Zdrowie należy uznać za termin ogólny, określający wykorzystywanie

---

<sup>39</sup> K. Santosh, W. Nilsen, A. Abernethy, A. Atienza, K. Patrick, M. Pavel, W. Riley, A. Shar, B. Spring, D. Spruijt-Metz, D. Hedeker, V. Honavar, R. Kravitz, R.C. Lefebvre, D. Mohr, S. Murphy, C. Quinn, V. Shusterman, D. Swendeman, *Mobile Health Technology Evaluation: The mHealth Evidence Workshop*, "American Journal of Preventive Medicine" Nr 45/2 (2013), s. 228–231; D. Luxton, R. McCann, N. Bush, M. Mishkind, G. Reger, *mHealth for Mental Health: Integrating Smartphone Technology in Behavioral Healthcare*, "Professional Psychology: Research and Practice" Nr 42/6 (2011), s. 506–508; P. Mechael, *The Case for mHealth in Developing Countries*, "Innovations: Technology, Governance, Globalization" Nr 4/1 (2009), s. 103–106; M. Gagnon, P. Ngangue, J. Payne-Gagnon, M. Desmartis, *m-Health Adoption by Healthcare Professionals: a Systematic Review*, "Journal of the American Medical Informatics Association" Nr 2/1 (2016), s. 212–216.

<sup>40</sup> A. Paglialonga, A. Mastropietro, E. Scalco, G. Rizzo, *The mHealth*, [w:] *m\_Health Current and Future Applications*, red. G. Andreoni, P. Perego, E. Frumento, Cham 2019, s. 6.

<sup>41</sup> R. Istepanian, S. Laxminarayan, C. Pattichis, *Preface*, [w:] *M-Health. Emerging Mobile Health System*, red. R. Istepanian, S. Laxminarayan, C. Pattichis, Cham 2006, s. XXIII.

<sup>42</sup> A. Paglialonga, A. Mastropietro, E. Scalco, G. Rizzo, *The mHealth...*, s. 6.

mobilnej technologii informacyjnej, która zapewnia dostęp do systemów i usług opieki zdrowotnej, co obejmuje urządzenia mobilne oraz peryferyjne, z jakich korzystają pracownicy służby zdrowia, pacjenci i klienci w celu gromadzenia, przechowywania i analizowania danych w procesie decyzyjnym<sup>43</sup>. Światowa Organizacja Zdrowia jest zdania, że m-Zdrowie stanowi część e-Zdrowia i oznacza praktykę medyczną wspieraną przez urządzenia mobilne, na przykład: telefony komórkowe, urządzenia do monitorowania pacjenta, osobisty asystent cyfrowy i inne bezprzewodowe urządzenia, co obejmuje wykorzystanie usług głosowych i wiadomości typu SMS, a także bardziej złożonych funkcji, w tym ogólnej usługi radiowej GPRS, telefonii komórkowej trzeciej i czwartej generacji (3G i 4G) oraz globalnego systemu pozycjonowania (GPS)<sup>44</sup>. Ma to zauważalne znaczenie w zakresie ułatwiania transformacji usług opieki zdrowotnej i dostarczania danych poprzez dotarcie do rozległych obszarów geograficznych<sup>45</sup>. Z kolei UE stoi na stanowisku, że dyskutowane pojęcie obejmuje działania podejmowane w sektorze medycyny i zdrowia publicznego realizowane przy użyciu urządzeń mobilnych, takich jak telefony komórkowe, urządzenia do monitorowania pacjentów, palmtopy i inne urządzenia bezprzewodowe<sup>46</sup>. Reasumując, należy podkreślić, że rozwiązania, jakie proponuje m-Zdrowie, powinny być oceniane jako cenny wkład postępu technicznego, technologicznego oraz cywilizacyjnego w rozwój innowacyjnej medycyny, gdyż mogą pomóc ludziom zarządzać własnym zdrowiem, promować zdrowy tryb życia i uzyskać dostęp do przydatnych informacji wszędzie tam, gdzie występuje taka konieczność. W kontekście powyższych rozważań należy zatem postulować *de lege ferenda*, aby m-Zdrowie było rozumiane jako segment e-Zdrowia, w którym nowoczesne technologie mobilne umożliwiają personelowi medycznemu dbanie o poprawę zdrowia pacjenta za pomocą narzędzi mobilnych, na przykład: telefonów komórkowych, tabletów, aplikacji medycznych czy innego rodzaju mobilnych narzędzi. Tak określony zakres przedmiotowy m-Zdrowia umożliwia precyzyjne rozróżnienie od innych pojęć używanych w kontekście zastosowania nowoczesnych technologii do użytku praktycznego w medycynie oraz zrozumienie, że jest to część ogólnej koncepcji e-Zdrowia<sup>47</sup>.

---

<sup>43</sup> E. Sezgin, *Introduction to Current and Emerging mHealth Technologies: Adoption, Implementation, and Use*, [w:] *Current and Emerging mHealth. Technologies Adoption, Implementation, and Use*, red. E. Sezgin, S. Yildirim, S. Yildirim, E. Sumuer, Cham 2018, s. 1.

<sup>44</sup> M. Kay, J. Santos, M. Takane, *mHealth: New Horizons for Health Through Mobile Technologies*, Geneva 2011, s. 6.

<sup>45</sup> Z. Jakab, *From Innovation to Implementation. EHealth in the WHO European Region*, Copenhagen 2016, s. 41.

<sup>46</sup> Zielona Księga w sprawie mobilnego zdrowia („mHealth”) /\* COM/2014/0219 final \*/.

<sup>47</sup> M. Al-Azzam, M. Alazzam, *Smart City and Smart-Health Framework, Challenges and Opportunities*, “International Journal of Advanced Computer Science and Applications” Nr 10/2 (2019), s. 173–174; Y. Dwivedi, M. Shareef, A. Simintiras, B. Lal, V. Weerakkody, *A Generalised Adoption Model for Services: A Cross-country Comparison of Mobile Health (m-Health)*, “Government Information Quarterly” Nr 33/1 (2016), s. 174–176;

## 2.4. Telezdrowie

Pojęciem stanowiącym następny filar ogólnej koncepcji e-Zdrowia jest telezdrowie. Zakłada ono wykorzystanie wirtualnych technologii komunikacyjnych zdalnie przekazujących dane w celu świadczenia opieki medycznej, szkolenia pacjentów czy personelu medycznego na odległość<sup>48</sup>. Zasadniczo będzie to wykorzystanie nowoczesnych technologii do użytku praktycznego w medycynie w postaci wideokonferencji, robotyki czy innej formy teleobecności, która sprawia wrażenie, że osoba przebywająca rzeczywiście w jednym miejscu jest obecna wirtualnie w innej, często odległej lokalizacji<sup>49</sup>. W literaturze podkreśla się, że telezdrowie polega na wykorzystaniu zdalnych narzędzi i technologii komunikacyjnych w celu zapewnienia opieki zdrowotnej niezależnie od czasu i odległości<sup>50</sup> bądź na dostarczaniu usług medycznych bezpośrednio do domu<sup>51</sup>. Zgodnie z kolejnymi propozycjami definicyjnymi, analizowane pojęcie oznacza wykorzystanie zarówno elektronicznych technologii informacyjnych i telekomunikacyjnych do wspierania klinicznej opieki zdrowotnej na odległość<sup>52</sup>, jak i technologii zapewniającej powszechność oraz wsparcie dla usług opieki zdrowotnej, która łączy mieszkańców obszarów wiejskich z właściwą opieką zdrowotną<sup>53</sup>, albo zdalny system zapewniający bezpośrednią opiekę nad pacjentem<sup>54</sup>. Dodatkowo, Światowa

---

B. Silva, J. Rodrigues, I. de la Torre Díez, M. López-Coronado, K. Saleem, *Mobile-health: A Review of Current State in 2015*, "Journal of Biomedical Informatics" Nr 56 (2015), s. 265–267.

<sup>48</sup> R. Dorsey, E. Topol, *State of Telehealth*, "New England Journal of Medicine" Nr 375/2 (2016), s. 154–160; S. Koch, *Home telehealth—current State and Future Trends*, "International Journal of Medical Informatics" Nr 75/8 (2006), s. 565–576; R. Weinstein, A. Lopez, B. Joseph, K. Erps, M. Holcomb, G. Barker, E. Krupinski, *Telemedicine, Telehealth, and Mobile Health Applications That Work: Opportunities and Barriers*, "The American Journal of Medicine" Nr 127/3 (2014), s. 183–187; L. Van Dyk, *A Review of Telehealth Service Implementation Frameworks*, "International Journal of Environmental Research and Public Health" Nr 11/2 (2014), s. 1279–1298.

<sup>49</sup> A. Maimone, J. Bidwell, K. Peng, H. Fuchs, *Enhanced Personal Autostereoscopic Telepresence System Using Commodity Depth Camera*, "Computers & Graphics" Nr 36/7 (2012), s. 791–793; X. Wang, P. Love, M. Kim, W. Wang, *Mutual Awareness in Collaborative Design: An Augmented Reality Integrated Telepresence System*, "Computers in Industry" Nr 65/2 (2014), s. 314–324.

<sup>50</sup> C. Capt, J. Sanders, J. Smith, D. Dimond, *Telehealth*, [w:] *Advancing Federal Sector Health Care. A Model for Technology Transfer*, red. P. Ramsaroop, M. Ball, D. Beaulie, J. Douglas, New York 2001, s. 338.

<sup>51</sup> W. Roffer, *Improving Veterans' Access to Trauma Services Through Clinical Video Telehealth (CVT)*, [w:] *Career Paths in Telemental Health*, red. M. Maheu, K. Drude, S. Wright, Cham 2017, s. 207.

<sup>52</sup> T. Kim, *Insights on Telehealth and Virtual Reality*, [w:] *Information Technology Essentials for Behavioral Health Clinicians. Health Informatic*, red. N. Dewan, J. Luo, N. Lorenzi, Londyn 2010, s. 66; S. Edirippulige, *Changing Role of Nurses in the Digital Era: Nurses and Telehealth*, [w:] *Handbook of Digital Homecare. Series in Biomedical Engineering*, red. K. Yogesan, L. Bos, P. Brett, M. Gibbons, Berlin 2009, s. 271.

<sup>53</sup> M. Raza, M. Hoa Le, N. Aslam, C. Hieu Le, N. Tam Le, T. Ly Le, *Telehealth Technology: Potentials, Challenges and Research Directions for Developing Countries*, [w:] *6th International Conference on the Development of Biomedical Engineering in Vietnam (BME6). BME 2017. IFMBE Proceedings*, red. T. Vo Van, T. Nguyen Le, T. Nguyen Duc, Singapore 2018, s. 523.

<sup>54</sup> P. Brennan, J. Starren, *Consumer Health Informatics and Telehealth*, [w:] *Biomedical Informatics. Health Informatics*, red. E. Shortliffe, J. Cimino, New York 2006, s. 536.



Organizacja Zdrowia podaje, że telezdrowie to świadczenie opieki zdrowotnej lub wymiana informacji o zdrowiu za pomocą technologii telekomunikacyjnych w sytuacji, gdy uczestników dzieli znaczna odległość<sup>55</sup>. Tego rodzaju rozwiązania stanowią sposób na poprawę zarządzania opieką zdrowotną poprzez oferowanie praktyk samoopieki oraz wygodniejszego i częstszego monitorowania stanu zdrowia w porównaniu do tradycyjnego świadczenia usług medycznych<sup>56</sup>. *Prima facie* widać, że występuje tu mnogość propozycji semantycznych.

Wychodząc naprzeciw potrzebie usystematyzowania używanej nomenklatury dotyczącej wykorzystania nowoczesnych technologii do użytku praktycznego w medycynie, należy postulować *de lege ferenda*, żeby telezdrowie było utożsamiane ze świadczeniem usług medycznych na odległość z wykorzystaniem technik teleobecności. W tak zarysowanym przedmiocie badanego pojęcia mieszczą się te usługi e-Zdrowia, które odbywają się zdalnie z bezpośrednim udziałem personelu medycznego w czasie zarówno rzeczywistym, jak i nierzeczywistym. Wskazane określenie znaczenia telezdrowia umożliwia wyróżnienie dwóch istotnych jego podkategorii – telemedycyny oraz teleopieki. Z uwagi na określony porządek metodologiczny niniejszej dysertacji naukowej pojęcie telemedycyny zostanie szczegółowo przedstawione w dalszej części pracy, gdyż stanowi ono główną oś analityczną tytułowego zagadnienia. Można jedynie wskazać, że telemedycyna *de lege ferenda* powinna być rozumiana jako część telezdrowia odpowiedzialna za świadczenie usług medycznych przez lekarzy na odległość z wykorzystaniem technik teleobecności<sup>57</sup>. Z kolei teleopieka będzie przybierała postać programów skupionych na pielęgniarstwie bądź na wspieraniu społeczeństwa w troszczeniu się o właściwy poziom zdrowia<sup>58</sup>. Głównym celem tego rodzaju technologii jest umożliwienie pacjentom dbania o zachowanie bezpieczeństwa i niezależności medycznej w swoich domach, w szczególności, jeżeli chodzi o osoby starsze<sup>59</sup>. Usługi teleopieki mogą obejmować zarówno podstawowe usługi alarmowe czy przypominające o lekach, co stwarza możliwość zareagowania na określone sytuacje, jak i zintegrowane systemy wczesnego ostrzegania i wykrywania obejmujące nadzór detekcyjny wyczulony na upadki, pożar czy

---

<sup>55</sup> M. Martin-Khan, S. Freeman, K. Adam, G. Betkus, *The Evolution of Telehealth*, [w:] *Mobile e-Health. Human-Computer Interaction Series*, red. H. Marston, S. Freeman, C. Musselwhite, Cham 2017, s. 174.

<sup>56</sup> L. LaFramboise, C. Todero, L. Zimmerman, S. Agrawal, *Comparison of Health Buddy with Traditional Approaches to Heart Failure Management*, "Family & Community Health" Nr 26/4 (2003), s. 275–288.

<sup>57</sup> Patrz: Rozdział I. *Nowoczesne technologie w medycynie: 4. Pojęcie telemedycyny*.

<sup>58</sup> M. Martin-Khan, S. Freeman, K. Adam, G. Betkus, *The Evolution...*, s. 174.

<sup>59</sup> O. Castolo, L. Camarinha-Matos, *Reliable Communications for Mobile Agents – The Telecare Solution*, [w:] *Emerging Solutions for Future Manufacturing Systems. BASYS 2004. IFIP International Federation for Information Processing*, red. L. Camarinha-Matos, Boston 2005, s. 149–150; I. Držanič, V. Mladenović, M. Debevc, V. Dolničar, A. Petrovič, S. Touzery, I. Kožuh, *Usability Testing of a Smartphone Telecare Application for Informal Caregivers*, [w:] *Human Centered Computing. HCC 2019. Lecture Notes in Computer Science*, red. D. Milošević, Y. Tang, Q. Zu, Cham 2019, s. 252.

stężenie gazu uruchamiające ostrzeżenia w wyspecjalizowanym centrum reagowania<sup>60</sup>. Reasumując, pojęcie teleopieki *de lege ferenda* powinno być odnoszone do świadczenia usług medycznych przez nie-lekarzy z wykorzystaniem technik teleobecności. Różnica pomiędzy tym terminem a telemedycyną będzie zatem zasadzać się na poziomie zaawansowania świadczonej opieki zdrowotnej wyznaczonym przez angaż określonego rodzaju personelu medycznego.

## 2.5. Zdrowie sensoryczne

Ostatnim wyróżnionym w niniejszej systematyce segmentem koncepcji e-Zdrowia jest zdrowie sensoryczne. W literaturze często wskazuje się, że stanowi ono część m-Zdrowia, gdzie technologie mobilne mają na celu monitorowanie przez wyspecjalizowany personel medyczny zdrowia pacjentów za pomocą narzędzi mobilnych, takich jak telefony komórkowe, tablety, aplikacje medyczne czy innego rodzaju mobilne narzędzia<sup>61</sup>. Przedmiotowe spostrzeżenie jest tylko w pewnej mierze prawdziwe. Dzieje się tak dlatego, że rozwiązania sensoryczne nie zawsze muszą być mobilne, a techniki mobilne nie są wyłącznie sensoryczne. Prowadzi to do wniosku, że wykorzystanie technologii informacyjnych i komunikacyjnych w celu zdalnej diagnozy, monitorowania funkcji życiowych czy leczenia z zastosowaniem mobilnych bądź niemobilnych narzędzi umożliwiających przesył danych medycznych do specjalistycznych baz danych może być określone jako zdrowie sensoryczne. W tym znaczeniu sensorem medycznym będzie każde urządzenie posiadające zaprogramowane funkcje systemowe do bezprzewodowej diagnozy, monitorowania funkcji życiowych bądź leczenia oraz do przesyłu danych medycznych pomiędzy konsumentami i pacjentami a placówkami medycznymi niezależnie od tego, czy mają one charakter mobilny, czy też nie. Sensor taki wykorzystuje najczęściej wbudowany lub wmontowany system czujników imitujący układ nerwowy, który może nie tylko wykrywać, ale także przewidywać wewnętrzne wady i uszkodzenia o znaczeniu

---

<sup>60</sup> B. Chuang, C. Tsai, *Rural Residents' Perceptions and Needs of Telecare in Taiwan*, [w:] *Intelligent Information and Database Systems. ACIIDS 2012. Lecture Notes in Computer Science*, Berlin 2012, s. 237; H. Afsarmanesh, V. Masís, L. Hertzberger, *Virtual Community Support in Telecare*, [w:] *Processes and Foundations for Virtual Organizations. PRO-VE 2003. IFIP – The International Federation for Information Processing*, red. L. Camarinha-Matos, H. Afsarmanesh, Boston 2004, s. 211–212.

<sup>61</sup> K. Santosh, W. Nilsen, A. Abernethy, A. Atienza, K. Patrick, M. Pavel, W. Riley, A. Shar, B. Spring, D. Spruijt-Metz, D. Hedeker, V. Honavar, R. Kravitz, R.C. Lefebvre, D. Mohr, S. Murphy, C. Quinn, V. Shusterman, D. Swendeman, *Mobile Health Technology Evaluation...*, s. 228–231; D. Luxton, R. McCann, N. Bush, M. Mishkind, G. Reger, *mHealth for Mental Health...*, s. 506–508; P. Mechael, *The Case for mHealth...*, s. 103–106; M. Gagnon, P. Ngangue, J. Payne-Gagnon, M. Desmartis, M., *m-Health adoption by Healthcare...*, s. 212–216.

medycznym<sup>62</sup>. Zauważa się, że taki rodzaj rozwiązania prowadzi do obniżenia kosztów oraz ułatwienia konserwacji w porównaniu do tradycyjnie rozumianej opieki zdrowotnej, która co do zasady powinna odbywać się w warunkach klinicznych bądź ambulatoryjnych<sup>63</sup>. Dodatkowo w zdrowiu sensorycznym wyróżnia się trzy podstawowe elementy. Pierwszym z nich są czujniki medyczne, odpowiedzialne za zbieranie wyselekcjonowanych danych zdrowotnych, drugim – system łączności między tymi czujnikami a zaprogramowanymi do tego celu bazami danych placówek medycznych, a trzecim – obiekt obserwacji, którym najczęściej będzie człowiek<sup>64</sup>. Z powyższych rozważań wynika, że sensor medyczny spaja w sobie dwa podstawowe elementy, czyli czujniki medyczne i system łączności. Właściwa korelacja zaprezentowanych elementów stanowi w rzeczywistości istotę zdrowia sensorycznego, które może być wykorzystywane powszechnie, jednak w pierwszej kolejności z myślą o osobach starszych, schorowanych oraz niemowlętach<sup>65</sup>. Wypada również zauważyć, że analizowany rodzaj zastosowania nowoczesnych technologii do użytku praktycznego w medycynie cechuje się większym w porównaniu do tradycyjnych form opieki medycznej poziomem bezpieczeństwa z uwagi na szerszą niezależność od infrastruktury zewnętrznej, a co za tym idzie – mniejszą możliwość wystąpienia przerwy w ciągłości pracy<sup>66</sup>. Z tego powodu postuluje się postrzeganie przedmiotowego rozwiązania jako medycznego systemu monitorowania, który jest niezawodny, energooszczędny, bezpieczny i gromadzi dane

---

<sup>62</sup> X. Gao, L. Lin, T. Lan, X. Gan, *Design and Research on the Chinese Medicine Health Management System Based on the Wireless Sensor Network*, [w:] *Cyber Security Intelligence and Analytics. CSIA 2019. Advances in Intelligent Systems and Computing*, red. Z. Xu, K. Choo, A. Dehghantaha, R. Parizi, M. Hammoudeh, Cham 2020, s. 55–56.

<sup>63</sup> S. Surya, R. Ravi, *Damage Detection and Evaluation in Wireless Sensor Network for Structural Health Monitoring*, [w:] *Intelligent Communication Technologies and Virtual Mobile Networks. ICICV 2019. Lecture Notes on Data Engineering and Communications Technologies*, red. S. Balaji, A. Rocha, Y. Chung YN, Cham 2020, s. 207.

<sup>64</sup> X. Gao, L. Lin, T. Lan, X. Gan, *Design and Research on the Chinese Medicine Health...*, s. 56–57; Z. Babović, A. Crnjin, G. Rakočević, S. Stanković, V. Milutinović, *ETF WSN Testbed: Practical Health Enhancing Application of Wireless Sensor Networks*, [w:] *Application and Multidisciplinary Aspects of Wireless Sensor Networks. Computer Communications and Networks*, red. L. Gavrilovska, S. Krco, V. Milutinovic, I. Stojmenovic, R. Trobec, Londyn 2011, s. 262; I. Nordin, P. Chee, M. Addi, F. Harun, *EZ430-Chronos Watch as a Wireless Health Monitoring Device*, [w:] *5th Kuala Lumpur International Conference on Biomedical Engineering 2011. IFMBE Proceedings*, red. N. Osman, W. Abas, A. Wahab, H. Ting, Berlin 2011, s. 306; B. Jo, H. Kim, J. Park, K. Yoon, S. Kang, S. Han, *Design of Bridge Health Monitoring System on Wireless Sensor Network*, [w:] *Innovations and Advances in Computer Sciences and Engineering*, red. T. Sobh, Dordrecht 2010, s. 552–553.

<sup>65</sup> X. Han, *Research and Realization on the Community Health Care System Based on Wireless Sensor Network*, [w:] *Practical Applications of Intelligent Systems. Advances in Intelligent and Soft Computing*, red. Y. Wang, T. Li, Berlin 2011, s. 20; L. Zhang, L. Lao, K. Wu, Q. Liu, X. Wu, *Research in Development on Wireless Health Care of Infants*, [w:] *7th Asian-Pacific Conference on Medical and Biological Engineering. IFMBE Proceedings*, red. Y. Peng, X. Weng, Berlin 2008, s. 583.

<sup>66</sup> N. Fragoulis, V. Tsagaris, V. Anastassopoulos, *Information Fusion in ad hoc Wireless Sensor Networks for Aircraft Health Monitoring*, [w:] *Engineering Against Fracture*, red. S. Pantelakis, C. Rodopoulos, Dordrecht 2009, s. 320.

zdrowotne w czasie rzeczywistym<sup>67</sup>. Powyższe uwagi prowadzą do jednoznacznej konstatacji, zgodnie z którą zdrowie sensoryczne *de lege ferenda* powinno być traktowane jako oddzielny segment ogólnej koncepcji e-Zdrowia, odpowiedzialny za bezprzewodowe dbanie o zdrowie pacjentów za pomocą sensorów medycznych umożliwiających zbieranie oraz przesył danych medycznych niezależnie od przymiotu mobilności. Należy postulować, że przedstawione kryterium w sposób wystarczająco precyzyjny różnicuje m-Zdrowie i zdrowie sensoryczne, wskazując na odmienności w ich istocie.

## 2.6. Informatyka medyczna

Powyżej zauważono, że w ramach cyfrowej medycyny można wyróżnić e-Zdrowie, ale jednocześnie zwrócono uwagę, że nie są to terminy tożsame przedmiotowo. Z tego względu należy postulować, aby e-Zdrowie było rozumiane jako zewnętrzna warstwa cyfrowej medycyny, czyli usługowa, widoczna z punktu widzenia zwykłego użytkownika, a więc personelu medycznego bądź pacjenta. W tak zarysowanym znaczeniu e-Zdrowie nie powinno być utożsamiane z aspektem infrastruktury technicznej cyfrowej medycyny, w tym z dziedzinami zawierającymi się we wskazanym zakresie semantycznym i wspierającymi subsydiarnie rozwój zastosowania nowoczesnych technologii do użytku praktycznego w medycynie, takimi jak wielkie zbiory danych<sup>68</sup>, technologie nimi zarządzające<sup>69</sup> czy algorytmy sztucznej inteligencji<sup>70</sup>. Przedmiotowym aspektem cyfrowej medycyny zajmuje się informatyka medyczna, która w literaturze określana jest jako wykorzystanie technologii komputerowej połączonej z zarządzaniem informacjami w celu zapewnienia opieki nad pacjentem<sup>71</sup> bądź jako dziedzina naukowa zajmująca się zbieraniem, przetwarzaniem i przesyłem informacji związanych z usługami opieki zdrowotnej<sup>72</sup>. Oznacza to, że informatyka

---

<sup>67</sup> K. Venkatasubramanian, G. Deng, T. Mukherjee, J. Quintero, V. Annamalai, S. Gupta, *Ayushman: A Wireless Sensor Network Based Health Monitoring Infrastructure and Testbed*, [w:] *Distributed Computing in Sensor Systems. DCOSS 2005. Lecture Notes in Computer Science*, red. V. Prasanna, S. Iyengar, P. Spirakis, M. Welsh, Berlin 2005, s. 406.

<sup>68</sup> C. Austin, F. Kusumoto, *The Application of Big Data...*, s. 51–52; J. Greene, A. Lea, *Digital Futures Past...*, s. 480–485.

<sup>69</sup> E. Nash, D. Gilroy, W. Srikusalanukul, W. Abhayaratna, T. Stanton, G. Mitchell, M. Stowasser, J. Sharman, *Facebook Advertising for Participant...*, s. 2527–2531; B. Ince, P. Cuijpers, E. Hof, H. Ripper, *Reaching and Recruiting Turkish...*, s. 74–83; D. Ramo, T. Rodriguez, K. Chavez, M. Sommer, J. Prochaska, *Facebook Recruitment of Young...*, s. 58–64.

<sup>70</sup> C. Hamilton, *Charting the Future of Digital Health Systems...*, s. 3; A. Ramesh, C. Kambhampati, J. Monson, P. Drew, *Artificial intelligence...*, s. 334; V. Buch, I. Ahmed, M. Maruthappu, *Artificial Intelligence in Medicine...*, s. 143.

<sup>71</sup> W. Choctaw, *Avoiding Medical Malpractice. A Physician's Guide to the Law*, New York 2008, s. 47.

<sup>72</sup> C. Huang, *Medical Informatics*, [w:] *Springer Handbook of Automation*, red. S. Nof, Berlin 2009, s. 1423.

medyczna znajduje się na styku informatyki i opieki zdrowotnej, wiążąc się z zasobami, urządzeniami i metodami wykorzystywanymi w celu optymalizacji pozyskiwania, przechowywania, wyszukiwania i wykorzystywania informacji o zdrowiu<sup>73</sup>. Dodatkowo w literaturze zauważa się, że analizowany termin dzieli się przynajmniej na trzy kolejne kategorie: bioinformatykę zajmującą się molekularnym i komórkowym poziomem medycyny, czyli metodami analizy sekwencji genów oraz wysokoprzepustowego sekwencjonowania; informatykę kliniczną mającą na celu dostarczenie metodologicznych i technicznych rozwiązań dla reprezentacji danych i wiedzy, a także organizacji, przechwytywania, przechowywania konsultacji i interpretacji medycznej wykorzystywanej w praktyce; informatykę zdrowia publicznego łączącą narzędzia, techniki i aplikacje umożliwiające przeprowadzanie wnioskowania logicznego na poziomie ogółu populacji, dzięki czemu można uzyskać narzędzia do śledzenia kohort, rejestrów chorób lub systemów czujności<sup>74</sup>. Podstawowym przykładem tak zarysowanego przedmiotu informatyki medycznej są zatem z informatyzowane metody rejestrowania danych o pacjentach, zarządzania tymi danymi i opierania na nich diagnostyki lub działań medycznych w celu pomocy personelowi medycznemu i pacjentom w ich codziennej pracy bądź życiu<sup>75</sup>.

Reasumując, w niniejszej systematyce informatyka medyczna *de lege ferenda* będzie rozumiana jako wykorzystanie zaawansowanych technologii komunikacyjnych i informacyjnych oraz metod programowania w celu tworzenia infrastruktury technicznej dla zastosowania nowoczesnych technologii do użytku praktycznego w medycynie. Powyższe rozważania prowadzą do wniosku, że każda kategoria e-Zdrowia, czyli m-Zdrowie, telezdrowie oraz zdrowie sensoryczne, posiada swoją warstwę usługową udostępnianą zainteresowanemu użytkownikowi oraz warstwę infrastruktury technicznej. Za tę ostatnią odpowiada informatyka medyczna, czyli infrastruktura techniczna cyfrowej medycyny.

---

<sup>73</sup> D. Closa, A. Gardiner, F. Giemsa, J. Machek, *Patent Law for Computer Scientists*, Berlin 2010, s. 155.

<sup>74</sup> A. Venot, A. Burgun, S. Després, P. Degoule, *Medical Informatics as a Scientific Discipline*, [w:] *Medical Informatics, e-Health. Health Informatics*, red. A. Venot, A. Burgun, C. Quantin, Paryż 2014, s. 3–4.

<sup>75</sup> D. Closa, A. Gardiner, F. Giemsa, J. Machek, *Patent Law for ...*, Berlin 2010, s. 155.

## 2.7. Korelacja przedmiotowa w cyfrowej medycynie

Opisana dotychczas systematyka zastosowania nowoczesnych technologii do użytku praktycznego w medycynie może sprawiać wrażenie, że każdy zdefiniowany powyżej termin posiada swoje własne precyzyjne znaczenie oraz zakres przedmiotowy. Można przypomnieć, że w niniejszej systematyce wskazano propozycje semantyczne dla terminu cyfrowej medycyny oraz jej pojęć pochodnych. Zarekomendowano, aby pod określeniem cyfrowej medycyny rozumieć wszelkie przejawy zastosowania nowoczesnych technologii do użytku praktycznego w medycynie wraz z dziedzinami wspierającymi jej funkcjonowanie<sup>76</sup>. Wychodząc z tego założenia, wskazano, że e-Zdrowie nie powinno być identyfikowane z infrastrukturą techniczną niedostrzegalną z punktu widzenia zwykłego użytkownika. W takim ujęciu jest ono zewnętrzną warstwą cyfrowej medycyny, czyli stanowi jej warstwę usługową dla zainteresowanych podmiotów – zarówno dla personelu medycznego, jak i pacjentów<sup>77</sup>. Następnie wskazano, żeby m-Zdrowie oznaczało segment e-Zdrowia, w którym nowoczesne technologie mobilne umożliwiają personelowi medycznemu dbanie o poprawę zdrowia pacjenta za pomocą narzędzi mobilnych, takich jak telefony komórkowe, tablety, aplikacje medyczne czy innego rodzaju mobilne narzędzia<sup>78</sup>. Następnie postulowano, aby telezdrowie

---

<sup>76</sup> Propozycja autorska na podstawie: D. Lupton, *The Digitally...*, s. 257; E. Elenko, L. Underwood, D. Zohar, *Defining Digital...*, s. 456–461; A. André, *The Information Technology...*, s. 4; C. Austin, F. Kusumoto, *The Application of...*, s. 51–52; J. Greene, A. Lea, *Digital Futures...*, s. 480–485; E. Nash, D. Gilroy, W. Sriksalanukul, W. Abhayaratna, T. Stanton, G. Mitchell, M. Stowasser, J. Sharman, *Facebook Advertising...*, s. 2527–2531; B. Ince, P. Cuijpers, E. Hof, H. Ripper, *Reaching and Recruiting...*, s. 74–83; D. Ramo, T. Rodriguez, K. Chavez, M. Sommer, J. Prochaska, *Facebook Recruitment...*, s. 58–64; C. Hamilton, *Charting the Future...*, s. 3; A. Ramesh, C. Kambhampati, J. Monson, P. Drew, *Artificial Intelligence...*, s. 334; V. Buch, I. Ahmed, M. Maruthappu, *Artificial Intelligence in Medicine...*, s. 143.

<sup>77</sup> Propozycja autorska na podstawie: N. Terry, *Structural and Legal...*, s. 605–607; M. Mars, R. Scott, *Global e-Health...*, s. 237–243; C. de Pietro, I. Francetic, *E-Health in Switzerland...*, s. 69–74; H. Oh, C. Rizo, M. Enkin, A. Jadad, *What is eHealth...*, s. 34–35; K. Frączkowski, *Program e-Zdrowie...*, s. 54–58; K. Batko, *Wykorzystanie technologii informacyjno-komunikacyjnych...*, s. 95–113; M. Bujnowska-Fedak, M. Tomczak, *Innowacyjne aplikacje telemedyczne...*, s. 302–317; M. Czerwińska, *Postawy wobec e-zdrowia i opinie...*, s. 539–551; J. Janyszek, K. Frączkowski, *Wirtualna sieć komputerowa e-Zdrowie...*, s. 60–63; M. Furmankiewicz, A. Sołtysik-Piorunkiewicz, P. Ziuziański, *Systemy mobilne...*, s. 46–61; F. Barbabella, M. Melchiorre, S. Quattrini, R. Papa, G. Lamura, *How can eHealth improve...*, s. 7; S. Sood, S. Negash, V. Mbarika, M. Kifle, N. Prakash, *Differences in public and private sector adoption of telemedicine...*, s. 257–268.

<sup>78</sup> Propozycja autorska na podstawie: K. Santosh, W. Nilsen, A. Abernethy, A. Atienza, K. Patrick, M. Pavel, W. Riley, A. Shar, B. Spring, D. Spruijt-Metz, D. Hedeker, V. Honavar, R. Kravitz, R.C. Lefebvre, D. Mohr, S. Murphy, C. Quinn, V. Shusterman, D. Swendeman, *Mobile Health Technology Evaluation...*, s. 228–231; D. Luxton, R. McCann, N. Bush, M. Mishkind, G. Reger, *mHealth for Mental Health...*, s. 506–508; P. Mechael, *The Case for mHealth in...*, s. 103–106; M. Gagnon, P. Ngangue, J. Payne-Gagnon, M. Desmartis, *m-Health Adoption by Healthcare...*, s. 212–216; A. Paglialonga, A. Mastropietro, E. Scalco, G. Rizzo, *The mHealth...*, s. 6; R. Istepanian, S. Laxminarayan, C. Pattichis, *Preface...*, s. XXIII; E. Sezgin, *Introduction to Current and Emerging mHealth Technologies...*, s. 1; M. Kay, J. Santos, M. Takane, *mHealth: New Horizons for Health...*, s. 6; Z. Jakab, *From Innovation to Implementation...*, s. 41; M. Al-Azzam, M. Alazzam, *Smart City and Smart-Health Framework...*, s. 173–174; Y. Dwivedi, M. Shareef, A. Simintiras, B. Lal, V. Weerakkody,

utożsamiać z dostarczaniem usług medycznych na odległość z wykorzystaniem technik teleobecności<sup>79</sup>. Oznacza to, że w tak zarysowanym przedmiocie mieszczą się te usługi e-Zdrowia, które odbywają się zdalnie, z bezpośrednim udziałem personelu medycznego tak w czasie rzeczywistym, jak i nierzeczywistym. Dalej zaznaczono, aby zdrowie sensoryczne było traktowane jako oddzielna część składowa ogólnej koncepcji e-Zdrowia, odpowiedzialna za bezprzewodowe dbanie o zdrowie pacjentów za pomocą sensorów medycznych umożliwiających zbieranie oraz przesył danych medycznych niezależnie od przymiotu mobilności<sup>80</sup>. Na sam koniec zaprezentowano propozycję, zgodnie z którą informatyka medyczna oznacza wykorzystanie zaawansowanych technologii komunikacyjnych i informacyjnych oraz metod programowania do tworzenia infrastruktury technicznej dla zastosowania nowoczesnych technologii do użytku praktycznego w medycynie<sup>81</sup>. Niemniej jednak w rzeczywistości stosowania nowoczesnych technologii do użytku praktycznego w medycynie okazuje się, że przedstawione powyżej zakresy przedmiotowe używanej nomenklatury mają charakter płynny. Oznacza to, że z pewnością nieprawdziwe jest twierdzenie, iż jedno rozwiązanie, spełniające kryteria semantyczne określonego rodzaju zastosowania nowoczesnych technologii do użytku praktycznego w medycynie, nie może jednocześnie odpowiadać wymaganiom innego rodzaju zastosowania technologii. Z tego

---

*A Generalised Adoption Model for Services...*, s. 174–176; B. Silva, J. Rodrigues, I. de la Torre Diez, M. López-Coronado, K. Saleem, *Mobile-health: A Review of Current...*, s. 265–267.

<sup>79</sup> Propozycja autorska na podstawie: R. Dorsey, E. Topol, *State of Telehealth...*, s. 154–160; S. Koch, *Home Telehealth—Current State...*, s. 565–576; R. Weinstein, A. Lopez, B. Joseph, K. Erps, M. Holcomb, G. Barker, E. Krupinski, *Telemedicine, Telehealth, and Mobile Health...*, s. 183–187; L. Van Dyk, *A Review of Telehealth Service...*, s. 1279–1298; A. Maimone, J. Bidwell, K. Peng, H. Fuchs, *Enhanced Personal Autostereoscopic Telepresence...*, s. 791–793; X. Wang, P. Love, M. Kim, W. Wang, *Mutual Awareness in Collaborative Design...*, s. 314–324; C. Capt, J. Sanders, J. Smith, D. Dimond, *Telehealth...*, s. 338; W. Roffer, *Improving Veterans' Access to Trauma Services...*, s. 207; T. Kim, *Insights on Telehealth...*, s. 66; S. Edirippulige, *Changing Role of Nurses in the Digital Era...*, s. 271; M. Raza, M. Hoa Le, N. Aslam, C. Hieu Le, N. Tam Le, T. Ly Le, *Telehealth Technology: Potentials, Challenges and Research...*, s. 523; P. Brennan, J. Starren, *Consumer Health Informatics...*, s. 536; M. Martin-Khan, S. Freeman, K. Adam, G. Betkus, *The Evolution of Telehealth...*, s. 174; L. LaFramboise, C. Toderro, L. Zimmerman, S. Agrawal, *Comparison of Health Buddy...*, s. 275–288; O. Castolo, L. Camarinha-Matos, *Reliable Communications for Mobile Agents...*, s. 149–150; I. Držanić, V. Mladenović, M. Debevc, V. Dolničar, A. Petrović, S. Touzery, I. Kožuh, *Usability Testing of a Smartphone Telecare...*, s. 252; B. Chuang, C. Tsai, *Rural Residents' Perceptions and Needs of Telecare...*, s. 237; H. Afsarmanesh, V. Masís, L. Hertzberger, *Virtual Community Support...*, s. 211–212.

<sup>80</sup> Propozycja autorska na podstawie: X. Gao, L. Lin, T. Lan, X. Gan, *Design and Research on the Chinese Medicine Health...*, s. 55–56; S. Surya, R. Ravi, *Damage Detection and Evaluation in Wireless Sensor...*, s. 207; Z. Babović, A. Crnjin, G. Rakočević, S. Stanković, V. Milutinović, *ETF WSN Testbed: Practical Health Enhancing Application...*, s. 262; I. Nordin, P. Chee, M. Addi, F. Harun, *EZ430-Chronos Watch as a Wireless Health...*, s. 306; B. Jo, H. Kim, J. Park, K. Yoon, S. Kang, S. Han, *Design of Bridge Health Monitoring System...*, s. 552–553; X. Han, *Research and Realization on the Community Health Care...*, s. 20; L. Zhang, L. Lao, K. Wu, Q. Liu, X. Wu, *Research in Development...*, s. 583; N. Fragoulis, V. Tsagaris, V. Anastassopoulos, *Information Fusion in Ad hoc Wireless Sensor...*, s. 320; K. Venkatasubramanian, G. Deng, T. Mukherjee, J. Quintero, V. Annamalai, S. Gupta, *Ayushman: A Wireless Sensor...*, s. 406.

<sup>81</sup> Propozycja autorska na podstawie: W. Choctaw, *Avoiding Medical Malpractice...*, s. 47; C. Huang, *Medical Informatics...*, s. 1423; D. Closa, A. Gardiner, F. Giemsa, J. Machek, *Patent Law for...*, s. 155; A. Venot, A. Burgun, S. Després, P. Degoule, *Medical Informatics as a Scientific Discipline...*, s. 3-4.

powodu pojęcie cyfrowej medycyny może wpisywać się w więcej niż jeden zakres przedmiotowy terminów zaprezentowanych w niniejszej systematyce. Przykładowo, określone rozwiązanie cyfrowej medycyny, które bezsprzecznie dostarcza usługi medyczne na odległość z wykorzystaniem technik teleobecności, jednocześnie wykorzystuje do tego celu technologie mobilne obsługiwane przez narzędzie mobilne. Przedmiotowy przykład będzie zatem semantycznie mieścił się zarówno w telezdrowiu, jak i w m-Zdrowiu. Jednakże, co warto podkreślić, istota każdego z przedstawionych terminów w niniejszej systematyce zastosowania nowoczesnych technologii do użytku praktycznego w medycynie jest inna.

### 3. Certyfikacja rozwiązań cyfrowej medycyny

#### 3.1. Kwalifikacja wyrobów medycznych jako system certyfikacji

Certyfikacja rozwiązań cyfrowej medycyny, wyznaczona specyfiką zastosowania nowoczesnych technologii do użytku praktycznego w medycynie, jest zagadnieniem posiadającym doniosłe znaczenie zarówno dla teorii, jak i praktyki prawa. Należy podkreślić fakt, że w przypadku poszukiwania koniecznych do wprowadzenia rozwiązań prawnych dotyczących tytułowego zagadnienia istotnym pozostaje pytanie, jaka prawna konstrukcja zostanie wykorzystana. Przede wszystkim należy rozważyć, czy konieczne jest tworzenie nowych, wcześniej nieznanymi regulacji, czy też istnieje możliwość wykorzystania wprost bądź z odpowiednimi modyfikacjami sprawdzonych już podstaw prawnych. Wydaje się, że pierwszeństwo w takim przypadku powinny mieć obowiązujące już normy prawne, o ile można stwierdzić ich przydatność. Z tego powodu w pierwszej kolejności należy postulować, niezależnie od istnienia czy też nie innych systemów certyfikujących<sup>82</sup>, żeby walor prymarny przypisywać systemowi, który aktualnie jest przewidziany w porządku normatywnym. Za taki

---

<sup>82</sup> M. Marković, *On Secure e-Health Systems*, [w:] *Privacy in Statistical Databases. PSD 2006. Lecture Notes in Computer Science*, red. J. Domingo-Ferrer, L. Franconi, Berlin 2006, s. 364–365; K. Seelman, L. Hartman, D. Yu, *When Cutting Edge Technology Meets Clinical Practice: Ethical Dimensions of e-Health*, [w:] *Emerging Pervasive Information and Communication Technologies (PICT). Law, Governance and Technology Series*, red. K. Pimple, Dordrecht 2014, s. 136–137; M. Abdmeziem, D. Tandjaoui, *A Cooperative End to End Key Management Scheme for E-health Applications in the Context of Internet of Things*, [w:] *Ad-hoc Networks and Wireless. ADHOC-NOW 2014. Lecture Notes in Computer Science*, red. M. Garcia Pineda, J. Lloret, S. Papavassiliou, S. Ruehrup, C. Westphall, Berlin 2015, s. 39; A. Zúquete, H. Gomes, J. Cunha, *Authentication Architecture for Region-Wide e-Health System with Smartcards and a PKI*, [w:] *Biomedical Engineering Systems and Technologies. BIOSTEC 2008. Communications in Computer and Information Science*, red. A. Fred, J. Filipe, H. Gamboa, Berlin 2008, s. 484; E. Chávez, P. Krishnan, G. Finnie, *A Taxonomy of E-Health Standards to Assist System Developers*, [w:] *Information Systems Development*, red. G. Papadopoulos, W. Wojtkowski, G. Wojtkowski, S. Wrycza, J. Zupancic, Boston 2009, s. 740–741.



systemem certyfikacji można uznać kwalifikację rozwiązań cyfrowej medycyny jako wyrobów medycznych zgodnie z definicją zawartą w Rozporządzeniu Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2017/745 z dnia 5 kwietnia 2017 roku w sprawie wyrobów medycznych, zmiany dyrektywy 2001/83/WE, rozporządzenia (WE) nr 178/2002 i rozporządzenia (WE) nr 1223/2009 oraz uchylecia dyrektyw Rady 90/385/EWG i 93/42/EWG (dalej: Rozporządzenie w sprawie wyrobów medycznych)<sup>83</sup>, która swoje źródło ma w Dyrektywie Rady 93/42/EWG z dnia 14 czerwca 1993 roku dotyczącej wyrobów medycznych (dalej: Dyrektywa Rady 93/42/EWG)<sup>84</sup>. Przedmiotowa definicja również powinna być zawarta w porządkach normatywnych Państw Członkowskich UE<sup>85</sup>, gdyż były one zobowiązane do implementacji Dyrektywy Rady 93/42/EWG<sup>86</sup>. Wydaje się, że ma to kluczowe znaczenie z punktu widzenia bezpieczeństwa pacjentów, konsumentów i personelu medycznego, które zdeterminowane jest zastosowaniem szeregu standardów przewidzianych w prawie dla wyrobów medycznych do rozwiązań cyfrowej medycyny<sup>87</sup>. Zgodnie z art. 2 pkt 1 Rozporządzenia w sprawie wyrobów medycznych „wyrób medyczny» oznacza narzędzie, aparat, urządzenie, oprogramowanie, implant, odczynnik, materiał lub inny artykuł

---

<sup>83</sup> Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2017/745 z dnia 5 kwietnia 2017 roku w sprawie wyrobów medycznych, zmiany dyrektywy 2001/83/WE, rozporządzenia (WE) nr 178/2002 i rozporządzenia (WE) nr 1223/2009 oraz uchylecia dyrektyw Rady 90/385/EWG i 93/42/EWG (Dz.Urz. UE L 117 z dnia 5 maja 2017 roku, s. 1–175).

<sup>84</sup> Dyrektywa Rady 93/42/EWG z dnia 14 czerwca 1993 roku dotycząca wyrobów medycznych (Dz.Urz. UE L 169 z dnia 12 lipca 1993 roku, s. 1–43).

<sup>85</sup> Przykładowo, polski ustawodawca zdecydował się na implementację przedmiotowej definicji w ustawie z dnia 20 maja 2010 roku o wyrobach medycznych (t.j. Dz.U. z 2020 r. poz. 186), gdzie zgodnie z art. 2 ust. 1 pkt 38 wyrób medyczny to „narzędzie, przyrząd, urządzenie, oprogramowanie, materiał lub inny artykuł, stosowany samodzielnie lub w połączeniu, w tym z oprogramowaniem przeznaczonym przez jego wytwórcę do używania specjalnie w celach diagnostycznych lub terapeutycznych i niezbędnym do jego właściwego stosowania, przeznaczony przez wytwórcę do stosowania u ludzi w celu: a) diagnozowania, zapobiegania, monitorowania, leczenia lub łagodzenia przebiegu choroby, b) diagnozowania, monitorowania, leczenia, łagodzenia lub kompensowania skutków urazu lub upośledzenia, c) badania, zastępowania lub modyfikowania budowy anatomicznej lub procesu fizjologicznego, d) regulacji poczęć – który nie osiąga zasadniczego zamierzonego działania w ciele lub na ciele ludzkim środkami farmakologicznymi, immunologicznymi lub metabolicznymi, lecz którego działanie może być wspomagane takimi środkami” (zob. D. Wąsik, N. Wąsik, *Ustawa o wyrobach medycznych. Komentarz*, Warszawa 2015, s. 27–39; S. Poździech, *Ustawa o wyrobach medycznych. Komentarz*, Warszawa 2012, s. 59–85).

<sup>86</sup> A. Zhelyazkova, R. Torenlvied, *The Time-Dependent Effect of Conflict in the Council on Delays in the Transposition of EU Directives*, „European Union Politics” Nr 10 (2009), s. 35–62; J. Komárek, *Infringements in Application of Community Law: Some Problems and (Im)possible Solutions*, „Review of European Administrative Law” Nr 0/1 (2007), s. 87–98; D. Toshkov, *Embracing European Law: Compliance with EU Directives in Central and Eastern Europe*, „European Union Politics” Nr 9 (2008), s. 379–402; T. König, B. Luetgert, *Troubles with Transposition? Explaining Trends in Member-State Notification and the Delayed Transposition of EU Directives*, „British Journal of Political Science” Nr 39/1 (2009), s. 163–194; M. Kaeding, *Determinants of Transposition Delay in the European Union*, „Journal of Public Policy” Nr 26/3 (2006), s. 229–253.

<sup>87</sup> Potwierdza to motyw 5 Dyrektywy Rady 93/42/EWG: „wyroby medyczne powinny zapewniać pacjentom, użytkownikom i osobom trzecim wysoki poziom ochrony oraz osiągać skuteczność zakładaną przez wytwórcę; dlatego utrzymywanie lub poprawa poziomu ochrony osiągniętego w Państwach Członkowskich jest jednym z zasadniczych celów niniejszej dyrektywy”.

przewidziany przez producenta do stosowania – pojedynczo lub łącznie – u ludzi do co najmniej jednego z następujących szczególnych zastosowań medycznych: – diagnozowanie, profilaktyka, monitorowanie, przewidywanie, prognozowanie, leczenie lub łagodzenie choroby, – diagnozowanie, monitorowanie, leczenie, łagodzenie lub kompensowanie urazu lub niepełnosprawności, – badanie, zastępowanie lub modyfikowanie budowy anatomicznej lub procesu lub stanu fizjologicznego lub chorobowego, – dostarczanie informacji poprzez badanie in vitro próbek pobranych z organizmu ludzkiego, w tym pobranych od dawców narządów, krwi i tkanek, i który nie osiąga swojego zasadniczego przewidzianego działania środkami farmakologicznymi, immunologicznymi lub metabolicznymi w ludzkim ciele lub na nim, ale którego działanie może być wspomagane takimi środkami. Następujące produkty są również uznawane za wyroby medyczne: – wyroby do celów kontroli poczęć lub wspomagania poczęcia, – produkty specjalnie przeznaczone do czyszczenia, dezynfekcji lub sterylizacji wyrobów, o których mowa w art. 1 ust. 4, oraz wyrobów, o których mowa w akapicie pierwszym niniejszego punktu”, z kolei zgodnie z uchylonym już art. 1 ust 2. pkt a) Dyrektywy Rady 93/42/EWG „«wyrób medyczny» oznacza dowolny przyrząd, aparat, urządzenie, materiał lub inny artykuł, stosowany samodzielnie lub w połączeniu, zawierający oprogramowanie konieczne do jego właściwego funkcjonowania przewidzianego przez wytwórcę, który ma być używany w odniesieniu do ludzi do celów: – diagnozowania, zapobiegania, monitorowania, leczenia lub łagodzenia przebiegu chorób, – diagnozowania, monitorowania, leczenia, łagodzenia lub rehabilitacji w przypadku urazu lub upośledzenia, – badań, zastąpienia lub zmiany budowy anatomicznej lub procesów fizjologicznych, – regulacji poczęć, i który nie osiąga swojego głównego zamierzonego działania w lub na ciele człowieka za pomocą środków farmakologicznych, immunologicznych ani metabolicznych, lecz który może być wspomagany w swoich funkcjach przez takie środki”<sup>88</sup>.

Z uwagi na fakt, że Rozporządzenie w sprawie wyrobów medycznych jest stosunkowo nowym aktem prawa unijnego, jego interpretacja będzie opierać się głównie na wnioskach dotyczących Dyrektywy Rady 93/42/EWG, wypracowanych w kontekście definicji wyrobu medycznego, gdzie nie bez znaczenia jest podobieństwo zaprezentowanych definicji. Odgrywa

---

<sup>88</sup> E. French-Mowat, J. Burnett, *How are Medical Devices Regulated in the European Union?*, “Journal of the Royal Society of Medicine” Nr 105/1 (2012), s. 22–28; E. Mantovani, P. Bocos, *Are mHealth Apps Safe? The Intended Purpose Rule, Its Shortcomings and the Regulatory Options Under the EU Medical Device Framework*, [w:] *Mobile e-Health. Human–Computer Interaction Series*, red. H. Marston, S. Freeman, C. Musselwhite, Cham 2017, s. 256; M. Alsaadi, A. Lisitsa, M. Khalaf, M. Qasaimeh, *Investigating the Capability of Agile Processes to Support Medical Devices Regulations: The Case of XP, Scrum, and FDD with EU MDR Regulations*, [w:] *Intelligent Computing Methodologies. ICIC 2019. Lecture Notes in Computer Science*, red. D. Huang, Z. Huang, A. Hussain, Cham 2019, s. 585.

to istotną rolę w kontekście analizowanego poniżej orzeczenia Trybunału Sprawiedliwości Unii Europejskiej (dalej: TSUE)<sup>89</sup>, gdyż jest to jedna z przesłanek utrzymania relewantności dokonanej wykładni przedmiotowego pojęcia.

### 3. 2. Wykładnia definicji wyrobu medycznego

W związku z powyższym istotne jest ustalenie, jakie kryteria na gruncie prawa unijnego decydują o możliwości kwalifikacji rozwiązań cyfrowej medycyny jako wyrobów medycznych. Przedmiotowy zabieg ma jeszcze większe znaczenie z uwagi na zobowiązanie Państw Członkowskich UE do interpretacji prawa krajowego zgodnie z treścią prawa unijnego wyznaczoną przez orzecznictwo TSUE<sup>90</sup>. Należy zauważyć, że pojęcie wyrobu medycznego użyte w Rozporządzeniu w sprawie wyrobów medycznych oraz Dyrektywie Rady 93/42/EWG ma walor pojęcia autonomicznego charakterystycznego dla porządku normatywnego UE, który to wykształcił swoje własne zasady, pojęcia i posługuje się autonomiczną terminologią<sup>91</sup>. Dzieje się tak dlatego, że prawo unijne stworzyło terminy i pojęcia, które nie występują w krajowych porządkach prawnych, a tym z zakresu prawa krajowego Państw Członkowskich UE nadało odmienne znaczenie<sup>92</sup>. Z tego powodu TSUE jest odpowiedzialny za dokonywanie niezależnej i jednolitej wykładni stosowanych w prawie unijnym pojęć, które nie zawierają bezpośredniego odesłania do prawa Państwa Członkowskiego UE celem określenia ich znaczenia i zakresu<sup>93</sup>. Z uwagi na fakt, że pojęcie wyrobu medycznego nie zawiera bezpośredniego odesłania do prawa krajowego Państw Członkowskich UE, konieczne jest

---

<sup>89</sup> W niniejszej dysertacji naukowej określenie TSUE będzie każdorazowo oznaczało wspólnotową bądź unijną instytucję sądowniczą, niezależnie od nazewnictwa używanego w przeszłości.

<sup>90</sup> J. Osiejewicz, *Judicial Review of EU Legislation as an Instrument to Ensure Consistency of National and EU Law*, [w:] *Rule of Law, Human Rights and Judicial Control of Power. Ius Gentium: Comparative Perspectives on Law and Justice*, red. R. Arnold, J. Martínez-Estay, Cham 2017, s. 362–370; D. Kornobis-Romanowska, *Sąd krajowy w prawie wspólnotowym*, Warszawa 2007, s. 45–63; M. Niedźwiedź, *Stosowanie prawa wspólnotowego przez organy administracyjne*, „Casus” Nr 32 (2004), s. 6–10; M. Górski, *Wpływ orzecznictwa Europejskiego Trybunału Sprawiedliwości na interpretację i stosowanie przepisów o ochronie środowiska*, [w:] *Wspólnotowe prawo ochrony środowiska i jego implementacja w Polsce trzy lata po akcesji*, red. J. Jendrośka, M. Bar, Wrocław 2008, s. 30–32; J. Barta, R. Markiewicz, *Prawo autorskie*, Warszawa 2016, s. 528–531; Wyrok Trybunału Sprawiedliwości Unii Europejskiej z dnia 17 maja 1972 roku w sprawie C-93/71 w postępowaniu Orsolina Leonesio przeciwko Ministero dell'Agricoltura e Foreste della Repubblica Italiana (ECLI:EU:C:1972:39); Wyrok Trybunału Sprawiedliwości Unii Europejskiej z dnia 17 grudnia 1970 roku w sprawie C-30/70 w postępowaniu Otto Scheer przeciwko Einfuhr und Vorratsstelle für Getreide und Futtermittel (ECLI:EU:C:1970:117).

<sup>91</sup> J. Helios, W. Jedlecka, *Wykładnia prawa Unii Europejskiej ze stanowiska teorii prawa*, Wrocław 2018, s. 126.

<sup>92</sup> Ibidem.

<sup>93</sup> Wyrok Trybunału Sprawiedliwości Unii Europejskiej z dnia 18 stycznia 1984 roku w sprawie C-327/82 w postępowaniu Ekro Vee en Vleeshandel v. Produktschap voor Vee en Vlees (ECLI:EU:C:1984:11).

poszukiwanie jego interpretacji uwzględniającej kontekst postanowienia i cel regulacji w orzecznictwie TSUE. Wyrok TSUE z dnia 22 listopada 2012 roku w sprawie C-219/11 w postępowaniu Brain Products GmbH przeciwko BioSemi VOF, Antonius Pieter Kuiper, Robert Jan Gerard Honsbeek, Alexander Coenraad Metting van Rijn<sup>94</sup> posiada relewantne znaczenie dla niniejszego przedmiotu analizy. Znajduje się w nim odpowiedź na pytanie, czy artykuł przeznaczony przez wytwórcę do stosowania u ludzi w celu badania procesu fizjologicznego stanowi wyrób medyczny w rozumieniu art. 1 ust. 2 lit. a) tiret trzecie Dyrektywy Rady 93/42/EWG tylko wtedy, gdy jest przeznaczony do celów medycznych<sup>95</sup>, a więc znajduje się w nim wykładnia pojęcia wyrobu medycznego w rozumieniu prawa unijnego. Jednoznacznie należy podkreślić, że wskazywane orzeczenie ma również relewantne znaczenie dla właściwej interpretacji definicji zawartej w Rozporządzeniu w sprawie wyrobów medycznych, gdzie istotna jest częściowa tożsamość z definicją zawartą w Dyrektywie Rady 93/42/EWG. W świetle powyższego orzeczenia wypada zauważyć, że wyłącznie art. 1 ust. 2 lit. a) tiret pierwsze, drugie i trzecie Dyrektywy Rady 93/42/EWG są nierozdzielnie związane z przesłanką wykorzystania do celów medycznych, czego nie można powiedzieć o tiret czwarte tego przepisu<sup>96</sup>. Pośrednio wynika to także z motywu 18 Dyrektywy Rady 93/42/EWG, gdzie zauważono, że z uwagi na szczególne cele związane z walką przeciwko AIDS prawodawca unijny podjął decyzję o objęciu środków antykoncepcyjnych zakresem stosowania przedmiotowego aktu prawa pochodnego w celu zapewnienia skutecznej kontroli ich jakości niezależnie od tego, czy są wykorzystywane w celu medycznym, czy też nie<sup>97</sup>. Za pośrednictwem tego motywu prawodawca unijny wskazał podstawę, dla której Dyrektywa Rady 93/42/EWG ma znaleźć zastosowanie w odniesieniu do wyrobów stosowanych u ludzi w celu regulacji poczęć. Jednocześnie nie podał on takiego powodu w stosunku do pozostałych wyrobów, o których mowa w art. 1 ust. 2 pkt a) Dyrektywy Rady 93/42/EWG. Może to zatem prowadzić do wniosku, że przeznaczenie wyrobu do stosowania w celach medycznych

---

<sup>94</sup> Wyrok Trybunału Sprawiedliwości Unii Europejskiej z dnia 22 listopada 2012 roku w sprawie C-219/11 w postępowaniu Brain Products GmbH przeciwko BioSemi VOF, Antonius Pieter Kuiper, Robert Jan Gerard Honsbeek, Alexander Coenraad Metting van Rijn (ECLI:EU:C:2012:742).

<sup>95</sup> Motyw 11 Wyroku Trybunału Sprawiedliwości Unii Europejskiej z dnia 22 listopada 2012 roku w sprawie C-219/11...

<sup>96</sup> Motyw 20 Wyroku Trybunału Sprawiedliwości Unii Europejskiej z dnia 22 listopada 2012 roku w sprawie C-219/11...

<sup>97</sup> Motyw 18 Dyrektywy Rady 93/42/EWG: „w walce przeciwko AIDS i w świetle wniosków Rady przyjętych dnia 16 maja 1989 r., a dotyczących przyszłych działań w zakresie zapobiegania i kontroli AIDS na poziomie wspólnotowym wyroby medyczne używane do ochrony przed wirusem HIV muszą zapewniać wysoki poziom ochrony; projektowanie i wytwarzanie takich wyrobów powinno być weryfikowane przez jednostkę notyfikowaną”.

nirozzerwalnie wiąże się z analizowaną definicją wyrobu medycznego<sup>98</sup>. W związku z powyższym cała definicja wyrobu medycznego jest determinowana przesłanką wykorzystania do celu medycznego, poza wyrobami przeznaczonymi dla ludzi w celu regulacji poczęć<sup>99</sup>.

### 3.3. Rozwiązania cyfrowej medycyny jako wyroby medyczne

Powyższe uwagi dotyczą także rozwiązań cyfrowej medycyny, gdyż i w tym przypadku pojęcie wyrobu medycznego obejmuje przedmioty stworzone przez producenta do stosowania u ludzi w celach, o których mowa w Rozporządzeniu w sprawie wyrobów medycznych oraz Dyrektywie Rady 93/42/EWG, wyłącznie wtedy, gdy są one przeznaczone do celów medycznych. Powyższe z kolei implikuje twierdzenie, że w sytuacji, w której wyrób cyfrowej medycyny nie został stworzony przez producenta do stosowania w celach medycznych, jego certyfikacja jako wyrobu medycznego nie jest prawnie wymagana<sup>100</sup>. Dodatkowo w kontekście możliwości kwalifikacji rozwiązań cyfrowej medycyny jako wyrobów medycznych na podstawie prawodawstwa unijnego szczególne znaczenie ma zwrócenie uwagi na fakt, że wyrobem medycznym może być nie tylko dowolny przyrząd, aparat, urządzenie, materiał lub inny artykuł, ale także samo oprogramowanie<sup>101</sup>. Oznacza to, że istnieje możliwość równoległej kwalifikacji rozwiązań cyfrowej medycyny jako wyrobów medycznych w wymiarze zarówno materialnym, jak i niematerialnym. W tym pierwszym przypadku w cyfrowej medycynie będą dowolne przyrządy, aparaty, urządzenia, materiały lub inne artykuły wykorzystywane w zastosowaniu nowoczesnych technologii do użytku praktycznego w medycynie. Z kolei wymiarem niematerialnym będzie oprogramowanie samodzielne bądź takie, które konieczne jest do właściwego funkcjonowania wymiaru materialnego. Oprogramowanie traktowane samodzielnie może być zakwalifikowane jako wyrób medyczny, jeżeli zostało specjalnie

---

<sup>98</sup> Motyw 23 Wyroku Trybunału Sprawiedliwości Unii Europejskiej z dnia 22 listopada 2012 roku w sprawie C-219/11...

<sup>99</sup> W dziedzinie wyrobów medycznych należy uwzględnić nie tylko ochronę zdrowia, ale także wymogi związane ze swobodnym przepływem towarów. Oznacza to, że Dyrektywa Rady 93/42/EWG powinna godzić z jednej strony ochronę zdrowia pacjentów, a z drugiej unijną swobodę przepływu towarów (Wyrok Trybunału Sprawiedliwości Unii Europejskiej z dnia 14 czerwca 2007 roku w sprawie C 6/05 w postępowaniu Medipac-Kazantzidis AE przeciwko Venizeleio-Pananeio [PE.S.Y. KRITIS] [ECLI:EU:C:2007:337]).

<sup>100</sup> Motyw 30 Wyroku Trybunału Sprawiedliwości Unii Europejskiej z dnia 22 listopada 2012 roku w sprawie C-219/11...

<sup>101</sup> Motyw 16 Wyroku Trybunału Sprawiedliwości Unii Europejskiej z dnia 22 listopada 2012 roku w sprawie C-219/11...

przeznaczone przez producenta do użycia w co najmniej jednym celu medycznym<sup>102</sup>. Prawodawca unijny w odniesieniu do oprogramowania podkreślił fakt, że aby było ono objęte zakresem stosowania Rozporządzenia w sprawie wyrobów medycznych czy wcześniej Dyrektywy Rady 93/42/EWG nie wystarcza, żeby było ono stosowane jedynie w kontekście medycznym<sup>103</sup>. Konieczne jest, aby według producenta było ono przeznaczone do realizacji przynajmniej jednego celu medycznego<sup>104</sup>. Przykładowo oznacza to, że oprogramowanie ogólnego zastosowania używane w zakładach opieki zdrowotnej, które bezsprzecznie należy do przedmiotu cyfrowej medycyny, nie może być uznane za wyrób medyczny<sup>105</sup>.

Reasumując, z powyższej analizy jednoznacznie wynika, że jeżeli rozwiązania cyfrowej medycyny zarówno w wymiarze materialnym, jak i niematerialnym są przeznaczone do wykorzystania w przynajmniej jednym celu medycznym, to ich kwalifikacja jako wyrobów medycznych zgodnie z definicją zawartą w prawie unijnym jest jednocześnie prawnie dopuszczalna oraz wymagana. Jednakże w tym kontekście należy zastanowić się, czy przedmiotowa formuła kwalifikacji pozostaje prawidłowa w stosunku do rozwiązań cyfrowej medycyny, które to posiadają swoją szczególną specyfikę wyznaczoną przez zastosowanie nowoczesnych technologii do użytku praktycznego w medycynie. Wydaje się, że konieczne jest tutaj rozróżnienie dwóch odmiennych sytuacji prawnych. Pierwsza ma miejsce wtedy, gdy certyfikacja rozwiązań cyfrowej medycyny jako wyrobów medycznych jest fakultatywnie dopuszczalna, a druga, gdy certyfikacja rozwiązań cyfrowej medycyny jako wyrobów medycznych jest obligatoryjnie wymagana. W tym kontekście *de lege ferenda* system certyfikacji rozwiązań cyfrowej medycyny w postaci ich kwalifikacji jako wyrobów medycznych powinien mieć charakter dwutorowy. Po pierwsze, każde rozwiązanie cyfrowej medycyny, niezależnie od tego, czy bezpośrednio stosowane w jednym bądź w większej ilości celów medycznych, powinno być fakultatywnie dopuszczone do systemu certyfikacji jako wyrobów medycznych. Po drugie, te rozwiązania cyfrowej medycyny, które stosowane są w jednym bądź w większej ilości celów medycznych, powinny być obligatoryjnie kierowane do przedmiotowego systemu certyfikacji. Tego rodzaju rozwiązanie jest wariantem zrównoważonym, gdyż w gruncie rzeczy najbardziej efektywny byłby *de lege ferenda* obligatoryjny system certyfikacji jako wyrobów medycznych dla każdego rozwiązania

---

<sup>102</sup> Motyw 16 Wyroku Trybunału Sprawiedliwości Unii Europejskiej z dnia 22 listopada 2012 roku w sprawie C-219/11...

<sup>103</sup> Motyw 17 Wyroku Trybunału Sprawiedliwości Unii Europejskiej z dnia 22 listopada 2012 roku w sprawie C-219/11...

<sup>104</sup> Ibidem.

<sup>105</sup> Motyw 16 Wyroku Trybunału Sprawiedliwości Unii Europejskiej z dnia 22 listopada 2012 roku w sprawie C-219/11...

cyfrowej medycyny zarówno w wymiarze materialnym, jak i niematerialnym oraz niezależnie od przesłanki bezpośredniego stosowania w celach medycznych. Dzieje się tak dlatego, że mowa tutaj o bezpieczeństwie pacjentów czy personelu medycznego oraz o zastosowaniu szeregu standardów przewidzianych w prawie dla wyrobów medycznych do rozwiązań cyfrowej medycyny. Jednakże postulat w takim wariacie z uwagi na konieczność zapewnienia wydolności systemu ochrony zdrowia musi pozostać w sferze abstrakcji, co nie tyczy się zaprezentowanego postulatu w wersji umiarkowanej.

## 4. Pojęcie telemedycyny

### 4.1. Definicje telemedycyny

Z uwagi na fakt, że pojęcie telemedycyny stanowi główną oś analityczną niniejszej dysertacji naukowej, konieczne jest szczegółowe przedstawienie jego znaczenia. Okazuje się, że zarówno w literaturze, jak i w dokumentach organizacji międzynarodowych czy pozarządowych można znaleźć wiele różnych definicji analizowanego terminu<sup>106</sup>. W doktrynie zauważa się, że telemedycyna to badanie, monitorowanie, zarządzanie oraz edukacja pacjentów i personelu medycznego za pomocą systemów, które umożliwiają zdalny dostęp do porad lekarzy i informacji medycznych niezależnie od tego, gdzie znajduje się pacjent czy personel lub gdzie są zlokalizowane poszukiwane dane<sup>107</sup>. Tak zaprogramowany system wykorzystuje połączenie telekomunikacji i technologii jako substytut tradycyjnego bezpośredniego kontaktu między pacjentem a lekarzem<sup>108</sup>. Podkreśla się także, że telemedycyna oznacza wykorzystanie telekomunikacji i informatyki w zastosowaniu medycznym bądź<sup>109</sup> transmisję i wymianę danych medycznych za pośrednictwem sieci telekomunikacyjnych w czasie rzeczywistym bądź opóźnionym<sup>110</sup>. Dalsze propozycje semantyczne zakładają, że telemedycyna polega na wymianie informacji medycznych pomiędzy zainteresowanymi podmiotami za pośrednictwem

---

<sup>106</sup> O. Adelakun, R. Garcia, *Technical Factors in Telemedicine Adoption in Extreme Resource-Poor Countries*, [w:] *Global Health and Volunteering Beyond Borders*, red. M. Olivier, C. Croteau-Chonka, Cham 2019, s. 85.

<sup>107</sup> C. Otto, *The Telemedicine Project of the Medical Service of the Bundeswehr*, [w:] *Telemedicine*, red. T. Buzug, H. Handels, D. Holz, Boston 2001, s. 106.

<sup>108</sup> P. Cohendet, L. Valignon, H. Sylla, *Space Assets in the Emerging Telemedicine Market*, [w:] *New Space Markets. Space Studies*, red. G. Haskell, M. Rycroft, Dordrecht 1998, s. 191.

<sup>109</sup> R. Klar, E. Pelikan, *Telemedicine in Germany*, [w:] *Springer Handbook of Medical Technology*, red. R. Kramme, K. Hoffmann, R. Pozos, Berlin 2011, s. 1119.

<sup>110</sup> M. Zimpfer, *Telemedicine: Steps into the Future*, [w:] *Anaesthesia, Pain, Intensive Care and Emergency Medicine – A.P.I.C.E.*, red. A. Gullo, Milano 1999, s. 77.

komunikacji elektronicznej w celu ochrony zdrowia pacjenta i konsumenta oraz poprawy jakości świadczonej im opieki zdrowotnej<sup>111</sup> albo na transformacji tradycyjnej medycyny poprzez stosowanie interaktywnych metodologii audiowizualnych przekazywania danych, które mają służyć pomocy, edukacji i badaniom w dziedzinie zdrowia<sup>112</sup>. Inni jeszcze autorzy postulują, że telemedycyna to:

- wymiana informacji medycznych na odległość, gdzie przesyłane dane mogą obejmować obrazy, rozmowy, dane laboratoryjne i wszelkie inne istotne medyczne informacje<sup>113</sup>,
- wykorzystanie technologii telekomunikacyjnych do celów diagnostyki medycznej, monitorowania i celów terapeutycznych, gdy zainteresowane podmioty dzieli odległość<sup>114</sup>,
- technologia, która umożliwia świadczenie opieki w dowolnym miejscu i czasie dla każdego, niezależnie od fizycznej lokalizacji zaangażowanych stron<sup>115</sup>,
- interaktywna komunikacja audiowizualna między świadczeniodawcami i ich pacjentami<sup>116</sup>,
- inicjatywa umożliwiająca zdalne monitorowanie zorientowane na pacjencie<sup>117</sup>,
- model świadczenia opieki zdrowotnej, którego wdrożenie uzależnione jest od woli decydentów klinicznych, administracyjnych i politycznych w szpitalach, społecznościach czy regionach<sup>118</sup>,
- narzędzie, które ma rozwiązać prawdziwe problemy w medycynie dotyczące ludzi, pacjentów, jakości usług i procesów<sup>119</sup>,

---

<sup>111</sup> J. Linkous, *A Rapidly Evolving Definition of Telemedicine*, [w:] *Information Technology for the Practicing Physician. Health Informatics*, New York 2001, s. 226.

<sup>112</sup> C. de Lucena, C. Mont'Alvão, F. Pierantoni, L. Frajhof, *Telemedicine and Design: Relationships that Create Opportunities*, [w:] *Human-Computer Interaction. Applications and Services. HCI 2013. Lecture Notes in Computer Science*, red. M. Kurosu, Berlin 2013, s. 129.

<sup>113</sup> O. Argy, M. Caputo, *Introduction to Telemedicine*, [w:] *Information Technology for the Practicing Physician. Health Informatics*, New York 2001, s. 227.

<sup>114</sup> D. Shaw, *Overview of Telehealth and Its Application to Cardiopulmonary Physical Therapy*, "Cardiopulmonary Physical Therapy Journal" Nr 20/2 (2009), s. 13–18.

<sup>115</sup> S. Bhattacharyya, *A DIY Guide to Telemedicine for Clinicians*, Singapore 2017, s. 6.

<sup>116</sup> S. Spradley, *Telemedicine: The Future of Medicine – A Case Study of Telemedicine Applications within the United States*, [w:] *Computers and Networks in the Age of Globalization. IFIP – The International Federation for Information Processing*, red. L. Rasmussen, C. Beardon, S. Munari, Boston 2001, s. 291.

<sup>117</sup> H. Reynolds, *The Tele-ICU: Formative or Out-of-Date or Both? Practice Models and Future Directions*, [w:] *Telemedicine in the ICU*, red. M. Koenig, Cham 2019, s. 4.

<sup>118</sup> G. Dafoulas, G. Pierris, S. Martinez, L. Kvistgaard Jensen, K. Kidholm, *Adaptation of the Model for Assessment of Telemedicine (MAST) for IoT Telemedicine Services*, [w:] *Human Aspects of IT for the Aged Population. Applications, Services and Contexts. ITAP 2017. Lecture Notes in Computer Science*, red. J. Zhou, G. Salvendy, Cham 2017, s. 340.

<sup>119</sup> N. Mohr, E. Hurst, A. MacKinney, E. Nash, B. Carr, B. Skow, *Telemedicine for Early Treatment of Sepsis*, [w:] *Telemedicine in the ICU*, red. M. Koenig, Cham 2019, s. 255.



- zyskujące coraz większą popularność w ostatnich latach nowe podejście do opieki nad pacjentami w odległych lokalizacjach, gdzie lekarze specjaliści mogą nie być dostępni<sup>120</sup>,
- geograficzna separacja między ekspertyzą medyczną a ekspertem medycznym, w tym interakcja za pośrednictwem technologii<sup>121</sup>.

Już *prima facie* widać, że w przypadku analizowania pojęcia telemedycyny, podobnie jak miało to miejsce w stosunku do pozostałej terminologii dotyczącej zastosowania nowoczesnych technologii do użytku praktycznego w medycynie, występuje negatywne zjawisko, jakim jest chaos definicyjny. Wynika on z faktu, że większość autorów zajmujących się tą specyficzną płaszczyzną badawczą tworzy swoje własne propozycje semantyczne, uznając je za właściwe. Remedium na ten stan rzeczy byłoby stworzenie definicji legalnej telemedycyny na szczeblu współpracy międzynarodowej. Pomocne w tym kontekście mogłyby być jej definicje stworzone już przez uznane organizacje. Przykładowo Światowa Organizacja Zdrowia uważa, że telemedycyna to świadczenie usług opieki zdrowotnej, gdzie kluczowym czynnikiem jest odległość, przez pracowników służby zdrowia wykorzystujących technologie informacyjne i komunikacyjne do wymiany informacji w celu diagnozy, leczenia, zapobiegania chorobom i urazom, badań i ewaluacji, a także kształcenia świadczeniodawców opieki zdrowotnej w interesie poprawy zdrowia pacjentów<sup>122</sup>. Z kolei UE przyjmuje, że telemedycyna to świadczenie usług opieki zdrowotnej, gdzie tradycyjny kontakt pacjent–lekarz bądź lekarz–lekarz zostaje zastąpiony interakcją na odległość za pomocą technologii informacyjno-komunikacyjnych<sup>123</sup>. Można jeszcze wspomnieć, że według definicji Amerykańskiego Towarzystwa Telemedycznego telemedycyna obejmuje coraz większą różnorodność aplikacji i usług wykorzystujących dwukierunkowe wideo, pocztę elektroniczną, smartfony, narzędzia bezprzewodowe i inne formy technologii telekomunikacyjnej<sup>124</sup>. *De lege ferenda* wydaje się, że te trzy propozycje semantyczne mogą stanowić merytoryczne podwaliny dla międzynarodowej inicjatywy przyjęcia definicji legalnej telemedycyny, bez której pojawienia

---

<sup>120</sup> M. Lynn, *Telemedicine to Manage Sudden Mass Casualty Incidents Remotely*, [w:] *Disasters and Mass Casualty Incidents*, red. M. Lynn, H. Lieberman, L. Lynn, G. Pust, D. Yeh, K. Stahl, T. Zakrisson, Cham 2019, s. 107.

<sup>121</sup> S. Melton, S. Simmons, B. Smith, D. Hamilton, *Telemedicine*, [w:] *Principles of Clinical Medicine for Space Flight*, red. M. Barratt, E. Baker, S. Pool, New York 2019, s. 253; S. Simmons, D. Hamilton, P. McDonald, *Telemedicine*, [w:] *Principles of Clinical Medicine for Space Flight*, red. M. Barratt, S. Pool, New York 2008, s. 163.

<sup>122</sup> S. Bhattacharyya, *A DIY Guide to Telemedicine...*, s. 6.

<sup>123</sup> Komisja Europejska, *Market study on telemedicine*, Bruksela 2018, s. 25.

<sup>124</sup> M. Raskas, K. Gali, D. Schinasi, S. Vyas, *Telemedicine and Pediatric Urgent Care: A Vision into the Futur*, [w:] *Consumer Informatics and Digital Health*, red. M. Edmunds, C. Hass, E. Holve, Cham 2017, s. 206.

się literatura będzie tworzyć kolejne niezliczone już propozycje definicyjne pogarszając przejrzystość zrozumienia nomenklatury używanej w stosunku do zastosowania nowoczesnych technologii do użytku praktycznego w medycynie.

## 4.2. Istota telemedycyny

Wypada przypomnieć, że telemedycyna należy do szerszego pojęcia telezdrowia, które powinno być rozumiane jako zastosowanie nowoczesnych technologii do użytku praktycznego w medycynie, gdzie dostarczane są usługi medyczne na odległość z wykorzystaniem techniki teleobecności<sup>125</sup>. W tak zdefiniowanym przedmiocie telezdrowia istnieje zatem możliwość wyodrębnienia dwóch specyficznych podkategorii – teleopieki oraz telemedycyny. Jak już zauważono, teleopieka powinna być odnoszona do świadczenia usług medycznych przez nielekarzy z wykorzystaniem technik teleobecności<sup>126</sup>, z kolei telemedycynę należy utożsamiać ze świadczeniem usług medycznych przez lekarzy na odległość z wykorzystaniem technik teleobecności<sup>127</sup>. Proponowana granica semantyczna pomiędzy tymi terminami ma tę zaletę, że dość precyzyjnie określa ich rzeczywisty zakres przedmiotowy. Jest ona uzasadniona

---

<sup>125</sup> R. Dorsey, E. Topol, *State of Telehealth...*, s. 154–160; S. Koch, *Home Telehealth—current State...*, s. 565–576; R. Weinstein, A. Lopez, B. Joseph, K. Erps, M. Holcomb, G. Barker, E. Krupinski, *Telemedicine, Telehealth, and Mobile Health...*, s. 183–187; L. Van Dyk, *A Review of Telehealth Service...*, s. 1279–1298; A. Maimone, J. Bidwell, K. Peng, H. Fuchs, *Enhanced Personal Autostereoscopic Telepresence...*, s. 791–793; X. Wang, P. Love, M. Kim, W. Wang, *Mutual Awareness in Collaborative Design...*, s. 314–324; C. Capt, J. Sanders, J. Smith, D. Dimond, *Telehealth...*, s. 338; W. Roffer, *Improving Veterans' Access to Trauma Services...*, s. 207; T. Kim, *Insights on Telehealth...*, s. 66; S. Edirippulige, *Changing Role of Nurses in the Digital Era...*, s. 271; M. Raza, M. Hoa Le, N. Aslam, C. Hieu Le, N. Tam Le, T. Ly Le, *Telehealth Technology: Potentials, Challenges and Research...*, s. 523; P. Brennan, J. Starren, *Consumer Health Informatics...*, s. 536; M. Martin-Khan, S. Freeman, K. Adam, G. Betkus, *The Evolution of Telehealth...*, s. 174; L. LaFramboise, C. Toderò, L. Zimmerman, S. Agrawal, *Comparison of Health Buddy...*, s. 275–288.

<sup>126</sup> O. Castolo, L. Camarinha-Matos, *Reliable Communications for Mobile Agents...*, s. 149–150; I. Držanič, V. Mladenović, M. Debevc, V. Dolničar, A. Petrovčič, S. Touzery, I. Kožuh, *Usability Testing of a Smartphone Telecare...*, s. 252; B. Chuang, C. Tsai, *Rural Residents' Perceptions and Needs of Telecare...*, s. 237; H. Afsarmanesh, V. Masís, L. Hertzberger, *Virtual Community Support...*, s. 211–212.

<sup>127</sup> Propozycja autorska na podstawie: O. Adalakun, R. Garcia, *Technical Factors in Telemedicine Adoption in...*, s. 85; C. Otto, *The Telemedicine Project...*, s. 106; P. Cohendet, L. Valignon, H. Sylla, *Space Assets in the Emerging Telemedicine...*, s. 191; R. Klar, E. Pelikan, *Telemedicine in Germany...*, s. 1119; M. Zimpfer, *Telemedicine: Steps into the Future...*, s. 77; J. Linkous, *A Rapidly Evolving Definition of Telemedicine...*, s. 226; C. de Lucena, C. Mont'Alvão, F. Pierantoni, L. Frajhof, *Telemedicine and Design: Relationships...*, s. 129; O. Argy, M. Caputo, *Introduction to Telemedicine...*, s. 227; D. Shaw, *Overview of Telehealth...*, s. 13–18; S. Bhattacharyya, *A DIY Guide to Telemedicine...*, s. 6; S. Spradley, *Telemedicine: The Future of Medicine...*, s. 291; H. Reynolds, *The Tele-ICU: Formative or Out-of-Date or Both...*, s. 4; G. Dafoulas, G. Pierris, S. Martinez, L. Kvistgaard Jensen, K. Kidholm, *Adaptation of the Model for Assessment of Telemedicine...*, s. 340; N. Mohr, E. Hurst, A. MacKinney, E. Nash, B. Carr, B. Skow, *Telemedicine for Early Treatment...*, s. 255; M. Lynn, *Telemedicine to Manage Sudden...*, s. 107; S. Melton, S. Simmons, B. Smith, D. Hamilton, *Telemedicine...*, s. 253; S. Simmons, D. Hamilton, P. McDonald, *Telemedicine...*, s. 163; Komisja Europejska, *Market Study on Telemedicine...*, s. 25; M. Raskas, K. Gali, D. Schinasi, S. Vyas, *Telemedicine and Pediatric Urgent Care...*, s. 206.

poziomem zaawansowania świadczonych usług opieki zdrowotnej uzależnionym od zaangażowania konkretnego rodzaju personelu medycznego. Przytoczenie reprezentatywnych sugestii znaczeniowych telemedycyny nie było pozbawione celu<sup>128</sup>, gdyż jednoznacznie ukazuje, że ze względu na brak definicji legalnej terminu poddawanego analizie spotyka się z różnymi definicjami, które nie zawsze pozostają ze sobą w pełnej kompatybilności. Jednakże zamiarem było także zaprezentowanie uniwersalnego priorytetu stanowiącego ich wspólny mianownik, za który można uznać przesył danych medycznych z wykorzystaniem technologii teleinformatycznych w celu poprawy zdrowia pacjenta. Należy jeszcze nadmienić, że w przedmiotowym aspekcie przesył z wykorzystaniem technologii teleinformatycznej oznacza potrzebę zajęcia się również zagadnieniem transgraniczności świadczenia usług telemedycznych, a poprawa zdrowia pacjenta powinna być bezpośrednio wiązana z urzeczywistnieniem prawa do ochrony zdrowia oraz prawa do świadczeń opieki zdrowotnej, w tym medycznej. Wydaje się, że priorytet ten połączony z właściwym znaczeniem terminologicznym stanowi istotę telemedycyny. Łączy się ona z wrażliwością na zapewnienie wsparcia klinicznego, pokonanie barier geograficznych, wykorzystanie różnych rodzajów nowoczesnych technologii oraz poprawę wyników zdrowotnych, a przede wszystkim na urzeczywistnienie prawa do ochrony zdrowia i prawa do świadczeń opieki zdrowotnej, w tym medycznej<sup>129</sup>. Uwaga ta ma kluczowe znaczenie dla całości niniejszej dysertacji naukowej, gdyż telemedycyna stanowi główną oś odniesienia poddawaną analizie. W tym momencie ma to prymarne znaczenie dla określenia podstawowych elementów konstrukcyjnych telemedycyny. Można jeszcze wspomnieć, że tak określona istota telemedycyny bezpośrednio przesądza, że tego rodzaju zastosowanie nowoczesnych technologii do użytku praktycznego w medycynie nie zmierza do odhumanizowania opieki zdrowotnej, lecz stanowi narzędzie wspomagające poprawę dostępności, szybkości, równości, bezpieczeństwa, jakości oraz obniżenie kosztów świadczeń medycznych<sup>130</sup>. W tym ujęciu to także wsparcie pracy lekarzy poprzez poprawienie jej efektywności. Niemniej jednak, co warto stanowczo podkreślić, wdrożenie rozwiązań telemedycznych do powszechnego zastosowania nie jest celem samym

---

<sup>128</sup> Patrz: Rozdział I. *Nowoczesne technologie w medycynie: 4. Pojęcie telemedycyny: 4.1 Definicje telemedycyny.*

<sup>129</sup> S. Bhattacharyya, *A DIY Guide to Telemedicine...*, s. 6.

<sup>130</sup> Komunikat Komisji do Parlamentu Europejskiego, Rady, Europejskiego Komitetu Ekonomiczno-Społecznego oraz Komitetu Regionów w sprawie korzyści telemedycyny dla pacjentów, systemów opieki zdrowotnej i społeczeństwa. COM/2008/0689, s. 3; M. Czarnucha, M. Grabowski, P. Najbuka, Ł. Kotłowski, *Otoczenie regulacyjne telemedycyny w Polsce – stan obecny i nowe otwarcie*, Warszawa 2015, s. 13–21; W. Maziarz, *Problemy rozwoju telemedycyny w Polsce*, „Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego. Studia Informatica” Nr 25 (2010), s. 33–35.

w sobie. Stanowi go dostosowanie osiągnąć postępu technicznego, technologicznego i cywilizacyjnego do potrzeb i problemów tradycyjnie rozumianej medycyny.

### 4.3. Podstawowe elementy konstrukcyjne telemedycyny i ich implikacje

Powyżej zaproponowana istota telemedycyny stanowi zarówno punkt wyjścia, jak i punkt docelowy określenia najważniejszych elementów konstrukcyjnych tego rodzaju zastosowania nowoczesnych technologii do użytku praktycznego w medycynie. Dzieje się tak dlatego, że widoczne są przynajmniej trzy podstawowe elementy konstrukcyjne pojęcia telemedycyny. Po pierwsze, są to dane medyczne w formie umożliwiającej ich przesył za pośrednictwem technologii teleinformatycznej. Oznacza to, że mamy do czynienia z Elektroniczną Dokumentacją Medyczną, stanowiącą cyfrowe odwzorowanie tradycyjnej dokumentacji medycznej z funkcjonalnościami dostosowanymi do aktualnego postępu technicznego, technologicznego i cywilizacyjnego<sup>131</sup>. Po drugie, jest to wykorzystanie sieci teleinformatycznej przez lekarzy w celach medycznych. Co istotne, konieczne okazuje się tutaj nie tylko zastosowanie właściwie zaprojektowanej sieci teleinformatycznej<sup>132</sup>, ale także dostęp do niej końcowych beneficjentów<sup>133</sup>. Oznacza to także konieczność zajęcia się zagadnieniem transgraniczności świadczenia usług telemedycznych. Po trzecie, najważniejszym z aksjologicznego punktu widzenia podstawowym elementem konstrukcyjnym telemedycyny

---

<sup>131</sup> O. Ben-Assuli, *Electronic Health Records, Adoption, Quality of Care, Legal and Privacy Issues and their Implementation in Emergency Departments*, "Health Policy" Nr 119/3 (2015), s. 287–297; D. Kalra, *Electronic Health Record Standards*, "Yearbook of Medical Informatics" Nr 15/01 (2006), s. 136–144; J. Hodge, L. Gostin, P. Jacobson, *Legal Issues Concerning Electronic Health Information: Privacy, Quality, and Liability*, "Journal of the American Medical Association" Nr 282/15 (1999), s. 1466–1471; J. Dumortier, G. Verhenneman, *Legal Regulation of Electronic Health Records: A Comparative Analysis of Europe and the US*, [w:] *eHealth: Legal, Ethical and Governance Challenges*, red. C. George, D. Whitehouse, P. Duquenois, Berlin 2013, s. 25–56; E. Christiansen, E. Skipenes, M. Hausken, S. Skeie, T. Østbye, M. Iversen, *Shared Electronic Health Record Systems: Key Legal and Security Challenges*, "Journal of Diabetes Science and Technology" Nr 11/6 (2017), s. 1234–1239; S. Peters, G. Steve, M. Khan, *Electronic Health Records: Current and Future Use*, "Journal of Comparative Effectiveness Research" Nr 3/5 (2014), s. 515–522; N. Ries, G. Moysa, *Legal Protections of Electronic Health Records: Issues of Consent and Security*, "Health Law Review" Nr 14/1 (2005), s. 18–25.

<sup>132</sup> Przedmiotowym aspektem zajmuje się informatyka medyczna: W. Choctaw, *Avoiding Medical Malpractice...*, s. 47; C. Huang, *Medical Informatics...*, s. 1423; D. Closa, A. Gardiner, F. Giemsa, J. Machek, *Patent Law for...*, s. 155; A. Venot, A. Burgun, S. Després, P. Degoule, *Medical Informatics as a Scientific Discipline...*, s. 3–4.

<sup>133</sup> Ma to znaczenie z punktu widzenia tzw. wykluczenia cyfrowego, które polega na określeniu różnicy pomiędzy tymi osobami bądź społeczeństwami, które mają dostęp do technologii informacyjnych (Internetu), a tymi, które go nie posiadają: M. Warren, *The Digital Vicious Cycle: Links Between Social Disadvantage and Digital Exclusion in Rural Areas*, "Telecommunications Policy" 31/6–7 (2007), s. 374–388; E. Helsper, *A Corresponding Fields Model for the Links Between Social and Digital Exclusion*, "Communication Theory" 22/4 (2012), s. 403–426; A. Bach, G. Shaffer, T. Wolfson, *Digital Human Capital: Developing a Framework for Understanding the Economic Impact of Digital Exclusion in Low-income Communities*, "Journal of Information Policy" Nr 3 (2013), s. 247–266.

jest poprawa zdrowia pacjenta<sup>134</sup>, która powinna być utożsamiana z urzeczywistnieniem prawa do ochrony zdrowia oraz prawa do świadczeń opieki zdrowotnej, w tym medycznej. Prowadzi to zatem do wniosku, że korelacja podstawowych elementów konstrukcyjnych telemedycyny wynika z jednej strony z uniwersalnego priorytetu stanowiącego część jej istoty rozumianego jako przesył danych medycznych z wykorzystaniem technologii teleinformatycznych w celu poprawy zdrowia pacjenta; z drugiej zaś stanowi fundament dla właściwego znaczenia semantycznego będącego pozostałą częścią istoty telemedycyny, a pojmowanego jako świadczenie usług medycznych przez lekarzy na odległość z wykorzystaniem technik teleobecności<sup>135</sup>. Z tego powodu podstawowe elementy konstrukcyjne telemedycyny stanowią z punktu widzenia percepcji naukowej niezwykle interesujące zagadnienie. Dodatkowo implikują one określenie kryteriów adaptacyjnych telemedycyny, które posiadają doniosłe znaczenie w momencie podjęcia działań wdrażających. Mowa tutaj o powszechności, dostępności oraz permanentnej zastępowalności<sup>136</sup>. Kryterium powszechności jest determinowane zasięgiem stosowania telemedycyny, która może obejmować przykładowo całą populację, grupę mieszkańców bądź pojedyncze osoby. Kryterium dostępności dokonuje ewaluacji faktycznej umiejętności i możliwości korzystania z wdrażanych rozwiązań przez końcowych beneficjentów, a kryterium permanentnej zastępowalności służy ocenie, czy tradycyjne rozwiązanie, o ile istnieje, pozostaje trwale i nieodwołalnie wymieniane na nowoczesną alternatywę. Okazuje się, że połączenie powszechności, dostępności i permanentnej zastępowalności *de lege ferenda* daje asumpt do określenia faktycznych dyrektyw adaptacji telemedycyny. Z teoretycznego punktu widzenia mogą one prowadzić do sytuacji, w której niemożliwa bądź znacząco utrudniona staje się pełna implementacja telemedycyny do użytku praktycznego. Przykładowo wynika z nich, że możliwe jest wdrożenie telemedycyny o zasięgu:

---

<sup>134</sup> M. Porter, *What is Value in Health Care?*, "The New England Journal of Medicine" Nr 363/26 (2010), s. 2478.

<sup>135</sup> O. Adelakun, R. Garcia, *Technical Factors in Telemedicine Adoption in...*, s. 85; C. Otto, *The Telemedicine Project...*, s. 106; P. Cohendet, L. Valignon, H. Sylla, *Space Assets in the Emerging Telemedicine...*, s. 191; R. Klar, E. Pelikan, *Telemedicine in Germany...*, s. 1119; M. Zimpfer, *Telemedicine: Steps into the Future...*, s. 77; J. Linkous, *A Rapidly Evolving Definition of Telemedicine...*, s. 226; C. de Lucena, C. Mont'Alvão, F. Pierantoni, L. Frajhof, *Telemedicine and Design: Relationships...*, s. 129; O. Argy, M. Caputo, *Introduction to Telemedicine...*, s. 227; D. Shaw, *Overview of Telehealth...*, s. 13–18; S. Bhattacharyya, *A DIY Guide to Telemedicine...*, s. 6; S. Spradley, *Telemedicine: The Future of Medicine...*, s. 291; H. Reynolds, *The Tele-ICU: Formative or Out-of-Date or Both...*, s. 4; G. Dafoulas, G. Pierris, S. Martinez, L. Kvistgaard Jensen, K. Kidholm, *Adaptation of the Model for Assessment of Telemedicine...*, s. 340; N. Mohr, E. Hurst, A. MacKinney, E. Nash, B. Carr, B. Skow, *Telemedicine for Early Treatment...*, s. 255; M. Lynn, *Telemedicine to Manage Sudden...*, s. 107; S. Melton, S. Simmons, B. Smith, D. Hamilton, *Telemedicine...*, s. 253; S. Simmons, D. Hamilton, P. McDonald, *Telemedicine...*, s. 163; Komisja Europejska, *Market Study on Telemedicine...*, s. 25; M. Raskas, K. Gali, D. Schinasi, S. Vyas, *Telemedicine and Pediatric Urgent Care...*, s. 206.

<sup>136</sup> Zaprezentowana terminologia stanowi autorską propozycję o charakterze dogmatycznym.

- globalnym (np. cała populacja) z pełną dostępnością, wraz z permanentną zastępowalnością,
- globalnym (np. cała populacja) z ograniczoną dostępnością, bez permanentnej zastępowalności,
- regionalnym (np. grupy społeczne) z pełną dostępnością, wraz z permanentną zastępowalnością,
- regionalnym (np. grupy społeczne) z ograniczoną dostępnością, lecz bez permanentnej zastępowalności,
- niepowszechnym (np. wybrane i świadome osoby) z ograniczoną dostępnością, wraz z permanentną zastępowalnością.

Głównym celem przedmiotowych kryteriów jest zapobieganie sytuacjom, w których wdrożeniu miałyby podlegać telemedycyna niedostosowana do realiów konkretnego społeczeństwa reprezentującego swój specyficzny profil adaptacyjny.

## 5. Korzyści oraz zagrożenia telemedycyny

### 5.1. Korzyści telemedycyny

Wdrożenie rozwiązań telemedycznych może nieść ze sobą szereg korzyści poprawiających funkcjonowanie systemu opieki zdrowotnej, status pacjentów oraz personelu medycznego. Przedmiotowa sytuacja nie wydaje się osobiwa, gdyż uzasadnieniem zastosowania jakiegokolwiek nowoczesnej technologii do użytku praktycznego jest zazwyczaj katalog możliwych do wystąpienia pozytywnych skutków. Uwagę zwracają na ten fakt badacze<sup>137</sup> oraz UE w swojej działalności normatywnej, w szczególności w ramach tzw. miękkiego prawa<sup>138</sup>.

---

<sup>137</sup> Przykładowo: D. Hailey, R. Roine, A. Ohinmaa, *Systematic Review of Evidence for the Benefits of Telemedicine*, "Journal of Telemedicine and Telecare" Nr 8/1 (2002), s. 1–7; K. Reed, *Telemedicine: Benefits to Advanced Practice Nursing and the Communities They Serve*, "Journal of the American Academy of Nurse Practitioners" Nr 17/5 (2005), s. 176–180; S. Dimmick, C. Mustaleski, S. Burgiss, T. Welsh, *A Case Study of Benefits & Potential Savings in Rural Home Telemedicine*, "Home Healthcare Now" Nr 18/2 (2000), s. 124–135; M. Berman, A. Fenaughty, *Technology and Managed Care: Patient Benefits of Telemedicine in a Rural Health Care Network*, "Health Economics" Nr 14/6 (2005), s. 559–573; S. Miyahara, M. Tsuji, C. Iizuka, T. Hasegawa, F. Taoka, *On the Evaluation of Economic Benefits of Japanese Telemedicine and Factors for its Promotion*, "Telemedicine Journal & e-Health" Nr 12/6 (2006), s. 691–697; N. Bilalović, C. Paties, A. Mason, *Benefits of Using Telemedicine and First Results in Bosnia and Herzegovina*, "Journal of Telemedicine and Telecare" Nr 4/1 (1998), s. 91–93.

<sup>138</sup> W szczególności: Dokument roboczy służb Komisji z dnia 21 grudnia 2007 roku Plan działania dotyczący inicjatywy rynków pionierskich w dziedzinie e-zdrowia (COM[2007]0860 final, SEC[2007]1730); Komunikat Komisji z dnia 25 kwietnia 2018 roku w sprawie umożliwienia transformacji cyfrowej opieki zdrowotnej i społecznej na jednolitym rynku cyfrowym, wzmocnienia pozycji obywateli i budowania zdrowszego

W źródłach tych można wskazać wspomniane już potencjalne pozytywne skutki wdrożenia telemedycyny do użytku powszechnego. Niemniej jednak, z przyczyn metodologicznych należy je podzielić na dwie grupy – ogólną oraz szczegółową. Za ogólne korzyści telemedycyny można uznać poprawę wydolności systemu opieki zdrowotnej *sensu largo* oraz wsparcie pracy lekarzy poprzez zwiększenie ich efektywności. Wskaźniki te powodują także wzrost zaufania i zadowolenia końcowych beneficjentów. W tym świetle telemedycyna może być pojmowana z jednej strony jako gwarant prawa do ochrony zdrowia, z drugiej zaś jako nowoczesne narzędzie wykonawcze prawa do świadczeń zdrowotnych. Uwaga ta ma kluczowe znaczenie dla dalszych rozważań związanych z tytułowym zagadnieniem, w szczególności dla prawa do zdrowia w telemedycynie. Z kolei za szczegółowe korzyści telemedycyny można uznać poprawę dostępności, szybkości, równości, bezpieczeństwa i jakości świadczeń medycznych oraz obniżenie ich kosztów. Mowa tutaj przede wszystkim o pokonywaniu barier spowodowanych odległością między pacjentem a świadczeniodawcą, brakiem dostępu do transportu, fragmentaryzacją opieki zdrowotnej, wynikającą z braku dostępnych terminów i właściwego personelu medycznego. Telemedycyna może być szczególnie korzystna dla pacjentów w społecznościach na wiejskich obszarach geograficznych, gdzie występują niedobory w zasobach personalnych. Co istotne, irrelevantne dla niej są odległość i czas podróży. Należy także zauważyć, że telemedycyna może zwiększyć efektywność świadczonej opieki zdrowotnej przy jednoczesnym obniżeniu kosztów w postaci ograniczenia do koniecznego minimum tradycyjnie rozumianej hospitalizacji. Ostatecznie tego rodzaju zastosowanie nowoczesnych technologii do użytku praktycznego w medycynie ułatwia pacjentom większe zaangażowanie w swoją opiekę zdrowotną poprzez wygodne oraz elastyczne świadczenia medyczne dostarczane w czasie rzeczywistym bądź nierzeczywistym. Dodatkowo warto wskazać, że nie bez znaczenia jest tutaj także wzrost satysfakcji

---

społeczeństwa (COM[2018]0233); Komunikat Komisji z dnia 30 kwietnia 2004 roku e-Zdrowie – poprawa opieki zdrowotnej dla obywateli europejskich: plan działania w europejskim obszarze e-zdrowia (COM[2004]0356); Komunikat Komisji z dnia 4 listopada 2008 roku w sprawie korzyści telemedycyny dla pacjentów, systemów opieki zdrowotnej i społeczeństwa (COM[2008]0689); Komunikat Komisji z dnia 6 grudnia 2012 roku zatytułowany Plan działania w dziedzinie e-zdrowia na lata 2012–2020 – Innowacyjna opieka zdrowotna w XXI wieku (COM[2012]0736); Konkluzje Rady z dnia 8 grudnia 2017 roku w sprawie zdrowia w społeczeństwie cyfrowym (Dz.Urz. UE C 440 z 21.12.2017, s. 3); Pytanie do Komisji dotyczące umożliwienia transformacji cyfrowej opieki zdrowotnej i społecznej na jednolitym rynku cyfrowym, wzmocnienia pozycji obywateli i budowania zdrowszego społeczeństwa (O-00042/2019 – B9-0062/2019); Rezolucja Parlamentu Europejskiego z dnia 18 grudnia 2019 roku w sprawie umożliwienia transformacji cyfrowej opieki zdrowotnej i społecznej na jednolitym rynku cyfrowym, wzmocnienia pozycji obywateli i budowania zdrowszego społeczeństwa (2019/2804[RSP]); Zalecenie Komisji 2019/243 z dnia 6 lutego 2019 roku w sprawie europejskiego formatu wymiany elektronicznej dokumentacji medycznej (Dz.Urz. UE L 39 z 11.02.2019, s. 18); Zalecenie Komisji z dnia 2 lipca 2008 roku w sprawie transgranicznej interoperacyjności systemów elektronicznych kart zdrowia (Dz.Urz. UE L 190 z 18.07.2008, s. 37).

świadczeniodawców, w tym personelu medycznego. Wydaje się, że z perspektywy wszystkich zaprezentowanych powyżej możliwych do wystąpienia pozytywnych skutków wdrożenia telemedycyny na aktualnym etapie postępu technicznego, technologicznego oraz cywilizacyjnego, nie powinna być ona już oceniana w kategoriach możliwości, lecz konieczności dla właściwego funkcjonowania współczesnych systemów opieki zdrowotnej, które mają za zadanie pełną realizację prawa do ochrony zdrowia oraz prawa do świadczeń zdrowotnych, w tym medycznych.

## 5.2. Zagrożenia telemedycyny

Zauważalną tendencją w literaturze oraz dokumentach organizacji międzynarodowych bądź pozarządowych jest prowadzenie dyskursów na tematy powiązane z telemedycyną wyłącznie bądź w przeważającej mierze z perspektywy możliwych do wystąpienia pozytywnych skutków zastosowania tego rodzaju nowoczesnych technologii do użytku praktycznego w medycynie<sup>139</sup>. Nie da się ukryć, że jest to istotny aspekt tytułowego zagadnienia uzasadniający inicjowanie działań wdrażających. Niemniej jednak w ramach niniejszej dysertacji naukowej za konieczne należy również uznać przedstawienie możliwych do wystąpienia negatywnych skutków wdrożenia telemedycyny. Na początku wypada jednak zauważyć, że pojawienie się problemów prawnych związanych z wprowadzeniem telemedycyny do użytku powszechnego nie ma charakteru pejoratywnego. Aspekty tego rodzaju można nazwać co najwyżej trudnościami

---

<sup>139</sup> D. Hailey, R. Roine, A. Ohinmaa, *Systematic Review of Evidence for the Benefits...*, s. 1–7; K. Reed, *Telemedicine: Benefits to Advanced Practice Nursing...*, s. 176–180; S. Dimmick, C. Mustaleski, S. Burgiss, T. Welsh, *A Case Study of Benefits & Potential Savings...*, s. 124–135; M. Berman, A. Fenaughty, *Technology and Managed Care: Patient Benefits of Telemedicine...*, s. 559–573; S. Miyahara, M. Tsuji, C. Iizuka, T. Hasegawa, F. Taoka, *On the Evaluation of Economic Benefits...*, s. 691–697; N. Bilalović, C. Paties, A. Mason, *Benefits of Using Telemedicine...*, s. 91–93; Wydaje się, że przedmiotowy stan rzeczy wynika po pierwsze z wyinterpretowanej definicji telemedycyny posiadającej pozytywny charakter, zgodnie z którą poleg ona na świadczeniu usług medycznych przez lekarzy na odległość z wykorzystaniem technik teleobecności (por. O. Adelakun, R. Garcia, *Technical Factors in Telemedicine Adoption in...*, s. 85; C. Otto, *The Telemedicine Project...*, s. 106; P. Cohendet, L. Valignon, H. Sylla, *Space Assets in the Emerging Telemedicine...*, s. 191; R. Klar, E. Pelikan, *Telemedicine in Germany...*, s. 1119; M. Zimpfer, *Telemedicine: Steps into the Future...*, s. 77; J. Linkous, *A Rapidly Evolving Definition of Telemedicine...*, s. 226; C. de Lucena, C. Mont'Alvão, F. Pierantoni, L. Frajhof, *Telemedicine and Design: Relationships...*, s. 129; O. Argy, M. Caputo, *Introduction to Telemedicine...*, s. 227; D. Shaw, *Overview of Telehealth...*, s. 13–18; S. Bhattacharyya, *A DIY Guide to Telemedicine...*, s. 6; S. Spradley, *Telemedicine: The Future of Medicine...*, s. 291; H. Reynolds, *The Tele-ICU: Formative or Out-of-Date or Both...*, s. 4; G. Dafoulas, G. Pierris, S. Martinez, L. Kvistgaard Jensen, K. Kidholm, *Adaptation of the Model for Assessment of Telemedicine...*, s. 340; N. Mohr, E. Hurst, A. MacKinney, E. Nash, B. Carr, B. Skow, *Telemedicine for Early Treatment...*, s. 255; M. Lynn, *Telemedicine to Manage Sudden...*, s. 107; S. Melton, S. Simmons, B. Smith, D. Hamilton, *Telemedicine...*, s. 253; S. Simmons, D. Hamilton, P. McDonald, *Telemedicine...*, s. 163; Komisja Europejska, *Market Study on Telemedicine...*, s. 25; M. Raskas, K. Gali, D. Schinasi, S. Vyas, *Telemedicine and Pediatric Urgent Care...*, s. 206) oraz po drugie z uniwersalnego priorytetu stanowiącego ich wspólny mianownik, za który można uznać przesył danych medycznych z wykorzystaniem technologii teleinformatycznych w celu poprawy zdrowia pacjenta.



telemedycyny, jednakże w żadnym wypadku nie są one związanymi z nią zagrożeniami. Warto zauważyć, że przedmiotowe trudności mają pozytywny wydźwięk dla nauk prawnych, dając asumpt do przedstawiania sposobów regulacji nowych wcześniej nieznanymi materii. Przykładowo, ich desygnatami w ramach niniejszej dysertacji naukowej są problemy związane z urzeczywistnianiem się prawa do zdrowia w telemedycynie czy transgranicznością świadczenia usług medycznych. Niemniej jednak każda innowacja ma swój pozytywny i negatywny ładunek. Wydaje się, że niemożliwa jest jednoznacznie pozytywna bądź negatywna ocena skutków wdrożenia telemedycyny. Dzieje się tak dlatego, że konieczne staje się przeprowadzenie obiektywnego oraz konstruktywnego osądu na temat stosunku możliwych do wystąpienia pozytywnych oraz negatywnych skutków. Za negatywne skutki telemedycyny można uznać jej zagrożenia. Z uwagi na fakt, że cyfrowa transformacja medycyny otwiera ją na nową płaszczyznę zastosowania, jaką jest cyberprzestrzeń, posiadającymi doniosłe znaczenie zagrożeniami są cyberprzestępstwa<sup>140</sup>, w szczególności te unormowane w Konwencji Rady Europy o cyberprzestępczości<sup>141</sup>, na podstawie której możliwe jest wyinterpretowanie cyberprzestępstw telemedycznych<sup>142</sup>. W związku z tym pojawia się możliwość popełnienia nowych typów czynów zabronionych w stosunku do telemedycznego świadczenia usług medycznych w cyberprzestrzeni. Mowa tutaj zatem o nielegalnym oraz umyślnym: uzyskiwaniu dostępu do części lub całości systemu informatycznego; przejmowaniu za pomocą urządzeń technicznych niepublicznych transmisji danych informatycznych do, z, lub w ramach systemu informatycznego, łącznie z emisjami

---

<sup>140</sup> Zagadnienie cyberprzestępstw posiada już bogaty dorobek doktryny, przykładowo: B. Hancock, *US and Europe Cyber Crime Agreement Problems*, „Computers and Security” Nr 19/4 (2000), s. 306–307; B. Wible, *A Site Where Hackers are Welcome: Using Hack-In Contests to Shape Preferences and Deter Computer Crime*, „The Yale Law Journal” Nr 112 (2003), s. 1577–1623; E. Sinrod, W. Reilly, *Cyber-Crimes: A Practical Approach to the Application of Federal Computer Crime Laws*, „Santa Clara Computer and High Technology Law Journal” Nr 16/2 (2000), s. 1–53; D. Speer, *Redefining Borders: The Challenges of Cyber Crime*, „Crime, Law and Social Change” Nr 34 (2000), s. 259–273; M. Gercke, *Europe’s Legal Approaches to Cyber Crime*, „ERA Forum” Nr 10 (2009), s. 409–420; S. Brenner, J. Schwerha, *Introduction – Cyber Crime: A Note on International Issues*, „Information Systems Frontiers” Nr 6/2 (2004), s. 111–114; S. Hilley, *Pressure Mounts on US Senate to Pass Cyber Crime Treaty*, „Digital Investigation” Nr 2 (2005), s. 171–174; S. Moitra, *Developing Policies for Cyber Crime*, „European Journal of Crime, Criminal Law and Criminal Justice” Nr 13/3 (2005), s. 435–464; S. Wang, *Measures of Retaining Digital Evidence to Prosecute Computer-based Cyber-crimes*, „Computer Standards and Interfaces” Nr 29 (2007), s. 216–223; W. Chung, H. Chen, W. Chang, S. Chou, *Fighting Cyber Crime: A Review and the Taiwan Experience*, „Decision Support Systems” Nr 41 (2006), s. 669–682; B. Boni, *Creating a Global Consensus Against Cyber Crime*, „Network Security” Nr 9 (2001), s. 18–19; J. Clough, *A World of Difference: The Budapest Convention on Cybercrime and the Challenges of Harmonization*, „Monash University Law Review” Nr 40/3 (2014), s. 698–736; M. Gercke, *The Convention on Cybercrime*, „Multimedia und Recht” Nr 20 (2004), s. 802.

<sup>141</sup> Konwencja Rady Europy o cyberprzestępczości, sporządzona w Budapeszcie dnia 23 listopada 2001 roku (Dz.U. z 2015 r. poz. 728).

<sup>142</sup> Patrz: Rozdział V. *Cyberprzestępstwa telemedyczne jako zagrożenie dla realizacji prawa do zdrowia w telemedycynie*.

elektromagnetycznymi pochodzącymi z systemu informatycznego przekazującego dane; niszczeniu, kasowaniu, uszkodzeniu lub dokonywaniu zmian danych informatycznych; zakłócaniu funkcjonowania systemu informatycznego, co jest dokonywane poprzez wprowadzenie, transmisję, niszczenie, wykasowywanie, uszkodzenie lub zmianę danych informatycznych; wprowadzaniu, zmienianiu, wykasowywaniu lub ukrywaniu danych informatycznych w taki sposób, że produktem końcowym tego procesu jest powstanie danych nieautentycznych; działaniu mającym na celu doprowadzenie do pozbawienia prawa własności innej osoby poprzez wprowadzanie, zmienianie lub usuwanie danych informatycznych albo poprzez jakąkolwiek ingerencję w funkcjonowanie systemu informatycznego<sup>143</sup>. Niemniej jednak ryzyko wystąpienia cyberprzestępstw wpisuje się w naturę zastosowania nowoczesnych technologii do użytku praktycznego i nie jest możliwe do zupełnego wyeliminowania. Należy pamiętać, że można ograniczyć przedmiotowe ryzyko poprzez wprowadzenie prawnie wymaganej standaryzacji systemów telemedycznych<sup>144</sup> oraz tworzenie programów teleinformatycznych do celów medycznych o wysokich standardach bezpieczeństwa<sup>145</sup>. Jeżeli te wnioski zostaną wzięte pod uwagę, to w tym aspekcie, po przedstawieniu trudności oraz zagrożeń telemedycyny, stanowczo należy postulować, że ich stosunek do możliwych pozytywnych skutków w wystarczający sposób uzasadnia wdrażanie rozwiązań telemedycznych do użytku powszechnego.

## 6. Podsumowanie

W ramach niniejszego rozdziału zaprezentowano autorskie rozważania dotyczące zastosowania nowoczesnych technologii do użytku praktycznego w medycynie. Na początku zaproponowano autorską systematykę zastosowania nowoczesnych technologii do użytku praktycznego w medycynie wraz ze wskazaniem możliwie precyzyjnych zakresów przedmiotowych takich pojęć jak: cyfrowa medycyna, e-Zdrowie, m-Zdrowie, telezdrowie, zdrowie sensoryczne oraz informatyka medyczna. Zarekomendowano, aby pod terminem cyfrowej medycyny rozumieć wszelkie przejawy zastosowania nowoczesnych technologii do użytku praktycznego

---

<sup>143</sup> S. McQuade, *Encyclopedia of Crime*, London 2009, s. 46; J. Clough, *Principles of Cybercrime*, New York 2010, s. 50; O. Kerr, *The Problem of Perspective in Internet Law*, „Georgetown Law Journal” Nr 91 (2003), s. 60; M. Jakobsson, Z. Ramzan, *Crimeware. Understanding new Attacks and Defenses*, Boston 2008, s. 3.

<sup>144</sup> Patrz: Rozdział V. *Cyberprzestępstwa telemedyczne jako zagrożenie dla realizacji prawa do zdrowia w telemedycynie*.

<sup>145</sup> Zagadnieniem tym zajmuje się informatyka medyczna: W. Choctaw, *Avoiding Medical Malpractice...*, s. 47; C. Huang, *Medical Informatics...*, s. 1423; D. Closa, A. Gardiner, F. Giemsa, J. Machek, *Patent Law for...*, s. 155; A. Venot, A. Burgun, S. Després, P. Degoule, *Medical Informatics as a Scientific Discipline...*, s. 3–4.

w medycynie wraz z dziedzinami wspierającymi jej funkcjonowanie. Wskazano, że e-Zdrowie jest zewnętrzną warstwą cyfrowej medycyny, czyli stanowi jej warstwę usługową dla zainteresowanych podmiotów – zarówno dla personelu medycznego, jak i pacjentów. Następnie zgłoszono postulat, aby m-Zdrowie oznaczało segment e-Zdrowia, w którym nowoczesne technologie mobilne umożliwiają personelowi medycznemu dbanie o poprawę zdrowia pacjenta za pomocą narzędzi mobilnych, na przykład telefonów komórkowych, tabletów, aplikacji medycznych czy innego rodzaju mobilnych narzędzi. W dalszej kolejności zauważono, że telezdrowie powinno być utożsamiane z dostarczaniem usług medycznych na odległość z wykorzystaniem technik teleobecności. Podkreślono, że w tak zarysowanym przedmiocie mieszczą się te usługi e-Zdrowia, które odbywają się zdalnie z bezpośrednim udziałem personelu medycznego zarówno w czasie rzeczywistym, jak i nierzeczywistym. Zwrócono także uwagę na zasadność traktowania zdrowia sensorycznego jako oddzielnej części składowej ogólnej koncepcji e-Zdrowia, która odpowiedzialna jest za bezprzewodowe dbanie o zdrowie pacjentów za pomocą sensorów medycznych umożliwiających zbieranie oraz przesył danych medycznych, niezależnie od przymiotu mobilności. Finalnie zaprezentowano propozycję, zgodnie z którą informatyka medyczna oznacza wykorzystanie zaawansowanych technologii komunikacyjnych i informacyjnych oraz metod programowania do tworzenia infrastruktury technicznej dla wdrażania nowoczesnych technologii do użytku praktycznego w medycynie. Określono dodatkowo wewnętrzną korelację zakresów przedmiotowych powyższej terminologii. Zauważono, że w rzeczywistości przedstawione zakresy przedmiotowe używanej nomenklatury mają płynny charakter. Podkreślono przy tym, że istota każdego z przedstawionych w systematyce terminów zastosowania nowoczesnych technologii do użytku praktycznego w medycynie jest inna.

W związku z powyższym została zbudowana semantyczna podstawa do dalszych, bardziej zaawansowanych rozważań naukowych. Następnie przedstawiono zagadnienie certyfikacji rozwiązań cyfrowej medycyny. W ramach przedmiotowych rozważań zaproponowano kwalifikację rozwiązań cyfrowej medycyny jako wyrobów medycznych zgodnie z definicją zawartą w Rozporządzeniu w sprawie wyrobów medycznych, a wcześniej w Dyrektywie Rady 93/42/EWG. Zauważono, że ma to kluczowe znaczenie z punktu widzenia bezpieczeństwa pacjentów i personelu medycznego, co zdeterminowane jest zastosowaniem szeregu standardów przewidzianych w prawie dla wyrobów medycznych do rozwiązań cyfrowej medycyny. W dalszej kolejności dokonano wykładni definicji wyrobu medycznego na kanwie prawa unijnego poprzez odwołanie się do właściwego orzecznictwa TSUE. Wynika z tego jednoznacznie, że cała unijna definicja wyrobu medycznego jest determinowana

przesłanką wykorzystania do celu medycznego poza wyrobami przeznaczonymi do stosowania u ludzi w ramach regulacji poczęć. Co istotne, została również poddana pod rozwagę możliwość kwalifikowania rozwiązań cyfrowej medycyny jako wyrobów medycznych. W tym kontekście przedstawiono rozbudowany postulat *de lege ferenda*.

Wszystkie dotychczasowe refleksje umożliwiły przejście do twórczej analizy pojęcia telemedycyny, gdzie w pierwszej kolejności przedstawiono szereg występujących w literaturze oraz dokumentach organizacji międzynarodowych bądź pozarządowych definicji. Dało to podstawę do wyinterpretowania najważniejszych elementów konstrukcyjnych telemedycyny oraz jej istoty składającej się z połączenia uniwersalnego priorytetu telemedycyny z jej właściwym znaczeniem terminologicznym. W związku z tym zaproponowano, żeby za uniwersalny priorytet telemedycyny uważać przesył danych medycznych z wykorzystaniem technologii teleinformatycznych w celu poprawy zdrowia pacjenta, a samą telemedycynę należałoby rozumieć jako świadczenie usług medycznych przez lekarzy na odległość z wykorzystaniem technik teleobecności. W tym kontekście logiczną konsekwencją powyższego było zaprezentowanie obecnych oraz możliwych do przewidzenia w przyszłości zarówno korzyści, jak i zagrożeń zastosowania tego rodzaju nowoczesnej technologii do użytku praktycznego w medycynie.

Rozdział zawiera szereg propozycji czy postulatów, których uwzględnienie przez teorię bądź praktykę prawa będzie wywoływać pozytywne rezultaty. Niemniej jednak całość rozważań zaprezentowanych w przedmiotowej części dysertacji naukowej powinna być interpretowana przez pryzmat ogólnej korzyści telemedycyny, za którą można uznać poprawę wydolności systemu opieki zdrowotnej *sensu largo* oraz wsparcie pracy lekarzy poprzez zwiększenie ich efektywności. W tym świetle telemedycyna może być zatem ujmowana z jednej strony jako nowy gwarant prawa do ochrony zdrowia, z drugiej zaś jako nowoczesne narzędzie wykonawcze prawa do świadczeń zdrowotnych. Uwaga ta ma kluczowe znaczenie dla dalszych rozważań związanych z tytułowym zagadnieniem, w szczególności dla prawa do zdrowia w telemedycynie.

# Rozdział II Prawo do zdrowia w Unii Europejskiej

## 1. Wstęp

Niniejszy rozdział ma na celu zaprezentowanie zakresu oraz znaczenia prawa do zdrowia w UE, co będzie prowadzić do zaproponowania koncepcji prawa do zdrowia *in genere*, posiadającej kluczowe znaczenie dla głównej osi analitycznej niniejszej dysertacji naukowej. Przedstawione zostaną rozważania dotyczące prawa do zdrowia jako determinanty nowoczesnych technologii w medycynie oraz zarysy prawa do ochrony zdrowia oraz prawa do świadczeń opieki zdrowotnej. W tym przypadku, poza koniecznym elementem sprawozdawczym, głosem w dyskusji będzie propozycja autorskiego przedmiotu prawa do zdrowia zasadzającego się na podziale prawa do zdrowia na prawo do ochrony zdrowia oraz prawo do świadczeń opieki zdrowotnej, w tym medycznej, oraz na właściwym określeniu ich charakteru normatywnego. Zwieńczeniem przedmiotowych rozważań będą wnioski pochodzące z korelacji istoty prawa do ochrony zdrowia i prawa do świadczeń opieki zdrowotnej, które powinny doprowadzić do wskazania propozycji aspektu materialnego oraz wykonawczego prawa do zdrowia.

Następnie ukazany zostanie rys historyczny prawa do zdrowia w prawie pierwotnym UE, przy czym punktami odniesienia będzie stan prawny zarówno sprzed Traktatu z Maastricht, jak i po nim, z wydzieleniem spostrzeżeń dotyczących znaczenia Traktatu Lizbońskiego jako kolejnego etapu ewolucji integracji europejskiej. Wskazywana część rozdziału ma na celu podkreślenie faktu, że z historycznego punktu widzenia możliwe jest zdekodowanie bezpośrednich oraz pośrednich odniesień do przedmiotu prawa do zdrowia w prawie pierwotnym UE.

Po powyższych rozważaniach jako logiczna kontynuacja prowadzonego dyskursu naukowego przybliżone zostaną przejawy prawa do zdrowia w aktualnie obowiązującym prawie UE. Zostanie to dokonane przez wskazanie postanowień KPP UE, TFUE i TUE odzwierciedlających przedmiot prawa do zdrowia oraz określenia wybranych przejawów jego konkretyzacji w prawie wtórnym UE. Powyższe rozważania pozwolą uświadomić sobie poziom znaczenia przedmiotowych postanowień w systemie prawa unijnego w kontekście prawa poddawanego analizie w niniejszym rozdziale.

Następnie zaproponowana zostanie autorska definicja specyficznych funkcji telemedycyny w prawie do zdrowia z uwzględnieniem podziału na prawo do ochrony zdrowia

oraz prawo do świadczeń opieki zdrowotnej, w tym medycznej. Dodatkowo przedstawione zostaną rozważania związane z relacją telemedycyna a równy dostęp do świadczeń zdrowotnych.

Rozdział zakończy się zwięzłym podsumowaniem zawierającym autorskie spostrzeżenia dotyczące poruszanych w nim zagadnień. Szczególny nacisk zostanie położony na istotny warunek świadczenia usług telemedycznych gwarantujących oraz realizujących prawo do zdrowia w pełniejszym zakresie, a więc na zwiększanie równości w dostępie do świadczeń zdrowotnych, w tym medycznych, za pomocą transgraniczności.

## 2. Przedmiot prawa do zdrowia

### 2.1. Prawo do zdrowia jako determinanta nowoczesnych technologii w medycynie

Poruszane w tym miejscu zagadnienie wymaga właściwego metodologicznie wprowadzenia. Prawo do ochrony zdrowia oraz prawo do świadczeń opieki zdrowotnej, w tym medycznej, stanowią integralne oraz kluczowe elementy prawa do zdrowia rozumianego przez pryzmat płaszczyzny badawczej poddawanej analizie w ramach niniejszej dysertacji naukowej<sup>146</sup>. Co istotne, powyższe założenie znajduje potwierdzenie dodatkowo w literaturze, gdzie spotyka się przejawy uzasadniania konceptualizacji prawa do zdrowia<sup>147</sup>. Przedmiotowe uprawnienia

---

<sup>146</sup> Inspiracją do zdefiniowania oraz przedstawienia przedmiotu prawa do zdrowia była praca: T. Jasudowicz, *Prawo do zdrowia*, [w:] *Prawa człowieka i ich ochrona*, red. B. Gronowska, T. Jasudowicz, M. Balcerzak, M. Lubiszewski, R. Mizerski, Toruń 2010, s. 491–495. Dodatkowo wypada zwrócić uwagę na: T. Evans, *A Human Right to Health?*, “Third World Quarterly” Nr 23/2 (2002), s. 197–215; S. Jamar, *The International Human Right to Health*, “Southern University Law Review” Nr 22 (1994), s. 17–35; V. Leary, *The Right to Health in International Human Rights Law*, “Health and Human Rights” Nr 1/1 (1994), s. 24–56.

<sup>147</sup> Podstawą uzasadniającą merytoryczne opracowanie prezentowanego w niniejszym rozdziale przedmiotu prawa do zdrowia były pozycje bibliograficzne zawierające przejawy konceptualizacji w tym zakresie, przykładowo: J. Waldenström, J. Hersch, B. Barber, A. Burgen, C. Berry, K. Arrow, A. Strøm, L. Zuckerman, *The Right to Health*, [w:] *The Challenge of Life. Experientia Supplementum*, red. R. Kunz, H. Fehr, Basel 1972, s. 117–182; A. Jain, S. Leka, G. Zwetsloot, *Managing Health, Safety and Well-Being. Aligning Perspectives on Health, Safety and Well-Being*, Dordrecht 2018, s. 139–173; S. Gunn, *The Right to Health*, [w:] *Concepts and Practice of Humanitarian Medicine*, red. S. Gunn, M. Masellis, New York 2008, s. 3–7; J. Amzat, O. Razum, *Towards a Sociology of Health Discourse in Africa*. Springer, Cham 2018, s. 17–33; K. Libal, S. Harding, *Human Rights-Based Community Practice in the United States*, Cham 2015, s. 19–37; J. Montgomery, *Recognising a Right to Health*, [w:] *Economic, Social and Cultural Rights. Southampton Studies in International Policy*, red. R. Beddard, D. Hill, London 1992, s. 184–203; N. Pestova, *The Right to Health for Vulnerable and Marginalised Groups: Russia as a Case Study*, [w:] *The Right to Health*, red. B. Toebes, R. Ferguson, M. Markovic, O. Nnamuchi, Haga 2014, s. 341–372; R. Iguñiz, N. Palomino, M. Barboza, *The Right to Health in Peru: Persistent Vulnerabilities in the Context of HIV/AIDS*, [w:] *The Right to Health...*, s. 313–337; A. McAuley, *The Challenges to Realising the Right to Health in Ireland*, [w:] *The Right to Health...*, s. 373–401; L. Walker, *The Right to Health and Access to Health Care in Saudi Arabia with a Particular Focus on the Women and Migrants*, [w:] *The Right to Health...*, s. 165–192; D. Evans, *The Right to Health: The Next American Dream*, [w:] *The Right to Health...*, s. 233–257; K. Heus, T. Sartawi, *The Realization of the Right to Health for Refugees in Jordan*, [w:] *The Right to Health...*, s. 193–229; T. Munesue, *The Right to Health in Japan: Its Implications and Challenges*, [w:] *The Right to Health...*, s. 121–132; S. Qiu, *Equality and the Right to Health: A Preliminary Assessment of China*, [w:] *The Right to Health...*, s. 97–120; S. Rawaf, S. Hassounah, *Codification and Implementation of the ‘Right to Health’*

w usprawiedliwiony sposób można traktować jako newralgiczną część normatywnie określonego systemu ochrony praw człowieka<sup>148</sup>. W związku z powyższym konieczne jest podkreślenie, że z teoretycznego punktu widzenia każda nowoczesna technologia oddawana do użytku praktycznego powinna powstawać oraz być wdrażana i stosowana z uwagi na istotę ludzką oraz dla niej. Głównym zaś celem innowacji powinien być postulat ułatwienia codziennego życia, ewentualnie następczo zwiększania efektywności rezultatów przeprowadzanych procesów. Bezprzedmiotowe wydają się innego rodzaju założenia. Implikuje to z kolei twierdzenie, że nowoczesne technologie oddawane do użytku praktycznego w medycynie w postaci usług telemedycznych obligatoryjnie muszą być zgodne z szeregiem norm z zakresu ochrony praw człowieka, a w szczególności z tymi, których sedno bezpośrednio wiąże się z istotą telemedycyny rozumianą jako korelacja uniwersalnego priorytetu telemedycyny z jej właściwym znaczeniem terminologicznym<sup>149</sup>. Wydaje się, że bezsprzecznie takimi prawami są te dotyczące zdrowia ludzkiego, które powinny stanowić istotny element testu legitymizującego dopuszczenie określonego rodzaju nowoczesnych technologii w medycynie.

---

*in the Arab World*, [w:] *The Right to Health...*, s. 135–163; C. Wu, *The Right to Health in Taiwan: Implications and Challenges*, [w:] *Taiwan and International Human Rights. Economics, Law, and Institutions in Asia Pacific*, red. J. Cohen, W. Alford, C. Lo, Singapore 2019, s. 457–469; E. Oke, *Patent Rights, Access to Medicines, and the Justiciability of the Right to Health in Kenya, South Africa and India*, [w:] *Justiciability of Human Rights Law in Domestic Jurisdictions*, red. A. Diver, J. Miller, Cham 2016, s. 91–122; G. France, *The Italian Health Care System and the Economics of the Right to Health*, [w:] *Italian Regionalism: Between Unitary Traditions and Federal Processes. Essays on Federalism and Regionalism*, red. S. Mangiameli, Cham 2014, s. 335–352; E. Oke, *The Incorporation of a Right to Health Perspective into Brazil's Patent Law Reform Process*, [w:] *Law and Policy in Latin America. St Antony's Series*, red. P. Fortes, L. Boratti, A. Lleras, T. Daly, London 2017, s. 311–326; R. Claude, *The Right to Health: Transnational Support for the Philippines*, [w:] *Human Rights and Development. International Political Economy Series*, red. D. Forsythe, London 1989, s. 19–38.

<sup>148</sup> Przykładowo: J. Mann, L. Gostin, S. Gruskin, T. Brennan, Z. Lazzarini, H. Fineberg, *Health and Human Rights*, "Health and Human Rights" Nr 1/1 (1994), s. 6–23; P. Braveman, S. Gruskin, *Poverty, Equity, Human Rights and Health*, "Bulletin of the World Health Organization" Nr 81 (2003), s. 539–545; J. Mann, *Medicine and Public Health, Ethics and Human Rights*, "Hastings Center Report" Nr 27/3 (1997), s. 6–13; T. Pogge, *Human Rights and Global Health: a Research Program*, "Metaphilosophy" Nr 36/1–2 (2005), s. 182–209; J. Mann, *Human Rights and the New Public Health*, "Health and Human Rights" Nr 1/3 (1995), s. 229–233.

<sup>149</sup> Jak to już zauważono, telemedycyna powinna być utożsamiana ze świadczeniem usług medycznych przez lekarzy na odległość z wykorzystaniem technik teleobecności (autorska propozycja na podstawie: O. Adelakun, R. Garcia, *Technical Factors in Telemedicine Adoption in...*, s. 85; C. Otto, *The Telemedicine Project...*, s. 106; P. Cohendet, L. Valignon, H. Sylla, *Space Assets in the Emerging Telemedicine...*, s. 191; R. Klar, E. Pelikan, *Telemedicine in Germany...*, s. 1119; M. Zimpfer, *Telemedicine: Steps into the Future...*, s. 77; J. Linkous, *A Rapidly Evolving Definition of Telemedicine...*, s. 226; C. de Lucena, C. Mont'Alvão, F. Pierantoni, L. Frajhof, *Telemedicine and Design: Relationships...*, s. 129; O. Argy, M. Caputo, *Introduction to Telemedicine...*, s. 227; D. Shaw, *Overview of Telehealth...*, s. 13–18; S. Bhattacharyya, *A DIY Guide to Telemedicine...*, s. 6; S. Spradley, *Telemedicine: The Future of Medicine...*, s. 291; H. Reynolds, *The Tele-ICU: Formative or Out-of-Date or Both...*, s. 4; G. Dafoulas, G. Pierris, S. Martinez, L. Kvistgaard Jensen, K. Kidholm, *Adaptation of the Model for Assessment of Telemedicine...*, s. 340; N. Mohr, E. Hurst, A. MacKinney, E. Nash, B. Carr, B. Skow, *Telemedicine for Early Treatment...*, s. 255; M. Lynn, *Telemedicine to Manage Sudden...*, s. 107; S. Melton, S. Simmons, B. Smith, D. Hamilton, *Telemedicine...*, s. 253; S. Simmons, D. Hamilton, P. McDonald, *Telemedicine...*, s. 163; Komisja Europejska, *Market Study on Telemedicine...*, s. 25; M. Raskas, K. Gali, D. Schinasi, S. Vyas, *Telemedicine and Pediatric Urgent Care...*, s. 206).

## 2.2. Zarys prawa do ochrony zdrowia

Prawo do ochrony zdrowia to normatywnie określone prawo każdego człowieka do możliwości dbania o swoje zdrowie w aspekcie materialnym czy też substancjonalnym<sup>150</sup>. Istotną okazuje się tutaj abstrakcyjnie rozumiana sposobność troszczenia się o swoje zdrowie, które stanowi z jednej strony jedno z najbardziej podstawowych dóbr człowieka, a z drugiej ma charakter niezwykle subiektywny, gdyż opiera się na indywidualnym wyobrażeniu o tym, czym jest zdrowie, oraz na konkretnych oczekiwaniach z tym związanych<sup>151</sup>. Według definicji uznawanej przez Światową Organizację Zdrowia: „zdrowie jest stanem zupełnej pomyślności fizycznej, umysłowej i społecznej, a nie jedynie brakiem choroby lub ułomności”<sup>152</sup>, a możliwość korzystania z najwyższego, osiągalnego poziomu zdrowia to jedno z podstawowych praw każdej istoty ludzkiej bez względu na rasę, religię, przekonania polityczne, warunki ekonomiczne lub społeczne<sup>153</sup>. Wypada zauważyć, że do prawa do ochrony zdrowia nawiązuje szereg aktów prawa międzynarodowego. W pierwszej kolejności należy przywołać art. 55 Karty Narodów Zjednoczonych (dalej: KNZ), zgodnie z którym społeczność międzynarodowa będzie popierała rozwiązywanie międzynarodowych zagadnień gospodarczych, społecznych, zdrowotnych i innych z nimi związanych, a także międzynarodowej współpracy kulturalnej

---

<sup>150</sup> Zauważa się nawet, że prawo do ochrony zdrowia jest jednym z najistotniejszych praw człowieka: M. Urbaniak, *Konstytucyjne prawo do ochrony zdrowia*, [w:] *Szanse i bariery w ochronie zdrowia. Wybrane aspekty organizacyjne, prawnicze i psychologiczne*, red. M. Głowacka, E. Mojs, Poznań 2008, s. 99.

<sup>151</sup> A. Surówka, *Miejsce konstytucyjnego prawa do ochrony zdrowia w systemie praw i wolności człowieka i obywatela*, „Przegląd Prawa Konstytucyjnego” Nr 3 (2012), s. 91.

<sup>152</sup> Konstytucja Światowej Organizacji Zdrowia, Porozumienie zawarte przez Rządy reprezentowane na Międzynarodowej Konferencji Zdrowia i Protokół dotyczący Międzynarodowego Urzędu Higieny Publicznej, podpisane w Nowym Jorku dnia 22 lipca 1946 roku (Dz.U. z 1948 r. Nr 61, poz. 477).

<sup>153</sup> Powyższe potwierdza preambuła do Konstytucji Światowej Organizacji Zdrowia: „Państwa, będące stronami niniejszej Konstytucji, oświadczają, zgodnie z Kartą Narodów Zjednoczonych, że następujące zasady są podstawowe dla szczęścia, harmonijnych stosunków i bezpieczeństwa wszystkich ludów: Zdrowie jest stanem zupełnej pomyślności fizycznej, umysłowej i społecznej, a nie jedynie brakiem choroby lub ułomności. Korzystanie z najwyższego, osiągalnego poziomu zdrowia jest jednym z podstawowych praw każdej istoty ludzkiej bez różnicy rasy, religii, przekonań politycznych, warunków ekonomicznych lub społecznych. Zdrowie wszystkich ludów jest podstawą dla osiągnięcia pokoju i bezpieczeństwa, a zależne jest od najpełniejszej współpracy jednostek i państw. Osiągnięcia każdego państwa w popieraniu i ochronie zdrowia przedstawiają wartość dla wszystkich. Nierówny rozwój różnych krajów w dziedzinie ochrony zdrowia i walki z chorobami, zwłaszcza zakaźnymi, stanowi wspólne niebezpieczeństwo. Zdrowy rozwój dziecka ma znaczenie podstawowe; zdolność do harmonijnego życia w zmieniającym się całokształcie środowiska jest istotna dla takiego rozwoju. Rozciągnięcie na wszystkie ludy dobrodziejstw wiedzy lekarskiej, psychologicznej i pokrewnych jest istotne dla najpełniejszego osiągnięcia zdrowia. Uświadomiona opinia i czynna współpraca ze strony ludności mają największe znaczenie dla poprawy zdrowia szerokich mas. Rządy ponoszą za zdrowie swych ludów odpowiedzialność, której mogą sprostać tylko przez przewidzenie odpowiednich środków zdrowotnych i społecznych. Przyjmując te zasady oraz mając na celu współpracę między sobą, jak również z innymi, dla popierania i ochrony zdrowia wszystkich ludów, strony umawiające się przyjmują niniejszą Konstytucję i tym aktem powołują do życia Światową Organizację Zdrowia, jako organizację wyspecjalizowaną w ramach Artykułu 57 Karty Narodów Zjednoczonych”.



i oświatowej<sup>154</sup>. W tym kontekście warto zwrócić uwagę na uregulowania art. 25 Powszechnej Deklaracji Praw Człowieka (dalej: PDPCz)<sup>155</sup>, art. 12 Międzynarodowego Paktu Praw Ekonomicznych, Socjalnych i Kulturalnych (dalej: MPPESiK)<sup>156</sup>, art. 12 Konwencji w sprawie likwidacji wszelkich form dyskryminacji kobiet (dalej: Konwencja przeciwko dyskryminacji kobiet)<sup>157</sup>, art. 24 i 25 Konwencji o Prawach Dziecka (dalej: KPD)<sup>158</sup>, art. 11 i 13 Europejskiej Karty Socjalnej (dalej: EKS)<sup>159</sup>, art. 10 Protokołu z San Salvador do Amerykańskiej Konwencji Praw Człowieka (dalej: Protokół z San Salvador do AKPCz)<sup>160</sup>, art. 16 Afrykańskiej Karty Praw Człowieka i Ludów (dalej: AKPCiL)<sup>161</sup>, art. 35 Karty Praw Podstawowych Unii Europejskiej (dalej: KPP UE)<sup>162</sup>, art. 6 i 168 Traktatu o Funkcjonowaniu Unii Europejskiej (dalej: TFUE)<sup>163</sup> oraz art. 3 Konwencji o ochronie praw człowieka i godności istoty ludzkiej w dziedzinie zastosowania biologii i medycyny (dalej: Konwencja o prawach człowieka i biomedycynie)<sup>164</sup>. We wszystkich powyżej przywołanych przepisach prawa można znaleźć odniesienia do prawa do ochrony zdrowia, co pokazuje jego istotność na arenie międzynarodowej wrażliwej na zapewnienie praw związanych ze zdrowiem ludzkim. Nie bez znaczenia pozostają także regulacje konstytucyjne współczesnych państw, gdzie – podobnie do międzynarodowego systemu normatywnego – przewidywane jest pośrednio bądź bezpośrednio prawo do ochrony zdrowia. Uwaga ta dotyczy przykładowo art. 23 Konstytucji Królestwa Belgijskiego (dalej: KKB)<sup>165</sup>, art. 52 Konstytucji Republiki Bułgarii (dalej: KRB)<sup>166</sup>, art. 59 Konstytucji Republiki Chorwacji (dalej: KRC)<sup>167</sup>, § 28 Konstytucji Republiki Estońskiej (dalej:

---

<sup>154</sup> Karta Narodów Zjednoczonych, Statut Międzynarodowego Trybunału Sprawiedliwości i Porozumienie ustanawiające Komisję Przygotowawczą Narodów Zjednoczonych (Dz.U. z 1947 r. Nr 23, poz. 90).

<sup>155</sup> Powszechna Deklaracja Praw Człowieka (Rezolucja 217A Zgromadzenia Ogólnego Organizacji Narodów Zjednoczonych).

<sup>156</sup> Międzynarodowy Pakt Praw Gospodarczych, Społecznych i Kulturalnych otwarty do podpisu w Nowym Jorku dnia 19 grudnia 1966 roku (Dz.U. z 1977 r. Nr 38, poz. 169).

<sup>157</sup> Konwencja w sprawie likwidacji wszelkich form dyskryminacji kobiet przyjęta przez Zgromadzenie Ogólne Narodów Zjednoczonych dnia 18 grudnia 1979 roku (Dz.U. z 1982 r. Nr 10, poz. 71).

<sup>158</sup> Konwencja o prawach dziecka, przyjęta przez Zgromadzenie Ogólne Narodów Zjednoczonych dnia 20 listopada 1989 roku (Dz.U. z 1991 r. Nr 120, poz. 526).

<sup>159</sup> Europejska Karta Społeczna sporządzona w Turynie dnia 18 października 1961 roku (Dz.U. z 1999 r. Nr 8, poz. 67).

<sup>160</sup> *Wybór dokumentów prawa międzynarodowego dotyczących praw człowieka*, red. M. Zubik, t. II, Warszawa 2008, s. 112–121.

<sup>161</sup> *Ibidem*, s. 121–130.

<sup>162</sup> Karta Praw Podstawowych Unii Europejskiej (Dz.Urz. UE C 326 z 26.10.2012, s. 391–407).

<sup>163</sup> Wersja skonsolidowana Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej (Dz.Urz. UE C 326 z 26.10.2012, s. 47–390).

<sup>164</sup> *Wybór dokumentów...*, s. 679–682.

<sup>165</sup> *Konstytucje państw Unii Europejskiej*, red. Wiesław Staśkiewicz, Warszawa 2011, s. 21–83.

<sup>166</sup> J. Karp, *Konstytucja Republiki Bułgarii*, Warszawa 2012, s. 51–118.

<sup>167</sup> *Konstytucja Republiki Chorwacji* (Chorwacki Dziennik Ustaw 56/90, 135/97, 8/98 – t.j., 113/2000, 124/2000 – t.j., 28/2001, 41/2001 – t.j., 55/2001 – korekta, 76/2010).

KRE)<sup>168</sup>, § 19 Konstytucji Republiki Finlandii (dalej: KRF)<sup>169</sup>, § 11 Wstępu do Konstytucji Republiki Francuskiej z 27 października 1946 roku (dalej: Wstęp do KRFr z 1946 r.)<sup>170</sup>, art. 5 Konstytucji Grecji (dalej: KG)<sup>171</sup>, art. XX Konstytucji Węgier (dalej: KW)<sup>172</sup>, art. 32 Konstytucji Republiki Włoskiej (dalej: KRW)<sup>173</sup>, art. 31 Karty Podstawowych Praw i Wolności (Czechy) (dalej: KPPiW)<sup>174</sup>, art. 43 Konstytucji Hiszpanii (dalej: KH)<sup>175</sup> czy art. 68 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej (dalej: KRP)<sup>176</sup>.

Wydaje się, że najistotniejszym z punktu widzenia przedmiotu niniejszej dysertacji zagadnieniem, wymagającym naukowego wyjaśnienia, jest normatywny charakter prawa do ochrony zdrowia. W literaturze zauważa się, że zasadniczo bywa ono zaliczane do praw tzw. drugiej generacji, pozostając jednocześnie w bezpośrednim związku z prawami tzw. pierwszej generacji, przykładowo z prawem do życia, do prywatności oraz do informacji, a także wolnością od niehumanitarnego bądź poniżającego traktowania lub karania czy z wolnością sumienia i wyznania<sup>177</sup>. Ze względu na ten szczególny związek prawo do ochrony zdrowia bywa klasyfikowane nie tylko jako typowe prawo socjalne, ale także jako prawo osobiste<sup>178</sup>. Rozróżnienie to ma kluczowe znaczenie. Dzieje się tak dlatego, że przedmiotem ochrony praw osobistych są wszelkie dobra człowieka powszechnie uznawane za najcenniejsze z punktu widzenia egzystencji fizycznej, psychicznej oraz prawnej, służące budowaniu odpowiednich warunków rozwoju oraz chroniące przed wszelkimi nieuzasadnionymi ingerencjami<sup>179</sup>.

---

<sup>168</sup> *Konstytucje państw Unii Europejskiej...*, s. 227–247.

<sup>169</sup> *Ibidem*, s. 249–270.

<sup>170</sup> A. Mycielski (wstęp), *Konstytucja Republiki Francuskiej*, Wrocław 1947, s. 9–10.

<sup>171</sup> *Konstytucje państw Unii Europejskiej...*, s. 297–340.

<sup>172</sup> L. Trócsányi, *Wokół prac nad ustawą zasadniczą Węgier. Tożsamość konstytucyjna a integracja europejska*, Warszawa 2017, s. 133.

<sup>173</sup> *Konstytucje państw Unii Europejskiej...*, s. 845–870.

<sup>174</sup> *Ibidem*, s. 191–212.

<sup>175</sup> *Ibidem*, s. 341–374.

<sup>176</sup> Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 roku uchwalona przez Zgromadzenie Narodowe w dniu 2 kwietnia 1997 roku, przyjęta przez Naród w referendum konstytucyjnym w dniu 25 maja 1997 roku, podpisana przez Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej w dniu 16 lipca 1997 roku (Dz.U. z 1997 r. Nr 78, poz. 483; z 2001 r. Nr 28, poz. 319; z 2006 r. Nr 200, poz. 1471; z 2009 r. Nr 114, poz. 946).

<sup>177</sup> T. Jasudowicz, *Prawo do zdrowia...*, s. 491–495.

<sup>178</sup> M. Piechota, *Równość a konstytucyjne prawo do ochrony zdrowia. Uwagi dotyczące obywateli Unii Europejskiej*, [w:] *Konstytucja w dobie europejskich wyzwań*, red. M. Zubik, A. Paprocka, R. Puchta, Warszawa 2010, s. 137–142; A. Zoll, *Problemy służby zdrowia w świetle doświadczeń RPO*, „Prawo i Medycyna” Nr 3/8 (2000), s. 8; M. Mikos, M. Urbaniak, *Prawo do bezpiecznej ochrony zdrowia w świetle Konstytucji RP oraz rekomendacji Rady Europy i Rady Unii Europejskiej*, „Medyczna Wokanda” Nr 8 (2016), s. 160, 166; A. Surówka, *Miejsce konstytucyjnego prawa...*, s. 98; K. Ryś, *Konstytucyjne prawo do ochrony zdrowia i prawo do szczególnej opieki zdrowotnej*, „Zeszyty Naukowe Prawa Konstytucyjnego” Nr 10 (2017), s. 119; A. Surówka, *Prawo do ochrony zdrowia*, [w:] *Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej. Komentarz encyklopedyczny*, red. W. Skrzydło, S. Grabowska, R. Grabowski, Warszawa 2009, s. 395; M. Piechota, *Konstytucyjne prawo do ochrony zdrowia jako prawo socjalne i prawo podstawowe*, „Roczniki Administracji i Prawa. Teorie i Praktyka” Nr 12 (2012), s. 93–104.

<sup>179</sup> M. Rex, *Human rights and civil rights*, „Philosophical Studies: An International Journal for Philosophy in the Analytic Tradition” Nr 37/4 (1980), s. 391–403; A. Surówka, *Miejsce konstytucyjnego prawa...*, s. 93.

Dodatkowo podmiotem takiej ochrony jest każda istota ludzka, niezależnie od posiadanych przymiotów<sup>180</sup>. Oznacza to, że prawo sklasyfikowane jako prawo osobiste przynależy się każdemu człowiekowi wyłącznie dlatego, że jest człowiekiem. Dotyczy ono dóbr bezpośrednio związanych z cechą człowieczeństwa. Z tego też powodu prawa osobiste mają profil bardziej ogólny. Wydaje się, że normatywny charakter prawa osobistego abstrahuje od jakichkolwiek dodatkowych warunków, gdyż istota tego rodzaju norm prawnych wyklucza ich relewantność. Z kolei prawa socjalne mają zasadniczo formę norm programowych adresowanych do władzy publicznej. Wymagają one od niej określonych działań w celu zagwarantowania ich realizacji<sup>181</sup>. Takie prawa zazwyczaj wskazują na konkretne bądź potencjalne działania, jakie powinny podejmować władze publiczne na rzecz określonego podmiotu w celu zapewnienia mu materialnych podstaw egzystencji<sup>182</sup>. Co istotne, podmiot prawa socjalnego jest co do zasady wyraźnie skonkretyzowany poprzez wskazanie jego cechy szczególnej, która powinna być utożsamiana ze stosunkiem prawnym łączącym konkretnego człowieka z określoną władzą publiczną. Z uwagi na tak zdefiniowaną funkcję przedmiotowego stosunku najczęściej będzie on oparty na statusie prawnym obywatelstwa. Wypada także zauważyć, że zakres realizacji prawa socjalnego zostaje uzależniany od dodatkowych warunków, przykładowo uwarunkowań gospodarczych państwa zobowiązanego do podejmowania działań o charakterze pozytywnym. W świetle wszystkich powyższych uwag zauważalny jest spór o właściwą konceptualizację, w tym o rzeczywisty charakter normatywny prawa do ochrony zdrowia. Zasadza się on na zaprezentowanym już rozróżnieniu, gdzie konieczne jest zdecydowanie, czy prawo do ochrony zdrowia powinno być klasyfikowane jako prawo socjalne, czy też jako prawo osobiste. Potrzebne jest jednak w tym momencie poczynienie istotnego zastrzeżenia. Poddawane w tym miejscu analizie prawo do ochrony zdrowia nie powinno być rozumiane przez pryzmat określonego przepisu prawnego, ale powinno być rozumiane w sposób abstrakcyjny, a więc jako prawo człowieka pojmowane generalnie. Przedmiotowe zastrzeżenie ma doniosły teoretycznie walor, gdyż powoduje ono oderwanie rozważań naukowych od konkretnego systemu prawnego oraz od kwestii techniki formułowania przepisów prawnych, koncentrując się wyłącznie na charakterze normatywnym istoty prawa do ochrony zdrowia. Subsydiarną

---

<sup>180</sup> P. Sarnecki, *Komentarz do wolności i praw osobistych*, [w:] *Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej. Komentarz*, red. L. Garlicki, Warszawa 2002, s. 1.

<sup>181</sup> M. Piechota, *Konstytucyjne prawo do ochrony...*, s. 93.

<sup>182</sup> B. Banaszak, *Ogólne wiadomości o prawach człowieka*, [w:] *Prawa i wolności obywatelskie w Konstytucji RP*, red. B. Banaszak, A. Preisner, Warszawa 2002, s. 27; B. Zawadzka, *Prawa ekonomiczne, socjalne i kulturalne*, Warszawa 1996, s. 9; J. Karp, *Prawa socjalne we współczesnym konstytucjonalizmie. Prolegomena*, [w:] *Ustroje, doktryny, instytucje polityczne. Księga jubileuszowa Profesora zw. dra hab. Mariana Grzybowski*, red. J. Czajowski, J. Karp, G. Kuca, A. Kulig, P. Mikuli, A. Opalek, Kraków 2007, s. 150.

kwestią natury prawnej, wtórnie związaną z powyższym, jest pytanie, czy prawo do ochrony zdrowia rodzi roszczenia po stronie jego beneficjenta w stosunku do państwa, a więc czy prawo do ochrony zdrowia jest prawem podmiotowym.

Należy pochylić się nad zarysowanymi powyżej problemami naukowymi w logicznym porządku chronologicznym. Uzasadnione jest to faktem, że ustalenie kwestii zasadniczej będzie wywierać wpływ na osąd dotyczący zagadnienia o charakterze wtórnym. W tym ujęciu podstawowym problemem natury prawnej będzie zdecydowanie, czy prawo do ochrony zdrowia powinno być klasyfikowane jako prawo socjalne, czy też jako prawo osobiste. Dodatkowo warto zauważyć, że występowanie zaprezentowanego już sporu dogmatycznego odnoszącego się do przedmiotu prowadzonej analizy<sup>183</sup> nie narusza istoty dylematu wysuwanego pod rozwagę. Niezbędny staje się zatem postulat, aby przedmiotowa istota bezpośrednio nawiązywała do ustalenia pożądanego, z punktu widzenia założeń człowieczeństwa, a więc i systemu ochrony praw człowieka, oraz ściśle określonego toku rozumowania. Zdaje się, że rzeczono sedno wiąże się w bezpośredni sposób z zagadnieniami dotyczącymi nie tylko nauk prawnych, ale także, a może przede wszystkim, podstaw aksjologii funkcjonowania człowieka. Newralgicznym elementem jest identyfikacja fundamentalnej materii, stanowiącej odzwierciedlenie autonomicznego myślenia jednostki ludzkiej w aspekcie wewnętrznym. Z metodologicznego punktu widzenia w pierwszej kolejności uzasadnione wydaje się sprecyzowanie, czy prawo do ochrony zdrowia powinno być klasyfikowane jako prawo osobiste. Dzieje się tak dlatego, że uzyskanie negatywnego wyniku przedmiotowej próby przesądzi zasadniczo o tym, że prawo do ochrony zdrowia powinno być klasyfikowane jako prawo socjalne.

---

<sup>183</sup> Przedmiotowe zagadnienie jest szeroko dyskutowane w zagranicznej literaturze, gdzie na szczególną uwagę zasługują następujące pozycje: J. Waldenström, J. Hersch, B. Barber, A. Burgen, C. Berry, K. Arrow, A. Ström, L. Zuckerman, *The Right to Health...*, s. 117–182; A. Jain, S. Leka, G. Zwetsloot, *The Fundamental Human Right to Health...*, s. 139–173; S. Gunn, *The Right to Health...*, s. 3–7; J. Amzat, O. Razum, *Towards a Sociology...*, s. 17–33; K. Libal, S. Harding, *Human Rights-Based...*, s. 19–37; J. Montgomery, *Recognising a Right to Health...*, s. 184–203; N. Pestova, *The Right to Health for Vulnerable...*, s. 341–372; R. Iguñiz, N. Palomino, M. Barboza, *The Right to Health in Peru...*, s. 313–337; A. McAuley, *The Challenges to Realising the Right to Health in Ireland...*, s. 373–401; L. Walker, *The Right to Health and Access to Health Care...*, s. 165–192; D. Evans, *The Right to Health: The Next...*, s. 233–257; K. Heus, T. Sartawi, *The Realization of the Right to Health for Refugees...*, s. 193–229; T. Munesue, *The Right to Health in Japan...*, s. 121–132; S. Qiu, *Equality and the Right to Health...*, s. 97–120; S. Rawaf, S. Hassounah, *Codification and Implementation of the 'Right to Health'...*, s. 135–163; C. Wu, *The Right to Health in Taiwan...*, s. 457–469; E. Oke, *Patent Rights, Access to Medicines...*, s. 91–122; G. France, *The Italian Health Care System...*, s. 335–352; E. Oke, *The Incorporation of a Right to Health...*, s. 311–326; R. Claude, *The Right to Health...*, s. 19–38. Dodatkowo wypada zauważyć, że w polskiej literaturze również widoczny jest przedmiotowy problem badawczy, w szczególności: M. Piechota, *Równość a konstytucyjne prawo do ochrony zdrowia...*, s. 137–142; A. Zoll, *Problemy służby zdrowia...*, s. 8; M. Mikos, M. Urbaniak, *Prawo do bezpiecznej ochrony zdrowia...*, s. 160, 166; A. Surówka, *Miejsce konstytucyjnego prawa...*, s. 98; K. Ryś, *Konstytucyjne prawo do ochrony zdrowia...*, s. 119; A. Surówka, *Prawo do ochrony zdrowia...*, s. 395; M. Piechota, *Konstytucyjne prawo do ochrony zdrowia...*, s. 93–104.

W tym celu, po pierwsze, należy ustalić, jakie dobro stanowi przedmiot ochrony prawa do ochrony zdrowia. Bez wątplenia takim dobrem jest nie tylko zdrowie traktowane samodzielnie, ale także abstrakcyjnie rozumiana możliwość dbania o nie oraz pośrednia ochrona prawa do życia<sup>184</sup>. Wydaje się, że tego rodzaju dobro bezsprzecznie należy do katalogu najbardziej podstawowych dóbr człowieka z punktu widzenia egzystencji fizycznej, psychicznej czy prawnej. Co istotne, jako uzasadnione jawi się też twierdzenie, że służy ono zarówno budowaniu właściwych warunków rozwoju, jak i chroni przed nieuzasadnionymi ingerencjami zewnętrznymi. Powyższe tezy nie wydają się kontrowersyjne. Ich negacja stanowiłaby nieuzasadnioną instrumentalizację analizowanego prawa. Należy zatem zauważyć, że prezentowany tok rozumowania spełnia przesłanki klasyfikacyjne prawa osobistego w aspekcie przedmiotowym<sup>185</sup>.

W drugiej kolejności konieczne jest ustalenie zakresu podmiotowego prawa do ochrony zdrowia, a więc dokonania konkretyzacji beneficjentów takich dóbr jak zdrowie traktowane samodzielnie oraz abstrakcyjnie rozumiana możliwość troszczenia się o nie w odniesieniu do samego siebie. Innymi słowy, należy ustalić, czy prawo do ochrony zdrowia pojmowane przez pryzmat powyższych spostrzeżeń przynależy się każdemu człowiekowi tylko i wyłącznie dlatego, że jest człowiekiem. Wydaje się, że każdy, niezależnie od posiadanych przymiotów, powinien mieć takie prawo, ponieważ jest istotą ludzką. Bezpośrednio wynika to z założeń o równości oraz godności każdego człowieka. Oznacza to, że przesłanka klasyfikacyjna prawa osobistego w aspekcie podmiotowym zostaje także spełniona<sup>186</sup>. W związku ze wszystkimi powyższymi uwagami wypada zaproponować *de lege ferenda*, żeby prawo do ochrony zdrowia rozumiane w zaprezentowanych granicach semantycznych było klasyfikowane jako prawo osobiste, stanowiące materialny gwarant protekcji zdrowia. To ostatnie należy jednocześnie traktować jako swoiste jądro prawa do zdrowia. Dodatkowo dotychczasowe ustalenia wtórnie oraz bezpośrednio oznaczają, że prawo do ochrony zdrowia powinno zobowiązywać władze publiczne do podejmowania pozytywnych działań zapewniających istotę dobra podlegającego ochronie prawnej, a więc należy je postrzegać jako prawo podmiotowe. Trzeba jednak poczynić

---

<sup>184</sup> Z tego właśnie powodu nie wolno odmówić cudzoziemcowi opieki medycznej, z tym zastrzeżeniem, że nie musi być ona darmowa. Oznacza to, że z teoretycznego punktu widzenia cudzoziemiec przybywający pod jurysdykcją obcej władzy publicznej ma prawo do ochrony zdrowia, jednakże niekoniecznie ma prawo do świadczeń opieki zdrowotnej, w tym medycznej, gdyż to ostatnie uprawnienie z reguły zarezerwowane jest dla obywateli konkretnego państwa. Przykładowo, przedmiotowe rozwiązanie przewiduje polski porządek prawny.

<sup>185</sup> M. Rex, *Human Rights and Civil Rights...*, s. 391–403; A. Surówka, *Miejsce konstytucyjnego prawa...*, s. 93.

<sup>186</sup> P. Sarnecki, *Komentarz do wolności i praw osobistych...*, s. 1.

zastrzeżenie, że zgłaszane roszczenia będą mieścić się wyłącznie w przedstawionych granicach przedmiotowych prawa do ochrony zdrowia.

### 2.3. Zarys prawa do świadczeń opieki zdrowotnej

Podobnie jak miało to miejsce podczas analizy prawa do ochrony zdrowia, prawo do świadczeń opieki zdrowotnej, w tym medycznej, przewidywane jest w wielu aktach prawa międzynarodowego oraz w porządkach konstytucyjnych współczesnych państw. Co ciekawe, zasadniczo podstawy prawne relewantne dla pierwszego prawa są jednocześnie właściwe dla drugiego. Dzieje się tak dlatego, że przepisy prawne, z których można wyinterpretować bezpośrednio bądź pośrednio prawo do ochrony zdrowia zazwyczaj odnoszą się bezpośrednio albo pośrednio także do prawa do świadczeń opieki zdrowotnej, w tym medycznej, bądź na odwrót, a tym samym zawierają w sobie przynajmniej ogólne nawiązanie do prawa do zdrowia. Z tego powodu można wskazać, że prawo do świadczeń opieki zdrowotnej, w tym medycznej, można zidentyfikować w art. 55 KNZ, art. 25 PDPCz, art. 12 MPPESiK, art. 12 Konwencji przeciwko dyskryminacji kobiet, art. 24 i 25 KPD, art. 11 i 13 EKS, art. 10 Protokołu z San Salvador do AKPCz<sup>187</sup>, art. 16 AKPCiL<sup>188</sup>, art. 35 KPP UE, art. 6 i 168 TFUE, art. 3 Konwencji o prawach człowieka i biomedycynie<sup>189</sup> oraz w odpowiednich regulacjach krajowych, a dokładniej w art. 23 KKB<sup>190</sup>, art. 52 KRB<sup>191</sup>, art. 59 KRC, § 28 KRE<sup>192</sup>, § 19 KRF<sup>193</sup>, § 11 WKRFr z 1946 roku<sup>194</sup>, art. 5 KG<sup>195</sup>, art. XX KW<sup>196</sup>, art. 32 KRW<sup>197</sup>, art. 31 KPPiW<sup>198</sup>, art. 43 KH<sup>199</sup> czy art. 68 KRP.

Prawo do świadczeń opieki zdrowotnej, w tym medycznej, stanowi normatywnie przewidziane uprawnienie człowieka do korzystania z powszechnie dostępnych usług opieki zdrowotnej oferowanych przez konkretną władzę publiczną sprawującą jurysdykcję nad ściśle określonym obszarem geograficznym bądź osobami fizycznymi, co do których posiada ona

---

<sup>187</sup> *Wybór dokumentów...*, s. 112–121.

<sup>188</sup> *Ibidem*, s. 121–130.

<sup>189</sup> *Ibidem*, s. 679–682.

<sup>190</sup> *Konstytucje państw Unii Europejskiej...*, s. 21–83.

<sup>191</sup> J. Karp (wstęp), *Konstytucja Republiki Bułgarii...*, s. 51–118.

<sup>192</sup> *Konstytucje państw Unii Europejskiej...*, s. 227–247.

<sup>193</sup> *Ibidem*, s. 249–270.

<sup>194</sup> A. Mycielski (wstęp), *Konstytucja Republiki Francuskiej...*, s. 9–10.

<sup>195</sup> *Konstytucje państw Unii Europejskiej...*, s. 297–340.

<sup>196</sup> L. Trócsányi, *Wokół prac nad ustawą zasadniczą Węgier...*, Warszawa 2017, s. 133.

<sup>197</sup> *Konstytucje państw Unii Europejskiej...*, s. 845–870.

<sup>198</sup> *Ibidem*, s. 191–212.

<sup>199</sup> *Ibidem*, s. 341–374.

faktyczne władztwo, a które wykazują rzeczywisty stan niezdrowia<sup>200</sup>. W pierwszej kolejności, wyznaczonej odpowiednim podejściem metodologicznym, należy zauważyć, że zakres przedmiotowy pojęcia opieki zdrowotnej jest znacznie szerszy niż pojęcia opieki medycznej. Dzieje się tak dlatego, że zasadniczo to ostatnie powinno być determinowane faktyczną potrzebą medyczną rozumianą w szczególności przez pryzmat świadczeń klinicznych, szpitalnych czy farmakologicznych. Opieka zdrowotna zaś zwiera w sobie także wszelkie niekliniczne czy też nieszpitalne bądź nefarmakologiczne świadczenia zdrowotne wpływające pozytywnie na generalny stan zdrowia. Relacja między tymi pojęciami podlega jednokierunkowej zasadzie zawierania się opieki medycznej w opiece zdrowotnej. Zgodnie z tą zasadą każde świadczenie opieki medycznej jest jednocześnie świadczeniem opieki zdrowotnej, ale nie każde świadczenie opieki zdrowotnej to świadczenie opieki medycznej<sup>201</sup>. Z reguły beneficjentom prawa do świadczeń opieki zdrowotnej, w tym medycznej (dalej: opieki zdrowotnej), gwarantuje się dostęp do całego systemu zdrowotnego *in genere*, a nie wybiórczo

---

<sup>200</sup> Autorska propozycja na podstawie: J. Arras, *Utility, Natural Rights, and the Right to Health Care*, [w:] *Biomedical Ethics Reviews*, red. J. Humber, R. Almeder, New York 1984, s. 23–45; J. Childress, *Rights to Health Care in a Democratic Society*, [w:] *Biomedical Ethics...*, s. 47–70; E. Kluge, *Health Care as a Right*, [w:] *Changing Health Care Systems from Ethical, Economic, and Cross Cultural Perspectives*, red. E. Loewy, R. Loewy, Dordrecht 2002, s. 29–48; D. Cummiskey, *The Right to Die and the Right to Health Care*, [w:] *Public Health Policy and Ethics. International Library of Ethics, Law, and the New Medicine*, red. M. Boylan, Dordrecht 2004, s. 187–202; M. Green, *Global Justice and Health: Is Health Care a Basic Right?*, [w:] *Public Health Policy and Ethics...*, s. 203–221; B. Toebes, M. San Giorgi, *Dutch Realities: Evaluating Health Care Reform in the Netherlands from a Human Rights Perspective*, [w:] *The Right to Health...*, s. 403–436; H. Sass, *My Right to Care for my Health – And What About the Needy and the Elderly?*, [w:] *Rights to Health Care. Philosophy and Medicine*, red. T. Bole, W. Bondeson, Dordrecht 1991, s. 243–255; T. Halper, *Rights, Reforms, and the Health Care Crisis: Problems and Prospects*, [w:] *Rights to Health Care...*, s. 135–168; T. Marmor, *The Right to Health Care: Reflections on Its History and Politics*, [w:] *Rights to Health Care...*, s. 23–49; G. Agich, *Access to Health Care: Charity and Rights*, [w:] *Rights to Health Care...*, s. 185–198; N. Daniels, *Equal Opportunity and Health Care Rights for the Elderly*, [w:] *Rights to Health Care...*, s. 201–212; H. Engelhardt, *Rights to Health Care: Created, Not Discovered*, [w:] *Rights to Health Care...*, s. 103–111; A. Buchanan, *Rights, Obligations, and the Special Importance of Health Care*, [w:] *Rights to Health Care...*, s. 169–184; T. Beauchamp, *The Right to Health Care in a Capitalistic Democracy*, [w:] *Rights to Health Care...*, s. 53–81; J. Merrill, *The Road to Health Care Reform*, Boston 1994, s. 99–128; L. Mpedi, *Protecting the Health Care Rights of Refugees: Some Legal Perspectives from the Republic of South Africa*, [w:] *Health in Diversity – Diversity in Health*, red. K. Crepaz, U. Becker, E. Wacker, Wiesbaden 2020, s. 77–100; J. Tu, *Health Care Transformation in Contemporary China*, Singapore 2019, s. 59–84; S. Kirchner, *The Universal Human Right to Access to Effective Health Care: A Catholic Christian Response to Aasim Padela*, [w:] *Religious Perspectives on Social Responsibility in Health. Advancing Global Bioethics*, red. J. Tham, C. Durante, A. Gómez, Cham 2018, s. 141–151; A. Holder, *Children and Adolescents: Their Right to Decide About Their Own Health Care*, [w:] *Children and Health Care. Philosophy and Medicine*, red. L. Kopelman, J. Moskop, Dordrecht 1989, s. 161–172; D. Sulmasy, *Dignity, Rights, Health Care, and Human Flourishing*, [w:] *Autonomy and Human Rights in Health Care. International Library of Ethics, Law, and the New Medicine*, red. D. Weisstub, G. Pintos, Dordrecht 2008, s. 25–36; G. Tomossy, *Human Rights, Health Care and Biomedical Innovation: Confronting The Research Imperative*, [w:] *Autonomy and Human Rights in Health Care...*, s. 341–352; M. Serwach, *Prawa pacjenta do świadczeń zdrowotnych i ich kontekst*, „Polityka Społeczna” Nr 1 (2011), s. 20.

<sup>201</sup> Przykładowo, transplantacja serca stanowi jednocześnie świadczenie zdrowotne i medyczne, z kolei wizyta u dietetyka w celu rozpisania harmonogramu zdrowych posiłków jest wyłącznie świadczeniem opieki zdrowotnej.

do pojedynczego bądź wybranego świadczenia<sup>202</sup>. Pomimo że przedmiotowe prawo jest wieloaspektowe<sup>203</sup>, wydaje się, że z teoretycznego punktu widzenia jego najważniejszy element stanowi konkretyzacja medycznej protekcji życia oraz abstrakcyjnej możliwości troszczenia się o swoje zdrowie. Następuje to w formie precyzyjnego wskazania rodzajów świadczeń opieki zdrowotnej, do których określone grupy beneficjentów będą uprawnione. W tym celu władze publiczne wydają regulacje prawne odzwierciedlające poddawane analizie prawa. Głównym założeniem przedmiotowych regulacji jest przystosowanie oferowanej opieki do rozwoju medycyny poprzez świadczenie coraz bardziej nowoczesnych metod zdrowotnych<sup>204</sup>. Jednakże to ostatnie powoduje niestety, że z uwagi na ograniczone zasoby materialne, personalne czy finansowe da się zauważyć negatywną tendencję do limitowania zakresu przedmiotowego opieki zdrowotnej, a nie do jego poszerzania<sup>205</sup>. Istotne jest także spostrzeżenie, że dla prawa do świadczeń opieki zdrowotnej nie bez znaczenia pozostaje społeczne wyobrażenie dotyczące zakresu realizacji przedmiotowego uprawnienia, które zazwyczaj przybiera postać ideału długiego życia w dobrym zdrowiu oraz równego i sprawiedliwego dostępu do świadczeń zdrowotnych<sup>206</sup>.

Z punktu widzenia przedmiotu niniejszej pacy naukowej, podobnie jak miało to miejsce przy prawie do ochrony zdrowia, kluczowe zagadnienie, wymagające naukowego wyjaśnienia, stanowi normatywny charakter prawa do świadczeń opieki zdrowotnej. Konieczne jest potwierdzenie bądź też zaprzeczenie kwalifikowania przedmiotowego prawa jako prawa socjalnego oraz prawa nierodzącego roszczeń w stosunku do władzy publicznej po stronie beneficjenta<sup>207</sup>. Zabieg ten ma doniosłe znaczenie teoretyczne, gdyż przesądzi, czy prawo do

---

<sup>202</sup> D. Lach, *Zasada równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej*, Warszawa 2011, s. 178; K. Baka, *Komentarz do art. 5, [w:] Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Komentarz*, red. K. Baka, G. Machulak, A. Pietraszewska-Macheta, A. Sidorko, Warszawa 2010, s. 124–125; M. Dercz, T. Rek, *Ustawa o działalności leczniczej. Komentarz*, Warszawa 2012, s. 41.

<sup>203</sup> J. Bujny, *Prawa pacjenta. Między autonomią a paternalizmem*, Warszawa 2007, s. 109–110.

<sup>204</sup> S. Jarosz-Żukowska, *Prawo do ochrony zdrowia i dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej*, [w:] *Realizacja i ochrona konstytucyjnych wolności i praw jednostki w polskim porządku prawnym*, red. M. Jabłoński, Wrocław 2014, s. 660.

<sup>205</sup> A. Ostrzyżek, *Prawo do ochrony zdrowia w świetle artykułu 68 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 roku*, „Prawo i Medycyna” Nr 4 (2005), s. 65.

<sup>206</sup> J. Jończyk, *Transformacja ubezpieczeń społecznych i ochrony zdrowia*, [w:] *Konstytucyjne problemy prawa pracy i zabezpieczenia społecznego*, red. H. Szurgacz, Wrocław 2005, s. 110.

<sup>207</sup> W literaturze widoczne, niestety czasami tylko pośrednio, jest opowiadanie się za kwalifikowaniem prawa do świadczeń opieki zdrowotnej jako prawa socjalnego, przykładowo: J. Arras, *Utility, Natural Rights...*, s. 23–45; J. Childress, *Rights to Health Care...*, s. 47–70; E. Kluge, *Health Care as a Right...*, s. 29–48; D. Cummiskey, *The Right to Die...*, s. 187–202; M. Green, *Global Justice and Health...*, s. 203–221; B. Toebes, M. San Giorgi, *Dutch Realities: Evaluating Health Care...*, s. 403–436; H. Sass, *My Right to Care...*, s. 243–255; T. Halper, *Rights, Reforms, and the Health Care...*, s. 135–168; T. Marmor, *The Right to Health Care...*, s. 23–49; G. Agich, *Access to Health Care...*, s. 185–198; N. Daniels, *Equal Opportunity and Health Care...*, s. 201–212; H. Engelhardt, *Rights to Health Care...*, s. 103–111; A. Buchanan, *Rights, Obligations, and the Special...*, s. 169–184; T. Beauchamp, *The Right to Health Care...*, s. 53–81; J. Merrill, *The Road to Health Care...*, s. 99–128; L. Mpedi, *Protecting the Health*



świadczeń opieki zdrowotnej w świetle prawa do zdrowia cechuje charakter czysto materialnej gwarancji, czy też posiada ono bardziej proceduralny bądź wykonawczy walor. W związku z powyższym należy przeprowadzić zaprezentowany już test oparty na dwóch przesłankach kwalifikacyjnych – przesłance podmiotowej oraz przedmiotowej, którego celem będzie sprawdzenie, czy prawo do świadczeń opieki zdrowotnej jest prawem osobistym. Co istotne, wynik pozytywny przedmiotowego testu udowodni, że poddawane analizie prawo ma osobisty charakter normatywny, z kolei wynik negatywny poświadczy, że stanowi ono rodzaj prawa socjalnego. Na początku należy zatem koniecznie ustalić, jakie dobro jest przedmiotem ochrony prawa do świadczeń opieki zdrowotnej. W oparciu o reprezentowane w literaturze poglądy racjonalne wydaje się postulowanie, żeby za dobro takie był uznawany równy dostęp do opieki zdrowotnej, która w szczególności skutecznie chroni zdrowie oraz gwarantuje partycypację w leczeniu niezależnie od sytuacji materialnej beneficjenta<sup>208</sup>. Trzeba podkreślić, że takim dobrem nie jest sam system opieki zdrowotnej traktowany samodzielnie, lecz sprawiedliwy dostęp do niego oraz oparcie go na zasadach szybkości, obniżenia kosztów, dostępności, równości, bezpieczeństwa oraz możliwie wysokiej jakości świadczonych usług. Warto zauważyć, że w tym ujęciu, system opieki zdrowotnej rysuje się jako infrastrukturalna część składowa prawa do świadczeń opieki zdrowotnej, a możliwość udziału w nim jawi się jako materialna podstawa przedmiotowego uprawnienia. Wydaje się, że z uwagi na szczególnie bliski związek pomiędzy opisywanym dobrem prawnym a ochroną zdrowia *in genere*, można uznać za uzasadnione twierdzenie, że dobro tego rodzaju potencjalnie spełnia kryteria przesłanki przedmiotowej prawa osobistego. Niezależnie jednak od prawdziwości

---

Care..., s. 77–100; J. Tu, *Health Care Transformation...*, s. 59–84; S. Kirchner, *The Universal Human Right...*, Cham 2018, s. 141–151; A. Holder, *Children and Adolescents: Their Right...*, s. 161–172; D. Sulmasy, *Dignity, Rights, Health Care...*, s. 25–36; G. Tomossy, *Human Rights, Health Care...*, s. 341–352; M. Serwach, *Prawa pacjenta do świadczeń zdrowotnych...*, s. 20.

<sup>208</sup> Podstawą do interpretacji dobra prawnego będącego przedmiotem ochrony prawa do świadczeń zdrowotnych była korelacja wybranej literatury dotyczącej prawa do zdrowia, prawa do ochrony zdrowia bądź prawa do świadczeń opieki zdrowotnej: N. Pestova, *The Right to Health for Vulnerable...*, s. 341–372; R. Iguiñiz, N. Palomino, M. Barboza, *The Right to Health in Peru...*, s. 313–337; A. McAuley, *The Challenges to Realising the Right to Health in Ireland...*, s. 373–401; L. Walker, *The Right to Health and Access to Health Care...*, s. 165–192; D. Evans, *The Right to Health: The Next...*, s. 233–257; K. Heus, T. Sartawi, *The Realization of the Right to Health for Refugees...*, s. 193–229; T. Munesue, *The Right to Health in Japan...*, s. 121–132; S. Qiu, *Equality and the Right to Health...*, s. 97–120; A. Surówka, *Miejsce konstytucyjnego prawa...*, s. 98; K. Ryś, *Konstytucyjne prawo do ochrony zdrowia...*, s. 119; A. Surówka, *Prawo do ochrony zdrowia...*, s. 395; M. Green, *Global Justice and Health...*, s. 203–221; T. Marmor, *The Right to Health Care...*, s. 23–49; A. Buchanan, *Rights, Obligations, and the Special...*, s. 169–184; J. Tu, *Health Care Transformation...*, s. 59–84. Dodatkową, subsydiarną podstawą były przepisy prawne nawiązujące do prawa do świadczeń opieki zdrowotnej (w różnych zakresach semantycznych: art. 55 KNZ, art. 25 PDPCz, art. 12 MPPESiK, art. 12 Konwencji przeciwko dyskryminacji kobiet, art. 24 i 25 KPD, art. 11 i 13 EKS, art. 10 Protokołu z San Salvador do AKPCz, art. 16 AKPCiL, art. 35 KPP UE, art. 6 i 168 TFUE, art. 3 Konwencji o prawach człowieka i biomedycynie, art. 23 KKB, art. 52 KRB, art. 59 KRC, § 28 KRE, § 19 KRF, § 11 WKRFr z 1946 roku, art. 5 KG, art. XX KW, art. 32 KRW, art. 31 KPPiW, art. 43 KH czy art. 68 KRP).

zaprezentowanej tezy, która wymagałaby dodatkowego uzasadnienia, opieka zdrowotna co do zasady oferowana jest zindywidualizowanemu podmiotowi w skonkretyzowanym stanie faktycznym, gdzie istnieje możliwość identyfikacji ryzyka medycznego<sup>209</sup>. Wskazywana indywidualizacja najczęściej będzie związana ze statusem prawnym obywatelstwa państwa zobowiązanego do podejmowania działań pozytywnych. Oznacza to, że prawo do świadczeń opieki zdrowotnej *ex definitione* nie przynależy się każdemu człowiekowi tylko dlatego, że jest człowiekiem, a temu, który spełnia dodatkowe warunki. Dotychczasowa analiza prowadzi zatem do wniosku, że prawo do świadczeń opieki zdrowotnej nie spełnia założeń przesłanki podmiotowej prawa osobistego. Z tego powodu posiada socjalny charakter normatywny, który bezpośrednio wpływa na określenie jego istoty. Ta z kolei powinna zasadzać się na zagwarantowaniu realizacji prawa do zdrowia w aspekcie instytucjonalnym, stanowiąc środek do realizacji głównego celu, a więc ochrony zdrowia.

## **2.4. Korelacja istoty prawa do ochrony zdrowia i prawa do świadczeń opieki zdrowotnej**

W związku z dotychczasowymi spostrzeżeniami usprawiedliwione wydaje się postulowanie, żeby przedmiot prawa do zdrowia rozumianego w wyznaczonych granicach semantycznych był utożsamiany przede wszystkim z korelacją istoty prawa do ochrony zdrowia oraz prawa do świadczeń opieki zdrowotnej. Powyższe jest podstawową częścią składową prawa do zdrowia, co stanowi główną oś badawczą niniejszej dysertacji naukowej. Dodatkowo warto wskazać, że w przedmiot ten uzupełniająco wchodzi również inne rodzajowo elementy<sup>210</sup>. Racjonalna wydaje się zatem teza, zgodnie z którą prawo do ochrony zdrowia stanowi materialną gwarancję prawa do zdrowia, a prawo do świadczeń opieki zdrowotnej ma charakter bardziej wykonawczy. Po pierwsze, oznacza to, że prawo do zdrowia posiada swój aspekt materialny, gdzie znajduje się zarówno chronione prawnie dobro w postaci traktowanego samodzielnie zdrowia, abstrakcyjnie rozumianej możliwości dbania o nie w odniesieniu do własnej osoby oraz pośredniej ochrony prawa do życia, jak i bezwarunkowy zakres podmiotowy, zgodnie z którym każdy człowiek, niezależnie od posiadanych przymiotów, powinien mieć takie prawo tylko i wyłącznie dlatego, że jest istotą ludzką. Przedmiotowy aspekt ma osobisty charakter normatywny, a urzeczywistnia się w postaci prawa do ochrony zdrowia, czyli materialnego jądra prawa do zdrowia. Po drugie, prawo do zdrowia posiada także aspekt wykonawczy,

---

<sup>209</sup> D. Lach, *Zasada równego dostępu...*, s. 166.

<sup>210</sup> Przykładowo, w tym kontekście mowa tutaj o możliwości samodzielnego troszczenia się o swoją kondycję fizyczną.

w którym widoczne jest zarówno dobro prawnie chronione w formie równego dostępu do opieki zdrowotnej skutecznie chroniącej zdrowie oraz gwarantującej dostęp do leczenia niezależnie od sytuacji materialnej beneficjenta, jak i warunkowy zakres podmiotowy. Oznacza to, że prawo w tym zakresie *ex definitione* nie przynależy się każdemu człowiekowi tylko dlatego, że jest człowiekiem, a temu, który spełnia dodatkowe warunki<sup>211</sup>. W związku z powyższym aspekt ten ma socjalny charakter normatywny, konkretyzujący się w postaci prawa do świadczeń opieki zdrowotnej, co stanowi instytucjonalne zagwarantowanie realizacji aspektu materialnego prawa do zdrowia, będąc najbardziej istotnym środkiem do realizacji głównego celu, a więc ochrony zdrowia.

Reasumując, z powyższych spostrzeżeń dotyczących przedmiotu prawa do zdrowia wynika postulat, zgodnie z którym prawo do ochrony zdrowia określa cel, a prawo do świadczeń opieki zdrowotnej jest głównym środkiem do jego realizacji. W związku z tym, nie można mówić w pełni o prawie do zdrowia bez któregoś z jego aspektów – ani materialnego, ani też wykonawczego.

### **3. Rys historyczny prawa do zdrowia w prawie pierwotnym Unii Europejskiej**

#### **3.1. Ewolucja prawa do zdrowia do Traktatu z Maastricht**

Dokonując analizy ewolucji prawa do zdrowia w prawie unijnym należy mieć na uwadze traktatową historię idei integracji europejskiej oraz fakt, że przedmiotowa idea pierwotnie posiadała czysto gospodarczy charakter. Dopiero w późniejszym etapie zaczęto wdrażać mechanizmy integracji społecznej oraz politycznej, gdzie stopniowo pojawiały się gwarancje osobistych oraz społecznych praw człowieka jako praw podstawowych, w tym stanowiącego punkt odniesienia prawa do zdrowia. W celu zaprezentowania analizowanego procesu konieczne okazuje się zbadanie najważniejszych traktatów będących fundamentem obecnie funkcjonującej UE w porządku chronologicznym pod kątem występowania bądź też nie norm prawnych pośrednio bądź bezpośrednio nawiązujących do przedmiotu prawa do zdrowia. Dokonane to zostanie w oparciu o autorski podział na dwa etapy integracji europejskiej, mianowicie etap pierwszy – gospodarczy – do Traktatu o Unii Europejskiej z 7 lutego 1993

---

<sup>211</sup> Na przykład warunek obywatelstwa państwa zobowiązanego do podejmowania działań o charakterze pozytywnym.

roku (dalej: Traktat z Maastricht/TUE)<sup>212</sup> oraz etap drugi – społeczno-polityczny – od Traktatu z Maastricht<sup>213</sup>.

W ramach etapu gospodarczego występuje pięć traktatów. Po pierwsze, chodzi o Traktat ustanawiający Europejską Wspólnotę Węgla i Stali z 18 kwietnia 1951 roku (dalej: TEWWiS)<sup>214</sup>. Głównym jego celem, zgodnie z art. 2 TEWWiS, było określenie wzajemnej zależności oraz przyczynienie się do rozwoju gospodarczego, zwiększenia zatrudnienia i podnoszenia stopy życiowej przez utworzenie wspólnego rynku węgla i stali<sup>215</sup>. Wydaje się, że miało to doprowadzić do budowania zaufania oraz minimalizacji napięć w Europie po II wojnie światowej. Z tych powodów w TEWWiS brakuje pośrednich czy też bezpośrednich odniesień do prawa do zdrowia. Po drugie, jest to Traktat ustanawiający Europejską Wspólnotę Gospodarczą z 25 marca 1957 roku (dalej: TEWG)<sup>216</sup>, a po trzecie – Traktat ustanawiający Europejską Wspólnotę Energii Atomowej z 25 marca 1957 roku (dalej: TEWEA)<sup>217</sup>. Obydwa traktaty stanowiły kolejny etap integracji, której celem stała się ogólna europejska współpraca gospodarcza<sup>218</sup>. Poza elementami o charakterze czysto gospodarczym w TEWG znalazły się także zapisy dotyczące podwyższania poziomu życia oraz ściślejszych związków między Państwami Członkowskimi. W pierwotnej wersji TEWG, podobnie jak w TEWWiS, brakuje pośrednich czy bezpośrednich odniesień do prawa do zdrowia. Niezależnie od tego w TEWEA znalazły się postanowienia nawiązujące do wysokiego poziomu ochrony zdrowia, które jednak dotyczyły wyłącznie płaszczyzny wykorzystania energii atomowej. Po czwarte, chodzi

---

<sup>212</sup> Traktat o Unii Europejskiej z 7 lutego 1993 roku (Dz.Urz. UE C 191 z 29.07.1992 r., s. 1–112).

<sup>213</sup> Semantyczne określenie etapów integracji europejskiej ma jedynie na celu orientacyjne wskazanie głównego punktu odniesienia dla niniejszej dysertacji naukowej.

<sup>214</sup> Traktat ustanawiający Europejską Wspólnotę Węgla i Stali z 18 kwietnia 1951 roku (Dokument 11951K/TXT) dostępny w oficjalnej bazie aktów prawnych Unii Europejskiej (<https://eur-lex.europa.eu/legal-content/PL/TXT/?uri=CELEX:11951K/TXT> – dostęp: 30.06.2020 r.).

<sup>215</sup> Zagadnienie to porusza przykładowo: H. Van Panhuys, L. Brinkhorst, H. Maas, M. Van Leeuwen Boomkamp, *The European Coal and Steel Community*, [w:] *International Organisation and Integration*, red. H. Van Panhuys, L. Brinkhorst, H. Maas, M. Van Leeuwen Boomkamp, Boston 1968, s. 655–705; I. Glockner, B. Rittberger, *The European Coal and Steel Community (ECSC) and European Defence Community (EDC) Treaties*, [w:] *Designing the European Union*, red. F. Laursen, Londyn 2012, s. 16–47; J. Paxton, *The Developing Common Market*, Londyn 1976, s. 161–192; A. Walsh, J. Paxton, *Competition Policy*, London 1975, s. 61–66; A. Bouscaren, *European Economic Community Migrations*, Dordrecht 1969, s. 106–114.

<sup>216</sup> Traktat ustanawiający Europejską Wspólnotę Gospodarczą z 25 marca 1957 roku (Dokument 11957E) dostępny w oficjalnej bazie aktów prawnych Unii Europejskiej (<https://eur-lex.europa.eu/legal-content/PL/TXT/?uri=CELEX:11957E> – dostęp: 30.06.2020 r.).

<sup>217</sup> Wersja skonsolidowana Traktatu ustanawiającego Europejską Wspólnotę Energii Atomowej (Dz.Urz. UE C 203 z 7.06.2016 r., s. 1–112).

<sup>218</sup> Problem porusza przykładowo: J. Harvey, *Modern Economics Student's Notebook*, Londyn 1974, s. 99–101; H. Van Panhuys, L. Brinkhorst, H. Maas, M. Van Leeuwen Boomkamp, *The European Economic Community*, [w:] *International Organisation...*, s. 752–888; J. Chilver, *Introducing Business Studies*, Londyn 1984, s. 239–242; Idem, *The European Atomic Energy Community (Euratom)*, [w:] *International Organisation...*, s. 706–751; G. Nelson, *European Organisation in the Field of Atomic Energy*, [w:] *Annuaire Européen/European Yearbook*, red. B. Landheer, W. Carter, Dordrecht 1958, s. 36–64.

o Traktat ustanawiający Jedną Radę i Jedną Komisję Wspólnot Europejskich z 8 kwietnia 1965 roku (dalej: Traktat Fuzyjny)<sup>219</sup>. Podstawowym założeniem przedmiotowego aktu prawnego było usprawnienie działań instytucji wspólnotowych poprzez ustanowienie jednolitej struktury dla funkcjonujących wówczas: Europejskiej Wspólnoty Gospodarczej (dalej: EWG), Europejskiej Wspólnoty Energii Atomowej (dalej: EURATOM) oraz Europejskiej Wspólnoty Węgla i Stali (dalej: EWWiS)<sup>220</sup>. Oznacza to, że Traktat Fuzyjny, posiadając walor techniczny, utrzymał gospodarczy charakter europejskiej współpracy, a tym samym nie zawierał postanowień pośrednio bądź bezpośrednio nawiązujących do prawa do zdrowia. Po piąte, następnym traktatem jest Jednolity Akt Europejski z 17 lutego 1986 roku<sup>221</sup> (dalej: JAE)<sup>222</sup>. Dokonał on kolejnych reform instytucji wspólnotowych przyspieszających proces decyzyjny w przygotowaniach do jednolitego rynku, głównie poprzez modyfikację procedur głosowania w zakresie wymaganej większości głosów, wzmocnienie wpływu parlamentu oraz wprowadzenie procedur współpracy i zgody<sup>223</sup>. Co istotne, JAE implementował do postanowień traktatowych podstawę prawną dla rozszerzenia polityk wspólnotowych o nowe obszary związane ze współdziałaniem na poziomie politycznym oraz społecznym, a więc stanowił znaczący krok w kierunku pełniejszej integracji europejskiej, nieskoncentrowanej wyłącznie na sprawach gospodarczych, ale także na badaniach naukowych, ochronie środowiska naturalnego czy rozwoju technologicznym. Z kolei z punktu widzenia postanowień dotyczących przedmiotu prawa do zdrowia JAE przewidywał dodanie nowego art. 100a do TEWG, zgodnie z którym w procedurze prawodawczej Komisja Wspólnot Europejskich ma obowiązek przyjąć jako podstawę wysoki poziom ochrony w dziedzinach ochrony zdrowia, bezpieczeństwa, ochrony środowiska naturalnego i ochrony konsumentów. Dodatkowo JAE wprowadzał również nieznaną wcześniej w TEWG art. 118a, który zobowiązywał Państwa

---

<sup>219</sup> Traktat ustanawiający Jedną Radę i Jedną Komisję Wspólnot Europejskich z 8 kwietnia 1965 roku (Dz.U. 152 z 13.07.1967 r., s. 2–17); H. Van Panhuys, L. Brinkhorst, H. Maas, M. Van Leeuwen Boomkamp, *The “Merger Treaty”*, [w:] *International Organisation...*, s. 889–904.

<sup>220</sup> Problem ten porusza przykładowo: F. Laursen, *The 1965 Merger Treaty: The First Reform of the Founding European Community Treaties*, [w:] *Designing the European...*, s. 77–97; G. Weil, *The Merger of the Institutions of the European Communities*, “*American Journal of International Law*” Nr 61/1 (1967), s. 57–65.

<sup>221</sup> Tego dnia Jednolity Akt Europejski został podpisany przez wszystkie ówczesne państwa członkowskie, z wyjątkiem Włoch, Grecji i Danii, które podpisały go 28 lutego 1986 roku w Hadze.

<sup>222</sup> Jednolity Akt Europejski z 17 lutego 1986 roku (Dz.Urz. UE L 169 z 29.06.1987 r., s. 1–28).

<sup>223</sup> Zagadnienie to porusza na przykład: D. Dinan, *The Single European Act: Revitalising European Integration*, [w:] *Designing the European...*, s. 124–146; E. Noël, *The Political Prospects for Europe in the Wake of the Single European Act: a Response to Public Expectations*, [w:] *Eurobarometer*, red. K. Reif, R. Inglehart, Londyn 1991, s. 57–63; A. Moravcsik, *Negotiating the Single European Act: National Interests and Conventional Statecraft in the European Community*, [w:] *The European Union*, red. B. Nelsen, A. Stubb, Londyn 1994, s. 211–233; W. Wessels, *EPC After the Single European Act: Towards a European Foreign Policy via Treaty Obligations?*, [w:] *The Future of European Political Cooperation*, red. M. Holland, Londyn 1991, s. 143–160; E. de Ghellinck, *European Industrial Policy Against the Background of the Single European Act*, [w:] *Main Economic Policy Areas of the EEC – Towards 1992*, red. P. Coffey, Dordrecht 1988, s. 133–156.

Członkowskie do przykładania szczególnej wagi do wspierania ulepszeń, zwłaszcza w dziedzinie środowiska pracy, ochrony zdrowia i bezpieczeństwa pracowników oraz uznawania za swój cel harmonizację warunków w tym zakresie. Powyższe postanowienia JAE w bezpośredni sposób nawiązują do przedmiotu prawa do zdrowia, a jego postanowienia, dotyczące przykładowo ochrony środowiska naturalnego, czynią to w sposób pośredni. Z kolei całość powyższych rozważań prowadzi do wniosku, że idea integracji europejskiej, początkowo o charakterze gospodarczym, abstrahującym nie tylko od bezpośrednich postanowień nawiązujących do przedmiotu prawa do zdrowia, lecz także w zasadniczej mierze od pośrednich, z biegiem czasu podlegała ewolucji, idąc w kierunku integracji o charakterze bardziej społecznym oraz politycznym. TEWWiS, TEWG, TEWEA oraz Traktat Fuzyjny nie zawierały norm prawnych korelujących z prawem do zdrowia, natomiast JAE, zawierając takie postanowienia, stanowił istotne przeprofilowanie idei integracji europejskiej w kierunku otwarcia się na współpracę społeczną oraz polityczną Państw Członkowskich. Wydanie JAE ma doniosłe znaczenie dla prawa do zdrowia w UE, gdyż jest to traktat tworzący podwaliny pod nowy, wcześniej nieokreślony obszar działań unijnych, który doczekał się uszczegółowienia w Traktacie z Maastricht.

### 3.2. Ewolucja prawa do zdrowia od Traktatu z Maastricht

Kontynuując prowadzoną analizę, w ramach etapu społeczno-politycznego da się zauważyć cztery kluczowe odcinki ewolucji integracji europejskiej, przy czym ostatni z nich zostanie zaprezentowany oddzielnie z uwagi na dwutorowość jego znaczenia. Po pierwsze, jest to Traktat z Maastricht, który wprowadzał podstawy unii walutowej oraz politycznej, w szczególności poprzez zapisy dotyczące wspólnej polityki zagranicznej i spraw wewnętrznych oraz obywatelstwa<sup>224</sup>. Z historycznego punktu widzenia akt ten posiada istotne znaczenie dla rozwoju unijnych idei, gdyż w jego ramach powołano do życia UE<sup>225</sup> i zmieniono

---

<sup>224</sup> Kwestię tę porusza przykładowo: G. Contogeorgis, *The Maastricht Treaty on European Union – The Future of Europe*, [w:] *Energy Efficiency in Process Technology*, red. P. Pilavachi, Dordrecht 1993, s. 33–38; C. Mazzucelli, *The Treaty of Maastricht: Designing the European Union*, [w:] *Designing the European...*, red. F. Laursen, Londyn 2012, s. 147–179; A. Jordan, *The Europeanization of British Environmental Policy. One Europe or Several?*, Londyn 2002, s. 79–96; A. Watson, *Aspects of European Monetary Integration*, Londyn 1997, s. 49–65; R. Dehousse, *The Maastricht Treaty and its Limits*, [w:] *Europe: The Impossible Status Quo*, red. R. Dehousse, Londyn 1997, s. 15–32; J. Bierbach, *Frontiers of Equality in the Development of EU and US Citizenship*, Haga 2017, s. 301–345.

<sup>225</sup> Zgodnie z art. A Traktatu z Maastricht: „Niniejszym Traktatem Wysokie Umawiające się Strony ustanawiają między sobą Unię Europejską, zwaną dalej «Unią». Niniejszy Traktat wyznacza nowy etap w procesie tworzenia coraz ściślejszego związku między narodami Europy, w którym decyzje podejmowane są jak najbliższej obywateli. Unię stanowią Wspólnoty Europejskie, uzupełnione politykami i formami współpracy przewidzianymi niniejszym Traktatem. Jej zadaniem jest kształtowanie w sposób spójny i solidarny stosunków między Państwami

nazwę EWG na Wspólnotę Europejską (dalej: WE), przyznano parlamentowi szersze kompetencje w procesie decyzyjnym oraz wprowadzono nowe płaszczyzny współpracy, takie jak obronność czy sprawiedliwość<sup>226</sup>. Głównie z tych powodów przedmiotowy akt prawny powinien być traktowany jako otwierający nowy etap integracji europejskiej. Traktat z Maastricht bezpośrednio nawiązywał do przedmiotu prawa do zdrowia, w szczególności poprzez wprowadzenie nowego brzmienia art. 3 Traktatu ustanawiającego Wspólnotę Europejską (dalej: TWE)<sup>227</sup>, zgodnie z którym działalność wspólnotowa miała od tego momentu także przyczyniać się do osiągnięcia wysokiego poziomu ochrony zdrowia. Rozwinięciem powyższego było dodanie do TWE Tytułu X „Zdrowie Publiczne”, gdzie potwierdzono, że WE przyczynia się do zapewnienia wysokiego poziomu ochrony zdrowia ludzkiego w formie wspierania oraz zachęcania do współpracy Państw Członkowskich w dziedzinie zdrowia publicznego. Niestety rola WE w tym zakresie i na ten czas została ograniczona wyłącznie do podejmowania środków zachęcających oraz zaleceń. Dodatkowo warto zauważyć, że postanowienia Traktatu z Maastricht dotyczące ochrony konsumentów oraz środowiska naturalnego nawiązywały do przedmiotu prawa do zdrowia w sposób pośredni.

Po drugie, kolejnym traktatem jest Traktat z Amsterdamu zmieniający Traktat o Unii Europejskiej, Traktaty ustanawiające Wspólnoty Europejskie i niektóre związane z nimi akty z 2 października 1997 roku (dalej: Traktat Amsterdamski)<sup>228</sup>, który porządkował TUE i TWE oraz dokonywał dalszych zmian strukturalnych, przygotowując UE do akcesji nowych Państw Członkowskich, głównie poprzez zwiększenie znaczenia zwykłej procedury ustawodawczej, co miało doprowadzić do minimalizacji skomplikowania procesu decyzyjnego w UE<sup>229</sup>. Choć

---

Członkowskimi oraz między ich narodami”. Tłumaczenie na podstawie oficjalnej bazy Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej ([http://oide.sejm.gov.pl/oide/images/files/dokumenty/traktaty/Traktat\\_z\\_Maastricht\\_PL\\_1.pdf](http://oide.sejm.gov.pl/oide/images/files/dokumenty/traktaty/Traktat_z_Maastricht_PL_1.pdf) – dostęp: 3.07.2020 r.).

<sup>226</sup> Zagadnienie to porusza na przykład: G. Contogeorgis, *The Maastricht Treaty...*, s. 33-38; C. Mazzucelli, *The Treaty of Maastricht...*, s. 147-179; A. Jordan, *The Europeanization of...*, s. 79-96; A. Watson, *Aspects of European...*, s. 49-65; R. Dehousse, *The Maastricht Treaty...*, s. 15-32; J. Bierbach, *Frontiers of Equality...*, s. 301-345.

<sup>227</sup> Na mocy art. G Traktatu z Maastricht: „W celu ustanowienia Wspólnoty Europejskiej w Traktacie ustanawiającym Europejską Wspólnotę Gospodarczą wprowadza się zmiany zgodnie z postanowieniami niniejszego artykułu. A. – W całym Traktacie: 1) Termin «Europejska Wspólnota Gospodarcza» zastępuje się terminem «Wspólnota Europejska»”. Tłumaczenie na podstawie oficjalnej bazy Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej ([http://oide.sejm.gov.pl/oide/images/files/dokumenty/traktaty/Traktat\\_z\\_Maastricht\\_PL\\_1.pdf](http://oide.sejm.gov.pl/oide/images/files/dokumenty/traktaty/Traktat_z_Maastricht_PL_1.pdf) – dostęp: 3.07.2020 r.).

<sup>228</sup> Traktat z Amsterdamu zmieniający Traktat o Unii Europejskiej, Traktaty ustanawiające Wspólnoty Europejskie i niektóre związane z nimi akty z 2 października 1997 roku (Dz.Urz. UE C 340 z 10.11.1997 r., s. 1-144).

<sup>229</sup> Porusza, przykładowo: A. Stubb, *Negotiating Flexibility in the European Union*, London 2002, s. 58-105; M. Zbinden, *Implications of the Intergovernmental Conference and the Treaty of Amsterdam for Small EU Member States*, [w:] *Small States Inside and Outside the European Union*, red. L. Goetschel, Boston 1998, s. 207-241; A. Jordan, *The Europeanization of...*, s. 97-112; S. Vanhoonaeker, *The Amsterdam Treaty: Modest Reforms*, [w:] *Designing the European...*, s. 180-195; S. Hug, T. König, *Divided Government and the Ratification of the Amsterdam Treaty*, [w:] *Democratic Foreign Policy Making: Problems of Divided Government and International*

Traktat Amsterdamski posiadał bardziej charakter techniczny, to znalazły się w nim także zapisy bezpośrednio nawiązujące do przedmiotu prawa do zdrowia. Na jego mocy znowelizowany został art. 129 TWE, gdzie wskazano, że przy określaniu i urzeczywistnianiu wszystkich polityk i działań unijnych zapewnia się wysoki poziom ochrony zdrowia ludzkiego. W tym zakresie podkreślono, że nakierowane jest to na poprawę zdrowia publicznego, zapobieganie chorobom i dolegliwościom ludzkim oraz usuwanie źródeł zagrożeń dla zdrowia ludzkiego, co w szczególności obejmuje informację i edukację zdrowotną oraz zwalczanie epidemii. Co istotne, Traktat Amsterdamski przewidywał upoważnienie UE nie tylko do podejmowania środków zachęcających oraz zaleceń, jak czynił to Traktat z Maastricht, ale również do przyjmowania instrumentów prawnych ustanawiających wysokie standardy jakości i bezpieczeństwa organów i substancji pochodzenia ludzkiego, krwi oraz pochodnych krwi, a także do przyjmowania środków w dziedzinach weterynaryjnej i fitosanitarnej, które mają bezpośrednio na celu ochronę zdrowia publicznego. Niezależnie jednak od powyższego podkreślono, że wszelkie wspólnotowe działania w dziedzinie zdrowia publicznego respektują odpowiedzialność Państw Członkowskich za organizację i świadczenie usług opieki zdrowotnej i opieki medycznej. W Traktacie Amsterdamskim znalazły się również postanowienia pośrednio nawiązujące do przedmiotu prawa do zdrowia, w szczególności dotyczące procedury prawodawczej, środowiska pracy i bezpieczeństwa pracy oraz ochrony konsumentów.

Przedostatnim traktatem jest Traktat z Nicei, modyfikujący Traktat o Unii Europejskiej, Traktaty ustanawiające Wspólnoty Europejskie i niektóre związane z nimi akty z 26 lutego 2001 roku (dalej: Traktat Nicejski)<sup>230</sup>, który głównie poprzez zmiany w metodyce składu osobowego instytucji unijnych umożliwił skuteczne oraz sprawne funkcjonowanie UE przy 25 Państwach Członkowskich<sup>231</sup>. Z uwagi na niezwykle techniczny charakter przedmiotowego traktatu nie przewidywał on postanowień bezpośrednio nawiązujących do przedmiotu prawa do zdrowia. Zawiera on jedynie pośrednie odniesienia na tej płaszczyźnie w postaci zapisów

---

*Cooperation*, red. R. Pahre, New York 2006, s. 133–150; A. Maurer, *A Formal Outsider Becomes an Effective Player: The European Parliament in the Negotiation of the Treaty of Amsterdam and the Constitutional Treaty*, [w:] *Leadership in the Big Bangs of European Integration*, red. D. Beach, C. Mazzucelli, London 2006, s. 115–133; D. Dinan, *Treaty Change in the European Union: The Amsterdam Experience*, [w:] *Developments in the European Union*, red. L. Cram, D. Dinan, N. Nugent, London 1999, s. 290–310.

<sup>230</sup> Traktat z Nicei zmieniający Traktat o Unii Europejskiej, Traktaty ustanawiające Wspólnoty Europejskie i niektóre związane z nimi akty z 26 lutego 2001 roku (Dz.Urz. UE C 80 z 10.03.2001 r., s. 1–87).

<sup>231</sup> Kwestię tę porusza przykładowo: J. Beneyto, *From Nice to the Constitutional Treaty: Eight Theses on the (Future) Constitutionalisation of Europe*, [w:] *The Lisbon Treaty*, red. S. Griller, J. Ziller, Wiedeń 2008, 1–19; A. Stubb, *Negotiating Flexibility...*, s. 106–122; F. Laursen, *The Treaty of Nice: The Inadequate Preparation of Enlargement*, [w:] *Designing the European...*, s. 196–216.



dotyczących ochrony zdrowia i bezpieczeństwa pracowników oraz zawierania umów międzynarodowych w zakresie handlu usługami zdrowia ludzkiego.

Reasumując, dotychczasowe przemyślenia uzasadniają twierdzenie, że od Traktatu z Maastricht, poprzez Traktat Amsterdamski, do Traktatu Nicejskiego można zaobserwować coraz pełniejsze, bardziej kompletne oraz skuteczniejsze zajmowanie się problematyką zarówno ochrony zdrowia, jak i dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej, a więc *in genere* prawa do zdrowia w UE. Jednoznacznie pokazuje to, że przedmiotowe zagadnienie traktowane jest jako jeden z unijnych priorytetów i wymaga coraz głębszego oraz kompleksowego podejścia.

### 3.3. Traktat Lizboński jako kolejny rozdział ewolucji

Wydzielenie Traktatu z Lizbony zmieniającego Traktat o Unii Europejskiej i Traktat ustanawiający Wspólnotę Europejską z 13 grudnia 2007 roku (dalej: Traktat Lizboński)<sup>232</sup> do oddzielnej analizy uzasadnione jest dwutorowością jego znaczenia. Zasadza się ona na fakcie, że z jednej strony o Traktacie Lizbońskim można mówić z historycznego punktu widzenia, z drugiej zaś stanowi on źródło aktualnie obowiązującego prawa pierwotnego UE. Traktat ten powinien być zatem postrzegany przez pryzmat granicy pomiędzy tym, co może być określane w kategoriach przeszłości, a tym, co pozostaje aktualne na dziś dzień. Na jego mocy TWE otrzymał nazwę TFUE, gdzie głównym celem przeprowadzanych wówczas zmian był postulat, aby UE mogła reprezentować jednolite stanowisko w kwestiach globalnych problemów<sup>233</sup>. Miało to doprowadzić także do wzmocnienia skuteczności i zasad demokracji w całej UE<sup>234</sup>. W tym celu Traktat Lizboński przewidywał inicjatywę obywatelską, nowe służby dyplomatyczne UE, nowego Wysokiego Przedstawiciela do Spraw Zagranicznych, stałego przewodniczącego Rady Europejskiej, zmianę procedur głosowania w Radzie UE, zwiększenie kompetencji Parlamentu Europejskiego oraz wyjaśnienie, które uprawnienia należą do UE, Państw Członkowskich, a które są dzielone<sup>235</sup>. Dodatkowo kompatybilnym modyfikacjom

---

<sup>232</sup> Traktat z Lizbony zmieniający Traktat o Unii Europejskiej i Traktat ustanawiający Wspólnotę Europejską z 13 grudnia 2007 roku (Dz.Urz. UE C 306 z 17.12.2007 r., s. 1–271).

<sup>233</sup> Zagadnienie to porusza, przykładowo: D. Phinnemore, *The Treaty of Lisbon*, London 2013, s. 1–15, 211–228; F. Murray, *The European Union and Member State Territories: A New Legal Framework Under the EU Treaties*, Haga 2012, s. 179–189; J. Ziller, *The Law and Politics of the Ratification of the Lisbon Treaty*, [w:] *The Lisbon Treaty...*, s. 309–335.

<sup>234</sup> Problem ten porusza przykładowo: J. Ziller, *The Treaty of Lisbon: Constitutional Treaty, Episode II*, [w:] *Designing the European...*, s. 244–268; A. Stajano, *Quality, Competitiveness*, Boston 2009, s. 269–307; E. Jahn, *German Domestic and Foreign Policy*, Heidelberg 2015, s. 141–156.

<sup>235</sup> Zagadnienie przedstawia na przykład: J. Wouters, D. Coppens, B. De Meester, *The European Union's External Relations after the Lisbon Treaty*, [w:] *The Lisbon Treaty...*, s. 143–203; P. Ponzano, 'Executive' and

zostały poddane cele i wartości UE. Co istotne, Traktat Lizboński znowelizował również art. 6 TUE, gdzie zgodnie z jego nowym brzmieniem UE uznaje prawa, wolności i zasady określone w Karcie Praw Podstawowych Unii Europejskiej z 7 grudnia 2000 roku w brzmieniu dostosowanym 12 grudnia 2007 roku w Strasburgu<sup>236</sup>. Na mocy tego samego przepisu, KPP UE uzyskała moc prawną zrównaną traktatom, a więc stała się ona integralną częścią prawa pierwotnego. Z uwagi na fakt, że stan prawny prawa pierwotnego UE, ukształtowany zgodnie z postanowieniami Traktatu Lizbońskiego, jest aktualny i powszechnie obowiązujący, omówienie jego bezpośrednich oraz pośrednich odniesień do przedmiotu prawa do zdrowia będzie miało miejsce w następnym podrozdziale. Jednakże na ten moment można wskazać, że traktat ten stanowi kolejny etap pełniejszej integracji europejskiej, nie będąc jednocześnie, jak się wydaje, ostatnim jej przejawem.

## **4. Prawo do zdrowia w aktualnie obowiązującym prawie Unii Europejskiej**

### **4. 1. Odzwierciedlenie prawa do zdrowia w KPP UE**

W aktualnie obowiązującym prawie pierwotnym UE ukształtowanym przez Traktat Lizboński można zauważyć szeregi odniesień do przedmiotu prawa do zdrowia. Na początku wypada jednak podkreślić, że na prawo pierwotne UE składają się zasadniczo traktaty założycielskie, traktaty akcesyjne Państw Członkowskich UE oraz protokoły i załączniki do nich<sup>237</sup>. Dodatkowo, jak to już wyżej zauważono, na mocy Traktatu Lizbońskiego KPP UE uzyskała moc prawną zrównaną traktatom. Oznacza to, że KPP UE także należy zaliczać do prawa

---

*'Delegated' Acts: The Situation after the Lisbon Treaty*, [w:] *The Lisbon Treaty...*, s. 135–141; B. Hecker, *The Development of Individual Rights Protection in European Criminal Law After the Lisbon Treaty*, [w:] *Human Rights in European Criminal Law*, red. S. Ruggeri, Cham 2015, s. 1–6; G. Quisthoudt-Rowohl, *Trade Policy Under the Treaty of Lisbon*, [w:] *Common Commercial Policy after Lisbon*, red. M. Bungenberg, C. Herrmann, Heidelberg 2013, s. 107–111; I. Pernice, *The Treaty of Lisbon and Fundamental Rights*, [w:] *The Lisbon Treaty...*, s. 235–256; J. Louis, *Economic Policy under the Lisbon Treaty*, [w:] *The Lisbon Treaty...*, s. 285–298; U. Häde, *The Treaty of Lisbon and the Economic and Monetary Union*, [w:] *The European Union after Lisbon*, red. H. Blanke, S. Mangiameli, Heidelberg 2012, s. 421–441; B. de Witte, *Legal Instruments and Law-Making in the Lisbon Treaty*, [w:] *The Lisbon Treaty...*, s. 79–108.

<sup>236</sup> Karta Praw Podstawowych Unii...

<sup>237</sup> P. Craig, G. De Búrca, *EU Law: Text, Cases, and Materials*, Oxford 2015, s. 105–124; S. Weatherill, *Cases and Materials on EU Law*, Oxford 2016, s. 24–73; E. Berry, M. Homewood, B. Bogusz, *Complete EU Law: Text, Cases, and Materials*, Oxford 2019, s. 87–122; K. Bradley, *Legislating in the European Union*, [w:] *European Union Law*, red. C. Barnard, S. Peers, Oxford 2014, s. 103–104; A. Arnull, *European Union Law: A Very Short Introduction*, Oxford 2017, s. 3–18; T. Storey, C. Turner, *Unlocking EU Law*, Londyn-New York 2014, s. 1–21; D. Curtin, *Legal Acts and the Challenges of Democratic Accountability*, [w:] *EU Legal Acts: Challenges and Transformations*, red. M. Cremona, C. Kilpatrick, Oxford 2018, s. 10–14; K. Davies, *Understanding European Union Law*, Londyn-New York 2013, s. 54–56.

pierwotnego UE<sup>238</sup>. Z uwagi na różny charakter wskazanych źródeł prawa unijnego konieczne staje się wytypowanie tej grupy aktów prawa pierwotnego, które mają doniosłe znaczenie dla określenia odniesień do przedmiotu prawa do zdrowia. Wydaje się, że grupę taką stanowią KPP UE oraz traktaty założycielskie, a więc w szczególności TUE oraz TFUE, gdyż stanowią one fundament, z którego wyrósł i na podstawie którego funkcjonuje obecny kształt UE. W związku z powyższym w KPP UE znajduje się art. 38, zgodnie z którym: „Każdy ma prawo dostępu do profilaktycznej opieki zdrowotnej i prawo do korzystania z leczenia na warunkach ustanowionych w ustawodawstwach i praktykach krajowych. Przy określaniu i realizowaniu wszystkich polityk i działań Unii zapewnia się wysoki poziom ochrony zdrowia ludzkiego”<sup>239</sup>. Z przepisu tego wynika zatem, że jeden z priorytetów UE stanowią działania mające na celu zagwarantowanie wysokiego poziomu ochrony zdrowia ludzkiego, gdyż przytoczony przepis konstytuuje prawo o charakterze podstawowym UE<sup>240</sup>. Co ciekawe, przytoczona norma prawna nie tylko potwierdza, że UE respektuje prawo do świadczeń opieki zdrowotnej i korzystania z leczenia, lecz zapewnia ona bezpośrednio prawo dostępu do takich świadczeń<sup>241</sup>. Oznacza to, że w art. 38 KPP UE mamy do czynienia z bezpośrednim nawiązaniem do przedmiotu prawa do zdrowia w aspekcie wykonawczym. Dodatkowo, zawarta w nim deklaracja, że UE troszczy się o wysoki poziom ochrony zdrowia stanowi abstrakcyjnie rozumiane odniesienie do

---

<sup>238</sup> E. Gianfrancesco, *The Charter of Fundamental Rights of the Union as a Source of Law*, [w:] *The European Union after Lisbon*, red. H. Blanke, S. Mangiameli, Heidelberg 2012, s. 295–310; H. Blanke, *The Protection of Fundamental Rights in Europe*, [w:] *The European Union after Lisbon...*, s. 159–232; B. Pérez de las Heras, *The Charter of Fundamental Rights as a New Element of European Identity and Beyond*, [w:] *Democratic Legitimacy in the European Union and Global Governance*, red. B. Pérez de las Heras, Cham 2017, s. 117–139; T. Kerikmäe, *EU Charter: Its Nature, Innovative Character, and Horizontal Effect*, [w:] *Protecting Human Rights in the EU*, red. T. Kerikmäe, Heidelberg 2014, s. 5–19; C. Eriksen, J. Stubberud, *Legitimacy and the Charter of Fundamental Rights Post-Lisbon*, [w:] *The Reach of Free Movement*, red. M. Andenas, T. Bekkedal, L. Pantaleo, Haga 2017, s. 229–252; A. Balsamo, *The Content of Fundamental Rights*, [w:] *Handbook of European Criminal Procedure*, red. R. Kostoris, Cham 2018, s. 99–170.

<sup>239</sup> A. Bisset, *Blackstone's International Human Rights Documents*, Oxford 2020, s. 380; S. Ghandhi, *Blackstone's International Human Rights Documents*, Oxford 2012, s. 356; R. Smith, *Core EU Legislation 2015–16*, Londyn 2015, s. 129; L. Bussata, *Moving Patients and Families and the Social Right to Cross-border Healthcare*, [w:] *The Right to Family Life in the European Union*, red. M. González Pascual, A. Torres Pérez, Londyn-New York 2017, s. 200; J. Kenner, *European Union Legislation*, Londyn-New York 2014, s. 203; K. Elgard, *The Effect of the Charter of Fundamental Rights of European Union on Substantive VAT Law*, [w:] *CJEU – Recent Developments in Value Added Tax 2017*, red. M. Lang, P. Pistone, A. Rust, J. Schuch, C. Staringer, P. Pillet, Wiedeń 2018, s. 22.

<sup>240</sup> G. Di Federico, *Fundamental Rights in the EU: Legal Pluralism and Multi-Level Protection After the Lisbon Treaty*, [w:] *The EU Charter of Fundamental Rights. Ius Gentium: Comparative Perspectives on Law and Justice*, red. D. Giacomo, Dordrecht 2011, s. 15–54; M. Szpunar, *The Authority of EU Law: The Case of Horizontal Application of Fundamental Rights*, [w:] *The Authority of EU Law*, red. W. Heusel, J. Rageade, Heidelberg 2019, s. 123–134; R. Kostoris, *The Protection of Fundamental Rights*, [w:] *Handbook of European Criminal Procedure*, red. R. Kostoris, Cham 2018, s. 67–98; L. Bernardeau, *Fines and Fundamental Rights: New Challenges*, [w:] *EU Competition and State Aid Rules. Europeanization and Globalization*, red. V. Tomljenović, N. Bodiřoga-Vukobrat, V. Butorac Malnar, I. Kunda, Heidelberg 2017, s. 133–143.

<sup>241</sup> A. Nußberger, *Artikel 35 GRCh Gesundheitsschutz*, [w:] *Kölner Gemeinschaftskommentar zur Europäischen Grundrechte-Charta*, red. P.J. Tettinger, K. Stern, Monachium 2006, s. 592–593.

przedmiotu prawa do zdrowia w aspekcie materialnym. Niestety pomimo pozytywnych walorów prezentowanej normy posiada ona charakter iluzoryczny. Dzieje się tak dlatego, że treść art. 38 KPP UE wprowadza znaczące ograniczenie poprzez odwołanie się do warunków ustanowionych w ustawodawstwach i praktykach krajowych<sup>242</sup>. Prowadzi to do wniosku, że UE, pomimo że formalnie jest adresatem przedmiotowej normy, to została jedynie zobowiązana do urzeczywistniania roszczeń powstających na podstawie prawa krajowego Państw Członkowskich, a nie do określania rodzajów czy zakresu wspomnianych roszczeń<sup>243</sup>. Zgodnie z powyższym wydaje się, że faktycznie uzasadnione może być twierdzenie, że prawo to na forum unijnym ma charakter iluzoryczny, a jego konkretyzacja może nastąpić tylko i wyłącznie w nawiązaniu do ustawodawstwa Państw Członkowskich UE. Dodatkowo, w KPP UE znajdują się postanowienia nawiązujące do przedmiotu prawa do zdrowia w sposób pośredni, które dotyczą należytych i sprawiedliwych warunków pracy<sup>244</sup> oraz zakazu pracy dzieci i ochrony młodocianych w pracy<sup>245</sup>.

## 4.2. Odzwierciedlenie prawa do zdrowia w TFUE i TUE

Dla zachowania systematyki prowadzonej analizy konieczne okazuje się podniesienie podobnych spostrzeżeń, jak w przypadku KPP UE, także w stosunku do TFUE i TUE. W kontekście pierwszego traktatu wypada podkreślić, że w TFUE występują liczne odniesienia do przedmiotu prawa do zdrowia, co uwidacznia się już bezpośrednio w jego art. 6. Zgodnie z tym przepisem UE ma kompetencje do prowadzenia działań mających na celu wspieranie, koordynowanie bądź uzupełnianie działań Państw Członkowskich UE w dziedzinie ochrony i poprawy zdrowia ludzkiego<sup>246</sup>. Oznacza to, że niezależnie od innych postanowień prawa unijnego UE ma niezależną podstawę traktatową do podejmowania działań w zakresie zarówno prawa do ochrony zdrowia, jak i prawa do świadczeń opieki zdrowotnej, a więc ogólnie na płaszczyźnie przedmiotu prawa do zdrowia, z tym jednak zastrzeżeniem, że przedmiotowe

---

<sup>242</sup> Ibidem.

<sup>243</sup> Ibidem.

<sup>244</sup> Art. 31 ust. 1 KPP UE: „1. Każdy pracownik ma prawo do warunków pracy szanujących jego zdrowie, bezpieczeństwo i godność”.

<sup>245</sup> Art. 32 KPP UE: „Praca dzieci jest zakazana. Minimalny wiek dopuszczenia do pracy nie może być niższy niż minimalny wiek zakończenia obowiązku szkolnego, bez uszczerbku dla uregulowań bardziej korzystnych dla młodocianych i z wyjątkiem ograniczonych odstępstw. Młodociani dopuszczeni do pracy muszą mieć zapewnione warunki pracy odpowiednie dla ich wieku oraz być chronieni przed wyzyskiem ekonomicznym oraz jakąkolwiek pracą, która mogłaby szkodzić ich bezpieczeństwu, zdrowiu lub rozwojowi fizycznemu, psychicznemu, moralnemu i społecznemu albo utrudniać im edukację”.

<sup>246</sup> G. Vermeulen, *Essential Texts on International and European Criminal Law*, Antwerpia 2012, s. 34; U. Neegaard, *EU Health Care Law in a Constitutional Light: Distribution of Competences, Notions of "Solidarity" and "Social Europe"*, [w:] *Health Care and EU Law*, red. J. Willem van de Gronden, E. Szyszczak, U. Neegaard, M. Krajewski, Haga 2011, s. 23.

działania w tym aspekcie powinny mieć charakter pomocniczy czy też subsydiarny. Z kolei zgodnie z art. 9 TFUE, UE przy określaniu i realizacji swoich polityk i działań bierze pod uwagę wymogi związane nie tylko z zapewnianiem odpowiedniej ochrony socjalnej czy zwalczaniem wykluczenia społecznego, ale także zapewnianiem wysokiego poziomu zatrudnienia, kształcenia, szkolenia oraz ochrony zdrowia ludzkiego<sup>247</sup>. Wydaje się, że powyżej przedstawione normy prawne jednoznacznie przesądzają, że UE w ramach swojej działalności skupia się na jak najpełniejszym wypełnianiu przez Państwa Członkowskie UE postulatów skuteczności jakości, bezpieczeństwa oraz dostępności krajowych systemów ochrony zdrowia. Przechodząc do bardziej szczegółowych postanowień traktatowych, należy zauważyć, że z art. 114 TFUE wynika, iż Komisja Europejska ma obowiązek<sup>248</sup> przyjmować jako podstawę wysoki poziom ochrony w dziedzinie ochrony zdrowia, uwzględniając przy tym w szczególności wszelkie zmiany oparte na faktach naukowych<sup>249</sup>.

Niemniej jednak, najbardziej doniosłymi postanowieniami TFUE, odnoszącymi się bezpośrednio do przedmiotu prawa do zdrowia są te zawarte w Tytule XIV *Zdrowie Publiczne*. Po pierwsze, zgodnie z art. 168 TFUE ust. 1, przy określaniu i urzeczywistnianiu wszystkich polityk i działań UE zapewniony zostaje wysoki poziom ochrony zdrowia ludzkiego, co ma na celu poprawę zdrowia publicznego, zapobieganie chorobom i dolegliwościom ludzkim oraz usuwanie źródeł zagrożeń dla zdrowia fizycznego i psychicznego<sup>250</sup>. Obejmuje to zwalczanie

---

<sup>247</sup> V. Hellmann, *Der Vertrag von Lissabon. Vom Verfassungsvertrag zur Änderung der Bestehenden Verträge – Einführung mit Synopse und Übersichten*, Heidelberg 2019, s. 195; T. Biernat, *Soft law a proces tworzenia prawa w Unii Europejskiej. Wpływ soft law na konstrukcję i treść uzasadnień aktów normatywnych*, „Studia Prawnicze” Nr 2 (2012), s. 31; Idem, *Prawo Unii Europejskiej a kwestie bezpieczeństwa piłkarskich imprez masowych o charakterze międzynarodowym. Rola soft law na przykładzie Rezolucji Rady z dnia 3 czerwca 2010*, „Bezpieczeństwo. Teoria i Praktyka” Nr 3 (2011), s. 9.

<sup>248</sup> W zakresie środków dotyczących zbliżenia przepisów ustawowych, wykonawczych i administracyjnych państw członkowskich UE, które mają na celu ustanowienie i funkcjonowanie rynku wewnętrznego.

<sup>249</sup> Zobacz: C. Barnard, *The Substantive Law of the EU: The Four Freedoms*, Oxford 2016, s. 559; I. Maletić, *The Law and Policy of Harmonisation in Europe's Internal Market*, Cheltenham 2013, s. 68; A. Engel, *The Choice of Legal Basis for Acts of the European Union*, Cham 2018, s. 20–27; H. Hijmans, *The European Union as Guardian of Internet Privacy. Law, Governance and Technology Series*, Cham 2016, s. 266, 317–326; L. Lopp, *Regulations Regarding Living Organ Donation in Europe*, Heidelberg 2013, s. 241.

<sup>250</sup> Zobacz: M. Ciotti, *Health Security and Disease Detection in the European Union*, [w:] *Biopreparedness and Public Health. NATO Science for Peace and Security Series A: Chemistry and Biology*, red. I. Hunger, V. Radosavljevic, G. Belojevic, L. Rotz, Dordrecht 2013, s. 57; M. Flear, *Governing Public Health: EU Law, Regulation and Biopolitics*, Oxford-Portland 2015, s. 40; L. Nistor, *Public Services and the European Union: Healthcare, Health Insurance and Education Services*, Haga 2011, s. 300; A. Exter, T. Hervey, *European Union Treaties, Human Rights*, [w:] *European Union Health Law: Treaties and Legislation*, red. A. Exter, T. Hervey, Antwerpia 2012, s. 25–26; S. Garben, *Title XIV Public Health*, [w:] *The EU Treaties and the Charter of Fundamental Rights: A Commentary*, red. M. Kellerbauer, M. Klamert, J. Tomkin, Oxford 2019 s. 1445–1456; M. Guy, W. Sauter, *The history and scope of EU health law and policy*, [w:] *Research Handbook on EU Health Law and Policy*, red. T. Hervey, C. Young, L. Bishop, Cheltenham 2017, s. 30; F. Geber, *Between a rock and a hard place: a controversial of legislative harmonization and national lifestyle policies*, [w:] *Regulating Lifestyle Risks*, red. A. Alemanno, A. Garde, Cambridge 2015, s. 153; L. Bosek, *Kompetencje prawodawcze w sferze ochrony zdrowia*, [w:] *Prawo wobec medycyny i biotechnologii: Zbiór orzeczeń z komentarzami*, red. M. Safjan, Warszawa 2011, s. 138–139.

epidemii poprzez wspieranie badań nad przyczynami takich zjawisk, sposobami ich rozprzestrzeniania się oraz zapobiegania im, a także poprzez gromadzenie informacji i pogłębianie edukacji zdrowotnej oraz monitorowanie poważnych transgranicznych zagrożeń dla zdrowia, wczesne ostrzeganie w przypadku ich wystąpienia oraz ich zwalczanie. W przywoływanej normie prawnej podkreślono także, że UE uzupełnia działania Państw Członkowskich UE w celu zmniejszenia szkodliwych dla zdrowia skutków narkomanii, włącznie z informacją i profilaktyką. Po drugie, zgodnie z art. 168 ust. 2 TFUE, UE zachęca do współpracy między Państwami Członkowskimi UE w dziedzinie ochrony zdrowia oraz, w przypadku konieczności, wspiera ich działania zachęcając w szczególności do współpracy między nimi w celu zwiększenia komplementarności ich usług opieki zdrowotnej w regionach przygranicznych<sup>251</sup>. Dodatkowo Państwa Członkowskie UE we współpracy z Komisją Europejską koordynują między sobą własne polityki i programy odnoszące się do obszarów z ustępu 1 art. 168 TFUE. Po trzecie, zgodnie z art. 168 ust. 3 TFUE, UE oraz Państwa Członkowskie UE pozostają otwarte na współpracę z państwami trzecimi oraz organizacjami międzynarodowymi właściwymi w dziedzinie zdrowia publicznego<sup>252</sup>. Po czwarte, zgodnie z art. 168 ust. 4 TFUE, Parlament Europejski oraz Rada Unii Europejskiej wspierają wyżej opisane cele poprzez przyjmowanie nie tylko środków ustanawiających wysokie standardy jakości i bezpieczeństwa organów oraz substancji pochodzenia ludzkiego, krwi i pochodnych krwi, ale także środków w dziedzinach weterynaryjnej i fitosanitarnej mających bezpośrednio na celu ochronę zdrowia publicznego czy środków ustanawiających wysokie standardy jakości i bezpieczeństwa produktów leczniczych oraz wyrobów medycznych<sup>253</sup>. Po piąte, zgodnie z art. 168 ust. 5 TFUE, także Parlament Europejski oraz Rada Unii Europejskiej są uprawnione

---

<sup>251</sup> Zobacz: M. Földes, *Member State Interests and European Union Law*, [w:] *Between Compliance and Particularism*, red. M. Varju, Cham 2019, s. 216–221; H. Jarman, *Trade in Services and the Public's Health: A "Fortress Europe" for Health?*, [w:] *European Union Public Health Policy: Regional and Global Trends*, red. S. Greer, P. Kurzer, New York 2013, s. 110–125; M. Flear, *Governing Public Health...*, s. 41; L. Nistor, *Public Services and the European Union...*, s. 300; A. Exter, T. Hervey, *European Union Treaties...*, s. 26; S. Garben, *Title XIV Public Health...*, s. 1445–1456; M. Guy, W. Sauter, *The History and Scope of EU Health Law...*, s. 30; F. Geber, *Between a Rock and a Hard Place...*, s. 153.

<sup>252</sup> Zobacz: M. Flear, *Governing Public Health...*, s. 41; A. Exter, T. Hervey, *European Union Treaties...*, s. 26; S. Garben, *Title XIV Public Health...*, s. 1445–1456; W. Sauter, *The History and Scope of EU Health Law...*, s. 30.

<sup>253</sup> Zobacz: L. Nistor, *Public Services and the European Union...*, s. 300; A. Exter, T. Hervey, *European Union Treaties...*, s. 26; S. Garben, *Title XIV Public Health...*, s. 1445–1456; W. Sauter, *The History and Scope of EU Health Law...*, s. 30; F. Geber, *Between a Rock and a Hard Place...*, s. 153; L. Bosek, *Kompetencje prawodawcze w sferze ochrony...*, s. 138–139. Dodatkowo konieczne jest podkreślenie, że zgodnie z deklaracją odnoszącą się do artykułu 168 ustęp 4 litera c) TFUE, dołączoną do Aktu końcowego konferencji międzyrządowej, która przyjęła Traktat z Lizbony: „Konferencja oświadcza, że środki, które zostaną przyjęte zgodnie z artykułem 168 ustęp 4 litera c), muszą uwzględniać wspólne zagadnienia bezpieczeństwa, a ich celem musi być ustanowienie ostrzejszych norm jakości i bezpieczeństwa, jeżeli w przeciwnym razie normy krajowe mające wpływ na rynek wewnętrzny uniemożliwiłyby osiągnięcie wysokiego poziomu ochrony zdrowia ludzkiego”.

do ustanawiania środków zachęcających, które zmierzają do ochrony i poprawy zdrowia ludzkiego, środków dotyczących monitorowania poważnych transgranicznych zagrożeń dla zdrowia, wczesnego ostrzegania w przypadku takich zagrożeń oraz ich zwalczania oraz środków, których bezpośrednim celem jest ochrona zdrowia publicznego w związku z tytoniem i nadużywaniem alkoholu<sup>254</sup>. Po szóste, zgodnie z art. 168 ust. 6 TFUE, Rada Unii Europejskiej może na wniosek Komisji Europejskiej przyjąć zalecenia służące osiągnięciu celów określonych w art. 168 TFUE<sup>255</sup>. Po siódme, w art. 168 ust. 7 TFUE zawarta została deklaracja, zgodnie z którą UE prowadzi swoje działania w poszanowaniu obowiązków Państw Członkowskich UE w zakresie określania ich polityki dotyczącej zdrowia, jak również organizacji i świadczenia usług opieki zdrowotnej i opieki medycznej, co obejmuje zarządzanie usługami zdrowotnymi i opieką medyczną, jak również podział przeznaczonych na nie zasobów<sup>256</sup>. W kontekście całego art. 168 TFUE konieczne jest podkreślenie, że stanowi on konkretną podstawę traktatową działań UE w zakresie zdrowia publicznego, przejawiającą się w szczególności poprzez akty prawa wtórnego UE oraz akty prawa miękkiego<sup>257</sup>. Wydaje się, że prowadzi to do wniosku, iż korelacja art. 6, 9, 114 oraz 168 TFUE potwierdza zwiększającą się w UE doniosłość zagadnienia zdrowia publicznego, w tym prawa do ochrony zdrowia oraz prawa do świadczeń opieki zdrowotnej<sup>258</sup>. Oznacza to zatem, że jednym z priorytetów UE jest dbałość o wypełnianie dyspozycji przywołanych powyżej norm prawnych, z poszanowaniem obowiązków Państw Członkowskich w zakresie określania ich polityki dotyczącej zdrowia, organizacji i świadczenia usług opieki zdrowotnej oraz opieki medycznej. Dodatkowo

---

<sup>254</sup> Zobacz: M. Flear, *Governing Public Health...*, s. 41; L. Nistor, *Public Services and the European Union...*, s. 300; A. Exter, T. Hervey, *European Union Treaties...*, s. 26; S. Garben, *Title XIV Public Health...*, s. 1445–1456; W. Sauter, *The History and Scope of EU Health Law...*, s. 30; L. Bosek, *Kompetencje prawodawcze w sferze ochrony...*, s. 138–139.

<sup>255</sup> Zobacz: A. Exter, T. Hervey, *European Union Treaties...*, s. 26; S. Garben, *Title XIV Public Health...*, s. 1445–1456; W. Sauter, *The History and Scope of EU Health Law...*, s. 30; F. Geber, *Between a Rock and a Hard Place...*, s. 153.

<sup>256</sup> Zobacz: H. Jarman, *Trade in Services and the Public's Health...*, s. 110–125; M. Flear, *Governing Public Health...*, s. 40; L. Nistor, *Public Services and the European Union...*, s. 300; A. Exter, T. Hervey, *European Union Treaties...*, s. 26; S. Garben, *Title XIV Public Health...*, s. 1445–1456; W. Sauter, *The History and Scope of EU Health Law...*, s. 30; L. Bosek, *Kompetencje prawodawcze w sferze ochrony...*, s. 138–139.

<sup>257</sup> Przykładowo, przywoływane już w kontekście telemedycyny: Komunikat Komisji do Parlamentu Europejskiego, Rady, Europejskiego Komitetu Ekonomiczno-Społecznego oraz Komitetu Regionów w sprawie korzyści telemedycyny...; Dokument roboczy służb Komisji z dnia 21 grudnia 2007 roku *Plan działania dotyczący...*; Komunikat Komisji z dnia 25 kwietnia 2018 roku w sprawie umożliwienia transformacji cyfrowej opieki...; Komunikat Komisji z dnia 30 kwietnia 2004 roku *e-Zdrowie – poprawa opieki zdrowotnej...*; Komunikat Komisji z dnia 6 grudnia 2012 roku zatytułowany *Plan działania w...*; Konkluzje Rady z dnia 8 grudnia 2017 roku w sprawie zdrowia...; Pytanie do Komisji dotyczące umożliwienia transformacji...; Rezolucja Parlamentu Europejskiego z dnia 18 grudnia 2019 roku w sprawie umożliwienia transformacji...; Zalecenie Komisji 2019/243 z dnia 6 lutego 2019 roku w sprawie europejskiego...; Zalecenie Komisji z dnia 2 lipca 2008 roku w sprawie transgranicznej...

<sup>258</sup> M. Flear, *Governing Public Health...*, s. 40.

potwierdzają to pośrednie odniesienia do przedmiotu prawa do zdrowia w TFUE, które dotyczą kompetencji dzielonych między UE a Państwami Członkowskimi UE<sup>259</sup> oraz polepszania środowiska pracy<sup>260</sup>, popierania ochrony konsumentów<sup>261</sup> i środowiska<sup>262</sup>. Z kolei w kontekście TUE, wypada stwierdzić, że brak jest w nim bezpośrednich odniesień do przedmiotu prawa do zdrowia. Dzieje się tak dlatego, że posiada on bardziej charakter traktatu programowego, na podstawie którego ustanowiona została UE posiadająca kompetencje do osiągnięcia wspólnych celów Państw Członkowskich<sup>263</sup>. TUE wyznacza ogólne kierunki, wartości oraz cele UE<sup>264</sup>, stanowi nowy etap w procesie tworzenia coraz ściślejszego związku w Europie, gdzie decyzje podejmowane są z najwyższym poszanowaniem zasady otwartości oraz możliwie jak najbliżej obywateli<sup>265</sup>. Nie oznacza to jednak, że niemożliwe są do zidentyfikowania pośrednie odniesienia do przedmiotu prawa do zdrowia w TUE. Wydaje się, że urzeczywistniają się one przede wszystkim w postanowieniach dotyczących wartości<sup>266</sup> oraz celów UE<sup>267</sup>, a także deklarujących uznawanie praw, wolności i zasad zawartych w KPP UE<sup>268</sup>.

---

<sup>259</sup> Art. 4 ust.1 oraz 2 TFUE: „1. Unia dzieli kompetencje z Państwami Członkowskimi, jeżeli Traktaty przyznają jej kompetencje, które nie dotyczą dziedzin określonych w artykułach 3 i 6. 2. Kompetencje dzielone między Unią a Państwami Członkowskimi stosują się do następujących głównych dziedzin: a) rynek wewnętrzny; b) polityka społeczna w odniesieniu do aspektów określonych w niniejszym Traktacie; c) spójność gospodarcza, społeczna i terytorialna; d) rolnictwo i rybołówstwo, z wyłączeniem zachowania morskich zasobów biologicznych; e) środowisko; f) ochrona konsumentów; g) transport; h) sieci transeuropejskie; i) energia; j) przestrzeń wolności, bezpieczeństwa i sprawiedliwości; k) wspólne problemy bezpieczeństwa w zakresie zdrowia publicznego w odniesieniu do aspektów określonych w niniejszym Traktacie”.

<sup>260</sup> Art. 153 ust. 1 lit. a) TFUE: „1. Mając na względzie urzeczywistnienie celów określonych w artykule 151, Unia wspiera i uzupełnia działania Państw Członkowskich w następujących dziedzinach: a) polepszania w szczególności środowiska pracy w celu ochrony zdrowia i bezpieczeństwa pracowników”.

<sup>261</sup> Art. 169 ust. 1 TFUE: „1. Dążąc do popierania interesów konsumentów i zapewnienia wysokiego poziomu ochrony konsumentów, Unia przyczynia się do ochrony zdrowia, bezpieczeństwa i interesów gospodarczych konsumentów, jak również wspierania ich prawa do informacji, edukacji i organizowania się w celu zachowania ich interesów”.

<sup>262</sup> Art. 191 ust. 1 TFUE: „1. Polityka Unii w dziedzinie środowiska przyczynia się do osiągnięcia następujących celów: – zachowania, ochrony i poprawy jakości środowiska, – ochrony zdrowia ludzkiego, – ostrożnego i racjonalnego wykorzystywania zasobów naturalnych, – promowania na płaszczyźnie międzynarodowej środków zmierzających do rozwiązywania regionalnych lub światowych problemów w dziedzinie środowiska, w szczególności zwalczania zmian klimatu”.

<sup>263</sup> H. Blanke, *Article 1 [Establishment and Functioning of the Union]*, [w:] *The Treaty on European Union (TEU): A Commentary*, red. H. Blanke, S. Mangiameli, Berlin 2013, s. 45–109.

<sup>264</sup> W unijnym prawie pierwotnym traktatem określającym bardziej szczegółowe zasady oraz reguły funkcjonowania UE jest TFUE.

<sup>265</sup> H. Blanke, *Article 1 [Establishment and Functioning of the Union]*..., s. 45–46.

<sup>266</sup> Art. 2 TUE: „Unia opiera się na wartościach poszanowania godności osoby ludzkiej, wolności, demokracji, równości, państwa prawnego, jak również poszanowania praw człowieka, w tym praw osób należących do mniejszości. Wartości te są wspólne Państwom Członkowskim w społeczeństwie opartym na pluralizmie, niedyskryminacji, tolerancji, sprawiedliwości, solidarności oraz na równości kobiet i mężczyzn”.

<sup>267</sup> Art. 3 ust. 1 TUE: „Celem Unii jest wspieranie pokoju, jej wartości i dobrobytu jej narodów”.

<sup>268</sup> Art. 6 ust. 1 TUE: „Unia uznaje prawa, wolności i zasady określone w Karcie praw podstawowych Unii Europejskiej z 7 grudnia 2000 roku, w brzmieniu dostosowanym 12 grudnia 2007 roku w Strasburgu, która ma taką samą moc prawną jak Traktaty”.



Reasumując, całość powyższej analizy prawa pierwotnego UE jednoznacznie pokazuje, że znajdują się w nim pośrednie oraz bezpośrednie odniesienia do przedmiotu prawa do zdrowia, które zwiększają poziom doniosłości przedmiotowej problematyki, wyznaczają jej ogólne kierunki oraz cele. Zdaje się, że tak należy odczytywać rolę relewantnych dla tytułowego zagadnienia przedmiotowych norm prawnych na tej płaszczyźnie badawczej. Co oczywiste, te ogólne kierunki, cele czy zasady oczekują na konkretyzację w ramach prawa unijnego, co zasadniczo następuje w formie prawa wtórnego UE.

### **4.3. Konkretyzacja prawa do zdrowia w prawie wtórnym**

Jak to już powyżej zauważono, wnioski płynące z analizy prawa pierwotnego UE pod kątem występowania bezpośrednich oraz pośrednich odniesień do przedmiotu prawa do zdrowia podkreśliły konieczność sprawdzenia, w jaki sposób wskazane ogólne kierunki, cele czy też zasady doczekały się konkretyzacji w ramach unijnego prawa wtórnego. Co oczywiste, z uwagi na obszerność prezentowanego zagadnienia oraz ze względu na przedmiot tytułowego problemu celowe wydaje się ograniczenie rozważań do przedstawienia wybranych, lecz relewantnych z punktu widzenia niniejszej dysertacji naukowej przykładów sprecyzowania przedmiotu prawa do zdrowia w prawie wtórnym UE.

Wydaje się, że takimi przykładami są akty prawne z obszarów związanych z prawami pacjenta w transgranicznej opiece zdrowotnej, z transgranicznymi zagrożeniami zdrowia, wyrobami tytoniowymi, narządami, krwią, tkankami, komórkami oraz farmaceutyką i wyrobami medycznymi. W konsekwencji powyższego pierwszym przykładem jest Dyrektywa Parlamentu Europejskiego i Rady 2011/24/UE z dnia 9 marca 2011 roku w sprawie stosowania praw pacjentów w transgranicznej opiece zdrowotnej<sup>269</sup> (dalej: Dyrektywa o prawach pacjentów w transgranicznej opiece zdrowotnej/DPPTOZ), która została przyjęta w szczególności na podstawie art. 114 oraz 168 TFUE. Stanowi ona normatywne rozwinięcie wskazanego prawa pierwotnego UE w zakresie jej przedmiotu, a więc na płaszczyźnie ułatwiania dostępu do bezpiecznej transgranicznej opieki zdrowotnej o wysokiej jakości oraz promowania współpracy w kontekście opieki zdrowotnej między Państwami Członkowskimi UE, z pełnym poszanowaniem kompetencji krajowych w zakresie organizacji i świadczenia

---

<sup>269</sup> Dyrektywa Parlamentu Europejskiego i Rady 2011/24/UE z dnia 9 marca 2011 roku w sprawie stosowania praw pacjentów w transgranicznej opiece zdrowotnej (Dz.Urz. UE L 88 z 4.04.2011 r., s. 45–65).

opieki zdrowotnej<sup>270</sup>. Dyrektywa ta ma kluczowe znaczenie dla niniejszej dysertacji naukowej i z tego powodu zostanie szczegółowo omówiona w dalszych jej częściach<sup>271</sup>.

Drugim przykładem jest Decyzja Parlamentu Europejskiego i Rady nr 1082/2013/UE z dnia 22 października 2013 roku w sprawie poważnych transgranicznych zagrożeń zdrowia oraz uchylająca decyzję nr 2119/98/WE (dalej: Decyzja w sprawie poważnych transgranicznych zagrożeń zdrowia)<sup>272</sup>, która została przyjęta głównie na podstawie art. 168 ust. 5 TFUE, stanowiąc jego konkretyzację. W przedmiotowej decyzji określono zasady związane z nadzorem epidemiologicznym oraz monitorowaniem poważnych transgranicznych zagrożeń zdrowia wczesnego ostrzegania o nich i ich zwalczania, co obejmuje planowanie gotowości i reagowania związanego z tymi działaniami, aby skoordynować i uzupełnić polityki krajowe<sup>273</sup>.

Trzecim przykładem jest Dyrektywa Parlamentu Europejskiego i Rady 2014/40/UE z dnia 3 kwietnia 2014 roku w sprawie zbliżenia przepisów ustawowych, wykonawczych i administracyjnych państw członkowskich w sprawie produkcji, prezentowania i sprzedaży wyrobów tytoniowych i powiązanych wyrobów oraz uchylająca dyrektywę 2001/37/WE (dalej: Dyrektywa w sprawie wyrobów tytoniowych)<sup>274</sup>, wydana w szczególności na podstawie art. 53 ust. 1, 62 oraz 114 TFUE<sup>275</sup>. Cel tej dyrektywy stanowi zbliżenie przepisów ustawowych, wykonawczych i administracyjnych Państw Członkowskich UE, między innymi w zakresie

---

<sup>270</sup> R. Baeten, W. Palm, *Preserving General Interest in Healthcare Through Secondary and Soft EU Law: The Case of the Patients' Rights Directive*, [w:] *Social Services of General Interest in the EU. Legal Issues of Services of General Interest*, red. U. Neergaard, E. Szyszczak, J. van de Gronden, M. Krajewski, Haga 2013, s. 398; V. Costigliola, *Mobility of Medical Doctors as an Attribute of the Cross-Border Healthcare: Challenges, Opportunities and Perspectives*, [w:] *Healthcare Overview. Advances in Predictive, Preventive and Personalised Medicine*, red. V. Costigliola, Dordrecht 2012, s. 239; K. Fløistad, *The EEA Agreement in a Revised EU Framework for Welfare Services. Studies in European Economic Law and Regulation*, Cham 2018, s. 47; D. Marušič, V. Rupel, P. Mihelj, *Cross-Border Experiences in Health IT: What Are the Requests for the Medical Record? Opportunities and Emerging Issues*, [w:] *New Perspectives in Medical Records. TELe-Health*, red. G. Rinaldi, Cham 2017, s. 154–155; M. Cappelletti, *Healthcare Right and Principle of "Minimum Standards": The Interpretation of the Judiciary in a Comparative Perspective*, [w:] *General Principles of Law – The Role of the Judiciary. Ius Gentium: Comparative Perspectives on Law and Justice*, red. L. Pineschi, Cham 2015, s. 254–255.

<sup>271</sup> Patrz w szczególności: Rozdział III. *Transgraniczne świadczenie usług opieki zdrowotnej w Unii Europejskiej*: 4. *Prawa pacjentów w transgranicznej opiece zdrowotnej*.

<sup>272</sup> Decyzja Parlamentu Europejskiego i Rady nr 1082/2013/UE z dnia 22 października 2013 roku w sprawie poważnych transgranicznych zagrożeń zdrowia oraz uchylająca decyzję nr 2119/98/WE (Dz.Urz. UE L 293 z 5.11.2013 r., s. 1–15).

<sup>273</sup> M. Evans-Brown, R. Sedefov, *Responding to New Psychoactive Substances in the European Union: Early Warning, Risk Assessment, and Control Measures*, [w:] *New Psychoactive Substances. Handbook of Experimental Pharmacology*, red. H. Maurer, S. Brandt, Cham 2018, s. 5–6.

<sup>274</sup> Dyrektywa Parlamentu Europejskiego i Rady 2014/40/UE z dnia 3 kwietnia 2014 roku w sprawie zbliżenia przepisów ustawowych, wykonawczych i administracyjnych Państw Członkowskich w sprawie produkcji, prezentowania i sprzedaży wyrobów tytoniowych i powiązanych wyrobów oraz uchylająca dyrektywę 2001/37/WE (Dz.Urz. UE L 127 z 29.04.2014 r., s. 1–38).

<sup>275</sup> Podstawą prawną przywołaną w Dyrektywie w sprawie wyrobów tytoniowych jest ust. 3 art. 114 TFUE (Zobacz: motyw 8 Dyrektywy w sprawie wyrobów tytoniowych).

składników, wydzielanych substancji, transgranicznej sprzedaży na odległość oraz etykietowania i opakowania wyrobów tytoniowych<sup>276</sup>.

Czwartym przykładem jest Dyrektywa 2002/98/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 27 stycznia 2003 roku, ustanawiająca normy jakości i bezpiecznego pobierania, testowania, przetwarzania, przechowywania i dystrybucji krwi ludzkiej i składników krwi oraz zmieniająca dyrektywę 2001/83/WE (dalej: Dyrektywa w sprawie krwi ludzkiej)<sup>277</sup>, oraz Dyrektywa 2004/23/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 31 marca 2004 roku w sprawie ustalenia norm jakości i bezpiecznego oddawania, pobierania, testowania, przetwarzania, konserwowania, przechowywania i dystrybucji tkanek i komórek ludzkich (dalej: Dyrektywa w sprawie tkanek i komórek ludzkich)<sup>278</sup>, które zostały przyjęte w wyniku skorzystania z postanowień art. 152 ust. 4 lit. a) TWE, będącego odpowiednikiem art. 168 ust. 4 lit. a) TFUE. Przedmiot obydwu dyrektyw stanowi określenie norm jakości oraz bezpieczeństwa odpowiednio dla ludzkiej krwi i składników krwi oraz tkanek i komórek ludzkich przeznaczonych do stosowania u ludzi, w celu zagwarantowania wysokiego poziomu ochrony zdrowia ludzkiego<sup>279</sup>.

Piątym przykładem jest Rozporządzenie (WE) nr 726/2004 Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 31 marca 2004 roku ustanawiające wspólnotowe procedury wydawania pozwoleń dla produktów leczniczych stosowanych u ludzi i do celów weterynaryjnych oraz nadzoru nad nimi, ustanawiające Europejską Agencję Leków (dalej: Rozporządzenie w sprawie produktów leczniczych)<sup>280</sup>, przyjęte w szczególności na podstawie art. 152 ust. 4 lit. b) TWE, którego

---

<sup>276</sup> G. Švedas, *Prevention of Illicit Trade in Tobacco Products: Experience of Lithuania*, [w:] *Combatting Illicit Trade on the EU Border*, red. C. Nowak, Cham 2021, s. 134–138; M. Engelhart, *Between Taxes, Criminal Law and Health Care: The Fight Against Illicit Tobacco Trade in Germany*, [w:] *Combatting Illicit Trade...*, s. 54; M. Foltea, *Brexit and the Control of Tobacco Illicit Trade*, Cham 2020, s. 67–70.

<sup>277</sup> Dyrektywa 2002/98/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 27 stycznia 2003 roku ustanawiająca normy jakości i bezpiecznego pobierania, testowania, przetwarzania, przechowywania i dystrybucji krwi ludzkiej i składników krwi oraz zmieniająca dyrektywę 2001/83/WE (Dz.Urz. UE L 33 z 8.02.2003 r., s. 30–40).

<sup>278</sup> Dyrektywa 2004/23/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 31 marca 2004 roku w sprawie ustalenia norm jakości i bezpiecznego oddawania, pobierania, testowania, przetwarzania, konserwowania, przechowywania i dystrybucji tkanek i komórek ludzkich (Dz.Urz. UE L 102 z 7.04.2004 r., s. 48–58).

<sup>279</sup> G. de Oliveira, A. Pereira, *Ethical and Legal Concerns of the Use of Amniotic Membrane*, [w:] *Amniotic Membrane*, red. A. Mamede, M. Botelho, Dordrecht 2015, s. 231–244; E. Rynning, *Legal Challenges and Strategies in the Regulation of Research Biobanking*, [w:] *The Ethics of Research Biobanking*, red. J. Solbakk, S. Holm, B. Hofmann B., Boston 2009, s. 277–313; G. Migliaccio, C. Pintus, *Role of the EU Framework in Regulation of Stem Cell-Based Products*, [w:] *Mesenchymal Stem Cells – Basics and Clinical Application II. Advances in Biochemical Engineering/Biotechnology*, red. B. Weyand, M. Dominici, R. Hass, R. Jacobs, C. Kasper, Heidelberg 2012, s. 287–299; G. Tiedemann, S. Sethe, *Regulatory Frameworks for Cell and Tissue Based Therapies in Europe and the USA*, [w:] *Regenerative Medicine*, red. G. Steinhoff, Dordrecht 2013, s. 1139–1171.

<sup>280</sup> Rozporządzenie (WE) nr 726/2004 Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 31 marca 2004 roku ustanawiające wspólnotowe procedury wydawania pozwoleń dla produktów leczniczych stosowanych u ludzi i do celów weterynaryjnych i nadzoru nad nimi oraz ustanawiające Europejską Agencję Leków (Dz.Urz. UE L 136 z 30.04.2004 r., s. 1–33).

treść jest tożsama znaczeniowo z art. 168 ust. 4 lit. b) TFUE. Wydaje się jednak, że relewantną podstawę prawną stanowi także art. 168 ust. 4 lit. c). Głównym zadaniem Rozporządzenia w sprawie produktów leczniczych jest urzeczywistnienie unijnych standardów produktów leczniczych stosowanych u ludzi oraz weterynaryjnych produktów leczniczych<sup>281</sup>.

Ostatni przykład to przywoływane już Rozporządzenie w sprawie wyrobów medycznych. Zostało ono wydane w szczególności w oparciu o art. 114 i art. 168 ust. 4 lit. c) TFUE.

Wszystkie powyższe przykłady pokazują, w jaki sposób postanowienia traktatowe zdefiniowane jako odnoszące się do przedmiotu prawa do zdrowia podlegają konkretyzacji w ramach prawa wtórnego. Zarówno Dyrektywa o prawach pacjentów w transgranicznej opiece zdrowotnej, Decyzja w sprawie poważnych transgranicznych zagrożeń zdrowia, Dyrektywa w sprawie wyrobów tytoniowych, Dyrektywa w sprawie krwi ludzkiej, Dyrektywa w sprawie tkanek i komórek ludzkich, Rozporządzenie w sprawie produktów leczniczych, jak i Rozporządzenie w sprawie wyrobów medycznych, choć prezentują odmienne podejścia sektorowe do prawa do zdrowia w UE, stanowią uszczegółowienie traktatowych postanowień zawierających ogólne kierunki, cele czy zasady związane z przedmiotem prawa do zdrowia.

## 5. Prawo do zdrowia w telemedycynie

### 5.1. Telemedycyna jako nowy gwarant prawa do ochrony zdrowia

Biorąc pod uwagę wszystkie dotychczasowe spostrzeżenia, uzasadnione naukowo wydaje się zaprezentowanie rozważań związanych z funkcją telemedycyny w kontekście osobistego prawa do ochrony zdrowia. Kluczowymi elementami przedmiotowej analizy będą zaprezentowane już: istota telemedycyny, określenie prawa do ochrony zdrowia oraz aspekt materialny prawa do zdrowia.

W zawiązku z tym, zachowując powyższą kolejność, należy przypomnieć, że istota telemedycyny składa się z połączenia jej uniwersalnego priorytetu oraz właściwego znaczenia terminologicznego<sup>282</sup>. Oznacza to, że stanowi ją świadczenie usług medycznych przez lekarzy na odległość z wykorzystaniem technik teleobecności za pomocą przesyłu danych medycznych

---

<sup>281</sup> H. Dederer, *The Challenge of Regulating Genetically Modified Organisms in the European Union: Trends and Issues*, [w:] *Contemporary Issues in Environmental Law. Environmental Protection in the European Union*, red. Y. Nakanishi, Tokyo 2016, s. 139–168; M. Müllner, H. Eichler, *Current Issues in Drug Regulation*, [w:] *Clinical Pharmacology: Current Topics and Case Studies*, red. M. Müller, Wiedeń 2010, s. 19–31; N. Chowdhury, *European Regulation of Medical Devices and Pharmaceuticals*, Cham 2014, s. 121–139.

<sup>282</sup> Patrz: Rozdział I. *Nowoczesne technologie w medycynie: 4. Pojęcie telemedycyny: 4.2. Istota telemedycyny.*

z użyciem technologii teleinformatycznych w celu poprawy zdrowia pacjenta. Następnie nie bez znaczenia jest, że prawo do ochrony zdrowia powinno być rozumiane jako normatywnie określone osobiste prawo każdego człowieka, zapewniające możliwość dbania o swoje zdrowie w aspekcie materialnym czy też substancjonalnym, gdzie istotna jest abstrakcyjnie rozumiana sposobność troszczenia się o swoje zdrowie, które stanowi z jednej strony jedno z najbardziej podstawowych dóbr, a z drugiej ma charakter niezwykle subiektywny<sup>283</sup>. Ostatecznie, nie mniej istotne znaczenie posiada postulat, zgodnie z którym prawo do ochrony zdrowia jest materialną gwarancją prawa do zdrowia<sup>284</sup>. Prowadzi to do przedstawionego już wniosku, że prawo do zdrowia posiada swój aspekt materialny, gdzie znajduje się zarówno chronione prawnie dobro w postaci zdrowia traktowanego samodzielnie, abstrakcyjnie rozumianej możliwości dbania o swoje zdrowie oraz pośredniej ochrony prawa do życia, jak i bezwarunkowy zakres podmiotowy, zgodnie z którym każdy człowiek, niezależnie od posiadanych przymiotów, powinien mieć takie prawo tylko i wyłącznie dlatego, że jest istotą ludzką.

Wydaje się, że bazowanie na wskazanych powyżej elementach aktualnie prowadzonej analityki naukowej usprawiedliwia wysnucie dalej idących autorskich spostrzeżeń w ramach tytułowego zagadnienia. Dzieje się tak dlatego, że dla zdekodowania funkcji telemedycyny w kontekście osobistego prawa do ochrony zdrowia jako wystarczająca jawi się krzyżowa interpretacja określonych w ten sposób części składowych. W związku z tym, *de lege ferenda*, po zaprezentowaniu głównych motywów rozumowania logicznego funkcja telemedycyny w prawie do ochrony zdrowia powinna być postrzegana przez pryzmat materialnego gwarantowania normatywnie określonego osobistego prawa każdego człowieka, zapewniającego możliwość dbania o swoje zdrowie w aspekcie substancjonalnym oraz posiadającego właściwie zdefiniowane chronione prawnie dobro i zakres podmiotowy, dzięki świadczeniu usług medycznych przez lekarzy na odległość z wykorzystaniem technik teleobecności za pomocą przesyłu danych medycznych z użyciem technologii teleinformatycznych w celu poprawy zdrowia pacjenta<sup>285</sup>. Oznacza to, upraszając konstatacje,

---

<sup>283</sup> Rozdział II. *Prawo do zdrowia w Unii Europejskiej: 2. Przedmiot prawa do zdrowia: 2.2. Zarys prawa do ochrony zdrowia.*

<sup>284</sup> Rozdział II. *Prawo do zdrowia w Unii Europejskiej: 2. Przedmiot prawa do zdrowia: 2.4. Korelacja istoty prawa do ochrony zdrowia i prawa do świadczeń opieki zdrowotnej.*

<sup>285</sup> Autorska propozycja na podstawie: J. Waldenström, J. Hersch, B. Barber, A. Burgen, C. Berry, K. Arrow, A. Strøm, L. Zuckerman, *The Right to Health...*, s. 117–182; A. Jain, S. Leka, G. Zwetsloot, *The Fundamental Human Right to Health...*, s. 139–173; S. Gunn, *The Right to Health...*, s. 3–7; J. Amzat, O. Razum, *Towards a Sociology...*, s. 17–33; A. Zoll, *Problemy służby zdrowia...*, s. 8; M. Mikos, M. Urbaniak, *Prawo do bezpiecznej ochrony zdrowia...*, s. 160, 166; A. Surówka, *Miejsce konstytucyjnego prawa...*, s. 98; K. Libal, S. Harding, *Human Rights-Based...*, s. 19–37; J. Montgomery, *Recognising a Right to Health...*, s. 184–203; N. Pestova, *The Right to Health for Vulnerable...*, s. 341–372; R. Iguñiz, N. Palomino, M. Barboza, *The Right to Health in Peru...*, s. 313–337; K. Ryś, *Konstytucyjne prawo do ochrony zdrowia...*, s. 119; A. Surówka, *Prawo do*

że uzasadnione wydaje się twierdzenie, zgodnie z którym telemedycyna posiada pełną predyspozycję do pełnienia funkcji nowego gwaranta materialnego jądra prawa do zdrowia, a więc do pełnienia funkcji gwaranta prawa do ochrony zdrowia<sup>286</sup>. Może to mieć miejsce nie tylko na forum UE, choć, jak już to przybliżono, w UE mamy do czynienia z rozbudowanymi podstawami prawnymi nawiązującymi do przedmiotu prawa do zdrowia.

## 5.2. Telemedycyna jako nowoczesne narzędzie realizacji prawa do świadczeń opieki zdrowotnej

Zbliżony zabieg, jak w przypadku funkcji telemedycyny w prawie do ochrony zdrowia, możliwy i jednocześnie konieczny jest do przeprowadzenia w kontekście funkcji telemedycyny w prawie do świadczeń opieki zdrowotnej. Przedmiotowy zabieg analityczny okaże się podobny, gdyż będzie zasadzał się na tej samej metodyce, niemniej jednak w głównej mierze z innymi desygnatami przesłanek rozumowania logicznego. Dzieje się tak dlatego, że za pierwszą przesłankę należy uznać istotę telemedycyny, za drugą – określenie prawa do świadczeń opieki zdrowotnej, a za trzecią aspekt wykonawczy prawa do zdrowia.

Z uwagi na fakt, że istota telemedycyny została zaprezentowana przy rozważaniach dotyczących jej funkcji w prawie do ochrony zdrowia, uzasadnione jest zarówno odesłanie w tym zakresie do powyższej części niniejszej dysertacji naukowej, jak i przybliżenie dwóch pozostałych przesłanek. W związku z tym powtórnego podkreślenia wymaga fakt, że prawo do świadczeń opieki zdrowotnej powinno być rozumiane jako normatywnie przewidziane socjalne uprawnienie człowieka do korzystania z powszechnie dostępnych usług opieki zdrowotnej

---

*ochrony zdrowia...*, s. 395; M. Piechota, *Konstytucyjne prawo do ochrony zdrowia...*, s. 93–104; S. Rawaf, S. Hassounah, *Codification and Implementation of the 'Right to Health'...*, s. 135–163; C. Wu, *The Right to Health in Taiwan...*, s. 457–469; E. Oke, *Patent Rights, Access to Medicines...*, s. 91–122; G. France, *The Italian Health Care System...*, s. 335–352; M. Zimpfer, *Telemedicine: Steps into the Future...*, s. 77; J. Linkous, *A Rapidly Evolving Definition of Telemedicine...*, s. 226; S. Simmons, D. Hamilton, P. McDonald, *Telemedicine...*, s. 163; Komisja Europejska, *Market study on telemedicine...*, s. 25; M. Raskas, K. Gali, D. Schinasi, S. Vyas, *Telemedicine and Pediatric Urgent Care...*, s. 206. M. Piechota, *Równość a konstytucyjne prawo do ochrony zdrowia...*, s. 137–142; A. Zoll, *Problemy służby zdrowia...*, s. 8; M. Mikos, M. Urbaniak, *Prawo do bezpiecznej ochrony zdrowia...*, s. 160, 166; A. Surówka, *Miejsce konstytucyjnego prawa...*, s. 98; O. Adelakun, R. Garcia, *Technical Factors in Telemedicine Adoption in...*, s. 85; C. Otto, *The Telemedicine Project...*, s. 106; P. Cohendet, L. Valignon, H. Sylla, *Space Assets in the Emerging Telemedicine...*, s. 191; R. Klar, E. Pelikan, *Telemedicine in Germany...*, s. 1119; A. McAuley, *The Challenges to Realising the Right to Health in Ireland...*, s. 373–401; L. Walker, *The Right to Health and Access to Health Care...*, s. 165–192; D. Evans, *The Right to Health: The Next...*, s. 233–257; K. Heus, T. Sartawi, *The Realization of the Right to Health for Refugees...*, s. 193–229; T. Munesue, *The Right to Health in Japan...*, s. 121–132; S. Qiu, *Equality and the Right to Health...*, s. 97–120; E. Oke, *The Incorporation of a Right to Health...*, s. 311–326; R. Claude, *The Right to Health...*, s. 19–38; S. Spradley, *Telemedicine: The Future of Medicine...*, s. 291; H. Reynolds, *The Tele-ICU: Formative or Out-of-Date or Both...*, s. 4; G. Dafoulas, G. Pierris, S. Martinez, L. Kvistgaard Jensen, K. Kidholm, *Adaptation of the Model for Assessment of Telemedicine...*, s. 340; N. Mohr, E. Hurst, A. MacKinney, E. Nash, B. Carr, B. Skow, *Telemedicine for Early Treatment...*, s. 255; M. Lynn, *Telemedicine to Manage Sudden...*, s. 107.

<sup>286</sup> Nie bez znaczenia jest także przesłanka niewydolności tradycyjnego systemu ochrony zdrowia.

oferowanych przez konkretną władzę publiczną sprawującą jurysdykcję nad ściśle określonym obszarem geograficznym bądź osobami fizycznymi, co do których posiada ona faktyczne władztwo, a które wykazują rzeczywisty stan niezdrowia<sup>287</sup>. Dodatkowo prawo do zdrowia posiada nie tylko swój aspekt materialny, ale także wykonawczy, w którym widoczne jest zarówno dobro prawnie chronione w formie równego dostępu do opieki zdrowotnej, skutecznie chroniącej zdrowie oraz gwarantującej dostęp do leczenia niezależnie od sytuacji materialnej beneficjenta, jak i warunkowy zakres podmiotowy<sup>288</sup>. Zasadniczo polega on na oferowaniu usług opieki zdrowotnej zindywidualizowanemu podmiotowi w skonkretyzowanym stanie faktycznym, gdzie istnieje możliwość identyfikacji ryzyka medycznego. Opierając się na identycznych motywach rozumowania logicznego co w przypadku funkcji telemedycyny w prawie do ochrony zdrowia, krzyżowa interpretacja zaprezentowanych segmentów analitycznych prowadzi do wniosku, że *de lege ferenda* funkcja telemedycyny w prawie do świadczeń opieki zdrowotnej powinna być postrzegana przez pryzmat wykonawczego realizowania normatywnie przewidzianego socjalnego uprawnienia człowieka, zapewniającego równe korzystanie z powszechnie dostępnych usług opieki zdrowotnej oraz posiadającego właściwie zdefiniowane chronione prawnie dobro i zakres podmiotowy, dzięki świadczeniu usług medycznych przez lekarzy na odległość z wykorzystaniem technik teleobecności za pomocą przesyłu danych medycznych z użyciem technologii teleinformatycznych w celu poprawy zdrowia pacjenta<sup>289</sup>. Oznacza to, że telemedycyna, jak się wydaje, posiada kompletne

---

<sup>287</sup> Patrz: Rozdział II. *Prawo do zdrowia w Unii Europejskiej: 2. Przedmiot prawa do zdrowia: 2.3. Zarys prawa do świadczeń opieki zdrowotnej.*

<sup>288</sup> Patrz: Rozdział II. *Prawo do zdrowia w Unii Europejskiej: 2. Przedmiot prawa do zdrowia: 2.4. Korelacja istoty prawa do ochrony zdrowia i prawa do świadczeń opieki zdrowotnej.*

<sup>289</sup> Autorska propozycja na podstawie: A. Buchanan, *Rights, Obligations, and the Special...*, s. 169–184; T. Beauchamp, *The Right to Health Care...*, s. 53–81; J. Merrill, *The Road to Health Care...*, s. 99–128; L. Mpedi, *Protecting the Health Care...*, s. 77–100; J. Tu, *Health Care Transformation...*, s. 59–84; S. Kirchner, *The Universal Human Right...*, Cham 2018, s. 141–151; A. Holder, *Children and Adolescents: Their Right...*, s. 161–172; D. Sulmasy, *Dignity, Rights, Health Care...*, s. 25–36; G. Tomossy, *Human Rights, Health Care...*, s. 341–352; M. Serwach, *Prawa pacjenta do świadczeń zdrowotnych...*, s. 20; S. Rawaf, S. Hassounah, *Codification and Implementation of the 'Right to Health'...*, s. 135–163; C. Wu, *The Right to Health in Taiwan...*, s. 457–469; E. Oke, *Patent Rights, Access to Medicines...*, s. 91–122; G. France, *The Italian Health Care System...*, s. 335–352; E. Oke, *The Incorporation of a Right to Health...*, s. 311–326; R. Claude, *The Right to Health...*, s. 19–38; S. Bhattacharyya, *A DIY Guide to Telemedicine...*, s. 6; S. Spradley, *Telemedicine: The Future of Medicine...*, s. 291; H. Reynolds, *The Tele-ICU: Formative or Out-of-Date or Both...*, s. 4; G. Dafoulas, G. Pierris, S. Martinez, L. Kvistgaard Jensen, K. Kidholm, *Adaptation of the Model for Assessment of Telemedicine...*, s. 340; N. Mohr, E. Hurst, A. MacKinney, E. Nash, B. Carr, B. Skow, *Telemedicine for Early Treatment...*, s. 255; M. Lynn, *Telemedicine to Manage Sudden...*, s. 107; S. Melton, S. Simmons, B. Smith, D. Hamilton, *Telemedicine...*, s. 253; S. Simmons, D. Hamilton, P. McDonald, *Telemedicine...*, s. 163; Komisja Europejska, *Market Study on Telemedicine...*, s. 25; M. Raskas, K. Gali, D. Schinasi, S. Vyas, *Telemedicine and Pediatric Urgent Care...*, s. 206; J. Arras, *Utility, Natural Rights...*, s. 23–45; J. Childress, *Rights to Health Care...*, s. 47–70; E. Kluge, *Health Care as a Right...*, s. 29–48; D. Cummiskey, *The Right to Die...*, s. 187–202; M. Green, *Global Justice and Health...*, s. 203–221; B. Toebes, M. San Giorgi, *Dutch Realities: Evaluating Health Care...*, s. 403–436; H. Sass, *My Right to Care...*, s. 243–255; T. Halper, *Rights, Reforms, and the Health Care...*, s. 135–168; T. Marmor, *The Right to Health Care...*, s. 23–49; G. Agich, *Access to Health Care...*, s. 185–198; N. Daniels,

przymioty do pełnienia funkcji nowego instytucjonalnego gwaranta realizacji aspektu materialnego prawa do zdrowia, stanowiąc najbardziej istotny środek do realizacji głównego celu, a więc ochrony zdrowia. Prowadzi to zatem do wniosku, że telemedycyna powinna być postrzegana na tej płaszczyźnie eksploatacyjnej jako nowoczesne narzędzie realizacji prawa do świadczeń opieki zdrowotnej.

### 5.3. Telemedycyna a równy dostęp do świadczeń zdrowotnych

W świetle powyższych rozważań dotyczących prawa do zdrowia w telemedycynie konieczne jest podkreślenie jeszcze jednej istotnej kwestii. Mianowicie przesłanka równego dostępu do świadczeń zdrowotnych została przedstawiona jako kluczowy element konstrukcyjny prawnie chronionego dobra w prawie do świadczeń opieki zdrowotnej. Nie bez znaczenia pozostaje również fakt, że w ramach funkcji telemedycyny w tym samym prawie także wskazano na tożsame dobro prawnie chronione. W przedmiotowym aspekcie należy się zgodzić z poglądem, zgodnie z którym na tej specyficznej płaszczyźnie równość oznacza, że beneficjenci wskazanego prawa powinni otrzymać opiekę uwarunkowaną ich potrzebami zdrowotnymi, a nie czynnikami pozazdrowotnymi, przykładowo związanymi z możliwością zapłaty za udzielone świadczenia<sup>290</sup>. Oznacza to, że zasada równości w prawie do zdrowia ma fundamentalne znaczenie, chociaż osiągnięcie precyzyjnie równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej może być oceniane niestety w kategoriach abstrakcyjnych. Z tego powodu działania zmierzające do ograniczenia przejawów nierówności należy postrzegać jako priorytetowe.

---

*Equal Opportunity and Health Care...*, s. 201–212; H. Engelhardt, *Rights to Health Care...*, s. 103–111; J. Waldenström, J. Hersch, B. Barber, A. Burgen, C. Berry, K. Arrow, A. Strøm, L. Zuckerman, *The Right to Health...*, s. 117–182; A. Jain, S. Leka, G. Zwetsloot, *The Fundamental Human Right to Health...*, s. 139–173; S. Gunn, *The Right to Health...*, s. 3–7; J. Amzat, O. Razum, *Towards a Sociology...*, s. 17–33; K. Libal, S. Harding, *Human Rights-Based...*, s. 19–37; J. Montgomery, *Recognising a Right to Health...*, s. 184–203; N. Pestova, *The Right to Health for Vulnerable...*, s. 341–372; O. Adalakun, R. Garcia, *Technical Factors in Telemedicine Adoption in...*, s. 85; C. Otto, *The Telemedicine Project...*, s. 106; P. Cohendet, L. Valignon, H. Sylla, *Space Assets in the Emerging Telemedicine...*, s. 191; R. Klar, E. Pelikan, *Telemedicine in Germany...*, s. 1119; M. Zimpfer, *Telemedicine: Steps into the Future...*, s. 77; J. Linkous, *A Rapidly Evolving Definition of Telemedicine...*, s. 226; C. de Lucena, C. Mont'Alvão, F. Pierantoni, L. Frajhof, *Telemedicine and Design: Relationships...*, s. 129; O. Argy, M. Caputo, *Introduction to Telemedicine...*, s. 227; D. Shaw, *Overview of Telehealth...*, s. 13–18; R. Iguiñiz, N. Palomino, M. Barboza, *The Right to Health in Peru...*, s. 313–337; A. McAuley, *The Challenges to Realising the Right to Health in Ireland...*, s. 373–401; L. Walker, *The Right to Health and Access to Health Care...*, s. 165–192; D. Evans, *The Right to Health: The Next...*, s. 233–257; K. Heus, T. Sartawi, *The Realization of the Right to Health for Refugees...*, s. 193–229; T. Munesue, *The Right to Health in Japan...*, s. 121–132; S. Qiu, *Equality and the Right to Health...*, s. 97–120.

<sup>290</sup> G. Stornaiuolo, *L'equità e l'intervento pubblico nel campo della salute*, „Economia pubblica” Nr 35 (2005), s. 50.



Wskazywane zwiększanie równości *prima facie* powinno się wiązać bezpośrednio z realizacją prawa do świadczeń opieki zdrowotnej, które dodatkowo stanowi aspekt wykonawczy prawa do zdrowia, gwarantujący realizację aspektu materialnego prawa do zdrowia, będąc najbardziej istotnym środkiem do realizacji głównego celu, a więc ochrony zdrowia. Fakt ten powoduje, że cel, jakim jest zwiększanie równości w dostępie do świadczeń opieki zdrowotnej, pośrednio powinien być także wiązany z prawem do ochrony zdrowia, stanowiąc w związku z tym istotną część składową całej koncepcji prawa do zdrowia. Z kolei zastosowanie nowoczesnych technologii do użytku praktycznego w medycynie w postaci telemedycyny może prowadzić nie tylko do zwiększania poziomu szybkości, bezpieczeństwa, jakości czy obniżenia kosztów, ale przede wszystkim do poprawy równości w dostępności do świadczeń zdrowotnych. Niemniej jednak, aby było to możliwe konieczne okazuje się zapewnienie swobodnej możliwości pokonywania barier spowodowanych odległością między pacjentem a świadczeniodawcą. Czynnikiem wspierającym realizację zarysowanego celu jest zagwarantowanie właściwie określonej transgraniczności usług opieki zdrowotnej, a co za tym idzie – także usług telemedycznych, co będzie stanowiło główną oś analityczną rozdziału trzeciego niniejszej dysertacji naukowej. W związku z powyższym uzasadnione wydaje się twierdzenie, że telemedycyna, wyposażona dodatkowo w cechę transgraniczności, rysuje się jako jeszcze pełniejszy instrument zwiększania równości w dostępie do świadczeń opieki zdrowotnej *in genere*, gdzie globalnie irrelevantne staną się odległość i czas podróży.

## 6. Podsumowanie

W ramach niniejszego rozdziału zaprezentowano autorskie rozważania dotyczące prawa do zdrowia w UE. Zasadniczym założeniem było zaproponowanie koncepcji prawa do zdrowia *in genere*, posiadającej doniosłe znaczenie dla głównej osi analitycznej niniejszej dysertacji naukowej. Wskazano, że prawo do ochrony zdrowia oraz prawo do świadczeń opieki zdrowotnej stanowią integralne elementy prawa do zdrowia rozumianego przez pryzmat płaszczyzny badawczej, poddawanej analizie w ramach niniejszej pracy.

W tych okolicznościach przedstawiono rozważania dotyczące prawa do zdrowia jako determinanty nowoczesnych technologii w medycynie. Zauważono, że nowoczesne technologie oddawane do użytku praktycznego w medycynie w postaci usług telemedycznych obligatoryjnie muszą być zgodne z szeregiem norm z zakresu ochrony praw człowieka, a w szczególności i w pierwszej kolejności z tymi, których sedno bezpośrednio związane jest

z istotą telemedycyny rozumianą jako korelacja jej uniwersalnego priorytetu z właściwym znaczeniem terminologicznym, a więc z tymi prawami, które dotyczą zdrowia ludzkiego.

Następnie zaprezentowano zarysy prawa do ochrony zdrowia oraz prawa do świadczeń opieki zdrowotnej. Podkreślono przy tym, że prawo do ochrony zdrowia stanowi normatywnie określone prawo każdego człowieka do możliwości dbania o swoje zdrowie w aspekcie materialnym czy też substancjonalnym, a prawo do świadczeń opieki zdrowotnej stanowi normatywnie przewidziane uprawnienie człowieka do korzystania z powszechnie dostępnych usług opieki zdrowotnej oferowanych przez konkretną władzę publiczną sprawującą jurysdykcję nad ściśle określonym obszarem geograficznym bądź osobami fizycznymi, co do których posiada ona faktyczne władztwo, a które wykazują rzeczywisty stan niezdrowia. Co istotne, zajęto się także analizą ich charakteru normatywnego. Doprowadziło to do wniosku, zgodnie z którym tak rozumiane prawo do ochrony zdrowia należy klasyfikować jako prawo osobiste stanowiące materialne zagwarantowanie protekcji zdrowia, a tak rozumiane prawo do świadczeń opieki zdrowotnej powinno być postrzegane przez pryzmat socjalnego charakteru normatywnego, który bezpośrednio wpływa na określenie jego istoty zasadzającej się na zagwarantowaniu realizacji prawa do zdrowia w aspekcie instytucjonalnym, stanowiąc środek do realizacji głównego celu, a więc ochrony zdrowia.

Zwieńczeniem przedmiotowych rozważań były wnioski płynące z korelacji istoty prawa do ochrony zdrowia i prawa do świadczeń opieki zdrowotnej, które doprowadziły do zaproponowania aspektu materialnego oraz wykonawczego prawa do zdrowia. Na tej podstawie ukazany został rys historyczny prawa do zdrowia w prawie pierwotnym UE, gdzie punktami odniesienia był stan prawny zarówno przed Traktatem z Maastricht, jak i po nim, z wydzieleniem spostrzeżeń dotyczących znaczenia Traktatu Lizbońskiego jako kolejnego etapu ewolucji integracji europejskiej. Podkreślono, że z historycznego punktu widzenia możliwe jest zdekodowanie bezpośrednich oraz pośrednich odniesień do przedmiotu prawa do zdrowia w prawie pierwotnym UE.

Następnie jako logiczną kontynuację prowadzonego dyskursu naukowego przybliżono przejawy prawa do zdrowia w aktualnie obowiązującym prawie UE. Dokonano tego za pomocą wskazania postanowień KPP UE, TFUE i TUE odzwierciedlających przedmiot prawa do zdrowia oraz określenia wybranych przejawów jego konkretyzacji w prawie wtórnym UE. Najważniejszym wnioskiem było nie tylko wskazanie na wysoki poziom znaczenia postanowień nawiązujących do przedmiotu prawa do zdrowia w UE, ale także zwrócenie uwagi na fakt, że prawo pierwotne UE, wyznaczające ogólne kierunki, cele czy zasady dotyczące jej polityki w zakresie zdrowia ludzkiego, jest konkretyzowane w prawie wtórnym UE.

Po powyższych rozważaniach w ramach ostatniego podrozdziału zajęto się problematyką zdefiniowania specyficznych funkcji telemedycyny w prawie do zdrowia, z uwzględnieniem podziału na prawo do ochrony zdrowia oraz prawo do świadczeń opieki zdrowotnej, co doprowadziło do propozycji, zgodnie z którą telemedycyna posiada pełną predyspozycję do pełnienia funkcji nowego gwaranta prawa do ochrony zdrowia oraz nowoczesnego instytucjonalnego realizatora aspektu materialnego prawa do zdrowia, stanowiąc najbardziej istotny środek do realizacji głównego celu, a więc ochrony zdrowia. Następnie podkreślono, po pierwsze, że osiągnięcie równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej jest niemożliwe, a po drugie, że możliwe są działania zmierzające do ograniczenia nierówności poprzez zastosowanie telemedycyny wyposażonej dodatkowo w cechę transgraniczności, gdzie globalnie irrelevantne staną się odległość i czas podróży.

Zważywszy na wszystkie dotychczasowe spostrzeżenia, uzasadnione wydaje się twierdzenie, że istnieje teoretyczna legitymizacja stosowania telemedycyny jako instrumentu subsydiarnego w stosunku do tradycyjnego systemu opieki zdrowotnej, gdzie te dwa systemy mogłyby funkcjonować równolegle. Na ten moment jednak nieracjonalne wydaje się postrzeganie telemedycyny jako stałego następcy aktualnie funkcjonujących rozwiązań, choć niewykluczone, że w przyszłości proces ten nastąpi. Niemniej jednak ostatecznego podkreślenia wymaga, że dla pełniejszego wykorzystania potencjału rozwiązań telemedycyny konieczne jest położenie nacisku na jej transgraniczność zwiększającą równość w dostępie do świadczeń opieki zdrowotnej. Uwaga ta ma kluczowe znaczenie dla dalszych rozważań związanych z tytułowym zagadnieniem, w szczególności dla transgranicznego świadczenia usług opieki zdrowotnej w UE.

# Rozdział III Transgraniczne świadczenie usług opieki zdrowotnej w Unii Europejskiej

## 1. Wstęp

Rozdział ten ma na celu dokonanie analizy warunków, zasad oraz interpretacji prawa w kontekście transgranicznego świadczenia usług opieki zdrowotnej w UE. Bezpośrednio będzie to prowadzić do wykazania, czy możliwa jest kwalifikacja usług telemedycznych jako usług w rozumieniu prawa UE. W tym celu na początku zaprezentowane zostaną rozważania o charakterze ogólnym, dotyczące rynku wewnętrznego w świetle swobodnego przepływu usług. W ramach tego zagadnienia uwaga zostanie zwrócona w stronę charakterystyki rynku wewnętrznego *in genere*, zarysu swobody przepływu usług oraz unijnej definicji usługi. Poza koniecznymi elementami sprawozdawczymi głosem w dyskusji będzie zwrócenie uwagi na doniosłość prezentowanej problematyki nie tylko dla głównego obszaru badawczego niniejszej dysertacji naukowej, ale także szerzej, czyli ogólnie dla dyscypliny nauki prawne. W tej części rozdziału zakończeniem prowadzonego dyskursu będą rozważania dotyczące charakteru normatywnego norm traktatowych swobody przepływu usług, gdzie zostanie podkreślona konieczność ustalenia bardziej kompletnej relacji między prawem do zdrowia a transgranicznym świadczeniem usług telemedycznych w UE.

Następnie zostanie poddane analizie zagadnienie swobodnego przepływu usług opieki zdrowotnej, w ramach którego w pierwszej kolejności zostanie zaproponowane pojęcie usługi opieki zdrowotnej. Bazując na tych ustaleniach i uwzględniając głosy literatury oraz orzecznictwa, zostanie zbadana możliwość kwalifikowania usług opieki zdrowotnej jako usług rynku wewnętrznego UE. Dodatkowo integralnym uzupełnieniem tej kwestii będzie omówienie możliwości wprowadzania ograniczeń w swobodnym przepływie usług opieki zdrowotnej, w tym w świetle testu proporcjonalności TSUE. Przedmiotowe spostrzeżenia będą stanowiły podstawę do wysuwania dalej idących wniosków, w tym tych dotyczących transgraniczności rozumianej w kategoriach rozwiązania o charakterze alternatywnym.

Po powyższym dyskursie jako logiczna konsekwencja omówiona zostanie kwestia praw pacjentów w transgranicznej opiece zdrowotnej. W jej ramach uwaga zostanie zwrócona w stronę zarówno celu określania transgranicznych praw pacjentów, jak i obowiązków Państw Członkowskich UE. Na podstawie tego możliwe stanie się podjęcie rozważań dotyczących telemedycyny jako przedmiotu transgranicznej opieki zdrowotnej. Konstatacje tego rodzaju sprowokują przeprowadzenie w końcowej części rozdziału analizy dotyczącej usług

telemedycznych w transgranicznej opiece zdrowotnej, gdzie zostanie zaprezentowana propozycja definicji usług telemedycznych oraz podjęta próba ustalenia możliwości kwalifikowania usług telemedycznych jako usług rynku wewnętrznego UE.

Rozdział zakończy się zwięzłym podsumowaniem zawierającym autorskie spostrzeżenia dotyczące zagadnień w nim poruszanych, a kładącym nacisk przede wszystkim na dwa wybrane oraz aktualne problemy naukowe związane z transgranicznym świadczeniem usług telemedycznych w UE, które wynikają z realizacji prawa do zdrowia.

## **2. Rynek wewnętrzny w świetle swobodnego przepływu usług**

### **2.1. Charakterystyka rynku wewnętrznego *in genere***

Podstawowe zasady dotyczące rynku wewnętrznego UE zostały określone w odpowiednich postanowieniach prawa pierwotnego. Zgodnie z art. 26 TFUE rynek wewnętrzny obejmuje obszar bez granic wewnętrznych, w którym jest zapewniony swobodny przepływ towarów, osób, usług i kapitału. Oznacza to, że w oparciu o literalne brzmienie przepisów traktatowych w ramach UE mamy do czynienia ze swobodą przepływu towarów, osób, usług oraz kapitału<sup>291</sup>. Objętość sygnalizowanej w tym momencie tematyki dalece wykracza poza ramy niniejszej dysertacji naukowej. Z tego powodu wywód zostanie ograniczony jedynie do przedstawienia generalnych założeń, jakie legły u podstaw koncepcji rynku wewnętrznego UE, który to stanowi jedno z najbardziej doniosłych osiągnięć UE o walorze prawnym, politycznym oraz gospodarczym<sup>292</sup>.

W świetle powyższych spostrzeżeń należy po pierwsze zauważyć, że swoboda przepływu towarów ma na celu usunięcie wszelkich bezpośrednich lub pośrednich,

---

<sup>291</sup> S. Murthy, S. Evans, J. Sarkis, *The Four Freedoms-of-Movement and Distributed Manufacturing*, [w:] *Sustainable Development Goals and Sustainable Supply Chains in the Post-global Economy. Greening of Industry Networks Studies*, red. N. Yakovleva, R. Frei, S. Murthy, Cham 2019, s. 54–55; H. Voogtsgeerd, *The European Court of Justice and Legal Pluralism: The Case Law of the “Four Freedoms” and the Pluralist Construction of the Legal System of the European Community*, [w:] *Governance and International Legal Theory. Nova et Vetera Iuris Gentium*, red. I. Dekker, W. Werner, Dordrecht 2004, s. 278; S. Curzon, *Internal Market Derogations in Light of the Newly Binding Character of the EU Charter of Fundamental Rights*, [w:] *The EU Charter of Fundamental Rights. Ius Gentium: Comparative Perspectives on Law and Justice*, red. D. Giacomo, Dordrecht 2011, s. 125; M. Czermińska, *Jednolity rynek wewnętrzny Unii Europejskiej w XXI wieku – wyzwania i kierunki zmian*, „Studia Ekonomiczne. Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego w Katowicach” Nr 269 (2016), s. 63; P. Szewczyk, *Cztery swobody wspólnego rynku Euroazjatyckiej Unii Gospodarczej*, „Opolskie Studia Administracyjno-Prawne” Nr 14/4 (2016), s. 76; K. Tomaszewski, *Rynek wewnętrzny Unii Europejskiej – szansą i wyzwaniem dla obywateli*, „Studia Europejskie” Nr 2 (2003), s. 109.

<sup>292</sup> P. Oliver, W. Roth, *The Internal Market and the Four Freedoms*, „Common Market Law Review” Nr 41 (2004), s. 407.

rzeczywistych lub potencjalnych utrudnień w ramach unijnej wymiany handlowej<sup>293</sup>. Składają się na nią trzy kluczowe zakazy, zgodnie z którymi na mocy art. 30 TFUE zakazane jest stosowanie ceł i opłat o skutku równoważnym, na mocy art. 34 i 35 TFUE zakazane są ograniczenia ilościowe w przywozie i wywozie oraz wszelkie środki o skutku równoważnym, a na mocy art. 110 TFUE obowiązuje zakaz dyskryminującego czy protekcjonistycznego opodatkowania towarów pochodzących z innych Państw Członkowskich UE<sup>294</sup>. Po drugie, należy nadmienić, że swoboda przepływu osób generalnie składa się z trzech istotnych składników. Łączy w sobie swobodę przepływu pracowników z art. 45 TFUE, swobodę przedsiębiorczości z art. 49 TFUE oraz swobody wynikające z samego faktu posiadania obywatelstwa UE<sup>295</sup>. W tym kontekście doniosłe znaczenie pełni art. 21 TFUE, zgodnie z którym każdy obywatel UE ma prawo do swobodnego przemieszczania się i przebywania na terytorium Państw Członkowskich UE, z zastrzeżeniem ograniczeń i warunków ustanowionych w prawie pierwotnym oraz wtórnym<sup>296</sup>. Całościowo oznacza to, że beneficjentami przedmiotowej instytucji prawa UE są nie tylko osoby fizyczne, ale także osoby prawne. Nie bez znaczenia jest także interpretacja norm prawnych określających swobodę przepływu osób dokonywana przez TSUE, gdzie bezpośrednio wskazuje się, że przepisy te mają na celu ułatwianie obywatelom UE wykonywania wszelkiego rodzaju aktywności zawodowych na obszarze UE oraz sprzeciwiają się działaniom, które mogłyby stawiać ich w niekorzystnej sytuacji w innym Państwie Członkowskim<sup>297</sup>, nawet jeżeli przyjmowane środki nie mają charakteru dyskryminującego<sup>298</sup>. Po trzecie, swoboda przepływu usług, stanowiąca jeden

---

<sup>293</sup> Wyrok Trybunału Sprawiedliwości Unii Europejskiej z dnia 11 lipca 1974 roku w sprawie C-8/74 w postępowaniu Procureur du Roi przeciwko Benoît i Gustave Dassonville (ECLI:EU:C:1974:82); Wyrok Trybunału Sprawiedliwości Unii Europejskiej z dnia 12 czerwca 2003 roku w sprawie C-112/00 w postępowaniu Eugen Schmidberger, Internationale Transporte und Planzüge przeciwko Austrii (ECLI:EU:C:2003:333); Wyrok Trybunału Sprawiedliwości Unii Europejskiej z dnia 9 grudnia 1997 roku w sprawie C-265/95 w postępowaniu Komisja Wspólnot Europejskich przeciwko Republice Francuskiej (ECLI:EU:C:1997:595).

<sup>294</sup> J. Łacny, *Model rynkowego handlu żywnością i artykułami rolno-spożywczymi w dobie zagrożenia epidemicznego w kontekście wymogów wynikających z prawa UE*, „Zeszyty Prawnicze BAS” Nr 67/3 (2020), s. 157.

<sup>295</sup> S. Koikkalainen, *Free Movement and EU Citizenship from the Perspective of Intra-European Mobility*, [w:] *Debating European Citizenship*, red. R. Bauböck, Cham 2019, s. 121–124.

<sup>296</sup> M. De Somer, *Qualitatively Charting Precedents*, [w:] *Precedents and Judicial Politics in EU Immigration Law. European Administrative Governance*, Cham 2019, s. 195, 210, 251–277.

<sup>297</sup> Wyrok Trybunału Sprawiedliwości Unii Europejskiej z dnia 26 stycznia 1999 roku w sprawie C-18/95 w postępowaniu F.C. Terhoeve przeciwko Inspecteur van de Belastingdienst Particulieren/Ondernemingen buitenland (ECLI:EU:C:1999:22); Wyrok Trybunału Sprawiedliwości Unii Europejskiej z dnia 15 czerwca 2000 roku w sprawie C-302/98 w postępowaniu Manfred Seherer przeciwko Bundesknappschaft (ECLI:EU:C:2000:322); Wyrok Trybunału Sprawiedliwości Unii Europejskiej z dnia 17 marca 2005 roku w sprawie C-109/04 w postępowaniu Karl Robert Kranemann przeciwko Land Nordrhein-Westfalen (ECLI:EU:C:2005:187).

<sup>298</sup> Wyrok Trybunału Sprawiedliwości Unii Europejskiej z dnia 26 stycznia 1999 roku w sprawie C-18/95...; Wyrok Trybunału Sprawiedliwości Unii Europejskiej z dnia 15 czerwca 2000 roku w sprawie C-302/98...; Wyrok Trybunału Sprawiedliwości Unii Europejskiej z dnia 17 marca 2005 roku w sprawie C-109/04...

z zasadniczych punktów odniesienia w niniejszej pracy naukowej, zostanie bardziej szczegółowo omówiona w następnym podrozdziale. Po czwarte, swoboda przepływu kapitału polega na zakazie wszelkich ograniczeń w przepływie kapitału oraz płatnościach między Państwami Członkowskimi UE oraz między nimi a państwami trzecimi. Oznacza to, że niedopuszczalne są środki krajowe, których stosowanie, polega na zniechęcaniu nierezydentów do inwestowania w określonym Państwie Członkowskim UE albo rezydentów jednego Państwa Członkowskiego do podejmowania inwestycji w innym państwie<sup>299</sup>.

Wszystkie dotychczas poruszone zagadnienia miały na celu przedstawienie ogólnej charakterystyki idei rynku wewnętrznego UE, jak się okaże – swoistego fundamentu transgranicznego świadczenia usług opieki zdrowotnej w Unii Europejskiej. Należy podkreślić, że intencjonalna ogólnikowość prezentowanej problematyki została wymuszona z jednej strony zakresem objętościowym niniejszej pracy, a z drugiej – jej zakresem przedmiotowym oraz dążeniem do sprawnej analizy tytułowego zagadnienia. Jednakże istotności tych kwestii nie sposób zaprzeczyć. Z tego powodu w pozostałym zakresie konieczne jest odesłanie do dorobku doktryny<sup>300</sup> oraz orzecznictwa TSUE<sup>301</sup>.

---

<sup>299</sup> Wyrok Trybunału Sprawiedliwości Unii Europejskiej z dnia 23 lutego 2006 roku w sprawie C-513/03 w postępowaniu Spadkobiercy M.E. A. van Hilten-van der Heijden przeciwko Inspecteur van de Belastingdienst/Particulieren/Ondernemingen buitenland te Heerlen (ECLI:EU:C:2006:131); Wyrok Trybunału Sprawiedliwości Unii Europejskiej z dnia 14 listopada 1995 roku w sprawie C-484/93 w postępowaniu Peter Svensson i Lena Gustavsson przeciwko Ministre du Logement et de l'Urbanisme (ECLI:EU:C:1995:379).

<sup>300</sup> Przykładowo w formie sygnalizacji: C. Barnard, *The Substantive Law of the EU. The Four Freedoms*, Oxford 2019, ss. 744; C. Barnard, S. Peers (red.), *European Union Law*, Oxford 2020, ss. 1032; N. Shuibhne, *The Coherence of EU Free Movement Law. Constitutional Responsibility and the Court of Justice*, Oxford 2013, ss. 302; M-L. Öberg, *The Boundaries of the EU Internal Market. Participation without Membership*, Cambridge 2020, ss. 332; *The Internal Market and the Future of European Integration. Essays in Honour of Laurence W. Gormley*, red. F. Amtenbrink, G. Davies, D. Kochenov, J. Lindeboom, Cambridge 2019, ss. 854; F. Weiss, C. Kaupa, *European Union Internal Market Law*, Cambridge 2014, ss. 360; *The Judiciary, the Legislature and the EU Internal Market*, red. P. Syrpis, Cambridge 2012, ss. 386; A. Zawidzka-Łojek, A. Łazowski (red.), *Instytucje i porządek prawny. Prawo materialne*, Warszawa 2017, ss. 626; R. Grzeszczak, A. Zawidzka-Łojek (red.), *Prawo materialne Unii Europejskiej*, Warszawa 2015, ss. 434; J. Barcz, *Prawo gospodarcze Unii Europejskiej*, Warszawa 2011, ss. 1208; E. Skibińska, *Prawo Unii Europejskiej. Orzecznictwo*, Warszawa 2014, ss. 746; J. Barcik, A. Wentkowska, *Prawo Unii Europejskiej*, Warszawa 2014, ss. 600; D. Miąsik, N. Półtorak, A. Wróbel (red.), *Traktat o funkcjonowaniu Unii Europejskiej. Komentarz. T. I*, Warszawa 2012, ss. 1352; *Traktat o funkcjonowaniu Unii Europejskiej. Komentarz. T. II*, red. K. Kowalik-Bańczyk, M. Szwarc-Kuczer, A. Wróbel, Warszawa 2012, ss. 1692; *Traktat o funkcjonowaniu Unii Europejskiej. Komentarz. T. III*, red. D. Kornobis-Romanowska, J. Łacny, A. Wróbel, Warszawa 2012, ss. 1240.

<sup>301</sup> Przykładowo w formie sygnalizacji: Wyroki Trybunału Sprawiedliwości Unii Europejskiej: z dnia 10 grudnia 1968 roku w sprawie C-7/68 w postępowaniu Komisja Wspólnot Europejskich przeciwko Republice Włoskiej (ECLI:EU:C:1968:51); z dnia 1 lipca 1969 roku w sprawie C-24/68 w postępowaniu Komisja Wspólnot Europejskich przeciwko Republice Włoskiej (ECLI:EU:C:1969:29); z dnia 11 lipca 1974 roku w sprawie C-8/74...; z dnia 31 października 1974 roku w sprawie C-15/74 w postępowaniu Centrafarm BV i Adriaan de Peijper przeciwko Sterling Drug Inc (ECLI:EU:C:1974:114); z dnia 4 grudnia 1974 roku w sprawie C-41/74 w postępowaniu Yvonne van Duyn przeciwko Home Office (ECLI:EU:C:1974:133); z dnia 14 lutego 1978 roku w sprawie C-27/76 w postępowaniu United Brands Company i United Brands Continentaal BV przeciwko Komisji Wspólnot Europejskich (ECLI:EU:C:1978:22); z dnia 13 lutego 1979 roku w sprawie C-85/76 w postępowaniu Hoffmann-La Roche & Co. AG przeciwko Komisji Wspólnot Europejskich (ECLI:EU:C:1979:36); z dnia 20 lutego 1979 roku w sprawie C-120/78 w postępowaniu Rewe-Zentral AG przeciwko Bundesmonopolverwaltung

## 2.2. Zarys swobody przepływu usług

Należy zauważyć, że zgodnie z art. 56 TFUE ograniczenia w swobodnym świadczeniu usług wewnątrz UE są zakazane w odniesieniu do obywateli Państw Członkowskich UE mających swoje przedsiębiorstwo w Państwie Członkowskim innym niż państwo odbiorcy świadczenia. Oznacza to, że swoboda świadczenia usług wprowadza zakaz obowiązywania jakichkolwiek form dyskryminacji wobec usługodawcy z siedzibą w innym Państwie Członkowskim UE z uwagi na narodowość oraz znosi jakiegokolwiek ograniczenia, które wstrzymują bądź bardziej ograniczają działalność usługodawcy z innego Państwa Członkowskiego, gdzie legalnie

---

für Branntwein (ECLI:EU:C:1979:42); z dnia 27 lutego 1980 roku w sprawie C-168/78 w postępowaniu Komisja Wspólnot Europejskich przeciwko Republice Francuskiej (ECLI:EU:C:1980:51); z dnia 23 marca 1982 roku w sprawie C-53/81 w postępowaniu D.M. Levin przeciwko Staatssecretaris van Justitie (ECLI:EU:C:1982:105); z dnia 13 lipca 1983 roku w sprawie C-152/82 w postępowaniu Sandro Forcheri i jego żona Marisa Forcheri, née Marino przeciwko Belgii oraz asbl Institut Supérieur de Sciences Humaines Appliquées – Ecole Ouvrière Supérieur (ECLI:EU:C:1983:205); z dnia 31 stycznia 1984 roku w sprawach połączonych C-286/82 oraz C-26/83 w postępowaniu Graziana Luisi i Giuseppe Carbone przeciwko Ministero del Tesoro (ECLI:EU:C:1984:35); z dnia 3 lipca 1986 roku w sprawie C-66/85 w postępowaniu Deborah Lawrie-Blum przeciwko Land Baden-Württemberg (ECLI:EU:C:1986:284); z dnia 15 października 1987 roku w sprawie C-222/86 w postępowaniu Union nationale des entraîneurs et cadres techniques professionnels du football (Unectef) przeciwko Georges Heylens i innym (ECLI:EU:C:1987:442); z dnia 27 września 1988 roku w sprawie C-18/87 Komisja Wspólnot Europejskich przeciwko Republice Federalnej Niemiec (ECLI:EU:C:1988:453); z dnia 19 marca 1991 roku w sprawie C-205/89 w postępowaniu Komisja Wspólnot Europejskich przeciwko Republice Greckiej (ECLI:EU:C:1991:123); z dnia 7 maja 1991 roku w sprawie C-340/89 w postępowaniu Irène Vlassopoulou przeciwko Ministerium für Justiz, Bundes- und Europaangelegenheiten Baden-Württemberg (ECLI:EU:C:1991:193); z dnia 25 lipca 1991 roku w sprawie C-76/90 w postępowaniu Manfred Säger przeciwko Dennemeyer & Co. Ltd (ECLI:EU:C:1991:331); z dnia 4 października 1991 roku w sprawie C-159/90 w postępowaniu The Society for the Protection of Unborn Children Ireland Ltd przeciwko Stephen Grogan i innym (ECLI:EU:C:1991:378); z dnia 30 listopada 1995 roku w sprawie C-55/94 w postępowaniu Reinhard Gebhard przeciwko Consiglio dell'Ordine degli Avvocati e Procuratori di Milano (ECLI:EU:C:1995:411); z dnia 15 grudnia 1995 roku w sprawie C-415/93 w postępowaniu Union royale belge des sociétés de football association ASBL przeciwko Jean-Marc Bosman, Royal club liégeois SA przeciwko Jean-Marc Bosman i innym oraz Union des associations européennes de football (UEFA) przeciwko Jean-Marc Bosman (ECLI:EU:C:1995:463); z dnia 26 czerwca 1997 roku w sprawie C-368/95 w postępowaniu Vereinigte Familienpress Zeitungsverlags- und vertriebs GmbH przeciwko Heinrich Bauer Verlag (ECLI:EU:C:1997:325); z dnia 9 grudnia 1997 roku w sprawie C-265/95...; z dnia 9 marca 1999 roku w sprawie C-212/97 Centros Ltd przeciwko Erhvervs- og Selskabsstyrelsen (ECLI:EU:C:1999:126); z dnia 3 lutego 2000 roku w sprawie C-228/98 w postępowaniu Charalampos Dounias przeciwko Ypourgio Oikonomikon (ECLI:EU:C:2000:65); z dnia 6 czerwca 2000 roku w sprawie C-281/98 w postępowaniu Roman Angonese przeciwko Cassa di Risparmio di Bolzano SpA (ECLI:EU:C:2000:296); z dnia 22 stycznia 2002 roku w sprawie C-390/99 w postępowaniu Canal Satélite Digital SL przeciwko Administración General del Estado, przy udziale Distribuidora de Televisión Digital SA (DTS) (ECLI:EU:C:2002:34); z dnia 4 czerwca 2002 roku w sprawie C-503/99 w postępowaniu Komisja Wspólnot Europejskich przeciwko Królestwu Belgii (ECLI:EU:C:2002:328); z dnia 5 listopada 2002 roku w sprawie C-208/00 w postępowaniu Überseering BV przeciwko Nordic Construction Company Baumanagement GmbH (NCC) (ECLI:EU:C:2002:632); z dnia 12 czerwca 2003 roku w sprawie C-112/00...; z dnia 11 grudnia 2007 roku w sprawie C-438/05 w postępowaniu International Transport Workers' Federation i Finnish Seamen's Union przeciwko Viking Line ABP i OÜ Viking Line Eesti (ECLI:EU:C:2007:772); z dnia 23 kwietnia 2009 roku w sprawie C-544/07 w postępowaniu Uwe Ruffler przeciwko Dyrektorowi Izby Skarbowej we Wrocławiu Ośrodek Zamiejscowy w Wałbrzychu (ECLI:EU:C:2009:258); z dnia 4 czerwca 2009 roku w sprawie C-142/05 w postępowaniu Åklagaren przeciwko Percy Mickelsson i Joakim Roos (ECLI:EU:C:2009:336); z dnia 11 listopada 2014 roku w sprawie C-333/13 w postępowaniu Elisabeta Danó i Florin Danó przeciwko Jobcenter Leipzig (ECLI:EU:C:2014:2358).



świadczy on swoje usługi<sup>302</sup>, niezależnie od tego, czy przedmiotowe ograniczenia obowiązują jednakowo w stosunku do krajowych usługodawców i tych z innych Państw Członkowskich UE. Instytucja ta zakazuje także obowiązywanie albo wprowadzenie przepisów krajowych, które utrudniają świadczenie usług transgranicznych w porównaniu do świadczenia usług wyłącznie na rynku jednego Państwa Członkowskiego UE<sup>303</sup>. Podkreślenia wymaga jeszcze fakt, że art. 56 TFUE stanowi bezpośrednie umocowanie dla Parlamentu Europejskiego i Rady UE do rozszerzenia korzyści wynikających ze swobody przepływu usług na obywateli państwa trzeciego świadczących usługi i mających swe przedsiębiorstwa wewnątrz UE. Z kolei zgodnie z art. 61 TFUE, dopóki ograniczenia w swobodnym świadczeniu usług nie zostaną zniesione, każde z Państw Członkowskich UE stosuje je do wszystkich świadczących usługi obywateli Państw Członkowskich UE, mających swoje przedsiębiorstwo w Państwie Członkowskim UE innym niż państwo odbiorcy świadczenia bez względu na przynależność państwową lub miejsce zamieszkania.

Wypada podkreślić, że swoboda świadczenia usług stanowi traktatowe źródło dla analizy dotyczącej transgranicznego świadczenia usług opieki zdrowotnej w UE. Innymi słowy, jest to materia o charakterze ogólnym, która umożliwia ustalenie bardziej szczegółowych zasad swobody przepływu skonkretyzowanych rodzajów usług. Przedmiotowa konkretyzacja może przybrać formę albo prawa wtórnego ustanawiającego szczegółowe reguły swobody przepływu usług albo orzecznictwa TSUE, które może ustalić autonomiczne rozumienie obowiązujących już unijnych norm prawnych.

---

<sup>302</sup> Wyrok Trybunału Sprawiedliwości Unii Europejskiej z dnia 8 września 2005 roku w sprawach połączonych C-544/03 i C-545/03 w postępowaniu Mobistar SA przeciwko Commune de Fléron i Belgacom Mobile SA przeciwko Commune de Schaerbeek (ECLI:EU:C:2005:518); Wyrok Trybunału Sprawiedliwości Unii Europejskiej z dnia 5 grudnia 2006 roku w sprawach połączonych C-94/04 i C-202/04 w postępowaniu Federico Cipolla przeciwko Rosaria Portolese, po mężu Fazari, i Stefano Macrino i Claudia Capoparte przeciwko Roberto Meloni (ECLI:EU:C:2006:758); Wyrok Trybunału Sprawiedliwości Unii Europejskiej z dnia 11 stycznia 2007 roku w sprawie C-208/05 w postępowaniu ITC Innovative Technology Center GmbH przeciwko Bundesagentur für Arbeit (ECLI:EU:C:2007:16); Wyrok Trybunału Sprawiedliwości Unii Europejskiej z dnia 29 listopada 2001 roku w sprawie C-17/00 w postępowaniu François De Coster przeciwko Collège des bourgmestres et échevins de Watermael-Boitsfort (ECLI:EU:C:2001:651); Wyrok Trybunału Sprawiedliwości Unii Europejskiej z dnia 13 grudnia 2007 roku w sprawie C-250/06 w postępowaniu United Pan-Europe Communications Belgium SA i inni przeciwko państwu belgijskiemu (ECLI:EU:C:2007:783).

<sup>303</sup> Wyrok Trybunału Sprawiedliwości Unii Europejskiej z dnia 13 grudnia 2007 roku w sprawie C-250/06...; Wyrok Trybunału Sprawiedliwości Unii Europejskiej z dnia 11 września 2007 roku w sprawie C-76/05 w postępowaniu Herbert Schwarz i Marga Gootjes-Schwarz przeciwko Finanzamt Bergisch Gladbach (ECLI:EU:C:2007:492).

## 2.3. Unijna definicja usługi

W kontekście całej swobody przepływu usług w ramach rynku wewnętrznego UE istotne znaczenie ma unijna definicja usługi, gdyż stanowi ona kryterium decydujące o zakwalifikowaniu określonej działalności jako usługi w autonomicznym rozumieniu prawa UE<sup>304</sup>. Znamienne jest, że na mocy art. 57 TFUE w UE wprowadzono definicję legalną. Zgodnie z tym przepisem, usługami w rozumieniu prawa pierwotnego UE są świadczenia wykonywane zwykle za wynagrodzeniem w zakresie, w jakim nie są objęte postanowieniami o swobodnym przepływie towarów, kapitału i osób<sup>305</sup>. Postanowienie to jednoznacznie wskazuje, że swoboda przepływu usług ma charakter uzupełniający przedmioty pozostałych swobód unijnych. Oznacza to, że wypełnia ona potencjalne luki, jakie mogą powstać przy stosowaniu norm prawnych rynku wewnętrznego UE. Taki charakter nie przesądza jednak ani o mniejszym znaczeniu swobody przepływu usług w stosunku do pozostałych unijnych swobód, ani też o możliwości równoległego stosowania norm prawnych określających różne swobody rynku wewnętrznego UE. Ten sam przepis art. 57 TFUE wskazuje dodatkowo, że usługi w rozumieniu prawa UE obejmują w szczególności działalność o charakterze przemysłowym, handlowym, działalność rzemieślniczą oraz wykonywanie wolnych zawodów. Podkreślenia wymaga fakt, że redakcja legislacyjna tego przepisu jednoznacznie przesądza o otwartym charakterze zaprezentowanego katalogu. Prowadzi to do wniosku, że zawarte w TFUE wyliczenie przedmiotowe pojęcia usługi jest jedynie przykładowe oraz służy przyjęciu właściwej linii interpretacyjnej. Oznacza to, że rozważania dotyczące klasyfikowania innych działalności jako usług w świetle prawa UE są otwarte na analizę.

Jest to kluczowe spostrzeżenie w kontekście celu prowadzonego dyskursu naukowego, gdyż uzasadnia postawienie pytania badawczego o możliwość traktowania usług opieki zdrowotnej jako usług korzystających z unijnej swobody przepływu usług. Dodatkowo należy pozytywnie ocenić decyzję ustawodawcy unijnego o wprowadzeniu do obiegu prawnego definicji legalnej usługi, gdyż stanowi ona punkt wyjścia dla ustalenia rzeczywistego zakresu przedmiotowego swobody przepływu usług. Przykładowo ma to kluczowe znaczenie

---

<sup>304</sup> P. Mavroidis, *The Regulation of International Trade, Volume 3: The General Agreement on Trade in Services*, Massachuset 2020, s. 87; C. Barnard, *The Substantive Law...*, s. 286; Idem, *Free movement of legal persons and the provision of services*, [w:] *European Union...*, s. 443.

<sup>305</sup> G. Moens, J. Trone, *Commercial Law of the European Union. Ius Gentium: Comparative Perspectives on Law and Justice*, Dordrecht 2010, s. 100; M. Wiberg, *The EU Services Directive: Law or Simply Policy?. Legal Issues of Services of General Interest*, Haga 2014, s. 20; J. van de Gronden, *Free Movement of Services and the Right of Establishment: Does EU Internal Market Law Transform the Provision of SSGI?*, [w:] *Social Services of General Interest...*, s. 125.

w ustaleniu, czy określona usługa prawa krajowego jest jednocześnie usługą w rozumieniu prawa unijnego. Oznacza to, że użyteczność oraz uzasadnienie tej definicji cechują się dużą doniosłością prawną nie tylko w teorii, ale także w praktyce.

## **2.4. Charakter normatywny norm traktatowych swobody przepływu usług**

Dla analizowanej instytucji prawa UE istotne znaczenie ma również charakter normatywny przepisów określających zakaz ograniczania swobody świadczenia usług (art. 56 TFUE) oraz definicję usługi (art. 57 TFUE). Zasadniczym zagadnieniem jest pytanie, czy normy te mają przymiot bezpośredniego skutku w prawie krajowym Państw Członkowskich UE.

Zgodnie z orzecznictwem TSUE zarówno art. 56 TFUE, jak i 57 TFUE spełniają kryteria formalne dla przypisania bezpośredniego skutku<sup>306</sup>, a więc mogą stanowić podstawę prawną stron postępowań toczonych przed sądami Państw Członkowskich UE<sup>307</sup>. Fakt ten dodatkowo wzmacnia zainteresowanie analizowaniem możliwości klasyfikowania innych niż wymienione w art. 57 TFUE działalności jako unijnych usług korzystających ze swobody przepływu usług w UE. Niemniej jednak wypada podkreślić, że bezpośredni skutek przedmiotowych przepisów nie przesądza o braku możliwości wydania relewantnego prawa wtórnego UE, będącego wyrazem konkretyzacji ogólnych zasad znajdujących się w prawie pierwotnym. Mowa tutaj w szczególności o dwóch aktach prawa wtórnego, a mianowicie o Dyrektywie 2005/36/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 7 września 2005 roku w sprawie uznawania kwalifikacji zawodowych<sup>308</sup> (dalej: Dyrektywa w sprawie uznawania kwalifikacji zawodowych) oraz Dyrektywie 2006/123/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 12 grudnia 2006 roku dotyczącej usług na rynku wewnętrznym<sup>309</sup> (dalej: Dyrektywa usługowa). Przywołane źródła prawa mają istotne znaczenie, gdyż uszczegóławiają traktatową swobodę przepływu usług o zagadnienia wymagające bardziej drobiazgowej regulacji.

---

<sup>306</sup> Ogólnie można stwierdzić, że takim warunkiem są cechy doprecyzowania, jasności, bezwarunkowości normy prawnej nieodwołującej się do dodatkowych środków krajowych bądź unijnych (Wyrok Trybunału Sprawiedliwości Unii Europejskiej z dnia 5 lutego 1963 roku w sprawie C-26/62 w postępowaniu NV Algemene Transport-en Expeditie Onderneming van Gend & Loos przeciwko Nederlandse administratie der belastingen (ECLI:EU:C:1963:1); Wyrok Trybunału Sprawiedliwości Unii Europejskiej z dnia 3 grudnia 1974 roku w sprawie C-33/74 w postępowaniu Johannes Henricus Maria van Binsbergen przeciwko Bestuur van de Bedrijfsvereniging voor de Metaalnijverheid (ECLI:EU:C:1974:131).

<sup>307</sup> Wyrok Trybunału Sprawiedliwości Unii Europejskiej z dnia 4 grudnia 1986 roku w sprawie C-220/83 w postępowaniu Komisja Wspólnot Europejskich przeciwko Republice Francuskiej (ECLI:EU:C:1986:461).

<sup>308</sup> Dyrektywa 2005/36/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 7 września 2005 roku w sprawie uznawania kwalifikacji zawodowych (Dz.Urz. UE L 255 z 30.09.2005 r., s. 22–142).

<sup>309</sup> Dyrektywa 2006/123/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 12 grudnia 2006 roku dotycząca usług na rynku wewnętrznym (Dz.Urz. UE L 376 z 27.12.2006 r., s. 36–68).

W tym kontekście warte podkreślenia jest to, że – po pierwsze – Dyrektywa w sprawie uznawania kwalifikacji zawodowych ustanawia zasady, na podstawie których każde Państwo Członkowskie UE, które uzależnia dostęp do zawodu regulowanego lub jego wykonywanie na swoim terytorium od posiadania szczególnych kwalifikacji zawodowych, uznaje dla celów dostępu do tego zawodu i jego wykonywania kwalifikacje zawodowe uzyskane w innym lub innych Państwach Członkowskich UE, co umożliwi posiadaczowi wymienionych kwalifikacji wykonywanie w tych państwach tego samego zawodu<sup>310</sup>. Po drugie zaś, Dyrektywa usługowa ustanawia ogólne przepisy ułatwiające korzystanie ze swobody przedsiębiorczości przez usługodawców i swobodnego przepływu usług oraz zapewnia przy tym wysoki poziom jakości usług<sup>311</sup>. Wydaje się, że całokształt dotychczasowej analizy opartej na zaprezentowanych powyżej przesłankach prowadzi do wniosku, że w pełni uzasadnione jest podjęcie zbadania tematyki sprofilowanej tytułowym zagadnieniem, a związanej z możliwością traktowania usług opieki zdrowotnej jako usług korzystających z unijnej swobody przepływu usług. Jest to o tyle ważne, że ustalenie zasadności tej tezy bezpośrednio wiąże się z umożliwieniem przeprowadzenia analizy dotyczącej możliwości traktowania usług telemedycznych jako usług korzystających z unijnej swobody przepływu usług.

To ostatnie zagadnienie ma kluczowe znaczenie dla głównego obszaru oraz celu badawczego niniejszej dysertacji naukowej, a więc dla ustalenia bardziej kompletnej relacji między prawem do zdrowia a transgranicznym świadczeniem usług telemedycznych w UE. Dzieje się tak dlatego, że zdekodowano już stosunek samej telemedycyny, w tym jej usług, do prawa do zdrowia<sup>312</sup>, gdzie wskazano na funkcje telemedycyny w kontekście prawa do ochrony zdrowia oraz prawa do świadczeń opieki zdrowotnej.

W tym momencie istotne jest zbadanie warunków oraz zasad o naturze prawnej transgranicznego świadczenia usług telemedycznych w UE. W celu realizacji tego założenia na początku konieczne jest jednak przybliżenie bardziej generalnego zagadnienia, jakie stanowi swobodny przepływ usług opieki zdrowotnej.

---

<sup>310</sup> N. Foster, *Blackstone's EU Treaties and Legislation 2020–2021*, Oxford 2020, s. 312.

<sup>311</sup> Idem, *Blackstone's EU Treaties and Legislation 2019–2020*, Oxford 2019, s. 377.

<sup>312</sup> Patrz: Rozdział II. *Prawo do zdrowia w Unii Europejskiej: 5. Prawo do zdrowia w telemedycynie: 5.1. Telemedycyna jako nowy gwarant prawa do ochrony zdrowia oraz 5.2. Telemedycyna jako nowoczesne narzędzie realizacji prawa do świadczeń opieki zdrowotnej.*

### 3. Swobodny przepływ usług opieki zdrowotnej

#### 3.1. Pojęcie usług opieki zdrowotnej

Aktualnie istotne jest zatem ustalenie, czy usługi opieki zdrowotnej we właściwym tego słowa znaczeniu korzystają z zarysowanej powyżej swobody przepływu usług w ramach rynku wewnętrznego UE. Innymi słowy, konieczne należy przeanalizować, czy w UE występuje swobodny przepływ usług opieki zdrowotnej. Ma to doniosłe znaczenie, gdyż potwierdzenie tej tezy bądź jej zaprzeczenie bezpośrednio wpłynie na obraz transgranicznego świadczenia usług opieki zdrowotnej w UE, w tym, jak się okaże, także transgranicznego świadczenia usług telemedycznych. Niemniej jednak, dla tak przedstawionego zagadnienia naukowego kluczowe jest właściwe metodologicznie podejście. W zawiązku z tym w pierwszej kolejności należy zająć się pojęciem usługi opieki zdrowotnej.

Jak to zostało już zauważone, w UE na mocy odpowiednich postanowień TSUE obowiązuje definicja legalna usługi, zgodnie z którą usługami są świadczenia wykonywane zwykle za wynagrodzeniem w zakresie, w jakim nie są objęte postanowieniami o swobodnym przepływie towarów, kapitału i osób<sup>313</sup>. Z drugiej strony, także w formie przypomnienia, warto podkreślić, że opieka zdrowotna oraz opieka medyczna stanowią odmienne terminy posiadające różne zakresy przedmiotowe, gdzie zakres przedmiotowy pojęcia opieki zdrowotnej jest znacznie szerszy niż opieki medycznej. Ten ostatni termin należy odnosić do faktycznej potrzeby medycznej rozumianej w szczególności przez pryzmat świadczeń klinicznych, szpitalnych czy farmakologicznych. Z kolei opieka zdrowotna, zawierając w sobie przedmiot opieki medycznej, oznacza również wszelkie niekliniczne czy też nieszpitalne bądź niefarmakologiczne świadczenia zdrowotne wpływające pozytywnie na generalny stan zdrowia.

Przedstawione dotychczas przesłanki właściwego rozumienia usługi opieki zdrowotnej nie zawierają w sobie jednak bezpośredniego nawiązania do przedmiotu prawa do zdrowia. Z tego powodu konieczne jest ich uzupełnienie o cel dyskutowanego w tym momencie rodzaju usług. Wydaje się, że jest nim dążenie do urzeczywistnienia prawa do zdrowia, gdzie prawo do ochrony zdrowia oraz prawo do świadczeń opieki zdrowotnej traktowane są jako integralne oraz kluczowe jego elementy<sup>314</sup>. Oznaczałoby to, że z dogmatycznego punktu widzenia *de lege*

---

<sup>313</sup> G. Moens, J. Trone, *Commercial Law...*, s. 100; M. Wiberg, *The EU Services...*, s. 20; J. van de Gronden, *Free Movement...*, s. 125.

<sup>314</sup> Patrz: Rozdział II. *Prawo do zdrowia w Unii Europejskiej: 2. Przedmiot prawa do zdrowia: 2.4. Korelacja istoty prawa do ochrony zdrowia i prawa do świadczeń opieki zdrowotnej*. Zauważono tam w szczególności, że „Racjonalna wydaje się zatem teza, zgodnie z którą prawo do ochrony zdrowia stanowi materialną gwarancję prawa do zdrowia, a prawo do świadczeń opieki zdrowotnej ma bardziej charakter wykonawczy. Po pierwsze oznacza to, że prawo do zdrowia posiada swój aspekt materialny, gdzie znajduje się

*ferenda* usługi opieki zdrowotnej powinny być pojmowane jako świadczenia związane z faktyczną potrzebą medyczną rozumianą w szczególności przez pryzmat świadczeń klinicznych, szpitalnych czy farmakologicznych, uzupełniane o wszelkie niekliniczne czy też nieszpitalne bądź nefarmakologiczne świadczenia zdrowotne wpływające pozytywnie na generalny stan zdrowia, realizujące materialny i wykonawczy aspekt prawa do zdrowia oraz wykonywane zwykle za wynagrodzeniem w zakresie, w jakim nie są objęte postanowieniami o swobodnym przepływie towarów, kapitału i osób<sup>315</sup>.

Zaproponowane znaczenie semantyczne pojęcia usługi opieki zdrowotnej ma tę zaletę, że z jednej strony możliwie precyzyjnie wskazuje jej granice przedmiotowe, a z drugiej, cechując się otwartym charakterem, nie pomija żadnego istotnego profilu takiej usługi, jednocześnie nawiązując do prawa do zdrowia. Wydaje się zatem, że z teoretycznego punktu widzenia wysunięta propozycja zasługuje na aprobatę jako rozwiązanie wpisujące się w argumentację prowadzonej analizy.

---

zarówno chronione prawnie dobro w postaci zdrowia traktowanego samodzielnie, abstrakcyjnie rozumianej możliwości dbania o swoje zdrowie oraz pośredniej ochrony prawa do życia, jak i bezwarunkowy zakres podmiotowy, zgodnie z którym każdy człowiek, niezależnie od posiadanych przymiotów, powinien mieć takie prawo tylko i wyłącznie dlatego, że jest istotą ludzką [...]. Po drugie, prawo do zdrowia posiada także aspekt wykonawczy, w którym widoczne jest zarówno dobro prawnie chronione w formie równego dostępu do opieki zdrowotnej skutecznie chroniącej zdrowie oraz gwarantującej dostęp do leczenia niezależnie od sytuacji materialnej beneficjenta, jak i warunkowy zakres podmiotowy”.

<sup>315</sup> Autorska propozycja między innymi na podstawie: T. Jasudowicz, *Prawo do zdrowia...*, s. 491–495; M. Piechota, *Równość a konstytucyjne prawo...*, s. 137–142; A. Zoll, *Problemy służby zdrowia...*, s. 8; M. Mikos, M. Urbaniak, *Prawo do bezpiecznej ochrony...*, s. 160, 166; A. Surówka, *Miejsce konstytucyjnego prawa...*, s. 98; K. Ryś, *Konstytucyjne prawo do ochrony...*, s. 119; A. Surówka, *Prawo do ochrony zdrowia...*, s. 395; M. Piechota, *Konstytucyjne prawo do ochrony...*, s. 93–104; M. Rex, *Human rights and civil...*, s. 391–403; H. Sass, *My Right to Care...*, s. 243–255; T. Halper, *Rights, Reforms, and the Health...*, s. 135–168; T. Marmor, *The Right to Health Care...*, s. 23–49; G. Agich, *Access to Health Care...*, s. 185–198; N. Daniels, *Equal Opportunity and Health...*, s. 201–212; H. Engelhardt, *Rights to Health Care: Created...*, s. 103–111; A. Buchanan, *Rights, Obligations, and the Special...*, s. 169–184; T. Beauchamp, *The Right to Health Care...*, s. 53–81; J. Merrill, *The Road to Health Care...*, s. 99–128; L. Mpedi, *Protecting the Health Care...*, s. 77–100; J. Tu, *Health Care Transformation...*, s. 59–84; S. Kirchner, *The Universal Human Right...*, s. 141–151; A. Holder, *Children and Adolescents...*, s. 161–172; T. Evans, *A Human Right to Health?*..., s. 197–215; S. Jamar, *The International Human Right...*, s. 17–35; V. Leary, *The Right to Health...*, s. 24–56; G. Moens, J. Trone, *Commercial Law...*, s. 100; M. Wiberg, *The EU Services...*, s. 20; J. van de Gronden, *Free Movement...*, s. 125; J. Montgomery, *Recognising a Right to Health...*, s. 184–203; N. Pestova, *The Right to Health...*, s. 341–372; R. Iguñiz, N. Palomino, M. Barboza, *The Right to Health...*, s. 313–337; A. McAuley, *The Challenges to Realising...*, s. 373–401; L. Walker, *The Right to Health...*, s. 165–192; D. Evans, *The Right to Health...*, s. 233–257; K. Heus, T. Sartawi, *The Realization of the Right...*, s. 193–229; T. Munesue, *The Right to Health...*, s. 121–132; S. Qiu, *Equality and the Right...*, s. 97–120; S. Rawaf, S. Hassounah, *Codification and Implementation...*, s. 135–163; C. Wu, *The Right to Health...*, s. 457–469; E. Oke, *Patent Rights, Access...*, s. 91–122; G. France, *The Italian Health Care...*, s. 335–352; E. Oke, *The Incorporation of a Right...*, s. 311–326.

### 3.2. Usługi opieki zdrowotnej usługami rynku wewnętrznego UE

W sytuacji, w której zaproponowano dogmatycznie zdekodowane znaczenie pojęcia usługi opieki zdrowotnej, pełnej aktualizacji podlega zdecydowanie o kluczowym w tym momencie problemie badawczym. Rodzi się mianowicie pytanie, czy usługi opieki zdrowotnej w tym znaczeniu znajdują się w obszarze zastosowania przepisów o swobodnym przepływie usług w ramach rynku wewnętrznego UE. Początkowo regulacje dotyczące zdrowia publicznego, systemu opieki zdrowotnej czy świadczenia usług opieki zdrowotnej, a więc generalnie regulacje związane z przedmiotem prawa do zdrowia, uważane były za pozostające poza zasięgiem regulacji UE, a tym samym leżące w wyłącznej gestii Państw Członkowskich UE<sup>316</sup>. Przy dyskusjach związanych z tą problematyką należy pamiętać o podstawowej zasadzie, zgodnie z którą UE w zakresie zdrowia publicznego prowadzi swoje działania w poszanowaniu obowiązków Państw Członkowskich w zakresie określania ich polityki dotyczącej zdrowia, jak również organizacji i świadczenia usług opieki zdrowotnej i opieki medycznej, co obejmuje zarządzanie usługami zdrowotnymi i opieką medyczną, a także podział przeznaczonych na nie zasobów<sup>317</sup>. Niemniej jednak nie oznacza to, że UE nie ma podstaw do określania oraz przyjmowania regulacji związanych z przedmiotem prawa do zdrowia<sup>318</sup>, a w szczególności, że TSUE nie może dokonywać interpretacji zasad wyrażonych w prawie pierwotnym w zgodzie z duchem i brzmieniem norm traktatowych.

Ta ostatnia uwaga ma zastosowanie także w sytuacji, w której taka interpretacja nawiązuje pośrednio czy bezpośrednio do przedmiotu prawa do zdrowia, tym bardziej jeżeli dotyczy to postanowień o rynku wewnętrznym UE. W związku z powyższym w literaturze oraz orzecznictwie TSUE podkreśla się, że każdą usługę, która jest zwykle świadczona z powodów ekonomicznych, należy traktować jako usługę w rozumieniu art. 57 TFUE pod warunkiem, że nie podlega ona postanowieniom dotyczącym swobodnego przepływu osób, towarów bądź kapitału<sup>319</sup>. Oznacza to, że kluczowy moment stanowi ustalenie, czy świadczenie opieki

---

<sup>316</sup> Opinia Rzecznika Generalnego Tesouro w sprawie C-120/95 w postępowaniu Nicolas Decker przeciwko Caisse de maladie des employés privés (ECLI:EU:C:1997:399); Wyrok Trybunału Sprawiedliwości Unii Europejskiej z dnia 28 kwietnia 1998 roku w sprawie C-158/96 w postępowaniu Raymond Kohll przeciwko Union des caisses de maladie (ECLI:EU:C:1998:171).

<sup>317</sup> Zobacz: H. Jarman, *Trade in Services and the Public's Health...*, s. 110–125; M. Flear, *Governing Public Health...*, s. 40; L. Nistor, *Public Services and the European Union...*, s. 300; A. Exter, T. Hervey, *European Union Treaties...*, s. 26; S. Garben, *Title XIV Public Health...*, s. 1445–1456; W. Sauter, *The History and Scope of EU Health Law...*, s. 30; L. Bosek, *Kompetencje prawodawcze w sferze ochrony...*, s. 138–139.

<sup>318</sup> Patrz: Rozdział II. *Prawo do zdrowia w Unii Europejskiej: 4. Prawo do zdrowia w aktualnie obowiązującym prawie Unii Europejskiej.*

<sup>319</sup> J. van de Gronden, *Free Movement of Services...*, s. 127; Na tej podstawie TSUE stwierdził, że przerywanie ciąży, zgodnie z prawem praktykowane w kilku Państwach Członkowskich UE, jest działalnością leczniczą, którą zwykle wykonuje się za wynagrodzeniem i może być wykonywana w ramach działalności

zdrowotnej ma związek z wykonywaniem działalności gospodarczej za wynagrodzeniem, gdyż inne szczególne cechy usług opieki zdrowotnej nie wpływają na fakt, czy pozostają one w zakresie traktatowej swobody przepływu usług<sup>320</sup>. Od chwili potwierdzenia powyższego, na mocy art. 56 TFUE zakazane są wszelkie środki krajowe, które czasowo lub stale miałyby na celu ograniczenie bądź uniemożliwienie korzystania z transgranicznych usług w innym Państwie Członkowskim UE, gdyż stanowiłyby one formalnie przeszkodę dla swobodnego przepływu usług<sup>321</sup>. Uwaga ta ma zastosowanie niezależnie od tego, czy oceny dokonujemy z perspektywy pozycji usługodawców, czy usługobiorców<sup>322</sup>. Takie podejście do tematyki swobodnego przepływu usług opieki zdrowotnej zdecydowało o fakcie, że TSUE w wywodach orzeczniczych oparł swoje tezy bezpośrednio na postanowieniach traktatowych dotyczących swobodnego przepływu usług, a więc zastosował mechanizm znajdujący się poza zasięgiem decyzyjnym zwykłego ustawodawcy unijnego<sup>323</sup>.

Opierając się na powyższych spostrzeżeniach, TSUE doszedł do wniosku, że z samego literalnego brzmienia art. 57 TFUE wynika, iż w definicji legalnej usługi mieści się wykonywanie wolnych zawodów, w tym tych medycznych<sup>324</sup>. Oznacza to, że osoby wykonujące zawody medyczne<sup>325</sup>, prowadząc swoją działalność w innym Państwie Członkowskim UE, są uprawnione do korzystania z tych samych praw i gwarancji, jakie przysługują lekarzom czy dentystom rodzimie wykonującym swój zawód w tym Państwie Członkowskich w celu zapewnienia swobody świadczenia usług<sup>326</sup>. Z drugiej jednak strony obywatele jednego Państwa Członkowskiego UE, wykonujący swój zawód w innym Państwie Członkowskim UE, są

---

zawodowej. W świetle tego TSUE postanowił, że przerwanie ciąży przez lekarza, dokonane zgodnie z prawem Państwa Członkowskiego UE, w którym zostało dokonane, stanowi usługę w rozumieniu TFUE (Wyrok Trybunału Sprawiedliwości Unii Europejskiej z dnia 4 października 1991 roku w sprawie C-159/90...).

<sup>320</sup> L. Nistor, *Public Services and the European Union...*, s. 33–35.

<sup>321</sup> W. Gekiere, R. Baeten, W. Palm, *Free Movement of Services in the EU and Health Care*, [w:] *Health Systems Governance in Europe. The Role of European Union Law and Policy*, red. E. Mossialos, G. Permanand, R. Baeten, T. Hervey, Cambridge 2010, s. 506–508.

<sup>322</sup> Ibidem.

<sup>323</sup> K. Fløistad, *The EEA Agreement...*, s. 47.

<sup>324</sup> Wyrok Trybunału Sprawiedliwości Unii Europejskiej z dnia 4 października 1991 roku w sprawie C-159/90...; Wyrok Trybunału Sprawiedliwości Unii Europejskiej z dnia 31 stycznia 1984 roku w sprawach połączonych C-286/82 oraz C-26/83...

<sup>325</sup> Z jednej strony w kontekście ustalenia definicji osób wykonujących zawody medyczne warto zwrócić uwagę na orzeczenie TSUE, w którym zauważono, że definicja czynności ograniczonych do zawodu lekarza co do zasady należy do Państw Członkowskich UE: Wyrok Trybunału Sprawiedliwości Unii Europejskiej z dnia 3 października 1990 roku w sprawie C-61/89 w postępowaniu przeciwko Marc Gaston Bouchoucha (ECLI:EU:C:1990:343). Z drugiej jednak nie można zapominać, że w zakresie ochrony przewidzianej w art. 56 TFUE znajdują się także techniczne zawody medyczne (np. technik radiologii): Wyrok Trybunału Sprawiedliwości Unii Europejskiej z dnia 9 września 2004 roku w sprawie C-81/03 w postępowaniu Komisja przeciwko Austrii (ECLI:EU:C:2004:508).

<sup>326</sup> Wyrok Trybunału Sprawiedliwości Unii Europejskiej z dnia 28 kwietnia 1998 roku w sprawie C-158/96...



zobowiązani do przestrzegania przepisów regulujących wykonywanie określonego zawodu w tym drugim Państwie Członkowskim, gdzie uzasadnieniem dla takiego stanu rzeczy jest troska o zapewnienie usługobiorcom możliwie skutecznej i pełnej ochrony ich zdrowia<sup>327</sup>. Sytuacja taka jest dopuszczalna w dwóch wariantach, o ile nie prowadzi to do podwójnego obciążenia regulacyjnego usługodawcy<sup>328</sup>. Po pierwsze, dzieje się tak pod warunkiem, że egzekwowane przepisy krajowe nie skutkują ograniczeniem swobodnego przepływu usług w ramach rynku wewnętrznego UE, a po drugie, jeżeli egzekwowane przepisy krajowe skutkują ograniczeniem swobodnego przepływu usług w ramach rynku wewnętrznego UE, to ograniczenia te muszą być zarówno stosowane na zasadzie niedyskryminacji narodowej<sup>329</sup>, jak i uzasadnione specyfiką wykonywanego zawodu. Ograniczenia te nie mogą wykraczać poza to, co konieczne do osiągnięcia zamierzonego celu<sup>330</sup>. Z pewnością jednak niedopuszczalne jest ustawodawstwo, które w każdym przypadku zakazuje usługodawcy z innego Państwa Członkowskiego UE świadczenia usług opieki zdrowotnej, jeżeli usługodawca ten nie ma swojej siedziby w Państwie Członkowskim UE miejsca dostarczenia usługi<sup>331</sup>.

Nie można także tracić z pola widzenia faktu, że w zakresie zastosowania Dyrektywy w sprawie uznawania kwalifikacji zawodowych znajduje się zasada automatycznego uznawania kwalifikacji specjalności medycznych pomiędzy różnymi Państwami Członkowskimi UE<sup>332</sup>. Zasada ta jednak ma charakter ograniczony i jest warunkowana zarówno przesłankami natury prawnej, jak i wolą poszczególnych Państw Członkowskich<sup>333</sup>.

---

<sup>327</sup> Wyrok Trybunału Sprawiedliwości Unii Europejskiej z dnia 12 maja 1998 roku w sprawie C-85/96 w postępowaniu María Martínez Sala przeciwko Freistaat Bayern (ECLI:EU:C:1998:217).

<sup>328</sup> W. Gekiere, R. Baeten, W. Palm, *Free Movement of Services...*, s. 506–508.

<sup>329</sup> Wyrok Trybunału Sprawiedliwości Unii Europejskiej z dnia 15 grudnia 1983 roku w sprawie C-5/83 w postępowaniu przeciwko H.G. Rienks (ECLI:EU:C:1983:382).

<sup>330</sup> Przedstawiona konstrukcja nawiązuje do stosowanego w wykładni TSUE testu proporcjonalności, zobacz: J. Maliszewska-Nienartowicz, *Rozwój zasady proporcjonalności w europejskim prawie wspólnotowym*, „Studia Europejskie” Nr 1 (2006), s. 59–82; Wyrok Trybunału Sprawiedliwości Unii Europejskiej z dnia 12 maja 1998 roku w sprawie C-85/96...

<sup>331</sup> Wyrok Trybunału Sprawiedliwości Unii Europejskiej z dnia 12 maja 1998 roku w sprawie C-85/96...; Wyrok Trybunału Sprawiedliwości Unii Europejskiej z dnia 15 grudnia 1983 roku w sprawie C-5/83...

<sup>332</sup> W tym kontekście warto zapoznać się z orzeczeniem TSUE dotyczącym interpretacji Dyrektywy Rady 93/16/EWG z dnia 5 kwietnia 1993 roku, mającej na celu ułatwienie swobodnego przepływu lekarzy i wzajemnego uznawania ich dyplomów, świadectw i innych dokumentów potwierdzających posiadanie kwalifikacji (Dz.Urz. UE L 165 z 7.07.1993 r., s. 1–24); Wyrok Trybunału Sprawiedliwości Unii Europejskiej z dnia 16 lipca 1998 roku w sprawie C-93/97 w postępowaniu Fédération belge des chambres syndicales de médecins ASBL przeciwko Gouvernement flamand, Gouvernement de la Communauté française i Conseil des ministres (ECLI:EU:C:1998:375).

<sup>333</sup> Zgodnie bowiem z motywami 20 oraz 21 Dyrektywy w sprawie uznawania kwalifikacji zawodowych: „20. W celu uwzględnienia charakteru kształcenia lekarzy i lekarzy dentyistów oraz związanego z tym dorobku wspólnotowego w dziedzinie wzajemnego uznawania kwalifikacji, uzasadnione jest utrzymanie zasady automatycznego uznawania specjalności medycznych i stomatologicznych, wspólnych przynajmniej dla dwóch Państw Członkowskich wobec specjalności, które są uznane w momencie przyjęcia niniejszej dyrektywy. W celu uproszczenia systemu rozszerzenie automatycznego uznawania kwalifikacji o nowe specjalności medyczne po wejściu w życie niniejszej dyrektywy powinno być jednak ograniczone do takich specjalności, które występują

Niezależnie jednak od powyższego, *de lege ferenda* należy zachęcać Państwa Członkowskie UE do wzajemnego uznawania swoich przepisów regulujących zasady wchodzenia usługodawców na rynek usług opieki zdrowotnej. Tym bardziej, że podkreśla się, iż w kontekście zasad rynku wewnętrznego UE praktycznie każdy aspekt regulacyjny czy instytucjonalny, wymagający od usługodawców opieki zdrowotnej dostosowania się w celu dopuszczenia do rynku na terytorium innego Państwa Członkowskiego UE, można zakwestionować, nawet jeżeli nie ma on bezpośredniego związku z sytuacjami transgranicznymi<sup>334</sup>.

Z kolei odnosząc się do charakteru źródła finansowania usług opieki zdrowotnej oraz jego znaczenia, dokonano interpretacji, zgodnie z którą zakaz z art. 56 TFUE obowiązuje niezależnie od faktu publicznego bądź prywatnego źródła finansowania<sup>335</sup>. Przykładowo usługi świadczone w jednym Państwie Członkowskim UE i opłacane przez pacjenta nie przestają korzystać z traktatowej swobody przepływu usług w ramach rynku wewnętrznego UE tylko z tego powodu, że podlegają następnie refundacji na podstawie wniosku złożonego zgodnie z ustawodawstwem innego Państwa Członkowskiego UE<sup>336</sup>. Może to prowadzić zatem do wniosku, że na gruncie art. 56 TFUE niedopuszczalny jest wymóg uzyskania uprzedniej zgody Państwa Członkowskiego UE zobowiązanego do pokrycia kosztów związanych ze świadczeniem usług opieki zdrowotnej w innym Państwie Członkowskim UE dla skutecznego zwrotu poniesionych przez pacjenta wydatków, gdyż stanowi to przeszkodę w swobodnym świadczeniu usług poprzez uniemożliwienie pacjentowi wyboru usługodawcy z innego Państwa Członkowskiego UE na podstawie obiektywnych przesłanek<sup>337</sup>. Z punktu widzenia unijnej swobody świadczenia usług zróżnicowanie okoliczności, czy pacjent pokrywa koszty samodzielnie, a następnie zwraca się o ich refundację do Państwa Członkowskiego UE,

---

w przynajmniej dwóch piątych Państw Członkowskich. Ponadto niniejsza dyrektywa nie narusza prawa Państw Członkowskich do uzgodnienia między sobą automatycznego uznawania kwalifikacji zgodnie z ich własnymi zasadami w określonych specjalnościach medycznych i stomatologicznych występujących w tych Państwach, lecz niepodlegających automatycznemu uznawaniu w rozumieniu niniejszej dyrektywy. 21. Automatyczne uznawanie formalnych kwalifikacji lekarza posiadającego podstawowy poziom wykształcenia medycznego nie narusza uprawnień Państw Członkowskich do decydowania, czy kwalifikacje te będą powiązane z czynnościami zawodowymi”.

<sup>334</sup> W. Gekiere, R. Baeten, W. Palm, *Free Movement of Services...*, s. 506–508; L. Nistor, *Public Services and the European Union...*, s. 33–35.

<sup>335</sup> W. Gekiere, R. Baeten, W. Palm, *Free Movement of Services...*, s. 506–508.

<sup>336</sup> Wyrok Trybunału Sprawiedliwości Unii Europejskiej z dnia 13 maja 2003 roku w sprawie C-385/99 w postępowaniu V.G. Müller-Fauré przeciwko Onderlinge Waarborgmaatschappij OZ Zorgverzekeringen UA i E.E.M. van Riet przeciwko Onderlinge Waarborgmaatschappij ZAO Zorgverzekeringen (ECLI:EU:C:2003:270); Wyrok Trybunału z dnia 12 lipca 2001 roku w sprawie C-157/99 w postępowaniu B.S.M. Smits, małżonka Geraets, przeciwko Stichting Ziekenfonds VGZ i H.T.M. Peerbooms przeciwko Stichting CZ Groep Zorgverzekeringen (ECLI:EU:C:2001:404).

<sup>337</sup> Wyrok Trybunału Sprawiedliwości Unii Europejskiej z dnia 13 maja 2003 roku w sprawie C-385/99...

w którym posiada ubezpieczenie, czy też budżet krajowy opłaca je bezpośrednio, nie zmienia stanu prawnego analizowanej sytuacji<sup>338</sup>. Innymi słowy, jeżeli usługobiorca bądź pacjent wyjeżdża do innego Państwa Członkowskiego UE w celu skorzystania z usług opieki zdrowotnej, to w sytuacji takiej mamy do czynienia z usługą w rozumieniu TFUE niezależnie od rodzaju przyjętego sposobu opłacania kosztów, tj. refundacji bądź finansowania bezpośredniego<sup>339</sup>.

W związku z powyższym z pewnością można stwierdzić, że niedopuszczalne jest ustawodawstwo Państwa Członkowskiego UE, które w każdej sytuacji wyklucza możliwość zwrotu bądź bezpośredniego opłacenia kosztów świadczonych usług opieki zdrowotnej w innym Państwie Członkowskim UE bez uzyskania uprzedniej zgody<sup>340</sup>. Niemniej jednak nie oznacza to jednocześnie, że każdy wymóg uzyskania uprzedniej zgody Państwa Członkowskiego UE zobowiązanego do pokrycia kosztów za dostarczone usługi opieki zdrowotnej w innym Państwie Członkowskim UE jest niezgodny z art. 56 TFUE. Dzieje się tak dlatego, że postanowienia TFUE dotyczące swobody przepływu usług nie stoją na przeszkodzie przyjmowaniu, egzekwowaniu czy tworzeniu ustawodawstwa w poszczególnych Państwach Członkowskich UE, co uzależnia możliwość bezpośredniego czy też pośredniego finansowania kosztów świadczonych usług opieki zdrowotnej w innym Państwie Członkowskim UE od uzyskania uprzedniej zgody odpowiedniego podmiotu krajowego pod warunkiem, że mechanizm uprzedniej zgody opiera się na uzasadnionych przesłankach.

Pierwszą przesłankę uzasadniającą zastosowanie mechanizmu uprzedniej zgody stanowi wymóg, zgodnie z którym przedmiot świadczonych usług opieki zdrowotnej jest traktowany jako typowy. Z kolei druga przesłanka zasadza się na wymogu, według którego stan zdrowia usługobiorcy wymaga wnioskowanego przedmiotu świadczonych usług opieki zdrowotnej<sup>341</sup>. Niemniej jednak tak pozostawione przesłanki możliwości zastosowania mechanizmu uprzedniej zgody sprawiałyby daleko idące trudności interpretacyjne w ich stosowaniu<sup>342</sup>. Z tego powodu konieczne jest ich doprecyzowanie.

---

<sup>338</sup> Takie okoliczności należy traktować jako techniczne i niezmiennające istoty prawa podlegającego wykonaniu; Wyrok Trybunału Sprawiedliwości Unii Europejskiej z dnia 13 maja 2003 roku w sprawie C-385/99...

<sup>339</sup> L. Nistor, *Public Services and the European Union...*, s. 33–35.

<sup>340</sup> Wyrok Trybunału Sprawiedliwości Unii Europejskiej z dnia 5 października 2010 roku w sprawie C-173/09 w postępowaniu Georgi Ivanov Elchinov przeciwko Natsionalna zdravnoosiguritelna kasa (ECLI:EU:C:2010:581).

<sup>341</sup> Wyrok Trybunału Sprawiedliwości Unii Europejskiej dnia 12 lipca 2001 roku w sprawie C-157/99...

<sup>342</sup> W szczególności, jak należy interpretować przymiotnik „typowy” albo jak interpretować wymóg stanu zdrowia.

Pierwszą przesłankę należy interpretować w ten sposób, że przedmiot świadczonych usług opieki zdrowotnej jest typowy tylko wtedy, kiedy został on wystarczająco wypróbowany oraz uznany przez przedstawicieli międzynarodowych nauk medycznych<sup>343</sup>. Oznacza to, że w takim przypadku nie można odmówić wydania uprzedniej zgody, stwierdzając, że przedmiot świadczonych usług opieki zdrowotnej jest nietypowy<sup>344</sup>. Z kolei drugą przesłankę należy interpretować w ten sposób, że można odmówić wydania zgody ze względu na brak konieczności medycznej tylko wtedy, gdy te same lub równie skuteczne usługi opieki zdrowotnej da się uzyskać bez zbędnej zwłoki w placówce znajdującej się w rodzimym Państwie Członkowskim UE<sup>345</sup>. Dodatkowo wskazuje się, że przeszkodą dla zasad rynku wewnętrznego UE w zakresie swobody przepływu usług nie jest uzależnienie finansowania kosztów szpitalnych usług opieki zdrowotnej w innym Państwie Członkowskim UE od uzyskania przez zainteresowanego uprzedniej zgody, jeżeli usługodawca nie zawarł umowy z odpowiednim podmiotem Państwa Członkowskiego, które ma być zobowiązane do pokrycia tych kosztów, a wydanie bądź odmowa zgody zależy od rzeczywistej potrzeby medycznej pacjenta rozumianej jako warunek, zgodnie z którym określone działania zdrowotne są niezbędne dla ochrony zdrowia tego usługobiorcy<sup>346</sup>. Jednakże nawet w takim przypadku odmowa udzielenia zgody może nastąpić tylko wtedy, gdy te same lub równie skuteczne rodzaje usług opieki zdrowotnej da się uzyskać bez zbędnej zwłoki w krajowej placówce zdrowotnej<sup>347</sup>. Co ciekawe, interpretacja zasad finansowania kosztów pozaszpitalnych usług

---

<sup>343</sup> Na marginesie należy zauważyć, że w historii orzecznictwa można znaleźć takie nawiązywania do uznania w środowisku naukowym. Przykładowo, w zakresie możliwości wykorzystania dowodów naukowych w postępowaniu sądowym należy podkreślić dwa wypracowane w orzecznictwie Stanów Zjednoczonych Ameryki standardy: *Daubert przeciwko Merrell Dow Pharmaceuticals, Inc.*, 509 U.S. 579; *Frye przeciwko Stanom Zjednoczonym Ameryki* 293 F. 1013 (D.C. Cir. 1923). Syntetycznie z wyroków tych wynika, że określony dowód naukowy może zostać dopuszczony w postępowaniu sądowym, jeżeli: sam w sobie jest sprawdzalny i został już poddany takiej kontroli; był przedmiotem publikacji w literaturze fachowej; znana jest jego, przynajmniej przewidywalna, skala błędów (omyślności); uzyskał powszechną akceptację specjalistów.

<sup>344</sup> Wyrok Trybunału Sprawiedliwości Unii Europejskiej z dnia 12 lipca 2001 roku w sprawie C-157/99...

<sup>345</sup> Można podkreślić, że zaproponowana przez TSUE interpretacja orzecznicza bezpośrednio nawiązuje do przedmiotu prawa do zdrowia z uwagi na odwołanie się do konieczności medycznej, którą należy rozumieć jako synonim potrzeby medycznej; Wyrok Trybunału Sprawiedliwości Unii Europejskiej z dnia 12 lipca 2001 roku w sprawie C-157/99... W zakresie przekroczenia dopuszczalnego z medycznego punktu widzenia terminu oczekiwania na usługi opieki zdrowotnej; Wyrok Trybunału Sprawiedliwości Unii Europejskiej z dnia 16 maja 2006 roku w sprawie C-372/04 w postępowaniu *Yvonne Watts przeciwko Bedford Primary Care Trust i Secretary of State for Health* (ECLI:EU:C:2006:325).

<sup>346</sup> Wyrok Trybunału Sprawiedliwości Unii Europejskiej z dnia 13 maja 2003 roku w sprawie C-385/99...

<sup>347</sup> Na szczególną uwagę zasługuje warunek identyczności usług opieki zdrowotnej bądź ich skuteczności; Wyrok Trybunału Sprawiedliwości Unii Europejskiej z dnia 13 maja 2003 roku w sprawie C-385/99...

opieki zdrowotnej jest odmienna<sup>348</sup>. W takim przypadku wskazuje się, że przeszkoda dla swobodnego przepływu usług w ramach rynku wewnętrznego UE polega na uzależnieniu finansowania kosztów pozaszpitalnych usług opieki zdrowotnej w innym Państwie Członkowskim UE od uzyskania przez zainteresowanego uprzedniej zgody, gdy usługodawca nie zawarł umowy z odpowiednim podmiotem Państwa Członkowskiego, które ma być zobowiązane do pokrycia tych kosztów niezależnie od tego, czy ustawodawstwo krajowe w zamian zapewnia system świadczeń rzeczowych w postaci dostępu do bezpłatnej opieki zdrowotnej<sup>349</sup>.

Powyższe rozważania dotyczące charakteru źródła finansowania usług opieki zdrowotnej oraz jego wpływu na kwalifikowanie tych usług jako usług w rozumieniu art. 56 i 57 TFUE mogą prowadzić do wniosku, zgodnie z którym przesłanka rzeczywistej potrzeby medycznej, stanowiąca element zaproponowanej definicji usługi opieki zdrowotnej, ma charakter pierwszoplanowy, podczas gdy przesłankę typowego przedmiotu świadczonych usług opieki zdrowotnej cechuje charakter drugorzędny. Oznacza to, że te dwie przesłanki, decydujące o legalności wprowadzanych przez Państwa Członkowskie UE ograniczeń swobodnego przepływu usług opieki zdrowotnej, należy traktować oddzielnie.

Przedstawione argumenty wyraźnie pokazują, że zasadą jest brak ograniczeń w myśl art. 56 TFUE, a wyjątki muszą być uzasadnione i podlegają wnikliwej analizie<sup>350</sup>. Co ciekawe, w jednym z nowszych orzeczeń TSUE w tej materii wskazano nawet, że usługi opieki zdrowotnej świadczone za wynagrodzeniem wchodzą w zakres stosowania przepisów dotyczących swobody świadczenia usług, bez konieczności badania, czy opieka została udzielona w ramach opieki szpitalnej, czy też pozaszpitalnej<sup>351</sup>. Z drugiej jednak strony wskazano tam jako relewantną, a zarazem aktualną, linię orzeczniczą zawierającą większość zaprezentowanego powyżej systemu interpretacyjnego<sup>352</sup>. Wydaje się, że należy to odczytywać jako sygnalizację łagodzenia

---

<sup>348</sup> Należy pamiętać, że w przypadku rozwiązań cyfrowej medycyny, w szczególności w dziedzinie telezdrowia (telemedycyna/teleopieka), zdecydowana większość usług opieki zdrowotnej będzie miała charakter pozaszpitalny.

<sup>349</sup> Wyrok Trybunału Sprawiedliwości Unii Europejskiej z dnia 13 maja 2003 roku w sprawie C-385/99...

<sup>350</sup> W tym kontekście warto zapoznać się z ciekawym orzeczeniem TSUE, w którym stwierdził on, że analizowany w sprawie mechanizm uprzedniej zgody stanowi ograniczenie swobody świadczenia usług zarówno dla ubezpieczonych, jak i dla dostawców usług opieki zdrowotnej: Wyrok Trybunału Sprawiedliwości Unii Europejskiej z dnia 5 października 2010 roku w sprawie C-512/08 w postępowaniu Komisja Europejska przeciwko Republice Francuskiej (ECLI:EU:C:2010:579).

<sup>351</sup> Wyrok Trybunału Sprawiedliwości Unii Europejskiej z dnia 27 października 2011 roku w sprawie C-255/09 w postępowaniu Komisja Europejska przeciwko Republice Portugalskiej (ECLI:EU:C:2011:695).

<sup>352</sup> Przywołano tam: Wyrok Trybunału Sprawiedliwości Unii Europejskiej z dnia 28 kwietnia 1998 roku w sprawie C-158/96; Wyrok Trybunału Sprawiedliwości Unii Europejskiej z dnia 13 maja 2003 roku w sprawie C-385/99...; Wyrok Trybunału Sprawiedliwości Unii Europejskiej z dnia 16 maja 2006 roku w sprawie

wykładni relewantnych przepisów traktatowych idącą w kierunku globalnego i zasadniczo bezwarunkowego zapewnienia swobodnego przepływu odpłatnych usług opieki zdrowotnej, z jednoczesnym jednak poszanowaniem wypracowanych już standardów wykładniczych.

### 3.3. Ograniczenia swobodnego przepływu usług opieki zdrowotnej

Na uwadze należy mieć jeszcze, że w przypadku wprowadzenia i funkcjonowania ograniczeń swobodnego przepływu usług opieki zdrowotnej w UE konieczne jest spełnienie przez te ograniczenia wymagań stawianych przez test proporcjonalności<sup>353</sup>. Wskazuje się, że środek ograniczający spełnia ten test wtedy, kiedy umożliwia realizację uzasadnionego celu. Stanowi on najmniej uciążliwy środek ze wszystkich środków umożliwiających realizację tego celu oraz cechuje się zachowaniem współmiernego balansu między kosztami i dolegliwościami prawnymi dla jednostki a doniosłością celu, który realizuje<sup>354</sup>. Oznacza to, że środek ograniczający spełnia wymagania stawiane przez test proporcjonalności tylko wtedy, kiedy jest odpowiedni, konieczny oraz proporcjonalny *sensu stricto*<sup>355</sup>. W takim przypadku ciężar dowodu spoczywa po stronie Państw Członkowskich UE, które chcą wykazać, że zastosowane przez nich środki spełniają przesłanki testu proporcjonalności, co wiąże się z przedstawieniem szeregu trudnych do przeprowadzenia dowodów związanych także z ustaleniem interesu

---

C-372/04...; Wyrok Trybunału Sprawiedliwości Unii Europejskiej z dnia 5 października 2010 roku w sprawie C-173/09...

<sup>353</sup> Zasada ta aktualnie wynika z art. 5 ust. 4 TUE, a także z art. 52 ust. 1 KPP UE. Z uwagi na objętość sygnalizowanej w tym momencie problematyki oraz dążąc do sprawnej analizy tytułowego zagadnienia, w zakresie zasady proporcjonalności UE, zob. przykładowo wraz z powoływanym tam orzecznictwem: N. Emiliou, *The Principle of Proportionality in European Law: A Comparative Study*, Londyn 1966, ss. 320; J. Maliszewska-Nienartowicz, *Rozwój zasady proporcjonalności...*, s. 59–82; G. de Búrca, *Proportionality and Subsidiarity as General Principles of Law*, [w:] *General Principles of European Community Law, Reports from the Conference in Malmo 27–28 August 1999*, red. U. Bernitz, J. Nergelius, Haga-Boston 2000, s. 95, cyt. za J. Maliszewska-Nienartowicz, *Rozwój zasady proporcjonalności...*, s. 60; J. Długosz, *The Principle of Proportionality in European Union Law as a Prerequisite for Penalization*, “Adam Mickiewicz University Law Review” Nr 7 (2017), s. 283–300; F. Jacobs, *Recent Developments in the Principle of Proportionality in European Community Law*, [w:] *The Principle of Proportionality in the Laws of Europe*, red. E. Ellis, Oxford-Portland Oregon 1999, s. 1–23; T. Tridimas, *The Principle of Proportionality*, [w:] *Oxford Principles of European Union Law: The European Union Legal Order*, red. R. Schütze, T. Tridimas, Oxford 2018, s. 243–265; S. Planzer, *Empirical Views on European Gambling Law and Addiction. Studies in European Economic Law and Regulation*, Cham 2014, s. 233–244; M. Ostrowska, *Information Duties Stemming from the Insurance Distribution Directive as an Example of Faulty Application of the Principle of Proportionality*, [w:] *Insurance Distribution Directive. AIDA Europe Research Series on Insurance Law and Regulation*, red. P. Marano, K. Noussia, Cham 2021, s. 33–35; A. Young, P. Birkinshaw, V. Mitsilegas, T. Christou, *Europe’s Gift to the United Kingdom’s Unwritten Constitution – Juridification*, [w:] *National Constitutions in European and Global Governance: Democracy, Rights, the Rule of Law*, red. A. Albi, S. Bardutzky, Haga 2019, s. 117–119; H. Krunke, T. Baumbach, *The Role of the Danish Constitution in European and Transnational Governance*, [w:] *National Constitutions...*, s. 296.

<sup>354</sup> W. Gekiere, R. Baeten, W. Palm, *Free movement of services...*, s. 506–508.

<sup>355</sup> S. Golec, *Zasada proporcjonalności jako podstawa rozstrzygnięcia sadu administracyjnego w sprawach podatkowych*, Białystok 2018, s. 162–163.

publicznego<sup>356</sup>. Warto przy tym pamiętać, że z uwagi na fakt, iż w różnych społecznościach są osoby, które ze względów finansowych nie mogą pokryć samodzielnie kosztów usług opieki zdrowotnej wymaganych ich stanem zdrowia, to na konkretnym Państwie Członkowskim UE spoczywa obowiązek takiego zorganizowania państwowego systemu opieki zdrowotnej, aby zapewnić powszechny, równy oraz skuteczny dostęp dla wszystkich ludzi znajdujących się w zasięgu jurysdykcji tego państwa<sup>357</sup>. Z kolei w kontekście prywatnej opieki zdrowotnej, gdzie świadczenie usług powierza się podmiotom trzecim, również konieczne może się okazać wprowadzenie norm jakości w celu zapewnienia bezpieczeństwa usługobiorców, co w określonych przypadkach może być uzasadniane przesłanką interesu publicznego<sup>358</sup>.

Z tego powodu, każdy przepis Państwa Członkowskiego UE, stanowiący potencjalne ograniczenie w rozumieniu art. 56 TFUE, wymaga ustalenia dwóch podstawowych okoliczności. Po pierwsze, należy rozważyć, czy analizowana regulacja prawna rzeczywiście stanowi ograniczenie z art. 56 TFUE. Jeżeli zostanie to potwierdzone, to – po drugie – trzeba się zastanowić, czy ograniczenia ta zdają test proporcjonalności<sup>359</sup>. Wydaje się, że tego rodzaju mechanizm, w szczególności z uwagi na nieostry charakter przesłanek, może skutecznie przeciwdziałać funkcjonowaniu w unijnym obrocie prawnym regulacji niezasadnie ograniczających traktatowe swobody. Podkreślenia wymaga przecież fakt, że cel ten ogólnie był i jest uzasadnieniem dla określenia oraz posługiwania się standardem testu proporcjonalności w prawie UE.

Na zakończenie przedstawianej myśli, w związku ze wszystkimi poczynionymi dotychczas spostrzeżeniami, *de lege ferenda* w obliczu podniesionych uwag należy postulować, żeby każda usługa opieki zdrowotnej, niezależnie od dodatkowych warunków niż świadczenie jej zwykle za wynagrodzeniem, była traktowana jako usługa w rozumieniu art. 56 i 57 TFUE przy zachowaniu jak najpełniejszego uznawania kwalifikacji zawodowych oraz poszanowania praw pacjentów w transgranicznej opiece zdrowotnej<sup>360</sup>. Postulat ten wydaje się merytorycznie

---

<sup>356</sup> W. Gekiere, R. Baeten, W. Palm, *Free movement of services...*, s. 506–508.

<sup>357</sup> L. Nistor, *Public Services and the European Union...*, s. 33–35.

<sup>358</sup> Ibidem.

<sup>359</sup> Wyrok Trybunału Sprawiedliwości Unii Europejskiej z dnia 12 września 2013 roku w sprawie C-475/11 w postępowaniu przeciwko Kostas Konstantinides (ECLI:EU:C:2013:542).

<sup>360</sup> Autorska propozycja na podstawie: Opinia Rzecznika Generalnego Tesouro w sprawie C-120/95...; Wyrok Trybunału Sprawiedliwości Unii Europejskiej z dnia 28 kwietnia 1998 roku w sprawie C-158/96...; H. Jarman, *Trade in Services and the public's Health...*, s. 110–125; M. Flear, *Governing Public Health...*, s. 40; L. Nistor, *Public Services and the European Union...*, s. 33–35, 300; A. Exter, T. Hervey, *European Union Treaties...*, s. 26; S. Garben, *Tittle XIV Public Health...*, s. 1445–1456; W. Sauter, *The History and Scope of EU Health Law...*, s. 30; L. Bosek, *Kompetencje prawodawcze w sferze ochrony...*, s. 138–139; J. van de Gronden, *Free Movement of Services...*, s. 127; W. Gekiere, R. Baeten, W. Palm, *Free Movement of Services...*, s. 506–508; K. Fløistad, *The EEA Agreement...*, s. 47; Wyrok Trybunału Sprawiedliwości Unii Europejskiej z dnia 4 października 1991 roku

zasadny z punktu widzenia literalnego brzmienia relewantnych przepisów prawa pierwotnego UE, jego interpretacji i treści normatywnej właściwego prawa wtórnego UE.

### **3.4. Transgraniczność jako alternatywa w swobodzie przepływu usług opieki zdrowotnej**

Wartym podkreślenia jest fakt, że usługi opieki zdrowotnej nie wchodzą w zakres zastosowania jednego z głównych aktów prawa wtórnego UE odnoszącego się do swobody przepływu usług. Dyrektywa usługowa w art. 2 ust. 2 lit. f) stwierdza, że nie ma ona zastosowania do usług opieki zdrowotnej niezależnie od tego, czy są one świadczone w placówkach opieki zdrowotnej, i bez związku ze sposobem ich zorganizowania i finansowania na poziomie krajowym oraz tym, czy są to usługi publiczne czy prywatne. Za uzasadnienie tego stanu rzeczy podaje się przewidzianą w Dyrektywie usługowej procedurę wzajemnej oceny, która skutkowałaby cyklicznym sprawdzaniem krajowych regulacji dotyczących usług opieki zdrowotnej pod kątem występowania nieuzasadnionych barier w swobodnym przepływie takich usług, co z kolei mogłoby doprowadzić do zjawiska deregulacji, zmuszając Państwa Członkowskie UE nie tylko do dostosowania organizacji swojego systemu opieki zdrowotnej, ale nawet do wycofania się ze sprawowania nad nim pieczy<sup>361</sup>.

Wydaje się, że z jednej strony taki stan rzeczy został spowodowany również przez inne czynniki, w szczególności przez brak woli Państw Członkowskich UE na potwierdzenie klasyfikowania usług opieki zdrowotnej jako usług korzystających z unijnej swobody przepływu usług. Z kolei z drugiej strony takie potwierdzenie w świetle powyżej przywołanego orzecznictwa TSUE jest zbędne, choć pożądane dla celów przejrzystości oraz konsekwencji prawa, tym bardziej że rynkowy wymiar usługi opieki zdrowotnej nie zależy od sposobu, w jaki jej świadczenie jest określone w krajowych przepisach dotyczących opieki zdrowotnej<sup>362</sup>. Z powyższego wynika, że decyzję o nieobjęciu zakresem zastosowania Dyrektywy usługowej usług opieki zdrowotnej należy ocenić negatywnie jako nieuzasadnione negowanie faktu ustalonego przez TSUE. Dzieje się tak dlatego, że samo wyłączenie przewidziane w Dyrektywie usługowej nie zmienia ani treści prawa pierwotnego UE, ani też jego interpretacji dokonywanych przez TSUE.

---

w sprawie C-159/90...; Wyrok Trybunału Sprawiedliwości Unii Europejskiej z dnia 31 stycznia 1984 roku w sprawach połączonych C-286/82 oraz C-26/83...

<sup>361</sup> W. Gekiere, R. Baeten, W. Palm, *Free Movement of Services...*, s. 506–508.

<sup>362</sup> J. van de Gronden, *Free Movement...*, s. 127.



Z tych powodów ustawodawca unijny, będąc świadomy konieczności zagwarantowania możliwości czerpania korzyści przez usługi opieki zdrowotnej ze swobody przepływu usług w ramach rynku wewnętrznego UE, zdecydował się na ustanowienie ram prawnych dla pacjentów korzystających z transgranicznej opieki zdrowotnej<sup>363</sup>. Manewr taki należy ocenić pozytywnie, w szczególności z uwagi na ominięcie newralgicznej kwestii bezpośredniego wpływu przepisów UE na krajowe systemy opieki zdrowotnej. Przypisanie większej wagi prawom pacjenta w transgranicznej opiece medycznej, a tym samym przerwaniu punktu ciężkości z samych systemów opieki zdrowotnej na status prawny pacjentów w sytuacjach transgranicznych należy także ocenić pozytywnie, tym bardziej że istota problemu wymagającego rozwiązania legislacyjnego pozostała zachowana. Implikuje to po pierwsze pośredni wpływ na regulacje Państw Członkowskich UE w zakresie systemu opieki zdrowotnej, po drugie zaś bezpośrednio wypełnia postulaty interpretacyjne TSUE dotyczące uznawania usług opieki zdrowotnej jako usług w ramach swobody przepływu usług UE.

Z kolei z całości prowadzonej dotychczas analizy dotyczącej prawnej kwalifikacji usług opieki zdrowotnej jako usług w rozumieniu swobody przepływu usług UE, w tym biorąc pod uwagę wszystkie przedstawione powyżej problemy naukowe, należy zauważyć, że usługa jest usługą w rozumieniu art. 56 i 57 TFUE, gdy ma przede wszystkim charakter zarobkowy. Oznacza to, że ta jedna cecha zajmuje pozycję normatywnie dominującą i zasadniczo decyduje o zastosowaniu zakazów przewidzianych w przepisach dotyczących rynku wewnętrznego UE. Innymi słowy, niezależnie od przychylenia się do przedstawionych powyżej postulatów, zwłaszcza postulatu związanego z definicją usługi opieki zdrowotnej, decydujące znaczenie o kwalifikacji określonej usługi jako usługi w rozumieniu unijnej swobody przepływu usług ma świadczenie takiej usługi za wynagrodzeniem, niezależnie, co do zasady, od innych czynników, w szczególności od publicznego czy prywatnego charakteru źródła finansowania. Niemniej jednak niedocenienie znaczenia krajowych przepisów regulujących zagadnienie funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej należy pochylić w kategoriach błędu. Dzieje się tak dlatego, że zgodnie z art. 168 TFUE UE w zakresie zdrowia publicznego prowadzi swoje działania w poszanowaniu obowiązków Państw Członkowskich UE w zakresie określania ich polityki dotyczącej zdrowia, jak również organizacji i świadczenia usług opieki zdrowotnej i opieki medycznej, co obejmuje zarządzanie usługami zdrowotnymi i opieką medyczną, jak również podział przeznaczonych na nie zasobów<sup>364</sup>. Z uwagi na fakt, że na Państwach

---

<sup>363</sup> W. Gekiere, R. Baeten, W. Palm, *Free Movement of Services...*, s. 506–508.

<sup>364</sup> Zobacz: H. Jarman, *Trade in Services and the Public's Health...*, s. 110–125; M. Flear, *Governing Public Health...*, s. 40; L. Nistor, *Public Services and the European Union...*, s. 300; A. Exter, T. Hervey, *European*

Członkowskich UE spoczywa obowiązek określenia swojej polityki dotyczącej zdrowia, uznawania kwalifikacji zawodowych<sup>365</sup>, organizacji systemu opieki zdrowotnej, świadczenia usług opieki zdrowotnej, zarządzania takimi usługami oraz ich finansowania, to *de facto*, a także *de iure*, prawo krajowe Państw Członkowskich odgrywa pierwszoplanową rolę w urzeczywistnianiu prawa do zdrowia w UE. Fakt ten potwierdza między innymi wyłączenie usług opieki zdrowotnej z zakresu zastosowania Dyrektywy usługowej. Prowadzi to do wniosku, że zagadnienie stworzenia właściwych ram prawnych gwarantujących realne egzekwowanie norm prawnych swobody przepływu usług opieki zdrowotnej na tamten czas było traktowane jako priorytet.

W związku z powyższym, żeby uprawnienia wynikające z zasad rynku wewnętrznego w przedmiotowym zakresie nie były iluzoryczne, ustawodawca unijny zdecydował się na przyjęcie Dyrektywy o prawach pacjentów w transgranicznej opiece zdrowotnej. Fakt ten należy ocenić zdecydowanie pozytywnie jako przejaw wrażliwości na wolę polityczną Państw Członkowskich UE zdekodowaną przy przyjmowaniu Dyrektywy usługowej oraz wyraz realizacji prawa do zdrowia w sytuacjach transgranicznych występujących w UE. Wydaje się, że można to poczytywać w kategoriach alternatywy umożliwiającej w większym zakresie urzeczywistnienie swobody przepływu usług opieki zdrowotnej. Dodatkowo na tym stadium analizy tytułowego zagadnienia fakt ten uzasadnia zwrócenie szczególnej uwagi na prawa pacjentów w transgranicznej opiece zdrowotnej stanowiące klucz do właściwego zrozumienia oraz przedstawienia zasad i warunków przepływu transgranicznych usług opieki zdrowotnej w UE, gdyż poza prawem pierwotnym UE postanowienia DPPTOZ są najbardziej relewantnym źródłem prawa unijnego w tym zakresie.

## **4. Prawa pacjentów w transgranicznej opiece zdrowotnej**

### **4.1. Cel określenia transgranicznych praw pacjentów**

Dotychczas zauważono już, że powodem określenia praw pacjentów w transgranicznej opiece zdrowotnej było z jednej strony normatywnie określone wyłączenie usług opieki zdrowotnej

---

*Union Treaties...*, s. 26; S. Garben, *Title XIV Public Health...*, s. 1445–1456; W. Sauter, *The History and Scope of EU Health Law...*, s. 30; L. Bosek, *Kompetencje prawodawcze w sferze ochrony...*, s. 138–139.

<sup>365</sup> Należy przecież pamiętać, że Dyrektywa w sprawie uznawania kwalifikacji zawodowych wymaga implementacji do krajowych porządków normatywnych. Oznacza to, że bezpośrednim źródłem praw i obowiązków w tym zakresie będzie zasadniczo prawo krajowe. Zasadniczo, gdyż należy mieć na uwadze możliwość bezpośredniego skutku dyrektywy unijnej (zob. Wyrok Trybunału Sprawiedliwości Unii Europejskiej z dnia 4 grudnia 1974 roku w sprawie C-41/74 w postępowaniu Yvonne van Duyn przeciwko Home Office [ECLI:EU:C:1974:133]).

z zakresu zastosowania Dyrektywy usługowej, a z drugiej orzecznictwo TSUE wydane w kontekście art. 56 oraz 57 TFUE, które wpracowało pojedyncze zasady transgranicznej opieki zdrowotnej<sup>366</sup>. Przedmiotowe zasady wymagały jednak zarówno wewnętrznego ujednolicenia, jak i doprecyzowania aspektu materialnego i wykonawczego<sup>367</sup> prawa do zdrowia. Wskazywane przesłanki w obliczu konieczności zapewniania przez UE pełnego urzeczywistnienia zasad swobody przepływu usług w ramach rynku wewnętrznego UE oraz rzeczywistego zagwarantowania prawa do zdrowia, a więc prawa do ochrony zdrowia oraz prawa do świadczeń opieki zdrowotnej na terytorium całej UE, doprowadziły do wydania Dyrektywy o prawach pacjentów w transgranicznej opiece zdrowotnej<sup>368</sup>. Niemniej jednak ustalenie powodu czy powodów podjęcia określonych działań legislacyjnych przez unijnego ustawodawcę nie jest tożsame z określaniem celu oraz motywów tworzonego prawa. Zgodnie z art. 1 oraz motywem 10 i 33<sup>369</sup> Dyrektywy o prawach pacjentów w transgranicznej opiece

---

<sup>366</sup> Patrz: Rozdział III. *Transgraniczne świadczenie usług opieki zdrowotnej w Unii Europejskiej*: 3. *Swobodny przepływ usług opieki zdrowotnej*: 3.2. *Usługi opieki zdrowotnej usługami rynku wewnętrznego UE oraz przytoczone tam orzecznictwo*: Wyrok Trybunału Sprawiedliwości Unii Europejskiej z dnia 28 kwietnia 1998 roku w sprawie C-158/96...; Wyrok Trybunału Sprawiedliwości Unii Europejskiej z dnia 15 grudnia 1983 roku w sprawie C-5/83...; Wyrok Trybunału Sprawiedliwości Unii Europejskiej z dnia 16 lipca 1998 roku w sprawie C-93/97...; Wyrok Trybunału Sprawiedliwości Unii Europejskiej z dnia 13 maja 2003 roku w sprawie C-385/99...; Wyrok Trybunału z dnia 12 lipca 2001 roku w sprawie C-157/99...; Opinia Rzecznika Generalnego Tesauro w sprawie C-120/95...; Wyrok Trybunału Sprawiedliwości Unii Europejskiej z dnia 5 października 2010 roku w sprawie C-173/09...; Wyrok Trybunału Sprawiedliwości Unii Europejskiej z dnia 16 maja 2006 roku w sprawie C-372/04...; Wyrok Trybunału Sprawiedliwości Unii Europejskiej z dnia 5 października 2010 roku w sprawie C-512/08...; Wyrok Trybunału Sprawiedliwości Unii Europejskiej z dnia 27 października 2011 roku w sprawie C-255/09...; Wyrok Trybunału Sprawiedliwości Unii Europejskiej z dnia 12 września 2013 roku w sprawie C-475/11...; Wyrok Trybunału Sprawiedliwości Unii Europejskiej z dnia 4 października 1991 roku w sprawie C-159/90...; Wyrok Trybunału Sprawiedliwości Unii Europejskiej z dnia 31 stycznia 1984 roku w sprawach połączonych C-286/82 oraz C-26/83...; Wyrok Trybunału Sprawiedliwości Unii Europejskiej z dnia 3 października 1990 roku w sprawie C-61/89...; Wyrok Trybunału Sprawiedliwości Unii Europejskiej z dnia 9 września 2004 roku w sprawie C-81/03...; Wyrok Trybunału Sprawiedliwości Unii Europejskiej z dnia 12 maja 1998 roku w sprawie C-85/96...

<sup>367</sup> Patrz: Rozdział II. *Prawo do zdrowia w Unii Europejskiej*: 2. *Przedmiot prawa do zdrowia*: 2.4. *Korelacja istoty prawa do ochrony zdrowia i prawa do świadczeń opieki zdrowotnej*.

<sup>368</sup> Opieka zdrowotna w innych państwach UE – prawa pacjenta (<https://eur-lex.europa.eu/legal-content/PL/TXT/?uri=LEGISSUM%3Aasp0002> – dostęp: 14.04.2021 r.); Zob. też: T. Hervey, J. McHale, *European Union Health Law. Themes and Implications*, Cambridge 2015, s. 98–127.

<sup>369</sup> Zgodnie z motywem 10 DPPTOZ: „Celem niniejszej dyrektywy jest ustanowienie zasad ułatwiających dostęp do bezpiecznej transgranicznej opieki zdrowotnej o wysokiej jakości w Unii, zapewnienie mobilności pacjentów zgodnie z zasadami ustalonymi przez Trybunał Sprawiedliwości i promowanie współpracy w zakresie opieki zdrowotnej między państwami członkowskimi, z pełnym poszanowaniem kompetencji Państw Członkowskich w zakresie określania świadczeń zdrowotnych z tytułu zabezpieczenia społecznego, organizacji i świadczenia opieki zdrowotnej i medycznej oraz organizacji i udzielania świadczeń z tytułu zabezpieczenia społecznego, w szczególności świadczeń chorobowych”. Z kolei zgodnie z motywem 33 DPPTOZ: „Celem niniejszej dyrektywy nie jest ustanowienie uprawnienia do zwrotu kosztów opieki zdrowotnej w innym państwie członkowskim, jeżeli taka opieka zdrowotna nie jest objęta zakresem świadczeń przewidzianym w ustawodawstwie Państwa Członkowskiego ubezpieczenia danej osoby. Jednocześnie niniejsza dyrektywa nie powinna zapobiegać rozszerzeniu przez Państwa Członkowskie ich systemu świadczeń rzeczowych na opiekę zdrowotną świadczoną w innym Państwie Członkowskim. Niniejsza dyrektywa powinna respektować fakt, że Państwa Członkowskie mają prawo organizować swoje systemy opieki zdrowotnej i systemy zabezpieczenia społecznego tak, by ustalić uprawnienia do leczenia na szczeblu regionalnym lub lokalnym”.

zdrowotnej jej celem jest ustanowienie zasad ułatwiających dostęp do bezpiecznej transgranicznej opieki zdrowotnej o wysokiej jakości, zapewnienie mobilności pacjentów zgodnie z zasadami ustalonymi przez TSUE oraz promowanie współpracy w zakresie opieki zdrowotnej między Państwami Członkowskimi UE, z pełnym poszanowaniem ich kompetencji w zakresie zarówno określania świadczeń zdrowotnych z tytułu zabezpieczenia społecznego, organizacji i świadczenia opieki zdrowotnej oraz medycznej, jak i organizacji oraz udzielania świadczeń z tytułu zabezpieczenia społecznego, w szczególności świadczeń chorobowych<sup>370</sup>.

Tak określona norma prawna Dyrektywy o prawach pacjentów w transgranicznej opiece zdrowotnej wymaga jednak dodatkowej analizy pod kątem wskazania przesłanek celu DPPTOZ, które łącznie dążą do jego urzeczywistnienia. Pierwszą z nich jest ułatwianie dostępu do bezpiecznej transgranicznej opieki zdrowotnej o wysokiej jakości. Podkreślenia wymaga fakt, że powiązanie dostępności transgranicznej opieki zdrowotnej z wymogiem bezpieczeństwa oraz wysokiej jakości świadczonych usług opieki zdrowotnej zasługuje na uznanie. Trzeba jednak zastrzec, że biorąc pod uwagę zasady prawa UE, w szczególności dyrektywy wykładni celowościowej, za uzasadnioną należy uznać tezę, że powyższa przesłanka celu DPPTOZ zawiera w sobie także inne desygnaty określające standardy dla transgranicznej opieki zdrowotnej, w szczególności takie jak standard solidarności, szybkości, obniżania kosztów oraz równości świadczonych usług opieki zdrowotnej, co potwierdza art. 4 DPPTOZ. W tej przesłance mowa o rzeczywistej możliwości korzystania przez pacjentów z usług opieki zdrowotnej bez nieuzasadnionych normatywnie ograniczeń na terytorium całej UE. Innymi słowy, zakładanym rezultatem norm DPPTOZ jest wywarcie wpływu, w formie harmonizacji krajowych systemów normatywnych, na Państwa Członkowskie UE, aby zapewniły każdemu obywatelowi UE prawną i faktyczną możliwość uzyskania pozycji beneficjenta ich systemów opieki zdrowotnej. Wydaje się, że wskazane zapewnienie prawne i faktyczne może oznaczać wyposażenie pacjenta w skuteczne w praktyce roszczenia o dostęp do opieki zdrowotnej. Powinny być one przewidziane w prawie krajowym Państw Członkowskich UE.

Warto podkreślić, że ułatwianie dostępu nie jest pojęciowo tożsame z jego gwarantowaniem. Uzasadnione okazuje się twierdzenie, że zastosowanie takiej nomenklatury zawierającej swoje określone semantycznie znaczenie nie jest przypadkowe. Taki stan rzeczy

---

<sup>370</sup> T. Hervey, J. Mchale, *European Union Health Law...*, s. 184–211; D. Goscinska, *Transposition of the Patients' Rights Directive 2011/24/EU: A Discourse Analysis in Germany, Poland and Austria*, Berlin 2014, s. 1–40; T. McLean, *Jurisdiction 101 for Medical Tourism Purchases Made in Europe*, [w:] *The Globalization of Health Care. Legal and Ethical Issues*, red. I. Cohen, Oxford 2013, s. 35–40; H. Meyer, *Current Legislation on Cross-Border Health Care in the European Union*, [w:] *The Globalization of Health Care...*, s. 83–103.

wynika bezpośrednio przynajmniej z dwóch norm prawa pierwotnego UE. Po pierwsze, art. 35 KPPUE zakłada przerwania pierwszoplanowej odpowiedzialności za realizację prawa do zdrowia w UE na ustawodawstwo i praktykę Państw Członkowskich UE<sup>371</sup>. Po drugie, nie bez znaczenia jest tutaj norma prawna art. 168 TFUE. Ponadto analizowana w tym momencie przesłanka ułatwienia dostępności do transgranicznej opieki zdrowotnej powinna być bezpośrednio wiązana z zasadami swobody przepływu usług w ramach rynku wewnętrznego UE. Dzieje się tak dlatego, że konstrukcja normatywna swobody przepływu usług stanowi fundament dla zagwarantowania rzeczywistej możliwości korzystania przez pacjentów z usług opieki zdrowotnej oferowanych przez inne Państwa Członkowie UE. Wydaje się zatem, że to ostatnie możliwe jest wyłącznie z uwzględnieniem postanowień art. 56 i 57 TFUE. Powyższe potwierdza zarówno motyw 11 DPPTOZ<sup>372</sup>, gdzie skorelowano dostępność systemu opieki zdrowotnej innego Państwa Członkowskiego UE z normatywnym klasyfikowaniem usług opieki zdrowotnej jako korzystających ze swobody przepływu usług, jak i fakt, że w dzisiejszych czasach zapewnienie przedmiotowej dostępności nie jawi się jako pojęciowo tożsame z umożliwieniem fizycznej mobilności pacjentów przekraczających tradycyjne granice. W wyniku zastosowania sieci teleinformatycznych mogą oni przecież podjąć decyzję o skorzystaniu z opieki zdrowotnej w innym Państwie Członkowskim UE w czasie rzeczywistym bez fizycznej zmiany lokalizacji geograficznej.

Z wyżej wskazanego powodu drugą przesłankę celu DPPTOZ stanowi zapewnienie mobilności pacjentów zgodnie z zasadami ustalonymi przez TSUE. Mowa tutaj o ogólnej mobilności, nie tylko tej tradycyjnie rozumianej, która bezpośrednio implikuje podjęcie działań

---

<sup>371</sup> Zgodnie z art. 35 KPPUE „Każdy ma prawo dostępu do profilaktycznej opieki zdrowotnej i prawo do korzystania z leczenia na warunkach ustanowionych w ustawodawstwach i praktykach krajowych. Przy określaniu i realizowaniu wszystkich polityk i działań Unii zapewnia się wysoki poziom ochrony zdrowia ludzkiego”. W tym kontekście zobacz: F. Forni, *Free Movement of „Needy” Citizens after the Binding Charter. Solidarity for All?*, [w:] *The EU Charter of Fundamental Rights: From Declaration to Binding Instrument*, red. G. Federico, Dordrecht 2011, s. 142–143; T. Hervey, J. McHale, *Article 35 – The Right to Health Care*, [w:] *The EU Charter of Fundamental Rights: A Commentary*, red. S. Peers, T. Hervey, J. Kenner, A. Ward, Portland 2014, s. 951–969.

<sup>372</sup> Treść motywu 11 DPPTOZ: „Niniejsza dyrektywa powinna mieć zastosowanie do poszczególnych pacjentów, którzy decydują się skorzystać z opieki zdrowotnej w innym Państwie Członkowskim niż Państwo Członkowskie ubezpieczenia. Jak potwierdził Trybunał Sprawiedliwości, ani jej szczególny charakter, ani sposób jej organizacji lub finansowania nie powodują wyłączenia opieki zdrowotnej z zakresu stosowania podstawowej zasady swobody świadczenia usług. Jednak Państwo Członkowskie ubezpieczenia może postanowić, że ograniczy zwrot kosztów transgranicznej opieki zdrowotnej z powodów związanych z jakością i bezpieczeństwem świadczonej opieki zdrowotnej, gdy jest to uzasadnione nadrzędnymi względami podyktowanymi interesem ogólnym dotyczącym zdrowia publicznego. Państwo Członkowskie ubezpieczenia może również przyjąć dodatkowe środki oparte na innych przesłankach, jeżeli jest to uzasadnione takimi nadrzędnymi względami podyktowanymi interesem ogólnym. Trybunał Sprawiedliwości rzeczywiście uznał, że ochrona zdrowia publicznego jest jednym z nadrzędnych względów podyktowanych interesem ogólnym, które mogą uzasadniać ograniczenia swobodnego przepływu przewidzianego w Traktatach”.

legislacyjnych gwarantujących realizację swobody przepływu osób<sup>373</sup>. Chodzi bowiem o mobilność cyfrową, którą zapewnia dostęp do sieci teleinformatycznych, gdzie czas i miejsce przestają mieć większe znaczenie.

Dwie zaprezentowane dotychczas oraz poddane analizie przesłanki celu DPPTOZ wymagają wzmożonej współpracy między Państw Członkowskich UE. Z tego powodu trzecią przesłanką jest promowanie takiej współpracy, przykładowo poprzez wydawanie prawa miękkiego<sup>374</sup>. DPPTOZ została wydana głównie na podstawie art. 114 TFUE, ponieważ większość jej przepisów ma na celu ulepszenie funkcjonowania rynku wewnętrznego i swobodnego przepływu towarów, osób i usług, z pełnym jednak poszanowaniem normy art. 168 TFUE, która wyznacza swoistą granicę dla działań UE w zakresie zdrowia publicznego.

Biorąc pod uwagę powyższe uwagi, ustawodawca unijny zdecydował się także na ustanowienie czwartej przesłanki. W odróżnieniu od pozostałych ma ona charakter limitujący. Stanowi gwarancję pełnego poszanowaniem kompetencji krajowych w zakresie organizacji i świadczenia opieki zdrowotnej.

Reasumując, należy zauważyć, że wypełnienie celu DPPTOZ powinno zagwarantować w szerszym zakresie urzeczywistnienie przedmiotu prawa do zdrowia, jego aspektu materialnego oraz wykonawczego, tym bardziej że co do zasady beneficjentom prawa do świadczeń opieki zdrowotnej powinno umożliwiać się dostępność całego systemu zdrowotnego, a nie pojedynczego bądź wybranego świadczenia<sup>375</sup>. Należy jednak przy tym pamiętać, że opieka zdrowotna na gruncie DPPTOZ posiada swoją definicję legalną, zgodnie z którą są to „usługi zdrowotne 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”. Wydaje się, że przedmiotowa definicja zawiera się w przedstawionej w niniejszej dysertacji naukowej propozycji semantycznej rozumienia pojęcia opieki zdrowotnej<sup>376</sup>.

---

<sup>373</sup> Patrz: Rozdział III. *Transgraniczne świadczenie usług opieki zdrowotnej w Unii Europejskiej: 2. Rynek wewnętrzny w świetle swobodnego przepływu usług: 2.1. Charakterystyka rynku wewnętrznego in genere.*

<sup>374</sup> Zasadniczo nie wolno tego mylić ze sprawozdaniami Komisji Europejskiej, które są wydawane na podstawie art. 20 ust. 1 DPPTOZ. Mowa tutaj przykładowo o Sprawozdaniu Komisji dla Parlamentu Europejskiego i Rady dotyczącym funkcjonowania dyrektywy 2011/24/UE w sprawie stosowania praw pacjentów w transgranicznej opiece zdrowotnej (COM/2015/0421 final) czy o Sprawozdaniu Komisji dla Parlamentu Europejskiego i Rady dotyczącym funkcjonowania dyrektywy 2011/24/UE w sprawie stosowania praw pacjentów w transgranicznej opiece zdrowotnej (COM/2018/651 final).

<sup>375</sup> D. Lach, *Zasada równego dostępu...*, s. 178; K. Baka, *Komentarz do art. 5...*, s. 124–125; M. Dercz, T. Rek, *Ustawa o działalności...*, s. 41.

<sup>376</sup> Patrz: Rozdział II. *Prawo do zdrowia w Unii Europejskiej: 2. Przedmiot prawa do zdrowia: 2.3. Zarys prawa do świadczeń opieki zdrowotnej.*

## 4.2. Obowiązki Państw Członkowskich Unii Europejskiej

DPPTOZ przewiduje szereg obowiązków Państw Członkowskich UE. W tym zakresie najistotniejsze są postanowienia art. 4, 5 oraz 6 DPPTOZ. Na wstępie należy jednak podkreślić, że istotne jest rozróżnienie dwóch różnych funkcji Państw Członkowskich UE, które mogą spełniać w transgranicznej opiece zdrowotnej. Mowa tutaj po pierwsze o Państwie Członkowskim UE, w którym pacjent jest uprawniony do otrzymania usług opieki zdrowotnej zgodnie z prawodawstwem tego państwa (dalej: Państwo Członkowskie ubezpieczenia)<sup>377</sup>, a po drugie o Państwie Członkowskim UE, na którego terytorium faktycznie świadczona jest opieka zdrowotna (dalej: Państwo Członkowskie leczenia)<sup>378</sup>.

W art. 4 DPPTOZ normatywnie zdefiniowane zostały obowiązki Państwa Członkowskiego leczenia. Po pierwsze, jest to obowiązek informacyjny w stosunku do pacjenta, który między innymi ma mieć możliwość uzyskania takich danych jak informacje o normach i wytycznych, rozwiązaniach w zakresie nadzoru nad świadczeniodawcami i ich oceny, dostępności szpitali dla osób niepełnosprawnych, cenach świadczonych usług opieki zdrowotnej czy też informacje pomagające pacjentom w dokonaniu świadomego wyboru, w tym informacje na temat możliwości leczenia, dostępności, jakości i bezpieczeństwa opieki zdrowotnej w Państwie Członkowskim leczenia. Po drugie, jest to obowiązek zapewniania, w przypadku poniesienia przez pacjenta szkody bądź krzywdy, przejrzystych przepisów określających procedury oraz mechanizmy dochodzenia środków naprawczych zgodnie z prawem Państwa Członkowskiego leczenia. Jako trzeci wskazuje się obowiązek funkcjonowania w obrocie prawnym przepisów przewidujących systemy gwarancyjne, ubezpieczeniowe bądź inne podobne w zakresie odpowiedzialności zawodowej odpowiadające rodzajowi i wielkości ryzyka. Po czwarte, jest to obowiązek respektowania prawa do prywatności w zakresie administrowanych oraz przetwarzanych danych osobowych, w szczególności w zgodzie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE)

---

<sup>377</sup> Zgodnie z art. 3 lit. c) DPPTOZ Państwem Członkowskim ubezpieczenia jest: „(i) w odniesieniu do osób, o których mowa w lit. b) ppkt (i): państwo członkowskie, które jest właściwe do udzielenia ubezpieczonemu uprzedniej zgody na właściwe leczenie w innym Państwie Członkowskim zgodnie z rozporządzeniem (WE) nr 883/2004 i rozporządzeniem (WE) nr 987/2009; (ii) w odniesieniu do osób, o których mowa w lit. b) ppkt (ii): Państwo Członkowskie, które jest właściwe do udzielenia ubezpieczonemu uprzedniej zgody na właściwe leczenie w innym Państwie Członkowskim, zgodnie z rozporządzeniem (WE) nr 859/2003 lub rozporządzeniem (UE) nr 1231/2010. Jeżeli żadne Państwo Członkowskie nie jest właściwe w myśl tych rozporządzeń, Państwem Członkowskim ubezpieczenia jest to Państwo Członkowskie, w którym dana osoba jest ubezpieczona lub w którym jest uprawniona do świadczeń chorobowych zgodnie z prawodawstwem tego Państwa Członkowskiego”.

<sup>378</sup> Zgodnie z art. 3 lit. d) DPPTOZ Państwo Członkowskie leczenia „oznacza Państwo Członkowskie, na którego terytorium faktycznie świadczona jest opieka zdrowotna. W przypadku telemedycyny uważa się, że opieka zdrowotna świadczona jest w tym Państwie Członkowskim, w którym ma siedzibę świadczeniodawca”.

2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 roku w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE<sup>379</sup> (dalej: RODO). Po piąte, podkreśla się obowiązek wprowadzenia procedur, na podstawie których pacjent będzie uprawniony do otrzymania tradycyjnego bądź elektronicznego dostępu do dokumentacji medycznej swojego leczenia oraz uzyskania przynajmniej jednej kopii takiej dokumentacji. Po szóste, jest to obowiązek stosowania zasady niedyskryminacji ze względu na przynależność państwową, w tym w zakresie skali opłat za świadczone usługi opieki zdrowotnej<sup>380</sup>.

Z kolei w art. 5 DPPTOZ przewidziano obowiązki Państwa Członkowskiego ubezpieczenia, które posiadają odmienny zakres przedmiotowy, gdyż nie dotyczą procesu leczenia oraz działań bezpośrednio z nim związanych, a więc zasadniczo czasu, w którym świadczone są usługi opieki zdrowotnej w Państwie Członkowskim leczenia. Mowa tutaj o takich obowiązkach jak: zwrot kosztów leczenia zgodnie z postanowieniami DPPTOZ; zagwarantowanie identycznej jakościowo dalszej obserwacji medycznej uzasadnionej powodami zdrowotnymi, jak w przypadku pacjentów krajowych niekorzystających z transgranicznej opieki zdrowotnej; zapewnienie pacjentom korzystającym bądź chcącym skorzystać z transgranicznej opieki zdrowotnej zdalnego dostępu do swojej dokumentacji medycznej bądź przynajmniej jednej jej kopii; umożliwienie pacjentom na ich wniosek pozyskania informacji między innymi w odniesieniu do ich prawa i uprawnień w zakresie uzyskiwania transgranicznej opieki zdrowotnej, w szczególności co do warunków zwrotu kosztów. Z kolei zgodnie z art. 6 DPPTOZ każde Państwo Członkowskie UE jest zobowiązane do powołania przynajmniej jednego krajowego punktu kontaktowego do spraw transgranicznej opieki zdrowotnej, który udziela pacjentom informacji o świadczeniodawcach<sup>381</sup>, prawach pacjentów, procedurach reklamacyjnych, mechanizmach dochodzenia środków naprawczych czy o prawnych podstawach rozstrzygnięcia sporów.

W związku z powyższymi spostrzeżeniami, należy zauważyć, że normy art. 4, 5 oraz 6 DPPTOZ jednoznacznie podkreślają nieodzowną rolę Państw Członkowskich UE w skutecznym zagwarantowaniu transgranicznej opieki zdrowotnej w UE, co stanowi jedną

---

<sup>379</sup> Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 roku w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz.Urz. UE L 119 z 4.05.2016 r., s. 1–88).

<sup>380</sup> J. McHale, *Health Care, the United Kingdom and the Draft Patients' Rights Directive: One Small Step for Patient Mobility but a Huge Leap for a Reformed NHS?*, [w:] *Health Care...*, s. 259; H. Meyer, *Current Legislation on Cross-Border Health...*, s. 98–101.

<sup>381</sup> Zgodnie z art. 3 lit. g) DPPTOZ świadczeniodawca „oznacza każdą osobę fizyczną lub prawną lub inną jednostkę organizacyjną legalnie świadczącą opiekę zdrowotną na terenie Państwa Członkowskiego”.



z przesłanek normatywnie określonego celu DPPTOZ. Oznacza to, że bez ich aktywnych działań oraz współpracy osiągnięcie celu DPPTOZ może okazać się albo niemożliwe, albo znacznie utrudnione. Wydaje się, że wyraźnie potwierdza to nie tylko art. 1, ale także art. 4 ust. 1 DPPTOZ, zgodnie z którym z uwzględnieniem zasad powszechności, dostępu do opieki wysokiej jakości oraz zasad równości i solidarności transgraniczna opieka zdrowotna jest świadczona zgodnie z przepisami Państwa Członkowskiego leczenia, normami i wytycznymi dotyczącymi jakości i bezpieczeństwa określonymi przez Państwo Członkowskie leczenia oraz przepisami UE dotyczącymi norm bezpieczeństwa.

Wobec powyższych rozważań oczywisty wydaje się fakt, że kluczową rolę w transgranicznej opiece zdrowotnej odgrywa prawo krajowe Państw Członkowskich, przyjmując pozycję głównego oraz pierwszego środka do realizacji postanowień DPPTOZ. Prowadzi to do wniosku, że ustawodawstwo Państw Członkowskich UE stanowi przesłankę determinującą rzeczywistą możliwość korzystania przez pacjentów ze swoich praw w transgranicznej opiece zdrowotnej w UE. W tym zakresie dodatkowo trzeba podkreślić, że DPPTOZ to unijna dyrektywa. Jednoznacznie implikuje to powstanie po stronie Państw Członkowskich UE obowiązku implementacji DPPTOZ do swoich systemów normatywnych. Podkreśla to norma art. 21 DPPTOZ, zgodnie z którą Państwa Członkowskie wprowadzają w życie przepisy ustawowe, wykonawcze i administracyjne niezbędne do wykonania DPPTOZ najpóźniej do dnia 25 października 2013 roku. Zgodnie z oficjalnymi danymi UE, wszystkie 27 Państw Członkowskich UE wprowadziło środki prawne dokonujące przedmiotowej transpozycji, które zostały przyjęte w celu urzeczywistnienia transgranicznej opieki zdrowotnej w UE<sup>382</sup>.

---

<sup>382</sup> Zgodnie z oficjalnymi danymi UE między innymi: Belgia przyjęła 44 środki krajowe, w tym przykładowo ustawę zawierającą różne przepisy dotyczące zdrowia (org. Wet van 17 juli 2015 houdende diverse bepalingen inzake gezondheid) (Publikacja urzędowa: Belgisch Staatsblad, numer Dz.U.: C-2015/24189, data publikacji: 17.08.2015, s. 52851–52867); Bułgaria przyjęła 7 środków krajowych, w tym przykładowo rozporządzenie nr 5 w sprawie warunków i procedur wykonywania praw pacjenta w transgranicznej opiece zdrowotnej (org. НАРЕДБА № 5 от 21.03.2014 г. за условията и реда за упражняване правата на пациентите при трансгранично здравно обслужване) (Publikacja urzędowa: Държавен вестник, numer Dz.U.: 110, data publikacji: 28.12.2020, s. 00044–00048); Czechy przyjęły 18 środków krajowych, w tym przykładowo ustawę nr 372/2011 o usługach zdrowotnych i ich warunkach (ustawa o usługach zdrowotnych) (org. Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování [zákon o zdravotních službách]) (Publikacja urzędowa: Sbirka Zakonu CR, data publikacji: 8.12.2011); Dania przyjęła 10 środków krajowych, w tym przykładowo postanowienie o uprawnieniach do świadczeń przewidzianych w ustawie o zdrowiu dla niektórych osób zamieszkujących w kraju UE/EOG (org. Bekendtgørelse om ret til ydelse i sundhedsloven til visse personer med bopæl i et EU-/EØS-land) (Publikacja urzędowa: Lovtidende A, data publikacji: 27.12.2013); Niemcy przyjęły 120 środków krajowych, w tym przykładowo ustawę o stosowaniu praw pacjentów w transgranicznej opiece zdrowotnej (org. Gesetz über die Ausübung der Patientenrechte in der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung) (Publikacja urzędowa: Gesetz und Verordnungsblatt [Länder], numer Dz.U.: 5, data publikacji: 28.05.2014, s. 00074–00075); Estonia przyjęła 17 środków krajowych, w tym przykładowo ustawę o organizacji służby zdrowia (org. Tervishoiuteenuste korraldamise seadus) (Publikacja urzędowa: Elektroonline Riigi Teataja, numer Dz.U.: RT I, 29.11.2013, 6); Irlandia przyjęła 6 środków krajowych, w tym

Dodatkowo należy zauważyć, że istnieją jeszcze dwa istotne obowiązki Państw Członkowskich UE. Wskazuje się, że podczas korzystania przez pacjenta ze swoich praw w transgranicznej opiece zdrowotnej powinny one zapewnić pełną spójność stosowania przepisów DPPTOZ z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (WE) nr 883/2004 z dnia 29 kwietnia 2004 roku w sprawie koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego (dalej: Rozporządzenie 883/2004)<sup>383</sup> oraz Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (WE) nr 987/2009 z dnia 16 września 2009 roku dotyczącym wykonywania rozporządzenia (WE) nr 883/2004 w sprawie koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego (dalej: Rozporządzenie 987/2009)<sup>384</sup>. Obowiązek ten wyraźnie podkreśla choćby motyw 28–31, art. 1, 2 lit. m) czy 5. lit. b) DPPTOZ. Wspólnym mianownikiem tych przepisów jest właśnie troska o zapewnienie pełnej spójności równoległego stosowania DPPTOZ oraz Rozporządzenia 883/2004 i Rozporządzenia 987/2009, gdyż stanowią one dwa niezależne źródła w różnych segmentach prawa UE<sup>385</sup>. Dzieje się tak dlatego, że Rozporządzenie 883/2004 oraz

---

przykładowo ustawę o lekarzu z 2017 roku (noweliacja) (org. Medical Practitioners [Amendment] Act 2017) (Publikacja urzędowa: Iris Oifigiúil, data publikacji: 10.11.2017); Grecja przyjęła 4 środki krajowe, w tym przykładowo ogólne zasady obliczania kosztów, które mają być zwrócone ubezpieczonemu w ramach transgranicznej opieki zdrowotnej (art. 7 ustawy 4213/2013) (org. Γενικές αρχές για τον υπολογισμό των εξόδων που πρόκειται να επιστραφούν σε ασφαλισμένο στα πλαίσια της διασυνοριακής υγειονομικής περιθάλψης [άρθρο 7 του Ν. 4213/2013]) (Publikacja urzędowa: Εφημερίς της Κυβερνήσεως [ΦΕΚ] [Τεύχος Β], numer Dz.U.: 2774, data publikacji: 16.10.2014, s. 34013–34015); Hiszpania przyjęła 2 środki krajowe, w tym przykładowo Dekret królewski 81/2014 z dnia 7 2014 ustanawiający zasady świadczenia transgranicznej opieki zdrowotnej oraz zmieniający dekret królewski 1718/2010 w sprawie przepisywania i wydawania orzeczeń lekarskich (org. Real Decreto 81/2014, de 7 de febrero, por el que se establecen normas para garantizar la asistencia sanitaria transfronteriza, y por el que se modifica el Real Decreto 1718/2010, de 17 de diciembre, sobre receta médica y órdenes de dispensación) (Publikacja urzędowa: Boletín Oficial del Estado [B.O.E], numer Dz.U.: 34/2014, data publikacji: 8.02.2014, s. 10915–10948); Francja przyjęła 3 środki krajowe, w tym przykładowo rozporządzenie nr 2014–1525 w sprawie uznawania recept na wyroby medyczne wydanych w innym Państwie Członkowskim Unii Europejskiej (org. Décret n o 2014-1525 du 17 décembre 2014 relatif à la reconnaissance des prescriptions de dispositifs médicaux établis dans un autre Etat membre de l'Union européenne) (Publikacja urzędowa: Journal Officiel de la République Française (JORF), data publikacji: 18.12.2014); Chorwacja przyjęła 27 środków krajowych, w tym przykładowo ustawę o opiece zdrowotnej (org. Zakon o zdravstvenoj zaštiti) (Publikacja urzędowa: Narodne Novine, numer Dz.U.: 100/2018, data publikacji: 1.01.2018); Włochy przyjęły 2 środki krajowe, w tym przykładowo rozporządzenie w sprawie transgranicznej opieki zdrowotnej wymagającej uprzedniej zgody (org. Regolamento in materia di assistenza sanitaria transfrontaliera soggetta ad autorizzazione preventiva) (Publikacja urzędowa: Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana, numer Dz.U.: 117, data publikacji: 22.05.2018); Cypr przyjął 17 środków krajowych, w tym przykładowo rozporządzenie z 2020 roku w sprawie stosowania praw pacjentów w transgranicznej opiece zdrowotnej (org. Το περί Εφαρμογής των Δικαιωμάτων των Ασθενών στο πλαίσιο της Διασυνοριακής Υγειονομικής Περιθάλψης Διάταγμα του 2020) (Publikacja urzędowa: Cyprus Gazette, numer Dz.U.: 5202, data publikacji: 17.01.2020, s. 00049–00053); Polska przyjęła 17 środków krajowych, w tym przykładowo rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 3 września 2020 roku w sprawie wykazu świadczeń opieki zdrowotnej wymagających uprzedniej zgody Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia (Dz.U. z 2020 r. poz. 1556).

<sup>383</sup> Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (WE) nr 883/2004 z dnia 29 kwietnia 2004 roku w sprawie koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego (Dz.Urz. UE L 166 z 30.04.2004 r., s. 1–123).

<sup>384</sup> Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (WE) nr 987/2009 z dnia 16 września 2009 roku dotyczące wykonywania rozporządzenia (WE) nr 883/2004 w sprawie koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego (Dz.Urz. UE L 284 z 30.10.2009 r., s. 1–42).

<sup>385</sup> G. Uścińska, *Zabezpieczenie społeczne osób korzystających z prawa do przemieszczania się w Unii Europejskiej*, Warszawa 2013, s. 307–346.

Rozporządzenie 987/2009 należą do regulacji prawnych z zakresu innej swobody rynku wewnętrznego UE, czyli swobody przemieszczania się pracowników, ewentualnie osób<sup>386</sup>. Z kolei, jak to już wielokrotnie podkreślano DPPTOZ stanowi ramy prawne dla swobodnego przepływu usług opieki zdrowotnej w UE. Z tego właśnie powodu to DPPTOZ stanowi istotną część zakresu przedmiotowego niniejszej dysertacji naukowej. Po drugie, w pewnym sensie abstrahując od postanowień DPPTOZ, Państwa Członkowskie mają ogólny obowiązek reagowania na pojawiające się nowe uwarunkowania współczesnego świata. Bezspornie, jednym z ich desygnatów jest nie tylko telemedycyna, ale także pojawienie się epidemii, a następnie pandemii Covid-19. Potwierdza to okoliczność, że Komisja Europejska zdecydowała się na wydanie komunikatu pt. Wytyczne w sprawie pomocy UE w sytuacji nadzwyczajnej dotyczące współpracy transgranicznej w zakresie opieki zdrowotnej związanej z kryzysem wywołanym epidemią COVID-19<sup>387</sup>, który głównie został skierowany do Państw Członkowskich. W tym kontekście wyraźnie należy podkreślić, że zagadnienie wpływu pandemii na prawo do zdrowia ma aktualnie niezwykle doniosłe znaczenie nie tylko w zakresie teorii prawa, ale także jego praktyki. Z tego powodu będzie ono przedmiotem rozważań zawartych w osobnym rozdziale<sup>388</sup>.

### **4.3. Telemedycyna jako przedmiot transgranicznej opieki zdrowotnej**

Bezspornie należy stwierdzić, że telemedycyna stanowi jeden z desygnatów norm prawnych określających zasady świadczenia transgranicznej opieki zdrowotnej w UE. Prowadzi to zatem do wniosku, że tego rodzaju nowoczesna technologia oddawana do użytku praktycznego w medycynie może być pojmowana jako normatywnie zdefiniowana część składowa ram prawnych transgranicznej opieki zdrowotnej, a więc stanowi część jej przedmiotu. Wyraźnie potwierdzają to wybrane postanowienia DPPTOZ, które nawiązują albo bezpośrednio do telemedycyny, albo w sposób pośredni poprzez posługiwanie się bardziej ogólnym pojęciem koncepcji e-Zdrowia.

Bazując na przyjętej w naukach prawnych metodologii oraz metodyce prowadzenia analizy, za racjonalne wydaje się zaprezentowanie w pierwszej kolejności przepisów DPPTOZ

---

<sup>386</sup> Ibidem.

<sup>387</sup> Komunikat Komisji Wytyczne w sprawie pomocy UE w sytuacji nadzwyczajnej dotyczące współpracy transgranicznej w zakresie opieki zdrowotnej związanej z kryzysem wywołanym epidemią COVID-19 (Dz.Urz. UE C 1111 z 3.04.2020 r., s. 1-5).

<sup>388</sup> Patrz: Rozdział IV. *Problemy realizacji prawa do zdrowia oraz funkcjonowania transgranicznej opieki zdrowotnej w UE podczas epidemii Covid-19.*

wprost odnoszących się do pojęcia telemedycyny<sup>389</sup>. W konsekwencji powyższego, zgodnie z art. 3 lit. d DPPTOZ określającym definicję legalną Państwa Członkowskiego leczenia, państwem takim jest Państwo Członkowskie UE, na którego terytorium faktycznie świadczona jest opieka zdrowotna. Przepis ten jednak *expressis verbis* dookreśla, że w przypadku telemedycyny uważa się, że opieka zdrowotna świadczona jest w tym Państwie Członkowskim UE, w którym ma siedzibę świadczeniodawca<sup>390</sup>. Fakt, że ustawodawca unijny zwrócił uwagę i zdecydował się na wyraźne wskazanie, że jedną z form świadczenia transgranicznej opieki zdrowotnej może być telemedycyna, stanowi dowód na jego wrażliwość w stosunku do nowoczesnych technologii medycznych.

Drugim przepisem nawiązującym bezpośrednio do telemedycyny jest art. 7 ust. 7 DPPTOZ, zgodnie z którym Państwo Członkowskie ubezpieczenia może nałożyć na osobę ubezpieczoną, która dochodzi zwrotu kosztów transgranicznej opieki zdrowotnej, w tym opieki zdrowotnej otrzymanej za pomocą telemedycyny, te same warunki, kryteria przysługiwania uprawnień i wymogi prawno-administracyjne, ustalone na szczeblu lokalnym, regionalnym lub krajowym, jakie byłyby nałożone, gdyby ten sam rodzaj opieki zdrowotnej był świadczony na terytorium tego Państwa Członkowskiego UE. Z jednej strony stanowi to kolejny przykład potwierdzający powyższe spostrzeżenie dotyczące telemedycznej formy świadczenia transgranicznej opieki zdrowotnej, z drugiej jednak nie jest bez znaczenia umiejscowienie przedmiotowego nawiązania do pojęcia telemedycyny w normie prawnej określającej ogólnie zasady zwrotu kosztów w zgodzie z DPPTOZ. Wydaje się, że mamy tutaj do czynienia z podkreśleniem przez ustawodawcę unijnego, że traktuje on telemedyczny sposób świadczenia usług opieki zdrowotnej za równoważny z tradycyjnym pierwowzorem.

Przechodząc do norm prawnych nawiązujących do pojęcia telemedycyny w sposób pośredni poprzez posługiwanie się pojęciem koncepcji e-Zdrowia, wypada na początek zauważyć, że tego rodzaju normatywnie określonych odniesień jest więcej, niż ma to miejsce w przypadku bezpośrednich odesłań do telemedycyny. Już w samej preambule DPPTOZ można znaleźć postanowienia dotyczące e-Zdrowia. Mowa tutaj o motywach 26, 56 oraz 57 DPPTOZ<sup>391</sup>. Pierwszy z nich dotyczy zwrotu kosztów opieki zdrowotnej świadczonej w innym

---

<sup>389</sup> W zakresie pojęcia telemedycyny, patrz: Rozdział I. *Nowoczesne technologie w medycynie: 4. Pojęcie telemedycyny*.

<sup>390</sup> Można spostrzec, że transgraniczna opieka zdrowotna, a w szczególności ta świadczona za pomocą nowoczesnych technologii oddawanych do użytku praktycznego, z definicji wymusza podjęcie rozważań nad prawem właściwym. Niezwykle ciekawym opracowaniem w tym zakresie jest: A. Nowak, *Telemedycyna transgraniczna – problematyka prawa właściwego dla przypadków odpowiedzialności cywilnej podmiotów medycznych na gruncie prawodawstwa unijnego*, „Prawo Mediów Elektronicznych” Nr 1 (2018), s. 36–44.

<sup>391</sup> W motywach tych wyraźnie postanowiono, że: w motywie 26 „Trybunał Sprawiedliwości orzekł, że postanowienia Traktatu dotyczące swobody świadczenia usług obejmują prawo korzystających z opieki

Państwie Członkowskim UE oraz zawiera postanowienie o równoważności w tym zakresie usług e-Zdrowia. Oznacza to, że norma ta nie jest zakresowo identyczna z art. 7 ust. 7 DPPTOZ, gdzie mowa jest jednak o telemedycynie. Z kolei motywy 56 i 57 DPPTOZ dotyczą problematyki zapewnienia interoperacyjności<sup>392</sup> teleinformatycznych systemów opieki zdrowotnej, w tym usług opieki zdrowotnej świadczonych za pośrednictwem środków elektronicznych, a więc usług e-Zdrowia. Postanowienia te wyraźnie podkreślają, że wprowadzenie nowoczesnych technologii do użytku praktycznego w medycynie mieści się w wyłącznych kompetencjach krajowych, a osiągnięcie tego celu powinno nastąpić z pełnym poszanowaniem krajowych przepisów zarazem przyjętych w celu ochrony pacjentów, jak i regulujących świadczenie usług opieki zdrowotnej.

Ostatnim przykładem pośredniego odnoszenia się unijnych norm prawnych na płaszczyźnie transgranicznej opieki zdrowotnej do telemedycyny jest cały art. 14 DPPTOZ, na mocy którego stworzona została unijna sieć e-Zdrowie<sup>393</sup>. Zgodnie z tym przepisem, UE wspiera i ułatwia współpracę i wymianę informacji między Państwami Członkowskimi UE działającymi w ramach dobrowolnej sieci skupiającej wyznaczone przez Państwa Członkowskie organy krajowe odpowiedzialne za e-Zdrowie. Tak zdefiniowana sieć e-Zdrowia nie ma jednego celu, a służy realizacji przynajmniej trzech głównych priorytetów w tej dziedzinie. Pierwszym z nich jest zarówno podejmowanie działań skupiających się na osiągnięciu stałych benefitów społecznych czy ekonomicznych e-Zdrowia, jak i wdrażanie interoperacyjnych rozwiązań zwiększających efektywność i zasięg stosowania tego rodzaju innowacji zdrowotnych. Ma to służyć zwiększaniu wskaźników parametryzujących transgraniczną opiekę zdrowotną świadczoną za pomocą nowoczesnych metod. Mowa tutaj o takich kryteriach oceny jak: zaufanie i bezpieczeństwo, ciągłość opieki i dostęp do usług opieki zdrowotnej wysokiej jakości. Drugim priorytetem sieci e-Zdrowia jest sporządzanie wytycznych. Mogą one dotyczyć albo efektywnej metodologii, metodyki bądź ewentualnie technik udostępniania danych medycznych do celów zdrowia publicznego i badań naukowych,

---

zdrowotnej, w tym osób wymagających leczenia, do udania się do innego Państwa Członkowskiego w celu uzyskania tam takiej opieki. Powinno to także mieć zastosowanie do korzystających z opieki zdrowotnej zamierzających uzyskać opiekę zdrowotną w innym Państwie Członkowskim za pośrednictwem innych środków, przykładowo za pośrednictwem usług e-zdrowotnych”; w motywie 56 „aby zwiększać dostęp pacjentów do aplikacji w zakresie e-Zdrowia, jeżeli Państwa Członkowskie zdecydują się na ich wprowadzenie”; w motywie 57 „Interoperacyjność usług zdrowotnych świadczonych za pośrednictwem środków elektronicznych (e-Zdrowia) należy osiągnąć z poszanowaniem krajowych uregulowań dotyczących świadczenia usług opieki zdrowotnej”.

<sup>392</sup> W tym zakresie warto zwrócić uwagę na Dyrektywę Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2018/1972 z dnia 11 grudnia 2018 roku ustanawiająca Europejski kodeks łączności elektronicznej (Dz.Urz. UE L 321 z 17.12.2018 r., s. 36–214).

<sup>393</sup> Oficjalna strona internetowa unijnej sieci e-Zdrowie: [https://ec.europa.eu/health/ehealth/policy/network\\_pl](https://ec.europa.eu/health/ehealth/policy/network_pl) – dostęp: 25.06.2021 r.

albo też będą obejmować otwarty katalog danych zapewniających ciągłość opieki i bezpieczeństwo pacjenta w aspekcie transgranicznym, które powinny zostać zawarte w dokumentacji pacjentów umożliwiającej ich swobodną wymianę między pracownikami służby zdrowia. Z kolei trzeci priorytet stanowi wspieranie Państw Członkowskich UE w działaniach na rzecz opracowania wspólnych środków identyfikacji i uwierzytelniania, ułatwiających przenoszalność danych w transgranicznej opiece zdrowotnej. Dodatkowo w świetle całego art. 14 DPPTOZ istotne znaczenie ma jego ust. 3, zgodnie z którym Komisja Europejska uzyskała kompetencje do przyjmowania środków koniecznych do utworzenia sieci e-Zdrowia, zarządzania nią i do jej przejrzystego funkcjonowania. Należy zauważyć, że Komisja Europejska aktywnie korzysta z tej możliwości, wydając liczne dokumenty<sup>394</sup>. Najistotniejszym z nich jest Decyzja Wykonawcza Komisji (UE) 2019/1765 z dnia 22 października 2019 roku ustanawiająca zasady utworzenia sieci organów krajowych odpowiedzialnych za e-Zdrowie, zarządzania tą siecią i jej funkcjonowania oraz uchylająca decyzję wykonawczą 2011/890/UE<sup>395</sup> (dalej: Decyzja wykonawcza Komisji w sprawie sieci

---

<sup>394</sup> Przykładowo, wydane zostały następujące dokumenty: Mobile applications to support contact tracing in the EU's fight against COVID-19 Common EU Toolbox for Member States Version 1.0 ([https://ec.europa.eu/health/sites/default/files/ehealth/docs/covid-19\\_apps\\_en.pdf](https://ec.europa.eu/health/sites/default/files/ehealth/docs/covid-19_apps_en.pdf) – dostęp: 25.06.2021 r.); Interoperability guidelines for approved contact tracing mobile applications in the EU ([https://ec.europa.eu/health/sites/default/files/ehealth/docs/contacttracing\\_mobileapps\\_guidelines\\_en.pdf](https://ec.europa.eu/health/sites/default/files/ehealth/docs/contacttracing_mobileapps_guidelines_en.pdf) – dostęp: 25.06.2021 r.); eHealth Network Guidelines to the EU Member States and the European Commission on Interoperability specifications for cross-border transmission chains between approved apps Detailed interoperability elements between COVID+ Keys driven solutions V1.0 ([https://ec.europa.eu/health/sites/default/files/ehealth/docs/mobileapps\\_interoperabilitydetailedelements\\_en.pdf](https://ec.europa.eu/health/sites/default/files/ehealth/docs/mobileapps_interoperabilitydetailedelements_en.pdf) – dostęp: 25.06.2021 r.); eHealth Network Towards a common approach for the use of anonymised and aggregated mobility data for modelling the diffusion of COVID-19, and optimising the effectiveness of response measures: Version 4.3 ([https://ec.europa.eu/health/sites/default/files/ehealth/docs/modelling\\_mobilitydata\\_en.pdf](https://ec.europa.eu/health/sites/default/files/ehealth/docs/modelling_mobilitydata_en.pdf) – dostęp: 25.06.2021 r.); European Proximity Tracing An Interoperability Architecture for contact tracing and warning apps ([https://ec.europa.eu/health/sites/default/files/ehealth/docs/mobileapps\\_interop\\_architecture\\_en.pdf](https://ec.europa.eu/health/sites/default/files/ehealth/docs/mobileapps_interop_architecture_en.pdf) – dostęp: 25.06.2021); European Interoperability Certificate Governance A Security Architecture for contact tracing and warning apps ([https://ec.europa.eu/health/sites/default/files/ehealth/docs/mobileapps\\_interop\\_certificate\\_governance\\_en.pdf](https://ec.europa.eu/health/sites/default/files/ehealth/docs/mobileapps_interop_certificate_governance_en.pdf) – dostęp: 25.06.2021 r.); OUTLINE Interoperability of health certificates Trust framework V.1.0 ([https://ec.europa.eu/health/sites/default/files/ehealth/docs/trust-framework\\_interoperability\\_certificates\\_en.pdf](https://ec.europa.eu/health/sites/default/files/ehealth/docs/trust-framework_interoperability_certificates_en.pdf) – dostęp: 25.06.2021 r.); Guidelines on verifiable vaccination certificates – basic interoperability elements Release 2 ([https://ec.europa.eu/health/sites/default/files/ehealth/docs/vaccination-proof\\_interoperability-guidelines\\_en.pdf](https://ec.europa.eu/health/sites/default/files/ehealth/docs/vaccination-proof_interoperability-guidelines_en.pdf) – dostęp: 25.06.2021 r.); Guidelines on COVID-19 citizen recovery interoperable certificates – minimum dataset Release 1 ([https://ec.europa.eu/health/sites/default/files/ehealth/docs/citizen\\_recovery-interoperable-certificates\\_en.pdf](https://ec.europa.eu/health/sites/default/files/ehealth/docs/citizen_recovery-interoperable-certificates_en.pdf) – dostęp: 25.06.2021 r.); Guidelines on Value Sets for Digital Green Certificates Version 1.0 ([https://ec.europa.eu/health/sites/default/files/ehealth/docs/digital-green-certificates\\_dt-specifications\\_en.pdf](https://ec.europa.eu/health/sites/default/files/ehealth/docs/digital-green-certificates_dt-specifications_en.pdf) – dostęp: 25.06.2021 r.); Guidelines on Technical Specifications for Digital Green Certificates Volume 1 ([https://ec.europa.eu/health/sites/default/files/ehealth/docs/digital-green-certificates\\_v1\\_en.pdf](https://ec.europa.eu/health/sites/default/files/ehealth/docs/digital-green-certificates_v1_en.pdf) – dostęp: 25.06.2021 r.); Guidelines on Paper version of the EU Digital COVID Certificate V1.0.2 ([https://ec.europa.eu/health/sites/default/files/ehealth/docs/covid-certificate\\_paper\\_guidelines\\_en.pdf](https://ec.europa.eu/health/sites/default/files/ehealth/docs/covid-certificate_paper_guidelines_en.pdf) – dostęp: 25.06.2021); Guidelines on Technical Specifications for EU Digital COVID Certificates JSON Schema Specification Schema version: 1.3.0 ([https://ec.europa.eu/health/sites/default/files/ehealth/docs/covid-certificate\\_json\\_specification\\_en.pdf](https://ec.europa.eu/health/sites/default/files/ehealth/docs/covid-certificate_json_specification_en.pdf) – dostęp: 25.06.2021 r.).

<sup>395</sup> Decyzja Wykonawcza Komisji (UE) 2019/1765 z dnia 22 października 2019 roku ustanawiająca zasady utworzenia sieci organów krajowych odpowiedzialnych za e-Zdrowie, zarządzania tą siecią i jej funkcjonowania oraz uchylająca decyzję wykonawczą 2011/890/UE (Dz.Urz. UE L 270 z 24.10.2019 r., s. 83–93).

e-Zdrowia), zmieniona następnie Decyzją Wykonawczą Komisji (UE) 2020/1023 z dnia 15 lipca 2020 roku zmieniającą decyzję wykonawczą (UE) 2019/1765 w zakresie transgranicznej wymiany danych między krajowymi aplikacjami mobilnymi służącymi do ustalania kontaktów zakaźnych i ostrzegania w związku ze zwalczaniem pandemii COVID-19<sup>396</sup> (dalej: Decyzja wykonawcza Komisji w sprawie wymiany danych i ostrzegania COVID-19).

Decyzja wykonawcza Komisji w sprawie sieci e-Zdrowie ma doniosły charakter, gdyż ustanawia zasady konieczne do utworzenia sieci e-zdrowie, zarządzania nią i jej funkcjonowania. Motyw 3 tej decyzji dookreśla, że jej celem jest określenie właściwych zasad dotyczących przejrzystego funkcjonowania sieci e-Zdrowia, w tym wskazanie roli tej sieci i Komisji Europejskiej w zakresie całokształtu infrastruktury transgranicznych usług cyfrowych e-Zdrowia oraz wymogów ochrony danych osobowych wynikających z RODO oraz Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2018/1725 z dnia 23 października 2018 roku w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych przez instytucje, organy i jednostki organizacyjne Unii i swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia rozporządzenia (WE) nr 45/2001 i decyzji nr 1247/2002/WE<sup>397</sup>. Z kolei celem Decyzji wykonawczej Komisji w sprawie wymiany danych i ostrzegania COVID-19 było wprowadzenie do Decyzji wykonawczej Komisji w sprawie sieci e-Zdrowia regulacji ułatwiających wymianę transgranicznych danych dotyczących zdrowia między wyznaczonymi organami krajowymi lub organami rządowymi w UE za pośrednictwem bramy federacyjnej<sup>398</sup>.

Zamiarem wydawania tego rodzaju regulacji jest stworzenie w UE płynnego oraz w pełni interoperacyjnego przepływu między wskazanymi wyżej podmiotami informacji identyfikujących kontakt osoby korzystającej z usług e-Zdrowia z osobą zakażoną wirusem SARS-CoV-2. Uzasadnienie dla przyjęcia tego nowego standardu stanowi umożliwienie skutecznego poinformowania osoby narażonej na zakażenie o potencjalnym zagrożeniu oraz

---

<sup>396</sup> Decyzja Wykonawcza Komisji (UE) 2020/1023 z dnia 15 lipca 2020 roku zmieniająca decyzję wykonawczą (UE) 2019/1765 w zakresie transgranicznej wymiany danych między krajowymi aplikacjami mobilnymi służącymi do ustalania kontaktów zakaźnych i ostrzegania w związku ze zwalczaniem pandemii COVID-19 (Dz.Urz. UE L 227I z 16.07.2020 r., s. 1–9).

<sup>397</sup> Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2018/1725 z dnia 23 października 2018 roku w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych przez instytucje, organy i jednostki organizacyjne Unii i swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia rozporządzenia (WE) nr 45/2001 i decyzji nr 1247/2002/WE (Dz.Urz. UE L 295 z 21.11.2018 r., s. 39–98).

<sup>398</sup> Zgodnie z art. 1 Decyzji wykonawczej Komisji w sprawie wymiany danych i ostrzegania COVID-19, brama federacyjna oznacza bramę sieciową obsługiwaną przez Komisję Europejską za pomocą bezpiecznego narzędzia IT, która służy do odbierania, przechowywania i udostępniania minimalnego zbioru danych osobowych między serwerami wewnętrznymi Państw Członkowskich UE w celu zapewnienia interoperacyjności krajowych aplikacji mobilnych służących do ustalania kontaktów zakaźnych i ostrzegania.

promocja efektywnej współpracy transgranicznej Państw Członkowskich UE w zakresie opieki zdrowotnej poprzez wspomniane ułatwienie wymiany odpowiednich informacji. Choć nie należy tracić z pola widzenia faktu, że przyjęcie tych przepisów zostało spowodowane pandemią COVID-19, to można jednak wnioskować, że z powodzeniem znajdą one zastosowanie także w przypadku innych chorób zakaźnych. Zarówno Decyzja wykonawcza Komisji w sprawie sieci e-Zdrowia, Decyzja wykonawcza Komisji w sprawie wymiany danych i ostrzegania COVID-19, szereg aktów wydanych w ramach sieci e-Zdrowia, jak i sam fakt powołania do życia takiej sieci w zgodzie z umocowaniem przewidzianym w DPPTOZ, jednoznacznie pokazują, że usługi e-Zdrowia, w tym usługi telemedyczne, stanowią aktualnie zyskujący na uznaniu jeden z priorytetów działań podejmowanych przez decydentów UE.

W powyżej wskazanym zakresie można zastanowić się, czy ustawodawca unijny posługuje się pojęciami używanymi w kontekście zastosowania nowoczesnych technologii do użytku praktycznego w medycynie z rozwagą oraz świadomością ich rzeczywistego zakresu znaczeniowego<sup>399</sup>. Dokonując takiej oceny, należy spostrzec, że zdecydowanie chętniej używa on pojęcia ogólnej koncepcji e-Zdrowia. Inne terminy mają raczej charakter incydentalny i występują obok albo w związku z e-Zdrowiem. Niemniej jednak pojęcie telemedycyny stanowi termin języka prawnego UE. Potwierdza to przykładowo treść art. 3 lit. d i art. 7 ust. 7 DPPTOZ oraz motyw 9 i art. 4 ust. 1 lit. c Decyzji wykonawczej Komisji w sprawie sieci e-Zdrowia. Z punktu widzenia tytułowego zagadnienia zastanawiający zatem jest związek semantyczny pomiędzy używanym przez unijnego ustawodawcę pojęciem e-Zdrowia a telemedycyną. Innymi słowy: Czy termin telemedycyny w aktach prawa UE reprezentuje rzeczywisty zakres znaczeniowy pojęcia telemedycyny, czy też używany jest on jako synonim terminu e-Zdrowie? Jako przedmiot tej oceny można wybrać treść motywu 26 oraz art. 7 ust. 7 DPPTOZ. Z porównania tych postanowień DPPTOZ wynika, że dotyczą one identycznej materii normatywnej. W obydwu przypadkach mowa jest o zasadach zwrotu kosztów transgranicznej opieki zdrowotnej świadczonej w innym Państwie Członkowskim UE. Różnica między nimi dotyczy jednak wskazania w tym zakresie równoważnej formy świadczenia usług opieki zdrowotnej przy wykorzystaniu nowoczesnych technologii medycznych. W motywie 26 DPPTOZ są to usługi e-Zdrowia, a w art. 7 ust. 7 DPPTOZ – telemedycyna.

Nie można też zapominać, że z systematyki DPPTOZ jasno wynika, że art. 7 ust. 7 DPPTOZ należy odczytywać jako normę prawną stanowiącą swojego rodzaju odpowiednik oraz przedmiot uzasadnienia motywu 26 DPPTOZ. Pomędzy tymi postanowieniami DPPTOZ

---

<sup>399</sup> Patrz: Rozdział I. *Nowoczesne technologie w medycynie: 2. Systematyka zastosowania nowoczesnych technologii do użytku praktycznego w medycynie.*



istnieje silny oraz bezpośredni związek, w tym związek zakresu regulacji normatywnej. Wydaje się zatem, że ustawodawca unijny nie dokonał celowego uszczuplenia przedmiotu uzasadnianej przez siebie regulacji, gdyż taki właśnie byłby rezultat posłużenia się pojęciem telemedycyny w jej znaczeniu zaproponowanym w niniejszej dysertacji naukowej, co ma miejsce w art. 7 ust. 7 DPPTOZ, zamiast pojęciem usług e-Zdrowia, które to zawierają także inne formy świadczenia usług opieki zdrowotnej przy wykorzystaniu nowoczesnych technologii oddawanych do użytku praktycznego w medycynie. Dotyczy to nie tylko telemedycyny, ale także m-Zdrowia czy zdrowia sensorycznego.

Dokonana analiza prowadzi zatem do konkluzji, że ustawodawca unijny nie zawsze używa pojęć e-Zdrowia i telemedycyny w ich rzeczywistych ramach znaczeniowych, gdyż w zbadanym przykładzie z DPPTOZ posłużył się on tymi pojęciami w sposób synonimiczny. Przeprowadzony dowód nie oznacza jednak, że ustawodawca unijny nie posługuje się świadomie pojęciem telemedycyny czy e-Zdrowia w całym systemie normatywnym UE. Należy przecież pamiętać, że dowód ten został oparty na jednej przesłance rozumowania logicznego. Niemniej jednak potwierdza on, że w prawie UE występują przypadki posługiwania się tymi terminami w sposób synonimiczny. Niezależnie jednak od ostatecznego werdyktu faktem jest, że telemedycyna stanowi normatywnie określony desygnat przedmiotu prawa UE, w tym przedmiot transgranicznej opieki zdrowotnej nieposiadający jednak charakteru wyczerpującego ten przedmiot. Dzieje się tak dlatego, że nawet jeżeli telemedycyna jest używana jako synonim e-Zdrowia, to jej rzeczywisty zakres znaczeniowy zawiera się w tym pojęciu, gdyż ma ono szersze ramy przedmiotowe<sup>400</sup>. Z kolei jeżeli pojęcie telemedycyny stosuje się w celu faktycznego określenia usług telemedycznych, to jest to sytuacja pożądana z punktu widzenia właściwej legislacji, gdyż w takich warunkach prezentuje się w prawie rzeczywiste znaczenie telemedycyny.

## **5. Usługi telemedyczne w transgranicznej opiece zdrowotnej**

### **5.1. Usługi w telemedycynie**

W celu ustalenia propozycji definicji usługi telemedycznej konieczne jest w pierwszej kolejności odwołanie się do przedstawionej już wcześniej propozycji znaczeniowej usługi opieki zdrowotnej. W formie przypomnienia należy nadmienić, że zgodnie z nią za usługi

---

<sup>400</sup> Patrz: Rozdział I. *Nowoczesne technologie w medycynie: 2. Systematyka zastosowania nowoczesnych technologii do użytku praktycznego w medycynie* oraz 4. *Pojęcie telemedycyny*.

opieki zdrowotnej należy uważać świadczenia związane z faktyczną potrzebą medyczną rozumianą w szczególności przez pryzmat świadczeń klinicznych, szpitalnych czy farmakologicznych, uzupełniane o wszelkie niekliniczne czy też nieszpitalne bądź niefarmakologiczne świadczenia zdrowotne wpływające pozytywnie na generalny stan zdrowia, realizujące materialny i wykonawczy aspekt prawa do zdrowia oraz wykonywane zwykle za wynagrodzeniem w zakresie, w jakim nie są objęte postanowieniami o swobodnym przepływie towarów, kapitału i osób<sup>401</sup>. Nie mniej istotne jest też odwołanie się do już przedstawionej propozycji semantycznej telemedycyny. Zgodnie z nią telemedycyna powinna być utożsamiana ze świadczeniem usług medycznych przez lekarzy na odległość z wykorzystaniem technik teleobecności<sup>402</sup>. Wydaje się, że te dwie przesłanki są wystarczającym materiałem analitycznym dla stworzenia propozycji definicyjnej usługi telemedycznej. Dzieje się tak dlatego, że pojęcie usługi telemedycznej z jednej strony powinno być zbieżne oraz zgodne z pojęciem usługi opieki zdrowotnej, a z drugiej strony powinno

---

<sup>401</sup> Autorska propozycja między innymi na podstawie: T. Jasudowicz, *Prawo do zdrowia...*, s. 491–495; M. Piechota, *Równość a konstytucyjne prawo...*, s. 137–142; A. Zoll, *Problemy służby zdrowia...*, s. 8; M. Mikos, M. Urbaniak, *Prawo do bezpiecznej ochrony...*, s. 160, 166; A. Surówka, *Miejsce konstytucyjnego prawa...*, s. 98; K. Ryś, *Konstytucyjne prawo do ochrony...*, s. 119; A. Surówka, *Prawo do ochrony zdrowia...*, s. 395; M. Piechota, *Konstytucyjne prawo do ochrony...*, s. 93–104; M. Rex, *Human Rights and Civil...*, s. 391–403; H. Sass, *My Right to Care...*, s. 243–255; T. Halper, *Rights, Reforms, and the Health...*, s. 135–168; T. Marmor, *The Right to Health Care...*, s. 23–49; G. Agich, *Access to Health Care...*, s. 185–198; N. Daniels, *Equal Opportunity and Health...*, s. 201–212; H. Engelhardt, *Rights to Health Care: Created...*, s. 103–111; A. Buchanan, *Rights, Obligations, and the Special...*, s. 169–184; T. Beauchamp, *The Right to Health Care...*, s. 53–81; J. Merrill, *The Road to Health Care...*, s. 99–128; L. Mpedi, *Protecting the Health Care...*, s. 77–100; J. Tu, *Health Care Transformation...*, s. 59–84; S. Kirchner, *The Universal Human Right...*, s. 141–151; A. Holder, *Children and Adolescents...*, s. 161–172; T. Evans, *A Human Right to Health?...*, s. 197–215; S. Jamar, *The International Human Right...*, s. 17–35; V. Leary, *The Right to Health...*, s. 24–56; G. Moens, J. Trone, *Commercial Law...*, s. 100; M. Wiberg, *The EU Services...*, s. 20; J. van de Gronden, *Free Movement...*, s. 125; J. Montgomery, *Recognising a Right to Health...*, s. 184–203; N. Pestova, *The Right to Health...*, s. 341–372; R. Iguñiz, N. Palomino, M. Barboza, *The Right to Health...*, s. 313–337; A. McAuley, *The Challenges to Realising...*, s. 373–401; L. Walker, *The Right to Health...*, s. 165–192; D. Evans, *The Right to Health...*, s. 233–257; K. Heus, T. Sartawi, *The Realization of the Right...*, s. 193–229; T. Munesue, *The Right to Health...*, s. 121–132; S. Qiu, *Equality and the Right...*, s. 97–120; S. Rawaf, S. Hassounah, *Codification and Implementation...*, s. 135–163; C. Wu, *The Right to Health...*, s. 457–469; E. Oke, *Patent Rights, Access...*, s. 91–122; G. France, *The Italian Health Care...*, s. 335–352; E. Oke, *The Incorporation of a Right...*, s. 311–326.

<sup>402</sup> Propozycja autorska na podstawie: O. Adalakun, R. Garcia, *Technical Factors in Telemedicine Adoption in...*, s. 85; C. Otto, *The Telemedicine Project...*, s. 106; P. Cohendet, L. Valignon, H. Sylla, *Space Assets in the Emerging Telemedicine...*, s. 191; R. Klar, E. Pelikan, *Telemedicine in Germany...*, s. 1119; M. Zimpfer, *Telemedicine: Steps into the Future...*, s. 77; J. Linkous, *A Rapidly Evolving Definition of Telemedicine...*, s. 226; C. de Lucena, C. Mont'Alvão, F. Pierantoni, L. Frajhof, *Telemedicine and Design: Relationships...*, s. 129; O. Argy, M. Caputo, *Introduction to Telemedicine...*, s. 227; D. Shaw, *Overview of Telehealth...*, s. 13–18; S. Bhattacharyya, *A DIY Guide to Telemedicine...*, s. 6; S. Spradley, *Telemedicine: The Future of Medicine...*, s. 291; H. Reynolds, *The Tele-ICU: Formative or Out-of-Date or Both...*, s. 4; G. Dafoulas, G. Pierris, S. Martinez, L. Kvistgaard Jensen, K. Kidholm, *Adaptation of the Model for Assessment of Telemedicine...*, s. 340; N. Mohr, E. Hurst, A. MacKinney, E. Nash, B. Carr, B. Skow, *Telemedicine for Early Treatment...*, s. 255; M. Lynn, *Telemedicine to Manage Sudden...*, s. 107; S. Melton, S. Simmons, B. Smith, D. Hamilton, *Telemedicine...*, s. 253; S. Simmons, D. Hamilton, P. McDonald, *Telemedicine...*, s. 163; Komisja Europejska, *Market Study on Telemedicine...*, s. 25; M. Raskas, K. Gali, D. Schinasi, S. Vyas, *Telemedicine and Pediatric Urgent Care...*, s. 206.

oddawać specyfikę telemedycyny jako formy świadczenia usług opieki medycznej przy wykorzystaniu nowoczesnych technologii oddawanych do użytku praktycznego w medycynie. Oznacza to, że zasadniczym trzonem propozycji definicyjnej usługi telemedycznej będzie propozycja znaczeniowa usługi opieki zdrowotnej, która powinna w tym przypadku stanowić pierwowzór semantyczny. Niemniej jednak niewłaściwe jest proste czy mechaniczne połączenie jej z zaproponowanym znaczeniem telemedycyny. Pod uwagę należy wziąć fakt, że jej pojęcie ma węższy zakres znaczeniowy, w który nie wchodzi wszystkie usługi opieki zdrowotnej, w szczególności te o charakterze nieszpitalnym, nieklinicznym czy nefarmakologicznym. Stanowi to pokłosie rozróżnienia telezdrowia na telemedycynę oraz teleopiekę, gdzie za kluczowe kryterium przyjęto poziom zaawansowania świadczonych usług opieki zdrowotnej uzależniony od zaangażowania bądź nie lekarza<sup>403</sup>.

Biorąc pod uwagę powyższe spostrzeżenia, za uzasadnione wydaje się zaproponowanie, aby *de lege ferenda* pojęcie usługi telemedycznej było utożsamiane ze świadczeniem wykonywanym przez lekarza, związanym z faktyczną potrzebą medyczną, wpływającym pozytywnie na generalny stan zdrowia, realizującym materialny i wykonawczy aspekt prawa do zdrowia oraz wykonywanym na odległość z wykorzystaniem technik teleobecności zwykle za wynagrodzeniem w zakresie, w jakim nie jest ono objęte postanowieniami o swobodnym przepływie towarów, kapitału i osób<sup>404</sup>. W świetle całokształtu powyższych rozważań oraz

---

<sup>403</sup> Patrz: Rozdział I. *Nowoczesne technologie w medycynie: 4. Pojęcie telemedycyny: 4.2. Istota telemedycyny.*

<sup>404</sup> Propozycja autorska na podstawie: T. Jasudowicz, *Prawo do zdrowia...*, s. 491–495; A. Holder, *Children and Adolescents...*, s. 161–172; S. Jamar, *The International Human Right...*, s. 17–35; J. Tu, *Health Care Transformation...*, s. 59–84; S. Kirchner, *The Universal Human Right...*, s. 141–151; C. de Lucena, C. Mont'Alvão, F. Pierantoni, L. Frajhof, *Telemedicine and Design: Relationships...*, s. 129; A. Buchanan, *Rights, Obligations, and the Special...*, s. 169–184; T. Beauchamp, *The Right to Health Care...*, s. 53–81; J. Merrill, *The Road to Health Care...*, s. 99–128; D. Evans, *The Right to Health...*, s. 233–257; K. Heus, T. Sartawi, *The Realization of the Right...*, s. 193–229; S. Qiu, *Equality and the Right...*, s. 97–120; O. Argy, M. Caputo, *Introduction to Telemedicine...*, s. 227; D. Shaw, *Overview of Telehealth...*, s. 13–18; S. Spradley, *Telemedicine: The Future of Medicine...*, s. 291; M. Piechota, *Konstytucyjne prawo do ochrony...*, s. 93–104; M. Rex, *Human Rights and Civil...*, s. 391–403; H. Reynolds, *The Tele-ICU: Formative or Out-of-Date or Both...*, s. 4; G. Dafoulas, G. Pierris, S. Martinez, L. Kvistgaard Jensen, K. Kidholm, *Adaptation of the Model for Assessment of Telemedicine...*, s. 340; N. Mohr, E. Hurst, A. MacKinney, E. Nash, B. Carr, B. Skow, *Telemedicine for Early Treatment...*, s. 255; M. Lynn, *Telemedicine to Manage Sudden...*, s. 107; K. Ryś, *Konstytucyjne prawo do ochrony...*, s. 119; A. Surówka, *Prawo do ochrony zdrowia...*, s. 395; J. Montgomery, *Recognising a Right to Health...*, s. 184–203; N. Pestova, *The Right to Health...*, s. 341–372; P. Cohendet, L. Valignon, H. Sylla, *Space Assets in the Emerging Telemedicine...*, s. 191; R. Klar, E. Pelikan, *Telemedicine in Germany...*, s. 1119; V. Leary, *The Right to Health...*, s. 24–56; M. Wiberg, *The EU Services...*, s. 20; J. van de Gronden, *Free Movement...*, s. 125; A. McAuley, *The Challenges to Realising...*, s. 373–401; L. Walker, *The Right to Health...*, s. 165–192; N. Daniels, *Equal Opportunity and Health...*, s. 201–212; H. Engelhardt, *Rights to Health Care: Created...*, s. 103–111; S. Melton, S. Simmons, B. Smith, D. Hamilton, *Telemedicine...*, s. 253; M. Raskas, K. Gali, D. Schinasi, S. Vyas, *Telemedicine and Pediatric Urgent Care...*, s. 206; S. Rawaf, S. Hassounah, *Codification and Implementation...*, s. 135–163; C. Wu, *The Right to Health...*, s. 457–469; N. Mohr, E. Hurst, A. MacKinney, E. Nash, B. Carr, B. Skow, *Telemedicine for Early Treatment...*, s. 255; M. Lynn, *Telemedicine to Manage Sudden...*, s. 107; K. Ryś, *Konstytucyjne prawo do ochrony...*, s. 119; A. Surówka, *Prawo do ochrony zdrowia...*,

systematyki niniejszej dysertacji naukowej przedstawiona propozycja cechuje się konsekwencją logiczną, gdyż wynika ona z połączenia wcześniej już wypracowanych i zaprezentowanych wniosków analitycznych oraz bierze pod uwagę możliwość transgranicznej formy świadczenia usług opieki zdrowotnej. Fakt ten dodatkowo umacnia zasadność jej zawartości merytorycznej, która wpisując się w rzeczywisty zakres świadczonych usług opieki zdrowotnej z zastosowaniem rozwiązań telemedycyny, uwzględnia jej istotę, cele oraz aktualny poziom zaawansowania, gdzie kryteria takie jak czas i miejsce tracą na znaczeniu. Innymi słowy, wysuwany postulat dość precyzyjnie określa granice zakresu przedmiotowego usług telemedycznych, co stanowi walor nie tylko dogmatyczny, ale także praktyczny. Dodatkowo nie bez znaczenia jest także to, że komentowana propozycja znaczeniowa bierze pod uwagę zarówno specyfikę usług opieki zdrowotnej, jak i rozwiązań wykorzystujących nowoczesne technologie do użytku praktycznego w medycynie. W związku z powyższym *de lege ferenda* współczesny ustawodawca powinien rozważyć wprowadzenie do swojego systemu normatywnego definicji legalnej usług telemedycznych o treści tożsamej bądź możliwie najbardziej zbliżonej do przedstawionej propozycji<sup>405</sup>.

## 5.2. Usługi telemedyczne jako usługi rynku wewnętrznego UE

Domknięcie prowadzonej dywagacji naukowej dotyczącej transgranicznego świadczenia usług opieki zdrowotnej w UE wymaga zgłębienia jeszcze jednego zagadnienia. Należy się bowiem zastanowić, czy usługi telemedyczne rozumiane w zgodzie z zaprezentowaną powyżej definicją korzystają ze swobody przepływu usług w ramach rynku wewnętrznego UE. Podobnie jak miało to miejsce w przypadku poszukiwania właściwego znaczenia usług telemedycznych, odpowiedź na to pytanie wynika z ustalonych już przesłanek, które stanowią w tym zakresie desygnaty rozumowania logicznego. Mowa tutaj o zaprezentowanych już rozważaniach dotyczących możliwości kwalifikowania usług opieki zdrowotnej jako usług rynku wewnętrznego UE<sup>406</sup>.

---

s. 395; H. Sass, *My Right to Care...*, s. 243–255; T. Halper, *Rights, Reforms, and the Health...*, s. 135–168; T. Marmor, *The Right to Health Care...*, s. 23–49.

<sup>405</sup> Warto zwrócić uwagę na fakt, że w październiku 2018 roku Komisja Europejska wydała dokument po tytule Market study on telemedicine ([https://ec.europa.eu/health/sites/default/files/ehealth/docs/2018\\_provision\\_marketstudy\\_tele\\_medicine\\_en.pdf](https://ec.europa.eu/health/sites/default/files/ehealth/docs/2018_provision_marketstudy_tele_medicine_en.pdf) – dostęp: 25.06.2021 r.).

<sup>406</sup> Patrz: Rozdział III. *Transgraniczne świadczenie usług opieki zdrowotnej w Unii Europejskiej: 3. Swobodny przepływ usług opieki zdrowotnej: 3.2. Usługi opieki zdrowotnej usługami rynku wewnętrznego UE* wraz z przytoczonym tam orzecnictwem: Wyrok Trybunału Sprawiedliwości Unii Europejskiej z dnia 15 grudnia 1983 roku w sprawie C-5/83...; Wyrok Trybunału Sprawiedliwości Unii Europejskiej z dnia 31 stycznia 1984 roku w sprawach połączonych C-286/82 oraz C-26/83...; Wyrok Trybunału Sprawiedliwości Unii Europejskiej z dnia 3 października 1990 roku w sprawie C-61/89...; Wyrok Trybunału Sprawiedliwości Unii Europejskiej

Warto przypomnieć, że na podstawie tej analizy zaproponowano postulat *de lege ferenda*, zgodnie z którym każda usługa opieki zdrowotnej, niezależnie od dodatkowych warunków innych niż świadczenie jej zazwyczaj za wynagrodzeniem, powinna być traktowana jako usługa w rozumieniu art. 56 i 57 TFUE przy zachowaniu jak najpełniejszego uznawania kwalifikacji zawodowych oraz poszanowania praw pacjentów w transgranicznej opiece zdrowotnej<sup>407</sup>. Wydawałoby się zatem, że wystarczająca jest prosta konstatacja opierająca się na dwóch ustalonych dotychczas wnioskach. Pierwszy z nich podkreśla, że usługi telemedyczne w swoim znaczeniu nawiązują bezpośrednio do pojęcia usług opieki zdrowotnej, które stanowią dla nich pierwowzór semantyczny. Z kolei drugi akcentuje, że usługi opieki zdrowotnej wykonywane zwykle za wynagrodzeniem korzystają ze swobody przepływu usług w ramach rynku wewnętrznego UE. Korelacja tych dwóch wniosków prowadzi do wysunięcia kolejnego, zgodnie z którym skoro pojęcie usług opieki zdrowotnej, co do zasady korzystających ze swobody przepływu usług w UE, stanowi źródło dla usług telemedycznych, to one także mogą korzystać z tej swobody unijnej na zasadzie analogii. Wniosek ten wydaje się logicznie prawdziwy. W celu jego jednoznacznego potwierdzenia konieczne jest dodatkowe porównanie relacji między zakresem przedmiotowym usług opieki zdrowotnej oraz usług telemedycznych. W tym kontekście należy podkreślić, że zakres przedmiotowy usług telemedycznych zawiera się w zakresie przedmiotowym usług opieki zdrowotnej. Dzieje się tak dlatego, że usługi telemedyczne to w rzeczywistości usługi opieki medycznej świadczone przy wykorzystaniu nowoczesnych technologii oddawanych do użytku praktycznego w

---

z dnia 4 października 1991 roku w sprawie C-159/90...; Wyrok Trybunału Sprawiedliwości Unii Europejskiej z dnia 28 kwietnia 1998 roku w sprawie C-158/96...; Wyrok Trybunału Sprawiedliwości Unii Europejskiej z dnia 12 maja 1998 roku w sprawie C-85/96...; Wyrok Trybunału Sprawiedliwości Unii Europejskiej z dnia 16 lipca 1998 roku w sprawie C-93/97...; Wyrok Trybunału z dnia 12 lipca 2001 roku w sprawie C-157/99...; Wyrok Trybunału Sprawiedliwości Unii Europejskiej z dnia 13 maja 2003 roku w sprawie C-385/99...; Wyrok Trybunału Sprawiedliwości Unii Europejskiej z dnia 16 maja 2006 roku w sprawie C-372/04...; Wyrok Trybunału Sprawiedliwości Unii Europejskiej z dnia 5 października 2010 roku w sprawie C-173/09...; Wyrok Trybunału Sprawiedliwości Unii Europejskiej z dnia 5 października 2010 roku w sprawie C-512/08...; Wyrok Trybunału Sprawiedliwości Unii Europejskiej z dnia 27 października 2011 roku w sprawie C-255/09...; Wyrok Trybunału Sprawiedliwości Unii Europejskiej z dnia 12 września 2013 roku w sprawie C-475/11...; Wyrok Trybunału Sprawiedliwości Unii Europejskiej z dnia 9 września 2004 roku w sprawie C-81/03...; Opinia Rzecznika Generalnego Tesauro w sprawie C-120/95...

<sup>407</sup> Opinia Rzecznika Generalnego Tesauro w sprawie C-120/95...; Wyrok Trybunału Sprawiedliwości Unii Europejskiej z dnia 28 kwietnia 1998 roku w sprawie C-158/96...; H. Jarman, *Trade in Services and the Public's Health*..., s. 110–125; M. Flear, *Governing Public Health*..., s. 40; L. Nistor, *Public Services and the European Union*..., s. 33–35, 300; A. Exter, T. Hervey, *European Union Treaties*..., s. 26; S. Garben, *Title XIV Public Health*..., s. 1445–1456; W. Sauter, *The History and Scope of EU Health Law*..., s. 30; L. Bosek, *Kompetencje prawodawcze w sferze ochrony*..., s. 138–139; J. van de Gronden, *Free Movement of Services*..., s. 127; W. Gekiere, R. Baeten, W. Palm, *Free Movement of Services*..., s. 506–508; K. Fløistad, *The EEA Agreement*..., s. 47; Wyrok Trybunału Sprawiedliwości Unii Europejskiej z dnia 4 października 1991 roku w sprawie C-159/90...; Wyrok Trybunału Sprawiedliwości Unii Europejskiej z dnia 31 stycznia 1984 roku w sprawach połączonych C-286/82 oraz C-26/83...

medycynie pod postacią telemedycyny. Powyższy dyskurs prowadzi do założenia, że każda usługa telemedyczna jest jednocześnie usługą opieki zdrowotnej, ale już nie każda usługa opieki zdrowotnej jest usługą telemedyczną. Na podstawie tego założenia można dojść do potwierdzenia, że usługi telemedyczne korzystają z unijnej swobody przepływu usług na takich samych zasadach jak usługi opieki zdrowotnej. Dodatkowym argumentem przemawiającym za tym faktem jest art. 7 ust. 7 DPPTOZ, którego treść normatywna, jak to już zauważono, wskazuje na równoważność świadczenia usług opieki zdrowotnej w formie tradycyjnej oraz telemedycznej.

Wydaje się, że całość powyższego wywodu definitywnie przesądza o zasadności kwalifikowania usług telemedycznych świadczonych zwykle za wynagrodzeniem jako usług korzystających ze swobody przepływu usług w ramach rynku wewnętrznego UE, w szczególności w sytuacjach transgranicznych.

## 6. Podsumowanie

W ramach niniejszego rozdziału zaprezentowano oryginalne rozważania dotyczące transgranicznego świadczenia usług opieki zdrowotnej w UE. Celem było wskazanie na warunki, zasady oraz interpretacje prawa unijnego, które znajdują zastosowanie na kanwie tej problematyki. Bezpośrednim celem było także ustalenie, czy z prawnego punktu widzenia możliwa jest kwalifikacja usług telemedycznych jako usług w rozumieniu prawa UE.

Zmierzając do tego celu, w pierwszym podrozdziale zajęto się analizą dotyczącą rynku wewnętrznego w świetle swobodnego przepływu usług. W tym przedmiocie w pierwszej kolejności zwrócono uwagę w stronę charakterystyki rynku wewnętrznego *in genere*, gdzie przedstawiono ramy prawne swobody przepływu towarów, osób oraz kapitału. Poruszenie przedmiotowych zagadnień miało na celu przedstawienie ogólnej charakterystyki idei rynku wewnętrznego UE, swoistego fundamentu transgranicznego świadczenia usług opieki zdrowotnej w UE. Następnie zaprezentowano zarys swobody przepływu usług. Podkreślono przy tym, że stanowi ona traktatowe źródło dla analizy dotyczącej transgranicznego świadczenia usług opieki zdrowotnej w UE. Kolejnym elementem prowadzonej analizy było przybliżenie znaczenia unijnej definicji usługi, wraz z krótką próbą dokonania jej oceny. W ramach tych rozważań wyraźnie zaakcentowano, że redakcja przepisu zawierającego definicję legalną usługi w prawie unijnym jednoznacznie przesądza, że zawarte w TFUE wyliczenie przedmiotowe pojęcia usługi jest jedynie przykładowe oraz służy przyjęciu

właściwej linii interpretacyjnej. Zauważono, że uzasadnia to postawienie pytania badawczego o możliwość traktowania usług opieki zdrowotnej jako korzystających z unijnej swobody przepływu usług, mimo że nie zostały przewidziane w samym TFUE. Z kolei dywagacje dotyczące charakteru normatywnego norm traktatowych swobody przepływu usług stanowią ostatni element opisywanego podrozdziału. Co istotne, ustalono, że zarówno art. 56 TFUE, jak i 57 TFUE spełniają kryteria formalne dla przypisania bezpośredniego skutku, co jednak nie wyklucza wydania relewantnego prawa wtórnego.

Całokształt powyższej analizy doprowadził do wniosku, że w pełni uzasadnione jest podjęcie tematyki związanej z możliwością traktowania usług opieki zdrowotnej jako korzystających z unijnej swobody przepływu usług. W konsekwencji w ramach drugiego podrozdziału zaprezentowano zagadnienie swobodnego przepływu usług opieki zdrowotnej, w ramach którego w pierwszej kolejności pochyłono się nad pojęciem usług opieki zdrowotnej. Zauważono wtedy, że właściwe rozumienie tego pojęcia powinno być interpretowane na podstawie korelacji unijnej definicji usługi, terminu opieki zdrowotnej z celem usług opieki zdrowotnej. W tych okolicznościach zaproponowano, aby *de lege ferenda* usługi opieki zdrowotnej były pojmowane jako świadczenia związane z faktyczną potrzebą medyczną rozumianą w szczególności przez pryzmat świadczeń klinicznych, szpitalnych czy farmakologicznych, uzupełniane o wszelkie niekliniczne czy też nieszpitalne bądź niefarmakologiczne świadczenia zdrowotne wpływające pozytywnie na generalny stan zdrowia, realizujące materialny i wykonawczy aspekt prawa do zdrowia oraz wykonywane zwykle za wynagrodzeniem w zakresie, w jakim nie są objęte postanowieniami o swobodnym przepływie towarów, kapitału i osób. Bazując na tych ustaleniach oraz uwzględniając głosy zarówno literatury, jak i orzecznictwa, zbadano możliwość kwalifikowania usług opieki zdrowotnej jako usług rynku wewnętrznego UE. Integralnym uzupełnieniem tej kwestii było omówienie możliwości wprowadzania ograniczeń w swobodnym przepływie usług opieki zdrowotnej, w szczególności w świetle testu proporcjonalności TSUE. Przybliżona tam argumentacja doprowadziła do wniosku, że zasadą jest brak ograniczeń w swobodnym przepływie usług opieki zdrowotnej świadczonych w ramach UE w myśl art. 56 TFUE, a wyjątki muszą być uzasadnione i podlegają wnikliwej analizie.

Wniosek ten stanowił także źródło dla zaproponowania postulatu, zgodnie z którym *de lege ferenda* każda usługa opieki zdrowotnej niezależnie od dodatkowych warunków niż świadczenie jej zwykle za wynagrodzeniem powinna być traktowana jako usługa w rozumieniu art. 56 i 57 TFUE przy zachowaniu jak najpełniejszego uznawania kwalifikacji zawodowych oraz poszanowania praw pacjentów w transgranicznej opiece zdrowotnej. Dało to podstawę do

przedstawienia dalej idących spostrzeżeń, w szczególności dotyczących transgraniczności rozumianej w kategoriach rozwiązania o charakterze alternatywnym. Odnotowano wtedy, że w celu zachowania uprawnień wynikających z zasad rynku wewnętrznego UE w zakresie swobody przepływu usług opieki zdrowotnej ustawodawca unijny zdecydował się przyjąć DPPTOZ. Dokonana wtedy ocena tego faktu podkreśliła, że stanowi to przejaw wrażliwości na wolę polityczną Państw Członkowskich UE zdekodowaną przy przyjmowaniu Dyrektywy usługowej oraz wyraz realizacji prawa do zdrowia w sytuacjach transgranicznych występujących w UE. Co istotne, stwierdzono również, że fakt ten można poczytywać w kategoriach alternatywy umożliwiającej w większym zakresie urzeczywistnienie swobody przepływu usług opieki zdrowotnej.

Na tym stadium analizy tytułowego zagadnienia spostrzeżenie to uzasadniło zwrócenie szczególnej uwagi na prawa pacjentów w transgranicznej opiece zdrowotnej stanowiące klucz do właściwego zrozumienia oraz przedstawienia zasad i warunków przepływu transgranicznych usług opieki zdrowotnej w UE. W ramach tej problematyki w pierwszej kolejności dokonano pogłębionej analizy celu DPPTOZ, w obrębie której, aby rozszyfrować jego znaczenie, pochyłono się nad przesłankami ułatwiania dostępu do bezpiecznej transgranicznej opieki zdrowotnej o wysokiej jakości, zapewnienia mobilności pacjentów zgodnie z zasadami ustalonymi przez TSUE, promowania współpracy między Państwami Członkowskimi UE oraz nad przesłanką gwarantującą pełne poszanowanie kompetencji krajowych w zakresie organizacji i świadczenia opieki zdrowotnej.

Po powyższym zaprezentowano obowiązki Państw Członkowskich UE w kontekście praw pacjentów w transgranicznej opiece zdrowotnej. Jednym z ważniejszych spostrzeżeń tam dokonanych było stwierdzenie, że normy art. 4, 5 oraz 6 DPPTOZ podkreślają nieodzowną rolę Państw Członkowskich w skutecznym zagwarantowaniu transgranicznej opieki zdrowotnej w UE, co oznacza, że bez ich aktywnych działań oraz współpracy osiągnięcie celu DPPTOZ może okazać się albo niemożliwe, albo znacznie utrudnione. Podkreślono przy tym, że jasny jest fakt, że kluczową rolę w transgranicznej opiece zdrowotnej odgrywa prawo krajowe Państw Członkowskich, przyjmując pozycję głównego oraz pierwszego środka do realizacji postanowień DPPTOZ.

Następnie poddano pod rozagę ustalenie, czy telemedycyna stanowi przedmiot transgranicznej opieki zdrowotnej w UE. W tym celu przedstawiono postanowienia DPPTOZ, które bezpośrednio bądź pośrednio odnoszą się do telemedycyny, w tym zaprezentowano normę prawną stanowiącą podstawę do utworzenia oraz funkcjonowania unijnej sieci e-Zdrowie. Umożliwiło to dojście do wniosku, że ustawodawca unijny zdecydował się na



wyraźne wskazanie, że jedną z form świadczenia transgranicznej opieki zdrowotnej może być telemedycyna. Może to oznaczać, że w świetle prawa unijnego telemedyczny sposób świadczenia usług opieki zdrowotnej jest traktowany za równoważny z tradycyjnym pierwowzorem, w tym w zakresie zasad finansowania. Na zakończenie prowadzonego w tej tematyce dyskursu poddano ocenie fakt, czy ustawodawca unijny posługuje się pojęciami używanymi w kontekście zastosowania nowoczesnych technologii do użytku praktycznego w medycynie z rozwagą oraz świadomością ich rzeczywistego zakresu znaczeniowego.

Dotychczasowe deliberacje skłoniły do dokonania analizy ostatniego zagadnienia naukowego poruszanego w niniejszym rozdziale, a mianowicie do ustalenia możliwości kwalifikowania usług telemedycznych w transgranicznej opiece zdrowotnej jako usług w rozumieniu unijnej swobody przepływu usług. W ramach tych refleksji pochyłono się nad próbą stworzenia definicji usług telemedycznych, a następnie zajęto się bezpośrednio konstatacjami dotyczącymi usług telemedycznych jako usług rynku wewnętrznego UE. Głównym środkiem tej analizy było porównanie relacji między zakresem przedmiotowym usług opieki zdrowotnej oraz usług telemedycznych. Doprowadziło to do końcowego wniosku, że usługi telemedyczne korzystają z unijnej swobody przepływu usług na takich samych zasadach jak usługi opieki zdrowotnej.

Zgodnie z założeniami, jakie legły u podstaw koncepcji oraz struktury niniejszej dysertacji naukowej, całość dotychczasowego dyskursu naukowego zawartego zarówno w pierwszym, drugim, jak i trzecim rozdziale cechuje się podejściem teoretycznym z elementami analityki w dziedzinie nauk prawnych. Z jednej strony umożliwiło to dojście do twórczych wniosków, z drugiej zaś dało asumpt do zaproponowania szeregu rozwiązań w formie postulatów *de lege ferenda*. Rozważania te stanowią w tym momencie podstawę dalszych prac, które na tym etapie prowadzonego wywodu będą miały charakter problemowy. Mowa tutaj o określaniu konkretnych dylematów związanych z transgranicznym świadczeniem usług telemedycznych w UE, a wynikających z realizacji prawa do zdrowia. Już *prima facie* widać, że występują dwie przesłanki determinujące zdefiniowanie problematyki, która zostanie poddana dalszej analizie. Pierwszą z nich jest transgraniczne świadczenie usług telemedycznych w UE. Przesłanka ta ma charakter dynamiczny, co oznacza, że jej rola może się zmieniać i w zależności od kontekstu stanowić źródło problemu, jego rozwiązanie czy środek prowadzący do rozwiązania. Z kolei drugą przesłanką jest realizacja prawa do zdrowia. Ma ona charakter statyczny, gdyż co do zasady zawsze będzie stanowić standard docelowy, z którego braku przestrzegania bądź przestrzegania go w zbyt małym zakresie wynika problem. Jego rozwiązanie będzie zmierzało do przywrócenia bądź dążenia do pierwotnego wzorca.

W związku z powyższym zakres przedmiotowy potencjalnych trudności związanych z transgranicznym świadczeniem usług telemedycznych w UE, a wynikających z realizacji prawa do zdrowia, jest niezwykle szeroki. Z tego powodu i przy uwzględnieniu ram objętościowych niniejszej rozprawy konieczne jest zwrócenie uwagi na wybrane oraz realne dylematy, co do których możliwe jest zgłoszenie racjonalnych oraz konkretnych propozycji rozwiązań. Za uzasadnione należy uznać wybranie dwóch różniących się zagadnień wpisujących się w tak zarysowany schemat. Pierwszym z nich jest realizacja prawa do zdrowia oraz funkcjonowanie transgranicznej opieki zdrowotnej podczas epidemii COVID-19 w kontekście możliwości transgranicznego świadczenia usług telemedycznych w UE. Drugie zagadnienie obejmuje wpływ cyberprzestępczości telemedycznej na realizację prawa do zdrowia z perspektywy transgranicznego świadczenia usług telemedycznych w UE. Zaproponowane kwestie dotyczą konkretnych, aktualnych oraz doniosłych problemów, które jednocześnie związane są z transgranicznym świadczeniem usług telemedycznych w UE i wynikają z realizacji prawa do zdrowia. Fakt ten uzasadnia wybranie ich jako przedmiotu dalszej analizy.

# **Rozdział IV Problemy realizacji prawa do zdrowia oraz funkcjonowania transgranicznej opieki zdrowotnej w UE podczas epidemii COVID-19**

## **1. Wstęp**

Rozdział ma na celu przedstawienie problemów realizacji prawa do zdrowia oraz funkcjonowania transgranicznej opieki zdrowotnej podczas epidemii COVID-19 w kontekście możliwości transgranicznego świadczenia usług telemedycznych w UE wraz z propozycją ich rozwiązania. W tym celu w pierwszej kolejności dokonana zostanie ogólna charakterystyka epidemii, na którą składać się będą najważniejsze wydarzenia z nią związane, jej dane statystyczne oraz analiza zjawiska szczepień przeciwko chorobie COVID-19. Po powyższym przybliżeniu aktualnego stanu faktycznego związanego z epidemią nastąpi zwrócenie uwagi na jej wpływ na system prawny, w tym na zagadnienie prawa jako instrumentu walki z szerzącym się wirusem choroby COVID-19. W ramach tych rozważań zaprezentowane zostaną również środki prawne przeciwko epidemii w wybranych Państwach Członkowskich UE oraz rzeczywista możliwość wykonywania uprawnień jednostek w realiach uwarunkowanych nową chorobą. Dotychczasowe ustalenia pozwolą na zdefiniowanie problemów stanowiących zasadniczy punkt odniesienia niniejszego rozdziału. Zostanie bowiem przedstawiony problem realizacji prawa do zdrowia podczas epidemii COVID-19 oraz problem funkcjonowania transgranicznej opieki zdrowotnej w tych samych warunkach. Podkreślenia wymaga, że analiza ta da podstawę do wyinterpretowania oraz nazwania sedna przedmiotowych dylematów. W ten sposób ustalone zostaną pożądane cechy, które powinny charakteryzować przedmiot rozwiązań zdefiniowanych problemów. Dodatkowym wsparciem w tym zakresie będą także wnioski wynikające z analizy działań niwelujących negatywny wpływ epidemii COVID-19 na funkcjonowanie transgranicznej opieki zdrowotnej w UE.

Całość powyższych rozważań doprowadzi do przedstawienia propozycji rozwiązania problemu prawa do zdrowia podczas stanu epidemii oraz problemu transgranicznej opieki zdrowotnej w UE w tym okresie. Rozdział zakończy się podsumowaniem zawierających autorskie spostrzeżenia dotyczące dyskutowanej materii oraz postulaty *de lege ferenda* dla ustawodawcy.

## 2. Ogólna charakterystyka epidemii COVID-19

### 2.1. Najważniejsze wydarzenia związane z epidemią COVID-19<sup>408</sup>

Pierwszy przypadek zakażenia nowym typem koronawirusa miał miejsce pod koniec 2019 roku w Chinach, a dokładniej w mieście Wuhan znajdującym się w prowincji Hubei<sup>409</sup>. Tempo rozprzestrzeniania się odkrytego tam wirusa SARS-CoV-2 było na tyle szybkie oraz szerokie, że już dnia 30 stycznia 2020 roku Światowa Organizacja Zdrowia (dalej: WHO) stwierdziła, że stanowi on zagrożenie zdrowia publicznego o zasięgu międzynarodowym<sup>410</sup>. Z kolei 1 marca 2020 roku Dyrektor Generalny WHO oficjalnie ogłosił globalną pandemię<sup>411</sup>. Pierwszy przypadek zakażenia w Europie miał miejsce 24 stycznia 2020 roku we Francji<sup>412</sup>. W tym samym państwie 15 lutego odnotowano pierwszą śmierć spowodowaną chorobą COVID-19<sup>413</sup>. Zgodnie z oficjalnymi danymi WHO na 6 lipca 2021 roku globalnie wystąpiło 183 608 682 potwierdzonych przypadków zakażenia, w tym w ciągu ostatnich 24 godzin przybyło 370 959 nowych przypadków<sup>414</sup>. Na ten sam dzień globalnie zatwierdzono 3 978 675 przypadków śmierci spowodowanej chorobą COVID-19, w tym w ciągu ostatnich 24 godzin odnotowano 6935 nowych przypadków<sup>415</sup>. Przedstawiony powyżej skrótowo bieg wydarzeń zdeterminował skupienie międzynarodowej uwagi na walce z wirusem SARS-CoV-2 wywołującym chorobę COVID-19. Przykładowo można wskazać na intensywną aktywność WHO, w ramach której wypada odnotować wybrane działania nakierunkowane na zwalczanie stanu epidemii. Koncentrując się na najnowszych danych, WHO 30 marca 2021 roku opublikowała raport z wizyty międzynarodowego

---

<sup>408</sup> Z uwagi na dynamiczny charakter epidemii Covid-19 konieczne było określenie daty granicznej wyznaczającej aktualność danych zawartych w niniejszym podrozdziale. Przyjęto za nią 6 lipca 2021 roku.

<sup>409</sup> T. Akkoc, *COVID-19 and Mesenchymal Stem Cell Treatment; Mystery or Not*, [w:] *Cell Biology and Translational Medicine*, red. K. Turksen, Cham 2020, s. 169; S. Li, N. Ito, „Nothing Can Stop Me!” *Perceived Risk and Travel Intention Amid the COVID-19 Pandemic: A Comparative Study of Wuhan and Sapporo*, [w:] *Information and Communication Technologies in Tourism 2021*, red. W. Wörndl, C. Koo, J. Stienmetz, Cham 2021, s. 490–491.

<sup>410</sup> Statement on the second meeting of the International Health Regulations (2005) Emergency Committee regarding the outbreak of novel coronavirus (2019-nCoV) ([https://www.who.int/news/item/30-01-2020-statement-on-the-second-meeting-of-the-international-health-regulations-\(2005\)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-novel-coronavirus-\(2019-ncov\)](https://www.who.int/news/item/30-01-2020-statement-on-the-second-meeting-of-the-international-health-regulations-(2005)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-novel-coronavirus-(2019-ncov))) – dostęp: 7.07.2021 r.).

<sup>411</sup> M. Bonotti, S. Zech, *Recovering Civility during COVID-19*, Singapore 2021, s. 1.

<sup>412</sup> Trois cas d'infection par le coronavirus (2019-nCoV) en France (<https://solidarites-sante.gouv.fr/actualites/presse/communiqués-de-presse/article/trois-cas-d-infection-par-le-coronavirus-2019-ncov-en-france-429100>) – dostęp: 7.07.2021 r.), gdzie można przeczytać, że „La ministre des Solidarités et de la Santé a annoncé ce vendredi 24 janvier deux premiers cas d'infection par le nouveau coronavirus 2019-nCoV” (tłumaczenie własne: „Minister Spraw Społecznych i Zdrowia ogłosił w piątek 24 stycznia dwa pierwsze przypadki zakażenia nowym koronawirusem 2019-nCoV”).

<sup>413</sup> S. Fong, N. Dey, J. Chaki, *Artificial Intelligence for Coronavirus Outbreak*, Singapore 2021, s. 10.

<sup>414</sup> WHO Coronavirus (COVID-19) Dashboard: Situation by Region, Country, Territory & Area (<https://covid19.who.int/table>) – dostęp 7.07.2021 r.).

<sup>415</sup> Ibidem.

zespołu badającego genozę SARS-CoV-2 w Wuhan<sup>416</sup>, z kolei 17 marca 2021 wydała tymczasowe zalecenia dotyczące stosowania szczepionki firmy Johnson & Johnson/Janssen Pharmaceuticals<sup>417</sup>, a 24 lutego 2021 roku opublikowała dokument pt. The COVID-19 Strategic Preparedness and Response Plan (SPRP) for 2021<sup>418</sup>.

Z perspektywy kontynentu europejskiego nie mniej ważne są także działania podejmowane przez UE. W tym zakresie można wskazać na inicjatywy związane z funkcjonowaniem unijnego cyfrowego zaświadczenia COVID-19<sup>419</sup> czy wprowadzeniem nowej procedury ułatwiającej i przyspieszającej zatwierdzanie szczepionek dostosowanych do nowych wariantów COVID-19<sup>420</sup>.

## 2.2. Dane statystyczne epidemii COVID-19<sup>421</sup>

Szczyt globalnych dziennych zakażeń miał miejsce podczas tzw. pierwszej fali COVID-19 oraz tzw. drugiej fali COVID-19. W pierwszym przypadku największe dzienne przyrosty zachorowań stwierdzono 9 stycznia 2021 roku, kiedy to odnotowano 810 178 nowych przypadków zakażenia, oraz 10 stycznia 2021 roku, gdy potwierdzono 807 042 nowych przypadków zakażenia<sup>422</sup>. Z kolei podczas tzw. drugiej fali COVID-19 największe dzienne przyrosty zachorowań stwierdzono 23 kwietnia 2021 roku – 895 018 nowych przypadków zakażenia, następnie 22 kwietnia 2021 roku – 884 113 nowych przypadków zakażenia, 29 kwietnia 2021 – 875 969 nowych przypadków zakażenia, i 30 kwietnia 2021 roku – 870 756 nowych przypadków zakażenia<sup>423</sup>.

W Europie statystyki wyglądały nieznacznie inaczej. Podczas tzw. pierwszej fali COVID-19 największy dzienny przyrost zachorowań stwierdzono 7 stycznia 2021 roku, kiedy odnotowano 326 546 nowych przypadków zakażenia, a w ramach tzw. drugiej fali COVID-19

---

<sup>416</sup> WHO-convened global study of origins of SARS-CoV-2: China Part (<https://www.who.int/publications/i/item/who-convened-global-study-of-origins-of-sars-cov-2-china-part> – dostęp: 9.07.2021 r.).

<sup>417</sup> Interim recommendations for the use of the Janssen Ad26.COVS.2.S (COVID-19) vaccine: interim guidance, 17 March 2021 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/340203> – dostęp: 9.07.2021 r.).

<sup>418</sup> COVID-19 Strategic Preparedness and Response Plan (SPRP 2021) (<https://www.who.int/publications/i/item/WHO-WHE-2021.02> – dostęp: 9.07.2021 r.).

<sup>419</sup> EU Digital COVID Certificate ([https://ec.europa.eu/info/live-work-travel-eu/coronavirus-response/safe-covid-19-vaccines-europeans/eu-digital-covid-certificate\\_en#documents](https://ec.europa.eu/info/live-work-travel-eu/coronavirus-response/safe-covid-19-vaccines-europeans/eu-digital-covid-certificate_en#documents) – dostęp: 9.07.2021 r.). Wypada podkreślić, że nie tylko wszystkie Państwa Członkowskie UE korzystają z tego rozwiązania, ale także Islandia, Liechtenstein, Norwegia, Szwajcaria. W fazie przygotowań są zaś San Marino oraz Watykan.

<sup>420</sup> Coronavirus: new procedure to facilitate and speed up approval of adapted vaccines against COVID-19 variants ([https://ec.europa.eu/commission/presscorner/detail/en/ip\\_21\\_1088](https://ec.europa.eu/commission/presscorner/detail/en/ip_21_1088) – dostęp: 9.07.2021 r.).

<sup>421</sup> Z uwagi na dynamiczny charakter epidemii Covid-19 konieczne było określenie daty granicznej wyznaczającej aktualność danych zawartych w niniejszym podrozdziale. Przyjęto za nią 6 lipca 2021 roku.

<sup>422</sup> WHO Coronavirus (COVID-19) Dashboard: Global Situation: Daily (<https://covid19.who.int> – dostęp: 7.07.2021 r.).

<sup>423</sup> Ibidem.

1 kwietnia 2021 roku, gdy potwierdzono 288 657 nowych przypadków zakażenia<sup>424</sup>. Najwięcej przypadków zakażenia stwierdzono we Francji, Rosji, Turcji, Wielkiej Brytanii, Włoszech oraz Hiszpanii. We Francji do 6 lipca 2021 roku potwierdzono 5 675 702 przypadków zakażenia się wirusem SARS-CoV-2, w tym 1 listopada 2020 roku odnotowano największy przyrost dzienny sięgający 69 989 nowych przypadków, oraz 110 262 zgonów spowodowanych chorobą COVID-19<sup>425</sup>. W Rosji do 6 lipca 2021 roku potwierdzono 5 658 672 przypadków zakażenia się wirusem SARS-CoV-2, w tym 24 grudnia 2020 roku podano największy przyrost dzienny sięgający 29 935 nowych przypadków, oraz 139 316 zgonów spowodowanych chorobą COVID-19<sup>426</sup>. W Turcji do 6 lipca 2021 roku potwierdzono 5 449 464 przypadków zakażenia się wirusem SARS-CoV-2, w tym dnia 17 kwietnia 2021 roku odnotowano największy przyrost dzienny sięgający 63 082 nowych przypadków, oraz 49 959 zgonów spowodowanych chorobą COVID-19<sup>427</sup>. W Wielkiej Brytanii do 6 lipca 2021 roku potwierdzono 4 930 538 przypadków zakażenia się wirusem SARS-CoV-2, w tym 31 grudnia 2020 roku odnotowano największy przyrost dzienny sięgający 81 519 nowych przypadków, oraz 128 231 zgonów spowodowanych chorobą COVID-19<sup>428</sup>. We Włoszech do 6 lipca 2021 roku potwierdzono 4 263 797 przypadków zakażenia się wirusem SARS-CoV-2, w tym 14 listopada 2020 roku podano największy przyrost dzienny sięgający 40 902 nowych przypadków, oraz 127 680 zgonów spowodowanych chorobą COVID-19<sup>429</sup>. Z kolei w Hiszpanii do 6 lipca 2021 roku potwierdzono 3 866 475 przypadków zakażenia się wirusem SARS-CoV-2, w tym 17 stycznia 2021 roku odnotowano największy przyrost dzienny sięgający 42 772 nowych przypadków, oraz 80 934 zgonów spowodowanych chorobą COVID-19<sup>430</sup>. W związku z powyższym międzynarodowym priorytetem stało się wynalezienie szczepionki bądź leku przeciwko wirusowi SARS-CoV-2, a przynajmniej przeciwko chorobie COVID-19 wywoływanej tym wirusem<sup>431</sup>.

---

<sup>424</sup> WHO Coronavirus (COVID-19) Dashboard: Situation by WHO Region: Daily (<https://covid19.who.int> –dostęp: 7.07.2021 r.)

<sup>425</sup> WHO Coronavirus (COVID-19) Dashboard: Global: France (<https://covid19.who.int/region/euro/country/fr> –dostęp: 7.07.2021 r.).

<sup>426</sup> WHO Coronavirus (COVID-19) Dashboard: Global: Russian Federation (<https://covid19.who.int/region/euro/country/ru> –dostęp: 7.07.2021 r.).

<sup>427</sup> WHO Coronavirus (COVID-19) Dashboard: Global: Turkey (<https://covid19.who.int/region/euro/country/tr> –dostęp: 7.07.2021 r.).

<sup>428</sup> WHO Coronavirus (COVID-19) Dashboard: Global: The United Kingdom (<https://covid19.who.int/region/euro/country/gb> –dostęp: 7.07.2021 r.).

<sup>429</sup> WHO Coronavirus (COVID-19) Dashboard: Global: Italy (<https://covid19.who.int/region/euro/country/it> –dostęp: 7.07.2021 r.).

<sup>430</sup> WHO Coronavirus (COVID-19) Dashboard: Global: Spain (<https://covid19.who.int/region/euro/country/es> –dostęp: 7.07.2021 r.).

<sup>431</sup> Już na dzień 10 grudnia 2020 roku na świecie było 214 testowanych szczepionek, w tym 52 w fazie badań klinicznych oraz 162 w fazie badań przedklinicznych (zob. DRAFT landscape of COVID-19 candidate

## 2.3. Szczepienia przeciwko COVID-19<sup>432</sup>

Wydaje się, że punktem zwrotnym w walce z epidemią było odkrycie, przetestowanie oraz następnie wprowadzenie do obiegu pierwszych szczepionek przeciwko wirusowi SARS-CoV-2, w tym przeciwko COVID-19. W UE do 8 lipca 2021 roku dopuszczono do obiegu cztery różne szczepionki<sup>433</sup>. Są to dwie szczepionki typu mRNA<sup>434</sup> firmy BioNTech/Pfizer<sup>435</sup> oraz Moderna<sup>436</sup>

---

vaccines – 10 December 2020 ([https://www.who.int/docs/default-source/a-future-for-children/novel-coronavirus-landscape\\_covid-19.pdf?sfvrsn=4d8bd201\\_1](https://www.who.int/docs/default-source/a-future-for-children/novel-coronavirus-landscape_covid-19.pdf?sfvrsn=4d8bd201_1) – dostęp: 8.07.2021 r.).

<sup>432</sup> Z uwagi na dynamiczny charakter epidemii Covid-19 konieczne było określenie daty granicznej wyznaczającej aktualność danych zawartych w niniejszym podrozdziale. Przyjęto za nią 8 lipca 2021 roku.

<sup>433</sup> Safe COVID-19 vaccines for Europeans ([https://ec.europa.eu/info/live-work-travel-eu/coronavirus-response/safe-covid-19-vaccines-europeans\\_en](https://ec.europa.eu/info/live-work-travel-eu/coronavirus-response/safe-covid-19-vaccines-europeans_en) – dostęp: 8.07.2021 r.).

<sup>434</sup> Zgodnie z informacjami zawartymi na oficjalnej stronie internetowej Komisji Europejskiej szczepionki oparte na technologii mRNA „zawierają część «instrukcji» wirusa, który wywołuje COVID-19. Dzięki temu komórki organizmu człowieka mogą wytwarzać białko, które jest charakterystyczne dla wirusa. System odpornościowy zaszczepionej osoby uznaje, że to specyficzne białko nie powinno znajdować się w organizmie, i reaguje, wytwarzając naturalną ochronę przed COVID-19” ([https://ec.europa.eu/info/live-work-travel-eu/coronavirus-response/safe-covid-19-vaccines-europeans/how-do-vaccines-work\\_pl](https://ec.europa.eu/info/live-work-travel-eu/coronavirus-response/safe-covid-19-vaccines-europeans/how-do-vaccines-work_pl) – dostęp: 8.07.2021 r.).

<sup>435</sup> W dniu 21 grudnia 2020 roku Europejska Agencja Leków zarekomendowała dopuszczenie tej szczepionki do obrotu w UE (EMA recommends first COVID-19 vaccine for authorisation in the EU (<https://www.ema.europa.eu/en/news/ema-recommends-first-covid-19-vaccine-authorisation-eu> – dostęp: 8.07.2021). Zob. także: Comirnaty (<https://www.ema.europa.eu/en/medicines/human/EPAR/comirnaty> – dostęp: 8.07.2021 r.), plan badań EMEA-002861-PIP02-20-M01 (<https://www.ema.europa.eu/en/medicines/human/paediatric-investigation-plans/emea-002861-pip02-20-m01#decision-section> – dostęp: 8.07.2021 r.). Szczepionka firmy BioNTech/Pfizer otrzymała warunkowe pozwolenie na dopuszczenie do obrotu na terytorium UE. Oznacza to, że zatwierdzenie jej stosowania zostało oparte na podstawie mniej wyczerpujących danych, niż zwykle jest to wymagane. Wydanie tego rodzaju pozwolenia jest uzasadniane pilną koniecznością zaspokojenia potrzeb medycznych pacjentów. Z kolei warunkiem jej wydania w uproszczeniu z jednej strony jest udostępnienie danych wykazujących, że korzyści płynące z jej stosowania przewyższają związane z tym ryzyko, z drugiej zaś zobowiązanie się wnioskodawcy przedmiotowego pozwolenia do dostarczenia w przyszłości wyczerpujących danych klinicznych (Conditional marketing authorisation) (<https://www.ema.europa.eu/en/glossary/conditional-marketing-authorisation> – dostęp: 8.07.2021 r.). Podstawę prawną do wydania warunkowego pozwolenia stanowi art. 14 ust. 7 Rozporządzenia w sprawie produktów leczniczych. Zob. sprawozdanie z oceny Komitetu ds. Produktów Leczniczych Stosowanych u Ludzi Europejskiej Agencji Leków: Assessment Report Comirnaty, 19 February 2021, EMA/707383/2020 Corr.1\*1, Committee for Medicinal Products for Human Use (CHMP), Procedure No. EMEA/H/C/005735/0000.

<sup>436</sup> W dniu 6 stycznia 2021 roku Europejska Agencja Leków zarekomendowała dopuszczenie tej szczepionki do obrotu w UE (EMA recommends COVID-19 Vaccine Moderna for authorisation in the EU) (<https://www.ema.europa.eu/en/news/ema-recommends-covid-19-vaccine-moderna-authorisation-eu> – dostęp: 8.07.2021). Zob. także: Spikevax (previously COVID-19 Vaccine Moderna) (<https://www.ema.europa.eu/en/medicines/human/EPAR/spikevax-previously-covid-19-vaccine-moderna> – dostęp: 8.07.2021 r.), plan badań EMEA-002893-PIP01-20 (<https://www.ema.europa.eu/en/medicines/human/paediatric-investigation-plans/emea-002893-pip01-20> – dostęp: 8.07.2021 r.). Szczepionka firmy Moderna otrzymała warunkowe pozwolenie na dopuszczenie do obrotu na terytorium UE. Zob. sprawozdanie z oceny Komitetu ds. Produktów Leczniczych Stosowanych u Ludzi Europejskiej Agencji Leków: Assessment report COVID-19 Vaccine Moderna, 11 March 2021, EMA/15689/2021 Corr.1\*1, Committee for Medicinal Products for Human Use (CHMP), Procedure No. EMEA/H/C/005791/0000.

i dwie szczepionki adenowirusowe<sup>437</sup> firmy Johnson & Johnson/Janssen Pharmaceuticals<sup>438</sup> oraz AstraZeneca<sup>439</sup>. Z kolei przykładowo w Stanach Zjednoczonych Ameryki (dalej: USA) do 8 lipca 2021 roku dopuszczono do obiegu trzy szczepionki firm BioNTech/Pfizer, Moderna oraz Johnson & Johnson/Janssen Pharmaceuticals<sup>440</sup>. Zgodnie z oficjalnymi danymi WHO do 7 lipca 2021 roku w ujęciu globalnym 1 229 404 475 osób zostało zaszczepionych przynajmniej jedną dawką szczepionki. W Europie najlepszą sytuację pod tym względem można odnotować w Niemczech, Wielkiej Brytanii, Turcji, Włoszech, Francji oraz Hiszpanii. W Niemczech do 8 lipca 2021 roku 44 617 425 osób zostało zaszczepionych przynajmniej jedną dawką szczepionki, co stanowi 53,65% populacji tego kraju<sup>441</sup>. W Wielkiej Brytanii do 8 lipca 2021 roku 44 454 511 osób zostało zaszczepionych przynajmniej jedną dawką szczepionki, co stanowi 65,48% populacji tego kraju<sup>442</sup>. W Turcji do 8 lipca 2021 roku 32 857 375 osób zostało zaszczepionych przynajmniej jedną dawką szczepionki, co stanowi 38,96% populacji tego kraju<sup>443</sup>. We Włoszech do 8 lipca 2021 roku

---

<sup>437</sup> Zgodnie z informacjami zawartymi na oficjalnej stronie internetowej Komisji Europejskiej szczepionki oparte na wektorze wirusowym „wykorzystują inny, nieszkodliwy wirus do dostarczenia «instrukcji» pochodzących od wirusa wywołującego COVID-19. Dzięki temu komórki organizmu człowieka mogą wytwarzać białko, które jest charakterystyczne dla wirusa wywołującego COVID-19. System odpornościowy zaszczepionej osoby uznaje, że to specyficzne białko nie powinno znajdować się w organizmie, i reaguje, wytwarzając naturalną ochronę przed COVID-19” ([https://ec.europa.eu/info/live-work-travel-eu/coronavirus-response/safe-covid-19-vaccines-europeans/how-do-vaccines-work\\_pl](https://ec.europa.eu/info/live-work-travel-eu/coronavirus-response/safe-covid-19-vaccines-europeans/how-do-vaccines-work_pl) – dostęp: 8.07.2021 r.).

<sup>438</sup> W dniu 11 marca 2021 roku Europejska Agencja Leków zarekomendowała dopuszczenie tej szczepionki do obrotu w UE (EMA recommends COVID-19 Vaccine Janssen for authorisation in the EU (<https://www.ema.europa.eu/en/news/ema-recommends-covid-19-vaccine-janssen-authorisation-eu> – dostęp: 8.07.2021 r.). Zob. także: COVID-19 Vaccine Janssen (<https://www.ema.europa.eu/en/medicines/human/EPAR/covid-19-vaccine-janssen> – dostęp: 8.07.2021 r.), plan badań EMEA-002880-PIP01-20 (<https://www.ema.europa.eu/en/medicines/human/paediatric-investigation-plans/emea-002880-pip01-20> – dostęp: 8.07.2021 r.). Szczepionka firmy Johnson & Johnson/Janssen Pharmaceuticals otrzymała warunkowe pozwolenie na dopuszczenie do obrotu na terytorium UE. Zob. sprawozdanie z oceny Komitetu ds. Produktów Leczniczych Stosowanych u Ludzi Europejskiej Agencji Leków: Assessment report COVID-19 Vaccine Janssen, 11 March 2021, EMA/158424/2021, Committee for Medicinal Products for Human Use (CHMP), Procedure No. EMEA/H/C/005737/0000.

<sup>439</sup> W dniu 29 stycznia 2021 roku Europejska Agencja Leków zarekomendowała dopuszczenie tej szczepionki do obrotu w UE (EMA recommends COVID-19 Vaccine AstraZeneca for authorisation in the EU) (<https://www.ema.europa.eu/en/news/ema-recommends-covid-19-vaccine-astrazeneca-authorisation-eu> – dostęp: 8.07.2021 r.). Zob. także: Vaxzevria (previously COVID-19 Vaccine AstraZeneca) (<https://www.ema.europa.eu/en/medicines/human/EPAR/vaxzevria-previously-covid-19-vaccine-astrazeneca/#assessment-history-section> – dostęp: 8.07.2021 r.), plan badań EMEA-002862-PIP01-20 (<https://www.ema.europa.eu/en/medicines/human/paediatric-investigation-plans/emea-002862-pip01-20> – dostęp: 8.07.2021 r.). Szczepionka firmy AstraZeneca otrzymała warunkowe pozwolenie na dopuszczenie do obrotu na terytorium UE. Zob. sprawozdanie z oceny Komitetu ds. Produktów Leczniczych Stosowanych u Ludzi Europejskiej Agencji Leków: Assessment report COVID-19 Vaccine AstraZeneca, 29 January 2021, EMA/94907/2021, Committee for Medicinal Products for Human Use (CHMP), Procedure No. EMEA/H/C/005675/0000.

<sup>440</sup> Zob. strona internetowa Centrum ds. Zapobiegania i Kontroli Chorobom USA (<https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/vaccines/different-vaccines.html> – dostęp: 8.07.2021 r.).

<sup>441</sup> WHO Coronavirus (COVID-19) Dashboard: Global: Germany (<https://covid19.who.int/region/euro/country/de> – dostęp: 8.07.2021 r.).

<sup>442</sup> WHO Coronavirus (COVID-19) Dashboard: Global: The United Kingdom (<https://covid19.who.int/region/euro/country/gb> – dostęp: 8.07.2021 r.).

<sup>443</sup> WHO Coronavirus (COVID-19) Dashboard: Global: Turkey (<https://covid19.who.int/region/euro/country/tr> – dostęp: 8.07.2021 r.).



33 114 877 osób zostało zaszczepionych przynajmniej jedną dawką szczepionki, co stanowi 55,52% populacji tego kraju<sup>444</sup>. We Francji do 8 lipca 2021 roku 33 549 424 osób zostało zaszczepionych przynajmniej jedną dawką szczepionki, co stanowi 49,84% populacji tego kraju<sup>445</sup>. W Hiszpanii do 8 lipca 2021 roku 24 794 318 osób zostało zaszczepionych przynajmniej jedną dawką szczepionki, co stanowi 52,38% populacji tego kraju<sup>446</sup>. Należy zauważyć, że sytuacja w Polsce jest porównywalna do powyższych danych. Dzieje się tak dlatego, że choć do 8 lipca 2021 roku 16 737 666 osób zostało zaszczepionych przynajmniej jedną dawką szczepionki, to liczba ta stanowi 44,09% populacji kraju<sup>447</sup>.

Opisane dotychczas wydarzenia diametralnie przewartościowały oraz zdeterminowały działania współczesnych państw, organizacji międzynarodowych czy jednostek. Na chwilę obecną niezwykle trudna jest ocena kierunku rozwoju epidemii wywołanej wirusem SARS-CoV-2, pomimo podejmowania licznych działań zaradczych oraz wydania znacznej liczby publikacji naukowych na ten temat<sup>448</sup>.

---

<sup>444</sup> WHO Coronavirus (COVID-19) Dashboard: Global: Italy (<https://covid19.who.int/region/euro/country/it>) – dostęp: 8.07.2021 r.).

<sup>445</sup> WHO Coronavirus (COVID-19) Dashboard: Global: France (<https://covid19.who.int/region/euro/country/fr>) – dostęp: 8.07.2021 r.).

<sup>446</sup> WHO Coronavirus (COVID-19) Dashboard: Global: Spain (<https://covid19.who.int/region/euro/country/es>) – dostęp: 8.07.2021 r.).

<sup>447</sup> WHO Coronavirus (COVID-19) Dashboard: Global: Poland (<https://covid19.who.int/region/euro/country/pl>) – dostęp: 8.07.2021 r.).

<sup>448</sup> W zakresie opracowań prognostycznych warto zwrócić uwagę przykładowo na: H. Yuan, *Herding Effect in China's A Share Stock Market under COVID-19 Pandemic*, “7th International Conference on E Business and Applications ICEBA 2021” (2021), s. 70–76; S. Cowan, N. Mark, J. Reich, *COVID-19 Vaccine Hesitancy Is the New Terrain for Political Division among Americans*, “Socius” Nr 7 (2021), s. 1–3; A. Gaia, *Covid-19 Virus Diffusion in Italy: Data Quality and Methodological Challenges*, “Rassegna Italiana di Sociologia” N 62/1 (2021), s. 11–38; W. Rafajłowicz, *Learning Novelty Detection Outside a Class of Random Curves with Application to COVID-19 Growth*, “Journal of Artificial Intelligence and Soft Computing Research” Nr 11/3 (2021), s. 195–215; H. Tran, *Political Elite behavior Effectiveness in Combating the Covid-19 Pandemic: A Case Study of Vietnam*, “Journal of Eastern European and Central Asian Research” Nr 8/2 (2021), s. 280–292; G. Dash, D. Chakraborty, *Transition to E-learning: By Choice or by Force – a Cross – Cultural and Trans-national Assessment*, “Prabandhan: Indian Journal of Management” Nr 14/3 (2021), s. 8–23; W. Alhashemi, D. Zageer, H. Risan, *Estimation the Efficiency of Sunlight UV on Inactivation COVID-19 Virus*, “Egyptian Journal of Chemistry” Nr 64/7 (2021), s. 3225–3234; D. Pawar, W. Patil, D. Raut, *Fractional-order Mathematical Model for Analysing Impact of Quarantine on Transmission of COVID-19 in India*, “Mathematical Modeling and Computing” Nr 8/2 (2021), s. 253–266; S. Sawant; A. Nair; S. Sultana, A. Rajendran, K. Madathil, *Evaluation of the Content Quality of YouTube Videos on Alternate Therapies for Prevention or Treatment of COVID-19*, “Journal of Consumer Health on the Internet” Nr 25/2 (2021), s. 133–155; Q. Do, N. Mishra, N. Wulandhari, A. Ramudhin, U. Sivarajah, G. Milligan, *Supply Chain Agility Responding to Unprecedented Changes: Empirical Evidence from the UK Food Supply Chain During COVID-19 Crisis*, “Supply Chain Management” Nr 26/6 (2021), s. 737–752; X. Liu, X. Fu, C. Hua, Z. Li, *Crisis Information, Communication Strategies and Customer Complaint Behaviours: the Case of COVID-19*, “Tourism Review” Nr 76/4 (2021), s. 962–983; H. Wang; J. Gan, J. Chen, Z. Ouyang, *Automatic Detecting for COVID-19-related Rumors Data on Internet*, “9th International Conference on Communications and Broadband Networking ICCBN 2021” (2021), s. 22–26; M. Young, J. Himmelreich, D. Honcharov, S. Soundarajan, *The Right Tool for the Job? Assessing the Use of Artificial Intelligence for Identifying Administrative Errors*, “22nd Annual International Conference on Digital Government Research: Digital Innovations for Public Values: Inclusive Collaboration and Community DGO 2021” (2021), s. 15–26; K. Radlińska, *Pandemia COVID-19 implikacje dla polskiego rynku pracy*, „Zeszyty Naukowe Wydziału Nauk

### 3. Prawo wobec epidemii COVID-19

#### 3.1. Prawo jako instrument walki z epidemią COVID-19

Zjawisko epidemii COVID-19 jest wielowymiarowe. Wywiera wpływ na liczne obszary życia ludzkiego. Okres rozprzestrzeniania się wirusa SARS-CoV-2 oraz jego zwalczania jednoznacznie ukazał spektrum problemów, zagrożeń i skutków stanu epidemii. Zmiany, jakie nastąpiły, dotyczyły przede wszystkim zasad uczestnictwa i funkcjonowania w społeczeństwie, a ich celem było głównie zapobieganie rozprzestrzenianiu się wirusa SARS-CoV-2. Nie można jednak przy tym tracić z pola widzenia innych rodzajowo zmian, których celem było bezpośrednio zwalczanie epidemii COVID-19, przykładowo poprzez upraszczanie procedury wprowadzania do obrotu szczepionek<sup>449</sup>. Nie negując istotności tej problematyki, można stwierdzić, że z perspektywy prawnych uwarunkowań społeczeństwa to właśnie zmiany podyktowane przeciwdziałaniem rozprzestrzenianiu się wirusa SARS-CoV-2 stanowią właściwy punkt odniesienia. Wydaje się, że faktem bezsprzecznym jest klasyfikowanie epidemii COVID-19 w kategoriach źródła uzasadniającego te zmiany.

Należy się zastanowić nad zagadnieniem identyfikacji narzędzi wprowadzających oraz egzekwujących specyficzną transformację zasad uczestnictwa i funkcjonowania w społeczeństwie. Można domniemywać, że jednym z nich będzie odwołanie się do wartości solidarności międzyludzkiej oraz oczekiwanie, że ludzie należący do określonego społeczeństwa będą zachowywać się rozsądnie oraz odpowiedzialnie<sup>450</sup>. Niemniej jednak zdaje

---

Ekonomicznych” Nr 1/24 (2020), s. 113–126; K. Niemczyk, A. Jasińska, P. Krawczyk, M. Bilińska, *COVID-19–aktualne dane kliniczne i przegląd zaleceń dla lekarzy otorynolaryngologów i stomatologów*, „Polski Przegląd Otorynolaryngologiczny” Nr 9 (2020), s. 19–27; K. Stojczew, *Ocena wpływu pandemii COVID-19 na sytuację w branży motoryzacyjnej w Polsce*, „Studies of the Industrial Geography Commission of the Polish Geographical Society” Nr 35/2 (2021), s. 64–84; A. Partyk, *Epidemia (COVID-19) a tok postępowań cywilnych i sądownoadministracyjnych*, „Przegląd Prawa Publicznego” Nr 5 (2020), s. 42–52; J. Kruczałak-Jankowska, *Czy postępowanie o zatwierdzenie układu może być efektywnym narzędziem restrukturyzacji w czasach pandemii COVID-19?*, „Przegląd Prawa Handlowego” Nr 6 (2020), s. 13–17. Aktualnie w bazie LitCovid (baza literatury zawierająca publikacje naukowe na temat wirusa SARS-CoV-2 bądź choroby Covid-19) znajduje się 187 206 pozycji.

<sup>449</sup> Conditional marketing authorisation (<https://www.ema.europa.eu/en/glossary/conditional-marketing-authorisation> – dostęp: 8.07.2021 r.); art. 14 ust. 7 Rozporządzenia w sprawie produktów leczniczych. Zob. sprawozdanie z oceny Komitetu ds. Produktów Leczniczych Stosowanych u Ludzi Europejskiej Agencji Leków: Assessment report Comirnaty, 19 February 2021, EMA/707383/2020 Corr.1\*1, Committee for Medicinal Products for Human Use (CHMP), Procedure No. EMEA/H/C/005735/0000.

<sup>450</sup> Słownikowo „solidarność” oznacza „poczucie wspólnoty i współodpowiedzialności wynikające ze zgodności poglądów oraz dążeń” (*Słownik języka polskiego PWN*, <https://sjp.pwn.pl/sjp/solidarnosc;2575796.html> – dostęp: 9.07.2021 r.), „odpowiedzialność zbiorowa i indywidualna określonej grupy osób za całość wspólnego zobowiązania” (*Słownik języka polskiego PWN*, <https://sjp.pwn.pl/sjp/solidarnosc;2575796.html> – dostęp: 9.07.2021 r.) albo „bycie solidarnym, zgodność w postępowaniu i dążeniach, jednomyślność; wspieranie się wzajemnie” (*Słownik języka polskiego*, red. W. Doroszewski, <https://sjp.pwn.pl/doroszewski/solidarnosc;5498841.html> – dostęp: 9.07.2021 r.) bądź „współodpowiedzialność” (*Słownik języka polskiego*, red. W. Doroszewski, <https://sjp.pwn.pl/doroszewski/solidarnosc;5498841.html> – dostęp: 9.07.2021 r.). Dodatkowo

się, że narzędziem gwarantującym co do zasady powszechne stosowanie się do nowo wprowadzanych standardów dystansu społecznego jest prawo jako naturalny instrument określający oraz egzekwujący uprawnienia i obowiązki jednostki. Na forum UE rzeczywistość potwierdziła to spostrzeżenie, gdyż od początku epidemii COVID-19 można zaobserwować znaczący wzrost regulacji prawnych przewidujących liczne zakazy oraz nakazy w tym zakresie<sup>451</sup>. Za celowe wydaje się zaprezentowanie wybranych regulacji prawnych obrazujących podejście Państw Członkowskich UE, które jako ciała państwowe reagowały na bieżąco i dostosowywały swój stan prawny do stanu faktycznego epidemii<sup>452</sup>.

---

nie można tracić z pola widzenia faktu, że dla prawa wartość solidarności ma doniosłe znaczenie (zob. M. Wielec, *Wartości – analiza z perspektywy osobliwości postępowania karnego*, Lublin 2017, s. 93–94). Przykładowo w KPP UE Tytuł IV nosi nazwę „SOLIDARNOŚĆ”, a w preambule do KPP UE można przeczytać, że „Świadoma swego duchowo-religijnego i moralnego dziedzictwa, Unia jest zbudowana na niepodzielnych, powszechnych wartościach godności osoby ludzkiej, wolności, równości i solidarności; opiera się na zasadach demokracji i państwa prawnego. Poprzez ustanowienie obywatelstwa Unii oraz stworzenie przestrzeni wolności, bezpieczeństwa i sprawiedliwości stawia jednostkę w centrum swych działań”. Zob. też interesujące opracowania tematycznie powiązane z solidarnością: J. Radzińska, *Solidarność: definicja i konteksty*, „Etyka” Nr 48 (2014), s. 58–68; D. Bunikowski, *Wartości w Unii Europejskiej*, „Ruch Filozoficzny” Nr 70/4 (2013), s. 757–765; P. Hilpold, *Understanding Solidarity Within EU Law: An analysis of the ‘Islands of Solidarity’ with Particular Regard to Monetary Union*, “Yearbook of European Law” Nr 34/1 (2015), s. 257–285; E. Küçük, *Solidarity in EU Law: an Elusive Political Statement or a Legal Principle with Substance?*, [w:] *Solidarity in EU Law Legal Principle in the Making*, red. A. Biondi, E. Dagilytė, E. Küçük, Cheltenham 2018, s. 38–60.

<sup>451</sup> Interesującą oraz wartościową bazą danych w zakresie środków prawnych przyjmowanych przeciwko Covid-19 jest baza prowadzona przez Europejskie Centrum ds. Zapobiegania i Kontroli Chorób, będące niezależną agencją UE z siedzibą w Szwecji (<https://www.ecdc.europa.eu/en> – dostęp: 19.07.2021 r.), oraz Wspólnotowe Centrum Badawcze, będące jedną z Dyrekcji Generalnych Komisji Europejskiej (<https://ec.europa.eu/jrc/en/about/jrc-in-brief> – dostęp: 19.07.2021 r.). Mowa tutaj o bazie danych pod nazwą „Response Measures Database” (<https://covid-statistics.jrc.ec.europa.eu/RMeasures> – dostęp: 19.07.2021 r.). Response Measures Database jest regularnie aktualizowana i zawiera informacje odnoszące się do środków prawnych przeciwko Covid-19 wprowadzanych przez 30 krajów należących do UE oraz Europejskiego Obszaru Gospodarczego. Państwami tymi są: Austria, Belgia, Bułgaria, Chorwacja, Cypr, Czechy, Dania, Estonia, Finlandia, Francja, Niemcy, Grecja, Węgry, Islandia, Irlandia, Włochy, Łotwa, Liechtenstein, Litwa, Luksemburg, Malta, Holandia, Norwegia, Polska, Portugalia, Rumunia, Słowacja, Słowenia, Hiszpania, Szwecja. Można jeszcze wspomnieć, że Europejskie Centrum ds. Zapobiegania i Kontroli Chorób publikuje także cotygodniowe krajowe przeglądy w zakresie postępowania epidemii Covid-19 (zob. <https://covid19-country-overviews.ecdc.europa.eu> – dostęp: 19.07.2021 r.).

<sup>452</sup> Pomimo że akty tzw. miękkiego prawa nie mają charakteru wiążącego, to warto wspomnieć o tych, które zostały wydane przez UE w kontekście epidemii Covid-19, gdyż stanowią one częstokroć pomocny instrument zarówno dla unijnych instytucji, jak i Państw Członkowskich UE. Jako przykład posłużą te akty tzw. miękkiego prawa, które zostały wytworzone w ramach unijnej sieci e-Zdrowie: Guidelines on the use of Digital Covid Certificates in traveller and online booking scenarios, V1.2.0 ([https://ec.europa.eu/health/sites/default/files/ehealth/docs/covid-certificate\\_traveller-onlinebooking\\_en.pdf](https://ec.europa.eu/health/sites/default/files/ehealth/docs/covid-certificate_traveller-onlinebooking_en.pdf) – dostęp: 1.08.2021 r.); Third Country EU Digital COVID certificate Equivalence Decision procedure, Version 1.0 ([https://ec.europa.eu/health/sites/default/files/ehealth/docs/covid-certificate\\_equivalence-decision\\_en.pdf](https://ec.europa.eu/health/sites/default/files/ehealth/docs/covid-certificate_equivalence-decision_en.pdf) – dostęp: 1.08.2021 r.); Guidelines on Validation of EU Digital COVID Certificates in the context of air transport, Version 1.0 ([https://ec.europa.eu/health/sites/default/files/ehealth/docs/covid-certificate\\_air-transport\\_en.pdf](https://ec.europa.eu/health/sites/default/files/ehealth/docs/covid-certificate_air-transport_en.pdf) – dostęp: 1.08.2021 r.); Decyzja Wykonawcza Komisji (UE) 2021/1073 z dnia 28 czerwca 2021 roku ustanawiająca specyfikacje techniczne i zasady do celów wdrożenia ram zaufania unijnych cyfrowych zaświadczeń COVID ustanowionych rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2021/953 (Dz.Urz. UE L 230 z 30.06.2021 r., s. 32–53); Guidelines on Technical Specifications for EU Digital...; Guideline on the electronic exchange of health data under Cross-Border Directive 2011/24/EU, Patient Summary ([https://ec.europa.eu/health/sites/default/files/ehealth/docs/ehn\\_guidelines\\_patientsummary\\_en.pdf](https://ec.europa.eu/health/sites/default/files/ehealth/docs/ehn_guidelines_patientsummary_en.pdf) – dostęp: 1.08.2021 r.); Guidelines on Paper version of the EU...; Guidelines on Technical Specifications for Digital Green...; Guidelines on Value Sets for Digital...; Guidelines on COVID-19 citizen recovery interoperable...; Guidelines on Verifiable Vaccination Certificates...

### 3.2. Środki prawne przeciwko COVID-19 w wybranych Państwach Członkowskich UE<sup>453</sup>

Dokonując analizy wszystkich 27 Państw Członkowskich UE, można potwierdzić, że czas epidemii COVID-19 faktycznie stanowi niezwykle zintensyfikowany okres pod względem prawnotwórczej działalności nakierowanej na aktualną problematykę<sup>454</sup>. W związku z powyższym konieczne jest przedstawienie ogólnego zarysu wybranych Państw Członkowskich UE charakteryzującego wpływ epidemii na prawne warunki funkcjonowania w krajowym społeczeństwie. Przesłankę decydującą o wybraniu poszczególnych Państw Członkowskich UE do analizy stanowi liczba przypadków zakażenia stwierdzona od początku epidemii COVID-19. Pod tym względem najwięcej zakażeń w UE stwierdzono we Francji, Włoszech, Hiszpanii, Niemczech oraz Polsce<sup>455</sup>.

Bazując na oficjalnych danych Komisji Europejskiej, środki prawne wprowadzone w każdym z tych krajów można skategoryzować na sześć zasadniczych grup<sup>456</sup>. Pierwsza z nich to środki prawne dotyczące dystansu fizycznego, druga to środki prawne dotyczące podróży międzynarodowych, trzecia to środki prawne dotyczące podróży wewnątrzpaństwowych, czwarta to środki prawne dotyczące zasad higieny i bezpieczeństwa, piąta to środki prawne dotyczące zarządzania przypadkami zachorowań oraz kwarantanny, a szósta to środki prawne o charakterze ogólnym.

Przyjmując ten podział za właściwy, wypada podkreślić, że we Francji do 19 lipca 2021 roku wprowadzono 150 krajowych środków prawnych, z czego aktualnie 13 ma status

---

OUTLINE, Interoperability of Health Certificates...; European Interoperability Certificate Governance...; European Proximity Tracing...; Decyzja Wykonawcza Komisji (UE) 2020/1023...; eHealth Network Towards a Common Approach for the Use of...; Mobile Applications to Support Contact...; eHealth Network Guidelines to the EU Member States and the European Commission on Interoperability...; Interoperability guidelines for Approved Contact Tracing...; EU Health Preparedness: A Common List of COVID-19 Rapid Antigen Tests; A common standardised set of data to be included in COVID-19 test result certificates; and A common list of COVID-19 laboratory based antigenic assays ([https://ec.europa.eu/health/sites/default/files/preparedness\\_response/docs/covid-19\\_rat\\_common-list\\_en.pdf](https://ec.europa.eu/health/sites/default/files/preparedness_response/docs/covid-19_rat_common-list_en.pdf) – dostęp: 1.08.2021 r.).

<sup>453</sup> Z uwagi na dynamiczny charakter epidemii Covid-19 konieczne było określenie daty granicznej wyznaczającej aktualność danych zawartych w niniejszym podrozdziale. Przyjęto za nią 19 lipca 2021 roku.

<sup>454</sup> Ibidem.

<sup>455</sup> Na dzień 19 lipca 2021 roku we Francji stwierdzono 5 737 097, we Włoszech 4 284 332, w Hiszpanii 4 069 162, w Niemczech 3 744 681 oraz w Polsce 2 881 424 przypadków zakażenia wirusem SARS-CoV-2 od początku epidemii Covid-19 (WHO Coronavirus [COVID-19] Dashboard: situation by Region, Country, Territory & Area) (<https://covid19.who.int/table> – dostęp: 19.07.2021 r.).

<sup>456</sup> Przedmiotowy podział został przyjęty za Response Measures Database (RMD) z delikatną modyfikacją (<https://covid-statistics.jrc.ec.europa.eu/RMeasures#> – dostęp: 19.07.2021 r.). W Response Measures Database przyjęto kategoryzację środków prawnych na siedem kategorii: 1. Dystans fizyczny; 2. Zasady higieny i bezpieczeństwa; 3. Środki zarządzania przypadkami zachorowań i dotyczące kwarantanny; 4. Zapewnienie zdolności leczenia; 4. Środki ogólne; 5. Podróże wewnętrzne; 6. Podróże międzynarodowe.

obowiązującego prawa<sup>457</sup>. Pozostałe środki prawne zostały uchylone. W państwie tym globalnie 119 środków prawnych dotyczyło dystansu fizycznego, 6 – podróży międzynarodowych, 3 – podróży wewnątrzpaństwowych, 8 – zasad higieny i bezpieczeństwa, 4 – zarządzania przypadkami zachorowań oraz kwarantanny oraz 10 – spraw ogólnych.

We Włoszech do 19 lipca 2021 roku wprowadzono 489 środków prawnych, z czego aktualnie 23 ma status obowiązującego prawa<sup>458</sup>. W tym kraju globalnie 389 środków prawnych dotyczyło dystansu fizycznego, 24 – podróży międzynarodowych, 39 – podróży wewnątrzpaństwowych, 19 – zasad higieny i bezpieczeństwa, 8 – zarządzania przypadkami zachorowań i kwarantanny oraz 11 – spraw o charakterze ogólnym.

W Hiszpanii do 19 lipca 2021 roku wprowadzono 302 środki prawne, z czego aktualnie 131 ma status obowiązującego prawa<sup>459</sup>. W analizowanym kraju globalnie 199 środków prawnych dotyczyło dystansu fizycznego, 18 – podróży międzynarodowych, 45 – podróży wewnątrzpaństwowych, 16 – zasad higieny i bezpieczeństwa, 8 – zarządzania przypadkami zachorowań i kwarantanny oraz 16 – spraw o charakterze ogólnym.

W Niemczech do 19 lipca 2021 roku wprowadzono 86 środków prawnych, z czego aktualnie 13 ma status obowiązującego prawa<sup>460</sup>. W tym państwie globalnie 54 środki prawne dotyczyły dystansu fizycznego, 19 – podróży międzynarodowych, żaden nie odnosił się do podróży wewnątrzpaństwowych, 7 obejmowało zasady higieny i bezpieczeństwa, 1 – zarządzanie przypadkami zachorowań i kwarantanny oraz 5 – spraw o charakterze ogólnym.

---

<sup>457</sup> Response Measures Database (RMD): Current Measures: France (<https://covid-statistics.jrc.ec.europa.eu/RMeasures#> – dostęp: 19.07.2021 r.). W zakresie literatury tematycznie odnoszącej się do francuskich doświadczeń związanych z epidemią Covid-19 jedynie przykładowo zobacz: I. Attané, Y. Chuang, A. Santos, S. Wang, *Troubled Belongingness: Chinese Immigrants and their Descendants in the Faced of the Covid-19 Epidemic in France*, „Critique Internationale” Nr 91/2 (2021), s. 137–159.

<sup>458</sup> Response Measures Database (RMD): Current Measures: Italy (<https://covid-statistics.jrc.ec.europa.eu/RMeasures#> – dostęp: 19.07.2021). W zakresie literatury tematycznie odnoszącej się do włoskich doświadczeń związanych z epidemią Covid-19 jedynie przykładowo zobacz: C. Fabiani, S. Longo, A. Pisello, M. Cellura, *Sustainable production and consumption in remote working conditions due to COVID-19 Lockdown in Italy: An Environmental and User Acceptance Investigation*, „Sustainable Production and Consumption” Nr 28 (2021), s. 1757–1771.

<sup>459</sup> Response Measures Database (RMD): Current Measures: Spain (<https://covid-statistics.jrc.ec.europa.eu/RMeasures#> – dostęp: 19.07.2021 r.). W zakresie literatury tematycznie odnoszącej się do hiszpańskich doświadczeń związanych z epidemią Covid-19 jedynie przykładowo zobacz: E-J. Díez-Gutiérrez, K. Espinoza, *Educational Policies During the Lockdown: Measures in Spain after Covid-19*, „Center for Educational Policy Studies Journal” Nr 11 (2021), s. 1–24.

<sup>460</sup> Response Measures Database (RMD): Current Measures: Germany (<https://covid-statistics.jrc.ec.europa.eu/RMeasures#> – dostęp: 19.07.2021 r.). W zakresie literatury tematycznie odnoszącej się do niemieckich doświadczeń związanych z epidemią Covid-19 jedynie przykładowo zobacz: M. Pfeiffer-Ruiz, V. Schroder, *COVID-19 Vaccination Strategy in Germany*, „Clinical Social Work And Health Intervention” Nr 12/3 (2021), s. 46–49.

W Polsce do 19 lipca 2021 roku wprowadzono 129 środków prawnych, z czego aktualnie 27 ma status obowiązującego prawa<sup>461</sup>. W tym kraju globalnie 92 środki prawne dotyczyły dystansu fizycznego, 15 – podróży międzynarodowych, 1 – podróży wewnątrzpaństwowych, 7 – zasad higieny i bezpieczeństwa, 5 – zarządzania przypadkami zachorowań i kwarantanny oraz 9 – spraw o charakterze ogólnym.

Powyższe zestawienie jednoznacznie pokazuje, że epidemia COVID-19 stała się uzasadnieniem dla wyteżonej aktywności legislacyjnej w Państwach Członkowskich UE będących przedmiotem analizy. Niemniej jednak sama prezentacja danych statystycznych związanych z ilością przyjętych środków prawnych w wybranych państwach ukazuje jedynie intensywność działalności krajowej w tym zakresie. Dzieje się tak dlatego, że przyjęty podział Komisji Europejskiej na grupy w niewielkim stopniu sugeruje zawartość materialną rozwiązań prawnych. Z tego powodu konieczne jest doprecyzowanie warstwy materialnoprawnej środków prawnych wybranych Państw Członkowskich UE należących do konkretnej grupy tematycznej przedmiotowego podziału. W związku z powyższym w grupie środków prawnych dotyczących dystansu fizycznego zdecydowano się po pierwsze na wprowadzenie ograniczeń zgromadzeń prywatnych, nakazów w miejscu pracy, rekomendacji pozostania w domu, nakazów pozostania w domu, rozwiązań dla szczególnej kategorii populacji, ograniczeń zgromadzeń publicznych, zamknięcia bądź ograniczeń w korzystaniu z komunikacji miejskiej, zamknięcia bądź ograniczeń w korzystaniu z przestrzeni publicznej oraz zamknięcia bądź ograniczeń w korzystaniu z placówek edukacyjnych<sup>462</sup>. Po drugie, w grupie środków prawnych dotyczących podróży międzynarodowych przeważnie zdecydowano się na wprowadzenie porad dotyczących podróży, całkowitego zamknięcia granic państwowych, kwarantanny dla

---

<sup>461</sup> Response Measures Database (RMD): Current Measures: Poland (<https://covid-statistics.jrc.ec.europa.eu/RMeasures#> – dostęp: 19.07.2021 r.). W zakresie literatury tematycznie odnoszącej się do polskich doświadczeń związanych z epidemią Covid-19 jedynie przykładowo zobacz: J. Landmesser, *The Use of the Dynamic Time Warping (DTW) Method to Describe the COVID-19 Dynamics in Poland*, „Oeconomia Copernicana” Nr 12/3 (2021), s. 539–556.

<sup>462</sup> Przykładami tego rodzaju środków prawnych są: 1. Dnia 16 marca 2020 roku w Austrii wprowadzono nakaz pozostania w domu z wyjątkiem pilnych oraz niezbędnych czynności zawodowych, niezbędnych zakupów spożywczych bądź medycznych, pomocy innym osobom, samotnych spacerów albo spacerów w towarzystwie osób zamieszkujących to samo gospodarstwo domowe z zachowaniem 1 metra dystansu (Response Measures Database [RMD]: Current Measures: Austria: Physical distancing [NPI Measures: All; Response measure – Level 2: Stay at home orders], <https://covid-statistics.jrc.ec.europa.eu/RMeasures#> – dostęp: 20.07.2021 r.); 2. Dnia 13 marca 2020 roku w Belgii wprowadzono ograniczenia w korzystaniu z przestrzeni publicznej w postaci zamknięcia restauracji i kawiarni (Response Measures Database [RMD]: Current Measures: Belgium: Physical distancing [NPI Measures: All; Response measure – Level 2: Closure of public spaces], <https://covid-statistics.jrc.ec.europa.eu/RMeasures#> – dostęp: 20.07.2021 r.); 3. Dnia 8 marca 2021 roku w Bułgarii wprowadzono ograniczenia zgromadzeń publicznych poprzez zakaz organizowania wydarzeń kulturalnych, w tym zamknięto kina, a wszelkie wydarzenia sportowe obowiązkowo powinny odbywać się bez publiczności (Response Measures Database [RMD]: Current Measures: Bułgaria: Physical distancing [NPI Measures: All; Response measure – Level 2: Public gathering restriction], <https://covid-statistics.jrc.ec.europa.eu/RMeasures#> – dostęp: 20.07.2021 r.).

międzynarodowych podróży, szczególnych kontroli granicznych oraz zakazu wjazdu dla cudzoziemców z wybranych krajów<sup>463</sup>. Po trzecie, w grupie środków prawnych dotyczących podróży wewnątrzpaństwowych w szczególności wprowadzano ograniczenia podróży, porady dotyczące podróży oraz kwarantannę dla podróżujących<sup>464</sup>. Po czwarte, w grupie środków prawnych dotyczących zasad higieny i bezpieczeństwa zazwyczaj opowiadano się za nakazem bądź rekomendacją używania masek ochronnych, innych środków ochronnych, kontrolą bezpieczeństwa powietrza, nakazem dezynfekcji, restrykcjami związanymi z oddawaniem krwi oraz nadzorem i kontrolą zwierząt<sup>465</sup>. Po piąte, w grupie środków prawnych dotyczących

---

<sup>463</sup> Przykładami tego rodzaju środków prawnych są: 1. Dnia 19 marca 2020 roku Chorwacja zamknęła swoje granice państwowe (Response Measures Database [RMD]: Current Measures: Croatia: International travel [NPI Measures: All; Response measure – Level 2: Total border closure], <https://covid-statistics.jrc.ec.europa.eu/RMeasures#> – dostęp: 21.07.2021 r.); 2. Dnia 21 marca 2020 roku Cypr zdecydował się na zawieszenie lotów międzynarodowych oraz wprowadzenie zakazu podróżowania dla wszystkich, w tym Cypryckich, z wyjątkiem osób posiadających negatywny test potwierdzający brak zakażenia wirusem SARS-CoV-2 (Response Measures Database [RMD]: Current Measures: Cyprus: International travel [NPI Measures: All; Response measure – Level 2: Total border closure], <https://covid-statistics.jrc.ec.europa.eu/RMeasures#> – dostęp: 21.07.2021 r.); 3. Dnia 1 lipca 2021 Czechy wprowadziły zakaz dla wszystkich swoich obywateli oraz cudzoziemców zamieszkałych w Czechach podróżowania do krajów o skrajnym ryzyku zakażenia wirusem SARS-CoV-2. Do krajów takich zaliczono: Botswanę, Brazylię, Eswatini, Republikę Indii, Republikę Południowej Afryki, Kolumbię, Lesotho, Namibię, Malawi, Mozambik, Nepal, Paragwaj, Peru, Rosję, Tanzanię, Zambię i Zimbabwe (Response Measures Database [RMD]: Current Measures: Czech Republic: International travel [NPI Measures: All; Response measure – Level 2: Ban for certain countries], <https://covid-statistics.jrc.ec.europa.eu/RMeasures#> – dostęp: 21.07.2021 r.).

<sup>464</sup> Przykładami tego rodzaju środków prawnych są: 1. Dnia 7 sierpnia 2020 roku w Danii zdecydowano się na wydanie zalecenia unikania transportu publicznego (Response Measures Database [RMD]: Current Measures: Denmark: Internal travel [NPI Measures: All; Response measure – Level 2: Travel advice], <https://covid-statistics.jrc.ec.europa.eu/RMeasures#> – dostęp: 23.07.2021 r.); 2. Dnia 28 marca 2020 roku w Finlandii w regionie Uusimaa (Helsinki) zdecydowano się na wprowadzenie ograniczeń w przemieszczaniu się z wyjątkiem codziennych dojazdów do pracy i innych pilnych potrzeb. Wprowadzono także zakaz podróżowania do i z tego regionu, poza sytuacjami uzasadnionymi ważnymi przyczynami (Response Measures Database [RMD]: Current Measures: Finland: Internal travel [NPI Measures: All; Response measure – Level 2: Travel restrictions], <https://covid-statistics.jrc.ec.europa.eu/RMeasures#> – dostęp: 23.07.2021 r.); 3. Dnia 3 kwietnia 2021 roku we Francji wprowadzono restrykcje podróżowania w obszarach metropolitalnych poprzez ograniczenie możliwości zmiany lokalizacji do promienia 10 km od miejsca zamieszkania. Dodatkowo zakazano odbywania podróży międzyregionalnych (Response Measures Database [RMD]: Current Measures: France: Internal travel [NPI Measures: All; Response measure – Level 2: Travel restrictions], <https://covid-statistics.jrc.ec.europa.eu/RMeasures#> – dostęp: 23.07.2021 r.).

<sup>465</sup> Przykładami tego rodzaju środków prawnych są: 1. Dnia 10 lutego 2020 roku w Niemczech wprowadzono zakaz oddawania krwi, komórek macierzystych lub osocza przez osoby, które miały kontakt z osobą zakażoną wirusem SARS-CoV-2. Zdecydowano wtedy, że będzie on obowiązywał przez 4 tygodnie od dnia takiego kontaktu. Dodatkowo zakaz ten rozszerzono także na osoby powracające do zdrowia po chorobie Covid-19, z tym zastrzeżeniem, że okres jego obowiązywania w tym przypadku ma być dłuższy, gdyż wynosił on 8 tygodni od dnia wyzdrowienia (Response Measures Database [RMD]: Current Measures: Germany: Hygiene and safety measure [NPI Measures: All; Response measure – Level 2: Blood and other SOHO safety], <https://covid-statistics.jrc.ec.europa.eu/RMeasures#> – dostęp: 24.07.2021 r.); 2. Dnia 28 czerwca 2021 roku w Grecji wprowadzono obowiązek noszenia maseczek w pomieszczeniach oraz na zewnątrz, jeżeli zachowanie dystansu fizycznego nie jest możliwe (Response Measures Database [RMD]: Current Measures: Greece: Hygiene and safety measure [NPI Measures: All; Response measure – Level 2: Protective mask use community], <https://covid-statistics.jrc.ec.europa.eu/RMeasures#> – dostęp: 24.07.2021 r.); 3. Dnia 1 października 2020 roku na Węgrzech zdecydowano, że wszyscy uczniowie oraz nauczyciele muszą przejść badanie temperatury przy wejściu do szkół oraz przedszkoli (Response Measures Database [RMD]: Current Measures: Hungary: Hygiene and safety measure [NPI Measures: All; Response measure – Level 2: Other], <https://covid-statistics.jrc.ec.europa.eu/RMeasures#> – dostęp: 24.07.2021 r.).

zarządzania przypadkami zachorowań oraz kwarantanny zdecydowano się najczęściej na wprowadzenie kwarantanny, izolacji przypadków zakażenia oraz śledzenia kontaktów międzyludzkich<sup>466</sup>. Po szóste, w grupie środków prawnych o charakterze ogólnym głównie wprowadzano ocenę ryzyka, zasad publicznego komunikowania się, zasad komunikowania się ze służbą zdrowia oraz system zarządzania sytuacjami kryzysowymi<sup>467</sup>. Wypada podkreślić, że korelacja ilości środków prawnych przyjętych przez wybrane Państwa Członkowskie UE z ich przedmiotem merytorycznym potwierdza nieodzowny wpływ epidemii COVID-19 na prawne uwarunkowania społeczeństwa UE. Dzieje się tak dlatego, co dodatkowo potwierdzają cytowane dane Komisji Europejskiej, że podejście Francji, Włoch, Hiszpanii, Niemiec oraz Polski nie ma charakteru specyficznego, a reprezentuje powszechną tendencję występującą w całej UE.

### 3.3. Wykonywanie uprawnień jednostki w czasie epidemii COVID-19

Dotychczasowa analiza prowadzi do wniosku, że z uwagi na epidemię COVID-19 w prawie zaszły szerokie zmiany, stworzono szereg przepisów wprowadzających nowe standardy funkcjonowania w społeczeństwie oraz określono specyficzne reguły postępowania. Definitywnie oznacza to, że wpływ COVID-19 na prawo, w tym na warunki uczestniczenia w społeczeństwie, jest daleko idący oraz ma charakter bezpośredni. Niemniej jednak odmienną kwestią jest problematyka faktycznego wykonywania uprawnień jednostki w praktyce. W tym

---

<sup>466</sup> Przykładami tego rodzaju środków prawnych są: 1. Dnia 28 stycznia 2020 roku w Islandii wprowadzono obowiązek izolacji potwierdzonych przypadków zakażenia wirusem SARS-CoV-2. Osoby zakażone powinny przebywać same w izolacji, a pozostali domownicy mogą, przy ograniczeniu kontaktu z taką osobą, w tym samym miejscu odbywać kwarantannę (Response Measures Database [RMD]: Current Measures: Iceland: Case management and quarantine [NPI Measures: All; Response measure – Level 2: Isolation of case], <https://covid-statistics.jrc.ec.europa.eu/RMeasures#> – dostęp: 25.07.2021 r.); 2. Dnia 14 marca 2020 roku w Irlandii wprowadzono zalecenie, zgodnie z którym osoby z gorączką lub kaszlem powinny pozostać w domu niezależnie od swojej historii kontaktu z wirusem SARS-CoV-2 (Response Measures Database [RMD]: Current Measures: Ireland: Case management and quarantine [NPI Measures: All; Response measure – Level 2: Isolation of case], <https://covid-statistics.jrc.ec.europa.eu/RMeasures#> – dostęp: 25.07.2021 r.); 3. Dnia 22 stycznia 2020 roku we Włoszech wprowadzono obowiązek 14-dniowej kwarantanny oraz dwóch negatywnych testów na obecność wirusa SARS-CoV-2 dla osób zakażonych w celu potwierdzenia braku dalszej infekcji (Response Measures Database [RMD]: Current Measures: Italy: Case management and quarantine [NPI Measures: All; Response measure – Level 2: Contact tracing], <https://covid-statistics.jrc.ec.europa.eu/RMeasures#> – 25.07.2021 r.).

<sup>467</sup> Przykładami tego rodzaju środków prawnych są: 1. Dnia 19 października 2020 w Słowenii ogłoszono stan epidemii COVID-19 na całym terytorium Słowenii (Response Measures Database [RMD]: Current Measures: Slovenia: General [NPI Measures: All; Response measure – Level 2: Activate incident emergency management system], <https://covid-statistics.jrc.ec.europa.eu/RMeasures#> – dostęp: 25.07.2021 r.); 2. Dnia 14 marca 2020 roku w Hiszpanii ogłoszono stan wyjątkowy (Response Measures Database [RMD]: Current Measures: Spain: General [NPI Measures: All; Response measure – Level 2: Activate incident emergency management system], <https://covid-statistics.jrc.ec.europa.eu/RMeasures#> –dostęp: 25.07.2021 r.); 3. Dnia 1 października 2020 roku na Słowacji ogłoszono stan wyjątkowy (Response Measures Database [RMD]: Current Measures: Slovakia: General [NPI Measures: All; Response measure – Level 2: Activate incident emergency management system], <https://covid-statistics.jrc.ec.europa.eu/RMeasures#> – dostęp: 25.07.2021 r.).



kontekście wypada zwrócić uwagę na fakt, że przyjmowane przez Państwa Członkowskie UE środki prawne tworzą nową materię legislacyjną, stają się one nowym standardem normatywnym od momentu ich wprowadzenia w formie twardego prawa bądź są one przedmiotem wytycznych w formie miękkiego prawa. Stanowią one podstawę dla często pionierskich instytucji prawnych, które ograniczają uprawnienia jednostki bądź wprowadzają nowe typy obowiązków. Przedmiotowe środki prawne teoretycznie dotyczą jednak ściśle określonego przedmiotu uregulowania i mają, co do zasady, jasny i bezpośredni cel oraz skutek. Należy jednak zauważyć, że w praktyce niektóre z nich silnie wpływają także na inne prawnie przewidziane uprawnienia, niż tylko te, których bezpośrednio dotyczą. Mowa tutaj przykładowo o prawie do sądu czy prawie do edukacji. W czasach epidemii oba te uprawnienia doznały uszczuplenia w wyniku wprowadzania kolejnych regulacji prawnych uzasadnianych walką z wirusem SARS-CoV-2. Problemy systemu edukacji<sup>468</sup> czy wymiaru sprawiedliwości<sup>469</sup> to jedynie wybrane przykłady potwierdzające pośredni wpływ powyżej wymienionych środków prawnych. W tych przypadkach intencją ustawodawcy nie było uszczuplenie ani prawa do sądu, ani też prawa do edukacji, lecz walka z epidemią COVID-19. Nie zmienia to jednak faktu, że w praktyce uprawnienia jednostek w tym zakresie zostały ograniczone.

Istotne jest także zwrócenie uwagi, że epidemia COVID-19 w niektórych przypadkach stanowi samodzielne, bez zewnętrznych czynników takich jak środki prawne, źródło negatywnego wpływu na rzeczywistą możliwość realizacji przez jednostki swoich uprawnień.

---

<sup>468</sup> Problemy związane z realizowaniem tradycyjnej, a więc zasadniczo stacjonarnej, edukacji stały się jedną z istotnych konsekwencji epidemii Covid-19. Zob. przykładowo: C. Theoret, X. Ming, *Our Education, our Concerns: The Impact on Medical Student Education of COVID-19*, "Medical Education" Nr 54/7 (2020), s. 591–592; P. Tarkar, *Impact of COVID-19 Pandemic on Education System*, "International Journal of Advanced Science and Technology" Nr 29/9 (2020), s. 3812–3814; S. Rashid, S. Yadav, *Impact of Covid-19 Pandemic on Higher Education and Research*, "Indian Journal of Human Development" Nr 14/2 (2020), s. 340–343; Na uwagę zasługuje także opublikowany przez polskie Ministerstwo Edukacji Narodowej dokument pt. Raport Ministerstwa Edukacji Narodowej. Zapewnienie funkcjonowania jednostek systemu oświaty w okresie epidemii COVID-19 ([https://dokumenty.men.gov.pl/Raport\\_MEN\\_Zapewnienie\\_funkcjonowania\\_jednostek\\_systemu\\_oswiaty\\_w\\_okresie\\_epidemii\\_COVID-19.pdf](https://dokumenty.men.gov.pl/Raport_MEN_Zapewnienie_funkcjonowania_jednostek_systemu_oswiaty_w_okresie_epidemii_COVID-19.pdf) – dostęp 26.07.2021 r.).

<sup>469</sup> Chociażby problemy związane z międzynarodową współpracą w sprawach karnych czy właściwym wypełnianiem przepisów krajowych gwarantujących prawa stron postępowań sądowych. Zob. przykładowo: P. Gori, A. Pahladsingh, *Fundamental Rights under Covid-19: an European Perspective on Videoconferencing in Court*, "ERA Forum" Nr 21 (2021), s. 561–577; A. Partyk, *Epidemia (COVID-19) a tok postępowań...*, s. 42–52; K. Lipiński, *Modyfikacje terminów przedawnienia karalności przestępstw, przestępstw i wykroczeń skarbowych oraz wykroczeń w związku z epidemią COVID-19*, „Czasopismo Prawa Karnego i Nauk Penalnych” Nr 24/2 (2020), s. 37–47; S. Traczyk, „Zamaskowany” sędzia, czyli o wymiarze sprawiedliwości podczas COVID-19, [w:] *Państwo i prawo w czasach COVID-19*, red. K. Stępiak, Warszawa 2020, s. 132–141; F. Manikowski, *Dochodzenie cywilnoprawnych roszczeń pacjentów w postępowaniach przyspieszonych – uwagi na tle pandemii Covid-19*, „Acta Iuridica Resoviensia” Nr 1/32 (2021), s. 105–122. Dodatkowo na uwagę zasługuje dokument Komisji Europejskiej (Dyrekcja Generalna ds. Sprawiedliwości i Konsumentów), pt. Ochrona i wsparcie ofiar przestępstw w trakcie pandemii COVID-19 – wymiana dobrych praktyk w zakresie postępowania z ofiarami przemocy w rodzinie, cyberprzestępczości i przestępstw z nienawiści (<https://e-justice.europa.eu/fileDownload.do?id=18cd46dc-ff63-4af4-a8d0-b35f5e01a04f> – dostęp: 26.07.2021 r.).

Prowadzi to do wniosku, że ograniczenie w wykonywaniu uprawnień jednostek może wynikać z następczej reakcji ustawodawcy, a także z konsekwencji zmieniającego się stanu faktycznego. Wydaje się, że taki przypadek, choć nie jest to obszar wolny od środków prawnych, stanowi dostęp do służby zdrowia w dobie epidemii, gdzie narażona czy wręcz ograniczana może być realizacja przedmiotu prawa do zdrowia. W tym zakresie uwarunkowania faktyczne stanowią główne źródło zagrożeń i problemów.

## **4. Prawo do zdrowia i transgraniczna opieka zdrowotna w realiach epidemii COVID-19**

### **4.1. Prawo do zdrowia podczas epidemii COVID-19**

Prawo do zdrowia jego przedmiot oraz aspekty zostały już zaprezentowane w niniejszej dysertacji naukowej i z tego powodu, odsyłając do odpowiedniej części pracy<sup>470</sup>, możliwe jest bezpośrednio skoncentrowanie się na problemie realizacji prawa do zdrowia w czasach epidemii COVID-19. Wydaje się, że faktem notoryjnym będzie stwierdzenie, iż właściwa realizacja prawa do zdrowia *in genere* zależy od funkcjonowania sprawnego, skutecznego, efektywnego, szybkiego, bezpiecznego oraz powszechnego systemu opieki zdrowotnej, do którego zostanie zapewniony równy dostęp<sup>471</sup>. Wymienione cechy systemu opieki zdrowotnej to normatywne ideały, do których wypełnienia powinny zmierzać współczesne państwa. Za naturalny stan rzeczy należy uznać, że w zależności od ich położenia geograficznego, rozwoju gospodarki czy zasobów personalnych bądź rzeczowych różnie kształtuje się poziom zaawansowania krajowego systemu opieki zdrowotnej. Można uznać, że proces ich doskonalenia ma charakter ciągły oraz postępujący w krajach respektujących prawo do zdrowia swoich obywateli.

Pojawienie się wirusa SARS-CoV-2 wywołującego chorobę COVID-19; ogłoszenie światowej pandemii oraz wprowadzanie szeregu zakazów, nakazów czy generalnie obostrzeń drastycznie wpłynęło na możliwość realizacji prawa do zdrowia przez jednostki w praktyce funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej. Przeciążony został trzon instytucjonalny odpowiedzialny przede wszystkim za codzienną realizację prawa do świadczeń opieki

---

<sup>470</sup> Patrz: Rozdział II. *Prawo do zdrowia w Unii Europejskiej: 2. Przedmiot prawa do zdrowia.*

<sup>471</sup> D. Lach, *Zasada równego dostępu...*, s. 178; K. Baka, *Komentarz...*, s. 124–125; M. Dercz, T. Rek, *Ustawa o działalności...*, s. 41; S. Jarosz-Żukowska, *Prawo do ochrony zdrowia...*, s. 660; J. Jończyk, *Transformacja ubezpieczeń...*, s. 11.

zdrowotnej, ale także w określonej części prawa do ochrony zdrowia<sup>472</sup>. Wydaje się, że można wyróżnić przynajmniej dwa główne powody tego stanu rzeczy.

Pierwszym z nich był nadzwyczajny wzrost osób wymagających pomocy medycznej czy zdrowotnej, w tym specjalistycznego podejścia. Miał on i zasadniczo nadal ma daleko wykraczający poza normę nagły wskaźnik przyrostu. Dzieje się tak dlatego, że znaczna liczba ludzi zazwyczaj niewymagających interwencji zdrowotnej z dnia na dzień zaczęła wykazywać taką potrzebę. Z kolei drugim powodem uzasadniającym przeciążenie krajowych systemów opieki zdrowotnej było nieprzygotowanie ich na możliwość nagłego wzrostu liczby osób potrzebujących pomocy zdrowotnej czy medycznej. Te dwie przesłanki głównie przesądziły, że państwowe systemy opieki zdrowotnej zaczęły być niewydolne. Konsekwencją ich jednoczesnego zmaterializowania się podczas szczytowych faz epidemii COVID-19<sup>473</sup> była bądź jest dalece odbiegająca od standardu ochronnego prawa do zdrowia, w tym prawa do ochrony zdrowia oraz prawa do świadczeń opieki zdrowotnej, sytuacja faktyczna.

Na przykładzie Polski można wskazać na następujące problemy służby zdrowia: brak wolnych miejsc w szpitalach dla pacjentów, braki w sprzęcie medycznym, w personelu zdrowotnym zdolnym do leczenia najcięższej chorych, inne braki kadrowe, braki w środkach ochrony osobistej, niedostosowana koordynacja pogotowia ratunkowego, niewystarczające zasoby tlenu; zbyt mała liczba szkoleń<sup>474</sup>. Problemy te, powstałe na skutek jednoczesnego wystąpienia wspomnianych powyżej przesłanek, obrazują, jak wielki wpływ na realizację prawa do zdrowia w praktyce wywarła i ciągle wywiera epidemia COVID-19.

---

<sup>472</sup> Zobacz: Rozdział II. *Prawo do zdrowia w Unii Europejskiej: 2. Przedmiot prawa do zdrowia: 2.4. Korelacja istoty prawa do ochrony zdrowia i prawa do świadczeń opieki zdrowotnej*. Zauważono tam w szczególności, że: „Racjonalna wydaje się zatem teza, zgodnie z którą prawo do ochrony zdrowia stanowi materialną gwarancję prawa do zdrowia, a prawo do świadczeń opieki zdrowotnej ma bardziej charakter wykonawczy [...] prawo do zdrowia posiada swój aspekt materialny [...]. Przedmiotowy aspekt ma osobisty charakter normatywny, a urzeczywistnia się w postaci prawa do ochrony zdrowia, a więc materialnego jądra prawa do zdrowia [...] prawo do zdrowia posiada także aspekt wykonawczy, w którym widoczne jest zarówno dobro prawnie chronione w formie równego dostępu do opieki zdrowotnej skutecznie chroniącej zdrowie oraz gwarantującej dostęp do leczenia niezależnie od sytuacji materialnej beneficjenta, jak i warunkowy zakres podmiotowy [...] aspekt ten ma socjalny charakter normatywny, konkretyzujący się w postaci prawa do świadczeń opieki zdrowotnej, co stanowi instytucjonalne zagwarantowanie realizacji aspektu materialnego prawa do zdrowia, będąc najbardziej istotnym środkiem do realizacji głównego celu, a więc ochrony zdrowia”.

<sup>473</sup> Patrz: Rozdział IV. *Problemy realizacji prawa do zdrowia oraz funkcjonowania transgranicznej opieki zdrowotnej w UE podczas epidemii Covid-19: 2. Ogólna charakterystyka epidemii Covid-19: 2.2. Dane statystyczne epidemii Covid-19*.

<sup>474</sup> Problemy te zostały wypunktowane w piśmie Rzecznika Praw Obywatelskich z dnia 12 listopada 2020 roku o znaku V.7013.145.2020.ET/GH/PM do Ministra Zdrowia ([https://bip.brpo.gov.pl/sites/default/files/WG\\_do\\_MZ\\_ws\\_problemw\\_sluzby\\_zdrowia\\_w\\_epidemii\\_12.11.2020.pdf](https://bip.brpo.gov.pl/sites/default/files/WG_do_MZ_ws_problemw_sluzby_zdrowia_w_epidemii_12.11.2020.pdf) – dostęp: 27.07.2021 r.), w którym to Rzecznik Praw Obywatelskich zwrócił się o ich wyjaśnienie. Przedmiotowe wyjaśnienia znalazły się w obszernej odpowiedzi Ministra Zdrowia z dnia 18 stycznia 2021 roku o znaku MMI.704.1.2020.TM na pismo Rzecznika Praw Obywatelskich z dnia 12 listopada 2020 roku o znaku V.7013.145.2020.ET/GH/PM do Ministra Zdrowia (<https://bip.brpo.gov.pl/sites/default/files/odpowiedz%20z%20Ministerstwa%20Zdrowia%20z%2018.02.2021%20przyslana%2011.03.2021%20ws%20sytuacji%20w%20sluzbie%20zdrowia.pdf> – dostęp: 27.07.2021 r.).

Dla rzetelności wyводу można wspomnieć o jeszcze innych niż główne powodach tego stanu rzeczy. Przykładem mogą być przeanalizowane już środki prawne przeciwko COVID-19, których przedmiotem są procedury ochronne w służbie zdrowia, takie jak wprowadzanie procedur uzależniających dostęp do usług opieki zdrowotnej od wykazania się przez pacjenta bezobjawowego negatywnym wynikiem testu czy ograniczony dostęp seniorów do świadczeń zdrowotnych<sup>475</sup>. Niemniej jednak, gdyby nie powody uznane za główne, tego rodzaju środki prawne nie stanowiłyby rzeczywistego problemu wpływającego na realizację przedmiotu prawa do zdrowia, gdyż efektywna służba zdrowia zniwelowałaby wynikające z tego trudności.

Dochodząc jednak do sedna prowadzonego dyskursu, konieczne jest nazwanie zidentyfikowanego zagadnienia. Biorąc pod uwagę wszystkie poruszone kwestie, problemem tym wydaje się być drastyczne przeciążenie państwowej służby zdrowia przez epidemię COVID-19, powodujące niewydolność systemu opieki zdrowotnej, uniemożliwiająca w praktyce realizację przedmiotu prawa do zdrowia w pełnej bądź dotychczasowej formie. Kwestią leżącą u źródła problemu jest zatem pogodzenie zwiększonej ilości pacjentów z aktualnymi możliwościami służby zdrowia konkretnego państwa.

## 4.2. Transgraniczna opieka zdrowotna podczas epidemii COVID-19

Podobnie jak miało to miejsce w przypadku prawa do zdrowia, także zagadnienie transgranicznej opieki zdrowotnej w UE *in genere* zostało już przedstawione. W zasadniczym zakresie, odsyłając do innej części niniejszej pracy naukowej<sup>476</sup>, konieczne w tym momencie jest skupienie się na problemie transgranicznej opieki zdrowotnej w czasie epidemii COVID-19. Niemniej jednak, aby było to możliwe, konieczne okazuje się określenie kryteriów niezbędnych dla właściwego funkcjonowania transgranicznej opieki zdrowotnej w UE. Innymi słowy, konieczne jest wskazanie na warunki, bez których transgraniczna opieka zdrowotna nie spełnia swoich funkcji i zasadniczo nie może być efektywnie stosowana. Wydaje się, że zostały one zawarte w celu określenia praw pacjentów w transgranicznej opiece zdrowotnej oraz w definicji legalnej tego pojęcia<sup>477</sup>. Dla przypomnienia wypada ponownie, choć w skróconej formule, podkreślić, że

---

<sup>475</sup> Ibidem.

<sup>476</sup> Patrz: Rozdział III. *Transgraniczne świadczenie usług opieki zdrowotnej w Unii Europejskiej*.

<sup>477</sup> Problem ten zaczyna być już zauważany przez niektórych przedstawicieli doktryny: K. Byszek, *The Impact of the COVID-19 Pandemic on the Cross-Border Healthcare*, "European Research Studies Journal" Nr 24/3 (2021), s. 747–757; U. Neergaard, *Access to Cross-Border Healthcare for Older Persons in the European Union: The Interplay between EU Law and Swedish Law*, *Written by Martina Axmin*, "European Journal of Health Law" Nr 28/2 (2021), s. 213–217; M. Gołda-Sobczak, *Zasady tworzenia sieci organów krajowych odpowiedzialnych za e-zdrowie w kontekście praw pacjentów w transgranicznej opiece zdrowotnej*, „Medyczna

celem tym jest ustanowienie zasad ułatwiających dostęp do bezpiecznej transgranicznej opieki zdrowotnej o wysokiej jakości, zapewnienie mobilności pacjentów zgodnie z zasadami ustalonymi przez TSUE oraz promowanie współpracy w zakresie opieki zdrowotnej między Państwami Członkowskimi UE, z pełnym poszanowaniem ich kompetencji<sup>478</sup>. Z kolei zgodnie z art. 3 lit. e) DPPTOZ, transgraniczna opieka zdrowotna oznacza opiekę zdrowotną świadczoną lub przepisaną w Państwie Członkowskim UE innym niż Państwo Członkowskie ubezpieczenia.

Z tych dwóch wyżej wymienionych przesłanek rozumowania logicznego wynika, że pierwszym warunkiem właściwego funkcjonowania transgranicznej opieki zdrowotnej jest ułatwianie osobom ubezpieczonym równego dostępu do właściwie zorganizowanego systemu opieki zdrowotnej Państwa Członkowskiego UE innego niż Państwo Członkowskie ubezpieczenia. Drugi taki warunek stanowi zapewnienie mobilności pacjentów zgodnie z zasadami ustalonymi przez TSUE, aby mogli oni korzystać z opieki zdrowotnej świadczonej lub przepisanej w Państwie Członkowskim UE innym niż Państwo Członkowskie ubezpieczenia. Trzecim warunkiem jest współpraca w zakresie opieki zdrowotnej między Państwami Członkowskimi UE, a czwartym – pełne poszanowanie kompetencji Państw Członkowskich UE w zakresie zdrowia publicznego. Oznacza to, że warunki te są w pewnym zakresie tożsame z przesłankami celu DPPTOZ omówionymi już w niniejszej pracy naukowej<sup>479</sup>.

Epidemia COVID-19, jej skutki oraz konsekwencje nie wpłynęły w równym stopniu na wszystkie powyższe warunki. Wydaje się, że warunek trzeci i czwarty może być skutecznie wypełniany także w realiach spowodowanych wirusem SARS-CoV-2<sup>480</sup>. Z kolei warunek pierwszy będzie spełniony w momencie rozwiązania opisanego powyżej problemu związanego z realizacją prawa do zdrowia podczas epidemii COVID-19. Dzieje się tak dlatego, że jego

---

Wokanda” Nr 14 (2020), s. 127–142; J. Sobczak, *Unijna sieć e-zdrowie i zasady jej funkcjonowania*, „Medyczna Wokanda” Nr 14 (2020), s. 7–22.

<sup>478</sup> T. Hervey, J. Mchale, *European Union Health...*, s. 184–211; D. Goscinska, *Transposition of the Patients'...*, s. 1–40; T. McLean, *Jurisdiction 101 for Medical...*, s. 35–40; H. Meyer, *Current Legislation on Cross-Border...*, s. 83–103.

<sup>479</sup> Patrz: Rozdział III. *Transgraniczne świadczenie usług opieki zdrowotnej w Unii Europejskiej: 4. Prawa pacjentów w transgranicznej opiece zdrowotnej: 4.1. Cel określenia transgranicznych praw pacjentów.*

<sup>480</sup> Po pierwsze wydaje się, że współpraca między Państwami Członkowskimi UE w zakresie opieki zdrowotnej może być podejmowana także w warunkach epidemii Covid-19. Nie oznacza to, że pandemia nie wywarła wpływu na taką współpracę w zakresie jej formy oraz metod. Niemniej jednak cel, jaki przyświeca tej współpracy, może być osiąganym także podczas epidemii, która to stała się kolejnym segmentem takiej współpracy. Po drugie w pełni można i trzeba szanować kompetencje Państw Członkowskich UE w zakresie zdrowia publicznego, niezależnie od realiów epidemii Covid-19. Dzieje się tak dlatego, że taki stan rzeczy wynika z wyraźnej podstawy normatywnej, w szczególności z art. 168 ust. 7 TFUE, art. 35 KPP UE oraz motywu 10 i art. 1 DPPTOZ. Aktualna sytuacja może uzasadniać podejmowanie przez unijne instytucje szeregu działań zwalczających epidemię Covid-19, jednakże powinny one być zgodne z pełnym poszanowaniem kompetencji Państw Członkowskich UE w zakresie zdrowia publicznego.

wypełnienie zależy od funkcjonowania sprawnego, skutecznego, efektywnego, szybkiego, bezpiecznego oraz powszechnego systemu opieki zdrowotnej, do którego zapewniany jest równy dostęp<sup>481</sup>, co jednocześnie stanowi źródło problemu przedstawionego w kontekście prawa do zdrowia<sup>482</sup>. Uzasadnione zatem staje się zbadanie wpływu epidemii COVID-19 na warunek drugi, a więc na zapewnienie mobilności pacjentów.

Jak wynika z przeprowadzonej już analizy środków prawnych przeciwko wirusowi SARS-CoV-2 wydawanych przez Państwa Członkowskie UE, określona ich część dotyczy podróży międzynarodowych. Dla przypomnienia mowa tutaj o takich środkach prawnych jak porady dotyczące podróży, całkowite zamknięcie granic państwowych, kwarantanna dla międzynarodowych podróżnych, szczególna kontrola graniczna oraz zakaz wjazdu dla cudzoziemców z wybranych krajów. Na wprowadzenie wybranych z tej grupy środków prawnych zdecydowała się znaczna większość Państw Członkowskich UE<sup>483</sup>. Prowadzi to do

---

<sup>481</sup> D. Lach, *Zasada równego dostępu...*, s. 178; K. Baka, *Komentarz...*, s. 124–125; M. Dercz, T. Rek, *Ustawa o działalności...*, s. 41; S. Jarosz-Żukowska, *Prawo do ochrony zdrowia...*, s. 660; J. Jończyk, *Transformacja ubezpieczeń...*, s. 11.

<sup>482</sup> Patrz: Rozdział IV. *Problemy realizacji prawa do zdrowia oraz funkcjonowania transgranicznej opieki zdrowotnej w UE podczas epidemii Covid-19: 4. Prawo do zdrowia i transgraniczna opieka zdrowotna w realiach epidemii Covid-19: 4.1. Prawo do zdrowia podczas epidemii Covid-19.*

<sup>483</sup> Dotychczas: Austria wprowadziła 11 środków prawnych dotyczących podróży międzynarodowych, z czego aktualnie obowiązują 3 (Response Measures Database [RMD]: Current Measures: Austria: International travel [NPI Measures: All/Active Only], <https://covid-statistics.jrc.ec.europa.eu/RMeasures#> – dostęp: 28.07.2021 r.); Belgia wprowadziła 8 środków prawnych dotyczących podróży międzynarodowych, z czego aktualnie obowiązują 3 (Response Measures Database [RMD]: Current Measures: Belgium: International travel [NPI Measures: All/Active Only], <https://covid-statistics.jrc.ec.europa.eu/RMeasures#> – dostęp: 28.07.2021 r.); Bułgaria wprowadziła 13 środków prawnych dotyczących podróży międzynarodowych, z czego aktualnie obowiązują 2 (Response Measures Database [RMD]: Current Measures: Bulgaria: International travel [NPI Measures: All/Active Only], <https://covid-statistics.jrc.ec.europa.eu/RMeasures#> – dostęp: 28.07.2021 r.); Chorwacja wprowadziła 10 środków prawnych dotyczących podróży międzynarodowych, z czego aktualnie obowiązują 4 (Response Measures Database [RMD]: Current Measures: Croatia: International travel [NPI Measures: All/Active Only], <https://covid-statistics.jrc.ec.europa.eu/RMeasures#> – dostęp: 28.07.2021 r.); Cypr wprowadził 11 środków prawnych dotyczących podróży międzynarodowych, z czego aktualnie obowiązują 3 (Response Measures Database [RMD]: Current Measures: Cyprus: International travel [NPI Measures: All/Active Only], <https://covid-statistics.jrc.ec.europa.eu/RMeasures#> – dostęp: 28.07.2021 r.); Republika Czeska wprowadziła 11 środków prawnych dotyczących podróży międzynarodowych, z czego aktualnie obowiązują 5 (Response Measures Database [RMD]: Current Measures: Czech Republic: International travel [NPI Measures: All/Active Only], <https://covid-statistics.jrc.ec.europa.eu/RMeasures#> – dostęp: 28.07.2021 r.); Dania wprowadziła 8 środków prawnych dotyczących podróży międzynarodowych, z czego aktualnie obowiązują 5 (Response Measures Database [RMD]: Current Measures: Denmark: International travel [NPI Measures: All/Active Only], <https://covid-statistics.jrc.ec.europa.eu/RMeasures#> – dostęp: 28.07.2021 r.); Estonia wprowadziła 18 środków prawnych dotyczących podróży międzynarodowych, z czego aktualnie obowiązują 6 (Response Measures Database [RMD]: Current Measures: Estonia: International travel [NPI Measures: All/Active Only], <https://covid-statistics.jrc.ec.europa.eu/RMeasures#> – dostęp: 28.07.2021 r.); Finlandia wprowadziła 15 środków prawnych dotyczących podróży międzynarodowych, z czego aktualnie obowiązują 11 (Response Measures Database [RMD]: Current Measures: Finland: International travel [NPI Measures: All/Active Only], <https://covid-statistics.jrc.ec.europa.eu/RMeasures#> – dostęp: 28.07.2021 r.); Francja wprowadziła 7 środków prawnych dotyczących podróży międzynarodowych, z czego aktualnie obowiązują 3 (Response Measures Database [RMD]: Current Measures: France: International travel [NPI Measures: All/Active Only], <https://covid-statistics.jrc.ec.europa.eu/RMeasures#> – dostęp: 28.07.2021 r.); Niemcy wprowadziły 19 środków prawnych dotyczących podróży międzynarodowych, z czego aktualnie obowiązują 3 (Response Measures Database [RMD]: Current Measures: Germany: International travel [NPI Measures:

wniosku, że problemy spowodowane utrudnieniami bądź uniemożliwieniem przekroczenia granicy przez pacjentów chcących skorzystać z transgranicznej opieki zdrowotnej stały się faktem bezpośrednio związanym z epidemią COVID-19. Umożliwia to nazwanie zidentyfikowanego problemu. Uwzględniając wszelkie poruszone zagadnienia, wydaje się nim ograniczenie bądź w niektórych przypadkach nawet paraliż tradycyjnie rozumianej mobilności

---

All/Active Only], <https://covid-statistics.jrc.ec.europa.eu/RMeasures#> – dostęp: 28.07.2021 r.); Grecja wprowadziła 9 środków prawnych dotyczących podróży międzynarodowych, z czego aktualnie obowiązują 3 (Response Measures Database [RMD]: Current Measures: Greece: International travel [NPI Measures: All/Active Only], <https://covid-statistics.jrc.ec.europa.eu/RMeasures#> – dostęp: 28.07.2021 r.); Węgry wprowadziły 8 środków prawnych dotyczących podróży międzynarodowych, z czego aktualnie obowiązuje 1 (Response Measures Database [RMD]: Current Measures: Hungary: International travel [NPI Measures: All/Active Only], <https://covid-statistics.jrc.ec.europa.eu/RMeasures#> – dostęp: 28.07.2021 r.); Irlandia wprowadziła 5 środków prawnych dotyczących podróży międzynarodowych, z czego aktualnie obowiązują 2 (Response Measures Database [RMD]: Current Measures: Ireland: International travel [NPI Measures: All/Active Only], <https://covid-statistics.jrc.ec.europa.eu/RMeasures#> – dostęp: 28.07.2021 r.); Włochy wprowadziły 25 środków prawnych dotyczących podróży międzynarodowych, z czego aktualnie obowiązują 3 (Response Measures Database [RMD]: Current Measures: Italy: International travel [NPI Measures: All/Active Only], <https://covid-statistics.jrc.ec.europa.eu/RMeasures#> – dostęp: 28.07.2021 r.); Łotwa wprowadziła 14 środków prawnych dotyczących podróży międzynarodowych, z czego aktualnie obowiązuje 5 (Response Measures Database [RMD]: Current Measures: Latvia: International travel [NPI Measures: All/Active Only], <https://covid-statistics.jrc.ec.europa.eu/RMeasures#> – dostęp: 28.07.2021 r.); Litwa wprowadziła 15 środków prawnych dotyczących podróży międzynarodowych, z czego aktualnie obowiązują 2 (Response Measures Database [RMD]: Current Measures: Lithuania: International travel [NPI Measures: All/Active Only], <https://covid-statistics.jrc.ec.europa.eu/RMeasures#> – dostęp: 28.07.2021 r.); Luksemburg wprowadził 5 środków prawnych dotyczących podróży międzynarodowych, z czego aktualnie obowiązują 2 (Response Measures Database [RMD]: Current Measures: Luxembourg: International travel [NPI Measures: All/Active Only], <https://covid-statistics.jrc.ec.europa.eu/RMeasures#> – dostęp: 28.07.2021 r.); Malta wprowadziła 13 środków prawnych dotyczących podróży międzynarodowych, z czego aktualnie obowiązują 3 (Response Measures Database [RMD]: Current Measures: Malta: International travel [NPI Measures: All/Active Only], <https://covid-statistics.jrc.ec.europa.eu/RMeasures#> – dostęp: 28.07.2021 r.); Holandia wprowadziła 28 środków prawnych dotyczących podróży międzynarodowych, z czego aktualnie obowiązuje 11 (Response Measures Database [RMD]: Current Measures: Netherlands: International travel [NPI Measures: All/Active Only], <https://covid-statistics.jrc.ec.europa.eu/RMeasures#> – dostęp: 28.07.2021 r.); Polska wprowadziła 14 środków prawnych dotyczących podróży międzynarodowych, z czego aktualnie obowiązują 3 (Response Measures Database [RMD]: Current Measures: Poland: International travel [NPI Measures: All/Active Only], <https://covid-statistics.jrc.ec.europa.eu/RMeasures#> – dostęp: 28.07.2021 r.); Portugalia wprowadziła 18 środków prawnych dotyczących podróży międzynarodowych, z czego aktualnie żaden nie obowiązuje (Response Measures Database [RMD]: Current Measures: Portugal: International travel [NPI Measures: All/Active Only], <https://covid-statistics.jrc.ec.europa.eu/RMeasures#> – dostęp: 28.07.2021 r.); Rumunia wprowadziła 9 środków prawnych dotyczących podróży międzynarodowych, z czego aktualnie obowiązuje 1 (Response Measures Database [RMD]: Current Measures: Romania: International travel [NPI Measures: All/Active Only], <https://covid-statistics.jrc.ec.europa.eu/RMeasures#> – dostęp: 28.07.2021 r.); Słowacja wprowadziła 8 środków prawnych dotyczących podróży międzynarodowych, z czego aktualnie obowiązuje 1 (Response Measures Database [RMD]: Current Measures: Slovakia: International travel [NPI Measures: All/Active Only], <https://covid-statistics.jrc.ec.europa.eu/RMeasures#> – dostęp: 28.07.2021 r.); Słowenia wprowadziła 6 środków prawnych dotyczących podróży międzynarodowych, z czego aktualnie obowiązują 3 (Response Measures Database [RMD]: Current Measures: Slovenia: International travel [NPI Measures: All/Active Only], <https://covid-statistics.jrc.ec.europa.eu/RMeasures#> – dostęp: 28.07.2021 r.); Hiszpania wprowadziła 13 środków prawnych dotyczących podróży międzynarodowych, z czego aktualnie obowiązują 3 (Response Measures Database [RMD]: Current Measures: Spain: International travel [NPI Measures: All/Active Only], <https://covid-statistics.jrc.ec.europa.eu/RMeasures#> – dostęp: 28.07.2021 r.); Szwecja wprowadziła 14 środków prawnych dotyczących podróży międzynarodowych, z czego aktualnie obowiązuje 6 (Response Measures Database [RMD]: Current Measures: Sweden: International travel [NPI Measures: All/Active Only], <https://covid-statistics.jrc.ec.europa.eu/RMeasures#> – dostęp: 28.07.2021 r.).

populacji UE bezpośrednio związanej z realizacją swobody przepływu osób w ramach rynku wewnętrznego UE, która albo znacząco utrudnia, albo też uniemożliwia korzystanie z transgranicznej opieki zdrowotnej w UE w pełnej bądź dotychczasowej formie. Kwestią leżącą u źródła problemu jest zatem pogodzenie warunku zapewnienia mobilności pacjentów z restrykcjami, które mogą wystąpić podczas fizycznego przekraczania tradycyjnie rozumianych granic państwowych, w tym przypadku uzasadnianymi stanem epidemii COVID-19.

### **4.3. Przeciwdziałanie negatywnemu wpływowi epidemii COVID-19 na funkcjonowanie transgranicznej opieki zdrowotnej w UE**

W świetle powyższych rozważań należy mieć na uwadze podejmowane przez UE próby przeciwdziałania negatywnemu wpływowi epidemii COVID-19 na funkcjonowanie transgranicznej opieki zdrowotnej. Dokładnie w tym celu Komisja Europejska wydała powoływany już komunikat pt. Wytyczne w sprawie pomocy UE w sytuacji nadzwyczajnej dotyczące współpracy transgranicznej w zakresie opieki zdrowotnej związanej z kryzysem wywołanym epidemią COVID-19 (dalej: Wytyczne dotyczące współpracy transgranicznej w zakresie opieki zdrowotnej COVID-19)<sup>484</sup>. Z dokumentu tego wynika, że przedmiotem jego uregulowania jest bardziej skoordynowane podejście w transgranicznej opiece zdrowotnej z uwagi na wystąpienie stanu nadzwyczajnego. Jedno z proponowanych rozwiązań stanowi pełne wykorzystanie infrastruktury medycznej w każdym Państwie Członkowskim UE w ten sposób, aby kraje w lepszej sytuacji odciążały te w gorszej. Komisja Europejska deklaruje, że będzie wspierać Państwa Członkowskie UE, przykładowo, poprzez zapewnienie jasności w kwestii zwrotu kosztów opieki zdrowotnej<sup>485</sup> czy uzgodnień dotyczących transgranicznej mobilności pacjentów.

---

<sup>484</sup> Komunikat Komisji Wytyczne w sprawie pomocy UE w sytuacji nadzwyczajnej...

<sup>485</sup> Cytując Wytyczne dotyczące współpracy transgranicznej w zakresie opieki zdrowotnej Covid-19: „1. Pokrycie kosztów opieki zdrowotnej będzie regulowane przepisami w sprawie koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego (Rozporządzenie 883/2004); 2. Pacjenci, którzy muszą być przewiezieni do szpitala w sąsiednim lub innym państwie członkowskim oferującym pomoc, powinni w zwykłych okolicznościach posiadać uprzednią zgodę właściwej instytucji zabezpieczenia społecznego. Nie jest to praktyczne z uwagi na pandemię COVID-19 i sytuację nadzwyczajną; 3. W związku z sytuacją kryzysową w sektorze publicznym Komisja wzywa państwa członkowskie do przyjęcia pragmatycznego podejścia do pacjentów wymagających pilnej opieki i rozważenia udzielenia ogólnej uprzedniej zgody w celu zapewnienia pokrycia wszystkich wydatków poniesionych przez podmiot świadczący opiekę zdrowotną; 4. Zaleca się, aby wystarczyło upewnienie się przez właściwe Państwo Członkowskie, że pacjent posiada dokument poświadczający, że jest ubezpieczony w momencie przyjęcia do szpitala, lub dowolne inne praktyczne ustalenia uzgodnione przez zainteresowane Państwa Członkowskie. Niniejsze wytyczne mają zastosowanie do opieki zdrowotnej w nagłych wypadkach tylko w kontekście pandemii COVID-19; 5. W przypadku pacjentów, którzy nadal mają dostęp do niewymagającej pilnego działania planowej opieki zdrowotnej, zasadniczo stosuje się zwykle procedury leczenia w innym Państwie Członkowskim”.



Ostatni z wymienionych desygnatów jest niezwykle interesujący z punktu widzenia analizowanego aktualnie zagadnienia. W tym kontekście Komisja Europejska zwraca uwagę, że dla obywateli UE nieustannie obowiązują zasady określone w Dyrektywie 2004/38/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 29 kwietnia 2004 roku w sprawie prawa obywateli Unii i członków ich rodzin do swobodnego przemieszczania się i pobytu na terytorium Państw Członkowskich, zmieniającej rozporządzenie (EWG) nr 1612/68 i uchylającej dyrektywy 64/221/EWG, 68/360/EWG, 72/194/EWG, 73/148/EWG, 75/34/EWG, 75/35/EWG, 90/364/EWG, 90/365/EWG i 93/96/EWG<sup>486</sup>. Na tej podstawie w Wytycznych dotyczących współpracy transgranicznej w zakresie opieki zdrowotnej COVID-19 stwierdzono z jednej strony, że pacjentom wymagającym pilnej opieki w placówce opieki zdrowotnej w innym Państwie Członkowskim UE nie można odmówić wjazdu, ale z drugiej strony, że pacjenci udający się do innego Państwa Członkowskiego UE w celu leczenia w przypadkach nienagłych powinni sprawdzić, czy kontrole graniczne umożliwią im podróż. Tego rodzaju rozwiązanie rodzi jednak problem interpretacyjny związany z określeniem, czym jest pilna opieka w placówce opieki zdrowotnej oraz czym są przypadki nienagłe<sup>487</sup>. W tym kontekście można posłużyć się dyrektywami wykładni językowej oraz powiązać rozważane desygnaty ze stanem zagrożenia życia. Niemniej jednak propozycja ta jest niekompletna, gdyż wydaje się, że mogą istnieć przypadki pacjentów wymagające pilnej opieki zdrowotnej w innym Państwie Członkowskim UE, które jednak nie zagrażają życiu tego pacjenta. Z tego powodu, *prima facie* wydaje się, że możliwym rozwiązaniem byłoby zastąpienie kryteriów pilności oraz nienagłości kryterium obiektywnym w postaci stanu zagrożenia życia. W takim przypadku pacjentom znajdującym się w stanie zagrożenia życia nie można byłoby odmówić wjazdu na terytorium innego Państwa Członkowskiego UE w celu skorzystania z opieki w placówce opieki zdrowotnej. Należy jednak podkreślić, że zaproponowane w tym miejscu rozwiązanie, jak to

---

<sup>486</sup> Dyrektywa 2004/38/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 29 kwietnia 2004 roku w sprawie prawa obywateli Unii i członków ich rodzin do swobodnego przemieszczania się i pobytu na terytorium Państw Członkowskich, zmieniająca rozporządzenie (EWG) nr 1612/68 i uchylająca dyrektywy 64/221/EWG, 68/360/EWG, 72/194/EWG, 73/148/EWG, 75/34/EWG, 75/35/EWG, 90/364/EWG, 90/365/EWG i 93/96/EWG (Dz.Urz. UE L 158 z 30.04.2004 r., s. 77–123).

<sup>487</sup> Słownikowo „pilny” oznacza „wymagający natychmiastowego wykonania”, „zajmujący się czymś gorliwie” (*Słownik języka polskiego PWN*, <https://sjp.pwn.pl/slowniki/pilne> – dostęp: 29.07.2021 r.) albo „wymagający natychmiastowego wykonania; niezwłoczny, nagły, nieodzowny, konieczny” (*Słownik języka polskiego* pod red. W. Doroszewskiego, <https://sjp.pwn.pl/doroszewski/pilny;5472062.html> – dostęp: 29.07.2021 r.). Natomiast „nagły” oznacza „zjawiający się znienacka”, „niecierpiący zwłoki” (*Słownik języka polskiego PWN*, <https://sjp.pwn.pl/sjp/nagly;2486088.html> – dostęp: 29.07.2021 r.) albo „zjawiający się znienacka; znienacka, niespodziewany, raptowny” oraz „niecierpiący zwłoki; pilny, nagły, pałący, natychmiastowy” (*Słownik języka polskiego* pod red. W. Doroszewskiego, <https://sjp.pwn.pl/doroszewski/nagly;5454979.html> – dostęp: 29.07.2021 r.). Tworzone prawo powinno unikać używania terminów o charakterze generalnym, które nie posiadają ściśle określonego znaczenia, a przez to z jednej strony zwiększają swobodę decyzyjną legitymowanych podmiotów, z drugiej zaś zmniejszają przewidywalność oraz zrozumiałość prawa przez końcowych beneficjentów.

zauważono już powyżej, posiada mniejszy zakres podmiotowy zastosowania w porównaniu do tego zgłoszonego przez Komisję Europejską. Oznacza to, że zastosowanie obiektywnego kryterium w postaci stanu zagrożenia życia może nie w pełni realizować cel Wytycznych dotyczących współpracy transgranicznej w zakresie opieki zdrowotnej COVID-19. Prowadzi to do wniosku, że Komisja Europejska powinna raczej zobiektywizować zaproponowane przez siebie kryteria poprzez określenie w stworzonym dokumencie, jak należy rozumieć przypadek nienagły, a jak wymagający pilnej opieki zdrowotnej. W samych Wytycznych dotyczących współpracy transgranicznej w zakresie opieki zdrowotnej COVID-19 brakuje jasnego wskazania tego rodzaju obiektywnego kryterium rozgraniczającego te dwa pojęcia. Z tego powodu istnieje wysokie ryzyko, że granica między przypadkami wymagającymi pilnej opieki a tymi nienagłymi będzie ustalana w oparciu o subiektywne kryterium<sup>488</sup>.

Kolejnym problemem Wytycznych dotyczących współpracy transgranicznej w zakresie opieki zdrowotnej COVID-19 jest fakt, że ich nazwa, uzasadnienie oraz cel dotyczą współpracy transgranicznej w zakresie opieki zdrowotnej związanej z kryzysem wywołanym epidemią COVID-19. Oznacza to, że występuje zatem bezpośrednie powiązanie przedmiotu analizowanego dokumentu ze stanem epidemii, co znacząco zawęży jego zakres zastosowania<sup>489</sup>. Dodatkowo nie można zapominać, że Wytyczne te są typowym przykładem tzw. miękkiego prawa. Zawarta w nich interpretacja unijnych przepisów w zakresie prawa obywateli UE i członków ich rodzin do swobodnego przemieszczania się i pobytu na terytorium Państw Członkowskich UE nie ma charakteru wiążącego<sup>490</sup>. Wydaje się, że interpretacja ta

---

<sup>488</sup> Ryzyko opierania się na kryterium subiektywnym podczas decydowania o możliwości wjazdu pacjenta wymagającego opieki w placówce opieki zdrowotnej w innym Państwie Członkowskim UE należy ocenić negatywnie. W przypadku regulowania kwestii związanej z ludzkim zdrowiem prawo powinno posługiwać się możliwie precyzyjnymi kryteriami. W praktyce kryterium o charakterze subiektywnym będzie zapewne odnoszone do poczucia słuszności, współczucia oraz indywidualnego doświadczenia decydenta. Nie oznacza to, że wszelkie decyzje podejmowane na podstawie takiego kryterium okażą się niesprawiedliwe. Bezsprzecznie zastosowanie subiektywnego kryterium w większym stopniu sprzyja zaś niepożądanym konsekwencjom czy nawet nadużyciom. Z tego powodu wysoce rekomendowane jest stosowanie przemysłanych i oddających istotę oraz cel regulowanego rozwiązania kryteriów obiektywnych.

<sup>489</sup> Wypada postulować, aby zakres podmiotowy oraz przedmiotowy tworzonych i uchwalanych aktów prawnych, także tych posiadających status niewiązący (tzw. miękkie prawo), uzasadnianych walką oraz niwelowaniem negatywnych skutków epidemii Covid-19 nie był zawężany wyłącznie do epidemii Covid-19. Za rozsądne wydaje się szersze określanie tych zakresów i odnoszenie ich do stanu zagrożenia epidemią. Zabieg taki nie wpłynie negatywnie na walkę oraz niwelowanie negatywnych skutków pandemii Covid-19, a przygotuje system normatywny na możliwe do wystąpienia w przyszłości zagrożenia epidemiczne.

<sup>490</sup> Wytyczne dotyczące współpracy transgranicznej w zakresie opieki zdrowotnej Covid-19 nie posiadają charakteru wiążącego w systemie prawnym UE i są typowym przykładem tzw. miękkiego prawa. Nie można jednak tracić z pola widzenia faktu, że autorem i podmiotem, który wydał przedmiotowy komunikat, była Komisja Europejska. Fakt ten ma swoje implikacje, gdyż zaprezentowano w nim punkt widzenia oraz interpretację prawa jednej z najistotniejszych instytucji UE. Niewiązący charakter prawny wytycznych dotyczących współpracy transgranicznej w zakresie opieki zdrowotnej Covid-19 powinien zatem być łączony z autorytetem i siłą oddziaływania Komisji Europejskiej. W praktyce okazuje się, że tego rodzaju okoliczności mogą skutecznie zachęcać Państwa Członkowskie UE do stosowania aktów tzw. miękkiego prawa. Dodatkowym argumentem

powinna być traktowana przez Państwa Członkowskie UE jako cenna wskazówka, w jaki sposób należy rozumieć i stosować relewantne normy prawa unijnego na tej płaszczyźnie zastosowania. Niezależnie jednak od powyższych dylematów zaproponowane w tym dokumencie rozwiązanie z definicji dotyczy wyłącznie pacjentów wymagających pilnej opieki w placówce opieki zdrowotnej w innym Państwie Członkowskim UE. Tylko tej grupie pacjentów nie można odmówić przekroczenia granicy z uwagi na występujące restrykcje powodowane przez stan epidemii COVID-19. Oznacza to, że osoby udające się do innego Państwa Członkowskiego UE w celu leczenia w przypadkach nienagłych pozostają poza zakresem przedmiotowej rekomendacji. Prowadzi to do wniosku, że przedstawione w Wytycznych dotyczących współpracy transgranicznej w zakresie opieki zdrowotnej COVID-19 rozwiązanie powinno być traktowane jako półśrodek wyjaśniający status prawny określonej grupy pacjentów, podczas gdy pozostała ich część, jak *expressis verbis* stwierdzono w analizowanym dokumencie, powinna sprawdzić, czy kontrole graniczne umożliwią im podróże. To zdecydowana wada tego rozwiązania, gdyż nie dotyczy wszystkich osób w sposób generalny.

Niezależnie jednak od tych zastrzeżeń takie rozwiązania zaproponowane przez UE należy ocenić pozytywnie jako przeciwdziałanie negatywnemu wpływowi epidemii COVID-19 na funkcjonowanie transgranicznej opieki zdrowotnej w UE. Dzieje się tak dlatego, że bezsprzecznie stosowanie Wytycznych dotyczących współpracy transgranicznej w zakresie opieki zdrowotnej COVID-19 częściowo rozwiązuje zdefiniowany powyżej problem pogodzenia warunku zapewnienia mobilności pacjentów z restrykcjami, które mogą wystąpić podczas fizycznego przekraczania tradycyjnie rozumianych granic państwowych. Z uwagi jednak na fakt, że wskazane wyżej rozwiązanie dotyczy wyłącznie pacjentów, których przypadki zostaną zakwalifikowane jako pilne oraz zostało zawarte w dokumencie o charakterze tzw. prawa miękkiego, każde inne rozwiązanie bądź wspierające pacjentów w przypadkach pilnych, bądź zajmujące się przypadkami nienagłymi jest cenne dla dążenia do bardziej kompletnego rozwiązania zdefiniowanego problemu transgranicznej opieki zdrowotnej w czasach epidemii COVID-19.

---

przemawiającym za wypełnianiem postanowień wytycznych dotyczących współpracy transgranicznej w zakresie opieki zdrowotnej Covid-19 jest fakt, że zostały one wydane w nadzwyczajnej sytuacji i stanowią pomocne narzędzie w walce z negatywnymi skutkami epidemii.

## 5. Propozycja wdrożenia i stosowania rozwiązań telemedycznych podczas epidemii COVID-19

### 5.1. Telemedycyna jako rozwiązanie problemu prawa do zdrowia podczas stanu epidemii

W celu zaprezentowania propozycji rozwiązania zdefiniowanego problemu realizacji prawa do zdrowia podczas epidemii COVID-19 konieczne jest powołanie się na pięć zasadniczych przesłanek, które opierając się na wypracowanych już wnioskach, uzasadniają treść wysuwanego postulatu.

Po pierwsze, remedium na problem prawa do zdrowia w czasie epidemii COVID-19 wymaga odciążenia państwowej służby zdrowia, co udrożni wydolność systemu opieki zdrowotnej i tym samym umożliwi w praktyce realizację przedmiotu prawa do zdrowia w pełnej bądź dotychczasowej formie<sup>491</sup>. Kwestią leżącą u źródła tego problemu jest znalezienie rozwiązania godzącego zwiększoną ilość pacjentów z aktualnymi możliwościami służby zdrowia konkretnego państwa<sup>492</sup>.

Po drugie, telemedycyna posiada pełną predyspozycję do pełnienia funkcji nowego gwaranta materialnego jądra prawa do zdrowia, a więc do pełnienia funkcji gwaranta prawa do ochrony zdrowia, w tym z uwagi na niewydolność tradycyjnego systemu ochrony zdrowia<sup>493</sup>.

Po trzecie, telemedycyna, jak się wydaje, posiada kompletne przymioty do pełnienia funkcji nowego instytucjonalnego gwaranta realizacji aspektu materialnego prawa do zdrowia. Stanowi przez to najbardziej istotny środek do realizacji głównego celu, a więc ochrony zdrowia<sup>494</sup>.

Po czwarte, zastosowanie telemedycyny niesie za sobą szereg korzyści, takich jak: poprawa wydolności systemu opieki zdrowotnej *sensu largo*, wsparcie pracy lekarzy poprzez zwiększenie ich efektywności, wzrost zaufania i zadowolenia końcowych beneficjentów czy poprawa dostępności, szybkości, równości, bezpieczeństwa, jakości świadczeń medycznych oraz obniżenie ich kosztów<sup>495</sup>.

---

<sup>491</sup> Patrz: Rozdział IV. *Problemy realizacji prawa do zdrowia oraz funkcjonowania transgranicznej opieki zdrowotnej w UE podczas epidemii Covid-19*: 4. *Prawo do zdrowia i transgraniczna opieka zdrowotna w realiach epidemii Covid-19*: 4.1. *Prawo do zdrowia podczas epidemii Covid-19*.

<sup>492</sup> Ibidem.

<sup>493</sup> Patrz: Rozdział II. *Prawo do zdrowia w Unii Europejskiej*: 5. *Prawo do zdrowia w telemedycynie*: 5.1. *Telemedycyna jako nowy gwarant prawa do ochrony zdrowia*.

<sup>494</sup> Patrz: Rozdział II. *Prawo do zdrowia w Unii Europejskiej*: 5. *Prawo do zdrowia w telemedycynie*: 5.2. *Telemedycyna jako nowoczesne narzędzie realizacji prawa do świadczeń opieki zdrowotnej*.

<sup>495</sup> Patrz: Rozdział I. *Nowoczesne technologie w medycynie*: 5. *Korzyści oraz zagrożenia telemedycyny*: 5.1. *Korzyści telemedycyny*.

Po piąte, z istoty telemedycyny wynika, że zapewnia ona zdalną, a więc niezależną od restrykcji w przemieszczaniu się czy barier geograficznych, poprawę wyników zdrowotnych i wsparcie kliniczne za pomocą wykorzystania odpowiedniego zestawu nowoczesnych technik teleinformatycznych<sup>496</sup>.

Z tych wszystkich powodów za uzasadnione wydaje się twierdzenie, że zastosowanie i wdrożenie instrumentarium telemedycyny stanowi rozwiązanie problemu polegającego na drastycznym przeciążeniu państwowej służby zdrowia przez stan epidemii powodującym niewydolność systemu opieki zdrowotnej uniemożliwiająca w praktyce realizację przedmiotu prawa do zdrowia w pełnej bądź dotychczasowej formie. Opierając się na wskazanych powyżej cechach oraz specyfice telemedycyny, można przyjąć, że jest ona w stanie lepiej pogodzić zwiększoną ilość pacjentów z aktualnymi możliwościami służby zdrowia konkretnego państwa niż jej tradycyjny odpowiednik. Definitywnie, *de lege ferenda* postuluje się wdrożenie i stosowanie rozwiązań telemedycznych jako tych, które w czasie epidemii niezależnie od utrudnień w przemieszczaniu się zapewniają zachowanie wydolności systemu opieki zdrowotnej poprzez zwiększenie efektywności pracy lekarzy, pełniejsze urzeczywistnienie prawa do ochrony zdrowia oraz stabilną i efektywną realizację prawa do świadczeń opieki zdrowotnej<sup>497</sup>. Telemedycyna stanowi środek, za pomocą którego pojedyncza jednostka personelu medycznego jest w stanie zająć się zdrowiem większej ilości pacjentów w czasie rzeczywistym bądź nierzeczywistym.

---

<sup>496</sup> Patrz: Rozdział I. *Nowoczesne technologie w medycynie: 4. Pojęcie telemedycyny: 4.2. Istota telemedycyny.*

<sup>497</sup> Autorska propozycja na podstawie: O. Argy, M. Caputo, *Introduction to Telemedicine...*, s. 227; D. Shaw, *Overview of Telehealth...*, s. 13–18; A. McAuley, *The Challenges to Realising the Right to Health in Ireland...*, s. 373–401; K. Heus, T. Sartawi, *The Realization of the Right to Health for Refugees...*, s. 193–229; G. France, *The Italian Health Care System...*, s. 335–352; J. Arras, *Utility, Natural Rights...*, s. 23–45; J. Childress, *Rights to Health Care...*, s. 47–70; E. Kluge, *Health Care as a Right...*, s. 29–48; M. Green, *Global Justice and Health...*, s. 203–221; T. Halper, *Rights, Reforms, and the Health Care...*, s. 135–168; S. Gunn, *The Right to Health...*, s. 3–7; K. Ryś, *Konstytucyjne prawo do ochrony zdrowia...*, s. 119; A. Zoll, *Problemy służby zdrowia...*, s. 8; N. Pestova, *The Right to Health for Vulnerable...*, s. 341–372; A. Surówka, *Prawo do ochrony zdrowia...*, s. 395; C. Wu, *The Right to Health in Taiwan...*, s. 457–469; M. Raskas, K. Gali, D. Schinasi, S. Vyas, *Telemedicine and Pediatric Urgent Care...*, s. 206; M. Piechota, *Równość a konstytucyjne prawo do ochrony zdrowia...*, s. 137–142; O. Adelakun, R. Garcia, *Technical Factors in Telemedicine Adoption in...*, s. 85; N. Daniels, *Equal Opportunity and Health Care...*, s. 201–212; A. Jain, S. Leka, G. Zwetsloot, *The Fundamental Human Right to Health...*, s. 139–173; J. Montgomery, *Recognising a Right to Health...*, s. 184–203; C. Otto, *The Telemedicine Project...*, s. 106; M. Zimpfer, *Telemedicine: Steps into the Future...*, s. 77; A. Buchanan, *Rights, Obligations, and the Special...*, s. 169–184; L. Mpedi, *Protecting the Health Care...*, s. 77–100; J. Tu, *Health Care Transformation...*, s. 59–84; S. Rawaf, S. Hassounah, *Codification and Implementation of the 'Right to Health'...*, s. 135–163; J. Linkous, *A Rapidly Evolving Definition of Telemedicine...*, s. 226; M. Piechota, *Konstytucyjne prawo do ochrony zdrowia...*, s. 93–104; J. Waldenström, J. Hersch, B. Barber, A. Burgen, C. Berry, K. Arrow, A. Strøm, L. Zuckerman, *The Right to Health...*, s. 117–182; R. Iguñiz, N. Palomino, M. Barboza, *The Right to Health in Peru...*, s. 313–337; S. Simmons, D. Hamilton, P. McDonald, *Telemedicine...*, s. 163.

## 5.2. Telemedycyna jako rozwiązanie problemu transgranicznej opieki zdrowotnej w UE podczas stanu epidemii

Nazwany powyżej problem transgranicznej opieki zdrowotnej w czasie epidemii COVID-19 wymaga znalezienia rozwiązania, które zapewniając mobilność pacjentów w ramach UE, niezależnie od ograniczeń w przemieszczaniu się, w tym w przekraczaniu tradycyjnie rozumianych granic państwowych, umożliwi korzystanie z transgranicznej opieki zdrowotnej w UE w pełnej bądź dotychczasowej formie<sup>498</sup>. Innymi słowy, mowa tutaj o pogodzeniu warunku zapewnienia mobilności pacjentów z restrykcjami, które mogą wystąpić podczas fizycznego przekraczania tradycyjnie rozumianych granic państwowych podczas stanu epidemii<sup>499</sup>. Jak to już zauważono, rozwiązanie zaproponowane w Wytycznych dotyczących współpracy transgranicznej w zakresie opieki zdrowotnej COVID-19 zapewnia mobilność wyłącznie dla pacjentów, których przypadki zostaną zakwalifikowane jako pilne. W tak zarysowanym stanie faktycznym oraz prawnym prowadzonej w tym momencie analizy telemedycyna wydaje się odpowiednią propozycją o charakterze suplementarnym. Dzieje się tak dlatego, że uwzględniając rozwiązanie zaproponowane w Wytycznych dotyczących współpracy transgranicznej w zakresie opieki zdrowotnej COVID-19, postulat wdrożenia i stosowania telemedycyny stanowi jego istotne dopełnienie.

Telemedycyna *ex definitione* zapewnia zdatną, a co za tym idzie, niezależną od restrykcji w przemieszczaniu się czy barier geograficznych opiekę zdrowotną w wyniku wykorzystania szeregu nowoczesnych technik teleinformatycznych<sup>500</sup>. Irrelevantne dla niej są zatem ograniczenia geograficzne tradycyjnie rozumianego systemu opieki zdrowotnej. Mowa tutaj przede wszystkim o pokonywaniu barier spowodowanych odległością między pacjentem a personelem medycznym. Dzieje się tak dlatego, że rozwiązania bazujące na telemedycynie są niezależne od odległości i czasu podróży z uwagi na zasady cyfrowego środowiska w jakim funkcjonują. Prowadzi to zatem do wniosku, że telemedycyna i jej usługi właściwie z technicznego oraz technologicznego punktu widzenia wdrożone i stosowane zapewniają za pomocą sieci teleinformatycznych efektywną, szybką, bezpieczną oraz skuteczną mobilność pacjentów w wymiarze cyfrowym. Podkreślenia wymaga także fakt, że tego rodzaju mobilność, tak samo jak jej tradycyjny odpowiednik, może skutecznie wypełnić normatywnie określony

---

<sup>498</sup> Patrz: Rozdział IV. *Problemy realizacji prawa do zdrowia oraz funkcjonowania transgranicznej opieki zdrowotnej w UE podczas epidemii Covid-19*: 4. *Prawo do zdrowia i transgraniczna opieka zdrowotna w realiach epidemii Covid-19*: 4.2. *Transgraniczna opieka zdrowotna podczas epidemii Covid-19*.

<sup>499</sup> *Ibidem*.

<sup>500</sup> Patrz: Rozdział I. *Nowoczesne technologie w medycynie*: 4. *Pojęcie telemedycyny*: 4.1. *Definicje telemedycyny*.

cel DPPTOZ<sup>501</sup>. Dodatkowo ma tę zaletę, że zapewnia natychmiastową oraz zdalną możliwość korzystania z transgranicznej opieki zdrowotnej bez zmiany fizycznej lokalizacji geograficznej zarówno w trybie synchronicznym, jak i asynchronicznym.

Reasumując przedstawione powyżej motywy rozumowania logicznego, za uzasadnione wydaje się twierdzenie, zgodnie z którym telemedycyna powinna być traktowana jako propozycja wspierająca i jednocześnie uzupełniająca rozwiązanie przedstawione w Wytycznych dotyczących współpracy transgranicznej w zakresie opieki zdrowotnej COVID-19. W związku z tym, *de lege ferenda* telemedycynę, w szczególności z uwagi na specyfikę jej pojęcia, należy traktować jako bezpośrednie remedium dla pacjentów chcących skorzystać z transgranicznej opieki zdrowotnej w UE, których przypadki nie zostały zakwalifikowane zgodnie z postanowieniami Wytycznych dotyczących współpracy transgranicznej w zakresie opieki zdrowotnej COVID-19 jako pilne, lecz jako nienagłe<sup>502</sup>. Remedium zapewniające mobilność cyfrową, niezależnie od ograniczeń w przemieszczaniu się, w tym w przekraczaniu tradycyjnie rozumianych granic państwowych, które umożliwi korzystanie z transgranicznej opieki zdrowotnej w UE w pełnej bądź dotychczasowej formie<sup>503</sup>. Nastąpi zatem pogodzenie warunku zapewnienia mobilności pacjentów, których przypadki są nienagłe, z restrykcjami, jakie mogą wystąpić podczas fizycznego przekraczania tradycyjnie rozumianych granic państwowych podczas stanu epidemii. Z kolei w zakresie pacjentów, których przypadki są pilne, telemedycyna może wspierać rozwiązanie określone w Wytycznych dotyczących współpracy transgranicznej w zakresie opieki zdrowotnej COVID-19 w miarę możliwości technologicznych, zwłaszcza w kwestii spełnienia wysoko zaawansowanych form teleobecności. Mowa tutaj przykładowo o możliwości przeprowadzenia teleoperacji z wykorzystaniem wyspecjalizowanej robotyki. Wydaje się zatem, że korelacja telemedycyny

---

<sup>501</sup> Patrz: Rozdział III. *Transgraniczne świadczenie usług opieki zdrowotnej w Unii Europejskiej*: 4. *Prawa pacjentów w transgranicznej opiece zdrowotnej*: 4.1. *Cel określenia transgranicznych praw pacjentów*.

<sup>502</sup> Autorska propozycja na podstawie: G. Dafoulas, G. Pierris, S. Martinez, L. Kvistgaard Jensen, K. Kidholm, *Adaptation of the Model for Assessment of Telemedicine...*, s. 340; N. Mohr, E. Hurst, A. MacKinney, E. Nash, B. Carr, B. Skow, *Telemedicine for Early Treatment...*, s. 255; M. Lynn, *Telemedicine to Manage Sudden...*, s. 107; M. Raskas, K. Gali, D. Schinasi, S. Vyas, *Telemedicine and Pediatric Urgent Care...*, s. 206; O. Adelakun, R. Garcia, *Technical Factors in Telemedicine Adoption in...*, s. 85; C. Otto, *The Telemedicine Project...*, s. 106; P. Cohendet, L. Valignon, H. Sylla, *Space Assets in the Emerging Telemedicine...*, s. 191; O. Argy, M. Caputo, *Introduction to Telemedicine...*, s. 227; D. Shaw, *Overview of Telehealth...*, s. 13–18; S. Bhattacharyya, *A DIY Guide to Telemedicine...*, s. 6; S. Spradley, *Telemedicine: The Future of Medicine...*, s. 291; H. Reynolds, *The Tele-ICU: Formative or Out-of-Date or Both...*, s. 4; R. Klar, E. Pelikan, *Telemedicine in Germany...*, s. 1119; M. Zimpfer, *Telemedicine: Steps into the Future...*, s. 77; J. Linkous, *A Rapidly Evolving Definition of Telemedicine...*, s. 226; C. de Lucena, C. Mont'Alvão, F. Pierantoni, L. Frajhof, *Telemedicine and Design: Relationships...*, s. 129; S. Melton, S. Simmons, B. Smith, D. Hamilton, *Telemedicine...*, s. 253; S. Simmons, D. Hamilton, P. McDonald, *Telemedicine...*, s. 163; Komisja Europejska, *Market Study on Telemedicine...*, s. 25.

<sup>503</sup> *Ibidem*.

z rozwiązaniem zaproponowanym przez Komisję Europejską stanowi bardziej kompletną odpowiedź na zdefiniowany problem transgranicznej opieki zdrowotnej w czasie stanu epidemii COVID-19.

## 6. Podsumowanie

W niniejszym rozdziale zajęto się zagadnieniem związanym z problemami realizacji prawa do zdrowia oraz funkcjonowania transgranicznej opieki zdrowotnej w UE podczas epidemii COVID-19.

W ramach części wprowadzającej przedstawiono aktualny stan faktyczny rozwoju epidemii COVID-19, a więc dokonano jej ogólnej charakterystyki. W tym celu przedstawiono najważniejsze wydarzenia z nią związane, zaprezentowano jej dane statystyczne oraz analizy zjawiska szczepień przeciwko chorobie COVID-19. Doprowadziło to do przynajmniej trzech istotnych wniosków. Pierwszym jest stwierdzenie, że tempo rozwoju oraz rozprzestrzeniania się wirusa SARS-CoV-2 wywołującego chorobę COVID-19 było i zasadniczo nadal jest niespotykane szybkie. Drugi wniosek wiąże się ze twierdzeniem, że z uwagi na wysoki wskaźnik zaraźliwości oraz duże ryzyko wystąpienia objawów zagrażających życiu znacznej części populacji w pewnym momencie na osi czasu epidemii COVID-19 międzynarodowym priorytetem stało się wynalezienie szczepionki bądź leku przeciwko wirusowi SARS-CoV-2 albo chorobie COVID-19. Trzecim i ostatnim wnioskiem wynikającym z tej części dysertacji naukowej jest ustalenie, że całokształt zaprezentowanego stanu faktycznego diametralnie przewartościował oraz zdeterminował działania współczesnych państw, organizacji międzynarodowych czy jednostek, w tym w wymiarze prawnym. Istotną okazuje się również konstatacja, zgodnie z którą na chwilę obecną niezwykle trudno dokonać oceny kierunku rozwoju epidemii wywołanej wirusem SARS-CoV-2, pomimo podejmowania licznych działań zaradczych oraz wydania znacznej ilości publikacji naukowych na ten temat.

Po powyższych rozważaniach, co należy traktować w kategoriach logicznej konsekwencji prowadzonego dyskursu, zwrócono uwagę na wpływ epidemii COVID-19 na system prawny, w tym na zagadnienie prawa jako instrumentu walki z epidemią COVID-19. Ustalono, że narzędziem gwarantującym, co do zasady, powszechne stosowanie się do nowo wprowadzanych standardów dystansu społecznego jest prawo jako naturalny instrument określający oraz egzekwujący uprawnienia i obowiązki jednostki. To spostrzeżenie sprowokowało zaprezentowanie środków prawnych przeciwko COVID-19 przyjętych w wybranych Państwach Członkowskich UE. Korelacja ich ilości oraz przedmiotu



merytorycznego jednoznacznie potwierdziła nieodzowny wpływ epidemii COVID-19 na prawne uwarunkowania społeczeństwa w całej UE. Oznacza to, że w stosunkowo krótkim czasie system prawny został normatywnie dostosowany do nowego stanu faktycznego poprzez wprowadzenie w życie szeregu zakazów, nakazów czy generalnie obostrzeń bądź restrykcji. Wiąże się to z kolejnym spostrzeżeniem. Zgodnie z nim wpływ epidemii COVID-19 na prawo, w tym na warunki uczestniczenia w społeczeństwie, jest daleko idący oraz ma charakter bezpośredni. Analiza ta doprowadziła zatem do wniosku, że z uwagi na epidemię w prawie zaszły szerokie zmiany, głównie poprzez stworzenie szeregu standardów określających nowe zasady funkcjonowania w społeczeństwie.

Uzupełnieniem tej materii były rozważania dotyczące problematyki faktycznego wykonywania uprawnień jednostki w praktyce w czasie epidemii COVID-19. W tym kontekście zwrócono uwagę, że przeanalizowane środki prawne stanowią podstawę dla nowych instytucji prawnych ograniczających uprawnienia jednostki bądź wprowadzających nieznanie wcześniej typy obowiązków. Te ograniczenia czy obowiązki w określonych przypadkach silnie oddziałują nie tylko na prawnie określone uprawnienia, których bezpośrednio dotyczą, ale także na inne w sposób pośredni. Podkreślono, że przykładem takiego pośredniego wpływu są ograniczenia w prawie do sądu czy edukacji. W praktyce okazuje się bowiem, że skutkiem ubocznym przyjmowanych przez Państwa Członkowskie UE środków prawnych jest ograniczenie rzeczywistej możliwości wykonywania uprawnień jednostek w realiach epidemii COVID-19, które nie stanowią bezpośredniego przedmiotu uregulowania. Co istotne, odnotowano wtedy, że epidemia w niektórych przypadkach sama z siebie negatywnie wpływa na rzeczywistą możliwość realizacji przez jednostki swoich uprawnień. Doprowadziło to do ważnego wniosku, zgodnie z którym ograniczenie w wykonywaniu uprawnień jednostek może wynikać także z następstw zmieniającego się stanu faktycznego. Za przykład takiego ograniczenia wskazano zagrożenia i problemy związane z realizacją przedmiotu prawa do zdrowia. Uwaga ta miała kluczowe znaczenie dla dalszych rozważań związanych ze zdefiniowaniem problemów realizacji prawa do zdrowia oraz funkcjonowania transgranicznej opieki zdrowotnej w realiach epidemii COVID-19, co stanowi zasadniczy punkt odniesienia niniejszego rozdziału. W związku z tym przedstawiono i nazwano problem prawa do zdrowia w czasie epidemii COVID-19. Po zastosowaniu odpowiednich technik interpretacyjnych oraz biorąc pod uwagę wszystkie dotychczas poruszone zagadnienia, zaproponowano, że problemem tym jest drastyczne przeciążenie państwowej służby zdrowia przez COVID-19, powodujące niewydolność systemu opieki zdrowotnej uniemożliwiającą w praktyce realizację przedmiotu prawa do zdrowia w pełnej bądź dotychczasowej formie. Podkreślono wtedy,

że kwestią leżącą u źródła tego problemu jest pogodzenie zwiększonej ilości pacjentów z aktualnymi możliwościami służby zdrowia konkretnego państwa. Następnie dokonano tożsamej analizy związanej z właściwym zdefiniowaniem problemu funkcjonowania transgranicznej opieki zdrowotnej w tych samych warunkach. Po zaprezentowaniu starannie dobranej uzasadnienia zaproponowano, aby problem ten określić jako ograniczenie bądź w niektórych przypadkach nawet paraliż tradycyjnie rozumianej mobilności populacji UE bezpośrednio związanej z realizacją swobody przepływu osób w ramach rynku wewnętrznego UE, co albo znacząco utrudnia, albo też uniemożliwia korzystanie z transgranicznej opieki zdrowotnej w UE w pełnej bądź dotychczasowej formie. Zaakcentowano wtedy, że kwestią leżącą u źródła problemu jest pogodzenie warunku zapewnienia mobilności pacjentów z restrykcjami, które mogą wystąpić podczas fizycznego przekraczania tradycyjnie rozumianych granic państwowych, w tym przypadku uzasadnianych stanem epidemii COVID-19.

Rozważania te zostały uzupełnione także o zaprezentowanie propozycji UE w zakresie przeciwdziałania negatywnemu wpływowi epidemii COVID-19 na funkcjonowanie transgranicznej opieki zdrowotnej w UE. Dogłębne zbadanie istoty tego działania doprowadziło do wniosku, że jego stosowanie częściowo, z uwagi na objęcie swoim zakresem przedmiotowym jedynie części pacjentów, rozwiązuje zdefiniowany problem pogodzenia warunku zapewnienia mobilności pacjentów z restrykcjami, które mogą wystąpić podczas fizycznego przekraczania tradycyjnie rozumianych granic państwowych. Oznacza to, że w zakresie problemu funkcjonowania transgranicznej opieki zdrowotnej każda inna propozycja wpierająca bądź uzupełniająca kroki podejmowane przez UE jest cenna dla dążenia do bardziej kompletnego rozwiązania zdefiniowanego problemu.

Z tych wszystkich powodów zdecydowano się w końcowej części rozdziału niniejszej rozprawy doktorskiej na zaproponowanie postulatów wdrożenia i stosowania rozwiązań telemedycznych podczas epidemii COVID-19. Po pierwsze, po dodatkowej analizie zaproponowano *de lege ferenda* wdrożenie i stosowanie rozwiązań telemedycznych jako tych, które w czasie epidemii niezależnie od utrudnień w przemieszczaniu się zapewniają zachowanie wydolności systemu opieki zdrowotnej poprzez zwiększenie efektywności pracy lekarzy, pełniejsze urzeczywistnienie prawa do ochrony zdrowia oraz stabilną i efektywną realizację prawa do świadczeń opieki zdrowotnej. Po drugie, także po analizie problemowej, zaproponowano, aby *de lege ferenda* telemedycyna, w szczególności z uwagi na specyfikę jej pojęcia, była traktowana jako bezpośrednie remedium dla pacjentów chcących skorzystać z transgranicznej opieki zdrowotnej w UE, których przypadki nie zostały zakwalifikowane, zgodnie z postanowieniami Wytycznych dotyczących współpracy transgranicznej w zakresie

opieki zdrowotnej COVID-19, jako pilne, lecz jako nienagłe. Dodatkowo zapewnianie w tym zakresie mobilności cyfrowej pacjentów ma tę zaletę, że jest ona bardziej niezależna od woli organów państwowych, niż ma to miejsce w przypadku rozwiązania zaproponowanego przez UE. W rzeczywistości mowa tutaj przecież o cyfrowym przekraczaniu granicy przez samą usługę, gdzie wystarczające jest nieingerowanie w tą możliwość przez Państwa Członkowskie UE. Przedmiotowa sytuacja ma odmienny charakter niż przy rozwiązaniu zaproponowanym przez UE, gdzie Państwa Członkowskie UE mają już pozytywny obowiązek gwarantowania możliwości tradycyjnego przekroczenia granicy. W ramach tych rozważań zaproponowano także, że w zakresie pacjentów, których przypadki są pilne, telemedycyna może wspierać rozwiązanie UE w miarę możliwości technologicznych, w szczególności spełnienia warunków wysoko zaawansowanych form teleobecności.

Całościowo przesłanie niniejszego rozdziału stanowi stwierdzenie, że aktualnie uzasadnione jest upatrywanie w rozwiązaniach opartych na nowoczesnych technologiach oddawanych do użytku praktycznego miejsca dla telemedycyny jako środka w walce z negatywnymi skutkami epidemii COVID-19 w kontekście realizacji przedmiotu prawa do zdrowia oraz funkcjonowania transgranicznej opieki zdrowotnej. Spostrzeżenie to definitywnie uzasadnia główną propozycję rozdziału w postaci bardziej powszechnego wdrożenia i stosowania rozwiązań telemedycznych, uwzględniając korzyści i potencjał oraz uważając na określone realne zagrożenia, takie jak chociażby cyberprzestępczość<sup>504</sup>.

---

<sup>504</sup> Patrz: Rozdział I. *Nowoczesne technologie w medycynie: 5. Korzyści oraz zagrożenia telemedycyny: 5.2. Zagrożenia telemedycyny.*

# **Rozdział V Cyberprzestępstwa telemedyczne jako zagrożenie dla realizacji prawa do zdrowia w telemedycynie**

## **1. Wstęp**

Rozdział ma na celu ustalenie rozwiązań niwelujących zjawisko cyberprzestępczości telemedycznej stanowiącej zagrożenie dla realizacji prawa do zdrowia w telemedycynie. Głównie mowa tutaj o wskazaniu sposobu reakcji przed popełnieniem cyberprzestępstwa telemedycznego i po nim, które będą zmierzać do ochrony i wzmocnienia realizacji przez telemedycynę prawa do zdrowia. W związku z tym w pierwszej kolejności przedstawione zostaną spostrzeżenia związane z teoretyczną charakterystyką cyberprzestępczości telemedycznej, gdzie uwaga zostanie zwrócona w stronę wpływu cyberprzestępczości telemedycznej na prawo do zdrowia, pojęcia cyberprzestępstwa oraz terminu cyberprzestępstwa telemedycznego.

Po teoretycznym wprowadzeniu analizie poddane zostaną rodzaje cyberprzestępstw telemedycznych możliwe do wyinterpretowania na podstawie odpowiednich norm prawa międzynarodowego publicznego. Zostanie wskazana metoda określania konkretnych rodzajów cyberprzestępstw telemedycznych oraz ich typy. Następnie pod rozważenie zostanie poddane zagadnienie czynności dowodowych w cyberprzestępczości telemedycznej możliwych do wyinterpretowania także na podstawie odpowiednich norm prawa międzynarodowego publicznego. W tym przypadku również zostanie przedstawiona metoda określania telemedycznych czynności dowodowych oraz podane zostaną konkretne rodzaje tych czynności. W wyniku powyższego zgłoszona zostanie propozycja standaryzacji systemów telemedycznych zawierająca w sobie dwa zasadnicze postulaty. Pierwszym z nich będzie standaryzacja systemów informatycznych usług telemedycznych na podstawie typów cyberprzestępstw telemedycznych, a drugim – standaryzacja systemów informatycznych usług telemedycznych na podstawie rodzajów telemedycznych czynności dowodowych.

Rozdział zakończy się podsumowaniem zawierającym autorskie spostrzeżenia dotyczące dyskutowanej materii oraz zarys postulatów *de lege ferenda* dla ustawodawcy.

## 2. Teoretyczna charakterystyka cyberprzestępczości telemedycznej

### 2.1. Wpływ cyberprzestępczości telemedycznej na prawo do zdrowia

Jednym z zagrożeń stosowania nowoczesnych technologii do użytku praktycznego w medycynie w postaci rozwiązań telemedycznych jest cyberprzestępczość telemedyczna. Mowa tutaj o cyberprzestępczości, której przedmiot czynności wykonawczej<sup>505</sup> jest bezpośrednio związany ze specyfiką usług telemedycznych, jak to już powyżej podkreślano, służących realizacji przedmiotu prawa do zdrowia<sup>506</sup>. W tym kontekście warto dodatkowo zauważyć, że dobrem prawnie chronionym, które w wyniku dokonania cyberprzestępstwa telemedycznego doznaje uszczerbku jest także, choćby pośrednio, prawo do zdrowia. Dzieje się tak dlatego, że każde cyberprzestępstwo telemedyczne, niezależnie od bezpośrednio naruszanego dobra prawnego, jakim przykładowo mogą być dane osobowe, co do zasady zawsze jednocześnie narusza dobro prawne w postaci urzeczywistniania prawa do zdrowia w cyfrowej postaci poprzez ograniczenie faktycznej możliwości zadbania o zdrowie pacjenta czy spowodowania u niego lęku przed nowoczesną formą leczenia z uwagi na doznany uszczerbek. Oznacza to, że pomiędzy bezpośrednio naruszanym dobrem prawnym a prawem do zdrowia występuje warunek jednoczesnego obligatoryjnego występowania, chyba że bezpośrednio naruszanym dobrem prawnym jest wprost i wyłącznie prawo do zdrowia. Stanowczego podkreślenia wymaga jednak fakt, że sposób, za pomocą którego cyberprzestępca wywołuje naruszenie rzeczywistej możliwości realizacji prawa do zdrowia z wykorzystaniem rozwiązań cyfrowej medycyny, w tym w szczególności telemedycyny, nie okazuje się tak istotny jak skutek jego działania. Prowadzi to do wniosku, że w tym zakresie może występować specyficzna obiektywizacja naruszenia, gdzie liczy się przede wszystkim skutek, jakim jest

---

<sup>505</sup> Za literaturą przedmiotu można powtórzyć, że przedmiotem czynności wykonawczej jest „takie dobro chronione przepisami prawa karnego, na którym czyn przestępczy jest dokonywany, tj. zgodnie z zamiarem sprawcy jest bezpośrednio atakowane lub (w przypadku nieumyślności) w relacji, do którego naruszane zostają zasady bezpiecznego obchodzenia się z danym dobrem”, M. Filar, *Pokrzywdzony (ofiara przestępstwa) w polskim prawie karnym materialnym*, „Czasopismo Prawa Karnego i Nauk Penalnych” Nr 2 (2002), s. 25, cyt. za S. Tarapatą, *Przedmiot czynności wykonawczej a przedmiot służący do popełnienia przestępstwa. Uwagi na marginesie uchwały Sądu Najwyższego z 30 października 2008 r. (sygn. akt I KZP 20/08)*, „Czasopismo Prawa Karnego i Nauk Penalnych” Nr 3 (2009), s. 133.

<sup>506</sup> Przypomnijmy, że usługi telemedyczne to świadczenia wykonywane przez lekarza, związane z faktyczną potrzebą medyczną, wpływające pozytywnie na generalny stan zdrowia, realizujące materialny i wykonawczy aspekt prawa do zdrowia oraz wykonywane na odległość z wykorzystaniem technik teleobecności zwykle za wynagrodzeniem w zakresie, w jakim nie są one objęte postanowieniami o swobodnym przepływie towarów, kapitału i osób (patrz: Rozdział III. *Transgraniczne świadczenie usług opieki zdrowotnej w Unii Europejskiej: 5. Usługi telemedyczne w transgranicznej opiece medycznej: 5.1. Usługi w telemedycynie*).

ograniczenie realizacji prawa do zdrowia w postaci cyfrowej<sup>507</sup>. Dodatkowo z uwagi na występowanie podkreślanego już wielokrotnie stałego elementu cyfrowego środowiskiem, w którym cyberprzestępczość teledyeczna może występować, rozwijać się i negatywnie oddziaływać na właściwą realizację aspektu materialnego oraz wykonawczego prawa do zdrowia, jest teledyeczna<sup>508</sup>, a precyzyjniej ujmując – usługi teledyeczne. Spostrzeżenia te definitywnie uzasadniają tezę, że cyberprzestępstwa teledyeczne stanowią realne zagrożenie dla realizacji prawa do zdrowia w sytuacji wykorzystywania nowoczesnych technologii teledyecznych oddawanych do użytku praktycznego w medycynie<sup>509</sup>.

Niniejszy rozdział ma na celu wskazanie, w jaki sposób należy reagować na zjawisko cyberprzestępczości teledyecznej oraz jak mu przeciwdziałać. Niemniej jednak, aby było to możliwe, konieczne jest zaprezentowanie definicji cyberprzestępstwa, cyberprzestępstwa teledyecznego oraz określenie ryzyka cyberprzestępczości teledyecznej.

Metodologia argumentacji zawartej w dalszej części rozdziału zasadza się na przesłance rozumowania logicznego, zgodnie z którą, skoro cyberprzestępczość teledyeczna jest zagrożeniem wpływającym na pełną bądź pełniejszą realizację prawa do zdrowia w formie teledyeczny, to rodzaje cyberprzestępstw teledyecznych stanowią typy możliwych do wystąpienia ryzyk dla realizacji przedmiotu prawa do zdrowia poprzez stosowanie teledyeczny. Prowadzi to zatem do kolejnego wniosku, zgodnie z którym czynności dowodowe prawa karnego procesowego możliwe do przeprowadzenia w kontekście cyberprzestępstwa teledyecznego stanowią reakcję na popełnienie czynu zabronionego w cyberprzestrzeni *post factum*, a więc w momencie urzeczywistnienia się wspomnianego ryzyka bądź są to działania zmierzające do wykrycia faktu popełnienia cyberprzestępstwa teledyecznego. Z kolei odpowiednia standaryzacja oprogramowania dostarczającego usługi teledyeczne może stanowić rozwiązanie zapobiegające zagrożeniu dokonania cyberprzestępstwa teledyecznego *ex ante*.

---

<sup>507</sup> Głównie mowa tutaj o teledyecznie, ale nie można tracić z pola widzenia także innych rodzajów nowoczesnych technologii oddawanych do użytku praktycznego w medycynie, a więc przykładowo e-Zdrowia czy m-Zdrowia (Patrz: Rozdział I. *Nowoczesne technologie w medycynie: 2. Systematyka zastosowania nowoczesnych technologii do użytku praktycznego w medycynie*).

<sup>508</sup> Patrz: Rozdział I. *Nowoczesne technologie w medycynie: 4. Pojęcie teledyeczny*.

<sup>509</sup> Zob. też: E. Frumento, F. Freschi, *How the Evolution of Workforces Influences Cybercrime Strategies: The Example of Healthcare*, [w:] *Combating Cybercrime and Cyberterrorism. Advanced Sciences and Technologies for Security Applications*, red. B. Akhgar, B. Brewster, Cham 2016, s. 237–258; J. Pollard, S. Kathleen, A. Karimi, M. Ficcaglia, *Ethical Considerations in the Design and Implementation of a Telehealth Service Delivery model*, "Behavior Analysis: Research and Practice" Nr17/4 (2017), s. 308; R. Luna, E. Rhine, M. Myhra, R. Sullivan, C. Kruse, *Cyber Threats to Health Information Systems: a Systematic Review*, "Technology and Health Care" Nr 24/1 (2016), s. 1–9; F. Basile, F. Amate, *Secure Transmission of Medical Images by SSH Tunneling*, [w:] *HCI International 2011 – Posters' Extended Abstracts. HCI 2011*, red. C. Stephanidis, Heidelberg 2011, s. 486–490.

## 2.2. Pojęcie cyberprzestępstwa

Odnosząc się do pojęcia, jakim jest cyberprzestępczość czy cyberprzestępstwo, należy zauważyć, że zasadniczo brakuje w krajowych systemach prawnych definicji legalnej tych terminów<sup>510</sup>. Wydaje się jednak, że cyberprzestępczość należy do szerszej kategorii semantycznej postrzeganej jako generalne zjawisko dokonywania cyberprzestępstw<sup>511</sup>, a to może prowadzić do spostrzeżenia, że pojęcie cyberprzestępstwa stanowi klucz dla efektywnego zaprezentowania omawianej materii<sup>512</sup>. Intuicyjnie można wskazać, że cyberprzestępstwo to czyn zabroniony popełniony w cyberprzestrzeni. Wydaje się, że z merytorycznego punktu widzenia definicję można uznać za właściwą. Niemniej jednak propozycja taka w zdecydowanej większości jest obciążona konkretnym typem błędu logicznego, jakim jest błąd logiczny *ignotum per ignotum*<sup>513</sup>. Z tego powodu w literaturze prezentuje się bardziej rozbudowane propozycje semantyczne. W jednej z nich podkreślono, że cyberprzestępstwo to działanie, gdzie komputery, telefony, sprzęt komórkowy oraz inne urządzenia technologiczne są wykorzystywane w nielegalnych celach, takich jak: oszustwa, kradzieże, wandalizm elektroniczny, naruszanie praw własności intelektualnej oraz włamywanie się i wchodzenie do

---

<sup>510</sup> Sytuacja taka występuje przykładowo w polskim systemie normatywnym: M. Wróbel, *Cyberprzestępczość w polskim systemie prawnym*, „Wiedza Obronna” Nr 4 (2014), s. 75; M. Siwicki, *Podział i definicja cyberprzestępstw*, „Prokuratura i Prawo” Nr 7-8 (2012), s. 246–250; J. Wasilewski, *Przestępczość w cyberprzestrzeni – zagadnienia definicyjne*, „Przegląd Bezpieczeństwa Wewnętrznego” Nr 8/15 (2016), s. 149; K. Chałubińska-Jentkiewicz, *Cyberbezpieczeństwo – zagadnienia definicyjne*, „Cybersecurity and Law” Nr 2/2 (2021), s.15–16. Cenną pozycją bibliograficzną dla ustawodawcy, który chce wprowadzić definicję legalną cyberprzestępczości, jest: S. Gordon, R. Ford, *On the Definition and Classification of Cybercrime*, „Journal in Computer Virology” Nr 2/1 (2006), s. 13–20.

<sup>511</sup> Do wniosku takiego można dojść na podstawie lektury przykładowo: I. Jaroszewska, *Wybrane aspekty przestępczości w cyberprzestrzeni. Studium prawnokarne i kryminologiczne*, Olsztyn 2017, s. 10–13; M. Zbrojewska, V. Mosorov, S. Biedron, T. Panskyi, *Jak definiujemy cyberprzestępstwo?*, „Informatyka, Automatyka, Pomiar w Gospodarce i Ochronie Środowiska” Nr 2 (2016), s. 64–65; A. Golonka, *Cyberprzestępczość – międzynarodowe standardy zwalczania zjawiska a polskie regulacje karne*, „Studia Prawnicze. Rozprawy i Materiały” Nr 18/1 (2016), s. 63–64.

<sup>512</sup> Wiele prac naukowych odnosi oraz posługuje się bezpośrednio pojęciem cyberprzestępstw, co zauważalne jest w szczególności w literaturze zagranicznej: E. Gruodytė, M. Bilius, *Investigating Cybercrimes: Theoretical and Practical Issues*, [w:] *Regulating eTechnologies in the European Union*, red. T. Kerikmäe, Cham 2014, s. 217–249; S. Ghosh, *Formidable Challenges Posed by Cybercrimes*, [w:] *Cybercrimes: A Multidisciplinary Analysis*, red. S. Ghosh, E. Turrini, Heidelberg 2011, s. 341–362; H. Saini, Y. Rao, T. Panda, *Cyber-crimes and their Impacts: A Review*, „International Journal of Engineering Research and Applications” Nr 2/2 (2012), s. 202–209; K. Jaishankar, *Establishing a Theory of Cyber Crimes*, „International Journal of Cyber Criminology” Nr 1/2 (2007), s. 7–9; D. Wall, *What are Cybercrimes?*, „Criminal Justice Matters” Nr 58/1 (2004), s. 20–21; N. Kshetri, *The Simple Economics of Cybercrimes*, „IEEE Security & Privacy” Nr 4/1 (2006), s. 33–39; F. Abdullah, *Using Big Data Analytics to Predict and Reduce Cyber Crimes*, „Technology” Nr 10/1 (2019), s. 1540–1546; P. Padmaavathy, *Cyber Crimes: A Threat to The Banking Industry*, „International Journal of Management Research and Reviews” Nr 9/4 (2019), s. 1–9; N. Boukemidja, *Cyber Crimes against Women: Qualification and Means*, „European Journal of Social Sciences” Nr 1/3 (2018), s. 34–44.

<sup>513</sup> S. Lewandowski, H. Machińska, A. Malinowski, J. Petzel, *Logika dla prawników*, Warszawa 2003, s. 61; K. Szymanek, *Sztuka argumentacji. Słownik terminologiczny*, Warszawa 2004, s. 83; E. Nieznański, *Logika*, Warszawa 2011, s. 108–114.

systemów i sieci komputerowych<sup>514</sup>. Słusznie zauważa się, że nie zawsze muszą one być technologicznie zaawansowane, gdyż w niektórych przypadkach wystarczające jest posiadanie urządzenia umożliwiającego jedynie dostęp do sieci teleinformatycznej<sup>515</sup>.

Jeszcze w innym miejscu można spotkać się z opinią, że cyberprzestępstwo to popełnienie czynu zabronionego z użyciem Internetu lub innej sieci teleinformatycznej, gdzie maszyna cyfrowa stanowi przedmiot czynu zabronionego albo jest jego narzędziem<sup>516</sup>. Często wskazuje się także, że istotnym elementem cyberprzestępstwa jest elektroniczne wykorzystywanie wymiany informacji użytkowników<sup>517</sup>.

W literaturze nie ma zgody co do jednej powszechnie akceptowanej definicji pojęcia cyberprzestępstwa<sup>518</sup> i z tego powodu w obrocie naukowym funkcjonuje wiele różniących się propozycji znaczeniowych uzupełnianych także o propozycje wybranych organizacji międzynarodowych<sup>519</sup>. Jedną z organizacji międzynarodowych, która zaproponowała definicję cyberprzestępstwa, jest UE. W komunikacie Komisji do Parlamentu Europejskiego, Rady oraz Komitetu Regionów w kierunku ogólnej strategii zwalczania cyberprzestępczości z 22 maja 2007 roku<sup>520</sup> podkreślono, że wyłącznie dla celów tego dokumentu pod pojęciem cyberprzestępczości powinno rozumieć się czyny przestępcze dokonane przy użyciu sieci łączności elektronicznej i systemów informatycznych lub skierowane przeciwko takim sieciom i systemom. Biorąc pod uwagę przedstawiony powyżej wycinek procesu definicyjnego pojęcia cyberprzestępstwa, zjawisko wielości propozycji znaczeniowych można określić jako pewnego rodzaju chaos semantyczny. Wydaje się, że powodem tego stanu rzeczy jest brak przyjęcia definicji legalnej pojęcia cyberprzestępstwa w systemach prawnych. Niemniej jednak to ostatnie stwierdzenie okazuje się prawdziwe, o ile szukamy bezpośredniej definicji tego

---

<sup>514</sup> D. Speer, *Redefining Borders: The Challenges...*

<sup>515</sup> D. Wall, *Towards a Conceptualisation of Cloud (Cyber) Crime*, [w:] *Human Aspects of Information Security, Privacy and Trust*, red. T. Tryfonas, Cham 2017, s. 537.

<sup>516</sup> B. Hołyst, J. Pomykała, *Cyberprzestępczość, ochrona informacji i kryptologia*, „Prokuratura i Prawo” Nr 1 (2011), s. 17.

<sup>517</sup> A. Jibril, M. Kwarteng, F. Nwaiwu, C. Appiah-Nimo, M. Pilik, M. Chovancova, *Online Identity Theft on Consumer Purchase Intention: A Mediating Role of Online Security and Privacy Concern*, [w:] *Responsible Design, Implementation and Use of Information and Communication Technology*, red. M. Hattingh, M. Matthee, H. Smuts, I. Pappas, Y. Dwivedi, M. Mäntymäki, Cham 2020, s. 149.

<sup>518</sup> S. Warren, G. Oxburgh, P. Briggs, D. Wall, *How Might Crime-Scripts Be Used to Support the Understanding and Policing of Cloud Crime?*, [w:] *Human Aspects of Information Security...*, s. 541.

<sup>519</sup> Przykładowo, Organizacja Narodów Zjednoczonych stworzyła propozycję, zgodnie z którą pojęcie cyberprzestępstwa powinno być rozumiane jako szereg działań uderzających bezpośrednio w bezpieczeństwo systemów komputerowych oraz procesowanych przez nie danych (cyberprzestępstwa *sensu stricto*) albo jako wszelkie nielegalne działania popełniane przy użyciu lub dotyczące systemów i sieci komputerowych (cyberprzestępstwa *sensu largo*), zob. A. Suchorzewska, *Ochrona prawna systemów informatycznych wobec zagrożenia terroryzmem*, Warszawa 2010, s. 152.

<sup>520</sup> Komunikat Komisji do Parlamentu Europejskiego, Rady oraz Komitetu Regionów – W kierunku ogólnej strategii zwalczania cyberprzestępczości {SEK(2007) 641} {SEK(2007) 642}/\* COM/2007/0267 końcowy \*/.



terminu w aktach prawnych. Nie można jednak tracić z pola widzenia faktu przyjęcia przez Radę Europy Konwencji o cyberprzestępczości z dnia 23 listopada 2001 roku<sup>521</sup> (dalej: Konwencja o cyberprzestępczości bądź Konwencja Budapesztańska) czy funkcjonowania w polskim systemie normatywnym definicji legalnej cyberprzestrzeni. Warto o tym pamiętać, gdyż zastosowanie odpowiednich technik wykładni prawniczej powinno doprowadzić do wskazania, jak ma być rozumiane pojęcie cyberprzestępstwa. Wskazane dwa obszary interpretacyjne mają jednak zupełnie odmienny charakter co do zakresu powszechności ich stosowania. Dzieje się tak dlatego, że analiza Konwencji Budapesztańskiej odnosi się do międzynarodowego porządku prawnego, a analiza polskiego systemu prawnego ma charakter krajowy.

W Konwencji o cyberprzestępczości nie wskazano jednoznacznie definicji cyberprzestępstw, ale dokonano ich typizacji. Wydaje się zatem, że występuje tutaj definiowanie poprzez wskazanie podziału<sup>522</sup>. Spoglądając na to potwierdza Raport Wyjaśniający do Konwencji o cyberprzestępczości przyjęty 23 listopada 2001 roku w Budapeszcie, w którym można przeczytać, że „przestępstwa związane z cyberprzestępczością” są popełniane przeciwko integralności, dostępności i poufności systemów komputerowych oraz sieci telekomunikacyjnych lub polegają na korzystaniu z takich sieci i ich usług w celu popełnienia przestępstw tradycyjnych, gdzie transgraniczny charakter takich przestępstw stoi w opozycji do terytorialności krajowych organów ścigania<sup>523</sup>. Z kolei z samej Konwencji Budapesztańskiej wynika, że cyberprzestępstwo to przestępstwo albo nielegalnego dostępu, nielegalnego przechwytywania danych, naruszenia integralności danych, naruszenia integralności systemu, niewłaściwego użycia urządzeń, fałszerstwa komputerowego, oszustwa komputerowego albo związane z pornografią dziecięcą bądź naruszeniem prawa autorskiego i praw pokrewnych<sup>524</sup>.

---

<sup>521</sup> Konwencja Rady Europy o cyberprzestępczości...; Zob.: J. Clough, *The Council of Europe Convention on Cybercrime: Defining crime in a Digital World*, „Criminal Law Forum” Nr 23 (2012), s. 363–391; D. Cangemi, *Procedural Law Provisions of the Council of Europe Convention on Cybercrime*, „International Review of Law, Computers & Technology” Nr 18/2 (2004), s. 165–171; A. Weber, *The Council of Europe's Convention on Cybercrime*, „Berkeley Technology Law Journal” Nr 18/1 (2003), s. 425–446; J. Young, *Surfing while Muslim: Privacy, Freedom of Expression and the Unintended Consequences of Cybercrime Legislation – A Critical Analysis of the Council of Europe Convention on Cybercrime and the Canadian Lawful Access Proposal*, „Yale Journal of Law & Technology” Nr 7 (2004), s. 346–421; P. Csonka, *Internet Crime: The Draft Council Of Europe Convention on Cyber-Crime: A Response to the Challenge of Crime in the Age of the Internet?*, „Computer Law & Security Review” Nr 16/5 (2000), s. 329–330; I. Carr, K. Williams, *Draft Cyber-Crime Convention: Criminalization and The Council of Europe (Draft) Convention on Cyber-Crime*, „Computer Law & Security Review” Nr 18/2 (2002), s. 83–90; A. Moise, *A Few Comments on the Council of Europe Convention on Cybercrime*, „Journal of Law and Administrative Sciences” Nr 2/8 (2017), s. 28–38.

<sup>522</sup> Niezwykle interesującym opracowaniem dotyczącym kwestii podziału jest: A. Jonkisz, *Podział podziałów. Ujęcie metodologiczne*, „Ruch Filozoficzny” Nr 73/2 (2017), s. 95–109.

<sup>523</sup> Raport Wyjaśniający do Konwencji o cyberprzestępczości (Explanatory Report to the Convention on Cybercrime) przyjęty 23 listopada 2001 roku w Budapeszcie (<https://rm.coe.int/16800cce5b> – dostęp: 15.08.2021 r.).

<sup>524</sup> Normatywne określenie rodzajów cyberprzestępstw należy ocenić pozytywnie. Z jednej strony stanowi to uznanie dla wysiłku przedstawicieli doktryny, którzy w tym zakresie tematycznym publikowali swoje prace przed uchwaleniem Konwencji Budapesztańskiej, z drugiej zaś fakt ten stanowił asumpt dla autorów do

Przechodząc zaś na grunt polskiego systemu normatywnego wypada przytoczyć dwie definicje legalne w nim występujące. Po pierwsze, zgodnie z art. 115 §1 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 roku Kodeks karny<sup>525</sup> (dalej: KK) czynem zabronionym jest zachowanie o znamionach określonych w ustawie karnej. Po drugie, zgodnie z art. 2 ust. 1b ustawy z dnia 29 sierpnia 2002 roku o stanie wojennym oraz o kompetencjach Naczelnego Dowódcy Sił Zbrojnych i zasadach jego podległości konstytucyjnym organom Rzeczypospolitej Polskiej<sup>526</sup> przez cyberprzestrzeń rozumie się przestrzeń przetwarzania i wymiany informacji tworzoną przez systemy teleinformatyczne, określone w art. 3 pkt 3 ustawy z dnia 17 lutego 2005 roku o informatyzacji działalności podmiotów realizujących zadania publiczne<sup>527</sup>, wraz z powiązaniem pomiędzy nimi oraz relacjami z użytkownikami. Z kolei zgodnie ze wspomnianym art. 3 pkt 3 ustawy z dnia 17 lutego 2005 roku o informatyzacji działalności podmiotów realizujących zadania publiczne system teleinformatyczny to zespół współpracujących ze sobą urządzeń informatycznych i oprogramowania zapewniający przetwarzanie, przechowywanie, a także wysyłanie i odbieranie danych przez sieci telekomunikacyjne za pomocą właściwego dla danego rodzaju sieci telekomunikacyjnego urządzenia końcowego w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 16 lipca 2004 roku Prawo telekomunikacyjne<sup>528</sup>. dopełnieniem właściwej interpretacji pojęcia cyberprzestępstwa w Polsce jest zatem zawarta w art. 2 pkt 43) ustawy z dnia 16 lipca 2004 roku Prawo telekomunikacyjne definicja legalna. Zgodnie z nią telekomunikacyjne urządzenie końcowe to urządzenie telekomunikacyjne przeznaczone do podłączenia bezpośrednio lub pośrednio do zakończeń sieci.

Przechodząc do zdekodowania właściwego znaczenia cyberprzestępstwa w Polsce i bazując na najprostszej oraz z pewnością poprawnej merytorycznie definicji teoretycznej, zgodnie z którą cyberprzestępstwem jest czyn zabroniony popełniony w cyberprzestrzeni,

---

podejmowania dalej idącej analizy (przykładowo, zob. D. Speer, *Redefining Borders: The Challenges...*, s. 259–273; I. Walden, *Harmonising Computer Crime Laws in Europe*, “European Journal of Crime, Criminal Law and Criminal Justice” Nr 12/4 (2004), s. 321–336; S. Brenner, J. Schwerha, *Introduction-Cyber crime: ...*, s. 111–114; S. Wang, *Measures of Retaining Digital Evidence...*, s. 216–223; M. Gercke, *Europe’s Legal Approaches...*, s. 409–420; S. Hilley, *Pressure Mounts on US Senate to Pass...*, s. 171–174; S. Moitra, *Developing Policies for...*; W. Chung, H. Chen, W. Chang, S. Chou, *Fighting Cyber Crime: a Review and...*, s. 669–682; J. Clough, *A World of Difference: The Budapest Convention...*, s. 698–736; N. Katyal, *Criminal Law in Cyberspace*, “University of Pennsylvania Law Review” Nr 149/4 (2001), s. 1003–1114; B. Hancock, *US and Europe Cyber Crime...*, s. 306–307; B. Boni, *Creating a Global Consensus...*, s. 18–19; B. Wible, *A Site Where Hackers...*, s. 1577–1623; E. Simon, *Cyberporn and Censorship: Constitutional Barriers to Preventing Access to Internet Pornography by Minors*, “The Journal of Criminal Law and Criminology” Nr 88/3 (1998), s. 1015–1048; M. Nuth, *Taking Advantage of New Technologies: For and Against Crime Computer Law and Security Report*, “Computer Law & Security Review” Nr 24 (2008), s. 437–446; E. Sinrod, W. Reilly, *Cyber-Crimes: A Practical...*, s. 177–232).

<sup>525</sup> Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 roku – Kodeks karny (t.j. Dz.U. z 2021 r. poz. 1023 z późn. zm.).

<sup>526</sup> Ustawa z dnia 29 sierpnia 2002 roku o stanie wojennym...

<sup>527</sup> Ustawa z dnia 17 lutego 2005 roku o informatyzacji działalności podmiotów realizujących zadania publiczne (t.j. Dz.U. 2021 r. poz. 2070).

<sup>528</sup> Ustawa z dnia 16 lipca 2004 roku Prawo telekomunikacyjne (t.j. Dz.U. z 2021 r. poz. 576).

wystarczające jest połączenie ustalonego już znaczenia czynu zabronionego oraz cyberprzestrzeni w polskim porządku normatywnym. Oznacza to, że zgodnie z przytoczonymi polskimi normami prawnymi cyberprzestępstwem może być zachowanie o znamionach określonych w ustawie karnej, w tym w umowach międzynarodowych, popełnione w przestrzeni przetwarzania i wymiany informacji tworzonej przez zespół współpracujących ze sobą urządzeń informatycznych i oprogramowania zapewniający przetwarzanie, przechowywanie, a także wysyłanie i odbieranie danych przez sieci telekomunikacyjne za pomocą właściwego dla danego rodzaju sieci urządzenia telekomunikacyjnego przeznaczonego do podłączenia bezpośrednio lub pośrednio do zakończeń sieci, wraz z powiązaniem pomiędzy nimi oraz relacjami z użytkownikami. Taka treść definicji wynika bezpośrednio z przeprowadzonego procesu interpretacyjnego, którego podstawą było prawo polskie<sup>529</sup>. Wydaje się jednak, że z uwagi na jakość uzyskanego produktu przedmiotowej wykładni prawniczej rozwiązanie to zasługuje na uznanie, gdyż wykazuje cechy kompletności, jasności i bezwarunkowości semantycznej<sup>530</sup>. Z tego powodu – po pierwsze – *de lege ferenda* polski ustawodawca powinien wziąć pod uwagę wprowadzenie definicji legalnej pojęcia cyberprzestępstwa w przedstawionej postaci, a po drugie, *de lege ferenda* ustawodawca międzynarodowy także powinien rozważyć wprowadzenie takiej definicji, niemniej jednak z koniecznymi, z uwagi na charakter międzynarodowej regulacji, zmianami.

Dopełnieniem definicji mogłoby być dookreślenie typów cyberprzestępstw, co aktualnie ma już miejsce w Konwencji o Cyberprzestępczości<sup>531</sup>, oraz opis przestępstw związanych z cyberprzestępczością, co z kolei zawarto w Raporcie Wyjaśniającym do Konwencji o cyberprzestępczości<sup>532</sup>. Wydaje się, że Konwencja Budapesztańska stanowiłaby

---

<sup>529</sup> Przedstawiona definicja cyberprzestępstwa wynika bezpośrednio z przeprowadzonego procesu interpretacyjnego, którego podstawą było prawo polskie, lecz nie bierze się ona bezpośrednio z prawa polskiego. Jak to już zauważono, dzieje się tak dlatego, że polski ustawodawca nie zdecydował się na wprowadzenie definicji legalnej pojęcia cyberprzestępstwa do swojego systemu normatywnego.

<sup>530</sup> Niemniej jednak cechy te wykazuje dopiero w pełni określona treść definicji cyberprzestępstwa, gdzie jedną z jej części składowych, oprócz definicji teoretycznej cyberprzestępstwa oraz definicji legalnej czynu zabronionego, jest definicja legalna cyberprzestrzeni. Należy zauważyć, że zawarte w definicji legalnej cyberprzestrzeni odwołanie systemowe, implikujące kolejne tego rodzaju odwołania, nie sprzyja jasności i zrozumiałości prawa i z tego powodu *de lege ferenda* polski ustawodawca powinien rozważyć zmianę definicji legalnej cyberprzestrzeni w ten sposób, aby nie zawierała ona w sobie odwołań do innych aktów pranych.

<sup>531</sup> Zgodnie z Konwencją Budapesztańską cyberprzestępstwo to przestępstwo albo nielegalnego dostępu, nielegalnego przechwytywania danych, naruszenia integralności danych, naruszenia integralności systemu, niewłaściwego użycia urządzeń, fałszerstwa komputerowego, oszustwa komputerowego albo związane z pornografią dziecięcą bądź naruszeniem prawa autorskiego i praw pokrewnych.

<sup>532</sup> Zgodnie z Raportem Wyjaśniającym do Konwencji o cyberprzestępczości „przestępstwa związane z cyberprzestępczością” są popełniane przeciwko integralności, dostępności i poufności systemów komputerowych oraz sieci telekomunikacyjnych lub polegają na korzystaniu z takich sieci i ich usług w celu popełnienia przestępstw tradycyjnych, gdzie transgraniczny ich charakter stoi w opozycji do terytorialności krajowych organów ścigania.

odpowiednią matrycę do wprowadzenia bezpośredniej definicji legalnej cyberprzestępstwa, przykładowo poprzez zastosowanie procedury protokołu dodatkowego.

### **2.3. Termin cyberprzestępstwa telemedycznego**

W celu jednak właściwego zdefiniowania i nazwania tytułowego problemu, a następnie przedstawienia propozycji jego rozwiązania, w pierwszej kolejności konieczna jest semantyczna analiza cyberprzestępstwa telemedycznego. Istotne staje się znalezienie odpowiedzi na pytanie o zasadnicze pojęcie stanowiące główny punkt odniesienia prowadzonego dyskursu naukowego. Innymi słowy, z metodologicznego punktu widzenia trzeba ustalić, czym jest cyberprzestępstwo telemedyczne.

Tak postawione pytanie badawcze wymaga zwrócenia uwagi na fakt, że pojęcie to zawiera w sobie dwa obszerne konglomeraty desygnatów. Pierwszym z nich jest cyberprzestępstwo, z kolei drugim są usługi telemedyczne. Określenie tych dwóch supozycji powinno doprowadzić do ustalenia definicji pojęcia cyberprzestępstwa telemedycznego. Ma to kluczowe znaczenie dla dalszych rozważań zawartych w niniejszym rozdziale, gdyż zdecyduje to o kształcie, formie oraz treści przyszłych wniosków.

W ramach przeprowadzonej już analizy ustalono, jak powinno być rozumiane samo pojęcie cyberprzestępstwa. Podobnie jest z usługami telemedycznymi, gdyż wynika to z poczynionych już ustaleń związanych z określeniem miejsca usług telemedycznych w transgranicznej opiece zdrowotnej w UE<sup>533</sup>. Konieczne w tym momencie staje się zatem odpowiednie połączenie wypracowanej oraz przedstawionej definicji cyberprzestępstwa z wybranymi składnikami pojęcia usług telemedycznych. Dzieje się tak dlatego, że cyberprzestępstwem telemedycznym jest takie cyberprzestępstwo, które zostaje popełnione w ramach usług telemedycznych bądź jego popełnienie okazuje się istotnie powiązane z takimi usługami. W takim przypadku usługi telemedyczne są celem ataku, jego źródłem bądź też środowiskiem występowania. Innymi słowy, przedmiotem cyberprzestępstwa telemedycznego są usługi telemedyczne. Dla przypomnienia warto wskazać, że dotychczas ustalono już, iż pojęcie usług telemedycznych powinno być utożsamiane ze świadczeniem wykonywanym przez lekarza, związanym z faktyczną potrzebą medyczną, wpływającym pozytywnie na generalny stan zdrowia, realizującym materialny i wykonawczy aspekt prawa do zdrowia oraz wykonywanym na odległość z wykorzystaniem technik teleobecności zwykle za

---

<sup>533</sup> Patrz: Rozdział III. *Transgraniczne świadczenie usług opieki zdrowotnej w Unii Europejskiej: 5. Usługi telemedyczne w transgranicznej opiece medycznej: 5.1. Usługi w telemedycynie.*

wynagrodzeniem w zakresie, w jakim nie jest ono objęte postanowieniami o swobodnym przepływie towarów, kapitału i osób<sup>534</sup>. W sytuacji, w której wskazane zostały dwa zasadnicze składniki pojęcia cyberprzestępstwa telemedycznego, a więc pojęcie cyberprzestępstwa oraz usług telemedycznych, aktualnie wystarczające jest ich właściwe metodologicznie połączenie. Biorąc zatem pod uwagę wszystkie poruszone argumenty oraz zaprezentowane twierdzenia, *de lege ferenda* termin cyberprzestępstwa telemedycznego powinien być rozumiany jako zachowanie o znamionach określonych w ustawie karnej, w tym w umowach międzynarodowych, popełnione w przestrzeni przetwarzania i wymiany informacji tworzonej przez zespół współpracujących ze sobą urządzeń informatycznych i oprogramowania zapewniający przetwarzanie, przechowywanie, a także wysyłanie i odbieranie danych przez sieci telekomunikacyjne za pomocą właściwego dla danego rodzaju sieci urządzenia telekomunikacyjnego przeznaczonego do podłączenia bezpośrednio lub pośrednio do zakończeń sieci, wraz z powiązaniem między nimi oraz relacjami z użytkownikami, którego przedmiotem są świadczenia wykonywane przez lekarza, związane z faktyczną potrzebą medyczną, wpływające pozytywnie na generalny stan zdrowia, realizujące materialny i wykonawczy aspekt prawa do zdrowia oraz wykonywane na odległość z wykorzystaniem technik teleobecności zwykle za wynagrodzeniem w zakresie, w jakim nie są one objęte

---

<sup>534</sup> Propozycja autorska na podstawie: T. Jasudowicz, *Prawo do zdrowia...*, s. 491–495; A. Holder, *Children and Adolescents...*, s. 161–172; S. Jamar, *The International Human Right...*, s. 17–35; J. Tu, *Health Care Transformation...*, s. 59–84; S. Kirchner, *The Universal Human Right...*, s. 141–151; C. de Lucena, C. Mont’Alvão, F. Pierantoni, L. Frajhof, *Telemedicine and Design: Relationships...*, s. 129; A. Buchanan, *Rights, Obligations, and the Special...*, s. 169–184; T. Beauchamp, *The Right to Health Care...*, s. 53–81; J. Merrill, *The Road to Health Care...*, s. 99–128; D. Evans, *The Right to Health...*, s. 233–257; K. Heus, T. Sartawi, *The Realization of the Right...*, s. 193–229; S. Qiu, *Equality and the Right...*, s. 97–120; O. Argy, M. Caputo, *Introduction to Telemedicine...*, s. 227; D. Shaw, *Overview of Telehealth...*, s. 13–18; S. Spradley, *Telemedicine: The Future of Medicine...*, s. 291; M. Piechota, *Konstytucyjne prawo do ochrony...*, s. 93–104; M. Rex, *Human Rights and Civil...*, s. 391–403; H. Reynolds, *The Tele-ICU: Formative or Out-of-Date or Both...*, s. 4; G. Dafoulas, G. Pierris, S. Martinez, L. Kvistgaard Jensen, K. Kidholm, *Adaptation of the Model for Assessment of Telemedicine...*, s. 340; N. Mohr, E. Hurst, A. MacKinney, E. Nash, B. Carr, B. Skow, *Telemedicine for Early Treatment...*, s. 255; M. Lynn, *Telemedicine to Manage Sudden...*, s. 107; K. Ryś, *Konstytucyjne prawo do ochrony...*, s. 119; A. Surówka, *Prawo do ochrony zdrowia...*, s. 395; J. Montgomery, *Recognising a Right to Health...*, s. 184–203; N. Pestova, *The Right to Health...*, s. 341–372; P. Cohendet, L. Valignon, H. Sylla, *Space Assets in the Emerging Telemedicine...*, s. 191; R. Klar, E. Pelikan, *Telemedicine in Germany...*, s. 1119; V. Leary, *The Right to Health...*, s. 24–56; M. Wiberg, *The EU Services...*, s. 20; J. van de Gronden, *Free Movement...*, s. 125; A. McAuley, *The Challenges to Realising...*, s. 373–401; L. Walker, *The Right to Health...*, s. 165–192; N. Daniels, *Equal Opportunity and Health...*, s. 201–212; H. Engelhardt, *Rights to Health Care: Created...*, s. 103–111; S. Melton, S. Simmons, B. Smith, D. Hamilton, *Telemedicine...*, s. 253; M. Raskas, K. Gali, D. Schinasi, S. Vyas, *Telemedicine and Pediatric Urgent Care...*, s. 206; S. Rawaf, S. Hassounah, *Codification and Implementation...*, s. 135–163; C. Wu, *The Right to Health...*, s. 457–469; N. Mohr, E. Hurst, A. MacKinney, E. Nash, B. Carr, B. Skow, *Telemedicine for Early Treatment...*, s. 255; M. Lynn, *Telemedicine to Manage Sudden...*, s. 107; K. Ryś, *Konstytucyjne prawo do ochrony...*, s. 119; A. Surówka, *Prawo do ochrony zdrowia...*, s. 395; H. Sass, *My Right to Care...*, s. 243–255; T. Halper, *Rights, Reforms, and the Health...*, s. 135–168; T. Marmor, *The Right to Health Care...*, s. 23–49.

postanowieniami o swobodnym przepływie towarów, kapitału i osób<sup>535</sup>. Definicję tę uzupełnia wskazanie na opis przestępstw związanych z cyberprzestępczością zawarty w Raporcie Wyjaśniającym do Konwencji o cyberprzestępczości oraz normatywnie zdefiniowane rodzaje cyberprzestępstw w Konwencji Budapesztańskiej, które po zastosowaniu odpowiednich technik interpretacyjnych wskażą na konkretne rodzaje cyberprzestępstw telemedycznych. To z kolei będzie jednoznaczne z określeniem podstawowego katalogu ryzyk możliwych do wystąpienia podczas stosowania nowoczesnych technologii do użytku praktycznego w medycynie w formie usług telemedycznych. Będzie to stanowić fundament dla dalszej analizy związanej z telemedycznymi czynnościami dowodowymi oraz standaryzacją systemów telemedycznych.

Odnosząc się jeszcze do zaproponowanej definicji cyberprzestępstwa telemedycznego, należy zauważyć, że z merytorycznego, logicznego oraz metodologicznego punktu widzenia jawi się ona jako właściwa. Wydaje się, że jest ona także co do zasady klarowna, bezpośrednia, bezwarunkowa oraz kompletna. Dodatkowy atut zaprezentowanej definicji stanowi oparcie jej na wypracowanych już wnioskach, gdzie pojęcie usług telemedycznych również zostało ustalone na podstawie jeszcze wcześniej zbadanych przesłanek. Spostrzeżenie to sprawia, że zaproponowanie definicji cyberprzestępstwa telemedycznego w takiej formie powinno być pożyteczne jako konsekwentny krok w analizowaniu tytułowego zagadnienia niniejszej rozprawy doktorskiej.

### **3. Rodzaje cyberprzestępstw telemedycznych**

#### **3.1. Metoda określenia rodzajów cyberprzestępstw telemedycznych**

W aktualnie obowiązującym prawie polskim oraz międzynarodowym brakuje bezpośredniego określenia typów cyberprzestępstw telemedycznych. Niemniej jednak nie oznacza to, że niemożliwa jest ich interpretacja na podstawie innych norm. W tym kontekście ważne staje się

---

<sup>535</sup> Autorska propozycja na podstawie wypracowanego już pojęcia cyberprzestępstwa oraz usług telemedycznych, gdzie szczególnie inspirujące były następujące pozycje bibliograficzne: J. Tu, *Health Care Transformation...*, s. 59–84; V. Leary, *The Right to Health...*, s. 24–56; T. Beauchamp, *The Right to Health Care...*, s. 53–81; H. Engelhardt, *Rights to Health Care: Created...*, s. 103–111; K. Heus, T. Sartawi, *The Realization of the Right...*, s. 193–229; H. Sass, *My Right to Care...*, s. 243–255; R. Klar, E. Pelikan, *Telemedicine in Germany...*, s. 1119; D. Evans, *The Right to Health...*, s. 233–257; S. Melton, S. Simmons, B. Smith, D. Hamilton, *Telemedicine...*, s. 253; S. Qiu, *Equality and the Right...*, s. 97–120; C. Wu, *The Right to Health...*, s. 457–469; A. Surówka, *Prawo do ochrony zdrowia...*, s. 395; J. Merrill, *The Road to Health Care...*, s. 99–128; S. Jamar, *The International Human Right...*, s. 17–35; T. Jasudowicz, *Prawo do zdrowia...*, s. 491–495; O. Argy, M. Caputo, *Introduction to Telemedicine...*, s. 227; C. de Lucena, C. Mont'Alvão, F. Pierantoni, L. Frajhof, *Telemedicine and Design: Relationships...*, s. 129; J. Montgomery, *Recognising a Right to Health...*, s. 184–203; N. Daniels, *Equal Opportunity and Health...*, s. 201–212.

spostrzeżenie, że pojęcie cyberprzestępstwa telemedycznego ma węższy zakres znaczeniowy niż pojęcie cyberprzestępstwa. Pomiędzy tymi terminami występuje zależność jednostronnego zawierania się. Oznacza to, że każde cyberprzestępstwo telemedyczne jest jednocześnie cyberprzestępstwem, ale nie każde cyberprzestępstwo to cyberprzestępstwo telemedyczne. Dzieje się tak dlatego, że – co warto podkreślić – cyberprzestępstwa telemedyczne stanowią w większości przekład zwykłych cyberprzestępstw wzbogacony o cechę telemedyczności. Cyberprzestępstwa telemedyczne są zatem z jednej strony specyficzną kategorię cyberprzestępstw, a z drugiej mają wiele wspólnego ze zwykłą cyberprzestępczością. Prowadzi to do wniosku, że zdecydowana większość normatywnie przewidzianych typów cyberprzestępstw, po dodaniu do nich usług telemedycznych jako ich przedmiotu naruszenia, ma swój telemedyczny odpowiednik. Innymi słowy, zdecydowana większość cyberprzestępstw wykazuje właściwości umożliwiające ich transformację na cyberprzestępstwa telemedyczne<sup>536</sup>.

Wydaje się, że właściwym materiałem źródłowym dla tak określonej analizy jest materialnoprawna część Konwencji Budapesztańskiej stanowiącej przykład aktu prawa międzynarodowego, w którym dokonano typizacji wybranych rodzajów cyberprzestępstw, co będzie stanowić podstawę do wyinterpretowania poprawnego przekładu tych typów cyberprzestępstw na określone cyberprzestępstwa telemedyczne.

### **3.2. Typy cyberprzestępstw telemedycznych**

Opierając się na aktualnej treści Konwencji Budapesztańskiej należy jeszcze raz podkreślić, że przewiduje ona konkretne typy cyberprzestępstw. Z art. od 2 do 10 Konwencji o cyberprzestępczości jasno wynika, że przedmiotowymi typami są: przestępstwa nielegalnego

---

<sup>536</sup> Oznacza to, że istnieją jednak typy cyberprzestępstw, których transformacja na cyberprzestępstwa telemedyczne jest niecelowa. Przykładem tego zjawiska jest przewidziane w art. 9 Konwencji Budapesztańskiej przestępstwo związane z pornografią dziecięcą. Zgodnie z tym przepisem „1. Każda Strona podejmie takie środki prawne i inne, jakie okażą się niezbędne dla uznania za przestępstwa w jej prawie wewnętrznym, umyślnego i bezprawnego: a. produkowania pornografii dziecięcej dla celów jej rozpowszechniania za pomocą systemu informatycznego; b. oferowania lub udostępniania pornografii dziecięcej za pomocą systemu informatycznego; c. rozpowszechniania lub transmitowania pornografii dziecięcej za pomocą systemu informatycznego; d. pozyskiwania pornografii dziecięcej za pomocą systemu informatycznego dla siebie lub innej osoby; e. posiadania pornografii dziecięcej w ramach systemu informatycznego lub na środkach do przechowywania danych informatycznych. 2. Dla celów powyższego ustępu 1 pojęcie «pornografia dziecięca» obejmuje materiał pornograficzny, który w sposób widoczny przedstawia: a. osobę małoletnią w trakcie czynności wyraźnie seksualnej; b. osobę, która wydaje się być małoletnią, w trakcie czynności wyraźnie seksualnej; c. realistyczny obraz przedstawiający osobę małoletnią w trakcie czynności wyraźnie seksualnej. 3. Dla celów powyższego ustępu 2, pojęcie «osoba małoletnia» obejmuje wszystkie osoby poniżej 18 roku życia. Strona może wprowadzić wymóg niższej granicy wieku, która nie może być niższa niż 16 lat. 4. Każda ze Stron może zastrzec sobie prawo niestosowania, w całości lub w części, ustępu 1.d i e oraz ustępu 2.b i c”. Dzieje się tak dlatego, że z uwagi na przedmiot czynu zabronionego cyberprzestępstwo związane z pornografią dziecięcą cechuje się swoją autonomiczną specyfiką, co zostanie szerzej wyjaśnione w dalszej części niniejszej pracy.

dostępu, nielegalnego przechwytywania danych, naruszenia integralności danych, naruszenia integralności systemu, niewłaściwego użycia urządzeń, fałszerstwa komputerowego, oszustwa komputerowego albo związane z pornografią dziecięcą bądź naruszeniem prawa autorskiego i praw pokrewnych<sup>537</sup>. Większość z nich wykazuje właściwości umożliwiające ich transformację na cyberprzestępstwa telemedyczne. Dzieje się tak dlatego, że z uwagi na przedmiot czynu zabronionego cyberprzestępstwo związane z pornografią dziecięcą cechuje się swoją autonomiczną specyfiką. Oznacza to, że nawet jeżeli cyberprzestępstwo związane z pornografią dziecięcą zostałyby popełnione w kontekście, a nawet w ramach systemu teleinformatycznego, to nie zmienia to faktu, że przedmiotem takiego cyberprzestępstwa nie będą usługi telemedyczne. Do podobnego wniosku można także dojść, analizując treść Protokołu dodatkowego do Konwencji Rady Europy o cyberprzestępczości dotyczącego penalizacji czynów o charakterze rasistowskim lub ksenofobicznym popełnionych przy użyciu systemów komputerowych<sup>538</sup>.

Zgodnie z przedstawioną metodą określania konkretnych cyberprzestępstw telemedycznych oraz powyższymi uwagami, pierwszym typem cyberprzestępstwa telemedycznego jest nielegalny dostęp do systemu informatycznego usług telemedycznych. Bazując na art. 2 Konwencji Budapesztańskiej może być ono rozumiane jako umyślny oraz bezprawny dostęp do całości lub części systemu informatycznego usług telemedycznych<sup>539</sup>. Dla jasności prowadzonego w tym momencie wywodu warto podkreślić, że na podstawie art. 1 Konwencji Budapesztańskiej możliwa jest interpretacja, zgodnie z którą system informatyczny

---

<sup>537</sup> Zob.: J. Clough, *The Council of Europe Convention...*, s. 363–391; A. Weber, *The Council of Europe's Convention...*, s. 425–446; P. Csonka, *Internet Crime: The Draft Council Of Europe Convention...*, s. 329–330; I. Carr, K. Williams, *Draft Cyber-Crime Convention...*, s. 83–90; A. Moise, *A Few Comments on the Council of Europe...*, s. 28–38.

<sup>538</sup> Protokół dodatkowy do Konwencji Rady Europy o cyberprzestępczości dotyczący penalizacji czynów o charakterze rasistowskim lub ksenofobicznym popełnionych przy użyciu systemów komputerowych, sporządzony w Strasburgu dnia 28 stycznia 2003 roku (Dz.U. z 2015 r. poz. 730).

<sup>539</sup> Propozycja na podstawie oryginalnej treści art. 2 Konwencji o cyberprzestępczości: „Każda Strona podejmie takie środki prawne i inne, jakie okażą się niezbędne dla uznania za przestępstwo w jej prawie wewnętrznym, umyślnego, bezprawnego dostępu do całości lub części systemu informatycznego. Strona może wprowadzić wymóg, że przestępstwo musi zostać popełnione poprzez naruszenie zabezpieczeń, z zamiarem pozyskania danych informatycznych lub innym nieuczciwym zamiarem, lub w odniesieniu do systemu informatycznego, który jest połączony z innym systemem informatycznym”. Warto jeszcze podkreślić, że z oryginalnej treści art. 2 Konwencji o cyberprzestępczości może wynikać, że cyberprzestępstwo telemedyczne nielegalnego dostępu do systemu informatycznego usług telemedycznych można wzbogacić o wymóg, zgodnie z którym musi ono zostać popełnione poprzez naruszenie zabezpieczeń, z zamiarem pozyskania danych informatycznych usług telemedycznych lub innym nieuczciwym zamiarem bądź w odniesieniu do systemu informatycznego albo systemu informatycznego usług telemedycznych, który jest połączony z innym systemem informatycznym usług telemedycznych. W polskim systemie prawnym cyberprzestępstwo określone w art. 2 Konwencji o cyberprzestępczości zostało przewidziane w art. 267 § 1 i 2 KK. W tym jednak kontekście należy mieć na uwadze treść art. 269c KK, który przewiduje kontratyp działania w celu wykrycia błędów w zabezpieczeniach systemów informatycznych.



usług telemedycznych powinien być rozumiany jako każde urządzenie lub grupa wzajemnie połączonych bądź związanych ze sobą urządzeń, z których jedno lub więcej, zgodnie z programem, wykonuje automatyczne przetwarzanie danych w zakresie świadczenia usług telemedycznych<sup>540</sup>. Dokładnie na tej samej podstawie można stwierdzić, że dane informatyczne usług telemedycznych mogą być rozumiane jako dowolne przedstawianie faktów, informacji lub pojęć związanych z usługami telemedycznymi w formie właściwej do przetwarzania w systemie komputerowym, łącznie z odpowiednim programem powodującym wykonywanie funkcji przez system informatyczny usług telemedycznych<sup>541</sup>.

Drugim typem cyberprzestępstwa telemedycznego jest nielegalne przechwytywanie danych informatycznych usług telemedycznych. Dokonując właściwego przełożenia art. 3 Konwencji Budapesztańskiej, można dojść do wniosku, że powinno być ono rozumiane jako umyślne oraz bezprawne przechwytywanie za pomocą urządzeń technicznych niepublicznych transmisji danych informatycznych usług telemedycznych do, z, lub w ramach systemu informatycznego usług telemedycznych, łącznie z emisjami elektromagnetycznymi pochodzącymi z systemu informatycznego usług telemedycznych przekazującego takie dane informatyczne<sup>542</sup>.

Trzecim typem cyberprzestępstwa telemedycznego jest naruszenie integralności danych usług telemedycznych. Na podstawie art. 4 Konwencji Budapesztańskiej może być ono rozumiane jako umyślne, bezprawne niszczenie, wykasowywanie, uszkodzanie, dokonywanie zmian lub usuwanie danych informatycznych usług telemedycznych<sup>543</sup>.

---

<sup>540</sup> Propozycja na podstawie oryginalnej treści art. 1 pkt a) Konwencji o cyberprzestępczości: „«system informatyczny» oznacza każde urządzenie lub grupę wzajemnie połączonych lub związanych ze sobą urządzeń, z których jedno lub więcej, zgodnie z programem, wykonuje automatyczne przetwarzanie danych”.

<sup>541</sup> Propozycja na podstawie oryginalnej treści art. 1 pkt b) Konwencji o cyberprzestępczości: „«dane informatyczne» oznaczają dowolne przedstawienie faktów, informacji lub pojęć w formie właściwej do przetwarzania w systemie komputerowym, łącznie z odpowiednim programem powodującym wykonanie funkcji przez system informatyczny”.

<sup>542</sup> Propozycja na podstawie oryginalnej treści art. 3 Konwencji o cyberprzestępczości: „Każda Strona podejmie takie środki prawne i inne, jakie okażą się niezbędne dla uznania za przestępstwo w jej prawie wewnętrznym, umyślnego, bezprawnego przechwytywania za pomocą urządzeń technicznych niepublicznych transmisji danych informatycznych do, z, lub w ramach systemu informatycznego, łącznie z emisjami elektromagnetycznymi pochodzącymi z systemu informatycznego przekazującego takie dane informatyczne. Strona może wprowadzić wymóg, że przestępstwo musi zostać popełnione z nieuczciwym zamiarem lub w związku z systemem informatycznym, który jest połączony z innym systemem informatycznym”. Podobnie jak art. 2 Konwencji o cyberprzestępczości także jej art. 3 przewiduje możliwość wprowadzenia wymogu, zgodnie z którym nielegalne przechwytywanie danych informatycznych usług telemedycznych musi zostać popełnione z nieuczciwym zamiarem lub w związku z systemem informatycznym bądź systemem informatycznym usług telemedycznych, który jest połączony z innym systemem informatycznym usług telemedycznych. W polskim systemie prawnym cyberprzestępstwo określone w art. 3 Konwencji o cyberprzestępczości przewidziano w art. 267 § 3 KK.

<sup>543</sup> Propozycja na podstawie oryginalnej treści art. 4 Konwencji o cyberprzestępczości: „1. Każda Strona podejmie takie środki prawne i inne, jakie okażą się niezbędne dla uznania za przestępstwo w jej prawie wewnętrznym, umyślnego, bezprawnego niszczenia, wykasowywania, uszkodzania, dokonywania zmian lub

Czwartym typem cyberprzestępstwa telemedycznego, możliwym do wyinterpretowania na podstawie art. 5 Konwencji Budapesztańskiej, jest naruszenie integralności systemu informatycznego usług telemedycznych. Może być ono rozumiane jako umyślne, bezprawne oraz poważne zakłócanie funkcjonowania systemu informatycznego usług telemedycznych poprzez wprowadzanie, transmisję, niszczenie, wykasowywanie, uszkodzanie, dokonywanie zmian lub usuwanie danych informatycznych usług telemedycznych<sup>544</sup>.

Piątym typem cyberprzestępstwa telemedycznego jest niewłaściwe użycie urządzeń. Ma ono charakter ogólny i w nawiązaniu do art. 6 Konwencji Budapesztańskiej może być rozumiane w dwóch aspektach<sup>545</sup>. Na pierwszy z nich składają się dwie czynności polegające na produkcji, sprzedaży, pozyskiwaniu z zamiarem wykorzystania, importowaniu, dystrybucji lub innym udostępnianiu dwóch różnych przedmiotów. W pierwszym przypadku mowa o urządzeniach, w tym także programach komputerowych, przeznaczonych lub przystosowanych przede wszystkim dla celów popełnienia cyberprzestępstwa telemedycznego nielegalnego dostępu do systemu informatycznego usług telemedycznych, nielegalnego przechwytywania

---

usuwania danych informatycznych. 2. Strona może zastrzec sobie prawo wprowadzenia wymogu, że zachowanie opisane w ustępie 1 musi skutkować poważną szkodą”. Z oryginalnej treści art. 4 Konwencji o cyberprzestępczości wynika zatem, że istnieje możliwość wprowadzenia do cyberprzestępstwa telemedycznego naruszenia integralności danych usług telemedycznych wymogu, zgodnie z którym to cyberprzestępstwo telemedyczne musi skutkować poważną szkodą. W polskim systemie prawnym cyberprzestępstwo określone w art. 4 Konwencji o cyberprzestępczości zostało przewidziane w art. 268 i 268a KK.

<sup>544</sup> Propozycja na podstawie oryginalnej treści art. 5 Konwencji o cyberprzestępczości: „Każda Strona podejmie takie środki prawne i inne, jakie okażą się niezbędne dla uznania za przestępstwo w jej prawie wewnętrznym, umyślne, bezprawne poważnego zakłócania funkcjonowania systemu informatycznego poprzez wprowadzanie, transmisję, niszczenie, wykasowywanie, uszkodzanie, dokonywanie zmian lub usuwanie danych informatycznych”. W polskim systemie prawnym cyberprzestępstwo określone w art. 5 Konwencji o cyberprzestępczości zostało przewidziane w art. 269 i 269a KK. W tym jednak kontekście należy mieć na uwadze treść art. 269c KK, który przewiduje kontratyp działania w celu wykrycia błędów w zabezpieczeniach systemów informatycznych.

<sup>545</sup> Propozycja na podstawie oryginalnej treści art. 6 Konwencji o cyberprzestępczości: „1. Każda Strona podejmie takie środki prawne i inne, jakie okażą się niezbędne dla uznania za przestępstwo w jej prawie wewnętrznym, umyślne i bezprawne: a. produkcji, sprzedaży, pozyskiwania z zamiarem wykorzystania, importowania, dystrybucji lub innego udostępniania: i. urządzenia, w tym także programu komputerowego, przeznaczonego lub przystosowanego przede wszystkim dla celów popełnienia któregośkolwiek z przestępstw określonych zgodnie z artykułami 2–5; ii. hasła komputerowego, kodu dostępu lub podobnych danych, dzięki którym całość lub część systemu informatycznego jest dostępna, z zamiarem wykorzystania dla celów popełnienia któregośkolwiek z przestępstw określonych zgodnie z artykułami 2–5; oraz b. posiadania elementu wymienionej powyżej w punktach a. i. lub ii. z zamiarem wykorzystania w celu popełnienia któregośkolwiek z przestępstw określonych zgodnie z artykułami 2–5. Strona może w swoim prawie wprowadzić wymóg, że odpowiedzialność karna dotyczy posiadania większej ilości takich jednostek. 2. Niniejszego artykułu nie należy interpretować jako mającego na celu pociągnięcie do odpowiedzialności karnej w przypadku, kiedy produkcja, sprzedaż, pozyskiwanie z zamiarem wykorzystania, importowanie, dystrybucja lub inne udostępnianie lub posiadanie, o którym mowa w ustępie 1 niniejszego artykułu, nie jest dokonywane w celu popełnienia przestępstwa określonego zgodnie z artykułami 2–5 niniejszej konwencji, jak w przypadku dozwolonego testowania lub ochrony systemu informatycznego. 3. Każda Strona może zastrzec sobie prawo do niestosowania ustępu 1 niniejszego artykułu, pod warunkiem, że zastrzeżenie to nie dotyczy sprzedaży, dystrybucji lub innego udostępniania jednostek wymienionych w ustępie 1.a.ii”. W polskim systemie prawnym cyberprzestępstwo określone w art. 6 Konwencji o cyberprzestępczości zostało przewidziane w art. 269b KK.

danych informatycznych usług telemedycznych, naruszenia integralności danych usług telemedycznych bądź naruszenia integralności systemu informatycznego usług telemedycznych. Z kolei w drugim przypadku przedmiotem określonej powyżej czynności są hasła komputerowe, kody dostępu lub podobne dane, dzięki którym całość lub część systemu informatycznego usług telemedycznych jest dostępna, z zamiarem wykorzystania dla celów popełnienia dokładnie tych samych cyberprzestępstw telemedycznych co w pierwszej sytuacji. Z kolei drugi aspekt cyberprzestępstwa telemedycznego niewłaściwego użycia urządzenia polega na samym posiadaniu przedmiotów z pierwszego aspektu z zamiarem wykorzystania w celu popełnienia cyberprzestępstwa telemedycznego nielegalnego dostępu do systemu informatycznego usług telemedycznych, nielegalnego przechwytywania danych informatycznych usług telemedycznych, naruszenia integralności danych usług telemedycznych bądź naruszenia integralności systemu informatycznego usług telemedycznych.

Szóstym typem cyberprzestępstwa telemedycznego jest fałszerstwo telemedyczne. Bazując na art. 7 Konwencji Budapesztańskiej, należy zauważyć, że może być ono rozumiane jako umyślne, bezprawne wprowadzanie, dokonywanie zmian, wykasowywanie lub ukrywanie danych informatycznych usług telemedycznych, w wyniku czego powstają dane nieautentyczne, które w zamiarze sprawcy mają być uznane lub wykorzystane na potrzeby postępowania prawnego jako autentyczne, bez względu na to, czy są one możliwe do bezpośredniego odczytania i zrozumiały<sup>546</sup>.

Siódmym cyberprzestępstwem telemedycznym jest oszustwo telemedyczne, które w nawiązaniu do art. 8 Konwencji Budapesztańskiej może oznaczać umyślne oraz bezprawne spowodowanie utraty majątku przez inną osobę poprzez wprowadzenie, dokonanie zmian, wykasowanie lub usunięcie danych informatycznych usług telemedycznych bądź poprzez każdą ingerencję w funkcjonowanie systemu informatycznego usług telemedycznych,

---

<sup>546</sup> Propozycja na podstawie oryginalnej treści art. 7 Konwencji o cyberprzestępczości: „Każda Strona podejmie takie środki prawne i inne, jakie okażą się niezbędne dla uznania za przestępstwa w jej prawie wewnętrznym, umyślnego, bezprawnego wprowadzania, dokonywania zmian, wykasowywania lub ukrywania danych informatycznych, w wyniku czego powstają dane nieautentyczne, które w zamiarze sprawcy mają być uznane lub wykorzystane na potrzeby postępowania prawnego jako autentyczne, bez względu na to, czy są one możliwe do bezpośredniego odczytania i zrozumiały. Strona może wprowadzić wymóg, że odpowiedzialność karna dotyczy działania w zamiarze oszustwa lub w podobnym nieuczciwym zamiarze”. Z oryginalnej treści art. 7 Konwencji o cyberprzestępczości wynika, że istnieje możliwość wprowadzenia do cyberprzestępstwa telemedycznego fałszerstwa telemedycznego wymogu, zgodnie z którym odpowiedzialność karna dotyczy działania w zamiarze oszustwa lub w podobnym nieuczciwym zamiarze. W polskim systemie prawnym cyberprzestępstwo określone w art. 7 Konwencji o cyberprzestępczości zostało przewidziane w art. 270 KK.

z zamiarem oszustwa lub nieuczciwym zamiarem uzyskania korzyści ekonomicznych dla siebie lub innej osoby<sup>547</sup>.

Ósmym cyberprzestępstwem telemedycznym jest naruszenie praw autorskich i praw pokrewnych w kontekście systemu informatycznego usług telemedycznych. Na podstawie art. 10 Konwencji Budapesztańskiej można dojść do wniosku, że to cyberprzestępstwo telemedyczne, podobnie jak cyberprzestępstwo telemedyczne niewłaściwego użycia urządzeń, ma dwa aspekty<sup>548</sup>. Pierwszy z nich polega na naruszeniu prawa autorskiego przewidzianego w prawie krajowym zgodnie z podjętymi przez konkretne państwo zobowiązaniami wynikającymi z Aktu Paryskiego Konwencji Berneńskiej o Ochronie Dzieł Literackich i Artystycznych<sup>549</sup>, Porozumienia w sprawie handlowych aspektów praw własności intelektualnej<sup>550</sup> oraz Traktatu Światowej Organizacji Własności Intelektualnej o Prawie Autorskim<sup>551</sup>, z wyłączeniem praw osobistych przewidzianych przez te akty, jeżeli czyn popełniony jest umyślnie, na skalę komercyjną i za pomocą systemu informatycznego usług telemedycznych. Z kolei drugim aspektem jest aspekt praw pokrewnych, który polega na

---

<sup>547</sup> Propozycja na podstawie oryginalnej treści art. 8 Konwencji o cyberprzestępczości: „Każda Strona podejmie takie środki prawne i inne, jakie okażą się niezbędne dla uznania za przestępstwa w jej prawie wewnętrznym, umyślnego, bezprawnego spowodowania utraty majątku przez inną osobę poprzez: a. wprowadzenie, dokonanie zmian, wykasowanie lub usunięcie danych informatycznych, b. każdą ingerencję w funkcjonowanie systemu komputerowego, z zamiarem oszustwa lub nieuczciwym zamiarem uzyskania korzyści ekonomicznych dla siebie lub innej osoby”. W polskim systemie prawnym cyberprzestępstwo określone w art. 8 Konwencji o cyberprzestępczości zostało przewidziane w art. 287 KK.

<sup>548</sup> Propozycja na podstawie oryginalnej treści art. 10 Konwencji o cyberprzestępczości: „1. Każda Strona podejmie takie środki prawne i inne, jakie okażą się niezbędne dla uznania za przestępstwa w jej prawie wewnętrznym, naruszeń prawa autorskiego zdefiniowanego w prawie danej Strony zgodnie z podjętymi przez nią zobowiązaniami wynikającymi z Aktu Paryskiego z dnia 24 lipca 1971 roku zmieniającego Konwencję Berneńską o ochronie dzieł literackich i artystycznych, Porozumienia w sprawie handlowych aspektów praw własności intelektualnej oraz Traktatu Światowej Organizacji Własności Intelektualnej o prawach autorskich, z wyłączeniem praw osobistych przewidzianych przez te konwencje, jeżeli popełnione są umyślnie, na skalę komercyjną i za pomocą systemu informatycznego. 2. Każda Strona podejmie takie środki prawne i inne, jakie okażą się niezbędne dla uznania za przestępstwa w jej prawie wewnętrznym, naruszeń praw pokrewnych zdefiniowanych w prawie danej Strony, zgodnie z podjętymi przez nią zobowiązaniami wynikającymi z Międzynarodowej konwencji o ochronie wykonawców, producentów fonogramów i organizacji nadawczych zawartej w Rzymie (Konwencja Rzymska), Umowy w sprawie handlowych aspektów praw własności intelektualnej oraz Traktatu Światowej Organizacji Własności Intelektualnej o wykonaniach i fonogramach, z wyłączeniem praw osobistych przewidzianych przez te konwencje, jeżeli popełnione są umyślnie, na skalę komercyjną i za pomocą systemu informatycznego. 3. Strona może zastrzec sobie prawo do niepociągania do odpowiedzialności karnej na podstawie ustępów 1 i 2 niniejszego artykułu w pewnych przypadkach, pod warunkiem, że istnieją inne skuteczne środki prawne oraz że zastrzeżenie to nie stanowi odstępstwa od międzynarodowych zobowiązań Strony określonych w międzynarodowych instrumentach, wymienionych w ustępach 1 i 2 niniejszego artykułu”. W polskim systemie prawnym cyberprzestępstwo określone w art. 10 Konwencji o cyberprzestępczości zostało przewidziane w ustawie z dnia 4 lutego 1994 roku o prawie autorskim i prawach pokrewnych (t.j. Dz.U. z 2021 r. poz. 1062).

<sup>549</sup> Akt Paryski Konwencji Berneńskiej o Ochronie Dzieł Literackich i Artystycznych sporządzony w Paryżu dnia 24 lipca 1971 roku (Dz.U. z 1990 r. Nr 82, poz. 474).

<sup>550</sup> Porozumienie w sprawie handlowych aspektów praw własności intelektualnej (Dz.Urz. UE L 336 z 23.12.1994 r., s. 214–233).

<sup>551</sup> Traktatu Światowej Organizacji Własności Intelektualnej o Prawie Autorskim (Dz.U. z 2005 r. Nr 3, poz. 12).

naruszeniu praw pokrewnych zdefiniowanych w prawie krajowym zgodnie z podjętymi przez konkretne państwo zobowiązaniami wynikającymi z Międzynarodowej konwencji o ochronie wykonawców, producentów fonogramów oraz organizacji nadawczych<sup>552</sup>, Porozumienia w sprawie handlowych aspektów praw własności intelektualnej oraz Traktatu Światowej Organizacji Własności Intelektualnej o artystycznych wykonaniach i fonogramach<sup>553</sup>, z wyłączeniem praw osobistych przewidzianych przez te akty, jeżeli czyn popełniony jest umyślnie, na skalę komercyjną i za pomocą systemu informatycznego usług telemedycznych.

Przedstawiony powyżej katalog cyberprzestępstw telemedycznych ma charakter otwarty, co wyraźnie podkreśla Konwencja Budapesztańska w art. 14. Zgodnie z tym przepisem, a dokładniej z jego ust. 2, zdecydowana większość czynności dowodowych przewidzianych w części procesowej tego aktu prawa międzynarodowego znajduje zastosowanie nie tylko do cyberprzestępstw w nim stypizowanych, ale także do wszystkich innych przestępstw popełnionych przy użyciu systemu informatycznego<sup>554</sup>. Prowadzi do wniosku, że czyny zabronione przewidziane w art. od 2 do 10 Konwencji Budapesztańskiej należą do kategorii cyberprzestępstw *sensu stricto*, a wszelkie inne przestępstwa popełnione przy użyciu systemu informatycznego zaliczane są do cyberprzestępstw *sensu largo*. Wszystkie przedstawione powyżej propozycje transformacji konkretnych typów cyberprzestępstw na typy cyberprzestępstw telemedycznych stanowią propozycje o charakterze dogmatycznym. Głównym celem było określenie i nazwanie podstawowego katalogu ryzyk możliwych do wystąpienia podczas stosowania nowoczesnych technologii do użytku praktycznego w medycynie w formie usług telemedycznych. Nie było nim zaś zgłaszanie postulatów *de lege ferenda* dla ustawodawcy w zakresie wprowadzenia twardego prawa. Dzieje się tak dlatego, że określenie przepisów karnych wyraźnie typizujących cyberprzestępstwa telemedyczne nie jest konieczne, gdyż, jak to już podkreślano, każde z nich to jednocześnie cyberprzestępstwo. Uwypuklenia zatem wymaga fakt, że jeżeli penalizowana jest kategoria bardziej ogólna, to zbędne staje się penalizowanie kategorii szczególnej, gdyż mieści się ona już w kategorii ogólnej pod warunkiem zachowania tożsamości sankcji. W tym konkretnym przypadku semantycznym, w szczególności z uwagi na stosunkowo wysoki poziom podobieństwa

---

<sup>552</sup> Międzynarodowa konwencja o ochronie wykonawców, producentów fonogramów oraz organizacji nadawczych (Dz.U. 1997 r. nr 125, poz. 800).

<sup>553</sup> Traktat Światowej Organizacji Własności Intelektualnej o artystycznych wykonaniach i fonogramach (Dz.U. z 2004 r. Nr 41, poz. 375).

<sup>554</sup> Art. 14 ust. 2 Konwencji o cyberprzestępczości: „Za wyjątkiem szczególnych, odmiennych regulacji artykułu 21, każda Strona stosuje środki wymienione w ustępie 1 niniejszego artykułu do: a. przestępstw określonych zgodnie z artykułami 2–11 niniejszej konwencji; b. wszystkich innych przestępstw popełnionych przy użyciu systemu informatycznego; oraz c. zbierania dowodów w formie elektronicznej odnoszących się do przestępstw”.

desygnatów cyberprzestępstwa oraz cyberprzestępstwa telemedycznego, uzasadnione jest to także względami prawidłowej legislacji. Niemniej jednak nic nie stoi na przeszkodzie *de lege ferenda*, aby rozsądny ustawodawca wskazał zdefiniowane powyżej typy cyberprzestępstw telemedycznych w formie miękkiego prawa w celach informacyjnych dla ogółu społeczeństwa. Wydaje się, że mogłoby to zwiększyć poziom zaufania społeczeństwa do telemedycyny, w szczególności z uwagi na podkreślenie przez organy państwowe bądź międzynarodowe, że są one świadome określonych ryzyk i mają zamiar im przeciwdziałać.

## **4. Telemedyczne czynności dowodowe**

### **4.1. Metoda określenia rodzajów telemedycznych czynności dowodowych**

Podobnie, jak miało to miejsce w przypadku cyberprzestępstw telemedycznych, w aktualnie obowiązującym prawie brak jest określenia konkretnych rodzajów czynności dowodowych wykorzystywanych w walce z cyberprzestępczością telemedyczną. Fakt ten nie powinien dziwić, gdyż wnika on z braku normatywnej typizacji cyberprzestępstw telemedycznych. Istotna jest jednak okoliczność, zgodnie z którą dzisiejsze prawo międzynarodowe, a dokładniej Konwencja Budapesztańska w części drugiej pt. Prawo procesowe, przewiduje konkretne rodzaje czynności dowodowych, które powinny być stosowane w celu poszukiwania, ujawniania albo kontroli dowodów<sup>555</sup> w sprawach o zwykłe cyberprzestępstwa. Ważne jest także przypomnienie, że cyberprzestępstwa telemedyczne stanowią w większości przekład zwykłych cyberprzestępstw wzbogacony o cechę telemedyczności. Prowadzi to do wniosku, że podobny zabieg interpretacyjny można dokonać w kontekście czynności dowodowych.

Wydaje się, że skoro na podstawie typów cyberprzestępstw określonych w Konwencji Budapesztańskiej możliwe było przedstawienie typów cyberprzestępstw telemedycznych, to równie możliwe jest na podstawie czynności dowodowych określonych w Konwencji Budapesztańskiej, po dodaniu do nich cechy telemedyczności, zaproponowanie czynności dowodowych, które powinny być wykorzystywane w walce z cyberprzestępczością telemedyczną. Innymi słowy, jeżeli cyberprzestępstwa posiadają swoje zdefiniowane czynności dowodowe, to cyberprzestępstwa telemedyczne także je posiadają. Materiałem źródłowym, co bezpośrednio wynika z powyższych założeń, dla tak określonej analizy będzie

---

<sup>555</sup> S. Waltoś, P. Hofmański, *Proces karny. Zarys systemu*, Warszawa 2015, s. 357.

karnoprocusowa część Konwencji o cyberprzestępczości stanowiąca podstawę do ustalania rodzajów teledyecznych czynności dowodowych<sup>556</sup>.

## 4.2. Rodzaje teledyecznych czynności dowodowych

Celem określenia rodzajów teledyecznych czynności dowodowych, podobnie jak w przypadku wskazania typów cyberprzestępstw teledyecznych, nie jest rekomendacja wprowadzenia ich w formie twardego prawa. Powód tego stanu rzeczy także pozostaje tożsamy. Mowa tutaj o względach prawidłowej legislacji, z których wynika, że jeżeli prawnie przewidziana jest kategoria bardziej ogólna, to zbędne staje się określanie kategorii szczególnej, gdyż mieści się ona już w kategorii ogólnej, co uzasadniane może być także stosunkowo wysokim poziomem podobieństwa desygnatów czynności dowodowych tradycyjnych cyberprzestępstw oraz teledyecznych czynności dowodowych. Rekomenduje się jednak, aby ustawodawca *de lege ferenda* zaprezentował nazwane oraz opisane poniżej teledyeczne czynności dowodowe w formie miękkiego prawa w celach informacyjnych dla ogółu społeczeństwa<sup>557</sup>. Wysoce prawdopodobne, że takie działanie zwiększyłoby poziom zaufania społeczeństwa do teledyecyny, w szczególności z uwagi na uświadomienie obywateli, że organy państwowe bądź międzynarodowe wiedzą, w jaki sposób można wykryć i udowodnić określone typy cyberprzestępstw teledyecznych oraz jak przypisać odpowiedzialność prawną konkretnemu sprawcy.

Celem rozpoczynanej w tym miejscu analizy jest jednak ustalenie bądź właściwej reakcji na popełnienie cyberprzestępstwa teledyecznego, bądź odpowiednich sposobów wykrycia faktu jego popełnienia. Innymi słowy, efektem analitycznym tej części dysertacji naukowej będzie wskazanie, jakie działania wykrywające bądź dowodowe powinny być

---

<sup>556</sup> Nie można jednak wykluczyć sytuacji, gdzie określony rodzaj czynności dowodowej przewidziany w Konwencji Budapesztańskiej nie będzie wykazywał właściwości semantycznych umożliwiających przekład takiej czynności dowodowej na teledyeczna czynność dowodową.

<sup>557</sup> Może to przybrać formę poradnika, wytycznych, rekomendacji, dobrych praktyk czy polityki krajowej odnoszącej się do teledyecznych czynności dowodowych. Przykład dla tego rodzaju dokumentów mogą stanowić stworzone już akty tzw. miękkiego prawa w zakresie teledyecyny (Komunikat Komisji do Parlamentu Europejskiego, Rady, Europejskiego Komitetu Ekonomiczno-Społecznego oraz Komitetu Regionów w sprawie korzyści teledyecyny...; Dokument roboczy służb Komisji z dnia 21 grudnia 2007 roku Plan działania dotyczący...; Komunikat Komisji z dnia 25 kwietnia 2018 roku w sprawie umożliwienia transformacji cyfrowej opieki...; Komunikat Komisji z dnia 30 kwietnia 2004 roku „e-Zdrowie – poprawa opieki zdrowotnej...; Komunikat Komisji z dnia 6 grudnia 2012 roku zatytułowany Plan działania w...; Konkluzje Rady z dnia 8 grudnia 2017 roku w sprawie zdrowia...; Pytanie do Komisji dotyczące umożliwienia transformacji...; Rezolucja Parlamentu Europejskiego z dnia 18 grudnia 2019 roku w sprawie umożliwienia transformacji...; Zalecenie Komisji 2019/243 z dnia 6 lutego 2019 roku w sprawie europejskiego...; Zalecenie Komisji z dnia 2 lipca 2008 roku w sprawie transgranicznej...).

podejmowane w kontekście możliwości dokonania albo dokonania cyberprzestępstwa telemedycznego.

Opierając się zatem na przedstawionej powyżej metodzie określania rodzajów telemedycznych czynności dowodowych, należy zauważyć, że pierwszą taką czynnością jest niezwłoczne zabezpieczenie przechowywanych danych informatycznych usług telemedycznych. Na podstawie art. 16 Konwencji Budapesztańskiej można dojść do wniosku, że ta czynność dowodowa powinna być rozumiana jako umożliwienie właściwym organom nakazanie lub uzyskanie przy użyciu podobnych metod niezwłocznego zabezpieczenia wyspecyfikowanych danych informatycznych usług telemedycznych, w tym także danych dotyczących ruchu, przechowywanych przy pomocy systemu informatycznego usług telemedycznych, w szczególności, gdy istnieją podstawy do tego, by sądzić, że są one szczególnie podatne na ryzyko utraty lub zmodyfikowania<sup>558</sup>. W kontekście tej czynności dowodowej istotne znaczenie ma pojęcie danych dotyczących ruchu usług telemedycznych. Dokonując właściwej interpretacji art. 1 lit. d Konwencji Budapesztańskiej, dane dotyczące ruchu usług telemedycznych można pojmować jako dowolne dane informatyczne usług telemedycznych odnoszące się do komunikowania się za pomocą systemu informatycznego usług telemedycznych, wygenerowane przez system informatyczny usług telemedycznych, który utworzył część w łańcuchu komunikacyjnym, wskazujące swoje pochodzenie, przeznaczenie, ścieżkę, czas, datę, rozmiar, czas trwania lub rodzaj danej usługi<sup>559</sup>.

Drugą telemedyczną czynnością dowodową jest niezwłoczne zabezpieczenie i częściowe ujawnienie danych dotyczących ruchu usług telemedycznych, które stanowi uszczegółowienie niezwłocznego zabezpieczenia przechowywanych danych informatycznych

---

<sup>558</sup> Propozycja na podstawie oryginalnej treści art. 16 Konwencji o cyberprzestępczości: „1. Każda Strona przyjmie środki prawne i inne, które są niezbędne do tego, by umożliwić właściwym organom nakazanie lub uzyskanie przy użyciu podobnych metod, niezwłocznego zabezpieczenia wyspecyfikowanych danych informatycznych, w tym także danych dotyczących ruchu, przechowywanych przy pomocy systemu informatycznego, w szczególności, gdy istnieją podstawy do tego, by sądzić, że dane te są szczególnie podatne na ryzyko utraty lub zmodyfikowania. 2. Jeżeli Strona stosuje ustęp 1 powyżej poprzez nakazanie danej osobie zabezpieczenia wyspecyfikowanych przechowywanych danych informatycznych, znajdujących się w posiadaniu tej osoby lub pod jej kontrolą, to Strona ta powinna przyjąć środki prawne lub inne, które mogą być potrzebne do zobowiązania tej osoby do zabezpieczenia i zachowania całości danych informatycznych przez okres tak długi, jak będzie to konieczne, nie dłużej jednak niż do 90 dni, aby umożliwić właściwym organom podjęcie starań o ich ujawnienie. Strona może przewidzieć późniejszą możliwość odnowienia takiego nakazu. 3. Każda Strona przyjmie środki prawne i inne, które mogą być potrzebne do zobowiązania administratora danych informatycznych lub innej osoby odpowiedzialnej za ich zabezpieczenie, do zachowania tajemnicy co do zastosowania tych procedur przez okres określony w prawie wewnętrznym. 4. Uprawnienia i procedury określone w niniejszym artykule podlegają artykułom 14 i 15”.

<sup>559</sup> Propozycja na podstawie oryginalnej treści art. 1 lit. d Konwencji o cyberprzestępczości: „«dane dotyczące ruchu» oznaczają dowolne dane informatyczne odnoszące się do komunikowania się za pomocą systemu informatycznego, wygenerowane przez system informatyczny, który utworzył część w łańcuchu komunikacyjnym, wskazujące swoje pochodzenie, przeznaczenie, ścieżkę, czas, datę, rozmiar, czas trwania lub rodzaj danej usługi”.



usług telemedycznych w zakresie danych dotyczących ruchu usług telemedycznych. Z art. 17 Konwencji Budapesztańskiej wynika zatem, że przedmiotowa medyczna czynność dowodowa może oznaczać, w odniesieniu do danych dotyczących ruchu usług telemedycznych, z jednej strony zapewnienie, że istnieje możliwość niezwłocznego zabezpieczenia danych dotyczących ruchu usług telemedycznych, niezależnie od tego, czy tylko jeden, czy też więcej dostawców usług telemedycznych uczestniczyło w przekazywaniu tych informacji, a z drugiej zapewnienie niezwłocznego ujawnienia właściwemu organowi lub osobie wyznaczonej przez taki organ dostatecznej ilości danych dotyczących ruchu usług telemedycznych, aby umożliwić identyfikację dostawców usług telemedycznych i kanałów, jakimi nastąpił przekaz<sup>560</sup>. W świetle takiej treści telemedycznej czynności dowodowej niezwłocznego zabezpieczenia i częściowego ujawnienia danych dotyczących ruchu usług telemedycznych konieczne jest zwrócenie uwagi na termin dostawcy usług telemedycznych. W odniesieniu do tytułowego zagadnienia oraz treści art. 1 lit. c Konwencji Budapesztańskiej można dojść do wniosku, że dostawca usług telemedycznych powinien być rozumiany albo jako dowolny podmiot prywatny lub publiczny umożliwiający użytkownikom korzystanie z usług telemedycznych za pomocą systemu informatycznego usług telemedycznych, albo jako dowolny inny podmiot, który przetwarza lub przechowuje dane informatyczne usług telemedycznych generowane przez system informatyczny usług telemedycznych<sup>561</sup>.

Trzecią telemedyczną czynnością dowodową jest nakaz dostarczenia danych informatycznych usług telemedycznych bądź przekazania informacji odnoszących się do abonenta usług telemedycznych. Na podstawie art. 18 Konwencji Budapesztańskiej wskazywana medyczna czynność dowodowa może być rozumiana w dwóch wymiarach<sup>562</sup>.

---

<sup>560</sup> Propozycja na podstawie oryginalnej treści art. 17 Konwencji o cyberprzestępczości: „1. W odniesieniu do danych dotyczących ruchu, które należy zabezpieczyć zgodnie z artykułem 16, każda Strona przyjmie środki prawne lub inne, które mogą być potrzebne do: a. zapewnienia, że istnieje możliwość takiego niezwłocznego zabezpieczenia danych dotyczących ruchu, niezależnie od tego, czy tylko jeden, czy też więcej dostawców usług uczestniczyło w przekazywaniu takich informacji; oraz b. zapewnienia niezwłocznego ujawnienia właściwemu organowi Strony lub osobie wyznaczonej przez ten organ, dostatecznej ilości danych dotyczących ruchu, aby umożliwić Stronie identyfikację dostawców usług i kanałów, jakimi przekaz nastąpił. 2. Uprawnienia i procedury wymienione w niniejszym artykule podlegają artykułom 14 i 15”.

<sup>561</sup> Propozycja na podstawie oryginalnej treści art. 1 lit. c Konwencji o cyberprzestępczości: „«dostawca usług» oznacza: i. dowolny podmiot prywatny lub publiczny, który umożliwia użytkownikom jego usług komunikowanie się za pomocą systemu informatycznego, oraz ii. dowolny inny podmiot, który przetwarza lub przechowuje dane informatyczne w imieniu takich usług komunikacyjnych lub użytkowników takich usług”.

<sup>562</sup> Propozycja na podstawie oryginalnej treści art. 18 ust 1 i 2 Konwencji o cyberprzestępczości: „1. Każda Strona przyjmie odpowiednie środki prawne i inne, które mogą być potrzebne dla nadania właściwym organom uprawnień do nakazania: a. osobie obecnej na terytorium Strony przekazania określonych danych informatycznych, które znajdują się w posiadaniu lub pod kontrolą tej osoby i są przechowywane w systemie informatycznym lub na nośniku służącym do przechowywania danych informatycznych; oraz b. dostawcy usług oferowanych na terytorium Strony przekazania informacji odnoszących się do abonenta takich usług, znajdujących się w posiadaniu lub pod kontrolą tego dostawcy usług. 2. Uprawnienia i procedury wymienione w niniejszym artykule podlegają artykułom 14 i 15”.

Po pierwsze, nakaz dostarczenia danych informatycznych usług telemedycznych może oznaczać nakazanie osobie obecnej na terytorium konkretnego państwa przekazanie określonych danych informatycznych usług telemedycznych, które znajdują się w posiadaniu lub pod jej kontrolą i są przechowywane w systemie informatycznym usług telemedycznych lub na służącym do tego nośniku. Po drugie zaś, nakaz przekazania informacji odnoszących się do abonenta usług telemedycznych może oznaczać nakazanie dostawcy usług telemedycznych oferowanych na terytorium konkretnego państwa przekazania informacji odnoszących się do abonenta usług telemedycznych, znajdujących się w jego posiadaniu lub pod jego kontrolą. Dodatkowo konieczne jest podkreślenie, że bazując na art. 18 ust. 3 Konwencji Budapesztańskiej, informacje odnoszące się do abonenta usług telemedycznych można interpretować jako wszelkie informacje w postaci danych informatycznych usług telemedycznych lub w dowolnej innej postaci, znajdujące się w posiadaniu dostawcy usług telemedycznych i odnoszące się do użytkowników usług telemedycznych, inne niż dane dotyczące ruchu lub treści, które pozwalają na ustalenie trzech zasadniczych zbiorów danych<sup>563</sup>. Pierwszym z nich jest rodzaj usług komunikacyjnych, z jakich korzysta użytkownik, zastosowanych w związku z wykorzystywanymi rozwiązaniami technicznymi oraz okres usługi telemedycznej. Drugi to tożsamość użytkownika, adres pocztowy lub geograficzny, numer telefonu lub inny numer dostępu, wykaz połączeń i informacji o płatnościach dostępnych na podstawie umowy lub ustaleń dotyczących usługi telemedycznej. Z kolei trzecim zbiorem są wszelkie inne informacje związane z miejscem zainstalowania sprzętu komunikacyjnego, dostępne na podstawie umowy lub ustaleń dotyczących usługi telemedycznej.

Czwartą telemedyczną czynnością dowodową, możliwą do wyinterpretowania na podstawie art. 19 Konwencji Budapesztańskiej, jest przeszukanie i zajęcie przechowywanych danych informatycznych usług telemedycznych<sup>564</sup>. Można ją rozumieć jako przeszukiwanie lub

---

<sup>563</sup> Propozycja na podstawie oryginalnej treści art. 18 ust 3 Konwencji o cyberprzestępczości: „Dla celów niniejszego artykułu pojęcie «informacje odnoszące się do abonenta» oznacza wszelkie informacje w postaci danych informatycznych lub w dowolnej innej postaci, znajdujące się w posiadaniu dostawcy usług i odnoszące się do użytkowników tych usług, inne niż dane dotyczące ruchu lub treści, które pozwalają na ustalenie: a. rodzaju usług komunikacyjnych, z jakich korzysta użytkownik, zastosowanych w związku z tym rozwiązań technicznych oraz okresu usługi; b. tożsamości użytkownika, adresu pocztowego lub geograficznego, numeru telefonu lub innego numeru dostępu, wykazu połączeń i informacji o płatnościach dostępnych na podstawie umowy lub ustaleń dotyczących usługi; c. wszelkich innych informacji związanych z miejscem zainstalowania sprzętu komunikacyjnego, dostępnych na podstawie umowy lub ustaleń dotyczących usługi”.

<sup>564</sup> Propozycja na podstawie oryginalnej treści art. 19 Konwencji o cyberprzestępczości: „1. Każda Strona przyjmie odpowiednie środki prawne i inne, które mogą być potrzebne dla nadania właściwym organom uprawnień w zakresie przeszukiwania lub uzyskiwania dostępu przy użyciu podobnych metod do: a. systemu informatycznego lub jego części oraz do danych informatycznych w nim przechowywanych; oraz b. nośnika służącego do przechowywania danych informatycznych na jej terytorium. 2. Każda Strona przyjmie środki prawne

uzyskiwanie dostępu przy użyciu podobnych metod do systemu informatycznego usług telemedycznych lub jego części, do danych informatycznych usług telemedycznych w nim przechowywanych oraz do nośnika służącego do przechowywania danych informatycznych usług telemedycznych, który znajduje się na terytorium konkretnego państwa. Dodatkowo w niektórych przypadkach istnieje możliwość niezwłocznego rozszerzenia przeszukania lub podobnych metod uzyskiwania dostępu na inny system informatyczny lub system informatyczny usług telemedycznych. Niemniej jednak warunkiem dla dokonania takiej czynności jest wystąpienie, podczas dokonywania przeszukania lub uzyskiwania dostępu przy użyciu podobnych metod do konkretnego systemu informatycznego usług telemedycznych lub jego części, przewidzianej normatywnie podstawy. Na podstawie art. 19 Konwencji Budapesztańskiej, dokładnie ust. 2, można dojść do wniosku, że taką podstawę daje uzasadnione przekonanie, iż poszukiwane dane informatyczne usług telemedyczne przechowywane są w innym systemie informatycznym lub w jego części i że do danych tych można legalnie uzyskać dostęp z systemu pierwotnego albo są one dostępne dla tego systemu. Z kolei telemedyczna czynność dowodowa przeszukania i zajęcia przechowywanych danych informatycznych usług telemedycznych w zakresie zajęcia danych informatycznych usług telemedycznych może być utożsamiana z zajęciem lub zabezpieczeniem w podobny sposób danych informatycznych, do których uzyskano dostęp na podstawie przeszukania przechowywanych danych informatycznych usług telemedycznych poprzez wykonanie prawnie przewidzianych czynności. Na podstawie art. 19 ust. 3 pkt od a do d można dokonać interpretacji, zgodnie z którą możliwymi do przeprowadzenia czynnościami jest zarówno zajęcie lub zabezpieczenie w podobny sposób systemu informatycznego usług telemedycznych lub jego części albo nośnika służącego do przechowywania danych informatycznych usług

---

i inne, które mogą być potrzebne dla zapewnienia, aby właściwe organy dysponowały odpowiednimi środkami pozwalającymi na niezwłoczne rozszerzenie przeszukania lub podobnych metod uzyskiwania dostępu na inny system, jeżeli podczas dokonywania przez nie przeszukania lub uzyskiwania dostępu przy użyciu podobnych metod do konkretnego systemu informatycznego lub jego części, zgodnie z ustępem 1.a, organy te mają uzasadnione podstawy, by sądzić, że poszukiwane dane przechowywane są w innym systemie informatycznym lub w jego części na ich terytorium i że do danych tych można legalnie uzyskać dostęp z systemu pierwotnego lub są one dostępne dla tego systemu. 3. Każda Strona przyjmie środki prawne lub inne, które mogą być potrzebne dla nadania właściwym organom uprawnień do tego, aby mogły zajmować lub zabezpieczać w podobny sposób dane informatyczne, do których uzyskano dostęp zgodnie z ustępami 1 i 2. Środki te obejmują następujące uprawnienia: a. zajęcie lub zabezpieczenie w podobny sposób systemu informatycznego lub jego części lub nośnika służącego do przechowywania danych informatycznych; b. wykonywanie i zachowywanie kopii tych danych informatycznych; c. zachowywanie całości odpowiednich przechowywanych danych informatycznych; d. uczynienie niedostępnymi lub usunięcie danych informatycznych z danego systemu informatycznego. 4. Każda Strona przyjmie środki prawne lub inne, które mogą być potrzebne dla nadania właściwym organom uprawnień do tego, by mogły nakazać każdej osobie mającej wiedzę o funkcjonowaniu systemu informatycznego lub środkach stosowanych dla zabezpieczenia danych informatycznych zawartych w tym systemie, udostępnienie, o ile jest to uzasadnione, informacji, które są niezbędne dla umożliwienia zastosowania środków, o jakich mowa w ustępach 1 i 2.5. Uprawnienia i procedury wymienione w niniejszym artykule podlegają artykułom 14 i 15”.

telemedycznych, wykonywanie i zachowywanie kopii danych informatycznych usług telemedycznych, zachowywanie całości odpowiednich przechowywanych danych informatycznych usług telemedycznych, jak i uczynienie niedostępnymi lub usunięcie danych informatycznych usług telemedycznych z danego systemu informatycznego bądź systemu informatycznego usług telemedycznych.

Piątą telemedyczną czynnością dowodową jest gromadzenie w czasie rzeczywistym danych dotyczących ruchu usług telemedycznych<sup>565</sup>. Wskazana telemedyczna czynność dowodowa może być na podstawie art. 20 Konwencji Budapesztańskiej interpretowana jako – po pierwsze – gromadzenie lub rejestrowanie przy pomocy dostępnych środków technicznych w czasie rzeczywistym danych dotyczących ruchu usług telemedycznych, wiążących się z konkretnymi przekazami realizowanymi przy użyciu środków informatycznych usług telemedycznych. Po drugie, można ją rozumieć także jako sposobność do zobowiązania dostawcy usług telemedycznych do współpracowania i udzielania pomocy właściwym organom bądź do gromadzenia lub rejestrowania przy pomocy dostępnych środków technicznych w czasie rzeczywistym danych dotyczących ruchu usług telemedycznych, które wiążą się z konkretnymi przekazami realizowanymi przy użyciu środków informatycznych usług telemedycznych.

Szóstą i zarazem ostatnią możliwą do wyinterpretowania na podstawie Konwencji Budapesztańskiej telemedyczną czynnością dowodową jest przechwytywanie danych dotyczących treści usług telemedycznych. Czynność ta posiadająca swoje źródło w art. 21 Konwencji Budapesztańskiej może oznaczać możliwość, w odniesieniu do poważnych cyberprzestępstw telemedycznych<sup>566</sup>, gromadzenia lub rejestrowania przy pomocy dostępnych

---

<sup>565</sup> Propozycja na podstawie oryginalnej treści art. 20 Konwencji o cyberprzestępczości: „1. Każda Strona przyjmie odpowiednie środki prawne i inne, które mogą być potrzebne dla nadania właściwym organom uprawnień w zakresie: a. gromadzenia lub rejestrowania przy pomocy środków technicznych istniejących na jej terytorium; b. zmuszenia dostawcy usług, aby w ramach możliwości technicznych, jakimi dysponuje: i. gromadził lub rejestrował przy pomocy środków technicznych istniejących na jej terytorium, lub ii. współpracował i udzielał pomocy właściwym organom przy gromadzeniu lub rejestrowaniu, w czasie rzeczywistym, danych dotyczących ruchu, wiążących się z konkretnymi przekazami realizowanymi na jej terytorium przy użyciu środków informatycznych. 2. Jeżeli Strona, z uwagi na zasady jej krajowego porządku prawnego, nie jest w stanie przyjąć środków, o jakich mowa w ustępie 1.a, może w ich miejsce przyjąć środki prawne lub inne, które mogą być potrzebne dla zapewnienia zbierania lub rejestrowania w czasie rzeczywistym danych dotyczących ruchu wiążących się z konkretnymi przekazami realizowanymi na jej terytorium przez zastosowanie środków technicznych na tym terytorium. 3. Każda Strona przyjmie odpowiednie środki prawne lub inne, które mogą być potrzebne dla zobowiązania dostawcy usług do zachowania w tajemnicy faktu wykonywania uprawnień przewidzianych w niniejszym artykule oraz wszelkich odnoszących się do tego informacji. 4. Uprawnienia i procedury wymienione w niniejszym artykule podlegają artykułom 14 i 15”.

<sup>566</sup> Konwencja o cyberprzestępczości nie wskazuje, jak należy rozumieć termin poważnych przestępstw. Jednak zgodnie z Raportem Wyjaśniającym do tej Konwencji poważne przestępstwa powinny być zidentyfikowane w prawie krajowym poprzez nazwę bądź określenie wysokości kary, jaka może być orzeczona za ich popełnienie.

środków technicznych w czasie rzeczywistym danych dotyczących treści usług telemedycznych konkretnych przekazów realizowanych przy użyciu środków informatycznych usług telemedycznych<sup>567</sup>. Dodatkowo w ramach tej telemedycznej czynności dowodowej istnieje także możliwość zobowiązania dostawcy usług telemedycznych, aby w miarę możliwości technicznych, jakimi dysponuje, współpracował i udzielał pomocy właściwym organom przy gromadzeniu lub rejestrowaniu bądź sam gromadził lub rejestrował przy pomocy dostępnych środków technicznych w czasie rzeczywistym dane dotyczące treści usług telemedycznych konkretnych przekazów realizowanych przy użyciu środków informatycznych usług telemedycznych. W samej Konwencji Budapesztańskiej brakuje definicji pojęcia danych dotyczących treści. Niemniej jednak odpowiednia wskazówka interpretacyjna została zawarta w Raporcie Wyjaśniającym do Konwencji o cyberprzestępczości. Na podstawie punktu 209 tego dokumentu można dojść do wniosku, że dane dotyczące treści usług telemedycznych mogą oznaczać dane komunikacyjne, inne niż dane o ruchu, umożliwiające zapoznanie się z zawartością przesyłanych komunikatów, które określają ich znaczenie albo cel samego komunikatu bądź wiadomości lub informacji przekazywanych za pomocą tego komunikatu<sup>568</sup>. Może to prowadzić do wniosku, że bazując na systematyce oraz koncepcji Konwencji Budapesztańskiej w kontekście cyberprzestępstw telemedycznych oraz telemedycznych czynności dowodowych, istnieją dwa rodzaje danych, które można gromadzić. Pierwszym z nich są dane dotyczące ruchu usług telemedycznych, drugim zaś dane dotyczące treści usług telemedycznych. Z korelacji znaczenia obydwu tych terminów wynika, że ich zakresy

---

<sup>567</sup> Propozycja na podstawie oryginalnej treści art. 21 Konwencji o cyberprzestępczości: „1. Każda Strona przyjmie odpowiednie środki prawne i inne, które mogą być potrzebne, w odniesieniu do grupy poważnych przestępstw, jakie zostaną określone w prawie wewnętrznym, dla nadania właściwym organom uprawnień w zakresie: a. gromadzenia lub rejestrowania przy pomocy środków technicznych istniejących na jej terytorium; b. zmuszenia dostawcy usług, aby w ramach możliwości technicznych, jakimi dysponuje: i. gromadził lub rejestrował przy pomocy środków technicznych istniejących na jej terytorium, lub ii. współpracował i udzielał pomocy właściwym organom przy gromadzeniu lub rejestrowaniu, w czasie rzeczywistym, danych dotyczących treści konkretnych przekazów realizowanych na jej terytorium przy użyciu środków informatycznych. 2. Jeżeli któraś ze Stron, z uwagi na zasady jej krajowego porządku prawnego, nie jest w stanie przyjąć środków, o jakich mowa w ustępie 1.a, może w ich miejsce przyjąć środki prawne lub inne, które mogą być potrzebne dla zapewnienia zbierania lub rejestrowania w czasie rzeczywistym danych dotyczących treści konkretnych przekazów realizowanych na jej terytorium przez zastosowanie środków technicznych. 3. Każda Strona przyjmie odpowiednie środki prawne lub inne, które mogą być potrzebne dla zobowiązania dostawcy usług do zachowania w tajemnicy faktu wykonywania uprawnień, o jakich mowa w niniejszym artykule oraz wszelkich odnoszących się do tego informacji. 4. Uprawnienia i procedury wymienione w niniejszym artykule podlegają artykułom 14 i 15”.

<sup>568</sup> Oryginalna treść punktu 209 Raportu Wyjaśniającego do Konwencji o cyberprzestępczości: „The type of data that can be collected is of two types: traffic data and content data. «Traffic data» is defined in Article 1 d to mean any computer data relating to a communication made by means of a computer system, which is generated by the computer system and which formed a part in the chain of communication, indicating the communication's origin, destination, route, time, date, size and duration or the type of service. «Content data» is not defined in the Convention but refers to the communication content of the communication; i.e., the meaning or purport of the communication, or the message or information being conveyed by the communication (other than traffic data)”.

przedmiotowe są ze sobą sprzężone, gdyż, jak to zauważono, dane dotyczące ruchu usług telemedycznych, posiadając swoją normatywnie przewidzianą definicję, determinują zakres przedmiotowy danych dotyczących treści usług telemedycznych. Dzieje się tak dlatego, że te ostatnie dane to wszystkie inne możliwe do gromadzenia dane, które nie są danymi o ruchu usług telemedycznych. W tym zakresie wydaje się, że oba te terminy jednocześnie zawierają kompletną gamę desygnatów danych możliwych do gromadzenia w rozumieniu Konwencji Budapesztańskiej.

Przedstawione powyżej możliwe do wyinterpretowania na podstawie aktualnego brzmienia Konwencji Budapesztańskiej telemedyczne czynności dowodowe stanowią, jak to powyżej podkreślono, drugą obok typów cyberprzestępstw telemedycznych przesłankę umożliwiającą zaproponowanie standaryzacji systemów telemedycznych na rzecz zapobiegania cyberprzestępczości telemedycznej. Podkreślenia wymaga jednak fakt, że potencjalne pole do nadużyć, forma oraz dolegliwość telemedycznych czynności dowodowych powinny zostać ocenione jako znaczne. Z tego powodu konieczne wydaje się przywołanie gwarancji, które limitują możliwe do wystąpienia negatywne następstwa stosowania telemedycznych czynności dowodowych, a które są bezpośrednio przewidziane przez Konwencję Budapesztańską. Po pierwsze, w art. 14 Konwencji Budapesztańskiej określono zakres stosowania przepisów procesowych i na tej podstawie każde Państwo–Strona tej umowy międzynarodowej może skorzystać z możliwości zgłoszenia zastrzeżeń<sup>569</sup> limitujących stosowanie zarówno czynności dowodowej gromadzenia w czasie rzeczywistym danych dotyczących ruchu, jak i przechwytywania danych dotyczących treści<sup>570</sup>. Wydaje się, że wspomniane czynności dowodowe stanowią wyraźny przykład, gdzie możliwe do wystąpienia

---

<sup>569</sup> Zob. J. Staszków, *Zastrzeżenie do umowy międzynarodowej*, „Państwo i Społeczeństwo” Nr 4/1 (2004), s. 129–138.

<sup>570</sup> Art. 14 Konwencji o cyberprzestępczości: „1. Każda Strona przyjmie odpowiednie środki prawne i inne, które są niezbędne dla ustanowienia uprawnień i procedur przewidzianych w niniejszej części dla celów prowadzenia specjalnych dochodzeń i postępowań karnych. 2. Za wyjątkiem szczególnych, odmiennych regulacji artykułu 21, każda Strona stosuje środki wymienione w ustępie 1 niniejszego artykułu do: a. przestępstw określonych zgodnie z artykułami 2–11 niniejszej konwencji; b. wszystkich innych przestępstw popełnionych przy użyciu systemu informatycznego; oraz c. zbierania dowodów w formie elektronicznej odnoszących się do przestępstw. 3. a. Każda Strona może sobie zastrzec prawo stosowania środków określonych w artykule 20 wyłącznie do przestępstw lub rodzajów przestępstw wyszczególnionych w zastrzeżeniu, pod warunkiem, że krąg takich przestępstw lub rodzajów przestępstw nie będzie ograniczony bardziej niż krąg przestępstw, do jakich stosuje ona środki określone w artykule 21. Każda Strona powinna rozważyć ograniczenie tego rodzaju zastrzeżenia, aby umożliwić jak najszersze stosowanie środków określonych w artykule 20. b. W przypadkach, gdy Strona, z powodu ograniczeń w swoim prawie obowiązującym w czasie przyjęcia niniejszej konwencji, nie jest w stanie stosować środków wskazanych w artykułach 20 i 21 do informacji przekazywanych w ramach systemu informatycznego dostawcy usługi, który to system i funkcjonuje na potrzeby zamkniętej grupy użytkowników i ii. nie wykorzystuje publicznych sieci komunikacyjnych i nie jest połączony z innym systemem komputerowym publicznym lub prywatnym, Strona taka może zastrzec sobie prawo do niestosowania tych środków do takich informacji. Każda Strona powinna rozważyć ograniczenie takiego zastrzeżenia, aby umożliwić jak najszersze zastosowanie środków określonych w artykułach 20 i 21”.

są poważne negatywne konsekwencje ich stosowania. Po drugie, w świetle art. 15 Konwencji Budapesztańskiej należy zauważyć, że każde państwo czy upoważniony w nim organ, ustanawiając, wdrażając oraz stosując telemedyczne czynności dowodowe wyinterpretowane na podstawie odpowiednich postanowień Konwencji o cyberprzestępczości ma obowiązek zapewnienia realizacji warunków i gwarancji przewidzianych w prawie krajowym, które powinno odpowiednio chronić wolności i prawa człowieka, w tym w szczególności prawa wynikające z Konwencji o Ochronie Praw Człowieka i Podstawowych Wolności z 4 listopada 1950 roku<sup>571</sup>, Międzynarodowego Paktu Praw Obywatelskich i Politycznych z 19 grudnia 1966 roku<sup>572</sup> oraz innych znajdujących zastosowanie aktów prawa międzynarodowego z zakresu ochrony praw człowieka<sup>573</sup>. Powyższe warunki i gwarancje powinny być oparte na zasadzie proporcjonalności i dostosowane do konkretnego przypadku. Przykładowo, mowa tutaj o sądowej lub innej niezależnej kontroli, podawaniu uzasadnienia dla stosowania telemedycznej czynności dowodowej oraz ograniczeniu co do zakresu i czasu jej stosowania. Dodatkowo, bazując na treści art. 15 Konwencji Budapesztańskiej, a dokładniej na jego ust. 3, wypada podkreślić, że w zakresie, w jakim pozostaje to zgodne z interesem publicznym, w szczególności z interesem wymiaru sprawiedliwości, państwo czy upoważniony w nim organ powinien rozważyć wpływ znajdujących zastosowanie czynności dowodowych na prawa, obowiązki oraz uzasadnione interesy osób trzecich. Po trzecie, ważne jest, że układ oraz brzmienie całej Konwencji Budapesztańskiej jednoznacznie przesądza, iż jest to umowa międzynarodowa niesamowykonalna. Oznacza to, że Konwencja o cyberprzestępczości kreuje zobowiązanie dostosowania prawa krajowego do jej postanowień dla krajów, które zdecydowały się ją ratyfikować. Innymi słowy, po przeprowadzeniu procedury ratyfikacyjnej stanowi ona prawnomiędzynarodowe zobowiązanie państwa, które powinno podjąć odpowiednie działania legislacyjne, aby implementować postanowienia Konwencji Budapesztańskiej do swojego systemu normatywnego. Nie bez znaczenia pozostaje zatem, że Konwencja o cyberprzestępczości zobowiązuje Państwa–Strony do nadania „właściwym organom”<sup>574</sup> uprawnień czy kompetencji umożliwiających przeprowadzenie określonych

---

<sup>571</sup> Konwencja o Ochronie Praw Człowieka i Podstawowych Wolności sporządzona w Rzymie dnia 4 listopada 1950 roku, zmieniona następnie Protokołami nr 3, 5 i 8 oraz uzupełniona Protokołem nr 2 (Dz.U. z 1993 r. Nr 61, poz. 284).

<sup>572</sup> Międzynarodowy Pakt Praw Obywatelskich i Politycznych otwarty do podpisu w Nowym Jorku dnia 19 grudnia 1966 roku (Dz.U. z 1977 r. Nr 38, poz. 167).

<sup>573</sup> Zakres ten jest uzależniony od katalogu ratyfikowanych przez poszczególne państwa innych aktów prawa międzynarodowego z zakresu ochrony praw człowieka. Przykładowo, z perspektywy Polski jako przykład można podać KPP UE.

<sup>574</sup> Oryginalnie Konwencja o cyberprzestępczości posługuje się angielskim terminem „competent authorities”.

w niej czynności dowodowych. Wynika bowiem z tego, że przedmiotowe czynności dowodowe, a więc także w tym te o charakterze telemedycznym, powinny przeprowadzać kompetentne oraz legitymowane do takich działań państwowe organy. Dzieje się tak dlatego, że Konwencja Budapesztańska, posługując się terminem „właściwych organów”, nie dała swobody w dowolnym określaniu organów upoważnionych do przeprowadzenia czynności dowodowych, lecz uszanowała różnorodność reprezentowaną przez systemy prawne Państw Członkowskich Rady Europy. Wyraźnie potwierdza to punkt 138 Raportu Wyjaśniającego do Konwencji o cyberprzestępczości, zgodnie z którym fakt posługiwania się terminem „właściwych organów” został uzasadniony przedmiotową różnorodnością<sup>575</sup>. Niemniej jednak w tym samym miejscu podkreślono, że termin ten odnosi się do organu sądowego, administracyjnego lub innego organu ścigania, który jest upoważniony na mocy prawa krajowego do podejmowania środków proceduralnych przewidzianych w prawie karnym formalnym<sup>576</sup>. Jednoznacznie przesądza to, że ostatnią przewidzianą w Konwencji Budapesztańskiej gwarancją limitującą możliwe do wystąpienia negatywne następstwa stosowania czynności dowodowych jest zarezerwowanie uprawnień do przeprowadzenia tych czynności wyłącznie dla „właściwych organów” w przedstawionym powyżej rozumieniu. Z kolei całościowo powyższa analiza pokazała nam, jak można reagować na ryzyko popełnienia bądź na popełnienie cyberprzestępstwa telemedycznego, gdyż ustalono konkretne działania wykrywające bądź dowodowe, które mogą być podejmowane w kontekście możliwości dokonania cyberprzestępstwa telemedycznego.

## **5. Propozycja standaryzacji systemów telemedycznych**

### **5.1. Propozycja standaryzacji systemów informatycznych usług telemedycznych na podstawie typów cyberprzestępstw telemedycznych**

W sytuacji, w której znane są typy cyberprzestępstw telemedycznych wyinterpretowane na podstawie przewidzianych normatywnie w Konwencji Budapesztańskiej typów

---

<sup>575</sup> Treść punktu 138 Raportu Wyjaśniającego do Konwencji o cyberprzestępczości: „All the articles in the Section refer to «competent authorities» and the powers they shall be granted for the purposes of specific criminal investigations or proceedings. In certain countries, only judges have the power to order or authorise the collection or production of evidence, while in other countries prosecutors or other law enforcement officers are entrusted with the same or similar powers. Therefore, 'competent authority' refers to a judicial, administrative or other law enforcement authority that is empowered by domestic law to order, authorise or undertake the execution of procedural measures for the purpose of collection or production of evidence with respect to specific criminal investigations or proceedings”.

<sup>576</sup> Ibidem.



cyberprzestępstw, możliwe staje się zrealizowanie kolejnego kroku prowadzonej analizy, a więc zaproponowanie standaryzacji systemów informatycznych usług telemedycznych zbudowanej na podstawie wypracowanego katalogu ryzyk możliwych do wystąpienia podczas stosowania nowoczesnych technologii do użytku praktycznego w medycynie w formie usług telemedycznych. Ten aspekt standaryzacji ma niezwykle istotne znaczenie dla zapobiegania cyberprzestępczości telemedycznej. Dzieje się tak dlatego, że stanowi on w rzeczywistości rekomendację skierowaną do specjalistów w dziedzinie informatyki medycznej, którzy odpowiadają za stworzenie właściwie zaprogramowanego systemu informatycznego usług telemedycznych, dostosowanego do rodzajów ryzyk wynikających wprost z typów cyberprzestępstw telemedycznych. W tym zakresie wystarczające byłoby zobligowanie podmiotu dostarczającego usługi telemedyczne do uzyskania certyfikatu potwierdzającego, że system informatyczny usług telemedycznych, którym się posługuje, spełnia przesłankę odporności na możliwość popełnienia cyberprzestępstwa telemedycznego. Przedmiotowa przesłanka powinna być rozumiana jako skuteczne uniemożliwienie dokonania znanych typów cyberprzestępstw telemedycznych bądź znaczące utrudnienie w możliwości ich popełnienia. Z kolei znaczące utrudnienie w popełnieniu cyberprzestępstwa telemedycznego powinno oznaczać wykorzystanie dostępnych technologicznie rozwiązań, w tym tych z informatyki medycznej<sup>577</sup>, które efektywnie zapobiegają cyberprzestępczości telemedycznej. Taka forma standaryzacji zakłada wykazanie przez podmiot dostarczający usługi telemedyczne jak najlepszej woli w uniemożliwianiu bądź możliwie najpełniejszym niwelowaniu możliwych do wystąpienia ryzyk<sup>578</sup>.

Należy jednak zauważyć, że opisywany w tym momencie aspekt standaryzacji oparty na innej niż prawna podstawie oraz przeprowadzany przez inny niż normatywnie wskazany podmiot może okazać się nieskutecznym środkiem. Z tego powodu konieczne jest stworzenie normatywnej podstawy standaryzacji systemów informatycznych usług telemedycznych uwzględniającej znane typy cyberprzestępstw telemedycznych. Uwzględniając przeprowadzoną już analizę dotyczącą certyfikacji rozwiązań cyfrowej medycyny<sup>579</sup>, wydaje się, że właściwym aktem prawnym, gdzie taka podstawa prawna mogłaby być przewidziana, jest Rozporządzenie w sprawie wyrobów medycznych. Taki zabieg legislacyjny ujednoliciłby

---

<sup>577</sup> Patrz: Rozdział I. *Nowoczesne technologie w medycynie: 2. Systematyka zastosowania nowoczesnych technologii do użytku praktycznego w medycynie: 2.6. Informatyka medyczna.*

<sup>578</sup> Wystarczające jednak powinno być wykazanie przez podmiot dostarczający usługi telemedyczne, że podjął on wszelkie racjonalne oraz zgodne z aktualnym poziomem rozwoju technologicznego działania ograniczające możliwość popełnienia znanych cyberprzestępstw telemedycznych.

<sup>579</sup> Patrz: Rozdział I. *Nowoczesne technologie w medycynie: 3. Certyfikacja rozwiązań cyfrowej medycyny.*

w ramach jednej czynności proces kwalifikowania rozwiązań cyfrowej medycyny jako wyrobów medycznych ze standaryzacją systemów informatycznych usług telemedycznych na podstawie typów cyberprzestępstw telemedycznych. Ujednoliceniu podlegałyby także podmiot upoważniony do oceny oraz wydania odpowiedniej decyzji w sprawie. Należy jednak zauważyć, że w aktualnym stanie prawnym dyskusyjne jest kwalifikowanie każdego systemu informatycznego usług telemedycznych jako wyrobu medycznego, gdyż nie każdy system informatyczny usług telemedycznych wykorzystuje się do przynajmniej jednego celu medycznego<sup>580</sup>. Z tego powodu istotne staje się uwzględnienie zgłoszonych postulatów *de lege ferenda* w ramach rozważań dotyczących certyfikacji rozwiązań cyfrowej medycyny. Mowa tutaj o uwzględnieniu postulatu o charakterze pełnym<sup>581</sup> albo zrównoważonym<sup>582</sup>. Należy jednak zastrzec, że w przypadku decyzji o realizacji postulatu o charakterze zrównoważonym, sama standaryzacja, niezależnie od fakultatywności kwalifikacji rozwiązań cyfrowej medycyny, powinna być obligatoryjna. W przeciwnym bowiem wypadku proponowane rozwiązanie nie spełniałoby swojego celu z uwagi na brak efektywności.

Reasumując prowadzony wywód, *de lege ferenda* metodologicznie właściwym oraz z punktu widzenia spójności systemu prawnego pożądanym rozwiązaniem byłaby nowelizacja Rozporządzenia w sprawie wyrobów medycznych, gdzie przewidzianą w niej między innymi możliwość kwalifikowania rozwiązań cyfrowej medycyny jako wyrobów medycznych można wzbogacić o obligatoryjną standaryzację systemów informatycznych usług telemedycznych na podstawie kryteriów uwzględniających ryzyka wynikające bezpośrednio z konkretnych typów cyberprzestępstw telemedycznych<sup>583</sup>. W tym kontekście należy uściślić, że źródłami ryzyka są:

---

<sup>580</sup> Motyw 16 i 17 Wyroku Trybunału Sprawiedliwości Unii Europejskiej z dnia 22 listopada 2012 roku w sprawie C-219/11...

<sup>581</sup> Zgodnie z postulatem *de lege ferenda* o charakterze pełnym: „w gruncie rzeczy najbardziej efektywny byłby obligatoryjny system certyfikacji jako wyrobów medycznych dla każdego rozwiązania cyfrowej medycyny, zarówno w wymiarze materialnym, jak i niematerialnym oraz niezależnie od przesłanki bezpośredniego stosowania w celach medycznych”. Patrz: Rozdział I. *Nowoczesne technologie w medycynie*: 3. *Certyfikacja rozwiązań cyfrowej medycyny*: 3.3. *Rozwiązania cyfrowej medycyny jako wyroby medyczne*.

<sup>582</sup> Zgodnie z postulatem *de lege ferenda* o charakterze zrównoważonym: „W tym kontekście, *de lege ferenda* system certyfikacji rozwiązań cyfrowej medycyny w postaci kwalifikacji ich jako wyrobów medycznych powinien mieć charakter dwutorowy. Po pierwsze, każde rozwiązanie cyfrowej medycyny, niezależnie od tego, czy bezpośrednio stosowane w jednym bądź w większej ilości celów medycznych, powinno być fakultatywnie dopuszczone do systemu certyfikacji jako wyrobów medycznych. Po drugie, te rozwiązania cyfrowej medycyny, które stosowane są w jednym bądź w większej ilości celów medycznych powinny być obligatoryjnie kierowane do przedmiotowego systemu certyfikacji”. Patrz: Rozdział I. *Nowoczesne technologie w medycynie*: 3. *Certyfikacja rozwiązań cyfrowej medycyny*: 3.3. *Rozwiązania cyfrowej medycyny jako wyroby medyczne*.

<sup>583</sup> Autorska propozycja na podstawie rozważań zawartych we wcześniejszych częściach niniejszego rozdziału (zob.: Rozdział V. *Cyberprzestępstwa telemedyczne jako zagrożenie dla realizacji prawa do zdrowia w telemedycynie*: 2. *Teoretyczna charakterystyka cyberprzestępczości telemedycznej* oraz 3. *Rodzaje cyberprzestępstw telemedycznych*) wraz z powołanymi źródłami, gdzie w szczególności inspirujące były następujące pozycje: J. Clough, *The Council of Europe Convention...*, s. 363–391; A. Weber, *The Council of Europe's Convention...*, s. 425–446; P. Csonka, *Internet Crime: The Draft Council Of Europe Convention...*,

możliwość popełnienia cyberprzestępstwa telemedycznego nielegalnego dostępu do systemu informatycznego usług telemedycznych, nielegalnego przechwytywania danych informatycznych usług telemedycznych, naruszenia integralności danych usług telemedycznych, naruszenia integralności systemu informatycznego usług telemedycznych, niewłaściwego użycia urządzeń, fałszerstwa telemedyczne, oszustwa telemedyczne, naruszenia praw autorskich i praw pokrewnych w kontekście systemu informatycznego usług telemedycznych albo innego cyberprzestępstwa telemedycznego bądź cyberprzestępstwa. Wydaje się, że zgłoszony postulat ma charakter pełny oraz uwzględnia wymóg zachowania spójności systemu normatywnego. Niemniej jednak niewykluczona jest sytuacja, w której jego wdrożenie byłoby niemożliwe bądź znacznie utrudnione, w szczególności z uwagi na fakt ingerowania w treść unijnego aktu o randze rozporządzenia. Głównie z tego powodu ustawodawca powinien alternatywnie rozważyć *de lege ferenda* postulat, zgodnie z którym w ramach prawa krajowego może on przewidzieć prawny obowiązek opisanej już powyżej standaryzacji systemów informatycznych usług telemedycznych<sup>584</sup>. Dodatkowego podkreślenia wymaga fakt, że jeżeli zakresem podmiotowym analizy są Państwa Członkowskie UE, to pomiędzy postulatem o charakterze pełnym a postulatem alternatywnym występuje związek jednostronnego zawierania się. Wynika to z okoliczności, że w tym zakresie wdrożenie postulatu o charakterze pełnym zawiera w sobie także wdrożenie postulatu alternatywnego. Dzieje się tak z uwagi na bezpośredni skutek prawa unijnego uchwalonego w formie rozporządzenia<sup>585</sup>. Z kolei wdrożenie postulatu alternatywnego oddziałuje jedynie na prawo krajowe konkretnego państwa i nie wpływa na porządek prawny UE.

Wskazane postulaty stanowią przykłady rozwiązania, przynajmniej częściowego, problemu możliwości popełniania cyberprzestępstw, w tym cyberprzestępstw telemedycznych, w kontekście świadczenia usług telemedycznych. Istotę postulowanej standaryzacji stanowi ochrona oraz wzmocnienie pewności realizacji przez telemedycynę przedmiotu prawa do zdrowia z perspektywy zagrożenia, jakim jest cyberprzestępczość. Mowa tutaj o kreacji obowiązku prawnego, którego celem będzie zagwarantowanie, że wszelkie systemy informatyczne usług telemedycznych są zaprogramowane zgodnie z prawnie przewidzianymi kryteriami, co powinno oznaczać, że zostały one przygotowane na znane typy cyberprzestępstw

---

s. 329–330; I. Carr, K. Williams, *Draft Cyber-Crime Convention...*, s. 83–90; A. Moise, *A Few Comments on the Council of Europe...*, s. 28–38).

<sup>584</sup> Postulat o charakterze alternatywnym został zgłoszony na tej samej podstawie co postulat główny.

<sup>585</sup> Przykładowo zob.: K. Wójtowicz, *Bezpośredni skutek przepisów prawa wspólnotowego w porządku prawnym RP*, „Kwartalnik Prawa Publicznego” Nr 4/2 (2004), s. 43–70.

telemedycznych bądź generalnie cyberprzestępstw w stopniu akceptowalnym<sup>586</sup>. Istotne znaczenie ma także fakt, żeby, niezależnie od sposobu wprowadzenia przedmiotowej standaryzacji, miała ona charakter obligatoryjny oraz stanowiła przesłankę dopuszczającą do stosowania w praktyce systemy informatyczne usług telemedycznych. Dodatkowo należy pamiętać, że cyberprzestępczość, w tym ta telemedyczna, ciągle się rozwija oraz doskonali. Z tego powodu, konieczna jest stała aktualizacja katalogu możliwych do wystąpienia ryzyk świadczenia usług telemedycznych za pomocą systemów informatycznych usług telemedycznych, które bezpośrednio wynikają ze znanych typów cyberprzestępstw, w tym możliwych do wyinterpretowania na ich podstawie cyberprzestępstw telemedycznych<sup>587</sup>.

## **5.2. Propozycja standaryzacji systemów informatycznych usług telemedycznych na podstawie rodzajów telemedycznych czynności dowodowych**

Postulat związany ze standaryzacją systemów informatycznych usług telemedycznych na podstawie telemedycznych czynności dowodowych ma inny charakter. Przyświeca jej wprowadzenie wymogu posiadania przez system teleinformatyczny usług telemedycznych funkcjonalności umożliwiających właściwym organom przeprowadzenie czynności dowodowych w celu wykrywania i udowodnienia popełnienia cyberprzestępstwa telemedycznego bądź cyberprzestępstwa. Fakt, że system informatyczny usług telemedycznych umożliwia szybkie i efektywne przeprowadzenie telemedycznych czynności dowodowych możliwych do wyinterpretowania na podstawie Konwencji Budapesztańskiej bezpośrednio wpływa na świadomość społeczeństwa, że czyny uznane za cyberprzestępstwa telemedyczne będą skutecznie ścigane, a ich sprawcy zostaną pociągnięci do odpowiedzialności prawnej. Wysoko rekomendowane jest zatem, aby systemy informatyczne usług telemedycznych oddawane do powszechnego użytku przewidywały już na etapie projektowania właściwości umożliwiające przeprowadzenie telemedycznej czynności dowodowej niezwłocznego zabezpieczenia przechowywanych danych informatycznych usług telemedycznych, sprawnego zabezpieczenia i częściowego ujawnienia danych dotyczących ruchu usług telemedycznych,

---

<sup>586</sup> Wymagany stopień przygotowania konkretnego systemu informatycznego usług telemedycznych na możliwe do wystąpienia ryzyka popełnienia znanych typów cyberprzestępstw telemedycznych powinien opierać się na obiektywnych i możliwych do spełnienia kryteriach zaproponowanych przez specjalistów z zakresu informatyki medycznej.

<sup>587</sup> Warto zaznaczyć, że katalog znanych typów cyberprzestępstw nie powinien być utożsamiany wyłącznie z typami cyberprzestępstw przewidzianymi w Konwencji o cyberprzestępczości. Za naturalny skutek rozwoju cyberprzestępczości należy uznać możliwość systematycznego pojawiania się nowych typów cyberprzestępstw, które będą jednocześnie stanowić nowe ryzyka.

nakazu dostarczenia danych informatycznych usług telemedycznych bądź przekazania informacji odnoszących się do abonenta usług telemedycznych, przeszukania i zajęcia przechowywanych danych informatycznych usług telemedycznych, gromadzenia w czasie rzeczywistym danych dotyczących ruchu usług telemedycznych albo przechwytywania danych dotyczących treści usług telemedycznych. Wszystkie z wymienionych telemedycznych czynności dowodowych posiadają swój odpowiednik przewidziany w Konwencji o cyberprzestępczości<sup>588</sup>. Spostrzeżenie to ma doniosłe znaczenie, gdyż już na etapie implementowania postanowień tego aktu prawa międzynarodowego publicznego do prawa krajowego mogło i powinno nastąpić równoległe wprowadzenie obowiązku prawnego standaryzacji systemów informatycznych *in genere* na podstawie rodzajów czynności dowodowych przewidzianych w Konwencji Budapesztańskiej. Działanie takie należałoby ocenić jako pożądane dostosowywanie infrastruktury informatycznej do nowych kompetencji właściwych do dokonania czynności dowodowych organów. Wynika to z faktu, że samo wyposażenie przedmiotowych organów w spektrum nowych uprawnień, bez ingerowania w warstwę technologiczną, może okazać się środkiem niewystarczającym<sup>589</sup>.

System informatyczny, a w zakresie tytułowego zagadnienia system informatyczny usług telemedycznych, powinien stanowić płaszczyznę przyjazną dla dokonywania prawem określonych czynności dowodowych. Innymi słowy, jeżeli właściwy w zakresie telemedycznych czynności dowodowych organ ma uzasadnianą normatywnie podstawę do podjęcia prawnie przewidzianych czynności to system informatyczny usług telemedycznych oraz podmiot oferujący za jego pomocą usługi telemedyczne powinien, przykładowo za pomocą kluczy dostępu, w pełni współpracować z takim organem, umożliwiając mu sprawne, szybkie oraz efektywne pozyskiwanie informacji bądź dokonywanie innych czynności. W przeciwnym wypadku organ przeprowadzający telemedyczne czynności dowodowe będzie zmuszony do samodzielnego działania, co znacząco zwiększy potrzebny na to czas, który

---

<sup>588</sup> Zaprezentowany katalog nie ma charakteru zamkniętego i może być uzupełniany o inne i aktualnie nieprzewidziane w Konwencji o cyberprzestępczości czynności dowodowe. Cyberprzestępcy ciągle się rozwijają, korzystają z nowych instrumentów oraz uczą się nowych sposobów popełniania cyberprzestępstw. Oznacza to, że organy ścigania czy konwencyjne, właściwe organy nie mogą pozostawać bierne i także powinny rozwijać oraz doskonalić swoje umiejętności, w tym poszerzać rodzaje możliwych do przeprowadzenia czynności dowodowych. W tym kontekście warto wspomnieć o przyjęciu w dniu 17 listopada 2021 roku przez Komitet Ministrów Rady Europy drugiego protokołu dodatkowego do Konwencji o cyberprzestępczości dotyczącego wzmocnienia współpracy oraz ujawniania dowodów elektronicznych. Zob. Second Additional Protocol to the Convention on Cybercrime on enhanced co-operation and disclosure of electronic evidence, CM(2021)57-final, [https://search.coe.int/cm/pages/result\\_details.aspx?objectid=0900001680a48e4d](https://search.coe.int/cm/pages/result_details.aspx?objectid=0900001680a48e4d) – dostęp: 16.12.2021 r.

<sup>589</sup> Można nawet stwierdzić, że wyposażenie właściwych organów w uprawnienia przewidziane w Konwencji o cyberprzestępczości bez zapewnienia im faktycznej możliwości działania w odpowiednich ramach czasowych, należałoby ocenić jako iluzoryczne.

stanowi istotną wartość w kontekście efektywnego wykrywania i udowodnienia cyberprzestępstwa telemedycznego oraz przypisywania sprawcy tego czynu odpowiedzialności prawnej. Wydaje się, że im szybsze jest działanie właściwych organów, tym bardziej prawdopodobne sprawne wykrycie sprawcy i pociągnięcia go do odpowiedzialności prawnej, co z kolei znacząco zwiększa efektywność zapobiegania cyberprzestępczości telemedycznej. Dzieje się tak dlatego, że potencjalni sprawcy będą mieli świadomość, że ich czyn zostanie wykryty i udowodniony, a oni sami zostaną doprowadzeni przed oblicze wymiaru sprawiedliwości.

Z tych wszystkich powodów, jeżeli w konkretnym systemie prawnym nie został określony obowiązek powyżej opisanej standaryzacji systemów informatycznych usług telemedycznych, *de lege ferenda* postuluje się wprowadzenie obowiązku prawnego standaryzacji wszelkich systemów informatycznych pod kątem posiadania funkcjonalności umożliwiających sprawne, szybkie oraz efektywne przeprowadzanie, na uzasadnionej normatywnie podstawie, czynności dowodowych przewidzianych w Konwencji Budapesztańskiej<sup>590</sup>. Zgłoszony postulat ma charakter generalny i swoim zakresem przedmiotowym obejmuje nie tylko systemy informatyczne usług telemedycznych, ale także wszystkie inne. Dzieje się tak dlatego, że jego wdrożenie z jednej strony zwiększa efektywność określonych postanowień Konwencji o cyberprzestępczości, a z drugiej dalej dotyczy także systemów informatycznych usług telemedycznych. W związku z powyższym państwa, które ratyfikowały Konwencję Budapesztańską, powinny rozważyć możliwość wdrożenia zgłoszonego postulatu do swojego porządku normatywnego.

Alternatywnie można jeszcze poddać pod rozważę *de lege ferenda* połączenie w jednej czynności postulowanej wcześniej standaryzacji systemów informatycznych usług telemedycznych na podstawie typów cyberprzestępstw telemedycznych z postulowaną aktualnie standaryzacją systemów informatycznych usług telemedycznych, odwołując się do rodzajów telemedycznych czynności dowodowych<sup>591</sup>. W takim przypadku konieczne byłoby ujednoczenie proponowanych rozwiązań legislacyjnych bądź w Rozporządzeniu w sprawie wyrobów medycznych, bądź w ramach odpowiednich norm prawa krajowego. Postulat ten jest

---

<sup>590</sup> Autorska propozycja na podstawie rozważań zawartych we wcześniejszych częściach niniejszego rozdziału (zob.: Rozdział V. *Cyberprzestępstwa telemedyczne jako zagrożenie dla realizacji prawa do zdrowia w telemedycynie: 2. Teoretyczna charakterystyka cyberprzestępczości telemedycznej* oraz 4. *Czynności dowodowe w cyberprzestępczości telemedycznej*) wraz z powołanymi tam źródłami, gdzie w szczególności inspirujące są następujące pozycje: J. Clough, *The Council of Europe Convention...*, s. 363–391; A. Weber, *The Council of Europe's Convention...*, s. 425–446; P. Csonka, *Internet Crime: The Draft Council Of Europe Convention...*, s. 329–330; I. Carr, K. Williams, *Draft Cyber-Crime Convention...*, s. 83–90; A. Moise, *A Few Comments on the Council of Europe...*, s. 28–38).

<sup>591</sup> Postulat o charakterze alternatywnym został zgłoszony na tej samej podstawie co postulat główny.

jednak zgłaszany w drugiej kolejności, gdyż pierwszy zdaje się stanowić naturalne dopełnienie bardziej efektywnej realizacji przez państwa zobowiązań międzynarodowych wynikających z Konwencji Budapesztańskiej. Podkreślenia wymaga, że wybór środka prowadzącego do efektu nie jawi się jako tak istotny jak sam efekt, którym jest wprowadzenie prawnie wymaganej standaryzacji systemów informatycznych usług telemedycznych na podstawie rodzajów telemedycznych czynności dowodowych. Standaryzacji, która poprzez zapobieganie cyberprzestępczości telemedycznej będzie chronić i wzmacniać realizację przedmiotu prawa do zdrowia przez usługi telemedyczne.

## 6. Podsumowanie

W rozdziale dokonano analizy zagadnienia cyberprzestępstw telemedycznych jako zagrożenia dla realizacji prawa do zdrowia w telemedycynie. Głównym celem rozważań było wskazanie sposobów reagowania na zjawisko cyberprzestępczości telemedycznej. Co ważne, może ono zwierać w sobie z jednej strony działania podejmowane przed popełnieniem cyberprzestępstwa telemedycznego, a z drugiej po jego popełnieniu. Istotne znaczenie ma także metodologia argumentacji zawartej w niniejszej części dysertacji naukowej. Zasadza się ona na przesłance rozumowania logicznego, zgodnie z którą cyberprzestępstwo telemedyczne stanowi zagrożenie wpływające na pełną bądź pełniejszą realizację prawa do zdrowia w formie telemedycyny. Fakt ten implikuje dalsze wnioski. Po pierwsze, konkretne typy cyberprzestępstw telemedycznych stanowią rodzaje możliwych do wystąpienia zagrożeń podczas realizowania przez telemedycynę jej istoty, w tym przedmiotu prawa do zdrowia. Po drugie, prawnie przewidziane czynności dowodowe prawa karnego procesowego możliwe do przeprowadzenia w kontekście cyberprzestępstwa telemedycznego stanowią reakcję na popełnienie czynu zabronionego w cyberprzestrzeni *post factum*, a więc w momencie urzeczywistnienia się wspomnianych zagrożeń bądź są to działania zmierzające do wykrycia faktu popełnienia cyberprzestępstwa telemedycznego. Po trzecie zaś, odpowiednia standaryzacja oprogramowania dostarczającego usługi telemedyczne stanowi rozwiązanie zapobiegające zagrożeniu popełniania cyberprzestępstw telemedycznych *ex ante*, a więc jest to rozwiązanie chroniące oraz wzmacniające realizowanie przez telemedycynę przedmiotu prawa do zdrowia.

Biorąc pod uwagę powyższe założenia, w pierwszej kolejności dokonano przybliżenia tematyki związanej z teoretyczną charakterystyką cyberprzestępczości telemedycznej. Otwierał ją dyskurs związany z wpływem cyberprzestępczości telemedycznej na realizację prawa do

zdrowia. Uargumentowano tezę, zgodnie z którą cyberprzestępstwa telemedyczne stanowią realne zagrożenie dla realizacji prawa do zdrowia w sytuacji wykorzystywania nowoczesnych technologii telemedycznych oddawanych do użytku praktycznego w medycynie. Następnie zaprezentowano zarys definicyjny pojęcia cyberprzestępstwa. W jego wyniku przedstawiono różne definicje tego zjawiska oraz wysunięto konkretny postulat *de lege ferenda*. Zgodnie z nim polski ustawodawca powinien wziąć pod uwagę wprowadzenie definicji legalnej pojęcia cyberprzestępstwa w przedstawionej postaci, a ustawodawca międzynarodowy także powinien wziąć pod uwagę wprowadzenie do Konwencji Budapesztańskiej przedmiotowej definicji w przedstawionej postaci, niemniej jednak z koniecznymi, z uwagi na charakter międzynarodowej regulacji, zmianami.

Rozważania te dały podstawę do dalszej analizy związanej z określeniem właściwego znaczenia terminu cyberprzestępstwa telemedycznego. W ramach tego dyskursu zwrócono uwagę, że pojęcie to zawiera w sobie dwa obszerne zbiory desygnatów. Mowa tutaj w pierwszej kolejności o cyberprzestępczynie, a po drugie o usługach telemedycznych. Po połączeniu znaczenia wspomnianych składników terminu cyberprzestępstwa telemedycznego zaproponowano jego definicję.

Powyższe teoretyczne wprowadzenie w analizowane zagadnienie, po zaprezentowaniu przyjętej metody umożliwiło podjęcie próby określenia na podstawie odpowiednich norm Konwencji Budapesztańskiej konkretnych typów cyberprzestępstw telemedycznych. W ten sposób określano i nazwano podstawowy katalog zagrożeń możliwych do wystąpienia podczas stosowania nowoczesnych technologii do użytku praktycznego w medycynie w formie usług telemedycznych. Zgłoszono przy okazji także postulat *de lege ferenda* w celach informacyjnych dla ogółu społeczeństwa. Następnie dokonano podobnej analizy, gdzie wyinterpretowano, po przedstawieniu metody tej interpretacji, także na podstawie odpowiednich postanowień Konwencji Budapesztańskiej, telemedyczne czynności dowodowe. Celem tych rozważań było ustalenie bądź właściwej reakcji na popełnienie cyberprzestępstwa telemedycznego, bądź odpowiednich sposobów wykrycia faktu jego popełnienia. Efektem analitycznym tej części dysertacji naukowej było wskazanie, jakie działania wykrywające albo dowodowe powinny być podejmowane w kontekście możliwości dokonania lub samego dokonania cyberprzestępstwa telemedycznego. W ramach tych uwag również zgłoszono postulat *de lege ferenda* w celach informacyjnych dla ogółu społeczeństwa.

Po powyższych spostrzeżeniach, bazując na wypracowanych wnioskach, zgłoszono propozycję standaryzacji systemów telemedycznych, która zawiera w sobie dwa zasadnicze postulaty *de lege ferenda*. Pierwszy z nich dotyczy standaryzacji systemów informatycznych



usług telemedycznych na podstawie typów cyberprzestępstw telemedycznych. Celem tego rozwiązania jest zagwarantowanie, że systemy informatyczne usług telemedycznych dostępne na rynku są zaprogramowane zgodnie z obligatoryjnymi wymogami prawnymi wynikającymi z podstawowego katalogu ryzyk możliwych do wystąpienia podczas stosowania nowoczesnych technologii do użytku praktycznego w medycynie w formie usług telemedycznych. Powinno to oznaczać, że systemy te są przygotowane na znane typy cyberprzestępstw telemedycznych bądź generalnie cyberprzestępstw w stopniu akceptowalnym. Z kolei drugi postulat *de lege ferenda* dotyczy standaryzacji systemów informatycznych usług telemedycznych na podstawie rodzajów telemedycznych czynności dowodowych. Celem tego rozwiązania jest wprowadzenie wymogu posiadania przez system informatyczny usług telemedycznych funkcjonalności umożliwiających właściwym organom przeprowadzenie czynności dowodowych w celu wykrywania i udowodnienia popełnienia cyberprzestępstwa telemedycznego bądź cyberprzestępstwa. Powinno to bezpośrednio wpłynąć na świadomość społeczeństwa, że czyny uznane za cyberprzestępstwa telemedyczne będą skutecznie ścigane, a ich sprawcy zostaną pociągnięci do odpowiedzialności prawnej. W pierwszym i w drugim przypadku istotę postulowanej standaryzacji stanowi ochrona oraz wzmacnianie pewności realizacji przez telemedycyne przedmiotu prawa do zdrowia. Wydaje się, że całościowo rozdział wypełnił swój cel, jakim było ustalenie rozwiązań niwelujących zjawisko cyberprzestępczości telemedycznej. Wdrożenie zgłoszonych postulatów powinno doprowadzić do pełniejszej i pewniejszej realizacji prawa do zdrowia w telemedycynie.

# Zagadnienia końcowe

## Podsumowanie ustaleń

Przeprowadzona analiza prawa do zdrowia z perspektywy transgranicznego świadczenia usług telemedycznych w UE jednoznacznie ukazała potencjał rozwiązań telemedycznych jako tych, które wzmacniają realizację w pełniejszym bądź przynajmniej w dotychczasowym zakresie prawa do zdrowia z wybranej oraz przedstawionej perspektywy badawczej. W niniejszej dysertacji naukowej ustalono możliwości, jakie daje zastosowanie telemedycyny dla ochrony, wspierania oraz wzmacniania realizacji przedmiotu prawa do zdrowia. Dodatkowo udzielono odpowiedzi na pytanie o znaczenie, miejsce, systematykę, rolę, istotę, cele, cechy, specyfikę oraz funkcje telemedycyny w ramach tytułowego zagadnienia oraz ustalono zagrożenia czy problemy związane z realizacją prawa do zdrowia przez zastosowanie telemedycyny. W wyniku przeprowadzonych badań stwierdzono, że na aktualnym etapie rozwoju cywilizacyjnego, technicznego, technologicznego i prawnego telemedycyna może być traktowana jako nowy oraz nowoczesny środek wspierający realizację prawa do zdrowia w pełniejszym bądź, w przypadku pojawienia się określonych trudności, przynajmniej dotychczasowym zakresie. Oznacza to, że nie tylko główny cel niniejszej rozprawy doktorskiej został zrealizowany, ale także, co jest równie istotne, wyjaśniono jej kluczowy dylemat naukowy.

Nie byłoby to jednak możliwe bez zbadania poszczególnych celów subsydiarnych opracowania, które wyznaczając logiczną drogę do osiągnięcia głównego celu oraz ustalenia odpowiedzi na kluczowy dylemat naukowy rozprawy doktorskiej, jednocześnie były źródłem wartościowych wniosków oraz spostrzeżeń. Realizacja każdego celu subsydiarnego z osobna stanowiła ważny krok przybliżający urzeczywistnienie założeń metodologicznych dysertacji naukowej. W ramach analizy celów subsydiarnych po pierwsze przybliżono semantycznie czy znaczeniowo terminologię stosowaną w kontekście wykorzystania nowoczesnych technologii do użytku praktycznego w medycynie, w tym ustalono możliwość certyfikowania rozwiązań cyfrowej medycyny oraz zaprezentowano podstawowe korzyści i zagrożenia telemedycyny. Po drugie, wskazano zakres oraz znaczenia prawa do zdrowia w UE oraz przedstawiano koncepcję prawa do zdrowia *in genere*. Po trzecie, dokonano analizy warunków, zasad, interpretacji prawa w kontekście transgranicznego świadczenia usług opieki zdrowotnej w UE oraz wykazano, że możliwa jest kwalifikacja usług telemedycznych jako usług w rozumieniu prawa UE.

Po czwarte, zaproponowano rozwiązanie problemów realizacji prawa do zdrowia oraz funkcjonowania transgranicznej opieki zdrowotnej w UE podczas epidemii COVID-19 oraz finalnie, po piąte, zaproponowano rozwiązania niwelujące zjawisko cyberprzestępczości telemedycznej stanowiącej zagrożenie dla realizacji prawa do zdrowia w telemedycynie. Należy zauważyć, że realizacja tych celów subsydiarnych bezpośrednio doprowadziła do zebrania informacji niezbędnych do urzeczywistnienia głównego celu rozprawy doktorskiej oraz udzielenia odpowiedzi na kluczowy dylemat w niej postawiony.

Całość spostrzeżeń zawartych w opracowaniu doprowadziła do udowodnienia tezy rozprawy doktorskiej, zgodnie z którą: „Telemedycynę należy pojmować jako nowy oraz nowoczesny środek wspierający realizację prawa do zdrowia w pełniejszym bądź przynajmniej dotychczasowym zakresie”. Udowodnieniu tej tezy posłużyła analiza trzech zasadniczych zagadnień z jednej strony szczegółowo opisanych w uwagach wprowadzających, z drugiej zaś wnikliwie zbadanych w ramach zasadniczego nurtu rozprawy doktorskiej. Zagadnieniami tymi były: nowoczesne technologie oddawane do użytku praktycznego w medycynie, koncepcja prawa do zdrowia, transgraniczne świadczenie usług opieki zdrowotnej w UE. Te trzy zagadnienia stworzyły pojemny konglomerat bogatej w możliwe do wypracowania wnioski, różnorodnej oraz konstruktywnej analizy naukowej.

Nieuniknione okazało się odwołanie do podstawowych pojęć, problemów, opinii przedstawicieli nauki, orzecznictwa czy różnego rodzaju dokumentów, w tym aktów tzw. miękkiego prawa. Konieczne było z jednej strony zaprezentowanie awangardowych możliwości, specyfiki, istoty czy cech nowoczesnych rozwiązań oddawanych do użytku praktycznego w medycynie, z drugiej zaś nie mniej istotna okazała się analiza bardziej tradycyjnych zagadnień natury prawej, takich jak tytułowe prawo do zdrowia czy transgraniczne świadczenie usług opieki zdrowotnej w UE.

Wszelkie powyższe uwagi oraz poczynione na wstępie założenia, w tym określenie głównego celu, kluczowego dylematy naukowego opracowania, celów subsydiarnych oraz przyjęte metody naukowe zdeterminowały strukturę rozprawy doktorskiej. W rozdziale pierwszym zajęto się nowoczesnymi technologiami w medycynie, gdzie zaproponowano systematykę nowoczesnych technologii do użytku praktycznego w medycynie, zaprezentowano możliwe sposoby certyfikacji rozwiązań cyfrowej medycyny, dokonano interpretacji pojęcia telemedycyny oraz zaprezentowano podstawowe korzyści i zagrożenia telemedycyny. W rozdziale drugim zajęto się koncepcją prawa do zdrowia w UE, dokonano interpretacji przedmiotu prawa do zdrowia, wyciągnięto cenne wnioski z przedstawionego rysu historycznego prawa do zdrowia w prawie pierwotnym UE, ustalono przejawy prawa do

zdrowia w aktualnie obowiązującym prawie UE oraz zaprezentowano obraz prawa do zdrowia w telemedycynie. W rozdziale trzecim zajęto się transgranicznym świadczeniem usług opieki zdrowotnej w UE, w ramach którego przybliżono zagadnienie rynku wewnętrznego w świetle swobodnego przepływu usług, ustalono warunki swobodnego przepływu usług opieki zdrowotnej, zaprezentowano prawa pacjentów w transgranicznej opiece zdrowotnej oraz zaproponowano miejsce usług telemedycznych w transgranicznej opiece zdrowotnej. W rozdziale czwartym zajęto się problemem realizacji prawa do zdrowia oraz funkcjonowania transgranicznej opieki zdrowotnej w UE podczas epidemii COVID-19, gdzie zaprezentowano ogólną charakterystykę epidemii, wskazano na zmiany w prawie podyktowane walką z COVID-19, przedstawiono problemy prawa do zdrowia i transgranicznej opieki zdrowotnej w realiach epidemii COVID-19 oraz zaproponowano rozwiązania zdefiniowanych problemów poprzez wdrożenie oraz stosowanie telemedycyny. W rozdziale piątym zajęto się cyberprzestępstwami telemedycznymi jako zagrożeniem dla realizacji prawa do zdrowia w telemedycynie. W obrębie tego zagadnienia przybliżono teoretyczną charakterystykę cyberprzestępczości telemedycznej, zaproponowano rodzaje cyberprzestępstw telemedycznych, wyinterpretowano telemedyczne czynności dowodowe oraz zaproponowano rozwiązania niwelujące negatywne zjawisko cyberprzestępczości telemedycznej poprzez wprowadzenie standaryzacji systemów telemedycznych.

Dokonana w ramach rozprawy doktorskiej analiza wykazała, że o ile faktem bezsprzecznym jest, że część nauki zajmuje się albo zastosowaniem nowoczesnych technologii medycznych do użytku praktycznego, albo koncepcją prawa do zdrowia, albo też transgranicznym świadczeniem usług w UE, w tym usług opieki zdrowotnej, to generalnie brakuje w doktrynie pogłębionych oraz przemyślanych refleksji łączących desygnaty wymienionych obszarów naukowych i odnoszących się do prawa do zdrowia z perspektywy transgranicznego świadczenia usług telemedycznych w UE. Fakt ten dodatkowo potęgował dociekliwość i chęć wyznaczania nowych horyzontów badawczych.

Podsumowując, na tle przeprowadzonej analizy można przedstawić następujące spostrzeżenia końcowe. Po pierwsze, aktualnie brakuje jednoznacznej systematyki terminologii stosowanej w kontekście zastosowania nowoczesnych technologii do użytku praktycznego w medycynie. W obrocie występuje wiele terminów opisujących to zjawisko. Mowa tutaj w szczególności o takich pojęciach jak cyfrowa medycyna, e-Zdrowie, m-Zdrowie, telezdrowie, telemedycyna, teleopieka, zdrowie sensoryczne czy informatyka medyczna. Wymienione terminy używane są częstokroć zamiennie i bez nawiązania do ich rzeczywistego zakresu przedmiotowego. W związku z powyższym, konieczne wydaje się stworzenie, wdrożenie i konsekwentne stosowanie

systematyki pojęć nawiązujących do zastosowania nowoczesnych technologii medycznych w praktyce. Zabieg taki jest o tyle pożądanym, że dokonałby uporządkowania nomenklatury, wskazując różnice, podobieństwa oraz relacje zachodzące między tymi terminami i ich rzeczywiste zakresy przedmiotowe.

Po drugie, występujący proces postępu technicznego, technologicznego oraz cywilizacyjnego silnie oddziałuje na obraz dzisiejszej medycyny. Wiele usług opieki zdrowotnej jest wzbogacanych o elementy cyfrowe, które w założeniu mają polepszać jakość, bezpieczeństwo, skuteczność, równość, powszechność czy szybkość opieki zdrowotnej. Głównie z tych powodów zmiany te są coraz szersze i coraz chętniej wprowadzane. Prawo jednak powinno przewidywać mechanizmy sprawdzające te szczytne założenia nowoczesnych technologii medycznych, tak aby upewnić się, że wprowadzane nowoczesne alternatywy w rzeczywistości służą deklarowanym celom. Konieczne zatem wydaje się wprowadzenie regulacji prawnych przewidujących obowiązkową certyfikację rozwiązań cyfrowej medycyny.

Po trzecie, na dziś dzień w obrocie naukowym oraz w licznych dokumentach rządowych, organizacji międzynarodowych czy pozarządowych brakuje jednego powszechnie akceptowanego pojęcia telemedycyny. Większość autorów proponuje swoje własne definicje, co prowadzi nawet do występowania specyficznego rozumianego chaosu semantycznego. Wydaje się, że ważnym oraz aktualnym zadaniem w zakresie analizowanej problematyki jest stworzenie na podstawie licznych propozycji znaczeniowych jednej, przemyślanej oraz oddającej rzeczywisty zakres przedmiotowy definicji telemedycyny.

Po czwarte, podejmując dyskusję dotyczącą nowych czy nowoczesnych technologii, także tytułowych nowoczesnych technologii medycznych, istotne znaczenie ma analizowanie nie tylko korzyści, jakie może ze sobą przynieść ich wdrożenie, ale także wszelkich problemów czy zagrożeń. Dopiero obiektywne zbadanie aspektów negatywnych i pozytywnych daje uzasadnioną podstawę do wydania werdyktu o realnej przydatności konkretnego rozwiązania w dziedzinie nowoczesnych technologii oddawanych do użytku praktycznego.

Po piąte, ważne jest ciągle wzbogacanie koncepcji prawa do zdrowia oraz jej kluczowych elementów, a więc prawa do ochrony zdrowia oraz prawa do świadczeń opieki zdrowotnej. Dzieje się tak dlatego, że z naukowego punktu widzenia uzasadnione zachodzącymi zmianami jest pogłębianie badań dotyczących prawa do zdrowia i jego przedmiotu. Tego rodzaju analiza może doprowadzić do ustalenia nowych wniosków bądź ukazania innej perspektywy zaprezentowanych już w literaturze spostrzeżeń. Istotne powinno być ukazywanie prawa do zdrowia jako determinanty nowoczesnych technologii w medycynie,

która legitymizuje z jednej strony oddawanie tego rodzaju rozwiązań do użytku praktycznego, z drugiej zaś uzasadnia tworzenie bądź też proponowanie nowych ram prawnych.

Po szóste, odwołując się do historycznych aktów prawa pierwotnego UE, możliwe jest znalezienie przepisów nawiązujących bezpośrednio bądź pośrednio do przedmiotu prawa do zdrowia. Wydaje się, że to ważne, aby pamiętać o fakcie ewolucji prawa unijnego, zgodnie z którym początkowo idea integracji europejskiej miała charakter czysto gospodarczy, a dopiero później wprowadzono elementy integracji politycznej oraz społecznej. Za pomocą odpowiedniej analizy możliwe jest zaobserwowanie jak w UE rodziło się zainteresowanie kwestiami zdrowia ludzkiego oraz jak tworzono i wprowadzano pierwsze regulacje prawne w tym zakresie. TEWWiS, TEWG, TEWEA oraz Traktat Fuzyjny nie zawierały norm prawnych korelujących z prawem do zdrowia, z kolei JAE, zawierając takie postanowienia, stanowił istotne przeprofilowanie idei integracji europejskiej w kierunku otwarcia się na współpracę społeczną oraz polityczną Państw Członkowskich UE. Wydanie JAE ma zatem doniosłe znaczenie dla prawa do zdrowia w UE, gdyż jest to traktat tworzący podwaliny pod nowy, wcześniej nie określony, obszar działań unijnych, który doczekał się uszczegółowienia w Traktacie z Maastricht.

Po siódme, w aktualnie obowiązującym prawie UE można znaleźć normy prawne, które nawiązują bezpośrednio bądź pośrednio do przedmiotu prawa do zdrowia. Mowa tutaj zarówno o postanowieniach prawa pierwotnego UE, gdzie kluczowe znaczenie mają KPP UE, TFUE oraz TUE, jak i prawa wtórnego UE, gdzie następuje konkretyzacja prawa do zdrowia. Przykładowo Dyrektywa o prawach pacjentów w transgranicznej opiece zdrowotnej, Decyzja w sprawie poważnych transgranicznych zagrożeń zdrowia, Dyrektywa w sprawie wyrobów tytoniowych, Dyrektywa w sprawie krwi ludzkiej, Dyrektywa w sprawie tkanek i komórek ludzkich, Rozporządzenie w sprawie produktów leczniczych, jak i Rozporządzenie w sprawie wyrobów medycznych, choć prezentują odmienne podejście sektorowe do prawa do zdrowia w UE, stanowią uszczegółowienie traktatowych postanowień zawierających ogólne kierunki, cele czy zasady związane z przedmiotem prawa do zdrowia. Istotne znaczenie ma uświadomienie znaczącego poziomu powyższych postanowień w systemie prawa unijnego. Prowadzi to do wniosku, że prawo do zdrowia, jego koncepcja oraz przedmiot obecnie są priorytetowym elementem aktualnie obowiązującego prawa UE. Od Traktatu z Maastricht, poprzez Traktat Amsterdamski, Traktat Nicejski, do Traktatu Lizbońskiego można zaobserwować coraz pełniejsze, bardziej kompletne oraz skuteczniejsze zajmowanie się problematyką zarówno ochrony zdrowia, jak i dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej, a więc *in genere* prawa do zdrowia w UE.

Po ósme, aktualnie zachodzące zmiany podyktowane procesem postępu technicznego, technologicznego oraz cywilizacyjnego nie tylko wymuszają dyskusję o transformacji tradycyjnej medycyny w nowoczesny odpowiednik, ale także wywołują otwarcie dyskusję nad obrazem prawa do zdrowia w innym niż tradycyjne środowisku. W świetle tytułowego zagadnienia istotne znaczenie mają spostrzeżenia dotyczące prawa do zdrowia w telemedycynie. Dokonana analiza doprowadziła do wniosków, że telemedycyna może być traktowana jako nowy gwarant prawa do ochrony zdrowia oraz nowoczesne narzędzie realizacji prawa do świadczeń opieki zdrowotnej. Telemedycyna wspiera także bardziej kompletne urzeczywistnienie równego dostępu do świadczeń zdrowotnych. Uzasadnione wydaje się twierdzenie, że istnieje teoretyczna legitymizacja stosowania telemedycyny jako instrumentu subsydiarnego w stosunku do tradycyjnego systemu opieki zdrowotnej, gdzie te dwa systemy mogłyby funkcjonować równolegle.

Po dziewiąte, idea rynku wewnętrznego UE powinna być traktowana jako swoisty fundament transgranicznego świadczenia usług opieki zdrowotnej w UE. Dzieje się tak dlatego, że normy traktatowe swobody przepływu usług stanowią źródło dla analizy związanej z tym tematem. Jedną z ważniejszych norm prawnych w tym zakresie jest definicja legalna unijnej usługi. Ważne staje się tutaj spostrzeżenie, zgodnie z którym redakcja przepisu zawierającego definicję legalną usługi w prawie unijnym jednoznacznie przesądza, że zawarte w TFUE wyliczenie przedmiotowe pojęcia usługi jest jedynie przykładowe i służy przyjęciu właściwej linii interpretacyjnej. Z tej perspektywy ważne naukowo znaczenie ma także wypracowanie wniosku dotyczącego normatywnego charakteru norm traktatowych swobody przepływu usług. Należy zauważyć, że zarówno art. 56 TFUE, jak i 57 TFUE spełniają kryteria formalne dla przypisania im bezpośredniego skutku, co jednak nie wyklucza wydania relewantnego prawa wtórnego.

Po dziesiąte, konieczne jest przyjęcie definicji usług opieki zdrowotnej. Wydaje się, że pojęcie to powinno być rozumiane przez pryzmat korelacji unijnej definicji usługi, terminu opieki zdrowotnej z celem usług opieki zdrowotnej. Normatywne uregulowanie tej kwestii dążyłoby do uporządkowania problematyki swobodnego przepływu usług opieki zdrowotnej. Utwierdziłoby to także spostrzeżenie, zgodnie z którym możliwe staje się kwalifikowanie usług opieki zdrowotnej jako usług rynku wewnętrznego UE. Wniosek ten wydaje się prawdziwy, niezależnie od możliwości wprowadzania ograniczeń w swobodnym przepływie usług opieki zdrowotnej. Ważny w tym kontekście okazuje się wniosek, zgodnie z którym zasadą jest brak ograniczeń w myśl art. 56 TFUE, a wyjątki muszą być uzasadnione i podlegają wnikliwej analizie.

Po jedenaste, w celu zachowania uprawnień wynikających z zasad rynku wewnętrznego UE w zakresie swobody przepływu usług opieki zdrowotnej ustawodawca unijny zdecydował się przyjąć DPPTOZ. Stanowi to przejaw wrażliwości na wolę polityczną Państw Członkowskich UE zdekodowaną przy przyjmowaniu Dyrektywy usługowej oraz wyraz realizacji prawa do zdrowia w sytuacjach transgranicznych występujących w UE. Fakt ten można pochytywać w kategoriach alternatywy umożliwiającej w większym zakresie urzeczywistnienie swobody przepływu usług opieki zdrowotnej.

Po dwunaste, prawa pacjentów w transgranicznej opiece zdrowotnej stanowią klucz do właściwego zrozumienia oraz przedstawienia zasad i warunków przepływu transgranicznych usług opieki zdrowotnej w UE. W tym kontekście istotne znaczenie ma spostrzeżenie, zgodnie z którym normy art. 4, 5 oraz 6 DPPTOZ podkreślają nieodzowną rolę Państw Członkowskich UE w skutecznym zagwarantowaniu transgranicznej opieki zdrowotnej w UE, co oznacza, że bez ich aktywnych działań oraz współpracy osiągnięcie celu DPPTOZ może okazać się albo niemożliwe, albo znacznie utrudnione. Prowadzi to do kolejnego wniosku, że prawo krajowe Państw Członkowskich UE przyjmuje pozycję głównego oraz pierwszego środka do realizacji postanowień DPPTOZ. Dodatkowo ważne jest także spostrzeżenie, zgodnie z którym w ramach postanowień DPPTOZ ustawodawca unijny zdecydował się na wyraźne wskazanie, iż jedną z form świadczenia transgranicznej opieki zdrowotnej może być telemedycyna. Na podstawie odpowiednich norm prawnych da się spostrzec, że w świetle prawa unijnego telemedyczny sposób świadczenia usług opieki zdrowotnej jest traktowany za równoważny z tradycyjnym pierwowzorem, w tym w szczególności w zakresie zasad finansowania.

Po trzynaste, aktualnie w obrocie naukowym oraz w odpowiednich dokumentach organizacji rządowych, międzynarodowych i pozarządowych generalnie brakuje jasnego wskazania, jak należy rozumieć pojęcie usług telemedycznych. Wydaje się, że konieczne jest przedstawienie przemyślanej, wyważonej oraz oddającej istotę definicji. Z kolei z przeprowadzonej w opracowaniu analizy wynika, że usługi telemedyczne powinny korzystać z unijnej swobody przepływu usług na takich samych zasadach jak usługi opieki zdrowotnej. Spostrzeżenie to ma kluczowe znaczenie dla ostatecznego domknięcia badań przeprowadzonych w ramach rozprawy doktorskiej, gdyż stanowi to jeden z ostatnich elementów dyskursu.

Po czternaste, tempo rozwoju oraz rozprzestrzeniania się wirusa SARS-CoV-2 wywołującego chorobę COVID-19 było i zasadniczo nadal jest niespotykane szybkie. Z uwagi na wysoki wskaźnik zaraźliwości oraz duże ryzyko wystąpienia objawów zagrażających życiu znacznej części populacji w pewnym momencie na osi czasu epidemii międzynarodowym



priorytetem stało się wynalezienie szczepionki bądź leku przeciwko wirusowi SARS-CoV-2 albo chorobie COVID-19. Taki stan faktyczny diametralnie przewartościował oraz zdeterminował działania współczesnych państw, organizacji międzynarodowych czy jednostek, w tym także w wymiarze prawnym. Epidemia COVID-19 wywołała określone problemy dla realizacji prawa do zdrowia oraz funkcjonowania transgranicznej opieki zdrowotnej. Problem realizacji prawa do zdrowia w tym czasie stanowi drastyczne przeciążenie państwowej służby zdrowia powodujące niewydolność systemu opieki zdrowotnej uniemożliwiająca w praktyce realizację przedmiotu prawa do zdrowia w pełnej bądź dotychczasowej formie. Kwestią leżącą u źródła tego problemu jest pogodzenie zwiększonej ilości pacjentów z aktualnymi możliwościami służby zdrowia konkretnego państwa. Z kolei z problemem funkcjonowania transgranicznej opieki zdrowotnej w czasie epidemii COVID-19 wiąże się ograniczenie bądź w niektórych przypadkach nawet paraliż tradycyjnie rozumianej mobilności populacji UE bezpośrednio związanej z realizacją swobody przepływu osób w ramach rynku wewnętrznego UE, która albo znacząco utrudnia, albo uniemożliwia korzystanie z transgranicznej opieki zdrowotnej w UE w pełnej bądź dotychczasowej formie. Kwestią leżącą u źródła tego problemu jest pogodzenie warunku zapewnienia mobilności pacjentów z restrykcjami, które mogą wystąpić podczas fizycznego przekraczania tradycyjnie rozumianych granic państwowych, w tym przypadku uzasadnianymi stanem epidemii COVID-19. Właściwe wdrożenie oraz stosowanie rozwiązań telemedycznych może stanowić rozwiązanie nazwanych problemów realizacji prawa do zdrowia oraz funkcjonowania transgranicznej opieki zdrowotnej podczas stanu epidemii.

Po piętnaste, cyberprzestępstwa telemedyczne stanowią aktualne oraz poważne zagrożenie dla realizacji prawa do zdrowia w telemedycynie. Z tego powodu ważne znaczenie ma określenie na podstawie odpowiednich technik interpretacyjnych zarówno definicji pojęcia cyberprzestępstwa telemedycznego, jak i typów cyberprzestępstw telemedycznych oraz telemedycznych czynności dowodowych. Dzieje się tak dlatego, że konkretne typy cyberprzestępstw telemedycznych stanowią rodzaje możliwych do wystąpienia ryzyk podczas realizowania przez telemedycynę jej istoty, w tym przedmiotu prawa do zdrowia. Z kolei prawnie przewidziane czynności dowodowe prawa karnego procesowego możliwe do przeprowadzenia w kontekście cyberprzestępstwa telemedycznego stanowią reakcję na popełnienie czynu zabronionego w cyberprzestrzeni *post factum*, a więc w momencie urzeczywistnienia się wspomnianych ryzyk, bądź są to też działania zmierzające do wykrycia faktu popełnienia cyberprzestępstwa telemedycznego. W tym kontekście ważne znaczenie ma także spostrzeżenie, zgodnie z którym propozycja odpowiedniej standaryzacji oprogramowania

dostarczającego usługi telemedyczne stanowi rozwiązanie zapobiegające zagrożeniu wystąpienia cyberprzestępstw telemedycznych *ex ante*, a więc jest to rozwiązanie chroniące oraz wzmacniające realizowanie przez telemedycynę przedmiotu prawa do zdrowia.

## **Wnioski na przyszłość**

Dokonana w ramach rozprawy doktorskiej analiza prawa do zdrowia z perspektywy transgranicznego świadczenia usług telemedycznych w UE oraz przedstawione podsumowanie ustaleń umożliwia zaprezentowanie jeszcze kilku wybranych oraz wynikających bezpośrednio z treści opracowania wniosków na przyszłość. Mogą one zaciekać w pierwszej kolejności ustawodawcę zarówno krajowego, jak i międzynarodowego, a w następnej przedstawicieli teorii oraz praktyki prawa.

Po pierwsze, należy postulować, aby pojęcie cyfrowej medycyny było utożsamiane z wszelkimi przejawami zastosowania nowoczesnych technologii do użytku praktycznego w medycynie, wraz z dziedzinami wspierającymi jej funkcjonowanie. Uprawniony wydaje się nawet wniosek, że cyfrowa medycyna w tym ujęciu będzie stanowić lustrzane odbicie tradycyjnie rozumianej medycyny z koniecznym elementem cyfrowym.

Po drugie, e-Zdrowie powinno być utożsamiane z zewnętrzną warstwą cyfrowej medycyny, czyli stanowiłoby jej usługi dla zainteresowanych podmiotów – zarówno dla personelu medycznego, jak również pacjentów. W związku z tym, w ramach pojęcia e-Zdrowia istnieje możliwość zdefiniowania kolejnych, węższych przedmiotowo terminów, takich jak m-Zdrowie, telezdrowie oraz zdrowie sensoryczne.

Po trzecie, m-Zdrowie powinno być rozumiane jako segment e-Zdrowia, w którym nowoczesne technologie mobilne umożliwiają dbanie przez personel medyczny o poprawę zdrowia pacjenta za pomocą narzędzi mobilnych, takich jak telefony komórkowe, tablety, aplikacje medyczne czy innego rodzaju mobilne narzędzia. Tak określony zakres przedmiotowy m-Zdrowia umożliwia precyzyjne rozróżnienie od innych pojęć używanych w kontekście zastosowania nowoczesnych technologii do użytku praktycznego w medycynie oraz zrozumienie, że jest to część ogólnej koncepcji e-Zdrowia.

Po czwarte, telezdrowie powinno być utożsamiane ze świadczeniem usług medycznych na odległość z wykorzystaniem technik teleobecności. W tak zarysowanym przedmiocie badanego pojęcia mieszczą się te usługi e-Zdrowia, które odbywają się zdalnie z bezpośrednim udziałem personelu medycznego zarówno w czasie rzeczywistym, jak i nierzeczywistym.

Po piąte, telemedycyna powinna być rozumiana jako część telezdrowia odpowiedzialna za świadczenie usług medycznych przez lekarzy na odległość z wykorzystaniem technik teleobecności. Wydaje się, że przedstawione w rozprawie doktorskiej propozycje semantyczne pojęcia telemedycyny, w szczególności te wysunięte przez WHO, UE oraz Amerykańskie Towarzystwo Telemedyczne, mogą stanowić merytoryczne podwaliny dla międzynarodowej inicjatywy przyjęcia definicji legalnej telemedycyny oddającej jej istotę. Istotę, która powinna być rozumiana jako świadczenie usług medycznych przez lekarzy na odległość z wykorzystaniem technik teleobecności za pomocą przesyłu danych medycznych z użyciem technologii teleinformatycznych w celu poprawy zdrowia pacjenta. Tak określona istota telemedycyny bezpośrednio przesądza, że tego rodzaju zastosowanie nowoczesnych technologii do użytku praktycznego w medycynie nie zmierza do odhumanizowania opieki zdrowotnej, lecz stanowi narzędzie wspomagające poprawę dostępności, szybkości, równości, bezpieczeństwa, jakości oraz obniżenie kosztów świadczeń medycznych.

Po szóste, pojęcie teleopieki powinno być odnoszone do świadczenia usług medycznych przez nie-lekarzy z wykorzystaniem technik teleobecności. Różnica pomiędzy tym terminem a telemedycyną zasadzi się zatem na poziomie zaawansowania świadczonej opieki zdrowotnej wyznaczonym przez angaż określonego rodzaju personelu medycznego.

Po siódme, zdrowie sensoryczne powinno być traktowane jako oddzielny segment ogólnej koncepcji e-Zdrowia, odpowiedzialny za bezprzewodowe dbanie o zdrowie pacjentów za pomocą sensorów medycznych umożliwiających zbieranie oraz przesył danych medycznych, niezależnie od przymiotu mobilności. Należy postulować, że przedstawione kryterium w sposób wystarczająco precyzyjny różnicuje m-Zdrowie i zdrowie sensoryczne, wskazując, że inna jest ich istota.

Po ósme, informatyka medyczna powinna być rozumiana jako wykorzystanie zaawansowanych technologii komunikacyjnych i informacyjnych oraz metod programowania w celu tworzenia infrastruktury technicznej dla zastosowania nowoczesnych technologii do użytku praktycznego w medycynie.

Po dziewiąte, za systemem certyfikacji rozwiązań cyfrowej medycyny można uznać ich kwalifikację jako wyroby medyczne zgodnie z definicją zawartą w Rozporządzeniu w sprawie wyrobów medycznych. W tym kontekście system certyfikacji rozwiązań cyfrowej medycyny w postaci kwalifikacji ich jako wyrobów medycznych powinien mieć charakter dwutorowy. Po pierwsze, każde rozwiązanie cyfrowej medycyny, niezależnie od tego czy bezpośrednio stosowane w jednym bądź w większej ilości celów medycznych, powinno być fakultatywnie dopuszczone do systemu certyfikacji jako wyrobów medycznych. Po drugie, te rozwiązania

cyfrowej medycyny, które stosowane są w jednym bądź w większej ilości celów medycznych, powinny być obligatoryjnie kierowane do przedmiotowego systemu certyfikacji. Należy jednak podkreślić, że tego rodzaju rozwiązanie jest wariantem zrównoważonym, gdyż w gruncie rzeczy najbardziej efektywny byłby obligatoryjny system certyfikacji jako wyrobów medycznych dla każdego rozwiązania cyfrowej medycyny – zarówno w wymiarze materialnym, jak i niematerialnym oraz niezależnie od przesłanki bezpośredniego stosowania w celach medycznych. Dzieje się tak dlatego, że mowa tutaj o bezpieczeństwie pacjentów, konsumentów czy personelu medycznego oraz o zastosowaniu szeregu standardów przewidzianych w prawie dla wyrobów medycznych do rozwiązań cyfrowej medycyny.

Po dziesiąte, widoczne są przynajmniej trzy podstawowe elementy konstrukcyjne pojęcia telemedycyny. Po pierwsze, są to dane medyczne w formie umożliwiającej przesył danych medycznych za pośrednictwem technologii teleinformatycznej. Oznacza to, że mamy tutaj do czynienia z Elektroniczną Dokumentacją Medyczną, stanowiącą cyfrowe odwzorowanie tradycyjnej dokumentacji medycznej z funkcjonalnościami dostosowanymi do aktualnego postępu technicznego, technologicznego czy cywilizacyjnego. Po drugie, jest to wykorzystanie sieci teleinformatycznej przez lekarzy w celach medycznych. Co istotne, konieczne okazuje się nie tylko zastosowanie właściwie zaprojektowanej sieci teleinformatycznej, ale także dostęp do niej końcowych beneficjentów. Oznacza to także konieczność zajęcia się zagadnieniem transgraniczności świadczenia usług telemedycznych. Po trzecie, najważniejszym z aksjologicznego punktu widzenia podstawowym elementem konstrukcyjnym telemedycyny jest poprawa zdrowia pacjenta, która powinna być utożsamiana z urzeczywistnieniem prawa do ochrony zdrowia oraz prawa do świadczeń opieki zdrowotnej, w tym medycznej.

Po jedenaste, za kryteria adaptacyjne telemedycyny można uznać kryteria powszechności, dostępności oraz permanentnej zastępowalności. Pierwsze z nich jest determinowane zasięgiem stosowania telemedycyny, przykładowo cała populacja, grupa mieszkańców bądź pojedyncze osoby. Drugie dokonuje ewaluacji faktycznej umiejętności i możliwości korzystania z wdrażanych rozwiązań przez końcowych beneficjentów. Z kolei kryterium permanentnej zastępowalności ocenia, czy tradycyjne rozwiązanie, o ile istnieje, pozostaje trwale i nieodwołalnie wymieniane na nowoczesną alternatywę. Połączenie powszechności, dostępności i permanentnej zastępowalności daje asumpt do określenia faktycznych dyrektyw adaptacji telemedycyny. Z teoretycznego punktu widzenia mogą one prowadzić do sytuacji, w której niemożliwa bądź znacząco utrudniona staje się pełna implementacja telemedycyny do użytku praktycznego. Przykładowo może z nich wynikać, że możliwe jest wdrożenie telemedycyny o zasięgu:

- globalnym (np. cała populacja) z pełną dostępnością, wraz z permanentną zastępowalnością,
- globalnym (np. cała populacja) z ograniczoną dostępnością, bez permanentnej zastępowalności,
- regionalnym (np. grupy społeczne) z pełną dostępnością, wraz z permanentną zastępowalnością,
- regionalnym (np. grupy społeczne) z ograniczoną dostępnością, lecz bez permanentnej zastępowalności,
- niepowszechnym (np. wybrane i świadome osoby) z ograniczoną dostępnością, wraz z permanentną zastępowalnością.

Głównym celem przedmiotowych kryteriów jest zapobieganie sytuacjom, w których wdrożeniu miałyby podlegać telemedycyna niedostosowana do realiów konkretnego społeczeństwa reprezentującego swój specyficzny profil adaptacyjny.

Po dwunaste, prawo do ochrony zdrowia oraz prawo do świadczeń opieki zdrowotnej, w tym medycznej, stanowią integralne oraz kluczowe elementy prawa do zdrowia rozumianego przez pryzmat płaszczyzny badawczej poddanej pod analizę w ramach niniejszej dysertacji naukowej.

Po trzynaste, z teoretycznego punktu widzenia każda nowoczesna technologia oddawana do użytku praktycznego powinna powstawać oraz być wdrażana i stosowana z uwagi na istotę ludzką oraz dla istoty ludzkiej. Głównym zaś celem innowacji powinien być postulat ułatwienia codziennego życia, ewentualnie następczo zwiększania efektywności rezultatów przeprowadzanych procesów. Bezprzedmiotowe wydają się być innego rodzaju założenia. Implikuje to z kolei twierdzenie, że nowoczesne technologie oddawane do użytku praktycznego w medycynie w postaci usług telemedycznych obligatoryjnie muszą być zgodne z szeregiem norm z zakresu ochrony praw człowieka, a w szczególności i w pierwszej kolejności z tymi, których sedno bezpośrednio wiąże się z istotą telemedycyny rozumianą jako korelacja uniwersalnego priorytetu telemedycyny z jej właściwym znaczeniem terminologicznym. Wydaje się, że bezsprzecznie takimi prawami są te dotyczące zdrowia ludzkiego, a które powinny stanowić istotny element testu legitymizującego dopuszczenie określonego rodzaju nowoczesnych technologii w medycynie.

Po czternaste, prawo do ochrony zdrowia rozumiane w zaprezentowanych granicach semantycznych powinno być klasyfikowane jako prawo osobiste, stanowiące materialne zagwarantowanie protekcji zdrowia. To ostatnie powinno jednocześnie być traktowane jako

swoiste jądro prawa do zdrowia. Dodatkowo prawo do ochrony zdrowia powinno zobowiązywać władze publiczną do podejmowania pozytywnych działań gwarantujących istotę dobra podlegającego ochronie prawnej, a więc należy je traktować jako prawo podmiotowe. Niemniej jednak z tym zastrzeżeniem, że zgłaszane roszczenia będą mieścić się wyłącznie w przedstawionych granicach przedmiotowych prawa do ochrony zdrowia.

Po piętnaste, zakres przedmiotowy pojęcia opieki zdrowotnej jest znacznie szerszy niż pojęcia opieki medycznej. Dzieje się tak dlatego, że zasadniczo to ostatnie powinno być determinowane faktyczną potrzebą medyczną rozumianą w szczególności przez pryzmat świadczeń klinicznych, szpitalnych czy farmakologicznych. Z kolei opieka zdrowotna zwiiera w sobie także wszelkie niekliniczne czy też nieszpitalne bądź nefarmakologiczne świadczenia zdrowotne wpływające pozytywnie na generalny stan zdrowia. Relacja między tymi pojęciami podlega jednokierunkowej zasadzie zawierania się opieki medycznej w opiece zdrowotnej, zgodnie z którą każde świadczenie opieki medycznej jest jednocześnie świadczeniem opieki zdrowotnej, ale nie każde świadczenie opieki zdrowotnej jest jednocześnie świadczeniem opieki medycznej.

Po szesnaste, prawo do świadczeń opieki zdrowotnej nie spełnia założeń przesłanki podmiotowej prawa osobistego. Z tego powodu prawo to posiada socjalny charakter normatywny, który bezpośrednio wpływa na określenie jego istoty. Istoty, która powinna zasadać się na zagwarantowaniu realizacji prawa do zdrowia w aspekcie instytucjonalnym, stanowiąc środek do realizacji głównego celu, a więc ochrony zdrowia.

Po siedemnaste, przedmiot prawa do zdrowia rozumianego w wyznaczonych granicach semantycznych powinien być utożsamiany przede wszystkim z korelacją istoty prawa do ochrony zdrowia oraz prawa do świadczeń opieki zdrowotnej. Powyższe jest podstawową częścią składową prawa do zdrowia. Dodatkowo racjonalna wydaje się teza, zgodnie z którą prawo do ochrony zdrowia stanowi materialną gwarancję prawa do zdrowia, a prawo do świadczeń opieki zdrowotnej ma bardziej charakter wykonawczy. Po pierwsze, oznacza to, że prawo do zdrowia posiada swój aspekt materialny, gdzie znajduje się zarówno chronione prawnie dobro w postaci zdrowia traktowanego samodzielnie, abstrakcyjnie rozumianej możliwości dbania o swoje zdrowie oraz pośredniej ochrony prawa do życia, jak i bezwarunkowy zakres podmiotowy, zgodnie z którym każdy człowiek, niezależnie od posiadanych przymiotów, powinien mieć takie prawo tylko dlatego, że jest istotą ludzką. Przedmiotowy aspekt ma osobisty charakter normatywny, a urzeczywistnia się w postaci prawa do ochrony zdrowia, a więc materialnego jądra prawa do zdrowia. Po drugie, prawo do zdrowia posiada także aspekt wykonawczy, w którym widoczne jest zarówno dobro prawnie chronione

w formie równego dostępu do opieki zdrowotnej skutecznie chroniącej zdrowie oraz gwarantującej dostęp do leczenia niezależnie od sytuacji materialnej beneficjenta, jak i warunkowy zakres podmiotowy. Oznacza to, że prawo w tym zakresie *ex definitione* nie przynależy się każdemu człowiekowi tylko dlatego, że jest człowiekiem, a temu, który spełnia dodatkowe warunki. W związku z powyższym aspekt ten ma socjalny charakter normatywny, konkretyzujący się w postaci prawa do świadczeń opieki zdrowotnej, co stanowi instytucjonalne zagwarantowanie realizacji aspektu materialnego prawa do zdrowia, będąc najbardziej istotnym środkiem do realizacji głównego celu, a więc ochrony zdrowia. Reasumując, z powyższego wynika postulat, zgodnie z którym prawo do ochrony zdrowia określa cel, a prawo do świadczeń opieki zdrowotnej jest głównym środkiem do jego realizacji. W związku z tym, nie można mówić w pełni o prawie do zdrowia bez któregoś z jego aspektów – ani materialnego, ani też wykonawczego.

Po osiemnaste, funkcja telemedycyny w prawie do ochrony zdrowia powinna być postrzegana przez pryzmat materialnego gwarantowania normatywnie określonego osobistego prawa każdego człowieka, zapewniającego możliwość dbania o swoje zdrowie w aspekcie substancjonalnym oraz posiadającego właściwie zdefiniowane chronione prawnie dobro i zakres podmiotowy, dzięki świadczeniu usług medycznych przez lekarzy na odległość z wykorzystaniem technik teleobecności za pomocą przesyłu danych medycznych z użyciem technologii teleinformatycznych w celu poprawy zdrowia pacjenta. Telemedycyna posiada zatem pełną predyspozycję do pełnienia funkcji nowego gwaranta materialnego jądra prawa do zdrowia, a więc do pełnienia funkcji gwaranta prawa do ochrony zdrowia. Może to mieć miejsce nie tylko na forum UE, choć, jak już to przybliżono, w UE mamy do czynienia z rozbudowanymi podstawami prawnymi nawiązującymi do przedmiotu prawa do zdrowia.

Po dziewiętnaste, funkcja telemedycyny w prawie do świadczeń opieki zdrowotnej powinna być postrzegana przez pryzmat wykonawczego realizowania normatywnie przewidzianego socjalnego uprawnienia człowieka, zapewniającego równe korzystanie z powszechnie dostępnych usług opieki zdrowotnej oraz posiadającego właściwie zdefiniowane chronione prawnie dobro i zakres podmiotowy, dzięki świadczeniu usług medycznych przez lekarzy na odległość z wykorzystaniem technik teleobecności za pomocą przesyłu danych medycznych z użyciem technologii teleinformatycznych w celu poprawy zdrowia pacjenta. Telemedycyna, jak się zatem wydaje, posiada kompletne przymioty do pełnienia funkcji nowego instytucjonalnego gwaranta realizacji aspektu materialnego prawa do zdrowia, stanowiąc najbardziej istotny środek do realizacji głównego celu, a więc ochrony

zdrowia. Prowadzi to zatem do wniosku, że powinna być postrzegana na tej płaszczyźnie eksploatacyjnej jako nowoczesne narzędzie realizacji prawa do świadczeń opieki zdrowotnej.

Po dwudzieste, zastosowanie nowoczesnych technologii do użytku praktycznego w medycynie w postaci telemedycyny może prowadzić nie tylko do zwiększania poziomu szybkości, bezpieczeństwa, jakości czy obniżenia kosztów, ale także do poprawy równości w dostępności do świadczeń zdrowotnych. Niemniej jednak, aby było to możliwe, konieczne okazuje się zapewnienie swobodnej możliwości pokonywania barier spowodowanych odległością między pacjentem a świadczeniodawcą. Czynnikiem wspierającym realizację zarysowanego celu jest zagwarantowanie właściwie określonej transgraniczności usług opieki zdrowotnej, a co za tym idzie – także usług telemedycznych. Telemedycyna wyposażona dodatkowo w cechę transgraniczności rysuje się jako jeszcze pełniejszy instrument zwiększania równości w dostępie do świadczeń zdrowotnych *in genere*, gdzie globalnie irrelevantne staną się odległość i czas podróży.

Po dwudzieste pierwsze, zawarte w TFUE wyliczenie przedmiotowe pojęcia usługi jest jedynie przykładowe oraz służy przyjęciu właściwej linii interpretacyjnej. Oznacza to, że rozważania dotyczące klasyfikowanie innych działalności jako usług w świetle prawa UE są otwarte na analizę. Zgodnie z orzecznictwem TSUE, zarówno art. 56 TFUE, jak i 57 TFUE spełniają kryteria formalne dla przypisania bezpośredniego skutku, a więc mogą one stanowić podstawę prawną stron postępowań toczonych przed sądami Państw Członkowskich UE. Fakt ten dodatkowo wzmacnia zainteresowanie analizowaniem klasyfikowania innych niż wymienione w art. 57 TFUE działalności jako unijnych usług korzystających ze swobody przepływu usług w UE.

Po dwudzieste drugie, usługi opieki zdrowotnej powinny być pojmowane jako świadczenia związane z faktyczną potrzebą medyczną rozumianą w szczególności przez pryzmat świadczeń klinicznych, szpitalnych czy farmakologicznych, uzupełniane o wszelkie niekliniczne czy też nieszpitalne bądź niefarmakologiczne świadczenia zdrowotne wpływające pozytywnie na generalny stan zdrowia, realizujące materialny i wykonawczy aspekt prawa do zdrowia oraz wykonywane zwykle za wynagrodzeniem w zakresie, w jakim nie są objęte postanowieniami o swobodnym przepływie towarów, kapitału i osób. Zaproponowane znaczenie semantyczne pojęcia usługi opieki zdrowotnej ma tę zaletę, że z jednej strony możliwie precyzyjnie wskazuje jej granice przedmiotowe, a z drugiej, cechując się otwartym charakterem, nie pomija żadnego istotnego profilu takiej usługi, jednocześnie nawiązując do prawa do zdrowia.



Po dwudzieste trzecie, każda usługa opieki zdrowotnej, niezależnie od dodatkowych warunków niż świadczenie jej zwykle za wynagrodzeniem, powinna być traktowana jako usługa w rozumieniu art. 56 i 57 TFUE przy zachowaniu jak najpełniejszego uznawania kwalifikacji zawodowych oraz poszanowania praw pacjentów w transgranicznej opiece zdrowotnej.

Po dwudzieste czwarte, przyjęcie Dyrektywy o prawach pacjentów w transgranicznej opiece zdrowotnej należy pożytywać w kategoriach alternatywy umożliwiającej w większym zakresie urzeczywistnienie swobody przepływu usług opieki zdrowotnej. Dzieje się tak dlatego, że powodem określenia praw pacjentów w transgranicznej opiece zdrowotnej było z jednej strony normatywnie określone wyłączenie usług opieki zdrowotnej z zakresu zastosowania Dyrektywy usługowej, a z drugiej orzecznictwo TSUE wydane w kontekście art. 56 oraz 57 TFUE, które wpracowało pojedyncze zasady transgranicznej opieki zdrowotnej. Wskazywane przesłanki, w obliczu konieczności zapewniania przez UE pełnego urzeczywistnienia zasad swobody przepływu usług w ramach rynku wewnętrznego UE oraz rzeczywistego zagwarantowania prawa do zdrowia, a więc prawa do ochrony zdrowia oraz prawa do świadczeń opieki zdrowotnej, na terytorium całej UE, doprowadziły do wydania Dyrektywy o prawach pacjentów w transgranicznej opiece zdrowotnej.

Po dwudzieste piąte, prawo krajowe Państw Członkowskich UE odgrywa pierwszoplanową rolę w urzeczywistnianiu prawa każdego obywatela UE do zdrowia, w szczególności w świetle art. 168 TFUE. Dodatkowo normy art. 4, 5 oraz 6 DPPTOZ jednoznacznie podkreślają nieodzowną rolę Państw Członkowskich UE w skutecznym zagwarantowaniu transgranicznej opieki zdrowotnej w UE. Oznacza to, że bez ich aktywnych działań oraz współpracy osiągnięcie celu DPPTOZ może okazać się albo niemożliwe, albo znacznie utrudnione. Jasny jest zatem fakt, że kluczową rolę w transgranicznej opiece zdrowotnej odgrywa prawo krajowe Państw Członkowskich UE, przyjmując pozycję głównego oraz pierwszego środka do realizacji postanowień DPPTOZ. Prowadzi to do wniosku, że ustawodawstwo Państw Członkowskich UE stanowi przesłankę determinującą rzeczywistą możliwość korzystania przez pacjentów ze swoich praw w transgranicznej opiece zdrowotnej w UE.

Po dwudzieste szóste, zarówno Decyzja wykonawcza Komisji w sprawie sieci e-Zdrowia, Decyzja wykonawcza Komisji w sprawie wymiany danych i ostrzeżenia COVID-19, szereg aktów wydanych w ramach sieci e-Zdrowia, jak i sam fakt powołania do życia takiej sieci w zgodzie z umocowaniem przewidzianym w DPPTOZ jednoznacznie pokazują, że usługi e-Zdrowia, w tym usługi telemedyczne, stanowią aktualnie zyskujący na uznaniu jeden

z priorytetów działań podejmowanych przez decydentów UE. Dodatkowo, w świetle art. 7 ust. 7 DPPTOZ można dojść do wniosku, że ustawodawca unijny traktuje telemedyczny sposób świadczenia usług opieki zdrowotnej za równoważny z tradycyjnym pierwowzorem.

Po dwudzieste siódme, pojęcie usługi telemedycznej powinno być utożsamiane ze świadczeniem wykonywanym przez lekarza, związanym z faktyczną potrzebą medyczną, wpływającym pozytywnie na generalny stan zdrowia, realizującym materialny i wykonawczy aspekt prawa do zdrowia oraz wykonywanym na odległość z wykorzystaniem technik teleobecności zwykle za wynagrodzeniem w zakresie, w jakim nie jest ono objęte postanowieniami o swobodnym przepływie towarów, kapitału i osób. W związku z powyższym współczesny ustawodawca powinien rozważyć wprowadzenie do swojego systemu normatywnego definicji legalnej usług telemedycznych o treści tożsamej bądź możliwie najbardziej zbliżonej do przedstawionej propozycji. Usługi telemedyczne w przedstawionym rozumieniu powinny być kwalifikowane jako usługi korzystające ze swobody przepływu usług w ramach rynku wewnętrznego UE.

Po dwudzieste ósme, wdrożenie oraz stosowanie rozwiązań telemedycznych stanowi rozwiązanie zdefiniowanych w rozprawie doktorskiej problemów realizacji prawa do zdrowia oraz funkcjonowania transgranicznej opieki zdrowotnej podczas stanu epidemii. Po pierwsze, zastosowanie i wdrożenie instrumentarium telemedycyny stanowi rozwiązanie problemu polegającego na drastycznym przeciążeniu państwowej służby zdrowia przez stan epidemii powodującym niewydolność systemu opieki zdrowotnej uniemożliwiająca w praktyce realizację przedmiotu prawa do zdrowia w pełnej bądź dotychczasowej formie. Opierając się na wskazanych powyżej cechach oraz specyfice telemedycyny, jest ona w stanie lepiej pogodzić zwiększoną ilość pacjentów z aktualnymi możliwościami służby zdrowia konkretnego państwa niż jej tradycyjny odpowiednik. Definitywnie postuluje się wdrożenie i stosowanie rozwiązań telemedycznych jako tych, które w czasie epidemii niezależnie od utrudnień w przemieszczaniu się zapewniają zachowanie wydolności systemu opieki zdrowotnej poprzez zwiększenie efektywności pracy lekarzy, pełniejsze urzeczywistnienie prawa do ochrony zdrowia oraz stabilną i efektywną realizację prawa do świadczeń opieki zdrowotnej. Telemedycyna stanowi środek, za pomocą którego pojedyncza jednostka personelu medycznego jest w stanie zająć się zdrowiem większej ilości pacjentów w czasie rzeczywistym bądź nierzeczywistym. Po drugie, telemedycyna powinna być traktowana jako propozycja wspierająca i jednocześnie uzupełniająca rozwiązanie przedstawione w Wytycznych dotyczących współpracy transgranicznej w zakresie opieki zdrowotnej COVID-19. W związku z tym telemedycyna, w szczególności z uwagi na specyfikę jej pojęcia, powinna być traktowana

jako bezpośrednie remedium dla pacjentów chcących skorzystać z transgranicznej opieki zdrowotnej w UE, których przypadki nie zostały zakwalifikowane, zgodnie z postanowieniami Wytycznych dotyczących współpracy transgranicznej w zakresie opieki zdrowotnej COVID-19, jako pilne, lecz jako nienagłe. Remedium zapewniające mobilność cyfrową, niezależnie od ograniczeń w przemieszczaniu się, w tym w przekraczaniu tradycyjnie rozumianych granic państwowych, które umożliwi korzystanie z transgranicznej opieki zdrowotnej w UE w pełnej bądź dotychczasowej formie. Nastąpi zatem pogodzenie warunku zapewnienia mobilności pacjentów, których przypadki są nienagłe, z restrykcjami, które mogą wystąpić podczas fizycznego przekraczania tradycyjnie rozumianych granic państwowych podczas stanu epidemii. Z kolei w zakresie pacjentów, których przypadki są pilne, telemedycyna może wspierać rozwiązanie określone w Wytycznych dotyczących współpracy transgranicznej w zakresie opieki zdrowotnej COVID-19 w miarę możliwości technologicznych, w szczególności spełnienia wysoko zaawansowanych form teleobecności. Mowa tutaj przykładowo o możliwości przeprowadzenia teleoperacji z wykorzystaniem wyspecjalizowanej robotyki. Wydaje się zatem, że korelacja telemedycyny z rozwiązaniem zaproponowanym przez Komisję Europejską stanowi bardziej kompletną odpowiedź na zdefiniowany problem funkcjonowania transgranicznej opieki zdrowotnej w czasie stanu epidemii COVID-19. Aktualnie uzasadnione jest zatem upatrywanie w rozwiązaniach opartych na nowoczesnych technologiach oddawanych do użytku praktycznego miejsca dla telemedycyny jako środka w walce z negatywnymi skutkami epidemii COVID-19 w kontekście realizacji przedmiotu prawa do zdrowia oraz funkcjonowania transgranicznej opieki zdrowotnej.

Po dwudzieste dziewiąte, termin cyberprzestępstwa telemedycznego powinien być rozumiany jako zachowanie o znamionach określonych w ustawie karnej, w tym w umowach międzynarodowych, popełnione w przestrzeni przetwarzania i wymiany informacji tworzonej przez zespół współpracujących ze sobą urządzeń informatycznych i oprogramowania zapewniający przetwarzanie, przechowywanie, a także wysyłanie i odbieranie danych przez sieci telekomunikacyjne za pomocą właściwego dla danego rodzaju sieci urządzenia telekomunikacyjnego przeznaczonego do podłączenia bezpośrednio lub pośrednio do zakończeń sieci, wraz z powiązaniem pomiędzy nimi oraz relacjami z użytkownikami, którego przedmiotem są świadczenia wykonywane przez lekarza, związane z faktyczną potrzebą medyczną, wpływające pozytywnie na generalny stan zdrowia, realizujące materialny i wykonawczy aspekt prawa do zdrowia oraz wykonywane na odległość z wykorzystaniem technik teleobecności zwykle za wynagrodzeniem w zakresie, w jakim nie są one objęte

postanowieniami o swobodnym przepływie towarów, kapitału i osób. Prowadzi to do wniosku, że zdecydowana większość normatywnie przewidzianych typów cyberprzestępstw, po dodaniu do nich usług telemedycznych jako ich przedmiotu naruszenia, ma swój telemedyczny odpowiednik.

Po trzydzieste, propozycja odpowiedniej standaryzacji oprogramowania dostarczającego usługi telemedyczne stanowi rozwiązanie zapobiegające zagrożeniu wystąpienia cyberprzestępstw telemedycznych. Po pierwsze, metodologicznie właściwym oraz z punktu widzenia spójności systemu prawnego pożądanym rozwiązaniem byłaby nowelizacja Rozporządzenia w sprawie wyrobów medycznych, gdzie przewidziana w niej między innymi możliwość kwalifikowania rozwiązań cyfrowej medycyny jako wyrobów medycznych powinna zostać wzbogacona o obligatoryjną standaryzację systemów informatycznych usług telemedycznych na podstawie kryteriów uwzględniających ryzyka wynikające bezpośrednio z konkretnych typów cyberprzestępstw telemedycznych. W tym kontekście należy uściślić, że ryzykami takimi jest możliwość popełnienia cyberprzestępstwa telemedycznego nielegalnego dostępu do systemu informatycznego usług telemedycznych, nielegalnego przechwytywania danych informatycznych usług telemedycznych, naruszenia integralności danych usług telemedycznych, naruszenia integralności systemu informatycznego usług telemedycznych, niewłaściwego użycia urządzeń, fałszerstwa telemedyczne, oszustwa telemedyczne, naruszenia praw autorskich i praw pokrewnych w kontekście systemu informatycznego usług telemedycznych albo innego cyberprzestępstwa telemedycznego bądź cyberprzestępstwa. Alternatywnie ustawodawca powinien rozważyć postulat, zgodnie z którym w ramach prawa krajowego może on przewidzieć prawny obowiązek standaryzacji systemów informatycznych usług telemedycznych na podstawie kryteriów uwzględniających ryzyka wynikające bezpośrednio z konkretnych typów cyberprzestępstw telemedycznych. Istotę postulowanej standaryzacji stanowi ochrona oraz wzmacnianie pewności realizacji przez telemedycynę przedmiotu prawa do zdrowia z perspektywy zagrożenia, jakim jest cyberprzestępczość. Mowa tutaj o kreacji obowiązku prawnego, którego celem będzie zagwarantowanie, że wszelkie systemy informatyczne usług telemedycznych są zaprogramowane zgodnie z prawnie przewidzianymi kryteriami, co powinno oznaczać, że są one przygotowane na znane typy cyberprzestępstw telemedycznych bądź generalnie cyberprzestępstw w stopniu akceptowalnym. Istotne znaczenie ma także fakt, żeby, niezależnie od sposobu wprowadzenia przedmiotowej standaryzacji, miała ona charakter obligatoryjny oraz stanowiła przesłankę dopuszczającą do stosowania w praktyce systemy informatyczne usług telemedycznych. Dodatkowo na uwadze należy mieć także fakt, że cyberprzestępczość, w tym ta telemedyczna,

ciągle się rozwija oraz doskonali. Z tego powodu konieczna jest stała aktualizacja katalogu możliwych do wystąpienia ryzyk świadczenia usług telemedycznych za pomocą systemów informatycznych usług telemedycznych, które bezpośrednio wynikają ze znanych typów cyberprzestępstw, w tym możliwych do wyinterpretowania na ich podstawie cyberprzestępstw telemedycznych. Po drugie, postuluje się wprowadzenie obowiązku prawnego standaryzacji wszelkich systemów informatycznych pod kątem posiadania funkcjonalności umożliwiających sprawne, szybkie oraz efektywne przeprowadzanie, na uzasadnionej normatywnie podstawie, czynności dowodowych przewidzianych w Konwencji Budapesztańskiej. Alternatywnie można jeszcze poddać pod rozagę połączenie w jednej czynności postulowanej wcześniej standaryzacji systemów informatycznych usług telemedycznych na podstawie typów cyberprzestępstw telemedycznych z postulowaną aktualnie standaryzacją systemów informatycznych usług telemedycznych na podstawie rodzajów telemedycznych czynności dowodowych. W takim przypadku konieczne byłoby ujednoczenie proponowanych rozwiązań legislacyjnych bądź w Rozporządzeniu w sprawie wyrobów medycznych bądź w ramach odpowiednich norm prawa krajowego. Postulat ten jest jednak zgłaszany w drugiej kolejności, gdyż pierwszy postulat zdaje się stanowić naturalne dopełnienie bardziej efektywnej realizacji przez państwa zobowiązań międzynarodowych wynikających z Konwencji Budapesztańskiej. Podkreślenia wymaga fakt, że wybór środka prowadzącego do efektu nie okazuje się tak istotny jak sam efekt, którym jest wprowadzenie prawnie wymaganej standaryzacji systemów informatycznych usług telemedycznych na podstawie rodzajów telemedycznych czynności dowodowych. Standaryzacji, która poprzez zapobieganie cyberprzestępczości telemedycznej będzie chronić i wzmacniać realizację przedmiotu prawa do zdrowia przez usługi telemedyczne. Wdrożenie wszystkich powyżej zgłoszonych postulatów powinno doprowadzić do pełniejszej i pewniejszej realizacji prawa do zdrowia w telemedycynie.

Kończąc prowadzoną analizę, należy stwierdzić, że telemedycyna może odegrać istotną rolę z perspektywy prawa do zdrowia. Zawarte w niniejszym opracowaniu rozważania, spostrzeżenia czy wnioski wyraźnie pokazały, że należy ją pojmować jako nowy oraz nowoczesny środek wspierający realizację prawa do zdrowia w pełniejszym bądź, w przypadku pojawienia się określonych trudności, przynajmniej dotychczasowym zakresie. Implementacja rozwiązań telemedycznych niesie ze sobą szereg możliwych do wystąpienia korzyści, problemów czy zagrożeń. Rolą mądrego ustawodawcy jest ich wyważenie i podjęcie przemyślanych decyzji. Wydaje się, że tylko od jego decyzji zależy, czy niwelując problemy oraz zagrożenia telemedycyny, jej potencjał zostanie prawidłowo wykorzystany.

## Bibliografia

### Literatura:

- Abdmeziem M., Tandjaoui D., *A Cooperative End to End Key Management Scheme for E-health Applications in the Context of Internet of Things*, [w:] *Ad-hoc Networks and Wireless. ADHOC-NOW 2014. Lecture Notes in Computer Science*, red. M. Garcia Pineda, J. Lloret, S. Papavassiliou, S. Ruehrup, C. Westphall, Berlin 2015.
- Abdullah F., *Using Big Data analytics to Predict and Reduce Cyber Crimes*, “Technology” Nr 10/1 (2019).
- Adelakun O., Garcia R., *Technical Factors in Telemedicine Adoption in Extreme Resource-Poor Countries*, [w:] *Global Health and Volunteering Beyond Borders*, red. M. Olivier, C. Croteau-Chonka, Cham 2019.
- Afsarmanesh H., Masís V., Hertzberger L., *Virtual Community Support in Telecare*, [w:] *Processes and Foundations for Virtual Organizations. PRO-VE 2003. IFIP – The International Federation for Information Processing*, red. L. Camarinha-Matos, H. Afsarmanesh, Boston 2004.
- Agich G., *Access to Health Care: Charity and Rights*, [w:] *Rights to Health Care. Philosophy and Medicine*, red. T. Bole, W. Bondeson, Dordrecht 1991.
- Akkoc T., *COVID-19 and Mesenchymal Stem Cell Treatment; Mystery or Not*, [w:] *Cell Biology and Translational Medicine*, red. K. Turksen, Cham 2020.
- Al-Azzam M., Alazzam M., *Smart City and Smart-Health Framework, Challenges and Opportunities*, “International Journal of Advanced Computer Science and Applications” Nr 10/2 (2019).
- Alhashemi W., Zageer D., Risan H., *Estimation the Efficiency of Sunlight UV on Inactivation COVID-19 Virus*, “Egyptian Journal of Chemistry” Nr 64/7 (2021).
- Alsaadi M., Lisitsa A., Khalaf M., Qasaimh M., *Investigating the Capability of Agile Processes to Support Medical Devices Regulations: The Case of XP, Scrum, and FDD with EU MDR Regulations*, [w:] *Intelligent Computing Methodologies. ICIC 2019. Lecture Notes in Computer Science*, red. D. Huang, Z. Huang, A. Hussain, Cham 2019.
- Antenbrink F., Davies G., Kochenov D., Lindeboom J. (red.), *The Internal Market and the Future of European Integration. Essays in Honour of Laurence W. Gormley*, Cambridge 2019.
- Amzat J., Razum O., *Towards a Sociology of Health Discourse in Africa*. Springer, Cham 2018.
- André A., *The Information Technology Revolution in Health Care*, [w:] *Digital Medicine*, red. A. André, Cham 2019.
- Argy O., Caputo M., *Introduction to Telemedicine*, [w:] *Information Technology for the Practicing Physician. Health Informatics*, New York 2001.
- Arnall A., *European Union Law: A Very Short Introduction*, Oxford 2017.
- Arras J., *Utility, Natural Rights, and the Right to Health Care*, [w:] *Biomedical Ethics Reviews*, red. J. Humber, R. Almeder, New York 1984.

- Attané I., Chuang Y., Santos A., Wang S., *Troubled Belongingness: Chinese Immigrants and their Descendants in the Faced of the Covid-19 Epidemic in France*, "Critique Internationale" Nr 91/2 (2021).
- Austin C., Kusumoto F., *The Application of Big Data in Medicine: Current Implications and Future Directions*, "Journal of Interventional Cardiac Electrophysiology" Nr 47/1 (2016).
- Babović Z., Crnjin A., Rakočević G., Stanković S., Milutinović V., *ETF WSN Testbed: Practical Health Enhancing Application of Wireless Sensor Networks*, [w:] *Application and Multidisciplinary Aspects of Wireless Sensor Networks. Computer Communications and Networks*, red. L. Gavrilovska, S. Krco, V. Milutinovic, I. Stojmenovic, R. Trobec, Londyn 2011.
- Bach A., Shaffer G., Wolfson T., *Digital Human Capital: Developing a Framework for Understanding the Economic Impact of Digital Exclusion in Low-Income Communities*, "Journal of Information Policy" Nr 3 (2013).
- Bache G., Flear M., Hervey T., *The Defining Features of the European Union's Approach to Regulating New Health Technologies*, [w:] *European Law and New Health Technologies*, red. M. Flear, A-M. Farrell, T. Hervey, T. Murphy, Oxford 2013.
- Baeten R., Palm W., *Preserving General Interest in Healthcare Through Secondary and Soft EU Law: The Case of the Patients' Rights Directive*, [w:] *Social Services of General Interest in the EU. Legal Issues of Services of General Interest*, red. U. Neergaard, E. Szyszczak, J. van de Gronden, M. Krajewski, Haga 2013.
- Baka K., *Komentarz do art. 5*, [w:] *Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Komentarz*, red. K. Baka, G. Machulak, A. Pietraszewska-Macheta, A. Sidorko, Warszawa 2010.
- Balsamo A., *The Content of Fundamental Rights*, [w:] *Handbook of European Criminal Procedure*, red. R. Kostoris, Cham 2018.
- Banaszak B., *Ogólne wiadomości o prawach człowieka*, [w:] *Prawa i wolności obywatelskie w Konstytucji RP*, red. B. Banaszak, A. Preisner, Warszawa 2002.
- Barbabella F., Melchiorre M., Quattrini S., Papa R., Lamura G., *How can eHealth Improve Care for People with Multimorbidity in Europe?*, Berlin 2017.
- Barcik J., Wentkowska A., *Prawo Unii Europejskiej*, Warszawa 2014.
- Barcz J., *Prawo gospodarcze Unii Europejskiej*, Warszawa 2011.
- Barnard C., *Free Movement of Legal Persons and the Provision of Services*, [w:] *European Union Law*, red. C. Barnard, S. Peers, Oxford 2020.
- Barnard C., Peers S. (red.), *European Union Law*, Oxford 2020.
- Barnard C., *The Substantive Law of the EU: The Four Freedoms*, Oxford 2016.
- Barnard C., *The Substantive Law of the EU. The Four Freedoms*, Oxford 2019.
- Barta J., Markiewicz R., *Prawo autorskie*, Warszawa 2016.
- Basile F., Amate F., *Secure Transmission of Medical Images by SSH Tunneling*, [w:] *HCI International 2011 – Posters' Extended Abstracts. HCI 2011*, red. C. Stephanidis, Heidelberg 2011.
- Batko K., *Wykorzystanie technologii informacyjno-komunikacyjnych w transformacji organizacji z sektora ochrony zdrowia-koncepcja e-zdrowie*, „Studia Ekonomiczne” Nr 100 (2012).

- Beauchamp T., *The Right to Health Care in a Capitalistic Democracy*, [w:] *Rights to Health Care. Philosophy and Medicine*, red. T. Bole, W. Bondeson, Dordrecht 1991.
- Ben-Assuli O., *Electronic Health Records, Adoption, Quality of Care, Legal and Privacy Issues and their Implementation in Emergency Departments*, "Health Policy" Nr 119/3 (2015).
- Beneyto J., *From Nice to the Constitutional Treaty: Eight Theses on the (Future) Constitutionalisation of Europe*, [w:] *The Lisbon Treaty*, red. S. Griller, J. Ziller, Wiedeń 2008.
- Berman M., Fenaughty A., *Technology and Managed Care: Patient Benefits of Telemedicine in a Rural Health Care Network*, "Health Economics" Nr 14/6 (2005).
- Bernardeau L., *Fines and Fundamental Rights: New Challenges*, [w:] *EU Competition and State Aid Rules. Europeanization and Globalization*, red. V. Tomljenović, N. Bodiřoga-Vukobrat, V. Butorac Malnar, I. Kunda, Heidelberg 2017.
- Berry E., Homewood M., Bogusz B., *Complete EU Law: Text, Cases, and Materials*, Oxford 2019.
- Bhattacharyya S., *A DIY Guide to Telemedicine for Clinicians*, Singapore 2017.
- Bierbach J., *Frontiers of Equality in the Development of EU and US Citizenship*, Haga 2017.
- Biernat T., *Prawo Unii Europejskiej a kwestie bezpieczeŃstwa piłkarskich imprez masowych o charakterze międzynarodowym. Rola soft law na przykłaździe Rezolucji Rady z dnia 3 czerwca 2010*, „Bezpieczeństwo. Teoria i Praktyka” Nr 3 (2011).
- Biernat T., *Soft law a proces tworzenia prawa w Unii Europejskiej. Wpływ soft law na konstrukcję i treść uzasadnieŃ aktów normatywnych*, „Studia Prawnicze” Nr 2 (2012).
- Bilalović N., Paties C., Mason A., *Benefits of using telemedicine and first results in Bosnia and Herzegovina*, "Journal of Telemedicine and Telecare" Nr 4/1 (1998).
- Bisset A., *Blackstone's International Human Rights Documents*, Oxford 2020.
- Blanke H., *Article 1 [Establishment and Functioning of the Union]*, [w:] *The Treaty on European Union (TEU): A Commentary*, red. H. Blanke, S. Mangiameli, Berlin 2013.
- Blanke H., *The Protection of Fundamental Rights in Europe*, [w:] *The European Union after Lisbon*, red. H. Blanke, S. Mangiameli, Heidelberg 2012.
- Boni B., *Creating a Global Consensus Against Cyber Crime*, „Network Security” Nr 9 (2001).
- Bonotti M., Zech S., *Recovering Civility during COVID-19*, Singapore 2021.
- Bosek L., *Kompetencje prawodawcze w sferze ochrony zdrowia*, [w:] *Prawo wobec medycyny i biotechnologii: Zbiór orzeczeŃ z komentarzami*, red. Safjan M., Warszawa 2011.
- Boukemiđja N., *Cyber Crimes against Women: Qualification and Means*, "European Journal of Social Sciences" Nr 1/3 (2018).
- Bouscaren A., *European Economic Community Migrations*, Dordrecht 1969.
- Bradley K., *Legislating in the European Union*, [w:] *European Union Law*, red. C. Barnard, S. Peers, Oxford 2014.
- Braveman P., Gruskin S., *Poverty, Equity, Human Rights and Health*, "Bulletin of the World Health Organization" Nr 81 (2003).
- Brennan P., Starren J., *Consumer Health Informatics and Telehealth*, [w:] *Biomedical Informatics. Health Informatics*, red. E. Shortliffe, J. Cimino, New York 2006.
- Brenner S., Schwerha J., *Introduction – Cyber Crime: A Note on International Issues*, „Information Systems Frontiers” Nr 6/2 (2004).



- Buch V., Ahmed I., Maruthappu M., *Artificial Intelligence in Medicine: Current Trends and Future Possibilities*, "British Journal of General Practice" Nr 68/668 (2018).
- Buchanan A., *Rights, Obligations, and the Special Importance of Health Care*, [w:] *Rights to Health Care. Philosophy and Medicine*, red. T. Bole, W. Bondeson, Dordrecht 1991.
- Bujnowska-Fedak M., Tomczak M., *Innowacyjne aplikacje telemedyczne i usługi e-zdrowia w opiece nad pacjentami w starszym wieku*, „Zdrowie Publiczne i Zarządzanie” Nr 11/4 (2013).
- Bujny J., *Prawa pacjenta. Między autonomią a paternalizmem*, Warszawa 2007.
- Bunikowski D., *Wartości w Unii Europejskiej*, „Ruch Filozoficzny” Nr 70/4 (2013).
- Bussata L., *Moving Patients and Families and the Social Right to Cross-border Healthcare*, [w:] *The Right to Family Life in the European Union*, red. M. González Pascual, A. Torres Pérez, Londyn–New York 2017.
- Byszek K., *The Impact of the COVID-19 Pandemic on the Cross-Border Healthcare*, "European Research Studies Journal" Nr 24/3 (2021).
- Cangemi D., *Procedural Law Provisions of the Council of Europe Convention on Cybercrime*, "International Review of Law, Computers & Technology" Nr 18/2 (2004).
- Cappelletti M., *Healthcare Right and Principle of "Minimum Standards": The Interpretation of the Judiciary in a Comparative Perspective*, [w:] *General Principles of Law – The Role of the Judiciary. Ius Gentium: Comparative Perspectives on Law and Justice*, red. L. Pineschi, Cham 2015.
- Capt C., Sanders J., Smith J., Dimond D., *Telehealth*, [w:] *Advancing Federal Sector Health Care. A Model for Technology Transfer*, red. P. Ramsaroop, M. Ball, D. Beaulie, J. Douglas, New York 2001.
- Carr I., Williams K., *Draft Cyber-Crime Convention: Criminalization and The Council of Europe (Draft) Convention on Cyber-Crime*, "Computer Law & Security Review" Nr 18/2 (2002).
- Castolo O., Camarinha-Matos L., *Reliable Communications for Mobile Agents – The Telecare Solution*, [w:] *Emerging Solutions for Future Manufacturing Systems. BASYS 2004. IFIP International Federation for Information Processing*, red. L. Camarinha-Matos, Boston 2005.
- Chałubińska-Jentkiewicz K., *Cyberbezpieczeństwo – zagadnienia definicyjne*, „Cybersecurity and Law” Nr 2/2 (2021).
- Chávez E., Krishnan P., Finnie G., *A Taxonomy of E-Health Standards to Assist System Developers*, [w:] *Information Systems Development*, red. G. Papadopoulos, W. Wojtkowski, G. Wojtkowski, S. Wrycza, J. Zupancic, Boston 2009.
- Childress J., *Rights to Health Care in a Democratic Society*, [w:] *Biomedical Ethics Reviews*, red. J. Humber, R. Almeder, New York 1984.
- Chilver J., *Introducing Business Studies*, Londyn 1984.
- Chilver J., *The European Atomic Energy Community (Euratom)*, [w:] *International Organisation and Integration*, red. H. Van Panhuys, L. Brinkhorst, H. Maas, M. Van Leeuwen Boomkamp, Boston 1968.
- Choctaw W., *Avoiding Medical Malpractice. A Physician's Guide to the Law*, New York 2008.
- Chowdhury N., *European Regulation of Medical Devices and Pharmaceuticals*, Cham 2014.

- Christiansen E., Skipenes E., Hausken M., Skeie S., Østbye T., Iversen M., *Shared Electronic Health Record Systems: Key Legal and Security Challenges*, “Journal of Diabetes Science and Technology” Nr 11/6 (2017).
- Chuang B., Tsai C., *Rural Residents’ Perceptions and Needs of Telecare in Taiwan*, [w:] *Intelligent Information and Database Systems. ACIIDS 2012. Lecture Notes in Computer Science*, Berlin 2012.
- Chung W., Chen H., Chang W., Chou S., *Fighting Cyber Crime: A Review and the Taiwan Experience*, „Decision Support Systems” Nr 41 (2006).
- Ciotti M., *Health Security and Disease Detection in the European Union*, [w:] *Biopreparedness and Public Health. NATO Science for Peace and Security Series A: Chemistry and Biology*, red. I. Hunger, V. Radosavljevic, G. Belojevic, L. Rotz, Dordrecht 2013.
- Claude R., *The Right to Health: Transnational Support for the Philippines*, [w:] *Human Rights and Development. International Political Economy Series*, red. D. Forsythe, London 1989.
- Closa D., Gardiner A., Giemsa F., Machek J., *Patent Law for Computer Scientists*, Berlin 2010.
- Clough J., *A World of Difference: The Budapest Convention on Cybercrime and the Challenges of Harmonization*, „Monash University Law Review” Nr 40/3 (2014).
- Clough J., *Principles of Cybercrime*, New York 2010.
- Clough J., *The Council of Europe Convention on Cybercrime: Defining crime in a Digital World*, “Criminal Law Forum” Nr 23 (2012).
- Cohendet P., Valignon L., Sylla H., *Space Assets in the Emerging Telemedicine Market*, [w:] *New Space Markets. Space Studies*, red. G. Haskell, M. Rycroft, Dordrecht 1998.
- Contogeorgis G., *The Maastricht Treaty on European Union – The Future of Europe*, [w:] *Energy Efficiency in Process Technology*, red. P. Pilavachi, Dordrecht 1993.
- Costigliola V., *Mobility of Medical Doctors as an Attribute of the Cross-Border Healthcare: Challenges, Opportunities and Perspectives*, [w:] *Healthcare Overview. Advances in Predictive, Preventive and Personalised Medicine*, red. V. Costigliola, Dordrecht 2012.
- Cowan S., Mark N., Reich J., *COVID-19 Vaccine Hesitancy Is the New Terrain for Political Division Among Americans*, “Socius” Nr 7 (2021).
- Craig P., De Búrca G., *EU Law: Text, Cases, and Materials*, Oxford 2015.
- Csonka P., *Internet Crime: The Draft Council Of Europe Convention on Cyber-Crime: A Response to the Challenge of Crime in the Age of the Internet?*, “Computer Law & Security Review” Nr 16/5 (2000).
- Cummiskey D., *The Right to Die and the Right to Health Care*, [w:] *Public Health Policy and Ethics. International Library of Ethics, Law, and the New Medicine*, red. M. Boylan, Dordrecht 2004.
- Curtin D., *Legal Acts and the Challenges of Democratic Accountability*, [w:] *EU Legal Acts: Challenges and Transformations*, red. Cremona M., Kilpatrick C., Oxford 2018.
- Curzon S., *Internal Market Derogations in Light of the Newly Binding Character of the EU Charter of Fundamental Rights*, [w:] *The EU Charter of Fundamental Rights. Ius Gentium: Comparative Perspectives on Law and Justice*, red. D. Giacomo, Dordrecht 2011.

- Czarnucha M., Grabowski M., Najbuka P., Kotłowski Ł., *Otoczenie regulacyjne telemedycyny w Polsce – stan obecny i nowe otwarcie*, Warszawa 2015.
- Czerwińska M., *Jednolity rynek wewnętrzny Unii Europejskiej w XXI wieku – wyzwania i kierunki zmian*, „Studia Ekonomiczne. Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego w Katowicach” Nr 269 (2016).
- Czerwińska M., *Postawy wobec e-zdrowia i opinie na jego temat w grupie studentów kierunku zdrowie publiczne*, „Roczniki Kolegium Analiz Ekonomicznych” Nr 29 (2013).
- Dafoulas G., Pierris G., Martinez S., Kvistgaard Jensen L., Kidholm K., *Adaptation of the Model for Assessment of Telemedicine (MAST) for IoT Telemedicine Services*, [w:] *Human Aspects of IT for the Aged Population. Applications, Services and Contexts. ITAP 2017. Lecture Notes in Computer Science*, red. J. Zhou, G. Salvendy, Cham 2017.
- Daniels N., *Equal Opportunity and Health Care Rights for the Elderly*, [w:] *Rights to Health Care. Philosophy and Medicine*, red. T. Bole, W. Bondeson, Dordrecht 1991.
- Dash G., Chakraborty D., *Transition to E – learning : By Choice or by Force – a Cross – Cultural and Trans-national Assessment*, “Prabandhan: Indian Journal of Management” Nr 14/3 (2021).
- Davies K., *Understanding European Union Law*, Londyn–New York 2013.
- de Búrca G., *Proportionality and Subsidiarity as General Principles of Law*, [w:] *General Principles of European Community Law, Reports from the Conference in Malmo 27–28 August 1999*, red. U. Bernitz, J. Nergelius, Haga–Boston 2000.
- de Ghellinck E., *European Industrial Policy Against the Background of the Single European Act*, [w:] *Main Economic Policy Areas of the EEC – Towards 1992*, red. P. Coffey, Dordrecht 1988.
- de Lucena C., Mont’Alvão C., Pierantoni F., Frajhof L., *Telemedicine and Design: Relationships that Create Opportunities*, [w:] *Human-Computer Interaction. Applications and Services. HCI 2013. Lecture Notes in Computer Science*, red. M. Kurosu, Berlin 2013.
- de Oliveira G., Pereira A., *Ethical and Legal Concerns of the Use of Amniotic Membrane*, [w:] *Amniotic Membrane*, red. Mamede A., Botelho M., Dordrecht 2015.
- de Pietro C., Francetic I., *E-health in Switzerland: The Laborious Adoption of the Federal Law on Electronic Health Records (EHR) and Health Information Exchange (HIE) Networks*, “Health Policy” Nr 122/2 (2018).
- De Somer M., *Qualitatively Charting Precedents*, [w:] *Precedents and Judicial Politics in EU Immigration Law. European Administrative Governance*, Cham 2019.
- de Witte B., *Legal Instruments and Law-Making in the Lisbon Treaty*, [w:] *The Lisbon Treaty*, red. S. Griller, J. Ziller, Wiedeń 2008.
- Dederer H., *The Challenge of Regulating Genetically Modified Organisms in the European Union: Trends and Issues*, [w:] *Contemporary Issues in Environmental Law. Environmental Protection in the European Union*, red. Y. Nakanishi, Tokyo 2016.
- Dehousse R., *The Maastricht Treaty and its Limits*, [w:] *Europe: The Impossible Status Quo*, red. R. Dehousse, Londyn 1997.
- Dercz. M., Rek T., *Ustawa o działalności leczniczej, Komentarz*, Warszawa 2012.

- Di Federico G., *Fundamental Rights in the EU: Legal Pluralism and Multi-Level Protection After the Lisbon Treaty*, [w:] *The EU Charter of Fundamental Rights. Ius Gentium: Comparative Perspectives on Law and Justice*, red. D. Giacomo, Dordrecht 2011.
- Díez-Gutiérrez E-J., Espinoza K., *Educational Policies During the Lockdown: Measures in Spain after Covid-19*, “Center for Educational Policy Studies Journal” Nr 11 (2021).
- Dimmick S., Mustaleski C., Burgiss S., Welsh T., *A Case Study of Benefits & Potential Savings in Rural Home Telemedicine*, “Home Healthcare Now” Nr 18/2 (2000).
- Dinan D., *The Single European Act: Revitalising European Integration*, [w:] *Designing the European Union*, red. F. Laursen, Londyn 2012.
- Dinan D., *Treaty Change in the European Union: The Amsterdam Experience*, [w:] *Developments in the European Union*, red. L. Cram, D. Dinan, N. Nugent, Londyn 1999.
- Długosz J., *The Principle of Proportionality in European Union Law as a Prerequisite for Penalization*, “Adam Mickiewicz University Law Review” Nr 7 (2017).
- Do Q., Mishra N., Wulandhari N., Ramudhin A., Sivarajah U., Milligan G., *Supply Chain Agility Responding to Unprecedented Changes: Empirical Evidence from the UK Food Supply Chain During COVID-19 Crisis*, “Supply Chain Management” 26/6 (2021).
- Dorsey R., Topol E., *State of Telehealth*, “New England Journal of Medicine” Nr 375/2 (2016).
- Držanič I., Mladenović V., Debevc M., Dolničar V., Petrovčič A., Touzery S., Kožuh I., *Usability Testing of a Smartphone Telecare Application for Informal Caregivers*, [w:] *Human Centered Computing. HCC 2019. Lecture Notes in Computer Science*, red. D. Milošević, Y. Tang, Q. Zu, Cham 2019.
- Dumortier J., Verhenneman G., *Legal Regulation of Electronic Health Records: A Comparative Analysis of Europe and the US*, [w:] *eHealth: Legal, Ethical and Governance Challenges*, red. C. George, D. Whitehouse, P. Duquenoy, Berlin 2013.
- Dwivedi Y., Shareef M., Simintiras A., Lal B., Weerakkody V., *A Generalised Adoption Model for Services: A Cross-Country Comparison of Mobile Health (m-Health)*, “Government Information Quarterly” Nr 33/1 (2016).
- Edirippulige S., *Changing Role of Nurses in the Digital Era: Nurses and Telehealth*, [w:] *Handbook of Digital Homecare. Series in Biomedical Engineering*, red. K. Yogesan, L. Bos, P. Brett, M. Gibbons, Berlin 2009.
- Elenko E., Underwood L., Zohar D., *Defining Digital Medicine*, “Nature biotechnology” Nr 33/5 (2015).
- Elgard K., *The Effect of the Charter of Fundamental Rights of European Union on Substantive VAT Law*, [w:] *CJEU – Recent Developments in Value Added Tax 2017*, red. M. Lang, P. Pistone, A. Rust, J. Schuch, C. Staringer, P. Pillet, Wiedeń 2018.
- Emiliou N., *The Principle of Proportionality in European Law: A Comparative Study*, Londyn 1966.
- Engel A., *The Choice of Legal Basis for Acts of the European Union*, Cham 2018.
- Engelhardt E., *Rights to Health Care: Created, Not Discovered*, [w:] *Rights to Health Care. Philosophy and Medicine*, red. T. Bole, W. Bondeson, Dordrecht 1991.

- Engelhart M., *Between Taxes, Criminal Law and Health Care: The Fight Against Illicit Tobacco Trade in Germany*, [w:] *Combatting Illicit Trade on the EU Border*, red. C. Nowak, Cham 2021.
- Eriksen C., Stubberud J., *Legitimacy and the Charter of Fundamental Rights Post-Lisbon*, [w:] *The Reach of Free Movement*, red. M. Andenas, T. Bekkedal, L. Pantaleo, Haga 2017.
- Evans D., *The Right to Health: The Next American Dream*, [w:] *The Right to Health*, red. B. Toebe, R. Ferguson, M. Markovic, O. Nnamuchi, Haga 2014.
- Evans T., *A Human Right to Health?*, "Third World Quarterly" Nr 23/2 (2002).
- Evans-Brown M., Sedefov R., *Responding to New Psychoactive Substances in the European Union: Early Warning, Risk Assessment, and Control Measures*, [w:] *New Psychoactive Substances. Handbook of Experimental Pharmacology*, red. H. Maurer, S. Brandt, Cham 2018.
- Exter A., T. Hervey, *European Union Treaties, Human Rights*, [w:] *European Union Health Law: Treaties and Legislation*, red. A. Exter, T. Hervey, Antwerpia 2012.
- Fabiani C., Longo S., Pisello A., Cellura M., *Sustainable Production and Consumption in Remote Working Conditions Due to COVID-19 Lockdown in Italy: An Environmental and User Acceptance Investigation*, "Sustainable Production and Consumption" Nr 28 (2021).
- Filar M., *Pokrzywdzony (ofiara przestępstwa) w polskim prawie karnym materialnym*, „Czasopismo Prawa Karnego i Nauk Penalnych” Nr 2 (2002).
- Flear M., *Governing Public Health: EU Law, Regulation and Biopolitics*, Oxford–Portland 2015.
- Fløistad K., *The EEA Agreement in a Revised EU Framework for Welfare Services. Studies in European Economic Law and Regulation*, Cham 2018.
- Földes M., *Member State Interests and European Union Law*, [w:] *Between Compliance and Particularism*, red. M. Varju, Cham 2019.
- Foltea M., *Brexit and the Control of Tobacco Illicit Trade*, Cham 2020.
- Fong S., Dey N., Chaki J., *Artificial Intelligence for Coronavirus Outbreak*, Singapore 2021.
- Forni F., *Free Movement of „Needy” Citizens After the Binding Charter. Solidarity for All?*, [w:] *The EU Charter of Fundamental Rights: From Declaration to Binding Instrument*, red. G. Federico, Dordrecht 2011.
- Foster N., *Blackstone's EU Treaties and Legislation 2019–2020*, Oxford 2019.
- Foster N., *Blackstone's EU Treaties and Legislation 2020–2021*, Oxford 2020.
- Frączkowski K., *Program e-Zdrowie wspomagający świadczenie usług medycznych-telemedycyna*, „Acta Bio-Optica et Informatica Medica. Inżynieria Biomedyczna” Nr 11/3–4 (2005).
- Fragoulis N., Tsagaris V., Anastassopoulos V., *Information Fusion in Ad hoc Wireless Sensor Networks for Aircraft Health Monitoring*, [w:] *Engineering Against Fracture*, red. S. Pantelakis, C. Rodopoulos, Dordrecht 2009.
- France G., *The Italian Health Care System and the Economics of the Right to Health*, [w:] *Italian Regionalism: Between Unitary Traditions and Federal Processes. Essays on Federalism and Regionalism*, red. S. Mangiameli, Cham 2014.
- French-Mowat E., Burnett J., *How Are Medical Devices Regulated in the European Union?*, "Journal of the Royal Society of Medicine" Nr 105/1 (2012).

- Frumento E., Freschi F., *How the Evolution of Workforces Influences Cybercrime Strategies: The Example of Healthcare*, [w:] *Combatting Cybercrime and Cyberterrorism. Advanced Sciences and Technologies for Security Applications*, red. B. Akhgar, B. Brewster, Cham 2016.
- Furmankiewicz M., Sołtysik-Piorunkiewicz A., Ziuziański P., *Systemy mobilne w e-zdrowiu*, „Studia Ekonomiczne” Nr 308 (2016).
- Gagnon M., Ngangue P., Payne-Gagnon J., Desmartis, *m-Health Adoption by Healthcare Professionals: a Systematic Review*, “Journal of the American Medical Informatics Association” Nr 2/1 (2016).
- Gaia A., *Covid-19 Virus Diffusion in Italy: Data Quality and Methodological Challenges*, “Rassegna Italiana di Sociologia” Nr 62/1 (2021).
- Gao X., Lin L., Lan T., Gan X., *Design and Research on the Chinese Medicine Health Management System Based on the Wireless Sensor Network*, [w:] *Cyber Security Intelligence and Analytics. CSIA 2019. Advances in Intelligent Systems and Computing*, red. Z. Xu, K. Choo, A. Dehghantanha, R. Parizi, M. Hammoudeh, Cham 2020.
- Garben S., *Tittle XIV Public Health*, [w:] *The EU Treaties and the Charter of Fundamental Rights: A Commentary*, red. M. Kellerbauer, M. Klamert, J. Tomkin, Oxford 2019.
- Geber F., *Between a Rock and a Hard Place: a Controversial of Legislative Harmonization and National Lifestyle Policies*, [w:] *Regulating Lifestyle Risks*, red. A. Alemanno, A. Garde, Cambridge 2015.
- Gekiere W., Baeten R., Palm W., *Free Movement of Services in the EU and Health Care*, [w:] *Health Systems Governance in Europe. The Role of European Union Law and Policy*, red. E. Mossialos, G. Permanand, R. Baeten, T. Hervey, Cambridge 2010.
- Gercke M., *Europe's Legal Approaches to Cyber Crime*, „ERA Forum” Nr 10 (2009).
- Gercke M., *The Convention on Cybercrime*, „Multimedia und Recht” Nr 20 (2004).
- Ghandhi S., *Blackstone's International Human Rights Documents*, Oxford 2012.
- Ghosh S., *Formidable Challenges Posed by Cybercrimes*, [w:] *Cybercrimes: A Multidisciplinary Analysis*, red. S. Ghosh, E. Turrini, Heidelberg 2011.
- Gianfrancesco E., *The Charter of Fundamental Rights of the Union as a Source of Law*, [w:] *The European Union after Lisbon*, red. H. Blanke, S. Mangiameli, Heidelberg 2012.
- Glockner I., Rittberger B., *The European Coal and Steel Community (ECSC) and European Defence Community (EDC) Treaties*, [w:] *Designing the European Union*, red. F. Laursen, Londyn 2012.
- Gołda-Sobczak M., *Zasady tworzenia sieci organów krajowych odpowiedzialnych za e-zdrowie w kontekście praw pacjentów w transgranicznej opiece zdrowotnej*, „Medyczna Wokanda” Nr 14 (2020).
- Golec S., *Zasada proporcjonalności jako podstawa rozstrzygnięcia sadu administracyjnego w sprawach podatkowych*, Białystok 2018.
- Golonka A., *Cyberprzestępczość – międzynarodowe standardy zwalczania zjawiska a polskie regulacje karne*, „Studia Prawnicze. Rozprawy i Materiały” Nr 18/1 (2016).
- Gordon S., Ford R., *On the Definition and Classification of Cybercrime*, “Journal in Computer Virology” Nr 2/1 (2006).

- Gori P., Pahladsingh A., *Fundamental Rights under Covid-19: an European Perspective on Videoconferencing in Court*, “ERA Forum” Nr 21 (2021).
- Görlitz R., Kaltenbach T., Herzig S., *Impact of Digital Health on the Pharmaceutical Industry. Will Business Models be Reshaped by Digital Health?*, Paryż 2013.
- Górski M., *Wpływ orzecznictwa Europejskiego Trybunału Sprawiedliwości na interpretację i stosowanie przepisów o ochronie środowiska*, [w:] *Wspólnotowe prawo ochrony środowiska i jego implementacja w Polsce trzy lata po akcesji*, red. J. Jendrośka, M. Bar, Wrocław 2008.
- Goscinska D., *Transposition of the Patients' Rights Directive 2011/24/EU: A Discourse Analysis in Germany, Poland and Austria*, Berlin 2014.
- Green M., *Global Justice and Health: Is Health Care a Basic Right?*, [w:] *Public Health Policy and Ethics. International Library of Ethics, Law, and the New Medicine*, red. M. Boylan, Dordrecht 2004.
- Greene J., Lea A., *Digital Futures Past – The Long Arc of Big Data in Medicine*, “The New England Journal of Medicine” Nr 381/5 (2019).
- Gruodytė E., Bilius M., *Investigating Cybercrimes: Theoretical and Practical Issues*, [w:] *Regulating eTechnologies in the European Union*, red. T. Kerikmäe, Cham 2014.
- Grzeszczak R., Zawadzka-Łojek A. (red.), *Prawo materialne Unii Europejskiej*, Warszawa 2015.
- Gunn S., *The Right to Health*, [w:] *Concepts and Practice of Humanitarian Medicine*, red. S. Gunn, M. Masellis, New York 2008.
- Guy M., W. Sauter, *The History and Scope of EU Health Law and Policy*, [w:] *Research Handbook on EU Health Law and Policy*, red. T. Hervey, C. Young, L. Bishop, Cheltenham 2017.
- Häde U., *The Treaty of Lisbon and the Economic and Monetary Union*, [w:] *The European Union after Lisbon*, red. H. Blanke, S. Mangiameli, Heidelberg 2012.
- Hailey D., Roine R., Ohinmaa A., *Systematic Review of Evidence for the Benefits of Telemedicine*, “Journal of Telemedicine and Telecare” Nr 8/1 (2002).
- Halper T., *Rights, Reforms, and the Health Care Crisis: Problems and Prospects*, [w:] *Rights to Health Care. Philosophy and Medicine*, red. T. Bole, W. Bondeson, Dordrecht 1991.
- Hamilton C., *Charting the Future of Digital Health Systems in the WHO European Region*, “Eurohealth” Nr 25/2 (2019).
- Han X., *Research and Realization on the Community Health Care System Based on Wireless Sensor Network*, [w:] *Practical Applications of Intelligent Systems. Advances in Intelligent and Soft Computing*, red. Y. Wang, T. Li, Berlin 2011.
- Hancock B., *US and Europe Cyber crime Agreement Problems*, “Computers and Security” Nr 19/4 (2000).
- Harvey J., *Modern Economics Student's Notebook*, London 1974.
- Hecker B., *The Development of Individual Rights Protection in European Criminal Law After the Lisbon Treaty*, [w:] *Human Rights in European Criminal Law*, red. S. Ruggeri, Cham 2015.
- Helios J., Jedlecka W., *Wykładnia prawa Unii Europejskiej ze stanowiska teorii prawa*, Wrocław 2018.

- Hellmann V., *Der Vertrag von Lissabon. Vom Verfassungsvertrag zur Änderung der bestehenden Verträge – Einführung mit Synopse und Übersichten*, Heidelberg 2019.
- Helsper E., *A Corresponding Fields Model for the Links between Social and Digital Exclusion*, “Communication Theory” Nr 22/4 (2012).
- Hervey T., McHale J., *Article 35 – The Right to Health Care*, [w:] *The EU Charter of Fundamental Rights: A Commentary*, red. S. Peers, T. Hervey, J. Kenner, A. Ward, Portland 2014.
- Hervey T., Mchale J., *European Union Health Law. Themes and Implications*, Cambridge 2015.
- Heus K., Sartawi T., *The Realization of the Right to Health for Refugees in Jordan*, [w:] *The Right to Health*, red. B. Toebes, R. Ferguson, M. Markovic, O. Nnamuchi, Haga 2014.
- Hijmans H., *The European Union as Guardian of Internet Privacy. Law, Governance and Technology Series*, Cham 2016.
- Hilley S., *Pressure Mounts on US Senate to Pass Cyber Crime Treaty*, „Digital Investigation” Nr 2 (2005).
- Hilpold P., *Understanding Solidarity Within EU Law: An Analysis of the ‘Islands of Solidarity’ with Particular Regard to Monetary Union*, “Yearbook of European Law” Nr 34/1 (2015).
- Hodge J., Gostin L., Jacobson P., *Legal Issues Concerning Electronic Health Information: Privacy, Quality, and Liability*, “Journal of the American Medical Association” Nr 282/15 (1999).
- Holder A., *Children and Adolescents: Their Right to Decide About Their Own Health Care*, [w:] *Children And Health Care. Philosophy and Medicine*, red. L. Kopelman, J. Moskop, Dordrecht 1989.
- Hołyst B., Pomykała J., *Cyberprzestępczość, ochrona informacji i kryptologia*, „Prokuratura i Prawo” Nr 1 (2011).
- Huang C., *Medical Informatics*, [w:] *Springer Handbook of Automation*, red. S. Nof, Berlin 2009.
- Hug S., König T., *Divided Government and the Ratification of the Amsterdam Treaty*, [w:] *Democratic Foreign Policy Making: Problems of Divided Government and International Cooperation*, red. R. Pahre, New York 2006.
- Iguiñiz R., Palomino N., Barboza M., *The Right to Health in Peru: Persistent Vulnerabilities in the Context of HIV/AIDS*, [w:] *The Right to Health*, red. B. Toebes, R. Ferguson, M. Markovic, O. Nnamuchi, Haga 2014.
- Ince B., Cuijpers P., Hof E., Riper H., *Reaching and Recruiting Turkish Migrants for a Clinical Trial Through Facebook: A Process Evaluation*, “Internet Interventions” Nr 1 pP (2014).
- Istepanian R., Laxminarayan S., Pattichis C., *Preface*, [w:] *M-Health. Emerging Mobile Health System*, red. R. Istepanian, S. Laxminarayan, C. Pattichis, Cham 2006.
- Jacobs F., *Recent Developments in the Principle of Proportionality in European Community Law*, [w:] *The Principle of Proportionality in the Laws of Europe*, red. E. Elllis, Oxford–Portland Oregon 1999.
- Jahn E., *German Domestic and Foreign Policy*, Heidelberg 2015.



- Jain A., Leka S., Zwetsloot G., *Managing Health, Safety and Well-Being. Aligning Perspectives on Health, Safety and Well-Being*, Dordrecht 2018.
- Jaishankar K., *Establishing a Theory of Cyber Crimes*, "International Journal of Cyber Criminology" Nr 1/2 (2007).
- Jakab Z., *From Innovation to Implementation. EHealth in the WHO European Region*, Copenhagen 2016.
- Jakobsson M., Ramzan Z., *Crimeware. Understanding New Attacks and Defenses*, Boston 2008.
- Jamar S., *The International Human Right to Health*, "Southern University Law Review" Nr 22 (1994).
- Janyszek J., Frączkowski K., *Wirtualna sieć komputerowa e-Zdrowie dla szpitali wrocławskich i regionu dolnośląskiego*, „Acta Bio-Optica et Informatica Medica. Inżynieria Biomedyczna” Nr 12/1 (2006).
- Jarman H., *Trade in Services and the Public's Health: A "Fortress Europe" for Health?*, [w:] *European Union Public Health Policy: Regional and Global Trends*, red. S. Greer, P. Kurzer, New York 2013.
- Jarosz-Żukowska S., *Prawo do ochrony zdrowia i dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej*, [w:] *Realizacja i ochrona konstytucyjnych wolności i praw jednostki w polskim porządku prawnym*, red. M. Jabłoński, Wrocław 2014.
- Jaroszewska I., *Wybrane aspekty przestępczości w cyberprzestrzeni. Studium prawnokarne i kryminologiczne*, Olsztyn 2017.
- Jasudowicz T., *Prawo do zdrowia*, [w:] *Prawa człowieka i ich ochrona*, red. B. Gronowska, T. Jasudowicz, M. Balcerzak, M. Lubiszewski, R. Mizerski, Toruń 2010.
- Jibril A., Kwarteng M., Nwaiwu F., Appiah-Nimo C., Pilik M., Chovancova M., *Online Identity Theft on Consumer Purchase Intention: A Mediating Role of Online Security and Privacy Concern*, [w:] *Responsible Design, Implementation and Use of Information and Communication Technology*, red. M. Hattingh, M. Matthee, H. Smuts, I. Pappas, Y. Dwivedi, M. Mäntymäki, Cham 2020.
- Jo B., Kim H., Park J., Yoon K., Kang S., Han S., *Design of Bridge Health Monitoring System on Wireless Sensor Network*, [w:] *Innovations and Advances in Computer Sciences and Engineering*, red. T. Sobh, Dordrecht 2010.
- Jończyk J., *Transformacja ubezpieczeń społecznych i ochrony zdrowia*, [w:] *Konstytucyjne problemy prawa pracy i zabezpieczenia społecznego*, red. H. Szurgacz, Wrocław 2005.
- Jonkisz A., *Podział podziałów. Ujęcie metodologiczne*, „Ruch Filozoficzny” Nr 73/2 (2017).
- Jordan A., *The Europeanization of British Environmental Policy. One Europe or Several?*, Londyn 2002.
- Kaeding M., *Determinants of Transposition Delay in the European Union*, „Journal of Public Policy” Nr 26/3 (2006).
- Kalra D., *Electronic Health Record Standards*, "Yearbook of Medical Informatics" Nr 15/01 (2006).
- Karp J. (wstęp), *Konstytucja Republiki Bułgarii*, Warszawa 2012.
- Karp J., *Prawa socjalne we współczesnym konstytucjonalizmie. Prolegomena*, [w:] *Ustroje, doktryny, instytucje polityczne. Księga jubileuszowa Profesora zw. dra hab. Mariana*

- Grzybowski, red. J. Czajowski, J. Karp, G. Kuca, A. Kulig, P. Mikuli, A. Opalek, Kraków 2007.
- Katyal N., *Criminal Law in Cyberspace*, "University of Pennsylvania Law Review" Nr 149/4 (2001).
- Kay M., Santos J., Takane M., *mHealth: New Horizons for Health Through Mobile Technologies*, Geneva 2011.
- Kenner J., *European Union Legislation*, Londyn–New York 2014.
- Kerikmäe T., *EU Charter: Its Nature, Innovative Character, and Horizontal Effect*, [w:] *Protecting Human Rights in the EU*, red. T. Kerikmäe, Heidelberg 2014.
- Kerr O., *The Problem of Perspective in Internet Law*, „Georgetown Law Journal” Nr 91 (2003).
- Kim T., *Insights on Telehealth and Virtual Reality*, [w:] *Information Technology Essentials for Behavioral Health Clinicians. Health Informatic*, red. N. Dewan, J. Luo, N. Lorenzi, Londyn 2010.
- Kirchner S., *The Universal Human Right to Access to Effective Health Care: A Catholic Christian Response to Aasim Padela*. [w:] *Religious Perspectives on Social Responsibility in Health. Advancing Global Bioethics*, red. J. Tham, C. Durante, A. Gómez, Cham 2018.
- Klar R., Pelikan E., *Telemedicine in Germany*, [w:] *Springer Handbook of Medical Technology*, red. R. Kramme, K. Hoffmann, R. Pozos, Berlin 2011.
- Kluge E., *Health Care as a Right*, [w:] *Changing Health Care Systems from Ethical, Economic, and Cross Cultural Perspectives*, red. E. Loewy, R. Loewy, Dordrecht 2002.
- Koch S., *Home Telehealth – Current State and Future Trends*, "International Journal of Medical Informatics" Nr 75/8 (2006).
- Koikkalainen S., *Free Movement and EU Citizenship from the Perspective of Intra-European Mobility*, [w:] *Debating European Citizenship*, red. R. Bauböck, Cham 2019.
- Komárek J., *Infringements in Application of Community Law: Some Problems and (Im)possible Solutions*, „Review of European Administrative Law” Nr 0/1 (2007).
- König T., Luetgert B., *Troubles with Transposition? Explaining Trends in Member-State Notification and the Delayed Transposition of EU Directives*, „British Journal of Political Science” Nr 39/1 (2009).
- Konstytucje państw Unii Europejskiej*, red. Wiesław Staśkiewicz, Warszawa 2011.
- Kornobis-Romanowska D., Łacny J., Wróbel A. (red.), *Traktat o funkcjonowaniu Unii Europejskiej. Komentarz. T. III*, Warszawa 2012.
- Kornobis-Romanowska D., *Sąd krajowy w prawie wspólnotowym*, Warszawa 2007.
- Kostoris R., *The Protection of Fundamental Rights*, [w:] *Handbook of European Criminal Procedure*, red. R. Kostoris, Cham 2018.
- Kowalik-Bańczyk K., Szwarc-Kuczer M., Wróbel A. (red.), *Traktat o funkcjonowaniu Unii Europejskiej. Komentarz. T. II*, Warszawa 2012.
- Kruczalak-Jankowska J., *Czy postępowanie o zatwierdzenie układu może być efektywnym narzędziem restrukturyzacji w czasach pandemii COVID-19?*, „Przegląd Prawa Handlowego” Nr 6 (2020).
- Krunke H., Baumbach T., *The Role of the Danish Constitution in European and Transnational Governance*, [w:] *National Constitutions in European and Global Governance: Democracy, Rights, the Rule of Law*, red. A. Albi, S. Bardutzky, Haga 2019.

- Kshetri N., *The Simple Economics of Cybercrimes*, "IEEE Security & Privacy" Nr 4/1 (2006).
- Küçük E., *Solidarity in EU Law: an Elusive Political Statement or a Legal Principle with Substance?* [w:] *Solidarity in EU Law Legal. Principle in the Making*, red. A. Biondi, E. Dagilytė, E. Küçük, Cheltenham 2018.
- Lach D., *Zasada równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej*, Warszawa 2011.
- Łacny J., *Model rynkowego handlu żywnością i artykułami rolno-spożywczymi w dobie zagrożenia epidemicznego w kontekście wymogów wynikających z prawa UE*, „Zeszyty Prawnicze BAS” Nr 67/3 (2020).
- LaFramboise L., Todero C., Zimmerman L., Agrawal S., *Comparison of Health Buddy with Traditional Approaches to Heart Failure Management*, "Family & Community Health" Nr 26/4 (2003).
- Landmesser J., *The Use of the Dynamic Time Warping (DTW) Method to Describe the COVID-19 Dynamics in Poland*, "Oeconomia Copernicana" Nr 12/3 (2021).
- Laursen F., *The 1965 Merger Treaty: The First Reform of the Founding European Community Treaties*, [w:] *Designing the European Union*, red. F. Laursen, Londyn 2012.
- Laursen F., *The Treaty of Nice: The Inadequate Preparation of Enlargement*, [w:] *Designing the European Union*, red. F. Laursen, Londyn 2012.
- Leary V., *The Right to Health in International Human Rights Law*, "Health and Human Rights" Nr 1/1 (1994).
- Lewandowski S., Machińska H., Malinowski A., Petzel J., *Logika dla prawników*, Warszawa 2003.
- Li S., Ito N., "Nothing Can Stop Me!" *Perceived Risk and Travel Intention Amid the COVID-19 Pandemic: A Comparative Study of Wuhan and Sapporo*, [w:] *Information and Communication Technologies in Tourism 2021*, red. W. Wörndl, C. Koo, J. Stienmetz, Cham 2021.
- Libal K., Harding S., *Human Rights-Based Community Practice in the United States*, Cham 2015.
- Linkous J., *A Rapidly Evolving Definition of Telemedicine*, [w:] *Information Technology for the Practicing Physician. Health Informatics*, New York 2001.
- Lipiński K., *Modyfikacje terminów przedawnienia karalności przestępstw, przestępstw i wykroczeń skarbowych oraz wykroczeń w związku z epidemią COVID-19*, „Czasopismo Prawa Karnego i Nauk Penalnych” Nr 24/2 (2020).
- Lipowicz I., Świerczyński M., Szpor G. (red.), *Telemedycyna i e-Zdrowie. Prawo I informatyka*, Warszawa 2019.
- Liu X., Fu X., Hua C., Li Z., *Crisis Information, Communication Strategies and Customer Complaint Behaviours: the Case of COVID-19*, "Tourism Review" 76/4 (2021).
- Lopp L., *Regulations Regarding Living Organ Donation in Europe*, Heidelberg 2013.
- Louis J., *Economic Policy under the Lisbon Treaty*, [w:] *The Lisbon Treaty*, red. S. Griller, J. Ziller, Wiedeń 2008.
- Luna R., Rhine E., Myhra M., Sullivan R., Kruse C., *Cyber Threats to Health Information Systems: a Systematic Review*, "Technology and Health Care" Nr 24/1 (2016).
- Lupton D., *The Digitally Engaged Patient: Self-monitoring and Self-care in the Digital Health Era*, "Social Theory & Health" Nr 11/3 (2013).

- Luxton D., McCann R., Bush N., Mishkind M., Reger G., *mHealth for Mental Health: Integrating Smartphone Technology in Behavioral Healthcare*, "Professional Psychology: Research and Practice" Nr 42/6 (2011).
- Lynn M., *Telemedicine to Manage Sudden Mass Casualty Incidents Remotely*, [w:] *Disasters and Mass Casualty Incidents*, red. M. Lynn, H. Lieberman, L. Lynn, G. Pust, D. Yeh, K. Stahl, T. Zakrison, Cham 2019.
- Maimone A., Bidwell J., Peng K., Fuchs H., *Enhanced Personal Autostereoscopic Telepresence System Using Commodity Depth Camera*, "Computers & Graphics" Nr 36/7 (2012).
- Maletić I., *The Law and Policy of Harmonisation in Europe's Internal Market*, Cheltenham 2013.
- Maliszewska-Nienartowicz J., *Rozwój zasady proporcjonalności w europejskim prawie wspólnotowym*, „Studia Europejskie” Nr 1 (2006).
- Manikowski F., *Dochodzenie cywilnoprawnych roszczeń pacjentów w postępowaniach przyspieszonych – uwagi na tle pandemii covid-19*, „Acta Iuridica Resoviensia” Nr 1/32 (2021).
- Mann J., Gostin L., Gruskin S., Brennan T., Lazzarini Z., Fineberg H., *Health and Human rights*, "Health and Human rights" Nr 1/1 (1994).
- Mann J., *Human Rights and the New Public Health*, "Health and Human Rights" Nr 1/3 (1995).
- Mann J., *Medicine and Public Health, Ethics and Human Rights*, "Hastings Center Report" Nr 27/3 (1997).
- Mantovani E., Bocos P., *Are mHealth Apps Safe? The Intended Purpose Rule, Its Shortcomings and the Regulatory Options Under the EU Medical Device Framework*, [w:] *Mobile e-Health. Human-Computer Interaction Series*, red. H. Marston, S. Freeman, C. Musselwhite, Cham 2017.
- Marković M., *On Secure e-Health Systems*, [w:] *Privacy in Statistical Databases. PSD 2006. Lecture Notes in Computer Science*, red. J. Domingo-Ferrer, L. Franconi, Berlin 2006.
- Marmor T., *The Right to Health Care: Reflections on Its History and Politics*, [w:] *Rights to Health Care. Philosophy and Medicine*, red. T. Bole, W. Bondeson, Dordrecht 1991.
- Mars M., Scott R., *Global e-Health Policy: a Work in Progress*, "Health Affairs" Nr 29/2 (2010).
- Martin-Khan M., Freeman S., Adam K., Betkus G., *The Evolution of Telehealth*, [w:] *Mobile e-Health. Human-Computer Interaction Series*, red. H. Marston, S. Freeman, C. Musselwhite, Cham 2017.
- Marušič D., Rupel V., Mihelj P., *Cross-Border Experiences in Health IT: What Are the Requests for the Medical Record? Opportunities and Emerging Issues*, [w:] *New Perspectives in Medical Records. TELe-Health*, red. G. Rinaldi, Cham 2017.
- Maurer A., *A Formal Outsider Becomes an Effective Player: The European Parliament in the Negotiation of the Treaty of Amsterdam and the Constitutional Treaty*, [w:] *Leadership in the Big Bangs of European Integration*, red. D. Beach, C. Mazzucelli, London 2006.
- Mavroidis P., *The Regulation of International Trade, Volume 3: The General Agreement on Trade in Services*, Massachuset 2020.
- Maziarz W., *Problemy rozwoju telemedycyny w Polsce*, „Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego. Studia Informatica” Nr 25 (2010).

- Mazzucelli C., *The Treaty of Maastricht: Designing the European Union*, [w:] *Designing the European Union*, red. F. Laursen, Londyn 2012.
- McAuley A., *The Challenges to Realising the Right to Health in Ireland*, [w:] *The Right to Health*, red. B. Toebes, R. Ferguson, M. Markovic, O. Nnamuchi, Haga 2014.
- McHale J., *Health Care, the United Kingdom and the Draft Patients' Rights Directive: One Small Step for Patient Mobility but a Huge Leap for a Reformed NHS?*, [w:] *Health Care and EU Law*, red. J. Willem van de Gronden, E. Szyszczak, U. Neergaard, M. Krajewski, Haga 2011.
- McLean T., *Jurisdiction 101 for Medical Tourism Purchases Made in Europe*, [w:] *The Globalization of Health Care. Legal and Ethical Issues*, red. I. Cohen, Oxford 2013.
- McQuade S., *Encyclopedia of Crime*, London 2009.
- Mechael P., *The Case for mHealth in Developing Countries*, "Innovations: Technology, Governance, Globalization" Nr 4/1 (2009).
- Melton S., Simmons S., Smith B., Hamilton D., *Telemedicine*, [w:] *Principles of Clinical Medicine for Space Flight*, red. M. Barratt, E. Baker, S. Pool, New York 2019.
- Merrill J., *The Road to Health Care Reform*, Boston 1994.
- Meyer M., *Current Legislation on Cross-Border Health Care in the European Union*, [w:] *The Globalization of Health Care. Legal and Ethical Issues*, red. I. Cohen, Oxford 2013.
- Miąsik D., Póltorak N., Wróbel A. (red.), *Traktat o funkcjonowaniu Unii Europejskiej. Komentarz. T. I*, Warszawa 2012.
- Migliaccio G., Pintus C., *Role of the EU Framework in Regulation of Stem Cell-Based Products*, [w:] *Mesenchymal Stem Cells – Basics and Clinical Application II. Advances in Biochemical Engineering/Biotechnology*, red. B. Weyand, M. Dominici, R. Hass, R. Jacobs, C. Kasper, Heidelberg 2012.
- Mikos M., Urbaniak M., *Prawo do bezpiecznej ochrony zdrowia w świetle Konstytucji RP oraz rekomendacji Rady Europy i Rady Unii Europejskiej*, „Medyczna Wokanda” Nr 8 (2016).
- Miyahara S., Tsuji M., Iizuka C., Hasegawa T., Taoka F., *On the Evaluation of Economic Benefits of Japanese Telemedicine and Factors for its Promotion*, "Telemedicine Journal & e-Health" Nr 12/6 (2006).
- Moens G., Trone J., *Commercial Law of the European Union. Ius Gentium: Comparative Perspectives on Law and Justice*, Dordrecht 2010.
- Mohr N., Hurst E., MacKinney A., Nash E., Carr B., Skow B., *Telemedicine for Early Treatment of Sepsis*, [w:] *Telemedicine in the ICU*, red. M. Koenig, Cham 2019.
- Moise A., *A Few Comments on the Council of Europe Convention on Cybercrime*, "Journal of Law and Administrative Sciences" Nr 2/8 (2017).
- Moitra S., *Developing Policies for Cyber Crime*, „European Journal of Crime, Criminal Law and Criminal Justice” Nr 13/3 (2005).
- Montgomery J., *Recognising a Right to Health*, [w:] *Economic, Social and Cultural Rights. Southampton Studies in International Policy*, red. R. Beddard, D. Hill, London 1992.
- Moravcsik A., *Negotiating the Single European Act: National Interests and Conventional Statecraft in the European Community*, [w:] *The European Union*, red. B. Nelsen, A. Stubb, Londyn 1994.

- Mpedi L., *Protecting the Health Care Rights of Refugees: Some Legal Perspectives from the Republic of South Africa*, [w:] *Health in Diversity – Diversity in Health*, red. K. Crepez, U. Becker, E. Wacker, Wiesbaden 2020.
- Müllner M., Eichler H., *Current Issues in Drug Regulation*, [w:] *Clinical Pharmacology: Current Topics and Case Studies*, red. M. Müller, Wiedeń 2010.
- Munesue T., *The Right to Health in Japan: Its Implications and Challenges*, [w:] *The Right to Health*, red. B. Toebes, R. Ferguson, M. Markovic, O. Nnamuchi, Haga 2014.
- Murray F., *The European Union and Member State Territories: A New Legal Framework Under the EU Treaties*, Haga 2012.
- Murthy S., Evans S., Sarkis J., *The Four Freedoms-of-Movement and Distributed Manufacturing*, [w:] *Sustainable Development Goals and Sustainable Supply Chains in the Post-global Economy. Greening of Industry Networks Studies*, red. N. Yakovleva, R. Frei, S. Murthy, Cham 2019.
- Mycielski A. (*Wstęp*), *Konstytucja Republiki Francuskiej*, Wrocław 1947.
- Nash E., Gilroy D., Srikusalanukul W., Abhayaratna W., Stanton T., Mitchell G., Stowasser M., Sharman J., *Facebook Advertising for Participant Recruitment into a Blood Pressure Clinical Trial*, "Journal of Hypertension" Nr 35/12 (2017).
- Neegaard U., *EU Healthvare Law in a Constitutional Light: Distribution of Competences, Notions of "Solidarity" and "Social Europe"*, [w:] *Health Care and EU Law*, red. J. Willem van de Gronden, E. Szyszczak, U. Neegaard, M. Krajewski, Haga 2011.
- Neegaard U., *Access to Cross-Border Healthcare for Older Persons in the European Union: The Interplay between EU Law and Swedish Law, Written by Martina Axmin*, "European Journal of Health Law" Nr 28/2 (2021).
- Nelson G., *European Organisation in the Field of Atomic Energy*, [w:] *Annuaire Européen/European Yearbook*, red. B. Landheer, W. Carter, Dordrecht 1958.
- Niedźwiedz M., *Stosowanie prawa wspólnotowego przez organy administracyjne*, „Casus” Nr 32 (2004).
- Niemczyk K., Jasińska A., Krawczyk P., Bilińska M., *COVID-19 – aktualne dane kliniczne i przegląd zaleceń dla lekarzy otorynolaryngologów i stomatologów*, „Polski Przegląd Otorynolaryngologiczny” Nr 9 (2020).
- Nieznański E., *Logika*, Warszawa 2011.
- Nistor L., *Public Services and the European Union: Healthcare, Health Insurance and Education Services*, Haga 2011.
- Noël E., *The Political Prospects for Europe in the Wake of the Single European Act: a Response to Public Expectations*, [w:] *Eurobarometer*, red. K. Reif, R. Inglehart, Londyn 1991.
- Nordin I., Chee P., Addi M., Harun F., *EZ430-Chronos Watch as a Wireless Health Monitoring Device*, [w:] *5th Kuala Lumpur International Conference on Biomedical Engineering 2011. IFMBE Proceedings*, red. N. Osman, W. Abas, A. Wahab, H. Ting, Berlin 2011.
- Nowak A., *Telemedycyna transgraniczna – problematyka prawa właściwego dla przypadków odpowiedzialności cywilnej podmiotów medycznych na gruncie prawodawstwa unijnego*, „Prawo Mediów Elektronicznych” Nr 1 (2018).
- Nußberger A., *Artikel 35 GRCh Gesundheitsschutz*, [w:] *Kölner Gemeinschaftskommentar zur Europäischen Grundrechte-Charta*, red. P. Tettinger, K. Stern, Monachium 2006.

- Nuth M., *Taking Advantage of New Technologies: For and Against Crime Computer Law and Security Report*, "Computer Law & Security Review" Nr 24 (2008).
- Öberg M-L., *The Boundaries of the EU Internal Market. Participation without Membership*, Cambridge 2020.
- Oh H., Rizo C., Enkin M., Jadad A., *What is eHealth? A Systematic Review of Published Definitions*, "World Hospitals and Health Services: the Official Journal of the International Hospital Federation" Nr 41 (2005).
- Oke E., *Patent Rights, Access to Medicines, and the Justiciability of the Right to Health in Kenya, South Africa and India*, [w:] *Justiciability of Human Rights Law in Domestic Jurisdictions*, red. A. Diver, J. Miller, Cham 2016.
- Oke E., *The Incorporation of a Right to Health Perspective into Brazil's Patent Law Reform Process*, [w:] *Law and Policy in Latin America. St Antony's Series*, red. P. Fortes, L. Boratti, A. Lleras, T. Daly, Londyn 2017.
- Oliver P., Roth W., *The Internal Market and the Four Freedoms*, "Common Market Law Review" Nr 41 (2004).
- Osiejewicz J., *Judicial Review of EU Legislation as an Instrument to Ensure Consistency of National and EU Law*, [w:] *Rule of Law, Human Rights and Judicial Control of Power. Ius Gentium: Comparative Perspectives on Law and Justice*, red. R. Arnold, J. Martínez-Estay, Cham 2017.
- Ostrowska M., *Information Duties Stemming from the Insurance Distribution Directive as an Example of Faulty Application of the Principle of Proportionality*, [w:] *Insurance Distribution Directive. AIDA Europe Research Series on Insurance Law and Regulation*, red. P. Marano, K. Noussia, Cham 2021.
- Ostrzyżek A., *Prawo do ochrony zdrowia w świetle artykułu 68 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 roku*, „Prawo i Medycyna” Nr 4 (2005).
- Otto C., *The Telemedicine Project of the Medical Service of the Bundeswehr*, [w:] *Telemedicine*, red. T. Buzug, H. Handels, D. Holz, Boston 2001.
- Padmaavathy P., *Cyber Crimes: A Threat to The Banking Industry*, "International Journal of Management Research and Reviews" Nr 9/4 (2019).
- Paglialonga A., Mastropietro A., Scalco E., Rizzo G., *The mHealth*, [w:] *m\_Health Current and Future Applications*, red. G. Andreoni, P. Perego, E. Frumento, Cham 2019.
- Partyk A., *Epidemia (COVID-19) a tok postępowań cywilnych i sądownoadministracyjnych*, „Przegląd Prawa Publicznego” Nr 5 (2020).
- Pawar D., Patil W., Raut D., *Fractional-order Mathematical Model for Analysing Impact of Quarantine on Transmission of COVID-19 in India*, "Mathematical Modeling and Computing" Nr 8/2 (2021).
- Paxton J., *The Developing Common Market*, Londyn 1976.
- Pérez de las Heras B., *The Charter of Fundamental Rights as a New Element of European Identity and Beyond*, [w:] *Democratic Legitimacy in the European Union and Global Governance*, red. B. Pérez de las Heras, Cham 2017.
- Pernice I., *The Treaty of Lisbon and Fundamental Rights*, [w:] *The Lisbon Treaty*, red. S. Griller, J. Ziller, Wiedeń 2008.

- Pestova N., *The Right to Health for Vulnerable and Marginalised Groups: Russia as a Case Study*, [w:] *The Right to Health*, red. B. Toebes, R. Ferguson, M. Markovic, O. Nnamuchi, Haga 2014.
- Peters S., Steve G., Khan M., *Electronic Health Records: Current and Future Use*, "Journal of Comparative Effectiveness Research" Nr 3/5 (2014).
- Pfeiffer-Ruiz M., Schroder V., *COVID-19 Vaccination Strategy in Germany*, "Clinical Social Work And Health Intervention" Nr 12/3 (2021).
- Phinnemore D., *The Treaty of Lisbon*, London 2013.
- Piechota M., *Konstytucyjne prawo do ochrony zdrowia jako prawo socjalne i prawo podstawowe*, „Roczniki Administracji i Prawa. Teorie i Praktyka” Nr 12 (2012).
- Piechota M., *Równość a konstytucyjne prawo do ochrony zdrowia. Uwagi dotyczące obywateli Unii Europejskiej*, [w:] *Konstytucja w dobie europejskich wyzwań*, red. M. Zubik, A. Paprocka, R. Puchta, Warszawa 2010.
- Planzer S., *Empirical Views on European Gambling Law and Addiction. Studies in European Economic Law and Regulation*, Cham 2014.
- Pogge T., *Human Rights and Global Health: a Research Program*, "Metaphilosophy" Nr 36/1–2 (2005).
- Pollard J., Kathleen S., Karimi A., Ficaglia M., *Ethical Considerations in the Design and Implementation of a Telehealth Service Delivery Model*, "Behavior Analysis: Research and Practice" Nr 17/4 (2017).
- Ponzano P., 'Executive' and 'delegated' Acts: *The Situation after the Lisbon Treaty*, [w:] *The Lisbon Treaty*, red. S. Griller, J. Ziller, Wiedeń 2008.
- Porter M., *What is Value in Health Care?*, "The New England Journal of Medicine" Nr 363/26 (2010).
- Póździoch S., *Ustawa o wyrobach medycznych. Komentarz*, Warszawa 2012.
- Qiu S., *Equality and the Right to Health: A Preliminary Assessment of China*, [w:] *The Right to Health*, red. B. Toebes, R. Ferguson, M. Markovic, O. Nnamuchi, Haga 2014.
- Quisthoudt-Rowohl G., *Trade Policy Under the Treaty of Lisbon*, [w:] *Common Commercial Policy after Lisbon*, red. M. Bungenberg, C. Herrmann, Heidelberg 2013.
- Radlińska K., *Pandemia COVID-19 implikacje dla polskiego rynku pracy*, „Zeszyty Naukowe Wydziału Nauk Ekonomicznych” Nr 1/24 (2020).
- Radzińska J., *Solidarność: definicja i konteksty*, „Etyka” Nr 48 (2014).
- Rafajłowicz W., *Learning Novelty Detection outside a Class of Random Curves with Application to COVID-19 Growth*, "Journal of Artificial Intelligence and Soft Computing Research" Nr 11/3 (2021).
- Ramesh A., Kambhampati C., Monson J., Drew P., *Artificial Intelligence in Medicine*, "Annals of the Royal College of Surgeons of England" Nr 86/5 (2004).
- Ramo D., Rodriguez T., Chavez K., Sommer M., Prochaska J., *Facebook Recruitment of Young Adult Smokers for a Cessation Trial: Methods, Metrics, and Lessons Learned*, "Internet Interventions" Nr 1 (2014).
- Rashid S., Yadav S., *Impact of Covid-19 Pandemic on Higher Education and Research*, "Indian Journal of Human Development" Nr 14/2 (2020).



- Raskas M., Gali K., Schinasi D., Vyas S., *Telemedicine and Pediatric Urgent Care: A Vision into the Future*, [w:] *Consumer Informatics and Digital Health*, red. M. Edmunds, C. Hass, E. Holve, Cham 2017.
- Rawaf S., Hassounah S., *Codification and Implementation of the 'Right to Health' in the Arab World*, [w:] *The Right to Health*, red. B. Toebes, R. Ferguson, M. Markovic, O. Nnamuchi, Haga 2014.
- Raza M., Hoa Le M., Aslam N., Hieu Le C., Tam Le N., Ly Le T., *Telehealth Technology: Potentials, Challenges and Research Directions for Developing Countries*, [w:] *6th International Conference on the Development of Biomedical Engineering in Vietnam (BME6). BME 2017. IFMBE Proceedings*, red. T. Vo Van, T. Nguyen Le, T. Nguyen Duc, Singapore 2018.
- Reed K., *Telemedicine: Benefits to Advanced Practice Nursing and the Communities they Serve*, "Journal of the American Academy of Nurse Practitioners" Nr 17/5 (2005).
- Rex M., *Human Rights and Civil Rights*, "Philosophical Studies: An International Journal for Philosophy in the Analytic Tradition" Nr 37/4 (1980).
- Reynolds H., *The Tele-ICU: Formative or Out-of-Date or Both? Practice Models and Future Directions*, [w:] *Telemedicine in the ICU*, red. M. Koenig, Cham 2019.
- Ries N., Moysa G., *Legal Protections of Electronic Health Records: Issues of Consent and Security*, "Health Law Review" Nr 14/1 (2005).
- Roffer W., *Improving Veterans' Access to Trauma Services Through Clinical Video Telehealth (CVT)*, [w:] *Career Paths in Telemental Health*, red. M. Maheu, K. Drude, S. Wright, Cham 2017.
- Rynning E., *Legal Challenges and Strategies in the Regulation of Research Biobanking*, [w:] *The Ethics of Research Biobanking*, red. J. Solbakk, S. Holm, B. Hofmann, Boston 2009.
- Ryś K., *Konstytucyjne prawo do ochrony zdrowia i prawo do szczególnej opieki zdrowotnej*, „Zeszyty Naukowe Prawa Konstytucyjnego” Nr 10 (2017).
- Saini H., Rao Y., Panda T., *Cyber-Crimes and their Impacts: A Review*, "International Journal of Engineering Research and Applications" Nr 2/2 (2012).
- Santosh K., Nilsen W., Abernethy A., Atienza A., Patrick K., Pavel M., Riley W., Shar A., Spring B., Spruijt-Metz D., Hedeker D., Honavar V., Kravitz R., Lefebvre R., Mohr D., Murphy S., Quinn C., Shusterman V., Swendeman D., *Mobile Health Technology Evaluation: The mHealth Evidence Workshop*, "American Journal of Preventive Medicine" Nr 45/2 (2013).
- Sarnecki P., *Komentarz do wolności i praw osobistych*, [w:] *Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej. Komentarz*, red. L. Garlicki, Warszawa 2002.
- Sass, H. *My Right to Care for my Health – and what about the Needy and the Elderly?*, [w:] *Rights to Health Care. Philosophy and Medicine*, red. T. Bole, W. Bondeson, Dordrecht 1991.
- Sawant S., Nair A., Sultana S., Rajendran A., Madathil K., *Evaluation of the Content Quality of YouTube Videos on Alternate Therapies for Prevention or Treatment of COVID-19*, "Journal of Consumer Health on the Internet" Nr 25/2 (2021).
- Seelman K., Hartman L., Yu D., *When Cutting Edge Technology Meets Clinical Practice: Ethical Dimensions of e-Health*, [w:] *Emerging Pervasive Information and*

- Communication Technologies (PICT). Law, Governance and Technology Series*, red. K. Pimple, Dordrecht 2014.
- Serwach M., *Prawa pacjenta do świadczeń zdrowotnych i ich kontekst*, „Polityka Społeczna” Nr 1 (2011).
- Sezgin E., *Introduction to Current and Emerging mHealth Technologies: Adoption, Implementation, and Use*, [w:] *Current and Emerging mHealth. Technologies Adoption, Implementation, and Use*, red. E. Sezgin, S. Yildirim, S. Yildirim, E. Sumuer, Cham 2018.
- Shaw D., *Overview of Telehealth and Its Application to Cardiopulmonary Physical Therapy*, „Cardiopulmonary Physical Therapy Journal” Nr 20/2 (2009).
- Shuibhne N., *The Coherence of EU Free Movement Law. Constitutional Responsibility and the Court of Justice*, Oxford 2013.
- Silva B., Rodrigues J., de la Torre Díez I., López-Coronado M., Saleem K., *Mobile-Health: A Review of Current State in 2015*, „Journal of Biomedical Informatics” Nr 56 (2015).
- Simmons S., Hamilton D., McDonald P., *Telemedicine*, [w:] *Principles of Clinical Medicine for Space Flight*, red. M. Barratt, S. Pool, New York 2008.
- Simon E., *Cyberporn and Censorship: Constitutional Barriers to Preventing Access to Internet Pornography by Minors*, „The Journal of Criminal Law and Criminology” Nr 88/3 (1998).
- Sinrod E., Reilly W., *Cyber-Crimes: A Practical Approach to the Application of Federal Computer Crime Laws*, „Santa Clara Computer and High Technology Law Journal” Nr 16/2 (2000).
- Siwicki M., *Podział i definicja cyberprzestępstw*, „Prokuratura i Prawo” Nr 7–8 (2012).
- Skibińska E., *Prawo Unii Europejskiej. Orzecznictwo*, Warszawa 2014.
- Smith R., *Core EU Legislation 2015–16*, Londyn 2015.
- Sobczak J., *Unijna sieć e-zdrowie i zasady jej funkcjonowania*, „Medyczna Wokanda” Nr 14 (2020).
- Sood S., Negash S., Mbarika V., Kifle M., Prakash N., *Differences in Public and Private Sector Adoption of Telemedicine: Indian Case Study for Sectoral Adoption*, „Studies in Health Technology and Informatics” Nr 130 (2007).
- Speer D., *Redefining Borders: The Challenges of Cybercrime*, „Crime, Law & Social Change” Nr 38 (2000).
- Spradley S., *Telemedicine: The Future of Medicine – A Case Study of Telemedicine Applications within the United States*, [w:] *Computers and Networks in the Age of Globalization. IFIP – The International Federation for Information Processing*, L. Rasmussen, C. Beardon, S. Munari, Boston 2001.
- Stajano A., *Quality, Competitiveness*, Boston 2009.
- Staszów J., *Zastrzeżenie do umowy międzynarodowej*, „Państwo i Społeczeństwo” Nr 4/1 (2004).
- Stojczew K., *Ocena wpływu pandemii COVID-19 na sytuację w branży motoryzacyjnej w Polsce*, „Studies of the Industrial Geography Commission of the Polish Geographical Society” Nr 35/2 (2021).
- Storey T., C. Turner C., *Unlocking EU Law*, Londyn–New York 2014.

- Stornaiuolo G., *L'equità e l'intervento pubblico nel campo della salute*, „Economia pubblica” Nr 35 (2005).
- Stubbs A., *Negotiating Flexibility in the European Union*, London 2002.
- Suchorzewska A., *Ochrona prawna systemów informatycznych wobec zagrożenia terroryzmem*, Warszawa 2010.
- Sulmasy D., *Dignity, Rights, Health Care, and Human Flourishing*, [w:] *Autonomy and Human Rights in Health Care. International Library of Ethics, Law, and the New Medicine*, red. D. Weisstub, G. Pintos, Dordrecht 2008.
- Surówka A., *Miejsce konstytucyjnego prawa do ochrony zdrowia w systemie praw i wolności człowieka i obywatela*, „Przegląd Prawa Konstytucyjnego” Nr 3 (2012).
- Surówka A., *Prawo do ochrony zdrowia*, [w:] *Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej. Komentarz encyklopedyczny*, red. W. Skrzydło, S. Grabowska, R. Grabowski, Warszawa 2009.
- Surya S., Ravi R., *Damage Detection and Evaluation in Wireless Sensor Network for Structural Health Monitoring*, [w:] *Intelligent Communication Technologies and Virtual Mobile Networks. ICICV 2019. Lecture Notes on Data Engineering and Communications Technologies*, red. S. Balaji, Á. Rocha, Y. Chung YN, Cham 2020, s. 207.
- Švedas G., *Prevention of Illicit Trade in Tobacco Products: Experience of Lithuania*, [w:] *Combatting Illicit Trade on the EU Border*, red. C. Nowak, Cham 2021.
- Syrpis P. (red.), *The Judiciary, the Legislature and the EU Internal Market*, Cambridge 2012.
- Szewczyk P., *Cztery swobody wspólnego rynku Euroazjatyckiej Unii Gospodarczej*, „Opolskie Studia Administracyjno-Prawne” Nr 14/4 (2016).
- Szpunar M., *The Authority of EU Law: The Case of Horizontal Application of Fundamental Rights*, [w:] *The Authority of EU Law*, red. W. Heusel, J. Ragueade, Heidelberg 2019.
- Szymanek K., *Sztuka argumentacji. Słownik terminologiczny*, Warszawa 2004.
- Tallacchini M., *Medical Technologies and EU Law: The Evolution of Regulatory Approaches and Governance*, [w:] *New Technologies and EU Law*, red. M. Cremona, Oxford 2017.
- Tarapata S., *Przedmiot czynności wykonawczej a przedmiot służący do popełnienia przestępstwa. Uwagi na marginesie uchwały Sądu Najwyższego z 30 października 2008 r. (sygn. akt I KZP 20/08)*, „Czasopismo Prawa Karnego i Nauk Penalnych” Nr 3 (2009).
- Tarkar P., *Impact of COVID-19 Pandemic on Education System*, „International Journal of Advanced Science and Technology” Nr 29/9 (2020).
- Terry N., *Structural and Legal Implications of e-Health*, „Journal of Health Law” Nr 33/4 (2000).
- Theoret C., Ming X., *Our Education, our Concerns: The Impact on Medical Student Education of COVID-19*, „Medical Education” Nr 54/7 (2020).
- Tiedemann G., Sethe S., *Regulatory Frameworks for Cell and Tissue Based Therapies in Europe and the USA*, [w:] *Regenerative Medicine*, red. G. Steinhoff, Dordrecht 2013.
- Toebes B., M. San Giorgi, *Dutch Realities: Evaluating Health Care Reform in the Netherlands from a Human Rights Perspective*, [w:] *The Right to Health*, red. B. Toebes, R. Ferguson, M. Markovic, O. Nnamuchi, Haga 2014.

- Tomaszewski K., *Rynek wewnętrzny Unii Europejskiej – szansą i wyzwaniem dla obywateli*, „Studia Europejskie” Nr 2 (2003).
- Tomossy G., *Human Rights, Health Care and Biomedical Innovation: Confronting The Research Imperative*, [w:] *Autonomy and Human Rights in Health Care. International Library of Ethics, Law, and the New Medicine*, red. D. Weisstub, G. Pintos, Dordrecht 2008.
- Toshkov D., *Embracing European Law: Compliance with EU Directives in Central and Eastern Europe*, „European Union Politics” Nr 9 (2008).
- Traczyk S., „Zamaskowany” sędzia, czyli o wymiarze sprawiedliwości podczas COVID-19, [w:] *Państwo i prawo w czasach COVID-19*, red. K. Stępnia, Warszawa 2020.
- Tran H., *Political Elite Behavior Effectiveness in Combating the Covid-19 Pandemic: A Case Study of Vietnam*, „Journal of Eastern European and Central Asian Research” Nr 8/2 (2021).
- Tridimas T., *The Principle of Proportionality*, [w:] *Oxford Principles of European Union Law: The European Union Legal Order*, red. R. Schütze, T. Tridimas, Oxford 2018.
- Trócsányi L., *Wokół prac nad ustawą zasadniczą Węgier. Tożsamość konstytucyjna a integracja europejska*, Warszawa 2017.
- Tu J., *Health Care Transformation in Contemporary China*, Singapore 2019.
- Urbaniak M., *Konstytucyjne prawo do ochrony zdrowia*, [w:] *Szanse i bariery w ochronie zdrowia. Wybrane aspekty organizacyjne, prawnicze i psychologiczne*, red. M. Głowacka, E. Mojs, Poznań 2008.
- Uścińska G., *Zabezpieczenie społeczne osób korzystających z prawa do przemieszczania się w Unii Europejskiej*, Warszawa 2013.
- van de Gronden J., *Free Movement of Services and the Right of Establishment: Does EU Internal Market Law Transform the Provision of SSGI?*, [w:] *Social Services of General Interest in the EU. Legal Issues of Services of General Interest*, red. U. Neergaard, E. Szyszczak, J. van de Gronden, M. Krajewski, Haga 2013.
- Van Dyk L., *A Review of Telehealth Service Implementation Frameworks*, „International Journal of Environmental Research and Public Health” Nr 11/2 (2014).
- Van Panhuys H., Brinkhorst L., Maas H., Van Leeuwen Boomkamp M., *The European Coal and Steel Community*, [w:] *International Organisation and Integration*, red. H. Van Panhuys, L. Brinkhorst, H. Maas, M. Van Leeuwen Boomkamp, Boston 1968.
- Van Panhuys H., Brinkhorst L., Maas H., Van Leeuwen Boomkamp M., *The European Economic Community*, [w:] *International Organisation and Integration*, red. H. Van Panhuys, L. Brinkhorst, H. Maas, M. Van Leeuwen Boomkamp, Boston 1968.
- Van Panhuys H., Brinkhorst L., Maas H., Van Leeuwen Boomkamp M., *The “Merger Treaty”*, [w:] *International Organisation and Integration*, red. H. Van Panhuys, L. Brinkhorst, H. Maas, M. Van Leeuwen Boomkamp, Boston 1968.
- Vanhoonacker S., *The Amsterdam Treaty: Modest Reforms*, [w:] *Designing the European Union*, red. F. Laursen, Londyn 2012.
- Venkatasubramanian K., Deng G., Mukherjee T., Quintero J., Annamalai V., Gupta S., Ayushman: *A Wireless Sensor Network Based Health Monitoring Infrastructure and Testbed*, [w:] *Distributed Computing in Sensor Systems. DCOSS 2005. Lecture Notes in Computer Science*, red. V. Prasanna, S. Iyengar, P. Spirakis, M. Welsh, Berlin 2005.

- Venot A., Burgun A., Després S., Degoule P., *Medical Informatics as a Scientific Discipline*, [w:] *Medical Informatics, e-Health. Health Informatics*, red. A. Venot, A. Burgun, C. Quantin, Paryż 2014.
- Vermeulen G., *Essential Texts on International and European Criminal Law*, Antwerpia 2012.
- Voogsgeerd H., *The European Court of Justice and Legal Pluralism: The Case Law of the “Four Freedoms” and the Pluralist Construction of the Legal System of the European Community*, [w:] *Governance and International Legal Theory. Nova et Vetera Iuris Gentium*, red. I. Dekker, W. Werner, Dordrecht 2004.
- Walden I., *Harmonising Computer Crime Laws in Europe*, “European Journal of Crime, Criminal Law and Criminal Justice” Nr 12/4 (2004).
- Waldenström J., Hersch J., Barber B., Burgen A., Berry C., Arrow K., Strøm A., Zuckerman L., *The Right to Health*, [w:] *The Challenge of Life. Experientia Supplementum*, red. R. Kunz, H. Fehr, Basel 1972.
- Walker L., *The Right to Health and Access to Health Care in Saudi Arabia with a Particular Focus on the Women and Migrants*, [w:] *The Right to Health*, red. B. Toebes, R. Ferguson, M. Markovic, O. Nnamuchi, Haga 2014.
- Wall D., *Towards a Conceptualisation of Cloud (Cyber) Crime*, [w:] *Human Aspects of Information Security, Privacy and Trust*, red. T. Tryfonas, Cham 2017.
- Wall D., *What Are Cybercrimes?*, “Criminal Justice Matters” Nr 58/1 (2004).
- Walsh A., Paxton J., *Competition Policy*, London 1975.
- Waltoś S., P. Hofmański, *Proces karny. Zarys systemu*, Warszawa 2015.
- Wang H., Gan J., Chen J., Ouyang Z., *Automatic Detecting for COVID-19-Related Rumors Data on Internet*, “9th International Conference on Communications and Broadband Networking ICCBN 2021” (2021).
- Wang S., *Measures of Retaining Digital Evidence to Prosecute Computer-based Cyber-crimes*, „Computer Standards and Interfaces” Nr 29 (2007).
- Wang X., Love P., Kim M., Wang W., *Mutual Awareness in Collaborative Design: An Augmented Reality Integrated Telepresence System*, “Computers in Industry” Nr 65/2 (2014).
- Warren M., *The Digital Vicious Cycle: Links between Social Disadvantage and Digital Exclusion in Rural Areas*, “Telecommunications Policy” Nr 31/6–7 (2007).
- Warren S., Oxburgh G., Briggs P., Wall D., *How Might Crime-Scripts Be Used to Support the Understanding and Policing of Cloud Crime?*, [w:] *Human Aspects of Information Security, Privacy and Trust*, red. T. Tryfonas, Cham 2017.
- Wąsik D., Wąsik N., *Ustawa o wyrobach medycznych. Komentarz*, Warszawa 2015.
- Wasilewski J., *Przestępczość w cyberprzestrzeni – zagadnienia definicyjne*, „Przegląd bezpieczeństwa wewnętrznego” Nr 8/15 (2016).
- Watson A., *Aspects of European Monetary Integration*, Londyn 1997. Weatherill S., *Cases and Materials on EU Law*, Oxford 2016.
- Weber A., *The Council of Europe’s Convention on Cybercrime*, “Berkeley Technology Law Journal” Nr 18/1 (2003).
- Weil G., *The Merger of the Institutions of the European Communities*, “American Journal of International Law” Nr 61/1 (1967).

- Weinstein R., Lopez A., Joseph B., Erps K., Holcomb M., Barker G., Krupinski E., *Telemedicine, Telehealth, and Mobile Health Applications that Work: Opportunities and Barriers*, “The American Journal of Medicine” Nr 127/3 (2014).
- Weiss F., Kaupa C., *European Union Internal Market Law*, Cambridge 2014.
- Wessels W., *EPC After the Single European Act: Towards a European Foreign Policy via Treaty Obligations?*, [w:] *The Future of European Political Cooperation*, red. M. Holland, Londyn 1991.
- Wiberg M., *The EU Services Directive: Law or Simply Policy?. Legal Issues of Services of General Interest*, Haga 2014.
- Wible B., *A Site where Hackers are Welcome: Using Hack-In Contests to Shape Preferences and Deter Computer Crime*, “The Yale Law Journal” Nr 112/6 (2003).
- Wielec M., *Wartości – analiza z perspektywy osobliwości postępowania karnego*, Lublin 2017.
- Wójtowicz K., *Bezpośredni skutek przepisów prawa wspólnotowego w porządku prawnym RP*, „Kwartalnik Prawa Publicznego” Nr 4/2 (2004).
- Wouters J., Coppens D., De Meester B., *The European Union’s External Relations after the Lisbon Treaty*, [w:] *The Lisbon Treaty*, red. S. Griller, J. Ziller, Wiedeń 2008.
- Wróbel M., *Cyberprzestępczość w polskim systemie prawnym*, „Wiedza Obronna” Nr 4 (2014).
- Wu C., *The Right to Health in Taiwan: Implications and Challenges*, [w:] *Taiwan and International Human Rights. Economics, Law, and Institutions in Asia Pacific*, red. J. Cohen, W. Alford, C. Lo, Singapore 2019.
- Wybór dokumentów prawa międzynarodowego dotyczących praw człowieka*, red. M. Zubik, Tom II, Warszawa 2008.
- Young A., Birkinshaw P., Mitsilegas V., Christou T., *Europe’s Gift to the United Kingdom’s Unwritten Constitution – Juridification*, [w:] *National Constitutions in European and Global Governance: Democracy, Rights, the Rule of Law*, red. A. Albi, S. Bardutzky, Haga 2019.
- Young J., *Surfing while Muslim: Privacy, Freedom of Expression and the Unintended Consequences of Cybercrime Legislation – A Critical Analysis of the Council of Europe Convention on Cybercrime and the Canadian Lawful Access Proposal*, “Yale Journal of Law & Technology” Nr 7 (2004).
- Young M., Himmelreich J., Honcharov D., Soundarajan S., *The Right Tool for the Job? Assessing the Use of Artificial Intelligence for Identifying Administrative Errors*, “22nd Annual International Conference on Digital Government Research: Digital Innovations for Public Values: Inclusive Collaboration and Community DGO 2021” (2021).
- Yuan H., *Herding Effect in China’s a Share Stock Market under COVID-19 Pandemic*, “7<sup>th</sup> International Conference on E Business and Applications ICEBA 2021” (2021).
- Zawadzka B., *Prawa ekonomiczne, socjalne i kulturalne*, Warszawa 1996.
- Zawadzka-Łojek A., Łazowski A. (red.), *Instytucje i Porządek prawny. Prawo materialne*, Warszawa 2017.
- Zbinden M., *Implications of the Intergovernmental Conference and the Treaty of Amsterdam for Small EU Member States*, [w:] *Small States Inside and Outside the European Union*, red. L. Goetschel, Boston 1998.

- Zbrojewska M., Mosorov V., Biedron S., Panskyi T., *Jak definiujemy cyberprzestępstwo?*, „Informatyka, Automatyka, Pomiary w Gospodarce i Ochronie Środowiska” Nr 2 (2016).
- Zhang L., Lao L., Wu K., Liu Q., Wu X., *Research in Development on Wireless Health Care of Infants*, [w:] *7th Asian-Pacific Conference on Medical and Biological Engineering. IFMBE Proceedings*, red. Y. Peng, X. Weng, Berlin 2008.
- Zhelyazkova A., Torenvlied R., *The Time-Dependent Effect of Conflict in the Council on Delays in the Transposition of EU Directives*, „European Union Politics” Nr 10 (2009).
- Ziller J., *The Law and Politics of the Ratification of the Lisbon Treaty*, [w:] *The Lisbon Treaty*, red. S. Griller, J. Ziller, Wiedeń 2008.
- Ziller J., *The Treaty of Lisbon: Constitutional Treaty, Episode II*, [w:] *Designing the European Union*, red. F. Laursen, Londyn 2012.
- Zimpfer M., *Telemedicine: Steps into the Future*, [w:] *Anaesthesia, Pain, Intensive Care and Emergency Medicine – A.P.I.C.E.*, red. A. Gullo, Milano 1999.
- Zoll A., *Problemy służby zdrowia w świetle doświadczeń RPO*, „Prawo i Medycyna” Nr 3/8 (2000).
- Zúquete A., Gomes H., Cunha J., *Authentication Architecture for Region-Wide e-Health System with Smartcards and a PKI*, [w:] *Biomedical Engineering Systems and Technologies. BIOSTEC 2008. Communications in Computer and Information Science*, red. A. Fred, J. Filipe, H. Gamboa, Berlin 2008.

## Orzecznictwo:

- Daubert przeciwko Merrell Dow Pharmaceuticals, Inc., 509 U.S. 579.
- Frye przeciwko Stanom Zjednoczonym Ameryki 293 F. 1013 (D.C. Cir. 1923).
- Opinia Rzecznika Generalnego Tesouro w sprawie C-120/95 w postępowaniu Nicolas Decker przeciwko Caisse de maladie des employés privés (ECLI:EU:C:1997:399).
- Wyrok Trybunału Sprawiedliwości Unii Europejskiej z dnia 5 lutego 1963 roku w sprawie C-26/62 w postępowaniu NV Algemene Transport- en Expeditie Onderneming van Gend & Loos przeciwko Nederlandse administratie der belastingen (ECLI:EU:C:1963:1).
- Wyrok Trybunału Sprawiedliwości Unii Europejskiej z dnia 10 grudnia 1968 roku w sprawie C-7/68 w postępowaniu Komisja Wspólnot Europejskich przeciwko Republice Włoskiej (ECLI:EU:C:1968:51).
- Wyrok Trybunału Sprawiedliwości Unii Europejskiej z dnia 1 lipca 1969 roku w sprawie C-24/68 w postępowaniu Komisja Wspólnot Europejskich przeciwko Republice Włoskiej (ECLI:EU:C:1969:29).
- Wyrok Trybunału Sprawiedliwości Unii Europejskiej z dnia 17 grudnia 1970 roku w sprawie C-30/70 w postępowaniu Otto Scheer przeciwko Einfuhr- und Vorratsstelle für Getreide und Futtermittel (ECLI:EU:C:1970:117).
- Wyrok Trybunału Sprawiedliwości Unii Europejskiej z dnia 17 maja 1972 roku w sprawie C-93/71 w postępowaniu Orsolina Leonesio przeciwko Ministero dell'Agricoltura e Foreste della Repubblica Italiana (ECLI:EU:C:1972:39).
- Wyrok Trybunału Sprawiedliwości Unii Europejskiej z dnia 11 lipca 1974 roku w sprawie C-8/74 w postępowaniu Procureur du Roi przeciwko Benoît i Gustave Dassonville (ECLI:EU:C:1974:82).
- Wyrok Trybunału Sprawiedliwości Unii Europejskiej z dnia 31 października 1974 roku w sprawie C-15/74 w postępowaniu Centrafarm BV i Adriaan de Peijper przeciwko Sterling Drug Inc (ECLI:EU:C:1974:114).
- Wyrok Trybunału Sprawiedliwości Unii Europejskiej z dnia 3 grudnia 1974 roku w sprawie C-33/74 w postępowaniu Johannes Henricus Maria van Binsbergen przeciwko Bestuur van de Bedrijfsvereniging voor de Metaalnijverheid (ECLI:EU:C:1974:131).
- Wyrok Trybunału Sprawiedliwości Unii Europejskiej z dnia 4 grudnia 1974 roku w sprawie C-41/74 w postępowaniu Yvonne van Duyn przeciwko Home Office (ECLI:EU:C:1974:133).
- Wyrok Trybunału Sprawiedliwości Unii Europejskiej z dnia 14 lutego 1978 roku w sprawie C-27/76 w postępowaniu United Brands Company i United Brands Continentaal BV przeciwko Komisji Wspólnot Europejskich (ECLI:EU:C:1978:22).
- Wyrok Trybunału Sprawiedliwości Unii Europejskiej z dnia 13 lutego 1979 roku w sprawie C-85/76 w postępowaniu Hoffmann-La Roche & Co. AG przeciwko Komisji Wspólnot Europejskich (ECLI:EU:C:1979:36).
- Wyrok Trybunału Sprawiedliwości Unii Europejskiej z dnia 20 lutego 1979 roku w sprawie C-120/78 w postępowaniu Rewe-Zentral AG przeciwko Bundesmonopolverwaltung für Branntwein (ECLI:EU:C:1979:42).



- Wyrok Trybunału Sprawiedliwości Unii Europejskiej z dnia 27 lutego 1980 roku w sprawie C-168/78 w postępowaniu Komisja Wspólnot Europejskich przeciwko Republice Francuskiej (ECLI:EU:C:1980:51).
- Wyrok Trybunału Sprawiedliwości Unii Europejskiej z dnia 23 marca 1982 roku w sprawie C-53/81 w postępowaniu D.M. Levin przeciwko Staatssecretaris van Justitie (ECLI:EU:C:1982:105).
- Wyrok Trybunału Sprawiedliwości Unii Europejskiej z dnia 13 lipca 1983 roku w sprawie C-152/82 w postępowaniu Sandro Forcheri i jego żona Marisa Forcheri, née Marino przeciwko Belgii oraz asbl Institut Supérieur de Sciences Humaines Appliquées – Ecole Ouvrière Supérieur (ECLI:EU:C:1983:205).
- Wyrok Trybunału Sprawiedliwości Unii Europejskiej z dnia 15 grudnia 1983 roku w sprawie C-5/83 w postępowaniu przeciwko H.G. Rienks (ECLI:EU:C:1983:382).
- Wyrok Trybunału Sprawiedliwości Unii Europejskiej z dnia 18 stycznia 1984 roku w sprawie C-327/82 w postępowaniu Ekro Vee en-Vleeshandel v. Produktschap voor Vee en Vlees (ECLI:EU:C:1984:11).
- Wyrok Trybunału Sprawiedliwości Unii Europejskiej z dnia 31 stycznia 1984 roku w sprawach połączonych C-286/82 oraz C-26/83 w postępowaniu Graziana Luisi i Giuseppe Carbone przeciwko Ministero del Tesoro (ECLI:EU:C:1984:35).
- Wyrok Trybunału Sprawiedliwości Unii Europejskiej z dnia 3 lipca 1986 roku w sprawie C-66/85 w postępowaniu Deborah Lawrie-Blum przeciwko Land Baden-Württemberg (ECLI:EU:C:1986:284).
- Wyrok Trybunału Sprawiedliwości Unii Europejskiej z dnia 4 grudnia 1986 roku w sprawie C-220/83 w postępowaniu Komisja Wspólnot Europejskich przeciwko Republice Francuskiej (ECLI:EU:C:1986:461).
- Wyrok Trybunału Sprawiedliwości Unii Europejskiej z dnia 15 października 1987 roku w sprawie C-222/86 w postępowaniu Union nationale des entraîneurs et cadres techniques professionnels du football (Unectef) przeciwko Georges Heylens i innym (ECLI:EU:C:1987:442).
- Wyrok Trybunału Sprawiedliwości Unii Europejskiej z dnia 27 września 1988 roku w sprawie C-18/87 Komisja Wspólnot Europejskich przeciwko Republice Federalnej Niemiec (ECLI:EU:C:1988:453).
- Wyrok Trybunału Sprawiedliwości Unii Europejskiej z dnia 3 października 1990 roku w sprawie C-61/89 w postępowaniu przeciwko Marc Gaston Bouchoucha (ECLI:EU:C:1990:343).
- Wyrok Trybunału Sprawiedliwości Unii Europejskiej z dnia 19 marca 1991 roku w sprawie C-205/89 w postępowaniu Komisja Wspólnot Europejskich przeciwko Republice Greckiej (ECLI:EU:C:1991:123).
- Wyrok Trybunału Sprawiedliwości Unii Europejskiej z dnia 7 maja 1991 roku w sprawie C-340/89 w postępowaniu Irène Vlassopoulou przeciwko Ministerium für Justiz, Bundes- und Europaangelegenheiten Baden-Württemberg (ECLI:EU:C:1991:193).
- Wyrok Trybunału Sprawiedliwości Unii Europejskiej z dnia 25 lipca 1991 roku w sprawie C-76/90 w postępowaniu Manfred Säger przeciwko Dennemeyer & Co. Ltd (ECLI:EU:C:1991:331).

- Wyrok Trybunału Sprawiedliwości Unii Europejskiej z dnia 4 października 1991 roku w sprawie C-159/90 w postępowaniu The Society for the Protection of Unborn Children Ireland Ltd przeciwko Stephen Grogan i innym (ECLI:EU:C:1991:378).
- Wyrok Trybunału Sprawiedliwości Unii Europejskiej z dnia 14 listopada 1995 roku w sprawie C-484/93 w postępowaniu Peter Svensson i Lena Gustavsson przeciwko Ministre du Logement et de l'Urbanisme (ECLI:EU:C:1995:379).
- Wyrok Trybunału Sprawiedliwości Unii Europejskiej z dnia 30 listopada 1995 roku w sprawie C-55/94 w postępowaniu Reinhard Gebhard przeciwko Consiglio dell'Ordine degli Avvocati e Procuratori di Milano (ECLI:EU:C:1995:411).
- Wyrok Trybunału Sprawiedliwości Unii Europejskiej z dnia 15 grudnia 1995 roku w sprawie C-415/93 w postępowaniu Union royale belge des sociétés de football association ASBL przeciwko Jean-Marc Bosman, Royal club liégeois SA przeciwko Jean-Marc Bosman i innym oraz Union des associations européennes de football (UEFA) przeciwko Jean-Marc Bosman (ECLI:EU:C:1995:463).
- Wyrok Trybunału Sprawiedliwości Unii Europejskiej z dnia 26 czerwca 1997 roku w sprawie C-368/95 w postępowaniu Vereinigte Familiapress Zeitungsverlags- und vertriebs GmbH przeciwko Heinrich Bauer Verlag (ECLI:EU:C:1997:325).
- Wyrok Trybunału Sprawiedliwości Unii Europejskiej z dnia 9 grudnia 1997 roku w sprawie C-265/95 w postępowaniu Komisja Wspólnot Europejskich przeciwko Republice Francuskiej (ECLI:EU:C:1997:595).
- Wyrok Trybunału Sprawiedliwości Unii Europejskiej z dnia 28 kwietnia 1998 roku w sprawie C-158/96 w postępowaniu Raymond Kohll przeciwko Union des caisses de maladie (ECLI:EU:C:1998:171).
- Wyrok Trybunału Sprawiedliwości Unii Europejskiej z dnia 12 maja 1998 roku w sprawie C-85/96 w postępowaniu María Martínez Sala przeciwko Freistaat Bayern (ECLI:EU:C:1998:217).
- Wyrok Trybunału Sprawiedliwości Unii Europejskiej z dnia 16 lipca 1998 roku w sprawie C-93/97 w postępowaniu Fédération belge des chambres syndicales de médecins ASBL przeciwko Gouvernement flamand, Gouvernement de la Communauté française i Conseil des ministres (ECLI:EU:C:1998:375).
- Wyrok Trybunału Sprawiedliwości Unii Europejskiej z dnia 26 stycznia 1999 roku w sprawie C-18/95 w postępowaniu F.C. Terhoeve przeciwko Inspecteur van de Belastingdienst Particulieren/Ondernemingen buitenland (ECLI:EU:C:1999:22).
- Wyrok Trybunału Sprawiedliwości Unii Europejskiej z dnia 9 marca 1999 roku w sprawie C-212/97 Centros Ltd przeciwko Erhvervs-og Selskabsstyrelsen (ECLI:EU:C:1999:126).
- Wyrok Trybunału Sprawiedliwości Unii Europejskiej z dnia 3 lutego 2000 roku w sprawie C-228/98 w postępowaniu Charalampos Dounias przeciwko Ypourgio Oikonomikon (ECLI:EU:C:2000:65).
- Wyrok Trybunału Sprawiedliwości Unii Europejskiej z dnia 6 czerwca 2000 roku w sprawie C-281/98 w postępowaniu Roman Angonese przeciwko Cassa di Risparmio di Bolzano SpA (ECLI:EU:C:2000:296).

- Wyrok Trybunału Sprawiedliwości Unii Europejskiej z dnia 15 czerwca 2000 roku w sprawie C-302/98 w postępowaniu Manfred Seherer przeciwko Bundesknappschaft (ECLI:EU:C:2000:322).
- Wyrok Trybunału Sprawiedliwości Unii Europejskiej z dnia 29 listopada 2001 roku w sprawie C-17/00 w postępowaniu François De Coster przeciwko Collège des bourgmestre et échevins de Watermael-Boitsfort (ECLI:EU:C:2001:651).
- Wyrok Trybunału Sprawiedliwości Unii Europejskiej z dnia 22 stycznia 2002 roku w sprawie C-390/99 w postępowaniu Canal Satélite Digital SL przeciwko Administración General del Estado, przy udziale Distribuidora de Televisión Digital SA (DTS) (ECLI:EU:C:2002:34).
- Wyrok Trybunału Sprawiedliwości Unii Europejskiej z dnia 4 czerwca 2002 roku w sprawie C-503/99 w postępowaniu Komisja Wspólnot Europejskich przeciwko Królestwu Belgii (ECLI:EU:C:2002:328).
- Wyrok Trybunału Sprawiedliwości Unii Europejskiej z dnia 5 listopada 2002 roku w sprawie C-208/00 w postępowaniu Überseering BV przeciwko Nordic Construction Company Baumanagement GmbH (NCC) (ECLI:EU:C:2002:632).
- Wyrok Trybunału Sprawiedliwości Unii Europejskiej z dnia 13 maja 2003 roku w sprawie C-385/99 w postępowaniu V.G. Müller-Fauré przeciwko Onderlinge Waarborgmaatschappij OZ Zorgverzekeringen UA i E.E.M. van Riet przeciwko Onderlinge Waarborgmaatschappij ZAO Zorgverzekeringen (ECLI:EU:C:2003:270).
- Wyrok Trybunału Sprawiedliwości Unii Europejskiej z dnia 12 czerwca 2003 roku w sprawie C-112/00 w postępowaniu Eugen Schmidberger, Internationale Transporte und Planzüge przeciwko Austrii (ECLI:EU:C:2003:333).
- Wyrok Trybunału Sprawiedliwości Unii Europejskiej z dnia 9 września 2004 roku w sprawie C-81/03 w postępowaniu Komisja przeciwko Austrii (ECLI:EU:C:2004:508).
- Wyrok Trybunału Sprawiedliwości Unii Europejskiej z dnia 17 marca 2005 roku w sprawie C-109/04 w postępowaniu Karl Robert Kranemann przeciwko Land Nordrhein-Westfalen (ECLI:EU:C:2005:187).
- Wyrok Trybunału Sprawiedliwości Unii Europejskiej z dnia 8 września 2005 roku w sprawie połączonych C-544/03 i C-545/03 w postępowaniu Mobistar SA przeciwko Commune de Fléron i Belgacom Mobile SA przeciwko Commune de Schaerbeek (ECLI:EU:C:2005:518).
- Wyrok Trybunału Sprawiedliwości Unii Europejskiej z dnia 23 lutego 2006 roku w sprawie C-513/03 w postępowaniu Spadkobiercy M. E. A. van Hilten-van der Heijden przeciwko Inspecteur van de Belastingdienst/Particulieren/Ondernemingen buitenland te Heerlen (ECLI:EU:C:2006:131).
- Wyrok Trybunału Sprawiedliwości Unii Europejskiej z dnia 5 grudnia 2006 roku w sprawach połączonych C-94/04 i C-202/04 w postępowaniu Federico Cipolla przeciwko Rosaria Portolese, po mężu Fazari i Stefano Macrino i Claudia Capoparte przeciwko Roberto Meloni (ECLI:EU:C:2006:758).
- Wyrok Trybunału Sprawiedliwości Unii Europejskiej z dnia 16 maja 2006 roku w sprawie C-372/04 w postępowaniu Yvonne Watts przeciwko Bedford Primary Care Trust i Secretary of State for Health (ECLI:EU:C:2006:325).

- Wyrok Trybunału Sprawiedliwości Unii Europejskiej z dnia 11 stycznia 2007 roku w sprawie C-208/05 w postępowaniu ITC Innovative Technology Center GmbH przeciwko Bundesagentur für Arbeit (ECLI:EU:C:2007:16).
- Wyrok Trybunału Sprawiedliwości Unii Europejskiej z dnia 14 czerwca 2007 roku w sprawie C 6/05 w postępowaniu Medipac-Kazantzidis AE przeciwko Venizeleio-Pananeio (PE.S.Y. KRITIS) (ECLI:EU:C:2007:337).
- Wyrok Trybunału Sprawiedliwości Unii Europejskiej z dnia 11 września 2007 roku w sprawie C-76/05 w postępowaniu Herbert Schwarz i Marga Gootjes-Schwarz przeciwko Finanzamt Bergisch Gladbach (ECLI:EU:C:2007:492).
- Wyrok Trybunału Sprawiedliwości Unii Europejskiej z dnia 11 grudnia 2007 roku w sprawie C-438/05 w postępowaniu International Transport Workers' Federation i Finnish Seamen's Union przeciwko Viking Line ABP i OÜ Viking Line Eesti (ECLI:EU:C:2007:772).
- Wyrok Trybunału Sprawiedliwości Unii Europejskiej z dnia 13 grudnia 2007 roku w sprawie C-250/06 w postępowaniu United Pan-Europe Communications Belgium SA i inni przeciwko państwu belgijskiemu (ECLI:EU:C:2007:783).
- Wyrok Trybunału Sprawiedliwości Unii Europejskiej z dnia 23 kwietnia 2009 roku w sprawie C-544/07 w postępowaniu Uwe Ruffler przeciwko Dyrektorowi Izby Skarbowej we Wrocławiu Ośrodek Zamiejscowy w Wałbrzychu (ECLI:EU:C:2009:258).
- Wyrok Trybunału Sprawiedliwości Unii Europejskiej z dnia 4 czerwca 2009 roku w sprawie C-142/05 w postępowaniu Åklagaren przeciwko Percy Mickelsson i Joakim Roos (ECLI:EU:C:2009:336); z dnia 4 grudnia 1974 roku w sprawie C-41/74 w postępowaniu Yvonne van Duyn przeciwko Home Office (ECLI:EU:C:1974:133).
- Wyrok Trybunału Sprawiedliwości Unii Europejskiej z dnia 5 października 2010 roku w sprawie C-173/09 w postępowaniu Georgi Ivanov Elchinov przeciwko Natsionalna zdravnoosiguritelna kasa (ECLI:EU:C:2010:581).
- Wyrok Trybunału Sprawiedliwości Unii Europejskiej z dnia 5 października 2010 roku w sprawie C-512/08 w postępowaniu Komisja Europejska przeciwko Republice Francuskiej (ECLI:EU:C:2010:579).
- Wyrok Trybunału Sprawiedliwości Unii Europejskiej z dnia 27 października 2011 roku w sprawie C-255/09 w postępowaniu Komisja Europejska przeciwko Republice Portugalskiej (ECLI:EU:C:2011:695).
- Wyrok Trybunału Sprawiedliwości Unii Europejskiej z dnia 22 listopada 2012 roku w sprawie C-219/11 w postępowaniu Brain Products GmbH przeciwko BioSemi VOF, Antonius Pieter Kuiper, Robert Jan Gerard Honsbeek, Alexander Coenraad Metting van Rijn (ECLI:EU:C:2012:742).
- Wyrok Trybunału Sprawiedliwości Unii Europejskiej z dnia 12 września 2013 roku w sprawie C-475/11 w postępowaniu przeciwko Kostas Konstantinides (ECLI:EU:C:2013:542).
- Wyrok Trybunału Sprawiedliwości Unii Europejskiej z dnia 11 listopada 2014 roku w sprawie C-333/13 w postępowaniu Elisabeta Dano i Florin Dano przeciwko Jobcenter Leipzig (ECLI:EU:C:2014:2358).

Wyrok Trybunału z dnia 12 lipca 2001 roku w sprawie C-157/99 w postępowaniu B.S.M. Smits, małżonka Geraets, przeciwko Stichting Ziekenfonds VGZ i H.T.M. Peerbooms przeciwko Stichting CZ Groep Zorgverzekeringen (ECLI:EU:C:2001:404).

## Źródła prawa:

- Afrykańska Karta Praw Człowieka i Ludów z 27 czerwca 1981 roku.
- Akt Paryski Konwencji Berneńskiej o Ochronie Dzieł Literackich i Artystycznych sporządzony w Paryżu dnia 24 lipca 1971 roku (Dz.U. z 1990 r. Nr 82, poz. 474).
- Decyzja Parlamentu Europejskiego i Rady nr 1082/2013/UE z dnia 22 października 2013 roku w sprawie poważnych transgranicznych zagrożeń zdrowia oraz uchylająca decyzję nr 2119/98/WE (Dz.Urz. UE L 293 z 5.11.2013 r.).
- Decyzja Wykonawcza Komisji (UE) 2019/1765 z dnia 22 października 2019 roku ustanawiająca zasady utworzenia sieci organów krajowych odpowiedzialnych za e-zdrowie, zarządzania tą siecią i jej funkcjonowania oraz uchylająca decyzję wykonawczą 2011/890/UE (Dz.Urz. UE L 270 z 24.10.2019 r.).
- Decyzja Wykonawcza Komisji (UE) 2020/1023 z dnia 15 lipca 2020 roku zmieniająca decyzję wykonawczą (UE) 2019/1765 w zakresie transgranicznej wymiany danych między krajowymi aplikacjami mobilnymi służącymi do ustalania kontaktów zakaźnych i ostrzegania w związku ze zwalczaniem pandemii COVID-19 (Dz.Urz. UE L 2271 z 16.07.2020 r.).
- Decyzja Wykonawcza Komisji (UE) 2021/1073 z dnia 28 czerwca 2021 roku ustanawiająca specyfikacje techniczne i zasady do celów wdrożenia ram zaufania unijnych cyfrowych zaświadczeń COVID ustanowionych rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2021/953 (Dz.Urz. UE L 230 z 30.06.2021 r.).
- Dekret królewski 81/2014 z dnia 7 lutego ustanawiający zasady świadczenia transgranicznej opieki zdrowotnej oraz zmieniający dekret królewski 1718/2010 w sprawie przepisywania i wydawania orzeczeń lekarskich (org. Real Decreto 81/2014, de 7 de febrero, por el que se establecen normas para garantizar la asistencia sanitaria transfronteriza, y por el que se modifica el Real Decreto 1718/2010, de 17 de diciembre, sobre receta médica y órdenes de dispensación) (publikacja urzędowa: Boletín Oficial del Estado [B.O.E]; numer Dz.U.: 34/2014; data publikacji: 8.02.2014 r.).
- Dyrektywa 2002/98/WE Parlamentu europejskiego i rady z dnia 27 stycznia 2003 roku ustanawiająca normy jakości i bezpiecznego pobierania, testowania, przetwarzania, przechowywania i dystrybucji krwi ludzkiej i składników krwi oraz zmieniająca dyrektywę 2001/83/WE (Dz.Urz. UE L 33 z 8.02.2003 r.).
- Dyrektywa 2004/23/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 31 marca 2004 roku w sprawie ustalenia norm jakości i bezpiecznego oddawania, pobierania, testowania, przetwarzania, konserwowania, przechowywania i dystrybucji tkanek i komórek ludzkich (Dz.Urz. UE L 102 z 7.04.2004 r.).
- Dyrektywa 2004/38/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 29 kwietnia 2004 roku w sprawie prawa obywateli Unii i członków ich rodzin do swobodnego przemieszczania się i pobytu na terytorium Państw Członkowskich, zmieniająca rozporządzenie (EWG) nr 1612/68 i uchylająca dyrektywy 64/221/EWG, 68/360/EWG, 72/194/EWG, 73/148/EWG, 75/34/EWG, 75/35/EWG, 90/364/EWG, 90/365/EWG i 93/96/EWG (Dz.Urz. UE L 158 z 30.04.2004 r.).

Dyrektywa 2005/36/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 7 września 2005 roku w sprawie uznawania kwalifikacji zawodowych (Dz.Urz. UE L 255 z 30.09.2005 r.).

Dyrektywa 2006/123/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 12 grudnia 2006 roku dotycząca usług na rynku wewnętrznym (Dz.Urz. UE L 376 z 27.12.2006 r.).

Dyrektywa Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2018/1972 z dnia 11 grudnia 2018 roku ustanawiająca Europejski kodeks łączności elektronicznej (Dz.Urz. UE L 321 z 17.12.2018 r.).

Dyrektywa Parlamentu Europejskiego i Rady 2011/24/UE z dnia 9 marca 2011 roku w sprawie stosowania praw pacjentów w transgranicznej opiece zdrowotnej (Dz.Urz. UE L 88 z 4.04.2011 r.).

Dyrektywa Parlamentu Europejskiego i Rady 2014/40/UE z dnia 3 kwietnia 2014 roku w sprawie zbliżenia przepisów ustawowych, wykonawczych i administracyjnych państw członkowskich w sprawie produkcji, prezentowania i sprzedaży wyrobów tytoniowych i powiązanych wyrobów oraz uchylająca dyrektywę 2001/37/WE (Dz.Urz. UE L 127 z 29.04.2014 r.).

Dyrektywa Rady 93/16/EWG z dnia 5 kwietnia 1993 roku mającej na celu ułatwienie swobodnego przepływu lekarzy i wzajemnego uznawania ich dyplomów, świadectw i innych dokumentów potwierdzających posiadanie kwalifikacji (Dz.Urz. UE L 165 z 7.07.1993 r.).

Dyrektywa Rady 93/42/EWG z dnia 14 czerwca 1993 roku dotycząca wyrobów medycznych (Dz.Urz. UE L 169 z 12.07.1993 r.).

Europejska Karta Społeczna sporządzona w Turynie dnia 18 października 1961 roku (Dz.U. z 1999 r. Nr 8, poz. 67).

Jednolity Akt Europejski z 17 lutego 1986 roku (Dz.Urz. UE L 169 z 29.06.1987 r.).

Karta Narodów Zjednoczonych, Statut Międzynarodowego Trybunału Sprawiedliwości i Porozumienie ustanawiające Komisję Przygotowawczą Narodów Zjednoczonych (Dz.U. z 1947 r. Nr 23, poz. 90).

Karta Podstawowych Praw i Wolności.

Karta Praw Podstawowych Unii Europejskiej (Dz.Urz. UE C 326 z 26.10.2012 r.).

Konstytucja Grecji z dnia 9 czerwca 1975 roku.

Konstytucja Hiszpanii z dnia 27 grudnia 1978 roku.

Konstytucja Królestwa Belgijskiego z dnia 7 lutego 1831 roku.

Konstytucja Republiki Bułgarii z dnia 12 lipca 1991 roku.

Konstytucja Republiki Estońskiej z dnia 28 czerwca 1992 roku.

Konstytucja Republiki Włoskiej z dnia 27 grudnia 1947 roku.

Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 roku uchwalona przez Zgromadzenie Narodowe w dniu 2 kwietnia 1997 roku, przyjęta przez Naród w referendum konstytucyjnym w dniu 25 maja 1997 roku, podpisana przez Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej w dniu 16 lipca 1997 roku (Dz.U. z 1997 r. Nr 78, poz. 483, z 2001 r. nr 28, poz. 319, z 2006 r. nr 200, poz. 1471, z 2009 r., nr 114, poz. 946.).

Konstytucja Światowej Organizacji Zdrowia, Porozumienie zawarte przez Rządy reprezentowane na Międzynarodowej Konferencji Zdrowia i Protokół dotyczący

- Międzynarodowego Urzędu Higieny Publicznej, podpisane w Nowym Jorku dnia 22 lipca 1946 roku (Dz.U. z 1948 r. Nr 61, poz. 477).
- Konstytucja Węgier z dnia 25 kwietnia 2011 roku.
- Konstytucji Republiki Chorwacji z dnia 22 grudnia 1990 roku (Chorwacki Dziennik Ustaw 56/90, 135/97, 8/98 – t.j., 113/2000, 124/2000 – t.j., 28/2001, 41/2001 – t.j., 55/2001 – korekta, 76/2010).
- Konstytucji Republiki Finlandii z dnia 11 czerwca 1999 roku.
- Konwencja o ochronie praw człowieka i godności istoty ludzkiej w odniesieniu do zastosowań biologii i medycyny (Konwencja o prawach człowieka i biomedycynie) z dnia 4 kwietnia 1997 roku.
- Konwencja o Ochronie Praw Człowieka i Podstawowych Wolności sporządzona w Rzymie dnia 4 listopada 1950 roku, zmieniona następnie Protokołami nr 3, 5 i 8 oraz uzupełniona Protokołem nr 2 (Dz.U. z 1993 r. Nr 61, poz. 284).
- Konwencja o prawach dziecka, przyjęta przez Zgromadzenie Ogólne Narodów Zjednoczonych dnia 20 listopada 1989 roku (Dz.U. z 1991 r. Nr 120, poz. 526).
- Konwencja Rady Europy o cyberprzestępczości, sporządzona w Budapeszcie dnia 23 listopada 2001 roku (Dz.U. z 2015 r. poz. 728).
- Konwencja w sprawie likwidacji wszelkich form dyskryminacji kobiet przyjęta przez Zgromadzenie Ogólne Narodów Zjednoczonych dnia 18 grudnia 1979 roku (Dz.U. z 1982 r. Nr 10, poz. 71).
- Międzynarodowa konwencja o ochronie wykonawców, producentów fonogramów oraz organizacji nadawczych (Dz.U. z 1997 r. Nr 125, poz. 800).
- Międzynarodowy Pakt Praw Gospodarczych, Społecznych i Kulturalnych otwarty do podpisu w Nowym Jorku dnia 19 grudnia 1966 roku (Dz.U. z 1977 r. Nr 38, poz. 169).
- Międzynarodowy Pakt Praw Obywatelskich i Politycznych otwarty do podpisu w Nowym Jorku dnia 19 grudnia 1966 roku (Dz.U. z 1977 r. Nr 38, poz. 167).
- Ogólne zasady obliczania kosztów, które mają być zwrócone ubezpieczonemu w ramach transgranicznej opieki zdrowotnej (art. 7 ustawy 4213/2013) (org. Γενικές αρχές για τον υπολογισμό των εξόδων που πρόκειται να επιστραφούν σε ασφαλισμένο στα πλαίσια της διασυνοριακής υγειονομικής περίθαλψης (άρθρο 7 του Ν. 4213/2013)) (publikacja urzędowa: Εφημερίς της Κυβερνήσεως [ΦΕΚ] [Τεύχος Β]; numer Dz.U.: 2774; data publikacji: 16.10.2014).
- Porozumienie w sprawie handlowych aspektów praw własności intelektualnej (Dz.Urz. UE L 336 z 23.12.1994 r.).
- Postanowienie o uprawnieniach do świadczeń przewidzianych w ustawie o zdrowiu dla niektórych osób zamieszkujących w kraju UE/EOG (org. Bekendtgørelse om ret til ydelser i sundhedsloven til visse personer med bopæl i et EU-/EØS-land) (publikacja urzędowa: Lovtidende A; data publikacji: 27.12.2013).
- Powszechna Deklaracja Praw Człowieka (Rezolucja 217A Zgromadzenia Ogólnego Organizacji Narodów Zjednoczonych).
- Protokół dodatkowy do Amerykańskiej Konwencji Praw Człowieka, dotyczący praw gospodarczych, społecznych i kulturalnych, z dnia 17 listopada 1988 roku.
- Protokół dodatkowy do Konwencji Rady Europy o cyberprzestępczości dotyczący penalizacji czynów o charakterze rasistowskim lub ksenofobicznym popełnionych przy użyciu



- systemów komputerowych, sporządzony w Strasburgu dnia 28 stycznia 2003 roku (Dz.U. z 2015 r. poz. 730).
- Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2018/1725 z dnia 23 października 2018 roku w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych przez instytucje, organy i jednostki organizacyjne Unii i swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia rozporządzenia (WE) nr 45/2001 i decyzji nr 1247/2002/WE (Dz.Urz. UE L 295 z 21.11.2018 r.).
- Rozporządzenie (WE) nr 726/2004 Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 31 marca 2004 roku ustanawiające wspólnotowe procedury wydawania pozwoleń dla produktów leczniczych stosowanych u ludzi i do celów weterynaryjnych i nadzoru nad nimi oraz ustanawiające Europejską Agencję Leków (Dz.Urz. UE L 136 z 30.04.2004 r.).
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 3 września 2020 roku w sprawie wykazu świadczeń opieki zdrowotnej wymagających uprzedniej zgody Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia (Dz.U. z 2020 r. poz. 1556).
- Rozporządzenie nr 2014-1525 w sprawie uznawania recept na wyroby medyczne wydanych w innym Państwie Członkowskim Unii Europejskiej (org. Décret n o 2014-1525 du 17 décembre 2014 relatif à la reconnaissance des prescriptions de dispositifs médicaux établies dans un autre Etat membre de l'Union européenne) (publikacja urzędowa: Journal Officiel de la République Française [JORF]; data publikacji: 18.12.2014 r.).
- Rozporządzenie nr 5 w sprawie warunków i procedur wykonywania praw pacjenta w transgranicznej opiece zdrowotnej (org. НАРЕДБА № 5 от 21.03.2014 г. за условията и реда за упражняване правата на пациентите при трансгранично здравно обслужване) (publikacja urzędowa: Държавен вестник; numer Dz.U.: 110; data publikacji: 28.12.2020 r.).
- Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 roku w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz.Urz. UE L 119 z 4.05.2016 r.).
- Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2017/745 z dnia 5 kwietnia 2017 roku w sprawie wyrobów medycznych, zmiany dyrektywy 2001/83/WE, rozporządzenia (WE) nr 178/2002 i rozporządzenia (WE) nr 1223/2009 oraz uchylenia dyrektyw Rady 90/385/EWG i 93/42/EWG (Dz.Urz. UE L 117 z 5.05.2017 r.).
- Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (WE) nr 883/2004 z dnia 29 kwietnia 2004 roku w sprawie koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego (Dz.Urz. UE L 166 z 30.04.2004 r.).
- Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (WE) nr 987/2009 z dnia 16 września 2009 roku dotyczące wykonywania rozporządzenia (WE) nr 883/2004 w sprawie koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego (Dz.Urz. UE L 284 z 30.10.2009 r.).
- Rozporządzenie w sprawie transgranicznej opieki zdrowotnej wymagającej uprzedniej zgody (org. Regolamentoo in materia di assistenza sanitaria transfrontaliera soggetta ad

- autorizzazione preventive) (publikacja urzędowa: Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana; numer Dz.U.: 117; data publikacji: 22.05.2018).
- Rozporządzenie z 2020 roku w sprawie stosowania praw pacjentów w transgranicznej opiece zdrowotnej (org. Το περί Εφαρμογής των Δικαιωμάτων των Ασθενών στο πλαίσιο της Διασυνοριακής Υγειονομικής Περιθάλψης Διάταγμα του 2020) (publikacja urzędowa: Cyprus Gazette; numer Dz.U.: 5202; data publikacji: 17.01.2020 r.).
- Traktat o Unii Europejskiej z 7 lutego 1993 roku (Dz.Urz. UE C 191 z 29.07.1992 r.).
- Traktat Światowej Organizacji Własności Intelektualnej o artystycznych wykonaniach i fonogramach (Dz.U. z 2004 r. Nr 41, poz. 375).
- Traktat Światowej Organizacji Własności Intelektualnej o Prawie Autorskim (Dz.U. z 2005 r. Nr 3, poz. 12).
- Traktat ustanawiający Europejską Wspólnotę Gospodarczą z 25 marca 1957 roku (Dokument 11957E) dostępny w oficjalnej bazie aktów prawnych Unii Europejskiej (<https://eur-lex.europa.eu/legal-content/PL/TXT/?uri=CELEX:11957E> – dostęp: 30.06.2020 r.).
- Traktat ustanawiający Europejską Wspólnotę Węgla i Stali z 18 kwietnia 1951 roku (Dokument 11951K/TXT) dostępny w oficjalnej bazie aktów prawnych Unii Europejskiej (<https://eur-lex.europa.eu/legal-content/PL/TXT/?uri=CELEX:11951K/TXT> – dostęp: 30.06.2020 r.).
- Traktat ustanawiający Jedną Radę i Jedną Komisję Wspólnot Europejskich z 8 kwietnia 1965 roku (Dz.U. 152 z 13.07.1967 r.).
- Traktat z Amsterdamu zmieniający Traktat o Unii Europejskiej, Traktaty ustanawiające Wspólnoty Europejskie i niektóre związane z nimi akty z 2 października 1997 roku (Dz.Urz. UE C 340 z 10.11.1997 r.).
- Traktat z Lizbony zmieniający Traktat o Unii Europejskiej i Traktat ustanawiający Wspólnotę Europejską z 13 grudnia 2007 roku (Dz.Urz. UE C 306 z 17.12.2007 r.).
- Traktat z Nicei zmieniający Traktat o Unii Europejskiej, Traktaty ustanawiające Wspólnoty Europejskie i niektóre związane z nimi akty z 26 lutego 2001 roku (Dz.Urz. UE C 80 z 10.03.2001 r.).
- Ustawa nr 372/2011 o usługach zdrowotnych i ich warunkach (ustawa o usługach zdrowotnych) (org. Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování [zákon o zdravotních službách]) (publikacja urzędowa: Sbirka Zakonu CR; data publikacji: 08.12.2011).
- Ustawa o lekarzu z 2017 roku (noweliacja) (org. Medical Practitioners [Amendment] Act 2017) (publikacja urzędowa: Iris Oifigiúil; data publikacji: 10.11.2017 r.).
- Ustawa o opiece zdrowotnej (org. Zakon o zdravstvenoj zaštiti) (publikacja urzędowa: Narodne Novine; numer Dz.U.: 100/2018; data publikacji: 01.01.2018).
- Ustawa o organizacji służby zdrowia1 (org. Tervishoiuteenuste korraldamise seadus1) (publikacja urzędowa: Elektroonline Riigi Teataja; numer Dz.U.: RT I, 29.11.2013 r. 6).
- Ustawa o stosowaniu praw pacjentów w transgranicznej opiece zdrowotnej (org. Gesetz über die Ausübung der Patientenrechte in der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung) (publikacja urzędowa: Gesetz und Verordnungsblatt (Länder); numer Dz.U.: 5; data publikacji: 28.05.2014).
- Ustawa z dnia 16 lipca 2004 roku Prawo telekomunikacyjne (t.j. Dz.U. z 2021 r. poz. 576).

Ustawa z dnia 17 lutego 2005 roku o informatyzacji działalności podmiotów realizujących zadania publiczne (t.j. Dz.U. z 2021 r. poz. 2070).

Ustawa z dnia 20 maja 2010 roku o wyrobach medycznych (t.j. Dz.U. z 2020 r. poz. 186.).

Ustawa z dnia 29 sierpnia 2002 roku o stanie wojennym oraz o kompetencjach Naczelnego Dowódcy Sił Zbrojnych i zasadach jego podległości konstytucyjnym organom Rzeczypospolitej Polskiej (t.j. Dz.U. z 2017 r. poz. 1932).

Ustawa z dnia 4 lutego 1994 roku o prawie autorskim i prawach pokrewnych (t.j. Dz.U. z 2021 r. poz. 1062).

Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 roku – Kodeks karny (t.j. Dz.U. z 2021 r. poz. 1023 z późn. zm.).

Ustawa zawierająca różne przepisy dotyczące zdrowowia (org. Wet van 17 juli 2015 houdende diverse bepalingen inzake gezondheid) (publikacja urzędowa: Belgisch Staatsblad; numer Dz.U.: C-2015/24189; data publikacji: 17.08.2015).

Wersja skonsolidowana Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej (Dz.Urz. UE C 326 z 26.10.2012 r.).

Wersja skonsolidowana Traktatu ustanawiającego Europejską Wspólnotę Energii Atomowej (Dz.Urz. UE C 203 z 7.06.2016 r.).

Wstęp do Konstytucji Republiki Francuskiej z 27 października 1946 roku.

## Dokumenty:

- COVID-19 Strategic Preparedness and Response Plan (SPRP 2021)  
(<https://www.who.int/publications/i/item/WHO-WHE-2021.02> – dostęp: 9.07.2021 r.).
- Dokument roboczy służb Komisji z dnia 21 grudnia 2007 roku „Plan działania dotyczący inicjatywy rynków pionierskich w dziedzinie e-zdrowia” (COM([2007]0860 final, SEC(2007)1730).
- DRAFT landscape of COVID-19 candidate vaccines – 10 December 2020  
([https://www.who.int/docs/default-source/a-future-for-children/novel-coronavirus\\_landscap\\_e\\_covid-19.pdf?sfvrsn=4d8bd201\\_1](https://www.who.int/docs/default-source/a-future-for-children/novel-coronavirus_landscap_e_covid-19.pdf?sfvrsn=4d8bd201_1) – dostęp: 8.07.2021 r.).
- eHealth Network Guidelines to the EU Member States and the European Commission on Interoperability specifications for cross-border transmission chains between approved apps Detailed interoperability elements between COVID+ Keys driven solutions V1.0  
([https://ec.europa.eu/health/sites/default/files/ehealth/docs/mobileapps\\_interoperabilitydetailedelements\\_en.pdf](https://ec.europa.eu/health/sites/default/files/ehealth/docs/mobileapps_interoperabilitydetailedelements_en.pdf) – dostęp: 25.06.2021 r.).
- eHealth Network Towards a common approach for the use of anonymised and aggregated mobility data for modelling the diffusion of COVID-19, and optimising the effectiveness of response measures: Version 4.3  
([https://ec.europa.eu/health/sites/default/files/ehealth/docs/modelling\\_mobilitydata\\_en.pdf](https://ec.europa.eu/health/sites/default/files/ehealth/docs/modelling_mobilitydata_en.pdf) – dostęp: 25.06.2021 r.).
- EU health preparedness: A common list of COVID-19 rapid antigen tests; A common standardised set of data to be included in COVID-19 test result certificates; and A common list of COVID-19 laboratory based antigenic assays  
([https://ec.europa.eu/health/sites/default/files/preparedness\\_response/docs/covid-19\\_rat\\_common-list\\_en.pdf](https://ec.europa.eu/health/sites/default/files/preparedness_response/docs/covid-19_rat_common-list_en.pdf) – dostęp: 1.08.2021 r.).
- European Interoperability Certificate Governance A Security Architecture for contact tracing and warning apps  
([https://ec.europa.eu/health/sites/default/files/ehealth/docs/mobileapps\\_interop\\_certificate\\_governance\\_en.pdf](https://ec.europa.eu/health/sites/default/files/ehealth/docs/mobileapps_interop_certificate_governance_en.pdf) – dostęp: 25.06.2021 r.).
- European Proximity Tracing An Interoperability Architecture for contact tracing and warning apps ([https://ec.europa.eu/health/sites/default/files/ehealth/docs/mobileapps\\_interop\\_architecture\\_en.pdf](https://ec.europa.eu/health/sites/default/files/ehealth/docs/mobileapps_interop_architecture_en.pdf) – dostęp: 25.06.2021 r.).
- Fifty-Eighth World Health Assembly, A58/21, Provisional Agenda Item 13.17, eHealth. Report by the secretariat.
- Guideline on the electronic exchange of health data under Cross-Border Directive 2011/24/EU, Patient Summary ([https://ec.europa.eu/health/sites/default/files/ehealth/docs/ehn\\_guidelines\\_patientsummary\\_en.pdf](https://ec.europa.eu/health/sites/default/files/ehealth/docs/ehn_guidelines_patientsummary_en.pdf) – dostęp: 1.08.2021 r.).
- Guidelines on COVID-19 citizen recovery interoperable certificates - minimum dataset Release 1

- ([https://ec.europa.eu/health/sites/default/files/ehealth/docs/citizen\\_recovery-interoperable-certificates\\_en.pdf](https://ec.europa.eu/health/sites/default/files/ehealth/docs/citizen_recovery-interoperable-certificates_en.pdf) – dostęp: 25.06.2021 r.).
- Guidelines on Paper version of the EU Digital COVID Certificate V1.0.2  
([https://ec.europa.eu/health/sites/default/files/ehealth/docs/covid-certificate\\_paper\\_guidelines\\_en.pdf](https://ec.europa.eu/health/sites/default/files/ehealth/docs/covid-certificate_paper_guidelines_en.pdf) – dostęp: 25.06.2021 r.).
- Guidelines on Technical Specifications for Digital Green Certificates Volume 1  
([https://ec.europa.eu/health/sites/default/files/ehealth/docs/digital-green-certificates\\_v1\\_en.pdf](https://ec.europa.eu/health/sites/default/files/ehealth/docs/digital-green-certificates_v1_en.pdf) – dostęp: 25.06.2021 r.).
- Guidelines on Technical Specifications for EU Digital COVID Certificates JSON Schema Specification Schema version: 1.3.0  
([https://ec.europa.eu/health/sites/default/files/ehealth/docs/covid-certificate\\_json\\_specification\\_en.pdf](https://ec.europa.eu/health/sites/default/files/ehealth/docs/covid-certificate_json_specification_en.pdf) – dostęp: 25.06.2021 r.).
- Guidelines on the use of Digital Covid Certificates in traveller and online booking scenarios, V1.2.0 ([https://ec.europa.eu/health/sites/default/files/ehealth/docs/covid-certificate\\_traveler-onlinebooking\\_en.pdf](https://ec.europa.eu/health/sites/default/files/ehealth/docs/covid-certificate_traveler-onlinebooking_en.pdf) – dostęp: 1.08.2021 r.).
- Guidelines on Validation of EU Digital COVID Certificates in the context of air transport, Version 1.0 ([https://ec.europa.eu/health/sites/default/files/ehealth/docs/covid-certificate\\_air-transport\\_en.pdf](https://ec.europa.eu/health/sites/default/files/ehealth/docs/covid-certificate_air-transport_en.pdf) – dostęp: 1.08.2021 r.).
- Guidelines on Value Sets for Digital Green Certificates Version 1.0  
([https://ec.europa.eu/health/sites/default/files/ehealth/docs/digital-green-certificates\\_dt-specifications\\_en.pdf](https://ec.europa.eu/health/sites/default/files/ehealth/docs/digital-green-certificates_dt-specifications_en.pdf) – dostęp: 25.06.2021 r.).
- Guidelines on verifiable vaccination certificates – basic interoperability elements Release 2  
([https://ec.europa.eu/health/sites/default/files/ehealth/docs/vaccination-proof\\_interoperability-guidelines\\_en.pdf](https://ec.europa.eu/health/sites/default/files/ehealth/docs/vaccination-proof_interoperability-guidelines_en.pdf) – dostęp: 25.06.2021 r.).
- Interim recommendations for the use of the Janssen Ad26.COVS.2 (COVID-19) vaccine: interim guidance, 17 March 2021 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/340203> – dostęp: 9.07.2021 r.).
- Interoperability guidelines for approved contact tracing mobile applications in the EU  
([https://ec.europa.eu/health/sites/default/files/ehealth/docs/contacttracing\\_mobileapps\\_guidelines\\_en.pdf](https://ec.europa.eu/health/sites/default/files/ehealth/docs/contacttracing_mobileapps_guidelines_en.pdf) – dostęp: 25.06.2021 r.).
- Komisja Europejska, *Market study on telemedicine*, Bruksela 2018.
- Komunikat Komisji do Parlamentu europejskiego, Rady oraz Komitetu Regionów –  
W kierunku ogólnej strategii zwalczania cyberprzestępczości {SEK(2007) 641}  
{SEK(2007) 642} /\* COM/2007/0267 końcowy \*/.
- Komunikat Komisji do Parlamentu Europejskiego, Rady, Europejskiego Komitetu  
Ekonomiczno-Społecznego oraz Komitetu Regionów w sprawie korzyści  
telemedycyny dla pacjentów, systemów opieki zdrowotnej i społeczeństwa.  
COM/2008/0689.
- Komunikat Komisji Wytyczne w sprawie pomocy UE w sytuacji nadzwyczajnej dotyczące  
współpracy transgranicznej w zakresie opieki zdrowotnej związanej z kryzysem  
wywołanym epidemią COVID-19 (Dz.Urz. UE C 111I z 3.04.2020 r.).
- Komunikat Komisji z dnia 25 kwietnia 2018 roku w sprawie umożliwienia transformacji  
cyfrowej opieki zdrowotnej i społecznej na jednolitym rynku cyfrowym,

- wzmacniania pozycji obywateli i budowania zdrowszego społeczeństwa (COM(2018)0233).
- Komunikat Komisji z dnia 30 kwietnia 2004 roku „e-Zdrowie – poprawa opieki zdrowotnej dla obywateli europejskich: plan działania w europejskim obszarze e-zdrowia” (COM(2004)0356).
- Komunikat Komisji z dnia 4 listopada 2008 roku w sprawie korzyści telemedycyny dla pacjentów, systemów opieki zdrowotnej i społeczeństwa (COM(2008)0689).
- Komunikat Komisji z dnia 6 grudnia 2012 roku zatytułowany „Plan działania w dziedzinie e-zdrowia na lata 2012–2020 – Innowacyjna opieka zdrowotna w XXI wieku” (COM(2012)0736).
- Konkluzje Rady z dnia 8 grudnia 2017 roku w sprawie zdrowia w społeczeństwie cyfrowym (Dz.Urz. UE C 440 z 21.12.2017 r.).
- Market study on telemedicine  
([https://ec.europa.eu/health/sites/default/files/ehealth/docs/2018\\_provision\\_marketstudy\\_telemedicine\\_en.pdf](https://ec.europa.eu/health/sites/default/files/ehealth/docs/2018_provision_marketstudy_telemedicine_en.pdf) – dostęp: 25.06.2021 r.).
- Mobile applications to support contact tracing in the EU’s fight against COVID-19 Common EU Toolbox for Member States Version 1.0  
([https://ec.europa.eu/health/sites/default/files/ehealth/docs/covid-19\\_apps\\_en.pdf](https://ec.europa.eu/health/sites/default/files/ehealth/docs/covid-19_apps_en.pdf) – dostęp: 25.06.2021 r.).
- Ochrona i wsparcie ofiar przestępstw w trakcie pandemii COVID-19 – wymiana dobrych praktyk w zakresie postępowania z ofiarami przemocy w rodzinie, cyberprzestępczości i przestępstw z nienawiści (<https://e-justice.europa.eu/fileDownload.do?id=18cd46dc-ff63-4af4-a8d0-b35f5e01a04f> – dostęp: 26.07.2021 r.).
- Odpowiedź Ministra Zdrowia z dnia 18 stycznia 2021 roku o znaku MMI.704.1.2020.TM na pismo Rzecznika Praw Obywatelskich z dnia 12.11.2020 roku o znaku V.7013.145.2020.ET/GH/PM do Ministra Zdrowia (<https://bip.brpo.gov.pl/sites/default/files/odpowiedz%20z%20Ministerstwa%20Zdrowia%20z%2018.02.2021%20przyslana%2011.03.2021%20ws%20sytuacji%20w%20sluzbie%20zdrowia.pdf> – dostęp: 27.07.2021 r.).
- OUTLINE Interoperability of health certificates Trust framework V.1.0  
([https://ec.europa.eu/health/sites/default/files/ehealth/docs/trust-framework\\_interoperability\\_certificates\\_en.pdf](https://ec.europa.eu/health/sites/default/files/ehealth/docs/trust-framework_interoperability_certificates_en.pdf) – dostęp: 25.06.2021 r.).
- Pismo Rzecznika Praw Obywatelskich z dnia 12.11.2020 roku o znaku V.7013.145.2020.ET/GH/PM do Ministra Zdrowia ([https://bip.brpo.gov.pl/sites/default/files/WG\\_do\\_MZ\\_ws\\_problenow\\_sluzby\\_zdrowia\\_w\\_epidemii\\_12.11.2020.pdf](https://bip.brpo.gov.pl/sites/default/files/WG_do_MZ_ws_problenow_sluzby_zdrowia_w_epidemii_12.11.2020.pdf) – dostęp: 27.07.2021 r.).
- Pytanie do Komisji dotyczące umożliwienia transformacji cyfrowej opieki zdrowotnej i społecznej na jednolitym rynku cyfrowym, wzmacniania pozycji obywateli i budowania zdrowszego społeczeństwa (O-00042/2019 – B9-0062/2019).
- Raport Ministerstwa Edukacji Narodowej. Zapewnienie funkcjonowania jednostek systemu oświaty w okresie epidemii COVID-19 ([https://dokumenty.men.gov.pl/Raport\\_MEN\\_Zapewnienie\\_funkcjonowania\\_jednostek\\_systemu\\_oswiaty\\_w\\_okresie\\_epidemii\\_COVID-19.pdf](https://dokumenty.men.gov.pl/Raport_MEN_Zapewnienie_funkcjonowania_jednostek_systemu_oswiaty_w_okresie_epidemii_COVID-19.pdf) – dostęp: 26.07.2021 r.).

- Raport Wyjaśniający do Konwencji o cyberprzestępczości (Explanatory Report to the Convention on Cybercrime) przyjęty 23 listopada 2001 roku w Budapeszcie (<https://rm.coe.int/16800cce5b> – dostęp: 15.08.2021 r.).
- Rezolucja Parlamentu Europejskiego z dnia 14 stycznia 2014 roku w sprawie planu działania w dziedzinie e-zdrowia na lata 2012–2020: innowacyjna opieka zdrowotna w XXI wieku (2013/2061(INI)) (Dz.Urz. UE C 482 z 23.12.2016 r.).
- Rezolucja Parlamentu Europejskiego z dnia 18 grudnia 2019 roku w sprawie umożliwienia transformacji cyfrowej opieki zdrowotnej i społecznej na jednolitym rynku cyfrowym, wzmacniania pozycji obywateli i budowania zdrowszego społeczeństwa (2019/2804(RSP)).
- Sprawozdanie z oceny Komitetu ds. Produktów Leczniczych Stosowanych u Ludzi Europejskiej Agencji Leków: Assessment report Comirnaty, 19 February 2021, EMA/707383/2020 Corr.1\*1, Committee for Medicinal Products for Human Use (CHMP), Procedure No. EMEA/H/C/005735/0000.
- Sprawozdanie z oceny Komitetu ds. Produktów Leczniczych Stosowanych u Ludzi Europejskiej Agencji Leków: Assessment report COVID-19 Vaccine Moderna, 11 March 2021, EMA/15689/2021 Corr.1\*1, Committee for Medicinal Products for Human Use (CHMP), Procedure No. EMEA/H/C/005791/0000.
- Sprawozdanie z oceny Komitetu ds. Produktów Leczniczych Stosowanych u Ludzi Europejskiej Agencji Leków: Assessment report COVID-19 Vaccine Janssen, 11 March 2021, EMA/158424/2021, Committee for Medicinal Products for Human Use (CHMP), Procedure No. EMEA/H/C/005737/0000.
- Sprawozdanie z oceny Komitetu ds. Produktów Leczniczych Stosowanych u Ludzi Europejskiej Agencji Leków: Assessment report COVID-19 Vaccine AstraZeneca, 29 January 2021, EMA/94907/2021, Committee for Medicinal Products for Human Use (CHMP), Procedure No. EMEA/H/C/005675/0000.
- Sprawozdanie z oceny Komitetu ds. Produktów Leczniczych Stosowanych u Ludzi Europejskiej Agencji Leków: Assessment report Comirnaty, 19 February 2021, EMA/707383/2020 Corr.1\*1, Committee for Medicinal Products for Human Use (CHMP), Procedure No. EMEA/H/C/005735/0000.
- Sprawozdaniu Komisji dla Parlamentu Europejskiego i Rady dotyczące funkcjonowania dyrektywy 2011/24/UE w sprawie stosowania praw pacjentów w transgranicznej opiece zdrowotnej (COM/2015/0421 final).
- Sprawozdaniu Komisji dla Parlamentu Europejskiego i Rady dotyczącym funkcjonowania dyrektywy 2011/24/UE w sprawie stosowania praw pacjentów w transgranicznej opiece zdrowotnej (COM/2018/651 final).
- Third Country EU Digital COVID certificate Equivalence Decision procedure, Version 1.0 ([https://ec.europa.eu/health/sites/default/files/ehealth/docs/covid-certificate\\_equivalence-decision\\_en.pdf](https://ec.europa.eu/health/sites/default/files/ehealth/docs/covid-certificate_equivalence-decision_en.pdf) – dostęp: 1.08.2021 r.).
- WHO-convened global study of origins of SARS-CoV-2: China Part (<https://www.who.int/publications/i/item/who-convened-global-study-of-origins-of-sars-cov-2-china-part> – dostęp: 9.07.2021 r.).
- Zalecenie Komisji 2019/243 z dnia 6 lutego 2019 roku w sprawie europejskiego formatu wymiany elektronicznej dokumentacji medycznej (Dz.Urz. UE L 39 z 11.02.2019 r.).

Zalecenie Komisji z dnia 2 lipca 2008 roku w sprawie transgranicznej interoperacyjności systemów elektronicznych kart zdrowia (Dz.Urz. UE L 190 z 18.07.2008 r.).  
Zielona Księga w sprawie mobilnego zdrowia („mHealth”) /\* COM/2014/0219 final \*/.