

BARTŁOMIEJ ORĘZIAK

Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie

TELEMEDYCYNA A KONSTITUCYJNE PRAWO DO OPIEKI ZDROWOTNEJ W KONTEKŚCIE WYKLUCZENIA CYFROWEGO

I. UWAGI WPROWADZAJĄCE

Przy zachowaniu aktualnego postępu technicznego i społecznego nieuniknione wydaje się wykorzystanie nowych technologii w ramach państwowego systemu ochrony zdrowia. Telemedycyna jako nowatorski sposób świadczenia usług zdrowotnych początkowo była traktowana jako ciekawostka, z czasem jednak stała się dziedziną dominującą i determinującą wiele obszarów związanych z ochroną zdrowia w rozwiniętych krajach współczesnego świata. Potwierdza to dokument „ZIELONA KSIĘGA w sprawie mobilnego zdrowia”¹, który został zapowiedziany w innym dokumencie Komisji Europejskiej². Można w nim przeczytać, że: „Systemy opieki zdrowotnej w Europie stoją przed nowymi wyzwaniami, takimi jak starzenie się społeczeństwa i rosnąca presja budżetowa. W tym kontekście m-zdrowie może być jednym z narzędzi, które posłużą do rozwiązania tych problemów. Przyczyni się bowiem

¹ <https://ec.europa.eu/digital-single-market/en/news/green-paper-mobile-health-mhealth>, dostęp 10 czerwca 2017 r.

² Plan działania Komisji Europejskiej w dziedzinie e-zdrowia na lata 2012-2020 – Innowacyjna opieka zdrowotna w XXI wieku, 7 grudnia 2012 r.

do zorientowania opieki zdrowotnej w większym stopniu na pacjentach i będzie sprzyjać przesunięciu akcentu na profilaktykę, podnosząc jednocześnie efektywność systemu”. Pokazuje nam to z jednej strony ogromny potencjał nowatorskiego podejścia do ochrony zdrowia, z drugiej zaś strony – konieczność jego rozważenia w świetle aktualnych zmian demograficznych współczesnych społeczeństw. Niemniej przy implementacji nowoczesnych technologii do zastosowania praktycznego mogą pojawić się pewne problemy, co wydaje się naturalnym skutkiem zmiany zastałych rozwiązań. W tym kontekście jednym z nich jest stosunek telemedycyny do konstytucyjnego prawa do opieki zdrowotnej w kontekście zjawiska tzw. wykluczenia cyfrowego. Wydaje się to najistotniejszym problemem prawnym, powstającym już na początku debaty nad możliwością wdrożenia telemedycyny do porządku krajowego. Z tych powodów warto zacząć zastanawiać się nad możliwością wprowadzenia rozwiązań telemedycznych w Polsce na tle regulacji zagranicznych. Niniejszy artykuł stanowi jeden z elementów przedmiotowych badań, ponieważ dotyczy jednego, konkretnego problemu, jaki może powstać w czasie procesu wdrażania tego rodzaju rozwiązań w ramach systemu ochrony zdrowia finansowanego ze środków publicznych w Polsce.

2. DEFINICJA TELEMEDYCyny

Na wstępie należy zauważyć, że nazwy takie jak „e-Zdrowie”, „m-Zdrowie” i odpowiednio „e-Health”, „m-Health”³, choć akcentują inny aspekt wykorzystywanych technologii w systemach opieki zdrowotnej, to zasadniczo znaczą to samo co pojęcie telemedycyny. Niestety, żaden akt prawa polskiego nie posługuje się tym pojęciem czy tym bardziej, go nie definiuje. Innymi słowy, obecnie nie istnieje definicja legalnej telemedycyny. Z tego powodu, szukając znaczenia tego słowa, jesteśmy zmuszeni odwołać się do innych źródeł.

³ Nazwy te często są wykorzystywane w dokumentach międzynarodowych instytucji np. Unii Europejskiej czy Światowej Organizacji Zdrowia.

W doktrynie wskazuje się, że: „Telemedycyna to transfer informacji medycznych z jednego odległego miejsca do innego, który wykorzystuje elektroniczną komunikację w celu prewencji chorób, utrzymania zdrowia, zapewnienia i monitoringu opieki zdrowotnej pacjenta, edukacji pacjentów i osób świadczących im opiekę zdrowotną, a także wsparcia pracowników opieki zdrowotnej z innych dyscyplin. To zdalna medyczna diagnoza, konsultacja i leczenie, które można zastosować synchronicznie (w czasie rzeczywistym) lub asynchronicznie²⁴. Inna definicja stanowi, że: „Telemedycyna jest jedną z metod uprawiania medycyny, która może stanowić szansę i zwiększyć możliwości efektywnego wykorzystania dostępnych zasobów ludzkich i materialnych²⁵ (tłum. własne)⁶. Natomiast zdaniem Stałego Komitetu Europejskich Lekarzy (CPME) definicja telemedycyny odnosi się do zastosowania medycyny na odległość, gdzie decyzje oraz zalecenia lekarzy oparte są na danych, dokumentach i innych informacjach przekazywanych przez systemy teleinformatyczne⁷. Inni przedstawiciele doktryny zauważają, że telemedycyna to po prostu medycyna na odległość⁸ albo medycyna

⁴ J. MARTYNIAK, *Podstawy informatyki z elementami telemedycyny*, Kraków 2009, s. 180.

⁵ M. ÄÄRIMAA, *Telemedicine Contribution of ICT to Health*, [w:] *E-Health Current Situation and Examples of Implemented and Beneficial E-Health Applications*, red. I. LAKOVIDIS, P. WILSON, J.C. HEALY, Amsterdam-BerlinOxford-Tokyo-Washington DC 2004, s. 112.

⁶ Oryginalna treść definicji: „Telemedicine is one way of practicing medicine which may provide opportunities and increase possibilities to effectively use available human and material resources”.

⁷ <http://www.cpme.eu>, dostęp 10 czerwca 2017 r.

⁸ M. SOSA-IUDICISSA, *History of Telemedicine*, [w:] *Handbook of Telemedicine*, red. O. FERRER-ROCA, M. SOSA-IUDICISSA, Amsterdam-Berlin-Oxford-Tokyo-Washington DC 1998, s. 1; K. LOPS, *Cross-border telemedicine. Opportunities and barriers from an economical and legal perspective*, Rotterdam 2008, s. 7; M.M. BUJNOWSKA-FEDAK, M. TOMCZAK, *Innowacyjne aplikacje telemedyczne i usługi e-zdrowia w opiece nad pacjentami w starszym wieku*, «Zeszyty Naukowe Ochrony Zdrowia. Zdrowie Publiczne i Zarządzanie» 11/ 2013, s. 302.

na odległość z wykorzystaniem przesyłu danych teleinformatycznych⁹. W taki sposób doktryna przedmiotu rozumie i opisuje badane pojęcie.

Warto zwrócić uwagę na fakt, że nie tylko doktryna przedmiotu stara się zdefiniować pojęcie telemedycyny. Próbują tego dokonać także organizacje międzynarodowe oraz pozarządowe. Światowa Organizacja Zdrowia podaje, że telemedycyna to „dostarczanie przez specjalistów usług medycznych, w przypadku gdy dystans jest kluczowym czynnikiem, wykorzystując technologie komunikacyjne do wymiany istotnych informacji dla diagnozy, leczenia, profilaktyki, badań, konsultacji czy wiedzy medycznej w celu polepszenia zdrowia pacjenta”¹⁰. Natomiast uznana przez Amerykańskie Stowarzyszenie Telemedycyny (ATA) definicja stanowi, że telemedycyna „jest formą wymiany informacji medycznych pomiędzy dwoma stronami, przebiegająca przy wykorzystaniu narzędzi telekomunikacyjnych, której celem jest poprawa stanu zdrowia pacjenta”¹¹. Definicje te nie odbiegają daleko od tych proponowanych przez doktrynę przedmiotu, jednak dla rzetelności wywodu należało o nich wspomnieć.

Przytoczenie powyższych definicji nie było bez celu, gdyż konieczne było wykazanie, że ze względu na brak definicji legalnej telemedycyny mamy do czynienia z różnymi definicjami i różnicami w nich zachodzącymi. Jednakże celem było także, a może przede wszystkim, pokazanie tego, co zawsze pozostaje w nich wspólne. Tym wspólnym mianownikiem jest przesył danych medycznych z wykorzystaniem technologii teleinformatycznych w celu poprawy zdrowia pacjenta. Uwaga ta ma podstawowe znaczenie z punktu widzenia relacji telemedycyny do konstytucyjnego prawa do opieki zdrowotnej w kontekście zjawiska tzw.

⁹ A.W. DARKINS, M.A. CARY, *Telemedicine and Telehealth*, New York 2000, s. 3-4; M.M. MAHEU, P. WHITTEN, A. ALLEN, *E-Health, Telehealth, and Telemedicine: A Guide to Startup and Success*, San Francisco 2001, s. 2-4; S. MAZURKIEWICZ, A. KLICH, *Świadczenie usług medycznych z wykorzystaniem telemedycyny – stan obecny i perspektywy*, [w:] *E-obywatel E-sprawiedliwość E-usługi*, red. K. FLAGA-GIERUSZYŃSKA, J. GOŁACZYŃSKI, D. SZOSTEK, Warszawa 2017, s. 67-70; K. FLAGA-GIERUSZYŃSKA, *MHealth a wybrane prawa pacjenta o charakterze informacyjnym*, [w:] *E-obywatel...*, s. 97-102.

¹⁰ K. LOPS, *op. cit.*; M. ŚWIERCZYŃSKI, *Telemedycyna w świetle rozporządzenia ogólnego o ochronie danych osobowych*, [w:] *E-obywatel...*, s. 83.

¹¹ <http://www.americantelemed.org>, dostęp 10 czerwca 2017 r.

wykluczenia cyfrowego. *De lege ferenda* należy oczekiwać stworzenia przez polskiego ustawodawcę definicji legalnej pojęcia telemedycyny, która brałaby pod uwagę większość głosów doktryny oraz odpowiednie zalecenia instytucji międzynarodowych oraz pozarządowych. Od stworzenia właściwej definicji omawianego pojęcia należy zacząć wdrażanie rozwiązań telemedycznych w Polsce, bo nie sposób skutecznie tego dokonać, jeżeli nie będziemy posiadali jasnego, precyzyjnego, bezwarunkowego i wyważonego znaczenia telemedycyny. Warty spostrzeżenia jest także fakt, że gdyby polski ustawodawca zdecydował się na ten krok, to byłby on jednym z pierwszych na świecie legislatorów, którzy tego by dokonali. Zabieg ten, najprawdopodobniej, pozwoliłby na wskazywanie Polski jako godnego wzoru do naśladowania.

3. KONSTITUCYJNE PRAWO DO OPIEKI ZDROWOTNEJ

Podczas debatowania nad możliwością wprowadzenia rozwiązań telemedycznych w Polsce nie można pominąć prawa do opieki zdrowotnej, które zostało przewidziane w Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej¹². Nowe technologie powinny powstawać, być wdrażane oraz stosowane ze względu i dla człowieka; to on jest ostatecznym punktem odniesienia. Nie sposób wyobrazić sobie innego wariantu. Z tego właśnie powodu możliwość zastosowania rozwiązań telemedycznych w ramach państwowego systemu opieki zdrowotnej RP musi być zgodna z konstytucyjnym prawem do opieki zdrowotnej. Innymi słowy, musi być jego przedłużeniem oraz wypełnieniem, a nie pozostawać z nim w sprzeczności w imię innowacyjności.

Prawo do ochrony zdrowia zazwyczaj bywa zaliczane do typowych praw tzw. drugiej generacji, jednak będąc w bardzo bliskiej korelacji z prawami fundamentalnymi pierwszej generacji (prawami osobistymi), takimi jak prawo do życia, wolność od niehumanitarnego bądź poniżającego traktowania lub karania, prawo do prywatności, a także wolność

¹² Dz. U. z 1997 r. Nr 78, poz. 483 ze zm.

sumienia i wyznania czy prawo do informacji¹³. Ze względu na ten szczególny związek omawiane prawo jest z jednej strony kwalifikowane jako typowe prawo socjalne¹⁴, zaś z drugiej strony jako prawo osobiste¹⁵.

Zgodnie z art. 68 ust. 1 Konstytucji RP: „Każdy ma prawo do ochrony zdrowia”, natomiast jego ust. 2 stanowi, że: „Obywatelom, niezależnie od ich sytuacji materialnej, władze publiczne zapewniają równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych. Warunki i zakres udzielania świadczeń określa ustawa”. Już *prima facie* można zauważyć, że ustawa zasadnicza wprowadza swoje wymagania dotyczącego tego, jak ma wyglądać system opieki zdrowotnej w Polsce. Z przytoczonego przepisu ustawy zasadniczej wynika powszechne, bezwarunkowe prawo do opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych. Władze publiczne mają więc obowiązek zapewnienia funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej, który:

1. skutecznie chroni zdrowie obywateli;
2. gwarantuje dostęp do leczenia niezależnie od sytuacji materialnej obywateli;
3. jest powszechny;
4. zapewnia równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej.

Warty spostrzeżenia jest fakt, że art. 68 Konstytucji RP przyznaje wprawdzie w ust. 1 prawo do ochrony zdrowia, a w ust. 2 prawo równego dostępu w granicach określonych ustawami do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych, ale w dalszych ustępach¹⁶ wyraża jedynie zasady polityki państwa, które z istoty swej nie mogą być źródłem bezpośrednich roszczeń jednostek (art. 81 Konstytucji RP)¹⁷.

¹³ 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.

¹⁴ Prawo do opieki zdrowotnej albo prawo dostępu do świadczeń zdrowotnych.

¹⁵ Prawo do ochrony zdrowia; A. SURÓWKA, *Prawo do ochrony zdrowia*, [w:] *Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej. Komentarz encyklopedyczny*, red. W. SKRZYDŁO, S. GRABOWSKA, R. GRABOWSKI, Warszawa 2009, s. 395.

¹⁶ Choć nie są one przedmiotem niniejszego artykułu, to dla rzetelności wyводу należało o nich wspomnieć.

¹⁷ Wyrok SA w Poznaniu z 23 maja 2006 r., I ACa 1266/05, «Lex» nr 214245.

Za doktryną przedmiotu¹⁸ można zauważyć, że art. 68 ust. 1 Konstytucji RP czyni podmiotem prawa do ochrony zdrowia każdego człowieka¹⁹. Z tego powodu, przykładowo, nie wolno odmówić cudzoziemcowi opieki medycznej, z tym zastrzeżeniem, że nie musi być ona darmowa. Natomiast art. 68 ust. 2 Konstytucji RP odnosi się już tylko do obywateli polskich²⁰, dotyczy on świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych, a te, jak wiadomo, są ograniczone. Nie jest jednak wykluczone rozszerzenie w drodze ustawy zakresu podmiotowego prawa do ochrony zdrowia. W żadnym jednak wypadku nie można odmówić pomocy osobie, której życie jest zagrożone, ponieważ art. 38²¹ Konstytucji RP nie relatywizuje w żaden sposób prawa do życia. Omawiany przepis jest rozwinięciem prawa do życia i do godności, co powoduje, że w świadomości społecznej jest jednym z najważniejszych uprawnień²². Na potwierdzenie powyższego można wskazać, że art. 38 Karty praw podstawowych²³ zapewnia każdemu prawo dostępu do profilaktycznej opieki zdrowotnej i do korzystania z leczenia na warunkach ustanowionych w ustawodawstwach i praktykach krajowych. Unia Europejska gwarantuje zatem wysoki poziom ochrony zdrowia ludzkiego, ponieważ przytoczony przepis konstytuuje prawo o charakterze podstawowym. Co istotne, w odróżnieniu od innych praw socjalnych przepis ten nie tylko stwierdza, że Unia uznaje i respektuje prawo do opieki zdrowotnej i korzystania z leczenia, lecz także gwarantuje bezpośrednio

¹⁸ M. BARTOSZEWICZ, *Komentarz do art. 68 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej*, [w:] *Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej. Komentarz*, red. M. HACZKOWSKA, R. BALICKI, M. BARTOSZEWICZ, K. COMPLAK, A. ŁAWNICZAK, M. MASTERNAK-KUBIAK, Warszawa 2014 s. 47-218; B. RAKOSZY, *Komentarz do art. 68 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej*, [w:] *Prawo ochrony środowiska*, red. Z. BUKOWSKI, E.K. CZECH, K. KARPUS, B. ROKOCZY, Warszawa 2013, s. 13-37; W. SKRZYDŁO, *Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej. Komentarz*, Warszawa 2013, s. 77-90.

¹⁹ P. KUCZMA, *Prawa człowieka w zarysie*, Polkowice 2011, s. 114-115.

²⁰ M. DERCZ, T. REK, *Ustawa o działalności leczniczej. Komentarz*, Warszawa 2012, s. 35.

²¹ W przepisie tym wyrażone zostało prawo do życia.

²² J. LEOWSKI, *Rola i miejsce państwa w systemie ochrony zdrowia*, «Prawo i Medycyna» 6-7/2000, s. 21, 25-26.

²³ Dz. Urz. UE C 303 z 2007 r., s. 1.

prawo dostępu do takich świadczeń²⁴. Niestety, jego treść wprowadza istotne ograniczenie przez odwołanie się do warunków ustanowionych w ustawodawstwach i praktykach krajowych, gdyż w sytuacji takiej Unia „jako adresat normy jest jedynie zobowiązana do zapewnienia realizacji roszczeń powstających zgodnie z porządkami krajowymi państw, a nie do definiowania ich rodzaju i zakresu”²⁵. Prowadzi to do wniosku, że przedmiotowe prawo, na płaszczyźnie europejskiej, jest w rzeczywistości iluzoryczne i może stać się rzeczywiste wyłącznie dzięki ustawodawstwu państw członkowskich²⁶.

Niestety, samo prawo do ochrony zdrowia bez zapewnienia równości w dostępie do świadczeń zdrowotnych okaże się pustą intencją zapisaną w ustawie zasadniczej. Choć naturalne wydają się trudności w dostępie mieszkańców mniejszych miejscowości, w szczególności, jeżeli chodzi o specjalistyczną opiekę medyczną, to nierówności tego rodzaju powinny być stopniowo niwelowane. W tej kwestii Trybunał Konstytucyjny uznał, że „nie chodzi o dostępność jedynie formalną, deklarowaną przez przepisy prawne o charakterze programowym, ale o dostępność rzeczywistą, stanowiącą realizację określonego w ust. 1 art. 68 Konstytucji prawa do ochrony zdrowia”²⁷. Chodzi tutaj o dostępność do opieki medycznej, a nie do pojedynczego świadczenia²⁸. Z tych powodów wyrównywanie szans w dostępie do świadczeń zdrowotnych jest szczególnie ważnym obowiązkiem władz publicznych²⁹.

²⁴ A. NUSSBERGER, *Artikel 35 GRCh Gesundheitsschutz*, [w:] *Kölner Gemeinschaftskommentar zur Europäischen Grundrechte-Charta*, red. P.J. TETTINGER, K. STERN, München 2006, s. 592-593.

²⁵ *Ibidem*.

²⁶ *Ibidem*.

²⁷ Wyrok TK z 7 stycznia 2004 r., K 14/03, Dz. U. Nr 5, poz. 37, «OTK-A» 1/2004, poz. 1.

²⁸ 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. ŚDORKO, Warszawa 2010, s. 124-125; M. DERCZ, T. REK, *op. cit.*, s. 41; K. TYMOWSKA, *Zasady finansowania a dostępność*, «Prawo i Medycyna» 4/1999, s. 84. Odmiennie W. ŚNIECIKOWSKI, *Charakter prawny świadczenia zdrowotnego jako publicznego prawa podmiotowego*, «PiP» 58.11/2003, s. 61.

²⁹ Wyrok SN z 21 grudnia 2004 r., I CK 320/04, «Lex» nr 146406.

Oczywiście można rozważać wzmocnienie transportu publicznego, lepsze połączenia drogowe czy zwiększenie liczby placówek medycznych w odległych miejscowościach, ale zasadne wydaje się w tym momencie pytanie, czy rzeczywiście poprawi to równość w dostępie do świadczeń zdrowotnych. Polepszenie transportu publicznego oraz budowa nowych połączeń drogowych w rzeczywistości mogłyby, w pewien sposób, zniwelować omawiane zjawisko w poszczególnych przypadkach. Konieczne będzie rozwiązanie o charakterze globalnym, bo jak z przytoczonych udogodnień skorzysta starszy mieszkaniec mniejszej miejscowości bez prawa jazdy, który sam nie będzie wstanie, ze względów zdrowotnych, skorzystać z transportu publicznego. Akceptowalnym rozwiązaniem tej sytuacji byłoby zwiększenie liczby placówek medycznych, tak aby w każdej mniejszej miejscowości poziom i dostępność świadczeń zdrowotnych były porównywalne z największymi aglomeracjami. Z oczywistych powodów, w szczególności ograniczonego zasobu personalnego³⁰, finansowego oraz materialnego, rozwiązanie to musi pozostać w sferze marzeń. W takich sytuacjach należy szukać nowych rozwiązań, które dzięki swojej innowacyjności będą w stanie skutecznie zniwelować zjawisko nierówności w dostępie do świadczeń zdrowotnych mimo wspomnianych utrudnień. Biorąc pod uwagę wszystkie wspomniane zagadnienia, nowe technologie wydają się adekwatną propozycją dla tego typu dylematów, które dotyczą większość współczesnych państw. Telemedycyna jest formą i techniką świadczenia usług medycznych, szybszą, tańszą i bardziej powszechną od tradycyjnego systemu opieki zdrowotnej. Dzięki niej możliwe stanie się świadczenie usług przez lekarza, na co dzień pracującego w dużych aglomeracjach miejskich, mieszkańcom mniejszych miejscowości, w których najprawdopodobniej nigdy by się nie pojawił³¹. Za pomocą sieci teleinformatycznych możliwe będzie połączenie lekarza z pacjentem nie tylko na terenie całego kraju, lecz także w każdym miejscu na świecie. Z tych wszystkich powodów, *de lege ferenda* polski ustawodawca, chcąc w rzeczywistości i skutecznie

³⁰ Problem braku odpowiedniej liczby lekarzy, ratowników, pielęgniarek itd.

³¹ W rzeczywistości, dzięki wykorzystaniu rozwiązań telemedycznych i tak się w takiej miejscowości, jako lekarz, nie pojawi.

zniwelować występujące zjawisko nierówności w dostępie do świadczeń zdrowotnych w Polsce, powinien poważnie zastanowić się nad możliwością wprowadzenia rozwiązań telemedycznych do systemu opieki zdrowotnej RP finansowanego ze środków publicznych. Jest to możliwe, ponieważ jedynie od ustawodawcy zależy, na jakich warunkach będą udzielane świadczenia opieki zdrowotnej oraz jaki będzie ich zakres³², przy czym powinien on jednak określić zasady realizowania prawa do zdrowia³³. Najważniejsze dla tego procesu powinny być badania komparatystyczne³⁴, z tym zastrzeżeniem, że przenoszenie zagranicznych rozwiązań prawnych nie może być mechaniczne, ale powinno uwzględniać kulturowe uwarunkowania polskiego społeczeństwa. Niestety, proces ten nie będzie przebiegał bezproblemowo, co przy wdrażaniu nowych technologii do zastosowania praktycznego wydaje się naturalne. To właśnie jednemu z takich problemów poświęcony jest przedmiotowy dyskurs, z tym zastrzeżeniem, że omówienie całej problematyki konstytucyjnego prawa do opieki zdrowotnej przewidzianego w art. 68 Konstytucji RP wykracza poza ramy niniejszego artykułu i z tego powodu, w pozostałej części, należy odwołać się do literatury przedmiotu³⁵.

4. PROGNOZA ZAPOTRZEBOWANIA NA ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE/ USŁUGI TELEMEDYCZNE W POLSCE

Podczas debat nad możliwością wprowadzenia rozwiązań telemedycznych w Polsce nie wolno zapominać o wymaganiach wynikających

³² A. ZOLL, *Problemy służby zdrowia w świetle doświadczeń RPO*, «Prawo i Medycyna» 8/2000, s. 9.

³³ Wyrok SN z 15 grudnia 2004 r., IV CK 361/04, «Lex» nr 258677.

³⁴ W szczególności regulacje prawne Stanów Zjednoczonych Ameryki oraz Republiki Federalnej Niemiec.

³⁵ M. BARTOSZEWICZ, *op. cit.*; B. RAKOSZY, *op. cit.*; W. SKRZYDŁO, *op. cit.*; M. SAFJAN, L. BOSEK, *Konstytucja RP. I.; Komentarz do art. 1-86*, Warszawa 2016, s. 1457-1725; 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. 659-707.

z konstytucyjnego prawa do opieki zdrowotnej, o czym już wspomniano. Nie wolno jednak zapominać również o tym, że co do zasady, najliczniejszą grupą osób, które korzystają ze świadczeń zdrowotnych, są obywatele w wieku powyżej 65. roku życia i to oni powinni być najbardziej zainteresowani proponowanymi nowościami technologicznymi. Z tego powodu zaprezentowanie prognozy demograficznej polskiego społeczeństwa pozwoli skutecznie określić zapotrzebowanie na świadczenia zdrowotne czy, w przyszłości, usługi telemedyczne. Najistotniejsze będzie scharakteryzowanie procesu starzenia się polskiego społeczeństwa, co w sposób definitywny określi planowane zapotrzebowanie na omawiane świadczenia. Najistotniejsze dla omawianej analizy będą dwa dokumenty Głównego Urzędu Statystycznego, mianowicie „Prognoza ludności na lata 2003-2030”³⁶ oraz „Prognoza ludności na lata 2014-2050”³⁷.

W pierwszym z nich możemy przeczytać, że: „W okresie następnych 20 lat liczba ludności w wieku produkcyjnym będzie systematycznie maleć, aż do 20,8 mln w 2030 r., a w wieku poprodukcyjnym – rosnąć aż do 9,6 mln. Łączna liczba osób w wieku nieprodukcyjnym, przypadających na 100 osób w wieku produkcyjnym, zwiększy się z 60 do 72 (a więc tzw. obciążenie ekonomiczne wzrośnie o jedną piątą). Znaczny przyrost zanotujemy w najstarszych grupach wieku. [...] Rosnący udział ludzi w podeszłym wieku będzie miał wpływ nie tylko na system świadczeń społecznych nadzorowanych przez państwo, ale też na rynek dóbr i usług zakupywanych w celu zaspokajania rozmaitych potrzeb tej grupy ludzi. Należy się spodziewać, że w przyszłości jeszcze większy będzie popyt na wyroby farmaceutyczne i usługi medyczne, ale też prawdopodobnie na to wszystko, co jest związane ze spędzaniem czasu wolnego. W dalszej przyszłości potrzeba będzie jeszcze więcej lekarzy, pielęgniarek i ośrodków opieki, chociaż – być może – rozwiną się zautomatyzowane systemy monitorowania zdrowia i sprawowania opieki medycznej”. Jak widzimy z przedstawionego dokumentu wypływa silny przekaz, że polskie społeczeństwo się starzeje. Jest to niepokojący wniosek, zważywszy na fakt, że

³⁶ <http://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ludnosc/prognoza-ludnosci/prognoza-ludnosci-na-lata-2003-2030,1,2.html>, dostęp 16 czerwca 2017 r.

³⁷ <http://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ludnosc/prognoza-ludnosci/prognoza-ludnosci-na-lata-2014-2050-opracowana-2014-r-,1,5.html>, dostęp 16 czerwca 2017 r.

będzie się to wiązało z koniecznością przebudowy państwowego systemu opieki zdrowotnej i nakierowanie go na zdecydowane zwiększenie wydajności. Oznacza to, że będziemy potrzebowali odpowiedniego zaplecza w postaci zasobu personalnego, finansowego oraz materialnego, co w sposób oczywisty wiązać się będzie z pewnymi trudnościami³⁸. Należy jednak pozytywnie przyjąć fakt, że Główny Urząd Statystyczny dostrzega potencjał nowych technologii w medycynie, innymi słowy telemedycyny, bowiem ostatnie zdanie cytowanego dokumentu w sposób bezpośredni dotyczy właśnie tego rodzaju rozwiązań. Ma to istotne znaczenie praktyczne, gdyż dzięki usługom i sieciom telekomunikacyjnym poprawie ulega ogólna jakość życia³⁹.

Choć drugi ze wspomnianych dokumentów potwierdza trend starzenia się polskiego społeczeństwa, to możemy w nim przeczytać, że: „Bardzo istotnym problemem – koniecznym do uwzględnienia przy dokonaniu wyboru właściwego wariantu – jest problem starzenia się ludności Polski. Coraz większy dostęp do usług medycznych i opiekuńczych, a także podniesienie jakości tych usług będzie wpływać na dalsze systematyczne wydłużanie życia ludności, a tym samym przyspieszenie tempa starzenia się ludności. Wśród krajów europejskich jesteśmy krajem »młodym« demograficznie, jednak proces starzenia się ludności obserwowany jest od lat. W 2013 r. mediana wieku Polaków wynosiła 37,4 lat dla mężczyzn i 40,9 dla kobiet, podczas gdy w 1990 r. była niższa o 6,5 lat dla mężczyzn i 7,2 lat dla kobiet (odpowiednio 30,9 i 33,7 lat). Sposobem na radzenie sobie z problemem starzejącej się populacji jest z jednej strony prowadzenie polityki prorodzinnej mającej szeroko rozwinięty system pomocy rodzinom, zwłaszcza wielodzietnym, z drugiej strony postęp w medycynie oraz zapewnienie równego dostępu wszystkich obywateli do kompleksowej, nowoczesnej opieki medycznej z zakresu diagnostyki, leczenia i rehabilitacji”. Mimo że dokument ten dzieli ponad 11 lat od wcześniej cytowanej „Prognozy ludności na lata 2003-2030”, możemy w nim przeczytać o tych samych problemach i nadziejach

³⁸ S. MAZURKIEWICZ, A. KLICH, *op. cit.*, s. 70-79.

³⁹ T. GROSSMANN, W. KOPKIEWICZ, J. SEBZDA-ZAŁUSKA, M. SZYDŁO, J. WILCZEWSKI, *Ustawa o wspieraniu rozwoju usług i sieci telekomunikacyjnych. Komentarz*, Warszawa 2012, s. 13.

związanych z jednej strony ze starzeniem się społeczeństwa, zaś z drugiej strony z nowoczesnymi technologiami w medycynie. Wskazuje się w nim także, że osoby mocno schorowane czy niepełnosprawne znacznie częściej deklarują, iż musiały zrezygnować z wizyt u lekarza niż osoby zdrowe, a głównym powodem tych rezygnacji był brak pieniędzy oraz długa lista oczekujących. Telemedycyna jako tańsza, szybsza, bardziej powszechna i bezpieczna⁴⁰ metoda świadczenia usług medycznych ma na celu także, dzięki zdalnemu systemowi obsługi pacjentów, skrócenie list osób oczekujących do koniecznego minimum. W dokumencie tym, podobnie jak w jego poprzedniej wersji, nie zabrakło dostrzeżenia przez Główny Urząd Statystyczny potencjału innowacyjnych rozwiązań w medycynie.

De lege ferenda polski ustawodawca powinien dostrzec, że przy tak ogromnej skali zmian demograficznych, jakie czekają polskie społeczeństwo, jeszcze większe będzie zapotrzebowanie na świadczenia opieki zdrowotnej. Będzie to wymagać skoordynowanego działania w wielu obszarach bezpośrednio i pośrednio powiązanych z państwowym systemem opieki zdrowotnej oraz opieką społeczną. Konieczne stanie się wdrożenie rozwiązań telemedycznych, ponieważ tradycyjne rozwiązania przestaną prawidłowo funkcjonować⁴¹. Warto nie zwlekać z podjęciem tego rodzaju decyzji, bowiem będzie się to wiązać z jednej strony z koniecznością przeprowadzenia szkolenia personelu medycznego z zastosowania zaawansowanych rozwiązań technologicznych, zaś z drugiej – wspierania nowych technologii w praktycznych zastosowaniach. Z tych wszystkich powodów można już mówić nie tyle o prognozie zapotrzebowania na

⁴⁰ 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 końcowy, 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. Tekst raportu https://www.dzp.pl/files/Publikacje/Otoczenie_Regulacyjne_Telemedycyny_w_Polsce.pdf, dostęp 16 czerwca 2017 r.; W.M. MAZIARZ, *Problemy rozwoju telemedycyny w Polsce*, «Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego. Studia Informatica» 25/2010, s. 33-35.

⁴¹ E. KWIATKOWSKA, *Internet rzeczy. Czy będą nas leczyć komputery?*, «IKAR» 6(5)/2016, s. 19-23.

świadczenia zdrowotne, ile o prognozie zapotrzebowania na usługi telemedyczne w Polsce.

5. WYKLUCZENIE CYFROWE

Niestety w kontekście wspomnianych już zagadnień związanych z rozwojem telemedycyny w Polsce pojawiają się liczne bariery, które potrafią skutecznie zahamować postęp nowoczesnych rozwiązań w medycynie. Jest to zjawisko niepokojące i dlatego *de lege ferenda* polski ustawodawca powinien mu przeciwdziałać, jeżeli chce wprowadzić optymalny model prawny telemedycyny w Polsce. Żeby tego dokonać, konieczne jest zniwelowanie, do niezbędnego minimum, wszystkich tego rodzaju trudności.

W szczególności mowa tutaj o przeszkodach⁴²:

1. informacyjnych – brak dostępu społeczeństwa do sieci teleinformatycznych (tzw. wykluczenie cyfrowe);
2. społecznych – brak akceptacji i zaufania ze strony społeczeństwa⁴³ w stosunku do rozwiązań telemedycznych, w szczególności gdy chodzi o ochronę prywatności pacjentów⁴⁴;
3. finansowych – finansowanie świadczeń telemedycznych z państwowego budżetu;
4. interoperacyjnych – współpraca między nowymi technologiami a medycyną;
5. kapitałowych – bariera wysokości kosztów zastosowania innowacyjnych technologii;
6. prawnych – zupełny brak regulacji albo ich niedoskonałość.

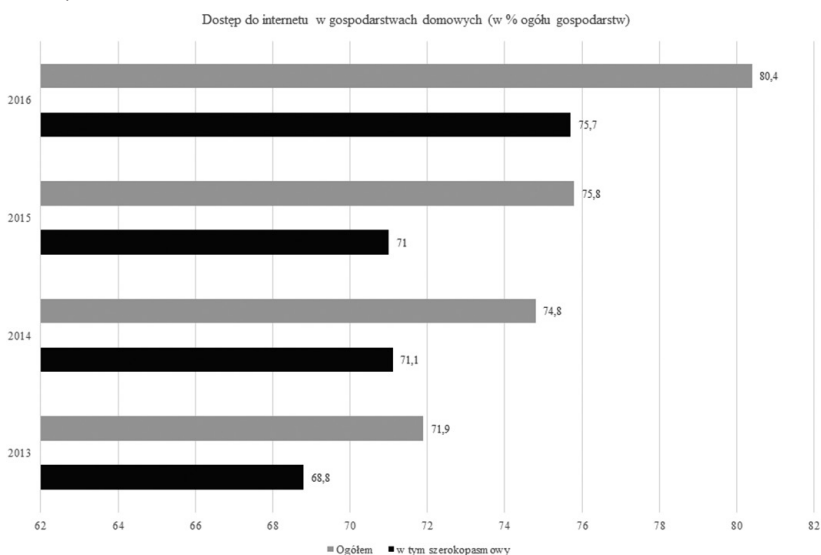
Niniejszy artykuł stanowi omówienie konkretnego problemu dotyczącego relacji telemedycyny w stosunku do konstytucyjnego prawa do opieki zdrowotnej w świetle zjawiska tzw. wykluczenia cyfrowego. Z tego

⁴² M. CZARNUCHA, M. GRABOWSKI, P. NAJBUKA, Ł. KOTŁOWSKI, *op. cit.*, s. 1-9, 21-50.

⁴³ W szczególności osób starszych.

⁴⁴ W.R. WIEWIÓROWSKI, *Prywatność pacjenta musi być chroniona*, «IT w Administracji» 2/2013, s. 20-23; E. KWIATKOWSKA, *op. cit.*, s. 27-30.

powodu dalsza jego część będzie poświęcona wyłącznie przeszkodzie o charakterze informacyjnym, tj. braku dostępu społeczeństwa do sieci teleinformatycznych. W tym kontekście najistotniejsze, obecnie, są dwa dokumenty: raport „Wykluczenie cyfrowe w Polsce”⁴⁵, opracowany przez Kancelarię Senatu Rzeczypospolitej Polskiej, oraz „Społeczeństwo informacyjne w Polsce w 2016 r.”⁴⁶ Głównego Urzędu Statystycznego.

Wykres 1⁴⁷

Wykluczenie cyfrowe, nazywane czasami także przepaścią cyfrową, polega na określeniu różnicy pomiędzy tymi osobami bądź

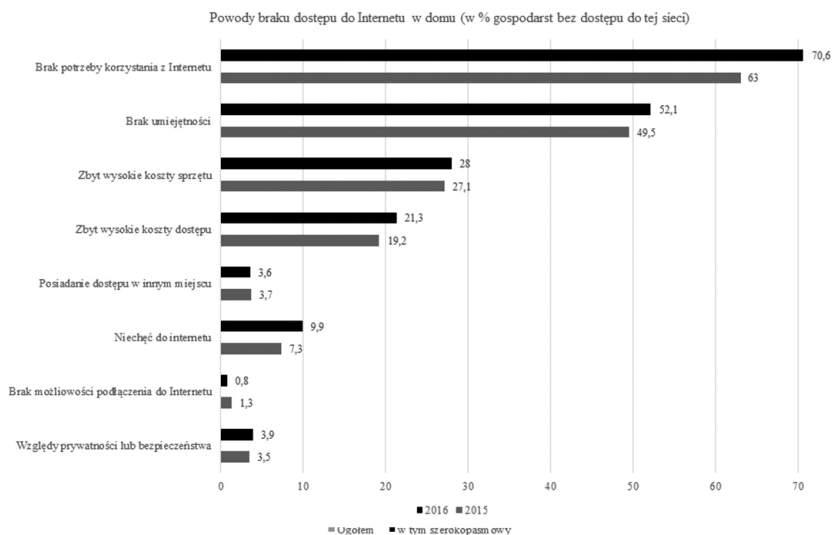
⁴⁵ https://www.senat.gov.pl/gfx/senat/pl/senatopracowania/133/plik/ot-637_internet.pdf, dostęp 16 czerwca 2017 r.

⁴⁶ <http://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/nauka-i-technika-spoleczenstwo-informacyjne/spoleczenstwo-informacyjne/spoleczenstwo-informacyjne-w-polsce-w-2016-roku,2,6.html>, dostęp 16 czerwca 2017 r.

⁴⁷ Opracowanie własne na podstawie wykresów z dokumentu „Społeczeństwo informacyjne w 2016 r.”.

społeczeństwami, które mają dostęp do technologii informacyjnych (Internetu), a takimi, które takiego dostępu nie posiadają. Zjawisko to ma podstawowe znaczenie z punktu widzenia rozwiązań telemedycznych, których jednym z głównych celów jest wyrównywanie szans w dostępie do świadczeń zdrowotnych⁴⁸.

Wykres 2⁴⁹



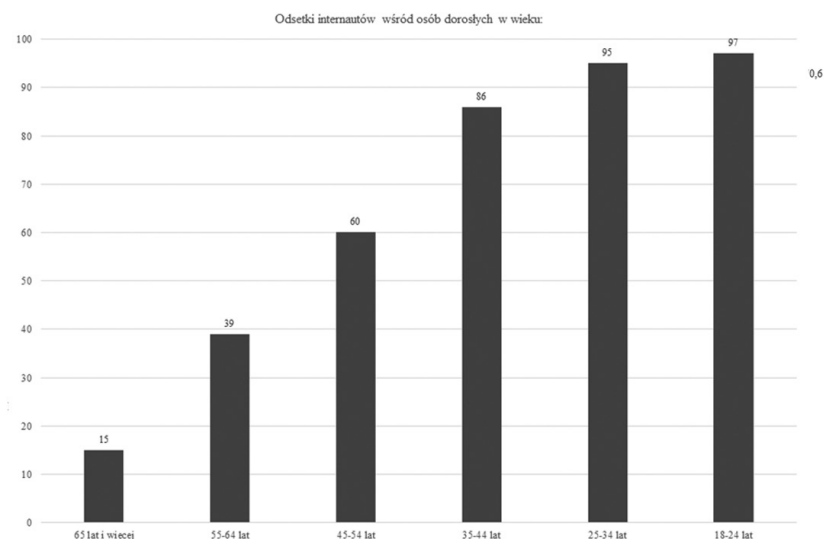
Z wymienionych dokumentów możemy się dowiedzieć, że w 2016 r. w Polsce dostęp do Internetu w gospodarstwach domowych (w % ogółu gospodarstw) wyniósł 80,4%, z tym że w 75,7% był to dostęp do Internetu szerokopasmowego. To obiecujące dane, zważywszy na fakt odnotowania wzrostu w dostępie o prawie 5% w stosunku do roku 2015 oraz o prawie 10% w stosunku do roku 2013 (wykres 1). Przy zachowaniu aktualnego

⁴⁸ Decyzja Urzędu Nadzoru EFTA nr 34/10/COL z 3 lutego 2010 r. zmieniająca po raz 79. zasady proceduralne i merytoryczne w dziedzinie pomocy państwa poprzez dodanie nowego rozdziału w sprawie stosowania przepisów dotyczących pomocy państwa w odniesieniu do szybkiego wdrażania sieci szerokopasmowych.

⁴⁹ *Ibidem*.

trendu można się spodziewać, że około 2050 r. nie będzie gospodarstwa domowego bez dostępu do Internetu w Polsce. Natomiast głównym powodem braku dostępu w 2016 r. do sieci w gospodarstwach domowych w Polsce był brak potrzeby korzystania z Internetu, który w stosunku do 2015 r. zwiększył się o ponad 7%. Innymi powodami były: brak umiejętności, zbyt wysokie koszty sprzętu, zbyt wysokie koszty dostępu, niechęć do Internetu czy względy prywatności i bezpieczeństwa (wykres 2).

Wykres 3⁵⁰



Po przeanalizowaniu skali i powodów występowania tzw. wykluczenia cyfrowego należy odpowiedzieć na pytanie, jakie jest główne kryterium pojawiania się omawianego zjawiska. Innymi słowy, co decyduje o fakcie braku dostępu do Internetu przez konkretnego członka polskiego społeczeństwa. Z raportu „Wykluczenie cyfrowe w Polsce” bezpośrednio wynika, że takim podstawowym kryterium jest wiek

⁵⁰ Opracowanie własne na podstawie wykresów z dokumentu „Wykluczenie cyfrowe w Polsce”.

osoby. Stan ten nie powinien dziwić, gdyż problemy osób starszych dotyczące asymilacji z nowymi technologiami wydają się niestety naturalne i trudne do zniwelowania. Okazuje się, że jeżeli spojrzymy na polskie społeczeństwo przez pryzmat wieku, zobaczymy, że aż 97% osób w wieku od 18 do 24 lat ma dostęp do Internetu, podczas gdy w wieku od 55 do 64 lat jest to tylko 39% (wykres 3). Jednakże alarmujące dane dotyczą osób w wieku 65 lat i powyżej, bowiem wśród nich jedynie 15% posiada dostęp do sieci teleinformatycznych, co oznacza, że to właśnie ta grupa społeczna jest najbardziej dotknięta zjawiskiem tzw. wykluczenia cyfrowego. Patrząc na to z punktu widzenia możliwości zastosowania rozwiązań telemedycznych w Polsce, fakt ten jest bardzo niepokojący.

Z upływem czasu można spodziewać się marginalizacji zjawiska tzw. wykluczenia cyfrowego, bowiem starsze pokolenia Polaków będą zastępowane przez młodsze, które urodziły się i były wychowywane w czasach, w których dostęp do Internetu był warunkiem *sine qua non* ludzkiej egzystencji. Można oczekiwać, że za 50 lat trudno będzie znaleźć osobę bez dostępu do sieci teleinformatycznych, jednak pozostaje pytanie, co będzie się działo przez ten czas. Dlatego *de lege ferenda* polski ustawodawca powinien w sposób skuteczny przeciwdziałać przepaści cyfrowej, jaka dotyka najstarszą grupę wiekową Polaków, poprzez organizację odpowiednich szkoleń z zakresu korzyści, potencjału oraz bezpieczeństwa Internetu. Pozwoli to na efektywne wdrożenie rozwiązań telemedycznych, które tak jak ich tradycyjny odpowiednik będą cieszyły się największą popularnością w grupie wiekowej powyżej 65. roku życia.

6. KONKLUZJE

Przechodząc do podsumowania i dla jasności wyводу, należy przypomnieć sobie cztery poruszone w niniejszym artykule zagadnienia. Po pierwsze⁵¹, wszystkie zacytowane definicje telemedycyny, które razem i każda oddzielnie miały wspólny mianownik. Był nim przesył danych medycznych z wykorzystaniem technologii teleinformatycznych w celu

⁵¹ Por. pkt 2 „Definicja telemedycyny”.

poprawy zdrowia pacjenta. Prowadzi to do wniosku, że dla rozwiązań telemedycznych same dane medyczne i sam pacjent nie wystarczą. Warunkiem koniecznym prawidłowego funkcjonowania telemedycyny są technologie teleinformatyczne i można powiedzieć, że to właśnie one stanowią jej naturalne środowisko. Po drugie⁵², wymagania wynikające z konstytucyjnego prawa do opieki zdrowotnej przewidzianego w art. 68 Konstytucji RP, w szczególności dotyczące równości w dostępie do świadczeń zdrowotnych. W związku z tym przepisem można oczekiwać od władz publicznych zapewnienia skutecznego, powszechnego i gwarantującego dostęp do leczenia niezależnie od sytuacji materialnej obywateli państwowego systemu opieki zdrowotnej. Po trzecie⁵³, prognoza zapotrzebowania na świadczenia zdrowotne w Polsce przeprowadzona na podstawie odpowiednich dokumentów. Wskazuje ona jednoznacznie, że grupa wiekowa 65 lat i powyżej polskiego społeczeństwa jest najbardziej zainteresowana w dostępie do omawianych świadczeń medycznych. Co interesujące, oba z przywołanych dokumentów wskazują na potencjał nowych technologii w medycynie jako rozwiązanie prognozowanego zwiększenia zapotrzebowania na wyroby farmaceutyczne i usługi medyczne. Przy tak dużej skali zmian, jakie czekają polskie społeczeństwo, można, z całą odpowiedzialnością, mówić już o zapotrzebowaniu na usługi telemedyczne w Polsce. Po czwarte⁵⁴ w końcu, fakt występowania braku dostępu do sieci teleinformatycznych w Polsce, innymi słowy zjawisko tzw. wykluczenia cyfrowego. Dokonana analiza pokazuje, że ogólny dostęp do Internetu w Polsce jest na zadowalającym poziomie, czego nie można powiedzieć o konkretnych grupach społecznych. Okazuje się bowiem, że dostęp do sieci teleinformatycznych maleje odwrotnie proporcjonalnie w stosunku do wieku, co niestety, wydaje się naturalnym efektem trudności starszych osób w adaptacji nowoczesnych rozwiązań. W szczególności należy pamiętać, że to właśnie osoby najbardziej zainteresowane w dostępie do świadczeń zdrowotnych są jednocześnie najbardziej dotknięte zjawiskiem tzw. przepaści cyfrowej.

⁵² Por. pkt 3 „Konstytucyjne prawo do opieki zdrowotnej”.

⁵³ Por. pkt 4 „Prognoza zapotrzebowania na świadczenia zdrowotne/usługi telemedyczne w Polsce”.

⁵⁴ Por. pkt 5 „Wykluczenie cyfrowe”.

Jeżeli chcemy w sposób skuteczny wprowadzić rozwiązania telemedyczne na grunt porządku krajowego, to te wszystkie cztery zagadnienia muszą zostać jednocześnie wzięte pod rozwagę i powinny być odpowiednio wyważone. Niemniej podczas tego procesu pojawia się duży problem, ponieważ:

1. telemedycyna ze swojej definicji wymaga dostępu do sieci teleinformatycznych;
2. konstytucyjne prawo do opieki zdrowotnej wymaga równości w dostępie do świadczeń zdrowotnych;
3. osoby w wieku powyżej 65. roku życia są najbardziej zainteresowane w dostępie do przedmiotowych świadczeń;
4. osoby w wieku powyżej 65. roku życia są najbardziej dotknięte zjawiskiem tzw. wykluczenia cyfrowego.

Z tych wszystkich powodów zasadne wydają się pytania, jak należy uregulować telemedycynę w Polsce w świetle występującego zjawiska tzw. wykluczenia cyfrowego bez naruszenia konstytucyjnego prawa do opieki zdrowotnej oraz jak stworzyć optymalny model prawny telemedycyny w Polsce. *De lege ferenda* są to pytania, które już dziś powinny być badane przez polskiego ustawodawcę. Jako racjonalny legislator winien on wziąć pod uwagę korzyści, potencjał oraz innowacyjność w skali światowej rozwiązań telemedycznych w kontekście prognozowanych zmian demograficznych w Polsce. Z tych przyczyn należałoby oczekiwać rozpoczęcia wdrażania nowych technologii do systemu opieki zdrowotnej finansowanego ze środków publicznych.

Jedno jest natomiast pewne. Rozwiązania telemedyczne nie zmierzają do zastąpienia tradycyjnych rozwiązań systemu opieki zdrowotnej, lecz mają na celu jego wsparcie poprzez poprawę⁵⁵:

1. szybkości;
2. obniżenia kosztów;
3. dostępności;
4. równości;

⁵⁵ Komunikat Komisji do Parlamentu Europejskiego, Rady, Europejskiego Komitetu...; M. CZARNUCHA, M. GRABOWSKI, P. NAJBUKA, Ł. KOTŁOWSKI, *op. cit.*, s. 13-21; W.M. MAZIARZ, *op. cit.*

5. bezpieczeństwa;
6. jakości świadczeń zdrowotnych.

Telemedycyna nie zmierza do odhumanizowania opieki zdrowotnej, lecz do wsparcia pracy lekarzy poprzez poprawienie jej wydajności i jakości oraz szybkości. W tym momencie można przywołać słowa prof. Piotra Kulczyckiego, który niegdyś napisał, że: „Telemedycyna jest techniką, a jednocześnie metodą świadczenia usług medycznych, do niedawna traktowaną jako awangardowa nowość czy nawet cywilizacyjna ciekawostka, jednak obecnie się rozwinęła i staje się techniką dominującą i w dużej mierze determinującą kierunki rozwoju całości dziedziny inżynierii biomedycznej. Tyko za pomocą telemedycyny możliwe będzie zaspokojenie stale rosnących potrzeb, jakie pod adresem służb medycznych generują starzejące się populacje większości rozwiniętych krajów świata”⁵⁶.

W świetle tych słów oraz wszystkich przytoczonych argumentów można dojść do uprawnionego wniosku, że telemedycyna nie jest już tylko możliwością, ona stała się wręcz koniecznością.

TELEMEDYCYNĄ A KONSTITUCYJNE PRAWO DO OPIEKI ZDROWOTNEJ W KONTEKŚCIE WYKLUCZENIA CYFROWEGO

Streszczenie

Artykuł stanowi omówienie konkretnego problemu jaki może powstać w trakcie próby wdrożenia rozwiązań telemedycznych w Polsce. Po pierwsze, ze względu na brak definicji legalnej telemedycyny zostaną przytoczone propozycje znaczenia tego pojęcia wysuwane przez doktrynę przedmiotu oraz organizacje międzynarodowe i pozarządowe, wraz ze wspólnym mianownikiem przedmiotowych definicji. Po drugie, zostanie omówione konstytucyjne prawo do opieki zdrowotnej, które zostało przewidziane w polskiej ustawie zasadniczej w kontekście wymogu równości w dostępie do opieki medycznej. Po trzecie, zostanie

⁵⁶ P. KULCZYCKI, *Techniki informacyjne w badaniach systemowych*, Warszawa 2007, s. 342.

przedstawiona prognoza zapotrzebowania na świadczenia zdrowotne w Polsce, bazująca na odpowiednich dokumentach Głównego Urzędu Statystycznego. Po czwarte, zostanie omówione zjawisko tzw. wykluczenia cyfrowego wraz z podaniem jego powodów, skali oraz podstawowego kryterium. Artykuł zakończy konkluzje w przedmiocie rozważań, które zawierają autorskie stanowisko oraz postulaty *de lege ferenda* dla polskiego ustawodawcy.

TELEMEDICINE AND THE CONSTITUTIONAL RIGHT TO HEALTH CARE IN POLAND THE CONTEXT OF DIGITAL EXCLUSION

Summary

This article discusses a specific problem that may arise when an attempt is made to bring in telemedicine in Poland. First, since there is no definition of the concept of telemedicine in the eyes of the law, I present the diverse proposals offered by legal experts, international organisations and NGOs, and show which features they all have in common. Next I discuss the constitutional right to health care, as provided for in the Polish Constitution, in particular in the context of the requirement for equal opportunities in access to medical care. Third, I present a forecast for the demand for health services in Poland, on the basis of relevant data from the Polish Central Statistical Office. Fourth, I discuss digital exclusion and why it occurs, its scale and the basic criterion for the phenomenon. I conclude by presenting my own opinion and suggestions for new provisions to be considered by the Polish legislator.

Słowa kluczowe: e-zdrowie; telemedycyna; prawa nowych technologii; wykluczenie cyfrowe; prawo do ochrony zdrowia; zapotrzebowanie na świadczenia zdrowotne.

Keywords: e-health; telemedicine; the rights of new technologies; digital exclusion; the citizen's right to healthcare; the demand for health services.

Literatura:

- ÄÄRIMAA M., *Telemedicine Contribution of ICT to Health*, [w:] *E-Health Current Situation and Examples of Implemented and Beneficial E-Health Applications*, red. I. LAKOVIDIS, P. WILSON, J.C. HEALY, Amsterdam-Berlin-Oxford-Tokyo-Washington DC 2004, s. 111-117.
- 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, s. 51-125.
- BARTOSZEWICZ M., *Komentarz do art. 68 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej*, [w:] *Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej. Komentarz*, red. M. HACZKOWSKA, R. BALICKI, M. BARTOSZEWICZ, C. COMPLAK, A. ŁAWNICZAK, M. MASTERNAK-KUBIAK, Warszawa 2014, s. 47-218.
- BUJNOWSKA-FEDAK M.M., TOMCZAK M., *Innowacyjne aplikacje telemedyczne i usługi e-zdrowia w opiece nad pacjentami w starszym wieku*, «Zeszyty Naukowe Ochrony Zdrowia. Zdrowie Publiczne i Zarządzanie» 11.4/2013, s. 302-317.
- CZARNUCHA M., GRABOWSKI M., NAJBUKA P., KOTŁOWSKI Ł., *Otoczenie regulacyjne telemedycyny w Polsce – stan obecny i nowe otwarcie*, Warszawa 2015, s. 13-21.
- DARKINS A.W., CARY M.A., *Telemedicine and Telehealth*, New York 2000, s. 1-25.
- DERCZ M., REK T., *Ustawa o działalności leczniczej. Komentarz*, Warszawa 2012, s. 35.
- FLAGA-GIERUSZYŃSKA K., *MHealth a wybrane prawa pacjenta o charakterze informacyjnym*, [w:] *E-obywatel E-sprawiedliwość E-usługi*, red. K. FLAGA-GIERUSZYŃSKA., J. GOŁĄCZYŃSKI, D. SZOSTEK, Warszawa 2017, s. 97-110.
- GROSSMANN T., KOPKIEWICZ W., SEBZDA-ZAŁUSKA J., SZYDŁO M., WILCZEWSKI J., *Ustawa o wspieraniu rozwoju usług i sieci telekomunikacyjnych. Komentarz*, Warszawa 2012, s. 13-21.
- 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, s. 659-707.
- JASUDOWICZ T., *Prawo do zdrowia*, [w:] *Prawa człowieka i ich ochrona*, red. B. GRONOWSKA, T. JASUDOWICZ, M. BALCERZAK, M. LUBISZEWSKI, R. MIZER-SKI, Toruń 2010, s. 491-497.
- KUCZMA P., *Prawa człowieka w zarysie*, Polkowice 2011, s. 114-124.

- KULCZYCKI P., *Techniki informacyjne w badaniach systemowych*, Warszawa 2007, s. 341-361.
- KWIATKOWSKA E., *Internet rzeczy. Czy będą nas leczyć komputery?*, «IKAR» 6(5)/2016, s. 19-32.
- LEOWSKI J., *Rola i miejsce państwa w systemie ochrony zdrowia*, «Prawo i Medycyna» 2.6-7/2000, s. 21-31.
- LOPS K., *Cross-border telemedicine. Opportunities and barriers from an economical and legal perspective*, Rotterdam 2008, s. 7-12.
- MAHEU M.M., WHITTEN P., ALLEN A., *E-Health, Telehealth, and Telemedicine: A Guide to Startup and Success*, San Francisco 2001, s. 2-26.
- MARTYNIAK J., *Podstawy informatyki z elementami telemedycyny*, Kraków 2009, s. 152-180.
- MAZIARZ W.M., *Problemy rozwoju telemedycyny w Polsce*, «Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego» 605. *Studia Informatica*» 25/2010, s. 33-44.
- MAZURKIEWICZ S., KLICH A., *Świadczenie usług medycznych z wykorzystaniem telemedycyny – stan obecny i perspektywy*, [w:] *E-obywatel E-sprawiedliwość E-usługi*, red. K. FLAGA-GIERUSZYŃSKA, J. GOŁACZYŃSKI, D. SZOSTEK, Warszawa 2017, s. 67-83.
- NUSSBERGER A., *Artikel 35 GRCh Gesundheitsschutz*, [w:] *Kölner Gemeinschaftskommentar zur Europäischen Grundrechte-Charta*, red. P.J. TETTINGER, K. STERN, München 2006, s. 586-594.
- RAKOSZY B., *Komentarz do art. 68 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej*, [w:] *Prawo ochrony środowiska*, red. Z. BUKOWSKI, E.K. CZECH, K. KARPUS, B. ROKOCZY, Warszawa 2013, s. 13-37.
- SAFJAN M., BOSEK L., *Konstytucja RP, I: Komentarz do art. 1-86*, Warszawa 2016, s. 1457-1725.
- SKRZYDŁO W., *Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej. Komentarz*, Warszawa 2013, s. 77-90.
- SOSA-IUDICISSA M., *History of Telemedicine*, [w:] *Handbook of Telemedicine*, red. O. FERRER-ROCA, M. SOSA-IUDICISSA, Amsterdam-Berlin-Oxford-Tokyo-Washington DC 1998, s. 1-19.
- SURÓWKA A., *Prawo do ochrony zdrowia*, [w:] *Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej. Komentarz encyklopedyczny*, red. W. SKRZYDŁO, S. GRABOWSKA, R. GRABOWSKI, Warszawa 2009, s. 390-404.
- ŚNIECIKOWSKI W., *Charakter prawny świadczenia zdrowotnego jako publicznego prawa podmiotowego*, «PiP» 58.11/2003, s. 56-66.
- ŚWIERCZYŃSKI M., *Telemedycyna w świetle rozporządzenia ogólnego o ochronie danych osobowych*, [w:] *E-obywatel E-sprawiedliwość E-usługi*,

red. K. FLAGA-GIERUSZYŃSKA, J. GOŁACZYŃSKI, D. SZOSTEK, Warszawa 2017, s. 83-97.

TYMOWSKA K., *Zasady finansowania a dostępność*, «Prawo i Medycyna» 4/1999, s. 82-94.

WIEWIÓROWSKI W.R., *Prywatność pacjenta musi być chroniona*, «IT w Administracji» 63.2/2013, s. 11-23.

ZOLL A., *Problemy służby zdrowia w świetle doświadczeń RPO*, «Prawo i Medycyna» 2.8/2000, s. 7-16.