

Dopuszczalność udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w formie telemedycyny i ich finansowania ze środków publicznych

Admissibility of the providing of the healthcare services in form of the telemedicine and their financing from the public funds

dr hab. prof. UAM Daniel Eryk Lach LL.M. (EU)

Uniwersytet im. Adama Mickiewicza w Poznaniu,
Wydział Prawa i Administracji, Katedra Prawa Pracy i Prawa Socjalnego
ORCID: 0000-0001-6223-5356
e-mail: lach@amu.edu.pl

Streszczenie Autor podejmuje próbę zdefiniowania pojęcia telemedycyny w oparciu o międzynarodowe, w tym unijne, dokumenty i dorobek piśmiennictwa polskiego i zagranicznego oraz ustalenia dopuszczalności zdalnego udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w świetle przepisów regulujących zasady wykonywania zawodów medycznych i prowadzenia działalności leczniczej. Analizuje także zagadnienie dopuszczalności finansowania ze środków publicznych świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych w formie telemedycyny, w tym zwrotu kosztów takich świadczeń udzielonych w ramach transgranicznej opieki zdrowotnej w UE.

Słowa kluczowe: telemedycyna, świadczenia opieki zdrowotnej, transgraniczna opieka zdrowotna.

Summary The aim of the article is to define the concept of telemedicine and determine the admissibility of remote providing of the healthcare services in the light of the regulations concerning the practice of the medical professions and the conducting of the medical activity. The analysis will also cover the issue of admissibility of financing of the healthcare services fulfilled in the form of telemedicine from the public funds, either in an EU cross-border context.

Keywords: telemedicine, the services of the health care, cross-border health care.

JEL: K39

Wprowadzenie

Rozwój technologii teleinformatycznej dotyczy niemalże wszystkich sfer życia człowieka, umożliwiając między innymi zdalne udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Trzeba jednak zastrzec, że telemedycyna jako „badanie i leczenie na odległość” nie jest zjawiskiem nowym. W literaturze jako pierwszy historycznie poświadczony przykład zdalnej diagnozy wskazuje się wydaną w 1886 r. opinię na temat zdrowia psychicznego bawarskiego króla Ludwika II, skutkującą uznaniem go za niepoczytalnego i w konsekwencji usunięciem z tronu (Hahn, 2018, s. 387). Inni autorzy przywołują przykład telekardiografii, która narodziła się w 1905 r., gdy W. Einthoven, wynalazca elektrokardiografu, przesyłał wyniki badań pacjenta do laboratorium odległego o 1,5 km od miejsca dokonania badania (Dierks, 2016, s. 405; Nowak, 2018, s. 36). W tym kontekście należy także zauważyć, że już w drugiej połowie XIX wieku funkcjonowała tzw. medycyna korespon-

dencyjna (*Briefkastenmedizin*), polegająca na udzielaniu porad medycznych na łamach dynamicznie rozwijających się czasopism, a której — jako nieuczciwej konkurencji — środowisko lekarskie próbowało przeciwdziałać poprzez wprowadzanie do kodeksów etyki regulujących wykonywanie zawodu lekarza (*Standesordnung, Berufsordnung*) zakazu udzielania świadczeń na odległość (*Fernbehandlungsverbot*) (Locher, 2017, s. 514–515; Kalb, 2018, s. 481). Natomiast ustawy zakaz zdalnego diagnozowania i leczenia chorób wenerycznych został wprowadzony w Niemczech w 1918 r.¹ w związku z doświadczeniami związanymi z samodzielnym leczeniem przez pacjentów takich chorób lekami dostępnymi wysyłkowo (Dierks, 2016, s. 405; Hahn, 2019, s. 2).

Współcześnie możliwości zastosowania rozwiązań teleinformatycznych w odniesieniu do szeroko rozumianego „e-zdrowia” obejmują całe spektrum sytuacji i problemów prawnych związanych z gromadzeniem, opracowy-

waniem i przysyłaniem danych, które mogą dotyczyć także udzielania świadczeń opieki zdrowotnej. Celem niniejszego artykułu jest zbadanie i rozwiązanie trzech istotnych kwestii. Po pierwsze (wobec braku legalnej definicji telemedycyny w przepisach prawa polskiego) chodzi o zdefiniowanie pojęcia telemedycyny w oparciu o międzynarodowe (w tym unijne) dokumenty, a także dorobek piśmiennictwa polskiego i zagranicznego. Po drugie — o ustalenie dopuszczalności zdalnego udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w świetle przepisów regulujących zasady wykonywania zawodów medycznych i prowadzenia działalności leczniczej. Po trzecie — o ustalenie dopuszczalności finansowania świadczeń realizowanych w formie telemedycyny ze środków publicznych w ramach systemu opieki zdrowotnej, w tym zwrotu kosztów takich świadczeń udzielonych w ramach transgranicznej opieki zdrowotnej w UE.

Pojęcie telemedycyny

W dokumentach Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) telemedycynę zdefiniowano jako świadczenie usług opieki zdrowotnej, w których odległość jest kluczowym czynnikiem, przez wszystkie osoby wykonujące zawody medyczne korzystających z technologii informacyjnych i komunikacyjnych w celu wymiany ważnych informacji służących diagnozowaniu, leczeniu i zapobieganiu chorobom i urazom, badaniu i ocenie oraz dalszego kształcenia świadczeniodawców opieki zdrowotnej, wszystko w interesie poprawy zdrowia osób i ich społeczności² (WHO, 1998). Także w opracowaniach UE wskazano, że telemedycyna to świadczenie usług zdrowotnych z wykorzystaniem technologii informacyjno-komunikacyjnych, w sytuacji gdy pracownik służby zdrowia i pacjent (lub dwaj pracownicy służby zdrowia) nie znajdują się w tym samym miejscu. Usługi telemedyczne wiążą się z przesyłem danych i informacji medycznych (jako tekstu, obrazu, dźwięku lub w innej formie), które są konieczne do działań prewencyjnych, diagnozy, leczenia i kontroli stanu zdrowia pacjenta (Komisja Wspólnot Europejskich, 2008, s. 3).

Definicje te były przedmiotem analizy w piśmiennictwie (Chojecka i Nowak, 2016), w tym także na tle szerszego pojęcia e-zdrowia (Stankiewicz, 2016, s. 152 i n.; Światała, 2018, s. 303–352; Dierks, 1999, s. 3–4; Häckl, 2010, s. 62–66; Dochow, 2017, s. 85–94; Gruner, 2017, s. 289; Bulitz, 2018, s. 25–34). Zarówno w przywołanych dokumentach, jak i literaturze podkreśla się, że telemedycyna obejmuje szeroki i różnorodny zakres usług, w tym korzystanie ze zdalnego wsparcia lekarza-specjalisty, przekazywanie danych dotyczących pacjenta, zdalne konsultacje i obsługę pacjenta oraz zdalne konsylia (Dierks, 1999, s. 7–17, 2002, s. 227 i n., 2016, s. 408–409; Bergmann, 2016, s. 497–502). Nie zalicza się do niej natomiast takich form działań dotyczących szeroko rozumianego zdrowia, jak prowadzenie portali informacyjnych poświęconych zdrowiu, wdrażanie i funkcjonowanie systemów elektronicznych kart zdrowia, wystawianie lub przysyłanie recept lub skierowań drogą elektroniczną (e-recepta, e-skierowanie) itp. (Komisja Wspólnot Europejskich, 2008, s. 4).

Wobec powyższego w tym miejscu można ograniczyć się do stwierdzenia, że telemedycyna jest tym segmentem e-zdrowia, w którym technologie informatyczne i komunikacyjne służą udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej na odległość. Nawiązując przy tym do pojęcia telepracy (art. 67⁴ k.p.) należy stwierdzić, że telemedycyna nie oznacza jakiegoś nowego, odrębnego rodzaju świadczenia opieki zdrowotnej, a jedynie zdalne (bez bezpośredniego kontaktu z pacjentem) udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, za pośrednictwem lub z wykorzystaniem³ systemów teleinformatycznych lub systemów łączności (Dierks, 1999, s. 24–25). Jednocześnie trzeba wyraźnie podkreślić, że świadczeń w formie telemedycyny nadal udziela osoba wykonująca zawód medyczny, a nie — a takie obawy są formułowane w piśmiennictwie — sztuczna inteligencja posługująca się algorytmami (Mittelstadt, 2017; Knieps, 2018, s. 179).

Dopuszczalność telemedycyny w świetle przepisów regulujących zasady wykonywania zawodów medycznych i prowadzenia działalności leczniczej

W tym kontekście ważne jest ustalenie dopuszczalności udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w formie telemedycyny w świetle przepisów regulujących zasady wykonywania zawodów medycznych i prowadzenia działalności leczniczej.

Zgodnie z art. 2 ust. 1 i 2 ustawy z 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (DzU z 2019 r. poz. 537, dalej: u.z.l.) wykonywanie zawodu lekarza polega na udzielaniu przez osobę posiadającą wymagane kwalifikacje, potwierdzone odpowiednimi dokumentami, świadczeń zdrowotnych, w szczególności na badaniu stanu zdrowia, rozpoznawaniu chorób i zapobieganiu im, leczeniu i rehabilitacji chorych, udzielaniu porad lekarskich, a także wydawaniu opinii i orzeczeń lekarskich, natomiast wykonywanie zawodu lekarza dentysty polega na udzielaniu przez osobę posiadającą wymagane kwalifikacje, potwierdzone odpowiednimi dokumentami, świadczeń określonych w art. 2 ust. 1, w zakresie chorób zębów, jamy ustnej, części twarzowej czaszki oraz okolic przyległych. Należy podkreślić, że przepis art. 2 ust. 4 u.z.l. jednoznacznie stanowi, że lekarz/lekarz dentysta może wykonywać wskazane czynności także za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności.

Jak się wydaje, stosowanie technologii teleinformatycznej w odniesieniu do wykonywania zawodu lekarza uzasadnia, ale i ogranicza nałożony na lekarza w art. 4 u.z.l. obowiązek wykonywania zawodu „zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, dostępnymi mu metodami i środkami zapobiegania, rozpoznawania i leczenia chorób, zgodnie z zasadami etyki zawodowej oraz z należytą starannością”. Należy w tym miejscu przywołać art. 9 kodeksu etyki lekarskiej (dalej: k.e.l.)⁴, zgodnie z którym lekarz może podejmować leczenie jedynie po uprzednim zbadaniu pacjenta, przy czym „wyjątki stano-

wią sytuacje, gdy porada lekarska może być udzielona wyłącznie na odległość”. Jakkolwiek zatem k.e.l. wprost nie odwołuje się do pojęcia telemedycyny, to jednak dopuszczenie udzielania porad „na odległość” musi odnosić się do korzystania z systemów łączności, w tym zatem także systemów teleinformatycznych. Trzeba jednak dostrzec, że art. 9 k.e.l. wyraźnie wskazuje, że musi to być sytuacja wyjątkowa, w tym sensie że udzielenie porady jest możliwe wyłącznie w formie zdalnej. Należy także zauważyć, że w zdaniu 2 art. 9 mowa jest tylko o udzielaniu porad, natomiast zdanie 1 odnosi się ogólnie do zbadania i następującego po nim leczenia, ma więc — jak się wydaje — znacznie szerszy zakres przedmiotowy. Trzeba mieć przy tym na uwadze, że terminy „badanie”, „leczenie” i „porada lekarska” występują również w treści art. 2 u.z.l., opisując przykładowo rozmaite formy świadczeń zdrowotnych, a zatem nie mogą być, także na tle art. 9 k.e.l., utożsamiane. W konsekwencji można by uznać, że korzystanie przez lekarza z systemów teleinformatycznych lub systemów łączności byłoby ograniczone wyłącznie do udzielania „porad lekarskich” i to tylko w sytuacji, gdy ich udzielenie byłoby możliwe wyłącznie na odległość. Takie rozumienie art. 9 k.e.l. prowadziłoby jednak do ograniczenia lekarza w jego ustawowo statutowanej swobodzie wykorzystywania systemów teleinformatycznych lub systemów łączności w odniesieniu do wszelkich aspektów wykonywania zawodu lekarza, a zastrzeżenie wykonywania zawodu zgodnie z zasadami etyki zawodowej (art. 4 u.z.l.) pozabawiałoby w istocie art. 2 ust. 4 u.z.l. praktycznego znaczenia. Co więcej, naruszenie zasad etyki lekarskiej stanowi przewinienie zawodowe, za które lekarz może być pociągnięty do odpowiedzialności zawodowej (art. 53 i n. ustawy z 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich, DzU z 2019 r. poz. 965). W tym kontekście, abstrahując od pogłębionej analizy kwestii normatywnego charakteru k.e.l.⁵, należy jednak wskazać, że zasady określone w kodeksach etyki zawodowej nigdy nie mogą stanowić samostanowiącej podstawy prawnej odpowiedzialności dyscyplinarnej. Zasady etyki zawodowej powinny podlegać ocenie w kontekście ich zgodności z prawem powszechnie obowiązującym. Za niedopuszczalne trzeba uznać pociąganie na podstawie ustawy do odpowiedzialności dyscyplinarnej za czyn naruszający zasady etyki niezgodne z ustawą (Giętkowski, 2013, s. 207–208). W odniesieniu do przepisów k.e.l. w piśmiennictwie wprost stwierdzono, że nie każde naruszenie jego przepisu powinno być uznawane za naruszenie zasad etyki zawodowej w rozumieniu ustawy (Zielińska, 2001, s. 120). Trybunał Konstytucyjny⁶ wskazał natomiast, że racjonalny ustawodawca nie może obejmować sankcjami prawnymi zachowań, które są zgodne z nakazem lub dozwoleństwem wynikającym z obowiązujących norm prawnych. Dlatego też odpowiedzialność zawodowa nie znajdzie zastosowania w tych przypadkach, w których zachowanie się lekarza jest zgodne z nakazem, zakazem lub upoważnieniem obowiązującej ustawy (Chojcka i Nowak, 2016, s. 79). Na tym tle należy uznać, że przepisy regulujące wykonywanie zawodu lekarza/lekarza dentystry, w tym także wynikające z k.e.l., nie stoją na przeszkodzie korzystaniu z systemów teleinformatycznych

lub systemów łączności przy wykonywaniu zawodu lekarza.

Jedynie na marginesie przywołać należy kontrowersje dotyczące wykładni art. 42 ust. 1 u.z.l. związane z rezygnacją — w wyniku nowelizacji⁷ — z wymogu osobistego zbadania pacjenta (Glanowski, 2015, s. 979–981). Można bowiem uznać, że wobec treści art. 2 ust. 4 u.z.l. nie mają one obecnie znaczenia dla oceny dopuszczalności wykonywania pełnego spektrum czynności składających się na wykonywanie zawodu lekarza za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności (Kaczan, 2017, s. 95–99).

Jeśli natomiast chodzi o pielęgniarki i położne, to art. 11 ust. 1 ustawy z 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (DzU z 2019 r. poz. 576, dalej: u.z.p.p.) wprost stanowi, że pielęgniarka i położna wykonują zawód, z należytą starannością, zgodnie z zasadami etyki zawodowej, poszanowaniem praw pacjenta, dbałością o jego bezpieczeństwo, wykorzystując wskazania aktualnej wiedzy medycznej oraz pośrednictwo systemów teleinformatycznych lub systemów łączności. Natomiast kodeks etyki zawodowej pielęgniarki i położnej RP nie odnosi się do kwestii zdalnego udzielania świadczeń, co zresztą jest związane z charakterem zadań pielęgniarskich i położniczych.

Należy także zauważyć, że art. 3 ustawy z 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (DzU z 2018 r. poz. 2190, dalej: u.d.l.) przewiduje, że za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności mogą być udzielane nie tylko działania z zakresu promocji zdrowia lub realizacji zadań dydaktycznych i badawczych w powiązaniu z udzielaniem świadczeń zdrowotnych i promocją zdrowia, w tym wdrażaniem nowych technologii medycznych oraz metod leczenia, ale przede wszystkim same świadczenia zdrowotne, jako podstawowy przedmiot działalności leczniczej. Mając na uwadze ustawową definicję świadczenia zdrowotnego, obejmującą działania służące zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia oraz inne działania medyczne wynikające z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich wykonywania (art. 2 ust. 1 pkt 10 u.d.l.), należy podzielić pogląd wyrażony w piśmiennictwie, zgodnie z którym ustawodawca zdecydował się na obszerne i rozbudowane wyznaczenie zakresu telemedycyny (Chojcka i Nowak, 2016, s. 77).

Reasumując można uznać, że w obecnym stanie prawnym udzielanie świadczeń zdrowotnych w formie telemedycyny, tj. za pośrednictwem lub z wykorzystaniem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności, jest w pełni dopuszczalne zarówno w punktu widzenia przepisów regulujących zasady wykonywania zawodów medycznych (lekarza, lekarza dentystry, pielęgniarki i położnej), jak i prowadzenia działalności leczniczej.

Dopuszczalność finansowania świadczeń realizowanych w formie telemedycyny ze środków publicznych w ramach systemu opieki zdrowotnej

Telemedycyna a katalog świadczeń gwarantowanych. Przechodząc do analizy kwestii dopuszczalności finansowania

wania świadczeń udzielanych w formie telemedycyny ze środków publicznych w ramach systemu opieki zdrowotnej należy w pierwszej kolejności ustalić, czy katalog świadczeń gwarantowanych przewiduje możliwość ich zdalnego udzielania. Stosowne przepisy zawiera ustawa z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (DzU z 2019 r. poz. 1373, dalej: u.s.o.z.) oraz wydane na podstawie jej art. 31d rozporządzenia wykonawcze określające wykazy świadczeń gwarantowanych. Należy rozpocząć od wskazania, że przepisy ustawy ograniczają się zasadniczo do kwestii tzw. telematyki (Dochow, 2017, s. 85–94; Bulitz, 2018, s. 28–29), regulując zagadnienia elektronicznej rejestracji i monitorowania kolejki on-line w szpitalach i ambulatoryjnej opiece specjalistycznej (art. 23 u.s.o.z.), ewidencji wniosków i wydanych decyzji w sprawie zgód na pokrycie kosztów leku w ramach ratunkowego dostępu do technologii lekowej (art. 47h u.s.o.z.), wystawiania w wersji elektronicznej skierowań (art. 59aa u.s.o.z.), a także prowadzenia akt kontroli świadczeniodawców i dotyczących jej dokumentów oraz komunikacji z podmiotami kontrolowanymi (art. 61l, 61n i 61za u.s.o.z.). Trzeba jednak dostrzec, że ustawa — choć jedynie pośrednio — wyraźnie dopuszcza udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w formie telemedycyny. Otóż art. 59b u.s.o.z. wskazuje, że w przypadku skierowania, o którym mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 59aa ust. 2 u.s.o.z.⁸, świadczeniobiorca otrzymuje informację o wystawionym skierowaniu w postaci e-maila, SMS-a, wydruku „albo w innej uzgodnionej postaci (...) — w przypadku (...) badania za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności i braku możliwości przekazania informacji w postaci wydruku” (art. 59b ust. 2 pkt 3 u.s.o.z.).

Analizując natomiast — w kolejności przyjętej w art. 15 ust. 2 u.s.o.z. — przepisy rozporządzeń określających katalogi świadczeń gwarantowanych należy stwierdzić, że w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (DzU z 2019 r. poz. 736) jednoznacznie wskazano, iż świadczenia gwarantowane nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej udzielanej w warunkach ambulatoryjnych obejmują, między innymi, poradę lekarską udzielaną w warunkach ambulatoryjnych w bezpośrednim kontakcie ze świadczeniobiorcą lub telefonicznie (§ 2 pkt 5 w związku z § 3 ust. 1 pkt 5; załącznik nr V, A, część 1). Z kolei rozporządzenie Ministra Zdrowia z 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (DzU z 2016 r. poz. 357) przewiduje obowiązek zapewnienia (w ramach kompleksowej opieki nad pacjentem) ciągłego kontaktu telefonicznego pacjenta lub opiekunów z ośrodkiem prowadzącym leczenie w odniesieniu do wybranych świadczeń spełnianych w warunkach domowych: żywieniu pozajelitowym i dojelitowym oraz dożylnym podawaniu wybranych antybiotyków (§ 3 ust. 1 pkt 5 w związku z § 3 ust. 2 pkt 5; załącznik nr V, pkt 4, 5 i 20). W przypadku leczenia szpitalnego ewentualne zdalne udzielanie świadczeń możliwe jest w bardzo ograniczonym zakresie i spro-

wadza się — wyłącznie odnośnie do toksykologii klinicznej (także dla dzieci) — do obowiązku całodobowego zapewnienia „co najmniej telefonicznych” konsultacji toksykologicznych (§ 9 ust. 1; załącznik nr III pkt 44 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego, DzU z 2017 r. poz. 2295). Natomiast rozporządzenie Ministra Zdrowia z 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (DzU z 2018 poz. 465) w dość szerokim zakresie przewiduje możliwość prowadzenia w warunkach domowych telerehabilitacji kardiologicznej lub kardiologicznej hybrydowej⁹. Ponadto — w odniesieniu do długoterminowej opieki domowej dla dorosłych, dzieci i młodzieży wentylowanych mechanicznie — rozporządzenie Ministra Zdrowia z 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej (DzU z 2015 r. poz. 1658) przewiduje stałą dostępność lekarza i pielęgniarki pod telefonem (§ 7 i 11; załącznik nr 4 pkt 2 lit. A). Z oczywistych powodów nie ma natomiast mowy o udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej w formie telemedycyny w odniesieniu do opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień, leczenia stomatologicznego, leczenia uzdrowiskowego, zaopatrzenia w wyroby medyczne, ratownictwa medycznego, opieki paliatywnej i hospicyjnej, świadczeń wysokospecjalistycznych oraz programów zdrowotnych.

Powyższe rozważania wskazują, że aktualnie zakres świadczeń gwarantowanych w ramach systemu opieki zdrowotnej, które mogą być udzielane w formie telemedycyny, jest bardzo ograniczony. W praktyce świadczenia te zapewne przybiorą najczęściej postać porady lekarskiej z zakresu nocnej i świątecznej podstawowej opieki zdrowotnej. Koresponduje to zresztą z przepisem art. 59b ust. 2 pkt 3 u.s.o.z. dotyczącym wystawiania skierowań „w przypadku badania za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności”, co jest zadaniem przede wszystkim lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej. W tym kontekście warto także zauważyć, że uzasadniając wprowadzenie możliwości korzystania z systemów teleinformatycznych lub systemów łączności przy wykonywaniu zawodu lekarza, lekarza dentysty, pielęgniarki i położnej wskazano: „W długiej perspektywie usługi telemedyczne, w tym w szczególności teleopieka i telemonitoring, przyczynić się mogą do zmniejszenia obciążenia profesjonalistów w podstawowej opiece zdrowotnej”¹⁰.

Ponieważ jednak telemedycyna nie stanowi odrębnego rodzaju świadczeń opieki zdrowotnej, a jedynie szczególną formę ich udzielania, to *prima facie* można by uznać, że dla sfinansowania ze środków publicznych świadczeń opieki zdrowotnej gwarantowanych w systemie, a udzielanych zdalnie nie byłoby konieczne ich wyraźne wskazanie w katalogu świadczeń gwarantowanych. Udzielanie świadczeń w formie telemedycyny można by bowiem postrzegać jako jeden z możliwych sposobów wykonywania zawodów medycznych, „zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, dostępnymi metodami i środkami” (por. art. 4 u.z.l. i art. 11 ust. 1 u.z.p.p.) oraz udzielania

świadczeń z „wykorzystaniem metod diagnostyczno-terapeutycznych innych niż stosowane w medycynie niekonwencjonalnej, ludowej lub orientalnej”¹¹, niewymagający w konsekwencji specjalnego upoważnienia w przepisach ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych lub jej rozporządzeń wykonawczych. Innymi słowy, można by mówić o swoistym domniemaniu dopuszczalności finansowania ze środków publicznych świadczeń udzielonych za pośrednictwem lub z wykorzystaniem systemów teleinformatycznych albo systemów łączności. Z tezą o domyślnej dopuszczalności świadczeń udzielanych w tej formie koresponduje pogląd, zgodnie z którym wyodrębnianie świadczeń opieki zdrowotnej w formie telemedycyny w katalogu świadczeń gwarantowanych jest konieczne tylko w przypadkach, w których wykorzystanie systemów teleinformatycznych lub systemów łączności umożliwia udzielenie świadczenia zupełnie nowego (Dierks, 1999, s. 21–27, 2002, s. 231–232; Hahn, 2019, s. 43–46); zatem dotąd niedostępnego, a zarazem dopuszczalnego z punktu widzenia kryteriów określonych w art. 31a ust. 1 u.ś.o.z.

Z drugiej strony trzeba jednak pamiętać, że przepisy omówionych wyżej aktów prawnych wyraźnie wskazują, które świadczenia i w jakim zakresie mogą być wykonywane za pośrednictwem lub z wykorzystaniem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności. Nie sposób abstrahować od wyraźnej treści ustawy i wydanych na podstawie przewidzianego w niej upoważnienia rozporządzeń, zawierających przecież nie tylko wykazy świadczeń gwarantowanych, ale także — a w tym kontekście nawet przede wszystkim — warunki realizacji danego świadczenia gwarantowanego „mając na uwadze konieczność zapewnienia wysokiej jakości świadczeń opieki zdrowotnej oraz właściwego zabezpieczenia tych świadczeń” (por. art. 31d pkt 2 u.ś.o.z.). Uznanie, że zdalne udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej zawsze uzasadnia jego rozliczenie w ramach systemu, byłoby być może zasadne wówczas, gdyby prawodawca w żaden sposób nie odniósł się do kwestii formy udzielania świadczeń gwarantowanych w systemie. W takiej sytuacji milczenie prawodawcy można by próbować wyklądać jako generalne dopuszczenie przez niego udzielania świadczeń przy użyciu wszelkich dostępnych, spełniających kryteria określone w art. 31a u.ś.o.z. metod, w tym za pośrednictwem lub z wykorzystaniem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności¹². Jednak wobec wyraźnego wskazania dopuszczalności zdalnego udzielania tylko w odniesieniu do wybranych świadczeń należy raczej przyjąć, że w odniesieniu do wszystkich pozostałych takiej możliwości nie przewidziano.

W konsekwencji należy zatem stwierdzić, że *de lege lata* świadczenia zdrowotne w formie telemedycyny mogą być finansowane ze środków publicznych w ramach systemu opieki zdrowotnej tylko w zakresie ograniczonym powołanymi wyżej przepisami ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych i jej rozporządzeń wykonawczych, precyzujących także warunki realizacji świadczeń gwarantowanych, w tym formę ich udzielania.

Telemedycyna transgraniczna. W tym kontekście wyjaśnienia wymaga kwestia pokrycia/zwrotu kosztów w sytuacji transgranicznego udzielenia świadczeń opieki zdrowotnej w formie telemedycyny. Jeśli chodzi o korzystanie ze świadczeń opieki zdrowotnej poza systemem właściwym, to najogólniej można powiedzieć, że rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (WE) nr 883/2004 w sprawie koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego reguluje cztery modelowe sytuacje. Trzy z nich — dotyczące uprawnionego, który ma miejsce zamieszkania w innym państwie członkowskim niż państwo właściwe (art. 17 i 18), oraz uprawnionego, który czasowo przebywa poza właściwym państwem członkowskim, a udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej stało się niezbędne z powodów medycznych (art. 19) — nie budzą kontrowersji w odniesieniu do rozliczenia świadczeń udzielonych za pośrednictwem lub z wykorzystaniem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności. Rozporządzenie przewiduje bowiem, że w takich sytuacjach — po spełnieniu określonych w przepisach przesłanek — ubezpieczeni lub członkowie ich rodzin¹³ mają prawo do świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych przez instytucję miejsca zamieszkania lub pobytu, zgodnie z przepisami stosowanego przez nią ustawodawstwa, tak jak gdyby byli oni ubezpieczeni na mocy tego ustawodawstwa (które rozstrzyga także kwestie dopuszczalności udzielenia danych świadczeń w formie telemedycyny), a odbywa się to w imieniu właściwej instytucji (tzn. na jej koszt). Nieco odmiennie ma się rzecz w czwartym przypadku, dotyczącym pobytu uprawnionego¹⁴ poza właściwym państwem członkowskim w celu uzyskania opieki zdrowotnej (art. 20). W takiej sytuacji konieczne jest uzyskanie zgody instytucji właściwej, a jednym z warunków jej wydania jest wymóg, aby przedmiotowe leczenie należało do świadczeń przewidzianych przez ustawodawstwo państwa właściwego. Dane świadczenie musi więc być objęte ustawową gwarancją — określone w katalogu świadczeń gwarantowanych (Lach, 2010). Podobnie wygląda sytuacja, gdy chodzi o przepisy dyrektywy nr 2011/24 w sprawie stosowania praw pacjentów w transgranicznej opiece zdrowotnej, które implementowano do polskiego porządku prawnego ustawą z 10 października 2014 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (DzU z 2014 r. poz. 1491). Wdrażający ogólną zasadę zwrotu kosztów z art. 7 ust. 1 dyrektywy nr 2011/24 przepis art. 42b ust. 1 u.ś.o.z. stanowi bowiem, że świadczeniobiorca jest uprawniony do otrzymania od Funduszu zwrotu kosztów świadczenia opieki zdrowotnej, udzielonego na terytorium innego niż Rzeczpospolita Polska państwa członkowskiego Unii Europejskiej, jeżeli udzielone mu świadczenie było świadczeniem gwarantowanym (Lach, 2015).

W świetle poczynionych wyżej ustaleń pojawia się zatem wątpliwość, czy polski świadczeniobiorca może się ubiegać o zwrot kosztów świadczenia udzielonego mu w formie telemedycyny przez zagranicznego świadczeniodawcę, które mieści się w katalogu świadczeń gwarantowanych, jednak precyzując warunki jego realizacji prawo-

dawca nie wskazał, że może ono być udzielone z wykorzystaniem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności (Komisja Europejska, 2015, s. 5–6).

W tym kontekście należy zauważyć, że zgodnie z art. 7 ust. 7 dyrektywy nr 2011/24 „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”. Tym niemniej przepis ten zastrzega zarazem, że „warunki, kryteria przysługiwania uprawnień i wymogi prawno-administracyjne nałożone zgodnie z niniejszym ustępem nie mogą być dyskryminacyjne ani nie mogą stanowić przeszkody w swobodnym przepływie pacjentów, usług lub towarów, o ile nie jest to obiektywnie uzasadnione wymogami planowania w celu zapewnienia wystarczającego i stałego dostępu do zrównoważonego zakresu leczenia wysokiej jakości w danym państwie członkowskim lub dotyczącymi woli kontrolowania kosztów i unikania, na ile to możliwe, wszelkiego marnotrawstwa zasobów finansowych, technicznych i ludzkich”. Nawet gdyby przyjąć, że kwestia zdalnej formy udzielenia danego świadczenia w ogóle mieści się w pojęciu „warunków, kryteriów przysługiwania uprawnień i wymogów prawno-administracyjnych” — co budzi wątpliwości, jako że mogą one dotyczyć osoby ubezpieczonej, która dochodzi zwrotu kosztów transgranicznej opieki zdrowotnej, a nie świadczeniodawcy — to jak się wydaje przyjęte w przywołanych wyżej aktach prawnych rozwiązanie ograniczające możliwości wykorzystania telemedycyny jako metody realizacji tylko wybranych gwarantowanych świadczeń opieki zdrowotnej nie może być zasadnie argumentowane wymogami planowania. Wskazane w rozporządzeniach „koszykowych” świadczenia nie są przecież świadczeniami z zakresu stacjonarnej opieki zdrowotnej, tj. tego segmentu, którego zasadniczo dotyczy planowanie. Wolno natomiast uznać, że ograniczenie takie można by ocenić jako istotną przeszkodę w swobodnym przepływie usług — świadczeń opieki zdrowotnej, ponieważ ich zdalne udzielanie (np. w formie konsultacji) ma istotne praktyczne znaczenie dla (ułatwienia) korzystania z transgranicznej opieki zdrowotnej.

Abstrahując od tych dywagacji należy jednak przede wszystkim zauważyć, że polski ustawodawca w istocie nie skorzystał z przewidzianej w art. 7 ust. 7 dyrektywy 2011/24 możliwości doprecyzowania „warunków, kryteriów i wymogów”. Przepis art. 42b ust. 1 u.s.o.z. wymaga bowiem jedynie, aby udzielone poza polskim systemem opieki zdrowotnej świadczenie, co do którego świadczeniobiorca ubiega się o zwrot kosztów, było świadczeniem gwarantowanym, nie odnosi się natomiast do kwestii warunków jego realizacji. W tym kontekście należy także podkreślić, że zgodnie z art. 4 ust. 1 lit. a dyrektywy nr 2011/24 transgraniczna opieka zdrowotna jest świadczona zgodnie z przepisami państwa członkowskiego leczenia;

w przypadku telemedycyny jest nim państwo członkowskie, w którym ma siedzibę świadczeniodawca¹⁵ (art. 3 lit. d dyrektywy nr 2011/24). Zatem prawem właściwym do ustalenia dopuszczalności udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w formie telemedycyny z punktu widzenia reguł wykonywania zawodu oraz oceny warunków ich realizacji jest prawo państwa członkowskiego świadczeniodawcy (Nowak, 2018, s. 41). Można przy tym także zauważyć, że odwoływanie się do krajowego standardu (czyli warunków realizacji) oznaczałoby niebezpieczeństwo uprzywilejowania krajowych świadczeniodawców, co byłoby nie do pogodzenia ze swobodą przepływu usług (Karl, 2016, s. 681)¹⁶. W konsekwencji NFZ może jedynie stwierdzić, czy udzielone w innym systemie (także zdalnie) świadczenie mieści się w katalogu świadczeń gwarantowanych. Nie ma on natomiast ani prawnej, ani faktycznej możliwości by ustalić, a następnie ewentualnie negatywnie weryfikować, warunki jego realizacji¹⁷, w tym także dopuszczalność udzielania świadczeń za pośrednictwem lub z wykorzystaniem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności.

Reasumując należy uznać, że NFZ nie może odmówić zwrotu kosztów świadczenia transgranicznej opieki zdrowotnej udzielonego w formie telemedycyny, także w sytuacji, gdy polskie rozporządzenia „koszykowe” nie wskazują wyraźnie możliwości jego udzielenia za pośrednictwem lub z wykorzystaniem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności. Istotne jest bowiem, czy dane świadczenie jest objęte systemową gwarancją, a nie jak zdefiniowano warunki jego realizacji. W tym zakresie zastosowanie znajdują bowiem przepisy państwa członkowskiego leczenia, tj. siedziby świadczeniodawcy.

Uwagi końcowe

Podsumowując, przypomnieć należy zasadnicze sformułowane wyżej tezy.

❑ Telemedycyna nie oznacza nowego, odrębnego rodzaju świadczenia opieki zdrowotnej, a jedynie udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej przez osoby wykonujące zawód medyczny na odległość (bez bezpośredniego kontaktu z pacjentem), tj. za pośrednictwem lub z wykorzystaniem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności.

❑ W obecnym stanie prawnym udzielanie świadczeń zdrowotnych w formie telemedycyny jest w pełni dopuszczalne zarówno w punktu widzenia przepisów regulujących wykonywanie zawodów medycznych (lekarza, lekarza denty, pielęgniarki i położnej), jak i prowadzenia działalności leczniczej.

❑ *De lege lata* świadczenia zdrowotne w formie telemedycyny mogą być finansowane ze środków publicznych w ramach systemu opieki zdrowotnej tylko w zakresie ograniczonym przepisami ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych i jej rozporządzeń wykonawczych, definiującymi katalog świadczeń gwarantowanych i warunki ich realizacji.

❑ Ograniczenie to nie dotyczy jednak świadczeń transgranicznej opieki zdrowotnej, gdyż ustawa wymaga jedy-

nie, aby udzielone świadczenie było objęte systemową gwarancją, nie odnosi się natomiast do warunków jego realizacji, w tym wykorzystania systemów teleinformatycznych lub systemów łączności. W tym zakresie zastosowanie znajdują przepisy państwa członkowskiego leczenia, tj. siedziby świadczeniodawcy.

* Publikacja powstała w wyniku badań prowadzonych podczas stażu naukowego w Max-Planck-Institut für Sozialrecht und Sozialpolitik w Monachium, sfinansowanego w drodze konkursu ze środków statutowych Wydziału Prawa i Administracji Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza w Poznaniu.

¹ Niemieckie rozporządzenie z 11 grudnia 1918 r., RGBl. s. 1431, oraz ustawa z 18 lutego 1927 r. o zwalczaniu chorób przenoszonych drogą płciową, RGBl. I s. 61 (*Verordnung/Gesetz zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten*).

² *The delivery of health care services, where distance is a critical factor, by all health care professionals using information and communication technologies for the exchange of valid information for diagnosis, treatment and prevention of disease and injuries, research and evaluation, and for the continuing education of health care providers, all in the interests of advancing the health of individuals and their communities.*

³ Wydaje się, że termin „pośrednictwo systemów teleinformatycznych lub systemów łączności” należy rozumieć szerzej niż tylko ich „wykorzystanie”. Można bowiem uznać, że „pośrednictwo” oznacza konieczność użycia wskazanych systemów (bez ich pośrednictwa świadczenie nie mogłoby być udzielone konkretnemu świadczeniobiorcy przez konkretnego świadczeniodawcę), podczas gdy przy „wykorzystaniu” chodzi jedynie o wsparcie udzielenia świadczenia, które byłoby co do zasady możliwe także w tradycyjnej formie (np. kontrolna konsultacja telefoniczna uzupełniająca wizytę w gabinecie itp.).

⁴ <https://www.nil.org.pl/dokumenty/kodeks-etyki-lekarskiej>.

⁵ Por. postanowienie Trybunału Konstytucyjnego z 7 października 1992 r., U 1/92, OTK 1992/2/38, ze zdaniem odrębnymi sędziów TK: Cz. Bakalarskiego, K. Działochy, H. Groszyka i R. Orzechowskiego (Wyrembak, 2003; Korytowska, 2009).

⁶ Por. uchwałę Trybunału Konstytucyjnego z 17 marca 1993 r., W 16/92, OTK 1993/1/16.

⁷ Ustawa z 22 lipca 2014 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw, DzU z 2014 r. poz. 1138.

⁸ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 15 kwietnia 2019 r. w sprawie skierowań wystawianych w postaci elektronicznej w Systemie Informacji Medycznej (DzU z 2019 r. poz. 711) stanowi, że skierowania w tej formie są wystawiane na: 1) ambulatoryjne świadczenia specjalistyczne finansowane ze środków publicznych, o których mowa w art. 57 ust. 1 u.s.o.z.; 2) finansowane ze środków publicznych badania: echokardiograficzne płodu, endoskopowe przewodu pokarmowego i rezonansu magnetycznego, a także finansowane ze środków publicznych oraz ze środków innych niż środki publiczne badania: medycyny nuklearnej i tomografii komputerowej oraz 3) leczenie szpitalne w szpitalu, który zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, o którym mowa w art. 58 u.s.o.z.

⁹ Chodzi przy tym o zdatną realizację, monitorowanie i weryfikację świadczenia, między innymi poprzez urządzenia umożliwiające werbalny kontakt ze świadczeniobiorcą w każdym momencie procedury, oraz sterowanie treningiem w zakresie umożliwiającym realizację formy ciągłej lub interwałowej, zdatną zmianę programu treningu, rejestrację i przesyłanie EKG lub wartości ciśnienia tętniczego itp. (§ 3 ust. 1, § 7 ust. 2; załącznik nr I pkt 3e i 4d oraz załącznik IV pkt 11–13).

¹⁰ Druk sejmowy Sejmu VII kadencji, nr 3763, cz. 1, s. 280.

¹¹ Por. § 4 rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej i § 3 ust. 2 rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej.

¹² Z zastrzeżeniem problematyki tzw. regulacji negatywnej.

¹³ Odnosnie do emerytów, rencistów lub członków ich rodziny art. 19 ma zastosowanie na mocy art. 27 ust. 1.

¹⁴ Do tej grupy zalicza się nie tylko ubezpieczonych, ale także emerytów, rencistów i członków ich rodzin, por. art. 27 ust. 3.

¹⁵ Por. także art. 2 lit. c dyrektywy 2000/31 w sprawie niektórych aspektów prawnych usług społeczeństwa informacyjnego, w szczególności handlu elektronicznego w ramach rynku wewnętrznego (Spickhoff, 2018, s. 538–539).

¹⁶ Por. wyrok ETS z 12 lipca 2001, C-157/99, Smits i Peerbooms, nb. 96.

¹⁷ Na marginesie tylko można zauważyć, że często korzystanie ze świadczeń transgranicznych motywowane jest właśnie wyższym standardem oferowanym przez zagranicznych świadczeniodawców, por. np. masowe korzystanie przez ciężarne Polki z niemieckiej kliniki porodowej w Schwedt nad Odrą. Zob. <https://wiadomosci.wp.pl/polki-rodza-u-niemcow-niemcy-chca-pieniedzy-od-polskiego-nfz-6037409323438721a> (14.08.2019 r.).

Bibliografia

- Bergmann, K. O. (2016). Telemedizin und das neue E-Health-Gesetz — Überlegungen aus arztthaftungsrechtlicher Perspektive. *Medizinrecht*, (34), 497–502, <https://doi.org/10.1007/s00350-016-4321-2>
- Bulitz, R. (2018). *Telemedizin in Deutschland. Der Einsatz von Informations- und Kommunikationstechnologien in der medizinischen Versorgung*. München: StudyLab.
- Chojcka, M. i Nowak, A. (2016). Telemedycyna na tle polskich regulacji prawnych — szansa czy zagrożenie? internetowy *Kwartalnik Antymonopolowy i Regulacyjny*, (8), 74–81.
- Dierks, C. (1999). *Rechtliche und praktische Probleme der Integration von Telemedizin in das Gesundheitswesen in Deutschland*. Berlin.
- Dierks, C. (2002). *Telemedizin aus juristischer Sicht*. W: N. Klusen, A. Meusch (red.), *Gesundheits telematik* (227–234). Baden-Baden: Nomos.
- Dierks, C. (2016). Der Rechtsrahmen der Fernbehandlung in Deutschland und seine Weiterentwicklung. *Medizinrecht*, (34), 405–410, <https://doi.org/10.1007/s00350-016-4295-0>
- Dochow, C. (2017). *Grundlagen und normativer Rahmen der Telematik im Gesundheitswesen*. Baden-Baden: Nomos, <https://doi.org/10.5771/9783845285313>
- Giętkowski, R. (2013). *Odpowiedzialność dyscyplinarna w prawie polskim*. Gdańsk: Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego.

- Glanowski, G. (2015). Telemedycyna w świetle ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty. *Monitor Prawniczy*, (18), 978–981.
- Gruner, A. (2017). Quo vadis, Fernbehandlungsverbot? *Gesundheitsrecht*, (5), 288–294, <https://doi.org/10.9785/gesr-2017-0504>
- Häckl, D. (2010). *Neue Technologien im Gesundheitswesen. Rahmenbedingungen und Akteure*. Wiesbaden: Gabler, <https://doi.org/10.1007/978-3-8349-6094-8>
- Hahn, E. (2018). Telemedizin und Fernbehandlungsverbot — eine Bestandsaufnahme zur aktuellen Entwicklung. *Medizinrecht*, (36), 384–391, <https://doi.org/10.1007/s00350-018-4932-x>
- Hahn, E. (2019). *Telemedizin — das Recht der Fernbehandlung*. Wiesbaden: Springer, <https://doi.org/10.1007/978-3-658-26737-7>
- Kaczan, D. (2017). Telemedycyna w prawie polskim i kilka uwag na tle prawa unijnego. *Zeszyty Prawnicze*, (17.1), 93–105.
- Kalb, P. (2018). Rechtliche Aspekte der Telemedizin. *Gesundheitsrecht*, (8), 481–488, <https://doi.org/10.9785/gesr-2018-170803>
- Karl, B. (2016). Rechtsfragen grenzüberschreitender telematischer Diagnostik und Therapie. *Medizinrecht*, (34), 675–681, <https://doi.org/10.1007/s00350-016-4376-0>
- Knieps, F. (2018). Sozialstaat reloaded — Der Wandel von Sozial- und Gesundheitsrecht im Lichte internationaler Entwicklungen. *Zeitschrift für ausländisches und internationales Arbeits- und Sozialrecht*, (2), 172–183.
- Komisja Europejska (2015). *Sprawozdanie Komisji dotyczące funkcjonowania dyrektywy 2011/24/UE w sprawie stosowania praw pacjentów w transgranicznej opiece zdrowotnej*. COM (2015) 421. Bruksela.
- Komisja Wspólnot Europejskich. (2008). *Komunikat Komisji do Parlamentu europejskiego, Rady, Europejskiego komitetu ekonomiczno-społecznego oraz Komitetu regionów w sprawie korzyści telemedycyny dla pacjentów, systemów opieki zdrowotnej i społeczeństwa*. Bruksela.
- Korytowska, A. (2009). Problem zgodności Kodeksu etyki lekarskiej z Konstytucją RP. *Ruch Prawniczy, Ekonomiczny i Socjologiczny*, (1), 53–69.
- Lach, D. E. (2010). Nowe przepisy dotyczące koordynacji systemów opieki zdrowotnej w UE. W: Z. Niedbała (red.), *Księga pamiątkowa w piątą rocznicę śmierci Profesora Andrzeja Kijowskiego* (117–130). Warszawa: Wolters Kluwer.
- Lach, D. E. (2015). Kilka uwag o wdrożeniu dyrektywy w sprawie stosowania praw pacjentów w transgranicznej opiece zdrowotnej. *Praca i Zabezpieczenie Społeczne*, (4), 2–9.
- Locher, W. G. (2017). Fernbehandlung Gestern und Heute. Von der Briefkastenmedizin zur Telemedizin. *Bayerisches Ärzteblatt*, (10), 514–515.
- Mittelstadt, B. (2017). Die Sprechstunde fällt aus. Die Verdrängung der wertorientierten Medizin durch Algorithmen. W: P. Otto, i E. Gräf, *3THICS: Die Ethik der digitalen Zeit*. Berlin: iRights Media.
- Nowak, A. (2018). Telemedycyna transgraniczna: problematyka prawa właściwego dla przypadków odpowiedzialności cywilnej podmiotów medycznych na gruncie prawodawstwa unijnego. *Prawo Mediów Elektronicznych*, (1), 36–45.
- Spickhoff, A. (2018). Rechtsfragen der grenzüberschreitenden Fernbehandlung. *Medizinrecht*, (36), 535–543, <https://doi.org/10.1007/s00350-018-5006-9>
- Stankiewicz, R. (2016). *Krajowe systemy ochrony zdrowia a Unia Europejska. Przykład Polski*. Warszawa: Wolters Kluwer.
- Światała, K. (2018). *Pacjent jako beneficjent ograniczeń jawności elektronicznej dokumentacji medycznej*. Warszawa: C.H. Beck.
- World Health Organisation. (1998). *WHO. A health telematics policy in support of WHO's Health-For-All strategy for global health development: report of the WHO group consultation on health telematics*, 11–16 December, Geneva, 1997. Geneva.
- Wyrembak, J. (2003). Kodeks etyki lekarskiej a system prawa. *Państwo i Prawo*, (10), 30–44.
- Zielińska, E. (2001). *Odpowiedzialność zawodowa lekarza i jej stosunek do odpowiedzialności karnej*. Warszawa: Liber.



www.pwe.com.pl

Podręcznik prezentuje rozwój myśli ekonomicznej na tle zmieniającej się gospodarki — od XVIII do końca XX wieku. Od XVIII wieku główną formą gospodarowania jest gospodarka rynkowa, dlatego wcześniej sformułowane teorie i powstałe nurty myśli ekonomicznej są w dużej części nadal aktualne i wykorzystywane w formułowaniu wytycznych dla polityki gospodarczej. Z tego powodu poznanie historii myśli ekonomicznej jest niezbędne dla zrozumienia zasad funkcjonowania współczesnej gospodarki.