



Uniwersytet im. Adama Mickiewicza w Poznaniu

Wydział Prawa i Administracji

Leszek Sobieski

ROZPRAWA DOKTORSKA

E-zdrowie.

**Wykorzystanie technologii informacyjnych i komunikacyjnych w celu
poprawy jakości usług publicznych w ochronie zdrowia**

Praca doktorska napisana pod kierunkiem naukowym
prof. UAM dr hab. Katarzyny Kokocińskiej
w Zakładzie Publicznego Prawa Gospodarczego

Poznań 2020

*Pragnę wyrazić serdeczne podziękowania
Promotorowi mojej pracy Pani
prof. UAM dr hab. Katarzynie Kokocińskiej
za pomoc merytoryczną, cenne rady,
i życzliwość w realizacji rozprawy
doktorskiej.*

Moim Dzieciom

Spis treści

Wstęp	6
-------------	---

I. Ramy prawne ochrony zdrowia w Unii Europejskiej i w Polsce

1. Podstawowe pojęcia z zakresu ochrony zdrowia	19
1.1. Pojęcie <i>zdrowia</i> oraz <i>zdrowia publicznego</i>	19
1.2. Pojęcie <i>systemu ochrony zdrowia</i>	28
2. Modele systemu ochrony zdrowia	31
2.1. Model ochrony zdrowia oparty na powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym (model Bismarckowski)	31
2.2. Model narodowej służby zdrowia (model Beveridge'a)	33
2.3. Model rynkowy ochrony zdrowia (rezydualny)	34
2.4. Model państwowej służby zdrowia (model Siemaszki)	35
3. Aktywność instytucji unijnych w obszarze ochrony zdrowia	37
3.1. Polityka unijna na rzecz ochrony zdrowia	37
3.2. Wpływ orzecznictwa Trybunału Sprawiedliwości Unii Europejskiej na kształtowanie polityki instytucji unijnych w ochronie zdrowia	48
4. Prawna organizacja systemu ochrony zdrowia w Polsce	53
4.1. Zakres prawnej organizacji systemu ochrony zdrowia	53
4.2. Prawna regulacja organizacji i finansowania opieki zdrowotnej	67
5. Podsumowanie	77

II. Wykorzystanie technologii informacyjno-komunikacyjnych w ochronie zdrowia. E-zdrowie

1. Instrumentalny charakter przepisów prawa wobec wdrażania technologii informacyjno-komunikacyjnych	79
1.1. Prawne aspekty rozwoju technologii informacyjno-komunikacyjnych	81
1.2. Normatywne problemy regulacji Internetu	88
2. Charakterystyka społeczeństwa informacyjnego jako użytkownika technologii informacyjno-komunikacyjnych	93
3. Technologie informacyjno komunikacyjne jako platforma rozwoju usług publicznych w obszarze ochrony zdrowia	102

3.1. Uwarunkowania społeczno-ekonomiczne rozwoju technologii informacyjno-komunikacyjnych i zmian zakresu usług publicznych	102
3.2. Uwarunkowania techniczne informatyzacji ochrony zdrowia	112
4. Założenia i cele e-zdrowia w dokumentach instytucji Unii Europejskiej	117
5. E-zdrowie w dokumentach Światowej Organizacji Zdrowia	137
6. Rozwój ochrony zdrowia w Polsce z wykorzystaniem rozwiązań e-zdrowia	140
7. Podsumowanie	148

III. Prawna organizacja usług publicznych w ochronie zdrowia z wykorzystaniem technologii informacyjno-komunikacyjnych

1. Usługi publiczne jako przejaw realizacji zadań publicznych	153
2. Prawne wymogi dotyczące sposobu realizacji zadań publicznych przez organy administracji publicznej	166
3. Jakość w organizowaniu usług publicznych z wykorzystaniem technologii informacyjno-komunikacyjnych	173
4. Usługi publiczne w ochronie zdrowia jako realizacja misji administracji publicznej	180
5. Polityka unijna na rzecz wykorzystania technologii informacyjno-komunikacyjnych w wykonywaniu usług publicznych	188
6. Podsumowanie	196

IV. Organizacja usług publicznych w ochronie zdrowia z wykorzystaniem e-zdrowia

1. Publiczna infrastruktura informacyjna	201
2. Interaktywność jako cecha usług e-zdrowia	205
3. Oczekiwania użytkownika usług e-zdrowia a rozwój technologii informacyjno-komunikacyjnych	211
4. Sposoby wykorzystania i przetwarzania danych w organizacji usług publicznych w ochronie zdrowia	215
5. <i>Big data</i> w realizacji usług publicznych w ochronie zdrowia	223
6. Prawne aspekty ponownego wykorzystania danych	231

7. Koncepcja Systemu Monitorowania Usług Publicznych jako instrument podnoszenia jakości usług publicznych	240
7.1. Monitorowanie jakości usług publicznych	240
7.2. Monitorowanie jakości usług publicznych w ochronie zdrowia	247
8. Prawna charakterystyka usług e-zdrowia	251
9. Podsumowanie	267

V. Optymalizacja modelu ochrony zdrowia. Technologie informacyjno-komunikacyjne jako instrument zmian w jakości usług publicznych w ochronie zdrowia

1. Regulacja normatywna optymalizacji usług publicznych w ochronie zdrowia w oparciu o technologie informacyjno - komunikacyjne	272
1.1. Zadania Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji	280
1.2. Zadania Agencji Badań Medycznych	285
2. Rola jednostek samorządu terytorialnego w funkcjonowaniu modelu ochrony zdrowia na przykładzie samorządu województwa w kontekście wdrażania rozwiązań e-zdrowia	290
2.1. Zadania samorządu województwa w ochronie zdrowia	290
2.2. Zadania regionalnych jednostek samorządowych w modelu ochrony zdrowia w Europie	303
3. Postulat zmiany zakresu i charakteru zadań samorządu województwa w ochronie zdrowia z wykorzystaniem technologii informacyjno-komunikacyjnych	323
4. Podsumowanie	341
Wnioski	350
Spis literatury w porządku alfabetycznym	363
Spis aktów prawnych w porządku chronologicznym	382
Przepisy krajowe	382
Ustawy	382
Rozporządzenia	386
Uchwały	386
Akty prawne i dokumenty Unii Europejskiej	387
Wykaz stron internetowych	391

Wstęp

Jednym z kluczowych zadań państwa, którego realizacja jest istotna dla harmonijnego funkcjonowania społeczeństwa, jest zapewnienie właściwej organizacji ochrony zdrowia. Bezpieczeństwo zdrowotne, rozumiane jako zapewnienie jednostkom prawnych i faktycznych gwarancji dostępu do zorganizowanego systemu usług publicznych w obszarze ochrony zdrowia, zyskuje na znaczeniu w dyskursie publicznym, ponieważ zdrowie jednostki warunkuje i zwiększa jej szanse na realizację osobistych zamierzeń, a zdolność do realizacji zamierzeń jednostki bezpośrednio przekłada się na funkcjonowanie grup społecznych i zawodowych, wpływając na dobrostan całego społeczeństwa. Relacja pomiędzy zdrowiem człowieka a rozwojem społeczno-gospodarczym uwydatnia się w kontekście wpływu stanu zdrowia na jakość i wielkość kapitału ludzkiego. Zdrowie warunkuje możliwość osobistego rozwoju i zapewnienia bezpieczeństwa ekonomicznego. Wraz z edukacją, zdrowie stanowi podstawę kapitału ludzkiego, decydującego o ekonomicznej produktywności jednostki. Jest także czynnikiem determinującym wysoką wydajność pracy, efektywne uczenie się oraz rozwój fizyczny, emocjonalny i intelektualny człowieka. Tym samym wpływa ono na wzrost aktywności jednostek w wielu wymiarach: gospodarczym, społecznym, zawodowym, oddziałując w ostatecznym wymiarze na ogólny poziom gospodarczej aktywności danego społeczeństwa. Ponadto zdrowie pozytywnie wpływa na wzrost gospodarczy, poprzez poprawę jakości świadczonej pracy oraz wzrost wydajności zatrudnionych w skali gospodarki. Kolejnym czynnikiem, powiązanim ze zdrowiem, który w znaczącym stopniu wpływa na dobrobyt społeczny jest wydłużenie przeciętnego trwania życia. W zdrowszych społeczeństwach ludzie żyją dłużej, a ich zasoby są większe dzięki dłuższemu okresowi gromadzeniu oszczędności, co przekłada się na ich aktywność inwestycyjną. Z drugiej strony konsekwencje społeczno-gospodarcze pogorszenia stanu zdrowia jednostek są dla społeczeństwa wysoce negatywne. Przede wszystkim choroby powodują obniżenie dochodów jednostek wskutek ograniczenia ich możliwości zarobkowych oraz negatywnie rzutując na ekonomiczną aktywność ludzi, w ostateczności ujemnie wpływają na stan całej gospodarki. W konsekwencji konieczność zwiększenia wydatków na opiekę zdrowotną w skali społeczeństwa, powoduje ograniczenie aktywności w innych sferach, w tym także tych, które decydują o możliwości rozwoju w przyszłych okresach. Powyższe uwarunkowania uzasadniają na konieczność objęcia ramami prawnymi tego obszaru aktywności państwa.

Rozwiązania prawne oddziałują na funkcjonowanie modelu ochrony zdrowia. Treść norm kompetencyjnych, podział kompetencji i zadań w obszarze ochrony zdrowia determinuje realizację zadań publicznych. Obowiązujący stan organizacji ochrony zdrowia odzwierciedla stan i jakość funkcjonowania organizacji instytucji publicznych. W przestrzeni publicznej pojawiają się opinie dotyczące niewystarczającej dostępności świadczeń zdrowotnych, nierówności w zdrowiu wynikające ze statusu społeczno-ekonomicznego i miejsca zamieszkania. Podnoszone są argumenty wskazujące na niesprawne zarządzanie ochroną zdrowia na wszystkich jego poziomach z brakiem koordynacji pomiędzy jego poszczególnymi elementami. Często diagnozowanym problemem są braki kadrowe personelu medycznego i nieadekwatny do potrzeb model kompetencji w zawodach medycznych oraz nierównomierne rozmieszczenie pracowników medycznych. Jako stały przedmiot dyskusji pojawia się zarzut niedofinansowania systemu ochrony zdrowia. Szczególnie aktualnym problemem jest niedostateczna dostępność do innowacji w ochronie zdrowia, w tym do nowoczesnych terapii, które stanowią nieodzowny element długofalowej, spójnej polityki państwa w tym obszarze.

Bez wątplenia problemy te wymuszają przebudowę systemu ochrony zdrowia, jego reorganizację. Zdaniem Autora właściwym rozwiązaniem jest decentralizacja kompetencji i zadań związanych z ochroną zdrowia na rzecz jednostek samorządu terytorialnego. Działając lokalnie, w oparciu o demokratyczną legitymację, jednostki samorządu terytorialnego mają większą możliwość rozpoznania i realizacji lokalnych potrzeb zdrowotnych oraz ich efektywniejszej realizacji przy wykorzystaniu rozwiązań informatycznych. Założenie to wymaga analizy prawnych regulacji kształtujących system ochrony zdrowia oraz wpływu przyjmowania regulacji dotyczących wykorzystania technologii informacyjno-komunikacyjnych na zmiany w obszarze usług zdrowotnych.

Przeprowadzona w niniejszej pracy analiza prawnych i pozaprawnych uwarunkowań zmian w obszarze organizacji systemu ochrony zdrowia ma na celu przedstawienie propozycji optymalizacji działania systemu ochrony zdrowia poprzez implementację technologii informacyjno-komunikacyjnych. Autor wykaże że zastosowanie tych technologii ma bezpośredni wpływ na poprawę jakości publicznych usług zdrowotnych.

Podjęcie rozważań w tym zakresie wymaga określenia obszaru badawczego, w ramach którego prowadzona będzie analiza prawna. Przestrzeń dla badań stanowi obowiązujące prawo pozytywne regulujące w szerokim ujęciu aspekty ochrony

zdrowia. Punktem wyjścia dla prowadzonych rozważań jest ustalenie a na tej podstawie rekonstrukcja definicji podstawowych pojęć prawnych, które stanowią punkt wyjścia dla prowadzonych badań i posłużą do przeprowadzenia wnioskowań. Kluczowe jest w pierwszej kolejności ustalenie treści formalnej pojęć *zdrowia* i *zdrowia publicznego*. Treść i desygnaty tych pojęć determinują rozważania w obszarze ochrony zdrowia. Trzeba przy tym zaznaczyć, że w obrocie prawnym nie funkcjonują uniwersalne pojęcia. Treść ich jest różna w ujęciu prawa unijnego, międzynarodowego a także w porządkach prawnych państw członkowskich, przez co nadaje im się inny zakres znaczeniowy. Należy podkreślić, że w zależności od nadanego normatywnie zakresu znaczeniowego tych pojęć, podejmowane są określone działania mające na celu zagwarantowanie, utrzymanie i przywrócenie stanu wyznaczonego przez te pojęcia, czyli zgodnego z ich treścią, w szczególności pojęcia zdrowia. Treść pojęć zdrowia i jego ochrony w czasach nowożytnych ewoluowała od opisu indywidualnego stanu jednostki oraz relacji osoby chorej z osobą zajmującą się leczeniem do kategorii pojęć prawnych. Oddzielić zatem należy subiektywne postrzeganie stanu zdrowia, jako kategorii opisującej indywidualną ocenę jednostki w przedmiocie jej kondycji psychofizycznej, od obiektywizowanego pojęcia zdrowia zdefiniowanego przez język prawa. Przeprowadzona analiza nie będzie wkraczała na grunt nauk medycznych i związanych z nimi aspektów postrzegania systemu ochrony zdrowia. Niemniej jednak kluczowe założenia wynikające z koncepcji medycyny naprawczej i wielowarstwowej opieki zdrowotnej stanowią odpowiednie tło dla prowadzonych w pracy ustaleń.

Działania władz publicznych w ochronie zdrowia mają charakter działań zorganizowanych, których podstawę podejmowania i realizacji stanowią obowiązujące przepisy prawa unijnego i krajowego. Odpowiednie przepisy prawa (zawarte w nich normy prawne) dają podstawę do zdekodowania obowiązującego systemu i modelu ochrony zdrowia. Analiza obu pojęć, składających się na szersze konstrukcje prawne (system i model - rozumianych jako zespół norm tworzących spójną całość), dokonana zostanie w ujęciu teoretycznym, jak i dogmatycznoprawnym. Definiowanie pojęcia systemu prowadzi przede wszystkim do wykazania zakresu podmiotowego i relacji, jakie występują pomiędzy podmiotami go współtworzącymi. Każdy z analizowanych podmiotów posiada bowiem określony przez prawo status, na który składają się uprawnienia i obowiązki względem pozostałych podmiotów tworzących system ochrony zdrowia. Co istotne, i na co zostanie zwrócona uwaga, szczególny rodzaj relacji pomiędzy podmiotami systemu ochrony zdrowia tworzy prawnie wydzielony model systemu

ochrony zdrowia. Przeprowadzenie badań w tym zakresie umożliwi odtworzenie konstrukcji krajowego systemu ochrony zdrowia, z wyraźnym wydzieleniem obszarów opieki zdrowotnej i zdrowia publicznego, jako dwóch komplementarnych, lecz odrębnych obszarów normowania z uwagi na ich przedmiot. Ustalenia te mają na celu zawężenie obszaru badawczego do zagadnień wchodzących w zakres opieki zdrowotnej oraz udzielenie odpowiedzi na pytanie o możliwość reorganizacji systemu ochrony zdrowia w kontekście przyjętych zasad ustrojowych, ze szczególnym uwzględnieniem zasady pomocniczości.

W pracy przyjęto, co potwierdzić ma analiza przepisów *Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej* z dnia 2 kwietnia 1997 roku oraz prawa pierwotnego i wtórnego Unii Europejskiej, że ochrona zdrowia pozostaje przede wszystkim obszarem kompetencji państw członkowskich. Unormowania unijne w zakresie ochrony zdrowia obejmują, kwestie opieki transgranicznej, związanej z ruchem obywateli unijnych w obrębie Unii Europejskiej oraz zagadnienia zdrowia publicznego. Prawodawstwo unijne cechuje się dwoistą optyką w przedmiocie opieki zdrowotnej i ochrony zdrowia. Z jednej strony uprawniony jest pogląd, że usługi zdrowotne mogą być traktowane tak jak inne usługi, na podstawie art. 56 Traktatu o Funkcjonowaniu Unii Europejskiej, czyli z zachowaniem swobody świadczenia tego rodzaju usług na obszarze Unii Europejskiej. Z drugiej zaś strony ochrona zdrowia, zwłaszcza w zakresie ochrony przed zagrożeniami epidemicznymi, skutków spożywania substancji psychoaktywnych, czy kontroli leków, staje się domeną zainteresowania instytucji unijnych z uwzględnieniem reguły horyzontalnej ochrony zdrowia ludzkiego, wyrażonej w art. 9 *Traktatu o Funkcjonowaniu Unii Europejskiej*. Trybunał Sprawiedliwości Unii Europejskiej, konsekwentnie przyjmuje, że pewna część publicznych świadczeń społecznych, takich jak opieka zdrowotna, może być traktowana jako jedna z postaci dóbr objętych zasadami wspólnego rynku. Nie ma więc powodu, aby usługi zdrowotne były wyłączone spod działania traktatowych postanowień dotyczących swobodnego przepływu ludzi, towarów i usług oraz prawa konkurencji. Państwa członkowskie pozostają kompetentne w organizowaniu systemów zdrowotnych zgodnie ze swoimi wyborami, ale muszą postępować zgodnie z prawem Unii Europejskiej. Skutkiem przyjęcia zaprezentowanej powyżej linii orzeczniczej krajowe systemy ochrony zdrowia stają się dostępne dla obywateli państw członkowskich. Zdaniem Autora, co zostanie poparte analizą prawa, takie postrzeganie ochrony zdrowia przez Trybunał Sprawiedliwości Unii Europejskiej toruje drogę do unifikacji rozwiązań systemowych, w tym również w warstwie normatywnej regulu-

jących wdrożenie rozwiązań technologicznych, stanowiących obszar badań podjętych w ramach prezentowanego opracowania.

Przeprowadzona analiza przepisów konstytucyjnych prowadzi do wniosku, że Konstytucja RP określa polski system ochrony zdrowia jako inkluzywny, włączający w możliwie najszerszy sposób „każdego” do systemu (art. 68 ust 1 *Konstytucji RP*). Wobec takiego rozwiązania ustrojowego kluczowym problemem, który należy rozstrzygnąć, w oparciu o przepisy Konstytucji RP, jest kwestia rzeczywistego dostępu do świadczeń zdrowotnych. Odpowiedzialność i obowiązki w zakresie zapewnienia dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej spoczywają w części na administracji państwowej, a w części również na jednostkach samorządu terytorialnego. Dotyczy to w szczególności zapewnienia równego dostępu do świadczeń na danym obszarze, a co za tym idzie, odpowiedniej alokacji zasobów i rozwoju sieci świadczeniodawców. Analiza Konstytucji RP uprawnia do sformułowania założenia, że krajowy system ochrony zdrowia jest systemem „otwartym” w zakresie przyjmowanych unormowań szczegółowych, przede wszystkim regulacji ustawowych. Analiza unormowań konstytucyjnych wzmocniona będzie prezentacją wybranych rozstrzygnięć Trybunału Konstytucyjnego oraz poglądów doktryny, które zmierzają do ustalenia, że system ochrony zdrowia jest strukturą dynamiczną, ulegającą zmianą w związku z przyjmowanymi ustawami oraz że postulowane przez doktrynę zmiany systemu mają zmierzać w kierunku zwiększenia jego efektywności, rozumianej jako zoptymalizowanie relacji pomiędzy nakładami na ochronę zdrowia a stopniem dostępności do usług zdrowotnych.

Zasadniczym celem rozprawy jest wykazanie związku pomiędzy wdrażaniem technologii informacyjno-komunikacyjnych a poprawą jakości usług w ochronie zdrowia, a w konsekwencji podkreślana wcześniej poprawa efektywności systemu ochrony zdrowia. Takie podejście wymusza wieloaspektową analizę zauważalnej tendencji jaką jest intensyfikacja procesu przejmowania czy wręcz zawłaszczania przez nowe technologie coraz większej przestrzeni w sferze wykonywania zadań publicznych, a w szczególności świadczenia usług publicznych przy ich wykorzystaniu. Analizie nie będzie poddany *in extenso* aspekt techniczny związany z nowymi technologiami, lecz wydzielone warstwy oddziaływania technologii na sferę prawną i społeczną. Przeprowadzona analiza odpowiada na pytanie o relacje nowych technologii do prawa pozytywnego. Warto w tym miejscu zaznaczyć, że doktryna prawa wykorzystuje rozwiązania technologiczne do usprawnienia procesu poznania i stosowania prawa,

z drugiej strony upatruje w technologiach cyfrowych instrument do zmiany organizacji określonych struktur aktywności władz publicznych. Samoregulacja standardów technicznych spotyka się z próbami unormowania prawnego podejmowanego przez władze publiczne (a w przestrzeni międzynarodowej przez organizacje międzynarodowe) standardów stosowania technologii cyfrowej.

W pracy przyjęto założenie, że świadczenie usług publicznych opartych na rozwiązaniach technologii informacyjno-komunikacyjnych powinno być powiązane z poziomem umiejętności i oczekiwań ich odbiorców oraz poziomem nasycenia sfery publicznej i prywatnej odpowiednią ilością urządzeń dostępowych. Z tego też powodu przeprowadzona analiza zostanie wzbogacona o źródła socjologiczne i ekonomiczne, w celu wykazania aktualnego stanu w obu aspektach.

Koncept wykorzystania technologii cyfrowych dla podniesienia konkurencyjności gospodarki oraz optymalizacji usług publicznych jest silnie obecny w aktach prawnych oraz dokumentach programowych Unii Europejskiej. Wizja ta zainicjowana została już w Strategii Lizbońskiej z 2000 roku, także w ramach „Białej Księgi „Razem dla Zdrowia - Strategiczne Podejście dla EU 2008-2013 wskazującej wśród celów stawianych Unii Europejskiej cel „Wspieranie dynamicznych systemów zdrowotnych i nowych technologii” Traktatowa reguła horyzontalna wyrażona w art. 9 *Traktatu o Funkcjonowaniu Unii Europejskiej* gwarantuje ochronę zdrowia ludzi we wszystkich obszarach polityki unijnej oraz umożliwia podejmowanie przez instytucje unijne, wspólnie z państwami członkowskimi działań mających na celu dążenie do podwyższenia poziomu zdrowia publicznego, zapobiegania chorobom u ludzi oraz eliminowanie źródła zagrożeń dla zdrowia fizycznego i psychicznego. Programy Unii Europejskiej w dziedzinie zdrowia nakreślają strategię na rzecz zapewnienia dobrego stanu zdrowia i opieki zdrowotnej. Obowiązujący trzeci program w dziedzinie zdrowia jest elementem strategii „Europa 2020”, której celem jest przekształcenie gospodarki Unii Europejskiej w gospodarkę inteligentną, zrównoważoną i sprzyjającą włączeniu społecznemu oraz promowanie wzrostu gospodarczego. Jednym z podstawowych warunków umożliwiających osiągnięcie tego celu jest dobry stan zdrowia obywateli unijnych. Strategia „Europa 2020” skupia się na najważniejszych priorytetach, takich jak zatrudnienie, wzrost gospodarczy i inwestycje, w ramach którego zdrowie ludzi i usługi opieki zdrowotnej traktowane są jako czynnik wzrostu gospodarczego i zatrudnienia. W zakresie działań na rzecz rynku wewnętrznego Unia Europejska podejmuje kroki związane z harmonizacją obrotu produktów farmaceutycznych, rozwojem technologii medyc-

nych oraz transgranicznej opieki zdrowotnej. Kluczowym priorytetem Unii Europejskiej jest tworzenie jednolitego rynku cyfrowego, w ramach którego wspierane są działania na rzecz rozwoju e-zdrowia. Trzeci program w dziedzinie zdrowia poprzedzała realizacja programów w latach 2003-2007 i 2008-2013, które przyczyniły się do wypracowania wiedzy i doświadczeń, służących do opartego na zweryfikowanej wiedzy, kształtowania polityki prozdrowotnej i dalszych badań naukowych. W ramach dotychczasowych programów opracowano praktyki, narzędzia i metod, który przyniosły rozwiązania zarówno dla sektora zdrowia publicznego, jak i bezpośrednio dla obywateli. Były to przykładowo działania w zakresie poprawy testów diagnostycznych, wspierania państw członkowskich w opracowywaniu krajowych planów działania w dziedzinie raka, czy poprawy opieki nad pacjentem. Kontynuacja tego podejścia, a wręcz wzmocnienie działań unijnych i państw członkowskich Unii Europejskiej na rzecz rozwoju rozwiązań instytucjonalnych opartych na technologiach cyfrowych widoczne jest w przyjętych założeniach polityki unijnej w perspektywie na lata 2021-2027, w których podkreśla się konieczność wzmocnienia działań wykorzystywania technologii cyfrowych jako kluczowego elementu prowadzonych polityk, w tym polityki ochrony zdrowia. Unia Europejska w przygotowywanym programie EU4Health pod hasłem „*No dreams for European Health Union without a tippie www*”, planuje zwiększenie aktywności i źródeł finansowania przeznaczonych na rozwój ochrony zdrowia w oparciu o technologie informacyjno-komunikacyjne. Unia Europejska wskazuje konieczność zwiększania gotowości na poważne transgraniczne zagrożenia dla zdrowia między innymi poprzez dalsze wzmocnianie działań i kooperacji z państwami członkowskimi na rzecz transformację cyfrowej w opiece zdrowotnej. Obok takich programów jak Horyzont Europa, Unijny Mechanizm Ochrony Ludności istotne są, z punktu widzenia prowadzonej analizy, założenia programu *Cyfrowa Europa* i instrument „Łącząc Europę” w celu budowania infrastruktury cyfrowej niezbędnej do korzystania z cyfrowych narzędzi ochrony zdrowia.

Rozwój narzędzi cyfrowych w ochronie zdrowia, co potwierdzają między innymi założenia polityki unijnej na lata 2021-2027, nasuwa podstawowe pytanie czy krajowy system prawny obejmujący regulacje z zakresu ochrony zdrowia jest wyposażony w instrumenty prawne, które umożliwią realizację celów stawianych przez Unię Europejską. Odpowiedzią na postulat wdrożenia technologii cyfrowych do procesu organizacji i udzielania usług zdrowotnych (świadczeń zdrowotnych) stanowią rozwiązania e-zdrowia. Dlatego jednym z celów szczegółowych analizy prowadzonej w ramach

niniejszej dysertacji jest próba ustaleniu w oparciu o regulacje unijne (w tym akty polityki unijnej) oraz przepisy prawa krajowego normatywnej definicji pojęcia e-zdrowia. Podjęcie próby w tym zakresie uzasadnia brak definicji legalnej pojęcia e-zdrowia, którego zakres określany jest zarówno w aktach unijnych i krajowych poprzez wskazanie celów, których osiągnięciu mają służyć rozwiązania e-zdrowia. E-zdrowie rozpatrywane w kategorii instrumentu prawnego, zostanie poddane analizie prawnej na podstawie aktów prawa unijnego, krajowego, dokumentów programowych Unii Europejskiej oraz, z uwagi na globalny charakter rozwoju technologii cyfrowych, również na podstawie wybranych dokumentów Światowej Organizacji Zdrowia.

Podstawowa teza badawcza wskazuje na związek e-zdrowia z jakością usług publicznych. Dlatego konieczna jest próba wykazania (i potwierdzenie postawionej tezy), że rozwiązania e-zdrowia wpływają na poprawę jakości usług publicznych w ochronie zdrowia. Przy czym Autor zamierza w swoich badaniach nie tylko posiłkować się stanowiskiem doktryny ujmującej jakość usług w ściśle określony i utrwalony już sposób, jako zachowanie określonego, powtarzalnego schematu i reguł działania ale zamierza również dokonać własnej analizy i podjąć próbę nadania mu znaczenia w kontekście przedmiotu badań. Jako wyjściowe Autor przyjmuje, co zostanie przedstawione w pracy, że jakość w realizacji usług publicznych wykracza poza pojmowanie jakości, jako wypełnienie przyjętego standardu. Jakość w organizowaniu i wykonywaniu usług publicznych, w tym usług zdrowotnych obejmuje, zdaniem Autora, realizację postulatów stawianych przez ustawodawcę wobec organizatora usług publicznych, co do zakresu, sposobu i ich dostępności w relacji do zasobów. Poziom tej relacji wyznacza, co zostanie poddane dowodzeniu, efektywność podejmowanych działań. Postulaty stawiane wobec administracji publicznej - rządowej i samorządowej formułowane są w aktach prawnych. Stąd w oparciu o zasadę legalizmu przyjąć należy, że organy władzy publicznej będą realizowały jedynie te zadania, które wynikają z przepisów ustrojowych i materialnoprawnych, a które wskazują na ich zakres zadań i kompetencji.

W pracy przyjęto założenie o ścisłym związku wykorzystania wiedzy z jej źródłem i sposobem przetwarzania, co wpływa na efektywność działań administracji publicznej. Efektywność przepływu informacji związana jest ze skutecznością struktur administracyjnych powołanych do przekazywania i przetwarzania informacji oraz określeniem stosunku nakładu pracy do uzyskania skutku w postaci otrzymania lub przekazania informacji. Jako wyjściowy dla badań przyjęty został postulat, że stosowa-

nie rozwiązań e-zdrowia umożliwiać ma w sposób bardziej efektywny (niż w tradycyjnym ujęciu) zabezpieczenie dostępności (*availability*) do świadczeń opieki zdrowotnej, gwarantować równy dostęp oraz przyczyniać się do lepszego wykorzystania zasobów ochrony zdrowia. W dokumentach instytucji unijnych podkreśla się konieczność stosowania rozwiązań technologicznych w ochronie zdrowia i ich ujmowania w ramy prawne, które powinny mieć pacjentocentryczny charakter, przybliżać usługi medyczne do pacjenta, poprawiać ich koordynację poprzez lepszy obieg informacji i wymianę danych medycznych między przedstawicielami zawodów medycznych a pacjentami. Technologie mają potencjał budowania postaw o charakterze *patients empowerment*, czyli zaangażowania pacjenta we współdecydowanie o swoim leczeniu i aktywne partnerstwo w procesie leczenia. Pacjenci przejmują wtedy część odpowiedzialności za podejmowane decyzje i wynik leczenia, co przekłada się na poprawę jego skuteczności. Postulaty dotyczące wykorzystania rozwiązań teleinformatycznych w ochronie zdrowia w skali ogólnoeuropejskiej wpisują się w prowadzone przez instytucje unijne projekty wielkoskalowe, których celem jest wdrażanie w przestrzeni unijnej innowacyjnych usług publicznych. Rozwój technologii informatyczno-komunikacyjnych pozwala na wykorzystywanie rozwiązań cyfrowych do analizy dużej ilości danych, kreowanie i stosowanie systemów wspomagania podejmowania decyzji, systemów eksperckich i kreowania innych metod badawczo-analitycznych. Uregulowania prawne pozwalają na przyjęcie rozwiązań związanych z modelowaniem system monitorowania jakości usług publicznych. Zdaniem Autora, w celu racjonalnego ukierunkowania rozwoju infrastruktury informacyjnej państwa, konieczne jest tworzenie i sukcesywne rozwijanie modeli zasobów informacyjnych administracji.

Pojęcie e-zdrowia ma charakter wieloaspektowy, gdyż obejmuje kwestie normowania warunków wdrożenia określonych rozwiązań technologicznych, zakresu wykorzystania możliwości technologicznych, udzielania świadczeń zdrowotnych z wykorzystaniem tych technologii oraz zagadnień planowania i optymalizacji funkcjonowania określonego modelu ochrony zdrowia. Dlatego przyjęto wstępnie, na potrzeby prowadzonych badań, że przez e-zdrowie należy rozumieć wydzielony w ramach systemu prawa zespół przepisów prawa normujących gromadzenie, przetwarzanie danych oraz świadczenie usług związanych z ochroną zdrowia w celu identyfikacji oraz optymalizacji zaspokojenia jednostkowych oraz zbiorowych potrzeb zdrowotnych jak również prowadzenia efektywnej polityki zdrowotnej przez władze publiczne.

Na kształt krajowych unormowań instytucji e-zdrowia składają się liczne akty prawne. Wymieniając w porządku chronologicznym są to m.in. derogowana ustawa z dnia 18 września 2001 r. *o podpisie elektronicznym*, definiująca pojęcie podpisu elektronicznego, określająca skutki prawne wprowadzenia go w życie, opisująca urządzenia oraz technologie służące do składania, przechowywania, ochrony i kontroli podpisu. Ustawa z dnia 5 lipca 2002 r. *o ochronie niektórych usług świadczonych drogą elektroniczną opartych lub polegających na dostępie warunkowym* - definiuje ona usługi elektroniczne oraz określa zakazy bezprawnego rozpowszechniania powiązanych z nimi informacji. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. *o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych*, która wskazuje na obowiązek prowadzenia elektronicznej dokumentacji medycznej, przekazywania przez określone podmioty informacji medycznych, kontroli dokumentacji, a także porusza kwestię dostępności danych usług oraz czasu oczekiwania na usługę. Kluczowe dla treści pojęcia e-zdrowia jest ustawa z dnia 17 lutego 2005 r. *o informatyzacji działalności podmiotów realizujących zadania publiczne* - gdzie główną kwestią dotyczącą elektronicznego systemu informacji medycznej w ustawie jest obowiązek przekazywania i wymiany informacji elektronicznej, o ile taka istnieje, pomiędzy poszczególnymi jednostkami administracyjnymi i innymi podmiotami. Powyższe regulacje prawne stworzyły podstawę do wprowadzenia w życie rozwiązań e-zdrowia w ustawie z dnia 28 kwietnia 2011 r. *o systemie informacji w ochronie zdrowia*, uzupełnioną przez ustawę z dnia 19 lipca 2019 r. *o zmianie niektórych ustaw w związku z wdrażaniem rozwiązań w obszarze e-zdrowia*.

Analiza aparatury pojęciowej, ustalenia zakresu i treści aktów prawnych i dokumentów programowych instytucji unijnych oraz krajowych w przedmiocie kształtu i funkcjonalności systemu ochrony zdrowia, jak również przyjęcie definicji e-zdrowia prowadzi do przyjęcia założenia o konieczności zmiany w regulacjach krajowych. Zmiany te korespondować powinny z rozwiązaniami unijnymi oraz założeniami polityki Unii Europejskiej w dziedzinie zdrowia. Krajowy model ochrony zdrowia uwzględniał powinien w swojej strukturze rozwiązania e-zdrowia jako instrumentu zwiększenia efektywności wykorzystania zasobów ochrony zdrowia oraz poprawy dostępności do usług zdrowotnych, a tym samym jako instrumentu podnoszenia jakości usług publicznych w ochronie zdrowia. Przedstawiona teza jest efektem analizy w pierwszej kolejności aktów prawa i dokumentów programowych Unii Europejskiej.

Proces integracji systemów informatycznych ochrony zdrowia, wspieranie interoperacyjności systemów informatycznych przez Unię Europejską może doprowadzić,

do stworzenia obywatelom Unii Europejskiej prawnych uwarunkowań do korzystania z krajowych systemów ochrony zdrowia w zakresie szerszym niż dotychczasowy. Wzmocnienie spójności społecznej, ekonomicznej i terytorialnej poprzez zwiększenie dostępności produktów i usług informacyjno-komunikacyjnych, również w regionach słabiej rozwiniętych, jest ekonomiczną, społeczną, etyczną i polityczną koniecznością. Już w unijnej strategii „i2010” kładziono nacisk na powszechny udział i na wyposażenie wszystkich obywateli w podstawowe umiejętności cyfrowe. Usługi publiczne stanowią ważny element europejskiej gospodarki, której częścią jest również ochrona zdrowia, co oznacza, że proces zmian legislacyjnych w obszarze uprawnień do korzystania z opieki zdrowotnej w skali europejskiej będzie coraz bardziej intensywny.

Przeprowadzone badania mają pozwolić na ocenę krajowych rozwiązań systemowych w obszarze ochrony zdrowia, które cechują się niskim poziomem efektywności i nieracjonalnym alokowaniem zasobów. Potwierdzają to wnioski z ustaleń Najwyższej Izby Kontroli. Cechą krajowego systemu ochrony zdrowia jest wysoki poziom scentralizowania organizacji i finansowania usług opieki zdrowotnej. Daje to podstawę do przyjęcia założenia, że efektywne wdrażanie rozwiązań e-zdrowia opartych na technologiach cyfrowych w połączeniu ze zmianą zadań władz publicznych w ochronie zdrowia wpłynie na model ochrony zdrowia. Istotnym jego elementem jest dalsza decentralizacja zadań związanych z organizacją i udzielaniem świadczeń zdrowotnych, w połączeniu z zabezpieczeniem środków publicznych na ich realizację, co odpowiadałoby jednocześnie postulatowi urzeczywistnienia zasady pomocniczości. Powyższa teza została poddana walidacji w drodze analizy współczesnych modeli administracji, z uwzględnieniem w warstwie teoretycznej możliwości jakie daje zastosowanie technologii informatycznych. Modele te zostały poddane analizie z punktu widzenia skuteczności i efektywności podejmowanych działań, jakości świadczonych usług publicznych oraz partycypacji obywatelskiej w procesie administrowania i zarządzania publicznego. Pozwolić ma to na ustalenie roli państwa w wprowadzaniu i korzystaniu z informatycznych rozwiązań w ochronie zdrowia oraz poddanie ocenie regulacji prawnych, które wyznaczają aktywności państwa w realizacji funkcji organizacji ochrony zdrowia. Szczególnie ważne są ustalenia w zakresie obowiązującej i postulowanej konieczności dychotomii zadań pomiędzy centralne a zdecentralizowane struktury władzy publicznej, jako gwarant właściwego, czyli efektywnego funkcjonowania systemu ochrony zdrowia. Dlatego badaniom poddany zostanie podział zadań i kompetencji w ochronie zdrowia pomiędzy władze centralne i samorządowe, a także pomiędzy

poszczególnymi poziomami jednostek samorządu terytorialnego, ze szczególnym uwzględnieniem roli samorządu województwa. Teorie związane z określonymi modelami administracji publicznej w swojej warstwie badawczej szukają odpowiedzi na pytanie o wypracowanie optymalnego modelu funkcjonowania instytucji publicznych i określenia ich roli w zmieniającym się społeczeństwie. Stanowią perspektywę, która pozwala na analizowanie skuteczności i efektywności wykonywania zadań publicznych w obszarze ochrony zdrowia z wykorzystaniem technologii informacyjnych i komunikacyjnych.

Dla prowadzenia badań w obszarze analizy regulacji prawnych obejmujących cztery kluczowe dla rozprawy obszary normowania, w zakresie: konstytucyjnych podstaw funkcjonowania i gwarancji systemu ochrony zdrowia, problematyki ochrony zdrowia w Unii Europejskiej, ustrojowego podziału kompetencji i zadań w obszarze ochrony zdrowia pomiędzy organy władzy publicznej oraz wdrożeń rozwiązań informacyjno-komunikacyjnych wykorzystano zarówno metodę dogmatycznoprawną, jak i prawnoporównawczą w oparciu o uprzednio zgromadzony i wyselekcjonowany materiał badawczy obejmujący obowiązujące akty normatywne, dokumenty programowe oraz publikacje doktryny prawa, jak i z zakresu innych nauk społecznych. Metodę dogmatycznoprawną zastosowano w celu ustalenia treści oraz zasadności dotychczas istniejących uregulowań prawnych w aspekcie wykazania tezy pracy. Metoda ta posłużyła do analizy regulacji tworzących system ochrony zdrowia oraz regulacji związanych z podziałem kompetencji i zadań pomiędzy organy władzy publicznej. W pierwszej kolejności jednak tą metodą posłużono się do ustalenia i zweryfikowania konstytucyjnych zasad, na których opierają się unormowania szczegółowe w ochronie zdrowia. Przepisy prawa pierwotnego oraz wtórnego Unii Europejskiej poddane zostały analizie pod kątem ustalenia zakresu oddziaływania Unii Europejskiej na kształt krajowego systemu ochrony zdrowia. Analiza krajowych regulacji prawnych, z wykorzystaniem metody dogmatycznoprawnej, posłużyła do odtworzenia modelu ochrony zdrowia, z szczególnym uwzględnieniem rozwiązań dotyczących zastosowania technologii informacyjno-komunikacyjnych.

Badania zostały uzupełnione o analizę wybranego orzecznictwa Trybunału Sprawiedliwości Unii Europejskiej oraz Trybunału Konstytucyjnego w celu ustalenia wskazań co do ustalenia optymalnej organizacji modelu ochrony zdrowia. Ustalenia doktryny posłużyły do przyjęcia założeń Autora co do sposobu organizacji usług publicznych w ochronie zdrowia z szczególnym uwzględnieniem pojęcia jakości. Metoda

prawno porównawcza, uzupełniona o analizę poglądów doktryny została wykorzystana w części dotyczącej opracowania założeń zmian w organizacji podziału kompetencji i zadań pomiędzy organy władzy publicznej przy formułowaniu postulatu urzeczywistnienia zasady pomocniczości w tworzeniu instytucjonalnych ram organizacji ochrony zdrowia.

Odwołanie w rozprawie do ustaleń z zakresu innych nauk społecznych - socjologii i ekonomii znajduje swoje uzasadnienie w przyjętym problemie badawczym. Osią pracy jest analiza przyjętych i postulowanie nowych rozwiązań prawnych. Niemniej jednak dla pełnego zrozumienia i wykazania kierunku zmian legislacyjnych wymagane jest zrozumienie procesów, które występują w związku z rozwojem nowych technologii. Technicyzacja rozwiązań, z którymi ma do czynienia użytkownik usług publicznych, będący jednocześnie konsumentem w obszarze rynkowym, silnie oddziałuje na oczekiwania i postawy jednostek. Pojawienie się nowych rozwiązań technologicznych w sferze komercyjnej spowodowało ukształtowanie określonych nawyków, postaw i oczekiwań odbiorców wobec usług świadczonych drogą elektroniczną. Analiza tych postaw oraz prognozowanie kierunku ich zmian pozwala na optymalizację rozwiązań prawnych dotyczących wdrożeń nowych usług w oparciu o rozwiązania technologiczne i unormowania prawne. Pozwoli to odpowiedzieć na pytanie: czy i w jakim zakresie konieczne jest zinstytucjonalizowanie walidacji treści przekazywanych poprzez usługi elektroniczne - co jest istotnym problemem np. przy organizacji działań profilaktycznych czy promocji zdrowia.

Z uwagi na znaczną dynamikę zmian w obszarze poddanym analizie wskazać należy, iż analiza uwzględnia stan prawny na dzień 30 września 2020 roku.

I. Ramy prawne ochrony zdrowia w Unii Europejskiej i w Polsce

1. Podstawowe pojęcia z zakresu ochrony zdrowia

1.1. Pojęcie *zdrowia* oraz *zdrowia publicznego*

Kluczowym dla wypełnienia treścią pojęcia „*ochrony zdrowia*” jest przyjęcie określonego rozumienia pojęcia „*zdrowia*”. Wskazanie przedmiotu ochrony organizowanej w sposób systemowy jest konieczne dla dalszych rozważań. W tradycyjnym modelu biomedycznym zdrowie uzależnione jest od wyposażenia genetycznego i struktury organizmu i uchodzi za grunt współczesnej medycyny naprawczej. Podejście to ukształtowało się pod wpływem mechanistycznej wizji rzeczywistości stworzonej przez René Descartes’a (Kartezjusza) - inspiratora dualizmu psychofizycznego. W jego teorii naukowej świat materialny w tym ciało człowieka, zostało przyrównane do doskonałego układu, którym rządzą reguły mechanistyczne pozwalające na zrozumienie działania części składowych organizmu oraz ich funkcji¹. Współcześnie model ten jest przedmiotem konstruktywnej krytyki. Wśród zarzutów wymienia się: podział na sferę ciała i ducha doprowadził do niedoceniaenia uwarunkowań społecznych, psychicznych i środowiskowych w zdrowiu; opiekę medyczną nad osobą chorą („*maszyną*”) złożoną z różnych części sprawuje wielu specjalistów skoncentrowanych głównie wokół chorego narządu, z pominięciem ujęcia człowieka jako integralnej całości; identyfikowanie zdrowia wyłącznie w kategoriach niewystępowania choroby (somatycznej) bierna i uprzedmiotowiona rola pacjenta, a w konsekwencji zawężenie relacji lekarz - pacjent; błędne uznanie medycyny naprawczej za jedyną drogę w przeciwdziałaniu chorobom.² Ujmowanie zdrowia przede wszystkim w kategoriach niewystępowania choroby trwało aż do lat czterdziestych XX wieku i choć od czasów Hipokratesa i Kartezjusza minęło sporo czasu to wciąż dostrzega się funkcjonowanie tego podejścia. Za przełom w rozpatrywaniu zdrowia w sferze profesjonalnej uznaje się opublikowane w 1941 r. słowa G. Sigerista: „Zdrowym może być człowiek, który odznacza się harmonijnym rozwojem fizycznym i psychicznym i dobrze adaptuje się do otaczającego go środowiska społecznego. Całkowicie realizuje on swoje zdolności fizyczne i umysłowe, może dostosowywać się do zmian w otoczeniu, jeśli nie wykraczają one poza granice normy

¹ B. Ślusarska, B. Dobrowolska, D. Zarzycka, Metateoretyczny kontekst zachowań zdrowotnych w paradygmatach zdrowia, „Problemy Higieny i Epidemiologii”, 2013, t: 94, nr 4, s. 668.

² Zob. B. Wojnarowska, Edukacja zdrowotna, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2013, s.15-16.

i wnosi swój wkład w pomyślność społeczeństwa, odpowiednio do swoich możliwości i zdolności.”³ Definicja ta jako jedna z pierwszych ukazała zdrowie w ujęciu wielowymiarowym, obejmującym aspekt fizyczny, społeczny i psychiczny jednostki. Propozycja ta położyła kres dotychczasowym błędnym rozpatrywaniom zdrowia wyłącznie w kontekście niewystępowania choroby z pominięciem wymiaru psychofizycznego. Naukowa myśl G. Sigerista stała się podstawą do sformułowania stosowanej do dziś definicji zdrowia zawartej w programie Światowej Organizacji Zdrowia⁴, w jej brzmieniu „zdrowie jest stanem pełnego dobrego samopoczucia fizycznego, psychicznego, społecznego, a nie wyłącznie brakiem choroby lub niedomagania”. Oprócz przedstawienia zdrowia w kontekście trzech powiązanych komponentów jakimi są aspekt fizyczny, psychiczny, społeczny, istotne jest dostrzeżenie znaczenia indywidualnej oceny w kwestii zdrowia aspektu samopoczucia. Wielopoziomowość przedstawionej definicji sprawia, iż współcześnie uznawana jest za najbliższą poglądom medycznym. Jednak wobec takiej definicji pojęcia zdrowia pojawia się krytyka. Elementami będącymi głównym przedmiotem wieloletniej krytyki są statyczność definicji, z racji, że zdrowie należałoby rozpatrywać bardziej z pozycji procesu; niekompletność, pominięcie komponentu duchowego, a także kulturowego; niejasność określenia „dobrostan”; utopijność, wyrażająca się w nierealności osiągnięcia pełnego zdrowia w aspekcie fizycznym, społecznym, psychicznym przez większość ludzi⁵, a także wyłączna subiektywność w jego odczuwaniu, co nadaje osobie o dobrym samopoczuciu status zdrowia, pomimo iż obiektywnie może wykazywać ukryte objawy choroby somatycznej w początkowym lub późniejszym stadium (np. w chorobie nowotworowej). Są to tylko wybrane zastrzeżenia do definicji zdrowia przyjętej przez Światową Organizację Zdrowia. Analiza tych zastrzeżeń ukazuje istotę trudności w konstruowaniu trafnej definicji zdrowia, bowiem niektóre z formułowanych zarzutów wykazują wzajemną sprzeczność. Z jednej strony krytykuje się nieobecność wymiaru duchowego i kulturowego, z drugiej nierealność w osiągnięciu pełni zdrowia w każdym jego wymiarze. Stanowisko, zgodnie z którym miarą zdrowia jest jakość życia człowieka w sferze osobistej i społecznej jednostki, pozwala uznać za zdrowe także osoby, które

³ E. Kozłowska, A. Marzec, P. Kalinowski, U. Bojakowska Koncepcja zdrowia i jego ochrony w świetle literatury przedmiotu, *Journal of Education, Health and Sport*, 2016, s. 578 i n.

⁴ Zob. preambuła Konstytucji Światowej Organizacji Zdrowia, Porozumienie zawarte przez Rządy reprezentowane na Międzynarodowej Konferencji Zdrowia i Protokół dotyczący Międzynarodowego Urzędu Higieny Publicznej, podpisane w Nowym Jorku dnia 22 lipca 1946 r. Dz. U. 1948 Nr 61, poz.477

⁵ Szerzej: J. Niżnik, *W poszukiwaniu racjonalnego systemu finansowania ochrony zdrowia*, Wydawnictwo Branta, Kraków 2004, s. 14.

pomimo swych ograniczeń funkcjonalnych prowadzą produktywne i satysfakcjonujące życie⁶. Definicja *zdrowia* Światowej Organizacji Zdrowia, mimo swojej niedoskonałości jest powszechnie aprobowana i stanowić będzie punkt wyjścia do dalszych badań .

Zdrowie jest pojęciem zdefiniowanym w języku prawnym. Jego definicja, jak wspomniano wyżej, pojawia się w Konstytucji Światowej Organizacji Zdrowia⁷ - Porozumieniu zawartym przez Rządy reprezentowane na Międzynarodowej Konferencji Zdrowia i Protokołu dotyczącym Międzynarodowego Urzędu Higieny Publicznej, podpisanym w Nowym Jorku dnia 22 lipca 1946 r.⁸ Akt ten w swojej preambule zawiera definicję zdrowia jako stanu pełnego, dobrego samopoczucia/dobrostanu (*wellbeing*) fizycznego, psychicznego i społecznego, a nie tylko stanu braku choroby i ułomności. Zgodnie z konstytucją WHO jednostki lub grupy muszą mieć możliwość określania i realizowania swoich dążeń, zaspokajania potrzeb, a także zmiany środowiska bądź radzenia sobie z nim. Dlatego zdrowie jest postrzegane jako zasób życiowy, a nie cel życia. Zdrowie jest pojęciem pozytywnym, obejmującym zasoby osobiste i społeczne oraz możliwości fizyczne, a nie tylko brakiem obiektywnie istniejącej choroby, czy niepełnosprawności. Zdrowie jako pojęcie ma bardzo szeroki zakres. Może odnosić się do opisu kondycji psychofizycznej danej jednostki czy grupy społecznej w wielu możliwych medycznych aspektach jak również być odnoszone do określonych zadań stawianych przed władzami publicznymi. Rozwój społeczno-ekonomiczny w XX wieku doprowadził do zmian w zakresie głównych czynników warunkujących zdrowie ludności. Do transformacji epidemiologicznej w największym stopniu przyczynił się radykalny postęp medycyny wyrażający się m.in. w wynalezieniu antybiotyku oraz praktycznym rozwoju wakcynologii⁹. Doprowadził on do eliminacji najgroźniejszych chorób zakaźnych i diametralnego obniżenia współczynników zgonów w makroskali. Rzeczywistość pokazuje, że zagrożenie epidemiczne powodowane przez zakaźne patogeny nadal występuje a ludzkość staje co jakiś czas przed nowymi zagrożeniami związanymi z oddziaływaniem kolejnych mutacji istniejących wirusów. Obecnie zagrożeniem w skali światowej jest mutacja i rozprzestrzenianie się koronawirusa SARS-CoV-2,

⁶ A. Wojtczak, *Zdrowie Publiczne - wyzwaniem dla systemów zdrowia XXI wieku*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2009, s.9.

⁷ Dalej zamiennie: „WHO”.

⁸ Dz. U. 1948 r. Nr 61 poz. 477.

⁹ Wakcynologia - to dziedzina medycyny zajmująca się szczepieniami ochronnymi, zarówno w fazie badań naukowych nad opracowaniem nowych szczepionek, jak i ich późniejszym stosowaniem. Jest nową gałęzią medycyny, która wyodrębniła się z chorób zakaźnych - Polskie Towarzystwo Wakcynologii zostało powołane w 2001 - <http://ptwakc.org.pl>, (dostęp 10.08.2020 r.).

wywołującego chorobę nazwaną COVID-19.¹⁰ W dniu 11 marca 2020 r. Światowa Organizacja Zdrowia, z powodu gwałtownego wzrostu liczby zachorowań, ogłosiła globalną pandemię COVID-19. Pandemia COVID-19, a ściślej umiarkowane i ciężkie przypadki choroby, które wymagają pośredniej i intensywnej opieki medycznej, popchnęły kilka systemów opieki zdrowotnej w Unii Europejskiej i poza nią do punktu krytycznego i spowodowały bezprecedensowy ogólnoswiatowy kryzys zdrowotny. Wystąpienie pandemii koronawirusa nie zmienia jednak aktualnego jeszcze w 2020 roku założenia, iż choroby zakaźne nie stanowią obecnie głównej przyczyny zgonów w ludzkiej populacji¹¹. Współcześnie, dostrzega się proces niekontrolowanego rozprzestrzenienia przewlekłych chorób niezakaźnych tzw. cywilizacyjnych, takich jak: cukrzyca, nowotwory, choroby układu krążenia, schorzenia metaboliczne. Pomimo, iż postęp medyczny nieustannie trwa, to działania medycyny naprawczej skierowane na

¹⁰Zob. art. 2 ust 1. ustawy z dnia 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych, Dz. U. 2020 poz. 374

¹¹ Natężenie umieralności jest zróżnicowane w zależności od płci i wieku. Począwszy od najmłodszych grup wieku ludności widoczna jest nadumieralność mężczyzn, tj. współczynniki zgonów dla mężczyzn są wyższe niż dla kobiet. W młodszych grupach wieku wielkości współczynników są niewielkie (dla kobiet ok. 1,5, a dla mężczyzn 2,3 zgony na 10 tys. ludności danej płci), ale w grupie wieku około 20-44 lata stają się 3-krotnie wyższe dla mężczyzn, w tym dla 20-latków (20-29 lat) różnica sięga 4 razy (2,6 do 9,9). W zbiorowości mężczyzn poniżej 50. roku życia najczęstszymi przyczynami zgonów są przyczyny zewnętrzne czyli skutki urazów/wypadków i zatruc, np. w grupie wieku 15–24 lata odpowiadają aż blisko 70 proc. zgonów. Relatywnie mniej zgonów przyczyny te powodują wśród osób starszych. Mężczyźni od 45. roku życia umierają przede wszystkim na choroby układu krążenia i udział tych zgonów systematycznie rośnie wraz z wiekiem. Dla młodych kobiet, podobnie jak dla mężczyzn, najgroźniejsze są przyczyny zewnętrzne, ale już wśród kobiet w wieku 30-79 lat najwięcej zgonów powodują nowotwory, w tym wśród kobiet zmarłych w wieku 55-64 lata udział zgonów w wyniku nowotworów przekracza 50 proc. Wśród kobiet w wieku 80 i więcej lat najczęstszą przyczyną zgonów są choroby układu krążenia – odsetek sięga 59 proc. Taka struktura zgonów według najważniejszych grup przyczyn utrzymuje się w Polsce od wielu lat. W 2018 r. na każde 100 tys. dzieci w wieku 1-14 lat odnotowano 13 zgonów (w 2000 r. było ich 22, a na początku lat 90-tych ubiegłego wieku - 36). W miastach współczynnik ten jest nieco niższy niż na wsi (odpowiednio 12 i 13). Podstawowymi przyczynami zgonów dzieci i młodzieży są urazy i zatrucia dotyczy to szczególnie wieku 5-19 lat, gdzie zewnętrzne przyczyny stanowią ponad połowę wszystkich zgonów. Częściej ulegają im chłopcy szczególnie wśród nastolatków (w 2017 r. stanowiły blisko 60 proc. przyczyn dla tej grupy wieku, wśród dziewczynek - prawie 41 proc.). Kolejną grupą przyczyn są nowotwory złośliwe (ponad 13 proc. zgonów dzieci i młodzieży), następnie choroby układu oddechowego oraz choroby układu nerwowego i narządów zmysłu (6,4 proc. i 6 proc.), a także wady rozwojowe wrodzone (dotyczy to przede wszystkim grupy 1-4 lata). Niepokojącym zjawiskiem jest rosnąca na przestrzeni ostatnich 25 lat liczba samobójstw wśród nastolatków (osób w wieku 15-19 lat). Szczególnie gwałtowny wzrost obserwowano w latach 90-tych ubiegłego wieku, tj. od notowanego na poziomie 10 proc. udziału na początku lat 90-tych do ponad 16 proc. w 2000 r. Ten wysoki odsetek nadal się utrzymuje i pomimo istotnego spadku ogólnej liczby zgonów wśród młodych osób - zamachy samobójcze w 2017 r. stanowiły przyczynę blisko 20 proc. zgonów wśród nastolatków. Współczynnik wyrażający liczbę zgonów niemowląt na 1000 urodzeń żywych był nieco niższy niż przed rokiem (o 0,2 p. prom.) i kształtował się na poziomie 3,8‰ (w miastach 3,6‰, na wsi 4,2‰); wobec 8,1‰ w 2000 r. i 19,3‰ w 1990 r. Spadkowy trend umieralności niemowląt wynika z istotnego zmniejszenia się zgonów noworodków w pierwszym tygodniu życia.

<https://www.politykazdrowotna.com/48211,umieralnosc-w-polsce-najczestsze-przyczyny-zgonow>, (dostęp 06.06.2020 r.)

walkę z nimi są o wiele mniej efektywne. Dalszy postęp w poprawie stanu zdrowia przypisuje się przyjęciu mniej zmedykalizowanej postawy mającej wyraz w konkretnych działaniach samego człowieka, pozwalającej na świadome wkroczenie w nowy etap ludzkiego istnienia - „wiek stylu życia”¹².

Termin „styl życia” rozpatruje się na gruncie wielu nauk, a różnice w jego definiowaniu polegają na akcentowaniu odmiennych obszarów zagadnienia. W podejściu psychologicznym styl życia określa się jako „charakterystyczny dla jednostki system zachowań zdrowotnych uwarunkowany cechami temperamentu, wiedzą, uogólnionymi poglądami i przekonaniami na temat świata, życia i własnej osoby, kompetencjami, systemem wartości i indywidualnymi doświadczeniami w zakresie zdrowia oraz zmiennymi społeczno-kulturowymi”¹³. W kontekście tej definicji wyróżnia się systemy zachowań szkodzących zdrowiu (antyzdrowotnych) oraz służące ochronie i potęgowaniu zdrowia (prozdrowotnych). Z socjologicznego punktu widzenia styl życia stanowi odzwierciedlenie przynależności do danej grupy lub warstwy społecznej oraz wyraz prawidłowości funkcjonowania systemu kulturalno-społecznego, politycznego i gospodarczego. Nastawienia behawioralne wpływające na styl życia jednostki ulegają zmianom i transformacjom stanowiąc pochodną statusu materialnego, aktywności zawodowej, ogólnych warunków życia. Stąd obok edukacji zdrowotnej podkreśla się konieczność tworzenia odpowiednich warunków życia sprzyjających i umożliwiających realizację celów zdrowotnych¹⁴. Konstruowanie pojęcia systemu ochrony zdrowia uwzględniającego przedstawiony zakres terminu „zdrowie” musi uwzględniać wielopłaszczyznowość tego pojęcia. Przyjąć należy, że w skład systemu ochrony zdrowia wchodzi regulacje normujące zarówno działania związane z przywracaniem stanu zdrowia jak i szeroko rozumiane działania mające na celu utrzymanie stanu zdrowia w różnych aspektach funkcjonowania poszczególnych grup społecznych oraz zabezpieczenie niezbędnych dla tych działań warunków. Zagadnienie to będzie w dalszej części pracy poddane analizie.

Kolejnym pojęciem składowym ochrony zdrowia jest pojęcie *zdrowia publicznego*. Zdaniem M. Miller i J. Opolskiego zdrowie publiczne może być postrzegane poprzez problemy zdrowotne i warunkujące zdrowie takie jak np. choroby zakaźne,

¹² Szerzej J. Drabik, Aktywność fizyczna w edukacji zdrowotnej społeczeństwa - cz. I, Wydawnictwo Uczelniane AWF, Gdańsk 1995, s. 8.

¹³ H. Sęk, Zdrowie behawioralne, w: Psychologia. Podręcznik akademicki, red. J. Strelau, t.3, Gdańsk 2000, s. 542.

¹⁴ Szerzej I. Heszen, H. Sęk, Psychologia zdrowia, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2007, s. 61 i n.

choroby powodujące najwyższą umieralność, problemy środowiskowe warunkujące zdrowie, a więc nie tylko tzw. środowisko naturalne, ale także socjoekonomiczne, wreszcie poprzez problemy organizacyjne oraz ekonomiczne ochrony zdrowia oraz jako problemy metodologiczne (epidemiologia, socjologia, ekonomika, zarządzanie i strategia rozwiązywania problemów zdrowotnych (promocja zdrowia). Zdrowie publiczne rozumiane jest niekiedy jako stan zdrowia populacji oraz jako zespół działań na rzecz zdrowia ludności¹⁵.

C.E.A. Winslow, sformułował definicję zdrowia publicznego, która może być rozumiana jako: nauka i sztuka zapobiegania chorobom, wydłużania życia i promocji zdrowia - poprzez zorganizowane wysiłki społeczeństwa wyrażające się w działaniach na rzecz higieny środowiska, zwalczania chorób zakaźnych, nauczania zasad higieny indywidualnej, organizację świadczeń lekarskich i pielęgniarstwa, ukierunkowanych na wczesne diagnozowanie i profilaktycznie ukierunkowane leczenie oraz - rozwój mechanizmów społecznych, które zapewnią każdemu poziom bytowania umożliwiający utrzymanie zdrowia.¹⁶ E.D. Acheson wskazał, że „zdrowie publiczne to nauka i sztuka zapobiegania chorobom, przedłużania życia, promowanie zdrowia poprzez zorganizowane wysiłki społeczne”.¹⁷ Znaczenie dla ewolucji pojęcia zdrowia publicznego miała koncepcja obszarów zdrowia autorstwa M. Lalonde’a, w raporcie „*New Perspectives on the Health of Canadians*”¹⁸. Koncepcja obszarów (uwarunkowań) zdrowia M. Lalonde’a wiązała się z obserwowanym gwałtownym wzrostem kosztów opieki zdrowotnej w Kanadzie, który nie przekładał się na stan zdrowia ludzi. Aby zbadać przyczyny tego zjawiska i zalecić odpowiednie kroki, powołano składający się z przedstawicieli rządu federalnego i administracji stanowych Komitet ds. Kosztów Służby Zdrowia. Raport M. Lalonde’a został opublikowany w roku 1974. Raport ten zainicjował nową erę postrzegania zdrowia publicznego proponując szersze rozumienie zdrowia jako stanu, który nie może być osiągalny dla większości populacji tylko przez zwiększenie funduszy dla poszerzania infrastruktury i świadczeń medycyny naprawczej. Punktem wyjścia dla koncepcji obszarów zdrowia M. Lalonde’a była następująca defi-

¹⁵ M. Miller, J. Opolski Zdrowie Publiczne w Polsce a polityka zdrowotna w świetle dokumentów Światowej Organizacji Zdrowia, *Postępy Nauk Medycznych* 4/2009, s. 282-289.

¹⁶ C.E.A. Winslow: *The untilled fields of public health*. Science N.S. 1920, 51, 22-33, cyt. za: C.E.A. Winslow. *The evolution and significance of the modern public health campaign*. New Haven, Yale University Press, 1923, s. 34.

¹⁷ E.D. Acheson, *Public health in England*. Report of the Committee of Inquiry into the future development of the public health function, HMSO. London, 1988, s. 27.

¹⁸ M. Lalonde, *A New Perspective on the Health of Canadians; A Working Document*, Information Canada, Ottawa, 1974, s. 31-34.

nicja zdrowia: „Zdrowie jest wynikiem działania czynników związanych z dziedziczeniem genetycznym, środowiskiem, stylem życia i opieką medyczną. Promocja zdrowego stylu życia może wpłynąć na poprawę stanu zdrowia i ograniczyć zapotrzebowanie na opiekę medyczną”. M. Lalonde wyróżnił następujące grupy czynników mających wpływ na stan zdrowia ludności, czyli obszary zdrowia: obszar biologii i genetyki, zachowań i stylu życia, środowiskowy (czynniki ekonomiczne, społeczne, kulturowe i fizyczne) oraz obszar organizacji systemu ochrony zdrowia. Koncepcja M. Lalonde’a podsumowująca wcześniejsze poglądy wielu polityków i badaczy powstała jako idea specyficzna dla polityki zdrowotnej. Lalonde traktował ją jako narzędzie służące analizie problemów zdrowotnych i określaniu potrzeb zdrowotnych oraz sposobom ich zaspokajania. Późniejsze prace wywodzące się prawdopodobnie z koncepcji Lalonde’a pozwoliły na oszacowanie procentowego wpływu czynników określanych jako biologiczne, środowiskowe, związane ze stylem życia oraz z działaniem systemu ochrony zdrowia.¹⁹

W maju 1977 r. Światowe Zgromadzenie Zdrowia przyjęło rezolucję wskazującą, że głównym celem Światowej Organizacji Zdrowia i jej państw członkowskich w najbliższych dekadach powinno być uzyskanie przez wszystkich obywateli świata takiego poziomu zdrowia, który umożliwi im prowadzenie ekonomicznie i społecznie produktywnego życia. U podstaw tych decyzji oraz zamierzeń i programów, który nazwano „Zdrowie dla Wszystkich” (HFA) była świadomość narastania poważnych problemów zdrowotnych i społeczno-ekonomicznych oraz nieadekwatność dotychczasowych modeli i systemów ochrony zdrowia. W działaniach tych określano zdrowie jako jeden z zasadniczych elementów rozwoju ludzkości, stworzono podstawę i dano impuls do wielu globalnych, regionalnych i krajowych przedsięwzięć realizowanych pod hasłem Zdrowie dla Wszystkich 2000 (HFA 2000). W 1978 r. w czasie międzynarodowej konferencji w Alma-Ata, o historycznym, kluczowym znaczeniu, przedstawiciele państw członkowskich, organizacji i stowarzyszeń medycznych uzgodnili, że kluczową sprawą dla realizacji strategii HFA jest rozwój i doskonalenie podstawowej opieki zdrowotnej. Światowe Zgromadzenie Zdrowia zaakceptowało jako dokument programowy Globalną Strategię Osiągnięcia Zdrowia dla Wszystkich 2000. Główne kierunki strategii „Zdrowie dla Wszystkich” (HFA 2000) były następujące: propagowanie i upowszechnianie stylu życia i zachowań sprzyjających zdrowiu,

¹⁹ M. Wysocki, M. Miller, Paradygmat Lalonde’a. Światowa Organizacja Zdrowia i Nowe Zdrowie Publiczne. Przegląd Epidemiologiczny 2003, 57: 505-512.

zmniejszenie częstości występowania chorób i zaburzeń zdrowia, którym można zapobiegać przez obniżanie poziomu czynników ryzyka i ochroną środowiska, zapewnienie podstawowej opieki zdrowotnej, która byłaby odpowiednia do potrzeb, dostępna i akceptowana przez wszystkich. Głównym osiągnięciem HFA 2000 było zbudowanie podstawowej opieki zdrowotnej w krajach rozwijających się i rozpoczęcie wdrażania programów z zakresu zdrowia publicznego.²⁰

W 1998 r. Europejskie Biuro Regionalne WHO obejmujące 51 państw członkowskich przyjęło dokument determinujący działania rządów państw członkowskich „Zdrowie 21” - „Zdrowie dla Wszystkich w XXI wieku”. W dokumencie sformułowano 21 zadań, które w znacznym zakresie odpowiadały opisanym dalej podstawowym funkcjom Zdrowia Publicznego. Zgodnie ze Światową Deklaracją Zdrowia w strategii „Zdrowie XXI” przyjęto, iż „jednym z podstawowych praw każdej istoty ludzkiej jest najwyższy możliwy do uzyskania standard zdrowia, a powodzenie polityki społecznej należy mierzyć jej wpływem na zdrowie ludzi”. Wyznaczono 2 główne cele - zadania strategii „Zdrowie XXI”: promocja i ochrona zdrowia ludzi w ciągu całego ich życia oraz zmniejszenie występowania chorób i urazów oraz złagodzenie cierpień z ich powodu. Podstawą etyczną założeń „Zdrowia XXI” są trzy fundamentalne wartości: zdrowie jako podstawowe prawo człowieka, równość w zdrowiu i solidarność w działaniu na rzecz zdrowia wewnątrz krajów i pomiędzy krajami oraz ich mieszkańcami, uczestnictwo w stałym rozwoju dziedziny zdrowia i odpowiedzialność za efekty działalności jednostek, grup, instytucji i społeczności lokalnych. Dla zapewnienia zrównoważonego pod względem naukowym, gospodarczym, społecznym i politycznym przebiegu wdrażania „Zdrowia XXI” ustalono cztery podstawowe strategie działania: strategie wielosektorowe, uwzględniające fizyczne, ekonomiczne, społeczne i kulturowe uwarunkowania zdrowia, przyjmujące perspektywę uwzględniającą potrzeby mężczyzn i kobiet oraz zapewniające możliwość oceny oddziaływania na dziedzinę zdrowia; programy nastawione na skuteczność opieki zdrowotnej i inwestowanie w rozwój zdrowia oraz opiekę kliniczną; zintegrowana i zorientowana na rodzinę i społeczność lokalną podstawowa opieka zdrowotna, wspierana przez elastyczny, dostosowany system opieki szpitalnej oraz współuczestniczenie w procesie rozwoju zdrowia na poziomie domu, szkoły, miejsca pracy, społeczności lokalnej i kraju oraz promowanie idei wspólnego podejmowania decyzji, wdrażania ich i rozliczania przez partnerów.

²⁰ World Health Organization. Primary health care. Report of the International Conference on Primary Health Care „Health for All” Series, No. 1. WHO, Geneva, 1978.

Dwadzieścia jeden zadań polityki zdrowia dla wszystkich sformułowano w taki sposób, by wyrażały one potrzeby całego Regionu Europejskiego, a zarazem zawierały sugestie dotyczące poprawy sytuacji. Mogą one służyć jako narzędzie do pomiaru postępów w rozwoju i ochronie zdrowia oraz w obniżaniu ryzyka zdrowotnego. Zadania te stanowią podstawę rozwoju polityki zdrowotnej w krajach Regionu Europejskiego²¹

²¹ Zadania strategii „Zdrowie dla Wszystkich w XXI wieku” sformułowano następująco:

1. Solidarność dla zdrowia w Regionie Europejskim, 2. Równość w zdrowiu, 3. Zdrowy początek życia, 4. Zdrowie ludzi młodych, 5. Zdrowie ludzi starych, 6. Poprawa zdrowia psychicznego, 7. Redukcja chorób zakaźnych, 8. Redukcja chorób niezakaźnych, 9. Redukcja urazów powstałych na skutek wypadków i przemocy, 10. Zdrowie i bezpieczne środowisko fizyczne, 11. Zdrowy styl życia, 12. Zmniejszenie spożycia alkoholu i tytoniu, 13. Tworzenie „siedlisk” - środowisk zdrowotnych, 14. Wielosektorowa odpowiedzialność za zdrowie, 15. Zintegrowanie sektora zdrowia, 16. Zarządzanie na rzecz jakości opieki zdrowotnej, 17. Finansowanie świadczeń zdrowotnych i alokacja środków, 18. Rozwijanie zasobów ludzkich służb opieki zdrowotnej, 19. Gromadzenie wiedzy i badania naukowe na rzecz zdrowia, 20. Zdobywanie partnerów do działań na rzecz zdrowia, 21. Polityka i strategia „Zdrowie dla Wszystkich”. World Health Organization. Health 21; The Health for All Policy Framework for the WHO European Region - 21 Targets for 21st Century; WHO, Copenhagen, 1998.

1.2. Pojęcie systemu ochrony zdrowia

Opierając się na abstrakcyjnej definicji pojęcia „system” przyjąć należy, iż system to zespół wzajemnie sprzężonych elementów, spełniający określoną funkcję i traktowany jako wyodrębniony z otoczenia w określonym celu np. opisowym lub badawczym. Relacje między elementami systemu tworzą jego strukturę, czyli model. Właściwości systemu zależą zarówno od właściwości każdego z elementów, jak i od jego struktury. Pojęcie „system” jest stosowane we wszystkich dziedzinach nauki i praktyki i odnoszone zarówno do zjawisk, obiektów i procesów występujących w naturze jak i tworzonych przez ludzi, np. system techniczny, produkcyjny, społeczny, ekonomiczny czy system prawny. Systemem nazywa się też całokształt zasad organizacyjnych, ogół norm i reguł obowiązujący w danej dziedzinie. Należy przyjąć, że system ochrony zdrowia, z dogmatycznoprawnego punktu widzenia, to wydzielony zespół powiązanych treściowo i funkcjonalnie norm prawnych regulujących określone zachowania podmiotów zobowiązanych i uprawnionych w obszarze ochrony zdrowia oraz regulujących relacje pomiędzy tymi podmiotami. Należy również przyjąć, że system ochrony zdrowia w płaszczyźnie dogmatycznoprawnej powinien być rozpatrywany jako zwarta część systemu prawnego. System prawa jest rozumiany w kontynentalnej kulturze prawnej jako uporządkowany zbiór norm prawnych, rekonstruowanych przede wszystkim z przepisów prawnych zgrupowanych w aktach normatywnych. Pojęcie systemu prawa umożliwia w przestrzeni badawczej na walidację twierdzeń teoretycznoprawnych z komparatystyczną perspektywą badawczą, zarówno w ujęciu wewnątrzsystemowym i międzysystemowym przez porównanie różnych kultur prawnych, z naciskiem na właściwości kultury prawa stanowionego i common law. Na podstawie dotychczasowych rozważań przyjąć należy, iż zbiór norm prawa, zawarty w obowiązujących przepisach, regulujących kwestie prawa do ochrony zdrowia, zadań instytucji odpowiedzialnych za ochronę zdrowia oraz sposobu finansowania ochrony zdrowia, tworzy normatywny system ochrony zdrowia.

Zgodnie z doktryną system ochrony zdrowia obejmuje następujące sfery działania: opiekę zdrowotną - obejmującą medycynę leczniczą oraz medycynę naprawczą²² oraz

²² Przyjmuje się, że przed podjęciem leczenia naprawczego w formie zinstytucjonalizowanej dana osobę powinno chronić osiem „warstw ochronnych” **wczesne ostrzeżenie** - działania wykonywane w ramach tej warstwy ochronnej polegają na monitorowaniu w trybie ciągłym sytuacji nietypowych, co daje możliwość wczesnego ostrzeżenia o zagrożeniach związanych z problemami zdrowotnymi pacjentów. System wczesnego ostrzeżenia o zagrożeniach jest najważniejszym elementem ochrony zdrowia pacjenta, ponie-

ochronę zdrowia rozumianą jako zespół działań na rzecz zdrowia publicznego realizowany przez różne sektory życia społeczno-gospodarczego, strukturę zarządzania opieką zdrowotną i ochroną zdrowia oraz źródła finansowania całokształtu działań na rzecz ochrony zdrowia. Celem systemu ochrony zdrowia jest zaspokajanie indywidualnych

waż w dużym stopniu wpływa na wyeliminowanie zjawisk chorobowych. Wczesne powiadomienie o zagrożeniu daje możliwość odpowiedniego przygotowania się do wystąpienia nietypowego zjawiska oraz zastosowanie działania ochronnego; **kompensacja zakłóceń** - wszelkie działania wykonywane w ramach tej warstwy ochronnej powinny dążyć do likwidacji przyczyn powstawania zjawisk chorobowych. Takie postępowanie będzie skutecznie zapobiegało powstawaniu zjawisk chorobowych, ponieważ wszystkie działania będą nakierowane na przyczynę powstawania zjawisk chorobowych. Poprzez odpowiednie działania zachodzące w otoczeniu, w którym powstają zjawiska chorobowe można skutecznie minimalizować występowanie tych zjawisk. Występuje wtedy mniejsze prawdopodobieństwo wystąpienia zakłóceń; **promocja zdrowia** jest nakierowana bezpośrednio na społeczeństwo i ma służyć zmniejszeniu liczby zachorowań. Na tym poziomie głównie uruchamiany jest proces uświadamiania społeczeństwa na temat zagrożeń dla stanu zdrowia. Poprzez wykorzystanie różnego rodzaju środków przekazu można informować społeczeństwo o sposobie postępowania w celu uniknięcia różnego rodzaju zagrożeń dla zdrowia. Nabywanie informacji o istniejących zagrożeniach oraz świadomość tego, że istnieje możliwość ich skutecznego wyeliminowania powoduje zmianę sposobu życia i zachowania ludzi;

relacje w rodzinie - warstwa ta obejmuje swoim działaniem komórkę rodzinną, w której znajduje się pacjent. Rodzina w bezpośredni sposób oddziałuje na stan zdrowotny jej członków. Jakość tego oddziaływania jest niezwykle istotna, gdyż kształtuje zarówno zdrowie psychiczne, jak i fizyczne. Stan komórki rodzinnej w dużym stopniu określa skłonność do nałogów (narkotyki, alkohol, papierosy) poszczególnych jednostek. Informacje o pacjentach zebrane w ramach tej warstwy mogą się przyczynić do znacznego obniżenia podatności na zjawiska chorobowe lub osłabić ich działanie; **samoleczenie zapobiegawcze** - warstwa związana jest z medycyną zapobiegawczą i określa metody oddziaływania pacjenta na własny stan zdrowia przed zaistnieniem zjawiska chorobowego; Leczenie zapobiegawcze - jest to szereg działań mających na celu zapobieganie chorobie bądź innemu niekorzystnemu zjawisku zdrowotnemu przed rozwinięciem się, poprzez kontrolowanie przyczyn i czynników ryzyka. Polegają one na zapobieganiu poważniejszym konsekwencjom choroby poprzez jej wczesne wykrycie i leczenie. Celem leczenia zapobiegawczego jest podjęcie szybkich i skutecznych działań przywracających zdrowie, ma ono również na celu zahamowanie postępu lub powikłań już istniejącej choroby. Działania wykonywane w ramach tej warstwy ochronnej oparte są na poszukiwaniu metod leczenia, które działają wyprzedzająco, zabezpieczą zdrowie pacjenta i zminimalizują w otoczeniu pacjenta wszystkie przyczyny mogące wpłynąć na pogorszenia stanu zdrowia; **leczenie zapobiegawcze** jest działaniem, które ma na celu zapobieganie pojawieniu się i rozwojowi danego zjawiska w konkretnej społeczności. Systemy medycyny zapobiegawczej wymagają ciągłego gromadzenia potrzebnych danych, analizowania ich, a następnie wnioskowania pozwalającego na podejmowanie działań wyprzedzających. Warstwa obejmuje zagadnienia dotyczące zabezpieczenia zdrowia i realizuje model leczenia, do którego państwo powinno dążyć czyli "leczenie przed pacjentem"; **odporność naturalna** - warstwa znajdująca się najbliżej pacjenta i ściśle z nim związana. Odporność naturalna jest mechanizmem obronnym każdego organizmu człowieka na zjawiska chorobowe. Stan odporności naturalnej jest zależny od wielu czynników takich jak wiek, sposób odżywiania się, dbanie o stan zdrowia; **naprawcza** i określa metody oddziaływania pacjenta na własny stan zdrowia w przypadku zaistnienia zjawiska chorobowego. Niezwykle istotne jest, aby jednostka dysponowała wszelkimi niezbędnymi informacjami dotyczącymi zjawiska chorobowego, aby działania podejmowane z własnej inicjatywy nie szkodziły. Świadomość oraz wiedza pacjenta wpływa pośrednio na szybsze usuwanie skutków spowodowanych przez zjawiska chorobowe oraz minimalizację nieuzasadnionych kosztów opieki zdrowotnej. Trwałe polepszenie zdrowotności i zmniejszenie zachorowalności możliwe jest jednak tylko w przypadku połączenia samoleczenia naprawczego z metodami medycyny zapobiegawczej; **samoleczenie naprawcze** - warstwa związana jest z medycyną naprawczą i określa metody oddziaływania pacjenta na własny stan zdrowia w przypadku zaistnienia zjawiska chorobowego. Niezwykle istotne jest, aby jednostka dysponowała wszelkimi niezbędnymi informacjami dotyczącymi zjawiska chorobowego, aby działania podejmowane z własnej inicjatywy nie szkodziły. Świadomość oraz wiedza pacjenta wpływa pośrednio na szybsze usuwanie skutków spowodowanych przez zjawiska chorobowe oraz minimalizację nieuzasadnionych kosztów opieki zdrowotnej. Trwałe polepszenie zdrowotności i zmniejszenie zachorowalności możliwe jest jednak tylko w przypadku połączenia samoleczenia naprawczego z metodami medycyny zapobiegawczej - dane ze strony: www.osoz.pl (dostęp 11.09.2020r.).

potrzeb zdrowotnych, z których najważniejsze są potrzeby wynikające z chorób, nie-domagań, wypadków, czyli tzw. wyrażone potrzeby zdrowotne. System powinien brać pod uwagę istnienie również tzw. rzeczywistych potrzeb zdrowotnych, nie zawsze ujawniających się dostatecznie wcześniej i zaspokajając je z własnej inicjatywy.²³ Ponadto celem systemu ochrony zdrowia jest zapewnienie zbiorowych potrzeb zdrowotnych, tj. takich warunków życia, pracy, mieszkania, odżywiania, wypoczynku, a nawet chorowania i wszelkich innych aspektów życia zbiorowego, które minimalizują, jeśli nie eliminują, jakiegokolwiek ryzyko utraty zdrowia. W ramach systemu ochrony zdrowia wydziela się dwa obszary - obszar indywidualnej opieki zdrowotnej oraz obszar zbiorowej ochrony zdrowia, czyli instytucji zdrowia publicznego. Pojęcie ochrona zdrowia zawiera następujące podstawowe składowe: ochrona przed chorobami - zapobieganie i zwalczanie chorób zakaźnych, chorób niezakaźnych o dużym znaczeniu społecznym i innych chorób oraz niepełnosprawności w ramach opieki medycznej, ochrona przed zagrożeniami środowiska przyrodniczego i środowiska pracy oraz uzupełniająco ochrona przed zagrożeniami wynikającymi z niekorzystnych warunków społecznych (ubóstwo, patologie społeczne, bezrobocie i inne) w ramach polityki społecznej i świadczeń pomocy społecznej²⁴.

²³ Por. M. Kolwicz *Polski system ochrony zdrowia perspektywy i możliwości zastosowania systemów ochrony zdrowia innych państw Unii Europejskiej*, *Annales Academiae Medicae Stetinensis Roczniki Pomorskiej Akademii Medycznej w Szczecinie* 2010, 56, 3, s. 132.

²⁴ Por. D. Bach-Golecka, R. Stankiewicz, (red.) *Organizacja systemu ochrony zdrowia. System Prawa Medycznego*. Tom 3, C.H. Beck Instytut Nauk Prawnych, Warszawa 2020, s. 1291-1293.

2. Modele systemu ochrony zdrowia

Dla pełnego przedstawienia określonego systemu ochrony zdrowia przydatne jest ustalenie modelu (sposobu) finansowania realizacji zadań w zakresie ochrony zdrowia.

W oparciu o to kryterium wyróżnia się następujące modele ochrony zdrowia:

- a) model Bismarckowski,
- b) model Beveridge'a,
- c) model rezydualny,
- d) model Siemaszki.²⁵

2.1. Model ochrony zdrowia oparty na powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym (model Bismarckowski)

Podstawowym celem modelu Bismarcka²⁶ jest ochrona pracującego społeczeństwa przed utratą zdrowia, która w konsekwencji może prowadzić do zachwiania stabilności życiowej, osobistej pracownika a w dalszej konsekwencji stabilności systemu społeczno-gospodarczego. Charakterystyczną cechą tego modelu jest sposób finansowania sektora ochrony zdrowia, który odbywa się przez obowiązkowe składki zdrowotne uiszczane przez pracodawcę i pracownika w formule tzw. ubezpieczenia zdrowotnego. Model Bismarcka zakłada istnienie instytucji ubezpieczeniowych kas chorych. Elementy opisywanego modelu można zidentyfikować w systemach opieki zdrowotnej m.in. takich państwach, jak: Niemcy, Austria, Belgia, Francja, Holandia, Polska oraz Szwajcaria. Najstarszym historycznie modelem finansowania ochrony zdrowia jest model ubezpieczeniowy, którego główne źródło finansowania stanowią składki uiszczane przez podmioty objęte obowiązkowym ubezpieczeniem zdrowotnym. Występuje on obecnie w wielu krajach Unii Europejskiej, m.in. w Niemczech, Holandii, Belgii, Austrii i Francji, choć nie w wersji pierwotnej. Model ten powstał w 1883 r. z inicjatywy kanclerza O. Bismarcka, kiedy to wprowadzono tzw. ustawodawstwo socjalne. W 1883 r. uchwalono ustawę wprowadzającą obowiązek ubezpieczeniowy w zakresie choroby, którego koszty ponosili wyłącznie pracodawcy. Sankcjonowała ona istniejące

²⁵ Szerzej o modelach ochrony zdrowia: P. Lenio, Publicznoprawne źródła finansowania ochrony zdrowia, Wolters Kluwer, Warszawa 2018, s 119 - 141.

²⁶ Zob.: K. Wielicka, Zarys funkcjonowania systemów opieki zdrowotnej w wybranych krajach Unii Europejskiej, w: Zeszyty Naukowe Politechniki Śląskiej 2014, seria: Organizacja i Zarządzanie z. 70, s. 491-504.

dobrowolne kasy chorych i tworzyła jednocześnie obowiązek przynależności do tych kas, który dotyczył wszystkich pracowników przemysłu. Następnie w 1884 r. wprowadzono ubezpieczenia od następstw nieszczęśliwych wypadków, a w 1889 r. ubezpieczenia na wypadek starości i niezdolności do pracy. W modelu Bismarcka ochrona zdrowia opiera się na zabezpieczeniu podmiotów ubezpieczonych przed negatywnymi skutkami dla zdrowia, mogącymi wynikać z nieoczekiwanych zdarzeń losowych. Choroba jest rozumiana tutaj jako pewien rodzaj ryzyka społecznego. Wskutek powszechnych i obowiązkowych ubezpieczeń ryzyko rozkłada się na wszystkich ubezpieczonych. Z uwagi na to, że model ubezpieczeniowy jest nie tylko powszechny, ale i przymusowy, ryzyko choroby jest rozłożone na całe społeczeństwo. Istnienie kas chorych jest podstawową cechą charakterystyczną modelu Bismarcka. Wskazane instytucje ubezpieczeniowe są głównymi organami powołanymi do zapewnienia obywatelom opieki na wypadek wystąpienia ryzyka ubezpieczeniowego. Organy władzy publicznej nadzorują działalność instytucji ubezpieczeniowych, które są niezależne od administracji państwowej, oraz tworzą instytucjonalne ramy prawne dla funkcjonowania kas. Mają one prawnie zagwarantowaną autonomię. Ich zasadniczym uprawnieniem jest kontraktowanie usług medycznych ze świadczeniodawcami. Natomiast głównym uprawnieniem ubezpieczonego członka danej kasy jest możliwość wyboru pomiędzy świadczeniodawcami. Jest to prawo podmiotowe, co powoduje, że ubezpieczeni mogą żądać realizacji swoich praw na drodze sądowej. Kolejną cechą charakterystyczną modelu ubezpieczeniowego ochrony zdrowia jest jego odpłatność. Fundusze przeznaczane na realizację zadań państwa z zakresu ochrony zdrowia są tworzone z przychodów uzyskiwanych ze składek opłacanych zarówno przez pracowników, jak i przez pracodawców. Opłacanie składek na ubezpieczenie zdrowotne w modelu Bismarcka jest obowiązkowe. Składka jest dodatkową daniną publiczną obciążającą koszty pracy. Jej uiszczanie daje świadczeniobiorcom prawo do korzystania ze świadczeń zdrowotnych w ramach obowiązkowego ubezpieczenia. Składki na ubezpieczenie zdrowotne zasilają odrębnie wydzielone fundusze, w związku z tym w modelu ubezpieczeniowym ochrony zdrowia przychody ze składek są łatwe do zidentyfikowania i muszą być przeznaczone na konkretny cel. Nie mogą one być przeznaczone na inne wydatki, niezwiązane z udzielaniem świadczeń zdrowotnych w ramach obowiązkowego ubezpieczenia. Takie założenie powoduje, że wydatki przeznaczane na świadczenia zdrowotne udzielane w ramach powszechnego i obowiązkowego ubezpieczenia zdrowotnego nie konkurują z innymi obligatoryjnymi wydatkami przeznaczanymi na zadania realizowane przez państwo.

2.2. Model narodowej służby zdrowia (model Beveridge'a)

Model Beveridge'a ukształtował się po II wojnie światowej. Jego główną cechą jest wyraźne oddzielenie obszaru opieki zdrowotnej od całego sektora ochrony zdrowia, który jest finansowany z ogólnych podatków nałożonych na obywateli. Środki finansowe pochodzące z podatków wchodzi w skład budżetu centralnego, gdzie są rozdzielane pomiędzy poszczególnymi sektorami lub bezpośrednio trafiają do budżetów lokalnych, które przeznaczają pewną ich część na ochronę zdrowia w danym regionie. Pacjent mający swobodę wyboru i pełny dostęp do opieki zdrowotnej ma znikomy udział w finansowaniu realizowanych na jego rzecz świadczeń medycznych. Równie ważną cechą tego modelu jest znikomy wpływ państwa na sposób funkcjonowania jednostek wchodzących w skład zakładów opieki zdrowotnej, które są formalnie niezależne. Model budżetowy, nazywany także modelem Narodowej Służby Zdrowia²⁷. Został wprowadzony po raz pierwszy w Wielkiej Brytanii w 1946 r. Był to zarządzany centralnie, powszechnie dostępny i bezpłatny system ochrony zdrowia. Podstawą dla stworzenia brytyjskiego modelu ochrony zdrowia był raport Williama Beveridge'a pod nazwą „Ubezpieczenia społeczne i służby pokrewne” (*Social Insurance and Allied Services*), sporządzony 1 grudnia 1942 r. Raport Beveridge'a oprócz stworzenia powszechnej służby zdrowia przewidywał także system zasiłków rodzinnych oraz prowadzenie polityki zdrowotnej. Ochrona zdrowia opierała się na trzech zasadach: powszechności, jednolitości oraz równości. Zgodnie z zasadą powszechności ochrona zdrowia obejmowała wszystkich obywateli, bez względu na pozycję społeczną lub wykonywany zawód. Według zasady jednolitości ochroną zdrowia zarządzał jeden spójny system administracyjny. Zasada równości oznaczała natomiast gwarancję otrzymania przez obywatela określonych świadczeń zdrowotnych w niezbędnej dla jego potrzeb ilości. Brytyjski model Narodowej Służby Zdrowia występuje obecnie m.in. w Wielkiej Brytanii, Irlandii, Szwecji, Finlandii i Danii, a także we Włoszech. Omawiany model charakteryzuje się przede wszystkim nałożeniem odpowiedzialności za organizację ochrony zdrowia i zapewnienie świadczeń opieki zdrowotnej na państwo. Cele systemu są realizowane przez organy administracji państwowej. W przeciwieństwie do modelu Bismarcka państwo nie przerzuca ciężaru zorganizowania systemu opieki medycznej na inne podmioty (kasy chorych). Angielski system ochrony zdrowia jest finansowany

²⁷ Dalej: National Health Service / NHS

z ogólnych dochodów budżetu państwa. Dochodami o zasadniczym znaczeniu dla budżetu angielskiego są m.in. podatki dochodowe, podatek od wartości dodanej, a także wpływy z podatku akcyzowego obciążającego produkcję paliw, wyrobów alkoholowych oraz tytoniowych. Ponad 75% środków wydatkowanych na rzecz Narodowej Służby Zdrowia pochodzi z budżetu centralnego. Oznacza to, że budżet państwa jest głównym, ale nie jedynym źródłem jej finansowania. W około 20% NHS finansowana jest ze środków pochodzących z systemu ubezpieczenia społecznego. Wydatki przeznaczane na realizację zadań państwa z zakresu ochrony zdrowia stanowią w Anglii drugą największą pozycję wydatków publicznych (pierwsze miejsce zajmuje realizacja wydatków na rzecz systemu ubezpieczenia społecznego). Ogólna kwota wydatków publicznych dokonywanych na pokrycie kosztów systemu ochrony zdrowia stanowi 18% całości dochodów budżetowych w ujęciu rocznym.

2.3. Model rynkowy ochrony zdrowia (model rezydualny)

Model rezydualny (rynkowy) w głównej mierze opiera się na odrzuceniu przez państwo konieczności zapewnienia obywatelom dostępu do usług medycznych. System ochrony zdrowia jest finansowany przez składki uiszczane w ramach prywatnego ubezpieczenia lub w ramach indywidualnej zapłaty za realizowaną usługę. Ze względu na powyższe w opisywanym modelu sektor ochrony zdrowia jest traktowany jako rynek zbytu, na którym dominującą rolę odgrywają popyt i podaż, a pacjent jest klientem. Należy zaznaczyć, że w modelu rezydualnym występuje sektor publiczny, jednakże obejmuje on w ramach podstawowej opieki jedynie osoby będące w szczególnej sytuacji życiowej. Model rezydualny jest prywatnym systemem ubezpieczeń zdrowotnych. Zasadniczo podmioty ubezpieczone opłacają składkę na ubezpieczenie zdrowotne samodzielnie, ewentualnie jest ona uiszczana przez pracodawców lub inne organizacje. Wysokość składki jest uzależniona od sytuacji ubezpieczonego, z wyłączeniem składki zdrowotnej opłacanej przez pracodawców za pracowników. Na wysokość składki ma wpływ przede wszystkim wiek ubezpieczonego oraz jego sytuacja zdrowotna. Im większe ryzyko poniesienia przez ubezpieczyciela kosztów udzielonych ubezpieczonemu świadczeń zdrowotnych, tym wyższa składka na ubezpieczenie zdrowotne. Świadczenia opieki zdrowotnej w niektórych przypadkach są również finansowane ze środków publicznych. Ma to miejsce przede wszystkim w sytuacji, gdy ze świadczeń korzystają osoby, których dochody nie przekraczają określonego minimum, osoby star-

sze oraz matki i dzieci znajdujące się w złej sytuacji majątkowej i osobistej. Sektor prywatny ochrony zdrowia, który pełni zasadniczą rolę w zapewnieniu społeczeństwu świadczeń zdrowotnych, jest traktowany w taki sam sposób jak inne gałęzie gospodarki. Podmioty świadczące usługi medyczne są postrzegane jako przedsiębiorcy prowadzący standardową działalność gospodarczą, zaś prowadzenie takiej działalności jest oceniane w kategoriach ekonomicznych. System ochrony zdrowia jest kontrolowany głównie przez korporacyjne organizacje zawodowe. Decydują one w dużym stopniu o możliwości prowadzenia przez poszczególne podmioty działalności z zakresu ochrony zdrowia. W modelu rezydualnym każda aktywność ekonomiczna w sektorze ochrony zdrowia powinna przynosić zysk. Do pozytywnych cech modelu rezydualnego w literaturze przedmiotu zalicza się przede wszystkim dominującą rolę sektora prywatnego w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych oraz indywidualną odpowiedzialność jednostek za zapewnienie sobie opieki zdrowotnej.

Podstawową różnicą między modelami Beveridge'a, Bismarcka i rezydualnym jest sposób finansowania sektora ochrony zdrowia. System Bismarckowski opiera się na powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym, system Beveridge'a jest finansowany z podatków ogólnych, z kolei rezydualny zakłada finansowanie indywidualne oraz dobrowolne przez każdego obywatela.

2.4. Model państwowej służby zdrowia (model Siemaszki)

Ostatni z wymienionych modeli ochrony zdrowia właściwy m.in. Polsce z okresu przed transformacją model to tzw. model Siemaszki (system centralnie planowany) został przyjęty przez państwa socjalistyczne po zakończeniu II wojny światowej i funkcjonował do lat 90. XX wieku. Głównym założeniem tego modelu była centralizacja organizacji i finansowania sektora ochrony zdrowia, a co za tym idzie pełna kontrola (ale też i odpowiedzialność) państwa nad systemem. Działalność ochrony zdrowia była pokrywana ze środków pochodzących z budżetu państwa. Zgodnie z przyjętym modelem własnością państwa były wszystkie zakłady opieki zdrowotnej realizujące świadczenia medyczne, z kolei pracownicy byli traktowani jako urzędnicy państwowi (służba zdrowia). Model Siemaszki był stosowany przez państwa Europy Środkowo-Wschodniej i co do zasady odrzucony na początku lat 90. XX w. Szczegółowo jego założenia przedstawiono m.in. w tomie IV Systemu prawa administracyjnego pod

redakcją T. Rabskiej²⁸. Model ten wypracował zasady organizacji ochrony zdrowia, którymi były: zasada odpowiedzialności państwowego aparatu służby zdrowia i społecznych zakładów służby zdrowia za organizowanie i świadczenie usług w dziedzinie ochrony zdrowia, z niej wynikała zasada planowania zadań i rozwoju służby zdrowia oraz planowej gospodarki kadrami; zasada powszechnej dostępności świadczeń służby zdrowia oraz masowy i w zasadzie nieodpłatny charakter tych świadczeń; zasada kompleksowości rozwiązywania prawnych zagadnień organizacji ochrony zdrowia w dziedzinie szeroko pojętej profilaktyki za pomocą metody prewencyjnej, w dziedzinie leczenia także za pomocą metody interwencyjnej. Model ten został oparty na założeniach skonstruowanych przez komisarza do spraw zdrowia ZSRR Mikołaja Siemaszkę. Stanowił on podstawę tworzenia socjalistycznej służby zdrowia, której ideą było przejęcie przez państwo odpowiedzialności za zdrowie społeczeństwa. W nauce wskazuje się jednak, że szczegółowa analiza modelu Siemaszki jest bardzo utrudniona. Wynika to przede wszystkim z faktu, że jest on mocno związany z dominującą ideologią, brakuje także wyraźnego oddzielenia teoretycznych postulatów od rzeczywiście funkcjonujących rozwiązań systemowych. Według modelu Siemaszki obywatele mieli mieć zagwarantowany całkowicie bezpłatny dostęp do świadczeń zdrowotnych, z wyjątkiem niektórych leków. Brak też było jakiegokolwiek autonomii podmiotów udzielających świadczeń opieki zdrowotnej. W tym modelu nie było prywatnej służby zdrowia. Krytycy tego modelu wskazują, że jego podstawową funkcją nie było zaspokajanie zbiorowych potrzeb zdrowotnych społeczeństwa, ale przede wszystkim realizowanie politycznej kontroli nad nim. Do zalet socjalistycznego modelu służby zdrowia zalicza się objęcie ochroną zdrowia całego społeczeństwa, symboliczne obciążenie obywateli kosztami leków oraz jednolite kierownictwo.

²⁸ Zob. T. Rabska System prawa administracyjnego , tom IV , Wydawnictwo PAN, 1980 , s. 115 i n.

3. Aktywność instytucji unijnych w obszarze ochrony zdrowia

3.1. Polityka unijna na rzecz ochrony zdrowia

Problematyka ochrony zdrowia ewoluuje w obrębie Wspólnot Europejskich i następnie Unii Europejskiej, na przestrzeni lat. UE pozostawia materię zdrowia prawu państw członkowskich. Traktat o funkcjonowaniu Unii Europejskiej w artykule 168 stwierdza, że działania Unii są prowadzone w poszanowaniu obowiązków państw członkowskich w zakresie określania ich polityki dotyczącej zdrowia, jak również organizacji i świadczenia usług zdrowotnych i opieki medycznej. Obowiązki państw członkowskich obejmują zarządzanie usługami zdrowotnymi i opieką medyczną, jak również podział przeznaczonych na nie zasobów. Podobnie stawiano problem we wcześniejszych rozwiązaniach. Traktat z Amsterdamu²⁹ w przepisie artykułu 152 stanowi, iż działanie Wspólnoty w dziedzinie zdrowia publicznego w pełni szanuje odpowiedzialność państw członkowskich za organizację i świadczenie usług zdrowotnych i opieki medycznej. Kompetencje i zobowiązania państw należących do Unii są przedstawione bardzo jasno: organizacja, a więc instytucjonalny kształt systemu zdrowotnego, metody i techniki zarządzania, a także wskazanie źródeł i zasad finansowania, w tym podział odpowiedzialności między podmioty publiczne i prywatne należą do uprawnień poszczególnych krajów. Według doktryny sprawy, zdrowia nie należą bowiem do wyłącznych kompetencji Unii, mogą się znajdować zatem wśród kompetencji dzielonych - należą do nich niektóre, nazwane z imienia, aspekty polityki społecznej. Będą tu także należały sprawy zastrzeżone dla kompetencji krajów członkowskich. Postanowienia traktatowe w taki właśnie sposób - jako kompetencje dzielone - traktują te wszystkie aktywności, które dotyczą zdrowia publicznego.

Przy wyznaczaniu granicy kompetencji w przypadkach odpowiedzialności dzielonej stosuje się zasadę subsydiarności. W Traktacie ustalono, że „zgodnie z zasadą pomocniczości, w dziedzinach, które nie należą do jej wyłącznej kompetencji, Unia podejmuje działania tylko wówczas i tylko w takim zakresie, w jakim cele zamierzonego działania nie mogą zostać osiągnięte w sposób wystarczający przez państwa członkowskie, i jeśli ze względu na rozmiary lub skutki proponowanego działania możliwe jest lepsze ich osiągnięcie na poziomie Unii”. Jednocześnie od czasu

²⁹ S. Biernat, red. Podstawy i źródła prawa Unii Europejskiej. System Prawa Unii Europejskiej. Tom I, C. H. Beck instytut Nauk Prawnych PAN, Warszawa 2020, s. 68-92.

Traktatu z Maastricht, Unia została zobowiązana do przyczyniania się do wspierania działań służących zdrowiu obywateli państw Wspólnoty. Traktat z 7 lutego 1992 r. o Unii Europejskiej podpisany w Maastricht w przepisie artykułu 129 stanowi, że Unia przyczynia się do zapewnienia wysokiego poziomu ochrony ludzkiego zdrowia, poprzez zachęcanie do współpracy między państwami członkowskimi i jeśli jest to konieczne wspiera ich działania. Działanie Unii ma na celu zapobieganie chorobom, zwłaszcza epidemiom, w tym uzależnieniom od narkotyków, poprzez wspieranie badań nad ich przyczynami, sposobami ich rozprzestrzeniania się oraz ich zapobiegania, jak również informacji i edukacji zdrowotnej. Wymogi ochrony zdrowia stanowią część składową pozostałych polityk unijnych. Z kolei w Traktacie z Amsterdamu w przepisie artykułu 152 i Traktacie z Lizbony w artykule 168 ustanowiono, iż przy określaniu i urzeczywistnianiu wszystkich polityk i działań Unii zapewnia się wysoki poziom ochrony zdrowia ludzkiego.

Równoległe obok ustalania treści oficjalnych dokumentów prawa pierwotnego toczyła się dyskusja o europejskim modelu ochrony zdrowia. Ideę i wizję utworzenia „Europejskiej Wspólnoty Zdrowia” jako pierwszy wyraził w 1952 r. francuski minister zdrowia Paul Riberye. Jej celem miało być rozwijanie i koordynowanie ochrony zdrowia i ochrony socjalnej w państwach członkowskich Wspólnot Europejskich. Jego idea wyprzedzała na wiele lat późniejszą aktywność Wspólnot, tak w dziedzinie samej legislacji, jak i programy działania w obszarze ochrony zdrowia. W 1970 r. z inicjatywy Riberye powołano stowarzyszenie „Klub Paryski”, który miał działać na rzecz „Wspólnoty Zdrowotnej”, przez mobilizowanie w tym celu obywateli, personelu medycznego, pacjentów, jak i władz publicznych siedmiu państw zachodniej Europy. Można zasadnie sądzić, że jego wizja wywarła realny wpływ na nowe podejście do wspólnotowej polityki na szczycie paryskim w 1972 r. Z pewnością zainspirowała ona dalszą dyskusję i debaty w świecie polityki i nauki nad celowością i kształtem „Europy zdrowia”. Już od przełomu lat 70. i 80. zaczęły się ukazywać liczne publikacje w piśmiennictwie naukowym, popularnonaukowym i w prasie codziennej poświęcone aktywności Wspólnot w dziedzinie ochrony zdrowia. W 1985 r. ukazała się monografia Michela Bélanger`a zatytułowana „Wspólnoty Europejskie i zdrowie”. Autor ten jako pierwszy w Europie dokonał obszernego przeglądu wspólnotowych działań w obszarze ochrony zdrowia. W podtytule książki użył określenia „wspólnotowe prawo zdrowia” i podkreślił, że jest ono zaledwie w fazie tworzenia się, z powodu braku zapisów w traktatach (*un droit en formation*), Zastanawiał się również, czy w ogóle można mówić

o wspólnotowej polityce zdrowotnej (*politique commune de la sante*), stwierdził jednakże, że „Europa zdrowia” (*L`Europe de sante*) nabiera coraz większej szybkości. Pierwszy także dokonał gruntownej analizy i oceny zapisów prawnych zawartych w prawie wspólnotowym. W opracowaniu tym wykazał, że struktury i ramy instytucjonalne działań ukierunkowanych na poprawę zdrowia już do połowy lat 80. XX w. były dobrze rozbudowane. Wśród ówczesnych osiemnastu komisji Parlamentu Europejskiego komisja XI zajmowała się ochroną środowiska, zdrowiem publicznym i ochroną konsumenta. Natomiast w ramach Komisji Europejskiej w jej Dyrekcji Generalnej V wydzielona była dyrekcja E, odpowiedzialna za zdrowie i środowisko, a dyrekcja B zajmowała się ochroną warunków życia i ochrony zdrowia w miejscu pracy. W jego opinii problemy związane z ochroną zdrowia były nadmiernie rozproszone pomiędzy liczne agendy i wiele sektorowych polityk. Autor wykazał także, że od wczesnych lat 60. do połowy lat 80. powołano kilkadziesiąt komitetów doradczych i grup eksperckich do różnych obszarów i problemów związanych z ochroną zdrowia: Komitet zdrowia publicznego w 1965 r., Komitet spraw szpitalnych w 1966 r., Komitet farmacji w 1978 r. Komitet badań w dziedzinie medycyny i zdrowia publicznego w 1982 r. i wiele innych. Komitety te wywierały realny wpływ na późniejszy rozwój i kształt regulacji prawnych, wspólnotowe programy i działania w dziedzinie ochrony zdrowia, a wielokrotnie same inicjowały wydanie przepisów i podejmowanie określonych działań. Od 1972 r. ważną rolę spełniały również konferencje ministrów zdrowia zwoływane regularnie od 1986 r.

W 1988 r. ukazało się opracowanie zbiorowe, pod redakcją F. Massarta, którego autorzy zastanawiali się czy „Europa Zdrowia” to konieczność, czy tylko splot przypadkowych zdarzeń. Rok później została opublikowana monografia M. Cassan, która wymownie opatrzyła ją tytułem „Europejska Wspólnota Zdrowia” (*L`Europe communautaire de la sante*). Ta pozycja była wówczas najbardziej pogłębioną i wyczerpującą analizą całego ówczesnego stanu wspólnotowej legislacji w zakresie ochrony zdrowia, jak i rozwoju polityki w tym zakresie od traktatów założycielskich do 1989 r. Przywołani autorzy wysuwali optymistyczne tezy, co do dalszego rozwoju „wspólnotowego prawa zdrowia”, ale prawdopodobnie żaden z nich nie przypuszczał jak wielkie przyspieszenie nastąpi w następnych dwudziestu latach. Kolejny znaczący przełom w doktrynalnym i politycznym spojrzeniu na kształt wspólnotowej polityki zdrowia publicznego zapoczątkowała dyskusja nad „Europejskim modelem społecznym”. Istotę tego modelu tworzy przynajmniej 7 cech charakterystycznych, a wśród nich wysoki poziom ochrony socjalnej oraz zapewnienie wszystkim powszechnego dostępu

do ochrony zdrowia i edukacji. Założenia europejskiego modelu społecznego są wyraźnie zapisane w dwóch najważniejszych traktatach o Unii Europejskiej i o Funkcjonowaniu UE - tak w ich uroczystych preambułach, jak i w licznych przepisach w tekstach zasadniczych. Jak wskazano powyżej początki rzeczywistych wspólnotowych działań w obszarze polityki zdrowia publicznego przypadały już na przełom lat 70. i 80. XX wieku. Od tamtego okresu czasu zostały podjęte kilkuletnie programy w obszarze zdrowia publicznego lub w innych z nim powiązanych: zdrowie w miejscu pracy, zdrowe środowisko, zdrowie i bezpieczeństwo konsumentów, początkowo 3 lub 4 letnie obecnie 7 letnie. Ich zakres tematyczny stawał się coraz bardziej rozległy. Jednym z wcześniej podjętych po szczycie w Mediolanie w 1985 r. był program „Europa przeciw nowotworom” obejmujący różne zagadnienia tematyczne, takie jak zapobieganie chorobom nowotworowym i walka z nikotynizmem, rozwój edukacji i badań naukowych. W latach 1991-1999 dzięki przyjęciu nowych regulacji, oraz większym środowiskom finansowym nastąpiło bardzo wyraźne i znaczące wzmocnienie wspólnotowych działań w dziedzinie polityki zdrowia publicznego. Na mocy decyzji Parlamentu i Rady w tym czasie obok programu walki z rakiem były prowadzone również następujące programy: zwalczania AIDS i innych chorób zakaźnych, zwalczania narkomanii, promocji zdrowia, monitorowania stanu zdrowia, zwalczanie chorób związanych z zanieczyszczeniem środowiska, zapobieganie wypadkom i urazom, oraz program dotyczący chorób występujących rzadko. Z początkiem ubiegłej dekady nastąpiła zmiana podejścia do ich realizacji. Od tej pory tematyczne programy stanowią elementy składowe wspólnotowej strategii zdrowotnej. Pierwszy całościowy program był realizowany w latach 2002-2007.

Kluczowym dokumentem w rozwoju wspólnotowej koncepcji ochrony zdrowia jest tzw. Biała Księga³⁰. Komisja Europejska przyjmuje w Białej Księdze, że zdrowie jest podstawową wartością w życiu człowieka i jego ochrona musi być wspierana skuteczną polityką i działaniami państw członkowskich oraz, w dacie publikacji dokumentu - Wspólnota Europejska. W wskazanym dokumencie podkreślono, że na państwach członkowskich spoczywa główna odpowiedzialność za politykę zdrowotną oraz za zapewnienie opieki zdrowotnej obywatelom państw członkowskich. WE nie powinna powielać ich działań. Jednakże istnieją dziedziny, w których państwa członkowskie

³⁰ Biała Księga „Razem dla Zdrowia - Strategiczne Podejście dla EU 2008-2013”, COM(2007) 630 wersja ostateczna,
<https://eur-lex.europa.eu/legal-content/PL/TXT/HTML/?uri=URISERV:c11579&from=PT>,
(dostęp 11.06.2020 r.)

nie mogą działać same w sposób skuteczny i gdzie niezbędne są działania podejmowane wspólnie na szczeblu wspólnotowym. Uwzględniając odpowiedzialność państw członkowskich w zakresie zdrowia na szczeblu krajowym, regionalnym i lokalnym oraz potrzebę poszanowania zasady pomocniczości, muszą one być ściśle zaangażowane w realizację strategii przyjętej przez WE, a następnie UE.

Biała Księga formułuje zasady działania w zakresie zdrowia. Jako pierwsze wskazane są konkretne wartości na jakich polityka zdrowotna wspólnotowa jak i krajowa ma zostać oparta. Są to powszechność, dostęp do wysokiej jakości opieki, sprawiedliwość oraz solidarność. Centralną wartością jest wzmacnianie roli i aktywności obywateli. Opieka zdrowotna jest coraz bardziej zindywidualizowana i skupiona na pacjencie: jest on nie tyle przedmiotem opieki zdrowotnej, co jej podmiotem. Na podstawie programu działań na rzecz obywateli wspólnotowa polityka zdrowotna musi brać za punkt wyjścia prawa obywatela i pacjenta. Wiąże się z tym również uczestnictwo w procesie podejmowania decyzji oraz wpływ na ten proces. Wartości związane z poprawą zdrowia muszą mieć na uwadze zmniejszanie nierówności zdrowotnych. Komisja promuje działania skierowane na zmniejszenie nierówności, na ukierunkowaną promocję zdrowia i wymianę najlepszych wzorców. Ponadto polityka zdrowotna musi opierać się na najlepszych dowodach naukowych wpływających z wiarygodnych danych i informacji oraz odpowiednich badań. Wyrażona w Białej Księdze zasada: „zdrowie - nasz największy skarb” wyraźnie zostaje powiązana z działalnością ekonomiczną. Uznano, że zdrowie społeczeństwa jest niezbędnym warunkiem wydajności gospodarczej i dobrobytu. W 2005 r. włączono jako strukturalny wskaźnik „lata zdrowego życia” (LZZ), aby podkreślić, że średnia długość życia społeczeństwa w dobrym zdrowiu - nie tylko sama długość życia - jest podstawowym czynnikiem wzrostu gospodarczego. Wydatki na zdrowie to nie tylko koszt, to inwestycja. Wydatki te mogą być postrzegane jako obciążenie gospodarcze, lecz rzeczywistym kosztem dla społeczeństwa są bezpośrednie i pośrednie koszty związane ze złym stanem zdrowia oraz brak wystarczających inwestycji w odpowiednie dziedziny zdrowia. Oceniono, że coroczne dodatkowe koszty związane z chorobą wieńcową mogą osiągać nawet 1 % PKB zaś koszty związane z zaburzeniami psychicznymi do 3-4 % PKB . Wydatkom na opiekę zdrowotną powinny towarzyszyć inwestycje na rzecz zapobiegania chorobom, ochrony zdrowia i poprawy ogólnego stanu zdrowia fizycznego i psychicznego społeczeństwa, które to wydatki według danych OECD osiągają obecnie średnio 3 % rocznych budżetów państw członkowskich OECD. Biała Księga wskazuje, iż sektor

zdrowotny UE jest głównym dostawcą zatrudnienia i szkoleń: sektor zdrowotny i społeczny jest główną siłą napędową rozwoju sektora usługowego od 2000 r. aż 2,3 mln miejsc pracy. Przybierający na znaczeniu sektor zdrowotny jest również podstawowym źródłem i użytkownikiem innowacyjnych technologii; wspiera on również politykę regionalną i spójność społeczną i gospodarczą. Jako trzecią zasadę Biała Księga wymienia założenie - „, uwzględnienie kwestii zdrowia we wszystkich obszarach polityki. Przyjęto optykę, że zdrowie społeczeństwa nie jest kwestią należącą jedynie do polityki zdrowotnej. Inne obszary polityki wspólnotowej odgrywają ważną rolę, na przykład polityka regionalna, polityka w zakresie ochrony środowiska, opodatkowanie wyrobów tytoniowych, regulacje dotyczące produktów farmaceutycznych i żywnościowych, zdrowie zwierząt, badania w dziedzinie zdrowia i innowacji, koordynacja systemów zabezpieczenia społecznego, polityka rozwoju, zdrowie i bezpieczeństwo w miejscu pracy, technologie informacyjno-telekomunikacyjne, ochrona przed promieniowaniem oraz koordynacja agencji i służb regulujących przywóz do Wspólnoty. Rozwój synergii pomiędzy wymienionymi i innymi sektorami ma podstawowe znaczenie dla silnej polityki zdrowotnej Wspólnoty, zaś wiele sektorów będzie współpracować, aby wypełnić cele i działania zawarte w niniejszej strategii. Uwzględnianie kwestii zdrowia we wszystkich obszarach polityki łączy się również z angażowaniem nowych partnerów w politykę zdrowotną. Ostatnią z ujętych zasad jest zwiększenie roli UE w ochronie zdrowia na świecie. Według omawianego dokumentu UE może wnieść wkład w zdrowie na świecie dzieląc się swoimi wartościami, doświadczeniem i wiedzą fachową oraz podejmując konkretne kroki na rzecz poprawy zdrowia. Działania mogą wspierać wysiłki zapewniające spójność między wewnętrzną i zewnętrzną polityką zdrowotną w osiąganiu celów związanych ze zdrowiem na świecie oraz zachęcając do realizacji międzynarodowych porozumień dotyczących zdrowia, takich jak Ramowa Konwencja Kontroli Rynku Wyrobów Tytoniowych (FCTC) Światowej Organizacji Zdrowia i Międzynarodowe Regulacje Zdrowotne (IHR). Wkład UE w globalną ochronę zdrowia wymaga interakcji takich obszarów polityki jak zdrowie, współpraca na rzecz rozwoju, działania zewnętrzne, badania i handel. Komisja Europejska przyjęła trzy podstawowe cele operacyjne w obszarze ochrony zdrowia, które są realizowane w podejmowanych działaniach na szczeblu unijnym oraz poszczególnych państw członkowskich. Pierwszym celem jest propagowanie zdrowia w starzejącej się Europie. Biała Księga prognozuje, że w Europie spada wskaźnik urodzeń i wzrasta długość życia. Do 2050 r. liczba osób, które przekroczyły 65 rok życia wzrośnie o 70 %. Grupa

osób po 80 roku życia wzrośnie zaś o 170 %. Zmiany te najprawdopodobniej spowodują wzrost popytu na opiekę zdrowotną, przy jednoczesnym zmniejszeniu się populacji aktywnej zawodowo. Może to spowodować wzrost wydatków na opiekę zdrowotną w państwach członkowskich o 1 do 2 % PKB do 2050 r. Średnio spowoduje to około 25 % wzrost udziału wydatków na opiekę zdrowotną w PKB. Komisja jednak przyjmuje założenie, że jeśli ludzie pozostają zdrowi żyjąc dłużej, wzrost wydatków na opiekę zdrowotną spowodowany starzeniem się społeczeństwa zmniejszy się o połowę. Stąd zdrowe starzenie się musi być wsparte działaniami promującymi zdrowie i zapobieganie chorobom przez całe życie, poprzez zajęcie się podstawowymi problemami, m. in. żywieniem, aktywnością fizyczną, spożyciem alkoholu, narkotyków i tytoniu, zagrożeniami związanymi ze środowiskiem, wypadkami drogowymi i wypadkami domowymi. Poprawa zdrowia dzieci, dorosłych w wieku produkcyjnym i osób starszych pomoże w stworzeniu zdrowego, wydajnego społeczeństwa i wspieraniu zdrowego starzenia się teraz i w przyszłości. Zdrowe starzenie się wspierane jest również działaniami podejmowanymi w celu propagowania zdrowego stylu życia i ograniczeniem szkodliwych zachowań oraz zapobieganiem i leczeniem konkretnych chorób, w tym zaburzeń genetycznych.

Cel 2 w Białej Księdze określono jako ochronę obywateli jako przed zagrożeniami dla zdrowia. W tym pojemnym treściowo obszarze podkreślono konieczność podejmowania obejmujących naukową ocenę ryzyka, gotowość do szybkiej reakcji w przypadku epidemii i bioterroryzmu, strategię odpowiedzi na zagrożenia związane z konkretnymi chorobami i warunkami, działania w przypadku wypadków i obrażeń, poprawy bezpieczeństwa pracy pracowników oraz działania na rzecz bezpieczeństwa żywności i ochrony konsumentów.

Kluczowym wydaje się jednak cel 3, który określono mianem: „Wspieranie dynamicznych systemów zdrowotnych i nowych technologii”. W celu tym postawiono precyzyjne zadania dla e-zdrowia, genomiki i biotechnologii. Nie definiując tych pojęć w cytowany dokument określa, iż te trzy nurty rozwoju wiedzy i technologii medycznych mogą poprawić zapobieganie chorobom, realizację leczenia oraz wspierać przejście od opieki szpitalnej do profilaktyki i podstawowej opieki medycznej. E-zdrowie może pomóc w zapewnieniu lepszej, dostosowanej do obywatela opieki, jak i w zmniejszeniu kosztów i wspieraniu interoperacyjności ponad granicami państwowymi, ułatwiając w ten sposób mobilność i bezpieczeństwo pacjenta. Jednakże nowe technologie muszą być odpowiednio ocenione, łącznie z efektywnością pod względem

kosztów i sprawiedliwością, oraz należy wziąć pod uwagę ich wpływ na szkolenia i zdolności pracowników służby zdrowia. Nowe i nieznanne technologie mogą stać się źródłem problemów natury etycznej, należy więc zająć się kwestią zaufania obywateli. Aby pobudzić inwestycje w systemach zdrowotnych, kwestie zdrowia zostały włączone do instrumentów skierowanych na poprawę wzrostu gospodarczego, zatrudnienia i innowacji w UE, w tym do Strategii Lizbońskiej, siódmego programu ramowego (7. PR) w zakresie badań i rozwoju technologicznego - obejmującego wspólną inicjatywę technologiczną w zakresie leków innowacyjnych, do programu ramowego na rzecz konkurencyjności i innowacji oraz do polityki regionalnej. Jednakże konieczne są dalsze działania, np. w związku z możliwościami regionów, które są jednymi z najważniejszych podmiotów odpowiedzialnych za opiekę zdrowotną.

Decyzją Parlamentu i Rady nr 1350 z 2007 r. został ustanowiony II wspólnotowy program działań w dziedzinie ochrony zdrowia na lata 2008-2013³¹. Jest on głównym instrumentem Komisji Europejskiej służącym wdrażaniu długofalowej strategii zdrowotnej UE. Jej istotę i generalne cele do osiągnięcia stanowi poprawa bezpieczeństwa zdrowotnego obywateli Unii w kontekście różnych zagrożeń, redukcja nierówności w zakresie zdrowia, promowanie zdrowszych stylów życia, rozpowszechnianie informacji i wiedzy na temat zdrowia oraz prowadzenie pogłębionych analiz i badań. W jego ramach Komisja corocznie określa priorytety i przyznaje środki finansowe na poszczególne lata. Jest on prowadzony w różnych krajach uczestniczących, na poziomie regionalnym i lokalnym, przy partycypacji sektora publicznego, prywatnego i licznych organizacji pozarządowych. Decyzją Komisji Europejskiej z 15 grudnia 2004 r. została powołana Agencja Wykonawcza do Spraw Programu Zdrowia, która bezpośrednio nim zarządza. Na jego realizację wydzielono łącznie na lata 2008-2013 321 mln euro. W ramach widocznego przyspieszenia od Traktatu z Maastricht organy Unii Europejskiej w latach 1993-2011 wytyczyły formy i metody długofalowych działań, ukierunkowane na realizację „nowej, rzeczywistej polityki zdrowia publicznego”. W tym czasie były powoływane nowe agendy dla lepszego rozwiązywania problemów i bardziej optymalnych działań. Decyzją nr 2119 z 1998 r. Parlamentu i Rady ustanowiono europejską siatkę nadzoru epidemiologicznego i kontroli chorób zakaźnych oraz system wczesnego ostrzegania na obszarze Wspólnoty a rozporządzeniem nr 851 z 2004 r. utworzono nową agencję Europejskie Centrum Prewencji i Kontroli Cho-

³¹ Dz. Urz. UE L 301/3, 20.11.2007 r.

rób z siedzibą w Sztokholmie. Centrum koordynuje siatkę narodowych laboratoriów, zarządza systemem wczesnego ostrzegania i współpracuje z Europejską Agencją Bezpieczeństwa Żywności i Europejską Agencją Ewaluacji Leków.

W tym samym czasie uregulowano także kilka ważnych kwestii w obszarze polityki zdrowia publicznego. Dyrektywą nr 98 z 2003 r. oraz Dyrektywą wykonawczą nr 33 z 2004 r. Komisji Europejskiej zostały ustalone standardy oraz normy jakości i bezpieczeństwa w zakresie przechowywania i dystrybucji krwi, preparatów krwiopochodnych i zasady wykonywania kontroli³². Z kolei Dyrektywą nr 23 z 2004 r. Parlamentu i Rady zostały wprowadzone normy jakości i bezpiecznego oddawania, pobierania, testowania, przetwarzania, konserwowania, przechowywania tkanek i komórek ludzkich³³. Wymagania techniczne w powyższych sprawach określiła dyrektywa wykonawcza Komisji nr 17 z 2006 r. Na mocy trzech decyzji Komisji nr 189, 190 i 191 z 2003 r. została wprowadzona Europejska Karta Zdrowia³⁴, która zastąpiła od 2006 r. formularze wydawane na podstawie rozporządzenia nr 1408 z 1971 r. Dyrektywa Parlamentu i Rady nr 24 z 2011 r. uregulowała kwestie przestrzegania praw pacjentów w transgranicznej opiece zdrowotnej³⁵. Określając zasady korzystania ze świadczeń zdrowotnych w innym państwie niż macierzystym oraz zasady zwrotu kosztów za leczenie.

Krajowe systemy ochrony zdrowia poddane obecnie zostają wpływom regulacji unijnych co może wywołać konflikty natury prawnej w obszarach aktywności władz publicznych, co do których UE uzna swoją właściwość opierając się na postanowieniach traktatowych i wdrażając stosowne polityki. Instytucje unijne na mocy zadań

³² Dyrektywa 2002/98/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 27 stycznia 2003 r. ustanawiająca normy jakości i bezpiecznego pobierania, testowania, przetwarzania, przechowywania i dystrybucji krwi ludzkiej i składników krwi oraz zmieniająca dyrektywę 2001/83/WE, Dz.Urz. UE L 33/30.

³³ Dyrektywa 2004/23/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 31 marca 2004 r. w sprawie ustalenia norm jakości i bezpiecznego oddawania, pobierania, testowania, przetwarzania, konserwowania, przechowywania i dystrybucji tkanek i komórek ludzkich, Dz. Urz. UE L 102/48.

³⁴ Decyzja nr 189 Komisji Administracyjnej Wspólnot Europejskich ds. Zabezpieczenia Społecznego Pracowników Migrujących z dnia 18 czerwca 2003 r., w sprawie wprowadzenia Europejskiej Karty Ubezpieczenia Zdrowotnego w celu zastąpienia formularzy niezbędnych do wykonania Rozporządzeń (EWG) nr 1408/71 i 574/72 odnośnie dostępu do opieki zdrowotnej podczas czasowego pobytu w państwie członkowskim innym niż państwo właściwe lub państwo zamieszkania (Dz. Urz. WE L276 z dnia 27.10.2003 r. str. 1); Decyzja nr 190 Komisji Administracyjnej Wspólnot Europejskich ds. Zabezpieczenia Społecznego Pracowników Migrujących z dnia 18 czerwca 2003 r., odnośnie charakterystyki technicznej Europejskiej Karty Ubezpieczenia Zdrowotnego (Dz. Urz. WE L 276 z dnia 27.10.2003 r., str. 4); Decyzja nr 191 Komisji Administracyjnej Wspólnot Europejskich ds. Zabezpieczenia Społecznego Pracowników Migrujących z dnia 18 czerwca 2003 r. w sprawie zastąpienia formularzy E 111 i E 111 B Europejską Kartą Ubezpieczenia Zdrowotnego (Dz. Urz. WE L 276 z dnia 27.10.2003, str. 19).

³⁵ Dyrektywa Parlamentu Europejskiego i Rady 2011/24/UE z dnia 9 marca 2011 r. w sprawie stosowania praw pacjentów w transgranicznej opiece zdrowotnej, Dz.Urz. Unii Europejskiej L 88/45 z 4.04.2011 r.

traktatowych w sposób naturalny będą dążyć do rozszerzenia i standaryzacji założeń w poszczególnych działaniach podejmowanych i adresowanych do wszystkich państw członkowskich.

W perspektywie finansowej na lata 2021-2027 Komisja Europejska zaproponowała nowy program zdrowotny EU4Health, na który zamierza przeznaczyć 9,4 mld euro. Przyczyni się on do poprawy stanu zdrowia mieszkańców UE, odporności systemów opieki zdrowotnej i promowania innowacji w sektorze zdrowia. EU4Health wypełni także luki ujawnione w wyniku kryzysu COVID-19 i zapewni, że systemy opieki zdrowotnej w UE będą w stanie stawić czoła nowym i przyszłym zagrożeniom. Pandemia COVID-19 pokazała, że konieczne jest znaczne zwiększenie gotowości i zdolności UE do skutecznego reagowania na poważne transgraniczne zagrożenia dla zdrowia. W szczególności wykazała, że UE potrzebuje: większej koordynacji między państwami członkowskimi podczas kryzysu zdrowotnego; zwiększenia zdolności na szczeblu UE w celu przygotowania się na kryzysy zdrowotne i zwalczania ich oraz większych inwestycji w systemy opieki zdrowotnej. Dzięki nowemu programowi dla zdrowia UE będzie teraz mogła inwestować w tworzenie rezerw środków medycznych na wypadek kryzysu; tworzyć rezerwy pracowników ochrony zdrowia i ekspertów, które mogą zostać zmobilizowane w celu zapobiegania kryzysom zdrowotnym w całej UE lub reagowania na nie; przygotowywać pracowników ochrony zdrowia do pracy na terenie całej UE; nasilić nadzór nad zagrożeniami dla zdrowia, oraz wzmocnić odporność systemów opieki zdrowotnej, aby zapewnić wszystkim lepsze wyniki w zakresie zdrowia.

Program EU4Health przyjmuje trzy cele ogólne: ochronę ludzi w UE przed poważnymi transgranicznymi zagrożeniami dla zdrowia oraz poprawę zdolności zarządzania kryzysowego; zapewnienie dostępności i przystępności cenowej leków, wyrobów medycznych i innych produktów istotnych w kontekście kryzysu oraz wspieranie innowacji; wzmocnienie systemów opieki zdrowotnej i zwiększenie liczby pracowników ochrony zdrowia, w tym poprzez inwestycje w zdrowie publiczne, na przykład poprzez programy promocji zdrowia i profilaktyki chorób oraz poprawę dostępu do opieki zdrowotnej. Obok gotowości i reagowania na sytuacje kryzysowe, program UE dla zdrowia uwzględni inne ważne długoterminowe wyzwania, jakim muszą sprostać systemy opieki zdrowotnej, w szczególności przeszkody dla szerokiego upowszechnienia i jak najlepszego wykorzystania innowacji cyfrowych oraz ich intensyfikacji. Przyjmując zatem należy, iż digitalizacja ochrony zdrowia i wykorzystanie technologii ICT

wpisuje się na stałe w obszar aktywności UE. Ważne inwestycje w zdrowie w ramach następnego długoterminowego budżetu będą realizowane również za pomocą innych instrumentów finansowania, działających w synergii z programem EU4Health, takich jak: Europejski Fundusz Społeczny Plus (EFS+) w zakresie wspierania dostępu do opieki zdrowotnej grup szczególnie wrażliwych; Europejski Fundusz Rozwoju Regionalnego w zakresie poprawy regionalnej infrastruktury zdrowotnej; program Horyzont Europa w zakresie badań i innowacji w dziedzinie zdrowia; program rescEU w zakresie tworzenia zapasów interwencyjnych środków medycznych, oraz Program Cyfrowa Europa w zakresie tworzenia infrastruktury cyfrowej niezbędnej do korzystania z cyfrowych narzędzi ochrony zdrowia. Kluczowe znaczenie będzie miało współdziałanie w ramach różnych programów i realizowanie wspólnych celów polityki. W ramach programu EU4Health przewidziano ścisłą współpracę z unijnym programem w zakresie badań naukowych i innowacji Horyzont Europa, który obejmuje również klaster Zdrowie. W ramach programu Horyzont Europa finansowane będą badania naukowe i innowacje w obszarach takich jak dbałość o zdrowie przez całe życie; środowiskowe i społeczne uwarunkowania zdrowia; choroby niezakaźne i rzadkie; choroby zakaźne; narzędzia, technologie i rozwiązania cyfrowe w dziedzinie zdrowia i opieki zdrowotnej oraz systemy opieki zdrowotnej. Obejmie on również misję badawczo-innowacyjną w dziedzinie chorób nowotworowych, która jest jednym z głównych priorytetów Komisji w dziedzinie polityki zdrowotnej. Program UE dla zdrowia pomoże w jak najlepszym wykorzystaniu wyników badań i ułatwi rozpowszechnienie, rozwój i wdrażanie innowacji w dziedzinie zdrowia w systemach opieki zdrowotnej i w praktyce klinicznej³⁶.

³⁶ <https://eu4health.eu> (dostęp 29.09.2020 r.)

3.2. Wpływ orzecznictwa Trybunału Sprawiedliwości Unii Europejskiej na kształtowanie polityki instytucji unijnych w ochronie zdrowia

Na regulacje wewnętrzne państw członkowskich wpływa działalność Trybunału Sprawiedliwości Unii Europejskiej (*dalej zamiennie „Trybunał” lub „TSUE”*) stojącego na straży prawa unijnego oraz przede wszystkim fundamentalnych zasad konstytuujących wspólnotę jakimi są zasada swobodnego przepływu osób, towarów i usług. Istotne są w tym przedmiocie ustalenia C. Włodarczyka, który przedstawił interesujący aspekt działalności TSUE w obszarze ochrony zdrowia³⁷. Opisując on dwie sprawy prowadzone przed TSUE wywiódł wnioski natury ogólnej. W jego ocenie zgodnie z postanowieniami traktatowymi Trybunał Sprawiedliwości UE ma zapewniać poszanowanie prawa w wykładni i stosowaniu Traktatów, także w przypadkach, kiedy osoba fizyczna - obywatel kraju będącego członkiem Unii - skarży się na nieprzestrzeganie przez organ władzy publicznej w jego/jej kraju przepisów prawa wspólnotowego - art. 19 Traktatu o Unii Europejskiej. W orzeczeniach TSUE pojawia się tendencja do rozszerzania zakresu władzy przez dokonywanie takiej interpretacji przepisów, w której Trybunał występował jako rzecznik integracji politycznej i wspólnego rynku. Znaczenie decyzji TSUE wykracza poza sprawy jednostkowe, bo są one traktowane jako precedensowe ustalenia, będące uogólnionymi interpretacjami reguł Traktatu, które mają być stosowane analogicznie we wszystkich podobnych okolicznościach. Włodarczyk podaje przykład sprawy obywatela Luksemburga Raymonda Khol, który zwrócił się do krajowej kasy chorych o zgodę na wykonywanie świadczeń ortodontycznych dla nieletniej córki na terenie Niemiec. Kolejne instancje konsekwentnie odmawiały zgody. Inny obywatel tego kraju zwrócił się do swojej kasy o zwrot wydatków poniesionych na zakup okularów w Belgii. Ubezpieczyciel odmówił, powołując się na brak wcześniejszej zgody na załatwienie sprawy poza granicami kraju. Decyzja została potwierdzona w kolejnych instancjach. W efekcie obydwie sprawy były rozstrzygane przez TSUE. Z kolei obywatel holenderski H. T. M. Peerbooms uległ wypadkowi, w wyniku którego zapadł w stan śpiączki. Zalecono neurostymulację, która jednak nie mogła być zastosowana z formalnych przyczyn: zgodnie z przepisem była dostępna tylko do 25 r. życia, a pacjent był starszy. Pacjent poddał się terapii w Austrii.

³⁷ W. C. Włodarczyk *Konflikty i polityka zdrowotna Unii Europejskiej*, w: I. Kowalska, A. Mokrzycka red. *Namysły nad problemami polityki zdrowotnej*, Difin SA, Warszawa 2013, s.27-53.

Terapia okazała się skuteczna, ale ubezpieczyciel odmówił zwrotu poniesionych wydatków. Po przejściu kilku instancji sprawa była rozpatrywana przez Trybunał. W obu rozpatrywanych sprawach Trybunał stanął po stronie obywateli krajów unijnych, występujących z roszczeniami wobec podmiotów odpowiedzialnych za publiczne finansowanie świadczeń zdrowotnych. Neurostymulacja, świadczenie udzielane w szpitalu, zostało uznane za usługę w sensie traktatowym, z czego wyciągnięto bardzo ważne konsekwencje. Holenderski ubezpieczyciel, odmawiając zwrotu wydatków poniesionych na terapię, naruszył zasadę swobodnego dostępu do usług, co wynika z zasady ich swobodnego przepływu między krajami UE. Pacjenci powinni mieć dostęp do pełnego zakresu świadczeń dostępnych za granicą, nawet wtedy, kiedy dane świadczenie nie jest wymienione w koszyku gwarantowanym w kraju pochodzenia. Jedynym istotnym warunkiem jest uznanie medycznej, czy terapeutycznej wartości świadczenia, przez środowiska profesjonalne. Podobnie potraktowano sprawę usługi ortodontycznej i okularów. W tych przypadkach uznanie ich wykonania za postać usługi wydawało się nawet łatwiejsze. Formalna autoryzacja, zgoda udzielana z góry przez płatnika w kraju pochodzenia, choć potwierdzono zasadność jej stosowania w różnych sytuacjach, została potraktowana jako odgrywająca rolę drugorzędną, ponieważ Trybunał uznał, że odmowa wyrażenia zgody może mieć miejsce tylko w wyjątkowych sytuacjach. Wyrażone przez Trybunał poparcie rozszerzania zakresu dostępnych świadczeń zostało przez niektórych obserwatorów uznane za początki definiowania ogólnoeuropejskiego koszyka świadczeń gwarantowanych. Nie wszystkie kraje były skłonne traktować tego rodzaju sugestie z entuzjazmem, bojąc się negatywnego wpływu na równowagę finansowych krajowych systemów.

Z punktu widzenia prowadzonych badań Trybunał konsekwentnie przyjmował, że pewna część publicznych świadczeń społecznych, takich jak opieka zdrowotna, może być traktowana tak, jak są traktowane wszystkie usługi. Jako jedna z postaci dóbr objętych zasadami wspólnego rynku. Nie ma więc powodu, aby były wyłączone spod działania traktatowych postanowień dotyczących swobodnego przepływu ludzi, towarów i usług oraz prawa konkurencji. Państwa członkowskie pozostają kompetentne w organizowaniu ich systemów zdrowotnych zgodnie ze swoimi wyborami, ale muszą postępować zgodnie z prawem UE. Formalne ograniczanie dostępu do wybranych świadczeń jeśli kraje decydują się na taką drogę postępowania, powinno być wprowadzane w życie z dużą ostrożnością, odwołując się do możliwie nowych ustaleń naukowych. Ostrożność jest wskazana, ponieważ może zrodzić się podejrzenie, że restrykcje są

wynikiem tendencji dyskryminacyjnych, na co w europejskim porządku nie powinno być miejsca.

Rozstrzygnięcia w obydwu sprawach polegały na zastosowaniu obowiązującego prawa - postanowień Traktatów do problemu prawnego, powstałego przy rozpoznawaniu spraw. Problem sposobu traktowania świadczeń zdrowotnych - jako dobra rynkowego, czy jako specyficznego świadczenia będącego odpowiedzią na potrzebę zdrowotną - jest przedmiotem trwającego sporu i daleko jest do jego rozstrzygnięcia. Jest to spór związany z fundamentalnymi różnicami zdań na temat relacji między państwem i rynkiem. Trybunał stanął jednoznacznie po stronie zwolenników opcji rynkowej, co nie jest w pełni zgodne z tradycjami europejskiego modelu społecznego. Z drugiej strony, można twierdzić, że Trybunał jako organ stosujący prawo, musiał powołać się na obowiązujące normy, a normami obowiązującymi, które można było wykorzystać, były normy o wolnym rynku. W tej sytuacji wykorzystanie koncepcji swobody przepływu ludzi i usług było najbardziej oczywistą, wręcz narzucającą się formułą. Nie ulega wątpliwości, że orzeczenia w przywołanych sprawach ustanowiły precedens pod względem stosowania reguł rynkowych w odniesieniu do sektora zdrowia. Przez wielu zostało to potraktowane jako możliwość interwencji UE, a przynajmniej TSUE, w sferze ochrony zdrowia.

Doniosłość komentowanych rozstrzygnięć wykracza daleko poza i tak precedensowy akt jakim jest procesowe rozszerzenie dostępności do świadczeń zdrowotnych w skali europejskiej. Niespójność systemów zdrowotnych a przede wszystkim różnice w poziomie finansowania ochrony zdrowia przez poszczególne kraje powodują, iż rozstrzygnięcia Trybunału wywołują obawy o stabilność istniejących rozwiązań związanych z ponoszenia kosztów ochrony zdrowia. Istotna jest jednak jeszcze jedna okoliczność, na którą zwrócił uwagę TSUE. Skoro świadczenie zdrowotne uznane zostało za usługę na równi z innymi usługami wraz z wiążącymi się z tym konsekwencjami to tym bardziej działania i usługi o charakterze okołomedycznym - np. gromadzenie i analiza danych medycznych, usługi związane z przetwarzaniem danych, czy też udzielanie świadczeń drogą teleinformatyczną może być potraktowane jako element rynku korzystający z unijnych wolności wspólnego rynku, z wszystkimi tego konsekwencjami. Nie bez znaczenia dla rozwiązań legislacyjnych są przyjmowane przez UE zasady tworzące podstawę dla formułowanych przepisów w tym i dotyczących ochrony zdrowia. Jedną z takich fundamentalnych zasad jest zasada solidarności. Podkreślić jednak należy, iż w dokumentach unijnych nie ma ani jednej definicji pojęcia

solidarności. W postanowieniach traktatowych solidarność odnosi się do zróżnicowanych sytuacji. W Traktacie o Unii Europejskiej kilkakrotnie jest mowa o solidarności, począwszy od preambuły mówiącej o solidarności między narodami w poszanowaniu ich historii, kultury i tradycji, dalej w art. 2 TUE solidarność jest wskazana jako wartość wspólna państwom członkowskim. Następnie w przepisach artykułów 3, 24 i 31 TUE jest mowa odpowiednio mowa o solidarności między pokoleniami, solidarności między państwami członkowskimi oraz między narodami. Podnosi się też kwestie solidarności politycznej między państwami członkowskimi uzupełnioną o duch wzajemnej solidarności między państwami członkowskimi. Z kolei w Traktacie o funkcjonowaniu Unii Europejskiej mowa jest o solidarności z krajami zamorskimi oraz w art. 67, 122 i 222 o solidarności państw członkowskich oraz o duchu solidarności w sytuacjach nadzwyczajnych takich jak atak terrorystyczny, klęski żywiołowe lub katastrofy. Literatura przedmiotu zwróciła uwagę na kwestię tzw. solidarności w zdrowiu na gruncie regulacji i wartości europejskich. Pojęcie solidarności zostało zinterpretowane w związku z nierównościami w zdrowiu, przy wykorzystaniu bogatego materiału ilustrującego skalę problemu. W 2013 r. Komisja opublikowała dokument roboczy Sprawozdanie na temat nierówności w zakresie zdrowia w Unii Europejskiej³⁸. W dokumencie zwrócono uwagę na wieloletnie różnice dotyczące oczekiwanej długości życia między różnymi krajami UE. Także czas trwania życia w dobrym zdrowiu różni się zasadniczo. Porównanie wszystkich miar stanu zdrowia: umieralności niemowląt, zgonów przedwczesnych, zgonów, których można uniknąć, wskaźników zgonów z poszczególnych przyczyn, częstotliwości występowania chorób przewlekłych czy ograniczeń sprawności w życiu codziennym pozwala na wyciągnięcie podobnych wniosków. Różnice te dotyczą nie tylko krajów. Także wewnątrz poszczególnych społeczeństw odmienności pozycji społecznej są powiązane ściśle z różnicami w stanie zdrowia. Reguła, że osoby biedniejsze i gorzej wykształcone są w gorszym stanie zdrowia, wcześniej i częściej umierają, potwierdza się powszechnie. Przy takim postawieniu problemu pojęcie solidarności odnosi się do postulatu oraz jego realizacji podejmowania działań, które prowadziłyby do zmniejszania różnic między odmiennymi grupami podmiotów czy to grup społecznych, czy to społeczeństw żyjących w granicach

³⁸ Commission staff working document Report on health inequalities in the European Union, Brussels, September 2013, SWD(2013) 328 final, https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/social_determinants/docs/report_healthinequalities_swd_2013_328_edfn.p (dostęp 31.07.2020r.)

różnych państw. Solidarność można także rozumieć jako emocję motywującą decydentów, także członków obywatelskiego społeczeństwa do podejmowania stosownych działań. W dokumencie Komisji wskazano wcześniejsze inicjatywy unijne, w których podejmowano problem nierówności w zdrowiu. Odwołano się do dwóch płaszczyzn, wzdłuż których koncentrują się różnice zdrowotne - granic terytorialnych, choć niekoniecznie państwowych, i barier między grupami ludzi znajdujących się w różnych sytuacjach społecznych. Jednocześnie potwierdzono obecność solidarności w całej aksjologicznej wiązce wartości, akceptowanej i promowanej w ramach UE. Rozwijając problem czynników różnicujących, wymieniono odmienności regionalne między mieszkańcami wsi i miast, różnice między osobami wykonującymi odmienne prace i zatrudnionymi w rozmaitych warunkach, a także różnice występujące w mniejszej skali w związku z sąsiedztwem. Odwołano się do wiedzy na temat wpływu warunków życiowych i zachowań na stan zdrowia. Przed organami unijnymi i krajami członkowskimi postawiono następujące zadania: sprawiedliwy rozkład wartości wskaźników stanu zdrowia (równe zdrowie), co powinno być traktowane jako część ogólnego społecznego i gospodarczego rozwoju; lepiej działająca instytucja zawierająca wiedzę i dane (społeczne, ekonomiczne i zdrowotne) umożliwiające pomiar, monitorowanie; ocenianie i przedstawianie odpowiednich sprawozdań; rozwijanie zaangażowania (*commitment*) przejawianego przez całe społeczeństwo; zaspokajanie potrzeb grup znajdujących się w szczególnie złej sytuacji; rozwijanie i wykorzystywanie polityk UE w tym zakresie.

4. Prawna organizacja systemu ochrony zdrowia w Polsce

4.1. Zakres prawnej organizacji systemu ochrony zdrowia

Zdrowie obywateli i jego ochrona oraz organizacja systemu ochrony zdrowia, co wcześniej zostało wskazane, stanowi przedmiot regulacji *Konstytucji RP* z dnia 2 kwietnia 1997 r.³⁹ oraz ustaw zwykłych. Obowiązujące przepisy konstytucyjne określają sposób regulacji ochrony zdrowia w aspekcie praw i obowiązków obywateli oraz zobowiązań władz publicznych w tym zakresie. Przepis art. 68 *Konstytucji RP* stanowi, iż każdy ma prawo do ochrony zdrowia. Przepisy *Konstytucji RP* zapewniają obywatelom, niezależnie od ich sytuacji materialnej, władze publiczne zapewniają równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych a warunki i zakres udzielania świadczeń określać ma ustawa. *Konstytucja RP* nakłada na władze publiczne obowiązek zapewnienia szczególnej opieki zdrowotnej dzieciom, kobietom ciężarnym, osobom niepełnosprawnym i osobom w podeszłym wieku a nadto zobowiązuje do zwalczania chorób epidemicznych i zapobiegania negatywnym dla zdrowia skutkom degradacji środowiska. Wskazania co do postulatów dotyczących normowania obszaru ochrony zdrowia odnaleźć można w orzeczeniach Trybunału Konstytucyjnego⁴⁰. W wyroku z dnia 7 stycznia 2004 roku⁴¹ w sprawie oceny zgodności z *Konstytucją* ustawy z dnia 23 stycznia 2003 r. o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia⁴² Trybunał badając konstytucyjność określonych przepisów wskazanej ustawy poczynił ustalenia o charakterze uniwersalnym. Ustalenia te dotyczyły kwestii prawa do ochrony zdrowia oraz praw i obowiązków władz publicznych w tym zakresie. Trybunał w uzasadnieniu wyroku wskazał możliwe kierunki legislacji w obszarze ochrony zdrowia. W przedmiocie ochrony zdrowia Trybunał wskazał, iż konstytucyjne prawo do ochrony zdrowia rozpatrywać można w wielu aspektach. Po pierwsze, stwierdza TK, za punkt wyjścia dla określenia hierarchii wartości osobowych, a przez to praw obywatelskich przyjąć należy przepis art. 30 *Konstytucji RP*, w świetle którego źródłem wolności i praw człowieka oraz obywatela jest przyrodzona i niezbywalna godność człowieka. Jest ona nienaruszalna, a jej posza-

³⁹ Dz. U. z 1997 r. Nr 78, poz. 483, z 2001 r. Nr 28, poz. 319, z 2006 r. Nr 200, poz. 1471, zm. z 2009 r., Nr 114, poz. 946.

⁴⁰ Dalej: „Trybunał” lub „TK”

⁴¹ Sygnatura akt: K14/03

⁴² Dz. U. z 2004 nr 5 poz. 37

nowanie i ochrona jest obowiązkiem władz publicznych. Także w Preambule do Konstytucji wyraźnie stwierdza się: „*Wszystkich, którzy dla dobra Trzeciej Rzeczypospolitej tę Konstytucję będą stosowali, wzywamy, aby czynili to, dbając o zachowanie przyrodzonej godności człowieka, jego prawa do wolności i obowiązku solidarności z innymi, a poszanowanie tych zasad mieli za niewzruszoną podstawę Rzeczypospolitej Polskiej*”. Pośród praw, których źródłem jest przepis art. 30 Konstytucji RP podstawowe znaczenie mają te, które nawiązując wprost do istoty godności ludzkiej, wyrażają jej kwintesencję, mają charakter praw fundamentalnych. Trybunał w wyroku w sprawie P. 12/99⁴³, stwierdził jednoznacznie: „Ustawodawca z reguły nie może ich nie tylko kwestionować, ale i ograniczać. Nie są one w zasadniczej swojej treści uzależnione od woli prawodawcy, a tym bardziej od organów stosujących prawo, bez względu na to, czy będą to organy administracji publicznej, czy sądy. Stąd określa się je mianem praw przyrodzonych. Z nimi wiąże się niewątpliwie konstytucyjna teza o nienaruszalności godności człowieka. Takie rozumowanie nawiązuje do preambuły i art. 1 Deklaracji Praw Człowieka i Obywatela, z których wynika zasada, że z racji urodzenia się człowiekiem - a nie na podstawie jakichkolwiek innych aktów i czynności prawnych - człowiek jest podmiotem wszystkich praw wynikających z jego człowieczeństwa. W tym znaczeniu godność człowieka nie jest uzależniona od woli ustrojodawcy (prawodawcy)”. Kontynuując wywód Trybunał wskazał, iż konsekwencją art. 30 jest art. 38 Konstytucji RP, zgodnie z którym „Rzeczpospolita Polska zapewnia każdemu człowiekowi prawną ochronę życia”. Ma on szczególne znaczenie i rodzi przez to określone konsekwencje wobec ustawodawcy pozytywnego. „To, co nie budzi wątpliwości - podkreśla się w doktrynie - dotyczy ochrony życia rozumianej jako ochrona biologicznej egzystencji człowieka. Poza tym mamy tu do czynienia z prawem wobec państwa pierwotnym, co oznacza, iż państwo takiego prawa człowiekowi przyznać nie może, a jedynie może podkreślić jego istnienie i znaczenie, poddając to prawo szczególnej ochronie. Na organach państwa spoczywa obowiązek stanowienia takiego prawa, by chroniło ono życie, i to życie każdego człowieka niezależnie od tego, w jakiej sytuacji znajduje się”⁴⁴. Nie można mówić o ochronie godności człowieka, jeżeli nie zostały stworzone wystarczające podstawy do ochrony życia. Prawna ochrona życia ma charakter wieloaspektowy. „Jej sformułowanie już w pierwszym z przepisów konstytu-

⁴³ OTK ZU nr 7/2000, poz. 1260

⁴⁴ Zob. Konstytucje Rzeczypospolitej oraz komentarz do Konstytucji RP z 1997 roku, pod red. J. Bocia, Wrocław 1998, s. 78 i n.

cyjnych dotyczących wolności i praw osobistych zdaje się przesądzać o nadrzędności życia ludzkiego w hierarchii wartości chronionych przez prawo. Skłania ona jednocześnie do przyjęcia w procesie stanowienia prawa dyrektywy interpretacyjnej, wedle której wszelkie możliwe wątpliwości co do ochrony życia ludzkiego powinny być rozstrzygane na rzecz tej ochrony - *in dubio pro vita humana*. (...) Fakt, iż ochrona życia zapewniana jest każdemu bez wyjątku człowiekowi, oznacza także, iż niedopuszczalne byłoby różnicowanie wartości ludzkiego życia w zależności od np. pozycji społecznej albo wieku konkretnej osoby. Jest to bowiem ochrona życia jako takiego, bez względu na społeczną wartość jaką przedstawia”. Kontynuując swoje ustalenia Trybunał Konstytucyjny wskazuje, iż nie ulega wątpliwości, że z art. 30 i 38 Konstytucji RP wyjątkowo mocno, wręcz nierozzerwalnie związany jest art. 68 Konstytucji RP. Ochrona zdrowia jest ściśle związana z ochroną życia, a prawo do życia z godnością człowieka. Prawo do ochrony zdrowia, to przede wszystkim prawo do zachowania życia i jego obrony, gdy jest zagrożone. Kluczowe znaczenie dla zrozumienia prawa do ochrony zdrowia - art. 68 ust. 1 Konstytucji RP, a w dalszej konsekwencji - zasad dostępu do świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych mają ich konstytucyjne uwarunkowania. Prawo do ochrony zdrowia według A. Zolla⁴⁵ jest konstytucyjnie gwarantowane i to nie tylko jako prawo, które nadane zostaje jego adresatom przez władzę państwową, ale jest to prawo podstawowe wynikające z przyrodzonej i niezbywalnej godności człowieka, którego przestrzeganie władza państwowa jest zobowiązana ochraniać. W doktrynie wyraźnie zwraca się uwagę na to, że art. 68 ust. 1 Konstytucji RP nie ma charakteru deklaratywnego. Słusznie więc podkreśla J. Ciemniowski⁴⁶ że jest to norma prawna, z której wynikają określone obowiązki w stosunku do władzy publicznej. „Każdy” ma prawo do ochrony, co oznacza, że Konstytucja wyklucza jakiegokolwiek wyłączenia podmiotowe z zakresu jej działania. Za kluczowe Trybunał Konstytucyjny uznaje okoliczność, iż od praw fundamentalnych (przyrodzonych) należałoby odróżnić te, które nie są prostą emanacją godności ludzkiej, a stanowią jedynie formę lub jedną z form zabezpieczenia praw człowieka. Mają więc charakter praw umożliwiających realizację innych praw i wolności. Prawa te ustrojodawca może kształtować, poszukując optymalnego modelu, który z jednej strony będzie stwarzać możliwość ich ochrony, z drugiej zaś kreować instrumenty gwarantujące możliwość realizowania

⁴⁵ Zob. A. Zoll, Problemy służby zdrowia w świetle doświadczeń RPO, Prawo i Medycyna 2000, nr 8, vol. 2, s. 7-15.

⁴⁶ Zob. J. Ciemniowski Konstytucyjne podstawy praw pacjenta, Materiały Konferencji „Godność człowieka podstawą praw chorego i pacjenta”, VIII Światowy Dzień Chorego, 2000.

innych konstytucyjnych wartości. Oczywiście, że stanowione w tym zakresie normy prawne muszą uwzględniać aksjologię demokratycznego państwa prawnego. Przepis art. 68 ust. 2 *Konstytucji RP* nakłada na władze publiczne, a w szczególności na ustawodawcę obowiązek określenia zasad realizowania prawa do ochrony zdrowia. Nakazuje więc stworzenie normatywnego układu odniesienia (systemu prawnego), który pozwoli dookreślić treść prawa do ochrony zdrowia, a to łączy się z koniecznością określenia warunków i zakresu udzielania świadczeń zdrowotnych. Ustawodawca nie przesądza tego, jaki model normatywny powinien ustanowić, a przede wszystkim mieć na uwadze te wartości konstytucyjne, które są konsekwencją przyjętej w art. 1 *Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej* zasady, że Rzeczypospolita Polska jest dobrem wspólnym wszystkich obywateli oraz wynikającej z przepisu art. 30 *Konstytucji RP* zasady, że godność człowieka jest źródłem wszelkich praw i wolności. Ustawodawca dokonując wyboru określonego modelu normatywnego bierze na siebie związaną z tym odpowiedzialność za spójność, jasność i zupełność instrumentów, które go wyrażają. *Konstytucja RP* nie określa np. zakresu świadczeń opieki zdrowotnej dostępnych dla wszystkich obywateli na równych prawach, odsyłając to zagadnienie do uregulowania w ustawie - art. 68 ust. 2 zd. drugie *Konstytucji RP*. Norma zawarta w przepisie art. 68 ust. 2 zdanie drugie nie jest jedynie upoważnieniem ustawodawcy zwykłego do określenia warunków i zakresu świadczeń, lecz nakłada na ustawodawcę taki obowiązek. Swoboda ustawodawcy nie jest nieograniczona. Nie może on w ogóle zrezygnować z finansowania świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych. W świetle przepisu art. 68 ust. 1 *Konstytucji RP* „każdy ma prawo do ochrony zdrowia”. Zgodnie zaś z przepisem art. 68 ust. 2: „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”. Nie ulega wątpliwości, że przepisy art. 68 ust. 1 i 2 *Konstytucji RP* mogą być podstawą do oceny zgodności z nimi przyjętego przez ustawodawcę systemu ochrony zdrowia, nakłada on bowiem na organy władzy publicznej określone obowiązki. Bezpośrednimi adresatami przepisu art. 68 *Konstytucji RP* są: „każdy” (każdy człowiek) - ust. 1 i „władze publiczne” - ust. 2, przez które przede wszystkim należy rozumieć organy państwa i organy samorządu terytorialnego. Szczegółowy zakres pojęcia władza publiczna można zdekodować poprzez analizę nałożonych na „władzę publiczną” określonych obowiązków. Trybunał Konstytucyjny nie widzi podstaw do odstąpienia od

poglądu wyrażonego w sprawie K. 2/98⁴⁷, według którego z art. 68 ust. 1 Konstytucji należy wywieść podmiotowe prawo jednostki do ochrony zdrowia. Treścią prawa do ochrony zdrowia nie jest naturalnie jakiś abstrakcyjnie określony stan „zdrowia” poszczególnych jednostek, ale możliwość korzystania z systemu ochrony zdrowia, funkcjonalnie ukierunkowanego na zwalczanie i zapobieganie chorobom, urazom i niepełnosprawności.

Norma z przepisu art. 68 ust. 1 *Konstytucji RP* nie przesądza konstrukcji tego systemu jako całości ani jego poszczególnych elementów: charakteru prawnego źródeł finansowania świadczeń zdrowotnych, charakteru i struktury płatnika (płatników) tych świadczeń czy też struktury własnościowej świadczeniodawców.⁴⁸ Pewne ograniczenia swobody ustawodawcy w tym zakresie mogą jednak wynikać z innych konstytucyjnych zasad lub wartości. Z obowiązku rzeczywistego zapewnienia przez władze publiczne warunków realizacji prawa do ochrony zdrowia, które nie może być traktowane jako uprawnienie iluzoryczne bądź czysto potencjalne, wynika jednak wymaganie, iż system ten - jako całość - musi być efektywny. Pojęcie efektywności będzie w dalszej części rozprawy poddane analizie.

Omówione powyżej obowiązki władzy publicznej w zakresie zapewnienia warunków należytej realizacji prawa do ochrony zdrowia konkretyzuje przepis art. 68 ust. 2 zd. 1 *Konstytucji RP*: „Obywatelom, niezależnie od ich sytuacji materialnej, władze publiczne zapewniają równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych”. Z przepisu art. 68 ust. 2 *Konstytucji RP* wynikają następujące konsekwencje. Po pierwsze konieczne jest funkcjonowanie w ramach szeroko pojętego systemu opieki zdrowotnej mechanizmów pozwalających na gromadzenie, a następnie wydatkowanie na świadczenia zdrowotne środków publicznych. Nie ma przy tym znaczenia szczegółowa ocena charakteru prawnego środków odprowadzanych przez obywateli, ważne jest tylko, czy można je zakwalifikować jako środki publiczne. Po drugie świadczenia finansowane z wyżej wymienionych środków mają być dostępne dla obywateli (a więc już nie dla „każdego”), przy czym 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 *Konsty-*

⁴⁷ OTK ZU nr 3/1999, poz. 38.

⁴⁸ Zob. L. Bosek *Konstytucyjne prawo do ochrony zdrowia*, s. 52 i n. w: *Prawo wobec medycyny i biotechnologii: Zbiór orzeczeń z komentarzami*, red. M. Safjan, Oficyna Wolters Kluwer, Warszawa 2011.

tucji RP prawa do ochrony zdrowia. Sformułowanie Konstytucji jest kategoryczne i ma charakter gwarancyjny. Po trzecie dostęp do świadczeń finansowanych ze środków publicznych musi być równy dla wszystkich obywateli, niezależnie od ich sytuacji materialnej. Proklamowana w analizowanym przepisie równość w dostępie do świadczeń opieki zdrowotnej stanowi rozwinięcie wyrażonej w przepisie art. 32 *Konstytucji RP* zasady równości oraz koncepcji solidaryzmu społecznego. Zasady korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej w tym zakresie są bowiem niezależne od zakresu partycypacji poszczególnych członków wspólnoty obywatelskiej w tworzeniu zasobu środków publicznych stanowiących źródło ich finansowania. Podobnie też jak sam dostęp do świadczeń, musi to być równość w ujęciu rzeczywistym, a nie tylko formalnym. Z drugiej strony, Konstytucja RP nie zakłada powszechnej dostępności do wszystkich znanych i stosowanych zgodnie z aktualnym stanem wiedzy medycznej świadczeń opieki zdrowotnej. Wręcz przeciwnie - zamieszczona w zd. 2 ust. 2 art. 68 ustawy zasadniczej wzmianka, iż nie tylko warunki, ale i zakres świadczeń finansowanych ze środków publicznych określać ma ustawa, otwiera możliwość kompilowania przez ustawodawcę modelu ochrony zdrowia zasadzającego się na środkach publicznych z innymi znanymi we współczesnych systemach sposobami finansowania (czy raczej - dofinansowania) kosztów tych świadczeń (udział własny, dodatkowe ubezpieczenie). Ustawa nie może jednak pozostawiać wątpliwości co do tego, jaki jest zakres świadczeń medycznych przysługujących beneficjentom publicznego systemu opieki zdrowotnej wobec istnienia wyraźnego nakazu konstytucyjnego określenia tej materii, a w konsekwencji nie może wprowadzać - w ramach tego systemu - modelu pozwalającego na dyferencjację świadczeń w wypadku występowania podobnych potrzeb zdrowotnych. Po czwarte obowiązek zapewnienia opisanego powyżej standardu dostępności świadczeń finansowanych ze środków publicznych obciąża władze publiczne. Mimo więc, że Konstytucja RP nie określa szczegółowo sposobu zadośćuczynienia temu wymogowi, pozostawiając to ustawodawcy zwykłemu, ochrona zdrowia w tym zakresie stanowi ustrojowo przypisane zadanie władz publicznych.

Treść przepisu art. 68 ust. 1 i ust. 2 *Konstytucji RP* nie daje podstaw do konstruowania jakiegś materialnej definicji pojęcia „ochrona zdrowia”. W szczególności nie jest więc możliwe na gruncie Konstytucji RP precyzyjne dookreślenie rodzajów bądź kategorii świadczeń mieszczących się w zakresie prawa gwarantowanego przez art. 68. Ciężar gwarancji konstytucyjnych przenosi się tym samym na płaszczyznę proceduralną. Newralgicznego znaczenia nabiera w związku z tym prawidłowe określe-

nie przez ustawodawcę sfery organizacyjnej, związanej z precyzyjnym, jednoznacznym i funkcjonalnym skonstruowaniem systemu ochrony zdrowia. Wiąże się to ściśle z właściwym podziałem kompetencji przyznawanych instytucjom realizującym zadania publiczne w sferze ochrony zdrowia. W ślad za tym idzie prawidłowe określenie zasad ich funkcjonowania, gwarantujących niezbędną transparentność działań, skuteczne ich nadzorowanie, jak również jasne, czytelne i jednoznaczne zasady ponoszonej odpowiedzialności. Treść art. 68 ust. 2 *Konstytucji RP* nie przeczy wyrażonemu wcześniej pogładowi o względnej swobodzie ustawodawcy w zakresie kształtowania modelu systemu ochrony zdrowia. Powierzchnowy byłby w szczególności wniosek, że powołany przepis zakłada konieczność funkcjonowania w ramach ogółu świadczeniodawców pionu tzw. publicznej służby zdrowia albo że jest to argument na rzecz całkowicie budżetowego modelu tegoż systemu. Wyrażna jest jedynie wola ustrojodawcy niedopuszczenia do wykreowania całkowicie rynkowego modelu ochrony zdrowia (tzw. samofinansowanie). W pozostałym zakresie ustawodawca zwykły, realizując własne cele polityczne i społeczne, może swobodnie kształtować określony model ochrony zdrowia. Konieczne jest jednak uwzględnienie dyrektyw wynikających z rozpatrywanych łącznie norm art. 68 ust. 1 i 2 *Konstytucji RP* - system ochrony zdrowia jako całość musi gwarantować realizację prawa do ochrony zdrowia poszczególnych jednostek, zaś stanowiące jego komponent świadczenia finansowane ze środków publicznych muszą być dostępne dla wszystkich obywateli na zasadzie równości. Licząc się z faktyczną niemożnością zapewnienia bezpłatnej opieki zdrowotnej w pełnym zakresie każdemu obywatelowi oraz otwierając drogę do wprowadzenia - obok świadczeń finansowanych ze środków publicznych - mechanizmów rynkowych i konkurencyjnych, ustrojodawca wprowadził w przepisie art. 68 ust. 2 zd. 2 *Konstytucji RP* wymóg, aby warunki i zakres udzielania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych w ten sposób określiła ustawa. Zakres świadczeń, do których obywatele (a więc nie tylko ubezpieczeni) mają prawo w ramach publicznego systemu finansowania, Konstytucja nie przesądza konkretnej postaci tego systemu, został więc zaliczony do materii ustawowej. W przypadku osób opłacających przymusową składkę na ubezpieczenie zdrowotne, wymóg precyzyjnego określenia rodzaju świadczeń dostępnych „w zamian” wynika również z istoty tegoż ubezpieczenia. Bezpośrednim celem takiego uregulowania jest nie tylko stworzenie pewności beneficjentów systemu opieki zdrowotnej co do rodzajów świadczeń finansowanych ze środków publicznych oraz zapewnienie związanej z formą ustawy

stabilności takiego katalogu, ale również długoterminowe planowanie zabezpieczenia pozostałych potrzeb zdrowotnych poza systemem publicznym.

J. Trzeciński⁴⁹ podnosi, że odwołując się do art. 8 ust. 1 *Konstytucji RP* można wyciągnąć wnioski, iż przepis art. 68 ust 2 *Konstytucji RP* ze względu na swą redakcję przypomina normę programową, którą można odczytać w ten sposób, że jest w nich zakodowane minimum praw obywatela będące odpowiednikiem minimum obowiązków ciążących na władzy publicznej, zwartych w przepisach programowych. Postanowienia o prawach społeczno-ekonomicznych obywatela nie mogą bowiem, zdaniem, J. Trzecińskiego, być odczytywane wyłącznie jako deklaracja czy manifest określający cele państwa gdyż byłoby to sprzeczne z treścią art. 8 ust 1 *Konstytucji RP* zgodnie z którym jest ona najwyższym prawem RP. J. Jończyk w glosie do wyroku Sądu Najwyższego⁵⁰, z dnia 12 lutego 2004 roku, II UK 243/03, OSP 2004, z. 10, s. 130 i n., zauważa, że art. 68 ust 2 *Konstytucji RP* statuuje w istocie rzeczy zakaz różnicowania obywateli według kryterium sytuacji materialnej, nie jest natomiast uprawnieniem świadczeniobiorców. Warto zauważyć, że Trybunał Konstytucyjny w wyroku z 22 lipca 2008 roku, K 24/07 stwierdził, że przepis ten stanowi podstawę do rekonstrukcji normy klasyfikowanej jako programowa, nie określa natomiast praw przysługujących bezpośrednio obywatelowi i jako przepis w postaci zasad polityki państwa a nie praw jednostki nie może stanowić podstawy indywidualnego dochodzenia roszczeń ani być uznawany za źródło praw podmiotowych. Wcześniej w wyroku z dnia 26 stycznia 2005 roku IV CK 414/04 Sąd Najwyższy wprost uznał, że przepis art. 68 ust 2 *Konstytucji RP* zawiera normę programową, tj. taką która nakazuje realizację określonego celu i skierowana jest do władzy publicznej bez wskazania jak konkretnie kształtuje się sytuacja prawna obywateli, w stosunku do którego cel ma zostać osiągnięty oraz jak ma się zachować obywatel, który tę swoją sytuację prawną chce realizować. Ten sam sąd w wyroku z 10 listopada 2006 roku⁵¹, iż każdemu obywatelowi zgodnie z art. 68 ust 2 *Konstytucji RP* przysługuje prawo podmiotowe do równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, zastrzeżono jednak, że w granicach określonych ustawami. Inne spojrzenie zaproponował B. Banaszak⁵²

⁴⁹ Zob. J. Trzeciński „Konstytucyjne prawo do zdrowia, na tle art. 35 Karty Podstawowych Praw Unii Europejskiej w: L. Garlicki, A. Szmyt, red. Sześć lat Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej. Doświadczenia i inspiracje, Warszawa 2003, s. 302-305, w: D. E. Lach Zasada równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej, LEX Wolters Kluwer, Warszawa 2011, s. 23.

⁵⁰ dalej „SN”.

⁵¹ I OSK 229/06, LEX nr 398443.

⁵² B. Banaszak Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej, Komentarz, Warszawa 2009, s.31.

stwierdza, że w przepisie tym wyraźnie określono cel działania władz publicznych, przy czym norma, w której to uczyniono, ma charakter gwarancyjny, a nie programowy. Na władzach spoczywa obowiązek stworzenia odpowiednich służb (instytucji) umożliwiających zapobieganie chorobom, a w razie ich wystąpienia - stworzenie odpowiednich warunków do ich zwalczania i leczenia. B. Banaszak odrzucał konstrukcję normy programowej, na rzecz normy gwarancyjnej. Wydaje się, że koncepcja ta nawiązuje do stanowiącej podstawę konstruowania powierniczej techniki realizacji idei zabezpieczenia społecznego⁵³ ideologii państwa mocodawczego (*enabling state*), względnie państwa gwarantującego *Gewahrleistungsstaat*, które w odróżnieniu od państwa opiekuńczego urzeczywistniającego model zaopatrzeniowy za pośrednictwem tzw. administracji świadczącej, samodzielnie nie realizuje opieki zdrowotnej na rzecz uprawnionych, a jedynie organizuje ramy prawne i wytycza zadania profesjonalnym podmiotom zastępującym państwo w tej roli co powiązane jest z koncepcjami prywatyzacji zadań publicznych. Banaszak stoi na stanowisku, że z statuowanego obowiązku państwa w przepisie art. 68 ust 2 Konstytucji RP nie można wyprowadzić praw podmiotowych.

Przechodząc na grunt teorii prawa można przyjąć, w świetle przeglądu przedstawionych poglądów, iż przepis art. 68 ust. 2 *Konstytucji RP* określa dyrektywalną zasadą prawa. Pojęcie zasady prawa jest wieloznaczne i było przedmiotem badań licznych teoretyków prawa, w tym profesorów poznańskiej szkoły prawa: S. Wronkowskiej, M. Zielińskiego, Z. Ziemińskiego a w późniejszym okresie M. Kordeli, których ustalenia zostaną przedstawione poniżej. Pojęcie zasady prawa w polskiej doktrynie prawa⁵⁴ odnosi się nie do oceny ich struktury wewnętrznej, ale do ich szczególnej roli i chęci jej podkreślenia w systemie prawnym. Zasady prawa wyróżniane są nie z uwagi na budowę, ale funkcje i znaczenie dla danej gałęzi prawa, chodzi zatem o szczególną doniosłość w takiej zasadzie wypowiedzi dyrektywnej. Termin zasada prawa może być używany zarówno na określenie typu ukształtowania jakiejś instytucji prawnej jako podstawowe znaczenie opisowe jak i w znaczeniu dyrektywy postępowania przy czym dyrektywa ta może mieć charakter ścisły lub jedynie postulatywny. Omawiając zagadnienie zasad w ścisłym znaczeniu poznańscy teoretycy prawa powo-

⁵³ Zob. D.E. Lach Powiernicza technika realizacji zabezpieczenia społecznego (na przykładzie ubezpieczenia zdrowotnego), PIP 2009, z. 3, s 34 oraz 42 i n.

⁵⁴ Zob. S. Wronkowska, M. Zieliński, Z. Ziemiński *Zasady prawa Zagadnienia podstawowe*, Warszawa 1974, M. Kordela, *Zasady prawa. Studium teoretycznoprawne*, UAM Wydawnictwo Naukowe, Poznań 2014.

lywali się na opinię J. Wróblewskiego, który uznawał je za normy danego systemu prawa pozytywnego posiadające charakter zasadniczy. Owa zasadniczość przypisywana jest danej normie na podstawie czterech kryteriów 1) hierarchicznej nadrzędności normy- stąd zasadniczy charakter mają normy konstytucyjne , 2) nadrzędności treściowej - jest ona treściowym uzasadnieniem dla całej grupy norm, 3) szczególnej roli spełnianej przez tę normę w ramach konstrukcji określonej instytucji prawnej, oraz 4) kryterium funkcjonalnego dotyczącego doniosłości społecznej i ocen natury społeczno-politycznej. Nadrzędność zasad w stosunku do innych norm prawnych może wynikać nie tylko z wyższej pozycji hierarchicznej, ale także z okoliczności że uznane za zasady prawa normy zawarte w przepisach konstytucyjnych z jednej strony wyznaczają merytoryczny kierunek prawotwórstwa, wskazując cele, które mają być zrealizowane w wyniku działalności prawotwórczej. Ponadto na podstawie zasad rekonstruuje się system ocen mających dostarczać uzasadnienia aksjologicznego dla stanowionych norm. Odnosząc się już konkretnie do zasad dyrektywalnych dotyczących praw socjalno-ekonomicznych autorzy wskazywali, że chodzi w tym wypadku także o normy nakazujące podjęcie przez organy państwa działań zmierzających do spowodowania takiego stanu rzeczy, w którym określone dobra np. ochrona zdrowia byłyby powszechnie dostępne. Podkreślali w tym kontekście także znaczenie zasad ogólnych, dotyczących sytuacji prawnej członków społeczeństwa oraz zasad o charakterze formalnym, kształtujących sytuację prawną jednostek (np. zasada praworządności). Wskazywali następnie że ze względu na te zasady nie powstają dla obywateli określone prawa, ale realizacja tych zasad powinna stwarzać sytuację równego traktowania obywatel. Zasady prawa odnoszące się do statuowanych w ustawie zasadniczej praw socjalnych można rozumieć odtworzone na podstawie przepisów Konstytucji normy prawne adresowane do organów państwa i wyznaczające im obowiązki określonych zachowań choćby tylko przez wskazanie celów, które prawodawca zamierza osiągnąć. Obowiązki te mogłyby dotyczyć m.in. działalności prawotwórczej organów państwa, w tym określać nakazy ustanowienia norm takiej treści aby zobowiązywały poszczególne podmioty do świadczeń na rzecz jednostki i norm gwarantujących jednostce realizację tych świadczeń.

Odnosząc się do ustaleń dotyczących systemu ochrony zdrowia można wydzielić kluczowe aktów normatywnych tworzące krajowy system ochrony zdrowia zarówno

w aspekcie zdrowia publicznego jak i opieki zdrowotnej (ochrony zdrowia).⁵⁵ Przyjąć należy, iż podstawowym źródłem, na którym opiera się legislacja dotycząca ochrony zdrowia jest Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej⁵⁶ z dnia 2 kwietnia 1997 r. To ustawa zasadnicza określa ramy, w których zawarte są zobowiązania władz publicznych w przedmiocie organizacji ochrony zdrowia oraz uprawnienia obywateli do ochrony zdrowia⁵⁷. Istotnym obszarem normatywnym, obejmującym również kwestie dotyczące ochrony zdrowia i prawa do ochrony zdrowia stanowią uniwersalne regulacje kodeksowe, które w wybranych aspektach odgrywają istotną rolę w funkcjonowaniu systemu ochrony zdrowia. Są o przepisy Kodeksu cywilnego⁵⁸, Kodeksu karnego⁵⁹, Kodeksu pracy⁶⁰ czy Kodeksu rodzinnego i opiekuńczego⁶¹, które często stanowią uzupełnienie regulacji szczegółowych dotyczących ochrony zdrowia.

Znaczącą częścią ochrony zdrowia stanowią regulacje dotyczące zdrowia publicznego. Ustawa z dnia 11 września 2015 r. *o zdrowiu publicznym*⁶² wprowadza na polski grunt prawa pojęcie zdrowia publicznego, które zostało określone przez wskazanie zadań władz publicznych. W art. 2 znajduje się katalog zadań składających się na definiowane pojęcie. Są to: monitorowanie i ocena stanu zdrowia społeczeństwa, zagrożenia zdrowia oraz jakości życia związanej ze zdrowiem społeczeństwa, edukacja zdrowotna dostosowana do potrzeb różnych grup społeczeństwa, w szczególności dzieci, młodzieży i osób starszych, promocja zdrowia, profilaktyka chorób, działania w celu rozpoznawania, eliminowania lub ograniczania zagrożeń i szkód dla zdrowia fizycznego i psychicznego w środowisku zamieszkania, nauki, pracy i rekreacji, analiza adekwatności i efektywności udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej w odniesieniu do rozpoznanych potrzeb zdrowotnych społeczeństwa, inicjowanie i prowadzenie badań naukowych oraz współpracy międzynarodowej w zakresie zdrowia publicznego, rozwój kadr uczestniczących w realizacji zadań z zakresu zdrowia publicznego, ograniczanie nierówności w zdrowiu wynikających z uwarunkowań społeczno-ekonomicznych oraz działania w obszarze aktywności fizycznej. Ustawa przewiduje, że zadania z zakresu

⁵⁵ A. Powałowski (red.) Prawo gospodarcze publiczne, Studia Prawnicze Wydanie 5, C.H. BECK 2020, s. 123 i n.

⁵⁶ Dz. U. z 1997 r. Nr 78, poz. 483, z 2001 r. Nr 28, poz. 319, z 2006 r. Nr 200, poz. 1471, z 2009 r., Nr 114, poz. 946.

⁵⁷ Zob. J. Zajdel-Całkowska, Prawo medyczne, PZWŁ, Warszawa 2019, s. 3 i n.

⁵⁸ t.j. Dz. U. z 2019 r. poz. 1145, 1495, zm. Dz. U. 2020 r. poz. 875.

⁵⁹ t.j. Dz. U. z 2020 r. poz. 1444, zm. Dz. U. z 2020 r. poz. 1517.

⁶⁰ t.j. Dz. U. z 2020 r. poz. 1320.

⁶¹ t.j. Dz. U. z 2020 r. poz. 1359.

⁶² t.j. Dz.U. z 2019 r. poz. 2365, zm. z 2020 r. poz. 322, 1492.

zdrowia publicznego realizują, co istotne współdziałając ze sobą, organy administracji rządowej, zgodnie z kompetencjami określonymi w ustawie z dnia 4 września 1997 r. *o działach administracji rządowej*⁶³ państwowe jednostki organizacyjne, w tym agencje wykonawcze, a także jednostki samorządu terytorialnego, realizujące zadania własne polegające na promocji lub ochronie zdrowia. Ponadto dopuszcza się w realizacji zadań określonych ustawą udział podmiotów z tzw. trzeciego sektora⁶⁴.

W zakresie szeroko rozumianego zdrowia publicznego obowiązują akty normatywne, które przeciwdziałają i chronią społeczeństwo przed ujemnymi następstwami występowania określonych czynników. Są to m.in. regulacje normujące przeciwdziałanie i zwalczanie skutków uzależnień stanowiących zagrożenie dla funkcjonowania społeczeństwa, w szczególności ustawa z 29 lipca 2005 *o przeciwdziałaniu narkomanii*⁶⁵ oraz ustawa z 26 października 1982 r. *o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi*⁶⁶. Również w sferze zdrowia publicznego mieści się zabezpieczenie społeczeństwa przed rozszerzaniem chorób zakaźnych. Obszar ten jest uregulowany w ustawie z 5 grudnia 2008 r. *o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi*⁶⁷. Przedmiotem uregulowania ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, określonym w przepisie art. 1 są zasady i tryb zapobiegania oraz zwalczania zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, w tym zasady i tryb rozpoznawania i monitorowania sytuacji epidemiologicznej oraz podejmowania działań przeciwepidemicznych i zapobiegawczych w celu unieszkodliwienia źródeł zakażenia, przecięcia dróg szerzenia się zakażeń i chorób zakaźnych oraz uodpornienia osób podatnych na zakażenie.

Do systemu ochrony zdrowia w szerszym znaczeniu zaliczyć można m.in. regulacje dotyczące ochrony sanitarnej. Ustawa z dnia 14 marca 1985 roku o *Państwowej Inspekcji Sanitarnej*⁶⁸ stanowi w art. 1, że Państwowa Inspekcja Sanitarna jest powołana do realizacji zadań z zakresu zdrowia publicznego, w szczególności poprzez sprawowanie nadzoru nad warunkami: higieny środowiska, higieny pracy w zakładach pracy, higieny radiacyjnej, higieny procesów nauczania i wychowania, higieny wypoczynku i rekreacji, zdrowotnymi żywności, żywienia i produktów kosmetycznych, higieniczno-

⁶³ t.j. Dz. U. z 2020 r. poz. 1220.

⁶⁴ Zob. Trzeci sektor w Polsce stowarzyszenia, fundacje, społeczne podmioty wyznaniowe, organizacje samorządu zawodowego, gospodarczego i pracodawców w 2012 r., Zakład Wydawnictw Statystycznych, Warszawa 2014.

⁶⁵ t.j. Dz. U. z 2019 r. poz. 852, 1655, 1818, zm. z 2020 r. poz. 322, 1337, 1493.

⁶⁶ t.j. Dz. U. z 2019 r. poz. 2277.

⁶⁷ t.j. Dz. U. z 2020 r. poz. 1845.

⁶⁸ t.j. Dz. U. z 2019 r. poz. 59, zm. z 2020 r. poz. 322, 374, 567, 1337.

sanitarnymi⁶⁹, jakie powinien spełniać personel medyczny, sprzęt oraz pomieszczenia, w których są udzielane świadczenia zdrowotne w celu ochrony zdrowia ludzkiego przed niekorzystnym wpływem szkodliwości i uciążliwości środowiskowych, zapobiegania powstawaniu chorób, w tym chorób zakaźnych i zawodowych. Wykonywanie zadań przez Państwową Inspekcję Sanitarną polega na sprawowaniu zapobiegawczego i bieżącego nadzoru sanitarnego oraz prowadzeniu działalności zapobiegawczej i przeciwepidemicznej w zakresie chorób zakaźnych i innych chorób powodowanych warunkami środowiska, a także na prowadzeniu działalności oświatowo-zdrowotnej. Do zakresu działania Państwowej Inspekcji Sanitarnej w dziedzinie zapobiegawczego nadzoru sanitarnego należy w szczególności opiniowanie projektów planów zagospodarowania przestrzennego województwa, miejscowych planów zagospodarowania przestrzennego, studium uwarunkowań i kierunków zagospodarowania przestrzennego gminy; uzgadnianie warunków zabudowy i zagospodarowania terenu pod względem wymagań higienicznych i zdrowotnych; uzgadnianie dokumentacji projektowej pod względem wymagań higienicznych i zdrowotnych dotyczących budowy oraz zmiany sposobu użytkowania obiektów budowlanych, statków morskich, żeglugi śródlądowej i powietrznych, nowych materiałów i procesów technologicznych przed ich zastosowaniem w produkcji lub budownictwie; uczestniczenie w dopuszczeniu do użytku obiektów budowlanych, statków morskich, żeglugi śródlądowej i powietrznych oraz środków komunikacji lądowej; inicjowanie przedsięwzięć oraz prac badawczych w dziedzinie zapobiegania negatywnym wpływom czynników i zjawisk fizycznych, chemicznych i biologicznych na zdrowie ludzi.

Szczególne miejsce w systemie ochrony zdrowia zajmuje regulacja ochrony zdrowia pracowników. Mimo, iż dotyczy ochrony indywidualnej, to jednak z uwagi na ważkość dla życia społeczno-gospodarczego medycyna pracy zaliczona powinna zostać do sfery zdrowia publicznego. Ustawa z 27 czerwca 1997 r. *o służbie medycyny*

⁶⁹ W polskiej kulturze prawnej duże zasługi w obszarze prewencji w ochronie zdrowia ma Państwowy Zakład Higieny Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego utworzony na mocy rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 10 czerwca 1927 r. o Państwowym Zakładzie Higieny (Dz. U. z 1936 r. Nr 45, poz. 336), działa na podstawie: ustawy z dnia 30 kwietnia 2010 r. o instytutach badawczych, ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej; rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 15 października 2007 r. w sprawie zmiany nazwy Państwowego Zakładu Higieny w Warszawie oraz statutu. NIZP-PZH jest instytutem badawczym, będącym państwową jednostką organizacyjną wyodrębnioną pod względem prawnym, organizacyjnym i ekonomiczno-finansowym. Przedmiotem działalności NIZP-PZH jest prowadzenie badań naukowych, prac rozwojowych i prac usługowo-badawczych z zakresu zdrowia publicznego dostosowanych do potrzeb ochrony zdrowia ludności, a także wdrażanie i upowszechnianie wyników prowadzonych badań naukowych i prac rozwojowych.

*pracy*⁷⁰ ma na celu ochronę zdrowia pracujących przed wpływem niekorzystnych warunków środowiska pracy i sposobem jej wykonywania oraz sprawowania profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracującymi, w tym kontroli zdrowia pracujących, przez utworzenie służby medycyny pracy. Systematyczna kontrola zdrowia pracujących, prowadzona także w celu aktywnego oddziaływania na poprawę warunków pracy przez pracodawcę i ograniczania w ten sposób ryzyka zawodowego, obejmuje procedury i badania służące ocenie zdrowia pracujących ukierunkowanej na identyfikowanie tych elementów stanu zdrowia, które pozostają w związku przyczynowym z warunkami pracy.

⁷⁰ t.j. Dz. U. z 2019 r. poz. 1175.

4.2. Prawna regulacja organizacji i finansowania opieki zdrowotnej

Kolejnym elementem składowym systemu ochrony zdrowia, obok regulacji dotyczących zdrowia publicznego, stanowi regulacja dotycząca opieki zdrowotnej, tj. działań ukierunkowanych na bezpośrednie utrzymanie i przywrócenie stanu zdrowia. W tym zakresie rdzeń systemu ochrony zdrowia stanowią akty prawne normujące zasady organizacji procesu leczenia pacjentów i finansowania tego procesu. Ustawa z 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej⁷¹ (dalej zamiennie „u.d.l.”) reguluje w przepisie art. 1 zasady wykonywania działalności leczniczej; zasady funkcjonowania podmiotów wykonujących działalność leczniczą niebędących przedsiębiorcami; zasady prowadzenia rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą; normy czasu pracy pracowników podmiotów leczniczych; zasady sprawowania nadzoru nad wykonywaniem działalności leczniczej oraz podmiotami wykonującymi działalność leczniczą. Przepis art. 3 u.d.l. określa, iż działalność lecznicza⁷² polega na udzielaniu świadczeń zdrowotnych, przez które rozumie się działania służące zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia oraz inne działania medyczne wynikające z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich wykonywania. W ramach świadczeń zdrowotnych wyróżnia się świadczenie szpitalne - wykonywane całą dobę kompleksowe świadczenia zdrowotne polegające na diagnozowaniu, leczeniu, pielęgnacji i rehabilitacji, które nie mogą być realizowane w ramach innych stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych lub ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych; świadczeniami szpitalnymi są także świadczenia udzielane z zamiarem zakończenia ich udzielania w okresie nieprzekraczającym 24 godzin. Dodatkową kategorią są stacjonarne i całodobowe świadczenie zdrowotne inne niż świadczenie szpitalne - świadczenia opiekuńcze, pielęgnacyjne, paliatywne, hospicyjne, świadczenia z zakresu opieki długoterminowej, rehabilitacji leczniczej, leczenia uzależnień, psychiatrycznej opieki zdrowotnej oraz lecznictwa uzdrowiskowego, udzielane pacjentom, których stan zdrowia wymaga udzielania całodobowych lub całodziennych świadczeń zdrowotnych w odpowiednio urządzonych, stałych pomieszczeniach.

Kluczowym pojęciem dla systemu ochrony zdrowia jest pojęcie podmiotu leczniczego. Ustawa o działalności leczniczej w przepisie art. 4 definiuje to pojęcie przez

⁷¹ t.j. Dz. U. z 2020 r. poz. 295, zm. z 2020 r. 567, 1493.

⁷² Działalność lecznicza jest również swoistym rodzajem działalności gospodarczej, zobacz: W. Trybka Działalność lecznicza jako działalność gospodarcza (wybrane zagadnienia), Studia i Prace Kolegium Zarządzania i Finansów, Zeszyt Naukowy 167, Oficyna Wydawnicza SGH, 2018, s. 111-125.

wskazanie, jakie podmioty posiadają przymiot podmiotu leczniczego⁷³. Zgodnie z ustawą podmiotem leczniczym jest przedsiębiorca⁷⁴ w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 6 marca 2018 r. *Prawo przedsiębiorców*⁷⁵ we wszelkich formach przewidzianych dla wykonywania działalności gospodarczej, jeżeli ustawa nie stanowi inaczej, samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej, jednostki budżetowe, w tym państwowe jednostki budżetowe tworzone i nadzorowane przez Ministra Obrony Narodowej, ministra właściwego do spraw wewnętrznych, Ministra Sprawiedliwości lub Szefa Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego, posiadające w strukturze organizacyjnej ambulatorium, ambulatorium z izbą chorych lub lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarkę podstawowej opieki zdrowotnej lub położną podstawowej opieki zdrowotnej w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 27 października 2017 r. *o podstawowej opiece zdrowotnej*⁷⁶ instytuty badawcze, o których mowa w przepisie art. 3 ustawy z dnia 30 kwietnia 2010 r. *o instytutach badawczych*⁷⁷ fundacje i stowarzyszenia, których celem statutowym jest wykonywanie zadań w zakresie ochrony zdrowia i których statut dopuszcza prowadzenie działalności leczniczej oraz posiadające osobowość prawną jednostki organizacyjne stowarzyszeń, osoby prawne i jednostki organizacyjne działające na podstawie przepisów o stosunku Państwa do Kościoła Katolickiego w Rzeczypospolitej Polskiej, o stosunku Państwa do innych kościołów i związków wyznaniowych oraz o gwarancjach wolności sumienia i wyznania oraz jednostki wojskowe - w zakresie, w jakim wykonują działalność leczniczą. Podmioty lecznicze dzielimy na te które są przedsiębiorcami oraz podmiot lecznicze niebędące przedsiębiorcami, tj. podmioty lecznicze wymienione w art. 4 ust. 1 pkt 2, 3 i 7. Pojęciem o szerszym zakresie od podmiotu leczniczego jest pojęcie podmiotu wykonującego działalność leczniczą, którym jest podmiot leczniczy⁷⁸, o którym mowa w przepisie art. 4 u.d.l., oraz lekarz i pielęgniarka wykonujący zawód w ramach działalności leczniczej jako praktykę zawodową. Porządkując kwestie terminologiczne przywołać należy pojęcie podmiotu tworzącego oraz zakładu leczniczego oraz szpitala. Podmiot

⁷³ E. Kosiński, Prawne formy podejmowania i prowadzenia działalności leczniczej jako element systemu ochrony zdrowia w Polsce. Wybrane aspekty. Acta Universitatis Wratislaviensis, No 3833, Przegląd Prawa i Administracji CXIV, Wrocław 2018, s. 121-138.

⁷⁴ Szerzej o pojęciu przedsiębiorcy T. Kocowski *Prawne pojęcie przedsiębiorcy*, w: *Publiczne prawo gospodarcze*, red. R. Hauser, Z. Niewiadomski, A. Wróbel, Wydawnictwo C.H. Beck, Warszawa 2018, s. 184-233.

⁷⁵ t.j. Dz. U. z 2019 r. poz. 1292, 1495, zm. z 2020 r. poz. 424, 1086.

⁷⁶ t.j. Dz. U. z 2020 r. poz. 172, 1493.

⁷⁷ t.j. Dz. U. z 2020 r. poz. 1383.

⁷⁸ T. Kocowski, M. Paplicki *Forma podmiotu leczniczego a świadczenia zdrowotne* Acta Universitatis Wratislaviensis. Prawo, 2017, 323, s. 113-127.

tworzący to w rozumieniu ustawy podmiot albo organ, który utworzył podmiot leczniczy w formie samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej, jednostki budżetowej albo jednostki wojskowej. Natomiast szpital i zakład leczniczy to pojęcia, które występują w znaczeniu przedmiotowym - przez szpital rozumiemy zakład leczniczy, w którym podmiot leczniczy wykonuje działalność leczniczą w rodzaju świadczenia szpitalne. Z kolei zakład leczniczy to zespół składników majątkowych, za pomocą którego podmiot leczniczy wykonuje określony rodzaj działalności leczniczej. Zakład leczniczy jest jednostką lokalną w rozumieniu przepisu art. 42 ust. 4 ustawy z dnia 29 czerwca 1995 r. *o statystyce publicznej*⁷⁹, dla której nie sporządza się odrębnego bilansu, chyba że podmiot leczniczy postanowi inaczej w regulaminie organizacyjnym.

Ważne z punktu widzenia prowadzonej analizy jest, że *ustawa o działalności leczniczej* określa, iż wymienione wyżej świadczenia zdrowotne mogą być udzielane za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności. Należy podkreślić, że zasady udzielania świadczeń zdrowotnych oraz zakres obowiązków lekarza pozostają bez zmian niezależnie od formy udzielenia świadczenia zdrowotnego. Udzielając świadczeń telemedycznych, lekarz zobowiązany jest zachować podstawowe powinności lekarskie: postępować zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, dostępnymi metodami i środkami zapobiegania, rozpoznawania i leczenia chorób, zgodnie z zasadami etyki zawodowej oraz z należytą starannością - zgodnie z przepisem art. 4 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. *o zawodach lekarza i lekarza dentystry*. Stosownie z kolei do przepisu art. 2 ust. 4 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. *o zawodach lekarza i lekarza dentystry*, udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarza może następować „za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności”. Możliwość udzielenia porady lekarskiej w formie telemedycznej wynika z kwalifikacji porady lekarskiej jako świadczenia zdrowotnego. Przepisy jednoznacznie dopuszczają udzielanie świadczeń zdrowotnych za pośrednictwem systemów telemedycznych. Porada telemedyczna stanowi więc świadczenie zdrowotne równoprawne do porady lekarskiej udzielanej w sposób tradycyjny ,tj. przy jednoczesnej obecności pacjenta. Zrównanie badania przedmiotowego pacjenta w systemie zdalnym dopuszcza przepis art. 42 ust. 1 ustawy *o zawodach lekarza i lekarza dentystry*. Przepis ten stanowi, iż „Lekarz orzeka o stanie zdrowia określonej osoby po uprzednim, osobistym jej zba-

⁷⁹ t.j. Dz. U. z 2020 r. poz. 443, 1486.

daniu lub zbadaniu jej za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności”.

Rozwinięciem możliwości porady lekarskiej zdalnie jest możliwość wystawienia e-zwolnienia i e-recepty. Zgodnie z przepisem art. 55 ust. 4 ustawy z dnia 25 czerwca 1999 r. *o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa*: „Orzekanie o czasowej niezdolności do pracy z powodu choroby, pobytu w szpitalu albo innym zakładzie leczniczym podmiotu leczniczego wykonującego działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne lub o konieczności osobistego sprawowania opieki nad chorym członkiem rodziny następuje po przeprowadzeniu bezpośredniego badania stanu zdrowia ubezpieczonego lub chorego członka rodziny oraz jest dokumentowane w dokumentacji medycznej na zasadach określonych w ustawie z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta”. Wystawienie e-zwolnienia stanowi orzeczenie o stanie zdrowia i wymaga przeprowadzenia badania stanu zdrowia pacjenta, które można wykonać w sposób telemedyczny. W kontekście przepisów ubezpieczeniowych bezpośrednie badanie oznacza badanie wykonane przez lekarza, który wystawia e-zwolnienie (a nie przez innego lekarza). O wystawieniu zaświadczenia lekarskiego decyduje lekarz prowadzący postępowanie diagnostyczno-lecznicze. Decyduje on, czy dla danego schorzenia możliwe jest dokonanie prawidłowej oceny stanu zdrowia i upośledzenia funkcji organizmu z wykorzystaniem systemów teleinformatycznych i systemów łączności. Dopuszczalność wystawienia e-zwolnienia w ramach świadczenia telemedycznego została potwierdzona w komunikacie Narodowego Funduszu Zdrowia⁸⁰. Konsekwencją przeprowadzenia badania pacjenta w trybie zdalnym jest możliwość wystawienia recepty elektronicznej oraz zlecenia na wyroby medyczne. Wystawienie recepty stanowi szczególny przykład orzeczenia o stanie zdrowia, które może być również dokonane po zbadaniu pacjenta za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności. Przepis art. 38c ust. 1 ustawy z dnia 12 maja 2011 r. *o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych*⁸¹ stanowi, że: „Zlecenia mogą być wystawiane po uprzednim osobistym badaniu fizykalnym świadczeniobiorcy lub badaniu za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności, a w przypadku zaopatrzenia

⁸⁰<https://www.nfz.gov.pl/aktualnosci/aktualnosci-centrali/teleporady-dotyczace-koronawirusa-w-przychodniach,7621.html> (dostęp 11.09.2020 r.).

⁸¹ t.j. Dz. U. z 2020 r. poz. 357, zm. 945, 1493.

w wyroby medyczne przysługujące comiesięcznie - także na podstawie dokumentacji medycznej świadczeniobiorcy”. I w tym przypadku podobnie jak w sytuacji wystawienia e-recepty wystawienie zlecenia następuje po przeprowadzeniu badania pacjenta, które to, jako świadczenie zdrowotne, może zostać przeprowadzane za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności. Szerzej zagadnienie e-recepty zostanie przedstawione w części dotyczącej usług elektronicznych w ochronie zdrowia.

Wątek udzielania świadczeń zdrowotnych w formule telekonsultacji wchodzi w zakres odrębnego obszaru badawczego jakim jest telemedycyna, której kluczowym założeniem jest wykorzystanie technologii informacyjno-komunikacyjnych do bezpośredniego udzielania świadczeń a podstawowym problemem badawczym zapewnienie bezpieczeństwa prawnego świadczeniodawcy i świadczeniobiorcy⁸².

Działalność lecznicza może również polegać na promocji zdrowia - rozumianą jako działania umożliwiające poszczególnym osobom i społeczności zwiększenie kontroli nad czynnikami warunkującymi stan zdrowia i przez to jego poprawę, promowanie zdrowego stylu życia oraz środowiskowych i indywidualnych czynników sprzyjających zdrowiu; lub realizacji zadań dydaktycznych i badawczych w powiązaniu z udzielaniem świadczeń zdrowotnych i promocją zdrowia, w tym wdrażaniem nowych technologii medycznych oraz metod leczenia. Również i te czynności mogą być wykonywane za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności. Organizację finansowania i nadzoru systemu udzielania świadczeń zdrowotnych normuje ustawa z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych⁸³ (dalej zamiennie „u.ś.o.z.f.p.”) . Akt ten określa w przepisie art. 1 warunki udzielania i zakres świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych; zadania władz publicznych w zakresie zapewnienia równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej; zasady powszechnego - obowiązkowego i dobrowolnego ubezpieczenia zdrowotnego oraz podstawy instytucjonalno-proceduralne do stosowania rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (WE) nr 883/2004 z dnia 29 kwietnia 2004 r. w sprawie koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego⁸⁴ rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (WE) nr 987/2009 z dnia 16 września 2009 r. dotyczącego wykonywania rozporządzenia (WE) nr 883/2004 w spra-

⁸²Szerzej: <https://www.gov.pl/web/rpp/poradniki-dla-pacjentow-oraz-lekarzy-dotyczace-zasad-korzystania-z-teleporad> (dostęp 11.09.2020 r.).

⁸³ t.j. Dz. U. z 2020 r. poz. 1398, 1492, 1493, 1578.

⁸⁴ Dz. Urz. WE, L 166.

wie koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego⁸⁵ oraz rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1231/2010 z dnia 24 listopada 2010 r.⁸⁶ oraz zasady funkcjonowania, organizację i zadania Narodowego Funduszu Zdrowia⁸⁷

U.s.o.z.f.p. definiuje pojęcie potrzeb zdrowotnych - rozumianych jako liczbę i rodzaj świadczeń opieki zdrowotnej, które powinny być zapewnione w celu zachowania, przywrócenia lub poprawy zdrowia danej grupy świadczeniobiorców. Pojęcie potrzeb zdrowotnych stanowi składową pojęcia programu polityki zdrowotnej, który ustawodawca pojmuje jako zespół zaplanowanych i zamierzonych działań z zakresu opieki zdrowotnej ocenianych jako skuteczne, bezpieczne i uzasadnione, umożliwiających osiągnięcie w określonym terminie założonych celów, polegających na wykrywaniu i zrealizowaniu określonych potrzeb zdrowotnych oraz poprawy stanu zdrowia określonej grupy świadczeniobiorców, opracowany, wdrażany, realizowany i finansowany przez ministra albo jednostkę samorządu terytorialnego. Komparatywnym pojęciem do programu polityki zdrowotnej jest program zdrowotny rozumiany jako zespół zaplanowanych i zamierzonych działań z zakresu opieki zdrowotnej ocenianych jako skuteczne, bezpieczne i uzasadnione, umożliwiających osiągnięcie w określonym terminie założonych celów, polegających na wykrywaniu i zrealizowaniu określonych potrzeb zdrowotnych oraz poprawy stanu zdrowia określonej grupy świadczeniobiorców, opracowany, wdrażany, realizowany i finansowany przez Fundusz. Wyjściowym do obu opisanych programów według ustawy może być tzw. program pilotażowy przez który rozumie się zespół zaplanowanych działań z zakresu opieki zdrowotnej o charakterze testowym, dotyczących nowych warunków organizacji, realizacji lub nowego sposobu finansowania świadczeń opieki zdrowotnej, poprzedzających wdrożenie rozwiązań systemowych. Koniecznym jest w tym miejscu zaprezentowanie pojęć odnoszących się bezpośrednio do procesu leczenia. Tu ustawa rozbudowuje szeroki katalog pojęć, definicji legalnych, odnoszących się do określonej działalności lub zakresu wsparcia. I tak u.ś.o.z.f.p. posługuje się pojęciem: świadczenie opieki zdrowotnej rozumianym jako, świadczenie zdrowotne, świadczenie zdrowotne rzeczowe i świadczenie towarzyszące. Odpowiednio przez świadczenie zdrowotne rzeczowe rozumie się związane z procesem leczenia leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyroby medyczne a przez świadczenia towarzyszące

⁸⁵ Dz. Urz. UE L 284.

⁸⁶ Dz. Urz. UE L 344/1.

⁸⁷ Dalej „NFZ” lub „Fundusz”

zakwaterowanie i adekwatne do stanu zdrowia wyżywienie w szpitalu lub w innym zakładzie leczniczym podmiotu leczniczego wykonującego działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej, usługi transportu oraz transportu sanitarnego, a także zakwaterowanie poza zakładem leczniczym podmiotu leczniczego, jeżeli konieczność jego zapewnienia wynika z warunków określonych dla danego świadczenia gwarantowanego. Świadczenie gwarantowane to z kolei świadczenie opieki zdrowotnej finansowane w całości lub współfinansowane ze środków publicznych na zasadach i w zakresie określonych w ustawie, Z uwagi na złożoność udzielanych świadczeń ustawa wydziela pojęcie świadczenia specjalistycznego, tj. świadczenie opieki zdrowotnej we wszystkich dziedzinach medycyny z wyłączeniem świadczeń udzielanych w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej oraz pojęcie świadczenia wysokospecjalistycznego, tj. świadczenia opieki zdrowotnej lub procedurę medyczną spełniające łącznie następujące kryteria:

- a) udzielenie świadczenia wymaga wysokiego poziomu zaawansowania technicznego świadczeniodawcy i zaawansowanych umiejętności osób udzielających świadczenia,
- b) koszt jednostkowy świadczenia jest wysoki.

Uzupełniając katalogowanie poszczególnych definicji legalnych, w charakteryzowanej ustawie, przywołać należy jeszcze pojęcie świadczeniodawcy rozumianego jako podmiot wykonujący działalność leczniczą w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej, lub osobę fizyczną inną niż wykonującą działalność leczniczą, która uzyskała fachowe uprawnienia do udzielania świadczeń zdrowotnych i udziela ich w ramach wykonywanej działalności gospodarczej albo podmiot realizujący czynności z zakresu zaopatrzenia w wyroby medyczne.

Uzupełniając rozważania dotyczące charakterystyki systemu ochrony zdrowia wskazać trzeba jeszcze na pojęcie polityki zdrowotnej państwa. Polityka zdrowotna państwa jest pojęciem szerokim, w skład, którego wchodzi szereg pojęć mających w języku prawnym określoną treść. Jednym z nich jest pojęcie programu zdrowotnego i programu polityki zdrowotnej. Zgodnie z przepisem art. 48 ust. 1 ustawy *o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych* programy zdrowotne może opracowywać, wdrażać, realizować i finansować Narodowy Fundusz Zdrowia, a programy polityki zdrowotnej mogą opracowywać, wdrażać, realizować i finansować ministrowie oraz jednostki samorządu terytorialnego. Fundusz realizuje programy polityki zdrowotnej zlecone przez ministra właściwego do spraw zdrowia. Programy, o których mowa w cytowanym przepisie, dotyczą w szczególności ważnych zjawisk

epidemiologicznych; innych istotnych problemów zdrowotnych dotyczących całej lub określonej grupy świadczeniobiorców przy istniejących możliwościach eliminowania bądź ograniczania tych problemów oraz wdrożenia nowych procedur medycznych i przedsięwzięć profilaktycznych. Ustawa zastrzega wymóg spójności poszczególnych programów, gdyż ustala, iż programy polityki zdrowotnej opracowywane, wdrażane, realizowane i finansowane przez jednostki samorządu terytorialnego, w przypadku gdy dotyczą świadczeń gwarantowanych objętych programami realizowanymi przez ministrów oraz Fundusz, muszą być z nimi spójne merytorycznie i organizacyjnie. Czas trwania danego programu obejmuje perspektywę jednego roku lub czasu nieokreślonego gdyż w ten sposób należy rozumieć ustawowe określenie „wielu lat”. Uzupełnienie programów zdrowotnych stanowią programy lekowe.

Nie sposób analizować całego systemu ochrony zdrowia bez wskazania regulacji dotyczących pacjenta oraz personelu medycznego bez którego jakiegokolwiek działania w zakresie leczenia nie mogą być realizowane. Kwestię statusu i uprawnień pacjenta reguluje ustawa z 6 listopada 2008 r. *o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta*⁸⁸. Natomiast zawody medyczne i okołomedyczne są bardzo szczegółowo regulowane przez odrębne przepisy. Na stronie internetowej Ministerstwa Zdrowia znajduje się lista medycznych zawodów regulowanych.⁸⁹ Poza tradycyjną triadą zawodów medycznych - lekarz - pielęgniarka - farmaceuta⁹⁰ lista zawodów związanych z ochroną zdrowia uzupełniana jest o następujące zawody: asystentka stomatologiczna; dietetyk; higienistka stomatologiczna; higienistka szkolna; fizjoterapeuta, logopeda; opiekun medyczny; ortoptysta; protetyk słuchu; ratownik medyczny; technik analityki medycznej; technik dentystyczny; technik elektroradiolog; technik farmaceutyczny; technik masażysta; technik ortopeda; terapeuta zajęciowy; instruktor terapii uzależnień; specjalista terapii uzależnień; inspektor ochrony radiologicznej w pracowniach stosujących aparaty rentgenowskie w celach medycznych; koordynator pobierania i przeszczepiania komórek, tkanek i narządów; grzyboznawca; klasyfikator grzybów.

Kolejną grupą przepisów w ramach systemu ochrony zdrowia w zakresie opieki zdrowotnej stanowią regulacje dotyczące poszczególnych, wydzielonych obszarów

⁸⁸ t.j. Dz. U. z 2020 r. poz. 849.

⁸⁹ <https://www.gov.pl/web/zdrowie/inne-zawody-medyczne-zaswiadczenia>, (dostęp 10.08.2020 r.).

⁹⁰ Zob. ustawa z 5.12.1996 r o zawodach lekarza i lekarza dentysty (t.j. Dz. U. 2019, poz. 537), ustawa z 2.12.2009 r. o izbach lekarskich (t.j. Dz. U. 2018, poz.168 z zm.), ustawa z 15.07.2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (t.j. Dz. U. 2018, poz.123 z zm.); ustawa z 19.04.1991 r. o izbach aptekarskich (t.j. Dz. U. 2016., poz. 1496 z zm.), ustawa z 25.09.2015 r. o zawodzie fizjoterapeuty (t.j. Dz. U. 2018, poz.505 z zm.);ustawa z 27.07.2001 r o diagnostyce laboratoryjnej (t.j. Dz. U. 2016, poz.1496 z zm.)

lecznictwa. Jednym z przykładów takiej regulacji może być leczenie uzdrowiskowe. Zgodnie z przepisem art. 2 ustawy z dnia 28 lipca 2005 r. *o lecznictwie uzdrowiskowym, uzdrowiskach i obszarach ochrony uzdrowiskowej oraz o gminach uzdrowiskowych*⁹¹ mianem leczenia uzdrowiskowego określa się zorganizowaną działalność polegającą na udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu leczenia uzdrowiskowego albo rehabilitacji uzdrowiskowej, prowadzoną w uzdrowisku przez zakłady leczenia uzdrowiskowego albo poza uzdrowiskiem w szpitalach i sanatoriach znajdujących się w urządzonych podziemnych wyrobiskach górniczych, przy wykorzystaniu warunków naturalnych, takich jak właściwości naturalnych surowców leczniczych, właściwości lecznicze klimatu, w tym talassoterapia i subterraneoterapia, oraz właściwości lecznicze mikroklimatu a także towarzyszące zabiegi z zakresu fizjoterapii. Pojęcie rehabilitacji uzdrowiskowej oznacza zorganizowaną działalność prowadzoną w uzdrowisku przez zakłady leczenia uzdrowiskowego, mającą na celu przywrócenie pacjentowi zdrowia lub możliwej do osiągnięcia dla danego stanu samodzielności ruchowej i społecznej, przy wykorzystaniu naturalnych surowców leczniczych. Zgodnie z cytowaną ustawą przez zakład leczenia uzdrowiskowego rozumie się zakład leczniczy, w którym podmiot leczniczy wykonuje działalność leczniczą w rodzaju ambulatoryjne lub stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej, działający na obszarze uzdrowiska, utworzony w celu udzielania świadczeń zdrowotnych z zakresu leczenia uzdrowiskowego albo rehabilitacji uzdrowiskowej, w ramach kierunków leczniczych i przeciwwskazań ustalonych dla danego uzdrowiska, w szczególności wykorzystujących warunki naturalne uzdrowiska przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych. Przepis artykułu 4 ustawy *o lecznictwie uzdrowiskowym (...)* stanowi wprost, iż leczenie uzdrowiskowe jest integralną częścią systemu ochrony zdrowia. Do regulacji dotyczących wydzielonych obszarów leczenia zaliczyć można m.in. ustawę z 19 sierpnia 1994 r. *o ochronie zdrowia psychicznego*⁹², ustawę z 25 czerwca 2015 r. *o leczeniu niepłodności*⁹³ czy ustawę z 1 lipca 2005 r. *o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów*⁹⁴

W zakresie opieki zdrowotnej istotną rolę pełnią regulacje dotyczące dostępu do substancji leczniczych. Ustawa z dnia 6 września 2001 *Prawo farmaceutyczne*⁹⁵

⁹¹ t.j. Dz. U. z 2020 r. poz. 1662.

⁹² t.j. Dz. U. z 2020 r. poz. 685.

⁹³ t.j. Dz. U. z 2020 r. poz. 442.

⁹⁴ t.j. Dz. U. z 2019 r. poz. 1405, zm. z 2020 r. poz. 567.

⁹⁵ t.j. Dz. U. z 2020 r. poz. 944, 1493.

normuje kwestie związane z zabezpieczeniem dostępu do środków umożliwiających realizację leczenia. Ustawa określa zasady i tryb dopuszczania do obrotu produktów leczniczych, z uwzględnieniem w szczególności wymagań dotyczących jakości, skuteczności i bezpieczeństwa ich stosowania, warunki prowadzenia badań klinicznych produktów leczniczych; warunki wytwarzania produktów leczniczych; wymagania dotyczące reklamy produktów leczniczych; warunki obrotu produktami leczniczymi; wymagania dotyczące aptek, hurtowni farmaceutycznych i placówek obrotu pozaaptecznego; organizację i zasady funkcjonowania systemu nadzoru nad bezpieczeństwem stosowania produktów leczniczych oraz monitorowania bezpieczeństwa ich stosowania oraz zadania Inspekcji Farmaceutycznej i uprawnienia jej organów. Prawo farmaceutyczne jest zwartym podsystemem systemu ochrony zdrowia. Uzupełnieniem tej regulacji jest ustawa z 18 marca 2011 r. o *Urzędzie Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych*⁹⁶ w zakresie nadzoru na obrotem i jakością produktów leczniczych.

Strukturę organizacyjną i funkcjonalną systemu opieki zdrowotnej dopełniają regulacje dotyczące ratownictwa medycznego, obejmujące zabezpieczenie transportu medycznego i udzielenia pomocy medycznej w stanach nagłych⁹⁷. Zagadnienia te unormowane zostały w ustawie z 8 września 2006 roku o Państwowym Ratownictwie Medycznym.⁹⁸

⁹⁶ t.j. Dz. U. z 2020 r. poz. 836.

⁹⁷ T. Kocowski, R. Susło, M. Paplicki System ratownictwa medycznego a potrzeby zdrowotne starzejącego się społeczeństwa -Medical emergency rescue system and the needs of the ageing society, w: Postępy medycyny ratunkowej 2018, red. J. Jakubaszko Polskie Towarzystwo Medycyny Ratunkowej, Wrocław 2018, s. 85-100.

⁹⁸ t.j. Dz. U. z 2020 r. poz. 882.

5. Podsumowanie

Zdrowie jest pojęciem występującym zarówno w sferze aksjologii jak i prawa. Uznając paradygmat konieczności objęcia regulacją prawną kwestii zdrowia przyjęto określone ustalenia na temat tego czym jest, w ujęciu dogmatycznoprawnym zdrowie i ochrona zdrowia. Przyjęcie przez Światową Organizację Zdrowia definicji zdrowia określającej, iż zdrowie to stan pełnego fizycznego, umysłowego i społecznego dobrostanu, a nie tylko całkowity brak choroby czy niepełnosprawności, zapewniający sprawność do „prowadzenia produktywnego życia społecznego i ekonomicznego”, przełożyło się na podjęcie i rozwijanie dyskursu na temat zobowiązań władz publicznych w zakresie zabezpieczenia dostępu do ochrony zdrowia oraz budowy instytucji mających na celu utrzymanie i przywracanie zdrowia. Podstawą do podejmowania działań w tym obszarze aktywności przez państwo jest prawo pozytywne.

W jego ramach jako wydzieloną część systemu prawa można wskazać normy tworzące system ochrony zdrowia, czyli regulacje, które określają przedmiot ochrony - szczegółowo definiując zakres interwencji władz publicznych. System ochrony zdrowia dzieli się na opiekę zdrowotną, tj. obszar bezpośredniej interwencji w ramach medycyny naprawczej oraz profilaktyki, skierowanych do osób potrzebujących i oczekujących takich działań (chorego/pacjenta). W tym zakresie wydzielić można regulacje normujące prawa pacjenta oraz uprawnienia związane z dostępem do świadczeń zdrowotnych; przepisy związane z organizacją podmiotów leczniczych oraz zasad finansowania ich działalności oraz reguł finansowania udzielania przez te podmioty świadczeń zdrowotnych. Istotnym uzupełnieniem części systemu ochrony zdrowia dotyczącej opieki zdrowotnej stanowią regulacje określające dostęp do środków leczniczych, przepisy określające wymogi jakie powinny wypełniać podmioty prowadzące działalność leczniczą oraz regulacje dotyczące wykonywania zawodów medycznych. Drugim obszarem ochrony zdrowia jest szeroko rozumiane zdrowie publiczne. Celem regulacji publiczno-prawnej jest zabezpieczenie populacji przed czynnikami negatywnie wpływającymi na stan zdrowia społeczeństwa. Zakres oddziaływania władz publicznych w tym obszarze zależy od ustawodawcy. Ustalenie jakiego rodzaju zagrożenia wymagają interwencji państwa, takie jak używki, czynniki chorobotwórcze w miejscu pracy, bezpieczeństwo żywności czy też choroby zakaźne, decydują o zakresie regulacji.

System ochrony zdrowia modelowany jest przez określony sposób jego finansowania i zarządzania, który realizowany był w wymiarze europejskim i państw anglosaskich

w różnych aspektach od próby pełnego sterowania ochroną zdrowia przy zachowaniu jej pełnego upaństwowienia przy jednoczesnym kierowaniu na nią strumienia środków publicznych w modelu Siemaszki, po różne warianty ubezpieczeniowe i rynkowe gdzie dominuje rozproszenie własnościowe podmiotów udzielających świadczeń leczniczych. W tych modelach środki na działalność leczniczą pochodzą z obowiązkowych lub dobrowolnych ubezpieczeń zdrowotnych a także z transferów publicznych.

Obowiązujący w Polsce model ochrony zdrowia ma swoje źródło w Konstytucji RP. Analiza przepisów Konstytucji RP w połączeniu z interpretacją orzeczeń Trybunału Konstytucyjnego i Sądu Najwyższego pozwala na przyjęcie wniosków, iż kształt ochrony zdrowia w Polsce nie został określony w sposób zupełny. Konstytucja zabezpiecza prawo do ochrony zdrowia ze środków publicznych, pozostawiając określenie warunków realizacji tego prawa ustawodawcy zwykłemu. Dało to przestrzeń do interpretacji założeń i kierunków, które powinny być wdrażane w konstruowaniu regulacji w ochronie zdrowia. W dyskursie w tym przedmiocie pojawia się postulat efektywnego organizowania systemu ochrony zdrowia zarówno w aspekcie dostępu do świadczeń zdrowotnych jak i kosztów organizacji jego finansowania. Akcesja do Unii Europejskiej spowodowała, że unijny dorobek prawny i doktryna europejska oddziałują na krajowe regulacje w obszarze ochrony zdrowia. Unia zachowując zasadę, iż konstruowanie systemów ochrony zdrowia jest materią wyłączną państw członkowskich aktywnie wspiera działania umożliwiające rozwinięcie zdrowotnej opieki transgranicznej.

Rozwój usług społecznych i nowych technologii w wielu obszarach aktywności UE ma dać asumpt do podniesienia jakości opieki zdrowotnej i zwiększenia dostępności do niej. Niezakończonym przedmiotem dyskursu pozostaje kwestia czy usługi zdrowotne są określonym dobrem o charakterze socjalnym czy też dobrem rynkowym i jako takie podlegające regułom rynkowym. O ile w zakresie samych usług zdrowotnych wątpliwość ta jest podnoszona, to w zakresie tzw. usług okołomedycznych, w tym związanych z przetwarzaniem danych już nie występuje.

II. Wykorzystanie technologii informacyjno-komunikacyjnych w ochronie zdrowia. E-zdrowie

1. Instrumentalny charakter przepisów prawa wobec wdrażania technologii informacyjno-komunikacyjnych

Analiza wybranych funkcjonalności rozwiązań teleinformatycznych i objęcia ich regulacjami prawnymi wymaga opisu otoczenia społecznego i formalnego - swoistej metaprzestrzeni, w której mogą one być realizowane. Dla opisania tej przestrzeni nauki społeczne sformułowały określony aparat pojęciowy. Kluczowe jest w tym kontekście pojęcie cyberprzestrzeni. Przyjmuje się, że termin cyberprzestrzeń⁹⁹ został użyty po raz pierwszy w 1984 roku przez pisarza nurtu cyberpunku¹⁰⁰ - odmiany fantastyki naukowej - W. Gibsona, na oznaczenie sztucznego świata w postaci immersyjnej rzeczywistości, określanej też mianem matrycy (matrix)¹⁰¹. Stanowi ona środowisko informacji i przestrzeń komunikacji, działające na warstwowym modelu budowy sieci - Internetu. Internet jest infrastrukturą telekomunikacyjną integrującą i unifikującą globalny ekosystem życia umysłowego. Znaczenie cyberprzestrzeni polega na odwzorowywaniu w niej realnych stosunków międzyludzkich i przenoszeniu do niej nawet najbardziej specyficznej ludzkiej aktywności. Rozpoznanie tak złożonego zjawiska, jakim jest cyberprzestrzeń, wymaga szerszego i głębszego spojrzenia, na jakie pozwala filozofia. Z filozofią cyberprzestrzeni łączą się rozważania należące do filozofii informacji, komunikacji, komputera, sztucznej inteligencji, elektroniki, mediów i techniki. R. Tadeusiewicz wyjaśnia, że człon „przestrzeń” w terminie „cyberprzestrzeń” - „ma konotacje semantyczne i emocjonalnie odwołującą się do ogromnego zasięgu i całkowitej

⁹⁹ W. Gogołek, W. Cetera: Leksykon tematyczny. Zarządzanie, IT. Wydawnictwo Wydziału Dziennikarstwa i Nauk Politycznych UW, 2014, s. 207.

¹⁰⁰ Zob. K. Księski - „Dystopijna wizja świata bliskiego zasięgu. Cyberpunk jako złożone zjawisko kulturowe. Zarys zjawiska.” Czasopismo naukowe „Kultura i Historia” - dostęp na: <http://www.kulturaihistoria.umcs.lublin.pl/archives/3271>, (dostęp 03.06.2020 r.)

¹⁰¹ W. Gibson, *Neuromancer*, Mass Market Paperback, 1984. W. Gibson rozwija wizjonerskie koncepcje sztucznej inteligencji, rzeczywistości wirtualnej, inżynierii genetycznej, wypierania tradycyjnych państw narodowych przez wielkie korporacje oraz cyberprzestrzeni, zwanej w książce matrycą (w oryginale the matrix) na długo zanim idee te stały się często eksploatowanym motywem w kulturze popularnej. Gibson porusza również problem dehumanizacji świata zdominowanego przez wszechobecną i taną technologię. W opisywanej przezeń przyszłości przemoc i wolny rynek są jedynymi pewnikami, a dystopijne elementy związane ze społeczeństwem są równoważone przez energię i różnorodność. Powieść spopularyzowała takie pojęcia jak „cyberprzestrzeń” i „lód” / ICE - *intrusion countermeasures electronics* - termin używany głównie w literaturze cyberpunkowej, odnoszący się do oprogramowania strzegącego systemów komputerowych i zbiorów danych przed niepowołanym dostępem, głównie ze strony hakerów.

swobody. Przestrzeń zachęca do wielokierunkowego przemieszczania się, do przecięcia barier, do inicjowania kontaktów interakcji niemożliwych w przypadku jej braku”. Cyberprzestrzeń to „całość powiązań w sektorze ludzkiej działalności z udziałem technologii informacyjno - komunikacyjnych”¹⁰². Ma ona wymiar ludzki i techniczny. Do cech cyberprzestrzeni zalicza się: plastyczność, płynność, obliczalność, dokładność, powtarzalność, hipertekstowość¹⁰³, interaktywność¹⁰⁴, wirtualność, kompatybilność¹⁰⁵, otwartość, nieograniczoność, wszechstronność, złożoność, sieciowość, przenikalność, konwergentność¹⁰⁶, konsolidację, automatyzację i totalność. Cechy te przenoszone są na kształtowany pod jej wpływem porządek przestrzeni rzeczywistej. Zdaniem R. Białoskórskiego „zjawiska i procesy zachodzące w cyberprzestrzeni znacznie wybiegają poza wymiar techniczny, przyjmując charakter społeczny”¹⁰⁷. Jesteśmy świadkami kształtowania się tzw., społeczeństwa informacyjnego, czyli społeczeństwa o głębokich zmianach w świadomości społecznej, wywołanych skutkami rewolucji cyfrowej, oddziałującego wielowymiarowo, gospodarczo, politycznie, kulturowo, społecznie, na otaczającą rzeczywistość, za pomocą informacji. Społeczeństwo to bywa określane

¹⁰² R. Tadeusiewicz, Rewolucja społeczeństwa informacyjnego na tle wcześniejszych rewolucji cywilizacyjnych. Rozdział w książce: Haber L., Niezgoda M. red. : Społeczeństwo informacyjne - aspekty funkcjonalne i dysfunkcjonalne, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków, 2006, s. 31-45.

¹⁰³ Hipertekst to nieliniarna i niesekwencyjna organizacja danych - tekst rozbity na fragmenty, które na wiele sposobów połączone są ze sobą odsyłaczami. To tekst, który rozgałęzia się lub działa na żądanie czytelnika. Termin ten stworzony został w 1965 roku przez Teda Nelsona na oznaczenie rodzaju hipermediów o charakterze tekstowym. Przykłady hipertekstu obejmują oparty na hiperłączach hipertekst cząstkowy typu węzeł-link („discrete hypertext”) i oparty na poziomach szczegółowości tekst rozciągnięty („stretchtext”). Hipertekst - w szerszej perspektywie - to "ustrukturyzowana praca wiedzy"- źródło: <http://techsty.art.pl/hipertekst/definicje.htm>. (dostęp 11.02.2020).

¹⁰⁴ Interaktywność - to pojęcie z dziedziny komunikacji. Oznacza zdolność do wzajemnego oddziaływania na siebie, przez komunikujące się strony. Pojęcie interaktywności najczęściej stosowane jest w informatyce, telewizji i multimediami. W tym kontekście, ma za zadanie podkreślić zdolność programu lub urządzenia do jednoczesnego odbierania informacji i reagowania na nią, szerzej: A.P. Fisun, L.A. Grashchenko: Teoretyczne i praktyczne podstawy interakcji człowiek-komputer: podstawowe koncepcje systemów człowiek-komputer w informatyce i bezpieczeństwie informatycznym, Oryol, 2004, sekcja 169, w VINITI 15.10.2004 nr 1624 (j. ros.).

¹⁰⁵ Kompatybilność - to cecha oprogramowania oraz sprzętu, która umożliwia prawidłową współpracę systemów komputerowych, w szczególności wymianę danych. Do szczególnych przypadków należą kompatybilność wsteczna (backward compatibility), czyli zgodność ze starszymi wersjami, oraz kompatybilność w przód (forward compatibility), czyli zgodność z planowanymi wersjami przyszłymi. Pierwszy z wymienionych rodzajów jest znacznie łatwiejszy do osiągnięcia niż drugi - głównie ze względu na posiadanie wiedzy o poprzednich wersjach sprzętu i oprogramowania. Słowo „kompatybilność” jest zapożyczeniem z języka angielskiego (pośrednio z łac. compatibilitas). Polskim odpowiednikiem angielskiego compatibility jest słowo „zgodność”, zaczerpnięte z: http://www.edupedia.pl/map/dictionary/id/8_sownik_wyrazow_obcych.html. (dostęp 11.02.2020)

¹⁰⁶ Konwergentność – to łączenie treści internetowych, telefonicznych i telewizyjnych na bazie technologii mobilnych i stacjonarnych, z których można korzystać wszędzie i na różnych urządzeniach, szerzej: M. Drożdż Konwergencja mediów - tendencje, modele i konsekwencje, Studia Medioznawcze 2008 nr 3 (34), s. 84-103.

¹⁰⁷ Szerzej: R. Białoskórski, Cyberzagrożenia w środowisku bezpieczeństwa XXI wieku: Zarys problematyki, Wydawnictwo Wyższej Szkoły Cła i Logistyki, 2011.

mianem społeczeństwa ryzyka, z uwagi na możliwe implikacje występujących w cyberprzestrzeni zagrożeń dla bezpieczeństwa pojedynczego człowieka, oraz zbiorowości ludzkich”. Akceptacja określonych rozwiązań technicznych napędzała dalszy rozwój technologiczny, który zwiększał zakres korzystania z nowych technologii. Nowe technologie powodowały, iż coraz więcej obszarów życia prywatnego i publicznego realizowane jest z wykorzystaniem tych technologii. Przyjąć należy, że to stały powtarzalny i weryfikowalny schemat oddziaływania technologii komunikacyjnych na aktywności człowieka. Przemiany technologiczne umożliwiają aktywne korzystanie z rozwiązań telekomunikacyjnych coraz większej liczbie ludzi, w sposób coraz szybszy, tańszy i w czasie rzeczywistym.

1.1. Prawne aspekty rozwoju technologii informacyjno-komunikacyjnych

Rzeczony rozwój nowych technologii wymusił ustanowienie norm regulujących proces funkcjonowania technologii komunikacyjnych i zasad korzystania z nich. Rozwinęły się one w szeroko rozumianą gałąź prawa telekomunikacyjnego¹⁰⁸. Z drugiej strony zauważono i poddano ocenie okoliczności prawne stosowania i wpływ nowych technologii na realizację określonych procesów decyzyjnych. Wykryły się pojęcia cybernetyki prawniczej oraz prawa cybernetycznego, które syntetycznie przedstawił J. Janowski. Autor stwierdzając, że cybernetyka prawnicza jest jedną z dziedzin wprowadzania metod formalnych (ilościowych/kwantytatywnych) na grunt prawa, tak do jego badania, jak również tworzenia, stosowania i wykonywania¹⁰⁹. Z jej pomocą instrumentalnie pojmowane prawo osiąga sprawniej i efektywniej stawiane przed nim cele. Kwantytatywne podejście do prawa zapoczątkowało tworzenie nowej dyscypliny m.in. *lawtimation* (law + automation), zainicjowanej przez P. S. Hoffmana w 1963 r. jako nauki zajmującej się tworzeniem automatów do badań prawa¹¹⁰, która w latach 60.

¹⁰⁸ Zob. ustawa z dnia 16 lipca 2004 r. *Prawo telekomunikacyjne*, t.j. Dz. U. z 2019 r. poz. 2460, z 2020 r. poz. 374, 695, 875. Celem ustawy jest stworzenie warunków dla wspierania równoprawnej i skutecznej konkurencji w zakresie świadczenia usług telekomunikacyjnych; rozwoju i wykorzystania nowoczesnej infrastruktury telekomunikacyjnej; zapewnienia ładu w gospodarce numeracją, częstotliwościami oraz zasobami orbitalnymi; a ponadto zapewnienia użytkownikom maksymalnych korzyści w zakresie różnorodności, ceny i jakości usług telekomunikacyjnych; zapewnienia neutralności technologicznej i zapewnienia użytkownikom końcowym będącym osobami niepełnosprawnymi dostępu do usług telekomunikacyjnych równoważnego poziomu dostępu, z jakiego korzystają inni użytkownicy końcowi.

¹⁰⁹ Zob. J. Janowski, *Informatyka prawa*, Wydawnictwo UMCS, Lublin 2011, s. 311-325.

¹¹⁰ P.S. Hoffman *Lawtimation in Legal Research, Some Indexing Problems*, cytowany w: *Military Law Review* 27-100-23, January 1964, s. 131 i n. ; także: <https://www.lawtimation.co.uk> - gdzie podano

XX wieku nie znalazła uznania, ale obecny postęp w zakresie technologii informacyjnej zdaje się sytuację tę zmieniać oraz cybernetyki prawniczej, zainicjowanej przez M. G. Solano w 1969 r., według którego nauka ta dzieli się na modelistykę cybernetyczną (dotyczącą modeli zjawisk prawnych) oraz informatykę prawniczą zajmującą się badaniem norm prawnych i ich wzajemnych powiązań w celu tworzenia systemów automatycznego podejmowania decyzji i jurymetrię rozpoczynającą w systemie prawa common law ilościowe badanie precedensów prawno-sądowych w celu wyszukiwania informacji o prawie potrzebnych do podejmowania dalszych rozstrzygnięć, w systemach kontynentalnych zbliżającą się zaś do statystyki prawniczej.¹¹¹

Pierwsze definicje informatyki prawniczej w polskiej nauce nawiązywały do możliwości zastosowania cybernetyki w prawie. Z czasem zostały one rozszerzone na badanie możliwości stosowania elektronicznych maszyn cyfrowych na gruncie obowiązującego prawa. Zadaniem informatyki prawniczej, opartej na cybernetyce prawniczej, miało być tworzenie i funkcjonowanie komputerowych systemów: normatywnych - wyszukiwania informacji prawnej, faktograficznych - opisujących zjawiska prawne i decyzyjnych - automatyzacji procesów rozstrzygania. Przedmiot tak rozumianej cybernetyki prawniczej stanowi maszynowe rozstrzyganie zagadnień prawnych oraz badanie porządku prawnego. Odpowiednio w literaturze wyodrębnia się dwa nurty zastosowania cybernetyki prawniczej w zakresie badania zjawisk prawnych: nurt automatyzacji decyzji oraz nurt analiz modelowych.¹¹²

Prawo cybernetyczne to prawo cyberprzestrzeni. Jest to kształtująca się sfera regulacji prawnych oraz rozwijająca się dziedzina nauczania prawa, obejmująca zagadnienia na styku prawa i komputerów, ze szczególnym uwzględnieniem problemów Internetu, w zakresie prawa autorskiego, wynalazczego i znaków towarowych, odpowiedzialności dostawców usług elektronicznych i uczestników handlu elektronicznego, stosowania cenzury publikacji i kontroli korespondencji, prowadzenia reklamy i marketingu w sieci, zapewniania poufności i bezpieczeństwa danych czy przestępstw komputerowych¹¹³. Zadaniem cyberprawa jest zarówno diagnozowanie nowych zjawisk

współczesną definicję pojęcia: „lawtomatic” - *noun* - "The practice of using intelligent software to do the job of a lawyer."

¹¹¹ Przegląd poglądów łączących prawo z cybernetyką zaprezentowany został w artykule M.H. Górnego Cybernetyczne spojrzenie na prawo - przyczynek do historii cybernetyki prawniczej, *Czasopismo Prawno-Historyczne*, tom LXIX, Zeszyt 2, 2017, s. 225-254.

¹¹² Szerzej: W.R. Wiewiórkowski, G. Wierczyński, *Informatyka prawnicza*, Wolters Kluwer Polska 2016, wydanie 4, s. 21-34.

¹¹³ Zob. szerzej: P. Sikora *Przestępstwa komputerowe w ujęciu nowego kodeksu karnego*, w: *Acta Universitatis Wratislaviensis*, No 2154, *Prawo CCLXVI*, Wrocław 1999, Normowanie zachowań związa-

w systemach informatycznych i sieciach teleinformatycznych, wymagających uregulowań prawnych, jak również prawna ich interpretacja. Wskazane powyżej nurty cybernetyki prawniczej, tj. nurt automatyzacji decyzji oraz nurt analiz modelowych pomagają w istotnym stopniu dookreślić zakres pojęcia e-zdrowia, co będzie przedmiotem dalszych rozważań.

Lustrzanym odbiciem prawa cybernetycznego, we wskazanym wyżej normatywnym aspekcie, jest funkcjonujące w literaturze pojęcie „*lex informatica*”, na które zwrócił uwagę K. Dobrzeniecki.¹¹⁴ Według Dobrzenieckiego odstępianie od niektórych tez pozytywizmu pozwala na wyodrębnienie kategorii *lex informatica*. Tym pojęciem autor określa różnorodne mechanizmy służące koordynacji poszczególnych funkcji Internetu, które sytuują się poza tradycyjnym prawem państwowym i międzynarodowym. Dynamika rozwoju „między-sieci” po jej prywatyzacji na Zachodzie w połowie lat dziewięćdziesiątych ubiegłego wieku przypominała efekt kuli śnieżnej. W ciągu kilku lat elektroniczne forum przeznaczone do dyskusji akademicko-inżynierskich¹¹⁵

nych z wykorzystaniem TIK/ ICT (technologie informacyjno-komunikacyjne/ ang. information and communication technologies,) następuje w ramach poszczególnych gałęzi prawa, w obszarach relacji społecznych, w których zastosowanie znajduje ICT. Wymownym przykładem może być pokaźna już grupa tzw. przestępstw komputerowych w prawie karnym. W odniesieniu do głównego wyводу nie można pominąć dygresji, iż prawo dostrzega możliwość destrukcyjnego wpływu używania technologii ICT lub jej wykorzystania dla celów pozaprawnych. Można wskazać wybrane regulacje Kodeksu karnego (dalej „kk”), które odnoszą się do zakresu używania technologii ICT spenalizowanego przez prawo karne: art. 130 § 3 kk - penalizuje szpiegostwo na rzecz obcego wywiadu przez gromadzenie i przechowywanie wiadomości istotnych dla obronności i gospodarki RP, a także samo włączenie się do sieci komputerowej w celu ich uzyskania,

art. 165 § 1 pkt 4 kk -sprowadzenie stanu powszechnego niebezpieczeństwa dla życia i zdrowia ludzi lub środowiska naturalnego będących następstwem zakłócania, uniemożliwiania lub wpływania w inny sposób na automatyczne przetwarzanie informacji,

art. 267 kk - haking jest to nieuprawnione wejście do systemu komputerowego przez naruszenie zabezpieczenia zawartych w nim danych,

art. 268 i art. 269 kk - niszczenie danych lub programów komputerowych,

art. 270 kk - fałszerstwo komputerowe – to naruszenie i zmiana treści dokumentu, którym jest również zapis elektroniczny, w związku z brzmieniem art. 115 § 14 kk,

art. 278 kk - kradzież komputerowa – tj. kradzież cudzego programu komputerowego,

art. 287 kk - oszustwo komputerowe polegające na osiągnięcia korzyści majątkowej lub wyrządzeniu innej osobie szkody, przez nieuprawniony wpływ na automatyczne przetwarzanie, gromadzenie lub przekazywanie danych informatycznych.

¹¹⁴ Zob. K. Dobrzeniecki, Autonomiczne prawo cyberprzestrzeni: mit czy rzeczywistość? w: O. Bogucki, S. Czepita, red. System prawny a porządek prawny, Szczecin 2008, s. 215-325.

¹¹⁵ Polskim przykładem w tym zakresie jest NASK - pierwotnie Naukowo-Akademicka Sieć Komputerowa. W 1991 r. przy Uniwersytecie Warszawskim powstaje zespół koordynacyjny ds. rozwoju akademickich sieci komputerowych (dokładna nazwa: Zespół Koordynacyjny Naukowej i Akademickiej Sieci Komputerowej przy Uniwersytecie Warszawskim). W 1992 r. NASK-owi powierzono zadanie obsługi nazw w domenie .pl. W 1993 r. NASK został wydzielony z Uniwersytetu Warszawskiego i zaczął działać jako samodzielna jednostka badawczo-rozwojowa. Głównym celem działalności NASK było zapewnienie instytucjom naukowym i akademickim dostępu do internetu, prowadzenie badań nad wykorzystaniem nowych technologii w łączności oraz bezpieczeństwem sieci, a także współpraca międzynarodowa. W 1996 r. w obrębie NASK powstał pierwszy w Polsce zespół CERT (Computer Emergency Response Team), współpracujący z międzynarodową społecznością analityków cyberbezpieczeństwa

przekształciło się w globalne medium wszechstronnego zastosowania. Powstała kwestia relacji państwa i prawa do rozwoju sektora ICT. W Stanach Zjednoczonych po przeprowadzeniu deregulacji sektora telekomunikacyjnego administracja przyjęła względem niego postawę określaną jako *hands-off policy*, pozostawiając dalszy rozwój Internetu podmiotom prywatnym. W krótkim czasie zastosowania nowego medium wkroczyły głęboko w obszary zainteresowania polityki publicznej, nie tylko krajowej, ale i międzynarodowej. Skutków prywatyzacji Internetu nie sposób już było odwrócić. Prywatny Internet stał się zjawiskiem trwałym i globalnym. Jego struktura własnościowa nadal pozostaje rozproszona. Regulacja zachowań użytkowników Internetu, bazująca na wewnętrznym prawie państwowym, może być rozwiązaniem skutecznym, na co wskazują doświadczenia np. w dziedzinie zwalczania niektórych aspektów przestępczości komputerowej, ale jego zakres oddziaływania jest siłą rzeczy ograniczony podmiotowo i terytorialnie. Żaden lokalny suweren nie ma legitymacji do samodzielnego regulowania globalnego zjawiska, a każde działanie zmierzające w tym kierunku jest zarazem ingerencją w kompetencje innych państw.

W tym kontekście warto zwrócić uwagę, iż część współczesnych filozofów prawa poddaje krytyce konstytutywne tezy pozytywizmu prawniczego, w szczególności tzw. tezę społeczną, zakładającą monopol i onnipotencję państwowej regulacji prawnej. Jedną z konkurencyjnych propozycji jest koncepcja państwa postregulacyjnego (*post-regulatory state*). Została ona sformułowana w obliczu zacierania się wyraźnego rozgraniczenia pomiędzy państwami i rynkami, pomiędzy sferą publiczną a prywatną. Jest to taki typ organizacji politycznej, w którym kontrola zachowań następuje poprzez wykorzystanie szerokiej gamy procesów sterowania, a nie jedynie wskutek użycia prawa państwowego. Prawo pełni funkcję jednego z wielu systemów kontrolnych. Towarzyszą mu różnorodne formy i procedury tworzenia norm, m.in. standaryzacja techniczna, normalizacja itp. Istnieje wiele mechanizmów kontroli i wiele ośrodków kontroli, np. ponadnarodowe zrzeszenia, organizacje pozarządowe, związki zawodowe, organizacje akredytacyjne, ubezpieczeniowe i bankowe¹¹⁶.

Prawo pozytywne jest tylko i wyłącznie jedną z taktyk rządzenia, która dodatkowo przejmuje metody sterowania od innych systemów, np. zapożycza instrumenty regulacyjne z zakresu ekonomii i edukacji (np. sterowanie przez bodźce, kampanie spo-

¹¹⁶ Por. C. Scott, *Regulation in the Age of Governance: The Rise of the Post-Regulatory State w: The Politics of Regulation: Institutions and Regulatory Reforms for the Age of Governance*, Ed. By J. Jordana, D. Levi-Faur, Elgar Publishing 2005, s. 145-174.

łeczne)¹¹⁷. Katalog potencjalnych środków kontroli poszerza się dodatkowo o rozwiązania techniczne wykorzystywane w informatyce. Na coraz większą skalę ośrodki prawodawcze starają się „wkomponowywać” reżimy prawne w technikę, osadzić je w technice, nadać jej kształt, który w najwyższym stopniu odpowiadałby ustalonym przez nie dyrektywom. Wykonywanie władzy coraz częściej przejawia się poprzez codzienne kształtowanie, formację i nadzór niż przez wymierzanie sankcji *ex post facto*. Określone ścieżki przemian technicznych są wyznaczane przymusowo lub stymulowane przez bodźce ekonomiczne, podczas gdy inne są tłumione i wypierane z rynku.

Rewolucja cyfrowa spowodowała, że ochrona wielu wartości prawnych, takich jak wolność słowa, zaczyna być domeną informatyków, inżynierów i programistów, czyli osób, które kształtują cyfrowe środowisko, określają reguły konstrukcyjne technicznej bazy dla interakcji społecznych. Od momentu prywatyzacji Internetu nie istnieje centralny ośrodek władzy stanowiący reguły obowiązujące wszystkich użytkowników. Poszczególne fragmenty sieci są zarządzane w sposób względnie autonomiczny przez publicznych lub niepublicznych operatorów. Trwanie przy pozytywistycznym paradygmacie nie pozwala na wyjaśnienie wielu procesów regulacyjnych o charakterze niepolitycznym, dzięki którym, mimo braku międzynarodowej konwencji, globalny Internet może sprawnie funkcjonować. Heterogeniczny reżim normatywny Internetu określa K. Dobrzeński jako *lex informatica*. Termin ten został zapożyczony z literatury amerykańskiej. Nie ma on zastanych, ściśle i trwale określonych konturów znaczeniowych. Wymaga zatem doprecyzowania. Definiując pojęcie *lex informatica*, można skorzystać z typologii modeli regulacji Internetu, którą zaproponował S. Biegel. Rozróżnia on stronę podmiotową zagadnienia, tzn. określenie, kto może regulować Internet, wskazując przy tym na trzy kategorie podmiotów: pojedyncze państwa, organizacje międzynarodowe, podmioty niepubliczne. Drugą kwestią jest określenie, jak i za pomocą jakich środków proces regulacji może następować. Biegel wyszczególnia: środki normatywne i pozanormatywne (tzw. regulację infrastrukturalną). Kombinacja trzech podstawowych aktorów i dwóch kategorii środków daje w sumie sześć „metod regulacji Internetu”. Będą to: regulacja behawioralna w drodze stanowienia przepisów prawnych przez poszczególne państwa, państwowa regulacja metodami infrastrukturalnymi, normy prawa międzynarodowego, narzucanie określonych rozwiązań tech-

¹¹⁷ L. Morawski, Główne problem współczesnej filozofii prawa. Prawo w toku przemian, Warszawa 2005, s. 93-102.

nicznych przez organizacje międzynarodowe, ustalenie reguł zachowania przez podmioty niepubliczne, prywatne środki implementacji „kodu” (*private architectural adjustment*)¹¹⁸.

Lex informatica obejmuje zastosowanie piątej i szóstej metody regulacji Internetu. Termin ten oznacza więc reguły określające zachowania użytkowników globalnej sieci teleinformatycznej, których przestrzeganie może zostać wyegzekwowane poprzez zastosowanie technik komunikacyjnych i informatycznych. W grę wchodzi tylko i wyłącznie reguły, które zostały ustanowione przez podmioty niepubliczne. Zakres dopuszczalnych rozwiązań obejmuje zarówno akty jednostronnego stanowienia, jak i różne formy uzgadniania przyjmowanych zasad pomiędzy podmiotami, twórcami norm i ich adresatami. Niekiedy mamy do czynienia z tzw. samoregulacją, gdy podmioty związane regułami postępowania uczestniczą w tworzeniu i egzekucji tych reguł¹¹⁹.

Relacja pomiędzy regułami *lex informatica* a państwem może być różnie kształtowana. Na początku lat dziewięćdziesiątych XX w. rozwój techniki wyprzedzał zdolności adaptacyjne wielu krajowych ośrodków prawodawczych. Rozwój *lex informatica* następował więc w warunkach słabości podmiotów państwowych. Jedne państwa, jak USA, wyzbywały się władztwa publicznego nad infrastrukturą informatyczną w drodze prywatyzacji, wiele innych pozostawało w stanie swoistej dezorientacji co do oceny rodzącego się aterytorialnego żywiołu. Po tym stosunkowo krótkim okresie rozwój reguł *lex informatica* wymagał już co najmniej biernej postawy ze strony najbardziej rozwiniętych państw świata, na zasadach negatywnej tolerancji. Podobnie jak niegdyś *lex mercatoria*¹²⁰ (powszechne prawo średniowiecznych kupców), *lex informatica* mogło się rozwijać w stanie przyzwolenia, neutralności bądź braku zainteresowania ze strony ośrodków władzy politycznej. W latach 1995-2005 mieliśmy do czynienia ze względną autonomią ośrodków tworzenia reguł *lex informatica*. Wypełniło ono technologiczne „nisze”, których tradycyjna, „państwo centryczna” aktywność prawodawcza nie chciała, nie umiała albo wcióż nie była w stanie osiągnąć.

Do ukazania relacji pomiędzy *lex informatica* a systemem prawa stanowionego pomocna wydaje się koncepcja szkockiego filozofa N. MacCormicka, twórcy tzw.

¹¹⁸ Por. S. Bieguel, *Beyond Our Control? Confronting the Limits of Our Legal System in the Age of Cyberspace*, Cambridge (Massachusetts) 2001, s. 124.

¹¹⁹ J.W. Maxwell, T.P. Lyon, S.C. Hackett, *Self-Regulation and Social Welfare: The Political Economy of Corporate Environmentalism*, „The Journal of Law and Economics” 43 (2000), No. 2, s. 584.

¹²⁰ Zob. B. Ziemblicki, *Lex mercatoria jako prawo właściwe dla rozstrzygnięcia sporu*, w: B. Mielnik *Z problematyki źródeł prawa międzynarodowego*, Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego, Wrocław 2017, s.121-143.

instytucjonalnej teorii prawa. Dla MacCormicka prawo państwowe jest zaledwie jednym z wielu równoważnych „instytucjonalnych porządków normatywnych” (teza o pluralizmie prawnym)¹²¹. Położenie prawne jednostki może być zatem wyznaczone jednocześnie przez więcej niż jeden instytucjonalny porządek normatywny, a konfliktu reguł, do którego dochodzi w takiej sytuacji, nie sposób rozwiązać przy użyciu metod prawniczych. Teza ta pozostaje w sprzeczności z założeniami „czystej teorii prawa” H. Kelsena¹²², teorii, która zdominowała kulturę prawną Zachodu w XX w. Koncepcja MacCormicka podważa w szczególności twierdzenie, że każdy porządek normatywny, który pretenduje do posiadania mocy obowiązującej, musi pozostawać częścią powiązanej w sposób dynamiczny całości - jednego systemu prawa. W przypadku kolizji rozstrzygnięć zapadłych w ramach konkurujących porządków nie jest możliwe przyznanie jednemu z nich pierwszeństwa, opierając się na instrumentarium wnioskowań prawniczych. Należy wówczas odwoływać się do kryteriów zewnętrznych wobec danych systemów. Takimi mogą być np. rozważenie stosunków siły, struktur i relacji władzy, która wspiera ten lub inny porządek. Zakres przedmiotowy *lex informatica* obejmuje zachowania użytkowników Internetu, polegające na ich zaangażowaniu w procesy komunikacji elektronicznej, a więc tę część aktywności intelektualnej, która związana jest z elektronicznym przetwarzaniem danych - np. twórczość, inne formy ekspresji indywidualnej i zbiorowej, prywatność, a także tzw. tożsamość informacyjną. Wraz z prywatyzacją Internetu pojawiła się potrzeba wypracowania nowych mechanizmów podejmowania decyzji o technicznych i administracyjnych funkcjach całego systemu. Miało to służyć zapewnieniu interoperacyjności sieci. Powstała potrzeba ciągłego opracowywania reguł w zakresie m.in. rozwoju protokołów komunikacyjnych, innych specyfikacji ogólnych oraz zarządzania nazwami i adresami. Nie wszystkie tego rodzaju decyzje mogły zapadać na poziomie rozproszonych terytorialnie prywatnych dostawców usług internetowych i administratorów sieci lokalnych. Wyłoniło się więc co najmniej kilka porządków normatywnych o różnym stopniu instytucjonalizacji, które objęły swoim zasięgiem poszczególne aspekty funkcjonowania Internetu: od kwestii czysto technicznych zaczynając, na zagadnieniach własności intelektualnej kończąc.

¹²¹ N. MacCormick, *Institutions of Law: An Essay in Legal Theory*, Part 3 Law, State, and civil society Oxford University Press, 2007.

¹²² H. Kelsen *Pure theory of law*. Translation from the Second German Edition by Max Knight. Berkeley: University of California Press, 1967.

Egzekucja reguł *lex informatica* następuje poprzez wykorzystanie właściwości architektury sieci - czyli tzw. „kodu” Internetu. Do tego celu używane są środki sterowania infrastrukturalnego, przede wszystkim standaryzacja techniczna. Stanowią one „tworzywo”, które może posłużyć do budowania systemów kontroli zachowań. Należy zwrócić uwagę na pewną cechę strukturalną *lex informatica*, którą można określić mianem warstwowości. Wiąże się ona ze wspomnianym zapośredniczeniem oddziaływania *lex informatica* w „kodzie”, jako medium regulacji. Architekturę sieci tworzy, co najmniej kilka poziomów (warstw), w ramach, których może dochodzić do ingerencji quasi-prawodawczej. Poziomem najniższym są standardy technologiczne, które wyznaczają obowiązujące protokoły transmisji danych. Kolejny poziom zajmują tzw. standardy techniczne¹²³. Standardy „drugiego poziomu” wyznaczają wzorce oprogramowania (*software*), które również może być użyte do regulacji zachowań. Każdy kolejny poziom jest niejako fundowany na poziomie wcześniejszym. Zmiana w obrębie tego ostatniego determinuje zmianę w obrębie rozwiązań *lex informatica* wyższego rzędu. Egzekucja norm *lex informatica* na niższych poziomach może następować niezależnie od świadomości osoby, której zachowanie jest poddawane kontroli. Na wyższych poziomach pojawia się potrzeba jej internalizacji przez użytkowników.

1.2. Normatywne problemy regulacji Internetu

Jako przykład porządku normatywnego, mieszczącego się w zakresie pojęcia *lex informatica*, może posłużyć zinstytucjonalizowany porządek normatywny powstający w ramach Internetowej Korporacji ds. Rozdziału Nazw i Adresów (Internet Corporation for Assigned Names and Numbers). ICANN¹²⁴ powstała w 1998 r. w Kalifornii, jako prywatna organizacja pożytku publicznego, działająca na zasadach non-profit. Korporacja wzięła udział w prywatyzacji Internetu, przejmując od rządu Stanów Zjednoczonych odpowiedzialność w zakresie koordynowania działań technicznych służących promowaniu i utrzymywaniu uniwersalnej „zdolności przyłączeniowej” Internetu. Kompetencja ICANN w tej dziedzinie jest uznawana przez aktorów sprawujących kontrolę nad kluczowymi fragmentami infrastruktury Internetu, reprezentujących zarówno sferę publiczną (państwa lub ich związki), jak i sferę prywatną. Udział przedstawicieli

¹²³Por. D. Benoliel, *Technological Standards, Inc.: Rethinking Cyberspace Regulatory Epistemology*, *California Law Review* 92 (2004), s. 1078.

¹²⁴<https://www.icann.org>, (dostęp 31.07.2020).

rządów w działalności ICANN ogranicza się do funkcji doradczych w ramach jednego z afiliowanych przy niej komitetów.

ICANN pełni funkcję internetowego nawigatora i kartografa jednocześnie. Tworzy zrozumiałą dla użytkowników „mapę” globalnej „między-sieci” i wskazuje im, którymi „ścieżkami” na tej mapie powinni się poruszać, aby trafić do pożądaných celów. Koordynuje proces „przydzielania” poszczególnym komputerom adresów domenowych. Sprawne i niezawodne działanie systemu adresowania jest jednym z warunków rozwoju gospodarki elektronicznej i wszelkich innych form Internetowej aktywności społecznej. Rozdział domen ma charakter rozłączny. Oznacza to, że dany adres domenowy nie może być przyporządkowany więcej niż jednemu „miejscu” w sieci. Nazwy domenowe są samoistnymi dobrami majątkowymi, identyfikującymi uczestników rynku i komercyjne zasoby informacyjne (towary i usługi). Z uwagi na częste występowanie sporów o prawa do poszczególnych adresów, ICANN opracował model rozstrzygnięcia konfliktów w drodze arbitrażu. Jego materialną i proceduralną podstawę stanowiła polityka jednolitego rozstrzygnięcia sporów dotyczących nazw domen wydana przez korporację. Na tej podstawie w ciągu kilku lat wykształcił się semiprywatny, autonomiczny system normatywny. Panele arbitrów podejmujące decyzje w sporach o domeny często dokonywały twórczej wykładni przepisów „Polityki rozstrzygnięcia”. G. Teubner zwrócił uwagę na problem, który pojawia się, ilekroć przy orzekaniu w sporach prywatnych arbiter bierze się pod uwagę prawa podstawowe (np. wolność słowa), które co do zasady mają zastosowanie wyłącznie w relacjach wertykalnych (państwo-obywatel), a nie horyzontalnych (jednostka-jednostka). Odwołanie się w takich przypadkach przez panel do jednego z krajowych porządków prawnych prowadzi do zarzutu „imperializmu prawnego”, kolonizacji transnarodowej przestrzeni komunikacyjnej przez jedną z narodowych kultur prawnych¹²⁵. Alternatywą mogłoby być stworzenie autonomicznego porządku prawnego w drodze prawa precedensowego. Z tego rodzaju zjawiskiem mamy do czynienia w ramach systemu ICANN. Poszczególne składy arbitrów tworzą system prawa precedensowego, rozstrzygając na podstawie wcześniej wydanych decyzji (*stare decisis*), albo też wprowadzając rozróżnienia (*distinguishing*). Dokonują „autonomicznej reprodukcji praw fundamentalnych w obrębie niezależnej logiki internetowego systemu społecznego”. Opierają się przy tym na fikcji „wspólnego rdzenia” zasad prawnych o globalnym zasięgu, obejmującym także prawa człowieka. Konkretyzują

¹²⁵G. Teubner, V. Karavas, The Horizontal Effect of Fundamental Rights on “Private Parties” within Autonomous Internet *Law*, „German Law Journal” 4 (2003), no. 12, s. 1341.

specyficzne dla Internetu prawa podstawowe w obrębie prawa powszechnego „między-sieci”¹²⁶. Rozwój porządku normatywnego ICANN prowadzi, zatem do formowania się katalogu praw podstawowych na zasadzie prawa precedensowego, w zakresie np. ochrony znaków towarowych, wolności ekspresji, dóbr osobistych etc. Legitymacja ICANN do stanowienia reguł nie ma charakteru legalistycznego ani demokratycznego. Można ją raczej określić, jako odmianę legitymacji charyzmatycznej, której podstawę stanowią efektywność i profesjonalizm. Funkcjonowanie ICANN wsparły te ośrodki władzy, którym najbardziej zależało na utrzymaniu stabilności i operatywności „między-sieci”, a więc przede wszystkim organizacje ekspertów technicznych, przedsiębiorstwa działające w branży teleinformatycznej oraz państwa o rozwiniętym sektorze telekomunikacyjnym. Przypadek ICANN pokazuje, że możliwe jest istnienie pozarządowej instytucji, która koordynuje jeden z kluczowych aspektów funkcjonowania transgranicznego Internetu.

W nowożytnej tradycji władza prawodawcza była zcentralizowana w terytorialnych organizacjach politycznych. Prawo państwowe praktycznie zdominowało wszelkie inne porządki, a samo pojęcie prawa stało się synonimem prawa państwowego. Obserwowane współcześnie przemiany w strukturach władzy, sposobie jej postrzegania i sprawowania, związane m.in. z procesami policentrycznej globalizacji, zmieniają relacje sił stojących za poszczególnymi porządkami normatywnymi, w tym także wyobrażenia o ich wzajemnym podporządkowaniu i zależności. Obecny stan stosunków międzynarodowych i relacji władczych między podmiotami politycznymi i niepolitycznymi uprawnia do stwierdzenia, że *lex informatica* jest przykładem reżimu globalnego pozostającego w stanie względnej autonomii względem systemu prawa państwowego i międzynarodowego. Składają się na niego różnorodne mechanizmy funkcjonujące „obok” tych systemów, takie jak nieformalna współpraca rządowych agencji regulacyjnych różne formy partnerstwa publiczno-prywatnego, a także procesy samoregulacji przemysłowej.

Podsumowując rozważanie dotyczące *lex informatica*, należy stwierdzić, iż *lex informatica* mieści się w zakresie szeroko rozumianego pojęcia „prawo”. Podobnie jak prawo związków wyznaniowych i organizacji sportowych zalicza się ono do niepaństwowych porządków prawnych. W tym sensie można mówić o jego autonomii. Elementy, które w moim przekonaniu przesądzają o oryginalności *lex*

¹²⁶ A.D. Murray, Regulation and Rights in Networked Space, „Journal of Law and Society” 30 (2003), no. 2., s. 186-216.

informatica, to multicentryczność, globalny zasięg oddziaływania oraz specyficzny sposób ogłaszania i egzekucji reguł, polegający na „wkomponowywaniu” ich w techniczną infrastrukturę (architekturę środowiska). Jest to prawo mające ograniczony zakres przedmiotowy, ponieważ obecnie rozwija się głównie w ramach „nisz” pozostawianych przez regulację państwową i międzynarodową. Jest specyficzne i charakterystyczne dla technicznych uwarunkowań Internetu.

Wytworzenie cyberprzestrzeni, jako platformy wymiany informacji i myśli obok wsparcia technologicznego musi opierać się na określonej gwarantowanej przez prawo sferze wolności obywatelskich i prawa do informacji i wypowiedzi. Zwrócił na ten problem uwagę J. Rzucidło, wskazując ujęcie kwestii informacji w Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej¹²⁷. Zdaniem Rzucidło ustrojodawca dostrzegł wagę informacji, mimo to pojęcie to pozostawił bez definicji¹²⁸. Jego zdaniem twórcy obecnie obowiązującej konstytucji formułując treść poszczególnych norm prawnych, nie zdawali sobie sprawy, że sama informacja stanie się niemalże centralnym dobrem w państwie. Za podstawowe w każdym demokratycznym państwie należy uznać postanowienia przepisu art. 54 ust. 1 *Konstytucji RP*, które potwierdzają prawo każdego człowieka, każdej jednostki do pozyskiwania i rozpowszechniania informacji. Przy czym z wolnością tą rozpatrywać należy nierozdzielnie wolność mediów. W ramach tejże wolności można wyszczególnić różne sfery aktywności jednostki, jak: wyrażanie swoich własnych poglądów, pozyskiwanie, gromadzenie i rozpowszechnianie informacji o faktach, o cudzych poglądach, zarówno ze sfery życia prywatnego, jak i publicznego. Z wolnością tą związany jest zatem cały szereg norm konstytucyjnych, poczynając od preambuły oraz regulacji rozdziału I - art. 11, art. 12, art. 13, art. 14, art. 16, art. 17, art. 25 - aż po postanowienia rozdziału II - art. 35, art. 45 ust. 2, art. 49, art. 53, art. 63, art. 70, art. 73 *Konstytucji RP*. Przede wszystkim zaś znaczenie podstawowe należy przypisać z jednej strony art. 51 *Konstytucji RP*, z drugiej zaś art. 54 ust. 1, art. 61 i art. 74 ust. 3. Rzucidło zwraca uwagę na skorelowany z wolnościami konstytucyjnymi problem dopuszczalności ograniczenia wolności komunikacji i prawa do informacji. Limitowanie wolności lub praw dotyczy niemal całego konstytucyjnego katalogu. Warunki jego dokonywania określa przede wszystkim przepis art. 31 ust. 3 *Konstytucji RP*. Statuuje on podstawowe

¹²⁷ Konstytucja RP z 2.04.1997 r. Dz. U. 1997 Nr 47, poz. 483

¹²⁸Zob. J. Rzucidło *Elektroniczny rząd. Aspekty konstytucyjnoprawne*, Wydawnictwo Sejmowe 2015 - rozdział III. „Informacyjny status jednostki w Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej” stron 354 oraz J. Węgrzyn *Prawo konsumenta do informacji w Konstytucji RP i w prawie unijnym*, Prace Naukowe Wydziału Prawa, Administracji i Ekonomii Uniwersytetu Wrocławskiego, Wrocław 2013, s. 110-148.

zasady dotyczące możliwości redukowania zakresu korzystania z wolności i praw, stanowiąc, że: ograniczenia w zakresie korzystania z konstytucyjnych wolności i praw mogą być ustanawiane tylko w ustawie i tylko wtedy, gdy są konieczne w demokratycznym państwie dla jego bezpieczeństwa lub porządku publicznego, bądź dla ochrony środowiska, zdrowia i moralności publicznej, albo wolności i praw innych osób. Nie mogą ponadto naruszać istoty wolności i praw. Pojęcie cyberprzestrzeni na tle wolności i prawa do informacji obywatela zrodzić musiało pytanie o interakcje pomiędzy technologią informatyczną, prawami obywatelskimi a funkcjonowaniem społeczeństwa. Wspólną płaszczyzną dla tych pojęć okazała się formuła społeczeństwa informacyjnego.

2. Charakterystyka społeczeństwa informacyjnego jako użytkownika technologii informacyjno-komunikacyjnych

Zmiany relacji społecznych, spowodowanych rozwojem technologicznym stanowią przedmiot zainteresowania nauk społecznych, prawnych oraz ekonomii. Bez zrozumienia zachodzących zjawisk nie będzie możliwe pełne zrozumienie koncepcji rozwoju usług elektronicznych w obszarze ochrony zdrowia. W literaturze pojawiło się określenie społeczeństwa elektronicznego, czyli e-society.¹²⁹ H. Kubicek określił społeczeństwo informacyjne jako formację społeczno-gospodarczą, w której dominującą rolę odgrywa produktywnie wykorzystanie zasobu, jakim jest informacja¹³⁰. Jak pisze M.F. Gawrycki, tzw. rewolucja informacyjna doprowadziła do ukształtowania się nowego typu społeczeństwa. Po społeczeństwie rolniczym i przemysłowym nastąpiło społeczeństwo ponowoczesne, które nie doczekało się jeszcze jednej, powszechnie akceptowanej nazwy. W literaturze przedmiotu stosuje się takie terminy, jak „społeczeństwo postindustrialne”, „społeczeństwo postkapitalistyczne”, „społeczeństwo technokratyczne”, „społeczeństwo technotroniczne”, „społeczeństwo postliberalne”, „trzecia fala demokracji”, „społeczeństwo usług”, „społeczeństwo technologiczne”, „społeczeństwo sieciowe”, „neokapitalizm”, „społeczeństwo uczące się”, „społeczeństwo oparte na wiedzy” czy chyba najbardziej popularny termin „społeczeństwo informacyjne”.¹³¹ Charakterystyczną cechą tego nowego rodzaju ułożenia relacji społecznych jest przesunięcie zatrudnienia z gałęzi przemysłu na sferę usługową, podobnie jak za sprawą rewolucji przemysłowej doszło do przesunięcia zatrudnienia z rolnictwa do przemysłu.

T. Goban-Klas uważa, że społeczeństwo informacyjne to społeczeństwo, które nie tylko posiada rozwinięte środki przetwarzania informacji i komunikacji, lecz także, że środki te są podstawą tworzenia dochodu narodowego i dostarczają źródła utrzymania większości społeczeństwa¹³². Bardzo syntetyczna jest definicja zaproponowana przez M. Casey, który pisze, że społeczeństwo informacyjne jest to społeczeństwo,

¹²⁹ Zob. szerzej: J. Kisielnicki, Społeczeństwo informacyjne a cyberterrorizm, w: Informatyka dla przyszłości, red. J. Kisielnicki, Wyd. Naukowe Wydziału Zarządzania Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa, 2008, s. 21-32; G. Magoulas, G. Lepouras, C. Vassilakis, "Virtual reality in the e-Society", Springer London, 2007, s.71-73.

¹³⁰ H. Kubicek, Möglichkeiten und Gefahren der "Informationsgesellschaft", 1999, Bremen <http://www.fgtk.informatik.uni-bremen.de/ig/WS99-00/studienbrief/index.html>, (dostęp 13.01.2020)

¹³¹ Szerzej: F.M. Gawrycki, Społeczne aspekty rewolucji informacyjnej w: Rozwój w dobie globalizacji, A. Bąkiewicz, U. Żuławska, PWE, Warszawa 2010, s. 568-569.

¹³² Szerzej: T. Goban-Klas, P. Sienkiewicz : Społeczeństwo informacyjne: szanse, zagrożenia, wyzwania, Wydawnictwo Fundacji Postępu Telekomunikacji, Kraków 1999, s.42-94.

w którym informacja jest kluczowym elementem społeczno-ekonomicznej działalności¹³³. J. Oleński dla określenia tego stanu używa pojęcia społecznego ładu informacyjnego, który wyjaśnia następująco: „społeczny ład informacyjny rozumiany jako kompleks społecznych norm procesów, systemów i zasobów informacyjnych na podstawie, których funkcjonują społeczeństwa, państwa i gospodarki”.¹³⁴ Kojarzenie pojęć z zakresu teleinformatyki z klasycznymi pojęciami ustrojowymi takimi jak pojęcie demokracji stało się przedmiotem zainteresowania przedstawicieli doktryny. Jednym z nich jest L. Porębski¹³⁵. Zwraca on uwagę, iż pojęcie „społeczeństwo informacyjne” było jednym z wielu pojawiających się w próbach uchwycenia istoty przemian zachodzących w kontekście rozwoju technologicznego. Wśród określeń, które pojawiały się w tym kontekście autor wymienia pojęcia: „społeczeństwo obsługiwane przez komputery” (*computer-serviced society*, Sackman 1967), „społeczeństwo wiedzy” (Drucker 1970), społeczeństwo postindustrialne” (Bell 1973), społeczeństwo telematyczne” (Martin 1981) czy wreszcie „społeczeństwo sieci”. Ostatnie z określeń stanowi tytuł prac M. Castellsa¹³⁶. L. Porębski wskazuje na prawidłowość związaną z pojawianiem się nowych rozwiązań technologicznych a intelektualnymi spekulacjami na temat konsekwencji wdrożenia ich do życia codziennego. Znamienne jest przywołanie przez Porębskiego jednego z dialogów Platona. W „Fajdroście” znajduje się fragment, w którym Sokrates wygłasza ostrą krytykę pisma jako sposobu zapisu ludzkiej myśli. Mowa ma, zdaniem filozofa, zdecydowaną przewagę nad pismem, ponieważ daje możliwość prowadzenia rzeczywistego dialogu, ćwiczy pamięć, a także pozwala na prostowanie ewentualnych błędnych interpretacji, wypowiedzianych wcześniej słów. Jeszcze bardziej obrazowo wygląda przywołanie przez L. Porębskiego opisanego przez G. Oggera w: „Geniusze i spekulanci. Jak rodził się kapitalizm” ekspertyzy bawarskiego kolegium medycznego na temat zdrowotnych skutków rozpowszechniania się kolei, w której eksperci podnoszą, iż: *„Szybki ruch nieuchronnie wywołać musi u podróżnych chorobę mózgową – szczególną formę delirium furiosum. Jeśli zaś sami podróżni mimo to chcą narażać się na te okropne niebezpieczeństwa, państwo winno przynajmniej chronić patrzących, którzy od samego widoku przejeżdżającego wozu parowego popadną w tę samą chorobę. Stąd konieczne jest osłonięcie stacji wysokim parkanem”*. Obie oceny

¹³³ Szerzej: M. Casey: Europejska polityka informacyjna. Wyzwania i perspektywy dla administracji publicznej. Toruń: 2001, s 46 i n.

¹³⁴ Szerzej: J. Oleński Infrastruktura informacyjna państwa w globalnej gospodarce, Wydawnictwo Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa 2006, s. 19-60.

¹³⁵ Zob. L. Porębski: Lokalny wymiar demokracji elektronicznej, Kraków 2012, s. 14, 21-25.

¹³⁶ Zob. M. Castells, Społeczeństwo sieci, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa, wydanie 2, 2010

postępu, zarówno tę antyczną jak i nowożytną, można przedstawić jako klasyczny przykład braku intelektualnych możliwości percepcji zmian związanych z radykalnymi przemianami technologicznymi.

Przed podobnym wyzwaniem stoi obecnie instytucja państwa i prawa wobec wielokierunkowego rozwoju technologii cyfrowych. L. Porębski analizując ustalenia innych autorów powołuje się na koncepcję społeczeństwa postindustrialnego D. Bella. Według Bella istotą modelu życia społecznego jest występowanie trzech elementów. Pierwszym z nich jest rosnąca rola usług na rynku pracy, która z upływem czasu i rozwoju technologii informacyjno-komunikacyjnych¹³⁷, zaczyna oznaczać gwałtowny wzrost zatrudnienia w sektorach i firmach bezpośrednio związanych z przetwarzaniem i zarządzaniem informacjami¹³⁸. Towarzyszy temu stopniowe nasycenie nowymi technologiami miejsc pracy, co sprawia, że podstawowym narzędziem pracy staje się komputer. Jego wykorzystanie nie ogranicza się do wykonywania działań arytmetycznych, ale oznacza korzystanie z baz danych, migracje informacji, czy ich analizę. Konsekwencją wzrostu dostępu do informacji jest wzrost znaczenia wiedzy eksperckiej i naukowej dla funkcjonowania państwa i instytucji gospodarczych, co wynika ze skomplikowanych struktur organizacyjnych, zwiększających popyt na umiejętności planowania czy prognozowania. We wszystkich procesach tego typu wiedza, dostęp do informacji mają podstawowe znaczenie. Eksperci i osoby związane zawodowo z ICT są w stanie odpowiedzieć na tego typu zapotrzebowanie. Ich rola rośnie również w sferze decyzyjnej. Rozwój sektora usług i podaż wiedzy eksperckiej generują wzrost zapotrzebowania na nowe rodzaje usług, doskonalenie już funkcjonujących i zgłaszają zapotrzebowanie na nowe rozwiązania z zakresu ICT.

Koncepcja społeczeństwa informacyjnego Bella obejmuje kilka warstw. Najbardziej wewnętrzna to sfera innowacji technologicznych, będących katalizatorem kolejnych przemian. Generuje ona transformacje w sensie ekonomicznym. Gospodarka tworzy drugą warstwę pojęcia „społeczeństwo informacyjne”. Pojawienie się nowego typu przedsiębiorstw, zmiany na rynku pracy i wzrost ekonomiczny, wzrost znaczenia informacji oddziałują i przenoszą się na obszar kultury polityki czy edukacji. Zdaniem L. Porębskiego technologia jest przyczyną procesu tworzenia się nowego modelu społeczeństwa, a gospodarka dokonuje absorpcji ICT i rozprzestrzenia efekty ich funk-

¹³⁷ Dalej „TIK”, zamiennie z „ICT”

¹³⁸ D. Bell, *The Coming of Post-Industrial Society: A Venture in Social Forecasting* Reissue Edition, 1973, s. 56.

cjonowania na kolejne dziedziny życia społecznego. Warty odnotowania jest spostrzeżenie L. Porębskiego dotyczącego pierwszych prób wykorzystania technologii ICT jako elementu wspierającego demokratyczne procedury wyborcze, które miały miejsce już pod koniec lat siedemdziesiątych XX wieku w Stanach Zjednoczonych¹³⁹.

Istotnym są ustalenia związane z połączeniem rozwoju technologicznego z rozwojem instytucji publicznych. L. Porębski zwraca uwagę, iż po tym jak udało się stworzyć katalog podstawowych praw obywatelskich i uczynić z niego integralny element funkcjonowania liberalnego państwa, rozpoczął się w XIX w kolejny etap budowy europejskiej demokracji. Stał on pod znakiem konstruowania nowoczesnego parlamentarizmu. Obywatele mając określone prawa upomnieli się o realny udział w sprawowaniu władzy. W tym okresie powstał zbliżony do współczesnego model demokracji przedstawicielskiej, wykrystalizowała się pozycja partii politycznych a także oddzielono bieżącą politykę od struktur administracyjnych. Trzeci etap ewolucji państwa demokratycznego przypada na wiek XX a jego charakterystycznym rysem jest akcent położony na sprawy społeczne. Zbudowany model państwa dobrobytu wyczerpał w drugiej połowie XX wieku swoje możliwości rozwojowe. Potrzebny jest nowy paradygmat. Jego istotą powinna być taka redystrybucja władzy, by odpowiedzialność za sprostanie zmianom o charakterze gospodarczym, demograficznym, środowiskowym, społecznym i kulturowym była dzielona wspólnie przez obywateli, państwa, społeczności, a także sektor prywatny. Czwarty etap rozwojowy związany jest z budzeniem się indywidualnej i grupowej świadomości obywateli, chcących przejmować odpowiedzialność za różne aspekty życia zbiorowego.

Nowość i złożoność technologii cyfrowych rozpatrywać można w aspekcie socjologicznym, którego przedstawienie jest niezbędne do zawiązania triady: zdrowie - technologia ICT - prawo. M. Jędrzejko i D. Morańska¹⁴⁰ przedstawiając socjologiczne spojrzenie na skutki rozwoju technologicznego odwołują się w swoich ocenach do E. Fromma. Twierdził on, że postęp jest możliwy jedynie wtedy, gdy zmiany dokonują się jednocześnie w ekonomicznej, społeczno-politycznej i kulturalnej perspektywie, a każdy postęp ograniczony jedynie do jednej ze wskazanych sfer jest destrukcyjny

¹³⁹ Nie użyto do tego Internetu, który pojawił się dopiero kilkanaście lat później, lecz interaktywnej telewizji kablowej. W 1978 roku w amerykańskim mieście Upper Arlington, przy użyciu tego typu systemu przeprowadzono transmisję obrad rady miasta, zakończoną elektronicznym głosowaniem nad dyskutowanymi przez radnych propozycjami mieszkańcy korzystali w tym celu ze specjalnych przystawek podłączonych do telewizorów.

¹⁴⁰ Zob. M. Jędrzejko D. Morańska Pałapki współczesności Część I Cyfrowi Tubylcy socjopedagogiczne aspekty nowych technologii cyfrowych Dąbrowa Górnicza - Warszawa 2013, s. 101-110.

dla postępu we wszystkich sferach.¹⁴¹ Autorzy stawiają zatem pytanie czy rozwijający się świat XXI wieku nie prowadzi do stanu nieustannego pobudzenia, uniemożliwiającego refleksję nad samym sobą, sensem istnienia życia w nieustannym ruchu. Bez refleksji nad człowiekiem zaczynają panować bezduszna techniczna organizacja i instytucje a bombardujące informacje zmuszają do podejmowania szybkich wyborów i decyzji. Pojawia się ciekawa koncepcja „cyfrowych imigrantów” i „cyfrowych tubylców”. Cyfrowi imigranci to grupa dla których tekst jawi się jako podstawowe źródło poznawania, określa ich: jednozadaniowość, pojedyncze cele, ograniczone zasoby, myślenie sekwencyjne, preferowanie zadań pojedynczych, wolniejsze wchodzenie w nowe technologie. Z kolei cyfrowi tubylcy cechowani są przez: wielozadaniowość, kluczowe znaczenie obrazu i tekstu połączonego z obrazem, wieloobrazowość i wielokanałowy przekaz dźwiękowy, umiejętność pracy w złożonym środowisku informacyjnym, multimedialność, myślenie równoległe, wiele umiejętności i zasobów funkcjonalnych, szybkie opanowanie nowych technologii. Obie z opisanych postaw są skrajne, w równym stopniu paradoksalnie utrudniają racjonalne dysponowanie i wykorzystanie wiedzy, w tym wiedzy medycznej. Starając się zwerbalizować zagrożenie nadmiernej aktywności powtórnie należy sięgnąć do źródeł antycznych i przywołać głos Seneki, który w Dialogach: *De brevitae vitae*,¹⁴² poucza ludzi Zachodu stwierdzając: *Człowiek zajęty najmniej jest zdalny do życia, ponieważ żadna umiejętność nie jest trudniejsza niż umiejętność życia. Biegłym w innych umiejętnościach jest wszędzie wielu, niektóre z nich nawet młodzi opanowali do tego stopnia, że i sami mogliby innych nauczać.* Konstatacja Seneki brzmi aktualnie po upływie prawie dwóch tysiącleci. B. Siemieniecki¹⁴³ stwierdza, iż informacyjna eksplozja powoduje, że gubimy istotę rzeczy. Coraz większa trudność sprawia nam odróżnienie spraw ważnych od błahych. Dostępna w Internecie ilość wypowiedzi oraz sądów na dany temat powoduje że coraz trudniej jest ocenić poprawność i rzetelność przyjmowanych poglądów. Tym bardziej, że każdy może publikować niekoniecznie prawdziwe informacje. Sprzyja to chaosowi i bezkrytyczności odbioru informacji¹⁴⁴.

¹⁴¹ E. Fromm *Zdrowe społeczeństwo*, Wydawnictwo Vis a vis, Kraków 2012, s. 8-9.

¹⁴² Seneka *Dialogi De brevitae vitae*, De Agostini, Warszawa 2001.

¹⁴³ *Pedagogika medialna t. I*. B. Siemieniecki, red. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2007, s. 214.

¹⁴⁴ Poniżej opisana w przypisie sytuacja ilustruje zagrożenie związane z wprowadzeniem do sieci niesprawdzonych informacji: w polskich szpitalach w 2012 roku prowadzących oddziały toksykologiczne odnotowano zwiększoną liczbę zatruc benzydaminą - substancją stosowaną, m.in. w produkcji płynów dezynfekujących. Okazało się że na stronach Internetowych powstały portale zachęcające do używania jednego z preparatów zawierających benzydaminę nie zewnętrznie, lecz wewnętrznie. Jeden z takich

W masie informacji gubi się głos specjalisty, znika autorytet. M. Plopa¹⁴⁵ wskazuje, że rewolucja informatyczna stwarza jednocześnie niemożliwe do przewidzenia konsekwencje w dziedzinie rynków pracy, edukacji, masowej indoktrynacji, stylów życia, międzynarodowej przestępczości. Widoczne jest zjawisko dysonansu między tempem przemian cywilizacyjnych a przypisanym człowiekowi rytmem rozwoju osobniczego - dysharmonia między sztywnym, ukształtowanym w toku antropogenezy, zaprogramowanym genetycznie rytmem rozwoju osobniczego a gwałtownymi zmianami w otoczeniu technicznym i społeczno-kulturowym. M. Ledzińska¹⁴⁶ podaje, iż współcześnie akcelerację stwierdza się we wszystkich dziedzinach życia, a gwałtowny zryw do przodu jest możliwy, dlatego że technika działa zasilająco, na bazie starej techniki rodzi się nowa technika. Obecnie to komputer jest nieustannie źródłem nowych pomysłów i koncepcji a leżąca u jego podstaw technika bywa motorem napędowym zmian. M. Jędrzejko podaje¹⁴⁷ jako historyczny przykład przyspieszenia technologicznej zmiany w liczbie podstawowego przez wieki nośnika informacji, jakim były książki. W XIV wieku oceniano, że w Europie jest nie więcej niż 30 tys. książek - pięćdziesiąt lat po wynalazku Gutenberga ich liczba wzrasta do prawie 9 mln egzemplarzy.

Spółeczeństwo wiedzy charakteryzuje się wysokim stopniem skomplikowania procesów społecznych i ekonomicznych, wymagających umiejętnego wykorzystania technik gromadzenia przetwarzania i przesyłania oraz korzystania z olbrzymiej nieustannie rosnącej liczby informacji, generowanej w trakcie wymienionych procesów. W takim społeczeństwie informacja konstruowana z niej w sposób aktywny przez uczących się wiedza oraz technologie informacyjno-komunikacyjne stanowią podstawowe czynniki wytwórcze.¹⁴⁸ Wracając do M. Jędrzejko, przedstawia on cechy negatywne współczesnej globalnej sieci informacyjnej, takie jak szybkość przekazu, nieograniczo-

portali odnotował ponad 4 tysiące wejść oraz pobrania „instrukcji postępowania”. Portal prowadzony przez Polaka zarejestrowany na Karaibach, dostarczył „prawdziwej wiedzy” o stanach halucynogennych i euforycznych, ale nie zawierał ważnej informacji, że stosowanie wewnętrzne może doprowadzić do całkowitego zniszczenia nerek. Wynikiem tego było kilkadziesiąt poważnych zatruc oraz konieczność długotrwałego leczenia. Zastanawiające jest dlaczego osoby korzystające ze wskazówek nie zweryfikowały ich na innych stronach www lub też przez jakikolwiek inny sposób. Powtarzalność informacji wpływa na jej wiarygodność, bez względu na jej wartość naukową – nieetyczne metody pozycjonowania, ograniczone zasoby blokowania informacji nieprawdziwych, łatwość przechwycenia informacji, podawanie informacji niepełnych – uniemożliwiających falsyfikację wiedzy.

¹⁴⁵ M. Plopa Wprowadzenie w: Człowiek u progu trzeciego tysiąclecia, Wydawnictwo Elbląskie Uczelni Humanistyczno-Ekonomicznej, Elbląg 2005, s.14-15.

¹⁴⁶ M. Ledzińska Kult informacji jako wyzwanie edukacyjne, w: „Dzisiejsze czasy”, edukacja wobec przemian w kulturze współczesnej. Oficyna Wydawnicza „Impuls” Kraków, 2006, s. 46.

¹⁴⁷ M. Jędrzejko op. cit. s.77.

¹⁴⁸ Zob. S. Juszczyk Dziecko w świecie wiedzy, informacji i komunikacji, Wydawnictwo Adam Marszałek, Toruń 2007, s. 27.

na pojemność, łatwość (intuicyjność obsługi), nieograniczony zasięg, multitematyczność/masowość fałszu, masowa dostępność, wieloźródłowość informacji, anonimowość, brak standardów etycznych. Podając za J. Rzucidło o miano osoby, która pierwsza określiła termin „społeczeństwo informacyjne” w swoim opracowaniu, rywalizuje trzech autorów: Yujiro Hayashi, autor książki *Johoka Shakai: Hado No Sekai Kara Sofuto no Shakai* z 1969 r. oraz Yoneji Maruda i Konichi Kohyma, autorzy *Joho Shakai Nyumon - Introduction to an Information Society* z 1968 r.¹⁴⁹ Jednakże w opublikowanym w Japonii w 1971 r. Słowniku Społeczeństwa Informacyjnego pojęcie to powiązano z osobą Yoneji Maruda. Podobnie w pierwszych, anglojęzycznych opracowaniach zwrot ten przypisywano wskazanemu powyżej autorowi. D. Bell, posługując się pojęciem społeczeństwa postindustrialnego, stwierdził, iż jest to: „społeczeństwo, w którym zatrudnienie w sektorze usług znajduje więcej osób niż w sektorach rolniczym czy przemysłowym. W takim społeczeństwie dominuje praca informacyjna, a wiedza jest głównym zasobem, a nie jak w przeszłości kapitał czy ziemia”. Wskazał ponadto, że taka struktura cechuje się: „dominacją sektora usług w gospodarce oraz rozwojem sektora czwartego (finanse, ubezpieczenia, itp.) i piątego (zdrowie, oświata, nauka); centralne znaczenie nadaje się wiedzy teoretycznej jako źródłu innowacji i polityki; nastawieniem na sterowany rozwój techniki; tworzeniem nowych „technologii intelektualnych” jako podstaw podejmowania decyzji politycznych i społecznych”.¹⁵⁰ A. Toffler w 1980 r. wnosił, że świat poddaje się trzem falom zmian. Pierwsza dotyczyła rolnictwa, druga przemysłu, a trzecia to właśnie rewolucja informacyjna, która odbywa się współcześnie. Autor stwierdził ponadto, że fala rewolucji informacyjnej może przynieść pozytywne zmiany jedynie wtedy, jeśli jej przebieg będzie niezakłócony.

Komunikacja cyfrowa wiąże się z wytworzeniem określonego zrozumiałego języka komunikacji reguł zachowania w przestrzeni, która istnieje wyłącznie jako określony koncept bez cech czysto fizycznych¹⁵¹. Zjawisko to jest zauważane przez socjologów. W artykule „Społeczności wirtualne jako społeczności - próba ujęcia socjologicznego” M. Szpunar¹⁵², przedstawia i próbuje sklasyfikować sposoby komunikacji

¹⁴⁹ Chociaż daty publikacji są tutaj jednoznaczne, to nie można tego powiedzieć o datach przygotowania książek. Z tego powodu precyzyjne określenie, która osoba faktycznie sformułowała założenia społeczeństwa informacyjnego jako pierwsza, nie jest możliwe.

¹⁵⁰ D. Bell, *The Coming of Post-Industrial Society: A Venture in Social Forecasting* Reissue Edition, D. Bell 1973, s. 165-172.

¹⁵¹ A. Toffler *Trzecia fala*, Pierwsze wydanie pełne: PIW, Warszawa 1986, s. 404.

¹⁵² M. Szpunar: *Społeczności wirtualne jako społeczności - próba ujęcia socjologicznego*. w: pod red. M. Radochońskiego i B. Przywary: *Jednostka-grupa-cybersieć. Psychologiczne, społeczno-kulturowe i edu-*

w sieci, tworzenie metajęzyka społeczności oraz zasady interakcji i oceny zachowań użytkowników sieci.

J. Rzucidło podaje kilka definicji terminu „społeczeństwo informacyjne”, które odnaleźć można w dokumentach wydanych przez polskie organy administracji publicznej. W raporcie, pochodzącym z lipca 1996 r., pt. „Społeczeństwo informacyjne w Polsce” Krajowa Rada Radiofonii i Telewizji stwierdziła, że „Społeczeństwo staje się społeczeństwem informacyjnym, gdy osiąga stopień rozwoju oraz skali i skomplikowania procesów społecznych i gospodarczych wymagający zastosowania nowych technik gromadzenia, przetwarzania, przekazywania i użytkowania olbrzymiej masy informacji generowanej przez owe procesy. W takim społeczeństwie informacja i wynikająca z niej wiedza oraz technologie są podstawowym czynnikiem wytwórczym, a wszechstronnym czynnikiem rozwoju jest wykorzystywanie teleinformatyki; siła robocza składa się w większości z pracowników informacyjnych; większość dochodu narodowego brutto powstaje w obrębie szeroko rozumianego sektora informacyjnego”.

W dokumencie pt. „Plan działań na rzecz rozwoju społeczeństwa informacyjnego w Polsce na lata 2001 - 2006”¹⁵³ społeczeństwa informacyjne określono jako „nowy system społeczeństwa kształtujący się w krajach o wysokim stopniu rozwoju technologicznego, gdzie zarządzanie informacją, jej jakość, szybkość przepływu są zasadniczymi czynnikami konkurencyjności zarówno w przemyśle, jak i w usługach, a stopień rozwoju wymaga stosowania nowych technik gromadzenia, przetwarzania, przekazywania i użytkowania informacji”. Widać zatem wyraźnie, iż wszystkie definicje ogniskują wokół pojęcia informacji i jej znaczenia w zachodzących w społeczeństwie procesach. Przy tym przemiany te mają wieloraki wymiar - nie tylko ekonomiczny. Informacja w społeczeństwie może stanowić podstawowe dobro o tyle, o ile jest ona w odpowiedni sposób wytwarzana, przetwarzana, przekazywana i przechowywana. M. Czerwińska w artykule pt. „Specyfika zachowań e-pacjentów w Internecie”¹⁵⁴ przyjmuje, że społeczeństwo informacyjne to społeczeństwo znajdujące się na takim etapie rozwoju techniczno-organizacyjnego, że osiągnięty poziom zaawansowania technologii informacyjno-telekomunikacyjnych stwarza warunki techniczne, ekonomiczne, edukacyjne i inne do powszechnego wykorzystania informacji w produkcji wyrobów

kacyjne aspekty społeczeństwa informacyjnego. Wyższa Szkoła Informatyki i Zarządzania, Rzeszów 2004, s.157-184.

¹⁵³ Zob. A. Ogonowska Polska polityka rozwoju społeczeństwa informacyjnego w latach 2000–2012, *Studia Europejskie*, 2/2013, s. 95-117.

¹⁵⁴ M. Czerwińska, Specyfika zachowań e-pacjentów w Internecie, *Roczniki Kolegium Analiz Ekonomicznych*. 1232-4671. Z. 38 (2015), s. 343-351.

i świadczeniu usług. Społeczeństwo takie zapewnia obywatelom powszechny dostęp do technologii teleinformatycznych i umiejętność korzystania z nich w działalności zawodowej i społecznej w celu podnoszenia i aktualizacji wiedzy, ochrony zdrowia oraz spędzania wolnego czasu i korzystania ze zdobyczy kultury oraz innych usług mających wpływ na wyższą jakość życia. Podsumowując dotychczasowe ustalenia należy stwierdzić za A. Żywicką, iż potęg technologiczny i informacyjny oraz nowoczesne urządzenia coraz to kolejnych generacji są wszechobecne we wszystkich dziedzinach życia, społecznego, politycznego, i gospodarczego państwa i jego obywateli. Trend ten determinuje wiele obszarów działania państwa i wpływa również na funkcjonowanie jego aparatu administracyjnego, formułując nowe zadania publiczne, redefiniując funkcje administracji publicznej, wreszcie implikując zmiany prawa¹⁵⁵.

¹⁵⁵A. Żywicka Prawo cywilne w działaniach administracji publicznej (administracji miar) - na gruncie systemu oceny zgodności z zasadniczymi wymaganiami. Tradycja i nowoczesność w instytucjach prawnych. Zeszyty Naukowe KUL 61 (2018), nr 4 (244), s. 77.

3. Technologie informacyjno-komunikacyjne jako platforma rozwoju usług publicznych w obszarze ochrony zdrowia

3.1. Uwarunkowania społeczno-ekonomiczne rozwoju technologii informacyjno-komunikacyjnych i zmian zakresu usług publicznych

Wdrożenie nowych technologii do powszechnego obrotu gospodarczego zmieniło możliwości świadczenia usług i wymiany towarów z jednej strony. Drugą stroną procesu cyfryzacji obrotu stało się wytworzenie nowego typu odbiorcy usług świadczonych za pośrednictwem Internetu. Literatura posługuje się pojęciem „e-konsumenta”. Ustalenia o charakterze ogólnym dotyczące nowego rodzaju odbiorcy usług, którego zachowania determinują posiadane możliwości technologiczne są przydatne dla dalszych rozważań w przedmiocie rozwiązań teleinformatycznych w ochronie zdrowia.

Według B. Grabiwody¹⁵⁶ pojęcie „e-konsument” podkreśla wykorzystanie urządzeń elektronicznych z zamiarem połączenia z siecią globalną, aby zrealizować zamierzone cele przez konsumenta - nabywcę określonych towarów lub usług. Podstawowym założeniem klasyfikującym konsumenta jako e-konsumenta jest korzystanie przez niego z Internetu¹⁵⁷. W literaturze ekonomicznej rozpoznaje się dwa warianty jego kategoryzacji. W szerokim ujęciu e-konsument, to osoba wykorzystująca Internet w poszczególnych fazach procesu zakupu¹⁵⁸. Oznacza to, że Internet ułatwia proces zaspokojenia jego potrzeb konsumenckich (pozyskiwanie informacji, porównywanie produktów), jednak nie musi się wiązać z zakupem online. Węższe ujęcie pojęcia e-konsument ogranicza się do osób, które zaspokajają swoje potrzeby konsumpcyjne za pomocą produktów kupionych w sieci. Takie rozumienie dopuszcza sytuację odwrotną w stosunku do powyższej - e-konsument może realizować w sposób tradycyjny wszystkie etapy procesu podejmowania decyzji zakupowych, pod warunkiem że zakup odbywa się w Internecie. Podsumowując, e-konsumentem jest ten, kto na różnych etapach procesu podejmowania decyzji zakupowych, identyfikując i zaspokajając potrzeby, posługuje się urządzeniami i aplikacjami z dostępem do Internetu. Jak każdy konsument, e-konsument zaspokaja swoje potrzeby, nabywając określone produkty lub usłu-

¹⁵⁶ B. Grabiwoda, E-konsumenci jutra. Pokolenie Z i technologie mobilne, Wydawnictwo Nieoczywiste, 2018, s. 107.

¹⁵⁷ M. Jaciow, A. Stolecka-Makowska i R. Wolny Polski e-konsument. Typologia zachowania, Onepress, Gliwice 2011, s. 10.

¹⁵⁸ P. Chlipała, Podstawy antropologiczne badania zachowań e-konsumentów, „Handel Wewnętrzny”, 9-10.2011, cz. 3, s. 69.

gi, które uznaje za wartościowe i użyteczne, zależnie od upodobań, aspiracji i możliwości. M. Jaciow, A. Stolecka-Makowska i R. Wolny wymieniają jednak szereg czynników, które odróżniają e-konsumentów od tych zaspokajających potrzeby konsumenckie w tradycyjny sposób. Są to wygoda - możliwość przeprowadzenia procesu podejmowania decyzji zakupowej o każdej porze, z dowolnego miejsca z dostępem do Internetu; brak anonimowości - wynikający z chęci bycia indywidualnie traktowanym; szacunek do czasu - związany z pełną kontrolą, jaką e-konsument ma nad czasem poświęconym na dane czynności procesu zakupowego; poszanowanie wartości - poszukiwanie i wybór najlepszych ofert czy sklepów pod względem zaspokojenia potrzeb; skłonność do płacenia więcej - otwartość na wybranie droższej oferty w zamian za dodatkowe korzyści, takie jak gwarancja bezpieczeństwa transakcji lub szybszy termin dostawy; możliwość modyfikacji oferty - dostosowanie produktu do indywidualnych potrzeb i preferencji¹⁵⁹.

Powyższe ustalenia nie pozostają obojętne dla zakresu wdrażania usług w zakresie ochrony zdrowia. Przyjąć należy, iż odbiorca takich usług nastawiony będzie na sposób odbioru i zakres komunikacji, który poznał i/lub uczynił właściwym dla siebie przy innych aktywnościach w sieci. Należy przyjąć, iż wskazane w literaturze ekonomicznej cechy opisujące e-konsumenta znajdują odzwierciedlenie w opisie odbiorcy e- usług zdrowotnych, którego postawa będzie (jest) kreowana przez modele zachowań realizowane w innych zdigitalizowanych sferach aktywności społecznej i indywidualnej. Warto zwrócić uwagę na okoliczność, iż rozwój sprzedaży w internecie stworzył kolejny trend, określony przez M. Jaciow jako technicyzacja konsumpcji¹⁶⁰. To zjawisko oparte na rozwoju handlu elektronicznego (e-commerce) oraz handlu mobilnego (*m-commerce*), wywołujące istotne zmiany w życiu konsumentów i ich zachowaniach konsumenckich. Zjawisko technicyzacji prowadzi do zwiększania się liczby e-konsumentów oraz wytwarzania się nowych kategorii zachowań konsumenckich. Zgodnie z definicją M. Jaciow i R. Wolnego „ogół obserwowalnych w Internecie reakcji osób, wywołanych czynnikami zewnętrznymi (znajdującymi się w otoczeniu tych osób, w tym także w Internecie) lub wewnętrznymi (mającymi źródło w potrzebach i preferencjach tych osób), poprzez które jednostki odnoszą się w Internecie

¹⁵⁹ M. Jaciow, A. Stolecka-Makowska i Wolny R., *Polski e-konsument. Typologia zachowania*, Onepress, Gliwice 2011, s.14

¹⁶⁰ M. Jaciow, *op.cit.*, s. 15

do tych czynników, lub zmieniając je, nazywamy e-zachowaniami¹⁶¹. Wśród nich można wyróżnić e-zachowania nabywcze, będące procesem wyboru i/lub zakupu w Internecie dóbr i usług, które zaspokajają potrzeby e-konsumenta. Jeszcze innym zjawiskiem są zachowania nabywcze e-konsumentów - to bowiem wszystkie te czynności (reakcje), które mogą zachodzić zarówno w Internecie, jak i w świecie realnym, ale co kluczowe, muszą być wykonywane przez e-konsumentów. M.R. Solomon wyróżnia dwa rodzaje motywów wykorzystania Internetu w dokonywaniu zakupów - funkcjonalne i niefunkcjonalne¹⁶². Motywy funkcjonalne są powiązane z intencją przeprowadzenia jak najbardziej efektywnego procesu zakupowego przy minimalnych nakładach czasu i wysiłku. Niefunkcjonalne są natomiast związane z poszukiwaniem rozrywki i przyjemności płynącej z zakupów. Chociaż Internet znacznie ułatwia proces zakupu, A.G. Parsons już w 2002 r. uznał, że konsumentów do zakupów w sieci przyciągają właśnie korzyści emocjonalne i niefunkcjonalne, takie jak możliwość komunikacji z osobami podobnymi do siebie, odskocznia od codzienności, uczestnictwo w nowych trendach i poczucie wolności¹⁶³. Kolejnym zagadnieniem istotnym dla tematu usług w obszarze ochrony zdrowia jest kwestia przyjmowania przez odbiorców określonych rozwiązań technologicznych. Nie bez znaczenia, chociażby z punktu widzenia wydatków publicznych, jest bowiem finansowanie takich rozwiązań, które staną się użyteczne i będą aprobowane przez użytkowników. Tu również pomocne są badania realizowane w sferze nauk ekonomicznych gdzie przedmiotem badania stała się motywacja akceptacji nowych technologii - tzw. model akceptacji technologii (*TAM technology acceptance model*). Wyjaśnia on zaangażowanie jednostki w korzystanie z nowych technologii i jest stosowany w kontekście używania różnorodnych technologii informacyjnych. Opracowany w 1986 r. przez F.D. Davisa model ten był wielokrotnie modyfikowany w celu wyjaśnienia mechanizmów, które kierują użytkowników ku zakupom online. F. Davis w modelu TAM zakłada, że zachowanie polegające na korzystaniu z technologii informacyjnych determinowane jest bezpośrednio przez intencję użycia, która z kolei ma swoje źródło w jego postawie wobec skorzystania z danego rozwiązania. Pierwszym czynnikiem kształtującym postawę użytkownika jest postrzegana uży-

¹⁶¹ M. Jaciow, op. cit., s. 10.

¹⁶² M.R. Solomon, *Consumer Behaviour. Buying, Having and Being*, 8th edition, Prentice Hall, New Jersey 2008, s. 141.

¹⁶³ A.G. Parsons, Non-functional motives for online shoppers: Why we click, „*Journal of Consumer Marketing*” 2002, nr 5, za: J. Tkaczyk, *Zachowania konsumentów w środowisku wirtualnym (on-line)*, UWM, Olsztyn 2010, s. 7.

http://rynkologia.pl/wp-content/uploads/2012/01/Tkaczyk_zachowania.pdf (dostęp: 6.12.2019)

teczność (PU - *perceived usefulness*), czyli stopień przekonania użytkownika, że korzystanie z określonego systemu zwiększy efektywność jego pracy. Drugim czynnikiem jest postrzegana łatwość użytkowania (PEOU - *perceived ease of use*), oznaczająca stopień postrzegania danego narzędzia jako łatwego w użyciu. Postrzegana użyteczność dodatkowo wpływa bezpośrednio na intencję użytkowania. Na obie powyższe zmienne wpływają również zmienne zewnętrzne, takie jak charakterystyka użytkownika, jego doświadczenie czy czynniki organizacyjne¹⁶⁴. Model TAM podlega licznym modyfikacjom i rozszerzeniom z powodu zwiększającej się użyteczności Internetu i jego powszechności. Jedną z częstych zmian w modelu jest dodanie zmiennych związanych z postrzeganą przyjemnością odczuwaną podczas korzystania z danych rozwiązań technologicznych¹⁶⁵, uwzględniających motywacje wewnętrzne prowadzące do użycia danych technologii¹⁶⁶. Kolejnym proponowanym rozszerzeniem modelu TAM jest wymiar zgodności technologii z celem jej użycia (TTF - *task-technology fit*), zaproponowany przez D.L. Goodhue'a i R.L. Thompsona¹⁶⁷. Ta zmiana podkreśla założenie, że akceptacja technologii zależy także od tego, jak dobrze nowa technologia pasuje do wymagań zadania, na którego potrzeby została stworzona - im bardziej ułatwia ona realizację zadania, tym chętniej będzie stosowana przez użytkowników. Ta zmiana, choć zaproponowana już w 1995 r., wyjaśnia współczesną konieczność adaptacji stron internetowych do przeprowadzenia procesu zakupowego (jeśli firma ma taką potrzebę), a także do odwiedzania ich na urządzeniach mobilnych, z których proces zakupowy jest coraz częściej dokonywany. D. Gefen i D. Straub zaadaptowali model TAM do założeń e-commerce, wyróżniając dwa rodzaje intencji behawioralnej: intencję poszukiwania informacji na temat produktu oraz intencję zakupu¹⁶⁸. Interesującym spostrzeżeniem tych autorów jest zauważenie, że intencja do zakupu jest pobudzana wyłącznie przez

¹⁶⁴ B. Szmigielska, K. Wolski, A. Jaszczak, Modele wyjaśniające zachowania użytkowników Internetu, e-mentor, <http://www.e-mentor.edu.pl/drukuj/artukul/numer/45/id/931> (dostęp: 4.11.2019).

¹⁶⁵ J.W. Moon, Y.G. Kim, Extending the TAM for a World-Wide-Web context, „Information & Management” 2001, nr 38; T.S.H. Teo, V.K.G. Kim, R.Y.C. Lai, Intrinsic and extrinsic motivation in Internet usage, „Omega: The International Journal of Management Science” 1999, nr 27, s. 25-37; J. Webster, J. Martocchio, Microcomputer playfulness: development of a measure with workplace implications, „MIS Quarterly” 1992, s. 201-226.

¹⁶⁶ F. Davis, R. Bagozzi, R. Warshaw, Extrinsic and intrinsic motivation to use computers in the workplace, „Journal of Applied Social Psychology” 1992, nr 22, s. 1111-1132.

¹⁶⁷ D.L. Goodhue, R.L. Thompson, Task technology fit and individual task performance, „MIS Quarterly” 1995, nr 19, s. 213-236.

¹⁶⁸ D. Gefen, D. Straub, The relative importance of perceived ease of use in IS adoption: A study of e-commerce adoption, „Journal of Association for IS” 2000, nr 1(8), za: A. Muthiatachaoren, P.C. Palvia, L.D. Brooks, B.C. Krishnan, R.F. Otondo, D. Retzlaf- Robert, Reexamining technology acceptance in online task behaviours, „Electronic Markets” 2006, nr 16.

http://www.eletronicmarkets.org/fileadmin/user_upload/doc/Issues/Volume_16/Issue_01/V16I1_Reexamining_Technology_Acceptance_in_Online_Task_Behaviours.pdf (dostęp: 4.11.2019r.).

postrzeganą użyteczność danej technologii, czyli jej efektywność (a nie przez postrzeganą łatwość użytkowania). Intencja do poszukiwania informacji jest z kolei motywowana zarówno przez postrzeganą użyteczność, jak i postrzeganą łatwość użytkowania.

Sposób korzystania z e-usług determinują możliwości techniczne, których rozwój z jednej strony ułatwia korzystanie z e-usług a z drugiej, co warto podkreślić, zmniejsza zasadność poszukiwania rozwiązań alternatywnych wobec tej formy realizacji usługi. Jak wskazuje M. Castells wraz z rozwojem nowych technologii informacyjnych, „komunikację mobilną lepiej definiuje zdolność do wszechobecnej i permanentnej łączności niż potencjalna mobilność”¹⁶⁹. Dzięki sieci dostęp do komunikacji i przetwarzania informacji w dowolnym miejscu i czasie sprawia, że człowiek może faktycznie zmienić tryb życia przez wykorzystanie Internetu i urządzeń mobilnych¹⁷⁰. Nie ulega wątpliwości, że technologie mobilne stanowią źródło istotnych przemian społecznych i gospodarczych. Jednym z głównych powodów ich popularyzacji i wpływu jest rosnąca dostępność urządzeń mobilnych. Postęp technologiczny umożliwia obniżenie cen i jednoczesne innowacyjne usprawnienia, które integrują technologie mobilne z coraz większym portfolio produktów. Zwrócić należy uwagę na trzy grupy produktów, które umożliwiają efektywną realizację e-usług: smartfon, tablet, wearables. Smartfon łączy możliwości komputera osobistego z mobilnością, co zrewolucjonizowało zachowania, interakcje, styl konsumpcji i sposób życia.¹⁷¹ Wprowadzenie przez korporację *Apple*¹⁷² w 2007 roku iPhone’a doprowadziło do prawdziwej rewolucji w sposobie wykorzystywania technologii mobilnych. J. Kall wymienia następujące zmiany w użytkowaniu telefonów komórkowych, które nastąpiły za sprawą iPhone’a: płynne i intuicyjne korzystanie z Internetu; duży, czytelny, kolorowy ekran; całkowicie zmieniony interfejs, sprawiający, że korzystanie z urządzenia przestaje polegać na przyciskaniu klawiszy - obsługę telefonu zapewniają nowe gesty palców na ekranie, jak dotykanie, rozciąganie, szczypanie: możliwość wgrywania dodatkowych aplikacji, pozwalających na szerszą gamę zadań niż nawiązywanie połączenia i wysyłanie wiadomo-

¹⁶⁹ Tamże, s. 248

¹⁷⁰ J. Kall, *Branding na smartfonie. Komunikacja mobilna marki*, Warszawa 2015, s.63.

¹⁷¹ Urządzenia mobilne mają jednak genezę jeszcze w poprzednim wieku, wraz z pojawieniem się pierwszej komercyjnej usługi technologii komórkowej 21.09.1983 r. w Stanach Zjednoczonych. Urządzeniem dostępnym dla użytkowników był wówczas telefon Motorola DynaTAC 8000X, kosztujący 4 tys. dolarów. Dwa lata później odsetek Amerykanów korzystających z telefonów komórkowych wynosił zaledwie 1%, a na początku lat 90. nie przekraczał 5%. Istotne zmiany dynamiki rozwoju tej kategorii produktów nastąpiły po 2000 r., kiedy penetracja amerykańskiego rynku wynosiła 28%, a 10 lat później - już 96%.

¹⁷² Apple Inc. - amerykańskie przedsiębiorstwo informatyczne z siedzibą w Cupertino w Kalifornii. Zajmuje się projektowaniem i produkcją komputerów osobistych i mobilnych oraz oprogramowania wbudowanego i serwisów internetowych, założone w dniu 1 kwietnia 1976 r.

ści tekstowych¹⁷³. Warto zwrócić uwagę, że ostatnie z powyższych zjawisk umożliwiło także dopasowanie urządzenia do indywidualnych potrzeb użytkownika przez swobodny wybór, pobieranie i adaptację aplikacji. Możliwość produkowania aplikacji przez jednostki zewnętrzne rozwinęła też całkowicie nowy segment biznesu, oparty na rozwiązaniach *software* dla technologii mobilnych. Swoistym *signum temporis* jest okoliczność, iż obecnie telefonowanie i wysyłanie treści mają już swoje odpowiedniki w Internecie, które w przyszłości mogą w dużym stopniu zniwelować znaczenie połączenia telefonicznego. Od połowy lat 90. XX w. obserwuje się też skrócenie czasu rozmów o ponad jedną trzecią¹⁷⁴ oraz jednoczesny wzrost liczby i znaczenia aplikacji do wysyłania wiadomości *on-line* w ostatniej dekadzie. Kolejnym istotnym urządzeniem są tablety czyli urządzenia elektroniczne z bezprzewodowym dostępem do Internetu o przekątnej ekranu 7" i więcej. Współczesne tablety działają za pośrednictwem tego samego oprogramowania co smartfony (głównie iOS lub Android). Mimo to, dzięki większemu ekranowi i gabarytom, a także z powodu braku możliwości wykonywania połączeń telefonicznych, sposób ich wykorzystania jest nieco odmienny. Tablety używane są zazwyczaj w domu (lub w trakcie dłuższych wyjazdów), nierzadko przez więcej niż jednego użytkownika. Nie mają, tak jak smartfony, charakteru indywidualnego, mogą być używane podobnie jak komputery przez różnych członków gospodarstwa domowego. Tablety cechuje też inny cel użycia służą przede wszystkim do konsumpcji treści (oglądania filmów, czytania tekstów), a nie do bieżącej komunikacji czy szybkich zadań i krótszych poleceń¹⁷⁵. Te cechy sprawiają, że tablety są urządzeniami mniej popularnymi od smartfonów, o niższym stopniu penetracji rynku czy dynamice wzrostu. Pozostają jednak istotne ze względu na oferowanie form użyteczności (ekran dotykowy, mobilność, aplikacje), które coraz silniej konkurują z komputerami stacjonarnymi czy laptopami. Zupełnie nową kategorią urządzeń mobilnych są akcesoria do noszenia - *wearables*. Są to technologicznie nowsze i bardziej niszowe urządzenia mobilne, czyli akcesoria noszone na ciele lub ubraniu oferujące połączenie z Internetem i integrację ze smartfonem lub tabletem. *Wearables* są zazwyczaj tożsame z omawianym coraz czę-

¹⁷³ J. Kall, *Branding na smartfonie. Komunikacja mobilna marki*, Warszawa 2015, s. 67.

¹⁷⁴ Ch. Martin, *Third Screen: Marketing to Your Customers in a World Gone Mobile*, Nicholas Brealeve Publishing, Boston 2015, <https://books.google.pl/books?id=jMLGAwAAQBAJ&pg=PT1&DQ=chuck+martin+third+screen&hl=pl&sa=X#v=onepage&q=phone%20calls&f=true>. (dostęp: 12.11.2019 r.).

¹⁷⁵ P. Tanham, *Smartphones* [http://www.businessinsidcr.com/historv-of-the-tablet-2013-5?IR=T&tablets:five key different](http://www.businessinsidcr.com/historv-of-the-tablet-2013-5?IR=T&tablets:five%20key%20differences), "Econsultancy", (dostęp 6.11.2019 r.), <https://econsultancy.com/blog/63741-smartphones-and-tablets-five-key-differences/>. (dostęp 12.11.2019).

ściej pojęciem *Internet of Things*, czyli „Internetem rzeczy”, określającym możliwość połączenia z siecią za pośrednictwem produktów codziennego użytku - telewizorów, zegarków, opasek, elementów odzieży itp.

W celu wykorzystania możliwości, które daje sieć internetowa oraz urządzenia techniczne niezbędne jest opracowanie i implementowanie oprogramowania, dzięki któremu określone e-usługi mogą być realizowane. Jedną z głównych cech wszystkich urządzeń mobilnych, przyczyniających się do ich wysokiej użyteczności, jest możliwość adaptacji do indywidualnych preferencji użytkownika. Wysoki poziom dopasowania to zasługa aplikacji mobilnych, czyli programów działających w ramach określonych mobilnych systemów operacyjnych, które wybiera się i instaluje na mobilnych urządzeniach. Aplikacje stanowią też podstawę nawigacji po tego typu sprzętach - każda wykonywana na nich czynność ma przypisaną aplikację, pokazaną na ekranie dotykowym. Oprócz automatycznie zainstalowanych aplikacji, umożliwiających telefonowanie, odbieranie i wysyłanie wiadomości czy wykonywanie zdjęć, każdy użytkownik może je samodzielnie wybierać i pobierać z przeznaczonych do tego celu stron w Internecie (lub aplikacji). Po zainstalowaniu aplikacji mobilnej dostęp do niej jest już stały (*off-line* - niewymagający połączenia internetowego), jednak często informacje w niej zawarte wymagają połączenia z siecią. Istnieje wiele sposobów klasyfikacji aplikacji mobilnych, utrudnionej dodatkowo przez ich nieustanny rozwój, zmieniające się możliwości technologiczne sprzętów i preferencje użytkownika. Ze względu na wykorzystywane technologie aplikacje mobilne dzieli się na: natywne (*native*) - budowane i instalowane z wykorzystaniem konkretnego systemu operacyjnego, jak iOS czy Android; oferują najpełniejszą pulę rozwiązań technologicznych i sposobów nawigacji; mobilne strony (*mobile web*) - nie wymagają instalacji w telefonie, dostęp do nich odbywa się przez przeglądarkę internetową; mogą działać na różnych systemach operacyjnych, jednak mają ograniczone możliwości nawigacji oraz hybrydowe (*hybrid*) - wykorzystują technologie aplikacji natywnych i mobilnych stron; mogą być instalowane na urządzeniach, jednak ich funkcjonalności odpowiadają przypisanym stronom mobilnym; umożliwiają najprostszą integrację z urządzeniami o różnych systemach operacyjnych przy jednoczesnej większej puli możliwości technologicznych¹⁷⁶.

Całość powyższych ustaleń zamknąć należy wskazaniem co do trendów związanych z rozwojem technologii mobilnych. W 2018 r. na świecie było zarejestrowanych

¹⁷⁶ M. Kimihira, Developing mobile applications; web, native, or hybrid? Oracle, 24.10.2012, http://blogs.oracle.com/fusionmiddleware/entry/developer_s_corner_developing_mobile(dostęp:19.11.19)

już 5 miliardów użytkowników telefonów komórkowych¹⁷⁷. Na całym świecie rośnie też odsetek użytkowników *mobile centric*, czyli takich, którzy ponad połowę czasu w sieci spędzają właśnie za pośrednictwem urządzeń mobilnych. W Europie Zachodniej smartfony stają się najchętniej wybieranymi urządzeniami do połączenia z Internetem; w Polsce jeszcze tylko nieznacznie ustępują one miejsca komputerom przenośnym¹⁷⁸. Prognozuje się, że właśnie mobilne połączenia z Internetem odnotują w przyszłości największy wzrost, co sprawi, że w 2020 r. aż 71% połączeń będzie wykonywanych za pomocą sieci 3G, 4G lub LTE¹⁷⁹. Głównymi przyczynami przechodzenia użytkowników na korzystanie z łącza szerokopasmowego są: zwiększająca się dostępność smartfonów (produktowa i cenowa), poszerzający się zasięg dostępności tego typu łączności oraz wspieranie usługi przez operatorów sieci komórkowych. Wyniki badań wskazują również na znaczny wzrost transferu danych za pośrednictwem urządzeń mobilnych. Przyrost wartości przypisywany jest rosnącemu użytkownikowi smartfonów i wzrostowi konsumpcji treści wideo. Prognozuje się, że w 2020 r. przeciętny użytkownik technologii mobilnych z Ameryki Północnej lub Europy będzie konsumował odpowiednio 22 GB i 12 GB mobilnych danych miesięcznie¹⁸⁰. Zwiększający się ruch na stronach internetowych pochodzący z urządzeń mobilnych potwierdza wzrostową tendencję używania ich do korzystania z sieci - w 2017 r. aż 52% wejść na strony internetowe pochodziło ze smartfonów lub tabletów¹⁸¹. Rynek mobilny wygenerował w 2017 r. ok. 4,5% globalnego PKB dzięki działaniom w sektorach operatorów sieci komórkowych, rozwoju technologii *software* (aplikacje, treści mobilne), *hardware* (produkcja urządzeń), infrastruktury oraz dystrybucji i dostawców, a także poprzez zwiększanie produktywności w pozostałych sektorach gospodarki, wywołane wykorzystaniem technologii mobilnych¹⁸². Gwałtownie rosnąca liczba użytkowników technologii mobilnych i obniżające się bariery wejścia dzięki niższym kosztom i większej szybkości transferu danych umożliwiają założenie, że jej wpływ na funkcjonowanie społeczeństw i gospodarki wzrośnie, a sam rynek mobilny w 2020 r. będzie rynkiem najszybciej się rozwijają-

¹⁷⁷Global Mobile Economy 2020, <https://www.gsma.com/mobileeconomy/> (dostęp 5.03.2020)

¹⁷⁸TNS Polska, Smartfonizacja w Polsce 2015

http://www.tnsglobal.pl/coslychac/files/2015/05/POLSKA_JEST_MOBI_2015.pdf s. 7, (dostęp 5.03.2020).

¹⁷⁹TNS Polska, Smartfonizacja..., op. cit., s. 13.

¹⁸⁰The Mobile Economy 2016, GSMA Intelligence,

<http://www.gsmainelligence.com/research/?file=97928efe09cdcf1ad1a2f58c&download>, (dostęp:12.11.2019).

¹⁸¹Global Digital Report 2018, <https://digitalreport.wearesocial.com>, (dostęp 5.03.2020)

¹⁸²Global Mobile Economy 2018, op. cit., s. 3.

cym¹⁸³. Takie założenie wspierają też wskaźniki globalnych inwestycji w technologie mobilne, które odnotowują rekordowe wzrosty. Stopniowo zmienia się dynamika wpływów w tym sektorze, przenosząc się z operatorów mobilnych na dostawców oprogramowania (software), firmy z zakresu *m-commerce* oraz dostawców usług mobilnych.

Wskazać należy, iż Ameryka Północna jest największym dostawcą i innowatorem w zakresie technologii mobilnych. Pozycja krajów europejskich, dawniej liderów w produkcji telefonów komórkowych i akcesoriów, znacznie spadła. Europa pozostaje jednak obszarem skupiającym aż 23% mobilnych deweloperów tworzących aplikacje mobilne¹⁸⁴. Istotnym bodźcem do dalszego rozwoju usług mobilnych w Polsce jest podpisany w 2014 r. Narodowy Plan Szerokopasmowy (NPS), który razem z Europejską Agendą Cyfrową narzuca obowiązek nadania do 2020 r. dostępu do sieci o minimalnej prędkości 30 mb/s dla każdego mieszkańca, a o prędkości do 100 mb/s dla połowy obywateli kraju¹⁸⁵. Według raportu Pew Research Center z 2016 r. w roku 2015 Polska znalazła się na siódmym miejscu wśród krajów rozwijających się pod względem tempa przyrostu liczby smartfonów w latach 2013-2015. Wedle wyników raportu *We Are Social* właśnie smartfony i tablety stanowią podstawę ruchu mobilnego w Polsce. Elektroniczne czytniki książek posiada zaledwie 2% populacji, a urządzenia *wearables* - tylko 1%. Wśród urządzeń z połączeniem internetowym nadal przewagę mają komputery stacjonarne lub laptopy (77%); na uwagę zasługuje też silna pozycja telewizorów umożliwiających podłączenie do sieci (13%). Liczba smartfonów wzrasta w szybkim tempie i zwiększyła się blisko siedmiokrotnie od 2012 r. W ofercie marki Play aż 99% dostępnych urządzeń stanowią smartfony, w T-Mobile - 40%. Operatorzy objęci badaniem TNS Polska jednoznacznie podkreślali rosnącą rolę połączenia internetowego w ich ofertach, udostępnianego w postaci planów taryfowych z pakietami danych lub ofert *pre-paid* na pakiety danych. Każda z firm zwiększa jednocześnie pakiet danych proponowany użytkownikom, odpowiadając na rosnące zapotrzebowanie i mobilną

¹⁸³ Global Mobile Economy 2018, op. cit. s. 4.

¹⁸⁴ Niemniej rynkami, które obecnie odnotowują największy wzrost, zarówno pod względem liczby producentów oraz deweloperów, jak i konsumentów, są kraje rozwijające się - Chiny i Indie¹⁸⁴. Warto podkreślić, że według badań GfK (2015r.) wśród krajów europejskich polski rynek odnotował największy, 36-procentowy wzrost sprzedaży smartfonów w 2015 r. (w porównaniu ze średnim, 4-procentowym wzrostem w rejonie Europy Środkowej). Aż 78% numerów przypisanych do urządzeń mobilnych ma już dostęp do łącza szerokopasmowego 3G, 4G lub LTE¹⁸⁴. Według raportu firmy consultingowej PwC roczny wkład operatorów telefonii mobilnej w Polsce w PKB wyniósł w 2016 r. 26,5 mld złotych¹⁸⁴. W raporcie przedstawiono też prognozę, że dzięki powszechnemu dostępowi do nowoczesnych technologii mobilnych tempo wzrostu gospodarczego kraju może się zwiększyć do 2%.

¹⁸⁵ R. Trzaskowski, Rozwój e-gospodarki, czyli Polska w świecie mobile, w: *Mobile online w Polsce. Perspektywy rozwojowe* (raport), http://iab.org.pl/wpcontent/uploads/2014/09/raport_iab_polska_mobile.pdf, s.5, (dostęp 9.06.2020)

konsumpcję danych z sieci. Jak wskazuje W. Ożdżeński, głównym celem na najbliższe lata dla firmy T-mobile będzie „ciągła optymalizacja sieci i zapewnienie jej najwyższych parametrów z naciskiem na aspekty streamingu wideo”¹⁸⁶. Polski rynek technologii mobilnych rozwija się dynamicznie, co pozwala na założenie, że w kolejnych latach „smartfonizacja” będzie postępować. Udowadniają to globalne trendy, szacujące penetrację smartfonów nawet na poziomie 80% w krajach Europy Zachodniej, a także strategie lokalnych operatorów sieci komórkowych, którzy udostępniają coraz bogatsze i kosztowo przystępne portfolio tego typu urządzeń.

Kluczowe do omawiania zagadnień usług świadczonych z wykorzystaniem Internetu w obszarze ochrony zdrowia, w Polsce jest pytanie o aktualny stopień wdrożenia określonych rozwiązań ICT oraz kierunek podejmowanych działań¹⁸⁷. Istotność zagadnienia można określić m.in. przez dostępność do sfery, w której realizuje się założenia dostępu do rozwiązań teleinformatycznych i zakresu korzystania z nich. Warto odnieść się do rzeczywistości w zakresie ustaleń co do korzystania z Internetu wśród społeczeństwa. Jaki jest zakres oddziaływania sieci informatycznej, w kontekście pozyskiwania danych dotyczących zdrowia oraz poszukiwania i realizacji świadczeń zdrowotnych. Warto w tym miejscu przytoczyć wnioski zawarte w dwóch różnych opracowaniach dotyczących tego obszaru, które różni okres, w których zostały przygotowane.

¹⁸⁶ Tamże, s. 175.

¹⁸⁷ Zob. G. Fiuk Doświadczenia z realizacji regionalnych projektów e-zdrowie w Polsce - wyzwania, bariery, problem, korzyści I rekomendacje, w: E-obywatel. E-sprawiedliwość. E-usługi, red. K. Flaga-Gieruszyńska, J. Gołaczyński, D. Szostek C. H. Beck 2017, s. 57-67.

3.2. Uwarunkowania techniczne informatyzacji ochrony zdrowia

Z opracowania Polska: *Zarys systemu ochrony zdrowia*¹⁸⁸ można się dowiedzieć, że proces komputeryzacji oraz informatyzacji, mimo że dynamiczny, jest zróżnicowany, z jednej strony w przekroju wieku, a z drugiej w przekroju gospodarstw domowych i instytucji. Według autorów opracowania, którzy oparli się na sondażu „Diagnoza Społeczna” z 2009 r. 55% polskich gospodarstw domowych posiadało komputer, a 51% miało dostęp do Internetu. Odsetek osób korzystających z Internetu był wyższy w przypadku młodszych grup wiekowych: 87% 16-24-latków i 74% 25-34-latków korzystało z Internetu. Dla porównania udział ten wynosił odpowiednio 62%, 40% oraz 21% w grupach wiekowych 35-44, 45-59 i 60-64. Według tego badania Internet był używany przez coraz więcej gospodarstw domowych, jednak przez niewielki odsetek osób najstarszych po 65 roku życia. Przyjąć należy, że te współczynniki rosną systematycznie rok do roku. Autorzy opracowania zwrócili jednak uwagę, iż mimo relatywnie częstego posiadania komputera i dostępu do Internetu, aktywne korzystanie z informacji nie było jeszcze w Polsce rozpowszechnione. Według danych Eurostatu w 2010 r. tylko około 25% Polaków w wieku 16-74 lat korzystało z Internetu w poszukiwaniu informacji związanych ze zdrowiem. W opracowaniu podano aktualny poziom informatyzacji jednostek ochrony zdrowia. W instytucjach ochrony zdrowia proces komputeryzacji oraz informatyzacji jest nadal niedostateczny. W podstawowej opiece zdrowotnej komputery wykorzystywane są głównie do rejestracji pacjentów i celów administracyjnych, ale nie podczas wizyt lekarskich. Ani lekarz, ani pacjent nie mają dostępu do danych elektronicznych (takich jak karty pacjenta). Pomimo że komputery są używane w większości placówek opieki zdrowotnej, poziom ich zastosowania w indywidualnych gabinetach lekarskich i średniej wielkości przychodniach jest niski, a dokumentacja medyczna jest nadal prowadzona w formie papierowej. W dużych klinikach i szpitalach specjalistycznych w kilku województwach istnieją dobrze rozwinięte systemy informatyczne, w których administracja jest połączona z przepływem danych medycznych z oddziałów szpitalnych, aptek szpitalnych i systemów zarządzania zabie-

¹⁸⁸ Polska: *Zarys systemu ochrony zdrowia*; Tytuł serii: *Health Systems in Transition (Systemy Ochrony Zdrowia w Okresie Przemian)*, Wersja oryginalna: Issued In English by the WHO Regional Office for Europe, on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies in 2011 under the title: Poland: Health system review. *Health Systems in Transition*, 2011 (Volume 13, Number 8). World Health Organization 2011, on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, redakcja publikacji angielskiej: Dimitra Panteli, Anna Sagan (redaktorzy), Reinhard Busse (redaktor serii), redakcja publikacji polskiej: Stanisława Golinowska, przekład: Małgorzata Jabłońska, Warszawa 2012, s. 127-146.

gami chirurgicznymi. Korzystanie z usług elektronicznych w Polsce jest rozpowszechnione w niewielkim stopniu mimo znaczących postępów w zakresie cyfryzacji podmiotów leczniczych. W sferze ochrony zdrowia ujawnia się zjawisko niskiego wykorzystania narzędzi informatycznych. Autorzy opracowania podają przykłady elektronicznej rezerwacji wizyt, która nie jest rozpowszechniona. Badanie ankietowe przeprowadzone pod koniec 2011 roku wśród kadry zarządzającej ujawniło, że 95% placówek zapewniających opiekę stacjonarną posiadało już wówczas swoją stronę internetową. Ale już tylko 12,5% z nich zapewniało możliwość rejestracji drogą internetową pacjentom korzystającym z pomocy w trybie ambulatoryjnym. Dostęp do dokumentacji medycznej dla pacjentów był możliwy w 5% placówek. Stosunkowo duża liczba respondentów zadeklarowała, że ich placówka ma dostęp do usług teleradiologicznych (34,7%). Telekonsultacje z innymi placówkami medycznymi były możliwe w 19% ośrodków. Telekonsultacje dla pacjentów oferowało tylko około 4% placówek, a usługę telemonitorowania dla osób z chorobami przewlekłymi 5% z nich. Niektóre kliniki uniwersyteckie i szpitale specjalistyczne wykorzystują telemedycynę w dziedzinach takich jak kardiologia i ortopedia Według ostatnich dostępnych w Centrum Systemów Informatycznych Ochrony Zdrowia danych za 2018 roku, dotyczących stopnia informatyzacji¹⁸⁹ można zaobserwować trend wzrostowy w informatyzacji podmiotów leczniczych. Badanie ankietowe przeprowadzone zostały wśród podmiotów udzielających ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych, podmiotów, które jako główny rodzaj działalności wskazały podstawową opiekę zdrowotną oraz udzielających stacjonarnych i całodobowych świadczeń szpitalnych. Według danych ankietowych nastąpił ponad 21% wzrost liczby podmiotów, które posiadają rozwiązania informatyczne do prowadzenia elektronicznej dokumentacji medycznej. Biorąc pod uwagę podział na rodzaj działalności - znacznie wzrosła liczba stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych innych niż szpitalne posiadających rozwiązania informatyczne, które umożliwiają prowadzenie dokumentacji medycznej w postaci elektronicznej bo o prawie 29%. W przypadku szpitali wartość ta wzrosła o prawie 28%. Wzrosła także o ponad 19% liczba przygotowanych do wymiany elektronicznej dokumentacji medycznej podmiotów leczniczych. W stosunku do II edycji badania, które odbyło się w 2016 roku, procent podmiotów posiadających strategię informatyzacji placówki w perspektywie najbliższych lat utrzymuje się mniej więcej na tym samym poziomie. Znaczny wzrost liczby podmio-

¹⁸⁹ Zob. Badanie stopnia informatyzacji podmiotów wykonujących działalność leczniczą, III edycja Warszawa, czerwiec 2018, <https://www.csioz.gov.pl>, (dostęp 10.08.2020).

tów, w których została wyodrębniona komórka IT, nastąpił w przypadku podmiotów udzielających stacjonarnych i całodobowych świadczeń innych niż szpitalne - prawie 20%, a także w przypadku ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych (o ponad 8%), natomiast szpitale zanotowały niewielki wzrost o 3%. Są to jednak w większości małe liczące do 4 osób komórki. Jedynie niecałe 26% szpitali oraz niecałe 14% ambulatoriów i 12% podmiotów podstawowej opieki zdrowotnej posiada Repozytorium Elektronicznej Dokumentacji Medycznej, rozumiane jako miejsce składowania dokumentów elektronicznych wraz z metadanymi na potrzeby ich wyszukiwania. Niewielka liczba podmiotów prowadzi elektroniczny zapis zgód pacjenta dotyczących np. wykonania zabiegu, wypisu na życzenie, wyboru rodzaju znieczulenia, zgody na pobranie/udostępnienie dokumentacji medycznej z/do innej placówki - jest to zaledwie 16% szpitali oraz ponad 14% ambulatoriów i ponad 17% podmiotów podstawowej opieki zdrowotnej. Jest to najczęściej skan papierowej zgody pacjenta podpisanej odręcznie i przechowywanej w systemie informatycznym bądź adnotacja w systemie, że taka zgoda została uzyskana w postaci papierowej. Nastąpił znaczny wzrost, w stosunku do badania z 2016 roku, liczby stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych innych niż szpitalne, które oparte zostały o usługę e-rejestracji - o prawie 14%.

Autorzy opracowania „E-zdrowie. Czego oczekują pacjenci?”¹⁹⁰ zwracają uwagę, iż rozwój ICT w ochronie zdrowia jest ogólnoswiatowym trendem, zmieniającym systemy opieki zdrowotnej w wielu krajach w kierunku tworzenia systemów otwartych na potrzeby pacjentów, transparentnych i tańszych niż obecne. Efektywne rozwiązania ICT w ochronie zdrowia mają ze swej natury pacjentocentryczny charakter, przybliżają usługi medyczne do pacjenta, poprawiają ich koordynację poprzez lepszy obieg informacji i wymianę danych medycznych między przedstawicielami zawodów medycznych a pacjentami. Technologie mają potencjał budowania postaw o charakterze *patients empowerment* czyli zaangażowania pacjenta we współdecydowanie o swoim leczeniu i aktywne partnerstwo w procesie leczenia. Pacjenci przejmują wtedy część odpowiedzialności za podejmowane decyzje i wynik leczenia, co przekłada się na poprawę jego skuteczności. Jednak rozwój ICT w ochronie zdrowia to nie tylko korzyści. Ryzyka wynikają głównie z udostępnienia informacji o zdrowiu, które mają charakter informacji poufnych. Obecnie dokumentacja medyczna jest rozproszona

¹⁹⁰ E-zdrowie. Czego oczekują pacjenci? E. Borek, J. Greser, A. Kilijanek-Cieślak, T. Perendyk, A. Prusko, A. Sitek, K. Wojtaszczyk, Warszawa 2017, https://mypacjenci.org/wp-content/uploads/2018/08/E_Zdrowie_Raport.pdf, (dostęp: 23.06.2020 r).

i znajduje się u wielu świadczeniodawców. Po wprowadzeniu ujednoczonej elektronicznej dokumentacji medycznej nastąpi „scalenie” rozproszonych danych i w związku z tym pojawi się większe ryzyko dla prywatności i bezpieczeństwa naszych danych medycznych. Wykorzystanie przez pacjentów potencjału ICT zależy od tego w jaki sposób są wdrażane innowacje w tym obszarze i czy uwzględniane są opinie i potrzeby pacjentów i obywateli. Fundacja My Pacjenci wraz Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia oraz portal www.znanylekarz.pl przeprowadziły wśród pacjentów i obywateli sondaż *on-line* dotyczący ich opinii i oczekiwań od rozwiązań z obszaru e-zdrowia. Celem przeprowadzonych w ramach projektu dialogu społecznego Razem dla Zdrowia badań opinii pacjentów i obywateli było określenie ich postaw wobec takich aspektów jak korzystanie z narzędzi ICT w ochronie zdrowia, czy opinii na temat prywatności i bezpieczeństwa danych medycznych. Internet stał się dla dużej grupy pacjentów istotnym źródłem i powszechnym narzędziem dostępu do informacji dotyczących diagnozowania i leczenia chorób oraz poruszania się w systemie opieki zdrowotnej. Świadczą o tym wyniki badań realizowanych przez Polskie Badania Internetu, z których wynika, iż 2016 roku informacji na temat zdrowego stylu życia, chorób, ich przyczyn i sposobów leczenia poszukiwało w Internecie 12,6 mln Polaków, co stanowi 47% użytkowników sieci. Biorąc pod uwagę dynamikę przyrostu internautów zainteresowanych tematyką zdrowia, należy przypuszczać, że Polacy dzięki wykorzystaniu Internetu przestali być biernymi uczestnikami systemu ochrony zdrowia. Dalej, zdaniem cytowanych autorów, potencjał Internetu w kontekście potrzeb i gotowości korzystania z niego przez pacjentów jest w Polsce niewykorzystany - pacjentów chcących korzystać z niego jest znacznie więcej niż faktycznie korzystających. Poszukiwanie przez Internet świadczeniodawców cieszących się dobrą opinią, umawianie wizyt czy odbiór wyników badań stał się standardem dostępnym w placówkach głównie prywatnego sektora opieki zdrowotnej. Potencjał portalu NFZ dla pacjentów pozostaje niewykorzystany - korzysta z niego tylko niewielki odsetek badanych (15%) a chciałoby jednak korzystać prawie 50% z nich. Pacjenci oczekują upowszechnienia rozwiązań takich jak umawianie wizyt przez Internet (90% respondentów), odbieranie wyników badań dodatkowych (83%), wyszukiwanie lokalizowanie świadczeniodawcy (79%), dostarczenie informacji o jakości opieki u wybranego świadczeniodawcy (68%) oraz informacji o dostępności leku w aptece (64% respondentów). Zgodnie z wynikami przeprowadzonego badania łącznie 77% uważa, że powinien istnieć system elektroniczny, który gromadzi informacje o wszystkich stosowanych lekach na receptę.

Powyższe ustalenia wykazują, że rozwój technologii informacyjno-komunikacyjnych jest stałym elementem w funkcjonowaniu współczesnych społeczeństw. Nowe technologie stają się użyteczne w realizacji dotychczasowych potrzeb społecznych oraz przyczyniają się do kreacji nowych usług i funkcjonalności. Technologia cyfrowa została zaakceptowana społecznie. Przedstawione analizy pokazują, że poszczególne grupy społeczne coraz chętniej i częściej sięgają po rozwiązania informatyczne oraz oczekują by ich potrzeby były zabezpieczane przy użyciu technologii cyfrowych. To ważne ustalenie, gdyż uzasadnia tezę, że realizacja zadań (usług) w obszarze ochrony zdrowia powinna być oparta m. in. na nabytych i nabywanych przez społeczeństwo umiejętnościach cyfrowych. Odpowiednie odczytanie oczekiwań w tym zakresie stanowi jedną z kluczowych przesłanek efektywnego wdrożenia rozwiązań e-zdrowia.

4. Założenia i cele e-zdrowia w dokumentach instytucji Unii Europejskiej

W obszarze prawa unijnego pojęcie e-zdrowia zostało użyte pierwotnie w Dyrektywie Parlamentu Europejskiego i Rady 2011/24/UE z dnia 9 marca 2011 r. w sprawie stosowania praw pacjentów w transgranicznej opiece zdrowotnej¹⁹¹. W akcie tym pojęcie e-zdrowia nie jest definiowane. Wskazuje ono natomiast cele, które mają zostać osiągnięte w ramach e-zdrowia. Dyrektywa w art. 14 określa, iż Unia Europejska wspiera i ułatwia współpracę i wymianę informacji między państwami członkowskimi działającymi w ramach dobrowolnej sieci skupiającej wyznaczone przez państwa członkowskie organy krajowe odpowiedzialne za e-zdrowie. Zgodnie z treścią dyrektywy celami sieci e-zdrowia są działania na rzecz wygenerowania trwałych korzyści ekonomicznych i społecznych europejskich systemów i świadczeń e-zdrowia oraz interoperacyjnych zastosowań użytkowych, aby osiągnąć wysoki poziom zaufania i bezpieczeństwa, zwiększyć ciągłość opieki i zapewnić dostęp do bezpiecznej opieki zdrowotnej wysokiej jakości. Celem, przedstawionym w dyrektywie 2011/24/UE, jest również sporządzanie wytycznych dotyczących niewyczerpującego wykazu danych, które mają się znaleźć w kartotekach pacjentów i które mogą być wymieniane między pracownikami ochrony zdrowia, aby umożliwić ciągłość opieki i bezpieczeństwo pacjenta w aspekcie transgranicznym oraz skutecznych metod udostępniania informacji medycznych do celów zdrowia publicznego i badań naukowych oraz wspieranie państw członkowskich w działaniach na rzecz opracowania wspólnych środków identyfikacji i uwierzytelniania, aby ułatwić przenoszalność danych w transgranicznej opiece zdrowotnej.

Cele związane z opracowywaniem i przetwarzaniem danych, powinny być w rozumieniu dyrektywy 2011/24/UE, realizowane z należyтым uwzględnieniem zasad ochrony danych określonych w szczególności w dyrektywie Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 24 października 1995 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w zakresie przetwarzania danych osobowych i swobodnego przepływu tych danych 95/46/WE¹⁹² i dyrektywa Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 12 lipca 2002 r. dotycząca przetwarzania danych osobowych i ochrony prywatności w sektorze łączności elektronicznej (dyrektywa o prywatności i łączności elektronicznej) 2002/58/WE¹⁹³. Preambuła do postanowień dyrektywy 2011/24/UE zawarte w jej wstępie wskazuje, że rozwój

¹⁹¹ Dziennik Urz. UE L 88/45.

¹⁹² Dziennik Urz. UE L 281, 23/11/1995 P. 0031 – 0050.

¹⁹³ Dziennik Urz. UE L 201, 31/07/2002 P. 0037 – 0047.

technologiczny w zakresie transgranicznego świadczenia opieki zdrowotnej poprzez korzystanie z technologii informacyjnych i komunikacyjnych może wprowadzać niejasność co do sprawowania obowiązków nadzorczych przez państwa członkowskie, utrudniając w ten sposób swobodny przepływ opieki zdrowotnej i narażając ochronę zdrowia na możliwe dodatkowe ryzyko.

W UE występuje znaczne zróżnicowanie oraz niezgodność formatów i standardów TIK stosowanych w świadczeniu opieki zdrowotnej, co stanowi przeszkodę w świadczeniu transgranicznej opieki zdrowotnej tą drogą, a także stwarza potencjalne ryzyko dla ochrony zdrowia. Konieczne jest zatem, by państwa członkowskie dążyły do zapewnienia interoperacyjności systemów TIK. Wprowadzanie systemów TIK w opiece zdrowotnej leży jednak całkowicie w kompetencjach krajowych. Dlatego dyrektywa 2011/24/UE powinna uznawać znaczenie działań w zakresie interoperacyjności oraz podziału kompetencji, umożliwiając Komisji Europejskiej i państwom członkowskim współpracę w zakresie wypracowywania środków, które choć nie są prawnie wiążące - są dodatkowymi narzędziami będącymi w dyspozycji państw członkowskich, aby ułatwiać większą interoperacyjność systemów TIK w dziedzinie opieki zdrowotnej oraz aby zwiększać dostęp pacjentów do aplikacji w zakresie e-zdrowia, jeżeli państwa członkowskie zdecydują się na ich wprowadzenie.

Dyrektywa 2011/24/UE zawiera odniesienie do kwestii interoperacyjności usług zdrowotnych świadczonych za pośrednictwem środków elektronicznych (e-zdrowia), którą należy osiągnąć z poszanowaniem krajowych uregulowań dotyczących świadczenia usług opieki zdrowotnej, przyjętych w celu ochrony pacjentów, w tym przepisów dotyczących aptek Internetowych, w szczególności krajowych zakazów sprzedaży wysyłkowej produktów leczniczych wydawanych wyłącznie na receptę, w zakresie, w jakim są one zgodne z orzecznictwem Trybunału Sprawiedliwości i dyrektywą 97/7/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 20 maja 1997 r. w sprawie ochrony konsumentów w przypadku umów zawieranych na odległość¹⁹⁴ oraz dyrektywą 2000/31/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 8 czerwca 2000 r. w sprawie niektórych aspektów prawnych usług społeczeństwa informacyjnego, w szczególności handlu elektronicznego w ramach rynku wewnętrznego¹⁹⁵. Postęp w wiedzy medycznej i technologiach medycznych stwarza z jednej strony nowe możliwości, a z drugiej stanowi wyzwanie dla systemów zdrowotnych państw członkowskich. Współpraca

¹⁹⁴ Dz. Urz. L 144 z 4.6.1997.

¹⁹⁵ Dz. Urz. L 178, 17/07/2000 P. 0001 - 0016.

w ocenie nowych technologii medycznych może stanowić wsparcie dla państw członkowskich poprzez efekt skali i uniknięcie powielania działań oraz może dostarczać lepszej podstawy naukowej do optymalnego wykorzystania nowych technologii w celu zapewnienia bezpiecznej i efektywnej opieki zdrowotnej o wysokiej jakości. Taka współpraca wymaga trwałych struktur obejmujących wszystkie odpowiednie organy państw członkowskich i wykorzystuje istniejące projekty pilotażowe oraz konsultacje z szerokim spektrum zainteresowanych stron.

Jak już wcześniej wskazano w dokumentach unijnych stosowany jest termin „e-zdrowie” (*e-health*)¹⁹⁶. Od momentu, wprowadzenia tego pojęcia do języka prawnego, stało się oczywiste, że zakres e-zdrowia wykracza daleko poza zainteresowania rutynowego stosowania narzędzi informatycznych i ma służyć bardziej istotnym celom - poprawie dostępności i jakości funkcjonowania systemów zdrowotnych¹⁹⁷. Pierwszym ważnym przedsięwzięciem podjętym w ramach Unii, związanym z rozwojem technik informatycznych był plan działania z 2000 roku, poświęcony budowaniu „Społeczeństwa Informacyjnego dla wszystkich” (*An Information Society for all*), co stanowi kontynuację inicjatywy zaproponowanej rok wcześniej przez Komisję Europejską pod hasłem „e-Europe”¹⁹⁸. Należy jednak pamiętać, że już w 1988 roku powstała inicjatywa *advanced informatics in medicine*, która stała się zaczynem późniejszych przedsięwzięć w tym obszarze¹⁹⁹.

Koncepcja wykorzystywania nowych technologii była powiązana ze Strategią Lizbońską²⁰⁰. W Strategii Lizbońskiej przyjęto, że „strategicznym celem jest doprowadzenie w ciągu następnej dekady do tego, że Unia Europejska stanie się najbardziej konkurencyjną i dynamiczną, opartą na wiedzy gospodarką świata, zapewniającą zrównoważony wzrost gospodarczy, kreowanie nowych miejsc pracy i spójność społeczną”.

¹⁹⁶Zdrowie-UE, e-Zdrowie,

http://ec.europa.eu/health-eu/care_for_me/e-health/index_pl.htm. (dostęp 17.04.2020 r.).

¹⁹⁷ Commission of the European Communities, Communication from the Commission to the Council, the European Parliament, the European Economic and Social Committee and the Committee of the Regions. Making Healthcare better for European citizens: An action plan for a European eHealth Area, COM(2004) 356, Brussels, 30.04.2004,

http://ec.europa.eu/information_society/doc/qualif/health/COM_2004_0356_F_EN_ACTE.pdf. (dostęp 17.04.2020 r.).

¹⁹⁸ Council of the European Union, Commission of the European Communities, eEurope 2002. A11 Information society for All. Action plan prepared by the Council and the European Commission for the European Council 19-20 June 2000, Brussels, 14.06.2000,

http://ec.europa.eu/information_society/eeurope/2002/action_plan/pdf/actionplan_en.pdf.

(dostęp 17.04.2020 r.).

¹⁹⁹ eHealth 2005. Conference conclusions, Tromsø, 23-24.05.2005, http://ec.europa.eu/information_society/activities/health/docs/events/ehealth2005tromso/ehealth2005-conference_conclusions.pdf. (dostęp 17.04.2020 r.).

²⁰⁰ <https://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc>. (dostęp 17.04.2020 r.).

wymusza przygotowania stabilnej koncepcji i transformacji dotychczasowej gospodarki UE w gospodarkę opartą na wiedzy, dzięki zmianie paradygmatu rozwoju i włączenia nośników wiedzy do grupy czynników inwestycyjnych; przyspieszenia reform strukturalnych, dzięki instytucjonalnemu wsparciu działań na rzecz wzrostu innowacyjności i konkurencyjności; modernizacji europejskiego modelu społecznego, poprzez inwestowanie w ludzi i zwalczanie praktyk społecznego wykluczenia; zapewnienia „zdrowia ekonomicznego” i perspektywy wzrostu gospodarczego poprzez wykorzystanie właściwej, czyli w tym przypadku mieszanej polityki makroekonomicznej państwa (*policy mix*), zawierającej zarówno instrumenty wzmacniające liberalizację wielu dziedzin, jak i wybiórcze instrumenty regulacyjne, wpływające na motywację ekonomiczną podmiotów gospodarczych (np. stabilizacja makroekonomiczna z równoczesnym, kierunkowym wsparciem aktywności inwestycyjnej przedsięwzięć innowacyjnych)²⁰¹.

Nie było wątpliwości, że idea społeczeństwa opartego na wiedzy jest bardzo bliska społeczeństwu informacyjnemu. Powodzenie podejmowanych działań, ale także szybki postęp w stosowaniu nowych rozwiązań technicznych skłaniały polityków UE do zwrócenia na te sprawy uwagi. Nie bez znaczenia był też wzrost popularności informatyki i oczekiwania pacjentów dotyczące możliwości samodzielnego korzystania z sieci. Rada Europejska, dostrzegając sytuację, postulowała powszechną dostępność i wykorzystywanie sieci szerokopasmowych na terenie Unii do roku 2005, troskę o bezpieczeństwo sieci i bezpieczeństwo informacji, a także działania służące rozwojowi e-governmentu, e-learningu, e-zdrowia i e-biznesu²⁰². Zdaniem autorów podsumowania Szwedzkiej Prezydencji w Unii wykorzystywano mniej niż 30% możliwości wynikających z potencjału e-zdrowia. Zmiana tego stanu na lepsze pozwoliłaby na szybkie uzyskanie znacznych korzyści. Wskazano następujące korzyści: niedopuszczenie do błędnego wystawiania 5 mln recept rocznie dzięki korzystaniu z recept elektronicznych; uniknięcie 100 000 zdarzeń niepożądanych rocznie w opiece okołoporodowej poprzez skomputeryzowane wspomaganie lekarzy (*computerised physician order entry and clinical decision support*), co pozwoliłoby zaoszczędzić tysiące łóżkodni rocznie, czyli prawie 300 mln euro; zwolnienie 9 mln łóżkodni corocznie dzięki zastosowaniu

²⁰¹ Szerzej: Strategia Lizbońska a możliwości budowania gospodarki opartej na wiedzy w Polsce – wniośki i rekomendacje pod redakcją naukową E. Okoń-Horodyńskiej, K. Piecha Wydawnictwo Polskiego Towarzystwa Ekonomicznego Warszawa 2005, s. 12-24.

²⁰² Presidency Conclusions, Barcelona, 15-16.03.2002, http://www.consilium.europa.eu/uedocs/cms_data/docs/pressdata/en/ec/71025.pdf (dostęp: 17.04.2020 r.).

elektronicznej historii choroby, która umożliwiłaby skrócenie czasu oczekiwania, dając oszczędności prawie 3,7 mld euro; uniknięcie 11 tysięcy zgonów z powodu cukrzycy każdego roku we wszystkich krajach dzięki programom edukacji pacjentów, włącznie z umiejętnościami lepszego radzenia sobie z chorobą. Należy odnotować, w cytowanym opracowaniu, wyraźną obecność spraw dotyczących zdrowia, które uznano za jedno z ważniejszych wśród różnych zagadnień branych pod uwagę w koncepcji społeczeństwa informacyjnego. Jeden z podrozdziałów dokumentu poświęcono kwestiom *e-health*. Za punkt wyjścia przyjęto opis sytuacji panującej w sektorze. Stwierdzono, że wzrasta zapotrzebowanie na środki finansowe potrzebne opiece zdrowotnej, co jest zrozumiałe w obliczu bardzo szybkich postępów nauk medycznych, starzenia się społeczeństwa i rosnących oczekiwań pacjentów. Technologie cyfrowe są coraz ważniejsze w zarządzaniu, zarówno na poziomie poszczególnych lekarzy, jak i na poziomie decyzji krajowych czy regionalnych. Dzięki ich właściwemu wykorzystywaniu pojawiają się możliwości zmniejszania kosztów administracyjnych, świadczenia usług opieki zdrowotnej na odległość, a także unikania niepotrzebnie powtarzanych badań laboratoryjnych czy obrazowych. Ponadto Internet jest coraz częściej wykorzystywany przez obywateli do uzyskiwania interesujących ich informacji medycznych. Wśród działań szczegółowych wskazano potrzebę wprowadzenia elektronicznej karty ubezpieczenia zdrowotnego, budowanie sieci informacyjnych łączących różne punkty sprawowania opieki i udzielania świadczeń, udostępnianie świadczeń w trybie *on-line*. Programy *e-health* mają służyć jako płaszczyzna integrowania różnych aspektów funkcjonowania sektorów zdrowotnych. Także współdziałanie przedstawicieli różnych krajów stawało się łatwiejsze. Za przykład tego typu inicjatyw niech posłuży wspólna konferencja „Cross-border eHealth w regionie Morza Bałtyckiego” dwóch projektów („Baltic eHealth” oraz „eHealth for Regions”), która służyła przedstawieniu wyników prac, a także wyzwań, strategii i zamierzeń dotyczących przyszłej współpracy²⁰³. W spotkaniu uczestniczyli przedstawiciele sektorów ochrony zdrowia, osoby zaangażowane w procesy bezpośredniego zaspokajania potrzeb zdrowotnych, jak również zajmujące się takimi sprawami, jak biznes, polityka, administracja, planowanie przestrzenne i edukacja.

Dla zagadnienia społeczeństwa informacyjnego i ICT w aspekcie rozwoju gospodarczego istotnym jest stanowisko instytucji unijnych. Szczególnie wybrzmiewa stanowisko Komisji do Rady, Parlamentu Europejskiego, Europejskiego Komitetu

²⁰³Cross-border eHealth in the Baltic Sea Region. Two projects - one conference, 07.05.2007, <http://www.ehealthconference.info/index.php>. (dostęp 17.04.2020 r.).

Ekonomiczno-Społecznego oraz Komitetu Regionów w komunikacie „i2010 - Europejskie społeczeństwo informacyjne na rzecz wzrostu i zatrudnienia”.²⁰⁴ Unia Europejska określa wiedzę i innowacje jako motory zrównoważonego wzrostu oraz przyjmuje, że konieczne jest zbudowanie w pełni integracyjnego społeczeństwa informacyjnego na fundamencie technologii informacyjnych i komunikacyjnych stosowanych szeroko w usługach publicznych, małych i średnich przedsiębiorstwach oraz gospodarstwach domowych. Technologie informacyjne i komunikacyjne są czynnikiem silnie stymulującym wzrost gospodarczy i zatrudnienie. Odpowiadają one za jedną czwartą wzrostu PKB i 40% wzrostu produktywności w Unii Europejskiej. Rozwój ICT uległ przyspieszeniu, przyczyniając się do ogromnego wzrostu w dziedzinie społeczeństwa informacyjnego i mediów. Odpowiedzią na fundamentalne zmiany technologiczne musi być proaktywna polityka. Komunikat posługuje się pojęciem konwergencji cyfrowej. Konwergencja cyfrowa wymaga konwergencji politycznej oraz woli dostosowywania ram regulacyjnych tam, gdzie jest to potrzebne, w celu zapewnienia spójności z nowo powstającą gospodarką cyfrową. Komisja zaproponowała ramy strategiczne, nazwane „i2010 - Europejskie społeczeństwo informacyjne do 2010 r.”²⁰⁵, w których określa szeroką strategię polityki w omawianej dziedzinie. Propozycja ta wspiera otwartą i konkurencyjną gospodarkę cyfrową oraz podkreśla rolę ICT jako czynnika wspierającego integrację społeczną. Wcześniej usługi z dziedziny społeczeństwa informacyjnego i mediów zostały już przedstawione w dokumencie „*Green Paper on convergence of the telecommunications, media and information technology sectors and the implications for regulation towards an information society approach*” z 1997 r.²⁰⁶. Usługi te odzwierciedlają zachodzącą obecnie konwergencję pomiędzy usługami łączności elektronicznej, usługami z dziedziny społeczeństwa informacyjnego, usługami nadawczymi oraz powstającymi na ich podstawie usługami dotyczącymi zawartości. Przytaczany komunikat porusza kluczowe zagadnienia z tego obszaru, jednym z nich jest koncept jednolitej europejskiej przestrzeni informacyjnej. Z technicznego punktu widzenia w dziedzinie sieci komunikacyjnych, mediów, zawartości, usług i urządzeń zachodzi konwergencja cyfrowa. Dzięki coraz lepszym sieciom i nowym technikom kompresji powstają nowe, szybsze kanały dystrybucji, nowe formaty zawartości i usługi. Nowe

²⁰⁴ Komunikat z 1.6.2005 COM (2005) 229

²⁰⁵ Komunikat z 1.06.2005 Komisji do Rady, Parlamentu Europejskiego, Europejskiego Komitetu Ekonomiczno-Społecznego oraz Komitetu Regionów, i2010 – Europejskie społeczeństwo informacyjne na rzecz wzrostu i zatrudnienia, COM (2005) 229 final.

²⁰⁶ Komunikat Komisji Europejskiej z 3.12.1997 r. COM(97) 623.

rodzaje zawartości, usługi i modele biznesowe stymulują wzrost i tworzą miejsca pracy. Konwergencja cyfrowa obejmuje cały świat, zwiększając poziom globalnej konkurencji. Autorzy komunikatu stwierdzają, że jeśli Europa ma w pełni wykorzystać swój potencjał gospodarczy, niezbędne jest proaktywne stanowisko polityczne, które będzie stymulować korzystne trendy na rynku i wspierać budowę społeczeństwa wiedzy przez kształcenie ustawiczne, kreatywność i innowacje, ochronę konsumentów oraz powstawanie zdrowego i bezpiecznego europejskiego społeczeństwa informacyjnego. Budując jednolitą europejską przestrzeń informacyjną należy na samym początku odnieść się do czterech głównych wyzwań powstałych w związku z konwergencją cyfrową: szybkość - szybsze usługi szerokopasmowe w Europie, umożliwiające dostarczanie zawartości multimedialnej; poprawa pewności ekonomicznej i prawnej sprzyjająca powstawaniu nowych usług i zawartości *on-line*; interoperacyjność: ulepszenie urządzeń i platform „komunikujących się ze sobą” oraz stworzenie usług, które można przenosić pomiędzy różnymi platformami; bezpieczeństwo: lepsze zabezpieczenie Internetu przed oszustwami, szkodliwą zawartością i awariami technologicznymi zwiększające zaufanie inwestorów i konsumentów do tego medium. Konwergencja cyfrowa wymaga interoperacyjności urządzeń, platform i usług. Komisja zamierza wspomóc rozwój technologii „komunikujących się ze sobą” za pomocą wszelkich instrumentów jakie ma do dyspozycji: poprzez badania, promowanie otwartych standardów, wspieranie dialogu pomiędzy zainteresowanymi stronami oraz, w razie konieczności, wiążące instrumenty prawne. Unia Europejska przyjmuje, że napędem zmian i konwergencji cyfrowej stanowią innowacje i inwestycje w badania. Inwestycje w badania i innowacje są niezbędne do tego, by sektor ICT mógł w bliższej i dalszej perspektywie nadal tworzyć nowe miejsca pracy i stymulować wzrost gospodarczy. Korzyści z ICT biorą się ze stosowania tych technologii w produktach i usługach oraz z wprowadzania nowych modeli biznesowych, zmian organizacyjnych i nowych umiejętności. Dzięki ICT przedsiębiorstwa zyskują na produktywności, ale ich problemem pozostaje brak interoperacyjności, niezawodności i bezpieczeństwa, a także trudności związane z reorganizacją i integracją ICT w miejscu pracy oraz wysokie koszty wsparcia technicznego. Szczególnie poważne trudności z wdrażaniem ICT mają małe i średnie przedsiębiorstwa. Dostrzeżono konieczność wypracowania „rozwiązań e-biznesowych”, których fundamentem są zintegrowane rozwiązania ICT, bezpieczne usługi sieciowe oraz „narzędzia współpracy” zwiększające produktywność pracowników. Nowe tendencje wskazują, że w najbliższych latach zakres stosowania ICT w biznesie będzie się rozszerzać. Strategia Lizboń-

ska podkreślała znaczenie inwestycji w badania i innowacje dla wzrostu i powstawiania nowych miejsc pracy. Celem strategii i2010 były aktywne działania na rzecz zmniejszenia barier stojących na drodze od uzyskania wyników badań do osiągnięcia ekonomicznych korzyści z nich. Dzięki skoordynowaniu instrumentów dotyczących badań i instrumentów wdrożeniowych możliwe miało być zademonstrowanie rozwiązań technologicznych i organizacyjnych w obszarach, w których wspólne podejście na poziomie UE może przyczynić się do osiągnięcia efektu skali i przyciągnąć inwestorów. Kolejnym obszarem istotnym dla interwencji w ramach rozwoju społeczeństwa informacyjnego integracja społeczna, lepsze usługi publiczne i wyższa jakość życia. W miarę jak stosowanie ICT staje się coraz powszechniejsze, rośnie również wpływ tych technologii na społeczeństwo. Strategia i2010 odzwierciedlała to na trzy sposoby: zapewniając by korzyści z ICT odnosili wszyscy obywatele; polepszając jakość usług publicznych i czyniąc je mniej kosztownymi i bardziej dostępnymi; oraz polepszając jakość życia. ICT są stosowane coraz powszechniej i korzysta z nich coraz więcej ludzi. Nadal jednak ponad połowa mieszkańców UE czerpie ze stosowania ICT niepełne korzyści lub jest od nich całkowicie odcięta. Wzmocnienie spójności społecznej, ekonomicznej i terytorialnej poprzez zwiększenie dostępności produktów i usług ICT, również w regionach słabiej rozwiniętych, jest ekonomiczną, społeczną, etyczną i polityczną koniecznością. W strategii i2010 kładziono nacisk na powszechny udział i na wyposażenie wszystkich obywateli w podstawowe umiejętności cyfrowe. Usługi publiczne stanowią ważny element europejskiej gospodarki. Dla przykładu, na zamówienia publiczne przypada 16% PKB. Zasadnicze wyzwanie polega na tym, by uczynić te usługi lepszymi, bardziej dostępnymi i mniej kosztownymi. Osiągnięto już znaczne postępy we wdrażaniu usług publicznych opartych na ICT. Odnotowywane są pierwsze sukcesy, np. deklaracje podatkowe składane *on-line* pozwalają zaoszczędzić miliony godzin rocznie. ICT mają duży potencjał w dziedzinie poprawy jakości życia. Mogą też przyczynić się do poprawy zdrowia obywateli dzięki nowym usługom zdrowotnym i socjalnym, których wprowadzenie staje się możliwe właśnie dzięki ICT. W kontekście wyzwań demograficznych stojących przed Europą, ICT mogą pomóc w zwiększeniu wydajności i efektywności publicznych systemów ochrony zdrowia i opieki społecznej. ICT mogą również być ważnym czynnikiem wspomagającym różnorodność kulturową Europy, ponieważ dzięki nim europejskie dziedzictwo i twórczość kulturalną można udostępnić większej liczbie osób. Technologie te są również narzędziem wspomagającym ochronę środowiska, np. w dziedzinie monitorowania i postępowania w następstwie katastrof, oraz po-

przez czyste, energooszczędne i wydajne procesy produkcyjne. ICT mogą również przyczynić się do zwiększenia bezpieczeństwa transportu i uczynić go bardziej czystym i energooszczędnym. Konwergencja cyfrowa tworzy nowe wyzwania dotyczące e-integracji. Od strony technicznej należy stworzyć wspólne interfejsy, umożliwić przenoszenie tożsamości pomiędzy różnymi systemami oraz wprowadzić systemy uwierzytelniania. W zakresie zmian organizacyjnych potrzebne są nowe praktyki, nowe umiejętności. Najlepiej odnieść się do tych kwestii w sposób zintegrowany, poprzez inicjatywy takie jak wprowadzane plany działań na rzecz e-zdrowia i elektronicznych zamówień publicznych (eProcurement). Komisja przedstawiła również plan działania na rzecz elektronicznej administracji (eGovernment) oraz strategiczne wytyczne na temat usług publicznych opartych na ICT. Komisja Europejska zakładała wsparcie tych przedsięwzięć za pośrednictwem projektów demonstracyjnych, w których sprawdzone zostaną rozwiązania techniczne, prawne i organizacyjne. Podsumowując, w dziedzinie społecznej strategia i2010 obejmowała następujące działania Komisji: przedstawienie wytycznych politycznych na temat e-dostępności i zasięgu usług szerokopasmowych (2005 r.), przedstawienie wniosku dotyczącego europejskiej inicjatywy na rzecz e-integracji (2008 r.) oraz przyjęcie Planu działania na rzecz elektronicznej administracji oraz strategicznych wytycznych na temat usług publicznych opartych na ICT (2006 r.)²⁰⁷.

W tym miejscu należy zwrócić uwagę na treści, które Komisja Europejska przyjęła w obszarze e-zdrowia a opublikowała w komunikacie z 6 grudnia 2012 roku Komisji do Parlamentu Europejskiego, Rady, Europejskiego Komitetu Ekonomiczno-Społecznego i Komitetu Regionów - Plan działania w dziedzinie e-zdrowia na lata 2012-2020 - *Innowacyjna opieka zdrowotna w XXI wieku*²⁰⁸. Komisja Europejska umieściła e-zdrowie na liście sześciu obiecujących rynków pionierskich. Komunikat uznaje, iż e-zdrowie wciąż ma duży potencjał rynkowy. W ślad za tym twierdzeniem przytaczane są następujące dane: globalny rynek telemedycyny odnotował wzrost z 9,8 mld dol. w 2010 r. do 11,6 mld dol. w 2011 r. Spodziewany jest dalszy rozwój tego rynku do 27,3 mld dol. w 2016 r., przy średniorocznej stopie wzrostu wynoszącej 18,6 %. Szybko rozwija się rynek usług związanych ze zdrowym stylem życia, czemu sprzyjają technologie cyfrowe (aplikacje i urządzenia mobilne). Dzięki konwergencji między technolo-

²⁰⁷ Zob. Komunikat Komisji do Rady, Parlamentu Europejskiego, Europejskiego Komitetu Ekonomiczno-Społecznego oraz Komitetu Regionów „i2010 - Europejskie społeczeństwo informacyjne na rzecz wzrostu i zatrudnienia” s. 13, Bruksela, dnia 1.6.2005, COM(2005) 229 końcowy.

²⁰⁸ COM(2012) 736 final.

giami łączności bezprzewodowej i urządzeniami używanymi w opiece zdrowotnej oraz między opieką zdrowotną i społeczną powstają nowe przedsiębiorstwa. Zmiany modelu opieki zdrowotnej oraz srebrna gospodarka również oferują bardzo obiecujące możliwości rynkowe.

Przytaczając dalej treść Komunikatu z 6 grudnia 2012 roku Komisji do Parlamentu Europejskiego, Rady, Europejskiego Komitetu Ekonomiczno-Społecznego i Komitetu Regionów - Plan działania w dziedzinie e-zdrowia na lata 2012-2020 - Innowacyjna opieka zdrowotna w XXI wieku, stwierdzić należy, iż e-zdrowie może przynieść korzyści obywatelom, pacjentom, pracownikom medycznym i pracownikom sektora opieki, ale także instytucjom zdrowotnym i władzom publicznym. Rozwiązania z zakresu e-zdrowia, o ile są efektywnie stosowane, zapewniają bardziej spersonalizowane, zorientowane na pacjenta podejście do opieki zdrowotnej. Umożliwia to lepsze dostosowanie do potrzeb, większą efektywność i wydajność oraz pomaga zmniejszyć liczbę błędów, jak też ograniczyć długość hospitalizacji. Takie podejście sprzyja integracji społeczno-gospodarczej i równości, podniesieniu jakości życia i wzmocnieniu pozycji pacjenta dzięki większej przejrzystości, dostępowi do usług i informacji oraz wykorzystaniu mediów społecznościowych w sektorze zdrowia. Wymienione korzyści odnotowano w przypadku zastosowania telemedycyny w leczeniu chorób przewlekłych i zaburzeń zdrowia psychicznego oraz w promocji zdrowia. Podobne korzyści zaobserwowano w przypadku terapii z zastosowaniem technologii, które mogą skutecznie uzupełniać rutynową opiekę medyczną i poprawiać efektywność kosztową leczenia, a także w przypadku wykorzystania interoperacyjnych elektronicznych kart zdrowia i elektronicznych systemów do wystawiania recept, o ile rozwiązania te stosowane są z zachowaniem niezbędnej dyscypliny. Od momentu, w którym wartość korzyści zaczyna pokrywać koszty inwestycji, korzyści netto rosną i stają się znaczące. W państwach, w których wdrażane są programy dostosowawcze, e-zdrowie nabrało dużego znaczenia jako środek służący poprawie wydajności i skuteczności systemów oraz ich kontroli, a także sposób na obniżenie wydatków.

Komunikat z 6 grudnia 2012 roku przedstawia też istniejące przeszkody, które wpływają na stosunkowo wolny rozwój rozwiązań e-zdrowia. Zalicza się do nich niewiedza pacjentów, obywateli i pracowników ochrony zdrowia o istnieniu e-zdrowia oraz brak zaufania do tych rozwiązań; brak interoperacyjności między rozwiązaniami w zakresie e-zdrowia; ograniczona ilość dowodów z badań na dużą skalę, które potwierdzałyby efektywność kosztową narzędzi i usług e-zdrowia; brak pewności prawa

co do aplikacji mobilnych dotyczących zdrowia i zdrowego stylu życia oraz brak przejrzystości co do wykorzystywania danych gromadzonych przez takie aplikacje; nieadekwatne lub fragmentaryczne ramy prawne, w tym brak systemów zwrotu kosztów usług e-zdrowia; wysokie koszty rozruchu związane z tworzeniem systemów e-zdrowia; różnice regionalne w dostępie do usług technologii informacyjno-komunikacyjnych, ograniczony dostęp na obszarach dotkniętych ubóstwem. Komisja Europejska do krótkoterminowych i średnioterminowych priorytetów zaliczyła badania w zakresie rozwiązania w zdrowia i zdrowego stylu życia dla obywateli i pracowników medycznych oraz lepszą jakość opieki, w tym dla osób cierpiących na choroby przewlekłe, przy jednoczesnym zwiększeniu autonomii, mobilności i bezpieczeństwa obywateli. Szczególną uwagę poświęcono sposobowi projektowania technologii i aplikacji mobilnych oraz ich zorientowaniu na użytkownika. Ponadto nacisk położono na metody analizowania i eksploracji dużych ilości danych z korzyścią dla obywateli, badaczy, pracowników medycznych, przedsiębiorstw i decydentów. Wśród długoterminowych celów badawczych są zagadnienia mogące przyczynić się do synergii nauki i technologii oraz przyspieszyć odkrycia w dziedzinie zdrowia i zdrowego stylu życia. Należy do nich medycyna *in silico*, która ma ulepszyć zarządzanie chorobami, jak też ich przewidywanie, prewencję, diagnozowanie i leczenie²⁰⁹. Zalecono przeznaczenie środków UE na innowacje wynikające z potrzeb użytkowników, wsparcie dla szybkiego przygotowywania prototypów oraz obniżenie progów dostępu do finansowania. Aby zwiększyć oddziaływanie środków wprowadzanych na poziomie UE, będzie ona wspierać pełne spektrum działań w dziedzinie badań i innowacji. Należą do nich:

- partnerstwa publiczno-prywatne i inne działania obejmujące badania i innowacje oraz przełożenie wiedzy na badania kliniczne i projekty demonstracyjne ;
- zamówienia przedkomercyjne i zamówienia publiczne na innowacyjne, nowe produkty, skalowalność, interoperacyjność i skuteczne rozwiązania w dziedzinie e-zdrowia, przy użyciu zdefiniowanych standardów i wspólnych wytycznych.

²⁰⁹ „*in silico*” jest wyrażeniem, które używane jest do opisywania modelowania, symulacji i wizualizacji procesów biologicznych i medycznych przy użyciu komputerów. Rozwój medycyny *in silico* jest rezultatem znacznych postępów w dziedzinie informatyki medycznej w ciągu ostatnich 20 lat. *In silico* dotyczy dowolnej aplikacji wszelkich technologii w oparciu o zastosowanie komputera - a więc algorytmów, systemów, eksploracji danych lub analizy. Od samego początku poszukiwań, by określić ludzki genom, informatyka komputerowa rozpoczęła odgrywać znacznie większą rolę w naukach medycznych. Kombinacja informatyki i statystyki, zwana bioinformatyką, ma obecnie związek z prawie każdą dziedziną nowoczesnych nauk medycznych i biologii molekularnej, a więc z sekwencjonowaniem, przyporządkowaniami genów, biologią ewolucyjną, analizą mutacji, szybką analizą obrazowania i wieloma innymi zagadnieniami - szerzej w: M. Kurek, T. Stępień Uniwersytet i medycyna w przeddzień globalnej korporacji i medycyny *in silico*, Wydawnictwo ANTYK, 2019, s. 65-104.

Kwestie wdrażania innowacji w dziedzinie opieki nad starzejącym się społeczeństwem oraz badań nad takimi innowacjami, w tym nad rozwiązaniami w zakresie e-zdrowia, poruszone są także w Strategicznym planie realizacji Europejskiego partnerstwa na rzecz innowacji sprzyjającej aktywnemu starzeniu się w dobrym zdrowiu²¹⁰. Do celów tego planu należy umożliwienie obywatelom prowadzenie samodzielnego życia przez dłuższy czas i w lepszym zdrowiu, zrównoważenie kosztów opieki, rozwój rynku innowacyjnych produktów i usług oraz zwiększenie konkurencyjności UE na globalnym rynku. W latach 2014-2020 badania i innowacje są wspierane w ramach działania „Zdrowie, zmiany demograficzne i dobrostan” przewidzianego w programie „Horyzont 2020”²¹¹, w następujących dziedzinach:

- ramy technologii informacyjno-komunikacyjnych, informatyki i inżynierii w służbie cyfrowej, spersonalizowanej i predyktywnej medycyny, w tym zaawansowane modelowanie i symulacje;
- innowacyjne instrumenty, narzędzia i metody umożliwiające wykorzystanie wartości danych oraz prowadzenie zaawansowanych procesów analitycznych, diagnostycznych i decyzyjnych;
- nowe media cyfrowe, technologie i aplikacje sieciowe i mobilne, a także narzędzia cyfrowe integrujące systemy opieki zdrowotnej i opieki społecznej oraz wspierające promocję zdrowia i prewencję;
- systemy i usługi e-zdrowia działające na zasadzie znacznego zaangażowania użytkowników, z naciskiem na interoperacyjność i zastosowanie nowych technologii zorientowanych na pacjenta w celu zracjonalizowania kosztów opieki zdrowotnej.

Komisja zachęca państwa członkowskie do zaangażowania się w Strategiczny plan realizacji Europejskiego partnerstwa na rzecz innowacji sprzyjającej aktywnemu starzeniu się w dobrym zdrowiu²¹². Działania w ramach planu pomogą państwom w opracowaniu krajowych (i regionalnych) strategii w dziedzinie e-zdrowia i umożliwią im wymianę informacji na ich temat. Strategie te powinny być opracowane przy uwzględnieniu międzynarodowych zaleceń oraz wdrożenia na szerszą skalę obiecujących rozwiązań w dziedzinie aktywnego starzenia się w dobrym zdrowiu.

²¹⁰ Komunikat Komisji do Parlamentu Europejskiego i Rady, Działania w ramach Strategicznego planu realizacji Europejskiego partnerstwa na rzecz innowacji sprzyjającej aktywnemu starzeniu się w dobrym zdrowiu, COM/2012/083 final

²¹¹ <https://ec.europa.eu/programmes/horizon2020/en/what-horizon-2020>, (dostęp 27.02.2020 r.)

²¹² Zob. oficjalna strona KE : Komisja Europejska- Zdrowie publiczne-newsletter-138,

E-zdrowie traktowane jest w założeniach Komisji Europejskiej jako nowa przestrzeń działalności gospodarczej. Zapewnienie właściwych warunków prawnych i rynkowych dla przedsiębiorców tworzących produkty i usługi w dziedzinie e-zdrowia i zdrowego stylu życia jest ważne dla rozwoju rynku w tym sektorze. Komisja uznała, że będzie wspierać, takie mechanizmy jak budowanie sieci kontaktów małych i średnich przedsiębiorstw²¹³ oraz badania nad modelami biznesowymi, aby ułatwić ściślejszą współpracę zainteresowanym podmiotom, placówkom badawczym, branży i wszystkim, którzy odpowiadają za wdrażanie narzędzi i usług opartych na technologiach informacyjno-komunikacyjnych. Umożliwi to szybsze i szersze wdrożenie na rynku wyników badań. Komisja będzie także wspierać budowanie sieci kontaktów europejskich inkubatorów zaawansowanych technologii. Taka sieć mogłaby zapewniać różnego rodzaju doradztwo, w tym prawne, nowym przedsiębiorstwom w branży e-zdrowia. Należy w tym miejscu wspomnieć o unijnym instrumencie finansowym pod nazwą „Łącząc Europę”²¹⁴. Jednym z celów instrumentu „Łącząc Europę” jest stwarzanie warunków ułatwiających wdrażanie transgranicznych, interoperacyjnych usług świadczonych w interesie ogólnym, opartych na technologiach informacyjno-komunikacyjnych, takich jak e-zdrowie, poprzez usuwanie bariery wysokich kosztów inwestycji początkowych oraz ryzyka związanego z takim wdrożeniem. W ramach instrumentu „Łącząc Europę” zostały zaadaptowane i wykorzystane wyniki epSOS²¹⁵, projektu pilotażowego na dużą skalę, który zakończył się w 2013 r., oraz wyniki innych projektów i analiz. Doświadczenia uzyskane w projekcie epSOS pokazują, że współpraca państw członkowskich w zakresie budowy i uruchomienia interoperacyjnej infra- i infostruktury pomaga również we wdrożeniu na poziomie krajowym, regionalnym i lokalnym. W okresie programowania 2007-2013 z Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego²¹⁶ przewidziano

²¹³ Dalej „MŚP”

²¹⁴ Zob. <https://www.funduszeuropejskie.gov.pl/strony/o-funduszach/zasady-dzialania-funduszy/program-laczac-europe/Instrument>, (dostęp 11.09.2020).

„Łącząc Europę” (ang. Connecting Europe Facility - CEF) to instrument finansowy, który zastąpił dotychczasowy program TEN-T. Wspiera rozwój trzech obszarów - sieci transportowej, energetycznej oraz telekomunikacyjnej. Unia Europejska przeznaczyła w swoim budżecie na ten cel odrębną pulę środków finansowych. Fundusze te będzie można wykorzystać w latach 2014-2020 na inwestycje dotyczące budowy i modernizacji infrastruktury w dziedzinie transportu, energetyki i telekomunikacji.

²¹⁵ <https://ec.europa.eu/digital-single-market/en/news/cross-border-health-project-epsos-what-has-it-achieved>. (dostęp 11.09.2020).

²¹⁶ dalej „EFRR” - Europejski Fundusz Rozwoju Regionalnego (EFRR, z ang. European Regional Development Fund)- to socjalny fundusz regionalny utworzony w 1975 roku w ramach działalności Unii Europejskiej. Jego podstawowym zadaniem jest zmniejszanie dysproporcji w rozwoju pomiędzy regionami Unii Europejskiej oraz wzrost konkurencyjności regionów, które z różnych powodów są poszkodowane lub opóźnione w rozwoju, szerzej: K. Głębicka, M. Grewiński Europejska Polityka Regionalna, Elipsa, Warszawa 2003, s. 104-106.

dla wszystkich 27 państw członkowskich około 15 mld euro na priorytety związane z technologiami informacyjno-komunikacyjnymi: na zapewnienie dostępu do podstawowego łącza szerokopasmowego - 2,3 mld euro oraz na wsparcie zastosowań technologii informacyjno-komunikacyjnych i usług opartych na tych technologiach dla obywateli i MŚP (12,7 mld euro). W dokumencie „Elementy wspólnych ram strategicznych na lata 2014-2020”²¹⁷ określono kilka głównych działań w ramach EFRR, które miały przyczynić się do szerszego zastosowania usług e-zdrowia, takie jak wdrożenie innowacyjnych zastosowań technologii informacyjno-komunikacyjnych, które ułatwią wyjście naprzeciw wyzwaniom i szansom, stojącymi przed społeczeństwem, takimi jak e-zdrowie, modernizacja, transformacja strukturalna i zrównoważenie systemów zdrowotnych w szczególności zintegrowanie opieki zdrowotnej i społecznej. We wspomnianym dokumencie zdefiniowano także główne działanie dotyczące zmniejszenia nierówności w dziedzinie zdrowia, mające na celu poprawę dostępności usług dla zmarginalizowanych grup. W ramach Europejskiego partnerstwa na rzecz innowacji sprzyjającej aktywnemu starzeniu się w dobrym zdrowiu przewidziano plan strategiczny, który ma umożliwić i przyspieszyć wdrażanie innowacji, w tym e-zdrowia na potrzeby aktywnego starzenia się w dobrym zdrowiu. W latach 2013-2020 Komisja wykorzystuje środki z instrumentu „Łącząc Europę” i EFRR dla celów wdrożenia na dużą skalę innowacyjnych narzędzi oraz możliwości powielania dobrych praktyk i usług w zakresie zdrowia, starzenia się i zdrowego stylu życia, ze szczególnym naciskiem na poprawę równego dostępu do usług.

Zdaniem Komisji z jednej strony, wzmocnienie pozycji pacjentów i umiejętności cyfrowe w zakresie e-zdrowia są niezbędnym warunkiem jego pomyślnego wdrożenia. Z drugiej strony, e-zdrowie ułatwia pacjentom leczenie, a zdrowym osobom - korzystanie ze środków prewencyjnych. Istotną barierą jest jednak brak świadomości szans i wyzwań, jakie e-zdrowie przedstawia dla użytkowników - obywateli, pacjentów, pracowników medycznych i pracowników opieki społecznej. Od 2013 r. w ramach programu na rzecz konkurencyjności i innowacji, Komisja wspiera działania służące poprawie cyfrowych umiejętności obywateli w zakresie e-zdrowia. W przypadku specjalistów (pracowników medycznych i naukowych) działania te będą polegać przede wszystkim na opracowaniu, w oparciu o dowody naukowe, wytycznych dla praktyki

²¹⁷ Dokument roboczy służb Komisji Europejskiej z 14.3.2012 r. Elementy wspólnych ram strategicznych na lata 2014-2020 dla Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności, Europejskiego Funduszu Rolnego na rzecz Rozwoju Obszarów Wiejskich oraz Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego, SWD (2012) 61 final.

klinicznej w zakresie telemedycyny, ze szczególnym uwzględnieniem pielęgniarek i pielęgniarzy oraz pracowników opieki społecznej.

Podsumowując ustalenia Komisji systemy zdrowotne UE działają w warunkach dotkliwych ograniczeń finansowych, musząc przy tym sprostać wyzwaniom związanym ze starzeniem się społeczeństwa, rosnącymi oczekiwaniami obywateli oraz mobilnością pacjentów i pracowników medycznych. Rozbudzanie ducha innowacji w dziedzinie e-zdrowia w Europie to działanie w kierunku zapewnienia unijnym obywatelom lepszego zdrowia oraz lepszej i bezpieczniejszej opieki, a także na rzecz większej przejrzystości i wzmocnienia pozycji obywateli, podniesienia umiejętności pracowników, zwiększenia efektywności i zrównoważenia systemów zdrowotnych i systemów opieki. To również działanie w kierunku lepszej i lepiej reagującej na potrzeby administracji publicznej, nowych możliwości gospodarczych oraz bardziej konkurencyjnej europejskiej gospodarki, która może skorzystać na międzynarodowym obrocie rozwiązaniami w dziedzinie e-zdrowia.

Zgodnie z rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 282/2014 z dnia 11 marca 2014 r. w sprawie *ustanowienia Trzeciego Programu działań Unii w dziedzinie zdrowia (2014-2020) oraz uchylające decyzję nr 1350/2007/WE i art. 168 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej (TFUE)*²¹⁸ przy określaniu i wdrażaniu wszystkich polityk i działań Unii należy zapewnić wysoki poziom ochrony zdrowia ludzkiego. Unia ma uzupełniać i wspierać krajowe polityki zdrowotne, zachęcać do współpracy pomiędzy państwami członkowskimi i promować koordynację pomiędzy ich programami, przy zachowaniu pełnej odpowiedzialności państw członkowskich za określenie ich polityk zdrowotnych oraz organizację i świadczenie usług zdrowotnych i opieki medycznej. Według rozporządzenia promowanie dobrego zdrowia na poziomie Unii stanowi również nieodłączny element programu „Europa 2020: Strategia na rzecz inteligentnego i zrównoważonego rozwoju sprzyjającego włączeniu społecznemu”²¹⁹. Zapewnienie, aby ludzie dłużej byli zdrowi i aktywni oraz umożliwienie im aktywnego dbania o własne zdrowie przyniesie generalnie pozytywne skutki dla zdrowia, w tym zmniejszenie nierówności w zdrowiu, oraz korzystnie wpłynie na jakość życia, wydajność i konkurencyjność, zmniejszając jednocześnie obciążenia budżetów krajowych. Wsparcie i uznanie innowacji, które mają wpływ na zdrowie pomaga

²¹⁸ Dz. Urz. UE, L 86/1

²¹⁹ Komunikat (KOM(2010) 2020 wersja ostateczna) - Europa 2020: Strategia na rzecz inteligentnego i zrównoważonego rozwoju sprzyjającego włączeniu społecznemu, w: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/PL/TXT/HTML/>, (dostęp 17.09.2019 r.).

podjąć wyzwanie zapewnienia stabilności sektora zdrowia w kontekście zmian demograficznych, a działania dążące do zmniejszania nierówności w zdrowiu są istotne dla osiągnięcia „wzrostu sprzyjającego włączeniu społecznemu”.

Rozporządzenie „kierunkuje” działania w zakresie innowacji w ochronie zdrowia, które należy rozumieć jako strategię na rzecz zdrowia publicznego, która nie ogranicza się do postępu technologicznego w zakresie produktów i usług. Wspieranie innowacji w dziedzinach interwencji w zakresie zdrowia publicznego, strategii profilaktyki, zarządzania systemem opieki zdrowotnej, jak również w organizacji i świadczeniu usług zdrowotnych i opieki medycznej, w tym interwencji w zakresie promocji zdrowia oraz profilaktyki chorób, może doprowadzić do poprawy wyników w dziedzinie zdrowia publicznego, podnieść jakość opieki świadczonej pacjentom, oraz odpowiedzieć na niezaspokojone potrzeby; może także wspierać konkurencyjność zainteresowanych stron oraz racjonalizować koszty i poprawić stabilność usług zdrowotnych i opieki medycznej. Program powinien zatem ułatwiać dobrowolne wdrażanie innowacji w obszarze opieki zdrowotnej. Z kolei pacjenci muszą mieć możliwość, między innymi dzięki poprawie swoich kompetencji zdrowotnych, aktywniejszego kierowania swoim zdrowiem i świadczoną na ich rzecz opieką zdrowotną, aby zapobiegać złemu stanowi zdrowia oraz dokonywać świadomych wyborów. Należy poprawiać przejrzystość systemów oraz działań opieki zdrowotnej, oraz dostępność wiarygodnych, niezależnych i przyjaznych pacjentom informacji. Placówki opieki zdrowotnej powinny wykorzystywać opinie i informacje otrzymywane od pacjentów. Wsparcie dla państw członkowskich, organizacji zrzeszających pacjentów oraz zainteresowanych stron ma zasadnicze znaczenie i powinno być skoordynowane na poziomie Unii w celu zapewnienia pacjentom skutecznej pomocy i możliwości korzystania z transgranicznej opieki zdrowotnej, zwłaszcza w odniesieniu do pacjentów cierpiących na choroby rzadkie.

W rozporządzeniu przyjęto określone priorytety tematyczne wskazujące na obszary szczególnej interwencji. Kluczowym obszarem jest promocja zdrowia, profilaktyka chorób i tworzenie środowisk sprzyjających prowadzeniu zdrowego stylu życia, z uwzględnieniem zasady „zdrowie we wszystkich politykach”. Rozporządzenie kładzie nacisk na racjonalne pod względem kosztów środki promocji i profilaktyki zgodnie w szczególności ze strategiami unijnymi w dziedzinie alkoholu i żywienia oraz obejmujące działania w zakresie wspierania wymiany opartych na dowodach i dobrych praktyk w odniesieniu do czynników ryzyka, takich jak palenie tytoniu i bierne palenie, szkodliwe skutki spożywania alkoholu, nieprawidłowe nawyki żywieniowe i brak aktywno-

ści fizycznej, z uwzględnieniem związanych ze zdrowiem publicznym aspektów podstawowych czynników, takich jak czynniki o charakterze społecznym i środowiskowym. Polityki unijne mają na celu także uzupełnienie działania państw członkowskich w zakresie zmniejszania szkodliwych dla zdrowia skutków zażywania narkotyków, wspieranie skutecznego reagowania na choroby zakaźne, takie jak HIV/AIDS, gruźlica i wirusowe zapalenie wątroby, poprzez określenie, rozpowszechnianie i promowanie wdrażania efektywnych kosztowo dobrych praktyk w zakresie profilaktyki, rozpoznawania, leczenia i opieki, które byłyby racjonalne pod względem kosztów. Rozporządzenie porusza także kwestię wsparcia współpracy i tworzenia sieci w Unii w odniesieniu do profilaktyki oraz poprawy reagowania na choroby przewlekłe, w tym raka, choroby związane z wiekiem oraz choroby neurodegeneracyjne, poprzez wzajemne udostępnianie wiedzy i dobrych praktyk oraz opracowywanie wspólnych działań w zakresie profilaktyki, wczesnego wykrywania choroby i postępowania z nią (w tym kompetencji zdrowotnych i samodzielnego postępowania z chorobą).

UE wspiera budowanie potencjału w zakresie przeciwdziałania zagrożeniom zdrowotnym w państwach członkowskich, w tym współpracy z państwami sąsiadującymi: opracowanie planów gotowości i reagowania z uwzględnieniem inicjatyw globalnych, elementów ogólnego i szczegółowego planowania gotowości, koordynacji reagowania w zakresie zdrowia publicznego, niewiążących podejść do szczepień; zmaganie się z rosnącymi zagrożeniami zdrowia wynikającymi z przepływów ludności na świecie; opracowanie wytycznych w sprawie działań ochronnych w sytuacji nadzwyczajnej, wytycznych dotyczących informacji i przewodników po dobrych praktykach; wspieranie ram dobrowolnego mechanizmu, w tym wprowadzenia optymalnego poziomu wyszczepienia ludności, aby skutecznie zwalczać ponowne występowanie chorób zakaźnych oraz w celu prowadzenia wspólnych zamówień medycznych środków zapobiegawczych; opracowanie spójnych strategii komunikacyjnych. Zwraca się uwagę w treści rozporządzenia na przedsięwzięcia wymagane w ramach prawodawstwa Unii lub przyczyniające się do jego wdrażania, w dziedzinie chorób zakaźnych oraz innych zagrożeń zdrowotnych, w tym także tych powodowanych przez incydenty biologiczne i chemiczne, zmianę środowiska i klimatu. Przedsięwzięcie takie może obejmować działania mające na celu ułatwienie wdrażania, stosowania, monitorowania i dokonywania przeglądu takiego prawodawstwa.

Istotnym jest przyjęcie jako obszaru tematycznego wskazującego konieczność wsparcia systemu informacji i wiedzy na temat zdrowia w celu przyczynienia się

do podejmowania decyzji opartych na dowodach, łącznie z wykorzystaniem istniejących instrumentów oraz z dalszym rozwojem znormalizowanych informacji o zdrowiu oraz narzędzi monitorowania zdrowia, ze zbieraniem i analizą danych dotyczących zdrowia oraz szerokim rozpowszechnianiem rezultatów programu. Rozporządzenie wspiera koncepcję dobrowolnej współpracy między państwami członkowskimi w zakresie oceny technologii medycznych w ramach sieci do spraw oceny technologii medycznych ustanowionej dyrektywą 2011/24/UE. Ułatwianie wykorzystania wyników uzyskanych przy realizacji projektów badawczych, objętych wsparciem w ramach Siódmego Programu Ramowego Wspólnoty Europejskiej w zakresie badań, rozwoju technologicznego i demonstracji (2007-2013), przyjętego decyzją nr 1982/2006/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 18 grudnia 2006 r.²²⁰ oraz, w dłuższej perspektywie, działań, które zostaną podjęte przy realizacji Programu Ramowego w zakresie badań naukowych i innowacji (Horyzont 2020), posłuży to do stworzenia dobrowolnej sieci do spraw e-zdrowia ustanowionej Dyrektywą 2011/24/UE.

Wspieranie stabilności kadr ochrony zdrowia poprzez opracowanie skutecznego prognozowania i planowania w odniesieniu do pracowników ochrony zdrowia w zakresie ich liczby, równości płci, zakresu praktyki i zgodności między kształceniem a wymaganymi umiejętnościami, w tym umiejętnościami korzystania z nowych systemów informacyjnych i innych zaawansowanych technologii, monitorowanie mobilności (w Unii) oraz migracji pracowników służby zdrowia, propagowanie skutecznych strategii naboru i zatrzymywania pracowników oraz rozwoju potencjału, z należyтым uwzględnieniem problematyki zależności i starzenia się społeczeństwa. Dostarczanie wiedzy fachowej i dzielenie się dobrymi praktykami, w celu wsparcia państw członkowskich, które podjęły się reform systemów opieki zdrowotnej, poprzez utworzenie mechanizmu łączenia wiedzy specjalistycznej na poziomie Unii w celu zapewnienia racjonalnego i opartego na dowodach doradztwa w sprawie skutecznych i efektywnych inwestycji i innowacji w obszarze zdrowia publicznego i systemów opieki zdrowotnej. Ułatwianie wykorzystania wyników uzyskanych przy realizacji projektów badawczych objętych wsparciem w ramach Siódmego Programu Ramowego Wspólnoty Europejskiej w zakresie badań, rozwoju technologicznego i demonstracji (2007-2013) oraz w dłuższej perspektywie działań, które zostaną podjęte przy realizacji programu ramowego w zakresie badań naukowych i innowacji (Horyzont 2020).

²²⁰ Dz. Urz. UE L 412/1

Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 282/2014 wskazuje na przedsięwzięcia wymagane w ramach prawodawstwa Unii lub przyczyniające się do jego wdrażania w dziedzinie wyrobów medycznych, produktów leczniczych i transgranicznej opieki zdrowotnej. Przedsięwzięcia tego rodzaju mogą obejmować działania mające na celu ułatwienie wdrażania, stosowania, monitorowania i dokonywania przeglądu wspomnianego prawodawstwa. Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 282/2014 zawiera postulat wspierania systemu informacji i wiedzy na temat zdrowia w celu przyczynienia się do podejmowania decyzji opartych na dowodach naukowych, łącznie z wykorzystaniem istniejących już instrumentów oraz w stosownych przypadkach z dalszym rozwojem znormalizowanych informacji na temat zdrowia oraz narzędzi monitorowania zdrowia, ze zbieraniem i analizowaniem danych dotyczących zdrowia, szeroko zakrojonym upowszechnianiem wyników programu, a także wsparcia dla komitetów naukowych utworzonych zgodnie z decyzją 2008/721/WE.²²¹

Doświadczenia nabyte podczas kryzysu związanego z COVID-19 pokazują, że potrzebne jest wsparcie transformacji strukturalnej i reform systemowych systemów opieki zdrowotnej w całej Unii Europejskiej w celu zwiększenia ich skuteczności, dostępności, zrównoważonego charakteru i odporności. W kontekście takiej transformacji nowy program, według instytucji unijnych, powinien wspierać w synergii z programem „Cyfrowa Europa” działania, które przyczyniają się do postępów transformacji cyfrowej świadczeń zdrowotnych i zwiększają ich interoperacyjność, przyczyniają się do zwiększenia możliwości systemów opieki zdrowotnej w zakresie rozwijania profilaktyki pierwotnej, wtórnej, profilaktyki drugiego, trzeciego i czwartego stopnia i promocji zdrowia, oferowania nowych opartych na wynikach modeli opieki oraz zintegrowanych świadczeń, od środowiskowej i podstawowej opieki zdrowotnej do świadczeń wysoce specjalistycznych, opartych na potrzebach ludzi, podwyższania poziomu kompetencji zdrowotnych i cyfrowych kompetencji zdrowotnych obywateli, a także zapewniania skutecznego personelu publicznej opieki zdrowotnej, posiadającego odpowiednie umiejętności, również cyfrowe, regularnie otrzymującego aktualizacje w świetle postępu naukowego i technologicznego, zgodnie z dyrektywą 2005/36/WE Parlamentu Europejskiego i Rady. Synergia między Programem działań UE w dziedzi-

²²¹Decyzja Komisji Europejskiej z dnia 5.08.2008 r. w sprawie utworzenia struktury doradczej komitetów naukowych i ekspertów w dziedzinie bezpieczeństwa konsumentów, zdrowia publicznego i środowiska oraz uchylająca decyzję 2004/210/WE, Dz. Urz. UE L 241/21.

nie zdrowia a programem „Cyfrowa Europa” powinna przyczynić się do wdrażania i rozwoju e-zdrowia, ograniczając zbędne podróże i niezaspokojone potrzeby w zakresie opieki zdrowotnej. Stworzenie europejskiej przestrzeni danych dotyczących zdrowia oraz europejskiej elektronicznej karty zdrowia zapewniłoby systemom opieki zdrowotnej, naukowcom i organom publicznym środki służące poprawie dostępu, przystępności cenowej, dostępności i jakości opieki zdrowotnej, zwiększając ilości danych dostępnych dla pacjentów i pracowników służby zdrowia, a tym samym poprawiając jakość opieki zdrowotnej i zwiększając swobodę przemieszczania się pacjentów w Unii. Mając na względzie prawo podstawowe dostępu do profilaktycznej opieki zdrowotnej i korzystania z leczenia zapisane w art. 35 Karty Praw Podstawowych Unii Europejskiej,²²² a także wspólne wartości i zasady systemów opieki zdrowotnej Unii Europejskiej określone w konkluzjach Rady z dnia 2 czerwca 2006 r., w ramach programu powinno się wspierać działania zapewniające powszechność i inkluzywność opieki zdrowotnej, co oznacza, że nikomu nie zabrania się dostępu do opieki zdrowotnej, oraz działania, które zapewniają należyte przestrzeganie praw pacjenta, w tym prywatności ich danych. Program powinien ułatwiać dostęp do danych osobowych dotyczących zdrowia i wykorzystywanie ich oraz podnosić umiejętności cyfrowe pacjentów.²²³

²²² Dz. Urz. UE C 202/389

²²³ Zob. dokument: P9_TA-PROV(2020)0304 Program działań Unii w dziedzinie zdrowia na lata 2021-2027 („Program UE dla zdrowia”) Poprawki przyjęte przez Parlament Europejski w dniu 13 listopada 2020 r. w sprawie wniosku dotyczącego rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady w sprawie ustanowienia Programu działań Unii w dziedzinie zdrowia na lata 2021-2027 oraz uchylecia rozporządzenia (UE) nr 282/2014 („Program UE dla zdrowia”) (COM(2020)0405-C9-0152/2020 2020/0102(COD)), (Zwykła procedura ustawodawcza: pierwsze czytanie).
https://www.europarl.europa.eu/doceo/document/TA-9-2020-0304_PL.pdf (dostęp 14.11.2020 r.)

5. E-zdrowie w dokumentach Światowej Organizacji Zdrowia

Światowa Organizacja Zdrowia uznaje, że e-zdrowie to wykorzystanie technologii informacyjnych i komunikacyjnych dla zdrowia. W rezolucji WHA 58.28²²⁴, Światowa Organizacja Zdrowia zwróciła uwagę na potencjalny wpływ postępów w technologiach informacyjnych i komunikacyjnych dla zmian w modelu świadczeń opieki zdrowotnej, zdrowia publicznego, badań naukowych oraz działań związanych ze zdrowiem. WHO uznało potencjał e-zdrowia dla wzmocnienia systemów opieki zdrowotnej oraz poprawy jakości, bezpieczeństwa i dostępu do opieki. WHO zachęca państwa członkowskie do podjęcia działań na rzecz włączenia e-zdrowia do systemów i usług zdrowotnych. Następnie w rezolucji WHA 66.24 z 2013 roku²²⁵ WHO wskazuje na potrzebę standaryzacji i interoperacyjności rozwiązań e-zdrowia, co szczegółowo zostało przedstawione w raporcie - Raport EB139/8 z 2013 r.²²⁶. WHO wskazuje na potrzebę ujednoczenia danych dotyczących zdrowia w ramach systemów i usług związanych z e-zdrowiem oraz znaczenia właściwego zarządzania i funkcjonowania globalnych domen dotyczących zdrowia na najwyższym poziomie. WHO zwraca uwagę kluczowe zagadnienia, które muszą być wzięte pod uwagę przy tworzeniu rozwiązań z zakresu e-zdrowia. W pierwszej kolejności koniecznym jest stworzenie ram bazowych dla e-zdrowia, tj. strategii określonych w kontekście priorytetów zdrowotnych danego kraju. Wymaga to zaangażowania szerokiego grona interesariuszy, opracowywania odpowiednich ustaleń dotyczących zarządzania, uwzględnienia wymaganych elementów (takich jak przepisy prawne, odpowiednie rozwiązania techniczne i świadczenie usług), a także zapewnienie zasobów finansowych i ludzkich w celu ich realizacji. Rozwiązania e-zdrowia muszą, zdaniem WHO, również dostarczyć obywatelom wartości dodanej i zrozumienia mechanizmów funkcjonowania systemu ochrony zdrowia. Istotnym jest umożliwienie odpowiedniego zagregowania i dystrybucji informacji dla wszystkich zainteresowanych grup w obszarze ochrony zdrowia. Według WHO e-zdrowie obejmuje działania w wskazanych poniżej obszarach. Pierwszym z wskazanych jest zagadnienie tworzenia rejestrów. Jako przykład takiego rejestru WHO podaje tzw. „EIRs” (elec-

²²⁴ w: „Resolutions & Decisions” - ninth plenary meeting, 25 May 2005 – Committee A, seventh report, s. 121-123. Zarząd WHO (Executive Board) na 115 posiedzeniu w Genewie w 2005 r. przyjął stanowisko w sprawie e-zdrowia i zalecił by w trakcie 58 Światowego Zgromadzenia Zdrowia przyjąć rezolucję w sprawie e-Zdrowia,

²²⁵ WHA66.24 eHealth standardization and interoperability, Sixty-sixth World Health Assembly, Agenda item 17.5 27 May 2013, w: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/150175/A66_R24-en.pdf?sequence=1&isAllowed=y, (dostęp 13.01.2020 r.).

²²⁶ https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB139/B139_8-en.pdf, (dostęp 13.01.2020 r.).

tronic immunization registries - elektroniczny rejestr szczepień. EIRs są to skomputeryzowane systemy informacyjne oparte na danych populacyjnych, zawierających informacje o podawanych dawkach szczepionek. WHO podaje opis wzorcowego rejestru, który obejmuje dane dotyczące narodzin pacjenta, jego cyfrową identyfikację, dane o przeprowadzonych szczepieniach, zindywidualizowane dane dotyczące podanej dawki i dostawcy szczepionki, monitoring kalendarza szczepień oraz moduł zabezpieczający pozyskane dane. Wszystko po to by tzw. immunizacja elektroniczna zoptymalizowała proces szczepień i dawała podstawę do działań koordynujących i planistycznych. Przykład EIR wskazuje na pewną stałe cechy rejestrów elektronicznych takich jak masowość, stałe uzupełnianie danych, agregacja danych i ich efektywne wykorzystanie oraz ciągłość prowadzenia z zachowaniem standardów ochrony danych.

Kolejnym obszarem jest *mHealth* - mobilne zdrowie. *mHealth* zostało zdefiniowane jako zastosowanie urządzeń przenośnych - takich jak telefony komórkowe, urządzenia do monitorowania pacjentów, osobiste pomoce cyfrowe (PDA) i urządzenia bezprzewodowe do celów medycznych i zdrowia publicznego. W ocenie WHO *mHealth* może służyć zwiększeniu dostępu do usług zdrowotnych i świadczeniu usług zdrowotnych w obszarach, w których infrastruktura internetowa jest słabiej rozwinięta niż technologia mobilna.²²⁷

Znaczącą rolę w obszarze e-zdrowia odgrywa tzw. telezdrowie - telemedycyna (*Telehealth*). Telemedycyna zakłada interakcję pomiędzy świadczeniodawcą usługi zdrowotnej a pacjentem, w sytuacji gdy są oni oddzieleni dystansem geograficznym. Interakcja ta może odbywać się w czasie rzeczywistym (synchronicznie), na przykład przez telefon lub przez łącze wideo, lecz może również odbywać się asynchronicznie kiedy przekazanie zapytania jednej ze stron spotka się z reakcją drugiej strony po określonym czasie. Podstawową korzyścią telemedycyny jest poprawa dostępu do opieki zdrowotnej oraz zmniejszenie jej kosztów. Telemedycyna wykorzystuje technologie informacyjno-komunikacyjne do wymiany informacji w celu diagnozowania i leczenia chorób i urazów, badań i oceny oraz do ciągłego kształcenia pracowników ochrony zdrowia. Jest to szczególnie cenne dla osób znajdujących się na odległych wobec centrów medycznych obszarach, grup wrażliwych i w starzejących się społeczeństwach.

²²⁷ Według danych WHO wykorzystanie urządzeń mobilnych wzrasta wykładniczo - od 2,2 miliardów abonentów telefonii komórkowej na świecie (82 na 100 mieszkańców) w 2005 r. do ponad 7 miliardów do końca 2015 r. Wzrost ten był największy w krajach rozwijających się z 1,2 miliarda do ponad 5,5 miliardów abonentów telefonii komórkowej lub prawie 92 na 100 mieszkańców w 2015 r.

Podstawowym dążeniem WHO jest wspieranie działań mających na celu zabezpieczenie dostępu, jak największej części populacji światowej, do powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego (UHC - *universal health coverage*). Stawiając ten cel na pierwszym miejscu WHO zagadnienia e-zdrowia analizuje w aspekcie jego potencjału do przyczynienia się do osiągnięcia celu podstawowego. W tym kontekście WHO podjęło badania w ramach Global Observatory for eHealth (GOe) ośmiu kluczowych tematów w obszarze e-zdrowia. Są to: Podstawy e-zdrowia, M-zdrowie, Telezdrowie, eLearning, Elektroniczna dokumentacja medyczna, Ramy prawne dla e-Zdrowia, Media społecznościowe, Big data. WHO przeprowadziło ogólnoświatową ankietę w 2015 r. mającą ustalić, czy e-zdrowie wspiera rozwój UHC. Wyniki trzeciej ankiety przeprowadzonej w tym obszarze wskazują, iż osiągnięcie powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego nie jest możliwe bez wsparcia instrumentów e-Zdrowia, gdyż nowe rozwiązania technologiczne pozwalają efektywniej wykorzystać posiadane zasoby rzeczowe i ludzkie (personel medyczny).

Z badań WHO wynika wzrost wykorzystania technologii ICT wspierających usługi zdrowotne zarówno w krajach rozwiniętych, jak i rozwijających się od wczesnych lat 2000. UHC jest częścią programu mającego na celu osiągnięcie celów zrównoważonego rozwoju (SDG) przyjętych przez Zgromadzenie Ogólne ONZ we wrześniu 2015 r. Celem 3 jest „Zapewnienie zdrowego życia i promowanie dobrostanu we wszystkich grupach wiekowych”, a celem 8 jest „osiągnięcie powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego”, rozumianego jako dostęp do wysokiej jakości usług zdrowotnych. E-zdrowie w ocenie WHO zapewnia zintegrowane wsparcie rozwoju usług zdrowotnych.

6. Rozwój ochrony zdrowia w Polsce z wykorzystaniem rozwiązań e-zdrowia

Pierwszym działaniem w celu z informatyzowania polskiej ochrony zdrowia i opracowania systemu informacji medycznej było wprowadzenie w 1999 roku na terenie Śląskiej Regionalnej Kasy Chorych systemu START (Standardy Rozliczania Transakcji Medycznych). Główną zmianą jaką niosło za sobą wprowadzenie tej platformy było wprowadzenie na Śląsku kart chipowych dla pacjentów. Zastąpiły one tradycyjne książeczki zdrowia i umożliwiły lekarzowi dostęp do informacji o odbytych wizytach czy przyjmowanych przez pacjenta lekach. System ten działa tam z powodzeniem, jednak ogranicza się tylko do województwa śląskiego. Ułatwia zatem pracę lokalnych placówek ochrony zdrowia oraz dostępność do odpowiednich danych, jednak nie umożliwia zbierania ogólnopolskich danych epidemiologicznych, tworzenia programów profilaktycznych czy oceny potrzeb zdrowotnych Polaków. Dlatego też niezbędne było utworzenie jednego, spójnego, działającego na terenie całej Polski systemu gromadzącego i udostępniającego odpowiednim jednostkom wszelkich potrzebnych o pacjentach danych²²⁸.

W polskim prawodawstwie funkcjonuje szereg aktów prawnych poruszających lub stanowiących o informacji i dokumentacji medycznej, ich przetwarzaniu, przekazywaniu, dostępie i ochronie. Są to: derogowana obecnie ustawa z dnia 18 września 2001 r. *o podpisie elektronicznym*, definiująca pojęcie podpisu elektronicznego, określająca skutki prawne wprowadzenia go w życie, opisująca urządzenia oraz technologie służące do składania, przechowywania, ochrony i kontroli podpisu.²²⁹ Ustawa z dnia 5 lipca 2002 r. *o ochronie niektórych usług świadczonych drogą elektroniczną opartych lub polegających na dostępie warunkowym* - definiuje ona usługi elektroniczne oraz określa zakazy bezprawnego rozpowszechniania powiązanych z nimi informacji.²³⁰ Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. *o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych*, która wskazuje na obowiązek prowadzenia dokumentacji medycznej, przekazywania przez określone podmioty informacji medycznych, kontroli dokumentacji, a także porusza kwestię dostępności danych usług oraz czasu oczekiwania na usługę. Ustawa z dnia 17 lutego 2005 r. *o informatyzacji działalności podmiotów realizują-*

²²⁸ A. Czerw, System informacji w ochronie zdrowia w świetle Ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia – aspekty praktyczne, *Hygeia Public Health* 2011, 46(4), s. 493-501.

²²⁹ t.j. Dz. U. z 2013 r. poz. 262, zm. z. 2014 r. poz. 1662, zm. z. 2015 r. poz. 1893.

²³⁰ t.j. Dz. U. z 2015 r. poz. 1341.

cych zadania publiczne²³¹ - główną kwestią dotyczącą elektronicznego systemu informacji medycznej w ustawie jest obowiązek przekazywania i wymiany informacji elektronicznej, o ile taka istnieje, pomiędzy poszczególnymi jednostkami administracyjnymi i innymi podmiotami. Ustawa z dnia 21 lipca 2006 r. *o zmianie ustawy o ogłaszaniu aktów normatywnych i niektórych innych aktów prawnych oraz ustawy o podpisie elektronicznym*²³², wprowadzająca poprawkę do wyżej opisanej ustawy. Powyższe regulacje prawne stworzyły możliwość i podstawę do wprowadzenia w życie rozwiązań e-zdrowia w formule ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. *o systemie informacji w ochronie zdrowia*.²³³ Ustawa jest obowiązującym aktem prawnym od 1 stycznia 2012 roku, który wprowadza pojęcie systemu informacji w ochronie zdrowia. Celem tego systemu jest przetwarzanie danych niezbędnych do prowadzenia polityki zdrowotnej państwa, podnoszenia jakości i dostępności świadczeń opieki zdrowotnej oraz finansowania zadań z zakresu ochrony zdrowia. Zgodnie z wskazaną ustawą tworzony system na jej podstawie ma mieć charakter powszechny i ma obejmować podmioty lecznicze i inne podmioty obowiązane na podstawie ustawy do przetwarzania danych z zakresu ochrony zdrowia. Wyłączenia z systemu dotyczą podmiotów leczniczych dla osób pozbawionych wolności udzielających świadczeń zdrowotnych na podstawie art. 102 pkt 1 i art. 115 § 1 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. *Kodeks karny wykonawczy* oraz podmiotów leczniczych funkcjonujących w formie jednostki wojskowej w rozumieniu art. 2 ust. 1 pkt 1a ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. *o działalności leczniczej*²³⁴.

Ustawa *o systemie informacji w ochronie zdrowia* zawiera regulacje, które mają na celu stworzenie warunków informacyjnych umożliwiających podejmowanie w dłuższej perspektywie optymalnych decyzji w zakresie polityki zdrowotnej, niezależnie od przyjętego modelu organizacyjnego opieki zdrowotnej oraz zasad jej finansowania. Celem jest stworzenie stabilnego systemu informacji w ochronie zdrowia, charakteryzującego się z jednej strony elastycznym podejściem do organizacji systemu zasobów ochrony zdrowia, w tym do modelu finansowania świadczeń ze środków publicznych, z drugiej strony zaś odpornością na zaburzenia w gromadzeniu i archiwizacji danych, spowodowane zmianami systemowymi w ochronie zdrowia. Podjęte działania na podstawie ustawy *o systemie informacji w ochronie zdrowia* mają doprowadzić do zmniejszenia luki informacyjnej w sektorze ochrony zdrowia, uniemożliwiającej zbudowanie

²³¹ t.j. Dz. U. z 2020 r. poz. 346, 568, 695 i 1517.

²³² Dz. U. 2011 Nr 117 poz. 676.

²³³ t.j. Dz. U. z 2020 r. poz. 702, 1493.

²³⁴ t.j. Dz. U. z 2020 r. poz. 295, 567, 1493.

optymalnego modelu opieki zdrowotnej. Uporządkowanie istniejącego systemu zbierania, przetwarzania i wykorzystywania informacji w ochronie zdrowia w oparciu o zasady: otwartości i interoperacyjności poszczególnych elementów systemu informacji, umożliwiając wymianę danych pomiędzy poszczególnymi elementami systemu informacji w ochronie zdrowia; ograniczania redundancji danych gromadzonych w poszczególnych elementach systemu informacji w ochronie zdrowia; wspierania wtórnego wykorzystania danych i informacji gromadzonych przez podmioty publiczne, w tym wykorzystania danych administracyjnych dla celów statystycznych; funkcjonalizacji i zmniejszenia obciążeń administracyjnych oraz kosztów gromadzenia i wymiany informacji w ochronie zdrowia; zapewnienia wysokiego poziomu wiarygodności i jakości danych.

Celem nadrzędnym ustawy jest poprawienie funkcjonowania opieki zdrowotnej w Rzeczypospolitej Polskiej poprzez zapewnienie kompleksowości, aktualności, niesprzeczności norm, procesów, systemów i zasobów informacyjnych ochrony zdrowia, mających wpływ na zachowanie spójności i ładu informacyjnego w ochronie zdrowia, ze szczególnym uwzględnieniem potrzeb informacyjnych obywateli. Optymalizacja nakładów finansowych ponoszonych na informatyzację sektora ochrony zdrowia oraz rozwój społeczeństwa informacyjnego w obszarze zdrowia względem uzyskiwanych efektów. Przywrócenie właściwych relacji pomiędzy wytwórcą danych, gestorami systemów informacyjnych zbierających dane a podmiotami wykorzystującymi i analizującymi informacje generowane w systemach informacyjnych. Niniejsza ustawa ma za zadanie ograniczyć powielanie danych gromadzonych w poszczególnych elementach systemu oraz wspierać wtórne wykorzystywanie danych i informacji gromadzonych przez podmioty publiczne, w tym wykorzystywanie w celach administracyjnych i statystycznych. Ustawa proponuje utworzenie jasnych i przejrzystych podstaw prawnych dla obecnie funkcjonujących i tych, które będą funkcjonować w przyszłości, rejestrów medycznych oraz elektronicznych dokumentów, takich jak elektroniczne recepty, elektroniczne zwolnienia czy elektroniczne skierowania. Ustawa wnioskuje również o stworzenie warunków informacyjno-komunikacyjnych, umożliwiających podejmowanie w dłuższej perspektywie optymalnych decyzji w zakresie polityki zdrowotnej.

Artykuł 1 ustawy *o systemie informacji w ochronie zdrowia* określa, iż ustawa normuje organizację i zasady działania systemu informacji w ochronie zdrowia, w którym przetwarzane są dane niezbędne do prowadzenia polityki zdrowotnej państwa, podnoszenia jakości i dostępności świadczeń opieki zdrowotnej oraz finansowania zadań z zakresu

ochrony zdrowia. Zatem wprowadzenie ustawy ma za zadanie uporządkować istniejący system zbierania danych, przetwarzania i wykorzystywania informacji w ochronie zdrowia. System ten ma być oparty na otwartości i interoperacyjności poszczególnych elementów oraz umożliwiać wymianę danych pomiędzy tymi elementami. System informacji obejmuje bazy danych tworzone przez podmioty zobowiązane do ich prowadzenia, w których znajdują się informacje o: udzielonych, udzielanych i planowanych świadczeniach opieki zdrowotnej; pracownikach medycznych i usługodawcach; usługobiorcach, osobach fizycznych uprawnionych do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej. Obowiązek prowadzenia takich baz danych spoczywa na określonych w ustawie podmiotach. I tak, udzielone, udzielane i planowane świadczenia zdrowotne powinni ewidencjonować usługodawcy, płatnicy - czyli podmioty finansujące lub współfinansujące udzielanie świadczeń medycznych, minister właściwy do spraw zdrowia, wojewoda w myśl ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz wszystkie inne podmioty będące zobowiązane do przetwarzania takich danych. Informacje o usługodawcach i pracownikach medycznych zbierają między innymi: organ prowadzący rejestr podmiotów wykonujących działalność leczniczą, wojewoda, minister właściwy do spraw zdrowia, Naczelna Rada Lekarska, Wojewódzki Inspektor Farmaceutyczny i wiele innych. Ostatni rodzaj informacji, o usługobiorcach, gromadzą wcześniej wspomniani płatnicy oraz usługodawcy. W systemie tym przetwarzane są określone przez ustawę informacje. Obejmują one dane osobowe pacjentów (imię, nazwisko, płeć, obywatelstwo, stan cywilny, wykształcenie, numer PESEL, datę urodzenia, serię i numer dokumentu stwierdzającego tożsamość, adres miejsca zamieszkania, adres e-mail, informację o rodzaju, numerze i terminie ważności uprawnień do świadczeń opieki zdrowotnej i inne) oraz dane medyczne (historie chorób, odbyte wizyty lekarskie, zażywane leki, itp.). Jak już wspomniane zostało powyżej, w systemie gromadzone są dane o usługodawcach, płatnikach i pracownikach medycznych, a ponadto - ceny udzielonych świadczeń zdrowotnych, celem ich późniejszego rozliczania z płatnikiem.

Polska ustawa podobnie jak regulacje unijne przyjmuje metodę wskazania celu i zadań, które mają być realizowane przy użyciu technologii TIK, nie definiując wprost pojęcia e- zdrowia. Po prawie ośmiu latach od daty wejścia w życie krajowych regulacji z obszaru kompleksowej informatyzacji obszaru ochrony zdrowia można podjąć się częściowego podsumowania zrealizowanych działań.

E-recepta - pierwsza z funkcjonalności uruchamianych w ramach centralnego Projektu P1, realizowanego przez Centrum Systemów Informatycznych Ochrony Zdrowia, jest dostępna od 8 stycznia 2020 roku. Wdrożenie e-Recepty przyniosło szereg korzyści, w tym m.in. możliwość wglądu do wystawionych recept i dokumentów realizacji z możliwością wydruku z dokładnością do recepty z poziomu Internetowego Konta Pacjenta (IKP) czy możliwość przedłużenia recepty bez konieczności wizyty u lekarza. System informatyczny ma w sposób istotny wspierać pracownika medycznego w obszarze interakcji poprzez: umożliwienie zarówno pracownikowi medycznemu wystawiającemu elektroniczną receptę, jak i farmaceucie realizującemu e-Receptę, dostęp do wszystkich wystawionych pacjentowi recept w określonym przedziale czasu (po uprzedniej zgodzie udzielonej przez pacjenta).

Podjęto również wdrożenia innej funkcjonalności - Elektronicznej Rejestracji Pacjenta w ramach Programu Informatyzacji Ochrony Zdrowia, którego realizację rozpoczęto w 2009 roku i który był w 85% współfinansowany przez UE ze środków Programu Operacyjnego Innowacyjna Gospodarka 2007-2013. Nie zakończył się on jednak wówczas sukcesem.

Medyczne systemy informatyczno-komunikacyjne były i czasem nadal są opracowywane niezależnie od siebie dla poszczególnych placówek opieki zdrowotnej, stąd poziom ich spójności i koordynacji jest niski. Inicjatywy mające na celu ujednoczenie infrastruktury teleinformatycznej i oprogramowania były ograniczone i podejmowane dotychczas tylko na poziomie regionalnym²³⁵. Zakładano, na poziomie rządowym, iż kompleksowe podejście zostanie wprowadzone dopiero w ramach Programu Informatyzacji Ochrony Zdrowia (PIOZ). PIOZ zakładał stworzenie Elektronicznej Platformy Gromadzenia, Analizy i Udostępniania zasobów cyfrowych o zdarzeniach medycznych ukierunkowanej głównie na funkcjonalność dla pacjenta, ponieważ to pacjenci (i też pracownicy opieki zdrowotnej) mieli być jej głównymi użytkownikami.

²³⁵ Przykładem inicjatyw regionalnych są zrealizowane w Wielkopolsce w 2015 roku projekty z zakresu informatyzacji ochrony zdrowia w formule projektu wdrożeniowego lub refundacyjnego:

- „Wyposażenia środowisk informatycznych jednostek ochrony zdrowia podległych Sejmikowi Województwa Wielkopolskiego w narzędzia informatyczne umożliwiające wdrożenie Elektronicznej Dokumentacji Medycznej”;

„Wyposażenie środowiska informatycznego Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego w Koninie w narzędzia informatyczne umożliwiające wdrożenie Elektronicznej Dokumentacji Medycznej”;

- „Usługa szerokopasmowej bezpiecznej transmisji danych dla wymiany danych pomiędzy podmiotami leczniczymi podległymi Sejmikowi Województwa Wielkopolskiego i Urzędem Marszałkowskim Województwa Wielkopolskiego”;

- „Usługi elektroniczne służące zarządzaniu na poziomie wojewódzkim skierowane do podmiotów leczniczych podległych Sejmikowi Województwa Wielkopolskiego”.

Przewidziane było utworzenie Platformy udostępniania rejestrów medycznych i zasobów cyfrowych *on-line* przedsiębiorcom usług (projekt P2). Inicjatywa ta była szczególnie pożądana, ponieważ dokumentacja medyczna jest obecnie prowadzona niezależnie przez poszczególnych świadczeniodawców świadczeń zdrowotnych i brakuje rejestru centralnego. Realizacja PIOZ, za którą odpowiedzialne jest Centrum Systemów Informatycznych w Ochronie Zdrowia, miała zostać zakończona do 2014 roku. W 2020 roku wiadomym jest że do realizacji ww. założeń nie doszło. Niemniej warto wskazać obszary, które unormowała ustawa z dnia 28 kwietnia 2011 r. *o systemie informacji w ochronie zdrowia* i które czekają na podjęcie działań związanych z ich realizacją.

System informacji obejmować będzie bazy danych funkcjonujące w zakresie: Systemu Informacji Medycznej²³⁶, tzw. dziedzinowe systemy teleinformatyczne, czyli m.in. Systemu Rejestru Usług Medycznych Narodowego Funduszu Zdrowia (System RUM-NFZ), Systemu Statystyki w Ochronie Zdrowia, Systemu Monitorowania Zagrożeń, Systemu Monitorowania Dostępności do Świadczeń Opieki Zdrowotnej, Zintegrowanego Systemu Monitorowania Obrotu Produktami Leczniczymi, rejestrów medycznych. Celem utworzenia systemu informacji jest przede wszystkim poprawa dostępności usług medycznych dla usługobiorców (usług medycznych rozumianych jako świadczenia opieki zdrowotnej finansowane lub współfinansowane ze środków publicznych).

W uzasadnieniu projektu ustawy *o systemie informacji w ochronie zdrowia* o znalazła się również informacja wskazująca na konieczność wdrożenia dyrektywy 2007/2/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 14 marca 2007 r. ustanawiającej infrastrukturę informacji przestrzennej we Wspólnocie Europejskiej (INSPIRE), mającej na celu realizację zadań związanych z realnym funkcjonowaniem społeczeństwa informacyjnego. Sposób działania systemu uregulowano w rozdziale 2 ustawy. Zgodnie z przepisami art. 6 i 7 ustawy *o systemie informacji w ochronie zdrowia* będą istnieć dwie, wskazane już wyżej, platformy: Platforma Udostępniania On-Line Usług i Zasobów Cyfrowych Rejestrów Medycznych oraz Elektroniczna Platforma Gromadzenia, Analizy i Udostępnienia Zasobów Cyfrowych o Zdarzeniach Medycznych. Platforma Udostępniania On-Line Usług i Zasobów Cyfrowych Rejestrów Medycznych umożliwi komunikowanie się systemu informacji medycznej (SIM) z rejestrami medycznymi w celu dwukierunkowego pozyskiwania danych zawartych w obu systemach; aktualizację danych w rejestrach medycznych przez uprawnione podmioty oraz na podstawie

²³⁶ Dalej „SIM”

danych zgromadzonych w systemie informacji medycznej SIM a nadto integrację rejestrów medycznych i rejestrów publicznych i udostępnianie usługodawcom danych z rejestrów medycznych.

Natomiast Elektroniczna Platforma Gromadzenia, Analizy i Udostępnienia Zasobów Cyfrowych o Zdarzeniach Medycznych umożliwi: dostęp usługobiorców do informacji o zrealizowanych i planowanych świadczeniach opieki zdrowotnej zgromadzonych w SIM oraz raportów z udostępnienia danych ich dotyczących; przekazywanie przez usługodawców do SIM informacji o zrealizowanych i planowanych świadczeniach opieki zdrowotnej; wymianę pomiędzy usługodawcami danych zawartych w elektronicznej dokumentacji medycznej, o ile jest to niezbędne do zapewnienia ciągłości leczenia; wymianę dokumentów elektronicznych pomiędzy usługodawcami w celu prowadzenia diagnostyki, ciągłości leczenia oraz zaopatrzenia usługobiorców w produkty lecznicze i wyroby medyczne (recepty, skierowania, zlecenia); dostęp rejestrów medycznych do danych zgromadzonych w SIM w celu uniknięcia wielokrotnego zbierania tych samych danych przez różne podmioty. W uzasadnieniu ustawy wskazano, że SIM umożliwia wymianę danych i informacji pomiędzy usługodawcami, w zakresie np. kontynuacji leczenia (wprowadzenie e-skierowań, e-recept itp.), zastosowanych metod leczenia itp. oraz na linii usługodawca - usługobiorca, w szczególności zaś w zakresie umawiania się na wizyty online, monitorowania w trybie *on line* statusu na liście osób oczekujących na udzielenie świadczenia finansowanego ze środków publicznych czy wreszcie elektronicznego przypominania o terminie wizyty. Działania takie mają na celu wyeliminowanie możliwości zapisywania się usługobiorców na listy osób oczekujących na udzielenie świadczenia u kilku usługodawców.

W 2020 roku działania Ministerstwa Zdrowia podejmowane w zakresie e-usług określano mianem - „Strumień e-Zdrowie”. W ocenie Ministerstwa Zdrowia strumień e-Zdrowie poprawi jakość leczenia, oszczędzi czas pacjentów oraz poprawi efektywność zarządzania zasobami. Celem działań Ministerstwa Zdrowia jest udostępnienie usług elektronicznych, ograniczenie pomyłek i nieprawidłowości, dostarczenie mechanizmów uwierzytelnienia. E-usługi w zdrowiu to łatwiejszy dostęp do opieki zdrowotnej m.in. dzięki lepszemu obiegowi informacji w systemie. Aktualny zakres prac, którym patronuje Ministerstwo Zdrowia Zakres prac to stworzenie funkcjonalności: Obsługa eRejestracji, Obsługa eRecepty, Obsługa eSkierowań, Dostęp do Elektronicznej Dokumentacji Medycznej, dostęp do Internetowego Konta Pacjenta.

Ministerstwo Zdrowia pracuje również nad zaopatrzeniem obywateli w narzędzia zawierające funkcje identyfikacji i uwierzytelniania oraz podpisu uznane w obszarze ochrony zdrowia i opcjonalnie w innych obszarach oraz będące nośnikiem Medycznych Danych Ratunkowych. W celu uzyskania korzyści polegających na zdalnym dostępie do istotnych usług elektronicznych (np. rejestracja do lekarza), łatwiejszy dostęp do świadczeń medycznych dzięki skróceniu kolejek do lekarza, możliwe zmniejszenie liczby błędów lekarskich dzięki szybkiemu dostępowi do historii choroby, znaczne skrócenie czasu potrzebnego na uzyskanie dostępu do ważnych informacji dotyczących pacjenta oraz zmniejszenie biurokracji oraz kosztów dzięki ograniczeniu liczby dokumentów papierowych i automatyzacji procesów.

7. Podsumowanie

Rewolucja cyfrowa zmieniła duże obszary życia społecznego i gospodarczego. Pojęcia i koncepcje wywodzące się z nurtu literatury popularnonaukowej czy wręcz *science-fiction* funkcjonujące na początku lat 80 XX w. wyłącznie w konwencji supozycji kulturowej stały się pojęciami opisującymi rzeczywistość czasów współczesnych. Wytworzenie nowych technologii, które ułatwiły przetwarzanie na niespotykaną dotychczas skalę informacji oraz upowszechnienie dostępu do niej szerokim kręgiem społecznym zmieniły model funkcjonowania społeczeństwa, które mogło już znaczącą część swojej aktywności przenieść do sieci internetowej. Oprócz akceleracji zachowań w obszarze życia społeczno-ekonomicznego, zwłaszcza w handlu, reklamie czy bankowości nowe technologie stworzyły podstawy do rozwoju zupełnie nowych usług, zarówno w sferze rozrywki jak i ekonomii oraz administracji. Oczekiwania i zachowania członków społeczności internetowej poddane zostały analitycznej badaniom o charakterze naukowym. Wnioski płynące z tych analiz nie mogą pozostać niezauważone przy konstruowaniu kolejnych rozwiązań w obszarze usług tworzonych na bazie rozwiązań teleinformatycznych. Konstruowanie nowych usług musi uwzględniać, potwierdzone badaniami, oczekiwania odbiorców w zakresie dostępności oraz użyteczności dla ich potrzeb zarówno w sferze zawodowej jak i prywatnej. Przyjmowane regulacje prawne w tym zakresie również powinny umożliwiać adaptacje rozwiązań technologicznych do oczekiwań użytkowników. Zagadnienie to będzie przedmiotem dalszej analizy. Przyjęte ustalenia wskazują na znaczące zwiększenie udziału technologii informacyjno-komunikacyjnych w wytwarzaniu usług. W odróżnieniu od tradycyjnego medium jakim było słowo pisane (drukowane), na którym oparto przekazywanie wiedzy oraz realizację funkcji administracji publicznej w czasach nowożytnych obecnie zarówno gospodarka, z sektorem usług jako ich częścią jak i administracja publiczna dysponują nowym medium, które w nieporównywalnie większym rozmiarze niż wcześniejsze media dociera do szerszej grupy odbiorców. Kanały transferu danych w pierwszym dwudziestoleciu XXI wieku nie są zależne od czasu - ich cechą jest nieprzerwany przepływ informacji, powszechność dostępu i wielorodzajowość dostępu. Wykładniczo rosną możliwości przesyłu informacji oraz rozszerza się krąg „cyfrowych tubylców” osób, dla których funkcjonowanie w rzeczywistości cyfrowej jest już oczywistą stałą. Zmiany technologiczne objęły również obszar ochrony zdrowia - zarówno w sferze organizacji procesu udzielania świadczeń zdrowotnych czy szerzej organizacji pracy podmiotów

lecniczych. Jednak daleko bardziej istotne w tym aspekcie jest rozszerzenie się grupy odbiorców, którzy chcą uzyskiwać informacje dotyczące dostępu do leczenia, informacji o zdrowiu czy też uczestniczyć w procedurach związanych z utrzymaniem dobrego stanu zdrowia.

Zawartość pojęcia e-zdrowia w warstwie znaczeniowej i prawnej na gruncie europejskiego i polskiego prawa oraz dokumentów programowych jest duża. Nie można zdekodować z dostępnych aktów prawnych definicji legalnej tego pojęcia, tym niemniej w sposób wyraźny można odczytać cele, dla których państwa unijne podejmują działania i przeznaczają środki na rozwój technologii ICT w ochronie zdrowia. W prawie unijnym wyraźnie określa się cele, do realizacji których mają być wdrażane rozwiązania e-zdrowia. Unia Europejska stawia jako jeden z kluczowych celów usprawnienie wymiany informacji o charakterze medycznym i okołomedycznym między państwami członkowskimi działającymi w ramach dobrowolnej sieci skupiającej, wyznaczone przez państwa członkowskie organy krajowe odpowiedzialne za e-zdrowie. Celami sieci e-zdrowia są działania na rzecz wygenerowania trwałych korzyści ekonomicznych i społecznych europejskich systemów i świadczeń e-zdrowia oraz interoperacyjnych zastosowań użytkowych, aby osiągnąć wysoki poziom bezpieczeństwa danych, zwiększyć ciągłość opieki i zapewnić dostęp do bezpiecznej opieki zdrowotnej wysokiej jakości. By osiągnąć te cele UE przeznacza środki na opracowanie technologii i zasad wymiany danych, które zapewnią wysoki poziom ochrony przetwarzanych danych, umożliwią ich użyteczne wykorzystanie dla celów organizacji opieki zdrowotnej i badań naukowych ukierunkowanych na zwiększenie efektywności zarówno procesu leczenia jak i funkcjonowania systemu ochrony zdrowia. Efektywność jest głównym kryterium przyjmowanych rozwiązań.

Konstrukcja e-zdrowia silnie jest osadzona w koncepcie społeczeństwa informacyjnego. Z jednej strony dopasowuje się do jego podstawowych założeń, z drugiej stanowi jego istotną część. Jest obszarem istotnym dla interwencji w ramach rozwoju społeczeństwa informacyjnego umożliwiającym integrację społeczną, lepsze usługi publiczne i wyższą jakość życia. Rozwiązania e-zdrowia są konstrukcją nastawioną na kompleksową modernizację usług zdrowotnych z jednej strony oraz na zapewnienie szerokiego włączenia społecznego i rozwój nowoczesnej gospodarki. Koncepcja znaczącego wykorzystywania nowych technologii, w tym i w obszarze zdrowia zapoczątkowana została Strategii Lizbońskiej i kontynuowana jest w pracach na kształtem kolejnej perspektywy na lata 2021-2027 w ramach projektu EU4Health. W Strategii

Lizbońskiej przyjęto, że strategicznym celem UE jest doprowadzenie do tego, że Unia stanie się najbardziej konkurencyjną i dynamiczną, opartą na wiedzy gospodarką świata, zapewniającą zrównoważony wzrost gospodarczy, kreowanie nowych miejsc pracy i spójność państw członkowskich. Oczekiwania UE względem e-zdrowia są jednoznaczne. Rozwiązania e-zdrowia mają zapewnić dostępność (*availability*) do świadczeń opieki zdrowotnej, równy dostęp (*access*) w obrębie państw członkowskich, skrócenie czasu oczekiwania, lepsze wykorzystanie zasobów, ciągłość opieki - koordynacja działań i informacji udostępnianej sobie wzajemnie przez świadczeniodawców opieki zdrowotnej, wzmocnienie pozycji pacjenta (*empowerment*), zorientowanie na pacjenta (*patientcentricity*), umożliwianie wpływu i bezpośrednie angażowanie w opiekę pacjenta nad sobą samym, bezpieczeństwo pacjentów, organizację opieki opartej na dowodach naukowych, oraz zmniejszanie ryzyka szkód ponoszonych przez pacjentów.

E-zdrowie to również silny bodziec do rozwoju ekonomicznego. Inicjatywa Wiodącego Rynku (*Lead Market Initiative - LMI*), która została zaproponowana przez Komisję Europejską jako konsekwencja szeroko zakrojonej strategii innowacyjnej miała sprzyjać powstawaniu pionierskich rynków umożliwiających osiągnięcie wysokich wartości gospodarczych i społecznych. Wdrażanie rozwiązań *e-health* uznano za jedno z sześciu obszarów rozwoju, wskazanych w inicjatywie LMI ze względu na jego potencjał związany z perspektywami wzrostu popytu i szans rynkowych, ze zmianami demografii i profilami chorobowości, a także z nowymi możliwościami opieki zdrowotnej. W koncepcji rynku e-zdrowia przyjęto, że składa się on z czterech elementów. To systemy informacji klinicznych, zawierający specjalistyczne narzędzia dla pracowników w instytucjach opieki (szpitale), na przykład urządzenia radiologiczne, system diagnostyki, systemy planowania; narzędzia dla podstawowej opieki zdrowotnej, a także systemy dla aptek otwartych. Dalej wskazuje się na telemedycynę, obejmującą opiekę w domu, systemy zindywidualizowanych świadczeń, takich jak prowadzenie indywidualnych przypadków chorobowych, zdalne monitorowanie pacjentów, wykonywane na odległość konsultacje, porady, badania diagnostyczne. Trzecim elementem są zintegrowane sieci informacyjne na poziomie regionalnym i krajowym, rozproszone indywidualne dokumentacje medyczne (historie choroby) i inne świadczenia, a także systemy skierowań do innych świadczeniodawców. Czwartym elementem są systemy wspierające, zawierające informacje niemedyce (niekliniczne); systemy edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia pacjentów i obywateli, takie jak portale zdrowia lub informacje *online* dotyczące ochrony zdrowia, specjalistyczne systemy dla naukowców i specjalistów

ds. zdrowia publicznego służące do zbierania danych i analizy, w tym programy statystyczne do rejestracji i analizy zapadalności oraz rozprzestrzenienia się chorób zakaźnych, opracowywania leków i badania ich skuteczności i wreszcie systemy wspomagające zaopatrzenie i zakupy, planowanie systemów, systemy rozliczeń administracyjnych i systemy zarządzania obsługujące procesy leczenia, ale nieużywane bezpośrednio przez pacjentów lub pracowników ochrony zdrowia. E-health powinno być postrzegane jako bezpośrednio związane z szansami budowania systemów zdrowotnych. W 2020 roku UE utrzymuje założenie, że e-zdrowie odgrywa kluczową rolę we wzmacnianiu systemów opieki zdrowotnej, poprawie jakości opieki zdrowotnej w Europie i promowaniu skutecznego samodzielnego leczenia chorób. Program EU4Health powinien odgrywać kluczową rolę w poprawie wymiany danych, kompatybilności i interoperacyjności na poziomie europejskim, zarówno w przypadku chorób zakaźnych, jak i niezakaźnych, usprawniając wdrażanie narzędzi, takich jak elektroniczna dokumentacja zdrowotna, e-recepty i rejestry pacjentów.

Według Światowej Organizacji Zdrowia potencjał e-zdrowia można wykorzystać dla wzmocnienia systemów opieki zdrowotnej oraz poprawy jakości, bezpieczeństwa i dostępu do opieki. WHO wskazuje na potrzebę ujednoczenia danych dotyczących zdrowia w ramach systemów i usług związanych z e-zdrowiem oraz znaczenia właściwego zarządzania i funkcjonowania globalnych domen dotyczących zdrowia na najwyższym poziomie. W optyce WHO e-zdrowie przyczynić się może do skuteczniejszego wykorzystania zasobów przeznaczanych na ochronę zdrowia, w tym do doprowadzenia do realizacji pierwszoplanowego celu jakim jest objęcie całej światowej populacji zorganizowaną opieką zdrowotną.

W polskim porządku prawnym celami e-zdrowia ujętymi w ustawie o systemie informacji w ochronie zdrowia są: stworzenie warunków informacyjnych umożliwiających podejmowanie w dłuższej perspektywie optymalnych decyzji w zakresie polityki zdrowotnej, niezależnie od przyjętego modelu organizacyjnego opieki zdrowotnej oraz zasad jej finansowania. Stworzenie stabilnego systemu informacji w ochronie zdrowia, charakteryzującego się z jednej strony elastycznym podejściem do organizacji systemu zasobów ochrony zdrowia, w tym do modelu finansowania świadczeń ze środków publicznych, z drugiej strony zaś odpornością na zaburzenia w gromadzeniu i archiwizacji danych, spowodowane zmianami systemowymi w ochronie zdrowia. Zmniejszenie luki informacyjnej w sektorze ochrony zdrowia, uniemożliwiającej zbudowanie optymalnego modelu opieki zdrowotnej. Uporządkowanie istniejącego systemu zbierania, prze-

tworzenia i wykorzystywania informacji w ochronie zdrowia w oparciu o zasady: otwartości i interoperacyjności poszczególnych elementów systemu informacji, umożliwiając wymianę danych pomiędzy poszczególnymi elementami systemu informacji w ochronie zdrowia - ograniczania redundancji danych gromadzonych w poszczególnych elementach systemu informacji w ochronie zdrowia; wspierania wtórnego wykorzystania danych i informacji gromadzonych przez podmioty publiczne, w tym wykorzystania danych administracyjnych dla celów statystycznych; funkcjonalizacji i zmniejszenia obciążeń administracyjnych oraz kosztów gromadzenia i wymiany informacji w ochronie zdrowia i zapewnienia wysokiego poziomu wiarygodności i jakości danych.

III. Prawna organizacja usług publicznych w ochronie zdrowia z wykorzystaniem technologii informacyjno-komunikacyjnych

1. Usługi publiczne jako przejaw realizacji zadań publicznych

Zasadnym jest przedstawienie rozważań nad poprawą jakości usług publicznych w ochronie zdrowia na tle koncepcji zadań publicznych i form organizacyjnoprawnych ich wykonywania. Przez usługi publiczne należy rozumieć usługi świadczone przez administrację publiczną na rzecz obywateli bezpośrednio w ramach sektora publicznego lub poprzez finansowanie podmiotów prywatnych realizujących daną usługę²³⁷. Tematyka usług publicznych znajduje się w obszarze zainteresowania dwóch dyscyplin naukowych: ekonomii i prawa. W prawie każdorazowo treść pojęcia usługi zależeć będzie od treści i zakresu regulacji prawnej.²³⁸ W ujęciu ekonomicznym usługa publiczna, jest dobrem, które dany podmiot wytwarza, w ramach swojej działalności, nie na potrzeby własne, lecz z przeznaczeniem dla innych podmiotów, które korzystają z tego dobra za odpłatnością niższą lub równoznaczną wartości kosztów wytworzenia lub też korzystają z tego dobra bez jakiegokolwiek bezpośredniej odpłatności. Wytworzenie zatem danego dobra nie jest uzasadnione rachunkiem ekonomicznym, lecz określonym zapotrzebowaniem społecznym. Rolą władz publicznych jest bądź to wytworzenie określonych dóbr, bądź skłonienie podmiotów prywatnych do ich wytworzenia albo też ich nabycie na rynku i redystrybucja do określonych grup odbiorców, w sytuacji w której co prawda rynek wytwarza określone dobro, lecz jego cena blokuje do niego dostęp odbiorcom, którzy w ocenie władz publicznych powinni móc z danego dobra korzystać.²³⁹ Według K. Kokocińskiej to jednostki samorządu terytorialnego są głównymi organizatorami świadczenia usług publicznych ze względu na ich bezpośrednią styczność z potrzebami danej społeczności lokalnej. Powołane do wykonywania tej funkcji, decydują o tym, jakie zadania, w jakim czasie, a przede wszystkim w jakiej formie powinny zostać zrealizowane, stwarzając tym samym warunki do zaspokajania potrzeb ogółu, oczywiście podejmując działania w ramach okre-

²³⁷ O. Lissowski, Usługi publiczne i usługi w interesie ogólnym - koncepcja i niektóre problemy instytucjonalne marketyzacyjnej modernizacji świadczenia usług publicznych w Unii Europejskiej, Zeszytu Naukowe Politechniki Poznańskiej, nr 74/2017, s. 10-27.

²³⁸ Zob. A. Powałowski, Leksykon prawa zamówień publicznych: 100 podstawowych, Wydawnictwo C. H. Beck, Warszawa 2014.

²³⁹ Zob. R. G. Holcombe, A Theory of the Theory of Public Goods, Review of Austrian Economics, 1997 10(1), s. 1-22.

ślonych przez obowiązujące prawo. Uwydatnia się wszechstronność tego zagadnienia, które można rozpatrywać zarówno w ujęciu ustrojowoprawnym, jak i materialnoprawnym, w obrębie zróżnicowanego katalogu zadań publicznych normatywnie przypisanych jednostkom samorządu terytorialnego, m. in. ze względu na przedmiot świadczenia, czy formy organizacyjno-prawne wykonywania gospodarki komunalnej. Praktyka działania administracji publicznej wskazuje, że oprócz uwarunkowań prawnych należy również uwzględnić bodźce o charakterze ekonomicznym.²⁴⁰ Obszar usług publicznych obejmuje szeroki zakres aktywności ze strony jednostek samorządu terytorialnego, przybierając różnorodne formy organizacyjne. Usługi świadczone są m.in. przez jednostki budżetowe (np. urzędy), samorządowe zakłady budżetowe, gospodarstwa pomocnicze, spółki prawa handlowego. Zagadnienie to w prawie jest przedmiotem zainteresowania nauki prawa publicznego²⁴¹. Prezentowana w literaturze teoria cyklicznego rozwoju zadań publicznych²⁴² zakłada zmienność aktywności państwa wobec społeczeństwa. Rozwój państwa opiekuńczego organizującego dużą część życia społecznego i usług publicznych wywołał tendencję przeciwną, zmierzającą do redukcji zadań publicznych. Każda reorientacja aktywności władz publicznych powoduje na gruncie teoretycznoprawnym pytania o istotę roli państwa oraz o miejsce i zadania dla podmiotów niepublicznych. Odwrót od modelu państwa opiekuńczego czy socjalistycznej wizji państwa i społeczeństwa spowodował tendencje do prywatyzacji zadań publicznych, wprowadzanie mechanizmów rynkowych, włączanie dobrowolnych organizacji społecznych do wykonywania zadań publicznych, a wszystko to miało doprowadzić do „odchudzenia” państwa. Działania te rozniecały również dyskusję na temat „rdzenia” zadań państwa²⁴³.

Występowanie określenia „*publiczny*” w polskim prawie i doktrynie wiąże się według T. Rabskiej m.in. z procesem przywracania starych pojęć oraz nadawaniem treści pojęciom nowym²⁴⁴. Najogólniej ujmując, „publiczny” to powszechnie dostępny, do powszechnego użytku, to przeciwieństwo prywatnego, to coś przeznaczone

²⁴⁰ K. Kokocińska Samodzielność jednostek samorządu terytorialnego w organizowaniu usług publicznych, *Przegląd Prawa i Administracji* Tom 98 2015/4/21 s. 79-89.

²⁴¹ A. Powałowski (red.) *Prawo gospodarcze publiczne*, *Studia Prawnicze*, Wydanie 5, C.H. BECK, Warszawa 2020, s.542-550.

²⁴² Zob. N. Wimmer, L.Kahl, *Die öffentlichen Unternehmen im freien Markt*, Wien 2001, s. 54-70.

²⁴³ Zob. E. Knosala, *Zadania publiczne, formy organizacyjnoprawne ich wykonywania i nowe pojęcia - zakres niektórych problemów do dyskusji nad koncepcją systemu prawa administracyjnego*, w: *Koncepcja systemu prawa administracyjnego* pod red. J. Zimmermanna Wolters Kluwer Polska 2007,

²⁴⁴ Por. m.in. T. Rabska, *Przywracanie ciągłości pojęć prawnych. Państwo prawa-Administracja-Sądownictwo. Prace dedykowane prof. dr hab. Januszowi Łętowskiemu*, Warszawa 1999, s. 210-217.

do użytku zbiorowego, powszechnego. Kwantyfikator ten występuje w definicjach administracji bywa uznawany za podstawową jej cechę, dookreślając pojęcie administracji publicznej, w połączeniu z interesem publicznym, jest jedną z cech administracji, a zarazem przesłanką prawną działań podmiotów administracji, które muszą przy wykonywaniu zadań uwzględniać interes publiczny. Występuje jako pojęcie ustrojowe charakteryzujące władzę w państwie (władzę publiczną), używa się go w definicjach prawa administracyjnego jako prawa publicznego dla odróżnienia od prawa prywatnego. Choć aspekt wydzielenia prawa prywatnego od publicznego stanowi ciągły przedmiot ustaleń doktryny. J. Nowacki wyraźnie konstatuje, że „Odróżnienie prawa publicznego od prywatnego, a także przypisywanie całemu prawu waloru „publiczne”, nie jest sprawą poznania, lecz sprawą aprobaty, uznania określonych wartości, określonej ideologii politycznej czy społeczno-politycznej”.²⁴⁵ Stanowisko to podziela również J. Zimmerman stwierdzając, że to rozgraniczenie jest sprawą pewnej konwencji, ponieważ granica tego wyodrębnienia nie jest ani jasna, ani pewna.²⁴⁶ W wyraźnej opozycji do tych poglądów jest stanowisko prezentowane przez I. Zachariasza zgodnie z którym dychotomiczny podział prawa jest kwestią poznania oraz to, że jest on jasny i pewny²⁴⁷. Określenie „publiczny” charakteryzuje organy administracji oraz szczególny typ podmiotów administrujących - zakłady publiczne, w tym m.in. samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej - określa rodzaje rzeczy i mienia przysługujących państwu lub innym podmiotom władzy publicznej (mienie publiczne, własność publiczna, budynki i urządzenia publiczne, finanse publiczne, dobra publiczne), rodzaje świadczeń, w tym danin publicznych (uiszczanych na rzecz państwa lub innego podmiotu władzy publicznej)²⁴⁸. Przymiot publiczności bywa przydatny do ustalania zasad dostępu do określonych dóbr, usług jednostek organizacyjnych administracji publicznej ich powszechności, ogólnej dostępności, ciągłości, jest również w innym ujęciu jest dyrektywą kierowania się dobrem ogólnym²⁴⁹. T. Rabska, rozważając problemy terminologiczne związane przemianami ustrojowymi i gospodarczymi, podnosi, że zamęt pojęciowy wynika z rozwoju wydarzeń, sposobu dokonywania przemian, faktów i kierun-

²⁴⁵ J. Nowacki, *Prawo publiczne - prawo prywatne*, Prace Naukowe Uniwersytetu Śląskiego w Katowicach nr 1315, Katowice 1992, s. 132

²⁴⁶ J. Zimmerman, *Aksjomaty prawa administracyjnego*, Warszawa 2013, s. 55

²⁴⁷ I. Zachariasz, *Prawo w ujęciu strukturalnym. Studium o dychotomicznym podziale prawa na prawo publiczne i prawo prywatne*, Warszawa 2016, s. 10.

²⁴⁸ Szerzej w: M. Stahl, *Uniwersytet Łódzki, Cele publiczne i zadania publiczne Koncepcja systemu prawa administracyjnego* pod red. J. Zimmermanna Wolters Kluwer Polska 2007, s. 95-98

²⁴⁹ Por. J. Blicharz, *Kategoria interesu publicznego jako przedmiot działania administracji publicznej*, *Przegląd Prawa i Administracji* 2004, t. LX, s. 39-43.

ków polityki, za którymi idą niezbędne regulacje prawne, wywierające później wpływ na treść i kształt pojęć prawnych²⁵⁰. Zmiana ról pełnionych przez państwo prowadzi do zmiany jego celów i zadań oraz do zmiany sposobów ich realizacji, a to rozsadza ramy strukturalne administracji²⁵¹. Pojęcia „celu publicznego”, „zadania publicznego”, „interesu publicznego” występują w Konstytucji, ustawach zwykłych, mają charakter pojęć prawnych. Spełniają rolę szczególną, determinując funkcjonowanie państwa i jednocześnie stanowiąc podstawowe kryterium wyznaczania granic dopuszczalnej ingerencji państwa (administracji publicznej) w sferę praw jednostki, czyli w sferę interesu indywidualnego. Mimo utożsamiania pojęcia celu publicznego i pojęcia interesu publicznego, to ten ostatni jest zazwyczaj traktowany jako podstawowe kryterium wyznaczające „pole dopuszczalnej ingerencji ustawodawczej w stosunki społeczne i gospodarcze, w prywatne życie jednostki itp.”²⁵² Interes publiczny i dobro wspólne, mimo że nie mają jednej zobiektywizowanej treści, są traktowane jako wartości uniwersalne, a zarazem kształtujące pojęcie samej administracji²⁵³, z tym że aksjologię związaną z interesem publicznym uznaje się za bardziej zobiektywizowaną²⁵⁴. W innym ujęciu pojęcia te są odnoszone do relacji pomiędzy istniejącym obiektywnie stanem rzeczy a czyjąś oceną²⁵⁵. J. Zimmermann podkreśla, że istotą interesu publicznego jest to, że nie jest on jeszcze zrealizowany i, doprecyzowując to pojęcie, wylicza cechy pozwalające na określenie jego zakresu²⁵⁶. Z jednej strony zakres zadań państwa stale się rozszerza, zwiększają się też oczekiwania i potrzeby społeczne, z drugiej strony państwo decyduje się na przekazywanie znacznej części zadań na odrębne podmioty władzy publicznej (samorząd terytorialny i samorzady zawodowe) oraz na podmioty niepubliczne.

Cechą zadań publicznych jest to, że ich wykonywanie jest obowiązkiem, a nie uprawnieniem władzy publicznej. Przekazanie zadań publicznych do wykonywa-

²⁵⁰ Szerzej: V. Wright, *The Paradoxes of Administrative Reform*, w: *Gospodarka-Administracja-Samorząd*, H. Olszewski, B. Popowska red., Poznań 1997, s. 558.

²⁵¹ T. Rabska, *Przywracanie ciągłości...*, s. 215.

²⁵² H. Izdebski, M. Kulesza, *Administracja publiczna*, Warszawa 1999, s. 82.

²⁵³ Sowiński R., *Interes publiczny – dobro wspólne. Wartości uniwersalne jako kategorie kształtujące pojęcie administracji*, w: *Prawo do dobrej administracji*, red. Z. Niewiadomski, Z. Cieślak, Warszawa 2003, s. 564-572.

²⁵⁴ E. Łętowska, *Dobro wspólne - władza - korupcja: między moralnością a prawem*, w: *Dobro wspólne - władza - korupcja. Konflikt interesów w życiu publicznym*, Warszawa 1997, s. 8-9. Zważywszy na zjawisko marketyzacji życia politycznego (L. Morawski, *Czy sądy mogą angażować się politycznie?*, PiP 2006, z. 3, s. 17) ocena interesu publicznego jako niezwiązanego z bardzo konkretną ideologią wydaje się zbyt optymistyczna.

²⁵⁵ J. Zimmermann, *Prawo administracyjne...*, s. 311-313.

²⁵⁶ Tamże: „Są to następujące cechy: 1) interes publiczny ma charakter osobisty, własny i indywidualny, 2) jest konkretny, 3) jest aktualny, 4) jest oparty na normie prawnej i 5) nigdy nie ma pochodnego charakteru”, s. 319-320.

nia podmiotom niepublicznym sprawia, że zmieniają one swój charakter, stają się usługą publiczną²⁵⁷. Rzutuje to w sposób oczywisty na sytuację jednostki korzystającej z takich usług z sytuacji regulowanej przepisami prawa publicznego przekształca się ona w sytuację regulowaną przepisami prawa prywatnego ze wszystkimi tego konsekwencjami, zwłaszcza w sferze form i zakresu ochrony prawnej. Jednakże, jeśli uznać, że przekazane zadania nadal pełnią funkcje publiczne, a podmioty prywatne (organizacje społeczne, fundacje) mogą stosować w określonych sytuacjach formy władcze i wydawać decyzje administracyjne, to przekazane sprawy zachowują swój charakter publicznoprawny²⁵⁸. Interes publiczny może stanowić kryterium wyboru konkretnej formy realizacji danego zadania publicznego. S. Biernat podnosi, że podstawowym kryterium uznania danych zadań za publiczne jest okoliczność, że państwo lub samorząd terytorialny ponoszą w świetle prawa odpowiedzialność za ich zrealizowanie²⁵⁹. W doktrynie często określa się zadania publiczne jako te, które służą zaspokajaniu potrzeb zbiorowych, potrzeb określonych społeczności²⁶⁰. Ogólnie rzecz biorąc, nie jest konieczne, aby wykonywanie zadań odbywało się w ramach struktur organizacyjnych administracji publicznej²⁶¹. Zmieniają się jednak wówczas zakres i formy tej odpowiedzialności. Za podstawę prawnoustrojową przekazywania zadań państwa podmiotom niepublicznym uważa się powszechnie zasadę subsydiarności²⁶², określoną obecnie w preambule do Konstytucji RP z dnia 2 kwietnia 1997 r. W myśl tej zasady „główną funkcją władzy jest zaspokajanie potrzeb podlegających jej społeczności lub osób (...) niezdolnych do

²⁵⁷ Podkreśla to m.in. A. Błaś, *Formy działania administracji w warunkach prywatyzacji zadań publicznych*, w: *Administracja i prawo administracyjne u progu trzeciego tysiąclecia*, Łódź 2000, s. 29 i n.; por. także obawy tegoż autora związane z prywatyzacją zadań publicznych i zasługujące na uwagę podkreślenie, że administracja publiczna to funkcja polegająca na wykonywaniu zadań publicznych, a nie organizowaniu ich wykonania, A. Błaś, *Dylematy administracji publicznej w państwie prawa (w:) Prawo do dobrej administracji...*, s. 51.

²⁵⁸ Na ten problem zwraca uwagę Z. Leoński, *Funkcje (zadania i kompetencje) realizowane przez podmioty prawa prywatnego (tezy referatu)*, w: *Administracja i prawo administracyjne...*, s. 268-269.

²⁵⁹ S. Biernat, *Prywatyzacja zadań publicznych*, Warszawa-Kraków 1994, s. 29.

Oderwanie wykonywania zadań publicznych od odpowiedzialności jako przesłanka rozwoju procesów prywatyzacji jest podkreślane także w nauce brytyjskiej, tak m.in. O. Hood Philips, P. Jackson, P. Leopold, *Constitutional and administrative law*, eighth ed., London 2001, s. 660-662.

²⁶⁰ L. Zacharko, *Ocena modelu prywatyzacji zadań publicznych gminy*, w: I. Skrzydło-Niznik red. *Institucje współczesnego prawa administracyjnego. Księga jubileuszowa prof. zw. dra hab. Józefa Filipka*, Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego 2001, s. 16-17.

²⁶¹ S. Biernat, *Prywatyzacja zadań publicznych...*, s. 29-30.

²⁶² P. Wilczyński, *Podmioty niepubliczne w sferze administracji publicznej*, PiP 2002, z. 2, s. 49-50; J. Jendrośka, *Obowiązek konsultowania organizacji pozarządowych a nowa Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej (w:) Podstawy prawne funkcjonowania organizacji pozarządowych*, red. M. Wyrzykowski, Warszawa, 1999, s. 75.

Konstytucyjność powierzenia podmiotom prywatnym zadań publicznych bywa jednak kwestionowana; zdaniem A. Błasia prywatyzacja „pozostaje kompetencją administracji publicznej nieokreśloną konstytucyjnie”, a „władzy publicznej nie wolno dzielić z innymi podmiotami, nie wymienionymi wyraźnie w Konstytucji”, w: *Formy działania...*, s. 29,31-32.

pełnego rozwoju". Rola władzy jest uznawana za wtórną i pomocniczą, bo stanowi jedynie środek realizacji celów jednostek i społeczności²⁶³. Zasada ta traktowana jest zarazem jako zasada „w ruchu”, zasada dynamiczna oraz reguła postępowania, reguła wykładni i reguła celu, niekoniecznie zaś jako zasada normatywna, z której wynika jednoznacznie raz na zawsze określony podział zadań i odpowiedzialności między szczeblami władzy publicznej²⁶⁴ oraz między nimi a podmiotami niepublicznymi. Zasada subsydiarności uznawana jest za podstawę do włączania podmiotów niepublicznych „w system pomocniczości” w zakresie równoległego zaspokajania przez te podmioty potrzeb społecznych, jak i zaspokajania ich przy wsparciu administracji publicznej, pod nadzorem i kontrolą państwa²⁶⁵. Podzielić należy jednak podnoszone w doktrynie wątpliwości co do konstytucyjnie dopuszczalnego zakresu podmiotowego i przedmiotowego prywatyzacji zadań publicznych, innymi słowy co do jej granic²⁶⁶.

M. Stahl podaje, że w literaturze wskazuje się na co najmniej cztery typy obecności podmiotów niepublicznych w sferze administracji publicznej²⁶⁷: współdomena stan, w którym podmiot niepubliczny działa w sferze celów administracji, choć nie wykonuje jej zadań, wspieranie działalności podmiotów niepublicznych przez podmioty należące do administracji, współuczestniczenie w realizacji zadań administracji publicznej czyli stan, w którym podmiotowi niepublicznemu powierzone zostało wykonywanie zadań administracji publicznej oraz świadczenie usług przez podmioty niepubliczne sytuacja kooperacji polegającej na zleceniu przez podmioty publiczne świadczenia usług na rzecz adresatów działań administracji publicznej. W ujęciu funkcjonalnym podmiotem administracji publicznej jest każdy podmiot, który w danym momencie wykonuje jej zadania. Takie podejście sprawia, że niemożliwe staje się wyznaczenie trwałych i wyraźnych granic struktury administracji publicznej ani ostateczne określenie, który z podmiotów (niepublicznych) dopuszczonych do wykonywania zadań administracji publicznej jest podmiotem tej administracji, a który nim nie jest²⁶⁸. Niemożliwe więc staje się jednoznaczne przesądzenie charakteru zadania jako zadania publicznego

²⁶³ M. Spieker, Zasada pomocniczości: podstawy antropologiczne i konsekwencje polityczne, *Społeczeństwo* 1995, nr 1, s. 35-37; E. Popławska, Wpływ zasady subsydiarności na przemiany ustrojowe w Polsce w: *Subsydiarność*, red. D. Milczarek, Warszawa 1998, s. 138-139.

²⁶⁴ M. Kulesza, Zasada subsydiarności jako klucz do reform ustroju administracyjnego państw Europy Środkowej i Wschodniej (na przykładzie Polski), w: *Subsydiarność...*, s. 125-126.

²⁶⁵ P. Wilczyński, Podmioty niepubliczne w sferze administracji publicznej, *PiP* 2002, z. 2, s. 51.

²⁶⁶ Takie pytania stawia A. Błaś, *Formy działania...*

²⁶⁷ M. Stahl, Podmioty administrujące w: *Prawo administracyjne. Pojęcia, instytucje, zasady w teorii i orzecznictwie*, red. M. Stahl, Wolters Kluwer Polska, 2019, wydanie 7, s. 321 i n..

²⁶⁸ P. Wilczyński, *Podmioty niepubliczne...*, s. 56.

i przypisanie go tylko jednemu określone podmiotowi. Wyróżnienie i jednoznaczne dookreślenie kategorii podmiotów publicznych (choć mogłoby przybliżyć do doprecyzowania pojęcia celu publicznego) nie wydaje się możliwe z uwagi na zróżnicowany charakter tych podmiotów i podmiotów niepublicznych (też niestanowiących jednolitej kategorii) oraz zróżnicowane formy ich udziału w realizacji zadań publicznych. Sam udział w realizacji zadań publicznych nie może przesądzać o publicznym bądź niepublicznym charakterze określonego podmiotu ani o charakterze określonego celu czy interesu²⁶⁹.

Władze publiczne decydują, pod wpływem czynników politycznych, które zadania będą realizować przez swoje organy na zasadzie wyłączności, które będzie można przekazywać innym podmiotom władzy publicznej, a które będą mogły być wykonywane także przez podmioty niepubliczne²⁷⁰. Zmienia się też charakter zadań te, które dawniej były uważane za klasycznie państwowe, są przekazywane samorządowi terytorialnemu, a zadania tradycyjnie samorządowe tracą ten charakter. Wszystko to sprawia, że pojęcie to ma nieostry zakres stało się, tak jak interes i cel publiczny, pojęciem niedookreślonym. Znaczący wpływ na przekształcenia zakresu pojęcia zadania publicznego i celu publicznego miały procesy prywatyzacji zadań administracji publicznej²⁷¹. W miejsce tradycyjnego wykonywania zadań publicznych przez podmioty administracji publicznej wchodzi wykonywanie tych zadań przez inne podmioty, w tym podmioty niepubliczne. Prywatyzacja może polegać m.in. na zmianie cech podmiotu wykonującego zadanie, gdy w miejsce podmiotu prawa publicznego wstępuje podmiot prawa prywatnego²⁷². Oznacza to, że zadania publiczne są przekazywane podmiotowi prawa prywatnego albo że wykonujący te zadania podmiot publiczny zmienia swój dotychczasowy charakter prawny. Zdaniem S. Biernata, samo przekazywanie podmiotom niepublicznym wyko-

²⁶⁹ Zdaniem P. Wilczyńskiego, co do zasady o charakterze podmiotu decydować może jego udział w wykonywaniu zadań publicznych. Jeśli istnienie określonego podmiotu związane jest z ustawowym obowiązkiem realizacji zadań publicznych, to mamy do czynienia z podmiotem publicznym, w: *Podmioty niepubliczne...* s. 56-57.

²⁷⁰ J. Dobkowski wskazuje, że zadania publiczne, które dawniej były uważane za klasycznie samorządowe, przestały być tylko lokalne, a stały się ogólnosystemowe, są zarówno lokalne, jak regionalne czy centralne, a w warunkach globalizacji i integracji europejskiej także ponadnarodowe, w: *Struktura interesu publicznego a zasady rozdzielania odpowiedzialności publicznoprawnej w administracji (w:) Jednostka - Państwo - Administracja. Nowy wymiar*, Rzeszów 2004, s. 106.

²⁷¹ S. Biernat obszernie omawia zmiany sposobu wykonywania zadań publicznych i procesów prywatyzacji, *Prywatyzacja zadań publicznych...*, s. 25-34.

²⁷² T. Kocowski *Prywatyzacja zarządzania majątkiem publicznym, prywatyzacja majątkowa, prywatyzacja zadań publicznych i prywatyzacja wykonania zadań publicznych* w: *Prawne aspekty prywatyzacji: (praca zbiorowa)* Wrocław: Prawnicza i Ekonomiczna Biblioteka Cyfrowa. Uniwersytet Wrocławski. Wydział Prawa Administracji i Ekonomii, 2012, s. 37-59.

nywania zadań publicznych nie sprawia, że te zadania ulegają zmianie. Tylko w sytuacji, gdy państwo całkowicie rezygnuje z zajmowania się niektórymi sprawami i z odpowiedzialności za ich wykonywanie, dane zadania przestają mieć charakter publiczny. W sytuacjach natomiast, gdy tylko bezpośrednio wykonywanie zadań jest przejmowane przez podmioty niepubliczne, a władza publiczna pozostaje za nie odpowiedzialna (prywatyzacja *sensu largo*), zadania zachowują swój publiczny charakter²⁷³.

Od ilości, jakości, ciągłości dostępu do podstawowych zasobów: wody, elektryczności, transportu, ochrony zdrowia zależy poziom egzystencji jednostki, stąd też państwo i samorządy terytorialne przejęły odpowiedzialność za ich produkcję i dostarczanie odbiorcom. Usługi te były i są w pewnym zakresie organizowane przez państwo, samorząd terytorialny, w formie przedsiębiorstw publicznych, które, wyposażone w specjalne przywileje, uzyskały monopolistyczną pozycję w obszarze tzw. gospodarki o charakterze użyteczności publicznej²⁷⁴. A Powałowski podnosi, że zadania o charakterze użyteczności publicznej stanowią element zadań własnych jednostek samorządu terytorialnego. Zadania te polegają bądź to na organizowaniu przez jednostki samorządu terytorialnego usług o charakterze użyteczności publicznej, bądź też na bezpośrednim świadczeniu tych usług, przy czym działalność taką wykonują podmioty mające status prawny przedsiębiorcy, jak i niebędące przedsiębiorcami. Usługi o charakterze użyteczności publicznej są zawsze usługami powszechnie dostępnymi, a także świadczonymi w sposób nieprzerwany w celu zaspokojenia potrzeb zbiorowych danej społeczności. Potrzeby te występują przy tym albo w sferze infrastruktury technicznej, albo w sferze infrastruktury społecznej²⁷⁵.

Dokonujące się zmiany w obrębie zadań publicznych przywróciły znaczenie przedsiębiorstwa prywatnego w świadczeniu usług publicznych, a zysk i konkurencja stanowią motor dynamizujący wykonywanie zadań publicznych. Przedsiębiorstwa te nie działają na podstawie specjalnego statusu prawnego, muszą jednak spełniać standardy określone przez prawo. W konsekwencji każdy prywatny przedsiębiorca zapewniający spełnienie odpowiednich standardów może być potencjalnym wykonawcą zadania publicznego²⁷⁶.

²⁷³ S. Biernat, Prywatyzacja zadań publicznych..., s. 29-30.

²⁷⁴ S. Piątek, Przedsiębiorstwo użyteczności publicznej jako instytucja gospodarcza, Warszawa 1986, s. 64-68.

²⁷⁵ A. Powałowski Użyteczność publiczna a działalność gospodarcza, Gdańskie Studia Prawnicze 2015, t. 34, s. 234.

²⁷⁶ Prawodawstwo Unii Europejskiej przewiduje, że usługi publiczne świadczone przez przedsiębiorstwa prywatne powinny odpowiadać standardom, które obejmują następujące sprawy: 1) bezpieczeństwo, ciągłość i kompletność; 2) obowiązek zawierania umów; 3) przejrzystość świadczenia usług; 4) powszechność; 5) wyrównywanie różnic regionalnych. Więcej na ten temat W. Zorn, Die Sicherstellung

E. Knosala podnosi, iż zmniejszeniu uległ wolumen zadań bezpośrednio realizowanych przez scentralizowaną administrację rządową oraz samorząd terytorialny, natomiast wzrasta aktywność przedsiębiorstw prywatnych oraz organizacji społecznych (pozarządowych). Można zatem stwierdzić, że relatywnie zmniejszyła się rola aktów hierarchicznych, natomiast wzrasta znaczenie zysku i konkurencji oraz misji, której podstawą jest altruizm i filantropia jako stymulatorów wykonywania zadań publicznych. Założenie to jest kluczowe dla dalszych rozważań na wpływem e-zdrowia na model ochrony zdrowia. W tym miejscu odwołać należy się do niekwestionowanych obecnie ustaleń w przedmiocie prywatyzacji zadań publicznych i jej ograniczeń. Wyróżnia się prywatyzację w sensie materialnym i formalnym²⁷⁷. Pierwsza polega na zbyciu (sprzedaży) przedsiębiorstwa publicznego. Najczęściej odbywa się to przez giełdę, na której sprzedaje się akcje jednoosobowej spółki Skarbu Państwa. Zbycie to może mieć charakter całkowity, wtedy państwo traci kontrolę nad tym przedsiębiorstwem, lub częściowy, prowadzący do powstania przedsiębiorstwa mieszanego. W tym ostatnim przypadku dochodzi często do konfliktów interesów między dążeniem do maksymalizacji zysku a wykonywaniem zadań publicznych²⁷⁸. Ta forma prywatyzacji była ważnym źródłem wypełniania luk budżetowych i zniwelowania odpowiedzialności państwa za stan infrastruktury poszczególnych przedsiębiorstw. Prywatyzacja formalna polega natomiast na wyodrębnieniu zadania publicznego z administracji rządowej lub samorządowej i nadaniu mu formy prawa prywatnego. Celem jest redukcja zadań publicznych bezpośrednio wykonywanych przez struktury administracji publicznej, a w konsekwencji odciążenie budżetu publicznego. Podmioty wykonujące zadania publiczne w formach prawa handlowego (spółki akcyjnej lub spółki z ograniczoną odpowiedzialnością) poddane są regulacyjnej działalności organów administracji publicznej, ponieważ organy te nie zostały zwolnione z odpowiedzialności za realizację wyłączonych zadań. Pojawia się pojęcie prywatyzacji organizacyjnej. Istotą prywatyzacji organizacyjnej jest urządzenie administracji na wzór firmy prywatnej. Powstaje jednak pytanie, czy wszystkie zadania publiczne mogą być zorganizowane w takiej formie, a jeśli nawet tak, to czy jest to celowe i dopuszczalne. Nie zawsze jednak jest to celowe, ponieważ zadaniem przedsiębiorstwa prywatnego jest osiągnięcie zysku, natomiast administracji - zaspokaja-

gemeinwirtschaftlicher Leistungen im wettbewerbsorientierten Umfeld der Europäischen Union, Wien 2000, s. 156-170.

²⁷⁷ Szerzej na ten temat por. K. Strzyczkowski, *Prawo gospodarcze publiczne*, Warszawa 2005, s. 156-158.

²⁷⁸ Zob. ustawa z dnia 19 grudnia 2008 r. o partnerstwie publiczno-prywatnym, t.j. Dz.U. 2020 poz. 711

nie potrzeb publicznych. Zasięg prywatyzacji administracji publicznej, ze względu na specyficzny cel jej działalności, jest jednak ograniczony. Prywatyzacja administracji nie może ograniczać zasadniczego celu jej działania, którym jest zaspokajanie potrzeb publicznych. Powinna służyć nie tyle maksymalizacji zysku, co raczej optymalnemu wykorzystaniu dostępnych środków w celu maksymalizacji usług publicznych. Tylko wówczas, gdy w drodze prywatyzacji osiągniemy ten efekt, jest ona możliwa i wskazana. Dodatkowym czynnikiem, który pojawił się w przestrzeni publicznej jest proces samoorganizacji społeczeństwa. W konsekwencji autonomiczne organizacje społeczne, określane także jako organizacje pozarządowe lub organizacje non-profit, w coraz szerszym zakresie zaczęły uczestniczyć w wykonywaniu zadań publicznych. Niekiedy w literaturze mówi się o „trzecim sektorze”, który stanowi pośrednią formę organizacji społeczeństwa, znajdującą się między państwem a rynkiem. Organizacje pozarządowe stanowią ważną formę organizacyjną społeczeństwa obywatelskiego. Państwo wycofuje się z realizacji wielu zadań publicznych, powierzając je równocześnie organizacjom społecznym w szerokim tego słowa znaczeniu. Tendencja ta wydaje się trwała, jednak nie wiadomo, jaki będzie jej ostateczny zasięg²⁷⁹. Nie można jednak pominąć pewnych niebezpieczeństw, które wiążą się z powierzaniem zadań publicznych organizacjom społecznym, a związanych przede wszystkim z procesem biurokratyzowania tych organizacji²⁸⁰. Nowoczesne społeczeństwo jest coraz lepiej zorganizowane i jest gotowe przejąć coraz szerszy zakres zadań publicznych, które dotychczas były realizowane przez państwo i jego administrację. Organizacje pozarządowe działające na zasadach non-profit swoją działalność opierają na dobrowolnej aktywności członków, pobudzanej wspólnie akceptowanymi wartościami o charakterze altruistyczno-filantropijnym. Działania motywowane działalnością misyjną są niezwykle efektywne ekonomicznie. Wewnętrzne przekonanie o słuszności celów, które zamierza się osiągnąć daje niezwykle kapitał do działań w sferze, w której wymagana normalnie byłaby interwencja publiczna. Organizacje społeczne wykonują zadania publiczne na podstawie systemu negocjacyjnego, który podkreśla ich autonomię. Umowy zawierane przez organizacje społeczne z administracją publiczną precyzują wzajemne prawa i obowiązki, cele i niezbędne środki.

²⁷⁹ Zob. R. Bauer: *Wie weit tragen die Beine enimes Volkes?*, Zeitschrift für Gemeinwirtschaft 1999, H. 3-4, s. 45-56.

²⁸⁰ Z. Leoński, *Zarys prawa administracyjnego*, Warszawa 2004, s. 86-87.

Na szczególną uwagę zasługują w tym kontekście organizacje pożytku publicznego, które uzyskują ten specjalny status prawny w momencie wpisu do odpowiedniego rozdziału Krajowego Rejestru Sądowego. O wpis do Rejestru mogą ubiegać się te organizacje pozarządowe oraz inne wymienione przez ustawę, których cała działalność statutowa dotyczy realizacji zadań publicznych na rzecz ogółu społeczności lub grupy podmiotów, pod warunkiem że grupa ta jest wyodrębniona ze względu na szczególnie trudną sytuację życiową lub materialną w stosunku do ogółu społeczeństwa. Kryteria te z całą pewnością nie są jednoznacznie sprecyzowane. Konstrukcja organizacji pożytku publicznego stanowi specyficzną formę włączenia organizacji społecznych do procesu wykonywania zadań publicznych.²⁸¹ E. Knosala poruszył kwestię sterowania przez państwo realizacją zadań publicznych. Pojęcie sterowania nie jest pojęciem prawnym. Jest ono pojęciem z dziedziny cybernetyki i oznacza zależność między przynajmniej dwoma dowolnymi obiektami, polegającą na tym, że żądanie zmiany w jednym z tych obiektów (sterowanym) wywoływane jest oddziaływaniem drugiego (sterującego). Również oddziaływanie państwa na podmioty podporządkowane jego władztwu które ma spowodować, aby podmioty te spośród różnych możliwych zachowań wybierały te, które są uznawane przez państwo za pożądane, względnie nie wybierały zachowań uznawanych za niepożądane jest szczególnym przypadkiem sterowania. Pojęciem sterowania możemy zatem objąć także oddziaływanie państwa za pomocą prawa na wszystkie te podmioty, które wykonują zadania publiczne. Instrumentami sterowania są natomiast bodźce, zwane sygnałami sterowania. Analiza semantyczna informacji przekazywanych za pośrednictwem sygnałów sterowania pozwala wyróżnić ich dwie podstawowe kategorie: informacje o faktach (werytatywne) oraz informacje wyznaczające wzorce zachowania się (dyrektywne postulatywne)²⁸². Informacjami dyrektywno-postulatywnymi są również normy prawa oraz podjęte na ich podstawie akty prawne (normy obowiązującego porządku prawnego). Szczegółność norm obowiązującego porządku prawnego w porównaniu z innego rodzaju informacjami dyrektywno-postulatywnymi polega na tym, że sygnały sterowania przekazujące takie normy mogą nadawać wyłącznie upoważnione do tego organy państwowe. Organy te jednak mogą również posługiwać się komunikatami zawierającymi innego rodzaju informacje dyrektywno-postulatywne (np. różnego rodzaju apele, zalecenia). Szczegółność ta przejawia się ponadto w tym, że informacje dyrektywno-postulatywne, stanowiące normę obowią-

²⁸¹ H. Maurer, *Allgemeines Verwaltungsrecht*, München 1980, s. 431-432.

²⁸² Por. W. Lang, *Struktura kontroli prawnej organów państwowych PRL*, Kraków 1963, s. 75.

zującego porządku prawnego, są sprzężone z informacją tej samej kategorii przekazaną odpowiedniemu organowi państwowemu, która określa wzór zachowania się tego organu na wypadek niezrealizowania przez podmiot sterowany przekazanego wzoru. Zachowanie się wyznaczone dla organu państwowego na wypadek niezrealizowania normy przez podmiot sterowany ma stwarzać dolegliwość (niekorzystną sytuację) dla tego podmiotu.

Potraktowanie oddziaływania za pomocą prawa jako sterowania pozwala wyróżnić dla celów badawczych elementarne układy sterowania, składające się przynajmniej z jednego obiektu sterującego oraz przynajmniej jednego obiektu sterowanego. Wyodrębnianie na potrzeby badawcze poszczególnych fragmentów takich złożonych układów jest konstruowaniem modeli teoretycznych, który to zabieg może być dokonywany z dowolną dokładnością, zależną wyłącznie od stawianych sobie przez badacza celów²⁸³. „Sterowanie” jako pojęcie badawcze ma zalety podobnie jak stosunek prawny w ujęciu F. Longchamps’a tzw. modeli ubogich, ponieważ można je zawsze umownie ograniczyć do zamierzonych szczególnych przypadków. E. Knosala zgłosił postulat by „sterowanie” jako pojęcie porządkujące znalazło się w siatce terminologicznej nauki prawa administracyjnego. W prawnych układach sterowania sygnałami sterowania są normy prawne oraz akty prawne wydawane na ich podstawie²⁸⁴. Układ sterowania może się znajdować w stanie równowagi statycznej lub dynamicznej. Przykładami układów sterowania pierwszego typu jest układ nadzorczy lub reglamentacyjny. W układach tych sygnały sterowania mają eliminować odchylenia, doprowadzając układ do stanu równowagi. W układzie nadzorczym kontrola prowadzona jest *ex post*, zaś akty nadzorcze (stwierdzenie nieważności rozstrzygnięcia nadzorczego) doprowadzają układ do stanu równowagi. Natomiast układy kierownicze, układy koordynacyjne są układami sterowania pozostającymi w stanie równowagi dynamicznej. Szczególnym rodzajem układu kierowniczego jest układ planistyczny. W układzie tym wyznaczone są cele, czyli przyszłe zadania, które mają zostać osiągnięte, jednak cele te, w zależności od stopnia ich realizacji, podlegają modyfikacji. Zmianom mogą podlegać zarówno cele, jak i środki ich osiągnięcia. W tak skomplikowanych układach sterowania nie wystarcza typowa kontrola *ex post*, ale jest konieczna zmodyfikowana jej forma, a mianowicie kontrola ewa-

²⁸³ J. Wróblewski, Prawo a cybernetyka (zarys problemów), PiP 1968, z. 12, s. 906.

²⁸⁴ Szerzej E. Knosala; Prawne układy sterowania w administracji publicznej, Katowice 1999, s.23.

luacyjna, określana także jako ciągła kontrola ocenna²⁸⁵. Sterowanie i prawny układ sterowania stanowią bardzo użyteczne narzędzia pojęciowe w badaniu współczesnej, coraz bardziej skomplikowanej administracji publicznej. Z całą pewnością za pomocą wyróżnionych wyżej układów sterowania można badać istotę prawnych relacji zachodzących między państwem a podmiotami działającymi w formach prawa prywatnego, które wykonują zadania publiczne. Na podstawie obowiązujących przepisów prawnych wyróżnić można szczególny układ sterowania, który można określić jako układ regulacyjny. Obiektem sterującym są organy regulacyjne, a obiektami sterowanymi podmioty prywatne wykonujące zadania publiczne. Pojęcie układu sterowania można także zastosować w badaniu relacji prawnych między organami państwowymi a organizacjami społecznymi, którym powierzono wykonywanie zadań publicznych.

²⁸⁵ Por. E. Knosala, *Decyzja i doradztwo w administracji publicznej. Studium z nauki administracji i prawa administracyjnego*, Bytom 2003, s. 110-111.

2. Prawne wymogi dotyczące sposobu realizacji zadań publicznych przez organy administracji publicznej

Zdaniem M. Kisały²⁸⁶ administracja publiczna jest strukturą podlegającą przeobrażeniom wynikającym ze zmian wprowadzanych w obowiązującym porządku prawnym, przemian cywilizacyjnych oraz zmieniających się oczekiwań społecznych. Jeden z aspektów przeobrażeń związany jest z optymalizacją wykonywania zadań publicznych. „Sprawność” to pojęcie, którym posługuje się teoria organizacji i zarządzania, nauka administracji, a przede wszystkim prakseologia. Coraz większego znaczenia nabiera to pojęcie w naukach prawnych. Konsekwencją wykorzystywania tego pojęcia w różnych kontekstach jest tworzenie definicji sprawności o różnych znaczeniach. T. Kotarbiński w *Traktacie o dobrej robocie* stwierdza, że „sprawność” jest pojęciem wieloznacznym, które można rozpatrywać w znaczeniu uniwersalnym, syntetycznym i manipulacyjnym. W ujęciu uniwersalnym termin „sprawność” stanowi odpowiednik każdego z walorów praktycznych działania, a więc dokładność, wydajność, prostota „jest jakąś sprawnością”. W ujęciu syntetycznym działanie sprawne to działanie obejmujące wszystkie powyższe walory.²⁸⁷ Zdaniem M. Kisały definiując sprawność działania administracji samorządowej, należy przede wszystkim brać pod uwagę cel społeczny jej działań. W tym kontekście szczególnego znaczenia nabiera wykonywanie zadań publicznych. Pomimo że sprawność jest przede wszystkim kategorią prakseologiczną, można także poszukiwać instrumentów służących jej identyfikacji w materii normatywnej. Kluczowe znaczenie będą miały normy procesowe, normy określające strukturę organizacyjną administracji oraz normy kompetencyjne. Można również spotkać się ze stanowiskiem, że przyporządkowanie zadań i kompetencji podmiotom, które dają największą gwarancję ich wykonania, wpływa także na sprawność działania administracji.²⁸⁸ Sprawność związana jest więc z przyjętymi zasadami ustrojowymi państwa. W odniesieniu do samorządu terytorialnego kluczowe znaczenie ma zasada demokratycznego państwa prawa, zasada podziału władzy oraz zasady decentralizacji i pomoc-

²⁸⁶ M. Kisała Zasada sprawności w wykonywaniu zadań publicznych przez jednostki samorządu terytorialnego, *Roczniki Nauk Prawnych*, tom XXV, numer 1 – 2015, s.153-164.

²⁸⁷ T. Kotarbiński, *Traktat o dobrej robocie*, Wrocław-Warszawa-Kraków-Gdańsk: Zakład Narodowy im. Ossolińskich Wydawnictwo 1975, s. 117-118.

²⁸⁸ B. Jaworska-Dębska, Porozumienie komunalne a sprawność działania administracji samorządowej. w: E. Ura (red. nauk.), *Sprawność działania administracji samorządowej*, s. 211.

niczości²⁸⁹. Pojęcie sprawności pojawia się w preambule Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r. Ustrojodawca przywołuje to pojęcie w kontekście zapewnienia działaniu instytucji publicznych rzetelności i sprawności, co oznacza, że takie działanie powinno uwzględniać współczesne wymagania wiedzy i techniki, zasady dobrej wiary. Instytucje publiczne powinny być zdolne do wykonywania powierzonych im zadań bez zbędnej zwłoki.²⁹⁰ W ustawodawstwie zwykłym pojawiają się natomiast pojęcia związane ze skutecznością. W ustawie z dnia 8 marca 1990 r. *o samorządzie gminnym*²⁹¹, ustawie z dnia 5 czerwca 1998 r. *o samorządzie powiatowym*²⁹² oraz w ustawie z dnia 5 czerwca 1998 r. *o samorządzie województwa*²⁹³ pojawia się pojęcie skuteczności w kontekście sprawowania nadzoru nad jednostkami samorządu terytorialnego. Przesłanką zastosowania środka nadzorczego w postaci zarządu komisarycznego jest nierokujący nadziei na szybką poprawę i przedłużający się brak skuteczności w wykonywaniu zadań publicznych przez organy gminy, powiatu, województwa²⁹⁴. W ustawie z dnia 23 stycznia 2009 r. *o wojewodzie i administracji rządowej w województwie*²⁹⁵ w celu usprawnienia działania organów rządowej administracji zespolonej w województwie wojewoda może tworzyć delegatury urzędu wojewódzkiego. Ponadto w celu usprawnienia działania organów rządowej administracji zespolonej w województwie wojewoda może tworzyć delegatury urzędów je obsługujących. Wojewoda, jako zwierzchnik rządowej administracji zespolonej w województwie, zapewnia warunki *skutecznego* jej działania. Ponadto wojewoda kontroluje pod względem legalności, gospodarności i rzetelności wykonywanie przez organy samorządu terytorialnego zadań z zakresu administracji rządowej, realizowanych przez nie na podstawie ustawy lub porozumienia z organami administracji rządowej. Termin „sprawność” należy więc rozumieć w sensie uniwersalnym jako pojęcie zbiorcze, obejmujące różne walory działania: szybkość, skuteczność, ekonomiczność, korzystność, efektywność. Doktryna

²⁸⁹ J. Łukasiewicz, *Zasada organizacyjnej elastyczności aparatu administracji publicznej*, Wydawnictwo Prawnicze Lexis Nexis, Warszawa 2006, s. 129-130.

²⁹⁰ B. Banaszak, *Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej. Komentarz*, Warszawa: Wydawnictwo C.H. Beck 2009 s. 7.

²⁹¹ t.j. Dz. U. z 2020 r. poz. 713, 1378.

²⁹² t.j. Dz. U. z 2020 r. poz. 920.

²⁹³ t.j. Dz. U. 2020 poz. 1668.

²⁹⁴ Art. 97 ustawy o samorządzie gminy, art. 84 ustawy o samorządzie powiatowym, art. 85 ustawy o samorządzie województwa

²⁹⁵ t.j. Dz. U. z 2019 r. poz. 1464, zob. art. 18-20 ustawy o wojewodzie i administracji rządowej w województwie

wskazuje, że zasada sprawności działania może być uznawana za zasadę prawa²⁹⁶. Administracja publiczna podlega przekształceniom związanym ze wzrostem znaczenia administracji świadczącej i organizatorskiej, przesuując na dalszy plan funkcję reglamentacyjną. Zmienia się także sposób wykonywania administracji publicznej w związku z demokratyzacją i uspołecznieniem procesu wykonywania administracji publicznej. Współczesna administracja coraz częściej konsultuje, uzgadnia, a nawet negocjuje z obywatelem.²⁹⁷ W kontekście takich przeobrażeń szczególnie istotne stają się walory procesu wykonywania zadań publicznych oraz efekt tego działania. Administracja publiczna, w tym administracja samorządowa, staje się elementem sieci społeczeństwa obywatelskiego²⁹⁸, pozostającego w interakcji z jego członkami, czego przejawem jest tworzenie procedur o charakterze partycypacyjnym i konsultacyjnym z interesariuszami²⁹⁹. Złożoność wykonywanych zadań oraz dynamika elementów otoczenia organizacyjnego powodują weryfikację prawnych możliwości działania także pod kątem sprawności. Zadania publiczne mogą być wykonywane przez jednostki samorządu terytorialnego samodzielnie lub z udziałem podmiotów niepublicznych, funkcjonujących poza aparatem administracyjnym państwa. Zadania publiczne, będące zadaniami własnymi, jednostka samorządu terytorialnego wykonuje w oparciu o zasadę decentralizacji oraz zasadę pomocniczości. Wykonując zadanie publiczne, jednostka samorządowa może wykorzystywać formy określone w ustawach ustrojowych, takie jak porozumienie czy związek komunalny, lub nawiązywać współpracę i korzystać z doświadczenia podmiotów niepublicznych. Obowiązujące ustawodawstwo daje możliwość współpracy z podmiotami niepublicznymi w ramach partnerstwa publiczno-prywatnego oraz prywatyzacji zadań publicznych. W wyniku takiego podziału ról zmieni się sposób wykonywania zadania przez podmiot administracji publicznej z bezpośredniego na pośredni, przy jednoczesnym zachowaniu odpowiedzialności za jego wykonanie. Prywatyzacja zadań publicznych nie może obejmować władztwa administracyjnego, chyba że ustawodawca na podstawie obiektywnych przesłanek tworzy podstawy prawne do jego prywatyzowa-

²⁹⁶ E. Olejniczak-Szałowska, Zasada sprawności działań administracji (zasada efektywności), w: M. Stahl (red. nauk.), Prawo administracyjne: pojęcia, instytucje, zasady w teorii i orzecznictwie, Warszawa: Difin 2009, s. 179-180.

²⁹⁷ Z. Niewiadomski, Pojęcie administracji publicznej, w: R. Hauser, Z. Niewiadomski, A. Wróbel, Instytucje prawa administracyjnego, t. 1, Warszawa: Wydawnictwo C.H. Beck 2010, s. 24, 30, 51

²⁹⁸ L. Kieres, Samorząd terytorialny jako instytucja społeczeństwa obywatelskiego, Ruch Prawniczy, Ekonomiczny i Socjologiczny, rok LXVIII, zeszyt 2, 2006 (wydany w 85 rocznicę postania czasopisma), s. 171-190.

²⁹⁹ M. Zawicki, Nowe zarządzanie publiczne, Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne, Warszawa 2011, s. 17.

nia³⁰⁰. Możliwość prywatyzowania zadań została określona m.in. w ustawie z dnia 24 kwietnia 2003 r. *o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie*³⁰¹, ustawie z dnia 2 marca 2004 r. *o pomocy społecznej*³⁰² czy w ustawie z dnia 16 grudnia 2010 r. *o publicznym transporcie zbiorowym*³⁰³. Prywatyzacja zadań publicznych ma na celu rozwój postępu organizacyjnego, technicznego, gospodarczego, zmierzającego do efektywniejszego zaspokajania potrzeb wspólnoty lokalnej. Jeśli nie spełnia ona tych założeń, to działania związane z jej wdrożeniem należy uznać za nieracjonalne.³⁰⁴ Niespełnienie założeń związanych z prywatyzacją zadań publicznych może nawet prowadzić do procesu odwrotnego - republicyzacji zadań publicznych.³⁰⁵ M. Kisała wiąże sprawność administracji również z organizacyjną elastycznością aparatu administracji publicznej. Zwraca uwagę, że w doktrynie ta kwestia była już poruszana po raz pierwszy przez J. Starościaka³⁰⁶, który określił zasadę organizacyjnej elastyczności w budowie organów administracyjnych jako zasadę odnoszącą się do możliwości samodzielnego ukształtowania, przez organ albo zespół organów, struktury i funkcjonowania w określonych ramach prawnych po to, aby mógł on w sposób najbardziej odpowiedni dostosować się do miejscowych warunków oraz stworzyć bazę do wykonywania zadań w sposób optymalny. Również struktura aparatu administracji nie jest celem samym w sobie, ale środkiem do realizacji określonych celów, zadań. Struktura posiada w sobie element gotowości organizacyjnej opartej na posiadanej aparaturze, zasobach ludzkich, procedurach działania, wiedzy, motywacji. Od właściwego wykorzystania tych elementów oraz ich powiązania i reakcji zależy efekt podjętego działania. Oczywiście struktura administracji publicznej jest kształtowana w oparciu o przepisy prawa, a więc aparat administracyjny nie ma większego wpływu na swój kształt. W przypadku jednak administracji samorządowej ustawodawca daje prawo do pewnej swobody w kształtowaniu jej struk-

³⁰⁰ S. Biernat, *Prywatyzacja zadań publicznych. Problematyka prawna*, Warszawa-Kraków: Wydawnictwo Naukowe PWN 1994 s. 25-29.

³⁰¹ t.j. Dz. U. z 2020 r. poz. 1057.

³⁰² t.j. Dz. U. z 2020 r. poz. 1876.

³⁰³ t.j. Dz. U. z 2020 r. poz. 1944.

³⁰⁴ L. Zacharko, *Ocena modelu prywatyzacji zadań publicznych gminy*, w: I. Skrzydło-Niznik red. *Institucje współczesnego prawa administracyjnego. Księga jubileuszowa prof. zw. dra hab. Józefa Filipka*, Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2001, s. 791.

³⁰⁵ M. Szewczyk, B. Popowska, H. Bauer, L. Staniszevska, P. Lissoń (red.) *Republicyzacja zadań publicznych*, Wydawnictwo Naukowe UAM, 2018, s. 35 -50.

³⁰⁶ Zob. J. Starościak, *Zasada organizacyjnej elastyczności w budowie organów administracyjnych*, „Państwo i Prawo” 1974, nr 8-9, s. 44-55 oraz J. Łukasiewicz, *Zasada organizacyjnej elastyczności aparatu administracji publicznej*, Wydawnictwo Prawnicze Lexis Nexis, Warszawa 2006, s. 129-130.

tur³⁰⁷. Jest ona związana z tworzeniem statutu oraz regulaminu organizacyjnego³⁰⁸. Struktura urzędu (gminy, starostwa, urzędu marszałkowskiego) jest więc wypadkową realizowanych kompetencji władczych oraz organizatorskich, służących zaspokajaniu potrzeb mieszkańców wspólnoty samorządowej. Sprawność aparatu administracji publicznej wiąże się z właściwym, odpowiadającym prawnym obowiązkom, zarządzaniem zasobami kompetencyjnymi, zasobami organizacyjnymi, zasobami ludzkimi, zasobami materialnymi, zasobami informacyjnymi oraz zarządzaniem rozwojem instytucjonalnym administracji. Prawna możliwość samodzielnego kształtowania struktur przez administrację publiczną może być wykorzystana do podnoszenia sprawności jej działania. Sprawność wiąże się także z działaniami wykorzystującymi instrumenty zarządzania jakością. Jakość działań administracyjnych nie jest uzależniona wyłącznie od prawa, ale zależy od wielu czynników, które nie mają prawnego charakteru. Jakość jest zawsze wynikiem aktywności administracyjnej nieuregulowanej w sposób wyczerpujący normami prawnymi, ale dopuszczonej przynajmniej w sposób ogólny przez prawo i poza to prawo niewykraczającej. Jakość działań administracyjnych wiąże się z działaniami zgodnymi z prawem. Należy mieć jednak na uwadze, że zagadnienia związane z jakością nie powinny odnosić się wyłącznie do czynności faktycznych, jak też wyłącznie do form prawnych, w których administracja działa. Prawo nie jest bowiem możliwe do zrealizowania z pominięciem określonego stanu faktycznego.³⁰⁹ Zagadnienie oceny jakości zostanie w dalszej części osobno poruszone.

H. Spasowska-Czarny poddała analizie kwestie efektywności administracji publicznej w kontekście sprawności instytucjonalnej państwa.³¹⁰ Autorka przywołuje postanowienia strategii „Sprawne Państwo 2020”³¹¹. Prezentowany w przyjętej przez rząd w 2012 r. strategii „Sprawne Państwo 2020” model państwa to „państwo optimum”.

³⁰⁷ S. Cieślak, Praktyka organizowania administracji publicznej, Difin Warszawa 2004, s. 121, por. J. Łukasiewicz, Zarys nauki administracji, Warszawa: Wydawnictwo Prawnicze, Lexis Nexis 2005, s. 167.

³⁰⁸ Por. art. 35 ust. 1, art. 67 ustawy o samorządzie gminnym, art. 19, art. 67 ust. 2 pkt 10, 35 ust. 1 ustawy o samorządzie powiatowym, art. 15a ust. 3, art. 57 ust. 1 ustawy o samorządzie województwa.

³⁰⁹ Zob. szerzej A. Błaś, W sprawie jakości działań organów administracji publicznej w demokratycznym państwie prawa, w: Jakość administracji publicznej, Mitel Rzeszów 2004, s. 61-62. oraz E. Knosala, New public management a sprawność administracji samorządowej, w: E. Ura red. nauk., Sprawność działania administracji samorządowej, materiały VII Dorocznej Konferencji Stowarzyszenia Edukacji Administracji Publicznej, Sandomierz, 21-23 maja 2006.

³¹⁰ H. Spasowska-Czarny Efektywność administracji publicznej w kontekście sprawności instytucjonalnej państwa, w: *Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska Lublin-Polonia* vol. LXIV, 2, 2017 i literatura tam wskazana,

³¹¹ Strategia „Sprawne Państwo 2020” (SSP 2020) została przyjęta przez Radę Ministrów uchwałą nr 17 z dnia 12 lutego 2013 r. w sprawie przyjęcia strategii „Sprawne Państwo 2020” (M.P. z 2013 r., poz. 136).

Według cytowanego dokumentu państwo musi być skuteczne w realizacji swych podstawowych funkcji wynikających z umowy społecznej, a tego można oczekiwać nie od „państwa-minimum” czy od „państwa-maksimum”, lecz od „państwa-optimum”. „Państwo-optimum” to takie, które odpowiada na potrzeby obywateli. Nie zwleka ono z regulacjami i ich nie nadużywa, zakłada podniesienie efektywności administracji publicznej z korzyścią dla administrowanych oraz szeroką współpracę z obywatelem przy wykorzystaniu nowoczesnych technologii. W modelu „państwa-optimum” nie wystarczy działać w interesie obywateli, należy także opracować sposób działania wraz z nimi. Ma temu służyć wytyczenie trzech kluczowych celów, którymi są: poprawa jakości usług administracji publicznej (rządowej i samorządowej) przez informatyzację; uzyskanie efektu cyfrowej synergii projektów modernizujących administrację; wspieranie rozwoju kraju i realizacja oczekiwań różnych grup społecznych przez zmiany w administracji publicznej. W literaturze sformułowano wiele teorii dotyczących sprawności instytucji demokratycznych. Analiza dorobku doktryny pozwala wyróżnić kilka podejść nawiązujących do źródeł zróżnicowania tej sprawności.³¹² Pierwsze z nich koncentruje się na prawno-administracyjnym kontekście, w którym funkcjonują instytucje. J. Mill twierdzi, że o sprawności instytucji decyduje przede wszystkim ustrój i wynikające z niego rozwiązania prawne, do których muszą się one stosować i w ramach których mogą się poruszać.³¹³ E. Abramowski zwracał uwagę na konieczność dopasowania rozwiązań instytucjonalno-prawnych do wartości powszechnie uznawanych przez reprezentowane przez nie jednostki. Rozwiązań prawnych nie powinno się narzucać w oderwaniu od kontekstu społecznego - w rezultacie instytucje takie okażą się bowiem nieskuteczne.³¹⁴ Drugie podejście źródła sprawności instytucji upatruje w czynnikach natury ekonomicznej. Konsekwencją wyższego poziomu rozwoju gospodarczego jest sprawniejsze funkcjonowanie instytucji. Kolejne natomiast wskazuje na wewnętrzne zasoby poszczególnych jednostek, a zwłaszcza na odpowiednio wdrożony system zarządzania instytucją. Aby wytłumaczyć efektywność funkcjonowania instytucji w danej rzeczywistości, należy wyjść poza analizę struktury i organizacji poszczególnych instytucji oraz zająć się szeroko rozumianym kontekstem społeczno-kulturowym, w jakim są

³¹² R. Putnam, *Demokracja w działaniu. Tradycje obywatelskie we współczesnych Włoszech*, Kraków 1995, s. 126–131; P. Swianiewicz, W. Dziemianowicz, M. Mackiewicz, *Sprawność instytucjonalna administracji samorządowej w Polsce - zróżnicowanie regionalne*, Warszawa 2000, s. 16; D. Wójtowicz, *Determinanty sprawności instytucjonalnej samorządów terytorialnych - w stronę trwałego rozwoju społeczno-gospodarczego*, „MBA” 2009, nr 3, s. 88.

³¹³ Zob. J. Mill, *Essey on Government*, w: *Utilitarian Logic and Politics*, eds. J. Lively, J. Rees, New York 1984, s. 73-77.

³¹⁴ M. Augustyniak, *Myśl społeczno-filozoficzna Edwarda Abramowskiego*, Olsztyn 2006, s. 154 - 155.

one osadzone. SSP 2020 przewiduje zwiększenie sprawności instytucjonalnej państwa m.in. przez: uporządkowanie kompetencji organów administracji publicznej, obniżenie udziału kosztów obsługowych w kosztach ogółem (optymalne wykorzystanie sprzętu, zasobów ludzkich i finansowych); usprawnienie procesów wewnętrznych realizacji zadań, podniesienie jakości i dostępności świadczonych usług przez urzędy administracji publicznej i udostępnienie zasobów informacyjnych przy wykorzystaniu nowoczesnych systemów informacyjno-komunikacyjnych. K. Pogorzelski stwierdza, iż efektywność rządów jest rozumiana jako zdolność (potencjał) władz publicznych i administracji (na różnych szczeblach zarządzania) do efektywnego, sprawiedliwego i oszczędnego realizowania polityk publicznych (w tym dostosowania skali interwencji publicznej do rzeczywistych potrzeb społecznych). W szczególności odnosi się to do zapewnienia podstawowych usług społecznych, podnoszenia poziomu życia mieszkańców i likwidowania ubóstwa, zapewnienia rozwoju gospodarczego w celu walki z biedą, zagwarantowania równych szans dla wszystkich obywateli, rozwoju zasobów ludzkich w społeczeństwie, zapewnienia ochrony socjalnej i polityki zatrudnienia, ochrony przyrody i zrównoważonego rozwoju itd. Istotnym elementem efektywności jest kształtowanie odpowiednich kwalifikacji zasobów ludzkich w sektorze publicznym, stosownych kompetencji regulacyjnych, a także uczciwej administracji i przeciwdziałanie zjawiskom korupcyjnym.³¹⁵

³¹⁵ K. Pogorzelski, *Sprawność instytucjonalna państwa 2011. Ekspertyza na temat sprawności instytucjonalnej państwa w kontekście dotychczasowej realizacji Strategii Rozwoju Kraju 2007-2015*, IBS 2011, s. 2.

3. Jakość w organizowaniu usług publicznych z wykorzystaniem technologii informacyjno-komunikacyjnych

Pojęcie jakości w administracji publicznej należy rozpatrywać w kontekście stopnia realizacji celu administracji i celu prawa. „Jakość jest kategorią należącą do świata prakseologii”³¹⁶. W związku z tym ocena działania administracji publicznej w aspekcie jej skuteczności, zgodności efektu z zamierzonym celem będzie głównym kryterium badania jakości³¹⁷. Ponieważ administracja publiczna ma obowiązek działania na podstawie i w granicach prawa,³¹⁸ podstawowym kryterium jakości będzie osiągnięcie celów wyznaczonych przez prawo w postaci zadań wynikających z regulacji prawnych poszczególnym strukturom administracyjnym. Według tego autora jakość administracji publicznej jest podwójnej natury - „należy po części do świata prawa, po części do organizacji”³¹⁹. Właściwe wykorzystanie wiedzy w administracji publicznej jest jedną z przesłanek podnoszenia jakości działania struktur publicznych, również w tych obu aspektach. Według J. Supernata informacja jest obok władzy, pieniędzy i organizacji jednym z podstawowych zasobów administracji publicznej³²⁰. Sposób postępowania z informacją wpływa na działanie całej organizacji, wyznacza realny zakres władzy i stopień gospodarności wydatkowania środków finansowych. Z kolei T. Górzyńska zauważa, iż prawo do informacji, czyli prawo do poszukiwania, domagania się, otrzymywania i rozpowszechniania informacji, do informowania i bycia informowanym jest jednym z podstawowych praw człowieka i obywatela. Jest problemem o zasadniczym znaczeniu dla życia publicznego³²¹. Dla administracji publicznej dostęp do informacji oraz wymiana informacji z otoczeniem jest warunkiem skutecznego zarządzania, w tym również zarządzania jakością.

Informację można zdefiniować w różny sposób - można przyjąć szeroką definicję informacji wskazaną przez M. Maciejewskiego - „utrwalony w dowolny sposób

³¹⁶ J. Łukasiewicz, Natura jakości administracji publicznej, w: J. Łukasiewicz red. , Jakość administracji publicznej. Międzynarodowa konferencja naukowa. Rzeszów 2004, s. 249.

³¹⁷ K. Szczepańska Aspekty zarządzania jakością w administracji publicznej, *Ekonomiczne Problemy Usług* nr 45, 2009, 607-618,

³¹⁸ por. ustawa z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego (t.j. Dz. U. z 2020 r. poz. 256, zm. 695, 1298) , zwana w dalej k.p.a., art. 6.

³¹⁹ J. Łukasiewicz, *Natura jakości...*, s. 249.

³²⁰ Zob. J. Supernat, Instrumenty działania administracji publicznej. Studium z nauki administracji. Kolonia Limited 2003, s. 7-8.

³²¹ T. Górzyńska, Geneza i rozwój prawa do informacji, w: W. Góralczyk red. , *Prawo informacji – prawo do informacji*. Warszawa 2006, s. 13.

(także w pamięci człowieka) komunikat (wiedza, świadomość) o jakimś fakcie³²². Informacja może pełnić różne funkcje w administracji, np.: tworzenia lub zmiany zasobów wiedzy niezbędnej w procesach decyzyjnych - planowania, kierowania realizacją zadania, czy kontroli jego wykonania³²³. Podczas procesu informatyzacji rozumianego jako porządkowanie wiedzy przy użyciu narzędzi elektronicznych, ważnym elementem bazy danych będzie nie tylko nie przetworzony zbiór wiedzy (dane), ale również łączniki (związkowe i jakościowe) określające relacje pomiędzy danymi a kwalifikatorem (obiektom do którego odnosi się informacja, cechą informacji itd.)³²⁴. Na jakość i efektywność zarządzania w administracji wpływ ma zarówno sfera przekazu informacji, jak i sposób jej wykorzystania dla dobra wspólnego. Zakres wykorzystania wiedzy w organizacji związany jest ściśle ze źródłem wiedzy i sposobem jej przetwarzania. Efektywność³²⁵ przepływu informacji związana jest z wydajnością i skutecznością struktur administracyjnych powołanych do przekazywania i przetwarzania informacji oraz określeniem stosunku nakładu pracy do uzyskania skutku w postaci otrzymania lub przekazania informacji. Efektywność przepływu informacji w strukturze administracji publicznej ma bezpośredni wpływ na skuteczność jej działania i poprawność podejmowanych przez nią środków prawnych. Upowszechnienie narzędzi informatycznych w społeczeństwie jako efektywnego sposobu przekazu informacji wymusza na administracji stosowanie ich we własnym działaniu. Informatyzacja staje się metodą organizowania pracy administracji oraz racjonalizacji procesów organizacyjnych³²⁶. Obok pojęcia skuteczności pojawia się w kontekście wykorzystania informacji pojęcie efektywności. W piśmiennictwie pojawia pojęcie zasady efektywności. Według J. Zimmermanna „Pod nazwą „zasada efektywności” może kryć się umownie szereg innych zasad, takich jak zasada sprawności, szybkości, skuteczności lub ekonomiczności działań administracji publicznej³²⁷ - pisze J. Zimmermann. „Wszystkie one są na pograniczu prawa administracyjnego i nauk związanych z tą gałęzią prawa, dotyczących administrowania (nauki administracji, teorii organizacji, teorii podejmowania decyzji

³²² M. Maciejewski, Prawo informacji - zagadnienia podstawowe, w: W. Góralczyk (red.), Prawo informacji - prawo do informacji, Warszawa 2006, s. 31. ; oraz: A. Walaszek-Pyziół, red. Informacje Gospodarcze Studium Prawne, Wydawnictwo C.H. Beck, Warszawa 2018, s. 1-5.

³²³ M. Maciejewski wyróżnia funkcje (role, zadania) informacji: informacyjna, decyzyjna, sterowania, konsumpcyjna.

³²⁴ M. Maciejewski tamże s. 37-41.

³²⁵ O znaczeniu słowa „efektywność” zob. np. w: Słownik poprawnej polszczyzny. PWN. Wyd. XVII, Warszawa 1993, s. 150; Słownik języka polskiego, T. 1, Wyd. VIII, Warszawa 1993, s. 516.

³²⁶ Por. J. Łukasiewicz, Zarys nauki administracji. Warszawa 2007, s. 210-211 - aspekty prakseologiczne w działaniu administracji publicznej.

³²⁷ J. Zimmermann, Prawo administracyjne. Warszawa 2008, s. 90.

itp.). Są to prakseologiczne zasady „dobrego działania” lub „dobrej administracji” - jednak jeżeli spojrzymy na niejako na zasady prawa, powinniśmy przyjąć, że ich normatywną treścią jest obowiązek takiego właśnie działania organów administracji publicznej. W ten sposób działanie sprawne, szybkie lub skuteczne staje się obowiązkiem prawnym, a obywatel ma prawo domagać się od administracji określonych zachowań.” W polskim języku prawnym znajduje się szereg określeń na działanie administracji publicznej związane z efektywnością jej działania, takie jak np. rzetelność, sprawność, gospodarność, wnikliwość³²⁸, szybkość, adekwatność³²⁹, skuteczność, itd. Samo pojęcie „efektywność” również jest terminem języka prawnego. Obecność tych cech lub ich brak będzie wpływać na ocenę administracji pod względem jakości jej działania. Efektywność wiąże się z zasadą ekonomiczności działania podmiotów publicznych. Ekonomiczność (oszczędność) jest jednym z kryteriów wyboru instrumentów działania administracji publicznej.³³⁰ J. Supernat wyróżnia dwa znaczenia pojęcia „ekonomiczność”: pierwsze to „minimalizowanie kosztów ponoszonych przez administrację publiczną w trakcie realizacji zadań”³³¹, w tym dążenie do wzrostu wydajności, co wpisuje się w omawianą zasadę efektywności, drugie to dążenie do obciążenia społeczeństwa jedynie takimi obowiązkami, które są absolutnie niezbędne dla osiągnięcia zadanych celów”, w tym znaczeniu jest to zbieżne z zasadą proporcjonalności. Posługując się definicją administracji publicznej przyjętej przez J. Bocia, akcentującej związek administracji ze społeczeństwem, według której: „administracja publiczna jest to przejęte przez państwo i realizowane przez jego zawisłe organy, a także przez organy samorządu terytorialnego zaspokajanie zbiorowych i indywidualnych potrzeb obywateli wynikających ze współżycia ludzi w społecznościach”³³², zauważyć należy, że administracja nie jest tworem sztucznym, oderwanym od społeczeństwa, ale jest strukturą ściśle związaną ze społeczeństwem któremu służy i strukturą wrażliwą na zmiany cywilizacyjne, techniczne, tak jak i całe społeczeństwo. Zatem przyzwolenie administracji na posługiwanie się wyłącznie przestarzałymi metodami przetwarzania informacji, będzie prowadziło do sytuacji, w której administracja stanie się strukturą niezdolną do realizacji zadań w społeczeństwie. Dbłość o kompatybilność metod działania administracji z metodami, jakimi posługuje się społeczeństwo jest istotną wartością w polityce każdego pań-

³²⁸ Zob. art. 12 k.p.a.

³²⁹ Zob. ustawa z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych (t.j. Dz. U. z 2019 r. poz. 869, zm. 1622, 1649, 2020, zm. z 2020 r. poz. 284, 374, 568, 695, 1175), art. 272 ust. 2.

³³⁰ Zob. J. Supernat, *Instrumenty...*, s. 140.

³³¹ Tamże s. 141.

³³² J. Boć red., *Prawo administracyjne*. Wrocław 2007, s. 15.

stwa. Informatyzacja wspomaga procesy integracyjne w strukturze administracyjnej i wspiera skuteczne realizowanie celów wspólnoty. „Wszystkie elementy składowe instytucji (systemu instytucji) nie są luźnym, chaotycznym zbiorem. Tworzą określoną całość złożoną z zadań, środków, formalizacji, kadr powiązanych ze sobą w sposób względnie trwałą umożliwiającą osiągnięcie celów”³³³ - pisze J. Łukasiewicz. Przepływ informacji ma w administracji wymiar organizacyjny wykraczający poza same struktury publiczne. Informacja jest jednym ze środków społecznego oddziaływania. Administracja publiczna zajmuje centralne miejsce w społecznym systemie informacyjnym³³⁴. J. Supernat dzieli „informacyjne instrumenty działania administracji publicznej”³³⁵ na: indywidualne informacje w postaci odpowiedzi na nie inspirowane pytania, informacje w postaci odpowiedzi na inspirowane pytania, bezpośrednie powiadomianie oraz na instrumenty generalne: informacje ukryte (zakodowane), gotowe informacje standardowe oraz propagandę (public relations/marketing społeczny). W korzystaniu z informacji istotna jest także pomoc w znalezieniu uwierzytelnionego partnera, od którego można by się uczyć (benchmarking dotyczy tego, jak porównujemy się, a benchlearning - czego uczymy się od siebie nawzajem)³³⁶.

³³³ J. Łukasiewicz, Podstawowe pojęcia z zakresu nauki administracji, w: S. Wrzosek red. Kompendium wiedzy administratywisty. Lublin 2008, s. 112-113

³³⁴ Zob. J. Supernat, Instrumenty..., s. 73 i 89.

³³⁵ Tamże, s. 89.

³³⁶ Por. Dziesięć kroków doskonalenia organizacji według metody CAF (ang. The Common Assessment Framework), Wspólna Metoda Oceny:

Faza 1 - Początek drogi z metodą CAF Krok 1: Organizacja i planowanie procesu samooceny

-jednoznaczna decyzja kierownictwa podjęta po konsultacji wewnątrz organizacji

-ustalenie zakresu i podejścia do samooceny

-wybór skali ocen

-ustanowienie lidera projektu

Krok 2: Upowszechnienie informacji o projekcie samooceny

-opracowanie i realizacja planu komunikacji wzajemnej

-stymulowanie zaangażowania personelu w proces samooceny f- przepływ informacji w kontaktach z zainteresowanymi stronami w poszczególnych fazach

Faza 2 - Proces samooceny Krok 3: Utworzenie jednej lub więcej grup samooceny

-ustalenie liczebności grupy samooceny

- stworzenie grupy samooceny odzwierciedlającej wszystkie istotne aspekty organizacji, zgodnie z przyjętym zestawem kryteriów

-wyznaczenie przewodniczącego grupy

-decyzja czy członek kierownictwa może uczestniczyć w grupie

Krok 4: Organizacja szkoleń

-informacja i szkolenie kadry zarządzającej

-informacja i szkolenie grupy samooceny

-przekazanie listy wszystkich istotnych dokumentów przez kierownika projektu

-ustalenie kluczowych zainteresowanych stron, dostarczanych produktów i usług oraz procesów kluczowych

Krok 5: Przeprowadzenie samooceny

-dokonanie oceny indywidualnej

-wypracowanie konsensusu w grupie

ICT były traktowane jako naturalne narzędzie mogące służyć urzeczywistnianiu idei proponowanych w programach z zakresu e-zdrowia³³⁷. Stosowanie nowoczesnych technik ma przyczynić się do wzmożenia efektywności w osiągnięciu celów zdrowotnych, ale także umożliwiać zmniejszanie wydatków. Bardzo poważnym problemem w efektywnym stosowaniu ICT w sektorze zdrowotnym była i jest możliwość współpracy różnych systemów, co jest osiągalne tylko poprzez wprowadzanie standardów³³⁸. W funkcjonalnej perspektywie standardy były określane jako „specyfikacje techniczne”, a więc ustalone parametry materiałowe dotyczące wielkości, wykonawstwa i zastosowań. Z instytucjonalnego punktu widzenia wyróżniano cztery rodzaje standardów:

- 1) urzędowe standardy, których stosowanie jest obowiązkowe,
- 2) normy nieobowiązkowe,
- 3) standardy dotyczące własności definiowane przez wytwórców (przemysł),
- 4) standardy otwarte.

-punktacja

Krok 6: Sporządzenie sprawozdania z wyników samooceny

-przygotowanie sprawozdania i jego przyjęcie przez kierownictwo

-zaprezentowanie rezultatów uczestnikom procesu

Faza 3 - Plan doskonalenia / ustalenie priorytetów

Krok 7: Sporządzenie projektu planu doskonalenia

-określenie priorytetów działań doskonalących

-różnicowanie działań w ramach realistycznie zakreślonych horyzontów czasowych

-włączenie planu działania w proces kompleksowego planowania strategicznego

Krok 8: Komunikacja informacji o planie doskonalenia

-przekazanie właściwej informacji, przez odpowiednie środki przekazu, właściwym grupom docelowym w stosownym czasie

Krok 9: Wdrażanie planu doskonalenia

-określenie spójnego podejścia do monitorowania i oceny działań doskonalących

- wybór osoby odpowiedzialnej za każde działanie doskonalące

- stałe korzystanie z odpowiednich narzędzi zarządzania

Krok 10: Planowanie następnej samooceny CAF

- weryfikacja działań doskonalących w ramach nowej samooceny.

W celu ułatwienia dokonania procesu samooceny w organizacji w zakresie ustalenia mocnych stron organizacji oraz obszarów do poprawy, a także uzgodnienia punktacji opracowano w Centrum Zasobów CAF prostą w obsłudze aplikację - narzędzie samooceny CAF - eTool. Gromadzi ono i przetwarza indywidualne wyniki samooceny osób będących członkami grupy samooceny oraz sporządza dla lidera grupy spójny dokument zawierający dowody na mocne strony organizacji, wskazania obszarów do poprawy oraz oceny punktowe przyznane przez oceniających. Dokument ten jest podstawą do uzgodnienia wspólnej ostatecznej punktacji grupy dla poszczególnych kryteriów modelu CAF.

³³⁷ Europe's Information Society, ICT for better Healthcare in Europe, http://ec.europa.eu/information_society/activities/health/index_en.htm. (dostęp 31.08.2020).

³³⁸ European Commission, e-Business Watch. DG Enterprise & Industry ICT standards in the health sector: Current situation and prospects. A sectoral e-business watch study by empiria. Final report. Special study No. 1, 2008,

http://www.ebusiness-watch.org/studies/special_topics/2007/documents/Special-study_01_2008 ICT_health_standards.pdf. (dostęp 31.08.2020).

W koncepcji europejskiej standaryzacja jest traktowana jako aktywność dobrowolna, oparta na uzgodnieniach i konsensusie oraz stymulowana przez obecność i działania na konkurencyjnym rynku.

W sektorach zdrowotnych występuje fragmentacja systemów informatycznych, co bardzo utrudnia, a niekiedy uniemożliwia, wymianę danych w sposób nieprowadzący do zniekształceń. Brak interoperacyjności jest rzeczywistością w takich organizacjach jak szpitale, występuje między różnymi podmiotami świadczącymi opiekę zdrowotną, takimi jak lekarze pierwszego kontaktu i poradnie specjalistyczne, w ramach systemów zdrowotnych między poziomem regionalnym i krajowym, a ostatnio, i to coraz częściej, w międzynarodowej opiece zdrowotnej. Skomputeryzowana wymiana wyników badań laboratoryjnych określonego pacjenta między dwoma świadczeniodawcami niekiedy okazuje się niemożliwa, ponieważ działanie ich systemów informacyjnych jest podporządkowane niezgodnym ze sobą standardom ICT. Wobec perspektyw i planów rozwoju opieki transgranicznej jest to sytuacja wymagająca zmiany. Brak powszechnie zaakceptowanych standardów wpływa bezpośrednio na obniżanie jakości świadczeń opieki zdrowotnej i niepotrzebnie prowadzi do zwiększania wydatków zdrowotnych.

Pośrednio brak interoperacyjności przyczynia się do osłabienia lub braku wzrostu gospodarczego oraz obniża konkurencyjność europejskich producentów ICT na międzynarodowych rynkach. Problemy tego rodzaju występują w całej gospodarce, ale w sektorze zdrowia wydają się szczególnie dokuczliwe. Wynika to z tego, że w sektorze zdrowotnym na powszechnie występujące problemy nakładają się skumulowane bariery specyficzne dla tego sektora, potęgujące się proporcjonalnie do zwiększającej się liczby zastosowań ICT w opiece zdrowotnej.

W dokumencie o standardach wskazano cztery rodzaje ograniczeń: *Bariery polityczne*, które mogą mieć dwa źródła: intensywne aktywności podejmowane przez kraje i regiony prowadzą do stosowania w praktyce wielu różniących się rozwiązań i standardów, a próby ich późniejszego uzgodnienia napotykać liczne trudności; zbyt małe wsparcie udzielane przez władze publiczne inicjatywom związanym z opracowywaniem wysokiej jakości standardów e-zdrowia; siła bodźców zachęcających do wykorzystywania komunikacji elektronicznej, które mogą pobudzać do stosowania standardów, jest również za mała. Kolejnym rodzajem ograniczeń są *bariery związane z działaniem Organizacji Rozwoju Standardów (Standards Development Organisation - SDO)*. W większości krajów UE funkcjonuje duża liczba SDO, zajmują-

cych się także rozwojem standardów zdrowia. Przeszkodą w uzgadnianiu wspólnych norm lub ich harmonizowaniu są bardzo kosztowne inwestycje. SDO, działając na rynku, dążą do maksymalizacji zysku, co skłania je do zachowań egoistycznych. Kolejne przeszkody to *bariery po stronie wytwórców*. Podobnie jak organizacje opracowujące standardy (SDO), wytwórcy ICT dążą do maksymalizacji zysku. Ponadto producenci nie będą skłonni do przyjęcia powszechnie stosowanych standardów, ponieważ ich wdrażanie jest bardzo skomplikowane i kosztowne, zarówno pod względem nakładów finansowych, jak i nakładów pracy. Także sytuacja, w której współistnieje wiele sprzecznych standardów może być korzystna dla przedsiębiorstw, które przygotowują i sprzedają programy tłumaczące (*middleware*) lub oferują i sprzedają usługi umożliwiające interoperacyjność systemów. Istotnym są również *bariery po stronie użytkowników ICT*. Świadczeniodawcy (lekarze medycyny, dentyści, ośrodki opieki i szpitale) postrzegają wdrażanie powszechnie używanych standardów e-zdrowia głównie jako wydatek. Koszty wyszukiwania systemów odpowiadających postulowanym standardom, koszty przebudowy wcześniej stosowanych systemów do wymogów nowych standardów oraz koszty zakupu nowego, lepszego - ale i droższego - oprogramowania mogą skutecznie zniechęcać świadczeniodawców do stosowania optymalnych norm. Było oczywiste, że dążąc do rozwoju ICT, należy ograniczać dokuczliwość obecnych barier.

4. Usługi publiczne w ochronie zdrowia jako realizacja misji administracji publicznej

Pojęcie misji jest najczęściej ujmowane w dwóch głównych kategoriach, jako element strategii oraz jako pojęcie z zakresu filozofii i etyki. W podejściu strategicznym misja organizacji jest jednym z narzędzi zarządzania strategicznego. Misja organizacji jako kategoria filozofii i etyki oznacza normy i wartości, które wpływają na zachowania ludzi w organizacji, sposób, w jaki razem pracują oraz w jaki dążą do osiągnięcia celów administracji. Tak rozumiana misja organizacji ma również znaczenie kulturowe i emocjonalne³³⁹. Jako jeden z elementów podstawowych pojęć związanych z istotą i funkcjonowaniem organizacji misja organizacji jest określana jako szczególny powód istnienia organizacji, różniący się od wszystkich innych. Tak rozumiana misja organizacji jest ukierunkowana na przyszłość, wskazuje wizję organizacji, podstawowe wartości przez nią uznawane i realizowane oraz nawiązuje do celu głównego istnienia organizacji. Zdefiniowanie misji w konkretnej organizacji jest formą określenia przez organizację swojego stosunku do otoczenia³⁴⁰. Pojęcie misji organizacji w nauce organizacji i zarządzania jest ujmowane w różnorodny sposób. S. Galata prezentuje następujące ujęcia interpretacyjne występujące w literaturze przedmiotu zarządzania: misja jako kategoria wiedzy refleksyjnej odwołującej się do wiedzy potocznej jako rezultatu bezpośrednich wrażeń odbiorcy - ujęcie to nie przedstawia znaczenia dla praktyki gospodarczej, gdyż nie zawiera praktycznych wskazówek jej realizacji; misja jako wizja - w tym znaczeniu misja jest opisem wizji tego, co organizacja chce osiągnąć w dłuższym czasie; misja jako podstawa i przejaw tożsamości organizacji; misja jako odzwierciedlenie osobowości organizacji, jako sformułowanie wizji organizacji na użytek strategii; misja jako podstawa komunikacji organizacji z otoczeniem, ukierunkowana na efekt propagandowy; misja jako synteza sposobu zachowania się organizacji - deklarowana na zewnątrz prezentuje możliwości organizacji weryfikowane przez odbiorców produktów lub usług³⁴¹. Pojęcie misji organizacji jest szczególnie związane z planowaniem strategicznym. Deklaracja misji jest werbalnym i publicznie dostępnym ujęciem misji, będącym elementem zarządzania strategicznego. Misja dla systemu celów organizacji jest elementem nadrzędnym, po niej następują cele strategiczne oraz

³³⁹J. Supernat, Zarządzanie, Wrocław 2005, s. 370.

³⁴⁰ S. Wrzosek. System: administracja publiczna. Systemowe determinanty nauki administracji, Lublin 2008, s.48.

³⁴¹ S. Galata, Strategiczne zarządzanie organizacjami, Warszawa 2004, s. 99-101.

cele niższego szczebla (taktyczne i operacyjne). Deklaracja misji określa kierunek, w którym zmierza organizacja, sprzyja legitymizacji organizacji w otoczeniu oraz spełnia rolę motywującą³⁴². Definiowanie misji organizacji powinno opierać się na analizie zadań, jakie organizacja ma do spełnienia, następnie określenia wymaga sama misja organizacji obejmująca wartości, którymi organizacja się kieruje. Z tak zdefiniowanej misji powinny wynikać szczegółowe cele organizacji.

W większości przypadków w sformułowanej misji znajduje się odwołanie do regulacji prawnych określających zadania administracji. Pozwala to stwierdzić, że w tym zakresie ujęcia prezentowane w ramach nauk o zarządzaniu respektują podstawową cechę administracji publicznej - normatywny charakter struktury oraz realizowanych zadań. Potwierdzenie tej zależności, należy uznać za wskazanie istotnego problemu interpretacyjnego dla nauk administracyjnych - przyjęcie takiego sposobu analizy normatywnych podstaw działania administracji publicznej, aby mógł być użyteczny przy wdrażaniu pojęć i modeli teoretycznych użytecznych przy podnoszeniu efektywności działania administracji publicznej. Brak realnej odpowiedzi na to zapotrzebowanie może prowadzić do oddzielania się organizacyjnego i normatywnego sposobu ujmowania zjawisk administracyjnych, negatywnie wpływającego na ich możliwości prawidłowego określania przedmiotu badań, w którym obie te sfery występują w interakcjach. W tym zakresie zgodzić się należy ze wskazanym przez J. Łukasiewicza aktualnym zagadnieniem badawczym kierującym badanie administracji publicznej w przyszłości ku organizacyjnemu spojrzeniu na normę i normatywnemu spojrzeniu na organizację³⁴³. Pojęcie misji administracji jest ujmowane w odniesieniu do struktury państwa. Państwo jako organizacja składa się z ludzi, zadań, technologii, struktury i kierownictwa. Administracja publiczna jest integralną częścią państwa. Jak wskazuje W. Kieżun, jest nośnikiem pamięci tradycji państwowej, jest obdarzona przywilejem inicjatywy ustawodawczej, współtworzy długofalową strategię rozwoju państwa oraz w drodze rozporządzeń ustala sposób realizacji ustaw. Stąd administracji publicznej w procesie budowy modelu państwa należy przypisać podstawowe znaczenie. Państwo to całość złożona z części harmonijnie współprzyczyniających się do powodzenia, realizujących jednokierunkowe

³⁴² B. Godziszewski, Misja organizacji: istota, funkcje, proces formułowania, w: Materiały z ogólnopolskiej konferencji „Od strategii rozwoju do polityki jakości, etapy wdrażania ISO 9001”, Wojewódzka Biblioteka Publiczna - Książnica Kopernikańska tu Toruniu, Wyższa Szkoła Bankowa w Toruniu, Toruń 2004, www.ksiaznica.torun.pl, (dostęp dnia 12.05. 2020).

³⁴³ J. Łukasiewicz, Tradycje badawcze i zmiany paradygmatów w nauce administracji, w: J. Supernat red. Między tradycją a przyszłością w nauce prawa administracyjnego. Księga jubileuszowa dedykowana Profesorowi Janowi Bociowi, Wrocław 2009, s. 458.

cele, zgodne z celem całości. Teleologiczny charakter państwa jako organizacji wymaga możliwie precyzyjnego sformułowania długofalowej misji i czasowo określonych celów działalności. Tutaj należy upatrywać rolę misji administracji publicznej jako elementu struktury państwa. Według W. Kieżuna podstawowa różnica pomiędzy „firmą” a administracją publiczną polega na „misyjnym” charakterze zarządzania publicznego. Administracja publiczna spełnia służebną rolę wobec społeczeństwa, jest zespołem ludzi, którzy wykonują określone usługi na rzecz i w imieniu społeczeństwa³⁴⁴. Według B.G. Petersa misja administracji publicznej obejmuje wskazanie na podstawowe cele zarządzania sprawami publicznymi, jest koncepcją zarządzania sprawami publicznymi obowiązującą w danej strukturze administracji. Treść misji ogranicza się zazwyczaj do obszaru, którym określony organ administracji publicznej zarządza. Będąc swoistą „kulturą organizacyjną”, może być określana jako ideologia administracji i obejmować tzw. wersję miękką i twardą. Wersja miękka obejmuje założenia tkwiące w realizowanym przez administrację programie czy zasadach jej bieżącego działania, wersja twarda wskazuje na interesy, jakie urzędnicy wiążą z utrzymaniem dotychczasowych rutyn, oraz powody wyznaczania nowych priorytetów w zarządzaniu sprawami publicznymi³⁴⁵. Koncepcja ta jest uwarunkowana ujęciem zjawisk organizacyjnych w administracji publicznej oraz poszczególnych jej elementów jako uczestników realnych procesów (w tym politycznych) zachodzących w państwie.

Jednocześnie B.G. Peters podkreśla, że w ramach badań nad administracją publiczną, przy wykorzystaniu pojęć z zakresu teorii organizacji i zarządzania, należy zwrócić uwagę na zależność, że system administracji publicznej składa się z wielu organizacji. Przenosząc do badań nad administracją publiczną ogólne koncepcje zaczerpnięte z nauk o zarządzaniu, należy zachować daleko idącą ostrożność, gdyż w przypadku administracji publicznej uniwersalny charakter też tych nauk podlega daleko idącym ograniczeniom, wyznaczonym koniecznością uwzględniania czynników sytuacyjnych i kontekstu politycznego³⁴⁶.

Zdaniem G. Rydlewskiego o istocie i misji administracji publicznej decyduje jej społeczny rodowód. Powstanie i rozwój administracji publicznej są integralnie związane ze społecznym charakterem stosunków między ludźmi oraz zakresem, formami

³⁴⁴ W. Kieżun, O sprawną administrację publiczną, „Ius et Lex” 2005 nr 1: Ustrój państwa i system wyborczy, s. 68-70.

³⁴⁵ B.G. Peters, Administracja publiczna w systemie politycznym, Warszawa 1999, s. 251-263.

³⁴⁶ Tamże, s. 24 n.

i obudową instytucjonalną owych stosunków³⁴⁷. Różnorodne ujęcia interpretacyjne administracji publicznej powinny być rozpatrywane przy uwzględnieniu normatywnego wzorca administracji publicznej, który został przyjęty w danym państwie³⁴⁸. Misja i cele formalne organizacji publicznych są odzwierciedleniem ogólnego charakteru interakcji z otoczeniem. Są ustalane przez prawo i układ polityczny. Misja organizacji publicznej zorientowana jest na cele publiczne i dobrobyt społeczeństwa^{349 350}.

W ujęciu D. Długosza funkcja państwa, wykonywana przez administrację publiczną, polega na realizacji interesu (dobra) publicznego, w przeciwieństwie do celów organizacji osób prywatnych, które realizują cele jednostek lub grup ludzi. W związku z tym misją sektora publicznego jest służba publiczna, sektora prywatnego natomiast zysk ekonomiczny. W kategoriach finansowo-ekonomicznych misję sektora publicznego określa się jako zapewnienie dóbr publicznych³⁵¹. Według Z. Knechta misję można zdefiniować jako powód istnienia organizacji, jej aktualną filozofię działania, swoisty transparent gotowości, sformułowanie celu strategicznego, ewentualnie celu służebnego lub też wszystko to, co się oferuje otoczeniu, w sposób wyróżniający daną jednostkę spośród innych organizacji.

W kontekście zagadnień zarządzania jakością M. Bugdol podkreśla, że problematyka jakości usług świadczonych przez administrację jest aktualna i istotna m.in. ze względu na to, że administracja pełni misję publiczną - urzędy administracji pełnią misję społeczną, dlatego jakość i inne wartości organizacyjne odgrywają rolę szczególną³⁵². Dla potrzeb analizy jakości w administracji podstawowym punktem odniesienia jest pojęcie urzędu administracji publicznej - rozumianego w kontekście norm ISO jako grupa ludzi i infrastruktura z przypisaniem odpowiedzialności, uprawnień i powiązań³⁵³. Należy zwrócić uwagę, że w administracji publicznej wynikiem wewnętrznych procesów jest akt administracyjny (decyzja, postanowienie), same procesy i zasady, silnie sformalizowane działania urzędu³⁵⁴.

³⁴⁷G. Rydlewski, Systemy administracji publicznej w państwach członkowskich Unii Europejskiej, Warszawa 2007, s. 15.

³⁴⁸Tamże s. 19.

³⁴⁹B. Kożuch, Zarządzanie publiczne w teorii i praktyce polskich organizacji, Warszawa 2004, s. 96-97.

³⁵⁰S. Wysocki, Jak poprawić jakość działania administracji publicznej?, „Służba Cywilna” 2001 nr 2, s. 28-36.

³⁵¹D. Długosz, Kadry administracji publicznej, w: J. Hausner, Administracja publiczna, Warszawa 2005, s. 236-237.

³⁵²M. Bugdol, Zarządzanie jakością w urzędach administracji publicznej teoria i praktyka, Warszawa 2008, s. 27.

³⁵³Tamże, s. 46.

³⁵⁴Tamże, s. 60.

Misją nadrzędną całej administracji jest m.in. zapewnienie spokojnego i godnego życia mieszkańcom, co obejmuje również zabezpieczenie dostępu do opieki zdrowotnej. Od władzy lokalnej natomiast oczekuje się właściwego, empatycznego i etycznego rozwiązywania problemów wyznaczonych dzięki przyjętej misji indywidualnej. Misję w szczególności opisują cele (stanowiące rozwiązanie dla istniejących problemów). Z celów wynikają zadania przyjęte do realizacji³⁵⁵. Jak wskazuje M. Sola, w kontekście zagadnień kontroli zarządczej misja samorządu terytorialnego jest to krótka formuła określająca powód jego istnienia. Można ją również zdefiniować jako określone do spełnienia zadanie o charakterze publicznym, realizowane przez organ wykonawczy samorządu. Misję samorządu przekłada się na cele i zadania, które musi wykonać organ wykonawczy z całym swoim aparatem pomocniczym. W standardach kontroli zarządczej określenie misji ma stać się pierwszym i najważniejszym krokiem do ich formułowania. Pamiętać należy o jeszcze jednym aspekcie przy formułowaniu misji - musi ona wynikać z zadań samorządów każdego szczebla, zawartych w odpowiednich ustawach regulujących ich pracę³⁵⁶. Zagadnienie kontroli zarządczej jest jednym z przykładów wdrażania do instytucji publicznych instrumentów zarządzania wykorzystywanych w sektorze komercyjnym.

W dziedzinie nauk administracyjnych problematykę misji administracji poruszył Z. Leoński. Według niego misja administracji w kontekście zainteresowań badawczych nauki administracji może być rozumiana jako rola, którą administracja publiczna pełni we współczesnym państwie. Takie rozumienie tego pojęcia należy wiązać z koncepcją zainteresowań nauki administracji pochodzącą z tradycji austro-niemieckiej. W tym znaczeniu problematyka administracji publicznej jest ujmowana w powiązaniu z naukami społecznymi, politycznymi i prawnymi i jest związana z oddziaływaniami pomiędzy administracją publiczną a środowiskiem społecznym, politycznym i prawnym, w którym działa³⁵⁷. Zwraca na to uwagę L. Zacharko, podkreślając, że zmiany zachodzące w otoczeniu administracji publicznej i postęp naukowo-techniczny implikują stosowanie nowych technik i metod zarządzania wypracowanych w naukach o zarządzaniu, które mogą być recypowane pod warunkiem uwzględnienia nowej roli i misji administracji publicznej w demokratycznym państwie prawa. Nowa misja admi-

³⁵⁵ Z. Knecht, *Public relations w administracji publicznej*, Warszawa 2006, s. 36-37.

³⁵⁶ M. Sola, *Jak wdrożyć i zrealizować kontrolę zarządczą? Poradnik ze wzorami dokumentów*, Warszawa 2010, s. 126-127.

³⁵⁷ Z. Leoński, *Nauka administracji*, Warszawa 2004, s. 8

nistracji publicznej wynikająca z tych okoliczności ma polegać nie na panowaniu, a służeniu³⁵⁸.

T. Rostkowski podkreśla, że istnienie misji, wizji czy wartości w przypadku administracji publicznej może zostać zastąpione poprzez odwołanie się do istniejącego prawa, np. statutu organizacji, ustawy czy konstytucji. Tego rodzaju rozwiązanie jest najczęściej praktykowane. Odwoływanie się do prawa jest powszechne i jest ono często publikowane także na stronach Internetowych poszczególnych instytucji. Podstawowym atutem odwoływania się do prawa jest możliwość wykorzystania jego autorytetu i autorytetu państwa. Najpoważniejszą wadą tego rozwiązania jest niekomunikatywność - specyficzny język prawa utrudnia zrozumienie celów istnienia organizacji. Misja administracji publicznej może być rozumiana jako pojęcie aksjologiczne dotyczące całej administracji publicznej i systemu prawa administracyjnego. W tym znaczeniu koncepcja misji administracji publicznej powinna być traktowana jako jedna z podstaw interpretacyjnych obowiązującego modelu administracji publicznej na danym etapie rozwoju i w określonej sytuacji ustrojowej. Jest to niezwykle istotna płaszczyzna interpretacyjna, która pozwala na uwzględnienie ważnej cechy całej administracji publicznej oraz poszczególnych jej elementów i która nie powinna być pomijana przy analizie podstawowych czynników wpływających na charakter, specyfikę administracji publicznej. Wyniki tego typu interpretacji normatywnych podstaw działania administracji publicznej mają istotne znaczenie dla identyfikacji jej założeń i celów określonych w regulacjach prawnych z innymi obszarami i aspektami jej działalności. Taki sposób ujęcia misji administracji publicznej ma również ważne znaczenie dla podstawowych instytucji prawa administracyjnego, pozwala na rozpoznanie ważnych cech administracji publicznej oraz metod realizacji zadań publicznych. Z punktu widzenia nauki prawa administracyjnego podstawowe znaczenie ma pojęcie misji administracji publicznej w pierwszym wskazanym znaczeniu. Określenie misji administracji publicznej jako jednego z pojęć wykorzystywanych przy opisie normatywnie określonej struktury, sposobu realizacji zadań oraz realizowanych wartości i celów administracji publicznej może być elementem uwzględnienia postulatu rozwoju instytucji prawa administracyjnego w kontekście zmian zachodzących w strukturze i funkcjonowaniu administracji publicznej oraz oczekiwań płynących z otoczenia administracji publicznej. Administracja

³⁵⁸ L. Zacharko Wpływ nauk o zarządzaniu na współczesną naukę administracji, w: S. Wrzosek, M. Domagała, J. Izdebski, T. Stanisławski red. Współzależność dyscyplin badawczych w sferze administracji publicznej, Warszawa 2010, s. 431

publiczna traktowana jako struktura składająca się z podmiotów administrujących wraz z podległymi im jednostkami organizacyjnymi jest przykładem złożonej organizacji, dla której powstaje konieczność określenia jej celu głównego - misji administracji publicznej. W przeciwieństwie do organizacji gospodarczych cel główny organizacji publicznych jest określany poza ich strukturą. Należy go poszukiwać w normach prawnych, które wskazują cele i podstawy działania całego systemu administracji publicznej.

Dla administracji publicznej normy prawa administracyjnego wyznaczają te cele i zasady działania, które organizacje gospodarcze identyfikują z otoczenia i przekształcają je następnie w cele i sposoby ich osiągnięcia. Dlatego system norm prawa administracyjnego dla administracji publicznej należy uznać z jednej strony za narzędzie realizacji zadań publicznych z drugiej natomiast za najistotniejszy wyznacznik określający cel i zasady podejmowanych działań. W warunkach ustroju demokratycznego, w którym władza ustawodawcza jest wyłaniana w wyborach powszechnych, proces tworzenia odpowiednich regulacji prawa administracyjnego może być traktowany jako reakcja otoczenia na sposób działania administracji publicznej. Natomiast dla systemu administracji publicznej źródłem czerpania koncepcji podstawowego celu jej działania jest prawo administracyjne.

W teorii prawa wyróżniamy źródła prawa w znaczeniu materialnym oraz źródła prawa w znaczeniu formalnym. Źródła prawa w znaczeniu materialnym to wszystkie czynniki, które wpływają na kształtowanie się norm prawnych (np. czynniki społeczno-polityczne, system wartości, zasady prawa naturalnego). Do źródeł prawa w znaczeniu formalnym zalicza się organy władzy państwowej tworzące prawo oraz formy ich działalności prawotwórczej, rezultaty tej działalności i reguły dotyczące recepcji prawa z innych systemów prawa (tj. akty stanowienia prawa)³⁵⁹. Źródła prawa i ich grupy tworzą całość określaną jako system źródeł prawa będący z racji na istotną wagę przedmiotem regulacji konstytucyjnej³⁶⁰.

W literaturze prawa administracyjnego źródła prawa *sensu stricto* oznaczają źródła wskazane i wyodrębnione w Konstytucji RP jako powszechnie obowiązujące, źródła prawa *sensu largo* natomiast obejmują akty wewnętrzne oraz niewymienione przez Konstytucję RP fakty prawotwórcze mające istotne znaczenie dla stosowania prawa administracyjnego³⁶¹. System źródeł prawa został określony w rozdziale III Kon-

³⁵⁹ J. Krukowski, Wstęp do nauki o państwie i prawie, Lublin 2002, s. 104

³⁶⁰ B. Banaszak, Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej. Komentarz, Warszawa 2009, s. 424 n.

³⁶¹ J. Zimmermann, Prawo administracyjne, Warszawa 2008, s.53.

stytucji Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 (art. 87-94). Zgodnie z art. 87 ust. 1 Konstytucji RP źródłami powszechnie obowiązującego prawa w Polsce są: Konstytucja, ustawy, ratyfikowane umowy międzynarodowe, rozporządzenia. Zgodnie z art. 87 ust. 2 Konstytucji RP źródłami prawa powszechnie obowiązującego są także na obszarze działania organów, które je ustanowiły, akty prawa miejscowego. Konstytucja RP zawiera przepisy, które pozwalają określić miejsce prawa unijnego w polskim porządku prawnym po przystąpieniu do Unii Europejskiej, tj. art. 90 Konstytucji RP³⁶². Zgodnie z orzecznictwem Trybunału Konstytucyjnego system aktów prawa wewnętrznego ma charakter otwarty i nie ma konstytucyjnego zakazu, by przepisy rangi ustawowej upoważniały inne podmioty do stanowienia zarządzeń czy uchwał bądź nawet aktów inaczej nazwanych, ale odpowiadających charakterystyce aktu wewnętrznego³⁶³.

Misja administracji publicznej jako podstawowe pojęcie dotyczące celu działania oraz metod realizacji zadań powinna być identyfikowana jedynie na podstawie źródeł prawa rangi konstytucyjnej i ustawowej. W demokratycznym państwie prawnym cele działania podmiotów administrujących nie mogą być zmieniane w przepisach wewnętrznych, służyć one powinny jedynie prawidłowej realizacji celów głównych w danej sferze administracji publicznej. Treść aktów wewnętrznych powinna odzwierciedlać podstawowe cele i wartości, które są przypisane organizacji i funkcjonowaniu poszczególnych elementów systemu administracji publicznej.

³⁶² Zob. szerzej: K. Wojtyczek, Polska w europejskim systemie konstytucyjnym, w: P. Sarnecki, red., Prawo konstytucyjne RP, Warszawa 2005, s. 30-31.

³⁶³ Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 20 października 1998 r., K 7/98, OTK 1998, Nr 6, poz. 96.

5. Polityka unijna na rzecz wykorzystania technologii informacyjno - komunikacyjnych w wykonywaniu usług publicznych

Informacja może być towarem oraz usługą. Towarem jako zbiór danych nieprzetworzonych lub odpowiednio zagregowanych lub też jako usługa analityczna. Kluczowe dla niniejszych rozważań jest zdefiniowanie usługi elektronicznej. W obecnie obowiązujących przepisach prawnych możemy znaleźć kilka legalnych określeń usługi świadczonej z wykorzystaniem środków elektronicznych. Dyrektywa 2000/31/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z 8 czerwca 2000 r. w sprawie niektórych aspektów prawnych usług społeczeństwa informacyjnego, w szczególności handlu elektronicznego, w ramach wspólnego rynku³⁶⁴ - tzw. dyrektywa o handlu elektronicznym reguluje zagadnienie świadczenia usług drogą elektroniczną. Głównym celem dyrektywy jest umożliwienie prawidłowego funkcjonowania wspólnego rynku poprzez zapewnienie swobodnego przepływu tychże usług, co jest szczególnie istotne dla wyeliminowania barier, które istnieją między państwami europejskimi. Zaznaczyć należy, że dyrektywa uzupełnia jedynie prawo unijne, które już jest stosowane do usług informacyjnych bez uszczerbku dla poziomu ochrony, m. in. w zakresie ochrony konsumentów w odniesieniu do umów. Ponadto dyrektywa nie ustanawia dodatkowych zasad dotyczących prawa prywatnego międzynarodowego oraz nie zajmuje się właściwością sądów. Przepisów dyrektywy nie stosuje się również w stosunku do: podatków, zagadnień związanych z usługami społeczeństwa informacyjnego objętych dyrektywą o ochronie osób fizycznych w zakresie przetwarzania danych osobowych i swobodnego przepływu tych danych oraz dyrektywą w sprawie przetwarzania danych i ochrony prywatności w sektorze komunikacyjnym, kwestii odnoszących się do umów lub praktyk regulowanych prawem ochrony konkurencji, działalności notariuszy lub zawodów równorzędnych w zakresie, w jakim wiążą się one z bezpośrednim i szczególnym udziałem w wykonywaniu władzy publicznej, reprezentowania klienta oraz obrony jego interesów przed sądami, gier hazardowych, łącznie z loteriami i zakładami wzajemnymi.

Dyrektywa posługuje się pojęciem „usługi społeczeństwa informacyjnego” (*information society service*), odsyłając do definicji zawartej w dyrektywie 98/34/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z 22 czerwca 1998 r. ustanawiającej procedurę udzielania informacji w zakresie standardów i wymogów technicznych oraz zasad dotyczących

³⁶⁴ Dz.Urz. UE L 178/1 (17.7.2000)

usług społeczeństwa informacyjnego, uzupełnionej dyrektywą 98/48/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z 20 lipca 1998 r.³⁶⁵ W rozumieniu przepisów unijnych pod tym pojęciem kryje się usługa zazwyczaj o charakterze odpłatnym, wykonywana na odległość, za pomocą środków elektronicznego przetwarzania, w tym także kompresji cyfrowej (*digital compression*) i gromadzenia danych, na indywidualne zamówienie odbiorcy usługi. W preambule do dyrektywy 2000/31/WE, w ramach usług społeczeństwa informacyjnego możemy wskazać szeroki zakres rodzajów działalności gospodarczej prowadzonych w trybie *on-line*, w szczególności polegają one na sprzedaży towarów *on-line*. Poza usługami dającymi możliwość zawierania umów *on-line*, dyrektywa odnosi się także do, usług, o ile stanowią one działalność gospodarczą, które nie są wynagradzane przez tych, którzy je otrzymują. Należą do nich usługi polegające na oferowaniu informacji *on-line* lub informacji handlowych, a także zapewniających narzędzia umożliwiające szukanie, dostęp oraz pozyskiwanie danych. W usługach społeczeństwa informacyjnego mieszczą się także usługi, które polegają na przekazywaniu informacji poprzez sieć komunikacyjną, na zapewnianiu możliwości dostępu do sieci komunikacyjnej lub na hostingu informacji przekazywanych przez usługobiorcę. Zakres pojęcia usługi społeczeństwa informacyjnego został doprecyzowany w aneksie Nr 5 do dyrektywy 98/48/WE, w którym wskazano przykłady usług, które nie posiadają takiego charakteru, zatem nie są wykonywane na odległość, czyli są świadczone w fizycznej obecności dostawcy i odbiorcy, nawet jeżeli korzystają oni z urządzeń elektronicznych (np. udostępnienie gier elektronicznych w salonie przy fizycznej obecności użytkownika). Druga grupa dotyczy usług, które nie są wykonywane za pomocą środków elektronicznych. Wśród nich wyróżniono: usługi o charakterze materialnym, usługi *off-line* - dystrybucja CD-ROM, czy też usługi, które nie są świadczone z wykorzystaniem elektronicznego systemu przetwarzania i przechowywania danych, np. telefoniczne porady prawne. Ostatnia grupa obejmuje usługi, które nie są wykonywane na indywidualne zamówienie odbiorcy usługi, natomiast są świadczone w formie przesyłania danych bez indywidualnego zamówienia i przeznaczone do równoczesnego odbioru przez nieograniczoną liczbę odbiorców, np. transmisja telewizyjna. Zgodnie z dyrektywą 2000/31/WE, usługą społeczeństwa informacyjnego nie jest używanie poczty elektronicznej lub innych równorzędnych środków do przekazywania informacji indywidualnych, np. przez osoby fizyczne, działające poza zakresem ich działalności handlowej,

³⁶⁵ Dz. Urz. UE, L 204, 21/07/1998 P. 0037 - 0048

gospodarczej lub zawodowej, łącznie z używaniem ich w celu zawarcia umowy między tymi osobami, stosunek umowny między pracownikiem a jego pracodawcą, działania, które ze względu na swój charakter nie mogą być wykonane na odległość lub drogą elektroniczną, takie jak ustawowa kontrola ksiąg rachunkowych lub konsultacja medyczna wymagająca fizycznego badania pacjenta. Oprócz określenia podstawowych pojęć, zakresu i celu uchwalenia dyrektywy, zawiera ona regulacje dotyczące ogólnych obowiązków informacyjnych, ze szczególnym uwzględnieniem informacji handlowych podawanych w obrocie elektronicznym. W dalszej części dyrektywa zawiera przepisy odnoszące się do umów zawieranych drogą elektroniczną oraz do odpowiedzialności pośredników w dostarczaniu usług.

Przyspieszenie procesu informatyzacji poszczególnych obszarów życia społeczno-gospodarczego w ramach Unii Europejskiej zakładają tzw. Pilotażowe Programy Dużej Skali (*Large Scale Pilots Programme, LSP*) to projekty programowe, korzystające z wsparcia środków europejskich, które są ukierunkowane na połączenie zapotrzebowania odbiorcy - konsumenta z możliwościami podaży danego produktu lub usługi przez komercyjne przedsiębiorstwa. Osią łączącą te dwa obszary jest dążenie do wykorzystanie technologii ICT dla udoskonalenia produktów i / lub zaproponowania nowych usług. W ramach LSP rozwijane są inicjatywy związane z IoT (*Internet of Things*, „Internet rzeczy”³⁶⁶), które mają na celu połączenie elementów technologicznych i innowacyjnych, zadań związanych z użytkowaniem nowoczesnych technologii komunikacyjnych z zapotrzebowaniem na określone usługi lub produkty, na które jest zapotrzebowanie na rynku lub też, na które wytwarzany jest popyt przez promocję nowoczesnych rozwiązań. Celem LSP jest przetestowanie i wdrożenie w ramach pilotażu nowych rozwiązań w zakresie świadczenia usług i sprzedaży produktów, tak by efekty tych działań zmieniały funkcjonowanie określonych usług lub kreowały nowe w makroskali. W założeniu określone rozwiązania są wspierane przez Unię Europejską oraz przez państwa członkowskie poprzez tworzenie i koordynację działań specjalnie powołanych grup łączących przedstawicieli instytutów badawczych, korporacji oraz partnerów społecznych, które wspólnie wypracowują model funkcjonowania i ewolucję IoT w wybranych obszarach. LSP określa cztery cele w zakresie rozwoju Internetu rzeczy. Pierwsza jest to integracja, dalsze badania i rozwój najbardziej zaawansowanych technologii w całym łańcuchu wartości dodanych w związku z wdrożeniem IoT - chodzi

³⁶⁶ Zob. szerzej: A. Minteer, "Chapter 9: Applying Geospatial Analytics to IoT Data". Analytics for the Internet of Things (IoT). Packt Publishing, s. 230-257.

o komponenty, urządzenia, sieci, oprogramowanie pośrednie, platformy usługowe, funkcje aplikacji. Inicjatywy LSP mają odpowiadać na prawdziwe potrzeby użytkowników końcowych (władz publicznych, obywateli, firm), w oparciu na leżących u podstaw badań otwartych technologii i architektury systemów informatycznych, które mogą być ponownie wykorzystane w wielu przypadkach użycia i umożliwić interoperacyjność. W ramach LSP sprawdzana jest walidacja akceptowalności przez użytkownika, zwraca się w szczególności uwagę na kwestie zaufania, bezpieczeństwa i prywatności poprzez wstępnie zdefiniowane wpływy na prywatność i bezpieczeństwo oraz rzeczywiste ustalenie potrzeb użytkownika. Walidacji podlega trwałe powiązanie określonego rozwiązania (modelu biznesowego) z otwartą dostępnością oraz interoperacyjnością proponowanych rozwiązań.

Przykładem na wdrożenia IoT są programy dotyczące osób starszych. Projekt ACTIVAGE³⁶⁷ odpowiada na przemiany społeczno-gospodarcze i zmiany dotyczące fundamentów państwa opiekuńczego. Wydłużenie długości życia i spadek liczby urodzeń uderzają w funkcjonowanie społeczeństw. Prognozy wskazują, że populacja > 65 lat w Unii Europejskiej będzie rosła od obecnie 18% do 28% do 2060 r. W dodatku do powyższej grupy demograficznej odniesie się rosnący wzrost kosztów społecznych i zdrowotnych zagrażający trwałości dotychczasowego modelu systemu opieki zdrowotnej. Projekt ACTIVAGE opiera się na założeniu wykazania dowodów na pozytywny wpływ technologii i rozwiązań opartych na IoT w celu poprawy jakości życia, zdrowia i autonomii starszych osób dorosłych. W ramach projektu pilotażowego zaangażowanych będzie prawie 10 000 osób starszych w dziewięciu miejscach wdrażania w siedmiu różnych krajach Unii Europejskiej. Przedmiotem badania będzie funkcjonowanie osób starszych w środowisku IoT, zebranie doświadczeń i wypracowanie homogenicznej oferty interoperacyjności usług oraz zminimalizowanie efektów fragmentacji rynku. Architektura ACTIVAGE jest przeznaczona do służenia jako wspólna struktura do budowania interoperacyjnych rozwiązań w postaci aplikacji, narzędzi programowych oraz usług, które można wdrożyć w całej Europie.

³⁶⁷ ACTIVAGE -Active ageing and self-management of health, program pilotażowy data rozpoczęcia 1 stycznia 2017, data zakończenia 30 września 2020, finansowanie w ramach: H2020-EU.3.1.4., H2020-EU.2.1.1., projekt koordynowany przez MEDTRONIC IBERICA SA, Hiszpania, w ramach programu Horizon 2020, <https://cordis.europa.eu/programme/id/H2020-EU.3.1.4.> (dostęp 11.09.2020 r.).

Projekt U4IoT³⁶⁸ opracowuje zestaw narzędzi dla LSP dotyczące użytkownika końcowego - odbiorcy usługi czy użytkownika sprzętu z technologią IoT. Celem jest wypracowanie metod korzystania z zasobów online, przekazanie wiedzy na temat zabezpieczenia prywatności umiejętności oceny ryzyka i świadomości w zakresie ochrony danych osobowych, modułów szkoleniowych online. Wieloaspektowość projektu zakłada analizę kwestii etycznych oraz identyfikację i znoszenie tzw. barier adopcyjnych związanych z dostępem do określonych produktów i usług przez użytkownika końcowego. Projekt ma identyfikować oraz współtworzyć z grupą docelową potrzeby oraz formułować propozycje rozwiązań.

Użyteczność i rolę rozwiązań implementowanych w ramach LSP poddała analizie L. Łuczak-Noworolnik³⁶⁹ w kontekście korzystania z elektronicznych usług publicznych oferowanych przez organy administracji w państwach członkowskich UE. Zdaniem autorki wraz ze wzrostem mobilności tendencja ta z pewnością będzie się jeszcze zwiększać. Zakładanie działalności gospodarczej *on-line*, możliwość składania rocznych sprawozdań finansowych spółki za pośrednictwem Internetu, czy też dostęp do elektronicznej dokumentacji medycznej korzystnie wpływa na efektywność administracji publicznej, pozwala na wzrost zadowolenia obywateli z poziomu świadczonych usług, jak również zwiększa pewność obrotu prawnego minimalizując ryzyko ingerencji w sporządzane dokumenty. Zdaniem autorki w pierwszej kolejności konieczne jest dookreślenie pojęcia elektronicznych usług publicznych. Wobec braku jednoznacznej definicji pojęcia usług publicznych w prawodawstwie unijnym i krajowym, można przyjąć że usługa publiczna dotyczy wszystkich potrzeb obywateli, obsługiwanych bezpośrednio przez instytucje publiczne albo przez instytucje niepubliczne w imieniu instytucji publicznych i jest realizowana w trybie ciągłym, mając charakter powszechny, niedyskryminujący kogokolwiek, i jest wykonywana po najniższych możliwych kosztach³⁷⁰. Elektroniczne usługi można natomiast zdefiniować, posługując się definicją legalną

³⁶⁸ Partnerzy projektu: Szwecja: LuleaTekniska Universitet, Belgia: Interuniversitair Micro-electronica Centrum IMEC VZW, European Network of Living Labs, Holandia: Stembert Design. Serbia: DunavNET Szwajcaria: Martel GMBH, Mandat International, Archimede Solutions SARK. Data rozpoczęcia: 1 stycznia 2017. Czas trwania: 36 miesięcy. Program: H2020-IOT-2016-2017 / H2020-IOT-2016, program HORIZON 2020, <https://u4iot.eu> (dostęp 11.09.2020 r.).

³⁶⁹Zob. L. Łuczak - Noworolnik E- OBYWATEL , Elektroniczne usługi publiczne w wymiarze europejskim - na wybranych przykładach. Rozważania wstępne., w: E-obywatel. E-sprawiedliwość. E-usługi; redakcja: prof. USz dr hab. Kinga Flaga-Gieruszyńska, prof. dr hab. SSA Jacek Gołaczyński, prof. UO dr hab. r.pr. Dariusz Szostek, wydawnictwo C.H. Beck , 2017, s.322-332.

³⁷⁰http://www.magazyngmina.pl/index.php?option=com_k2&view=item&id&=246:uslugi-publiczne-z-perspektywy-europy(dostęp:02.01.2019 r.).

zawartą w ustawie z 18 lipca 2002 r. o świadczeniu usług drogą elektroniczną³⁷¹. Zgodnie z brzmieniem przepisu art. 2 pkt 4 cytowanej ustawy świadczenie usługi drogą elektroniczną to wykonanie usługi świadczonej bez jednoczesnej obecności stron (na odległość), poprzez przekaz danych na indywidualne żądanie usługobiorcy, przesyłanej i otrzymywanej za pomocą urządzeń do elektronicznego przetwarzania, włącznie z kompresją cyfrową i przechowywania danych, która jest w całości nadawana, odbierana lub transmitowana za pomocą sieci telekomunikacyjnej w rozumieniu ustawy z 16 lipca 2004 r. *Prawo telekomunikacyjne*³⁷². Digitalizacja usług realizowanych przez organy administracji publicznej niewątpliwie stanowi wyzwanie współczesności i pozostaje zagadnieniem niezwykle istotnym dla poszczególnych narodowych porządków prawnych. Warto zatem na analizowaną tematykę spojrzeć przez pryzmat doświadczeń innych państw członkowskich UE, którym wprowadzenie elektronicznych rozwiązań pozwoliło nie tylko zmniejszyć koszty, ale także usprawnić funkcjonowanie organów administracji oraz sądownictwa. Elektroniczne usługi administracji publicznej stają się coraz częściej przedmiotem zainteresowania ze strony organów UE, które starają się upowszechnić korzystanie z tego rodzaju nowoczesnych rozwiązań. Służą temu wzmiankowane już pilotażowe projekty wielkoskalowe, których celem jest praktyczny rozwój transgranicznych usług cyfrowych w różnych domenach³⁷³ takich, jak: e-biznes³⁷⁴, e-sprawiedliwość³⁷⁵, e-zdrowie³⁷⁶, e-zamówienia publiczne³⁷⁷, e-identyfikacja³⁷⁸. Tytułem przykładu można wskazać na rozwiązania projektu e-SENS, które ułatwiają obywatelom i przedsiębiorcom dostęp do transgranicznych usług publicznych poprzez umożliwienie administracji publicznej świadczenia interoperacyjnych usług elektronicznych. Projekt e-SENS realizowany jest pod auspicjami Komisji Europejskiej w ramach Programu na rzecz Wspierania Polityki w zakresie Technologii

³⁷¹ t.j. Dz. U. z 2020 r. poz. 344.

³⁷² t.j. Dz. U. z 2019 r. poz. 2460, zm. z 2020 r. poz. 374, 695, 875.

³⁷³ L. Łuczak-Noworolnik, E-wymiar sprawiedliwości jako przykład dążenia do informatyzacji działalności instytucji państwowych, w: *Wirtualne i estetyczne aspekty humanizacji przestrzeni społecznej* (red. Z. Rykie, J. Kinal, D. Porczyński), Rzeszów 2015, s. 61-71.

³⁷⁴ Projekty: SPOCS (Simple Procedures Online for Cross-Border Services), e-SENS (Electronic Simple European Networked Services).

³⁷⁵ Projekty: e-CODEX (e-Justice Communication via Online Data Exchange), e-SENS (Electronic Simple European Networked Services).

³⁷⁶ Projekty: PSOS (Smart Open Services for European Patients).

³⁷⁷ Projekt PEPPOL (Pan-European Public Procurement Online).

³⁷⁸ Projekt STORK 2.0. (Secure Identity and Cross-Border Services). Więcej na temat projektów Large-Scale Pilots na stronie: <https://ec.europa.eu/digital-agenda/en/large-scale-pilot-projects>, (dostęp: 02.01.2019) Szczegółowy opis usługi dostępny w dokumencie.

<https://www.esens.eu/sites/default/files/eSENSD514BusinessLifecycleRequirementsFrameworkv1.pdf> (dostęp: 05.01.2019).

Informacyjnych i Komunikacyjnych (ICT PSP). Polskę reprezentuje w tym projekcie poznański instytut badawczy: Instytut Logistyki i Magazynowania³⁷⁹. W zakresie dotyczącym e-usług oferowanych przez organy administracji publicznej na szczególną uwagę zasługuje usługa umożliwiająca rejestrację działalności gospodarczej³⁸⁰. Projekt e-SENS dostarcza rozwiązania techniczne tzw. *buildingblocks*, które są wynikiem konsolidacji rozwiązań wypracowanych przez europejskie projekty wielkoskalowe, takie jak: e-CODEX, STORK, SPOCS, PEPPOL, ePSOS. Rozwiązania opracowywane są w różnych obszarach - od bezpieczeństwa przesyłu danych po standardy w zakresie tożsamości podmiotów składających dokumenty a następnie wykorzystywane są w ramach różnych scenariuszy pilotażowych. Rozwiązania techniczne wdrażane w różnych obszarach projektu umożliwiają budowę elektronicznych usług przez instytucje publiczne, w tym sądy. Projekt skupia się na kluczowych rozwiązaniach w zakresie: elektronicznej identyfikacji, e-dokumentów, e-podpisów, semantyki oraz elektronicznej komunikacji. Podkreślić należy fakt, że rozwiązania projektu nie wymagają zmian w istniejących systemach informatycznych państw członkowskich. Warto przyrzeć się poniżej w zarysie wybranym, procedowanym już rozwiązaniom.

Elektroniczna wymiana informacji (e-Delivery) - to rozwiązanie zapewnia bezpieczną wymianę informacji pomiędzy państwami członkowskimi UE. System obejmuje bramki komunikacyjne dla każdego państwa uczestniczącego w projekcie oraz ogólne ramy dla krajowego konektora. Łącznik krajowy jest odpowiednio dostosowywany przez poszczególne kraje, według własnych potrzeb. Rozwiązanie oparte jest na pracach projektów e-CODEX oraz PEPPOL. Elektroniczny podpis (e-Signature) - element ten znajduje się na poziomie łącznika krajowego i umożliwia podpisywanie dokumentów za pomocą narzędzi stosowanych w poszczególnych krajach UE. Zapewnia jednocześnie weryfikację podpisanych dokumentów przychodzących, zwiększając w ten sposób bezpieczeństwo transgranicznej wymiany dokumentów. Elektroniczna identyfikacja (e-ID) - element e-ID umożliwia rozpoznawanie i weryfikację narzędzi elektronicznej identyfikacji stosowanych w krajach UE poprzez systemy informatyczne innych państw członkowskich. Dzięki temu obywatele posiadający e-ID mają szybki dostęp do usług publicznych świadczonych poza granicami kraju.

³⁷⁹Więcej na temat samego projektu na ogólnej stronie Internetowej: <https://www.esens.eu> (dostęp: 02.01.2019 r.) oraz na polskiej stronie Internetowej prowadzonej przez Instytut Logistyki i Magazynowania: (dostęp: 02.01.2019 r.).

³⁸⁰E. Dobrzeńska, T. Kawecki, Elektroniczne usługi transgraniczne w obszarze zakładania działalności gospodarczej, *Logistyka* 2015, Nr 4, s. 40-42.

Elektroniczne dokumenty (e-Document) - element ten odpowiada za konwersję dokumentów w celu dostosowania do standardów danego kraju³⁸¹. Komisja Europejska we współpracy z państwami członkowskimi UE, przedsiębiorcami, organami administracji publicznej, środowiskami akademickimi, sektorem prywatnym i społecznościami lokalnymi już od 2008 r. opracowuje projekty pilotażowe na szeroką skalę, dotyczące transgranicznych cyfrowych usług publicznych w celu rozwijania i badania sprawnych transgranicznych usług cyfrowych. Swoistym podsumowaniem dotychczasowych wysiłków i prac jest właśnie przywołany projekt e-SENS, w ramach którego współpracuje ponad 100 partnerów z 20 różnych państw³⁸². Projekt e-SENS korzysta z wyników innych projektów z grupy LSP, stając się tym samym ich naturalną kontynuacją i utrzymując wypracowane rezultaty. Szczegółowe cele projektu e-SENS to³⁸³:

- wspomaganie procesu wdrożenia europejskich dyrektyw i regulacji w różnych obszarach

tj. e-sprawiedliwość, e-zdrowie, elektroniczne zamówienia publiczne, zakładanie działalności gospodarczej online i inne,

- umożliwienie wspólnego działania wszystkich państw członkowskich na rzecz elektronicznych usług,

- zapewnienie skuteczniejszej i sprawniejszej obsługi stale rosnącej liczby spraw transgranicznych przez instytucje publiczne, w tym sądy,

- zapewnienie większego bezpieczeństwa dla obywateli w UE,

- modernizacja systemów wymiaru e-administracji oraz e-sądownictwa Europie,

- poprawa współpracy i wymiany informacji pomiędzy instytucjami publicznymi w Europie.

³⁸¹ Informacje pochodzą za strony <https://www.eprawo.net/index.php/konferencja/rozwiązania-techniczne-e-sens> (dostęp: 20.01.2020 r.).

³⁸² <http://europedirect.um.warszawa.pl/aktualnosci/e-sens-ulatwia-życie> (dostęp: 20.01.2020 r.).

³⁸³ <https://www.eprawo.net/index.php/konferencja/o-projekcie-e-sens> (dostęp: 20.1.2020 r.).

6. Podsumowanie

Przeważający w doktrynie pogląd wskazuje na jednostki samorządu terytorialnego jako kluczowych organizatorów usług publicznych ze względu na ich bezpośrednią styczność z potrzebami danej społeczności lokalnej. Samorządy powołane do wykonywania tej funkcji, decydują, w ramach obowiązującego prawa o tym, jakie zadania, w jakim czasie, a przede wszystkim w jakiej formie powinny zostać zrealizowane, stwarzając tym samym warunki do zaspokajania potrzeb ogółu. Uwydatnia się wszechstronność tego zagadnienia, które można rozpatrywać zarówno w ujęciu ustrojowym, jak i materialnoprawnym, w obrębie zróżnicowanego katalogu zadań publicznych normatywnie przypisanych jednostkom samorządu terytorialnego, m. in. ze względu na przedmiot świadczenia, czy formy organizacyjno-prawne wykonywania gospodarki komunalnej. Zakres zadań publicznych realizowanych przez samorządy nie jest stały. Prezentowana w literaturze teoria cyklicznego rozwoju zadań publicznych zakłada zmienność aktywności władz publicznych wobec społeczeństwa. Rozwój państwa opiekuńczego organizującego dużą część życia społecznego i usług publicznych wywołał tendencję przeciwną, zmierzającą do redukcji zadań publicznych. Każda reorientacja aktywności władz publicznych powoduje na gruncie teoretycznoprawnym pytania o istotę roli państwa oraz o miejsce i zadania dla podmiotów niepublicznych. Odwrót od modelu państwa opiekuńczego czy socjalistycznej wizji państwa i społeczeństwa spowodował tendencje do prywatyzacji zadań publicznych, wprowadzanie mechanizmów rynkowych, włączanie dobrowolnych organizacji społecznych do wykonywania zadań publicznych, a wszystko to miało doprowadzić do „odchudzenia” państwa. Działania te rozniecały również dyskusję na temat „rdzenia” zadań państwa.

W doktrynie często określa się zadania publiczne jako te, które służą zaspokajaniu potrzeb zbiorowych, potrzeb określonych społeczności. Nie jest konieczne, aby wykonywanie zadań odbywało się w ramach struktur organizacyjnych administracji publicznej. Rola władzy publicznej jest uznawana aktualnie za wtórną i pomocniczą, bo stanowi jedynie środek realizacji celów jednostek i społeczności. Aksjologiczną i formalną podstawą aktywności władz publicznych stanowi zasada pomocniczości. Zasada ta traktowana jest jako zasada „w ruchu”, zasada dynamiczna oraz reguła postępowania, reguła wykładni i reguła celu, niekoniecznie zaś jako zasada normatywna, z której wynika jednoznacznie raz na zawsze określony podział zadań i odpowiedzialności między

szczeblami władzy publicznej oraz między nimi a podmiotami niepublicznymi. Zasada subsydiarności uznawana jest za podstawę do włączania podmiotów niepublicznych „w system pomocniczości” w zakresie równoległego zaspokajania przez te podmioty potrzeb społecznych. Przekazywanie podmiotom niepublicznym wykonywania zadań publicznych nie sprawia, że te zadania ulegają zmianie. Jedynie w sytuacji, gdy państwo całkowicie rezygnuje z zajmowania się niektórymi sprawami i z odpowiedzialności za ich wykonywanie, dane zadania przestają mieć charakter publiczny. W sytuacjach natomiast, gdy tylko bezpośrednie wykonywanie zadań jest przejmowane przez podmioty niepubliczne, a władza publiczna pozostaje za nie odpowiedzialna (prywatyzacja *sensu largo*), zadania zachowują swój publiczny charakter. Dodatkowym czynnikiem, który pojawił się w przestrzeni publicznej w zakresie organizacji usług publicznych jest proces samoorganizacji społeczeństwa. W konsekwencji autonomiczne organizacje społeczne, określane także jako organizacje pozarządowe lub organizacje non-profit, w coraz szerszym zakresie zaczęły uczestniczyć w wykonywaniu zadań publicznych. Poruszono w rozdziale kwestię sterowania przez państwo realizacją zadań publicznych. Pojęcie sterowania nie jest pojęciem prawnym. Jest ono pojęciem z dziedziny cybernetyki i oznacza zależność między przynajmniej dwoma dowolnymi obiektami, polegającą na tym, że żądanie zmiany w jednym z tych obiektów (sterowanym) wywoływane jest oddziaływaniem drugiego (sterującego). Również oddziaływanie państwa na podmioty podporządkowane jego władztwu które ma spowodować, aby podmioty te spośród różnych możliwych zachowań wybierały te, które są uznawane przez państwo za pożądane, względnie nie wybierały zachowań uznawanych za niepożądane jest szczególnym przypadkiem sterowania. Pojęciem sterowania możemy zatem objąć także oddziaływanie państwa za pomocą prawa na wszystkie te podmioty, które wykonują zadania publiczne.

Wdrożenie rozwiązań ICT w domenę usług publicznych uzasadniane jest postulatami, których realizacja ma zmienić funkcjonowanie usług publicznych. Tymi postulatami są sprawność, efektywność i jakość. W ujęciu uniwersalnym termin „sprawność” stanowi odpowiednik każdego z walorów praktycznych działania, a więc dokładność, wydajność, prostota „jest jakąś sprawnością”. W ujęciu syntetycznym działanie sprawne to działanie obejmujące wszystkie powyższe walory. Definiując sprawność działania administracji samorządowej, należy przede wszystkim brać pod uwagę cel społeczny jej działań. W tym kontekście szczególnego znaczenia nabiera wykonywanie zadań publicznych. Pomimo że sprawność jest przede wszystkim kategorią prakseologiczną,

można także poszukiwać instrumentów służących jej identyfikacji w materii normatywnej. Kluczowe znaczenie będą miały normy procesowe, normy określające strukturę organizacyjną administracji oraz normy kompetencyjne. Można również spotkać się ze stanowiskiem, że przyporządkowanie zadań i kompetencji podmiotom, które dają największą gwarancję ich wykonania, wpływa także na sprawność działania administracji - co czyni wyraźny asumpt do oceny roli samorządu województwa w organizowaniu usług publicznych w ochronie zdrowia, co będzie przedmiotem rozważań w kolejnym rozdziale.

Termin „sprawność” należy więc rozumieć jako pojęcie zbiorcze, obejmujące różne walory działania: szybkość, skuteczność, ekonomiczność, korzystność, efektywność. Doktryna wskazuje, że zasada sprawności działania może być uznawana za zasadę prawa. Jakość działań administracyjnych nie jest uzależniona wyłącznie od prawa, ale zależy od wielu czynników, które nie mają prawnego charakteru. Jakość jest wynikiem aktywności administracyjnej nieuregulowanej w sposób wyczerpujący normami prawnymi, ale dopuszczonej przynajmniej w sposób ogólny przez prawo i poza to prawo niewykraczającej. Jednak zawsze jakość działań administracyjnych wiąże się z działaniami zgodnymi z prawem.

Postulatem doktryny jak i praktyków administracji oraz zarządzania publicznego jest zwiększenie sprawności instytucjonalnej państwa m.in. przez: uporządkowanie kompetencji organów administracji publicznej, obniżenie udziału kosztów usługowych w kosztach ogółem (optymalne wykorzystanie sprzętu, zasobów ludzkich i finansowych); usprawnienie procesów wewnętrznych realizacji zadań, podniesienie jakości i dostępności świadczonych usług przez urzędy administracji publicznej i udostępnienie zasobów informacyjnych przy wykorzystaniu nowoczesnych systemów informacyjno-komunikacyjnych. Przy czym działania administracji nawet w zakresie szeroko pojętej misji mają wspólny mianownik w postaci prawa. Treść misji ogranicza się zazwyczaj do obszaru, którym określony organ administracji publicznej zarządza. Będąc swoistą „kulturą organizacyjną”, może być określana jako ideologia administracji i obejmować tzw. wersję miękką i twardą. Wersja miękka obejmuje założenia tkwiące w realizowanym przez administrację programie czy zasadach jej bieżącego działania, wersja twarda wskazuje na interesy, jakie urzędnicy wiążą z utrzymaniem dotychczasowych rutyn, oraz powody wyznaczania nowych priorytetów w zarządzaniu sprawami publicznymi.

Misja samorządu terytorialnego jest to krótka formuła określająca powód jego istnienia. Można ją również zdefiniować jako określone do spełnienia zadanie o charak-

terze publicznym, realizowane przez organ wykonawczy samorządu. Misję samorządu przekłada się na cele i zadania, które musi wykonać organ wykonawczy z całym swoim aparatem pomocniczym. Zmiany zachodzące w otoczeniu administracji publicznej i postęp naukowo-techniczny implikują stosowanie nowych technik i metod zarządzania wypracowanych w naukach o zarządzaniu, które mogą być recypowane pod warunkiem uwzględnienia nowej roli i misji administracji publicznej w demokratycznym państwie prawa. Nowa misja administracji publicznej wynikająca z tych okoliczności ma polegać nie na panowaniu, a służeniu. Wdrażanie nowych technologii w obszarze działania administracji i usług publicznych znajduje uzasadnienie w prawie unijnym, definiującym pojęciem „usługi społeczeństwa informacyjnego” (*information society service*). W rozumieniu przepisów wspólnotowych pod tym pojęciem kryje się usługa zazwyczaj o charakterze odpłatnym, wykonywana na odległość, za pomocą środków elektronicznego przetwarzania, w tym także kompresji cyfrowej (*digital compression*) i gromadzenia danych, na indywidualne zamówienie odbiorcy usługi. W preambule do dyrektywy 2000/31/WE, w ramach usług społeczeństwa informacyjnego możemy wskazać szeroki zakres rodzajów działalności gospodarczej prowadzonych w trybie *on-line*, w szczególności polegają one na sprzedaży towarów *on-line*. Poza usługami dającymi możliwość zawierania umów *on-line*, dyrektywa odnosi się także do, usług, o ile stanowią one działalność gospodarczą, które nie są wynagradzane przez tych, którzy je otrzymują. Należą do nich usługi polegające na oferowaniu informacji *on-line* lub informacji handlowych, a także zapewniających narzędzia umożliwiające szukanie, dostęp oraz pozyskiwanie danych. W usługach społeczeństwa informacyjnego mieszczą się także usługi, które polegają na przekazywaniu informacji poprzez sieć komunikacyjną, na zapewnianiu możliwości dostępu do sieci komunikacyjnej lub na hostingu informacji przekazywanych przez usługobiorcę. Elektroniczne usługi można natomiast zdefiniować, posługując się definicją legalną zawartą w ustawie z 18 lipca 2002 r. o świadczeniu usług drogą elektroniczną. Zgodnie z brzmieniem art. 2 pkt 4 cytowanej ustawy świadczenie usługi drogą elektroniczną to wykonanie usługi świadczonej bez jednoczesnej obecności stron (na odległość), poprzez przekaz danych na indywidualne żądanie usługobiorcy, przesyłanej i otrzymywanej za pomocą urządzeń do elektronicznego przetwarzania, włącznie z kompresją cyfrową i przechowywania danych, która jest w całości nadawana, odbierana lub transmitowana za pomocą sieci telekomunikacyjnej.

Modernizacja funkcjonowania podmiotów publicznych musi zapewnić: dla każdego zadania publicznego realizowanego przez podmioty publiczne możliwości pełnego

lub częściowego zrealizowania (lub co najmniej zainicjowania) tego zadania drogą elektroniczną; „odmiejscowiony” i realizowany zgodnie z zasadą „braku wykluczenia” dostęp do zadań publicznych realizowanych drogą elektroniczną; jeden punkt elektronicznego kontaktu« dla usług realizowanych drogą elektroniczną; zakaz żądania danych, które już znajdują się w zasobach informacyjnych administracji, bez względu na istniejące podziały organizacyjne i kompetencyjne administracji; stan, w którym wszystkie dane niezbędne do realizacji zadań publicznych będą dostępne elektronicznie.

IV. Organizacja usług publicznych w ochronie zdrowia z wykorzystaniem e-zdrowia

1. Publiczna infrastruktura informacyjna

Infrastruktura informacyjna administracji publicznej (państwa) to zbiór procedur, modeli, systemów, zasobów informacyjnych oraz ludzkich, których zadaniem jest zgodne z prawem gromadzenie, przechowywanie, przetwarzanie i udostępnianie informacji w celu realizacji zadań publicznych³⁸⁴. Rozwój i funkcjonowanie infrastruktury informacyjnej państwa zależne są od wielu podmiotów (jednostek administracji publicznej, placówek naukowych, organizacji pozarządowych), ale muszą być koordynowane przez centralną administrację rządową. Przedsięwzięcia koordynacyjne obejmują przede wszystkim: wprowadzanie zasad identyfikacji i klasyfikacji obiektów informacyjnych o znaczeniu ogólnokrajowym; wprowadzanie norm i reguł interoperacyjności; inicjowanie regulacji prawnych w zakresie informacyjnych kontaktów obywateli i przedsiębiorców z administracją publiczną; tworzenie stosownych rozwiązań techniczno-technologicznych i organizacyjnych infrastruktury informacyjnej; określenie zasad udostępniania publicznych zasobów informacyjnych jednostkom administracji publicznej oraz obywatelom i przedsiębiorcom. Celem modelowania infrastruktury informacyjnej państwa jest stworzenie metodologicznych i merytorycznych podstaw dla: działań koordynacyjnych w obszarach, za które odpowiada rząd; identyfikacji istotnych problemów decyzyjnych oraz określenia podmiotów odpowiedzialnych za przygotowanie wariantów oraz podmiotów i formy podejmowania decyzji; określenia bazy pojęciowej i klasyfikacyjnej, a następnie stosowania jej w określaniu kierunków dalszych prac prowadzących do modernizacji infrastruktury informacyjnej państwa, w tym przede wszystkim gwarantujących wyższy poziom interoperacyjności i integralności infrastruktury informacyjnej państwa.

W celu racjonalnego ukierunkowania rozwoju infrastruktury informacyjnej państwa konieczne jest tworzenie i sukcesywne rozwijanie modeli zasobów informacyjnych administracji, zaczynając od zasobów, które ze względu na własności referencyjności

³⁸⁴ G. Bliźniuk, B. Szafranski red. Interoperacyjność i bezpieczeństwo systemów informatycznych administracji publicznej, Katowice 2006, s. 11.

mają przesądzające znaczenie dla realizacji zadań publicznych.³⁸⁵ W pracach prowadzonych w ramach Zespołu Komitetu Rady Ministrów ds. Informatyzacji i Telekomunikacji³⁸⁶ działającego pod nazwą Zespołu Koordynacji Rozwoju Infrastruktury Informacyjnej Państwa dla określenia tego typu modelu przyjęto nazwę - Centralny Model Danych³⁸⁷. Z uwagi na ograniczony czas w pierwszym etapie procesu modelowania Zespół ten skupił się na fragmencie modelu (nazwanym jądrem modelu CMD) obejmującym informacje o osobie fizycznej (obywatelu), podmiocie grupowym (przedsiębiorcy) i informacji o terenie (obiektach przestrzennych). Zespół przedstawił istotę podejścia oraz główne wnioski jest następujący: „komitet przyjął, iż ustalenia Zespołu prowadzą do następujących konkluzji: Rozwój i funkcjonowanie infrastruktury informacyjnej państwa powinny być koordynowane przez Komitet Rady Ministrów ds. Informatyzacji i Łączności jako organ wewnętrzny RM - w zakresie: wprowadzania zasad identyfikacji i klasyfikacji obiektów informacyjnych o znaczeniu ogólnorozwojowym; wprowadzania norm i reguł interoperacyjności; inicjowania regulacji prawnych dotyczących informacyjnych kontaktów obywateli i przedsiębiorców z podmiotami publicznymi; tworzenia stosownych rozwiązań techniczno-technologicznych i organizacyjnych infrastruktury informacyjnej; określenia zasad udostępniania publicznych zasobów informacyjnych (w tym w szczególności rejestrów publicznych) jednostkom administracji publicznej oraz obywatelom i przedsiębiorcom. Modernizacja funkcjonowania podmiotów publicznych musi zapewnić: dla każdego zadania publicznego realizowanego przez podmioty publiczne możliwości pełnego lub częściowego zrealizowania (lub co najmniej zainicjowania) tego zadania drogą elektroniczną; „odmiejscowiony” i realizowany zgodnie z zasadą „braku wykluczenia” dostęp do zadań publicznych realizowanych drogą elektroniczną; jeden punkt elektronicznego kontaktu« dla usług realizowanych drogą elektroniczną; zakaz żądania danych, które już znajdują się w zasobach informacyjnych administracji, bez względu na istniejące podziały organizacyjne i kompetencyjne administracji; stan, w którym wszystkie dane niezbędne do realizacji zadań publicznych będą dostępne elektronicznie. W swych pracach Zespół przyjął kilka podstawowych założeń metodycznych. Po pierwsze - proces modelowania rozłożono na dwa poziomy: poziom modelowania logicznego i poziom modelowania fizycznego. Poziom

³⁸⁵ B. Szafrąński w: INTERNET Publiczne bazy danych i BIG DATA red. prof. dr hab. Grażyna Szpor, Wydawnictwo C. H. Beck, Warszawa 2014

³⁸⁶ B. Szafrąński/KRMI, Stanowisko w sprawie Założeń Centralnego Modelu Danych dla Infrastruktury Informacyjnej Państwa, Prace Zespołu ds. Koordynacji Rozwoju Infrastruktury Informacyjnej Państwa, protokół z posiedzenia KRMI z 17.04.2009 r.

³⁸⁷ Dalej „CMD”

modelowania logicznego jest realizowany przed modelowaniem fizycznym, jako pierwszy. W jego ramach należy wybrać zakres obiektów i atrybutów pełniących rolę referencyjną w infrastrukturze informacyjnej państwa. Na tym etapie należy abstrahować od konkretnych, praktycznie funkcjonujących rejestrów publicznych, lecz kierować się przewidywaną rolą referencyjną atrybutów i charakterem powiązań informacyjnych pomiędzy obiektami. Poziom modelowania fizycznego ma za zadanie przyporządkować wybrane referencje konkretnym rejestrom publicznym (lub wypracować inne decyzje). To założenie zapewnia realną możliwość dokonania zobiektywizowanych ocen i odcierania na poziomie logicznym rozważań od istniejącego, kształtowanego na przestrzeni wielu lat, stanu zasobów informacyjnych. Po drugie - należy ograniczać licznosc obiektów informacyjnych oraz ich atrybutów, aby zwiększyć szanse realizacji tak złożonego przedsięwzięcia, czyli przedsięwzięcia, którego celem jest doprowadzenie do spójności atrybutów rejestrów publicznych z rejestrami określonymi jako referencyjne. Racjonalne ograniczenie zakresu informacyjnego objętego modelowaniem powinno wynikać z analizy wykonywanej w ramach spełniania roli koordynacyjnej w procesie zarządzania rozwojem infrastruktury informacyjnej państwa. Warunkiem koniecznym w tym względzie jest to, by wybrane obiekty informacyjne i ich atrybuty tworzyły „konstrukcję nośną” funkcjonowania infrastruktury informacyjnej państwa, czyli należały do tzw. bazowych zasobów informacyjnych państwa (rejestrów bazowych). Po trzecie - należy początkowo skoncentrować uwagę na bytach typu: „istniejący podmiot”, odkładając na następny etap obiekty informacyjne o naturze zdarzeń. Wyjątkiem mogą być zdarzenia, które stanowią ważną cechę informacyjną wybranego uprzednio podmiotu (np.: zarejestrowanie działalności gospodarczej przez osobę fizyczną). Rejestry tego typu (tzn. ewidencjonujące istniejące podmioty) mają cechę większej stabilności i ich udział w realizacji zadań publicznych trwa przez dłuższy czas w porównaniu z rejestrami zdarzeniowymi. Stąd, ich bardziej długotrwały wpływ na infrastrukturę informacyjną, w której funkcjonują. Po czwarte - należy na preferencyjnych warunkach traktować rejestry klasyfikacyjne (klasyfikatory). Klasyfikatory, zgodnie z ich przeznaczeniem, spełniają główną rolę porządkującą infrastrukturę informacyjną. Po piąte - przy wyborze referencyjnych atrybutów należy uznać szczególną rolę identyfikatorów poszczególnych obiektów informacyjnych. Identyfikatory, szczególnie identyfikatory systemowe posiadające cechę pełnej jednoznaczności, odpowiadają za spójność informacyjną wszystkich rejestrów funkcjonujących w infrastrukturze informacyjnej. Po szóste - dla potrzeb koordynacyjnych należy budować model na poziomie konceptualnym, abstr-

hującym od implementacyjnych cech fizycznych obiektów informacyjnych. Założenie to wynika z konieczności zapobieżenia dominacji aspektów technologicznych nad aspektami informacyjnymi.

Zakładana powszechna dostępność zadań publicznych drogą elektroniczną wymusi konieczność dynamicznego zwiększania udziału automatycznego (tj. bez udziału człowieka) dostępu do zasobów informacyjnych administracji publicznej w procesach realizacji tych zadań. Dostrzeżono fakt, że najnowsze technologie informacyjne oparte na wykorzystaniu metod i narzędzi informatyki i telekomunikacji stworzyły warunki do zwiększenia udziału obywateli w procesach informacyjnych państwa. W szczególności uznano, że nowoczesne, demokratyczne państwo, często określane jako państwo (2.0+), powinno opierać się na otwartym (informacyjnie) i przejrzystym funkcjonowaniu administracji publicznej oraz aktywnym, świadomym swoich praw udziale obywateli w procesach informacyjnych państwa, w tym również w dozwolonych prawem procesach decyzyjnych. Warto zauważyć, że potrzeba sformułowania i włączenia do zbioru cech charakterystycznych dla nowoczesnego państwa (nowoczesnej administracji publicznej) zadania zapewniania możliwości powszechnej partycypacji obywateli i podmiotów przez nich utworzonych w prawnie dozwolonych procesach informacyjnych (decyzyjnych) pojawiła w związku z rozwojem idei Governance (2.0+), która zakłada partnerską współpracę otwartej informacyjnie administracji z aktywnym obywatelem, współuczestniczącym w dozwolonych prawnie procesach informacyjnych³⁸⁸.

³⁸⁸ B. Szafrąński/KRMI. Modernizacja administracji publicznej oparta na modelu usługowym funkcjonowania państwa - wybrane zagadnienia, protokół z posiedzenia KRMI z 16.12.2010 r.; B. Szafrąński, Najpierw fundament potem Państwo 2.0, XVIII Forum Teleinformatyki, materiały konferencyjne, Miedzeszyn 2012; B. Szafrąński, Główne wyzwania związane z modernizacją funkcjonowania państwa, Roczniki Kolegium Analiz Ekonomicznych, numer 29, Warszawa 2013, 309-324.

2. Interaktywność publicznych usług e-zdrowia

Usługi e-zdrowia w zakresie przedmiotowym stanowią wyodrębniony segment usług publicznych, wykorzystujący aktualne wskazania nauk medycznych. Jednakże przyjąć należy założenie, iż forma realizacji, sposób przekazu treści i dostępność tych usług determinowane będą rozwiązaniami stosowanymi przy realizacji innych publicznych usług elektronicznych i usług komercyjnych świadczonych drogą elektroniczną, z uwagi na tożsamość stosowanych technologii oraz oczekiwania i umiejętności potencjalnych odbiorców.

Zasadnym jest przed podjęciem próby wskazania i analizy odpowiednich przepisów dotyczących usług e-zdrowia oraz sformułowaniem wniosków *de lege ferenda* odpowiednie odniesienie do ustaleń nauk ekonomicznych i literatury z jej zakresu w przedmiocie transformacji tradycyjnych form podaży towarów i usług z uwagi na rozwój technologii ICT oraz ustaleń co do interakcji technologii informatycznych z działaniami odbiorców usług (e-konsumentów). Ustalenia te będą pomocne przy analizie rozwiązań legislacyjnych dotyczących usług e-zdrowia. Świadczenie usług elektronicznych możliwe jest w oparciu o Internet - strukturę komunikacyjną, której utworzenie zapoczątkował projekt badawczy realizowany, w latach sześćdziesiątych dwudziestego wieku, przez Departament Obrony Stanów Zjednoczonych i agencję federalną ARPA - Advanced Research Projects Agency³⁸⁹, mający na celu stworzenie zdecentralizowanej sieci komunikacyjnej. Rozproszenie komunikacji i uniezależnienie jej od pojedynczego węzła transmisyjnego stanowiły nadrzędne cele nowego sposobu komunikacji. Powyższe założenie oparto na następujących założeniach systemowych: ciągłości łączności przy uszkodzeniu kilku węzłów sieci; braku głównego węzła kontrolującego całą sieć; równoważności wszystkich węzłów; możliwości realizacji jednego zadania przez inny, dowolny węzeł oraz podzielności wiadomości i danych oraz zaopatrzenie każdego fragmentu w adres odbiorcy i nadawcy³⁹⁰. W 1969 roku powstał ARPANET łączący cztery amerykańskie ośrodki akademickie. ARPANET umożliwiał korzystanie z czterech usług: poczty elektronicznej, protokołu TCP/IP (*Transmission Control Protocol/Internet Protocol*), FTP (*File Transfer Protocol*) oraz WWW (*World Wide Web*), inicjując rozwój standaryzacji wymiany i dostępu do dokumentów. Współcześnie In-

³⁸⁹ M. Pałys, M. Szymanowski, *Rozwój sieci. Internet - stan obecny, kierunki prognoza rozwoju*, w: D. Bem, red. *Internet 2006*, Oficyna Wydawnicza Politechniki Wrocławskiej, Wrocław 2006, s.15.

³⁹⁰ L. Kiełtyka, *Komunikacja w zarządzaniu. Techniki, narzędzia i formy przekazu informacji*, Agencja Wydawnicza, Warszawa 2002, s. 327.

ternet stanowi globalną sieć komputerową, logicznie połączoną w jednorodną sieć adresową opartą na protokole IP (*Internet Protocol*), używającą do komunikacji TCP/IP, która dostarcza lub wykorzystuje usługi wyższego poziomu oparte na telekomunikacji i związanej z nią infrastrukturze³⁹¹. Federalna Rada ds. Sieci (The Federal Networking Council) charakteryzuje Internet jako globalny system informacyjny, który jest logicznie połączony przez globalną jednorodną przestrzeń adresową opartą na protokole transmisji IP lub jego rozszerzeniach; jest w stanie zapewnić komunikację przy użyciu protokołu TCP/IP lub jego rozszerzeń i (lub) innych protokołów zgodnych z IP; dostarcza, wykorzystuje lub udostępnia publiczne bądź prywatne usługi wysokiego poziomu oparte na komunikacji i związanej z nią infrastrukturze³⁹². Zagadnieniem związanym z funkcjonowaniem Internetu i świadczonych za jego pośrednictwem usług stała się kwestia interaktywności. W opracowaniu M. Lister, J. Dovey, S. Giddings, I. Grant, K. Kelly *New Media (...)* wskazali, iż interaktywność w kontekście sieci i relacji urządzenie - użytkownik oznacza umożliwienie odbiorcy bezpośredniej interwencji oraz zmiany w obrazach i treściach, do których ma dostęp za pośrednictwem Internetu³⁹³. To właśnie dzięki interaktywności odbiorcy stają się aktywnymi użytkownikami udostępnianych treści w najszybszym tempie i bez ograniczeń terytorialnych. P. Lunenfeld podzielił interaktywność na dwa wymiary: ekstrakcyjną i immersyjną³⁹⁴. Oba opierają się na istnieniu bardzo dużej bazy danych, z którą użytkownik podejmuje interakcje. Interakcja ekstrakcyjna zakłada pozyskiwanie informacji z treści dostępnych w sieci, podczas gdy interakcja immersyjna - dodatkowe pozyskiwanie informacji i poruszanie się w reprezentacji danej przestrzeni, której użytkownik zaczyna doświadczać na skutek wyszukiwania. M. Lister i in.³⁹⁵ poszerzają liczbę wymiarów interaktywności, proponując podział na nawigację hipertekstową (*hypertextual navigation*), stanowiącą rodzaj nawigacji ekstrakcyjnej gdzie użytkownik znajduje w sieci istotne dla niego treści przez znajdowanie poszczególnych słów kluczowych w tekstach dostępnych w Internecie. Jej celem jest znajdowanie i łączenie fragmentów informacji w całość spełniającą założenia użytkownika. Z kolei nawigacja immersyjna (*immersive navigation*) polega na wyszukiwaniu przez użytkownika w sieci informacji, doświadczając ich w przestrzeni 3D na pojedynczym ekranie lub za pomocą wirtualnej rzeczywistości. W nawigacji immersyjnej mogą być też

³⁹¹ L. Kiełtyka, op. cit., s. 327.

³⁹² Zob. M. Lister, J. Dovey, S. Giddings, I. Grant, K. Kelly, *New Media: A Critical Introduction*, Routledge, Nowy Jork 2003, s. 165.

³⁹³ Tamże, s. 22.

³⁹⁴ Tamże, s. 23.

³⁹⁵ Tamże, s. 22-23.

wykonywane czynności hipertekstowe, wzbogacone doświadczeniem wizualnej reprezentacji wyszukiwanych treści. Oprócz informacji tekstowej użytkownik może poszukiwać wrażeń i doświadczeń przestrzennych. Kolejnym rodzajem interaktywności jest interaktywność rejestracyjna (*registrational interactivity*), w której użytkownik podejmuje interakcje z treścią przez uzupełnianie, dopisywanie lub nadpisywanie już istniejących materiałów dostępnych w sieci. Tą formą interakcji są procesy rejestracji i komentarze. Ostatnią z wymienionych przez cytowanych autorów jest interaktywność komunikacyjna (*interactive communication*) gdzie użytkownik wymienia się treściami z innymi, opierając się na założeniu wzajemności. Zwrócono uwagę na różne kształtujące się koncepcje dotyczące samego pojęcia interaktywności. Wskazuje na ustalenia E. Aarseth (2001), M. Eskelinen (2001) i S. Moulthrop (2004)³⁹⁶, którzy proponują, aby określenie „interaktywność” zastąpić „konfiguracją”, zwracając uwagę na obustronność zmian wynikających z obcowania z nowymi technologiami informacyjnymi. Użytkownicy mają bezpośredni wpływ na formę interakcji za pośrednictwem technologii sieciowej i jej narzędzi, ale i technologia, przez rosnącą powszechność, kształtuje formy interakcji podejmowane przez użytkowników. O ile interakcja oznacza obustronną komunikację, o tyle konfiguracja zakłada obustronny, wzajemny proces, w którym zarówno użytkownik, jak i technologia są aktywnie zaangażowani w kształtowanie siebie nawzajem. M. Castells, stwierdza, że wraz z upowszechnieniem się bezprzewodowego Internetu, sieci komputerowych i technologii informatycznych „komunikację mobilną lepiej definiuje możliwość wszechobecnej i ciągłej łączności niż potencjalna mobilność”³⁹⁷. Łatwiejsza wymiana informacji dzięki nowym, przenośnym technologiom informacyjnym ma wpływ na dynamikę zawierania i przeprowadzania działalności biznesowej. Komunikacja mobilna jest uznawana za najszybciej zaadaptowaną przez społeczeństwo technologię, którą jednocześnie większość użytkowników uznało za niezastąpioną³⁹⁸. W tym miejscu warto zwrócić uwagę, iż istotnym elementem technologii informacyjnych, łączących mobilność z łatwością przenoszenia danych, jest technologia chmury (*cloud computing*). Jej działanie opartona dostarczaniu takiej infrastruktury sieciowej szerokiej grupie użytkowników, która udostępnia automatycznie skalowalny zasób przestrzeni dyskowej. Dzięki łatwości dostępu do treści i ich współdzielenia chmura

³⁹⁶Tamże, s. 24.

³⁹⁷ M. Castells, *The Information Age: Economy, Society and Culture*, vol. 1: *The Rise of the Network Society*, Oxford 2000, s.13-15

³⁹⁸ J. Kall, *Branding na smartfonie. Komunikacja mobilna marki*, Wolters Kluwer Business, Warszawa 2015, s. 64.

umożliwia jeszcze prostsze tworzenie systemów o wspólnych zasobach. Jest dostępna z każdego urządzenia wyposażonego w odpowiednie (często darmowe) oprogramowanie, mającego dostęp do Internetu. Technologia chmury umożliwia więc znacznie sprawniejsze przechowywanie i dystrybuowanie bardzo dużych zasobów informacji, bez konieczności zapewniania fizycznej przestrzeni dyskowej. Samo pojęcie fizycznego posiadania produktów ulega jeszcze dalej posuniętym transformacjom. Dzięki *streamingowi*, czyli odtwarzaniu mediów przez Internet, bez konieczności wcześniejszego zapisywania ich na dysku, fizyczny produkt może zostać zastąpiony usługą. W ten sposób odtwarzane są muzyka, filmy czy podcasty i praktycznie wszystkie media, co stanowi alternatywę dla fizycznego zakupu. Wypadkową postępu technologicznego, w szczególności usieciowienia coraz większej liczby urządzeń, sprawiło, że technologie informacyjne umożliwiają coraz szerzej zakrojoną wielofunkcyjność urządzeń, co nie pozostaje bez znaczenia. Daleko idące, lecz już nie futurystyczne, koncepcje integrują człowieka z technologią. Przykładem są poglądy M. McLuhan, który jest prekursorem współczesnej percepcji cyberprzestrzeni i autorem założenia, że media są technologicznym przedłużeniem człowieka. W efekcie technologia stała się również medium fizycznym, które zmienia możliwości ludzkiego ciała. Według McLuhana to nie treść determinuje rozwój poszczególnych społeczeństw, lecz sposób, w jaki komunikaty są przekazywane. Zgodnie z tym założeniem opracował on teorię czterech kultur, których transformacje jednej w drugą są podyktowane zmianami w sposobie komunikacji, są to: prymitywna kultura komunikacji werbalnej; piśmienna kultura używająca alfabetu fonetycznego i ręcznie pisanych tekstów, które towarzyszą komunikacji werbalnej; kultura druku masowego i mechanicznego czy obecna kultura mediów „elektrycznych”: radia, telewizji, komputerów³⁹⁹. Według McLuhana dzięki poszerzeniu sposobów przekazywania komunikatów za pomocą nowych technologii zwiększa się ludzka interaktywność, co zarazem stwarza stan kryzysowy dla ludzkich zmysłów, które muszą pozostawać w nieustannej gotowości, ponieważ „stany akcji i reakcji następują praktycznie w tym samym czasie. Jednocześnie nadal (...) myślimy w starej, sfragmentaryzowanej przestrzeni i czasie postrzeganym jak w wieku przed pojawieniem się elektroniki”⁴⁰⁰. Współcześnie nowe technologie informacyjne opierają się w znacznej mierze na technologii Internetu. M. Castells wyróżnia nawet społeczeństwo sieci, jako następujące po

³⁹⁹ Za: E.F. Provenzo Jr, Marshall McLuhan Thirty Years Later, w: Marshall McLuhan. Critical Evaluations in Cultural Theory, vol. 3, red. G. Genosko, Routledge, Nowy Jork 2005, s. 14.

⁴⁰⁰ M. McLuhan. Understanding Media: The Extensions of Man. 30th Anniversary Reissue, The MIT Press, 1994, s. 7-21.

społeczeństwie informacyjnym, które charakteryzuje się swobodnym przepływem wiedzy i informacji. Wspomniany przepływ definiuje jako „celowe, powtarzalne, programowalne sekwencje wymiany i interakcji między fizycznie rozłączonymi pozycjami zajmowanymi przez aktorów społecznych”⁴⁰¹. Społeczeństwo to pozbawione jest fizycznych granic, a jego struktury i działanie zorganizowane są przez systemy informatyczne oraz algorytmy przetwarzania danych i informacji⁴⁰². Dzięki Internetowi przekazy ulegają dematerializacji, jednocześnie podlegając wirtualizacji. Transformacja powoduje, iż treści zostają pozbawione swojego fizycznego odpowiednika lub otrzymują dodatkowy, wirtualny wymiar, dane mogą być skompresowane do niewielkich rozmiarów a dostęp do danych może następować szybko i w sposób nieliniarny. Dane mogą być przetwarzane lub zmieniane z większą łatwością niż ich formy analogowe. Wirtualizacja sprawia, że transformację przeszła także konsumpcja treści, dotąd limitowanych i standaryzowanych, dostępnych w określonych, ograniczonych miejscach. Obecnie media i treści w nich zawarte występują w bezprecedensowo wysokiej liczbie, są niezwykle zróżnicowane i dostępne z każdego miejsca podłączonego do Internetu. Nastąpiła fragmentaryzacja i dywersyfikacja odbiorców, a wraz z nimi - dywersyfikacja mediów. Nie powinna być ona jednak mylona z ich demokratyzacją. Według J. Steemers, K. Robinsa i M. Castellsa zwiększeniu liczby poszczególnych mediów i komunikatów mediowych towarzyszy intensyfikacja działalności korporacji mediowych⁴⁰³. Dyskusji podlega też stopień kontroli, jaki ma jednostka, wybierając spośród setek tysięcy komunikatów umieszczanych w sieci. Aktualnie użytkownicy decydują, które linki do stron wybierają, lecz, co istotne, wybierają jedynie spośród tych przedstawionych w wyszukiwarkach. Przy tak wielu możliwościach dokonywana jest selekcja treści najbardziej popularnych, i to nie w demokratycznej formie, ale przez sponsorowanie linków w postaci reklamy. P. Verhoeven poszerza tę perspektywę o ryzyko używania mechanizmu wyszukiwania treści w sieci przez propagandę rządową⁴⁰⁴. Z drugiej strony nowe technologie oferują szeroki wachlarz możliwości z zakresu produkcji i dystrybucji treści. Tradycyjne rozgraniczenia między poszczególnymi kanałami dystrybucji treści zostały zatarte. Specjalistyczne dawniej formy tworzenia komunikatów są obecnie osiągalne dla ogółu populacji z dostępem do Internetu. Oprogramowanie staje się coraz tańsze lub

⁴⁰¹ M. Castells, *The Rise of the Network Society. The Information Age: Economy, Society and Culture*, vol. 1, 2nd edition, Blackwell Publishing Ltd., Oxford 1996, s. 412.

⁴⁰² D. Barney, *Społeczeństwo w sieci*, Wydawnictwo sic!, Warszawa 2008, s. 36.

⁴⁰³ M. Castells, op. cit., s. 412.

⁴⁰⁴ Provenzo Jr E.F., *Marshall McLuhan Thirty Years Later*, w: Marshall McLuhan. *Critical Evaluations in Cultural Theory*, vol. 3, red. G. Genosko, Routledge, Nowy Jork 2005, s. 25.

wręcz darmowe, dzięki czemu upowszechnia się user-generated content („treści generowane przez użytkownika”). Wirtualizacja sprawia, że treści generowane lub tylko istniejące w sieci znajdują się w ciągłym stanie przetwarzania i obróbki. W jej wyniku następuje globalizacja konsumpcji i stylów życia, czyli proces polegający na ujednoczeniu się wzorców konsumpcji, zachowań nabywczych i konsumpcyjnych w różnych częściach świata⁴⁰⁵.

⁴⁰⁵ K. Mazurek-Łopacińska, Globalizacja w aspekcie wpływu na zachowania konsumenckie, *Marketing i Rynek*, 2001 tom VIII, nr 3, s.10-16.

3. Oczekiwania użytkownika usług e-zdrowia a rozwój technologii informacyjno-komunikacyjnych

Użytkownik usług e-zdrowia w swoich zachowaniach i oczekiwaniach wobec usług elektronicznych związanych z ochroną zdrowia wykazuje podobną postawę jak wobec innych usług elektronicznych. Jest zainteresowany ich stałą dostępnością, łatwością korzystania oraz wysokim poziomem merytoryczności. W najpełniejszy sposób przedstawia to zagadnienie funkcjonowanie mobilnych usług zdrowotnych.

Jedną z kategorii usług mobilnych stanowią usługi związane z ochroną zdrowia. Ta kategoria usług dostępna jest na rynku polskim. Usługi mobilne skierowane są zarówno do specjalistów jak i użytkowników nie pracujących w ochronie zdrowia. Przykładem jest komercyjna aplikacja *Informacje Medyczne*. Informacje Medyczne to aplikacja, która zapewnia sprawną i bezpieczną wymianę dokumentacji medycznej między pacjentem a jednostką medyczną. Dzięki aplikacji mobilnej Informacje Medyczne, uzyskać można dostęp do dokumentacji opisującej leczenie w szpitalu lub przychodni. Bez potrzeby wizyty w placówce można pobrać udostępnione informacje bezpośrednio na swój telefon. Wszystko z wysokim poziomem poufności gwarantowanym przez bezpieczne szyfrowanie komunikacji. Można także udostępnić wybrane dokumenty swojemu lekarzowi jeszcze przed wizytą oraz uzyskać możliwość zdalnego dostępu do e-rejestracji oraz tworzenia listy własnych jednostek medycznych. Aplikacja zapewnia także digitalizację i udostępnianie informacji o stanie zdrowia. Jeśli pacjent nie posiada dokumentu w wersji elektronicznej można go sfotografować i dołączyć do swojej prywatnej dokumentacji w telefonie. Taki dokument zostanie zapisany - aplikacja zadba o to aby powstał materiał w formacie obsługiwanym przez podmioty lecznicze - format HL7 CDA zalecany przez Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia. Za pośrednictwem aplikacji można przekazać utworzone w ten sposób dokumenty swojemu lekarzowi jeszcze przed zaplanowaną wizytą. Pacjent może zarządzać listą poradni, gabinetów szpitali i innych jednostek medycznych w których się leczy. Można dopisać dane jednostki medycznej ręcznie lub zeskanować dane z kodu kreskowego umieszczonych na materiałach poradni. Dodatkowe funkcjonalności to zapamiętywanie haseł i loginów do e-rejestracji oraz integracja z aplikacją Apteczka Domowa w zakresie przypomnień o podaniach leków i terminarzy. Aplikacja zawiera również moduł powiadomienia, który obejmuje: termin zbliżającej się wizyty, konieczności doniesienia skierowania, upłynięciu terminu doniesienia skierowania, czy zbliżający się termin szcze-

pienia. Wszystkie funkcje zawierają możliwość bieżącej aktualizacji danych z jednostek medycznych zapisanych w aplikacji. Aplikacja zapewnia bezpieczeństwo przez pełne szyfrowanie komunikacji pomiędzy jednostką medyczną a aplikację mobilną. Bezpieczne składowanie informacji medycznych oraz możliwość zarządzania informacjami medycznymi osób bliskich pozostających pod naszą opieką wraz z możliwością udostępniania informacji o leczeniu przed wizytą u lekarza⁴⁰⁶.

W czasopiśmie „Otwarte Systemy Ochrony Zdrowia” zestawiono 241 aplikacji mobilnych, które zostały przedstawione na łamach tego czasopisma w latach 2014 - 2019⁴⁰⁷. Raport kategoryzuje poszczególne aplikacje mobilne podając jednocześnie informacje obrazujące tło rozwoju aplikacji zdrowotnych. Zwraca się uwagę, iż pierwszy w historii smartfon, zaprezentowany przez Apple, umożliwił dostęp do ok. 500 aplikacji mobilnych. Obecnie użytkownicy telefonów i tabletów z systemem iOS mogą korzystać z ponad 2,2 mln aplikacji, a z systemem Android z 2,6 mln. Smartfon stał się narzędziem codziennego użytku coraz częściej pomaga również zadbać o zdrowie, między innymi dzięki ponad 318.000 mobilnym aplikacjom zdrowotnym. Lekarzom ułatwiają one dostęp do najnowszej wiedzy medycznej oraz prowadzenie elektronicznej dokumentacji medycznej. Motywują pacjentów do aktywności fizycznej. Podpowiadają, jak zdrowo się odżywiać, zadbać o dobre samopoczucie, zmienić niekorzystne nawyki. Coraz częściej służą do konsultacji lekarskich na odległość, monitoringu parametrów zdrowia u pacjentów z chorobami przewlekłymi. Pozwalają wstępnie ocenić stan chorego, przypominają o regularnym zażywaniu leków.

Zdrowotne aplikacje mobilne często dostępne są bezpłatnie, jednak również często zachowują wysoki poziom merytoryczny i edytorski. Aplikacje mogą pełnić funkcję przewodnika w określonym zakresie profilaktyki lub leczenia pacjenta a także dostarczać mu podstawowej wiedzy - co szczególnie widoczne jest w aplikacjach dotyczących przebiegu ciąży. Przykładem takiego rozwiązania jest aplikacja *Preglife*⁴⁰⁸ dostępna w języku polskim. Aplikacja zawiera zarówno kalendarz ciąży, jak i informacje dotyczące najmłodszych dzieci. Kobieta może śledzić rozwój swojego dziecka od ciąży przez poród aż do ukończenia przez nie 2 lat. Może śledzić rozwój dziecka i swój tydzień po tygodniu, przez cały okres ciąży. Aplikacja wskazuje etapy ciąży a przede wszystkim ile dni pozostało jeszcze do przewidywanej daty porodu.

⁴⁰⁶ Zob. <https://informacje-medyczne.assec.com/#informacje-medyczne>, (dostęp 25.02.2020 r.).

⁴⁰⁷ „Aplikacje zdrowotne” Czasopismo OSOZ Polska (wydania 6/2014 – 8/2019) Wydanie III październik 2019

⁴⁰⁸ <https://apps.apple.com/pl/app/preglife-ciaza-i-dziecko/id390427747?l=pl>, (dostęp 25.02.2020 r.).

Funkcja wykresu pomaga śledzić przyrost wagi w trakcie ciąży i następujących po niej 9 miesiącach. Po porodzie, po wpisaniu daty narodzin dziecka w aplikacji uruchomi się sekcja „Dziecko”. Aplikacja oblicza aktualny wiek dziecka i informuje, na którym spośród 10. etapów rozwoju psychicznego znajduje się dziecko i czego może spodziewać się wkrótce matka w rozwoju swojego dziecka. W aplikacji znajduje się też tabela szczepień. Funkcja pamiętnik i zdjęcia pozwala zapisywać spostrzeżenia użytkownika aplikacji oraz zdjęcia, z opcją ich publikacji za pośrednictwem poczty elektronicznej w mediach społecznościowych: Facebooku, Instagramie i Twitterze. Aplikacja mimo swojego darmowego charakteru ma cel komercyjny, gdyż zawiera informacje o określonych produktach czy też platformach zakupowych. Krajowym odpowiednikiem tej aplikacji jest m.in. aplikacja „Moja ciąża z eDziecko.pl”⁴⁰⁹. Aplikacja ta prowadzi spodziewające się dziecka kobiety przez całą ciążę: od jej pierwszych dni do porodu. Zawiera praktyczne porady wraz z filmami i zdjęciami pokazującymi rozwój dziecka w łonie matki oraz inne przydatne narzędzia. Ciekawym produktem jest mobilna aplikacja na smartfony przeznaczona dla kobiet z cukrzycą ciążową. „SweetPregna.”⁴¹⁰ Ma ona na celu poprawę opieki prenatalnej kobiet w ciąży poprzez edukację zdrowotną. Projekt wdrożenia aplikacji jest realizowany w partnerstwie Narodowego Funduszu Zdrowia z Uniwersytetem w Tromsø z Norwegii, który posiada doświadczenie w zakresie budowania aplikacji dla diabetyków. Aplikacja edukuje też w zakresie prawidłowego odżywiania, aktywności fizycznej i kontroli masy ciała. Tylko w 2015 r. cukrzycę ciążową miało przynajmniej 27,9 tys. kobiet jak wynika ze sprawozdań trafiających do Narodowego Funduszu Zdrowia, który postanowił w ramach działań profilaktycznych dostarczyć w ramach platformy mobilnej swoją aplikację w tym zakresie.⁴¹¹

Powyższe aplikacje łączy jedno - jest to jednostronny przekaz określonych danych, o walorze edukacyjnym. Innym typem aplikacji mobilnych są aplikacje diagno-

⁴⁰⁹ https://www.edziecko.pl/ciaza_i_porod/56,79331,16551063,7-najlepszych-aplikacji-ciazowych-nasze-typy.html, (dostęp 25.02.2020 r.).

⁴¹⁰ <https://www.politykazdrowotna.com/23403,bardzo-ciekawe-aplikacje-mobilne-od-nfz-cancell-cancer-i-sweetpregna>, (dostęp 25.02.2020 r.); Druga z udostępnionych przez NFZ aplikacji to „CanCell Cancer”. Relacjonowaną zaletą „CanCell Cancer” jest skumulowanie wielu funkcjonalności w jednej aplikacji. Ostrzega na podstawie danych o użytkowniku i jego bliskich o ryzyku wybranych nowotworów, wylicza BMI, zawiera wskazówki dietetyczne i dotyczące aktywności fizycznej, ma wbudowaną funkcję, która ocenia liczbę kroków i czy zrealizowaliśmy założony cel. Aplikacja ma uświadamiać rolę profilaktyki, zachęcać do korzystania z badań finansowanych przez Fundusz, edukować zdrowe osoby, zwłaszcza z grup podwyższonego ryzyka. Obie aplikacje współfinansowano w ramach Mechanizmu Finansowego EOG 2009-2014 i Norweskiego Mechanizmu Finansowego 2009-2014. Fundusz współpracował przy nim z Uniwersytetem w Bergen z Norwegii. Tamtejszy Wydział Nauk Klinicznych (K2 Institut) prowadzi badania nad chorobami rzadkimi, psychicznymi i nowotworowymi z zastosowaniem najnowszych metod genetyki i informatyki.

styczne. Wciąż udoskonalane funkcje smartfonów rozbudowują możliwości diagnostyczne urządzeń mobilnych. W tej grupie aplikacji na uwagę zasługuje DIGIT iCardio 2.0 - jest to program współpracujący ze wszystkimi systemami operacyjnymi. Charakteryzują go duża precyzja, program prowadzi statystyki aktywności przez całą dobę, monitoruje wagę ciała i analizuje sen użytkownika. Wszystkie dane spływają na serwer i po zalogowaniu się do osobistego konta użytkownik uzyskuje pełny obraz wydolności fizycznej i ogólnego zdrowia. Technologia ta ma jednak swoje minusy. Wymaga wielu kosztownych akcesoriów - najróżniejszych sensorów, które w większości trzeba nosić na sobie⁴¹². Na tym tle nowy trend zaznaczają najnowsze technologie mobilne - czego przykładem jest aplikacja Cardiio dla telefonów Iphone⁴¹³. Zdaniem dostawcy tej aplikacji to innowacja opracowana przez programistów Massachusetts Institute of Technology (MIT) i naukowców z Uniwersytetu Harvarda. Pozwala ona dokonać pomiaru tętna poprzez skanowanie twarzy. Wystarczy skierować obiektyw kamery na twarz. Aplikacja zbada użytkownika, obserwując niedostrzegalne gołym okiem zmiany kolorów skóry zgodne z naszym pulsem. Może zatem użytkownik badać się bez dodatkowych akcesoriów. Program może poprowadzić również dzienniczek pomiarów, na podstawie których oceni zdrowie użytkownika, wydolność organizmu oraz wyliczy przewidywalną długość życia.

⁴¹² źródło: www.digifit.com.

⁴¹³ źródło www.cardiio.com.

4. Sposoby wykorzystania i przetwarzania danych w organizacji usług publicznych w ochronie zdrowia

Na problem zarządzania zasobami informacyjnymi będącymi w gestii administracji zwróciła uwagę A. Pawłowska⁴¹⁴ dokonała ona analizy zarządzania zasobami informacyjnymi. Na tle źródeł strumieni danych administracja publiczna sama w sobie jest wielkim dostawcą i odbiorcą informacji. Marc Uri Porat, ekonomista zajmujący się badaniem gospodarki informacyjnej, uznał administrację publiczną za jeden z jej sektorów⁴¹⁵. Typowa organizacja produkuje zarówno informację ważną, jak i nieważną, w małych lub dużych ilościach. Produkcja informacji, sama w sobie, nie jest problemem. Problemem jest jej percepcja; każda organizacja napotyka tutaj na ograniczenia. Z tego też względu, jak i dlatego, że informacja jest cennym zasobem organizacyjnym, powinna być ona zarządzana tak, jak zarządzane są zasoby ludzkie, finansowe, materiałowe czy naturalne. Zarządzanie zasobami informacyjnymi powinno odbywać się w dwóch wymiarach: zarządzanie procesem informacyjnym oraz zarządzanie zasobami informacyjnymi organizacji. Pierwszy wymiar zapewnia odpowiedniość procesu informacyjnego względem procesu decyzyjnego przebiegającego w ramach organizacji. Drugi wymiar gwarantuje, iż zasoby informacyjne, ich przetwarzane i przechowywanie odpowiadają potrzebom informacyjnym organizacji⁴¹⁶. Jakże w obu wymiarach istnieją możliwości zastosowań technik informacyjnych w administracji publicznej. Techniki informacyjne będą tu rozumiane jako systemy wspomagające w sposób kompleksowy proces kierowania administracją publiczną. Zdaniem A. Pawłowskiej obok systemów informacyjnych wspomagających proste czynności biurowe, administracja publiczna wyposażona bywa w kompleksowe systemy przetwarzania danych, które wspomagają planowanie, zarządzanie i decydowanie w administracji publicznej. Nie będzie w tym miejscu omawiany sposób, w jaki poszczególne z wymienionych czynności są wspomagane przez systemy informacyjne, lecz przedstawione zostaną poszczególne systemy informacyjne, które mają zastosowanie w administracji publicznej. Są to: Systemy Zarządzania Bazami Danych (DBMS) jako integralna część pozostałych systemów, Systemy Informacji Geograficznej (GIS), Informatyczne Systemy Zarządzania (MIS), Sys-

⁴¹⁴ Zob. A. Pawłowska, *Administracja publiczna. Zagadnienia wstępne*, Lublin, Norbertinum 1999.

⁴¹⁵ A. Pawłowska, *Władza i uczestnictwo polityczne w społeczeństwie informacyjnym. Studium amerykańskie*, Lublin 1995, s. 13-14.

⁴¹⁶ D.A. Marchand, *Information Management in Public Organizations: Defining a New Resource Management Function*, w: *Information Management in Public Administration*, red. F.W. Horton, D.A. Marchand, Arlington 1982, s. 61

temy Wspomagające Decyzje (DSS) oraz Systemy Ekspertowe (ES). Baza danych to zbiór rekordów zawierających informację o z góry określonej strukturze. Oznacza to, że każdy rekord jest podobny do pozostałych pod względem zawartych w nim kategorii informacji i jednocześnie różni się od innych rekordów zawartą w nim informacją. Tworząc bazę danych, należy określić obiekty w niej zawarte - tylko te obiekty mogą znajdować się w bazie danych. Program informatyczny, który umożliwia korzystanie z bazy danych, to System Zarządzania Bazą Danych. W zależności od sposobu, w jaki zorganizowana jest informacja w bazie danych, możemy wyróżnić trzy rodzaje baz danych: hierarchiczne, sieciowe, relacyjne. W hierarchicznej bazie danych informacja jest zorganizowana w formie „drzewa”, którego „korzeń”, zwany też kluczem, służy identyfikacji rodzaju, umiejscowienia i porządku, w jakim ułożone są rekordy w bazie danych. Rekordy podporządkowane są kluczom. Zorganizowanie informacji w sposób hierarchiczny jest bardzo dobrze przyjmowane przez użytkowników, gdyż naśladuje wzory wzięte z życia organizacji (hierarchiczny układ relacji wewnątrz organizacyjnych), a ponadto daje łatwy dostęp do poszukiwanej informacji. Ta ostatnia zaleta jest wynikiem pomijania w procesie wyszukiwania informacji tych rekordów, które są określane przez inny klucz. Wadą hierarchicznych baz danych jest to, że każda zależność między rekordami musi być dokładnie określona w momencie tworzenia bazy. Każdy rekord może być podporządkowany tylko jednemu kluczowi, zaś między dwoma rekordami może być tylko jedna zależność. W świecie rzeczywistym zależności między obiektami niekoniecznie muszą mieć układ hierarchiczny (np. w organizacji o strukturze macierzystej jeden pracownik może być podporządkowany dwóm kierownikom). Ponadto wyszukiwanie informacji w hierarchicznej bazie danych musi się odbywać od początku, poprzez relacje pośrednie, aż do końca, czyli do poszukiwanego rekordu. Hierarchiczne bazy danych, aczkolwiek najlepiej odpowiadające sposobowi, w jaki użytkownik postrzega świat, są raczej nieefektywne i niekoniecznie użytkownikowi przyjazne. O ile w układzie hierarchicznym jeden rekord może być „połączony” tylko z jednym rekordem nadrzędnym, o tyle w sieciowej bazie danych jeden rekord może być przyporządkowany wielu rekordom. Możliwe są więc połączenia wielu z wieloma i jest to zdecydowana przewaga bazy sieciowej nad hierarchiczną. Przewaga ta wyraża się w procesie wyszukiwania informacji, który jest bardziej elastyczny. W sieciowej bazie danych łatwiej jest wprowadzać zmiany podyktowane przez zmieniające się okoliczności świata zewnętrznego. Podkreślić jednak należy, że sieciowe bazy danych są dość trudne do zaprojektowania i implementacji. Bardzo łatwo stracić nad nimi kontrolę, gdyż rela-

cje między rekordami są niejednoznaczne. O ile hierarchiczne bazy danych odzwierciedlają hierarchiczny układ relacji w organizacji, o tyle relacyjne bazy danych odzwierciedlają układ informacji, którymi organizacje się posługują. Układ ten ma postać tablic uporządkowanych w kolumny i rzędy. Tablice umożliwiają szybkie porównanie danych w nich zawartych - wystarczy odnaleźć odpowiednią kolumnę lub rząd. Taką właśnie postać mają relacyjne bazy danych, zwykle zaprojektowane jako wiele powiązanych ze sobą tablic. W bazie relacyjnej rząd danych jest równoznaczny z grupą rekordów, zaś każda kolumna oznacza dziedzinę (atrybut).⁴¹⁷ Podstawową zaletą baz relacyjnych jest prostota ich konstrukcji oraz możliwość łączenia rekordów w taki sposób, który nie został wcześniej określony. Zapewnia to dużą elastyczność w wyszukiwaniu informacji oraz w ich zestawianiu. Relacyjne bazy danych są obecnie najchętniej stosowane do gromadzenia danych oraz późniejszego ich przetwarzania⁴¹⁸. Bazy danych służą do systematycznego (nieprzypadkowego) i ustrukturyzowanego (uporządkowanego wg określonych kryteriów) gromadzenia danych. Są wyposażone w zabezpieczenia, które pozwalają przechowywać informacje bez ryzyka ich utraty. Systemy zarządzania bazami danych pozwalają wyszukiwać odpowiednie informacje, ale również korzystać z nich w sposób twórczy - zestawiać, porównywać i na ich podstawie tworzyć raporty o aktualnym stanie organizacji. Umieszczenie wszystkich istotnych informacji w skomputeryzowanej bazie danych jest bardzo korzystne dla administracji. W ten sposób unikają się gromadzenia informacji nieistotnych i niespójnych. Tak „zmagazynowana” informacja jest dostępna dla wszystkich uczestników organizacji, a jednocześnie zapewniona jest jej integralność i bezpieczeństwo. Zaletą bazy danych jest to, że istnieje ona niezależnie od innych programów informatycznych - można prawie dowolnie kształtować jej zawartość bez konieczności wprowadzania zmian w innych programach. I na odwrót zmiany w oprogramowaniu „otaczającym” bazę danych nie wpływają w sposób niezamierzony na jej charakter. Tworzenie baz danych wymaga dużych nakładów finansowych. Administracja może zdecydować się na zakup gotowego programu komputerowego, który będzie następnie „wypełniać” swoimi informacjami, może też zdecydować się na zatrudnienie specjalistów, którzy zaprojektują oryginalną bazę danych -

⁴¹⁷ Relacyjne bazy danych opierają się na następujących zasadach: porządek rekordów i atrybutów w bazie danych nie ma znaczenia, gdyż wyszukiwanie danych nie jest uzależnione od ich wzajemnego położenia; każdy rekord można zidentyfikować wyłącznie na podstawie zawartych w nim danych; jedynym identyfikatorem tablicy jest nazwa relacji, którą tablica opisuje; atrybuty i rekordy nie mogą być dublowane; w każdej komórce tablicy może być wyłącznie jedna wartość.

⁴¹⁸ E. Turban, E. McLean, J. Wetherbe, *Information Technology for Management. Improving Quality and Productivity*, New York 1996, s. 271-276.

w każdym przypadku należy liczyć się z wysokimi kosztami początkowymi, a następnie eksploatacyjnymi.

Korzystanie z jednego systemu zarządzania bazą danych przez wszystkich uczestników organizacji jest związane z ryzykiem, że awaria tego systemu sparaliżuje działania całej organizacji, gdyż żaden uczestnik nie będzie w stanie połączyć się z bazą danych. Ryzyko to wydaje się być nieuniknione, wobec tego należy zastosować odpowiedni system zabezpieczeń, by zminimalizować prawdopodobieństwo awarii systemu. Informatyczne Systemy Zarządzania są to systemy komputerowe służące wspomaganie rutynowych czynności organizacji, czyli planowania, zarządzania wszelkimi zasobami organizacyjnymi, kierowania, kontrolowania działalności organizacji. Typowy MIS sięga do organizacyjnej bazy danych w celu pozyskania odpowiednich informacji, które następnie przetwarza zgodnie z potrzebami użytkownika. Produktem finalnym MIS-u jest raport obrazujący aktualny stan jakiegoś aspektu organizacji, ewentualnie porównujący stan aktualny ze stanem pożądanym.

Systemy te pozwalają na wykonywanie czterech podstawowych czynności związanych z informacją: gromadzenia danych ważnych dla realizacji funkcji administracji publicznej (dotyczących zarówno otoczenia organizacji, jak i jej zasobów własnych); wprowadzania danych, czyli przekształcenia danych z jakiegokolwiek formy pierwotnej (cyfry, obrazu, tekstu) w formę cyfrową „zrozumiałą” dla komputera, innymi słowy - wprowadzenie danych do bazy danych; przetwarzania danych w informację, czyli takie operowanie danymi, by stworzyły one zrozumiałą dla użytkownika całość; wykorzystania informacji dla celów zarządzania organizacją, czyli do podejmowania decyzji.

Omówione wcześniej systemy informacyjne wspomagają decydowanie w sytuacji ustrukturyzowanej, tj. takiej, której parametry są wiadome a ryzyko podjęcia błędnej decyzji niewielkie. Systemy Wspomagające Decyzje są to interaktywne systemy komputerowe, które pomagają decydentom w podjęciu decyzji nieustrukturyzowanych przez zastosowanie odpowiednich danych i modeli komputerowych. Interaktywność systemu polega na jego możliwości komunikowania się z użytkownikiem, który z kolei może przekazywać systemowi informacje niezbędne do uruchomienia podprogramu modelującego sytuację decyzyjną. DSS wspomaga decydentów na najwyższych szczeblach hierarchii organizacyjnej, a więc tych, którzy decydują w środowisku nieustrukturyzowanym, czyli niedookreślonym, posiadającym niejasne parametry i duże ryzyko podjęcia decyzji błędnej.

W skład Systemu Wspomagającego Decyzje wchodzi następujące elementy: baza danych i program nią zarządzający, podsystem komunikacji z użytkownikiem, model komputerowy i podprogram sterujący jego pracą. DSS pracuje w oparciu o model, czyli uproszczony opis świata rzeczywistego zawarty w programie komputerowym. Modele można tworzyć na różnych poziomach abstrakcji. W zależności od poziomu abstrakcji, na którym tworzony jest model, wyróżniamy: modele ikonograficzne, które są repliką rzeczywistości, tyle że w innej skali (modele obiektów); modele analogowe, które opisują rzeczywistość w dwóch wymiarach, pod postacią diagramów, wykresów, map (schematy organizacyjne, mapy terenu); modele matematyczne (ilościowe), które opisują rzeczywistość w sposób abstrakcyjny, jako zestaw liczb oraz zachodzących między nimi zależności; modele umysłowe, które są symbolicznym opisem ludzkich wierzeń, zachowań, stosunków, preferencji. W Systemach Wspomagających Decyzje, stosowanych w administracji publicznej, najczęściej wykorzystywane są modele matematyczne, czasami uzupełniane o modele ikonograficzne i analogowe. Warto podkreślić tutaj zalety modelowania sytuacji decyzyjnej, a mianowicie: koszty są niższe niż w przypadku wypróbowywania podobnych decyzji na prawdziwym systemie a nadto łatwiej jest manipulować modelem niż światem rzeczywistym. Istotne jest również, iż modele są ważnym narzędziem uczenia się⁴¹⁹.

Obecnie Systemy Wspomagające Decyzje są integralnym elementem procesu decyzyjnego na najwyższych szczeblach administracji publicznej, oczywiście nie wszędzie. Modelowanie komputerowe dla potrzeb procesu decyzyjnego w administracji publicznej jest najlepiej rozwinięte w Stanach Zjednoczonych. Rząd federalny stosuje modele ekonometryczne głównie do trzech celów: konstruowania polityki społecznej, tworzenia budżetu i kształtowania polityki makroekonomicznej. Służą do tego następujące systemy: TRIM (The Transfer Income Model) - model stymulujący różne możliwości wyboru priorytetów polityki społecznej, oraz jego udoskonalona wersja; MATH (Micro Analysis of Transfers to Households), DRI (The Data Resources Incorporated national econometric model) - model prognozujący rozwój ekonomiczny oraz następstwa prowadzonej przez rząd polityki gospodarczej⁴²⁰. Zalety Systemów Wspomagających Decyzje tkwią w jego trzech elementach: bazie danych, która zawiera pełne i łatwo dostępne informacje o rzeczywistości; modelu, który przedstawia różne możliwości wyboru decyzyjnego oraz jego następstwa; systemie komunikacji z użytkownikiem, który jest ła-

⁴¹⁹ Turban, McLean, Wetherbe, op. cit., s. 535.

⁴²⁰ K.L. Kraemer, *Datawars. The Politics of Modelling in Federal Policymaking*, New York 1987.

twy do opanowania i atrakcyjny wizualnie. Zalety DSS dyktują jego niemały koszt. Instytucje administracji centralnej nie zawsze są na tyle zasobne, by zainstalować DSS, który ze względu na swoją unikalność (modelowanie określonego fragmentu rzeczywistości) jest niedostępny na rynku, a więc organizacja musi go tworzyć od podstaw. Cel Systemów Ekspertowych jest taki sam jak DSS-ów: wspomaganie decydenta w nieustrukturyzowanej sytuacji decyzyjnej. Systemy ekspertowe nie posługują się jednak modelami świata rzeczywistego, lecz sztuczną inteligencją, czyli naśladują tok rozumowania eksperta lub decydenta. Systemy te „charakteryzują się umiejętnością zbierania wiadomości i ich zrozumienia, umiejętnością wykorzystania wiadomości do zrozumienia faktów oraz zachodzących pomiędzy nimi relacji i na tej podstawie przeprowadzenia rozumowania prowadzącego do rozwiązania określonego problemu”.

Na System Ekspertowy składają się: baza wiedzy, zawierająca informacje niezbędne do zrozumienia, formułowania i rozwiązywania problemów⁴²¹; motor inferencyjny, czyli moduł wnioskujący, który jest „mózgiem” systemu ekspertowego i określa, jaką przyjmując metodologię rozwiązywania problemu, a następnie formułuje wniosek końcowy; „tablica” - rodzaj bazy danych dla określonego przypadku, gdzie zapisywane są informacje o sytuacji decyzyjnej oraz rezultaty przeprowadzonego rozumowania; podsystem komunikacji z użytkownikiem, który ma postać naturalnego języka i formę wymiany pytań i odpowiedzi, czasami uzupełnionych grafiką; podsystem uzasadniający, który wyjaśnia zachowanie systemu ekspertowego, podsystem pozyskiwania wiedzy, czyli program, który pozwala systemowi ekspertowemu „uczyć się” - zapisywać nowe fakty i reguły heurystyczne w pamięci, tak by wykonywać lepsze ekspertyzy w przyszłości.

Przydatność systemów ekspertowych w administracji publicznej jest właściwie ograniczona. Wynika to z funkcji administracji, które raczej dotyczą zarządzania aniżeli decydowania politycznego. Decydowanie polityczne jest najlepiej wspierane przez systemy ekspertowe, gdyż wymaga myślenia niekonwencjonalnego i twórczego. Oczywiście, w pewnych okolicznościach systemy ekspertowe mogą znaleźć swoje zastosowanie, ale raczej widzimy to zastosowanie w procesie realizowania przez administrację publiczną szczegółowych programów społecznych, które wymagają ścisłej wiedzy eksperckiej, np. programu ochrony środowiska, zapobiegania zagrożeniom itd.

Projektowanie systemów informacyjnych jest zadaniem głównie technicznym i obejmuje wzajemne dostosowanie sprzętu, oprogramowania oraz czynników ludzkich,

⁴²¹ Z.J. Pietraś, *Sztuczna inteligencja w politologii*, Lublin 1990, s. 105.

tak by spełnić wymagania organizacji podyktowane warunkami ekonomicznymi, technicznymi i społecznymi. Projektowanie systemu jest dopiero krokiem wstępnym do pełnej jego implementacji. Kiedy zostaną zdefiniowane potrzeby organizacji oraz określone jej możliwości techniczne, społeczne i co najważniejsze - finansowe, gromadzi się oferty firm gotowych do realizacji projektu i wybiera najlepszą (oczywiście w sytuacji, gdy instytucja administracji publicznej nie decyduje się samodzielnie tworzyć systemu informacyjnego). Kryteria wyboru mogą być różne. Pod uwagę należy wziąć koszty nie tylko stworzenia i instalacji systemu, ale również koszty związane z jego późniejszą eksploatacją. Równie ważna jest jakość proponowanego produktu oraz w jakim zakresie organizacja może liczyć na pomoc firmy dostarczającej system informacyjny w sytuacji awarii tego systemu.

Producenci oprogramowania bądź dostarczają swój gotowy produkt, dostosowując go tylko do warunków organizacji, bądź tworzą zupełnie nowy system w oparciu o szczególne potrzeby i warunki zamawiającego. Przed ostateczną instalacją systemu testuje się jego możliwości: wykonywanie standardowych czynności w normalnych warunkach oraz zachowanie systemu w warunkach przeciążenia. Podstawowym zadaniem testu jest wyłowienie błędów tkwiących w systemie. Jednak nawet pomyślny przebieg testu nie gwarantuje, że podczas eksploatacji systemu nie wystąpią żadne zakłócenia. Prawdopodobieństwo awarii systemu w początkowym okresie jego eksploatacji jest bardzo duże. Jest ono tym większe, im bardziej skomplikowany jest system informacyjny. Test ma służyć minimalizacji groźnych następstw awarii systemu.

Kolejną fazą implementacji systemu informacyjnego jest jego konwersja, czyli wprowadzenie systemu do organizacji. Strategie konwersji systemu są następujące:

- strategia wprowadzania równoległego, kiedy przez pewien czas funkcjonują oba systemy informacyjne - stary i nowy. Zaletą tej strategii jest to, że minimalizuje ona następstwa awarii nowego systemu, wadą - zamieszanie, jakie może spowodować jednoczesne funkcjonowanie dwóch systemów;
- strategia wprowadzenia bezpośredniego, polegająca na zastąpieniu starego systemu nowym; jest to strategia najmniej kosztowna, ale niesie ze sobą ryzyko całkowitego zatrzymania pracy organizacji na skutek awarii nowego systemu;
- strategia wprowadzenia stopniowego, polegająca na wydzieleniu w nowym systemie segmentów, które wprowadza się po kolei, zastępując nimi odpowiednie segmenty starego segmentu, przy czym kolejny segment jest wprowadzany dopiero wtedy, gdy prawidłowo funkcjonuje segment wprowadzony przed nim;

- strategia programu pilotującego, polegająca na wprowadzeniu jednego segmentu nowego systemu w miejsce starego i dopiero w momencie, kiedy ten się sprawdzi, następuje wprowadzenie reszty systemu⁴²².

Przyjąć należy, że dwie ostatnie strategie są najbardziej „bezpieczne” w sensie rozmiarów ponoszonego ryzyka zatrzymania pracy całego systemu, ale mogą być bardziej kosztowne (konieczność utrzymania obu systemów jednocześnie) i wydłużają proces implementacji systemu informacyjnego. Jednak w sytuacji systemów bardzo złożonych wydają się być najkorzystniejsze. Kolejną fazą wdrażania systemu informacyjnego jest przeprowadzenie szkolenia jego przyszłych użytkowników. To, czy systemy informacyjne będą efektywnie wspomagać pracę administracji, zależy nie tylko od sprzętu i oprogramowania, ale przede wszystkim od ludzi. Należy zadbać, by opanowali wiedzę na temat nowego systemu, umiejętności posługiwania się nim oraz motywację do tego, by z systemu korzystać. Pracownikom należy wytłumaczyć, dlaczego zmienia się ich metody pracy i jakie z tego wynikną korzyści dla nich i dla organizacji. Ostatnim krokiem w procesie wdrażania systemów informacyjnych jest sporządzenie ich dokumentacji. Dokumentacja zawiera opis systemu oraz historię jego wdrażania, a także wszystko to, co dzieje się z systemem podczas jego eksploatacji.

Skomputeryzowane systemy informacyjne są skomplikowanymi narzędziami wspomagającymi działanie administracji publicznej; stanowią też integralną część organizacji. Podobnie jak pozostałe zasoby organizacyjne, system informacyjny winien być fachowo zarządzany. Problemy związane z zarządzaniem systemami informacyjnymi na ogół nie mają charakteru technicznego, lecz organizacyjny i społeczny. Menedżerowie systemów informacyjnych najczęściej napotykać na następujące trudności: brak specjalistów od systemów komputerowych, nieodpowiednie zdefiniowanie potrzeb informacyjnych organizacji (zanim wdrożony został system), wydłużanie się czasu wdrażania systemu w stosunku do tego, co planowano, brak wsparcia ze strony decydentów, niedostateczne wyposażenie w sprzęt, niechęć użytkowników do wprowadzania nowego systemu, koszty instalacji systemu wyższe od zakładanych⁴²³.

⁴²² R.W. Zmud, *Information Systems in Organizations*, PaLo Alto 1983, s. 155-257.

⁴²³ L. Willcocks, *The Manager as Technologist*, w: *Rediscovering Public Services Management*, red. L. Willcocks, J. Harrow, London 1992, s. 186.

5. *Big data* w realizacji usług publicznych w ochronie zdrowia

Zagadnieniem problemowym poddawanym analizie w literaturze jest kwestia wykorzystywania dużej ilości danych wytworzonych w toku działalności instytucji publicznych i prywatnych. Opublikowany w 2001 r. raport META Group⁴²⁴, opisuje Big data w modelu 3V. Skrót „3V” to akronim odwołujący się do dużej objętości danych (ang. volume), dużej zmienności danych (ang. velocity) oraz dużej ich różnorodności (ang. variety). W późniejszym okresie uzupełniono ten model o kolejne V (ang. value), model 4V uwzględniający dużą wartość danych, przy czym chodziło nie tyle o wartość pojedynczych danych, lecz przede wszystkim o wartość wyników prowadzonych analiz z użyciem nowych metod, opracowanych na potrzeby Big data. Taki tok rozumowania jest zgodny z wynikami dalszych prac specjalistów zajmujących się tym zagadnieniem, którzy nie podając ścisłej definicji określają Big data jako zbiory danych (informacji) najczęściej o bardzo dużej objętości, dużej różnorodności i dużej zmienności (zbiory poddawane analizie bardzo szybko zmieniają się zarówno w zakresie wartości, struktury, tematów, objętości - dane szybko „znikają” i „przyrastają”, jak i lokalizacji, czy praw dostępu, w stosunku do których w procesach analizy stosuje się nowe metody (formy) analizy. Metody te są zbliżone raczej do metod eksploracji, niż do metod analizy statystycznej. W konsekwencji ich stosowania dochodzi do „odkrywania” nowych, często do tej pory nieznanych zależności między danymi, a nawet do „odkrywania nowych zjawisk” przydatnych w procesach poznawczych, badawczych lub decyzyjnych⁴²⁵. Nie można jednak jeszcze mówić o istnieniu utrwalonej, szeroko akceptowanej teorii Big Data, a nawet o ścisłych założeniach takiej teorii. Podjęto próbę określenia polskiego odpowiednika słów Big Data. Próba skończyła się niepowodzeniem, bowiem tłumaczenie wprost z języka angielskiego (w rodzaju „ogromne dane”, „ogromne zasoby danych”) nie oddaje istoty tego podejścia. Najbardziej obrazową analogię dotyczącą Big data zaproponował K. Kurkowski: Big data to ocean danych, a „metody Big data” to „rodzaje sieci i strategii połowów”⁴²⁶. W zależności od rodzaju użytych sieci i strate-

⁴²⁴ Obecnie Gartner Group; <http://pl.wikipedia.org/wiki/Gartner>,

⁴²⁵ B. Ulijasz, T. Sienkiewicz, Efektywność wykorzystania informacji warunkiem skutecznego zarządzania jakością w administracji publicznej w: Administracja publiczna w III RP. Dwie dekady doświadczeń, red. M. Mazuryk, S. Jaśkiewicz, Warszawa - Siedlce 2011, s. 74-81

⁴²⁶ M. Borończyk Bitcoin i Ethereum: analiza Big Data, w: Media początku XXI w. Antologia Tekstów Katedry Technologii Informacyjnych Mediów, red. A. Opolska-Bieleńska, Tom 2, Uniwersytet Warszawski, Warszawa 2019, s.13

gii „połowów danych” z „oceanu danych” zostaną „wyłowione” różne dane, dające możliwości przeprowadzenia różnych analiz.

Biorąc to po uwagę można stwierdzić, że Big data odnosi się przede wszystkim do metod przetwarzania zasobów cyfrowych wytwarzanych w czasie rzeczywistym, w toku wzajemnej interakcji najczęściej nieznaney liczby interesariuszy (użytkowników sieci Internet) aktywnie wymieniających między sobą komunikaty. Przykładem tworzenia podsystemu zbierania i wykorzystywania dużej ilości danych jest procedowany od końca października 2019 roku projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie *szczegółowego zakresu danych zdarzenia medycznego przetwarzanego w systemie informacji oraz sposobu i terminów przekazywania tych danych do Systemu Informacji Medycznej* (pod numerem Rządowego Centrum Legislacji - MZ 852), którego podstawę stanowi przepis art. 11 ust. 4a ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia dodanego na mocy ustawy z dnia 19 lipca 2019 r. *o zmianie niektórych ustaw w związku z wdrażaniem rozwiązań w obszarze e-zdrowia*⁴²⁷. Ustawa, w sposób zasadniczy, zmodyfikowała definicję zdarzenia medycznego przetwarzanego w systemie informacji. Dotychczas pojęcie to rozumiane było jako czynność w ramach świadczenia zdrowotnego lub świadczenia zdrowotnego rzeczowego, o których mowa w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. *o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych*, której dane są przetwarzane w systemie informacji. Obecnie natomiast jest ono definiowane jako świadczenie zdrowotne, o którym mowa w ustawie *o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych*. W wyniku dokonania powyższej zmiany legislacyjnej, koniecznym stało się dostosowanie do nowego brzmienia definicji zdarzenia medycznego zakresu danych, które usługodawcy mają obowiązek przekazywać do Systemu Informacji Medycznej, zwanego SIM. W ustawie zostały wskazane ogólne kategorie danych zdarzenia medycznego, jakie usługodawca przekazuje do SIM. Obejmują one: dane usługodawcy, dane usługobiorcy, dane identyfikujące świadczenie zdrowotne, dane miejsca udzielenia świadczenia zdrowotnego, dane pracownika medycznego udzielającego świadczenia zdrowotnego, dane dotyczące dokumentacji medycznej wytworzonej w związku z udzielonym świadczeniem zdrowotnym oraz inne dane pozwalające na identyfikację zdarzenia medycznego. Projektowane rozporządzenie precyzuje natomiast, jakie szczegółowe informacje należące do ww. kategorii, podlegają obowiązkowemu raportowaniu przez usługodawców do SIM.

⁴²⁷ Dz. U. z 2019, poz. 1590.

Obecnie niektórzy świadczeniodawcy, tj. podmioty, które udzielają świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w ramach umowy zawartej z Narodowym Funduszem Zdrowia, sprawozdaje do NFZ część danych, jakie proponuje się, by były przekazywane do SIM. Zakres danych, jakie świadczeniodawcy, w rozumieniu art. 5 pkt 41 u.s.o.z.f.p, zobligowani są przekazywać do NFZ został określony w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2019 r. w sprawie zakresu niezbędnych informacji gromadzonych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych⁴²⁸. Warto podkreślić, że część danych określonych w § 2 projektu rozporządzenia, została zaczerpnięta z katalogu zawartego w ww. rozporządzeniu i włączona do zakresu informacji obowiązkowo raportowanych do SIM. Należy również podkreślić, że pokrywające się dane, które sprawozdawane są do NFZ oraz mają być przekazywane do SIM, nie będą raportowane dwutorowo, lecz nastąpi udostępnienie NFZ danych z SIM w celu rozliczania świadczeń zdrowotnych. Pierwsza grupa informacji zamieszczanych w SIM obejmuje dane dotyczące usługodawcy (§ 2 pkt 1 projektowanego rozporządzenia). Proponuje się zobligowanie podmiotów leczniczych do raportowania do SIM części jego kodu resortowego z systemu resortowych kodów identyfikacyjnych, o którym mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 105 ust. 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej oraz 14-znakowego numeru REGON zakładu leczniczego, w którym udzielono świadczenia zdrowotnego. Dostarczą one bowiem informacji o tym, w jakim podmiocie leczniczym oraz w którym z jego zakładów leczniczych, zaistniało dane zdarzenie medyczne. Drugą kategorię informacji zamieszczanych w SIM stanowią dane dotyczące usługobiorcy (§ 2 pkt 2 projektowanego rozporządzenia).

W ramach projektu rozporządzenia proponuje się, by podstawową daną identyfikującą usługobiorcę był identyfikator usługobiorcy, o którym mowa w art. 17c ust. 2 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia. Co do zasady odpowiada on numerowi PESEL usługobiorcy, natomiast w sytuacji, gdy usługobiorcy nie nadano numeru PESEL, stanowi on serię i numer paszportu albo innego dokumentu stwierdzającego tożsamość albo niepowtarzalny identyfikator nadany przez państwo członkowskie Unii Europejskiej dla celów transgranicznej identyfikacji, o którym mowa w rozporządzeniu wykonawczym Komisji (UE) 2015/1501 z dnia 8 wrze-

⁴²⁸ Dz. U. 2019, poz. 1207.

śnia 2015 r. w sprawie ram interoperacyjności na podstawie art. 12 ust. 8 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 910/2014 w sprawie identyfikacji elektronicznej i usług zaufania w odniesieniu do transakcji elektronicznych na rynku wewnętrznym⁴²⁹. W projekcie rozporządzenia przewidziano też rozwiązania znajdujące zastosowanie do osób nielegitymujących się żadnym z powyższych dokumentów i którym nie przypisano żadnego ww. numerów. W takiej sytuacji identyfikator powinien zostać skonstruowany w sposób określony § 2 pkt 2 lit. b oraz c. Jeśli usługobiorcy nie nadano numeru PESEL, usługodawca przekazuje również datę urodzenia oraz płeć usługobiorcy. Ponadto proponuje się, by usługodawca zamieszczał w SIM adres miejsca zamieszkania, a jeżeli usługodawca nie posiada go na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, adres miejsca pobytu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej. Trzecia grupa informacji przekazywanych do SIM obejmuje dane identyfikujące świadczenie zdrowotne (§ 2 pkt 3 projektowanego rozporządzenia). W zakresie informacji przekazywanych w ramach tej grupy usługodawca zobligowany będzie raportować ogólne dane charakteryzujące od strony medycznej udzielone świadczenie zdrowotne (§ 2 pkt 3 projektowanego rozporządzenia). Proponuje się, by obejmowały one: kod świadczenia, wynikający z powiązania kodu funkcji ochrony zdrowia oraz kodu jednostki statystycznej zgodny z tabelą nr 3 załącznika nr 1 do projektowanego rozporządzenia, kod przyczyny głównej według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych Rewizja Dziesiąta oraz kod przyczyny głównej hospitalizacji, o ile dane te dotyczą przedmiotowego zdarzenia medycznego. Usługodawca musi także raportować datę rozpoczęcia udzielania świadczenia zdrowotnego, a jeżeli udzielenie świadczenia zdrowotnego następuje w więcej niż jednym dniu kalendarzowym - również datę zakończenia udzielania świadczenia zdrowotnego, datę i godzinę rozpoczęcia oraz zakończenia przebywania usługobiorcy na przepustce, identyfikator skierowania, jeżeli zostało ono wystawione w postaci elektronicznej. Ponadto w ramach tej kategorii danych usługodawcy muszą przekazywać do SIM kody przyczyn współistniejących według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych Rewizja Dziesiąta (istotna jest kolejność ich raportowania do SIM, ponieważ pierwsze trzy z nich zostaną udostępnione NFZ w celu rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej), kody przyczyn współistniejących istotnych w przypadku hospitalizacji według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych Rewizja Dzie-

⁴²⁹ Dz. Urz. UE L 235.

siąta (podobnie jak wyżej ich kolejność jest ważna, ponieważ pierwsze pięć z nich zostanie udostępnionych NFZ w celu rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej) oraz kody zrealizowanych istotnych procedur medycznych. W przypadku ostatniej grupy wymienionych kodów należy podkreślić, że mają one być ustalane według polskiej wersji Międzynarodowej Klasyfikacji Procedur Medycznych Rewizja Dziewiąta CM, uznanej przez Narodowy Fundusz Zdrowia za obowiązującą w związku z rozliczaniem świadczeń. W przypadku natomiast procedur nieokreślonych w polskiej wersji ww. dokumentu usługodawca przekazuje do SIM kody zgodne z Międzynarodową Klasyfikacją Procedur Medycznych Rewizja Dziewiąta CM. Celem raportowania wymienionych powyżej danych jest zamieszczenie w SIM syntetycznego opisu udzielonego świadczenia zdrowotnego, tak by stanowił on wartościową a zarazem zwięzłą informację dla innych pracowników medycznych, którzy będą zapoznawali się z tymi danymi np. w ramach zapewniania ciągłości udzielania świadczeń zdrowotnych usługobiorcy. Kolejne istotne kategorie danych charakteryzujących zdarzenie medyczne stanowią informacje o: miejscu udzielania świadczenia zdrowotnego, personelu uczestniczącym w jego udzielaniu oraz dokumentacji medycznej wytworzonej w związku z danym zdarzeniem medycznym.

W zakresie zamieszczanych w SIM danych o miejscu udzielania świadczenia zdrowotnego, planuje się by usługodawcy przekazywali identyfikator miejsca udzielania świadczenia zdrowotnego, o którym mowa w art. 17c ust. 4 pkt 1 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. *o systemie informacji w ochronie zdrowia* oraz informacje o częściach V i VII resortowego kodu identyfikacyjnego. Sprawozdanie ww. danych pozwoli na przypisanie danego zdarzenia medycznego do konkretnej jednostki organizacyjnej i komórki organizacyjnej, jeżeli występują one w strukturze podmiotu leczniczego. W odniesieniu do pracownika medycznego, proponuje się, by za podstawową informację, służącą do identyfikacji pracownika medycznego, uznać identyfikator, o którym mowa w art. 17c ust. 5 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. *o systemie informacji w ochronie zdrowia*. Co do zasady stanowi on numer prawa wykonywania zawodu, a w przypadku osób, którym go nie nadano - numer PESEL. W przypadku, gdy zdarzenie medyczne dotyczy poddania usługobiorcy operacji lub zabiegowi w oddziale szpitalnym, proponuje się, by obowiązkowo przekazywano do SIM również identyfikator pracownika medycznego, kierującego wykonaniem tej operacji albo zabiegu. Ponadto proponuje się, by w SIM zamieszczane były przez usługodawców również informacje dotyczące dokumentacji medycznej prowadzonej w postaci elektronicznej zgodnie ze standardem Polskiej Imple-

mentacji Krajowej HL7 CDA oraz - w odniesieniu do dokumentacji obrazowej - w formacie DICOM, wytworzonej w związku z udzielonym świadczeniem zdrowotnym. Katalog ww. danych obejmować ma identyfikator dokumentacji medycznej nadawany przez system usługodawcy, wskazanie rodzaju dokumentacji medycznej, pierwotnie w rozumieniu derogowanego rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w *sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania*⁴³⁰, datę jej wytworzenia, tryb, w jakim podlega ona udostępnieniu, tzn. czy jest ona dostępna online czy też *off-line* oraz adres repozytorium, w którym przechowywana jest dokumentacja medyczna. W grupie innych danych pozwalających na identyfikację zdarzenia medycznego, zawarto przede wszystkim kluczową daną identyfikującą świadczenie zdrowotne tj. unikatowy identyfikator, przypisywany poszczególnemu zdarzeniu medycznemu. Identyfikator ten przekazywany będzie także do NFZ celem powiązania ze sobą danych zamieszczanych w SIM oraz sprawozdawanych do NFZ. Jednocześnie, warto zaznaczyć, że SIM posiada charakter rejestru uniwersalnego w tym sensie, iż mają być w nim gromadzone informacje o wszelkich zdarzeniach medycznych, tj. zarówno związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych komercyjnie, jak i finansowanych ze środków publicznych. Dlatego proponuje się, by usługobiorca raportował do SIM także informacje o rodzaju płatnika oraz o identyfikatorze podmiotu zobowiązanego do finansowania świadczeń ze środków publicznych określonym na podstawie tabel nr 1 lub 2 załącznika nr 3 projektowanego rozporządzenia. Ponadto usługodawca zobligowany jest do przekazania kodu gminy krajowego rejestru urzędowego podziału terytorialnego kraju, jeżeli usługobiorca złożył u niego deklarację wyboru, o której mowa w art. 10 ustawy z dnia 27 października 2017 r. *o podstawowej opiece zdrowotnej*. Analogiczne dane jak dla świadczeń zdrowotnych udzielanych przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej usługodawca przekazuje do SIM w przypadku wizyty patronażowej zrealizowanej w ramach świadczeń zdrowotnych pielęgniarstwa podstawowej opieki zdrowotnej oraz położnej podstawowej opieki zdrowotnej (z wyjątkiem kodu przyczyny głównej). Z kolei usługodawca podstawowej opieki zdrowotnej udzielający świadczeń zdrowotnych w zakresie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej przekazuje dane w zakresie wskazanym w § 2 projektowanego rozporządzenia dotyczące każdego udzielonego świadczenia zdrowotnego, z wyłączeniem porad udzielonych telefonicznie. W ramach projektowanego rozporządzenia zostały również określone

⁴³⁰ Dz. U. z 2015, poz.2069.

terminy, w jakich powyższe dane powinny być zamieszczane w SIM (§ 6 projektu rozporządzenia). Proponuje się wprowadzenie ogólnej zasady, że usługodawcy mają obowiązek przekazywać do SIM ww. informacje niezwłocznie, jednak nie później niż w terminie 1 dnia od zakończenia lub rozpoczęcia zdarzenia medycznego. W projekcie rozporządzenia zawarte zostały również regulacje dotyczące sposobu przekazywania przez usługodawcę danych do SIM (§ 7 projektu rozporządzenia). Informacje te mają być raportowane w postaci elektronicznej w formie komunikatów elektronicznych zgodnych ze wzorami udostępnionymi przez jednostkę podległą ministrowi właściwemu do spraw zdrowia, właściwą w zakresie systemów informacyjnych ochrony zdrowia, zamieszczonych w Biuletynie Informacji Publicznej ministra właściwego do spraw zdrowia i przekazywanych za pośrednictwem SIM. Na przekazywanie komunikatów elektronicznych składa się kilka mogących się powtarzać faz. Obejmują one przygotowanie i przekazanie komunikatu przez usługodawcę do SIM, jego weryfikacja przez jednostkę podległą ministrowi właściwemu do spraw zdrowia, właściwą w zakresie systemów informacyjnych ochrony zdrowia, a następnie przygotowanie przez nią i przekazanie komunikatu zwrotnego do usługodawcy. Komunikat zwrotny przygotowywany i przekazywany jest we współpracy z NFZ w przypadku świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych. Ponadto w sytuacji otrzymania przez usługodawcę zwrotnego komunikatu elektronicznego zawierającego wykaz stwierdzonych w nim błędów i braków usługodawca zobligowany jest niezwłocznie przekazać jednostce podległej ministrowi właściwemu do spraw zdrowia, właściwej w zakresie systemów informacyjnych ochrony zdrowia poprawiony komunikat elektroniczny. Zasady weryfikacji komunikatów są jawne i publikowane zgodnie z § 7 ust. 4 projektowanego rozporządzenia. Projektowane rozporządzenie ma wejść w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia. Jednak z uwagi na skomplikowany charakter regulacji prawnej, która wymaga odpowiedniego dostosowania do nich obecnych rozwiązań informatycznych zarówno po stronie usługodawców, Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia - będącego administratorem SIM, jak i NFZ, założono, że udostępnianie przez usługodawców danych zdarzenia medycznego, o których mowa w rozporządzeniu, nastąpi od dnia 8 stycznia 2021 r.

Prowadząc rozważania na temat infrastruktury informacyjnej państwa oraz zadań nowoczesnej administracji należy zauważyć, że dominujący silosowy charakter tej infrastruktury nie wynika wyłącznie z uwarunkowań czysto technicznych i prawnych, ale w znacznej mierze jest spowodowany rozdzielnym traktowaniem cy-

frowych zasobów informacyjnych administracji publicznej i dynamicznie, a właściwie lawinowo zwiększających się zasobów informacyjnych trwale funkcjonujących poza obiegiem (nadzorem) administracji publicznej. Przedstawiona metoda modelowania uwzględnia znaczną liczbę charakterystycznych cech zasobów informacyjnych administracji publicznej, w tym m.in.: dziedzina stosowania - punktem wyjścia do określenia dziedziny stosowania metody jest uznanie, że konieczność gromadzenia i przetwarzania tych zasobów wynika wprost z obowiązku realizacji przez administrację prawnie określonych zadań publicznych, co w coraz większym zakresie przekłada się na potrzebę udostępnienia i obsługi elektronicznych usług publicznych; w praktyce oznacza to, że podstawowym uzasadnieniem utworzenia tych zasobów jest obowiązek i wymagania realizacji zadań publicznych; postać zasobów - w zdecydowanej większości modelowane zasoby informatyczne są ustrukturyzowane, a modele tych struktur w sposób bezpośredni lub pośredni wynikają z treści określonych regulacji prawnych; gestor zasobów (odpowiedzialność, jakość) - istnieją jasno określone reguły odpowiedzialności wskazujące podmioty upoważnione do gromadzenia i przetwarzania modelowanych zasobów informacyjnych (popularnie pisząc każdy wyróżniony zasób ma swojego lub swoich gestorów, którzy odpowiadają za aktualność, poprawność i dostępność tych zasobów); finansowanie zasobów i systemów - istnieją jawnie wskazane źródła lub sposoby finansowania systemów odpowiedzialnych za utrzymywanie, przetwarzanie i udostępnianie danych z tych zasobów; podstawy prawne - obowiązują ogólne przepisy prawa odnoszące się wyłącznie do zasobów informacyjnych administracji publicznej, np. takie jak ustawa *o informatyzacji podmiotów realizujących zadania publiczne*⁴³¹ oraz ustawy dedykowane, które odnoszą się do zasobów informacyjnych będących w gestii poszczególnych ministerstw, np. takie jak ustawy powołujące rejestry PESEL⁴³², KRS⁴³³, TERYT⁴³⁴, KEP⁴³⁵, CEPiK⁴³⁶.

⁴³¹ t.j. Dz. U. z 2020 r. poz. 346, 568, 695 i 1517.

⁴³² PESEL, czyli Powszechny Elektroniczny System Ewidencji Ludności, jest jednym z podstawowych rejestrów w Polsce. Zawiera informacje o obywatelach polskich oraz cudzoziemcach, którzy mają numer PESEL. Działa na podstawie ustawy z dnia 24 września 2010 r. o ewidencji ludności t.j. Dz. U. z 2015 r. poz. 388 z późn. zm.

⁴³³ KRS działa od 1 stycznia 2001 roku na podstawie ustawy z dnia 20 sierpnia 1997 roku *o Krajowym Rejestrze Sądowym* (t.j. Dz. U. z 2019 r. poz. 1500, 1655, 1798 oraz z 2020 r. poz. 288). Zastąpił istniejący poprzednio rejestr handlowy. Krajowy Rejestr Sądowy daje możliwość uzyskania informacji o każdym przedsiębiorcy podlegającemu obowiązkowi wpisu do KRS w formie odpisu, wyciągu lub odpowiedniego zaświadczenia w kilkudziesięciu ekspozyturach Centralnej Informacji Krajowego Rejestru Sądowego na terenie całego kraju. Od czerwca 2012 elektroniczne odpisy aktualne z KRS można pobrać bezpłatnie w Internecie.

⁴³⁴ Krajowy Rejestr Urzędowy Podziału Terytorialnego kraju (TERYT) funkcjonuje w oparciu o przepis: ustawy z dnia 29 czerwca 1995 r. *o statystyce publicznej* (Dz. U. z 2019 r. poz. 649), rozporządzenia

6. Prawne aspekty ponownego wykorzystania danych

Dane gromadzone przez administrację publiczną stanowią ogromną wartość same w sobie⁴³⁷ oraz mogą stanowić potencjał do powstawania innowacyjnych usług i produktów pobudzających rozwój gospodarki poprzez tworzenie nowych miejsc pracy i zachęcanie do inwestycji w przemyśle opartym na dostępie do informacji⁴³⁸. Oczywiście obecnie wydaje się, że dostęp osób zainteresowanych do danych czy szerzej do informacji jest podstawowym instrumentem kontroli społecznej nad działalnością państwa, zwiększa odpowiedzialność i transparentność działań administracji. W przestrzeni europejskiej podejmowane są działania mające na celu zwiększenie partycypacji podmiotów niepublicznych w dostępie do danych będących w dyspozycji administracji publicznej. W raporcie Komisji Europejskiej pn. „*Creating value through open data*”⁴³⁹ ustalono, w kontekście koncepcji uruchomienia europejskiego portalu danych, istotność udostępniania danych gromadzonych przez instytucje publiczne i ich ponowne wykorzystanie dla rozwoju gospodarczego. W przeprowadzonym badaniu przyjęto dla wszystkich państw UE cztery kluczowe wskaźniki: rynek bezpośredni, liczba utworzonych miejsc pracy, oszczędności kosztów i wzrost wydajności jako mierniki wskazujące na istotność wykorzystania otwartych danych publicznych. Według raportu między 2016 a 2020 r. oczekuje się, że wielkość rynku otwartych danych wzrośnie o 36,9%, do wartości 75,7 mld. euro w 2020 r. Prognozowana liczba bezpośrednich miejsc pracy

Rady Ministrów z dnia 15 grudnia 1998 r. w sprawie szczegółowych zasad prowadzenia, stosowania i udostępniania krajowego rejestru urzędowego podziału terytorialnego kraju oraz związanych z tym obowiązków organów administracji rządowej i jednostek samorządu terytorialnego (Dz. U. Nr 157, poz. 1031 z późn. zm.).

⁴³⁵ Centralny Rejestr Podmiotów - Krajowa Ewidencja Podatników, działa na podstawie ustawy z dnia 13 października 1995 r. o zasadach ewidencji i identyfikacji podatników i płatników (Dz. U. z 2016 r. poz. 476) Celem systemu zapewnienie realizacji zapisu art. 14 ust. 1 i 2 oraz 14a ustawy o zasadach ewidencji i identyfikacji podatników i płatników. Utworzenie CRP KEP jest niezbędne dla usprawnienia i spełnienia obowiązków wynikających z przepisów prawa oraz wykonywania przez administrację podatkową określonych prawem zadań realizowanych dla dobra publicznego. CRP KEP jest wykorzystywany przez ministra właściwego do spraw finansów publicznych oraz organy Krajowej Administracji Skarbowej do realizacji celów i zadań ustawowych.

⁴³⁶ CEPIK to system informatyczny, który obejmuje centralną ewidencję kierowców (CEK) oraz centralną ewidencję pojazdów (CEP). W systemie gromadzone są między innymi dane o pojazdach i ich właścicielach oraz o kierowcach. Ewidencja została utworzona na podstawie art. 80a ust. 1 i 100a ust. 1 ustawy z dnia 20 czerwca 1997 r. *Prawo o ruchu drogowym* (t.j. Dz. U. z 2020 r. poz. 110, 284, 568, 695, 1087, 1517).

⁴³⁷ Zob. załącznik do uchwały nr 107/2016 Rady Ministrów z dnia 20 września 2016 r. - Program Otwierania Danych Publicznych, w: Uchwała nr 107/2016 Rady Ministrów z dnia 20 września 2016 r. w sprawie ustanowienia "Programu otwierania danych publicznych", dalej „PODO”

⁴³⁸ Zob. A. Walaszek-Pyziół, red. *Informacje Gospodarcze Studium Prawne*, Wydawnictwo C.H. Beck, Warszawa 2018, s. 11-28.

⁴³⁹ https://www.europeandataportal.eu/sites/default/files/edp_creating_value_through_open_data_0.pdf, (dostęp 18.08.2019r.)

utworzona w oparciu o przetwarzanie otwartych danych w 2016 r. to 75000. Od 2016 do 2020 r. liczba ta wzrosła o prawie 25000 dodatkowych miejsc. Prognozowane oszczędności kosztów sektora publicznego dla UE-28 w 2020 r. w związku ze zmianą podejścia do wykorzystania danych będących w zasobach publicznych wynoszą, według raportu, 1.7 mld euro. Komisja zauważa konieczność wzrostu wydajności korzystania z danych publicznych w ujęciu jakościowym. Celem otwierania danych publicznych ma być również m.in. zwiększenie udziału obywateli we współdecydowaniu o sprawach publicznych.

W Polsce podejmowane są inicjatywy sprzyjające otwieraniu i wykorzystywaniu danych. Jednakże do momentu publikacji dokumentu działania te z uwagi na swój rozproszony i sektorowy charakter były niewystarczające. Brakowało wyznaczonych celów polityki otwierania danych publicznych i nie określono powiązanych z nimi działań. Nie powstał strategiczny dokument poświęcony otwieraniu danych publicznych, który w sposób kategoryczny nie tylko w warstwie ustawowej, ale w aspekcie wykonawczym określałby priorytety administracji rządowej w otwieraniu dostępu do danych publicznych. Zdiagnozowane zostały przyczyny stosunkowo niewielkiego rozwoju w Polsce trendów stanowiących przedmiot zainteresowania organów UE. Według PODO w administracji publicznej dominuje praktyka, przyjęta przez jej organy, która stawia na drugim planie użytkownika danych. Powoduje to, że dane bardzo często udostępniane są w formatach uniemożliwiających albo utrudniających ich ponowne wykorzystanie, a przyjęte modele ich udostępniania oparte są na licencjonowaniu. Tym samym użyteczność danych dla innowacyjnego wykorzystywania jest znikoma. Wynika to zarówno z wciąż istniejących analogowych form udostępniania informacji, jak również z niedostatecznej wiedzy i umiejętności pracowników administracji publicznej w korzystaniu z wyższych standardów udostępnienia danych zapewniających zdolność do przetwarzania automatycznego przez maszyny. W 2015 r. w raporcie Open Data Review of Poland OECD⁴⁴⁰ przedstawiła indeks dotyczący otwierania danych publicznych. Zgodnie z tym badaniem Polska zajęła 28 miejsce na 30 badanych państwach. OECD wskazała na główne problemy w dostępie do danych publicznych, które miały wpływ na dalekie miejsce Polski, są to prezentowane podejście do udostępniania danych typu „top-down”, co oznacza, że udostępniane są te dane, które administracja chce przekazać, co niekoniecznie pokrywa się z zapotrzebowaniem ze strony zainteresowa-

⁴⁴⁰<https://www.oecd.org/gov/digital-government/open-government-data-review-of-poland-9789264241787-en.htm>; (dostęp 18.08.2019 r.)

nych danymi publicznymi; brak postrzegania otwartych danych jako siły napędowej lepszych usług publicznych czy tworzenia nowych produktów biznesowych; wstępny poziom wytworzenia otoczenia koniecznego do akceptacji otwartości i udostępniania danych; brak postrzegania otwartych danych jako źródła tworzenia nowych wartości. W raporcie stwierdzono brak poprawy pozycji Polski w stosunku do krajów wiodących („*Followers*”) w rankingu otwartości przez ostatnie 5 lat. W świetle ostatnich dostępnych danych sytuacja uległa, przynajmniej w ocenie OECD, poprawie w kolejnych latach. W rankingu OECD *Open, Useful, Reusable Government Data* (OURDATA INDEX), opublikowanym w raporcie *Government at a Glance 2017*, Polska zajęła 20 miejsce na 31 badanych państw biorąc pod uwagę dostęp i otwartość danych oraz rządowe wsparcie dla możliwości ponownego wykorzystywania informacji sektora publicznego. Wpływ na to miało, według raportu, szereg wdrożonych reform i inicjatyw. Raport wskazuje na wejście w życie ustawy o ponownym wykorzystywaniu informacji sektora publicznego, przyjęcia przez Radę Ministrów Programu Otwierania Danych Publicznych, będącego odpowiedzią na zalecenia OECD sformułowane w raporcie *Open Data Review of Poland* oraz badanie Komisji Europejskiej *Open Data Maturity*⁴⁴¹. Informacje publiczne udostępniane są zgodnie z ustawą z dnia 6 września 2001 r. *o dostępie do informacji publicznej*⁴⁴². Istnieją dwa podstawowe tryby udostępniania: wnioskowy i bezwnioskowy. W przypadku udostępniania informacji na wniosek trzeba zaznaczyć, że jest on odformalizowany, żądać informacji można w dowolny sposób. Informacja powinna zostać przekazana w ciągu 14 dni a w bardziej skomplikowanych sprawach do maksymalnie 2 miesięcy. Poza ustawą o dostępie do informacji publicznej obowiązują ustawy, które odrębnie kształtują zasady dostępu do informacji publicznych, takie jak na przykład ustawa z dnia 4 marca 2010 r. *o infrastrukturze informacji przestrzennej*⁴⁴³, ustawa z dnia 3 października 2008 r. *o udostępnianiu informacji o środowisku i jego ochronie, udziale społeczeństwa w ochronie środowiska oraz o ocenach oddziaływania na środowisko*⁴⁴⁴.

Dla rozwoju społeczeństwa informacyjnego istotne jest uzyskanie informacji bez konieczności składania wniosku. Jest to możliwe w przypadku informacji dostępnych w Biuletynie Informacji Publicznej (dalej: BIP) oraz Centralnym Repozytorium Infor-

⁴⁴¹ <https://www.cyberdefence24.pl/awans-polski-w-rankingu-oecd-dotyczacym-otwartosci-danych-publicznych>; (dostęp 18.08.19 r.)

⁴⁴² t.j. Dz. U. z 2019 r. poz. 1429, zm z 2020 r. poz. 695.

⁴⁴³ t.j. Dz. U. z 2020 r. poz. 177, zm. 284.

⁴⁴⁴ t.j. Dz. U. z 2020 r. poz. 283, zm. 284, 322, 471, 1378.

macji Publicznej, czyli w portalu danepubliczne.gov.pl (dalej: danepubliczne.gov.pl). Obydwa sposoby dostępu do informacji w Internecie różnią się zarówno co do zakresu podmiotów zobowiązanych do udostępniania informacji, jak i co do rodzaju i charakteru informacji publicznych. Katalog otwarty określający rodzaje informacji publicznych wskazanych do udostępniania w BIP zawarty jest w przepisie art. 6 *ustawy o dostępie do informacji publicznej*. Jest to katalog podstawowych informacji przeznaczonych do publikacji w BIP z urzędu i może być rozszerzany przez podmioty zobowiązane do jego prowadzenia zgodnie z zakresem ich działalności. Informacje te mają charakter zarówno ogólny, jak i szczegółowy. W pierwszej grupie są to przede wszystkim informacje porządkowe: dane teleadresowe, opis struktur organizacyjnych i powiązań zewnętrznych, podstawy prawne funkcjonowania, sposoby kontaktowania się i załatwiania spraw, informacje o posiadanych i przetwarzanych zasobach, publikacjach, itp. oraz informacje o sposobie i warunkach udostępniania informacji. Do grupy drugiej zalicza się informacje finansowe, informacje z działalności, takie jak sprawozdania i raporty, wyniki kontroli, wykazy zawartych umów, itp., ogłoszenia o pracę, zamówienia publiczne, publikacje, różnego rodzaju komunikaty, itd. Lista informacji publicznych przeznaczonych do udostępniania na danepubliczne.gov.pl determinowana jest podstawowymi warunkami, tj. są to informacje o szczególnym znaczeniu dla rozwoju innowacyjności (potencjał do ponownego wykorzystania) w państwie i rozwoju społeczeństwa informacyjnego (wzmocnienie demokracji i przejrzystości funkcjonowania państwa); są to dane w formacie przeznaczonym do odczytu maszynowego, np. ustrukturyzowanym i przeszukiwalnym; są to dane w otwartym formacie, np. udostępniane bez zastrzeżeń ograniczających ponowne wykorzystanie (podawanie np. źródła danych nie jest takim zastrzeżeniem). Minimalne wytyczne w zakresie formatów danych określa ustawa z dnia 17 lutego 2005 r. *o informatyzacji działalności podmiotów realizujących zadania publiczne*⁴⁴⁵ oraz wydane na jej podstawie rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 12 kwietnia 2012 r. *w sprawie Krajowych Ram Interoperacyjności, minimalnych wymagań dla rejestrów publicznych i wymiany informacji w postaci elektronicznej oraz minimalnych wymagań dla systemów teleinformatycznych*⁴⁴⁶. Według Krajowych Ram Interoperacyjności dla zasobów informacyjnych udostępnianych w systemach teleinformatycznych podmiotów realizujących zadania publiczne należy stosować co najmniej następujące formaty do danych zawierających dokumenty teksto-

⁴⁴⁵ t.j. Dz. U. z 2020 r. poz. 346, 568, 695 i 1517.

⁴⁴⁶ t.j. Dz. U. 2017, poz. 2247.

we, tekstowo-graficzne lub multimedialne: txt, rtf, pdf, xps, odt, ods, odp, doc, xls, ppt, docx, xlsx, pptx, csv. Do definiowania układu informacji polegającego na określeniu elementów informacyjnych oraz powiązań między nimi stosuje się m.in. XML. Do Krajowych Ram Interoperacyjności odsyła ustawa o dostępie do informacji publicznej w odniesieniu do przepisów dotyczących Centralnego Repozytorium Informacji Publicznej, szczególny nacisk kładąc na formaty przeznaczone do odczytu maszynowego. Do najbardziej pożądaných z perspektywy ponownego wykorzystywania należą formaty CSV i XML, a także mogą to być właściwie ustrukturyzowane i uporządkowane XLS oraz XLSX. Z porównania portalu danepubliczne.gov.pl z przykładowymi portalami europejskimi - data.gouv.fr (Francja) i data.gov.uk (Wlk. Brytania) można wyciągnąć wnioski, że podstawowe różnice polegają na odmiennym podejściu do sposobu udostępniania danych publicznych we Francji i Wlk. Brytanii oraz w Polsce. W Polsce stworzone zostały dwa rozdzielne systemy udostępniania danych publicznych - BIP i danepubliczne.gov.pl. Tryby te nie są ze sobą zintegrowane i w perspektywie ta rozłączność winna podlegać zharmonizowaniu w jednej bramie dostępu do e-administracji. Wiodąca w omawianym wątku jest ustawa z dnia 25 lutego 2016 r. *o ponownym wykorzystaniu informacji sektora publicznego*, która weszła w życie 16 czerwca 2016 r.⁴⁴⁷ Ustawa ta dokonuje w zakresie swojej regulacji wdrożenia postanowień dyrektywy 2003/98/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 17 listopada 2003 r. w sprawie ponownego wykorzystywania informacji sektora publicznego⁴⁴⁸ zmienionej dyrektywą 2013/37/UE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 26 czerwca 2013 r. zmieniającą dyrektywę 2003/98/WE w sprawie ponownego wykorzystywania informacji sektora publicznego⁴⁴⁹. Ustawa wyznacza ramy prawne ponownego wykorzystywania informacji sektora publicznego. Ustawa rozszerza znacznie zakres ponownego wykorzystywania, które dotychczas obejmowało jedynie informację publiczną. Dzięki nowej ustawie również treści będące w posiadaniu bibliotek, archiwów i muzeów, które nie korzystają z ochrony praw autorskich, jak np. zdigitalizowane dzieła sztuki, reprodukcje materiałów archiwalnych czy publikacje elektroniczne będą mogły być ponownie wykorzystywane. Polski ustawodawca nie poprzestał na prostym przełożeniu przepisów dyrektywy 2013/37/UE na grunt prawa krajowego. Ustanowiono rozwiązania ułatwiające ponowne wykorzystywanie, które wykraczają poza minimum określone dyrektywą. Wprowadzo-

⁴⁴⁷ Dz. U. 2019 poz. 1446

⁴⁴⁸ Dz. Urz. UE L 345 z 31.12.2003, str. 90, ze zm. Dz. Urz. UE Polskie wydanie specjalne, rozdz. 13, t. 32, str. 701, ze zm.

⁴⁴⁹ Dz. Urz. UE L 175 z 27.06.2013, str.1.

no możliwość ponownego wykorzystywania informacji sektora publicznego gromadzonych i przechowywanych w systemie teleinformatycznym podmiotu zobowiązanego przez okres nie dłuższy niż 12 miesięcy w sposób stały i bezpośredni w czasie rzeczywistym. Jest to rozwiązanie istotne dla informacji często aktualizowanych, których aktualność stanowi o rzeczywistym potencjale ponownego wykorzystywania. Przepisy te z pewnością ułatwią przedsiębiorcom wykorzystywanie informacji sektora publicznego charakteryzujących się dużą dynamiką i zmiennością. Dla przykładu cytowana ustawa zmieniła ustawę z dnia 18 lipca 2001 r. *Prawo wodne*⁴⁵⁰. Wprowadzono zmiany, które umożliwiają nieodpłatne ponowne wykorzystywanie informacji zbieranych oraz przetwarzanych przez Instytut Meteorologii i Gospodarki Wodnej - Państwowy Instytut Badawczy oraz Państwowy Instytut Geologiczny. Rozwiązanie to umożliwia szerszy nieodpłatny dostęp i możliwość wykorzystywania danych meteorologicznych.

W Polsce istnieje szereg dokumentów rządowych wskazujących na znaczenie otwartego rządu i zapewnienie transparentności działania organów władzy publicznej. Do najważniejszych z nich należą Plan na rzecz odpowiedzialnego rozwoju. Program Otwierania Danych Publicznych wspomaga realizację Planu na rzecz odpowiedzialnego rozwoju⁴⁵¹ w zakresie filaru: Rozwój innowacyjnych firm (wzrost gospodarczy, rozwój innowacyjnych firm, sprawniejsza administracja) oraz wpisuje się w ideę *Paperless Poland*, tj. zapewnienia elektronicznego obiegu dokumentów w administracji i gospodarce. Kluczowa dla powodzenia realizacji projektu e-administracja jest współpraca międzyresortowa w obszarach: otwarte zasoby, sądy, podatki i składki, kultura, świadczenia, zdrowie. Łatwiejszy dostęp do informacji publicznej i otwieranie danych to większa wygoda i oszczędności dla państwa a także silniejsza kontrola społeczna. Dlatego Plan wskazuje na: otwartą statystykę publiczną i Krajowy Rejestr Sądowy, standard informacji publicznej, dane meteo i e-mapy dla obywateli i usług cyfrowych. Szczególne znaczenie stworzenia łatwego dostępu do danych gromadzonych przez służby publiczne zostało zaakcentowane w dokumencie przygotowanym przez Ministerstwo Cyfryzacji: Kierunki Działań Strategicznych Ministra Cyfryzacji w obszarze informatyzacji usług publicznych, gdzie działanie to zostało wskazane jako jedna z pięciu kluczowych zasad rozwoju innowacyjnej gospodarki.⁴⁵²

⁴⁵⁰ t.j. Dz. U. z 2020 r. poz. 310, zm. 284, 695, 782, 875, 1378.

⁴⁵¹ Uchwała nr 14/2016 Rady Ministrów z dnia 16 lutego 2016 r. w sprawie przyjęcia „Planu na rzecz odpowiedzialnego rozwoju”.

⁴⁵² Pozostałe dostępne krajowe dokumenty dotyczące tego zagadnienia: Strategia Sprawne Państwo 2020, cel 1. ; Program Zintegrowanej Informatyzacji Państwa, cel 6.2.2. ; Strategia Rozwoju Kraju 2020, obszar

Unia Europejska od lat podejmuje inicjatywy mające na celu jak najszerszy rozwój otwartych danych. Działania te z jednej strony zmierzają do harmonizacji krajowych przepisów, z drugiej zaś stymulują podejmowanie działań o charakterze pozalegislacyjnym, zmierzających do stworzenia przez państwa członkowskie infrastruktury i praktycznych ułatwień. Do najważniejszych inicjatyw unijnych należą Komunikat Komisji Europejskiej „*Otwarte dane silą napędowa innowacji, wzrostu gospodarczego oraz przejrzystego zarządzania*” i dyrektywa 2013/37/UE.⁴⁵³ Komunikat (2011) 882 to jeden z trzech dokumentów opublikowanych przez Komisję Europejską w dniu 12 grudnia 2011 r. w ramach pakietu Open Data Package, który zakłada lepsze wykorzystanie potencjału zasobów publicznych do wzrostu konkurencyjności i innowacyjności gospodarki europejskiej. Celem komunikatu było zaprezentowanie korzyści wynikających z większej otwartości danych dla państw UE, przedstawienie stanu faktycznego i dotychczasowych osiągnięć w dziedzinie otwartości danych, a także propozycje dalszych działań. Wraz z komunikatem opublikowany został projekt tzw. drugiej dyrektywy *re-use*, czyli projekt dyrektywy zmieniającej dyrektywę 2003/98/WE w sprawie ponownego wykorzystywania informacji sektora publicznego. Projekt ostatecznie po 1,5 roku pracy został w dniu 26 czerwca 2013 r. przyjęty przez Parlament Europejski i Radę. Podstawową zmianą było rozszerzenie zakresu podmiotowego na biblioteki, muzea i archiwa. Zdaniem unijnego ustawodawcy, biblioteki, muzea i archiwa posiadają bogaty zbiór cennych zasobów informacji sektora publicznego, w szczególności od czasu, kiedy przedsięwzięcia w dziedzinie digitalizacji zwielokrotniły ilość dorobku cyfrowego wchodzącego w zakres domeny publicznej. Te zbiory dziedzictwa kulturowego wraz z powiązаныmi z nimi metadanymi stanowią podstawę treści cyfrowych w zakresie produktów i usług oraz mają ogromny potencjał w dziedzinie innowacyjnego ponownego wykorzystywania w takich sektorach jak kultura, edukacja i turystyka.

Wytyczne Komisji Europejskiej opublikowane w formie komunikatu 2014/C 240/01 z dnia 24 lipca 2014 r. w sprawie zalecanych licencji standardowych, zbiorów

strategiczny Sprawne i efektywne państwo.; Długookresowa Strategia Rozwoju Kraju (Polska 2030. Trzecia fala nowoczesności), cel 5 Stworzenie Polski Cyfrowej; Strategia Innowacyjności i Efektywności Gospodarki „Dynamiczna Polska 2020”.

⁴⁵³ Zob. Dyrektywa Parlamentu Europejskiego i Rady 2013/37/UE z dnia 26 czerwca 2013 r. zmieniająca dyrektywę 2003/98/WE w sprawie ponownego wykorzystywania informacji sektora publicznego Dz. Urz. UE L 175/1.

danych i opłat za ponowne wykorzystanie dokumentów⁴⁵⁴ mają pomóc państwom członkowskim we wdrażaniu nowych przepisów dyrektywy 2013/37/UE. Na potrzeby Programu Otwierania Danych Publicznych najistotniejsze znaczenie mają kategorie danych, które mają pierwszeństwo w uwalnianiu, oraz zalecenia, które mają gwarantować dostępność danych, ich jakość, użyteczność i interoperacyjność. Komisja Europejska przeprowadziła otwarte konsultacje w tym przedmiocie. W ich efekcie dokonano podziału zbiorów danych na pięć kategorii tematycznych, na które jest największe zapotrzebowanie:⁴⁵⁵

1. Dane przestrzenne - kody pocztowe, mapy krajowe i lokalne (katastralne, topograficzne, morskie, granice administracyjne, itp.);
2. Dane statystyczne - krajowe, regionalne i lokalne dane statystyczne wraz z głównymi wskaźnikami demograficznymi i ekonomicznymi, przykładowo PKB, wiek, zdrowie, bezrobocie, dochody, edukacja;
3. Obserwacja Ziemi i środowisko - dane satelitarne i dane in situ np. monitorowanie pogody, jakość gruntu i wody, zużycie energii, poziomy emisji;
4. Spółki Rejestry spółek i podmiotów prowadzących działalność gospodarczą - wykaz zarejestrowanych spółek, dane dotyczące własności i zarządu, identyfikatory rejestracji, bilanse;
5. Dane o transporcie - rozkłady jazdy transportu publicznego (wszystkie rodzaje transportu) na poziomie krajowym, regionalnym i lokalnym, roboty drogowe, informacje o ruchu drogowym, itp.

Systematyzując ustalenia dokumentów programowych oraz wybranych aktów prawnych na potrzeby dalszych badań przyjąć należy, iż za otwarte dane uznaje się dane: dostępne - udostępnione bez żadnych ograniczeń szerokiemu gronu użytkowników do dowolnych celów; upublicznione w wersji źródłowej – dostępne w oryginalnej i niezmięnionej formie, nie w postaci np. analiz, podsumowań, skrótów czy streszczeń, tak aby możliwe było np. łączenie danych z różnych źródeł; kompletne – udostępnione w całości; aktualne - udostępnione na tyle szybko, aby zachować wartość tych danych; odczytywalne maszynowo - udostępnione w formatach przeznaczonych do odczytu maszynowego i formacie otwartym. Przykładem takich formatów jest csv, xml, arkusz kalkulacyjny. Zazwyczaj trudne do maszynowego odczytu są formaty pdf, html czy plik

⁴⁵⁴ Obwieszczenie Komisji Europejskiej 2014/C 240/01 - Wytyczne w sprawie zalecanych licencji standardowych, zbiorów danych i opłat za ponowne wykorzystanie dokumentów, Dz. Urz. UE C 240 z 24.07.2014, str. 1.

⁴⁵⁵ Program Otwierania Danych Publicznych, s.16-17.

tekstowy, które stają się użyteczne do ponownego wykorzystywania dopiero po przełożeniu ich na jeden z formatów otwartych; udostępnione niedyskryminująco - dostępne dla każdego bez konieczności rejestracji, weryfikacji tożsamości poprzez podawanie hasła, loginu czy podpisywania jakichkolwiek umów; dostępne bez ograniczeń licencyjnych - dane nie są przedmiotem praw autorskich, patentów, znaków towarowych lub tajemnicy handlowej i mogą być wykorzystywane w dowolnych celach bez konieczności ubiegania się o jakąkolwiek zgodę na ich używanie; niezastrzeżone - dostępne w formie powszechnie stosowanym, który nie jest kontrolowany przez żaden podmiot. Na gruncie prawa krajowego zgodnie z art. 2 *ustawy o ponownym wykorzystaniu informacji sektora publicznego* przez informację sektora publicznego należy rozumieć każdą treść lub jej część, niezależnie od sposobu utrwalenia, w szczególności w postaci papierowej, elektronicznej, dźwiękowej, wizualnej lub audiowizualnej, będącą w posiadaniu podmiotów sektora finansów publicznych sensu largo. Zgodnie z cytowaną ustawą przez ponowne wykorzystywanie należy rozumieć wykorzystywanie przez osoby fizyczne, osoby prawne i jednostki organizacyjne nieposiadające osobowości prawnej, informacji sektora publicznego, w celach komercyjnych lub niekomercyjnych innych niż pierwotny publiczny cel, dla którego informacja została wytworzona. Ponownym wykorzystywaniem w rozumieniu ustawy nie jest udostępnianie lub przekazanie informacji sektora publicznego przez podmiot wykonujący zadania publiczne innemu podmiotowi wykonującemu zadania publiczne wyłącznie w celu realizacji takich zadań.

7. Koncepcja Systemu Monitorowania Usług Publicznych jako instrument podnoszenia jakości usług publicznych

7.1. Monitorowanie jakości usług publicznych

Zapewnienie dostępu do usług publicznych opartych o technologie ICT musi być wsparte możliwością monitorowania i zgłaszanie ewentualnych niezgodności przez użytkowników usług publicznych. Stąd niezbędnym wydaje się przyjęcie takiego rozwiązania prawnego, które w możliwie szerokim zakresie pozwoli na monitorowanie sposobu realizacji określonych usług, w tym usług opartych na rozwiązaniach e-zdrowia. Idea taka przyjęta została w podejmowanych działaniach legislacyjnych przez ministra właściwego do spraw wewnętrznych i administracji, które zostaną poniżej poddane analizie. Działania te wyrażają założenie, że doprowadzenie do zapewnienia powszechnego i równego dostępu do usług publicznych o odpowiedniej jakości to jedna z podstawowych powinności państwa wobec obywateli⁴⁵⁶. Sfera świadczenia tych usług jest domeną jednostek samorządu terytorialnego,⁴⁵⁷ które są największym publicznym usługodawcą i investorem w tym obszarze. Autorzy dokumentu pn. „System Monitorowania Usług Publicznych. Koncepcja wykonawcza” doszli do wniosku, iż jakość, dostępność i efektywność usług publicznych determinują warunki życia i prowadzenia działalności gospodarczej na określonym terenie, a jednocześnie wpływają na ocenę funkcjonowania administracji publicznej przez obywateli, przedsiębiorców oraz środowiska naukowe i eksperckie. Tematyka usług publicznych, choć powszechnie uznawana za kluczową, jest obecnie trudna do monitorowania ze względu na brak standardów świadczenia usług i dostępu do odpowiednich danych na ich temat. Istniejące systemy bazodanowe nie zaspokajają aktualnych potrzeb w tym zakresie. Taki stan rzeczy utrudnia właściwe funkcjonowanie mieszkańcom i przedsiębiorcom oraz powoduje, iż kluczowe

⁴⁵⁶ Zob. szerzej System Monitorowania Usług Publicznych. Koncepcja wykonawcza, Warszawa 2019; dokument opracowany, w ramach projektu System monitorowania usług publicznych – koncepcja SMUP, dofinansowanego przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego oraz budżetu państwa, przez zespół w składzie: Agnieszka Ajdyn, Magdalena Ambroch, Marta Bendowska, Monika Bielas, Monika Bieniek, Justyna Brzezińska, Ewa Czumaj, Wiesława Domańska, Waldemar Dymek, Krzysztof Jaszczółt, Marcin Kępka, Danuta Komarowska, Łukasz Kozłowski, Grzegorz Kubalski, Paulina Kucharska-Singh, Zofia Kurlej, Witold Magryś, Ewa Malesa, Agnieszka Nowakowska, Gabriela Nowakowska, Michał Orleański, dr Marek Pieniążek, dr Tomasz Potkański, Aleksandra Pytalska, Marek Śliwiński, Sylwia Uchnast-Gara, Katarzyna Wróbel, Mateusz Wyżykowski, Maciej Żelechowski, Małgorzata Żyra. Dokument uzyskał pozytywną opinię Komisji Wspólnej Rządu i Samorządu Terytorialnego w dniu 27.02.2019 r.

⁴⁵⁷ Dalej „j.s.t.”,

decyzje w sferze usług publicznych mogą być podejmowane przez władze intuicyjnie, pod presją czynników bieżących, bez możliwości pogłębionej analizy. Potrzeba budowy systemu monitorowania usług publicznych została potwierdzona w przyjętej przez Radę Ministrów w lutym 2017 r. Strategii na rzecz Odpowiedzialnego Rozwoju do roku 2020 - z perspektywą do 2030 r. Celem budowy Systemu Monitorowania Usług Publicznych jest optymalizacja świadczonych usług w oparciu o wysokiej jakości dane, pozyskane w wyniku integracji wielu rozproszonych obecnie źródeł. Celem głównym Projektu, w horyzoncie do końca 2018 r, było stworzenie koncepcji Systemu Monitorowania Usług Publicznych. Koncepcja Systemu zakłada umożliwienie dostępu do danych oraz porównywanie świadczenia usług publicznych w formule benchmarkingu dla jednostek samorządu terytorialnego⁴⁵⁸ o zbliżonej charakterystyce. System będzie adresowany zarówno do dostawców jak i odbiorców usług publicznych. Zakłada się, że korzystać będą z niego przedsiębiorcy, administracja publiczna, społeczeństwo, organizacje obywatelskie, a także środowiska naukowe i eksperckie. Uruchomienie systemu ma przyczynić się do podniesienia jakości zarządzania w administracji publicznej oraz zainicjować zmiany prawne w obszarze działania podmiotów odpowiedzialnych za zapewnienie usług publicznych. Zgodnie z postanowieniami PO WER 2014-2020, monitorowaniem zostały objęte, w ramach Systemu, następujące obszary: podatki i opłaty lokalne, zarządzanie nieruchomościami, drogownictwo i transport, ochrona środowiska, inwestycje i budownictwo oraz geodezja i kartografia. Jednakże zdaniem zespołu ekspertów opracowujących koncepcję Systemu powinien on zostać zaprojektowany w taki sposób, aby mógł objąć także inne istotne, sfery usług publicznych - edukacja, ochrona zdrowia czy pomoc społeczna. Koncepcja metodologiczna projektowanego systemu przewiduje analizę czterech podstawowych wymiarów opisu usług publicznych: ilości, jakości, dostępności i efektywność kosztowej. Do każdego wymiaru opisu przyporządkowane zostały wskaźniki, które pozwolą na pomiar, analizę i interpretację tych wymiarów. Projektowanie systemu odbywać się będzie w kilku krokach - od zdefiniowania obszaru usług, wyboru usług do analizy, poprzez analizę potrzeb i źródeł danych z równoczesnym doбором wskaźników. Na etapie tworzenia koncepcji ogólnej SMUP ustalono granice między monitorowanymi obszarami tematycznymi. W części dotyczącej założeń metodologicznych zaproponowano sposób doboru wskaźników, wymagań dotyczących ich jakości, a także sposób integracji źródeł danych w projektowanym syste-

⁴⁵⁸ Dalej zamiennie: „j.s.t.”

mie. System Monitorowania Usług Publicznych będzie projektowany zgodnie z najnowszymi, w momencie tworzenia koncepcji, wymaganiami dla rejestrów publicznych i systemów informatycznych określonych w Krajowych Ramach Interoperacyjności. Będzie on również projektowany zgodnie z krajowymi standardami bezpieczeństwa IT. Uwzględnione zostaną zapowiadane regulacje wspólnotowe (General Data Protection Regulation), mające zapewnić spójny stopień ochrony danych w całej Unii Europejskiej. Przewiduje się implementację rozwiązań w zakresie integracji danych w ramach systemu statystyki publicznej. Szczególny nacisk położony zostanie na efektywne pozyskiwanie i przetwarzanie danych. Projekt jest realizowany w ramach Działania 2.18 Wysokiej jakości usługi administracyjne, Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020, współfinansowanego ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego oraz z budżetu krajowego. Na lata 2019-2020, przewidziano wykonanie, zasilenie danymi i uruchomienie systemu w oparciu o wypracowaną koncepcję, a w latach 2021-22 wsparcie dla jednostek samorządu terytorialnego w wykorzystywaniu tych danych do poprawy zarządzania usługami.

Zdaniem autorów opracowania w gospodarce rynkowej większość dóbr i usług jest dostarczana przez podmioty prywatne i podlega wymianie wolnorynkowej, zaspokajając potrzeby nabywców. Istnieją jednak pewne kategorie potrzeb, których realizacja nie może być oparta wyłącznie o reguły rynkowe. Przede wszystkim - istnieją dobra publiczne, których konsumpcja charakteryzuje się brakiem rywalizacji i wyłączości. Dobra te, ze względu na swój nierynkowy charakter, muszą być gwarantowane przez państwo oraz zapewniane przez ustanowione do tego celu instytucje publiczne, działające zarówno na szczeblu rządowym, jak i samorządowym. Jednocześnie istnieje grupa dóbr publicznych, których dostarczenie jest możliwe przy stosowaniu reguł rynkowych, jednak wskazane jest, aby państwo kreowało warunki efektywnego i społecznie skutecznego zaspokajania potrzeb z nimi związanych. Usługi publiczne mogą należeć do obu wymienionych typów dóbr. W wąskim rozumieniu usługi publiczne są związane z kategorią dóbr publicznych, a w rozumieniu szerszym - obejmują wszystkie usługi, których świadczenie leży w interesie publicznym oraz na świadczenie których państwo może mieć wpływ przez instrumenty organizacyjne lub finansowe. Są to zarówno usługi wykonywane bezpośrednio przez administrację publiczną, jak i świadczone przez inne podmioty, ale za ich finansowanie i jakość odpowiada władza publiczna. Zapewnienie powszechnego i równego dostępu do usług publicznych o odpowiedniej jakości jest jednym z podstawowych zobowiązań państwa i jego władz wobec obywateli. Kwe-

stie te znalazły odzwierciedlenie w Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej, są szczegółowo regulowane w ustawach „kompetencyjnych” - tj. o samorządzie gminnym, o samorządzie powiatowym oraz o samorządzie województwa, a także przez akty prawa lokalnego. Jakość, skuteczność, dostępność i efektywność świadczenia usług publicznych decyduje o ogólnej ocenie funkcjonowania administracji rządowej i samorządowej przez obywateli oraz podmioty instytucjonalne. Może wpływać na decyzje przedsiębiorców, które pośrednio oddziałują na perspektywy rozwoju społeczno-gospodarczego danego regionu. Największym publicznym usługodawcą i inwestorem w Polsce są jednostki samorządu terytorialnego. W każdym roku są one odpowiedzialne za wydatkowanie blisko 200 mld złotych, z których główna część przeznaczona jest na świadczenie szerokiego wachlarza usług publicznych oraz związanych z nimi inwestycji. W celu wykonania ww. zadań zgodnie z najwyższymi standardami oraz w sposób satysfakcjonujący dla końcowych odbiorców usług, organy administracji rządowej oraz j.s.t. muszą posiadać rzetelne dane pozwalające na planowanie i realizację usług publicznych na dowodach.

Ideą projektu jest by proces decyzyjny w jednostkach administracji rządowej i samorządowej był wspierany przez kompleksowy i intuicyjny w obsłudze powszechny system monitorowania usług publicznych. Będzie on dostępny dla wszystkich obywateli, podmiotów i instytucji oraz jednostek samorządu terytorialnego te umożliwiając porównywanie i prowadzenie analiz. Jednocześnie, będzie on służył kształtowaniu odpowiednich warunków dla doskonalenia procesu dostarczania usług publicznych przez organy odpowiedzialne za nadzór nad funkcjonowaniem samorządu terytorialnego. Dotychczas w Polsce nie wypracowano spójnego systemu monitorowania usług publicznych, który umożliwiłby każdemu zainteresowanemu podmiotowi uzyskanie pełnej informacji na temat ilości, jakości, dostępności i efektywności kosztowej usług publicznych. Podmioty odpowiedzialne za dostarczanie usług publicznych nie mają dostępu do narzędzia, które udostępniłoby informacje niezbędne do podejmowania decyzji, i pomiaru ich efektów, a także prowadzenia badań porównawczych służących poprawie jakości usług⁴⁵⁹. Mając na uwadze ww. uwarunkowania Ministerstwo Spraw Wewnętrznych i Administracji wówczas Ministerstwo Administracji i Cyfryzacji podjęło w 2014 r. dialog ze stowarzyszeniami reprezentującymi j.s.t. w Polsce, Głównym Urzę-

⁴⁵⁹ Szerzej o zarządzaniu jakością: I. Seta Nowe systemy zarządzania w administracji publicznej – zarys przedmiotu, w: Wpływ prakseologii na organizację i zarządzanie w administracji publicznej, red. K. Sikora, M. Domagała, E. Jasiuk, Radom 2010, s.181-199.

dem Statystycznym (GUS) oraz Ministerstwem Rozwoju (ówczesnie Ministerstwem Infrastruktury i Rozwoju), którego efektem finalnym stało się wprowadzenie do Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój wieloetapowego projektu zakładającego budowę systemu monitorowania usług publicznych w Polsce. Na etapie prac koncepcyjnych zidentyfikowano szereg ograniczeń o charakterze pozaprawnym, które utrudniają funkcjonowanie kompleksowego systemu. Należą do nich: brak uzgodnionego i zaakceptowanego przez interesariuszy spójnego sposobu opisu usług publicznych, w tym zestawu wskaźników umożliwiających ich charakterystykę w różnych wymiarach - co uniemożliwia dokonywanie rzetelnej oceny tych usług oraz identyfikację luk informacyjnych, które powinny zostać rozpoznane i wypełnione jako część procesu tworzenia systemu monitorowania zabezpieczającego potrzeby informacyjne interesariuszy; niepełny zasób danych dotyczących usług publicznych w systemach informacyjnych państwa - co stanowi barierę dla pełnej charakterystyki i oceny usług publicznych istotnych z punktu widzenia interesariuszy; utrudnienia w dostępie i wykorzystaniu danych administracyjnych, pozyskiwanych m.in. przez ministerstwa i agencje rządowe - co ogranicza sprawne i kompleksowe dostarczenie informacji na temat usług publicznych. Realizacja projektu stwarza unikalną okazję do opracowania koncepcji spójnego, efektywnego i powszechnego systemu monitorowania usług publicznych, zawierającego sposoby zmniejszania wyżej wymienionych ograniczeń. Umożliwi on nie tylko dostęp do wiedzy o usługach publicznych i ich przestrzennym zróżnicowaniu, ale także może przyczynić się (bezpośrednio lub pośrednio) do innych korzystnych zmian, takich jak: wypełnienie konstytucyjnej zasady powszechnego dostępu do informacji publicznej dotyczącej realizacji zadań publicznych oraz realizacji zapisów o ponownym wykorzystaniu informacji sektora publicznego; zmiana organizacji pozyskiwania części danych, przy jednoczesnym zmniejszeniu obciążenia respondentów; podniesienie kultury zarządzania w administracji publicznej; zainicjowanie zmian prawnych w obszarze świadczonych usług publicznych. Działania w ramach projektu wymagają ścisłej współpracy na poziomie lokalnym i krajowym, w szczególności pomiędzy GUS, innymi podmiotami administracji rządowej (ministerstwami i agencjami), przedstawicielami samorządu terytorialnego, stowarzyszeniami samorządowymi oraz wspierającymi je instytucjami badawczymi i edukacyjnymi. W tym celu niezbędna jest koordynacja projektu na poziomie strategicznym z udziałem ministra właściwego do spraw administracji publicznej, co będzie umożliwiało zharmonizowanie kierunków aktywności szerokiego grona podmiotów i instytucji zainteresowanych monitorowaniem usług publicz-

nych. Pozwoli to także na poszerzenie zakresu danych zasilających powstający system monitorowania o źródła dotychczas niewykorzystywane.

Prezentowane opracowanie posługuje się określonymi pojęciami, które są uniwersalne dla prowadzonych rozważań. Warto w tym miejscu wskazać na kilka pojęć przyjętych dla projektu. Projekt obejmuje wskazanie interesariuszy Systemu. „Interesariusze SMUP” to wszystkie strony biorące udział w świadczeniu usługi publicznej, bądź zainteresowane tym świadczeniem, tj. podmiot odpowiedzialny za zapewnienie, usługodawca i odbiorca, a także podmioty gromadzące, przetwarzające i udostępniające informacje związane z tym świadczeniem oraz podmioty będące odbiorcami tych informacji. Deficyt informacji to tzw. luka informacyjna, czyli sytuacja, w której występuje brak informacji statystycznych opisujących zjawiska lub procesy ważne z punktu widzenia monitorowania usług publicznych. Informacje niezbędne dla systemu to z kolei metadane rozumiane jako ustrukturalizowane informacje opisujące dane, dotyczące ich atrybutów lub obiektów; wspierają one zarówno projektowanie badania, jak i jego realizację; ułatwiają dostęp do danych i umożliwiają ich prawidłową interpretację. Sfera objęta analizą, dla której dedykowane są prace koncepcyjne, to obszar usług rozumiany jako grupa usług publicznych wzajemnie powiązanych przedmiotowo, których odbiorcą (odbiorcą usługi publicznej) jest osoba lub podmiot uprawniony do korzystania z usługi. Istotne jest pojęcie podmiotu odpowiedzialnego za zapewnienie usługi publicznej, którym jest organ władzy publicznej, na którym spoczywa odpowiedzialność formalna za zapewnienie usługi publicznej.

Kluczowymi pojęciami dla zrozumienia funkcji wyżej opisanych terminów są niniejsze definicje: przedmiot świadczenia usługi - dobro materialne lub niematerialne dostarczane w ramach świadczenia usługi - pojedynczy rezultat świadczenia usługi; usługa publiczna - działalność obejmująca dostarczanie dóbr materialnych i niematerialnych, za które odpowiedzialna jest władza publiczna; usługodawca - podmiot dostarczający usługi dla odbiorców; władza publiczna - jednostki administracji rządowej i samorządowej. Cele projektu zdeterminowało określenie grup docelowych Systemu Monitorowania Usług Publicznych, do których należą przedsiębiorcy, administracja, organizacje obywatelskie oraz środowiska naukowe i eksperckie. Według autorów opracowania poszczególne grupy podejmują kluczowe dla siebie decyzje po analizie istotnych dla nich informacji. Dostępność i jakość usług publicznych może stanowić czynnik motywujący do rozpoczęcia lub rozszerzenia działalności, a w konsekwencji

przyczynić się do rozwoju danego obszaru. Możliwość prowadzenia pogłębionych analiz lokalizacyjnych może także znacząco wpłynąć na zwiększenie atrakcyjności inwestycyjnej i konkurencyjności poszczególnych regionów. Administracja publiczna jako grupa docelowa obejmuje instytucje administracji rządowej i samorządowej odpowiedzialne za świadczenie usług publicznych lub sprawujące nadzór nad ich dostarczeniem. Podmioty te będą z jednej strony źródłem danych zasilających system, z drugiej odbiorcami informacji przetworzonych i udostępnionych przez SMUP. Uzyskiwanie danych o usługach publicznych pozwoli jednostkom administracji publicznej szybko zidentyfikować słabe i mocne strony realizacji ich zadań. Z kolei obywatele oraz organizacje ich reprezentujące dzięki uruchomieniu SMUP uzyskają dostęp do informacji opisujących parametry usług publicznych świadczonych na poziomie lokalnym i regionalnym. Poprzez udostępnienie zgromadzonych danych, SMUP umożliwi dokonywanie porównań między poszczególnymi jednostkami samorządu terytorialnego, w ten sposób obywatele pozyskają merytoryczne argumenty, które będą mogli wykorzystać w debacie publicznej oraz w celu sprawowania kontroli społecznej nad jakością i sposobem realizacji zadań publicznych. Utworzenie narzędzia gromadzącego dane dotyczące procesu świadczenia usług publicznych umożliwi rozwój prac badawczych w obszarze dostępności i jakości tych usług, w tym prowadzenie pogłębionych analiz dotyczących przyczyn obserwowanych tu dysproporcji. Przyczyni się to do wzrostu wiedzy w zakresie usług publicznych dla wszystkich interesariuszy. Wyniki prac badawczych mogą stanowić m.in. istotne wsparcie dla jednostek odpowiedzialnych za dostarczanie usług publicznych. Efektem prac środowisk naukowych i eksperckich może być identyfikacja barier prawnych, organizacyjnych lub technicznych, w wyniku czego proces świadczenia usług może zostać usprawniony.

Autorzy opracowania założyli, że metodologia analizy będzie się koncentrować na bezpośrednich rezultatach procesu dostarczania usługi i pozwoli na jej ocenę pod względem efektywności i dostępności. Podejście to wynika wprost z ustawy o finansach publicznych, gdzie zapisano, że „instytucja gospodarki budżetowej gospodaruje mieniem, kierując się zasadą efektywności jego wykorzystania” oraz „podaje do publicznej wiadomości informacje dotyczące: zakresu zadań lub usług wykonywanych lub świadczonych przez jednostkę oraz wysokości środków publicznych przekazanych na ich realizację, zasad i warunków świadczenia usług dla podmiotów uprawnionych, zasad odpłatności za świadczone usługi” - art. 28 i 34 ustawy z 27 sierpnia 2009 r.

*o finansach publicznych*⁴⁶⁰. Przyjęto jednocześnie, że SMUP będzie dostarczał informacji, którą użytkownik może wykorzystać do sformułowania własnej opinii na temat sytuacji w zakresie wybranych obszarów usług. Według założeń, będzie to możliwe dzięki odniesieniu osiąganych rezultatów do podstawowych wymiarów usług: ilość; jakość; efektywność kosztowa; dostępność. Zakładana powszechność SMUP wymaga, aby był to system efektywny i nie generował dodatkowych obciążeń sprawozdawczych po stronie dostawców usług. Z jednej strony, powinien pozwalać na przeprowadzenie całościowej analizy usługi, z drugiej koncentrować się na zbieraniu tylko tych danych, które są rzeczywiście niezbędne do osiągnięcia tego celu.

7.2. Monitorowanie jakości usług publicznych w ochronie zdrowia

W przypadku obszaru ochrony zdrowia SMUP znajdzie zastosowanie w zakresie profilaktyki i zdrowia publicznego. Dążenie do podniesienia jakości publicznych usług zdrowotnych oraz poprawa ich efektywności podstawowe cele podmiotów odpowiedzialnych za zapewnienie będących w ich kompetencji usług w tym obszarze. W jego zakres wchodzi takie usługi jak: podstawowa opieka zdrowotna, specjalistyczna opieka ambulatoryjna, opieka szpitalna, długoterminowa opieka zdrowotna oraz ratownictwo medyczne i pomoc doraźna. W systemie tym ważną rolę muszą odgrywać jednostki samorządu terytorialnego. Celem monitorowania usług w tym obszarze jest pozyskanie danych dotyczących dostępności i jakości usług zdrowotnych, które wydają się najistotniejsze z punktu widzenia mieszkańców oraz inwestorów. Wymiarowanie opisu usług publicznych pozwala na całościowe scharakteryzowanie świadczenia danej usługi. Kryterium ilości będzie stosowane w celu kwantyfikacji wyników podjętych działań, jakość to kryterium opisujące parametry usługi. Kategoria jakości powinna być policzalna i odnosić się do obiektywnych/weryfikowalnych cech usługi. Złożonym, aczkolwiek istotnym kryterium jest kryterium dostępności. W zależności od charakteru badanej usługi kryterium to może być rozumiane jako osiągalność, czyli jako relacja podaży do popytu lub potrzeb; dostępność finansowa - jaki jest koszt usługi dla odbiorcy; dostępność przestrzenna - jak daleko jest do miejsca świadczenia usługi; dostępność czasowa - jak długo trzeba czekać na realizację usługi; dostępność architektoniczna - czy obiekt, w którym realizowana jest usługa, pozwala na dostęp dla wszystkich upraw-

⁴⁶⁰ t.j. Dz. U. z 2019 r. poz. 869, 1622, 1649, 2020, zm. z 2020 r. poz. 284, 374, 568, 695, 1175.

nionych odbiorców; dostępność informacyjna - w jaki sposób jest zapewniana informacja o usłudze np. możliwość przeglądania miejscowych planów zagospodarowania przestrzennego na portalu internetowym. Autorzy opracowania zwrócili uwagę na kwestię efektywności kosztowej, która w założeniu ma uwzględniać relację wyników do nakładów administracji rządowej i jednostek samorządu terytorialnego związanych ze świadczeniem usług. Nakłady te mogą być liczone łącznie z nakładami interesantów (koszt jednostkowy usługi ogółem). Istotne jest także tworzenie systemu w oparciu o wypracowany układ wskaźników. W cytowanym opracowaniu mowa jest o tzw. zasadach tworzących układ wskaźników, zgodnych z Europejskim Kodeksem Praktyk Statystycznych⁴⁶¹. Są to zasady: spójności, adekwatności, hierarchiczności, elastyczności, wrażliwości, unikalności oraz poufności, transparentności i bezpieczeństwa danych. W myśl tych zasad zestaw wybranych wskaźników powinien w całościowy sposób ujmować tematykę danego obszaru, trafnie opisywać usługę pod względem wybranego wymiaru - ilości, jakości, dostępności lub efektywności kosztowej. Zgodnie z zasadą hierarchiczności w każdym obszarze tematycznym powinny zostać wydzielone grupy wskaźników charakteryzujących dany obszar. Przykładem takiego podziału może być podział na: wskaźniki wiodące, wskaźniki szczegółowe i wskaźniki kontekstowe. Zasada elastyczności określa, iż liczba i charakter wskaźników powinny być zależne od obszaru usług. Nie jest wskazane określanie sztywnej liczby wskaźników dla poszczególnych obszarów tematycznych. Należy jednak dążyć do wyboru minimalnej liczby wskaźników, które pozwalają opisać lub zmierzyć daną usługę. Z kolei z uwagi na zasadę wrażliwości wybrany wskaźnik powinien odzwierciedlać zmiany w czasie i przestrzeni - w zakresie odpowiednio: ilości, jakości, dostępności lub efektywności kosztowej opisywanej usługi. Zasada unikalności oznacza, iż wskaźnik nie powinien powielać informacji zawartych w innych wskaźnikach. Zasada poufności, transparentności i bezpieczeństwa danych. Stosowanie tej zasady danych oznacza respektowanie zobowiązania do zachowania tajemnicy statystycznej; przestrzeganie procedury ochrony danych w procesie ich zbierania, przetwarzania i rozpowszechniania; wymagany jest kompromis między koniecznością przestrzegania zasad poufności i bezpieczeństwa a dostępnością danych. Same wskaźniki cechują się określonymi kryteriami jakości ujętymi w Europejskim Kodeksie Praktyk Statystycznych (EKPS11), tj.: przydatności, dokładności

⁴⁶¹ Europejski Kodeks Praktyk Statystycznych dla krajowych organów statystycznych i Eurostatu (organu statystycznego UE), przyjęty przez Europejski Komitet ds. Europejskiego Systemu Statystycznego, Luksemburg 2018.

i rzetelności, dostępności i przejrzystości, terminowości i punktualności, porównywalności, spójności oraz minimalizacji kosztów i obciążenia respondentów. Wskaźnik przydatności powinien zaspokajać potrzeby informacyjne użytkowników i przyczyniać się do usprawnienia procesów decyzyjnych. Dokładność i rzetelność oznacza, że wskaźnik powinien być oparty na wiarygodnych danych i możliwy do obliczenia z wymaganą precyzją. Dostępność i przejrzystość określa, iż wskaźnik powinien być łatwy do pozyskania przy użyciu prostych procedur, w oczekiwanej formie, wraz z odpowiednią informacją, umożliwiającą optymalne jego wykorzystanie i właściwą interpretację. Terminowość i punktualność - wskaźnik powinien pozwalać na ocenę odstępu czasu między okresem, jakiego dotyczą dane a okresem ich udostępnienia (a tym samym - możliwości ich pozyskania do systemu monitorowania); istotny jest także odstęp czasu między oficjalnie planowaną a rzeczywistą datą udostępnienia danych. Dane powinny być porównywalne wobec czego wskaźnik powinien być zgodny w czasie i przestrzeni dzięki zapewnieniu odpowiednich szeregów danych, a tym samym ciągłości informacyjnej; do jego wyliczenia stosowana powinna być jednolita metodologia, definicje oparte na tych samych założeniach i standardy klasyfikacyjne oraz jednolity podział terytorialny kraju. Wskaźnik powinien być zgodny (spójny) z innymi wskaźnikami pochodzącymi z różnych źródeł, co umożliwi dokonywanie bardziej kompleksowych analiz. Jednocześnie, wskaźnik nie powinien powielać informacji zawartych w innych wskaźnikach. Pozyskanie wskaźnika powinno wiązać się z minimalnym obciążeniem respondentów i minimalnymi kosztami z tym związanymi zarówno w wymiarze finansowym, jak i niefinansowym lub takie obciążenia i koszty nie powinny występować wcale. Założenia merytoryczne SMUP należy zestawić z założeniami optymalizacji systemu informatycznego dedykowanego temu systemowi. Jego opracowanie wymaga, zdaniem autorów opracowania, zapewnienia centralnego źródła metadanych statystycznych, zapewnienia spójnego i kompleksowego procesu zasilania danych, zarządzanie procesami transformacji, przetwarzania, walidacji i integracji danych w sposób jak najbardziej zautomatyzowany, zapewnienia jednolitego i spójnego modelu gromadzenia danych oraz finalnie zapewnienia rozbudowanych funkcji raportowania, wspomagających wykonywanie analiz przekrojowych i podejmowania decyzji np. funkcji benchmarkingu. Publikacja danych w systemie powinna być realizowana za pomocą aplikacji WWW - jako standardowa forma udostępniania danych, aplikacji mobilnej umożliwiającej szybki i bezpośredni dostęp do informacji z dowolnego urządzenia mobilnego, oraz przy pomocy tzw. API (ang. application programming interface) –

zestawu reguł i opisów, w jaki zewnętrzne programy mogą korzystać z funkcjonalności aplikacji udostępniania danych. Warto zwrócić uwagę, iż ww. założenia dotyczące SMUP wpisują się w tezy dokumentów programowych i strategicznych. Koncepcja SMUP stanowi element realizacji projektu strategicznego wymienionego w Strategii na rzecz Odpowiedzialnego Rozwoju (SOR) jako Powszechny system monitorowania usług publicznych. Zgodnie z zapisami SOR, ujęte w strategii projekty stanowią strategiczne zadania państwa. Realizacja projektu SMUP uwzględniona jest także w Planie działania dla Strategii Sprawne Państwo 2020 - cel szczegółowy 5 Efektywne świadczenie usług publicznych, kierunek interwencji 5.5 Standaryzacja i zarządzanie usługami publicznymi ze szczególnym uwzględnieniem technologii cyfrowych. Tematyka projektu wiąże się także z postanowieniami Krajowej Strategii Rozwoju Regionalnego 2010-2020, która zakłada m.in.: podnoszenie dostępu do usług publicznych i ich jakości, zmniejszanie dysproporcji w dostępie do usług publicznych, rozwój usług publicznych dostępnych za pośrednictwem Internetu. System Monitorowania Usług Publicznych będzie zatem wspierał realizację działań, projektów i programów wskazanych w najważniejszych dokumentach o charakterze strategicznym i programowym zmierzających do optymalizacji świadczenia usług publicznych.

8. Prawna charakterystyka usług e-zdrowia

Kluczową dla rozwoju środowisk ICT w ochronie zdrowia jest ustawa z 19 lipca 2019 r. *o zmianie niektórych ustaw w związku z wdrażaniem rozwiązań w obszarze e-zdrowia*⁴⁶². Celem analizowanej regulacji prawnej jest wprowadzenie rozwiązań, które przyczyniają się m.in. do uproszczeń w zakresie ordynacji produktów leczniczych oraz wyrobów medycznych, unifikacji e-recepty z receptą transgraniczną, stworzenia narzędzi wspomagających lekarzy w określaniu poziomu refundacji określonych produktów leczniczych w przypadku ich ordynowania na podstawie recepty w postaci elektronicznej oraz do sukcesywnej informatyzacji ochrony zdrowia. Przedmiotowa regulacja obejmuje znaczącą część podmiotów tworzących system ochrony zdrowia oraz ma zasięg populacyjny gdyż w ocenie ustawodawcy⁴⁶³ dotyczy wszystkich mieszkańców Polski, tj. 38 mln 413 tys. osób. Adresatem rozwiązań przyjętych w ustawie są instytucje publiczne takie jak: Narodowy Fundusz Zdrowia, Zakład Ubezpieczeń Społecznych, Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji czy Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego oraz do realizatorów świadczeń zdrowotnych i aptek. Odpowiednio dotyczy ona 172 tys. lekarzy, 325 tys. pielęgniarek i położnych i 14,5 tys. aptek oraz 38 tys. podmiotów wykonujących działalność leczniczą. Ta wieloaspektowa regulacja ma za zadanie rozwiązać systemowo nie unormowanych dotychczas kwestii, w oparciu o technologie ICT. Analitycznie można podzielić zakres regulacji na część dotyczącą realizacji świadczeń zdrowotnych i część obejmującą kwestie dostępu i przepływu danych związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych i rzeczowych oraz kwestii dostępu do określonych uprawnień⁴⁶⁴.

⁴⁶² Dz. U. z 2019 r, poz. 1590, dalej „ustawa o e-zdrowiu”.

⁴⁶³ Zob. B. Bińkowska-Artowicz: Ocena skutków regulacji zawartych w rządowym projekcie ustawy - o zmianie niektórych ustaw w związku z wdrażaniem rozwiązań w obszarze e-zdrowia (druk nr 3620), Biuro Analiz Sejmowych, Warszawa 2019.

⁴⁶⁴ Ustawa zakłada na lata 2020-2022 przekazanie z budżetu państwa, do NFZ, dotacji celowej w łącznej kwocie do 150 mln zł. Dotacja celowa przeznaczona będzie na finansowanie kosztów pełnienia przez świadczeniodawców udzielających świadczeń z zakresu POZ funkcji punktu potwierdzającego profil zaufany, prowadzenia przez ww. podmioty kampanii informacyjnej mającej na celu zakładanie profili zaufanych oraz aktywowanie funkcjonalności IKP. Zgodnie z przyjętym założeniem, wysokość środków przekazywanych ww. świadczeniodawcom wyniesie 10 zł za każde IKP aktywowane w wyniku działań danego świadczeniodawcy.

W ustawie zostały zaplanowane wydatki związane z utworzeniem i utrzymaniem projektu Krajowego Punktu Konsultacyjnego dla e-Zdrowia w kraju, który obejmuje dwie usługi: wymianę transgranicznej recepty elektronicznej - ePrescription (eP) i dokument realizacji recepty elektronicznej - eDispensation (eD). Budżet przedmiotowego projektu w okresie 48 miesięcy tj. od 1 lipca 2018 r. do 30 czerwca 2020 r.- określony został w łącznej wysokości 616.320 EUR, z czego 462.240 EUR stanowi dofinansowanie ze środków Instrumentu „Łącząc Europę” (CEF) dla sektora telekomunikacji, a 154.080 EUR współfinansowanie z budżetu państwa.

Wprowadzenie w obowiązujących przepisach prawa ułatwień dla pracowników medycznych w obszarze ordynacji produktów leczniczych oraz wyrobów medycznych, przy jednoczesnym osiągnięciu korzyści dla pacjentów, wiązało się z koniecznością dokonania zmian w kilkunastu ustawach w zakresie objętym regulacjami ustawy o e-zdrowiu⁴⁶⁵. Przedmiotowa ustawa realizuje wymogi wynikające z konieczności prowadzenia transgranicznej obsługi recept w postaci elektronicznej wewnątrz UE lub EFTA. Ustawa przewiduje stworzenie w ramach Platformy P1 narzędzia ułatwiającego lekarzom określenie poziomu odpłatności leków, w postaci bezpłatnej aplikacji do wystawiania e-recept, która podpowie, w jakich przypadkach pacjent ma prawo do refundacji. Ponadto w przypadku skorzystania przez lekarza z przedmiotowego narzędzia, za ewentualne błędy wynikające z działania systemu teleinformatycznego, odpowiedzialności nie będzie ponosił lekarz.⁴⁶⁶

W związku z wprowadzeniem uproszczeń związanym z wystawianiem e-recepty odnośnie określania odpłatności oraz poszerzeniem kompetencji asystentów medycznych w zakresie wystawiania e-recept i e-skierowań, wdrażane zmiany powinny przyczynić się do zmniejszenia obciążenia kadry medycznej obowiązkami administracyj-

⁴⁶⁵ Ustawa dotycząca rozwiązań w obszarze e- zdrowia zmienia: ustawę z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty, ustawę z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych, ustawę z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa, ustawę z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne, ustawę z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, ustawę z dnia 17 lutego 2005 r. o informatyzacji działalności podmiotów realizujących zadania publiczne, ustawę z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym, ustawę z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, ustawę z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia, ustawę z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych, ustawę z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej, ustawę z dnia 25 czerwca 2015 r. o leczeniu niepłodności, ustawę z dnia 9 października 2015 r. o zmianie ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia oraz niektórych innych ustaw, ustawę z dnia 20 maja 2016 r. o zmianie ustawy o publicznej służbie krwi oraz niektórych innych ustaw, ustawę z dnia 5 września 2016 r. o usługach zaufania oraz identyfikacji elektronicznej, ustawę z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej, ustawę z dnia 1 marca 2018 r. o zmianie niektórych ustaw w związku z wprowadzeniem e-recepty oraz ustawę z dnia 6 grudnia 2018 r. o zmianie niektórych ustaw w związku z e-skierowaniem oraz listami oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej.

⁴⁶⁶ W art. 21 ca ustawy z dnia 5 września 2016 r. o usługach zaufania oraz identyfikacji elektronicznej (Dz. U. z 2019 r. poz. 162) określono, że podmiot odpowiedzialny za system identyfikacji elektronicznej ponosi odpowiedzialność cywilną za szkodę wynikającą z działania lub zaniechania, wyrządzoną w związku z wykorzystaniem środka identyfikacji elektronicznej, w celu uwierzytelnienia użytkowników systemów określonych w art. 21a ust. 1 pkt 2 lit. b, korzystających z usługi online świadczonej przez podmiot, o którym mowa w art. 2 i art. 19c ust. 1 ustawy z dnia 17 lutego 2005 r. o informatyzacji działalności podmiotów realizujących zadania publiczne, lub podmiot sektora publicznego, o którym mowa w art. 3 pkt 7 rozporządzenia 910/2014, spowodowaną przez awarię, przerwę lub błąd systemu lub przez zaciągnięcie zobowiązania w wyniku nieuprawnionego wykorzystania tego środka identyfikacji elektronicznej do wysokości 2 000 000 euro w odniesieniu do wszystkich zdarzeń w danym roku. Ograniczenia odpowiedzialności do wysokości 2.000.000 euro nie stosuje się w przypadku transgranicznego uwierzytelniania osób, o którym mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 12 ust. 8 rozporządzenia 910/2014.

nymi. Wychodząc naprzeciw postulatom lekarzy ustawodawca zaproponował zmianę dotychczasowej regulacji w zakresie postaci recept „*pro auctore*” oraz „*pro familiae*”. Zdaniem ustawodawcy, zasadnym jest pozostawienie obu, tj. pisemnej i elektronicznej, postaci recept „*pro auctore*” oraz „*pro familiae*”. Wydłużono okres, w którym e-recepta może zostać zrealizowana, z 30 dni do 1 roku. W przypadku gdy pacjent nie zrealizuje recepty w postaci elektronicznej w terminie 30 dni, przedmiotowa recepta będzie realizowana z wyłączeniem dni stosowania, które już upłynęły. Rozszerzono okres, na który pielęgniarka lub położna będzie mogła wystawić receptę w postaci elektronicznej do 180 dni. Rozszerzono uprawnienia w zakresie przepisywania bezpłatnych leków dla seniorów na specjalistów, pod warunkiem posiadania przez pacjenta Indywidualnego Konta Pacjenta⁴⁶⁷ i upoważnienie lekarza do dostępu do zawartych w nim danych. Ustawa przewiduje również możliwość zakładania IKP przez podmioty lecznicze. Obowiązujące przepisy przewidują możliwość wykonywania ww. czynności jedynie przez lekarzy z zakresu POZ, co często wiąże się z koniecznością wizyty w przychodni, po konsultacji ze specjalistą albo wypisaniu pacjenta ze szpitala. Zmiany zapewniają dostęp do danych pacjenta przetwarzanych w SIM lekarzom z zakresu POZ z mocy prawa, o ile pacjent nie wyrazi sprzeciwu oraz farmaceutom pod warunkiem wyrażenia zgody przez pacjenta. Powyższe rozwiązanie w odniesieniu do lekarzy rodzinnych stanowi konieczność przy koordynowaniu leczenia pacjenta, natomiast dla farmaceutów jest niezbędne, aby sprawować opiekę farmaceutyczną.

Ustawa o e-zdrowiu wprowadziła zmiany do ustawy z dnia 5 grudnia 1996 roku *o zawodach lekarza i lekarza dentysty*, w ten sposób, że obecnie lekarz może udzielić upoważnienia do wystawiania e-recept, o których mowa w art. 2 pkt 6 lit. a ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. *o systemie informacji w ochronie zdrowia*, tj. wystawionych w postaci elektronicznej opatrzonych kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanym, podpisem osobistym albo z wykorzystaniem sposobu potwierdzania pochodzenia oraz integralności danych dostępnego w systemie teleinformatycznym udostępnionym bezpłatnie przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych lub skierowań określonych w przepisach wydanych na podstawie art. 59aa ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. *o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych*, w jego imieniu osobie wykonującej zawód medyczny. Chodzi o osoby, o których mowa w art. 2 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 15.04.2011 r. lub osoby wykonujące czynności

⁴⁶⁷ Dalej zamiennie „IKP”

pomocnicze przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych, o których mowa w art. 24 ust. 2 pkt 2 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. *o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta*⁴⁶⁸. Osoby upoważnione do wystawiania recept mogą być dopuszczone do przetwarzania danych osobowych zawartych w tych dokumentach po wydaniu im przez podmiot wykonujący działalność leczniczą upoważnienia do przetwarzania danych osobowych.

Osoby te mogą być obecne przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych oraz są obowiązane do zachowania poufności wszelkich informacji i danych uzyskanych w związku z wystawianiem recepty lub skierowania. Upoważnienie do wystawiania recept lub skierowań może być udzielone na okres nie dłuższy niż 12 miesięcy, przy czym po upływie tego okresu można udzielić kolejnych upoważnień na okres nie dłuższy niż 12 miesięcy. Upoważnienie to może być w każdym czasie cofnięte przez lekarza lub podmiot wykonujący działalność leczniczą. Cofnięcie upoważnienia do wystawiania recept lub skierowań przez podmiot wykonujący działalność leczniczą następuje po uprzednim uzgodnieniu z lekarzem.

Udzielanie upoważnień, o których mowa powyżej następuje za pośrednictwem Rejestru Asystentów Medycznych⁴⁶⁹ - funkcjonującego na podstawie przepisów ustawy z 28 kwietnia 2011 roku *o systemie informacji w ochronie zdrowia*. Zgodnie z art. 31b przedmiotowej ustawy RAM jest systemem teleinformatycznym, w którym są przetwarzane dane o pracownikach medycznych i osobach wykonujących zawód medyczny lub czynności pomocnicze przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych, zwanych dalej „osobami upoważnionymi” Administratorem danych gromadzonych w RAM jest minister właściwy do spraw zdrowia. W celu udzielenia upoważnienia osoba uprawniona do złożenia wniosku o wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, o którym mowa w art. 100 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. *o działalności leczniczej*, w imieniu podmiotu wykonującego działalność leczniczą za pośrednictwem rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, otrzymuje uprawnienia w RAM i zakłada konta podmiotu wykonującego działalność leczniczą, pracownika medycznego oraz osoby upoważnionej. Udzielenie upoważnienia następuje przez jego wytworzenie w RAM przez pracownika medycznego albo osobę upoważnioną, albo podmiot wykonujący działalność leczniczą za pomocą konta oraz jego podpisanie przez pracownika medycznego kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem osobi-

⁴⁶⁸ Dz. U. z 2019, poz. 1127 ze zm.

⁴⁶⁹ Dalej „RAM”

stym, podpisem zaufanym albo z wykorzystaniem sposobu potwierdzenia pochodzenia oraz integralności danych w postaci elektronicznej dostępnego w systemie teleinformatycznym udostępnionym bezpłatnie przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych. Szczegółowość RAM obejmuje następujące dane dotyczące pracownika medycznego: imię i nazwisko, numer prawa wykonywania zawodu, numer PESEL; dotyczące osoby upoważnionej: imię i nazwisko, numer PESEL, określenie zawodu medycznego, jaki wykonuje, i numer prawa wykonywania tego zawodu medycznego, jeżeli posiada, lub wskazanie, że jest osobą wykonującą czynności pomocnicze przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych, datę, od której wystawione upoważnienie obowiązuje; okres, na jaki udzielono upoważnienie; datę cofnięcia albo wygaśnięcia upoważnienia; określenie przyczyny cofnięcia albo wygaśnięcia upoważnienia oraz unikalny identyfikator upoważnienia nadany przez RAM. Co ciekawe z punktu widzenia funkcjonalności tego rejestru przepisy ustawy stanowią, że minister właściwy do spraw zdrowia udostępnia odpowiednio usługodawcom w odniesieniu do recept i skierowań lub Zakładowi Ubezpieczeń Społecznych w odniesieniu do zaświadczeń lekarskich raz dziennie, za pośrednictwem systemu teleinformatycznego, informacje objęte RAM a także datę ostatniej aktualizacji wpisu w RAM i przyczynę tej aktualizacji, w formie dokumentu elektronicznego, zapisanego w formacie XML oraz opatrzonego pieczęcią elektroniczną. ZUS, na podstawie udostępnionej informacji dokonuje weryfikacji, czy możliwe jest udostępnienie osobie upoważnionej możliwości wystawiania zaświadczeń lekarskich w formie dokumentu elektronicznego za pośrednictwem systemu teleinformatycznego udostępnionego bezpłatnie przez ZUS, i przekazuje wynik tej weryfikacji ministrowi właściwemu do spraw zdrowia przez wprowadzenie tego wyniku do RAM, za pośrednictwem systemu teleinformatycznego obsługującego ten rejestr, w formie dokumentu elektronicznego, zapisanego w formacie XML oraz opatrzonego pieczęcią elektroniczną. Upoważnienie do wystawiania zaświadczeń lekarskich obowiązuje od dnia otrzymania z ZUS informacji o pozytywnym wyniku weryfikacji albo od wprowadzonej przez wystawiającego zaświadczenie lekarskie daty obowiązywania upoważnienia do wystawiania zaświadczeń lekarskich w zależności, która z okoliczności nastąpi później. Upoważnienie do wystawiania recept i skierowań obowiązuje od dnia następującego po dniu jego udzielenia albo od wprowadzonej przez wystawiającego daty obowiązywania upoważnienia - w zależności, która z okoliczności nastąpi później. Informacje objęte RAM minister właściwy do spraw zdrowia także Narodowemu Funduszowi Zdrowia.

Proces autoryzacji personelu medycznego ma na celu upoważnienie pracownika medycznego oraz osoby upoważnionej do użycia kwalifikowanego podpisu elektronicznego, podpisu zaufanego, podpisu osobistego albo wykorzystania sposobu potwierdzania pochodzenia oraz integralności danych dostępnych w systemie teleinformatycznym udostępnionym bezpłatnie przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych do podpisywania: elektronicznej dokumentacji medycznej; wniosku o dostęp do danych umożliwiających pobranie z SIM elektronicznej dokumentacji medycznej lub danych z tych dokumentów; wniosku o dostęp do danych przetwarzanych w SIM umożliwiających wymianę między usługodawcami danych zawartych w elektronicznej dokumentacji medycznej. Do wykorzystania sposobu potwierdzenia pochodzenia oraz integralności danych w postaci elektronicznej dostępnego w systemie teleinformatycznym udostępnionym bezpłatnie przez ZUS nie jest konieczne uzyskanie upoważnienia wydanego przez ten podmiot do zaświadczeń lekarskich, w tym również przez osoby wykonujące inne zawody medyczne niż wskazane w art. 54 ust. 1 ustawy z dnia 25 czerwca 1999 r. *o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa*.

Ustawa z dnia 17 lutego 2005 r. *o informatyzacji działalności podmiotów realizujących zadania publiczne* przewiduje dla personelu medycznego uprawnienie związane z potwierdzaniem profilu zaufanego. Profil zaufany to środek identyfikacji elektronicznej zawierający zestaw danych identyfikujących i opisujących osobę fizyczną, która posiada pełną albo ograniczoną zdolność do czynności prawnych. Zgodnie z tą ustawą (art. 20c) potwierdzenia profilu zaufanego, które polega na weryfikacji zgodności danych zawartych we wniosku o jego wydanie ze stanem faktycznym, oraz unieważnienia profilu zaufanego dokonuje m.in. Narodowy Fundusz Zdrowia. NFZ może nadać uprawnienia do potwierdzania w swoim imieniu profilu zaufanego lekarzowi podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarkę podstawowej opieki zdrowotnej, położnej podstawowej opieki zdrowotnej realizującym zadania w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej dla świadczeniodawcy, który udziela świadczeń opieki zdrowotnej w ramach umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, oraz osobie zatrudnionej u tego świadczeniodawcy pod warunkiem, że co najmniej imię, nazwisko i numer PESEL tej osoby zostały przekazane do Narodowego Funduszu Zdrowia w ramach zawartej umowy. Osoba posiadająca uprawnienia do potwierdzania profilu zaufanego może potwierdzić profil zaufany wyłącznie świadczeniobiorcy, który w deklaracji wyboru, o której mowa w art. 10 ust. 1 ustawy z dnia 27 paź-

dziennika 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej wskazał świadczeniodawcę, w ramach którego działa osoba potwierdzająca profil zaufany.

W znowelizowanej ustawie z dnia 6 września 2001 roku *Prawo farmaceutyczne*⁴⁷⁰ zawarta została definicja recepty transgranicznej, która to recepta będzie równoważna funkcjonującej już w obrocie e-recepcie. Regulacje dotyczące recepty transgranicznej wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2021 roku. Według Prawa farmaceutycznego (art. 2pkt 35aa) receptą transgraniczną jest recepta na produkt leczniczy lub wyrób medyczny wystawiona przez osobę uprawnioną do wystawiania recept zgodnie z prawem państwa członkowskiego Unii Europejskiej lub państwa członkowskiego Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu⁴⁷¹ strony umowy o Europejskim Obszarze Gospodarczym, w którym recepta została wystawiona, podlegająca realizacji w innym państwie członkowskim Unii Europejskiej lub państwie członkowskim EFTA stronie umowy o Europejskim Obszarze Gospodarczym, zwanym dalej „państwem realizacji”, zgodnie z prawem tego państwa. Minister właściwy do spraw zdrowia zamieszcza na stronie podmiotowej Biuletynu Informacji Publicznej urzędu obsługującego tego ministra wykaz państw realizacji, które nie realizują recept transgranicznych wystawianych w postaci elektronicznej w innym państwie członkowskim Unii Europejskiej lub państwie członkowskim EFTA stronie umowy o Europejskim Obszarze Gospodarczym. Recepta krajowa i recepta transgraniczna uprawniają do wydania produktów leczniczych, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyrobów medycznych z apteki ogólnodostępnej przez farmaceutę lub technika farmaceutycznego w ramach jego uprawnień zawodowych na podstawie recepty. W przypadku recepty w postaci elektronicznej, produkty lecznicze, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyroby medyczne są wydawane na podstawie czterech sposobów identyfikacji odbiorcy: po udostępnieniu klucza dostępu do recepty lub pakietu recept. Wytworzenie klucza dostępu polega na tym, że w przypadku wystawienia recepty w postaci elektronicznej pacjent otrzymuje informację o wystawionej recepcie zawierającą następujące dane: numer składający się z czterdziestu czterech cyfr generowany w momencie zapisu recepty przez system teleinformatyczny, zwany właśnie „kluczem dostępu do recepty lub pakietu recept” albo po udostępnieniu numeru składającego się z czterech cyfr generowany w momencie zapisu recepty przez system teleinformatyczny umożliwiający dostęp do recepty w połączeniu z identyfikatorem usługo-

⁴⁷⁰ t.j. Dz. U. z 2020 r. poz. 944, zm. 1493.

⁴⁷¹ Dalej zamiennie „EFTA”

biorcy, zwany „kodem dostępu” - gdzie ponadto wymagane jest podanie numeru PESEL. Trzeci sposób to potwierdzenie obecności pacjenta przy użyciu certyfikatu potwierdzenia obecności, o którym mowa w ustawie z dnia 6 sierpnia 2010 r. *o dowodach osobistych*⁴⁷² albo po udostępnieniu danych niezbędnych do identyfikacji pacjenta, dla którego wystawiono receptę transgraniczną, wskazanych przez państwo realizacji i zamieszczanych na stronie podmiotowej Biuletynu Informacji Publicznej urzędu obsługującego ministra właściwego do spraw zdrowia. W przypadku awarii systemu, o którym mowa w art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. *o systemie informacji w ochronie zdrowia*, tj. Elektronicznej Platformy Gromadzenia, Analizy i Udostępnienia Zasobów Cyfrowych o Zdarzeniach Medycznych, produkty lecznicze, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyroby medyczne wydawane na podstawie recepty są wydawane na podstawie informacji o wystawionej receptce, po okazaniu dokumentu potwierdzającego tożsamość oraz złożeniu oświadczenia, że nie dokonano realizacji recepty, której dotyczy ta informacja.

Apteka ogólnodostępna oraz punkt apteczny mają obowiązek przekazać Krajowemu Punktowemu Kontaktowemu do spraw Transgranicznej Opieki Zdrowotnej lub oddziałowi wojewódzkiemu Narodowego Funduszu Zdrowia, o których mowa w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. *o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych*, na ich wniosek, dane dotyczące produktów leczniczych, wyrobów medycznych lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego, zakupionych przez wskazanych we wniosku pacjentów z innych niż Rzeczpospolita Polska państw członkowskich Unii Europejskiej lub państw członkowskich EFTA - stron umowy o Europejskim Obszarze Gospodarczym, oraz ich cen. Obowiązki Krajowego Punktu Kontaktowego (KPK) pełnić będzie od 1 stycznia 2021 r. jednostka podległa ministrowi właściwemu do spraw zdrowia, właściwa w zakresie systemów informacyjnych ochrony zdrowia, czyli Centrum Systemów Informatycznych Ochrony Zdrowia. Do zadań KPK należy: przygotowanie, testowanie, wdrożenie, uruchomienie i obsługa w zakresie wymiany recepty transgranicznej w postaci elektronicznej przez umożliwienie elektronicznego przesyłania danych między Rzeczpospolitą Polską a innymi państwami członkowskimi Unii Europejskiej lub państwami członkowskimi EFTA - stronami umowy o Europejskim Obszarze Gospodarczym w ramach świadczenia usług transgranicznej opieki zdrowotnej. Ponadto do KPK należy współpraca z Komisją Eu-

⁴⁷² t.j. Dz. U. z 2020 r. poz. 332, zm. 695, 875, 1517.

ropejską i krajowymi punktami kontaktowymi do spraw transgranicznej opieki zdrowotnej działającymi w innych państwach członkowskich Unii Europejskiej lub państwach członkowskich EFTA.

Obecnie funkcję KPK wypełnia NFZ. Zgodnie z przepisem art. 97a ustawy *o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych* w centrali Funduszu działa KPK. KPK i oddziały wojewódzkie Funduszu udzielają pacjentom z innych państw członkowskich UE lub EOG, na ich wniosek, niezbędnych informacji dotyczących: praw pacjenta uregulowanych na podstawie powszechnie obowiązujących przepisów prawa; świadczeniodawców, w odniesieniu do rodzajów wykonywanej działalności leczniczej; osób wykonujących zawody medyczne, w zakresie posiadania prawa do wykonywania zawodu oraz nałożonych ograniczeń w wykonywaniu tego prawa, na podstawie dostępnych rejestrów publicznych; obowiązujących na podstawie przepisów prawa standardów jakości i bezpieczeństwa świadczeń zdrowotnych oraz obowiązujących przepisów w zakresie oceny świadczeniodawców pod względem stosowania tych standardów i nadzoru nad świadczeniodawcami; posiadanych przez dany szpital udogodnień dla osób niepełnosprawnych; zasad dochodzenia roszczeń z tytułu wyrządzenia szkody lub krzywdy w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych przez podmiot wykonujący działalność leczniczą na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej oraz zasad i trybu ustalania odszkodowania lub zadośćuczynienia w przypadku zdarzeń medycznych, w rozumieniu ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. *o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta*. Na wniosek krajowych punktów kontaktowych do spraw transgranicznej opieki zdrowotnej działających w innych niż Rzeczpospolita Polska państwach członkowskich UE lub EOG KPK, we współpracy z oddziałami wojewódzkimi Funduszu, udziela niezbędnej pomocy w wyjaśnianiu zawartości rachunków i innych dokumentów wystawionych pacjentom z innych niż Rzeczpospolita Polska państw członkowskich UE lub EOG przez polskich świadczeniodawców, apteki i dostawców wyrobów medycznych. KPK kieruje do krajowych punktów kontaktowych do spraw transgranicznej opieki zdrowotnej, działających w innych niż Rzeczpospolita Polska państwach członkowskich UE lub EOG, zapytania dotyczące zawartości rachunków i innych dokumentów wystawionych przez podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych, apteki i dostawców wyrobów medycznych, działających na terytorium tych państw. Ponadto KPK i oddziały wojewódzkie Funduszu udzielają pacjentom informacji dotyczących niezbędnych elementów recepty transgranicznej.

W ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w ramach nowelizacji dodano art. 87a obejmujący obowiązek przekazywania danych związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych. Na mocy tego przepisu Zakład Ubezpieczeń Społecznych przekazuje do centrali Funduszu nieodpłatnie, w postaci elektronicznej, dane: osób, którym wypłacono zasiłek chorobowy z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa albo z ubezpieczenia społecznego z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych albo zasiłek opiekuńczy z tytułu konieczności osobistego sprawowania opieki nad chorym członkiem rodziny z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa obejmujące: numer PESEL, a w razie gdy nie nadano numeru PESEL - rodzaj, serię i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość, informacje o rodzaju wypłaconego świadczenia, osób pobierających rentę z tytułu niezdolności do pracy obejmujące: numer PESEL, a w razie gdy nie nadano numeru PESEL - rodzaj, serię i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość, symbol renty, informację, czy renta jest stała czy okresowa, numer PESEL, a w razie gdy nie nadano numeru PESEL - rodzaj, serię i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość, osób, którym przyznano jednorazowe odszkodowanie z ubezpieczenia społecznego z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych, osób skierowanych na rehabilitację leczniczą w ramach prewencji rentowej obejmujące: numer PESEL, a w razie gdy nie nadano numeru PESEL - rodzaj, serię i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość, rodzaj schorzenia uzasadniającego skierowanie na rehabilitację leczniczą oraz schorzenia współistniejącego, jeżeli takie zostało wskazane w orzeczeniu lekarza orzecznika lub komisji lekarskiej ZUS o potrzebie rehabilitacji leczniczej, ustalonych według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10, okres rehabilitacji leczniczej, osób, którym na podstawie przepisu art. 23 ustawy z dnia 30 października 2002 r.⁴⁷³ o ubezpieczeniu społecznym z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych przyznano świadczenia zdrowotne z zakresu stomatologii, szczyptę ochronnych lub wyrobów medycznych obejmujące: numer PESEL, a w razie gdy nie nadano numeru PESEL - rodzaj, serię i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość, informację, z jakiego zakresu jest świadczenie, wysokość świadczenia - w celu monitorowania stanu zdrowia i zapotrzebowania ubezpieczonych na świadczenia zdrowotne oraz leki i wyroby medyczne, a także dokonywania analiz przepływu środków publicznych przeznaczonych na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej. Centrala

⁴⁷³ t.j. Dz. U. 2019 r. poz. 1205

Funduszu jest obowiązana do udostępniania ministrowi właściwemu do spraw zdrowia oraz jednostce podległej ministrowi właściwemu do spraw zdrowia właściwej w zakresie systemów informacyjnych w ochronie zdrowia danych, o których mowa w ust. 1, w celu dokonywania analiz na rzecz systemu ochrony zdrowia.

W ustawie z dnia 17 lutego 2005 r. *o informatyzacji działalności podmiotów realizujących zadania publiczne* wprowadzono daleko idące zmiany związane z identyfikacją użytkownika i przekazywaniem dokumentów. Nowa regulacja nakłada na ministra właściwego do spraw informatyzacji obowiązek udostępniania oraz zapewnienia rozwój oprogramowania przeznaczonego dla urzędów mobilnych, zwanego „publiczną aplikacją mobilną”, pozwalającego w szczególności na pobranie, przechowywanie i prezentację dokumentów elektronicznych a także przekazywanie tych dokumentów między urządzeniami mobilnymi lub do systemów teleinformatycznych oraz weryfikację integralności i pochodzenia dokumentu elektronicznego. Minister właściwy do spraw informatyzacji - zamiennie „Minister IT” może udostępniać w publicznej aplikacji mobilnej funkcjonalność pozwalającą na: dostęp do usługi online obsługiwanej przy użyciu tej aplikacji; potwierdzenie udziału w usługach świadczonych na rzecz użytkownika tej aplikacji w określonym miejscu i czasie; korzystanie, przy użyciu urządzenia mobilnego, z certyfikatów zawartych w dowodzie osobistym z warstwą elektroniczną; wykorzystanie tej aplikacji w celu przekazywania danych w ramach usług świadczonych na rzecz użytkownika tej aplikacji. Minister IT zapewnia działanie systemu teleinformatycznego, który pozwala, przy użyciu publicznej aplikacji mobilnej, na pobranie dokumentu elektronicznego zawierającego dane osobowe użytkownika publicznej aplikacji mobilnej pobrane z rejestrów publicznych zawierającego dane dotyczące sytuacji prawnej użytkownika publicznej aplikacji mobilnej lub praw mu przysługujących, zawierającego dane umożliwiające identyfikację rzeczy związanej z użytkownikiem publicznej aplikacji mobilnej; stanowiącego kopię dokumentu urzędowego, który wydawany jest w postaci innej niż postać elektroniczna. Minister IT może zapewnić użytkownikowi publicznej aplikacji mobilnej możliwość posługiwania się certyfikatem stanowiącym poświadczenie elektroniczne pozwalające na potwierdzenie integralności i pochodzenia dokumentu elektronicznego; potwierdzenie lub przekazanie danych osobowych tego użytkownika. Minister IT zapewnia również stosowanie mechanizmów, które pozwalają na potwierdzenie integralności i pochodzenia danych dokumentu elektronicznego. Mocą ustawy użytkowanie publicznej aplikacji mobilnej jest z założenia bezpłatne i dobrowolne. Przepisy przewidują, że użytkowanie publicznej aplikacji mo-

bilnej jest możliwe po uprzednim uwierzytelnieniu użytkownika w systemie teleinformatycznym. Nowelizacja dokonana na podstawie ustawy o e-zdrowiu upoważnia ministra właściwego do spraw informatyzacji do zawarcia porozumienia w sprawie wykorzystywania publicznej aplikacji mobilnej i systemu teleinformatycznego, z podmiotem, o którym mowa w art. 2 ustawy o informatyzacji działalności podmiotów realizujących zadania publiczne, na potrzeby zadań realizowanych przez ten podmiot⁴⁷⁴. Porozumienie określa warunki wykorzystywania publicznej aplikacji mobilnej oraz systemu teleinformatycznego a w szczególności zawiera odpowiednio określenie dokumentu elektronicznego oraz zakresu zawartych w nim danych, certyfikatu, w tym zakresu zawartych w nim danych; cel i zakres wykorzystywania publicznej aplikacji mobilnej oraz systemu teleinformatycznego; warunki organizacyjne i techniczne wykorzystania publicznej aplikacji mobilnej oraz systemu teleinformatycznego.

Powyższe ustalenia dotyczące wykorzystania określonych rozwiązań technicznych osadzonych w przepisach prawa znajdują zastosowanie w unormowaniach dotyczących realizacji uprawnień związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych.

Na podstawie art. 19a. *ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych* świadczenia opieki zdrowotnej w szpitalach, świadczenia specjalistyczne w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej oraz stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne inne niż szpitalne są udzielane każdego dnia w godzinach udzielania tych świadczeń, zgodnie z harmonogramem przyjęć prowadzonym przez świadczeniodawcę, który zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Świadczeniodawca umieszcza w harmonogramie przyjęć świadczeniobiorcę, wyznaczając termin udzielenia świadczenia. Harmonogram przyjęć stanowi integralną część dokumentacji medycznej prowadzonej przez świadczeniodawcę i jest prowadzony w postaci elektronicznej. Cytowana ustawa zakłada, że NFZ może w określonych sytuacjach dokonywać wpisów i wykreśleń w harmonogramie przyjęć prowadzonym w formie elektro-

⁴⁷⁴ Zob. ustawa z dnia 17 lutego 2005 r. o informatyzacji działalności podmiotów realizujących zadania publiczne - art. 2. 1. (...) przepisy ustawy stosuje się do realizujących zadania publiczne określone przez ustawy: 1) organów administracji rządowej, organów kontroli państwowej i ochrony prawa, sądów, jednostek organizacyjnych prokuratury, a także jednostek samorządu terytorialnego i ich organów, 2) jednostek budżetowych i samorządowych zakładów budżetowych, 3) funduszy celowych, 4) samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej oraz spółek wykonujących działalność leczniczą w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej, 5) Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego, 6) Narodowego Funduszu Zdrowia, 7) państwowych lub samorządowych osób prawnych utworzonych na podstawie odrębnych ustaw w celu realizacji zadań publicznych, 8) uczelni, 9) federacji podmiotów systemu szkolnictwa wyższego i nauki, 9a) instytutów badawczych, 9b) instytutów działających w ramach Sieci Badawczej Łukasiewicz, 9c) jednostek organizacyjnych tworzonych przez Polską Akademię Nauk, 10) Polskiej Komisji Akredytacyjnej, 11) Rady Doskonałości Naukowej - zwanych dalej „podmiotami publicznymi”.

nicznej aplikacji. Zgodnie bowiem z art. 190 ust 1a *ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej* w przypadku świadczeń opieki zdrowotnej, do których dostępność, mierzona średnim czasem oczekiwania, jest znacznie utrudniona, minister właściwy do spraw zdrowia określić wykaz świadczeń gwarantowanych, w przypadku których harmonogramy przyjęć są prowadzone przez świadczeniodawców udzielających tych świadczeń w aplikacji udostępnionej przez Prezesa Funduszu. O dokonanych wpisach i wykreśleniach Fundusz niezwłocznie zawiadamia świadczeniodawcę.

Odpowiednio do harmonogramów przyjęć usługą świadczoną w formule elektronicznej są skierowania umożliwiające realizację prawa do świadczeń zdrowotnych. Zgodnie z art. 59aa. *ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych* skierowanie jest wystawiane w postaci papierowej albo w postaci elektronicznej. Co do zasady skierowania są wystawiane w postaci papierowej jedynie w trzech przypadkach: braku dostępu do systemu teleinformatycznego, o którym mowa w art. 7 *ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia*, tj. do Elektronicznej Platformy Gromadzenia, Analizy i Udostępnienia Zasobów Cyfrowych o Zdarzeniach Medycznych, wystawienia skierowania dla osoby o nieustalonej tożsamości oraz skierowania wystawianego przez lekarza, o którym mowa w art. 9 ust. 2 *ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty*⁴⁷⁵ albo pielęgniarkę i położną, o których mowa w art. 24 ust. 1 *ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej*,⁴⁷⁶ tj. osoby będące obywatelem państwa członkowskiego Unii Europejskiej, które posiadają prawo do wykonywania zawodu w innym niż Rzeczpospolita Polska państwie członkowskim Unii Europejskiej i czasowo i okazjonalnie wykonują zawód na terytorium RP.

Skierowanie zawiera numer identyfikujący, który jest nadawany przez system teleinformatyczny usługodawcy. Skierowania elektroniczne zapisuje się i przechowuje w SIM a jego treść zapisana w SIM nie może być zmieniana. Świadczeniobiorca otrzymuje informację o wystawionym skierowaniu zawierającą m.in. następujące dane: numer składający się z czterdziestu czterech cyfr generowany w momencie zapisu skierowania przez system teleinformatyczny, o którym mowa w art. 7 *ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia*, umożliwiający dostęp do skierowania, zwany dalej „kluczem dostępu do skierowania”; numer składający się z czterech cyfr generowany w momencie zapisu skierowania przez system teleinforma-

⁴⁷⁵ t.j. Dz. U. z 2020 r. poz. 514, zm. 567, 1291, 1493.

⁴⁷⁶ t.j. Dz. U. z 2020 r. poz. 562, zm. 567, 945, 1493.

tyczny, o którym mowa w art. 7 ustawy *o systemie informacji w ochronie zdrowia*, umożliwiającą dostęp do skierowania w połączeniu z identyfikatorem usługobiorcy, zwanym kodem dostępu. Informację, o skierowaniu świadczeniobiorca otrzymuje na wskazany w systemie informacji w ochronie zdrowia, o którym mowa w ustawie o systemie informacji w ochronie zdrowia, adres poczty elektronicznej, numer telefonu, w postaci wiadomości tekstowej, zawierającej co najmniej kod dostępu oraz informację o konieczności podania numeru PESEL, jeżeli dotyczy. Informacja o wystawionym skierowaniu może zawierać fotokody, w tym kody QR, oraz komunikaty nadawane przez system teleinformatyczny. Co ważne informacja o wystawionym skierowaniu nie może zawierać żadnych innych niż określone w ustawie treści, w szczególności o charakterze reklamy. Stosownie do formy skierowania świadczeniobiorca (pacjent) zobowiązany jest w przypadku świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych na podstawie skierowania, dostarczyć świadczeniodawcy oryginał skierowania w postaci papierowej, nie później niż w terminie 14 dni roboczych od dnia dokonania wpisu na listę oczekujących, pod rygorem skreślenia z listy oczekujących, albo udostępnić świadczeniodawcy, przed dokonaniem wpisu na listę oczekujących na udzielenie świadczenia klucz dostępu albo kod dostępu oraz numer PESEL, a w przypadku jego braku - serię i numer paszportu lub innego dokumentu potwierdzającego tożsamość.

Prawo do świadczeń opieki zdrowotnej może zostać potwierdzone na podstawie dokumentu elektronicznego, o którym mowa w art. 3 pkt 2 ustawy z dnia 17 lutego 2005 r. *o informatyzacji działalności podmiotów realizujących zadania publiczne*, tj. stanowiącego odrębną całość znaczeniową zbioru danych uporządkowanych w określonej strukturze wewnętrznej i zapisanego na informatycznym nośniku danych, sporządzonego, na podstawie numeru PESEL, przez Fundusz dla świadczeniodawcy lub niebędącej świadczeniodawcą osoby uprawnionej w rozumieniu art. 2 pkt 14 ustawy *o refundacji i przesłanego za pomocą środków komunikacji elektronicznej* w rozumieniu art. 2 pkt 5 ustawy z dnia 18 lipca 2002 r. *o świadczeniu usług drogą elektroniczną*⁴⁷⁷ z zapewnieniem integralności i poufności zawartych w nim danych oraz uwierzytelnieniem stron uprawnionych do przetwarzania tych danych.

Z kolei pacjent może wykazać swoją tożsamość bez konieczności okazywania dokumentów jeżeli potwierdzi swoją tożsamość przy użyciu dokumentu elektronicznego, o którym mowa w art. 19e ust. 2 pkt 1 ustawy *o informatyzacji działalności podmiotów*

⁴⁷⁷ t.j. Dz. U. z 2020 r. poz. 344.

realizujących zadania publiczne przez okazanie tego dokumentu na ekranie urządzenia mobilnego osobie stwierdzającej tożsamość.

Art. 12 ust 1 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. *o systemie informacji w ochronie zdrowia* wskazuje na określone funkcjonalności IKP. IKP umożliwia usługobiorcom lub ich przedstawicielom ustawowym uzyskiwania informacji o prawie do świadczeń opieki zdrowotnej, kwocie środków publicznych wydatkowanych na sfinansowanie świadczeń opieki zdrowotnej, wysokości płaconej przez nich składki na ubezpieczenie zdrowotne, wystawionych zaświadczeniach lekarskich, o których mowa w art. 55 ust. 1 ustawy z dnia 25 czerwca 1999 r. *o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa*,⁴⁷⁸ wybranym świadczeniodawcy udzielającym świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, lekarzu podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarce podstawowej opieki zdrowotnej lub położnej podstawowej opieki zdrowotnej, liczbie oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej, średnim czasie oczekiwania na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej oraz pierwszym wolnym terminie udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej, usługodawcy i udzielanych przez niego świadczeniach opieki zdrowotnej, wycofanych z obrotu produktach leczniczych lub wyrobach medycznych, profilaktyce i zdrowym trybie życia. Nadto IKP umożliwia usługobiorcom lub ich przedstawicielom ustawowym składania oświadczeń o upoważnieniu osoby do dostępu do dokumentacji medycznej, o którym mowa w art. 26 ust. 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. *o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta* oświadczeń o wyrażeniu zgody na udzielanie informacji, o której mowa w art. 9 ust. 3 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, lub o jej wycofaniu oraz składanie oświadczeń o wyrażeniu zgody na udzielenie określonych świadczeń zdrowotnych lub o jej odmowie. Za pośrednictwem IKP usługobiorca może dokonać wyboru lekarza na podstawie deklaracji wyboru, o których mowa w art. 10 ust. 1 ustawy z dnia 27 października 2017 r. *o podstawowej opiece zdrowotnej* składać wnioski o wydanie Europejskiej Karty Ubezpieczenia Zdrowotnego (EKUZ). IKP umożliwia również składanie wniosków i skarg. IKP umożliwia pozyskanie danych o pacjencie lekarzom, lekarzom denty stom, pielęgniarkom, położnym, felczerom, starszym felczerom, fizjoterapeutom, farmaceutom, technikom farmaceutycznym oraz osobom wykonującym czynności pomocnicze przy udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej pozyskiwania informacji, o których mowa. Ponadto za pośrednictwem IKP możliwe jest za-

⁴⁷⁸ t.j. z 2020 r. poz. 870.

pewnienie usługobiorcom uczestnictwa w badaniach ankietowych w zakresie jakości opieki zdrowotnej oraz realizację recept transgranicznych.

Dostęp do IKP następuje za pośrednictwem systemu teleinformatycznego, po uwierzytelnieniu usługobiorcy, jego przedstawiciela ustawowego lub osoby przez niego upoważnionej w sposób określony w art. 20a ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 17 lutego 2005 r. *o informatyzacji działalności podmiotów realizujących zadania publiczne*. Dostęp do IKP, w pełnym lub ograniczonym zakresie funkcjonalności, może być zapewniany przez ministra właściwego do spraw zdrowia za pośrednictwem publicznej aplikacji mobilnej.

9. Podsumowanie

Zakładana powszechna dostępność realizacji zadań publicznych drogą elektroniczną wymusi konieczność dynamicznego zwiększania udziału automatycznego (tj. bez udziału człowieka) dostępu do zasobów informacyjnych administracji publicznej w procesach realizacji tych zadań. Dostrzeżono fakt, że najnowsze technologie informacyjne oparte na wykorzystaniu metod i narzędzi informatyki i telekomunikacji stworzyły warunki do zwiększenia udziału obywateli w procesach informacyjnych państwa. W szczególności uznano, że nowoczesne, demokratyczne państwo, powinno opierać się na otwartym (informacyjnie) i przejrzystym funkcjonowaniu administracji publicznej oraz aktywnym, świadomym swoich praw udziale obywateli w procesach informacyjnych państwa, w tym również w dozwolonych prawem procesach decyzyjnych.

Upowszechnianie się bezprzewodowego Internetu, sieci komputerowych i technologii informatycznych zmieniło możliwości realizacji określonych usług. Łatwiejsza wymiana informacji dzięki nowym, przenośnym technologiom informacyjnym ma wpływ na dynamikę zawierania i przeprowadzania działalności biznesowej. Komunikacja mobilna jest uznawana za najszybciej zaadaptowaną przez społeczeństwo technologię, którą jednocześnie większość użytkowników uznało za niezastąpioną. Istotnym elementem technologii informacyjnych, łączących mobilność z łatwością przenoszenia danych, jest technologia chmury (*cloud computing*). Jej działanie oparto na dostarczaniu takiej infrastruktury sieciowej szerokiej grupie użytkowników, która udostępnia automatycznie skalowalny zasób przestrzeni dyskowej. Dzięki łatwości dostępu do treści i ich współdzielenia chmura umożliwia jeszcze prostsze tworzenie systemów o wspólnych zasobach. Jest dostępna z każdego urządzenia wyposażonego w odpowiednie oprogramowanie, mającego dostęp do Internetu. Technologia chmury umożliwia więc znacznie sprawniejsze przechowywanie i dystrybuowanie bardzo dużych zasobów informacji, bez konieczności zapewniania fizycznej przestrzeni dyskowej. Samo pojęcie fizycznego posiadania produktów ulega jeszcze dalej posuniętym transformacjom. Technologie mobilne coraz częściej służą do konsultacji lekarskich na odległość, monitoringu parametrów zdrowia u pacjentów z chorobami przewlekłymi. Pozwalają wstępnie ocenić stan chorego, przypominają o regularnym zażywaniu leków. Zdrowotne aplikacje mobilne często dostępne są bezpłatnie, jednak równie często zachowują wysoki poziom merytoryczny i edytorski. Aplikacje mogą pełnić funkcję przewodnika w określonym zakresie profilaktyki lub leczenia pacjenta a także dostarczać mu podstawowej wiedzy.

Organizacja usług publicznych jest obecnie wspomagane przez systemy informacyjne. Są to: Systemy Zarządzania Bazami Danych (DBMS) jako integralna część pozostałych systemów, Systemy Informacji Geograficznej (GIS), Informatyczne Systemy Zarządzania (MIS), Systemy Wspomagające Decyzje (DSS) oraz Systemy Ekspertowe (ES). Baza danych to zbiór rekordów zawierających informację o z góry określonej strukturze. Oznacza to, że każdy rekord jest podobny do pozostałych pod względem zawartych w nim kategorii informacji i jednocześnie różni się od innych rekordów zawartą w nim informacją. Zarządzanie ogromną ilością danych stworzyło pojęcie big data określanego przez model 4V. Akronim „4V” to akronim odwołujący się do dużej objętości danych (ang. *volume*) dużej zmienności danych (ang. *velocity*) oraz dużej ich różnorodności (ang. *variety*) oraz wartości (ang. *value*) uwzględniający dużą wartość danych, przy czym chodziło nie tyle o wartość pojedynczych danych, lecz przede wszystkim o wartość wyników prowadzonych analiz z użyciem nowych metod. Przykładem tworzenia podsystemu zbierania i wykorzystywania dużej ilości danych jest procedowany od końca października 2019 roku projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie szczegółowego zakresu danych zdarzenia medycznego przetwarzanego w systemie informacji oraz sposobu i terminów przekazywania tych danych do Systemu Informacji Medycznej.

Agregacja dużych ilości danych ma sens w przypadku, kiedy ich zasób jest wykorzystywany w jak najszerszym zakresie i wielu aspektach funkcjonowania struktur publicznych. Na ten postulat odpowiada regulacja dotycząca ponownego wykorzystania danych. Zgodnie z art. 2 ustawy *o ponownym wykorzystywaniu informacji sektora publicznego* przez informację sektora publicznego należy rozumieć każdą treść lub jej część, niezależnie od sposobu utrwalenia, w szczególności w postaci papierowej, elektronicznej, dźwiękowej, wizualnej lub audiowizualnej, będącą w posiadaniu podmiotów sektora finansów publicznych *sensu largo*. Zgodnie z cytowaną ustawą przez ponowne wykorzystywanie należy rozumieć wykorzystywanie przez osoby fizyczne, osoby prawne i jednostki organizacyjne nieposiadające osobowości prawnej, informacji sektora publicznego, w celach komercyjnych lub niekomercyjnych innych niż pierwotny publiczny cel, dla którego informacja została wytworzona. Ponownym wykorzystywaniem w rozumieniu ustawy nie jest udostępnianie lub przekazanie informacji sektora publicznego przez podmiot wykonujący zadania publiczne innemu podmiotowi wykonującemu zadania publiczne wyłącznie w celu realizacji takich zadań.

Postulat efektywności i sprawności ściśle łączy się z włączaniem technologii ICT w obszarze usług publicznych. Pod nazwą „zasada efektywności” może kryć się umownie szereg innych zasad, takich jak zasada sprawności, szybkości, skuteczności lub ekonomiczności działań administracji publicznej”. Informacja jest jednym ze środków społecznego oddziaływania. Administracja publiczna zajmuje centralne miejsce w społecznym systemie informacyjnym.

J. Supernat dzieli „informacyjne instrumenty działania administracji publicznej” na: indywidualne informacje w postaci odpowiedzi na nie inspirowane pytania, informacje w postaci odpowiedzi na inspirowane pytania, bezpośrednie powiadamianie oraz na instrumenty generalne: informacje ukryte (zakodowane), gotowe informacje standardowe oraz propagandę (public relations/marketing społeczny). W korzystaniu z informacji istotna jest także pomoc w znalezieniu uwierzytelnionego partnera, od którego można by się uczyć (benchmarking dotyczy tego, jak porównujemy się, a benchlearning - czego uczymy się od siebie nawzajem).

ICT są traktowane jako narzędzie mogące służyć urzeczywistnianiu idei proponowanych w programach z zakresu e-zdrowia. Stosowanie nowoczesnych technik ma przyczynić się do wzmożenia efektywności w osiąganiu celów zdrowotnych, ale także umożliwiać zmniejszanie wydatków. Bardzo poważnym problemem w efektywnym stosowaniu ICT w sektorze zdrowotnym była i jest możliwość współpracy różnych systemów, co jest osiągalne tylko poprzez wprowadzanie standardów. Z instytucjonalnego punktu widzenia wyróżniano cztery rodzaje standardów: urzędowe standardy, których stosowanie jest obowiązkowe, normy nieobowiązkowe, standardy dotyczące własności definiowane przez wytwórców (przemysł), standardy otwarte. Koncepcja Systemu Monitorowania Usług Publicznych zakłada umożliwienie dostępu do danych oraz porównywanie świadczenia usług publicznych w formule benchmarkingu dla j.s.t. o zbliżonej charakterystyce. System będzie adresowany zarówno do dostawców jak i odbiorców usług publicznych. Zakłada się, że korzystać będą z niego przedsiębiorcy, administracja publiczna, społeczeństwo, organizacje obywatelskie, a także środowiska naukowe i eksperckie. Uruchomienie systemu ma przyczynić się do podniesienia jakości zarządzania w administracji publicznej oraz zainicjować zmiany prawne w obszarze działania podmiotów odpowiedzialnych za zapewnienie usług publicznych.

Kluczową dla rozwoju środowisk ICT w ochronie zdrowia jest ustawa z 19 lipca 2019 r. *o zmianie niektórych ustaw w związku z wdrażaniem rozwiązań w obszarze e-zdrowia*, dalej ustawa o e-zdrowiu. Celem przedmiotowej ustawy jest wprowadzenie

rozwiązań, które przyczyniają się m.in. do uproszczeń w zakresie ordynacji produktów leczniczych oraz wyrobów medycznych, unifikacji e-recepty z receptą transgraniczną, stworzenia narzędzi wspomagających lekarzy w określaniu poziomu refundacji określonych produktów leczniczych w przypadku ich ordynowania na podstawie recepty w postaci elektronicznej oraz do sukcesywnej informatyzacji ochrony zdrowia. Przedmiotowa regulacja obejmuje znaczącą część podmiotów tworzących system ochrony zdrowia oraz ma zasięg populacyjny.

Istotne jest, że wskazana ustawa upoważnia ministra właściwego do spraw informatyzacji do wdrożenia w publicznej aplikacji mobilnej funkcjonalności pozwalającej na: dostęp do usługi *on-line* obsługiwanej przy użyciu tej aplikacji; potwierdzenie udziału w usługach świadczonych na rzecz użytkownika tej aplikacji w określonym miejscu i czasie; korzystanie, przy użyciu urządzenia mobilnego, z certyfikatów zawartych w dowodzie osobistym z warstwą elektroniczną; wykorzystanie tej aplikacji w celu przekazywania danych w ramach usług świadczonych na rzecz użytkownika tej aplikacji. Minister IT zapewnia działanie systemu teleinformatycznego, który pozwala, przy użyciu publicznej aplikacji mobilnej, na pobranie dokumentu elektronicznego zawierającego dane osobowe użytkownika publicznej aplikacji mobilnej pobrane z rejestrów publicznych zawierającego dane dotyczące sytuacji prawnej użytkownika publicznej aplikacji mobilnej lub praw mu przysługujących, zawierającego dane umożliwiające identyfikację rzeczy związanej z użytkownikiem publicznej aplikacji mobilnej; stanowiącego kopię dokumentu urzędowego, który wydawany jest w postaci innej niż postać elektroniczna. Minister IT może zapewnić użytkownikowi publicznej aplikacji mobilnej możliwość posługiwania się certyfikatem stanowiącym poświadczenie elektroniczne pozwalające na potwierdzenie integralności i pochodzenia dokumentu elektronicznego; potwierdzenie lub przekazanie danych osobowych tego użytkownika. Minister IT zapewnia również stosowanie mechanizmów, które pozwalają na potwierdzenie integralności i pochodzenia danych dokumentu elektronicznego. Mocą ustawy użytkowanie publicznej aplikacji mobilnej jest z założenia bezpłatne i dobrowolne. Przepisy przewidują, że użytkowanie publicznej aplikacji mobilnej jest możliwe po uprzednim uwierzytelnieniu użytkownika w systemie teleinformatycznym.

Ustawa o e-zdrowiu upoważnia ministra właściwego do spraw informatyzacji do zawarcia porozumienia w sprawie wykorzystywania publicznej aplikacji mobilnej i systemu teleinformatycznego, z podmiotem, o którym mowa w art. 2 ustawy o informatyzacji działalności podmiotów realizujących zadania publiczne, w tym samorząd

województwa, na potrzeby zadań realizowanych przez ten podmiot. Porozumienie określa warunki wykorzystywania publicznej aplikacji mobilnej oraz systemu teleinformatycznego a w szczególności zawiera odpowiednio określenie dokumentu elektronicznego oraz zakresu zawartych w nim danych, certyfikatu, w tym zakresu zawartych w nim danych; cel i zakres wykorzystywania publicznej aplikacji mobilnej oraz systemu teleinformatycznego; warunki organizacyjne i techniczne wykorzystania publicznej aplikacji mobilnej oraz systemu teleinformatycznego.

Powyższe ustalenia dotyczące wykorzystania określonych rozwiązań technicznych osadzonych w przepisach prawa znajdują zastosowanie w unormowaniach dotyczących realizacji uprawnień związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych.

V. Optymalizacja modelu ochrony zdrowia. Technologie informacyjno-komunikacyjne jako instrument zmian w jakości usług publicznych w ochronie zdrowia

1. Regulacja normatywna optymalizacji usług publicznych w ochronie zdrowia w oparciu o technologie informacyjno-komunikacyjne

Współczesna doktryna prawa wypracowała nowe teoretyczne modele administracji publicznej. Była to odpowiedź na analizę stanu realizacji dotychczasowych funkcji publicznych, oczekiwań społecznych oraz próba dalszej optymalizacji działań administracji. Warto przeanalizować wybrane koncepcje, gdyż ich założenia są wdrażane przy okazji redystrybucji środków pomocowych UE oraz opierają się na wykorzystywaniu nowych technologii ICT.

Współczesne modele administrowania bazują na wiedzy oraz silnie akcentują kwestie jakości usługi administrowania. Warto w tym miejscu przedstawić założenia kilku wiodących koncepcji. Znanym modelem zmieniającym dotychczasowe założenia administrowania jest New Public Management⁴⁷⁹ - nowe zarządzanie publiczne, jest to rynkowo - menedżerski model zarządzania ukształtowany na podobieństwo modelu zarządzania w sektorze prywatnym⁴⁸⁰. New Public Management nie jest narzędziem poznawczym nauki administracji, ale jest to praktyczna koncepcja administracji publicznej. Zmiany objęte nim związane są z przekształceniami administracji publicznej, skutkującymi dehierarchizacją administracji publicznej. New Public Management należy więc rozumieć jako całościowy projekt szeroko zakrojonych zmian, zmierzających do zasadniczego przeorientowania administracji publicznej. Rozwój NPM nastąpił w latach 80. XX w. głównie w krajach anglosaskich: Wielkiej Brytanii, Kanadzie, Australii, Nowej Zelandii. Innowacja nowego zarządzania publicznego polega na zmianie orientacji zarządzania organizacji publicznych z nakładów i procedur na osiągnięcie wyników, a także wykorzystywaniu zarządzania strategicznego i wprowadzeniu mechanizmów i instrumentów rynkowych. Wiąże się z tym wdrożenie menedżerskiego zarządzania w jednostce samorządu terytorialnego, które oznacza zastosowanie profesjonalnych metod nakierowanych na podniesienie jakości działania. Celem reform sektora publicznego dokonywanych w oparciu o założenia NPM jest zwiększenie gospodarno-

⁴⁷⁹ Określane dalej jako „NPM”

⁴⁸⁰ Zob. E. Młodzik Założenia koncepcji New Public Management, Współczesne Problemy Ekonomiczne nr 11 (2015), Zeszyty Naukowe nr 858, Uniwersytet Szczeciński, s.185-193.

ści, skuteczności i jakości świadczonych usług. Realizacja tego celu ma zostać osiągnięta m. in. poprzez: zorientowanie organizacji publicznych na osiąganie wyników, wykorzystanie planowania i zarządzania strategicznego, tworzenie konkurencyjnych warunków w świadczeniu usług publicznych, zorientowanie działań na klienta, wprowadzenie mierników i standardów usług, rozdzielenie ról nabywcy i dostawcy usług, depolityzację zarządzania poprzez rozdział polityki publicznej od zarządzania operacyjnego. Nakierowanie na osiąganie wyników oznacza dynamiczne działania zmierzające do uzyskania realnych, korzystnych dla wspólnoty przemian. Będzie to możliwe dzięki zmianie mentalności, sposobu myślenia pracowników samorządowych, sprawnemu kierowaniu zmierzającemu do osiągnięcia długotrwałych korzyści, oderwanych od zaspokajania jednostkowych interesów. Tworzenie konkurencyjnych warunków w świadczeniu usług publicznych jest związane z obranym przez jednostkę samorządową kierunkiem rozwoju określonym w strategii. Rozwój wynikający z planowania strategicznego wpłynie na dostosowanie dotychczasowych warunków do zmian zachodzących na rynku komunalnym. Intensywność przemian może osłabić możliwości jednostek samorządu terytorialnego związane z wykonywaniem zadań publicznych. Powiązanie to ma podwójny charakter. Z jednej strony rozwój lokalny spowoduje konieczność zwiększenia podaży różnych usług komunalnych. Ograniczone zaplecze osobowe i techniczne podmiotów komunalnych wpłynie na powierzenie części zadań podmiotom niepublicznym już istniejącym i działającym na lokalnym rynku. Z drugiej strony rozwój przedsiębiorczości spowoduje powstanie nowych podmiotów, które będą mogły w przyszłości odciążyć samorządy w wykonywaniu zadań publicznych. Powstanie nowych podmiotów zdolnych świadczyć usługi publiczne będzie szczególnie ważne dla tych jednostek samorządowych, na terenie których takie podmioty nie istnieją. W takim przypadku jednym z celów strategii może być stworzenie przyjaznych warunków dla pobudzania przedsiębiorczości, która będzie bazą dla zastosowania kontraktowania usług. Zorientowanie działań na klienta może przyczynić się do poprawy jakości usług oraz ich lepszego dostosowania do zróżnicowanych potrzeb. Jednak zależy to od zapewnienia konsumentowi wyboru dostawcy usług. Spełnienie tego warunku jest możliwe w ograniczonym zakresie, ze względu na istnienie rynków monopolistycznych lub quasi – rynków organizowanych przez władze samorządowe. W tej sytuacji odbiorcy usług mogą wpływać na poprawę ich jakości w sposób pośredni poprzez wyrażanie opinii. Wprowadzenie mierników i standardów usług związane jest z opracowaniem przez jednostkę samorządu terytorialnego wytycznych, w oparciu o które podmioty je dostarczające

będą świadczyć usługi o takim samym zakresie i jakości. Dzięki temu zostaną ujednolicone parametry działania, w oparciu o które jednostka samorządowa może zdecydować czy świadczyć usługi samodzielnie czy dokonać ich kontraktacji. Jest to podstawa do określenia, czy przekazanie wykonania zadania w konkretnym przypadku przyniesie społeczności wymierne korzyści. Mierzalność zadania pozwala porównać koszty ponoszone przez samorząd z ewentualnymi kosztami podmiotu prywatnego. Mierzalność jest także istotna w przeprowadzaniu kontroli wykonywania zadania publicznego przez podmiot prywatny. Rozdzielenie ról nabywcy i dostawcy polega na wyborze przez jednostkę samorządu terytorialnego podmiotu spoza sektora publicznego, który gwarantuje dostarczanie usług w czasie, na jaki została zawarta umowa o wykonywanie zadania publicznego. Niewystarczające środki finansowe, przeciążenie zadaniowe powoduje, że jednostka samorządu terytorialnego nie zawsze może wykonywać zadania publiczne w sposób optymalny. Podmiot niepubliczny często działa bliżej mieszkańców i dzięki temu ma szansę na odczytanie ich realnych, aktualnych potrzeb. Gwarancja obejmuje także dostarczanie usług na określonym poziomie. Celem takiego postępowania jest dążenie do obniżenia kosztów usług i elastycznego dostosowywania się usług do zmieniającego się zapotrzebowania ich odbiorców. Depolityzacja zarządzania oznacza oddzielenie zarządzania sektorem publicznym od nacisków politycznych, eliminację wpływu decyzji politycznych na rozwój gospodarczy jednostek samorządowych, podejmowanie niejednokrotnie niepopularnych wśród społeczeństwa decyzji, ale nakierowanych na osiągnięcie zyskowych dla wspólnoty celów. Mogą one zostać osiągnięte dzięki współpracy następujących po sobie grup rządzących, które traktowałyby współpracę ze sobą jako podejmowaną dla dobra wspólnego, a nie dla realizacji swych doraźnych interesów.

Kolejnym teoretycznym modelem administracji jest koncepcja „Good governance” - „dobre rządzenie” jest to koncepcja odnosząca się do działania administracji publicznej, która powstała w latach 90. XX wieku⁴⁸¹. Pojęcie to odnosi się do funkcjonowania administracji i władz politycznych na wszystkich poziomach władzy oraz włączania w procesy decyzyjne grup interesów oraz organizacji społecznych i pozarządowych. Zgodnie z Białą Księgą Komisji Europejskiej⁴⁸² do cech dobrego rządzenia należy zali-

⁴⁸¹ Zob. szerzej: P. J. Suwaj, Governance, good governance, public integrity i przeciwdziałanie patologiom we współczesnej administracji publicznej, s 83 i n., w: Administracja publiczna w III RP. Dwie dekady doświadczeń, red. M. Mazuryk, S. Jaśkiewicz, Warszawa - Siedlce 2011.

⁴⁸² European governance - A white paper, COM/2001/0428 final, Official Journal 287, 12/10/2001 P. 0001 - 0029

czyć otwartość, uczestnictwo, przejrzystość, efektywność oraz zgodność. Otwartość oznacza dostępność do instytucji publicznych i procesów podejmowania decyzji. Uczestnictwo związane jest ze wzrostem zaufania społecznego wobec instytucji oraz wzrostem udziału społeczeństwa w procesach politycznych. Przejrzystość dotyczy jasnego podziału ról i klarownych powiązań instytucji w procesach legislacyjnych i wykonawczych. Efektywność oznacza zaś skuteczną realizację celów na podstawie oceny dotychczasowych doświadczeń i prognozy przyszłych wydarzeń. Zgodność - oznacza spójność polityki i podejmowanych działań. Good governance oznacza poprawę jakości tworzenia i wdrażania instrumentów regulacyjnych i legislacyjnych, wzmacnianie standardów i postaw etycznych w życiu publicznym i administracji publicznej, poprawę funkcjonowania wymiaru sprawiedliwości, poprawę jakości kadr administracji rządowej i samorządowej oraz promowanie dialogu i partnerstwa pomiędzy zainteresowanymi instytucjami⁴⁸³. Good governance uwzględnia poprawę jakości funkcjonowania instytucji publicznych oraz rozbudowę mechanizmów partnerstwa poprzez wspieranie działań sprzyjających modernizacji polskiego systemu instytucjonalno-regulacyjnego oraz rozwijanie i wzmacnianie partnerskiego modelu współpracy administracji, partnerów społecznych oraz organizacji pozarządowych.⁴⁸⁴ Wśród wielu definicji good governance istnieją takie elementy, które są dla nich wspólne. Należy do nich zaliczyć: efektywność rządów - zdolność władz publicznych i administracji do podejmowania działania w oparciu o kryteria efektywności, sprawiedliwości i oszczędnego realizowania polityk publicznych, w tym dostosowanie skali interwencji publicznej do rzeczywistych potrzeb społecznych⁴⁸⁵. W pojęciu efektywność rządu mieści się więc zapewnienie podstawowych usług społecznych, podnoszenia poziomu życia mieszkańców i likwidowania ubóstwa, zapewnienie rozwoju gospodarczego w celu walki z biedą, zagwarantowanie równych szans dla wszystkich obywateli, rozwój zasobów ludzkich w społeczeństwie, zapewnienie ochrony socjalnej i polityki zatrudnienia, ochrona przyrody i zrównoważonego rozwoju itd. Komponent ten obejmuje także posiadanie

⁴⁸³ A. Podgórnjak-Krzykacz, Wpływ governance i good governance na strukturę administracji samorządowej *Acta Universitatis Lodzianis Folia Oeconomica* 3 (321), 2016, s. 115-130.

⁴⁸⁴ A. Zakrzewska-Półtorak, Możliwości poprawy skuteczności administracji publicznej w kontekście założeń polityki spójności Unii Europejskiej na lata 2014–2020, w: E. Pancer-Cybulska, E. Szostak (red.) *Polityka spójności w okresie 2014–2020 a rozwój regionów Europy*, Prace naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu nr 227 *Research Papers of Wrocław University of Economics*, Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu, Wrocław 2011, s. 107-117.

⁴⁸⁵ Zob. *Koncepcja good governance - Refleksje do dyskusji*, Ministerstwo Rozwoju Regionalnego Departament Koordynacji Polityki Strukturalnej, Warszawa, wrzesień 2008, publ. http://www.cnz.eurokreator.eu/dokumenty/Koncepcja_Good_Governance.pdf, (dostęp 16.08.2020 r.).

przez urzędników odpowiednich kwalifikacji, kompetencji regulacyjnych, a także dotyczy uczciwej administracji i przeciwdziałania zjawiskom korupcyjnym; rozwój gospodarki - zdolność do tworzenia wysokiej jakości polityk gospodarczych, które dają gwarancję funkcjonowania wolnego rynku, stabilność makroekonomiczną, zapewniają wzrost gospodarczy itp. Rozwój gospodarki jest związany z przestrzeganiem i skutecznym egzekwowaniem praw własności oraz zawartych kontraktów, likwidowaniem niepotrzebnych ciężarów administracyjnych, utrudniających rozwój gospodarczy, w tym regulacyjnych, liberalizację handlu, otwartością na zagranicznych inwestorów, prywatyzację przedsiębiorstw państwowych, zapewnieniem skutecznego systemu podatkowego i polityki długu publicznego itp.; demokratyzacja gwarantuje przejrzystość funkcjonowania władz publicznych i administracji, możliwość uczestnictwa w pracach administracyjnych na zasadach odpowiedniej reprezentatywności i pluralizmu obywateli, w tym organizacji społecznych i pozarządowych. Komponent ten obejmuje także szeroko rozumianą demokratyzację zarządzania, przestrzeganie praw człowieka, praw mniejszości, rozliczalność władz publicznych i administracji, zapewnienie konsensusu społecznego i rozwiązywania konfliktów między sprzecznymi interesami społecznymi. Ponadto obejmuje on decentralizację i wprowadzanie zasad demokracji na szczeblu lokalnym oraz cywilną kontrolę nad siłami zbrojnymi (i zmniejszanie wydatków na obronność). Omawiany aspekt good governance łączy się z zapewnieniem stabilizacji politycznej w kraju, w tym gwarantowanie pokoju i bezpieczeństwa mieszkańców. Dobre rządzenie uwzględnia w szerszy sposób kontekst społeczny w reformowaniu administracji publicznej⁴⁸⁶. Obejmuje demokratyczny i efektywny system rządzenia, skutecznie działające instytucje publiczne, odpowiednią jakość usług publicznych oraz umiejętność dostosowywania się do nowych potrzeb społecznych. Zgodnie z tą koncepcją obywatele powinni być traktowani jak współkreatorzy wspólnego dobra, współdecydujący w rozwiązywaniu problemów, które są im powierzane. Obywatele powinni być traktowani jako partnerzy, organizatorzy działań. Aspektem good governance jest dobra administracja, która nie dotyczy wyłącznie rozwiązań prawnych, ale także działania opartego na jakości organizacji i zarządzania, odwołującego się do efektywności i sprawności, wychodzenia naprzeciw potrzebom społeczeństwa. Dobra administracja powinna chronić interesy publiczne, zarządzać ze szczególną starannością własnością publiczną, działać w oparciu o wymogi budżetowe oraz zwalczać wszelkie po-

⁴⁸⁶P. Feczko Governance a jawność działania samorządu terytorialnego, s. 201- 211. w: Jawność w samorządzie terytorialnym, red. B. Dolnicki, LEX Wolters Kluwer Polska, 2015.

staci korupcji. Działanie administracji samorządowej powinno opierać się na przestrzeganiu przepisów prawa, w tym uchwalonego 6 września 2001 r. przez Parlament Europejski Europejskiego Kodeksu Dobrej Praktyki Administracyjnej⁴⁸⁷, z którego wynika prawo jednostki do dobrej administracji, zasady i zakazy dotyczące podejmowanych działań przez urzędników. Good governance w odniesieniu do samorządu terytorialnego opiera się na zasadzie subsydiarności (pomocniczości), która z jednej strony zapobiega zbyt daleko idącej ingerencji państwa w funkcjonowanie społeczeństwa. Jej istotą jest dążenie do jak najbardziej racjonalnego podziału władzy pomiędzy szczeble jej struktury, oparte na kryterium efektywności. Z drugiej jednak strony oparcie się na sieciowym charakterze powiązań pomiędzy podmiotami, które w różny sposób wpływają na działanie wspólnoty samorządowej rodzi potrzebę wyważenie ich interesów. Szczególnego znaczenia nabiera pomocniczość horyzontalna, która opiera się na współdziałaniu obywateli i instytucji publicznych. Jej celem jest usprawnienie dobra publicznego. Obywatele mają prawo prowadzić działalność ukierunkowaną na interes ogólny bez obowiązku ubiegania się o zezwolenie władz publicznych, a jej prowadzenie musi być przez władze publiczne popierane. Good governance opiera się na zasadzie jawności, która dotyczy działania wszystkich jednostek samorządowych. Z zasady tej wynika prawo obywateli do uzyskiwania informacji, wstępu na sesje organu i posiedzenia komisji, dostępu do dokumentów wynikających z wykonywania zadań publicznych, protokołów posiedzeń organów samorządowych (art. 11b ustawy z 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym, art. 8a ustawy z 5 czerwca 1998 r. o samorządzie powiatowym, art. 15a ustawy z 5 czerwca 1998 r. o samorządzie województwa). Prawo do uzyskiwania informacji przysługuje każdemu i dotyczy każdej informacji o sprawach publicznych, chyba że na podstawie przepisów prawo to podlega ograniczeniu - rozdział I ustawy z 6 września 2001 r. o dostępie do informacji publicznej. W polskim samorządzie terytorialnym funkcjonują więc przejawy koncepcji good governance, które w celu zapewnienia ich skuteczności powinny być pogłębiane, poddawane monitoringowi i procesowi dostosowywania do zmieniających się warunków funkcjonowania administracji samorządowej. Kolejną, istotną ze względu na zakres prowadzonych badań, koncepcją zarządzania publicznego jest koncepcja „multi-level governance”⁴⁸⁸, termin tłumaczony jako zarządzanie wielo-

⁴⁸⁷ Zob. Decyzja w sprawie Kodeksu Dobrej Praktyki Administracyjnej, Dz.U.UE.C.2011.285.3; <https://www.prawo.pl/akty/dz-u-ue-c-2011-285-3,68066835.html>, (dostęp 18.08.2020 r.).

⁴⁸⁸ Zob. S. Pazos-Vidal, *Subsidiarity and EU Multilevel Governance Actors, Networks and Agendas*, Routledge Studies on Government and the European Union Edited by Andy Smith, University of Bordeaux, France, 2019, s. 23-37.

poziomowe, wielopasmowe, wieloszczeblowe rządzenie, to koncepcja, która jest określana w ujęciu szerszym i węższym. W ujęciu węższym oznacza, że działania publiczne są wykonywane w warunkach zdecentralizowanych państwowych systemów politycznych, które jednocześnie podlegają procesowi ponadnarodowej integracji polityczno - gospodarczej. Analiza procesów politycznych dotyczy działań przynajmniej trzech poziomów władzy publicznej - ponadnarodowego, państwowego, samorządowego. W ujęciu szerszym multi-level governance wskazuje na obecność w procesie politycznym nie tylko podmiotów publicznych, ale także różnorodnych sieci, źródeł lobbingu, które wywierają wpływ na działanie całego systemu. Multi-level governance charakteryzuje się zacieraniem różnic między funkcjami zewnętrznymi i wewnętrznymi państwa. Wspólnotę polityczną, która dotychczas była utożsamiana z państwem narodowym, charakteryzuje przenikanie się kompetencji na różnych poziomach. W ich realizacji uczestniczą różne podmioty i struktury: struktury ponadnarodowe, samorząd terytorialny, organizacje obywatelskie i gospodarcze. Państwo zaczyna dzielić określone kompetencje tradycyjnie uważane za wyłączne pomiędzy różne podmioty. Multi-level governance związane jest z procesami decentralizacji władzy, powiązanymi z właściwym umocowaniem kompetencyjnym samorządu terytorialnego. W celu zapewnienia jak największej efektywności realizowanych zadań należy przeprowadzić zmiany kompetencyjne, służące uporządkowaniu właściwości i zakresu odpowiedzialności poszczególnych jednostek administracji publicznej w zgodzie z zasadą subsydiarności. Koncepcja multi-level governance opisuje zmieniające się relacje pomiędzy różnymi podmiotami, usytuowanymi na różnych poziomach systemu politycznego i w różnych sektorach, działającymi w ramach systemu politycznego. Zakłada większą otwartość instytucji publicznych względem obywateli, poddanie się ich stałemu nadzorowi, wewnętrzną przejrzystość, zbliżenie zasad, jakimi kieruje się administracja do tych, jakie obowiązują w biznesie. Władze publiczne powinny cechować dobrowolnie udzielona legitymacja polityczna, efektywne, otwarte, odpowiedzialne i audytowane struktury administracji i władzy, decentralizacja i podział władzy, udział społeczeństwa w wykonywaniu funkcji publicznych (poprzez organizacje obywatelskie), dyscyplina budżetowa. Partnerstwo publiczno - prywatne. Władza skupiona w centralnych ośrodkach państwowych ulega dyfuzji w kierunku organizmów ponadnarodowych, samorządu terytorialnego, społeczeństwa obywatelskiego, niezależnych struktur globalnego rynku. Powstające sieci są od siebie niezależne, ale pozostają w interakcjach, często o charakterze negocjacyjnym. Kwestia kluczową przy wyborze któregoś z modeli teoretycznych jest zapewnienie peł-

nego, weryfikowalnego przepływu danych uczestników procesów administrowania, dostarczenie niezbędnych informacji, tutaj technologie informatyczne są nieocenionym wsparciem.

Przyjmując konsekwentnie założenie, że zasady przyjęte przez Konstytucję RP znajdują zastosowanie do każdej aktywności legislacyjnej państwa oraz muszą być uwzględnione w tworzeniu propozycji zmian legislacyjnych zostaną poddane analizie w dalszej części rozwiązania, które umożliwiają, zgodnie z zasadą pomocniczości na sformułowanie postulatu reorganizacji ochrony zdrowia w oparciu o rozwiązania e-zdrowia. Stąd podjęta analizie poddane zostaną regulacje prawne wybranych agencji państwowych.

1.1. Zadania Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji

Realizacja celu, jakim jest podniesienie efektywności realizacji usług publicznych w sferze ochrony zdrowia przy użyciu technologii informacyjno-komunikacyjnych wymaga dokonania podziału kompetencyjnego pomiędzy podmioty władzy publicznej. Odpowiedzialność za bezpośrednią realizację zadań związanych z organizacją i udzielaniem świadczeń zdrowotnych, zgodnie z zasadą pomocniczości, spoczywać powinna na jednostkach samorządu terytorialnego. Jest to przedmiotem dalszych badań. Przygotowanie i usystematyzowanie instrumentów prawnych oraz rozwiązań technologicznych powinno znajdować się w kompetencji władz publicznych i wydzielonych podmiotów administracji ochrony zdrowia. Założenie to daje asumpt do prawnej analizy kompetencji wybranych agencji państwowych.

Na mocy ustawy z dnia 25 czerwca 2009 roku *o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz ustawy o cenach*⁴⁸⁹ Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (dalej „AOTMiT”) uzyskała status państwowej jednostki organizacyjnej posiadającej osobowość prawną. Zmianie uległa struktura organizacyjna Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji. Na czele Agencji stoi Prezes i swoje zadania wykonuje przy pomocy Wiceprezesa. Na mocy rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 18 sierpnia 2009 *w sprawie nadania statutu AOTMiT*⁴⁹⁰ Agencja składa się z 10 komórek organizacyjnych. Zadania AOTMiT to m. in.: opracowywanie raportów w sprawie oceny świadczeń opieki zdrowotnej oraz przygotowywanie analiz weryfikacyjnych agencji w sprawie oceny leku, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wyrobu medycznego. Agencja ta wydaje rekomendacje Prezesa w zakresie zakwalifikowania danego świadczenia opieki zdrowotnej jako świadczenia gwarantowanego⁴⁹¹ wraz z określeniem poziomu lub sposobu jego finansowania; niezasadności zakwalifikowania danego świadczenia opieki zdrowotnej jako świadczenia gwarantowanego; usunięcia danego świadczenia opieki zdrowotnej z wykazu świadczeń gwarantowanych; zmiany poziomu lub sposobu finansowania świadczenia gwarantowanego; objęcia refundacją danego leku, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wyrobu medycznego; niez-

⁴⁸⁹ Dz. U. 2009, Nr 118, poz. 989

⁴⁹⁰ Dz. U. 2009, Nr 133, poz. 1102.

⁴⁹¹ Zgodnie z art. 5 pkt 35 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych świadczenie gwarantowane to świadczenie opieki zdrowotnej finansowane w całości lub współfinansowane ze środków publicznych na zasadach i w zakresie określonych w ustawie;

sadności objęcia refundacją danego leku, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wyrobu medycznego. Agencja wydaje opinie w sprawie projektów programów zdrowotnych ministrów i jednostek samorządu terytorialnego. Przy Prezesie Agencji działa Rada Przejrzystości oraz Rada do spraw Taryfikacji. Rada Przejrzystości pełni funkcję opiniodawczo-doradczą. Członków Rady Przejrzystości powołuje minister właściwy do spraw zdrowia. Kadencja członka Rady Przejrzystości trwa 6 lat. Zgodnie z ustawą o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w skład Rady Przejrzystości wchodzi 10 osób posiadających doświadczenie, uznany dorobek oraz co najmniej stopień naukowy doktora nauk medycznych lub dziedzin pokrewnych, lub innych dziedzin odpowiednich dla przeprowadzenia oceny świadczeń opieki zdrowotnej, w tym etyki; 4 przedstawicieli Ministra Zdrowia; 2 przedstawicieli Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia; 2 przedstawicieli Prezesa Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych oraz 2 przedstawicieli Rzecznika Praw Pacjenta.

Spośród członków Rady Przejrzystości przed każdym posiedzeniem wyłaniany jest dziesięcioosobowy Zespół, którego skład ustalany jest w drodze losowania, w taki sposób, aby każdy z podmiotów - Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia, Prezes Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych, Rzecznik Praw Pacjenta - miał swojego przedstawiciela w Zespole. Szczegółowy tryb pracy Rady Przejrzystości określa regulamin pracy uchwalany przez Radę i zatwierdzany przez Prezesa Agencji. Do zadań Rady Przejrzystości należy przygotowywanie i przedstawianie stanowisk w sprawie zakwalifikowania lub niezasadności zakwalifikowania świadczenia opieki zdrowotnej jako świadczenia gwarantowanego wraz z określeniem poziomu lub sposobu jego finansowania, objęcia refundacją i ustalenia urzędowej ceny zbytu leku, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wyrobu medycznego; usunięcia danego świadczenia opieki zdrowotnej z wykazu świadczeń gwarantowanych; zasadności wydawania zgód na refundację leków w ramach importu docelowego; zmiany poziomu lub sposobu finansowania świadczenia gwarantowanego; zmiany technologii medycznej⁴⁹². Rada wydaje opinie o projektach

⁴⁹² Zgodnie z art. 5 pkt 42b ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej technologia medyczna to leki, urządzenia, procedury diagnostyczne i terapeutyczne stosowane w określonych wskazaniach, a także organizacyjne systemy wspomagające.

Technologię medyczną można też zdefiniować jako zastosowanie gałęzi wiedzy do celów praktycznych. Technologię medyczną można zatem określić jako dowolną „interwencję, którą można wykorzystać do promowania zdrowia, profilaktyki, diagnozowania lub leczenia chorób bądź do rehabilitacji lub opieki długoterminowej. Obejmuje to leki, urządzenia, procedury i systemy organizacyjne stosowane w opiece

programów zdrowotnych przekazanych przez ministrów i jednostki samorządu terytorialnego; w sprawie zalecanych technologii medycznych, działań przeprowadzanych w ramach programów polityki zdrowotnej oraz warunków realizacji tych programów, dotyczących danej choroby lub danego problemu zdrowotnego; w zakresie kwalifikacji do wspólnej lub utworzenia odrębnej grupy limitowej; związanych z uchycieniem decyzji o objęciu refundacją leku, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wyrobu medycznego; dotyczących objęcia refundacją leku w zakresie wskazań do stosowania lub dawkowania, lub sposobu podawania odmiennych niż określone w Charakterystyce Produktu Leczniczego. Opracowywanie zaleceń dla wnioskodawców (wskazujących na pożądane elementy przyszłych wniosków; zaleceń ujmowanych w wytycznych dla projektowania i realizacji programów polityki zdrowotnej). Przy Prezesie agencji działa również Rada do spraw Taryfikacji, która pełni funkcję opiniodawczo-doradczą. Członków Rady do spraw Taryfikacji powołuje Minister Zdrowia. Kadencja członka Rady do spraw Taryfikacji trwa 6 lat. Zgodnie z ustawą o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w skład Rady do spraw Taryfikacji wchodzi dziesięciu członków, w tym trzech członków spośród osób zgłoszonych przez reprezentatywne organizacje świadczeniodawców oraz dwóch członków zgłoszonych przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. Zadania Rady do spraw Taryfikacji (art. 31sa ust. 2 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej) to opiniowanie planu taryfikacji agencji, metodyki taryfikacji świadczeń; prowadzenie konsultacji w sprawie taryfy z konsultantami krajowymi, przedstawicielami ogólnopolskich towarzystw naukowych, przedstawicielami organizacji świadczeniodawców, przedstawicielami organizacji społecznych działających na rzecz praw pacjentów, innymi podmiotami lub osobami, których udział w konsultacjach jest istotny w ocenie Rady do spraw Taryfikacji dla ustalenia taryfy świadczeń; wydawanie stanowisk w sprawie ustalenia taryfy świadczeń.

Zgodnie z art. 48 aa ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych agencja, z własnej inicjatywy lub z inicjatywy ministra właściwego do spraw zdrowia, dokonuje okresowej weryfikacji założeń zgromadzonych projektów programów polityki zdrowotnej i na podstawie tej weryfikacji przygotowuje raport w sprawie zalecanych technologii medycznych, działań przeprowadzanych w ramach programów polityki zdrowotnej oraz warunków realizacji tych programów,

zdrowotnej” – na podstawie ‘What is Health Technology Assessment (HTA)?’ Retrieved 11 February, 2016, from <http://www.inahta.org/>, (dostęp 18.08.2020 r.).

dotyczących danej choroby lub danego problemu zdrowotnego. Raport jest przygotowywany na podstawie kryteriów, o których mowa w przepisie art. 31a ust.1⁴⁹³, cytowanej wyżej ustawy oraz po zasięgnięciu opinii konsultantów w ochronie zdrowia lub innych ekspertów z poszczególnych dziedzin medycyny, w szczególności odpowiednich dla danej choroby lub danego problemu zdrowotnego. Prezes Agencji niezwłocznie przekazuje raport Radzie Przejrzystości, która na jego podstawie opinię w sprawie zalecanych technologii medycznych, działań przeprowadzanych w ramach programów polityki zdrowotnej oraz warunków realizacji tych programów, dotyczących danej choroby lub danego problemu zdrowotnego.

Prezes Agencji, biorąc pod uwagę tą opinię wydaje rekomendację w sprawie zalecanych technologii medycznych, działań przeprowadzanych w ramach programów polityki zdrowotnej oraz warunków realizacji tych programów, dotyczących danej choroby lub danego problemu zdrowotnego. Również minister właściwy do spraw zdrowia może zlecić Prezesowi agencji opracowanie i wydanie rekomendacji dotyczącej danej choroby lub danego problemu zdrowotnego. Prezes Agencji wydaje rekomendację w terminie 4 miesięcy od dnia otrzymania zlecenia. Rekomendacje zawierają opis choroby lub problemu zdrowotnego uwzględniający epidemiologię, rekomendowane i nie-rekomendowane technologie medyczne, działania przeprowadzane w ramach programów polityki zdrowotnej skierowane do określonej populacji docelowej oraz warunki

⁴⁹³ Zgodnie z art. 31a ust 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych podstawą zakwalifikowania świadczenia opieki zdrowotnej jako świadczenia gwarantowanego (...) jest jego ocena uwzględniająca następujące kryteria:

- 1) wpływ na poprawę zdrowia obywateli przy uwzględnieniu:
 - a) priorytetów zdrowotnych określonych w przepisach (...),
 - b) wskaźników zapadalności, chorobowości lub śmiertelności określonych na podstawie aktualnej wiedzy medycznej;
- 2) skutki następstw choroby lub stanu zdrowia, w szczególności prowadzących do:
 - a) przedwczesnego zgonu,
 - b) niezdolności do samodzielnej egzystencji w rozumieniu przepisów o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych,
 - c) niezdolności do pracy w rozumieniu przepisów o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych,
 - d) przewlekłego cierpienia lub przewlekłej choroby,
 - e) obniżenia jakości życia;
- 3) znaczenie dla zdrowia obywateli, przy uwzględnieniu konieczności:
 - a) ratowania życia i uzyskania pełnego wyzdrowienia,
 - b) ratowania życia i uzyskania poprawy stanu zdrowia,
 - c) zapobiegania przedwczesnemu zgonowi,
 - d) poprawiania jakości życia bez istotnego wpływu na jego długość;
- 4) skuteczność kliniczną i bezpieczeństwo;
- 5) stosunek uzyskiwanych korzyści zdrowotnych do ryzyka zdrowotnego;
- 6) stosunek kosztów do uzyskiwanych efektów zdrowotnych;
- 7) skutki finansowe dla systemu ochrony zdrowia, w tym dla podmiotów zobowiązanych do finansowania świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych.

realizacji programów polityki zdrowotnej, dotyczące danej choroby lub danego problemu zdrowotnego; wskazanie dowodów naukowych; wskazanie opcjonalnych technologii medycznych i aktualnego stanu ich finansowania ze środków publicznych na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej; określenie wskaźników służących do monitorowania i ewaluacji. Rekomendacje podlegają aktualizacji nie rzadziej niż co 5 lat.

1.2. Zadania Agencji Badań Medycznych

Szczególną rolę w wykorzystaniu danych medycznych w celu rozwoju medycyny oraz dziedzin pokrewnych lub związanych z medycyną odgrywa nowa instytucja publiczna- Agencja Badań Medycznych. W dniu 21 lutego 2019 roku przyjęta została ustawa o *Agencji Badań Medycznych*⁴⁹⁴ (dalej „ustawa o ABM”). Ustawa powołuje kolejną państwową osobę prawną, do realizacji zadań publicznych określonych w ustawie, obejmujących rozwój badań medycznych i wdrożenia wypracowanych rozwiązań. Struktura organizacyjna agencji jest podobna do struktury większości agencji państwowych. Na jej czele stoi prezes powoływany przez ministra do spraw zdrowia, w drodze konkursu, na sześcioletnią kadencję, którą można jednorazowo ponowić. Prezes Agencji Badań Medycznych (dalej „ABM”) wykonuje swoje zadania przy pomocy zastępców, których może być nie więcej niż trzech. Ustawa o ABM stawia wysokie wymagania co do kwalifikacji zawodowych jakie musi posiadać prezes oraz jego zastępcy (art. 7 ustawy o ABM). Działania prezesa i jego zastępców wspiera Rada ABM jako organ opiniotwórczy. W skład Rady wchodzi od 15 do 20 członków powoływanych i odwoływanych przez ministra właściwego do spraw zdrowia. Członków Rady w liczbie nie większej niż ośmiu wskazuje minister właściwy do spraw zdrowia. Pozostałych członków Rady minister właściwy do spraw zdrowia powołuje spośród kandydatów, których zgłaszają: minister właściwy do spraw szkolnictwa wyższego i nauki; minister właściwy do spraw gospodarki, Minister Obrony Narodowej, minister właściwy do spraw wewnętrznych, minister właściwy do spraw finansów publicznych, Konferencja Rektorów Akademickich Uczelni Medycznych, dyrektorzy instytutów badawczych nadzorowanych przez ministra właściwego do spraw zdrowia, Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia, Prezes Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, dyrektor jednostki podległej ministrowi właściwemu do spraw zdrowia właściwej w zakresie monitorowania jakości świadczeń zdrowotnych oraz organizacje, do których celów statutowych należy ochrona praw pacjenta.

Do zadań Rady należy m.in. wyrażanie opinii w sprawach perspektywicznych kierunków działalności Agencji oraz dotyczących bieżącego prowadzenia działalności.

Celem działalności ABM jest wspieranie działalności innowacyjnej w ochronie zdrowia, ze szczególnym uwzględnieniem rozwoju niekomercyjnych badań klinicznych.

⁴⁹⁴ Dz. U. z 2019 r. poz. 447, zm. z 2020 r. poz. 567.

Działalność Agencji polega na dofinansowaniu badań naukowych i prac rozwojowych w dziedzinie nauk medycznych i nauk o zdrowiu oraz projektów interdyscyplinarnych wyłonionych w drodze konkursu, ze szczególnym uwzględnieniem badań klinicznych, obserwacyjnych i epidemiologicznych; wydawaniu opinii i ekspertyz w dziedzinie nauk medycznych i nauk o zdrowiu na rzecz organów administracji publicznej lub innych podmiotów w wyniku realizacji zawartych umów; inicjowaniu i rozwijaniu współpracy międzynarodowej w dziedzinie nauk medycznych i nauk o zdrowiu na podstawie przygotowywanych programów, inicjowaniu i realizacji własnych badań naukowych i prac rozwojowych. Do zadań Agencji w zakresie działalności określonej w ustawie należy tworzenie i zarządzanie programami, na podstawie których będą dofinansowywane projekty, w tym projekty interdyscyplinarne. ABM odpowiada za przygotowanie i wdrażanie programów, które ustawa o ABM określa mianem instrumentu realizacji zadań wyznaczającym strategiczne cele w zakresie rozwoju innowacji w obszarze ochrony zdrowia i obejmującym działania niezbędne do ich osiągnięcia oraz definiującym w sposób mierzalny oczekiwane efekty. W ramach programów ABM realizuje projekty, które stanowią przedsięwzięcia mające na celu wykonanie zadań agencji. Realizacja projektu następuje w określonym czasie i przy odpowiednim zabezpieczeniu środków na realizację projektu. Projekty obejmują badania naukowe w rozumieniu art. 4 ust. 2 ustawy z dnia 20 lipca 2018 r. *Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce* w dziedzinie nauk medycznych i nauk o zdrowiu lub badanie interdyscyplinarne łączące co najmniej dwie dziedziny nauki, z których jedna to dziedzina nauk medycznych i nauk o zdrowiu. Projekty mogą również obejmować prace rozwojowe przez które należy przez to rozumieć prace rozwojowe w rozumieniu art. 4 ust. 3 ustawy *Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce*. Realizacja projektów następuje poprzez wyłonienie realizatora - beneficjenta w drodze konkursu na podstawie złożonego wniosku - ustawa zawiera określenie trybu wyłonienia projektu wybranego do dofinansowania i środki odwoławcze. Do ABM należy dofinansowanie projektów niekomercyjnych badań klinicznych oraz dofinansowywanie projektów, w tym projektów interdyscyplinarnych, zgodnych z programem, wyłonionych w drodze konkursu; organizacja i finansowanie badań naukowych lub prac rozwojowych ad hoc w dziedzinie nauk medycznych i nauk o zdrowiu, ze szczególnym uwzględnieniem badań klinicznych, obserwacyjnych i epidemiologicznych, w tym projektów interdyscyplinarnych; upowszechnianie efektów zrealizowanych zadań wspieranie przedsiębiorstw w prowadzeniu i rozwijaniu działalności innowacyjnej w dziedzinie nauk medycznych i nauk o zdrowiu oraz projektów interdyscyplinarnych. Przy wyborze

projektów ocenie podlegają następujące kryteria: wartość naukowa projektu; wpływ projektu na poprawę zdrowia obywateli, przy uwzględnieniu konieczności ratowania życia i uzyskania pełnego wyzdrowienia, ratowania życia i uzyskania poprawy stanu zdrowia, zapobiegania przedwczesnemu zgonowi, poprawiania jakości życia; innowacyjność projektu; przewidywane efekty ekonomiczne; możliwość zastosowania wyników projektu w systemie ochrony zdrowia.

Istotnym jest, że realizacja zadań ABM odbywa się na podstawie danych, w tym danych osobowych niezbędnych dla realizacji określonych badań naukowych, w tym takich jak numer PESEL osoby uczestniczącej w badaniu naukowym lub pracy rozwojowej lub świadczeniobiorcy w rozumieniu art. 2 ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych a w przypadku jego braku – rodzaj, serię i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość; numer kodu pocztowego adresu miejsca zamieszkania osoby uczestniczącej w badaniu naukowym lub pracy rozwojowej lub świadczeniobiorcy; informacji o świadczeniach finansowanych ze środków publicznych udzielonych na podstawie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych lub na podstawie badania naukowego finansowanego przez ABM.

W zakresie danych osobowych ABM ma prawo dostępu do danych gromadzonych przez Narodowy Fundusz Zdrowia oraz do baz danych dotyczących świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, prowadzonych przez podmioty inne niż Narodowy Fundusz Zdrowia, w tym do rejestrów medycznych, o których mowa w ustawie z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia.

Przepis art. 17 ustawy o ABM określa podmioty, które mogą wziąć udział w konkursach organizowanych przez agencję. Są to wybrane podmioty określone w ustawie Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce, Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego, o którym mowa w ustawie z dnia 13 września 2018 r. o Centrum Medycznym Kształcenia Podyplomowego⁴⁹⁵, podmioty lecznicze, dla których podmiotem tworzącym jest publiczna uczelnia medyczna albo uczelnia prowadząca działalność dydaktyczną i badawczą w dziedzinie nauk medycznych, albo Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego, a także przedsiębiorcy mający status centrum badawczo-rozwojowego w rozumieniu art. 17 ust. 2 ustawy z dnia 30 maja 2008 r. o niektórych formach wspierania działalności innowacyjnej⁴⁹⁶. Nabór wniosków oraz realizacja innych ustawo-

⁴⁹⁵ Dz. U. z 2018 r. poz. 2024, zm. z 2020 r. poz. 1086.

⁴⁹⁶ t.j. Dz. U. z 2019 r. poz. 1402, zm. z 2020 r. poz. 568.

wych zadań ABM wykonuje przy użyciu systemu teleinformatycznego, w rozumieniu przepisu art. 3 pkt 3 ustawy z dnia 17lutego 2005 r. o informatyzacji działalności podmiotów realizujących zadania publiczne. Zadania przewidziane ustawą ABM realizuje również na zlecenie innych podmiotów. Zgodnie z art. 25 ustawy o ABM prezes Rady Ministrów, minister właściwy do spraw zdrowia, minister właściwy do spraw rolnictwa, Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia, Prezes Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, Prezes Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych i dyrektor jednostki podległej ministrowi właściwemu do spraw zdrowia właściwej w zakresie monitorowania jakości świadczeń zdrowotnych mogą wystąpić do agencji z inicjatywą prowadzenia badania naukowego w zakresie działalności agencji. Podmioty te mogą udzielić dofinansowania agencji na rzecz prowadzenia zainicjowanego przez nich badania naukowego na podstawie umowy zawartej z ABM.

Przepis art. 25 ustawy o ABM umożliwia analizę problemów przedstawionych przez organy współkształtujące system ochrony zdrowia, poprzez działalność naukową i falsyfikację naukową przedstawionych tez badawczych. Może to być i jest w zamyśle ustawodawcy instrument włączenia rozwiązań naukowych, opartych na analizie rzeczywistych danych medycznych do udoskonalania praktycznych rozwiązań w zmieniającym się systemie ochrony zdrowia. Ustawa o ABM w art. 28 ustanawia źródła przychodów agencji - gdzie oprócz dotacji celowej i podmiotowej z budżetu państwa na finansowanie zadań ustawowych i pokrycie kosztów bieżących, agencja pozyskuje środki z odpisu, o którym mowa w art. 97 ust. 3e ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, na realizację i finansowanie niekomercyjnych badań klinicznych. Ponadto ABM może pozyskać środki m.in. z budżetu Unii Europejskiej, międzynarodowych programów badawczych, odsetek od wolnych środków przekazanych w depozyt zgodnie z przepisami o finansach publicznych oraz komercjalizacji wyników badań naukowych i prac rozwojowych. Agencja jest uprawniona, za zgodą Prezesa Rady Ministrów oraz ministra właściwego do spraw zdrowia, do tworzenia spółek, obejmowania lub nabywania udziałów w spółkach i akcji spółek mających siedzibę na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej lub za granicą, w związku z działalnością badawczą Agencji. Agencja może prowadzić działalność gospodarczą w zakresie: świadczenia usług doradczych i eksperckich; organizowania konferencji, zjazdów, sympozjów i innych przedsięwzięć o charakterze szkoleniowym lub informacyjnym;

działalności wydawniczej; komercjalizacji wyników badań naukowych i prac rozwojowych oraz organizacji lub prowadzenia badań naukowych i prac rozwojowych.

2. Rola jednostek samorządu terytorialnego w funkcjonowaniu modelu ochrony zdrowia na przykładzie samorządu województwa w kontekście wdrażania rozwiązań e-zdrowia.

2.1. Zadania samorządu województwa w ochronie zdrowia

Konstytucyjnoprawne i prawnomiędzynarodowe uwarunkowania sytuują samorząd terytorialny, jako ważny oraz trwały element struktury organizacyjnej nowoczesnego państwa, którego pozycję w systemie władz publicznych dookreśla przede wszystkim ustawodawca zwykły. Samorząd terytorialny jest uczestnikiem różnej natury sytuacji prawnych będących następstwem jego swoistej pozycji jurydycznej oraz przydzielonych mu do wykonywania zadań publicznych w państwie⁴⁹⁷. Przedstawiciele doktryny w różnych aspektach analizowali miejsce i funkcje j.s.t. w systemie ochrony zdrowia. Wśród nich interesujące jest spojrzenie dotyczące samorządu terytorialnego jako podmiotu inicjującego i nadzorującego powstanie oraz działanie podmiotów leczniczych. Przekrojowe, ustalenia w tej materii prezentuje E. Rabiej, która przedstawia syntetycznie rolę jednostek samorządu terytorialnego w systemie ochrony zdrowia z perspektywy podmiotu tworzącego⁴⁹⁸. Autorka wskazuje na rok 1999 jako kluczowy dla przejścia z modelu Siemaszki do modelu ubezpieczeniowego, skutkiem czego doszło do decentralizacji decyzyjności i finansowania ochrony zdrowia poprzez implementowanie systemu kas chorych. Następnie zachowując formułę modelu ubezpieczeniowego państwo skierowało swoją aktywność legislacyjną w kierunku centralizacji zarządzania środkami ubezpieczenia zdrowotnego tworząc instytucję zcentralizowanego Narodowego Funduszu Zdrowia. Osobnym przedmiotem są rozważania w kierunku ponownej etatyzacji ochrony zdrowia jako środka na efektywniejsze wykorzystanie zasobów kadrowych i finansowych, lecz zagadnienie to wykracza poza ramy niniejszej rozprawy. Wracając do roli samorządu terytorialnego w ochronie zdrowia E. Rabiej stwierdza, że zadania władz publicznych w zakresie zapewnienia równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej objęły tworzenie warunków funkcjonowania systemu ochrony zdrowia; analizę i ocenę potrzeb zdrowotnych oraz czynników powodujących ich zmiany; promocję zdrowia i profilaktykę; finansowanie świadczeń opieki zdrowot-

⁴⁹⁷ K. Kiczka, Z teorii i praktyki samorządu terytorialnego *Acta Universitatis Wratislaviensis* No 3833, *Przegląd Prawa i Administracji* CXIV, Wrocław 2018, s. 322 -323

⁴⁹⁸ E. Rabiej, Jednostka samorządu terytorialnego jako podmiot tworzący spzoz - analiza wybranych aspektów prawnych i finansowych, *Optimum. Economic Studies* nr 3 (93) 2018, s. 159-170.

nej w trybie i na zasadach określonych ustawą. Samorząd terytorialny wykonuje zadania publiczne nie zastrzeżone przez Konstytucję lub ustawy dla organów innych władz publicznych. Jednostki samorządu terytorialnego mają przede wszystkim obowiązek realizacji programów polityki zdrowotnej, wynikających z rozpoznanych potrzeb zdrowotnych i stanu zdrowia mieszkańców. W obszarze działania gminy leży inicjowanie i udział w wytyczaniu kierunków przedsięwzięć lokalnych zmierzających do zaznajamiania mieszkańców z czynnikami szkodliwymi dla zdrowia oraz ich skutkami. Do zadań powiatu należy inicjowanie, wspomaganie i monitorowanie działań lokalnej wspólnoty samorządowej w zakresie promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej oraz pobudzanie działań na rzecz indywidualnej i zbiorowej odpowiedzialności za zdrowie i na rzecz ochrony zdrowia. Na poziomie województwa kluczową kwestią jest promowanie rozwiązań w zakresie wzrostu efektywności, w tym restrukturyzacji w ochronie zdrowia. Głównym zadaniem samorządu terytorialnego jest uprawnienie, oparte na przepisach ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. *o działalności leczniczej* do tworzenia, przekształcania i likwidacji samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej dalej „spzoz”, w tym do nadawania statutu, nawiązywania z kierownikiem spzoz stosunku pracy, powoływania i odwoływania rady społecznej. Samorząd terytorialny sprawuje również nadzór nad spzoz w zakresie realizacji zadań określonych w regulaminie organizacyjnym i statucie, dostępności i jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych, prawidłowości gospodarowania mieniem oraz środkami publicznymi, a także gospodarki finansowej. Uprawnienia majątkowo-finansowe samorządu terytorialnego względem spzoz dotyczą wyposażania w majątek, określania zasad gospodarowania majątkiem, wyrażania zgody na wnoszenie majątku spzoz do innych podmiotów, wyrażania zgody na zmianę wierzyciela, zatwierdzania rocznego sprawozdania finansowego, a także przekazywania środków finansowych w formie dotacji lub na podstawie umowy, na zasadach i na cele ściśle określone w ustawie. Samorząd terytorialny jako podmiot tworzący może przekazać spzoz środki finansowe na inwestycje w nieruchomości, zakup aparatury i sprzętu, kształcenie kadry medycznej, realizację zadań w zakresie programów zdrowotnych i promocji zdrowia. Według ustaleń E. Rabiej w 2016 r. wydatki j.s.t. na ochronę zdrowia wyniosły 3.4 mld. zł, łącznie ze środkami otrzymanymi przez j.s.t. z budżetu państwa na ten cel. Wydatki te stanowiły 1,6% ogółu wydatków samorządów terytorialnych. W budżetach gmin dominowały wydatki na przeciwdziałanie alkoholizmowi - 70,1% i na szpitale ogólne - 6,4%. Miasta na prawach powiatu wydatkowały środki finansowe przede wszystkim na przeciwdziałanie alkoholizmowi -

27,3%, szpitale - 26,5% oraz na składki na ubezpieczenia zdrowotne i świadczenia dla osób nie objętych obowiązkiem ubezpieczenia zdrowotnego - 23,1%. Wydatki powiatów przeznaczone były głównie na składki na ubezpieczenia zdrowotne oraz świadczenia dla osób nie objętych obowiązkiem ubezpieczenia zdrowotnego - 69% oraz na szpitale - 22%. W budżetach województw dominowały wydatki na szpitale - 58,5%, medycynę pracy - 10,9% i leczenie psychiatryczne - 5,4%. Globalnie wydatki publiczne na opiekę zdrowotną w 2017 r. osiągnęły pułap ponad 89,367 mld zł, co oznacza wzrost o 8,4 proc. w porównaniu z 2016 rokiem. Ponad 85 proc. tej sumy stanowiły koszty świadczeń zdrowotnych dla ubezpieczonych poniesione przez NFZ. Wyniosły one 76,29 mld zł, czyli o 7,7 proc. więcej niż rok wcześniej. Obok NFZ, dysponentami środków publicznych na ochronę zdrowia były: budżet państwa, który w 2017 r. na ochronę zdrowia przeznaczył o 16,6 proc. większą kwotę niż w 2016 r., bo 9,598 mld zł i wspomniane już budżety jednostek samorządu terytorialnego, które na ten cel wydatkowały łącznie 3,478 mld zł o 4,8 proc. więcej niż w 2016 roku. Dane dotyczące łącznych wydatków na ochronę zdrowia, w tym prywatnych są zawarte w Narodowym Rachunku Zdrowia. Ostatni dostępny jest z danymi za 2016 r., wydatki bieżące na ochronę zdrowia wyniosły 121,1 mld zł i były wyższe niż w 2015 r. o około 6,6 mld zł. Nakłady te stanowiły 6,52 proc. PKB, podczas gdy w 2015 r. ich udział wyniósł 6,36 proc.⁴⁹⁹ Stosunkowo niewielkie środki przeznaczane przez samorząd terytorialny na ochronę zdrowia wynoszące około 90 zł per capita w połączeniu z dużym niedoszacowaniem kosztów działalności operacyjnej podmiotów leczniczych w środkach przekazywanych przez NFZ na leczenie, powodują systematyczne radykalne pogarszanie sytuacji finansowej szpitali. Z ogólnodostępnych danych wynika, iż sytuacja finansowa podmiotów leczniczych jest bardzo zróżnicowana. Jak wynika z danych Ministerstwa Zdrowia, rok 2016 zamknął się dla 1072 samorządowych szpitali łączną stratą bilansową na poziomie 318,3 mln zł. Największe straty generują szpitale dla których podmiotem tworzącym jest samorząd województwa. Są to najczęściej duże, wyskospecjalistyczne szpitale. Natomiast z danych opublikowanych przez Ministerstwo Zdrowia na koniec trzeciego kwartału 2019 r. wynika, że zobowiązania szpitali wyniosły 14,3 mld złotych. Oznacza to wzrost o 3,3 procent w porównaniu do sytuacji na koniec drugiego kwartału, gdyż na koniec czerwca 2019 r. zobowiązania wynosiły 13,8 mld. złotych. Zadłużenie podmiotów leczniczych rośnie systematycznie od lat - w 2015 roku wynosiło 10,8 mld. złotych,

⁴⁹⁹ <https://www.politykazdrowotna.com/40915.nowe-dane-gus-o-wydatkach-na-zdrowie-ile-wyniosly>, (dostęp 4.02.2020 r.).

w 2016 - 11,2 mld złotych, w 2017 - 11,8 mld złotych, a w 2018 przekroczyło 13 mld. złotych.⁵⁰⁰ W kontekście przedstawionych danych o sytuacji finansowej podmiotów leczniczych postulat zwiększenia efektywności w wydatkowaniu środków przeznaczonych na ochronę zdrowia nie wymaga dalszego argumentowania. Ustawodawca w ostatnich latach zmienił przepisy dotyczące spzoz. Z jednej strony ustawa z dnia 30 czerwca 2016 r. *o zmianie ustawy o działalności leczniczej oraz niektórych innych ustaw*⁵⁰¹ poszerzyła uprawnienia samorządu terytorialnego w zakresie finansowania działalności bieżącej spzoz, umożliwiając im przekazywanie środków na tzw. gwarantowane świadczenia zdrowotne⁵⁰². Decyzja o ich finansowaniu podejmowana jest na podstawie analizy regionalnych potrzeb zdrowotnych, priorytetów dla regionalnej polityki zdrowotnej oraz stanu dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej. Z drugiej strony uprawnienia właścicielskie jednostek samorządu terytorialnego w zakresie polityki inwestycyjnej w podmiotach leczniczych zostały ograniczone w 2016 r. poprzez wprowadzenie systemu opiniowania celowości inwestycji w sektorze ochrony zdrowia (system IOWISZ). Podmiotem opiniującym celowość inwestycji dla jednostek samorządu terytorialnego jest wojewoda, który wydaje decyzję uwzględniając mapę potrzeb zdrowotnych, priorytety dla regionalnej polityki zdrowotnej, dane z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą oraz opinię dyrektora oddziału wojewódzkiego NFZ. Brak koordynacji działań podmiotów tworzących w sferze inwestycyjnej stał się przesłanką zmian ustawowych - w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych dodano Dział IVa „Ocena potrzeb zdrowotnych”, gdzie wprowadzono do ustawy pojęcie mapy potrzeb zdrowotnych. Zgodnie z art. 95a dla obszaru województwa sporządza się regionalną mapę potrzeb zdrowotnych, zwaną „Mapą Regionalną”, uwzględniającą specyfikę potrzeb zdrowotnych społeczności lokalnych. Mapę Regionalną dla danego województwa sporządza właściwy wojewoda w porozumieniu z Wojewódzką Radą do spraw Potrzeb Zdrowotnych raz na 5 lat. Rada jest organem opiniująco-doradczym dla wojewody.⁵⁰³ Określona w ustawie procedura sporządzenia mapy wskazuje, iż Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego - Państwowy Zakład Higieny przygotowuje projekt Mapy Regionalnej, w szczególności na podstawie

⁵⁰⁰ <https://tvn24bis.pl/z-kraju,74/zadluzenie-szpitali-wrzesien-2019-dane-ministerstwa-zdrowia,988979.html>, (dostęp: 4.02.2020 r.)

⁵⁰¹ Dz. U. 2016 poz. 960.

⁵⁰² Szerzej L. Sobieski Zawarcie umowy o finansowanie świadczeń gwarantowanych w aspekcie ochrony prawnej oferenta, w: Prace Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu, nr 540, Wrocław 2018, s. 9-20.

danych epidemiologicznych, demograficznych i danych z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, oraz przekazuje go właściwemu wojewodzie w terminie do dnia 15 października roku poprzedzającego o 1 rok kalendarzowy pierwszy rok obowiązywania Mapy Regionalnej. Z kolei wojewoda na podstawie tego projektu sporządza Mapę Regionalną i przekazuje ją do Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego - Państwowego Zakładu Higieny w terminie do dnia 1 lutego roku poprzedzającego pierwszy rok obowiązywania Mapy Regionalnej. Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego - Państwowy Zakład Higieny na podstawie Map Regionalnych sporządza Ogólnopolską Mapę Potrzeb Zdrowotnych. Mapę Ogólnopolską i Mapy Regionalne Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego - Państwowy Zakład Higieny przekazuje ministrowi właściwemu do spraw zdrowia do zatwierdzenia do dnia 1 kwietnia roku poprzedzającego pierwszy rok obowiązywania tych map do zatwierdzenia. Zatwierdzone mapy są publikowane na stronach Biuletynu Informacji Publicznej urzędu obsługującego ministra właściwego do spraw zdrowia oraz urzędów obsługujących wojewodów. Zgodnie z art. 95 c *znowelizowanej ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych* na podstawie Mapy Regionalnej wojewoda w porozumieniu z Wojewódzką Radą ustala priorytety dla regionalnej polityki zdrowotnej, mając na uwadze stan zdrowia obywateli oraz uzyskanie efektów zdrowotnych o najwyższej wartości. Priorytety ustala się na okres, na który sporządza się Mapę Regionalną. Ustawa wprowadziła definicję programu polityki zdrowotnej jako zespołu zaplanowanych i zamierzonych działań z zakresu opieki zdrowotnej ocenianych jako skuteczne, bezpieczne i uzasadnione, umożliwiających osiągnięcie w określonym terminie założonych celów, polegających na wykrywaniu i zrealizowaniu określonych potrzeb zdrowotnych oraz poprawy stanu zdrowia określonej grupy świadczeniobiorców, opracowany, wdrażany, realizowany i finansowany przez ministra albo jednostkę samorządu terytorialnego. Opisane wyżej zadania oraz sposób ich realizacji mają określone konsekwencje dla działalności podmiotów leczniczych oraz ich podmiotów tworzących. Podmiot wykonujący działalność leczniczą lub podmiot tworzący zamierzający rozszerzyć swoją działalność lub stworzyć nowy podmiot zobligowany zostanie do uzyskania opinii wojewody. Zgodnie z art. 95d *znowelizowanej ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych* właściwy wojewoda, na wniosek podmiotu, wydaje w formie decyzji administracyjnej opinię o celowości utworzenia na obszarze województwa nowego podmiotu leczniczego lub nowych jednostek lub komórek organizacyjnych przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego, przy pomocy których ma być wy-

konywana działalność lecznicza w rodzaju świadczenia szpitalne, w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej, lub o celowości realizacji przez ten podmiot inwestycji o wartości przekraczającej 3 mln. zł w okresie 2 lat. Również wojewoda na wniosek podmiotu wydaje w formie decyzji administracyjnej opinię o celowości utworzenia na obszarze województwa nowego podmiotu wykonującego działalność leczniczą lub nowych jednostek lub komórek organizacyjnych przedsiębiorstwa podmiotu wykonującego działalność leczniczą, przy pomocy których ma być wykonywana działalność lecznicza w zakresie ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych, lub o celowości realizacji przez ten podmiot inwestycji o wartości przekraczającej 2 mln zł w okresie 2 lat (art. 95d ust 2 znowelizowanej ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych). Kwoty, o których mowa powyżej podlegają corocznej waloryzacji o prognozowany w ustawie budżetowej na dany rok średnioroczny wskaźnik cen towarów i usług konsumpcyjnych ogółem.⁵⁰⁴

Rozważania na temat roli samorządu terytorialnego w ochronie zdrowia prowadzą do wykazania szczególnej roli faktycznej i formalnej samorządu województwa. Samorząd województwa jest największym terytorialnie i kompetencyjnie podmiotem władzy publicznej w strukturze jednostek samorządu terytorialnego. Jego pozycja i kompetencje silnie wpływają na realizację wielu kluczowych zadań publicznych, m.in. w zakresie działań związanych z rozwojem. K. Kokocińska prowadząc wywód w zakresie mechanizmów prawnych polityki rozwoju w zdecentralizowanych strukturach władzy publicznej⁵⁰⁵ stwierdza, że decentralizację w powiązaniu z wyrażoną w Konstytucji RP zasadą pomocniczości należy uznać, za ustrojowoprawną konstrukcję stosunków między podmiotami prawa publicznego. Zasada pomocniczości stawia postulat sprawowania zadań i kompetencji na niższe ogniwa, przy jednoczesnym uchyleniu hierarchicznego podporządkowania centralnemu ośrodkowi. Koncepcję tą można ekstrapolować na zagadnienia związane z reorganizacją systemu ochrony zdrowia⁵⁰⁶. K. Kokocińska zwróciła również uwagę na konieczność współdziałania podmiotów administracji publicznej przy realizacji zadań publicznych o kluczowym charakterze dla rozwoju społeczno-gospodarczego. Te ustalenia należy traktować jako uniwersalne i możliwe do

⁵⁰⁴ Szerzej: L. Sobieski, Nowelizacja ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, w: Wybrane problemy prawa materialnego i procesowego. Teoria i praktyka, tom III, pod redakcją K. Knoppka i J. Muchy, Poznań 2014, s. 56-66.

⁵⁰⁵ K. Kokocińska, Prawny mechanizm prowadzenia polityki rozwoju w zdecentralizowanych strukturach władzy publicznej, Wydawnictwo Naukowe UAM, Poznań 2014, s. 74-80.

⁵⁰⁶ L. Sobieski, E-health in the context of the subsidiarity principle. Comments against the background of Polish law; w: Review of comparative law, Volume XXXV, Lublin 2018, s. 27-40.

zaimplementowania w rozważaniach dotyczących zmiany organizacji ochrony zdrowia, która również ma charakter powszechny i dotyczący każdego członka wspólnoty samorządowej. Ten obszar aktywności administracji publicznej jest elementem rozwoju regionalnego. Przyjąć należy założenie, że brak efektywnej ochrony zdrowia umniejsza szansę na trwały rozwój społeczny. K. Kokocińska stwierdza, iż problematyka współdziałania podmiotów władzy publicznej z prawnego punktu widzenia jest przede wszystkim zagadnieniem o charakterze ustrojowym. Odnosić ją należy do przestrzennego układu aparatu administracji publicznej związanego z podziałem terytorialnym i sposobem zorganizowania funkcjonowania na wszystkich poziomach układu terytorialnego państwa. Rozpatrując współadministrowanie z perspektywy działalności administracji publicznej, podkreśla się konieczność odpowiedniego dopasowywania zakresu działania administracji publicznej do funkcjonujących układów przestrzennych. Istota współadministrowania tkwi jednak nie tylko w odpowiednim podziale zadań pomiędzy aparat władzy centralnej i struktury samorządowe, co szczególnie widoczne jest w układzie regionalnym, lecz także pomiędzy strukturami samorządowymi. W ramach rozważań w obrębie współadministrowania, jest tworzenie odpowiednich mechanizmów współpracy i współdziałania aparatu władzy wykonawczej. Problematyka współpracy stała się przedmiotem szczególnego zainteresowania ustawodawcy krajowego. Podkreślając potrzebę wzmocnienia współdziałania jednostek samorządu terytorialnego, a także wsparcia dla inicjatyw społeczności lokalnych, dużą wagę przykładają do formalizowania współpracy, tzn. wykorzystuje się nowe prawne formy działania oraz tworzy nowe struktury terytorialno-organizacyjne. Zarówno stosowane, jak i proponowane rozwiązania, nawiązując do obowiązującego podziału terytorialnego państwa, łamią dotychczasowe granice terytorialnego oddziaływania i zakresu kompetencyjnego struktur samorządowych. Rzutuje to na szereg kwestii, m.in. na funkcjonowanie aparatu administracji publicznej. Z powyższych względów konieczne jest więc ustalenie wzajemnych stosunków publicznoprawnych, prawnych relacji i form współpracy, a także zakresu odpowiedzialności współpracujących podmiotów. Ciągły proces dostosowywania aparatu wykonawczego państwa do zmieniających się uwarunkowań społeczno-gospodarczych skutkuje potrzebą reorganizacji wykonywania określonych funkcji. K. Kokocińska prowadząc dalej wywód w zakresie polityki rozwoju podkreśla się, że konstytucyjna zasada decentralizacji władzy publicznej wyznacza organizację prowadzenia polityki rozwoju, i to zarówno od strony podmiotowej (organizacja struktury), jak i proceduralnej, w tym prawnych form współdziałania (organizacja działania). Spo-

sób prowadzenia polityki rozwoju jako ustawowo określonej powinności władzy publicznej na zasadach określonych w ustawie o zasadach prowadzenia polityki rozwoju, oparty na wzajemnie powiązanych działaniach określa jako „publicznoprawne działania powiązane”. Działania te tworzą sieć powiązań i współzależności pomiędzy organami władzy wykonawczej a jednostkami samorządu terytorialnego.⁵⁰⁷ Koncepcja współadministrowania oraz publicznoprawnych działań powiązanych stanowi dobre podłoże teoretyczne dla prowadzenia dalszego wywodu odnośnie roli samorządu województwa w sferze ochrony zdrowia.

Istotność roli samorządu wojewódzkiego wynika z przepisów prawa.⁵⁰⁸ Szczegółowy zakres działania i zadania samorządu województwa określa ustawa z dnia z dnia 5 czerwca 1998 r. *o samorządzie województwa*. Zgodnie z art. 14 ust.1 pkt.2 tej ustawy samorząd województwa wykonuje zadania o charakterze wojewódzkim określone ustawami, w tym w zakresie promocji i ochrony zdrowia. Szczegółowy zakres kompetencji samorządu województwa w obszarze ochrony zdrowia określają inne ustawy, odnoszące się m.in. do takich zagadnień jak przeciwdziałanie alkoholizmowi, narkomanii, zwalczanie zagrożeń epidemiologicznych, zapewnienie dostępu do opieki ambulatoryjnej. Zadania samorządu województwa w zakresie ochrony zdrowia można podzielić na wynikające z pełnienia funkcji organu założycielskiego dla samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej (dotyczące pełnienia funkcji właścicielskich) oraz pozostałe zadania związane z ochroną zdrowia. Wraz z wprowadzeniem w 1999 roku reformy ochrony zdrowia oraz nowego podziału administracyjnego kraju samorząd województwa stał się organem założycielskim (obecnie podmiotem tworzącym) dla samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej. Nastąpiło to na podstawie art. 47 ust.1 ustawy z dnia 13 października 1998 r. *Przepisy wprowadzające ustawy reformujące administrację publiczną*⁵⁰⁹ oraz rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 22 czerwca 2001 r. *w sprawie wykazu samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, które zostały przejęte przez gminy, powiaty i samorzady województw*⁵¹⁰. Wśród uprawnień właścicielskich można wymienić m.in. możliwość tworzenia, przekształcenia i likwidacji publicznego zakładu opieki zdrowotnej, nadawanie statutu zakładowi

⁵⁰⁷ K. Kokocińska Decentralizacja jako ustrojowa zasada relacji pomiędzy organami władzy publicznej, *Ruch Prawniczy, Ekonomiczny i Socjologiczny* Tom 78, wydanie 2, 2016/6/27, strony 27-36.

⁵⁰⁸ L. Kieres, Podstawowe problemy regionalizacji w Polsce, w: *Regionalizacja w Polsce: problemy, kierunki i koncepcje*, red. J. Reguński); Federacja Rozwoju Demokracji Lokalnej, Warszawa, 1998, s. 119-124.

⁵⁰⁹ Dz.U.1998 Nr 133, poz.872.

⁵¹⁰ Dz.U.2001 Nr 65, poz. 659.

opieki zdrowotnej, nawiązywanie z kierownikiem zakładu stosunku pracy, delegowanie przedstawiciela do rady społecznej zakładu, udzielanie dotacji na zadania oraz sprawowanie nadzoru. *Ex lege* samorząd województwa tworzy wojewódzką sieć podmiotów leczniczych, co odróżnia go od pozostałych samorządów (gminnego i powiatowego), które mają zazwyczaj w swoim nadzorze pojedyncze podmioty. W oparciu o obowiązujące przepisy samorząd województwa tworzy i utrzymuje wojewódzki ośrodek medycyny pracy, co wynika z art. 15 ust.1 ustawy z dnia 27 czerwca 1997 r. *o służbie medycyny pracy*⁵¹¹ oraz finansuje działalność profilaktyczną wynikającą z programów zdrowotnych dotyczących zapobiegania i zwalczania określonych chorób oraz programów promocji zdrowia w zakresie medycyny pracy (art. 21 ust.2 ustawy o służbie medycyny pracy). Samorząd województwa zgodnie z potrzebami wynikającymi w szczególności z liczby i struktury społecznej ludności województwa tworzy i prowadzi zakłady psychiatrycznej opieki zdrowotnej oraz bierze udział w realizacji zadań z zakresu ochrony zdrowia psychicznego, w tym w szczególności dzieci i młodzieży, realizuje zadania zakresu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych w postaci wojewódzkiego programu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych - zgodnie z ustawą z dnia 26 października 1982 r. *o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi*⁵¹² oraz bierze udział w realizacji zadań z zakresu ochrony przed następstwami używania tytoniu zgodnie z ustawą z dnia 9 listopada 1995 r. *o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych*⁵¹³. Samorząd województwa realizuje także zadania z zakresu promocji zdrowia i profilaktyki zdrowotnej w ramach programów polityki zdrowotnej. Zgodnie z art. 14 ust 1 *o samorządzie województwa* samorząd województwa wykonuje zadania o charakterze wojewódzkim w zakresie m. in. promocji i ochrony zdrowia. Działania samorządu województwa, stosownie do treści art. 11 ustawy o samorządzie województwa, planowane są w dokumencie programowym jakim jest strategia rozwoju województwa. Strategia rozwoju województwa zawiera diagnozę sytuacji społeczno-gospodarczej województwa; określenie celów strategicznych polityki rozwoju województwa oraz określenie kierunków działań podejmowanych przez samorząd województwa dla osiągnięcia celów strategicznych polityki rozwoju województwa. Samorząd województwa prowadzi politykę rozwoju województwa, na którą składa się m.in. utrzymanie i rozbudowa infrastruktury

⁵¹¹ t.j. Dz. U. 2019 r. poz. 1175.

⁵¹² t.j. Dz. U. z 2019 r. poz. 2277, zm. z 2020 r. poz. 1492.

⁵¹³ t.j. Dz. U. z 2019 r. poz. 2182, zm. z 2020 r. poz. 1337.

społecznej i technicznej o znaczeniu wojewódzkim; pozyskiwanie i łączenie środków finansowych: publicznych i prywatnych, w celu realizacji zadań z zakresu użyteczności publicznej oraz wspieranie rozwoju nauki i współpracy między sferą nauki i gospodarki. Strategia rozwoju województwa jest realizowana przez programy rozwoju, regionalny program operacyjny oraz program służący realizacji umowy partnerstwa oraz przez kontrakt terytorialny, o których mowa w ustawie z dnia 6 grudnia 2006 r. *o zasadach prowadzenia polityki rozwoju*⁵¹⁴. Samorząd województwa, przy formułowaniu strategii rozwoju województwa i realizacji polityki jego rozwoju, współpracuje w szczególności z jednostkami lokalnego samorządu terytorialnego z obszaru województwa oraz z samorządem gospodarczym i zawodowym, administracją rządową, szczególnie z wojewodą a także z innymi województwami jak również z organizacjami pozarządowymi oraz podmiotami wymienionymi w art. 3 ust. 3 ustawy z dnia 24 kwietnia 2003 r. *o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie*⁵¹⁵, jak również ze szkołami wyższymi i jednostkami naukowo-badawczymi.

Obszar działalności profilaktycznej i prozdrowotnej oraz polityki zdrowotnej, który jest ważny punktu widzenia zadań samorządu województwa jak również samorządu gminnego i powiatowego. Skala i sposób realizacji zadań w tym zakresie podlega stałej kontroli, której wyniki przybliżają do odpowiedzi na pytanie o celowość i ewentualne problemy natury prawnej podejmowanych działań oraz możliwości zwiększenia ich efektywności z wykorzystaniem ICT. Interesującym i obiektywnym materiałem wskazującym na potencjalne obszary w których instrumenty e-zdrowia z całym związanym z nimi potencjałem mogą zostać efektywnie wykorzystane jest ocena realizacji polityki zdrowotnej przeprowadzona przez Najwyższą Izbę Kontroli. NIK opublikowała w sierpniu 2016 roku dokument pod nazwą: Informacja o wynikach kontroli Realizacja programów polityki zdrowotnej przez jednostki samorządu terytorialnego⁵¹⁶. Celem głównym kontroli była ocena skuteczności realizacji przez jednostki samorządu terytorialnego zadań z zakresu ochrony i promocji zdrowia, w ramach programów polityki zdrowotnej, i ich wpływu na poprawę zdrowia i jakości życia mieszkańców. Kontrola objęła lata 2013-2015 oraz 26 jednostek samorządu terytorialnego. Badaniem i oceną objęto: stan przygotowania j.s.t. do realizacji zadań w zakresie ochrony zdrowia; opracowanie programów polityki zdrowotnej; wdrażanie i realizację programów polity-

⁵¹⁴ t.j. Dz. U. z 2019 r. poz. 1295, 2020, zm. z 2020 r. poz. 1378.

⁵¹⁵ t.j. Dz. U. z 2020 r. poz. 1057

⁵¹⁶ KZD.430.001.2016 Nr ewid. 10/2016/P/15/063/KZD

ki zdrowotnej; finansowanie programów polityki zdrowotnej oraz monitorowanie i ewaluację programów polityki zdrowotnej. Zgodnie z art. 2 ust. 2 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o *Najwyższej Izbie Kontroli*⁵¹⁷ oraz przy uwzględnieniu kryteriów określonych w art. 5 ust. 2 tej ustawy, kontrola oparta została na kryteriach legalności, gospodarności i rzetelności. W ocenie NIK realizacja przez jednostki samorządu terytorialnego zadań z zakresu ochrony i promocji zdrowia, w ramach programów polityki zdrowotnej, ze względu na ograniczony zakres i skalę tych działań, nie przyczynia się w istotny sposób do poprawy zdrowia i jakości życia obywateli. Obok niewielkich nakładów finansowych, istotne znaczenie mają uwarunkowania prawne i organizacyjne realizacji samorządowego programu polityki zdrowotnej, które obniżają skuteczność podejmowanych działań. Do najistotniejszych wad systemowych, zidentyfikowanych w wyniku kontroli, należy zaliczyć: różnice w dostępie do programów polityki zdrowotnej, z uwagi na fakt, że ich liczba i zakres są uzależnione od statusu materialnego danej jednostki samorządu terytorialnego. W konsekwencji dostępność programu jest uwarunkowana miejscem zamieszkania i ograniczona dla mieszkańców gmin o niskich dochodach. Według NIK brak jest precyzyjnych wskazówek, w jaki sposób program powinien być opracowany, wdrażany, realizowany i monitorowany, co więcej NIK podkreśla brak wskazania, w przepisach szczególnych, podmiotu upoważnionego do jego uchwalenia - w przypadku gmin istnieje domniemanie, iż jest to organ stanowiący; samorządu województwa jego organ wykonawczy, natomiast w odniesieniu do powiatu brak jest jednoznacznego domniemania kompetencji. NIK podnosi niewystarczającą koordynację realizacji programów przez władze publiczne, co skutkuje prowadzeniem takich samych działań na danym obszarze oraz brak mechanizmów weryfikacji danych w ramach procesu przekazywania stosownych informacji o realizowanych programach pomiędzy szczeblami administracji samorządowej i rządowej. Pozytywnej ocenie poddano inicjatywy jednostek samorządu terytorialnego w zakresie ochrony zdrowia mieszkańców, które były dobrze przygotowane organizacyjnie do działań w tym zakresie. Decydując się na opracowanie programów polityki zdrowotnej, brano na ogół pod uwagę istotność problemów epidemiologicznych, społeczne zapotrzebowanie na dane świadczenie oraz efektywność kosztową podejmowanych działań. Równocześnie jednak zdecydowana większość jednostek samorządu terytorialnego nie opracowała dokumentów strategicznych dotyczących planowanych działań w dłuższej perspektywie, opartych na

⁵¹⁷ t.j. Dz. U. z 2020 r. poz. 1200.

analizie trendów demograficznych i epidemiologicznych, w celu lepszego zabezpieczenia potrzeb zdrowotnych mieszkańców. W ocenie NIK punktem wyjścia do opracowywania i skutecznego wdrażania programów polityki zdrowotnej powinny być lokalne/regionalne strategie zdrowotne, uwzględniające m.in. dane z zakresu demografii, epidemiologii oraz informacje o zasobach systemu ochrony zdrowia wraz z analizą uwarunkowań społecznych. Obserwowany od kilkadziesiąt lat na całym świecie, w tym i w Polsce, systematyczny wzrost wydatków publicznych w ochronie zdrowia wymaga, w ocenie NIK, ciągłego poszukiwania sposobów ich optymalizacji. Rosnące koszty systemu ochrony zdrowia, wynikające zarówno z postępu i rozwoju technologii medycznych, jak również ze starzenia się społeczeństwa, powinny skłonić decydentów do podjęcia działań mających na celu zmianę systemu, tak aby był efektywny kosztowo, przy zapewnieniu odpowiedniej jakości i dostępności świadczeń. W ocenie NIK nowoczesny i efektywny ekonomicznie model systemu opieki zdrowotnej powinien opierać się na długofalowych działaniach profilaktycznych, które zmniejszą liczbę osób diagnozowanych w drogich i trudnych do leczenia zaawansowanych stadiach chorobowych. Działania profilaktyczne powinny być kompleksowe, tzn. obejmować zarówno edukację zdrowotną, jak i świadczenia. Równocześnie konieczne jest wzmocnienie koordynacji działań podejmowanych w ramach samorządowych programów polityki zdrowotnej pomiędzy samorządem terytorialnym a administracją rządową i NFZ. Poprawa koordynacji ww. działań może zapobiec dublowaniu się świadczeń, zapewnić realizowanie adekwatnych świadczeń do zdefiniowanych potrzeb, jak również zapewni oszczędności w zakresie wydatkowania środków publicznych. Realizacja przez samorządy profilaktycznych programów polityki zdrowotnej w ścisłej współpracy z lekarzem podstawowej opieki zdrowotnej, powinna być jednym z istotnych elementów sprawnego i efektywnego systemu ochrony zdrowia priorytetowo traktującego działania profilaktyczne. W celu zwiększenia skuteczności realizacji przez jednostki samorządu terytorialnego programów polityki zdrowotnej, a w konsekwencji poprawy zdrowia i jakości życia mieszkańców, NIK wniosło o podjęcie przez Ministra Zdrowia działań mających na celu stworzenie przez MZ we współpracy z NFZ, AOTMiT, środowiskiem eksperckim i samorządowym zbioru dobrych praktyk dotyczących samorządowych programów polityki zdrowotnej, wraz z wzorcowymi programami, których tematyka powinna odnosić się do najistotniejszych zidentyfikowanych problemów zdrowotnych Polaków. Realizacja takich wzorcowych programów przez jednostki samorządu terytorialnego mogłaby wiązać się ze zwolnieniem tych podmiotów z obowiązku przekazywania projektów ta-

kich programów do zaopiniowania przez AOTMiT. Najwyższa Izba Kontroli na problem niewystarczających działań na rzecz edukacji prozdrowotnej i profilaktyki, kształtującej świadomość osobistą odpowiedzialności obywateli za swoje zdrowie już od najmłodszych lat zwracała wcześniej uwagę m.in. po kontroli dotyczącej dostępności i finansowania opieki stomatologicznej ze środków publicznych (P/12/124) oraz funkcjonowania podstawowej i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej finansowanej ze środków publicznych (P/14/063). NIK postulował podjęcie przez władze publiczne działań mających na celu zapewnienie stałego i adekwatnego do potrzeb źródła finansowania samorządowych programów polityki zdrowotnej oraz poprawę koordynacji działań podejmowanych w ramach programów pomiędzy jednostkami samorządu terytorialnego a administracją rządową i NFZ, a także stworzenie mechanizmów weryfikacji danych w ramach procesu przekazywanych informacji o realizowanych programach. Ponadto, zdaniem NIK, wskazane jest zwiększenie liczby i zakresu ogólnopolskich programów profilaktycznych realizowanych przez Ministra Zdrowia, które powinny wynikać z rozpoznanych potrzeb zdrowotnych oraz stanu zdrowia Polaków, a także odnosić się do najistotniejszych problemów i zagrożeń zdrowotnych.

2.2. Zadania regionalnych jednostek samorządowych w modelu ochrony zdrowia w Europie

Rosnące koszty systemu ochrony zdrowia, wynikające zarówno z rozwoju technologii medycznych, jak również ze starzenia się społeczeństwa Szwecji zapoczątkowały działania mające na celu zreformowanie systemu tak, aby był tańszy, lecz z założeniem bez szkody dla jakości czy dostępności świadczeń. M. Moks⁵¹⁸ podaje, że w latach 70. XX w. dotychczasowy model funkcjonowania sfery publicznej krajów wysokorozwiniętych został poddany silnej krytyce, co spowodowało ponowne zainteresowanie koncepcjami liberalnymi. Wskazywano na niską elastyczność systemu względem zmieniających się potrzeb społecznych oraz brak efektywności prowadzący do marnotrawstwa ograniczonych zasobów. Państwo było krytykowane za nadmierne zaangażowanie w różne rodzaje działalności, co prowadziło do ograniczenia wolności gospodarczej oraz tempa wzrostu gospodarczego. W wyniku połączenia współczesnych doktryn neoliberalnych narodziła się, przedstawiona wcześniej, koncepcja Nowego Zarządzania Publicznego. Zakłada ona takie przekształcenie organizacji i zasad funkcjonowania sektora publicznego, aby działał on sprawniej, dzięki zastosowaniu narzędzi wykorzystywanych w zarządzaniu organizacjami prywatnymi. W kontekście ochrony zdrowia postulowano utworzenie rynków wewnętrznych w ramach systemu ochrony zdrowia, poprzez rozdzielenie dostawców świadczeń od podmiotów odpowiedzialnych za ich finansowanie, tzw. model *purchaser - provider split*. Zainicjowano proces prywatyzacji świadczeniodawców medycznych, głównie z zakresu podstawowej opieki medycznej. Jednak w sytuacji gwałtownie rosnących kosztów świadczeń oraz zmieniających się oczekiwań społeczeństwa względem dostępu do świadczeń medycznych wymagana jest stabilność źródeł finansowania. W większości krajów dominują źródła mające charakter publiczny. Aktualnym trendem w podejmowanych reform jest przeniesienie większej odpowiedzialności za finansowanie systemu z podmiotów publicznych na rzecz podmiotów prywatnych. Stosowane rozwiązania obejmują wprowadzenie prywatnych ubezpieczeń medycznych oraz współfinansowanie świadczeń bezpośrednio przez pacjentów. Na tym tle należy przyjrzeć się rozwojowi szwedzkiego systemu ochrony zdrowia.

⁵¹⁸ M. Moks, Szwedzki system ochrony zdrowia wybrane kierunki jego reformowania. *Oeconomia Copernicana* 2010 Nr 1, s. 151-163.

W wyniku podjętych decyzji ochrona zdrowia została zdominowana przez sektor publiczny. W 1982 r. przyjęto ustawę Prawo o zdrowiu i opiece zdrowotnej (Health and Sickness Care Law), która miała rozwiązać problemy tamtejszego systemu opieki zdrowotnej. Ustawa przenosiła uprawnienia do decydowania o kształcie opieki zdrowotnej na poziom lokalny, dzięki czemu proces decyzyjny stał się bardziej elastyczny względem zmian zachodzących w systemie. Opieka zdrowotna określona została jako działania mające na celu zapobieganie, diagnozowanie i leczenie chorób. Zdefiniowane zostały cele opieki medycznej (takie jak: jakość, dostępność, bezpieczeństwo, równość w dostępie do świadczeń) oraz zasady relacji między dostawcą i pacjentem (poszanowanie niezależności i jednolitości, jakości relacji. Prawem każdego pacjenta jest gwarancja dostępu do świadczeń medycznych. Została ona wprowadzona w 1992 roku i obejmowała możliwość wyboru dowolnego szpitala na terenie Szwecji w sytuacji, kiedy pacjent nie otrzyma stosownego leczenia w szpitalach znajdujących się na terenie hrabstwa, w którym mieszka. Od 1994 r. analogiczne rozwiązania zostały wprowadzone w przypadku lekarza rodzinnego. W 2005 r. zmieniono zasady gwarancji świadczeń, wprowadzając zasadę , rozumianą jako zapewnienie natychmiastowego kontaktu z systemem opieki medycznej, kontakt z lekarzem pierwszego kontaktu w ciągu 7 dni, konsultacje lekarza specjalisty w ciągu 90 dni oraz maksymalnie 90-dniowy okres oczekiwania pomiędzy diagnozą a leczeniem⁵¹⁹ Są to rozwiązania, które w części funkcjonują również w Polsce. Niemniej jednak istotniejsze są ustalenia dotyczące organizacji szwedzkiego systemu ochrony zdrowia. Jest to publiczny system, zorganizowany w oparciu o regiony. Podzielony jest na trzy poziomy: krajowy, regionalny i lokalny. Poziom regionalny, zarządzany przez radę hrabstwa wraz z centralnymi władzami państwa tworzy podstawy systemu Całościowy nadzór na sektorem ochrony zdrowia spoczywa na poziomie państwowym na Ministerstwie Zdrowia i Spraw Społecznych (The Ministry of Health and Social Affairs, Socialdepartementet). Poziom regionalny tworzy 18 hrabstw, 2 organy regionalne (Västra Götaland i Skåne) oraz jedno miasto, które jest niezależne od rady hrabstwa (Gotland). Podmioty te zarządzają systemem ochrony zdrowia począwszy od podstawowej opieki medycznej poprzez leczenie szpitalne, kończąc na zadaniach z zakresu zdrowia publicznego. Rada hrabstwa ponosi całkowitą odpowiedzialność za dostarczenie wszystkich świadczeń medycznych oraz decyduje o organizacji szpitali. Hrabstwa zostały podzielone na 6 regionów medycznych, których

⁵¹⁹ J. Magnussen , K. Vrangbaek , R.B. Saltman, Nordic Health Care Systems, McGraw-Hill, Maidenhead 2009, s. 36.

zadaniem jest ułatwienie współpracy pomiędzy tworzącymi je hrabstwami⁵²⁰. Statutowym obowiązkiem gminy jest zapewnienie finansowania i jakości usług opieki społecznej. Świadczenia opieki społecznej obejmują między innymi opiekę nad dziećmi, opiekę medyczną realizowaną w szkołach oraz opiekę nad osobami w podeszłym wieku, osobami niepełnosprawnymi czy wymagającymi opieki psychiatrycznej. W 1992 r. wprowadzona została reforma ÄDEL, przenosząca odpowiedzialność związaną z zapewnieniem opieki długoterminowej dla wymagających jej pacjentów, jak również osób w podeszłym wieku z hrabstw na rzecz samorządu miejskiego. Podstawowym źródłem finansowania świadczeń medycznych w Szwecji są podatki. Mają one charakter lokalny, przez co wysokość funduszy zgromadzonych przez poszczególne hrabstwa jest zróżnicowana. Rząd uczestniczy w wyrównywaniu dochodów poprzez przyznawanie subsydiów. Przeciętna wysokość stopy podatku lokalnego nakładanego przez hrabstwa w 2008 r. wynosiła 10,8% uzyskanego dochodu. W przypadku podatku lokalnego nakładanego przez gminy, wysokość stopy podatkowej w 2008 r. wynosiła 20,7% uzyskanych dochodów. W 2002 r. ok. 82% świadczeń medycznych (wyłączając opiekę dentyścyczną) oraz 65% świadczeń dentyścycznych było finansowane z podatków lokalnych. Drugim podstawowym źródłem finansowania świadczeń są środki pochodzące z systemu ubezpieczeń społecznych, zarządzanego przez Szwedzki Urząd Ubezpieczenia Społecznego (*The Swedish Social Insurance Agency, Försäkringskassan*). Udział w systemie jest obowiązkowy, zakres ubezpieczenia obejmuje zarówno utratę dochodów spowodowaną chorobą, jak również koszty leczenia. Środki, którymi dysponuje system ubezpieczenia społecznego pochodzą w przeważającej większości ze składek opłacanych przez pracodawców, uzupełnianych przez transfery dokonywane przez rząd centralny. Składka ubezpieczenia chorobowego opłacana jest przez pracodawcę w 2008 r. wynosiła 7,7% lub 7,9% wynagrodzenia podlegającego opodatkowaniu. Trzecie źródło finansowania systemu stanowi udział obywateli w finansowaniu kosztów świadczeń w formie wydatków ponoszonych przez nich bezpośrednio z własnych środków (*out-of-pocket payments*). Dotyczą one wizyty u lekarza pierwszego kontaktu, konsultacji z lekarzem specjalistą, pobytu w szpitalu, odpłatności za leki oraz opieki dentyścycznej. Z kolei prywatne ubezpieczenia medyczne mają marginalny udział w finansowaniu kosztów świadczeń medycznych. Ich podstawowym zadaniem jest zapewnienie szyb-

⁵²⁰A.H. Glenngård, F.Hjalte, M. Svensson, A. Anell, V. Bankauskaite V. Health Systems in Transition: Sweden, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, Kopenhaga, 2005, s. 18.

szego dostępu do świadczeń medycznych. Takim ubezpieczeniem w 2005 r. objęte było 2,5% populacji, natomiast 0,3% całkowitych kosztów świadczeń medycznych było pokryte przez ubezpieczenie medyczne. Cechą charakterystyczną szwedzki system ochrony zdrowia jest jego wysoki stopień zintegrowania w ramach sektora publicznego. Rady hrabstw są właścicielami i zarządzającymi dla większości szpitali. Podobnie większość ośrodków podstawowej pomocy medycznej stanowi własność hrabstw. Prywatne szpitale odgrywają niewielką rolę. Spośród 1100 ośrodków zdrowia działających w Szwecji w 2003 r. ok. 300 stanowiło własnością prywatną. Zdecydowana większość prywatnych ośrodków zdrowia oraz praktyk lekarskich funkcjonuje w silnie zurbanizowanych regionach kraju. Konsultacje udzielone przez lekarzy podstawowej opieki medycznej praktykujących w sektorze prywatnym stanowiły w 2003 r. 27% ogółu udzielonych porad. Podobnie 29% wszystkich porad ambulatoryjnych udzielonych w 2003 r., zostało udzielone w ramach prywatnych praktyk przez pacjentów w połączeniu ze stworzeniem równych szans konkurencji prywatnych świadczeniodawców z publicznymi. Na początku lat 90. XX wieku postanowiono wprowadzić reformy mające na celu postanie quasi-rynku w ramach systemu opieki zdrowia, na wzór rozwiązań funkcjonujących w Wielkiej Brytanii. Większość hrabstw postanowiła oddzielić podmioty odpowiadające za zakup świadczeń od ich dostawców (*purchaser-provider split model*). Spowodowało to między innymi odejście od alokacji zasobów w oparciu o stałe, roczne kwoty na rzecz alokacji na podstawie ilości wykonanych świadczeń. Sposób, w jaki realizowano rozdział nabywców od dostawców różnił się w znacznym stopniu pomiędzy poszczególnymi hrabstwami. Możliwe było wskazanie trzech podstawowych modeli jego realizacji. Model Dala (wprowadzony przez hrabstwa Dalarna oraz Bohuslän) zakładał przekazanie obowiązku kupowania świadczeń na rzecz rejonów podstawowej opieki zdrowia obejmujących swoim zasięgiem od 6 do 50 tys. mieszkańców. Model Sztokholmski wprowadzony przez Sztokholm oraz Västerbotten podobnie jak w modelu Dala skupił funkcje nabywcy w ręku lokalnych organów, jednakże ich zasięg terytorialny był większy. Ostatni model, zwany scentralizowanym, charakteryzował się utworzeniem centralnych 161 podmiotów odpowiadających za zakup świadczeń dla wszystkich mieszkańców danego hrabstwa. Następnie w połowie lat 90. planowanie na poziomie regionalnym stało się alternatywą dla reform przeprowadzanych przez poszczególne hrabstwa. Hrabstwa borykające się nieustannie z problemami budżetowymi zaczęły postrzegać działania na poziomie regionalnym jako metodę na jednoczesne ograniczenie wzrostu kosztów i zapewnienie pacjentom wyższej jakości usług. Powstała inicjatywa od-

górnego zmniejszenia liczby hrabstw poprzez połączenie ich w większe jednostki, zarządzające jednocześnie na większą skalę placówkami medycznymi. Jednakże hrabstwa mogą łączyć się w większe regiony na zasadach dobrowolności, co wydaje się być rozwiązaniem preferowanym nad przymusowym, odgórnym łączeniem w większe regiony. Świadczenia udzielone przez szpitale są finansowane w oparciu o przyznanie im globalnego budżetu lub płatności zależne od leczonego przypadku⁵²¹. Większość z hrabstw, które rozdzieliły funkcje nabywcy od dostawcy wprowadziły płatności w oparciu o przypadek, uzupełniony często o ograniczenia ilości udzielonych świadczeń oraz wymagania jakościowe. Powszechnym modelem tych płatności jest system NordDRG. Efekty osiągnięte w Sztokholmie, który na początku lat 90. wdrożył płatność w oparciu o grupy diagnostyczne wskazywały na wzrost produktywności w stosunku do placówek działających w oparciu o globalny budżet. Problemem, który wystąpił po wprowadzeniu płatności w oparciu o model DRG było przekraczanie budżetów przeznaczonych przez hrabstwa na świadczenia medyczne. Rozwiązaniem problemu było ustalenie limitów budżetowych oraz obniżenie cen za poszczególne jednostki w ramach systemu DRG. Dzięki temu nadwyżki produktywności zostały podzielone pomiędzy hrabstwem oraz szpitalem.

Mimo upływu prawie 15 lat od chwili publikacji aktualna pozostaje ocena przedstawiona przez M. Dercza⁵²² w przedmiocie podejścia władz publicznych do modelu ochrony zdrowia w Polsce. Zarzut dużego rozproszenia kompetencyjnego, brak wizji całościowego uregulowania kwestii odpowiedzialności za organizację nadzór i finansowanie ochrony zdrowia i obecnie mógłby zostać skutecznie podniesiony. Autor zarzuca, iż dotychczasowe rozwiązania nie powodują czytelnego podziału zadań pomiędzy administracją rządową i samorządową oraz pomiędzy poszczególnymi stopniami administracji samorządowej. M. Dercz przywołuje w swojej ocenie zasady solidaryzmu społecznego, decentralizacji i zasady pomocniczości jako uzasadnienie dla zwiększenia roli jednostek samorządu terytorialnego w ochronie zdrowia. Wywodzi, iż zwiększenie roli samorządów w tym obszarze byłoby praktycznym przejawem realizacji art. 15 Konstytucji. W tym miejscu istotnym wydaje się zwrócenie uwagi na argumenty, których używa autor na uzasadnienie swoich założeń. Osia swoich wywodów

⁵²¹ Zob. S. Thomson, T. Foubister, E. Mossialos, Health Care in the European Union. Challenges and Policy Responses, World Health Organization on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, Kopenhaga, 2009, s. 23-49.

⁵²² M. Dercz Samorządowy Model Systemu Ochrony Zdrowia, Analizy i Opinie nr 43 Instytut Spraw Publicznych, Warszawa 2005, s. 2-10.

uczynił on legitymację demokratyczną samorządów do podejmowania spraw mieszkańców wspólnot samorządowych oraz ustawowe ukierunkowanie ich na realizację potrzeb mieszkańców. Samorzady również realizują szereg usług, które z uwagi na swój ustawowy egalitaryzm przysługują mieszkańcom - w założeniu to wpisują się również usługi zdrowotne, rozumiane szerzej niż udzielanie świadczeń zdrowotnych a zatem obejmujące również profilaktykę i promocję zdrowia. M. Dercz powołuje się na argument właściwego rozpoznania potrzeb mieszkańców przez wspólnoty samorządowe. Stawia ponadto wymogi, które musiałyby spełnić samorzady - to przede wszystkim zapewnienie odpowiedniej jakości usług zdrowotnych oraz gwarantowanie ich powszechności. Polityczna odpowiedzialność samorządów przed swoimi mieszkańcami byłaby jednym z elementów wymuszających wysoką sprawność działania samorządów. W ocenie M. Dercza rolą administracji rządowej czy szerzej centralnych władz publicznych byłaby koordynacja działań, standaryzacja świadczeń oraz stały monitoring. Zwłaszcza zagadnienie koordynacji wydaje się problemem, który powinno rozwiązać się systemowo gdyż formalna niezależność poszczególnych stopni samorządu terytorialnego jest znaczącą przeszkodą do osiągnięcia efektywnej realizacji usług zdrowotnych⁵²³ Istotą jednak miałyby być opracowanie regionalnych programów zdrowotnych, których realizacja i finansowanie odbywałoby się przy pomocy „zdrowotnych izb obrachunkowo-rozliczeniowych” działających na szczeblu województwa, lecz niezależnych od władz wojewódzkich. Instytucje te dokonywałyby rozdziału gromadzonych środków publicznych na ochronę zdrowia - składek ubezpieczenia zdrowotnego, dotacji z budżetu centralnego i w sposób profesjonalny w oparciu o regionalne programy zdrowotne. Z punktu widzenia założeń rozprawy ważne jest jednak akcentowanie roli jednostek samorządu terytorialnego w rozpoznaniu potrzeb wspólnot samorządowych. Mechanizmy pozyskiwania niezbędnych danych jednostkowych i populacyjnych oparte na technologiach ICT czynią realizację takich założeń bardziej realną niż dekadę wcześniej.

Konstytucja Republiki Włoskiej z 27 grudnia 1947 r. wprowadziła zasady bezpieczeństwa socjalnego, wśród których istotne znaczenie ma prawo do ochrony zdrowia. Prawo to rodzi po stronie państwa obowiązek stworzenia odpowiednich rozwiązań prawnych w celu jego zagwarantowania. Traktowane jest jako pozytywne prawo do otrzymywania świadczeń, które jednak uwarunkowane jest wielkością środków finan-

⁵²³ Zob. w przedmiocie koordynacji działań j.s.t. w sferze ochrony zdrowia: L. Sobieski Koordynacja działań w zakresie profilaktyki zdrowia w województwie. Zagadnienia wybrane, w: Wybrane problemy prawa materialnego i procesowego. Teoria i praktyka, tom III, pod redakcją K. Knoppka i J. Muchy, Poznań 2015, s.61-71.

sowych, które państwo przeznaczają na jego realizację⁵²⁴. System włoski zakłada zatem istnienie określonego poziomu gwarantowanego, który przysługuje jednostce. Podobnie jak w rozwiązaniach polskich państwo w modelu włoskim ponosi odpowiedzialność za organizację systemu ochrony zdrowia⁵²⁵. Prawo do ochrony zdrowia stanowi składnik praw socjalnych w ujęciu włoskiej doktryny choć również i w jej ramach prezentowany jest pogląd, że prawo do ochrony zdrowia nie jest prawem socjalnym ani prawem wolnościowym, a stanowi trzeci rodzaj prawa niedający się sklasyfikować, którego realizacja została powierzona ustawodawcy zwykłemu. Prawo do ochrony zdrowia zostało uregulowane w przepisie art. 32 włoskiej konstytucji, zgodnie z którym Republika Włoska zapewnia ochronę zdrowia jako podstawowe prawo zarówno jednostki oraz gwarantuje bezpłatną opiekę ubogim. Na pełną realizację założeń konstytucyjnych w zakresie prawa do ochrony zdrowia czekano we Włoszech 30 lat, bowiem dopiero ustawa 1978/833 zagwarantowała wszystkim dostęp do usług opieki zdrowotnej na równych zasadach, bez dyskryminacji ze względu na rasę, płeć, religię, wiek, warunki ekonomiczne i warunki pracy. Przepis konstytucji wyrażający prawo do ochrony zdrowia początkowo był uważany za normę programową. Rozumienie to zmieniło się wraz z wejściem w życie reformy zdrowotnej w 1978 r. i pozostałych reform z lat 90. ubiegłego wieku. Przepis artykuł 32 konstytucji proklamuje normę, z której wynika obowiązek ochrony zdrowia przez Republikę Włoską, i jednocześnie porównuje ochronę interesów podmiotowych jednostki z dobrem, jakim jest ochrona zdrowia jako interesu zbiorowości.

W wyroku z 15 lipca 1994 r. włoski Sąd Konstytucyjny⁵²⁶ uznał, że realizacja prawa do ochrony zdrowia jest uzależniona od środków organizacyjnych i finansowych, którymi dysponuje państwo w danym momencie. Również w wyroku z 17 lipca 1998 r.⁵²⁷ Sąd Konstytucyjny uznał, że prawo do ochrony zdrowia przewidziane w art. 32 konstytucji pociąga za sobą prawo do świadczeń opieki zdrowotnej koniecznych do jego ochrony i jest zagwarantowane każdej osobie, przy czym dostęp do opieki obejmującej prawo wyboru lekarza i miejsca leczenia musi pozostawać w zgodzie z innymi

⁵²⁴ M. Luciani, *Brevi note sul diritto alla salute nella piu recente giurisprudenza costituzionale*, w: *Il diritto Della salute Alle soglie del terzo millennio. Profili di ordine etico, giuridico ed economico*, red. L. Chieffi, Torino 2003, s. 63, za: M. Urbaniak *Aspekty publicznoprawne organizacji i finansowania ochrony zdrowia w Republice Włoskiej*, Toruń 2014.

⁵²⁵ U. Drozdowska, *Koszyk świadczeń gwarantowanych a prawo pacjenta do świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej*, w: *System ochrony zdrowia. Problemy i możliwości ich rozwiązań*, red. E. Nojszewska, Warszawa 2011, s. 638.

⁵²⁶ Corte Cost. del 15 luglio 1994, n. 304.

⁵²⁷ Corte Cost. del 17 luglio 1998, n. 267.

prawami konstytucyjnie chronionymi, biorąc pod uwagę obiektywne granice, które ustawodawca napotyka w związku ze środkami organizacyjnymi i finansowymi, którymi dysponuje. W wyroku, z 20 listopada 2000 r.⁵²⁸ Sąd Konstytucyjny uznał, że świadczenia zdrowotne niezbędne dla ochrony zdrowia ludzkiego są gwarantowane każdemu jako konstytucyjne prawo, którego realizacja jest uzależniona od limitów organizacyjnych i finansowych.

Od połowy XX wieku można zaobserwować we Włoszech proces przekazywania władzy z centrum w kierunku regionów. U źródeł przeprowadzonych reform legło przekonanie, że zdecentralizowane państwo będzie w stanie przyczynić się do lepszego zagwarantowania jednostce realizacji prawa do ochrony zdrowia. W kontekście zmian konstytucyjnych należy wspomnieć o tym, iż zmiany dotyczące decentralizacji funkcji regionów w zakresie ochrony zdrowia miały miejsce już wcześniej, przed zmianami dokonanymi ustawą 2001/3. W szczególności art. 1 dekretu ustawodawczego 1992/502 proklamował ochronę zdrowia jako podstawowego prawa jednostki i interesu wspólnoty, która ma być zapewniona przez Narodową Służbę Zdrowia z poszanowaniem godności i wolności osoby ludzkiej. Również w tym dekrete ustawodawczym regionom zostały przyznane kompetencje w zakresie organizacji opieki zdrowotnej na swoim terenie, których wykonywanie było początkowo finansowane z podatków regionalnych, a następnie w 1997 r. zastąpione regionalnym podatkiem od działalności produkcyjnej IRAP.

Istotny dla materii ochrony zdrowia był dekret ustawodawczy 2000/56, który wszedł w życie przed uchwaleniem ustawy konstytucyjnej 2001/3, i dotyczył reform wprowadzających tzw. federalizm fiskalny i przyznawał regionom nową rolę w dziedzinie ochrony zdrowia, przewidując jednocześnie inne zasady jej finansowania na szczeblu regionalnym. Rozwiązanie przyjęte w nowej regulacji pozwoliło na przeprojektowanie kompetencji pomiędzy różnymi poziomami rządów: państwowymi i regionalnymi⁵²⁹. Ustawa konstytucyjna 2001/3 zredefiniowała rozdzielenie władzy pomiędzy państwo i rządy regionów. Obecnie przepisy Konstytucji Republiki Włoskiej jasno określają podział kompetencji pomiędzy państwem a innymi podmiotami w zakresie ochrony zdrowia. Zmiana Tytułu V konstytucji Republiki Włoskiej przemodelowała pozycję regionów w systemie prawa. We włoskiej konstytucji, a także w innych pod-

⁵²⁸ CorteCost. del 20 novembre 2000, n. 509.

⁵²⁹ L. Cuocolo, I livelli essenziali delle prestazioni. Spunti riostuttivi ed esigenze di attuazione, w: La sanità Italiano tra livelli essenziali di assistenza, tutela Della salute e progetto di devolucion. Atti del Convegno - Genova 24 febbraio 2003, red. R. Balduzzi, Milano 2004, s. 57.

konstytucyjnych aktach normatywnych już przed wejściem w życie ustawy konstytucyjnej 2001/3 znajdowały się rozwiązania regulujące stosunki pomiędzy państwem a regionami w dziedzinie ochrony zdrowia. Jednym z nich jest zasada decentralizacji wyrażona w art. 5 konstytucji, która stanowi jedną z podstawowych zasad ustrojowych. Artykuł ten jednocześnie proklamuje unitarną formę państwa, zakładając, że Republika Włoska jest państwem niepodzielnym i jednolitym z zastrzeżeniem, że uznaje ona i wspiera samorząd lokalny, urzeczywistnia w działalności instytucji podlegających państwu najszerszą decentralizację administracji, a także dostosowuje zasady i system swojego ustawodawstwa do wymagań samorządu i decentralizacji. Artykuł 2 włoskiej konstytucji proklamuje zasadę solidarności, zgodnie z którą republika uznaje i gwarantuje nienaruszalne prawa człowieka zarówno jako jednostki, jak i uczestnika grup społecznych, w których rozwija on swoją osobowość i wymaga wypełnienia niedających się uchylić obowiązków solidarności politycznej, ekonomicznej i społecznej. Koncepcja ta zakłada, że normy gwarantujące prawa człowieka nie mogą być naruszone zarówno przez organy państwa, ale również przez podmioty prywatne, jeśli są one skuteczne *erga omnes*⁵³⁰. Z zasady tej wynika obowiązek takiego działania najbogatszych jednostek terytorialnych, które pozwoli na dokonanie postępu tych jednostek, które znajdują się w mniej korzystnej sytuacji ekonomicznej⁵³¹.

Zgodnie z ustawą konstytucyjną wyróżnia się cztery rodzaje ustawodawstwa: ustawodawstwo wyłączne, które leży w kompetencji wyłącznie państwa lub wyłącznie regionów, ustawodawstwo konkurencyjne i pozostałe ustawodawstwo regionalne. Ustawa konstytucyjna w art. 117 ust. 3 przypisuje do ustawodawstwa konkurencyjnego pomiędzy państwem a regionami szeroką materię ochrony zdrowia razem z przylegającymi do niej sektorami - badaniami naukowymi i technologiami, a także rozwój innowacji w sektorach produkcyjnych. Wyrażone w art. 117 ust. 3 konstytucji prawo do ochrony zdrowia w praktyce oznacza możliwość określenia kryteriów, reguł i zakresów, w których to prawo jednostki będzie realizowane⁵³². W nowej regulacji zniesiono „stary” podział kompetencyjny między państwem a regionami, w którym rola tych drugich ograniczała się wyłącznie do uszczegółowienia postanowień pań-

⁵³⁰ M. Urbaniak, Konstytucyjne wolności i prawa socjalne oraz ekonomiczne w Polsce i we Włoszech. Analiza prawno-porównawcza, Toruń 2009, s. 20 i n.

⁵³¹ M. Luciani, / diritti costituzionali tra stato e regioni (a proposito dell'art 117, comma 2 lett. m), Della Costituzione, „Politica del diritto” 2002, nr 3 s. 347.

⁵³² C.E. Galio, Federalismo in materia sanitaria: i rapporti tra organi di vertice e la dirigenza medico-sanitaria, “Ragiusan” 2004, nr 248, s. 15.

stwowych⁵³³. W wyroku z 31 marca 2006 r.⁵³⁴ Sąd Konstytucyjny uznał, że zakres regulacji dotyczącej kompetencji regionów w dziedzinie ustawodawstwa konkurencyjnego w sferze „ochrony zdrowia” - zgodnie z art. 117 ust. 3 konstytucji - jest zdecydowanie szerszy niż poprzednie brzmienie art. 117, zgodnie z którym kompetencje regionów dotyczyły wyłącznie „opieki szpitalnej”. Obecne brzmienie art. 117 ust. 3 konstytucji zdaniem Sądu Konstytucyjnego stanowi wyraźne rozróżnienie pomiędzy kompetencją ustawodawczą, jaka w tych dziedzinach przysługuje regionom, a kompetencją przysługującą państwu w tym zakresie. Zgodnie z konstytucją w odniesieniu do ustawodawstwa konkurencyjnego to do regionów należy władza ustawodawcza z wyjątkiem określania zasad podstawowych, zastrzeżonych dla ustawodawstwa państwa. Regiony zatem posiadają wyłączną kompetencję do ustalania zasad organizacji opieki zdrowotnej, która wpływa na realizację prawa do ochrony zdrowia.

Zauważyć należy, że ustawodawca konstytucyjny w nowelizacji Tytułu V odszedł od zaliczającej pod rządami poprzedniej regulacji do ustawodawstwa regionalnego materii ustawodawstwa konkurencyjnego wyłącznie opiekę zdrowotną i szpitalną, rozszerzając ją obecnie do szeroko pojętej materii ochrony zdrowia i nawiązując w ten sposób do redakcji art. 32 konstytucji. Ta zmiana terminologiczna jest bardzo ważna, ponieważ potwierdza na poziomie konstytucyjnym zasadę wprowadzoną wcześniej w ustawodawstwie zwykłym i w orzecznictwie ściśle związaną z redakcją art. 32 konstytucji, która uznaje wzmocnione kompetencje regionów w dziedzinie ochrony zdrowia⁵³⁵. Sąd Konstytucyjny w jednym z wyroków⁵³⁶ podniósł, że w przypadku nowych ram konstytucyjnych charakteryzujących się włączeniem w zakres ustawodawstwa określonego w art. 117 ust. 3 konstytucji przede wszystkim materii określanej mianem „opieki zdrowotnej”, a więc będącej materią znacznie szerszą niż wcześniej przyjęta „opieka szpitalna”, oraz „badań naukowych” jest rzeczą niebudzącą wątpliwości, iż zasadniczo wszystkie instytucje publiczne powołane do realizacji zadań, zarówno w jednym, jak i w drugim z ww. zakresów leżących w kompetencjach regionów, podlegają przepisom uchwalanym przez odpowiednie organy ustawodawcze szczebla regionalnego, które to przepisy muszą być uchwalane z uwzględnieniem ram wynikających z podstawowych zasad określanych przez ustawodawcę. Poprzez zmianę treści art. 117

⁵³³ M. Lorencka, Włoskie państwo regionalne, „Przegląd Sejmowy” 2005, nr 4(69), s. 73.

⁵³⁴ Corte Cost. del 31 marzo 2006, n.134.

⁵³⁵ R. Balduzzi, Sul rapporto tra regionalizzazione e aziendalizzazione in campo sanitario, „Quaderni Regionali” 2008, nr 3, s. 1038.

⁵³⁶ Corte Cost. del 23 giugno 2005, n. 270.

konstytucji przesądzono o przejściu od systemu opieki zdrowotnej (*sanita*) do opieki zdrowotnej (*salute*) obejmującego różne rodzaje działalności, których celem jest promocja, utrzymanie i odzyskanie zdrowia fizycznego i psychicznego populacji, tj. ochrony integralności psychofizycznej obywateli⁵³⁷.

Państwu zostały przyznane zadania wymienione taksatywnie w konstytucji z zastrzeżeniem, iż pozostałe, niewymienione dziedziny należą do regionów. W myśl art. 117 ust. 2 lit. m konstytucji „państwo dysponuje ustawodawstwem wyłącznym w określaniu istotnych poziomów świadczeń dla zapewnienia praw obywatelskich i socjalnych, które muszą być zagwarantowane na całym terytorium kraju”. Wynika z tego, iż do ustawodawstwa wyłącznego państwa konstytucja zalicza obowiązek wskazania istotnych poziomów świadczeń i podstawowych zasad w dziedzinie ochrony zdrowia. Państwo w tych sprawach samodzielnie może wydawać przepisy wykonawcze bądź też powierzyć to zadanie regionom⁵³⁸. Państwo wykonuje przede wszystkim zadania związane ze stanowieniem przepisów ogólnych, które mają wpływ na cały system ochrony zdrowia, przepisów dotyczących finansowania oraz przepisów dotyczących nadzoru zarówno w sprawie oceny regionalnych służb ochrony zdrowia, jak i nadzwyczajnych zabiegów stosowanych w stosunku do regionów, które nie wykonują nałożonych na nie obowiązków. Ponadto, państwo wykonuje inne zadania związane z administrowaniem określonymi sektorami, obejmujące m.in. prawo wydawania autoryzacji leków, a także ustalanie wykazów leków, które wchodzi w skład podstawowych poziomów świadczeń⁵³⁹.

Prawa socjalne stanowią prawo do świadczeń pozytywnych ze strony państwa lub jednostek publicznych poprzez określenie istotnych poziomów świadczeń, które mają być zagwarantowane w sposób jednolity na terytorium całego państwa. Warto byłoby nałożyć na państwo obowiązek, którego przedmiotem byłoby dostarczanie świadczeń koniecznych dla ochrony integralności psychofizycznej jednostek będących wierzycielami zasady solidarności społecznej, którego mogliby dochodzić od państwa⁵⁴⁰. Państwo nie zarządza żadnymi usługami opieki zdrowotnej, ale jedynie ustala standardy jakościowe i reguły świadczenia tego rodzaju usług. Na marginesie tych roz-

⁵³⁷ C.M. Grillo, La tutela Della salute tra stato e regione (Aluni interventi della Corce Costituzionale) in attesa Della devolution, “Rivista Ambiente e Lavoro” 2005, nr 7, s. 9.

⁵³⁸ M. Lorencka, Włoskie państwo regionalne, Przegląd Sejmowy, 2005, nr 4 (69) s. 73.

⁵³⁹ P. De Angelis, Accordi e contratti di fomitura: profile giuridici e questioni applicative, “Sanità Pubblica e Privata” 2011, nr 4, s. 6-7.

⁵⁴⁰ L. Principato, I diritti costituzionali e l’assetto delle fonti dopo la riforma dell’art 117 della Costituzione, „Giurisprudenza Costituzionale” 2002, nr 2, s. 1179-1180

ważną podnieść należy, że główna rola w zakresie poszanowania zasady równości w dostępie do gwarantowanych świadczeń opieki zdrowotnej, które tworzą wskazane konstytucyjnie istotne poziomy świadczeń, należy do ministra zdrowia⁵⁴¹. W gestii państwa leży możliwość oceny, kiedy konieczna będzie jego interwencja w celu zagwarantowania jednostce podstawowych poziomów świadczeń, i z tego powodu może realizować kompetencje w materii ochrony zdrowia i farmaceutycznej, które co do zasady powinny zostać przekazane do kompetencji regionalnej⁵⁴². Zadaniem parlamentu jest wyznaczenie poziomów świadczeń i określenie stopnia ich ujednoczenia poprzez określenie zgodnie z zasadą subsydiarności obowiązków administracyjnych jednostek lokalnych w wymiarze dającym się pogodzić ze standardowym zapotrzebowaniem na świadczenia opieki zdrowotnej, które mogą je urzeczywistniać⁵⁴³. Jeśli podstawowe poziomy świadczeń są wyznaczone według dostatecznie wysokich wartości, ustawodawstwo regionalne ograniczone przez brak wystarczających środków na te świadczenia nie będzie w stanie realizować wyznaczonych przez siebie świadczeń na poziomie świadczeń udzielanych na terytorium całego państwa, co może prowadzić do utrwalania różnic pomiędzy poszczególnymi regionami⁵⁴⁴.

Podkreślić należy, że w art. 117 konstytucji mowa jest o „istotnych poziomach świadczeń”, które dotyczą wszystkich rodzajów świadczeń w zakresie realizacji praw jednostki. Pojęcie to znacząco różni się od pojęcia podstawowych poziomów świadczeń (*livelli essenziali di assistenza* - LEA), które dotyczą węższego zakresu świadczeń opiekuńczych. Użycie przez ustawodawcę słowa „podstawowe” wyznacza zakres świadczeń, który jest „konstytucyjnie obowiązkowy”. Świadczenia te stanowią gwarancję i czynnik unifikacji dla obywateli Włoch należących do różnych regionów⁵⁴⁵. Określanie przez państwo istotnych poziomów świadczeń podkreśla możliwość korzystania z praw obywatelskich i podtrzymuje obowiązek Republiki do usuwania przeszkód o charakterze ekonomiczno-socjalnym, które faktycznie ograniczają wolność i równość obywateli, nie pozwalają na pełny rozwój osoby ludzkiej i efektywny udział

⁵⁴¹ G. D'Auria, L'organizzazione amministrativa centrale, “Giornale di diritto amministrativo” 2010, nr 10, s. 1005.

⁵⁴² L. Cuocolo, I rapporti stato - regioni in materia farmaceutica, tra diritti costituzionali e contenimento della spesa, “Quaderni Regionali” 2008, nr 1, s. 34.

⁵⁴³ E. Castorina, Il nuovo modello costituzionale di finanza regionale e locale (spunti di riflessione interno all'art. 119 Cost.) „Nouve Autonomie Anno XVI- Nova Serie” 2007, nr 1, s. 108

⁵⁴⁴ P. Giarda, Quale modello di federalismo fiscale nella nuova Costituzione italiana?, www.astrid-online.it, (dostęp 7.10.2019 r.).

⁵⁴⁵ M. Cerioni, Ruolo dei “livelli essenziali delle prestazioni” Nel rinsaldare l'unità nazionale, “Nuova Rassegna” 2011, nr 10, s. 1105.

wszystkich pracujących w politycznej, gospodarczej i społecznej organizacji kraju, o których mowa w art. 3 ust. 2 Konstytucji⁵⁴⁶.

Zagwarantowanie jednakowych poziomów świadczeń należy do wyłącznych uprawnień władczych państwa, jednak ochrona podstawowych poziomów świadczeń została powierzona 20 regionom odpowiedzialnym za organizację i zarządzanie środkami koniecznymi do zagwarantowania efektywnego korzystania z nich na poziomie lokalnym⁵⁴⁷. Ustawa konstytucyjna 2001/3 przyznała każdemu z organów szczególną odpowiedzialność, określając, iż jeśli na poziomie regionalnym ważniejsze jest programowanie na danym terytorium polityki społecznej, to na poziomie centralnym z poszanowaniem zasady subsydiarności monitoruje się rezultaty tego działania⁵⁴⁸. Konstytucja przyznaje regionom zadanie zdefiniowania polityki zdrowotnej, pozostawiając państwu kompetencję ustawodawczą do określenia jedynie zasad podstawowych⁵⁴⁹. Przepis konstytucyjny zakłada w zakresie świadczenia usług zdrowotnych ścisłą współpracę dwóch podmiotów: państwa i regionów. Pamiętać przy tym należy, że obowiązek określenia przez państwo podstawowych poziomów świadczeń determinuje wskazanie przez nie odpowiednich środków na ich sfinansowanie. W przeciwnym razie powodowałyby to obowiązek zapewnienia tych świadczeń przez jednostki lokalne, które nie posiadałyby środków na ich dostarczenie⁵⁵⁰.

Z regulacji konstytucyjnej wynika skierowany do regionów zakaz ustanawiania stopnia ochrony istotnych poziomów świadczeń na poziomie niższym niż poziom określony w ustawach państwowych⁵⁵¹. To państwo określa bowiem standardy ilościowe i jakościowe świadczeń, które należą do kategorii praw socjalnych, jak również ustanawia odpowiednie fundusze na ich sfinansowanie⁵⁵².

Artykuł 118 ust. 4 konstytucji nakłada na państwo, regiony, miasta metropolitalne, prowincje i gminy obowiązek popierania niezależnej inicjatywy obywateli, zarówno poje-

⁵⁴⁶ A. Banchemo, Comuni, regione e livelli essenziali socio-sanitari, w: *La sanità Italiana tra i livelli essenziali di assistenza, tutela Della salute e progetto di devolution*. Atti del Convegno - Genova 24 febbraio 2003, red. R. Balduzzi, Milano 2004, s. 42.

⁵⁴⁷ A. Gualdani, *I servizi sociali tra universalismo e selettiva*, Milano, 2007 s. 149.

⁵⁴⁸ F.M. Lazzaro, *Il finanziamento dei livelli essenziali di assistenza nel Quattro della riforma tributaria*, w: R. Balduzzi, *La sanità Italiana tra i livelli essenziali di assistenza tutela della salute e progetto di devolution*. Atti del Convegno – Genova 24 febbraio 2004, Milano 2004, s. 134.

⁵⁴⁹ A. Buzzanca, *Tutela urgente alla salute e liste di attesa. Aspetti civili, penali e amministrativi*, Milano 2006, s. 26.

⁵⁵⁰ L. Torchia, *Sistemi di welfare e federalismo*, "Quaderni costituzionali" 2002, nr 4, s. 737.

⁵⁵¹ C. Tubertini, *Pubblica amministrazione e garanzia dei livelli essenziali delle prestazioni. Il caso della tutela della salute*, Bologna 2008, s. 37.

⁵⁵² C. Panzera, *I livelli essenziali delle prestazioni fra sussidiarietà e collaborazione*. "Le Regioni" 2010, nr 4, s. 946.

dynczych, jak i stowarzyszonych, do rozwijania aktywności na rzecz interesu powszechnego w oparciu o zasadę subsydiarności. Przepis ten uznaje także formy *non profit* świadczenia usług zdrowotnych, o których mowa również w art. 1 ust. 18 dekretu ustawodawczego 1992/502⁵⁵³. Zgodnie z tą regulacją instytucje i organizacje nieprowadzące działalności dochodowej współpracują z instytucjami publicznymi na rzecz realizacji konstytucyjnych obowiązków solidarności, przestrzegając zasady pluralizmu etyczno-kulturowego dotyczącej usług na rzecz osób. Ponadto, art. 120 ust. 2 konstytucji przewiduje, iż rząd może zastąpić organy regionów, miast metropolitalnych, prowincji i gmin, kiedy wymaga tego ochrona jednolitości prawnej albo jedności ekonomicznej, a w szczególności ochrona istotnego poziomu świadczeń w zakresie praw obywatelskich i socjalnych niezależnie od granic władz lokalnych. Państwo pozostaje gwarantem jednolitości i jakości udzielanych świadczeń dla wszystkich obywateli Republiki. Przepis art. 120 konstytucji wprowadza możliwość stosowania władzy zastępczej państwa nad organami regionów, miast metropolitalnych, prowincji i gmin w sprawach, które mogą wydawać się niejasne, jak również w przypadku niebezpieczeństwa ich naruszalności i bezpieczeństwa publicznego, a także w przypadku ochrony jedności prawnej i ekonomicznej państwa oraz ochrony zasadniczych interesów⁵⁵⁴. Artykuł ten przyznaje państwu prawo do innego ustalenia limitów świadczeń, również poprzez wejście w kompetencje zarezerwowane dla regionów za każdym razem, jeśli wymaga tego konieczność zagwarantowania ich przestrzegania⁵⁵⁵. Podkreślić przy tym należy, że nowe rozwiązania wprowadzone Tytułem V Konstytucji nie były dostatecznie stosowane, czego efektem było niepowodzenie we wprowadzeniu konstytucyjnego modelu finansowej autonomii władz terytorialnych⁵⁵⁶.

Na uwagę zasługuje fakt, iż zdecydowana większość aktów prawnych dotyczących ochrony zdrowia została uchwalona i weszła w życie przed zmianą Konstytucji dokonaną w 2001 r. Przede wszystkim mowa tutaj o ustawie 1978/833 oraz dekrete ustawodawczym 1992/502 i dekrete ustawodawczym 1999/299. Dekret ustawodawczy 1998/112 poszerza kompetencje regionów, prowincji i gmin, przekazując im funkcje

⁵⁵³R. Balduzzi, Salute (diritto alla), w: Dizionario Casese, Milano 2006, s. 5400.

⁵⁵⁴D. Struska, Między unitaryzmem a federalizmem. Ewolucja współczesnej myśli i praktyki ustrojowej Włoch, s. 168, Warszawa 2008.

⁵⁵⁵M. Luciani, I diritti costituzionali tra stato e regioni (a proposito dell'art.117, comma 2 lett.m) Della costituzione), w: Il nuovo Welfare State dopo la riforma del Titolo V. Sanità e assistenza a confronto, Roma 2002, s. 28.

⁵⁵⁶F. Scuto, The Italian Parliament Paves the Way to "Fiscal Federalism", "Perspectives on Federalism" 2010, vol. 2, issue 1, s. E-70, http://www.on-federalism.eu/attachments/057_scuto.pdf, (dostęp 2.02.2019 r.).

wykonywane dotychczas przez administrację centralną, a jego celem miało być uproszczenie publicznej administracji. W szczególności regionom została powierzona odpowiedzialność za planowanie, regulowanie i organizowanie opieki zdrowotnej⁵⁵⁷. Otrzymały one zadania i funkcje w dziedzinie rozwoju jednostek samorządu terytorialnego, ich promocji oraz wykonywanie zadań specjalnych z wyjątkiem spraw ustawowo zastrzeżonych dla państwa⁵⁵⁸. Jeśli chodzi o sektor ochrony zdrowia, reforma Bassaniniego zmieniła sposób finansowania opieki zdrowotnej, nadając nowe znaczenie zasadzie równości i odpowiedzialności podatkowej, utrzymując jednak obowiązek określania przez rząd centralny zakresu podstawowych świadczeń, które muszą być dostarczane przez rządy regionalne⁵⁵⁹. W wyniku przeprowadzonych reform w kompetencji państwa pozostawiono tzw. interesy narodowe, a także funkcje administracyjne, których umiejscowienie na danym terytorium zostało uznane za niemożliwe⁵⁶⁰.

Ustawa 1997/59, odwołując się do zasady subsydiarności, przekazywała regionom i jednostkom lokalnym wszystkie funkcje i zadania administracyjne wykonywane na szczeblu lokalnym przez organy państwowe, rezerwując dla władz centralnych jedynie kontrolę nad kluczowymi funkcjami administracji. Ta dotycząca kwestii federalizmu administracyjnego ustawa stanowi wykonanie art. 5 konstytucji, zgodnie z którym Republika uznaje i popiera autonomię lokalne. Jej zadaniem nie jest przyznanie regionom funkcji, które im przysługują z mocy Konstytucji, ale globalna reorganizacja państwa zgodnie z zasadą ogólną wyrażoną w art. 5 konstytucji⁵⁶¹. Co do zasady według art. 11 ustawy 1978/833 regiony, udzielając świadczeń z zakresu opieki zdrowotnej, mają obowiązek działania w oparciu o metodę planowania wieloletniego i zasadę jak najszerszego udziału demokratycznego z poszanowaniem stosownych przepisów statutowych w tym zakresie. W tym celu w ramach regionalnych programów rozwoju poszczególne regiony przygotowują regionalne plany dotyczące opieki zdrowotnej po uprzednim przeprowadzeniu konsultacji na szczeblu lokalnych jednostek terytorialnych i zasięgnięciu opinii uniwersytetów działających na ich terytorium, naj-

⁵⁵⁷ A. Lo Scalzo, A. Donatini, L. Orzella, A. Cicchetti, S. Profili, A. Maresso, Italy. Health System Review, "Health System Review" 2009, nr 1H6), s. 11.

⁵⁵⁸ Z. Witkowski, Ustrój konstytucyjny współczesnych Włoch w aktualnej fazie jego przemian 1989-2004, Toruń 2004, s. 411-412.

⁵⁵⁹ F. Reviglio, Health Care and its Financing in Italy. Issues and Reform Options, "Rivista di diritto finanziario e scienza delle finanze" 2001, nr 1, s. 4.

⁵⁶⁰ I. Bokszezanin, Proces decentralizacji w Republice Włoskiej, „Przegląd Sejmowy” 2007, nr 6, s. 112.

⁵⁶¹ G. Falcon, Lo stato autonomista. Funzioni statali, regionali e locali Nel decreto legislativo n. 112 del 1998 di attuazione Della legge Bassanini n. 59 del 1997, Bologna 1998, s. X.

bardziej reprezentatywnych organizacji działających w imieniu sił społecznych oraz opinii operatorów służby zdrowia, jak również właściwych terytorialnie organów wojaskowej służby zdrowia. Po wejściu w życie Narodowego Planu Zdrowia regiony mają obowiązek przyjąć własne regionalne plany zdrowia. Regionalny plan zdrowia stanowi podstawowy instrument organizacji ochrony zdrowia na poziomie regionalnym. Plan ten zgodnie z art. 1 ust. 13 dekretu ustawodawczego 1992/502 ma się przyczynić do spełnienia szczególnych wymagań ludności w danym regionie i stanowi strategiczne podstawy działania regionu w dziedzinie ochrony zdrowia w celu zaspokojenia wymagań zdrowotnych zamieszkującej go populacji mieszkańców z poszanowaniem założeń Narodowego Planu Zdrowia. Regiony mogą wybrać spośród celów wyrażonych w Narodowym Planie Zdrowia najbardziej odpowiadające im założenia, przyjmując w swoich planach regionalnych cele będące rozszerzeniem tych państwowych⁵⁶². Regionalne plany zdrowia powinny dążyć do trwałego polepszenia jakości usług zdrowotnych, a także stanowić odzwierciedlenie obecnych i przyszłych potrzeb mieszkańców.

Regiony, działając w granicach autonomii, wydają regulacje prawne, rozdzielając przyznane im środki finansowe na poszczególne jednostki lokalne⁵⁶³. W terminie 150 dni od dnia wejścia w życie Narodowego Planu Zdrowia regiony mają obowiązek zatwierdzenia bądź dostosowania postanowień regionalnego planu zdrowia z uwzględnieniem w nim sposobu uczestnictwa lokalnych autonomii, a także prywatnych organizacji społecznych nieprowadzących działalności dochodowej zawodowych pracowników publicznej i prywatnej służby zdrowia oraz prywatnych jednostek akredytowanych przez Narodową Służbę Zdrowia (art. 1 ust. 13 dekretu ustawodawczego 1992/502). Ustawodawstwo przewiduje aktywną rolę ministra zdrowia w zatwierdzaniu projektu planu. Według art. 1 ust. 14 dekretu ustawodawczego 1992/502 autonomiczne regiony i prowincje przekazują ministrowi zdrowia schematy lub projekty planów zdrowia w celu uzyskania jego opinii na temat spójności tych dokumentów z kierunkami działania wyznaczonymi w Narodowym Planie Zdrowia. Minister zdrowia wydaje opinię w terminie 30 dni od przekazania mu tychże dokumentów, po uprzednim zapoznaniu się ze stanowiskiem Agencji ds. Regionalnej Służby Zdrowia (*Agenzia per i servizi sanitari regionali*). Przepisy regionalne regulują związek między planowaniem regionalnym a lokalnym planowaniem wykonawczym.

⁵⁶² G. France, F. Taroni, Starting Down the Road to Targets in Health. The Case of Italy, "European Journal of Public Health" 2000, vol. 10, no. 4, s. 26

⁵⁶³ W.C. Włodarczyk, S. Poździejch, System zdrowotne, w: A. Czupryna S. Poździejch, A. Ryś, W.C. Włodarczyk, Zdrowie publiczne, t. I. Kraków 2000, s. 265.

Do kompetencji regionów zgodnie z art. 2 ust. 2 dekretu ustawodawczego 1992/502 należą w szczególności: przydzielanie poszczególnych części obszaru regionu do lokalnych jednostek służby zdrowia, które zapewniają poprzez bezpośrednio świadczone usługi zbiorową opiekę zdrowotną w środowisku życia i pracy, opiekę w okręgach oraz opiekę szpitalną, zasady i kryteria zatwierdzania aktu założycielskiego przedsiębiorstwa, zasady podziału lokalnych jednostek służby zdrowia na okręgi, mając na uwadze szczególne cechy obszarów górskich i terenów słabo zaludnionych, sposób finansowania lokalnych jednostek służby zdrowia w oparciu o średnią wartość *per capita* obliczoną z uwzględnieniem charakterystyki ludności zamieszkałej na danym obszarze, sposób sprawowania nadzoru i kontroli przez region nad lokalnymi jednostkami służby zdrowia oraz oceniania osiągniętych przez nie wyników, a także określania formy i warunków uczestnictwa w tej ocenie Konferencji Burmistrzów, możliwość lokalnych jednostek służby zdrowia z zastrzeżeniem ogólnego zakazu zadłużania się: pobierania zaliczki za pośrednictwem skarbnika do maksymalnej kwoty równej 1/12 rocznej wartości dochodów łącznie z transferami uwzględnionymi w rocznym budżecie, zaciągania pożyczek i korzystania z innych form kredytowania na okres nie dłuższy niż dziesięć lat w celu finansowania inwestycji po otrzymaniu uprzedniej zgody na szczeblu regionalnym do łącznej kwoty równej sumie rat liczonych jako kapitał i odsetki, nie wyższej niż 15% bieżących wpływów własnych z wyłączeniem bieżących środków przyznanych regionowi z Narodowego Funduszu Zdrowia, sposób, w jaki lokalne jednostki służby zdrowia i przedsiębiorstwa szpitalne zapewniają świadczenia i usługi przewidziane na dodatkowe poziomy świadczeń zdrowotnych finansowane przez gminy. Okres trwania regionalnych planów zdrowia musi pokrywać się z okresem objętym Narodowym Planem Zdrowia. Zgodnie z postanowieniami art. 55 ustawy 1978/833 regiony realizują zadania Narodowej Służby Zdrowia w oparciu o trzyletnie plany zdrowia. Celem regionalnych planów jest eliminacja istniejących nierówności w usługach i świadczeniach na obszarze regionu. Regionalne plany zdrowia muszą uwzględniać założenia i wytyczne Narodowego Planu Zdrowia. Cele regionalnego planu rozwojowego są opracowywane przez zarząd regionu (*grunta regionale*) zgodnie z procedurami przewidzianymi w przepisach regulujących zasady współpracy jednostek samorządu terytorialnego z innymi instytucjami i organizacjami. Trzyletnie regionalne plany zdrowia są zatwierdzane ustawą regionalną na co najmniej 120 dni przed końcem każdego trzylecia. Narodowy Fundusz Zdrowia zgodnie z art. 51 ustawy jest przeznaczony na finansowanie Narodowej Służby Zdrowia, a przekazane na to środki są dzielone między wszystkie

regiony, w tym regiony posiadające status specjalny, uchwałą Międzyministerialnego Komitetu ds. Planowania Gospodarczego (*Comitato interministeriale per la programmazione economica - CIPE*) na wniosek ministra zdrowia po konsultacji z Krajową Radą ds. Zdrowia, z uwzględnieniem wytycznych zawartych w planach zdrowia narodowych i regionalnych oraz w oparciu o odrębnie zdefiniowanie wskaźniki i standardy dla środków przeznaczonych na wydatki bieżące i na rzecz kapitału (art. 51 ust. 2 ustawy 1978/833). Nie należy zapominać o kompetencjach regionów do uregulowania związku między planowaniem regionalnym a lokalnym planowaniem wykonawczym, w którym określona będzie w szczególności procedura zgłaszania, przyjmowania i zatwierdzania lokalnego planu wykonawczego i sposób uczestnictwa w nim zainteresowanych jednostek lokalnych (art. 2 ust. 1 dekretu ustawodawczego 1999/299 zmieniającego dekret ustawodawczy 1992/502). Na mocy powyższej zasady zgodnie z dekretem ustawodawczym 1992/502 program działalności terytorialnej w oparciu o zasadę różnorodności świadczeń wykonywanych przez różne jednostki operacyjne: określa lokalizację świadczeń, określa środki potrzebne na integrację społeczno-zdrowotną i kwoty obciążające odpowiednio lokalną jednostkę służby zdrowia i gminy, a także lokalizację placówek na danym terenie, jest zaproponowany w oparciu o przyznane środki, a także w oparciu o opinię Komitetu Burmistrzów okręgu przez dyrektora okręgu i zatwierdzany przez dyrektora generalnego w porozumieniu z wyżej wymienionym Komitetem, mając na uwadze priorytety wyznaczone dla danego obszaru.

Kolejnym organem o znaczeniu krajowym jest powołana dekretem ustawodawczym 1993/266 Krajowa Agencja ds. Regionalnych Usług Zdrowotnych (*Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali*), która została wyposażona w osobowość prawną prawa publicznego. Organ ten pełni główną rolę wspomagającą wydawanie decyzji przez ministra zdrowia i regiony odnośnie do strategii rozwoju Narodowej Służby Zdrowia. Do zadań Agencji należy w szczególności popieranie działalności regionalnej, ocena porównawcza kosztów i opłacalności usług dostarczanych obywatelom, jak również wskazywanie dysfunkcji i strat w zarządzaniu środkami osobowymi i materialnymi, a także dostarczanie i przenoszenie innowacji i eksperymentów w dziedzinie ochrony zdrowia.

Ustawa 1978/833 w art. 1 ust. 5 przyznała stowarzyszeniom działającym w oparciu o zasadę wolontariatu możliwość przyczyniania się do realizacji celów instytucjonalnych Narodowej Służby Zdrowia w sposób oraz w formie uregulowanej

w tej ustawie. Rozwinięciem tych postanowień jest art. 45 ustawy, który uznaje rolę organizacji wolontariatu w realizowaniu celów Narodowej Służby Zdrowia.

Na mocy postanowień art. 7 ust. 1 ustawy 1991/266 państwo, regiony, autonomiczne prowincje i jednostki lokalne oraz inne jednostki publiczne mogą zawierać porozumienia z organizacjami wolontariatu, które posiadają zdolność operacyjną, wpisanymi od przynajmniej 6 miesięcy do ogólnych rejestrów prowadzonych przez regiony i prowincje autonomiczne. Warunek ten musi zostać spełniony przez organizacje wolontariatu w celu podpisania przez nie porozumień, a także otrzymywania publicznych składek i ulg podatkowych⁵⁶⁴. Do organizacji wolontariatu ustawa 1978/833 zalicza ponadto instytucje działające w formie stowarzyszeń, tzw. publiczne instytucje opieki i dobroczynności (*Istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza*), których rola zgodnie z ich statutem polega na udzielaniu przez ich członków dobrowolnych i indywidualnych świadczeń. Stosunki między lokalnymi jednostkami służby zdrowia a organizacjami wolontariatu, których wspólnym celem jest udzielanie publicznych świadczeń zdrowotnych, regulują właściwe kontrakty przewidziane w ramach planowania i ustawodawstwa regionalnej służby zdrowia (art. 45 ust. 5 ustawy 1978/833). Lokalne jednostki służby zdrowia i przedsiębiorstwa szpitalne podpisują z takimi organizacjami bez obciążania kosztami Regionalnego Funduszu Zdrowia umowy lub porozumienia, które określają zakres i sposób współpracy z zastrzeżeniem zagwarantowanego obywatelom prawa poufności i nieingerowania w zawodowe decyzje pracowników służby zdrowia. Przedsiębiorstwa i organizacje wolontariatu oraz ochrony praw obywatelskich uzgadniają wspólne programy mające na celu dostosowanie instytucji i świadczeń zdrowotnych do wymagań obywateli. Stosunek między przedsiębiorstwami a organizacjami wolontariatu, które wykonują świadczenia i pełnią opiekę nieodpłatnie, jest regulowany na mocy ustawy o wolontariacie 1991/266 i regionalnych przepisów wykonawczych. Na podstawie art. 14 ust. 2 dekretu ustawodawczego 1992/502 regiony uwzględniają konsultacje z obywatelami i ich organizacjami, także związkowymi, a w szczególności z organizacjami wolontariatu i ochrony praw obywatelskich, w celu dostarczenia i zebrania informacji na temat organizacji służby zdrowia. Regiony określają formy uczestnictwa organizacji obywateli i wolontariatu zaangażowanych w ochronę prawa do zdrowia w działaniach dotyczących planowania, kontroli i oceny służby zdrowia na poziomie regionu, przedsiębiorstwa i okręgu. Regiony określają ponadto sposób uczestnictwa

⁵⁶⁴ M.F. Crupi, L'attività di volontariato nei servizi in sanità, "Ragiusan" 2008, nr 291-292, s. 19.

organizacji wolontariatu i ochrony praw obywatelskich również poprzez ustanowienie w nich organów konsultacyjnych, a także możliwości uczestniczenia w pracach lokalnych jednostek służby zdrowia i przedsiębiorstw szpitalnych.

W celu zapewnienia obywatelom dostępu do informacji dotyczących Narodowej Służby Zdrowia lokalne jednostki służby zdrowia i przedsiębiorstwa szpitalne tworzą system informacji o udzielanych świadczeniach, cenach, sposobach korzystania z usług. Przedsiębiorstwa opracowują ponadto we współpracy z organizacjami reprezentującymi obywateli, organizacjami wolontariatu i ochrony praw obywatelskich sposób zbierania i analizowania zgłoszeń dotyczących złego funkcjonowania służby zdrowia (art. 14 ust. 4 dekretu ustawodawczego 1992/502). Również w celu zapewnienia obywatelom ochrony przeciwko działaniom uniemożliwiającym dostęp do świadczeń zdrowotnych lub go ograniczającym dopuszczone jest składanie uwag, sprzeciwów, doniesień lub skarg na drodze administracyjnej.

3. Postulat zmiany zakresu i charakteru zadań samorządu województwa w ochronie zdrowia z wykorzystaniem technologii informacyjno-komunikacyjnych

Szczególną rolę władz publicznych w obszarze ochrony zdrowia określa ustawa z 11 września 2015 r. *o zdrowiu publicznym*⁵⁶⁵. Ustawa definiuje zdrowie publiczne przez wyliczenie zadań, których realizację powierza się władzom publicznym, a konkretnie organom administracji rządowej, zgodnie z kompetencjami określonymi w ustawie z dnia 4 września 1997 r. *o działach administracji rządowej*⁵⁶⁶, państwowym jednostkom organizacyjnym, w tym agencjom wykonawczym (np. ABM i AOTMiT), a także jednostkom samorządu terytorialnego, realizującym zadania własne polegające na promocji lub ochronie zdrowia. Zadania z zakresu zdrowia publicznego obejmują monitorowanie i ocenę stanu zdrowia społeczeństwa, zagrożeń zdrowia oraz jakości życia związanej ze zdrowiem społeczeństwa, edukację zdrowotną dostosowaną do potrzeb różnych grup społeczeństwa, w szczególności dzieci, młodzieży i osób starszych, promocję zdrowia; profilaktykę chorób; działania w celu rozpoznawania, eliminowania lub ograniczania zagrożeń i szkód dla zdrowia fizycznego i psychicznego w środowisku zamieszkania, nauki, pracy i rekreacji; analizę adekwatności i efektywności udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej w odniesieniu do rozpoznanych potrzeb zdrowotnych społeczeństwa; inicjowanie i prowadzenie: działalności naukowej w zakresie zdrowia publicznego, współpracy międzynarodowej dotyczącej działalności naukowej w zakresie zdrowia publicznego oraz rozwój kadr uczestniczących w realizacji zadań z zakresu zdrowia publicznego i ograniczania nierówności w zdrowiu wynikających z uwarunkowań społeczno-ekonomicznych jak również działania w obszarze aktywności fizycznej. Samorządy gminne, powiatowe i województwa mogą współpracować ze sobą, na mocy ustawy *o zdrowiu publicznym* w zakresie monitorowania i oceny stanu zdrowia społeczeństwa, zagrożeń zdrowia oraz jakości życia związanej ze zdrowiem społeczeństwa.

Z kolei samorząd województwa współdziała z wojewodą w zakresie analizy adekwatności i efektywności udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej w odniesieniu do rozpoznanych potrzeb zdrowotnych społeczeństwa. Istotną rolę w realizacji zadań określonych w ustawie o zdrowiu publicznym pełni NFZ. Narodowy Fundusz Zdrowia realizuje zadania z zakresu zdrowia publicznego głównie przez finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej na zasadach określonych w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r.

⁵⁶⁵ t.j. Dz. U. z 2019 r. poz. 2365, zm. z 2020 r. poz. 322, 1492.

⁵⁶⁶ t.j. Dz. U. z 2020 r. poz. 1220, zm. 1087.

o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz przez dofinansowanie programów polityki zdrowotnej. Programy, te mogą dotyczyć w szczególności ważnych zjawisk epidemiologicznych, istotnych problemów zdrowotnych dotyczących, całej lub określonej grupy świadczeniobiorców przy istniejących możliwościach eliminowania bądź ograniczania tych problemów oraz wdrożenia nowych procedur medycznych i przedsięwzięć profilaktycznych. Programy podlegają standaryzacji przez konieczność ich zaopiniowania przez powołany do tego organ (AOTMiT). Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych nałożyła na jednostki samorządu terytorialnego realizujące i finansujące programy zdrowotne obowiązek przekazania projektu programu do Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w celu ich zaopiniowania, przy czym Agencja jest zobowiązana sporządzić swoją opinię w ciągu 3 miesięcy. Nadto programy polityki zdrowotnej opracowywane, wdrażane, realizowane i finansowane przez jednostki samorządu terytorialnego, w przypadku gdy dotyczą świadczeń gwarantowanych objętych programami realizowanymi przez poszczególnych ministrów oraz Narodowy Fundusz Zdrowia, muszą być z nimi spójne merytorycznie i organizacyjnie. Zgodnie z art. 48b cytowanej ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych wybór realizatora programu dokonuje się w drodze konkursu ofert. Do trybu przeprowadzenia konkursu ofert i zawarcia umów o realizację programu polityki zdrowotnej stosuje się odpowiednio przepisy *Kodeksu cywilnego*⁵⁶⁷ dotyczące przetargu oraz nie stosuje się przepisów o zamówieniach publicznych. W realizacji zadań z zakresu zdrowia publicznego mogą uczestniczyć podmioty, których cele statutowe lub przedmiot działalności dotyczą spraw objętych zadaniami określonymi w ustawie o zdrowiu publicznym, w tym organizacje pozarządowe i podmioty, o których mowa w przepisie art. 3 ust. 2 i 3 ustawy z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie.

Do zadań ministra właściwego do spraw zdrowia w zakresie koordynacji zadań z zakresu zdrowia publicznego należy przygotowanie projektu Narodowego Programu Zdrowia, monitorowanie realizacji zadań określonych ustawą, zapewnianie spójności zadań realizowanych przez organy i realizatorów sygnalizowanie właściwym organom potrzeby podjęcia określonych zadań z zakresu zdrowia publicznego, gromadzenie i analizowanie informacji dotyczących sytuacji zdrowotnej społeczeństwa

⁵⁶⁷ t.j. Dz. U. z 2020 r. poz. 1740.

i rozpowszechnienia czynników ryzyka oraz udostępnianie tych informacji w sposób uniemożliwiający identyfikację osób, których dotyczą, analizowanie informacji z wykonanych programów lokalnych lub regionalnych oraz sporządzanie informacji o zadaniach z zakresu zdrowia publicznego zrealizowanych lub podjętych w danym roku, wraz z ich ewaluacją.

Rada Ministrów może, na podstawie art. 10 ust. 1 i 4 ustawy z dnia 8 sierpnia 1996 r. *o Radzie Ministrów*⁵⁶⁸ ustanowić Pełnomocnika Rządu do spraw zdrowia publicznego. Pełnomocnik, w zakresie określonym w przepisach o jego ustanowieniu, realizuje zadania ministra właściwego do spraw zdrowia z zakresu zdrowia publicznego wynikające z ustawy. Minister właściwy do spraw zdrowia współdziała z organami władzy publicznej w celu wykonania celów ustawy o zdrowiu publicznym. Z kolei organy władzy publicznej oraz państwowe jednostki organizacyjne są obowiązane do współpracy i udzielania pomocy ministrowi właściwemu do spraw zdrowia, w tym do bezpłatnego udostępniania mu informacji, dokumentów i danych, którymi dysponują. Dane są udostępniane w postaci zbiorów danych jednostkowych uniemożliwiających identyfikację osób, których dotyczą.

Działania ministra właściwego do spraw zdrowia wspiera Rada do spraw Zdrowia Publicznego, pełniąca funkcję opiniodawczo-doradczą dla ministra właściwego do spraw zdrowia, do której należy opiniowanie projektu Narodowego Programu Zdrowia, ewaluacja wdrażania tego programu oraz przedstawianie ministrowi właściwemu do spraw zdrowia propozycji nowych zadań służących realizacji celów operacyjnych Narodowego Programu Zdrowia. Narodowy Program Zdrowia, zwany dalej „NPZ”, jest dokumentem ustanawianym w celu realizacji polityki zdrowia publicznego i opiera się na współdziałaniu organów administracji rządowej oraz jednostek samorządu terytorialnego, który Rada Ministrów przyjmuje w drodze rozporządzenia. NPZ obejmuje cel strategiczny jakim jest ukierunkowanie działań na wydłużenie życia w zdrowiu ludności Rzeczypospolitej Polskiej i poprawę jakości życia związanej ze zdrowiem oraz ograniczanie społecznych nierówności w zdrowiu.

Ustawa *o zdrowiu publicznym* określa cele operacyjne służące realizacji celu strategicznego ukierunkowane na zmniejszenie narażenia społeczeństwa na największe zagrożenia zdrowia, zadania, które mają służyć realizacji celów operacyjnych oraz podmioty odpowiedzialne za realizację zadań wraz z trybem i wysokością finansowania

⁵⁶⁸ t.j. Dz. U. 2019 r. poz. 1171

zadań (ustawa przewiduje na ten cel dotacje celowe dla j.s.t.). Istotną częścią postanowień ustawy jest określenie wskaźników oraz sposobu monitorowania i ewaluacji NPZ, mając na uwadze stan zdrowia społeczeństwa, skalę występowania czynników ryzyka zdrowotnego i czynników o działaniu ochronnym dla zdrowia oraz efektywność i skuteczność zadań podejmowanych na rzecz poprawy stanu zdrowia i jakości życia. Ustawodawca założył zatem, iż badanie poziomu jakości realizowanych zadań w obszarze zdrowia publicznego jest jednym z istotnych elementów związanych z realizacją tych zadań.

Ustawa przewiduje powołanie organu koordynującego działania w ramach NPZ - jest to Komitet Sterujący Narodowego Programu Zdrowia. Do zadań Komitetu należy bieżąca koordynacja działań i rozwiązywanie problemów związanych z realizacją NPZ. Komitet składa się z przedstawicieli ministrów wskazanych w NPZ jako podmioty odpowiedzialne za realizację zadań w nim określonych, w randze sekretarza lub podsekretarza stanu, oraz z ministra właściwego do spraw zdrowia. Podmiot wskazany jako odpowiedzialny za realizację zadań z zakresu spraw wskazanych w NPZ, dla osiągnięcia celów określonych w tym programie, jest obowiązany współdziałać z ministrem właściwym do spraw zdrowia. Organy administracji rządowej, z wyłączeniem wojewody, agencje wykonawcze oraz inne państwowe jednostki organizacyjne uczestniczące w realizacji zadań z zakresu zdrowia publicznego przekazują ministrowi właściwemu do spraw zdrowia, do dnia 30 kwietnia każdego roku, roczną informację o zrealizowanych lub podjętych w ubiegłym roku zadaniach z zakresu zdrowia publicznego. Z kolei jednostki samorządu terytorialnego przekazują właściwemu wojewodzie, do dnia 31 marca każdego roku, roczną informację o zrealizowanych lub podjętych w ubiegłym roku zadaniach z zakresu zdrowia publicznego. Wojewoda weryfikuje informację pod kątem jej zawartości, którą ustawa precyzyjnie określa. Przedmiotowa informacja ma wskazywać realizowany cel operacyjny NPZ dla podjętych lub zrealizowanych zadań z zakresu zdrowia publicznego, wskazanie źródeł i wysokości finansowania zadań zrealizowanych lub podjętych w ubiegłym roku oraz inne informacje uznane przez dany organ za istotne w zakresie zadań podjętych w ubiegłym roku. Wojewoda na podstawie uzyskanych informacji sprawozdawczych przygotowuje informację zbiorczą wraz z opinią dotyczącą zgodności zrealizowanych lub podjętych zadań z priorytetami dla regionalnej polityki zdrowotnej, o których mowa w art. 95c ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o *świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych*. Informację zbiorczą oraz opinię, wojewoda, wraz z informacjami o zadaniach zreali-

zowanych przez niego w okresie objętym sprawozdaniem, przekazuje ministrowi właściwemu do spraw zdrowia do dnia 30 września każdego roku. Minister właściwy do spraw zdrowia przekazuje informację Radzie Ministrów do dnia 30 listopada roku następującego po ostatnim roku objętym informacją.

W przypadku stwierdzenia niezgodności zadań realizowanych przez jednostkę samorządu terytorialnego z priorytetami dla regionalnej polityki zdrowotnej wojewoda przekazuje swoją opinię w tym zakresie organowi stanowiącemu danej jednostki. Rada Ministrów przekazuje Sejmowi informację o realizacji zadań z zakresu zdrowia publicznego nie później niż w terminie trzech miesięcy od dnia przyjęcia jej przez Radę Ministrów.

Jak już wcześniej zostało przedstawione w wyniku reformy administracji publicznej z 1999 roku jednostki samorządu terytorialnego stały się podmiotami tworzącymi / właścicielami większości publicznych zakładów opieki zdrowotnej, zarówno tych działających w lecznictwie ambulatoryjnym, jak i stacjonarnym. W ten sposób kontynuowano proces decentralizacji funkcji zdrowotnych państwa rozpoczęty na początku lat 90. W wyniku wdrożonych zmian na samorząd terytorialny w Polsce przerzucano odpowiedzialność za prawidłową gospodarkę finansową podległych im podmiotów wykonujących działalność leczniczą, dla których poszczególne jst stały się podmiotami tworzącymi. Współcześnie jst w ochronie zdrowia pełnią rolę zarówno: organizatora ochrony zdrowia odpowiedzialnego za bezpieczeństwo zdrowotne obywateli, podmiotu tworzącego jednostki zdrowotne, jak i publicznego płatnika w systemie zdrowotnym. W systemie ochrony zdrowia według metodologii Narodowych Rachunków Zdrowia⁵⁶⁹ opracowanej przez Organizację Współpracy Gospodarczej i Rozwoju (OECD) występuje kilku płatników, zarówno publicznych, jak i prywatnych. Rolę płatników publicznych pełnią instytucje rządowe i samorządowe oraz fundusze zabezpieczenia społecznego (Zakład Ubezpieczeń Społecznych, Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego). Płatnikami prywatnymi w systemie ochrony zdrowia są: gospodarstwa domowe (pacjenci), przedsiębiorstwa, prywatne instytucje ubezpieczeniowe oraz organizacje non-profit działające na rzecz gospodarstw domowych (tj. fundacje, stowarzyszenia) Używanie w stosunku do jst określenia „płatnik” jest całkowicie zasadne, gdyż z całą pewnością można uznać jst za jednego z kilku płatników występujących w ochronie zdrowia, trzeba mieć jednak na uwadze, że tak wielkość środków finansowych

⁵⁶⁹ Obwieszczenie Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego z dnia 30 września 2019 r. w sprawie Narodowego Rachunku Zdrowia za 2017 r. M.P.2019.950.

dostarczanych do systemu, jak i zakres finansowania koszyka dóbr i usług medycznych przez niektórych płatników (w tym j.s.t.) są niewielkie w skali całego systemu.

W wyniku reform ustrojowych z 1990 i 1999 roku nastąpiła znacząca decentralizacja zadań administracji publicznej w Polsce, a co za tym idzie istotny wzrost zadań jst. Proces decentralizacji dotyczył również w znacznym stopniu ochrona zdrowia. Decentralizacja władzy publicznej miała się przyczynić w zamierzeniach do lepszego rozpoznawania potrzeb pacjentów i racjonalnego (także pod względem finansowym) działania. W decentralizacji upatrywano sposobu na poprawę alokacji ograniczonych zasobów finansowych oraz ogólnego wzrostu efektywności w systemie ochrony zdrowia. Wyróżnia się przy tym różne rodzaje decentralizacji, wśród których podstawowe znaczenie ma decentralizacja terytorialna, oznaczająca przenoszenie zadań i środków ich realizacji na rzecz niższych szczebli władzy publicznej. Obok niej jako formę uzupełniającą (a czasami konkurencyjną) wyróżnia się tzw. decentralizację funkcjonalną, zwaną niekiedy branżową, która ma ograniczony charakter i polega na przenoszeniu niektórych, rodzajowo tylko określonych funkcji na rzecz jednostek niższego szczebla. Nałożenie zadań z zakresu ochrony zdrowia na jst można uznać za przejaw decentralizacji administracji publicznej i realizację dyspozycji zawartej w art. 15 Konstytucji RP, tj. „Ustrój terytorialny Rzeczypospolitej Polskiej zapewnia decentralizację władzy publicznej”. Analizując zmiany zachodzące w systemie ochrony zdrowia, należy stwierdzić, iż dotychczas zaistniała przede wszystkim decentralizacja funkcji właścicielskich, wciąż jednak nie doszło do decentralizacji funkcji płatniczych w systemie zdrowotnym, tj. decentralizacji publicznego płatnika - NFZ. Przekazywanie zadań z zakresu ochrony zdrowia jst należy uznać za słuszny kierunek zmian, gdyż systemy zdecentralizowane bez wątpienia znajdują się bliżej obywatela (pacjenta), a więc lepiej rozpoznają jego potrzeby i preferencje, również w zakresie zdrowia. Podmioty odpowiedzialne za rozpoznawanie i zaspokojenie potrzeb zdrowotnych obywateli mogą więc spełnić pokładane w nich nadzieje poprzez realizowanie skutecznej i efektywnej polityki dostosowanej do wcześniej zidentyfikowanych potrzeb. Należy pamiętać jednocześnie, iż potrzeby obywateli są zróżnicowane, a ujednolicone, scentralizowane dostarczanie dóbr obywatelom, których preferencje są zróżnicowane, nie jest optymalne z punktu widzenia efektywności. Jednostki samorządu terytorialnego w związku z pełnioną funkcją właścicielską w stosunku do publicznych zakładów opieki zdrowotnej mogą: tworzyć i prowadzić podmioty lecznicze w formie spółki kapitałowej lub jednostki budżetowej - art. 6 ustawy *o działalności leczniczej*. Od momentu wejścia w ży-

cie ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. *o działalności leczniczej* (tj. od 1 lipca 2011 roku) jst nie mogą tworzyć podmiotów leczniczych działających w formie samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej (mogą tylko prowadzić już istniejące jednostki w tej formie). Od tej zasady ustawodawca przewidział jednak jeden wyjątek w przypadku łączenia dwóch (lub większej liczby) podmiotów, które działają już w formie spozów, może powstać nowy podmiot leczniczy również działający w tej formie art. 204 ustawy *o działalności leczniczej*. Jst posiadają ponadto m.in. możliwość przekształcania (art. 70–82), połączenia (art. 66-68) oraz likwidacji (art. 60-61) podmiotów leczniczych na drodze uchwały właściwego organu stanowiącego jednostki samorządu terytorialnego (ustawa o działalności leczniczej) oraz nadawać im statut. Jedną z najważniejszych kompetencji jst jako organów założycielskich wobec podmiotów wykonujących działalność leczniczą niebędących przedsiębiorcami jest sprawowanie nad nimi właściwego nadzoru. W obecnych ramach prawnych zasady sprawowania nadzoru uregulowane są w ustawie *o działalności leczniczej* (art. 118-122). Podmiot tworzący sprawuje nadzór nad zgodnością działań spoz-u (podmiotu leczniczego niebędącego przedsiębiorcą) z przepisami prawa, statutem i regulaminem organizacyjnym. W ramach nadzoru podmiot tworzący może żądać informacji, wyjaśnień oraz dokumentów od organów spoz-u oraz dokonywać kontroli i oceny działalności tego podmiotu. Kontrola i ocena działalności jednostki zdrowotnej oraz pracy jej kierownika dokonywana jest w szczególności w takich sferach, jak: prawidłowość gospodarowania mieniem oraz środkami publicznymi, gospodarka finansowa, a także realizacja zadań określonych w regulaminie organizacyjnym i statucie oraz w zakresie dostępności i jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych. Istotny jest zwłaszcza nadzór nad gospodarką finansową, który jest sprawowany poprzez kontrolę i ocenę jej legalności, gospodarności, celowości i rzetelności. Natomiast nadzór nad prawidłowością gospodarowania mieniem dokonywany jest poprzez kontrolę i ocenę w szczególności: wykorzystywania aparatury i sprzętu medycznego, wniosku dotyczącego zakupu lub przyjęcia darowizny aparatury i sprzętu medycznego, wniosku dotyczącego zbycia, wydzierżawienia lub wynajęcia majątku trwałego albo wniesienia tego majątku do spółek lub fundacji. Podmiot tworzący w razie stwierdzenia niezgodnych z prawem działań kierownika ma możliwość wstrzymania ich wykonania oraz zobowiązania kierownika do ich zmiany lub cofnięcia. W przypadku niezastosowania się do zaleceń w wyznaczonym terminie podmiot tworzący może rozwiązać z kierownikiem stosunek pracy albo umowę cywilnoprawną. Podstawowym uprawnieniem (obowiązkiem) finansowo-majątkowym jst w relacji do podmiotów lecz-

nicznych, dla których pełni ona rolę podmiotu tworzącego, jest zaopatrzenie jednostki zdrowotnej (w momencie tworzenia lub prowadzenia) w odpowiednie mienie, które umożliwia wykonywanie zadań, na rzecz których podmiot leczniczy został powołany i jest utrzymywany. Obowiązek ten wynika z art. 54 i 86 ustawy *o działalności leczniczej*. W tym miejscu należy podkreślić, że przekazanie mienia przez samorząd terytorialny powinno nastąpić w sposób bezpłatny. Kolejnym uprawnieniem finansowym jst określonym w przepisie art. 114 i 115 ustawy *o działalności leczniczej* jest możliwość udzielenia dotacji podmiotowi wykonującemu działalność leczniczą - dotacji w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 roku o finansach publicznych). Ustawodawca dopuścił możliwość przeznaczania dotacji przez jst na cele realizacji zadań w zakresie programów zdrowotnych i promocji zdrowia, w tym na zakup aparatury i sprzętu medycznego oraz wykonanie innych inwestycji koniecznych do realizacji tych zadań; remonty; zakup aparatury i sprzętu medycznego; realizację projektów finansowanych z udziałem środków pochodzących z budżetu Unii Europejskiej lub niepodlegających zwrotowi środków z pomocy udzielanej przez państwa członkowskie Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA), lub innych niż wymienione środków pochodzących ze źródeł zagranicznych niepodlegających zwrotowi na zasadach określonych w odrębnych przepisach; cele określone w odrębnych przepisach oraz umowach międzynarodowych; realizację programów wieloletnich. Należy zaznaczyć, iż wymienione dotacje mają charakter dotacji celowych. Jednostki samorządu terytorialnego wydatkują środki publiczne w rozumieniu ustawy z dnia o *finansach publicznych* i są zobowiązane do ich wydatkowania na podstawie ściśle określonych regulacji prawnych. Możliwość finansowego wsparcia podmiotu wykonującego działalność leczniczą przez jst wynika również z art. 38 ustawy *o działalności leczniczej*, który przewiduje w sytuacjach nadzwyczajnych możliwość nałożenia na podmiot wykonujący działalność leczniczą obowiązku wykonania dodatkowego zadania, jeżeli jest to niezbędne ze względu na potrzeby systemu opieki zdrowotnej, w przypadku np. klęski żywiołowej, epidemii, ataku terrorystycznego lub w celu wykonania zobowiązań międzynarodowych. Prawo nałożenia takiego obowiązku przysługuje organowi założycielskiemu, który jest jednocześnie zobowiązany do zapewnienia jednostce zdrowotnej środków niezbędnych do wykonania zadania. Dodatkowo w przypadku poniesienia szkody przez podmiot leczniczy przy wykonywaniu nałożonego zadania organ zlecający wykonanie zadania zobowiązany jest do jej naprawienia. Kluczową kompetencją jst, która z uwagi na przedmiot rozprawy nie będzie szerzej analizowana jest zobowiązanie do pokry-

cia ujemnego wyniku finansowego podmiotu leczniczego, gdy nie jest w stanie samodzielnie pokryć go we własnym zakresie. Jednostki samorządu terytorialnego w Polsce pełnią rolę jednego z publicznych płatników w systemie zdrowotnym, oprócz NFZ i budżetu państwa. Struktura wydatków publicznych uwzględniająca wyżej wymienionych płatników w ochronie zdrowia przedstawia się następująco: NFZ - 85%; budżet państwa - 11%; jednostki samorządu terytorialnego - 4% . Samorząd terytorialny w polskim systemie ochrony zdrowia występuje jako organizator, podmiot tworzący jednostek zdrowotnych oraz publiczny płatnik. Istniejące możliwości wspierania finansowego podmiotów leczniczych niebędących przedsiębiorcami (tj. publicznych zakładów opieki zdrowotnej) przez jst są ograniczone. W sytuacji gdy pojawiają się pierwsze symptomy mogące świadczyć o zagrożeniu utraty płynności finansowej przez jednostkę zdrowotną lub o szansach na jej rozwój, podmiot tworzący nie ma realnej możliwości udzielenia wsparcia finansowego. Należy ocenić, iż taka pomoc ze strony organu założycielskiego w odpowiednim czasie i wysokości niejednokrotnie mogłaby realnie poprawić sytuację finansową funkcjonującego podmiotu i odsunąć w czasie lub nawet zapobiec licznym problemom, a nawet wpłynąć pozytywnie na rozwój danego podmiotu. Niejednokrotnie pomoc w formie dotacji na działalność bieżącą danego podmiotu charakteryzowałaby się wysoką skutecznością i efektywnością przy relatywnie niewielkim zaangażowaniu środków finansowych. Obowiązujące regulacje prawne pozwalają na realną ingerencję przez jst w gospodarkę finansową jednostki zdrowotnej, dopiero gdy ma ona poważne problemy finansowe (notuje ujemny wynik finansowy) -art. 59 ustawy o działalności leczniczej. Wówczas jst musi pokryć ujemny wynik finansowy lub podjąć decyzję albo o zmianie formy prowadzenia gospodarki finansowej, albo o likwidacji podmiotu, środków na ich realizację. Należy stwierdzić, iż samorząd terytorialny nie został wyposażony w odpowiednie środki finansowe, które mogłyby mu umożliwić finansowanie opieki zdrowotnej w większym zakresie - jst nie otrzymują subwencji zdrowotnej tak jak w przypadku finansowania szkół - czy udziału w składce ubezpieczenia zdrowotnego płatnika w ochronie zdrowia przez jst jest ograniczone. Jednostki samorządu terytorialnego wspomagają finansowo podległe podmioty w sposób niewystarczający i nie przyczyniają się do poprawy ich kondycji finansowo-ekonomicznej. Ponadto jst jako organy założycielskie narażone są przez to na ryzyko wynikające z trudnej sytuacji finansowej podległych im podmiotów leczniczych. Przyjęta w polskim systemie opieki zdrowotnej rozdzielność funkcji płatnika świadczeń zdrowotnych od władz lokalnych i regionalnych pozbawiła *de facto* władze samorządowe wpływu na finansowanie usług

zdrowotnych na swoim terenie - poza możliwością zabezpieczenia świadczeń gwarantowanych, o czym była mowa wcześniej.

Analiza funkcji zadanych samorządom, ich pozycji oraz relacji zarówno z płatnikiem, jak i zakładami opieki zdrowotnej pozwala na sformułowanie kilku obszarów kryzysowych, których werbalizacja i próba naprawy może stanowić bilans działań podjętych do tej pory w zakresie decentralizacji funkcji zdrowotnych państwa: brak jasno sprecyzowanych zadań samorządów terytorialnych, tzw. odpowiedzialność rozmyta. Zadania samorządów terytorialnych nie zostały precyzyjnie określone. Można traktować to jako wyraz koncepcji wspólnie ponoszonej odpowiedzialności przez wszystkie poziomy władzy publicznej; brak efektywnej koordynacji działania trzech instytucji pełniących następujące funkcje: właścicielskie (samorzady), strategiczne i kontrolne (organy centralne) oraz płatnicze (przede wszystkim NFZ), co jest jedną z głównych przyczyn dysfunkcyjności systemu; brak jasno określonych relacji między polityką zdrowotną realizowaną przez rząd i samorzady terytorialne a odziedziczoną polityką realizowaną faktycznie przez płatnika; ograniczone wypełnianie funkcji właścicielskich przez jednostki samorządu terytorialnego. Przekazaniu większości zakładów opieki zdrowotnej samorządom nie towarzyszyła weryfikacja ich liczby, struktury i zakresu świadczonych usług; ograniczone źródła finansowania ochrony zdrowia w samorządach terytorialnych; struktura organizacyjna samorządów terytorialnych nie skłania do partnerstwa. Poszczególne jednostki samorządowe nie są wzajemnie od siebie hierarchicznie uzależnione. Przeciwnie, ich funkcjonowanie oparte jest na zasadzie względnej niezależności nie tylko od siebie nawzajem, lecz także od innych władz publicznych. Istotnie ograniczone jest ich wzajemne współdziałanie na rzecz rozwiązywania problemów ochrony zdrowia ze względu na brak zapisanych w ustawach ustrojowych procedur współpracy

Województwo stanowi najwyższą formę organizacji samorządu terytorialnego w Polsce, a jego mieszkańcy „tworzą z mocy prawa regionalną wspólnotę samorządową” (art. 1 ust. 1 ustawy *o samorządzie województwa*). Samorząd województwa realizuje swoje zadania na szczeblu regionalnym, które stanowią podstawę założeń rozwojowych w strukturze Unii Europejskiej. Przyjęty przez ustawodawcę charakter ustrojowy województwa, ma swoje uzasadnienie w zakresie kompetencji. Mając na uwadze art. 11 ustawy *o samorządzie województwa* wyróżnia się dwie kategorie zadań: określenie strategii rozwoju województwa oraz prowadzenie polityki rozwoju. W ramach strategii samorząd województwa formułuje (opracowuje) kierunki i cele rozwoju regionalnego, które zatwierdza sejmik. Z kolei w ramach polityki rozwoju wdrażane są w życie

przyjęte wcześniej strategii rozwoju regionu. Ustawodawca podkreśla niezależność polityki regionalnej województwa wobec tej prowadzonej przez rząd (art. 2 ust. 2 ustawy *o samorządzie województwa*). Te dwa elementy składowe (strategia i polityka rozwoju województwa) zobowiązują samorząd do realizacji konstytucyjnej zasady zrównoważonego rozwoju, powiązanej bezpośrednio z ochroną środowiska (art. 5 Konstytucji RP). Województwo realizuje zadania własne i zlecone. Pierwsze, zgodnie z zamysłem ustawodawcy, mieszczą się w katalogu działań „niezastrzeżonych ustawami na rzecz organów administracji rządowej” (art. 2 ust. 2 o *samorządzie województwa*) i nie naruszają także „samodzielności powiatu i gminy” (art. 4 ust. 1 o *samorządzie województwa*). Województwo może wykonywać zadania zlecone, powierzone przez administrację rządową na podstawie ustaw. Dla realizacji swoich zadań województwo może również tworzyć samorządowe jednostki organizacyjne, w tym zawierać umowy z innymi podmiotami (art. 8 ust. 1 o *samorządzie województwa*). Takie samo uprawnienie dotyczy możliwości zawierania „z innymi województwami oraz jednostkami lokalnego samorządu terytorialnego z obszaru województwa porozumienia w sprawie powierzenia prowadzenia zadań publicznych” (art. 2 ustawy o *samorządzie województwa*).

Prawo do ochrony zdrowia mieści się w fundamentalnym katalogu wartości i praw chronionych konstytucyjnie. Zrozumienie istoty tego prawa wpływa na postrzeganie miejsca samorządu województwa w konstrukcji systemu ochrony zdrowia. Cytowany we wcześniejszych rozważaniach art. 68 ust. 1 *Konstytucji RP* stanowi: „*Każdy ma prawo do ochrony zdrowia. 2. 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*”. Jest to zatem prawo skonkretyzowane wobec wolności, praw człowieka i obywatela, szczególnie w sferze praw ekonomicznych oraz socjalnych. Skoro prawo do ochrony zdrowia przysługuje każdemu ze środków publicznych, to należy ustalić użyty przez ustawodawcę termin „równy dostęp do świadczeń”. Po drugie, kto jest gwarantem realizacji tego prawa (ponosi odpowiedzialność), zważywszy na zastosowany zwrot „zapewnić” oraz wskazanie wykonawcy uprawnienia „władzy publicznej”. Wartość dobra prawnego, jakim jest prawo do ochrony zdrowia, nie podlega na gruncie Konstytucji, żadnemu różnicowaniu. W orzecznictwie konstytucyjnym podkreśla się rangę tego prawa, które wykracza szerzej, poza rozumiany kontekst indywidualno-podmiotowy. Z przedstawionego ujęcia przepisu art. 68 *Konstytucji RP* wynika, że ustawodawca formułuje zarówno prawo podmiotowe jednostki w postaci - prawa do ochrony zdrowia,

jak i szerszą kategorię - prawo do prawnej ochrony zdrowia. Czyli oprócz obowiązku zapewnienia jednostce - określonego prawa, jego odpowiednikiem są jeszcze wszelkie pozytywne działania władzy publicznej, dokonywane w określonych formach prawnych, które zagwarantują, bądź stworzą faktyczne i prawne instrumenty ukierunkowane na ochronę zdrowia. Zasadnym jest w tym miejscu ponowne odwołanie się do orzeczeń Trybunału Konstytucyjnego, który dowodził, że niezależnie od treści prawa, na władzy publicznej spoczywa jeszcze „zobowiązanie do podejmowania działań służących ochronie” tego prawa, a więc jego skutecznej realizacji (wyrok TK z 23 marca 1999 r., sygn. akt K 2/98). We wskazanym pozytywnym aspekcie prawa chronionego, mieszczą się także uznawane w orzecznictwie Europejskiego Trybunału Praw Człowieka pozytywne obowiązki państwa (wyrok TK z 30 września 2008 r., sygn. akt K 44/07). Ten zakres ochrony nie może być rozumiany „jako ochrona minimum funkcji biologicznych niezbędnych do egzystencji, ale jako gwarancje prawidłowego rozwoju, a także uzyskania i zachowania normalnej kondycji psychofizycznej, właściwej dla danego wieku rozwojowego (etapu życia)” (wyrok TK z 28 maja 1997 r., sygn. akt K 26/96). Podkreślenia wymaga fakt, że analizowana ochrona zdrowia ludzkiego (i życia) pozostaje w ścisłym związku z klauzulą demokratycznego państwa prawnego. Zaś „państwo” realizuje się „wyłącznie jako wspólnota ludzi i tylko ludzie mogą być właściwymi podmiotami praw i obowiązków stanowiących w takim państwie”. Konsekwentnie zatem, pozbawienie, ograniczenie lub wyeliminowanie - ochrony zdrowia człowieka, unicestwienie w dalszym etapie samego człowieka, jego życie, byt, dalsze funkcjonowanie. Bez głównego podmiotu, państwo jest pozbawione podstawowych dyrektyw wyprowadzanych z istoty demokratycznie stanowionego prawa, a gwarantujących minimum jego sprawiedliwości. Wniosek - władze publiczne są zobowiązane do „respektowania w państwie prawa wartości, bez których wykluczona jest wszelka podmiotowość prawna”. Ponadto, każda wolność, czy prawo ma swój podstawowy, minimalny zakres treściowy, którego eliminacja czy pominięcie niweczy konsekwentnie faktyczne istnienie tego prawa (czy wolności). Eliminacja podstawowych elementów treści prawa, pozostawia tylko pozory jego istnienia, czy obowiązywania. Trybunał Konstytucyjny w swoim orzecznictwie wielokrotnie zajmował się koncepcją „istoty wolności i praw”, podkreślając zakaz naruszania istoty konstytucyjnych wolności i praw z uwagi na „utrata przez to prawo lub wolność swej konstytucyjnej tożsamości” (wyrok TK z 17 lipca 1996 r.,

sygn. akt K 8/96)⁵⁷⁰. Użyty przez ustawodawcę termin „równy dostęp do świadczeń” (art. 68 ust. 2 Konstytucji RP) powinien znaleźć odpowiednie wyjaśnienie jego treści. Ustawodawca konstytucyjny statuuje zasadę równości jako fundamentalną w demokratycznym państwie prawnym, umiejscawiając ją w wielu szczegółowych aspektach prawnych, wskazując równość wobec prawa, domaga się respektowania prawa „do równego traktowania przez władze publiczne” (art. 32 ust. 1 Konstytucji RP). W ten sposób wyrażony został nakaz uznania „równości” w prawie podmiotowym. Wszyscy adresaci danej normy prawnej, posiadający identyczną cechę (istotną), mają być traktowani równo, czyli podobnie, jednakowo, bez zróżnicowania zarówno faworyzującego, jak i dyskryminującego dany podmiot.

Zasada równego dostępu do ochrony zdrowia koreluje z pytaniem na kim ciąży obowiązek realizacji tego prawa podmiotowego - w kontekście roli samorządu województwa. Ustawodawca konstytucyjny w art. 68 Konstytucji RP dość ogólnie wskazał na władze publiczne, które mają „zapewnić” równy dostęp do świadczeń zdrowotnych. Niewątpliwie prawodawca, stosując delegację ustawową, szczegółowo określił – zadania władz publicznych, w zakresie zapewnienia równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej. Poprzez katalog otwarty objął nimi w szczególności: tworzenie warunków funkcjonowania systemu ochrony zdrowia; analizę i ocenę potrzeb zdrowotnych oraz czynników powodujących ich zmiany; promocję zdrowia i profilaktykę, mające na celu tworzenie warunków sprzyjających zdrowiu; finansowanie w trybie i na zasadach określonych ustawą świadczeń opieki zdrowotnej - art. 6 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o *świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych* Ustawodawca wyodrębnił także zadania dla poszczególnych organów jednostek samorządu terytorialnego. W odniesieniu do zadań własnych gminy, wymienił w szczególności: opracowywanie i realizacja oraz ocena efektów programów polityki zdrowotnej wynikających z rozpoznanych potrzeb zdrowotnych i stanu zdrowia mieszkańców gminy; inicjowanie i udział w wytyczaniu kierunków przedsięwzięć lokalnych zmierzających do zaznajamiania mieszkańców z czynnikami szkodliwymi dla zdrowia oraz ich skutkami; podejmowanie innych działań wynikających z rozeznanych potrzeb zdrowotnych i stanu zdrowia mieszkańców gminy”. Ponadto, do zadań zleconych gminy (w pełni finansowanych z budżetu państwa) zaliczył także „wydawanie decyzji w sprawach świadczeniobiorców innych niż ubezpieczeni spełniających kryte-

⁵⁷⁰ H. Pietrzak Wpływ jednostek samorządu terytorialnego na realizację prawa do ochrony zdrowia Narodowy Instytut Samorządu Terytorialnego, Ekspertyzy i opracowania Nr 61, 2018, s. 1-9.

rium dochodowe”, którą gmina wydaje w oparciu o uprzednie ustalenie sytuacji dochodowej i majątkowej świadczeniobiorcy (przeprowadza rodzinny wywiad środowiskowy). Z kolei w katalogu zadań realizowanych przez powiat prawodawca wskazał: opracowywanie i realizacja oraz ocena efektów programów polityki zdrowotnej wynikających z rozpoznanych potrzeb zdrowotnych i stanu zdrowia mieszkańców powiatu - po konsultacji z właściwymi terytorialnie gminami; inicjowanie, wspomaganie i monitorowanie działań lokalnej wspólnoty samorządowej w zakresie promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej prowadzonych na terenie powiatu; pobudzanie działań na rzecz indywidualnej i zbiorowej odpowiedzialności za zdrowie i na rzecz ochrony zdrowia; podejmowanie innych działań wynikających z rozpoznanych potrzeb zdrowotnych”. Ostatnią grupę stanowi katalog realizowany przez samorząd województwa, w szczególności: opracowywanie i realizacja oraz ocena efektów programów polityki zdrowotnej wynikających z rozpoznanych potrzeb zdrowotnych i stanu zdrowia mieszkańców województwa - po konsultacji z właściwymi terytorialnie gminami i powiatami; inspirowanie i promowanie rozwiązań w zakresie wzrostu efektywności, w tym restrukturyzacji w ochronie zdrowia oraz podejmowanie innych działań wynikających z rozpoznanych potrzeb zdrowotnych mieszkańców województwa” (art. 9). Należy dodać, bazując na wcześniejszych ustaleniach, że każda jednostka samorządu terytorialnego, realizując potrzeby wspólnoty samorządowej, uwzględniając także zakres potrzeb zdrowotnych, w tym priorytety dla regionalnej polityki zdrowotnej, dostępność do świadczeń, może finansować dla mieszkańców tej wspólnoty - świadczenia gwarantowane (art. 9a), finansowane na podstawie umowy zawartej pomiędzy jednostką a świadczeniodawcą wyłonionym w drodze konkursu ofert (art. 9b). Należy zauważyć, że prezentowana ustawa o świadczeniach zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych precyzyjnie dzieli zadania między poszczególne jednostki samorządu terytorialnego. W zakresie finansowania świadczeń opieki zdrowotnej, wskazuje jednoznacznie, że podmiotami zobowiązanymi do tego są właściwi ministrowie lub NFZ. Zatem nie obciąża, nie nakazuje finansowania tych świadczeń gminom, powiatom, czy województwom. Co więcej, nie przyznaje im nawet fakultatywnego uprawnienia do ponoszenia tego typu wydatków. Jednostki samorządu terytorialnego - nie realizują w pełni nałożonych obowiązków, jeśli chodzi o dział ochrony zdrowia. Większość podejmowanych, praktycznych działań ukierunkowana jest na inwestycje w infrastrukturę, bazę leczniczą, programy profilaktyczne, czy sprzęt medyczny. Jednostki samorządu terytorialnego nie identyfikują, utożsamiają się z finansowaniem świadczeń zdrowotnych, wskazując na określone ustawo-

wo zadania administracji rządowej, a szczególnie płatnika NFZ. Wynika to również z faktu, iż ustawodawca wskazuje tylko na jedną interpretację sposobu finansowania świadczeń zdrowotnych, a więc z centralnego poziomu, budżetu państwa - „świadczenia opieki zdrowotnej udzielane świadczeniobiorcom innym niż ubezpieczeni są finansowane z budżetu państwa, chyba że przepisy odrębne stanowią inaczej” art. 13 ustawy o świadczeniach zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych. Przyjęte zmiany w tej ustawie po 2015 r. uwzględniły - jednostkę samorządu terytorialnego, która w ramach zadań własnych, może opracowywać, wdrażać, realizować i finansować - programy polityki zdrowotnej, inne niż realizowane przez jednostkę, polegające na profilaktyce chorób. Jednak nadal to - „dofinansowanie” polega na udzieleniu realizatorowi dotacji celowej. W tym celu „Fundusz może przekazać środki na dofinansowanie programów polityki zdrowotnej realizowanych przez jednostkę samorządu terytorialnego w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych określonych w wykazach świadczeń gwarantowanych określonych w przepisach wydanych na podstawie art. 31d cytowanej ustawy, w kwocie nieprzekraczającej: 80% środków przewidzianych na realizację programu jednostki samorządu terytorialnego o liczbie mieszkańców nieprzekraczającej 5 tysięcy; 40% środków przewidzianych na realizację programu jednostki samorządu terytorialnego o większej liczbie ludności (art. 48 d. ust. 1). Przywołane przepisy nie powinny ograniczać inicjatyw jednostek samorządu terytorialnego, ukierunkowanych na realizację zadań własnych w sferze ochrony i profilaktyki zdrowia mieszkańców wspólnot samorządowych. Podkreślenia wymaga fakt, że ustawodawca w art. 94 Konstytucji RP wyraźnie stanowi, iż: „Organy samorządu terytorialnego oraz terenowe organy administracji rządowej, na podstawie i w granicach upoważnień zawartych w ustawie, ustanawiają akty prawa miejscowego obowiązujące na obszarze działania tych organów”. To oznacza, że jednostki samorządu terytorialnego mogą, a nawet powinny podejmować samodzielne inicjatywy, kształtować poprzez akty prawa miejscowego, swoje zadania w obszarze ochrony zdrowia na rzecz mieszkańców. Ustawodawca określił zasady finansowania świadczeń opieki zdrowotnej przez jednostki samorządu terytorialnego dla mieszkańców wspólnoty samorządowej. Postanowił, że: „W celu zaspokajania potrzeb wspólnoty samorządowej w zakresie ochrony zdrowia, jednostka samorządu terytorialnego, uwzględniając w szczególności regionalną mapę potrzeb zdrowotnych, priorytety dla regionalnej polityki zdrowotnej oraz stan dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej na obszarze województwa, może finansować dla mieszkańców tej wspólnoty świadczenia gwarantowane” (art. 9a o świadczeniach zdrowot-

nych finansowanych ze środków publicznych). Dzięki temu jednostki samorządu terytorialnego mogą, w ramach określonych ustawą, przekazywać podległym im podmiotom leczniczym dotacje na ściśle określone cele, np. zakup aparatury medycznej, kształcenie kadry medycznej, prowadzenie programów profilaktycznych prozdrowotnych, inwestycje w modernizację nieruchomości (przychodni, szpitali). Jednostki samorządu terytorialnego powinny również korzystać skuteczniej z mechanizmów prawnych i podejmować uchwały (odpowiedniej treści), uwzględniające finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej, w tym profilaktykę i promocję zdrowia na własnym obszarze. Szczególnie, że posiadają precyzyjną wiedzę w zakresie zachorowalności na danym obszarze z racji posiadania sieci swoich podmiotów leczniczych. Kierowanie zwłaszcza do samorządów wojewódzkich działań zmierzających do rozwoju systemów bazodanowych i rozwiniętej analityki danych medycznych i okołomedycznych umożliwi efektywniejszą alokację zasobów przeznaczonych na ochronę zdrowia. Rozwiązania e-zdrowia pozwalają agregować i analizować dane, które pozwolą efektywniej zorganizować dostęp do świadczeń zdrowotnych, planować wyprzedzająco inwestycje w infrastrukturę ochrony zdrowia oraz dostosowywać dostępność świadczeń do specyfiki regionalnych potrzeb zdrowotnych.

Tak jak H. Pietrzak⁵⁷¹ należy wskazać iż ustawodawca powinien rozważyć i wzmocnić zakres kontroli ciał zewnętrznych nad realizacją prawa do ochrony zdrowia. Kluczowym jest, stworzenie nowych zasad, mechanizmów finansowania zadań (także przez samorządy) w ramach ochrony i promocji zdrowia z uwzględnieniem potrzeb, eliminacji dysproporcji, czy systemowych zaniedbań). Aktualnie zbyt wielu jest dysponentów środków, którzy prowadzą bardzo rozproszoną politykę zdrowotną, nie licząc się z dysproporcjami potrzeb mieszkańców. Także procedury konkursowe – nie zapewniają realizacji zadań, bo nie wymagają oceny uzasadnionej efektywności zdrowotnej, przydatności. W latach 2011-2018 niewiele projektów dysponowało właściwymi argumentami przydatności (*evidence-based, value-based*). Ustawodawca powinien przewidzieć odpowiedzialność terytorialną (konkretnych organów jednostek samorządu terytorialnego) za brak realizacji prawa do ochrony i promocji zdrowia w szczególności za brak zapewnienia kompleksowej opieki zdrowotnej mieszkańcom zamieszkałym na tym obszarze w formie pomocy doraźnej, ambulatoryjnej, dziennej, szpitalnej i środowiskowej. Należy rozwijać mechanizmy finansowania, uszczelniać system, proponować adekwatne do

⁵⁷¹ H. Pietrzak, op.cit. s.9

potrzeb zdrowotnych społeczeństwa - programy, ukierunkowane zarówno na ochronę, jak i promocję zdrowia.

Samorząd województwa i podległe mu wyspecjalizowane podmioty lecznicze mogą uczestniczyć w tworzeniu i rozwijaniu sieci referencyjnych. Koncepcja współpracy w ramach europejskich sieci referencyjnych (ERN) jest skoncentrowana na rzadkich chorobach i daje państwom UE wsparcie w skomplikowanych problemach klinicznych. Ma być zapleczem dla poszczególnych systemów opieki zdrowotnej, które nie są w stanie samodzielnie zapewnić swoim pacjentom optymalnego poziomu opieki. Istotnym jest by partnerami w tworzonych sieciach były jednostki wysokospecjalistyczne dysponujące dostępem do szczegółowych danych, umożliwiającym prowadzenie badań naukowych oraz wypracowanie optymalnych rozwiązań i dobrych praktyk. Europejskie sieci referencyjne są ogniwem łączącym krajowe rozwiązania e-zdrowia i instytucjami ponadkrajowymi. Systemy opieki zdrowotnej w Unii Europejskiej mają na celu zapewnienie wysokiej jakości opieki zdrowotnej efektywnej pod względem kosztów. Jest to jednak szczególnie trudne w przypadku rzadkich lub mało rozpowszechnionych chorób złożonych, których skutki odczuwa na co dzień około 30 mln obywateli UE⁵⁷². Europejskie sieci referencyjne to wirtualne sieci skupiające jednostki ochrony zdrowia z całej Europy. Ich celem jest ułatwienie dyskusji na temat rzadkich i wieloczynnikowych chorób i schorzeń, które wymagają wysokospecjalistycznej opieki, a także połączenia fachowej wiedzy i zasobów. W celu ustalenia diagnostyki i leczenia danego pacjenta koordynatorzy europejskich sieci referencyjnych będą mieć możliwość zwołania „wirtualnego” konsylium lekarzy specjalistów z różnych dziedzin, które odbywać się będzie z wykorzystaniem specjalnej platformy informatycznej i narzędzi telemedycyny. Pierwsze sieci referencyjne powstały w marcu 2017 r. Aby europejska sieć referencyjna mogła zostać uznana przez Komisję Europejską, musi spełniać następujące kryteria - musi należeć do niej co najmniej dziesięciu świadczeniodawców (członków sieci) z co najmniej ośmiu różnych krajów UE; każdego świadczeniodawcę (członka sieci) musi zatwierdzić jego kraj, wszyscy członkowie sieci muszą posiadać wiedzę specjalistyczną w danej dziedzinie lub w zakresie konkretnych rodzajów leczenia, chorób lub problemów zdrowotnych

Aby osiągnąć cele określone w dyrektywie, sieci zapewniają wysokospecjalistyczną opiekę zdrowotną w zakresie złożonych chorób, schorzeń rzadkich lub o niskiej choro-

⁵⁷² https://ec.europa.eu/health/ern_pl, (dostęp: 17.09.2020 r.)

bowości, mają jasną strukturę zarządzania i koordynacji oraz promują wysokiej jakości opiekę nad pacjentami, którzy cierpią na określone choroby - poprzez wspieranie odpowiednich działań: diagnostyki, leczenia, obserwacji i zarządzania pacjentami wewnątrz sieci; wzmacniają pozycję pacjentów i chcą włączać ich w proces leczenia, aby zwiększyć bezpieczeństwo i jakość świadczonej opieki. Szczegółowe zasady i warunki tworzenia sieci określa przedstawiana już wcześniej Dyrektywa 2011/24/UE *w sprawie praw pacjentów w transgranicznej opiece zdrowotnej*.

4. Podsumowanie

Rozwiązania e-zdrowia nie tworzą samoistnie nowej jakości w sferach, w których znajdują zastosowanie. Cyfryzacja procesów w ramach instytucji publicznych nie jest kwantyfikatorem zmian w zakresie jakości przebiegu tych procesów. Zachowanie dotychczasowych zasad działania i oczekiwań względem instytucji publicznych przy jednoczesnym wdrażaniu technologii ICT może, co najwyżej przyspieszyć realizowane działania. Jednakże nowe technologie, co zostało przedstawione, posiadają potencjał do zmian sposobu działania, łączenia dotychczas rozdzielnych funkcjonalności oraz do dostarczania nowego rodzaju usług. Przenosząc to założenie na grunt rozważań w obszarze prawa publicznego należało znaleźć odpowiedź na pytanie w jakiej formule należy rozwijać optymalizację aktywności władz publicznych w ochronie zdrowia.

Współczesna doktryna prawa wypracowała nowe teoretyczne modele administracji publicznej. Była to odpowiedź na analizę stanu realizacji dotychczasowych funkcji publicznych, oczekiwań społecznych oraz próba dalszej optymalizacji działań administracji. Warto przyjrzeć się wybranym koncepcjom, gdyż ich założenia są wdrażane przy okazji redystrybucji środków pomocowych UE oraz opierają się na wykorzystywaniu nowych technologii ICT. Współczesne modele administrowania bazują na wiedzy oraz silnie akcentują kwestie jakości usługi administrowania. Znanym modelem zmieniającym dotychczasowe założenia administrowania jest New Public Management - nowe zarządzanie publiczne, jest to rynkowo - menedżerski model zarządzania ukształtowany na podobieństwo modelu zarządzania w sektorze niepublicznym. New Public Management nie jest narzędziem poznawczym nauki administracji, ale jest to praktyczna koncepcja administracji publicznej. Zmiany objęte nim związane są z przekształceniami administracji publicznej, skutkującymi dehierarchizacją administracji publicznej. New Public Management należy więc rozumieć jako całościowy projekt szeroko zakrojonych zmian, zmierzających do zasadniczego przeorientowania administracji publicznej. Z kolei omawiany aspekt good governance łączy się z zapewnieniem stabilizacji politycznej w kraju, w tym gwarantowanie pokoju i bezpieczeństwa mieszkańców. Dobre rządzenie uwzględnia w szerszy sposób kontekst społeczny w reformowaniu administracji publicznej. Obejmuje demokratyczny i efektywny system rządzenia, skutecznie działające instytucje publiczne, odpowiednią jakość usług publicznych oraz umiejętność dostosowywania się do nowych potrzeb społecznych. Zgodnie z tą

koncepcją obywatele powinni być traktowani jak współkreatorzy wspólnego dobra, współdecydujący w rozwiązywaniu problemów, które są im powierzane. Obywatele powinni być traktowani jako partnerzy, organizatorzy działań. Aspektem good governance jest dobra administracja, która nie dotyczy wyłącznie rozwiązań prawnych, ale także działania oparte na jakości organizacji i zarządzania, odwołującego się do efektywności i sprawności, wychodzenia naprzeciw potrzebom społeczeństwa. Good governance w odniesieniu do samorządu terytorialnego opiera się na zasadzie subsydiarności (pomocniczości), która z jednej strony zapobiega zbyt daleko idącej ingerencji państwa w funkcjonowanie społeczeństwa. Jej istotą jest dążenie do jak najbardziej racjonalnego podziału władzy pomiędzy szczeble jej struktury, oparte na kryterium efektywności. Z drugiej jednak strony oparcie się na sieciowym charakterze powiązań pomiędzy podmiotami, które w różny sposób wpływają na działanie wspólnoty samorządowej rodzi potrzebę wyważenia ich interesów. Szczęólnego znaczenia nabiera pomocniczość horyzontalna, która opiera się na współdziałaniu obywateli i instytucji publicznych. Jej celem jest usprawnienie dobra publicznego. Obywatele mają prawo prowadzić działalność ukierunkowaną na interes ogólny bez obowiązku ubiegania się o zezwolenie władz publicznych, a jej prowadzenie musi być przez władze publiczne popierane. Good governance opiera się na zasadzie jawności, która dotyczy działania wszystkich jednostek samorządowych.

Koncepcja „multi-level governance”, termin tłumaczony jako zarządzanie wielopoziomowe, wielopasmowe, wieloszczeblowe rządzenie, to koncepcja, która jest określana w ujęciu szerszym i węższym. W ujęciu węższym oznacza, że działania publiczne są wykonywane w warunkach zdecentralizowanych państwowych systemów politycznych, które jednocześnie podlegają procesowi ponadnarodowej integracji polityczno - gospodarczej. Analiza procesów politycznych dotyczy działań przynajmniej trzech poziomów władzy publicznej - ponadnarodowego, państwowego, samorządowego. W ujęciu szerszym multi-level governance wskazuje na obecność w procesie politycznym nie tylko podmiotów publicznych, ale także różnorodnych sieci, źródeł lobbingu, które wywierają wpływ na działanie całego systemu. Przeniesienie wybranych założeń modelowania administracji publicznej do sfery prawa i realizowanych funkcjonalności możliwe jest w oparciu o technologie ICT, których aterytorialność oraz powszechność dostępu dają atut rzeczywistej partycypacji poszczególnych podmiotów i instytucji w realizacji zadań publicznych, w oparciu o przetwarzanie danych. Reorientacja na efektywne i sprawne działanie w sferze ochrony zdrowia wymaga dostosowania

struktur administracji publicznej i instytucji publicznych do nowych wyzwań. Dostosowanie powinno opierać się na przyjętych zasadach ustrojowych zakładających decentralizację administracji publicznej oraz uwzględnieniu potencjału instytucji państwowych oraz samorządowych. Niewątpliwie dla centralnych władz publicznych będzie należało pełnienie funkcji regulacyjnych oraz opracowania i wdrażania nowych standardów i technologii w ochronie zdrowia. Wyrazem takich założeń jest działalność agencji państwowych Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji oraz Agencji Badań Medycznych. Na mocy ustawy z dnia 25 czerwca 2009 roku o zmianie *ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych* oraz ustawy o *cenach* Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji uzyskała status państwowej jednostki organizacyjnej posiadającej osobowość prawną. Zgodnie z przepisem art. 48 aa ustawy o *świadczeniach opieki zdrowotnej* agencja, z własnej inicjatywy lub z inicjatywy ministra właściwego do spraw zdrowia, dokonuje okresowej weryfikacji założeń zgromadzonych projektów programów polityki zdrowotnej i na podstawie tej weryfikacji przygotowuje raport w sprawie zalecanych technologii medycznych, działań przeprowadzanych w ramach programów polityki zdrowotnej oraz warunków realizacji tych programów, dotyczących danej choroby lub danego problemu zdrowotnego. Prezes Agencji wydaje rekomendację w sprawie zalecanych technologii medycznych, działań przeprowadzanych w ramach programów polityki zdrowotnej oraz warunków realizacji tych programów, dotyczących danej choroby lub danego problemu zdrowotnego. Szczególną rolę w wykorzystaniu danych medycznych w celu rozwoju medycyny oraz dziedzin pokrewnych lub związanych z medycyną odgrywa nowa instytucja publiczna - Agencja Badań Medycznych. Celem działalności ABM jest wspieranie działalności innowacyjnej w ochronie zdrowia, ze szczególnym uwzględnieniem rozwoju niekomercyjnych badań klinicznych. Działalność Agencji polega na dofinansowaniu badań naukowych i prac rozwojowych w dziedzinie nauk medycznych i nauk o zdrowiu oraz projektów interdyscyplinarnych wyłonionych w drodze konkursu, ze szczególnym uwzględnieniem badań klinicznych, obserwacyjnych i epidemiologicznych; wydawaniu opinii i ekspertyz w dziedzinie nauk medycznych i nauk o zdrowiu na rzecz organów administracji publicznej lub innych podmiotów w wyniku realizacji zawartych umów; inicjowaniu i rozwijaniu współpracy międzynarodowej w dziedzinie nauk medycznych i nauk o zdrowiu na podstawie przygotowywanych programów, inicjowaniu i realizacji własnych badań naukowych i prac rozwojowych. Do zadań Agencji w zakresie działalności określonej w ustawie należy tworzenie i zarządzanie programami, na podstawie

których będą dofinansowywane projekty, w tym projekty interdyscyplinarne. Istotnym jest, że realizacja zadań ABM odbywa się na podstawie danych, w tym danych osobowych niezbędnych dla realizacji określonych badań naukowych, w tym takich jak numer PESEL osoby uczestniczącej w badaniu naukowym lub pracy rozwojowej lub świadczeniobiorcy w rozumieniu art. 2 ust. 1 ustawy *o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych* a w przypadku jego braku – rodzaj, serię i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość; numer kodu pocztowego adresu miejsca zamieszkania osoby uczestniczącej w badaniu naukowym lub pracy rozwojowej lub świadczeniobiorcy; informacji o świadczeniach finansowanych ze środków publicznych udzielonych na podstawie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych lub na podstawie badania naukowego finansowanego przez ABM. W zakresie danych osobowych ABM ma prawo dostępu do danych gromadzonych przez Narodowy Fundusz Zdrowia oraz do baz danych dotyczących świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, prowadzonych przez podmioty inne niż Narodowy Fundusz Zdrowia, w tym do rejestrów medycznych, o których mowa w ustawie z dnia 28 kwietnia 2011 r. *o systemie informacji w ochronie zdrowia*; dokumentacji medycznej. Biorąc pod uwagę dążenie do decentralizacji wykonywania zadań publicznych ważnym było udzielenie odpowiedzi na pytanie o postulowaną rolę jednostek samorządu terytorialnego w systemie ochrony zdrowia. Samorząd terytorialny wykonuje zadania publiczne nie zastrzeżone przez Konstytucję lub ustawy dla organów innych władz publicznych. Jednostki samorządu terytorialnego mają przede wszystkim obowiązek realizacji programów polityki zdrowotnej, wynikających z rozpoznanych potrzeb zdrowotnych i stanu zdrowia mieszkańców. W obszarze działania gminy leży inicjowanie i udział w wytyczaniu kierunków przedsięwzięć lokalnych zmierzających do zaznajamiania mieszkańców z czynnikami szkodliwymi dla zdrowia oraz ich skutkami. Do zadań powiatu należy inicjowanie, wspomaganie i monitorowanie działań lokalnej wspólnoty samorządowej w zakresie promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej oraz pobudzanie działań na rzecz indywidualnej i zbiorowej odpowiedzialności za zdrowie i na rzecz ochrony zdrowia. Na poziomie województwa kluczową kwestią jest promowanie rozwiązań w zakresie wzrostu efektywności, w tym restrukturyzacji w ochronie zdrowia. Głównym zadaniem jednostek samorządu terytorialnego jest uprawnienie, oparte na przepisach ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. *o działalności leczniczej* do tworzenia, przekształcenia i likwidacji samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej dalej „spzoz”, w tym do nadawania statutu, nawiązywania

z kierownikiem spzoz stosunku pracy, powoływania i odwoływania rady społecznej. Samorząd terytorialny sprawuje również nadzór nad spzoz w zakresie realizacji zadań określonych w regulaminie organizacyjnym i statucie, dostępności i jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych, prawidłowości gospodarowania mieniem oraz środkami publicznymi, a także gospodarki finansowej. Uprawnienia majątkowo-finansowe j.s.t. względem spzoz dotyczą wyposażania w majątek, określania zasad gospodarowania majątkiem, wyrażania zgody na wnoszenie majątku spzoz do innych podmiotów, wyrażania zgody na zmianę wierzyciela, zatwierdzania rocznego sprawozdania finansowego, a także przekazywania środków finansowych w formie dotacji lub na podstawie umowy, na zasadach i na cele ściśle określone w ustawie. Samorząd terytorialny jako podmiot tworzący może przekazać spzoz środki finansowe na inwestycje w nieruchomości, zakup aparatury i sprzętu, kształcenie kadry medycznej, realizację zadań w zakresie programów zdrowotnych i promocji zdrowia. Samorząd województwa jest największym terytorialnie i kompetencyjnie podmiotem władzy publicznej w strukturze jednostek samorządu terytorialnego. Jego pozycja i kompetencje silnie wpływają na realizację wielu kluczowych zadań publicznych, w tym w ochronie zdrowia. Zadania samorządu województwa w zakresie ochrony zdrowia można podzielić na wynikające z pełnienia funkcji organu założycielskiego dla samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej (dotyczące pełnienia funkcji właścicielskich) oraz pozostałe zadania związane z ochroną zdrowia. Wraz z wprowadzeniem w 1999 roku reformy ochrony zdrowia oraz nowego podziału administracyjnego kraju samorząd województwa stał się organem założycielskim (obecnie podmiotem tworzącym) dla samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej. Nastąpiło to na podstawie art. 47 ust.1 ustawy z dnia 13 października 1998 r. *Przepisy wprowadzające ustawy reformujące administrację publiczną* oraz rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 22 czerwca 2001 r. w sprawie wykazu samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, które zostały przejęte przez gminy, powiaty i samorzady województw. *Ex lege* samorząd województwa tworzy wojewódzką sieć podmiotów leczniczych, co odróżnia go od pozostałych samorządów (gminnego i powiatowego), które mają zazwyczaj w swoim nadzorze pojedyncze podmioty. W oparciu o obowiązujące przepisy samorząd województwa tworzy i utrzymuje wojewódzki ośrodek medycyny pracy, co wynika z art. 15 ust.1 ustawy z dnia 27 czerwca 1997 r. *o służbie medycyny pracy* oraz finansuje działalność profilaktyczną wynikającą z programów prozdrowotnych dotyczących zapobiegania i zwalczania określonych chorób oraz programów promocji zdrowia w zakresie medycyny pracy

(art. 21 ust.2 ustawy *o służbie medycyny pracy*). Samorząd województwa zgodnie z potrzebami wynikającymi w szczególności z liczby i struktury społecznej ludności województwa tworzy i prowadzi zakłady psychiatrycznej opieki zdrowotnej oraz bierze udział w realizacji zadań z zakresu ochrony zdrowia psychicznego, w tym w szczególności dzieci i młodzieży, realizuje zadania zakresu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych w postaci wojewódzkiego programu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych - zgodnie z ustawą z dnia 26 października 1982 r. *o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi* oraz bierze udział w realizacji zadań z zakresu ochrony przed następstwami używania tytoniu zgodnie z ustawą z dnia 9 listopada 1995 r. *o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych*. Samorząd województwa realizuje także zadania z zakresu promocji zdrowia i profilaktyki zdrowotnej w ramach programów polityki zdrowotnej.

Rosnące koszty systemu ochrony zdrowia, wynikające zarówno z rozwoju technologii medycznych, skłaniają do poszukiwania optymalnego modelu systemu ochrony zdrowia w ujęciu porównawczym, co w niniejszej pracy polegało na analizie rozwiązań szwedzkich i włoskich. W Szwecji ochrona zdrowia została zdominowana przez sektor publiczny. W 1982 r. przyjęto ustawę *Prawo o zdrowiu i opiece zdrowotnej (Health and Sickness Care Law)*, która miała rozwiązać problemy tamtejszego systemu opieki zdrowotnej. Ustawa przenosiła uprawnienia do decydowania o kształcie opieki zdrowotnej na poziom lokalny, dzięki czemu proces decyzyjny stał się bardziej elastyczny względem zmian zachodzących w systemie. Opieka zdrowotna określona została jako działania mające na celu zapobieganie, diagnozowanie i leczenie chorób. Zdefiniowane zostały cele opieki medycznej (takie jak: jakość, dostępność, bezpieczeństwo, równość w dostępie do świadczeń) oraz zasady relacji między dostawcą i pacjentem (poszanowanie niezależności i jednolitości, jakości relacji. Prawem każdego pacjenta jest gwarancja dostępu do świadczeń medycznych. Została ona wprowadzona w 1992 roku i obejmowała możliwość wyboru dowolnego szpitala na terenie Szwecji w sytuacji, kiedy pacjent nie otrzyma stosownego leczenia w szpitalach znajdujących się na terenie hrabstwa, w którym mieszka. Od 1994 r. analogiczne rozwiązania zostały wprowadzone w przypadku lekarza rodzinnego. We Włoszech można zaobserwować stopniowe przekazywanie władzy z centrum w kierunku regionów. Obecnie przepisy Konstytucji Republiki Włoskiej jasno określają podział kompetencji pomiędzy państwem a innymi podmiotami w zakresie ochrony zdrowia. Zmiana Tytułu V Konstytucji Republiki Wło-

skiej przemodelowała pozycję regionów w systemie prawa. We włoskiej konstytucji, a także w innych podkonstytucyjnych aktach normatywnych już przed wejściem w życie ustawy konstytucyjnej 2001/3 znajdowały się rozwiązania regulujące stosunki pomiędzy państwem a regionami w dziedzinie ochrony zdrowia. Jednym z nich jest zasada decentralizacji wyrażona w art. 5 konstytucji, która stanowi jedną z podstawowych zasad ustrojowych. Konstytucja włoska przyznaje regionom zadanie zdefiniowania polityki zdrowotnej, pozostawiając państwu kompetencję ustawodawczą do określenia jedynie zasad podstawowych. Przepis konstytucyjny zakłada w zakresie świadczenia usług zdrowotnych ścisłą współpracę dwóch podmiotów: państwa i regionów. Pamiętać przy tym należy, że obowiązek określenia przez państwo podstawowych poziomów świadczeń determinuje wskazanie przez nie odpowiednich środków na ich sfinansowanie. W przeciwnym razie powodowałoby to obowiązek zapewnienia tych świadczeń przez jednostki lokalne, które nie posiadałyby środków na ich dostarczenie.

W wyniku reform ustrojowych z 1990 i 1999 roku nastąpiła znacząca decentralizacja zadań administracji publicznej w Polsce, a co za tym idzie istotny wzrost zadań jednostek samorządu terytorialnego. Proces decentralizacji dotyczył również w znacznym stopniu ochrony zdrowia. Decentralizacja władzy publicznej miała się przyczynić w zamierzeniach do lepszego rozpoznawania potrzeb pacjentów i racjonalnego (także pod względem finansowym) działania. W decentralizacji upatrywano sposobu na poprawę alokacji ograniczonych zasobów finansowych oraz ogólnego wzrostu efektywności w systemie ochrony zdrowia. Wyróżnia się przy tym różne rodzaje decentralizacji, wśród których podstawowe znaczenie ma decentralizacja terytorialna, oznaczająca przenoszenie zadań i środków ich realizacji na rzecz niższych szczebli władzy publicznej. Obok niej jako formę uzupełniającą (a czasami konkurencyjną) wyróżnia się tzw. decentralizację funkcjonalną, zwaną niekiedy branżową, która ma ograniczony charakter i polega na przenoszeniu niektórych, rodzajowo tylko określonych funkcji na rzecz jednostek niższego szczebla. Nałożenie zadań z zakresu ochrony zdrowia na jst można uznać za przejaw decentralizacji administracji publicznej i realizację dyspozycji zawartej w art. 15 Konstytucji RP, tj. „*Ustrój terytorialny Rzeczypospolitej Polskiej zapewnia decentralizację władzy publicznej*”. Analizując zmiany zachodzące w systemie ochrony zdrowia, należy stwierdzić, iż dotychczas zaistniała przede wszystkim decentralizacja funkcji właścicielskich, wciąż jednak nie doszło do decentralizacji funkcji płatniczych w systemie zdrowotnym, tj. decentralizacji publicznego płatnika - NFZ. Przekazywanie zadań z zakresu ochrony zdrowia jst należy uznać za

słuszny kierunek zmian, gdyż systemy zdecentralizowane bez wątpienia znajdują się bliżej obywatela (pacjenta), a więc lepiej rozpoznają jego potrzeby i preferencje, również w zakresie zdrowia. Podmioty odpowiedzialne za rozpoznawanie i zaspokojenie potrzeb zdrowotnych obywateli mogą więc spełnić pokładane w nich nadzieje poprzez realizowanie skutecznej i efektywnej polityki dostosowanej do wcześniej zidentyfikowanych potrzeb. Należy pamiętać jednocześnie, iż potrzeby obywateli są zróżnicowane, a ujednolicone, scentralizowane dostarczanie dóbr obywatelom, których preferencje są zróżnicowane, nie jest optymalne z punktu widzenia efektywności.

Należy stwierdzić, iż samorząd terytorialny nie został wyposażony w odpowiednie środki finansowe, które mogłyby mu umożliwić finansowanie opieki zdrowotnej w większym zakresie. Jednostki samorządu terytorialnego nie otrzymują subwencji zdrowotnej tak jak w przypadku finansowania szkół - czy udziału w składce ubezpieczenia zdrowotnego płatnika w ochronie zdrowia przez jst jest ograniczone. Jednostki samorządu terytorialnego wspomagają finansowo podległe podmioty w sposób niewystarczający i nie przyczyniają się do poprawy ich kondycji finansowo-ekonomicznej. Jednostki samorządu terytorialnego jako organy założycielskie narażone są na ryzyko wynikające z trudnej sytuacji finansowej podległych im podmiotów leczniczych. Przyjęta w polskim systemie opieki zdrowotnej rozdzielność funkcji płatnika świadczeń zdrowotnych od władz lokalnych i regionalnych pozbawiła *de facto* władze samorządowe wpływu na finansowanie usług zdrowotnych na swoim terenie - poza możliwością zabezpieczenia świadczeń gwarantowanych, o czym była mowa wcześniej.

Analiza funkcji zadanych samorządom, ich pozycji oraz relacji zarówno z płatnikiem, jak i zakładami opieki zdrowotnej pozwala na sformułowanie kilku obszarów kryzysowych, których werbalizacja i próba naprawy może stanowić bilans działań podjętych do tej pory w zakresie decentralizacji funkcji zdrowotnych państwa: brak jasno sprecyzowanych zadań samorządów terytorialnych, tzw. odpowiedzialność rozmyta. Zadania samorządów terytorialnych nie zostały precyzyjnie określone. Można traktować to jako wyraz koncepcji wspólnie ponoszonej odpowiedzialności przez wszystkie poziomy władzy publicznej. Brak efektywnej koordynacji działania trzech instytucji pełniących następujące funkcje: właścicielskie (samorządy), strategiczne i kontrolne (organy centralne) oraz płatnicze (przede wszystkim NFZ), jest jedną z głównych przyczyn dysfunkcyjności systemu; brak jasno określonych relacji między polityką zdrowotną realizowaną przez rząd i samorządy terytorialne a odziedziczoną polityką realizowaną faktycznie przez płatnika; ograniczone wypełnianie funkcji właścicielskich przez jednostki

samorządu terytorialnego. Przekazaniu większości zakładów opieki zdrowotnej samorządom nie towarzyszyła weryfikacja ich liczby, struktury i zakresu świadczonych usług; ograniczone źródła finansowania ochrony zdrowia w samorządach terytorialnych oraz struktura organizacyjna samorządów terytorialnych nie skłania do partnerstwa. Poszczególne jednostki samorządowe nie są wzajemnie od siebie hierarchicznie uzależnione. Przeciwnie, ich funkcjonowanie oparte jest na zasadzie względnej niezależności nie tylko od siebie nawzajem, lecz także od innych władz publicznych. Istotnie ograniczone jest ich wzajemne współdziałanie na rzecz rozwiązywania problemów ochrony zdrowia ze względu na brak zapisanych w ustawach ustrojowych procedur współpracy.

Wnioski

Przeprowadzona analiza regulacji prawnych, wykazała związek pomiędzy rozwojem i wdrożeniem rozwiązań informacyjno-komunikacyjnych a zmianami o charakterze jakościowym w obszarze ochrony zdrowia, w szczególności w zakresie usług zdrowotnych. Podstawą charakterystyki i dokonanej oceny obowiązujących rozwiązań prawnych stanowiła analiza aktów normatywnych, które wyznaczają system ochrony zdrowia. Przyjęto, co potwierdziły badania, że system ochrony zdrowia, to wydzielony zespół powiązanych treściowo i funkcjonalnie norm prawnych, określających podmioty zobowiązane i uprawnione do działania w obszarze ochrony zdrowia (ujęcie strukturalne), regulujących zakres i sposób wykonywania przez nie zadań publicznych oraz wyznaczających relacje pomiędzy tymi podmiotami (ujęcie funkcjonalne). W płaszczyźnie dogmatycznoprawnej system ochrony zdrowia stanowi zwartą część systemu prawnego. Z uwagi na ugruntowany w doktrynie zakres pojęcia ochrona zdrowia obejmujący wszystkie działania mające na celu ochronę i umacnianie zdrowia zarówno całego społeczeństwa, jak i poszczególnych jego członków, zasadniczy wywód poprowadzono po uprzednim wydzieleniu obszaru badawczego, który stanowiła materialnoprawna regulacja obejmująca zagadnienia zdrowia publicznego, organizacji procesu udzielania świadczeń zdrowotnych oraz modelu finansowania ochrony zdrowia. Obszar ten zakreślają trzy kluczowe ustawy: ustawa z dnia 11 września 2015 r. *o zdrowiu publicznym*, ustawa z 15 kwietnia 2011 r. *o działalności leczniczej* oraz ustawa z 27 sierpnia 2004 r. *o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych*, osadzone na osi przepisów Konstytucji RP z 2 kwietnia 1997 roku.

Ochronę zdrowia określa dychotomia pojęciowa: zdrowie publiczne i opieka zdrowotna. W ramach zdrowia publicznego ustawodawca w ustawie z 11 września 2015 r. *o zdrowiu publicznym*, przyjął katalog zadań władz publicznych takich jak: monitorowanie i ocena stanu zdrowia społeczeństwa, zagrożeń zdrowia oraz jakości życia związanej ze zdrowiem społeczeństwa, edukacja zdrowotna dostosowana do potrzeb różnych grup społeczeństwa, w szczególności dzieci, młodzieży i osób starszych, promocja zdrowia, profilaktyka chorób, działania w celu rozpoznawania, eliminowania lub ograniczania zagrożeń i szkód dla zdrowia fizycznego i psychicznego w środowisku zamieszkania, nauki, pracy i rekreacji. Do zadań realizowanych w zakresie zdrowia publicznego należy, zgodnie z ustawą z 11 września 2015 r. *o zdrowiu publicznym*, analiza adekwatności i efektywności udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej w od-

niesieniu do rozpoznanych potrzeb zdrowotnych społeczeństwa, inicjowanie i prowadzenie badań naukowych oraz współpracy międzynarodowej w zakresie zdrowia publicznego, rozwój kadr uczestniczących w realizacji zadań z zakresu zdrowia publicznego, ograniczanie nierówności w zdrowiu wynikających z uwarunkowań społeczno-ekonomicznych oraz działania w obszarze aktywności fizycznej.

Elementem składowym ochrony zdrowia jest także pojęcie opieki zdrowotnej czyli działania ukierunkowane na bezpośrednie utrzymanie i przywrócenie stanu zdrowia. W tym zakresie rdzeń systemu ochrony zdrowia stanowią akty prawne normujące zasady organizacji procesu leczenia pacjentów i finansowania tego procesu - ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. *o działalności leczniczej* oraz ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. *o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych*. Przepisy prawa regulują także zasady wykonywania działalności leczniczej, zasady funkcjonowania podmiotów wykonujących działalność leczniczą niebędących przedsiębiorcami, zasady prowadzenia rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, normy czasu pracy pracowników podmiotów leczniczych, zasady sprawowania nadzoru nad wykonywaniem działalności leczniczej oraz podmiotami wykonującymi działalność leczniczą. Działalność lecznicza, zgodnie z ustawą z dnia 15 kwietnia 2011 r. *o działalności leczniczej* polega na udzielaniu świadczeń zdrowotnych, przez które rozumie się działania służące zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia oraz inne działania medyczne wynikające z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich wykonywania. W ramach świadczeń zdrowotnych wyróżnia się świadczenie szpitalne - wykonywane całą dobę kompleksowe świadczenia zdrowotne polegające na diagnozowaniu, leczeniu, pielęgnacji i rehabilitacji, które nie mogą być realizowane w ramach innych stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych lub ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych; świadczeniami szpitalnymi są także świadczenia udzielane z zamiarem zakończenia ich udzielania w okresie nieprzekraczającym 24 godzin. Tak wyznaczone ramami prawnymi obszary stanowiące istotne elementy systemu ochrony zdrowia stanowią przestrzeń do zastosowania rozwoju i implementacji technologii informacyjno-komunikacyjnych, składających się na rozwiązania e-zdrowia, w celu podniesienia jakości usług w tym obszarze. Ostatecznie służyć mają zwiększeniu efektywności działania władzy publicznej w zakresie realizacji zadań w obszarze zdrowia publicznego oraz w zakresie organizacji i udzielania świadczeń zdrowotnych, co wpływa na zwiększenie dostępności obywateli do tego rodzaju świadczeń.

Kluczowe z punktu widzenia stawianych tez było ustalenie znaczenia pojęcia e-zdrowia. Jak zostało wykazane e-zdrowie nie posiada pozytywnej, jednolitej, ustawowej definicji legalnej. Sposób rozumienia tego pojęcia przez ustawodawcę unijnego, jak i krajowego, określają katalogi wyznaczanych ustawowo celów lub zadań podmiotów odpowiedzialnych za wdrażanie rozwiązań informacyjno-komunikacyjnych. Trzeba przy tym podkreślić, że wdrażanie rozwiązań e-zdrowia ma charakter służebny wobec celów i zadań stawianych przed współczesną opieką zdrowotną i podmiotami ochrony zdrowia. W związku z powyższym, w wyniku przeprowadzonej analizy, przyjąć należy, że e-zdrowie, to dający się wyodrębnić w ramach systemu ochrony zdrowia zespół przepisów prawa normujących gromadzenie, przetwarzanie danych oraz świadczenie usług związanych z ochroną zdrowia w celu identyfikacji oraz optymalizacji zaspokojenia jednostkowych oraz zbiorowych potrzeb zdrowotnych, jak również prowadzenia efektywnej polityki zdrowotnej przez władze publiczne. Rozproszenie przepisów odnoszących się do pojęcia e-zdrowia, determinowało rezultat podjęcia próby dekodowania jego treści. Pojęcie ma charakter wieloaspektowy, gdyż dotyczy kwestii unormowania wdrożenia określonych rozwiązań technologicznych, zakresu wykorzystania możliwości technologicznych, kwestii udzielania świadczeń zdrowotnych oraz zagadnień planowania i optymalizacji funkcjonowania określonego modelu ochrony zdrowia z wykorzystaniem funkcjonalności ICT. Wydzielenie definicji e-zdrowia poprzedziły ustalenia polegające na analizie wybranej, dostępnej literatury na temat wpływu rozwoju technologii ICT na funkcjonowanie społeczeństwa oraz tworzonych przez nie instytucji. Wnioskiem z przeprowadzonych badań jest stwierdzenie, że e-zdrowie jest konceptem intelektualno-inżynierskim, a następnie koncepcją prawną, powstałą na gruncie społeczeństwa informacyjnego, czyli w społeczeństwie, które efektywnie wykorzystuje nowe technologie komunikacyjno-informacyjne dla realizacji swoich celów. Wdrożone przepisy regulujące instytucje e-zdrowia, w tym w szczególności ustawa z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia oraz ustawa z dnia 19 lipca 2019 r. o zmianie niektórych ustaw w związku z wdrażaniem rozwiązań w obszarze e-zdrowia, spełniają funkcję dynamizującą prawa, gdyż nowe regulacje inicjują wieloaspektowe przemiany w ochronie zdrowia.

Spółeczeństwo informacyjne to społeczeństwo, które posiada rozwinięte środki przetwarzania informacji i komunikacji, a środki te stanowią podstawę tworzenia dochodu narodowego i dostarczają źródła utrzymania społeczeństwa. W polskim prawie idea społeczeństwa informacyjnego nie jest zupełnie nieznanym i nowym postulatem,

czego przykładem jest treść uchwały Sejmu RP z dnia 14 lipca 2000 r. w sprawie budowania podstaw społeczeństwa informacyjnego w Polsce, zakładającej, że nowoczesne technologie, usługi i zastosowania usług telekomunikacyjnych, teleinformatycznych i multimedialnych mogą być katalizatorem rozwoju gospodarczego, zwiększać konkurencyjność gospodarki, tworzyć nowe miejsca pracy, sprzyjać rozwojowi demokracji, regionów, wspomagać nauczanie, ochronę zdrowia, dostęp do dóbr kultury. Są one również niezbędne dla zachowania gotowości obronnej, bezpieczeństwa państwa i obywateli oraz porządku publicznego. Przemiany technologiczne wkroczyły w obszar ochrony zdrowia w przestrzeni krajowej w skutek intensywnych działań instytucji Unii Europejskiej. To unijne akty prawa wtórnego wprowadziły (choć nie definiowały) pojęcie e-zdrowia. Dyrektywie Parlamentu Europejskiego i Rady 2011/24/UE z dnia 9 marca 2011 r. w sprawie stosowania praw pacjentów w transgranicznej opiece zdrowotnej wskazano cele, które mają zostać osiągnięte w ramach e-zdrowia. Zgodnie z treścią dyrektywy celami sieci e-zdrowia są działania na rzecz wygenerowania trwałych korzyści ekonomicznych i społecznych europejskich systemów i świadczeń e-zdrowia oraz interoperacyjnych zastosowań użytkowych, aby osiągnąć wysoki poziom zaufania i bezpieczeństwa, zwiększyć ciągłość opieki i zapewnić dostęp do bezpiecznej opieki zdrowotnej wysokiej jakości.

W polskim systemie prawnym kluczowymi dla rozwiązań e-zdrowia są regulacje ustawy: z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia oraz z dnia 19 lipca 2019 r. o zmianie niektórych ustaw w związku z wdrażaniem rozwiązań w obszarze e-zdrowia. Podobnie, jak w przypadku regulacji unijnych, tak i te akty prawne definiują e-zdrowie poprzez wskazanie celów, które można objąć w ramach trzech kategorii. Pierwsza kategoria obejmuje stworzenie warunków informacyjnych umożliwiających podejmowanie w dłuższej perspektywie optymalnych decyzji w zakresie polityki zdrowotnej oraz podejmowanie działań umożliwiających zbudowanie optymalnego modelu opieki zdrowotnej, optymalizację organizacji i wykorzystania zasobów ochrony zdrowia oraz modelu finansowania świadczeń zdrowotnych ze środków publicznych. Druga grupa to cele związane z zarządzaniem informacją w ochronie zdrowia, w taki sposób by zasoby informacyjne były odporne na zaburzenia w gromadzeniu i archiwizacji danych, spowodowane zmianami systemowymi w ochronie zdrowia, zmniejszeniem luki informacyjnej w sektorze ochrony zdrowia, uporządkowaniem istniejącego systemu zbierania, przetwarzania i wykorzystywania informacji w ochronie zdrowia w oparciu o zasady: otwartości i interoperacyjności poszczególnych elementów

systemu informacji. Doprowadzenie do zapewnienia wymiany danych pomiędzy poszczególnymi podmiotami systemu informacji w ochronie zdrowia, ograniczanie redundancji danych gromadzonych w poszczególnych elementach systemu informacji w ochronie zdrowia oraz wspieranie wtórnego wykorzystania danych i informacji gromadzonych przez podmioty publiczne, stanowią trzecią kategorię celów.

Należy podkreślić, że nie każda implementacja rozwiązań ICT w ochronie zdrowia wchodzi w zakres e-zdrowia w ramach zaproponowanej w pracy definicji. Oddzielnym zagadnieniem badawczym jest bowiem problem zastosowania rozwiązań ICT w procesie udzielania świadczeń zdrowotnych. Ogół unormowań w tym przedmiocie zawiera się w pojęciu telemedycyny. W obszarze telemedycyny osiągnięciem badań jest kwestia zastosowań technologii w bezpośrednim realizowaniu celów indywidualnej opieki zdrowotnej oraz zabezpieczeniu interesu prawnego uczestników procesu leczenia: świadczeniobiorcy i świadczeniodawcy. Ten nurt badawczy kierunkują dwie ustawy: wskazana wyżej ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. *o działalności leczniczej* oraz ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. *o zawodach lekarza i lekarza dentystry*. Przepisy ustawy *o działalności leczniczej* określają, iż świadczenia zdrowotne mogą być udzielane za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności. Istotne w tym miejscu jest wskazanie, że zasady udzielania świadczeń zdrowotnych oraz zakres obowiązków lekarza pozostają bez zmian niezależnie od formy udzielenia świadczenia zdrowotnego. Udzielając świadczeń telemedycznych, lekarz zobowiązany jest zachować podstawowe powinności lekarskie: postępować zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, dostępnymi metodami i środkami zapobiegania, rozpoznawania i leczenia chorób, zgodnie z zasadami etyki zawodowej oraz z należytą starannością - zgodnie z przepisem art. 4 ustawy *o zawodach lekarza i lekarza dentystry*. Stosownie do przepisu art. 2 ust. 4 ustawy *o zawodach lekarza i lekarza dentystry*, udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarza może następować „za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności”. Możliwość udzielenia porady lekarskiej w formie telemedycznej wynika z kwalifikacji porady lekarskiej jako świadczenia zdrowotnego. Regulacja dotycząca rozwiązań e-zdrowia jest „kierunkowa”, w tym sensie, że wskazuje, iż adresaci poszczególnych unormowań mają, podejmując wysiłek organizacyjny związany z tworzeniem infrastruktury informatycznej, dążyć do osiągnięcia wskazanych w tych regulacjach celów. Jest to zasadnicze kryterium oceny poszczególnych wdrożeń.

Wskazując na duży potencjał rozwojowy i innowacyjny rozwiązań e-zdrowia podjęta została próba powiązania zastosowania technologii ICT ze zmianą krajowego modelu ochrony zdrowia. Uprzednie do tego zagadnienia badawczego było ustalenie, czy przepisy Konstytucji RP statuuje określony model ochrony zdrowia (wskazując jego istotne cechy), a jeśli tak czy model ten może podlegać zmianom i w jakim zakresie.

Przedstawione w rozprawie modele ochrony zdrowia ilustrują transformację polskiego systemu ochrony zdrowia od formuły państwowego modelu Siemaszki do współczesnej wersji modelu ubezpieczeniowego (model Bismarckowski). Celem modelu ubezpieczeniowego jest ochrona pracującego społeczeństwa przed utratą zdrowia, która w konsekwencji może prowadzić do zachwiania stabilności życiowej, osobistej ubezpieczonego a w dalszej konsekwencji stabilności systemu społeczno-gospodarczego. Przekrojowa analiza poglądów doktryny oraz orzecznictwa Trybunału Konstytucyjnego i Sądu Najwyższego pozwala na sformułowanie wniosku, iż przepisy art. 68 i n. Konstytucji RP nie przesądzają o konstrukcji modelu ochrony zdrowia, jako całości ani jego poszczególnych elementów: charakteru prawnego źródeł finansowania świadczeń zdrowotnych, charakteru i struktury płatnika (płatników) tych świadczeń czy też struktury własnościowej świadczeniodawców, jak również organizacji instytucji zdrowia publicznego. Granice swobody ustawodawcy w zakresie kształtowania modelu ochrony zdrowia, co potwierdza przeprowadzona analiza, wynikają z innych konstytucyjnych wartości i zasad. To właśnie wartości i zasady konstytucyjne, w tym fundamentalna zasada pomocniczości w połączeniu z zasadą demokratycznego państwa prawnego oraz konstytucyjnymi gwarancjami praw i wolności obywatelskich przesądzają o tym, że władze publiczne nie mogą zrezygnować z realizacji obowiązku rzeczywistego zapewnienia warunków realizacji prawa do ochrony zdrowia.

Doktryna prawa formuje postulat efektywności systemu ochrony zdrowia. Przeprowadzone rozważania pozwoliły na wskazanie sposobu implementacji rozwiązań e-zdrowia w celu rozwoju usług publicznych w ochronie zdrowia, a w konsekwencji ustalenie o kształcie postulowanego modelu ochrony zdrowia budowanego w oparciu o technologie ICT.

Pogłębiona analiza materiałów źródłowych pozwoliła na sformułowanie wniosku, że rozwój usług publicznych w obszarze e-zdrowia powinien zostać oparty na ustaleniach nauk społecznych i ekonomicznych w przedmiocie profilowania oczekiwań użytkownika usług publicznych. Zastosowanie technologii ICT w ochronie zdrowia

w obszarze usług związanych, lecz nie połączonych bezpośrednio z udzielaniem świadczeń zdrowotnych, powinno opierać się na analizie ustaleń nauk ekonomicznych, które ustaliły wypracowały model akceptacji technologii („TAM” technology acceptance model). W modelu TAM zakłada się, że zachowanie polegające na korzystaniu z technologii informacyjnych determinowane jest bezpośrednio przez intencję użycia, która z kolei ma swoje źródło w jego postawie użytkownika wobec skorzystania z danego rozwiązania. Pierwszym czynnikiem kształtującym postawę użytkownika jest postrzegana użyteczność („PU” - perceived usefulness), czyli stopień przekonania użytkownika, że korzystanie z określonego systemu zwiększy efektywność jego działań. Drugim czynnikiem jest postrzegana łatwość użytkowania („PEOU” - perceived ease of use), oznaczająca stopień postrzegania danego narzędzia jako łatwego w użyciu. Postrzegana użyteczność dodatkowo wpływa bezpośrednio na intencję użytkownika. Przeprowadzona w pracy analiza wykazała, że wykorzystanie wiedzy w zakresie preferencji „e-konsumenta” stanowić powinno oś konstrukcji rozwiązań teleinformatycznych. Ustalenie to stanowi podstawę do wykazania roli aplikacji mobilnych użytkowanych na urządzeniach przenośnych, jako wiodącego medium do pozyskiwania danych niezbędnych dla potrzeb spersonalizowanej indywidualnej opieki zdrowotnej oraz na cele zdrowia publicznego. Urządzenia przenośne to doskonałe rozwiązanie do realizacji określonych celów zdrowotnych, w szczególności w obszarze diagnostyki czy profilaktyki zdrowotnej. Rozwijająca się domena m-zdrowia (m-health), jako platforma propagowania treści prozdrowotnych oraz składowa procedur diagnostycznych staje się przydatna dla propagacji rozwiązań telemedycznych.

Dla rozwiązań e-zdrowia oraz kształtowania usług publicznych w oparciu o rozwiązania ICT kluczowe pozostaje ustalenie, że prawodawstwo krajowe w nawiązaniu do legislacji unijnych przyjmuje odpowiednie regulacje dotyczące otwarcia dostępu do danych będących w zasobach administracji publicznej. Szczególnie istotne znaczenie mają przepisy ustawy z dnia 6 września 2001 r. *o dostępie do informacji publicznej* oraz ustawy z dnia 25 lutego 2016 r. *o ponownym wykorzystywaniu informacji sektora publicznego*. Ustawa *o ponownym wykorzystaniu informacji sektora publicznego* dokonuje w zakresie swojej regulacji wdrożenia postanowień dyrektywy 2003/98/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 17 listopada 2003 r. w sprawie ponownego wykorzystywania informacji sektora publicznego zmienionej dyrektywą 2013/37/UE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 26 czerwca 2013 r. zmieniającą dyrektywę 2003/98/WE. Wykorzystanie danych medycznych i okołomedycznych regu-

luje również ustawa z dnia 28 kwietnia 2011 r. *o systemie informacji w ochronie zdrowia*. Ponowne wykorzystywanie danych przez osoby fizyczne, osoby prawne i jednostki organizacyjne nieposiadające osobowości prawnej - informacji sektora publicznego, w celach komercyjnych lub niekomercyjnych innych niż pierwotny publiczny cel, dla którego informacja została wytworzona - stanowić może podstawę rozwijania działalności gospodarczej, której istotę stanowi analiza i wykorzystanie dostępnych danych. Dostęp do danych, ich analiza i podejmowanie na podstawie dokonywanej analizy decyzji jest jednym z kluczowych założeń funkcjonowania rozwiązań e-zdrowia. W rozprawie wykazano teoretyczne możliwości, które dają informatyczne systemy bazodanowe, takie jak Systemy Zarządzania Bazami Danych (DBMS), Systemy Informacji Geograficznej (GIS), Informatyczne Systemy Zarządzania (MIS), Systemy Wspomagające Decyzje (DSS) oraz Systemy Ekspertowe (ES). Użyteczność rozwiązań teleinformatycznych opiera się na dostępie do dużej ilości stale napływających danych, których odpowiednie sekwencjonowanie oraz analiza, często w czasie rzeczywistym, daje podmiotom zarządzającym możliwość optymalizacji swoich decyzji, czy efektywniejszego wykorzystania posiadanych zasobów.

Jednym z kluczowych ustaleń badań przeprowadzonych w niniejszej rozprawie jest wniosek, iż rozwiązania e-zdrowia umożliwiają reorientację postrzegania roli władz publicznych w ochronie zdrowia. Z uwagi na wykładniczy wzrost kosztów funkcjonowania dotychczasowego modelu ochrony zdrowia, z którym nie koresponduje równie dynamiczny wzrost efektywności działań podmiotów leczniczych, kluczowym staje się konieczność potraktowania zdrowia populacji jako zasobu, które posiada państwo. Zasobu, którym należy sprawnie, efektywnie i racjonalnie zarządzać. Reminiscencje obowiązującego modelu ochrony zdrowia Siemaszki, w którym państwo dążyło do zagwarantowania funkcjonowania opieki zdrowotnej, zogniskowanej na medycynie naprawczej - „leczeniu” przy jednoczesnym braku analizy kosztów oraz intensyfikacji wielkoskalowej profilaktyki zdrowotnej, odczuwalne są do dzisiaj. Rozproszenie uprawnień właścicielskich podmiotów leczniczych, przy funkcjonowaniu jednego płatnika publicznego oraz utrzymaniu struktury ilościowej podmiotów leczniczych, nie zabezpiecza potrzeb zdrowotnych jednostek oraz populacji, co wynika z analizy przedstawianych w pracy dokumentów organów kontroli państwowej.

Konieczność reorientacji aktywności władz publicznych w ochronie zdrowia na bazie rozwiązań e-zdrowia stanowi wniosek wynikający z analizy założeń celów i polityki Unii Europejskiej w obszarze ochrony zdrowia. Unia Europejska buduje swoją po-

litykę rozwojową w oparciu o priorytety zdrowia publicznego, dostrzegając, że to zdrowie ludności kształtuje życie społeczne i ekonomiczne. Przepisy dotyczące zdrowia publicznego znajdują się w art. 168 Traktatu o Funkcjonowaniu Unii Europejskiej. Przepis art. 168 TFUE stanowi, że przy określaniu i urzeczywistnianiu wszystkich polityk i działań Unii zapewnia się wysoki poziom ochrony zdrowia ludzkiego. Działanie Unii Europejskiej, uzupełnia polityki krajowe, nakierowane jest na poprawę zdrowia publicznego, zapobieganie chorobom i dolegliwościom ludzkim oraz usuwanie źródeł zagrożeń dla zdrowia fizycznego i psychicznego. Unia Europejska w dziedzinie zdrowia publicznego w pełni szanuje odpowiedzialność państw członkowskich za organizację i świadczenie usług zdrowotnych. Kompetencje i zobowiązania państw należących do Unii Europejskiej zostały przedstawione jednoznacznie: organizacja, a więc instytucjonalny kształt systemu ochrony zdrowia, metody i techniki zarządzania, a także wskazanie źródeł i zasad finansowania, w tym podział odpowiedzialności między podmioty publiczne i prywatne należą do uprawnień poszczególnych krajów. Według doktryny prawa sprawy zdrowia nie należą do wyłącznych kompetencji Unii Europejskiej, mogą się znajdować zatem wśród kompetencji dzielonych. Należą do nich niektóre aspekty polityki społecznej. Postanowienia traktatowe w taki właśnie sposób - jako kompetencje dzielone - traktują aktywności, które dotyczą zdrowia publicznego. Unijne akty prawne oraz dokumenty programowe formują zasady działania i propagowane wartości w zakresie ochrony zdrowia. Są to powszechność, dostęp do wysokiej jakości opieki, sprawiedliwość oraz solidarność. Centralną wartością jest wzmacnianie roli i aktywności obywateli. Unia Europejska aktywnie wspiera działania w dziedzinie zdrowia. W obecnej perspektywie na podstawie rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 282/2014 z dnia 11 marca 2014 r. w sprawie ustanowienia Trzeciego Programu działań Unii w dziedzinie zdrowia (2014-2020) oraz uchylające decyzję nr 1350/2007/WE, realizowany jest program działań, mający na celu poprawę stanu zdrowia Europejczyków oraz zredukowanie nierówności poprzez uzupełnianie polityk państw członkowskich promocji dobrego stanu zdrowia i zapobiegania chorobom. Unia Europejska w tym zakresie wspiera działania, które wspierają w wymianę informacji i dobrych praktyk w zakresie sposobów postępowania z różnymi czynnikami ryzyka, takimi jak: palenie tytoniu, nadużywanie narkotyków i alkoholu, niezdrowa dieta i siedzący tryb życia. W przestrzeni zainteresowania instytucji unijnych znalazły się działania w obszarze ochrony obywateli unijnych przed poważnymi transgranicznymi zagrożeniami zdrowotnymi, związanymi ze zwiększającą się mobilnością społeczeństw. Unia Europejska

wspierać innowacyjność i stabilność systemów zdrowotnych w państwach członkowskich przez zapewnienie wsparcia dla możliwości rozbudowy sektora opieki zdrowotnej oraz wdrażania innowacji w praktykach zawodowych i technologii. W nowej perspektywie finansowej Unia Europejska kontynuuje wsparcie dla rozwoju innowacji technologicznych i poprawy jakości usług zdrowotnych. W programie Unii Europejskiej przeznaczonym dla ochrony zdrowia w latach 2021-2027, pod nazwą EU4Health zwraca uwagę zamiar wzmocnienia systemów ochrony zdrowia, w taki sposób by mogły stawić czoła epidemiom, a także sprostać długoterminowym wyzwaniom poprzez wspieranie profilaktyki chorób i promocji zdrowia w starzejącym się społeczeństwie oraz umożliwić transformację cyfrową w opiece zdrowotnej w celu polepszenia dostępu do opieki zdrowotnej dla grup społecznych znajdujących się w trudnej sytuacji. Opieka zdrowotna jest coraz bardziej zindywidualizowana i skupiona na pacjencie: jest on nie tyle przedmiotem opieki zdrowotnej, co jej podmiotem. Na podstawie programu działań na rzecz obywateli unijna polityka zdrowotna musi brać za punkt wyjścia prawa obywatela i pacjenta. Wiąże się z tym również uczestnictwo w procesie podejmowania decyzji oraz wpływ na ten proces. Wartości związane z poprawą zdrowia muszą mieć na uwadze zmniejszanie nierówności zdrowotnych. Ponadto polityka zdrowotna musi opierać się na najlepszych dowodach naukowych wypływających z wiarygodnych danych i informacji oraz odpowiednich badań. Zdrowie społeczeństwa jest niezbędnym warunkiem wydajności gospodarczej i dobrobytu. Już w 2005 r. włączono jako strukturalny wskaźnik „lata zdrowego życia” (LZZ), aby podkreślić, że średnia długość życia społeczeństwa w dobrym zdrowiu - nie tylko sama długość życia - jest podstawowym czynnikiem wzrostu gospodarczego.

W związku z przeprowadzonymi badaniami sformułowany został postulat o konieczności reorganizacji krajowego modelu ochrony zdrowia. W tym celu przeprowadzona została pogłębiona analiza współczesnych teoretycznych modeli administracji publicznej w powiązaniu z prawnokonstytucyjną zasadą pomocniczości władz publicznych. Analizie poddano koncepcje: New Public Management, Good governance oraz Multi-level governance. Założenia tych koncepcji, mimo programowych odrębności, bazują na aspekcie konieczności zwiększenia udziału obywateli i ich organizacji w administrowaniu, oparcie podejmowanych działań na szerszym dostępie do wiedzy oraz uelastycznieniu struktur. Przeprowadzona została także analiza prawnoporównawcza rozwiązań ustrojowych dotyczących roli regionu w organizacji systemu ochrony zdrowia na przykładzie rozwiązań szwedzkich i włoskich. Analiza ta wzmacnia tezę, że

regulacje dotyczące wykonywania władzy publicznej na poziomie województwa, tj. przepisy dotyczące samorządu województwa i jego organów oraz przepisy normujące kompetencje i zadania wojewody i administracji rządowej w województwie powinny podlegać modyfikacji w zakresie umożliwiającym optymalizację systemu ochrony zdrowia. Obecnie to organy samorządów województw wykonują uprawnienia nadzorcze i właścicielskie w stosunku do znaczącej liczby kluczowych podmiotów leczniczych.

Na podstawie przepisów przekazujących uprawnienia właścicielskie do poszczególnych podmiotów leczniczych w trakcie reformy administracyjnej samorządu województw stały się podmiotami tworzącymi dla dużych wielospecjalistycznych szpitali, centrów onkologicznych i pulmonologicznych. Ponadto na mocy odrębnych przepisów samorządy województw odpowiadają za leczenie psychiatryczne, profilaktykę uzależnień oraz medycynę pracy. *Ex lege* obowiązujące uregulowania stworzyły regionalną sieć podmiotów leczniczych. Mankamentem tej sieci jest brak funkcjonalnych oraz nadzorczych powiązań z podmiotami podległymi samorządom gminnym i powiatowym, często w sposób irracjonalny konkurującymi między sobą o środki na inwestycje i organizację opieki zdrowotnej oraz brak możliwości określania polityki zdrowotnej na obszarze województwa przez jego gospodarza, tj. wspólnotę samorządową działającą przez instytucje sejmiku województwa oraz zarządu województwa. Dużym atutem samorządów województw jest natomiast: posiadanie stałego udziału w przychodach z tytułu podatków i zobowiązań publicznoprawnych dającego materialną podstawę do realizacji zadań publicznych, pełnienie funkcji instytucji zarządzającej dla regionalnych programów operacyjnych oraz posiadanie demokratycznego mandatu do podejmowania strategicznych rozstrzygnięć dla obszaru województwa takich jak strategię rozwoju, a w szczególności, co jest istotne z punktu widzenia przedmiotu badawczego do przygotowania i wdrażania programów zdrowotnych. Władze samorządowe jako część administracji publicznej zobowiązane są do działania na podstawie zasad określonych w przepisach materialnych i proceduralnych. Dla administracji publicznej kluczową jest zasada legalizmu - oparcie wszelkich działań w granicach i na podstawie obowiązującego prawa, co zostało przedstawione w dwóch wątkach rozprawy: rozwoju tzw. *lex informatica* oraz koncepcji misji w administracji publicznej. Wnioskiem z tych rozważań jest stwierdzenie, że mimo postępującej technicyzacji życia publicznego i wstępowaniu norm technicznych w sferę regulacji relacji społecznych to prawo pozytywne pozostaje głównym regulatorem, którego rolą pozostaje określenie zasad integracji technologii

ICT oraz zakresu jego ingerencji w sferę publiczną, co zostało wykazane analizą uregulowań dotyczących implementacji rozwiązań e-zdrowia w przedmiocie standaryzacji i interoperacyjności. Podobnie misja w administracji musi być sublimacją zadań publicznych, dla realizacji których został powołany dany organ administracji publicznych i z tych zadań wynikać. Ustalenia w tym przedmiocie dają podstawę do twierdzenia, że reorientacja modelu ochrony zdrowia wymaga głębokich zmian legislacyjnych, co zostało wskazane w pracy.

Bazując na dorobku doktryny oraz w oparciu o przeprowadzoną analizę celem było wykazanie związku pomiędzy rozwojem rozwiązań e-zdrowia a poprawą jakości usług publicznych w ochronie zdrowia. Przyjęto, za poglądami doktryny, że pojęcie jakości w administracji publicznej należy rozpatrywać w kontekście stopnia realizacji celu administracji i celu prawa. Pojęcie jakości jest kategorią prakseologiczną, wobec czego ocena działania administracji publicznej w organizowaniu usług publicznych w ochronie zdrowia może być realizowana w kontekście zgodności efektu działania z zamierzonym celem. Administracja publiczna ma obowiązek działania na podstawie i w granicach prawa, zatem podstawowym kryterium jakości jej działania stanowi osiągnięcie celów wyznaczonych przez prawo sformułowanych ustawowo jako zadania przypisane poszczególnym strukturalnym administracyjnym. Właściwe wykorzystanie wiedzy w administracji publicznej jest jedną z przesłanek podnoszenia jakości działania struktur publicznych. Sposób postępowania z informacją wpływa na działanie całej organizacji, wyznacza realny zakres władzy i stopień gospodarności wydatkowania środków finansowych. W zakresie rozprawy wskazano „kierunek”, któremu ma służyć implementacja rozwiązań e-zdrowia. Kierunkiem tym jest poprawa jakości usług publicznych w ochronie zdrowia.

W pracy wykazano, iż zmiana jakościowa moderowana technologiami ICT jest dwójakiego rodzaju: systemowa i użytkowa. W ramach pierwszej możliwa jest zmiana modelu ochrony zdrowia w stopniu odpowiadającym europejskim trendom, będącym wypadkową rozwoju technologicznego i zmian w postrzeganiu problemu ochrony zdrowia. Odnosząc to założenie na grunt ustawodawstwa krajowego w pracy zaproponowana została zmiana modelu ochrony zdrowia ze scentralizowanego w zakresie określania potrzeb zdrowotnych i finansowania na model zdecentralizowany z uwzględnieniem zasady pomocniczości. W modelu tym samorząd województwa powinien na podstawie teleinformatycznych systemów bazodanowych prowadzić skoordynowane działania związane z inwestowaniem w zasoby infrastruktury ochrony zdrowia, modelowa-

niem programów zdrowotnych i zakupem świadczeń gwarantowanych. Wprowadzenie postulowanych zmian legislacyjnych, obejmujących również formalne zabezpieczeniu środków publicznych na organizację ochrony zdrowia w regionie, umożliwiłoby efektywniejsze wykorzystanie zasobów w ochronie zdrowia. Dzięki wprowadzonym zmianom władze samorządowe mogłyby oprzeć podejmowane działania w zakresie wykorzystania technologii ICT na wsparciu metodologicznym i kompetencyjnym ze strony wyspecjalizowanych agencji państwowych - Agencji Badań Medycznych, Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji oraz Centrum Systemów Informatycznych Ochrony Zdrowia polegającym na przygotowaniu, weryfikowaniu i wdrażaniu rozwiązań teleinformatycznych w tym dobrych praktyk, które zapewniałyby sprawność funkcjonalną całego systemu e-zdrowie, jego zwartość treściową. Chodzi tu o działania zarówno w warstwie rozwiązań sieciowych jak i usług elektronicznych w formule publicznych aplikacji mobilnych. Rolą władz publicznych (centralnych) byłoby zapewnienie funkcjonowania całego systemu teleinformatycznego oraz utrzymanie jednakowego dostępu samorządom i obywatelom do rozwiązań ICT.

Użytkowym aspektem wdrożenia rozwiązań e-zdrowia jest funkcjonowanie i tworzenie usług elektronicznych podnoszących standard dostępu do zasobów informacyjnych oraz potencjału opieki zdrowotnej. Przedstawiono katalog dostępnych e-usług, które ten postulat spełniają takich jak e-recepta, e-recepta transgraniczna czy e-zwolnienie oraz rozwiązanie systemowe jakim jest Internetowe Konto Pacjenta, które w swoich funkcjonalnościach ma usprawnić dostęp do systemu opieki zdrowotnej i być platformą przy pomocy, której osoba zainteresowana może zabezpieczać swoje potrzeby zdrowotne. E-zdrowie jest jednym z rodzajów usług publicznych, które umożliwiają efektywne wykorzystanie danych agregowanych w systemie ochrony zdrowia. Tworzenie odpowiednich modeli wykorzystania i analityki danych umożliwia optymalizację wykorzystania zasobów ochrony zdrowia, a tym samym bardziej sprawne i efektywne realizowanie założeń przyjętego modelu ochrony zdrowia. Zmiana regulacji prawnych w obszarze rozwiązań e-zdrowia służy obywatelom. Podniesienie jakości ochrony zdrowia przez optymalizację procesów zarządczych, stworzenie mechanizmów efektywnej alokacji zasobów ochrony zdrowia oraz stworzenie ram prawnych dla funkcjonowania rozwiązań ICT usprawniających dostęp do publicznych usług zdrowotnych wysokiej jakości wpisuje się w postulaty doktryny, dotyczące zmian w systemie ochrony zdrowia oraz przybliża realizację celów w sektorze zdrowia przyjmowanych przez Unie Europejską.

Spis literatury w porządku alfabetycznym

Acheson E.D., Public health in England. Report of the Committee of Inquiry into the future development of the public health function. HMSO. London, 1988.

Augustyniak M., Myśl społeczno-filozoficzna Edwarda Abramowskiego, Olsztyn 2006,

Auria G.D., L'organizzazione amministrativa centrale, "Giornale di diritto amministrativo" 2010, nr 10,

Bach-Golecka D., Stankiewicz R.,(red.) Organizacja systemu ochrony zdrowia. System Prawa Medycznego. Tom 3, C.H. Beck Instytut Nauk Prawnych, Warszawa 2020,

Balduzzi R., Salute (diritto alla), w: Dizionario Casese, Milano 2006

Balduzzi R., Sul rapporto tra regionalizzazione e aziendalizzazione in campo sanitario, "Quaderni Regionali" 2008, nr 3,

Balduzzi R., La sanità Italiana tra livelli essenziali di assistenza, tutela della salute e progetto di devolution, Milano 2004,

Banaszak B., Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej, Komentarz, Warszawa 2009

Banchero A., Comuni, regione e livelli essenziali socio-sanitari, w: La sanità Italiana tra livelli essenziali di assistenza, tutela Della salute e progetto di devolution. Atti del Convegno - Genova 24 febbraio 2003, red. R. Balduzzi, Milano 2004,

Barney D., Społeczeństwo w sieci, Warszawa 2008,

Bauer R. Wie weit tragen die Beine eines Volkes?, Zeitschrift für Gemeinwirtschaft 1999, H. 3-4,

Bell D., The Coming of Post-Industrial Society: A Venture in Social Forecasting Reissue Edition, D. Bell 1973,

Benoliel D., Technological Standards, Inc.: Rethinking Cyberspace Regulatory Epistemology, California Law Review" 92 (2004),

Bertalanffy L., Ogólna teoria systemów: podstawy, rozwój, zastosowania, Warszawa, PWN, 1984,

Białoskórski R., Cyberzagrożenia w środowisku bezpieczeństwa XXI wieku: Zarys problematyki Wydawnictwo Wyższej Szkoły Cła i Logistyki, 2011,

Bieguel S., Beyond Our Control? Confronting the Limits of Our Legal System in the Age of Cyberspace, Cambridge (Massachusetts) 2001,

Biernat S., Prywatyzacja zadań publicznych, Warszawa-Kraków 1994,

Biernat S., red. Podstawy i źródła prawa Unii Europejskiej. System Prawa Unii Europejskiej. Tom I, C. H. Beck instytut Nauk Prawnych PAN, Warszawa 2020,

Bińkowska-Artowicz B. Ocena skutków regulacji zawartych w rządowym projekcie ustawy - o zmianie niektórych ustaw w związku z wdrażaniem rozwiązań w obszarze e-zdrowia (druk nr 3620), Biuro Analiz Sejmowych, Warszawa 2019,

Blicharz J., Kategoria interesu publicznego jako przedmiot działania administracji publicznej, Przegląd Prawa i Administracji 2004, t. LX,

Bliźniuk G. Szafranski B. (red.), Interoperacyjność i bezpieczeństwo systemów informatycznych administracji publicznej, Katowice 2006,

Błaś A., Formy działania administracji w warunkach prywatyzacji zadań publicznych w: Administracja i prawo administracyjne u progu trzeciego tysiąclecia, Łódź 2000,

Błaś A., W sprawie jakości działań organów administracji publicznej w demokratycznym państwie prawa, w: Jakość administracji publicznej, Rzeszów: Mitel 2004,

Boć J. red., Konstytucje Rzeczypospolitej oraz komentarz do Konstytucji RP z 1997 roku, Wrocław 1998,

Boć J. red., Prawo administracyjne. Wrocław 2007,

Bokszczanin I., Proces decentralizacji w Republice Włoskiej, „Przegląd Sejmowy” 2007, nr 6,

Borek E., Greser J., Kilijanek-Cieślik A., Perendyk T., Prusko A., Sitek A., Wojtaszczyk K., E-zdrowie. Czego oczekują pacjenci?, Warszawa 2017,

Borończyk M. Bitcoin i Ethereum: analiza Big Data, w: Media początku XXI w. Antologia Tekstów Katedry Technologii Informacyjnych Mediów, red. A. Opolska-Bielińska, Tom 2, Uniwersytet Warszawski, Warszawa 2019

Bosek L. Konstytucyjne prawo do ochrony zdrowia, w: Prawo wobec medycyny i biotechnologii: Zbiór orzeczeń z komentarzami, red. M. Safjan, Oficyna Wolters Kluwer, Warszawa 2011,

Bugdol M., Zarządzanie jakością w urzędach administracji publicznej teoria i praktyka, Warszawa 2008,

Buzzanca A., Tutela urgente alla salute e liste di attesa. Aspetti civili, penali e amministrativi, Milano 2006,

Casey M.: Europejska polityka informacyjna. Wyzwania i perspektywy dla administracji publicznej, Toruń 2001,

- Castells M.**, The Rise of the NetWork Society. The Information Age: Economy, Society and Culture, vol. 1, 2nd edition, Blackwell Publishing Ltd., Oxford 1996,
- Castells M.**, Społeczeństwo sieci, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa, wydanie 2, 2010,
- Castells M.**, The Information Age: Economy, Society and Culture, vol. 1: The Rise of the Network Society, Oxford 2000,
- Castorina E.**, Il nuovo modello costituzionale di finanza regionale e locale (spunti di riflessione intorno all'art. 119 Cost.) „Nouve Autonomie Anno XVI- Nova Serie” 2007, nr 1,
- Cerioni M.**, Ruolo dei “livelli essenziali delle prestazioni” Nel rinsaldare l'unità nazionale, “Nuova Rassegna” 2011, nr 10,
- Chlipala P.** Podstawy antropologiczne badania zachowań e-konsumentów, „Handel Wewnętrzny”, 9-10.2011, cz. 3,
- Cienniewski J.** Konstytucyjne podstawy praw pacjenta, Materiały Konferencji „Godność człowieka podstawą praw chorego i pacjenta”, VIII Światowy Dzień Chorego, 2000,
- Cieślak S.**, Praktyka organizowania administracji publicznej, Warszawa: Difin 2004, s. 121. Por. J. Łukasiewicz, Zarys nauki administracji, Warszawa: Wydawnictwo Prawnicze Lexis Nexis 2005,
- Cilione G.**, Diritto sanitario. Profili costituzionali e amministrativi, ripartizione delle competenze, organizzazione, prestazioni, presidi sanitari privati, professioni, Rimini 2005,
- Crupi M.F.**, L'attività di volontariato nei servizi in sanità, “Ragiusan” 2008, nr 291-292,
- Cuocolo L.**, I livelli essenziali delle prestazioni. Spunti riorganizzativi ed esigenze di attuazione, w: La sanità Italiana tra livelli essenziali di assistenza, tutela Della salute e progetto di devolution. Atti del Convegno - Genova 24 febbraio 2003, red. R. Balduzzi, Milano 2004,
- Cuocolo L.**, I rapporti stato - regioni in materia farmaceutica, tra diritti costituzionali e contenimento Della spesa, “Quaderni Regionali” 2008, nr 1,
- Czerwińska M.**, Specyfika zachowań e-pacjentów w internecie, Roczniki Kolegium Analiz Ekonomicznych. 1232-4671. Z. 38 (2015),
- Davis F., Bagozzi R., Warshaw R.**, Extrinsic and intrinsic motivation to use computers in the workplace, ”Journal of Applied Social Psychology” 192, nr 22,

De Angelis P., Accordi e contratti di fomitura: profile giuridici e questioni applicative, "Sanità Pubblica e Privata" 2011, nr 4,

Dercz M. Samorządowy Model Systemu Ochrony Zdrowia, Analizy i Opinie nr 43 Instytut Spraw Publicznych, Warszawa 2005,

Długosz D., Kadry administracji publicznej, w: J. Hausner, Administracja publiczna, Warszawa 2005,

Dobkowski J., Struktura interesu publicznego a zasady rozdzielania odpowiedzialności publicznoprawnej w administracji w: Jednostka - Państwo - Administracja. Nowy wymiar, Rzeszów 2004,

Dobrzeńska E. , Kawecki T., Elektroniczne usługi transgraniczne w obszarze zakładania działalności gospodarczej, Logistyka 2015,

Dobrzeński K., Autonomiczne prawo cyberprzestrzeni: mit czy rzeczywistość? w: O. Bogucki, S. Czepita red., System prawny a porządek prawny, Szczecin 2008,

Drozdowska U., Koszyk świadczeń gwarantowanych a prawo pacjenta do świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej, w: System ochrony zdrowia. Problemy i możliwości ich rozwiązań, red. E. Nojszewska, Warszawa 2011,

Drożdż M. Konwergencja mediów - tendencje, modele i konsekwencje, Studia Medioznawcze 2008 nr 3 (34),

Falcon G., Lo stato autonomista. Funzioni statali, regionali e locali Nel decreto legislativo n. 112 del 1998,

Feczko P. Governace a jawność działania samorządu terytorialnego, w: Jawność w samorządzie terytorialnym, Wolters Kluwer Polska, 2015,

Fiuk G. Doświadczenia z realizacji regionalnych projektów e-zdrowie w Polsce - wyzwania, bariery, problem, korzyści i rekomendacje, w: E-obywatel. E-sprawiedliwość. E-usługi, red. K. Flaga-Gieruszyńska, J. Gołaczyński, D. Szostek C. H. Beck 2017,

France G., F. Taroni, Starting Down the Road to Targets in Health. The Case of Italy, "European Journal of Public Health" 2000, vol. 10, no. 4,

Fromm E., Zdrowe społeczeństwo, Kraków 2012,

Gabriel P. & Liimatainen M.-R. Zdrowie psychiczne w miejscu pracy. Międzynarodowa Organizacja Pracy, Genewa, 2000,

Galata S., Strategiczne zarządzanie organizacjami, Warszawa 2004,

Galio C.E., Federalismo in materia sanitaria: i rapporti tra organi di vertice e la dirigenza medico-sanitaria, "Ragiusan" 2004, nr 248,

Gawrycki F.M., Społeczne aspekty rewolucji informacyjnej w: Rozwój w dobie globalizacji, A. Bąkiewicz, U. Żuławska, PWE, Warszawa 2010,

Gawrysiak P., Cyfrowa rewolucja. Rozwój cywilizacji informacyjnej, Warszawa 2012

Gefen D., Straub D., The relative importance of perceived ease of use in IS adoption: A study of ecommerce adoption, „Journal of Association for IS” 2000, nr 1(8),

Giarda P., Quale modello di federalismo fiscale nella nuova Costituzione italiana?, www.astrid-online.it,

Gibson W., Neuromancer, Mass Market Paperback, 1984,

Glenngård A.H., Hjalte F., Svensson M., Anell A., Bankauskaite V. Health Systems in Transition: Sweden, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, Kopenhaga, 2005,

Goban-Klas T., Sienkiewicz P. Społeczeństwo informacyjne: szanse, zagrożenia, wyzwania, Wydawnictwo Fundacji Postępu Telekomunikacji, Kraków 1999,

Godziszewski B., Misja organizacji: istota, funkcje, proces formułowania, w: Materiały z ogólnopolskiej konferencji „Od strategii rozwoju do polityki jakości, etapy wdrażania ISO 9001”, Wojewódzka Biblioteka Publiczna - Książnica Kopernikańska w Toruniu, Toruń 2004, www.ksiaznica.torun.pl,

Gogolek, W. Cetera W. Leksykon tematyczny. Zarządzanie, IT. Wydawnictwo Wydziału Dziennikarstwa i Nauk Politycznych UW, 2014,

Golinowska S. red., Polska: Zarys systemu ochrony zdrowia; Tytuł serii: Health Systems in Transition (Systemy Ochrony Zdrowia w Okresie Przemian), wersja oryginalna: Issued In English by the WHO Regional Office for Europe, on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies in 2011 under the title: Poland: Health system review. Health Systems in Transition, 2011 (Volume 13, Number 8). World Health Organization 2011, on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, redakcja publikacji angielskiej: Dimitra Panteli, Anna Sagan (redaktorzy), Reinhard Busse (redaktor serii), Warszawa 2012,

Goodhue D.L., Thompson R.L., Task technology fit and individual task performance, „MIS Quarterly” 1995, nr 19,

Górzyńska T., Geneza i rozwój prawa do informacji, w: W. Góralczyk red., Prawo informacji – prawo do informacji. Warszawa 2006,

Grabiwoda B., E-konsumenci jutra. Pokolenie Z i technologie mobilne, Wydawnictwo Nieoczywiste, 2018,

Grillo C.M., La tutela Della salute tra stato e regione (Aluni interventi della Corce Costituzionale) in attesa Della devolution, "Rivista Ambiente e Lavoro" 2005,

Hoffman P.S. Lawtotation in Legal Resarch, Some Indexing Problems , cytowany w: Military Law Review 27-100-23, January 1964,

Holcombe R. G., A Theory of the Theory of Public Goods, *Review of Austrian Economics*, 1997 10(1),

Hood Philips O, Jackson P., Leopold P., Constitucional and admministrative law, eighth ed., London 2001,

Hooghe L, Marks G., Wolfe G. Multi-Level Governance and European Integration, Rowman and Littlefield Publishers Inc, 2001,

Izdebski H., Kulesza M., Administracja publiczna, Warszawa 1999,

Jaciow M., Wolny R., Polski e-konsument. Typologia zachowania, Onepress, Gliwice 2011,

Jaworska-Dębska B., Porozumienie komunalne a sprawność działania administracji samorządowej. w: E. Ura (red. nauk.), Sprawność działania administracji samorządowej,

Jendrośka J., Obowiązek konsultowania organizacji pozarządowych a nowa Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej w: Podstawy prawne funkcjonowania organizacji pozarządowych, M. Wyrzykowski red., Warszawa, 1999,

Jędrzejko M. Morańska D., Pułapki współczesności Część I Cyfrowi Tubylecy socjopedagogiczne aspekty nowych technologii cyfrowych Dąbrowa Górnicza - Warszawa 2013,

Juszczak S., Dziecko w świecie wiedzy, informacji i komunikacji, Toruń 2007,

Kall J., Branding na smartfonie. Komunikacja mobilna marki, Warszawa 2015,

Kelsen H. Pure Theory of Law. Translation from the Second German Edition by Max Knight. Berkeley: University of California Press, 1967,

Kiczka K. Z teorii i praktyki samorządu terytorialnego ACTA UNIVERSITATIS WRATISLAVIENSIS No 3833, Przegląd Prawa i Administracji CXIV, Wrocław 2018,

Kieltyka L., Komunikacja w zarządzaniu. Techniki, narzędzia i formy przekazu informacji, Warszawa 2002,

Kieres L. Samorząd terytorialny jako instytucja społeczeństwa obywatelskiego, Ruch Prawniczy, Ekonomiczny i Socjologiczny, rok LXVIII, zeszyt 2, 2006 (wydany w 85 rocznicę postania czasopisma),

Kieres L. Podstawowe problemy regionalizacji w Polsce, w: Regionalizacja w Polsce : problemy, kierunki i koncepcje, red. J. Regulski); Federacja Rozwoju Demokracji Lokalnej, Warszawa, 1998,

Kieżun W., O sprawną administrację publiczną, Ius et Lex 2005 nr 1: Ustrój państwa i system wyborczy,

Kimihira M., Developing mobile applications; web, native, or hybrid? Oracle, 24.10.2012,w:
http://blogs.oracle.com/fusionmiddleware/entry/developer_s_corner_developing_mobil,

Kisala M. Zasada sprawności w wykonywaniu zadań publicznych przez jednostki samorządu terytorialnego, Roczniki Nauk Prawnych, tom XXV, numer 1, 2015,

Kisielnicki J., Społeczeństwo informacyjne a cyberterrorizm, w: Informatyka dla przyszłości, Warszawa 2008,

Knecht Z., Public relations w administracji publicznej, Warszawa 2006,

Knosala E., Decyzja i doradztwo w administracji publicznej. Studium z nauki administracji i prawa administracyjnego, Bytom 2003,

Knosala E., Prawne układy sterowania w administracji publicznej, Katowice 1999,

Knosala E., Zadania publiczne, formy organizacyjnoprawne ich wykonywania i nowe pojęcia - zakres niektórych problemów do dyskusji nad koncepcją systemu prawa administracyjnego, w: Koncepcja systemu prawa administracyjnego pod red. J. Zimmermanna, Wolters Kluwer Polska 2007,

Kocowski T. *Prawne pojęcie przedsiębiorcy*, w: *Publiczne prawo gospodarcze*, red. R. Hauser, Z. Niewiadomski, A. Wróbel, Wydawnictwo C.H. Beck, Warszawa 2018,

Kocowski T., Susło R., Paplicki M. System ratownictwa medycznego a potrzeby zdrowotne starzejącego się społeczeństwa -Medical emergency rescue system and the needs of the ageing society, w : Postępy medycyny ratunkowej 2018, red. J. Jakubaszko Polskie Towarzystwo Medycyny Ratunkowej, Wrocław 2018,

Kocowski T. Paplicki M. *Forma podmiotu leczniczego a świadczenia zdrowotne* Acta Universitatis Wratislaviensis. Prawo, 2017, 323,

Kocowski T. *Prywatyzacja zarządzania majątkiem publicznym, prywatyzacja majątkowa, prywatyzacja zadań publicznych i prywatyzacja wykonania zadań publicznych* w: *Prawne aspekty prywatyzacji: (praca zbiorowa)* Wrocław: Prawnicza i Ekonomiczna Biblioteka Cyfrowa. Uniwersytet Wrocławski. Wydział Prawa Administracji i Ekonomii, 2012,

- Kokocińska K.** Decentralizacja jako ustrojowa zasada relacji pomiędzy organami władzy publicznej, *Ruch Prawniczy, Ekonomiczny i Socjologiczny* Tom 78 ,wydanie 2, 2016/6/27,
- Kokocińska K.** Samodzielność jednostek samorządu terytorialnego w organizowaniu usług publicznych, *Przegląd Prawa i Administracji* Tom 98 2015/4/21,
- Kokocińska K.** Prawny mechanizm prowadzenia polityki rozwoju w zdecentralizowanych strukturach władzy publicznej, Wydawnictwo Naukowe UAM, Poznań 2014,
- Kokocińska K.** Polityka regionalna w Polsce i Unii Europejskiej, Wydawnictwo Naukowe UAM, Poznań 2010,
- Kolwitz M.** Polski system ochrony zdrowia perspektywy i możliwości zastosowania systemów ochrony zdrowia innych państw Unii Europejskiej, *Annales Academiae Medicae Stetinensis, Roczniki Pomorskiej Akademii Medycznej w Szczecinie* 2010, 56, 3
- Kosiński E.** Prawne formy podejmowania i prowadzenia działalności leczniczej jako element systemu ochrony zdrowia w Polsce. Wybrane aspekty. *Acta Universitatis Wratislaviensis, No 3833, Przegląd Prawa i Administracji CXIV, Wrocław* 2018,
- Kotarbiński T.,** Traktat o dobrej robocie, Wrocław-Warszawa-Kraków-Gdańsk: Zakład Narodowy im. Ossolińskich Wydawnictwo 1975,
- Kowalska I., Mokrzycka A.,** „Namysły nad problemami polityki zdrowotnej - globalnej - europejskiej - krajowej. Księga jubileuszowa Prof. dra hab. Cezarego W. Włodarczyka; Cezary W. Włodarczyk: Konflikty i polityka zdrowotna Unii Europejskiej, Difin 2013,
- Koźuch B.,** Zarządzanie publiczne w teorii i praktyce polskich organizacji, Warszawa 2004,
- Księżski K.** „Dystopijna wizja świata bliskiego zasięgu. Cyberpunk jako złożone zjawisko kulturowe. Zarys zjawiska.” *Czasopismo naukowe „Kultura i Historia”* – dostęp na:<http://www.kulturaihistoria.umcs.lublin.pl/archives/3271>,
- Kraemer K.L., Datawars.** The Politics of Modelling in Federal Policymaking, New York 1987,
- Krukowski J.,** Wstęp do nauki o państwie i prawie, Lublin 2002,
- Kubicek H.,** Möglichkeiten und Gefahren der "Informationsgesellschaft", 1999, Bremen
<http://www.fgfk.informatik.uni-bremen.de/ig/WS99-00/studienbrief/index.html>,

Kulesza M., Zasada subsydiarności jako klucz do reform ustroju administracyjnego państw Europy Środkowej i Wschodniej (na przykładzie Polski), w: *Subsydiarność*, D. Milczarek, red., Warszawa 1998,

Kurek M., Stępień T., Uniwersytet i medycyna w przeddzień globalnej korporacji i medycyny in silico, Wydawnictwo ANTYK, 2019,

Lach D.E. Powiernicza technika realizacji zabezpieczenia społecznego (na przykładzie ubezpieczenia zdrowotnego), PIP 2009,

Lalonde M., A New Perspective on the Health of Canadians; A Working Document, Information Canada, Ottawa, 1974,

Lang W., Struktura kontroli prawnej organów państwowych PRL, Kraków 1963,

Lang W., Wróblewski J., Zawadzki S., Teoria państwa i prawa, Warszawa 1979,

Lazzaro F.M., Il finanziamento dei livelli essenziali di assistenza nella riforma tributaria, w: *La sanità italiana tra livelli essenziali di assistenza, tutela della salute e progetto di devolution*, Milano 2004,

Ledzińska M., Kult informacji jako wyzwanie edukacyjne, w: „Dzisiejsze czasy”, edukacja wobec przemian w kulturze współczesnej, Kraków, 2006,

Lenio P., Publicznoprawne źródła finansowania ochrony zdrowia, Warszawa 2018,

Leoński Z., Nauka administracji, Warszawa 2004,

Leoński Z., Funkcje (zadania i kompetencje) realizowane przez podmioty prawa prywatnego (tezy referatu) w: *Administracja i prawo administracyjne u progu trzeciego tysiąclecia. Materiały konferencji naukowej Katedr Prawa i Postępowania Administracyjnego*, Łódź 2000,

Leoński Z., Zarys prawa administracyjnego, Warszawa 2004,

Leszczyński L., System prawa w ujęciu teoretycznoprawnym, w: *Annales Universitatis Mariae Curie - Skłodowska, Lublin - Polonia*, vol. LXIV, 1 2017

Lister M., Dovey J., Giddings S., Grant I., Kelly K., *New Media: A Critical Introduction*, Routledge, Nowy Jork 2003,

Lissowski O., Usługi publiczne i usługi w interesie ogólnym – koncepcja i niektóre problemy instytucjonalne marketingowej modernizacji świadczenia usług publicznych w Unii Europejskiej, *Zeszyty Naukowe Politechniki Poznańskiej*, nr 74/2017

Longchamps F. O pojęciu stosunku prawnego w prawie administracyjnym, *Acta UWr.* 1964, Prawo XII, nr 19,

Lo Scalzo A., A. Donatini, L. Orzella, A. Cicchetti, S. Profili, A. Maresso, Italy. *Health System Review*, “Health System Review” 2009. nr 1H6),

Lorencka M., Włoskie państwo regionalne, „Przegląd Sejmowy” 2005, nr 4(69),

Luciani M., / diritti costituzionali tra stato e regioni (a proposito dell’art 117, comma 2 lett. m), Della Costituzione, „Politica del diritto” 2002, nr 3,

Luciani M., Brevi note sul diritto alla salute nella piu recente giurisprudenza costituzionale, w: Il diritto Della salute Alle soglie del terzo millennio. Profili di ordine etico, giuridico ed economico, red. L. Chieffi, Torino 2003, za: **M. Urbaniak** Aspekty publicznoprawne organizacji i finansowania ochrony zdrowia w Republice Włoskiej, Toruń 2014,

Luciani M., I diritti costituzionali tra stato e regioni (a proposito dell’art.117, comma 2 lett.m) Della costituzione), w: Il nuovo Welfare State dopo la riforma del Titolo V. Sanità e assistenza a confronto, Roma 2002,

Łętowska E., Dobro wspólne - władza - korupcja: między moralnością a prawem, w: Dobro wspólne -władza - korupcja. Konflikt interesów w życiu publicznym, Warszawa 1997,

Łuczak - Noworolnik L. E- obywatel, Elektroniczne usługi publiczne w wymiarze europejskim - na wybranych przykładach. Rozważania wstępne, w: E-obywatel. E-sprawiedliwość. E-usługi; redakcja: K. Flaga-Gieruszyńska, J. Gołaczyński, D. Szostek, Wydawnictwo C.H. Beck , 2017,

Łuczak-Noworolnik L., E-wymiar sprawiedliwości jako przykład dążenia do informatyzacji działalności instytucji państwowych, w: Wirtualne i estetyczne aspekty humanizacji przestrzeni społecznej, red. Z. Rykiel, J. Kinal, D. Porczyński, Rzeszów 2015,

Łukasiewicz J., Natura jakości administracji publicznej, w: J. Łukasiewicz red., Jakość administracji publicznej. Międzynarodowa konferencja naukowa. Rzeszów 2004,

Łukasiewicz J., Podstawowe pojęcia z zakresu nauki administracji, w: S. Wrzosek red. Kompendium wiedzy administratywisty. Lublin 2008,

Łukasiewicz J., Tradycje badawcze i zmiany paradygmatów w nauce administracji, w: Łukasiewicz J., Zasada organizacyjnej elastyczności aparatu administracji publicznej, Warszawa: Wydawnictwo Prawnicze Lexis Nexis 2006,

Łukasiewicz J., Zarys nauki administracji. Warszawa 2007,

MacCormick N., Institutions of Law: An Essay in Legal Theory, Oxford University Press, 2007,

Maciejewski M., Prawo informacji - zagadnienia podstawowe, w: W. Góralczyk red., Prawo informacji - prawo do informacji, Warszawa 2006,

Magnussen J., Vrangbaek K., Saltman R.B., Nordic Health Care Systems, McGraw-Hill, Maidenhead 2009,

Marchand D.A., Information Management in Public Organizations: Defining a New Resource Management Function, w: Information Management in Public Administration, red. F.W. Horton, D.A. Marchand, Arlington 1982,

Martin Ch., Third Screen: Marketing to Your Customers in a World Gone Mobile, Nicholas Brealev Publishing, Boston 2015,

Maurer H., Allgemeines Verwaltungsrecht, München 1980

Maxwell J.W., Lyon T.P., Hackett S.C., Self-Regulation and Social Welfare: The Political Economy of Corporate Environmentalism, „The Journal of Law and Economics” 43 (2000), no. 2,

Mazurek-Łopacińska K. Globalizacja w aspekcie wpływu na zachowania konsumencie, Marketing i Rynek, Wrocław 2001,

McLuhan M., Understanding Media: The Extensions of Man. 30th Anniversary Reissue, Mit Pr 1994,

Mill J., Essey on Government, w: Utilitarian Logic and Politics, eds.J. Lively, J. Rees, New York 1984,

Miller M., Opolski J. Zdrowie Publiczne w Polsce a polityka zdrowotna w świetle dokumentów Światowej Organizacji Zdrowia, Postępy Nauk Medycznych 4/2009,

Minteer A., "Chapter 9: Applying Geospatial Analytics to IoT Data". Analytics for the Internet of Things (IoT). Packt Publishing, Birmingham 2017,

Młodzik E. Założenia koncepcji New Public Management, Współczesne Problemy Ekonomiczne nr 11, Zeszyty Naukowe nr 858, Uniwersytet Szczeciński, 2015,

Moks M., Szwedzki system ochrony zdrowia wybrane kierunki jego reformowania. Oeconomia Copernicana 2010 Nr 1,

Moon J.W., Kim Y.G., Extending the TAM for a World-Wide-Web context, „Information & Management” 2001, nr 38,

Morawski L., Główne problemy współczesnej filozofii prawa. Prawo w toku przemian, Warszawa 2005,

Murray A.D., Regulation and Rights in Networked Space, „Journal of Law and Society” 30 (2003), no. 2,

Niewiadomski Z., Pojęcie administracji publicznej, w: R. Hauser, Z. Niewiadomski, A. Wróbel, Instytucje prawa administracyjnego, t. 1, Warszawa: Wydawnictwo C.H. Beck 2010,

- Nowacki J.**, Prawo publiczne - prawo prywatne, Prace Naukowe Uniwersytetu Śląskiego w Katowicach nr 1315, Katowice 1992,
- Ogonowska A.** Polska polityka rozwoju społeczeństwa informacyjnego w latach 2000–2012, *Studia Europejskie*, 2/2013,
- Olejniczak-Szałowska E.**, Zasada sprawności działań administracji (zasada efektywności), w: M. Stahl (red. nauk.), *Prawo administracyjne: pojęcia, instytucje, zasady w teorii i orzecznictwie*, Warszawa: Difin 2009,
- Okoń E.-Horodyńskiej, K. Piecha** Wydawnictwo Polskiego Towarzystwa Ekonomicznego Warszawa 2005, s
- Oleński J.** Infrastruktura informacyjna państwa w globalnej gospodarce, Wydawnictwo Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa 2006,
- Pałys M., Szymanowski M.**, Rozwój sieci. Internet - stan obecny, kierunki prognoza rozwoju, w: *Rozwój sieci Internet - stan obecny, kierunki i prognoza rozwoju*, Oficyna Wydawnicza Politechniki Wrocławskiej, 2006,
- Panzer C.**, I livelli essenziali delle prestazioni fra sussidiarietà e collaborazinne. “Le Regioni” 2010,
- Parsons A.G.**, Non-functional motives for online shoppers: Why weclick, „*Journal of Consumer Marketing*” 2002,
- Pawłowska A.**, *Administracja publiczna. Zagadnienia wstępne*, Lublin, Norbertinum 1999,
- Pawłowska A.**, *Władza i uczestnictwo polityczne w społeczeństwie informacyjnym. Studium amerykańskie*, Lublin 1995,
- Peters B.G.**, *Administracja publiczna w systemie politycznym*, Warszawa 1999,
- Piątek S.**, *Przedsiębiorstwo użyteczności publicznej jako instytucja gospodarcza*, Warszawa 1986,
- Pietraś Z.J.**, *Sztuczna inteligencja w politologii*, Lublin 1990,
- Pietrzak H.** Wpływ jednostek samorządu terytorialnego na realizację prawa do ochrony zdrowia Narodowy Instytut Samorządu Terytorialnego, *Ekspertyzy i opracowania Nr 61*, 2018
- Płopa M.**, *Wprowadzenie w: Człowiek u progu trzeciego tysiąclecia*, Elbląg 2005,
- Pogorzelski K.**, *Sprawność instytucjonalna państwa 2011. Ekspertyza na temat sprawności instytucjonalnej państwa w kontekście dotychczasowej realizacji Strategii Rozwoju Kraju 2007-2015*, IBS 2011,

Podgórnjak-Krzykacz A., Wpływ governance i good governance na strukturę administracji samorządowej *Acta Universitatis Lodzianis Folia Oeconomica* 3 (321), 2016,

Popławska E., Wpływ zasady subsydiarności na przemiany ustrojowe w Polsce, w: *Subsydiarność*, D. Milczarek, red., Warszawa 1998,

Porębski L., *Lokalny wymiar demokracji elektronicznej*, Kraków 2012,

Powałowski A. (red.) *Prawo gospodarcze publiczne*, *Studia Prawnicze* Wydanie 5, CH BECK Warszawa 2020,

Powałowski A. *Użyteczność publiczna a działalność gospodarcza*, *Gdańskie Studia Prawnicze* 2015,

Principato L., I diritti costituzionali e l'assetto delle fonti dopo la riforma dell'art 117 della Costituzione, „*Giurisprudenza Costituzionale*” 2002, nr 2,

Provenzo Jr E.F., Marshall McLuhan *Thirty Years Later*, w: *Marshall McLuhan. Critical Evaluations in Cultural Theory*, vol. 3, red. G. Genosko, Routledge, Nowy Jork 2005,

Putnam R., *Demokracja w działaniu. Tradycje obywatelskie we współczesnych Włoszech*, Kraków 1995,

Rabiej E., Jednostka samorządu terytorialnego jako podmiot tworzący spzoz – analiza wybranych aspektów prawnych i finansowych, *Optimum. Economic Studies* nr 3 (93) 2018,

Rabska T. red., *System prawa administracyjnego*, tom IV, Wydawnictwo PAN, 1980

Rabska T., *Przywracanie ciągłości pojęć prawnych. Państwo prawa-Administracja-Sądownictwo. Prace dedykowane prof. dr hab. Januszowi Łętowskiemu*, Warszawa 1999,

Reviglio F., *Health Care and its Financing in Italy. Issues and Reform Options*, „*Rivista di diritto finanziario e scienza delle finanze*” 2001, nr 1,

Ruśkowski E., *Podstawowe uwarunkowania decentralizacji finansów publicznych, Główne uwarunkowania i bariery w procesie naprawy finansów publicznych*, NIK, Warszawa 2006.

Rzucidło J. *Elektroniczny rząd. Aspekty konstytucyjnoprawne*, Wydawnictwo Sejmowe 2015 - rozdział III. „*Informacyjny status jednostki w Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej*” oraz J. Węgrzyn *Prawo konsumenta do informacji w Konstytucji RP i w prawie unijnym*, *Prace Naukowe Wydziału Prawa, Administracji i Ekonomii Uniwersytetu Wrocławskiego*, Wrocław 2013

- Rydlewski G.**, Systemy administracji publicznej w państwach członkowskich Unii Europejskiej, Warszawa 2007,
- Scott C.**, Regulation in the Age of Governance: The Rise of the Post-Regulatory State w: The Politics of Regulation: Institutions and Regulatory Reforms for the Age of Governance, Ed. By J. Jordana, D. Levi-Faur, Elgar Publishing 2005,
- Scuto F.**, The Italian Parliament Paves the Way to “Fiscal Federalism”, “Perspectives on Federalism” 2010, vol. 2, issue 1, w:
http://www.on-federalism.eu/attachments/057_scuto.pdf,
- Seneka**, Dialogi De brevitae vitae, Warszawa 2001,
- Seta I.** Nowe systemy zarządzania w administracji publicznej – zarys przedmiotu, w: Wpływ prakseologii na organizację i zarządzanie w administracji publicznej, red. K. Sikora, M. Domagała, E. Jasiuk, Radom 2010,
- Siemieniecki B.**, red. Pedagogika medialna t. I. B. Siemieniecki, Warszawa 2007,
- Sikora P.** Przesłtępstwa komputerowe w ujęciu nowego kodeksu karnego, w: Acta Universitatis Wratislaviensis, No 2154, Prawo CCLXVI, Wrocław 1999,
- Sobieski L.** Koordynacja działań w zakresie profilaktyki zdrowia w województwie. Zagadnienia wybrane, w: Wybrane problemy prawa materialnego i procesowego. Teoria i praktyka, tom III, pod redakcją K. Knoppka i J. Muchy, Poznań 2015
- Sobieski L.** Zawarcie umowy o finansowanie świadczeń gwarantowanych w aspekcie ochrony prawnej oferenta, w: Prace Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu, nr 540, Wrocław 2018,
- Sobieski L.**, Nowelizacja ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, w: Wybrane problemy prawa materialnego i procesowego. Teoria i praktyka, tom III, pod redakcją K. Knoppka i J. Muchy, Poznań 2014,
- Sobieski L.**, E-health in the context of the subsidiarity principle. Comments against the background of polish law; w: Review of comparative law, Volume XXXV, Lublin 2018,
- Sola M.**, Jak wdrożyć i zrealizować kontrolę zarządczą? Poradnik ze wzorami dokumentów, Warszawa 2010,
- Solomon M.R.**, Consumer Behaviour. Buying, Having and Being, 8th edition, Prentice Hall, New Jersey 2008,
- Sowiński R.**, Interes publiczny - dobro wspólne. Wartości uniwersalne jako kategorie kształtujące pojęcie administracji, w: Prawo do dobrej administracji. Materiały ze Zjazdu Katedr Prawa i Postępowania Administracyjnego, Warszawa-Dębe, 2002,

Spasowska - Czarny H., Efektywność administracji publicznej w kontekście sprawności instytucjonalnej państwa, w: *Annales Universitatis Mariae Curie - Skłodowska Lublin - Polonia* vol. LXIV, 2, 2017,

Spieker M., Zasada pomocniczości: podstawy antropologiczne i konsekwencje polityczne, *Społeczeństwo* 1995, nr 1,

Stahl M., Cele publiczne i zadania publiczne, w: *Koncepcja systemu prawa administracyjnego* pod red. J. Zimmermana, Zjazd Katedr Prawa Administracyjnego i Postępowania Administracyjnego Zakopane 24-27 września 2006 r. , Wolters Kluwer Polska 2007,

Stahl M., Podmioty administrujące w: *Prawo administracyjne. Pojęcia, instytucje, zasady w teorii i orzecznictwie*, red. M. Stahl, Wolters Kluwer Polska, 2019, wydanie 7,

Starościak J., Zasada organizacyjnej elastyczności w budowie organów administracyjnych, „*Państwo i Prawo*” 1974, nr 8-9,

Struska D., Między unitaryzmem a federalizmem. Ewolucja współczesnej myśli i praktyki ustrojowej Włoch, Warszawa 2008,

Strzyczkowski K., *Prawo gospodarcze publiczne*, Warszawa 2005,

Suhrcke M., McKee M., Sauto Arce R., Tsolova S., Mortensen J. *The contribution of health to the economy in the EU*, Bruksela 2005,

Supernat J., *Instrumenty działania administracji publicznej. Studium z nauki administracji*. Kolonia Limited 2003,

Supernat J., *Zarządzanie*, Wrocław 2005,

Supernat J. red., *Między tradycją a przyszłością w nauce prawa administracyjnego. Księga jubileuszowa dedykowana Profesorowi Janowi Bociowi*, Wrocław 2009,

Surówka K., *Decentralizacja czy centralizacja zarządzania systemem opieki zdrowotnej*, *Forum Ochrony Zdrowia. Wyzwania i Możliwości Rozwiązań*, http://www.qcm2.quicksilver.pl/img/27/Referat_Krzysztof_Surowka.pdf; <http://www.qcm2.quicksilver.pl/img/27/Referat%20Krzysztof%20Surowka.pdf>; dostęp: 01.06.2020.

Suwaj P. J., *Governance, good governance, public integrity i przeciwdziałanie patologiom we współczesnej administracji publicznej*, w: *Administracja publiczna w III RP. Dwie dekady doświadczeń*, red. M. Mazuryk, S. Jaśkiewicz, Warszawa - Siedlce 2011,

Swianiewicz P., Dziemianowicz W., Mackiewicz M., *Sprawność instytucjonalna administracji samorządowej w Polsce – zróżnicowanie regionalne*, Warszawa 2000,

Szafrański B. Realizacja zadań publicznych a Big data [w:] Internet. Publiczne bazy danych i BIG DATA red. prof. dr hab. Grażyna Szpor, Wydawnictwo C. H. Beck, Warszawa 2014,

Szafrański B./KRMI, Stanowisko w sprawie Założeń Centralnego Modelu Danych dla Infrastruktury Informacyjnej Państwa, Prace Zespołu ds. Koordynacji Rozwoju Infrastruktury Informacyjnej Państwa, protokół z posiedzenia KRMI z 17.4.2009 r.

Szafrański B. /KRMI. Modernizacja administracji publicznej oparta na modelu usługowym funkcjonowania państwa - wybrane zagadnienia, protokół z posiedzenia KRMI z 16.12.2010 r.; B. Szafrański, Najpierw fundament potem Państwo 2.0, XVIII Forum Teleinformatyki, materiały konferencyjne, Miedzeszyn 2012; B. Szafrański, Główne wyzwania związane z modernizacją funkcjonowania państwa, Roczniki Kolegium Analiz Ekonomicznych, Warszawa 2013,

Szczepańska K. Aspekty zarządzania jakością w administracji publicznej, Ekonomiczne Problemy Usług nr 45, 607-618, 2009,

Szetela P., Rola samorządu terytorialnego w polskim systemie ochrony zdrowia: organizator, podmiot tworzący oraz płatnik, Zdrowie Publiczne i Zarządzanie, 2015, Tom 13 Numer 1,

Szewczyk M., Popowska B., Bauer H., Staniszewska L., Lisoń P. (red.) Republicyzacja zadań publicznych, Wydawnictwo Naukowe UAM, 2018,

Szpor G. red. INTERNET Publiczne bazy danych i BIG DATA, Wydawnictwo C. H. Beck, Warszawa 2014,

Szpunar M.: Spółeczności wirtualne jako społeczności - próba ujęcia socjologicznego. w: pod red. M. Radochońskiego i B. Przywary: *Jednostka-grupa-cybersieć. Psychologiczne, społeczno-kulturowe i edukacyjne aspekty społeczeństwa informacyjnego.* Rzeszów: Wyższa Szkoła Informatyki i Zarządzania, 2004,

Szmigielska B., Wolski K., Jaszczak A., Modele wyjaśniające zachowania użytkowników Internetu, e-mentor, <http://www.e-mentor.edu.pl/drukuj/artukul/numer/45/id/931>

Tadeusiewicz R., Rewolucja społeczeństwa informacyjnego na tle wcześniejszych rewolucji cywilizacyjnych. Rozdział w książce: Haber L., Niezgoda M. red. : *Spółeczństwo informacyjne – aspekty funkcjonalne i dysfunkcjonalne*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków, 2006,

Tanham P. Smartphones an.<http://www.businessinsidcr.com/historv-of-the-tablet-2013-5?IR=Tdttablets:five> key different,"Econsultancy", 6.11.2013, <https://econsultancy.com/blog/63741-smartphones-and-tablets-five-key-differences/>

Teo T.S.H., Kim V.K.G., Lai R.Y.C., Intrinsic and extrinsic motivation in Internet usage, „Omega: The International Journal of Management Science” 1999,

Teubner G., Karavas V., The Horizontal Effect of Fundamental Rights on ‘Private Parties’ within Autonomous Internet Law, „German Law Journal” 4 (2003),

Thomson S., Foubister T., Mossialos E., Health Care in the European Union. Challenges and Policy Responses, World Health Organization on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, Kopenhaga, 2009,

Toffler A. Trzecia fala, pierwsze wydanie pełne: Warszawa 1997, PIW,

Torchia L., Sistemi di welfare e federalismo, “Quaderni costituzionali” 2002, nr 4,

Trybka W. Działalność lecznicza jako działalność gospodarcza (wybrane zagadnienia), Studia i Prace Kolegium Zarządzania i Finansów, Zeszyt Naukowy 167, Oficyna Wydawnicza SGH, 2018,

Trzaskowski R., Rozwój e-gospodarki, czyli Polska w świecie mobile, w: Mobile online w Polsce. Perspektywy rozwojowe (raport), http://iab.org.pl/wpcontent/uploads/2014/09/raport_iab_polska_mobile.pdf,

Trzciński J. „Konstytucyjne prawo do zdrowia, na tle art. 35 Karty Podstawowych Praw Unii Europejskiej w: L. Garlicki, A. Szmyt red. Sześć lat Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej. Doświadczenia i inspiracje, Warszawa 2003,

Tubertini C. Pubblica amministrazione e garanzia dei livelli essenziali delle prestazioni. Il caso della tutela della salute, Bolonia 2008,

Turban E. McLean E., Wetherbe J., Information Technology for Management. Improving Quality and Productivity, New York 1996,

Uliasz B., Sienkiewicz T., Efektywność wykorzystania informacji warunkiem skutecznego zarządzania jakością w administracji publicznej w: Administracja publiczna w III RP. Dwie dekady doświadczeń, red. M. Mazuryk, S. Jaśkiewicz, Warszawa - Siedlce 2011,

Urbaniak M., Konstytucyjne wolności i prawa socjalne oraz ekonomiczne w Polsce i we Włoszech. Analiza prawno-porównawcza, Toruń 2009,

Urbaniak M. Aspekty publicznoprawne organizacji i finansowania ochrony zdrowia w Republice Włoskiej, Toruń 2014,

Walaszek-Pyziół A., red. Informacje Gospodarcze Studium Prawne, Wydawnictwo C.H. Beck, Warszawa 2018,

Wojtyczek K., Polska w europejskim systemie konstytucyjnym, w: P. Sarnecki red., Prawo konstytucyjne RP, Warszawa 2005,

- Webster J., Martocchio J.**, Microcomputer playfulness: development of a measure with workplace implications, „MIS Quarterly” 1992,
- Wielicka K.**, Zarys funkcjonowania systemów opieki zdrowotnej w wybranych krajach Unii Europejskiej, w: Zeszyty Naukowe Politechniki Śląskiej 2014, seria: Organizacja i Zarządzanie z. 70,
- Wiewiórkowski W.R., Wierczyński G.**, Informatyka prawnicza, Wolters Kluwer Polska 2016, wydanie 4,
- Wilczyński P.**, Podmioty niepubliczne w sferze administracji publicznej, PiP 2002, z. 2
- Willcocks L.**, The Manager as Technologist, w: Rediscovering Public Services Management, red. L. Willcocks, J. Harrow, London 1992,
- Wimmer N., Kahl L.**, Die öffentlichen Unternehmen im freien Markt, Wien 2001,
- Winslow C.E.A.**: The untilled fields of public health. Science N.S. 1920, 51, 22-33 Cyt. za: C.E.A Winslow. The evolution and significance of the modern public health campaign. New Haven, Yale University Press, 1923,
- Witkowski Z.**, Ustrój konstytucyjny współczesnych Włoch w aktualnej fazie jego przemian 1989-2004, Toruń 2004,
- Włodarczyk W.C., S. Poździejch**, System zdrowotne, w: A. Czupryna S. Poździejch, A. Ryś, W.C. Włodarczyk, Zdrowie publiczne, t. I. Kraków 2000,
- Wójtowicz D.**, Determinanty sprawności instytucjonalnej samorządów terytorialnych – w stronę trwałego rozwoju społeczno-gospodarczego, „MBA” 2009, nr 3,
- Wright V.**, The Paradoxes of Administrative Reform w: Gospodarka-Administracja-Samorząd, H. Olszewski, B. Popowska red., Poznań 1997,
- Wronkowska S., Zieliński M., Ziemiński Z.** Zasady prawa Zagadnienia podstawowe, Warszawa 1974,
- Wronkowska S., Ziemiński Z.**, Zarys teorii prawa, Poznań 1997,
- Wróblewski J.**, Prawo a cybernetyka (zarys problemów), PiP 1968, z. 12,
- Wrzosek S.**, System: administracja publiczna. Systemowe determinanty nauki administracji, Lublin 2008,
- Wysocki M. Miller M.**, Paradygmat Lalonde’a. Światowa Organizacja Zdrowia i Nowe Zdrowie Publiczne. Prz. Epidem. 2003,
- Wysocki S.**, Jak poprawić jakość działania administracji publicznej? „Służba Cywilna” 2001 nr 2,

Zacharko L. Wpływ nauk o zarządzaniu na współczesną naukę administracji, w: S. Wrzosek, M. Domagała, J. Izdebski, T. Stanisławski red., Współzależność dyscyplin badawczych w sferze administracji publicznej, Warszawa 2010,

Zacharko L., Prywatyzacja zadań publicznych gminy: studium administracyjnoprawne, Katowice 2000,

Zacharko L., Ocena modelu prywatyzacji zadań publicznych gminy, w: I. Skrzydło-Niżnik red. Instytucje współczesnego prawa administracyjnego. Księga jubileuszowa prof. zw. dra hab. Józefa Filipka, Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego 2001,

Zachariasz I., Prawo w ujęciu strukturalnym. Studium o dychotomicznym podziale prawa na prawo publiczne i prawo prywatne, Warszawa 2016,

Zajdel-Calkowska J., Prawo medyczne, PZWL, Warszawa 2019,

Zakrzewska-Półtorak A. , Możliwości poprawy skuteczności administracji publicznej w kontekście założeń polityki spójności Unii Europejskiej na lata 2014-2020, w: E. Pancer-Cybulska, E. Szostak (red.) Polityka spójności w okresie 2014-2020 a rozwój regionów Europy, Prace naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu nr 227 Research Papers of Wrocław University of Economics, Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu, Wrocław 2011,

Zawicki M., Nowe zarządzanie publiczne, Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne, Warszawa 2011,

Ziemiński Z., Teoria prawa, Warszawa - Poznań 1978,

Ziemblicki B., Lex mercatoria jako prawo właściwe dla rozstrzygnięcia sporu, w: B. Mielnik Z problematyki źródeł prawa międzynarodowego, Wrocław 2017

Zimmerman J., Prawo administracyjne, Warszawa 2008,

Zimmerman J., Aksjomaty prawa administracyjnego, Warszawa 2013,

Zmud R.W., Information Systems in Organizations, PaLo Alto 1983,

Zoll A., Problemy służby zdrowia w świetle doświadczeń RPO, Prawo i Medycyna 2000, nr 8, vol. 2,

Zorn W., Die Sicherstellung gemeinwirtschaftlicher Leistungen im wettbewerbsorientierten Umfeld der Europäischen Union, Wien 2000,

Żywicka A. Prawo cywilne w działaniach administracji publicznej (administracji miar) - na gruncie systemu oceny zgodności z zasadniczymi wymaganiami. Tradycja i nowoczesność w instytucjach prawnych. Zeszyty Naukowe KUL 61 (2018), nr 4 (244).

Spis aktów prawnych w porządku chronologicznym

Przepisy krajowe

Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z 2.04.1997 r. Dz. U. z 1997 r. Nr 78, poz. 483, z 2001 r. Nr 28, poz. 319, z 2006 r. Nr 200, poz. 1471, zm. z 2009 r., Nr 114, poz. 946

Kodeksy:

Kodeks cywilny t.j. Dz. U. z 2020 r. poz. 1740.

Kodeks karny t.j. Dz. U. z 2020 r. poz. 1444, zm. Dz. U. z 2020 r. poz. 1517.

Kodeks pracy t.j. Dz. U. z 2020 r. poz. 1320.

Kodeks rodzinny i opiekuńczy t.j. Dz. U. z 2020 r. poz. 1359.

Ustawy:

ustawa z 14.06.1960 r. **Kodeks postępowania administracyjnego (t.j. Dz. U. z 2020 r. poz. 256, zm. 695, 1298**

ustawa z 26.10.1982 r. **o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmu** t.j. Dz. U. z 2019 r. poz. 2277, zm. z 2020 r. poz. 1492,

ustawa z 14.03.1985 roku **o Państwowej Inspekcji Sanitarnej** t.j. Dz. U. z 2019 r. poz. 59, zm. z 2020 r. poz. 322, 374, 567, 1337.

ustawa z dnia 8.03.1990 r. **o samorządzie gminnym** t.j. Dz. U. z 2020 r. poz. 713, 1378.

ustawa z 19.04.1991 r. **o izbach aptekarskich** t.j. Dz. U. 2016., poz. 1496 ze zm.

ustawa z 19.08.1994 r. **o ochronie zdrowia psychicznego** t.j. Dz. U. z 2020 r. poz. 685.

ustawa z dnia 23.12.1994 r. **o Najwyższej Izbie Kontroli** t.j. Dz. U. z 2020 r. poz. 1200.

ustawa z dnia 29.06.1995 r. **o statystyce publicznej** Dz. U. z 2020 r. poz. 443, 1486.

ustawa z dnia 9.11.1995 r. **o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych** t.j. Dz. U. z 2019 r. poz. 2182, zm. z 2020 r. poz. 1337.

ustawa z dnia 8.08.1996 r. **o Radzie Ministrów** t.j. Dz. U. 2019 r. poz. 1171

ustawa z dnia 5.12.1996 r. **o zawodach lekarza i lekarza dentysty** t.j. Dz. U. z 2020 r. poz. 514, zm. 567, 1291, 1493.

ustawa z dnia 27.06.1997 r. **o służbie medycyny pracy** t.j. Dz. U. 2019 r. poz. 1175.

ustawa z 4.09.1997 r. **o działach administracji rządowej** t.j. Dz. U. z 2020 r. poz. 1220, zm. 1087

ustawa z 5.06.1998 r. **o samorządzie województwa** t.j. Dz. U. 2020 poz. 1668.

ustawa z 5.06.1998 r. **o samorządzie powiatowym** t.j. Dz. U. z 2020 r. poz. 920.

ustawa z 13.10.1998 r. **Przepisy wprowadzające ustawy reformujące administrację publiczną**, Dz.U.1998 Nr 133, poz.872

ustawa z 25.06.1999 r. **o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa** t.j. z 2020 r. poz. 870.

ustawa z 6.09. 2001 r. **o dostępie do informacji publicznej** t.j. Dz. U. z 2019 r. poz. 1429, zm. z 2020 r. poz. 695.

ustawa z 6.09.2001 r. **Prawo farmaceutyczne** t.j. Dz. U. z 2020 r. poz. 944, 1493.

ustawa z 18.07. 2001 r. **Prawo wodne** t.j. Dz. U. z 2020 r. poz. 310, zm. 284, 695, 782, 875, 1378.

ustawa z 27.07.2001 r. **o diagnostyce laboratoryjnej** t.j. Dz.U. 2016, poz.1496 ze zm

ustawa z dnia 18.09.2001 r. **o podpisie elektronicznym** tj. Dz. U. z 2013 r. poz. 262, zm. z 2014 r. poz. 1662, zm. z 2015 r. poz. 1893.

ustawa z dnia 5 lipca 2002 r. **o ochronie niektórych usług świadczonych drogą elektroniczną opartych lub polegających na dostępie warunkowym** t.j. Dz. U. z 2015 r. poz. 1341.

ustawa z 18.07. 2002 r. **o świadczeniu usług drogą elektroniczną** t.j. Dz. U. z 2020 r. poz. 344.

ustawa z 30.10.2002 r. **o ubezpieczeniu społecznym z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych** t.j. Dz. U. z 2019 r. poz. 1205.

ustawa z 23.01.2003 r. **o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia** Dz. U. z 2004 nr 5 poz. 37

ustawa z 24.04.2003 r. **o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie** t.j. Dz. U. z 2020 r. poz. 1057.

ustawie z dnia 2 marca 2004 r. **o pomocy społecznej** t.j. Dz. U. z 2020 r. poz. 1876.

ustawa z 16.07.2004 r. **Prawo telekomunikacyjne** t.j. Dz. U. z 2019 r. poz. 2460, zm. z 2020 r. poz. 374, 695, 875.

ustawa z 27.08.2004 r. **o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych** Dz. U. z 2020 r. poz. 1398, 1492, 1493, 1578.

ustawa z 17.02.2005 r. **o informatyzacji działalności podmiotów realizujących zadania publiczne** t.j. Dz. U. z 2020 r. poz. 346, 568, 695 i 1517.

ustawa z 1.07.2005 r. o **pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów** t.j. Dz. U. z 2019 r. poz. 1405, zm. z 2020 r. poz. 567.

ustawa z dnia 28.07.2005 r. o **lecznictwie uzdrowiskowym, uzdrowiskach i obszarach ochrony uzdrowiskowej oraz o gminach uzdrowiskowych** t.j. Dz. U. z 2020 r. poz. 1662.

ustawa z 29.07.2005 o **przeciwdziałaniu narkomanii** t.j. Dz. U. z 2019 r. poz. 852, 1655, 1818, zm. z 2020 r. poz. 322, 1337, 1493Dz. U. z 2019 r. poz. 852 ze zm.

ustawa z dnia 21.07.2006 r. o **zmianie ustawy o ogłaszaniu aktów normatywnych i niektórych innych aktów prawnych oraz ustawy o podpisie elektronicznym** Dz. U. 2011 Nr 117 poz. 676.

ustawa z 6.12.2006 r. o **zasadach prowadzenia polityki rozwoju** t.j. Dz. U. z 2019 r. poz. 1295, 2020, zm. z 2020 r. poz. 1378.

ustawa z dnia 30 maja 2008 r. o **niektórych formach wspierania działalności innowacyjnej** t.j. Dz. U. z 2019 r. poz. 1402, zm. z 2020 r. poz. 568.

ustawa z 3.10.2008 r. o **udostępnianiu informacji o środowisku i jego ochronie, udziale społeczeństwa w ochronie środowiska oraz o ocenach oddziaływania na środowisko** t.j. Dz. U. z 2020 r. poz. 283, zm. 284, 322, 471, 1378.

ustawa z 6.11.2008 r. o **prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta** t.j. Dz. U. z 2020 r. poz. 849.

ustawa z 5.12.2008 r. o **zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi** t.j. Dz. U. z 2020 r. poz. 1845.

ustawa z 27.08. 2009 r. o **finansach publicznych** t.j. Dz. U. z 2019 r. poz. 869, 1622, 1649, 2020, zm. z 2020 r. poz. 284, 374, 568, 695, 1175

ustawa z 19.12. 2008 r. o **partnerstwie publiczno-prywatnym** t.j. Dz.U. 2020 poz. 711

ustawa z 23.01.2009 r. o **województwie i administracji rządowej w województwie** t.j. **Dz. U. z 2019 r. poz. 1464, zob. art. 18-20,**

ustawa z 25.06.2009 roku o **zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz ustawy o cenach** - Dz. U. 2009, Nr 118, poz. 989

ustawa z 2.12.2009 r. o **izbach lekarskich** t.j. Dz.U. 2018, poz.168 ze zm.,

ustawa z 4.03.2010 r. o **infrastrukturze informacji przestrzennej** t.j. Dz. U. z 2020 r. poz. 177, zm. 284.

ustawa z 30.04. 2010 r. o **instytutach badawczych** tj. Dz. U. z 2020 r. poz. 1383.

ustawa z 6.08. 2010 r. **o dowodach osobistych** t.j. Dz. U. z 2020 r. poz. 332, zm. 695, 875, 1517.

ustawa z dnia 16 grudnia 2010 r. **o publicznym transporcie zbiorowym** t.j. Dz. U. z 2020 r. poz. 1944.

ustawa z 18.03.2011 r. **o Urzędzie Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych** t.j. Dz. U. z 2020 r. poz. 836.

ustawa z 15.04.2011 r. **o działalności leczniczej** t. j. Dz. U. z 2020 r. poz. 295, zm. z 2020 r. 567, 1493.

ustawa z 28.04. 2011 r. **o systemie informacji w ochronie zdrowia** t. j. Dz. U. z 2020 r. poz. 702, 1493.

ustawa z dnia 12.05.2011 r. **o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych** t. j. Dz. U. z 2020 r. poz. 357, 945, 1493

ustawa z 15.07.2011 r. **o zawodach pielęgniarki i położnej**, t.j. Dz. U. z 2020 r. poz. 562, zm. 567, 945, 1493.

ustawa z 7.12.2012 r. **o informatyzacji podmiotów realizujących zadania publiczne** t.j. Dz. U. z 2020 r. poz. 346, 568, 695 i 1517.

ustawa z 25.06.2015 r. **o leczeniu niepłodności** t.j. Dz. U. z 2020 r. poz. 442.

ustawa z 11.09.2015 r. **o zdrowiu publicznym** t.j. Dz.U. z 2019 r. poz. 2365, zm. z 2020 r. poz. 322, 1492.

ustawa z 25.09.2015 r. **o zawodzie fizjoterapeuty** t.j. Dz.U. 2018, poz.505 ze zm.

ustawa z 25.02.2016 r. **o ponownym wykorzystywaniu informacji sektora publicznego** Dz. U. 2019 poz. 1446

ustawa z 30.06.2016 r. **o zmianie ustawy o działalności leczniczej oraz niektórych innych ustaw** Dz. U. 2016 poz. 960

ustawa z 27.10.2017 r. **o podstawowej opiece zdrowotnej** Dz. U. z 2020 r. poz. 172, 1493.

ustawa z 6.03.2018 r. **Prawo przedsiębiorców** Dz. U. z 2019 r. poz. 1292, 1495, zm. z 2020 r. poz. 424, 1086

ustawa z dnia 13 września 2018 r. o Centrum Medycznym Kształcenia Podyplomowego Dz. U. z 2018 r. poz. 2024, zm. z 2020 r. poz. 1086.

ustawa z 21.02.2019 r. **o Agencji Badań Medycznych** Dz. U. z 2019 r. poz. 447, zm. z 2020 r. poz. 567.

ustawa z 19.07.2019 r. **o zmianie niektórych ustaw w związku z wdrażaniem rozwiązań w obszarze e-zdrowia**, Dz. U. 2019, poz.1590,

Rozporządzenia:

rozporządzenie Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 10 czerwca 1927 r. **o Państwowym Zakładzie Higieny** Dz. U. z 1936 r. Nr 45, poz. 336

rozporządzenie Prezesa Rady Ministrów z dnia 22.06.2001 r. **w sprawie wykazu samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, które zostały przejęte przez gminy, powiaty i samorządy województw** Dz.U.2001 Nr 65, poz. 659

rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 18.08.2009 **w sprawie nadania statutu Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji** Dz. U. 2009 Nr 133 poz. 1102.

rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 12.04.2012 r. **w sprawie Krajowych Ram Interoperacyjności, minimalnych wymagań dla rejestrów publicznych i wymiany informacji w postaci elektronicznej oraz minimalnych wymagań dla systemów teleinformatycznych** t. j. Dz. U. 2017, poz. 2247.

rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 9.11.2015 r. **w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania** Dz. U. 2015, poz. 2069

rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26.06.2019 r. **w sprawie zakresu niezbędnych informacji gromadzonych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych** Dz. U. 2019, poz.1207

Uchwały:

uchwała Sejmu RP z dnia 14 lipca 2000r. **w sprawie budowania podstaw społeczeństwa informacyjnego w Polsce** M.P. 2000 nr 22 poz. 448

uchwała nr 17 z dnia 12 lutego 2013 r. **w sprawie przyjęcia strategii „Sprawne Państwo 2020”** M.P. z 2013 r., poz. 136).

uchwała nr 14/2016 Rady Ministrów z dnia 16 lutego 2016 r. **w sprawie przyjęcia „Planu na rzecz odpowiedzialnego rozwoju”**

Akty prawne i dokumenty Unii Europejskiej

Traktat o Unii Europejskiej z 7.02.1992 r. Official Journal C 191

Traktat o funkcjonowaniu Unii Europejskiej, publ. 26.10.2012 Urz. UE C 326/47

Rozporządzenie (WE) nr 851/2004 Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 21 kwietnia 2004 r. ustanawiające Europejskie Centrum ds. Zapobiegania i Kontroli Chorób Dz.Urz. UE L 1

Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (WE) nr 883/2004 z dnia 29.04.2004 r. w sprawie koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego Dz. Urz. WE, L 166 z 30.04.2004, 42/1.

Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (WE) nr 987/2009 z dnia 16.09.2009 r. dotyczącego wykonywania rozporządzenia (WE) nr 883/2004 w sprawie koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego, Dz. Urz. UE L 284 z 30.10.2009,

Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1231/2010 z dnia 24 listopada 2010 r. rozszerzające rozporządzenie (WE) nr 883/2004 i rozporządzenie (WE) nr 987/2009 na obywateli państw trzecich, którzy nie są jeszcze objęci tymi rozporządzeniami jedynie ze względu na swoje obywatelstwo, Dziennik Urz. UE L 344/1

Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 910/2014 w sprawie identyfikacji elektronicznej i usług zaufania w odniesieniu do transakcji elektronicznych na rynku wewnętrznym Dz. Urz. UE L 235

Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 282/2014 z dnia 11 marca 2014 r. w sprawie ustanowienia Trzeciego Programu działań Unii w dziedzinie zdrowia (2014-2020) oraz uchylające decyzję nr 1350/2007/WE i art. 168 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej (TFUE) Dz. Urz. UE, L 86/1

Dyrektywa 95/46/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 24 października 1995 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w zakresie przetwarzania danych osobowych i swobodnego przepływu tych danych, Dz. Urz. UE L 281, 23/11/1995 P. 0031 - 0050

Dyrektywa 97/7/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 20 maja 1997 r. w sprawie ochrony konsumentów w przypadku umów zawieranych na odległość Dz. Urz. UE L 144 z 4.6.1997.

Dyrektywa 98/34/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 22 czerwca 1998 r. ustanawiająca procedurę udzielania informacji w zakresie norm i przepisów technicznych Dz. Urz. UE, L 204 , 21/07/1998 P. 0037 – 0048

Dyrektywą 98/48/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z 20 lipca 1998 r. Dz. Urz. UE, L 204 , 21/07/1998 P. 0037 - 0048

Dyrektywa 2000/31/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 8 czerwca 2000 r. w sprawie niektórych aspektów prawnych usług społeczeństwa informacyjnego, w szczególności handlu elektronicznego w ramach rynku wewnętrznego. Dz. Urz. UE L 178 ,

Dyrektywa 2002/58/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 12 lipca 2002 r. dotycząca przetwarzania danych osobowych i ochrony prywatności w sektorze łączności elektronicznej (dyrektywa o prywatności i łączności elektronicznej) Dz. Urz. UE L 201

Dyrektywa 2003/98/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 17 listopada 2003 r. w sprawie ponownego wykorzystywania informacji sektora publicznego Dz. Urz. UE L 345 z 31.12.2003

Dyrektywa 2004/23/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 31 marca 2004 r. w sprawie ustalenia norm jakości i bezpiecznego oddawania, pobierania, testowania, przetwarzania, konserwowania, przechowywania i dystrybucji tkanek i komórek ludzkich, Dziennik Urz. UE L 102

Dyrektywa 2007/2/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 14 marca 2007 r. ustanawiającej infrastrukturę informacji przestrzennej we Wspólnocie Europejskiej (INSPIRE), Dz. Urz. UE L 108/1

Dyrektywa Parlamentu Europejskiego i Rady 2011/24/UE z dnia 9 marca 2011 r. w sprawie stosowania praw pacjentów w transgranicznej opiece zdrowotnej, Dz. Urz. UE L 88/45.

Dyrektywa Parlamentu Europejskiego i Rady 2013/37/UE z dnia 26 czerwca 2013 r. zmieniająca dyrektywę 2003/98/WE w sprawie ponownego wykorzystywania informacji sektora publicznego Dz. Urz. UE L 175/1

Decyzja nr 2119/98/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 24 września 1998 r. ustanawiająca sieć nadzoru i kontroli epidemiologicznej chorób zakaźnych we Wspólnocie Dz. Urz. UE L 268.

Decyzja nr 1982/2006/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 18 grudnia 2006 r. dotycząca siódmego programu ramowego Wspólnoty Europejskiej w zakresie badań, rozwoju technologicznego i demonstracji (2007-2013), Dz. Urz. UE L 412/1

Decyzja nr 1350/2007/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 23 października 2007 r. ustanawiająca drugi wspólnotowy program działań w dziedzinie zdrowia na lata 2008-2013, Dz. Urz. UE L 301/3.

Decyzja Komisji Europejskiej z dnia 5 sierpnia 2008 r. w sprawie utworzenia struktury doradczej komitetów naukowych i ekspertów w dziedzinie bezpieczeństwa konsumentów, zdrowia publicznego i środowiska oraz uchylająca decyzję 2004/210/WE, Dz. Urz. UE L 241/21.

Pozostałe:

Rozporządzenie wykonawcze Komisji (UE) 2015/1501 z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ram interoperacyjności na podstawie art. 12 ust. 8 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 910/2014 w sprawie identyfikacji elektronicznej i usług zaufania w odniesieniu do transakcji elektronicznych na rynku wewnętrznym Dz. Urz. UE L 235

Decyzja w sprawie Kodeksu Dobrej Praktyki Administracyjnej z 22.06.2011r., Dz.U.U.E.C.2011.285.3

Obwieszczenie Komisji Europejskiej 2014/C 240/01 - Wytyczne w sprawie zalecanych licencji standardowych, zbiorów danych i opłat za ponowne wykorzystanie dokumentów (Dz. Urz. UE C 240 z 24.07.2014, str. 1)

Europejski Kodeks Praktyk Statystycznych dla krajowych organów statystycznych i Eurostatu (organu statystycznego UE), przyjęty przez Europejski Komitet ds. Europejskiego Systemu Statystycznego, Luksemburg 2018,

Komunikaty:

Komunikat z 3.12.1997 r. Komisji Europejskiej „Green Paper on convergence of the telecommunications, media and information technology sectors and the implications for regulation towards an information society approach” COM(97) 623.

Komunikat z 1.06.2005 r. Komisji do Rady, Parlamentu Europejskiego, Europejskiego Komitetu Ekonomiczno-Społecznego oraz Komitetu Regionów, i2010 – Europejskie społeczeństwo informacyjne na rzecz wzrostu i zatrudnienia, COM(2005) 229 final.

Komunikat Komisji Europejskiej z 3.03.2010, Europa 2020: Strategia na rzecz inteligentnego i zrównoważonego rozwoju sprzyjającego włączeniu społecznemu.

KOM(2010) 2020 wersja ostateczna

Komunikat z 6.12. 2012 r. Komisji do Parlamentu Europejskiego, Rady, Europejskiego Komitetu Ekonomiczno-Społecznego i Komitetu Regionów - Plan działania w dziedzinie e-zdrowia na lata 2012-2020 – Innowacyjna opieka zdrowotna w XXI wieku.

Komunikat Komisji do Parlamentu Europejskiego i Rady, Działania w ramach Strategicznego planu realizacji Europejskiego partnerstwa na rzecz innowacji sprzyjającej aktywnemu starzeniu się w dobrym zdrowiu, COM/2012/083 final

Dokument roboczy służb Komisji Europejskiej z 14.3.2012 r. Elementy wspólnych ram strategicznych na lata 2014-2020 dla Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności, Europejskiego Funduszu Rolnego na rzecz Rozwoju Obszarów Wiejskich oraz Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego, SWD (2012) 61 final.

Konkluzje Rady w sprawie wspólnych wartości i zasad w systemach zdrowotnych Unii Europejskiej (2006/C 146/01).

Information society for all, An Action Plan - Commission of the European Communities, Communication from the Commission to the Council, the European Parliament, the Economic and Social Committee and the Committee of the Regions. eEurope 2005: COM(2002) 263,

Wykaz stron internetowych

https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB139/B139_8-en.pdf;

<https://apps.apple.com/pl/app/preglife-cięża-i-dziecko/id390427747?l=pl>,

https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/150175/A66_R24-

[en.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/150175/A66_R24-en.pdf?sequence=1&isAllowed=y),

<https://www.britannica.com/event/Industrial-Revolution>

www.cardiio.com

http://www.consilium.europa.eu/uedocs/cms_data/docs/pressdata/en/ec/71025.pdf.

http://www.cnz.eurokreator.eu/dokumenty/Koncepcja_Good_Governance.pdf

<https://www.csioz.gov.pl/-/Badanie-stopnia-informatyzacji-podmiotow-wykonujacych-dzialalnosc-lecznicza>, III edycja Warszawa, czerwiec 2018

<https://www.cyberdefence24.pl/awans-polski-w-rankingu-oecd-dotyczacym-otwartosci-danych-publicznych>;

<https://digitalreport.wearesocial.com>,

<https://www.dobreprogramy.pl/Nie-na-ezdrowie.-Przez-zaniedbania-rzadu-Polska-straci-setki-milionow-zlotych-z-unijnych-srodkow,News,67218.html>

www.digifit.com

http://www.ebusiness-watch.org/studies/special_topics/2007/documents/Special-study_012008 ICT_health_standards.pdf.

https://www.edziecko.pl/ciaza_i_porod/56,79331,16551063,7-najlepszych-aplikacji-ciazowych-nasze-typy.html,

<https://ec.europa.eu/digital-single-market/en/news/cross-border-health-project-epsos-what-has-it-achieved>.

http://ec.europa.eu/health-eu/care_for_me/e-health/index_pl.htm.

http://ec.europa.eu/information_society/activities/health/index_en.htm.

http://ec.europa.eu/information_society/doc/qualif/health/COM_2004_0356_F_EN_ACTE.pdf.

http://ec.europa.eu/information_society/eeurope/2002/action_plan/pdf/actionplan_en.pdf

<https://ec.europa.eu/programmes/horizon2020/en/what-horizon-2020>, dostęp 27.02.2020r.

http://ec.europa.eu/information_society/activities/health/index_en.htm.

<https://encyklopedia.pwn.pl/haslo/system;3982198.html>

<https://www.eprawo.net/index.php/konferencja/o-projekcie-e-sens>
<https://www.eprawo.net/index.php/konferencja/rozwiazania-techniczne-e-sens>
<https://www.esens.eu>
<https://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do>
<http://europedirect.um.warszawa.pl/aktualnosci/e-sens-ulatwia-zycie> (dostęp: 5.1.2017 r.).
https://www.europeandataportal.eu/sites/default/files/edp_creating_value_through_open_data_0.pdf,
http://www.edupedia.pl/map/dictionary/id/8_sownik_wyrazow_obcych.html
https://www.funduszeuropejskie.20072013.gov.pl/WstepDoFunduszyEuropejskich/Documents/NSRO_maj2007.pdf
www.funduszeuropejskie.gov.pl/strony/o-funduszach/zasady-dzialania-funduszy/program-laczac-europe/Instrument
<https://www.gov.pl/web/zdrowie/inne-zawody-medyczne-zaswiadczenia>
<https://www.gov.pl/web/rpp/poradniki-dla-pacjentow-oraz-lekarzy-dotyczace-zasad-korzystania-z-teleporad>
<https://www.icann.org>.
<https://www.gov.pl/web/cyfryzacja/strumien-e-zdrowie>,
<https://www.gsma.com/mobileeconomy/>
<http://www.gsmaintelligence.com/research/?file=97928efe09cdcf1ad1a2f58c&download>,
<https://informacje-medyczne.asseco.com/#informacje-medyczne>,
<http://kbn.icm.edu.pl/cele/index1.doc>
<http://orka.sejm.gov.pl/Druki6ka.nsf/wgdruku/3485>, Druk sejmowy nr 3485
http://www.magazyngmina.pl/index.php?option=com_k2&view=item&id=&=246:uslugi-publiczne-z-perspektywy-europy
<https://www.nfz.gov.pl/aktualnosci/aktualnosci-centrali/teleporady-dotyczace-koronawirusa-w-przychodniach,7621.html>
<https://www.oecd.org/gov/digital-government/open-government-data-review-of-poland-9789264241787-en.htm>;
<https://www.politykazardrowotna.com/23403,bardzo-ciekawe-aplikacje-mobilne-od-nfz-cancell-cancer-i-sweetpregna>,
<https://www.politykazardrowotna.com/40915,nowe-dane-gus-o-wydatkach-na-zdrowie-ile-wyniosly>,

<http://techsty.art.pl/hipertekst/definicje.htm>

<https://tvn24bis.pl/z-kraju,74/zadluzenie-szpitali-wrzesien-2019-dane-ministerstwa-zdrowia,988979.html>,

http://www.tnsglobal.pl/coslychac/files/2015/05/POLSKA_JEST_MOBI_2015.pdf

<http://www.gsmaintelligence.com/research/?file=97928efe09cdcf1ad1a2f58c&download>,

<http://pl.wikipedia.org/wiki/Gartner>,