

Czy prowadzenie elektronicznej dokumentacji medycznej może zapewnić bardziej skuteczną ochronę tajemnicy lekarskiej?

Will keeping electronic medical documentation guarantee more effective protection of the doctor-patient confidentiality?

JOLANTA PACIAN, ANNA PACIAN, TERESA B. KULIK, HANNA SKÓRZYŃSKA, PAULINA KACZOR

Katedra Zdrowia Publicznego Uniwersytetu Medycznego w Lublinie

Celem pracy jest przedstawienie regulacji prawnych dotyczących wprowadzenia powszechnego stosowania elektronicznej dokumentacji medycznej, opatrzonej bezpiecznym podpisem elektronicznym, które to rozwiązanie może przyczynić się do zwiększenia ochrony tajemnicy lekarskiej. Zachowanie tajemnicy lekarskiej jest – tuż obok ratowania życia i zdrowia pacjenta – nadrzędną zasadą wykonywania zawodów medycznych. Za nieprzestrzeganie zasady Hipokratesa grożą sankcje, poczynając od kar pieniężnych na ograniczeniu możliwości wykonywania zawodu kończąc. Dlatego też wprowadzenie elektronicznej dokumentacji medycznej i wycofanie jej wersji papierowej może spowodować zwiększenie ochrony danych pacjentów, ze względu na ograniczenia dostępu do niej. Bowierny dostęp do dokumentacji medycznej będzie posiadał jedynie lekarz, do którego zapisany jest pacjent oraz sam pacjent. Wycofanie formy papierowej ograniczy dostęp postronnego personelu medycznego, czy też pozostałych pracowników placówek ochrony zdrowia, do informacji o pacjencie i jego stanie zdrowia. Dodatkowo prowadzenie dokumentacji elektronicznej, opatrzonej znacznikiem czasu, którego zastosowanie wiąże się z wprowadzeniem bezpiecznego podpisu elektronicznego, zwiększy bezpieczeństwo i wiarygodność danych medycznych, a tym samym zapewni skuteczną ochronę tajemnicy lekarskiej.

Słowa kluczowe: dokumentacja medyczna, tajemnica lekarska, podpis elektroniczny

The paper presents regulations concerning universal introduction of electronic medical documentation, with a safe electronic signature, which can improve protection of the doctor-patient confidentiality. Apart from the saving of life and health of the patient, keeping the doctor-patient confidentiality is a superior principle of medical professionals. For the non-observance of the principle of Hippocrates there are penalties, from fines to limiting the possibility of medical practice. Therefore implementing electronic medical documentation and withdrawing the paper version can actually increase the patients' data protection, due to its limited access. The doctor and the patient will be the only ones with the access to the patient's medical documentation. The withdrawal of the paper form will limit an access of the outside medical staff and the remaining employees of health care institutions to the information about patients and their health status. Additionally, keeping the on-line documentation provided with the time stamp to ensure a safe electronic signature, will increase safety and reliability of medical data and thus will provide effective protection of the doctor-patient confidentiality.

Keywords: medical documentation, doctor-patient confidentiality, electronic signature

© Hygeia Public Health 2011, 46(4): 418-422

www.h-ph.pl

Nadesłano: 20.06.2011

Zakwalifikowano do druku: 31.10.2011

Adres do korespondencji / Address for correspondence

Dr n. prawnych Jolanta Pacian
ul. Ireny Kosmowskiej 1B/30, 20-815 Lublin
tel. 691129768, e-mail: apacian@gmail.com

Wstęp

Zachowanie tajemnicy lekarskiej jest, tuż obok ratowania życia i zdrowia pacjenta, nadrzędną zasadą wykonywania zawodów medycznych. Za nieprzestrzeganie zasady Hipokratesa grożą sankcje – poczynając od kar pieniężnych, na ograniczeniu możliwości wykonywania zawodu kończąc.

Aby ograniczyć tego typu sytuacje zasadnym wydaje się wprowadzenie w życie powszechnego

stosowania elektronicznej dokumentacji medycznej, opatrzonej bezpiecznym podpisem elektronicznym.

Należałoby się zastanowić także, w jaki sposób zmienić obowiązujące ustawodawstwo, gdyż o ile teoretycznie obowiązująca zasada zachowania tajemnicy lekarskiej nie budzi żadnych wątpliwości, o tyle praktyka pokazuje, że często jest ona naruszana. Istnieje szereg sytuacji przytaczanych przez Ustawodawcę określających wyjątki do odstąpienia od zachowania

tej, jakże istotnej zasady Hipokratesa. Powyższe sytuacje umożliwiają jednocześnie dostęp do informacji o stanie zdrowia osobom trzecim, przy czym dostęp ten jest dość powszechny. Mowa tu głównie o udostępnianiu dokumentacji medycznej na potrzeby sądów, prokuratorów, adwokatów, lekarzom, którzy będą kontynuować dalsze leczenie, innym placówkom ochrony zdrowia, organom sprawującym kontrolę i nadzór nad wykonywaniem świadczeń medycznych.

Argumenty przemawiające za zasadnością prowadzenia elektronicznej dokumentacji medycznej opatrzonej bezpiecznym podpisem elektronicznym z wykorzystaniem certyfikatu kwalifikowanego

Mimo powszechnej niechęci i braku wiedzy, dokumentacja elektroniczna jest po pierwsze bezpieczna, gdyż jej kwestie reguluje rozporządzenie [1], a więc posiada podstawy prawne i związane z nią sankcje nakładane na pracowników za nieprzestrzeganie prawidłowości jej prowadzenia. Prowadzenie dokumentacji w formie elektronicznej wiąże się z zastosowaniem podpisu elektronicznego [2]. Rozporządzenie wyróżnia dwa rodzaje podpisu, mianowicie podpis opatrzony certyfikatem kwalifikowanym, czyli tzw. podpis bezpieczny, oraz podpis niekwalifikowany, który jest podpisem bezpłatnym, jednak nie posiadającym certyfikatu, który wystawia podmiot uprawniony. Ustawodawca nie narzuca konieczności wyboru konkretnego rodzaju podpisu, pozostawia to do swobodnego uznania zakładu opieki zdrowotnej. Niemniej, istnieją sytuacje, w których jedynym możliwym do zastosowania podpisem, jest ten opatrzony certyfikatem [3]. Zasadnym jednak wydaje się wykorzystywanie w praktyce podpisu kwalifikowanego, mimo poniesienia swego rodzaju kosztów finansowych z tym związanych, za który, w razie nieoczekiwanych zdarzeń losowych lub sytuacji, odpowiedzialność poniesie podmiot uprawniony do wydania tegoż certyfikatu. Jak słusznie zauważa M. Jachowicz [4] złożenie elektronicznego oświadczenia woli asygnowanego podpisem elektronicznym nie będącym bezpiecznym podpisem elektronicznym lub nie będącym podpisem elektronicznym weryfikowanym przy pomocy ważnego, kwalifikowanego certyfikatu nie aktywuje normy przepisu art. 5 ust. 2 jak i art. 6 ust 1 Ustawy z dnia 18.09.2001 r. o podpisie elektronicznym [5]. Bezpieczny podpis elektroniczny weryfikowany przy pomocy kwalifikowanego certyfikatu nie tylko zapewnia nienaruszalność danych nim objętych, ale przede wszystkim stanowi dowód tego, że został złożony przez osobę określoną w certyfikacie, co dodatkowo wiąże się wyłącznym dostępem tej osoby do danych przesyłanych drogą elektroniczną.

Podpis kwalifikowany wymagany jest, jak określa rozporządzenie, w przypadku udostępniania doku-

mentacji przez zakład opieki zdrowotnej na zewnątrz. Usługa ta pozwala oznaczyć dokument elektroniczny wiarygodnym czasem, który – według Ustawy o Podpisie Elektronicznym – stanowi „datę pewną” w rozumieniu przepisów Kodeksu Cywilnego [6]. W przypadku tradycyjnych dokumentów czas złożenia podpisu ma znaczenie w większości umów cywilno-prawnych, dokumentach rozliczeniowych i w różnorodnych transakcjach. Analogiczną rolę odgrywa znacznik czasu, w przypadku, gdy mamy do czynienia z elektronicznym obiegiem dokumentów [7].

Po drugie, wykorzystanie znacznika czasu zapewni, iż dokument istniał w danej chwili i jest on dokumentem pewnym. Wiarygodność jest tym większa, gdyż złożenie na dokumencie znacznika czasu, a co za tym idzie opatrzenie go datą pewną, może być dokonane jedynie przez specjalnie upoważnione do tego podmioty. Nie każdy bowiem, kto wyraża wolę, może opatrzyć dokument znacznikiem czasu. Usługa znakowania czasem dokonywana jest jedynie przez kwalifikowany podmiot świadczący usługi certyfikacyjne, co zapewnia bezpieczeństwo najwyższej jakości [8]. Bezpieczeństwo danych opatrzonych znacznikiem czasu zapewnia art. 7 ust. 2 Ustawy o Podpisie Elektronicznym [5], który precyzyjnie traktuje o istnieniu skutków prawnych daty pewnej i znakowania czasem oraz Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 07.08.2002 r. w sprawie określenia warunków technicznych i organizacyjnych dla kwalifikowanych podmiotów świadczących usługi certyfikacyjne, polityk certyfikacji dla kwalifikowanych certyfikatów wydawanych przez te podmioty oraz warunków technicznych dla bezpiecznych urządzeń służących do składania i weryfikacji podpisu elektronicznego. Fakt ten dodatkowo poparty jest przepisami Kodeksu Cywilnego [6], który również zabiera stanowisko w tej kwestii. Zasadne jest twierdzenie D. Szostka [9], że znakowanie czasem przez kwalifikowany podmiot świadczący usługi certyfikacyjne wywołuje skutki daty pewnej w rozumieniu art. 81 § 2 i 3 k.c, tj. określa datę, w której istniał poświadczony dokument elektroniczny. Dla wywołania skutków prawnych daty pewnej oraz zaistnienia domniemania z art. 7 ust. 3 Ustawy z dnia 18.09.2001 r. o podpisie elektronicznym, że podpis elektroniczny został złożony nie później niż w chwili dokonywania usługi, konieczne jest oznakowanie czasem podpisu elektronicznego przez kwalifikowany podmiot świadczący usługi certyfikacyjne. Ponadto koszty stosowania podpisu opatrzonemu certyfikatem kwalifikowanym wydają się niewspółmierne do korzyści, jakie przyniesie jego stosowanie [10]. W działaniach długofalowych efekty podpisu bezpiecznego powinny zniwelować koszty poniesione w tej kwestii. Dodatkowo w przypadku konieczności zachowania szczególnej ostrożności, niezbędnym wydaje się posiadanie bezpiecznego podpisu.

Po trzecie, podobna sytuacja ma miejsce, jeśli chodzi o dane sensoryczne, tzn. zawierające m.in. informacje o kodzie genetycznym. Tego rodzaju informacje są wciąż zbyt słabo chronione, często bowiem dochodzi do nieuprawnionego ich wykorzystywania. Zatem należałoby dodatkowo również zaostrzyć sankcje za ich ujawnianie, wprowadzając nowelizację ustawy, która zawierałaby zmienione przepisy regulujące tę kwestię.

Po czwarte, prowadzenie dokumentacji medycznej w wersji elektronicznej z wykorzystaniem bezpiecznego podpisu elektronicznego opatrzonego certyfikatem kwalifikowanym oznacza wycofanie wersji papierowej dokumentacji medycznej. Zgodnie z art. 78 § 2 k.c. dane w postaci elektronicznej są równoważne pod względem skutków prawnych dokumentom opatrzonym podpisami własnoręcznymi [11]. Dodatkowo znajduje uznanie teza R. Popłońskiego [12], że żaden podmiot nie może odmówić skuteczności prawnej oświadczeniu woli opatrzonemu kwalifikowanym podpisem elektronicznym, dlatego iż jest ono oparte na zrównaniu tego dokumentu z wersją papierową. Również, jak słusznie zauważa E. Wyrozumka [13], także w postępowaniu sądowym dane w postaci elektronicznej będą traktowane jako środek dowodowy (dowód z dokumentu), co znacznie odciąży zakłady opieki zdrowotnej w zakresie wypożyczania sądom dokumentów w wersji papierowej bądź sporządzania z nich wypisów czy odpisów.

Po piąte, co więcej regulacje europejskie nakładają na wszystkie państwa członkowskie obowiązek powszechnego stosowania podpisu elektronicznego, a co za tym idzie, całkowitego odejścia od form papierowych. Bowiem w myśl art. 5 Dyrektywy nr 1999/93/WE państwa członkowskie muszą zapewnić by zaawansowane podpisy elektroniczne – oparte na kwalifikowanym certyfikacie i złożone za pomocą bezpiecznego urządzenia służącego do składania podpisu – spełniały wymogi prawne podpisu odręcznego [14]. Tak więc podpis elektroniczny będzie stosowany obowiązkowo w obrocie pomiędzy pacjentami, a zakładami opieki zdrowotnej, ponieważ prawo europejskie wymaga zgodności z prawem krajowym regulacji wszystkich państw członkowskich.

Rozwiązania dotyczące elektronicznej dokumentacji medycznej w wybranych krajach europejskich

Regulacje prawne - przyjęte w niektórych krajach Europy, związane z wprowadzeniem stałych udoskończeń w e-dokumentacji medycznej – mają na celu przede wszystkim ochronę dobra osobistego pacjentów, którym w rozumieniu art. 23 Kodeksu cywilnego jest zdrowie. Poprzez rzetelne odnotowywanie faktów korzystania z elektronicznego konta pacjenta, zwiększo-

na jest tym samym ochrona własności intelektualnej – czyli opisów rozpoznań lekarskich poszczególnych specjalistów. Interesujące są regulacje prawne dotyczące e-dokumentacji medycznej przyjęte w Danii, Hiszpanii oraz Finlandii. Na uwagę zasługuje fakt, że w Danii projektowane są zmiany mające na celu uzupełnienie profilu medycznego o leki podawane również w leczeniu szpitalnym [15]. Zaś w Hiszpanii charakterystycznym jest system DJRAYA w ramach którego działa portal Inters@s, dzięki któremu pacjent ma możliwość sam rezerwować swoje wizyty u specjalistów oraz zwrócić się z prośbą o wydanie drugiej opinii, w sytuacji gdy ma wątpliwości, co do zasadności wcześniej postawionej diagnozy lekarskiej [15].

W Finlandii natomiast dobrym rozwiązaniem jest obowiązkowe zaangażowanie wszystkich organizacji zdrowia, wymuszone regulacjami prawnymi, w zakresie szeroko rozumianym działań, związanych z informatyzacją [15].

Opisy diagnoz lekarskich zawarte w e-dokumentacji medycznej objęte tajemnicą lekarską, a ochrona własności intelektualnej

Ponadto prowadzenie elektronicznej dokumentacji medycznej związane jest z poświadczaniem za zgodność z oryginałem kopii opisów rozpoznań lekarskich i zamieszczaniem stosownej adnotacji w e-dokumentacji medycznej, dotyczącej autorstwa utworu, co z pewnością służy sprawowaniu rzetelnej kontroli nad prawidłowością wykorzystania wszystkich danych w niej zawartych. Bowiem taki poświadczony dokument, zawiera informację o jego autorze oraz lekarzu, który nie jest autorem, a jedynie zapoznawszy się z treścią opisu diagnozy załączył ją do indywidualnego konta pacjenta. Co więcej lekarz dokonujący poświadczania za zgodność z oryginałem takiego dokumentu, nie przypisuje sobie autorstwa, a jedynie sygnuje, że zapoznał się z informacjami w nim zawartymi.

Takie rozwiązanie dodatkowo wzmacnia ochronę samego opisu rozpoznania (diagnozy) lekarskiej w kontekście ochrony własności intelektualnej, a tym samym wpływa na skuteczność przestrzegania tajemnicy lekarskiej. Ponieważ lekarz poświadczający za zgodność z oryginałem opisy rozpoznań innych specjalistów, zamieszcza informację o zapoznaniu się z nimi i tym samym, dokonując stosownej adnotacji w e-dokumentacji medycznej, wskazuje, że nie jest ich autorem.

Oczywiście takie poświadczanie za zgodność z oryginałem dokumentów nie ma mocy poświadczania dokonywanego przez notariusza, kiedy to dokument poświadczony jest równoważny oryginałowi. Tutaj lekarz poświadczający jedynie wskazuje swoje nazwisko jako specjalisty, który wykorzystał konkretny

opis rozpoznania w celach diagnostycznych. Takie poświadczenie potwierdza zapoznanie się z dziełem – opisem diagnozy, które ze względu na swój charakter indywidualny, oryginalny i twórczy jest utworem i powinno być obligatoryjnie chronione.

Obligatoryjne prowadzenie dokumentacji medycznej w formie elektronicznej, z wykorzystaniem bezpiecznego podpisu elektronicznego opatrzonego certyfikatem kwalifikowanym, nie tylko mogłoby zapewnić ochronę danych osobowych pacjentów, ale przede wszystkim chronić własność intelektualną samych lekarzy. Bowiem opisy rozpoznań (diagnoz) lekarskich te które zwierają cechy oryginalności, twórczości i indywidualności są utworami w rozumieniu Ustawy z dnia 4 lutego 1994 r. o prawie autorskim i prawach pokrewnych [16] i tym bardziej powinny być nienaruszalne ani w swojej treści, ani w formie. Potwierdzeniem tego jest wyrok SN z dnia 21.03.1938r. [17], w którym SN orzekł, że „każda twórczość umysłowa doznaje ochrony prawnej, byleby w swoim ostatecznym wyniku wykazywała znamiona wyróżniające ją od innych dzieł osobliwością pomysłu i umiejętnością wyrażania tematu”. Co więcej, z jednej strony lekarze też mieliby zapewnione większe poczucie bezpieczeństwa, że ich dzieła, te które są utworami, nie będą bezprawnie wykorzystane bez ich wiedzy i woli.

Natomiast z drugiej strony lekarze podpisujący własnym imieniem i nazwiskiem opisy rozpoznań (diagnoz) lekarskich, mogliby chronić się przed ewentualną odpowiedzialnością za błędy popełnione przez kolegów specjalistów. Każdy bowiem indywidualnie firmowałby własny opis diagnozy lekarskiej.

Wnioski

Reasumując, należy jednoznacznie stwierdzić, że prowadzenie e-dokumentacji medycznej z wykorzystaniem bezpiecznego podpisu elektronicznego opatrzonego certyfikatem kwalifikowanym jest dobrym rozwiązaniem nie tylko ze względu na ochronę danych osobowych pacjentów i – co za tym idzie – własności intelektualnej, ale przede wszystkim z uwagi na tajemnicę lekarską, która powinna mieć charakter nie relatywny, ale zdecydowanie bezwzględny. O bezwzględny charakter tajemnicy lekarskiej powinny przede wszystkim stanowić przepisy *ius cogens*, co oznacza, że nie będą mogły być zmienione w żaden sposób. Bezwzględność stosowania przepisów *ius cogens* przesądza o ich nienaruszalności. Tak więc regulacje prawne traktujące o e-dokumentacji medycznej powinny być nowelizowane w taki sposób, aby dokonujący się postęp w informatyzacji systemu ochrony zdrowia, oparty był w szczególności na jasnych, precyzyjnych i klarownych przepisach prawnych [18] wykluczających wszelkie sprzeczności, tworzą-

cych solidny fundament dla gwarancji bezwzględnego charakteru tajemnicy lekarskiej.

W kontekście powyższych rozważań dobrym rozwiązaniem *de lege ferenda* po pierwsze byłoby opatrzenie wszystkich informacji dodatkowymi zabezpieczeniami. Jednym z możliwych rozwiązań mogłoby być wprowadzenie obowiązku przechowywania informacji wrażliwych tylko w formie elektronicznej dokumentacji z możliwością dokładnego wglądu przez pacjenta i odnotowania, kto i w jakim czasie przeglądał informacje na temat stanu jego zdrowia. Ważnym wydaje się także fakt precyzyjnego określenia, który z lekarzy lub pracowników ochrony zdrowia będzie posiadał dostęp i wgląd do tych danych. Pomogłoby to w zaostreniu sankcji za nieprzestrzeganie tajemnicy lekarskiej.

Po drugie, prowadzenie elektronicznej dokumentacji medycznej i wycofanie jej formy papierowej spowoduje zwiększenie ochrony danych, ze względu na ograniczenia dostępu do niej. W tym wypadku dostęp do dokumentacji będzie posiadał jedynie lekarz, do którego zapisany jest pacjent oraz sam pacjent. Wycofanie formy papierowej ograniczy dostęp postronnego personelu medycznego, czy też pozostałych pracowników placówek ochrony zdrowia do informacji o pacjencie i jego stanie zdrowia. Informacje takie będą dostępne po wcześniejszym zalogowaniu na indywidualne konto pacjenta.

Po trzecie, prowadzenie dokumentacji elektronicznej opatrzonej znacznikiem czasu zwiększy bezpieczeństwo i wiarygodność danych medycznych. Zmiana przepisów ustawy, która określałaby konieczność zabezpieczenia dokumentacji znacznikiem czasu, a w konsekwencji opatrzenia ich treści datą pewną zapewni, iż forma, w jakiej prowadzona jest dokumentacja, nie będzie mogła zostać zmodyfikowana. Wiadomo bowiem, iż data pewna zabezpiecza przez wprowadzaniem jakichkolwiek zmian do dokumentów znakowanych czasem bez wcześniejszej ich weryfikacji. Ponadto znakowanie czasem przyczyni się także do zwiększenia ochrony tzw. danych sensytywnych, których bezpieczeństwo powinno być zapewnione w pierwszej kolejności.

Po czwarte, niewątpliwie dobrym rozwiązaniem byłoby wprowadzenie regulacji prawnych ułatwiających zatrudnianie absolwentów zdrowia publicznego w zakładach opieki zdrowotnej jako specjalistów zajmujących się prowadzeniem elektronicznej dokumentacji medycznej. Obowiązkowe kształcenie studentów zdrowia publicznego już na poziomie studiów licencjackich, w zakresie informatyki i statystyki medycznej, z pewnością skutkowałoby tym, że zapotrzebowanie na rynku zdrowia na takich specjalistów byłoby bardzo duże. Absolwenci przygotowywani do wykonywania zawodu podczas studiów zarówno licencjackich jak

i magisterskich, niewątpliwie mogliby sprawować dodatkowo należyłą kontrolę nad ochroną danych osobowych pacjentów, szczególnie tzw. danych sensorywnych. Skuteczna ochrona tych danych byłaby gwarantem równie bardziej bezwzględnej egzekwowania obowiązku przestrzegania tajemnicy lekarskiej na najwyższym poziomie.

Po piąte, wykorzystanie rozwiązań przyjętych w krajach europejskich, tych które bezwzględnie chronią dane osobowe pacjentów i ciągle udoskonalanie regulacji obowiązujących w naszym kraju z pewnością

będzie właściwym kierunkiem pozytywnych zmian prowadzących do formułowania bezwzględnego charakteru tajemnicy lekarskiej. Niemniej jednak wszelkie zmiany powinny jednocześnie skutkować tym, że to właśnie zdrowie pacjentów będzie zawsze najważniejsze, nie tylko jako dobro osobiste, które pozostaje pod ochroną prawa cywilnego, niezależnie od ochrony przewidzianej w innych przepisach prawa, ale przede wszystkim jako najważniejsza wartość związana z autonomią pacjenta.

Piśmiennictwo / References

1. Rozporządzenie MZ z dnia 21.12.2010 r. w sprawie rodzaju i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania. Dz.U. nr 252, poz. 1697.
2. Postanowienie NSA z dnia 10.09.2008, I OZ 673/08 oraz postanowienie SN z dnia 26.03.2009, I KZP 39/08.
3. Jaromin A. Elektroniczna dokumentacja medyczna pacjentów. Menedżer Zdrowia 2010, 2 : 68.
4. Jachowicz M. E-administracja jako konsekwencja powstania i rozwoju społeczeństwa informacyjnego. Casus 2004, 2: 21.
5. Ustawa z dnia 18.09.2001 r. o podpisie elektronicznym. Dz.U. nr 130, poz. 1450 z późn. zm.
6. Kodeks cywilny. Dz.U. 1964, nr 16, poz. 93, z późn. zm.
7. Polskie Centrum Certyfikacji Elektronicznej. <http://www.sigillum.pl/sig-cmsws/page/?F;161> (15.03.2011).
8. Znacznik czasu. http://www.laurus.pl/index2.php?option=com_content&do_pdf=1&id=98 (07.04.2011).
9. Szostek D. Elektroniczna data pewna. Prz Praw Handl 2003, 3: 19.
10. Kościelny T, Szaniawski K. Komentarz do art. 7 ustawy z dnia 18 września 2001 r. o podpisie elektronicznym [w:] Ustawa o podpisie elektronicznym. Komentarz. Kościelny T, Szaniawski K. Zakamycze, Kraków 2003: 102.
11. Kocot WJ. Charakter prawny podpisu elektronicznego. Prz Praw Handl 2002, 4: 44.
12. Popłoński R. Podpis elektroniczny w prawie cywilnym i administracyjnym. Prawo Bankowe 2003, 12: 25.
13. Wyrozumska E. Elektroniczne oświadczenia woli w ustawie o podpisie elektronicznym i po nowelizacji kodeksu cywilnego. Prz Praw Handl 2003, 8: 45.
14. Jackowski M. Glosa do postanowienia SN z dnia 26.03.2009 r. I KZP 39/08.teza 4. Przegląd Sejmowy 2010, 2: 166.
15. Wdowiak L, Horoch A, Bojar I, Jarosz MJ. Systemy informatyczne w ochronie zdrowia. Cz. 1. Doświadczenia europejskie w zakresie internetowego konta pacjenta. Zdrow Publ 2009, 119(1): 75.
16. Ustawa z dnia 4 lutego 1994 r. o prawie autorskim i prawach pokrewnych. Dz.U. z 2000r. nr 80, poz. 904 z późn. zm.
17. Wyrok SN z dnia 21.03.1938, II C 2531/37.
18. Wyrok TK z dnia 07.01.2004, sygn. K 14/03, OTK ZU nr 1/A/2004, poz. 1.