

# INTERNETOWE NARZĘDZIA WSPOMAGAJĄCE OPIEKĘ ZDROWOTNĄ

Karol Korczak



ABC

a Wolters Kluwer business

# INTERNETOWE NARZĘDZIA WSPOMAGAJĄCE OPIEKĘ ZDROWOTNĄ

Karol Korczak

Zamów książkę w księgarni internetowej

**proinfo.pl**  
księgarnia internetowa



ABC

a Wolters Kluwer business

Warszawa 2014

*Stan prawny na 1 listopada 2013 r.*

Recenzent

*Prof. dr hab. Jadwiga Suchecka*

Wydawca

*Izabella Małecka*

Redaktor prowadzący

*Kinga Puton*

Opracowanie redakcyjne

*Ewa Adamska*

Łamanie

*Violet Design*

Projekt graficzny okładki i stron tytułowych

*Maciej Sadowski*

Ta książka jest wspólnym dziełem twórcy i wydawcy. Prosimy, byś przestrzegał przysługujących im praw. Książkę możesz udostępnić osobom bliskim lub osobiście znanym, ale nie publikuj jej w internecie. Jeśli cytujesz fragmenty, nie zmieniaj ich treści i koniecznie zaznacz, czyje to dzieło. A jeśli musisz skopiować część, rób to jedynie na użytek osobisty.

prawolubni

**SZANUJMY PRAWO I WŁASNOŚĆ**  
Więcej na [www.legalnakultura.pl](http://www.legalnakultura.pl)  
**POLSKA IZBA KSIĄŻKI**

© Copyright by Uniwersytet Łódzki

© Copyright for this edition by Wolters Kluwer SA, 2014

ISBN: 978-83-264-4563-7

Wydane przez:

Wolters Kluwer SA

Dział Praw Autorskich

01-208 Warszawa, ul. Przyokopowa 33

tel. 22 535 82 00, fax 22 535 81 35

e-mail: [ksiazki@wolterskluwer.pl](mailto:ksiazki@wolterskluwer.pl)

[www.wolterskluwer.pl](http://www.wolterskluwer.pl)

księgarnia internetowa [www.profinfo.pl](http://www.profinfo.pl)

## SPIS TREŚCI

<b>Wykaz skrótów</b> .....	9
<b>Wstęp</b> .....	13
<b>Rozdział 1</b>	
<b>Koncepcja internetowej opieki zdrowotnej</b> .....	19
1. Opieka zdrowotna w Polsce .....	19
1.1. Podstawowe rodzaje systemów zdrowotnych .....	22
1.2. Polski system zdrowotny – podstawowe informacje .....	23
1.3. Polska na tle innych krajów .....	26
1.4. Trudności w zaspokajaniu potrzeb zdrowotnych .....	30
1.5. Kierunki działań w celu poprawy zdrowia społeczeństwa polskiego .....	34
2. Wprowadzenie do tematyki opieki zdrowotnej <i>in absentia</i> .....	38
2.1. Przegląd podstawowych pojęć, definicji i terminów .....	38
2.2. Problem wyboru właściwego terminu .....	47
3. Internet medyczny w Polsce .....	51
3.1. Pierwsze inicjatywy .....	51
3.2. Strategie .....	53
3.3. Akty prawne .....	56
3.4. Stan obecny .....	60
<b>Rozdział 2</b>	
<b>Wybrane obszary zastosowań Internetu w opiece zdrowotnej</b> .....	65
1. Kluczowe interakcje .....	65
2. Charakterystyka wybranych narzędzi internetowych .....	67
2.1. Rejestracja na wizytę .....	68
2.2. Dostęp do wyników badań .....	69
2.3. Dostęp do dokumentacji medycznej .....	70
2.4. Konsultacje pacjenta z personelem medycznym .....	74
2.5. Przedłużanie recept .....	76
2.6. Zamawianie wizyty domowej .....	77

2.7. E-recepta . . . . .	78
2.8. E-skierowanie oraz e-zlecenie . . . . .	79
2.9. Wymiana danych pomiędzy podmiotami . . . . .	80
2.10. Porady z zakresu promocji zdrowia. . . . .	83
2.11. Porównanie wybranych systemów . . . . .	83
3. Przykłady dobrych praktyk ze świata . . . . .	86
4. Kto korzysta z internetowej opieki zdrowotnej? . . . . .	88
4.1. Internetowe usługi medyczne w ocenie potencjalnych konsumentów . . . . .	90
4.2. Wyróżniki użytkowników internetowych usług medycznych . . . . .	94
5. Niebezpieczne interakcje. . . . .	99

### **Rozdział 3**

#### **Badanie polskich podmiotów wykonujących**

<b>działalność leczniczą . . . . .</b>	<b>101</b>
1. Grupa docelowa . . . . .	101
2. Metoda i okres pomiaru . . . . .	102
3. Reprezentatywność wyników . . . . .	105
4. Przedmiot analizy. . . . .	109
5. Wyróżniki badania . . . . .	110
6. Prezentacja wyników . . . . .	114

### **Rozdział 4**

#### **Internetowe narzędzia jako źródło korzyści . . . . .**

1. Kategorie korzyści . . . . .	116
2. Usprawnienie opieki zdrowotnej . . . . .	117
2.1. Poprawa obsługi pacjenta. . . . .	117
2.2. Korzyści dla personelu medycznego . . . . .	122
2.3. Poprawa funkcjonowania podmiotu . . . . .	124
3. Korzyści finansowe. . . . .	125
3.1. Podstawowe strumienie . . . . .	126
3.2. Przykładowy model biznesowy. . . . .	127
3.3. Analiza badanych podmiotów . . . . .	129
4. Poszukiwanie trendu . . . . .	130
5. Przydatność narzędzi internetowych . . . . .	132
5.1. Ocena ogólna . . . . .	133
5.2. Dodatkowe kategorie oceny . . . . .	137

**Rozdział 5****Model podmiotu wykorzystującego internetowe narzędzia**

<b>wspomagające opiekę zdrowotną</b> .....	143
1. Wprowadzenie .....	143
2. Specyfikacje modelu .....	144
2.1. Rodzaj modelu .....	144
2.2. Dobór zmiennych .....	146
3. Estymacja parametrów modeli licznikowych .....	150
4. Determinanty rozwoju wykorzystania narzędzi internetowych .....	156
4.1. Rodzaj podmiotu .....	157
4.2. Świadczenia zdrowotne .....	158
4.3. Personel .....	160
4.4. Lokalizacja .....	160
4.5. Oddział .....	163
4.6. Kondycja finansowa .....	163
4.7. Forma płatności .....	163
4.8. Podsumowanie wyników estymacji .....	164
5. Bariery .....	165
6. Nerozwiazane kwestie i wyzwania .....	168
<b>Podsumowanie</b> .....	175
<b>Aneks nr 1</b>	
<b>Analiza indeksów EHCI, ECHCI oraz EPEI</b> .....	179
<b>Aneks nr 2</b>	
<b>Indeksy EHCI, ECHCI oraz EPEI – komentarz dla Polski</b> .....	182
<b>Aneks nr 3</b>	
<b>Specyfikacja zbioru zmiennych</b> .....	185
<b>Aneks nr 4</b>	
<b>Model regresji Poissona</b> .....	189
<b>Aneks nr 5</b>	
<b>Model regresji ujemnej dwumianowej</b> .....	192
<b>Spis tabel</b> .....	195

<b>Spis wykresów</b> .....	197
<b>Spis rysunków</b> .....	199
<b>Bibliografia</b> .....	201
<b>Indeks rzeczowy</b> .....	219

## WYKAZ SKRÓTÓW

AIC	– ( <i>the Akaike information criterion</i> ) kryterium informacyjne Akaikego
BMI	– ( <i>body mass index</i> ) wskaźnik masy ciała
CASP	– ( <i>Critical Appraisal Skills Programme</i> ) program umiejętności krytycznej oceny dowodów naukowych
CAWI	– ( <i>computer assisted web interviews</i> ) wspomagany komputerowo wywiad za pomocą strony www
CLEAR	– ( <i>clinical leading environment for the assessment and validation of rehabilitation protocols for homecare</i> ) Wiodące Środowisko Kliniczne do oceny i walidacji protokołów rehabilitacji w zakresie terapii domowej
CM	– centrum medyczne
CSIOZ	– Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia
DICOM	– ( <i>digital imaging and communications in medicine</i> ) obrazowanie cyfrowe i wymiana obrazów w medycynie
DMFT	– ( <i>decayed, missing or filled teeth</i> ) zepsuty, usunięty lub wypełniony ząb
EBM	– ( <i>evidence based medicine</i> ) medycyna oparta na dowodach naukowych
ECHCI	– ( <i>Euro-Canada Health Consumer Index</i> ) Europejsko-Kanadyjski Konsumencki Indeks Zdrowia
EDI	– ( <i>electronic data interchange</i> ) elektroniczna wymiana danych
EDM	– elektroniczna dokumentacja medyczna
EHCI	– ( <i>Euro Health Consumer Index</i> ) Europejski Konsumencki Indeks Zdrowia
EHR	– ( <i>electronic health record</i> ) elektroniczny rekord pacjenta
EPEI	– ( <i>Euro Patient Empowerment Index</i> ) Europejski Indeks Upnień Pacjenta
ePUAP	– Elektroniczna Platforma Usług Administracji Publicznej
eWUŚ	– Elektroniczna Weryfikacja Upnień Świadczeniobiorców



- FTP – (*file transfer protocol*) protokół transmisji plików
- GP – (*general practitioner/family doctor*) lekarz rodzinny
- GUS – Główny Urząd Statystyczny
- HIS – (*hospital information system*) szpitalny system informacyjny
- HTA – (*health technology assessment*) ocena technologii medycznych
- ICD-9-CM – (*An international classification system for surgical, diagnostic and therapeutic procedures*) Międzynarodowa Klasyfikacja Procedur Medycznych
- ICD-10 – (*International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*) Międzynarodowa Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych
- ICT – (*information and communication technologies*) technologie informacyjno-komunikacyjne
- IFiPS – Instytut Fizjologii i Patologii Słuchu
- IT – (*information technology*) technologia informacyjna
- KE – Komisja Europejska (European Commission – EU)
- KMNK – klasyczna metoda najmniejszych kwadratów (*ordinary least squares method – OLS*)
- KRI – Krajowe Ramy Interoperacyjności
- MNW – metoda największej wiarygodności (*maximum likelihood method – ML*)
- MSIM – Małopolski System Informacji Medycznej
- MZ – Ministerstwo Zdrowia
- NFZ – Narodowy Fundusz Zdrowia
- NIK – Najwyższa Izba Kontroli
- NIL – Naczelna Izba Lekarska
- NPZ – Narodowy Program Zdrowia
- OBOP – Ośrodek Badania Opinii Publicznej
- OECD – (Organization for Economic Co-operation and Development) Organizacja Współpracy Gospodarczej i Rozwoju
- P1 – projekt pt. „Elektroniczna Platforma Gromadzenia, Analizy i Udostępniania Zasobów Cyfrowych o Zdarzeniach Medycznych”
- P2 – projekt pt. „Platforma udostępniania *on-line* przedsiębiorcom usług i zasobów cyfrowych rejestrów medycznych”

- P3 – projekt pt. „Systemy związane z przebudową, dostosowaniem, utrzymywaniem i monitorowaniem rejestrów i innych zasobów ochrony zdrowia przez organy publiczne, w tym administrację państwową i samorządową – Platforma Rejestrów Ochrony Zdrowia (PROZ)”
- PIOZ – Program Informatyzacji Ochrony Zdrowia
- PKB – produkt krajowy brutto (*gross domestic product* – GDP)
- POZ – podstawowa opieka zdrowotna
- PROZ – Platforma Rejestrów Ochrony Zdrowia
- PSIM – Podkarpacki System Informacji Medycznej
- RICHARD – (*Regional ICT based Clusters for Healthcare Applications and R&D Integration*) regionalne klastry oparte na ICT na rzecz zastosowań w opiece zdrowotnej i integracji prac badawczo-rozwojowych
- RSIM – Regionalny System Informacji Medycznej
- RUM – Rejestr Usług Medycznych
- SIM – System Informacji Medycznej
- SNOMED – (*Systematized Nomenclature Of Medicine Clinical Terms*) usystematyzowana nomenklatura medyczna
- SPZOZ – samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej
- SROZ – Strategia Rozwoju Ochrony Zdrowia
- VoIP – (*Voice over Internet Protocol*) technologia umożliwiająca przesyłanie głosu przy użyciu protokołu IP
- WHO – (World Health Organization) Światowa Organizacja Zdrowia
- ZIP – Zintegrowany Informator Pacjenta
- ZOZMAIL – Elektroniczny System Komunikacji w Ochronie Zdrowia



## WSTĘP

W ciągu ostatnich kilkunastu lat nastąpił na świecie dynamiczny rozwój wykorzystania Internetu. Według danych Internet World Stats między rokiem 2000 a 2012 liczba użytkowników Internetu zwiększyła się o blisko 570% i wynosi obecnie ok. 2,4 miliarda. Wynika z tego, że z Internetu korzysta już co trzeci mieszkaniec globu. Internet przeniknął do wielu obszarów życia gospodarczego i społecznego. Jednym z nich jest również opieka zdrowotna. Pacjenci na całym świecie coraz częściej wykorzystują różne narzędzia internetowe w celu zaspokajania swoich potrzeb zdrowotnych. Przykładami ich zastosowań mogą być: rejestracja na wizytę, dostęp do dokumentacji medycznej, konsultacje, porady, zamawianie wizyt domowych czy też e-recepty.

Pierwsze inicjatywy wykorzystania Internetu w polskim systemie opieki zdrowotnej sięgają początków lat 90. XX wieku. Jednak prawdziwy wysyp koncepcji, planów i strategii tego rodzaju nastąpił dopiero po 2005 r. Wiele wskazuje na to, że w najbliższym czasie cały system ochrony zdrowia w Polsce będzie musiał zmierzyć się z informatyczną rewolucją. Rozwiązania internetowe mogą odegrać kluczową rolę w osiągnięciu końcowego sukcesu. Realnych przesłanek ku temu należy szukać m.in. w treści ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia z 2011 r.<sup>1</sup> Zakłada ona znaczące zmiany polegające przede wszystkim na stworzeniu i rozwijaniu stabilnego systemu informacji w ochronie zdrowia przy wykorzystaniu wielu platform *on-line* oraz nałożeniu na podmioty wykonujące działalność leczniczą obowiązku prowadzenia elektronicznej dokumentacji medycznej<sup>2</sup>. Przykładem kolejnego dokumentu, który, oprócz dostosowania polskich przepisów, będzie z pewnością wymagał także szybkiego wdrożenia interoperacyjnych narzędzi internetowych umożliwiających komunikację i wymianę danych z państwami

---

<sup>1</sup> Ustawa z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (Dz. U. Nr 113, poz. 657 z późn. zm.), dalej jako ustawa o systemie informacji w ochronie zdrowia z 2011 r.

<sup>2</sup> Zgodnie z ustawą obowiązek ten wchodzi w życie z dniem 1 sierpnia 2014 r.

członkowskimi Unii Europejskiej, jest 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 z 04.04.2011, s. 45–65). Ponadto zwiększenie zakresu i zasięgu wykorzystania internetowych narzędzi wspomagających opiekę zdrowotną wymieniane jest wśród priorytetowych działań, które założono w takich dokumentach, jak Narodowy Program Zdrowia na lata 2007–2015, Strategia Rozwoju Ochrony Zdrowia w Polsce 2007–2013 czy też Kierunki informatyzacji „e-Zdrowie Polska” na lata 2011–2015. Uruchomienie Elektronicznej Weryfikacji Upnień Świadczeniobiorców (eWUŚ) oraz Zintegrowanego Informatora Pacjenta (ZIP) rzuca nowe światło na kwestię wdrażania Rejestru Usług Medycznych (RUM), uważanego do tej pory przez wielu ekspertów za jedno z największych informatycznych niepowodzeń kraju. Interesujące inicjatywy można zaobserwować również na poziomie regionalnym. Kolejne województwa realizują bowiem mniej lub bardziej złożone strategie e-Zdrowia, w których różnym koncepcjom internetowej opieki zdrowotnej nadawany jest na ogół wysoki priorytet.

Różnorodność projektów zakładających wykorzystanie narzędzi internetowych w obszarze opieki zdrowotnej z jednej strony napawa optymizmem, z drugiej rodzi także wiele pytań i wątpliwości. Niestety, jak dotąd niewiele projektów, o których mowa, udało się przekształcić w oprogramowanie wykorzystywane przez konsumentów opieki zdrowotnej. Zaprzestanie prac, trudności z wyjściem poza fazę prototypową, pokrywanie się projektów czy też powszechnie spotykane opóźnienia<sup>3</sup> skutkują tym, że Polska jest ciągle jednym z najsłabiej ocenianych krajów w Europie pod względem dostępności do internetowych narzędzi obsługi pacjenta. W obliczu pojawiających się trudności i opóźnień w realizacji projektów na szczeblach centralnym oraz regionalnym coraz więcej podmiotów wykonujących działalność leczniczą we własnym zakresie wprowadza narzędzia internetowe wspomagające opiekę zdrowotną. Podczas różnych konferencji, warsztatów i seminariów autor bardzo często spotyka przedstawicieli podmiotów zainteresowanych koncepcją internetowej opieki zdrowotnej. Zazwyczaj poszukują oni szczegółowych informacji na temat podmiotów, którym udało się wdrożyć

---

<sup>3</sup> Przykładowo według Planu Informatyzacji Państwa na lata 2007–2010 zdalna rejestracja potrzeby usługi medycznej (badania, wizyty lekarskiej, wizyty w gabinecie, opieki pielęgniarskiej itp.) miała być dostępna dla polskiego obywatela do końca 2008 r.

narzędzia internetowe. Obiektem zainteresowań są także same narzędzia, proces ich wdrażania czy też ocena ich efektywności oraz przydatności. Warto podkreślić, że wiele indywidualnych inicjatyw tego typu również kończy się niepowodzeniem, co tylko zwiększa zainteresowanie autora tym zagadnieniem.

Powyższe spostrzeżenia stały się inspiracją do przeprowadzenia badań, weryfikacji hipotez, a w końcu do powstania niniejszej książki. Biorąc pod uwagę fakt, że w Polsce wykorzystuje się Internet do realizacji zadań związanych z opieką zdrowotną w dalszym ciągu w niewielkim stopniu, podjęta w publikacji tematyka jest pilna i aktualna nie tylko z naukowego, ale także społeczno-zdrowotnego punktu widzenia.

Podstawowy cel książki stanowi identyfikacja kluczowych czynników wpływających na rozwój wykorzystania internetowych narzędzi wspomagających opiekę zdrowotną w polskich podmiotach wykonujących działalność leczniczą. Pod tym względem istotną wartość poznawczą stanowią wyniki badania przeprowadzonego wśród podmiotów, które korzystają z internetowych narzędzi (subpopulacja 1), albo istnieją przesłanki, że zamierzają z nich korzystać w najbliższej przyszłości (subpopulacja 2). Uwzględnienie w badaniu podmiotów z subpopulacji 1 miało także umożliwić weryfikację tego, czy wykorzystanie internetowych narzędzi wpływa na usprawnienie opieki zdrowotnej.

Ponadto do celów częściowych publikacji zaliczono: usystematyzowanie podstawowych terminów związanych z wykorzystaniem Internetu w opiece zdrowotnej, charakterystykę wybranych narzędzi oraz pacjenta korzystającego z internetowej opieki zdrowotnej, ocenę stanu aktualnego wykorzystania internetowych narzędzi przez podmioty wykonujące działalność leczniczą w Polsce, budowę modelu ekonometrycznego objaśniającego uwarunkowania rozwoju wykorzystania internetowych narzędzi w polskich podmiotach wykonujących działalność leczniczą, identyfikację korzyści wynikających z wykorzystania narzędzi tego typu oraz barier ograniczających ich stosowanie.

W literaturze występuje coraz więcej pozycji nawiązujących do problematyki internetowej opieki zdrowotnej. Do światowej sławy specjalistów, którzy wiele miejsca w swoim dorobku naukowym poświęcili różnym koncepcjom wykorzystania Internetu w opiece zdrowotnej, zaliczyć należy przede wszystkim Eysenbacha (m.in. 1998, 1999, 2001, 2003, 2005) oraz Slacka (m.in. 1999, 2001, 2004, 2007). Bez wątpienia warto również zwrócić uwagę

na prace takich autorów, jak Solez oraz Katz (2001) czy też Miah oraz Rich (2008). Z kolei wśród polskich autorów wymienić można między innymi Kasztelowicza (m.in. 1996, 1999, 2000), Frączkowskiego (m.in. 1998, 1999a, 1999b, 2005, 2006a, 2006b, 2007, 2008, 2010), jak również Glinkowskiego (m.in. 2005, 2006). Warto podkreślić, że większość publikacji na temat zastosowań Internetu w opiece zdrowotnej to artykuły bądź rozdziały w pracach zbiorowych. Zatem niniejsza książka przyczynia się także w pewnym stopniu do wypełnienia luki w istniejącym zbiorze monoautorskich publikacji o charakterze książkowym dotyczących tego obszaru.

Z przyczyn merytorycznych oraz logicznych zawartość książki podzielona została na pięć rozdziałów.

Rozdział pierwszy stanowi wprowadzenie do tematyki internetowej opieki zdrowotnej. Zawarto w nim próbę usystematyzowania definicji podstawowych terminów nawiązujących do wykorzystania technologii informacyjno-komunikacyjnych (ICT) w sektorze ochrony zdrowia. Dokonano porównania polskiego systemu opieki zdrowotnej z wybranymi systemami zdrowotnymi z innych krajów. Omówiono stan obecny oraz potencjalne kierunki rozwoju wykorzystania internetowych narzędzi wspomagających opiekę zdrowotną w Polsce. W rozdziale tym podkreślono także znaczenie Internetu w strategiach e-Zdrowia oraz przedstawiono analizę wybranych aktów prawnych.

W drugim rozdziale zaprezentowano charakterystykę internetowych narzędzi wspomagających opiekę zdrowotną, które są najczęściej wykorzystywane przez polskie podmioty wykonujące działalność leczniczą. Charakterystyka ta została wzbogacona porównaniem narzędzi dostępnych w wybranych systemach internetowych w Polsce. W jednym z podrozdziałów opisano przykłady dobrych praktyk wykorzystania internetowych narzędzi wspomagających opiekę zdrowotną na świecie. Końcowa część rozdziału prezentuje wyniki dwóch badań przeprowadzonych wśród konsumentów usług medycznych. Celem badań były ocena koncepcji internetowej opieki zdrowotnej oraz próba odpowiedzi na pytanie: kto korzysta z internetowych usług medycznych w Polsce.

W kolejnych fragmentach trzeciego rozdziału przedstawione zostały szczegółowe informacje na temat badania przeprowadzonego wśród polskich podmiotów wykonujących działalność leczniczą. Opisano w nim grupę docelową, metodę i okres pomiaru, kwestie reprezentatywności wyników, przedmiot analizy, wyróżniki badania oraz sposób prezentacji wyników.

Czwarty rozdział prezentuje pierwszą część wyników badania opisanego w poprzednim rozdziale. Został on niemal w całości poświęcony badaniom tej grupy podmiotów, które korzystają z narzędzi internetowych wspomagających opiekę zdrowotną (subpopulacja 1). Dokonano w nim identyfikacji korzyści wynikających z wykorzystania narzędzi tego typu, a także oceny ich przydatności. Ponadto w rozdziale tym znalazła się analiza niektórych kryteriów wyboru narzędzi internetowych.

Ostatni, piąty rozdział, prezentuje drugą część wyników badania przeprowadzonego wśród polskich podmiotów wykonujących działalność leczniczą. Tym razem analiza dotyczy zarówno podmiotów, które korzystają z internetowych narzędzi (subpopulacja 1), jak i podmiotów, które zamierzają z nich korzystać (subpopulacja 2). Na podstawie estymacji parametrów modelu ekonometrycznego dokonano identyfikacji czynników determinujących wykorzystywanie przez badane podmioty przynajmniej jednego internetowego narzędzia wspomagającego opiekę zdrowotną, a także oczekiwaną liczbę takich narzędzi. Analizę kończy identyfikacja barier oraz refleksja na temat nierozwiązanych kwestii i wyzwań internetowej opieki zdrowotnej.

Zaprezentowane w książce wyniki mogą być wykorzystane przez osoby zarządzające podmiotami wykonującymi działalność leczniczą, ale także przez decydentów odpowiadających za rozwój systemów informacyjnych w ochronie zdrowia na wszystkich szczeblach, począwszy od lokalnego, przez regionalny, na krajowym skończywszy. Rezultaty badań mogą ułatwić podejmowanie decyzji dotyczących rozpoczęcia wykorzystywania internetowych narzędzi wspomagających opiekę zdrowotną oraz zwiększania ich liczby.

Pierwowzorem książki jest rozprawa doktorska pt. *Uwarunkowania rozwoju cybermedycyny w polskich podmiotach wykonujących działalność leczniczą*, napisana pod kierunkiem naukowym prof. zw. dr. hab. Mariana Niedźwiedzińskiego. Publiczna obrona rozprawy odbyła się w dniu 3 grudnia 2012 r. na Wydziale Ekonomiczno-Socjologicznym Uniwersytetu Łódzkiego. Dyskusje nad koncepcją rozprawy oraz wynikami badań odbyły się m.in. przy okazji zebrań Katedry Informatyki Ekonomicznej UŁ (2009, 2010, 2011 r.), Konsorcjów Doktoranckich Informatyki Ekonomicznej organizowanych przez Naukowe Towarzystwo Informatyki Ekonomicznej (2009, 2011 r.), XIX Krajowej Konferencji EDI-EC (2011 r.) oraz zebrań Zespołu Modelowania Gospodarki Narodowej w Katedrze Modeli i Prognoz Ekonometrycznych UŁ (2011, 2013 r.). Wszystkie komentarze i pytania zgromadzone podczas prezentacji stały się dla mnie podstawą do głębszych przemyśleń.



Szczególne słowa podziękowania kieruję do Pana Profesora Mariana Niedźwiedzińskiego, który zainteresował mnie światem nauki, który nieustannie wspiera mnie w pracy naukowo-dydaktycznej i na którego pomoc zawsze mogę liczyć. Dziękuję bardzo recenzentom rozprawy doktorskiej: prof. zw. dr hab. inż. Celinie Olszak, prof. zw. dr hab. Jadwidze Sucheckiej oraz dr. hab. n. med. Bogusławowi Antoszewskiemu za uwagi i sugestie, które stanowiły dla mnie cenne źródło inspiracji i przyczyniły się do powstania książki w obecnej postaci.

*Karol Korczak\**

---

\* Doktor nauk ekonomicznych, adiunkt w Katedrze Informatyki Ekonomicznej, Instytut Ekonomik Stosowanych i Informatyki, Wydział Ekonomiczno-Socjologiczny, Uniwersytet Łódzki, 90-255 Łódź, ul. POW 3/5.

## KONCEPCJA INTERNETOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ

### 1. Opieka zdrowotna w Polsce

Przejście do zasadniczej części książki i analizowanych przez nią zagadnień wymaga przytoczenia definicji kilku podstawowych terminów. Należą do nich przede wszystkim zdrowie (*health*) oraz opieka zdrowotna (*health care* lub *healthcare*). Według Światowej Organizacji Zdrowia (World Health Organization – WHO) zdrowie to „stan pełnego, dobrego samopoczucia fizycznego, psychicznego i społecznego, a nie tylko brak choroby lub niedołęstwa” (Konstytucja WHO 2006, s. 1). Analogiczne definicje zdrowia odnaleźć można między innymi w internetowych: Encyklopedii PWN oraz w słowniku Głównego Urzędu Statystycznego (GUS), przy czym słowo „niedołęstwo” jest w nich zastępowane słowami „kalectwo” oraz „niepełnosprawność”. Warto również wspomnieć o istotnym (ale nie jedynym) rozróżnieniu definicji zdrowia, które można postrzegać przez pryzmat poszczególnych jednostek (zdrowie jednostki) oraz populacji (zdrowie publiczne). Definicji zdrowia publicznego (*public health*) opracowano wiele. Większość z nich traktuje zdrowie publiczne jako ogół działań zmierzających do zapobiegania chorobom oraz utrzymania dobrego stanu zdrowia całej populacji, jak również promowania zdrowia (w tym zdrowego trybu życia oraz sprawności fizycznej). Z kolei obszerne definicje opieki zdrowotnej możemy odnaleźć na przykład w internetowym słowniku Webstera oraz *Małej encyklopedii medycyny PWN* (Kostrzewski, Ziółkowski 1999, s. 601). Pierwszą z nich można przetłumaczyć w następujący sposób<sup>4</sup>: „opieka zdrowotna polega na zapobieganiu, leczeniu i monitorowaniu choroby, a także zachowaniu zdrowia umysłowego oraz

---

<sup>4</sup> Fragment definicji opracowany został na podstawie treści raportu WHO (2000, s. 6).

fizycznego przy zastosowaniu usług medycznych, pielęgniarских oraz innych usług specjalistycznych związanych ze zdrowiem. Opieka zdrowotna obejmuje wszelkie dobra i usługi powiązane ze zdrowiem, w tym zapobieganie, leczenie i łagodzenie objawów, adresowane zarówno do pojedynczych jednostek jak i do całych populacji”. W drugiej opieka zdrowotna jest definiowana jako „zorganizowane działanie określonego systemu świadczeń zdrowotnych opartych na instytucjach służby zdrowia (...). Do zakresu działania opieki zdrowotnej należy: zapobieganie chorobom, urazom i zatruciom, stosowanie zapobiegawczo kierunkowego leczenia (naprawa zdrowia), rehabilitacja lecznicza oraz współdziałanie w zaspokajaniu potrzeb medyczno-społecznych (tzw. pomoc społeczna pozazakładowa)”. Nie ulega wątpliwości, że obie definicje zgodnie traktują zdrowie jako wartość najcenniejszą.

Określenie „opieka zdrowotna” jest często używane zamiennie z terminem „ochrona zdrowia”. Jednakże pomimo wielu podobieństw oba terminy można bez trudu odróżnić. W cytowanej już wcześniej *Małej encyklopedii medycyny PWN* (Kostrzewski, Ziółkowski 1999, s. 574) ochronę zdrowia definiuje się jako „zorganizowaną działalność na rzecz zdrowia obywateli”. Dalsza część opisu stanowi odniesienie do definicji WHO, która prezentuje szczegółowe zadania ochrony zdrowia, tj.: „zapobieganie chorobom, przedłużanie życia ludzkiego, poprawa stanu zdrowia psychicznego i fizycznego przez organizowanie społeczeństwa do walki o uzdrowienie otoczenia, walka z chorobami zakaźnymi, szerzenie oświaty zdrowotnej (promocja zdrowia) w celu podniesienia poziomu higieny oraz organizacja opieki lekarskiej i pielęgniarskiej dla wczesnego rozpoznawania, zapobiegania i leczenia chorób”. Ochrona zdrowia ma szersze znaczenie niż opieka zdrowotna, co Suchecka (1992, s. 6) opisuje następującymi słowami: „w węższym znaczeniu ochrona zdrowia rozumiana jest jako różnego rodzaju świadczenia usług medycznych zaspokajających potrzeby zdrowotne ludności. W takim przypadku określana jest mianem opieki zdrowotnej”. Podobne zdanie na ten temat prezentują Dercz oraz Rek (2007, s. 34), którzy na podstawie analizy treści ustawy o ZOZ z 1991 r.<sup>5</sup> doszli do wniosku, że „ochrona zdrowia opiera się na kilku aspektach, spośród których szczególne znaczenie mają: promocja zdrowia oraz opieka zdrowotna”.

<sup>5</sup> Ustawa z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 91, poz. 408 z późn. zm.), dalej jako ustawa o ZOZ z 1991 r., utraciła moc z dniem 1 lipca 2011 r. wraz z wejściem w życie ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (tekst jedn.: Dz. U. z 2013 r. poz. 217), dalej jako ustawa o działalności leczniczej z 2011 r.

W Polsce realizację zadań z zakresu opieki zdrowotnej powierzono podmiotom wykonującym działalność leczniczą (wcześniej były to zakłady opieki zdrowotnej i praktyki). Według obowiązującej aktualnie ustawy o działalności leczniczej z 2011 r. do podmiotów tych zalicza się podmioty lecznicze (przedsiębiorstwa, samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej, jednostki budżetowe, instytuty badawcze, fundacje i stowarzyszenia, a także kościoły) oraz lekarzy i pielęgniarki wykonujących działalność leczniczą w ramach jednoosobowej działalności gospodarczej (praktyka indywidualna) lub spółek (praktyka grupowa). Działalność lecznicza polega przede wszystkim na udzielaniu świadczeń zdrowotnych. Zgodnie z ustawą o działalności leczniczej z 2011 r. świadczenia zdrowotne to „działania służące zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu i poprawie zdrowia oraz inne działania medyczne wynikające z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich wykonywania”<sup>6</sup>. Zalicza się do nich przede wszystkim: badania i porady lekarskie, leczenie, rehabilitację, badania diagnostyczne, opiekę nad kobietą ciężarną i zdrowym dzieckiem, pielęgnację chorych, zapobieganie urazom i chorobom, orzekanie i opiniowanie o stanie zdrowia czy też czynności techniczne i zaopatrzeniowe<sup>7</sup>. Ponadto z treści ustawy o działalności leczniczej z 2011 r. wynika, że działalność lecznicza może polegać również na „promocji zdrowia lub realizacji zadań dydaktycznych i badawczych w powiązaniu z udzielaniem świadczeń zdrowotnych i promocją zdrowia, w tym wdrażaniem nowych technologii medycznych oraz metod leczenia”. Z analizy powyższych definicji można wysnuć wniosek, że działalność lecznicza realizuje założenia definicyjne zarówno ochrony zdrowia, jak i opieki zdrowotnej<sup>8</sup>.

---

<sup>6</sup> Definicje świadczenia zdrowotnego oraz kilku innych rodzajów świadczeń odnaleźć można w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jedn.: Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027 z późn. zm.), dalej jako ustawa o świadczeniach zdrowotnych z 2004 r.

<sup>7</sup> Więcej na ten temat w art. 15 ustawy o świadczeniach zdrowotnych z 2004 r.

<sup>8</sup> Warto również zwrócić uwagę na nieaktualną już ustawę o ZOZ z 1991 r., zawierającą definicję usługi medycznej, która podobnie do definicji działalności leczniczej wykraczała poza zakres świadczeń zdrowotnych. Według art. 32e tej ustawy usługi medyczne to „świadczenia zdrowotne i związane z ich udzielaniem usługi”.

**Karol Korczak** – doktor nauk ekonomicznych, adiunkt w Katedrze Informatyki Ekonomicznej na Wydziale Ekonomiczno-Socjologicznym Uniwersytetu Łódzkiego; członek Naukowego Towarzystwa Informatyki Ekonomicznej; swoje zainteresowania badawcze koncentruje wokół szeroko rozumianej informatyzacji sektora ochrony zdrowia.

■ W publikacji dokonano identyfikacji kluczowych czynników wpływających na rozwój wykorzystania internetowych narzędzi wspomagających opiekę zdrowotną w polskich podmiotach wykonujących działalność leczniczą, a także:

- usystematyzowano podstawowe terminy związane z wykorzystaniem Internetu w opiece zdrowotnej,
- przeprowadzono charakterystykę wybranych narzędzi oraz pacjenta korzystającego z internetowej opieki zdrowotnej,
- oceniono aktualny stan wykorzystania internetowych narzędzi przez podmioty wykonujące działalność leczniczą w Polsce,
- dokonano identyfikacji korzyści wynikających z wykorzystania narzędzi tego typu oraz barier ograniczających ich stosowanie.

■ Książka przeznaczona jest dla menedżerów podmiotów wykonujących działalność leczniczą, przedsiębiorców w sektorze ochrony zdrowia, pracowników placówek opieki zdrowotnej i wszystkich osób zainteresowanych koncepcją internetowej opieki zdrowotnej.

„Problematyka prezentowana w monografii jest ważna i aktualna z dwóch punktów widzenia: zarówno poznawczego, jak i praktycznego. Zawarto w niej słabo zbadane zagadnienia dotyczące wykorzystania w Polsce narzędzi internetowych w realizacji strategii e-Zdrowie. Wyniki przeprowadzonych własnych, ciekawych badań empirycznych czynią tę pracę pionierską i stanowią wskazówkę dla decydentów odnośnie kreowania rozwiązań eliminujących bariery wdrażania koncepcji e-Zdrowie i przybliżania Polski do czołówki europejskiej. Również ze względu na znaczne walory naukowe praca może być przydatna dla studentów informatyki, menedżerów zarządzających podmiotami sektora zdrowia, jak i praktyków wdrażających systemy ICT w tym sektorze”.

*Prof. dr hab. Jadwiga Suchecka*



**Cena 59 zł**  
(w tym 5% VAT)

**Zamówienia:**

infolinia 801 04 45 45, fax 22 535 80 01  
zamowienia.książki@wolterskluwer.pl  
www.wolterskluwer.pl  
księgarnia internetowa www.profinfo.pl