

Marcin DRUSZCZ¹

ZNACZENIE TELEPORAD W BEZPIECZEŃSTWIE ZDROWOTNYM I OCHRONIE ZDROWIA MIESZKAŃCÓW MAŁYCH MIEJSCOWOŚCI

We współczesnym systemie ochrony zdrowia zapewnienie bezpieczeństwa opieki medycznej jest kluczowe nie tylko dla utrzymania społeczeństwa w dobrym stanie fizycznym i psychicznym, lecz także dla jego rozwoju. Podstawowy system opieki zdrowotnej w Polsce stanowi fundament systemu ochrony zdrowia, jest głównym elementem kształtującym poziom bezpieczeństwa zdrowotnego. Innowacje, jakie obecnie wprowadza się na rynek usług medycznych, w dużej mierze opierają się na nowoczesnych technologiach informatycznych. Teleporady są we współczesnym systemie ochrony zdrowia bardzo popularną i często stosowaną formą świadczenia zdrowotnego realizowanego przez POZ. Pozwalają na udzielanie zdalnej pomocy lekarskiej za pośrednictwem nowoczesnych technologii teleinformatycznych. Są cennym rozwiązaniem, które wzmacnia poziom bezpieczeństwa zdrowotnego Polaków, a zwłaszcza mieszkańców małych miejscowości. Celem niniejszej pracy jest ocena ich znaczenia w bezpieczeństwie zdrowotnym i ochronie zdrowia mieszkańców małych miejscowości. Publikacja ma charakter poglądowy. Przeprowadzona w niej analiza piśmiennictwa została oparta na wybranych publikacjach książkowych oraz artykułach naukowych z zakresu zarządzania, bezpieczeństwa, prawa i nauk medycznych.

Słowa kluczowe: bezpieczeństwo zdrowotne, małe miejscowości, mieszkańcy, ochrona zdrowia, teleporady, znaczenie

1. WPROWADZENIE

Zdrowie jest wartością fundamentalną, a prawo do jego ochrony należy do katalogu praw podstawowych, których przestrzeganie w stopniu zapewniającym bezpieczeństwo zdrowotne powinno być wspierane przez skuteczną politykę państwa [Łyp 2016: 277-290]. Bezpieczeństwo zdrowotne to pewność działania organów administracji rządowej, samorządowej i podległych jej służb w zakresie ochrony życia i zdrowia oraz proces ciągłych dążeń państwa i jednostki do zaspokojenia

¹ Poznańska Akademia Medyczna Nauk Stosowanych im. Księcia Mieszka I, Wydział Nauk Medycznych.

potrzeb zdrowotnych obywateli [Paplicki 2020]. Podstawowa opieka zdrowotna jest niezmiernie ważnym elementem w każdym systemie opieki zdrowotnej na świecie. Dla pacjentów – zarówno zdrowych, jak i chorych – ma ona znaczenie szczególne, ponieważ zapewnia im stały dostęp do usług medycznych i różnego rodzaju świadczeń zdrowotnych. Rozwój nowoczesnych technologii, a także pojawienie się mechanizmów konkurencji na rynku usług medycznych spowodowały, że również i ten element systemu opieki zdrowotnej poddano innowacjom i zaczęto do niego wprowadzać nowoczesne rozwiązania dla oferowanych świadczeń medycznych [Tomasik (red.) 2016]. Jednym z nich jest teleporada, która cieszy się wśród pacjentów oraz personelu medycznego coraz większym uznaniem [Makuch 2021: 65-74]. Jednak to, co jest modne i popularne, nie zawsze ma dobrą jakość i przynosi oczekiwane efekty. Takie założenie stało się przyczynkiem do podjęcia rozważań, jakie zostaną zaprezentowane w niniejszym artykule. Jego celem uczyniono ocenę znaczenia teleporad w bezpieczeństwie zdrowotnym i ochronie zdrowia mieszkańców małych miejscowości. Przyjęto bowiem, że to właśnie w nich dostęp do usług zdrowotnych jest znacznie ograniczony, co przekłada się na niższy poziom bezpieczeństwa zdrowotnego osób tam żyjących. Wobec tak kształtującego się celu podjętych tutaj rozważań założono tezę, że teleporady w przypadku mieszkańców małych miejscowości mają bardzo duże znaczenie, gdyż służą poprawie bezpieczeństwa zdrowotnego i ochronie zdrowia.

2. BEZPIECZEŃSTWO ZDROWOTNE WE WSPÓŁCZESNYM SYSTEMIE OCHRONY ZDROWIA

Podjmując się przedstawienia systemu opieki zdrowotnej (SOZ) w Polsce, należy zaznaczyć, że w literaturze przedmiotu jest on także określany mianem systemu ochrony zdrowia. Niektórzy eksperci twierdzą jednak, że system ochrony zdrowia stanowi bardziej rozbudowaną koncepcję SOZ, bowiem wskazuje on dodatkowo, jak zorganizować opiekę zdrowotną [Łyp 2016]. Żeby zrozumieć zasady funkcjonowania SOZ, trzeba przede wszystkim zwrócić uwagę na ujęcia definicyjne dwóch pojęć: zdrowia i ochrony zdrowia.

Analizując piśmiennictwo o tematyce zdrowotnej, zauważa się opinię, że obecne poglądy na temat zdrowia i choroby zaczęły ulegać transformacji w połowie XX w., kiedy nastąpił rozwój nauk behawioralnych, w których zwrócono uwagę na społeczne aspekty obu wyżej wskazywanych zagadnień [Łyp 2016]. Prekursorem nowego podejścia do istoty zdrowia był Talcott Parsons, który wprowadził do literatury przedmiotu koncepcję zdrowia i postrzegał je jako zbiór możliwości dający jednostce swobodę wyboru i wolność. Możliwości tych w kontekście wskazywanych powyżej wolności i swobody wyboru nie należy jednak traktować wyłącznie jako problemu pojedynczej osoby, lecz jako swego rodzaju kategorię społeczną [Kautch 2015]. Parsons uważał ponadto, że zdrowie powinno być uznawane za

priorytetowy warunek efektywnego uczestnictwa jednostki w życiu społecznym. Jako wskaźniki zdrowia trzeba brać pod uwagę przede wszystkim aktywność fizyczną, poczucie samospełnienia oraz możliwość realizacji szeroko nakreślonych planów życiowych i aspiracji [Pujer 2017].

Z pewnością adekwatna do omawianej powyżej koncepcji zdrowia Parsonsa jest ta zaproponowana przez Światową Organizację Zdrowia (W tym miejscu należy przytoczyć definicję zdrowia sformułowaną przez World Health Organization). Według definicji WHO zdrowie jest stanem pełnego dobrego samopoczucia fizycznego, psychicznego, społecznego, a nie tylko brakiem choroby lub niedomagania (ułomności) człowieka [Pujer 2017]. WHO w swojej koncepcji podkreśla ponadto, że miarą zdrowia jest jakość życia człowieka w jego sferze osobistej i społecznej, a za zdrowe należy uznać również osoby, które mimo swych ograniczeń funkcjonalnych prowadzą produktywne i satysfakcjonujące życie [Pujer 2017]. Zdrowie to jedno z nieodłącznych praw podmiotowych, które dane są każdemu człowiekowi, w związku z tym bardzo ważnym zadaniem państwa jest jego ochrona. W polskim prawodawstwie ochronę zdrowia i prawo do życia w zdrowiu uregulowano przede wszystkim w art. 68 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej [Konstytucja RP], w którym zawarto następujące postanowienia:

- „Każdy ma prawo do ochrony zdrowia.
- 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.
- Władze publiczne są obowiązane do zapewnienia szczególnej opieki zdrowotnej dzieciom, kobietom ciężarnym, osobom niepełnosprawnym i osobom w podeszłym wieku.
- Władze publiczne są obowiązane do zwalczania chorób epidemicznych i zapobiegania negatywnym dla zdrowia skutkom degradacji środowiska”.

Analizując treść cytowanego powyżej artykułu, można zauważyć, że ochrona zdrowia to jeden z podstawowych obowiązków państwa wobec obywateli. W literaturze przedmiotu wskazuje się, że dla codziennego funkcjonowania jednostki, a w efekcie dla wypracowywania dobrobytu ogółu społeczeństwa konieczne jest dobre zdrowie [Konstytucja RP: art. 68]. Podkreśla się jednak przy tym fakt, że dobre zdrowie społeczeństwa jest uzależnione od jakości i efektywności systemu opieki zdrowotnej, jaki funkcjonuje w danym państwie [Rogowska 2019: 212-225]. W tym miejscu należałoby również zdefiniować pojęcie ochrony zdrowia. Najczęściej w publikacjach termin ten jest rozumiany jako zapewnienie obywatelom przez państwo dobrostanu fizycznego, psychicznego i umysłowego [Tabaszewski 2016]. Zasadą sprawnego funkcjonowania ochrony zdrowia jako systemu jest realizacja działań na rzecz zdrowia obywateli w uporządkowany sposób. Można zatem zauważyć, że ochrona zdrowia jako system nabiera instytucjonalnego charakteru [Włodarczyk, Kowalska, Mokrzycka 2012]. System opieki zdrowotnej często też definiowany jest jako „spójna całość, której liczne powiązane między

sobą części wspólnie oddziałują pozytywnie na stan zdrowia populacji” [Wielicka 2014: 491-504]. W literaturze przedmiotu wskazuje się, że system opieki zdrowotnej pełni cztery następujące funkcje [Włodarczyk, Kowalska, Mokrzycka 2012]:

- udzielanie świadczeń zdrowotnych, w tym ustalanie wielkości strumienia świadczeń produkowanych i udostępnianych osobom korzystającym z tego systemu;
- inwestycje w zasoby ludzkie i zasoby trwałe;
- finansowanie świadczeń;
- właściwe zarządzanie, m.in. poprzez ustalanie reguł dostępu do świadczeń i zakresu tych świadczeń.

Biorąc pod uwagę wyżej wskazane funkcje systemu opieki zdrowotnej, można zauważyć, że zarządzanie tym systemem leży po stronie państwa i należy takie działania postrzegać jako jego niezbędną interwencję w ten system, zwłaszcza poprzez kształtowanie odpowiednich regulacji i warunków do realizacji celów ogólnej polityki zdrowotnej. Politykę zdrowotną trzeba rozumieć jako narzędzie państwa, które pozwala zredukować nierówności w dostępie do systemu opieki zdrowotnej [Kautch, Żak 2001]. Warto przy tym zaznaczyć, że nadrzędnym celem systemu opieki zdrowotnej jest osiągnięcie dostatecznie dobrego stanu zdrowia społeczeństwa, rozumianego jako stan zdrowia na osiągalnym poziomie. System opieki zdrowotnej musi odpowiadać na oczekiwania wszystkich obywateli oraz działać w sposób sprawiedliwy [Frączkiewicz-Wronka (red.) 2010]. Należy również dodać, że wydatki na ochronę zdrowia są realizowane z uwzględnieniem zasady solidaryzmu i współodpowiedzialności państwa, co pozwala sądzić, że ochrona zdrowia jest dobrem społecznym [Leowski 2004].

Za organizatora zaspokajania potrzeb zdrowotnych społeczeństwa uznaje się administrację publiczną, o której w tym kontekście mówi się, że jest to „administracja świadcząca”. Opiera się ona na realizacji działań w obszarach wynikających z obowiązków państwa wobec obywateli. Ponieważ w polskim prawodawstwie przyjęto, że każdy polski obywatel ma prawo do ochrony zdrowia, ten rodzaj świadczeń należy uznać za obowiązek państwa [Rudawska 2007].

Administracja świadcząca wykonuje powierzone jej zadania w postaci dwóch podstawowych form organizacyjno-prawnych, tj. przedsiębiorstwa i zakładu administracyjnego [Woźniak 2008].

W polskim systemie opieki zdrowotnej dla poprawy efektywności tych zadań w sferę administracji świadczącej włączono także podmioty niepubliczne, które mają uprawnienia do realizowania zadań publicznych. Są nimi niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej, które zapewniają podstawowe, a więc bezpłatne i ogólnodostępne świadczenia zdrowotne [Woźniak 2008]. Nie ulega zatem wątpliwości, że to państwo ponosi odpowiedzialność za wykonywanie zadań publicznych, nawet jeśli w zakresie ochrony zdrowia powierzono je zakładom niepublicznym. Odbywa się to na podstawie różnorodnych zezwoleń, pozwoleń, umów oraz kontraktów [Woźniak 2008].

W ramach polskiego systemu opieki zdrowotnej realizowane są określone rodzaje działań, w tym tzw. świadczenia zdrowotne. Świadczenia zdrowotne

zdefiniowano w art. 2 Ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej. Zgodnie z treścią tego artykułu świadczenie zdrowotne to „działania służące zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia oraz inne działania medyczne wynikające z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich wykonywania”. Omawiając istotę świadczeń zdrowotnych, jakie przysługują w ramach polskiego systemu ochrony zdrowia, należy zwrócić także uwagę na treść Ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. W powyżej wymienionym akcie prawnym wskazano podmioty, które są uprawnione do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Wśród nich wymienia się:

- osoby, które są objęte powszechnym, a więc obowiązkowym i dobrowolnym ubezpieczeniem zdrowotnym, czyli tzw. ubezpieczonych;
- inne niż ubezpieczeni osoby, m.in. mieszkające na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej z obywatelstwem polskim lub te, które uzyskały w Rzeczypospolitej Polskiej status uchodźcy, ochronę uzupełniającą albo zezwolenie na pobyt czasowy w związku z okolicznościami wskazanymi w odrębnych przepisach;
- inne niż wymienione w pkt 1 i 2 osoby, które nie ukończyły 18. roku życia, a które mają obywatelstwo polskie lub uzyskały w Rzeczypospolitej Polskiej status uchodźcy, ochronę uzupełniającą albo zezwolenie na pobyt czasowy udzielone w związku z okolicznością, o której mowa w odrębnych przepisach, lub pobierają rentę rodzinną, jeżeli mają miejsce zamieszkania na terytorium państwa członkowskiego Unii Europejskiej (UE), państwa członkowskiego Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA) lub Zjednoczonego Królestwa Wielkiej Brytanii i Irlandii Północnej);
- inne niż wymienione w pkt 1-3 osoby mieszkające na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, które są w okresie ciąży, porodu lub połogu i mają obywatelstwo polskie lub które uzyskały w Rzeczypospolitej Polskiej status uchodźcy, ochronę uzupełniającą albo zezwolenie na pobyt czasowy udzielone w związku z okolicznością, o której mowa w odrębnych przepisach [Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej: art. 2].

W świetle przepisów obowiązującego prawa osoby korzystające ze świadczeń zdrowotnych zwane są „świadczeniobiorcami” [Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej: art. 2]. Analizując treść ustawy o świadczeniach zdrowotnych, należy także zwrócić uwagę, iż założono w niej, że „osobom nieposiadającym obywatelstwa polskiego, innym niż świadczeniobiorcy, świadczenia zdrowotne udzielane są na zasadach określonych w przepisach odrębnych i umowach międzynarodowych” [Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej: art. 2]. Istotna jest również treść art. 15 ust. 1, który stanowi, że „świadczeniobiorcy mają prawo do świadczeń opieki zdrowotnej, których celem jest zachowanie zdrowia, zapobieganie chorobom i urazom, wczesne wykrywanie chorób, leczenie, pielęgnacja oraz zapobieganie niepełnosprawności i jej ograniczanie” [Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej: art. 15 ust. 1]. W literaturze

przedmiotu wskazuje się, że w polskim systemie opieki zdrowotnej świadczenia zdrowotne można podzielić na trzy podstawowe grupy [Tyszka (red.) 2012]:

- świadczenia zdrowotne rzeczowe – leki, wyroby medyczne, przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze związane z procesem leczenia;
- świadczenia towarzyszące – zakwaterowanie i wyżywienie w placówce całodobowej lub całodziennej, usługi transportu sanitarnego;
- świadczenia specjalistyczne – świadczenia opieki zdrowotnej we wszystkich dziedzinach medycyny z wyłączeniem świadczeń, które są udzielane w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej.

Powyżej wskazane informacje potwierdzają, że działania realizowane w ramach systemu opieki zdrowotnej mają na celu zapewnienie i utrzymanie właściwego poziomu bezpieczeństwa zdrowotnego.

Bezpieczeństwo zdrowotne postrzegane jest jako zbiór działań organów administracji rządowej, samorządowej i podległych jej służb w zakresie ochrony życia i zdrowia oraz proces ciągłych dążeń państwa i jednostki do zaspokojenia potrzeb zdrowotnych obywateli [Paplicki 2020]. W literaturze przedmiotu ujmowane jest również jako zapewnienie przez państwo oraz jego agendy warunków (społecznych, ekonomicznych i środowiskowych), które pozwolą na realizację prawa do ochrony zdrowia, przy czym nadrzędną rolę odgrywa tu dostęp do świadczeń medycznych na równych dla każdego zasadach [Paplicki 2020]. W innej definicji bezpieczeństwo zdrowotne jest określane także jako zbiór ustawicznie podejmowanych działań na rzecz diagnozy zagrożeń zdrowotnych (subiektywnych i obiektywnych). To też działania realizowane w celu rozwijania umiejętności reagowania na wyzwania i zagrożenia dla zdrowia i życia człowieka oraz kształtowania postaw, które są skierowane na indywidualną troskę o zdrowie i życie własne oraz innych osób [Bober 2016: 33-64]. Warto w tym miejscu odwołać się do podziału zagrożeń zdrowia, które przedstawia B. Hołyst [2014]. Zdaniem tego autora zagrożeniem dla zdrowia mogą być:

- zagrożenia naturalne (kataklizmy, epidemie i pandemie, zagrożenia kosmiczne);
- zagrożenia cywilizacyjne (fale elektromagnetyczne, choroby cywilizacyjne, manipulacje genetyczne, sztuczna inteligencja, toksyczne właściwości żywności, niewłaściwa gospodarka zasobami Ziemi, skażenie gleby, powietrza i wody, niewłaściwa gospodarka odpadami, postęp techniczny, patologie genetyczne, zagrożenia mikrobiologiczne);
- zagrożenia społeczne (terroryzm, konflikty społeczne, działania wojenne, nadmierna rywalizacja, zagrożenia demograficzne, migracje, wykluczenie, postawy fundamentalistyczne, konsumpcjonizm, wypadki, katastrofy technologiczne i inżynieryjne, niewłaściwe odżywianie, brak aktywności fizycznej);
- zaburzenia psychiczne człowieka (stres i chroniczne zmęczenie, zakłócenia rytmów biologicznych, utrata tożsamości wraz z jej skutkami, np. depresja, zaburzenia osobowości etc.).

Wobec przedstawionych powyżej zagrożeń zdrowotnych można zatem uznać, że we współczesnym systemie ochrony zdrowia zapewnienie bezpieczeństwa

opieki medycznej jest kluczowe nie tylko dla utrzymania społeczeństwa w dobrym stanie fizycznym i psychicznym, lecz także dla jego rozwoju.

3. PODSTAWOWA OPIEKA ZDROWOTNA W POLSCE

Podstawowa opieka zdrowotna (POZ) to niezmiernie ważny element w organizacji ogólnego systemu ochrony zdrowia, a rolą świadczeniodawcy w tym zakresie jest sprawowanie podstawowej opieki nad określoną populacją pacjentów i podejmowanie decyzji, które dotyczą konieczności zastosowania specjalistycznego leczenia lub leczenia w placówce opieki stacjonarnej [Tomasik (red.) 2016]. Ogólną definicję POZ zaproponowała także WHO, według której podstawowa opieka zdrowotna to „niezbędna opieka zdrowotna, bazująca na metodach i technologiach potwierdzonych praktycznie i naukowo oraz akceptowalnych społecznie, dostępna dla całej społeczności po akceptowalnych kosztach, oparta na zasadach samowystarczalności i samostanowienia” [Kózka, Brzostek, Ksykiewicz-Dorota 2019]. W literaturze przedmiotu wskazuje się również na fakt, że POZ to pierwszy element systemu ochrony zdrowia, z którym stykają się pacjenci najbliżej swojego miejsca zamieszkania lub pracy [Tomasik (red.) 2016]. POZ uznaje się za najważniejszy filar ogólnego systemu ochrony zdrowia. Zdaniem ekspertów ma ona kluczowe znaczenie dla zachowania zdrowia całej populacji i w związku z powyższym wzmocnienie funkcjonowania właśnie tego poziomu systemu ochrony zdrowia każde państwo powinno uznawać za jeden ze swoich najważniejszych priorytetów [Hermanowski, Rutkowski 2015: 225-233].

W publikacjach poświęconych systemowi opieki zdrowotnej podkreśla się, że przede wszystkim powinien być on zorientowany na podstawową opiekę zdrowotną, ponieważ tylko wtedy dane państwo uzyska wymierne korzyści, które są związane z zapewnieniem ciągłości i koordynacji świadczeń oraz kontroli ich kosztów [Tomasik, Hennig, Bedlicki 2016: 117-121]. Szczegółowy zakres zadań podstawowej opieki zdrowotnej funkcjonującej w Polsce został określony w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych w podstawowej opiece zdrowotnej [Dz.U. z 2016 r. poz. 86 ze zm.] oraz w innych rozporządzeniach Ministra Zdrowia [Dz.U. z 2016 r. Nr 214 poz. 1816 i poz. 1567; Dz.U. z 2017 r. poz. 497]. W świetle powyżej wskazywanych aktów prawnych w Polsce świadczenia POZ realizowane są przez podmioty o różnych formach organizacyjnych, które zapewniają swoim pacjentom opiekę kompleksową (lekarz, pielęgniarka, położna POZ).

POZ jako podmiot sprawujący pełną opiekę nad pacjentem ma do wykonania wiele zadań, wśród których do najważniejszych zalicza się [Tomasik, Hennig, Bedlicki 2016: 117-121]:

- edukację zdrowotną lokalnych społeczności,
- usługi zdrowotne o charakterze profilaktycznym (poradnictwo, badania profilaktyczne i badania przesiewowe),

- świadczenia lekarza pierwszego kontaktu, położnej i pielęgniarki (w tym środowiskowych),
- pozostałe usługi zdrowotne udzielane na podstawowym poziomie (np. fizjoterapia).

Wskazuje się, że głównym celem POZ jest osiągnięcie korzyści społecznych, jakie wiążą się ze sprawnie funkcjonującą opieką na szczeblu podstawowym. Wśród korzyści społecznych wynikających z dostępu do usług zdrowotnych w ramach POZ wymienia się [Tomasik, Hennig, Bedlicki 2016: 117-121]:

- lepszą i szybciej realizowaną jakością świadczeń dla indywidualnych pacjentów;
- większy nacisk na prewencję i profilaktykę, zwłaszcza poprzez zlecenie i realizację badań profilaktycznych;
- wczesne diagnozowanie problemów zdrowotnych, które pozwolą na wczesne wykrycie chorób, jeszcze przed interwencją lekarza specjalisty;
- koncentrację na pacjencie poprzez jego znajomość;
- redukcję zbędnych lub potencjalnie szkodliwych zabiegów medycznych poprzez konieczność uzyskania skierowania.

W POZ kluczową rolę odgrywa lekarz podstawowej opieki zdrowotnej. Do jego zadań należą [Wojtczak 2019: 9-52]:

- zapewnienie stałej i wszechstronnej opieki medycznej dla określonej populacji pacjentów (mieszkańców danej dzielnicy, miasteczka, gminy etc.);
- kierowanie pacjentów do specjalistów i na leczenie stacjonarne;
- koordynowanie świadczeń zdrowotnych udzielanych pacjentom;
- „prowadzenie” pacjenta poprzez system opieki socjalnej i ochrony zdrowia;
- dostarczanie pacjentowi możliwie najlepszej jakości świadczeń medycznych i socjalnych.

W literaturze przedmiotu wskazuje się, że lekarz pierwszego kontaktu jest podstawowym ogniwem systemu opieki zdrowotnej. To on w pierwszej kolejności jest odpowiedzialny za regulowanie dostępu swoich pacjentów do świadczeń opieki stacjonarnej i specjalistycznej poprzez wystawianie odpowiednich skierowań [Wojtczak 2019: 9-52]. Kolejnym ważnym ogniwem w POZ jest personel pielęgniarski (pielęgniarka i położna), który w zakresie swoich obowiązków ma przede wszystkim te, które musi realizować na zlecenie lekarza POZ. Zadania personelu pielęgniarskiego POZ to [Taranta, Kraśnicka, Ślusarska 2019: 419-423]:

- profilaktyka i edukacja zdrowotna pacjentów;
- udział w organizacji przyjęć pacjentów;
- opieka nad pacjentami w domu (pacjentami przewlekle i obłożnie chorymi, położnicami etc.);
- organizacja pracy w placówce POZ;
- wykonywanie czynności medycznych i ratunkowych zgodnie z posiadanymi uprawnieniami i kwalifikacjami (iniekcje, podawanie leków we wlewie dożylnym, udział w resuscytacji krążeniowo-oddechowej, szczepienia ochronne etc.);

- patronaż środowiskowy;
- wykonywanie czynności administracyjnych.

W tym miejscu warto podkreślić wyniki badań naukowych wskazujące, że pacjenci postrzegają długotrwałe relacje z personelem medycznym POZ jako szczególnie korzystne. Ci, którzy znają swoich lekarzy oraz personel pielęgniarski, są nie tylko bardziej zadowoleni z usług świadczonych przez POZ, ale także cenią możliwość traktowania tego personelu jako osób dobrze im znanych [Garczyk 2012: 72-78].

Na podstawie powyższych informacji można stwierdzić, że POZ jest takim elementem systemu opieki zdrowotnej, w którym jest ona realizowana przez wspólnie działający zespół terapeutyczny. Podkreśla się, że współpraca między przedstawicielami zawodów medycznych, którzy sprawują opiekę nad pacjentem w warunkach POZ, jest nieodzowna. Ma ona bezpośredni wpływ na dobro pacjentów oraz jest determinantą jakości świadczonych usług i zapewnienia im maksimum bezpieczeństwa [Dorota, Weber, Guz 2017: 141-153].

Podstawowy system opieki zdrowotnej w Polsce stanowi fundament systemu ochrony zdrowia. Z całą pewnością można go uznać za jeden z istotnych, a być może nawet kluczowych elementów kształtujących poziom bezpieczeństwa zdrowotnego.

4. TELEPORADY JAKO KLUCZOWY ELEMENT WSPÓLCZESNEGO SYSTEMU OCHRONY ZDROWIA I BEZPIECZEŃSTWA ZDROWOTNEGO

Definicja innowacji jest bardzo szeroka. Termin ten pochodzi od łacińskiego słowa *innovatio*, które oznacza odnowienie. Bardzo często etymologię słowa „innowacja” łączy się również z innym łacińskim słowem, a mianowicie *novus*, czyli nowość [Musiał, Chrzanowski 2018: 40-58]. Dzieje się tak, ponieważ współcześnie każde przedsięwzięcie, które chce się rozwijać dynamicznie i efektywnie, potrzebuje nie tylko zmian, ale przede wszystkim innowacji. Jak twierdzą eksperci, innowacje oznaczają zmianę, jednak nie wszystkie zmiany są innowacją [Musiał, Chrzanowski 2018: 40-58]. Należy podkreślić, że aby zmiany zasługiwały na miano innowacji, muszą być twórcze, a więc wprowadzać nowości, a także przyczyniać się do postępu w określonej dziedzinie [Makuch 2021: 65-74]. Najbardziej adekwatną do tematu niniejszego artykułu definicją innowacji jest ta, która stanowi, że „innowacja to wdrożenie nowego lub znacząco udoskonalonego produktu (wyrobu lub usługi) lub procesu, nowej metody marketingowej lub nowej metody organizacyjnej w praktyce gospodarczej, organizacji miejsca pracy lub stosunkach z otoczeniem” [Makuch 2021: 65-74].

W literaturze przedmiotu wskazuje się, że innowacyjność w dobie postępujących procesów globalizacyjnych i rewolucji informatyczno-komunikacyjnej jest niezbędnym warunkiem utrzymania konkurencyjności przedsiębiorstw, w tym tych, które świadczą usługi medyczne. Usługi medyczne są bez wątpienia nieodłącznym

elementem życia społeczno-gospodarczego, a zatem muszą być odpowiedzią na trendy zmian, które powodują czynniki takie jak globalizacja, wzrost świadomości klientów oraz presja konkurencyjna [Małkowska 2014: 26-37]. Należy zauważyć, że zmiany otoczenia wymuszają na placówkach medycznych w Polsce ciągle poszukiwanie nowych rozwiązań na rynku usług medycznych, co też osiągają one dzięki wdrażaniu nowych możliwości świadczenia swoich usług [Małkowska 2014: 26-37].

W tym miejscu warto także przedstawić istotę rynku usług medycznych. Rynek ten nazywany jest też rynkiem usług zdrowotnych i definiowany jako „procesy zachodzące między świadczeniodawcami usług zdrowotnych (podmiotami świadczącymi działalność leczniczą) a świadczeniobiorcami (pacjentami)” [Suchecka, Owczarek 2018: 79-92]. W kontekście usługi zdrowotnej należy wyjaśnić, że jest ona każdym świadczeniem zdrowotnym, które służy zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia. Jest również innym działaniem medycznym, które wynika z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich wykonania [Suchecka, Owczarek 2018: 79-92].

W publikacjach omawiających rynek usług medycznych wskazuje się, że nie jest to rynek jednorodny, gdyż działa on na styku dwóch obszarów: publicznego systemu opieki zdrowotnej oraz czysto prywatnego biznesu [Ćwik 2023]. Należy zauważyć, że wśród usług medycznych zapewnianych przez podmioty lecznicze znajdują się zarówno takie, które ze względu na swój charakter są świadczone głównie przez podmioty publiczne, jak i te realizowane tylko przez podmioty prywatne (np. medycyna estetyczna) [Ćwik 2023].

Mechanizmy rynkowe już na stałe weszły do systemu ochrony zdrowia, co w efekcie doprowadziło do transformacji postaw pacjenta. Stał się on klientem opieki zdrowotnej, który jest bardziej świadomy swoich praw, wymagający oraz aktywny, a także dokonuje wyboru najlepszego świadczeniodawcy. Chcąc zatrzymać przy sobie pacjentów, funkcjonujące na rynku usług medycznych podmioty muszą więc podejmować działania proinnowacyjne w celu zajęcia w świadomości odbiorców pozycji wyróżniającej się na tle konkurencji, a co za tym idzie – muszą też zapewnić wysoką pozycję konkurencyjną swojej placówki. W związku z powyższym szukają rozmaitych sposobów, by osiągnąć przewagę rynkową. Jednym z nich jest opracowanie takiej oferty, która opiera się na wdrażaniu nowych oraz innowacyjnych rozwiązań technologicznych do praktyki medycznej [Małkowska 2014: 26-37].

Wśród innowacji technologicznych na rynku usług medycznych można wyróżnić [Małkowska 2014: 26-37]:

- innowacje produktowe – związane z wprowadzeniem na rynek ulepszonych produktów lub usług, które mogą dostarczyć pacjentom nowych lub zwiększonych korzyści;
- innowacje procesowe – nowe sposoby świadczenia usług lub ulepszone dotychczasowe metody świadczeń;
- innowacje systemowe – utożsamiane z tworzeniem nowych rozwiązań (systemów) technologicznych i organizacyjnych, przede wszystkim w dziedzinie

tw. technologii informacyjnych i komunikacyjnych, prowadzące do zmian przepływów informacji.

W literaturze przedmiotu podkreśla się, że specyfika działalności usługowej ma kluczowy wpływ na konieczność dostosowywania rozwiązań innowacyjnych do potrzeb odbiorców tych usług. W przypadku usług medycznych odbiorcami są pacjenci. W związku z powyższym priorytetem w tworzeniu oferty usług medycznych jest znajomość oczekiwań i preferencji pacjentów oraz aktualnych i przyszłych potrzeb rynkowych [Leśnikowska-Gontarz 2017: 37-51].

Organizacja współczesnego systemu ochrony zdrowia nie jest sprawą prostą, ale dzięki rozwojowi nauki, w tym technologii medycznych, wprowadza się w ten system coraz więcej innowacyjnych rozwiązań, np. nowoczesne techniki obrazowania, powstanie nanomedycyny, wprowadzenie możliwości teleporad etc. Świadczeniodawcy usług medycznych stoją bowiem przed licznymi wyzwaniami, jakie niesie współczesna cywilizacja: starzejące się społeczeństwo, zwiększający się udział pacjentów chorych chronicznie, wzrost zachorowalności na choroby nowotworowe, szybki rozwój schorzeń cywilizacyjnych (np. cukrzyca, otyłość), rosnące koszty opieki zdrowotnej, działania interwencyjne, nowe priorytety w zakresie bezpieczeństwa pacjentów. Wiele z tych problemów można rozwiązywać lub minimalizować za pośrednictwem innowacji technologicznych [Pyłpacz, Skóra, Mikos 2018: 182-185].

Na podstawie badań naukowych przeprowadzonych w 2020 r. starano się wyszczególnić najbardziej kluczowe innowacje technologiczne w Polsce, które udoskonaliły i zrewolucjonizowały rynek usług medycznych. Grupa ekspertów wskazała [Smarzewska 2020: 20-28]:

- telemetrię,
- technologię analizy sygnałów biomedycznych pochodzących od pacjenta oraz sygnałów pochodzących z otoczenia,
- biomateriały do leczenia chorób układu kostnego człowieka,
- rozwój technologii poprawiających jakość życia ludzi chorych, kalekich i starych,
- zdalną telemedyczną asystę w diagnostyce oraz terapii endoskopowej i laparoskopowej,
- systemy automatycznej detekcji i ostrzegania zagrożeń,
- ultradźwiękową charakterystykę struktury tkanek,
- technologię wytwarzania urządzeń wspomagających osoby z upośledzeniem zmysłów,
- nowe konstrukcyjne materiały kompozytowe dla protez zewnętrznych i sprzętu kompozytowego.

Według naukowych doniesień wdrażanie nowych rozwiązań technologicznych na rynku usług medycznych zmierza przede wszystkim w stronę ścisłej indywidualizacji stosownie do potrzeb pacjentów. Należy bowiem zauważyć, że zapotrzebowanie na usługi medyczne ulega ciągłym oraz znacznym zmianom, a w przestrzeni ochrony zdrowia pojawiła się nowa odmiana konsumpcji usług, czyli konsumpcja w zakresie usług zdrowotnych [Pyłpacz, Skóra, Mikos 2018: 182-185].

We współczesnej medycynie oraz opiece zdrowotnej szczególny nacisk kładzie się na rozwiązania innowacyjne, co w efekcie skutkuje powstawaniem zupełnie nowych dziedzin medycyny oraz nowych możliwości świadczenia usług leczniczych [Makuch 2021: 65-74]. W literaturze przedmiotu podkreśla się, że innowacje technologiczne wpłynęły na rozwój technologii teleinformatycznych, które są ukierunkowane na zdalne wspomaganie diagnostyki, monitorowania i rehabilitacji pacjentów, co w efekcie przyczyniło się do tego, że wyodrębniła się nowa gałąź – telemedycyna [Rahi, Khan, Alghizzawi 2021: 769-793].

W publikacjach opisujących nowoczesne technologie stosowane we współczesnych placówkach ochrony zdrowia wskazuje się, że technologicznymi siłami napędowymi telemedycyny są następujące czynniki [Rahi, Khan, Alghizzawi 2021: 769-793]:

- komputeryzacja,
- rozwój technologii informatycznych w aspekcie standaryzacji i niezawodności,
- rozwój sieci i infrastruktury telekomunikacyjnej w zakresie przepustowości, integracji oraz dostępności,
- rozwój społeczeństwa informacyjnego oznaczający upowszechnienie internetu.

Według ekspertów w telemedycynie kluczowe znaczenie miał rozwój społeczeństwa informatycznego, ponieważ to właśnie on otworzył nowe możliwości świadczenia usług medycznych [Małkowska 2014: 26-37]. Telemedycyna jest obecnie nową płaszczyzną współpracy z pacjentem, której innowacyjność polega na tym, że nie wymaga on osobistego kontaktu z lekarzem, a mimo wszystko otrzymuje świadczenia medyczne, które są mu dostarczane bezpośrednio do domu [Małkowska 2014: 26-37].

Na dynamiczny rozwój teleporad istotny wpływ wywarła pandemia COVID-19. W literaturze przedmiotu podkreśla się, że wraz z jej rozprzestrzenianiem prawo covidowe na stałe wprowadziło do systemu ochrony zdrowia telemedycynę, w tym teleporady. W świetle unormowań prawnych teleporadę należy rozumieć jako „świadczenie zdrowotne udzielane na odległość przy użyciu systemów teleinformatycznych lub systemów łączności” [Pawelec 2022: 15-25]. W praktyce jest też ona określana mianem „telekonsultacji”, „konsultacji telemedycznej” oraz „e-wizyty” [Glanowski 2015: 144-156]. Teleporada jest takim świadczeniem medycznym, które może być realizowane na odległość dzięki nowoczesnym technologiom IT (information technology) [Glanowski 2015: 144-156]. Pierwszym aktem prawnym dotyczącym teleporad było Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 12 sierpnia 2020 r. w sprawie standardu organizacyjnego teleporady w ramach POZ [Dz.U. z 2020 r. poz. 1395]. Zdaniem ekspertów w niniejszym akcie prawnym istniało jednak wiele luk oraz niedopowiedzeń w tak ważnych kwestiach, jak [Biadun 2020]:

- stosowanie teleporad,
- bezpieczeństwo prawne tego rodzaju świadczenia,
- techniczne możliwości świadczeniodawców i pacjentów,
- limit teleporad na pacjenta,

- przesłanki wyłącznego kontaktu osobistego,
- realne narzędzia wnioskowania o wizytę osobistą przez pacjenta,
- obowiązek wskazywania konkretnej godziny zamiast przedziału godzin czy samego dnia teleporady,
- zobowiązanie lekarza do trzykrotnej próby zatelefonowania do pacjenta.

W związku z tym powyżej wskazany akt prawny kilka razy znowelizowano i zgodnie z § 2 pkt 3 przez teleporadę należy rozumieć w obecnym brzmieniu „świadczenie zdrowotne udzielane na odległość przy użyciu systemów teleinformatycznych lub systemów łączności” [Dz.U. z 2020 r. poz. 1395, § 2 pkt 3]. Według obowiązujących przepisów prawa świadczeniodawca POZ jest zobowiązany [Biadun 2020]:

- do informowania w miejscu wykonywania świadczeń oraz na swojej stronie internetowej o warunkach udzielania teleporad,
- na żądanie pacjenta informację o teleporadach POZ może przekazywać również telefonicznie,
- w trakcie teleporady POZ powinien uwzględnić prawa pacjenta do zgłoszenia woli osobistego kontaktu z właściwym personelem medycznym.

Nawiązując do warunków teleporad, w informacji przekazywanej pacjentowi muszą znaleźć się następujące elementy [Biadun 2020]:

- poinformowanie pacjenta o systemach teleinformatycznych lub systemach łączności, dzięki którym świadczeniodawca udziela teleporad,
- ustalenie terminu teleporady,
- ustalenie sposobu nawiązania kontaktu między POZ a pacjentem w celu udzielenia teleporady,
- ustalenie sposobu udzielenia teleporady,
- ustalenie sposobu postępowania w sytuacji, gdy brak kontaktu z pacjentem w ustalonym terminie teleporady skutkuje jej anulowaniem,
- poinformowanie pacjenta o możliwości skorzystania ze świadczenia opieki zdrowotnej udzielonego w bezpośrednim kontakcie,
- przedstawienie instrukcji o sposobie realizacji innych elementów teleporady, m.in. e-recepty, e-skierowania czy e-zlecenia.

Na mocy obowiązujących przepisów prawa w sytuacji, gdy teleporady są realizowane drogą telefoniczną, POZ powinien poinformować Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ) o numerze telefonu, pod którym są udzielane tego rodzaju konsultacje. Ponadto pacjentowi POZ należy umożliwić kontakt w formie teleporady bez zbędnej zwłoki [Glanowski 2015: 144-156]. Oznacza to, że świadczeniodawca POZ ma obowiązek zrealizować teleporadę najpóźniej w pierwszym dniu roboczym następującym po dniu zgłoszenia się pacjenta za pośrednictwem systemu teleinformatycznego, systemu łączności lub osobistego. Może on też udzielić teleporady w późniejszym terminie, jeżeli został on ustalony w porozumieniu z pacjentem lub jego opiekunem ustawowym [Glanowski 2015: 144-156].

Omawiając istotę teleporady, należy także zwrócić uwagę na aspekt warunków jej realizacji. Według przepisów prawa przeprowadzenie teleporady musi nastąpić w warunkach gwarantujących poufność, a więc POZ w trakcie realizacji takiego świadczenia musi zapewnić brak dostępu osób nieuprawnionych do informacji przekazywanych za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności. Kiedy informacje te dotyczą stanu zdrowia pacjenta (w tym cyfrowego odwzorowania dokumentacji medycznej za pośrednictwem systemów teleinformatycznych), POZ stosuje rozwiązania techniczno-organizacyjne, które umożliwiają transmisję dokumentów elektronicznych w postaci graficznej i tekstowej. Ma obowiązek w takim przypadku zapewnić integralność danych pacjenta oraz ich ochronę przed nieuprawnionym wykorzystaniem, przypadkowym lub niezgodnym z prawem zniszczeniem, utraceniem, zmodyfikowaniem, nieuprawnionym ujawnieniem lub nieuprawnionym dostępem [Zoń 2022].

Teleporada jest takim rodzajem świadczenia, które pozwala lekarzowi na weryfikację stanu zdrowia pacjenta oraz udzielenie mu porad dotyczących planu leczenia. Pacjent w trakcie takiej porady jest zobowiązany przedstawić lekarzowi jak najwięcej szczegółów związanych z przebiegiem choroby (objawy, samopoczucie, dotychczasowe leczenie etc.). Informacje przekazywane lekarzowi przez pacjenta na temat choroby mają kluczowe znaczenie również w trakcie kontrolnych połączeń, bowiem to na ich podstawie lekarz sprawdza postępy terapii i weryfikuje stan zdrowia pacjenta. Pacjent powinien również podać lekarzowi informację na temat przyjmowanych leków oraz ich dawkowania. Przed teleporadą powinien znać swoje ciśnienie i temperaturę ciała. W trakcie teleporady lekarz ma możliwość zmiany dawkowania leków przyjmowanych przez pacjenta oraz zapisania mu nowych w formie e-recepty. Jeżeli uzna, że pacjent powinien trafić pod opiekę specjalistów, może wystawić mu e-skierowanie oraz e-zwolnienie z pracy. Za pośrednictwem teleporady pacjent może zostać także skierowany do szpitala lub na badania laboratoryjne krwi [Zoń 2022].

W tym miejscu warto również zwrócić uwagę na dostępność do podstawowej opieki zdrowotnej pacjentów z małych miejscowości. Dane statystyczne z 2021 r. świadczą o tym, że mieszkańcy wsi nieco rzadziej niż mieszkańcy miast korzystają ze świadczeń POZ. Średnia roczna liczba zrealizowanych świadczeń wyniosła w 2021 r. 4,5 dla mieszkańców miast i 3,9 dla mieszkańców wsi. Znaczenie tego zagadnienia podkreśla fakt, że w Polsce 53% osób mieszka właśnie na wsi i w małych miastach [GUS 2021]. W niektórych publikacjach opisujących funkcjonowanie POZ akcentuje się też to, że dostęp do usług medycznych w małych miejscowościach jest dość ograniczony. W wielu z nich nie ma nawet ośrodków zdrowia i w przypadku mieszkańców wsi najbliższe tego rodzaju placówki znajdują się w miastach lub we wsiach na prawach gminy [Walczak, Gierszewska, Bitkowska 2022: 14-24]. Zwraca się również uwagę na to, że sprawiedliwy system opieki zdrowotnej powinien zapewniać równy dostęp

do opieki zdrowotnej, niezależnie od potrzeb zdrowotnych, zasobów finansowych czy miejsca zamieszkania. Wyniki badań naukowych wskazują jednak na istnienie różnic między obszarami miejskimi i wiejskimi nie tylko w zakresie statusu społeczno-ekonomicznego mieszkańców, lecz także dostępu do opieki zdrowotnej. Podstawowe problemy w tym obszarze to brak wykwalifikowanych pracowników służby zdrowia, odległość od głównych centrów medycznych, ograniczony dostęp do specjalistycznych usług zdrowotnych, profilaktyki i promocji zdrowia, gorsze wyposażenie jednostek ochrony zdrowia w sprzęt diagnostyczny, mniejsza liczba aptek, a przez to gorszy dostęp do niezbędnych leków oraz bariery finansowe związane z niższym dochodem i dodatkowymi kosztami będącymi konsekwencją peryferyjnego położenia (np. koszty transportu) [Walczak, Gierszewska, Bitkowska 2022: 14-24]. Mieszkańcy wsi i małych miejscowości są szczególnie narażeni na utratę bezpieczeństwa zdrowotnego – ochrona ich zdrowia jest na znacznie niższym poziomie niż w przypadku mieszkańców dużych miast. Wśród przyczyn ograniczających dostęp tych osób do usługi teleporady wskazuje się słabą dostępność internetu, brak umiejętności korzystania z nowoczesnych technologii (głównie przez osoby starsze) oraz brak szeroko realizowanych programów edukacyjnych w zakresie umiejętności korzystania z teleporady [Walczak, Gierszewska, Bitkowska 2022: 14-24].

Telemedycyna stanowi zatem kluczowe rozwiązanie w zapewnieniu wysokiego poziomu bezpieczeństwa zdrowotnego mieszkańców małych miejscowości. Jest istotnym rozwiązaniem dla pacjentów, którzy znajdują się w sytuacjach nagłych, zwłaszcza osób starszych mieszkających w znacznych odległościach od lekarzy specjalistów i szpitalnych oddziałów ratunkowych [Prusaczyk, Karczmarz, Bogdan 2022: 58-62]. Dla mieszkańców małych miejscowości oprócz wdrażania rozwiązań organizacyjnych POZ poprzez organizację teleporad ważne są także nowatorskie urządzenia telemedyczne, które wspierają przede wszystkim samoopiekę pacjentów oraz dają im możliwość nadzoru lekarza rodzinnego nad stanem zdrowia. Urządzenia telemedyczne ograniczają więc konieczność hospitalizacji, np. holtery EKG, analizatory oddechu, ciśnieniomierze, glukometry, sensory do bezinwazyjnego pomiaru poziomu nasycenia tlenem hemoglobiny, aparaty do telerehabilitacji, kardiowertery (wykorzystywane do ciągłego pomiaru TM-EKG) i wiele innych [Prusaczyk, Karczmarz, Bogdan 2022: 58-62].

W świetle powyżej przedstawionych informacji można zauważyć, że innowacje wprowadzane obecnie na rynku usług medycznych w dużej mierze opierają się na nowoczesnych technologiach informatycznych. Teleporady są we współczesnym systemie ochrony zdrowia bardzo często stosowaną formą świadczenia zdrowotnego udzielanego przez POZ i pozwalają na zdalną pomoc lekarską za pośrednictwem nowoczesnych technologii teleinformatycznych. Są cennym rozwiązaniem, które wzmacnia poziom bezpieczeństwa zdrowotnego Polaków, a zwłaszcza mieszkańców małych miejscowości.

5. PODSUMOWANIE

W niniejszym artykule podjęto próbę oceny znaczenia teleporad w bezpieczeństwie zdrowotnym i ochronie zdrowia mieszkańców małych miejscowości. Przeprowadzone w nim rozważania wskazują, że we współczesnym systemie ochrony zdrowia zapewnienie bezpieczeństwa opieki medycznej jest kluczowe nie tylko dla utrzymania społeczeństwa w dobrym stanie psychicznym i fizycznym, ale także dla jego rozwoju. Podstawowy system opieki zdrowotnej w Polsce stanowi fundament systemu ochrony zdrowia, jest głównym elementem kształtującym poziom bezpieczeństwa zdrowotnego. Innowacje wprowadzane obecnie na rynek usług medycznych w dużej mierze opierają się na nowoczesnych technologiach informatycznych. Teleporady są we współczesnym systemie ochrony zdrowia bardzo popularną i często stosowaną formą świadczenia zdrowotnego udzielanego przez POZ. Pozwalają na zdalną pomoc lekarską za pośrednictwem nowoczesnych technologii teleinformatycznych. Są cennym rozwiązaniem, które wzmacnia poziom bezpieczeństwa zdrowotnego Polaków, a zwłaszcza mieszkańców małych miejscowości, którzy w związku z utrudnionym dostępem do POZ właśnie w teleporadach szukają nie tylko pomocy medycznej, ale także mają dzięki nim zapewniony odpowiedni poziom bezpieczeństwa zdrowotnego.

Przeprowadzona analiza piśmiennictwa wykazała, że teleporady mają bardzo duże znaczenie w bezpieczeństwie zdrowotnym i ochronie zdrowia mieszkańców małych miejscowości, którym ułatwiają dostęp do podstawowej opieki zdrowotnej i zmniejszają ryzyko zagrożenia ich zdrowia oraz życia. Zaobserwowano, że dostęp mieszkańców małych miejscowości do usługi teleporady jest znacznie bardziej ograniczony w porównaniu z mieszkańcami dużych miast. Utрудnienia w dostępie do usługi teleporady wynikają z wciąż słabo rozwiniętego internetu w małych miejscowościach, braku wiedzy i umiejętności (zwłaszcza starszych mieszkańców) w zakresie korzystania z nowoczesnych technologii.

Wobec powyżej przedstawionych argumentów można pozytywnie zweryfikować przyjętą we wstępie tezę, że teleporady w przypadku mieszkańców małych miejscowości mają bardzo duże znaczenie, gdyż służą poprawie bezpieczeństwa zdrowotnego i ochronie zdrowia. Warto jednak pochylić się nad wprowadzeniem działań, które usprawnią realizację teleporad: placówki POZ powinny prowadzić kampanie informacyjne, zwłaszcza dla osób z mniejszych miejscowości oraz osób starszych, w zakresie umiejętności korzystania z usługi teleporady; należy zrealizować ogólnopolski program dokształcający osoby starsze w zakresie umiejętności korzystania z nowoczesnych technologii; w placówkach POZ powinien być zatrudniony koordynator teleporad, który służyłby fachową pomocą w zakresie dostępu do usługi teleporady; ponadto trzeba rozbudować i udoskonalić internet na obszarach wiejskich w Polsce.

LITERATURA

- Biadun D., 2020, *Teleporady w POZ – jak prawidłowo realizować obowiązek?*, Lexis Nexis, Warszawa.
- Bober B., 2016, *Bezpieczeństwo zdrowotne jako istotny komponent bezpieczeństwa państwa*, „Studia nad Bezpieczeństwem”, nr 1, s. 33-64.
- Ćwik K., 2023, *Jakość w usługach medycznych. Wpływ systemów zarządzania jakością na efektywność publicznych usług szpitalnych*, Difin, Warszawa.
- Frączkiewicz-Wronka A. (red.), 2010, *Pomiar efektywności organizacji publicznych na przykładzie sektora ochrony zdrowia*, Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej w Katowicach, Katowice.
- Garczyk D., 2012, *Jakość i ocena opieki pielęgniarskiej*, „Neuroskop”, 14, s. 72-78.
- Glanowski G., 2015, *Telemedycyna w świetle ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty*, „Monitor Prawniczy”, 18, s. 144-156.
- GUS, 2021, *Struktura demograficzna ludności Polski za rok 2020*.
- Hermanowski T., Rutkowski J., 2015, *Zintegrowana opieka zdrowotna. Zarys problematyki*, „Zeszyty Naukowe Politechniki Śląskiej”, 83, s. 225-233.
- Hołyst B., 2014, *Bezpieczeństwo. Ogólne problemy badawcze*, PWN, Warszawa.
- Kautsch M., 2015, *Zarządzanie w opiece zdrowotnej*, PWE, Warszawa.
- Kautsch M., Żak J., 2001, *Cele organizacji opieki zdrowotnej*, w: *Zarządzanie w opiece zdrowotnej*, red. M. Kautsch, M. Whitfield, J. Klich, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków.
- Konstytucja RP (Dz.U. z 1997 r. Nr 78 poz. 483).
- Kózka M., Brzostek T., Ksykiewicz-Dorota A., Gabryś T., Kilańska D., Ogarek M., Cisek M., Przewoźniak L., Brzyski P., 2019, *Strengthening health systems through nursing: Evidence from 14 European countries*, in: *WHO Regional Office for Europe*, eds. A.M. Rafferty, R. Busse, A. Zander-Jentsch, W. Sermeus, L. Bruyneel, “Copenhagen: Health Policy Series”, 52, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK545733/> (access: 25.05.2024).
- Leowski J., 2004, *Polityka zdrowotna a zdrowie publiczne. Ochrona zdrowia w gospodarce rynkowej*, Ce De Wu, Warszawa.
- Leśnikowska-Gontarz M., 2017, *Wzrost wydatków na ochronę zdrowia a perspektywa rozwoju prywatnego sektora opieki zdrowotnej*, „Prace Naukowe Akademii im. Jana Długosza w Częstochowie”, 11, s. 37-51.
- Łyp K., 2016, *System ochrony zdrowia w Polsce – mechanizm funkcjonowania*, „Zeszyty Naukowe Politechniki Śląskiej”, 89, s. 277-290.
- Makuch A., 2021, *Znaczenie innowacji technologicznych dla bezpieczeństwa podmiotów państwowych w czasie globalnego zagrożenia bezpieczeństwa sanitarnego – wybrane aspekty*, „Studia i Analizy Nauk o Polityce”, 2, s. 65-74.
- Małkowska A.M., 2014, *Innowacje technologiczne na rynku usług medycznych w Polsce*, „Akademia Finansów i Biznesu Vistula w Warszawie”, 1 (39), s. 26-37.
- Musiał G., Chrzanowski I., 2018, *Schumpeter – Lange – Galbraith. Innowacje w teorii i praktyce*, „Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego w Katowicach”, 362, s. 40-58.

- Nalepa D., Weber D., Guz E., Mianowana V., Czekirda M., 2017, *Communication and teamwork in the therapeutic team is the basis of high quality medical services*, "Journal of Education, Health and Sport", 7 (7), pp. 141-153.
- Paplicki M., 2020, *Bezpieczeństwo zdrowotne obywatela w polskim systemie ratownictwa medycznego*, Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego, Wrocław.
- Pawelec G., 2022, *Rola nowych technologii w podnoszeniu jakości usług zdrowotnych w dobie pandemii COVID-19*, „Zeszyty Naukowe Politechniki Białostockiej”, 29 (2), s. 15-25.
- Prusaczyk A., Karczmarz S., Bogdan M., Żuk P., 2022, *Family medicine in rural areas – perspectives and development opportunities*, "Journal of Education, Health and Sport", 12 (11), pp. 58-62.
- Pujer K., 2017, *Zdrowie i choroba w ujęciu socjomedycznym*, Exante, Wrocław.
- Pyłpacz P., Skóra D., Mikos M., 2018, *Jakość usług medycznych a satysfakcja pacjenta*, „Polski Przegląd Nauk o Zdrowiu”, 2 (55), s. 182-185.
- Rahi S., Khan M.M., Alghizzawi M., 2021, *Factors influencing the adoption of telemedicine health services during COVID-19 pandemic crisis: an integrative research model*, "Enter prise Information Systems", 15 (6), pp. 769-793.
- Rogowska P., 2019, *Ochrona zdrowia jako strategiczny obszar zarządzania państwa*, „Nierówności Społeczne a Wzrost Gospodarczy”, 3 (59), s. 212-225.
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz.U. z 2016 r. poz. 86 ze zm.).
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 września 2016 r. w sprawie zakresu zadań lekarza, pielęgniarki i położnej podstawowej opieki zdrowotnej (Dz.U. z 2016 r. Nr 214 poz. 1816 i poz. 1567).
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 28 lutego 2017 r. w sprawie rodzaju i zakresu świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych udzielanych przez pielęgniarkę albo położną samodzielnie bez zlecenia lekarskiego (Dz.U. z 2017 r. poz. 497).
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 12 sierpnia 2020 r. w sprawie standardu organizacyjnego teleporady w ramach podstawowej opieki zdrowotnej (Dz.U. z 2020 r. poz. 1395).
- Rudawska I., 2007, *Zawodność mechanizmu rynkowego w opiece zdrowotnej*, „Problemy Zarządzania”, 3, s. 9-18.
- Smarżewska D., 2020, *Rynek usług medycznych w Polsce*, „Marketing i Rynek”, 11, s. 20-28.
- Suchecka J., Owczarek K., 2018, *Mierniki efektywności usług medycznych*, „Problemy Zarządzania”, 9 (33), s. 79-92.
- Tabaszewski R., 2016, *Prawo do zdrowia w systemach ochrony praw człowieka*, KUL, Lublin.
- Taranta E., Kraśnicka J., Ślusarska B., 2019, *Rola pielęgniarki w zespole terapeutycznym POZ – wybrane aspekty współpracy*, „Lekarz POZ”, 6, s. 419-423.
- Tomasik T. (red.), 2016, *Analiza funkcjonowania POZ w Polsce oraz propozycje Strategii Rozwiązań Systemowych*, Ministerstwo Zdrowia, Warszawa.
- Tomasik T., Hennig J., Bedlicki M., 2016, *Akredytacja w podstawowej opiece zdrowotnej*, „Lekarz Rodzinny”, 4, s. 117-121.
- Tyszka N. (red.), 2012, *Świadczenia opieki zdrowotnej finansowane ze środków publicznych. Vademecum 2012*, NFZ, Warszawa.

- Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U.2022.2561).
- Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U.2022.0.633).
- Walczak R., Gierszewska G., Bitkowska A., 2022, *Wymiary oceny satysfakcji lekarzy z wykorzystania systemu teleporad. Perspektywa badawcza w Polsce*, „Przegląd Organizacji”, 3 (986), s. 14-24.
- Wielicka K., 2014, *Zarys funkcjonowania systemów opieki zdrowotnej w wybranych krajach Unii Europejskiej*, „Zeszyty Naukowe Politechniki Śląskiej”, 79, s. 491-504.
- Włodarczyk W., Kowalska I., Mokrzycka A., 2014, *Szkice z polityki zdrowotnej*, Wolters Kluwer, Warszawa.
- Wojtczak K., 2019, *Lekarze podstawowej opieki zdrowotnej w prawie III Rzeczypospolitej Polskiej*, „Studia Prawa Publicznego”, 2 (26), s. 9-52.
- Woźniak B., 2008, *Zasady funkcjonowania i zakres publicznego systemu finansowego*, w: *System finansowy w Polsce*, cz. 2, red. B. Pietrzak, Z. Polański, B. Woźniak, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.
- Zoń K.M., 2022, *Cywilnoprawne uwarunkowania udzielania przez lekarza świadczeń zdrowotnych w modelu telemedycyny w prawie polskim*, Legalis, Warszawa.

THE IMPORTANCE OF TELECONSULTATION IN HEALTH SECURITY AND PROTECTION OF RESIDENTS OF SMALL TOWNS

Summary

In the modern health care system, the provision of health security plays a key role not only for keeping the population healthy, but also for its development. The Primary Health Care System in Poland is the foundation of the health care system and it is also the main element that shapes the level of health security. The innovations that are currently being introduced into the medical services market are largely based on modern information technologies. Teleportation is a very popular and frequently used form of health service provided by the POZ in the modern health care system, and they allow remote medical assistance to be provided via modern ICT. They are a valuable solution that strengthens the level of health security of Poles, especially residents of small towns. The purpose of this article is to assess the importance of teleporads in health security and health care for residents of small towns. This article is of an introductory nature and the literature analysis carried out in it is based on selected book publications, as well as scientific articles in the fields of management, security, law and medical science.

Keywords: health security, small towns, residents, health care, teleportation, significance

