

**Iwona Wrześniewska-Wal**

Szkoła Zdrowia Publicznego Centrum Medyczne Kształcenia

Podyplomowego, Warszawa

ORCID: 0000-0002-8892-5985

iwrzesniewska@cmkp.edu.pl

## **Prawo do zdrowia. Analiza rozwiązań e-health w Polsce**

### **Wstęp**

E-health jest stosunkowo nową praktyką zdrowotną, która powstała 25 lat temu i początkowo obejmowała swoim zakresem „wszystko, co dotyczy komputerów i medycyny” (medycyna internetowa)<sup>1</sup>. Zdefiniowanie e-health nie jest łatwe, gdyż jest jednym z najszybciej rozwijających się obszarów w ochronie zdrowia, który wymaga ciągłych zmian i nowych uregulowań prawnych. Zdrowie cyfrowe może odegrać rolę w innowacji w ochronie zdrowia, ponieważ ułatwia pacjentom podejmowanie decyzji i udział w procesie świadczenia opieki<sup>2</sup>. Z tego względu Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) już w maju 2005 r. przyjęła rezolucję WHA58.28 ustanawiającą strategię e-health, która wzywała państwa członkowskie do zaplanowania i wprowadzenia tych usług stosownie do potrzeb i możliwości danego kraju<sup>3</sup>. Zgodnie z rezolucją e-health było definiowane jako wykorzystanie technologii informacyjno-komunikacyjnych – lokalnie i na odległość – w celu dostarczania informacji, zasobów i usług związanych ze zdrowiem, które mogą dotrzeć do populacji w sposób spersonalizowany<sup>4</sup>. W szczególności rezolucja wzywała państwa członkowskie do współpracy w celu określenia opartych na dowodach standardów i norm e-health,

---

<sup>1</sup> M. Kuciapski, *E-zdrowie jako narzędzie do podnoszenia jakości i dostępności usług medycznych*, [w:] J. Waśniewski, J. Strumiło (red.), *Uwarunkowania digitalizacji usług zdrowotnych*, Gdańsk 2022, s. 204.

<sup>2</sup> A.I. Stoumpos, F. Kitsios, M.A. Talias. *Digital transformation in healthcare: technology acceptance and its applications*, „International Journal of Environmental Research and Public Health” 2023, vol. 20(4), DOI: 10.3390/ijerph20043407.

<sup>3</sup> Resolution WHA58.28.eHealth, [w:] Fifty-eighth World Health Assembly, Geneva, 16–25 May 2005. Annex. Resolutions and decisions Geneva: World Health Organization; 2005 (WHA58/2005/REC/1), [https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA58-REC1/english/A58\\_2005\\_REC1-en.pdf](https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA58-REC1/english/A58_2005_REC1-en.pdf) (data dostępu: 7.07.2024).

<sup>4</sup> Ibidem.

a także do dzielenia się wiedzą na temat opłacalnych modeli, zapewniających pacjentom jakość i bezpieczeństwo usługi w oparciu o standardy etyczne, poszanowanie prywatności, zasady poufności informacji, równości i sprawiedliwości<sup>5</sup>.

Zgodnie z polityką UE to państwa członkowskie ponoszą odpowiedzialność za świadczenie obywatelom na swoim terytorium bezpiecznej, wydajnej, wysokiej jakości i odpowiedniej opieki zdrowotnej, zatem są również odpowiedzialne za wdrażanie rozwiązań z zakresu e-health<sup>6</sup>. Politykę UE w tym zakresie zapoczątkował utworzony w 2004 r. Europejski Plan Działań e-health<sup>7</sup>. Plan zobowiązywał państwa członkowskie do stworzenia narodowych i regionalnych strategii działania w obszarze e-health, a UE do udzielania państwom członkowskim wsparcia m.in. w postaci wymiany dobrych praktyk i wzmacniania współpracy międzynarodowej za pomocą platform współpracy koordynowanych przez instytucje unijne<sup>8</sup>. Na podstawie dyrektywy 2011/24/UE w sprawie stosowania praw pacjentów w transgranicznej opiece zdrowotnej utworzono dobrowolną sieć współpracy w zakresie e-health. Poprzez efekt synergii otrzymany dzięki kooperacji państw członkowskich UE chce stworzyć dobrze prosperujący oparty dowodach naukowych i wysokich standardach etycznych rynek usług e-health<sup>9</sup>. Obecnie „Europa gotowa na erę cyfrową” to jeden z sześciu priorytetów politycznych Komisji Europejskiej na lata 2019–2024<sup>10</sup>. Komisja definiuje e-health jako zastosowanie nowoczesnych technologii teleinformatycznych ICTs2 do zaspokojenia potrzeb obywateli, pacjentów, specjalistów w zakresie ochrony zdrowia, dostawców usług zdrowotnych i polityków<sup>11</sup>.

W celu uporządkowania tych usług Amerykańska Agencja ds. Żywności i Leków (United States Food and Drug Administration, FDA) wyróżniła pięć podstawowych kategorii e-health: zdrowie mobilne (*mobile health*, mHealth), informatyka zdrowotna (*health information technology*), urządzenia do nosze-

<sup>5</sup> T. Lewis, C. Synowiec, G. Lagomarsino, J. Schweitzer, *E-health in low- and middle-income countries: findings from the Center for Health Market Innovations*, „Bull World Health Organ” 2012, nr 90(5), s. 332–340, DOI: 10.2471/BLT.11.099820.

<sup>6</sup> Dyrektywa Parlamentu Europejskiego i Rady 2011/24/UE z dnia 9 marca 2011 r. w sprawie stosowania praw pacjentów w transgranicznej opiece zdrowotnej (Dz.U. UE L z 4.4.2011).

<sup>7</sup> European Commission. eHealth Action Plan 2012–2020: Innovative healthcare for the 21st century, [https://health.ec.europa.eu/publications/ehealth-action-plan-2012-2020\\_en](https://health.ec.europa.eu/publications/ehealth-action-plan-2012-2020_en) (data dostępu: 7.07.2024).

<sup>8</sup> K. Płaczewski, *E-zdrowie – wykorzystanie technologii informacyjnych i telekomunikacyjnych w polskim systemie ochrony zdrowia*, „Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu” 2022, t. 28, nr 2, s. 126–131.

<sup>9</sup> P. Pirogowicz, *Polityka Unii Europejskiej w dziedzinie e-Health*, „Prace Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu” 2011, nr 220, s. 564–572.

<sup>10</sup> The European Commission's priorities, [https://commission.europa.eu/strategy-and-policy/priorities-2019-2024\\_en](https://commission.europa.eu/strategy-and-policy/priorities-2019-2024_en) (data dostępu: 7.07.2024).

<sup>11</sup> European Commission, *eHealth. Digital health and care*, [https://health.ec.europa.eu/ehealth-digital-health-and-care/overview\\_en#communication](https://health.ec.europa.eu/ehealth-digital-health-and-care/overview_en#communication) (data dostępu: 7.07.2024).

nia (*wearable devices*), telezdrowie i telemedycyna (*telehealth and telemedicine*) oraz medycyna spersonalizowana (*personalized medicine*). Kolejna, szósta kategoria – terapia cyfrowa (*digital therapeutics*) została wskazana przez Stowarzyszenie Cyfrowych Terapeutów<sup>12</sup>. Jednak o tym, jaki rodzaj technologii e-health można wdrożyć, zależy od wielu czynników m.in. geograficznych, ekonomicznych, kulturowych, które należy uwzględnić w procesie planowania strategii e-health. Wdrażania e-health znacznie różnią się w zależności od kraju, ponieważ kraje o średnich dochodach lub rozwinięte koncentrują się na mobilności pacjentów i interoperacyjności<sup>13</sup>, podczas gdy kraje o niskich i niższych średnich dochodach napotykają problemy, takie jak niedobory kadr medycznych, problemy z dostępem do opieki zdrowotnej, brak możliwości edukacyjnych dla osób wykonujących zawody medyczne, większe rozprzestrzenianie się chorób, niewłaściwe zarządzanie danymi<sup>14</sup>. W większości państw o niskich dochodach strategia e-health jest nie jasna, brakuje ram prawnych, co stanowi znaczną barierę dla skutecznej inwestycji i wdrażania tych rozwiązań<sup>15</sup>.

W Polsce, szczególnie po pandemii COVID-19, widać wyraźny rozwój e-health, a także wykorzystanie Internetu w celach zdrowotnych<sup>16</sup>. W ramach publicznej opieki zdrowotnej istnieje dostęp do usług e-health, takich jak e-recepta, elektroniczne zwolnienia lekarskie, telekonsultacje i elektroniczna dokumentacja medyczna, a placówki prywatne oferują dostęp do mobilnych aplikacji zdrowotnych, wirtualnego gabinetu lekarskiego lub e-harmonogramu, który umożliwia pacjentowi umówienie się na wizytę w stacjonarnej lub internetowej placówce medycznej<sup>17</sup>. Zgodnie z danymi Głównego Urzędu Statystycznego w Polsce ponad 93% gospodarstw domowych ma dostęp do Internetu<sup>18</sup>, a jednocześnie wciąż rośnie liczba osób starszych, które znają strony internetowe i urządzenia mobilne<sup>19</sup>. Oznacza to, że rozwój e-health w Polsce jest nieuniknionym z kilku powodów: 1) wzrasta zapotrzebowanie na opiekę zdrowotną

<sup>12</sup> M. Kuciapski, op. cit., s. 206–207.

<sup>13</sup> <https://ezdrowie.gov.pl/portal/home/interoperacyjnosc/definicje-interoperacyjnosci> (data dostępu: 7.07.2024).

<sup>14</sup> S.A. Mengiste, K. Antypas, M.R. Johannessen i in., *eHealth policy framework in low and lower middle-income countries. A PRISMA systematic review and analysis*, „BMC Health Serv Res” 2023, vol. 23(3280), DOI: 10.1186/s12913-023-09325-7.

<sup>15</sup> Ibidem.

<sup>16</sup> K. Płaciszewski, W. Wierzba, J. Ostrowski, J. Pinkas, M. Jankowski, *Use of the Internet for health Purposes – a national web-based cross-sectional survey among adults in Poland*, „International Journal of Environmental Research and Public Health” 2022, vol. 19(23), DOI: 10.3390/ijerph192316315.

<sup>17</sup> Ibidem.

<sup>18</sup> Główny Urząd Statystyczny, *Spółeczeństwo informacyjne w Polsce 2022*, [https://stat.gov.pl/files/gfx/portalinformacyjny/pl/defaultaktualnosci/5497/2/12/1/spoleczenstwo\\_informacyjne\\_w\\_polsce\\_w\\_2022\\_r.pdf](https://stat.gov.pl/files/gfx/portalinformacyjny/pl/defaultaktualnosci/5497/2/12/1/spoleczenstwo_informacyjne_w_polsce_w_2022_r.pdf) (data dostępu: 14.08.2024).

<sup>19</sup> K. Płaciszewski, W. Wierzba, J. Ostrowski, J. Pinkas, M. Jankowski, op. cit.

spowodowane starzeniem się populacji<sup>20</sup>; 2) są braki kadr medycznych<sup>21</sup> i luka pokoleniowa a kadra medyczna również się starzeje<sup>22</sup>; 3) istnieje nierównomierną alokacją zasobów medycznych<sup>23</sup>. Celem tego artykułu jest przedstawienie ram prawnych e-health, czynników wpływających na rozwój i bariery oraz ryzyka i zagrożenia, a także analiza kierunku rozwoju tego systemu w przyszłości.

## Zdrowie i jego ochrona

Zdrowie to szczególna wartość, która podlega ochronie prawnej. W Polsce prawo do ochrony zdrowia jest gwarantowane w Konstytucji RP. Art. 68 ust. 1 Konstytucji RP stanowi, że każdy ma prawo do ochrony zdrowia. Oznacza to, że Konstytucja wyklucza jakiegokolwiek wyłączenia podmiotowe z zakresu jej działania, np. ze względu na obywatelstwo poszukującego ochrony (normą objęci są obywatele polscy i cudzoziemcy znajdujący się pod władzą RP), jak i biorąc pod uwagę stopień rozwoju istoty ludzkiej (prawem tym objęte są wszystkie istoty ludzkie od momentu poczęcia aż do naturalnej śmierci)<sup>24</sup>.

<sup>20</sup> W 2021 r. liczba osób w wieku 60 lat i więcej wyniosła 9,7 mln, a w stosunku do roku poprzedniego zwiększyła się o 0,2%. Odsetek osób starszych w populacji Polski osiągnął w 2021 r. poziom 25,7%. Według prognozy liczba ludności w wieku 60 lat i więcej w Polsce w 2030 r. ma wzrosnąć do poziomu 10,8 mln, a w 2050 r. wynieść 13,7 mln, tj. około 40% ogółu ludności – E. Kamińska-Gawryluk (red.), *Analizy statystyczne GUS 2022. Sytuacja osób starszych w Polsce w 2021 r.*, [https://stat.gov.pl/files/gfx/portalinformacyjny/pl/defaultaktualnosci/6002/2/4/1/sytuacja\\_osob\\_starszych\\_w\\_polsce\\_w\\_2021\\_r.pdf](https://stat.gov.pl/files/gfx/portalinformacyjny/pl/defaultaktualnosci/6002/2/4/1/sytuacja_osob_starszych_w_polsce_w_2021_r.pdf) (data dostępu: 3.07.2024).

<sup>21</sup> Według danych Organizacji Współpracy Gospodarczej i Rozwoju (OECD) z 2019 r. liczba lekarzy w Polsce w przeliczeniu na 1000 mieszkańców wynosi 2,4, odbiegając od średniej krajach OECD, która wynosi 3,31, a przypadku pielęgniarek wynosi 5,1 na 1000 mieszkańców. Stawia to nasz kraj na 29 miejscu pod względem liczby lekarzy i pielęgniarek na 1000 mieszkańców, na dalszych miejscach są tylko trzy kraje: Meksyk, Turcja i Kolumbia – zob. *Health at a Glance 2019*, [https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2019\\_4dd50c09-en](https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2019_4dd50c09-en) (data dostępu: 1.09.2024). Według ostatnich szacunków OECD, zamieszczonych w raporcie *Health at a Glance 2023*, wskaźnik dla Polski za rok 2021 wynosił 3,4 lekarzy na 1000 mieszkańców, podczas gdy średnia w krajach OECD wyniosła 3,7; w przypadku pielęgniarek średnio 9,2 w krajach członkowskich OECD na 1000 mieszkańców, a w Polsce – 5,7.

<sup>22</sup> Największy niedobór dotyczy lekarzy specjalistów (np. chirurgów, pediatrów), gdzie średnia wieku wynosi 54,5 lata. W przypadku lekarzy dentyistów aż 18% specjalistów to osoby wykonujące zawód po 66 roku życia. W sytuacji kolejnego istotnego z punktu widzenia pacjenta zawodu ponad 65% pielęgniarek i położnych ma powyżej 45 lat – I. Wrześniewska-Wal, B. Kobuszewski, *Specjalista ze zdrowia publicznego w systemie opieki zdrowotnej*, „Przegląd Nauk o Zdrowiu” 2017, nr 4(53), s. 544–555.

<sup>23</sup> W Polsce większość podmiotów leczniczych położna jest w dużych aglomeracjach, a nie na obszarach wiejskich i tam większość pracowników medycznych wybiera praktykę zawodową – zob. Najwyższa Izba Kontroli, *System ochrony zdrowia w Polsce – stan obecny i pożądane kierunki zmian. Raport*, Warszawa 2019, <https://www.nik.gov.pl/plik/id,20223,vp,22913.pdf> (data dostępu: 2.07.2024).

<sup>24</sup> I. Wrześniewska-Wal, M. Waszkiewicz, D. Hajdukiewicz, A. Augustynowicz, *Wybrane prawne i etyczne podstawy działania systemu ochrony zdrowia w Polsce*, „Studia BAS” 2018, nr 4(56), s. 48.

Znaczenie prawa do ochrony zdrowia uwypukla umiejscowienie art. 68 ust. 1 Konstytucji RP w rozdziale II, regulującym prawa i wolności człowieka i obywatela, w części poświęconej prawom ekonomicznym, socjalnym i kulturalnym. Umieszczenie tego przepisu na początku rozdziału tworzy pewną łączność z art. 38, a także z art. 30 Konstytucji RP, nawiązując wprost do istoty godności ludzkiej. Tym samym prawo do ochrony zdrowia jest prawem człowieka i nie tylko pozostaje w ścisłym związku z prawem do ochrony życia, ale i z innymi prawami: wolnością od niehumanitarnego bądź poniżającego traktowania lub karania, prawem do prywatności, a także wolnością sumienia i wyznania czy prawem do informacji<sup>25</sup>. Konsekwentnie prawo do ochrony zdrowia uznawane jest za jedno z najistotniejszych praw człowieka, określane jako prawo podstawowe wynikające z przyrodzonej i niezbywalnej godności człowieka, którego przestrzeganie władza państwowa jest zobowiązana ochraniać<sup>26</sup>. Prawo do ochrony zdrowia nie ma tylko charakteru deklaratywnego, jest prawem podmiotowym. Aspekt, że art. 68 ust. 1 Konstytucji stanowi prawo podmiotowe, potwierdza orzecznictwo. Według Naczelnego Sądu Administracyjnego z ust. 1 art. 68 Konstytucji RP należy wywieść podmiotowe prawo jednostki do ochrony zdrowia<sup>27</sup>. Oznacza to, że prawo do ochrony zdrowia, o którym stanowi ust. 1 art. 68 Konstytucji RP, jest prawem człowieka, a nie prawem wyłącznie obywatelskim, a ponadto nie tylko prawem osób pracujących i ubezpieczonych, ale też przysługuje zarówno osobom uprawnionym do świadczeń w rozumieniu ustawodawstwa zwykłego, jak i takim osobom, które tych uprawnień nie posiadają<sup>28</sup>. Zaznaczył to także Trybunał Konstytucyjny w następujący sposób: „Ustawodawca z reguły nie może ich nie tylko kwestionować, ale i ograniczać”<sup>29</sup>. Dalsze ustępy art. 68 Konstytucji RP różnią się od ust. 1 tym, że nie wyrażają wprost żadnego prawa jednostki, a wskazują na obowiązki władz publicznych w zakresie ochrony zdrowia<sup>30</sup>. Pojawia się pytanie, czy ust. 2–5 art. 68 Konstytucji RP to jedynie normy programowe, czy też można wyinterpretować z nich również konkretne uprawnienia. Zdaniem doktryny jedynie z art. 68 ust. 2 Konstytucji RP można odkodować, że obywatelom przysługujące prawo do równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej fi-

<sup>25</sup> T. Jasudowicz, *Prawo do zdrowia*, [w:] B. Gronowska, T. Jasudowicz, M. Balcerzak, M. Lubiszewski, R. Mizerski (red.), *Prawa człowieka i ich ochrona*, Toruń 2010, s. 491.

<sup>26</sup> A. Zoll, *Problemy służby zdrowia w świetle doświadczeń RPO*, „Prawo i Medycyna” 2000, vol. 2, nr 8, s. 5–7.

<sup>27</sup> Wyrok NSA z 18 lutego 2015 r., sygn. akt II GSK 2331/1319, Lex nr 1657729.

<sup>28</sup> S. Jarosz-Żukowska, *Prawo do ochrony zdrowia i dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej*, [w:] M. Jabłoński (red.), *Realizacja i ochrona konstytucyjnych wolności i praw jednostki w polskim porządku prawnym*, Wrocław 2014, s. 667.

<sup>29</sup> Wyrok TK z 15 listopada 2000 r., sygn. akt P12/99, OTK ZU 2000, Nr 7, poz. 260.

<sup>30</sup> A. Wołoszyn-Cichońska, *Konstytucyjny obowiązek zapewnienia szczególnej opieki zdrowotnej dzieciom, kobietom ciężarnym, osobom niepełnosprawnym i osobom w podeszłym wieku przez władze publiczne*, „Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska – Sectio G” 2017, vol. LXIV, nr 1, s. 227.

nansowanej ze środków publicznych, a z nałożonych na władze publiczne obowiązków przewidzianych w ust. 3–5 tego artykułu nie można wyprowadzić praw podmiotowych<sup>31</sup>. W doktrynie dominuje pogląd, że są to normy programowe, bez określenia konkretnych kroków ich realizacji i bez konkretnych roszczeń prawnych osób trzecich<sup>32</sup>.

W Konstytucji RP nieprzypadkowo ujęto prawo do ochrony zdrowia wśród innych praw zawartych w rozdziale II, gdyż podkreśla on dualny charakter tego prawa<sup>33</sup>. Konstytucyjne prawo do ochrony zdrowia z art. 68 ust. 1 Konstytucji RP zaliczane jest do kategorii praw socjalnych o szczególnie doniosłym charakterze z punktu widzenia jednostki, a zakres ochrony zdrowia uzależniony jest od możliwości finansowych państwa<sup>34</sup>, co staje się przedmiotem decyzji politycznych. Tymczasem koszty wdrożenia e-health stanowią istotne wyzwanie dla systemu ochrony zdrowia, a tym samym i barierę, która może sprawić, że wdrożenie takich rozwiązań będzie niewykonalne. Jest to związane z wysokim poziomem inwestycji wymaganych do zakupu sprzętu, a także z kosztami zatrudnienia wyspecjalizowanego personelu pomocniczego w zakresie technologii informatycznych (IT) w celu utrzymania działania systemów i nabycia oprogramowania<sup>35</sup>.

Jednak mimo dwojakiego charakteru prawa do ochrony zdrowia wyrażonego w art. 68 ust. 1 Konstytucji RP z aprobatą należy przyjąć stanowiska w doktrynie, wskazujące, że jednak prawo to stanowi prawo podmiotowe, co ma istotne znaczenie z punktu widzenia jego realizacji, gdyż jednostki mają prawo domagać się od władzy publicznej jego wykonywania<sup>36</sup>. Potwierdza to judykatura w kluczowym dla systemu ochrony zdrowia wyroku Trybunału Konstytucyjnego z 7 stycznia 2004 r.<sup>37</sup> Zgodnie z tym wyrokiem musi istnieć taki system, który umożliwi ochronę zdrowia każdemu. Norma art. 68 ust. 1 Konstytucji RP nie przesądza o konstrukcji tego systemu ani o jego poszczególnych elementach, takich jak charakter prawny źródeł finansowania świadczeń zdrowotnych, charakter i struktura płatnika (płatników) tych świadczeń

<sup>31</sup> Ibidem.

<sup>32</sup> Ibidem, s. 228.

<sup>33</sup> A. Surówka, *Miejsce konstytucyjnego prawa do ochrony zdrowia w systemie praw i wolności człowieka i obywatela*, „Przegląd Prawa Konstytucyjnego” 2012, nr 3, s. 92–95.

<sup>34</sup> Wyrok TK z 24 lutego 2004 r., sygn. akt K 54/02, OTK-A 2004, Nr 3, poz. 15; M. Mikos, M. Urbaniak, *Prawo do bezpiecznej ochrony zdrowia w świetle Konstytucji RP oraz rekomendacji Rady Europy i Rady Unii Europejskiej*, „Medyczna Wokanda” 2016, nr 8, s. 160–161; M. Dercz, H. Izdebski, T. Rek, *Prawo publiczne ochrony zdrowia*, Warszawa 2013, s. 41.

<sup>35</sup> M.H. da Fonseca, F. Kowaleski, C.T. Picinin, B. Pedroso, P. Rubbo, *E-Health practices and technologies: a systematic review from 2014 to 2019*, „Healthcare” 2021, nr 9(9), s. 1192, DOI: 10.3390/healthcare9091192.

<sup>36</sup> K. Ryś, *Konstytucyjne prawo do ochrony zdrowia i prawo do szczególnej opieki zdrowotnej*, <https://repozytorium.amu.edu.pl/server/api/core/bitstreams/db763adc-2fcc-4446-8b9b-7d4debef9f52/content> (data dostępu: 7.07.2024).

<sup>37</sup> Wyrok TK z 7 stycznia 2004 r., sygn. akt K 14/03, OTK 2004, Nr 1, poz. 1.

czy też struktury własnościowej świadczeniodawców<sup>38</sup>. Pewne ograniczenia dla ustawodawcy wprowadzają uszczegółowienia tej normy art. 68 Konstytucji w ust. 2–4<sup>39</sup>.

Odpowiedzialność władz publicznych za system ochrony zdrowia dotyczy zarówno całości, jak i jego poszczególnych elementów. System ten świadczy usługi dla poszczególnych osób oraz całych populacji, a także prowadzi działania międzysektorowe<sup>40</sup>. Obecnie główne kierunki rozwoju systemu ochrony zdrowia w Polsce określa dokument „Zdrowa przyszłość. Ramy strategiczne rozwoju systemu ochrony zdrowia na lata 2021–2027, z perspektywą do 2030 r.”. Stanowi on kontynuację dokumentu „e-zdrowie Polska” na lata 2010–2015<sup>41</sup>. Zgodnie z tymi założeniami do zadań Ministra Zdrowia należy wspieranie i monitorowanie informatyzacji oraz przygotowanie regulacji prawnych w tym zakresie. Na potrzeby cyfryzacji procesów w ochronie zdrowia utworzono specjalną jednostkę budżetową podlegającą Ministrowi Zdrowia – Centrum e-Zdrowia (CEZ)<sup>42</sup>, która odpowiada za proces cyfryzacji w ochronie zdrowia, w tym za monitorowanie planowanych, budowanych i prowadzonych systemów teleinformatycznych na poziomie ogólnokrajowym i regionalnym<sup>43</sup>.

## Raportowanie zdarzeń medycznych

W czasie pandemii COVID-19 w systemie publicznym wiele rozwiązań związanych z e-health wprowadzono tymczasowo, a obecnie istnieje taki obowiązek, jak np. raportowanie zdarzeń medycznych do platformy P1. Zgodnie z ustawą o systemie informacji w ochronie zdrowia zdarzenie medyczne prze-

<sup>38</sup> I. Wrześniewska-Wal, E. Wędrychowska, *System ochrony zdrowia po orzeczeniu Trybunału Konstytucyjnego – uwarunkowania kolejnej reformy służby zdrowia, Sprawozdanie z seminarium „Prawa i Medycyna”, Warszawa, 2 kwietnia 2004 r.*, „Prawo i Medycyna” 2004, nr 2, s. 6.

<sup>39</sup> Należą do nich: obowiązek zapewnienia obywatelom równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych (art. 68 ust. 2), obowiązek zapewnienia szczególnej opieki zdrowotnej dzieciom, kobietom ciężarnym, osobom niepełnosprawnym i osobom w podeszłym wieku (art. 68 ust. 3), obowiązek zwalczania chorób epidemicznych i zapobiegania negatywnym dla zdrowia skutkom degradacji środowiska (art. 68 ust. 4), obowiązek popierania rozwoju kultury fizycznej, zwłaszcza wśród dzieci i młodzieży (art. 68 ust. 5).

<sup>40</sup> A. Wojtczak, *Zdrowie publiczne. Najważniejsze zagadnienia dla studiujących i zainteresowanych nauką o zdrowiu*, Warszawa 2018, s. 63.

<sup>41</sup> Opracowanie powstało w oparciu o dokumenty: „Strategia Rozwoju Społeczeństwa Informatycznego w Polsce do roku 2013” i „Europa 2020 – Strategia na rzecz inteligentnego i zrównoważonego rozwoju sprzyjającego włączeniu społecznemu” oraz „Europejska Agenda Cyfrowa”, stanowiące rozszerzenie w zakresie działań związanych z opieką zdrowotną „Centrum Systemów Informatycznych w Ochronie Zdrowia. Kierunki informatyzacji »e-Zdrowie Polska« na lata 2011–2015” – [https://cdn.who.int/media/docs/default-source/digital-health-documents/global-observatory-on-digital-health/poland\\_ehealth2010\\_2015.pdf?sfvrsn=480cbae5\\_3](https://cdn.who.int/media/docs/default-source/digital-health-documents/global-observatory-on-digital-health/poland_ehealth2010_2015.pdf?sfvrsn=480cbae5_3) (data dostępu: 5.07.2024).

<sup>42</sup> Centrum e-Zdrowia, <https://cez.gov.pl/pl> (data dostępu: 5.07.2024).

<sup>43</sup> Zarządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2024 r. w sprawie Centrum e-zdrowia (Dz. Urz. MZ z 2024 r., poz. 47).

tworzane w systemie informacji to świadczenie zdrowotne, o którym mowa w art. 5 ust. 40 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych<sup>44</sup>. W tym miejscu należy bliżej przedstawić to kluczowe dla systemu ochrony zdrowia pojęcie, jakim jest świadczenie zdrowotne, które oprócz wspomnianej już definicji w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych znajduje się w ustawie o działalności leczniczej<sup>45</sup> (art. 2 ust. 1 pkt 10 u.d.l.) i mimo tej drobnej różnicy językowej w obu tych definicjach pojęcie świadczenia zdrowotnego na gruncie obydwu ustaw należy interpretować jednakowo<sup>46</sup>. Według tych regulacji świadczenie zdrowotne to działania służące profilaktyce, zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia oraz inne działania medyczne wynikające z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich udzielania. Na podstawie przedstawionej definicji można wskazać, że świadczenie zdrowotne polega na działaniu, które można podzielić na trzy grupy. Do pierwszej należą „działania służące” zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia (posiadające cel leczniczy – czynności lecznicze *sensu stricto*), druga obejmuje inne „działania medyczne” wynikające z procesu leczenia (funkcjonalnie związane z leczeniem, zwane zabiegami pomocniczymi), a trzecia – inne działania medyczne wynikające z przepisów odrębnych regulujących zasady ich wykonywania (nie mają one celu leczniczego i nie są związane z leczeniem)<sup>47</sup>.

Obecnie należy raportować każdą interakcję z pacjentem, która rodzi w sobie stworzenie dokumentacji medycznej. Zdarzenia medyczne raportuje się do systemu P1 w ciągu dwóch dni od jego zakończenia (np. wizyta ambulatoryjna) lub rozpoczęcia (np. pobyt w szpitalu)<sup>48</sup>. Z punktu widzenia płatnika, w celu kontroli efektywności wykorzystania środków i przestrzegania przepisów prawa, a także analiz związanych z podejmowaniem decyzji wpływających na stan zdrowia całej populacji, istotne znaczenie ma raportowanie danych. Ich zakres to: dane usługodawcy, usługobiorcy, dane identyfikujące świadczenie zdrowotne, dane miejsca udzielania świadczenia zdrowotnego,

<sup>44</sup> Ustawa z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (t.j. Dz.U. z 2023 r., poz. 2465), dalej jako u.ś.o.z.

<sup>45</sup> Ustawa z dnia 11 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (t.j. Dz.U. z 2024 r., poz. 799), dalej jako u.d.l.

<sup>46</sup> G. Głanowski, *Umowa o świadczenie zdrowotne*, Warszawa 2019, s. 219.

<sup>47</sup> *Ibidem*, s. 220–221.

<sup>48</sup> Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 3 czerwca 2022 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie szczegółowego zakresu danych zdarzenia medycznego przetwarzanego w systemie informacji oraz sposobu i terminów przekazywania tych danych do Systemu Informacji Medycznej (Dz.U. z 2022 r., poz. 1296) wskazuje na 22 kategorie: pobyt w oddziale szpitalnym, leczenie jednego dnia, pobyt, porada, porada patronażowa, wizyta, wizyta patronażowa, cykle leczenia, badanie, sesja, osoba leczona, wyjazd ratowniczy, akcja ratownicza, transport sanitarny, transport lotniczy, hemodializa, bilans zdrowia, wyrób medyczny, szczepienie, badanie (test) przesiewowe, świadczenie profilaktyczne, osoba objęta opieką koordynowaną.



dane pracownika medycznego udzielającego świadczenia zdrowotnego lub osoby odpowiedzialnej za jej udzielenie, dane dotyczące indeksu Elektronicznej Dokumentacji Medycznej (EDM), inne dane pozwalające na identyfikację zdarzenia medycznego. W celu umożliwienie systematycznego rejestrowania, analizy, interpretacji i porównywania danych dotyczących śmiertelności i zachorowalności zgromadzonych w różnych krajach lub regionach i w różnym czasie WHO stworzyła „wspólny język”. Są to narzędzia do rejestrowania, raportowania i grupowania warunków i czynników wpływających na zdrowie, m.in. Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD) oraz Międzynarodowa Klasyfikacja Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia (ICF). Prawidłowe zbieranie danych i kodowanie ich zapewnia możliwość porównywania wyników zdrowotnych polskich pacjentów z innymi krajami oraz zapewnienia możliwości ponownego wykorzystania zarejestrowanych danych do różnych celów wykraczających poza zwykle statystyki zdrowotne, w tym wsparcie decyzji, alokację zasobów, zwrot kosztów, wytyczne i inne. Centrum e-Zdrowia na platformie P2 w Rejestrze Systemów Kodowania udostępnia przetłumaczoną na język polski wersję obu tych klasyfikacji. Warto podkreślić, że obecnie obowiązuje jeszcze Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych – wersja dziesiąta (ICD-10). Klasyfikacja ICD-11 została oficjalnie zatwierdzona podczas 72. Światowego Zgromadzenia Zdrowia w dniu 25 maja 2019 r. ICD-11 w wersji angielskiej zaczęła obowiązywać 1 stycznia 2022 r. Od tego czasu trwają intensywne prace nad krajowymi wersjami klasyfikacji ICD-11, również w Polsce<sup>49</sup>.

## Internetowe Konto Pacjenta

Szczególnym rozwiązaniem skierowanym przede wszystkim do pacjentów jest Internetowe Konto Pacjenta (IKP). Założone na platformie internetowej zarządzanej przez CEZ konto, po pierwsze, umożliwia pacjentowi korzystanie z niektórych usług cyfrowych; po drugie, gromadzi część danych medycznych konkretnego pacjenta. W IKP znajdują się dane z wielu źródeł dotychczas rozproszonych, m.in. z Systemu Informacji Medycznej (SIM P1) (informacje w zakresie e-recept i e-skierowań, a także od 2024 r. e-rejestracji), Zintegrowanego Informatora Pacjenta (system NFZ, gromadzący informacje o zrealizowanych świadczeniach i ich kosztach), Zakładu Ubezpieczeń Społecznych (ZUS) – baza o zaświadczeniach lekarskich (w tym ZUS ZLA) oraz informacje

<sup>49</sup> W. Zgliczyński, J. Kocik, J. Ostrowski, J. Pinkas, I. Wrześniewska-Wal, M. Wywrot, A. Baska, *Training courses and workshops on International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD-11) in 2023. Polish participants' perception*, „Wiedza Medyczna” 2024, vol. 6, nr 1, DOI: 10.36553/wm.166.

o uprawnieniach wynikających z relacji opiekuńczej (np. wobec dziecka zgłoszonego przez rodzica do ubezpieczenia)<sup>50</sup>. W przypadku takiego nagromadzenia danych o pacjentach i ich stanie zdrowia w jednym miejscu zawsze istnieje ryzyko cyberataku<sup>51</sup>.

Z IKP mogą korzystać wszystkie osoby pełnoletnie, które mogą potwierdzić tożsamość cyfrową. Ponadto istnieje możliwość uzyskania ograniczonego dostępu do IKP (wybrane funkcjonalności) przez osobę, która ukończyła 16. rok życia i osób upoważnionych<sup>52</sup>. Korzystne dla pacjenta jest to, że oprócz przechowywania danych IKP umożliwia również podejmowanie konkretnych działań, takich jak wybór i zmiana lekarza/pielęgniarki/położnej podstawowej opieki zdrowotnej (POZ), nadanie dostępu do dokumentacji medycznej pacjenta, wnioski o wystawienie europejskiej karty ubezpieczenia zdrowotnego (EKUZ), wyrażenie przez pacjenta zgody na wymagające tej zgody usługi zdrowotne, np. zabiegi chirurgiczne<sup>53</sup>. Bezpośrednio z IKP są powiązane następujące rozwiązania: e-recepta (w tym transgraniczna), e-skierowanie, e-zwolnienie.

## Elektroniczna dokumentacja medyczna

Dokumentacja medyczna prowadzona jest przez podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych w postaci elektronicznej<sup>54</sup>. Elektroniczna dokumentacja medyczna (EDM) jest podzbiorem tej dokumentacji. EDM to dokumentacja wytworzona w postaci elektronicznej określona w przepisach wydanych na podstawie art. 13a ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia<sup>55</sup>. Co wyróżnia EDM: 1) są to dokumenty wytwarzane zgodnie z przyjętym standardem (PIK HL& CDA); 2) informacja o dokumentacji jest zapisywana w postaci indeksu EDM w centralnym systemie e-zdrowie (P1); 3) istnieje możliwość wymiany dokumentacji pomiędzy podmiotami i uzyskania informacji na temat historii leczenia danego pacjenta (dostępne on-line). EDM jest przypisane do konkretnego pacjenta. Oznacza to, że np. podczas wizyty u specjalisty lekarz ten ma wgląd w dokumentację medyczną pacjenta za pomocą swojego oprogramowania komputera. To ważna zmiana zapewniająca

<sup>50</sup> K. Płaciszewski, op. cit., s. 128–129.

<sup>51</sup> *Wysoka kara prezesa UODO dla spółki medycznej po ataku hakerskim*, <https://www.prawo.pl/biznes/wysoka-kara-dla-spolki-po-wycieku-danych,528561.html> (data dostępu: 14.08.2024).

<sup>52</sup> Centrum e-Zdrowia...

<sup>53</sup> Ibidem.

<sup>54</sup> Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz.U. z 2024 r., poz. 798).

<sup>55</sup> EDM to dokumenty wytworzone w postaci elektronicznej, opatrzone odpowiednim podpisem elektronicznym (art. 2 pkt 6 ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia).

ciągłość opieki nad pacjentem, a także umożliwia współpracę między zawodami medycznymi.

W skład EDM-u wchodzi również dokumenty, takie jak<sup>56</sup>: 1) informacja o rozpoznaniu choroby, problemu zdrowotnego lub urazu, wynikach przeprowadzonych badań, przyczynie odmowy przyjęcia do szpitala, udzielonych świadczeń zdrowotnych oraz ewentualnych zaleceniach – w przypadku odmowy przyjęcia do szpitala (powód odmowy); 2) informacja dla lekarza kierującego świadczeniobiorcą do poradni specjalistycznej lub leczenia szpitalnego o rozpoznaniu, sposobie leczenia, rokowaniu, ordynowanych lekach w okresie ich stosowania i sposobie dawkowania oraz wyznaczonych wizytach kontrolnych; 3) karta z leczenia szpitalnego; 4) wyniki badań laboratoryjnych wraz z opisem; 5) opis badań diagnostycznych, innych niż wskazane w pkt 4. Ponadto EDM ułatwia dostęp do danych na potrzeby badań, profilaktyki i spersonalizowanej opieki i pozwala na prowadzenie działań pilotażowych, co obecnie jest priorytetem Komisji Europejskiej<sup>57</sup>.

## **Elektroniczna recepta (e-recepta) i recepta transgraniczna**

Obowiązek wystawiania e-recepty istnieje od 8 stycznia 2020 r. (tylko recepty dla *pro auctore* lub *pro familiae* mogą być w formie papierowej)<sup>58</sup>. E-receptę można zrealizować na podstawie czterocyfrowego kodu powiązanego z numerem PESEL pacjenta, na którego jest wystawiona e-recepta. Każdy lek można wykupić w dowolnej aptece. Szacuje się, że do końca czerwca 2024 r. wystawiono ponad 2,1 mld e-recept<sup>59</sup>. Jednocześnie, co jest wygodne dla pacjenta, każda e-recepta będzie e-receptą transgraniczną<sup>60</sup>. E-recepta transgraniczna to usługa polegająca na elektronicznej wymianie recept przez przesyłanie danych medycznych między Polską a innymi państwami członkowskimi UE. Zgodnie z dyrektywą w sprawie stosowania praw pacjentów w transgranicznej opiece zdrowotnej każde państwo członkowskie UE zobowiązane zostało do wyznaczenia Krajowego Punktu Kontaktowego (KPK)

---

<sup>56</sup> Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 8 maja 2018 r. w sprawie rodzajów elektronicznej dokumentacji medycznej (Dz.U. z 2023 r., poz. 1851).

<sup>57</sup> S. Thomas, A. Sagan, J. Larkin, J. Cylus, J. Figueras, M. Karanikolos, *Strengthening health systems resilience. Key concepts and strategies*, Copenhagen 2020.

<sup>58</sup> Ustawa z dnia 1 marca 2018 r. o zmianie niektórych ustaw w związku z wprowadzeniem e-recepty (Dz.U. z 2018 r., poz. 697).

<sup>59</sup> Centrum e-Zdrowia...

<sup>60</sup> Ustawa z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne (Dz. U. z 2021 r., poz. 974, z późn. zm.); Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 23 grudnia 2020 r. w sprawie recept (Dz. U. z 2020 r., poz. 2424 z późn. zm.).

ds. Transgranicznej Opieki Zdrowotnej<sup>61</sup>. Pewną barierą może być fakt, że pacjent w celu realizacji recepty musi się zalogować do IKP i wskazać kraje, w których chce ją zrealizować. Jednak jak już pacjent znajdzie się za granicą, to na podstawie jego numeru PESEL wskazana apteka zagraniczna będzie mogła sprawdzić e-receptę. Realizacja e-recepty za granicą podlega prawu miejsca realizacji. Warto wskazać, że e-recepta transgraniczna ma pewne ograniczenia: dotyczy tylko osób dorosłych, czyli powyżej 18 roku życia, obejmuje jedynie leki gotowe o kategorii dostępności Rp (z wyjątkiem leków zawierających substancje psychotropowe), istnieje konieczność posiadania przez pacjenta konta IKP, brak możliwości realizacji częściowej e-recepty (np. nie można wykupić dwóch z pięciu opakowań), a w przypadku problemów technicznych z systemem nie można zastąpić jej receptą papierową.

### **Elektroniczne zwolnienie (e-zwolnienie)**

Lekarze mają obowiązek wystawienia zwolnienia lekarskiego w formie elektronicznej od 1 grudnia 2018 r. E-zwolnienie o oznaczeniu ZUS ZLA przekazywane jest do ZUS-u<sup>62</sup>. Wprowadzenia tego rozwiązania należy ocenić pozytywnie, gdyż pozwala na automatyczne dostarczenie zwolnienia do pracodawcy i do ZUS-u. System informatyczny e-zwolnień zawiera również inne udogodnienia, m.in. generuje numer statystyczny choroby i kod literowy zwolnienia. Ponadto system e-zwolnień zawiera moduł przypominający lekarzowi o możliwości skierowania pacjenta w ramach ZUS-u na rehabilitację i umożliwia elektroniczne wypełnienie wniosku (formularz ZUS PR-4). Ważne jest także to, że w module e-zwolnienia widoczna jest cała historia zwolnień lekarskich danego pacjenta, co umożliwi lekarzowi zgodne z przepisami wystawianie kolejnych zwolnień oraz ułatwia kontrolę m.in. przez lekarzy orzeczników ZUS<sup>63</sup>.

### **Inne usługi: e-skierowanie, e-kolejka i e-rejestracja**

Wprowadzenie od stycznia 2021 r. e-skierowania pozwoliło na kolejny krok w dokumentowaniu procesu diagnostyczno-terapeutycznego<sup>64</sup>. Ponadto zgod-

---

<sup>61</sup> Dyrektywa Parlamentu Europejskiego i Rady 2011/24/UE z dnia 9 marca 2011 r. w sprawie stosowania praw pacjentów w transgranicznej opiece zdrowotnej (Dz.U. UE L z 4.4.2011).

<sup>62</sup> Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 10 listopada 2015 r. w sprawie trybu i sposobu orzekania o czasowej niezdolności do pracy, wystawiania zaświadczenia lekarskiego oraz trybu i sposobu sprostowania błędów w zaświadczeniu lekarskim (Dz.U. z 2015 r., poz. 2013).

<sup>63</sup> K. Płaciszewski, op. cit., s. 130.

<sup>64</sup> Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 15 kwietnia 2019 r. w sprawie skierowań wystawianych w postaci elektronicznej w Systemie Informacji Medycznej (Dz.U. z 2019 r., poz. 711).

nie z art. 23a ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych świadczeniodawcy (szpitale oraz przychodnie specjalistyczne w ramach ambulatoryjnej opieki zdrowotnej) zobowiązani są do umożliwienia świadczeniobiorcy możliwości zapisu na wizytę drogą elektroniczną, monitorowania listy osób oczekujących na udzielenie świadczenia oraz prowadzenia systemu powiadamiania o terminie udzielenia świadczenia (e-kolejka)<sup>65</sup>. Nowością jest E-rejestracja (obecnie w formie pilotażu), która jest funkcjonalną częścią systemu e-zdrowie (P1) pozwalającą na zwiększenie dostępności do zidentyfikowanych świadczeń medycznych poprzez optymalne rozłożenie liczby wolnych miejsc w grafikach podmiotów leczniczych udzielających świadczeń. Jedno centralne miejsce e-rejestracji umożliwi pacjentowi umówienie się na wizytę bez konieczności bezpośredniego kontaktu z podmiotem. Istotnymi elementami e-rejestracji są: centralny harmonogram wolnych świadczeń, prowadzenie i udostępnianie w systemach IKP, system odpowiada za powiadomienie o wizytach, transparentność, zapisy na konkretny termin, wizyty w ramach kontynuacji leczenia umawia tylko podmiot<sup>66</sup>. W POZ centralna rejestracja wykorzystywana jest do zapisów na: profilaktykę 40PLUS, szczepienia przeciwko COVID-19 oraz HPV dla dzieci.

## Teleporady

W związku z pandemią pojawiła się konieczność szerszej implementacji usług e-health do publicznej ochrony zdrowia. Warto jednak podkreślić, że jeszcze w 2019 r. Ministerstwo Zdrowia dopuściło udzielanie porad telemedycznych w podstawowej opiece zdrowotnej, a w 2020 r. telemedycyna w postaci teleporady została dopuszczona w innych świadczeniach gwarantowanych, szczególnie w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej, w zakresie każdego świadczenia zdrowotnego, pod warunkiem że są spełnione zarówno kryteria medyczne, jak i warunki określone w zarządzeniach oraz komunikatach prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia<sup>67</sup>. Teleporada jest definiowana jako „świadczenie zdrowotne udzielane na odległość przy użyciu systemów teleinformatycznych lub systemów łączności”<sup>68</sup>. Standard organizacyjny udzielanej teleporady w ramach POZ obejmuje konieczność odpowiedniego informowania

---

<sup>65</sup> Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 7 lipca 2017 r. w sprawie minimalnej funkcjonalności dla systemów teleinformatycznych umożliwiających realizację usług związanych z prowadzeniem przez świadczeniodawców list oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej (Dz.U. z 2017 r., poz. 1404).

<sup>66</sup> Centrum e-Zdrowia...

<sup>67</sup> I. Wrześniewska-Wal, D. Hajdukiewicz, *Telemedycyna w Polsce – aspekty prawne, medyczne i etyczne*, „Studia Prawnoustrojowe” 2020, nr 50, s. 515–521.

<sup>68</sup> 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).

przez świadczeniodawcę o warunkach udzielania teleporad. Istotne jest to, aby wyeliminować ryzyko związane z niewłaściwą identyfikacją pacjenta, dlatego przed udzieleniem teleporady należy potwierdzić tożsamość pacjenta, a informacja o tej formie świadczenia medycznego musi znaleźć się w dokumentacji medycznej. Teleporada musi być udzielona w warunkach poufności, a świadczeniodawca POZ powinien stosować rozwiązania służące transmisji dokumentów elektronicznych w sposób zapewniający ich integralność oraz ochronę przed zniszczeniem, utraceniem, zmodyfikowaniem, nieuprawnionym ujawnieniem lub nieuprawnionym dostępem<sup>69</sup>. Stąd pewną barierą we wprowadzaniu tego typu rozwiązań są koszty związane z zapewnieniem cyberbezpieczeństwa.

Istotnym dla lekarza i dla pacjenta ograniczeniem świadczeń w postaci teleporad jest brak badania przedmiotowego, np. fizykalne badanie brzucha czy osłuchiwanie pacjenta. Z tego względu w trakcie świadczenia teleporady lekarz powinien ustalić na podstawie badania podmiotowego i po analizie dostępnej dokumentacji medycznej pacjenta, czy teleporada jest wystarczająca albo poinformować pacjenta o konieczności udzielenia świadczenia zdrowotnego w bezpośrednim kontakcie. Istnieje duże ryzyko stosowania teleporad w przypadku pacjentów tzw. pierwszorazowych. Obecnie ta forma udzielania świadczeń zdrowotnych znajduje zastosowanie w przypadku wizyt kontrolnych, a w szczególności u pacjentów z chorobami przewlekłymi, znajdujących się w stabilnej fazie choroby.

Zgodnie ze standardami teleporada jest traktowana tak samo jak wizyta stacjonarna. Oznacza to, że lekarz zobowiązany jest do świadczenia usług medycznych przy użyciu technologii informacyjno-komunikacyjnych zgodnie z art. 4 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty<sup>70</sup>. Przepis ten nakłada na lekarza obowiązek udzielenia świadczeń zgodnie z aktualną wiedzą medyczną, stosowania dostępnych metod i środków oraz z należytą starannością, a także z zasadami etyki zawodowej. Wprowadzenie standardów teleporady należy ocenić pozytywnie, gdyż podnosi to zaufanie do nowych technologii zarówno pacjentów, jak i profesjonalistów medycznych. Niemniej jednak w badaniach ankietowych akceptacja stosowania teleporady jest niska, umiarkowana dla opieki po zabiegowej, a najwyższa okazała się dla profilaktyki<sup>71</sup>. Nie ulega wątpliwości, że do kluczowych korzyści, nie tylko w zakresie teleporady, ale i całego e-health, należy edukacja i promowanie zachowań prozdrowotnych.

<sup>69</sup> I. Wrześniewska-Wal, D. Hajdukiewicz, op. cit. s. 515–521.

<sup>70</sup> Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (t.j. Dz.U. z 2023 r., poz. 1516), dalej jako u.z.l.

<sup>71</sup> M. Kuciapski, op. cit., s. 220–221.

## Opieka farmaceutyczna

W kontekście rozwoju e-health należy podkreślić, że obecnie w polskim systemie ochrony następują zmiany polegające na poszerzaniu kompetencji osób wykonujących zawody medyczne, wykorzystywaniu ich dopełniających się umiejętności lub zmianie ról zawodowych (*skill-mix and staff-mix*) określane mianem innowacji społecznej<sup>72</sup>. Nowe kompetencje zawodowe, samodzielność oraz współpraca zawodów medycznych to w przyszłości innowacyjny sposób zaspokajania złożonych potrzeb pacjentów<sup>73</sup>. Dobrym przykładem tych praktyk jest zawód farmaceuty. Farmaceuta wykonujący samodzielny zawód medyczny (art. 2 ust. 1 ustawy z dnia 10 grudnia 2020 r. o zawodzie farmaceuty)<sup>74</sup> został włączony w opiekę nad pacjentem, udziela świadczeń zdrowotnych m.in. poprzez sprawowanie opieki farmaceutycznej. W ramach tego świadczenia czuwa on nad prawidłowym przebiegiem indywidualnej farmakoterapii obejmującej szereg czynności, m.in. konsultacje, opracowanie indywidualnego planu opieki farmaceutycznej z uwzględnieniem problemów lekowych pacjenta; przeglądy lekowe wraz z oceną farmakoterapii; wykonywanie badań diagnostycznych w celu oceny farmakoterapii oraz analizy problemów lekowych; wystawianie recept w ramach kontynuacji zlecenia lekarskiego (art. 4 ust. 2 ww. ustawy). Wykonując powyższe zadania, farmaceuta współpracuje z pacjentem i z lekarzem prowadzącym leczenie pacjenta, a w razie potrzeby – z przedstawicielami innych zawodów medycznych. Tak jak każde świadczenie zdrowotne, opieka farmaceutyczna stanowi udokumentowany proces. Jednak, po pierwsze, ustawa o zawodzie farmaceuty nie zawiera szczegółowych regulacji określających sposób prowadzenia dokumentacji farmaceutycznej. Należy zatem posiłkowo przyjąć regulacje dotyczące dokumentacji medycznej określonej jako zbiór dokumentów, które są nośnikami informacji o charakterze medycznym (informacje o stanie zdrowia pacjenta i udzielonych mu świadczeniach)<sup>75</sup>. Po drugie, już w raporcie *Opieka farmaceutyczna Kompleksowa analiza procesu wdrożenia*<sup>76</sup> postulowano elektroniczną formę dokumentacji medycznej, w tym rozszerzenie funkcjonalności Internetowe Konto Pacjenta (IKP) o dodatkowy moduł zawierający zalecenia farmaceuty przekazane pacjentowi w ramach

<sup>72</sup> I. Kowalska-Bobko, M. Gałązka-Sobotka, A. Frączkiewicz-Wronka, K. Badora-Musiał, B. Buchelt, *Skill mix in medical and about medical professions*, „Medycyna Pracy” 2020, nr 71(3), s. 337–352, DOI: 10.13075/mp.5893.00817.

<sup>73</sup> World Health Organization Framework for Action on Interprofessional Education and Collaborative Practice, Geneva, World Health Organization 2010, [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70185/1/WHO\\_HRH\\_HPN\\_10.3\\_eng.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70185/1/WHO_HRH_HPN_10.3_eng.pdf?ua=1) Accessed January 8, 2019 (data dostępu: 14.08.2024).

<sup>74</sup> Ustawa z dnia 10 grudnia 2020 r. o zawodzie farmaceuty (t.j. Dz.U. z 2024 r., poz. 676).

<sup>75</sup> U. Drozdowska (red.), *Dokumentacja medyczna*, Warszawa 2011, s. 22.

<sup>76</sup> *Opieka farmaceutyczna. Kompleksowa analiza procesu wdrożenia*, <https://www.gov.pl/web/gif/raport-opieka-farmaceutyczna-kompleksowa-analiza-procesu-wdrozenia-juz-dostepny> (data dostępu: 4.07.2024).

udzielanych świadczeń zdrowotnych. Takie rozwiązanie, którego obecnie brakuje, znacznie ułatwi przeglądy lekowe, usługę nowy lek czy wypisanie recepty kontynuowanej. Niemniej jednak od lipca 2024 r. udostępniona jest już nowa funkcjonalność<sup>77</sup>, gdzie znajduje się wywiad farmaceuty (karta porady) w ramach usług dotyczących zdrowia reprodukcyjnego<sup>78</sup>. Po trzecie, współpraca zawodów medycznych w opiece nad pacjentem, m.in. w ramach opieki farmaceutycznej, wymaga dostępu do danych pacjenta. Współpraca to proces wzajemnego komunikowania się i wspólnego podejmowania decyzji mających na celu zaspokojenie potrzeb pacjenta w obszarze dobrostanu i choroby z poszanowaniem unikalnych przymiotów i umiejętności każdego ze specjalistów<sup>79</sup>. Wydaje się, że wprowadzeniu zmian i rozwojowi usług e-health w ramach opieki farmaceutycznej powinno towarzyszyć wypracowanie standardów współpracy farmaceuty z lekarzem. W wielu krajach, gdzie opieka farmaceutyczna rozwija się już od lat 70. XX w., między farmaceutami a lekarzami istnieją różne formy mniej lub bardziej sformalizowanej współpracy, które mogą stanowić inspirację dla polskiego ustawodawcy. W USA realizowana jest ona poprzez formalne porozumienia dokładnie określające ramy tej współpracy<sup>80</sup>, a w Australii lekarz rodzinny otrzymuje od farmaceuty raport dotyczący przeglądu lekowego<sup>81</sup>. Przykłady europejskie to: Holandia gdzie organizowane są spotkania obu grup zawodowych w celu weryfikacji farmakoterapii<sup>82</sup>, oraz Wielka Brytania, gdzie farmaceuta ma obowiązek powiadomić lekarza prowadzącego (najczęściej rodzinnego) w przypadku wykrycia nieprawidłowości dotyczących farmakoterapii pacjenta<sup>83</sup>. Należy zauważyć, że w Polsce rozwojowi w obszarze technologii informatyczno-komunikacyjnych (np. elektroniczne systemy dokumentacji medycznej, IKP) nie zawsze w sposób wystarczający towarzyszy uwzględnienie innych regulacji prawnych dotyczących zmiany roli zawodów medycznych.

---

<sup>77</sup> *Zapis wywiadu farmaceuty (karta porady) w ramach usług dotyczących zdrowia reprodukcyjnego*, <https://ezdrowie.gov.pl/portal/arttykul/zapis-wywiadu-farmaceuty-karta-porady-w-ramach-uslug-dotyczacych-zdrowia-reprodukcyjnego> (data dostępu: 8.07.2024).

<sup>78</sup> Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 kwietnia 2024 r. w sprawie programu pilotażowego w zakresie usług farmaceuty dotyczących zdrowia reprodukcyjnego (Dz.U. z 2024 r., poz. 662).

<sup>79</sup> I. Wrześniewska-Wal, *Medyczne zawody zaufania publicznego*, Warszawa 2023, s. 164–165.

<sup>80</sup> J. Oberska, A. Prusaczyk, P. Żuk, B. Jurewicz, M. Guzek, M. Bogdan, *International experience in the context of pharmaceutical care introduction in Poland*, „Journal of Education – Health and Sport” 2022, vol. 12, nr 5, s. 81–95.

<sup>81</sup> A.K. Dhillon, H.L. Hattingh, A. Stafford i in., *General practitioners' perceptions on home medicines reviews: a qualitative analysis*, „BMC Fam Pract” 2015, nr 16, DOI: 10.1186/s12875-015-0227-8.

<sup>82</sup> A. Piecuch, M. Makarewicz-Wujec, M. Kozłowska-Wojciechowska, *Stosunki zawodowe między farmaceutą (aptekarzem) a lekarzem*, „Farmacja Polska” 2014, nr 70(7), s. 353–362.

<sup>83</sup> Pharmaceutical Care Services (PCS) Plan, 2016, [https://www.nhs.uk/wp-content/uploads/2019/07/Pharmaceutical\\_Care\\_Services\\_Plan\\_2016.pdf](https://www.nhs.uk/wp-content/uploads/2019/07/Pharmaceutical_Care_Services_Plan_2016.pdf) (data dostępu: 4.07.2024).



## E-patomorfologia

W obecnym modelu opieki nad pacjentem istotna jest współpraca między zawodami medycznymi, jak również współpraca zawodowa np. poszczególnych specjalistów. Takim przykładem jest współpraca lekarzy klinicystów z lekarzami patomorfologami. W wielu podmiotach leczniczych w Polsce brakuje dobrej współpracy między tymi specjalistami, a rozpoznanie lekarza patomorfologa jest równie istotne jak rozpoznanie lekarza klinicysty (np. ginekologa, onkologa), gdyż pozwala zaplanować dalszą diagnozę lub leczenie pacjenta<sup>84</sup>. Rozpoznanie patomorfologiczne (wynik badania, podsumowanie, raport patomorfologiczny) musi zawierać co najmniej nazwę procedury, z której pochodzi materiał, opis makroskopowy, rozpoznanie patomorfologiczne wraz z kodem ICD-10, ponadto – w przypadku chorób nowotworowych – zawierać musi wszelkie dane, które mogą mieć wpływ na późniejszą decyzję lekarza klinicysty (np. określenie typu histologicznego nowotworu, lokalizację i wielkość nowotworu, obecność naciekania naczyń krwionośnych lub limfatycznych, nerwów) oraz podsumowanie z określeniem „patologicznego” zaawansowania choroby nowotworowej. Jednak aby kluczowe dla lekarza klinicysty i pacjenta rozpoznanie patomorfologiczne było pełne dla lekarza patomorfologa, niezbędne są dane o pacjencie w postaci wywiadu (objawy i ich nasilenie), badań obrazowych i laboratoryjnych. Niezbędne jest zatem przy współpracy lekarzy patomorfologów i lekarzy klinicystów dzielenie się informacją oraz korzystanie z EDM. Ponadto informatyzacja zakładu patomorfologii to kolejny krok, który pozwala m.in. na śledzenie obiegu próbki materiału, kontrolę, minimalizację błędów i standaryzację dokumentów<sup>85</sup>. W przypadku patomorfologii informatyzacja i dostęp do danych znacząco wpływa na jakość rozpoznania. Pozwala również na przygotowania rozpoznania patomorfologicznego w wymaganym dla danej procedury czasie (np. drobny materiał – 3–5 dni, materiał pooperacyjny – 10 dni). Wydaje się, że praca zespołowa i wspieranie zespołu specjalistów rozwiązaniami z obszaru e-health to korzyści zarówno dla pacjenta, jak i lekarzy specjalistów. Jednak w przypadku obu tych grup barierą tak zaplanowanej pracy zespołowej może stać się zaufanie do nowych technologii.

## Wnioski

Z punktu widzenia zmian zachodzących we współczesnych porządkach prawnych należy podkreślić, że prawo do zdrowia jest prawem czło-

<sup>84</sup> A. Marszałek, *E-patomorfologia, dostęp do rozpoznania patomorfologicznego*, szkolenie Centralnego Ośrodka Badań, Innowacji i Kształcenia Naczelnej Izby Lekarskiej, Warszawa, 22 maja 2024 r.

<sup>85</sup> Ł. Szyłberg, M. Maniewski, *Wykorzystanie sztucznej inteligencji w patomorfologii. Stan obecny i przyszłość*, szkolenie Naczelna Izba Lekarskiej, Warszawa, 20 czerwca 2024 r.

wieka<sup>86</sup>, a nie tylko prawem socjalnym w ścisłym tego słowa znaczeniu. Definicja zdrowia i sposób jego pojmowania podlega nieustannym zmianom. Technologia e-health może poprawić każdy aspekt świadczeń zdrowotnych, zaczynając od medycyny naprawczej, po badania biomedyczne, nadzór nad zdrowiem publicznym, administrację odpowiedzialną za zdrowie, edukację pacjenta, a w przypadku populacji o ograniczonym dostępie do opieki (np. wiejskiej) można oczekiwać poprawy jakości i dostępu do świadczeń<sup>87</sup>. Za pomocą nowoczesnych technologii pewne choroby będą mogły być diagnozowane internetowo bez potrzeby przemieszczania się z miejsca na miejsce, tak uciążliwego dla osób starszych czy niepełnosprawnych. Jednocześnie opieka zdrowotna dąży do aktywnej roli pacjenta poprzez promowanie większej odpowiedzialności pacjenta. Pacjent aktywny, bo wyposażony w odpowiednie technologie, staje się pacjentem odpowiedzialnym. W ten sposób można uzyskać poprawę wyników zdrowotnych m.in. w chorobach przewlekłych: cukrzyca typu 2, astma<sup>88</sup>. Z drugiej strony istnieją pewne ryzyka, które budzą niepokój pacjentów korzystających z tych usług. Najistotniejsze to kwestie bezpieczeństwa danych medycznych w procesie świadczenia usług e-health, aktualność informacji i bezpieczeństwo (przerwy techniczne w funkcjonowaniu portali, urządzeń) oraz ciągłość działania systemów teleinformatycznych<sup>89</sup>.

Ponadto warto wspomnieć, że obecnie nastąpiło rozwarstwienie świadczeń zdrowotnych, gdyż pacjenci oczekują już nie tylko świadczeń z zakresu medycyny naprawczej, ale w coraz większym stopniu działań zapobiegawczych związanych z profilaktyką i prewencją (np. badania kontrolne, porady edukacyjne, szczepienia). W tym przypadku usługi e-health mają szereg zalet, np. mogą usprawnić samokontrolę pacjentów<sup>90</sup>. Aplikacje mobilne mogą przypominać o zbliżających się terminach badań kontrolnych lub innych świadczeń profilaktycznych. Pacjent zarządza swoim stanem zdrowia, jest za nie odpowiedzialny i ma narzędzia, aby podejmować odpowiedzialne decyzje. To ogromna i niedoceniana wartość tych technologii.

Trzeba pamiętać, że każdy pacjent oczekuje bezpiecznych i dostępnych ze względu na swoje potrzeby wysokiej jakości świadczeń zdrowotnych. Wsparcie klasycznej diagnostyki i leczenia przez systemy e-health może te oczekiwania speł-

<sup>86</sup> T. Jasudowicz, op. cit., s. 491.

<sup>87</sup> R.D. Silverman, *e-Health and e-medicine*, „Hematology/Oncology Clinics of North America” 2002, vol. 16, nr 6, s. 1495–1507, DOI: 10.1016/S0889-8588(02)00064-3.

<sup>88</sup> Y. Quintana, C. Safran, *Global challenges in people-centered e-Health*, „Studies in Health Technology and Informatics” 2015, nr 216, s. 977.

<sup>89</sup> I. Czarska, *E-usługi w służbie zdrowia jako nowy wymiar medycyny – rodzaje usług i bezpieczeństwo danych medycznych*, [w:] K. Mazurek-Łopacińska, M. Sobocińska (red.), *Badania marketingowe wobec nowych trendów w otoczeniu*, Wrocław 2020, s. 199–200.

<sup>90</sup> R. Wynn, E. Gabarron, J.-A.K. Johnsen, V. Traver, *E-Health services*, „International Journal of Environmental Research and Public Health” 2020, nr 17(8), s. 2885, DOI: 10.3390/ijerph17082885.

nić. Z punktu widzenia zawodów medycznych, w tym lekarza, dostęp do informacji w środowisku e-zdrowia nabiera dodatkowego znaczenia w kontekście rozwoju strategii opartych na dowodach naukowych (*evidence-based medicine* – EBM)<sup>91</sup>. W szerszym znaczeniu e-health charakteryzuje nie tylko rozwój technologiczny, ale także sposób myślenia, postawa i wspólne zaangażowanie zawodów medycznych w opiekę nad pacjentem poprzez wykorzystanie technologii komunikacyjno-informacyjnej. W Polsce w ostatnich latach w dużej mierze rozwijane były systemy informatyczne e-health zwiększające efektywność administracji i ułatwiające organizację udzielania świadczeń. Zdaniem autorki ten kierunek powinien być inny. Rozwój systemów e-health w publicznej i w prywatnej ochronie zdrowia to przede wszystkim wsparcie procesu diagnostyki oraz leczenia. Wsparcie e-health to przede wszystkim wzmocnienie roli pacjenta, zachowanie ciągłości opieki i współdzielenie opieki przez wielodyscyplinarny zespół terapeutyczny<sup>92</sup>. W tym celu decydenci powinni skupić się na ograniczaniu ryzyk i budowaniu świadomości zarówno wśród społeczeństwa, jak i kadry medycznej na temat niewątpliwych korzyści z wykorzystania innowacji e-health, szczególnie patrząc na nie przez pryzmat lepszej diagnostyki, skrócenia procesu leczenia, wsparcia personelu medycznego i ułatwień w codziennym życiu.

## Wykaz literatury

- Czerska I., *E-usługi w służbie zdrowia jako nowy wymiar medycyny – rodzaje usług i bezpieczeństwo danych medycznych*, [w:] K. Mazurek-Lopacińska, M. Sobocińska (red.), *Badania marketingowe wobec nowych trendów w otoczeniu*, Wyd. UE, Wrocław 2020.
- Dercz M., Izdebski H., Rek T., *Prawo publiczne ochrony zdrowia*, Wolters Kluwer, Warszawa 2013.
- Dhillon A.K., Hattingh H.L., Stafford A. i in., *General practitioners' perceptions on home medicines reviews: a qualitative analysis*, „BMC Fam Pract” 2015, nr 16, DOI: 10.1186/s12875-015-0227-8.
- Drozdowska U. (red.), *Dokumentacja medyczna*, Esclap, Warszawa 2011.
- Duplaga M., *Znaczenie technologii e-zdrowia w rozwoju innowacyjnego modelu świadczenia usług w ochronie zdrowia*, „Zeszyty Naukowe Ochrony Zdrowia, Zdrowie Publiczne i Zarządzanie” 2010, t. VIII, nr 2.
- da Fonseca M.H., Kovaleski F., Picinin C.T., Pedroso B., Rubbo P., *E-Health practices and technologies: a systematic review from 2014 to 2019*, „Healthcare” 2021, nr 9(9).
- Glanowski G., *Umowa oświadczenie zdrowotne*, Wolters Kluwer, Warszawa 2019.

<sup>91</sup> M. Duplaga, *Znaczenie technologii e-zdrowia w rozwoju innowacyjnego modelu świadczenia usług w ochronie zdrowia*, „Zeszyty Naukowe Ochrony Zdrowia, Zdrowie Publiczne i Zarządzanie” 2010, t. VIII, nr 2, s. 49.

<sup>92</sup> Ibidem.

- Główny Urząd Statystyczny, *Spoleczeństwo informacyjne w Polsce 2022*, [https://stat.gov.pl/files/gfx/portalinformacyjny/pl/defaultaktualnosci/5497/2/12/1/spoleczenstwo\\_informacyjne\\_w\\_polsce\\_w\\_2022\\_r.pdf](https://stat.gov.pl/files/gfx/portalinformacyjny/pl/defaultaktualnosci/5497/2/12/1/spoleczenstwo_informacyjne_w_polsce_w_2022_r.pdf).
- Jarosz-Żukowska S., *Prawo do ochrony zdrowia i dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej*, [w:] M. Jabłoński (red.), *Realizacja i ochrona konstytucyjnych wolności i praw jednostki w polskim porządku prawnym*, Wyd. UWr, Wrocław 2014.
- Jasudowicz T., *Prawo do zdrowia*, [w:] B. Gronowska, T. Jasudowicz, M. Balcerzak, M. Lubiszewski, R. Mizerski (red.), *Prawa człowieka i ich ochrona*, TNOiK, Toruń 2010.
- Kamińska-Gawryluk E. (red.), *Analizy statystyczne GUS 2022. Sytuacja osób starszych w Polsce w 2021 r.*, <https://stat.gov.pl/files/gfx/portalinformacyjny/pl>
- Kowalska-Bobko I., Gałązka-Sobotka M., Frączkiewicz-Wronka A., Badora-Musiał K., Buchelt B., *Skill mix in medical and about medical professions*, „Medycyna Pracy” 2020, nr 71(3), s. 337–352, DOI: 10.13075/mp.5893.00817.
- Kuciapski M., *E-zdrowie jako narzędzie do podnoszenia jakości i dostępności usług medycznych*, [w:] J. Waśniewski, J. Strumiłło (red.), *Uwarunkowania digitalizacji usług zdrowotnych*, Wyd. UG, Gdańsk 2022.
- Lewis T., Synowiec C., Lagomarsino G., Schweitzer J., *E-health in low- and middle-income countries: findings from the Center for Health Market Innovations*, „Bull World Health Organ” 2012, nr 90(5), DOI: 10.2471/BLT.11.099820.
- Marszałek A., *E-patomorfologia, dostęp do rozpoznania patomorfologicznego, szkolenie Centralnego Ośrodka Badań, Innowacji i Kształcenia Naczelnej Izby Lekarskiej*, Warszawa, 22 maja 2024 r.
- Mengiste S.A., K. Antypas K., Johannessen M.R. i in., *eHealth policy framework in low and lower middle-income countries. A PRISMA systematic review and analysis*, „BMC Health Serv Res” 2023, vol. 23(3280), DOI: 10.1186/s12913-023-09325-7.
- Mikos M., Urbaniak M., *Prawo do bezpiecznej ochrony zdrowia w świetle Konstytucji RP oraz rekomendacji Rady Europy i Rady Unii Europejskiej*, „Medyczna Wokanda” 2016, nr 8.
- Najwyższa Izba Kontroli, *System ochrony zdrowia w Polsce – stan obecny i pożądane kierunki zmian. Raport*, Warszawa 2019, <https://www.nik.gov.pl/plik/id,20223,vp,22913.pdf>.
- Oberska J., Prusaczyk A., Żuk P., Jurewicz B., Guzek M., Bogdan M., *International experience in the context of pharmaceutical care introduction in Poland*, „Journal of Education – Health and Sport” 2022, vol. 12, nr 5.
- Piecuch A., Makarewicz-Wujec M., Kozłowska-Wojciechowska M., *Stosunki zawodowe między farmaceutą (aptekarzem) a lekarzem*, „Farmacja Polska” 2014, nr 70(7).
- Pirogowicz P., *Polityka Unii Europejskiej w dziedzinie e-Health*, „Prace Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu” 2011, nr 220.
- Placiszewski K., *E-zdrowie – wykorzystanie technologii informacyjnych i telekomunikacyjnych w polskim systemie ochrony zdrowia*, „Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu” 2022, t. 28, nr 2.
- Placiszewski K., Wierzbza W., Ostrowski J., Pinkas J., Jankowski M., *Use of the Internet for health Purposes – a national web-based cross-sectional survey among adults in Poland*, „International Journal of Environmental Research and Public Health” 2022, vol. 19(23), DOI: 10.3390/ijerph192316315.
- Quintana Y., Safran C., *Global challenges in people-centered e-Health*, „Studies in Health Technology and Informatics” 2015, nr 216.

- Ryś K., *Konstytucyjne prawo do ochrony zdrowia i prawo do szczególnej opieki zdrowotnej*, <https://repozytorium.amu.edu.pl/server/api/core/bitstreams/db763adc-2fcc-4446-8b9b-7d4debe9f52/content>.
- Silverman R.D., *e-Health and e-medicine*, „Hematology/Oncology Clinics of North America” 2002, vol. 16, nr 6, DOI: 10.1016/S0889-8588(02)00064-3.
- Stoumpos A.I., Kitsios F., Talias M.A., *Digital transformation in healthcare: technology acceptance and its applications*, „International Journal of Environmental Research and Public Health” 2023, vol. 20(4), DOI: 10.3390/ijerph20043407.
- Surówka A., *Miejsce konstytucyjnego prawa do ochrony zdrowia w systemie praw i wolności człowieka i obywatela*, „Przegląd Prawa Konstytucyjnego” 2012, nr 3.
- Szylberg Ł., Maniewski M., *Wykorzystanie sztucznej inteligencji w patomorfologii. Stan obecny i przyszłość, szkolenie Naczelna Izba Lekarskiej*, Warszawa, 20 czerwca 2024 r.
- Thomas S., Sagan A., Larkin J., Cylus J., Figueras J., Karanikolos M., *Strengthening health systems resilience. Key concepts and strategies*, European Observatory on Health Systems and Policies, Copenhagen 2020.
- Wojtczak A., *Zdrowie publiczne. Najważniejsze zagadnienia dla studiujących i zainteresowanych nauką o zdrowiu*, CeDeWu, Warszawa 2018.
- Wołoszyn-Cichocka A., *Konstytucyjny obowiązek zapewnienia szczególnej opieki zdrowotnej dzieciom, kobietom ciężarnym, osobom niepełnosprawnym i osobom w podeszłym wieku przez władze publiczne*, „Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska – Sectio G” 2017, vol. LXIV, nr 1.
- Wrześniewska-Wal I., Hajdukiewicz D., *Telemedycyna w Polsce – aspekty prawne, medyczne i etyczne*, „Studia Prawnoustrojowe” 2020, nr 50.
- Wrześniewska-Wal I., Kobuszewski B., *Specjalista ze zdrowia publicznego w systemie opieki zdrowotnej*, „Przegląd Nauk o Zdrowiu” 2017, nr 4(53).
- Wrześniewska-Wal I., Waszkiewicz M., Hajdukiewicz D., Augustynowicz A., *Wybrane prawne i etyczne podstawy działania systemu ochrony zdrowia w Polsce*, „Studia BAS” 2018, nr 4(56).
- Wrześniewska-Wal I., *Medyczne zawody zaufania publicznego*, CeDeWu, Warszawa 2023.
- Wrześniewska-Wal I., Wędrychowska E., *System ochrony zdrowia po orzeczeniu Trybunału Konstytucyjnego – uwarunkowania kolejnej reformy służby zdrowia, Sprawozdanie z seminarium „Prawa i Medycyny”*, Warszawa, 2 kwietnia 2004 r., „Prawo i Medycyna” 2004, nr 2.
- Wynn R., E. Gabarron E., Johnsen J.-A.K., Traver V., *E-Health services*, „International Journal of Environmental Research and Public Health” 2020, nr 17(8), DOI: 10.3390/ijerph17082885.
- Wysoka kara prezesa UODO dla spółki medycznej po ataku hakerskim*, <https://www.prawo.pl/biznes/wysoka-kara-dla-spolki-po-wycieku-danych,528561.html>.
- Zgliczyński W., Kocik J., Ostrowski J., Pinkas J., Wrześniewska-Wal I., Wywrot M., Baska A., *Training courses and workshops on International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD-11) in 2023. Polish participants' perception*, „Wiedza Medyczna” 2024, vol. 6, nr 1, DOI: 10.36553/wm.166.
- Zoll A., *Problemy służby zdrowia w świetle doświadczeń RPO*, „Prawo i Medycyna” 2000, vol. 2, nr 8.

## Summary

### **The right to health. Analysis of e-Health solutions in Poland**

**Keywords:** right to health, e-health, health system, access to health care.

Building sustainable and crisis-resilient health systems is now a major policy priority for the World Health Organization (WHO) and the European Union. Plans in this regard include the use of e-health systems using state-of-the-art technologies. This article aims to present the problem of the realization of the right to health care through the example of the development of modern e-health technologies in Poland. Then, to evaluate e-health as a tool for improving the quality and availability of medical services. In addition, it indicates those areas that require urgent legislative changes for example teleportation, pharmaceutical care, and e-path morphology. While positively evaluating the development of e-health IT systems in Poland to date, it should be borne in mind that the goal of the legislator should not only be to improve administrative and organizational efficiency but to develop e-health systems in such a way as to provide real support for the diagnostic and treatment process for patients and medical professionals.