

**Samuel TUROSZ**

Uniwersytet Warszawski  
Wydział Geografii i Studiów Regionalnych  
e-mail: s.turosz@uw.edu.pl  
ORCID: 0000-0001-8451-708X

**Prace i Studia Geograficzne**

ISSN: 0208-4589; ISSN (*online*): 2543-7313  
2024, t. 69.1, s. 65-90  
DOI: 10.48128/pisg/2024-69.1-04

## NOWOCZESNA DEINSTYTUCJONALIZACJA ZDROWIA – PRZEGLĄD NOWYCH TRENDÓW SPOŁECZNYCH W ZDROWIU PUBLICZNYM W UJĘCIU TERYTORIALNYM

**Modern deinstitutionalization of health – review of new social trends in public health  
in territorial context**

**Abstract:** Being one of the policy goals of the European Union, the deinstitutionalization of social services, originally understood as deconcentration, is changing its character nowadays. Health as a concept in the field of axiology is gaining importance not only among researchers, but also – through the development of widespread awareness and, as a result, practical knowledge of society – for the general population. Rising health consciousness, aided by developing technologies and innovations is causing social changes in behavioral patterns, resulting in spatial and community functioning changes. The decline of health institutions, as a quintessential feature of these changes, should be seen (with an awareness of their potential risks) as an opportunity for developing more independent and shock-resistant communities.

**Wpłynęło:** 13.02.2023

**Zaakceptowano:** 05.03.2024

**Zalecany sposób cytowania / Cite as:** Turosz S., 2024, Nowoczesna deinstytucjonalizacja zdrowia – przegląd nowych trendów społecznych w zdrowiu publicznym w ujęciu terytorialnym, *Prace i Studia Geograficzne*, 69.1, Wydział Geografii i Studiów Regionalnych Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa, 65-90, DOI: 10.48128/pisg/2024-69.1-04.

© Copyright by Wydział Geografii i Studiów Regionalnych Uniwersytetu Warszawskiego & Autorzy



Artykuł opublikowany przez SCIENDO i objęty licencją Creative Commons Attribution-NonCommercial-NoDerivatives 4.0 International License

**Key words:** public health, social trends, local communities, spatial changes, modern technologies, deinstitutionalization, patient emancipation

### WPROWADZENIE

Zdrowie jest bez wątpienia pojęciem należącym do kategorii aksjologicznych. W wielu definicjach utożsamia się je z wartością, czyli czymś szczególnie cennym i pożądanym (Obodyńska 2015). Potwierdzeniem słuszności tego podejścia są wyniki badań społecznych, według których 47% Polaków jako najważniejszą wartość w życiu wskazuje właśnie zdrowie (CBOS 2020a).

Najadekwatniejszym pojęciem w zakresie ochrony zdrowia w ujęciu socjologicznym jest zdrowie publiczne. Wynika to z faktu, że w odróżnieniu od zdrowia jednostki, zdrowie publiczne jest

równoznaczne ze zdrowiem całej społeczności (Opolski 2011). Termin ten charakteryzuje się zróżnicowanym podejściem praktyków i teoretyków. Wśród wielu definicji można wyróżnić ich 5 grup:

- 1) definicje scjentyistyczne (nauko-centryczne) – podkreślające rolę rozwoju nauk medycznych (i innych) w zakresie osiągnięcia określonego poziomu zdrowia populacyjnego (z reguły – w domyśle – jak najlepszego), np.: „zdrowie publiczne to multidyscyplinarna dziedzina, której celem jest badanie i rozwiązywanie problemów związanych z determinantami zdrowia na poziomie populacji, czyli wpływami struktury społecznej, przyzwyczajzeń życiowych, życia zawodowego, środowiska i systemu opieki zdrowotnej na zdrowie populacji i efektywność opieki zdrowotnej” (Karolinska Institutet 2011 za: Marks i in. 2011, s. 9);
- 2) definicje socjologiczne – kładące nacisk na wpływ relacji społecznych na stan zdrowia ogółu (np.: „zdrowie publiczne można postrzegać jako struktury i procesy, dzięki którym zdrowie populacji jest badane, chronione i promowane poprzez zorganizowane wysiłki społeczeństwa” (WHO Europe 1999 za: Marks i in. 2011, s. 9);
- 3) definicje medyczne, czyli skupione na stanie zdrowia populacji i realizacji zadań w tym zakresie, np. „[jest to] nauka i sztuka zapobiegania chorobom, wydłużania życia i promocji zdrowia...” (Winslow 1923 za: Tripathy 2015);
- 4) definicje oparte na podejściu *Evidence Based Policy*, czyli ukierunkowane na praktyczne kwestie zarządcze (polityczne), np.: „[jest to] sztuka stosowania nauki w kontekście polityki, w celu zmniejszenia nierówności w zdrowiu, zapewniając jednocześnie najlepsze zdrowie dla największej liczby osób” (WHO 1998 za: Marks i in. 2011, s. 9);
- 5) definicje systemowe, przedstawiające zdrowie publiczne jako kompleksowy wynik współdziałania wielu elementów, w tym: wartości, wiedzy, instytucji oraz działań (Opolski 2011, s. 17), przykładem jest ta, zapisana w *Słowniku Epidemiologii Międzynarodowego Stowarzyszenie Epidemiologicznego* (Porta i in. 2014, s. 231): „zdrowie publiczne to system profesji i dyscyplin naukowych, organizacji i instytucji społecznych, wartości i działań”<sup>1</sup>.

Badacze i praktycy stosują więc wiele różnych definicji charakteryzujących się różnymi podejściami, przy czym właściwie wszystkie można zredukować do dwóch wymiarów:

- 1) empirycznego (skupienie na monitorowaniu stanu zdrowia populacji i badaniu czynników na nie wpływających);
- 2) normatywnego (określanie celów zdrowotnych oraz roli różnych podmiotów w ich osiągnięciu)<sup>2</sup>.

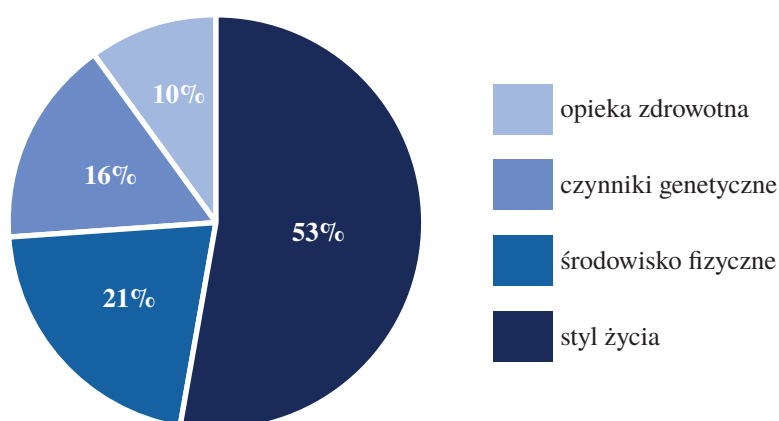
Mówiąc o zdrowiu publicznym w kontekście realnego stosowania tej dyscypliny, szczególną rolę pełnią badania nad rolą czynników wpływających na zdrowie. Najbardziej rozpoznawalną koncepcją w tym zakresie jest koncepcja tzw. pól zdrowotnych Marca Lalonde’a z 1974 (ówczesnego Ministra Zdrowia Kanady) (Krajewski-Siuda i in. 2012). Zgodnie z nią, do czynników kształtujących zdrowie należą: opieka zdrowotna, uwarunkowania genetyczne, środowisko fizyczne i styl życia (Wdowiak, Kapka 2012). Jako dominantę (53% udziału) wskazano jednak styl życia (Ryc. 1.), do którego zaliczają się m.in.: aktywność fizyczna, dieta i stosowane używki, stres, zatrudnienie, sposób rekreacji, zachowania seksualne, inne czynniki środowiska społecznego oraz czynności, których celem jest zachowanie zdrowia (tzw. samoleczenie) (Wdowiak, Kapka 2012)<sup>3</sup>.

Dorobek Lalonde’a stał się odnośnikiem dla późniejszych badań z zakresu zdrowia publicznego, również w kontekście zapewniania bezpieczeństwa zdrowotnego społecznościom lokalnym oraz

<sup>1</sup> Wskazane grupy mają charakter elastyczny, co znaczy, że definicje mogą należeć do różnych grup (często do więcej niż jednej), na co wpływ ma ich duże zróżnicowanie (w tym, w zakresie kompleksowości podejść ich autorów do kwestii zdrowia publicznego).

<sup>2</sup> Na podstawie: Opolski 2011.

<sup>3</sup> Podejście marginalizujące system opieki zdrowotnej jest nieco kontrowersyjne w kontekście uboższych społeczeństw, należy wziąć jednak pod uwagę fakt prowadzenia badań przez Lalonde’a w Kanadzie (i na jej potrzeby).



**Ryc. 1.** Pola zdrowotne wg Lalonde'a

Źródło: opracowanie własne na podstawie Wdowiak, Kapka 2012.

**Fig. 1.** Lalonde's health field concept

Source: author's elaboration on Wdowiak, Kapka 2012.

wyjaśniania przestrzennych i społecznych dysproporcji w tym zakresie (Kretowicz 2013). O silnym ugruntowaniu w teorii przyglądania się lokalnym uwarunkowaniom zdrowotnym świadczy tzw. *pierwsze prawo geografii* Toblera (1970, s. 236), zgodnie z którym „wszystko jest ze sobą powiązane, ale rzeczy bliskie są bardziej powiązane niż odległe” (Augustin i in. 2023). Istotnym przykładem takiego podejścia jest dorobek A. Ostrowskiej (1999), która akcentując dysproporcje między regułami racjonalności a obieranym stylem życia, będącego w rzeczywistości wynikiem miksu wielu czynników (również w skali mikro) postulowała zwiększanie roli (mających ogromny potencjał) społeczności lokalnych w działaniach profilaktycznych.

Niniejsze opracowanie ma charakter przeglądowy. Dotyka kwestii z zakresu socjologii zdrowia oraz geografii zdrowia – dziedziny, która od lat 80. XX w. swoim „społeczno-centrycznym” podejściem wypiera tradycyjną („biomedyczną”) geografę medyczną (Kretowicz 2013)<sup>4</sup>. Celem artykułu jest prezentacja podejmowanych w aktualnym dyskursie aspektów dotyczących zmian w instytucjonalnych i pozainstytucjonalnych (społecznych) modelach dbania o zdrowie, ze szczególnym uwzględnieniem ich przestrzenno-terytorialnego i społecznego aspektu. Przeprowadzona w tym celu analiza literatury ma odpowiedzieć na pytanie jaki charakter przyjmują aktualnie obserwowane społeczne i technologiczne zmiany w dbaniu o zdrowie oraz jaki jest (i może być w przyszłości) ich wpływ na społeczności lokalne. W kolejnych rozdziałach przedstawiane są:

- teoretyczne uwarunkowania zmian w podejściu do zdrowia publicznego (rozd. *Trzy rewolucje zdrowotne*);
- społeczne i technologiczne przejawy tych zmian oraz ich relacje z przestrzenią (rozd. *Profilaktyka, nie leczenie i Zdrowie 4.0*), wraz z ich syntezą w nowoczesną koncepcję deinstytucjonalizacji zdrowia z szczególnym uwzględnieniem potencjalnych terytorialnych skutków jej rozwoju dla społeczności lokalnych (rozd. *Deinstytucjonalizacja usług zdrowotnych*);
- dyskusja podsumowująca kluczowe aspekty nowego, opartego na deinstytucjonalizacji, modelu dbania o zdrowie uzupełnionego o konkluzje dotyczące roli nauk geograficznych w skutecznym go wdrażaniu (rozd. *Wnioski*).

<sup>4</sup> Oba pojęcia nadal są jednak w użyciu, Mazurkiewicz i Wróbel (1990) wskazują, że powinno się raczej mówić o dwóch podejściach (subdyscyplinach) w ramach geografii medycznej: „ekologicznym” (odpowiednik geografii chorób) i „społecznym” (odpowiednik geografii zdrowia).

## TRZY REWOLUCJE ZDROWOTNE

Podejście do zdrowia publicznego, jak i pojmowanie samego pacjenta ulegają ciągłym zmianom. Zanim Lalonde (1974) przedstawił swoją humanistyczną (bo podkreślającą rolę wewnętrznych decyzji) koncepcję, badania nad zdrowiem publicznym prowadziły badacze do różnych wniosków (na co niewątpliwie wpływ miały zmieniające się uwarunkowania społeczno-kulturowe). Tłumaczy to, w uproszczeniu, *koncepcja trzech rewolucji zdrowotnych*, przez które rozumie się całkowitą zmianę sposobu rozumienia jego uwarunkowań, wynikających ze społeczno-kulturowych przemian przełomu XIX i XX w. (Wrona-Polańska 2003; Nowakowska 2010).

Pierwsza rewolucja zdrowotna jest pochodną rewolucji przemysłowej – raptownego uprzemysłowienia i związanego z nim przekształcenia środowiska, zarówno fizycznego (wzrost zanieczyszczeń), jak i społecznego (utowarowienie ludzkiego życia) (Wrona-Polańska 2003). Dostrzeżenie niekorzystnego wpływu tych zmian skutkowało pierwszymi reakcjami zapobiegawczymi w zakresie poprawy warunków sanitarnych, żywieniowych i mieszkaniowych (Nowakowska 2010, s. 44) oraz rozwoju szczepień ochronnych (Wrona-Polańska 2003). Działania te miały charakter odgórny, wynikający z troski władz, a sam człowiek miał tu pozycję biernego aktora, od którego wymagano tylko zachowania podstawowych zasad higieny (Nowakowska 2010, s. 44).

Dalszy rozwój przemysłu, postępująca urbanizacja i związana z tym zmiana stylu oraz tempa życia skutkowały następnymi zmianami w zdrowiu społeczeństw rozwiniętych, w czym duży udział miał rozwój chorób cywilizacyjnych (Wrona-Polańska 2003; Nowakowska 2010). Wzrost zachorowań na choroby układu sercowo-naczyniowego, nowotworowe oraz powszechne wypadki, urazy oraz problemy społeczne skutkowały spadkiem skuteczności tradycyjnej medycyny naprawczej (Wrona-Polańska 2003, s. 15–16). Sytuacja ta wymagała całkowitej zmiany podejścia do zdrowia, nierozumianego odtąd jako niewystępowanie somatycznej (cielesnej) choroby, a jako „pełny dobrostan fizyczny, psychiczny i społeczny” (Chwaszcz i in. 2015, s. 183). Druga rewolucja zdrowotna bazowała więc na dostrzeżeniu roli behawioryzmu, dodając do dyskusji o zdrowiu czynnik personalny – związany z indywidualnymi decyzjami oraz zachowaniami (Wrona-Polańska 2003). Badania nad zdrowiem przyjęły bardziej interdyscyplinarne i analityczne wymiar, zaczęto mocniej skupiać się na źródłach chorób oraz zdrowia, a kluczowymi pojęciami stały się „styl życia” oraz „świadomość” (Wrona-Polańska 2003).

Kolejne odkrycia naukowe oraz rozwój cywilizacji i jej wiedzy skutkują kolejną, trwającą do dziś – trzecią rewolucją zdrowotną. Charakteryzuje się ona kontynuacją holistycznego podejścia oraz wzrostem nacisku na odpowiedzialność indywidualną w salutogenetycznym rozumieniu zdrowia publicznego<sup>5</sup> (Sladek 2009). Podstawą tej rewolucji jest interdyscyplinarność, rozumiana jako integracja wiedzy wielu dyscyplin oraz jej przenikanie do życia codziennego (Nowakowska 2010, s. 45–46). Jej przejawem jest gromadzenie specjalistycznej wiedzy medycznej do celów pozamedycznych, co świadczy o postępującej emancypacji pacjentów (Wójta-Kempa 2017, s. 85). Kluczem nie jest już samo edukowanie i budowanie świadomości, a głębsze wnikanie w światopogląd jednostek budujących społeczeństwo (Nowakowska 2010, s. 46)<sup>6</sup>.

Dziś do szerokiego katalogu czynników wpływających na zdrowie zalicza się m.in.: zatrudnienie i dochody, warunki mieszkaniowe i sanitarne, dietę, styl życia, prowadzone życie społeczne oraz dostępność świadczeń zdrowotnych i pomocy społecznej (Szymańczak 2009; Kretowicz 2013). W społeczeństwach rozwiniętych to jednak szeroko rozumiany styl życia uznaje się za kluczowy<sup>7</sup>. Jego prozdrowotne modyfikacje są uwarunkowane wdrażaniem wiedzy medycznej do codzienności. Tak

<sup>5</sup> Czyli skupiającym się na utrzymaniu dobrej jakości życia, a nie na lecznictwie (Piotrowicz, Cianciara 2011).

<sup>6</sup> Podkreśla to w swoim dorobku A. Ostrowska (1999), udowadniając, że samo posiadanie wiedzy (świadomości) nie jest jednoznaczne z wdrażaniem jej do życia.

<sup>7</sup> O czym pisał Lalonde (1974).

rozumianą trzecią rewolucję zdrowotną należy zatem uznać za podstawę kluczowych dla zdrowia publicznego społecznych zmian przejawiających się wzrostem świadomości zdrowotnej – kluczowego czynnika zdrowotnego każdej społeczności.

W kolejnych rozdziałach przedstawiono główne, udokumentowane zmiany świadczące o powstawaniu nowego modelu dbania o zdrowie.

## PROFILAKTYKA, NIE LECZENIE

W latach 80. XX w. socjolog medycyny Aaron Antonovsky rozwinął model zdrowia zwany salutogenezą, który koncentruje się na „pochodzeniu zdrowia” i „czynnikach sprzyjających zdrowiu” (Piotrowicz, Cianciara 2011). Implementacja tego podejścia w życiu społecznym skutkuje wzrostem znaczenia zachowań sprzyjających zdrowiu. W literaturze mówi się w tym kontekście o zachowaniach zdrowotnych, czyli czynnościach podejmowanych przez jednostki, które charakteryzują się trwałością (budowaną od wczesnego etapu socjalizacji) i mających wpływ na ich zdrowie (Nowicki i in. 2018). Wzrost świadomości społecznej to proces skutkujący wzmocnieniem znaczenia zarówno trwałych, jak i epizodycznych zachowań profilaktycznych. Polskie społeczeństwo wpisuje się w ten model zmian społecznych, a uzależniony od poziomu świadomości zdrowotnej styl życia jest elementem kultury społeczności, który kształtuje sposób funkcjonowania przestrzeni (Zasuń, Kuś 2015). W dalszej części rozdziału (podrozdział *Styl życia*) skupiono się na wybranych przejawach tych zmian.

### Styl życia

Styl życia to kluczowy obszar zainteresowania badaczy w kontekście uwarunkowanych rozwojem wiedzy i techniki zmian w zdrowiu publicznym (Kłós 2014). Pojęcie to definiuje się jako „zachowania ludzi, które są wynikiem mniej lub bardziej świadomych wyborów, jakie jednostki są zmuszone dokonywać we współczesnym świecie” (Kłós 2014, s. 7). Polacy są świadomi wpływu stylu życia na stan zdrowia, na co wskazują już badania społeczne przeprowadzane w latach 90., potwierdzające, że poparcie tezy o „zdrowiu w rękach pacjenta” przekracza 80% (Ostrowska 1999). Hasło to bardzo trafnie opisuje rzeczywistość – jak podaje bowiem PZH (2020), „behawioralne czynniki ryzyka” wyjaśniają w blisko 36% utratę lat przeżytych w zdrowiu.

Polacy od lat modyfikują swoje nawyki. Do pośrednich obserwacji w tym zakresie posłużyć mogą zarówno analizy badań społecznych, jak i – zgodnie z zasadą, że popyt napędza podaż – zjawisk rynkowych. Cykliczne analizy społeczne pokazują, że do kluczowych zmian zaliczyć należy (zob. Tabela 1.):

- rozwój kultury fizycznej,
- pozytywną zmianę w zakresie motywów uprawiania sportu,
- polepszenie samooceny diety potwierdzonej spadkiem znaczenia ryzyk żywieniowych w statystykach epidemiologicznych,
- spadek popularności głównych używek.

Istotnym elementem stylu życia są też wybory w zakresie konsumpcji (Kłós 2014), stąd też analizy rynkowe stanowią użyteczne narzędzie ich poznania (Kluczyńska 2008). Sama zaś przestrzeń jako „dostarczyciel” zasobów do konsumpcji „umożliwia realizowanie określonych sposobów życia” (Błaszczuk, Cebula 2016, s. 99). Napędzający podaż popyt sprawia tym samym, że przestrzeń (oraz zasady jej funkcjonowania) zmieniają się zgodnie z preferencjami użytkowników. Do przejawów występowania tego mechanizmu zaliczyć można (zob. Tabela 1.):

- wzrost wydatków gospodarstw domowych na działalność sportową z jednoczesnym rozwojem oferty obiektów sportowych,

**Tabela 1.** Wybrane przejawy zmian stylu życia wśród Polaków**Table 1.** Selected evidence of lifestyle changes among Poles

Składowa stylu życia <i>Lifestyle component</i>	Obserwowane zmiany <i>Observed changes</i>
aktywność fizyczna	<p>1. Rozwój kultury fizycznej:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– wzrost świadomości o roli regularnego uprawiania sportu jako kluczowego zachowania prozdrowotnego (wzrost z 15%<sup>8</sup> w 1993 do 48% w 2019 r. (CBOS 2019));</li> <li>– wzrost powszechności sportu i ćwiczeń fizycznych (wg badań społecznych) o ok. 17 p.p.<sup>9</sup> / 24 p.p.<sup>10</sup> (Lenartowicz i in. 2017);</li> <li>– wzrost zainteresowania systematyczną aktywnością fizyczną (z 37% w 2020 r. do 41% w 2021 r.<sup>11</sup> (<i>Narodowy Test Zdrowia Polaków</i>));</li> <li>– spadek wskaźnika braku aktywności fizycznej (z 50% do 47%) (<i>Narodowy Test Zdrowia Polaków</i>).</li> </ul> <p>2. Wzrost znaczenia zdrowotnych motywacji uprawiania sportu – związanych z zaleceniami lekarskimi (z 11,2% w 2016 r. do 24,6% w 2021 r.) oraz z utrzymaniem kondycji (z 23,6% do 40,4%) (<i>Narodowy Test Zdrowia Polaków</i>) – w sumie, w roku 2021 stały się one <i>ex aequo</i> najważniejszymi (65% wskazań) obok rozrywkowych / wypoczynkowych<sup>12</sup> (GUS 2022a).</p> <p>3. Wzrost wydatków na sport i rekreację ruchową – o 56% między rokiem 2016 i 2021 (średnia na 1 gospodarstwo) oraz o 87% (wśród deklarujących takie wydatki) GUS 2022a)<sup>13</sup>.</p> <p>4. Wzrost liczby obiektów sportowych<sup>14</sup> o 74% między rokiem 2014 i 2022 (BDL GUS).</p>
dieta	<p>1. Spadek znaczenia ryzyk żywieniowych w statystyce zgonów (o 21%) oraz utraty lat życia skorygowanej niepełnosprawnością (DALY) o 31% w latach 1990–2019 (<i>Mapa Potrzeb Zdrowotnych na lata 2022–2026</i>).</p> <p>2. Stopniowo polepszająca się samoocena diety – wzrost udziału oceniających swoją dietę jako dobrą z 75% w 1998 r. do 80% w 2019 r. i spadek udziału osób źle oceniających swoje nawyki żywieniowe z 20% w 1998 r. do 17% w 2019 r. (CBOS 2019).</p> <p>3. Rosnący i w dużej mierze umotywowany względami zdrowotnymi popyt na usługi związane z utrzymaniem diety (w tym na usługi cateringów pudełkowych czy utworzonego w 2017 r. przez Ministerstwo Zdrowia Centrum Dietetycznego Online<sup>15</sup>).</p>
użytki	<p>1. Spadek (z 89% w 2020 r. do 80% w 2022 r.) odsetka osób spożywających alkohol oraz wzrost (z 11% w 2020 do 20% w 2022) udziału osób niepijących (<i>Narodowy Test Zdrowia Polaków</i>).</p> <p>2. Spadek (z 31% do 25%) powszechności palenia papierosów<sup>16</sup> (Drygas i in. 2015).</p>

Źródło: opracowanie własne na podstawie: BDL GUS, CBOS 2019; Drygas i in. 2015; GUS 2022a;

Lenartowicz i in. 2017, *Mapa Potrzeb Zdrowotnych na lata 2022–2026*, *Narodowy Test Zdrowia Polaków*.

Source: author's elaboration based on: BDL GUS, CBOS 2019; Drygas et al. 2015; GUS 2022a; Lenartowicz et al. 2017;

*Mapa Potrzeb Zdrowotnych na lata 2022–2026*, *Narodowy Test Zdrowia Polaków*.

<sup>8</sup> Liczone liczbą wskazań (istniała możliwość wskazaniu dwóch działań).

<sup>9</sup> Według badań GUS z lat 2000–2013 oraz na podstawie badań *Diagnoza Społeczna z lat 2009–2015*.

<sup>10</sup> W latach 2003–2013 wg CBOS – różnice wynikały z przyjęcia różnych założeń metodycznych instytucji badawczych.

<sup>11</sup> Rozumiane jako uprawianie sportu co najmniej 1 godzinę tygodniowo.

<sup>12</sup> W roku 2016 blisko 2-krotnie częściej wskazywano motywy związane z wypoczynkiem czy rozrywką.

<sup>13</sup> Zaobserwowano jednak spadek udziału gospodarstw ponoszących wydatki na sport i rekreację ruchową w latach 2016–2021, przy czym rok 2021 charakteryzował się wieloma restrykcjami pandemicznymi, a największy spadek zanotowano w zakresie udziału w zajęciach i obozach sportowych.

<sup>14</sup> Bez obiektów przyszkolnych.

<sup>15</sup> Zob.: <https://ncez.pzh.gov.pl/o-nas/> (08.11.2023); <https://www.nik.gov.pl/aktualnosci/otylosc-i-nadwaga-u-dzieci-coraz-wiekszy-problem-coraz-mniej-skuteczne-dzialania.html> (10.12.2022).

<sup>16</sup> Na podstawie Wieloośrodkowych Badań Stanu Zdrowia Ludności (największych w Polsce tego typu badań, które przeprowadzono w latach 2003–2005 i 2013–2014).

- wzrost zainteresowania usługami wspierającymi utrzymywanie odpowiedniej diety wraz z towarzyszącym temu wzrostem liczby usługodawców.

Przykładem szczególnie spektakularnego zjawiska rynkowego umotywowanego zachowaniami zdrowotnymi jest obserwowany od kilku lat rozwój branży cateringów dietetycznych, którego nie zdołały zaburzyć nawet warunki pandemiczne. Według badania ankietowego SuperMenu (2021)<sup>17</sup> co piąty Polak w 2021 r. korzystał z diet pudełkowych, a główną ich motywacją była chęć lepszego odżywiania (na co wskazywało 65% przebadanych). Z kolei analizy wykonane na potrzeby raportu *Jak odżywiają się Polacy? Kukuła Healthy Food 2021*<sup>18</sup> wykazały, że we wrześniu 2021 r. udział klientów cateringów pudełkowych wynosił w Polsce 37%, czyli o 25 p.p. więcej niż rok wcześniej<sup>19</sup>. Co więcej, dane przedsiębiorstwa Kukuła Healthy Food (2021 za: *Biuletyn Związku Polskie Mięso*) dowodzą, że kolejne 37% (respondentów) zamierza skorzystać z tego typu usług, motywując to chęcią zdrowszego odżywiania, odchudzenia czy ograniczeniami czasowymi. Do analogicznych wniosków doszła Pyrzyńska (2018)<sup>20</sup>, z której badania ankietowego wynika, że klienci kierują się:

- chęcią utraty masy ciała (56%),
- brakiem czasu (33%),
- chęcią urozmaicenia diety (11%).

Ten rosnący popyt jest więc w dużym stopniu umotywowany celami zdrowotnymi.

### Profilaktyka instytucjonalna

Poza profilaktyką oddolną (zachowania zdrowotne i styl życia), ważną rolę w prewencji chorób odgrywa też administracja publiczna – zarówno na szczeblu centralnym, jak i samorządowym (Turosz 2023). Realizowane działania wynikają głównie z obowiązków (administracja centralna) oraz uprawnień (samorządy) w tym zakresie, wynikających przede wszystkim z przepisów *Ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych*. Wskazanymi przez ten akt zadaniami organów administracji rządowej są m.in. opracowywanie, finansowanie, ocena efektów oraz realizacja i współrealizacja programów polityki zdrowotnej<sup>21</sup> (art. 10 i 11)<sup>22</sup>. Samorządy natomiast mają możliwość tworzenia i realizowania programów polityki zdrowotnej, ale też podejmowania „innych działań wynikających z rozeznaczonych potrzeb zdrowotnych i stanu zdrowia mieszkańców” (art. 7, 8, 9)<sup>23</sup>. Można więc mówić o dużej dowolności nadanej organom samorządowym, o czym świadczy bardzo ogólnikowy i nieobowiązkowy charakter wskazanych zadań, realizacja których uzależniona jest od zidentyfikowanych priorytetów rozwojowych oraz możliwości finansowych i instytucjonalnych (Pytel 2017; Turosz 2023).

Opracowywany program polityki zdrowotnej powinien korespondować ze zidentyfikowanymi potrzebami<sup>24</sup>. Celowość powinna być uzasadniona (z wykorzystaniem danych epidemiologicznych) poprzez określenie, jaki problem zdrowotny działania mają rozwiązać / zachorowalność na jaką chorobę mają ograniczyć (art. 48a ww. ustawy). Przykładowymi działaniami profilaktycznymi wdrażanymi

<sup>17</sup> Badanie wykonane w lutym 2021 r. na grupie 1000 Polaków w wieku 20–60 lat.

<sup>18</sup> Za: *Biuletyn Związku Polskie Mięso*.

<sup>19</sup> Wówczas wartość ta wyniosła 12% (*Jak odżywiają się Polacy? Kukuła Healthy Food 2020*).

<sup>20</sup> Badanie przeprowadzono na 119 losowo wybranych pełnoletnich respondentów, którzy co najmniej raz skorzystali z diety pudełkowej.

<sup>21</sup> Bądź też mających to samo zadanie programów pilotażowych (art. 48e).

<sup>22</sup> Analogiczne działania (tyle że poprzez programy zdrowotne) realizuje NFZ (art. 48).

<sup>23</sup> Ustawa wskazuje też inne, bardziej szczegółowe i właściwe (ze względu na poziom ogólności) zadania poszczególnym szczeblom samorządu.

<sup>24</sup> Musi być też spójny z tzw. mapą potrzeb zdrowotnych (art. 48a). Obecnie obowiązuje *Mapa potrzeb zdrowotnych na okres od 1 stycznia 2022 r. do 31 grudnia 2026 r.*

przez samorządy w ramach programów polityki zdrowotnej są: szczepienia ochronne (np. województwo małopolskie, województwo mazowieckie, gm. Kleszczów, gm. (miejska) Legionowo), profilaktyka chorób nowotworowych (np. województwo łódzkie, gm. Wałbrzych, gm. Krosno) czy zapobieganie próchnicy u dzieci (np. gm. Katowice, gm. Imielin)<sup>25</sup>. Programy polityki zdrowotnej nie należą jednak do często wybieranych przez samorządy form prewencji chorób. Z badania J. Woźniak-Holeckiej oraz K. Sobczyka (2023) obejmującego 405 gmin wynika, że ponad 3/4 z nich nie posiada takiego dokumentu. Znacznie powszechniejsze są inne formy profilaktyki zdrowia, jak zaangażowanie w rozwój aktywności fizycznej (78%), promocja zdrowia (74%) czy edukacja (65%) (Woźniak-Holecka, Sobczyk 2023). Najczęściej na przeszkodzie w opracowywaniu programu stoją względy finansowe (79%) oraz niewystarczające kwalifikacje kadr (49%) (Woźniak-Holecka, Sobczyk 2023).

Przedstawione przykłady pokazują, że wraz z rozwojem społeczno-ekonomicznym kraju doszło do wyraźnego wzrostu zainteresowania różnymi formami profilaktyki zdrowotnej, inicjowanymi zarówno w sektorze prywatnym, jak i publicznym. Ich rozwój to nie tylko zmiana ilościowa (wzrost znaczenia branż i rynków), ale też jakościowa. Wzrost zainteresowania profilaktyką nie tylko ogranicza zdrowotne ryzyka behawioralne, ale też wpływa na ewolucję przestrzeni, w której na co dzień funkcjonujemy.

#### ZDROWIE 4.0

Od kiedy *homo laborans* (człowiek pracujący) jest również *homo faber* (człowiekiem wytwarzającym), odtąd możemy mówić o rozwoju techniki (Siuta-Tokarska 2021, s. 8), którego najprężniejszy okres trwa przez ostatnie 250 lat. Jest to czas rewolucji przemysłowych, czyli odkryć technologicznych, charakteryzujących się ogromnym wpływem na rzeczywistość. Pierwsza rewolucja wiązała się z wynalezieniem maszyny parowej, a w konsekwencji – powszechną mechanizacją (Wodnicka 2021, s. 50). Druga – to czas dominacji elektryczności, silnika spalinowego oraz produkcji masowej, trzecia zaś, jest początkiem ery cyfryzacji, automatyzacji i komputeryzacji przemysłu (Wodnicka 2021, s. 50). Kolejnym krokiem jest rozwój tzw. przemysłu 4.0, czyli opartego na zaawansowanych technologiach ICT cyber-fizycznego systemu łączącego światy: maszyn, internetu, technologii informacyjnych oraz ludzi (Wodnicka 2021, s. 50–51). Przejawami jego rozwoju jest obecnie obserwowany, raptowny wzrost znaczenia sztucznej inteligencji (AI), Internetu Rzeczy, dużych zbiorów danych (Big Data) oraz przetwarzania w chmurze (ang. *cloud computing*)<sup>26</sup> (Wodnicka 2021, s. 52) oraz wiążące się z tym zmiany charakteru świadczenia usług.

Adaptacja standardów przemysłu 4.0 do usług zdrowotnych nazywana jest mianem zdrowia 4.0, które można zdefiniować jako proces wirtualizacji procesów fizycznych związanych z ochroną zdrowia, skutkującego wzrostem niezależności pacjentów i pracowników ochrony zdrowia oraz przechodzeniem do modelu medycyny spersonalizowanej (Estrela i in. 2019). Rozwój zdrowia 4.0 to drugi (po wzroście świadomości) kluczowy czynnik zmiany modelu dbania o zdrowie. Jego implementacja opiera się na sześciu głównych zasadach (Al-Jaroodi i in. 2020, s. 211192):

<sup>25</sup> <https://bipold.aotm.gov.pl/index.php/repozytorium-ppz-2/opinie-o-projektach-programow-zdrowotnych-realizowanych-przez-jst/966-opz-2020>; <https://bipold.aotm.gov.pl/index.php/repozytorium-ppz-2/opinie-o-projektach-programow-zdrowotnych-realizowanych-przez-jst/986-opz-2021>; <https://bipold.aotm.gov.pl/index.php/repozytorium-ppz-2/opinie-o-projektach-programow-zdrowotnych-realizowanych-przez-jst>; <https://bipold.aotm.gov.pl/index.php/repozytorium-ppz-2/opinie-o-projektach-programow-zdrowotnych-realizowanych-przez-jst/999-opz-2022> (17.11.2023).

<sup>26</sup> W przypadku systemów łączących wymienione technologie wraz z systemami fizycznymi mówi się o dojrzałszej (bardziej zaawansowanej) formie *Industry 4.0*.



- 1) wirtualizacji, czyli możliwości tworzenia cyfrowych wersji urzędzeń, systemów i procesów,
- 2) interoperacyjności – zdolności łączenia systemów oraz urzędzeń medycznych,
- 3) zorientowaniu na oprogramowanie umożliwiające interakcję urzędzeń i systemów opieki zdrowotnej,
- 4) decentralizacji, rozumianej jako zdolność systemów opieki zdrowotnej do samodecydowania / samokontroli,
- 5) możliwości działania w czasie rzeczywistym, dzięki zdolności do analizowania danych na bieżąco,
- 6) modułowości, czyli możliwości: udoskonalania pojedynczych fragmentów systemów (modułów) oraz recyklingu modułów (wykorzystania do budowy nowych systemów medycznych).

„Flagowymi” produktami wpisującymi się w wizję zdrowia 4.0 w polskim systemie opieki zdrowotnej są dwa systemy: P1 i P2. Ten pierwszy, zwany też systemem e-zdrowie stanowi bazę dla obsługi procesu leczenia poprzez gromadzenie, przetwarzanie i udostępnianie elektronicznej dokumentacji medycznej, e-recept, e-skierowań czy e-zwolnień<sup>27</sup>. Drugi (P2), zawiera zaś strategiczne dane o podmiotach medycznych, medykach, hurtowniach medycznych, aptekach oraz produktach dopuszczonych do obrotu (Ministerstwo Zdrowia 2022).

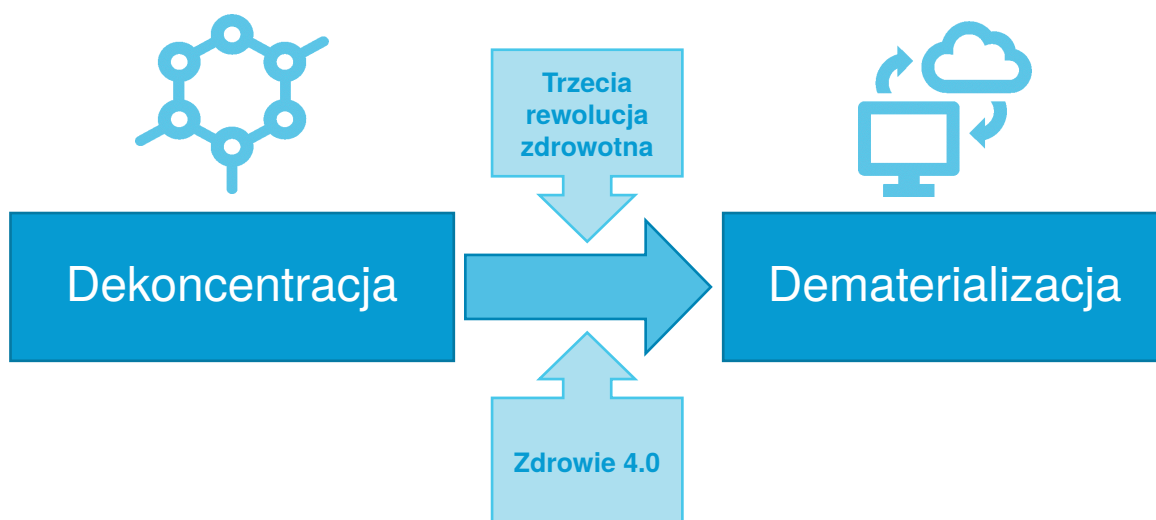
Rozwój tych – składających się na zdrowie 4.0 – procesów bez wątpienia kreuje nową społeczno-medyczną rzeczywistość. Ich obserwowanie pozwala snuć dość daleko idącą tezę o wypieraniu modelu opieki opartej na zasobach ludzkich przez rozwój systemów cyber-fizycznych, czego przejawy już obserwujemy (Yang i in. 2020).

## DEINSTYTUCJONALIZACJA USŁUG ZDROWOTNYCH

Poprzedzając temat deinstytucjonalizacji należy zadać pytanie czym są instytucje i jaka jest ich rola w kontekście zapewniania potrzeb zdrowotnych. Pojęcie „instytucja” jest tu stosowane jako synonim świadczeniodawcy w systemie opieki zdrowotnej. Ich przestrzenna organizacja stanowi jeden z podstawowych obszarów zainteresowań społecznej geografii medycznej (geografii zdrowia) (Mazurkiewicz, Wróbel 1990). Przy założeniu, że nie istnieje żadna alternatywa, to właśnie terytorialne rozmieszczenie usług zabezpieczających zdrowotnie mieszkańców stanowi kryterium oceny możliwości dbania o zdrowie przez konkretne społeczności. Krytycznym problemem wówczas jest jego optymalizacja, która wymaga zastosowania podejścia funkcjonalnego, mającego się często w praktyce nijak do powszechnie stosowanego podejścia formalnego (opartego na jednostkach administracyjnych) (Curtis, Malczewski 1990).

Wraz ze zmianami społecznymi, związanymi z budowaniem powszechnej, użytecznej wiedzy specjalistycznej dnia codziennego (wynik trzeciej rewolucji zdrowotnej) oraz postępem technologicznym (zdrowie 4.0) można jednak mówić o rozwijającej się dziś deinstytucjonalizacji usług zdrowotnych. Deinstytucjonalizacji, która idzie o krok dalej niż w obecnie rozpowszechnionym (stosowanym w politykach sektorowych) ujęciu. Taka „tradycyjna” wizja deinstytucjonalizacji prezentowana jest np. w *Strategii rozwoju usług społecznych do roku 2030 z perspektywą do 2035 r.*, gdzie utożsamia się ją głównie z dekoncentracją, przekładającą się na wzrost znaczenia usług świadczonych w środowisku oraz w miejscu zamieszkania wraz ze spadkiem korzystania z opieki instytucjonalnej (tj. całodobowej). Nowa deinstytucjonalizacja jest kontynuacją (lub też substytutem) tych działań, idącą jednak odważnie w kierunku dematerializacji usług. Należy ją utożsamiać ze spadkiem znaczenia bezpośrednich (fizycznych) kontaktów z instytucjami zdrowotnymi za sprawą rozwoju zdrowia 4.0 oraz

<sup>27</sup> <https://www.cez.gov.pl/pl/nasze-produkty/e-zdrowie-p1> (24.11.2023).



**Ryc. 2.** Nowe podejście do deinstytucjonalizacji usług zdrowotnych

Źródło: opracowanie własne.

**Fig. 2.** New approach to deinstitutionalization of health services

Source: author's elaboration.

ogólnego wzrostu świadomości zdrowotnej (Ryc. 2.). Z pojęciem tym związana jest tzw. emancypacja pacjentów, czyli odejście od paternalistycznego modelu relacji z lekarzem (lekarz jako autorytet) do modelu autonomicznego (Strządała 2020).

Poza wzrostem świadomości, proces ten bazuje więc również na budowaniu laickiej wiedzy w oparciu o eksperckie źródła danych (przede wszystkim w zakresie swoich chorób) (Wójta-Kempa 2017, s. 85). Tak rozumiana deinstytucjonalizacja (dematerializacja) skutkuje wzrostem niezależności od przestrzennego położenia instytucji za sprawą: 1) spadku zapotrzebowania na usługi medyczne (wynik budowania „modelowej” powszechnej wiedzy medycznej i rozwoju szeroko pojmowanej samoopieki) oraz 2) przenoszenia świadczeń i usług do przestrzeni wirtualnej<sup>28</sup>. Dziś obserwujemy wyraźne przejawy rozwoju omawianej deinstytucjonalizacji, do których bez wątpienia zaliczyć można uwarunkowane rozwojem zdrowia 4.0 e-zdrowie (skutkujące „przedefiniowaniem wartości przestrzeni” (Dziemianowicz, Jurkiewicz 2023, s. 71) oraz wynikające z rozwoju świadomości i technologii samoleczenie.

### Samoleczenie

Samoleczenie to zjawisko obserwowane od zawsze. Jego początków poszukiwać należy w schematach postępowania ludzi pierwotnych, którzy obserwując swoje ciało i otoczenie dostosowywali swoje działania tak, by zwiększać szanse przetrwania (Wdowiak, Kapka 2012). Kolejne pokolenia wykorzystywały wiedzę przodków oraz współmieszkańców wdrażając najprostsze metody samo-

<sup>28</sup> Omawiany spadek znaczenia bezpośrednich kontaktów z instytucjami zdrowotnymi (czy też zapotrzebowania na usługi medyczne) należy jednak rozumieć jako dynamiczny rozwój możliwości realizacji swoich potrzeb zdrowotnych w alternatywny sposób. Nie oznacza on jednak, że będziemy mieć do czynienia z realnym (ilościowym) spadkiem takich kontaktów. Sam wzrost zainteresowania profilaktyką generuje bowiem wzrost zainteresowania badaniami, które w większości realizowane są w podmiotach medycznych, a zapotrzebowanie wzmagają też starzenie się społeczeństwa. Możliwy jest więc model, w którym pomimo rosnących możliwości deinstytucjonalizacji procesu leczenia sama liczba bezpośrednich kontaktów wzrośnie za sprawą dynamicznego wzrostu „odwiedzin” podmiotów medycznych w celach przeprowadzenia procedur profilaktycznych.

leczenia, które po wiekach udoskonaleń znalazły swoje zastosowanie we współczesnej medycynie (Wdowiak, Kapka 2012). Pierwotnie samolecznictwo oparte było na wykorzystaniu tzw. medycyny naturalnej (wykorzystującej przede wszystkim łatwo dostępne składniki), dziś nie jest już wynikiem niedostatecznego dostępu do praktyków, a traktowane raczej jako uzupełnienie lub nawet zastępstwo dla leczenia profesjonalnego (Hurkacz, Wiela-Hojeńska 2012)<sup>29</sup>. Aktualny wzrost znaczenia zjawiska jest pochodną wzrostu świadomości oraz większej dostępności wiedzy, środków i technologii pozwalających na samodzielne utrzymanie, monitorowanie i poprawę zdrowia.

Pod hasłem samoleczenia, w wąskim ujęciu, kryje się przede wszystkim stosowanie leków bez recepty (OTC – ang. *over-the-counter*) (Krajewski-Siuda, Lach 2016, s. 8). Obecnie dom stał się hybrydowym centrum medykacji (przyjmowania leków), w którym dochodzi do ścierania się wiedzy eksperckiej (porady medyków, źródła literaturowe i internetowe), wiedzy laickiej (rodzina, przyjaciele i inni laicy doradcy) oraz osobistych doświadczeń (samoobserwacja efektów stosowania produktów) (Dew i in. 2014). W badaniach społecznych i ekonomicznych przejawia się to przede wszystkim poprzez (Krajewski-Siuda, Lach 2016, s. 12)<sup>30</sup>:

- wzrost wartości rynku OTC,
- wzrost odsetka konsumentów produktów OTC,
- spadek udziału osób niepodjmujących działań w czasie choroby.

Najnowsze dane CBOS (2016) wskazują, że spośród około 90% Polaków sięgających po preparaty bez recepty najczęściej stosowanymi są kolejno: środki przeciwbólowe i przeciwzapalne oraz preparaty przeciw objawom przeziębienia i grypy. Polski rynek OTC należy do ścisłej czołówki europejskiej pod względem jego wartości oraz udziału w sektorze farmaceutycznym (Krajewski-Siuda, Lach 2016; CBOS 2016). Udział środków bez recepty w ogóle sprzedanych w aptekach produktów charakteryzuje się niezaprzeczalnym trendem wzrostowym (CBOS 2016), który prawdopodobnie będzie się utrzymywał<sup>31</sup>. Te dane dotyczą jedynie obrotu w aptekach ogólnodostępnych, coraz częściej w produkty lecznicze zaopatrujemy się jednak w innych punktach. Mowa tu nie tylko o sprzedaży internetowej, ale również o pozaaptecznej. Wartość rynku e-commerce notuje roczne wzrosty, których katalizatorem uznaje się pandemię COVID-19<sup>32</sup>. W roku 2020 wartość tego rynku szacowała się na 1,07 mld zł (z 44% roczną dynamiką wzrostu) (IQVIA 2021), a w roku 2022 – na 1,52 mld zł (z ok. 20% dynamiką wzrostu) (IQVIA 2023). Z kolei rozwój rynku pozaaptecznego umożliwia zakup produktów OTC w miejscach, gdzie wcześniej nie było to możliwe (tzn. bez udziału farmaceuty) i coraz więcej osób decyduje się na skorzystanie z tych opcji. W 2021 r. już co piąty Polak zakupił tego typu produkty w sklepie (lub na stacji benzynowej), a około 8% zdecydowało się na zakup w drogerii (PRM 2022)<sup>33</sup>.

Deinstytucjonalizacja w przypadku zaopatrywania się w produkty lecznicze skutkuje też rozwojem bardziej wyrafinowanych form kupna i sprzedaży. Polskim przykładem jest pomysł LEKOMATÓW (Fot. 1.), czyli jak informuje się na stronie lekomaty.com.pl (10.12.2022):

*„zautomatyzowanej drogerii, która sprzedaje produkty medyczne, higieny osobistej i suplementy diety (...), w tym prezerwatywy, środki na potencję, testy ciążowe i narkotykowe, osobiste przedmioty zdrowia mężczyzn i kobiet, witaminy, suplementy wspomagające koncentrację, odchudzanie i wiele innych”.*

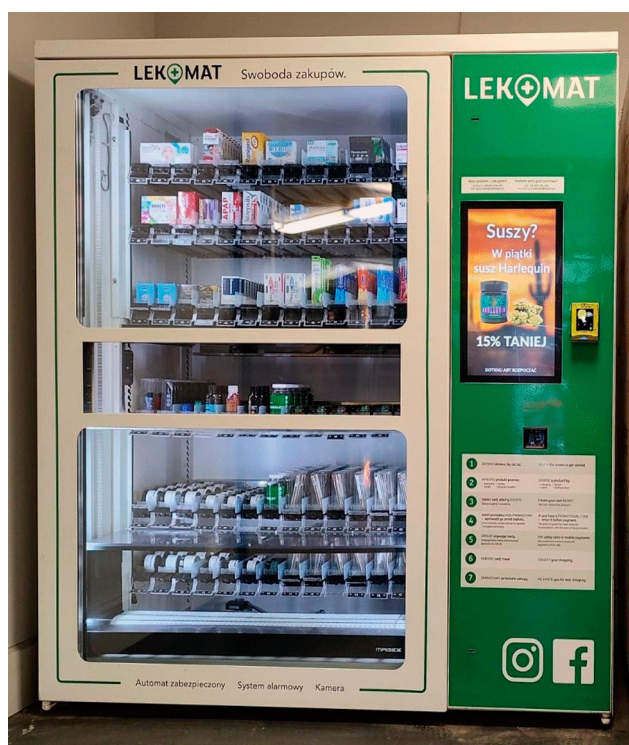
<sup>29</sup> Deklaracja Europejskiego Biura WHO w Kopenhadze z 1986 r. definiuje samoleczenie w sposób następujący: „używanie leków przez konsumenta w leczeniu chorób lub objawów rozpoznanych samodzielnie. Jest to również leczenie wzajemne przez członków rodzin lub przyjaciół, oraz dzieci” (Hurkacz, Wiela-Hojeńska 2012, s. 130).

<sup>30</sup> Dane z ostatniej dekady XX w. i pierwszej XXI.

<sup>31</sup> Już w roku 2020 osiągnął ok. 44% (*Rynek apteczny w Polsce. Edycja IV*), bądź też 45% (IQVIA 2021).

<sup>32</sup> <https://mgr.farm/aktualnosci/sytuacja-polskich-aptrek-internetowych-w-dobie-pandemii-covid-19/> (10.09.2022).

<sup>33</sup> Badanie na grupie 1000 Polaków.



**Fot. 1.** LEKOMAT stojący w przejściu podziemnym pod Rondem 40-lątka przy Dworcu Centralnym w Warszawie

Źródło: fotografia autora (wrzesień 2022).

**Photo 1.** LEKOMAT vending machine in the underground passage under Rondo Czterdziestolatka roundabout in Warsaw

Source: author's own photo (September 2022).

Przy obserwowaniu takich prób nietrudno sobie jednak wyobrazić dalszy rozwój podobnych idei i być może powstania pierwszych w Polsce sieci (w pełni) samoobsługowych aptek<sup>34</sup>. Na to najprawdopodobniej będzie trzeba jednak poczekać do liberalizacji blokujących takie „zapędy” przepisów.

Oprócz samoordynacji leków (ang. *self-medication*), szerzej w kontekście samoleczenia można mówić o samoopiece (ang. *self-care*), czyli działaniach, których celem jest utrzymywanie własnego zdrowia oraz radzenie sobie z chorobą (Wójta-Kempa 2017, s. 88). Wzrost dostępności internetu i korzystanie z jego rosnących zasobów ma wyraźny wpływ na rozwój tej formy samoleczenia (CBOS 2020b). W 2020 r. ponad 50% Polaków poszukiwało online informacji medycznych, a biorąc pod uwagę jedynie użytkowników internetu, wartość ta wyniosła ponad 80% (CBOS 2020b). Sześciu na dziesięciu użytkowników poszukiwało też online informacji o lekach i ich działaniu (CBOS 2020b).

Przykładem działania z zakresu samoopieki, więc także wpisującego się w koncepcję deinstytucjonalizacji jest samodiagnostyka. Diagnoza z zasady wymaga wiedzy i/lub odpowiednich narzędzi pomiarowych. Zarówno w pierwszym, jak i drugim przypadku również wiele do „zaoferowania” ma internet. Złe samopoczucie jest bodźcem do poszukiwania informacji na ten temat online przez 67% polskich internautów, a 21% na podstawie znalezionych informacji wdraża leczenie (CBOS 2020b). Zjawisko to nazywane jest mianem dr Google (Kłak i in. 2017). Ciekawym przykładem rozwoju form internetowej samodiagnostyki jest międzynarodowy, ogólnodostępny system Symptomate, który przy

<sup>34</sup> Takie rozwiązania są już rozwijane i stopniowo wdrażane za granicą pod nazwą *Kiosk* (zob. Hirsch i in. 2021).

wykorzystaniu algorytmów diagnostycznych wskazuje na podstawie przeprowadzonego przedmedycznego wywiadu najbardziej prawdopodobne choroby (przyczyny złego samopoczucia) (Ryc. 3.). Jak informuje się użytkowników, aplikacja nie stawia diagnozy medycznej i nie zastępuje personelu medycznego, a dostarcza informacji na podstawie zestawienia wprowadzonych informacji z ogólnodostępnymi informacjami o chorobach i ich objawach<sup>35</sup>. Symptomate został uznany za produkt medyczny przez Unię Europejską i USA<sup>36</sup>, co jest przejawem nie tylko wzrostu jakości zdrowotnych narzędzi AI, ale też ewolucji podejścia do nich władz publicznych<sup>37</sup>. Rozwój online-owych asystentów diagnozy świadczy o dynamicznie zwiększających się możliwościach wykorzystywania nowych technologii do samodzielnej diagnostyki i (bezpiecznego) zastępowania części kontaktów z medykami kontaktami z odpowiednimi aplikacjami. Część ogólnodostępnych narzędzi diagnozujących już dziś jest w stanie w ponad 90% przypadków wskazać właściwą diagnozę spośród trzech uznanych za najbardziej prawdopodobne, wykazując się przy tym porównywalną, a w niektórych przypadkach wyższą trafnością od lekarzy (Jones, Jones 2022)<sup>38</sup>.

**Wzwołaj karetkę**

Twoje objawy są bardzo poważne i możesz potrzebować natychmiastowej pomocy. Nie zwlekaj. Zadzwoń po karetkę.

**Pamiętaj, aby zgłosić:**

- Postępująca duszność
- Ból w klatce piersiowej trwający od 30 minut do 8 godzin
- Gniotący ból w klatce piersiowej
- Ból kończyny górnej
- Silny ból w klatce piersiowej
- Przyspieszony oddech
- Brak tchu
- Płynki oddech
- Ból w klatce piersiowej
- Duszność podczas leżenia
- Duszność trwająca od 1 do 24 godzin

**Zator płuc**

Zatorowość płucna

Wysokie prawdopodobieństwo

**Uzasadnienie**

**Powody za**

Obecność objawów:

- ↑ Otyłość
- ↑ Ból w klatce piersiowej
- ↑ Duszność podczas leżenia
- ↑ Przyspieszony oddech
- ↑ Duszność trwająca od 1 do 24 godzin
- ↑ Postępująca duszność
- ↑ Duszność przy wysiłku fizycznym
- ↑ Silny ból w klatce piersiowej
- ↑ Gniotący ból w klatce piersiowej
- ↑ Klujący ból w klatce piersiowej
- ↑ Ból w klatce piersiowej trwający od 30 minut do 8 godzin

Ryc. 3. Przykładowy wynik wywiadu przedmedycznego Symptomate

Źródło: Symptomate.com.

Fig. 3. An example of a pre-medical interview Symptomate result

Source: Symptomate.com.

Analogową formą samodiagnostyki, która zyskała na znaczeniu w czasie pierwszych fali koronawirusa jest samotestowanie. Zdecydował o tym wzrost dostępu do szybkich testów wykorzystujących technikę *point-of-care* (POC), nazywanych „przyłóżkowymi testami laboratoryjnymi” i wykonywanych bezpośrednio przy pacjencie lub przez niego samego<sup>39</sup> (Schabowski i in. 2008). Sytuacja podczas pandemii COVID-19 nie tylko pokazała jaką rolę może odegrać samodzielne testowanie w kontekście bezpieczeństwa społecznego, ale też jaki potencjał drzemie w samodiagnostyce w kontekście emancypacji pacjentów i spadku znaczenia bezpośredniego kontaktu z wykwalifikowanym personelem. Dostępne dziś na rynku szybkie testy pozwalają nie tylko na diagnozę, ale też przyczyniają się do

<sup>35</sup> <https://symptomate.com/pl/> ( 20.12.2022).

<sup>36</sup> <https://symptomate.com/pl/> (20.12.2022).

<sup>37</sup> Warto wspomnieć, że twórcą aplikacji jest polski start-up Infermedica, którego inteligentne rozwiązania zyskały miano „cyberlekarza z Wrocławia” (<https://www.wroclaw.pl/przedsiębiorczy-wroclaw/infermedica-symptomate-diagnoza-pacjentow-choroby-online>, 20.12.2022).

<sup>38</sup> Przebadano następujące aplikacje: Ada, Babylon, Buoy, Isabel, MidasMed (prototyp), Symptomate i WebMD.

<sup>39</sup> Do przeprowadzenia testu POC wykorzystuje się materiał biologiczny, w którym oznaczana jest substancja świadcząca o konkretnym stanie, objawie czy chorobie (Olczyk i in. 2010).

rozwoju profilaktyki. Wraz ze wzrostem niezawodności tej technologii (również w kontekście odporności na potencjalne błędy spowodowane nieprawidłowym wykonaniem testu) w najbliższej przyszłości możemy spodziewać się większego uwolnienia ich potencjału w postaci spadku zapotrzebowania na usługi laboratoriów medycznych i ich odciążenia. Przykładem udoskonalenia i rozpowszechnienia techniki samotestowania jest rozwój glukometrów, zapewne najczęściej wykorzystywanego dziś aparatu diagnostycznego typu *point-of-care*.

Biorąc pod uwagę pogorszenie się stanu zdrowia wraz z wiekiem (GUS 2021b), postępujące zmiany demograficzne oraz wzrost zainteresowania swoim stanem zdrowia trudno wyobrazić sobie przyszłość zdrowia publicznego bez samolecznictwa. Eksperci jednak pojmują to zjawisko nie tylko jako szansę, ale i wyzwanie. Z jednej strony oczywiste są potencjalne pozytywne skutki dla pacjenta, jak i całego systemu opieki zdrowotnej (Ortman i in. 2020, s. 13). Z drugiej, kluczową kwestią jest jakość dostępnych informacji, umiejętność ich poszukiwania i selekcji oraz poziom świadomości pacjentów co do zagrożeń kryjących się w samolecznictwie. Zalicza się do nich m.in. błędną samodiagnozę, polipragmazję i (często wynikające z niej) interakcje samozoordynowanych leków, a nawet utajenie zagrożeń epidemicznych (Wdowiak, Kapka 2012, s. 21; Sowa i in. 2015, s. 442).

### E-zdrowie

Kolejnym często podejmowanym w literaturze<sup>40</sup> przejawem omawianych (uwarunkowanych społecznie) zmian, które wpisują się w nurt deinstytucjonalizacji, jest e-zdrowie. Pojęcie to można zdefiniować jako zmianę charakteru usług medycznych, które dzięki rozwojowi nowoczesnych technologii ICT (wdrażania zdrowia 4.0) mogą być przenoszone do przestrzeni niefizycznej. W odróżnieniu od samoleczenia istotą zjawiska nie jest tu spadek zapotrzebowania na usługi personelu medycznego, a zmiana sposobu ich organizacji. Celem zaś jest wzrost jakości, dostępności i ekonomiczności systemu ochrony zdrowia poprzez wprowadzanie narzędzi rozwijających możliwości kontaktu pacjenta z dostawcą usług (w tym bezpośrednio z personelem) oraz komunikacji pomiędzy podmiotami ochrony zdrowia (Czerwińska 2015, s. 174–175).

Wdrażanie modelu e-zdrowia przejawia się głównie poprzez (Drela 2010, s. 117–118):

- zmianę zarządzania szpitalami (w tym organizacji: rejestracji pacjentów, zarządzania zasobami ludzkimi, zarządzania informacją, logistyki),
- rozwój usług sieciowych (jak np.: powiązania pomiędzy jednostkami oraz telemedycyna),
- rozwój opieki zdrowotnej (w tym, w zakresie: wykorzystania technologii do zarządzania pacjentami oraz rozwoju elektronicznej dokumentacji medycznej),
- rozwój opieki domowej (zapewnienie profesjonalnej opieki w domu pacjenta dzięki zastosowaniu technologii).

W optymistycznym ujęciu, wdrażanie e-zdrowia skutkować ma wzrostem jakości życia pacjentów za sprawą: optymalizacji procesu rejestracji i skrócenia czasu oczekiwania na wizytę, rozwoju porad świadczonych „na odległość” oraz integracji danych medycznych (brak konieczności dublowania badań i wielokrotnego przekazywanych informacji) (Czerwińska 2015, s. 175–176).

Wśród intensywnie rozwijanych form usług e-zdrowotnych warto w kontekście zmian społecznych i deinstytucjonalizacji wymienić poniżej wskazane.

- 1) Telemedycyna – wg WHO są to usługi medyczne charakteryzujące się jednocześnie: kontaktem na odległość, zastosowaniem technologii ICT, udziałem co najmniej jednego profesjonalisty medycznego oraz pacjenta (nieobligatoryjnie) (Wrześniewska-Wal, Hajdukiewicz 2020, s. 511–512). Amerykańskie Stowarzyszenie Telemedycyny (2020) dzieli usługi telemedyczne na synchroniczne (realizowane w czasie rzeczywistym, jak np. teleporady), asynchroniczne oraz zdalne monitorowanie pacjenta (jego parametrów życiowych czy innych zarówno subiektywnych, jak i obiek-

<sup>40</sup> Wg Google Books Ngram Viewer pojęcie eHealth zaczęło pojawiać się w literaturze od przełomu wieku XX i XXI, a między 2000 i 2019 r. popularność wyrażenia wzrosła blisko trzykrotnie.

- tywnych danych drogą elektroniczną). Implementacja nowych technologii pozwala coraz mocniej minimalizować znaczenie odległości fizycznej w kontekście zarówno profilaktyki, diagnostyki i monitorowania zdrowia, jak i realizacji zaawansowanych zabiegów medycyny naprawczej. Pierwszym telezabiegiem chirurgicznym na człowieku była wykonana w 2001 r. „Operacja Lindbergh”, podczas której operator z Nowego Jorku usunął pęcherzyk żółciowy pacjentowi w Strasburgu (Sood 2006). Dziś m.in. dzięki rozwojowi technologii szybkiego łącza internetowego (w tym 5G) możliwe jest dokonanie bardziej skomplikowanych ingerencji, jak zabiegi neurochirurgiczne (Wodnicka 2021, s. 57).
- 2) Teleopieka (telezdrowie) – pojęcie z zakresu e-zdrowia, które wiąże się z usługami medycznymi (choć wpisujące się bardziej w zakres opieki społecznej), które polegają na zastosowaniu technologii informatyczno-komunikacyjnych do zapewnienia bezpieczeństwa w środowisku zamieszkania osobom potrzebujących wsparcia (Wrześniewska-Wal, Hajdukiewicz 2020, s. 511). Teleopieka pełni wspierającą oraz prewencyjną rolę poprzez wykorzystanie urządzeń monitorujących stan podopiecznego, systemów alarmowych oraz technologii pozwalających na obustronną komunikację (Doughty i in. 2007). Wsparcie za pomocą teleopieki jest rozwijane zarówno na szczeblu krajowym, jak i – coraz częściej – na poziomie samorządowym. W 2021 r. Ministerstwo Zdrowia rozpoczęło realizację pilotażowego programu w zakresie wykorzystania opasek telemedycznych w podstawowej opiece zdrowotnej (*Rozporządzenie Ministra Zdrowia...*). Działania w tym zakresie realizują też samorządy gminne. Przykładem są władze Lublina, które od 2019 r. z własnej inicjatywy zaopatrzyły prawie 1,5 tys. seniorów w tzw. opaski życia (monitorujące parametry życiowe, wykrywające upadki oraz zaopatrzone w przycisk SOS i możliwość kontaktu z Centrum Teleopieki)<sup>41</sup>. Podobne programy wdrażają też m.in.: Białystok<sup>42</sup>, Elbląg<sup>43</sup>, Łomża<sup>44</sup>, Łódź<sup>45</sup>, Sosnowiec<sup>46</sup>, Toruń<sup>47</sup>, Wrocław<sup>48</sup> i wiele innych gmin<sup>49</sup>.
- 3) M-zdrowie – pojęcie, które można definiować jako korzystanie z szeroko pojętego e-zdrowia (również z zakresu telemedycyny i teleopieki) poprzez aplikacje mobilne, co jest możliwe dzięki wzrostowi dostępności do smartfonów i rozwoju ich funkcjonalności (Smarżewska 2018; Saikumari, Arunraj 2022). Według serwisu statista.com (na rok 2020), niemal co trzeci użytkownik internetu korzysta z aplikacji z kategorii zdrowie, fitness i dieta (żywienie)<sup>50</sup>. W 2022 r. w zasobach sklepu Google Play ponad 5% dostępnych aplikacji mobilnych przynależało do kategorii zdrowie i fitness lub do kategorii aplikacji medycznych<sup>51</sup>, a w przypadku Apple Store udział ten wyno-

<sup>41</sup> <https://www.rynekzdrowia.pl/E-zdrowie/Teleopieka-cieszy-sie-w-Lublinie-duzym-zainteresowaniem-Rusza-ja-zapisy-na-opaski-zycia,231975,7.html> (30.12.2022).

<sup>42</sup> <https://www.bialystok.pl/pl/wiadomosci/aktualnosci/opaski-bezpieczenstwa-dla-seniorow.html> (30.12.2022).

<sup>43</sup> <https://elblag.wyborcza.pl/elblag/7,180071,28848497,elblaskie-centrum-uslug-spoecznych-przygotowalo-spejalne-opaski.html> (30.12.2022).

<sup>44</sup> <https://lomza.naszemiasto.pl/opaski-bezpieczenstwa-beda-czuwac-nad-seniorami-trwa-nabor/ar/c1-8840953> (30.12.2022).

<sup>45</sup> <https://uml.lodz.pl/aktualnosci-lodzpl/artukul-lodzpl/500-opasek-bezpieczenstwa-trafi-do-seniorow-z-lodzi-rozpoczyna-sie-nabor-chetnych-id51629/2022/7/5/> (30.12.2022).

<sup>46</sup> <https://sosnowiec.naszemiasto.pl/400-opasek-bezpieczenstwa-dla-osob-starszych-z-sosnowca-to/ar/c1-9024501> (30.12.2022).

<sup>47</sup> <https://torun.wyborcza.pl/torun/7,48723,29242099,bransoletki-zycia-w-toruniu-seniorzy-otrzymali-opaski-ratujace.html> (30.12.2022).

<sup>48</sup> <https://gazetawroclawska.pl/teleopieka-dla-seniorow-z-wroclawia-skorzysta-pol-tysiaca-osob/ar/c14-16310871> (30.12.2022).

<sup>49</sup> Część samorządów korzysta ze środków ministerialnego Programu *Korpus Wsparcia Seniorów*.

<sup>50</sup> <https://www.statista.com/statistics/1252652/top-apps-categories-by-global-usage-reach/> (30.12.2022).

<sup>51</sup> <https://www.statista.com/statistics/279286/google-play-android-app-categories/> (30.12.2022).

sił ok. 8%<sup>52</sup>. W charakter m-zdrowia wpisuje się też promocja zdrowego stylu życia w mediach społecznościowych (por. Perlak i in. 2020).

Szybki rozwój rozwiązań w zakresie e-zdrowia pozwala mówić o narastającej przestrzeni wirtualnego zdrowia, która jest obiektem zainteresowań biznesu (Jahn, Bohnet-Joschko 2023) oraz administracji (De Rosi, Nuti 2018). Za szczególny katalizator zmian uznaje się pandemię COVID-19, która wymusiła ewolucję organizacji opieki nad pacjentami poprzez minimalizację bezpośrednich kontaktów (Duplaga, Turosz 2022). Poza „centralnymi” systemami P1 i P2, polskim (oddolnym) przykładem przenoszenia usług medycznych do przestrzeni wirtualnej, który może mieć charakter wieszczącego zmiany w organizacji świadczeń zdrowotnych słabego sygnału (ang. *weak signal*) jest mobilna przychodnia podstawowej opieki zdrowotnej DokDok. Poradnia udziela świadczeń na podstawie kontraktu z NFZ i poprzez dedykowaną, darmową aplikację jest dostępna 7 dni w tygodniu<sup>53</sup>. Poprzez nią możliwy jest kontakt z lekarzem rodzinnym z dowolnego miejsca. Spadek znaczenia bezpośrednich, a nawet pośrednich kontaktów z medykami czy opiekunami może postąpić jeszcze szybciej za sprawą potencjału sztucznej inteligencji i technologii *machine learning*.

Rozwojowi e-usług w zakresie zdrowia sprzyja stosunkowo wysoka akceptowalność społeczna. W wyniku badania kwestionariuszowego<sup>54</sup> stwierdzono, że w początkowej fazie pandemii (2020 r.) spośród użytkowników teleporad lub innych form zdalnego kontaktu z lekarzem (ok. 61% respondentów) ok. 85% było usatysfakcjonowanych z usługi, a ok. 70% wykazało chęć do korzystania ze zdalnych porad również po pandemii (Duplaga, Turosz 2022). Badanie (ze stycznia 2022) ograniczające się do kohorty w wieku 60–69 lat wykazało z kolei, że: ok. 71% respondentów uważa, że wdrażanie e-zdrowia ułatwia kontakt z lekarzem, a blisko 53%, że pozwala na zapobieganie chorobom i regularne monitorowanie stanu zdrowia (Rój 2022). Ogólny poziom akceptacji rozwiązań e-zdrowotnych wyniósł niemal 73%, a jeszcze większy odsetek badanych (ok. 84%) uznał korzystanie z nich za łatwe do nauczenia (Rój 2022). Świadczy to o potencjale tych rozwiązań w zmianie modelu zachowań zdrowotnych.

Rozwój e-zdrowia ukierunkowuje ewolucję naszych gospodarstw domowych w *Smart Home Healthcare*, czyli dom, który dzięki odpowiednim urządzeniom oraz sensorom rozszerza możliwości dbania o bezpieczeństwo zdrowotne (Bennett i in. 2017, s. 2). Już dziś dzięki publicznym i prywatnym inwestycjom możemy, nie opuszczając domu i mając do dyspozycji jedynie smartfon:

- odbyć konsultację medyczną dzięki łączności internetowej lub telefonicznej,
- przeglądać i udostępniać poprzez Internetowe Konto Pacjenta (IKP) swoją dokumentację medyczną, otrzymać e-zwolnienia, e-recepty i e-skierowania, a od 2023 r. również umawiać się (przez IKP) na wizytę lub badanie,
- sprawdzić dostępność konkretnych leków i produktów leczniczych w aptekach oraz je zarezerwować dzięki takim portalom jak ktomalek.pl czy gdziepolek.pl.

### Deinstytucjonalizacja – kluczowe wnioski w ujęciu terytorialnym

Uwarunkowana rozwojem szeroko pojmowanej świadomości zdrowotnej oraz technologii z zakresu e-zdrowia deinstytucjonalizacja, powinna być uznawana za szansę w budowaniu bardziej niezależnego od lokalnych czy regionalnych niedoborów modelu dbania o zdrowie, w którym coraz mniejszą rolę odgrywają instytucje, a coraz większe znaczenie ma wiedza i technologia. Tłumaczy to skonstruowana na potrzeby wyjaśniania rozwoju nauki i techniki *zasada kumulacji i substytucji*, zgodnie z którą „doskonalenie poznania naukowego prowadzi do akumulacji wiedzy, natomiast doskonalenie

<sup>52</sup> <https://www.statista.com/statistics/270291/popular-categories-in-the-app-store/> (30.12.2022).

<sup>53</sup> W odróżnieniu od innych przychodni POZ, które przyjmują pacjentów do godziny 18 w dni robocze (<https://dokdok.pl>, 30.12.2022).

<sup>54</sup> Przeprowadzonego na grupie 1002 dorosłych Polaków (użytkowników internetu).



środków technicznych związane jest z procesem zastępowania starych środków przez nowe” (Budziński 1992, s. 64). Przekładając to na zjawiska społeczne można więc powiedzieć, że kumulacja wiedzy w społeczeństwie jest zaczątkiem technologicznych oraz społecznych innowacji, które w przypadku deinstytucjonalizacji przejawiają się nowymi możliwościami w zakresie dbania o zdrowie. Dzisiejszy pacjent ma bowiem bardzo szerokie możliwości skutecznego dbania o siebie „na własny rachunek” lub „na odległość”, co więcej, często w oderwaniu od lokalnych uwarunkowań (niedoborów).

Przedstawione w artykule zjawiska oddziałują na sposób funkcjonowania przestrzeni i żyjących w nich społeczności. Kluczowym ich skutkiem – poza ograniczeniem behawioralnych czynników ryzyka oraz wzrostem zainteresowania kwestiami zdrowotnymi obywateli – jest właśnie spadek znaczenia miejsca zamieszkania (Tabela 2.).

**Tabela 2.** Wpływ zmian w społecznym podejściu do zdrowia na przestrzeń oraz społeczności lokalne

**Table 2.** Impact of changes in social attitudes to health on space and local communities

Spółeczny trend <i>Social trend</i>	Wpływ na przestrzeń <i>Its spatial impact</i>	Wpływ na społeczności lokalne <i>Its impact on local communities</i>
Wzrost świadomości zdrowotnej	– Wzrost znaczenia obiektów świadczących usługi zdrowotne i innych mających niezaprzeczalny wpływ na zdrowie (profilaktyka), których nie da się w pełni zwirtualizować (np. wzrost znaczenia obiektów kultury fizycznej i wchodzenie na rynek inicjatyw prozdrowotnych).	– Poprawa zachowań zdrowotnych (ograniczenie negatywnego wpływu behawioralnych czynników ryzyka). – Większa partycypacja w zarządzaniu zdrowiem publicznym i rozwój oddolnych inicjatyw prozdrowotnych.
Rozwój i wzrost znaczenia samoleczenia	– Spadek znaczenia instytucji opiekuńczych, zdrowotnych i diagnostycznych <sup>55</sup> . – Zmiana form sprzedaży produktów leczniczych (spadek znaczenia stacjonarnych punktów aptecznych i wzrost sektora e-commerce oraz obrotu pozaaptecznego, czyli zakupów w sklepach, drogeriach czy punktach samoobsługowych).	– Bezpieczny wzrost samowystarczalności oraz rezyliencji społeczności (spadek uzależnienia od usługodawców opiekuńczych zdrowotnych i diagnostycznych).
Rozwój i wzrost znaczenia e-zdrowia	– Spadek znaczenia kontaktów bezpośrednich z usługodawcami zdrowotnymi (w tym medycznymi). – Przenoszenie do przestrzeni wirtualnej usług zdrowotnych i medycznych (wzrost ich aprzestrzenności).	– Rozwój wirtualnego modelu zdrowia (spadek znaczenia lokalnego wykluczenia zdrowotnego).

Źródło: opracowanie własne.

Source: author's elaboration.

Oczywiście, zależność ta nie jest bezwarunkową regułą. Wyjątek stanowią usługi mające znaczenie profilaktyczne lub medyczne, których nie da się zwirtualizować lub zastąpić zdobytą wiedzą. Dobrym przykładem są zabiegi i procedury medyczne, obiekty sportowe czy też usługi cateringów dietetycznych). Jednak zarówno w sferze publicznej, jak i prywatnej dąży się do przenoszenia możliwie wiele usług do przestrzeni cyfrowej, co bardzo intensywnie obserwuje się w zakresie usług medycznych i zdrowotnych (wdrażanie e-zdrowia). Opierająca się na dematerializacji deinstytucjonalizacja, w wyniku spadku znaczenia osobistych kontaktów z usługodawcami wiązać się będzie również z coraz wyraźniejszym spadkiem znaczenia przestrzennych zasobów tych usługodawców (obiektów, gdzie usługi są świadczone), które prawdopodobnie będą zmieniały swoje funkcje. Przykładem tego, w jakim kierunku ewoluują usługi zdrowotne jest rozwój polskich systemów P1 i P2 czy też sposób

<sup>55</sup> Przy czym wzrost świadomości (za sprawą wzrostu zainteresowania profilaktyką) może ten efekt niwelować.

zorganizowania mobilnej przychodni DokDok, która mimo całotygodniowego funkcjonowania na terenie całego kraju posiada jedynie dwie przychodnie stacjonarne<sup>56</sup>. Trudno dziś jednak określić, czy będziemy świadkami całkowitej aprestrenności usług medycznych. Rozsądek każe być ostrożnym w tak śmiałych prognozach, w szczególności, jeśli mówi się o medycynie ratunkowej, której domeną są stany nagłe<sup>57</sup>. Nie zmienia to jednak faktu, że (nawet częściową) ewolucję charakteru usług zdrowotnych można pojmować jako potencjalną szansę dla osób oraz całych społeczności (np. jednostek samorządu), które obecnie, ze względu na barierę odległości, mają do nich ograniczony dostęp. Emancypacja idąca w stronę deinstytucjonalizacji wydaje się być w pewnym zakresie konieczna, nie tylko w kontekście nierównego dostępu do tradycyjnie funkcjonujących usług zdrowotnych, ale też trendu starzenia się społeczeństwa. Jak pokazała pandemia COVID-19, jest to też wyraźny krok w kierunku budowy terytorialnej rezyliencji na szoki.

Należy przy tym pamiętać o warunkach, bez których korzystanie z pozytywnych efektów ewolucji nie jest możliwe. Konieczne do ograniczenia bariery i zagrożenia wynikają z:

- niedostatecznej wiedzy i świadomości zdrowotnej (wadliwe samoleczenie),
- niedostatecznego rozwoju infrastruktury informacyjno-telekomunikacyjnej,
- wykluczenia cyfrowego i nierówności w przestrzeni gotowości na cyfryzację (Saeed, Masters 2021; Ehrari i in. 2022),
- oraz cyberzagrożeń, ze względu na szczególną wrażliwość przetwarzanych informacji (Ministerstwo Zdrowia 2022; Rajamäki, Pirinen 2017).

Absolutną podstawą (szczególnie w kontekście rozwoju samoleczenia) jest powszechna wiedza w zakresie zdrowia i umiejętności jej poszukiwania, bez których zarówno systemowe, jak i personalne zalety deinstytucjonalizacji są przewyższane przez skutki uboczne deprofesjonalizacji usług zdrowotnych. Poza świadomością zdrowotną, którą bez wątpienia należy doskonalić w społeczeństwie w celu rozwijania nowego modelu dbania o zdrowie, potencjalne ograniczenia wiążą się głównie z poziomem gotowości cyfrowej (pacjentów i podmiotów medycznych), który nadal wymaga w Polsce poprawy (Ministerstwo Zdrowia 2022). Co prawda, dostępność do łącza szerokopasmowego jest wyższa od średniej dla UE (ok. 92% w Polsce i 90% w UE w 2021 r.) (GUS 2022b), to jednak potencjał wykorzystania nowych możliwości trafniej określają dane dotyczące regularnego korzystania internetu, który jest podstawą społeczeństwa informacyjnego. Tu Polska (ok. 84% w roku 2021), wyprzedzając w rankingu 6 krajów, wyraźnie odbiega od średniej UE (87%) (GUS 2022b). W 2022 r. regularnie z internetu korzystało ok. 86% Polaków, dane te charakteryzuje jednak wyraźne zróżnicowanie regionalne, co więcej, dysproporcje między liderującym obszarem centralnym, a najsłabiej wypadającym obszarem wschodnim się pogłębiają (Tabela 3.) (GUS 2022b).

Dodatkowo, jak wynika z badań Płaciszewskiego i in. (2023), rozwiązania z zakresu e-zdrowia są słabiej przyjmowane na obszarach peryferyjnych<sup>58</sup>. Co również należy rozpatrywać jako istotną barierę dla uzyskania omówionych korzyści deinstytucjonalizacji, ze względu na fakt, że to właśnie wschodnią „peryferyjną” część kraju charakteryzuje relatywnie słaba dostępność do usług medycznych. Świadczy o tym np. wyrażony izochronami wskaźnik dostępności do tzw. koszyka usług (zawierającego świadczenia specjalistyczne z wybranych dziedzin medycyny)<sup>59</sup> (Stępnik i in. 2017, s. 175). Z tych analiz wynika, że wszystkie województwa przynależące do makroregionu Polski Wschodniej

<sup>56</sup> <https://dokdok.pl/jak-dojechac> (30.12.2022).

<sup>57</sup> W innych dziedzinach medycyny ograniczać nas raczej będzie przede wszystkim psychologiczna potrzeba bezpośredniej bliskości z medykiem.

<sup>58</sup> W badaniu porównano powszechność korzystania z wybranych e-usług zdrowotnych. Okazało się, że miejsce zamieszkania silnie różnicuje wyniki (we wsiach i w małych miastach e-zdrowie jest mniej popularne).

<sup>59</sup> Tj.: chorób płuc, diabetologii, gastroenterologii, geriatrici, kardiologii, neurologii, onkologii, ortopedii i traumatologii narządu ruchu oraz położnictwa i ginekologii. Wskaźnik przyjmuje wartości od 0 do 9, w zależności od liczby dostępnych w 30-minutowej izochronie od miejsca zamieszkania typów poradni specjalistycznych.

**Tabela 3.** Terytorialne zróżnicowanie regularnego korzystania z internetu**Table 3.** Regular Internet users in population – territorial diversity

Obszar <i>Territory</i>	2018	2022	Przyrost (2018–2022) <i>Growth (2018–2022)</i>
PL zachodnia	74,7%	85,9%	15,0%
PL centralna	76,4%	87,6%	14,7%
PL wschodnia	71,2%	81,0%	13,8%
Rozstęp (p.p.) <i>Range (p.p.)</i>	3,5	4,9	1,2

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych GUS 2022b.

Source: author's elaboration based on GUS 2022b.

**Tabela 4.** Dostępność do koszyka usług specjalistycznej opieki medycznej**Table 4.** Accessibility to specialist medical care

Województwo <i>Voivodeship</i>	Średnia dostępność* <i>Average accessibility*</i>	Standaryzowana średnia dostępność <i>Standardised average accessibility</i>
lubelskie	6,3	-1,8
podlaskie	6,6	-1,3
warmińsko-mazurskie	6,6	-1,3
podkarpackie	6,8	-0,9
wielkopolskie	7,1	-0,4
zachodniopomorskie	7,1	-0,4
świętokrzyskie	7,2	-0,2
lubuskie	7,3	0,0
opolskie	7,4	0,2
kujawsko-pomorskie	7,5	0,3
pomorskie	7,5	0,3
małopolskie	7,6	0,5
dolnośląskie	7,7	0,7
łódzkie	7,8	0,9
mazowieckie	7,9	1,1
śląskie	8,5	2,1
Polska	7,5	—

\* Średnia ważona ludnością (*population's weighted average*).

Źródło: opracowanie własne na podstawie Stępiak i in. 2017, s. 343.

Source: author's elaboration based on Stępiak et al. 2017, p. 343.

charakteryzują się dostępnością niższą od średniej dla kraju, a 4 z nich wypadają najgorzej w tym zestawieniu (Tabela 4.).

Wobec niższej społecznej i technologicznej gotowości na cyfryzację zdrowia obszarów peryferyjnych postępy w zakresie procesów prowadzących do deinstytucjonalizacji powinny być kontrolowane, by zamiast rozwiązania problemu nie pogłębić go. Terytorialnym (ale też społecznym) zagrożeniem rozbudowy *metawersum* czy też *techniwersum* jest bowiem wzrost polaryzacji wynikającej z „wykluczenia z nowego rodzaju przestrzeni” (Dziemianowicz, Jurkiewicz 2023).

## WNIOSKI

Wzrost świadomości zdrowotnej, rozwój i wzrost znaczenia samoleczenia oraz rozwój e-zdrowia stanowią trzon dynamicznego spadku uzależnienia społeczeństwa od instytucji zdrowotnych. Proces ten można objąć jednym hasłem – (nowoczesną) deinstytucjonalizacją, która nie dąży już jedynie do dekoncentracji, czyli przenoszenia usług bliżej pacjenta, a ma na celu daleko idącą dematerializację zdrowia. Nowy (oparty na wiedzy i technologii) model zachowań zdrowotnych jest adaptacją trzeciej rewolucji zdrowotnej i skutkuje wzrostem samodzielności pacjentów i zacieraniem się granicy między obywatelem a pacjentem.

Obserwowane zjawiska stanowią nie tylko o zmianach w wymiarze czysto społecznym, ale także przestrzenno-terytorialnym. Widoczne są ewolucje funkcji przestrzeni w wyniku wzrostu zainteresowania zdrowiem oraz postępującej digitalizacji, jak i ważne zmiany w siedliskach (środowiskach życia społeczności). Już obecnie osiągnięty etap deinstytucjonalizacji charakteryzują bowiem znaczne możliwości ograniczania wykluczenia zdrowotnego, a dalszy rozwój despacjalizacji<sup>60</sup> (aprzeszczenia) dbania o zdrowie stanowi ważną, wymagającą działań politycznych szansę na przynajmniej częściowe wyrównanie dostępu do usług zdrowotnych.

Przeprowadzony przegląd jest też podstawą rozważań w kontekście stanu oraz rozwoju nauk geograficznych. Szczególnie, że zgodnie z podejściem *Evidence Based Policy*<sup>61</sup> odegrać mogą kluczową rolę w skutecznym wdrażaniu nowego modelu dbania o zdrowie, a obecnie wydają się nie nadążać za dynamiką wyzwań, które stawiają przed społeczeństwem opisane zmiany. Wobec społeczno-technologicznych przemian, bez wątpienia traci na znaczeniu uznawany w geografii medycznej podział na miejskie i wiejskie środowisko życia (Michalski 2002). W publikacjach rośnie zaś zainteresowanie „wirtualną” przestrzenią realizacji potrzeb zdrowotnych (zob. Qi i in. 2013; Thompson 2021), która ma potencjał do bycia bardziej egalitarną terytorialnie alternatywą. Dogłębniejszych analiz, chociażby z zakresu tzw. geografii internetu (Janc 2017), wymaga jednak wpływ obserwowanych zmian na funkcjonowanie społeczności lokalnych (w tym jednostek samorządu terytorialnego). Przy tym konieczne jest multi- i interdyscyplinarne (uwzględniające wymagania trzeciej rewolucji zdrowotnej) spojrzenie nie tylko na to, gdzie fizycznie „dzieje się zdrowie”, ale też włączenie do pola badawczego „nowej przestrzeni zdrowia” (zob. Thompson 2021), która może niwelować (Azzopardi-Muscat, Sørensen 2019), tworzyć (Oręziak 2018; Sobierajski 2012) i tłumaczyć (Shaheen i in. 2008; Hernandez i Rodriguez 2023) geograficzne nierówności zdrowotne. W Polsce, gdzie pozycja geografii zdrowia jest relatywnie słaba (Michalski 2018), stan wiedzy na ten temat wydaje się niewystarczający, co może ograniczać praktyczne wykorzystanie szans i redukcję zagrożeń stwarzanych przez deinstytucjonalizację zdrowia.

## Literatura

- Al-Jaroodi J., Mohamed N., Abukhousa E., 2020, Health 4.0: On the Way to Realizing the Healthcare of the Future, *IEEE Access*, 8, 211189–211210, DOI: 10.1109/ACCESS.2020.3038858.
- American Telemedicine Association, 2020, *ATA's Standardized Telehealth Terminology and Policy Language for States on Medical Practice* – <https://www.americantelemed.org/wp-content/uploads/2020/10/ATA-Medical-Practice-10-5-20.pdf> (dostęp: 19.12.2022).
- Augustin J., Andrees V., Walsh D., Reintjes R., Koller D., 2023, Spatial Aspects of Health—Developing a Conceptual Framework, *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20, 3, 1817, DOI: 10.3390/ijerph20031817.
- Azzopardi-Muscat N., Sørensen K., 2019, Towards an equitable digital public health era: promoting equity through a health literacy perspective, *European Journal of Public Health*, 29, 3, 13–17.

<sup>60</sup> O czym w kontekście rozwoju terytorialnego pisał A. Noworól (2019).

<sup>61</sup> W tym przypadku nazywanym też *Evidence Based Public Health Policy* (Brownson i in. 2009).

- Biuletyn Związku Polskie Mięso*, 2021, Związek Polskie Mięso – <https://polskie-mieso.pl/wp-content/uploads/2021/12/Biuletyn-06.12.2021.pdf> (dostęp: 30.08.2022).
- Błaszczuk M., Cebula M., 2016, Uczestnictwo w kulturze a uczestnictwo w mieście. O kapitałach kulturowych i różnorodności stylów życia mieszkańców dużego miasta, *Studia Socjologiczne*, 1, 220, 99–126.
- Budziński F., 1992, Zasada kumulacji i substytucji w rozwoju nauki i techniki, *Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska. Sectio H, Oeconomia*, 26, 63–75.
- Brownson R. C., Chiqui J. F., Stamatakis K. A., 2009, Understanding Evidence-Based Public Health Policy, *American Journal of Public Health*, 99, 9, 1576–1583.
- CBOS, 2016, *Leki dostępne bez recepty i suplementy diety*, Komunikat z badań nr 158/2016, Warszawa – [https://cbos.pl/SPISKOM.POL/2016/K\\_158\\_16.PDF](https://cbos.pl/SPISKOM.POL/2016/K_158_16.PDF) (dostęp: 20.09.2022).
- CBOS, 2019, *Jak zdrowo odżywiają się Polacy?* Komunikat z badań nr 106/2019 – [https://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2019/K\\_106\\_19.PDF](https://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2019/K_106_19.PDF) (dostęp: 15.04.2023).
- CBOS, 2020a, *Wartości w czasach zarazy*, Komunikat z badań nr 160/2020 – [https://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2020/K\\_160\\_20.PDF](https://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2020/K_160_20.PDF) (dostęp: 30.08.2022).
- CBOS, 2020b, *Zdrowie online*, Komunikat z badań nr 100/2020, Warszawa – [https://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2020/K\\_100\\_20.PDF](https://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2020/K_100_20.PDF) (dostęp: 20.09.2022).
- Chwaszcz J., Niewiadomska I., Fel S., Wiechetek M., Palacz-Chrisidis A., 2015, *Innowacyjne narzędzia do diagnozy potencjału readaptacyjnego osób zagrożonych wykluczeniem społecznym i zawodowym*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Fundacja Rozwoju Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego, Warszawa.
- Curtis S., Malczewski J., 1990, Planowanie przestrzennej alokacji środków na ochronę zdrowia w Anglii i Polsce – zarys badań porównawczych, [w:] L. Mazurkiewicz, A. Wróbel (red.), *Przestrzenne problemy zdrowotności*, Conference Papers, IGiPZ PAN, 9, Warszawa, 7–18.
- Czapiński J., Panek T. (red.), 2009, *Diagnoza społeczna 2009*, Rada Monitoringu Społecznego, Wyższa Szkoła Finansów i Zarządzania w Warszawie, Warszawa.
- Czapiński J., Panek T., (red.), 2014, *Diagnoza społeczna 2013. Warunki i jakość życia Polaków*, Warszawa.
- Czapiński J., Panek T., (red.), 2015, *Diagnoza społeczna 2015. Warunki i jakość życia Polaków*, Warszawa.
- Czerwińska M., 2015, Narzędzia e-zdrowia jako instrumenty poprawiające dostęp do usług medycznych w regionie, *Nierówności społeczne a wzrost gospodarczy*, 43, 3, 173–185, DOI: 10.15584/nsawg.2015.3.14.
- De Rosi S., Nuti S., 2018, Public strategies for improving eHealth integration and long-term sustainability in public health care systems: Findings from an Italian case study, *International Journal of Health Planning and Management*, 33, 1, 131–152, DOI: 10.1002/hpm.2443.
- Dew K., Chamberlain K., Hodgetts D., Norris P., Radley A., Gabe J., 2014, Home as a hybrid centre of medication practice, *Sociology of Health & Illness*, 36, 1, 28–43, DOI: 10.1111/1467-9566.12041.
- Doughty K., Monk A., Bayliss C., Brown S., Dewsbury L., Dunk B., Gallagher V., Grafham K., Jones M., Lowe C., McAlister L., McSorley K., Mills P., Skidmore C., Stewart A., Taylor B., Ward D., 2007, Telecare, telehealth and assistive technologies – Do we know what we’re talking about?, *Journal of Assistive Technologies*, 1, 2, 6–10, DOI: 10.1108/17549450200700012.
- Drela K., 2010, Pacjenci a e-zdrowie, *Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego, Studia Informatica*, 25, s. 115–126 – [https://wneiz.pl/nauka\\_wneiz/studia\\_inf/25-2010/si-25-115.pdf](https://wneiz.pl/nauka_wneiz/studia_inf/25-2010/si-25-115.pdf) (dostęp: 18.12.2022).
- Drygas W., Bielecki W., Kozakiewicz K., Pajak A., Piotrowski W., Tykarski A., Wyrzykowski B., Zdrojewski T., 2015, Wieloośrodkowe Ogólnopolskie Badanie Stanu Zdrowia Ludności – WOBASZ, [w:] G. Kopeć, P. Janowski, A. Pajak, W. Drygas (red.), *Epidemiologia i prewencja chorób krążenia*, Wydawnictwo Medycyna Praktyczna, Kraków, 41–55.
- Dziemianowicz W., Jurkiewicz I. (red.), 2023, *Megatrendy społeczno-gospodarcze w kontekście Koncepcji Rozwoju Kraju 2050. Trendy europejskie i krajowe*, Instytut Rozwoju Miast i Regionów, Warszawa–Kraków.
- Ehrari H., Tordrup L., Müller S., 2022, *The digital divide in healthcare: A socio-cultural perspective of digital literacy*, Proceedings of the Annual Hawaii International Conference on System Sciences, DOI: 10.24251/hicss.2022.499.

- Estrela V., Monteiro A., França R., Abdeldjalil K., Razmjoooy N., Iano Y., 2019, Health 4.0: Applications, Management, Technologies and Review, *Medical Technologies Journal*, 2, 4, 262–276, DOI: 10.26415/2572-004X-vol2iss4p262-76.
- Grant Thornton, 2021, *Rynek apteczny w Polsce. Edycja IV* – <https://grantthornton.pl/wp-content/uploads/2021/06/Rynek-apteczny-w-Polsce-RAPORT-Grant-Thornton-update1506.pdf> (dostęp: 20.09.2022).
- GUS, 2021a, *Obiekty służące poprawie kondycji fizycznej w 2020 r.* – [https://stat.gov.pl/files/gfx/portalinformacyjny/pl/defaultaktualnosci/5495/15/1/1/1/1/obiekty\\_sluzace\\_poprawie\\_kondycji\\_fizycznej\\_w\\_2020\\_r.pdf](https://stat.gov.pl/files/gfx/portalinformacyjny/pl/defaultaktualnosci/5495/15/1/1/1/obiekty_sluzace_poprawie_kondycji_fizycznej_w_2020_r.pdf) (dostęp: 20.08.2022).
- GUS, 2021b, *Stan zdrowia ludności Polski w 2019* – [https://stat.gov.pl/files/gfx/portalinformacyjny/pl/defaultaktualnosci/5513/26/1/1/1/stan\\_zdrowia\\_ludnosci\\_polski\\_w\\_2019\\_r.pdf](https://stat.gov.pl/files/gfx/portalinformacyjny/pl/defaultaktualnosci/5513/26/1/1/1/stan_zdrowia_ludnosci_polski_w_2019_r.pdf) (dostęp: 02.01.2023).
- GUS, 2022a, *Uczestnictwo w sporcie i rekreacji ruchowej w 2021 r.* – <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/kultura-turystyka-sport/sport/uczestnictwo-w-sporcie-i-rekreacji-ruchowej-w-2021-r-4,4.html> (dostęp: 19.08.2022).
- GUS, 2022b, *Spółeczeństwo informacyjne w Polsce w 2022 roku* – <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/nauka-i-technika-spoleczenstwo-informacyjne/spoleczenstwo-informacyjne/spoleczenstwo-informacyjne-w-polsce-w-2022-roku,1,16.html> (dostęp: 04.02.2023).
- Hernandez M. F., Rodriguez F., 2023, Health Techequity: Opportunities for Digital Health Innovations to Improve Equity and Diversity in Cardiovascular Care, *Current Cardiovascular Risk Reports*, 17, 1, 1–20.
- Hirsch J.D., San Agustin K., Barnes C., Agarwal A., Allen K., Rivera S., Laufer D., Maria R., Lake S., Daniels C. E., 2021, Impact of a contactless prescription pickup kiosk on prescription abandonment, patient experience, and pharmacist consultations, *Journal of the American Pharmacists Association*, 61, 2, 151–157, DOI: 10.1016/j.japh.2020.10.011.
- Hurkacz M., Wiela-Howeńska A., 2012, Dlaczego pacjent wymagający farmakoterapii powinien zgłaszać się po poradę do lekarza lub farmaceuty? Opieka farmaceutyczna w aspekcie samoleczenia, [w:] K. Krajewski-Siuda (red.), *Samoleczenie*, Instytut Sobieskiego, Warszawa, 129–146.
- IQVIA, 2021, *Rynek farmaceutyczny w 2020 roku*, Warszawa – <https://www.iqvia.com/-/media/iqvia/pdfs/cese/poland/rynek-farmaceutyczny-w-2020-roku-w-polsce.pdf> (dostęp: 20.09.2022).
- IQVIA, 2023, *Rynek farmaceutyczny w 2022 roku*, Warszawa – [https://media.licdn.com/dms/document/C4D1FAQHGitim2qmxIQ/feedshare-document-pdf-analyzed/0/1675256164751?e=1677110400&v=beta&t=KE-STJXOWANI0UwOJ\\_mJutIaWDDMLqxpJc4aa3boec](https://media.licdn.com/dms/document/C4D1FAQHGitim2qmxIQ/feedshare-document-pdf-analyzed/0/1675256164751?e=1677110400&v=beta&t=KE-STJXOWANI0UwOJ_mJutIaWDDMLqxpJc4aa3boec) (dostęp: 12.02.2023).
- Jahn J., Bohnet-Joschko S., 2023, Healthcare startups compete in new digital spaces: the lure of virtual specialties, *Journal of Business Strategy*, 45, 1, 58–71, DOI: 10.1108/JBS-09-2022-0170 (dostęp: 19.04.2023).
- Jak odżywiają się Polacy? Kukuła Healthy Food 2020*, 2020, Kukuła Healthy Food – [https://naszbiznes24.pl/wp-content/uploads/2020/06/Raport-Kukuła-Healthy-Food-Jak-odzywiaja-sie-Polacy\\_2020.pdf](https://naszbiznes24.pl/wp-content/uploads/2020/06/Raport-Kukuła-Healthy-Food-Jak-odzywiaja-sie-Polacy_2020.pdf) (dostęp: 30.08.2022).
- Jak odżywiają się Polacy? Kukuła Healthy Food 2021*, 2021, Kukuła Healthy Food.
- Janc K., 2017, Geografia internetu, *Rozprawy Naukowe Instytutu Geografii i Rozwoju Regionalnego Uniwersytetu Wrocławskiego*, 41, Wrocław.
- Jones A., Jones D., 2022, A Novel Bayesian General Medical Diagnostic Assistant Achieves Superior Accuracy With Sparse History, *Frontiers in Artificial Intelligence*, 5, 1–13, DOI: 10.3389/frai.2022.727486.
- Karolinska Institutet, 2011, *Public Health Programme*, Stockholm.
- Kluczyńska U., 2008, Styl życia. Główne podejścia i perspektywy badawcze, [w:] M. Cyłkowska-Nowak (red.), *Edukacja zdrowotna. Możliwości, bariery, ograniczenia*, Wydawnictwo Naukowe UM, Poznań, 46–58.
- Kłós J., 2014, *Zjawisko zdrowego stylu życia we współczesnym społeczeństwie polskim*, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, Wydział Nauk o Zdrowiu, Poznań.
- Kretowicz P., 2013, Nowe podejścia badawcze w geografii zdrowia w literaturze anglosaskiej, *Przegląd Geograficzny*, 85, 4, 549–571.
- Krajewski-Siuda K., Chmura R., Łach K., 2012, Samoleczenie jako problem zdrowia publicznego, [w:] K. Krajewski-Siuda (red.), *Samoleczenie*, Instytut Sobieskiego, Warszawa, 31–98.

- Krajewski-Siuda K., Lach K., 2016, Samoleczenie – definicja problemu w kontekście nowych trendów społecznych, [w:] K. Krajewski-Siuda (red.), *Odpowiedzialne i nowoczesne samoleczenie w systemie ochrony zdrowia. Raport*, Fundacja Obywatele Zdrowo Zaangażowani, Warszawa, 8–14.
- Lalonde M., 1974, *A new perspective on the health of Canadians: A working document*, Minister of National Health and Welfare, Ottawa.
- Lenartowicz M., Dziubiński Z., Jankowski K. W., 2017, Aktywni Polacy: dwie dekady uczestnictwa w sporcie i rekreacji ruchowej. Próba wyjaśnienia zmian, *Kultura i Społeczeństwo*, 61, 2, 195–210, DOI: 10.35757/KiS.2017.61.2.10.
- Marks L., Hunter D.J., Alderslade R., 2011, *Strengthening Public Health Capacity and Services in Europe. A Concept Paper*, Durham University, WHO Europe, Copenhagen.
- Mazurkiewicz L., Wróbel A., 1990, Problematyka badawcza geografii medycznej. Stan współczesny i perspektywy, [w:] L. Mazurkiewicz, A. Wróbel (red.), *Przestrzenne problemy zdrowotności*, Conference Papers, IGiPZ PAN, 9, Warszawa, 7–18.
- Michalski T., 2002, Uwarunkowania sytuacji zdrowotnej ludności wiejskiej w Polsce, *Studia Obszarów Wiejskich*, 2, 31–39.
- Michalski T., 2018, History and Main Research Currents in Polish Medical Geography, *Quaestiones Geographicae*, 37, 2, 27–37, DOI: 10.2478/quageo-2018-0012.
- Ministerstwo Rodziny i Polityki Społecznej, 2022, *Program „Korpus Wsparcia Seniorów” na rok 2022*, Warszawa – <https://www.gov.pl/web/uw-mazowiecki/program-korpus-wsparcia-seniorow-na-2022-rok> (dostęp: 30.12.2022).
- Minister Zdrowia, 2021, *Mapa potrzeb zdrowotnych na okres od 1 stycznia 2022 r. do 31 grudnia 2026 r.*, Warszawa.
- Ministerstwo Zdrowia, 2022, *Program rozwoju e-zdrowia w Polsce na lata 2022–2027*, Warszawa – <https://www.gov.pl/web/zdrowie/program-rozwoju-e-zdrowia-na-lata-2022-2027> (dostęp: 30.12.2022).
- Nowakowska M., 2010, Społeczno-kulturowe uwarunkowania zmian w rozumieniu kategorii zdrowia i choroby, *Sztuka Leczenia*, 20, 1–2, 43–49 – [https://www.sztukaleczenia.pl/pub/2010/3\\_MNowakowska.pdf](https://www.sztukaleczenia.pl/pub/2010/3_MNowakowska.pdf) (dostęp: 06.08.2022).
- Nowicki G.J., Ślusarska B., Zboina B., Kocka K., Bartoszek A., Wiśniewska A., 2018, Zakres rozumienia pojęcia „zachowania zdrowotne” oraz uwarunkowania aktywności zdrowotnej człowieka, *Acta Scientifica Academiae Ostroviensis. Sectio A, Nauki Humanistyczne, Społeczne i Techniczne*, 11, 1, 372–387, DOI: 10.33674/acta\_1720181.
- Noworól A., 2019, *Despacylizacja jako instrument rozwoju terytorialnego*, Biuletyn KPZK PAN, 273, 19–28.
- Nutbeam D., 1998, *Health promotion glossary*, WHO, Geneva.
- Obodyńska E., 2015, Zdrowie jako podstawowa wartość edukacyjna i życiowa. *Edukacja–Technika–Informatyka*, 6, 2, 148–154 – <http://cejsh.icm.edu.pl/cejsh/element/bwmeta1.element.desklight-305bed1c-680d-4712-b901-2ac80c07caf3> (dostęp: 27.09.2022).
- Olczyk M., Bułaś L., Konieczny A., 2010, Diagnostyczne testy medyczne w praktyce farmaceutycznej, *Farmacja Polska*, 66, 5, 355–368 – <https://www.ptfarm.pl/pub/File/Farmacja%20Polska/2010/05-2010/11%20%20Diagnostyczne%20testy%20medyczne.pdf> (dostęp: 16.12.2022).
- Opolski J., 2011, Zdrowie publiczne – geneza, przedmiot i zakres. Wprowadzenie do zagadnienia, [w:] J. Opolski (red.), *Zdrowie publiczne wybrane zagadnienia*, t. 1, Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego, Warszawa, 9–29.
- Oręziak B., 2018, Telemedycyna a konstytucyjne prawo do opieki zdrowotnej w kontekście wykluczenia cyfrowego, *Zeszyty Prawnicze*, 18, 1, 117–141.
- Ortman E.B., Kowalewska B., Krajewska-Kułać E., 2020, *Zjawisko samoleczenia w kontekście zapotrzebowania na edukację zdrowotną*, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku, Białystok.
- Ostrowska A., 1999, *Styl życia a zdrowie*, Wydawnictwo IFiS PAN, Warszawa.
- Perlak J., Porzucek A., Niziołek J., Żyga J., 2020, #Healthylifestyle na Instagramie – wpływ serwisu na kształtowanie zdrowych nawyków u użytkowników, [w:] A. Kobyłka, M. Gortat (red.), *Zdrowy styl życia. Wyzwania XXI wieku*, Wydawnictwo Naukowe SMN, Lublin, 33–43.

- Piotrowicz M., Cianciara D., 2011, Teoria salutogenezy – nowe podejście do zdrowia i choroby, *Przegląd Epidemiologiczny*, 65, 3, 521–527 – <http://www.przegl Epidemiol.pzh.gov.pl/teoria-salutogenezy-nowe-podejscie-do-zdrowia-i-choroby?lang=pl> (dostęp: 20.08.2022).
- PMR, 2022, *Dystrybucja na rynku farmaceutycznym w Polsce 2022. Analiza rynku i prognozy rozwoju na lata 2022–2027*.
- Płaciszewski K., Wierzbę W., Ostrowski J., Pinkas J., Jankowski M., 2023, Factors associated with the use of public eHealth services in Poland – a 2022 nationwide cross-sectional survey, *Annals of Agricultural and Environmental Medicine*, 30, 1, 127–134, DOI: 10.26444/aaem/158027.
- Porta M.S., Greenland S., Hernán M., Silva I. dos S., Last J.M., 2014, *A Dictionary of Epidemiology*, Oxford University Press, New York.
- Pyrzyńska E., 2018, Zachowania konsumenta na rynku usług cateringowych na przykładzie cateringu dietetycznego, *Ekonomiczne Problemy Turystyki*, 2, 42, 265–271, DOI: 10.18276/ept.2018.2.42-25.
- Pytel A., 2017, Zadania jednostek samorządu terytorialnego w zakresie ochrony zdrowia, *Samorząd Terytorialny*, 6, 63–74.
- PZH, 2020, *Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania*, Warszawa.
- Qi L., Zhou S., Yan X., Gu J., 2013, Trend and hot topics of medical geography, *Progress in Geography*, 32, 8, 1276–1285.
- Rajamäki J., Pirinen R., 2017, Towards the cyber security paradigm of ehealth: Resilience and design aspects, *AIP Conference Proceedings 1836*, 020029, 1–9, DOI: 10.1063/1.4981969.
- Raport 2021. Rynek Gastronomiczny w Polsce, 2021, Nowości Gastronomiczne, Sweets & Coffee, BROG B2B, Warszawa.
- Rosnące znaczenie zdrowia a nawyki żywieniowe Polaków. *SuperMenu 2021*, 2021, SuperMenu.
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 19 lipca 2021 r. w sprawie programu pilotażowego w zakresie wykorzystania opasek telemedycznych w podstawowej opiece zdrowotnej, Dz.U. 2021, poz. 1328.
- Rój J., 2022, What Determines the Acceptance and Use of eHealth by Older Adults in Poland?, *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19, 23, 15643, 1–16, DOI: 10.3390/ijerph192315643.
- Saeed S. A., Masters R. M., 2021, Disparities in Health Care and the Digital Divide, *Current psychiatry reports*, 23, 61, DOI: 10.1007/s11920-021-01274-4
- Saikumari V., Arunraj A., 2022, Challenges of eHealth and Current Developments in eHealth Applications: An Overview, *EAI Endorsed Transactions on Smart Cities*, 6, 3, e1, DOI: 10.4108/eetsc.v6i18.2261.
- Schabowski J., Nicer T., Mardarowicz G., 2008, „Przyłóżkowe” szybkie testy laboratoryjne – Przydatność w podstawowej opiece zdrowotnej, *Forum Medycyny Rodzinnej*, 2, 5, 358–364 – [https://journals.viamedica.pl/forum\\_medycyny\\_rodzinnej/article/download/10200/8700](https://journals.viamedica.pl/forum_medycyny_rodzinnej/article/download/10200/8700) (dostęp: 08.12.2022).
- Siuta-Tokarska B., 2021, Przemysł 4.0 i sztuczna inteligencja: Szansa czy zagrożenie dla realizacji koncepcji zrównoważonego i trwałego rozwoju?, *Nierówności Społeczne a Wzrost Gospodarczy*, 65, 1, 7–26, DOI: 10.15584/nsawg.2021.1.1.
- Śladek A., 2009, Żyj zdrowo. Jesteś tego wart! – Ponowoczesne konteksty kształtowania orientacji zdrowotnych, [w:] L. Jakubowska-Malicka, A. Kobylarek, M. Pryszmont-Ciesielska (red.), *Ponowoczesne konteksty edukacji. Audiowizualność, cyberprzestrzeń, hipertekstualność*, Oficyna Wydawnicza ATUT, 104–123, DOI: 10.13140/2.1.3342.6243.
- Smarżewska D., 2018, Wykorzystanie mobilnych aplikacji (m-health) w zarządzaniu systemem ochrony zdrowia, *Akademia Zarządzania*, 2, 2, 6–20 – <https://depot.ceon.pl/handle/123456789/16518?show=full> (dostęp: 30.12.2022).
- Sobierajski T., 2012, Medyczni googlersi, czyli o komunikacji z nowym typem pacjenta, *OSOZ*, 4, 27–28.
- Sood S.P., 2006, Telesurgery, [w:] W.M. Akay (red.), *Wiley Encyclopedia of Biomedical Engineering*, John Wiley & Sons, Hoboken, DOI: 10.1002/9780471740360.ebs1438 – [https://www.researchgate.net/publication/229678076\\_Telesurgery](https://www.researchgate.net/publication/229678076_Telesurgery) (dostęp: 12.12.2022).
- Sowa M., Kołłątaj W., Kołłątaj B., Karwat I. D., Szakuła J., 2015, Samoleczenie wśród studentów medycyny Uniwersytetu Medycznego w Lublinie = Self-medication practice among medical students of Medical Uni-



- versity in Lublin, *Journal of Education, Health and Sport*, 5, 7, 439–452, DOI: 10.5281/zenodo.20851 – <https://apcz.umk.pl/JEHS/article/view/2800> (dostęp: 07.12.2022).
- Stępiak M., Wiśniewski R., Goliszek S., Marcińczak S., 2017, *Dostępność przestrzenna do usług publicznych w Polsce*, IGiPZ PAN, Warszawa.
- Strategia rozwoju usług społecznych do roku 2030: polityka publiczna do roku 2030* (z perspektywą do 2035 r.), 2022, Rada Ministrów, Warszawa – <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WMP20220000767/O/M20220767.pdf> (dostęp: 17.09.2022).
- Strządała A., 2020, Pacjent jako obywatel. Autonomia pacjenta i obywatelskość na przykładzie Hiszpanii, *Kultura i Wartości*, 28, 189–208, DOI: 10.17951/kw.2019.28.189-208 – <https://journals.umcs.pl/kw/article/view/9727> (dostęp: 17.09.2022).
- Szymańczak J., 2009, Zdrowie publiczne – element systemu ochrony zdrowia, [w:] G. Ciura (red.), *Zdrowie Polaków*, Studia BAS, 4, 20, Warszawa, 221–253 – [http://orka.sejm.gov.pl/WydBAS.nsf/0/5EFD37B829CD0ADFC1257A30003DABEE/\\$file/7\\_20.pdf](http://orka.sejm.gov.pl/WydBAS.nsf/0/5EFD37B829CD0ADFC1257A30003DABEE/$file/7_20.pdf) (dostęp: 01.09.2022).
- Thompson M., 2021, The geographies of digital health – Digital therapeutic landscapes and mobilities, *Health & Place*, 70, 102610.
- Tobler W. R., 1970, A Computer Movie Simulating Urban Growth in the Detroit Region, *Economic Geography*, 46, 234–240, DOI: 10.2307/143141.
- Tripathy J. P., 2015, Can naturopathy provide answers to the escalating health care costs in India?, *Journal of Traditional and Complementary Medicine*, 5, 2, 63–65.
- Turosz S., 2023, *Potrzeby zdrowotne mieszkańców a samorząd gminny – przypadek gminy Gołdap*, praca magisterska wykonana pod kierunkiem dra hab. Wojciecha Dziemianowicza, prof. UW, Wydział Geografii i Studiów Regionalnych UW, Warszawa.
- Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, Dz.U. 2004 nr 210 poz. 2135 z późn. zm.
- Wdowiak L., Kapka L., 2012, Samoleczenie a zdrowie publiczne, [w:] K. Krajewski-Siuda (red.), *Samoleczenie*, Instytut Sobieskiego, Warszawa, 13–24.
- WHO Europe, 1999, *Health 21: the health for all policy framework for the WHO European Region, Health for All Series no 6.*, Copenhagen.
- WHO, 1998, *The World Health Report 1998. Life in the 21st century: A vision for all*, WHO, Geneva.
- Winslow C. E. A., 1923, *The evolution and significance of the modern public health campaign*, Yale University Press, New York.
- Wodnicka M., 2021, Wpływ czwartej rewolucji przemysłowej na innowacyjność usług, *Optimum. Economic Studies*, 3, 105, 48–59, DOI: 10.15290/oes.2021.03.105.04.
- Woźniak-Holecka J., Sobczyk K., 2023, Wybrane aspekty organizacyjne i finansowe realizacji programów polityki zdrowotnej przez jednostki samorządu terytorialnego w Polsce, *Prace Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu*, 67, 2, 161–169, DOI: 10.15611/pn.2023.2.14.
- Wójta-Kempa M., 2017, Samoleczenie: Medykalizacja czy demedykalizacja? Granice władzy medycyny, *Przeгляд Socjologiczny*, 66, 1, 83–105, DOI: 10.26485/PS/2017/66.1/4.
- Wrona-Polańska H., 2003, *Zdrowie jako funkcja twórczego radzenia sobie ze stresem: Psychologiczne mechanizmy i uwarunkowania zdrowia w zawodzie nauczyciela*, Wydawnictwo Naukowe Akademii Pedagogicznej, Kraków – <http://rep.up.krakow.pl/xmlui/handle/11716/1065> (dostęp: 06.08.2022).
- Wrześniewska-Wal I., Hajdukiewicz D., 2020, Telemedycyna w Polsce – aspekty prawne, medyczne i etyczne, *Studia Prawnoustrojowe*, 50, 509–524, DOI: 10.31648/sp.6061.
- Yang G., Pang Z., Jamal Deen M., Dong M., Zhang Y. T., Lovell N., Rahmani A. M., 2020, Homecare Robotic Systems for Healthcare 4.0: Visions and Enabling Technologies, *IEEE Journal of Biomedical and Health Informatics*, 24, 9, 2535–2549 – <https://ieeexplore.ieee.org/stamp/stamp.jsp?number=9079593> (dostęp: 27.04.2023).
- Zasuń A., Kuś M., 2015, Psychospołeczne mechanizmy funkcjonowania przestrzeni publicznej, [w:] A. Zasuń, H. Ćwięk (red.), *Współczesne zagrożenia a polityka publiczna*, Wydawnictwo Akademii im. Jana Długosza w Częstochowie, Częstochowa, 107–121.

## Źródła internetowe:

- Bank Danych Lokalnych, GUS – <https://bdl.stat.gov.pl> (dostęp: 20.08.2022)
- <https://bipold.aotm.gov.pl/index.php/repozytorium-ppz-2/opinie-o-projektach-programow-zdrowotnych-realizowanych-przez-jst/966-opz-2020> (dostęp: 17.11.2023)
- <https://bipold.aotm.gov.pl/index.php/repozytorium-ppz-2/opinie-o-projektach-programow-zdrowotnych-realizowanych-przez-jst/986-opz-2021> (dostęp: 17.11.2023)
- <https://bipold.aotm.gov.pl/index.php/repozytorium-ppz-2/opinie-o-projektach-programow-zdrowotnych-realizowanych-przez-jst> (dostęp: 17.11.2023)
- <https://bipold.aotm.gov.pl/index.php/repozytorium-ppz-2/opinie-o-projektach-programow-zdrowotnych-realizowanych-przez-jst/999-opz-2022> (dostęp: 17.11.2023)
- <https://www.cez.gov.pl/pl/nasze-produkty/e-zdrowie-p1> (dostęp: 24.11.2023)
- <https://dokdok.pl> (dostęp: 30.12.2022)
- <https://dokdok.pl/jak-dojechac> (dostęp: 30.12.2022)
- <https://elblag.wyborcza.pl/elblag/7,180071,28848497,elblaskie-centrum-uslug-spoecznych-przygotowalo-specjalne-opaski.html> (dostęp: 30.12.2022)
- <https://gazetawroclawska.pl/teleopieka-dla-seniorow-z-wroclawia-skorzysta-pol-tysiaca-osob/ar/c14-16310871> (dostęp: 30.12.2022)
- <https://infermedica.com> (dostęp: 20.12.2022)
- <https://lekomaty.com.pl> (dostęp: 10.12.2022)
- <https://lomza.naszemiasto.pl/opaski-bezpieczenstwa-beda-czuwac-nad-seniorami-trwa-nabor/ar/c1-8840953> (dostęp: 30.12.2022)
- <https://mgr.farm/aktualnosci/sytuacja-polskich-aptek-internetowych-w-dobie-pandemii-covid-19/> (dostęp: 10.09.2022)
- <https://sosnowiec.naszemiasto.pl/400-opasek-bezpieczenstwa-dla-osob-starszych-z-sosnowca-to/ar/c1-9024501> (dostęp: 30.12.2022)
- <https://symptomate.com/pl/> (dostęp: 20.12.2022)
- <https://torun.wyborcza.pl/torun/7,48723,29242099,bransoletki-zycia-w-toruniu-seniorzy-otrzymali-opaski-ratujace.html> (dostęp: 30.12.2022)
- <https://uml.lodz.pl/aktualnosci-lodzpl/artikul-lodzpl/500-opasek-bezpieczenstwa-trafi-do-seniorow-z-lodzi-roz poczyna-sie-nabor-chetnych-id51629/2022/7/5/> (dostęp: 30.12.2022)
- <https://www.bialystok.pl/pl/wiadomosci/aktualnosci/opaski-bezpieczenstwa-dla-seniorow.html> (dostęp: 30.12.2022)
- <https://www.gdziepolek.pl> (dostęp: 30.12.2022)
- <https://www.horecanet.pl/rynek-cateringow-dietetycznych-wart-ponad-25-mld-zl/> (dostęp: 30.08.2022)
- <https://www.isbtech.pl/2021/04/catering-i-dietetyczne-wsparciem-dla-zdrowia/> (dostęp: 22.08.2022)
- <https://ktomalek.pl> (dostęp: 30.12.2022)
- <https://www.rynekzdrowia.pl/E-zdrowie/Teleopieka-cieszy-sie-w-Lublinie-duzym-zainteresowaniem-Ruszaja-z apisy-na-opaski-zycia,231975,7.html> (dostęp: 30.12.2022)
- <https://www.statista.com/statistics/1252652/top-apps-categories-by-global-usage-reach/> (dostęp: 30.12.2022)
- <https://www.statista.com/statistics/270291/popular-categories-in-the-app-store/> (dostęp: 30.12.2022)
- <https://www.statista.com/statistics/279286/google-play-android-app-categories/> (dostęp: 30.12.2022)
- <https://www.wroclaw.pl/przedsiębiorczy-wroclaw/infermedica-symptomate-diagnoza-pacjentow-choroby-online> (dostęp: 20.12.2022)
- <https://www.wspolczesnadietetyka.pl/prawo/rola-zawodu-dietetyka-w-promocji-zdrowia-a-sytuacja-zatrudnienia-w-polsce> (dostęp: 20.08.2022)
- Mapa potrzeb zdrowotnych na lata 2022–2026* – portal z danymi statystycznymi – <https://basiw.mz.gov.pl/mapy-informacje/mapa-2022-2026/analizy/czynniki-ryzyka-i-profilaktyka/> (dostęp: 04.05.2023)
- Google Books Ngram Viewer* – <https://books.google.com/ngrams/> (dostęp: 20.08.2022)