

Aleksandra Klich, Magdalena Gołowkin-Hudała,
Marcin Białecki, Levent Olçay

Integracja Internetowego Konta Pacjenta z elektroniczną dokumentacją medyczną: klucz do bezpiecznego udostępniania informacji medycznej – doświadczenia polskie i tureckie

*Integration of the Internet Patient Account with electronic
medical records: the key to secure sharing of medical
information – Polish and Turkish experiences*

Abstract

The authors discuss the integration of the Internet Patient Account (IKP) with the electronic medical records (EMD) system, examining the benefits and challenges of improving the security and efficiency of sharing medical records. The authors emphasise the need to synchronize IKP with EDM to ensure patients have full access to their health data. The article outlines the experiences of Poland and Turkey in implementing these solutions, highlighting the differences in the two countries' health care systems and drawing conclusions about best practices in digitizing medical data. The integration of systems is crucial for realizing the principle of continuity of care and for improving the quality of health services, while ensuring the confidentiality of patient data.

Keywords: *Internet Patient Account, Electronic Medical Record, medical record sharing, e-health, digitization of health care*

Dr Aleksandra Klich, Uniwersytet Szczeciński, Polska, ORCID: 0000-0002-2931-712X, e-mail: aleksandra.klich@usz.edu.pl

Dr Magdalena Gołowkin-Hudała, Uniwersytet Opolski, Polska, ORCID: 0000-0002-5403-7007, e-mail: golowkin@op.home.pl

Dr Marcin Białecki, Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego, Polska, ORCID: 0000-0003-2894-3775, e-mail: m.bialecki@uksw.edu.pl

LLB Levent Olçay, Uniwersytet MEF, Turcja, ORCID: 0009-0005-2615-1485, e-mail: olcayl@mef.edu.tr
Data zgłoszenia tekstu przez autorów: 13.11.2024 r.; data zaakceptowania do publikacji: 20.11.2024 r.

Streszczenie

Autorzy omawiają kwestię integracji Internetowego Konta Pacjenta (IKP) z systemem elektronicznej dokumentacji medycznej (EDM), analizując korzyści i wyzwania związane z poprawą bezpieczeństwa oraz efektywnością udostępniania dokumentacji medycznej. Wskazują na konieczność synchronizacji IKP z EDM, aby zapewnić pacjentom pełny dostęp do danych zdrowotnych. Autorzy prezentują doświadczenia Polski i Turcji w zakresie wdrażania tych rozwiązań, podkreślając różnice w systemach ochrony zdrowia obu krajów oraz wyciągając wnioski dotyczące najlepszych praktyk w zakresie cyfryzacji danych medycznych. Integracja systemów ma kluczowe znaczenie dla realizacji zasady ciągłości opieki oraz dla poprawy jakości usług zdrowotnych, przy jednoczesnym zapewnieniu poufności danych pacjentów.

Słowa kluczowe: *Internetowe Konto Pacjenta, elektroniczna dokumentacja medyczna, udostępnianie dokumentacji medycznej, e-zdrowie, cyfryzacja ochrony zdrowia*

1. Wprowadzenie

Cyfryzacja w ochronie zdrowia jest procesem, który przekształca tradycyjne modele opieki medycznej, wprowadzając nowe standardy w zakresie zarządzania informacjami oraz komunikacji pomiędzy pacjentem a świadczeniodawcą. Popularyzacja pojęcia „e-zdrowia” przyczynia się do próby zbadania jego zakresu przedmiotowego. Zasadne wydaje się uznanie, że obejmuje ono wszelkie zastosowania technologii teleinformatycznych w zapobieganiu chorobom, diagnostyce, leczeniu, kontroli oraz prowadzeniu zdrowego trybu życia¹. Co istotne, pojęcie to odnieść należy zarówno do postępu technologicznego, jak i do postawy umysłowej, sposobu myślenia oraz podejścia opartego na globalnym, sieciowym spojrzeniu, które ma na celu poprawę opieki zdrowotnej na poziomach lokalnym, regionalnym i globalnym przy wykorzystaniu technologii informacyjnych i komunikacyjnych². Ukształtowanie w obszarze rynku usług medycznych przywołanego pojęcia jest efektem szeroko pojmowanej cyfryzacji i informatyzacji sektora usług medycznych. Warto podkreślić, że kluczowe korzyści płynące z cyfryzacji to przede wszystkim zwiększenie dostępności usług medycznych. W tym zakresie, dzięki rozwiązaniom cyfrowym, pacjenci zyskują łatwiejszy dostęp do swoich danych medycznych oraz możliwości umówienia wizyty *online*, co zmniejsza czas oczekiwania na leczenie.

Nadto cyfryzacja wpływa pozytywnie na poprawę bezpieczeństwa danych, bowiem zastosowanie nowoczesnych technologii zabezpieczeń umożliwia lepszą ochronę danych osobowych pacjentów, co z kolei jest kluczowe w kontekście regulacji dotyczących ochrony danych, tj. zarówno ogólnego rozporządzenia o ochronie danych³, jak i krajowej ustawy o ochronie danych osobowych⁴. Wśród niewątpliwych zalet cyfryzacji rynku usług medycznych należy dostrzec również usprawnienie komunikacji oraz optymalizację procesów przetwarzania. W pierwszym ze wskazanych przypadków możliwe jest przyjęcie, że cyfryzacja wspiera efektywną wymianę informacji między różnymi podmiotami systemu ochrony zdrowia, co jest niezbędne dla zintegrowanej opieki nad pacjentem, a w drugim, że przechodzenie na elektroniczne systemy dokumentacji medycznej umożliwia efektywniejsze zarządzanie zasobami oraz poprawę jakości świadczonych usług.

Nie ulega wątpliwości, że w dobie dynamicznego rozwoju technologii informacyjnych cyfryzacja systemu ochrony zdrowia stała się istotnym elementem w dążeniu do poprawy jakości i efektywności usług medycznych. Kluczowym aktem prawnym

¹ J. Drobiazgiewicz, *Kierunki rozwoju systemu e-Zdrowie w Polsce*, „Ekonomiczne Problemy Usług” 2013/105, s. 479.

² G. Eysenbach, *What is e-health?*, „Journal of Medical Internet Research” 2001/3(2), s. 1, <https://www.jmir.org/2001/2/e20> (dostęp: 6.11.2024 r.); H. Oh, C. Rizo, M. Enkin, A. Jadad, *What is eHealth?: a systematic review of published definitions*, „World Hospitals and Health Services” 2005/41(1), s. 32–40.

³ Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 27.04.2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz.Urz. UE L 119 z 4.05.2016 r., s. 1) – dalej RODO.

⁴ Ustawa z 10.05.2018 r. o ochronie danych osobowych (tekst jedn.: Dz.U. z 2019 r. poz. 1781).

w tym zakresie jest ustawa o systemie informacji w ochronie zdrowia z 2011 r.⁵ Niestety, chociaż zagadnienia dotyczące elektronicznej dokumentacji medycznej, elektronicznych recept oraz przekazywania danych medycznych zostały uchwalone i obowiązywały formalnie od 1.01.2019 r., ich pełne wdrożenie w praktyce nastąpiło dopiero w późniejszych latach. Z pewnością było to związane z koniecznością zapewnienia odpowiedniej infrastruktury technicznej oraz kompleksowego przygotowania systemów informacyjnych⁶. W efekcie dokumentacja medyczna mogła być prowadzona w postaci papierowej do 31.12.2018 r., recepty wystawiano w formie papierowej do 7.01.2020 r., a obowiązek przekazywania danych zdarzeń medycznych do Systemu Informacji Medycznej (dalej SIM) zaczął być realizowany dopiero od 1.07.2021 r., natomiast rozliczenia świadczeń zdrowotnych wymagały dostosowania systemu do 10.01.2022 r. Mając na uwadze powyższe, wśród przykładów narzędzi wprowadzonych w ramach e-zdrowia należy uwzględnić: elektroniczną kartę pacjenta (EKP), Internetowe Konto Pacjenta (dalej IKP), receptę elektroniczną (e-recepta) czy możliwość rejestracji pacjentów *online*. Zdecydowanie IKP oraz elektroniczna dokumentacja medyczna (dalej EDM) są innowacyjnymi narzędziami, nie tylko ułatwiającymi dostęp do informacji medycznych, ale również wspierającymi procesy zarządzania danymi pacjentów. Internetowe Konto Pacjenta to platforma stworzona w celu ułatwienia pacjentom dostępu do informacji o ich zdrowiu. Umożliwia ona m.in. przeglądanie wyników badań, umawianie wizyt oraz uzyskiwanie informacji na temat realizowanych świadczeń zdrowotnych. Z kolei EDM to zbiór elektronicznych dokumentów związanych z opieką zdrowotną, które są przechowywane w formie cyfrowej, co umożliwia ich szybkie i bezpieczne udostępnianie pomiędzy świadczeniodawcami. Działania polskiego ustawodawcy są spójne z obserwowanym trendem na arenie międzynarodowej, wskazującym, że wykorzystanie systemów e-zdrowia umożliwia realizację zadań w zakresie zdrowia publicznego i podstawowej opieki zdrowotnej, takich jak: monitorowanie chorób, gromadzenie i analiza danych dotyczących zdrowia, wspieranie pracowników ochrony zdrowia w społecznościach, przeprowadzanie telekonsultacji, teleedukacja, prowadzenie badań oraz zarządzanie pacjentami⁷. E-zdrowie to nie tylko innowacje technologiczne, ale także zmiana podejścia i otwartość na globalną współpracę, które mają na celu podniesienie jakości opieki zdrowotnej. Sprawne działanie systemu e-zdrowie wymaga udziału pracowników ochrony zdrowia, danych źródłowych o wysokiej jakości, regulowanej zasadami interoperacyjności, a od samych pacjentów – rozpoczęcia posługiwania się prostymi, już udostępnionymi przez państwo, systemami pozwalającymi na zachowanie

⁵ Ustawa z 28.04.2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (tekst jedn.: Dz.U. z 2025 r. poz. 302 ze zm.) – dalej u.s.i.o.z. Szerzej na temat systemu informacji w ochronie zdrowia por. K. Świłała, *Pacjent jako beneficjent ograniczeń jawności elektronicznej dokumentacji medycznej*, Warszawa 2018, s. 9–86.

⁶ Szerzej na temat etapów wdrażania i obsługi systemu informacji w ochronie zdrowia por. K.M. Zoń, *Cywilnoprawne uwarunkowania udzielania przez lekarza świadczeń zdrowotnych w modelu telemedycyny w prawie polskim*, Warszawa 2022, s. 44–50.

⁷ V.M. Kiberu, M. Mars, R.E. Scott, *Barriers and opportunities to implementation of sustainable e-Health programmes in Uganda: A literature review*, „African Journal of Primary Health Care & Family Medicine” 2017/1, s. 1–10, <https://doi.org/10.4102/phcfm.v9i1.1277> (dostęp: 6.11.2024 r.).

rozliczalności, bezpieczeństwa, czytelności i spójności dokumentów⁸. Według danych Ministerstwa Zdrowia i Narodowego Funduszu Zdrowia 18 mln osób w Polsce korzysta z Internetowego Konta Pacjenta, co stanowi ok. 48% Polaków. W kwietniu 2024 r. liczba instalacji aplikacji mojeIKP wyniosła blisko 6 mln. Wystawiono 2 mld e-recept, które trafiły do ponad 38 mln osób. W dalszym ciągu największą popularnością cieszą się e-skierowania (wystawiono ich ponad 190 mln) i e-recepty, ale pacjenci coraz częściej sięgają po inne usługi e-zdrowia, takie jak umawianie się na szpital czy załatwianie formalności *online*⁹.

Podkreślenia wymaga to, że dzięki integracji technologii informacyjnych i komunikacyjnych możliwa jest bardziej efektywna wymiana danych i lepsza dostępność usług medycznych na różnych poziomach. Z pewnością rozwiązania te powinny funkcjonować równolegle z możliwością tradycyjnego sposobu uzyskiwania np. recept, co zapobiegnie pogłębianiu zjawiska ekсклюzy technologicznej i informatycznej obserwowanego w szczególności u osób starszych i nieporadnych. Docelowo jednak powinna zostać stworzona infrastruktura zapewniająca wsparcie i pomoc osobom, które zagrożone są wykluczeniem cyfrowym.

Celem niniejszego opracowania jest analiza integracji IKP z EDM oraz omówienie polskich i tureckich doświadczeń w zakresie udostępniania informacji medycznych, a w szczególności zasad wglądu do dokumentacji medycznej pacjenta. Poza tematyką artykułu pozostaje kwestia integracji IKP w obszarze udostępniania informacji o osobach upoważnionych do uzyskiwania informacji o pacjencie. Celem pośrednim jest omówienie funkcji i możliwości IKP w Polsce, przy jednoczesnym rozważeniu tureckich rozwiązań funkcjonujących w zakresie tzw. e-zdrowia. Jednocześnie autorzy pragną zwrócić uwagę na wyzwania i korzyści płynące z zintegrowania dwóch systemów, zwłaszcza w kontekście udostępniania przez pacjenta w IKP informacji o osobie upoważnionej do informacji o stanie zdrowia i dokumentacji pacjenta.

Podczas prac nad niniejszą publikacją wykorzystano następujące metody badawcze: metodę wykładni prawa w celu ustalenia obowiązujących przepisów regulujących zasady uzyskiwania informacji o pacjencie, a także dostępu do dokumentacji medycznej pacjenta oraz zasad funkcjonowania tzw. internetowych kont pacjenta; metodę analityczną, zastosowaną do odpowiedniego stanu wiedzy w nauce prawa; oraz metodę empiryczną, opartą na obserwacji i analizie praktycznych zagadnień wynikających z doświadczenia zawodowego autorów. Metody badawcze wykorzystane w pracy nad tekstem obejmują również analizę tekstów (literatury oraz danych i informacji dostępnych na stronach internetowych właściwych instytucji), w tym analizę porównawczą oraz metodę językową związaną ze specyfiką tureckiej terminologii prawniczej.

Z uwagi na ograniczony zakres niniejszego opracowania przedmiotem rozważań będzie kwestia udzielania upoważnień osobom trzecim do dokumentacji medycznej

⁸ K. Wojsyk, *Podsumowanie*, [w:] *Telemedycyna i e-Zdrowie. Prawo i informatyka*, red. I. Lipowicz, G. Szpor, M. Świerczyński, LEX/el. 2019.

⁹ <https://pacjent.gov.pl/aktualnosc/48-proc-polakow-uzywa-ikp> (dostęp: 6.11.2024 r.).

de lege lata i wniosków *de lege ferenda* mających poprawić komfort i bezpieczeństwo zarówno pacjentów, jak i pracowników medycznych poprzez zaproponowane w artykule rozwiązania.

2. Funkcje i możliwości IKP w Polsce

Z dniem 23.08.2018 r. w życie weszła ustawa nowelizująca ustawę o systemie informacji w ochronie zdrowia¹⁰, mocą której uruchomione zostało Internetowe Konto Pacjenta. Zgodnie z art. 2 pkt 19 u.s.i.o.z. IKP jest modułem Elektronicznej Platformy Gromadzenia, Analizy i Udostępnienia Zasobów Cyfrowych o Zdarzeniach Medycznych, w którym są przetwarzane dane dotyczące usługobiorcy zawarte w SIM oraz Systemie Rejestru Usług Medycznych Narodowego Funduszu Zdrowia. Internetowe Konto Pacjenta to darmowa platforma udostępniona przez Ministerstwo Zdrowia na stronie internetowej www.pacjent.gov.pl. Alternatywną metodą uzyskania dostępu do IKP jest aplikacja mobilna *mojeIKP*, którą można bezpłatnie pobrać ze sklepów z aplikacjami na smartfony i tablety¹¹.

Zgodnie z art. 7a u.s.i.o.z. IKP w szczególności umożliwia usługobiorcy (tj. pacjentowi) lub jego przedstawicielowi ustawowemu:

- a) dostęp do informacji i raportów o udzielonych i planowanych świadczeniach opieki zdrowotnej zgromadzonych w SIM oraz raportów z udostępnienia danych ich dotyczących, a także informacji o kwocie środków publicznych wydatkowanych na sfinansowanie udzielonych mu świadczeń opieki zdrowotnej;
- b) „dostęp do informacji o posiadanym w danym dniu prawie do świadczeń opieki zdrowotnej oraz podstawie tego prawa, a w przypadku gdy prawo do świadczeń opieki zdrowotnej wynika z objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym, także o dacie zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego oraz numerze identyfikacji podatkowej (NIP) i numerze REGON płatnika ubezpieczenia zdrowotnego – na podstawie informacji przetwarzanych w Centralnym Wykazie Ubezpieczonych”;
- c) składanie oświadczeń o upoważnieniu osoby do dostępu do dokumentacji medycznej (zgodnie z art. 26 ust. 1 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta¹²) lub o wyrażeniu zgody na udostępnienie danych, o której mowa w art. 35 ust. 1a u.s.i.o.z., lub o ich wycofaniu;
- d) składanie oświadczeń o wyrażeniu zgody na udzielanie informacji zgodnie z art. 9 ust. 3 u.p.p. lub o jej wycofaniu;
- e) składanie oświadczeń o wyrażeniu zgody na udzielenie określonych świadczeń zdrowotnych (o których mowa w art. 16–18 u.p.p.) lub o jej odmowie;
- f) „dostęp do informacji o wystawionych zaświadczeniach lekarskich”;

¹⁰ Ustawa z 20.07.2018 r. o zmianie ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. z 2018 r. poz. 1515 ze zm.).

¹¹ A. Sidorko, *Komentarz do art. 192, [w:] Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Komentarz*, red. A. Pietraszewska-Macheta, LEX/el. 2023.

¹² Ustawa z 6.11.2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (tekst jedn.: Dz.U. z 2024 r. poz. 581) – dalej u.p.p.

- g) „dostęp do informacji o wysokości składki na ubezpieczenie zdrowotne płaconej przez usługobiorcę”;
- h) „dostęp do informacji o wysokości kwoty podlegającej refundacji dla poszczególnych produktów leczniczych, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyrobów medycznych wydanych usługobiorcy”;
- i) „składanie oświadczeń o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych i jednostkowych danych medycznych usługobiorcy koniecznych w procesie realizacji recepty transgranicznej w innym państwie członkowskim Unii Europejskiej lub państwie członkowskim Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA) – stronie umowy o Europejskim Obszarze Gospodarczym lub o jej wycofaniu”;
- j) „składanie deklaracji wyboru świadczeniodawcy, udzielającego świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej lub położnej podstawowej opieki zdrowotnej (...) oraz dostęp do informacji o wybranym świadczeniodawcy udzielającym świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarce podstawowej opieki zdrowotnej lub położnej podstawowej opieki zdrowotnej”;
- k) „dostęp do informacji o usługodawcy i udzielanych przez niego świadczeniach opieki zdrowotnej”;
- l) „składanie wniosków o wydanie Europejskiej Karty Ubezpieczenia Zdrowotnego” (EKUZ);
- m) „dostęp do informacji o wycofanych z obrotu produktach leczniczych lub wyrobach medycznych, jeżeli zostały one usługobiorcy przepisane na podstawie recepty w postaci elektronicznej lub przez niego nabyte”;
- n) „składanie wniosków lub skarg do Rzecznika Praw Pacjenta, ministra właściwego do spraw zdrowia oraz Narodowego Funduszu Zdrowia”;
- o) „dostęp do informacji o profilaktyce i zdrowym trybie życia na podstawie jednostkowych danych medycznych usługobiorcy”;
- p) „udzielanie odpowiedzi na badania ankietowe w zakresie jakości opieki zdrowotnej”;
- q) „dostęp do informacji o wystawionych zleceniach”.

Mimo skonstruowania przez ustawodawcę szerokiego zakresu przedmiotowego usług dostępnych w ramach IKP w dalszym ciągu dostrzegalne są wady tego systemu, z perspektywy oczekiwań pacjentów. W praktyce zauważalny jest m.in. brak pełnej integracji z podmiotami leczniczymi – nie wszystkie dokumenty dotyczące pacjenta, a wchodzące w skład dokumentacji medycznej, są dostępne przez IKP, ponieważ placówki nie zawsze przesyłają dokumentację do centralnego systemu. Dostrzegalne są również opóźnienia w aktualizacji danych. W niektórych przypadkach dokumentacja medyczna nie pojawia się na koncie pacjenta w czasie rzeczywistym, co może ograniczać bieżącą kontrolę pacjenta nad jego dokumentacją. Jednym z poważniejszych ograniczeń funkcjonalności IKP jest obszar dotyczący wyrażania przez pacjentów zgód na interwencję medyczną. Pacjent nie zawsze ma możliwość

precyzyjnego zarządzania zgodami na dostęp do dokumentacji medycznej przez różne podmioty w trybie natychmiastowym. Z pewnością dodatkowa integracja i uzupełnienie funkcjonalności o elementy takie jak bardziej rozbudowany moduł zarządzania zgodami pacjenta, identyfikacją podmiotów upoważnionych do uzyskiwania informacji o pacjencie i wglądu w jego dokumentację medyczną oraz pełna, natychmiastowa dostępność wszystkich dokumentów mogłyby przybliżyć IKP do całkowitej zgodności z wymaganiami art. 7a u.s.i.o.z.

Zgodnie z art. 7b u.s.i.o.z. dostęp do IKP następuje za pośrednictwem systemu teleinformatycznego, po uwierzytelnieniu usługobiorcy (pacjenta), jego przedstawiciela ustawowego lub osoby przez niego upoważnionej w sposób określony w art. 20a ust. 1 pkt 1 ustawy o informatyzacji działalności podmiotów realizujących zadania publiczne¹³. Uwierzytelnienie to (na podstawie tego przepisu) wymaga użycia:

- a) „środka identyfikacji elektronicznej wydanego w systemie identyfikacji elektronicznej przyłączonym do węzła krajowego identyfikacji elektronicznej”; lub
- b) „środka identyfikacji elektronicznej wydanego w notyfikowanym systemie identyfikacji elektronicznej”; lub
- c) „danych weryfikowanych za pomocą kwalifikowanego certyfikatu podpisu elektronicznego, jeżeli te dane pozwalają na identyfikację i uwierzytelnienie wymagane w celu realizacji usługi *online*”.

Zgodnie z art. 7b ust. 1a u.s.i.o.z. dostęp do IKP, w pełnym albo ograniczonym zakresie funkcjonalności, może być również zapewniany przez ministra właściwego do spraw zdrowia przy użyciu aplikacji mObywatel (w rozumieniu ustawy o aplikacji mObywatel¹⁴), po uwierzytelnieniu usługobiorcy przy użyciu certyfikatu podstawowego. Z kolei w myśl ust. 2 przywołanego artykułu „W celu umożliwienia dostępu przedstawiciela ustawowego do IKP usługobiorcy będącego osobą małoletnią Narodowy Fundusz Zdrowia jest obowiązany przekazywać jednostce podległej ministrowi właściwemu do spraw zdrowia właściwej w zakresie systemów informacyjnych ochrony zdrowia informacje o członkach rodziny zgłoszonych do ubezpieczenia zdrowotnego, w tym kod stopnia pokrewieństwa albo powinowactwa między osobą zgłaszającą a zgłaszaną, wraz z identyfikatorami tych osób”. Aby przedstawiciel ustawowy miał dostęp do IKP pacjenta „będącego osobą małoletnią minister właściwy do spraw rodziny jest obowiązany przekazywać jednostce podległej ministrowi właściwemu do spraw zdrowia właściwej w zakresie systemów informacyjnych ochrony zdrowia dane zawarte w rejestrze centralnym” (art. 7b ust. 3 u.s.i.o.z.). Ustawodawca przewidział także, że w szczególnie uzasadnionych przypadkach w celu umożliwienia dostępu przedstawiciela ustawowego usługobiorcy do IKP usługobiorcy możliwe jest potwierdzenie tożsamości przedstawiciela ustawowego usługobiorcy oraz jego prawa do działania w imieniu usługobiorcy. Potwierdzenia tego dokonuje jednostka podległa ministrowi właściwemu do spraw zdrowia właściwa w zakresie systemów informacyjnych ochrony zdrowia. Co istotne,

¹³ Ustawa z 17.02.2005 r. o informatyzacji działalności podmiotów realizujących zadania publiczne (tekst jedn.: Dz.U. z 2024 r. poz. 1557 ze zm.).

¹⁴ Ustawa z 26.05.2023 r. o aplikacji mObywatel (tekst jedn.: Dz.U. z 2024 r. poz. 1275 ze zm.).

jeśli przedstawiciel ustawowy uzyskał uprzednio dostęp do IKP, może potwierdzić prawo do działania w imieniu usługobiorcy przez innego przedstawiciela ustawowego, w drodze oświadczenia złożonego za pośrednictwem IKP. Oświadczenie takie, zgodnie z ust. 4b przywołanego artykułu, składane jest pod rygorem odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych oświadczeń.

Ustawodawca przewidział także możliwość zablokowania dostępu do IKP przedstawiciela ustawowego usługobiorcy z urzędu lub na wniosek. Z urzędu dzieje się to w razie powzięcia wątpliwości co do możliwości działania przez tę osobę w imieniu usługobiorcy, a na wniosek – po wykazaniu przez wnioskodawcę interesu prawnego lub faktycznego. Regulacja ta ma charakter zabezpieczający interesy pacjenta, gdyż chroni go przed nieuprawnionym dostępem do jego danych medycznych przez przedstawiciela ustawowego. Przewidziane mechanizmy – zablokowanie dostępu z urzędu lub na wniosek – pozwalają elastycznie reagować na zaistniałe sytuacje, które mogą naruszać prawo pacjenta do prywatności i poufności jego dokumentacji medycznej. Nie ulega wątpliwości, że blokada dostępu z urzędu ma kluczowe znaczenie w przypadku pojawienia się wątpliwości co do zdolności przedstawiciela ustawowego do reprezentowania pacjenta. Takie wątpliwości przykładowo mogą się pojawić, gdy przedstawiciel wykazuje konflikty interesów, działa na niekorzyść pacjenta lub gdy zmienia się sytuacja prawna między stronami. Druga możliwość, czyli blokada dostępu do IKP na wniosek, podnosi poziom ochrony poprzez uwzględnienie interesu prawnego lub faktycznego wnioskodawcy. Otwiera to osobom zainteresowanym ochroną pacjenta – np. członkom rodziny, opiekunom prawnym – możliwość, aby w odpowiedni sposób zareagować, jeśli uważają oni, że przedstawiciel ustawowy nie działa w najlepszym interesie pacjenta. Oczywiście przydatność tej regulacji zależy od sprawności jej realizacji, a więc procedur weryfikacyjnych i szybkości działania organów odpowiedzialnych za zablokowanie dostępu. Trudności proceduralne lub opóźnienia mogłyby osłabić ochronę, którą ta regulacja ma zapewniać.

3. Upoważnienie osób trzecich do dostępu do dokumentacji medycznej pacjenta

Ustawodawca w ustawie o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz w ustawie o zawodach lekarza i lekarza dentystry¹⁵ założył zaangażowanie (poza osobą pacjenta i ewentualnie jego przedstawiciela ustawowego) osób trzecich w proces udzielania świadczeń medycznych¹⁶. W obu aktach prawnych ustawodawca uregulował kwestię udziału osób innych niż pacjent w procesie udzielania mu świadczeń zdrowotnych poprzez prawo m.in. do informacji o pacjencie, prawo do kontaktu z nim, czy też obecności przy nim osób bliskich. Jednym z przejawów takiego

¹⁵ Ustawa z 5.12.1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (tekst jedn.: Dz.U. z 2024 r. poz. 1287 zm.).

¹⁶ Autorzy celowo posługują się sformułowaniem „osoba trzecia”, a nie zwrotem „osoba bliska” w rozumieniu art. 3 ust. 1 pkt 2 u.p.p., bowiem w kręgu osób uprawnionych do dostępu do dokumentacji medycznej i informacji mogą znaleźć się inne osoby pod warunkiem, że zostaną do tego upoważnione.

udziału osób trzecich w procesie leczniczym jest kwestia upoważnień innych osób do dokumentacji medycznej pacjenta. Zgodnie z art. 26 ust. 1 u.p.p. podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych zobligowany jest do udostępnienia dokumentacji medycznej pacjentowi lub jego przedstawicielowi ustawowemu bądź osobie upoważnionej przez pacjenta. W przypadku upoważnienia przez pacjenta do dokumentacji medycznej konkretnej osoby warto podkreślić, że musi to być osoba pełnoletnia. Pacjent może przekazać dane osobowe osoby, którą upoważnia, takie jak imię, nazwisko, numer telefonu, data urodzenia lub numer PESEL (o ile jest mu znany). Przekazywanie takich informacji nie zabrania RODO, a zgoda osoby wskazanej przez pacjenta nie jest w tym przypadku wymagana. Zgodnie bowiem z motywem 18 tego rozporządzenia RODO nie ma zastosowania do przetwarzania danych osobowych przez osobę fizyczną m.in. w ramach działalności czysto osobistej lub domowej. Potwierdzeniem tego jest również brzmienie art. 2 ust. 2 lit. c RODO. Co prawda prawodawca unijny (przykładowo w motywie 18 RODO) wskazuje, że „Działalność osobista lub domowa może między innymi polegać na korespondencji i przechowywaniu adresów, podtrzymywaniu więzi społecznych oraz działalności internetowej podejmowanej w ramach takiej działalności”, jednak nie oznacza to wyłączenia możliwości przekazywania informacji o osobie upoważnionej do dokumentacji medycznej podmiotowi leczniczemu. Słuszne wydaje się przyjęcie, że w tym przypadku zasady dotyczące realizacji uprawnień pacjenta uregulowane w art. 26–27 u.p.p. stanowią *lex specialis* względem uregulowań zawartych w RODO. Za taką interpretacją przemawia również to, że zgodnie z motywem 51 RODO prawodawca unijny przewidział wyjątki od ogólnego zakazu przetwarzania szczególnych kategorii danych osobowych, m.in. w razie wyraźnej zgody osoby, której dane dotyczą, lub ze względu na szczególne potrzeby. Nie ulega wątpliwości, że w przypadku takiego pacjenta udostępnienie to jest niezbędne do realizacji celu, jakim jest zabezpieczenie prawa pacjenta do korzystania z pomocy osoby bliskiej w kwestiach zdrowotnych.

Aktualnie upoważnienie do dokumentacji medycznej jest wolą, a nie obowiązkiem, pacjenta wyrażaną zasadniczo w chwili rozpoczęcia udzielania mu świadczeń zdrowotnych. Zgodnie z § 8 ust. 1 pkt 2 rozporządzenia w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania¹⁷ w dokumentacji indywidualnej wewnętrznej zamieszcza się lub dołącza do niej oświadczenie pacjenta o upoważnieniu osoby bliskiej do uzyskiwania dokumentacji, ze wskazaniem imienia i nazwiska osoby upoważnionej, albo oświadczenie o braku takiego upoważnienia¹⁸. Oświadczenie staje się zatem częścią dokumentacji medycznej. Zgodnie ze stanowiskiem judykatury nie w każdym przypadku konieczne jest pisemne upoważnienie. Powodem takiego uregulowania jest okoliczność, że nie każdy pacjent może udzielić pisemnego upoważnienia. W razie osoby niepełnosprawnej posiadającej pełną zdolność do czynności prawnych, ale niemogącej na piśmie upoważnić innej osoby do dokumentacji medycznej, przychodnia powinna zapewnić możliwość zamieszczenia

¹⁷ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 6.04.2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (tekst jedn.: Dz.U. z 2024 r. poz. 798).

¹⁸ Wyrok Naczelnego Sądu Administracyjnego z 19.04.2016 r., II OSK 3019/15, LEX nr 2065792.

w dokumentacji indywidualnej wewnętrznej adnotacji o upoważnieniu osoby bliskiej do dokumentacji medycznej. W literaturze przedmiotu wyrażono pogląd, zgodnie z którym upoważnienie, o którym mowa w art. 26 ust. 1 i 2 u.p.p., posiada swoisty charakter. Stanowi ono odrębną instytucję stworzoną na potrzeby u.p.p. i nie jest jednocześnie rodzajem pełnomocnictwa w rozumieniu przepisów Kodeksu cywilnego¹⁹. Zasadnicza jego odrębność polega na tym, że upoważnienie nie wygasa wraz ze zgonem pacjenta, czyli odmiennie, niż przewidział to ustawodawca w art. 101 § 2 k.c. w odniesieniu do pełnomocnictwa²⁰.

Brak upoważnienia nawet najbliższej osoby (np. męża, matki) odbiera tym osobom prawo dostępu do dokumentacji zarówno za życia pacjenta, jak i po jego śmierci (z wyjątkami przewidzianymi treścią art. 26 § 2 u.p.p.). Takie rozwiązanie wywołuje problemy praktyczne, czego dowodzi zainteresowanie tą kwestią Rzecznika Praw Pacjenta, który w poprzednio obowiązującym stanie prawnym zwrócił się z pytaniem do Generalnego Inspektora Ochrony Danych Osobowych o możliwość przyjęcia domniemania zgody pacjenta na dostęp osób bliskich do dokumentacji medycznej, gdy chory jest nieprzytomny lub niezdolny do wyrażenia zgody. Generalny Inspektor Ochrony Danych Osobowych wykluczył taką możliwość²¹. Oznacza to brak możliwości przyjęcia domniemania zgody pacjenta na dostęp osób bliskich do dokumentacji medycznej, gdy chory jest nieprzytomny lub niezdolny do wyrażenia zgody²².

Obecnie obowiązujące prawo nie reguluje kwestii dostępu osób trzecich (nieposiadających upoważnienia) do dokumentacji medycznej pacjenta nieprzytomnego bądź niezdolnego do wyrażenia zgody w momencie przyjęcia go w tym stanie do szpitala. W sytuacji kryzysowej, jaką jest niewątpliwie sytuacja utraty przytomności przez pacjenta, osoba, która czuje się uprawniona do dokumentacji medycznej lub wcześniej była przez pacjenta do tego upoważniona w innej niż aktualna placówce medycznej (z reguły jest to ktoś z kręgu osób bliskich lub osoba, której pacjent zaufał na tyle, że chce ją wtajemniczyć w swoje zdrowotne problemy), nie będzie miała dostępu do dokumentacji medycznej pacjenta (chyba że upoważniony miał wiedzę o upoważnieniu znajdującym się w IKP), jak również nie uzyska informacji o stanie jego zdrowia. Jedyną drogą do dostępu do dokumentacji jest szukanie wcześniejszego upoważnienia w innych placówkach medycznych, co jest możliwe, bo – zgodnie ze stanowiskiem judykatury – jeśli pacjent złożył oświadczenie o upoważnieniu osoby najbliższej do dostępu do dokumentacji medycznej w jednej placówce medycznej i nie odwołał go ani w sposób wyraźny, ani dorozumiany, oświadczenie to zachowuje ważność również w innych placówkach ochrony zdrowia, ponieważ zostaje ono dołączone do indywidualnej dokumentacji pacjenta. Przyjęcie innej interpretacji byłoby nie do przyjęcia zarówno z perspektywy wykładni prawa, jak i zasad logicznego

¹⁹ Ustawa z 23.04.1964 r. – Kodeks cywilny (tekst jedn.: Dz.U. z 2024 r. poz. 1061 ze zm.) – dalej k.c.

²⁰ M. Gąska, *Komentarz do art. 26, [w:] Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Komentarz*, red. L. Bosek, Legalis/el. 2020, nb 3.

²¹ Pismo Generalnego Inspektora Ochrony Danych Osobowych z 24.01.2013 r., DOLiS-035-1891/10/AF/4286/13, <https://archiwum.giodo.gov.pl/pl/file/4222> (dostęp: 11.11.2024 r.).

²² Tak też: L. Pawłowski, *Osoba bliska w aspekcie przekazywania informacji o stanie zdrowia pacjenta*, cz. 2, „Forum Medycyny Rodzinnej” 2014/8(4), s. 198.

rozumowania²³. Skutkuje to tym, że na gruncie aktualnie obowiązujących regulacji prawnych osoba upoważniana w innej placówce medycznej, niż pacjent przebywa aktualnie, musi udać się do tej placówki medycznej i uzyskać kopię upoważnienia, a następnie przedłożyć ją w podmiocie leczniczym, w którym przebywa pacjent nieprzytomny lub z innego powodu niezdolny do świadomego komunikowania się.

Rozwiązanie to należy ocenić krytycznie, zwłaszcza mając na uwadze to, że – jak wskazano – w Polsce 18 mln osób korzysta z Internetowego Konta Pacjenta, co stanowi ok. 48% Polaków, a większość podmiotów leczniczych prowadzi elektroniczną dokumentację medyczną. Aktualnie istnieje możliwość dokonywania tych upoważnień przez IKP, jednak nie jest to popularna i doceniona forma, a wiele osób nie ma świadomości istnienia tego uprawnienia. W dalszym ciągu zgody na udostępnianie dokumentacji medycznej są odbierane przy przyjęciach do szpitali w rozmaitej formie, najczęściej pisemnie według ustalonego wewnątrznie wzoru. Wydaje się, że dobrym, nowoczesnym rozwiązaniem (poza popularyzacją możliwości skorzystania z IKP w tym zakresie²⁴) mogłoby być zintegrowanie IKP z tą częścią EDM, w której umieszczane byłyby upoważnienia do dostępu do dokumentacji medycznej, co z kolei zapewniłoby przejrzystość w tym zakresie. Innym postulatem *de lege ferenda* jest zintegrowanie IKP z aplikacją mObywatel. W konsekwencji, np. w razie konieczności nagłej interwencji medycznej, od pierwszych świadczeń medycznych udzielanych pacjentowi znana będzie tożsamość osoby upoważnionej do uzyskiwania informacji o pacjencie oraz osoby upoważnionej do jego dokumentacji medycznej. Wskazane rozwiązanie umożliwiające natychmiastowy wgląd w IKP w celu potwierdzenia uprawnienia dostępu do dokumentacji medycznej niewątpliwie przyczyni się do ułatwienia i uproszczenia procedury w tej kwestii, a nierzadko wpłynie pozytywnie na proces diagnostyczno-terapeutyczny pacjenta, którego historia choroby nie jest znana osobom wykonującym zawody medyczne.

Szczególną uwagę w niniejszym opracowaniu warto skierować na dwie kluczowe sytuacje, w których może znaleźć się pacjent, tj. jego niezdolność do wyrażenia zgody i stan jego nieprzytomności powodujące brak możliwości udzielenia upoważnienia. Odpowiednia adnotacja ujawniona w IKP odnośnie upoważnienia do dokumentacji medycznej dokonanej w stanie pełnej świadomości rozwiązałaby ten problem. Chodzi tu o przypadki, w których pacjent upoważnił w sposób tradycyjny konkretną osobę do dokumentacji medycznej. Nie dotyczy to upoważnienia udzielonego z wykorzystaniem IKP, bowiem aktualna infrastruktura tego systemu przewiduje możliwość udzielenia dostępu zarówno do dokumentacji medycznej, jak i do informacji o stanie zdrowia konkretnej osobie, której PESEL jest znany pacjentowi. Co istotne, możliwe

²³ Wyrok Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Krakowie z 29.10.2014 r., III SAB/Kr 42/14, LEX nr 1602627.

²⁴ Szerzej na temat trudności w zakresie wdrażania EDM por. A. Szymacha, K. Szymacha, *Obowiązek przekazywania danych o zdarzeniach medycznych do systemu informacji medycznej jako zagrożenie dla ochrony tajemnicy lekarskiej i prawa prywatności w kontekście standardów ochrony praw fundamentalnych*, „Przeгляд Sądowy” 2022/7-8, s. 134. O zasadności wdrażania nowoczesnych rozwiązań technologicznych w ramach świadczenia usług zdrowotnych zob. D. Skoczylas, *Krajowy System Cyberbezpieczeństwa*, Warszawa 2023, s. 231-238.

jest to jednak z datą bieżącą, więc nie obejmuje to upoważnień udzielonych uprzednio, np. w sposób tradycyjny, w trakcie hospitalizacji. W dalszej perspektywie zintegrowanie systemu IKP z EDM i niejako automatyczne importowanie danych o kręgu osób upoważnionych mogłyby się przyczynić do rozwiązania sygnalizowanych przez osoby wykonujące zawody medyczne problemów dotyczących upoważnienia w czasie przyjmowania do podmiotu leczniczego w stanie zdrowia uniemożliwiającym nie tylko dokonanie upoważnienia, ale także – nierzadko – eliminującym możliwość przekazania informacji na temat przebytych chorób, urazów, uczuleń itd. Brak wiedzy o pacjencie i jego historii klinicznej może być przyczyną późniejszych roszczeń ze strony pacjenta, zarówno w zakresie podejmowanych czynności diagnostyczno-terapeutycznych, jak i udzielenia upoważnienia w stanie podającym w wątpliwość jego świadome działanie.

Argumentem za proponowanym rozwiązaniem jest to, że umieszczone w IKP upoważnienie będzie skuteczne nawet na wypadek śmierci pacjenta. Zgodnie z art. 26 ust. 2 u.p.p. prawo wglądu w dokumentację medyczną ma bowiem osoba upoważniona przez pacjenta za życia lub osoba, która w chwili zgonu pacjenta była jego przedstawicielem ustawowym. Co więcej, ustawodawca w przywołanej regulacji przewidział możliwość dostępu do dokumentacji osób bliskich na zasadach uregulowanych w art. 26 ust. 2a i 2b u.p.p., chyba że udostępnieniu sprzeciwi się inna osoba bliska lub sprzeciwił się temu pacjent za życia. Przywołana regulacja uprawnia sąd do wyrażenia zgody na udostępnienie dokumentacji medycznej na wniosek osoby bliskiej lub osoby wykonującej zawód medyczny. Jednocześnie ustawodawca upoważnił osoby wykonujące zawód medyczny do wystąpienia z wnioskiem do sądu także w przypadku uzasadnionych wątpliwości, czy osoba występująca o udostępnienie dokumentacji lub sprzeciwiająca się jej udostępnieniu jest osobą bliską. *De lege ferenda* zasadne wydaje się również uzupełnienie IKP o funkcjonalność w zakresie wyrażania sprzeciwu – dotyczącego dostępu do dokumentacji medycznej i informacji o stanie zdrowia pacjenta – wobec konkretnej, wskazanej przez pacjenta osoby. Aktualnie system przewiduje możliwość usunięcia uprzednio udzielonego za jego pośrednictwem dostępu do dokumentacji medycznej i informacji o stanie zdrowia pacjenta.

Uzasadnieniem konieczności uzupełnienia IKP o te funkcjonalności jest również to, że upoważnienie – do dostępu do dokumentacji medycznej i informacji o pacjencie – w formie elektronicznej ma wiele przewag nad wersją papierową. Wśród najważniejszych należy w pierwszej kolejności wymienić łatwość dostępu i przechowywania. E-upoważnienie jest dla personelu medycznego szybciej dostępne, co przyspiesza nie tylko proces wglądu do dokumentacji, ale i podjęcia odpowiednich działań na etapie diagnostyki (np. w zakresie uzyskania danych o przyjmowanych przez pacjenta lekach). Podmioty lecznicze mogą przechowywać te informacje centralnie, co minimalizuje ryzyko ich zgubienia lub uszkodzenia. Nadto systemy elektroniczne umożliwiają lepszą kontrolę dostępu do dokumentacji oraz łatwiejsze monitorowanie, kto i kiedy uzyskuje do niej dostęp. Odpowiednie zabezpieczenia w systemie ograniczają ryzyko nieautoryzowanego wglądu, co jest trudniejsze do zapewnienia przy dokumentach papierowych. Wprowadzenie e-upoważnienia zapewni

także aktualność informacji. Elektroniczny system pozwala bowiem na łatwe wprowadzanie zmian, takich jak odwołanie upoważnienia lub dodanie nowych uprawnień. Dzięki temu upoważnienia są zawsze aktualne, a informacje mogą być zmieniane w czasie rzeczywistym bez konieczności przechowywania starych wersji dokumentów, co z kolei wpływa pozytywnie na oszczędność miejsca i kosztów. Przechowywanie dokumentacji elektronicznej redukuje zapotrzebowanie na fizyczne przestrzenie archiwalne oraz koszty związane z zarządzaniem dokumentami papierowymi, takimi jak drukowanie i transport. Z perspektywy postępującej cyfryzacji e-upoważnienia zapewniłyby zgodność z nowoczesnym systemem opieki zdrowotnej pod warunkiem, że techniczna infrastruktura systemu, w którym osadzone jest IKP, będzie skonstruowana w sposób współdziałający z EDM i innymi systemami e-zdrowia, a w przyszłości być może – aplikacją mObywatel. Nie ulega wątpliwości, że integracja z cyfrowymi narzędziami ułatwia koordynację między różnymi podmiotami leczniczymi i przyspiesza proces udzielania upoważnień.

4. Funkcje i możliwości IKP w Turcji

Rozwój systemów opieki zdrowotnej i medycyny sprawił, że oczekiwana długość życia wzrosła. Wraz z nią pracownicy służby zdrowia zostali wezwani do podjęcia działań w celu zmniejszenia wydatków na zdrowie osób korzystających z systemów opieki zdrowotnej. Światowa Organizacja Zdrowia (dalej WHO) i większość krajów, w tym Turcja, uznały, że pilne jest stworzenie systemu, który mógłby monitorować i umożliwiać jednostkom dostęp do własnego zdrowia i dobrego samopoczucia²⁵. Jako rozwiązanie cyfrowa transformacja opieki zdrowotnej stała się w ostatnich latach priorytetem dla wielu krajów, mającym na celu poprawę dostępności, wydajności i jakości usług medycznych.

Od założenia Republiki Turcji w 1923 r. do lat 40. XX w. system opieki zdrowotnej nie był ani uporządkowany, ani scentralizowany. Jednak pod koniec lat 40. XX w. władze zasugerowały scentralizowanie systemu opieki zdrowotnej w celu zwiększenia jego skuteczności, dostępności i wydajności. Obecnie Turcja jest krajem przodującym we wdrażaniu cyfrowego systemu opieki zdrowotnej. Z inicjatywą reformatorską oficjalnie znaną jako Program Transformacji Zdrowia (dalej HTP), ogłoszoną w 2003 r., tureckie Ministerstwo Zdrowia zapoczątkowało ambitne dążenie do cyfryzacji systemu zdrowia w ciągu najbliższej dekady. Cały ten proces rozpoczął się pod rządami Partii Sprawiedliwości i Rozwoju (JDP; tur.: *Adalet ve Kalkınma Partisi, AK Parti, AKP*). W porównaniu z poprzednimi systemami opieki zdrowotnej HTP przewidywał system, który jest scentralizowany i ustandaryzowany w zakresie gromadzenia, przechowywania i analizowania danych w celu przygotowania polityki zdrowotnej.

Cyfrowy i scentralizowany system opieki zdrowotnej w Turcji nosi nazwę e-Nabız, co oznacza e-Pulse, czyli kompleksowa platforma cyfrowa, która

²⁵ G. Başkavak, M. Şahinol, S. Kılıçtepe, *Interplay of Global Technological Dynamics and Local Realities: Digital Healthcare Transformation in Turkey*, „Trakya Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi” 2024/26(1), s. 91–118, <https://doi.org/10.26468/trakyasobed.1369225> (dostęp: 7.11.2024 r.).

scala i ułatwia dostęp do osobistych danych dotyczących stanu zdrowia. Tureckie Ministerstwo Zdrowia uruchomiło system e-Nabız w 2015 r. w celu wdrożenia osobistego systemu informacji zdrowotnej, aplikacji e-zdrowia. Zgodnie z planem strategicznym Ministerstwa Zdrowia na lata 2019–2023²⁶ osobisty system opieki zdrowotnej e-Nabız należy do kategorii inicjatyw informacyjnych i technologicznych zorientowanych na usługi²⁷. System e-Nabız zapewnia pacjentom dostęp do szerokiego zakresu danych EDM, w tym diagnoz, wyników badań obrazowych, planów leczenia, wyników badań laboratoryjnych, historii recept, rejestrów szczepień. Ta integracja umożliwia pacjentom wgląd do kompleksowej dokumentacji ich stanu zdrowia i dotychczasowych świadczeń medycznych, co ułatwia im podejmowanie świadomych decyzji dotyczących opieki zdrowotnej. System aktualizuje się w czasie rzeczywistym, gdy dane są wprowadzane przez szpitale, kliniki i innych świadczeniodawców w całej Turcji, co zapewnia pacjentom i upoważnionym specjalistom dostęp do najbardziej aktualnych informacji. Liczba użytkowników e-Nabız wciąż rośnie. Według Ministerstwa Zdrowia w 2024 r. aplikacja e-Nabız, która umożliwia dostęp do wszystkich rodzajów dokumentacji medycznej, osiągnęła 70 mln użytkowników²⁸.

Głównym celem e-Nabız jest umożliwienie pacjentom bezpiecznego dostępu w czasie rzeczywistym do ich własnej dokumentacji medycznej. Dane EDM w e-Nabız pochodzą z instytucji opieki zdrowotnej w całym kraju i w konsekwencji stanowią scentralizowane źródło informacji dla pracowników służby zdrowia zaangażowanych w opiekę nad pacjentem. Umożliwia im to dostęp do kluczowych informacji zdrowotnych i poprawia dokładność diagnozy oraz skuteczność leczenia. Dlatego e-Nabız działa jako pomost między pacjentami a placówkami opieki zdrowotnej. Pacjenci dzięki e-Nabız mogą zmieniać swoich lekarzy rodzinnych²⁹.

Jeśli chodzi o leczenie, pacjenci mogą sprawdzić wszystkie swoje dane, w tym wizyty w szpitalu, recepty, raporty, diagnostykę, wyniki badań obrazowych i leki. Mogą również uzyskać prostsze odczyty i dodatkowe informacje. Mają także możliwość ręcznego podania informacji o swoich alergiach lub stanie zdrowia w nagłych przypadkach. Ponadto e-Nabız zapewnia usługi profilaktyki i promocji zdrowia. Platforma oferuje opcje samodzielnego zarządzania danymi pacjenta, takimi jak ocena ryzyka zawału serca, wskaźnik masy ciała (BMI) lub scenariusze ryzyka związane z grypą, które może obliczyć system Ministerstwa Zdrowia. Osobom potrzebującym mogą być dostarczane szczepionki za zgodą lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej

²⁶ Plan strategiczny tureckiego Ministra Zdrowia na lata 2019–2023, s. 55, <https://sgb.saglik.gov.tr/TR,61665/tc-saglik-bakanligi-2019-2023--stratejik-plani.html> (dostęp: 30.10.2024 r.).

²⁷ B.F. Yıldırım, F. Özdemirci, G. Soydan, *Sağlık Turizmi Hastaları İçin E-Nabız Uygulamalarının Geliştirilmesi: Bir Model Önerisi*, „Bilgi Yönetimi” 2021/4(1), s. 25–55, <https://doi.org/10.33721/by.934150> (dostęp: 30.10.2024 r.).

²⁸ <https://sbsgm.saglik.gov.tr/TR-95566/kamuoyuna-duyuru.html> (dostęp: 30.10.2024 r.). Informacje te można znaleźć w publicznym ogłoszeniu dotyczącym dezinformacji na temat sprzedaży aplikacji e-Nabız do Kataru.

²⁹ F. Ozşahin, F. Mansur, *E-Nabız Sisteminin İşleyişiyle İlgili Haber Sitelerine Yönelik Bir İçerik Analizi*, „Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi” 2022/11(3), s. 860–872, <https://doi.org/10.37989/gumussagbil.1048953> (dostęp: 31.10.2024 r.).

na podstawie kalkulatora wskaźnika ryzyka e-Nabız. Strona internetowa umożliwia pacjentom znalezienie najbliższego ośrodka zdrowia. W e-Nabız pacjenci mogą łatwo odszukać lokalne i dostępne apteki, przeglądając ich lokalizację na mapie, co oszczędza czas. System ten jest także istotny z perspektywy pacjentów czekających na przeszczepy organów, ponieważ e-Nabız zawiera sekcję poświęconą zachęcaniu do oddawania narządów. Wypełnienie formularza pozwala pacjentowi zrobić pierwszy krok w kierunku oddania narządów lub krwi. Podobnie e-Nabız odgrywa również kluczową rolę w planowaniu pacjentów³⁰.

W Turcji w celu planowania wizyt pacjentów e-Nabız jest zsynchronizowany z inną aplikacją o nazwie MHRS31 (tur.: *Merkezi Hekim Randevu Sistemi*; ang.: *Centralized Physician Appointment System*, CPAS). Aplikacja MHRS ma opcję umawiania wizyt u wszystkich lekarzy w kraju, aplikację NeyimVar? (pol.: co mi dolega?), mapę i bezpośrednie połączenie z systemem e-Nabız. Aplikacja NeyimVar? pozwala na skierowanie użytkownika do właściwego oddziału poprzez prognozowanie i ewentualne diagnozowanie na podstawie wprowadzonych informacji. W aplikacji NeyimVar? pacjent po udzieleniu odpowiedzi na pytania dotyczące swoich dolegliwości może uzyskać możliwą diagnozę i umówić się na wizytę w odpowiednim oddziale, łącząc się z Centralnym Systemem Umawiania Wizyt Lekarskich³².

Wraz z nowelizacją Konstytucji Turcji z 2010 r. prawo do ochrony danych osobowych zostało po raz pierwszy uregulowane w Turcji poprzez dodanie dodatkowego ustępu do art. 20 Konstytucji Turcji z 1982 r.³³, który dotyczy prawa do prywatności³⁴. Zgodnie z przywołaną regulacją prawo do ochrony danych osobowych obejmuje prawo do uzyskania informacji o danych osobowych dotyczących własnej osoby, dostępu do danych, żądania ich sprostowania lub usunięcia oraz uzyskania informacji, czy dane te są wykorzystywane zgodnie z ich przeznaczeniem³⁵. Przetwarzanie danych wrażliwych, w tym danych dotyczących zdrowia, jest zasadniczo zabronione. W rezultacie dane wrażliwe mogą być przetwarzane tylko w wyjątkowych przypadkach. W tym scenariuszu koncepcja wrażliwości w ramach przepisów o ochronie danych oznacza, że dane wrażliwe podlegają bardziej rygorystycznej kontroli niż „zwykłe” dane osobowe. W prawie ochrony danych stosowana jest tzw. zasada minimalności. Koncepcja ta stanowi ograniczenie, które należy wziąć pod uwagę podczas przetwarzania danych wrażliwych. Wynika to stąd, że zasada minimalności nakazuje ograniczenie ilości gromadzonych danych osobowych jedynie do tego, co

³⁰ Ş. Birinci, *A Digital Opportunity for Patients to Manage Their Health: Turkey National Personal Health Record System (The e-Nabız)*, „Balkan Medical Journal” 2023/40(3), s. 215-221, <https://doi.org/10.4274/balkanmedj.galenos.2023.2023-2-77> (dostęp: 31.10.2024 r.).

³¹ <https://www.mhrs.gov.tr/> (dostęp: 31.10.2024 r.).

³² <https://neyimvar.gov.tr/giris> (dostęp: 31.10.2024 r.).

³³ *Türkiye Cumhuriyeti Anayasası*, <https://www.icisleri.gov.tr/kurumlar/icisleri.gov.tr/IcSite/illeridaresi/Mevzuat/Kanunlar/Anayasa.pdf> (dostęp: 9.06.2025 r.).

³⁴ M.V. Dülger, *Sağlık Hukukunda Kişisel Verilerin Korunması ve Hasta Mahremiyeti*, „İstanbul Medipol Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi” 2014/1(2144), s. 43-80.

³⁵ C. Araalan, *E-Nabız Uygulaması ve Kişisel Sağlık Verilerine İlişkin Genel Bir Hukuki Değerlendirme*, 2020, <https://legalbank.net/belge/e-nabiz-uygulamasi-ve-kisisel-saglik-verilerine-iliskin-genel-bir-hukuki-degerlendirme/3892858#> (dostęp: 30.10.2024 r.).

jest wymagane do osiągnięcia celów, dla których dane są gromadzone, a następnie przetwarzane³⁶.

Dane dotyczące zdrowia są przedmiotem ratyfikowanej przez Turcję Konwencji nr 108 Rady Europy o ochronie osób w związku z automatycznym przetwarzaniem danych osobowych³⁷. W przepisach uregulowano, że dane medyczne, które są uważane za dane wrażliwe, mogą być przetwarzane tylko pod warunkiem, iż państwa członkowskie zapewnią niezbędne zabezpieczenia w prawie krajowym. Dane wrażliwe mogą być przetwarzane w celu ochrony żywotnych interesów podmiotu danych lub osoby, gdy podmiot danych jest fizycznie lub prawnie niezdolny do wyrażenia zgody. Powody fizyczne mogą obejmować sytuacje, w których transfuzja krwi jest wymagana u nieprzytomnej osoby w wyniku wypadku drogowego. Z kolei powody prawne dotyczą małoletniego lub osoby z niepełnosprawnością intelektualną. Podobnie jest w przypadku informacji o zdrowiu osoby cierpiącej na chorobę zakaźną i śmiertelną stanowiącą zagrożenie dla społeczeństwa. Dane tej osoby mogą być przetwarzane bez jej wyrażonej zgody.

Turcja podpisała Konwencję nr 108, która weszła w życie w 2016 r., i tym samym stała się stroną konwencji. W związku z tym, zgodnie z art. 90 ust. 5 Konstytucji Turcji, konwencja ta ma moc prawną i nawet w sporach, które mogą wyniknąć z tego, że niniejsza konwencja i ustawy zawierają różne przepisy dotyczące tego samego przedmiotu, postanowienia konwencji będą miały pierwszeństwo³⁸. Po tym, jak prawo do ochrony danych osobowych stało się prawem konstytucyjnym, ustawa nr 6698 o ochronie danych osobowych (KVKK)³⁹ została przyjęta i uchwalona przez Zgromadzenie Ogólne Wielkiego Zgromadzenia Narodowego Turcji w 2016 r. i weszła w życie po opublikowaniu w Dzienniku Ustaw z 7.04.2016 r.⁴⁰ Turecki ustawodawca w art. 6 ust. 3 lit. c ustawy nr 6698 o ochronie danych osobowych wprowadził również zasadę wyjątku. Zgodnie z przywołaną regulacją przetwarzanie szczególnych kategorii danych osobowych jest zabronione. Jednakże dane takie można przetwarzać, jeśli jest to konieczne dla ochrony życia lub integralności fizycznej danej osoby lub innej osoby, która nie jest w stanie wyrazić zgody z powodu faktycznej niemożności lub której zgoda nie jest prawnie wiążąca.

W konsekwencji, gdy pacjent jest nieprzytomny lub niezdolny do pracy, e-Nabız postępuje zgodnie z protokołami dostępu awaryjnego dla pracowników służby zdrowia. Wytyczne te zapewniają upoważnionym pracownikom medycznym dostęp do istotnych informacji zdrowotnych bez konieczności uzyskania bezpośredniej zgody pacjenta, umożliwiając im podejmowanie świadomych, potencjalnie ratujących życie decyzji w nagłych sytuacjach. Ten ograniczony dostęp obejmuje kluczowe

³⁶ C. Kaya, *Avrupa birliği veri koruma direktifi ekseninde hassas (kişisel) veriler ve işlenmesi*, „Journal of Istanbul University Law Faculty” 2011/69(1-2), s. 317-334.

³⁷ Konwencja została sporządzona w Strasburgu 28.01.1981 r.

³⁸ M.V. Dülger, *Sağlık...*, s. 43-80.

³⁹ *Kişisel verilerin korunması kanunu*, 6698, <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=6698&MevzuatTur=1&MevzuatTertip=5> (dostęp: 30.10.2024 r.).

⁴⁰ Dziennik Ustaw nr 29677 z 7.04.2016 r., <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2016/04/20160407.htm> (dostęp: 30.10.2024 r.).

informacje, takie jak historia medyczna, alergie, aktualne leki i krytyczne wyniki badań, które mogą mieć fundamentalne znaczenie dla opieki w nagłych wypadkach. Aby chronić prywatność pacjentów, wszystkie akty dostępu do e-Nabiz są rygorystycznie dokumentowane za pomocą ścieżek audytu. Dzienniki te dokumentują datę, godzinę i tożsamość każdego, kto uzyskuje dostęp do informacji o pacjencie, co gwarantuje otwartość i odpowiedzialność. Pacjenci mogą później sprawdzić te zapisy, aby zidentyfikować, kto i kiedy uzyskał dostęp do ich informacji, nawet w sytuacjach awaryjnych.

Na ostatnim etapie, w czerwcu 2019 r., opublikowano rozporządzenie w sprawie danych osobowych dotyczących zdrowia⁴¹. Zakres definicji zawartych w nowym rozporządzeniu był niemal identyczny z zakresem definicji „systemu dokumentacji medycznej” w rozumieniu poprzednich przepisów, które zostały uchylone. W czerwcu 2019 r. rozporządzenie zawierało słowo „lekarze” i stanowiło, że lekarze również mają dostęp do systemu e-Nabiz. Inne szczególne ograniczenia dotyczące systemu e-Nabiz obejmują art. 6 ust. 2 rozporządzenia, który stanowi, że dostęp do konta e-Nabiz zależy od preferencji dotyczących prywatności osoby, której dane dotyczą. W rezultacie, decydując o tych preferencjach, osoba, której dane dotyczą, powinna ocenić, czy niemożność uzyskania dostępu do poprzednich danych zdrowotnych może spowodować zakłócenia i szkody. Wynika to stąd, że ministerstwo nie ponosi odpowiedzialności za jakiegokolwiek kwestie, które mogą wystąpić w tej sytuacji⁴².

Logowanie i wylogowywanie z aplikacji odbywa się bezpiecznie za pośrednictwem platformy e-administracji. Użytkownicy mogą również sprawdzić adres protokołu internetowego (IP), a także datę i godzinę poprzedniego dostępu. W celu podniesienia poziomu bezpieczeństwa przy wejściu do systemu do maksymalnego poziomu jest wykorzystywany mechanizm weryfikacji dwuetapowej, co uniemożliwia osobom innym niż użytkownicy dostęp do systemu. Ponadto w razie potrzeby pacjenci uzyskują jednorazowy dostęp do lekarzy za pomocą jednorazowego hasła. Aby lekarze mogli sięgnąć po dane zdrowotne pacjenta, składają wniosek do pacjentów. Po złożeniu wniosku na telefon pacjenta wysyłany jest unikalny 6-cyfrowy kod numeryczny, a następnie pacjent przesyła ten kod lekarzom, co umożliwia im uzyskanie dostępu do danych zdrowotnych pacjenta⁴³.

Zgodnie z wynikami badania dotyczącego czynników wpływających na korzystanie z aplikacji e-Nabiz 62,1% uczestników nie wiedziało o aplikacji e-Nabiz, a 49,4% z 71 uczestników, którzy wiedzieli o aplikacji e-Nabiz, korzystało z niej przez internet. Użytkownicy aplikacji zgadzają się, że aplikacja e-Nabiz jest przydatną, łatwą w użyciu i niezbędną aplikacją oraz że ułatwia korzystanie z usług zdrowotnych. W wyniku badań nie stwierdzono istotnej różnicy między korzystaniem z e-Nabiz a czynnikami takimi jak płeć, stan cywilny, status choroby przewlekłej, wiek i częstotliwość korzystania z usług zdrowotnych. Zauważono natomiast głęboką

⁴¹ *Kişisel sağlık verileri hakkında yönetmelik*, Dziennik Ustaw nr 30308 z 21.06.2019 r., <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2019/06/20190621-3.htm> (dostęp: 7.11.2024 r.).

⁴² C. Araalan, *E-Nabiz...*

⁴³ Ş. Birinci, *A digital...*, s. 215-221.

różnicę między średnimi wartościami korzystania z e-Nabız przez uczestników a ich statusem edukacyjnym⁴⁴.

Podsumowując poczynione rozważania, system e-Nabız jest znaczącym krokiem w cyfryzacji opieki zdrowotnej w Turcji. Zapewnia pacjentom bezpieczny, uproszczony dostęp do informacji zdrowotnych i umożliwia im aktywne zarządzanie swoim zdrowiem. System e-Nabız centralizuje informacje medyczne i poprawia komunikację między pacjentami a pracownikami służby zdrowia, co prowadzi do lepszej jakości i wydajności opieki zdrowotnej. Silne mechanizmy bezpieczeństwa platformy, takie jak szyfrowanie, uwierzytelnianie dwuskładnikowe i zgodność z krajowymi przepisami o ochronie danych, świadczą o jej zaangażowaniu w ochronę prywatności pacjentów. Ponadto korzystanie ze ścieżek audytu i systemu jednorazowych kodów dostępu świadczy o zaangażowaniu Ministerstwa Zdrowia w otwartość i bezpieczeństwo danych. System E-Nabız jest również zauważany na całym świecie. Cyberbezpieczeństwo i spersonalizowane wskaźniki przedstawione na stronie G20⁴⁵ służą jako ważne modele dla innych rządów na całym świecie. Ponadto, zgodnie z raportem Komisji Europejskiej, Turcja jest jednym z wiodących krajów europejskich pod względem cyfryzacji opieki zdrowotnej, ze wskaźnikiem 88,0%⁴⁶ i populacją 85 mln. W konsekwencji należy uznać, że e-Nabız jest istotnym elementem reformy systemu opieki zdrowotnej w Turcji, wykorzystującym technologię cyfrową w celu poprawy opieki nad pacjentem, zwiększenia wydajności i priorytetowej ochrony danych. Jako model opieki zdrowotnej skoncentrowany na pacjencie pokazuje, w jaki sposób cyfrowe platformy zdrowotne mogą pomóc w stworzeniu bardziej zintegrowanego i bezpiecznego środowiska opieki zdrowotnej.

5. Podsumowanie i wnioski

W 1998 r. w „Glosariuszu promocji zdrowia” WHO zdefiniowała kompetencje zdrowotne jako umiejętności poznawcze i społeczne, które określają motywację i zdolność jednostek do uzyskiwania dostępu, rozumienia i wykorzystywania informacji w sposób promujący i utrzymujący dobry stan zdrowia⁴⁷. W literaturze przedmiotu dostrzegalne jest stanowisko, zgodnie z którym kompetencje zdrowotne definiowane są jako sposób, w jaki ludzie lokalizują, rozumieją, oceniają, wykorzystują i przekazują informacje na temat zdrowia. Kompetencje zdrowotne odnoszą się zatem do zdolności ludzi do zaspokajania skomplikowanych potrzeb zdrowotnych we współczesnym

⁴⁴ A. Yeşiltaş, *E-Nabız Uygulamasının Kullanımını Etkileyen Faktörler*, „Sağlık Akademisyenleri Dergisi” 2018/5(4), s. 290–295, <https://doi.org/10.5455/sad.13-1525542718> (dostęp: 30.10.2024 r.); F. Yalman, Ö. Yusuf, *Sağlık Okuryazarlığı İle E-Sağlık Hizmet Tüketimi Arasındaki İlişkinin İrdelenmesi: E-Nabız Kullanımı Üzerine Bir Araştırma*, „Electronic Journal of Social Sciences” 2021/20(77), s. 240–254, <https://doi.org/10.17755/esosder.730331> (dostęp: 30.10.2024 r.).

⁴⁵ *G20 Blueprint for Scaling Up InfraTech Financing and Development*, <https://www.ipfa.org/content-library/g20-blueprint-scaling-up-infratech-financing-development/> (dostęp: 31.10.2024 r.).

⁴⁶ *European Commission Report: eGovernment Benchmark 2022. Shaping Europe's digital future*, <https://digital-strategy.ec.europa.eu/en/library/egovernment-benchmark-2022> (dostęp: 31.10.2024 r.).

⁴⁷ D. Nutbeam, *Health Promotion Glossary*, „Health Promotion International” 1998/13(4), s. 349–364, <https://doi.org/10.1093/heapro/13.4.349> (dostęp: 30.10.2024 r.).

społeczeństwie. Poprawa alfabetyzacji zdrowotnej jest postrzegana jako krytyczna na całym świecie ze względu na oczywisty związek między niską alfabetyzacją zdrowotną a złymi wynikami zdrowotnymi, a także możliwość złagodzenia tych wyników⁴⁸.

Mając na uwadze powyższe, można przyjąć, że ustalenie kręgu podmiotów, które są uprawnione do dostępu do dokumentacji medycznej, jest kluczowe i ma istotne znaczenie praktyczne. Przekazanie bowiem dokumentacji osobie nieuprawnionej najczęściej będzie łączyć się z wyjawieniem tajemnicy medycznej i w efekcie skutkować licznymi konsekwencjami prawnymi. Ponadto może być potraktowane jako nielegalne przetwarzanie sensytywnych danych osobowych, co będzie wiodło do ewentualnej odpowiedzialności na podstawie art. 82 RODO. Z kolei nieudostępnienie dokumentacji osobie uprawnionej może prowadzić do postępowania sądowo-administracyjnego, za pomocą którego będzie ona dochodzić możliwości dostępu do tej dokumentacji⁴⁹. W związku z tym proponuje się rozwiązanie polegające na skomunikowaniu IKP z dokumentacją medyczną w taki sposób, by wpis dokonany w IKP, a dotyczący upoważnienia osób trzecich przez pacjenta do jego dokumentacji medycznej, był widoczny w dokumentacji elektronicznej w podmiotach medycznych, do których trafia pacjent, zwłaszcza wtedy gdy jest nieprzytomny lub niezdolny do wyrażenia zgody na upoważnienie. Rozwiązanie przyjęte przez tureckiego ustawodawcę polegające na udzieleniu pacjentom pełnego dostępu do EDM za pośrednictwem tureckiego IKP, obejmującego aktualizacje w czasie rzeczywistym z różnych organizacji opieki zdrowotnej, stanowić powinno wzór dla polskiego ustawodawcy. Jak wskazano, turecki e-Nabız zapewnia dostęp do szerokiego zakresu danych EDM, w tym diagnoz medycznych, wyników badań obrazowych, planów leczenia, wyników badań laboratoryjnych i historii recept. W przypadku polskiego IKP rozwiązania te mają charakter szczątkowy. Głównym problemem jest brak zintegrowania IKP z EDM w postaci automatycznego importowania do IKP informacji dotyczących udzielanego przez pacjenta upoważnienia do dokumentacji medycznej podczas hospitalizacji. Oczywiście podmiot korzystający z IKP może udzielić za pośrednictwem tego systemu upoważnienia do dostępu do dokumentacji medycznej, jednak wymaga to konkretnej aktywności pacjenta, która nie zawsze będzie wystarczająca w przypadkach ekstremalnych, takich jak konieczność hospitalizacji pacjenta nieprzytomnego lub niezdolnego do samodzielnego komunikowania się.

Na gruncie rozwiązań przyjętych przez polskiego ustawodawcę widać istotne rozdrobnienie w zakresie funkcjonowania systemów teleinformatycznych, ułatwiających codzienne funkcjonowanie. Mnogość wprowadzanych rozwiązań wiąże się z koniecznością instalowania wielu aplikacji lub korzystania z wielu systemów teleinformatycznych dostępnych za pośrednictwem odrębnych stron internetowych. Z tego względu jednym z postulatów *de lege ferenda* jest nie tylko scentralizowanie systemów adresowanych do obywateli (np. w ramach aplikacji mObywatel), ale

⁴⁸ R.A. Logan, E.R. Siegel, *Health Literacy: New Directions in Research, Theory and Practice*, Amsterdam-Berlin-Washington 2017, research.ebsco.com/linkprocessor/plink?id=086d2c0c-ad31-3e1f-87d8-0f0d02509b8d (dostęp: 30.10.2024 r.).

⁴⁹ R. Kubiak, A. Liszewska, *Prawo medyczne dla fizjoterapeutów*, Legalis/el. 2020.

również centralizacja działań podejmowanych w zakresie rozwoju stopnia cyfryzacji usług kierowanych do obywateli. Mając na uwadze infrastrukturę polskiego IKP i możliwość udzielenia za jego pośrednictwem upoważnienia do dostępu do dokumentacji medycznej określonej osoby, zasadne wydaje się również *de lege ferenda* uzupełnienie IKP o funkcjonalność w zakresie wyrażania sprzeciwu – dotyczącego dostępu do dokumentacji medycznej i informacji o stanie zdrowia pacjenta – wobec konkretnej, wskazanej przez pacjenta osoby. Jak wspomniano, aktualnie istnieje możliwość usunięcia uprzednio udzielonego dostępu, jednak nie może być to utożsamiane z wyrażeniem sprzeciwu co do udostępniania powyższych danych lub dokumentacji medycznej określonej przez pacjenta osobie.

Turecki model dostępu do EDM poprzez narodowy portal IKP jest interesującym rozwiązaniem, które może stanowić inspirację dla polskiego ustawodawcy. Jak wskazano, w Turcji pacjenci mają dostęp do swojej dokumentacji zdrowotnej w czasie rzeczywistym, co oznacza, że informacje z różnych placówek opieki zdrowotnej są stale aktualizowane i dostępne natychmiast po ich wprowadzeniu. Taki model przynosi liczne korzyści zarówno pacjentom, jak i systemowi opieki zdrowotnej. Wydaje się, że kompleksowość rozwiązań wdrożonych przez tureckiego ustawodawcę wpływa pozytywnie nie tylko na poprawę ciągłości opieki medycznej, ale także na ułatwienie koordynacji między podmiotami leczniczymi. Nie ulega bowiem wątpliwości, że aktualizacje w czasie rzeczywistym zapewniają, że pacjent i lekarze mają zawsze dostęp do najnowszych danych. Dzięki temu lekarze mogą podejmować lepsze decyzje dotyczące diagnozy i leczenia, nawet jeśli świadczenia zdrowotne są udzielane pacjentom w różnych podmiotach leczniczych. Ponadto scentralizowany system EDM i jego integracja z IKP pozwolą osobom wykonującym zawody medyczne w różnych podmiotach leczniczych na korzystanie z tych samych informacji o pacjencie. Zredukuje to ryzyko błędów medycznych wynikających z braków w dokumentacji, co jest szczególnie istotne w przypadkach nagłych, gdy liczy się szybki dostęp do pełnej historii leczenia pacjenta. Konkludując poczynione rozważania, rozwój polskiego IKP – wzorem rozwiązań tureckich – mógłby wzmocnić interoperacyjność między podmiotami leczniczymi i zwiększyć dostępność danych dla pacjentów. Wprowadzenie IKP z pełnym dostępem do EDM wraz z aktualizacjami w czasie rzeczywistym stanowiłoby krok naprzód w budowie bardziej efektywnego i nowoczesnego systemu opieki zdrowotnej, odpowiadającego potrzebom współczesnych pacjentów i lekarzy.

Bibliografia

1. Araalan C., *E-Nabız Uygulamasi ve Kişisel Sağlık Verilerine İlişkin Genel Bir Hukuki Değerlendirme*, <https://legalbank.net/belge/e-nabiz-uygulamasi-ve-kisisel-saglik-verilerine-iliskin-genel-bir-hukuki-degerlendirme/3892858#>.
2. Başkavak G., Şahinol M., Kılıçtepe S., *Interplay of Global Technological Dynamics and Local Realities: Digital Healthcare Transformation in Turkey*, Trakya Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi 2024, t. 26, nr 1, <https://doi.org/10.26468/trakyasobed.1369225>.

3. Birinci Ş., *A Digital Opportunity for Patients to Manage Their Health: Turkey National Personal Health Record System (The e-Nabız)*, *Balkan Medical Journal* 2023, t. 40, nr 3, <https://doi.org/10.4274/balkanmedj.galenos.2023.2023-2-77>.
4. Drobiazgiewicz J., *Kierunki rozwoju systemu e-Zdrowie w Polsce*, *Ekonomiczne Problemy Usług* 2013, nr 105.
5. Dülger M.V., *Sağlık Hukukunda Kişisel Verilerin Korunması ve Hasta Mahremiyeti*, *İstanbul Medipol Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi* 2014, t. 1, nr 2144.
6. Eysenbach G., *What is e-health?*, *Journal of Medical Internet Research* 2001, t. 3, nr 2, <https://www.jmir.org/2001/2/e20>.
7. Gaška M., *Komentarz do art. 26, [w:] Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Komentarz*, red. L. Bosek, *Legalis/el.* 2020.
8. Kaya C., *Avrupa birliği veri koruma direktifi ekseninde hassas (kişisel) veriler ve işlenmesi*, *Journal of Istanbul University Law Faculty* 2011, t. 69, nr 1–2.
9. Kiberu V.M., Mars M., Scott R.E., *Barriers and opportunities to implementation of sustainable e-Health programmes in Uganda: A literature review*, *African Journal of Primary Health Care & Family Medicine* 2017, nr 1, <https://doi.org/10.4102/phcfm.v9i1.1277>.
10. Kubiak R., Liszewska A., *Prawo medyczne dla fizjoterapeutów*, *Legalis/el.* 2020.
11. Logan R.A., Siegel E.R., *Health Literacy: New Directions in Research, Theory and Practice*, Amsterdam–Berlin–Washington 2017, research.ebsco.com/linkprocessor/plink?id=086d2c0c-ad31-3e1f-87d8-0f0d02509b8d.
12. Nutbeam D., *Health Promotion Glossary*, *Health Promotion International* 1998, t. 13, nr 4, <https://doi.org/10.1093/heapro/13.4.349>.
13. Oh H., Rizo C., Enkin M., Jadad A., *What is eHealth?: a systematic review of published definitions*, *World Hospitals and Health Services* 2005, t. 41, nr 1.
14. Ozşahin F., Mansur F., *E-Nabız Sisteminin İşleyişiyle İlgili Haber Sitelerine Yönelik Bir İçerik Analizi*, *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 2022, t. 11, nr 3, <https://doi.org/10.37989/gumussagbil.1048953>.
15. Pawłowski L., *Osoba bliska w aspekcie przekazywania informacji o stanie zdrowia pacjenta*, cz. 2, *Forum Medycyny Rodzinnej* 2014, t. 8, nr 4.
16. Sidorko A., *Komentarz do art. 192, [w:] Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Komentarz*, red. A. Pietraszewska-Macheta, *LEX/el.* 2023.
17. Skoczyła D., *Krajowy System Cyberbezpieczeństwa*, Warszawa 2023.
18. Szymacha A., Szymacha K., *Obowiązek przekazywania danych o zdarzeniach medycznych do systemu informacji medycznej jako zagrożenie dla ochrony tajemnicy lekarskiej i prawa prywatności w kontekście standardów ochrony praw fundamentalnych*, *Przegląd Sądowy* 2022, nr 7–8.
19. Świłała K., *Pacjent jako beneficjent ograniczeń jawności elektronicznej dokumentacji medycznej*, Warszawa 2018.
20. Wojsyk K., *Podsumowanie, [w:] Telemedycyna i e-Zdrowie. Prawo i informatyka*, red. I. Lipowicz, G. Szpor, M. Świerczyński, *LEX/el.* 2019.

21. Yalman F., Yusuf Ö., *Sağlık Okuryazarlığı İle E-Sağlık Hizmet Tüketimi Arasındaki İlişkinin İrdelenmesi: E-Nabız Kullanımı Üzerine Bir Araştırma*, *Electronic Journal of Social Sciences* 2021, t. 20, nr 77, <https://doi.org/10.17755/esosder.730331>.
22. Yeşiltaş A., *E-Nabız Uygulamasının Kullanımını Etkileyen Faktörler*, *Sağlık Akademisyenleri Dergisi* 2018, t. 5, nr 4, <https://doi.org/10.5455/sad.13-1525542718>.
23. Yıldırım B.F., Özdemirci F., Soydan G., *Sağlık Turizmi Hastaları İçin E-Nabız Uygulamalarının Geliştirilmesi: Bir Model Önerisi*, *Bilgi Yönetimi* 2021, t. 4, nr 1, <https://doi.org/10.33721/by.934150>.
24. Zoń K.M., *Cywilnoprawne uwarunkowania udzielania przez lekarza świadczeń zdrowotnych w modelu telemedycyny w prawie polskim*, Warszawa 2022.