



Horyzonty Polityki
2026, Vol. 17, N° 59



MARIA NOWINA KONOPKA

<https://orcid.org/0000-0001-9978-7621>
Uniwersytet Jagielloński w Krakowie
maria.nowina.konopka@uj.edu.pl
<https://doi.org/10.35765/HP.2026.1759.22>

Policy implementation gap w polityce cyfrowego zdrowia. Dostęp pacjentów do danych zdrowotnych jako przykład konieczności reorientacji polityki e-zdrowia w kierunku inwestycji w kompetencje cyfrowe i medyczne Polaków

Streszczenie

CEL NAUKOWY: Celem artykułu jest analiza polityki dostępu pacjentów do elektronicznych danych zdrowotnych w Polsce w perspektywie koncepcji *policy implementation gap*, ze szczególnym uwzględnieniem relacji między zobowiązaniami wynikającymi z prawa Unii Europejskiej a krajową autonomią regulacyjną i strategiczną.

PROBLEM I METODY BADAWCZE: Głównym problemem badawczym jest ustalenie, czy wysoki poziom formalnej i infrastrukturalnej dojrzałości systemu e-zdrowia w Polsce przekłada się na rzeczywiste, inkluzywne i równomierne wykorzystanie dostępu do danych zdrowotnych przez pacjentów. W procesie badawczym zastosowano: a) jakościową analizę dokumentów, b) analizę porównawczą, c) analizę danych wtórnych. Zakres badania ograniczono do danych pierwotnych w latach 2018–2026.

PROCES WYWODU: Wywód prowadzony jest w czterech etapach. Początkowo nastąpiła rekonstrukcja unijnych ram regulacyjnych oraz ich logiki interwencji. Następnie przeprowadzono analizę krajowej implementacji w warstwach normatywnej, interoperacyjnej i strategicznej. Kolejno dokonano empirycznej oceny zakresu usług cyfrowych oraz ich wykorzystania przez pacjentów i świadczeniodawców. I w końcu odniesiono poziom dojrzałości infrastrukturalnej do danych dotyczących kompetencji cyfrowych i zdrowotnych oraz nierówności społecznych. Tak skonstruowany proces umożliwił identyfikację i deskrypcję tytułowego *implementation gap*.

Sugerowane cytowanie: Nowina Konopka, A. (2026). *Policy implementation gap w polityce cyfrowego zdrowia. Dostęp pacjentów do danych zdrowotnych jako przykład konieczności reorientacji polityki e-zdrowia w kierunku inwestycji w kompetencje cyfrowe i medyczne Polaków*. *Horyzonty Polityki*, 17(59), 425–446. <https://doi.org/10.35765/HP.2026.1759.22>.

WYNIKI ANALIZY NAUKOWEJ: Analiza pokazuje, że Polska osiągnęła wysoki poziom infrastrukturalnej dojrzałości systemu e-zdrowia (92% w *Digital Decade 2025*), jednakże identyfikuje się braki w zakresie dostępności niektórych kategorii danych (67% w warstwie *access to health data*). Korzystanie z usług cyfrowych jest wśród pacjentów zróżnicowane ze względu na wiek, płeć, wykształcenie i status ekonomiczny. Dodatkowo zarówno deficyty kompetencji cyfrowych (DESI), jak i zdrowotnych (HLS-EU) stanowią istotną barierę wykorzystania systemu przez pacjentów. Po stronie świadczeniodawców występują natomiast istotne bariery finansowe, interoperacyjne i kompetencyjne. Wnioski te prowadzą do konkluzji, że luka implementacyjna ma głównie charakter kompetencyjny i funkcjonalny, nie zaś programowy czy legislacyjny.

WNIOSKI, INNOWACJE, REKOMENDACJE: W konkluzjach sformułowano rekomendacje odnoszące się reorientacji polityki rozwoju e-zdrowia ku wzmocnieniu kompetencji cyfrowych i medycznych pacjentów, monitorowania rzeczywistego stopnia wykorzystania usług oraz wsparcia organizacyjnego, kompetencyjnego oraz finansowego świadczeniodawców.

SŁOWA KLUCZOWE:

policy implementation gap, cyfrowe zdrowie, dostęp do danych zdrowotnych, *digital health literacy*

Abstract

THE POLICY IMPLEMENTATION GAP IN DIGITAL HEALTH POLICY. PATIENTS' ACCESS TO HEALTH DATA AS AN EXAMPLE OF THE NEED TO REORIENT E-HEALTH POLICY TOWARDS INVESTMENT IN THE DIGITAL AND MEDICAL SKILLS OF THE POLISH POPULATION

RESEARCH OBJECTIVE: The aim of this article is to analyse the policy of patient access to electronic health data in Poland from the perspective of the concept of the policy implementation gap, with particular emphasis on the relationship between obligations arising from European Union law and national regulatory and strategic autonomy.

THE RESEARCH PROBLEM AND METHODS: The principal research problem is to determine whether the high level of formal and infrastructural maturity of the digital health system in Poland translates into the actual, inclusive, and equitable use of access to health data by patients. The research process employed: a) qualitative document analysis, b) comparative analysis, and c) secondary data analysis. The scope of the study was limited to the primary use of health data in the years 2018–2026.

THE PROCESS OF ARGUMENTATION: The argument is developed in four stages. First, the European Union regulatory framework and its logic of intervention were reconstructed. Second, national implementation was analysed across its normative, interoperability, and strategic dimensions. Third, an empirical assessment was conducted of the scope of digital services and their utilisation by patients and healthcare providers. Finally, the level of infrastructural maturity was examined in relation to data concerning digital and health competences as well as social inequalities. This structured analytical process enabled the identification and description of the implementation gap referred to in the title.

RESEARCH RESULTS: The analysis demonstrates that Poland has achieved a high level of infrastructural maturity in its digital health system (92% in *Digital Decade 2025*); however, deficiencies are identified with regard to the availability of certain categories of data (67% in the “access to health data” layer). The use of digital services among patients varies according to age, educational attainment, and socio-economic status. Moreover, deficits in both digital competences (DESI) and health literacy (HLS-EU) constitute significant barriers to effective system utilisation by patients. On the provider side, substantial financial, interoperability-related, and competence-based barriers are also observed. These findings lead to the conclusion that the implementation gap is primarily competence-based and functional in character, rather than programmatic or legislative.

CONCLUSIONS, INNOVATIONS, AND RECOMMENDATIONS: The conclusions formulate recommendations concerning the reorientation of digital health development policy towards strengthening patients’ digital and health competences, monitoring the actual level of service utilisation, and providing organisational, competence-based and financial support to healthcare providers.

KEYWORDS:

policy implementation gap, digital health, access to health data, digital health literacy

WPROWADZENIE

Cyfryzacja zdrowia stanowi jeden z najbardziej newralgicznych obszarów współczesnej polityki publicznej, integrujący w sobie zagadnienia z zakresu polityki zdrowotnej, transformacji rynków cyfrowych, praw pacjenta oraz ochrony danych. Na poziomie Unii Europejskiej ustanowienie wspólnych ram dla wykorzystania i wymiany elektronicznych danych medycznych zagwarantowano wnioskiem Komisji Europejskiej dot. EHDS (COM/2022/197) z 2022 r., a następnie rozporządzeniem EHDS – Regulation (EU) 2025/327 (2025)

oraz decyzją Parlamentu Europejskiego i Rady Europy *Digital Decade Policy Programme 2030* (Decyzja PE (EU) 2022/2481). W przypadku obu inicjatyw cyfrowy dostęp obywateli do danych zdrowotnych uznany został za cel strategiczny, konieczny do osiągnięcia w perspektywie do 2030 roku. Celem operacyjnym tych działań jest natomiast zapewnienie każdemu obywatelowi UE realnej możliwości dostępu do własnych danych medycznych, ich kontroli oraz bezpiecznego wykorzystania w procesie profilaktyki, diagnostyki i leczenia. Członkostwo Polski w Unii Europejskiej implikuje konieczność implementacji wiążących aktów prawa unijnego oraz dostosowania krajowych strategii do celów określonych w dokumentach programowych UE. Równocześnie zważyć należy, iż obszar ochrony zdrowia pozostaje w znacznej mierze domeną kompetencji państw członkowskich, co umożliwia Polsce formułowanie własnych celów strategicznych oraz instrumentów polityki publicznej wykraczających poza minimalne wymogi unijne. W efekcie krajowe ramy regulacyjne w zakresie e-zdrowia stanowią hybrydę zobowiązań implementacyjnych oraz autonomicznych decyzji strategicznych, dając przy tym przestrzeń do dynamicznego w ostatnich latach rozwoju usług cyfrowych w ochronie zdrowia, takich jak Internetowe Konto Pacjenta (IKP), e-recepta, e-skierowanie czy elektroniczna dokumentacja medyczna (EDM).

Punktem wyjścia rozważań w niniejszym artykule jest założenie, że aktualnym wyzwaniem współczesnych polityk publicznych jest istotna rozbieżność między formalnymi założeniami polityki a efektami jej realizacji w praktyce (Teddy, 2019). Zjawisko to, w czasopiśmiennictwie określane mianem *policy implementation gap*, czyli luki implementacyjnej polityki publicznej, odnosi się do trwałej różnicy pomiędzy celami, instrumentami i regulacjami przyjmowanymi na poziomie decyzyjnym a rzeczywistym sposobem ich wdrażania oraz wykorzystania przez adresatów polityki, wynikającym z czynników zarówno endo-, jak i egzogennych (Hudson, 2019). Kategoria *policy implementation gap* znajduje coraz szersze zastosowanie w analizach sektorowych, w tym w badaniach nad polityką zdrowotną oraz cyfryzacją usług publicznych (Braithwaite, 2018). Jak się wydaje, staje się ona szczególnie użyteczna w kontekście polityki cyfrowego zdrowia, rozumianej jako zbiór działań publicznych, regulacji prawnych oraz programów strategicznych ukierunkowanych na wykorzystanie

technologii cyfrowych w ochronie zdrowia i to zarówno w zakresie świadczenia usług medycznych, jak i zarządzania danymi zdrowotnymi (Iyamu, 2021; European Commission, 2025a). W dokumentach Światowej Organizacji Zdrowia czy Komisji Europejskiej pojęcie *digital health* obejmuje m.in. elektroniczną dokumentację medyczną, e-recepty, portale pacjenta, aplikacje zdrowotne oraz systemy umożliwiające pacjentom dostęp do własnych danych zdrowotnych (WHO 2021, eHealth, 2022). Pomimo iż termin ten, jak pisze Joanna Zembala-John, „odnosi się do wykorzystania technologii cyfrowych w działaniach na rzecz zdrowia publicznego”, przez co „podkreśla tym samym bardziej techniczny aspekt tego zjawiska” (2024, s. 58), to w niniejszym artykule polityka cyfrowego zdrowia analizowana jest znacząco szerzej – nie tylko jako obszar transformacji technologicznej, lecz przede wszystkim jako obszar realizacji polityki publicznej, w którym szczególnie wyraźnie ujawniają się przesunięcia między regulacyjnymi ambicjami państwa a praktyką ich wdrażania. Przesunięcia te analizowane będą na przykładzie dostępu obywateli do danych zdrowotnych.

METODOLOGIA

Celem artykułu jest analiza polskiej polityki zdrowotnej w zakresie zapewnienia pacjentom dostępu do elektronicznych danych dotyczących ich zdrowia, ze szczególnym uwzględnieniem relacji pomiędzy zobowiązaniami wynikającymi z członkostwa w Unii Europejskiej a krajowymi strategiami i działaniami o charakterze autonomicznym. Analiza koncentruje się na porównaniu deklarowanych celów strategicznych z rzeczywistym stanem wdrożenia rozwiązań umożliwiających pacjentom dostęp do danych zdrowotnych oraz ich faktycznym wykorzystaniem, co umożliwi deskrypcję wspomnianej *implementation gap*.

W toku postępowania badawczego skorzystano z trzech następujących po sobie i uzupełniających się metod badawczych. W pierwszym rzędzie przeprowadzono jakościową analizę dokumentów, obejmującą akty prawa unijnego i krajowego, strategie rządowe, programy operacyjne oraz dokumenty instytucjonalne. Tego rodzaju analiza miała na celu identyfikację deklarowanych celów

politycznych, zakresu obowiązków implementacyjnych oraz instrumentów realizacji polityki dostępu pacjentów do danych zdrowotnych. Po drugie, wykorzystano analizę porównawczą, polegającą na zestawieniu celów strategicznych z danymi dotyczącymi rzeczywistego stanu wdrożenia oraz skali korzystania z rozwiązań e-zdrowia przez pacjentów. Po trzecie, przeprowadzono analizę raportów i danych wtórnych, w tym raportów Komisji Europejskiej, Centrum e-Zdrowia, Światowej Organizacji Zdrowia, w celu oceny stopnia realizacji celów polityki oraz identyfikacji barier wdrożeniowych.

Dobór źródeł miał charakter celowy i obejmował dokumenty o oficjalnym statusie normatywnym, strategicznym lub analitycznym, bezpośrednio odnoszące się do dostępu pacjentów do elektronicznych danych zdrowotnych. Materiał badawczy podzielono na dokumenty unijne, krajowe oraz raporty wdrożeniowe i analityczne, co umożliwiło rekonstrukcję cyklu polityki od formułowania celów, po ocenę ich realizacji. Zakres analizy ograniczono do pierwotnego wykorzystania danych (*primary use*), rozumianego jako dostęp pacjenta do własnych danych zdrowotnych. Analiza nie obejmuje wtórnego wykorzystania danych (*secondary use*), o ile nie pozostaje ono w bezpośrednim związku z dostępem pacjenta.

Zakres czasowy przeprowadzonego badania obejmuje okres od początku 2018 do stycznia 2026 roku, co odpowiada okresowi obowiązywania systemowych podstaw prawnych cyfryzacji ochrony zdrowia w Polsce oraz aktualnemu etapowi kształtowania unijnych ram regulacyjnych w obszarze e-zdrowia.

1. UNIJNE RAMY POLITYKI DOSTĘPU PACJENTÓW DO ELEKTRONICZNYCH DANYCH ZDROWOTNYCH

Na poziomie Unii Europejskiej dostęp pacjentów do danych zdrowotnych (DDZ) stanowi jeden z prymarnych kierunków polityki cyfryzacji ochrony zdrowia, wpisujący się w szerszą agendę transformacji cyfrowej (Rozporządzenie PE (UE) 2025/327), w tym upowszechnienie cyfrowych usług publicznych rozwijanych w ramach strategii jednolitego rynku cyfrowego, przy zachowaniu prawa do transgranicznej opieki zdrowotnej oraz swobody przemieszczania się pacjentów w Unii Europejskiej (Dyrektywa PE (UE) 2011/24/UE).

Jednocześnie kwestia ta przez wzgląd na wieloaspektowość zagadnienia lokuje się na przecięciu kilku obszarów polityk unijnych, a to w szczególności: polityki zdrowotnej, polityki cyfrowej oraz ochrony danych osobowych. W dokumentach UE DDZ traktowany jest zatem międzysektorowo, nie wyłącznie jako zagadnienie stworzenia technologii zapewniającej pacjentom możliwość korzystania z publicznego oprogramowania, lecz jako instrument poprawy jakości opieki zdrowotnej oraz wzmacniania podmiotowości i autonomii pacjenta w unijnym systemie ochrony zdrowia.

Niewątpliwie najistotniejszym w tym zakresie dokumentem jest wspomniane już rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady w sprawie ustanowienia European Health Data Space – EHDS, czyli Europejskiej Przestrzeni Danych Zdrowotnych (2022). Akt ten ustanawia bezpośrednie prawo osób fizycznych do dostępu do ich elektronicznych danych zdrowotnych, ich pobierania oraz kontrolowanego udostępniania w ramach systemów ochrony zdrowia. Jego wprowadzenie wynikało między innymi z faktu zdiagnozowanych przez UE trudności z wykonywaniem swoich praw przez pacjentów w kontekście ich mobilności i woli skorzystania ze świadczeń medycznych w granicach europejskiej wspólnoty. Tym samym za niezbędne uznano wprowadzenie regulacji mającej bezpośrednie zastosowanie w państwach członkowskich, co istotnie ograniczało zakres swobody regulacyjnej na poziomie krajowym.

Unijne ramy polityki w analizowanym zakresie kształtowane są jednak nie tylko przy użyciu instrumentów prawnie wiążących (*hard law*), ale również instrumentów niewiążących (*soft law*), co jest charakterystyczne dla wielopoziomowego modelu zarządzania w Unii Europejskiej (Biernat, 2012, Terpan & Saurugger, 2022; Hartlapp, 2019). Spośród dokumentów drugiego typu kluczowe znaczenie mają Digital Decade Policy Programme 2030 oraz eHealth Network. Dokument programowy Cyfrowej Dekady ustanawia tzw. cele cyfrowe, zgodnie z którymi do 2030 r. 100% obywateli Unii Europejskiej powinno mieć dostęp do swoich elektronicznych danych zdrowotnych (art. 4, pkt. 4, lit. b, Decyzja PE (UE) 2022/2481). Program ten pełni funkcję koordynacyjną i monitorującą, wyznaczając wskaźniki postępu i mechanizmy sprawozdawcze na poziomie państw członkowskich. Jego uzupełnieniem są wytyczne i standardy opracowywane w ramach eHealth Network, a w szczególności Patient Summary

oraz ePrescription, stanowiące zestaw technicznych i organizacyjnych wytycznych opracowanych przez unijną sieć eHealth Network (eHN). Dokument ten, mimo formalnie niewiążącego charakteru, w praktyce wyznacza kierunki krajowych rozwiązań interoperacyjnych, służąc jako podstawa dla bezpiecznej, transgranicznej wymiany danych medycznych w Unii Europejskiej w obszarze infrastruktury MyHealth@EU (eHealth, 2022; 2024). W ramach tych instrumentów państwa członkowskie mają obowiązek zapewnić pacjentom dostęp do: informacji o ich prawach i sposobach ich realizacji, warunkach i procedurach uzyskania transgranicznej opieki zdrowotnej, zasadach kalkulowania kosztów podlegających zwrotowi, procedur odwoławczych i skargowych. W odniesieniu natomiast do opieki transgranicznej regulują zasady organizacyjne, techniczne i jakościowe w zakresie kodowania danych klinicznych według międzynarodowych standardów (np. SNOMED CT, ICD-10) w celu zapewnienia jednoznacznej interpretacji między krajami. Ustalają one również katalog zasad wymiany elektronicznych recept i informacji o wydaniu leków między państwami UE.

Analiza dokumentów unijnych pozwala wskazać logikę interwencji w obszarze dostępu do elektronicznych danych zdrowotnych. Opiera się ona na trzech założeniach: dostęp do danych jest warunkiem jakości i ciągłości opieki, interoperacyjność stanowi niezbędny warunek realizacji tego prawa, a harmonizacja standardów ma ograniczać fragmentaryzację systemów krajowych. Państwa członkowskie, w tym Polska, funkcjonują przez to w warunkach asymetrycznej autonomii, gdyż implementują prawo unijne, zachowując równocześnie swobodę w zakresie tempa i formy realizacji celów wykraczających poza minimalne wymogi UE.

2. POLSKA POLITYKA DOSTĘPU PACJENTÓW DO DANYCH ZDROWOTNYCH: IMPLEMENTACJA ZOBOWIĄZAŃ UNIJNYCH A AUTONOMIA STRATEGICZNA PAŃSTWA

Polityka dostępu pacjentów do elektronicznych danych zdrowotnych w Polsce kształtowana jest w warunkach tzw. *multi-level governance*, w którym normy unijne wyznaczają ramy regulacyjne, natomiast

państwo zachowuje kompetencję do ich instytucjonalnego ukształtowania i strategicznej reinterpretacji. Oznacza to, że system dostępu do danych zdrowotnych jest jednocześnie efektem implementacji zobowiązań europejskich oraz wyrazem krajowej autonomii regulacyjnej i programowej.

2.1. Implementacja zobowiązań unijnych: warstwa normatywna i interoperacyjna

Pierwszym elementem tej architektury jest rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 (RODO), które jako akt o bezpośrednim zastosowaniu obowiązuje w Polsce we wspólnym europejskim wymiarze. Ustawa z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. 2018 poz. 1000) stanowi natomiast akt dostosowujący polski porządek prawny do RODO oraz określający organizację i kompetencje Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych. W tym sensie zakres ochrony danych zdrowotnych jako danych szczególnej kategorii nie jest autonomiczną decyzją ustawodawcy krajowego, lecz wynika z europejskiego reżimu ochrony danych osobowych.

Kolejnym istotnym z analizowanego tu punktu widzenia aktem jest ustawa z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (t.j. Dz.U. 2023 poz. 2465), która tworzy podstawę prawną funkcjonowania systemów teleinformatycznych ochrony zdrowia, w tym Systemu Informacji Medycznej (SIM) oraz Krajowego Punktu Kontaktowego ds. e-Zdrowia. Ustawa ta stanowi ramę instytucjonalną umożliwiającą realizację obowiązków wynikających z Dyrektywy 2011/24/UE w sprawie transgranicznej opieki zdrowotnej, w szczególności w zakresie wymiany e-recept oraz podsumowań informacji o pacjencie. Interoperacyjność, rozumiana jako zdolność systemów do wymiany i odczytu danych w środowisku międzynarodowym, staje się w tym kontekście wymogiem wynikającym z porządku unijnego. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 8 maja 2018 r. w sprawie rodzajów elektronicznej dokumentacji medycznej (t.j. Dz.U. 2021 poz. 1153 z późn. zm.) ustanawia natomiast katalog dokumentów stanowiących EDM oraz zakres ich przekazywania do systemów teleinformatycznych określonych w ustawie o systemie informacji

w ochronie zdrowia. Stosowanie standardów interoperacyjności opisanych w dokumentacji technicznej publikowanej przez Centrum e-Zdrowia (np. HL7 CDA) wpisuje polski system w europejski ekosystem eHealth, ograniczając możliwość całkowicie autonomicznego kształtowania rozwiązań technicznych.

Ogólne zasady prowadzenia dokumentacji medycznej, w tym jej formę, okres przechowywania oraz zasady udostępniania pacjentowi, określa Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (t.j. Dz.U. 2024 poz. 798). Akt ten funkcjonuje na styku prawa krajowego i unijnego, z jednej strony realizując standardy ochrony danych wynikające z RODO, z drugiej konkretyzując je w ramach krajowej organizacji systemu ochrony zdrowia. Również ustawa o informatyzacji działalności podmiotów realizujących zadania publiczne (t.j. Dz.U. 2024 poz. 307) odzwierciedla tę dwupoziomą logikę, ustanawiając Krajowe Ramy Interoperacyjności oraz określając zasady wykorzystywania środków identyfikacji elektronicznej, a także regulując publiczny system identyfikacji elektronicznej (m.in. profil zaufany) i odsyłając w zakresie węzła krajowego i poziomów bezpieczeństwa do Ustawy z dnia 5 września 2016 r. o usługach zaufania oraz identyfikacji elektronicznej. Tym samym obszar dostępu do danych zdrowotnych zostaje włączony w szerszą, unijną infrastrukturę cyfrową. W tej warstwie regulacyjnej autonomia państwa ma charakter ograniczony i polega *de facto* na organizacyjnym i instytucjonalnym wdrożeniu norm europejskich, a nie na swobodnym kształtowaniu własnej polityki udostępniania danych.

2.2. Krajowa autonomia normatywna – prawa pacjenta i tradycja ustrojowa

Drugą grupę aktów stanowią regulacje wywodzące się z krajowej tradycji ustrojowej i systemu ochrony zdrowia, które nie są bezpośrednio implementacją konkretnych dyrektyw unijnych. I tak dla przykładu Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta tworzy kompleksowy katalog praw pacjenta, w tym prawo do świadczeń zdrowotnych zgodnych z aktualną wiedzą

medyczną, prawo do informacji, tajemnicy medycznej, intymności, wyrażenia zgody, a także dostępu do dokumentacji medycznej (Dz.U. 2020 poz. 849 ze zmianami Dz.U. 2024 poz. 581). Dokument reguluje także zasady działania organu państwowego – Rzecznika Praw Pacjenta, dostępu do dokumentacji medycznej oraz zasadę bezpłatności pierwszej kopii tej dokumentacji (obowiązującą od 2019 r.). Choć regulacja ta pozostaje w zgodzie z Kartą praw podstawowych UE, jej konstrukcja i zakres są rezultatem krajowej decyzji ustawodawczej. To w tym akcie państwo definiuje model relacji pacjent – system, nadając dostępowi do danych wymiar prawa podmiotowego, a nie wyłącznie elementu infrastruktury cyfrowej. Zasady prowadzenia, przechowywania i udostępniania dokumentacji medycznej przez podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych określa natomiast wspomniane już rozporządzenie MZ z dnia 6 kwietnia 2020 r. Akt ten konkretyzuje standardy ochrony danych w realiach krajowego systemu ochrony zdrowia, pokazując, że nawet w ramach silnej europeizacji norm ochrony danych państwo zachowuje przestrzeń do ich operacjonalizacji.

2.3. Autonomia strategiczna – od implementacji do programowania rozwoju

Najwyraźniej autonomia państwa ujawnia się w dokumentach strategicznych, które wykraczają poza wymogi minimalnej implementacji prawa unijnego. „Program rozwoju e-zdrowia w Polsce na lata 2022–2027” (2022) oraz dokument „Zdrowa Przyszłość. Ramy strategiczne rozwoju systemu ochrony zdrowia na lata 2021–2027, z perspektywą do 2030 r.” (2021) formułują krajowe cele modernizacyjne, w których DDZ zostaje przedstawiony nie tylko jako obowiązek wynikający z interoperacyjności unijnej, lecz także jako element przebudowy modelu systemu ochrony zdrowia. Zgodnie z nową logiką pacjent nie jest wyłącznie beneficjentem cyfryzacji, ale jej współuczestnikiem, podmiotem współzarządzającym informacją o własnym zdrowiu. Narzędziem do osiągnięcia celów strategicznych jest rozbudowa Internetowego Konta Pacjenta oraz aplikacji mojeIKP. Oba one stanowią przykład tego, jak państwo wykorzystuje europejskie ramy prawne do budowania własnego modelu cyfrowej suwerenności

danych. Innym dokumentem horyzontalnym, wyznaczającym długoterminowe wskaźniki rozwoju e-zdrowia, jest Strategia Cyfryzacji Polski do 2035 r. (2024). Przewiduje ona osiągnięcie w perspektywie 10 lat stanu, w którym 100% obywateli będzie miało DDZ on-line. W strategii zarysowano interoperacyjną koncepcję ekosystemu informacyjnego, w którym dane „idą za pacjentem”, a obywatel jest ich właścicielem i decydem. Warto również zwrócić uwagę, iż krajowe strategie oprócz tego, że nawiązują do unijnie przyjętych kamieni milowych, wpisują się w specyfikę krajowego rynku zdrowia, charakteryzującego się z jednej strony bardzo dużymi deficytami kadrowymi, z drugiej zaś ogólnie niskim poziomem kompetencji medycznych społeczeństwa.

Podsumowując, należy zauważyć, że polityka DDZ rozwija się w dynamicznym napięciu. Z jednej strony prawo unijne narzuca standardy ochrony danych, interoperacyjności i transgranicznej wymiany informacji, z drugiej zaś państwo zachowuje kompetencję do określenia instytucjonalnej architektury systemu, zakresu praw pacjenta oraz kierunków jego dalszej cyfrowej transformacji. Autonomia strategiczna nie oznacza w tym kontekście izolacji od prawa UE, lecz zdolność do kształtowania własnego modelu organizacyjnego i funkcjonalnego w ramach europejskich ram regulacyjnych.

3. MIĘDZY STRATEGIĄ A PRAKTYKĄ: USŁUGI CYFROWE W OCHRONIE ZDROWIA I ICH WYKORZYSTANIE PRZEZ PACJENTÓW

Na podstawie normatywnej rozwoju e-zdrowia rozwijane są konkretne narzędzia mające stanowić płaszczyznę lub mechanizm realizacji praw pacjenta.

3.1. Zakres i charakter usług cyfrowych dla pacjentów

Dostęp pacjentów do danych dotyczących własnego zdrowia w Polsce realizowany jest przede wszystkim poprzez zestaw scentralizowanych usług cyfrowych, rozwijanych w ramach państwowego systemu informacji w ochronie zdrowia. Usługi te mają charakter

primary use of health data, ponieważ służą bezpośrednio realizacji praw pacjenta oraz procesowi leczenia, a nie wtórnym celom badawczym czy statystycznym. W Polsce pacjenci mają dostęp do szeregu usług cyfrowych, które umożliwiają im korzystanie z elektronicznych danych zdrowotnych. Do najistotniejszych bram dostępowych zaliczyć należy Internetowe Konto Pacjenta, wraz z e-receptą, e-skierowaniem oraz Elektroniczną Dokumentację Medyczną.

Internetowe Konto Pacjenta (IKP) to centralna usługa cyfrowa udostępniona wszystkim, którzy posiadają numer PESEL i profil zaufany lub e-identyfikację. IKP umożliwia: przeglądanie własnych e-recept i e-skierowań, dostęp do historii zdarzeń medycznych, wyników badań i wypisów ze szpitala, zarządzanie refundacjami i świadczeniami NFZ czy dostęp do usług profilaktycznych i ankiet zdrowotnych. IKP jest bezpłatne, szyfrowane i dostępne online poprzez portal Pacjent.gov.pl lub aplikację mojejIKP, co czyni je centralnym kanałem dostępu pacjenta do elektronicznych danych zdrowotnych.

E-recepta to cyfrowa usługa obowiązująca od 8 stycznia 2020 r., dzięki której zlecenia farmaceutyczne wystawione przez lekarza mają postać elektroniczną, co umożliwia ich szybkie przesłanie do pacjenta i sprawne zarządzanie w udostępnionym rejestrze (zazwyczaj przez IKP). E-skierowanie to z kolei usługa dostępna od 8 stycznia 2021 r. Umożliwia ona elektroniczne kierowanie pacjentów na badania, szczepienia, konsultacje i do specjalistów bez konieczności obiegu papierowych dokumentów. Stosunkowo nowymi usługami medycyny cyfrowej są programy profilaktyczne oraz Centralna e-rejestracja, które umożliwiają korzystanie z narzędzi profilaktyki zdrowotnej, tj. ankiety „Moje Zdrowie” czy „10 dla serca” czy zdalne umawianie wizyt do specjalistów i na wybrane badania w ogólnopolskim systemie kolejkowym (w fazie pilotażu).

Z punktu widzenia polityki zdrowotnej istotne jest to, że IKP pełni funkcję integrującą, stanowiąc pojedynczy punkt dostępu do rozproszonych danych zdrowotnych pacjenta. Oznacza to odejście od modelu fragmentarycznego w kierunku państwowej platformy dostępowej, co ma konsekwencje zarówno dla efektywności systemu, jak i relacji państwo – obywatel. Warto również wspomnieć, że w związku z koncepcją zwiększenia autonomii pacjenta, każdy obywatel posiadający konto w IKP może udostępniać swoje dane wybranym przez siebie osobom i/lub lekarzom.

Odrębnym rozwiązaniem, pozostającym poza bezpośrednim doświadczeniem pacjenta, jest obowiązek prowadzenia Elektronicznej Dokumentacji Medycznej (EDM), w ramach której podmioty lecznicze przetwarzają dokumentację w postaci elektronicznej, udostępnianą pacjentom poprzez portal IKP. EDM obejmuje dane ze zrealizowanych wizyt, tj. wyniki badań laboratoryjnych, opisy badań obrazowych, epikryzy, wskazania specjalistyczne. Systemy te powinny integrować się z Platformą P1, będące centralnym systemem teleinformatycznym państwa służącym obsłudze zdarzeń medycznych i wymianie danych w ochronie zdrowia, a przetwarzającym informacje z e-recept, e-skierowań, e-zleceń, raportowania zdarzeń medycznych, IKP i EDM. W praktyce zróżnicowany poziom digitalizacji placówek, brak interoperacyjności lub wysokie koszty integracji z systemami gabinetowymi i sprzętem skutkują niepełnym i opóźnionym raportowaniem oraz niską czytelnością danych dla innych systemów. W efekcie, gdy lokalny system nie umożliwia eksportu dokumentacji, prawo pacjenta – mimo formalnej gwarancji – może być utrudnione.

3.2. Skala wykorzystania usług cyfrowych w Polsce

Dostępność formalna usług cyfrowych nie przesądza jeszcze o faktycznym ich wykorzystaniu, choć dane empiryczne wskazują, że w Polsce doszło do masowej adopcji rozwiązań e-zdrowia. Komunikat Centrum e-Zdrowia z 1 października 2025 roku wskazuje, że od momentu uruchomienia systemu: zostało wystawionych ponad 2,8 mld e-recept, a pacjentom przekazano blisko 298 mln e-skierowań (CeZ, 2025a). System odnotował również 1,42 mld zdarzeń medycznych w EDM. Ponad 20 mln osób aktywowało IKP, co stanowi około 53% ogółu ludności Polski i jest jednym z najlepszych wyników w regionie Europy Środkowo-Wschodniej. Struktura użytkowników pokazuje jednak istotne zróżnicowania:

- kobiety stanowią około 52% użytkowników IKP,
- 29% to osoby powyżej 60. roku życia,
- 61–62% to osoby w wieku 18–59 lat,
- aktywacja 4,6 mln kont dzieci i młodzieży do 17 r.ż., co wskazuje na szerokie wykorzystanie narzędzia w kontekście opieki nad rodziną.

Dodatkowo, jak czytamy na stronach Centrum e-Zdrowia,

aż 93,7% Polaków deklaruje znajomość narzędzi e-zdrowia, takich jak e-recepta, e-skierowanie czy Internetowe Konto Pacjenta. W 2024 roku mojeIKP (aplikacja mobilna stanowiąca odpowiednik webowego IKP) było na drugim miejscu w Google Play i czwartym w App Store wśród najczęściej pobieranych aplikacji zdrowotnych w Polsce (CeZ, 2025a).

Dane obrazują, że usługi te są nie tylko formalnie dostępne, ale także masowo wykorzystywane. Jednakże zauważyć należy, że choć system e-zdrowia osiągnął wysoki stopień upowszechnienia, korzystanie z niego nie jest równomierne społecznie, co ma istotne konsekwencje z punktu widzenia równości dostępu do świadczeń zdrowotnych. Szczególnie widoczne jest to w przypadku programu profilaktycznego „Moje Zdrowie”. Zgodnie z danymi CeZ z 2025 roku w ciągu dziewięciu pierwszych tygodni od uruchomienia programu ankietę wypełniło 502 278 pacjentów, z czego 70% wszystkich zgłoszonych pacjentów stanowiły kobiety i – co interesujące – 60% zgłoszeń przesłały kobiety w wieku 20–39 lat (CeZ, 2025c). W uzupełnieniu, w komunikacie aktualizującym ze stycznia 2026, CeZ podaje także statystyki dla innego programu profilaktycznego dostępnego z poziomu IKP – „10 dla serca” – wskazując, iż na 120 tys. osób które wypełniło ankietę, kobiety stanowiły ok. $\frac{2}{3}$ oraz że najczęściej wypełniają ją osoby w wieku 30–49 lat. Dodatkowo podano, że liczba zgłoszeń do programu „Moje Zdrowie” na koniec 2025 roku przekroczyła próg 2 mln, a liczba zarejestrowanych w systemie centralnej e-rejestracji – 1,6 mln osób (CeZ, 2026).

3.3. Porównanie poziomu wykorzystania usług cyfrowych w Polsce na tle innych państw UE

Dane pochodzące z przekrojowych badań krajów europejskich pokazują, że Polska charakteryzuje się wysokim stopniem dojrzałości systemu e-zdrowia. Zgodnie z raportem *Digital Decade 2025: eHealth Indicator Study* średnia dojrzałość systemu e-zdrowia w UE-27 wyniosła 83% w 2024 r. i systematycznie rośnie, zbliżając się do celu polityki *Digital Decade*, zakładającego 100% dostępu do elektronicznych danych zdrowotnych do 2030 r. (s. 18). Polska bardzo pozytywnie

wyróżnia się na tym tle, osiągając dojrzałość systemu na poziomie 92%. Wynik ten plasuje ją na szóstym miejscu w UE-27 pod względem postępu w cyfryzacji zdrowia i udostępniania danych obywatelom, co równocześnie czyni ją liderem transformacji w tej dziedzinie. Wyniki badań wskazują wyraźnie na dojrzałość systemu e-zdrowia w sensie funkcjonalno-prawnym i technicznym, zwłaszcza w warstwie zapewnienia przez państwo możliwości dostępowych. Przechodząc na poziom wskaźników niższego rzędu, Polska w kategorii „dostęp do danych zdrowotnych” osiąga wskaźnik 67% dojrzałości, co plasuje ją znacząco poniżej średniej UE (79%) (s. 41). Na wynik ten bowiem rzutuje brak dostępu do niektórych warstw dokumentacji. *A contrario*, w kategorii „Technologia dostępu i zakres” przy średniej unijnej wynoszącej 85% kraj nasz osiągnął już wskaźnik maksymalny 100% (s. 50).

Raport *State of Health in the EU Poland Country Health Profile 2025* wskazuje natomiast, że o ile 97,4% recept zostało wystawionych elektronicznie i 85,3% świadczeniodawców opieki zdrowotnej korzysta z elektronicznej dokumentacji medycznej, o tyle 33,4% placówek służby zdrowia korzysta z e-skierowań do poradni specjalistycznych lub na leczenie szpitalne (za: CeZ, 2025b). Tak niskiego wskaźnika wdrożenia narzędzi cyfrowych upatruje się w czynnikach ekonomicznych i po stronie personelu (OECD & World Health Organization, 2025, s. 15). Bariery digitalizacji zgłaszają same placówki medyczne, z których przeszło połowa sygnalizuje istotne trudności (58,6%). Brak wystarczających środków na inwestycje z zakresu IT odnotowuje aż 81% badanych przez CeZ podmiotów i aż 91,5% szpitali. Drugą w kolejności zgłaszaną barierą są niewystarczające kompetencje pracowników (47,4%), a na kolejnych pozycjach plasują się: opór ze strony personelu (35,2%), problemy/obawy związane z cyberbezpieczeństwem (30,3%), problemy z dostawcą systemu informatycznego (19,2%), problemy z interoperacyjnością i jej standardami (16,8%) oraz brak wystarczającej wiedzy na temat e-usług wymaganych/możliwych do wdrożenia w podmiocie (5,5%) (CeZ, 2025b, s. 82). W ocenie własnych kompetencji „niemal połowa respondentów dostrzega potrzebę szkoleń w zakresie rozwijania kompetencji cyfrowych wśród pracowników swojego podmiotu/ praktyki (46,8%)” (s. 88).

Rozwarstwienie na poziomie świadczeniodawców nie jest odosobnionym przypadkiem, albowiem podobną sytuację obserwuje

się także u usługobiorców. Odsetek użytkowników korzystających z internetu w celu wyszukiwania informacji zdrowotnych i dostępu do dokumentacji medycznej jest zbliżony do średniej UE. Zdecydowanie niższy odsetek populacji korzystał jednak z internetu w celu umówienia się na wizytę lekarską (22%), a różnica w stosunku do średniej UE (40%) zamiast zmniejszać się, w 2024 dodatkowo się pogłębiła. W raporcie wyraźnie uwidacznia się przepaść cyfrowa w korzystaniu z narzędzi cyfrowych ze względu na wiek i status społeczno-ekonomiczny. Jeśli chodzi o korzystanie z internetu w celu znalezienia informacji zdrowotnych, badanie wykazało, iż działa tak 59% polskich pacjentów w wieku 25–64 lat i zaledwie 38% osób w wieku 65–74 lat. Ponadto trzy razy częściej aktywność tę wykazują osoby z wykształceniem wyższym niż niższym, a w przypadku umawiania wizyty lub uzyskiwania dostępu do dokumentacji medycznej różnica ta zwiększa się do około 10 razy (OECD & World Health Organization, s. 15). Na problem ten światło rzuca Światowa Organizacja Zdrowia, która monitorując stan digitalizacji w ochronie zdrowia, wyraźnie stwierdza, że wdrożenie technologii bez równoległego rozwoju kompetencji użytkowników prowadzi do nierównej realizacji celów polityki zdrowotnej. W raporcie *Global Strategy on Digital Health 2020–2025* (World Health Organization, 2021) zauważa konieczność wprowadzenia do polityki cyfrowego zdrowia szkoleń z zakresu podnoszenia kompetencji w zakresie *digital health literacy* (s. 26–27).

W uzupełnieniu do tych danych wskazać należy wyniki dwóch innych badań. Pierwszym z nich jest raport *Digital Economy and Society Index* (European Commission, 2022b) wraz z aktualizacją na lata 2023–2025 (European Commission, 2025c). Wynika z niego, że mniej niż połowa Polaków posiada co najmniej podstawowe kompetencje cyfrowe (43% na 2022 oraz 44,3% w roku 2023) – to o 10 punktów procentowych mniej niż średnio w krajach Unii (54%) (European Commission, 2022b, s. 6; European Commission, 2025c, s. 18). Deficyty kompetencyjne stanowią zatem praktyczną barierę w stopniu faktycznego wykorzystania posiadanych danych. Ponadto wyniki badań European Health Literacy Survey (HLS-EU) wskazują, że około 44–45% dorosłych Polaków wykazuje ograniczony poziom kompetencji zdrowotnych (niewystarczający 10% lub problematyczny 34,4%). Analizy dowodzą, że najważniejszymi czynnikami różnicującymi

poziom *health literacy* są wykształcenie, sytuacja materialna i wiek (Sørensen, 2015, s. 1055). Zależności stanowią dowód, że kompetencje zdrowotne są silnie osadzone w strukturze nierówności społecznych i stanowią istotny determinant nierówności zdrowotnych. Nierówności te implikują także sposób wykorzystania i przetworzenia udostępnianych przez centralne rejestry danych medycznych, wpływając bezpośrednio na poziom samoopieki zdrowotnej oraz ogólną jakość zdrowia Polaków.

ZAKOŃCZENIE

Z perspektywy analizy polityk publicznych dostęp pacjentów do danych zdrowotnych w Polsce stanowi przykład polityki silnie sterowanej odgórnie, której impulsem są zarówno zobowiązania unijne, jak i krajowe cele modernizacyjne. Proces wdrożeniowy opisać można jako sekwencję nakładających się na siebie mechanizmów i procesów: impuls normatywny na poziomie UE, transpozycja i adaptacja na poziomie krajowym, dynamiczna implementacja technologiczna, stopniowa internalizacja przez pacjentów i świadczeniodawców. Tak ułożona logika sprzyja realizacji wskaźników strategicznych, lecz jednocześnie prowadzi do asymetrii między dostępem formalnym a zdolnością faktycznego korzystania. Ustalenia płynące z przedstawionych powyżej badań pozwalają na wyciągnięcie jednoznacznego wniosku, że *implementation gap* nie dotyczy warstwy programowej czy legislacyjnej, lecz infrastruktury oraz w dominującym stopniu kompetencji cyfrowych i medycznych części społeczeństwa, różnic pokoleniowych czy ograniczonego wykorzystania zaawansowanych funkcji. Przy czym podkreślić należy, iż deficyty kompetencyjne istnieją po obu stronach, a więc zarówno po stronie personelu świadczeniodawców, jak również wśród pacjentów. Oznacza to, że polityka e-zdrowia weszła już w fazę, w której najpilniejszym wyzwaniem staje się nie dalsza digitalizacja, lecz społeczna i instytucjonalna adaptacja wdrożonych rozwiązań. Model scentralizowany sprzyja efektywności wdrożeniowej na poziomie infrastrukturalnym, lecz wymaga korekt jakościowych w sferze inwestycji w kapitał ludzki. Wydaje się zatem, iż reorientacja kursu polityki może przebiegać z uwzględnieniem następujących rekomendacji:

1. Rozwój usług e-zdrowia powinien być systemowo powiązany z działaniami zwiększającymi *digital health literacy*, zwłaszcza wśród osób starszych i grup o niższych kompetencjach cyfrowych.
2. Konieczne jest monitorowanie wskaźników rzeczywistego wykorzystania (np. aktywnego dostępu do EDM, wykorzystania IKP, różnicowań regionalnych i wiekowych), a nie wyłącznie ich dostępności, w poszczególnych grupach społeczno-demograficznych.
3. Wysoka dojrzałość infrastrukturalna powinna zostać uzupełniona o zwiększenie funkcjonalnego zakresu danych udostępnianych pacjentom.
4. Niezbędne jest utrzymanie wsparcia technicznego i organizacyjnego podmiotów leczniczych w celu pełnej implementacji EDM i standardów wymiany danych.
5. Winno zwiększyć się intensywność polityki informacyjnej państwa w celu podniesienia świadomości społecznej w zakresie kształtowania własnego dobrostanu zdrowotnego, zwłaszcza wśród mężczyzn, oraz ściślej powiązać strategię e-zdrowia z polityką równości i przeciwdziałania wykluczeniu.

BIBLIOGRAFIA

- Biernat, T. (2012). Soft law a proces tworzenia prawa w Unii Europejskiej. Wpływ soft law na konstrukcję i treść uzasadnień aktów normatywnych. *Studia Prawnicze. Rozprawy i materiały*, 2, 27–38.
- Braithwaite, J., Churruarín, K., Long, J. C., Ellis, L. A., & Herkes, J. (2018). When complexity science meets implementation science: A theoretical and empirical analysis of systems change. *BMC Medicine*, 16(1), 63. DOI: 10.1186/s12916-018-1057
- Centrum e-Zdrowia (2025a, 1 października). *Już ponad 20 mln osób korzysta z IKP*. <https://www.cez.gov.pl/pl/page/o-nas/aktualnosci/juz-ponad-20-mln-osob-korzysta-z-ikp> (dostęp: 24.06.2026).
- Centrum e-Zdrowia (2025b, marzec). *VIII edycja badania stopnia informatyzacji podmiotów wykonujących działalność leczniczą*. <https://cez.gov.pl/sites/default/files/2025-03/8.%20Edycja%20Badania%20stopnia%20informatyzacji%20podmiot%C3%B3w%20wykonuj%C4%85cych%20>

- dzia%C5%82alno%C5%9B%C4%87%20lecnicz%C4%85-
_11.03.2025%20%282%29.pdf
- Centrum e-Zdrowia (2025c, 9 lipca). *Ponad pół miliona ankiet w programie Moje Zdrowie. Młodzi chcą się badać, narzędzia CeZ im to ułatwiają*. <https://www.cez.gov.pl/pl/page/o-nas/aktualnosci/ponad-pol-miliona-ankiet-w-programie-moje-zdrowie-mlodzi-chca-sie-badac> (dostęp: 24.06.2026).
- Centrum e-Zdrowia (2026, 20 stycznia). *E-zdrowie w liczbach i faktach – podsumowanie 2025 roku*. <https://cez.gov.pl/pl/page/o-nas/aktualnosci/e-zdrowie-w-liczbach-i-faktach-podsumowanie-2025-roku> (dostęp: 24.06.2026).
- European Commission (2022a). *Proposal for a Regulation on the European Health Data Space* (COM/2022/197). <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=celex%3A52022PC0197>
- European Commission (2022b). *Digital economy and society index (DESI) 2022*. <https://digital-strategy.ec.europa.eu/pl/library/digital-economy-and-society-index-desi-2022> (dostęp: 24.06.2026).
- European Commission (2025a). *eHealth – Digital health and care*. https://health.ec.europa.eu/ehealth-digital-health-and-care/digital-health-and-care_en (dostęp: 24.06.2026).
- European Commission (2025b). *eHealth – Digital services in health and care*. <https://digital-strategy.ec.europa.eu/en/policies/ehealth> (dostęp: 24.06.2026).
- European Commission (2025c). *Poland 2025 Digital Decade country report*. <https://digital-strategy.ec.europa.eu/en/factpages/poland-2025-digital-decade-country-report> (dostęp: 24.06.2026).
- European Parliament and Council (2011). Directive 2011/24/EU on the application of patients’ rights in cross-border healthcare.
- European Parliament and Council (2016). Regulation (EU) 2016/679 (General Data Protection Regulation).
- European Parliament and Council (2022). Decision (EU) 2022/2481 establishing the Digital Decade Policy Programme 2030.
- European Parliament and Council (2025). Regulation (EU) 2025/327 on the European Health Data Space and amending Directive 2011/24/EU and Regulation (EU) 2024/2847.
- eHealth Network (2022). *Guideline on the electronic exchange of health data under Cross-Border Directive 2011/24/EU: ePrescription and eDispensation of Authorised Medicinal Products*. https://health.ec.europa.eu/system/files/2022-06/ehealth_health-data_electronic-exchange_eprescriptions-guidelines_en.pdf
- eHealth Network (2024). *Guideline on the electronic exchange of health data under Cross-Border Directive 2011/24/EU:*

- Patient summary.* https://health.ec.europa.eu/system/files/2023-10/ehn_guidelines_patientsummary_en.pdf
- Hartlapp, M. (2019). Soft law implementation in the EU multilevel system: Legitimacy and governance efficiency revisited. W N. Behnke, J. Broschek, & J. Sonnicksen (Red.), *Configurations, dynamics and mechanisms of multilevel governance* (s. 193–210). Cham: Springer. DOI: 10.1007/978-3-030-05511-0_11
- Hudson, B., Hunter, D., & Peckham, S. (2019). Policy failure and the policy-implementation gap. *Policy Design and Practice*, 2(1). DOI: 10.1080/25741292.2018.1540378
- Iyamu, I., Xu, A.X.T., Gómez-Ramírez, O., Ablona, A., Chang, H.J., Mckee, G., & Gilbert, M. (2021). Defining digital public health and the role of digitization, digitalization, and digital transformation: Scoping review. *JMIR Public Health and Surveillance*, 7(11), e30399. DOI: 10.2196/30399
- Ministerstwo Cyfryzacji (2024). *Strategia cyfryzacji Polski do 2035 r.* <https://ckc.uw.edu.pl/app/uploads/2024/12/strategia-cyfryzacji-panstwa-projekt-do-konsultacji-spoecznych-1.pdf>
- Ministerstwo Zdrowia (2021). *Zdrowa przyszłość. Ramy strategiczne rozwoju systemu ochrony zdrowia na lata 2021–2027, z perspektywą do 2030 r.* <https://www.gov.pl/web/zdrowie/zdrowa-przyszlosc-ramy-strategiczne-rozwoju-systemu-ochrony-zdrowia-na-lata-2021-2027-z-perspektywa-do-2030> (dostęp: 24.06.2026).
- Ministerstwo Zdrowia (2022). *Program rozwoju e-zdrowia w Polsce na lata 2022–2027.* <https://www.gov.pl/web/zdrowie/program-rozwoju-e-zdrowia-na-lata-2022-2027> (dostęp: 24.06.2026).
- OECD & World Health Organization (2025). *State of health in the EU: Poland country health profile 2025.* https://www.oecd.org/content/dam/oecd/en/publications/reports/2025/12/country-health-profile-2025-country-notes_7e72146d/poland_388161c0/5b674a77-en.pdf
- Sørensen, K. i in. (2015). Health literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). *European Journal of Public Health*, 25(6), 1053–1058. DOI: 10.1093/eurpub/ckv043
- Terpan, F., & Saurugger, S. (2022). Does soft law trigger differentiation and disintegration? *European Papers*, 7(3), 1229–1242. https://www.europeanpapers.eu/sites/default/files/EP_eJ_2022_3.pdf
- Teddy, G. i in. (2019). Policy and implementation gap: A multi-country perspective. *International Journal of Advanced Research*, 7(12), 679–704. DOI: 10.21474/IJAR01/10197
- Ustawa z dnia 17 lutego 2005 r. o informatyzacji działalności podmiotów wykonujących zadania publiczne (t.j. Dz.U. 2024 poz. 307).

Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U. 2020 poz. 849).

Ustawa z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. 2018 poz. 1000).

Ustawa z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (t.j. Dz.U. 2023 poz. 2465).

World Health Organization (2021). *Global strategy on digital health 2020–2025*. <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/1f4d4a08-b20d-4c36-9148-a59429ac3477/content> (dostęp: 24.06.2026).

Zembala-John, J. (2024). Cyfryzacja zdrowia i zdrowia publicznego. Znaczenie digital (public) health. W J. Joško-Ochojska (Red.), *Medycyna środowiskowa. Epidemiologia i zdrowie publiczne* (s. 57–60). Katowice: Śląski Uniwersytet Medyczny.

Copyright and License



This article is published under the terms of the Creative Commons Attribution – NoDerivs (CC BY- ND 4.0) License <http://creativecommons.org/licenses/by-nd/4.0/>