

Paulina Dawidowicz

Akademia Leona Koźmińskiego

<https://orcid.org/0009-0007-9421-9781>

prawodorzeczy@gmail.com

Prawo więźnia do bezpłatnej kopii dokumentacji medycznej – analiza wyroku TSUE z dnia 26 października 2023 r. (C-307/22)

Prisoner's right to a free copy of medical records – analysis of the CJEU judgment of 26 October 2023 (C-307/22)

Streszczenie

Celem niniejszego artykułu jest dogłębna analiza wyroku Trybunału Sprawiedliwości Unii Europejskiej z dnia 26 października 2023 r. w sprawie C-307/22, ze szczególnym uwzględnieniem jego implikacji dla prawa więźniów do bezpłatnej kopii dokumentacji medycznej. W kontekście standardów ochrony praw człowieka oraz praw pacjenta, dostęp do dokumentacji medycznej stanowi kluczowy element umożliwiający realizację wielu uprawnień osób pozbawionych wolności. Niniejsza praca ma na celu ocenę, w jakim stopniu orzeczenie TSUE może wpłynąć na interpretację i stosowanie krajowych przepisów dotyczących dostępu więźniów do ich historii choroby oraz jakie potencjalne zmiany w praktyce penitencjarnej mogą wynikać z tej analizy. Zbadana zostanie relacja pomiędzy prawem unijnym a polskimi regulacjami w tym zakresie, a także potencjał wyroku TSUE do wzmocnienia pozycji prawnej osadzonych w systemie penitencjarnym.

Słowa kluczowe: wyrok TSUE C-307/22, prawa więźnia, dokumentacja medyczna, prawo do informacji, prawa pacjenta, system penitencjarny, standardy europejskie

Abstract

The aim of this article is to provide an in-depth analysis of the judgment of the Court of Justice of the European Union of 26 October 2023 in Case C-307/22, with a particular focus on its implications for prisoners' rights to a free copy of their medical records. Within the context of human rights protection standards and patients' rights, access to medical documentation constitutes a crucial element enabling the exercise of numerous rights for individuals deprived of their liberty. This paper seeks to assess the extent to which the CJEU ruling may influence the interpretation and application of national regulations concerning prisoners' access to their medical history, and what potential changes in penitentiary practice may arise from this analysis. The relationship between EU law and Polish regulations in this area will be examined, as well as the potential of the CJEU judgment to strengthen the legal standing of inmates within the penitentiary system.

Keywords: CJEU judgment C-307/22, prisoners' rights, medical records, right to information, patients' rights, penitentiary system, European standards

I. Wprowadzenie

Przez wieki wykonywanie kary pozbawienia wolności ewoluowało od prymitywnej represji i odwetu w kierunku złożonych systemów oddziaływań resocjalizacyjnych. Początkowo dominowało podejście oparte na izolacji i pokucie, z czasem ustępując miejsca koncepcjom progresywnym, akcentującym zmianę i readaptację społeczną skazanych. Współczesny system penitencjarny opiera się na wielu filarach, w tym na poszanowaniu praw osób pozbawionych wolności. W tym kontekście dostęp do informacji w tym do dokumentacji medycznej staje się nie tylko fundamentalnym prawem pacjenta, ale również istotnym elementem umożliwiającym realizację innych uprawnień i ochronę zdrowia osadzonych.

Niniejszy artykuł stanowi analizę przełomowego wyroku Trybunału Sprawiedliwości Unii Europejskiej z dnia 26 października 2023 r. w sprawie C-307/22¹, który rzuca nowe światło na interpretację i zakres

¹ Wyrok TSUE z dnia 26 października 2023 r. w sprawie Hauptzollamt Münster przeciwko MDK Handelsgesellschaft (C-307/22).

praw osób pozbawionych wolności w zakresie dostępu do dokumentacji medycznej. Celem pracy jest zbadanie, w jaki sposób to orzeczenie może wpłynąć na krajowe regulacje i praktykę penitencjarną w Polsce, a także jakie konsekwencje niesie dla zapewnienia efektywnego dostępu więźniów do bezpłatnych kopii ich historii choroby, co jest kluczowe dla ochrony ich praw i możliwości dochodzenia roszczeń związanych z opieką zdrowotną.

II. Rola udostępnienia dokumentacji medycznej więźniom

Przekazanie kompletnej i aktualnej dokumentacji medycznej osobie pozbawionej wolności stanowi warunek konieczny efektywnej realizacji jej fundamentalnych praw w sferze ochrony zdrowia oraz prawidłowego funkcjonowania systemu penitencjarnego, opartego na zasadzie państwa prawa. Analiza tej kwestii wskazuje na konieczność uwzględnienia zarówno norm prawa krajowego, jak i standardów międzynarodowych w zakresie praw człowieka i pacjenta².

W przypadku relokacji osadzonego, zwolnienia z zakładu karnego lub potrzeby specjalistycznej konsultacji poza murami więzienia kompletna historia choroby minimalizuje ryzyko przerwania terapii, opóźnień diagnostycznych oraz negatywnych skutków zdrowotnych wynikających z braku informacji³.

Analiza zgromadzonych danych umożliwia ocenę przeprowadzonych procedur zgodnie ze sztuką medyczną, zasadności terapii oraz zgodności działań personelu z aktualnymi standardami wiedzy medycznej. W przypadku podejrzenia naruszenia praw pacjenta lub błędu medycznego, dokumentacja stanowi kluczowy materiał dowodowy w postępowaniach wyjaśniających lub sądowych⁴.

W aspekcie prawa do informacji o stanie zdrowia, przekazanie dokumentacji medycznej stanowi konkretyzację tego uprawnienia, umożliwiając osadzonemu wiedzę własnej sytuacji zdrowotnej obejmującej wywiad medyczny, wyniki badań diagnostycznych, postawienie diagnozy, ordynowaną farmakoterapię oraz zalecenia terapeutyczne. Brak dostępu do tych

² D. Wójcik (red.), *Kodeks karny wykonawczy. Komentarz aktualizowany*, s. 115-117.

³ Zob. art. 115§7 Ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny wykonawczy (Dz.U. z 2023 r. poz. 127).

⁴ M. Boratyńska, *Nadzór nad świadczeniami zdrowotnymi w zakładach karnych* [w:] B. Stańdo-Kaźmierczak (red.), *Ochrona zdrowia w systemie penitencjarnym*, Warszawa 2015, nr 4., s. 23.

danych oznacza *de facto* pozbawienie jednostki pozbawionej wolności realnej możliwości autonomicznego podejmowania decyzji w procesie leczenia oraz aktywnego udziału w realizacji interwencji medycznych.

W przypadkach relokacji osadzonego, jego zwolnienia z jednostki penitencjarnej lub potrzeby konsultacji poza murami więzienia, kompletna historia choroby minimalizuje ryzyko dyskontynuacji terapii, opóźnień diagnostycznych i negatywnych skutków zdrowotnych wynikających z braku adekwatnych danych medycznych⁵.

W kontekście nadzoru nad jakością świadczeń zdrowotnych, dokumentacja medyczna odgrywa funkcję mechanizmu kontrolnego *ex post*. Analiza zawartych w niej danych umożliwia weryfikację zgodności przeprowadzonych procedur z aktualną wiedzą i zasadami sztuki medycznej, ocenę zasadności ordynowanej terapii oraz sprawdzenie czy działania personelu medycznego odpowiadają aktualnym standardom wiedzy medycznej. W przypadku zaistnienia podejrzenia naruszenia praw pacjenta lub błędu w sztuce medycznej dokumentacja ta może stanowić istotny materiał dowodowy w postępowaniach wyjaśniających bądź sądowych⁶.

Z punktu widzenia odpowiedzialności prawnej za błędy medyczne, posiadanie rzetelnie prowadzonej dokumentacji medycznej stanowi warunek konieczny skutecznego dochodzenia roszczeń odszkodowawczych. Precyzyjne udokumentowanie przebiegu choroby, zastosowanych interwencji oraz ich skutków stanowi podstawę do ustalenia związku przyczynowo-skutkowego pomiędzy potencjalnym malpractice⁷ a pogorszeniem stanu zdrowia osoby pozbawionej wolności⁸.

W odniesieniu do zagadnień istotnych z perspektywy resocjalizacji proponowana analiza prawa do bezpłatnej kopii dokumentacji medycznej różni się od ujęcia wyłącznie formalnoprawnego. Prawo to ujmowane jest nie tylko jako realizacja ustawowego uprawnienia pacjenta, lecz także jako instrument sprzyjający zwiększeniu świadomości zdrowotnej osoby pozbawionej wolności oraz jej aktywniejszemu udziałowi w procesie leczenia.

Określa prawo do bezpłatnej kopii dokumentacji medycznej jako proces wzmocniania autonomii i świadomości zdrowotnej, a nie tylko jako

⁵ D. Kanarek-Lizik, *Adaptacja skazanych do warunków więziennych w Polsce*, s. 49.

⁶ Zob. L. Mazowiecka, *Twórcza resocjalizacja. Teoria i praktyka wychowawcza*, s. 87.

⁷ Malpractice (ang. *medical malpractice*) to pojęcie oznaczające błąd w sztuce medycznej, polegający na nienależytym wykonywaniu zawodu przez osobę uprawnioną do udzielania świadczeń zdrowotnych, w szczególności lekarza, pielęgniarkę lub innego przedstawiciela personelu medycznego.

⁸ M. Konopczyński, *Metody twórczej resocjalizacji. Teoria i praktyka wychowawcza*, s. 135.

realizację formalnego uprawnienia pacjenta. Brak dostępu lub utrudniony dostęp do dokumentacji medycznej nie jest analizowany wyłącznie jako potencjalne naruszenie norm prawnych, lecz również jako czynnik mogący negatywnie wpływać na relację osadzonego z systemem opieki zdrowotnej oraz na jego poczucie sprawczości w zakresie ochrony własnego zdrowia.

Traktuje brak dostępu lub utrudniony dostęp do dokumentacji medycznej jako problem wadliwie ukształtowanej relacji osadzonego z własnym zdrowiem i systemem opieki zdrowotnej, a nie tylko jako naruszenie norm prawnych. Ograniczenie dostępu może pogłębiać pasywność, poczucie bezradności i alienacji więźnia w kontekście jego zdrowia.

Celem zapewnienia bezpłatnej kopii dokumentacji medycznej jest zatem nie tylko realizacja obowiązków informacyjnych podmiotu leczniczego, lecz także stworzenie warunków umożliwiających osadzonemu lepsze zrozumienie własnej sytuacji zdrowotnej oraz podejmowanie bardziej świadomych decyzji zdrowotnych. Dostęp do informacji ma inspirować do proaktywności w dbaniu o zdrowie i podejmowaniu świadomych decyzji.

Środkiem do tego celu jest rozwój strukturalnych czynników i mechanizmów poznawczych oraz emocjonalnych związanych ze zdrowiem, a nie tylko formalne udostępnienie dokumentu. Zrozumienie własnej historii choroby i zaleceń lekarskich wzmacnia poczucie sprawczości i kontroli.

Metodą osiągania tego celu jest resocjalizowanie poprzez trenowanie świadomego korzystania z informacji zawartych w dokumentacji medycznej, wizualizowanie pozytywnych scenariuszy zdrowotnych i budowanie tożsamości osoby dbającej o swoje zdrowie. Aktywne angażowanie się w analizę własnej dokumentacji może prowadzić do internalizacji prozdrowotnych postaw.

In conclude, przekazanie dokumentacji medycznej osobie pozbawionej wolności stanowi imperatyw prawny i etyczny, warunkujący realizację jej praw, zapewnienie adekwatnej opieki zdrowotnej oraz umożliwiający kontrolę nad jej jakością i dochodzenie ewentualnych roszczeń. Jest to elementarny standard traktowania, wpisujący się w ideę humanitarnego wykonywania kary pozbawienia wolności⁹.

⁹ D. Kananek-Liszka, *Adaptacja skazanych do warunków więziennych w Polsce*, s. 67.

III. Udostępnienie dokumentacji medycznej więźniom skazanym na dożywocie: aspekty prawne i praktyczne

Jednym z zasadniczych wymiarów prawa dostępu do dokumentacji medycznej jest zapewnienie ciągłości opieki zdrowotnej w długim horyzoncie czasowym. W szczególności osoby odbywające karę dożywotniego pozbawienia wolności są narażone na rozwój chorób przewlekłych, pogorszenie kondycji psychicznej oraz skutki długotrwałej izolacji.¹⁰ Dokumentacja medyczna odgrywa również istotną rolę dowodową w postępowaniach o ułaskawienie lub zmianę formy wykonywania kary. W przypadkach pogarszającego się stanu zdrowia więźnia, aktualna historia choroby może stanowić podstawę do rozważenia wniosku o ułaskawienie z przyczyn humanitarnych lub przeniesienia skazanego do placówki o profilu leczniczym¹¹.

Z praktycznego punktu widzenia, udostępnienie dokumentacji osobom skazanym na dożywocie może wiązać się z wyzwaniami natury logistycznej, zwłaszcza w zakresie przechowywania i archiwizacji danych przez dekady. Niemniej wdrażanie elektronicznych systemów medycznych sprzyja efektywnemu zarządzaniu danymi, zapewniając bezpieczny i zgodny z przepisami prawa dostęp – zarówno dla personelu, jak i osadzonych¹².

W odniesieniu do tej szczególnej kategorii więźniów dokumentacja medyczna nabiera dodatkowego, aksjologicznego znaczenia. Przestaje być wyłącznie narzędziem ochrony zdrowia, a staje się nośnikiem prawa do godności w warunkach nieodwracalnej izolacji. Pozwala zachować elementarną autonomię decyzyjną, stając się jednym z ostatnich dostępnych środków samookreślenia¹³.

Rzetelność i kompletność stają się przesłanką dla miłosierdzia, stając wyraz troski o zachowanie resztek podmiotowości osoby skazanej¹⁴.

¹⁰ J. Kasprzak, *Elektroniczna dokumentacja medyczna w zakładach karnych – wyzwania i perspektywy*, [w:] *System Penitencjarny wobec wyzwań XXI wieku*, s. 146.

¹¹ Zob. art. 560§1 Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks postępowania karnego (Dz.U. z 2024 r. poz. 37).

¹² Zob. B. Wojcieszek, *Zdrowie psychiczne osób pozbawionych wolności odbywających długoterminowe kary pozbawienia wolności*, t. 46, nr 6, s. 889.

¹³ Por. Wytyczne Europejskiego Komitetu do Spraw Zapobiegania Torturom oraz Nieludzkiemu lub Poniżającemu Traktowaniu albo Karaniu (CPT) dotyczące opieki zdrowotnej w więzieniach, CPT/Inf (2022) 1, pkt 35-37.

¹⁴ Zob. K. Krajewski, *Ułaskawienie jako akt łaski i miłosierdzia w polskim prawie karnym*, „Acta Universitatis Wratislaviensis” 2012, nr 345, s. 58.

Odmowa dostępu lub brak pełnych danych może w tym kontekście zostać odczytana jako akt dehumanizacji, uniemożliwiający skazanemu przedstawienie swojej sytuacji przed organem decyzyjnym¹⁵. Takie systemy, wykraczając poza prostą digitalizację, mogłyby integrować narzędzia analityczne, ułatwiające identyfikację pogarszających się trendów zdrowotnych i proaktywne planowanie opieki paliatywnej, stając się cyfrowym archiwum życia osadzonego, aż do jego ostatnich dni¹⁶.

IV. Stan prawny przed wyrokiem Trybunału Sprawiedliwości, stan faktyczny oraz stanowiska sądów

Przed rozstrzygnięciem Trybunału Sprawiedliwości Unii Europejskiej w sprawie C307/22, obowiązujące przepisy krajowe – w szczególności ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta – dopuszczały pobieranie opłat za udostępnienie dokumentacji medycznej, co w praktyce generowało istotne bariery w realizacji prawa dostępu do danych. Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 (RODO) gwarantuje podmiotowi danych prawo dostępu do informacji, nie rozstrzygając jednak wprost kwestii ewentualnych opłat. Nowelizacje krajowych przepisów jednoznacznie przesądziły o nieodpłatnym charakterze pierwszej kopii dokumentacji medycznej.

Po zgonie pacjenta uprawnienie do uzyskania dostępu do jego dokumentacji przysługuje osobie bliskiej lub imiennie wskazanej, chyba że inna osoba wyrazi skuteczny sprzeciw. Rzecznik Praw Obywatelskich wniósł skargę na bezczynność Dyrektora Szpitala Bielańskiego w Warszawie, który odmówił udostępnienia H.S. dokumentacji medycznej jej zmarłego małżonka, mimo że za życia pacjent udzielił jej stosownego upoważnienia. Szpital argumentował, że upoważnienie to nie odnosi skutku w stosunku do ich placówki.

Wojewódzki Sąd Administracyjny w Warszawie stwierdził bezczynność organu w warunkach rażącego naruszenia prawa, podkreślając, że upoważnienie do dostępu do dokumentacji zachowuje moc po śmierci pacjenta i obowiązuje niezależnie od miejsca jego złożenia. Naczelny Sąd

¹⁵ Zob. art. 560 § 1 pkt 2 Kodeksu postępowania karnego, Dz. U.2025.46.

¹⁶ J. Kasprzak, *Elektroniczna dokumentacja medyczna w zakładach karnych – wyzwania i perspektywy*, [w:] *System Penitencjarny wobec wyzwań XXI wieku*, M. Ciosek (red.), s. 145.

Administracyjny podtrzymał zasadność uznania upoważnienia za skuteczne po śmierci pacjenta, jednak odmówił uznania działań Dyrektora za rażące naruszenie prawa, wskazując na istniejące w obrocie prawnym wątpliwości interpretacyjne.

V. Analiza wyroku TSUE

Z perspektywy resocjalizacyjnej wgląd w historię choroby sprzyja rozwojowi świadomości zdrowotnej osadzonego oraz jego zaangażowaniu w proces terapeutyczny. Transparentność w dostępie do dokumentacji sprzyja również budowaniu zaufania między pacjentem a personelem medycznym jednostki penitencjarnej.

Orzeczenie Trybunału Sprawiedliwości Unii Europejskiej z dnia 26 października 2023 r. w sprawie C-307/22 (dalej: orzeczenie TSUE), opublikowane w Zbiorze Orzeczeń Trybunału Sprawiedliwości Unii Europejskiej, odczytywane w kontekście ogólnego rozporządzenia o ochronie danych (RODO), potwierdza nadrzędność prawa jednostki do informacji dotyczących jej zdrowia nad interesem organizacyjnym lub finansowym administratora danych. Konsekwencją tego rozstrzygnięcia powinno być wprowadzenie gwarancji realnego i bezpłatnego dostępu do pierwszej kopii dokumentacji medycznej przez osoby pozbawione wolności.

Wdrożenie jednolitych standardów w tym zakresie stanowi nie tylko wymóg prawa unijnego, ale również przejaw poszanowania godności pacjenta w warunkach izolacji penitencjarnej. Ułatwiony dostęp do dokumentacji jawi się jako fundament kultury praw człowieka w systemie opieki zdrowotnej funkcjonującym w jednostkach penitencjarnych¹⁷.

Co istotne, NSA orzekł, że nie jest wymagane odrębne upoważnienie na wypadek śmierci – wystarczające jest to udzielone za życia. Orzeczenie to stanowi ważny precedens, który może stanowić podstawę dla przyszłych rozstrzygnięć w zakresie dostępu do dokumentacji medycznej zmarłych pacjentów.

¹⁷ Zob. Wyrok TSUE z dnia 26 października 2023 r. w sprawie Hauptzollamt Münster przeciwko MDK Handelsgesellschaft (C-307/22), pkt 38-42.

VII. Implikacje Wyroku TSUE C-307/22 dla krajowego porządku prawnego w kontekście dostępu więźniów do dokumentacji medycznej

Orzeczenie TSUE C-307/22 interpretujące art. 15 ust. 3 RODO ma kluczowe znaczenie dla praktyki udostępniania dokumentacji medycznej, szczególnie w kontekście osób pozbawionych wolności. Trybunał jednoznacznie wskazał, że pobieranie opłaty za pierwszą kopię danych osobowych, w tym danych medycznych, może stanowić nieproporcjonalne ograniczenie prawa dostępu, a tym samym naruszenie skuteczności RODO¹⁸.

Polskie przepisy krajowe (art. 28 ustawy o prawach pacjenta) dopuszczają odpłatność, co w świetle orzeczenia może być sprzeczne z prawem unijnym. W przypadku więźniów, dla których bariera finansowa ma szczególną wagę, prawo to zyskuje dodatkowy wymiar. Brak bezpłatnego dostępu ogranicza nie tylko świadomość zdrowotną osadzonego i jego udział w terapii, ale także utrudnia dochodzenie roszczeń oraz kontynuację leczenia w przypadku relokacji¹⁹.

Konsekwentnie, konieczna jest nowelizacja przepisów krajowych oraz usprawnienie procedur penitencjarnych – np. poprzez wdrożenie elektronicznego systemu udostępniania dokumentacji²⁰.

Wyrok TSUE powinien być traktowany przez sądy krajowe jako wykładnia prounijna, wzmacniająca prawa pacjenta niezależnie od jego statusu prawnego. Umożliwienie więźniom skutecznego i nieodpłatnego dostępu do danych medycznych jest nie tylko wymogiem prawa, ale także instrumentem humanizacji kary i realizacji zasady godności osoby ludzkiej²¹.

¹⁸ Wyrok TSUE z dnia 26 października 2023 r..., pkt 50-55.

¹⁹ Zob. art. 45 ust. 1 oraz art. 68 ust. 1, Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r. (Dz.U. z 1997 r. nr 78, poz. 483.).

²⁰ Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U. z 2024 r. poz. 372), art. 28, ust. 1.

²¹ Opinia Europejskiego Inspektora Ochrony Danych (EIOD) nr 7/2018 w sprawie projektu wytycznych dotyczących prawa dostępu, WP 260 rev.01, s. 15-17.

VIII. Studium porównawcze i analiza doktrynalna prawa więźnia do bezpłatnej kopii dokumentacji medycznej w świetle orzeczenia TSUE C-307/2Po drugie, Analiza pojęcia pierwszej kopii dokumentacji medycznej więźnia w świetle wyroku TSUE

Wyrok Trybunału Sprawiedliwości Unii Europejskiej z 26 października 2023 r. w sprawie C-307/22 ustanowił nowy standard wykładni art. 15 ust. 3 RODO, przesądzając, iż pierwsza kopia danych osobowych – w tym danych szczególnej kategorii, jak dane medyczne – powinna zostać udostępniona bezpłatnie. Konstatacja ta posiada doniosłe znaczenie normatywne dla praktyki udostępniania dokumentacji medycznej, zwłaszcza w kontekście osób pozbawionych wolności, których sytuacja egzystencjalna oraz ograniczony dostęp do środków finansowych czyni z odpłatności barierą o charakterze systemowym²².

W świetle art. 8 Karty Praw Podstawowych UE oraz aksjologii leżącej u podstaw RODO prawo dostępu do danych osobowych ma charakter podstawowy i niezbywalny. Stanowi ono narzędzie realizacji prawa do informacji o stanie zdrowia, współuczestnictwa w procesie leczenia oraz kontroli jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych. W warunkach izolacji penitencjarnej dostęp do dokumentacji medycznej pełni ponadto funkcję kompensacyjną, umożliwiając zachowanie resztek autonomii informacyjnej oraz stanowiąc probierz standardu humanitarnego wykonywania kary pozbawienia wolności²³.

Trybunał, dokonując prounijnej interpretacji art. 15 RODO, de facto zobligował ustawodawców krajowych do rewizji regulacji dopuszczających odpłatność za pierwszą kopię dokumentacji, w tym art. 28 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, w kierunku zapewnienia bezpłatnego dostępu do pierwszej kopii dokumentacji medycznej. Brak dostosowania tych regulacji do wykładni przedstawionej przez Trybunał może prowadzić do nieproporcjonalnego ograniczenia praw podstawowych, w szczególności w odniesieniu do populacji penitencjarnej, która – jak zauważa R. Kwieciński – mimo ograniczenia wolności osobistej zachowuje większość praw pacjenta, które powinny być wykonywane

²² M. Wyrzykowski, *Standardy ochrony praw człowieka w Europie*, s. 139.

²³ S. Waltoś, P. Hofmański, *Proces karny. Zarys systemu*, s. 580.

z uwzględnieniem warunków izolacji oraz zasady proporcjonalności. Jak zauważa R. Kwieciński, mimo ograniczenia wolności osobistej zachowuje większość praw pacjenta, które winny być wykonywane z uwzględnieniem warunków izolacji i zasady proporcjonalności²⁴.

Literalna wykładnia pojęcia pierwszej kopii jako jednorazowego technicznego duplikatu danych osobowych okazuje się niewystarczająca z perspektywy środowiska penitencjarnego. W miejsce podejścia formalistycznego zasadne wydaje się przyjęcie wykładni funkcjonalnej rozumiejącej pierwszą kopię jako pierwszy rzeczywisty i efektywny dostęp do danych, umożliwiający pełną autonomię decyzyjną pacjenta oraz urzeczywistnienie jego podmiotowości²⁵.

Udostępnienie dokumentacji nie może być procesem mechanicznym, lecz powinno wiązać się z odpowiednim kuratorstwem informacyjnym, wymagającym aktywnego udziału personelu medycznego. Osoby pozbawione wolności jako pozostające pod pełną władzą publiczną zasługują na szczególne gwarancje proceduralne i informacyjne²⁶.

Wyrok TSUE należy zatem interpretować nie tylko jako standard minimalny, lecz jako aksjologicznie ukierunkowaną normę intertemporalną, której wdrożenie wymaga zarówno dostosowań legislacyjnych, jak i rekonstrukcji praktyki penitencjarnej – w duchu realizacji prawa do informacji, poszanowania godności oraz wspierania procesu resocjalizacji poprzez dostęp do wiedzy o własnym zdrowiu²⁷.

²⁴ Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U. z 2024 r. poz. 372), art. 26 i 28.

²⁵ Zob. także D. Kananek-Liszka, *Poczucie kontroli a readaptacja społeczna osób pozbawionych wolności*, *Probacja*, 2015, nr 1, s. 59.

²⁶ Zob. A. Czerniak, *Prawo do informacji o stanie zdrowia pacjenta w kontekście ekonomicznym*, *Studia Prawnicze. Rozprawy i Materiały*, Warszawa 2016, nr 1(19), s. 15.

²⁷ W. Wiewiórowski, *Komentarz do art. 15 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 (RODO)*, s. 272.

IX. Analiza pojęcia pierwszej kopii dokumentacji medycznej więźnia w świetle wyroku TSUE oraz bariery finansowe jako ograniczenie prawa do informacji o zdrowiu więźniów

Orzeczenie Trybunału Sprawiedliwości Unii Europejskiej z dnia 26 października 2023 r. (C-307/22) ustanawia normatywny standard interpretacji art. 15 ust. 3 RODO, zgodnie z którym pierwsza kopia danych osobowych, w tym dokumentacji medycznej, powinna być udostępniana nieodpłatnie²⁸. Rozstrzygnięcie to nie tylko przesądza o ekonomicznych aspektach prawa dostępu, ale otwiera również perspektywę aksjologiczną, skłaniającą do przemyślenia funkcji tego prawa w kontekście sytuacji osób pozbawionych wolności²⁹.

W miejsce podejścia formalistycznego postuluje się wykładnię funkcjonalno-teleologiczną: pierwsza kopia powinna zostać zdefiniowana jako pierwszy skuteczny i epistemicznie dostępny przekaz, umożliwiający osadzonemu rzeczywiste zrozumienie jego sytuacji zdrowotnej, ocenę adekwatności terapii oraz inicjowanie działań prawnych³⁰.

Takie ujęcie wprowadza konieczność kuratorskiego podejścia do udostępniania informacji medycznych, co z kolei wykracza poza ramy typowych procedur administracyjnych i wymaga aktywnego zaangażowania personelu medycznego³¹.

Wyrok TSUE, eksponując prawo dostępu jako elementarną gwarancję ochrony danych osobowych, jednoznacznie eliminuje możliwość nakładania na osadzonego barier nie tylko ekonomicznych, ale także informacyjnych i psychologicznych³². W środowisku o wysokim deficycie zaufania i ograniczonej autonomii, prawo do informacji medycznej może pełnić funkcję resocjalizacyjną, wzmacniając podmiotowość pacjenta oraz jego zdolność do podejmowania świadomych decyzji zdrowotnych³³.

²⁸ S. Waltoś, P. Hofmański, *Proces karny. Zarys systemu*, s. 580.

²⁹ A. Zoll, *Prawo medyczne. t. I*, s. 112.

³⁰ G. Sibiga, *Analiza wyroku TSUE w sprawie C-307/22*, Portal Ochrony Danych Osobowych, 2024, <https://portalodo.com>], dostęp z dnia 23 czerwca 2025.

³¹ M. Foucault, *Nadzorować i karać. Narodziny więzienia*, przeł. T. Komendant, s. 204.

³² P. Litwiński (red.), *Komentarz do art. 12 RODO [w:] Ogólne rozporządzenie o ochronie danych. Komentarz*, Warszawa 2018, s. 315.

³³ D. Kananek-Liszka, *Poczucie kontroli a readaptacja społeczna osób pozbawionych wolności*, „Probacja”, nr 1, s. 59.

Regulacje zawarte w art. 26 i 28 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta³⁴ wprowadzają konstrukcję formalnego prawa do dostępu do dokumentacji medycznej (art. 26), przy jednoczesnym dopuszczeniu możliwości odpłatności za jej kopie (art. 28 ust. 1). Konstrukcja ta w odniesieniu do osób pozbawionych wolności, staje się źródłem istotnych napięć systemowych i aksjologicznych³⁵.

W sytuacji, gdy osadzony nie dysponuje dochodami ani nie posiada autonomii finansowej, nawet nominalnie niska opłata za sporządzenie kopii dokumentacji medycznej może stanowić barierę nie do pokonania. Skutkuje to nie tylko iluzorycznością prawa dostępu, lecz także naruszeniem zasady efektywności (skuteczność) prawa unijnego, wyrażonej wprost w orzeczeniu TSUE C-307/2. Po drugie, Trybunał podkreślił, iż pobieranie opłat za pierwszą kopię danych osobowych może zniweczyć praktyczną skuteczność art. 15 RODO i zniechęcać do realizacji przysługujących uprawnień³⁶.

Z perspektywy osadzonego, dostęp do dokumentacji medycznej jest niezbędny dla korzystania z innych praw, w tym prawa do świadomej zgody, prawa do skargi czy dochodzenia roszczeń z tytułu błędu medycznego. W tym ujęciu finansowe ograniczenie tego dostępu nie tylko osłabia ochronę zdrowia, lecz narusza konstytucyjne gwarancje dostępu do sądu oraz prawa do obrony³⁷.

Zgodnie z postulatami doktryny, interpretacja prawa krajowego musi pozostawać w zgodzie z celami i wartościami unijnego porządku prawnego. Tym samym art. 28 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, w zakresie w jakim przewiduje odpłatność za pierwszą kopię dokumentacji wobec więźniów, powinien zostać uznany za sprzeczny z zasadą lojalnej współpracy oraz zasadą efektywnej ochrony praw podstawowych³⁸.

³⁴ Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U. z 2023 r., poz. 1545 ze zm.).

³⁵ Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U. z 2024 r. poz. 372), art. 26 i 28. W art. 26 ust. 1.

³⁶ Zob. A. Czerniak, *Prawo do informacji o stanie zdrowia pacjenta w kontekście ekonomicznym*, [w:] *Studia Prawnicze. Rozprawy i Materiały*, nr 1(19), s. 15.

³⁷ Wyrok TSUE z dnia 26 października 2023 r., pkt 58.

³⁸ M. Dudziak, *Sytuacja ekonomiczna więźniów a realizacja ich praw*, *Przegląd Więziennictwa Polskiego*, nr 99, s. 75.

X. Wpływ wyroku TSUE C-307/22 na prawa innych grup szczególnie wrażliwych pacjentów w systemie penitencjarnym (np. osoby z niepełnosprawnościami, osoby starsze)

Na tle rozważań dotyczących znaczenia prawa do dostępu do dokumentacji medycznej osób pozbawionych wolności oraz skutków wyroku TSUE w sprawie C-307/22, orzeczenie to nie powinno być postrzegane wyłącznie jako rozstrzygnięcie odnoszące się do bezpłatności pierwszej kopii danych osobowych. Może ono stanowić impuls do szerszej refleksji nad zakresem prawa do informacji o stanie zdrowia osób opuszczających zakłady karne, w szczególności w kontekście zapewnienia ciągłości opieki zdrowotnej po zakończeniu izolacji penitencjarnej. W tym ujęciu zasadne jest rozważenie rozwiązań polegających na zapewnieniu osobom zbliżającym się do zwolnienia dostępu do kluczowych informacji zdrowotnych w formie umożliwiającej ich efektywne wykorzystanie w systemie ochrony zdrowia poza jednostką penitencjarną. Czy nie powinniśmy pójść o krok dalej i zastanowić się nad proaktywnym udostępnianiem więźniom zbliżającym się do zwolnienia kluczowych informacji zdrowotnych w formacie cyfrowym, który ułatwi im nawiązanie kontaktu z lekarzami na wolności i kontynuację leczenia?³⁹

Wyrok Trybunału Sprawiedliwości Unii Europejskiej w sprawie C-307/22, pozornie traktujący o prozaicznej kwestii bezpłatnej kopii danych, w kontekście więziennym urasta do rangi symbolicznego otwarcia drzwi do fundamentalnej zmiany w sposobie postrzegania i organizacji opieki zdrowotnej po opuszczeniu murów zakładu karnego. Przestaje być jedynie aktem prawnym, a staje się iskrą zapalającą rewolucję cyfrową w obszarze, który dotychczas tkwił w analogowej stagnacji⁴⁰.

Zamiast koncentrować się na tradycyjnym, papierowym ekwiwalencie historii choroby, wyobraźmy sobie „cyfrowy azyl zdrowia” – bezpieczną, elektroniczną platformę, która towarzyszy byłemu więźniowi w jego powrocie do społeczeństwa. Platformę, która nie tylko zawiera kompletną i aktualną dokumentację medyczną, dostępną na wyciągnięcie

³⁹ K. Sękowska-Kozłowska, *Etyczne aspekty wykorzystania technologii cyfrowych w ochronie zdrowia*, nr 27, s. 101.

⁴⁰ Wyrok TSUE z dnia 26 października 2023 r., pkt 69.

ręki za pomocą smartfona czy komputera, ale również aktywnie wspiera proces reintegracji zdrowotnej⁴¹.

Wyrok TSUE, gwarantując bezpłatną pierwszą kopię, staje się pierwszym, kluczowym krokiem na drodze do urzeczywistnienia tej wizji. To mandat do transformacji, do porzucenia archaicznych metod przekazywania informacji i stworzenia dynamicznego ekosystemu danych zdrowotnych, który płynnie przechodzi wraz z byłym osadzonym z za krat na wolność.

Taki cyfrowy azyl mógłby integrować nie tylko historię leczenia z okresu izolacji, ale również indywidualne plany opieki zdrowotnej po zwolnieniu, harmonogramy wizyt lekarskich, przypomnienia o lekach, a nawet telekonsultacje z lekarzami specjalistami. Wyobraźmy sobie byłego więźnia, który dzięki bezpiecznemu dostępowi do swojej dokumentacji, może bez zbędnych opóźnień kontynuować terapię psychiatryczną, umówić się na wizytę u specjalisty leczącego jego przewlekłą chorobę czy uzyskać e-receptę bez konieczności mozolnego odtwarzania swojej historii choroby od zera⁴².

Taka proaktywna cyfryzacja opieki zdrowotnej postpenitencjarnej ma potencjał nie tylko do poprawy stanu zdrowia byłych więźniów i zmniejszenia ryzyka nawrotów przestępczych związanych z brakiem dostępu do leczenia, ale również do odciążenia systemu opieki zdrowotnej na wolności. Szybki i efektywny dostęp do kluczowych informacji medycznych skraca czas diagnozy, eliminuje zbędne badania i hospitalizacje, a tym samym generuje realne oszczędności⁴³.

Jednakże wizja cyfrowego azylu zdrowia rodzi również fundamentalne pytania etyczne i prawne. Jak zapewnić bezpieczeństwo i poufność tak wrażliwych danych? Jak przeciwdziałać stygmatyzacji i dyskryminacji byłych więźniów na podstawie ich historii zdrowia? Jak zagwarantować równy dostęp do tej technologii wszystkim, niezależnie od ich umiejętności cyfrowych czy dostępu do urządzeń⁴⁴?

Odpowiedzi na te pytania wymagają interdyscyplinarnej debaty z udziałem prawników, lekarzy, informatyków, kryminologów i samych byłych więźniów. Wyrok TSUE C-307/22 jest zaproszeniem do tej debaty,

⁴¹ M. Kała, *E-zdrowie jako instrument reintegracji społecznej osób opuszczających zakłady karne*, nr 15, s. 105.

⁴² M. Gondek, *Telemedycyna w systemie penitencjarnym – szanse i wyzwania*, t. 30, nr 4, s. 55.

⁴³ Zob. Siemaszko A., *Przestępczość recydywalna w Polsce – skala i uwarunkowania*, s. 115.

⁴⁴ K. Sękowska-Kozłowska, *Etyczne aspekty wykorzystania technologii cyfrowych w ochronie zdrowia*, Bioetyka, 2019, nr 27, s. 101.

do wyjścia poza utarte schematy myślenia o opiece zdrowotnej w kontekście pozbawienia wolności i do odważnego wkroczenia w erę cyfrowej transformacji, która może przynieść realną zmianę w życiu tysięcy ludzi opuszczających mury więzień. To nie tylko kwestia prawa do informacji, ale prawo do godnego powrotu do społeczeństwa⁴⁵.

XI. Odpowiedzialność odszkodowawcza Skarbu Państwa za naruszenie prawa więźnia do bezpłatnej pierwszej kopii dokumentacji medycznej przed wyrokiem TSUE

Analiza odpowiedzialności odszkodowawczej Skarbu Państwa za naruszenie prawa osoby pozbawionej wolności do bezpłatnej pierwszej kopii dokumentacji medycznej wymaga uwzględnienia stanu prawnego obowiązującego przed wydaniem wyroku TSUE w sprawie C-307/22. Ocena ta powinna być dokonywana z perspektywy *ex post*, z poszanowaniem zasady *tempus regit actum*, zgodnie z którą skutki prawne zdarzeń podlegają ocenie według przepisów obowiązujących w chwili ich zaistnienia.

Analiza tej kwestii wymaga w szczególności odniesienia do art. 417 kodeksu cywilnego, który statuuje ogólną zasadę odpowiedzialności odszkodowawczej Skarbu Państwa za szkody wyrządzone przez niezgodne z prawem działanie lub zaniechanie przy wykonywaniu władzy publicznej, a także do standardów odpowiedzialności państwa członkowskiego za naruszenie prawa Unii Europejskiej, wypracowanych w orzecznictwie Trybunału Sprawiedliwości UE, w tym wymogu wystąpienia dostatecznie poważnego naruszenia prawa unijnego⁴⁶.

Przed wydaniem wyroku TSUE art. 28 ustawy o prawach pacjenta dopuszczał odpłatność za kopie dokumentacji, nie rozróżniając jednoznacznie między pierwszą a kolejnymi kopiami. Taka praktyka, znajdująca formalne uzasadnienie w prawie krajowym, była stosowana również wobec więźniów, co skutkowało ich obciążaniem kosztami nawet za pierwszą kopię historii choroby⁴⁷.

Jednakże z punktu widzenia art. 15 ust. 3 RODO, obowiązującego bezpośrednio w państwach członkowskich, gwarantowane było prawo

⁴⁵ Zob. J. Czapska, *Interdyscyplinarność w badaniach nad resocjalizacją*, nr 2, s. 15.

⁴⁶ Zob. art. 417§1 Ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. – Kodeks cywilny (Dz. U. 1964 nr 16 poz. 93).

⁴⁷ Z. Radwański, A. Olejniczak, *Prawo cywilne – część ogólna*, s. 55.

do jednej bezpłatnej kopii danych osobowych, w tym danych medycznych⁴⁸. Zasada pierwszeństwa prawa UE obliguje sądy krajowe do nie stosowania norm sprzecznych z przepisami unijnymi, niezależnie od momentu wydania orzeczenia interpretacyjnego⁴⁹. Wyrok TSUE w sprawie C-307/22 ma charakter deklaratoryjny, ponieważ wyjaśnia treść i znaczenie przepisu prawa unijnego, a nie ustanawia nowej regulacji, przy czym wykładnia ta odnosi się do okresu od wejścia tego przepisu w życie⁵⁰. Jedną z przesłanek odpowiedzialności deliktowej Skarbu Państwa jest bezprawność działania lub zaniechania, którą należy wykazać, wskazując na niezgodność praktyki pobierania opłat z celem i funkcją art. 15 ust. 3 RODO, w szczególności w odniesieniu do osób pozbawionych wolności jako grupy szczególnie wrażliwej. W analizowanym przypadku należy wiązać z praktyką pobierania opłat sprzeczną z celem i funkcją art. 15 ust. 3 RODO, w szczególności w odniesieniu do osób pozbawionych wolności jako grupy wymagającej wzmożonej ochrony. Kolejną przesłanką odpowiedzialności jest powstanie szkody majątkowej, rozumianej jako uiszczone opłaty, a także naruszenie praw podmiotowych pacjenta, w szczególności prawa do informacji oraz innych uprawnień pacjenckich. Ostatnią przesłankę stanowi istnienie związku przyczynowego, polegające na wykazaniu, że szkoda pozostaje w bezpośrednim związku z bezprawną praktyką stosowaną przez organ władzy publicznej lub podmiot wykonujący zadania publiczne w imieniu Skarbu Państwa. Dodatkowo należy rozważyć, czy przed wyrokiem C-307/22 doszło do dostatecznie poważnego naruszenia prawa unijnego⁵¹. Ocena ta musi uwzględniać poziom jasności przepisu unijnego, stopień swobody implementacyjnej państw członkowskich oraz istnienie utrwalonej, lecz niezgodnej z prawem UE praktyki⁵².

Zastosowanie zasady *tempus regit actum* sugeruje ocenę zgodności działań organu według stanu prawnego obowiązującego w momencie

⁴⁸ Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U. z 2024 r. poz. 372), art. 28 ust. 1.

⁴⁹ Zob. P. Grzegorzczak, *Odpowiedzialność odszkodowawcza państwa za naruszenie prawa Unii Europejskiej*, s. 180.

⁵⁰ Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 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.U.UE.L z 2016 r. nr 119, str. 1), art. 15 ust. 3.

⁵¹ M. Safjan(red.), *Prawo zobowiązań – część ogólna*, s. 450.

⁵² Zob. wyrok TSUE z dnia 30 września 2003 r. w sprawie C-224/01 Köbler przeciwko Republik Österreich, ECLI:EU:C:2003:513, pkt. 51-56.

zdarzenia. Jednakże, ponieważ wyrok TSUE ma charakter interpretacyjny, możliwe jest jego zastosowanie oceny legalności *ex post*⁵³.

XI. Przyszłe kierunki regulacji prawa dostępu więźniów do dokumentacji medycznej w Polsce w świetle wyroku TSUE i standardów międzynarodowych

Tradycyjne, paternalistyczne podejście, charakteryzujące się ograniczeniem dostępu i traktowaniem dokumentacji medycznej jako prerogatywy instytucjonalnej, stoi w fundamentalnej sprzeczności z aksjologią praw człowieka, akcentującą autonomię jednostki i jej prawo do samostanowienia. Wyrok TSUE C-307/22, poprzez eliminację bariery finansowej dla pierwszej kopii danych, stanowi pierwszy, lecz kluczowy krok w kierunku przełamania tego paternalistycznego modelu. Jego pełne wykorzystanie wymaga jednak reinterpretacji prawa dostępu w kontekście wzmocnienia sprawczości więźnia i jego świadomego udziału w procesie leczenia⁵⁴.

Niezbędne jest holistyczne spojrzenie na proces udostępniania dokumentacji, uwzględniające potencjał cyfryzacji jako narzędzia transformacyjnego. Stworzenie bezpiecznej i intuicyjnej platformy cyfrowej, umożliwiającej więźniom zdalny dostęp do ich kompletnej historii choroby, wyników badań i zaleceń lekarskich, stanowi imperatyw etyczny i pragmatyczny. Cyfrowy system dostępu do dokumentacji powinien umożliwiać nie tylko wgląd w historię leczenia, ale także wspierać edukację zdrowotną i konsultacje online⁵⁵.

Dokumentacja medyczna, ze względu na swoją specjalistyczną terminologię, często stanowi barierę komunikacyjną dla osób bez wykształcenia medycznego. System penitencjarny powinien zapewniać zrozumiałość dokumentacji, m.in. przez tłumaczenie terminów i dostosowanie formy do możliwości poznawczych osadzonych⁵⁶.

In genere dostęp do dokumentacji medycznej powinien być integralnym elementem indywidualizowanych programów resocjalizacyjnych⁵⁷.

⁵³ A. Wróbel, *Stosowanie prawa Unii Europejskiej przez sądy krajowe*, s. 281.

⁵⁴ Wyrok ETPCz z dnia 24 lipca 2003 r. w sprawie *Van Hurck przeciwko Belgii*, skarga nr 52027/99, pkt 58-61, w którym ETPCz podkreśla znaczenie zapewnienia odpowiedniej opieki zdrowotnej osobom pozbawionym wolności.

⁵⁵ T. Kuhn, *Struktura rewolucji naukowych*, s. 115.

⁵⁶ Wyrok z dnia 20 maja 2010 r. w sprawie *Ciechoński przeciwko Polsce*, skarga nr 36510/05.

⁵⁷ B. Hołyst, *Psychologia penitencjarna*, s. 215.

Świadomość własnego stanu zdrowia, zrozumienie przyczyn i konsekwencji przebytych chorób oraz aktywne uczestnictwo w planowaniu leczenia po zwolnieniu mogą znacząco zwiększyć motywację więźnia do zmiany stylu życia i zmniejszyć ryzyko recydywy. W tym sensie prawo dostępu do dokumentacji medycznej staje się narzędziem terapeutycznym i resocjalizacyjnym, wykraczającym poza swój czysto informacyjny charakter⁵⁸.

Europejski Trybunał Praw Człowieka w swoich wyrokach konsekwentnie podkreśla znaczenie zapewnienia osobom pozbawionym wolności dostępu do adekwatnej opieki zdrowotnej i informacji medycznej, traktując to jako fundamentalny element poszanowania ich godności i praw człowieka⁵⁹. Taka transformacja wymaga odważnych decyzji legislacyjnych i systemowych, ale stanowi niezbędny krok w budowaniu sprawiedliwego i humanitarnego systemu penitencjarnego w Polsce⁶⁰.

XII Wnioski

Orzeczenie TSUE w sprawie C-307/22 potwierdziło, że prawo więźnia do bezpłatnej pierwszej kopii dokumentacji medycznej stanowi nie tylko formalne uprawnienie, lecz kluczowy instrument wzmacniania podmiotowości kogo?, zapewniania ciągłości leczenia i realizacji prawa do informacji.

Dotychczasowe praktyki, oparte na modelu paternalistycznym i obciążone barierami finansowymi, pozostają w sprzeczności z zasadami godności i równości. Bezpłatny dostęp do czego? jest szczególnie istotny wobec osadzonych w trudnej sytuacji ekonomicznej oraz osób wrażliwych, takich jak osoby starsze czy z niepełnosprawnościami.

Cyfryzacja dokumentacji może wspierać reintegrację społeczną, pod warunkiem zapewnienia wysokich standardów ochrony danych. Kwestia odpowiedzialności Skarbu Państwa za wcześniejsze naruszenia pozostaje złożona, lecz możliwa do rozważenia w świetle prounijnej wykładni i zasady efektywności.

Przyszłe regulacje powinny odejść od modelu formalistycznego na rzecz paradygmatu emancypacyjnego, zorientowanego na transparentność, równość i ochronę autonomii więźnia.

⁵⁸ Wyrok z dnia 19 kwietnia 2007 r. w sprawie *Wojciechowski przeciwko Polsce*, skarga nr 4909/04.

⁵⁹ Wyrok ETPCz z dnia 20 stycznia 2011 r. w sprawie *Kuchcinski przeciwko Polsce*, skarga nr 23698/08, pkt 49-52.

⁶⁰ A. Podgórecki, *Socjotechnika*, Warszawa 1970, s. 150.

Bibliografia

1) Akty prawne:

- Wyrok ETPCz z dnia 19 kwietnia 2007 r. w sprawie Wojciechowski przeciwko Polsce, skarga nr 4909/04.
- Wyrok ETPCz z dnia 20 maja 2010 r. w sprawie Ciechoński przeciwko Polsce, skarga nr 36510/05.
- Wyrok ETPCz z dnia 20 stycznia 2011 r. w sprawie Kuchciński przeciwko Polsce, skarga nr 23698/08.
- Wyrok ETPCz z dnia 24 lipca 2003 r. w sprawie Van Hurck przeciwko Belgii, skarga nr 52027/99.
- Ustawa z dnia 23 kwietnia 1964 r. – Kodeks cywilny (Dz. U. 1964 nr 16 poz. 93).
- Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r. (Dz.U. z 1997 r. nr 78, poz. 483).
- Opinia Europejskiego Inspektora Ochrony Danych nr 7/2018 w sprawie projektu wytycznych dotyczących prawa dostępu, WP 260 rev.01.
- Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r., Dz.U. L 119 z 4.5.2016.
- Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny wykonawczy (Dz.U. z 2023 r. poz. 127).
- Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks postępowania karnego (Dz.U. z 2024 r. poz. 37).
- Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U. z 2024 r. poz. 372, poz. 581).
- Wyrok TSUE z dnia 26 października 2023 r. w sprawie Hauptzollamt Münster przeciwko MDK Handelsgesellschaft (C-307/22).
- Wytyczne Europejskiego Komitetu do Spraw Zapobiegania Torturom oraz Nie-ludzkiemu lub Poniżającemu Traktowaniu albo Karaniu (CPT) dotyczące opieki zdrowotnej w więzieniach, CPT/Inf (2022) 1.

2) Literatura:

- Boratyńska M., Nadzór nad świadczeniami zdrowotnymi w zakładach karnych. W: Stańdo-Kaźmierczak B. (red.), *Ochrona zdrowia w systemie penitencjarnym*, „ 2015.
- Czapska J., Interdyscyplinarność w badaniach nad resocjalizacją. *Probacja*, 2017, nr 2.
- Czerniak A., Prawo do informacji o stanie zdrowia pacjenta w kontekście ekonomicznym. *Studia Prawnicze. Rozprawy i Materiały*, 2016, nr 1(19).
- Dudziak M., Sytuacja ekonomiczna więźniów a realizacja ich praw. *Przegląd Więziennictwa Polskiego*, 2018, nr 99.

- Foucault M., *Nadzorować i karać. Narodziny więzienia*, przeł. Komendant T., Warszawa 2009.
- Gondek M., Telemedycyna w systemie penitencjarnym – szanse i wyzwania. *Medycyna i Prawo*, 2021, t. 30, nr 4.
- Grzegorzczak P., *Odpowiedzialność odszkodowawcza państwa za naruszenie prawa Unii Europejskiej*, Warszawa 2010.
- Hołyst B., *Psychologia penitencjarna*, Warszawa 2010.
- Kała M., E-zdrowie jako instrument reintegracji społecznej osób opuszczających zakłady karne. *Resocjalizacja Polska*, 2020, nr 15.
- Kanarek-Lizik D., *Adaptacja skazanych do warunków więziennych w Polsce*, Włocławek 2017.
- Kananek-Liszka D., Poczucie kontroli a readaptacja społeczna osób pozbawionych wolności. *Probacja*, 2015, nr 1.
- Kasprzak J., Elektroniczna dokumentacja medyczna w zakładach karnych – wyzwania i perspektywy. W: Ciosek M. (red.), *System penitencjarny wobec wyzwań XXI wieku*, Rzeszów 2019.
- Konopczyński M., *Metody twórczej resocjalizacji. Teoria i praktyka wychowawcza*, Warszawa 2010.
- Krajewski K., Ułaskawienie jako akt łaski i miłosierdzia w polskim prawie karnym. *Acta Universitatis Wratislaviensis. Prawo*, 2016, nr 345.
- Kwieciński R., *Prawo wykonywania kar*, Warszawa 2008.
- Litwiński P. (red.), *Ogólne rozporządzenie o ochronie danych. Komentarz*, Warszawa 2018.
- Mazowiecka L., *Twórcza resocjalizacja. Teoria i praktyka wychowawcza*, Warszawa 2005.
- Mendecka G., Twórczość a rozwój człowieka w biegu życia. *Psychologia Rozwojowa*, 2005, t. 10, nr 4.
- Podgórecki A., *Socjotechnika*, Warszawa 1970.
- Radwański Z., Olejniczak A., *Prawo cywilne – część ogólna*, Warszawa 2019.
- Safjan M. (red.), *Prawo zobowiązań – część ogólna*, Warszawa 2018.
- Sakowska-Baryła M. (red.), *Ogólne rozporządzenie o ochronie danych osobowych. Komentarz*, Warszawa 2018.
- Sękowska-Kozłowska K., Etyczne aspekty wykorzystania technologii cyfrowych w ochronie zdrowia. *Bioetyka*, 2019, nr 27.
- Sibiga G., Analiza wyroku TSUE w sprawie C-307/22. *Portal Ochrony Danych Osobowych*, 2024.
- Siemaszko A., *Przestępczość recydywalna w Polsce – skala i uwarunkowania*, Warszawa 2015.
- Waltoś S., Hofmański P., *Proces karny. Zarys systemu*, Warszawa 2016.

Wiewiórowski W., Komentarz do art. 15 RODO. W: Bielak-Jachimczak A., Lubasz D., Mazur M. (red.), *Ogólne rozporządzenie o ochronie danych. Komentarz*, Warszawa 2018.

Wójcik D. (red.), *Kodeks karny wykonawczy. Komentarz aktualizowany*, Warszawa 2024.

Wróbel A., *Stosowanie prawa Unii Europejskiej przez sądy krajowe*, Warszawa 2010.

Wyrzykowski M., *Standardy ochrony praw człowieka w Europie*, Warszawa 2021.

Zoll A., *Prawo medyczne. t. I*, Warszawa 2012.