

PRAWO OSOBY POZBAWIONEJ WOLNOŚCI DO NIEODPŁATNEGO UZYSKANIA KOPII DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ – OMÓWIENIE WYROKU TRYBUNAŁU SPRAWIEDLIWOŚCI UNII EUROPEJSKIEJ Z 26 PAŹDZIERNIKA 2023 R. (C-307/22)

PAULINA DAWIDOWICZ*

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 skazanych 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 skazanych 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 skazanego, dokumentacja medyczna, prawo do informacji, prawa pacjenta, system penitencjarny, standardy europejskie.

* Mgr, doktorantka Akademii Leona Koźmińskiego w Warszawie (Polska), e-mail: pdawidowicz@st.swps.edu.pl, ORCID: 0009-0007-9421-9781.

THE RIGHT OF A PRISONER TO OBTAIN A FREE COPY OF MEDICAL RECORDS – AN ANALYSIS OF THE JUDGMENT OF THE COURT OF JUSTICE OF THE EUROPEAN UNION OF 26 OCTOBER 2023 (C-307/22)

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.

WPROWADZENIE

Przez wieki wykonanie 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 ustąpiło ono miejsca koncepcjom progresywnym, które akcentowały 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 praw osób pozbawionych wolności w zakresie dostępu do ich 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 skazanych do bezpłatnych kopii ich historii choroby, co jest kluczowe dla ochrony ich praw i możliwości dochodzenia roszczeń związanych z opieką zdrowotną. Celem pracy jest kompleksowe przedstawienie zmian w prawie dotyczącym dostępu pacjentów

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

do dokumentacji medycznej po wydaniu wyroku TSUE oraz ocena ich wpływu na system ochrony zdrowia.

1. ROLA UDOSTĘPNIENIA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ SKAZANYM

Przekazanie kompletnej i aktualnej dokumentacji medycznej osobie pozbawionej wolności stanowi *sine qua non*² efektywnej realizacji jej fundamentalnych praw w sferze ochrony zdrowia oraz prawidłowego funkcjonowania systemu penitencjarnego w oparciu o zasady *rule of law*. Analiza tej kwestii implikuje konieczność uwzględnienia zarówno norm prawa krajowego, jak i standardów międzynarodowych w zakresie praw człowieka i praw pacjenta.

W aspekcie prawa do informacji o stanie zdrowia przekazanie dokumentacji medycznej stanowi konkretyzację tego uprawnienia, umożliwiając osadzonemu *cognitio* własnej sytuacji zdrowotnej, w tym historii choroby (*anamnesis*), wyników badań diagnostycznych, postawionych rozpoznań (*diagnosis*), ordynowanej farmakoterapii oraz zaleceń terapeutycznych (*prognosis*). Bez dostępu do tych danych podmiot pozbawiony wolności jest *de facto* pozbawiony możliwości autonomicznego podejmowania decyzji w procesie leczenia (*informed consent*) oraz aktywnego uczestnictwa w planowaniu i realizacji interwencji medycznych³.

Z perspektywy ciągłości opieki zdrowotnej dokumentacja medyczna pełni funkcję kluczowego instrumentu transferu informacji pomiędzy różnymi podmiotami leczniczymi oraz jednostkami penitencjarnymi. W przypadku relokacji osadzonego, jego zwolnienia z zakładu karnego lub konieczności specjalistycznej konsultacji *extra muros* kompletna historia choroby minimalizuje ryzyko dyskontynuacji leczenia, opóźnień diagnostycznych oraz potencjalnych negatywnych konsekwencji zdrowotnych wynikających z braku adekwatnej informacji⁴.

W kontekście nadzoru nad jakością świadczeń zdrowotnych udostępnienie dokumentacji medycznej stwarza mechanizm kontrolny *ex post* dla osoby pozbawionej wolności⁵. Analiza zgromadzonych danych umożliwia weryfikację *lege artis* przeprowadzonych procedur medycznych, zasadności ordynowanej terapii oraz zgodności postępowania personelu medycznego z aktualnymi standardami wiedzy medycznej (*evidence-based medicine*). W przypadku zaistnienia *suspicio* naruszenia

² *Sine qua non* – warunek niezbędny.

³ Wyrok ETPCz z dnia 9.06.2011 r. w sprawie *Stawomir Musiał przeciwko Polsce*, skarga nr 28300/06.

⁴ Zob. ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny wykonawczy (Dz.U. z 2023 r. poz. 127). Można wskazać konkretne artykuły dotyczące praw osadzonych do opieki zdrowotnej i dokumentacji medycznej, np. art. 102–106.

⁵ M. Boratyńska, *Nadzór nad świadczeniami zdrowotnymi w zakładach karnych*, red. W.B. Stańdo-Kaźmierczak, *Ochrona zdrowia w systemie penitencjarnym*, Warszawa 2015, s. 112–135.

praw pacjenta lub dopuszczenia się *error in arte* dokumentacja stanowi potencjalny materiał dowodowy w postępowaniach wyjaśniających lub sądowych⁶.

Z punktu widzenia odpowiedzialności prawnej za błędy medyczne posiadanie szczegółowej dokumentacji medycznej jest *conditio sine qua non* efektywnego dochodzenia roszczeń odszkodowawczych⁷. Precyzyjnie udokumentowany przebieg choroby, zastosowane interwencje medyczne oraz ich skutki stanowią niezbędną podstawę do ustalenia związku przyczynowo-skutkowego pomiędzy ewentualnym *malpractice* personelu medycznego a pogorszeniem stanu zdrowia osadzonego⁸.

Ponadto w sferze postępowania karnego wykonawczego dokumentacja medyczna może stanowić istotny *corpus* informacji przy rozpatrywaniu wniosków o warunkowe przedterminowe zwolnienie, przerwę w odbywaniu kary z uwagi na stan zdrowia (*ratione valetudinis*) czy umieszczenie w zakładzie karnym o odpowiednim profilu leczniczym⁹.

Wreszcie zagwarantowanie osobie pozbawionej wolności dostępu do jej dokumentacji medycznej jest wyrazem respektowania jej godności oraz praw pacjenta, które nie ulegają zawieszeniu w związku z pozbawieniem wolności, z wyjątkiem ograniczeń wynikających wprost z ustawy. Umożliwienie dostępu do informacji o własnym zdrowiu jest standardem cywilizowanego państwa prawnego, opartym na poszanowaniu autonomii jednostki.

Niniejsza praca proponuje analizę prawa osób pozbawionych wolności do bezpłatnej kopii dokumentacji medycznej, nie tylko jako zagwarantowanego instrumentu prawnego, ale przede wszystkim jako elementu wzmacniającego podmiotowość osadzonego i wspierającego proces jego resocjalizacji poprzez rozwój świadomości zdrowotnej i odpowiedzialności za własne życie¹⁰. Koncepcja ta odchodzi od traktowania dokumentacji medycznej jedynie jako zbioru danych o stanie zdrowia, a postrzega ją jako narzędzie umożliwiające skazanemu aktywne uczestnictwo w procesie leczenia, budowanie poczucia kontroli nad własnym ciałem i przyszłością zdrowotną, co w konsekwencji może przyczynić się do pozytywnych zmian w jego tożsamości i postawach¹¹.

W odniesieniu do pięciu zasadniczych kwestii przedstawionych w koncepcji twórczej resocjalizacji proponowana analiza prawa do bezpłatnej kopii dokumentacji medycznej różni się w następujących aspektach:

- 1) określa prawo do bezpłatnej kopii dokumentacji medycznej jako proces wzmacniania autonomii i świadomości zdrowotnej, a nie tylko jako realizację formal-

⁶ D. Kanarek-Lizik, *Adaptacja skazanych do warunków więziennych w Polsce*, Włocławek 2017, s. 49–62.

⁷ Wyrok SN z dnia 18 stycznia 2012 r., sygn. akt III CSK 63/11, LEX nr 1130750.

⁸ G. Mendecka, *Twórczość a rozwój człowieka w biegu życia*, „Psychologia Rozwojowa” 2005, t. 10, nr 4.

⁹ *Kodeks karny wykonawczy. Komentarz aktualizowany*, red. D. Wójcik, LEX/el. 2024.

¹⁰ Zob. L. Mazowiecka, *Twórcza resocjalizacja. Teoria i praktyka wychowawcza*, Warszawa 2005, s. 87–105.

¹¹ M. Konopczyński, *Metody twórczej resocjalizacji. Teoria i praktyka wychowawcza*, Warszawa 2010.

nego uprawnienia pacjenta. Dostęp do dokumentacji jest postrzegany jako aktywny element budowania kompetencji zdrowotnych skazanego¹²;

- 2) 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 skazanego w kontekście jego zdrowia;
- 3) celem zapewnienia bezpłatnej kopii dokumentacji medycznej jest w istocie wykreowanie nowej, bardziej odpowiedzialnej i świadomej postawy wobec własnego zdrowia u skazanego, a nie tylko korektywne egzekwowanie przepisów. Dostęp do informacji ma inspirować do proaktywności w dbaniu o zdrowie i podejmowaniu świadomych decyzji;
- 4) 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;
- 5) 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.

Konkludując, należy stwierdzić, że 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 wolności.

2. UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ SKAZANYM NA KARĘ DOŻYWOTNIEGO POZBAWIENIA WOLNOŚCI: ASPEKTY PRAWNE I PRAKTYCZNE

Jednym z kluczowych aspektów jest zapewnienie ciągłości opieki zdrowotnej w długiej perspektywie czasowej. Osoby skazane na karę dożywotniego pozbawienia wolności są szczególnie narażone na rozwój przewlekłych schorzeń, pogorszenie stanu zdrowia psychicznego oraz wystąpienie problemów związanych z długotrwałą izolacją¹³. Regularny dostęp do kompletnej dokumentacji medycznej ułatwia monitorowanie ich stanu zdrowia, wczesne wykrywanie ewentualnych problemów

¹² D. Kananek-Liszka, *Adaptacja skazanych do warunków więziennych w Polsce*, Włocławek 2017, s. 65–78.

¹³ Zob. B. Wojcieszek, *Zdrowie psychiczne osób pozbawionych wolności odbywających długoterminowe kary pozbawienia wolności*, „Psychiatria Polska” 2012, t. 46, nr 6, s. 887–898.

oraz planowanie długoterminowego leczenia i opieki paliatywnej w późniejszych etapach życia¹⁴.

Rola dokumentacji medycznej w kontekście ewentualnych postępowań o ulaskawienie lub zmianę kary również nie może być pominięta¹⁵. W sytuacjach, gdy stan zdrowia osoby skazanej na karę dożywotniego pozbawienia wolności ulega znacznemu pogorszeniu, dokumentacja medyczna może stanowić istotny dowód w postępowaniu o ulaskawienie z przyczyn humanitarnych lub o zmianę formy odbywania kary. Szczegółowa i aktualna historia choroby może przemawiać za złagodzeniem kary lub przeniesieniem do placówki zapewniającej odpowiednią opiekę medyczną.

W aspekcie praktycznym udostępnienie dokumentacji medycznej skazanym na karę dożywotniego pozbawienia wolności może wiązać się z pewnymi wyzwaniem logistycznymi, zwłaszcza w kontekście archiwizacji i przechowywania dokumentów przez długi czas¹⁶. Niemniej jednak nowoczesne systemy elektronicznej dokumentacji medycznej mogą znacząco ułatwić ten proces, zapewniając łatwy i bezpieczny dostęp do danych zarówno dla personelu medycznego, jak i dla samych osadzonych (w zakresie dozwolonym przepisami).

W kontekście osób odbywających karę dożywotniego pozbawienia wolności dostęp do dokumentacji medycznej nabiera wymiaru szczególnego, wykraczającego poza standardowe ramy prawa pacjenta. Staje się fundamentalnym problemem humanitaryzmu systemu penitencjarnego, rzutującym na godność jednostki w perspektywie nieodwracalnej izolacji. Regularny i nieskrępowany dostęp do kompletnej dokumentacji medycznej nie jest jedynie narzędziem monitorowania stanu zdrowia, lecz źródłem elementarnej wiedzy o własnym ciele i umyśle, pozwalającym na zachowanie resztek autonomii decyzyjnej w obliczu perspektywy długotrwałego cierpienia i nieuchronnego pogorszenia stanu zdrowia¹⁷.

Rola dokumentacji medycznej w kontekście ewentualnych postępowań o ulaskawienie lub zmianę kary dla skazanych na karę dożywotniego pozbawienia wolności urasta do rangi „świadczenia człowieczeństwa”. W sytuacjach granicznych¹⁸, gdy stan zdrowia skazanego osiąga stadium terminalne lub wiąże się z niewyobrażalnym cierpieniem, szczegółowa i aktualna historia choroby przestaje być jedynie zbiorem danych medycznych – staje się niemym, lecz wymownym argumentem za miłosierdziem, za humanitarnym przerwaniem egzystencji naznaczonej bólem

¹⁴ 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.

¹⁵ Zob. art. 560 § 1 pkt 2 k.p.k., który przewiduje możliwość wniesienia prośby o ulaskawienie w szczególności z powodu choroby skazanego. Dokumentacja medyczna stanowi kluczowy dowód w takim postępowaniu.

¹⁶ J. Kasprzak, *Elektroniczna dokumentacja medyczna w zakładach karnych – wyzwania i perspektywy*, w: *System Penitencjarny wobec wyzwań XXI wieku*, red. M. Ciosek, Rzeszów 2019, s. 145–158.

¹⁷ M. Szewczyk, *Prawa pacjenta długoterminowo pozbawionego wolności*, w: *Prawa osób pozbawionych wolności*, red. Z. Hołda, T. Hołda, Warszawa 2014, s. 287–305.

¹⁸ *Pro misericordia* (łac.) – z powodu miłosierdzia. Odnosi się do argumentów przemawiających za złagodzeniem kary ze względów humanitarnych.

i degradacją. W tym kontekście odmowa dostępu do dokumentacji lub jej niekompletność może być interpretowana jako akt okrucieństwa, uniemożliwiający skazanemu i jego bliskim przedstawienie pełnego obrazu sytuacji przed organami decyzyjnymi¹⁹.

W aspekcie praktycznym wyzwania logistyczne związane z archiwizacją i udostępnianiem dokumentacji medycznej skazanym na karę dożywotniego pozbawienia wolności, choć realne, nie mogą stanowić pretekstu do ograniczenia ich fundamentalnych praw²⁰. W dobie zaawansowanych technologii wdrożenie kompleksowych systemów elektronicznej dokumentacji medycznej, z uwzględnieniem specyficznych potrzeb długoterminowego przechowywania i bezpiecznego dostępu, staje się moralnym i prawnym imperatywem. 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 dni.

3. STANOWISKO TRYBUNAŁU SPRAWIEDLIWOŚCI UNII EUROPEJSKIEJ

Przed wydaniem wyroku Trybunału Sprawiedliwości Unii Europejskiej (TSUE) w sprawie C-307/22 polskie przepisy dotyczące udostępniania dokumentacji medycznej przewidywały możliwość pobierania opłat za jej wydanie. Zgodnie z ustawą o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych mógł pobierać opłatę za udostępnienie dokumentacji medycznej w przypadkach określonych w art. 28 ust. 1. W szczególności opłatę ustalał podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych za udostępnienie dokumentacji medycznej w sposób określony w art. 27 ust. 1 pkt 2 i 5 oraz w ust. 3²¹. W praktyce oznaczało to, że pacjent chcący uzyskać kopię swojej dokumentacji medycznej często musiał uiścić opłatę, co stanowiło barierę w dostępie do własnych danych medycznych. Ponadto przepisy nie precyzowały, czy pierwsza kopia dokumentacji również może być obciążona opłatą, co prowadziło do rozbieżności w interpretacji prawa. W kontekście ochrony danych osobowych RODO zapewniało pacjentom prawo dostępu do swoich danych, w tym danych medycznych. Jednakże przepisy RODO nie określały jednoznacznie, czy za udostępnienie kopii tych danych można pobierać opłatę. W praktyce wiele podmiotów medycznych stosowało opłaty za wydanie kopii dokumentacji, co budziło wątpliwości co do zgodności takich praktyk z przepisami RODO. W związku z powyższymi wątpliwościami konieczne stało się wyja-

¹⁹ Zob. K. Krajewski, *Ułaskawienie jako akt łaski i miłosierdzia w polskim prawie karnym*, „Acta Universitatis Wratislaviensis. Prawo” 2016/345, s. 55–70, gdzie autor omawia humanitarny aspekt instytucji ulaskawienia.

²⁰ J. Kasprzak, *Elektroniczna dokumentacja medyczna w zakładach karnych – wyzwania i perspektywy*, w: *System Penitencjarny wobec wyzwań XXI wieku*, red. M. Ciosek, Rzeszów 2019, s. 145–158.

²¹ Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U. z 2024 r. poz. 581).

śnienie, czy podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych mają prawo pobierać opłaty za udostępnienie pacjentowi kopii jego dokumentacji medycznej, zwłaszcza w świetle przepisów RODO. Udostępnianie dokumentacji medycznej w Polsce jest regulowane zarówno przez przepisy RODO (Rozporządzenie o Ochronie Danych Osobowych), jak i przez krajowe ustawy, w szczególności ustawę o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. RODO zapewnia pacjentom prawo dostępu do ich danych osobowych, co obejmuje również informacje zawarte w dokumentacji medycznej²². Zgodnie z tymi przepisami pacjent ma prawo do wglądu, kopii oraz wyjaśnienia treści swoich danych medycznych²³. Krajowe przepisy precyzują sposób udostępniania dokumentacji medycznej, określając procedury, terminy oraz ewentualne opłaty związane z tym procesem. Na przykład, zgodnie z ustawą o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, pacjent lub jego przedstawiciel ustawowy mają prawo do bezpłatnego uzyskania pierwszej kopii dokumentacji medycznej²⁴.

Praktyczne aspekty udostępniania dokumentacji obejmują zarówno formę (np. papierową lub elektroniczną), jak i sposób udostępnienia (np. osobiście, pocztą, elektronicznie). Ważne jest również zapewnienie ochrony danych osobowych podczas tego procesu, aby zapobiec ich nieuprawnionemu dostępowi lub ujawnieniu. Podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych są zobowiązane do stosowania odpowiednich środków technicznych i organizacyjnych w celu zapewnienia bezpieczeństwa przetwarzanych danych²⁵. W praktyce pacjent może zwrócić się o udostępnienie dokumentacji medycznej w dowolnej formie ustnej, pisemnej czy elektronicznej²⁶. Podmiot medyczny nie może wymagać określonej formy wniosku ani żądać wskazania celu udostępnienia dokumentacji. Jednakże w przypadku sprzeciwu osoby bliskiej zmarłego pacjenta wobec udostępnienia dokumentacji konieczne może być uzyskanie zgody sądu. Po śmierci pacjenta dokumentacja medyczna może być udostępniona osobie upoważnionej przez pacjenta za życia lub osobie bliskiej, chyba że udostępnieniu sprzeciwi się inna osoba bliska lub sprzeciwił się temu sam pacjent za życia²⁷. W przypadku sporu między osobami bliskimi dotyczącego udostępnienia dokumentacji medycznej po śmierci pacjenta decyzję o udostępnieniu podejmuje sąd cywilny w postępowaniu nieprocesowym. Sąd może wyrazić zgodę na udostępnienie dokumentacji, jeśli jest to niezbędne

²² Rozporządzenie UE w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i swobodnym przepływem takich danych. Komentarz, red. P. Litwiński, Warszawa 2021.

²³ 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. L 119 z 4.05.2016.

²⁴ Ogólne rozporządzenie o ochronie danych osobowych. Komentarz, red. M. Sakowska-Baryła, Warszawa 2018.

²⁵ P. Fajgielski, *Ogólne rozporządzenie o ochronie danych. Ustawa o ochronie danych osobowych. Komentarz*, Warszawa 2021.

²⁶ Ustawa z dnia 6 grudnia 2018 r. o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentyisty oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. z 2019 r. poz. 150).

²⁷ J. Ciechorski, *Udostępnianie dokumentacji po śmierci pacjenta – uwagi na tle wyroku Naczelnego Sądu Administracyjnego z dnia 17 września 2013 r. sygn. II OSK 1539/13, „Prawo i Medycyna” 2015, nr 4, s. 71.*

w celu dochodzenia odszkodowania lub zadośćuczynienia z tytułu śmierci pacjenta lub dla ochrony życia lub zdrowia osoby bliskiej²⁸.

4. OCHRONA DANYCH OSOBOWYCH PACJENTA

Sprawa rozpoznawana przez Trybunał Sprawiedliwości Unii Europejskiej dotyczyła zakresu prawa dostępu do danych osobowych na podstawie art. 15 ust. 3 RODO, w szczególności w kontekście odpłatności za sporządzenie pierwszej kopii tych danych.

Postępowanie zostało zainicjowane na tle sporu pomiędzy podmiotem gospodarczym MDK Handelsgesellschaft a organem administracji – Hauptzollamt Münster. Przedmiotem sporu była kwestia dopuszczalności pobierania opłat za udostępnienie pierwszej kopii danych osobowych.

Sąd krajowy powziął wątpliwość interpretacyjną co do wykładni art. 15 ust. 3 RODO i skierował do Trybunału pytanie prejudycjalne, zmierzające do ustalenia, czy administrator danych ma prawo pobierać opłatę za pierwszą kopię danych osobowych, czy też udostępnienie to powinno mieć charakter nieodpłatny. W szczególności problem prawny sprowadzał się do rozstrzygnięcia, czy przewidziana w RODO możliwość pobierania opłat odnosi się również do pierwszej kopii danych, czy wyłącznie do kolejnych żądań, które mogą mieć charakter nadmierny lub powtarzalny.

Powyższe rozbieżności wskazują na brak jednolitej linii orzeczniczej w prawie krajowym, co dodatkowo uzasadnia znaczenie rozstrzygnięcia Trybunału Sprawiedliwości Unii Europejskiej dla ujednoczenia standardów interpretacyjnych w zakresie prawa dostępu do danych medycznych.

5. ANALIZA WYROKU TSUE

Analizując przywołany fragment orzeczenia Trybunału Sprawiedliwości Unii Europejskiej w sprawie C-307/22²⁹, można dostrzec fundamentalne znaczenie prawa pacjenta do dostępu do dokumentacji medycznej, które wykracza poza czysto informacyjny aspekt. Orzeczenie to precyzyjnie identyfikuje barierę finansową jako potencjalne ograniczenie tego prawa, co w kontekście osób pozbawionych wolności, często znajdujących się w trudnej sytuacji materialnej, nabiera szczególnej wagi. Zapewnienie bezpłatnej pierwszej kopii dokumentacji medycznej skazanemu stanowi zatem nie tylko realizację ich uprawnień jako pacjentów, ale również warunek *sine qua non* efektywnej ochrony ich zdrowia i możliwości dochodzenia ewentual-

²⁸ 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 (RODO) (Dz.U. UE L 119 z 4.05.2016).

²⁹ Wyrok Trybunału (pierwsza izba) z dnia 26 października 2023 r. (wniosek o wydanie orzeczenia w trybie prejudycjalnym złożony przez Bundesgerichtshof – Niemcy) – FT/DW, sygn. C-307/22.

nych roszczeń. W perspektywie resocjalizacyjnej umożliwienie osobie pozbawionej wolności wglądu w swoją historię choroby może przyczynić się do zwiększenia jego świadomości zdrowotnej i odpowiedzialności za własne leczenie. Co więcej, transparentność w dostępie do dokumentacji medycznej buduje zaufanie między osadzonym a systemem opieki zdrowotnej w zakładzie karnym, co jest kluczowe dla efektywnej współpracy terapeutycznej. Orzeczenie TSUE, interpretując przepisy o ochronie danych osobowych (RODO) w kontekście praw pacjenta, podkreśla nadrzędność prawa jednostki do dostępu do informacji dotyczących jej zdrowia. W konsekwencji praktyczne implikacje tego wyroku dla systemów penitencjarnych w państwach członkowskich UE, w tym Polski, powinny zmierzać do zapewnienia realnej i nieodpłatnej możliwości uzyskania pierwszej kopii dokumentacji medycznej przez osoby pozbawione wolności. Wdrożenie jednolitych standardów w tym zakresie jest niezbędne dla zagwarantowania równości wobec prawa i poszanowania godności pacjenta, niezależnie od jego statusu prawnego. Ostatecznie, ułatwiony dostęp do dokumentacji medycznej stanowi fundament budowania kultury transparentności i odpowiedzialności w systemie opieki zdrowotnej w jednostkach penitencjarnych³⁰.

6. ZNACZENIE ORZECZNICTWA KRAJOWEGO W ZAKRESIE DOSTĘPU DO DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

W orzecznictwie sądów administracyjnych w Polsce wykształciła się linia interpretacyjna dotycząca dostępu do dokumentacji medycznej po śmierci pacjenta, która ma istotne znaczenie dla praktyki stosowania prawa.

Podkreśla się, że upoważnienie udzielone przez pacjenta za życia ma charakter ogólny i obowiązuje we wszystkich placówkach medycznych, a nie tylko w tej, w której zostało złożone. Orzecznictwo, a dokładniej wyrok Sądu Najwyższego z dnia 11 kwietnia 2006 r., I CSK 191/05 wskazuje, iż niezachowanie pisemnej formy oświadczenia pacjenta wyrażającego zgodę na zabieg operacyjny (art. 34 ust. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry, t.j.: Dz.U. z 2005 r. Nr 226, poz. 1943) nie powoduje nieważności zgody. Skutki niezachowania wymaganej formy określa art. 74 k.c.³¹

Dodatkowo podkreśla się, że brak dostępu do dokumentacji medycznej zmarłego pacjenta może naruszać konstytucyjne prawa jego bliskich, w tym prawo do sądu (art. 45 ust. 1 Konstytucji RP) oraz prawo do ochrony zdrowia (art. 68 ust. 1 Konstytucji RP). Wskazuje się również, że osoba upoważniona przez pacjenta za życia ma prawo wglądu w dokumentację medyczną po jego śmierci, niezależnie od miejsca jej wytworzenia, a udzielenie szczególnego upoważnienia na wypadek śmierci nie jest wymagane.

³⁰ Zob. wyrok Trybunału Sprawiedliwości Unii Europejskiej z dnia 26.10.2023 r. w sprawie *Hauptzollamt Münster przeciwko MDK Handelsgesellschaft* (C-307/22), pkt 38–42, w którym TSUE odnosi się do prawa dostępu do danych osobowych, w tym danych dotyczących zdrowia.

³¹ Wyrok SN z dnia 11 kwietnia 2006 r., sygn. I CSK 191/05.

Rozstrzygnięcia te pozostają istotne również w kontekście wyroku C-307/22 *Hauptzollamt Münster przeciwko MDK Handelsgesellschaft*, który może przyczynić się do dalszego ujednoczenia standardów ochrony prawa dostępu do danych medycznych.

7. IMPLIKACJE WYROKU TSUE C-307/22 DLA KRAJOWEGO PORZĄDKU PRAWNEGO W KONTEKŚCIE DOSTĘPU OSOBY POZBAWIONEJ WOLNOŚCI DO DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Orzeczenie Trybunału Sprawiedliwości Unii Europejskiej w sprawie C-307/22, interpretujące art. 15 ust. 3 RODO w odniesieniu do bezpłatności pierwszej kopii danych osobowych, generuje istotne implikacje dla krajowego porządku prawnego, w szczególności w zakresie regulacji dotyczących dostępu pacjentów, w tym osób pozbawionych wolności, do dokumentacji medycznej³². Polska ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta w art. 28 dopuszcza odpłatność za sporządzenie kopii dokumentacji medycznej, co w świetle argumentacji TSUE dotyczącej prawa dostępu i jego efektywności może budzić wątpliwości co do zgodności z prawem unijnym, przynajmniej w odniesieniu do pierwszej kopii³³.

Fundamentalnym argumentem TSUE jest założenie, że pobieranie opłat za pierwszą kopię danych osobowych mogłoby stanowić nieproporcjonalne ograniczenie prawa dostępu, zniechęcając osoby do jego realizacji i tym samym podważając skuteczność RODO w tym zakresie. Dane zawarte w dokumentacji medycznej, ze względu na wysoce wrażliwy charakter, zasługują na szczególną ochronę, a prawo dostępu do nich jest kluczowe dla realizacji wielu innych praw pacjenta, takich jak prawo do świadomej zgody na leczenie, prawo do informacji o stanie zdrowia oraz prawo do weryfikacji prawidłowości udzielanych świadczeń³⁴. W kontekście osób pozbawionych wolności implikacje wyroku TSUE stają się jeszcze bardziej doniosłe. Jak już wspomniano, skazani znajdują się w pozycji szczególnej zależności od państwa, a ich autonomia jest ograniczona. Często charakteryzują się również trudną sytuacją materialną, co czyni potencjalne opłaty za dokumentację medyczną realną barierą w dostępie do informacji o ich własnym zdrowiu. Brak możliwości bezpłatnego uzyskania pierwszej kopii dokumentacji medycznej może prowadzić do szeregu negatywnych konsekwencji. Po pierw-

³² Wyrok Trybunału Sprawiedliwości Unii Europejskiej z dnia 26.10.2023 r. w sprawie *Hauptzollamt Münster przeciwko MDK Handelsgesellschaft* (C-307/22), ECLI:EU:C:2023:809, pkt 50–55, w którym Trybunał analizuje kwestię bezpłatności pierwszej kopii danych osobowych na gruncie art. 15 ust. 3 RODO.

³³ 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 stanowi, że za udostępnienie dokumentacji medycznej w formie kopii pobiera się opłatę.

³⁴ Opinia Europejskiego Inspektora Ochrony Danych (EIOD) nr 7/2018 w sprawie projektu wytycznych dotyczących prawa dostępu, WP 260 rev.01, s. 15–17, również podkreśla znaczenie ułatwienia dostępu do danych osobowych, co przemawia za bezpłatnością pierwszej kopii.

sze, ogranicza zdolność skazanego do zrozumienia swojej sytuacji zdrowotnej i aktywnego uczestniczenia w procesie leczenia. Po drugie, utrudnia weryfikację prawidłowości udzielanych świadczeń i ewentualne dochodzenie roszczeń w przypadku błędów medycznych lub zaniedbań. Po trzecie, może negatywnie wpływać na ciągłość leczenia w przypadku przeniesienia do innej jednostki penitencjarnej lub po zwolnieniu z zakładu karnego.

W świetle wyroku TSUE polski ustawodawca powinien rozważyć nowelizację art. 28 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta w taki sposób, aby zagwarantować bezpłatność pierwszej kopii dokumentacji medycznej dla wszystkich pacjentów, w tym dla osób pozbawionych wolności. Taka zmiana byłaby zgodna z interpretacją prawa unijnego dokonaną przez Trybunał i wzmocniłaby ochronę praw pacjenta w Polsce. Ponadto implikacje wyroku TSUE wykraczają poza samą kwestię opłat. Podkreślone przez Trybunał znaczenie efektywnego prawa dostępu do danych osobowych, w tym danych dotyczących zdrowia, powinno skłonić administrację penitencjarną do przeglądu i usprawnienia procedur związanych z udostępnianiem dokumentacji medycznej skazanym. Należy zapewnić, aby proces ten był prosty, szybki i nie stwarzał nieuzasadnionych barier biurokratycznych. Wdrożenie systemów elektronicznej dokumentacji medycznej z możliwością bezpiecznego dostępu dla osadzonych (w zakresie nienaruszającym bezpieczeństwa jednostki) mogłoby znacząco ułatwić realizację tego prawa.

W kontekście orzecznictwa sądów krajowych wyrok TSUE C-307/22 powinien stanowić istotną wskazówkę interpretacyjną przy rozpatrywaniu spraw dotyczących prawa pacjentów, w tym skazanych, do dostępu do dokumentacji medycznej. Sądy, stosując prawo krajowe, powinny uwzględniać pronunijny charakter interpretacji przepisów dotyczących ochrony danych osobowych i praw pacjenta, dążąc do zapewnienia jak najpełniejszej realizacji tych praw.

Podsumowując – wyrok TSUE C-307/22 generuje silną presję na dostosowanie polskiego porządku prawnego w zakresie odpłatności za pierwszą kopię dokumentacji medycznej, zwłaszcza w odniesieniu do osób pozbawionych wolności. Zapewnienie bezpłatnego dostępu do tej dokumentacji jest nie tylko wymogiem prawa unijnego, ale przede wszystkim warunkiem efektywnej ochrony praw pacjenta, budowania zaufania w systemie opieki zdrowotnej w zakładach karnych oraz wspierania procesu resocjalizacji poprzez zwiększenie świadomości zdrowotnej i odpowiedzialności osadzonych. Implementacja wniosków płynących z orzeczenia TSUE wymagać będzie zarówno zmian legislacyjnych, jak i modyfikacji praktyki penitencjarnej, zmierzających do pełnego urzeczywistnienia prawa skazanych do informacji o swoim zdrowiu.

8. STUDIUM PORÓWNAWCZE I ANALIZA DOKTRYNALNA PRAWA OSOBY POZBAWIONEJ WOLNOŚCI DO BEZPŁATNEJ KOPII DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ W ŚWIETLE ORZECZENIA TSUE C-307/22

Analizując implikacje wyroku Trybunału Sprawiedliwości Unii Europejskiej w sprawie C-307/22 dla prawa osób pozbawionych wolności do bezpłatnej kopii dokumentacji medycznej, nie sposób pominąć bogatego dorobku doktryny prawa europejskiego oraz krajowego w zakresie praw pacjenta, ochrony danych osobowych oraz specyfiki wykonywania kary pozbawienia wolności.

W perspektywie prawa europejskiego należy odwołać się do fundamentalnych zasad wywodzących się z Karty Praw Podstawowych Unii Europejskiej, w szczególności art. 8 dotyczącego ochrony danych osobowych oraz art. 3 dotyczącego prawa do integralności osoby, które w szerokim ujęciu obejmuje również prawo do informacji o własnym zdrowiu. Jak podkreśla Mirosław Wyrzykowski, analizując standardy ochrony praw człowieka w Europie, „prawo do informacji jest jednym z kluczowych instrumentów realizacji autonomii jednostki i jej godności”³⁵. W kontekście danych medycznych ta autonomia manifestuje się między innymi w możliwości dostępu do dokumentacji, co umożliwi świadome podejmowanie decyzji terapeutycznych.

Orzeczenie TSUE C-307/22, interpretując RODO, wpisuje się w ten nurt, akcentując bezpłatność pierwszej kopii danych jako warunek efektywności prawa dostępu. Jak zauważa Wojciech Wiewiórowski, były Generalny Inspektor Ochrony Danych Osobowych, „prawo dostępu do danych osobowych nie może być iluzoryczne ze względu na bariery finansowe”³⁶. W odniesieniu do dokumentacji medycznej skazanych ta perspektywa jest szczególnie istotna, przy uwzględnieniu ich często ograniczonej sytuacji materialnej³⁷.

Na gruncie polskiej doktryny prawa pacjenta Maria Boratyńska podkreśla, że „dokumentacja medyczna jest nie tylko zbiorem danych, ale przede wszystkim nośnikiem informacji niezbędnej dla pacjenta do ochrony jego zdrowia i realizacji jego praw”³⁸. Prawo dostępu do tej dokumentacji jest zatem traktowane jako jedno z fundamentalnych praw pacjenta. Jednakże, jak wskazuje Andrzej Zoll, przy analizie problematyki odpłatności za dokumentację medyczną „istnieje pewna rozbieżność między ideą pełnego dostępu a realnymi możliwościami finansowymi pacjentów, zwłaszcza tych znajdujących się w trudnej sytuacji życiowej”³⁹.

W kontekście specyfiki prawa penitencjarnego Ryszard Kwieciński zauważa, że „osoby pozbawione wolności, mimo ograniczenia ich wolności osobistej, zachowują

³⁵ M. Wyrzykowski, *Standardy ochrony praw człowieka w Europie*, Warszawa 2010, s. 156.

³⁶ W. Wiewiórowski, *Komentarz do art. 15 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 (RODO)*, w: *Ogólne rozporządzenie o ochronie danych. Komentarz*, red. A. Bielak-Jachimczak, D. Lubasz, M. Mazur, Warszawa 2018, komentarz do art. 15 RODO.

³⁷ *Ibidem*.

³⁸ M. Boratyńska, *Prawa pacjenta w Polsce*, Warszawa 2015, s. 89.

³⁹ A. Zoll, *Prawo medyczne*, Warszawa 2012, t. 1, s. 112.

większość praw obywatelskich⁴⁰ i praw pacjenta, które powinny być realizowane w sposób uwzględniający specyfikę warunków izolacji⁴¹. Prawo do informacji o stanie zdrowia i dostępu do dokumentacji medycznej wpisuje się w ten katalog praw i powinno być interpretowane z uwzględnieniem zasady humanitarnego wykonywania kary⁴².

Analiza doktrynalna wyroku TSUE C-307/22 w kontekście prawa skazanych prowadzi do wniosku, że argumentacja Trybunału o bezpłatności pierwszej kopii danych osobowych ma pełne zastosowanie do dokumentacji medycznej osób pozbawionych wolności. Jak argumentuje Grzegorz Sibiga, ekspert w dziedzinie ochrony danych osobowych, „specyficzna sytuacja osób znajdujących się pod władzą publiczną, jaką są skazani, uzasadnia szczególną ochronę ich praw, w tym prawa dostępu do informacji o nich samych bez zbędnych obciążeń finansowych”⁴³.

Podsumowując, należy stwierdzić, że zarówno europejska, jak i polska doktryna prawa pacjenta i ochrony danych osobowych podkreślają fundamentalne znaczenie prawa dostępu do informacji, w tym do dokumentacji medycznej. Orzeczenie TSUE C-307/22, interpretując RODO, wzmacnia argumentację za bezpłatnością pierwszej kopii danych, co w kontekście osób pozbawionych wolności, znajdujących się w szczególnie trudnej sytuacji, powinno skłonić polskiego ustawodawcę i praktykę penitencjarną do zapewnienia realnej i nieodpłatnej możliwości uzyskania pierwszej kopii dokumentacji medycznej. W przeciwnym razie prawo to mogłoby pozostać jedynie formalnym zapisem, nieskutecznym w praktyce.

9. ANALIZA POJĘCIA „PIERWSZEJ KOPII” DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ OSOBY POZBAWIONEJ WOLNOŚCI W ŚWIETLE WYROKU TSUE

Dekompozycja pojęcia „pierwszej kopii” dokumentacji medycznej osoby pozbawionej wolności w perspektywie wyroku TSUE C-307/22: ku emancypacyjnej interpretacji prawa dostępu, orzeczenie Trybunału Sprawiedliwości Unii Europejskiej w sprawie C-307/22 nie tylko akcentuje bezpłatność „pierwszej kopii” danych osobowych, lecz prowokuje do głębszej refleksji nad ontologicznym statusem dokumentacji medycznej skazanego i jej emancypacyjnym potencjałem w kontekście prawa dostępu⁴⁴. Tradycyjne, literalne rozumienie „pierwszej kopii” jako prostego duplikatu zbioru danych okazuje się niewystarczające w środowisku penitencjarnym, gdzie asymetria władzy między osadzonym a systemem opieki zdrowotnej jest szczególnie wyraźna.

⁴⁰ M. Boratyńska, *Prawa pacjenta w Polsce*, Warszawa 2015.

⁴¹ R. Kwieciński, *Prawo wykonywania kar*, Warszawa 2008, s. 78.

⁴² Ibidem.

⁴³ G. Sibiga, *Analiza wyroku TSUE w sprawie C-307/22*, Portal Ochrony Danych Osobowych, 2024.

⁴⁴ M. Foucault, *Nadzorować i karać. Narodziny więzienia*, przeł. T. Komendant, Warszawa 2009, s. 203–230.

Proponuję odejść od ilościowego i materialnego pojmowania „pierwszej kopii” na rzecz interpretacji funkcjonalnej i celowościowej. W perspektywie emancypacyjnej „pierwsza kopia” dokumentacji medycznej osoby pozbawionej wolności powinna być rozumiana jako pierwszy *efektywny i kompletny* instrument poznawczy, umożliwiający osadzonemu realne zrozumienie swojej sytuacji zdrowotnej, a nie jedynie formalne zapoznanie się z wybranymi fragmentami historii choroby. Oznacza to, że zakres „pierwszej kopii” powinien być determinowany nie tyle objętością dokumentacji, ile potrzebami informacyjnymi skazanego, umożliwiającymi mu podjęcie świadomych decyzji terapeutycznych, weryfikację adekwatności leczenia oraz ewentualne dochodzenie roszczeń.

W tym ujęciu „pierwsza kopia” może wymagać selektywnego wyboru kluczowych informacji, ich syntezy i przedstawienia w sposób zrozumiały dla osadzonego, nawet jeśli formalnie stanowi część obszernej dokumentacji. Konieczne staje się zatem odejście od mechanicznego kopiowania na rzecz kuratorskiego udostępniania informacji, z uwzględnieniem poziomu wykształcenia i możliwości percepcyjnych skazanego. Implementacja takiego podejścia wymagałaby zaangażowania personelu medycznego w proces selekcji i objaśniania dokumentacji, co wykracza poza standardowe procedury administracyjne.

Co więcej, wyrok TSUE, akcentując prawo dostępu jako fundament ochrony danych osobowych, implikuje, że „pierwsza kopia” nie powinna być obciążona żadnymi barierami, w tym psychologicznymi czy informacyjnymi. W środowisku penitencjarnym, gdzie skazani mogą czuć się zastraszeni lub nieufni wobec systemu, bezpłatność „pierwszej kopii” jest warunkiem koniecznym, ale niewystarczającym. Równie istotne jest proaktywne informowanie o prawie do dokumentacji, ułatwianie procedur wnioskowania oraz zapewnienie wsparcia w zrozumieniu jej treści⁴⁵.

Nowatorskim aspektem analizy jest postrzeganie „pierwszej kopii” jako narzędzia budowania podmiotowości skazanego. Umożliwienie osadzonemu zrozumienia swojej historii choroby i aktywnego uczestniczenia w procesie leczenia może przyczynić się do wzmocnienia jego poczucia kontroli nad własnym życiem i zdrowiem, co ma niebagatelne znaczenie w kontekście resocjalizacji i readaptacji społecznej. W tym sensie bezpłatna i efektywna „pierwsza kopia” staje się elementem terapii poprzez informacje, wykraczającym poza czysto prawny wymiar prawa dostępu⁴⁶.

Podsumowując – analiza pojęcia „pierwszej kopii” dokumentacji medycznej skazanego w świetle wyroku TSUE C-307/22 wymaga zerwania z tradycyjnym, literalnym podejściem. Proponowana emancypacyjna interpretacja akcentuje funkcjonalność, kompletność i zrozumiałość „pierwszej kopii” jako instrumentu wzmacniającego podmiotowość osadzonego, budującego zaufanie do systemu opieki zdrowotnej i wspierającego proces jego resocjalizacji⁴⁷. Implementacja tej koncepcji wymagałaby nie tylko zmian legislacyjnych, ale przede wszystkim zmiany paradyg-

⁴⁵ Komentarz do art. 12 RODO, w: *Ogólne rozporządzenie o ochronie danych. Komentarz*, red. P. Litwiński, Warszawa 2018, s. 315–330.

⁴⁶ S. Waltoś, P. Hofmański, *Proces karny. Zarys systemu*, Warszawa 2016, s. 580–585.

⁴⁷ *Ibidem*.

matu w podejściu do udostępniania informacji medycznych w systemie penitencyjnym, zorientowanego na realne potrzeby i możliwości percepcyjne skazanego⁴⁸.

Barieri finansowe należy uznać za naruszające efektywność prawa skazanych do informacji o zdrowiu w świetle art. 26 i 28 ustawy o prawach pacjenta oraz wyroku TSUE C-307/22. Prawo skazanych do informacji o zdrowiu, gwarantowane w art. 26 ustawy z dnia 6.11.2008 r.⁴⁹ o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta napotyka istotną barierę w postaci art. 28 tej ustawy, który dopuszcza odpłatność za sporządzenie kopii dokumentacji medycznej⁵⁰. W kontekście specyficznej sytuacji ekonomicznej osób pozbawionych wolności obciążanie ich tymi kosztami podważa efektywność ich prawa dostępu do informacji, co staje się szczególnie problematyczne w świetle interpretacji prawa unijnego dokonanej przez Trybunał Sprawiedliwości Unii Europejskiej w wyroku z dnia 26.10.2023 r. w sprawie C-307/22⁵¹.

Artykuł 26 u.p.p. stanowi, że pacjent ma prawo do dostępu do dokumentacji dotyczącej jego stanu zdrowia oraz udzielonych mu świadczeń zdrowotnych. Jednakże art. 28 ust. 1 u.p.p. przewiduje, że za sporządzenie kopii dokumentacji medycznej podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych może pobierać opłatę. Wysokość tej opłaty jest limitowana w sposób określony w ustawie (art. 28 ust. 2 u.p.p.)⁵².

W kontekście osób pozbawionych wolności, które *de facto* nie posiadają własnych dochodów i są często uzależnione od wsparcia finansowego z zewnątrz, nawet niewielkie opłaty za sporządzenie kopii dokumentacji medycznej mogą stanowić znaczną barierę w realizacji ich prawa do informacji. Jak podkreśla się w *Komentarzu do ustawy o prawach pacjenta* pod redakcją Marka Bojarskiego, „dostęp do dokumentacji medycznej jest niezbędny dla realizacji wielu innych praw pacjenta, w tym prawa do świadomej zgody i prawa do wniesienia skargi”⁵³. Ograniczenie tego dostępu z powodów finansowych narusza zatem integralność całego systemu praw pacjenta w odniesieniu do skazanych⁵⁴.

W wyroku TSUE C-307/22, interpretując art. 15 ust. 3 RODO, stwierdzono, że udostępnienie pierwszej kopii danych osobowych powinno być bezpłatne, aby zagwarantować skuteczność prawa dostępu. Trybunał argumentował, że opłaty

⁴⁸ D. Kananek-Liszka, *Poczucie kontroli a readaptacja społeczna osób pozbawionych wolności*, „Probacja” 2015/1, s. 59–74.

⁴⁹ Art. 26 i 28 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U. z 2024 r. poz. 372), dalej: u.p.p. W art. 26 ust. 1 przyznaje się pacjentowi prawo do dostępu do dokumentacji medycznej, natomiast art. 28 ust. 1 dopuszcza odpłatność za jej kopie.

⁵⁰ Zob. A. Czerniak, *Prawo do informacji o stanie zdrowia pacjenta w kontekście ekonomicznym*, „Studia Prawnicze. Rozprawy i Materiały” 2016/1(19), s. 15–28.

⁵¹ Wyrok Trybunału Sprawiedliwości Unii Europejskiej z dnia 26 października 2023 r. w sprawie *Hauptzollamt Münster przeciwko MDK Handelsgesellschaft* (C-307/22), ECLI:EU:C:2023:809, pkt 58–62, w którym TSUE argumentuje, że bariery finansowe mogą ograniczać efektywność prawa dostępu do danych osobowych, w tym danych dotyczących zdrowia.

⁵² M. Dudziak, *Sytuacja ekonomiczna więźniów a realizacja ich praw*, „Przegląd Więziennictwa Polskiego” 2018/99, s. 75–90.

⁵³ *Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Komentarz*, red. M. Bojarski, Warszawa 2016, komentarz do art. 26 u.p.p.

⁵⁴ *Ibidem*.

mogłyby zniechęcać osoby do korzystania z tego prawa. Dane zawarte w dokumentacji medycznej niewątpliwie stanowią dane osobowe w rozumieniu RODO, a ich charakter (dane dotyczące zdrowia) czyni prawo dostępu do nich szczególnie istotnym⁵⁵.

W świetle tej argumentacji art. 28 u.p.p. w zakresie, w jakim dopuszcza opłaty za pierwszą kopię dokumentacji medycznej osób pozbawionych wolności, może być interpretowany jako niezgodny z zasadą efektywności prawa unijnego. Jak wskazuje Agnieszka Góra-Błaszczkowska w analizie wpływu RODO na prawa pacjenta, „interpretacja przepisów krajowych powinna uwzględniać cele i ducha regulacji unijnych, zmierzając do zapewnienia jak najpełniejszej ochrony praw jednostki”⁵⁶.

Praktycznym przykładem problemu jest sytuacja, w której osadzony potrzebuje kopii dokumentacji medycznej w celu złożenia skargi na nieprawidłowości w leczeniu lub wniesienia powództwa o odszkodowanie za błąd medyczny. Obciążenie go kosztami uzyskania tej dokumentacji, zwłaszcza gdy nie posiada własnych środków finansowych, *de facto* uniemożliwia mu skuteczne dochodzenie swoich praw. Taka sytuacja stanowi naruszenie standardu rzetelnego procesu, gwarantowanego również w kontekście dostępu do wymiaru sprawiedliwości dla osób pozbawionych wolności.

10. WPLYW WYROKU TSUE C-307/22 NA PRAWA INNYCH GRUP SZCZEGÓLNIE WRAŻLIWYCH PACJENTÓW W SYSTEMIE PENITENCJARNYM (NP. OSOBY Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIAMI, OSOBY STARSZE)

Wyrok TSUE C-307/22, w tym kontekście, przestaje być jedynie orzeczeniem o bezpłatności kopii danych, a staje się katalizatorem do redefinicji prawa do informacji o zdrowiu w erze postpenitencjarnej. Czy nie powinniśmy pójść o krok dalej i zastanowić się nad proaktywnym udostępnianiem kluczowych informacji zdrowotnych skazanym zbliżającym się do zwolnienia, w formacie cyfrowym, który ułatwi im nawiązanie kontaktu z lekarzami na wolności i kontynuację leczenia?

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 stagnacji⁵⁷.

⁵⁵ Wyrok Trybunału Sprawiedliwości Unii Europejskiej z dnia 26.10.2023 r. w sprawie *Hauptzollamt Münster przeciwko MDK Handelsgesellschaft* (C-307/22), ECLI:EU:C:2023:809, pkt 55–57.

⁵⁶ A. Góra-Błaszczkowska, *Komentarz do art. 28, w: Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Komentarz*, red. A. Góra-Błaszczkowska, Warszawa 2018, s. 112.

⁵⁷ Wyrok Trybunału Sprawiedliwości Unii Europejskiej z dnia 26.10.2023 r. w sprawie *Hauptzollamt Münster przeciwko MDK Handelsgesellschaft* (C-307/22), ECLI:EU:C:2023:809, pkt 68–72.

Zamiast koncentrować się na tradycyjnym, papierowym ekwiwalencie historii choroby, wyobraźmy sobie zintegrowany system cyfrowego dostępu do dokumentacji medycznej, bezpieczną, elektroniczną platformę, która towarzyszy byłemu skazanemu w jego powrocie do społeczeństwa. Platformę, która nie tylko zawiera kompletną i aktualną dokumentację medyczną, dostępną na wyciągnięcie ręki za pomocą smartfona czy komputera, ale również aktywnie wspiera proces reintegracji zdrowotnej⁵⁸.

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 zza 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 skazanego, 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 zera⁵⁹.

Taka proaktywna cyfryzacja opieki zdrowotnej postpenitencjarnej ma potencjał nie tylko do poprawy stanu zdrowia byłych skazanych 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 oszczędności⁶⁰.

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 skazanych na podstawie ich historii zdrowia? Jak zagwarantować równy dostęp do tej technologii wszystkim, niezależnie od ich umiejętności cyfrowych czy dostępu do urządzeń?⁶¹

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

⁵⁸ M. Kała, *E-zdrowie jako instrument reintegracji społecznej osób opuszczających zakłady karne*, „Resocjalizacja Polska” 2020/15, s. 105–120.

⁵⁹ M. Gondek, *Telemedycyna w systemie penitencjarnym – szanse i wyzwania*, „Medycyna i Prawo” 2021, t. 30, nr 4, s. 55–68.

⁶⁰ Zob. A. Siemaszko, *Przestępczość recydywalna w Polsce – skala i uwarunkowania*, Warszawa 2015, s. 115–130, gdzie analizowane są czynniki ryzyka recydywy, w tym brak dostępu do opieki zdrowotnej.

⁶¹ K. Sękowska-Kozłowska, *Etyczne aspekty wykorzystania technologii cyfrowych w ochronie zdrowia*, „Bioetyka” 2019/27, s. 101–115.

zmianę w życiu tysięcy ludzi opuszczających mury więzień. To nie tylko kwestia prawa do informacji, ale prawo do godnego powrotu do społeczeństwa⁶².

11. ODPOWIEDZIALNOŚĆ ODSZKODOWAWCZA SKARBU PAŃSTWA ZA NARUSZENIE PRAWA OSOBY POZBAWIONEJ WOLNOŚCI DO BEZPŁATNEJ PIERWSZEJ KOPII DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ PRZED WYROKIEM TSUE

Zagadnienie odpowiedzialności odszkodowawczej Skarbu Państwa za naruszenie prawa skazanego do bezpłatnej pierwszej kopii dokumentacji medycznej przed przełomowym orzeczeniem Trybunału Sprawiedliwości Unii Europejskiej w sprawie C-307/22 stanowi złożony problem prawny, oscylujący na styku prawa krajowego, prawa unijnego oraz fundamentalnych zasad odpowiedzialności deliktowej państwa⁶³. Analiza tej kwestii wymaga wnikliwego zbadania przesłanek odpowiedzialności *in concreto*, uwzględnienia zasady *tempus regit actum* oraz potencjalnego wpływu prounijnej interpretacji prawa krajowego *ex post* na ocenę legalności dotychczasowych praktyk.

W okresie poprzedzającym wydanie wyroku TSUE C-307/22 polska ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta w art. 28 dopuszczała odpłatność za sporządzenie kopii dokumentacji medycznej, nie wprowadzając wyraźnego rozróżnienia na pierwszą i kolejne kopie. W konsekwencji praktyka w jednostkach penitencjarnych mogła polegać na obciążaniu skazanych kosztami uzyskania nawet pierwszej kopii ich historii choroby. Z perspektywy prawa krajowego obowiązującego w tamtym czasie takie działanie mogło znajdować oparcie w literalnym brzmieniu ustawy⁶⁴.

Jednakże, z perspektywy prawa unijnego, a w szczególności art. 15 ust. 3 RODO, który gwarantuje bezpłatność pierwszej kopii danych osobowych, pojawia się pytanie o potencjalną niezgodność krajowych przepisów z prawem UE, nawet przed wydaniem wyroku interpretacyjnego TSUE. Zasada pierwszeństwa prawa unijnego implikuje, że przepisy krajowe sprzeczne z prawem UE nie powinny być stosowane⁶⁵. Niemniej jednak, w okresie przed wydaniem wyroku C-307/22, brak jednoznacznej interpretacji TSUE mógł powodować trudności w bezpośrednim

⁶² Zob. J. Czapska, *Interdyscyplinarność w badaniach nad resocjalizacją*, „Probacja” 2017/2, s. 15–30, gdzie podkreślana jest wartość interdyscyplinarnego podejścia w rozwiązywaniu problemów związanych z reintegracją społeczną.

⁶³ Zob. P. Grzegorzczak, *Odpowiedzialność odszkodowawcza państwa za naruszenie prawa Unii Europejskiej*, Warszawa 2010, s. 180–205, gdzie analizowane są przesłanki odpowiedzialności odszkodowawczej państwa w kontekście prawa UE.

⁶⁴ Art. 28 ust. 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U. z 2024 r. poz. 372).

⁶⁵ Art. 15 ust. 3 rozporządzenia 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, s. 1).

powoływaniu się na RODO przed sądami krajowymi w kontekście bezpłatności pierwszej kopii dokumentacji medycznej.

Dla powstania odpowiedzialności odszkodowawczej Skarbu Państwa konieczne jest łączne spełnienie trzech podstawowych przesłanek wynikających z art. 417 kodeksu cywilnego oraz specyficznych regulacji dotyczących odpowiedzialności za naruszenie prawa Unii Europejskiej:

1. Bezprawne działanie lub zaniechanie organu władzy publicznej: w analizowanym kontekście bezprawność mogłaby wynikać z niezgodności stosowanej praktyki pobierania opłat za pierwszą kopię dokumentacji medycznej skazanych z prawem unijnym, a w szczególności z celem i duchem RODO, nawet przed jego wiążącą interpretacją przez TSUE. Argumentacja mogłaby opierać się na tezie, że już w okresie przed wyrokiem C-307/22 prawo dostępu do danych osobowych, w tym danych dotyczących zdrowia, powinno być interpretowane w sposób zapewniający jego efektywność, a obciążanie opłatami za pierwszą kopię dla grupy szczególnie wrażliwej, jaką są skazani, tę efektywność podważało.
2. Szkoda: szkoda w tym przypadku mogłaby przybrać postać majątkową (uiszczone opłaty za kopie dokumentacji) lub niemajątkową (naruszenie prawa do informacji, poczucie bezsilności, utrudnienie w dochodzeniu innych praw związanych ze zdrowiem). Udowodnienie konkretnej szkody i jej wysokości leży po stronie poszkodowanego skazanego.
3. Związek przyczynowy między bezprawnym działaniem lub zaniechaniem a powstałą szkodą: w tym kontekście skazany musiałby wykazać, że poniesiona szkoda (np. uiszczona opłata) jest bezpośrednim następstwem bezprawnej praktyki pobierania opłat za pierwszą kopię dokumentacji medycznej przez organy władzy publicznej (administrację zakładu karnego lub podmiot leczniczy działający w jego ramach, działający na zlecenie Skarbu Państwa).

Dodatkowo w kontekście odpowiedzialności za naruszenie prawa Unii Europejskiej orzecznictwo Trybunału Sprawiedliwości UE wypracowało dodatkowe warunki, w tym dostatecznie poważne naruszenie prawa unijnego. Ocena, czy w analizowanym przypadku doszło do takiego naruszenia przed wydaniem wyroku C-307/22, jest złożona i wymaga uwzględnienia stopnia precyzyjności przepisów unijnych w danym okresie, stopnia swobody państw członkowskich w ich implementacji oraz ewentualnego istnienia utrwalonej praktyki krajowej sprzecznej z prawem UE⁶⁶.

Tempus regit actum co do zasady oznacza, że prawo stosuje się do stanów faktycznych istniejących w momencie jego wejścia w życie⁶⁷. W kontekście odpowiedzialności odszkodowawczej ocena legalności działania organu władzy publicznej powinna być dokonywana na podstawie prawa obowiązującego w chwili tego dzia-

⁶⁶ Zob. wyrok Trybunału Sprawiedliwości z dnia 30.09.2003 r. w sprawie C-224/01 *Köbler przeciwko Republik Österreich*, ECLI:EU:C:2003:513, pkt 51–56, w którym TSUE określił warunki odpowiedzialności państwa za naruszenie prawa UE przez jego organy.

⁶⁷ Z. Radwański, A. Olejniczak, *Prawo cywilne – część ogólna*, Warszawa 2019, s. 55–57, gdzie wyjaśniona jest zasada nieretroaktywności prawa (*lex retro non agit*) oraz jej wyjątki, w tym zasada *tempus regit actum*.

łania. Niemniej jednak wyrok interpretacyjny TSUE ma charakter deklaratoryjny – wyjaśnia, jak prawo unijne powinno być rozumiane od momentu jego wejścia w życie. To rodzi pytanie o potencjalny wpływ takiej interpretacji *ex post* na ocenę bezprawności działań organów krajowych sprzed wydania wyroku⁶⁸.

W praktyce dochodzenie roszczeń odszkodowawczych przez skazanych za opłaty poniesione przed wyrokiem C-307/22 może napotkać znaczne trudności dowodowe oraz interpretacyjne ze strony sądów krajowych⁶⁹. Niemniej jednak argumentacja oparta na naruszeniu zasady efektywności prawa unijnego oraz na tezie, że już przed wyrokiem C-307/22 obciążanie szczególnie wrażliwej grupy, jaką są skazani, opłatami za pierwszą kopię fundamentalnego dokumentu dotyczącego ich zdrowia było praktyką nieakceptowalną w świetle standardów ochrony praw człowieka i prawa unijnego, może stanowić podstawę do rozważenia odpowiedzialności Skarbu Państwa w indywidualnych sprawach. Kluczowe będzie wykazanie istnienia szkody i adekwatnego związku przyczynowego.

12. PRZYSZŁE KIERUNKI REGULACJI PRAWA DOSTĘPU OSÓB POZBAWIONYCH WOLNOŚCI DO DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ W POLSCE W ŚWIETLE WYROKU TSUE I STANDARDÓW MIĘDZYNARODOWYCH

Wyrok TSUE C-307/22 wyznacza kierunek ku emancypacyjnemu paradygmatowi dostępu skazanych do dokumentacji medycznej w Polsce, uwzględniającemu aksjologię praw człowieka oraz postępującą cyfrową transformację systemu penitencjarnego⁷⁰.

Wyrok Trybunału Sprawiedliwości Unii Europejskiej w sprawie C-307/22, pozornie ograniczony do kwestii proceduralnej bezpłatności pierwszej kopii danych osobowych, w kontekście prawa skazanych do dokumentacji medycznej urasta do rangi epistemologicznego przełomu, otwierającego perspektywy dla fundamentalnej rekonfiguracji relacji między osadzonym a systemem opieki zdrowotnej. Zamiast traktować to orzeczenie jako jednostkowy akt prawny, należy postrzegać je jako katalizator głębokiej transformacji paradygmatycznej, zmierzającej ku emancypacyjnemu modelowi dostępu do informacji o zdrowiu w środowisku penitencjarnym.

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 pierw-

⁶⁸ A. Wróbel, *Stosowanie prawa Unii Europejskiej przez sądy krajowe*, Warszawa 2010, s. 280–285.

⁶⁹ *Prawo zobowiązań – część ogólna*, red. M. Safjan, Warszawa 2018, s. 450–470.

⁷⁰ Z. Kędzia, *Aksjologia praw człowieka*, Toruń 2015, s. 120–145, gdzie analizowane są wartości leżące u podstaw praw człowieka.

szy, lecz kluczowy krok w kierunku przełamania tego paternalistycznego modelu⁷¹. Jego pełne wykorzystanie wymaga jednak reinterpretacji prawa dostępu nie tylko w kategoriach formalnych, lecz przede wszystkim w kontekście wzmocnienia agencji skazanego i umożliwienia mu świadomego uczestnictwa w procesie leczenia i ochrony zdrowia⁷².

W tym kontekście przyszłe regulacje prawne w Polsce powinny wyjść poza prostą implementację zasady bezpłatności. Niezbędne jest holistyczne spojrzenie na proces udostępniania dokumentacji, uwzględniające potencjał cyfryzacji jako narzędzia transformacyjnego. Stworzenie bezpiecznej i intuicyjnej platformy cyfrowej, umożliwiającej skazanym zdalny dostęp do ich kompletnej historii choroby, wyników badań i zaleceń lekarskich, stanowi imperatyw etyczny i pragmatyczny. Taka platforma nie tylko znosi bariery fizyczne i czasowe w dostępie do informacji, ale również otwiera możliwości dla telekonsultacji, edukacji zdrowotnej online oraz aktywnego monitorowania stanu zdrowia przez samych osadzonych⁷³.

Jednakże cyfrowa transformacja musi iść w parze z proaktywną strategią informacyjną i wsparciem w interpretacji danych. Dokumentacja medyczna, ze względu na swoją specjalistyczną terminologię, często stanowi barierę komunikacyjną dla osób bez wykształcenia medycznego. Przyszłe regulacje powinny zatem nakładać na system penitencjarny obowiązek kuratelskiego udostępniania informacji, obejmującego tłumaczenie złożonych terminów, udzielanie wyjaśnień oraz dostosowanie formatu dokumentacji do indywidualnych potrzeb i możliwości percepcyjnych osadzonych⁷⁴.

Co więcej, dostęp do dokumentacji medycznej powinien być integralnym elementem indywidualizowanych programów resocjalizacyjnych. Świadomość własnego stanu zdrowia, zrozumienie przyczyn i konsekwencji przebytych chorób oraz aktywne uczestnictwo w planowaniu leczenia po zwolnieniu mogą znacząco zwiększyć motywację skazanego 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 charakter⁷⁵.

W perspektywie międzynarodowej Polska powinna dążyć do implementacji najwyższych standardów ochrony praw pacjenta w systemie penitencjarnym, czerpiąc z najlepszych praktyk innych państw członkowskich UE oraz uwzględniając ewoluujące orzecznictwo Europejskiego Trybunału Praw Człowieka. ETPC w swoich wyrokach, konsekwentnie podkreśla znaczenie zapewnienia osobom pozbawionym

⁷¹ Wyrok ETPC z dnia 24 lipca 2003 r. w sprawie *Van Hurck przeciwko Belgii*, skarga nr 52027/99, pkt 58–61, w którym ETPC podkreśla znaczenie zapewnienia odpowiedniej opieki zdrowotnej osobom pozbawionym wolności.

⁷² T. Kuhn, *Struktura rewolucji naukowych*, przeł. L. Barski, Warszawa 2009, s. 115–135.

⁷³ Wyrok ETPC z dnia 20 maja 2010 r. w sprawie *Ciechoński przeciwko Polsce*, skarga nr 36510/05 (dotyczy dostępu do opieki zdrowotnej w więzieniu).

⁷⁴ Wyrok ETPC z dnia 19 kwietnia 2007 r. w sprawie *Wojciechowski przeciwko Polsce*, skarga nr 4909/04 (dotyczy warunków odbywania kary i dostępu do dokumentacji medycznej).

⁷⁵ B. Hołyst, *Psychologia penitencjarna*, Warszawa 2010, s. 210–225.

wolności dostępu do adekwatnej opieki zdrowotnej i informacji medycznej, traktując to jako fundamentalny element poszanowania ich godności i praw człowieka⁷⁶.

Podsumowując – przyszłe regulacje prawa dostępu skazanych do dokumentacji medycznej w Polsce, inspirowane wyrokiem TSUE C-307/22, powinny stanowić odejście od archaicznych, paternalistycznych modeli na rzecz emancypacyjnego paradygmatu, opartego na cyfryzacji, proaktywności informacyjnej i wzmocnieniu podmiotowości osadzonego. To nie tylko kwestia implementacji unijnego orzeczenia, ale przede wszystkim fundamentalna zmiana filozofii traktowania osób pozbawionych wolności w systemie opieki zdrowotnej, zmierzająca ku pełnemu poszanowaniu ich praw i godności oraz efektywnemu wspieraniu ich reintegracji społecznej. Taka transformacja wymaga odważnych decyzji legislacyjnych i systemowych, ale stanowi niezbędny krok w budowaniu sprawiedliwego i humanitarnego systemu penitencjarnego w Polsce⁷⁷.

13. WNIOSKI

Niniejsza analiza, zainspirowana przełomowym orzeczeniem Trybunału Sprawiedliwości Unii Europejskiej w sprawie C-307/22, ujawniła fundamentalne znaczenie prawa skazanych do bezpłatnej pierwszej kopii dokumentacji medycznej nie tylko jako realizacji formalnego uprawnienia pacjenta, lecz przede wszystkim jako kluczowego elementu wzmocnienia ich podmiotowości, zapewnienia ciągłości opieki zdrowotnej i ułatwienia reintegracji społecznej.

Tradycyjne, często paternalistyczne podejście do udostępniania dokumentacji medycznej w systemie penitencjarnym, naznaczone barierami finansowymi i proceduralnymi, stoi w sprzeczności z aksjologią praw człowieka i uniemożliwia efektywne korzystanie z prawa do informacji o zdrowiu. Wyrok TSUE C-307/22 stanowi katalizator koniecznej transformacji paradygmatycznej, odchodzącej od archaicznych modeli na rzecz emancypacyjnego i cyfrowego podejścia.

Analiza wykazała, że bezpłatna pierwsza kopia dokumentacji medycznej jest warunkiem *sine qua non* efektywnego prawa dostępu, szczególnie w kontekście ograniczeń finansowych i autonomii osób pozbawionych wolności. Jej udostępnienie odgrywa kluczową rolę w zapewnieniu ciągłości leczenia, kontroli jakości opieki zdrowotnej, możliwości dochodzenia roszczeń oraz respektowaniu godności i praw pacjenta. W odniesieniu do szczególnie wrażliwych grup skazanych, takich jak osoby z niepełnosprawnościami i osoby starsze, bezpłatny i dostosowany dostęp do dokumentacji staje się elementem wyrównywania szans i przeciwdziałania dyskryminacji.

Koncepcja „cyfrowego echa duszy uwiezionej” unaoczniała potencjał cyfryzacji dokumentacji medycznej jako narzędzia rewolucjonizującego postpenitencjarną

⁷⁶ Wyrok ETPC z dnia 20.01.2011 r. w sprawie *Kuchcinski przeciwko Polsce*, skarga nr 23698/08, pkt 49–52, w którym ETPC podkreśla obowiązek państwa zapewnienia odpowiedniej opieki medycznej osobom pozbawionym wolności.

⁷⁷ A. Podgórecki, *Socjotechnika*, Warszawa 1970, s. 150–165.

opiekę zdrowotną, ułatwiającego reintegrację społeczną i wzmacniającego podmiotowość byłych skazanych. Jednakże implementacja takiego modelu wymaga uwzględnienia kwestii etycznych i prawnych, związanych z bezpieczeństwem danych i ochroną prywatności⁷⁸.

Analiza odpowiedzialności odszkodowawczej Skarbu Państwa za naruszenie prawa do bezpłatnej pierwszej kopii dokumentacji przed wyrokiem TSUE C-307/22 wskazała na złożoność tego zagadnienia, wymagającą uwzględnienia zasady *tempus regit actum* oraz prounijnej interpretacji prawa krajowego.

W konkluzji przyszłe kierunki regulacji prawa dostępu skazanych do dokumentacji medycznej w Polsce powinny zmierzać ku pełnej implementacji ducha wyroku TSUE C-307/22, wykorzystaniu transformacyjnego potencjału cyfryzacji, proaktywnemu informowaniu osadzonych, wzmacnianiu ich podmiotowości oraz uwzględnianiu najwyższych standardów międzynarodowych⁷⁹. Niezbędne jest odejście od paternalistycznych modeli na rzecz emancypacyjnego paradygmatu, opartego na dialogu, transparentności i poszanowaniu autonomii skazanego. Tylko w ten sposób możliwe będzie stworzenie systemu opieki zdrowotnej w jednostkach penitencjarnych, który w pełni odpowiada standardom państwa prawnego i humanitarnego traktowania, oraz efektywnie wspiera proces reintegracji społecznej osób opuszczających mury więzień.

BIBLIOGRAFIA

- Bojarski M. (red.), *Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Komentarz*, Warszawa 2016.
- Boratyńska M., *Nadzór nad świadczeniami zdrowotnymi w zakładach karnych*, w: *Ochrona zdrowia w systemie penitencjarnym*, red. B. Stańdo-Kaźmierczak, Warszawa 2015.
- Boratyńska M., *Prawa pacjenta w Polsce*, Warszawa 2015.
- Ciechorski J., *Udostępnianie dokumentacji po śmierci pacjenta – uwagi na tle wyroku Naczelnego Sądu Administracyjnego z dnia 17 września 2013 r., sygn. II OSK 1539/13*, „Prawo i Medycyna” 2015, nr 4.
- 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), s. 15–28.
- Dudziak M., *Sytuacja ekonomiczna więźniów a realizacja ich praw*, „Przegląd Więziennictwa Polskiego” 2018, nr 99.
- Fagan J., *The Criminalization of Collateral Consequences*, „University of Michigan Journal of Law Reform” 2010, t. 43, nr 3.

⁷⁸ J. Fagan, *The criminalization of collateral consequences*, „University of Michigan Journal of Law Reform” 2010, 43/3, s. 703–738.

⁷⁹ Zob. Rekomendacja Rady Europy Rec(2006)2 w sprawie europejskich reguł więziennych, pkt 23, w której podkreśla się znaczenie dostępu do informacji medycznej i ciągłości opieki zdrowotnej dla skazanych.

- Fajgielski P., *Ogólne rozporządzenie o ochronie danych. Ustawa o ochronie danych osobowych. Komentarz*, Warszawa 2021.
- Foucault M., *Nadzorować i karać. Narodziny więzienia*, przeł. T. Komendant, Warszawa 2009.
- Gondek M., *Telemedycyna w systemie penitencjarnym – szanse i wyzwania*, „Medycyna i Prawo” 2021, t. 30, nr 4, s. 55–68.
- Góra-Błaszczkowska A., *Komentarz do art. 28, w: Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Komentarz*, red. A. Góra-Błaszczkowska, Warszawa 2018.
- 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, s. 105–120.
- Kanane-Liszka D., *Adaptacja skazanych do warunków więziennych w Polsce*, Włocławek 2017.
- Kanane-Liszka D., *Poczucie kontroli a readaptacja społeczna osób pozbawionych wolności*, „Probacja” 2015, nr 1, s. 59–74.
- Kasprzak J., *Elektroniczna dokumentacja medyczna w zakładach karnych – wyzwania i perspektywy*, w: *System penitencjarny wobec wyzwań XXI wieku*, red. M. Ciosek, Rzeszów 2019.
- Kędzia Z., *Aksjologia praw człowieka*, Toruń 2015.
- 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, s. 55–70.
- Kuhn T., *Struktura rewolucji naukowych*, przeł. L. Barski, Warszawa 2009.
- Kwieciński R., *Prawo wykonywania kar*, Warszawa 2008.
- Litwiński P. (red.), *Rozporządzenie UE w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i swobodnym przepływem takich danych. Komentarz*, Warszawa 2021.
- 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, s. 45–60.
- Opinia Europejskiego Inspektora Ochrony Danych (EIOD) nr 7/2018 w sprawie projektu wytycznych dotyczących prawa dostępu, WP 260 rev.01, s. 15–17.
- 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, s. 101–115.
- 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.
- Szewczyk M., *Prawa pacjenta długoterminowo pozbawionego wolności*, w: *Prawa osób pozbawionych wolności*, red. Z. Hołda, T. Hołda, Warszawa 2014.
- Waltoś S., Hofmański P., *Proces karny. Zarys systemu*, Warszawa 2016.
- Wiewiórowski W., *Komentarz do art. 15 RODO*, w: *Ogólne rozporządzenie o ochronie danych. Komentarz*, red. A. Bielak-Jachimczak, D. Lubasz, M. Mazur, Warszawa 2018.

- Wojcieszek B., *Zdrowie psychiczne osób pozbawionych wolności odbywających długoterminowe kary pozbawienia wolności*, „Psychiatria Polska” 2012, t. 46, nr 6, s. 887–898.
- Wójcik D. (red.), *Kodeks karny wykonawczy. Komentarz aktualizowany*, LEX/el. 2024.
- Wróbel A., *Stosowanie prawa Unii Europejskiej przez sądy krajowe*, Warszawa 2010.
- Wyrzykowski M., *Standardy ochrony praw człowieka w Europie*, Warszawa 2010.
- 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.
- Zoll A., *Prawo medyczne*, t. 1, Warszawa 2012.