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

Paulina Dawidowicz

Prawo więźnia do bezpłatnej kopii dokumentacji medycznej – analiza wyroku TSUE z dnia 26.10.2023 r. (C-307/22)

Abstrakt

Celem niniejszego artykułu jest dogłębna analiza wyroku Trybunału Sprawiedliwości Unii Europejskiej z dnia 26.10.2023 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 wyniknąć 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.

I. 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 ustępując 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 26.10.2023 r.

 DOI: 10.54383/0031-0344.2026.03.7

w sprawie C-307/22[1], 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 więźniów 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 do dokumentacji medycznej po wydaniu wyroku TSUE oraz ocena ich wpływu na system ochrony zdrowia.

II. Rola udostępnienia dokumentacji medycznej więźniom

Przekazanie kompletnej i aktualnej dokumentacji medycznej osobie pozbawionej wolności stanowi *sine qua non* 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 medycznych[2].

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 informacji[3].

1 Wyrok Trybunału Sprawiedliwości Unii Europejskiej z dnia 26.10.2023 r. w sprawie *Hauptzollamt Münster przeciwko MDK Handelsgesellschaft* (C-307/22).

2 Wyrok Europejskiego Trybunału Praw Człowieka z dnia 9.06.2011 r. w sprawie *Sławomir Musiał przeciwko Polsce*, skarga nr 28300/06.

3 Zob. ustawa z dnia 6.06.1997 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.

DOI: 10.54383/0031-0344.2026.03.7

W kontekście nadzoru nad jakością świadczeń zdrowotnych udostępnienie dokumentacji medycznej stwarza mechanizm kontrolny *ex post* dla osoby pozbawionej wolności[4]. 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 praw pacjenta lub dopuszczenia się *error in arte* dokumentacja stanowi potencjalny materiał dowodowy w postępowaniach wyjaśniających lub sądowych[5].

Z punktu widzenia odpowiedzialności prawnej za błędy medyczne, posiadanie szczegółowej dokumentacji medycznej jest *conditio sine qua non* efektywnego dochodzenia roszczeń odszkodowawczych[6]. 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 osadzonego[7].

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 leczniczym[8].

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 więźniów 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 życie[9]. Koncepcja ta odchodzi od traktowania dokumentacji medycznej jedynie jako zbioru danych o stanie zdrowia, a postrzega ją jako narzędzie umożliwiające więźniowi aktywne uczestnictwo w procesie leczenia, budowanie

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

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

6 Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 18.01.2012 r., sygn. akt III CSK 63/11, LEX nr 1130750.

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

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

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

 DOI: 10.54383/0031-0344.2026.03.7

poczucia kontroli nad własnym ciałem i przyszłością zdrowotną, co w konsekwencji może przyczynić się do pozytywnych zmian w jego tożsamości i postawach[10].

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 formalnego uprawnienia pacjenta. Dostęp do dokumentacji jest postrzegany jako aktywny element budowania kompetencji zdrowotnych więźnia[11];
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 więźnia 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 więźnia, 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.

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

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

DOI: 10.54383/0031-0344.2026.03.7

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

Jednym z kluczowych aspektów jest zapewnienie ciągłości opieki zdrowotnej w długiej perspektywie czasowej[12]. Osoby skazane na dożywocie są szczególnie narażone na rozwój przewlekłych schorzeń, pogorszenie stanu zdrowia psychicznego oraz wystąpienie problemów związanych z długotrwałą izolacją[13]. Regularny dostęp do kompletnej dokumentacji medycznej ułatwia monitorowanie ich stanu zdrowia, wczesne wykrywanie ewentualnych problemów oraz planowanie długoterminowego leczenia i opieki paliatywnej w późniejszych etapach życia[14].

Rola dokumentacji medycznej w kontekście ewentualnych postępowań o ułaskawienie lub zmianę kary również nie może być pominięta[15]. W sytuacjach, gdy stan zdrowia więźnia skazanego na dożywocie ulega znacznemu pogorszeniu, dokumentacja medyczna może stanowić istotny dowód w postępowaniu o ułaskawienie 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 więźniom skazanym na dożywocie może wiązać się z pewnymi wyzwaniami logistycznymi, zwłaszcza w kontekście archiwizacji i przechowywania dokumentów przez długi czas[16]. 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 probierzem 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

12 Ustawa z dnia 6.06.1997 r. Kodeks postępowania karnego (Dz.U. z 2024 r. poz. 37). Należy wskazać konkretny artykuł, np. art. 560.

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

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 Kodeksu postępowania karnego, który przewiduje możliwość wniesienia prośby o ułaskawienie 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.

 DOI: 10.54383/0031-0344.2026.03.7

resztek autonomii decyzyjnej w obliczu perspektywy długotrwałego cierpienia i nieuchronnego pogorszenia stanu zdrowia[17].

Rola dokumentacji medycznej w kontekście ewentualnych postępowań o ułaskawienie lub zmianę kary dla skazanych na dożywocie urasta do rangi „świadectwa człowieczeństwa". W sytuacjach granicznych[18], gdy stan zdrowia więźnia 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 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 decyzyjnymi[19].

W aspekcie praktycznym wyzwania logistyczne związane z archiwizacją i udostępnianiem dokumentacji medycznej więźniom skazanym na dożywocie, choć realne, nie mogą stanowić pretekstu do ograniczenia ich fundamentalnych praw[20]. 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.

IV. Stan prawny przed wyrokiem

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

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.

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 ułaskawienia.

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.

DOI: 10.54383/0031-0344.2026.03.7

ust. 1 pkt 2 i 5 oraz w ust. 3[21]. 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 wyjaśnienie, 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 medycznej[22]. Zgodnie z tymi przepisami pacjent ma prawo do wglądu, kopii oraz wyjaśnienia treści swoich danych medycznych[23]. 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 medycznej[24].

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 danych[25]. W praktyce pacjent może zwrócić się o udostępnienie

21 Ustawa z dnia 6.11.2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U. z 2024 r. poz. 581).

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 27.04.2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych), Dz.U. L 119 z 4.05.2016 r.

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.

 DOI: 10.54383/0031-0344.2026.03.7

dokumentacji medycznej w dowolnej formie – ustnie, pisemnie czy elektronicznie[26]. 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 życia[27]. 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 w celu dochodzenia odszkodowania lub zadośćuczynienia z tytułu śmierci pacjenta lub dla ochrony życia lub zdrowia osoby bliskiej[28].

V. Stan faktyczny

Rzecznik Praw Obywatelskich złożył skargę na bezczynność Dyrektora Szpitala Bielańskiego w Warszawie, który odmówił udostępnienia H.S. dokumentacji medycznej jej zmarłego męża R.S. Pomimo że R.S. za życia upoważnił żonę do wglądu w swoją dokumentację medyczną w jednej placówce medycznej, szpital odmówił jej dostępu do dokumentacji, argumentując, że upoważnienie to nie obowiązuje w ich placówce.

VI. Stanowisko sądów

Wojewódzki Sąd Administracyjny w Warszawie uznał, że Dyrektor Szpitala pozostawał w bezczynności, która miała miejsce z rażącym naruszeniem prawa, i zobowiązał go do udostępnienia dokumentacji medycznej H.S. Sąd podkreślił, że upoważnienie udzielone przez pacjenta za życia do wglądu w dokumentację medyczną obowiązuje również po jego śmierci, niezależnie od placówki medycznej, w której zostało złożone.

Naczelny Sąd Administracyjny częściowo podzielił stanowisko WSA, stwierdzając, że upoważnienie udzielone przez pacjenta za życia do wglądu w dokumentację medyczną obowiązuje również po jego śmierci, niezależnie od placówki medycznej, w której zostało złożone. NSA uznał jednak, że bezczynność Dyrektora Szpitala nie

26 Ustawa z dnia 6.12.2018 r. o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty 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" 2015/4, s. 71.

28 Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27.04.2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych (RODO) (Dz.U. UE L 119 z 4.05.2016 r.).

miała charakteru rażącego naruszenia prawa, ze względu na istniejące wątpliwości interpretacyjne dotyczące przepisów.

VII. Analiza wyroku TSUE

Analizując przywołany fragment orzeczenia Trybunału Sprawiedliwości Unii Europejskiej w sprawie C-307/22, 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 więźniom stanowi zatem nie tylko realizację ich uprawnień jako pacjentów, ale również warunek *sine qua non* efektywnej ochrony ich zdrowia i możliwości dochodzenia ewentualnych roszczeń. W perspektywie resocjalizacyjnej umożliwienie więźniowi 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 penitencjarnych[29].

VIII. Znaczenie wyroku

Wyrok ten ma istotne znaczenie dla praktyki udostępniania dokumentacji medycznej po śmierci pacjenta. Podkreśla on, że upoważnienie udzielone przez pacjenta za życia ma charakter ogólny i obowiązuje we wszystkich placówkach medycznych,

29 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.

 DOI: 10.54383/0031-0344.2026.03.7

a nie tylko w tej, w której zostało złożone. Stanowisko NSA wskazuje również na konieczność stosowania wykładni systemowej i funkcjonalnej przepisów, aby zapewnić realizację praw pacjenta i jego bliskich.

Dodatkowo, wyrok ten podkreśla, 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)[30]. NSA zaznaczył, że osoba upoważniona przez pacjenta za życia ma prawo wglądu w dokumentację medyczną po jego śmierci, niezależnie od tego, w której placówce medycznej została ona wytworzona. Ponadto sąd wskazał, że nie jest wymagane szczególne upoważnienie na wypadek śmierci pacjenta; wystarczy, że pacjent za życia upoważnił daną osobę do wglądu w swoją dokumentację medyczną. Wreszcie wyrok ten stanowi ważny precedens, który może być wykorzystywany w przyszłych sprawach dotyczących udostępniania dokumentacji medycznej po śmierci pacjenta.

IX. Implikacje Wyroku TSUE C-307/22 dla krajowego porządku prawnego w kontekście dostępu więźniów 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 medycznej[31]. 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 kopii[32]. 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 swój 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

30 Art. 45 ust. 1 i art. 68 ust. 1 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2.04.1997 r. (Dz.U. z 1997 r. nr 78 poz. 483.).

31 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.

32 Ustawa z dnia 6.11.2008 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.

udzielanych świadczeń[33]. W kontekście osób pozbawionych wolności implikacje wyroku TSUE stają się jeszcze bardziej doniosłe. Jak już wspomniano, więźniowie 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 pierwsze, ogranicza zdolność więźnia 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 więźniom. 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 więźniów, do dostępu do dokumentacji medycznej. Sądy, stosując prawo krajowe, powinny uwzględniać prounijny 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

33 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.

 DOI: 10.54383/0031-0344.2026.03.7

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 więźniów do informacji o swoim zdrowiu.

X. Studium porównawcze i analiza doktrynalna prawa więźnia 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 więźniów 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”[34]. W kontekście danych medycznych, ta autonomia manifestuje się między innymi w możliwości dostępu do dokumentacji, co umożliwia świadome podejmowanie decyzji terapeutycznych[35].

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 więźniów ta perspektywa jest szczególnie istotna, przy uwzględnieniu ich często ograniczonej sytuacji materialnej[37].

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

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

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 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.

DOI: 10.54383/0031-0344.2026.03.7

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 większość praw obywatelskich[40] i praw pacjenta, które powinny być realizowane w sposób uwzględniający specyfikę warunków izolacji”[41]. 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 kary[42].

Analiza doktrynalna wyroku TSUE C-307/22 w kontekście prawa więźniów 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 więźniowie, 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.

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

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

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

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

42 R. Kwieciński, *Prawo wykonywania kar*, Warszawa 2008.

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

 DOI: 10.54383/0031-0344.2026.03.7

XI. Analiza pojęcia „pierwszej kopii" dokumentacji medycznej więźnia w świetle wyroku TSUE

Dekompozycja pojęcia „pierwszej kopii" dokumentacji medycznej więźnia 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 więźnia i jej emancypacyjnym potencjałem w kontekście prawa dostępu[44]. 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.

Proponuję odejść od ilościowego i materialnego pojmowania „pierwszej kopii" na rzecz interpretacji funkcjonalnej i celowościowej. W perspektywie emancypacyjnej „pierwsza kopia" dokumentacji medycznej więźnia 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 więźnia, 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 kuratelskiego udostępniania informacji, z uwzględnieniem poziomu wykształcenia i możliwości percepcyjnych więźnia. 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 obarczona żadnymi barierami, w tym psychologicznymi czy informacyjnymi. W środowisku penitencjarnym, gdzie więźniowie 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 treści[45].

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

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

DOI: 10.54383/0031-0344.2026.03.7

Nowatorskim aspektem analizy jest postrzeganie „pierwszej kopii" jako narzędzia budowania podmiotowości więźnia. 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 informację, wykraczającym poza czysto prawny wymiar prawa dostępu[46].

Podsumowując – analiza pojęcia „pierwszej kopii" dokumentacji medycznej więźnia 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 resocjalizacji[47]. Implementacja tej koncepcji wymagałaby nie tylko zmian legislacyjnych, ale przede wszystkim zmiany paradygmatu w podejściu do udostępniania informacji medycznych w systemie penitencjarnym, zorientowanego na realne potrzeby i możliwości percepcyjne więźnia[48].

Bariery finansowe należy uznać za naruszające efektywność prawa więźniów do informacji o zdrowiu w świetle art. 26 i 28 ustawy o prawach pacjenta oraz wyroku TSUE C-307/22. Prawo więźniów 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 medycznej[50]. 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-307/22[51].

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

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

47 S. Waltoś, P. Hofmański, *Proces karny. Zarys systemu*, Warszawa 2016.

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 6.11.2008 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 26.10.2023 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.

 DOI: 10.54383/0031-0344.2026.03.7

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 *Komentarz 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 więźniów[54].

Wyrok TSUE C-307/22, interpretując art. 15 ust. 3 RODO, stwierdził, że udostępnienie pierwszej kopii danych osobowych powinno być bezpłatne, aby zagwarantować skuteczność prawa dostępu. Trybunał argumentował, że opłaty 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 istotnym[55].

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-Błaszczykowska 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 więzień 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.

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

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

DOI: 10.54383/0031-0344.2026.03.7

XII. Wpływ 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 post-penitencjarnej. Czy nie powinniśmy pójść o krok dalej i zastanowić się nad proaktywnym udostępnianiem kluczowych informacji zdrowotnych więźniom 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 stagnacji[57].

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 ręki za pomocą smartfona czy komputera, ale również aktywnie wspiera proces reintegracji zdrowotnej[58].

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 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 zera[59].

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.

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.

 DOI: 10.54383/0031-0344.2026.03.7

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 oszczędności[60].

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 urządzeń?[61]

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, 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 społeczeństwa[62].

XIII. Odpowiedzialność odszkodowawcza Skarbu Państwa za naruszenie prawa więźnia do bezpłatnej pierwszej kopii dokumentacji medycznej przed wyrokiem TSUE C-307/22: Perspektywa *ex post* i zasada *tempus regit actum*[63]

Zagadnienie odpowiedzialności odszkodowawczej Skarbu Państwa za naruszenie prawa więźnia 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 państwa[64]. Analiza tej kwestii wymaga wnikliwego zbadania przesłanek odpowiedzialności *in*

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.

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 *Ex post* (łac.) – z mocą wsteczną, po fakcie. *Tempus regit actum* (łac.) – czas rządzi czynem (prawo właściwe dla danego czynu to prawo obowiązujące w czasie jego popełnienia).

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

DOI: 10.54383/0031-0344.2026.03.7

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 więźniów kosztami uzyskania nawet pierwszej kopii ich historii choroby. Z perspektywy prawa krajowego obowiązującego w tamtym czasie takie działanie mogło znajdować oparcie w literalnym brzmieniu ustawy[65].

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 stosowane[66]. Niemniej jednak, w okresie przed wydaniem wyroku C-307/22, brak jednoznacznej interpretacji TSUE mógł powodować trudności w bezpośrednim 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 więźniów 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 więźniowie, 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

65 Art. 28 ust. 1 ustawy z dnia 6.11.2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U. z 2024 r. poz. 372).

66 Art. 15 ust. 3 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27.04.2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz.U.UE.L z 2016 r. nr 119, s. 1).

 DOI: 10.54383/0031-0344.2026.03.7

innych praw związanych ze zdrowiem). Udowodnienie konkretnej szkody i jej wysokości leży po stronie poszkodowanego więźnia.

3. Związek przyczynowy między bezprawnym działaniem lub zaniechaniem a powstałą szkodą: w tym kontekście więzień 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 UE[67].

Tempus regit actum co do zasady oznacza, że prawo stosuje się do stanów faktycznych istniejących w momencie jego wejścia w życie[68]. W kontekście odpowiedzialności odszkodowawczej ocena legalności działania organu władzy publicznej powinna być dokonywana na podstawie prawa obowiązującego w chwili tego działania. Niemniej jednak wyrok interpretacyjny TSUE ma charakter deklaratoryjny – wyjaśnia, jak prawo unijne powinno było 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 wyroku[69].

W praktyce dochodzenie roszczeń odszkodowawczych przez więźniów za opłaty poniesione przed wyrokiem C-307/22 może napotkać na znaczne trudności dowodowe oraz interpretacyjne ze strony sądów krajowych[70]. 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 więźniowie, 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.

67 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.

68 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*.

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

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

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

Wyrok TSUE C-307/22 wyznacza kierunek ku emancypacyjnemu paradygmatowi dostępu więźniów do dokumentacji medycznej w Polsce, uwzględniającemu aksjologię praw człowieka oraz postępującą cyfrową transformację systemu penitencjarnego[71].

Wyrok Trybunału Sprawiedliwości Unii Europejskiej w sprawie C-307/22, pozornie ograniczony do kwestii proceduralnej bezpłatności pierwszej kopii danych osobowych, w kontekście prawa więźniów 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 pierwszy, lecz kluczowy krok w kierunku przełamania tego paternalistycznego modelu[72]. Jego pełne wykorzystanie wymaga jednak reinterpretacji prawa dostępu nie tylko w kategoriach formalnych, lecz przede wszystkim w kontekście wzmocnienia agencyjności więźnia i umożliwienia mu świadomego uczestnictwa w procesie leczenia i ochrony zdrowia[73].

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 więźniom 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 osadzonych[74].

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

72 Wyrok Europejskiego Trybunału Praw Człowieka z dnia 24.07.2003 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.

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

74 Wyrok Europejskiego Trybunału Praw Człowieka z dnia 20.05.2010 r. w sprawie *Ciechoński przeciwko Polsce*, skarga nr 36510/05 (dotyczy dostępu do opieki zdrowotnej w więzieniu).

 DOI: 10.54383/0031-0344.2026.03.7

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 osadzonych[75].

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 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 charakter[76].

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 wolności dostępu do adekwatnej opieki zdrowotnej i informacji medycznej, traktując to jako fundamentalny element poszanowania ich godności i praw człowieka[77].

Podsumowując – przyszłe regulacje prawa dostępu więźniów 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 Polsce[78].

75 Wyrok Europejskiego Trybunału Praw Człowieka z dnia 19.04.2007 r. w sprawie *Wojciechowski przeciwko Polsce*, skarga nr 4909/04 (dotyczy warunków odbywania kary i dostępu do dokumentacji medycznej).

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

77 Wyrok Europejskiego Trybunału Praw Człowieka 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.

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

DOI: 10.54383/0031-0344.2026.03.7

XV. Wnioski

Niniejsza analiza, zainspirowana przełomowym orzeczeniem Trybunału Sprawiedliwości Unii Europejskiej w sprawie C-307/22, ujawniła fundamentalne znaczenie prawa więźniów 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[79]. Jej udostępnienie pełni 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 więźniów, 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 uwięzionej" unaoczniła potencjał cyfryzacji dokumentacji medycznej jako narzędzia rewolucjonizującego postpenitencjarną opiekę zdrowotną, ułatwiającego reintegrację społeczną i wzmacniającego podmiotowość byłych więźniów. Jednakże implementacja takiego modelu wymaga uwzględnienia kwestii etycznych i prawnych, związanych z bezpieczeństwem danych i ochroną prywatności[80].

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 więźniów 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

79 *Sine qua non* (łac.) – warunek niezbędny.

80 J. Fagan, *The criminalization of collateral consequences*, „University of Michigan Journal of Law Reform" 2010, t. 43, nr 3, s. 703–738.

 DOI: 10.54383/0031-0344.2026.03.7

najwyższych standardów międzynarodowych[81]. Niezbędne jest odejście od paternalistycznych modeli na rzecz emancypacyjnego paradygmatu, opartego na dialogu, transparentności i poszanowaniu autonomii więźnia. 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.

mgr Paulina Dawidowicz

Doktorantka Akademii Leona Koźmińskiego. Jej zainteresowania badawcze koncentrują się na prawach człowieka, prawach pacjenta oraz ochronie praw osób pozbawionych wolności, ze szczególnym uwzględnieniem dostępu do dokumentacji medycznej i wpływu prawa Unii Europejskiej na krajowe regulacje penitencjarne. Autorka publikacji naukowych i popularnonaukowych, aktywnie publikuje w mediach społecznościowych oraz występuje na konferencjach, podejmując tematykę ochrony praw pacjenta. Prowadzi szkolenia dla branży beauty w zakresie prawnych aspektów wykonywania usług oraz odpowiedzialności zawodowej.

PhD student at the Kozminski University. Her research interests focus on human rights, patients' rights, and the protection of the rights of persons deprived of liberty, with particular emphasis on access to medical records and the impact of European Union law on national penitentiary regulations. She is the author of academic and popular science publications, she actively disseminates legal knowledge through social media, and regularly presents at conferences, advocating for patients' rights. She also provides legal training for the beauty industry, focusing on regulatory compliance and professional liability

ORCID: 0009-0007-9421-9781

81 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 więźniów.

Abstract

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

Prisoners' right to free copies of medical records. An analysis of the CJEU judgment of 26 October 2023 (Case C-307/22)

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' right to free copies 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 is examined, as well as the potential of the CJEU judgment to strengthen the legal standing of inmates within the penitentiary system.

Bibliografia

1. **Boratyńska Maria,** *Nadzór nad świadczeniami zdrowotnymi w zakładach karnych* (w:) *Ochrona zdrowia w systemie penitencjarnym*, red. B. Stańdo-Kaźmierczak, Warszawa 2015
2. **Boratyńska Maria,** *Prawa pacjenta w Polsce*, Warszawa 2015
3. **Ciechorski Jan,** *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" 2015/4, s. 71–82
4. **Czapska Joanna,** *Interdyscyplinarność w badaniach nad resocjalizacją*, „Probacja" 2017/2, s. 15–30
5. **Czerniak Andrzej,** *Prawo do informacji o stanie zdrowia pacjenta w kontekście ekonomicznym*, „Studia Prawnicze. Rozprawy i Materiały" 2016/1(19), s. 15–28

 DOI: 10.54383/0031-0344.2026.03.7

6. **Dudziak Małgorzata,** *Sytuacja ekonomiczna więźniów a realizacja ich praw*, „Przegląd Więziennictwa Polskiego" 2018/99, s. 75–90
7. **Fagan Jeffrey,** *The Criminalization of Collateral Consequences*, „University of Michigan Journal of Law Reform" 2010, vol. 43, no. 3, s. 703–738
8. **Fajgielski Paweł,** *Ogólne rozporządzenie o ochronie danych. Ustawa o ochronie danych osobowych. Komentarz*, Warszawa 2021
9. **Foucault Michel,** *Nadzorować i karać. Narodziny więzienia*, przeł. T. Komendant, Warszawa 2009
10. **Gondek Marcin,** *Telemedycyna w systemie penitencjarnym – szanse i wyzwania,* „Medycyna i Prawo" 2021, t. 30, nr 4, s. 55–68
11. **Góra-Błaszczykowska Agnieszka,** *Komentarz do art. 28* (w:) *Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Komentarz*, red. A. Góra-Błaszczykowska, Warszawa 2018
12. **Grzegorczyk Piotr,** *Odpowiedzialność odszkodowawcza państwa za naruszenie prawa Unii Europejskiej*, Warszawa 2010
13. **Hołyst Brunon,** *Psychologia penitencjarna*, Warszawa 2010
14. **Kała Marcin,** *E-zdrowie jako instrument reintegracji społecznej osób opuszczających zakłady karne*, „Resocjalizacja Polska" 2020/15, s. 105–120
15. **Kananek-Liszka Dorota,** *Adaptacja skazanych do warunków więziennych w Polsce*, Włocławek 2017
16. **Kananek-Liszka Dorota,** *Poczucie kontroli a readaptacja społeczna osób pozbawionych wolności*, „Probacja" 2015/1, s. 59–74
17. **Kasprzak Jerzy,** *Elektroniczna dokumentacja medyczna w zakładach karnych – wyzwania i perspektywy* (w:) *System penitencjarny wobec wyzwań XXI wieku*, red. M. Ciosek, Rzeszów 2019
18. **Kędzia Zdzisław,** *Aksjologia praw człowieka*, Toruń 2015
19. *Kodeks karny wykonawczy. Komentarz aktualizowany*, red. D. Wójcik, LEX/el. 2024
20. **Konopczyński Marek,** *Metody twórczej resocjalizacji. Teoria i praktyka wychowawcza*, Warszawa 2010
21. **Krajewski Krzysztof,** *Ułaskawienie jako akt łaski i miłosierdzia w polskim prawie karnym*, „Acta Universitatis Wratislaviensis. Prawo" 2016/345, s. 55–70
22. **Kuhn Thomas,** *Struktura rewolucji naukowych*, przeł. L. Barski, Warszawa 2009
23. **Kwieciński Ryszard,** *Prawo wykonywania kar*, Warszawa 2008
24. **Mazowiecka Lidia,** *Twórcza resocjalizacja. Teoria i praktyka wychowawcza*, Warszawa 2005
25. **Mendecka Grażyna,** *Twórczość a rozwój człowieka w biegu życia*, „Psychologia Rozwojowa" 2005, t. 10, nr 4, s. 45–60
26. *Ogólne rozporządzenie o ochronie danych osobowych. Komentarz*, red. M. Sakowska-Baryła, Warszawa 2018
27. Opinia Europejskiego Inspektora Ochrony Danych (EIOD) nr 7/2018 w sprawie projektu wytycznych dotyczących prawa dostępu, WP 260 rev.01, s. 15–17

28. **Podgórecki Adam,** *Socjotechnika*, Warszawa 1970
29. *Prawo zobowiązań – część ogólna*, red. M. Safjan, Warszawa 2018
30. **Radwański Zbigniew, Olejniczak Adam,** *Prawo cywilne – część ogólna*, Warszawa 2019
31. *Rozporządzenie UE w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i swobodnym przepływem takich danych. Komentarz*, red. P. Litwiński, Warszawa 2021
32. **Sękowska-Kozłowska Katarzyna,** *Etyczne aspekty wykorzystania technologii cyfrowych w ochronie zdrowia*, „Bioetyka" 2019/27, s. 101–115
33. **Sibiga Grzegorz,** *Analiza wyroku TSUE w sprawie C-307/22*, Portal Ochrony Danych Osobowych, 2024
34. **Siemaszko Andrzej,** *Przestępczość recydywalna w Polsce – skala i uwarunkowania*, Warszawa 2015
35. **Szewczyk Michał,** *Prawa pacjenta długoterminowo pozbawionego wolności* (w:) *Prawa osób pozbawionych wolności*, red. Z. Hołda, T. Hołda, Warszawa 2014
36. *Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Komentarz*, red. M. Bojarski, Warszawa 2016, komentarz do art. 26
37. **Waltoś Stanisław, Hofmański Piotr,** *Proces karny. Zarys systemu*, Warszawa 2016
38. **Wiewiórowski Wojciech,** *Komentarz do art. 15 RODO* (w:) *Ogólne rozporządzenie o ochronie danych. Komentarz*, red. A. Bielak-Jachimczak, D. Lubasz, M. Mazur, Warszawa 2018
39. **Wojcieszek Beata,** *Zdrowie psychiczne osób pozbawionych wolności odbywających długoterminowe kary pozbawienia wolności*, „Psychiatria Polska" 2012, t. 46, nr 6, s. 887–898
40. **Wróbel Andrzej,** *Stosowanie prawa Unii Europejskiej przez sądy krajowe*, Warszawa 2010
41. **Wyrzykowski Mirosław,** *Standardy ochrony praw człowieka w Europie*, Warszawa 2010
42. 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
43. **Zoll Andrzej,** *Prawo medyczne*, Warszawa 2012, t. 1

 DOI: 10.54383/0031-0344.2026.03.7