

**Erwin Ryter<sup>1</sup>**

**PRAWO DO PRYWATNOŚCI JAKO ELEMENT  
STANDARDÓW OPIEKI MEDYCZNEJ ORAZ  
DECYDOWANIA PRZEZ WIĘŹNIÓW O WYBORZE  
SPOSOBU LECZENIA NA PODSTAWIE ANALIZ ORAZ  
WYNIKÓW BADAŃ WŁASNYCH NA PRZYKŁADZIE  
ZAKŁADU KARNEGO W GARBALINIE**

**THE RIGHT TO PRIVACY AS PART OF THE  
STANDARDS OF MEDICAL CARE AND PRISONERS  
DECIDING ON THE CHOICE OF TREATMENT  
BASED ON ANALYSES AND THE RESULTS OF OWN  
RESEARCH IN THE EXAMPLE OF THE GARBALIN  
PRISON**

---

Otrzymano: 15.10.2019    Zaakceptowano: 19.02.2020    Opublikowano: 17.03.2020

DOI: 10.5604/01.3001.0013.9039

Artykuł Oryginalny

Źródło finansowania – badania własne

---

**Streszczenie**

Przedmiotem artykułu jest ustalenie, czy w związku z wykonywaniem na rzecz osadzonych świadczeń medycznych, dochodzi do naruszenia sfery ich prywatności, a jeśli tak, to w jakim zakresie oraz na jaką skalę. Autor publikacji podjął się realizacji badań ankietowych wśród osadzonych mężczyzn odbywających karę pozbawienia wolności po raz pierwszy w Zakładzie Karnym w Garbalinie.

---

<sup>1</sup> Mgr Erwin Ryter, Katedra Prawa Karnego Wykonawczego, Uniwersytet Łódzki, autor do korespondencji: Erwin Ryter, e-mail: doradztwoprawne.ryter@op.pl, ORCID: 0000-0002-6024-9997.

---

Analiza uzyskanych wyników miała pomóc w ustaleniu kluczowych aspektów, co do których możliwe będzie wysnucie określonych postulatów oraz ewentualnych zmian. W części teoretycznej artykułu autor odniósł się do najbardziej istotnych regulacji prawnych w przedmiocie zasad regulujących zachowanie wśród osadzonych prawa do prywatności, w kontekście obowiązujących standardów związanych z praktyczną realizacją kary pozbawienia wolności, jak również zwrócił uwagę na wyłączenia prawa do decydowania o swoim leczeniu w stosunku do określonych grup skazanych. Natomiast część praktyczna artykułu skupia się na analizie wyników przeprowadzonych badań oraz najbardziej interesujących wnioskach.

**Słowa kluczowe:** prywatność osadzonych, ochrona danych medycznych, Zakład Karny w Garbalinie, dane o stanie zdrowia

### **Abstract**

The subject of the article is to determine whether, in connection with the provision of medical services for prisoners, there is a violation of their privacy and, if so, to what extent. The author of the publication undertook to conduct surveys among male prisoners who are serving a prison sentence for the first time in the Garbalin Prison.

The analysis of the obtained results was to help determine the key aspects with regard to which it will be possible to draw specific postulates and possible changes. In the theoretical part of the article, the author referred to the most important legal regulations on the principles of the right to privacy among prisoners in the context of the applicable standards related to the practical implementation of the penalty of deprivation of liberty as well as pointed out the exclusion of the right to decide on their treatment in relation to specific groups of convicts. However, the practical part of the article focuses on the analysis of the results of the conducted research and the most interesting conclusions.

**Key words:** prisoners' privacy, protection of medical data, Garbalin Prison, data on health status

## Wprowadzenie

Prawo do prywatności to jeden z fundamentów najwyżej cenionych dóbr osobistych każdego człowieka. Statuuje ono praktycznie każdą czynność mającą związek ze sferą bardzo osobistych przymiotów człowieka w sprawach mu najbardziej bliskich. Na podstawie badań i analiz własnych autor artykułu pragnie zasygnalizować aktualnie występujące dylematy moralne w związku z wykonywaniem i urzeczywistnianiem standardów leczenia oraz sprawowania opieki medycznej nad osobami pozbawionymi wolności przez pryzmat zachowania – podczas udzielania świadczeń medycznych – prawa do prywatności w grupie osadzonych mężczyzn odbywających karę pozbawienia wolności po raz pierwszy w Zakładzie Karnym w Garbalinie<sup>2</sup>. Autor pragnie jednocześnie podkreślić, że przeprowadzone badania nie objęły kobiet pozbawionych wolności z uwagi na to, że zostały one przeprowadzone wyłącznie w zakładzie karnym dla mężczyzn. Stąd przedstawiona w badaniach populacja osadzonych może prezentować odmienne poglądy na temat postrzegania prawa do prywatności, niż gdyby analogicznym badaniom została poddana określona grupa kobiet, które co do zasady wyróżniają się znacznie wyższym poziomem wrażliwości na wszelkie kwestie związane ze sferą ich prywatności bądź intymności.

Badana grupa objęła populację 168 osadzonych spośród 356 osób<sup>3</sup>, które dobrowolnie przystąpiły do wypełnienia kwestionariuszy anonimowych ankiet.

W szczególności autor pragnie zwrócić uwagę na okoliczności odnoszące się do tego, czy realizacja na rzecz osadzonych świadczeń medycznych, pozwala im na zachowanie minimum prawa do prywatności i godności gwarantowanych każdemu obywatelowi zarówno konstytucyjnie, jak rów-

---

<sup>2</sup> Zakład Karny w Garbalinie od 1997 r. funkcjonuje jako zakład karny typu półotwartego. W latach 2004–2007 poddany był modernizacji i rozbudowie, w wyniku której połączono kadrę z Zakładu Karnego w Garbalinie i zniesionego przez Ministra Sprawiedliwości Zakładu Karnego w Łęczycy. Zakład Karny w Garbalinie jest jednostką penitencjarną przeznaczoną dla skazanych dorosłych mężczyzn, w której karę odbywają recydywiści penitencjarni oraz odbywający karę pozbawienia wolności po raz pierwszy. Nominalna pojemność jednostki wynosi 905 miejsc, w tym 45 miejsc należących do oddziału terapeutycznego dla osadzonych uzależnionych od alkoholu. Powierzchnia całkowita zakładu karnego wynosi około 4,7 ha wraz z przyległą działką rolną i oczyszczalnią ścieków (2,3 ha).

<sup>3</sup> Na dzień 31.05.2019 r. stan osadzonych odbywających karę pozbawienia wolności pod raz pierwszy w Zakładzie Karnym w Garbalinie wynosił 356 osób – wewnętrzna informacja o stanie zaludnienia jednostki penitencjarnej.

niez przez u.p.p.<sup>4</sup> oraz inne istotne w tym przedmiocie akty prawne. Między innymi zastosowanie znajdzie tu art. 13 powyższej ustawy, zgodnie z którym pacjent ma prawo do zachowania w tajemnicy przez osoby wykonujące zawód medyczny, w tym udzielające mu świadczeń zdrowotnych, informacji z nim związanych, a uzyskanych w związku z wykonywaniem zawodu medycznego. Z kolei w świetle art. 20 ust. 1 rzeczony ustawy, pacjent ma prawo do poszanowania godności i intymności kiedy są mu udzielne świadczenia zdrowotne.

Wskazane powyżej prawa konsekwentnie łączą się z jednym z naczelnych praw człowieka jakim jest prawo do prywatności. I choć w zakładach karnych, z uwagi na cel odbywanej kary, jaką jest pozbawienie skazanego wolności, trudno mówić o praktycznym zagwarantowaniu mu pełni prawa do prywatności w powszechnie rozumianym znaczeniu tego pojęcia, to jednak autor artykułu chciałby się pochylić nad sprawdzeniem, czy i w jakim zakresie prawo to może być urzeczywistniane wobec osadzonych podczas udzielania im świadczeń zdrowotnych oraz w czasie wykonywania innych czynności związanych z dbałością o stan ich zdrowia w warunkach izolacji więziennej i nieustannego monitorowania życia więziennej społeczności.

Biorąc pod uwagę cele oraz założenia kary pozbawienia wolności, trudno sobie wyobrazić możliwość zapewnienia więźniom pełni praw oraz swobód obywatelskich zwłaszcza wobec konieczności szczególnego i nieustannego kontrolowania ich codziennego funkcjonowania. Nadrzędną zasadą jest bowiem nieodzowność zachowania celu wykonywanej kary pozbawienia wolności, jakim jest nie tylko sam fakt realizacji orzeczonej wyrokiem kary, lecz także uszczuplenie normalnie przysługujących swobód czy niezależności obywatelskich, jak na przykład prawa dostępu do życia publicznego, prawa do decydowania o sobie, prawa do posiadania rodziny czy prawa do dysponowania określonymi dobrami materialnymi. Tym nie mniej analiza rozpatrywanego problemu sprowadzać się ma do zbadania jak daleko idąca może być ingerencja służb więziennych w najbardziej intymne sfery życia osadzonego, takie jak jego zdrowie, godność, cześć czy psychika oraz czy jej wpływ, a także skutki, znajdują odzwierciedlenie w stwierdzeniu o zbyt daleko idącym wkroczeniu w sferę prywatności i tym samym jej przekroczeniu poprzez nadmierną bądź nawet nieuzasadnioną ingerencję.

---

<sup>4</sup> Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U. 2019, poz. 1127 t.j.).

Jak wynika z katalogu praw i obowiązków skazanego, zawartych w Oddziale 3 rozdz. VIIa k.k.w.<sup>5</sup>, a w szczególności odnoszących się do sposobu wykonywania świadczeń zdrowotnych w stosunku do niektórych kategorii skazanych, a zwłaszcza skazanych umieszczonych w zakładach karnych typu zamkniętego – stosownie do regulacji zawartej w art. 115 § 7a k.k.w., która zastąpiła obowiązującą wcześniej i uchyloną w art. 115 § 7 k.k.w. – świadczenia medyczne są udzielane w obecności funkcjonariusza niewykonywającego zawodu medycznego, przy czym na wniosek osoby udzielającej świadczenia zdrowotnego świadczenia te mogą być udzielane skazanemu bez obecności funkcjonariusza niewykonywającego zawodu medycznego. W tej sytuacji może nastąpić ograniczenie prawa do prywatności, ale z uwagi na zasadniczy cel wykonywanej kary wobec skazanych, o których mowa w art. 88 § 3 i 6 pkt 2 k.k.w., takie ograniczenie jest w opinii autora uzasadnione, albowiem dotyczy następujących kategorii skazanych: skazani za popełnienie przestępstwa w zorganizowanej grupie przestępczej albo w związku mających na celu popełnianie przestępstw, skazani na karę dożywotniego pozbawienia wolności albo na karę 25 lat pozbawienia wolności, skazani z niepsychotycznymi zaburzeniami psychicznymi, w tym skazani za przestępstwo określone w art. 197–203 k.k.<sup>6</sup> popełnione w związku z zaburzeniem preferencji seksualnych lub przez upośledzonych umysłowo, skazani stwarzający poważne zagrożenie społeczne albo poważne zagrożenie dla bezpieczeństwa zakładu, skazani objęci ochroną na mocy art. 88 d § 2 pkt 2 k.k.w., a ponadto skazani, którzy podczas pobytu w areszcie śledczym lub zakładzie karnym naruszyli w poważnym stopniu dyscyplinę i porządek.

Zanim doszło do uszczegółowienia kategorii skazanych i osadzonych w zakładach karnych typu zamkniętego, wobec których świadczenia medyczne mogą być udzielane w obecności funkcjonariusza niewykonywającego zawodu medycznego, obowiązywał art. 115 § 7 k.k.w., co do którego swoje zastrzeżenia zgłosił Rzecznik Praw Obywatelskich w swoim wniosku skierowanym do Trybunału Konstytucyjnego, w którym stwierdził, że przyjęte w art. 115 § 7 k.k.w. rozwiązanie ustanawia założenie z góry, że każdy skazany osadzony w zakładzie karnym typu zamkniętego otrzymuje świadczenie zdrowotne w obecności funkcjonariusza, bowiem – niezależnie od okoliczności, w związku z którymi został zakwalifikowany do tego

<sup>5</sup> Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny wykonawczy (Dz.U. 2019, poz. 676 t.j.) – zwana dalej k.k.w.

<sup>6</sup> Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny (Dz.U. 2019, poz. 1950 t.j.).

typu zakładu karnego – przyjmuje się, że co do zasady może stwarzać realne zagrożenie dla bezpieczeństwa osoby udzielającej świadczenia, wskutek czego obecność funkcjonariusza niewykonyjącego zawodu medycznego przy udzielaniu skazanemu świadczeń medycznych jest konieczna<sup>7</sup>.

Wyrazem reakcji na wystąpienie Rzecznika Praw Obywatelskich do Trybunału Konstytucyjnego było wydanie wyroku, zgodnie z którym stwierdzono niezgodność art. 115 § 7 k.k.w. z art. 47 w związku z art. 31 ust. 3 Konstytucji RP<sup>8</sup>, i utrata przez powyższy przepis mocy obowiązującej z upływem 12 miesięcy od dnia ogłoszenia wyroku w Dzienniku Ustaw Rzeczypospolitej Polskiej<sup>9</sup>.

Utrwalone dotychczas orzecznictwo wskazuje, że prawo pacjenta do intymności i poszanowania godności należy do sfery jego życia prywatnego, a w konsekwencji podlega ochronie na poziomie ustawowym na podstawie art. 23 k.c.<sup>10</sup> Tak też przykładowo przyjął Sąd Apelacyjny w Warszawie w wyroku z dnia 29 sierpnia 2006 r., poddając ochronie na podstawie art. 23 k.c. prawo do intymności i poszanowania godności podczas udzielania świadczeń zdrowotnych<sup>11</sup>.

Bardzo podobnie wypowiedział się Europejski Trybunał Praw Człowieka wskazując, że osobom pozbawionym wolności przysługuje prawo do poszanowania życia prywatnego i rodzinnego, chociaż z natury rzeczy samo pozbawienie wolności pociąga za sobą ograniczenia w tym zakresie<sup>12</sup>.

---

<sup>7</sup> Szerzej na ten temat we wniosku Rzecznika Praw Obywatelskich z dnia 18 października 2010 r. do Trybunału Konstytucyjnego, <http://www.sprawy-generalne.brpo.gov.pl/pdf/2010/01/637905/1519794.pdf>, dostęp 01.10.2019.

<sup>8</sup> Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r. (Dz.U. 1997 nr 78, poz. 483).

<sup>9</sup> Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 26 lutego 2014 r., sygn. akt K 22/10, Lex nr 1809416.

<sup>10</sup> W kwestii pojęcia i ochrony dóbr osobistych, jak również zakwalifikowania prawa do prywatności jako dobra, które można ująć w ramach katalogu otwartego, o którym mowa w art. 23 k.c., szeroko i wielokrotnie wypowiadały się sądy powszechne. Na przykład Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 18.01.1984 r., I CR 400/83 wskazał otwarty katalog dóbr osobistych (art. 23 i art. 24 k.c.), który obejmuje także dobra osobiste związane ze sferą życia prywatnego, rodzinnego, ze sferą intymności. Ochrona w tym zakresie może odnosić się do wypadków ujawnienia faktów z życia osobistego i rodzinnego, nadużywania uzyskanych informacji, zbierania w drodze prywatnych wywiadów informacji i ocen ze sfery intymności, aby je opublikować lub w inny sposób rozgłaszać (OSNCP 1984, nr 11, poz. 195). Zob. Ustawa z dnia 23 kwietnia 1964 r. Kodeks cywilny (Dz.U. 2019, poz. 1145 t.j.).

<sup>11</sup> Wyrok Sądu Apelacyjnego w Warszawie z dnia 29 sierpnia 2006 r. (sygn. akt I ACa 310/06, OSA z 2009 r., Nr 3, poz. 34).

<sup>12</sup> Wyrok z dnia 28 września 2000 r. w sprawie Messina przeciwko Włochom, 25498/94, Lex nr 76738.

Niezależnie od powyższego, jak również istniejących wyłączeń bądź ograniczeń w sferze prawa do prywatności, zasadą powinno być poszanowanie intymności osadzonego podczas wykonywanego w stosunku do niego badania lekarskiego.

W opinii autora nie da się całkowicie wyeliminować ograniczeń praw i wolności, w tym zwłaszcza prawa do prywatności wobec osadzonych w związku z wykonywaniem wobec nich kary pozbawienia wolności nawet w najbardziej dogodnych i sprzyjających zachowaniu tychże swobód warunkach. Znajduje to także uzasadnienie w powszechnie przyjętych zasadach regulujących tryb oraz sposób wykonywania kary pozbawienia wolności, a tym samym ograniczeń w prawie do prywatności, o czym szerzej w dalszej części artykułu.

## **1. Regulacje prawne odnoszące się do realizacji prawa do prywatności w zakładach karnych podczas udzielania osadzonym świadczeń medycznych**

Prawo do prywatności zalicza się do praw człowieka pierwszej generacji, a sfera prywatności życia jako odrębne dobro prawne podlega obecnie ochronie w większości współczesnych systemów prawnych<sup>13</sup>.

W szerokim ujęciu, prawo do prywatności jawi się jako atrybut takiej sfery życia człowieka, jaką pragnie on zachować w tajemnicy przed innym lub jedynie dla siebie z wyłączeniem ingerencji innych osób, nawet w warunkach, w których zachowanie prywatności wydaje się być znacząco utrudnione, a czasem nawet niemożliwe, co ma miejsce na przykład wśród osadzonych przebywających w zakładach karnych, których stan zdrowia także podlega nieustannej kontroli oraz nadzorowi wykonywanemu przez medyczny personel więzienny.

Należy zwrócić ponadto uwagę na słuszność rozróżnienia dwóch powiązanych ze sobą znaczeniowo pojęć, mianowicie praw oraz wolności. Tymi dwoma terminami operuje między innymi Konstytucja RP<sup>14</sup>, a dokładnie jej drugi rozdział zatytułowany „wolności, prawa i obowiązki czło-

---

<sup>13</sup> M. Pryciak, *Prawo do prywatności*, „Studia Erasmiiana Wratislaviensia, Prawa człowieka – idea, instytucje, krytyka, Wrocławskie Studia Erazmiańskie” 2010, z. IV, Wrocław, s. 212.

<sup>14</sup> Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r. (Dz.U. nr 78, poz. 483 z późn. zm).



wieka i obywatela”, w którym określono jakie prawa i wolności zapewnia się każdemu człowiekowi.

Wolność jest powszechnie uznawana za wartość przyrodzoną i niezbywalną, którą człowiek przynosi na świat. Tym różni się ona od praw, które są nadawane przez prawodawcę<sup>15</sup>. Podobnie twierdzi M. Zieliński, wskazując że jak każda wolność, możliwość samodzielnego wybierania sposobu postępowania przez osobę ludzką została uznana za wynikającą z natury człowieka, nie zaś za przyznany przez państwo przywilej, którego realizacji jednostka może dopiero się domagać przed jego władzami<sup>16</sup>.

Prywatność rozumiana jest zatem już nie tylko jako prawo do odosobnienia czy zachowania sekretu, ale i jako autonomia, prawo decydowania o swoim losie, cielesności, życiu osobistym i rodzinnym oraz kształtowania swoich relacji z otoczeniem w określony swobodnie przez siebie sposób i określania w taki sam sposób swojej historii<sup>17</sup>.

Biorąc zatem pod uwagę zależności pomiędzy pojęciem wolności a prywatności, które w opinii autora stanowią nierozzerwalną składową ludzkich swobód, w tym związanych także z prawem do decydowania o swoim leczeniu, słusznym wydaje się stwierdzenie, że nawet w warunkach całkowitej izolacji możliwe jest zachowanie oraz poszanowanie prawa do prywatności więźniów także podczas udzielania im świadczeń medycznych. A zatem w kontekście problematyki niniejszego artykułu osadzony, który może stać się jednocześnie beneficjentem usług medycznych, czyli osobą fizyczną identyfikowalną za pomocą jego własnego imienia i nazwiska oraz stanu swojego zdrowia, korzysta z prawa do ochrony dotyczących jego danych, z czym nieodłącznie wiązać się powinno poszanowanie jego prywatności. W konsekwencji prawo to powinno być utożsamiane z koniecznością zachowania przez lekarza tajemnicy medycznej w związku z uzyskanymi od pacjenta danymi na temat stanu jego zdrowia, w tym trapiącymi go dolegliwościami, zebranymi w toku wywiadu lekarskiego.

---

<sup>15</sup> L. Wiśniewski, *Prawo a wolność człowieka – pojęcie i konstrukcja prawna*, w: *Podstawowe prawa jednostki i ich sądowa ochrona*, Wydawnictwo Sejmowe 1997, s. 58–59.

<sup>16</sup> M. Zieliński, *Wolność osobista, jej charakter oraz gwarancje*, w: *Realizacja i ochrona konstytucyjnych wolności i praw jednostki w polskim porządku prawnym*, red. M. Jabłoński, Wrocław 2014, s. 84.

<sup>17</sup> A. Młynarska-Sobaczewska, *Trzy wymiary prywatności. Sfera prywatna i publiczna we współczesnym prawie i teorii społecznej*, „Przegląd Prawa Konstytucyjnego” 2013, nr 1 (13), s. 35.



Obowiązek zachowania tajemnicy zawodowej został ustanowiony, aby pacjenci byli skłonni do ujawniania wszystkich faktów niezbędnych do właściwej oceny ich sytuacji zdrowotnej. Ochrona tajemnicy informacji przekazywanych w związku z wykonywaniem zawodu jest rozwinięciem poszanowania prawa do prywatności z art. 47 Konstytucji RP<sup>18</sup>.

Jednym z podstawowych praw pacjenta i odpowiadającym mu obowiązkiem lekarza jest zachowanie w tajemnicy informacji o chorym, które lekarz powziął w związku z wykonywaniem zawodu<sup>19</sup>.

Powszechnie uznaje się, że wszelkie informacje o stanie zdrowia stanowią element prywatnej sfery życia każdego człowieka niezależnie od jego statusu czy położenia, w którym się aktualnie znajduje, a zatem nawet w warunkach całkowitego pozbawienia wolności.

Wedle interpretacji M. Jackowskiego, dane dotyczące stanu zdrowia, to dane osobowe o zdrowiu fizycznym lub psychicznym osoby fizycznej – w tym o korzystaniu z usług opieki zdrowotnej – ujawniające informacje o stanie jej zdrowia<sup>20</sup>.

Także znaczna część międzynarodowych aktów prawnych podkreśla wysoką rangę prawa do prywatności oraz akcentuje jego doniosłe znaczenie dla ochrony życia osobistego każdego człowieka, jak również granic, poza które nie powinna wkraczać ingerencja w jego prywatne życie. Przykładowo można wskazać na art. 12 Powszechnej Deklaracji Praw Człowieka<sup>21</sup>, zgodnie z którym „nikt nie będzie podlegać arbitralnemu wkraczaniu w jego życie prywatne, rodzinę, mieszkanie lub korespondencję, ani też zamachom na jego honor i reputację. Każdy jest uprawniony do ochrony prawnej przed takim wkraczaniem lub takimi zamachami”.

W kwestiach tych wielokrotnie wypowiadał się ponadto Europejski Trybunał Praw Człowieka. Między innymi w sprawie *Z v. Finlandia* stwierdził, że ochrona danych osobowych, a w szczególności medycznych, ma fundamentalne znaczenie dla korzystania z prawa do poszanowania życia prywatnego i rodzinnego zagwarantowanego w art. 8 Konwencji.

<sup>18</sup> M. Ciesielska, *Tajemnica zawodowa osób zatrudnionych w służbie zdrowia*, w: *Ochrona danych medycznych. RODO w ochronie zdrowia*, red. M. Jackowski, Warszawa 2018, s. 389.

<sup>19</sup> R. Kubiak, *Prawo medyczne*, Warszawa 2014, s. 210.

<sup>20</sup> M. Jackowski, w: *Ochrona danych medycznych. RODO w ochronie zdrowia*, red. M. Jackowski, Warszawa 2018, s. 40.

<sup>21</sup> Powszechna Deklaracja Praw Człowieka (rezolucja Zgromadzenia Ogólnego ONZ 217 A (III) przyjęta i proklamowana w dniu 10 grudnia 1948 r.).

Zagwarantowanie tajemnicy danych lekarskich jest ważną zasadą systemów prawnych państw – stron Konwencji<sup>22</sup>.

Natomiast w realiach polskiego ustawodawstwa, prawo do prywatności gwarantuje przede wszystkim art. 47 Konstytucji RP, w świetle którego „każdy ma prawo do ochrony prawnej życia prywatnego, rodzinnego, czci i dobrego imienia oraz do decydowania o swoim życiu osobistym”. Następnie art. 51 Konstytucji RP traktuje na temat uszczegółowienia brzmienia art. 47 w związku z prawem jednostki do ochrony przed ingerencją ze strony władz publicznych.

Z powyższego można wywieść, że art. 51 Konstytucji RP stanowi konkretyzację prawa do prywatności w aspekcie proceduralnym<sup>23</sup>.

Idąc dalej, w świetle prawa ochrony danych osobowych<sup>24</sup>, do jakich zalicza się także wszelkie dane o stanie zdrowia<sup>25</sup>, uwydatnia się ich doniosłość

---

<sup>22</sup> Wyrok ETPC z dnia 25 lutego 1997 r., 220009/93, Z v. Finlandia, w: M.A. Nowicki, *Europejski Trybunał Praw Człowieka. Orzecznictwo*, t. 2, *Prawo do życia i inne prawa*, Kraków 2002, s. 672–677.

<sup>23</sup> Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z 19 maja 1998 r., sygn. U 5/97, Lex nr 33147.

<sup>24</sup> Aktualnie kwestie związane z ochroną danych osobowych reguluje ustawa z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. 2019, poz. 1781 t.j. – zwana dalej RODO) oraz Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz.U.UE.L.2016.119.1 z dnia 4 maja 2016). Należy jednak dodać, że do osób pozbawionych wolności zastosowanie znajdzie przede wszystkim ustawa z dnia 14 grudnia 2018 r. o ochronie danych osobowych przetwarzanych w związku z zapobieganiem i zwalczaniem przestępczości (Dz.U. 2019, poz. 125) oraz Dyrektywa Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/680 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych przez właściwe organy do celów zapobiegania przestępczości, prowadzenia postępowań przygotowawczych, wykrywania i ścigania czynów zabronionych i wykonywania kar, w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchyłająca decyzję ramową Rady 2008/977/WSiSW, zwana dyrektywą policyjną, choć jej cele i założenia wpisują się w ogólne założenia, jakie z ochroną danych osobowych wiąże RODO.

<sup>25</sup> Zgodnie z motywem 24 dyrektywy policyjnej, do danych dotyczących zdrowia należy zaliczyć wszystkie dane o stanie zdrowia osoby, której dane dotyczą, ujawniające informacje o przeszłym, obecnym oraz przyszłym stanie fizycznego lub psychicznego zdrowia osoby, której dane dotyczą. Są to także informacje pochodzące z badań laboratoryjnych lub lekarskich, części ciała lub płynów ustrojowych, w tym także genetycznych i próbek biologicznych oraz wszelkie informacje na przykład o chorobie, niepełnosprawności, ryzyku choroby, historii medycznej, leczeniu klinicznym, stanie fizjologicznym lub biomedycznym osoby, której dane dotyczą niezależnie od źródła, którym może być na przykład lekarz lub inny pracownik służby zdrowia, szpital, urządzenie medyczne lub badanie diagnostyczne *in vitro*. Zbieżna definicja danych o stanie zdrowia została określona w motywie 35 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych (RODO).

dzięki zakwalifikowaniu ich do grupy tzw. danych szczególnego rodzaju<sup>26</sup>, a wobec tego danych chronionych w sposób specjalny, niestandardowy.

Ponadto podniesienie ochrony danych osobowych do rangi konstytucyjnej posiada niewątpliwie największe znaczenie ze względu na wpływ, jaki wywiera na sytuację prawną jednostki<sup>27</sup>.

Jak pokazuje praktyka, ochrona prawa do prywatności i będące jej nieodłącznym elementem dane na temat stanu zdrowia są istotne z punktu widzenia osadzonych, zwłaszcza gdy chodzi o możliwość decydowania o sposobie leczenia czy informowania przez lekarza o rokowaniach jak również efektach podjętej terapii.

Służba Więzienna, na zasadzie art. 2 pkt 2 ust. 3 Ustawy o SW<sup>28</sup>, zapewnia osobom skazanym na karę pozbawienia wolności lub osobom tymczasowo aresztowanym przestrzeganie ich praw, w tym m.in. poszanowania godności czy opieki zdrowotnej.

Prawo do ochrony zdrowia stanowiące jedno z podstawowych praw człowieka, ze swej natury przysługuje każdemu<sup>29</sup>. Każdy natomiast osadzony w większym bądź mniejszym stopniu jest zainteresowany tym co się dzieje w sferze ochrony jego zdrowia oraz podczas udzielania mu świadczeń medycznych, co wynika także z wyników przeprowadzonych przez autora badań własnych.

Krajowe akty prawne regulujące problematykę sprawowania opieki zdrowotnej nad osadzonymi oraz związane z udzielaniem im świadczeń zdrowotnych, co w dalszej kolejności daje możliwość ich analizowania pod kątem poszanowania prawa do prywatności, można wyróżnić następująco:

- Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny wykonawczy (Dz.U. 2019, poz. 676 t.j.), m.in. art. 115 § 1;

<sup>26</sup> Dane szczególnego rodzaju w ich aktualnym znaczeniu ujętym w ogólnym rozporządzeniu, znalazły szeroką ochronę oraz warunki zapewnienia im poufności na szczególnym poziomie m.in. w art. 9 ust. 1, zgodnie z którym zabrania się przetwarzania danych osobowych ujawniających pochodzenie rasowe lub etniczne, poglądy polityczne, przekonania religijne lub światopoglądowe, przynależność do związków zawodowych oraz przetwarzania danych genetycznych, danych biometrycznych w celu jednoznacznego zidentyfikowania osoby fizycznej lub danych dotyczących zdrowia, seksualności lub orientacji seksualnej tej osoby, z wyłączeniem sytuacji określonych w art. 9 ust. 2, por. art. 9 ust. 1 i ust. 2 RODO.

<sup>27</sup> P. Sobczyk, *Ochrona danych osobowych jako element prawa do prywatności*, „Zeszyty Prawnicze UKSW” 2009, 9.1, s. 301.

<sup>28</sup> Ustawa z dnia 9 kwietnia 2010 r. o Służbie Więziennej (Dz.U. 2019, poz. 1427 t.j.).

<sup>29</sup> K. Ryś, *Konstytucyjne prawo do ochrony zdrowia i prawo do szczególnej opieki zdrowotnej*, „Zeszyty Naukowe Prawa Konstytucyjnego” 2017, nr 10, s. 113.

- rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości i Ministra Zdrowia z dnia 9 maja 2012 r. w sprawie szczegółowych warunków, zakresu i trybu współdziałania podmiotów leczniczych z podmiotami leczniczymi dla osób pozbawionych wolności w zakładach karnych i aresztach śledczych w zapewnieniu świadczeń zdrowotnych osobom pozbawionym wolności (Dz.U. 2012, poz. 547);
- rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 26 lutego 2016 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej prowadzonej w podmiotach leczniczych dla osób pozbawionych wolności oraz sposobu jej przetwarzania (Dz.U. 2016, poz. 258);
- rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 13 listopada 2003 r. w sprawie warunków i sposobu zaopatrzenia osób osadzonych w zakładach karnych i aresztach śledczych w protezy, przedmioty ortopedyczne o środki pomocnicze (Dz.U. 2003 nr 204, poz. 1986);
- rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 5 lipca 2012 r. w sprawie szczegółowych wymagań jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu leczniczego dla osób pozbawionych wolności (Dz.U. 2012, poz. 808);
- rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 17 września 2003 r. w sprawie trybu przyjmowania dzieci matek pozbawionych wolności do domów dla matki i dziecka przy wskazanych zakładach karnych oraz szczegółowych zasad organizowania i działania tych placówek (Dz.U. 2003 nr 175, poz. 1709);
- rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 14 czerwca 2012 r. w sprawie udzielania świadczeń zdrowotnych przez podmioty lecznicze dla osób pozbawionych wolności (Dz.U. 2012, poz. 738).

Ponadto warto zasygnalizować, że w stosunku do osób pozbawionych wolności w kontekście naruszenia prawa do prywatności zastosowanie znajdują również regulacje prawne odnoszące się do wychowania w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi<sup>30</sup> jak również te, które określają problematykę walki z uzależnieniem od narkotyków<sup>31</sup>, biorąc pod uwagę okoliczność, iż część osadzonych zмага się z problemem jakiegoś uzależnienia, przy czym podobnie – jak osadzeni nieuzależnieni – dysponuje własną opinią na temat prawa do prywatności w warunkach izolacji

---

<sup>30</sup> Ustawa z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (Dz.U. 2019, poz. 2277 t.j.).

<sup>31</sup> Ustawa z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz.U. 2019, poz. 852).

więziennej. Na marginesie autor pragnie wskazać, iż w grupie osadzonych badanych nie wyróżnił typowo osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych z uwagi na fakt, iż badana grupa nie objęła więźniów znajdujących się w oddziale terapeutycznym dla osadzonych uzależnionych od alkoholu<sup>32</sup>. Brak jest także danych odnoszących się do uzależnionych od narkotyków ze względu na okoliczność, iż badana jednostka nie dysponuje oddziałem do leczenia tego rodzaju uzależnienia. Ponadto należy wziąć pod uwagę, iż w badanej grupie osadzonych mogły znaleźć się osoby mające wprawdzie problem z jakimś typem uzależnienia, lecz nie skłaniające się ku podjęciu jakiejkolwiek terapii odwykowej.

Ze względu na przynależność Polski do Unii Europejskiej, zobowiązana jest ona do respektowania międzynarodowych uregulowań prawnych, które określają rolę i znaczenie opieki zdrowotnej dla osób przebywających w jednostkach penitencjarnych<sup>33</sup>.

Istotne, z punktu widzenia standardów opieki medycznej nad osobami pozbawionymi wolności, są ponadto Zalecenia Rec (2006) 2 Komitetu Ministrów do państw członkowskich Rady Europy w sprawie Europejskich Reguł Więziennych<sup>34</sup>. Szczególnie w pkt 42.3 lit. a podkreślono konieczność przestrzegania – w czasie wykonywanych badań lekarskich – normalnych zasad tajemnicy lekarskiej.

Z kolei na podstawie rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 14 czerwca 2012 r. w sprawie udzielania świadczeń zdrowotnych przez podmioty lecznicze dla osób pozbawionych wolności, każdy osadzony – w terminie do 3 dni roboczych od przyjęcia do zakładu karnego – poddawany jest badaniom wstępnym<sup>35</sup>. W wymienionym rozporządzeniu brak jest natomiast regulacji bezpośrednio odnoszących się do warunków w jakich udzielane są osadzonym świadczenia zdrowotne w kontekście zachowania ich prawa do prywatności z wyjątkiem wskazania na sytuacje, w których osadzonego deleguje się poza zakład karny, gdy jest konieczne

<sup>32</sup> W Zakładzie Karnym w Garbalinie przewidziano 45 miejsc należących do oddziału terapeutycznego dla osadzonych uzależnionych od alkoholu.

<sup>33</sup> D. Rogala, A. Banach, D. Jachimowicz-Gaweł, Ż. Skinder, M. Leźnicka, *System opieki zdrowotnej nad osobami osadzonymi w zakładach penitencjarnych w Polsce*, „Hygeia Public Health” 2013, t. 48 (4), s. 444.

<sup>34</sup> Rekomendacja Rec (2006) 2 Komitetu Ministrów do państw członkowskich Rady Europy w sprawie Europejskich Reguł Więziennych 1 (przyjęta przez Komitet Ministrów w dniu 11.01.2006 r. na 952 posiedzeniu delegatów).

<sup>35</sup> Badania wstępne – zgodnie z § 4 ust. 1 – obejmują wywiad chorobowy oraz badanie fizykalne.

zastosowanie wobec niego specjalistycznego leczenia bądź leczenia za pomocą określonego sprzętu. Natomiast zgodnie z art. 116 § 1 pkt 3 k.k.w., jednym z obowiązków skazanego jest poddanie się – niezależnie od obowiązków określonych w przepisach o zwalczaniu chorób zakaźnych, wenerycznych i gruźlicy, alkoholizmu i narkomanii – przewidzianym przepisami badaniami, leczeniu, zabiegom lekarskim, sanitarnym oraz rehabilitacji, a także badaniami na obecność w organizmie alkoholu, środków odurzających lub substancji psychotropowych, a skazanego, co do którego sędzia penitencjarny zarządził przeprowadzenie badań psychologicznych lub psychiatrycznych, dodatkowo – udzielanie osobom prowadzącym badania informacji o stanie zdrowia, przebytych chorobach i urazach oraz warunkach, w jakich się wychowywał, oraz wykonywanie zleconych przez psychiatrę lub psychologa czynności niezbędnych na potrzeby badania. Dodatkowo art. 118 § 2 k.k.w. wskazuje na przymusowe zastosowanie leczenia w sytuacji, gdy życie skazanego jest zagrożone, a gdy skazanemu grozi niebezpieczeństwo śmierci, o konieczności zastosowania leczenia decyduje lekarz. W tych wypadkach wyłączone jest egzekwowanie zgody od samego skazanego na udzielenie mu świadczeń medycznych, z czym wiąże się bezpośrednie wkroczenie w sferę jego prywatności.

Mimo zatem określonego w art. 16 u.p.p. prawie wyrażenia zgody na udzielenie określonych świadczeń zdrowotnych lub odmowy takiej zgody, osadzeni – w niektórych sytuacjach – nie mogą o prawie tym samodzielnie decydować. Ponadto zgodnie z art. 20 ust. 1 wskazanej ustawy, pacjent ma prawo do poszanowania intymności i godności, w szczególności w czasie udzielania mu świadczeń zdrowotnych, natomiast odpowiadający praktycznej realizacji tego prawa art. 22 ust. 1 te same ustawy stanowi o tym, że osoba wykonująca zawód medyczny ma obowiązek postępować w sposób zapewniający poszanowanie intymności i godności pacjenta. Regulacje te odnoszą się do każdego pacjenta, a zatem bez względu na to, czy jest on osobą pozbawioną wolności, czy też nie. Zapewnienie pacjentowi zarówno intymności, jak i godności w czasie udzielania mu świadczeń medycznych, stanowi także o poszanowaniu jego prywatności i praktycznej realizacji jednego z podstawowych praw każdego człowieka. W związku z wykonanymi na grupie osadzonych w Zakładzie Karnym w Garbalinie badaniami ankietowymi, można stwierdzić, że czynnikiem najczęściej podawanym jako uciążliwy w trakcie przeprowadzanych badań oraz udzielanych świadczeń medycznych była obecność pracowników służby więziennej w trakcie odbywanych badań.



Istotnym ponadto jest, że w przeciwieństwie do art. 9 ust. 1 i 2 ustawy o POZ<sup>36</sup> stanowiącego o tym, że pacjent ma prawo wyboru lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej i położnej podstawowej opieki zdrowotnej, osadzony – na zasadzie art. 115 § 1a k.k.w. – nie dysponuje prawem wyboru lekarza i pielęgniarki ambulatorium z izbą chorych, lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej i położnej podstawowej opieki zdrowotnej, jak również świadczeniodawcy udzielającego ambulatoryjnych świadczeń opieki zdrowotnej, lekarza dentystry oraz szpitala, co w praktyce pozbawia go możliwości decydowania o osobie udzielającej mu świadczeń medycznych, nawet gdyby dochodziło do łamania jego praw, jak pacjenta, w tym prawa do prywatności w wyniku nieetycznego postępowania lekarza.

Jak zatem wynika z powyższego, osadzeni, mimo zagwarantowania im prawa do leczenia z poszanowaniem ich godności i intymności, w tym respektowania dzięki temu ich prawa do prywatności, dysponują w ograniczonym zakresie możliwością wpływu zarówno na wybór osoby udzielającej świadczeń medycznych, jak i wyrażenia zgody na leczenie, w określonych ustawowo warunkach oraz sytuacjach. Odrębnym problemem, jaki wyłania się w związku z tymi czynnikami, jest ponadto kwestia ewentualnego ograniczenia w tych wypadkach prawa do prywatności z uwagi na szczególną sytuację tej grupy pacjentów, jaką są osoby pozbawione wolności.

## **2. Analiza przeprowadzonych badań własnych wśród grupy osadzonych w Zakładzie Karnym w Garbalinie**

Niniejsza część artykułu zmierza to zaprezentowania wniosków uzyskanych w wyniku przeprowadzonych badań własnych w grupie osadzonych, która objęła 168 osób odbywających karę pozbawienia wolności po raz pierwszy w Zakładzie Karnym w Garbalinie. Materiał badawczy obejmuje ankiety wypełnione przez więźniów, którzy dobrowolnie przystąpili do badań i zechcieli się podzielić własnymi spostrzeżeniami, przy czym część ankietowanych zaniechała udzielenia odpowiedzi na niektóre pytania, co nie pozwoliło na zupełną oraz w pełni wyczerpującą interpretację przedmiotu kwestionariuszy.

---

<sup>36</sup> Ustawa z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej (Dz.U. 2020, poz. 172 t.j.).



Wśród badanych, 86 osób stanowiło grupę niezgłaszającą istnienia żadnych chorób, zaś 82 osoby zaznaczały w ankietach, że cierpią na różnego rodzaju przewlekłe dolegliwości. Do najczęściej podawanych należały następujące jednostki chorobowe: 26 osób wskazało, że cierpi na choroby serca i układu krążenia, 26 na choroby psychiczne i zmiany nastroju, 15 na choroby nowotworowe, 14 na choroby układu nerwowego, 13 na choroby układu pokarmowego, 11 na choroby układu moczowego i rozrodczego, 9 na choroby wątroby, 9 na niesprawności stwierdzone orzeczeniem lekarskim, 7 na choroby płuc oraz 2 na choroby zakaźne, takie jak żółtaczkę czy AIDS. Kilku osadzonych wskazało ponadto na istnienie lub współistnienie chorób takich jak łuszczyca, cukrzyca, depresja, zaniki pamięci, astma czy jaskra, przy czym choroby te dotyczyły pojedynczych skazanych, najczęściej jednej bądź dwóch osób.

W kontekście wskazywania przez osadzonych – według kryterium ważności oraz istotności – danych dotyczących ich zdrowia, jak również możliwości wyboru sposobu leczenia, udzielania przez personel więzienny informacji o wynikach dotyczących ich badań czy też uświadamiania osadzonych w kwestii praw pacjenta, wyniki przeprowadzonych ankiet pokazały, że dla znacznej części osadzonych informacje te mają status „bardzo ważnych”, zaś dla mniejszości „średnio ważnych” bądź „nieważnych”, co prezentuje tabela 1.

Wyniki przeprowadzonych badań w sposób jednoznaczny pokazują, że dla znacznej większości osadzonych zarówno w grupie osób zdrowych, jak i chorujących przewlekłe, niezwykle istotnym aspektem jest możliwość uzyskiwania informacji na temat stanu swojego zdrowia, szybkiego dostępu do personelu medycznego, zapoznawania się z wynikami przeprowadzonych badań, jak również uświadamiania przez personel na temat praw pacjenta. Tylko po 1 osobie z grupy skazanych chorych oraz skazanych zdrowych wskazało, że określony rodzaj informacji o stanie ich zdrowia nie ma dla nich znaczenia. Pojedyncze zaś osoby uznały, że średnio ważne są dla nich informacje na temat stanu ich zdrowia (łącznie 10 osób z obu grup badanych) czy szybki dostęp do lekarza lub pielęgniarki (łącznie 8 osób z obu grup badanych). Wynik tych analiz stwarza także pole do uznania, że coraz więcej osób, w tym także skazanych, świadomych jest praw jakie im przysługują jako pacjentom, nawet gdy świadczenia medyczne są udzielane w warunkach izolacji penitencjarnej i w tym zakresie mogą być nakładane na osadzonych różnego rodzaju ograniczenia.

**Tabela 1.** Badanie wśród osadzonych poziomu ważności dla nich stanu opieki zdrowotnej realizowanej w zakładach karnych

| Stopień ważności   | Nieważne                           |                             | Średnio ważne                      |                             | Bardzo ważne                       |                             |
|--|------------------------------------|-----------------------------|------------------------------------|-----------------------------|------------------------------------|-----------------------------|
|  | Osadzeni<br>(liczba ankietowanych) |                             | Osadzeni<br>(liczba ankietowanych) |                             | Osadzeni<br>(liczba ankietowanych) |                             |
|  | Zdro-<br>wi: 86<br>osób            | Choru-<br>jący: 82<br>osoby | Zdro-<br>wi: 86<br>osób            | Choru-<br>jący: 82<br>osoby | Zdro-<br>wi: 86<br>osób            | Choru-<br>jący: 82<br>osoby |
| Ważność informac-<br>ji na temat stanu<br>zdrowia                      | 2                                  | 3                           | 7                                  | 3                           | 68                                 | 61                          |
| Łączna liczba<br>odpowiedzi  | 5                                  |                             | 10                                 |                             | 129                                |                             |
| Ważność szybkie-<br>go dostępu do le-<br>karza/pielęgniarki            | 1                                  | 0                           | 4                                  | 4                           | 73                                 | 64                          |
| Łączna liczba<br>odpowiedzi  | 1                                  |                             | 8                                  |                             | 137                                |                             |
| Ważność możli-<br>wości zapoznawa-<br>nia się z wynikami<br>badań      | 2                                  | 0                           | 7                                  | 6                           | 68                                 | 62                          |
| Łączna liczba<br>odpowiedzi  | 2                                  |                             | 13                                 |                             | 130                                |                             |
| Ważność uświa-<br>damiania przez<br>personel na temat<br>praw pacjenta | 2                                  | 1                           | 11                                 | 8                           | 61                                 | 57                          |
| Łączna liczba<br>odpowiedzi  | 3                                  |                             | 19                                 |                             | 118                                |                             |

Źródło: Badania własne.

Wśród osadzonych zdrowych, 48 osób spośród 86 wskazało, że korzystało z pomocy lekarza więziennego, a w przypadku skazanych chorujących były to 52 osoby spośród 82, w tym 32 osoby regularnie korzystały z tej formy pomocy.

Badania ankietowe sprowadzały się ponadto do ustalenia, czy w ocenie więźniów dostęp do lekarza lub pielęgniarki w zakładzie karnym ma charakter stały. Znaczna część udzielonych odpowiedzi wskazywała na to, że nie, albowiem skazani zdrowi w 40 przypadkach wskazali, że nie ma takiego dostępu, a jedynie w 22, że jest. Z kolei osoby chorujące przewlekłe, o stałym dostępie do lekarza lub pielęgniarki wskazały w 23 przypadkach, zaś w 28 o braku takiego dostępu. Ma to wpływ na wyniki kolejnych zapytań ankietowych, z których wypływa wskazywany przez osadzonych problem braku dostępu do lekarza specjalisty. Mianowicie spośród wszystkich ankietowanych z obu grup skazanych, tj. zdrowych oraz przewlekłe chorujących, aż 67 osób skarżyło się na zbyt długi czas oczekiwania na wizytę u lekarza specjalisty, co mogło mieć także znaczenie dla komentarzy, jakie osoby badane zamieszczały w ankiecie, w postaci stwierdzeń, takich jak: „prosiłem o konsultację u dermatologa i do tej pory jej nie ma”, „kompletny brak opieki lekarskiej”, „brak lekarzy, brak specjalistów”, „chciałbym aby był szybszy dostęp do lekarza”. Należy jednak wskazać, że świadczenia medyczne, jakie są udzielane przez lekarzy specjalistów w ramach państwowej opieki zdrowotnej, wiążą się z odpowiednim czasem oczekiwania nawet wśród pacjentów nie odbywających kary pozbawienia wolności. Problem braku szybkiego dostępu do lekarzy specjalistów wynika zatem z ogólnego problemu nienadążania systemu opieki zdrowotnej z pokrywaniem zapotrzebowania na tę grupę lekarzy i obejmuje wszystkie grupy społeczne. Przykładowo na terenie województwa łódzkiego, w obszarze którego mieści się Zakład Karny w Garbalinie, czas oczekiwania na wizytę u lekarza specjalisty z zakresu kardiologii, z uwagi na podawanie przez ankietowanych jako najczęściej występujących problemów zdrowotnych, schorzeń układu sercowo-naczyniowego, wynosi przeciętnie 156 dni. Z kolei czas oczekiwania na wizytę w poradni zdrowia psychicznego wynosi najkrócej 52 dni<sup>37</sup>. Brak jest natomiast specjalistycznych danych na temat czasu oczekiwania na wizytę u lekarza specjalisty wśród osadzonych, lecz można przypuszczać, iż podlegają oni pod ten sam system, który funkcjonuje w przypadku pacjentów nie pozbawionych wolności.

Inny problem wśród osadzonych najczęściej wskazywany w ankietach sprowadzał się do określenia poziomu komfortu świadczonej na ich rzecz

---

<sup>37</sup> Informacje pobrane z bazy medycznej wskazującej na długość kolejki i czas oczekiwania na wizytę u lekarza czy też badanie diagnostyczne znajdującej się na stronie <https://www.medbiz.pl>, dostęp 02.10.2019.

opieki medycznej, który także ma związek ze sferą prywatności. Cześć skazanych wskazywała na brak pytania ich przez personel medyczny o zgodę na leczenie<sup>38</sup>. Wśród osadzonych zdrowych, 35 osób wskazało, że zgoda taka została od nich odebrana, zaś 36 osób, że nie. Natomiast w grupie skazanych cierpiących na choroby przewlekłe, 35 osób potwierdziło odebranie od nich zgody na leczenie, a 26 osób wskazało, iż leczenie zostało przeprowadzone bez ich uprzedniej aprobaty. Sporadycznie wskazywano na odebranie zgody w formie pisemnej (3 osoby spośród osadzonych zdrowych oraz 7 spośród chorujących przewlekłe), a nieco częściej w formie ustnej (24 osoby spośród osadzonych zdrowych oraz 19 spośród chorujących przewlekłe). Znaczna część ankietowanych nie udzieliła w tym zakresie żadnych informacji, zaznaczając w odpowiedziach „nie pamiętam” bądź „nie dotyczy”. Może to świadczyć o niskiej świadomości osadzonych w kwestiach związanych z udzielaniem zgody na realizację wobec nich świadczeń medycznych.

W kwestii komfortu udzielanych skazanym świadczeń medycznych, znaczna ich część narzekała na negatywne doświadczenia z tym związane. Wśród osadzonych zdrowych, 41 osób wskazało, że nie czuło się komfortowo w czasie badania lekarskiego, a najczęściej podawanym powodem takiego stanu rzeczy było „traktowanie ich z góry przez lekarza” (24 osoby), jak również brak okazywania szacunku i bagatelizowanie zgłoszonych objawów (po 19 osób z każdej grupy badanych). Z kolei osadzeni chorujący wskazali na brak komfortu badań lekarskich w 27 przypadkach i najczęściej podawali za przykłady „traktowanie ich z góry przez lekarza” (21 osób) oraz „bagatelizowanie ich objawów chorobowych” (18 osób). Zarówno osadzeni zdrowi, jak i chorujący sporadycznie żalili się na „brak ulgi w cierpieniu” czy „odmowę skierowania do szpitala na dalsze leczenie”. Ponadto znaczna część ankietowanych z obu grup badanych wskazywała najczęściej na brak skierowania ich na badania wskutek zgłoszonych przez nich dolegliwości (odpowiednio 50 osób spośród zdrowych i 29 spośród chorujących skazanych). Podobnie przeważająca część ankietowanych wskazała, że dostęp do opieki medycznej w zakładzie karnym nie jest zaspokajany w dostatecznym stopniu (62 osoby spośród osadzonych zdrowych i 46 spośród osadzonych chorujących). Podobnie osadzeni podawali, że leczenie w zakładach karnych nie odpowiada standardom ja-

<sup>38</sup> W określonych sytuacjach udzielenie przez osadzonego zgody na leczenie może być wyłączone. Stanowi o tym art. 118 § 2 k.k.w.

kie są charakterystyczne dla warunków wolnościowych (62 osoby spośród osadzonych zdrowych oraz 48 osób spośród osadzonych chorujących).

Kolejne aspekty związane z poziomem świadczonej na rzecz osadzonych opieki medycznej prezentuje tabela 2 tabela odnosząca się do między innymi do tego, czy w trakcie udzielania świadczeń medycznych, zapewniona jest osadzonym prywatność.

Biorąc pod uwagę liczbę osadzonych, którzy zaangażowali swój udział w badaniu, w porównaniu z ilością udzielonych odpowiedzi, wskazać należy, iż część więźniów nie odniosła się do zapytań w żaden sposób bądź zaznaczyła odpowiedź „brak zdania”, co nie pozwoliło na zakwalifikowanie ich odpowiedzi do żadnej z kategorii. Nieznaczna część ankietowanych, która odniosła się w sposób pozytywny do dostępu do opieki zdrowotnej w zakładzie karnym, wskazała na szybkie skierowanie do lekarza specjalisty (2 osoby spośród osadzonych zdrowych oraz 4 osoby spośród osadzonych chorujących). Podobna ilość osadzonych wskazała na wykonanie im badań diagnostycznych (2 osoby spośród osadzonych zdrowych oraz 3 osoby spośród osadzonych chorujących), szybkie ustąpienie dolegliwości w wyniku wdrożonego leczenia (2 osoby spośród osadzonych zdrowych oraz 2 osoby spośród osadzonych chorujących) czy poważne potraktowanie przez lekarza zgłoszonych dolegliwości (2 osoby spośród osadzonych zdrowych oraz 3 osoby spośród osadzonych chorujących).

Z kolei za najczęściej występujące problemy związane z dostępem do opieki zdrowotnej podawano: długie oczekiwanie na wizytę u lekarza specjalisty (40 osób spośród osadzonych zdrowych oraz 27 osób spośród osadzonych chorujących), niechętnie przepisywanie przez lekarza leków (18 osób spośród osadzonych zdrowych oraz 14 osób spośród osadzonych chorujących), niechęć kierowania na badania specjalistyczne (9 osób spośród osadzonych zdrowych oraz 14 osób spośród osadzonych chorujących).

Analiza problematyki związanej z poczuciem naruszenia prawa do prywatności osadzonych w wyniku udzielania im świadczeń medycznych obrazuje tabela 3 tabela.

Analiza problematyki związanej z naruszeniem prawa do prywatności w związku z udzielanymi skazanemu świadczeniami zdrowotnymi prowadzi do wniosku, iż większości osadzonym dyskomfort sprawiała obecność – w czasie udzielania im świadczeń medycznych – pracowników służby więziennej. Najmniej uskarżania się miało miejsce w odniesieniu do konieczności rozebrania się w celu udzielenia świadczeń medycznych przy osobach innych niż personel medyczny.

**Tabela 2.** Badanie wśród osadzonych stanu ich świadomości oraz stopnia roszczeniowości w kwestii dotyczącej respektowania bądź naruszania praw pacjentów w zakładach karnych

| Badany element opieki medycznej | Złożenie skargi na personel medyczny – liczba złożonych przez osadzonych skarg | Znajomość podstawowych praw pacjenta przez osadzonych – liczba świadomych osadzonych | Zapewnienie osadzonym prywatności w czasie udzielania im świadczeń medycznych – liczba skazanych twierdzących o poszanowaniu ich prywatności | Wystąpienia osadzonych o udostępnienie im dokumentacji medycznej – liczba osadzonych, która zwróciła się o wydanie odpisu dokumentacji medycznej | Pozytywna ocena osadzonych w kwestii dotyczącej dostępu do opieki zdrowotnej w zakładzie karnym | Negatywna ocena osadzonych w kwestii dotyczącej dostępu do opieki zdrowotnej w zakładzie karnym |
|---------------------------------|--|--|--|--|---|---|
|                                 |  |  |  |  |   |   |
| Łączna liczba odpowiedzi        | 2  | 3  | 30   | 10   | 8   | 49  |
|                                 | 5  | 67   | 61   | 23   | 17  | 86  |
|                                 | Zdro-<br>wi: 86<br>osób  | Cho-<br>rują-<br>cy: 82<br>osoby   | Zdro-<br>wi: 86<br>osób  | Cho-<br>rują-<br>cy: 82<br>osoby   | Zdro-<br>wi: 86<br>osób   | Cho-<br>rują-<br>cy: 82<br>osoby  |

Źródło: Badania własne.

**Tabela 3.** Badanie wśród osadzonych sytuacji, w związku z którymi doszło do naruszenia sfery ich prywatności

| Sytuacja, w której mogło dojść do naruszenia prywatności osadzonego | Obecność pracownik <sup>ów</sup> służby więziennej przy leczeniu osadzonych | Obecność jed-nych osadzonych przy leczeniu innych osadzonych | Obecność osób nieznanych więźniowi przy leczeniu osadzonych | Brak zapytania osadzonego o zgodę na obecność przy badaniu jego osób trzecich | Naruszenie – w czasie badania – godności osobistej osadzonego | Brak poczucia komfortu osadzonego związany z koniecznością rozebrania się przy innych niż lekarz osobach |
|---|---|--|---|---|---|--|
|   |   |  |   |   |   |  |
|   | Zdro- wi: 86 osób<br>Cho- rujący: 82 osoby                                  | Zdro- wi: 86 osób<br>Cho- rujący: 82 osoby                   | Zdro- wi: 86 osób<br>Cho- rujący: 82 osoby                  | Zdro- wi: 86 osób<br>Cho- rujący: 82 osoby                                    | Zdro- wi: 86 osób<br>Cho- rujący: 82 osoby                    | Zdro- wi: 86 osób<br>Cho- rujący: 82 osoby   |
|   | 21  | 5  | 5   | 13  | 6   | 6  |
| Łączna liczba odpowiedzi  | 41  | 10   | 26  | 11  | 9   | 3  |

Źródło: Badania własne.



Badania zostały przeprowadzone wśród osadzonych mężczyzn, którzy z uwagi na wiek, poziom wykształcenia oraz stan cywilny przedstawiali się statystycznie w następujący sposób:

**Tabela 4.** Wyszczególnienie badanej grupy osadzonych ze względu na wiek, poziom wykształcenia oraz stan cywilny

| Rodzaj kryterium badanych | Wiek/osadzeni zdrowi | Wiek/osadzeni chorujący | Poziom wykształcenia/osadzeni zdrowi | Poziom wykształcenia/osadzeni chorujący | Stan cywilny/osadzeni zdrowi        | Stan cywilny/osadzeni chorujący     |
|---------------------------|----------------------|-------------------------|--------------------------------------|---|-------------------------------------|-------------------------------------|
|                           | Poniżej 20 lat: 0    | Poniżej 20 lat: 0       | Podstawowe: 27                       | Podstawowe: 16                          | Kawaler: 38                         | Kawaler: 27                         |
|                           | Łączna liczba: 0     |                         | Łączna liczba: 43                    |   | Łączna liczba: 65                   |                                     |
|                           | 20–30 lat: 31        | 20–30 lat: 16           | Zawodowe: 30                         | Zawodowe: 26                            | Żonaty: 11                          | Żonaty: 12                          |
|                           | Łączna liczba: 47    |                         | Łączna liczba: 56                    |   | Łączna liczba: 23                   |                                     |
|                           | 31–40 lat: 29        | 31–40 lat: 23           | Średnie (liceum lub technikum): 20   | Średnie (liceum lub technikum): 16      | Rozwiedziony: 16                    | Rozwiedziony: 17                    |
|                           | Łączna liczba: 52    |                         | Łączna liczba: 36                    |   | Łączna liczba: 33                   |                                     |
|                           | 41–50 lat: 10        | 41–50 lat: 17           | Licencjat: 4                         | Licencjat: 3                            | Wdowiec: 0                          | Wdowiec: 1                          |
|                           | Łączna liczba: 27    |                         | Łączna liczba: 7                     |   | Łączna liczba: 1                    |                                     |
|                           | 51–60 lat: 12        | 51–60 lat: 10           | Wyższe: 0                            | Wyższe: 6                               | Konkubinaty/związek partnerski: 9/9 | Konkubinaty/związek partnerski: 9/2 |
|                           | Łączna liczba: 22    |                         | Łączna liczba: 6                     |   | Łączna liczba: 18/11                |                                     |
|                           | 61–70 lat: 0         | 61–70 lat: 2            |                                      |   |                                     |                                     |
|                           | Łączna liczba: 2     |                         |                                      |   |                                     |                                     |
|                           | Powyżej 70 lat: 0    | Powyżej 70 lat: 0       |                                      |   |                                     |                                     |
|                           | Łączna liczba: 0     |                         |                                      |   |                                     |                                     |

Źródło: Badania własne.

Wszyscy ankietowani, którzy poprawnie zaznaczyli odpowiedzi, za wyjątkiem dwóch osadzonych, odbywali karę pozbawienia wolności między 1 miesiącem a 15 latami (70 osób spośród osadzonych zdrowych oraz 66 spośród osadzonych chorujących). Jedynie dwie osoby spośród osadzonych zdrowych odbywały karę 25 lat pozbawienia wolności. Istotnym jednak jest, że część ankietowanych nie udzieliła żadnych informacji na temat swojego wieku, poziomu wykształcenia, stanu cywilnego bądź wysokości odbywanej kary, co uniemożliwiło autorowi pełne i wyczerpujące zaprezentowanie danych statystycznych w tym zakresie.

### **3. Wnioski końcowe z przeprowadzonych badań**

Przeprowadzone wśród osadzonych w Zakładzie Karnym w Garbalinie badania miały na celu wykazanie, czy problemy badawcze faktycznie zostały ujawnione zgodnie z przyjętym przez autora założeniem jak również czy właściwie zostały sformułowane tezy, które następnie zostały poddane analizie. Wnioski z przeprowadzonych badań okazały się niezwykle interesujące, a w niektórych przypadkach wręcz zaskakujące.

Po pierwsze, najczęściej ujawnianą wśród osadzonych tendencją było eksponowanie poziomu swojego niezadowolenia z jakości udzielanych im świadczeń medycznych w trakcie odbywania kary pozbawienia wolności. Większość osadzonych zgodnie twierdziła, że standardy leczenia w zakładzie karnym nie odpowiadają tym, na jakie mogli liczyć w warunkach wolnościowych. Część ankiet została pod tym względem opatrzona różnymi komentarzami, które w większości dawały upust negatywnym emocjom oraz doświadczeniom osadzonych. Znaczna część osadzonych narzekała na zbyt słaby dostęp do lekarza, w tym do lekarza specjalisty, twierdząc o pilnej potrzebie zastosowania wobec nich odpowiedniego leczenia. Spora część osadzonych skarżyła się ponadto na zbyt powolne reagowanie przez personel więzienny na zgłaszane przez nich dolegliwości zdrowotne. Ze strony osadzonych zdarzały się komunikaty oznaczające, iż podejrzewa się ich o symulację chorób bądź odczuwali oni brak zaangażowania ze strony lekarza w stosunku do zgłaszanych przez nich dolegliwości. Wśród osadzonych, którzy wzięli udział w badaniu, 5 osobom zdarzyło się złożyć skargę na personel medyczny, zaś jeden osadzony wskazał w komentarzu, że gdyby zdecydował się na złożenie skargi, to zapewne spotkałby się z określonymi konsekwencjami. Jednakże na tle pozosta-

łych wyników przeprowadzonych ankiet uznać należy, iż jest to sytuacja incydentalna.

Po drugie, w kontekście ewentualnych naruszeń prawa do prywatności w trakcie realizacji świadczeń medycznych, można twierdzić o poszanowaniu prawa do prywatności więźniów z uwagi na przestrzeganie – przez personel medyczny – następujących zasad: pytanie o zgodę na leczenie, zapewnianie osadzonym komfortu w czasie badania lekarskiego, zapewnianie prywatności w trakcie leczenia i wykonywanych badań. A zatem na poszanowanie prawa do prywatności wskazywali sami osadzeni, co należy uznać za pozytywny aspekt funkcjonowania medycznego personelu więziennego, jak również obowiązujących w więziennictwie procedur świadczenia pomocy medycznej.

Co więcej, część ankietowanych uznawała, że lekarz udzielający im świadczeń był uprzejmy i kontaktowy, co także należy uznać za pozytywny przejaw funkcjonowania medycznej służby więziennej.

Z kolei dość zaskakującym dla autora był fakt, iż prawie taka sama ilość osadzonych zdrowych i osadzonych cierpiących na różnego rodzaju schorzenia korzystała z pomocy lekarza więziennego w prawie takim samym zakresie, jak również w bardzo podobnej częstotliwości. Być może osadzeni nie cierpiący na przewlekłe dolegliwości pragnęli zwrócić na siebie uwagę poprzez częstsze niż wskazywałby to stan ich zdrowia zwracanie się do funkcjonariuszy Służby Więziennej o pomoc medyczną.

Pomimo możliwości zawarcia przez osadzonych ewentualnych negatywnych komentarzy na temat warunków, w jakich są im udzielane świadczenia medyczne, znaczna ich część powstrzymała się od tego, co najprawdopodobniej świadczy o dostatecznie zaspokajanych standardach leczenia więźniów. Świadczy to także o tym, że brak poszanowania prywatności wśród badanej grupy osadzonych nie okazał się problemem zaskakującym na głębszą analizę, jak również postulowanie wprowadzenia określonych zmian. Co jednak niezwykle istotne, zbadana przez autora grupa objęła tylko jeden rodzaj osadzonych (mężczyźni odbywający karę pozbawienia wolności po raz pierwszy) w ramach jednego zakładu karnego. W związku z tym wyniki przeprowadzonych badań, choć nie pozwalają na wysnuwanie zbyt generalnych wniosków, to jednak mogą stać się inspiracją, jak również wstępem do przedsięwzięcia kolejnych analiz oraz obserwacji przeprowadzonych na znacznie większą skalę, co pozwoliłoby na sformułowanie znacznie bardziej precyzyjnych konkluzji oraz wniosków.

Należy ponadto wyrazić nadzieję, że pojedyncze przypadki niezadowolenia ze sposobu świadczenia opieki medycznej wśród zbadanej grupy osadzonych, okazały się sytuacjami incydentalnymi, a przez to nie wygenerowały potrzeby wysnucia przez autora określonych krytycznych wniosków.

## **Bibliografia**

### **Literatura**

Ciesielska M., *Tajemnica zawodowa osób zatrudnionych w służbie zdrowia*, w: *Ochrona danych medycznych. RODO w ochronie zdrowia*, red. M. Jackowski, Warszawa 2018, s. 389.

Jackowski M., w: *Ochrona danych medycznych. RODO w ochronie zdrowia*, red. M. Jackowski, Warszawa 2018, s. 40.

Kubiak R., *Prawo medyczne*, Warszawa 2014, s. 210.

Młynarska-Sobaczewska A., *Trzy wymiary prywatności. Sfera prywatna i publiczna we współczesnym prawie i teorii społecznej*, „Przegląd Prawa Konstytucyjnego” 2013, nr 1 (13) 2013, s. 35.

Pryciak M., *Prawo do prywatności*, „Studia Erasmiiana Wratislaviensia, Prawa człowieka – idea, instytucje, krytyka, Wrocławskie Studia Erazmiańskie” 2010, z. IV, Wrocław, s. 212.

Rogała D., Banach A., Jachimowicz-Gawęł D., Skinder Ź., Leźnicka M., *System opieki zdrowotnej nad osobami osadzonymi w zakładach penitencjarnych w Polsce*, „Hygeia Public Health” 2013, t. 48 (4), s. 444.

Ryś K., *Konstytucyjne prawo do ochrony zdrowia i prawo do szczególnej opieki zdrowotnej*, „Zeszyty Naukowe Prawa Konstytucyjnego” 2017, nr 10, s. 113.

Sobczyk P., *Ochrona danych osobowych jako element prawa do prywatności*, „Zeszyty Prawnicze UKSW” 2009, 9.1, s. 301.

Wiśniewski L., *Prawo a wolność człowieka – pojęcie i konstrukcja prawna*, w: *Podstawowe prawa jednostki i ich sądowa ochrona*, Wydawnictwo Sejmowe 1997, s. 58–59.

Zieliński M., *Wolność osobista, jej charakter oraz gwarancje*, w: *Realizacja i ochrona konstytucyjnych wolności i praw jednostki w polskim porządku prawnym*, red. M. Jabłoński, Wrocław 2014, s. 84.

## Akty prawne

Dyrektywa Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/680 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych przez właściwe organy do celów zapobiegania przestępczości, prowadzenia postępowań przygotowawczych, wykrywania i ścigania czynów zabronionych i wykonywania kar, w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchyłająca decyzję ramową Rady 2008/977/WSiSW.

Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r. (Dz.U. nr 78, poz. 483 z późn. zm.).

Powszechna Deklaracja Praw Człowieka (rezolucja Zgromadzenia Ogólnego ONZ 217 A (III) przyjęta i proklamowana w dniu 10 grudnia 1948 r.).

Rekomendacja Rec (2006) 2 Komitetu Ministrów do państw członkowskich Rady Europy w sprawie Europejskich Reguł Więziennych 1 (przyjęta przez Komitet Ministrów w dniu 11 stycznia 2006 r. na 952 posiedzeniu delegatów).

Rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości i Ministra Zdrowia z dnia 9 maja 2012 r. w sprawie szczegółowych warunków, zakresu i trybu współdziałania podmiotów leczniczych z podmiotami leczniczymi dla osób pozbawionych wolności w zakładach karnych i aresztach śledczych w zapewnieniu świadczeń zdrowotnych osobom pozbawionym wolności (Dz.U. 2012, poz. 547).

Rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 5 lipca 2012 r. w sprawie szczegółowych wymagań jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu leczniczego dla osób pozbawionych wolności (Dz.U. 2012, poz. 808).

Rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 13 listopada 2003 r. w sprawie warunków i sposobu zaopatrzenia osób osadzonych w zakładach karnych i aresztach śledczych w protezy, przedmioty ortopedyczne o środki pomocnicze (Dz.U. 2003 nr 204, poz. 1986).

Rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 14 czerwca 2012 r. w sprawie udzielania świadczeń zdrowotnych przez podmioty lecznicze dla osób pozbawionych wolności (Dz.U. 2012, poz. 738).

Rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 17 września 2003 r. w sprawie trybu przyjmowania dzieci matek pozbawionych wolności do domów dla matki i dziecka przy wskazanych zakładach karnych oraz szczegółowych zasad organizowania i działania tych placówek (Dz.U. 2003 nr 175, poz. 1709);

Rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 26 lutego 2016 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej prowadzonej w podmiotach leczniczych dla osób pozbawionych wolności oraz sposobu jej przetwarzania (Dz.U. 2016, poz. 258);

Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz.U.UE.L.2016.119.1 z dnia 4 maja 2016).

Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny (Dz.U. 2019, poz. 1950 t.j.).

Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny wykonawczy (Dz.U. 2019, poz. 676 t.j.).

Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U. 2019, poz. 1127 t.j.).

Ustawa z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. 2019, poz. 1781 t.j.).

Ustawa z dnia 14 grudnia 2018 r. o ochronie danych osobowych przetwarzanych w związku z zapobieganiem i zwalczaniem przestępczości (Dz.U. 2019, poz. 125).

Ustawa z dnia 23 kwietnia 1964 r. Kodeks cywilny (Dz.U. 2019, poz. 1145 t.j.).

Ustawa z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (Dz.U. 2019, poz. 2277 t.j.).

Ustawa z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej (Dz.U. 2020, poz. 172 t.j.).

Ustawa z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz.U. 2019, poz. 852).

Ustawa z dnia 9 kwietnia 2010 r. o Służbie Więziennej (Dz.U. 2019, poz. 1427 t.j.).

## **Orzecznictwo**

Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 26 lutego 2014 r., sygn. akt K 22/10, Lex nr 1809416.

Wyrok ETPC z 25 lutego 1997 r., 220009/93, *Z v. Finlandia*, w: M.A. Nowicki, *Europejski Trybunał Praw Człowieka. Orzecznictwo*, t. 2, *Prawo do życia i inne prawa*, Kraków 2002, s. 672–677.

Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z 19 maja 1998 r., sygn. U 5/97, Lex nr 33147.

Wyrok w sprawie Messina przeciwko Włochom z dnia 28 września 2000 r., 25498/94, Lex nr 76738.

Wyrok Sądu Apelacyjnego w Warszawie z dnia 29 sierpnia 2006 r. (sygn. akt I ACa 310/06, OSA z 2009 r., Nr 3, poz. 34).

### **Źródła internetowe**

Informacje pobrane z bazy medycznej wskazującej na długość kolejki i czas oczekiwania na wizytę u lekarza czy też badanie diagnostyczne znajdującej się na stronie <https://www.medbiz.pl>, dostęp 02.10.2019.

Wniosek Rzecznika Praw Obywatelskich z dnia 18 października 2010 r. do Trybunału Konstytucyjnego, pobrane z: <http://www.sprawy-generalne.brpo.gov.pl/pdf/2010/01/637905/1519794.pdf>, dostęp 01.10.2019.