



**GENERALNY INSPEKTOR
OCHRONY DANYCH
OSOBOWYCH**
Michał Serzycki

WYDZIAŁ PREZYDIALNY

L.dz.

Data wpływu 03-08-2009

Do druku nr 2151

DOLiS – 033 – 225 / 09 / 20 / 07 / 09

Warszawa, dnia 30 lipca 2009 r.

Pan
Lech Czapla
Zastępca Szefa Kancelarii Sejmu
Kancelaria Sejmu
ul. Wiejska 4/6/8
00 – 902 Warszawa

Szanowny Panie Ministrze!

w nawiązaniu do pisma z dnia 2 lipca 2009 r. (znak: PS-119/09) uprzejmie informuję, iż w projekcie ustawy o izbach lekarskich wątpliwości pod kątem zgodności z przepisami ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (t.j. Dz. U. z 2002 r. Nr 101, poz. 926, z późn. zm.) budzą następujące przepisy.

1) Art. 50 ust. 1 pkt 2, stosownie do treści którego, Centralny Rejestr Lekarzy i Lekarzy Dentystów Rzeczypospolitej Polskiej prowadzony jest w systemie teleinformatycznym i tworzony na podstawie danych uzyskanych z rejestrów obejmujących dane wymienione w art. 49 ust. 5, systemu PESEL prowadzonego przez Rządowe Centrum Informatyczne oraz rejestru prowadzonego przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych, cyt.: „(...) o którym mowa w art. 56 ust. 2 pkt 1 – 8 ustawy z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (...)” (t.j. Dz. U. z 2005 r. Nr 31, poz. 267, z późn. zm.). W pierwszej kolejności zaznaczyć należy, iż rejestr prowadzony na podstawie art. 49 ust. 1 projektu, zawierający dane określone w ust. 5 tego przepisu, będzie olbrzymim zestawem danych, w oparciu o które, jednoznaczne ustalenie tożsamości osoby nie powinno budzić jakichkolwiek, najmniejszych nawet wątpliwości. Szerszy zakres informacji, niż ten gromadzony na podstawie projektowanego przepisu wykraczałby poza cel przetwarzania danych osobowych, co mogłoby

prowadzić do naruszenia wskazanej w art. 26 ust. 1 pkt 3 ustawy o ochronie danych osobowych, zasady adekwatności danych w stosunku do celów ich przetwarzania, która nakazuje, aby administrator danych przetwarzał (w tym gromadził) jedynie takie dane, które są mu niezbędne dla osiągnięcia zamierzonych celów przetwarzania danych. Dlatego też zastrzeżenia budzi możliwość przetwarzania w Centralnym Rejestrze Lekarzy i Lekarzy Dentystów Rzeczypospolitej Polskiej takich danych, jak m.in. stan cywilny, numer aktu urodzenia i oznaczenie urzędu stanu cywilnego, który ten akt sporządził, imię i nazwisko rodowe małżonka oraz jego numer PESEL, data zawarcia związku małżeńskiego, poprzednie adresy zameldowania na pobyt stały wraz z określeniem okresu zameldowania, które to dane, wśród wielu innych, zamieszczane są w zbiorze danych osobowych PESEL zgodnie z art. 44a ust. 1 oraz ust. 2 ustawy z dnia 10 kwietnia 1974 r. o ewidencji ludności i dowodach osobistych (t.j. Dz. U. z 2006 r. Nr 139, poz. 993). Brak wskazania dokładnie, na zakres danych zamieszczanych w Centralnym Rejestrze Lekarzy, przy jednoczesnym stwierdzeniu, iż rejestr ten prowadzony jest, cyt.: „(...) na podstawie danych uzyskanych z (...) systemu PESEL prowadzonego przez Rządowe Centrum Informatyczne (...)” implikuje wniosek, iż wszelkie informacje w rejestrze PESEL gromadzone można wykorzystać do tworzenia Centralnego Rejestru Lekarzy. Jeżeli taka była intencja projektodawców, Generalny Inspektor zgłasza zdecydowany sprzeciw. Powyższe pozostawałoby bowiem w sprzeczności tak z samą ustawą o ochronie danych osobowych (powołany art. 26 ust. 1 pkt 3 tej ustawy), jak i implementowaną do polskiego porządku prawnego mocą ustawy o ochronie danych osobowych Dyrektywą nr 95/46/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 24 października 1995 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w zakresie przetwarzania danych osobowych oraz swobodnego przepływu tych danych (art. 6 ust. 1 lit. c dyrektywy). Zauważyć należy, że do przestrzegania przepisów prawa międzynarodowego gwarantujących ochronę danych osobowych i prawo do prywatności Rzeczpospolita Polska zobowiązała się przystępując do Unii Europejskiej.

Jeżeli zaś intencją projektodawców było wprowadzenie do projektu przepisów przyznających Naczelnej Radzie Lekarskiej, jako „właścicielowi i administratorowi Centralnego Rejestru Lekarzy” (art. 52 ust. 6 projektu) uprawnienie do weryfikowania danych podanych przez lekarzy (oraz weryfikowanie wywiązywania się przez nich z obowiązku nałożonego mocą art. 49 ust. 7 projektu), to należy przeredagować brzmienie przepisu tak, aby zamiar ten wprost wynikał z jego treści. Powyższe z pewnością pozwoli uniknąć wątpliwości interpretacyjnych w tym zakresie.

Omawiając powołane przepisy projektu należy także zwrócić uwagę na pkt 3 art. 50 ust. 1. Z jego treści wynika bowiem, iż w art. 56 ust. 2 pkt 1 – 8 ustawy o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa, jest mowa o rejestrze prowadzonym przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych. Tymczasem o ww. rejestrze jest mowa w art. 56 ust. 1, zaś

ust. 2 w pkt od 1 do 10 traktuje o zakresie danych w nim zawartych. Nie można zatem stwierdzić, iż „o rejestrze jest mowa w art. 56 ust. 2 pkt 1 – 8”.

2) Art. 52 ust. 4 projektu, który przewiduje udostępnianie określonych jego treścią danych w ramach informacji publicznej w rozumieniu ustawy z dnia 6 września 2001 r. o dostępie do informacji publicznej (Dz. U. Nr 112, poz. 1198, z późn. zm.). Jakkolwiek Generalny Inspektor z zadowoleniem przyjmuje fakt uregulowania kwestii upubliczniania określonych informacji dotyczących lekarzy przepisami rangi ustawy (w chwili obecnej, pomimo braku stosownych uregulowań „wyszukiwarka” za pomocą której można odszukać konkretnego specjalistę funkcjonuje na stronie internetowej, pod adresem: www.nil.org.pl), to wydaje się, iż przewidywany przez projektodawców zakres danych podlegających upublicznieniu, wybrany został w sposób przypadkowy. Oto bowiem informacje dotyczące nazwiska rodzowego lub poprzedniego lekarza (art. 49 ust. 5 pkt 4 projektu) i jego obywatelstwa (pkt 10), zaklasyfikowane zostały do „części jawnej”, objętej udostępnianiem w ramach informacji publicznej, podczas, gdy informacja o prowadzeniu indywidualnej praktyki lekarskiej, indywidualnej specjalistycznej praktyki lekarskiej lub udzielaniu świadczeń zdrowotnych w ramach grupowej praktyki lekarskiej i numer wpisu do właściwego rejestru praktyk lekarskich (pkt 28), uznano za niejawne. Generalny Inspektor kategorycznie sprzeciwia się ujawnianiu innych informacji o lekarzach, niż *stricte* związane z ich życiem zawodowym, i niezbędne do dostarczenia świadczeniobiorcom informacji o osobach wykonujących zawód lekarza w zakresie, jaki umożliwi im odpowiedni wybór specjalisty i dotarcie do tego właściwego. Powyższe możliwe będzie przede wszystkim dzięki upublicznianym informacjom o rodzaju, stopniu posiadanej specjalizacji i tytule specjalisty (art. 49 ust. 5 pkt 22), rodzaju umiejętności z zakresu węższych dziedzin medycyny lub udzielaniu określonych świadczeń zdrowotnych (pkt 23), czy rodzaju i dacie uzyskania stopnia naukowego i tytułu naukowego (pkt 24 i 25). Przy opracowywaniu projektów aktów prawnych regulujących kwestie związane z działalnością określonych samorządów (czy to np. lekarskiego, adwokackiego, czy samorządu architektów) należy pamiętać, iż ich członkowie także mają prawo do prywatności, które zagwarantowane zostało „każdemu”, zgodnie z treścią art. 47 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej. Jakkolwiek nie powinno budzić wątpliwości udostępnianie w takim przypadku danych związanych z ich życiem zawodowym, to jednak informacje „pozazawodowe” chronione są przepisami ustawy o ochronie danych osobowych. Za informacje takie należy natomiast uznać dane dotyczące nazwisk rodowych lub poprzednich i obywatelstwa. Stąd też Generalny Inspektor oponuje przeciwko ujawnianiu informacji o lekarzach we wspomnianym zakresie.

3) Proponuje się również uzupełnienie uzasadnienia do niniejszego projektu o kwestie związane z funkcjonowaniem rejestrów, o których mowa w jego rozdziale 4. W szczególności należałoby położyć nacisk na art. 49 ust. 9, który przewiduje, iż na wniosek lekarza, do jego akt

osobowych można dołączyć i przechowywać inne dokumenty uznane przez niego za istotne. Jakkolwiek Generalny Inspektor nie kwestionuje możliwości dysponowania przez lekarzy dotyczącymi ich danymi osobowymi, to należy zaznaczyć, iż każdy administrator danych przetwarzający dane osobowe, musi respektować omówioną już wyżej zasadę adekwatności danych w stosunku do celów ich przetwarzania. Zakres danych zamieszczanych w przedmiotowych rejestrach jest tak szeroki, że trudno przewidzieć, jakiego rodzaju inne informacje mogłyby w tym przypadku znaleźć się jeszcze – na wniosek lekarza – w ich treści i okazać się przy tym zasadne z punktu widzenia celu ich prowadzenia. Stąd celowym wydaje się uzupełnienie uzasadnienia o przykładowe wyliczenie sytuacji, w których powyższe mogłyby mieć miejsce.

4) Uzupełnienia wymaga także użyte w art. 89 ust. 1 pkt 3 projektu sformułowanie, cyt.: „(...) inne dane określające tożsamość obwinionego (...)”. Jako, iż pojęcie to ujęte zostało dość szeroko, z punktu widzenia przepisów o ochronie danych osobowych, koniecznym jest wskazanie, konkretnie, jakie dane mają – poza imieniem i nazwiskiem – określać tożsamość obwinionego. Powyższe z pewnością pozwoli na wyeliminowanie wątpliwości interpretacyjnych co do zamieszczonego w treści orzeczenia lekarskiego zakresu danych o lekarzu (czy tylko imię, nazwisko, adres zamieszkania, czy także np. numer PESEL, NIP lub inne).

5) Wobec braku uregulowania kwestii postępowania z dokumentacją medyczną w przypadku śmierci lekarza prowadzącego indywidualną praktykę lekarską lub indywidualną specjalistyczną praktykę lekarską, należy raz jeszcze powtórzyć argumenty przytaczane przez Generalnego Inspektora w piśmie z dnia 30 października 2008 r. (sygn. DOLiS-033-286/08/29369) – skierowanym do Pana Marka Twardowskiego, Podsekretarza Stanu w Ministerstwie Zdrowia – w związku z opiniowaniem projektu ustawy o izbach lekarskich z dnia 16 września 2008 r., w kwestii konieczności uzupełnienia o stosowne rozwiązania ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (t.j. Dz. U. z 2008 r. Nr 136, poz. 857, z późn. zm.). W aktualnym stanie prawnym istnieje bowiem istotna luka prawna w zakresie dotyczącym sposobu postępowania z dokumentacją medyczną wytworzoną przez lekarza wykonującego zawód w ramach indywidualnej praktyki lekarskiej lub indywidualnej specjalistycznej praktyki lekarskiej, w wypadku śmierci takiego lekarza, w trakcie wykonywania praktyki. Wątpliwości mające u podstaw brak stosownych uregulowań, sygnalizują organowi do spraw ochrony danych osobowych same izby lekarskie (pismo Okręgowej Izby Lekarskiej w Szczecinie z dnia 31 lipca 2008 r., znak: OIL-374/2008). Sytuacja, w której nie istnieją zasady postępowania z dokumentacją zawierającą tak szczególne informacje, jak dane o stanie zdrowia (art. 27 ust. 1 ustawy o ochronie danych osobowych), jest nie do zaakceptowania w państwie będącym członkiem Unii Europejskiej, które implementowało do swego porządku prawnego przytaczaną powyżej dyrektywę 95/46/WE.

Zaznaczyć przy tym należy, iż rozwiązania dotyczące przedmiotowych zasad – w odniesieniu do pielęgniarstwa i położnictwa prowadzących indywidualną praktykę pielęgniarstwa czy położnictwa, albo indywidualną specjalistyczną praktykę pielęgniarstwa czy położnictwa – zostały zaproponowane w związku z nowo opracowanym projektem ustawy o zawodzie pielęgniarstwa i położnictwa. W tej części projekt przysłany przy piśmie Pana Marka Habra, Podsekretarza Stanu w Ministerstwie Zdrowia (pismo z dnia 29 maja 2009 r. o sygn. MZ-PP-079-3922-1/RJ/09), zyskał pozytywną opinię Generalnego Inspektora Ochrony Danych Osobowych.

z polowaniem

