



**GENERALNY INSPEKTOR
OCHRONY DANYCH
OSOBOWYCH**

dr Edyta Bielak-Jomaa

Warszawa, dnia 17 grudnia 2015 r.

DOLiS-033- /15/MS

Pan
Konstanty Radziwiłł
Minister Zdrowia
ul. Miodowa 15
00-952 Warszawa

Do wiadomości:

Pani
Anna Zalewska
Minister Edukacji Narodowej
al. J. Ch. Szucha 25
00-218 Warszawa

w związku z powołaniem Rady Ministrów w dniu 16 listopada 2015 r. gratuluję Panu objęcia stanowiska Ministra Zdrowia. Pozwalam sobie również uprzejmie przedstawić informacje o ochronie danych osobowych, które będą przydatne we współpracy pomiędzy Generalnym Inspektorem Ochrony Danych Osobowych a Panem Ministrem w trakcie najbliższej kadencji.

Generalny Inspektor Ochrony Danych Osobowych jest jedynym organem powołanym do ochrony danych osobowych w krajowym porządku prawnym. O sposobie wykonywania jego funkcji i zakresie autonomii przesądza w unijnej **dyrektywie 95/46/WE**¹. W toku implementacji tego aktu do polskiego porządku prawnego wprowadzono instytucję Generalnego Inspektora Ochrony Danych Osobowych i nałożono nań szereg zadań i obowiązków. W **ustawie o ochronie danych osobowych**² (dalej zwanej również ustawą) kompetencje te zostały

¹ Dyrektywa 95/46/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 24 października 1995 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w zakresie przetwarzania danych osobowych i swobodnego przepływu tych danych (Dz. U. L 281/31 z 23.11.1995 r.)

² Ustawa z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2014 r. poz. 1182, z późn. zm.)

określone w **art. 12** i kolejnych. Zgodnie z ust. 5 ww. artykułu do zadań GIODO należy **opiniowanie projektów ustaw i rozporządzeń dotyczących ochrony danych osobowych**. Uprawnieniu temu odpowiada obowiązek przekazywania do zaopiniowania projektów aktów prawnych związanych z ochroną danych osobowych i prywatności przez właściwe podmioty. Spełnienie tego obowiązku jest ważne zwłaszcza w przypadku projektowania rozwiązań dotyczących przetwarzania danych osobowych szczególnie chronionych w rozumieniu art. 27 ustawy, do których zalicza się m.in. dane ujawniające pochodzenie rasowe lub etniczne, poglądy polityczne, przekonania religijne, przynależność partyjną lub związkową, dane o stanie zdrowia oraz dotyczące skazań. Przetwarzanie tzw. **danych wrażliwych** jest w szczególności dopuszczalne na podstawie przepisu ustawy, który zezwala na przetwarzanie danych bez zgody osoby, której dane dotyczą i stwarza pełne gwarancje ich ochrony (art. 27 ust. 2 pkt 2 ustawy). Także regulacje dotyczące systemów teleinformatycznych przetwarzających informacje o osobach na masową skalę stanowią szczególny obiekt zainteresowania Generalnego Inspektora.

Niezależnie od tego należy pamiętać o ramach, jakie przepisami Konstytucji nałożono na organy władzy publicznej oraz wolności i prawa, jakie przysługują każdemu człowiekowi. W **art. 47** wskazano, iż każdy ma prawo do ochrony prawnej życia prywatnego (prawo do prywatności), a w **art. 51** iż nikt nie może być obowiązany inaczej niż na podstawie ustawy do ujawniania informacji dotyczących jego osoby (autonomia informacyjna jednostki). Zgodnie z **art. 7** organy władzy publicznej działają na podstawie i w granicach prawa. **Zasada proporcjonalności** ujęta w art. 31 ust. 3 Konstytucji określa w jakich przypadkach ograniczanie konstytucyjnych wolności i praw jest konieczne w demokratycznym państwie. Tym przepisom odpowiadają **zasady legalności** oraz **zasada adekwatności** wyrażone odpowiednio w **art. 26 ust. 1 pkt 1 i pkt 3** ustawy o ochronie danych osobowych. Zgodnie z tą ostatnią administrator powinien przetwarzać tylko takiego rodzaju dane i tylko o takiej treści, które są niezbędne ze względu na cel zbierania danych. W przypadku organów państwa wszystkie powyżej wskazane zasady powinny przyświecać projektodawcom w tworzeniu przepisów prawa regulujących przetwarzanie informacji o osobach fizycznych.

Organ ds. ochrony danych osobowych ma nadzieję na dobrą współpracę z Panem Ministrem oraz podległymi departamentami, co umożliwi sprawne przygotowanie prawidłowych projektów aktów prawnych realizujących zamierzenia projektodawcy i zgodnych z zasadami ochrony danych osobowych obowiązującymi obecnie, jak i tymi przyszłymi wynikającymi z projektowanego, **unijnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych**³. We wskazanym powyżej kontekście

³ Wniosek dotyczący rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i swobodnym przepływem takich danych, COM(2012) 11, Dz. Urz. C 102 z dnia 5 kwietnia 2012 r., s. 24.

niezbędna jest **analiza przepisów projektowanych aktów prawnych na etapie poprzedzającym skierowanie ich do uzgodnień międzyresortowych z punktu widzenia zasad ochrony danych osobowych**. W związku z tym konieczna jest ocena ryzyka i skutków wpływu na prywatność oraz poziom ochrony danych rozwiązań wprowadzanych do powszechnie obowiązujących przepisów prawa. Obok departamentów legislacyjnych także **Administrator bezpieczeństwa informacji**, ewentualnie osoby upoważnione przez projektodawcę, odpowiedzialne za zagadnienia ochrony danych osobowych, powinny być angażowane w przygotowanie projektów, tak by przeprowadzić oceny wpływu na prywatność i zastosować zasady *Privacy by Design* oraz *Privacy by Default*, z którymi w przyszłości będą musiały być zgodne procesy przetwarzania danych realizowane zarówno przez sektor publiczny jak i prywatny. Zostaną one skrótowo omówione poniżej.

Idea ***Privacy by Design*** zrodziła się jako sposób spojrzenia na budowanie systemów teleinformatycznych. Polega ona na tym, by od samego początku tworzenia systemu, na każdym etapie, rozważać wpływ tworzonych rozwiązań na sferę prywatności i nie tyle odpowiadać na pojawiające problemy, co już wcześniej przewidywać najważniejsze z nich i im przeciwdziałać. Koncepcja ***Privacy by Default*** odnosi się przede wszystkim do usług i aplikacji kierowanych do konsumentów i wskazuje, iż podstawowe ustawienia (np. udostępniania informacji o działaniach użytkownika) powinny chronić prywatność użytkownika i dawać mu swobodę decydowania w tym zakresie. Dodatkowo zgodnie z projektem unijnego rozporządzenia, jeśli operacje przetwarzania stwarzają szczególne ryzyko dla praw i wolności podmiotów danych z racji swego charakteru, zakresu lub celów, administrator lub podmiot przetwarzający przeprowadzają w imieniu administratora danych ocenę ryzyka i skutków wpływu na prywatność oraz poziom ochrony danych (tzw. ***Privacy Impact Assessment***). Z najnowszych informacji wynika, że prace nad projektem rozporządzenia mogą się zakończyć jeszcze w tym roku.

Podsumowując, w procesie tworzenia przepisów prawa bardzo ważna jest rola administratora bezpieczeństwa informacji. W przeciwnym razie odpowiedzialność za stworzenie właściwych w tym zakresie przepisów będzie spoczywała na ministrze – projektodawcy danego aktu prawnego.

W projektach aktów prawnych **podstawy prawne, cele i zasady przetwarzania danych** (zakres danych, okres ich przechowywania – retencji) powinny być wyraźnie wskazywane. Uzasadnienia projektów powinny zawierać motywy potwierdzające potrzebę wprowadzenia proponowanych operacji przetwarzania danych osobowych.

Na zakończenie niniejszej części pisma zwracam uwagę na **potrzebę aktualizacji rozdzielnika** przy kierowaniu projektów aktów prawnych do uzgodnień międzyresortowych, tak by Generalny Inspektor Ochrony Danych Osobowych był w nim ujęty i mógł aktywnie uczestniczyć w procesach opiniowania.

Jednocześnie Generalny Inspektor zgłasza gotowość przedyskutowania najistotniejszych kwestii wymagających właściwej regulacji w ramach kierowanych przez Pana Ministra działów administracji w najbliższym czasie.

Oprócz ogólnych postulatów dotyczących zasad wzajemnej współpracy w niniejszym piśmie przedstawiam również kwestie, które w ocenie Generalnego Inspektora Ochrony Danych Osobowych są zagadnieniami wymagającymi zmian w zakresie obowiązującego sposobu przetwarzania danych osobowych. Ocena ta wynika z dotychczasowej współpracy organu ochrony danych osobowych i resortu zdrowia.

- **Przekazywanie dokumentacji medycznej po zakończeniu praktyki zawodowej**
– **obowiązek przechowywania tejże dokumentacji a nowelizacja ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia.**

Obowiązek prowadzenia dokumentacji medycznej przez lekarza wynika z art. 41 ust. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 roku o zawodzie lekarza i lekarza dentysty (t. j. Dz. U. z 2011 r. Nr 277, poz. 1634, z późn. zm.) oraz art. 24 ust. 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 roku o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (t. j. Dz. U. z 2012 r., poz. 159, z późn. zm.), zaś przez pielęgniarkę – z art. 18 ustawy z dnia 15 lipca 2011 roku o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. Nr 174, poz. 1039, z późn. zm.) oraz art. 24 ust. 1 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Sposób jej prowadzenia opisany został w art. 23 – 29 i art. 30a ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz przepisach wydanych na podstawie delegacji zawartej w art. 30 tejże ustawy.

Generalny Inspektor Ochrony Danych Osobowych wielokrotnie sygnalizował m. in. Ministrowi Zdrowia brak przepisów regulujących sposób postępowania z dokumentacją medyczną pozostałą po zakończeniu działalności leczniczej przez lekarza lub pielęgniarkę, którzy wykonywali zawód w ramach indywidualnej praktyki zawodowej. W sytuacji, w której lekarz (pielęgniarka) przestaje nagle prowadzić działalność leczniczą (zwłaszcza z powodów losowych), żaden podmiot nie jest zobowiązany do jej przejęcia. W ocenie organu do spraw ochrony danych osobowych jest to sytuacja wysoce niepożądana - zarówno ze względu na fakt, że narusza ich prawo dostępu do dokumentacji medycznej, znacznie utrudnia kontynuowanie leczenia, jak również z punktu widzenia zasad ochrony danych osobowych.

Analizując powyższy problem, w świetle unormowań ustawy z dnia 14 czerwca 2012 roku o zmianie ustawy o działalności leczniczej oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. z 2012 r., poz. 742), nowelizującej ustawę z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej (Dz. U. z Nr 112, poz. 654, z późn. zm.), stwierdzić należy, iż rozszerzony został jedynie zakres informacji, które zobowiązana jest podać osoba dokonująca rejestracji podmiotu leczniczego albo praktyki

zawodowej. Wprowadzony został jedynie obowiązek wskazania przy rejestracji miejsca przechowywania dokumentacji medycznej po likwidacji podmiotu leczniczego (art. 106 ust. 3 pkt 10a ustawy o działalności leczniczej dodany przez art. 1 pkt 36 lit. b tiret piąte ustawy o zmianie ustawy o działalności leczniczej oraz niektórych innych ustaw) i miejsca przechowywania dokumentacji medycznej po zakończeniu działalności leczniczej przez lekarza lub pielęgniarkę, którzy wykonywali zawód w ramach praktyki zawodowej (art. 106 ust. 4 pkt 8a ustawy o działalności leczniczej dodany przez art. 1 pkt 36 lit. c tiret trzecie ustawy o zmianie ustawy o działalności leczniczej oraz niektórych innych ustaw). Przepisy ustawy o działalności leczniczej **pozostawiają pełną dowolność przy wyborze tego miejsca, zaś po stronie organu rejestrującego nie ma kompetencji do weryfikowania prawidłowości miejsca wskazanego we wniosku rejestracyjnym.** Doprecyzowania wymaga również sposób postępowania z dokumentacją po uzyskaniu informacji o zaprzestaniu prowadzenia działalności medycznej przez określoną osobę lub określony podmiot przez właściwy oddział wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia.

Wskazać ponadto należy, iż zgodnie z art. 10 pkt 5 ustawy z dnia 9 października 2015 r. o zmianie ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia oraz niektórych innych ustaw [(Dz. U. poz. 1991) dotyczącym nowego brzmienia art. 30a ust. 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2012 r., poz. 159, z późn. zm.)] dokumentacja medyczna po zaprzestaniu udzielania świadczeń zdrowotnych przez podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych jest przechowywana i udostępniana:

- 1) w przypadku elektronicznej dokumentacji medycznej, o której mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 13 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia – przez jednostkę podległą ministrowi właściwemu do spraw zdrowia, właściwą w zakresie systemów informacyjnych ochrony zdrowia systemu, w Systemie Informacji Medycznej, o którym mowa w art. 10 tej ustawy;
- 2) w przypadku dokumentacji medycznej innej niż w pkt 1 – przez podmiot wskazany w sposób określony w przepisach wydanych na podstawie art. 30 [to jest akcie prawnym rangi rozporządzeń wydanych na podstawie delegacji zawartej w art. 30 ust. 1 i 2 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta].

Należy pamiętać, że dane o stanie zdrowia to dane szczególnie chronione w rozumieniu art. 27 ust. 1 ustawy o ochronie danych osobowych, a co za tym idzie – na ustawodawcy ciąży obowiązek jak najbardziej precyzyjnego uregulowania wszystkich zagadnień dotyczących przetwarzania danych tej kategorii i uczynienia tego w ustawie, a nie w rozporządzeniu.

- **Projekt ustawy o zmianie ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz niektórych innych ustaw.**

Przedstawiając zagadnienia dotyczące ochrony danych osobowych w obszarze zdrowie, w następnej kolejności wskazać należy na projekt **ustawy o zmianie ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz niektórych innych ustaw** (w wersji opiniowanej przez GODO z 10 lipca 2015 r.). Zaznaczyć tutaj należy, iż zagadnienia te, regulowane przez projekt **ustawy o zmianie ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz niektórych innych ustaw** w pewnym zakresie były już opiniowane przez Generalnego Inspektora w ramach uzgodnień **projektu ustawy o zmianie ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia**. Nadal aktualny pozostaje jednak postulat określenia w projektowanym art. 24 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta **kategorii osób niewykonujących zawodów medycznych**, które mogą zostać upoważnione przez administratorów danych do przetwarzania danych zawartych w dokumentacji medycznej oraz cele dla realizacji których takie upoważnienie do przetwarzania danych może być nadane. Ponadto, dla jednoznaczności projektowanych przepisów, wskazane byłoby wyodrębnienie w osobnych jednostkach redakcyjnych w jakich celach poszczególne podmioty mogą przetwarzać dane zawarte w dokumentacji medycznej – tak, aby było np. jasne, że osoby wykonujące czynności związane z utrzymaniem i zapewnieniem bezpieczeństwa systemu teleinformatycznego są uprawnione do przetwarzania danych jedynie w celu wykonywania tychże zadań.

Przyjmując z zadowoleniem fakt zainicjowania przez resort zdrowia działań legislacyjnych zmierzających do ustalenia zasad dopuszczalności outsourcingu przechowywania dokumentacji medycznej, Generalny Inspektor Ochrony Danych Osobowych stwierdza, iż ocena zaproponowanych rozwiązań wypada – zasadniczo – pozytywnie. W opinii Generalnego Inspektora poprawienia wymaga jednak art. 30a ust. 9, gdyż **obowiązek zachowania w tajemnicy informacji związanych z pacjentem uzyskanych w związku z realizacją umowy powierzenia przetwarzania danych winien dotyczyć osób, które uzyskają u zleceniobiorcy faktyczny dostęp do danych** w następstwie zawarcia tej umowy, nie zaś samego podmiotu, któremu przetwarzanie danych zostało powierzone (analogiczna konstrukcja prawna znajduje się już w – projektowanym – art. 24 ust. 3 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta). **Nadal pozostaje jednak nieuregulowana kwestia outsourcingu przechowywania dokumentacji medycznej w przypadkach innych niż te, o których mowa w projektowanym art. 30a**, mimo iż takie rozwiązania, zakładające stosowne zmiany w art. 24 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, znajdowały się w projekcie ustawy o zmianie ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia.

- **PESEL w treści legitymacji szkolnej**

W związku z uwagami zgłaszanymi przez organ do spraw ochrony danych osobowych w toku uzgodnień międzyresortowych w trakcie prac nad nowelizacją **rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 28 maja 2010 r. w sprawie świadectw, dyplomów państwowych i innych druków szkolnych** oraz sygnalizowanymi Generalnemu Inspektorowi Ochrony Danych Osobowych wątpliwościami i zastrzeżeniami dotyczącymi **konieczności umieszczania numeru PESEL ucznia na nowych wzorach legitymacji szkolnych** [wzory nr 66a i 67a określone w załączniku nr 2 do rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 28 maja 2010 r. w sprawie świadectw, dyplomów państwowych i innych druków szkolnych (Dz. U. z 2014 r., poz. 893)], należy wskazać, iż obowiązujące regulacje nadal nie znajdują aprobaty Generalnego Inspektora Ochrony Danych Osobowych. Choć Minister Zdrowia nie jest organem wydającym przepisy kwestionowanego rozporządzenia, biorąc pod uwagę fakt, iż postulował wpisanie do wzoru legitymacji szkolnej owego numeru, zasadnym wydaje się poruszenie tego zagadnienia w niniejszym piśmie.

Zasadniczym celem wydawania legitymacji szkolnych jest poświadczenie faktu uczęszczania ucznia do szkoły oraz jego uprawnienia do korzystania ze zniżek ustawowych przy przejazdach środkami publicznego transportu kolejowego i autobusowego, z których to ten drugi cel jest wyraźnie wyartykułowany na rewersie legitymacji. Oba te cele były osiąganym przez dotychczas zamieszczany zakres informacji o uczniu obejmujący jego imię, nazwisko, datę urodzenia i miejsce zamieszkania oraz oznaczenie szkoły, do której uczęszcza (zawarte w odcisku pieczęci podłużnej) i nie wydaje się, by do ich realizacji konieczne było rozszerzanie katalogu danych znajdujących się w treści legitymacji szkolnej – jednocześnie, przepisy prawa nie przewidują żadnych innych celów, które by to uzasadniały. W związku z powyższym, **z perspektywy wyżej wskazanych celów, ujawnianie numeru PESEL ucznia w legitymacji szkolnej jawi się jako zbędne.**

W uzasadnieniu do projektu komentowanego rozporządzenia wskazywano, że przewiduje ono również „dostosowanie wzorów legitymacji szkolnych do umożliwienia weryfikacji uprawnień w elektronicznym systemie potwierdzania uprawnień świadczeniobiorców (system e-WUŚ).

Co prawda zgodnie z przepisami ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027, z późn. zm.), potwierdzenie prawa do świadczeń zdrowotnych odbywa się na podstawie podania numeru PESEL i potwierdzenia tożsamości jednym z wymienionych dokumentów: dowodem osobistym, paszportem albo prawem jazdy, a w przypadku dzieci objętych obowiązkiem szkolnym, do ukończenia 18. roku życia – aktualną legitymacją szkolną (art. 50 ust. 2 pkt 1 wyżej wskazanej ustawy). Podkreślić przy tym należy, że dotychczas ta weryfikacja była możliwa na podstawie

legitymacji niezawierających numeru PESEL. Co istotne, **polskie prawo gwarantuje bezpłatne świadczenia opieki zdrowotnej wszystkim dzieciom do ukończenia 18 roku życia**, tym bardziej więc nie jest uzasadnione zbyt rygorystyczne podejście do kwestii potwierdzania prawa do tych świadczeń przez osoby niepełnoletnie.

O ile zgodzić się należy, że zamieszczenie numeru PESEL w dokumencie może umożliwić weryfikację uprawnień w systemie e-WUŚ, dla którego jest to dana o zasadniczym znaczeniu, o tyle nie można się już zgodzić, aby takiemu celowi służyć miała legitymacja szkolna. Wskazać ponadto należy, że rozwiązanie prawne, na podstawie którego ujawniana ma być określona informacja i to w celu realizacji zadań innych podmiotów (tj. udzielania świadczeń opieki zdrowotnej uprawnionym do tego osobom) **nie powinno wynikać z aktu o randze podstawowej, a tym bardziej – z rozporządzenia wydawanego na podstawie ustawy o systemie oświaty.**

Wskazać przy tym można, że **posługiwanie się numerem PESEL – będącym administracyjnym numerem identyfikacyjnym – jako podstawowym identyfikatorem w systemach zawierających informacje z zakresu ochrony zdrowia było kwestionowane przez Generalnego Inspektora.** Powołać można choćby stanowisko organu do spraw ochrony danych osobowych przedstawione do projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie sposobu identyfikacji usługobiorców, pracowników medycznych i usługodawców oraz sposobu i trybu przekazywania przez usługodawców informacji o pracownikach medycznych udzielających świadczeń opieki zdrowotnej na rzecz usługobiorców (wydawanego na podstawie delegacji zawartej w art. 18 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia – Dz. U. Nr 113, poz. 657, z późn. zm.). W stanowisku tym, Generalny Inspektor stwierdził m. in., że wykorzystanie administracyjnego numeru identyfikacyjnego jako identyfikatora w systemach zawierających informacje z zakresu ochrony zdrowia nie jest rozwiązaniem powszechnie praktykowanym w państwach europejskich (w niektórych z nich jest zaś wprost zabronione). Zwrócił w nim uwagę, że wykorzystywanie numeru PESEL w charakterze nazwy (loginu) osoby korzystającej z systemu informatycznego jest nieodpowiednie, gdyż stanowiłoby zaprzeczenie podstawowych zasad bezpieczeństwa systemu informatycznego.

Mając na uwadze powyższe, w opinii organu do spraw ochrony danych osobowych cel weryfikacji uprawnień w systemie Elektronicznej Weryfikacji Uprawnień Świadczeniobiorców nie powinien być osiągany poprzez nałożenie wymogu ujawniania numeru PESEL w treści legitymacji szkolnej na podstawie przepisów rozporządzenia w sprawie świadectw, dyplomów państwowych i innych druków szkolnych.

W tym stanie rzeczy Generalny Inspektor po raz kolejny wyraża opinię, iż w odniesieniu do obowiązującego rozwiązania powinny zostać podjęte prace zmierzające do usunięcia numeru PESEL z treści legitymacji szkolnej.

- **Brak podstaw prawnych do przekazywania danych osobowych uczniów podmiotom prowadzącym działalność leczniczą w związku z realizacją umów profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą.**

Kwestia podstaw prawnych przekazywania danych osobowych uczniów podmiotom prowadzącym działalność leczniczą w związku z realizacją umów w ramach profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą jest od kilku lat przedmiotem wątpliwości i pytań kierowanych do organu ochrony danych osobowych w szczególności przez dyrektorów szkół, którym przedstawiane są żądania przekazywania wykazu/baz uczniów lub młodzieży. Podmioty lecznicze występujące z takimi żądaniami do dyrektorów szkół w celu uzasadnienia żądania powołują § 27 pkt 6. 1 Zarządzenia Prezesa NFZ nr 74/2010/DSOZ z dnia 1 grudnia 2010 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń w rodzaju: podstawowa opieka zdrowotna, zmienionym Zarządzeniem nr 87/2010/DSOZ z dnia 29 grudnia 2010 r., oraz w sposób ogólny rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 1248, z późn. zm.), jak również rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 28 sierpnia 2009 r. w sprawie organizacji profilaktycznej opieki nad dziećmi i młodzieżą (Dz. U. Nr 139 poz. 1133).

Jednak wśród przepisów prawa brak jest uregulowania, które mogłoby stanowić podstawę przekazywania przez dyrektorów szkół danych osobowych uczniów w celu wykonywania umów, których stronami są szkoły i świadczeniodawcy. Dlatego też pismem z dnia 27 marca 2012 r. organ ochrony danych osobowych zwrócił się do Prezesa Narodowego Funduszu z prośbą o zajęcie stanowiska w przedmiotowej sprawie. W odpowiedzi udzielonej pismem z dnia 13 kwietnia 2012 r. Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia wskazał, że przyjęcie rozwiązań umożliwiających finansowanie ze środków publicznych świadczeń z wykorzystaniem sposobu opartego na kapitałowej stawce rocznej - dla jego przejrzystości oraz pełnej wiarygodności przekazywanych świadczeniodawcom środków finansowych - wymaga dokonywania weryfikacji danych podopiecznych (uczniów) placówek oświatowych. W obecnym stanie prawnym istnieją przepisy wykonawcze, na których oparto powyższe rozwiązania, jednakże w opinii Prezesa NFZ zasadne jest rozważenie w tym zakresie przyjęcia jednoznacznych i bezspornych regulacji prawnych do przekazywania danych o uczniach szkół w celu właściwego wydatkowania środków publicznych przez Fundusz. Sprawa ta, pomimo przedstawienia jej również Ministrowi Edukacji Narodowej, nie doczekała się kontynuacji.

Organ do spraw danych osobowych liczy na pozytywny odbiór postulatów wyrażonych niniejszym piśmie, jak również dobrą współpracę celem stworzenia przepisów gwarantujących zgodne z prawem przetwarzanie danych osobowych. Wskazane w niniejszym piśmie zagadnienia

dotyczą jedynie najważniejszych problemów. Generalny Inspektor Ochrony Danych Osobowych jest zdecydowany wskazywać kolejne kwestie, które będą wymagały zmian z punktu widzenia przepisów dotyczących zasad ochrony danych osobowych w trybie art. 19a ustawy o ochronie danych osobowych. Istnieje również konieczność dokonania analizy innych aktów prawnych pod kątem dostosowania ich do nowych ram prawnych – w tym także do przepisów procedowanego aktualnie rozporządzenia unijnego. Generalny Inspektor wyraża również gotowość przekazania wszelkich materiałów zgromadzonych w odniesieniu do niniejszych zagadnień, w przypadku wyrażenia woli rozpoczęcia prac zmierzających do zmiany obowiązującego stanu prawnego.

W związku z przedstawieniem powyższych zagadnień zwracam się do Pana Ministra o podjęcie stosownych prac legislacyjnych deklarując jednocześnie chęć współpracy i udziału w tym procesie, jako że stosownie do art. 12 ustawy o ochronie danych osobowych, organ do spraw ochrony danych osobowych ma nie tylko prawo, ale i obowiązek opiniować projekty aktów prawnych jak również inicjować doskonalenie przepisów obecnie obowiązujących, dotyczących ochrony danych osobowych.