

**[NRL/10.13/02]**

**PROTOKÓŁ**

**z 28/VI posiedzenia Naczelnej Rady Lekarskiej,  
które odbyło się w dniu 6 września 2013 r. w Warszawie, w siedzibie Naczelnej  
Izby Lekarskiej**

Początek obrad: godz. 11.00

Obecni wg listy obecności – załącznik nr 1 do niniejszego protokołu.

**Obradom przewodniczył Wiceprezes Naczelnej Rady Lekarskiej Konstanty Radziwiłł**

**Przed rozpoczęciem realizowania właściwego porządku obrad posiedzenia Naczelnej Rady Lekarskiej odbyło się szkolenie z zakresu danych osobowych.**

**STENOGRAM**

**Szkolenie z zakresu ochrony danych osobowych oraz przedstawienie planowanych zmian w prawie Unii Europejskiej - Generalny Inspektor Ochrony Danych Osobowych dr Wojciech Rafał Wiewiórowski**

**Wiceprezes Naczelnej Rady Lekarskiej Konstanty Radziwiłł:** Proszę Państwa, w tej chwili chciałbym bardzo serdecznie powitać naszego gościa – Pana Ministra Wojciecha Rafała Wiewiórowskiego, który jest Głównym Inspektorem Ochrony Danych Osobowych. Niektórzy mówią GIODO, GIODO...a nie do końca potrafią rozszyfrować ten akronim. Pan Minister jest jednoosobowym organem – GIODO jest u nas – także mamy okazję do wysłuchania wystąpienia Pana Ministra. Zgodnie z zapowiedziami szczególnie namawiam do uważnego słuchania Prezesów Okręgowych Rad Lekarskich, ponieważ oni są odpowiedzialni za to, co się dzieje w okręgowych izbach. Myślę, że tak w największym skrócie, wprowadzając Pana Ministra, zwracam uwagę na – jak gdyby – dwa aspekty tego obszaru ochrony danych osobowych, którymi my się interesujemy. Oczywiście... jako potężna instytucja zrzeszająca 180 tys. lekarzy mamy wiele problemów wewnętrznych...

z różnego rodzaju rejestrami, danymi, listami wyborczymi, stronami internetowymi itd. I to są takie gorące tematy, z którym w ostatnim czasie wielu z nas się spotkało. Ale jest drugi temat – jako środowisko lekarzy i lekarzy dentyków jesteśmy ogromnie zainteresowani również tym, żeby w świecie informatyki, czy informatyzacji, zachować coś, co jest niezwykle ważne w wykonywaniu naszych zawodów – to znaczy... to, co w skrócie nazywamy tajemnicą lekarską – czyli ochrona danych pacjentów, albo potencjalnych pacjentów i myślę, że w tym zakresie jest też wiele, wiele pytań, wiele wątpliwości, wiele niebezpieczeństw, wiele szans ale także wyzwań i ...mam nadzieję, że Pan Minister o tym nam powie...zwłaszcza, że prezentując osobę Pana Ministra, chcę powiedzieć, że Pan Minister jest z wykształcenia prawnikiem, ukończył studia prawnicze na Uniwersytecie Gdańskim, tam również się doktoryzował, a jego obszarem zainteresowania jest – obok ochrony danych osobowych – także kwestia prawa i informatyki, nowych technologii i wyzwań prawniczych w tym obszarze, a zatem.... Można powiedzieć, że jest to dokładnie ten obszar, te dwa obszary, które nas tak mocno trapią. Pan Minister od wielu lat jest zaangażowany w administracji państwowej ale wcześniej i chyba nadal.... Jest również naukowcem – wyklada na uczelniach gdańskich, a oprócz tego, z tego co dowiedziałem się o Panu Ministrze – to jest pasjonatem muzyki, historii sportu, a także historii kultur mieszkańców środkowej Ameryki sprzed ery kolumbijskiej. Panie Ministrze – witamy jeszcze raz serdecznie i proszę o głos.

**Generalny Inspektor Ochrony Danych Osobowych Rafał Wiewiórowski:** Dziękuję Bardzo, ja przede wszystkim bardzo dziękuję za zaproszenie na to dzisiejsze spotkanie, za możliwość spotkania się z Państwem. I tak chciałem zapytać – mamy poniżej ośmiu godzin, czy powyżej ośmiu godzin na dyskusję?

**Wiceprezes Naczelnej Rady Lekarskiej Konstanty Radziwiłł:** Panie Ministrze – mówiąc szczerze.. dziękuję za to pytanie... nie chciałem Pana popędzać, ale jesteśmy w dniu posiedzenia Naczelnej Rady Lekarskiej, więc jesteśmy... naprawdę bardzo zainteresowani Pana wystąpieniem ale prosimy, żeby nie było za długie.

**Generalny Inspektor Ochrony Danych Osobowych Rafał Wiewiórowski:** Dobrze, ale ja mam prośbę o podanie konkretnie, czasowo, ile Państwo przeznaczycie czasu na tą kwestię....

**Wiceprezes Naczelnej Rady Lekarskiej Konstanty Radziwiłł:** Panie Ministrze, myślę, że gdybyśmy się zmieścili w półtorej godziny to byłoby super.

**Generalny Inspektor Ochrony Danych Osobowych Rafał Wiewiórowski:**

Dobrze, w porządku. Nie ma najmniejszego problemu. To ja proponuję taką konstrukcję, że ja zaproponuję Państwu trzydziestominutowe wprowadzenie, które przedstawi trzy punkty, o których mówiliśmy wstępnie, że są dla nas interesujące.. to znaczy.. to jak wyglądają kwestie związane ze zmianami, które pojawiają się w Prawie Unii Europejskiej – ja po trosze będę Państwa uspokajał, że te zmiany nie są jakieś dramatycznie wielkie w stosunku do tego co dzieje się do tej pory, a jednocześnie głos ze strony środowiska lekarskiego jest w kilku punktach, które zostały poruszone w tym co mówiła Naczelna Rada Lekarska, w tym co było mówione na poziomie europejskim – jest dobrze słyszalne. Drugą kwestią, którą chciałbym poruszyć jest kwestia bardzo istotna... myślę, że kwestia, która w ciągu najbliższego roku będzie coraz bardziej spędzała Państwu sen z powiek...to znaczy.. po pierwsze... wprowadzenia obowiązku przetwarzania danych w postaci elektronicznej – planowanego na lipiec 2014 r. – ja będę traktował to jak rzecz daną – to co się stanie.. Mimo wszystkich zastrzeżeń dotyczących tego, że pewnie w końcu okaże się, że ta data zostanie przesunięta.. to jednak uznaję, że musimy być przygotowani na to, że lato przyszłego roku może być tym przełomem, przy jednoczesnym przygotowaniu systemu informacji medycznej. I trzecia sprawa to będą kwestie związane z czystym bezpieczeństwem informatycznym w placówkach, które są związane z ochroną zdrowia – u osób zajmujących się ochroną zdrowia. Natomiast dalszy czas przeznaczymy sobie na interaktywne pytania...i zobaczymy po prostu jak nam to pójdzie. Przygotowując się do dzisiejszego wystąpienia, przygotowałem prezentację – udało mi się ograniczyć ją do 99 slajdów, aczkolwiek ja tylko poruszę kilkanaście.... Natomiast całość prezentacji będzie dla Państwa dostępna. Proszę Państwa... ja zdaję sobie, przede wszystkim sprawę, z tego, że nie mam łatwej sytuacji dzisiaj. Jako osoba, która... po pierwsze... jest prawnikiem... po drugie... jest jeszcze naukowcem, a po trzecie... urzędnikiem publicznym – nie znajduję się w grupie osób, które przez środowisko lekarskie są najwyżej cenione i uważane za najbardziej przyjazne. Tym niemniej... lekko poprawię swoją sytuację, mówiąc, że moja mama była położną. Zdaję sobie sprawę, że działania tego typu organów co GIODO, są odbierane jako działania

osób, które mało mają pojęcia o tym jak wygląda praktyka i często, uważają, że szczytne idee dają się przełożyć wprost na konkretne działania. Chciałbym, żebyśmy zaczęli od dwóch kwestii istotnych i koniecznych do rozstrzygnięcia od razu. Po pierwsze, ja mam wrażenie, że Państwu jako lekarzom oraz mnie jako Generalnemu Inspektorowi Ochrony Danych Osobowych chodzi de *facto* o to samo. A tym samym jest to, że chodzi o ochronę informacji dotyczących pacjenta z jednoczesnym zapewnieniem sprawnego przepływu tej informacji pomiędzy tymi podmiotami, które zajmują się tym pacjentem. Druga kwestia, która jest istotna przy tym wprowadzeniu, to jest to, że Generalny Inspektor, od początku istnienia tego urzędu, zwracał uwagę na jeden artykuł, który pojawia się w ustawie o ochronie danych osobowych, który mówi o tym, że jeżeli istnieje dalej idący system ochrony niż system ochrony danych osobowych wynikający z ustawy, to powinien być on wdrażany - przede wszystkim, a dopiero potem ustawa o ochronie danych osobowych. Od zawsze Generalny Inspektor Ochrony Danych Osobowych wychodził z założenia, że tajemnica lekarska jest przykładem takiego dalej idącego systemu. Tyle tylko, że to oznacza dwie rzeczy, z których jednocześnie byliśmy przeciwni przez sądy... bardzo wyraźnie... pierwsza, jest taka, że w przypadku tajemnic prawnie chronionych – szczególnie tych tajemnic, które są tajemnicami zawodów medycznych, czy tajemnicami zawodów prawniczych, zadaniem GIODO jest wyraźne określenie tego, gdzie kończy się ta tajemnica. Czyli uznania, jakiego rodzaju dane przetwarzane przez lekarzy, bądź przez inne podmioty, które działają w ramach ochrony zdrowia nie są objęte tajemnicami zawodów medycznych. I tutaj sprawa najprostsza i najbardziej oczywista jest taka, że w momencie kiedy Państwo jesteście pracodawcami, to jest zupełnie inny fragment działania niż działanie objęte tajemnicą lekarską. Co więcej.... Z orzecznictwa Europejskiego Trybunału Praw Człowieka wynika wyraźny zakaz – właśnie w przypadku instytucji ochrony zdrowia – „mieszania ze sobą” tych porządków – czyli mieszania ze sobą porządku tego, że jesteście pracodawcą, z porządkiem takim, że mamy pacjentów albo inne osoby, których dane przetwarzamy w ramach usług medycznych. Co więcej... nie możemy danych z jednego porządku wykorzystywać do drugiego porządku. Jest takie słynne orzeczenie, w którym szpital został uznany za łamiący ochrony danych osobowych, ponieważ dane pielęgniarki pracującej w szpitalu, która była jednocześnie pacjentką tego szpitala wykorzystał do celów kadrowych. Czyli informacja, która była objęta tajemnicą prawnie chronioną – tajemnicą zawodów medycznych – została

wykorzystana dla celów kadrowych – co zostało uznane za klasyczne złamanie zasad. No i teraz trzecia kwestia, którą chciałem poruszyć to jest to, że bezpieczeństwo informacyjne, czyli to co dotyczy tego, żeby dane były przetwarzane w sposób prawidłowy i nieudostępniany osobom, które nie powinny mieć do nich dostępu jest regulowane przede wszystkim przez zasady ochrony danych osobowych, a nie tajemnicę lekarską. Owszem, mamy od tego.. w przypadku ochrony zdrowia kilka wyjątków... na przykład... te, które dotyczą archiwizacji danych w jednostkach do spraw wewnętrznych, gdzie pojawia się sytuacja, w której w rozporządzeniu dotyczącym archiwizacji danych w jednostkach do spraw wewnętrznych, wydanym przez Ministra Spraw Wewnętrznych jest wyraźny przepis, który mówi o tym, że taka archiwizacja może być dokonywana poza zakładem, a w przepisach dotyczących wszystkich nie jest to napisane. Było to w poprzednim rozporządzeniu z 2006 r. ale po zlikwidowaniu tego rozporządzenia nie wiemy tak naprawdę czy outsourcing tego typu jest dozwolony, czy nie jest dozwolony. Patrząc systematycznie... możemy powiedzieć, że skoro MSW powiedziało, że u nich można, to znaczy, że tam gdzie nie jest powiedziane, że nie można – to oczywiście byłoby doprowadzanie pewnych rzeczy do absurdu ale proszę zwrócić uwagę, że te przepisy, które dotyczą zawodów medycznych, czy te przepisy, które dotyczą ochrony zdrowia bardzo słabo zajmują się kwestiami bezpieczeństwa informacyjnego i ja o bezpieczeństwie informacyjnym też chciałbym parę słów powiedzieć. No i teraz ostatnia rzecz – przewodniczący dzisiejszego spotkania powiedział wyraźnie, że jestem organem jednoosobowym co ma swoje „plusy”, ponieważ... z reguły podczas tego typu wystąpień, przedstawiciele instytucji publicznych mówią, że nic co powiedzą nie może być uznane za oficjalne stanowisko organu, który reprezentują. Ja jestem w tej przyjemnej sytuacji, że mogę powiedzieć, że wszystko co powiem może być traktowane jako stanowisko organu, ponieważ jestem organem jednoosobowym. Zaznaczam na początku, że chciałbym do Państwa mówić jako do tych, których dane są przetwarzane. Także spróbujmy się na momenty oderwać od tego, jaką zajmujemy pozycję społeczną, jaki wykonujemy zawód i przypomnieć, że my też jesteśmy tymi, których dane w tym systemie są przetwarzane i to co najmniej na dwa sposoby. Czyli... co najmniej jako pacjentów i co najmniej jako pracowników ochrony zdrowia. Jako tych, którzy po stronie „wykonującej” się również znajdują. W związku z czym, te dwa spojrzenia będą nam się tutaj przenikały. Powiniennem zacząć od górnolotnych sformułowań pochodzących z Konstytucji RP,

ale zwrócę Państwa uwagę przede wszystkim na jeden artykuł – na artykuł 51 Konstytucji, który wprost mówi o ochronie danych osobowych. Pamiętajcie Państwo, że nastąpiła przypadkowa zbieżność polegająca na tym, że Konstytucja została uchwalona w tym samym momencie, kiedy uchwalona została ustawa o ochronie danych osobowych. Więc Ci sami parlamentarzyści debatowali nad tymi dwoma aktami. Cokolwiek by nie mówić o tych sformułowaniach – są one na pewno w jakiś sposób ze sobą skoordynowane. I tu chciałem Państwu zwrócić uwagę na 3 ważne kwestie. Po pierwsze... nikt nie może być powiązany inaczej, niż na podstawie ustawy do ujawniania informacji dotyczących jego osoby. Krótko mówiąc... jeżeli pojawia się przymus udostępnienia informacji to musi on być zapisany w ustawie. Nie w rozporządzeniu, nie w zarządzeniu, nie w instrukcji, nie w akcie prawa miejscowego – tylko w ustawie. Szczegóły dotyczące tego na czym ten przymus polega mogą się pojawić w innych aktach ale ustawa jest podstawą. To jest jeden z zarzutów, które przedstawiamy Ministrowi Zdrowia, ja nie ukrywam, że źle mi się pracuje z Ministrem Zdrowia i podkreślam, że nie jest łatwo przekonać go do tego, że to co napisane jest w art. 51 ust. 1 jest wiążące – czyli choćby...wracając do tego outsourcingu, o którym wspominałem...outsourcing w ochronie zdrowia powinien być uregulowany ustawowo - tak jak jest uregulowany w ubezpieczeniach, w bankowości, w komunikacji, dopóki on nie jest uregulowany ustawowo to ja mogę powiedzieć, że w tym, czy innym momencie przymknę oko albo włożę głowę w piasek uznając, że to się nie dzieje. I jeszcze na początek, dane osobowe, to wszystkie dane, dotyczące zidentyfikowanej lub możliwej do zidentyfikowania osoby fizycznej. Czyli liczy się sama możliwość zidentyfikowania osoby. Co oznacza, że dane, które zostały poddane tak zwanej pseudonimizacji – występuje jakiś pseudonim w postaci liczby kontrolnej, jakiegoś numeru, który jest stworzony choćby automatycznie są wciąż danymi osobowymi. No i sprawa Administratora Danych Osobowych. Administratorem danych osobowych jest ta osoba, która decyduje o celach i sposobach przetwarzania danych. To może oznaczać, w przypadku ochrony zdrowia bardzo różne podmioty ale ja jako Generalny Inspektor zawsze będę chciał wiedzieć, kto decyduje o celach i sposobach przetwarzania danych. W idealnym świecie, chciałbym, żeby był to lekarz. Natomiast tak nie jest, ponieważ bardzo często o sposobach przetwarzania danych decyduje jednostka, w której zatrudniony jest ten lekarz – decyduje szef tej jednostki. Natomiast nie dopuszczam do tego, żeby decydował o tym lokalny informatyk. To jest sytuacja niedopuszczalna.

Jeżeli widać, po kontroli GODO, że lekarz, szef przychodni, lekarz prowadzący praktykę nie wie jak przeprowadzane są dane i jaki jest cel ich przetwarzania to dla mnie to oznacza już od razu, że mamy duży problem. Trzeba się zastanowić, czy jest to problem organizacyjny, czy już karny. Zazwyczaj tylko organizacyjny. To oznacza, że ja muszę się dowiedzieć, kto coś wie i pierwsze wymaganie, które stawiam jako inspektor w stosunku do wszystkich z Państwa jako lekarzy, ponieważ nie jest to ustalone w żadnych przepisach wprost wynikających z prawa ochrony zdrowia, to jest to, żeby w każdym miejscu, w którym istnieją zbiory danych osobowych, istniała także polityka prywatności i instrukcja zarządzania systemem informatycznym. Jeżeli nie widzę tych dokumentów to znaczy, że wiem, że Ci którzy pracują nie pomyśleli w ogóle o tym, żeby określić kto i w jaki sposób przetwarza dane. Jeżeli istnieją te dokumenty, to one oczywiście mogą być lepsze czy gorsze, ale przynajmniej wiem, że ktoś w ogóle pomyślał o tym, że jest administratorem. Natomiast nie jestem w stanie odpowiedzieć wprost, kto jest administratorem danych w każdym przypadku, z którym się Państwo spotykacie. Czasem bawi mnie to, że Minister Zdrowia nie do końca zdaje sobie sprawę z tego co oznacza administrator danych osobowych. Bo np. do ustawy o systemach informacyjnych w ochronie zdrowia wpisał sobie, że sam jest administratorem danych osobowych, które są przetwarzane w tym systemie informacji a szczególnie w systemie informacji medycznej – pisząc kilka artykułów dalej, że system informacji medycznej składa się z rozproszonych zbiorów, do których on ma tylko dostęp, a są składowane u tych, którzy je wytworzyli. A ja muszę się zastanowić, jako Generalny Inspektor, czy Minister Zdrowia zdaje sobie sprawę, z tego, że będzie musiał wydać upoważnienie do przetwarzania danych każdej pielęgniarce i każdemu rejestratorowi, którzy będą przekazywali dane w lokalnych systemach medycznych. Ja oczywiście wiem, że to nie Minister będzie decydował o celach i sposobach. No i teraz mamy art. 31 czyli to w jaki sposób administrator danych osobowych może komuś przekazać część swojego działania nie negując swojej odpowiedzialności. To jest rzecz, na którą Państwo jako lekarze musicie zwrócić szczególną uwagę. Jeżeli dane przetwarzane są nie u mnie, tylko u kogoś innego, bo wynajętem u niego serwer, program, korzystam z rozwiązania chmurowego, które umożliwia mi łatwe przetwarzanie danych w przygotowanym już systemie, którego nie muszę u siebie „montować” na komputerze, to to nie znaczy, że to tamci są odpowiedzialni za te dane, które są przetwarzane. To oznacza, że ja wciąż jestem odpowiedzialny.

Natomiast rzeczywiście mam coś, co prawnik nazwałby regresem w stosunku do przetwarzających – czyli – jak już mnie ukarają – to ja mogę też żądać, żeby ukarano tę drugą osobę, albo na przykład zdobyć od niej odszkodowanie za szkody, które ja poniosłem. No i teraz – patrząc na praktykę, co dzieje się w Unii Europejskiej. Pojawił się, Proszę Państwa, Komunikat UE w 2010 r. o potrzebie kompleksowego uregulowania Ochrony Danych Osobowych i trwają prace nad rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady w sprawie ochrony osób fizycznych w zakresie przetwarzania danych osobowych, swobodnego przepływu tych danych czyli tzw. Rozporządzenia o ochronie danych osobowych. To oznacza, że całość polskiego prawa ochrony danych osobowych w 2014 r. może wylądować w koszu, będąc zastąpionym rozporządzeniem na poziomie europejskim. Mówiąc „całość” troszeczkę przesadzam – bo nie wszystkie rzeczy zostaną tam uregulowane – nie zostały tam uregulowane kwestie dotyczące kształtu organu ochrony danych osobowych, kontroli sądowej – ale prawo materialne dotyczące ochrony danych osobowych znika z porządków 28 krajów, zastąpione tym rozporządzeniem. Należy wyjaśnić, że pojęcie europejskiego rozporządzenia dotyczy tego, czym zajmuje się ustawa w Polsce – to jest mniej więcej ta sama konstrukcja i stosuje się je bezpośrednio - nie wymaga implementacji, staje się częścią prawa polskiego. Ale pojawia się pytanie – w sytuacji, gdy nasza Konstytucja mówi „regulowane ustawą” – czy to oznacza, że może być regulowane rozporządzeniem UE. Ja przewiduję, że Trybunał Konstytucyjny odpowie, że może – że my w odpowiedni sposób „oddaliśmy” tą część działania Unii Europejskiej. Natomiast, proszę Państwa, w dalszym ciągu dane dotyczące zdrowia są traktowane jako dane wrażliwe i poddane nie tylko przepisom tego rozporządzenia ale również innych aktów prawnych, które istnieją w UE. Pamiętajcie Państwo, że choćby, istnieją rozporządzenie z 2008 w sprawie statystyk Wspólnoty w sprawie Zdrowia Publicznego oraz Bezpieczeństwa Pracy, które np. określa definicję Zdrowia Publicznego i jakiego rodzaju dane na potrzeby tego Zdrowia Publicznego mogą być przetwarzane. Z tego rozporządzenia i z wszystkich kwestii, które się w nim pojawiają, chciałem pokazać Państwu art. 81, który odnosi się wprost do kwestii związanych z ochroną zdrowia. Przetwarzanie danych dotyczących zdrowia musi odbywać się na podstawie Prawa Unii Europejskiej lub prawa państwa członkowskiego, które przewiduje odpowiednie środki mające na celu zabezpieczenie uzasadnionych interesów podmiotów i danych, które są niezbędne.



To jest z punktu widzenia Prawa polskiego, mówię to jako konstytucjonalista, bardzo dobrze napisany artykuł. Bo mówi o tym, że jeżeli w państwie członkowskim istnieje inny system ochrony danych, niż ten, który zaproponowała Komisja Europejska i przyjmie go Parlament Europejski i Rada w rozporządzeniu, to znaczy, że może być on stosowany i przetwarzanie danych może odbywać się na jego podstawie, ale stawia warunek, że są one (dane) niezbędne i cele, które są wymienione. Pamiętajcie Państwo, że w art.51 Konstytucji jest obowiązek niezbędności danych w demokratycznym państwie prawnym, do tego, żeby były one przetwarzane. Przetwarzanie danych dotyczących zdrowia, które są niezbędne dla statystki, badań naukowych podlega art. 81. Nie ma bardziej skomplikowanej osoby pod tym względem niż lekarz, który pracuje w akademii medycznej i który jest jednocześnie osobą pracującą w klinice i jednocześnie jest naukowcem, a jeszcze przy okazji pracuje dodatkowo dla firmy zewnętrznej, prowadząc np. dla niej badania naukowe. Przez lata panowała cisza w sprawie danych przetwarzanych przez Kościoły i Związki Wyznaniowe. Po 15 latach zebrała się grupa osób, które postanowiły sprawdzić jakie są granice tego przetwarzania, kwestionując prawo kościoła do przetwarzania ich danych osobowych. Zrobiły to poprzez GIODO, decyzje GIODO zostały zaskarżone do Sądu Administracyjnego. Wojewódzki Sąd Administracyjny przyjął stosunkowo umiarkowane podejście GIODO ale NSA w kolejnych orzeczeniach odrzucił te orzeczenia WSA i uznał, że ci skarżący mieli całkowitą rację. Ja teraz wydaję decyzję dot. proboszczów o nakazie wpisu do Księgi Chrztu. Czyli nakazuję proboszczom co mają wpisać do księgi chrztu. Ja często zapominam, że Akademia Medyczna ma też wydział farmaceutyczny i trudne pytanie, na które musieliśmy Ministrowi Zdrowia Odpowiedzieć – nie przygotowaliście przepisu, który gwarantowałby dostęp do tych zbiorów, które są zbiorami prowadzonymi przez lekarzy na potrzeby naukowe. Farmaceuta, prowadząc badania naukowe, nie może uzyskać dostępu do zbiorów, które są prowadzone dla lekarzy i które lekarz do celów naukowych, wykorzystywać może.

W przypadku lekarzy i wszystkich jednostek ochrony zdrowia, w państwa przepisach zawodowych nie ma praktycznie niczego na temat bezpieczeństwa informacyjnego. To oznacza, że podlegacie Państwo wszystkim wymogom ustawy o ochronie danych osobowych i podlegacie też – niekiedy- wymogom wynikającym z aktu prawnego, którego pewnie nie znacie – rozporządzenia o krajowych ramach

interoperacyjności. Rozporządzenie to jest aktem wykonawczym do ustawy o informatyzacji działań podmiotów realizujących zadania publiczne. W związku z czym, te wymagania, które tam są postawione systemom teleinformatycznym w administracji – one nie są trudne, skomplikowane, tylko trzeba pamiętać, o tym, że są. Dziękuję bardzo

## **Dyskusja**

**Wiceprezes Naczelnej Rady Lekarskiej Konstanty Radziwiłł:** podziękował Panu Ministrowi za wykład. Poprosił o doprecyzowanie jak lekarze powinni zachowywać się w sprawach, w których w ostatnim czasie interweniował samorząd. Pierwsza kwestia to rejestry dotyczące zbierania danych osobowych w połączeniu z danymi zdrowotnym, a więc ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej – NFZ, który zbiera dane pacjentów – czy w tej ustawie nie powinno się znaleźć to, że te dane powinny być w jakiś tam sposób zdepersonalizowane, anonimizowane, żeby ich odtworzenie wsteczne wymagało wysiłku. Druga sprawa, o której wspomniał to rozporządzenia Ministra Zdrowia dotyczące rejestrów różnych grup pacjentów – zwrócił uwagę np. na projekt dotyczący rejestru osób, których dotyczyć będzie procedura in vitro. Zadał też pytanie, jak samorząd powinien reagować na wnioski firm komercyjnych, zmierzające do udostępnienia danych z rejestru lekarzy RP.

**Generalny Inspektor Danych Osobowych Wojciech Rafał Wiewiórowski** zaznaczył, że w jego ocenie lekarze powinni mieć dostęp do zdalnego dostępu do danych pacjenta, który leczy się gdzie indziej. Poinformował, że nieuniknione jest, że systemy takich danych powstaną. Żeby to mogło nastąpić musi być jednak spełnionych wiele cech, a w tym najważniejsza – identyfikacja tego, kto prosi o dane – wtedy bazy NFZ mogą być wykorzystywane tylko do rozliczania świadczeń publicznych. Zaznaczył, że współpraca z NFZ w przeciwieństwie do Ministra Zdrowia, odbywa się dobrze, gdyż przed wdrożeniem rozwiązań systemowych dotyczących ochrony danych osobowych, Fundusz współpracuje z GIODO. Zaznaczył także, że z punktu widzenia ochrony danych systemy NFZ są dobrze zabezpieczone. Odnośnie rejestrów chorych w poszczególnych rozporządzeniach Ministra Zdrowia, zwrócił uwagę, że GIODO stoi na stanowisku, że wymóg przetwarzania tych danych osobowych powinien wynikać z ustawy, a nie z rozporządzenia, a zakres danych

w tych rozporządzeniach jest określony inaczej niż w ustawie o ochronie danych osobowych. W odniesieniu do rejestru lekarzy uznał, że jest bliski rozwiązaniom, które zostały wprowadzone w nowej ustawie o izbach lekarskich i stoi na stanowisku, że zostały one wprowadzone w sposób poprawny. Dodał, że cel jawności życia publicznego i ponownego przetwarzania informacji sektora publicznego jest celem, który Polska powinna zrealizować. Oczywiście nie oznacza to, że wszystkie informacje dotyczące lekarzy, powinny być udostępniane ale, jeżeli samą ochroną prywatności nie da się ich wykluczyć, są one do ponownego przetworzenia, nawet przez firmy, które chcą na tym zarobić.

**Kol. Andrzej Cisko** odniósł się w swojej wypowiedzi do rejestru udarów mózgu. Zaznaczył, że w przygotowując projekt rozporządzenia, Ministerstwo nie wykonało nawet obowiązku ustawowego polegającego na analizie konieczności wdrożenia takiego rejestru. Dodał także, że sytuacja związana z tym rozporządzeniem nie jest odosobniona, a MZ w wielu przypadkach nie dotrzymuje standardów legislacyjnych. Zwrócił też uwagę, że samorząd lekarski jest w trudnej sytuacji, gdyż jest wielce prawdopodobne, że Trybunał Konstytucyjny nie uzna legitymacji NRL do wszczynania kontroli sądowo-konstytucyjnej z tego powodu, że np. procedowane rozporządzenie miało właśnie taką wadę. Zwrócił też uwagę na rozporządzenie dotyczące profilaktyki zranień i dyskusje GIODO z Głównym Inspektorem Sanitarnym odnośnie tego, że aktem rangi rozporządzenia nakazano w tym przypadku budować ocenę ryzyka zranienia w powiązaniu ze stanem zdrowia pracownika. W sprawie portali oceniających lekarzy, poprosił o wyjaśnienie informacji, która ukazała się na stronie internetowej GIODO i dotyczyła orzeczenia odnośnie wydania decyzji w sprawie osób, które wpisują się na takich portalach.

**Generalny Inspektor Danych Osobowych Wojciech Rafał Wiewiórowski** w sprawie orzeczenia sądu administracyjnego stwierdził, że sprawa nie jest przełomowa. Dodał, że można się zwrócić do GIODO z żądaniem i GIODO może wydać decyzję w stosunku do dostawcy serwisu internetowego dot. udostępnienia danych osobowych internautów, którzy dokonali wpisu. Zaznaczył jednak, że ujawnienie danych będzie dotyczyło tylko tych danych, które operator lub dostawca usługi internetowej posiada. Dane takie jedynie umożliwią osobie złożenie pozwu cywilnego. W sprawie dot. rozporządzenia w sprawie zranień, stwierdził, że zgodnie z prawem powinno się wraz z oceną ryzyka zranienia podawać

dane dotyczące stanu zdrowia pracownika. Zaznaczył także, że GIODO nie jest organem ścigania i nie posiada uprawnień sankcyjnych.

**Wiceprezes Naczelnej Rady Lekarskiej Konstanty Radziwiłł** podziękował Panu Ministrowi za wystąpienie. Wyraził nadzieję dalszej owocnej współpracy z GIODO.

**Po zakończeniu wystąpienia Pana Ministra przystąpiono do realizacji właściwego porządku obrad posiedzenia Naczelnej Rady Lekarskiej.**

**Ad pkt 1 i 2**

**Po otwarciu obrad przez Wiceprezesa Naczelnej Rady Lekarskiej Konstantego Radziwiłła, Naczelna Rada Lekarska przyjęła bez poprawek porządek obrad swojego posiedzenia. – druk nr [NRL/09.13/01'] – załącznik nr 2**

**Ad pkt 3**

**Kol. Andrzej Matyja** poinformował o zakończeniu Forum Ekonomicznego, które odbyło się w Krynicy, na którym jeden z paneli poświęcony był sprawom ochrony zdrowia. Zaznaczył, że w spotkaniu uczestniczyło wielu ekspertów różnych branż, natomiast w jego ocenie, środowisko lekarskie praktycznie w ogóle nie było reprezentowane. Pomimo faktu, że NIL jest Partnerem Forum, przedstawiciel Izby (**kol. Konstanty Radziwiłł**) był uczestnikiem tylko jednego panelu forum. Dodał także, że Minister Zdrowia Bartosz Arłukowicz także nie uczestniczył aktywnie w obradach, będąc gościem tylko jednego panelu Forum, które dotyczyło opieki senioralnej. Dodał, że w jego ocenie wszyscy lekarze (także spoza samorządu), którzy byli uczestnikami Forum, traktowani byli „po macoszemu”, a udzielano im głosu zazwyczaj pod koniec obrad, gdzie nie mogli już w pełni realizować swoich wypowiedzi.

**Kol. Stefan Bednarz**, kontynuując wypowiedź poprzednika dot. Forum w Krynicy, stwierdził, że podczas obrad padło hasło, że „Kryzys Ekonomiczny mamy już za sobą”. Uznał, że jest to istotne, gdyż NFZ wydaje się nie zgadzać z tym stwierdzeniem, a sam budżet NFZ na rok 2014 nie ulegnie zwiększeniu, więc,

de facto, środków przeznaczonych na opiekę zdrowotną będzie mniej, gdyż jej koszty sukcesywnie wzrastają.

**Wiceprezes Naczelnej Rady Lekarskiej Konstanty Radziwiłł** omówił po krótko Forum w Krynicy, zaznaczając, że skupiło ono wiele prominentnych osób reprezentujących różne dziedziny życia publicznego. Wspomniał, o optymistycznej deklaracji Pana Donalda Tuska dotyczącej sytuacji ekonomicznej Polski, która, jak stwierdził, po początkowym gorącym przyjęciu, w ramach kolejnych obrad Forum, nie wydawała się już być tak realna. Stwierdził, że pomimo tego, że przedsięwzięcie Forum w Krynicy jest przedsięwzięciem bardzo ważnym, należy pamiętać, że jest ono inicjatywą prywatną, zarządzaną przez konkretne osoby i to one decydują, kto i w jakim wymiarze będzie mógł zabierać głos i aktywnie uczestniczyć w obradach. Uznał, że tematyka Panelu, w którym uczestniczył, a dotyczącego Koordynowanej Opieki Zdrowotnej, w jego ocenie może przybrać zły kierunek. Zalecił, aby środowisko lekarskie w bardzo ostrożny sposób spoglądało na rozwój zmian systemowych w tym zakresie.

**Kol. Zdzisław Szramik** wskazał, że Forum w Krynicy jest kolejnym wydarzeniem, które pokazuje w jaki sposób środowisko lekarskie jest traktowane w systemie ochrony zdrowia. Dodał, że w imieniu Zespołu do spraw lekarzy zatrudnionych w zakładach opieki zdrowotnej chciałby przedstawić projekt stanowiska i jednocześnie pisma-wniosku do Ministra Zdrowia w sprawie opracowania algorytmów-standardów postępowania z pacjentami, którzy zgłaszają się do szpitalnych izb przyjęć, czy szpitalnych izb ratunkowych, najczęściej bez skierowania z różnymi dolegliwościami. Zaznaczył, że określenie tych zasad jest istotne, gdyż lekarz, który odmówiłby udzielenia świadczenia, mógłby zostać pociągnięty do odpowiedzialności. Przytoczył treść stanowiska:

„W związku z pojawiającymi się w ostatnich czasach przypadkami obarczania lekarzy odpowiedzialnością za niekorzystne zdarzenia medyczne, na przebieg których lekarze nie mieli wpływu, bądź mogli nie mieć wpływu, Naczelna Rada Lekarska zwraca się z wnioskiem o opracowanie i wprowadzenie w życie standardów postępowania lub algorytmów w typowych zespołach chorobowych u dorosłych, jak i dzieci zgłaszających się do izb przyjęć szpitalnych oddziałów ratunkowych. Skrajne niedofinansowanie ochrony zdrowia, niedopasowane do postawionych przez

nią zadań powoduje, oprócz prób obniżania wynagrodzeń, także nieprzemyślane i niebezpieczne redukcje zatrudnienia pracowników medycznych, w tym również lekarzy. Dlatego też samorząd lekarski domaga się opracowania minimalnych norm zatrudnienia lekarzy, a także pielęgniarek w celu poprawy bezpieczeństwa leczonych pacjentów. Oczekujemy również, że ustalone normy nie pozostaną wyłącznie na papierze ale, że pójdzie za nimi adekwatny wzrost wynagrodzeń. Ze swej strony oferujemy współpracę i wsparcie merytoryczne. Prosimy również o potraktowanie sprawy jako pilnej.”

**Głos z Sali** wskazał, że w stosunku do pielęgniarek istnieje już stosowne rozporządzenie i normy mają dla nich zostać wypracowane do końca marca przyszłego roku.

**Wiceprezes Naczelnej Rady Lekarskiej Konstanty Radziwiłł** zaproponował, aby propozycja **kol. Szramika** została omówiona na następnym posiedzeniu NRL. W odniesieniu do standardów postępowania z pacjentami, stwierdził, że uważa, że powinny zostać one określone jako standardy środowiskowe – we współpracy z Towarzystwami Lekarskimi, a nie Ministrem Zdrowia.

**Kol. Grzegorz Mazur** stwierdził, że główna myśl tego projektu stanowiska była prowadzona w takim kierunku, aby wskazać warunki i ograniczenia administracyjno-ekonomiczne, które wpływają również na postawy etyczne. Dodał, że uważa, że Minister powinien zostać wskazany jako adresat, ponieważ całokształt sytuacyjny ochronie zdrowia wynika w głównej mierze z prowadzonej przez niego polityki. Uznał także, że jeśli chodzi o same standardy postępowania, to powinny być one kreowane przez towarzystwa lekarskie i zasugerował, aby równolegle – przy wystąpieniu do Ministra Zdrowia, przyjąć także apel do towarzystw, aby opracowały one takie standardy.

**Kol. Zyta Kaźmierczak-Zagórska** poinformowała, że z wypowiedzi **kol. Szramika** wywnioskowała, że chodziło mu o określenie jaki jest rodzaj pacjentów, którzy trafiają do izby przyjęć lub do szpitalnego oddziału ratunkowego. Zasugerowała, że Naczelna Rada powinna się zastanowić jak funkcjonują modele działania opieki szpitalnej, w tym także świątecznej i nocnej. Dodała, że w chwili obecnej, praktyką jest, że SOR-y czy izby przyjęć stały się tymi miejscami, gdzie pacjent trafia bez skierowania, z każdą dolegliwością.

**Mec. Michał Kozik** stwierdził, że wspomniana propozycja stanowiska dotyczy dwóch grup zagadnień. Jedną rzeczą jest ustalenie minimalnej normy zatrudnienia lekarzy na oddziałach izby przyjęć lub szpitalnych oddziałach ratunkowych, a drugą rzeczą są standardy medyczne. Zaznaczył, że w obecnym stanie prawnym, ustawa o działalności leczniczej upoważnia Ministra Zdrowia tylko do ustalenia minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek, a zatem postulat u ustalenie minimalnej normy powinien zostać skierowany do parlamentu w celu nadania Ministrowi upoważnienia ustawowego.

**Kol. Zdzisław Szramik** zaznaczył, że chciałby wyraźnie wiedzieć, czy jeśli pacjent zgłosi się do izby przyjęć z powodu np. bólu głowy – to jakie czynności powinien podjąć lekarz – czy podać lek, czy wezwać lekarza specjalistę, czy wykonać inne świadczenie (np. tomograf).

**Wiceprezes Naczelnej Rady Lekarskiej Konstanty Radziwiłł** podsumowując ten punkt dyskusji, stwierdził, że sprawa jest niezwykle istotna, ale przed podjęciem konkretnych działań należy przygotować jasny i klarowny projekt merytorycznego stanowiska i zdecydować, kto powinien zostać jego adresatem.

**Kol. Andrzej Wojnar** poinformował, że zwrócił się do niego dziennikarz w sprawie planowanych protestów związkowych, z zapytaniem jakie stanowisko ma tym zakresie Naczelna Rada. Zwrócił się do Członków Rady o komentarz w tej sprawie.

**Wiceprezes Naczelnej Rady Lekarskiej Konstanty Radziwiłł** w odniesieniu do wypowiedzi poprzednika, poinformował, że został zaproszony przez związkowców organizujących protesty do udziału w seminarium, które będzie się odbywać podczas pikiet przed Sejmem. Na seminarium kilka paneli ma być poświęconych sprawom związanym z systemem ochrony zdrowia, w tym szczególności pracownikom systemu i pacjentom.

**Kol. Zdzisław Szramik** poinformował, że 30 sierpnia, w siedzibie Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy, odbyło się spotkanie przedstawicieli różnych związków. Dodał, że OZZL nie jest członkiem komitetów związkowych, ale popiera wiele postulatów, które sprowadzają się do zanegowania słuszności zmian wprowadzonych w Kodeksie Pracy – dotyczących elastycznego czasu pracy oraz wydłużenia wieku emerytalnego. Zaznaczył, że podczas wspomnianego spotkania,

zwrócił uwagę, że protest nie może być celem samym w sobie ale powinien prowadzić do podjęcia działań, które zapoczątkują polepszenie sytuacji.

**Wiceprezes Naczelnej Rady Lekarskiej Konstanty Radziwiłł** odniósł się do kwestii „wyczerpywania” się umów z NFZ, która w jego ocenie, jest w tej chwili najbardziej niecierpiącym zwłoki problemem w ochronie zdrowia. Dodał, że problem nadwykonań prowadzi do sytuacji, w której szpitale funkcjonują jak lazarety wojenne, gdzie wykonują jedynie świadczenia ratujące życie. Wszystkie inne świadczenia są powoli wygaszane, a jeśli są dalej wykonywane to skutkuje to popadaniem w długi przez szpitale.

**Kol. Andrzej Wojnar** zadał pytanie czy ewentualny udział **kol. Radziwiłła** w spotkaniach związkowców będzie automatycznie oznaczał, że Naczelna Rada wspiera ich akcje. Uznał, że w jego ocenie, samorząd nie powinien wspierać akcji protestacyjnych związkowców.

**Wiceprezes Naczelnej Rady Lekarskiej** poinformował, że został jedynie zaproszony do udziału w tej debacie i o ewentualnym uczestnictwie będzie jeszcze rozmawiał z **Prezesem Hamankiewiczem**. Dodał, że osobiście nie ma nic przeciwko wystąpieniu w seminarium jako zaproszony gość.

**Kol. Paweł Susłowski** poinformował, że osobiście jest przeciwnikiem jakiegokolwiek instytucjonalnego podłączania się Naczelnej Izby Lekarskiej do protestu. Zaznaczył, że uważa, że mogłoby to zostać wykorzystane przez związkowców – poprzez wyeksponowanie izby, jako kolejnego sprzymierzeńca ich postulatów i działań.

**Kol. Paweł Wróblewski** zaapelował, by Naczelna Izba nie poddawała się konfrontacyjnej polityce. Zasugerował, że jeśli przedstawiciele izby są zapraszani do udziału w spotkaniach związkowców, to powinni w niej uczestniczyć. Zalecił podejście pragmatyczne, uznając, że ani związki zawodowe, ani rząd nie są ani „wrogami” ani „przyjaciółmi” środowiska lekarskiego.

**Kol. Agnieszka Ruchała-Tyszler** stwierdziła, że popiera zdanie **kol. Pawła Susłowskiego** i zasugerowała, by nie angażować się w żadne manifestacje.

**Kol. Stefan Bednarz** zaznaczył, że zarówno uczestnictwo przedstawicieli NIL w spotkaniach związkowców, jak i brak takiego uczestnictwa mogą być postrzegane



politycznie. Zalecił rozważę i zastanowienie przed podjęciem decyzji o wzięciu udziału w tym przedsięwzięciu. Stwierdził, że forma wzięcia w nim przez udziału Naczelną Izbę, poprzez uczestnictwo **kol. Radziwiłła** na seminarium związkowców wydaje mu się być najbardziej optymalna.

**Wiceprezes Naczelnej Izby Lekarskiej Konstanty Radziwiłł** poinformował, że gdyby zaistniało chociaż najmniejsze ryzyko, że ktoś uzna, że Naczelna Izba Lekarska współorganizuje protesty związkowców, to poważnie rozważy swój udział w ich spotkaniu. Zaznaczył, że dotychczas jednak taka sugestia nie padła. Zaznaczył też, że zaproszenie nie wpłynęło do niego, jako do członka NIL, ale telefonicznie z prośbą o wzięcie udziału w seminarium w charakterze eksperta.

**Kol. Andrzej Baszkowski** poprosił przedmówcę, o to, że jeśli zdecyduje się na udział w debacie, nie zapomniał o podniesieniu na niej problemów stomatologii.

**Kol. Andrzej Cisko** podniósł temat paragonów fiskalnych. Zaznaczył, że samorząd dość aktywnie uczestniczył w pracach i negocjacjach w tym zakresie, a wymijające odpowiedzi i interpretacje Ministra Finansów nie przyniosły żadnych konkretnych ustaleń. Przypomniał o rychłym wejściu w życie przedmiotowego rozporządzenia. Zaaapelował, aby wnioski z dyskusji z Ministrem i ewentualne instrukcje postępowania zostały podane do wiadomości dla lekarzy.

**Wiceprezes Naczelnej Rady Lekarskiej Konstanty Radziwiłł** stwierdził, że niemożliwym jest, by Rada w dniu dzisiejszym podjęła jakiegokolwiek ustalenia w tym zakresie. Poprosił przedmówcę o pomoc w przygotowaniu stosownego dokumentu, gwarantując wsparcie ze strony Biura NIL.

#### **Ad pkt 4**

**Naczelna Rada Lekarska rozpatrzyła projekt uchwały zmieniającej uchwałę w sprawie zaświadczeń wydawanych przez okręgowe rady lekarskie oraz Naczelną Radę Lekarską na podstawie przepisów Unii Europejskiej o uznawaniu kwalifikacji zawodowych lekarzy i lekarzy dentystów – druk nr [NRL/09.13/03] – załącznik nr 3**

**Mec. Marek Szewczyński** poinformował, że zmiana zawarta w projekcie uchwały ma charakter techniczny i wiąże się z wprowadzeniem nowego egzaminu dla lekarzy i lekarzy dentyków.

**Wiceprezes Naczelnej Rady Lekarskiej Konstanty Radziwiłł** poddał pod głosowanie projekt w/w uchwały.

**W wyniku przeprowadzonego głosowania Uchwała Naczelnej Rady Lekarskiej zmieniająca uchwałę w sprawie zaświadczeń wydawanych przez okręgowe rady lekarskie oraz Naczelną Radę Lekarską na podstawie przepisów Unii Europejskiej o uznawaniu kwalifikacji zawodowych lekarzy i lekarzy dentyków została podjęta jednogłośnie.**

**Ad pkt 5**

**Naczelna Rada Lekarska rozpatrzyła projekt stanowiska w sprawie projektu założeń do projektu ustawy zmieniającej ustawę o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta – druk nr [NRL/09.13/04] – załącznik nr 4**

**Wiceprezes Naczelnej Rady Lekarskiej Konstanty Radziwiłł** poinformował, że przedmiotowy projekt ustawy zmieniającej dotyczy m.in. kwestii zdarzeń medycznych niepożądanych, a także postępowania z dokumentacją medyczną, kosztów dokumentacji.

**Wiceprezes Naczelnej Rady Lekarskiej Konstanty Radziwiłł** poddał pod głosowanie projekt w/w stanowiska.

**W wyniku przeprowadzonego głosowania Stanowisko Naczelnej Rady Lekarskiej w sprawie projektu założeń do projektu ustawy zmieniającej ustawę o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta zostało podjęte jednogłośnie.**

**Ad pkt 6**

**Naczelna Rada Lekarska rozpatrzyła ewentualne poprawki do protokołu z 27/VI posiedzenia NRL, które odbyło się w dniu 21 czerwca 2013 roku - druk [NRL/09.13/02] – załącznik nr 5**

**Z-ca sekretarza Naczelnej Rady Lekarskiej Marek Jodłowski** poinformował, że do treści protokołu nie wpłynęły żadne uwagi.

**Wiceprezes Naczelnej Rady Lekarskiej Konstanty Radziwiłł** poddał protokół pod głosowanie.

**W wyniku głosowania protokół z 27/VI posiedzenia Naczelnej Rady Lekarskiej został przyjęty jednogłośnie.**

**Ad pkt 7**

**Wiceprezes Naczelnej Rady Lekarskiej Konstanty Radziwiłł** poinformował, że sprawozdania z działalności Prezesa NRL, Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej, Przewodniczącego NSL, przewodniczących komisji i zespołów oraz członków Naczelnej Rady Lekarskiej i Przewodniczącego Naczelnej Komisji Rewizyjnej w okresie od 21 czerwca 2013 r. do 6 września 2013 r. zostały przysłane drogą elektroniczną do wiadomości Naczelnej Rady. Odnosząc się do swojej działalności, poinformował o swoim uczestnictwie w pogrzebie **kol. Jacka Kubiaka**, członka Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie. Poinformował także, że razem z **Prezesem Maciejem Hamankiewiczem** uczestniczył w Konferencji zorganizowanej przez Światowe Stowarzyszenie Lekarzy, dotyczącej rewizji Deklaracji Helsińskiej, która odbyła się w Waszyngtonie.

**Kol. Zyta Kaźmierczak-Zagórska** poinformowała o odbywającym się w dniu wczorajszym Konwencie Prezesów Okręgowych Rad Lekarskich. Zaznaczyła, że tematem wiodącym spotkania były umowy izb z Ministerstwem Zdrowia. Mówiono na nim także o kwestii rejestru praktyk lekarskich i jego relacji do polis odpowiedzialności cywilnej lekarzy.

**Kol. Krzysztof Makuch** poinformował o śmierci profesorów Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego: prof. Marii Wierzbickiej oraz prof. Andrzeja Góreckiego. Poinformował także o odbytych mistrzostwach Polski lekarzy w lekkiej atletyce, które odbyły się w Toruniu.

**Kol. Jolanta Orłowska-Heitzman** poinformowała o śmierci Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej przy Okręgowej Izbie w Łodzi, Pana doktora Muszyńskiego. Poprosiła prezesów okręgowych rad lekarskich aby na posiedzeniach, słuchając sprawozdań okręgowych rzeczników, zwrócili uwagę ile zostaje spraw do rozpatrzenia na następną kadencję.

**Kol. Paweł Susłowski** przedstawił informację dotyczącą przeprowadzonych wyborów. Stwierdził, że do chwili obecnej wybranych zostało 30403 delegatów. Wybory w Warszawie zostały zakończone w dniu wczorajszym, więc wyniki te uwzględniają także Warszawę. Zaznaczył, że rekordzistami jeśli chodzi o stopień zajęcia mandatów poprzez wybory była izba Płocka – 95,6%. Najmniej objętych mandatów w stosunku do puli mają z kolei izba warszawska i wrocławska – 51,3% oraz 55,5%. Zaznaczył, że wskaźnik lekarzy stomatologów wynosi średnio ok. 1/5 populacji izby. Odczytał także inne wskaźniki wyborcze (np. dotyczące liczby nowych, wybranych po raz pierwszy, delegatów w poszczególnych izbach, a także wskaźnik zainteresowania wyborami). Podziękował wszystkim osobom, które przyczyniły się do przeprowadzenia wyborów.

**Kol. Ryszard Golański** przedstawił projekt portalu internetowego Gazety Lekarskiej. Zaznaczył, że wielce prawdopodobne jest, że zostanie on uruchomiony jeszcze we wrześniu. Zaznaczył, że uśredniony czas przebywania użytkownika na stronie internetowej Gazety zwiększył się kilkakrotnie. Poinformował, że portal będzie prowadzony w dwóch różnych wersjach: dla lekarzy – wersja dostępna po zalogowaniu, podczas którego należy podać numer PWZ oraz wersja dla innych użytkowników. Zwrócił również uwagę, że portal będzie umożliwiał publikowanie komentarzy.

**Ad pkt 9**

**Wiceprezes Naczelnej Rady Lekarskiej Konstanty Radziwiłł zakończył posiedzenie ok. godz. 14.15**

**Sekretarz**

**Wiceprezes**

**Mariusz Janikowski**

**Konstanty Radziwiłł**

Liczba załączników – 16

Protokół sporządził – Jerzy Kiwiński