



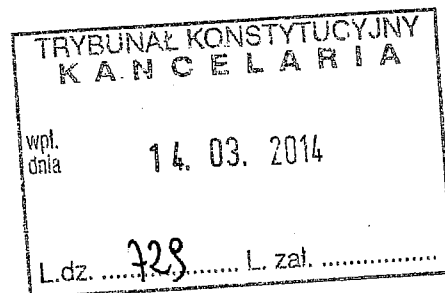
# MINISTER ZDROWIA

MZ-PR-WL-079-35250/2/KZ/14

dot. sygn. akt K33/13

2014 -03- 13

Warszawa .....



**Pani**

**Prof. dr hab. Małgorzata Pyziak - Szafnicka**

**Sędzia Trybunału Konstytucyjnego**

W odpowiedzi na pismo z dnia 12 lutego 2014 roku stanowiące prośbę o zajęcie stanowiska wobec wniosku Rzecznika Praw Obywatelskich o zbadanie zgodności art. 20 ust. 1 w związku z art. 19 ust. 1 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (Dz. U. Nr 113, oz. 657, z późn. zm.) z art. 47 oraz art. 51 ust. 1, 2 i 5 w związku z art. 31 ust. 3 oraz z art. 92 ust. 1 Konstytucji, uprzejmie informuje co następuje.

Na wstępie przede wszystkim należy przypomnieć, iż jedną z przyczyn uchwalenia ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (Dz. U. Nr 113, poz. 657, z późn. zm.), zwanej dalej „ustawą”, był szereg dokumentów wydanych na szczeblu unijnym, które nakładały na państwa członkowskie konkretne obowiązki w zakresie podjęcia inicjatyw ustawodawczych z dziedziny e-zdrowia. W Planie Działań dla Europejskiego e-Health na lata 2004-2010, o którym mowa w komunikacie Komisji Europejskiej z dnia 30 kwietnia 2004 r. (E-health-making Healthcare better for European citizens: As action plan for a European e-Health Area”. Communication from the Commission to the Council, the European Parliament, the European Economic and Social Committee and Committee of the Regions. Brussels, 30.04.2004 COM (2004)356 final), zobowiązano kraje członkowskie do podjęcia między innymi następujących działań:

- 1) poprawy informacji i wiedzy na temat krajowej opieki zdrowotnej i ubezpieczeń zdrowotnych na terenie Unii Europejskiej;
- 2) promocji e-health w związku z większą mobilnością zawodową na terenie Unii Europejskiej;
- 3) konieczności uruchomienia elektronicznych usług medycznych takich jak telekonsultacje, e-recepty, e-skierowania, telemonitoring i teleopieka;
- 4) uruchomienia elektronicznych ubezpieczeń zdrowotnych.

Podjęta wówczas inicjatywa legislacyjna oprócz konieczności uwzględnienia zaleceń unijnych, miała również na celu stworzenie warunków informacyjnych umożliwiających podejmowanie w dłuższej perspektywie optymalnych decyzji w zakresie polityki zdrowotnej, poprawę funkcjonowania opieki zdrowotnej w całym kraju poprzez zapewnienie kompleksowości, aktualności, niesprzeczności norm, procesów, systemów i zasobów informacyjnych sektora ochrony zdrowia mających wpływ na zachowanie spójności ładu informacyjnego w ochronie zdrowia, ze szczególnym uwzględnieniem potrzeb informacyjnych obywateli oraz optymalizację nakładów finansowych ponoszonych na informatyzację sektora ochrony zdrowia i rozwój społeczeństwa informacyjnego w obszarze zdrowia.

Należy podkreślić, że w pracach parlamentarnych nad projektem ustawy czynny udział brał Generalny Inspektor Ochrony Danych Osobowych (w załączeniu wystąpienia Generalnego Inspektora Ochrony Danych Osobowych, sprawozdanie i notatka z posiedzeń Komisji Zdrowia oraz fragmenty stenogramu z 91 posiedzenia Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej), co ma fundamentalne znaczenie dla oceny konstytucyjności przedmiotowej ustawy. W piśmie DOLiS-033-338/10/44037 z dnia 8 listopada 2010 r. skierowanym do Szefa Kancelarii Sejmu Generalny Inspektor Ochrony Danych Osobowych wyraził opinię, w której zgłosił liczne zastrzeżenia do rządowego projektu ustawy w brzmieniu, w jakim został on skierowany do łaski marszałkowskiej. Następnie po nadaniu numeru druku sejmowego – 3485, Generalny Inspektor Ochrony Danych Osobowych ponownie wystąpił w piśmie DOLiS-033-338/10/11535/11 z dnia 15 marca 2011 r. z zastrzeżeniami dotyczącymi projektowanej ustawy do Marszałka Sejmu. W dniu 16 marca 2011 r. została sporządzona przez dr Pawła Litwińskiego /*Barta&Litwiński Kancelaria Radców Prawnych i Adwokatów Spółka Partnerska*/ opinia prawna, w której stwierdzono konstytucyjność przepisów art. 19 i art. 20 projektowanej ustawy i jedynie zalecono wprowadzenie kilku zmian. W przywołanej opinii wskazano, iż w razie uchwalenia ustawy, określenie warunków

dopuszczalności przetwarzania danych osobowych nastąpiłoby – co do zasady – w ustawie, nie zaś w rozporządzeniu, na podstawie którego tworzony byłby konkretny rejestr. Postulowano również, aby w ustawie zostały zamieszczone przepisy, z których wynikałyby wprost ewentualne obowiązki w zakresie przekazywania danych na potrzeby prowadzenia rejestrów. Wprowadzenie takiej zmiany – w myśl przedmiotowej opinii – nie będzie naruszało zasady wyłączności ustawy dla określenia zasad i trybu gromadzenia i udostępniania informacji przez organy władzy publicznej, a tym samym będzie zgodne z Konstytucją Rzeczypospolitej Polskiej.

W dalszych pracach parlamentarnych zarówno opinia, jak i zawarte w niej postulaty zostały całkowicie uwzględnione, o czym świadczyć może uchwała Senatu Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 14 kwietnia 2011 r. w sprawie ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia (poprawki nr 7, 8, 9 i 18).

Poprawki powyższe uzyskały poparcie Pana Andrzeja Lewińskiego – Zastępcy Generalnego Inspektora Ochrony Danych Osobowych (podczas posiedzenia senackiej Komisji Zdrowia w dniu 5 kwietnia 2011 r.) oraz Pana Wojciecha Wiewiórowskiego - Generalnego Inspektora Ochrony Danych Osobowych, który na posiedzeniu sejmowej Komisji Zdrowia w dniu 27 kwietnia 2011 roku powiedział: „Panie Przewodniczący, Wysoka Komisji, to nie jest dokładnie ten sposób działania, który proponowaliśmy na posiedzeniach Komisji, ale jest to alternatywne rozwiązanie, które zostało zaproponowane. I to rozwiązanie zyskuje Naszą akceptację.

Przy przedstawieniu uchwały Senatu stwierdzono, że poprawki nr 7, 8, 9 i 18 tylko doprecyzowują kwestie przetwarzania danych w rejestrach. To nie są poprawki doprecyzowujące. One w znaczący sposób zmieniają konstrukcję, która została zaproponowana w pierwotnym wniosku. W tym znaczeniu jest to spora zmiana merytoryczna. Oczywiście jestem gotów ją omówić, jeśli Państwo będą sobie tego życzyć.

Powtarzam, że aczkolwiek nie jest to rozwiązanie, które proponowaliśmy podczas obrad Komisji, to rozwiązanie jest alternatywnym sposobem do dojścia do zgodności z zasadami przedstawionymi w Konstytucji. Zwracam uwagę na to, że postawiono tutaj większy nacisk na informowanie pacjenta o tym, że jego dane są przetwarzane zamiast nałożenia obowiązku wynikającego z ustawy. Powiedziałbym, że ideologicznie to rozwiązanie, które zostało zaproponowane w Senacie, jest nawet lepsze od rozwiązania zaproponowanego przez Generalnego Inspektora Ochrony Danych Osobowych. Wydaje się Nam ono trudniejsze do rozwiązania, ale ideologicznie jest lepsze od tego, które sami proponowaliśmy.”.

Podczas 91 posiedzenia Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej w dniu 28 kwietnia 2011 r. Poseł sprawozdawca – Pan Maciej Orzechowski, przedstawiając stanowisko Komisji Zdrowia w sprawie poprawek Senatu Rzeczypospolitej Polskiej do ustawy, podkreślał również, iż poprawki te wychodziły naprzeciw oczekiwaniom Generalnego Inspektora Ochrony Danych Osobowych i zostały jednogłośnie przyjęte przez wszystkich członków tej Komisji. Również na posiedzeniu plenarnym Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej 406 posłów, obecnych na sali plenarnej, głosowało przeciwko odrzuceniu tych poprawek.

Niezależnie od przedstawionych powyżej informacji dotyczących prac nad projektem ustawy uprzejmie informuję, iż tworzone obecnie na podstawie obowiązującej ustawy rejestry medyczne mają na celu monitorowanie zapotrzebowania na świadczenia opieki zdrowotnej, monitorowanie stanu zdrowia usługobiorców oraz prowadzenie profilaktyki zdrowotnej lub realizacji programów zdrowotnych. Powyższe cele uzasadniają konieczność przetwarzania określonych danych osobowych, które z uwagi na swój charakter oraz „wrażliwość” podlegają na podstawie samej ustawy zwiększonej ochronie. Ponadto odnosząc się do krytyki dotyczącej normowania pewnych zagadnień w akcie rangi podustawowej należy podkreślić, iż tego typu konstrukcja znajduje uzasadnienie w pewnych okolicznościach, zwłaszcza w sytuacji kiedy nie jest możliwe jednoznaczne określenie wszystkich kwestii w ustawie. *„Ustawodawca ustalając granice podstawowych praw i wolności, może uczynić to w sposób wyczerpujący w ustawie albo może przewidzieć konieczność wydania odpowiednich aktów wykonawczych. Czyni tak, gdy sam nie jest w stanie określić z góry wszystkich przypadków, w których należy wprowadzić ograniczenia. Wówczas jednak powinien wskazać kierunek i zasady regulacji podustawowej na tyle precyzyjnie, aby organ władzy wykonawczej lub sąd nie miał nadmiernej swobody i nie musiał go de facto zastępować<sup>1</sup>”*.

Tworzone rejestry medyczne zaś jasno i precyzyjnie określają, zgodnie z delegacją zawartą w ustawie, zakres przetwarzanych danych. Dane te nie mogą być inne niż dane określone w art. 4 ust. 3 i art. 19 ust. 6 ustawy, wobec czego nie ma mowy o braku regulacji ustawowej dotyczącej zakresu gromadzonych danych. Kierunek wydawanych regulacji wyznaczony natomiast został przez cele określone w art. 19 ust. 1 ustawy. Faktycznym zaś narzędziem, który na służyć każdemu, czyje dane osobowe są przetwarzane w rejestrze medycznym jest art. 19 ust. 5 ustawy, zgodnie z którym administrator danych zawartych w każdym tworzonym rejestrze medycznym, jest obowiązany do usunięcia z tego rejestru wszelkich danych umożliwiających identyfikację osoby, w przypadku wniesienia przez nią sprzeciwu wobec przetwarzanych

---

<sup>1</sup> „Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej. Komentarz” pod red. prof. B. Banaszaka, str. 223, Warszawa 2012.

danych. Jedynym wyjątkiem od tej zasady będzie okoliczność przetwarzania danych, która jest niezbędna w celu uniknięcia zagrożenia dla życia i zdrowia ludzi. Wskazać również należy, iż zgodnie z art. 19 ust. 9 ustawy każdy podmiot prowadzący rejestr medyczny jest obowiązany, w terminie 30 dni od dnia rozpoczęcia przetwarzania danych osobowych, poinformować każdą osobę, której dane dotyczą i są przetwarzane w rejestrze o:

- 1) adresie swojej siedziby i pełnej nazwie;
- 2) celu, zakresie i sposobie przetwarzania dotyczących jej danych;
- 3) prawie dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawiania;
- 4) kategoriach odbiorców, którym dane z rejestru są udostępniane;
- 5) dobrowolności albo obowiązku podania danych, które są przetwarzane w rejestrze, a jeżeli taki obowiązek istnieje, o jego podstawie prawnej.

Wobec powyższego trudno zatem mówić, analizując zarówno ustawę, jak i akty wykonawcze wydawane na jej podstawie, aby nie była zagwarantowana każdemu podmiotowi, którego dane są przetwarzane pełna informacja w zakresie ich przetwarzania oraz możliwość złożenia sprzeciwu, który faktycznie powoduje usunięcie wszystkich danych z rejestru.

Biorąc powyższe pod uwagę należy jednocześnie podkreślić, iż *„Konstytucja nie pozostawia ustawodawcy pełnej swobody w ustalaniu ograniczeń gwarantowanych w niej praw i wolności. Jej art. 31 ust. 3 in fine stanowi, iż ograniczenia te „nie mogą naruszać istoty wolności i praw”. (...) Najogólniej rzecz ujmując, należy przyjąć, że istota prawa lub wolności naruszona zostanie, gdy regulacje prawne, nie znosząc danego prawa lub wolności w praktyce, uniemożliwią korzystanie z niego (np. prywatne środki produkcji zostaną obłożone tak wysokim podatkiem, że nieopłacalne stanie się ich utrzymanie<sup>2</sup>”*. Wobec powyższego należy jednoznacznie stwierdzić, iż w przypadku ograniczenia w pewnym jedynie zakresie prawa do prywatności i jednoczesnym zagwarantowaniu omówionych powyżej mechanizmów, trudno znaleźć uzasadnienia dla postawionej tezy o naruszeniu istoty praw.

W zakresie zaś przywołanej również przez Rzecznika Praw Obywatelskich zasady proporcjonalności warto dodatkowo podkreślić, iż *„do konstytucyjnego zakazu naruszania istoty prawa, które ograniczane jest przez ustawodawcę, TK (podobnie jak wiele innych sądów konstytucyjnych) dodał jeszcze jedno kryterium wyłączające konstytucyjność ograniczeń - zasadę proporcjonalności. Na podobnym stanowisku stoi NSA, stwierdzając: „zasada proporcjonalności nie jest jednoznacznie definiowana. Na gruncie literatury przedmiotu można*

---

<sup>2</sup> Ibidem, str. 222-223.

wszakże skonstatować, że zasada ta jest postrzegana jako dyrektywa adresowana do organów stanowiących prawo, zgodnie z którą organy te czyniąc użytek z przyznanych kompetencji nie powinny ustanawiać nadmiernych ograniczeń w korzystaniu przez jednostkę z podstawowych praw i wolności (wyr. z 16.12.2009 r. IIFSK 1172/08, Legalis).

W tak rozumianej zasadzie proporcjonalności chodzi o to, aby ingerencja ustawodawcy w zakres prawa lub wolności konstytucyjnej nie była nadmierna. Oznacza to, że spośród możliwych środków działania należy wybierać możliwie najmniej uciążliwe dla podmiotów, wobec których mają być zastosowane, lub dolegliwe w stopniu nie większym niż jest to niezbędne dla osiągnięcia założonego celu” (wyr. z 25.02.1999 r., K 23/98, OTK 1999, Nr, poz. 25). Badając, czy zasada proporcjonalności nie została naruszona przez ustawodawcę, TK uwzględnia specyfikę poszczególnych praw jednostki i stwierdza: „z istoty tych praw powinny wynikać granice dopuszczalnych ograniczeń<sup>3</sup>”. Biorąc zatem pod uwagę te gwarancje, wynikające z art. 19 ust. 5 i ust. 9, wydaje się, iż nie można w analizowanej sprawie postawić ustawodawcy zarzutu naruszenia zasady proporcjonalności, gdyż jakkolwiek realizując zadania państwa z zakresu ochrony zdrowia i interesu publicznego ograniczone zostało w pewnym stopniu prawo do prywatności, to jednak każdy, czyje dane osobowe są przetwarzane wyposażony został w odpowiednie instrumenty prawne, by móc skutecznie realizować swój sprzeciw wobec faktu przetwarzania danych oraz swoje prawa.

Należy w tym miejscu również szczególnie podkreślić, iż prawo do prywatności, o którym mowa w art. 8 Europejskiej Konwencji Praw Człowieka, do którego również odwołuje się Rzecznik Praw Obywatelskich, nie jest prawem absolutnym, które nie może podlegać jakimkolwiek ograniczeniom. „Konstytucja określając elementy prawa do prywatności, zobowiązuje władze publiczne do nieingerencji w określony przez nie zakres życia (aktywności) jednostki i zapewnia stosowną ochronę przed wszelkimi działaniami w niego godzącymi. Trybunał Konstytucyjny wielokrotnie wskazywał przy tym, że „Prawo do prywatności, podobnie jak inne prawa i wolności, nie ma bowiem charakteru absolutnego i z tej też racji może podlegać ograniczeniom”. Ograniczenia te winny jednak czynić zadość wymaganiom konstytucyjnym. Przemawiać za nimi muszą inne normy, zasady lub wartości konstytucyjne. Stopień ograniczenia powinien pozostawać w odpowiedniej proporcji do rangi interesu, któremu ograniczenie to służy. Ze względu na zasadę proporcjonalności niezbędne jest porównanie dobra chronionego i poświęconego oraz zharmonizowanie kolidujących interesów (wyr. z 21.10.1998 r. K 24/98, OTK 1998, Nr 6, poz. 97). Na podobnym stanowisku stoi

---

<sup>3</sup> Ibidem, str. 224.

*Europejski Trybunał Praw Człowieka, podkreślając, że ograniczenia prawa do prywatności gwarantowanego w art. 8 Europejskiej Konwencji Praw Człowieka muszą być – zgodnie z wymogami Konwencji – konieczne w demokratycznym państwie z uwagi na bezpieczeństwo państwowe, publiczne lub dobrobyt gospodarczy kraju, ochronę porządku i zapobieganie przestępstwom, ochronę zdrowia i moralności lub ochronę praw i wolności innych osób. Jego zdaniem „pojęcie konieczności oznacza, że ingerencja państwa odpowiada pilnej potrzebie społecznej oraz (...) jest proporcjonalna do uzasadnionego prawnie celu, który ma być zrealizowany (wyr. ETPCz z 08.04.2004 r. W sprawie Haase przeciwko Niemcom)<sup>4</sup>”.*

Rozwijając powyższe dodatkowo należy zauważyć, iż „przetwarzanie i gromadzenie informacji o osobach spełni warunek konstytucyjności, jeżeli: nie powstaje ryzyko wykorzystywania tych danych także do celów pozaustawowych lub celów pozaumownych, gdy chodzi o umowę międzynarodową, której stroną jest RP. Ponadto w tym ostatnim przypadku informacje powinny być chronione przed niepowołanym dostępem bądź przed wykorzystaniem w celach niezgodnych z prawem i pierwotnym celem ich pozyskania, a standardy ich przetwarzania nie mogą być niższe, aniżeli wynikające z prawa polskiego.

*W ocenie TK (orz. z 23.06.2009 r., K 54/07, OTK 2009 Nr 6A, poz. 86) nie jest zakazane zbieranie informacji, nawet bez wiedzy osoby, której te informacje dotyczą, aczkolwiek sposób i zakres pozyskiwania informacji musi sprostać testowi „konieczności w demokratycznym państwie prawnym”. (...) Usprawiedliwione jest stosowanie środków niezbędnych w tym sensie, że chronią wartości istotne w państwie demokratycznym, i to w sposób (bądź w stopniu), który nie mógłby zostać osiągnięty przy stosowaniu innych środków<sup>5</sup>”. Natomiast „niezbędność musi być jednak rozumiana ściśle, a więc dane osobowe muszą być warunkiem sine qua non wykonania obowiązku. Nie można zatem uznać, że samo istnienie kompetencji zezwala na zbieranie danych osobowych niejako na wszelki wypadek<sup>6</sup>”. W przypadku, o którym mowa w przedmiotowej sprawie, a więc w zakresie tworzonych rejestrów medycznych należy stanowczo podkreślić, iż nie jest możliwe zrealizowanie celów, o których mowa w art. 19 ust. 1 ustawy, bez przedmiotowych danych o charakterze wrażliwym. Wobec tego należy wskazać, iż w przypadku tworzonych rejestrów medycznych zachodzi absolutna konieczność wykorzystania określonych danych osobowych, bez których prowadzenie poszczególnych rejestrów byłoby *de facto* niemożliwe.*

---

<sup>4</sup> Ibidem, str. 298.

<sup>5</sup> Ibidem, str. 313.

<sup>6</sup> Ibidem, str. 314.

Dodatkowo należy zaznaczyć, iż „dla współczesnego państwa zjawiskiem typowym jest istnienie i stałe rozwijanie różnego rodzaju zbiorów danych obejmujących informacje z zakresu życia prywatnego i rodzinnego poszczególnych osób. Ryzyka jakie rodzi to dla praw jednostki, są powszechnie uświadamiane i zarówno – na szczeblu prawa krajowego, jak i w regulacjach ponadnarodowych (zwłaszcza z konwencji Rady Europy z 1981 r. o ochronie osób w związku z automatycznym przetwarzaniem danych osobowych – choć nie została ona ratyfikowana przez Polskę, tworzy istotny punkt odniesienia dla standardów ustalonych przez ETPCz) – tworzone są unormowania reglamentujące zakres i sposób tworzenia zbiorów danych, ich wykorzystywania i udostępniania w systemie władz publicznych, a także zakres i sposób dostępu zainteresowanego do istniejących zbiorów i korygowania ich nieprawidłowości. Orzecznictwo strasburskie od dawna zajmuje się tymi kwestiami i – jak w wielu dziedzinach – przeszło ewolucję: raczej tolerancyjne podejście do urzędowego gromadzenia danych zostało stopniowo zastąpione wymaganiem, by państwa przyjęły szczegółowe regulacje prawne tych zagadnień (wyr. ETPCz z 16.02.2000 r. w sprawie *Amann p. Szwajcarii* i z 04.05.2000 r. w sprawie *Rotaru p. Rumunii*), a także, by ograniczały ingerencję w prywatność do rzeczywiście „koniecznych” sytuacji (wyr. ETPCz Z 06.06.2006 r. w sprawie *Segerstedt-Wiberg and Others p. Szwecji*).

Nie ulega wątpliwości, że pewne typy rejestrowania obywateli (więc tworzenia odpowiednich zbiorów danych) nie budzą większych kontrowersji (...) – rejestrów medycznych czy różnego rodzaju rejestrów dla potrzeb świadczeń socjalnych (wyr. ETPCz z 07.07.1989 r. w sprawie *Gaskin p. Zjednoczonemu Królestwu, par. 41*)<sup>7</sup>.”

**Biorąc pod uwagę powyższe argumenty w ocenie Ministra Zdrowia przepisy art. 19 i 20 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia są zgodne z przepisami Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej.**

Ponadto, niezależnie od powyższego, uprzejmie informuję, iż do dnia dzisiejszego weszły w życie cztery rozporządzenia Ministra Zdrowia wydane na podstawie art. 20 ust. 1 ustawy:

- 1) rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 grudnia 2012 r. w sprawie utworzenia Krajowego Rejestru Nowotworów (Dz. U. poz. 1497);

---

<sup>7</sup> „Konwencja o Ochronie Praw Człowieka i Podstawowych Wolności. Tom I.” pod red. prof. L. Garlickiego, str. 508-509, Warszawa 2010.



- 2) rozporządzenie Ministra Zdrowia 14 czerwca 2013 r. w sprawie Rejestru Medycznie Wspomaganej Prokreacji (Dz. U. poz. 721);
- 3) rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 17 października 2013 r. w sprawie:
  - a) Krajowego Rejestru Operacji Kardiochirurgicznych (Dz. U. poz. 1233),
  - b) Ogólnopolskiego Rejestru Ostrego Zespołu Wieńcowego (Dz. U. poz. 1234).

Dodatkowo uprzejmie informuję, iż obecnie trwają prace nad projektami rozporządzeń dotyczących następujących rejestrów medycznych, których konieczność utworzenia w oparciu o ustawę i wydanie na jej podstawie rozporządzenia, wynika ze względów medycznych i mieści się w celach określonych w art. 19 ust. 1 ustawy:

- 1) Rejestr Guzów Łagodnych Masywu Szczękowo-sitowego;
- 2) Rejestr Nowotworów Niezłośliwych Dużych Gruczołów Ślinowych;
- 3) Krajowy Rejestr Chorych z Wrodzonym Niedoborem Alfa-1 Antytrypsyny;
- 4) Krajowy Rejestr monitorujący Program badań przesiewowych dla wczesnego wykrywania raka jelita grubego;
- 5) Rejestr Chorych ze Stwardnieniem Rozsianym;
- 6) Krajowy Rejestr Przełyku Barretta;
- 7) Krajowy Rejestr Raka Płuc;
- 8) Rejestr Osób Leczonych w Dzieciństwie z Powodu Nowotworów;
- 9) Ogólnopolski Rejestr Patologii Kardiochirurgicznych u Płodów;
- 10) Ogólnopolski Rejestr Udarów Mózgu;
- 11) Ogólnopolski Rejestr Kardiologiczno-Kardiochirurgiczny Przewodnikowych Implantacji Zastawek Aortalnych POL-TAVI;
- 12) Polski Rejestr Wrodzonych Wad Rozwojowych.

*Bartosz Arłukowicz*