

Materiał porównawczy
do ustawy z dnia 24 kwietnia 2009 r.

**Przepisy wprowadzające ustawę o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw
Pacjenta, ustawę o akredytacji w ochronie zdrowia oraz ustawę
o konsultantach w ochronie zdrowia**

(druk nr 549)

USTAWA z dnia 30 sierpnia 1991 r. O ZAKŁADACH OPIEKI ZDROWOTNEJ (Dz. U. z 2007 r. Nr 14, poz. 89, z późn. zm.)

[Art. 18.

- 1. Zakład opieki zdrowotnej jest obowiązany prowadzić dokumentację medyczną osób korzystających ze świadczeń zdrowotnych zakładu.*
- 2. Zakład opieki zdrowotnej zapewnia ochronę danych zawartych w dokumentacji, o której mowa w ust. 1.*
- 2a. Dokumentacja medyczna zawiera co najmniej:*
 - 1) oznaczenie pacjenta, pozwalające na ustalenie jego tożsamości;*
 - 2) oznaczenie zakładu opieki zdrowotnej ze wskazaniem komórki organizacyjnej zakładu, w której udzielono świadczeń zdrowotnych;*
 - 3) opis stanu zdrowia pacjenta, o którym mowa w pkt 1, lub udzielonych mu świadczeń zdrowotnych;*
 - 4) datę sporządzenia.*
- 3. Zakład udostępnia dokumentację, o której mowa w ust. 1:*
 - 1) pacjentowi lub jego przedstawicielowi ustawowemu bądź osobie upoważnionej przez pacjenta;*
 - 2) zakładom opieki zdrowotnej, jednostkom organizacyjnym tych zakładów i osobom wykonującym zawód medyczny poza zakładami opieki zdrowotnej, jeżeli dokumentacja ta jest niezbędna do zapewnienia ciągłości świadczeń zdrowotnych;*
 - 3) właściwym do spraw zdrowia organom państwowym oraz organom samorządu lekarskiego w zakresie niezbędnym do wykonywania kontroli i nadzoru;*
 - 4) ministrowi właściwemu do spraw zdrowia, sądom, prokuratorom, lekarzom sądowym oraz sądom i rzecznikom odpowiedzialności zawodowej, w związku z prowadzonym postępowaniem;*
 - 5) uprawnionym na mocy odrębnych ustaw organom i instytucjom, jeżeli badanie zostało przeprowadzone na ich wniosek;*
 - 6) organom rentowym oraz zespołom do spraw orzekania o stopniu niepełnosprawności, w związku z prowadzonym przez nie postępowaniem;*

Objaśnienie oznaczeń: [] kursywa – tekst usunięty przez Sejm

◊ druk pogrubiony – tekst wstawiony przez Sejm

- 7) rejestrom usług medycznych, w zakresie niezbędnym do prowadzenia rejestrów;
 - 8) zakładom ubezpieczeń na zasadach określonych w przepisach o działalności ubezpieczeniowej.
4. Dokumentacja medyczna może być udostępniona także szkole wyższej lub jednostce badawczo-rozwojowej do wykorzystania dla celów naukowych, bez ujawniania nazwiska i innych danych umożliwiających identyfikację osoby, której dokumentacja dotyczy.
- 4a. Dokumentacja medyczna jest udostępniana:
- 1) do wglądu w zakładzie opieki zdrowotnej;
 - 2) poprzez sporządzenie jej wyciągów, odpisów lub kopii;
 - 3) poprzez wydanie oryginału za pokwitowaniem odbioru i z zastrzeżeniem zwrotu po wykorzystaniu, jeśli uprawniony organ lub podmiot żąda udostępnienia oryginałów tej dokumentacji.
- 4b. Za udostępnienie dokumentacji medycznej w sposób określony w ust. 4a pkt 2 zakład opieki zdrowotnej pobiera opłatę, z zastrzeżeniem ust. 4c.
- 4c. Przepis ust. 4b nie narusza uprawnień organów rentowych określonych w art. 77 ust. 5 ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (Dz. U. z 2007 r. Nr 11, poz. 74) i art. 121 ust. 2 ustawy z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (Dz. U. z 2004 r. Nr 39, poz. 353, z późn. zm.).
- 4d. Opłaty za udostępnienie dokumentacji medycznej w sposób określony w ust. 4a pkt 2 ustala kierownik zakładu opieki zdrowotnej w regulaminie porządkowym, o którym mowa w art. 18a ust. 1.
- 4e. Maksymalna wysokość opłaty za:
- 1) jedną stronę wyciągu lub odpisu dokumentacji medycznej - nie może przekraczać 0,0015 przeciętnego wynagrodzenia w poprzednim kwartale od pierwszego dnia następnego miesiąca po ogłoszeniu przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego w Dzienniku Urzędowym Rzeczypospolitej Polskiej "Monitor Polski" na podstawie art. 20 pkt 2 ustawy z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych;
 - 2) jedną stronę kopii dokumentacji medycznej - nie może przekraczać 0,00015 przeciętnego wynagrodzenia, o którym mowa w pkt 1;
 - 3) sporządzenie wyciągu, odpisu lub kopii dokumentacji medycznej na informatycznym nośniku danych, jeżeli zakład prowadzi dokumentację medyczną w formie elektronicznej - nie może przekraczać 0,001 przeciętnego wynagrodzenia, o którym mowa w pkt 1.
- 4f. Dokumentacja medyczna jest przechowywana przez okres 20 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym dokonano ostatniego wpisu, z wyjątkiem:
- 1) dokumentacji medycznej w przypadku zgonu pacjenta na skutek uszkodzenia ciała lub zatrucia, która jest przechowywana przez okres 30 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym nastąpił zgon;
 - 2) zdjęć rentgenowskich przechowywanych poza dokumentacją medyczną pacjenta, które są przechowywane przez okres 10 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym wykonano zdjęcie;

- 3) skierowań na badania lub zleceń lekarza, które są przechowywane przez okres 5 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym zrealizowano świadczenie będące przedmiotem skierowania lub zlecenia.
5. (uchylony).
6. (utracił moc).
7. (utracił moc).
8. Minister właściwy do spraw zdrowia, po zasięgnięciu opinii Naczelnej Rady Lekarskiej, Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych oraz Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych, określi, w drodze rozporządzenia, rodzaje i zakres dokumentacji medycznej oraz sposób jej przetwarzania, uwzględniając konieczność zapewnienia realizacji prawa dostępu do dokumentacji medycznej, rzetelnego jej prowadzenia oraz ochrony danych i informacji dotyczących stanu zdrowia pacjenta.
9. Minister właściwy do spraw wewnętrznych, Minister Sprawiedliwości, w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw zdrowia oraz po zasięgnięciu opinii Naczelnej Rady Lekarskiej, Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych i Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych, oraz Minister Obrony Narodowej w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw zdrowia, po zasięgnięciu opinii Rady Lekarskiej Wojskowej Izby Lekarskiej, każdy w zakresie swojego działania, określi, w drodze rozporządzenia, rodzaje i zakres dokumentacji medycznej oraz sposób jej przetwarzania, uwzględniając konieczność zapewnienia realizacji prawa dostępu do dokumentacji medycznej, rzetelnego jej prowadzenia oraz ochrony danych i informacji dotyczących stanu zdrowia pacjenta.]

<Art. 18.

Zakład opieki zdrowotnej jest obowiązany prowadzić dokumentację medyczną osób korzystających ze świadczeń zdrowotnych zakładu na zasadach określonych w ustawie z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2009 r. Nr 52, poz. 417). Zakład opieki zdrowotnej zapewnia ochronę danych zawartych w tej dokumentacji.>

[Art. 18c.

1. Zakład opieki zdrowotnej może wystąpić z wnioskiem o wydanie certyfikatu akredytacyjnego w celu stwierdzenia spełnienia określonych i podawanych do ogólnej wiadomości standardów jakości, poprzez dobrowolne poddanie się przeglądowi prowadzonemu przez wizytatorów ośrodka akredytacyjnego.
2. Zakład opieki zdrowotnej może otrzymać certyfikat akredytacyjny, jeżeli spełnia wymagania w zakresie określonych standardów udzielania świadczeń zdrowotnych i funkcjonowania zakładu.
3. Certyfikat akredytacyjny wydaje Rada Akredytacyjna na podstawie ustalonych przez siebie wymagań i po przeprowadzeniu przez ośrodek akredytacyjny procedury oceniającej zakład opieki zdrowotnej. Certyfikat akredytacyjny jest wydawany każdorazowo na okres nie dłuższy niż 3 lata.
4. Rada Akredytacyjna składa się z przedstawicieli samorządów i organizacji medycznych oraz przedstawicieli innych instytucji i organizacji wylanianych na okres kadencji. Członków Rady Akredytacyjnej powołuje minister właściwy do spraw zdrowia.

5. Rada Akredytacyjna wybiera spośród swoich członków przewodniczącego i zastępców przewodniczącego oraz ustala swój regulamin. Regulamin Rady Akredytacyjnej zatwierdza minister właściwy do spraw zdrowia.
6. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia:
 - 1) szczegółowe zasady i tryb wyłaniania i odwołania członków Rady Akredytacyjnej oraz czas trwania ich kadencji;
 - 2) zakres i zasady działania Rady Akredytacyjnej i ośrodka akredytacyjnego oraz zasady ich finansowania.]

Art. 18d.

1. Ilekroć w przepisach ustawy jest mowa o:

- 1) osobie wykonującej zawód medyczny, należy przez to rozumieć osobę, która na podstawie odrębnych przepisów uprawniona jest do udzielania świadczeń zdrowotnych, oraz osobę legitymującą się nabyciem fachowych kwalifikacji do udzielania świadczeń zdrowotnych w określonym zakresie lub w określonej dziedzinie medycyny;
 - 2) promocji zdrowia, należy przez to rozumieć działania umożliwiające poszczególnym osobom i społeczności zwiększenie kontroli nad czynnikami warunkującymi stan zdrowia i przez to jego poprawę, promowanie zdrowego stylu życia oraz środowiskowych i indywidualnych czynników sprzyjających zdrowiu;
 - 3) publicznym zakładzie opieki zdrowotnej bez podania bliższego określenia, należy przez to rozumieć publiczny zakład opieki zdrowotnej określony w art. 8 ust. 2;
 - 4) dyżurze medycznym, należy przez to rozumieć wykonywanie, poza normalnymi godzinami pracy, czynności zawodowych przez lekarza lub innego posiadającego wyższe wykształcenie pracownika wykonującego zawód medyczny, w zakładzie opieki zdrowotnej przeznaczonym dla osób, których stan zdrowia wymaga udzielania całodobowych świadczeń zdrowotnych;
 - [5) dokumentacji medycznej, należy przez to rozumieć określone w ustawie oraz przepisach odrębnych dane i informacje medyczne odnoszące się do stanu zdrowia pacjenta lub udzielonych mu w zakładzie opieki zdrowotnej świadczeń zdrowotnych.]
 - <5) dokumentacji medycznej, należy przez to rozumieć dane i informacje medyczne odnoszące się do stanu zdrowia pacjenta lub udzielonych mu w zakładzie opieki zdrowotnej świadczeń zdrowotnych, gromadzone i udostępniane na zasadach określonych w ustawie z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.>**
2. Ilekroć w obowiązujących przepisach jest mowa o dyrektorze zakładu społecznej służby zdrowia, dyrektorze zakładu społecznego służby zdrowia, dyrektorze zakładu opieki zdrowotnej, należy przez to rozumieć kierownika publicznego zakładu opieki zdrowotnej.

[Rozdział 1a
Prawa pacjenta
Art. 19.

1. Pacjent ma prawo do:

- 1) świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom wiedzy medycznej, a w sytuacji ograniczonych możliwości udzielenia odpowiednich świadczeń - do korzystania z rzetelnej, opartej na kryteriach medycznych procedury ustalającej kolejność dostępu do tych świadczeń;
 - 2) informacji o swoim stanie zdrowia;
 - 3) wyrażenia zgody na udzielenie określonych świadczeń zdrowotnych lub ich odmowy, po uzyskaniu odpowiedniej informacji;
 - 4) intymności i poszanowania godności w czasie udzielania świadczeń zdrowotnych;
 - 5) umierania w spokoju i godności.
2. Przepis ust. 1 pkt 3 nie dotyczy świadczeń zdrowotnych, których udzielanie bez zgody pacjenta regulują odrębne przepisy.
 3. W zakładach opieki zdrowotnej przeznaczonych dla osób wymagających całodobowych lub całodziennych świadczeń zdrowotnych pacjent ma również prawo do:
 - 1) dodatkowej opieki pielęgnacyjnej sprawowanej przez osobę bliską lub inną osobę wskazaną przez siebie;
 - 2) kontaktu osobistego, telefonicznego lub korespondencyjnego z osobami z zewnątrz;
 - 3) opieki duszpasterskiej.
 4. Koszty realizacji uprawnień wymienionych w ust. 3 pkt 1 i 2 nie mogą obciążać zakładu opieki zdrowotnej.
 5. W przypadku zagrożenia epidemicznego lub ze względu na warunki przebywania innych osób chorych w szpitalu kierownik zakładu opieki zdrowotnej lub upoważniony lekarz może ograniczyć prawo pacjenta do kontaktu osobistego z osobami z zewnątrz, w tym do sprawowania opieki przez osoby określone w ust. 3 pkt 1.
 6. Kierownik zakładu opieki zdrowotnej zapewnia dostępność informacji o prawach pacjenta.

Art. 19a.

1. W razie zawinionego naruszenia praw pacjenta, o których mowa w art. 18 ust. 2 i ust. 3 pkt 1 oraz w art. 19 ust. 1 pkt 1-4 i ust. 3, sąd może przyznać poszkodowanemu odpowiednią sumę tytułem zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę na podstawie art. 448 Kodeksu cywilnego.
2. W razie zawinionego naruszenia prawa pacjenta do umierania w spokoju i godności, sąd może, na żądanie najbliższego członka rodziny, innego przedstawiciela ustawowego lub opiekuna faktycznego, zasądzić odpowiednią sumę pieniężną na wskazany przez nich cel społeczny na podstawie art. 448 Kodeksu cywilnego.

Art. 19b.

1. W zakładach opieki zdrowotnej przeznaczonych dla osób wymagających całodobowych lub całodziennych świadczeń zdrowotnych pacjent ma prawo przechowywać wartościowe rzeczy w depozycie zakładu opieki zdrowotnej.
2. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, tryb i warunki postępowania z depozytami, o których mowa w ust. 1, uwzględniając w szczególności:
 - 1) zakres spisu przedmiotów oddanych do depozytu;
 - 2) sposób zabezpieczenia przedmiotów oddawanych do depozytu;
 - 3) zasady prowadzenia księgi depozytów;

4) tryb postępowania z nieodebranymi depozytami.

Art. 32f.

1. Dane i informacje gromadzone w rejestrach usług medycznych, przekazywane przez podmioty udzielające usług medycznych, są udostępniane organom administracji rządowej, organom jednostek samorządu terytorialnego, podmiotom, które utworzyły publiczne zakłady opieki zdrowotnej, podmiotom finansującym udzielanie tych usług oraz samorządom zawodów medycznych. *[Do przekazywania danych dotyczących dokumentacji medycznej stosuje się przepisy art. 18.]* **<Do przekazywania danych dotyczących dokumentacji medycznej stosuje się przepisy ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.>**
2. (uchylony).

Art. 65.

1. Ministrowi właściwemu do spraw zdrowia, w stosunku do wszystkich zakładów opieki zdrowotnej, oraz wojewodzie, w stosunku do zakładów opieki zdrowotnej prowadzących działalność na obszarze województwa, przysługuje prawo:
 - 1) przeprowadzania kontroli, pod względem zgodności z prawem, celowości i gospodarności, działalności prowadzonej przez zakład, obejmującej w szczególności:
 - a) wizytację pomieszczeń zakładu,
 - [b) obserwowanie czynności związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych, z zastrzeżeniem art. 19 ust. 1 pkt 4,]*
 - <b) obserwowanie czynności związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych, z poszanowaniem intymności i godności pacjenta,>**
 - c) sprawdzanie przestrzegania spełniania wymagań dotyczących dopuszczenia do stosowania i sposobu użytkowania, przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych, wyrobów medycznych oraz ambulansów sanitarnych,
 - [d) żądanie informacji i dokumentacji, w tym również dokumentacji medycznej, z zastrzeżeniem art. 18,]*
 - <d) żądanie informacji i dokumentacji, w tym również dokumentacji medycznej, zgodnie z przepisami ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta,>**
 - e) ocenę realizacji zadań statutowych, w tym dostępności i poziomu udzielanych świadczeń zdrowotnych,
 - f) ocenę prawidłowości gospodarowania mieniem w publicznym zakładzie opieki zdrowotnej,
 - g) ocenę prawidłowości gospodarowania środkami publicznymi;
 - 2) wydawania zaleceń pokontrolnych mających na celu usunięcie stwierdzonych nieprawidłowości;
 - 3) wydawania decyzji administracyjnych nakazujących usunięcie stwierdzonych nieprawidłowości.

2. Czynności wymienione w ust. 1 pkt 1 lit. b, d i e mogą być realizowane wyłącznie przez osobę wykonującą zawód medyczny, właściwy ze względu na rodzaj i zakres kontrolowanych czynności.
3. W odniesieniu do niepublicznych zakładów opieki zdrowotnej uprawnienia w zakresie kontroli, pod względem celowości i gospodarności, działalności prowadzonej przez zakład, przysługują ministrowi właściwemu do spraw zdrowia oraz wojewodzie wyłącznie w zakresie, w jakim zakłady te korzystają ze środków publicznych.
4. Minister właściwy do spraw zdrowia lub wojewoda informuje podmiot, który utworzył zakład, o wynikach przeprowadzonej kontroli.

Art. 66.

[1. Minister właściwy do spraw zdrowia lub wojewoda mogą zlecić przeprowadzenie jednorazowej kontroli zakładu opieki zdrowotnej pod względem medycznym lub kontrolowanie go w sposób ciągły: konsultantom, o których mowa w art. 66a, organom samorządów zawodów medycznych, medycznym towarzystwom naukowym, zakładom opieki zdrowotnej, publicznym uczelniom medycznym i publicznej uczelni prowadzącej działalność dydaktyczną i badawczą w dziedzinie nauk medycznych, medycznym jednostkom badawczo-rozwojowym, innym jednostkom organizacyjnym podległym lub nadzorowanym przez ministra właściwego do spraw zdrowia oraz specjalistom z poszczególnych dziedzin medycyny - za ich zgodą.]

<1. Minister właściwy do spraw zdrowia albo wojewoda mogą zlecić przeprowadzenie jednorazowej kontroli zakładu opieki zdrowotnej pod względem medycznym lub kontrolowanie go w sposób ciągły:

- 1) organom samorządów zawodów medycznych,**
 - 2) medycznym towarzystwom naukowym,**
 - 3) zakładom opieki zdrowotnej,**
 - 4) publicznym uczelniom medycznym i publicznej uczelni prowadzącej działalność dydaktyczną i badawczą w dziedzinie nauk medycznych,**
 - 5) medycznym jednostkom badawczo-rozwojowym,**
 - 6) specjalistom z poszczególnych dziedzin medycyny**
– za ich zgodą;
 - 7) jednostkom organizacyjnym podległym lub nadzorowanym odpowiednio przez ministra właściwego do spraw zdrowia albo wojewodę;**
 - 8) konsultantom krajowym albo wojewódzkim, o których mowa w ustawie z dnia 6 listopada 2008 r. o konsultantach w ochronie zdrowia (Dz. U. z 2009 r. Nr 52, poz. 419).>**
2. Osobie przeprowadzającej kontrolę przysługują uprawnienia określone w art. 65 ust. 1 pkt 1 lit. a-e.
 3. Osoba przeprowadzająca kontrolę przedstawia poczynione spostrzeżenia kierownikowi zakładu, a opinie i wnioski - organowi zlecającemu kontrolę.
 4. Minister właściwy do spraw zdrowia określa, w drodze rozporządzenia, sposób zlecania kontroli, jej organizację i zasady finansowania, tryb postępowania przy wykonywaniu czynności kontrolnych oraz zasady wynagradzania za te czynności.

[Art. 66a.

1. *Minister właściwy do spraw zdrowia może powołać konsultantów krajowych spośród specjalistów z poszczególnych dziedzin medycyny, farmacji oraz innych dziedzin mających zastosowanie w ochronie zdrowia, do wykonywania zadań opiniodawczych, doradczych i kontrolnych dla organów administracji rządowej, podmiotów tworzących zakłady opieki zdrowotnej oraz Narodowego Funduszu Zdrowia, a także do prowadzenia nadzoru nad stroną merytoryczną doskonalenia zawodowego lekarzy i lekarzy stomatologów, szkolenia podyplomowego farmaceutów oraz osób wykonujących inne zawody medyczne.*
2. *W celu realizacji zadań państwa związanych wyłącznie z obronnością kraju w czasie wojny i pokoju, minister właściwy do spraw zdrowia, w porozumieniu z Ministrem Obrony Narodowej może powołać konsultanta krajowego w dziedzinie lub dziedzinach medycyny związanych z realizacją tych zadań.*
3. *Wojewoda albo właściwi wojewodowie w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw zdrowia mogą powołać konsultanta wojewódzkiego do wykonywania zadań, o których mowa w ust. 1, odpowiednio na obszarze województwa albo kilku województw, w dziedzinach określonych w ust. 1.*
4. *Działalność konsultanta krajowego jest finansowana ze środków ministra właściwego do spraw zdrowia, a w odniesieniu do konsultantów wymienionych w ust. 2 - ze środków Ministra Obrony Narodowej.*
5. *Działalność konsultanta wojewódzkiego jest finansowana ze środków właściwego wojewody albo ze środków właściwych wojewodów.*
6. *Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, tryb powoływania konsultantów krajowych i wojewódzkich, ich szczegółowe zadania, a także uprawnienia do udziału w komisjach i zespołach powoływanych w celu realizacji polityki zdrowotnej, sposób finansowania tych zadań, zasady wynagradzania konsultantów oraz zakres współpracy pomiędzy konsultantami i organami, które utworzyły zakłady opieki zdrowotnej, oraz pomiędzy konsultantem krajowym i wojewódzkim.]*

Art. 69.

[1. *Do zakładów opieki zdrowotnej utworzonych przez Ministra Sprawiedliwości nie stosuje się przepisów działu II rozdziału 2, z wyjątkiem art. 40, i rozdziału 3 oraz działu III, z wyjątkiem art. 66 i 66a.*

1a. *Do zakładów opieki zdrowotnej utworzonych przez ministra właściwego do spraw wewnętrznych nie stosuje się przepisów działu II rozdziału 2, z wyjątkiem art. 36, 40 i 43h, i rozdziału 3 oraz działu III, z wyjątkiem art. 66 i 66a.]*

<1. Do zakładów opieki zdrowotnej utworzonych przez Ministra Sprawiedliwości nie stosuje się przepisów działu II rozdziału 2, z wyjątkiem art. 40, i rozdziału 3 oraz działu III, z wyjątkiem art. 66.

1a. Do zakładów opieki zdrowotnej utworzonych przez ministra właściwego do spraw wewnętrznych nie stosuje się przepisów działu II rozdziału 2, z wyjątkiem art. 36, art. 40 i art. 43h, i rozdziału 3 oraz działu III, z wyjątkiem art. 66.>

2. *Do zakładów opieki zdrowotnej utworzonych przez Ministra Sprawiedliwości dla osób pozbawionych wolności przepisy ustawy stosuje się odpowiednio przy uwzględnieniu*

ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. - Kodeks karny wykonawczy (Dz. U. Nr 90, poz. 557, z późn. zm.) i ustawy z dnia 26 kwietnia 1996 r. o Służbie Więziennej (Dz. U. z 2002 r. Nr 207, poz. 1761, z późn. zm.) oraz wydanych na ich podstawie przepisów.

[2a. Do publicznych zakładów opieki zdrowotnej utworzonych przez Ministra Obrony Narodowej nie stosuje się art. 44a-44c i 45-48a oraz działu III, z wyjątkiem art. 66a ust. 2, art. 67 ust. 1-3 i ust. 4 oraz art. 67a.]

<2a. Do publicznych zakładów opieki zdrowotnej utworzonych przez Ministra Obrony Narodowej nie stosuje się art. 44a-44c i art. 45-48a oraz działu III, z wyjątkiem art. 67 ust. 1-3 i 4 oraz art. 67a.>

3. Ministrowie, o których mowa w ust. 1, 1a i 2a, w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw zdrowia, każdy w zakresie swojego działania, określają, w drodze rozporządzenia, szczegółowe zasady tworzenia, przekształcania, likwidacji, organizacji, zarządzania i kontroli zakładów opieki zdrowotnej.

USTAWA z dnia 19 sierpnia 1994 r. O OCHRONIE ZDROWIA PSYCHICZNEGO (Dz. U. Nr 111, poz. 535, z późn. zm.)

[Art. 10d.

Rzecznicy Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego są pracownikami Biura Praw Pacjenta utworzonego przez ministra właściwego do spraw zdrowia w formie jednostki budżetowej i wykonują swoje zadania przy pomocy tego Biura.]

<Art. 10d.

Rzecznicy Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego są pracownikami Biura Rzecznika Praw Pacjenta, o którym mowa w ustawie z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2009 r. Nr 52, poz. 417), i wykonują swoje zadania przy pomocy tego Biura.>

USTAWA z dnia 5 lipca 1996 r. O ZAWODACH PIEŁĘGNIARKI I POŁOŻNEJ (Dz. U. z 2001 r. Nr 57, poz. 602, z późn. zm.)

Art. 20.

1. Pielęgniarka, położna ma obowiązek poinformować pacjenta o jego prawach.
2. Pielęgniarka, położna udziela pacjentowi lub jego przedstawicielowi ustawowemu informacji o stanie zdrowia pacjenta, w zakresie koniecznym do sprawowania opieki pielęgnacyjnej.

[3. Pielęgniarka, położna ma obowiązek prowadzenia dokumentacji medycznej określonej odrębnymi przepisami.]

Objaśnienie oznaczeń: *[] kursywa – tekst usunięty przez Sejm*

<> druk pogrubiony – tekst wstawiony przez Sejm

<3. Pielęgniarka, położna ma obowiązek prowadzenia i udostępniania dokumentacji medycznej w sposób i na zasadach określonych w ustawie z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2009 r. Nr 52, poz. 417).>

- [4. *Pielęgniarka, położna udzielająca świadczeń zdrowotnych w ramach indywidualnej praktyki, indywidualnej specjalistycznej praktyki lub grupowej praktyki pielęgniarek, położnych ma obowiązek prowadzenia indywidualnej dokumentacji medycznej pacjenta.*
5. *Pielęgniarka, położna obowiązana do prowadzenia dokumentacji medycznej, o której mowa w ust. 4, jest uprawniona do uzyskiwania i przetwarzania danych osobowych pacjenta, obejmujących:*
- 1) *nazwisko i imię (imiona),*
 - 2) *datę urodzenia,*
 - 3) *oznaczenie płci,*
 - 4) *adres zameldowania lub pobytu,*
 - 5) *numer PESEL, jeżeli został nadany, w przypadku noworodka - numer PESEL matki, w przypadku osób, które nie mają nadanego numeru PESEL - rodzaj i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość,*
 - 6) *w przypadku gdy pacjentem jest osoba małoletnia - nazwisko i imiona jej rodziców lub jej przedstawiciela ustawowego, adres ich zameldowania lub pobytu,*
 - 7) *dane o stanie zdrowia oraz udzielonych przez pielęgniarkę, położną świadczeniach zdrowotnych.*
6. *Pielęgniarka, położna udostępnia dokumentację medyczną, o której mowa w ust. 4, do wglądu oraz umożliwia sporządzenie z niej wypisów, odpisów lub kopii na koszt wnioskodawcy, z zastrzeżeniem ust. 7.*
7. *Udostępnienie dokumentacji medycznej, o której mowa w ust. 4, następuje na wniosek: pacjenta, jego przedstawiciela ustawowego, osoby upoważnionej przez pacjenta lub podmiotów uprawnionych na podstawie odrębnych przepisów, a w razie śmierci pacjenta - osoby upoważnionej przez pacjenta do uzyskiwania dokumentacji po jego zgonie.*
8. *Minister właściwy do spraw zdrowia, po zasięgnięciu opinii Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, określi, w drodze rozporządzenia, rodzaje dokumentacji medycznej, o której mowa w ust. 4, sposób jej prowadzenia i przechowywania oraz szczegółowe warunki jej udostępniania, uwzględniając w szczególności przeznaczenie dokumentacji, szczegółowe dane objęte dokumentowaniem oraz sposób udostępniania danych.]*

Art. 21.

1. *Pielęgniarka, położna ma obowiązek do zachowania w tajemnicy informacji związanych z pacjentem, a uzyskanych w związku z wykonywaniem zawodu.*
- [2. *Przepisu ust. 1 nie stosuje się, gdy:*
- 1) *tak stanowią odrębne przepisy,*
 - 2) *zachowanie tajemnicy może stanowić niebezpieczeństwo dla życia lub zdrowia pacjenta lub innych osób,*
 - 3) *pacjent lub jego przedstawiciel ustawowy wyraża zgodę na ujawnienie tajemnicy,*

- 4) *zachodzi potrzeba przekazania niezbędnych informacji o pacjencie związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych osobom uczestniczącym w udzielaniu tych świadczeń,*
 - 5) *jest to niezbędne do praktycznej nauki zawodów medycznych,*
 - 6) *jest to niezbędne dla celów naukowych.*
3. *Pielęgniarka, położna, z zastrzeżeniem sytuacji, o których mowa w ust. 2 pkt 1-3, 5 i 6, jest związana tajemnicą również po śmierci pacjenta.]*
- <2. Przepisu ust. 1 nie stosuje się, gdy:**
- 1) tak stanowią odrębne przepisy,**
 - 2) zachowanie tajemnicy może stanowić niebezpieczeństwo dla życia lub zdrowia pacjenta lub innych osób,**
 - 3) pacjent lub jego przedstawiciel ustawowy wyraża zgodę na ujawnienie tajemnicy,**
 - 4) zachodzi potrzeba przekazania niezbędnych informacji o pacjencie związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych osobom uczestniczącym w udzielaniu tych świadczeń.**
3. **Pielęgniarka, położna, z zastrzeżeniem sytuacji, o których mowa w ust. 2 pkt 1–3, jest związana tajemnicą również po śmierci pacjenta.>**
4. Pielęgniarka, położna nie może podać do publicznej wiadomości danych umożliwiających identyfikację pacjenta, bez jego zgody.

Art. 27a.

1. Grupowa praktyka pielęgniarek, położnych nie może być wykonywana w publicznym zakładzie opieki zdrowotnej na podstawie umowy cywilnoprawnej o udzielanie świadczeń zdrowotnych.
- [2. Pielęgniarka, położna może wykonywać w zakładzie opieki zdrowotnej opiekę pielęgnacyjną, o której mowa w art. 19 ust. 3 pkt 1 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 91, poz. 408, z 1992 r. Nr 63, poz. 315, z 1994 r. Nr 121, poz. 591, z 1995 r. Nr 138, poz. 682, z 1996 r. Nr 24, poz. 110, z 1997 r. Nr 104, poz. 661, Nr 121, poz. 769 i Nr 158, poz. 1041, z 1998 r. Nr 106, poz. 668, Nr 117, poz. 756 i Nr 162, poz. 1115, z 1999 r. Nr 28, poz. 255 i 256 i Nr 84, poz. 935, z 2000 Nr 3, poz. 28, Nr 12, poz. 136, Nr 43, poz. 489, Nr 84, poz. 948, Nr 114, poz. 1193 i Nr 120, poz. 1268 oraz z 2001 r. Nr 5, poz. 45), na podstawie umowy cywilnoprawnej zawartej z pacjentem, członkiem jego rodziny lub opiekunem prawnym.]*
- <2. Pielęgniarka, położna może wykonywać w zakładzie opieki zdrowotnej dodatkową opiekę pielęgnacyjną, o której mowa w art. 34 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, na podstawie umowy cywilnoprawnej zawartej z pacjentem, osobą bliską, o której mowa w art. 3 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, lub opiekunem prawnym.>**

USTAWA z dnia 5 grudnia 1996 r. O ZAWODACH LEKARZA I LEKARZA DENTYSTY (Dz. U. z 2008 r. Nr 136, poz. 857 oraz z 2009 r. Nr 6, poz. 33, Nr 22, poz. 120 i Nr 40, poz. 323)

Art. 31.

1. Lekarz ma obowiązek udzielać pacjentowi lub jego ustawowemu przedstawicielowi przystępnej informacji o jego stanie zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych, leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu.

[2. Lekarz może udzielać informacji, o której mowa w ust. 1, innym osobom tylko za zgodą pacjenta.]

<2. Lekarz może udzielić informacji, o której mowa w ust. 1, innym osobom za zgodą pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego.>

3. Na żądanie pacjenta lekarz nie ma obowiązku udzielać pacjentowi informacji, o której mowa w ust. 1.

4. W sytuacjach wyjątkowych, jeżeli rokowanie jest niepomysłne dla pacjenta, lekarz może ograniczyć informację o stanie zdrowia i o rokowaniu, jeżeli według oceny lekarza przemawia za tym dobro pacjenta. W takich przypadkach lekarz informuje przedstawiciela ustawowego pacjenta lub osobę upoważnioną przez pacjenta. Na żądanie pacjenta lekarz ma jednak obowiązek udzielić mu żądanej informacji.

5. Obowiązek lekarza, określony w ust. 1, dotyczy także pacjentów, którzy ukończyli 16 lat.

[6. Jeżeli pacjent nie ukończył 16 lat lub jest nieprzytomny bądź niezdolny do zrozumienia znaczenia informacji, lekarz udziela informacji przedstawicielowi ustawowemu, a w razie jego braku lub gdy porozumienie się z nim jest niemożliwe - opiekunowi faktycznemu pacjenta.]

<6. Jeżeli pacjent nie ukończył 16 lat lub jest nieprzytomny bądź niezdolny do zrozumienia znaczenia informacji, lekarz udziela informacji osobie bliskiej w rozumieniu art. 3 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2009 r. Nr 52, poz. 417).>

7. Pacjentowi, który nie ukończył 16 lat, lekarz udziela informacji w zakresie i formie potrzebnej do prawidłowego przebiegu procesu diagnostycznego lub terapeutycznego i wysłuchuje jego zdania.

[8. Ilekroć w przepisach ustawy jest mowa o opiekunie faktycznym, należy przez to rozumieć osobę wykonującą, bez obowiązku ustawowego, stałą pieczę nad pacjentem, który ze względu na wiek, stan zdrowia albo swój stan psychiczny pieczy takiej wymaga.]

<8. Ilekroć w przepisach ustawy jest mowa o opiekunie faktycznym, należy przez to rozumieć opiekuna faktycznego w rozumieniu art. 3 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.>

Art. 32.

1. Lekarz może przeprowadzić badanie lub udzielić innych świadczeń zdrowotnych, z zastrzeżeniem wyjątków przewidzianych w ustawie, po wyrażeniu zgody przez pacjenta.

[2. Jeżeli pacjent jest małoletni lub niezdolny do świadomego wyrażenia zgody, wymagana jest zgoda jego przedstawiciela ustawowego, a gdy pacjent nie ma przedstawiciela ustawowego lub porozumienie się z nim jest niemożliwe - zgoda sądu opiekuńczego.]

<2. Jeżeli pacjent jest małoletni lub niezdolny do świadomego wyrażenia zgody, wymagana jest zgoda jego przedstawiciela ustawowego, a gdy pacjent nie ma przedstawiciela ustawowego lub porozumienie się z nim jest niemożliwe – zezwolenie sądu opiekuńczego.>

3. Jeżeli zachodzi potrzeba przeprowadzenia badania osoby, o której mowa w ust. 2, zgodę na przeprowadzenie badania może wyrazić także opiekun faktyczny.

4. W przypadku osoby całkowicie ubezwłasnowolnionej zgodę wyraża przedstawiciel ustawowy tej osoby. Jeżeli osoba taka jest w stanie z rozeznaniem wypowiedzieć opinię w sprawie badania, konieczne jest ponadto uzyskanie zgody tej osoby.

5. Jeżeli pacjent ukończył 16 lat, wymagana jest także jego zgoda.

[6. Jeżeli jednak małoletni, który ukończył 16 lat, osoba ubezwłasnowolniona albo pacjent chory psychicznie lub upośledzony umysłowo, lecz dysponujący dostatecznym rozeznaniem, sprzeciwia się czynnościom medycznym, poza zgodą jego przedstawiciela ustawowego lub opiekuna faktycznego albo w przypadku niewyrażenia przez nich zgody wymagana jest zgoda sądu opiekuńczego.]

<6. Jeżeli jednak małoletni, który ukończył 16 lat, osoba ubezwłasnowolniona albo pacjent chory psychicznie lub upośledzony umysłowo, lecz dysponujący dostatecznym rozeznaniem, sprzeciwia się czynnościom medycznym, poza zgodą jego przedstawiciela ustawowego lub opiekuna faktycznego albo w przypadku niewyrażenia przez nich zgody wymagane jest zezwolenie sądu opiekuńczego.>

7. Jeżeli ustawa nie stanowi inaczej, zgoda osób wymienionych w ust. 1, 2 i 4 może być wyrażona ustnie albo nawet poprzez takie ich zachowanie, które w sposób niebudzący wątpliwości wskazuje na wolę poddania się proponowanym przez lekarza czynnościom medycznym.

8. Jeżeli pacjent, o którym mowa w ust. 2, nie ma przedstawiciela ustawowego ani opiekuna faktycznego albo porozumienie się z tymi osobami jest niemożliwe, lekarz po przeprowadzeniu badania może przystąpić do udzielania dalszych świadczeń zdrowotnych dopiero po uzyskaniu zgody sądu opiekuńczego, chyba że co innego wynika z przepisów ustawy.

9. Do czynności, o których mowa w ust. 1, stosuje się odpowiednio przepis art. 34 ust. 7.

10. Sądem opiekuńczym właściwym miejscowo dla udzielania zgody na wykonywanie czynności medycznych jest sąd, w którego okręgu czynności te mają być wykonane.

Art. 34.

1. Lekarz może wykonać zabieg operacyjny albo zastosować metodę leczenia lub diagnostyki stwarzającą podwyższone ryzyko dla pacjenta, po uzyskaniu jego pisemnej zgody.

2. Przed wyrażeniem zgody przez pacjenta w sytuacji, o której mowa w ust. 1, lekarz ma obowiązek udzielenia mu informacji zgodnie z art. 31.

[3. Lekarz może wykonać zabieg lub zastosować metodę, o której mowa w ust. 1, wobec pacjenta małoletniego, ubezwłasnowolnionego bądź niezdolnego do świadomego

wyrażenia pisemnej zgody, po uzyskaniu zgody jego przedstawiciela ustawowego, a gdy pacjent nie ma przedstawiciela lub gdy porozumienie się z nim jest niemożliwe - po uzyskaniu zgody sądu opiekuńczego.]

<3. Lekarz może wykonać zabieg lub zastosować metodę, o której mowa w ust. 1, wobec pacjenta małoletniego, ubezwłasnowolnionego bądź niezdolnego do świadomego wyrażenia pisemnej zgody, po uzyskaniu zgody jego przedstawiciela ustawowego, a gdy pacjent nie ma przedstawiciela lub gdy porozumienie się z nim jest niemożliwe - po uzyskaniu zezwolenia sądu opiekuńczego.>

4. Jeżeli pacjent ukończył 16 lat, wymagana jest także jego pisemna zgoda.

5. W sytuacji, o której mowa w ust. 1, stosuje się odpowiednio przepis art. 32 ust. 6.

6. Jeżeli przedstawiciel ustawowy pacjenta małoletniego, ubezwłasnowolnionego bądź niezdolnego do świadomego wyrażenia zgody nie zgadza się na wykonanie przez lekarza czynności wymienionych w ust. 1, a niezbędnych dla usunięcia niebezpieczeństwa utraty przez pacjenta życia lub ciężkiego uszkodzenia ciała bądź ciężkiego rozstroju zdrowia, lekarz może wykonać takie czynności po uzyskaniu zgody sądu opiekuńczego.

7. Lekarz może wykonać czynności, o których mowa w ust. 1, bez zgody przedstawiciela ustawowego pacjenta bądź zgody właściwego sądu opiekuńczego, gdy zwłoka spowodowana postępowaniem w sprawie uzyskania zgody groziłaby pacjentowi niebezpieczeństwem utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia. W takim przypadku lekarz ma obowiązek, o ile jest to możliwe, zasięgnąć opinii drugiego lekarza, w miarę możliwości tej samej specjalności. O wykonywanych czynnościach lekarz niezwłocznie zawiadamia przedstawiciela ustawowego, opiekuna faktycznego lub sąd opiekuńczy.

[8. O okolicznościach, o których mowa w ust. 3-7, lekarz dokonuje odpowiedniej adnotacji w dokumentacji medycznej pacjenta.]

<8. O okolicznościach, o których mowa w ust. 3–7, lekarz informuje pacjenta oraz jego przedstawiciela ustawowego lub opiekuna faktycznego albo sąd opiekuńczy, a także dokonuje odpowiedniej adnotacji wraz z uzasadnieniem w dokumentacji medycznej.>

Art. 36.

1. Lekarz podczas udzielania świadczeń zdrowotnych ma obowiązek poszanowania intymności i godności osobistej pacjenta.

[2. Przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych może uczestniczyć tylko niezbędny, ze względu na rodzaj świadczenia, personel medyczny. Uczestnictwo innych osób wymaga zgody pacjenta i lekarza.]

3. Lekarz ma obowiązek dbać, aby inny personel medyczny przestrzegał w postępowaniu z pacjentem zasady określonej w ust. 1.

[4. Przepis ust. 2 nie dotyczy klinik i szpitali akademii medycznych, medycznych jednostek badawczo-rozwojowych i innych jednostek uprawnionych do kształcenia studentów nauk medycznych, lekarzy oraz innego personelu medycznego w zakresie niezbędnym do celów dydaktycznych. W przypadku demonstracji o charakterze wyłącznie dydaktycznym konieczne jest uzyskanie zgody pacjenta.]

<4. Do klinik i szpitali akademii medycznych, medycznych jednostek badawczo-rozwojowych i innych jednostek uprawnionych do kształcenia studentów nauk

medycznych, lekarzy oraz innego personelu medycznego w zakresie niezbędnym do celów dydaktycznych nie stosuje się art. 22 ust. 2 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.>

Art. 40.

1. Lekarz ma obowiązek zachowania w tajemnicy informacji związanych z pacjentem, a uzyskanych w związku z wykonywaniem zawodu.

[2. Przepisu ust. 1 nie stosuje się, gdy:

- 1) *tak stanowią ustawy,*
- 2) *badanie lekarskie zostało przeprowadzone na żądanie uprawnionych, na podstawie odrębnych ustaw, organów i instytucji; wówczas lekarz jest obowiązany poinformować o stanie zdrowia pacjenta wyłącznie te organy i instytucje,*
- 3) *zachowanie tajemnicy może stanowić niebezpieczeństwo dla życia lub zdrowia pacjenta lub innych osób,*
- 4) *pacjent lub jego przedstawiciel ustawowy wyraża zgodę na ujawnienie tajemnicy, po uprzednim poinformowaniu o niekorzystnych dla pacjenta skutkach jej ujawnienia,*
- 5) *zachodzi potrzeba przekazania niezbędnych informacji o pacjencie związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych innemu lekarzowi lub uprawnionym osobom uczestniczącym w udzielaniu tych świadczeń,*
- 6) *jest to niezbędne do praktycznej nauki zawodów medycznych,*
- 7) *jest to niezbędne dla celów naukowych,*
- 8) *zachodzi potrzeba przekazania niezbędnych informacji o pacjencie lekarzowi sądowemu,*

ujawnienie tajemnicy może nastąpić wyłącznie w niezbędnym zakresie.]

<2. Przepisu ust. 1 nie stosuje się, gdy:

- 1) **tak stanowią ustawy;**
- 2) **badanie lekarskie zostało przeprowadzone na żądanie uprawnionych, na podstawie odrębnych ustaw, organów i instytucji; wówczas lekarz jest obowiązany poinformować o stanie zdrowia pacjenta wyłącznie te organy i instytucje;**
- 3) **zachowanie tajemnicy może stanowić niebezpieczeństwo dla życia lub zdrowia pacjenta lub innych osób;**
- 4) **pacjent lub jego przedstawiciel ustawowy wyraża zgodę na ujawnienie tajemnicy, po uprzednim poinformowaniu o niekorzystnych dla pacjenta skutkach jej ujawnienia;**
- 5) **zachodzi potrzeba przekazania niezbędnych informacji o pacjencie lekarzowi sądowemu;**
- 6) **zachodzi potrzeba przekazania niezbędnych informacji o pacjencie związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych innemu lekarzowi lub uprawnionym osobom uczestniczącym w udzielaniu tych świadczeń.>**

<2a. **W sytuacjach, o których mowa w ust. 2, ujawnienie tajemnicy może nastąpić wyłącznie w niezbędnym zakresie.>**

[3. Lekarz, z zastrzeżeniem sytuacji, o których mowa w ust. 2 pkt 1-4, 6 i 7, jest związany tajemnicą również po śmierci pacjenta.]

<3. Lekarz, z zastrzeżeniem sytuacji, o których mowa w ust. 2 pkt 1–5, jest związany tajemnicą również po śmierci pacjenta.>

4. Lekarz nie może podać do publicznej wiadomości danych umożliwiających identyfikację pacjenta bez jego zgody.

Art. 41.

1. Lekarz ma obowiązek prowadzenia indywidualnej dokumentacji medycznej pacjenta.

[2. Sposób prowadzenia i udostępniania dokumentacji medycznej przez lekarza wykonującego zawód w zakładzie opieki zdrowotnej określają odrębne przepisy.]

<2. Sposób prowadzenia i udostępniania dokumentacji medycznej przez lekarza określają przepisy ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.>

[3. Lekarz udostępnia dokumentację medyczną:

1) pacjentowi lub jego przedstawicielowi ustawowemu bądź osobie upoważnionej przez pacjenta, a w razie śmierci pacjenta - osobie upoważnionej przez pacjenta do uzyskiwania dokumentacji w przypadku jego zgonu;

2) innemu lekarzowi lub uprawnionym osobom uczestniczącym w udzielaniu świadczeń zdrowotnych;

3) podmiotom i organom uprawnionym na podstawie odrębnych przepisów.

4. Dokumentacja medyczna jest udostępniana:

1) do wglądu;

2) w formie wypisów, odpisów lub kopii;

3) w szczególnie uzasadnionych przypadkach, przez wydanie oryginału za pokwitowaniem odbioru i z zastrzeżeniem zwrotu po wykorzystaniu, jeżeli uprawniony podmiot lub organ żąda udostępnienia oryginałów dokumentacji.

5. Za udostępnienie dokumentacji medycznej w sposób określony w ust. 3 pkt 2 lekarz może pobierać opłatę, z zastrzeżeniem art. 121 ust. 2 ustawy z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (Dz. U. z 2004 r. Nr 39, poz. 353, z późn. zm.).

6. Maksymalna wysokość opłaty za:

1) jedną stronę wyciągu lub odpisu dokumentacji medycznej - nie może przekraczać 0,0015 przeciętnego wynagrodzenia w poprzednim kwartale od pierwszego dnia następnego miesiąca po ogłoszeniu przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego w Dzienniku Urzędowym Rzeczypospolitej Polskiej "Monitor Polski" na podstawie art. 20 pkt 2 ustawy z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych;

2) jedną stronę kopii dokumentacji medycznej - nie może przekraczać 0,00015 przeciętnego wynagrodzenia, o którym mowa w pkt 1;

3) sporządzenie wyciągu, odpisu lub kopii dokumentacji medycznej na elektronicznym nośniku danych, jeżeli lekarz prowadzi dokumentację medyczną w formie

elektronicznej - nie może przekraczać 0,001 przeciętnego wynagrodzenia, o którym mowa w pkt 1.

7. Dokumentację medyczną przechowuje się przez okres 20 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym sporządzono ostatni wpis o udzielonych świadczeniach zdrowotnych, z wyjątkiem dokumentacji medycznej w przypadku zgonu pacjenta na skutek uszkodzenia ciała lub zatrucia, którą przechowuje się przez okres 30 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym nastąpił zgon.
8. Po upływie okresów wymienionych w ust. 7 dokumentację medyczną niszczy się w sposób uniemożliwiający identyfikację pacjenta, którego dotyczyła.
9. Minister właściwy do spraw zdrowia, po zasięgnięciu opinii Naczelnej Rady Lekarskiej, określi, w drodze rozporządzenia, rodzaje i zakres dokumentacji medycznej, sposób jej prowadzenia i przechowywania oraz szczegółowe warunki jej udostępniania, uwzględniając konieczność zapewnienia realizacji prawa dostępu do dokumentacji medycznej, rzetelnego jej prowadzenia oraz ochrony danych i informacji dotyczących stanu zdrowia.]

USTAWA z dnia 27 lipca 2001 r. O DIAGNOSTYCE LABORATORYJNEJ (Dz. U. z 2004 r. Nr 144, poz. 1529, z 2005 r. Nr 119, poz. 1015 oraz z 2006 r. Nr 117, poz. 790)

[Art. 22.

Diagnosta laboratoryjny może przeprowadzić zabiegi i czynności diagnostyki laboratoryjnej po wyrażeniu zgody przez pacjenta, z zastrzeżeniem art. 23, 24 i 25.]

<Art. 22.

Diagnosta laboratoryjny może przeprowadzić zabiegi i czynności diagnostyki laboratoryjnej po wyrażeniu przez pacjenta albo przedstawiciela ustawowego lub opiekuna faktycznego zgody na zasadach określonych w ustawie z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2009 r. Nr 52, poz. 417).>

[Art. 23.

1. *Jeżeli pacjent jest niepełnoletni lub niezdolny do świadomego wyrażenia zgody, wymagana jest zgoda jego przedstawiciela ustawowego, a gdy pacjent nie ma przedstawiciela ustawowego lub porozumienie się z nim jest niemożliwe - zgoda sądu opiekuńczego.*
2. *W przypadku osoby, o której mowa w ust. 1, zgodę na przeprowadzenie zabiegów i czynności może wyrazić także opiekun faktyczny.*
3. *W przypadku osoby ubezwłasnowolnionej zgodę wyraża przedstawiciel ustawowy tej osoby. Jeżeli osoba taka jest w stanie z rozeznaniem wypowiedzieć opinię w sprawie badania, konieczne jest ponadto uzyskanie zgody tej osoby.*
4. *Jeżeli pacjent ukończył 16 lat, wymagana jest także jego zgoda.*

5. Jeżeli jednak niepełnoletni, który ukończył 16 lat, osoba ubezwłasnowolniona albo pacjent chory psychicznie lub upośledzony umysłowo, lecz dysponujący dostatecznym rozeznaniami, sprzeciwia się zabiegowi i czynnościom diagnostyki laboratoryjnej, poza zgodą jego przedstawiciela ustawowego lub opiekuna faktycznego albo w przypadku niewyrażenia przez nich zgody wymagana jest zgoda sądu opiekuńczego.
6. Sądem opiekuńczym właściwym miejscowo dla udzielenia zgody na wykonywanie zabiegów i czynności diagnostyki laboratoryjnej jest sąd, w którego okręgu zabiegi te i czynności mają być wykonane.

Art. 24.

Zgoda osób, o których mowa w art. 22 i 23, może być wyrażona ustnie albo nawet przez takie ich zachowanie, które w sposób niebudzący wątpliwości wskazuje na wolę poddania się proponowanym przez diagnostę laboratoryjnego zabiegom i czynnościom.]

[Art. 25.

Zgoda osób, o których mowa w art. 22 i 23, nie jest wymagana w przypadku wykonywania przez diagnostę laboratoryjnego czynności i zabiegów przeprowadzanych na zlecenie lekarskie.]

<Art. 25.

Zgoda, o której mowa w art. 22, nie jest wymagana w przypadku wykonywania przez diagnostę laboratoryjnego zabiegów i czynności diagnostyki laboratoryjnej przeprowadzanych na zlecenie lekarskie.>

USTAWA z dnia 28 lipca 2005 r. O KOSZTACH SĄDOWYCH W SPRAWACH CYWILNYCH (Dz. U. Nr 167, poz. 1398, z późn. zm.)

Art. 96.

1. Nie mają obowiązku uiszczenia kosztów sądowych:

- 1) strona dochodząca ustalenia ojcostwa lub macierzyństwa oraz roszczeń z tym związanych;
- 2) strona dochodząca roszczeń alimentacyjnych oraz strona pozwana w sprawie o obniżenie alimentów;
- 3) strona wnosząca o uznanie postanowień umownych za niedozwolone;
- 4) pracownik wnoszący powództwo lub strona wnosząca odwołanie do sądu pracy i ubezpieczeń społecznych, z zastrzeżeniem art. 35 i 36;
- 5) kurator wyznaczony przez sąd orzekający lub sąd opiekuńczy dla danej sprawy;

[6) prokurator, Rzecznik Praw Obywatelskich;]

<6) prokurator, Rzecznik Praw Obywatelskich, Rzecznik Praw Pacjenta;>

- 7) powiatowy (miejski) rzecznik konsumentów w sprawach dotyczących praktyk ograniczających konkurencję oraz praktyk naruszających zbiorowe interesy konsumentów;
 - 8) inspektor pracy oraz związki zawodowe w sprawach z zakresu prawa pracy;
 - 9) strona w sprawach związanych z ochroną zdrowia psychicznego;
 - 10) strona, która została zwolniona od kosztów sądowych przez sąd - w zakresie przyznanego jej zwolnienia;
 - 11) powiatowy (miejski) rzecznik konsumentów w sprawach dotyczących ochrony indywidualnych interesów konsumenta;
 - 12) strona dochodząca naprawienia szkód spowodowanych ruchem zakładu górniczego, o których mowa w dziale V ustawy z dnia 4 lutego 1994 r. - Prawo geologiczne i górnicze (Dz. U. z 2005 r. Nr 228, poz. 1947).
2. Za kuratora wydatki ponosi tymczasowo strona, dla której kurator został ustanowiony, a gdyby to nie było możliwe - strona, która swym wnioskiem lub swą czynnością spowodowała ustanowienie kuratora, chyba że przepis szczególny stanowi inaczej.
 3. W pozostałych wypadkach, o których mowa w ust. 1, za stronę zwolnioną od kosztów sądowych wydatki ponosi tymczasowo Skarb Państwa.
 4. W wypadku gdy powództwo o ustalenie ojcostwa okaże się oczywiście bezzasadne, sąd w orzeczeniu kończącym postępowanie w sprawie może obciążyć powoda nieuiszczonymi kosztami sądowymi, biorąc pod uwagę wszystkie okoliczności sprawy.

USTAWA z dnia 6 listopada 2008 r. O PRAWACH PACJENTA I RZECZNIKU PRAW PACJENTA (Dz. U. z 2009 r. Nr 52, poz. 417)

Art. 3.

1. Użyte w ustawie określenia oznaczają:

- 1) opiekun faktyczny - osobę sprawującą, bez obowiązku ustawowego, stałą opiekę nad pacjentem, który ze względu na wiek, stan zdrowia albo stan psychiczny opieki takiej wymaga;
- 2) osoba bliska - małżonka, krewnego lub powinowatego do drugiego stopnia w linii prostej, przedstawiciela ustawowego, osobę pozostającą we wspólnym pożyciu lub osobę wskazaną przez pacjenta;
- [3) osoba wykonująca zawód medyczny - osobę wykonującą zawód medyczny w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr ..., poz. ...);]*
- <3) osoba wykonująca zawód medyczny – osobę wykonującą zawód medyczny w rozumieniu art. 18d ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2007 r. Nr 14, poz. 89, z późn. zm.);>**

- 4) pacjent - osobę zwracającą się o udzielenie świadczeń zdrowotnych lub korzystającą ze świadczeń zdrowotnych udzielanych przez podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych lub osobę wykonującą zawód medyczny;
- [5) *podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych - zakład opieki zdrowotnej oraz indywidualną praktykę lekarską, indywidualną specjalistyczną praktykę lekarską, grupową praktykę lekarską, indywidualną praktykę pielęgniarek, położnych, indywidualną specjalistyczną praktykę pielęgniarek, położnych oraz grupową praktykę pielęgniarek, położnych oraz jednostkę badawczo-rozwojową, o której mowa w art. 2 ust. 6 ustawy z dnia 25 lipca 1985 r. o jednostkach badawczo-rozwojowych (Dz. U. z 2008 r. Nr 159, poz. 993);*
- 6) *świadczenie zdrowotne - świadczenie zdrowotne w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o zakładach opieki zdrowotnej;]*
- <5) podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych – zakład opieki zdrowotnej oraz indywidualną praktykę lekarską, indywidualną specjalistyczną praktykę lekarską, grupową praktykę lekarską, indywidualną praktykę pielęgniarek, położnych, indywidualną specjalistyczną praktykę pielęgniarek, położnych oraz grupową praktykę pielęgniarek, położnych;**
- 6) świadczenie zdrowotne – świadczenie zdrowotne w rozumieniu art. 3 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej;>**
- [7) *stacjonarny zakład opieki zdrowotnej - stacjonarny zakład opieki zdrowotnej w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o zakładach opieki zdrowotnej.]*
2. Ilekroć w ustawie jest mowa o lekarzu, rozumie się przez to także lekarza dentystę oraz felczera w zakresie wynikającym z przepisów o zawodzie felczera.

Art. 33.

- [1. *Pacjent w stacjonarnym zakładzie opieki zdrowotnej ma prawo do kontaktu osobistego, telefonicznego lub korespondencyjnego z innymi osobami.]*
- <1. Pacjent w zakładzie opieki zdrowotnej przeznaczonym dla osób wymagających całodobowych lub całodziennych świadczeń zdrowotnych ma prawo do kontaktu osobistego, telefonicznego lub korespondencyjnego z innymi osobami.>**
2. Pacjent ma prawo do odmowy kontaktu z osobami wymienionymi w ust. 1.

Art. 35.

- [1. *Pacjent ponosi koszty realizacji praw, o których mowa w art. 33 ust. 1 i art. 34 ust. 1, jeżeli realizacja tych praw skutkuje kosztami poniesionymi przez stacjonarny zakład opieki zdrowotnej.]*
- <1. Pacjent ponosi koszty realizacji praw, o których mowa w art. 33 ust. 1 i art. 34 ust. 1, jeżeli realizacja tych praw skutkuje kosztami poniesionymi przez zakład opieki zdrowotnej.>**
2. Wysokość opłaty rekompensującej koszty, o których mowa w ust. 1, ustala kierownik zakładu, uwzględniając rzeczywiste koszty realizacji praw, o których mowa w art. 33 ust. 1 i art. 34 ust. 1.

[3. Informacja o wysokości opłaty, o której mowa w ust. 2, oraz sposobie jej ustalenia jest jawna i udostępniana w lokalu stacjonarnego zakładu opieki zdrowotnej.]

<3. Informacja o wysokości opłaty, o której mowa w ust. 2, oraz sposobie jej ustalenia jest jawna i udostępniana w lokalu zakładu opieki zdrowotnej.>

[Art. 36.

Pacjent w stacjonarnym zakładzie opieki zdrowotnej ma prawo do opieki duszpasterskiej.

Art. 37.

W sytuacji pogorszenia się stanu zdrowia lub zagrożenia życia, stacjonarny zakład opieki zdrowotnej jest obowiązany umożliwić pacjentowi kontakt z duchownym.

Art. 38.

Stacjonarny zakład opieki zdrowotnej ponosi koszty realizacji praw pacjenta, o których mowa w art. 36 i 37, chyba że przepisy odrębne stanowią inaczej.

Art. 39.

Pacjent w stacjonarnym zakładzie opieki zdrowotnej ma prawo do przechowywania rzeczy wartościowych w depozycie. Koszty realizacji tego prawa ponosi stacjonarny zakład opieki zdrowotnej, chyba że przepisy odrębne stanowią inaczej.]

<Art. 36.

Pacjent w zakładzie opieki zdrowotnej, o którym mowa w art. 33 ust. 1, ma prawo do opieki duszpasterskiej.

Art. 37.

W sytuacji pogorszenia się stanu zdrowia lub zagrożenia życia zakład opieki zdrowotnej, o którym mowa w art. 33 ust. 1, jest obowiązany umożliwić pacjentowi kontakt z duchownym jego wyznania.

Art. 38.

Zakład opieki zdrowotnej ponosi koszty realizacji praw pacjenta, o których mowa w art. 36 i 37, chyba że przepisy odrębne stanowią inaczej.

Art. 39.

Pacjent w zakładzie opieki zdrowotnej, o którym mowa w art. 33 ust. 1, ma prawo do przechowywania rzeczy wartościowych w depozycie. Koszty realizacji tego prawa ponosi ten zakład opieki zdrowotnej, chyba że przepisy odrębne stanowią inaczej.>

[Art. 72.

Ustawa wchodzi w życie z dniem określonym w ustawie z dnia 6 listopada 2008 r. - Przepisy wprowadzające ustawy z zakresu ochrony zdrowia (Dz. U. Nr ..., poz. ...).]

<Art. 72.

Ustawa wchodzi w życie w terminie określonym w ustawie – Przepisy wprowadzające ustawę o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, ustawę o akredytacji w ochronie zdrowia oraz ustawę o konsultantach w ochronie zdrowia.>

USTAWA z dnia 6 listopada 2008 r. O AKREDYTACJI W OCHRONIE ZDROWIA (Dz. U. z 2009 r. Nr 52, poz. 418)

[Art. 11.

Ustawa wchodzi w życie z dniem określonym w ustawie z dnia 6 listopada 2008 r. - Przepisy wprowadzające ustawy z zakresu ochrony zdrowia (Dz. U. Nr ..., poz. ...).]

<Art. 11.

Ustawa wchodzi w życie w terminie określonym w ustawie – Przepisy wprowadzające ustawę o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, ustawę o akredytacji w ochronie zdrowia oraz ustawę o konsultantach w ochronie zdrowia.>

USTAWA z dnia 6 listopada 2008 r. O KONSULTANTACH W OCHRONIE ZDROWIA (Dz. U. z 2009 r. Nr 52, poz. 419)

[Art. 17.

Ustawa wchodzi w życie z dniem określonym w ustawie z dnia 6 listopada 2008 r. - Przepisy wprowadzające ustawy z zakresu ochrony zdrowia (Dz. U. Nr ..., poz. ...).]

<Art. 17.

Ustawa wchodzi w życie w terminie określonym w ustawie – Przepisy wprowadzające ustawę o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, ustawę o akredytacji w ochronie zdrowia oraz ustawę o konsultantach w ochronie zdrowia.>

USTAWA z dnia 5 grudnia 2008 r. O ZAPOBIEGANIU ORAZ ZWALCZANIU ZAKAŻEŃ I CHOROÓB ZAKAŻNYCH U LUDZI (Dz. U. Nr 234, poz. 1570)

Art. 5.

1. Osoby przebywające na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej są obowiązane na zasadach określonych w ustawie do:
 - 1) poddawania się badaniom sanitarno-epidemiologicznym, w tym również postępowaniu mającemu na celu pobranie lub dostarczenie materiału do tych badań;
 - 2) poddawania się obowiązkowym szczepieniom ochronnym w ramach Narodowego Programu Szczepień Ochronnych;
 - 3) poddawania się leczeniu, hospitalizacji, izolacji, kwarantannie lub nadzorowi epidemiologicznemu;

- 4) stosowania się do nakazów i zakazów organów administracji publicznej służących zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych;
- 5) poddawania się zabiegom sanitarnym;
- 6) zaniechania wykonywania prac, przy wykonywaniu których istnieje możliwość przeniesienia zakażenia lub choroby zakaźnej na inne osoby - jeżeli są osobami zakażonymi, chorymi na chorobę zakaźną lub nosicielami;
- 7) udzielania informacji oraz niezbędnych danych podmiotom sprawującym nadzór epidemiologiczny.

[2. W przypadku osoby nieposiadającej pełnej zdolności do czynności prawnych odpowiedzialność za wypełnienie obowiązków, o których mowa w ust. 1, ponosi osoba, która sprawuje prawną lub faktyczną pieczę nad osobą małoletnią lub bezradną.]

<2. W przypadku osoby nieposiadającej pełnej zdolności do czynności prawnych odpowiedzialność za wypełnienie obowiązków, o których mowa w ust. 1, ponosi osoba, która sprawuje prawną pieczę nad osobą małoletnią lub bezradną, albo opiekun faktyczny w rozumieniu art. 3 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2009 r. Nr 52, poz. 417).>

3. Osoby przebywające na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej przez okres krótszy niż trzy miesiące są zwolnione z obowiązku poddawania się szczepieniom ochronnym, z wyjątkiem szczepień przeciw wścieklźnie i przeciw tężcowi u osób ze styczności.

Art. 17.

1. Osoby, określone na podstawie ust. 10 pkt 2, są obowiązane do poddawania się szczepieniom ochronnym przeciw chorobom zakaźnym określonym na podstawie ust. 10 pkt 1, zwanym dalej "obowiązkowymi szczepieniami ochronnymi".
2. Wykonanie obowiązkowego szczepienia ochronnego jest poprzedzone lekarskim badaniem kwalifikacyjnym w celu wykluczenia przeciwwskazań do wykonania obowiązkowego szczepienia ochronnego.
3. Obowiązkowego szczepienia ochronnego nie można przeprowadzić, jeżeli między lekarskim badaniem kwalifikacyjnym przeprowadzonym w celu wykluczenia przeciwwskazań do szczepienia a tym szczepieniem upłynęło 24 godziny od daty i godziny wskazanej w zaświadczeniu, o którym mowa w ust. 4.
4. Po przeprowadzonym lekarskim badaniu kwalifikacyjnym lekarz wydaje zaświadczenie ze wskazaniem daty i godziny przeprowadzonego badania.
5. W przypadku gdy lekarskie badanie kwalifikacyjne daje podstawy do długotrwałego odroczenia obowiązkowego szczepienia ochronnego, lekarz kieruje osobę objętą obowiązkiem szczepienia ochronnego do konsultacji specjalistycznej.
6. Obowiązkowe szczepienia ochronne przeprowadzają lekarze lub felczerzy, pielęgniarki, położne i higienistki szkolne, posiadający kwalifikacje, określone na podstawie ust. 10 pkt 3.
7. Osoby wystawiające zaświadczenie o urodzeniu żywym są obowiązane do założenia karty uodpornienia oraz książeczki szczepień dziecka.
8. Osoby przeprowadzające szczepienia ochronne:

- 1) prowadzą dokumentację medyczną dotyczącą obowiązkowych szczepień ochronnych, w tym przechowują karty uodpornienia oraz dokonują wpisów potwierdzających wykonanie szczepienia;
- 2) sporządzają sprawozdania z przeprowadzonych obowiązkowych szczepień ochronnych oraz sprawozdania ze stanu zaszczepienia osób objętych profilaktyczną opieką zdrowotną, które przekazują państwowemu powiatowemu inspektorowi sanitarnemu.

[9. Obowiązkiem lekarza sprawującego profilaktyczną opiekę zdrowotną jest powiadomienie osoby obowiązanej do poddania się obowiązkowym szczepieniom ochronnym lub osoby sprawującej prawną lub faktyczną pieczę nad osobą małoletnią lub bezradną o obowiązku poddania się tym szczepieniom, a także poinformowanie o szczepieniach zalecanych.]

<9. Obowiązkiem lekarza sprawującego profilaktyczną opiekę zdrowotną jest powiadomienie osoby obowiązanej do poddania się obowiązkowym szczepieniom ochronnym lub osoby sprawującej prawną pieczę nad osobą małoletnią lub bezradną albo opiekuna faktycznego w rozumieniu art. 3 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, o obowiązku poddania się tym szczepieniom, a także poinformowanie o szczepieniach zalecanych.>

10. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia:

- 1) wykaz chorób zakaźnych objętych obowiązkiem szczepień ochronnych,
- 2) osoby lub grupy osób obowiązane do poddawania się obowiązkowym szczepieniom ochronnym przeciw chorobom zakaźnym, wiek i inne okoliczności stanowiące przesłankę do nałożenia obowiązku szczepień ochronnych na te osoby,
- 3) kwalifikacje osób przeprowadzających szczepienia ochronne,
- 4) sposób przeprowadzania szczepień ochronnych,
- 5) tryb przeprowadzania konsultacji specjalistycznej, o której mowa w ust. 5,
- 6) wzory zaświadczenia, o którym mowa w ust. 4, książeczki szczepień oraz karty uodpornienia,
- 7) sposób prowadzenia dokumentacji, o której mowa w ust. 8 pkt 1, i jej obiegu,
- 8) wzory sprawozdań z przeprowadzonych obowiązkowych szczepień ochronnych oraz tryb i terminy ich przekazywania

- uwzględniając dane epidemiologiczne dotyczące zachorowań, aktualną wiedzę medyczną oraz zalecenia Światowej Organizacji Zdrowia.

11. Główny Inspektor Sanitarny ogłasza w formie komunikatu, w dzienniku urzędowym ministra właściwego do spraw zdrowia, Program Szczepień Ochronnych na dany rok, ze szczegółowymi wskazaniem dotyczącymi stosowania poszczególnych szczepionek, wynikającymi z aktualnej sytuacji epidemiologicznej, przepisów wydanych na podstawie ust. 10 oraz art. 19 ust. 10 oraz zaleceń, w terminie do dnia 31 października roku poprzedzającego realizację tego programu.

Art. 26.

[1. Lekarz, felczer, pielęgniarz, położna lub osoba wykonująca inny zawód medyczny, którzy podejrzewają lub rozpoznają zakażenie lub chorobę zakaźną, są obowiązani

pouczyć zakażonego lub chorego na chorobę zakaźną lub osobę sprawującą prawną lub faktyczną pieczę nad osobą małoletnią lub bezradną o środkach służących zapobieganiu przeniesieniu zakażenia na inne osoby oraz o ewentualnym obowiązku wynikającym z art. 6 ust. 1 pkt 1, 2, 4 i 5.]

- <1. Lekarz, felczer, pielęgniarka lub położna, którzy podejrzewają lub rozpoznają zakażenie lub chorobę zakaźną, są obowiązani pouczyć zakażonego lub chorego na chorobę zakaźną lub osobę sprawującą prawną pieczę nad osobą małoletnią lub bezradną albo opiekuna faktycznego w rozumieniu art. 3 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, o środkach służących zapobieganiu przeniesieniu zakażenia na inne osoby oraz o ewentualnym obowiązku wynikającym z art. 6 ust. 1 pkt 1, 2, 4 i 5.>**
2. W przypadku rozpoznania zakażenia, które może przenosić się drogą kontaktów seksualnych, lekarz lub felczer ma obowiązek poinformować zakażonego o konieczności zgłoszenia się do lekarza partnera lub partnerów seksualnych zakażonego.
3. Informację o powiadomieniu zakażonego o obowiązku, o którym mowa w ust. 2, wpisuje się do dokumentacji medycznej i potwierdza podpisem zakażonego.

Art. 28.

Lekarz lub felczer, który podejrzewa lub rozpoznaje chorobę szczególnie niebezpieczną i wysoce zakaźną, stanowiącą zagrożenie dla zdrowia publicznego, lub stwierdza zgon w wyniku takiej choroby, podejmuje działania zapobiegające szerzeniu się zachorowań, w tym:

- 1) kieruje osobę podejrzaną o zakażenie lub zachorowanie oraz zakażoną lub chorą na chorobę zakaźną do szpitala specjalistycznego zapewniającego izolację i leczenie tej osoby oraz niezwłocznie informuje szpital o tym fakcie;
- 2) organizuje transport uniemożliwiający przeniesienie zakażenia na inne osoby;
- [3) poucza osobę chorą lub osobę sprawującą prawną lub faktyczną pieczę nad osobą małoletnią lub bezradną, osoby najbliższe oraz osoby, o których mowa w art. 5 ust. 3, o obowiązkach wynikających z art. 5 ust. 1;]*

<3) poucza osobę chorą lub osobę sprawującą prawną pieczę nad osobą małoletnią lub bezradną albo opiekuna faktycznego w rozumieniu art. 3 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, osoby najbliższe oraz osoby, o których mowa w art. 5 ust. 3, o obowiązkach wynikających z art. 5 ust. 1;>

- 4) niezwłocznie powiadamia państwowego powiatowego inspektora sanitarnego właściwego dla miejsca podejrzenia, rozpoznania choroby szczególnie niebezpiecznej i wysoce zakaźnej lub stwierdzenia zgonu o podjętych działaniach.

Art. 51.

Kto:

- 1) nie będąc uprawnionym, przeprowadza szczepienia ochronne,
- 2) wbrew obowiązkowi prowadzenia dokumentacji medycznej dotyczącej szczepień ochronnych, nie dokonuje wpisu szczepienia, nie wystawia zaświadczenia o wykonaniu szczepienia lub nie prowadzi dokumentacji medycznej w tym zakresie lub prowadzi ją nierzetelnie,

[3) wbrew obowiązкови nie zawiadamia pacjenta lub osoby sprawującej prawną lub faktyczną pieczę nad osobą małoletnią lub bezradną o obowiązku poddania się obowiązkowym szczepieniom ochronnym lub nie informuje o ochronnych szczepieniach zalecanych]

<3) wbrew obowiązкови nie zawiadamia pacjenta lub osoby sprawującej prawną pieczę nad osobą małoletnią lub bezradną albo opiekuna faktycznego w rozumieniu art. 3 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, o obowiązku poddania się obowiązkowym szczepieniom ochronnym lub nie informuje o ochronnych szczepieniach zalecanych>

- podlega karze grzywny.

Art. 52.

Kto:

[1) wbrew obowiązкови nie poucza pacjenta, osoby sprawującej prawną lub faktyczną pieczę nad osobą małoletnią lub bezradną o środkach ostrożności zapobiegających przeniesieniu zakażenia na inne osoby lub o ewentualnym obowiązku wynikającym z art. 6,]

<1) wbrew obowiązкови nie poucza pacjenta, osoby sprawującej prawną pieczę nad osobą małoletnią lub bezradną albo opiekuna faktycznego w rozumieniu art. 3 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, o środkach ostrożności zapobiegających przeniesieniu zakażenia na inne osoby lub o ewentualnym obowiązku wynikającym z art. 6,>

2) wbrew obowiązкови nie informuje zakażonego o konieczności zgłoszenia się do lekarza jego partnera lub partnerów seksualnych,

3) wbrew obowiązкови, o którym mowa w art. 21 ust. 1, art. 27 ust. 1-3 i art. 29 ust. 1, nie dokonuje zgłoszenia wystąpienia niepożądanego odczynu poszczepiennego, podejrzenia o zakażenie i zachorowanie na chorobę zakaźną, dodatniego wyniku badania w kierunku zakażeń i zachorowań, określonych na podstawie art. 3 ust. 1 i 2, zakażenia i zachorowania lub zgonu na chorobę zakaźną oraz przesłania do weryfikacji dodatnich wyników tych badań

- podlega karze grzywny.