

Aspekty prawne udzielania informacji

Część I — dokumentacja medyczna, tajemnica zawodowa

Prawo wobec ujawniania danych o pacjencie

STRESZCZENIE

Problem informowania pacjenta o rozpoznaniu, planowanym postępowaniu i rokowaniu często podlega dyskusji, zarówno w aspekcie prawnym, jak etycznym. Zwyczajnie i przyjęte normy społeczne stawiają nas również wobec pytań o prawo do informowania najbliższych i znajomych chorego czy ukrywania niepomyślnej prognozy. Personel medyczny z jednej strony powinien przestrzegać tajemnicy zawodowej, z drugiej, coraz częściej zobowiązany jest do umożliwienia wglądu w dokumentację uprawnionym osobom i organom. Artykuł omawia podstawy prawne udostępniania danych oraz zasady zachowania tajemnicy lub jej prawomocnego niedotrzymania. Określone zostały formy dokumentacji, przepisy regulujące jej udostępnianie, reguły pobierania lub zwolnienia z opłat. Przedstawiono wymagany prawem czas przechowywania danych, zarówno w formie tradycyjnej, jak i elektronicznej. Poruszono także kilka aspektów praktycznych, takich jak następstwa odmowy wydania dokumentacji, dostęp do danych po śmierci pacjenta czy zasady udzielania niezbędnych informacji towarzystwom ubezpieczeniowym lub organom rentowym. Wiele miejsca poświęcono tajemnicy zawodowej. Podjęto problem w aspekcie obowiązujących norm prawnych. Autorzy dyskutują zarówno nad przepisami kodeksów etycznych, jak i przepisami stanowionego prawa karnego i cywilnego. W aspekcie codziennej praktyki omawiają obowiązek zachowania w tajemnicy wszystkich pozyskanych danych o chorym i jego otoczeniu oraz odpowiedzialność za ujawnienie informacji, jaką ponoszą osoby postronne, asystujące pracownikom medycznym, na przykład portierzy czy zespoły sprzątające. Określają następstwa ujawnienia tajemnicy oraz jej dopuszczalnego prawem niedotrzymania.

Forum Medycyny Rodzinnej 2011, tom 5, nr 3, 275–282

słowa kluczowe: dokumentacja medyczna, etyka medyczna, prawo stanowione, tajemnica zawodowa

Aleksandra Modlińska,
Tomasz Buss,
Leszek Pawłowski,
Monika Lichodziejewska-
-Niemierko

Zakład Medycyny Paliatywnej GUMed

Adres do korespondencji:
dr n. med. Aleksandra Modlińska
Zakład Medycyny Paliatywnej GUMed
ul. Dębinki 2, 80–211 Gdańsk
tel. (58) 349–15–73
e-mail: aleksandra.modlinska@gumed.edu.pl



Dokumentacja medyczna to „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”

Problem informowania, przekazywania oraz gromadzenia danych skłania do kilku zasadniczych pytań. W sferze pozyskiwania i przekazywania informacji — kto jest zobowiązany do zachowania tajemnicy zawodowej? Co lub kto zwalnia z jej zachowania? Czy mamy prawo do informowania o złym rokowaniu? Kto odpowiada za negatywne następstwa zachowania tajemnicy? Regulacje prawne stanowią ponadto o zasadach przechowywania i udostępniania dokumentacji medycznej, w tym również baz elektronicznych.

UDOSTĘPNIANIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Regulacja prawna wymaga jednoznacznego określenia podmiotu, który takiej regulacji podlega. Powstaje więc pytanie, w jaki sposób zdefiniować i oddzielić dokumentację medyczną od innych dokumentów tworzonych przez zakłady opieki zdrowotnej. W rozumieniu Ustawy o zakładach opieki zdrowotnej (UoZOZ) dokumentacja medyczna to „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” [1]. Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej w zakładach opieki zdrowotnej oraz sposobu jej przetwarzania (Rozp. MZ) zawiera podział na dokumentację indywidualną i zbiorczą, odpowiednio dla poszczególnych i dla ogółu pacjentów [2]. W oparciu o istniejące akty prawne przyjąć można, że dokument, by mógł być nazwany „medycznym” zawierać musi co najmniej cztery elementy: dane pozwalające ustalić tożsamość chorego (nazwisko i imię, płeć, datę urodzenia, adres zamieszkania, numer PESEL), nazwę podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych, datę sporządzenia oraz dane dotyczące stanu zdrowia pacjenta [3]. W przypadku gdy pacjentem jest osoba małoletnia lub całko-

wicie ubezwłasnowolniona, dokumentacja zawiera nazwisko i imię (imiona) przedstawiciela ustawowego oraz adres jego zamieszkania. W sytuacji osób nieposiadających nadanego numeru PESEL uwzględnia się rodzaj i numer innego dokumentu potwierdzającego tożsamość. Poufność danych zawartych w dokumentacji wymaga właściwego zabezpieczenia jej przed osobami postronnymi lub zniszczeniem [3, 4].

Zasady udostępniania dokumentacji medycznej reguluje Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (UoPP), UoZOZ, Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentysty (UoZL), wspomniane Rozp. MZ oraz niektóre regulacje korporacyjne, jakimi są między innymi Kodeks Etyki Lekarskiej (KEL) oraz Kodeks etyki zawodowej pielęgniarki i położnej (KEP) [2–7]. Wymienione dokumenty nakładają na zakłady opieki zdrowotnej, lekarzy i pielęgniarki obowiązek czuwania nad prowadzeniem dokumentacji oraz zachowaniem poufności danych w niej zawartych [3, 5–8].

Udostępnienie dokumentacji w rozumieniu ustaw oznacza wgląd w:

1. dokumenty w zakładzie opieki zdrowotnej;
2. kopie, wyciągi, wypisy lub odpisy;
3. oryginały dokumentacji.

Oryginał może być wydawany tylko w szczególnie uzasadnionych przypadkach i na żądanie uprawnionych podmiotów lub organów. Wydanie następuje za pokwitowaniem odbioru z zastrzeżeniem zwrotu po wykorzystaniu (UoPP art. 27).

Za udostępnienie dokumentacji medycznej zakład opieki zdrowotnej pobiera opłatę. Wysokość opłaty, na podstawie odrębnych przepisów, ustala kierownik ZOZ [3]. Wyjątek stanowią koszty badania, wydania orzeczenia lub zaświadczenia, związanego z orzekaniem o niezdolności do pracy dla celów rentowych, orzekaniem o niepełnosprawności czy o uprawnieniach w ramach ubezpieczeń społecznych. Są one ponoszone przez podmiot, na którego zlecenie zo-

stają podjęte badania czy wydane orzeczenia [9, 10].

Akty prawne określają też **zasady udostępniania dokumentacji medycznej** [3, 4, 7, 8].

Dokumentacja medyczna może być udostępniona [3, 4, 7, 8]:

1. **choremu lub jego przedstawicielowi ustawowemu** lub osobie upoważnionej przez pacjenta;
2. ZOZ, jednostkom organizacyjnym tych zakładów oraz innym uprawnionym osobom wykonującym zawód medyczny (także poza ZOZ) i biorącym udział w świadczeniach medycznych — zwykle innemu lekarzowi — *„jeżeli dokumentacja ta jest niezbędna do zapewnienia ciągłości świadczeń zdrowotnych”* (UoZOZ art. 18);
3. właściwym do spraw zdrowia organom państwowym oraz organom samorządu lekarskiego w zakresie niezbędnym do wykonywania kontroli i nadzoru, w tym Narodowemu Fundusze Zdrowia oraz konsultantom krajowym i wojewódzkim;
4. ministrowi właściwemu do spraw zdrowia (Ministrowi 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;
7. rejestrom usług medycznych, w zakresie niezbędnym do prowadzenia rejestrów;
8. zakładom ubezpieczeń za zgodą pacjenta na zasadach określonych w prze-

pisach o działalności ubezpieczeniowej;

9. szkołom wyższym lub jednostkom badawczo-rozwojowym dla celów naukowych, bez ujawniania danych umożliwiających identyfikację osoby, której dokumentacja dotyczy;
10. lekarzowi, pielęgniarce lub położnej, w związku z prowadzeniem procedury oceniającej podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych na podstawie przepisów o akredytacji w ochronie zdrowia, w zakresie niezbędnym do jej przeprowadzenia;
11. innym podmiotom i organom uwzględnionym w odrębnych przepisach.

Po śmierci chorego, prawo wglądu w dokumentację medyczną ma osoba upoważniona przez pacjenta za życia (UoPP art. 26.2).

Dostęp do informacji zawartych w dokumentacji medycznej jest możliwy, co oczywiście, tak długo, jak długo jest ona przechowywana (tab. 1). Po upływie czasu przechowywania dokumentacja winna być zniszczona w sposób uniemożliwiający identyfikację osoby, której dotyczyła [4, 11].

DYLEMATY PRAKTYCZNE

Jedynym podmiotem w pełni mającym prawo do dostępu i otrzymywania dokumentacji jest pacjent. Co więcej, lekarz ma obowiązek wyjaśnienia choremu w sposób zrozumiały dokonanych w dokumentacji wpisów. **Chory nie ma obowiązku wyjaśniania potrzeby pozyskania dokumentów**, a zakład opieki zdrowotnej **nie ma prawa** takiego uzasadniania żądać.

Utrudnianie przez ZOZ dostępu do dokumentacji (wglądu, kopii, oryginałów) jest naruszeniem prawa.

Istotna jest odpowiedź na pytanie, kto ponosi odpowiedzialność za bezprawne udostępnienie dokumentacji. Zgodnie z obowiązującym prawem lista osób fizycznych i prawnych uprawnionych do dostępu do dokumentacji jest wykazem zamkniętym. Nie ma więc



Po śmierci chorego, prawo wglądu w dokumentację medyczną ma osoba upoważniona przez pacjenta za życia

Tabela 1

Czas przechowywania dokumentacji medycznej

Większość dokumentów	20 lat od końca roku kalendarzowego, w którym dokonano ostatniego wpisu
Dokumentacja pacjenta zmarłego wskutek uszkodzenia ciała lub zatrucia	30 lat od końca roku kalendarzowego, w którym nastąpił zgon
Zdjęcia rentgenowskie przechowywane poza dokumentacją medyczną	10 lat
Zlecenia lekarskie i skierowania na badania	5 lat od końca roku kalendarzowego, w którym zrealizowano świadczenie
Dokumentacja medyczna dzieci do ukończenia 2. roku życia	22 lata



ZOZ może udostępnić dokumentację (wgląd, kserokopia) jedynie za wcześniejszą pisemną zgodą ubezpieczonego lub jego przedstawiciela ustawowego

możliwości swobodnej interpretacji i dowolnego poszerzania listy. Na mocy Ustawy o ochronie danych osobowych (UODO) nieuprawnione udostępnienie dokumentacji ściągane jest z urzędu i obarczone karą od grzywny, aż po ograniczenie wolności do lat dwóch. Konsekwencjom podlega administrator zbioru danych (kierownik ZOZ) oraz osoby obowiązane mocą UODO (lekarz, pielęgniarka, pracownicy recepcji itd.) [12, 13].

W ostatnich latach coraz częściej pojawiają się pytania o zasady udostępniania dokumentacji medycznej towarzystwom ubezpieczeniowym. Dotyczy to zarówno orzeczeń wymaganych dla zawarcia umów z ubezpieczycielami, jak i wypłaty odszkodowań, często już po śmierci ubezpieczonego. Zgodnie z art. 19 Ustawy o działalności ubezpieczeniowej (UDU), do zachowania tajemnicy dotyczącej umów ubezpieczenia obowiązane są „zakład ubezpieczeń i osoby w nim zatrudnione lub osoby i podmioty, za pomocą których zakład ubezpieczeń wykonuje czynności ubezpieczeniowe” [14].

Zgodnie z obowiązującymi ustawami ZOZ może udostępnić dokumentację (wgląd, kserokopia) jedynie za wcześniejszą pisemną zgodą ubezpieczonego lub jego przedstawiciela ustawowego [15]. Zasady te reguluje UDU, a nie bezpośrednio UoZSZ i UoZL. Akty prawne wskazują przy tym na konieczność pozyskiwania **jedynie wskazanych przez ubezpieczyciela „określonych**

danych i informacji o pacjencie”, a nie całej istniejącej dokumentacji [14, 15].

TAJEMNICA ZAWODOWA

„Największym nakazem etycznym dla lekarza jest dobro chorego (...). Mechanizmy rynkowe, naciski społeczne i wymagania administracyjne nie zwalniają lekarza z przestrzegania tej zasady [5]”. Nieprzestrzeganie tajemnicy zawodowej jest wyjątkowym naruszeniem godności zawodu. Problem, choć posiada mocne regulacje prawne, pozostaje również w znacznym stopniu w zakresie prawa zwyczajowego oraz pewnych regulacji „korporacyjnych”, jakimi są KEL czy KEP.

UoZL, UoZPP, KEL i KEP nakładają na lekarza i pielęgniarkę/położną obowiązek zachowania tajemnicy zawodowej, z czego, z pewnymi zastrzeżeniami, nie zwalnia śmierć pacjenta [7, 8]. Zabronione jest bez zgody pacjenta podawanie do publicznej wiadomości informacji umożliwiających jego identyfikację.

Zgodnie z Art. 180 kodeksu postępowania karnego (kpk) osoby zobowiązane do zachowania tajemnicy związanej z wykonywaniem zawodu lub funkcji mogą odmówić zeznań co do „okoliczności, na które rozciąga się ten obowiązek”. Zwolnić z obowiązku może w tym przypadku decyzja sądu lub prokuratora. Niedotrzymanie tajemnicy zawodowej wiąże się z ponoszeniem odpowiedzialności karnej z artykułu 266 kodeksu karnego (kk). Postępowanie wszczyna się na wniosek pokrzywdzonego [16].

Art. 266 kk

§ 1. Kto, wbrew przepisom ustawy lub przyjętemu na siebie zobowiązaniu, ujawnia lub wykorzystuje informację, z którą zapoznał się w związku z pełnioną funkcją, wykonywaną pracą, działalnością publiczną, społeczną, gospodarczą lub naukową, podlega grzywnie, karze ogra-

niczenia wolności albo pozbawienia wolności do lat 2.

Odpowiedzialność cywilna ma charakter odszkodowawczy. Udowodnione przez pacjenta złamanie tajemnicy zawodowej może być zaliczone do naruszonych „dóbr osobistych”. Art. 448 kodeksu cywilnego (Kc) stanowi, że „w razie naruszenia dobra osobistego, sąd może przyznać temu, czyje dobro osobiste zostało naruszone odpowiednią sumę tytułem zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę lub na jego żądanie zasądzić odpowiednią sumę pieniężną na wskazany przez niego cel społeczny [12]”. Również, na mocy UoPP w razie zawinionego naruszenia praw pacjenta sąd może przyznać poszkodowanemu zadośćuczynienie pieniężne za doznaną krzywdę.

Art. 24 kc

§ 1. Ten, czyje dobro osobiste zostaje zagrożone cudzym działaniem, może żądać zaniechania tego działania, chyba że nie jest ono bezprawne. W razie dokonanego naruszenia może on także żądać, ażeby osoba, która dopuściła się naruszenia, dopełniła czynności potrzebnych do usunięcia jego skutków, w szczególności ażeby złożyła oświadczenie odpowiedniej treści i w odpowiedniej formie. Na zasadach przewidzianych w kodeksie może on również żądać zadośćuczynienia pieniężnego lub zapłaty odpowiedniej sumy pieniężnej na wskazany cel społeczny.

§ 2. Jeżeli wskutek naruszenia dobra osobistego została wyrządzona szkoda majątkowa, poszkodowany może żądać jej naprawienia na zasadach ogólnych.

W razie konieczności jej prawomocnego złamania tajemnica zawodowa winna być ujawniona wyłącznie uprawnionym organom i **tylko w niezbędnym zakresie** [5, 7]. Zasadę zachowania tajemnicy zawodowej

wspiera KEL, ograniczając ilość informacji zawartej w dokumentacji, która „powinna zawierać wyłącznie informacje potrzebne dla postępowania lekarskiego [5]”. Choremu (lub jego przedstawicielowi) należy uświadomić skutki ujawnienia tajemnicy.

Nie jest złamaniem tajemnicy zawodowej, gdy:

- pacjent (lub jego przedstawiciel ustawowy) wyrazi na to zgodę;
- zachowanie tajemnicy istotnie zagraża zdrowiu lub życiu pacjenta czy innych osób;
- informuje się innego lekarza, członków zespołu terapeutycznego lub inne osoby uprawnione, o ile jest to konieczne dla dalszego leczenia lub w celu wydania orzeczenia o stanie zdrowia;
- jest to niezbędne do praktycznej nauki zawodów medycznych;
- jest to niezbędne dla celów naukowych;
- jeśli po przeprowadzeniu badania lekarskiego na zlecenie upoważnionego z mocy prawa organu wynik badania zostanie przekazany zleceniodawcy; nieodzownym warunkiem jest jednak, aby lekarz przed rozpoczęciem badania poinformował o tym osobę, która ma być zbadana. Wszelkie informacje, które nie są konieczne dla uzasadnienia wniosków wynikających z badania, powinny być nadal objęte tajemnicą lekarską (KEL Art. 26);
- zachodzi potrzeba przekazania niezbędnych informacji o pacjencie lekarzowi sądowemu;
- lekarz ma prawo do ujawnienia zauważonych faktów zagrożenia zdrowia lub życia w wyniku łamania praw człowieka (KEL Art. 27);
- tak stanowią odrębne przepisy prawa.

**”
Z tajemnicy nie zwalnia
śmierć chorego, toteż
jeśli za życia nie
upoważnił on nikogo do
informacji o stanie
zdrowia, nie wolno
udzielić rodzinie czy
zainteresowanym
informacji o przyczynie
zgonu**

Osoby wykonujące zawód medyczny są związane tajemnicą również po śmierci pacjenta, z wyjątkiem przypadków gdy zachowanie tajemnicy może stanowić niebezpieczeństwo dla życia lub zdrowia chorego lub innych osób, gdy wyraził na to zgodę pacjent lub jego przedstawiciel ustawowy. Ujawnienie może też nastąpić na żądanie uprawnionych, na podstawie odrębnych ustaw podmiotów i instytucji i wyłącznie do wiadomości tych organów [7].

Zgody na ujawnienie tajemnicy zawodowej nie może wyrazić opiekun faktyczny pacjenta. Z tajemnicy nie zwalnia śmierć chorego, toteż jeśli za życia nie upoważnił on nikogo do informacji o stanie zdrowia, nie wolno udzielić rodzinie czy zainteresowanym informacji o przyczynie zgonu. Karta statystyczna do karty zgonu staje się wówczas poufna.

Naruszeniem tajemnicy zawodowej jest nie tylko poruszanie problemów pacjentów w czasie prywatnych spotkań i rozmów. Jest nim również udzielanie informacji każdemu członkowi rodziny czy osobie postronnej **bez zapoznania się z wolą chorego** w tej sprawie oraz (ciągle praktykowane) udzielanie informacji przez telefon. Ta ostatnia forma jest dopuszczalna wyłącznie na każdorazowe wyraźne życzenie (zgodę) pacjenta: „Panie X. dzwoni osoba przedstawiająca się jako Pańska siostra. Czy wyraża Pan zgodę na udzielenie informacji o Pańskiej obecnej sytuacji?”.

Tajemnicę łamie także ten, kto zbiera wywiad w obecności innych chorych, na przykład na kilkuosobowej sali. Osoba postronna, w tym także członkowie rodziny, może być obecna w trakcie wywiadu czy badania tylko za wyraźną zgodą pacjenta, o ile nie narusza to intymności i nie utrudnia pracy lekarzowi [7]. Przykładem naruszenia tajemnicy są również karty gorączkowe na łóżkach pacjentów, choć częściej odwołujemy się tu obecnie do UODO [17].

To, o czym często się zapomina, a wręcz w ogóle nie bierze pod uwagę, to fakt, że tajemnica obejmuje **wszystkie informacje** o chorym i jego otoczeniu, jakie pozyskali lekarz czy pielęgniarka/położna w związku z podjętymi działaniami zawodowymi. Przysięga Hipokratesa zobowiązuje: „Cokolwiek przy leczeniu albo też poza leczeniem w życiu ludzi ujrzę lub usłyszę, czego ujawnić nie można, przechowam w milczeniu”. Obowiązek zachowania w tajemnicy wiadomości o pacjencie i jego środowisku rodzinnym czy społecznym „uzyskanych w związku wykonywaniem zawodu” nakłada zarówno UoZL (art. 40), jak i KEL (art. 23) oraz KEP.

Wątpliwości, a czasem ożywioną dyskusję, budzi zachowanie dyskrecji przez osoby postronne, czasowo tylko asystujące pracy personelu czy inne, które, w powszechnym mniemaniu, nie są zobowiązane prawem do utrzymania tajemnicy. Nad jej przestrzeganiem czuwać powinien lekarz, między innymi poprzez dopuszczenie do tajemnicy osób postronnych tylko w zakresie koniecznym do prawidłowego wykonywania ich czynności zawodowych [5, 7]. UoZL nakłada obowiązek uzyskania zgody chorego na obecność innych (poza niezbędnym personelem medycznym) osób przy udzielaniu świadczeń medycznych¹ [7]. Również art. 266 kk przewiduje odpowiedzialność za ujawnienie informacji związanych z pacjentem, a stanowiących tajemnicę pracodawcy, także przez między innymi osoby sprząające, konserwatorów sprzętu itd. zgodnie z „przyjętym na siebie zobowiązaniem [16]”.

Podważana i różnie interpretowana jest możliwość prawna ujawnienia tajemnicy zawodowej jeśli „jej zachowanie istotnie zagraża zdrowiu lub życiu pacjenta czy innych osób”. Zgodnie z postanowieniami UoPP kierownik podmiotu świadczącego usługi zdrowotne (lub uprawniony przez niego lekarz) ma prawo „ograniczyć korzystanie

¹Przepis nie dotyczy klinik, szpitali i pozostałych jednostek kształcących „studentów nauk medycznych, lekarzy oraz innego personelu medycznego w zakresie niezbędnym do celów dydaktycznych” (rozdz. 5, art. 36, ust. 4).

z praw pacjenta w przypadku wystąpienia zagrożenia epidemicznego lub ze względu na bezpieczeństwo zdrowotne pacjentów [4]”. Czy w rozumieniu ustaw lekarz ma więc prawo do na przykład ujawnienia faktu zarażenia HIV współmałżonkowi chorego? Niektóre aspekty porusza Ustawa o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi [11]. Wiele innych podlega jednak ciągłej dyskusji.

USTAWA O ZAPOBIEGANIU ORAZ ZWALCZANIU ZAKAŻEŃ I CHOROBY ZAKAŹNYCH U LUDZI

Art. 26.

1. Lekarz, felczer, pielęgniarka, 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.

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 [...] oraz niezwłocznie informuje szpital o tym fakcie;
- 3) poucza osobę chorą lub osobę sprawującą prawną pieczę nad osobą małoletnią lub bezradną albo opiekuna faktycznego w rozumieniu UOPP, **osoby najbliższe** o obowiązkach wynikających z art. 5 ust. 1, tj. m.in. poddawaniu się leczeniu, hospitalizacji, izolacji, kwarantannie lub nadzorowi epidemiologicznemu.

PODSUMOWANIE

Zagadnienie informacji i ich ujawniania w praktyce medycznej rozważyć należy w kilku aspektach. Znaczenie mają tu zarówno regulacje prawne, jak i normy etyczne oraz przyjęte zasady społeczne. Wiele dylematów prowokuje do dyskusji i poszukiwania optymalnych rozwiązań na gruncie prawa stanowionego oraz zwyczajowego czy obowiązujących norm moralnych.

PIŚMIENNICTWO

1. Ustawa z dn. 24.04.2009 r. Przepisy wprowadzające ustawę o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, ustawę o akredytacji w ochronie zdrowia oraz ustawę o konsultantach w ochronie zdrowia. Dz. U. z 2009 r. Nr 76, poz. 641.
2. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dn. 21.12.2006 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej w zakładach opieki zdrowotnej oraz sposobu jej przetwarzania. Dz. U. z 2006 r. Nr 247, poz. 1819 z późn. zm.
3. Ustawa z dn. 30.08.1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej. Dz. U. z 2007 r. Nr 14, poz. 89 z późn. zm.
4. Ustawa z dn. 06.11.2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Dz. U. z 2009 r. Nr 52, poz. 417 z późn. zm.
5. Kodeks Etyki Lekarskiej.

6. Kodeks etyki zawodowej pielęgniarki i położnej Rzeczypospolitej Polskiej.
7. Ustawa z dn. 05.12.1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry. Dz. U. z 2008 r., Nr 136, poz. 857 z późn. zm.
8. Ustawa z dn. 05.07.1996 r. o zawodach pielęgniarki i położnej. Dz. U. z 2009 r. Nr 151, poz. 1217 z późn. zm.
9. Ustawa z dn. 17.12.1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych. Dz. U. z 2009 r. Nr 153, poz. 1227 z późn. zm.
10. Ustawa z dn. 27.08.2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027 z późn. zm.
11. Ustawa z dn. 5.12.2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi. Dz. U. Nr 234, poz. 1570 z późn. zm.
12. Ustawa z dn. 23.04.1964 r. Kodeks cywilny. Dz. U. Nr 16, poz. 93 z późn. zm.
13. Nowicka A. Ochrona danych. Medical Tribune 2009; 5: 12
14. Ustawa z dn. 22.05.2003 r. o działalności ubezpieczeniowej. Dz. U. z 2010 r. Nr 11, poz. 66 z późn. zm.
15. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dn. 23.03.2004 w sprawie szczegółowego zakresu i trybu udzielania zakładom ubezpieczeń informacji o stanie zdrowia ubezpieczonych lub osób, na rzecz których ma zostać zawarta umowa ubezpieczenia, oraz sposobu ustalania wysokości opłat za udzielenie tych informacji. Dz. U. z 2004 r. Nr 71, poz. 654.
16. Ustawa z dn. 6.06.1997 r. Kodeks karny. Dz. U. Nr 88, poz. 553 z późn. zm.
17. Ustawa z dn. 29.08. 1997 r. o ochronie danych osobowych. Dz. U. Nr 133, poz. 883 z późn. zm.