



SEJM
RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ
III kadencja

Prezes Rady Ministrów

RM 10-54-01

Druk nr 2967
Warszawa, 22 maja 2001 r.

Pan
Maciej Płażyński
Marszałek Sejmu
Rzeczypospolitej Polskiej

Szanowny Panie Marszałku.

Na podstawie art. 118 ust. 1 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r. przedstawiam Sejmowi Rzeczypospolitej Polskiej projekt ustawy

- o zwalczaniu chorób zakaźnych i zakażeń wraz z projektami podstawowych aktów wykonawczych,

co do którego Rada Ministrów zadeklarowała, że ma na celu dostosowanie polskiego ustawodawstwa do prawa Unii Europejskiej.

Jednocześnie, zgodnie z wymogami art. 31 ust. 3b Regulaminu Sejmu, przekazuję, przetłumaczone na język polski, teksty przepisów Unii Europejskiej, do których ma być dostosowane prawo polskie.

W załączeniu przedstawiam także opinię dotyczącą zgodności proponowanych regulacji z prawem Unii Europejskiej.

Ponadto uprzejmie informuję, że do prezentowania stanowiska Rządu w tej sprawie w toku prac parlamentarnych został upoważniony Minister Zdrowia.

Z wyrazami szacunku

(-) Jerzy Buzek

U S T A W A
z dnia.....2001 r.
o zwalczaniu chorób zakaźnych i zakażeń

Rozdział 1
Przepisy ogólne

Art. 1.

Ustawa określa zasady i tryb postępowania w zakresie zwalczania chorób zakaźnych i zakażeń.

Art. 2.

Użyte w ustawie określenia oznaczają:

- 1) badanie diagnostyczne – kliniczne lub laboratoryjne badanie medyczne wykonywane w celu identyfikacji zakażenia lub ustalenia rozpoznania choroby,
- 2) choroby zakaźne – choroby, które zostały wywołane przez drobnoustroje, ich toksyczne produkty, a także przez pasożyty lub inne biologiczne czynniki chorobotwórcze, które ze względu na charakter i sposób szerzenia się stanowią zagrożenie dla zdrowia i życia ludzi,
- 3) dezynfekcja - niszczenie form wegetatywnych drobnoustrojów za pomocą metod fizycznych, chemicznych lub biologicznych,
- 4) dochodzenie epidemiologiczne – wykrywanie przyczyn, źródeł i mechanizmów szerzenia się choroby,
- 5) epidemia – wystąpienie na danym obszarze zachorowań na chorobę zakaźną w liczbie wyraźnie większej niż w poprzedzającym okresie lub nagle wystąpienie chorób zakaźnych wcześniej nie występujących,
- 6) hospitalizacja – umieszczenie zakaźnie chorego lub podejrzanego o chorobę zakaźną w szpitalu w celu diagnozowania, leczenia lub izolacji,
- 7) izolacja – odosobnienie zakaźnie chorego lub podejrzanego o chorobę zakaźną w celu uniemożliwienia przeniesienia zakażenia,
- 8) kwarantanna – odosobnienie osoby zdrowej eksponowanej na zakażenie w celu wczesnego rozpoznania choroby zakaźnej lub zakażenia,
- 9) lekarz – również lekarza stomatologa,

- 10) nadzór epidemiologiczny – indywidualną kliniczno-epidemiologiczną obserwację osoby przewlekle zakażonej lub podejrzanej o chorobę zakaźną lub zakażenie, bez ograniczenia jej swobody przemieszczania się,
- 11) niepożądany odczyn poszczepienny – objawy kliniczne, czasowo związane z dokonanym szczepieniem ochronnym,
- 12) nosiciel – osobę bez objawów chorobowych, w której organizmie bytują i rozmnażają się drobnoustroje chorobotwórcze, stanowiącą potencjalne źródło zakażenia innych osób,
- 13) osoba ubezpieczona – osobę objętą powszechnym ubezpieczeniem zdrowotnym na podstawie ustawy z dnia 6 lutego 1997 r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym (Dz.U. Nr 28, poz. 153 i Nr 75, poz. 468, z 1998 r. Nr 117, poz. 756, Nr 137, poz. 887, Nr 144, poz. 929 i Nr 162, poz. 1116, z 1999 r. Nr 45, poz. 439, Nr 49, poz. 483, Nr 63, poz. 700, Nr 70, poz. 777, Nr 72, poz. 802, Nr 109, poz. 1236, i Nr 110, poz. 1255 i 1256, z 2000 r. Nr 12, poz. 136, Nr 18, poz. 230, Nr 95, poz. 1041, Nr 122, poz. 1311 i 1324 oraz z 2001 r. Nr 8, poz. 64),
- 14) podejrzany o chorobę zakaźną – osobę, u której występują objawy kliniczne wskazujące na chorobę zakaźną, lub która pozostawała w bezpośredniej bądź pośredniej styczności ze źródłem zakażenia,
- 15) podejrzany o zakażenie – osobę bez objawów choroby zakaźnej, która pozostawała w bezpośredniej, bądź pośredniej styczności ze źródłem zakażenia, jeżeli rodzaj styczności zagrażał przeniesieniem drobnoustrojów,
- 16) przedsiębiorca - przedsiębiorcę w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 19 listopada 1999 r. – Prawo działalności gospodarczej (Dz.U. Nr 101, poz. 1178 oraz z 2000 r. Nr 86, poz. 958 i Nr 114, poz. 1193), a także:
 - a) osobę fizyczną, osobę prawną, a także jednostkę organizacyjną nie mającą osobowości prawnej, organizującą lub świadczącą usługi o charakterze użyteczności publicznej, które nie są działalnością gospodarczą w rozumieniu przepisów o działalności gospodarczej,
 - b) osobę fizyczną wykonującą zawód we własnym imieniu i na własny rachunek lub prowadzącą działalność w ramach wykonywania takiego zawodu,
- 17) skażenie – zanieczyszczenie drobnoustrojami lub ich toksynami powierzchni przedmiotów, żywności, gleby, wody i powietrza,
- 18) stan epidemii – sytuację wymagającą podjęcia określonych w ustawie działań w związku z wystąpieniem epidemii w celu zminimalizowania jej skutków,
- 19) stan zagrożenia epidemicznego – stan wysokiego prawdopodobieństwa powstania epidemii lub zawleczenia choroby zakaźnej wymagający podjęcia określonych działań w celu zapobieżenia epidemii lub zminimalizowaniu jej skutków,

- 20) sterylizacja - zniszczenie wszystkich drobnoustrojów oraz ich form przetrwalnikowych przez zastosowanie czynników fizycznych lub chemicznych,
- 21) szczepienie ochronne – podanie szczepionki przeciw chorobie zakaźnej w celu sztucznego uodpornienia przeciwko tej chorobie,
- 22) świadczenie zdrowotne - świadczenie zdrowotne w rozumieniu 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. 115, z 1999 r. Nr 28, poz. 255 i 256 i Nr 84, poz. 935, z 2000 r. 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),
- 23) świadczeniodawca – świadczeniodawcę w rozumieniu art. 7 pkt 23 ustawy z dnia 6 lutego 1997 r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym,
- 24) zagrożenie epidemiczne – prawdopodobieństwo narastania liczby zachorowań występujących dotąd sporadycznie lub nie występujących wcześniej na danym terenie,
- 25) zakażenie – wniknięcie i rozwój w organizmie żywym biologicznego czynnika chorobotwórczego,
- 26) zakażenie zakładowe – zakażenie, które zostało nabyte w czasie pobytu w zakładzie opieki zdrowotnej udzielającym całodobowych lub całodziennych świadczeń zdrowotnych, a które nie było w okresie inkubacji w chwili przyjęcia do zakładu,
- 27) zatrucie pokarmowe – ostre zachorowanie o charakterze zakaźnym, inwazyjnym lub toksycznym, którego przyczyną było spożycie skażonej żywności lub wody,
- 28) zwalczanie chorób zakaźnych - działania obejmujące zapobieganie, wykrywanie i leczenie mające na celu unieszkodliwienie źródła zakażenia, przecięcie dróg szerzenia lub uodpornienie osób, u których stan organizmu sprzyja rozwojowi w nim określonych drobnoustrojów.

Art. 3.

1. Wykaz chorób zakaźnych i zakażeń, do których stosuje się przepisy ustawy, określa załącznik nr 1 do ustawy.
2. Wykaz biologicznych czynników chorobotwórczych, do których stosuje się przepisy ustawy, określa załącznik nr 2 do ustawy.
3. Minister właściwy do spraw zdrowia może określić, w drodze rozporządzenia, kryteria rozpoznawania niektórych chorób i zakażeń, objętych wykazami, o których mowa w ust. 1 i 2, uwzględniając w szczególności objawy i wyniki badań niezbędnych do ustalenia rozpoznania.

Art. 4.

Minister właściwy do spraw zdrowia w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw rolnictwa oraz ministrem właściwym do spraw środowiska określi, w drodze rozporządzenia, formy i tryb współdziałania między organami Inspekcji Sanitarnej, Inspekcji Weterynaryjnej oraz Inspekcji Ochrony Środowiska w zakresie zwalczania chorób zakaźnych, które mogą być przenoszone ze zwierząt na ludzi lub z ludzi na zwierzęta, uwzględniając w szczególności:

- 1) wykaz chorób zakaźnych, których dotyczy współdziałanie,
- 2) sposoby wymiany informacji epidemiologicznych i epizootologicznych oraz opracowań statystycznych,
- 3) sposoby uzgadniania postępowania między organami przy zwalczaniu chorób, które mogą być przenoszone ze zwierząt na ludzi lub z ludzi na zwierzęta,
- 4) formy powiadamiania o wykryciu ognisk chorób zakaźnych, które mogą być przenoszone ze zwierząt na ludzi lub z ludzi na zwierzęta.

Rozdział 2

Zapobieganie chorobom zakaźnym i zakażeniom

Art. 5.

1. Osoby przebywające na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej są obowiązane na zasadach określonych w ustawie do:
 - 1) poddawania się badaniom mającym na celu wykrywanie zakażeń i chorób zakaźnych, w tym również poddawania się postępowaniu mającemu na celu pobranie lub dostarczenie materiału do tych badań,
 - 2) poddawania się obowiązkowym szczepieniom ochronnym,
 - 3) poddawania się obowiązkowemu leczeniu, obowiązkowej hospitalizacji, izolacji, kwarantannie i nadzorowi epidemiologicznemu,
 - 4) udzielania wyjaśnień istotnych dla zapobiegania chorobom zakaźnym.
2. W przypadku osoby małoletniej lub nie posiadającej zdolności do czynności prawnych, odpowiedzialność za wypełnienie obowiązków, o których mowa w ust. 1, spoczywa na osobie, która sprawuje nad nią prawną lub faktyczną opiekę.
3. W stosunku do osób przebywających w zakładach karnych, aresztach śledczych, zakładach poprawczych, schroniskach dla nieletnich, placówkach opiekuńczo-wychowawczych oraz innych placówkach sprawujących całodobową opiekę, odpowiedzialność za umożliwienie wypełnienia obowiązków, o których mowa w ust. 1, spoczywa na kierowniku zakładu albo placówki, w której ta osoba przebywa.

4. Obowiązek wynikający z ust. 1 pkt 2 nie dotyczy osób przebywających na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej przez okres krótszy niż trzy miesiące, z wyjątkiem szczepień przeciwko wściekliźnie i tężcowi osób podejrzanych o zakażenie.

Art. 6.

1. Badaniom mającym na celu wykrywanie zakażeń i chorób zakaźnych podlegają:
 - 1) noworodki urodzone przez matki zakażone HIV lub krętkiem bladym – badaniom w kierunku tych zakażeń,
 - 2) osoby, które były narażone na zakażenie poprzez kontakt z osobami zakażonymi, chorymi lub materiałem zakaźnym – badaniom w kierunku błonicy, cholery, czerwonki, duru brzuszego, durów rzekomych A, B i C, nagminnego porażenia dziecięcego,
 - 3) osoby podejmujące lub wykonujące prace, przy wykonywaniu których istnieje możliwość przeniesienia zakażenia na inne osoby – badaniom w kierunku zakażenia prątkami gruźlicy, pałeczkami duru brzuszego, durów rzekomych A, B, C, innymi pałeczkami z rodzaju Salmonella i Shigella,
 - 4) uczniowie szkół oraz studenci szkół wyższych kształcących do wykonywania prac, o których mowa w pkt 3 - badaniom w kierunku zakażenia prątkami gruźlicy, pałeczkami duru brzuszego, durów rzekomych A, B, C, innymi pałeczkami z rodzaju Salmonella i Shigella, bezpośrednio przed rozpoczęciem praktycznej nauki zawodu.
2. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, rodzaje badań lekarskich i laboratoryjnych, którym podlegają osoby, o których mowa w ust. 1 pkt 1 i 2, oraz tryb ich przeprowadzania, uwzględniając w szczególności:
 - 1) terminy przeprowadzania badań lekarskich i laboratoryjnych, w celu wykrywania określonych zakażeń,
 - 2) sposób dokumentowania badań lekarskich i laboratoryjnych i ich wyników.
3. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, rodzaje badań lekarskich i laboratoryjnych, którym podlegają osoby, o których mowa w ust. 1 pkt 3 i 4, oraz tryb ich przeprowadzania, uwzględniając w szczególności:
 - 1) terminy przeprowadzania badań lekarskich i laboratoryjnych, w celu wykrywania określonych zakażeń,
 - 2) sposób dokumentowania badań lekarskich i laboratoryjnych i ich wyników, w tym wzór karty badań dla celów epidemiologicznych.

4. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, wykaz prac, przy wykonywaniu których istnieje możliwość przeniesienia zakażenia na inne osoby uwzględniając drogi szerzenia się zakażeń.
5. Osoby chore na gruźlicę płuc w okresie prątkowania oraz osoby zakażone pałeczkami duru brzuszego, durów rzekomych A, B, C, innymi pałeczkami z rodzaju Salmonella i Shigella nie mogą wykonywać prac, określonych w wykazie, o którym mowa w ust. 4.
6. Badania, o których mowa w ust. 1 pkt 1 i 2, przeprowadzają świadczeniodawcy, z którymi Kasy Chorych zawarły umowy o udzielanie tych świadczeń zdrowotnych.
7. Koszty badań, o których mowa w ust. 1 pkt 1 i 2, osób ubezpieczonych są finansowane na zasadach określonych w przepisach o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym.
8. Koszty badań, o których mowa w ust. 1 pkt 1 i 2, osób nieubezpieczonych są finansowane z budżetu państwa z części, której dysponentem jest minister właściwy do spraw zdrowia.
9. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, tryb finansowania kosztów, o których mowa w ust. 8, uwzględniając sposób dokumentowania wykonania badań oraz terminy rozliczeń.
10. Koszty badań, o których mowa w ust. 1 pkt 3, ponosi przedsiębiorca.
11. Koszty badań, o których mowa w ust. 1 pkt 4, są finansowane przez właściwe jednostki samorządu terytorialnego ze środków na zadania zlecone z zakresu administracji rządowej.
12. Badania w kierunku chorób zakaźnych i zakażeń kandydatów na dawców oraz dawców komórek, tkanek i narządów oraz krwi regulują odrębne przepisy.
13. Badania, o których mowa w ust. 1, przeprowadza się bez względu na badania wynikające z odrębnych przepisów.

Art. 7.

1. Orzeczenie o braku przeciwwskazań, bądź o czasowym lub trwałym przeciwwskazaniu do wykonywania prac, przy wykonywaniu których istnieje możliwość przeniesienia zakażenia na inne osoby, lekarz wpisuje do karty badań dla celów epidemiologicznych, o której mowa w art. 6 ust. 3 pkt 2.
2. W razie stwierdzenia, w wyniku badań, o których mowa w art. 6 ust. 1 pkt 3, przeciwwskazań do wykonywania prac określonych w wykazie, o którym mowa w art. 6 ust. 4:
 - 1) osoby z przeciwwskazaniami obowiązane są zawiadomić pracodawcę o zakażeniu,

- 2) pracodawca jest obowiązany, z zachowaniem poufności, niezwłocznie odsunąć pracownika od takich prac.

Art. 8.

1. W przypadku wystąpienia określonych chorób zakaźnych i zakażeń, minister właściwy do spraw zdrowia może wprowadzić jednolite procedury postępowania w celu ich zwalczania.
2. W sytuacji, o której mowa w ust. 1, minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, jednolite procedury postępowania wobec osób chorych, zakażonych lub osób narażonych na czynniki zakaźne wywołujące te choroby lub zakażenia, uwzględniając w szczególności sposób diagnozowania, leczenia i zapobiegania powstawaniu antybiotykooporności.

Art. 9.

1. Rada Ministrów może określić, w drodze rozporządzenia, programy zapobiegania, eliminacji i wykorzenia określonych zakażeń i chorób zakaźnych, wynikające z sytuacji epidemiologicznej kraju i dostosowane do programów międzynarodowych.
2. Koszty realizacji zadań objętych programami, o których mowa w ust. 1, są finansowane z budżetu państwa odpowiednio z części, których dysponentami są właściwi ministrowie realizujący programy.
3. Zadania objęte programami, o których mowa w ust. 1, realizowane są przez podmioty wskazane w tych programach, na podstawie umów zawieranych przez ministrów, o których mowa w ust. 2, z tymi podmiotami, chyba że obowiązek ich realizacji wynika z odrębnych przepisów.

Art. 10.

1. Kierownicy zakładów opieki zdrowotnej i osoby wykonujące zawody medyczne poza zakładami opieki zdrowotnej są obowiązani do zapewnienia przestrzegania wymagań higienicznych i zdrowotnych obejmujących w szczególności:
 - 1) zapewnienie warunków skutecznej sterylizacji materiałów medycznych, narzędzi i innego sprzętu medycznego oraz prowadzenia prawidłowych procesów dezynfekcji,
 - 2) stosowanie indywidualnych środków ochrony pracowników.
2. Kierownicy zakładów opieki zdrowotnej udzielających całodobowych lub całodziennych świadczeń zdrowotnych obowiązani są do postępowania przeciwdziałającego szerzeniu się zakażeń zakładowych przez opracowanie i wdrożenie procedur zapewniających ochronę przed zakażeniami zakładowymi zgodnie z obowiązującymi standardami, a w szczególności do:

- 1) bieżącego dozoru i przestrzegania standardów higieny wewnątrzzakładowej,
- 2) kontroli stosowanych metod leczenia, w tym antybiotykoterapii,
- 3) wprowadzenia zakładowego systemu badań, identyfikacji i rejestracji szczepów bakteryjnych w celu oceny stanu zakażenia hospitalizowanych pacjentów i skażenia środowiska zakładu wieloopornymi szczepami szpitalnymi,
- 4) zapewnienia, w razie potrzeby, warunków do izolacji pacjentów szczególnie podatnych na zakażenia zakładowe,

oraz zapewnienia środków na realizację zadań, o których mowa w pkt 1 – 4.

Art. 11.

1. Kierownicy zakładów opieki zdrowotnej udzielających całodobowych lub całodziennych świadczeń zdrowotnych obowiązani są do bieżącej oceny sytuacji epidemiologicznej w zakładzie, do prowadzenia rejestrów zakażeń zakładowych oraz sporządzania i przekazywania powiatowemu inspektorowi sanitarnemu raportów o występowaniu tych zakażeń. Do rejestrów stosuje się przepisy o dokumentacji medycznej.
2. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, sposób prowadzenia rejestrów zakażeń zakładowych oraz sposób sporządzania raportów o występowaniu zakażeń zakładowych i tryb ich przekazywania oraz wzory tych dokumentów, uwzględniając w szczególności rodzaje informacji o występowaniu zakażeń zakładowych oraz drobnoustrojów chorobotwórczych o szczególnej oporności i oporności wielolekowej.

Art. 12.

1. Kierownicy zakładów opieki zdrowotnej udzielających całodobowych lub całodziennych świadczeń zdrowotnych obowiązani są do powołania zespołu oraz komitetu kontroli zakażeń zakładowych.
2. W skład zespołu kontroli zakażeń zakładowych wchodzi lekarz jako przewodniczący zespołu oraz pielęgniarki w liczbie jedna na 250 łóżek.
3. Do zadań zespołu kontroli zakażeń zakładowych, należy nadzór nad przestrzeganiem procedur zapewniających ochronę przed zakażeniami zakładowymi, analiza występujących zakażeń zakładowych, opracowywanie raportów o występowaniu zakażeń zakładowych oraz szkolenie personelu w zakresie zasad, praktyki i metod kontroli zakażeń zakładowych.
4. W skład komitetu kontroli zakażeń zakładowych wchodzi przewodniczący zespołu, o którym mowa w ust. 2, kierownik zakładu lub jego przedstawiciel, kierownicy właściwych komórek organizacyjnych, naczelną pielęgniarką oraz lekarz sprawujący opiekę profilaktyczną nad pracownikami zakładu.

5. Do zadań komitetu, o którym mowa w ust. 4, należy planowanie, ocena i wdrażanie metod kontroli zakażeń zakładowych oraz podejmowanie decyzji o rozdziale środków, o których mowa w art. 10 ust. 2.
6. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, wymagane kwalifikacje członków zespołu kontroli zakażeń zakładowych, o których mowa w ust. 2, uwzględniając w szczególności wymagane specjalizacje i kursy specjalistyczne.

Art. 13.

1. Użytkownicy nieruchomości obowiązani są do utrzymywania ich w stanie sanitarnym nienaruszającym wymagań higienicznych i zdrowotnych, w tym w szczególności niestwarzającym zagrożenia przeniesienia chorób zakaźnych i zakażeń.
2. Minister właściwy do spraw zdrowia może określić, w drodze rozporządzeń, szczegółowe wymagania sanitarne, jakim powinny odpowiadać niektóre obiekty produkcyjne, usługowe, handlowe, a także sposoby postępowania, mające na celu zapobieganie zakażeniom i chorobom zakaźnym, uwzględniając w szczególności rodzaje prowadzonej działalności oraz procedury postępowania przeciwepidemicznego.

Art. 14.

1. Osoby przebywające na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej są obowiązane do poddawania się szczepieniom ochronnym przeciw chorobom zakaźnym zgodnie z programem szczepień ochronnych oraz w przypadku, o którym mowa w art. 15.
2. Przeprowadzenie szczepienia ochronnego obejmuje: kwalifikacyjne badanie lekarskie i wykonanie szczepienia.
3. Kwalifikacyjne badanie lekarskie, o którym mowa w ust. 2, powinno być przeprowadzone bezpośrednio przed szczepieniem w celu wykluczenia przeciwwskazań do szczepienia.
4. Wykaz obowiązkowych szczepień ochronnych określa załącznik nr 3 do ustawy.
5. Szczepienia ochronne wykonują lekarze, felczerzy, pielęgniarki i położne, którzy posiadają kwalifikacje, o których mowa w ust. 8.
6. Osoby przeprowadzające szczepienia ochronne prowadzą dodatkową dokumentację medyczną dotyczącą szczepień ochronnych oraz sporządzają sprawozdania z przeprowadzonych szczepień na podstawie odrębnych przepisów.
7. Do szczepień mogą być stosowane wyłącznie preparaty dopuszczone do obrotu na podstawie odrębnych przepisów.
8. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, kwalifikacje osób przeprowadzających szczepienia ochronne, sposób i tryb przeprowadzania

szczepeń ochronnych oraz prowadzenia dokumentacji tych szczepeń, uwzględniając w szczególności formy prowadzenia dokumentacji, rodzaje, wzory i sposób obiegu dokumentów, w których odnotowuje się szczepeń.

9. Program szczepeń ochronnych, o których mowa w ust. 4, wynikający z aktualnej sytuacji epidemiologicznej oraz programów, o których mowa w art. 9 ust. 1, określi, w drodze rozporządzenia, minister właściwy do spraw zdrowia, biorąc pod uwagę w szczególności: wiek osób, terminy szczepeń i rodzaje szczepeń.
10. Obowiązkiem lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, wybranego przez osobę ubezpieczoną, jest powiadomienie osoby ubezpieczonej o obowiązku poddania się szczepeń ochronnym.

Art. 15.

Minister właściwy do spraw zdrowia może określić, w drodze rozporządzeń, wykazy szczepeń ochronnych przeciwko chorobom zakaźnym innym niż wymienione w załączniku nr 3 do ustawy oraz osoby objęte tymi szczepeńiami na określonym obszarze w przypadku stanu epidemii lub zagrożenia epidemicznego.

Art. 16.

1. Obowiązkowe szczepeńia ochronne osób ubezpieczonych przeprowadzają świadczeniodawcy, z którymi Kasy Chorych zawarły umowy na te świadczenia.
2. Koszty przeprowadzenia obowiązkowych szczepeń ochronnych, o których mowa w ust. 1, są finansowane na zasadach określonych w przepisach o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym, z zastrzeżeniem ust. 3 i 6.
3. Jeżeli osoba ubezpieczona dokona obowiązkowego szczepeńia ochronnego u innego świadczeniodawcy niż określonego w ust. 1, koszty preparatu oraz koszty przeprowadzenia szczepeńia ponosi ta osoba.
4. Koszty przeprowadzenia obowiązkowych szczepeń ochronnych osób nieubezpieczonych finansowane są z budżetu państwa z części, której dysponentem jest minister właściwy do spraw zdrowia.
5. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, tryb finansowania kosztów, o których mowa w ust. 4, uwzględniając w szczególności sposób dokumentowania przeprowadzenia szczepeń oraz terminy rozliczeń.
6. Koszty preparatów, służących przeprowadzaniu obowiązkowych szczepeń ochronnych finansowane są z budżetu państwa z części, której dysponentem jest minister właściwy do spraw zdrowia.
7. Preparaty do szczepeń, o których mowa w ust. 6, zakupuje minister właściwy do spraw zdrowia zgodnie z przepisami o zamówieniach publicznych.

8. Preparaty zakupione przez ministra właściwego do spraw zdrowia są transportowane i przechowywane na zasadach określonych w odrębnych przepisach.
9. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, tryb i sposób przekazywania preparatów, o których mowa w ust. 6, uwzględniając w szczególności:
 - 1) podmioty, którym przekazywane są preparaty i ich obowiązki w zakresie ustalania rocznego zapotrzebowania na preparaty,
 - 2) sposób zapewnienia przechowywania i rotacji preparatów stanowiących rezerwę przeciwepidemiczną kraju z zachowaniem odrębnych przepisów,
 - 3) zaopatrywanie się świadczeniodawców prowadzących szczepienia w preparaty.

Art. 17.

1. W celu zapobiegania szerzeniu się chorób zakaźnych u osób pracujących w narażeniu na czynniki biologiczne przeprowadza się, po uzyskaniu ich zgody, szczepienia ochronne wskazane na danym stanowisku pracy.
2. Minister właściwy do spraw zdrowia w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw pracy określi, w drodze rozporządzenia, wykaz stanowisk pracy oraz szczepień ochronnych wskazanych do wykonania pracownikom podejmującym pracę lub zatrudnionym na tych stanowiskach, uwzględniając w szczególności standardy Unii Europejskiej.
3. O rodzaju wskazanego szczepienia ochronnego pracodawca informuje pracownika .
4. Koszty przeprowadzania szczepień ochronnych, o których mowa w ust. 1, oraz preparatów do tych szczepień ponosi pracodawca.
5. Przy przeprowadzaniu szczepień wskazanych na danym stanowisku pracy obowiązują zasady określone w art. 14 ust. 2 i 3 oraz 5 – 7.

Art. 18.

1. Minister właściwy do spraw zdrowia może ogłosić, w drodze obwieszczenia, wykaz zalecanych szczepień ochronnych dla określonych grup osób z uwagi na wiek, stan zdrowia, sytuację epidemiologiczną występującą na danym terenie oraz przemieszczanie się poza granice Rzeczypospolitej Polskiej z uwzględnieniem wymagań innych krajów oraz zaleceń Światowej Organizacji Zdrowia.
2. Przy przeprowadzaniu szczepień zalecanych obowiązują zasady określone w art. 14 ust. 2 i 3 oraz 5 - 7.
3. Koszty zakupu preparatów do szczepień określonych w ust. 1 ponosi osoba poddająca się szczepieniu.

4. Zalecane szczepienia ochronne osób ubezpieczonych przeprowadzają świadczeniodawcy, z którymi Kasy Chorych zawarły umowy na te świadczenia.
5. Koszty przeprowadzania zalecanych szczepień ochronnych, o których mowa w ust. 1, osób ubezpieczonych są finansowane na zasadach określonych w przepisach o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym, z wyjątkiem szczepień wykonywanych w związku z podróżą za granicę.
6. Jeżeli osoba ubezpieczona dokona zalecanego szczepienia ochronnego u innego świadczeniodawcy niż określonego w ust. 4, koszty przeprowadzenia szczepienia ponosi ta osoba.
7. Koszty przeprowadzania zalecanych szczepień ochronnych osób nieubezpieczonych ponoszą te osoby.

Art. 19.

1. Lekarz, który podejrzewa wystąpienie niepożądanego odczynu poszczepiennego, ma obowiązek niezwłocznego zgłoszenia takiego przypadku do powiatowego (portowego) inspektora sanitarnego, właściwego ze względu na miejsce udzielania świadczenia zdrowotnego przez tego lekarza.
2. Powiatowy (portowy), wojewódzki oraz Główny Inspektor Sanitarny prowadzą rejestry niepożądanych odczynów poszczepiennych.
3. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, kategorie i kryteria rozpoznawania niepożądanych odczynów poszczepiennych, sposób i tryb ich zgłaszania oraz wzory formularzy, uwzględniając w szczególności objawy ogólne i miejscowe.
4. Leczenie niepożądanych odczynów poszczepiennych u osób ubezpieczonych prowadzone jest na zasadach określonych w przepisach o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym.
5. Koszty leczenia niepożądanych odczynów poszczepiennych u osób nieubezpieczonych finansowane są z budżetu państwa z części, której dysponentem jest minister właściwy do spraw zdrowia.
6. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, tryb finansowania kosztów, o których mowa w ust. 5, uwzględniając w szczególności sposób dokumentowania przeprowadzonego leczenia oraz terminy rozliczeń.

Rozdział 3

Postępowanie w przypadku podejrzenia lub rozpoznania choroby zakaźnej lub zakażenia oraz w przypadku stwierdzenia zgonu z powodu choroby zakaźnej

Art. 20.

1. Lekarz lub felczer, który podejrzewa lub rozpoznaje chorobę zakaźną lub zakażenie jest obowiązany pouczyć pacjenta, jego ustawowego przedstawiciela lub osobę sprawującą nad pacjentem faktyczną opiekę o środkach ostrożności zapobiegających przeniesieniu zakażenia na inne osoby oraz o obowiązku wynikającym z art. 7 ust. 2.
2. W razie rozpoznania zakażenia, które może przenosić się drogą kontaktów płciowych, lekarz jest obowiązany poinformować pacjenta o konieczności zgłoszenia się do lekarza jego partnera lub partnerów seksualnych.
3. W razie podejrzenia zakażenia lub zachorowania na chorobę zakaźną, określoną w wykazie, o którym mowa w art. 3 ust. 1, lub rozpoznania takiej choroby, lekarz lub felczer ma obowiązek zgłoszenia tego faktu właściwemu ze względu na miejsce zachorowania powiatowemu (portowemu) inspektorowi sanitarnemu, z zastrzeżeniem ust. 4 – 6.
4. Podejrzenie lub rozpoznanie zachorowania na gruźlicę, lekarz lub felczer ma obowiązek zgłosić właściwemu ze względu na miejsce zachorowania wojewódzkiemu inspektorowi sanitarnemu lub wskazanej przez niego specjalistycznej jednostce właściwej w zakresie gruźlicy i chorób płuc.
5. Podejrzenie lub rozpoznanie zachorowania na AIDS, kiłę, rzeżączkę, nierzeżączkowe zakażenia dolnych odcinków narządów moczowo-płciowych i inne chlamydiozy oraz rzeżączkowicę lekarz lub felczer ma obowiązek zgłosić bezpośrednio właściwemu ze względu na miejsce zachorowania wojewódzkiemu inspektorowi sanitarnemu lub wskazanej przez niego specjalistycznej jednostce właściwej w zakresie chorób przenoszonych drogą płciową.
6. W razie stwierdzenia lub podejrzenia, że zgon nastąpił z powodu choroby zakaźnej określonej w wykazie, o którym mowa w art. 3 ust. 1, lekarz ma obowiązek powiadomić o tym fakcie wojewódzkiego inspektora sanitarnego.
7. W zgłoszeniu, o którym mowa w ust. 3 – 6, z zastrzeżeniem ust. 8, zamieszcza się następujące dane osoby, której dotyczy zgłoszenie:
 - 1) imię i nazwisko,
 - 2) datę urodzenia,
 - 3) nr PESEL,
 - 4) płeć,
 - 5) adres zamieszkania (lub zameldowania),
 - 6) rozpoznanie oraz kod jednostki chorobowej zgodnie z międzynarodową klasyfikacją chorób,
 - 7) inne niezbędne do przeciwdziałania chorobom zakaźnym i zakażeniom oraz rozpoznania i oceny sytuacji epidemiologicznej.
8. W zgłoszeniu zachorowań na AIDS lekarz zamieszcza dane określone w ust. 7, a jeżeli pacjent je zastrzeże, to następujące dane osoby, której dotyczy zgłoszenie:

- 1) inicjały,
 - 2) rok urodzenia lub wiek,
 - 3) płeć,
 - 4) obywatelstwo,
 - 5) województwo, na obszarze którego posiada stałe zameldowanie, a w przypadku niemożliwości ustalenia – województwo, na obszarze którego przebywa osoba, której dotyczy zgłoszenie,
 - 6) rozpoznanie.
9. W zgłoszeniu, o którym mowa w ust. 3 – 6, należy zamieścić imię, nazwisko, adres i numer telefonu lekarza dokonującego zgłoszenia.
10. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, wzory formularzy zgłoszeń, o których mowa w ust. 3 – 6, oraz sposób ich przekazywania, uwzględniając w szczególności wymogi zabezpieczenia ochrony danych osobowych.

Art. 21.

1. Kierownik laboratorium wykonującego badania mikrobiologiczne i serologiczne ma obowiązek zgłaszania dodatnich wyników badań w kierunku biologicznych czynników chorobotwórczych, określonych w wykazie, o którym mowa w art. 3 ust. 2, do powiatowego (portowego) inspektora sanitarnego, z zastrzeżeniem ust. 2 i 3.
2. Zgłoszenie zakażenia gruźlicą należy kierować bezpośrednio do wojewódzkiego inspektora sanitarnego lub wskazanej przez niego specjalistycznej jednostki właściwej w zakresie gruźlicy i chorób płuc.
3. Zgłoszenie zakażenia HIV, kiłą, rzeżączką, nierzęączkowymi zakażeniami dolnych odcinków narządów moczowo-płciowych i innymi chlamydiozami oraz rzeżączką należy kierować bezpośrednio do wojewódzkiego inspektora sanitarnego lub wskazanej przez niego specjalistycznej jednostki właściwej w zakresie chorób przenoszonych drogą płciową.
4. W zgłoszeniu, o którym mowa w ust. 1 – 3, z zastrzeżeniem ust. 5, kierownik laboratorium umieszcza następujące dane osoby, której dotyczy zgłoszenie:
 - 1) imię i nazwisko,
 - 2) datę urodzenia,
 - 3) nr PESEL,
 - 4) płeć,
 - 5) adres zamieszkania (lub zameldowania),
 - 6) wynik badania,
 - 7) inne niezbędne do rozpoznania i oceny sytuacji epidemiologicznej oraz przeciwdziałania zakażeniom.
5. W zgłoszeniu zakażenia HIV kierownik laboratorium zamieszcza dane określone w ust. 4, a jeżeli pacjent je zastrzeże (badanie anonimowe), to następujące dane:
 - 1) inicjały lub hasło,

- 2) wiek,
 - 3) płeć,
 - 4) obywatelstwo,
 - 5) miejsce stałego pobytu,
 - 6) wynik badania.
6. W zgłoszeniu, o którym mowa w ust. 1 – 3, należy zamieścić imię, nazwisko, adres i numer telefonu kierownika laboratorium dokonującego zgłoszenia.
 7. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, wzory formularzy zgłoszeń, o których mowa w ust. 1 – 3, oraz sposób ich przekazywania, uwzględniając w szczególności wymogi zabezpieczenia ochrony danych osobowych.

Art. 22.

1. Weryfikację poprawności rozpoznań zakażeń oraz wykonywania wysokospecjalistycznych badań diagnostycznych, przeprowadzają krajowe ośrodki referencyjne do spraw diagnostyki mikrobiologicznej i serologicznej.
2. Krajowymi ośrodkami referencyjnymi do spraw diagnostyki mikrobiologicznej i serologicznej są podmioty, które uzyskały akredytację na podstawie przepisów ustawy z dnia 28 kwietnia 2000 r. o systemie zgodności, akredytacji oraz zmiany niektórych ustaw (Dz.U. Nr 43, poz. 489), z którymi minister właściwy do spraw zdrowia zawarł umowę w zakresie zadań, o których mowa w ust. 1.
3. W umowie, o której mowa w ust. 2, określa się w szczególności zakres badań, sposób dokumentacji badań, rodzaje analiz dla celów epidemiologicznych, sposób udostępniania wzorców niezbędnych do kontroli jakości diagnostycznych badań mikrobiologicznych i serologicznych, tryb uczestniczenia w zewnętrznych sprawdzianach jakości badań.
4. Koszty szczegółowej identyfikacji zakaźnych czynników chorobotwórczych dla celów epidemiologicznych, finansowane są z budżetu państwa z części, której dysponentem jest minister właściwy do spraw zdrowia.
5. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, tryb finansowania kosztów, o których mowa w ust. 4, uwzględniając w szczególności sposób dokumentowania przeprowadzonych badań oraz terminy rozliczeń.

Art. 23.

1. Powiatowy (portowy) inspektor sanitarny prowadzi rejestr zachorowań na choroby zakaźne podlegające zgłoszeniu oraz dodatnich wyników badań laboratoryjnych, z zastrzeżeniem ust. 3. W rejestrze mogą być przetwarzane dane osobowe pacjenta, określone w art. 20 ust 7 i 8 oraz w art. 21 ust. 4 i 5.
2. Powiatowy (portowy) inspektor sanitarny sporządza zbiorcze raporty zawierające dane liczbowe o wystąpieniu zachorowań na choroby zakaźne podlegające zgłoszeniu oraz o

dotatnich wynikach badań laboratoryjnych i przekazuje właciwemu wojewódzkiemu inspektorowi sanitarnemu.

3. Wojewódzki inspektor sanitarny lub wskazana przez niego specjalistyczna jednostka prowadzi rejestr zachorowań na choroby określone w art. 20 ust. 4 i 5, dodatnich wyników badań laboratoryjnych określonych w art. 21 ust. 2 i 3 oraz zgonów, o których mowa w art. 20 ust. 6. W rejestrze mogą być przetwarzane dane osobowe pacjenta określone w art. 20 ust. 7 i 8 oraz w art. 21 ust. 4 i 5.
4. Wojewódzki inspektor sanitarny lub wskazana przez niego specjalistyczna jednostka sporządza zbiorcze raporty zawierające dane liczbowe o występowaniu zachorowań na choroby określone w art. 20 ust. 4 i 5, dodatnich wyników badań laboratoryjnych określonych w art. 21 ust. 2 i 3 oraz zgonów, o których mowa w art. 20 ust. 6.
5. Wojewódzki inspektor sanitarny sporządza na podstawie raportów przekazanych przez powiatowych (portowych) inspektorów sanitarnych oraz raportów określonych w ust. 4 – raporty wojewódzkie i przekazuje je Głównemu Inspektorowi Sanitarnemu.
6. Główny Inspektor Sanitarny sporządza i publikuje raporty krajowe o zachorowaniach i zgonach na choroby zakaźne podlegające zgłoszeniu oraz o dodatnich wynikach badań laboratoryjnych.
7. Minister właciwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, sposób prowadzenia rejestrów, o których mowa w ust. 1 i 3, oraz wzory raportów, o których mowa w ust. 2, 4 – 6, i terminy ich przekazywania, uwzględniając w szczególności zasady ochrony danych osobowych w rejestrach.

Art. 24.

1. Właciwy inspektor sanitarny lub wskazana przez niego jednostka, o której mowa w art. 20 ust. 4 i 5, po otrzymaniu zgłoszenia chorób i zakażeń podlegających rejestracji jest obowiązany niezwłocznie podjąć czynności mające na celu zapobieżenie szerzeniu się tych chorób i zakażeń, a w wypadku chorób odzwierzęcych powiadomić także właciwego lekarza weterynarii.
2. W przypadku powzięcia podejrzenia epidemicznego wzrostu zachorowań lub zaistnienia zagrożenia epidemii, bądź wystąpienia choroby o wysokiej zaraźliwości, powiatowy (portowy) inspektor sanitarny ma obowiązek bezzwłocznego zgłoszenia tego faktu wojewódzkiemu inspektorowi sanitarnemu.

Art. 25.

1. W razie stwierdzenia lub podejrzenia choroby zakaźnej lub zakażenia właciwy inspektor sanitarny, w przypadkach określonych w ustawie, w drodze decyzji administracyjnej może nakazać poddanie się chorego lub podejrzanego o zachorowanie lub zakażenie badaniom, o których mowa w art. 6 ust. 1 pkt 1 i 2, obowiązkowemu leczeniu, obowiązkowej hospitalizacji, izolacji, kwarantannie lub nadzorowi epidemiologicznemu.

2. W celu zapobieżenia szerzeniu się choroby zakaźnej powiatowy (portowy) inspektor sanitarny, w drodze decyzji administracyjnej, może:
 - 1) nakazać podejrzanemu o chorobę zakaźną lub podejrzanemu o zakażenie wstrzymanie się od wykonywania pracy lub uczęszczania do przedszkoli, szkół i placówek działających w systemie oświaty oraz szkół wyższych,
 - 2) zakazać korzystania z wody do picia i na potrzeby gospodarcze, pochodzącej z ujęć, co do których istnieje podejrzenie skażenia,
 - 3) nakazać przeprowadzenie niezbędnych zabiegów z zakresu dezynfekcji, dezynsekcji, deratyzacji,
 - 4) wprowadzić czasowy zakaz wstępu do pomieszczeń skażonych,
 - 5) wprowadzić zakaz spożycia żywności podejrzanej o skażenie, a w razie potrzeby zarządzić jej odkażenie, zniszczenie lub przeznaczenie do innych celów niż spożywcze, z wyjątkiem przeznaczenia do żywienia zwierząt,
 - 6) nakazać sekcję zwłok osoby zmarłej na chorobę zakaźną lub podejrzanej o taką chorobę,
 - 7) zakazać wykonywania sekcji zwłok, gdy sekcja zwłok mogłaby prowadzić do zakażenia osób lub skażenia środowiska, chyba że zachodzi podejrzenie, że zgon nastąpił w wyniku popełnienia przestępstwa.

Art. 26.

1. W celu monitorowania sytuacji epidemiologicznej chorób zakaźnych oraz zapewnienia systemu wczesnego powiadamiania o zagrożeniu epidemicznym tworzy się sieć nadzoru epidemiologicznego i kontroli chorób zakaźnych w kraju.
2. Sieć określoną w ust. 1 stanowią organy i jednostki realizujące zadania określone w art. 20 – 24.

Art. 27.

1. Osoby przybywające z zagranicy chore lub co do których istnieje uzasadnione podejrzenie choroby zakaźnej, mogą być poddane badaniom, o których mowa w art. 5 ust. 1 pkt 1 i obowiązkowemu leczeniu lub obowiązkowej hospitalizacji, izolacji, kwarantannie lub nadzorowi epidemicznemu, na zasadach określonych w art. 25 ust. 1.
2. Obowiązkowej kwarantannie lub nadzorowi epidemiologicznemu podlegają osoby zdrowe, które pozostawały w styczności z chorymi na cholere, dżumę płucną i wirusowe gorączki krwotoczne, przez okres nie dłuższy niż w przypadku cholery – 5 dni, w przypadku dżumy płucnej – 6 dni, a w przypadku wirusowych gorączek krwotocznych – 21 dni, od ostatniego dnia styczności.

3. W przypadku uzasadnionego podejrzenia wystąpienia skażenia bagaży, przedmiotów, materiałów i środków transportu, mogą być one poddane dezynfekcji i dezynsekcji, a środki transportu ponadto deratyzacji. Postępowanie ze zwierzętami określają odrębne przepisy.
4. W razie konieczności izolowania lub poddania kwarantannie osób, wojewoda obowiązany jest zorganizować warunki izolacji lub kwarantanny przez zapewnienie odpowiednich pomieszczeń, wyposażenia oraz osób posiadających odpowiednie kwalifikacje.

Art. 28.

Obowiązkowej hospitalizacji podlegają:

- 1) osoby chore na gruźlicę płuc w okresie prątkowania oraz osoby z uzasadnionym podejrzeniem o prątkowanie,
- 2) osoby chore i podejrzane o zachorowanie na:
 - a) błonicę,
 - b) cholere,
 - c) dur brzuszny,
 - d) dury rzekome A, B, C,
 - e) dżumę,
 - f) nagminne porażenie dziecięce oraz inne ostre porażenia wiotkie w tym zespół Guillaina-Barrego.
 - g) tularemię,
 - h) zapalenie mózgu,
 - i) zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych,
 - j) żółtą gorączkę i wirusowe gorączki krwotoczne.

Art. 29.

1. Koszty świadczeń zdrowotnych, o których mowa w art. 27 i 28, udzielane osobom ubezpieczonym, są finansowane na zasadach określonych w przepisach o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym.
2. Koszty świadczeń zdrowotnych, o których mowa w art. 27 i 28, udzielane osobom nieubezpieczonym, są finansowane z budżetu państwa z części, której dysponentem jest minister właściwy do spraw zdrowia.
3. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, tryb finansowania kosztów świadczeń, o których mowa w ust. 2, uwzględniając w szczególności sposób dokumentowania udzielonych świadczeń oraz terminy rozliczeń.

Art. 30.

1. Lekarz sprawujący opiekę nad osobą poddaną obowiązkowej hospitalizacji, izolacji lub kwarantannie, na podstawie decyzji, o której mowa w art. 25 ust. 1, ma obowiązek poinformowania tej osoby o przyczynach zastosowania tego środka.
2. Wyrażenie zgody na obowiązkową hospitalizację, izolację lub kwarantannę następuje w formie złożenia podpisu w dokumentacji medycznej przez osobę, wobec której zastosowano ten środek lub w odniesieniu do osób, o których mowa w art. 5 ust. 2, przez osobę sprawującą nad nimi prawną lub faktyczną opiekę.
3. W przypadku braku zgody na obowiązkową hospitalizację, izolację lub kwarantannę, kierownik jednostki, w której umieszczona jest osoba poddana obowiązkowi, o którym mowa w ust. 1, jest obowiązany powiadomić tę osobę o przysługującym jej prawie odwołania się do sądu w celu niezwłocznego ustalenia legalności pozbawienia wolności oraz umożliwić tej osobie odwołanie się do sądu.
4. Kierownik jednostki, w której wykonywana jest obowiązkowa hospitalizacja, izolacja lub kwarantanna jest obowiązany do powiadomienia rodziny lub osoby wskazanej przez osobę poddaną obowiązkowej hospitalizacji, izolacji lub kwarantannie o zastosowaniu tego środka.
5. Czynności, o których mowa w ust. 1, 3 i 4, odnotowuje się w dokumentacji medycznej.

Art. 31.

1. Obowiązkowemu leczeniu ambulatoryjnemu podlegają osoby chore na gruźlicę płuc. Wypełnienie obowiązku polega na poddawaniu się badaniom lekarskim oraz innym badaniom diagnostycznym i stosowaniu zaleconego leczenia.
2. Świadczenie zdrowotne polegające na leczeniu, o którym mowa w ust. 1, obejmuje również podawanie leków.
3. Koszty świadczeń zdrowotnych, o których mowa w ust. 2, osób ubezpieczonych finansowane są na zasadach określonych w przepisach o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym.
4. Koszty świadczeń zdrowotnych, o których mowa w ust. 2, osób nieubezpieczonych finansowane są z budżetu państwa z części, której dysponentem jest minister właściwy do spraw zdrowia.
5. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, tryb finansowania kosztów, o których mowa w ust. 4, uwzględniając w szczególności sposób dokumentowania udzielania świadczeń oraz terminy rozliczeń.

Art. 32.

1. Środki transportu, którymi przewożone były osoby chore lub podejrzane o zakażenie podlegają zabiegom dezynfekcyjnym, po każdym przewozie takiej osoby.

2. Chorzy na choroby zakaźne są hospitalizowani w specjalistycznych jednostkach, zapewniających warunki ograniczenia przenoszenia zakażenia.

Rozdział 4

Zasady postępowania w razie stanu zagrożenia epidemicznego i epidemii

Art. 33.

1. Stan zagrożenia epidemicznego lub stan epidemii na obszarze województwa lub jego części ogłasza i odwołuje wojewoda, w drodze rozporządzenia, po zasięgnięciu opinii Głównego Inspektora Sanitarnego.
2. Jeżeli stan zagrożenia epidemicznego lub stan epidemii występuje na obszarze więcej niż jednego województwa, stan zagrożenia epidemicznego lub stan epidemii ogłasza i odwołuje, w drodze rozporządzenia, minister właściwy do spraw zdrowia w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw administracji.
3. W rozporządzeniach, o których mowa w ust. 1 i 2, organ je wydający może wprowadzić:
 - 1) czasowe ograniczenie w ruchu osobowym,
 - 2) czasowe ograniczenie lub zakaz obrotu i używania przedmiotów lub artykułów spożywczych,
 - 3) czasowe ograniczenie funkcjonowania określonych instytucji lub zakładów pracy,
 - 4) zakaz organizowania widowisk, zgromadzeń i innych skupisk ludności,
 - 5) nałożenie obowiązku wykonania określonych zabiegów sanitarnych, jeżeli wykonanie ich wiąże się z funkcjonowaniem określonych obiektów produkcyjnych, usługowych, handlowych i innych,
 - 6) poddanie się określonym szczepieniom ochronnym,
 - 7) nakaz udostępnienia nieruchomości, lokali, terenów i dostarczenia środków transportu do działań przeciwepidemicznych.
4. Rozporządzenia, o których mowa w ust. 1 i 2, są niezwłocznie ogłaszane w odpowiednim dzienniku urzędowym w rozumieniu ustawy o ogłaszaniu aktów normatywnych i niektórych innych aktów prawnych i wchodzi w życie z dniem ogłoszenia. Wojewoda ma obowiązek poinformowania obywateli o obowiązkach wynikających z przepisów, o których mowa w ust. 1-3, w sposób zwyczajowo przyjęty na danym terenie.

Art. 34.

1. Pracownicy zakładów opieki zdrowotnej i inne osoby, z zastrzeżeniem ust. 2, mogą być skierowani do pracy przy zwalczaniu epidemii w drodze decyzji administracyjnej.
2. Skierowaniu do pracy niosącej ryzyko zakażenia przy zwalczaniu epidemii nie podlegają:
 - 1) osoby, które nie ukończyły 18 lat bądź ukończyły 60 lat,
 - 2) kobiety w ciąży lub wychowujące dzieci w wieku do 14 lat,
 - 3) osoby niepełnosprawne.
3. Decyzję o skierowaniu do pracy przy zwalczaniu epidemii na terenie województwa, w którym osoba skierowana mieszka lub jest zatrudniona, wydaje wojewoda, a w razie skierowania do pracy na obszarze innego województwa, minister właściwy do spraw zdrowia.
4. Od decyzji wojewody przysługuje odwołanie do ministra właściwego do spraw zdrowia. Wniesienie odwołania nie wstrzymuje wykonania decyzji wojewody.
5. Decyzja o skierowaniu do pracy przy zwalczaniu epidemii stwarza obowiązek pracy przez okres do 3 miesięcy w zakładzie opieki zdrowotnej, wskazanym w decyzji.
6. Osobie skierowanej do pracy przy zwalczaniu epidemii dotychczasowy pracodawca jest obowiązany do udzielenia urlopu bezpłatnego na czas określony w decyzji, o której mowa w ust. 3. Okres urlopu bezpłatnego zalicza się do okresu pracy, od którego zależą uprawnienia pracownicze u tego pracodawcy.
7. Zakład opieki zdrowotnej, o którym mowa w ust. 5, nawiązuje z osobą skierowaną do pracy, stosunek pracy na czas wykonywania określonej pracy, na okres nie dłuższy niż wskazany w decyzji.
8. Osobie skierowanej do pracy na podstawie decyzji, o której mowa w ust. 3, przysługuje wyłącznie wynagrodzenie zasadnicze w wysokości nie niższej niż 150% przeciętnego wynagrodzenia zasadniczego, przewidzianego na danym stanowisku pracy, w zakładzie wskazanym w tej decyzji, lub w innym podobnym zakładzie, jeżeli w zakładzie wskazanym nie ma takiego stanowiska.
9. Osobie, o której mowa w ust. 7, przysługuje zwrot kosztów przejazdu, zakwaterowania i wyżywienia na zasadach określonych w przepisach o ustalaniu oraz wysokości należności przysługującej pracownikom z tytułu podróży służbowych na obszarze kraju. Zwrot kosztów z tytułu zakwaterowania lub wyżywienia nie przysługuje w przypadku zapewnienia w miejscu wykonywania pracy bezpłatnego zakwaterowania lub wyżywienia.
10. Koszty świadczeń zdrowotnych udzielanych w związku ze zwalczaniem epidemii oraz koszty, o których mowa w ust. 8 i 9, finansowane są z budżetu państwa z części, której dysponentem jest wojewoda właściwy ze względu na miejsce udzielania świadczeń.

11. Przez czas trwania obowiązku, o którym mowa w ust. 6, z osobą skierowaną do pracy przy zwalczaniu epidemii nie może być rozwiązany dotychczasowy stosunek pracy ani nie może być dokonane wypowiedzenie umowy o pracę, chyba, że istnieje podstawa do rozwiązania umowy o pracę bez wypowiedzenia z winy pracownika.
12. Minister właściwy do spraw zdrowia w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw pracy, ministrem właściwym do spraw wewnętrznych oraz Ministrem Obrony Narodowej określi, w drodze rozporządzenia:
 - 1) tryb kierowania osób do pracy przy zwalczaniu epidemii, uwzględniając w szczególności sposoby powiadamiania osób skierowanych do zwalczania epidemii oraz ich pracodawców,
 - 2) tryb finansowania kosztów, o których mowa w ust. 10, uwzględniając w szczególności sposób dokumentowania poniesionych kosztów oraz terminy rozliczeń.

Rozdział 5 Przepisy karne

Art. 35.

1. Kto:

- 1) wbrew ciążącemu na nim obowiązkowi, o którym mowa w art. 20 ust. 3-6, oraz art. 21 ust. 1-3, nie zgłasza przypadków zakażenia, zachorowania, podejrzenia o zakażenie, zachorowanie lub zgonu na chorobę zakaźną,
- 2) nie stosuje się do obowiązków wynikających z art. 5 i 13, nakazów lub zakazów określonych w art. 25,

- podlega grzywnie.

2. Postępowanie w sprawach o czyny określone w ust. 1 jest prowadzone na podstawie przepisów Kodeksu postępowania w sprawach o wykroczenia.

Rozdział 6 Zmiany w przepisach obowiązujących, przepisy przejściowe i końcowe

Art. 36.

W ustawie 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. 115, z 1999 r. Nr 28, poz. 255 i

256 i Nr 84, poz. 935, z 2000 r. 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), w art. 24 w ust. 4 dodaje się pkt 4 w brzmieniu:

„4) określonych w przepisach o zwalczaniu chorób zakaźnych i zakażeń”.

Art. 37.

W ustawie z dnia 6 lutego 1997 r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym (Dz.U. Nr 28, poz. 153 i Nr 75, poz. 468, z 1998 Nr 117, poz. 756, Nr 137, poz. 887, Nr 144, poz. 929 i Nr 162, poz. 1116, z 1999 r. Nr 45, poz. 439, Nr 49, poz. 483, Nr 63, poz. 700, Nr 70, poz. 777, Nr 72, poz. 802, Nr 109, poz. 1236, i Nr 110, poz. 1255 i 1256, z 2000 r. Nr 12, poz. 136, Nr 18, poz. 230, Nr 95, poz. 1041, Nr 122, poz. 1311 i 1324 oraz z 2001 r. Nr 8, poz. 64) w art. 165:

- 1) w ust. 1 skreśla się pkt 2 i 3,
- 2) w ust. 2 skreśla się wyrazy „zapobieganiem i zwalczaniem chorób wenerycznych”,
- 3) dodaje się ust. 4 w brzmieniu:
„4. Zasady i tryb finansowania z budżetu państwa kosztów świadczeń zdrowotnych związanych ze zwalczaniem chorób zakaźnych i zakażeń udzielanych na rzecz osób nieposiadających uprawnień z tytułu ubezpieczenia zdrowotnego określają przepisy ustawy z dnia o zwalczaniu chorób zakaźnych i zakażeń (Dz.U. Nr, poz.)”.

Art. 38.

Do czasu wydania przepisów wykonawczych przewidzianych w ustawie zachowują moc dotychczasowe przepisy wykonawcze, o ile nie są z nią sprzeczne, nie dłużej jednak niż przez okres roku od dnia wejścia w życie ustawy.

Art. 39.

Tracą moc:

- 1) dekret z dnia 16 kwietnia 1946 r. o zwalczaniu chorób wenerycznych (Dz.U. z 1949 r. Nr 51, poz. 394, z 1975 r. Nr 17, poz. 94 oraz z 2000 r. Nr 120, poz. 1268),
- 2) ustawa z dnia 22 kwietnia 1959 r. o zwalczaniu gruźlicy (Dz.U. Nr 27, poz. 170, z 1974 r. Nr 47, poz. 280, z 1975 r. Nr 17, poz. 94, z 1989 r. Nr 35, poz. 192, 1990 r. Nr 34, poz. 198, z 1995 r. Nr 141, poz. 692, z 1998 r. Nr 106, poz. 668 oraz z 2000 r. Nr 120, poz. 1268),
- 3) ustawa z dnia 13 listopada 1963 r. o zwalczaniu chorób zakaźnych (Dz.U. Nr 50, poz. 279, z 1971 r. Nr 12, poz. 115, 1974 r. Nr 47, poz. 280, z 1989 r. Nr 35, poz. 192, 1990 r. Nr 34, poz. 198, z 1997 r. Nr 60, poz. 369, z 1998 r. Nr 106, poz. 668, z 2000 r. Nr 12, poz. 136 oraz z 2000 r. Nr 120, poz. 1268).

Art. 40.

Ustawa wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2002 r., z wyjątkiem art. 17 i 22, które wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2003 r. oraz art. 11 i 12, które wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2004 r.

Załączniki
do ustawy o zwalczaniu chorób
zakaźnych i zakażeń
(poz.)

Załącznik Nr 1

Wykaz
chorób zakaźnych i zakażeń

Wykaz chorób zakaźnych i zakażeń:

- 1) AIDS i zakażenie HIV,
- 2) biegunki dzieci do lat 2,
- 3) błonica,
- 4) borelioza,
- 5) bruceloza,
- 6) cholera,
- 7) choroba Creutzfeldta-Jakoba i inne encefalopatie gąbczaste,
- 8) choroba kociego pazura,
- 9) cytomegalia,
- 10) czerwonka bakteryjna,
- 11) dur brzuszny i zakażenia pałeczkami durowymi,
- 12) dur wysypkowy i inne riketsjozy,
- 13) dury rzekome A, B, C i zakażenia pałeczkami rzekomodurowymi,
- 14) dżuma,
- 15) glistnica i inwazje innymi nicieniami przewodu pokarmowego,
- 16) gorączka powrotna,
- 17) gorączka Q,
- 18) gruźlica i inne mykobakteriozy,
- 19) grypa,
- 20) grzybice,
- 21) jaglica,
- 22) jersinioza,
- 23) kampylobakterioza,
- 24) kiła,
- 25) krwotoczne zapalenie jelit *E. coli*,
- 26) kryptosporydioza,
- 27) krztusiec,
- 28) lamblioza (giardioza),
- 29) legioneloza,
- 30) leptospirozy,
- 31) listerioza,
- 32) mononukleoza,
- 33) mykoplazmoza wywołana przez *Mycoplasma pneumoniae*,
- 34) nagminne porażenie dziecięce oraz inne ostre porażenie wiotkie (w tym zespół Guillaina- Barrégo),
- 35) nagminne zapalenie przyusznic (świnka),

- 36) nierzeżączkowe zakażenia dolnych odcinków narządów moczowo- płciowych i inne chlamydiozy,
- 37) nosacizna,
- 38) odra,
- 39) ornitozy,
- 40) ospa wietrzna,
- 41) owsica,
- 42) pastereloza,
- 43) pełzakowica,
- 44) płonica,
- 45) pneumocystodoza,
- 46) posocznica,
- 47) promienica,
- 48) pryszczycza,
- 49) róża,
- 50) różycza,
- 51) różyczka,
- 52) rzeżączka,
- 53) rzęsistkowica,
- 54) salmonelozы odzwierzęce,
- 55) świerzb,
- 56) tasiemczyce (w tym bąblowica),
- 57) tężec,
- 58) toksokaroza,
- 59) toksoplazmoza,
- 60) trąd,
- 61) tularemia,
- 62) twardziel,
- 63) wąglik,
- 64) włośnica,
- 65) wszawica,
- 66) wścieklizna i podejrzenie o zakażenie wirusem wścieklizny,
- 67) zakażenia *Haemophilus influenzae* typ b,
- 68) zakażenia meningokokowe,
- 69) zakażenia wirusami hepatotropowymi (HAV, HBV, HCV, HDV i HEV),
- 70) zapalenia mózgu,
- 71) zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych,
- 72) zapalenia płuc o etiologii zakaźnej,
- 73) zatrucie jadem kiełbasianym
- 74) zatrucia pokarmowe,
- 75) zespół hemolityczno-mocznicowy w przebiegu zakażenia enterokrwotocznymi i enterotoksycznymi pałeczkami *E.coli*,
- 76) zgorzel gazowa,
- 77) zimnica,
- 78) żółta gorączka i inne wirusowe gorączki krwotoczne.

**Wykaz
biologicznych czynników chorobotwórczych**

- 1) *Bacillus anthracis*,
- 2) *Bordetella pertussis*,
- 3) *Borrelia species*,
- 4) *Campylobacter jejuni*,
- 5) *Chlamydia trachomatis* i *pneumoniae*,
- 6) *Clostridium botulinum*, *difficile* i *perfringens*,
- 7) *Corynebacterium diphtheriae*,
- 8) *Coxiella burneti*,
- 9) *Enterococcus faecalis* lub *faecium* (VRE),
- 10) enterowirusy,
- 11) *Escherichia coli* (EHEC, ETEC, EPEC, EIEC),
- 12) *Francisella tularensis*,
- 13) *Haemophilus influenzae* typ b,
- 14) *Helicobacter pylori*,
- 15) *Legionella pneumophila*,
- 16) *Leptospira species*,
- 17) *Listeria monocytogenes*,
- 18) *Mycobacterium tuberculosis* i inne prątki chorobotwórcze,
- 19) *Mycoplasma pneumoniae*,
- 20) *Neisseria meningitidis* i *gonorrhoeae*,
- 21) *Plasmodium species*,
- 22) pneumokoki,
- 23) riketsje,
- 24) rotawirusy,
- 25) *Salmonella* – odzwierzęce typy serologiczne,
- 26) *Salmonella paratyphi* A, B i C,
- 27) *Salmonella typhi*,
- 28) *Shigella sonnei* i pozostałe gatunki,
- 29) *Staphylococcus aureus* wankomycynooporne,
- 30) *Streptococcus pyogenes* – inwazyjne i penicylinooporne,
- 31) *Toxoplasma gondii*,
- 32) *Trichinella spiralis*,
- 33) *Vibrio cholerae*,
- 34) wirus grypy i paragrypy,
- 35) wirus kleszczowego zapalenia mózgu,
- 36) wirus ludzkiego upośledzenia odporności (HIV),
- 37) wirus odry,
- 38) wirus różyczki,
- 39) wirus wścieklizny,
- 40) wirusy zapalenia wątroby przenoszone drogą krwi,
- 41) *Yersinia enterocolitica* i *pseudotuberculosis*,
- 42) *Yersinia pestis*.

**Wykaz
obowiązkowych szczepień ochronnych**

Obowiązkowe szczepienia ochronne przeprowadza się:

- 1) przeciw błonicy – u dzieci i młodzieży od 7 tygodnia życia do ukończenia 19 lat oraz osób w wieku powyżej 19 lat narażonych w sposób szczególny na zakażenie,
- 2) przeciw krztuścowi – u dzieci od 7 tygodnia życia do ukończenia 7 lat,
- 3) przeciw tężcowi – u dzieci i młodzieży od 7 tygodnia życia do ukończenia 19 lat oraz osób w wieku powyżej 19 lat narażonych w sposób szczególny na zakażenie,
- 4) przeciw nagminnemu porażeniu dziecięcemu – u dzieci i młodzieży od tygodnia życia do ukończenia 19 lat,
- 5) przeciw odrze – u dzieci i młodzieży od 13 miesiąca życia do ukończenia 19 lat,
- 6) przeciw różyczce – u dziewcząt od 13 roku życia do ukończenia 19 lat,
- 7) przeciw śwince – u dzieci i młodzieży od 13 miesiąca życia do ukończenia 19 lat,
- 8) przeciw wirusowemu zapaleniu wątroby typu B u:
 - a) dzieci i młodzieży od dnia urodzenia do ukończenia 15 lat,
 - b) uczniów szkół medycznych,
 - c) studentów wyższych szkół medycznych,
 - d) osób wykonujących zawód medyczny narażonych na zakażenie HBV,
 - e) osób z otoczenia chorych na wirusowe zapalenie wątroby typu B i nosicieli HBV,
 - f) innych osób narażonych w sposób szczególny na zakażenie,
- 9) przeciw gruźlicy – dla dzieci i młodzieży od dnia urodzenia do ukończenia 19 lat,
- 10) przeciw wścieklicznie – dla osób podejrzanych o zakażenie wirusem wściekliczny.

UZASADNIENIE

Mimo spektakularnych osiągnięć medycyny ostatniego wieku, nie minęło zagrożenie populacji chorobami zakaźnymi. Sytuacja epidemiologiczna w ciągu ostatnich kilkudziesięciu lat znacznie zmieniła się. Niektóre choroby zniknęły lub przestały być groźne. Spektakularnym osiągnięciem medycyny jest wykorzenienie ospy prawdziwej. Pojawiły się natomiast nowe zagrożenia (np. HIV, choroby prionowe). Szczególne zagrożenie stanowią choroby, które po okresie ustąpienia zaczynają ponownie zagrażać człowiekowi. Z całą pewnością do modyfikacji występujących chorób i zakażeń przyczyniły się prowadzone na szeroką skalę szczepienia ochronne, rozwój chemio - i antybiotykoterapii oraz podniesienie ogólnego poziomu higieny.

Dotychczas zagadnienia zwalczania chorób zakaźnych regulują akty: 3

- Dekret z dnia 16 kwietnia 1946 r. o zwalczaniu chorób wenerycznych (Dz. U. z 1949 r. Nr 51, poz. 394 z późn. zm.),
- Ustawa z dnia 22 kwietnia 1959 r. o zwalczaniu gruźlicy (Dz.U. Nr 27, poz. 170 z późn. zm.),
- Ustawa z dnia 13 listopada 1963 r. o zwalczaniu chorób zakaźnych (Dz.U. Nr 50, poz. 279 z późn. zm.).

Projekt ustawy reguluje zasady postępowania w przypadkach wszystkich jednostek chorobowych, które obejmowały powyższe 3 akty prawne oraz wielu nie uwzględnionych wcześniej chorób. Konieczność opracowania nowej ustawy wynikała zarówno ze zmian sytuacji epidemiologicznej, jak i potrzeby dostosowania polskiego ustawodawstwa do standardów krajów Unii Europejskiej.

Wiedza o wielu chorobach znacznie wzrosła przede wszystkim w konsekwencji rozwoju technik diagnostycznych oraz biologii molekularnej. Powiększyła się również znajomość historii naturalnej wielu chorób. Okazało się, że część z nich ujawnia się niekiedy po wielu latach bezobjawowego zakażenia. Ze społecznego punktu widzenia ranga zakażeń bezobjawowych jest tak samo ważna jak chorób. Dlatego nowe regulacje prawne kładą nacisk na diagnostykę i określają zasady zgłaszania wyników badań laboratoryjnych w kierunku patogenów zakaźnych.

Wydatnie zmieniła się sytuacja epidemiologiczna klasycznych chorób wenerycznych. Przesłanki, które determinowały potrzebę odrębnej regulacji w tym zakresie przestały istnieć. Podobna sytuacja ma miejsce również w stosunku do gruźlicy. Należy podkreślić, iż w ustawodawstwach innych krajów nie ma osobnych regulacji prawnych, jeśli chodzi o choroby weneryczne i gruźlicę.

Projekt ustawy określa zasady i tryb postępowania w zakresie zapobiegania, wykrywania, leczenia oraz zwalczania chorób zakaźnych i zakażeń. W projekcie

umieszczono objaśnienia i definicje pojęć z dziedziny epidemiologii chorób zakaźnych użytych w ustawie, co znacznie zwiększa precyzyjność i przejrzystość aktu prawnego.

Wykazy chorób zakaźnych i zakażeń oraz biologicznych czynników chorobotwórczych, do których stosuje się przepisy ustawy określono w załącznikach do ustawy.

W projekcie wymieniono te choroby, z których wystąpieniem wiąże się nakładanie szczególnych obowiązków lub ograniczeń, np. przymus hospitalizacji, izolacji czy kwarantanny, albo leczenia ambulatoryjnego. Wymienione zostały również obowiązki i ograniczenia, które mogą być nałożone w celu zapobieżenia szerzeniu się choroby zakaźnej. Wskazano organ uprawniony oraz tryb nakładania obowiązków.

Przewidziano wprawdzie wprowadzenie obowiązkowych badań w celu wykrycia chorób zakaźnych i zakażeń, ale ogranicza się je jedynie do osób szczególnie narażonych (dzieci matek zarażonych, osoby z najbliższego otoczenia zakażonego) lub mogących narazić na zakażenie inne osoby.

Obowiązek poddania się badaniom przez osoby wykonujące prace usługowe (np. przygotowywanie żywności) podyktowany jest interesem społecznym. Obowiązek badania dzieci urodzonych z matek zakażonych HIV i krętkiem białym daje możliwość jak najszybszego podjęcia określonych działań medycznych.

Obowiązek poddania się badaniom osób, które pozostawały w bezpośredniej styczności z osobą zakażoną, chorą lub materiałem zakaźnym dotyczy wybranych chorób. Należą do nich choroby o udowodnionej możliwości przenoszenia się na osoby z otoczenia, a także mogące przebiegać w postaci zakażeń utajonych (nosicielstwo). Obowiązek przeprowadzenia tych badań leży zarówno w interesie jednostki jak i całego społeczeństwa, gdyż mogą one stać się źródłem zakażenia osób wrażliwych. W projekcie ustawy znajduje się szczegółowo określony zakres badań obowiązkowych.

Projekt precyzuje obowiązki lekarza, który podejrzewa lub rozpoznaje chorobę zakaźną. Nakłada na niego obowiązek poinformowania pacjenta o metodach ochrony przed zakażeniem innych osób, a w przypadkach chorób przenoszonych drogą płciową poinformowania pacjenta o konieczności poddania się ich partnerów seksualnych niezbędnym badaniom diagnostycznym.

Projekt przewiduje nałożenie obowiązku zgłoszenia zachorowania na chorobę zakaźną, zakażenia lub podejrzenia na lekarza oraz na kierownika laboratorium mikrobiologicznego i serologicznego. Sprecyzowany został tryb i forma dokonywania tych zgłoszeń.

W projekcie określono zasady funkcjonowania sieci nadzoru epidemiologicznego i kontroli chorób zakaźnych oraz publikowania danych. Określa się szczegółowe zasady gromadzenia i wykorzystywania informacji dotyczących zachorowań na choroby zakaźne. W szczególności wskazuje się, jakie dane powinny być gromadzone przez organy Inspekcji Sanitarnej dla rozpoznania sytuacji epidemiologicznej.

Organy Inspekcji Sanitarnej zostały upoważnione do gromadzenia danych o osobach, u których rozpoznano lub podejrzewa choroby i zakażenia podlegające obowiązkowi zgłaszania.

Projekt precyzuje zasady działania organów Inspekcji Sanitarnej, w przypadku wystąpienia choroby zakaźnej, w celu ograniczenia wtórnych zachorowań i zapobiegania epidemii. Daje inspektorowi sanitarnemu upoważnienie do wydawania decyzji administracyjnej nakazującej określone działania lub zakazującej pewnych czynności.

W projekcie ustawy przewidziano zasady ogłaszania stanu zagrożenia epidemicznego lub epidemii oraz wskazano możliwe do wprowadzenia obowiązki. Projekt określa zasady powoływania do pracy przy zwalczaniu epidemii oraz obowiązki i prawa osób powołanych.

Utrzymuje się możliwość prowadzenia szczepień obowiązkowych oraz określa, jakie szczepienia będą prowadzone i kto im podlega (załącznik nr 3 do ustawy). Upoważnienia ustawowe umożliwiają uszczegółowienie zasad dotyczących dokumentacji ze szczepień, kwalifikacji osób szczepiących oraz trybu prowadzenia szczepień.

Ustalono zasady pokrywania kosztów szczepień. Utrzymano zasadę, iż koszty preparatów szczepionkowych finansowane są z budżetu państwa. Koszty wykonywania szczepień pokrywają Kasy Chorych. W przypadku osób nie ubezpieczonych obciążają one budżet państwa. Prowadzenie bezpłatnych szczepień pozwoli na utrzymanie w Polsce wysokiego odsetka osób uodpornionych, a tym samym znacznie zmniejszy prawdopodobieństwo epidemii chorób, przeciw którym prowadzone są szczepienia.

W projekcie wprowadzono obowiązek zgłaszania i rejestrowania niepożądanych odczynów poszczepiennych. Określono również zasady sporządzania i przekazywania raportów o wystąpieniu niepożądanych odczynów poszczepiennych.

Reasumując, rozwiązania wprowadzone w projekcie ustawy stanowią kompromis pomiędzy zapewnieniem efektywnej ochrony społeczeństwa przed niebezpieczeństwami i skutkami chorób zakaźnych i zakażeń, a maksymalnym poszanowaniem praw i wolności jednostki. Prawa i wolności jednostki zostały ograniczone jedynie ze względu na nadrzędne dobro, jakim jest ochrona zdrowia całego społeczeństwa. Podkreślić należy, iż podobne rozwiązania zawierają przepisy w innych krajach, zwłaszcza w krajach Unii Europejskiej.

Projekt ustawy był przedmiotem konsultacji z samorządami i związkami zawodowymi. W czasie prac Komisji Prawniczej omówiono zarówno uwagi przesłane w terminie przez Samorząd Pielęgniarek i Położnych, jak również Naczelnej Izby Lekarskiej zgłoszone w czasie posiedzenia.

Wejście w życie ustawy spowoduje dodatkowe skutki finansowe dla budżetu państwa w wysokości około 16 000 000 zł (szesnaście milionów złotych) rocznie. Wynikają one z:

- art. 6 ust. 8 – około 800 000 zł (osiemset tysięcy złotych) szacunkowe koszty badania nieubezpieczonych dzieci urodzonych przez matki zarażone HIV i krętkiem błędym oraz osób z otoczenia chorych na choroby zakaźne.
Kalkulacja: przyjęto, że rocznie badanych będzie około 2000 osób; średni koszt badania 1 osoby oszacowano na około 400 zł,
- art. 6 ust.11 – około 5 000 000 zł (pięć milionów złotych) przybliżone koszty badań uczniów i studentów przygotowujących się do niektórych zawodów.
Kalkulacja: przyjęto, że rocznie badanych będzie około 20.000 uczniów; średni koszt badania 1 ucznia oszacowano na około 250 zł,
- art. 16 ust. 4 – około 200 000 zł (dwieście tysięcy złotych) szacunkowe koszty wykonywania obowiązkowych szczepień ochronnych u osób nie-ubezpieczonych.
Kalkulacja: przyjęto, że nieubezpieczonych jest nie więcej niż 1% dzieci do lat 6 (dzieci objęte obowiązkiem szkolnym są ubezpieczone), tj. około 20.000; za średni koszt wykonania szczepień u jednego dziecka przyjęto 10 zł,
- art. 16 ust. 6 – około 10 000 000 zł (dziesięć milionów złotych) wzrost kosztów zakupu szczepionek w wyniku wprowadzenia nowego szczepienia przeciwko śwince (koszty zakupu pozostałych preparatów do szczepień są uwzględnione w budżecie Ministerstwa Zdrowia).
Kalkulacja: jako cenę jednej dawki szczepionki przyjęto około 25 zł (tj. 40% ceny detalicznej); populacja dzieci w 2 roku życia – około 400.000.

Pozostałe koszty wynikające z ustawy realizowane są w ramach budżetu Ministerstwa Zdrowia (*według ustawy budżetowej na rok 2000*):

- art. 9 ust. 2 – programy wykorzenia poliomielitis oraz eliminacji odry realizowane były w ramach programu szczepień ochronnych (programy polityki zdrowotnej – rozdział 8522 – *ogólna kwota 60.000.000 zł*).
- art. 22 ust. 4 – w ramach środków Głównego Inspektoratu Sanitarnego (rozdział 9195 - *ogólna kwota 3.150.000 zł*) oraz Inspekcji Sanitarnej (rozdział 8531 – *ogólna kwota 506.194.000 zł*).
- art. 29 ust. 2 i art. 31 ust. 4 – w ramach środków na leczenie osób nieubezpieczonych (rozdział 8524 – *ogólna kwota 35.000.000 zł*).
- Koszty prowadzenia rejestrów zachorowań na choroby zakaźne (art. 23) oraz niepożądanych odczynów poszczepiennych (art. 19) ponoszone są przez Inspekcję Sanitarną ze środków na działalność (rozdział 8531 – *ogólna kwota 506.194.000 zł*).

Ocena zgodności projektu ustawy z prawem Unii Europejskiej

Projekt ustawy o zwalczaniu chorób zakaźnych i zakażeń nie implementuje bezpośrednio dyrektyw Unii Europejskiej, ponieważ takich aktów nie wydano.

Stwarza natomiast podstawy prawne do zmodyfikowania funkcjonującej w Polsce sieci nadzoru epidemiologicznego oraz kontroli chorób zakaźnych.

Działania takie są niezbędne w związku z Decyzją nr 2119/98/EC Parlamentu Europejskiego oraz Rady z dnia 24 września 1998 r. dotyczącą założenia sieci nadzoru epidemiologicznego oraz kontroli chorób zakaźnych we Wspólnocie Europejskiej.

Projekt ustawy w art. 3 ustala podany w załącznikach wykaz chorób i zakażeń podlegających obowiązkowi zgłoszenia w przypadku podejrzenia i rozpoznania oraz wykaz biologicznych czynników chorobotwórczych podlegających zgłoszeniu w przypadku wykrycia ich w badaniu laboratoryjnym.

Przygotowany projekt załączników uwzględnia czynniki zakaźne przeznaczone do objęcia przez sieć wspólnotową zgodnie z Decyzją Komisji Europejskiej z dnia 22 grudnia 1999 roku w sprawie chorób zakaźnych przeznaczonych do stopniowego obejmowania nadzorem przez Wspólnotową Sieć na podstawie Decyzji 2119/98/ WE (podaną do wiadomości w dokumencie nr C/1999/4015).

Artykuł 26 ustawy statuuje sieć nadzoru epidemiologicznego i kontroli chorób zakaźnych w kraju. Wejście w życie ustawy usprawni działanie tego systemu w Polsce i pozwoli na uzyskiwanie danych niezbędnych do przekazywania krajom Unii Europejskiej w ramach Sieci Wspólnotowej.

Ze względu na propozycję włączenia krajów kandydujących do tworzenia Wspólnotowej Sieci nadzoru i kontroli chorób zakaźnych – zasadne jest jak najszybsze zakończenie prac legislacyjnych nad przedstawianą ustawą.



URZĄD
KOMITETU INTEGRACJI EUROPEJSKIEJ
Cezary Banasiński
Podsekretarz Stanu

Sekr. Min. CB./ 302 /2001/ JK

Warszawa, 10 maja 2001r.

Pani
Jolanta Rusiniak
p.o. Sekretarza Rady Ministrów

Szanowna Pani Minister

Z upoważnienia Sekretarza Komitetu Integracji Europejskiej, przekazuję uzasadnienie dostosowawczego charakteru projektu ustawy o zwalczaniu chorób zakaźnych i zakażeń.

Z poważaniem
PODSEKRETARZ STANU
Cezary Banasiński
Cezary Banasiński

**UZASADNIENIE CHARAKTERU DOSTOSOWAWCZEGO PROJEKTU USTAWY O
ZWALCZANIU CHOROÓB ZAKAŻNYCH
I ZAKAŻEŃ.**

Projekt ustawy o zwalczaniu chorób zakaźnych i zakażeń dokonuje pełnej regulacji zagadnień, które w obowiązującym stanie prawnym podlegają przepisom trzech aktów prawnych, tj. dekretu o zwalczaniu chorób wenerycznych, ustawy o zwalczaniu gruźlicy i ustawy o zwalczaniu chorób zakaźnych. Celem projektu jest również dostosowanie prawa polskiego w powyższym zakresie do ustawodawstwa wspólnotowego, przy uwzględnieniu zmian w sytuacji epidemiologicznej w kraju.

W Unii Europejskiej ochrona zdrowia publicznego znajduje podstawy prawne w Traktacie Ustanawiającym Wspólnotę Europejską (TWE). Przepis art. 153 podkreśla konieczność zapewnienia wysokiego poziomu ochrony zdrowia, jak też wskazuje na wagę współpracy pomiędzy państwami członkowskimi w tym zakresie. W oparciu o tę ogólną podstawę prawną rozwinęło się ustawodawstwo wspólnotowe w obszarze przeciwdziałania i zwalczania chorób zakaźnych. Aktami prawnymi Wspólnoty Europejskiej, które regulują tę materię i które zostają implementowane na mocy przepisów projektu ustawy są:

- Decyzja Parlamentu Europejskiego i Rady Unii Europejskiej nr 2119/98 WE z dnia 24 września 1998 r. powołująca system nadzoru epidemiologicznego i kontroli chorób zakaźnych we Wspólnocie,
- Decyzja Komisji nr 2000/96 WE z dnia 22 grudnia 1999 r. dotycząca stopniowego obejmowania chorób zakaźnych systemem nadzoru, regulowanym Decyzją nr 2119/98 WE Parlamentu Europejskiego i Rady,
- Decyzja Komisji nr 2000/56 WE z dnia 22 grudnia 1999 r. dotycząca systemu wczesnego ostrzegania i reagowania w celu zapobiegania i kontroli chorób zakaźnych w oparciu o Decyzję nr 2119/98 WE Parlamentu Europejskiego i Rady,
- Decyzja Parlamentu Europejskiego i Rady Unii Europejskiej nr 647/96 WE z dnia 29 marca 1996 r. przyjmująca program działań Wspólnoty w sprawie zapobiegania AIDS i niektórym wybranym chorobom zakaźnym w ramach zakresu działania w dziedzinie zdrowia publicznego.

Wymienione wyżej decyzje powołują system, w którym uczestniczą wszystkie Państwa Członkowskie UE i który opiera się na kontroli występowania chorób zakaźnych prowadzonej indywidualnie przez każde z tych państw. W oparciu o dane gromadzone na poziomie

krajowym funkcjonuje wspólnotowy system nadzoru epidemiologicznego i kontroli chorób zakaźnych.

W ramach Inspekcji Sanitarnej funkcjonuje już w Polsce sieć nadzoru epidemiologicznego oraz kontroli chorób zakaźnych. Jednakże w celu włączenia się do współpracy w ramach ekwiwalentnego wspólnotowego systemu konieczne jest również wprowadzenie rozwiązań regulowanych projektem ustawy.

Projekt ustawy obejmuje zarówno zapobieganie chorobom zakaźnym i zakażeniom (rozdział 2), jak też przewiduje rozwiązania na wypadek podejrzenia lub stwierdzenia choroby zakaźnej (rozdział 3). W oparciu o art. 20 powołany zostaje system zgłaszania chorób zakaźnych i zakażeń, jak też gromadzenia i przetwarzania danych. Zadania inspektorów sanitarnych w przedmiotowym zakresie określone są przez art. 21 i 22 projektu. Art. 26 projektu dotyczy, ważnego z punktu widzenia prawa wspólnotowego, systemu nadzoru epidemiologicznego i kontroli chorób zakaźnych. Całość przytoczonych przepisów tworzy podstawy prawne do uczestnictwa Polski w systemie nadzoru epidemiologicznego i kontroli chorób zakaźnych, regulowanych ww. Decyzjami UE. Wskazując organy odpowiedzialne za wczesne ostrzeżenie i reagowanie na występowanie chorób zakaźnych, nadzór i kontrolę epidemiologiczną, w tym zbieranie danych o występowaniu chorób zakaźnych (organy Inspekcji Sanitarnej), projekt ustawy stanowi implementację art. 9 Decyzji nr 2119/98 WE.

Ponadto, art. 3 ust. 1 projektu przewiduje, że załącznik do ustawy określi wykaz chorób zakaźnych i zakażeń podlegających zasadom ustalonym przez przepisy ustawy, zaś art. 4 stanowi, że w drodze rozporządzenia ustalone zostaną formy i tryb współdziałania właściwych organów w zakresie zwalczania chorób zakaźnych. Lista takich chorób zawarta jest w załączniku do Decyzji nr 2119/98 WE i załączniku do Decyzji nr 2000/96 WE.

Projekt ustawy reguluje zagadnienia związane z zapobieganiem, wykrywaniem i leczeniem chorób zakaźnych w sposób szerszy niż w wyżej wymienionych decyzjach wspólnotowych, co w pełni odpowiada postanowieniom art. 12 Decyzji nr 2119/98 WE. Podkreśla on bowiem prawo państw członkowskich do utrzymania i wprowadzenia na poziomie krajowym, innych rozwiązań, procedur i środków nadzoru epidemiologicznego i kontroli chorób zakaźnych, od tych przewidzianych prawem wspólnotowym.

Narodowy Program Przygotowania do Członkostwa w Priorytecie 13.4 zaznacza, że dostosowanie standardów ochrony zdrowia publicznego do poziomu Unii Europejskiej należy do priorytetów średniookresowych w Partnerstwie dla Członkostwa '99. Wypełnieniu tego celu służyć ma m.in. uchwalenie ustawy o zwalczaniu chorób zakaźnych i zakażeń, której

wejście w życie przewidziano na 2001 rok. Należy zaznaczyć, że zgodnie z NPPC uchwalenie przedmiotowej ustawy będzie wspierać dostosowania systemu zdrowia publicznego w Polsce do wymogów wspólnotowych. Ponadto, Polska przystąpi do programów wspólnotowych w dziedzinie ochrony zdrowia w oparciu o Decyzję Rady Stowarzyszenia RP-UE. Wówczas też powołane zostanie Biuro ds. Programów Pomocowych w Ochronie Zdrowia, obsługujące programy wspólnotowe w dziedzinie zdrowia publicznego.

W oparciu o Polskie Stanowisko Negocjacyjne w obszarze „Polityka społeczna i zatrudnienie” należy stwierdzić, że postanowienia Decyzji Parlamentu Europejskiego i Rady nr 2119/98 WE są już w Polsce w pełni realizowane.



SEKRETARZ
KOMITETU INTEGRACJI EUROPEJSKIEJ
Jacek Saryusz-Wolski

Sekr. Min. JSW/1000/2001/DLE/JW

Warszawa, 22 kwietnia 2001 r.

Pani
Jolanta Rusiniak
p.o. Sekretarza Rady Ministrów

Opinia o zgodności projektu ustawy o zwalczaniu chorób zakaźnych i zakażeń, z prawem Unii Europejskiej, wyrażona na podstawie art. 2 ust. 1 pkt. 2 ustawy z dnia 8 sierpnia 1996 r. o Komitecie Integracji Europejskiej (Dz. U. Nr 106, poz. 494) przez Sekretarza Komitetu Integracji Europejskiej, Ministra Jacka Saryusz-Wolskiego, działającego z upoważnienia Przewodniczącego Komitetu Integracji Europejskiej

W związku z przedłożonym projektem ustawy (nr RM-10-54-01) o zwalczaniu chorób zakaźnych i zakażeń pozwalam sobie wyrazić następującą opinię:

- I. Projekt ustawy o zwalczaniu chorób zakaźnych i zakażeń ma na celu kompleksową regulację zagadnień związanych z zapobieganiem, wykrywaniem, leczeniem oraz zwalczaniem chorób zakaźnych. W obowiązującym stanie prawnym kwestie te podlegają przepisom trzech aktów prawnych, tj. dekretu o zwalczaniu chorób wenerycznych, ustawy o zwalczaniu gruźlicy i ustawy o zwalczaniu chorób zakaźnych. W związku z koniecznością dostosowania prawa polskiego w powyższym zakresie do ustawodawstwa wspólnotowego, jak też z uwagi na zmiany w sytuacji epidemiologicznej kraju, koniecznym stało się opracowanie nowego aktu prawnego, który uwzględniałby wskazane okoliczności.
- II. Ochrona zdrowia publicznego zajmuje w Unii Europejskiej znaczące miejsce. Traktat Ustanawiający Wspólnotę Europejską (TWE) podkreśla w art. 153 konieczność

zapewnienia wysokiego poziomu ochrony zdrowia, jak też wskazuje na wagę współpracy pomiędzy państwami członkowskimi w tym zakresie. W oparciu o tę ogólną podstawę prawną prowadzone są też działania w obszarze przeciwdziałania i zwalczania chorób zakaźnych. Aktami prawnymi Wspólnoty Europejskiej, które regulują tę materię są:

- Decyzja Parlamentu Europejskiego i Rady Unii Europejskiej nr 2119/98/WE z dnia 24 września 1998 r. powołująca system nadzoru epidemiologicznego i kontroli chorób zakaźnych we Wspólnocie,
- Decyzja Komisji nr 2000/96/WE z dnia 22 grudnia 1999 r. dotycząca stopniowego obejmowania chorób zakaźnych systemem nadzoru, regulowanym Decyzją nr 2119/98/WE Parlamentu Europejskiego i Rady,
- Decyzja Komisji nr 2000/56/WE z dnia 22 grudnia 1999 r. dotycząca systemu wczesnego ostrzegania i reagowania w celu zapobiegania i kontroli chorób zakaźnych w oparciu o Decyzję nr 2119/98/WE Parlamentu Europejskiego i Rady,
- Decyzja Parlamentu Europejskiego i Rady Unii Europejskiej nr 647/96/WE z dnia 29 marca 1996 r. przyjmująca program działań Wspólnoty w sprawie zapobiegania AIDS i niektórym wybranym chorobom zakaźnym w ramach zakresu działania w dziedzinie zdrowia publicznego.

Wymienione wyżej decyzje powołują system, w którym uczestniczą wszystkie Państwa Członkowskie UE, opierający się na kontroli występowania chorób zakaźnych prowadzonej indywidualnie przez każde z tych państw. W oparciu o dane gromadzone na poziomie krajowym funkcjonuje wspólnotowy system nadzoru epidemiologicznego i kontroli chorób zakaźnych.

- III. Zgodnie z Polskim Stanowiskiem Negocjacyjnym w obszarze „Polityka społeczna i zatrudnienie” należy stwierdzić, że postanowienia Decyzji Parlamentu Europejskiego i Rady nr 2119/98/WE są już w Polsce w pełni realizowane, poprzez funkcjonowanie, w ramach Inspekcji Sanitarnej, sieci nadzoru epidemiologicznego oraz kontroli chorób zakaźnych. Jednakże w celu włączenia się do współpracy w ramach ekwiwalentnego wspólnotowego systemu konieczne jest również wprowadzenie rozwiązań regulowanych projektem ustawy.
- IV. Projekt ustawy obejmuje zarówno zapobieganie chorobom zakaźnym i zakażeniom (rozdział 2), jak też przewiduje rozwiązania na wypadek podejrzenia lub stwierdzenia

choroby zakaźnej (rozdział 3). W oparciu o art. 20 i kolejne powołany zostaje system zgłaszania chorób zakaźnych i zakażeń, jak też gromadzenia i przetwarzania danych o występowaniu chorób. Zadania inspektorów sanitarnych w przedmiotowym zakresie określone są przez art. 20 -22 projektu. Natomiast art. 26 projektu dotyczy ważnego z punktu widzenia prawa wspólnotowego systemu nadzoru epidemiologicznego i kontroli chorób zakaźnych. Całość przytoczonych przepisów tworzy podstawy prawne do uczestnictwa Polski w systemie nadzoru epidemiologicznego i kontroli chorób zakaźnych, regulowanych ww. Decyzjami UE. Wskazując organy odpowiedzialne za wczesne ostrzeżenie i reagowanie na występowanie chorób zakaźnych, nadzór i kontrolę epidemiologiczną, w tym zbieranie danych o występowaniu chorób zakaźnych (organy Inspekcji Sanitarnej), projekt ustawy stanowi implementację art. 9 Decyzji nr 2119/98/WE.

- V. Ponadto, art. 3 ust 1 projektu przewiduje, że załącznik do ustawy określi wykaz chorób zakaźnych i zakażeń podlegających zasadom ustalonym przez przepisy ustawy, zaś art. 4 stanowi, że w drodze rozporządzenia ustalone zostaną formy i tryb współdziałania właściwych organów w zakresie zwalczania chorób zakaźnych. Lista takich chorób zawarta jest w załączniku do Decyzji nr 2119/98 WE i załączniku do Decyzji nr 2000/96 WE.
- VI. Projekt ustawy reguluje zagadnienia związane z zapobieganiem, wykrywaniem i leczeniem chorób zakaźnych w sposób szerszy niż w wyżej wymienionych decyzjach wspólnotowych, co w pełni odpowiada postanowieniom art. 12 Decyzji nr 2119/98/WE. Podkreśla on bowiem prawo państw członkowskich do utrzymania i wprowadzenia na poziomie krajowym, innych rozwiązań, procedur i środków nadzoru epidemiologicznego i kontroli chorób zakaźnych, od tych przewidzianych prawem wspólnotowym.
- VII. Narodowy Program Przygotowania do Członkostwa w Priorytecie 13.4 zaznacza, że dostosowanie standardów ochrony zdrowia publicznego do poziomu Unii Europejskiej należy do priorytetów średniookresowych w Partnerstwie dla Członkostwa '99. Wypełnieniu tego celu służyć ma m.in. uchwalenie ustawy o zwalczaniu chorób zakaźnych i zakażeń, której wejście w życie przewidziano na 2001 rok. Należy jednakże zaznaczyć, że zgodnie z NPPC uchwalenie przedmiotowej ustawy nie jest

niezbędne do dostosowania systemu zdrowia publicznego w Polsce do wymogów wspólnotowych, choć będzie te dostosowania wspierać. Ponadto, Polska przystąpi do programów wspólnotowych w dziedzinie ochrony zdrowia w oparciu o Decyzję Rady Stowarzyszenia RP-UE. Wówczas też powołane zostanie Biuro ds. Programów Pomocowych w Ochronie Zdrowia, obsługujące programy wspólnotowe w dziedzinie zdrowia publicznego.

VIII. W konkluzji stwierdzam, że projekt ustawy o zwalczaniu chorób zakaźnych i zakażeń jest zgodny z prawem Unii Europejskiej.

Z poważaniem,

SEKRETARZ
Kancelarii Sejmu
2 *up. Stanisław Winiarski*
Stanisław Winiarski
Sekretarz Sejmu

Do uprzejmej wiadomości:

Pan Grzegorz Opala
Minister Zdrowia

**ROZPORZĄDZENIE
MINISTRA ZDROWIA
z dnia 2001 r.**

**w sprawie formy i trybu współdziałania w zakresie zwalczania chorób zakaźnych,
które mogą być przenoszone ze zwierząt na ludzi lub z ludzi na zwierzęta**

Na podstawie art. 4 ustawy z dnia o zwalczaniu chorób zakaźnych i zakażeń (Dz.U. ...) zarządza się, co następuje:

§ 1. 1. Organy Inspekcji Sanitarnej, Inspekcji Weterynaryjnej i Inspekcji Ochrony Środowiska współdziałają w zakresie zwalczania chorób zakaźnych lub zakażeń, które drogą naturalną przenoszone są ze zwierząt kręgowych na ludzi i z ludzi na zwierzęta kręgowce, a w szczególności:

- 1) brucelozy,
- 2) grzybiczy woszczynowej, strzygącej, drobnozarodnikowej,
- 3) nosacizny,
- 4) papuziej choroby i innych ornitoz,
- 5) pryszczycy,
- 6) riketsjozy (gorączki Q),
- 7) różycy,
- 8) salmonelozy,
- 9) świerzbu,
- 10) tasiemczycy, a w szczególności wywołane przez *Taenia solium*, *Taenia saginata*, *Diphyllobothrium latum* i *Echinococcus granulosus* oraz chorób wywołanych przez larwy tasiemca,
- 11) tularemii,
- 12) węgliką,
- 13) wiosenno-letniego kleszczowego zapalenia mózgu i innych postaci zapalenia mózgu,
- 14) włośnicy,
- 15) wścieklizny,
- 16) żółtaczkę zakaźną krętkową i innych zakażeń krętkowych - leptospirozy.

2. W zakresie zwalczania chorób, o których mowa w ust. 1, współdziałają:

- 1) Główny Inspektor Sanitarny z Głównym Inspektorem Weterynarii i Głównym Inspektorem Ochrony Środowiska,
- 2) wojewódzcy inspektorzy sanitarni z wojewódzkimi lekarzami weterynarii i wojewódzkimi inspektorami ochrony środowiska,
- 3) powiatowi i portowi inspektorzy sanitarni z powiatowymi lekarzami weterynarii.

- § 2. Współpraca Głównego Inspektora Sanitarnego z Głównym Inspektorem Weterynarii i Głównym Inspektorem Ochrony Środowiska, obejmuje w szczególności:
- 1) wymianę informacji epidemiologicznych i epizootiologicznych oraz zbiorowych opracowań statystycznych (drogą elektroniczną),
 - 2) uzgadnianie zasad postępowania przy zwalczaniu chorób określonych w § 1 ust. 1,
 - 3) ustalanie problematyki z zakresu oświaty zdrowotnej i koordynowanie działalności wydawniczej w tym zakresie,
 - 4) organizowanie wspólnych narad,
 - 5) ustalanie zasad szkolenia pracowników zatrudnionych w podległych jednostkach.
- § 3. Współpraca wojewódzkiego inspektora sanitarnego z wojewódzkim lekarzem weterynarii i wojewódzkim inspektorem ochrony środowiska obejmuje:
- 1) wymianę informacji epidemiologicznych oraz danych statystycznych,
 - 2) ustalanie szczegółowych zasad współpracy i wzajemnego współdziałania podległych, bądź nadzorowanych jednostek organizacyjnych,
 - 3) opracowywanie kompleksowych planów likwidacji ognisk chorób zakaźnych lub zakażeń, występujących na obszarze województwa, planów zapobiegania tym chorobom i zakażeniom oraz nadzorowanie realizacji tych planów,
 - 4) wzajemne przekazywanie sobie wniosków i postulatów w sprawach, w których zachodzi potrzeba wydania przez organ współpracujący zarządzenia lub decyzji, z tym że organ ten niezwłocznie rozpatruje wniosek lub postulat i powiadamia o zajęтым stanowisku,
 - 5) inicjowanie, organizowanie i nadzorowanie wykonania wspólnie podejmowanej działalności w zakresie zwalczania zakażeń i chorób zakaźnych,
 - 6) ustalania i uzgadniania problematyki oświaty zdrowotnej.
- § 4. Współpraca powiatowego (portowego) inspektora sanitarnego z powiatowym lekarzem weterynarii obejmuje:
- 1) bezzwłoczne przekazywanie informacji o:
 - a) wykryciu ognisk chorób zakaźnych określonych w § 1 pkt 1-4, 6, 8, 10-12 i 14-16, a także ognisk wiosenno-letniego kleszczowego zapalenia mózgu,

- b) wykryciu pierwszego na obszarze powiatu ogniska pryszczycy,
 - c) stwierdzeniu włośni lub wągrów w mięsie zwierząt,
- 2) współdziałanie przy opracowywaniu ognisk chorób lub zakażeń pod względem epidemiologiczno-epizootiologicznym oraz przy ustalaniu planów likwidowania ognisk i zapobiegania ich powstawaniu,
 - 3) inicjowanie wspólnych akcji szerzenia oświaty zdrowotnej.

§ 5. Rozporządzenie wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia.

W porozumieniu:

Minister Rolnictwa i Rozwoju Wsi

Minister Środowiska

Uzasadnienie

Rozporządzenie jest wykonaniem upoważnienia ustawowego wynikającego z art. 4 ustawy z dnia o zwalczaniu chorób zakaźnych i zakażeń (Dz.U. Nr, poz.). Określa formy i tryb współdziałania organów podległych ministrom właściwym do spraw zdrowia, rolnictwa i środowiska przy zwalczaniu chorób zakaźnych, które mogą być przenoszone ze zwierząt na ludzi lub z ludzi na zwierzęta.

W § 1 wymieniono choroby, w zwalczaniu których niezbędna jest współpraca Inspekcji Sanitarnej, Weterynaryjnej i Ochrony Środowiska. W kolejnych paragrafach uszczegółowiono jakie zadania obejmuje współpraca na szczeblu krajowym, wojewódzkim i powiatowym.

Uregulowanie współpracy przy zwalczaniu chorób, które mogą być przenoszone ze zwierząt na ludzi i z ludzi na zwierzęta jest konieczne, zwłaszcza wobec zagrożenia m.in. chorobami prionowymi czy pryszczycą.

**ROZPORZĄDZENIE
MINISTRA ZDROWIA
z dnia 2001 r.**

w sprawie zasad przeprowadzenia badań w kierunku zakażeń i chorób zakaźnych osób, które były narażone na zakażenie poprzez kontakt z osobami zakażonymi, chorymi lub materiałem zakaźnym

Na podstawie art. 6 ust. 2 ustawy z dnia ... o zwalczaniu chorób zakaźnych i zakażeń (Dz.U. ...) zarządza się, co następuje:

- § 1. W celu wykrycia zakażeń i chorób zakaźnych przeprowadza się następujące badania diagnostyczne:
- 1) HIV - badanie serologiczne metodą Elisa oraz test potwierdzenia metodą Western-Blot,
 - 2) krętkiem bładym – badanie serologiczne VDRL oraz ew. badanie wydzielony na obecność drobnoustrojów,
 - 3) błonicę - badanie bakteriologiczne wymazu oraz badanie serologiczne,
 - 4) cholereę - badanie bakteriologiczne kału (wymazu z odbytu),
 - 5) czerwonkę – badanie bakteriologiczne kału (wymazu z odbytu),
 - 6) dur brzuszny – badanie bakteriologiczne kału oraz badanie serologiczne,
 - 7) dury rzekome – badanie bakteriologiczne kału oraz badanie serologiczne,
 - 8) nagminne porażenie dziecięce – badanie wirusologiczne kału, płynu mózgowo-rdzeniowego oraz surowicy krwi.
- § 2. Badania określone w § 2 winny być dokumentowane przez świadczeniodawcę prowadzącego badania w dokumentacji medycznej pacjenta.
- § 3. Rozporządzenie wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia.

Uzasadnienie

Rozporządzenie jest wykonaniem upoważnienia ustawowego wynikającego z art. 6 ust. 2 ustawy z dnia o zwalczaniu chorób zakaźnych i zakażeń (Dz.U. Nr, poz.).

W rozporządzeniu podano jakie rodzaje badań wykonuje się u osób, które były narażone na zakażenie poprzez kontakt z osobami zakażonymi, chorymi lub materiałem zakaźnym.

Szczegółowo określono rodzaje testów przeprowadzonych w przypadku każdego zakażenia.

Dokładne określenie rodzajów badań, których wykonanie jest konieczne dla wykluczenia lub potwierdzenia zakażenia u osób, które były narażone na zakażenie jest niezbędne również ze względu na określone w ustawie zasady finansowania tych badań.

**ROZPORZĄDZENIE
MINISTRA ZDROWIA
z dnia 2001 r.**

**w sprawie wykazu prac przy wykonywaniu których istnieje możliwość przeniesienia
zakażenia na inne osoby**

Na podstawie art. 6 ust. 4 ustawy z dnia ... o zwalczaniu chorób zakaźnych i zakażeń (Dz.U. ...) zarządza się, co następuje:

§ 1. Ustala się wykaz prac przy wykonywaniu których istnieje możliwość przeniesienia zakażenia na inne osoby:

- 1) na stanowiskach związanych z upiększaniem ciała,
- 2) na stanowiskach wymagających bezpośredniego stykania się z żywnością (wyrób, przerób, transport, obrót, przygotowanie i wydawanie),
- 3) przy oczyszczaniu i przygotowaniu sprzętu, urządzeń i pomieszczeń przeznaczonych do wykonywania czynności określonych w pkt 1) i 2),
- 4) w zakładach przemysłu farmaceutycznego, hurtowniach farmaceutycznych, aptekach,
- 5) w zakładach zaopatrujących ludność w wodę do picia i na potrzeby gospodarcze na stanowiskach wymagających bezpośredniego stykania się ze zbiornikiem wody lub urządzeniami do oczyszczania i transportu wody oraz przy naprawie urządzeń wodociągowych,
- 6) w zakładach balneologicznych.

§ 2. Rozporządzenie wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia.

Uzasadnienie

Rozporządzenie jest wykonaniem upoważnienia ustawowego wynikającego z art. 6 ust. 4 ustawy z dnia o zwalczaniu chorób zakaźnych i zakażeń (Dz.U. Nr, poz.).

W rozporządzeniu podano enumeratywny wykaz prac, przy wykonywaniu których istnieje możliwość przeniesienia zakażeń na inne osoby.

Podanie dokładnego wykazu prac jest konieczne ze względu na nałożony w ustawie obowiązek wykonywania badań przez te osoby.

**ROZPORZADZENIE
MINISTRA ZDROWIA
z dnia2001 r.**

w sprawie trybu przeprowadzania badań osób wykonujących prace przy wykonywaniu których występuje możliwość przeniesienia zakażenia na inne osoby.

Na podstawie art. 6 ust. 3 ustawy z dnia ... o zwalczaniu chorób zakaźnych i zakażeń (Dz.U. ...) zarządza się, co następuje:

§ 1. W celu wykrycia zakażeń i chorób zakaźnych przeprowadza się następujące badania diagnostyczne:

- 1) dur brzuszny – badanie bakteriologiczne kału oraz badanie serologiczne,
- 2) dury rzekome – badanie bakteriologiczne kału oraz badanie serologiczne,
- 3) Salmonella i Shigella - badanie bakteriologiczne kału.

§ 2. 1. Badania określone w art. 6 ust. 1 pkt 3 i 4 ustawy o zwalczaniu chorób zakaźnych i zakażeń, zwanej dalej ustawą, wykonywane są przed podjęciem pracy oraz co dwa lata.

2. Lekarz prowadzący badanie, o którym mowa w ust. 1 może skrócić dwuletni okres między badaniami i wyznaczyć termin ponownego badania.

§ 3. 1. Badania określone w art. 6 ust. 1 pkt 3 i 4 ustawy dokumentuje się w karcie badań do celów epidemiologicznych.

2. Wzór karty stanowi załącznik nr 1 do rozporządzenia.

§ 4. Rozporządzenie wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia.

Uzasadnienie

Rozporządzenie jest wykonaniem upoważnienia ustawowego wynikającego z art. 6 ust. 3 ustawy z dnia o zwalczaniu chorób zakaźnych i zakażeń (Dz.U. Nr poz.).

W rozporządzeniu określono rodzaje i terminy badań osób wykonujących prace, przy wykonywaniu których istnieje możliwość przeniesienia zakażenia na inne osoby oraz formy dokumentowania tych badań. Określono sposoby przechowywania i przekazywania karty badań do celów epidemiologicznych, której wzór podano w załączniku.

Wydanie rozporządzenia jest niezbędne dla zapewnienia jednakowego sposobu dokumentowania badań osób, które w związku z wykonywaną pracą mogą stanowić źródło zakażenia dla innych osób.

**ROZPORZĄDZENIE
MINISTRA ZDROWIA
z dnia 2001 r.**

**w sprawie sposobu i trybu przeprowadzania szczepień ochronnych, kwalifikacji
osób przeprowadzających szczepienie oraz prowadzenia dokumentacji**

Na podstawie art. 14 ust. 8 ustawy z dnia ... o zwalczaniu chorób zakaźnych i zakażeń i (Dz.U. ...) zarządza się, co następuje:

§ 1. 1. Szczepienia przeciw gruźlicy powinny być poprzedzone wykonaniem badania tuberkulinowego u następujących osób:

- a) niemowląt bez blizny poszczepiennej mających kontakt z osobami chorymi na gruźlicę,
- b) dzieci poniżej 12 roku życia mających kontakt z osobami chorymi na gruźlicę,
- c) osób od 12 roku życia.

2. Badania tuberkulinowe przed szczepieniem przeciw gruźlicy wykonują świadczeniodawcy prowadzący szczepienia przeciw gruźlicy.

§ 2. 1. Wynik badania lekarskiego, o którym mowa w art. 14 ust. 3 ustawy lekarz potwierdza stosownym orzeczeniem lekarskim.

2. Stwierdzenie przez lekarza przeciwwskazań do szczepienia ochronnego powoduje konieczność przesunięcia terminu szczepienia, aż do chwili ich ustąpienia.

3. Fakt wystąpienia oraz ustąpienia przeciwwskazań, o których mowa w ust. 2 lekarz potwierdza orzeczeniem lekarskim.

§ 3. Szczepienia ochronne prowadzi się z użyciem szczepionek pojedynczych przeciw poszczególnym chorobom zakaźnym lub szczepionek skojarzonych służących do równoczesnego uodpornienia przeciw dwu lub więcej chorobom zakaźnym.

§ 4. 1. Lekarze prowadzący szczepienia powinni odbyć kurs kwalifikacyjny zgodnie z programem zatwierdzonym przez Głównego Inspektora Sanitarnego.

2. Pielęgniarki prowadzące szczepienia powinny uzyskać specjalizację w zakresie szczepień lub odbyć kurs zgodnie z programem zatwierdzonym przez Głównego Inspektora Sanitarnego.

3. Lekarz i pielęgniarka prowadzący szczepienia przeciw gruźlicy oraz badania tuberkulinowe powinni odbyć nie rzadziej niż co 3 lata szkolenie zgodnie z

programem zatwierdzonym przez Konsultanta Krajowego
Dziedzinie Chorób Płuc.

w

§ 5. Szczepienia ochronne dokumentowane są:

- 1) w karcie uodpornienia według wzoru, stanowiącego załącznik nr 1 do rozporządzenia,
- 2) w książeczce szczepień będącej własnością pacjenta według wzoru, stanowiącego załącznik nr 2 do rozporządzenia.

§ 6. Obowiązek prowadzenia dokumentacji spoczywa na świadczeniodawcy prowadzącym szczepienia.

§ 7. Karta uodpornienia służy do rejestrowania wszystkich szczepień ochronnych prowadzonych od dnia urodzenia do ostatniego szczepienia u osób dorosłych.

§ 8. 1. Karty uodpornienia przechowuje świadczeniodawca sprawujący opiekę profilaktyczną, w myśl przepisów o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym.

2. Karty uodpornienia winny być przechowywane w kartotece, w sposób umożliwiający wyszukiwanie osób podlegających szczepieniom.

§ 9. 1. Karta uodpornienia winna być założona przez świadczeniodawcę wykonującego pierwsze szczepienie u noworodka.

2. Świadczeniodawca, który założył kartę uodpornienia przekazuje ją świadczeniodawcy sprawującemu opiekę profilaktyczną nad noworodkiem.

3. W przypadku zmiany świadczeniodawcy karta uodpornienia powinna być przekazana do nowego świadczeniodawcy.

4. W przypadku wykonywania szczepień przez innego świadczeniodawcę niż sprawujący opiekę profilaktyczną – kopia karty uodpornienia winna być przekazana świadczeniodawcy wykonującemu szczepienie, a szczepienie odnotowane niezwłocznie również w oryginale Karty Uodpornienia.

§ 10. 1. Książeczkę szczepień zakłada świadczeniodawca zakładający kartę uodpornienia i przekazuje rodzicom (opiekunom) dziecka.

2. Książeczka szczepień powinna być częścią (wkładką) do książeczki zdrowia dziecka.

3. U osób dorosłych książeczka szczepień może stanowić odrębny dokument lub być częścią (wkładką) międzynarodowej książeczki szczepień.

4. Lekarz sprawujący opiekę profilaktyczną winien pouczać rodziców (opiekunów) dzieci oraz osoby dorosłe o konieczności starannego przechowywania książeczki szczepień i okazywania jej przy każdym szczepieniu (w dzieciństwie i w wieku dorosłym).

5. W książeczce szczepień winny być odnotowywane wszystkie szczepienia ochronne przeciwko chorobom zakaźnym (obowiązujące, zalecane i inne).

§ 11. Rozporządzenie wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia.

Uzasadnienie

Rozporządzenie jest wykonaniem upoważnienia ustawowego wynikającego z art. 14 ust. 8 ustawy z dnia o zwalczaniu chorób zakaźnych i zakażeń (Dz.U. Nr poz.).

W rozporządzeniu uregulowano badania wykonywane przed szczepieniem przeciwko gruźlicy oraz określono osoby podlegające tym badaniom.

Uregulowano sposób potwierdzania wyniku badania kwalifikacyjnego przed szczepieniami, rodzaje szczepionek stosowanych do szczepień oraz kwalifikacje i sposoby ich uzyskiwania przez osoby prowadzące szczepienia ochronne. Szczegółowo określono rodzaje dokumentów, w których odnotowuje się szczepienia, zasady ich zakładania, przechowywania oraz przekazywania.

Tak dokładne określenie sposobu i trybu przeprowadzania szczepień ochronnych, kwalifikacji osób je prowadzących oraz dokumentacji jest niezbędne do prawidłowego prowadzenia uodpornienia sztucznej populacji przeciwko chorobom zakaźnym. Ułatwi to również ocenę tego uodpornienia.

Polska od lat szczyli się, wysoko ocenianym przez Światową Organizację Zdrowia, wskaźnikami uodpornienia. Prowadzone uregulowania umożliwią dalsze doskonalenie tej formy zapobiegania chorobom zakaźnym.

DECYZJA KOMISJI

z dnia 22 grudnia 1999 roku

w sprawie chorób zakaźnych przeznaczonych do stopniowego obejmowania nadzorem przez Wspólnotową sieć na podstawie Decyzji Parlamentu Europejskiego i Rady Nr 2119/98/WE

(podana do wiadomości w dokumencie numer C(1999) 4015

(2000/96/WE)

KOMISJA WSPÓLNOT EUROPEJSKICH,

Mając na uwadze Traktat ustanawiający Wspólnotę Europejską,

Mając na uwadze Decyzję Parlamentu Europejskiego i Rady Nr 2119/98/WE z dnia 24 września 1998 roku powołującą Wspólnotową sieć nadzoru epidemiologicznego i kontroli chorób zakaźnych¹, oraz w szczególności Artykuł 3 (a) do (e) tej Decyzji,

Oraz zważywszy, iż:

- (1) Zgodnie z Decyzją Nr 2119/98/WE, sieć na szczeblu Wspólnotowym ma być utworzona w celu promowania współpracy i koordynacji pomiędzy państwami członkowskimi, ze wsparciem Komisji, w celu usprawnienia zapobiegania i kontroli, we Wspólnocie, kategorii chorób zakaźnych wyszczególnionych w Aneksie do tej Decyzji. Sieć ta będzie wykorzystywana do nadzoru epidemiologicznego tych chorób oraz do stworzenia systemu wczesnego ostrzegania i reagowania.
- (2) Odnośnie do nadzoru epidemiologicznego, sieć ma być ustanowiona poprzez doprowadzenie do stałej, wzajemnej komunikacji wykorzystując do tego wszelkie odpowiednie środki techniczne Komisji oraz/lub władze, które, na szczeblu każdego państwa członkowskiego i w ramach jego odpowiedzialności, są kompetentne na szczeblu krajowym oraz zostało im powierzony zbieranie informacji odnoszących się do nadzoru epidemiologicznego chorób zakaźnych.
- (3) Choroby i zagadnienia zdrowotne wyselekcjonowane do objęcia przez nadzór epidemiologiczny na szczeblu Wspólnotowym, powinny odzwierciedlać aktualne potrzeby Wspólnoty, w szczególności wnosić wartość dodaną do nadzoru na szczeblu Wspólnotowym.
- (4) Lista chorób i zagadnień zdrowotnych wybranych do objęcia nadzorem powinna być zmieniana w zależności od zmian liczby przypadków zachorowań na daną chorobę oraz w odpowiedzi na pojawienie się nowych chorób zakaźnych zagrażających zdrowiu publicznemu.
- (5) Komisja powinna zaopatrzyć sieć Wspólnotową we właściwe narzędzia informacyjne, a jednocześnie

zapewnić spójność i komplementarność ze stosownymi programami i inicjatywami.

- (6) Niniejsza Decyzja powinna mieć zastosowanie, nie stojąc w sprzeczności z Dyrektywą Rady Nr 92/117/EWG z dnia 17 grudnia 1992 roku, dotyczącą działań przewidzianych do ochrony przed konkretnymi chorobami odzwierzęcymi i konkretnymi odzwierzęcymi czynnikami zakaźnymi zwierząt i produktów pochodzenia zwierzęcego, w celu zapobiegania wybuchom infekcji przenoszonych przez pokarm i zapobiegania zatruciom², zgodnie z ostatnią zmianą przez Dyrektywę Parlamentu Europejskiego i Rady Nr 1999/72/WE³.
- (7) Niniejsza Decyzja powinna ułatwiać integrację Wspólnotowej sieci utworzonej na podstawie Decyzji Nr 2119/98/WE, z innymi sieciami nagłego alarmowania utworzonymi na szczeblu krajowym bądź Wspólnotowym z przeznaczeniem dla chorób i szczególnych zagadnień zdrowotnych objętych przez system wczesnego ostrzegania i reagowania. W celu implementacji niniejszej Decyzji, Wspólnotowa sieć powinna zatem działać z wykorzystaniem Systemu Nadzoru Zdrowia dla Chorób Zakaźnych w ramach Europejskiej Sieci Informacyjnej Zdrowia Publicznego (Euphin-HSSCD), składając się z trzech komponentów:
 - (a) system wczesnego ostrzegania i reagowania na zgłoszenia o konkretnych zagrożeniach dla społeczeństwa, przekazane przez kompetentne władze właściwe ds. zdrowia publicznego każdego państwa członkowskiego, odpowiedzialne za ustalanie działań, które mogą być wymagane w celu ochrony zdrowia publicznego;
 - (b) wymiana informacji pomiędzy akredytowanymi strukturami i władzami państw członkowskich stosownymi do spraw zdrowia publicznego;
 - (c) określone sieci zajmujące się chorobami, wyselekcjonowane do nadzoru epidemiologicznego pomiędzy akredytowanymi strukturami i władzami państw członkowskich.

¹ Dz.U. WE L 268, z 3.10.1998, s. 1

² Dz.U. WE L 62, z 15.3.1993, s.38

³ Dz.U. WE L 210, z 10.8.1999, s. 12

(8) Rozwój nowych, użytecznych technologii powinien być regularnie monitorowany oraz brany pod uwagę przy usprawnianiu elektronicznej wymiany informacji.

(9) Z powodów logistycznych, nie wszystkie choroby zakaźne czy szczególne zagadnienia zdrowotne wyselekcjonowane do nadzoru epidemiologicznego mogą zostać natychmiastowo objęte przez odpowiednie uzgodnienia związane z siecią. Niemniej jednak, w celu umożliwienia rozpoczęcia działania i gromadzenia doświadczeń przez Wspólnotową sieć, kompetentne władze w państwach członkowskich powinny rozpowszechnić we Wspólnotowej sieci stosowne informacje znajdujące się w ich posiadaniu.

(10) Działania ustalone dla tej Decyzji są zgodne z opinią Komitetu, utworzonego na mocy Artykułu 7 Decyzji Nr 2119/98/WE,

PRZYJĘŁA NINIEJSZA DECYZJĘ:

Artykuł 1

Choroby zakaźne i szczególne zagadnienia zdrowotne przeznaczone do objęcia przez nadzór epidemiologiczny w sieci Wspólnotowej, stosownie do Decyzji Nr 2119/98/WE zostały wymienione w Aneksie I do niniejszej Decyzji. Nadzór powinien być realizowany w sposób ekonomiczny uwzględniając charakter choroby, istniejące sieci oraz wartość dodaną dla Wspólnoty.

Artykuł 2

Kryteria selekcji chorób i zagadnień zdrowotnych przeznaczonych do obejmowania nadzorem epidemiologicznym we Wspólnotowej sieci, zostały wymienione w Aneksie II.

Artykuł 3

W celu technicznego wprowadzenia w życie tej Decyzji, sieć Wspólnotowa powinna początkowo funkcjonować wykorzystując System Nadzoru Zdrowia dla Chorób Zakaźnych w ramach Europejskiej Sieci Informacyjnej Zdrowia Publicznego (Euphin-HSSCD).

Artykuł 4

Sieć Wspólnotowa powinna być utworzona poprzez modyfikację i integrację, już istniejących, wspierających Wspólnotę sieci nadzoru oraz poprzez tworzenie nowych sieci dla chorób dotychczas nie objętych przez sieci nadzoru. Tam gdzie mała liczba przypadków choroby nie pozwala na wprowadzenie specjalnej sieci nadzoru dla danej choroby, informacja dotycząca nadzoru we Wspólnocie powinna być udzielona na podstawie raportów o przypadkach.

Artykuł 5

Opis przypadku, charakter i typ danych do gromadzenia i przekazywania, jak również właściwe metody nadzoru epidemiologicznego i badań mikrobiologicznych, powinny być określone dla każdej szczególnej sieci nadzoru zintegrowanej lub

stworzonej w ramach sieci Wspólnotowej. Opis przypadku i metody nadzoru powinny być także określone dla chorób, o których informacja jest udzielana tylko poprzez raporty o przypadkach.

Artykuł 6

Państwa członkowskie będą rozpowszechniać wewnątrz Wspólnotowej sieci stosowne informacje znajdujące się w ich posiadaniu, uzyskane przez ich krajowy system nadzoru chorób zakaźnych lub też szczególne zagadnienia zdrowotne wyselekcjonowane do nadzoru epidemiologicznego, dotychczas nie objęte przez wyspecjalizowane przygotowania Wspólnotowej sieci nadzoru.

Artykuł 7

Stosowne informacje dotyczące chorób zakaźnych nie wymienionych w Aneksie I, powinny być rozpowszechnione wewnątrz Wspólnoty zgodnie z Artykułem 4 Decyzji Nr 2119/98/WE, ilekroć okaże się to konieczne w celu ochrony zdrowia publicznego we Wspólnocie.

Artykuł 8

W przypadku, gdzie sieci nadzoru są wprowadzane dla chorób odzwierzęcych, dla których nadzór w przypadkach ludzkich jest wymagany zgodnie z Dyrektywą 92/117/EWG, taki nadzór powinien być wykonywany zgodnie z Decyzją Nr 2119/98/WE, a dane wymagane do implementacji Dyrektywy 92/117/WE powinny być w pełni dostępne dla tego celu. Do tego celu, opisy przypadków i metod nadzoru zachorowań u ludzi powinny być przygotowane, tak dalece jak będzie to możliwe, w taki sposób, aby zebrane dane właściwe były również dla Dyrektywy 92/117/WE.

Artykuł 9

Kompetentne władze w państwach członkowskich powiadomią Komisję nt. innych chorób i szczególnych zagadnień zdrowotnych, dla których nadzór epidemiologiczny na szczeblu Wspólnotowym powinien być stopniowo rozwijany na podstawie kryteriów wymienionych w Aneksie II.

Artykuł 10

Niniejsza Decyzja obowiązywać będzie od 1 stycznia 2000 roku.

Artykuł 11

Niniejsza Decyzja skierowana jest do państw członkowskich.

Sporządzono w Brukseli, dnia 22 grudnia 1999 roku.

W imieniu Komisji

David BYRNE

Członek Komisji

ANEKS I

1. CHOROBY ZAKAŻNE I SZCZEGÓLNE ZAGADNIENIA ZDROWOTNE PRZEZNACZONE DO STOPNIOWEGO OBJĘCIA PRZEZ WSPÓLNOTOWĄ SIEĆ

1.1. Dla chorób/zagadnień zdrowotnych wymienionych poniżej, nadzór w granicach Wspólnotowej sieci będzie wykonywany poprzez standardowe gromadzenie i analizowanie danych w sposób, który będzie określony dla każdej choroby/zgadnienia zdrowotnego kiedy szczególne Wspólnotowe sieci nadzoru zostaną wprowadzone.

2. CHOROBY

2.1. Choroby możliwe do zapobieżenia przez szczepienie

Błonica
Zakażenie wywołane przez *Haemophilus influenzae* typ b
Grypa
Odra
Świnka
Krzusiec
Porażenie dziecięce (poliomyelitis)
Różyczka

2.2. Choroby przenoszone drogą płciową

Zakażenia chłamydią
Rzeżączka
Zakażenia wirusem HIV
Kiła

2.3. Wirusowe zapalenia wątroby

Wirusowe zapalenie wątroby typu A
Wirusowe zapalenie wątroby typu B
Wirusowe zapalenie wątroby typu C

1.4. Choroby przenoszone przez pokarm i wodę oraz choroby pochodzenia środowiskowego

Zatrucie jadem kielbasianym
Zakażenie *Campylobacter Pylori* (*Campylobacteriosis*)
Kryptosporydioza
Lamblioza
Krwotoczne zapalenie jelit *E.coli*
Leptospiroza
Listerioza
Salmoneloza
Czerwonka bakteryjna
Toksoplazmoza
Włośnica
Yersinioza

2.5. Inne choroby

2.5.1. Choroby przenoszone przez niekonwencyjne czynniki

Zakaźna encefalopatia gąbczasta - wariant (CJD)

2.5.2. Choroby przenoszone drogą kropelkową

Legioneloza
Choroba meningokokowa
Infekcje pneumokokowe
Gruźlica

2.5.3. *Choroby odzwierzęce (inne niż w pkt. 2.4)*

Bruceloza
Bąblowica
Wścieklizna

2.5.4. *Poważne choroby mportowane*

Cholera
Malaria
Dżuma
Wirusowe gorączki krwotoczne

3. SZCZEGÓLNE ZAGADNIENIA ZDROWOTNE

3.1. Zakażenia szpitalne

3.2. Antybiotykooporność

ANEKS II

Kryteria selekcji chorób zakaźnych ze szczególnych obszarów, przeznaczonych do obejmowania nadzorem przez Wspólnotowa sieć.

1. Choroby które powodują, bądź też mogą potencjalnie powodować, znaczącą zachorowalność i/lub umieralność wewnątrz Wspólnoty, szczególnie tam, gdzie zapobieganie chorobom wymaga globalnego podejścia do koordynacji.
2. Choroby, w przypadku których wymiana informacji może zabezpieczać wczesne ostrzeżenie o zagrożeniach dla zdrowia publicznego.
3. Choroby rzadkie i poważne, które nie byłyby rozpoznane na szczeblu krajowym, podczas gdy bank danych pozwoliłby na postawienie hipotezy w oparciu o szerszą wiedzę.
4. Choroby dla których skuteczne działania zapobiegawcze są możliwe do osiągnięcia z pozytywnym skutkiem dla ochrony zdrowia.
5. Choroby, których porównanie przez państwa członkowskie, przyczyniłoby się do oceny programów krajowych i Wspólnotowych.

I**(Akty, których publikacja jest obowiązkowa)****DECYZJA NR 2119/98/EC PARLAMENTU EUROPEJSKIEGO ORAZ RADY
z dnia 24 września 1998****założenie sieci nadzoru epidemiologicznego oraz kontroli chorób
zakaźnych we Wspólnocie Europejskiej****PARLAMENT EUROPEJSKI ORAZ
RADA UNII EUROPEJSKIEJ**

uwzględniając Traktat ustanawiający Wspólnotę Europejską, a w szczególności art. 129,

mając na uwadze wniosek Komisji ⁽¹⁾,

mając na uwadze opinię Komitetu Ekonomiczno-Społecznego⁽²⁾,

mając na uwadze opinię Komitetu Regionów⁽³⁾,

działającego zgodnie z procedurą ustaloną w art. 189b Traktatu⁽⁴⁾, w świetle wspólnego tekstu przyjętego przez Komitet Koncyliacyjny w dniu 27 maja 1998,

oraz

mając na uwadze, że:

- (1) Zapobieganie chorobom, a zwłaszcza większym plagom zdrowotnym, jest dla Wspólnoty działalnością priorytetową, wymagającą ogólnowspólnego podejścia koordynowanego między Państwami Członkowskimi;
- (2) Parlament Europejski w swojej uchwale dotyczącej polityki zdrowotnej po Maastricht⁽⁵⁾, zachęcił Komisję do założenia sieci transgranicznej w celu utworzenia roboczych definicji chorób podlegających obowiązkowi zgłoszenia, w celu zgromadzenia, uaktualnienia, zanalizowania i rozpowszechniania danych Państw Członkowskich na temat tych chorób oraz w celu współpracy w tym zakresie z krajowymi i międzynarodowymi agencjami;

(1) Dz.U.WE nr C 123, z 26.4.1996, str. 10 oraz Dz.U.WE nr C 103, z 2.4.1997, str. 11

(2) Dz.U.WE nr C 30, z 30.1.1997, str. 1

(3) Dz.U.WE nr C 337, z 11.11.1996, str. 67

(4) Opinia Parlamentu europejskiego z 13 listopada 1996 (Dz.U.WE nr C 362, z 2.12.1996, str. 111), Wspólne Stanowisko Rady z 22 lipca 1997 (Dz.U.WE nr C 284, z 19.9.1997, str. 10) oraz Decyzja Parlamentu Europejskiego z 14 stycznia 1998 (Dz.U.WE nr C 34, z 2.2.1998, str. 70). Decyzja Parlamentu Europejskiego z 15 lipca 1998 (Dz.U. WE nr C 292, z 21.9.1998). Decyzja Rady z 20 lipca 1998.

(5) Dz.U.WE nr C 329, z 6.12.1993, str. 375

(3) W uchwale z 2 czerwca 1994⁽⁶⁾ dotyczącej ram dla działań Wspólnoty w zakresie zdrowia publicznego, Rada zgodziła się, że obecnie należy dać pierwszeństwo zwłaszcza chorobom zakaźnym;

(4) W swoim wnioskach z 13 grudnia 1993⁽⁷⁾ Rada uznała, że należy rozwinąć sieć dla nadzoru i kontroli chorób zakaźnych na poziomie Wspólnoty, której głównym celem byłoby gromadzenie i koordynowanie informacji z sieci monitoringu w Krajach Członkowskich;

(5) W tym samych wnioskach, Rada, w propozycjach związanych z ramami dla działań w zakresie zdrowia publicznego, poprosiła Komisję o zwrócenie szczególnej uwagi, na założenie sieci epidemiologicznej we Wspólnocie, biorąc pod uwagę obecnie obowiązujące procedury i mechanizmy na poziomie Wspólnoty i Państw Członkowskich oraz zapewnienie porównywalności i zgodności danych:

(6) uchwale z 13 listopada 1992 dotyczącej monitoringu i nadzoru nad chorobami zakaźnymi⁽⁸⁾ Rada oraz Ministrowie ds. Zdrowia, na spotkaniu w Radzie, podkreślili celowość polepszenia, w ramach Wspólnoty, zasięgu i efektywności istniejących sieci pomiędzy Państwami Członkowskimi dla nadzoru nad chorobami zakaźnymi (łącznie z sieciami tworzenia danych), jak też konieczność utrzymania, stworzenia lub wzmocnienia koordynacji pomiędzy nimi dla monitorowania występowania chorób zakaźnych, w których takie działania mogłyby podnieść znaczenie istniejących już środków;

(6) Dz.U.EW nr C 165, z 17.6.1994, str. 1

(7) Dz.U.WE nr C 15, z 18.1.1994, str. 6

(8) Dz.U.WE Nr c 326, z 11.12.1992, str. 1

- | | |
|--|--|
| <p>(7) W tej samej uchwale, Rada oraz Ministrowie ds. Zdrowia, na spotkaniu w Radzie, podkreślili znaczenie gromadzenia danych od Państw Członkowskich dotyczących ograniczonej liczby rzadkich i groźnych chorób zakaźnych, które wymagają ogromnych próbek dla badań epidemiologicznych;</p> <p>(8) W tej samej uchwale, Rada oraz Ministrowie ds. Zdrowia, na spotkaniu w Radzie, zachęcali Komisję do sprawdzenia celowości pierwszeństwa danego niektórym i stosownym propozycjom związanym z kontrolą i nadzorem nad chorobami zakaźnymi, w świetle, <i>inter alia</i>, ich oszacowanego kosztu-efektywności;</p> <p>(9) Zgodnie z zasadą subsydiarności, wszystkie nowe środki podjęte w tym obszarze, które nie należą do wyłącznych kompetencji Wspólnoty, takie jak nadzór epidemiologiczny i kontrola nad chorobami zakaźnymi, mogą być podjęte przez Wspólnotę tylko wówczas, gdy, z powodu skali czy efektów proponowanych działań, cele proponowanych działań mogą być lepiej osiągnięte przez Wspólnotę niż przez Państwa Członkowskie,</p> <p>(10) Różne poziomy i potrzeby epidemiologicznego nadzoru nad chorobami zakaźnymi w Państwach Członkowskich wymagają założenia stałej sieci na poziomie Wspólnoty;</p> <p>(11) Środki podejmowane w zakresie zdrowia muszą uwzględniać inne działania Wspólnoty dotyczące zdrowia publicznego lub mające wpływ na zdrowie publiczne;</p> <p>(12) Zgodnie z niniejszą Decyzją, przyjmuje się podejmowane środki wyłączając wszelką harmonizację prawa i rozporządzeń Państw Członkowskich;</p> <p>(13) Decyzja 647/96/EC Parlamentu Europejskiego oraz Rady z 26 marca 1996 zatwierdzająca program działań Wspólnoty dotyczących zapobiegania AIDS oraz innym chorobom zakaźnym w ramach działań w zakresie zdrowia publicznego (1996-2000)⁽¹⁾ przewiduje szereg działań Wspólnoty na rzecz utworzenia i rozwinięcia sieci dla kontroli i nadzoru nad niektórymi chorobami zakaźnymi, wczesnego wykrywania tych chorób oraz promowania szkoleń epidemiologów terenowych;</p> <p>(14) Konieczne jest popieranie współpracy z kompetentnymi organizacjami międzynarodowymi, zwłaszcza w zakresie klasyfikacji chorób, jak</p> | <p>również w zakresie stosowania odpowiedniego języka i technologii;</p> <p>(15) Konieczne jest wspieranie współpracy z państwami nieczłonkowskimi – zwłaszcza w przypadku pojawienia się lub wystąpienia ponownej fali chorób zakaźnych;</p> <p>(16) Ostatnie pojawienie się czy wystąpienie ponownej fali chorób zakaźnych wykazało, że w nagłych wypadkach, wszystkie niezbędne informacje oraz dane zebrane zgodnie z ustaloną metodologią, należy niezwłocznie przesłać do Komisji;</p> <p>(17) Aby zapewnić ochronę ludności w nagłych wypadkach, Państwa Członkowskie mają natychmiast wymienić się odpowiednimi informacjami za pomocą sieci Wspólnoty; za każdym razem należy dać pierwszeństwo ochronie zdrowia publicznego;</p> <p>(18) Dyrektywa Rady 92/117/EWG z 17 grudnia 1992 dotycząca środków dla ochrony przed specyficznymi chorobami odzwierzęcymi oraz specyficznymi czynnikami odzwierzęcymi występującymi u zwierząt i w produktach pochodzenia zwierzęcego w celu zapobiegania wystąpieniu infekcji i zatruc⁽²⁾ pokarmowych stosuje się w równym stopniu do informacji dotyczących chorób odzwierzęcych, które oddziałują na ludzi; ta sama Dyrektywa przewiduje system dla gromadzenia specyficznych chorób odzwierzęcych i czynników odzwierzęcych;</p> <p>(19) Utworzenie sieci dla epidemiologicznego nadzoru i kontroli chorób zakaźnych na poziomie Wspólnoty zakłada zgodność z przepisami prawnymi dotyczącymi ochrony osób indywidualnych odnośnie tworzenia danych osobowych oraz wprowadzenia środków gwarantujących poufność i bezpieczeństwo takich danych; w związku z tym Parlament Europejski oraz Rada przyjęły Dyrektywę 95/46/WE⁽³⁾;</p> <p>(20) Projekty Wspólnoty w zakresie telematycznej wymiany danych pomiędzy administracjami (MSR)⁽⁴⁾ oraz projektami G7 powinny być ściśle koordynowane z wdrożeniem działań Wspólnoty odnoszącymi się do epidemiologicznego nadzoru i kontroli chorób zakaźnych;</p> <p>(21) Należy wziąć pod uwagę podjęte starania mające na celu popieranie międzynarodowej współpracy w tym zakresie, zwłaszcza jako część wspólnego planu działań ze Stanami Zjednoczonymi;</p> |
|--|--|

⁽¹⁾ Dz.U.WE nr L 95, z 16.4.1996, str. 16

(6) Dz.U.WE nr L 62, z 15.3.1993, str. 38

(7) Dz.U.WE nr L 281, z 23.11.1995, str. 31

(8) Dz.U.WE nr L 269, z 11.11.1995, str. 23

- (22) W nagłych wypadkach, ważne jest, by kompetentne struktury krajowe i/lub władze powinny umocnić swoją współpracę, zwłaszcza w odniesieniu do określenia próbek biologicznych;
- (23) Wszystkie procedury Wspólnoty, które można wprowadzić w celu szybkiej wymiany informacji, zgodnie z dwustronnymi i wielostronnymi umowami i konwencjami, nie mają wpływu na prawa i obowiązki Państw Członkowskich;
- (24) W celu promowania koordynacji pomiędzy Państwami Członkowskimi, należy ustalić procedurę dotyczącą środków, jakie mogą one podjąć dla kontrolowania szerzenia się chorób zakaźnych; przyjęcia i wdrożenie tych środków leży wyłącznie w kompetencjach Państw Członkowskich;
- (25) Ważne jest, by Komisja w ścisłej współpracy z Państwami Członkowskimi, wdrożyła sieć wspólnoty; w związku z tym należy stworzyć procedurę w celu zapewnienia pełnego udziału Państw Członkowskich w tej implementacji;
- (26) Koszty wynikające z obsługi sieci powinny być pokryte ze środków Wspólnoty i/lub z odpowiednich programów Wspólnoty;
- (27) Koszty wynikające z obsługi sieci na poziomie krajowym mają być finansowane przez Państwa Członkowskie, chyba że przepisy Wspólnoty określają inaczej;
- (28) 20 grudnia 1994 została zawarta *modus vivendi* między Parlamentem Europejskim, Radą i Komisją dotycząca wdrożenia środków dla aktów przyjętych zgodnie z procedurą określoną w art. 189b Traktatu⁽¹⁾,

NINIEJSZYM POSTANAWIAJĄ, CO NASTĘPUJE:

Artykuł 1

Celem niniejszej Decyzji jest założenie sieci na poziomie Wspólnoty w celu promowania współpracy i koordynacji pomiędzy Państwami Członkowskimi, przy pomocy Komisji, dążąc do polepszenia ochrony i kontroli, we Wspólnocie, kategorii chorób zakaźnych wyszczególnionych w Załączniku. Sieć ta będzie miała zastosowanie w:

- epidemiologicznym nadzorze nad tymi chorobami oraz
- systemie wczesnego ostrzeżenia i wczesnej reakcji w celu zapobiegania i kontroli tych chorób.

(1) Dz.U.WE nr C 102, z 4.4.1996, str. 1

W odniesieniu do epidemiologicznego nadzoru, zostanie utworzona sieć wprowadzająca stałą łączność, przy pomocy wszystkich stosownych środków technicznych, Komisji oraz tych struktur i/lub władz, które na poziomie każdego Państwa Członkowskiego oraz zgodnie z odpowiedzialnością Państwa Członkowskiego, są kompetentne na poziomie krajowym i są odpowiedzialne za gromadzenie informacji związanej z epidemiologicznym nadzorem nad chorobami zakaźnymi, a także tworząca procedury w celu rozpowszechniania danych dotyczących tego nadzoru nad poziomem Wspólnoty.

W odniesieniu do systemu wczesnego ostrzeżenia i wczesnej reakcji, sieć ta będzie utworzona przy pomocy odpowiednich środków, wprowadzając stałą łączność Komisji i kompetentnych władz ds. zdrowia publicznego w każdym Państwie Członkowskim odpowiedzialnym za określenie środków niezbędnych w celu ochrony zdrowia publicznego.

Komisja zapewni koordynację sieci we współpracy z Państwami Członkowskimi.

Artykuł 2

Dla celów niniejszej Decyzji następujące terminy będą miały następujące znaczenie:

1. „epidemiczny nadzór”, stałe, systematyczne gromadzenie, analiza, interpretacja i rozpowszechnienie danych dotyczących zdrowia, włączając badania epidemiologiczne określone w Załączniku, w szczególności odnoszące się do form szerzenia się tych chorób na przestrzeni czasu i miejsca oraz analizy czynników ryzyka nabywania tych chorób, w celu umożliwienia odpowiednich środków zapobiegawczych oraz kontr-środków, jakie należy podjąć;
2. „ochrona i kontrola chorób zakaźnych”; zasięg środków, włączając badania epidemiologiczne, podjętych przez kompetentne władze ds. zdrowia publicznego w Państwach Członkowskich w celu zapobiegania i zahamowania szerzenia się chorób zakaźnych;
3. „sieć Wspólnoty”; sieć utworzona w celu epidemiologicznego nadzoru i kontroli chorób zakaźnych, tzn. system, za pomocą którego dokonuje się wymiany niezbędnych informacji do prowadzenia działań, o których mowa w punktach 1 i 2.

Artykuł 3

Mając na uwadze efektywną obsługę Wspólnoty z uwzględnieniem nadzoru epidemiologicznego oraz otrzymania jednolitej informacji w tych ramach, to co następuje będzie określone zgodnie z procedurą ustaloną w art. 7;

<p>(a) choroby zakaźne stopniowo obejmowane siecią Wspólnoty;</p> <p>(b) kryteria wyboru tych chorób, z uwzględnieniem kategorii określonych w Załączniku oraz istniejące już sieci współpracy w celu nadzoru nad chorobami, na których mogą się opierać;</p> <p>(c) definicje przypadku, w szczególności charakterystyka kliniczna i mikrobiologiczna;</p> <p>(d) charakter i rodzaj danych oraz informacji gromadzonych i przekazywanych przez struktury i/lub władze, o których mowa w punkcie drugim art. 1 w zakresie nadzoru epidemiologicznego oraz sposobów porównywania i kompatybilności tych danych;</p> <p>(e) metody epidemiologicznego i mikrobiologicznego nadzoru;</p> <p>(f) wytyczne dotyczące podejmowanych środków zapobiegawczych; w szczególności na zewnętrznych granicach Państw Członkowskich, zwłaszcza w nagłych wypadkach;</p> <p>(g) wytyczne dotyczące informacji i wskazówki ich dobrego stosowania w praktyce dla ogółu;</p> <p>(h) odpowiednie środki techniczne i procedury, za pomocą których zostanie dokonane rozpowszechnienie i analiza danych na poziomie Wspólnoty.</p> <p style="text-align: center;">Artykuł 4</p> <p>Każda struktura i/lub władza, o których mowa w punkcie drugim czy trzecim art. 1, w zależności od potrzeby, będzie w łączności z siecią Wspólnoty;</p> <p>(a) informacje dotyczące pojawienia się czy występowania ponownej fali chorób zakaźnych, o których mowa w art. 3(a) w Państwach Członkowskich, do których ta struktura i/lub władza należą, wraz z informacją na temat kontroli stosowanych środków;</p> <p>(b) każda stosowna informacja dotycząca postępu sytuacji epidemicznej, z której przyczyny jest odpowiedzialna za gromadzenie informacji;</p> <p>(c) informacje dotyczące niezwykłych zjawisk epidemicznych lub nowych chorób zakaźnych nieznanego pochodzenia;</p> <p>(d) każda stosowna informacja:</p> <ul style="list-style-type: none"> - na temat chorób zakaźnych objętych kategoriami określonymi w Załączniku, - na temat nowych chorób zakaźnych nieznanego pochodzenia w państwach nieczłonkowskich; <p>(e) informacje dotyczące istniejących i proponowanych mechanizmów i procedur zapobiegania i kontroli chorób zakaźnych, zwłaszcza w nagłych wypadkach;</p> <p>3.10.98 EN</p>	<p>(f) wszystkie stosowne uwagi pomagające Państwu Członkowskim w koordynowaniu swoich wysiłków w celu zapobiegania i kontroli chorób zakaźnych, łącznie z wdrożonymi kontr-środkami.</p> <p style="text-align: center;">Artykuł 5</p> <p>Komisja udostępni informacje, o których mowa w art. 3, wszystkim strukturalom i władzom, o których mowa w art. 1. Każda struktura/władza zapewni, że informacje przekazywane za pomocą sieci, stosownie do art. 4, będą natychmiast przekazane do wszystkich uczestniczących struktur/władz oraz Komisji.</p> <p style="text-align: center;">Artykuł 6</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Państwa Członkowskie, na bazie informacji dostępnych za pomocą sieci Wspólnoty, będą konsultować się nawzajem w łączności z Komisją, mając na względzie koordynowanie swoich wysiłków na rzecz zapobiegania i kontroli chorób zakaźnych. 2. Gdy Państwo Członkowskie zamierza przyjąć środki kontroli chorób zakaźnych, przed ich przyjęciem ma, przy pomocy sieci Wspólnoty, poinformować inne Państwa Członkowskie oraz Komisję o charakterze i zasięgu tych środków. Państwo Członkowskie, o którym mowa ma także poinformować inne Państwa Członkowskie oraz Komisję, poprzez sieć Wspólnoty o charakterze i zasięgu zamierzonych środków, chyba że potrzeby ochrony zdrowia publicznego są tak naglące, że konsultacje są niemożliwe. 3. Państwo Członkowskie przyjmujące, w nagłych przypadkach, środki kontroli w reakcji na pojawienie się lub wystąpienie ponownej fali chorób zakaźnych, jak najszybciej ma przy pomocy sieci Wspólnoty, poinformować o tym inne Państwa Członkowskie oraz Komisję. <p>W słusznie uzasadnionych przypadkach, odpowiednie środki zapobiegania i ochrony, przyjęte przez wzajemne umowy pomiędzy Państwami Członkowskimi łącznie z Komisją mogą, jeśli jest to wskazane, być podjęte przez Państwa Członkowskie.</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Państwa Członkowskie, na podstawie swoich konsultacji i zdobytych informacji, będą koordynować między sobą działania w łączności z Komisją z uwzględnieniem środków, których nie przyjęto lub które mają zamiar przyjąć na poziomie krajowym. 5. Procedury dotyczące informacji i konsultacji, o których mowa w punktach 1,2 i 3 oraz procedur dotyczących koordynacji, o której mowa w punktach 1 i 4 będą ustalone zgodnie z procedurami określonymi w art. 7. <p style="text-align: center;">Artykuł 7</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. W celach wdrożenia niniejszej Decyzji, Komisji będzie pomagać komitet złożony z przedstawicieli każdego Państwa Członkowskiego i której będzie przewodniczył przedstawiciel Komisji. <p>Wspólnot Europejskich</p>
	L 268/5

2. Przedstawiciel komisji przedłoży komitetowi projekt środków, jakie mają być podjęte. Komitet dostarczy swoją opinię na temat projektu w przeciągu ograniczonego czasu, który może określić przewodniczący w zależności od pilności sprawy. Opinia ma być dostarczona przez większość określoną w art. 148(2) Traktatu w przypadku decyzji, które Rada ma przyjąć na propozycję Komisji. Głosy przedstawicieli Państw Członkowskich w ramach komitetu będą obliczone w sposób ustalony w tym artykule. Przewodniczący nie głosuje.

3. (a) Komisja przyjmuje przewidziane środki, jeśli są zgodne z opinią komitetu.

(b) Jeśli przewidziane środki nie są zgodne z opinią komitetu lub jeśli nie dostarczono opinii, Komisja, bez zwłoki, przedłoży Radzie propozycję związaną ze środkami, jakie mają być podjęte.

Jeśli w przeciągu trzech miesięcy danej sprawy Rada nie wyda opinii, zostaną przyjęte środki proponowane przez Komisję.

Artykuł 8

Załącznik może być poprawiony lub uzupełniony zgodnie z procedurą określoną w art. 7.

Artykuł 9

Każde Państwo Członkowskie wyznaczy, w przeciągu 6 miesięcy od wejścia w życie niniejszej Decyzji, struktury i/lub władze, o których mowa w pierwszym i trzecim punkcie art. 1, a także powiadomi o tym Komisję oraz inne Państwa Członkowskie. Wyznaczone struktury i/lub władze będą opisane publicznie przez Państwa Członkowskie jako tworząca część sieci Wspólnoty założonej niniejszą Decyzją.

Artykuł 10

Dla celów niniejszej Decyzji, kompetentne władze Państw Członkowskich oraz Komisji będą zachęcać do współpracy z państwami nieczłonkowskimi i organizacjami międzynarodowymi kompetentnymi w zakresie zdrowia publicznego, a w szczególności ze Światową Organizacją Zdrowia.

Artykuł 11

Niniejszą Decyzję stosuje się bez naruszenia postanowień dla Dyrektyw 92/117/EEC oraz 95/46/EC.

Artykuł 12

1. Niniejsza Decyzja nie wpływa na prawo Państw Członkowskich do zachowania czy wprowadzenia nowych postanowień, procedur i środków dla krajowych

systemów epidemiologicznego nadzoru i kontroli chorób zakaźnych.

2. Niniejsza Decyzja nie wpływa na prawa i obowiązki Państw Członkowskich, pochodzące z istniejących czy przyszłych dwustronnych lub wielostronnych umów czy konwencji w tym zakresie objętych niniejszą Decyzją.

Artykuł 13

Komisja, przy pomocy Państw Członkowskich, zapewni zgodność i komplementarność pomiędzy niniejszą Decyzją, a stosowanymi programami i inicjatywami Wspólnoty, łącznie z tymi w kontekście działań dotyczących zdrowia publicznego, jak również w szczególności, ramowy program dla informacji statystycznych, projektów w zakresie telematycznej wymiany danych pomiędzy administracjami oraz ramowy program dla badań i rozwoju technologicznego, zwłaszcza aplikacji telematycznych drugiego programu.

Artykuł 14

1. Komisja będzie regularnie przedkładać Parlamentowi Europejskiemu oraz Radzie raporty oceniające obsługę sieci Wspólnoty.

2. Pierwszy raport, który ma być przedłożony w przeciągu trzech lat od wejścia w życie niniejszej Decyzji będzie w szczególności określał te elementy sieci Wspólnoty, które należy ulepszyć lub przyjąć. Powinien również zawierać wszystkie propozycje Komisji, które są niezbędne do poprawienia lub przyjęcia niniejszej Decyzji.

3. Co pięć lat Komisja będzie prowadzić ocenę sieci Wspólnoty, zwracając szczególną uwagę na jej pojemność strukturalną oraz efektywne wykorzystanie środków, a także przedłoży raport Parlamentowi Europejskiemu oraz Radzie.

Artykuł 15

Niniejsza Decyzja wchodzi w życie z dniem 3 stycznia 1999 r.

Artykuł 16

Niniejsza Decyzja jest skierowana do Państw Członkowskich.

Sporządzono w Brukseli dnia 24 września 1998 r.

W imieniu Parlamentu Europejskiego

J.M. GIL-ROBLES
Przewodniczący

W imieniu Rady

J. FARNLEITNER
Przewodniczący

ZAŁĄCZNIK**LISTA KATEGORII CHOROÓB ZAKAŻNYCH**

- Choroby możliwe do uniknięcia dzięki szczepieniom
 - Choroby przenoszone drogą płciową
 - Wirusowe zapalenie wątroby
 - Choroby pochodzenia pokarmowego
 - Choroby pochodzące od wody oraz choroby wywołane wpływem środowiska
 - Infekcje szpitalne
 - Inne choroby przenoszone przez niekonwencjonalne czynniki (włączając chorobę Creutzfeldta-Jakoba)
 - Choroby objęte międzynarodowymi przepisami dotyczącymi zdrowia (żółta febra, cholera oraz dżuma)
 - Inne choroby (wścieklizna, tyfus, wirusowe gorączki krwotoczne, malaria oraz inne, jeszcze nie sklasyfikowane, groźne choroby epidemiczne, itd.).
-

