

REGULAMIN ORGANIZACYJNY

Postanowienia ogólne

§ 1

1. Regulamin Organizacyjny zwany dalej „Regulaminem” określa sposób i warunki udzielania świadczeń zdrowotnych w podmiocie leczniczym określonym w ust. 2.
2. Działalność lecznicza podmiotu leczniczego, zwanego w dalszej części Regulaminu: „Przychodnią” prowadzona jest pod firmą:

Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej – Przychodnia Rodzinna „Mariacka” spółka z ograniczoną odpowiedzialnością.

Cele i zadania

§ 2

1. Celem Przychodni jest prowadzenie działalności leczniczej poprzez udzielanie świadczeń zdrowotnych i promocję zdrowia, w szczególności poprzez podejmowanie i prowadzenie działań służących profilaktyce zdrowotnej, zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia.
2. Zadania, które Przychodnia wykonuje w ramach prowadzonej działalności leczniczej polegają na realizowaniu świadczeń zdrowotnych zgodnie z zasadami wiedzy medycznej i powszechnie obowiązującymi przepisami prawa.

§ 3

Struktura organizacyjna

1. **Podmiotem leczniczym** w rozumieniu Ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. 2011 nr 112 poz. 654), zwanej dalej w Regulaminie Ustawą, jest spółka **Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej – Przychodnia Rodzinna „Mariacka” spółka z ograniczoną odpowiedzialnością** z siedzibą ul. Mariacka 6/8, 48-300Nysa, wpisana do Rejestru Przedsiębiorców Krajowego Rejestru Sądowego (Sąd Rejonowy w Opolu, VIII Wydział Gospodarczy KRS) pod numerem 0000141209, posiadająca numery NIP 753-20-80-138 i Regon 531639225, wpisana do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą pod numerem 000000009786.
2. Podmiot leczniczy reprezentowany jest przez Zarząd, zgodnie z zapisami w umowie spółki z ograniczoną odpowiedzialnością i przepisami Kodeksu Spółek Handlowych, zwany dalej kierownikiem podmiotu leczniczego.
3. **Przedsiębiorstwem podmiotu leczniczego**, w którym podmiot leczniczy wykonuje swoją działalność leczniczą, jest **Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Przychodnia Rodzinna „Mariacka” sp. z o.o.** (Regon 531639225-00029), 48-300 Nysa, ul. Mariacka 6/8.
4. Przedsiębiorstwo podmiotu leczniczego reprezentowane jest przez Kierownika, zwanego dalej kierownikiem do spraw medycznych, który kieruje i odpowiedzialny jest za organizację pracy przedsiębiorstwa w szczególności w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych i promocji zdrowia i sprawuje nadzór nad działalnością jednostek i komórek organizacyjnych przedsiębiorstwa w zakresie działalności leczniczej.
5. Do obowiązków Kierownika do spraw medycznych należy między innymi:
 - 1) organizowanie i kierowanie pracą personelu wszystkich jednostek organizacyjnych i komórek przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego,
 - 2) opracowywanie i wdrażanie wewnętrznych procedur i zarządzeń w zakresie działalności przedsiębiorstwa,
 - 3) dokonywanie bieżących i okresowych kontroli podległych pracowników i komórek organizacyjnych,
 - 4) nadzór nad jakością świadczonych przez przedsiębiorstwo usług medycznych,
 - 5) utrzymanie dyscypliny pracy w przedsiębiorstwie, w tym wnioskowanie do Zarządu Spółki o udzielanie kar i nagród dla pracowników podmiotu,
 - 6) zlecanie niezbędnych do bieżącego funkcjonowania przedsiębiorstwa napraw i zakupów,
 - 7) reprezentowanie przedsiębiorstwa w kontaktach z pacjentami i podmiotami zewnętrznymi w zakresie prowadzonej działalności medycznej,
- 8) Dbanie o należyty poziom wiedzy i jakości usług świadczonych przez personel zakładu opieki zdrowotnej w szczególności poprzez zapewnienie dostępu do szkoleń i warsztatów wewnątrz

zakładowych. Warsztaty i szkolenia winny odbywać się w sposób zapewniający ciągłość udzielania świadczeń dla pacjentów. W warsztatach, za zgodą Kierownika mogą uczestniczyć, a także prowadzić je, przedstawiciele medycy, o których mowa w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie reklamy produktów leczniczych, na warunkach i z zachowaniem wymogów przewidzianych w tym Rozporządzeniu. Warsztaty odbywać się będą nie częściej niż 1 raz w tygodniu, w środę w godzinach pomiędzy 12:00 a 13:00.

6. W ramach przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego wyodrębnia się następujące jednostki organizacyjne:
 - Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Przychodnia Rodzinna Mariacka sp. z o.o., ul. Mariacka 6/8, 48-300 Nysa.
7. W ramach przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego wyodrębnia się następujące komórki organizacyjne:
 - 1) Poradnia lekarza POZ – dla dorosłych,
 - 2) Poradnia lekarza POZ – dla dzieci,
 - 3) Poradnia Laktacyjna,
 - 4) Pracownia RTG,
 - 5) Pracownia USG,
 - 6) Gabinet Zabiegowo-Diagnostyczny,
 - 7) Gabinet Zabiegowy,
 - 8) Punkt Szczepień.
8. W ramach przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego wyodrębnia się dział finansowo-księgowy, którym kieruje Główny Księgowy.
9. Wszystkie komórki organizacyjne znajdują się w Nysie, ul. Mariacka 6/8.

§ 4

Rodzaj działalności leczniczej, zakres udzielanych świadczeń

1. Przychodnia prowadzi działalność leczniczą w rodzaju: ambulatoryjne świadczenia zdrowotne.
2. Zakres udzielanych świadczeń obejmuje:
 - a) świadczenia podstawowej opieki zdrowotnej,
 - b) świadczenia specjalistycznej opieki zdrowotnej,
 - c) badania diagnostyczne wykonywane w celu rozpoznania stanu zdrowia i ustalenia dalszego postępowania leczniczego, w tym badania USG, RTG i punkt pobrań.

§ 5

Miejsce udzielania świadczeń zdrowotnych

1. Miejscami udzielania świadczeń zdrowotnych wchodzących w zakres działalności realizowanej przez Przychodnię są:
Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Przychodnia Rodzinna „Mariacka” sp. z o.o., 48-300 Nysa ul. Mariacka 6/8.
2. Świadczenia zdrowotne mogą być ponadto realizowane w miejscu pobytu pacjenta:
 - a) osobiście przez personel medyczny, jeżeli stan zdrowia pacjenta tego wymaga lub
 - b) za pośrednictwem systemów teleinformatycznych, po potwierdzeniu tożsamości osoby zgłaszającej wolę uzyskania porady za pośrednictwem systemów teleinformatycznych.
3. W przypadku udzielania świadczeń zdrowotnych za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności, miejscem udzielania świadczeń jest miejsce przebywania osób wykonujących zawód medyczny, udzielających tych świadczeń.

§ 6

Przebieg procesu udzielania świadczeń zdrowotnych, organizacja i zadania komórek organizacyjnych, warunki ich współdziałania oraz współdziałania z innymi podmiotami

1. Przychodnia udziela świadczeń bezpłatnie osobom ubezpieczonym w ramach powszechnego ubezpieczenia obowiązującego na terenie Polski lub w ramach przepisów o koordynacji (stosownie do podpisanych porozumień z Narodowym Funduszem Zdrowia -NFZ) lub równoważną instytucją. Innym podmiotom Przychodnia udziela świadczeń odpłatnie.
2. Poszczególne jednostki i komórki organizacyjne Przychodni oraz osoby wykonujące pracę bądź świadczące usługi w ramach tych jednostek i komórek, obowiązane są do współdziałania dla zapewnienia sprawnego i efektywnego funkcjonowania podmiotu leczniczego pod względem

diagnostyczno-lecznym, pielęgnacyjnym i administracyjno-gospodarczym. Współdziałanie odbywa się z poszanowaniem powszechnie obowiązujących przepisów prawa.

3. Współdziałanie między poszczególnymi jednostkami i komórkami organizacyjnymi podmiotu powinno odbywać się w sposób, który zapewni sprawność funkcjonowania podmiotu oraz kompleksowość, dostępność i należytą jakość udzielania świadczeń zdrowotnych.
4. Do zadań wszystkich komórek organizacyjnych i ich pracowników należy zwłaszcza:
 - realizacja zadań podmiotu i celu, dla którego został on utworzony, określonych w powszechnie obowiązujących przepisach prawa i niniejszym Regulaminie,
 - kompetentne i terminowe wywiązywanie się z przyjętych obowiązków,
 - dbałość o należyty wizerunek podmiotu leczniczego,
 - zapewnienie sprawności funkcjonowania podmiotu,
 - przestrzeganie tajemnicy służbowej, kodeksów etyki zawodowej, praw pacjenta,
 - wykonywanie innych czynności określonych w poszczególnych zarządzeniach lub poleceń przełożonych.
5. Cennik za usługi ustala kierownik do spraw medycznych.
6. Za niektóre czynności nieobjęte powszechnym ubezpieczeniem i kontraktem z NFZ Przychodnia może pobierać opłaty również od osób ubezpieczonych.
7. Przychodnia udziela świadczeń w godzinach swojej działalności (obecnie w dni powszednie w godzinach **od 7:00 do 18:00**) i dla osób, które objęte są przez nią opieką (stosownie do podpisanych porozumień, w tym również tak zwanych deklaracji wyboru lekarza). Innym osobom może udzielać pomocy w miarę wolnych sił i środków, z wyjątkiem sytuacji bezpośredniego zagrożenia życia, kiedy świadczenia takie mają być udzielane w pierwszej kolejności.
8. Poza godzinami pracy Przychodni opiekę medyczną nad pacjentami sprawują podmioty, z którymi Przychodnia ma podpisane stosownie Porozumienia, podmioty udzielające nocnej i świątecznej pomocy ambulatoryjnej oraz instytucje powołane do ratowania życia i zdrowia takie jak Pogotowie Ratunkowe, Szpitalne Oddziały Ratunkowe i inne, odpowiednio do swoich kompetencji.
9. Pacjenci mogą być przyjmowani w dwóch trybach: nagłym i planowym. Tryb nagły jest stosowany w stanach bezpośredniego zagrożenia życia oraz zagrożenia ciężkim uszczerbkiem na zdrowiu. W tym trybie pomoc jest udzielana choremu natychmiast. W trybie planowym udziela się choremu pomocy w terminie z nim uzgodnionym, ale bez niepotrzebnej zwłoki. W trybie planowym pacjenci są przyjmowani według kolejności i w miejscu ustalonym z pracownikami rejestracji, czyli po wcześniejszym zarejestrowaniu się. Pacjent może zarejestrować się osobiście lub z udziałem innych osób, bezpośrednio w Przychodni lub drogą telefoniczną a w przyszłości również przy pomocy innych środków łączności, o ile będą one w posiadaniu Przychodni.
10. Podstawowym miejscem udzielania świadczeń są pomieszczenia Przychodni.
11. Świadczenia mogą być udzielane w miejscu zamieszkania chorego w przypadku jego ciężkiej obłożnej choroby (tak zwane wizyty domowe).
12. Wyjątkowo świadczenia mogą być udzielane w miejscu przebywania chorego, które nie jest miejscem zamieszkania, o ile nie jest ono nadmiernie oddalone od Przychodni.
13. Przychodnia może odmówić zrealizowania świadczeń, o ile mogłoby to stanowić zagrożenie dla życia lub zdrowia personelu stosownie do uregulowań prawnych w tym zakresie.
14. Przychodnia realizuje działania lecznicze w przypadku zgłoszenia do niej woli poddania się leczeniu wyrażonej przez chorego lub jego przedstawiciela.
15. Działania profilaktyczne Przychodnia realizuje w przypadku zgłoszenia się chorego oraz z własnej inicjatywy zapraszając pacjenta do badań profilaktycznych lub odwiedzając go w miejscu zamieszkania stosownie do istniejących w tym zakresie przepisów.
16. Sposób organizacji pracy rejestracji Przychodni określa Regulamin Rejestracji, stanowiący załącznik nr 1 do Regulaminu Organizacyjnego.
17. Sposób organizacji pracy gabinetu zabiegowego określa Regulamin Gabinetu Zabiegowego, stanowiący załącznik nr 2 do Regulaminu Organizacyjnego.
18. Sposób organizacji pracy punktu pobrań określa Regulamin Punktu Pobrań, stanowiący załącznik nr 3 do Regulaminu Organizacyjnego.
19. Sposób organizacji pracy gabinetów lekarskich określa Regulamin Gabinetu Lekarskiego, stanowiący załącznik nr 4 do Regulaminu Organizacyjnego.
20. Sposób organizacji pracy pracowni RTG określa Regulamin Pracowni RTG, stanowiący załącznik nr 5 do Regulaminu Organizacyjnego.
21. Sposób organizacji pracy pracowni USG określa Regulamin Pracowni USG, stanowiący załącznik nr 6 do Regulaminu Organizacyjnego.

22. Sposób organizacji teleporad określają Standardy organizacyjne teleporady w ramach POZ: informacje dla pacjentów stanowiący załącznik nr 11 oraz Standardy organizacyjne teleporady w ramach POZ: informacje dla Świadczeniodawcy stanowiący załącznik nr 12
23. Obowiązki pacjenta
 - 1) Pacjent ma obowiązek stosowania się do zaleceń lekarskich.
 - 2) Pacjent ma obowiązek przestrzegania ustalonych reguł przyjęć, w tym zwłaszcza godzin wizyt.
 - 3) Inne obowiązki pacjenta wynikają z obowiązujących na terenie Polski przepisów prawa.
24. Obowiązki Przychodni w razie śmierci pacjenta
 - 1) W razie śmierci pacjenta Przychodnia udostępni wszelkie niezbędne dane konieczne do ustalenia przyczyny zgonu osobie do tego upoważnionej z zachowaniem tajemnicy lekarskiej a w razie potrzeby wystawi kartę zgonu.
 - 2) Całą posiadaną dokumentację medyczną związaną ze zmarłym pacjentem Przychodnia przechowa w archiwum przez okres wynikający z przepisów dotyczących dokumentacji medycznej.
 - 3) Dokumentację medyczną zmarłego Przychodnia udostępni jedynie upoważnionym podmiotom (stosownie do zapisów ustawowych).
 - 4) W przypadku, gdy zgon pacjenta nastąpi na terenie Przychodni, należy o tym powiadomić kierownika do spraw medycznych lub osobę, która go zastępuje, oraz prokuratora dyżurnego. Ciało osoby zmarłej w Przychodni należy złożyć w łazience na parterze Przychodni.
 - 5) O śmierci pacjenta należy poinformować jego rodzinę.
 - 6) Jeżeli prokurator dyżurny odstąpi od zabezpieczenia ciała zmarłego, należy wydać je rodzinie.
 - 7) Jeżeli zmarły nie posiadał rodziny lub też rodzina nie zgłasza się po odbiór ciała w ciągu dwóch godzin, należy o tym powiadomić policję a zwłoki przekazać do kostnicy.
25. Prawa pacjenta zawarte w Ustawie z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz innych aktów prawnych zawiera załącznik nr 9 do Regulaminu Organizacyjnego.
26. Do obowiązków Głównego Księgowego, należy między innymi:
 - 1) bieżące prowadzenie na podstawie dowodów księgowych ksiąg rachunkowych, zgodnie z ustawą o rachunkowości,
 - 2) wykonywanie dyspozycji środkami pieniężnymi,
 - 3) dokonywanie wstępnej kontroli zgodności operacji gospodarczych i finansowych z planem finansowym,
 - 4) dokonywanie wstępnej kontroli kompletności i rzetelności dokumentów dotyczących operacji gospodarczych i finansowych,
 - 5) ewidencja i rozliczanie wszystkich operacji i zdarzeń finansowych oraz zmian w majątku spółki,
 - 6) opracowywanie, aktualizacja i wprowadzenie w życie instrukcji obiegu dokumentów księgowych oraz zakładowego planu kont oraz nadzorowanie ich przestrzegania,
 - 7) bieżące kontrolowanie operacji prowadzonych w ramach rachunków bankowych
 - 8) sporządzanie sprawozdań finansowych,
 - 9) opracowywanie planów finansowych i kontrola ich wykonania.

§ 7

Zasady udostępniania dokumentacji medycznej

1. Dokumentacja medyczna pacjentów Podmiotu leczniczego może być udostępniana:
 - 1) pacjentom, których dotyczy,
 - 2) przedstawicielom ustawowym pacjentów,
 - 3) osobom upoważnionym przez pacjentów lub przedstawicieli ustawowych pacjentów,
 - 4) podmiotom posiadającym takie uprawnienie z mocy prawa (w szczególności podmiotom wskazanym w UoPPiRPP).
2. Po śmierci pacjentów Podmiotu leczniczego ich dokumentacja medyczna może być udostępniona:
 - 1) osobom, które w chwili zgonu były przedstawicielami ustawowymi pacjentów,
 - 2) osobom upoważnionym przez pacjentów lub przedstawicieli ustawowych pacjentów,
 - 3) osobom bliskim (o ile pacjent lub inna osoba bliska nie wyraziła w tym zakresie sprzeciwu),
 - 4) podmiotom posiadającym takie uprawnienie z mocy prawa (w szczególności podmiotom wskazanym w UoPPiRPP).
3. Dokumentacja medyczna może być udostępniona:
 - 1) do wglądu (w miejscu udzielania świadczeń zdrowotnych albo w siedzibie Podmiotu leczniczego) z zapewnieniem pacjentowi lub innym uprawnionym organom lub podmiotom możliwości sporządzenia notatek lub zdjęć,
 - 2) przez sporządzenie jej wyciągu, odpisu, kopii lub wydruku,

- 3) przez wydanie oryginału za potwierdzeniem odbioru i z zastrzeżeniem zwrotu po wykorzystaniu, na żądanie organów władzy publicznej albo sądów powszechnych, a także w przypadku, gdy zwłoka w wydaniu dokumentacji mogłaby spowodować zagrożenie życia lub zdrowia pacjenta,
 - 4) za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej,
 - 5) na informatycznym nośniku danych.
4. Podmiot leczniczy nie udostępnia dokumentacji medycznej przez sporządzanie kopii w formie odwzorowania cyfrowego (skanu) i przekazywanie skanu za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej lub na informatycznym nośniku danych.
 5. Udostępnianie dokumentacji następuje w trybie zapewniającym zachowanie poufności i ochrony danych osobowych, w szczególności poprzez:
 - 1) uprzednią weryfikację tożsamości wnioskodawcy,
 - 2) uprzednią weryfikację uprawnień wnioskodawcy.
 6. Dokumentacja medyczna jest wydawana bez zbędnej zwłoki.
 7. Podmiot leczniczy ustala następujące zasady pobierania opłat za wydanie dokumentacji medycznej:
 - 1) za wydanie dokumentacji w formie wyciągu, odpisu, kopii, wydruku lub na informatycznym nośniku danych, opłaty przewidzianej cennikiem nie pobiera się, jeżeli wniosek pacjenta, przedstawiciela ustawowego, osoby upoważnionej jest w danym zakresie składany po raz pierwszy,
 - 2) za wydanie dokumentacji w formie wyciągu, odpisu, kopii, wydruku lub na informatycznym nośniku danych, można pobrać opłatę przewidzianą cennikiem, jeżeli wniosek pacjenta, przedstawiciela ustawowego lub osoby upoważnionej jest w danym zakresie składany po raz kolejny,
 - 3) za wydanie dokumentacji medycznej w ramach udzielania zakładom ubezpieczeń informacji na temat stanu zdrowia pacjenta będącego osobą ubezpieczoną Podmiot leczniczy można pobrać opłatę uwzględniającą poniesione koszty, niezbędne do wytworzenia, przetworzenia i udzielenia informacji,
 - 4) za wydanie dokumentacji medycznej innym podmiotom, które na podstawie przepisów prawa nie są zwolnione z opłat, Podmiot leczniczy może pobrać opłatę uwzględniającą poniesione koszty, niezbędne do wytworzenia, przetworzenia i udzielenia informacji,
 - 5) opłata za przesłanie dokumentacji medycznej pocztą nie przekracza poniesionej przez Podmiot leczniczy opłaty, ustalonej przez operatora pocztowego,
 - 6) wydanie dokumentacji medycznej przez Podmiot leczniczy może być uzależnione od wcześniejszego uiszczenia przez wnioskodawcę opłaty (w sytuacji, gdy pobranie takiej opłaty jest uzasadnione).
 8. Cennik opłat za wydanie dokumentacji medycznej stanowi załącznik do Regulaminu i jest udostępniony na tablicy ogłoszeń Zakładu leczniczego.

§ 8

Postanowienia końcowe

1. Niniejszy Regulamin wchodzi w życie z dniem 01 lutego 2023 roku.
2. Częścią niniejszego Regulaminu jest „Regulamin monitoringu wizyjnego”, który stanowi załącznik nr 10 do niniejszego Regulaminu.
3. Z dniem 01 lutego 2023 roku przestaje obowiązywać dotychczasowy Regulamin Organizacyjny.

Podpisy Zarządu:

Maciej Janusz – Prezes Zarządu

Anna Wiśniewska-Orzechowska – Członek Zarządu

Regulamin Rejestracji

1. Rejestracja pacjentów odbywa się w godzinach 8:00-18:00.
2. Rejestracji pacjent może dokonać osobiście lub przez swoich przedstawicieli.
3. Rejestracji można dokonać w osobistym kontakcie z pracownikiem rejestracji, telefonicznie lub przez stronę internetową <https://lekarzebezkolejki.pl/>
4. Pierwsze miejsca na liście przyjęć do lekarza otrzymują osoby, które zgłosiły się w rejestracji, chyba, że strony (to jest pacjent i pracownik rejestracji) ustalą odmiennie.
5. Przyjmuje się średnio 15 minut na przyjęcie jednego pacjenta i średnio pięciu pacjentów na jedną godzinę pracy lekarza, pozostawiając dziesięć minut z każdej godziny jako rezerwę czasową na zdarzenia nadzwyczajne. W związku z tym rejestratorka ustala przyjęcie pięciu pacjentów w ciągu jednej godziny pracy lekarza. Możliwe jest przyjęcie większej liczby pacjentów, o ile pozwala na to aktualna sytuacja.
6. Każdy lekarz w ciągu dnia pracy ma przerwę śniadaniową trwającą 30 minut i w tym czasie nie przyjmuje pacjentów.
7. Możliwe jest zarejestrowanie się na dzień następny, chyba, że aktualna sytuacja (na przykład nagłe zwiększenie liczby zachorowań) na to nie pozwala.
8. Możliwe jest również planowanie wizyt u lekarza z większym wyprzedzeniem, o ile istnieje taka możliwość i potrzeba.
9. O nieplanowanej wcześniej zmianie godziny przyjęć pracownik rejestracji jest zobowiązany powiadomić pacjenta, chyba, że jest to niemożliwe z przyczyn technicznych.
10. Pracownicy rejestracji dokonują wpisów daty i godziny przyjęcia w indywidualnej historii choroby pacjenta.
11. Do obowiązków pracowników rejestracji należy również informowanie pacjentów, pośredniczenie w ich kontaktach z lekarzami i pielęgniarkami, przyjmowanie deklaracji wyboru lekarza oraz rezygnacji z wyboru.
12. Pracownicy rejestracji mają prawo i obowiązek sprawdzić tożsamość pacjenta. W przypadku braku pozytywnej weryfikacji przez system eWUŚ pracownicy rejestracji mają prawo żądać dokumentu potwierdzającego ubezpieczenie lub złożenia odpowiedniego oświadczenia przez pacjenta.
13. W przypadkach uzasadnionych pracownik rejestracji może przekazać zgłoszenie zachorowania do pogotowia ratunkowego lub wezwać pogotowie do Przychodni, nie musi w tym celu kontaktować się z lekarzem lub kierownikiem do spraw medycznych.
14. Godziny wizyt domowych ustalane są przez pracownika rejestracji w porozumieniu z osobą wzywającą i możliwe jest ich ustalenie na dni następne, o ile jest taka potrzeba.
15. Pracownik rejestracji powiadamia odpowiednio wcześniej zainteresowanego lekarza o uzgodnionej wizycie domowej.
16. Osoby niepełnoletnie lub ubezwłasnowolnione są rejestrowane przez swoich opiekunów.
17. W sytuacjach nagłych osoby niepełnoletnie mogą zostać zarejestrowane bez obecności swoich przedstawicieli ustawowych.
18. Pracą rejestracji kieruje wyznaczona pielęgniarka lub inna wykwalifikowana osoba.
19. Pacjenci są rejestrowani do lekarza, którego wybrali wcześniej składając deklarację wyboru lekarza.
20. Jeżeli niemożliwe jest zarejestrowanie pacjenta do wybranego lekarza, pracownik rejestracji wskazuje choremu innego lekarza, który go może przyjąć danego dnia lub proponuje pacjentowi przyjęcie w innym terminie.
21. Porządkowanie pomieszczeń rejestracji odbywa się codziennie po godzinach przyjęć pacjentów, w ostatniej godzinie pracy Przychodni i należy do obowiązków pielęgniarki dyżurnej i rejestratorki.

Regulamin Gabinetu Zabiegowego

1. Gabinet zabiegowy jest miejscem wykonywania przez pielęgniarki i lekarzy zabiegów diagnostycznych i leczniczych.
2. Do zadań Gabinetu Zabiegowego należy w szczególności wykonywanie zabiegów i badań, iniekcji podskórnych, domięśniowych i dożylnych, pomiar ciśnienia tętniczego, przeprowadzanie badań EKG.
3. Zabiegi mogą być wykonywane przez pielęgniarki jedynie na wyraźne zlecenie lekarskie, wyrażone w formie pisemnej a jedynie w sytuacjach nagłych w formie ustnej. Zlecenie wydane ustnie powinno być jednak w terminie późniejszym lecz bez zbędnej zwłoki, uzupełnione zleceniem pisemnym.
4. Pielęgniarka może podjąć działania diagnostyczno-lecznicze bez zlecenia lekarza w sytuacjach nagłych, związanych z ratowaniem życia i zdrowia chorego, zwłaszcza w razie potrzeby podjęcia akcji resuscytacyjnej, stosownie do swoich umiejętności i kompetencji zawodowych.
5. Gabinet zabiegowy jest czynny w godzinach 7:30-18:00.
6. Zabiegi planowe są wykonywane w określonych godzinach.
7. Informacja o godzinach wykonywania zabiegów planowych umieszczona jest na drzwiach gabinetu zabiegowego.
8. Zabiegi zlecone przez lekarzy Przychodni wykonywane są nieodpłatnie, chyba, że wykraczają one poza zakres czynności objętych kontraktem z NFZ lub są wykonywane na rzecz pacjentów niebędących na liście aktywnej Przychodni.
9. Pielęgniarka powinna odmówić wykonania zabiegu, jeżeli zlecenie jego wykonania jest nieczytelne lub budzi inne wątpliwości.
10. W razie wątpliwości – przed wykonaniem zabiegu – pielęgniarka zobowiązana jest porozumieć się z lekarzem zlecającym lub innym lekarzem, który swoją decyzję o wykonaniu zabiegu powinien odnotować w zleceniu.
11. Pielęgniarka i lekarz mają prawo odstąpić od wykonania zabiegu, o ile jego wykonanie mogłoby zagrozić zdrowiu lub życiu ich lub pacjenta.
12. Porządkowanie gabinetu zabiegowego odbywa się poza godzinami przyjęć pacjentów, w godzinach pracy Przychodni – codziennie.
13. Gabinet zabiegowy jest miejscem przechowywania leków stosowanych w leczeniu stanów nagłych. Znajdują się tam również: defibrylator, aparat EKG, aparat AMBU, glukometr oraz inne urządzenia diagnostyczno-zabiegowe.
14. Za utrzymanie porządku oraz zapewnienie dostępności niezbędnych leków odpowiada pielęgniarka, która w danym tygodni pełni dyżur w gabinecie zabiegowym.
15. Do codziennych obowiązków pielęgniarki gabinetu zabiegowego należy sprawdzenie sprawności zgromadzonych tam urządzeń i sprzętów.

Regulamin Punktu pobrań materiału diagnostycznego

1. Punkt pobrań materiału diagnostycznego jest miejscem, gdzie pobierana jest od pacjentów krew do badania i przyjmowane są inne materiały do badania, takie jak mocz, kał i inne.
2. Materiał jest pobierany jedynie z użyciem sprzętu jednorazowego.
3. Pobrany materiał musi być jednoznacznie oznakowany i opisany imieniem, nazwiskiem i numerem Pesel chorego. Wyjątkowo zamiast numeru Pesel materiał może zostać opisany datą urodzenia pacjenta.
4. Punkt pobrań materiału diagnostycznego jest czynny codziennie w dni robocze w godzinach od 7:00 do 9:00. Godziny pracy punktu pobrań mogą być wydłużone decyzją kierownika do spraw medycznych.
5. Informacja o godzinach pracy punktu pobrań materiału diagnostycznego jest umieszczona na jego drzwiach.
6. Wyniki badań są wydawane osobie, której dotyczą lub osobie przez nią upoważnionej, a w przypadku dzieci – rodzicom lub przedstawicielom ustawowym.
7. Wyniki badań zleconych przez lekarzy Przychodni stanowią część dokumentacji chorego i są własnością Przychodni.
8. Wyniki badań są analizowane przez lekarza prowadzącego w dniu następującym po dniu ich wpłynięcia, a w przypadkach nagłych – bez zbędnej zwłoki. Po dokonaniu analizy wyniki są włączane do dokumentacji chorego.
9. Wyniki badań zleconych przez lekarzy z innych przychodni lub opłacone przez pacjenta są wydawane osobie, której dotyczą lub osobie przez nią upoważnionej, a w przypadku dzieci – rodzicom lub przedstawicielom ustawowym.
10. Kopie i odpisy wyników badań mogą być wydane pacjentowi na zasadach dotyczących wydawania dokumentacji medycznej.
11. Za prawidłowe i zgodne z przepisami funkcjonowanie Punktu pobrań materiału diagnostycznego odpowiedzialny jest podmiot wykonujący działalność w zakresie badań diagnostycznych. W dniu wejścia w życie niniejszego regulaminu jest to Laboratorium Diagnostyka w Nysie, ul. Celna 28.

Załącznik numer 4 do Regulaminu Organizacyjnego podmiotu leczniczego Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Przychodnia Rodzinna „Mariacka” spółka z ograniczoną odpowiedzialnością

Regulamin Gabinetu Lekarskiego

1. Pacjenci są przyjmowani przez lekarzy zatrudnionych w Przychodni lub mających z Przychodnią podpisaną umowę na świadczenie usług.
2. Lekarze świadczą na rzecz pacjentów usługi poprzez udzielanie świadczeń zdrowotnych i promocję zdrowia, w szczególności poprzez podejmowanie i prowadzenie działań służących profilaktyce zdrowotnej, zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawy zdrowia objętych kontraktem z NFZ – bezpłatnie. W innych sytuacjach usługi mogą być świadczone odpłatnie.
3. Kolejność przyjęć pacjentów wynika z wcześniejszej rejestracji.
4. W sytuacjach konfliktowych o kolejności przyjęć decyduje lekarz.
5. O przyjęciu pacjenta poza kolejnością decyduje lekarz.
6. Lekarz może odmówić przyjęcia pacjenta w sytuacji, gdy jest zagrożone życie lub zdrowie lekarza lub zachowanie pacjenta uniemożliwia właściwe postępowanie diagnostyczno-lecznicze, chyba, że zachowanie pacjenta jest wynikiem choroby. Każdorazowo odmowa przyjęcia pacjenta powinna zostać odnotowana w dokumentacji medycznej.
7. W swojej pracy lekarze kierują się przede wszystkim dobrem pacjenta i Przychodni oraz obowiązującymi przepisami prawa, w tym zwłaszcza Ustawą o zawodach lekarza i lekarza dentystry.

Załącznik numer 5 do Regulaminu Organizacyjnego podmiotu leczniczego Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Przychodnia Rodzinna „Mariacka” spółka z ograniczoną odpowiedzialnością

Regulamin Pracowni RTG

1. Pracownia RTG wchodzi w skład Przychodni. Swoją działalność prowadzi na podstawie następujących przepisów prawa:
 - Ustawa Prawo Atomowe,
 - Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentysty,
 - Ustawa Kodeks pracy,
 - Ustawa Kodeks etyki zawodowej,
 - Ustawa o działalności leczniczej,
 - Regulaminów, instrukcji i zarządzeń obowiązujących w Przychodni.
2. Do zadań Pracowni RTG należy:
 - 1) Pracownia wykonuje badania diagnostyczne i profilaktyczne u pacjentów leczonych w Przychodni, skierowanych przez inne zakłady opieki zdrowotnej i gabinety lekarskie posiadające umowę o współpracy z Przychodnią.
 - 2) Pracownia RTG posiada gabinet wyposażony w aparat rentgenowski diagnostyczny do zdjęć kostno-płucnych oraz aparat rentgenowski zewnątrzstacyjny do zdjęć stomatologicznych punktowych, sterownię, kabinę dla pacjentów, poczekalnię i gabinet lekarski, gdzie znajduje się stacja opisowa.
 - 3) Badania RTG wykonuje fachowy personel: technicy elektroradiologii, również z uprawnieniami inspektorów ochrony radiologicznej oraz lekarz radiolog.
 - 4) Aparatura i sprzęt używane w pracowni RTG są odpowiednio czyszczone, konserwowane i poddawane okresowej kontroli.
 - 5) Dzień i godzina badań są podawane do wiadomości lekarzom Przychodni i innym zakładom opieki zdrowotnej, dla których wykonuje się badania oraz umieszczane są na drzwiach wejściowych do Pracowni RTG.
 - 6) Pracownia RTG prowadzi książkę badań dla celów statystycznych. Książka ta zawiera również informacje o warunkach ekspozycji wykonywanych badań. Ponadto Pracownia RTG prowadzi książkę jakości zawierającą procedury medyczne wykonywanych czynności.
 - 7) Przy Pracowni RTG prowadzone jest archiwum badań RTG – czas przechowywania zdjęć RTG i opisów określa ustawa „Prawo Atomowe”.
3. Za prawidłowe funkcjonowanie pracowni RTG pod względem fachowym, administracyjnym i gospodarczym odpowiada kierownik pracowni, którym w Przychodni jest kierownik do spraw medycznych.
4. Wyniki badań są wydawane osobie, której dotyczą lub osobie przez nią upoważnionej, a w przypadku dzieci – rodzicom lub przedstawicielom ustawowy – w sytuacji, gdy badania zostały zlecone przez podmiot zewnętrzny.
5. Wyniki badań zleconych przez lekarzy Przychodni są częścią dokumentacji chorego i jako takie włącza się je do dokumentacji po wcześniejszym dokonaniu analizy przez lekarza prowadzącego.
6. Kopie wyników w formie papierowej oraz elektronicznej mogą być wydane pacjentowi na zasadach dotyczących wydawania dokumentacji medycznej lub nieodpłatnie na wniosek lekarza prowadzącego, zwłaszcza w celu dalszego leczenia w poradni specjalistycznej.

Załącznik numer 6 do Regulaminu Organizacyjnego podmiotu leczniczego Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Przychodnia Rodzinna „Mariacka” spółka z ograniczoną odpowiedzialnością

Regulamin Pracowni USG

1. Pracownia USG wchodzi w skład Przychodni.
2. Rejestracja pacjentów do badań USG odbywa się w rejestracji głównej Przychodni.
3. Pracownia USG składa się z gabinetu wyposażonego w niezbędny do przeprowadzania badań sprzęt i wyposażenie, w tym 2 aparaty USG.
4. Pracownia USG wykonuje badania codziennie w godzinach od 7:00 do 10:00 oraz, w przypadkach nagłych, w godzinach pracy Przychodni. Czas pracy pracowni podany jest do wiadomości pacjentów na drzwiach gabinetu USG.
5. Wyniki badań są wydawane osobie, której dotyczą lub osobie przez nią upoważnionej, a w przypadku dzieci – rodzicom lub przedstawicielom ustawowy – w sytuacji, gdy badania zostały zlecone przez podmiot zewnętrzny.
6. Wyniki badań zleconych przez lekarzy Przychodni są częścią dokumentacji chorego i jako takie włącza się je do dokumentacji po wcześniejszym dokonaniu analizy przez lekarza prowadzącego.
7. Kopie wyników mogą być wydane pacjentowi na zasadach dotyczących wydawania dokumentacji medycznej lub nieodpłatnie na wniosek lekarza prowadzącego, zwłaszcza w celu dalszego leczenia w poradni specjalistycznej.
8. Do zadań Pracowni USG należy:
 - 1) Wykonywanie badań diagnostycznych i profilaktycznych u pacjentów leczonych w Przychodni, skierowanych przez inne zakłady opieki zdrowotnej i gabinety lekarskie posiadające umowę o współpracy z Przychodnią.
 - 2) Prowadzenie księgi pracowni diagnostycznej,
 - 3) Prowadzenie dokumentacji indywidualnej badań.
9. Za prawidłowe funkcjonowanie pracowni USG pod względem fachowym, administracyjnym i gospodarczym odpowiada kierownik pracowni, którym w Przychodni jest kierownik do spraw medycznych.

Wysokość opłat za udostępnienie dokumentacji medycznej

	<u>PACJENT, PRZEDSTAWICIEL USTAWOWY, OSOBA UPOWAŻNIONA</u>	
	<u>PO RAZ PIERWSZY W ŻĄDANYM ZAKRESIE</u>	<u>PO RAZ KOLEJNY W ŻĄDANYM ZAKRESIE</u>
<u>Kserokopia lub wydruk (1 strona)</u>	<u>0,00 zł</u>	<u>0,45 zł</u>
<u>Wyciąg lub odpis (1 strona)</u>	<u>0,00 zł</u>	<u>12,00 zł</u>
<u>Środki komunikacji elektronicznej</u>	<u>0,00 zł</u>	<u>0,00 zł</u>
<u>Informatyczny nośnik danych</u>	<u>0,00 zł</u>	<u>2,50 zł</u>

Maksymalna wysokość opłaty za: jedną stronę wyciągu albo odpisu dokumentacji medycznej - nie może przekraczać 0,002, jedną stronę kopii albo wydruku dokumentacji medycznej - nie może przekraczać 0,00007, udostępnienie dokumentacji medycznej na informatycznym nośniku danych - nie może przekraczać 0,0004 przeciętnego wynagrodzenia w poprzednim kwartale, ogłaszanego przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego w Dzienniku Urzędowym Rzeczypospolitej Polskiej "Monitor Polski" na podstawie art. 20 pkt 2 ustawy z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych, począwszy od pierwszego dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym nastąpiło ogłoszenie. (art. 28 ust. 4 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta).

Wysokość opłat za udzielane świadczenia zdrowotne inne niż finansowane ze środków publicznych

L.p.	Nazwa usługi	Cena PLN
1.	Badanie lekarskie	150,00
2.	EKG z opisem	50,00
3.	EKG bez opisu	30,00
4.	USG jamy brzusznej	150,00
5.	USG tarczycy	150,00
6.	Iniekcja domięśniowa i podskórna	25,00
7.	Iniekcja dożylna	30,00
9.	Pomiar RR	10,00
10.	Pomiar wagi i wzrostu	5,00
11.	Pomiar poziomu glukozy we krwi testem	10,00
12.	Usługa medyczna – zaświadczenie lekarskie niezwiązane z procesem leczenia	100,00
13.	Obdukcja lekarska z zaświadczeniem	200,00
14.	Badanie lekarskie i wpis do książeczki zdrowia	50,00

UWAGA: zaświadczenia wydaje się po wcześniejszym uiszczeniu opłaty w rejestracji Przychodni

Załącznik numer 9 do Regulaminu Organizacyjnego podmiotu leczniczego Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Przychodnia Rodzinna „Mariacka” spółka z ograniczoną odpowiedzialnością

Prawa Pacjenta

Prawa Pacjenta zawarte w Ustawie z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta

Art. 6. [Zakres prawa do świadczeń zdrowotnych]

1. Pacjent ma prawo do świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej.
2. Pacjent ma prawo, w sytuacji ograniczonych możliwości udzielenia odpowiednich świadczeń zdrowotnych, do przejrzystej, obiektywnej, opartej na kryteriach medycznych, procedury ustalającej kolejność dostępu do tych świadczeń.
3. Pacjent ma prawo żądać, aby udzielający mu świadczeń zdrowotnych:
 - 1) lekarz zasięgnął opinii innego lekarza lub zwołał konsylium lekarskie;
 - 2) pielęgniarka (położna) zasięgnęła opinii innej pielęgniarki (położnej).
4. Lekarz może odmówić zwołania konsylium lekarskiego lub zasięgnięcia opinii innego lekarza, jeżeli uzna, że żądanie, o którym mowa w ust. 3, jest bezzasadne.
5. Żądanie, o którym mowa w ust. 3, oraz odmowę, o której mowa w ust. 4, odnotowuje się w dokumentacji medycznej.
6. Przepisy ust. 4 i 5 stosuje się do pielęgniarki (położnej) w zakresie zasięgnięcia opinii innej pielęgniarki (położnej).

Art. 7. [Prawo do natychmiastowego udzielenia świadczenia zdrowotnego; prawo do uzyskania świadczeń zdrowotnych związanych z porodem]

1. Pacjent ma prawo do natychmiastowego udzielenia świadczeń zdrowotnych ze względu na zagrożenie zdrowia lub życia.
2. W przypadku porodu pacjentka ma prawo do uzyskania świadczeń zdrowotnych związanych z porodem.

Art. 8. [Zasady udzielania świadczeń zdrowotnych]

Pacjent ma prawo do świadczeń zdrowotnych udzielanych z należytą starannością przez podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych w warunkach odpowiadających określonym w odrębnych przepisach wymaganiom fachowym i sanitarnym. Przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych osoby wykonujące zawód medyczny kierują się zasadami etyki zawodowej określonymi przez właściwe samorządy zawodów medycznych.

Art. 9. [Zakres prawa do informacji]

1. Pacjent ma prawo do informacji o swoim stanie zdrowia.
2. Pacjent, w tym małoletni, który ukończył 16 lat, lub jego przedstawiciel ustawowy mają prawo do uzyskania od osoby wykonującej zawód medyczny przystępnej informacji o stanie zdrowia pacjenta, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych i leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu, w zakresie udzielanych przez tę osobę świadczeń zdrowotnych oraz zgodnie z posiadanymi przez nią uprawnieniami.
3. Pacjent lub jego ustawowy przedstawiciel mają prawo do wyrażenia zgody na udzielenie informacji wymienionych w ust. 2 innym osobom.
4. Pacjent ma prawo żądać, aby osoba wykonująca zawód medyczny nie udzielała mu informacji, o której mowa w ust. 2.
5. Po uzyskaniu informacji, o której mowa w ust. 2, pacjent ma prawo przedstawić osobie wykonującej zawód medyczny swoje zdanie w tym zakresie.
6. W przypadku określonym w art. 31 ust. 4 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (Dz. U. z 2020 r. poz. 514 i 567), pacjent ma prawo żądać, aby lekarz udzielił mu informacji, o której mowa w ust. 2, w pełnym zakresie.
7. Pacjent małoletni, który nie ukończył 16 lat, ma prawo do uzyskania od osoby wykonującej zawód medyczny informacji, o której mowa w ust. 2, w zakresie i formie potrzebnej do prawidłowego przebiegu procesu diagnostycznego lub terapeutycznego.
8. Pacjent, w tym małoletni, który ukończył 16 lat, lub jego ustawowy przedstawiciel mają prawo do uzyskania od pielęgniarki, położnej przystępnej informacji o jego pielęgnacji i zabiegach pielęgniarstwach.

Art. 10. [Prawo do dostatecznie wczesnej informacji o zamiarze odstąpienia od leczenia]

W przypadku, o którym mowa w art. 38 ust. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry, pacjent, jego przedstawiciel ustawowy lub opiekun faktyczny mają prawo do dostatecznie wczesnej informacji o zamiarze

odstąpienia przez lekarza od leczenia pacjenta i wskazania przez tego lekarza możliwości uzyskania świadczenia zdrowotnego u innego lekarza lub podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych.

Art. 11. [Prawo do informacji o prawach pacjenta]

1. Pacjent ma prawo do informacji o prawach pacjenta określonych w niniejszej ustawie oraz w przepisach odrębnych, uwzględniającej ograniczenia tych praw określone w tych przepisach. Podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych udostępnia tę informację w formie pisemnej, poprzez umieszczenie jej w swoim lokalu, w miejscu ogólnodostępnym.

2. Przepisu ust. 1 zdanie drugie nie stosuje się do wykonywanych wyłącznie w miejscu wezwania indywidualnych praktyk lekarskich, indywidualnych specjalistycznych praktyk lekarskich, indywidualnych praktyk pielęgniarek, położnych, indywidualnych specjalistycznych praktyk pielęgniarek, położnych i indywidualnych praktyk fizjoterapeutycznych.

3. W przypadku pacjenta niemogącego się poruszać informację, o której mowa w ust. 1, udostępnia się w sposób umożliwiający zapoznanie się z nią w pomieszczeniu, w którym pacjent przebywa.

Art. 12. [Prawo do informacji o rodzaju i zakresie udzielanych świadczeń zdrowotnych]

Pacjent ma prawo do informacji o rodzaju i zakresie świadczeń zdrowotnych udzielanych przez podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych, w tym o profilaktycznych programach zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych, realizowanych przez ten podmiot. Przepisy art. 11 ust. 1 zdanie drugie i ust. 3 stosuje się odpowiednio.

Art. 12a. [Działanie niepożądane produktu leczniczego]

Pacjent lub jego przedstawiciel ustawowy, lub opiekun faktyczny ma prawo zgłaszania osobom wykonującym zawód medyczny, Prezesowi Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych lub podmiotowi odpowiedzialnemu za wprowadzenie produktu leczniczego do obrotu działania niepożądanego produktu leczniczego zgodnie z ustawą z dnia 6 września 2001 r. - Prawo farmaceutyczne (Dz. U. z 2019 r. poz. 499, z późn. zm.).

Art. 13. [Zakres prawa do zachowania w tajemnicy informacji o pacjencie]

Pacjent ma prawo do zachowania w tajemnicy przez osoby wykonujące zawód medyczny, w tym udzielające mu świadczeń zdrowotnych, informacji z nim związanych, a uzyskanych w związku z wykonywaniem zawodu medycznego.

Art. 14. [Ograniczenie prawa do zachowania informacji w tajemnicy]

1. W celu realizacji prawa, o którym mowa w art. 13, osoby wykonujące zawód medyczny są obowiązane zachować w tajemnicy informacje związane z pacjentem, w szczególności ze stanem zdrowia pacjenta.

2. Przepisu ust. 1 nie stosuje się, w przypadku gdy:

- 1) tak stanowią przepisy odrębnych ustaw;
- 2) zachowanie tajemnicy może stanowić niebezpieczeństwo dla życia lub zdrowia pacjenta lub innych osób;
- 3) pacjent lub jego przedstawiciel ustawowy wyraża zgodę na ujawnienie tajemnicy;
- 4) zachodzi potrzeba przekazania niezbędnych informacji o pacjencie związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych innym osobom wykonującym zawód medyczny, uczestniczącym w udzielaniu tych świadczeń.

2a. Przepisu ust. 1 nie stosuje się także do postępowania przed wojewódzką komisją do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych, o której mowa w art. 67e ust. 1.

2b. W sytuacjach, o których mowa w ust. 2, ujawnienie tajemnicy może nastąpić wyłącznie w niezbędnym zakresie. W sytuacji, o której mowa w ust. 2 pkt 3, zakres ujawnienia tajemnicy może określić pacjent lub jego przedstawiciel ustawowy.

3. Osoby wykonujące zawód medyczny, z wyjątkiem przypadków, o których mowa w ust. 2 pkt 1-3 i ust. 2a, są związane tajemnicą również po śmierci pacjenta, chyba że zgodę na ujawnienie tajemnicy wyrazi osoba bliska. Osoba bliska wyrażająca zgodę na ujawnienie tajemnicy może określić zakres jej ujawnienia, o którym mowa w ust. 2b.

4. Zwolnienia z tajemnicy, o którym mowa w ust. 3, nie stosuje się, jeśli ujawnieniu tajemnicy sprzeciwi się inna osoba bliska lub sprzeciwił się temu pacjent za życia, z zastrzeżeniem ust. 6 i 7. Sprzeciw dołącza się do dokumentacji medycznej pacjenta.

5. Przed wyrażeniem sprzeciwu, o którym mowa w ust. 4, pacjent ma prawo do uzyskania informacji o skutkach złożenia sprzeciwu.

6. W przypadku sporu między osobami bliskimi o ujawnienie tajemnicy lub o zakres jej ujawnienia, zgodę na ujawnienie tajemnicy wyraża sąd, o którym mowa w art. 628 ustawy z dnia 17 listopada 1964 r. - Kodeks postępowania cywilnego (Dz. U. z 2019 r. poz. 1460, z późn. zm.), w postępowaniu nieprocesowym na wniosek osoby bliskiej lub osoby

wykonującej zawód medyczny. Osoba wykonująca zawód medyczny może wystąpić z wnioskiem do sądu także w przypadku uzasadnionych wątpliwości, czy osoba występująca o ujawnienie tajemnicy lub sprzeciwiająca się jej ujawnieniu jest osobą bliską. Sąd, wyrażając zgodę na ujawnienie tajemnicy, może określić zakres jej ujawnienia, o którym mowa w ust. 2b.

7. W przypadku gdy pacjent za życia sprzeciwił się ujawnieniu tajemnicy, o której mowa w ust. 4, sąd, o którym mowa w art. 628 ustawy z dnia 17 listopada 1964 r. - Kodeks postępowania cywilnego, w postępowaniu nieprocesowym na wniosek osoby bliskiej, może wyrazić zgodę na ujawnienie tajemnicy i określić zakres jej ujawnienia, jeżeli jest to niezbędne:

- 1) w celu dochodzenia odszkodowania lub zadośćuczynienia, z tytułu śmierci pacjenta;
- 2) dla ochrony życia lub zdrowia osoby bliskiej.

8. W przypadku wystąpienia do sądu z wnioskiem, o którym mowa w ust. 6 albo 7, sąd bada:

- 1) interes uczestników postępowania;
- 2) rzeczywistą więź osoby bliskiej ze zmarłym pacjentem;
- 3) wolę zmarłego pacjenta;
- 4) okoliczności wyrażenia sprzeciwu.

Art. 15. [Zakres stosowania przepisów]

Przepisy niniejszego rozdziału stosuje się do wyrażenia zgody na udzielenie świadczeń zdrowotnych albo odmowy takiej zgody, jeżeli przepisy odrębnych ustaw nie stanowią inaczej.

Art. 16. [Prawo do wyrażenia zgody na udzielanie świadczeń zdrowotnych]

Pacjent ma prawo do wyrażenia zgody na udzielenie określonych świadczeń zdrowotnych lub odmowy takiej zgody, po uzyskaniu informacji w zakresie określonym w art. 9.

Art. 17. [Przedmiot zgody; forma zgody lub sprzeciwu; uprawnienia osób małoletnich, ubezwłasnowolnionych, upośledzonych]

1. Pacjent, w tym małoletni, który ukończył 16 lat, ma prawo do wyrażenia zgody na przeprowadzenie badania lub udzielenie innych świadczeń zdrowotnych.

2. Przedstawiciel ustawowy pacjenta małoletniego, całkowicie ubezwłasnowolnionego lub niezdolnego do świadomego wyrażenia zgody, ma prawo do wyrażenia zgody, o której mowa w ust. 1. W przypadku braku przedstawiciela ustawowego prawo to, w odniesieniu do badania, może wykonać opiekun faktyczny.

3. Pacjent małoletni, który ukończył 16 lat, osoba ubezwłasnowolniona albo pacjent chory psychicznie lub upośledzony umysłowo, lecz dysponujący dostatecznym rozeznaniem, ma prawo do wyrażenia sprzeciwu co do udzielenia świadczenia zdrowotnego, pomimo zgody przedstawiciela ustawowego lub opiekuna faktycznego. W takim przypadku wymagane jest zezwolenie sądu opiekuńczego.

4. Zgoda oraz sprzeciw, o których mowa w ust. 1-3, mogą być wyrażone ustnie albo przez takie zachowanie się osób wymienionych w tych przepisach, które w sposób niebudzący wątpliwości wskazuje na wolę poddania się czynnościom proponowanym przez osobę wykonującą zawód medyczny albo brak takiej woli.

Art. 18. [Wyrażenie zgody na zabieg operacyjny, metody leczenia lub diagnostykę stwarzające podwyższone ryzyko]

1. W przypadku zabiegu operacyjnego albo zastosowania metody leczenia lub diagnostyki stwarzających podwyższone ryzyko dla pacjenta, zgodę, o której mowa w art. 17 ust. 1, wyraża się w formie pisemnej. Do wyrażania zgody oraz sprzeciwu stosuje się art. 17 ust. 2 i 3.

1a. W przypadku wyrażenia zgody na zabieg operacyjny albo zastosowanie metody leczenia lub diagnostyki stwarzających podwyższone ryzyko dla pacjenta za pośrednictwem Internetowego Konta Pacjenta, o którym mowa w art. 7a ust. 1 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (Dz. U. z 2020 r. poz. 702), lub przy użyciu podpisu osobistego, wymagana jest forma dokumentowa.

2. Przed wyrażeniem zgody w sposób określony w ust. 1 i 1a pacjent ma prawo do uzyskania informacji, o której mowa w art. 9 ust. 2.

3. Przepisy art. 17 ust. 2-4 stosuje się odpowiednio.

Art. 19. [Udzielanie świadczeń zdrowotnych pomimo sprzeciwu pacjenta]

Zasady przeprowadzenia badania lub udzielenia innych świadczeń zdrowotnych przez lekarza, ratownika medycznego oraz pielęgniarkę systemu pomimo braku zgody albo wobec zgłoszenia sprzeciwu, o których mowa w art. 17 i art. 18, określają odpowiednio przepisy art. 33 i art. 34 ust. 6 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty oraz art. 11 ust. 10a-10c ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. z 2019 r. poz. 993 i 1590 oraz z 2020 r. poz. 374 i 567).

Art. 20. [Zakres prawa do poszanowania godności i intymności]

1. Pacjent ma prawo do poszanowania intymności i godności, w szczególności w czasie udzielania mu świadczeń zdrowotnych.
2. Prawo do poszanowania godności obejmuje także prawo do umierania w spokoju i godności.

Art. 20a. [Prawo do leczenia bólu]

1. Pacjent ma prawo do leczenia bólu.
2. Podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych jest obowiązany podejmować działania polegające na określeniu stopnia natężenia bólu, leczeniu bólu oraz monitorowaniu skuteczności tego leczenia.

Art. 21. [Obecność osoby bliskiej przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych]

1. Na życzenie pacjenta przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych może być obecna osoba bliska.
2. Osoba wykonująca zawód medyczny udzielająca świadczeń zdrowotnych pacjentowi może odmówić obecności osoby bliskiej przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych, w przypadku istnienia prawdopodobieństwa wystąpienia zagrożenia epidemicznego lub ze względu na bezpieczeństwo zdrowotne pacjenta. Odmowę odnotowuje się w dokumentacji medycznej.

Art. 22. [Obowiązki osób wykonujących zawód medyczny]

1. W celu realizacji prawa, o którym mowa w art. 20 ust. 1, osoba wykonująca zawód medyczny ma obowiązek postępować w sposób zapewniający poszanowanie intymności i godności pacjenta.
2. Osoby wykonujące zawód medyczny, inne niż udzielające świadczeń zdrowotnych, uczestniczą przy udzielaniu tych świadczeń tylko wtedy, gdy jest to niezbędne ze względu na rodzaj świadczenia lub wykonywanie czynności kontrolnych na podstawie przepisów o działalności leczniczej. Uczestnictwo, a także obecność innych osób wymaga zgody pacjenta, a w przypadku pacjenta małoletniego, całkowicie ubezwłasnowolnionego lub niezdolnego do świadomego wyrażenia zgody, jego przedstawiciela ustawowego, i osoby wykonującej zawód medyczny, udzielającej świadczenia zdrowotnego.
3. Do osób, o których mowa w ust. 2 zdanie drugie, stosuje się odpowiednio art. 13 i 14.

Art. 23. [Prawo do dostępu do dokumentacji medycznej]

1. Pacjent ma prawo do dostępu do dokumentacji medycznej dotyczącej jego stanu zdrowia oraz udzielonych mu świadczeń zdrowotnych.
2. Dane zawarte w dokumentacji medycznej podlegają ochronie określonej w niniejszej ustawie oraz w przepisach odrębnych.

Art. 24. [Sposób prowadzenia dokumentacji medycznej; przetwarzanie danych]

1. W celu realizacji prawa, o którym mowa w art. 23 ust. 1, podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych jest obowiązany prowadzić, przechowywać i udostępniać dokumentację medyczną w sposób określony w niniejszym rozdziale oraz w ustawie z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia, a także zapewnić ochronę danych zawartych w tej dokumentacji.
2. Do przetwarzania danych zawartych w dokumentacji medycznej, o której mowa w art. 25 ust. 1, w celu ochrony zdrowia, udzielania oraz zarządzania udzielaniem świadczeń zdrowotnych, utrzymania systemu teleinformatycznego, w którym przetwarzana jest dokumentacja medyczna, i zapewnienia bezpieczeństwa tego systemu, są uprawnione:
 - 1) osoby wykonujące zawód medyczny;
 - 2) inne osoby wykonujące czynności pomocnicze przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych, a także czynności związane z utrzymaniem systemu teleinformatycznego, w którym przetwarzana jest dokumentacja medyczna, i zapewnieniem bezpieczeństwa tego systemu, na podstawie upoważnienia administratora danych.
3. Osoby, o których mowa w ust. 2 pkt 2, są obowiązane do zachowania w tajemnicy informacji związanych z pacjentem uzyskanych w związku z wykonywaniem zadań. Osoby te są związane tajemnicą także po śmierci pacjenta.

4. (uchylony).

5. Jeżeli podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych zawarł umowę o powierzeniu przetwarzania danych osobowych, o której mowa w art. 28 ust. 3 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1, z późn. zm.), zwanego dalej "rozporządzeniem 2016/679", realizacja tej umowy nie może powodować zakłócenia udzielania świadczeń zdrowotnych, w szczególności w zakresie zapewnienia, bez zbędnej zwłoki, dostępu do danych zawartych w dokumentacji medycznej.

6. Podmiot, któremu powierzono przetwarzanie danych osobowych w związku z realizacją umowy o powierzeniu przetwarzania danych osobowych, o której mowa w art. 28 ust. 3 rozporządzenia 2016/679, jest obowiązany do zachowania w tajemnicy informacji związanych z pacjentem uzyskanych w związku z realizacją tej umowy. Podmiot ten jest związany tajemnicą także po śmierci pacjenta.

7. W przypadku zaprzestania przetwarzania danych osobowych zawartych w dokumentacji medycznej przez podmiot, któremu powierzono takie przetwarzanie, w szczególności w związku z jego likwidacją, jest on zobowiązany do przekazania danych osobowych zawartych w dokumentacji medycznej podmiotowi, o którym mowa w ust. 1, który powierzył przetwarzanie danych osobowych.

Art. 25. [Treść dokumentacji medycznej]

1. Dokumentacja medyczna zawiera co najmniej:

1) oznaczenie pacjenta, pozwalające na ustalenie jego tożsamości:

a) nazwisko i imię (imiona),

b) datę urodzenia,

c) oznaczenie płci,

d) adres miejsca zamieszkania,

e) numer PESEL, jeżeli został nadany, w przypadku noworodka - numer PESEL matki, a w przypadku osób, które nie mają nadanego numeru PESEL - rodzaj i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość,

f) w przypadku gdy pacjentem jest osoba małoletnia, całkowicie ubezwłasnowolniona lub niezdolna do świadomego wyrażenia zgody - nazwisko i imię (imiona) przedstawiciela ustawowego oraz adres jego miejsca zamieszkania;

2) oznaczenie podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych ze wskazaniem komórki organizacyjnej, w której udzielono świadczeń zdrowotnych;

3) opis stanu zdrowia pacjenta lub udzielonych mu świadczeń zdrowotnych;

4) datę sporządzenia.

2. W dokumentacji medycznej zamieszcza się informację o wydaniu opinii albo orzeczenia, o których mowa w art. 31 ust. 1.

2a. Dokumentacja medyczna może zawierać informację o kwocie środków publicznych należnych podmiotowi udzielającemu świadczeń opieki zdrowotnej za udzielenie tych świadczeń pacjentowi, którego dokumentacja dotyczy.

3. Przepisów o dokumentacji medycznej nie stosuje się do danych dotyczących treści zgłoszeń alarmowych, w tym nagrań rozmów telefonicznych, o których mowa w art. 24b ust. 1 i 2 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym.

Art. 26. [Udostępnianie dokumentacji medycznej]

1. Podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych udostępnia dokumentację medyczną pacjentowi lub jego przedstawicielowi ustawowemu, bądź osobie upoważnionej przez pacjenta.

2. Po śmierci pacjenta dokumentacja medyczna jest udostępniana osobie upoważnionej przez pacjenta za życia lub osobie, która w chwili zgonu pacjenta była jego przedstawicielem ustawowym. Dokumentacja medyczna jest udostępniana także osobie bliskiej, chyba że udostępnieniu sprzeciwi się inna osoba bliska lub sprzeciwił się temu pacjent za życia, z zastrzeżeniem ust. 2a i 2b.

2a. W przypadku sporu między osobami bliskimi o udostępnienie dokumentacji medycznej, zgodę na udostępnienie wyraża sąd, o którym mowa w art. 628 ustawy z dnia 17 listopada 1964 r. - Kodeks postępowania cywilnego, w postępowaniu nieprocesowym na wniosek osoby bliskiej lub osoby wykonującej zawód medyczny. Osoba wykonująca zawód medyczny może wystąpić z wnioskiem do sądu także w przypadku uzasadnionych wątpliwości, czy osoba występująca o udostępnienie dokumentacji lub sprzeciwiająca się jej udostępnieniu jest osobą bliską.

2b. W przypadku gdy pacjent za życia sprzeciwił się udostępnieniu dokumentacji medycznej, o którym mowa w ust. 2, sąd, o którym mowa w art. 628 ustawy z dnia 17 listopada 1964 r. - Kodeks postępowania cywilnego, w postępowaniu nieprocesowym na wniosek osoby bliskiej, może wyrazić zgodę na udostępnienie dokumentacji medycznej i określić zakres jej udostępnienia, jeżeli jest to niezbędne:

- 1) w celu dochodzenia odszkodowania lub zadośćuczynienia, z tytułu śmierci pacjenta;
- 2) dla ochrony życia lub zdrowia osoby bliskiej.

2c. W przypadku wystąpienia do sądu z wnioskiem, o którym mowa w ust. 2a albo 2b, sąd bada:

- 1) interes uczestników postępowania;
- 2) rzeczywistą więź osoby bliskiej ze zmarłym pacjentem;
- 3) wolę zmarłego pacjenta;
- 4) okoliczności wyrażenia sprzeciwu.

3. Podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych udostępnia dokumentację medyczną również:

1) podmiotom udzielającym świadczeń zdrowotnych, jeżeli dokumentacja ta jest niezbędna do zapewnienia ciągłości świadczeń zdrowotnych;

2) organom władzy publicznej, w tym Rzecznikowi Praw Pacjenta, Narodowemu Funduszowi Zdrowia, organom samorządu zawodów medycznych oraz konsultantom w ochronie zdrowia, a także Rzecznikowi Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego, w zakresie niezbędnym do wykonywania przez te podmioty ich zadań, w szczególności nadzoru i kontroli;

2a) podmiotom, o których mowa w art. 119 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, w zakresie niezbędnym do przeprowadzenia kontroli na zlecenie ministra właściwego do spraw zdrowia;

2b) upoważnionym przez podmiot, o którym mowa w art. 121 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, osobom wykonującym zawód medyczny, w zakresie niezbędnym do sprawowania nadzoru nad podmiotem leczniczym niebędącym przedsiębiorcą;

2c) Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, w zakresie niezbędnym do wykonywania przez nią zadań określonych w art. 31n ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2019 r. poz. 1373, z późn. zm.);

2d) Agencji Badań Medycznych w zakresie określonym ustawą z dnia 21 lutego 2019 r. o Agencji Badań Medycznych (Dz. U. poz. 447 oraz z 2020 r. poz. 567);

3) ministrowi właściwemu do spraw zdrowia, sądom, w tym sądom dyscyplinarnym, prokuratorom, lekarzom sądowym i rzecznikom odpowiedzialności zawodowej, w związku z prowadzonym postępowaniem;

4) uprawnionym na mocy odrębnych ustaw organom i instytucjom, jeżeli badanie zostało przeprowadzone na ich wniosek;

5) organom rentowym oraz zespołom do spraw orzekania o niepełnosprawności, w związku z prowadzonym przez nie postępowaniem;

6) podmiotom prowadzącym rejestry usług medycznych, w zakresie niezbędnym do prowadzenia rejestrów;

7) zakładom ubezpieczeń, za zgodą pacjenta;

7a) komisjom lekarskim podległym ministrowi właściwemu do spraw wewnętrznych, wojskowym komisjom lekarskim oraz komisjom lekarskim Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego lub Agencji Wywiadu, podległym Szefom właściwych Agencji;

8) osobom wykonującym zawód medyczny, w związku z prowadzeniem procedury oceniającej podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych na podstawie przepisów o akredytacji w ochronie zdrowia albo procedury uzyskiwania innych certyfikatów jakości, w zakresie niezbędnym do ich przeprowadzenia;

9) wojewódzkiej komisji do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych, o której mowa w art. 67e ust. 1, w zakresie prowadzonego postępowania;

10) spadkobiercom w zakresie prowadzonego postępowania przed wojewódzką komisją do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych, o której mowa w art. 67e ust. 1;

11) osobom wykonującym czynności kontrolne na podstawie art. 39 ust. 1 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia, w zakresie niezbędnym do ich przeprowadzenia;

12) członkom zespołów kontroli zakażeń szpitalnych, o których mowa w art. 14 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. z 2019 r. poz. 1239 i 1495 oraz z 2020 r. poz. 284, 322, 374 i 567), w zakresie niezbędnym do wykonywania ich zadań.

3a. Dokumentacja medyczna podmiotów leczniczych, o których mowa w art. 89 ust. 1 i 3 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, instytutów badawczych, o których mowa w art. 3 ustawy z dnia 30 kwietnia 2010 r. o

instytutach badawczych (Dz. U. z 2019 r. poz. 1350 i 2227 oraz z 2020 r. poz. 284), i innych podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych uczestniczących w przygotowaniu osób do wykonywania zawodu medycznego i kształceniu osób wykonujących zawód medyczny jest udostępniana tym osobom wyłącznie w zakresie niezbędnym do realizacji celów dydaktycznych.

3b. Osoby, o których mowa w ust. 3a, są obowiązane do zachowania w tajemnicy informacji zawartych w dokumentacji medycznej, także po śmierci pacjenta.

4. Dokumentacja medyczna może być udostępniona także szkole wyższej lub instytutowi badawczemu do wykorzystania w celach naukowych, bez ujawniania nazwiska i innych danych umożliwiających identyfikację osoby, której dokumentacja dotyczy.

5. Elektroniczna dokumentacja medyczna, o której mowa w art. 2 pkt 6 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia, jest udostępniana na zasadach określonych w przepisach tej ustawy, ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz ustawy z dnia 6 września 2001 r. - Prawo farmaceutyczne.

Art. 27. [Sposób udostępnienia dokumentacji medycznej]

1. Dokumentacja medyczna jest udostępniana:

- 1) do wglądu, w tym także do baz danych w zakresie ochrony zdrowia, w miejscu udzielania świadczeń zdrowotnych, z wyłączeniem medycznych czynności ratunkowych, albo w siedzibie podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych, z zapewnieniem pacjentowi lub innym uprawnionym organom lub podmiotom możliwości sporządzenia notatek lub zdjęć;
- 2) przez sporządzenie jej wyciągu, odpisu, kopii lub wydruku;
- 3) przez wydanie oryginału za potwierdzeniem odbioru i z zastrzeżeniem zwrotu po wykorzystaniu, na żądanie organów władzy publicznej albo sądów powszechnych, a także w przypadku gdy zwłoka w wydaniu dokumentacji mogłaby spowodować zagrożenie życia lub zdrowia pacjenta;
- 4) za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej;
- 5) na informatycznym nośniku danych.

2. Zdjęcia rentgenowskie wykonane na kliszy, przechowywane przez podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych, są udostępniane za potwierdzeniem odbioru i z zastrzeżeniem zwrotu po wykorzystaniu.

3. Dokumentacja medyczna prowadzona w postaci papierowej może być udostępniona przez sporządzenie kopii w formie odwzorowania cyfrowego (skanu) i przekazanie w sposób określony w ust. 1 pkt 4 i 5, na żądanie pacjenta lub innych uprawnionych organów lub podmiotów, jeżeli przewiduje to regulamin organizacyjny podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych.

4. Podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych prowadzi wykaz zawierający następujące informacje dotyczące udostępnianej dokumentacji medycznej:

- 1) imię (imiona) i nazwisko pacjenta, którego dotyczy dokumentacja medyczna;
- 2) sposób udostępnienia dokumentacji medycznej;
- 3) zakres udostępnionej dokumentacji medycznej;
- 4) imię (imiona) i nazwisko osoby innej niż pacjent, której została udostępniona dokumentacja medyczna, a w przypadkach, o których mowa w art. 26 ust. 3 i 4, także nazwę uprawnionego organu lub podmiotu;
- 5) imię (imiona) i nazwisko oraz podpis osoby, która udostępniła dokumentację medyczną;
- 6) datę udostępnienia dokumentacji medycznej.

Art. 28. [Opłata za udostępnienie dokumentacji medycznej]

1. Za udostępnienie dokumentacji medycznej w sposób określony w art. 27 ust. 1 pkt 2 i 5 oraz w ust. 3 podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych może pobierać opłatę.

2. Przepis ust. 1 nie narusza uprawnień organów rentowych określonych w art. 77 ust. 5 ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (Dz. U. z 2020 r. poz. 266, 321, 568 i 695) i art. 121 ust. 2 ustawy z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (Dz. U. z 2020 r. poz. 53, 252 i 568).

2a. Opłaty, o której mowa w ust. 1, nie pobiera się w przypadku udostępnienia dokumentacji medycznej:

- 1) pacjentowi albo jego przedstawicielowi ustawowemu po raz pierwszy w żądanym zakresie i w sposób, o którym mowa w art. 27 ust. 1 pkt 2 i 5 oraz ust. 3;

- 2) w związku z postępowaniem przed wojewódzką komisją do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych, o której mowa w art. 67e ust. 1.
- 2b. Opłaty, o której mowa w ust. 1, nie pobiera się w przypadku udostępnienia dokumentacji medycznej Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji oraz Agencji Badań Medycznych.
3. Opłatę za udostępnienie dokumentacji medycznej w przypadkach, o których mowa w ust. 1, ustala podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych.
4. Maksymalna wysokość opłaty za:
- 1) jedną stronę wyciągu albo odpisu dokumentacji medycznej - nie może przekraczać 0,002,
 - 2) jedną stronę kopii albo wydruku dokumentacji medycznej - nie może przekraczać 0,00007,
 - 3) udostępnienie dokumentacji medycznej na informatycznym nośniku danych - nie może przekraczać 0,0004
- przeciętnego wynagrodzenia w poprzednim kwartale, ogłaszanego przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego w Dzienniku Urzędowym Rzeczypospolitej Polskiej "Monitor Polski" na podstawie art. 20 pkt 2 ustawy z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych, począwszy od pierwszego dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym nastąpiło ogłoszenie.
5. Wysokość opłaty, o której mowa w ust. 4, uwzględnia podatek od towarów i usług, jeżeli na podstawie odrębnych przepisów usługa jest opodatkowana tym podatkiem.

Art. 29. [Przechowywanie dokumentacji medycznej]

1. Podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych przechowuje dokumentację medyczną przez okres 20 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym dokonano ostatniego wpisu, z wyjątkiem:
- 1) dokumentacji medycznej w przypadku zgonu pacjenta na skutek uszkodzenia ciała lub zatrucia, która jest przechowywana przez okres 30 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym nastąpił zgon;
 - 1a) dokumentacji medycznej zawierającej dane niezbędne do monitorowania losów krwi i jej składników, która jest przechowywana przez okres 30 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym dokonano ostatniego wpisu;
 - 2) zdjęć rentgenowskich przechowywanych poza dokumentacją medyczną pacjenta, które są przechowywane przez okres 10 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym wykonano zdjęcie;
 - 3) skierowań na badania lub zleceń lekarza, które są przechowywane przez okres:
 - a) 5 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym udzielono świadczenia zdrowotnego będącego przedmiotem skierowania lub zlecenia lekarza,
 - b) 2 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym wystawiono skierowanie - w przypadku gdy świadczenie zdrowotne nie zostało udzielone z powodu niezgłoszenia się pacjenta w ustalonym terminie, chyba że pacjent odebrał skierowanie;
 - 4) dokumentacji medycznej dotyczącej dzieci do ukończenia 2. roku życia, która jest przechowywana przez okres 22 lat.
 2. Po upływie okresów wymienionych w ust. 1 podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych niszczy dokumentację medyczną w sposób uniemożliwiający identyfikację pacjenta, którego dotyczyła. Dokumentacja medyczna przeznaczona do zniszczenia może być wydana pacjentowi, jego przedstawicielowi ustawowemu lub osobie upoważnionej przez pacjenta.
 3. Po upływie okresów, o których mowa w ust. 1, do postępowania z dokumentacją medyczną będącą materiałem archiwalnym w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach (Dz. U. z 2020 r. poz. 164), stosuje się przepisy wydane na podstawie art. 5 ust. 2 i 2b tej ustawy.

Art. 30. [Delegacja ustawowa - rodzaje i zakres dokumentacji medycznej]

1. Minister właściwy do spraw zdrowia, po zasięgnięciu opinii Naczelnej Rady Lekarskiej, Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, Krajowej Rady Fizjoterapeutów oraz Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych, określi, w drodze rozporządzenia, rodzaje i zakres dokumentacji medycznej, sposób jej przetwarzania oraz wzory określonych rodzajów dokumentacji medycznej, w szczególności wzór książeczki zdrowia dziecka, uwzględniając rodzaje podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych, a także konieczność zapewnienia realizacji prawa dostępu do dokumentacji medycznej, rzetelnego jej prowadzenia, ochrony danych i informacji dotyczących stanu zdrowia pacjenta oraz jednolitych wzorów dokumentacji medycznej mającej istotne znaczenie dla szybkiego i skutecznego udzielania świadczeń zdrowotnych.
2. Minister właściwy do spraw wewnętrznych, Minister Sprawiedliwości, w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw zdrowia oraz po zasięgnięciu opinii Naczelnej Rady Lekarskiej, Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, Krajowej

Rady Fizjoterapeutów i Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych, oraz Minister Obrony Narodowej, w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw zdrowia, po zasięgnięciu opinii Rady Lekarskiej Wojskowej Izby Lekarskiej, każdy w zakresie swojego działania, określi, w drodze rozporządzenia, rodzaje i zakres dokumentacji medycznej, sposób jej przetwarzania oraz wzory określonych rodzajów dokumentacji medycznej, w szczególności wzór książeczki zdrowia dziecka, uwzględniając konieczność zapewnienia realizacji prawa dostępu do dokumentacji medycznej, rzetelnego jej prowadzenia, ochrony danych i informacji dotyczących stanu zdrowia pacjenta oraz jednolitych wzorów dokumentacji medycznej mającej istotne znaczenie dla szybkiego i skutecznego udzielania świadczeń zdrowotnych.

Art. 30a. [Przechowywanie i udostępnianie dokumentacji medycznej po zaprzestaniu wykonywania działalności leczniczej]

1. W przypadku zaprzestania wykonywania działalności leczniczej podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych przekazuje dokumentację medyczną podmiotom, o których mowa w ust. 2-4 i 7, w sposób zapewniający zabezpieczenie przed jej zniszczeniem, uszkodzeniem lub utratą oraz dostępem osób nieuprawnionych.
2. Dokumentację medyczną podmiotu zaprzestającego wykonywania działalności leczniczej przejmuje podmiot, który przejął jego zadania.
3. W przypadku braku podmiotu, o którym mowa w ust. 2, za przechowywanie i udostępnianie dokumentacji medycznej po zaprzestaniu udzielania świadczeń zdrowotnych odpowiada:
 - 1) podmiot tworzący albo sprawujący nadzór - w przypadku podmiotu leczniczego niebędącego przedsiębiorcą w rozumieniu art. 2 ust. 1 pkt 4 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej albo instytutu badawczego, o którym mowa w art. 3 ustawy z dnia 30 kwietnia 2010 r. o instytutach badawczych;
 - 2) podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych, z którym podmiot zaprzestający wykonywania działalności leczniczej zawarł umowę o przechowywanie dokumentacji medycznej - w przypadku podmiotu leczniczego innego niż określony w pkt 1 oraz praktyki zawodowej w rozumieniu art. 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej;
 - 3) właściwa okręgowa izba lekarska albo okręgowa izba pielęgniarek i położnych albo Krajowa Izba Fizjoterapeutów - w przypadku śmierci odpowiednio lekarza albo pielęgniarki lub położnej albo fizjoterapeuty, wykonujących zawód w formie praktyki zawodowej w rozumieniu art. 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.
4. W przypadkach, o których mowa w art. 108 ust. 2 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, organ prowadzący rejestr podmiotów wykonujących działalność leczniczą wzywa podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych podlegający wykreśleniu do wskazania, w wyznaczonym terminie, nazwy (firmy) i adresu podmiotu, z którym zawarł umowę o przechowywanie dokumentacji medycznej.
5. W razie bezskutecznego upływu terminu, o którym mowa w ust. 4, organ prowadzący rejestr podmiotów wykonujących działalność leczniczą określa sposób postępowania z dokumentacją medyczną, na koszt podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych podlegającego wykreśleniu.
6. Do należności z tytułu kosztów, o których mowa w ust. 5, stosuje się przepisy o postępowaniu egzekucyjnym w administracji.
7. W przypadku gdy nie jest możliwe ustalenie podmiotu odpowiedzialnego za przechowywanie dokumentacji medycznej po zaprzestaniu wykonywania działalności leczniczej, za przechowywanie dokumentacji medycznej odpowiada wojewoda.
8. Przepisów ust. 2-7 nie stosuje się do dokumentacji medycznej, o której mowa w ust. 9.
9. Dokumentacja medyczna, o której mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 13a ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia, po zaprzestaniu wykonywania działalności leczniczej jest przechowywana i udostępniana przez jednostkę podległą ministrowi właściwemu do spraw zdrowia, właściwą w zakresie systemów informacyjnych ochrony zdrowia, w Systemie Informacji Medycznej, o którym mowa w art. 10 tej ustawy.
10. (uchylony).
11. Osoby, które w związku z realizacją umowy o powierzeniu przetwarzania danych osobowych, o której mowa w art. 28 ust. 3 rozporządzenia 2016/679, uzyskały dostęp do informacji związanych z pacjentem, są obowiązane do zachowania ich w tajemnicy, także po śmierci pacjenta.
12. W przypadku zaprzestania przetwarzania danych osobowych zawartych w dokumentacji medycznej przez podmiot, któremu powierzono takie przetwarzanie, w szczególności w związku z jego likwidacją, jest on obowiązany do przekazania danych osobowych zawartych w dokumentacji medycznej podmiotowi, o którym mowa w ust. 3 i 7, który powierzył przetwarzanie tych danych.
13. Przepisy art. 13, art. 14, art. 23, art. 24 i art. 26-29 oraz przepisy wydane na podstawie art. 30 stosuje się odpowiednio do podmiotów, które przechowują i udostępniają dokumentację medyczną po zaprzestaniu wykonywania działalności leczniczej przez podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych.

Art. 31. [Wniesienie sprzeciwu do Komisji Lekarskiej]

1. Pacjent lub jego przedstawiciel ustawowy mogą wnieść sprzeciw wobec opinii albo orzeczenia określonych w art. 2 ust. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty, jeżeli opinia albo orzeczenie ma wpływ na prawa lub obowiązki pacjenta wynikające z przepisów prawa.
2. Sprzeciw wnosi się do Komisji Lekarskiej działającej przy Rzeczniku Praw Pacjenta, za pośrednictwem Rzecznika Praw Pacjenta, w terminie 30 dni od dnia wydania opinii albo orzeczenia przez lekarza orzekającego o stanie zdrowia pacjenta.
3. Sprzeciw wymaga uzasadnienia, w tym wskazania przepisu prawa, z którego wynikają prawa lub obowiązki, o których mowa w ust. 1.
4. W przypadku niespełnienia wymagań określonych w ust. 3 sprzeciw jest zwracany osobie, która go wniosła.
5. Komisja Lekarska na podstawie dokumentacji medycznej oraz, w miarę potrzeby, po przeprowadzeniu badania pacjenta, wydaje orzeczenie niezwłocznie, nie później niż w terminie 30 dni od dnia wniesienia sprzeciwu.
6. Komisja Lekarska wydaje orzeczenie bezwzględną większością głosów w obecności pełnego składu tej komisji.
7. Od rozstrzygnięcia Komisji Lekarskiej nie przysługuje odwołanie.
8. Do postępowania przed Komisją Lekarską nie stosuje się przepisów Kodeksu postępowania administracyjnego.
9. Przepisów ust. 1-8 nie stosuje się w przypadku postępowania odwoławczego w odniesieniu do opinii i orzeczeń, uregulowanego w odrębnych przepisach.

Art. 32. [Komisja Lekarska]

1. W skład Komisji Lekarskiej wchodzi trzech lekarzy powołanych przez Rzecznika Praw Pacjenta z listy, o której mowa w ust. 2, w tym dwóch tej samej specjalności, co lekarz, który wydał opinię albo orzeczenie, o których mowa w art. 31 ust. 1.
2. Konsultanci krajowi, w porozumieniu z właściwymi konsultantami wojewódzkimi, opracowują raz w roku w terminie do dnia 30 marca, listę lekarzy w danej dziedzinie medycyny, którzy mogą być członkami Komisji Lekarskiej. Lista zawiera imiona i nazwiska lekarzy, ich numery telefonów i adresy korespondencyjne oraz adresy poczty elektronicznej, jeżeli je posiadają.
 - 2a. Wpisanie lekarza na listę, o której mowa w ust. 2, wymaga uzyskania jego uprzedniej pisemnej zgody.
 - 2b. Lekarz może odmówić udziału w Komisji Lekarskiej z ważnych powodów. Uporczywe uchylanie się od udziału w Komisji Lekarskiej albo od wydania opinii, o której mowa w art. 67i ust. 7, powoduje skreślenie z listy, o której mowa w ust. 2.
3. Z tytułu uczestnictwa w Komisji Lekarskiej lekarzowi przysługuje wynagrodzenie, które ustala Rzecznik Praw Pacjenta.
 - 3a. Członkom Komisji Lekarskiej przysługuje zwolnienie od pracy w dniu jej posiedzenia, bez zachowania prawa do wynagrodzenia.
4. Koszty działania Komisji Lekarskiej są finansowane z budżetu państwa, z części będącej w dyspozycji Rzecznika Praw Pacjenta.
5. Minister właściwy do spraw zdrowia, po zasięgnięciu opinii Naczelnej Rady Lekarskiej, określi, w drodze rozporządzenia, sposób działania Komisji Lekarskiej uwzględniając efektywność realizacji praw pacjenta.

BIURO RZECZNIKA PRAW PACJENTA

Rzecznik Praw Pacjenta Pan Bartłomiej Łukasz Chmielowiec
Możliwości kontaktu

Ogólnopolska bezpłatna infolinia Rzecznika Praw Pacjenta:

800 - 190 – 590 (z tel. stacjonarnych i komórkowych) czynna pn. - pt. w godz. 8.00 - 20.00

Biuro Rzecznika Praw Pacjenta

ul. Młynarska 46

01-171 Warszawa

Sekretariat:

tel.: (22) 532 - 82 – 50 fax.: (22) 532 - 82 - 30

kancelaria@rpp.gov.pl

Przyjęcia interesantów w Biurze:

Poniedziałek - w godzinach od 9.00 do 18.00

Wtorek - w godzinach od 9.00 do 15.00

Środa - w godzinach od 9.00 do 15.00

Czwartek - w godzinach od 9.00 do 15.00

Piątek - w godzinach od 9.00 do 15.00

Karta Praw Pacjenta w oparciu o Deklarację Praw Pacjenta Światowej Organizacji Zdrowia (WHO)

PRAWA OGÓLNE

- Każdy ma prawo do poszanowania swojej osoby jako osoby ludzkiej.
- Każdy ma prawo do samo decydowania.
- Każdy ma prawo do poszanowania integralności fizycznej i psychicznej oraz do poczucia bezpieczeństwa swojej osoby.
- Każdy ma prawo do poszanowania swojej prywatności.
- Każdy ma prawo do poszanowania wyznawanych przez niego wartości moralnych i kulturowych oraz do poszanowania swoich przekonań religijnych i filozoficznych.
- Każdy ma prawo do ochrony zdrowia na poziomie, jaki zapewniają działania w dziedzinie prewencji i opieki zdrowotnej oraz do wykorzystywania możliwości osiągnięcia najlepszego możliwego poziomu zdrowia.

PRAWO DO INFORMACJI

- Informacja o usługach zdrowotnych i o tym, jak z nich najlepiej korzystać, powinna być dostępna dla społeczeństwa, tzn. dla wszystkich zainteresowanych, których to dotyczy.
 - Pacjent ma prawo do przystępnej informacji o swoim stanie zdrowia, rozpoznaniu dostępnych w wyniku leczenia oraz rokowaniu.
1. Pacjent ma prawo, za pośrednictwem leczącego go lekarza, do wglądu w dokumentację medyczną odnoszącą się do jego osoby
 2. Pacjent ma prawo, aby wszelkie informacje dotyczące jego osoby uzyskane w związku z udzielanymi mu świadczeniami, w tym sam fakt udzielania świadczenia i pobytu w szpitalu, pozostały w tajemnicy, chyba że pacjent sam wyrazi zgodę na ujawnienie tajemnicy.
 3. Informacja może być wyjątkowo zatajona przed pacjentem w przypadku, gdy istnieją poważne przesłanki, aby uważać, że przy braku jakichkolwiek korzyści spowoduje ona tylko poważne szkody.
 4. Jeżeli życzeniem pacjenta jest zapoznanie się z pełną informacją o złym rokowaniu ma do tego prawo.
 5. Informacja powinna być przekazana w sposób odpowiadający jego zdolności rozumienia, przy jak najmniejszym użyciu niezrozumiałej technicznie terminologii. Jeżeli pacjent nie mówi powszechnie stosowanym językiem, należy umożliwić tłumaczenie.
 6. Pacjent ma prawo nie być informowanym, o ile przedstawi wyraźne życzenie.
 7. Pacjent ma prawo wskazać, kto, jeżeli w ogóle ktokolwiek, ma być informowany w jego imieniu.
 8. Pacjent powinien mieć możliwość zasięgnięcia drugiej opinii, a więc prawo do konsultacji przez innego niż prowadzący lekarz.
 9. W momencie przyjmowania do zakładu opieki zdrowotnej pacjent powinien poznać z imienia osoby, które będą odpowiedzialne za opiekę nad nim, uzyskać informacje o ich statusie zawodowym, a także zapoznać się z przepisami i zwyczajami, które będą kształtować jego pobyt i leczenie.

PRAWO DO WYRAŻENIA ZGODY NA ZABIEGI I LECZENIE

1. Warunkiem wstępnym dla jakichkolwiek działań medycznych jest świadoma zgoda pacjenta.
2. Pacjent ma prawo nie zgodzić się lub wstrzymać działanie medyczne. Następne odmowy lub wstrzymania leczenia powinny być starannie objaśniane pacjentowi.

1. Jeżeli pacjent jest niezdolny do wyrażenia swojej woli, a konieczna jest natychmiastowa interwencja medyczna, należy zakładać zgodę pacjenta, o ile wcześniej nie wyraził on swojej woli w sposób nie pozostawiający wątpliwości, co do odmówienia zgody w danej sytuacji.
2. Pacjent ma prawo do wyrażania zgody lub odmowy ich udzielania na badanie lekarskie, badanie diagnostyczne lub inne czynności medyczne i pielęgnacyjne oraz do pełnej informacji o ich celu, charakterze i stopniu ryzyka, a także prawo do wyrażenia zgody lub odmowy jej udzielenia na umieszczenie w szpitalu lub innym zamkniętym zakładzie opieki zdrowotnej.
3. Pacjent lub jego opiekun czy też przedstawiciel ustawowy wyraża na piśmie zgodę na zabieg operacyjny w celach leczniczych lub diagnostycznych, na poddanie się eksperymentalnej metodzie leczenia lub diagnostyki oraz na udział w eksperymencie medycznym do celów naukowych.
4. Pacjent ma prawo do odmowy poddanie się demonstracjom medycznym dla celów dydaktycznych..
5. Pacjent ma prawo zastrzec, aby nie pobierać z jego zwłok tkanek, narządów i komórek.
6. W przypadku możliwości zastosowania alternatywnych sposobów leczenia pacjent ma prawo do współdecydowania o wyborze jednego z nich.

PRAWO DO INTYMNOŚCI I POSZANOWANIA GODNOŚCI

1. Wszystkie informacje dotyczące stanu zdrowia pacjenta, faktów medycznych, rozpoznania, rokowań i leczenia, a także wszelkie inne informacje natury osobistej muszą pozostać poufne, nawet po śmierci.
2. Poufna informacja może być udzielana tylko w przypadku wyrażonej zgody pacjenta lub w przypadku, gdy wyraźnie domaga się tego prawo. Zgoda może być założona, jeżeli informację przekazuje się innym osobom sprawującą opiekę nad pacjentem w trakcie leczenia.
3. Wszystkie informacje dotyczące pacjenta i stwarzające możliwość jego identyfikacji powinny być chronione. Ochrona danych musi być odpowiednia do sposobu ich przechowywania. Substancje pochodzące z ciała ludzkiego stwarzające możliwość identyfikacji danych powinny być chronione równie starannie.
4. Pacjent ma prawo zażądać skorygowania, uzupełnienia, usunięcia, wyjaśnienia i / lub uaktualnienia dotyczących go osobistych i medycznych danych, które są niedokładne, niekompletne, dwuznaczne lub nieaktualne albo nieodpowiednie dla potrzeb rozpoznania, leczenia lub opieki.
5. Pacjent ma prawo do poszanowania intymności i godności osobistej w trakcie udzielanych mu świadczeń zdrowotnych, a w szczególności do tego, aby przy udzielaniu świadczeń był obecny tylko niezbędny personel medyczny oraz, aby poszanowano jego prywatność poprzez umożliwienie udzielania świadczenia w osobnym pomieszczeniu lub miejscu osłoniętym.

PRAWO DO OPIEKI I LECZENIA

Pacjent ma prawo, aby lekarz lub inna osoba wykonująca zawód medyczny udzieliły świadczenia zdrowotnego bez zbędnej zwłoki.

1. Pacjent będący w sytuacji zagrożenia życia lub zdrowia ma prawo do pomocy każdego będącego w pobliżu zakładu opieki zdrowotnej.
2. Pacjent wymagający zdaniem lekarza niezwłocznego przyjęcia do szpitala, zwłaszcza w ramach ostrego dyżuru, ma prawo żądać, aby szpital odmawiający przyjęcia ze względu na brak miejsc, rodzaj udzielanych świadczeń lub ze względów epidemiologicznych, zapewnił w razie potrzeby przewóz do innego szpitala mającego możliwość udzielenia właściwego świadczenia.
3. Pacjent przebywający w szpitalu ma prawo do zaopatrzenia w leki i materiały medyczne oraz do pomieszczenia i wyżywienia odpowiadającego do stanu zdrowia. Pacjent ma ponadto prawo do otrzymywania osobistej bielizny szpitalnej i środków higieny osobistej.

4. Pacjent ma prawo do opieki pielęgnacyjnej oraz członka rodziny lub przez inną wskazaną przez siebie osobę, chyba że jest to niemożliwe ze względów epidemiologicznych lub ze względu na warunki przebywania innych osób w tym samym pomieszczeniu.
5. Pacjent ma prawo do nieograniczonego kontaktu korespondencyjnego i telefonicznego z osobami z zewnątrz z ogólnie dostępnego telefonu, a w wyjątkowym przypadku również z telefonu służbowego.
6. Pacjent ma prawo do osobistego kontaktu z osobami zewnątrz. Prawo to może być ograniczone tylko ze względów epidemiologicznych.
7. Pacjent ma prawo do opieki duszpasterskiej duchownego wyznawanej przez siebie religii i umożliwienia uczestnictwa w obrzędach religijnych w szpitalu, a w sytuacji pogorszenia się stanu zdrowia powodującego w jego odczuciu zagrożenia życia, aby szpital niezwłocznie zawiadomił wskazane osoby lub instytucje oraz duchownego wyznawanej przez siebie religii i umożliwił z nimi osobisty kontakt.
8. Pacjent ma prawo zażądać, aby personel szpitala umożliwił wyrażenie mu ostatniej woli w obecności dwóch wiarygodnych świadków lub w obecności notariusza.
9. Pacjenci mają prawo do dobrej jakości opieki, która wyraża się zarówno przez wysokie standardy techniczne, jak i przez dobre ludzkie stosunki pomiędzy pacjentem a osobami sprawującymi opiekę.
10. Pacjent ma prawo do ciągłości opieki włączając w to współpracę pomiędzy wszystkimi dostawcami usług zdrowotnych i / lub zakładami opieki zdrowotnej, które mogą uczestniczyć w rozpoznaniu, leczeniu i opiece.
11. W warunkach ograniczeń, w których instytucje sprawujące opiekę muszą dokonywać wyboru, który z pacjentów poddany zostanie leczeniu, wszyscy pacjenci mają prawo do rzetelnej procedury dokonywania tego wyboru. Decyzja powinna być podjęta na podstawie kryteriów medycznych i bez dyskryminacji.
12. Pacjent ma prawo wybrać i zmienić swojego lekarza lub inną osobę sprawującą nad nim opiekę lub zakład opieki zdrowotnej, o ile pozwala na to funkcjonujący system opieki zdrowotnej.
13. Szpital umożliwi kontakt pacjenta z wybranym przez nią duszpasterzem.

PRAWO PACJENTA NIELETNIEGO

Pacjentowi nieletniemu przysługują takie same prawa, jak pacjentowi dorosłemu, z tym że:

1. Zgoda na świadczenia zdrowotne pacjenta nieletniego, który ukończył 16 lat, wymaga potwierdzenia przez osobę reprezentującą jego prawa, przepis wymaga wyrażania zgody na piśmie.
2. Odmowę wyrażenia zgody na świadczenia zdrowotne pacjenta nieletniego, który ukończył 16 lat, wymaga przedstawienia sprawy sądowi opiekuńczemu, który może udzielić zezwolenia na takie świadczenia, nie dotyczy to przypadku, gdy świadczenie ma być udzielenie w przypadku niebezpieczeństwa utraty życia lub kalectwa.

PRAWO DO SKARGI

Pacjent lub osoba reprezentująca jego prawa, jeżeli uzna, że te prawa zostały naruszone, może:

1. Zwrócić się z interwencją do bezpośredniego przełożonego osoby udzielającej świadczenia zdrowotne, a następnie do dyrektora zakładu;
2. W razie niezadowolającego załatwienia sprawy zwrócić się o jej rozpatrzenie przez radę nadzorczą zakładu opieki zdrowotnej a następnie do organu, który utworzył i prowadzi zakład;
3. Jeżeli naruszenie prawa dotyczyło fachowej czynności medycznej, zwrócić się do okręgowej izby lekarskiej, bądź do okręgowej izby pielęgniarek i położnych;
4. Skierować sprawę do sądu powszechnego, jeżeli w wyniku działania lub zaniechania zakładu opieki zdrowotnej lub osoby wykonującej zawód medyczny naruszono dobro osobiste pacjenta lub wyrządzono szkodę materialną w rozumieniu kodeksu cywilnego.

Europejska Karta Praw Pacjentów

Jest to dokument nieformalny pozarządowy. Dokument został sporządzony w 2002 roku przez organizację Active Citizenship Network we współpracy z 12 organizacjami z różnych krajów Unii Europejskiej.

Europejska Karta Praw Pacjentów zawiera 14 praw pacjentów, które łącznie prowadzą do zagwarantowania “wysokiego poziomu ochrony ludzkiego zdrowia” (art. 35 Karty Praw Podstawowych Unii Europejskiej) i do zapewnienia wysokiej jakości usług dostarczanych przez różne systemy ochrony zdrowia w Europie.

Tych 14 praw jest ucieleśnieniem praw podstawowych, i jako takie, muszą być uznawane i przestrzegane w każdym kraju. Są one powiązane z obowiązkami i odpowiedzialnością, jakie spoczywają zarówno na obywatelach państwa, jak na wszystkich uczestnikach systemu ochrony zdrowia.

Karta jest skierowana do wszystkich osób, uznając, że fakt istnienia takich różnic jak wiek, płeć, wyznanie religijne, status społeczno-ekonomiczny, ect., może wpływać na indywidualne potrzeby w kwestii opieki zdrowotnej.

1. Prawo do profilaktyki

Każda osoba ma prawo do należytej opieki w celu zapobiegania chorobom.

2. Prawo dostępu do opieki medycznej

Każda osoba, której zdrowie tego wymaga, ma prawo dostępu do świadczeń medycznych. Świadczeniodawcy muszą zagwarantować równy dostęp każdemu bez dyskryminowania na podstawie finansowych zasobów [pacjenta], miejsca zamieszkania, rodzaju choroby czy czasu dostępu do świadczeń.

3. Prawo do informacji

Każdemu pacjentowi przysługuje prawo dostępu do wszelkich informacji dotyczących jego stanu zdrowia, świadczeń medycznych, sposobu korzystania z nich, oraz wszystkiego, co jest dostępne dzięki badaniom naukowym i innowacjom technologicznym.

4. Prawo do wyrażenia zgody

Każda osoba ma prawo dostępu do wszelkich informacji, które mogłyby jej umożliwić aktywne uczestniczenie w decyzjach dotyczących jej zdrowia. Posiadanie takiej informacji jest warunkiem wstępnym dla podjęcia jakichkolwiek kroków w dziedzinie leczenia, włączając w to również uczestnictwo w badaniach naukowych.

5. Prawo do wolnego wyboru

Każda osoba ma prawo wolnego wyboru procedury leczenia oraz świadczeniodawców na podstawie rzetelnej informacji.

6. Prawo do prywatności i poufności

Każda osoba ma prawo do traktowania informacji na jej temat jako poufnych, w tym informacji dotyczących jej stanu zdrowia oraz ewentualnych procedur diagnostycznych lub terapeutycznych, a także do ochrony jej prywatności podczas wykonywania badań diagnostycznych, wizyt u specjalisty i leczenia [farmakologicznego]/chirurgicznego ogółem.

7. Prawo o poszanowaniu czasu pacjenta

Każda osoba ma prawo do uzyskania niezbędnego leczenia w krótkim, wcześniej określonym czasie. Prawo to przysługuje pacjentowi na każdym etapie leczenia.

8. Prawo o przestrzeganiu norm jakościowych

Każda osoba ma prawo do korzystania ze świadczeń zdrowotnych wysokiej jakości, które powinny być zrealizowane zgodnie ze szczegółowo określonymi zasadami i normami.

9. Prawo do bezpieczeństwa

Każda osoba ma prawo do korzystania z prawidłowo świadczonych usług zdrowotnych, niewyrządzających jej żadnej krzywdy, wolnych od błędów, zgodnie z dobrą praktyką lekarską, oraz prawo dostępu do świadczeń zdrowotnych i leczenia zgodnych z wysokimi normami bezpieczeństwa.

10. Prawo do innowacji

Każda osoba ma prawo dostępu do innowacji, w tym do procedur diagnostycznych, zgodnie z normami międzynarodowymi i niezależnie od względów ekonomicznych czy finansowych.

11. Prawo do unikania niepotrzebnego cierpienia i bólu

Każda osoba ma prawo do unikania, w takim stopniu, w jakim to możliwe, cierpienia i bólu, niezależnie od stadium choroby.

12. Prawo do leczenia dostosowanego do potrzeb

Każda osoba ma prawo do programów diagnostycznych lub terapeutycznych dostosowanych do jej osobistych potrzeb w takim zakresie, w jakim to tylko możliwe.

13. Prawo do zażaleń

Każda osoba ma prawo do składania zażaleń zawsze, gdy doznała ona jakiegokolwiek uszczerbku oraz prawo do uzyskania odpowiedzi lub innej informacji zwrotnej.

14. Prawo do rekompensaty

Każda osoba ma prawo do otrzymania odpowiedniego odszkodowania w rozsądnym krótkim czasie, jeśli doznała krzywdy fizycznej, moralnej lub psychicznej, spowodowanej źle prowadzonym leczeniem.

Załącznik numer 10 do Regulaminu Organizacyjnego podmiotu leczniczego Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Przychodnia Rodzinna „Mariacka” spółka z ograniczoną odpowiedzialnością

Regulamin Monitoringu Wizyjnego

§ 1

Monitoring wizyjny – informacje wstępne

1. Podstawą dla wykorzystywania monitoringu wizyjnego jest art. 22[2] Kodeksu pracy.
2. Wprowadzenie monitoringu jest niezbędne do zapewnienia bezpieczeństwa pracowników oraz ochrony mienia.
3. Monitoring nie obejmuje pomieszczeń, w których rejestracja i zapis informacji mogłyby prowadzić do naruszenia godności oraz innych dóbr osobistych pracownika (takich jak pomieszczenia sanitarne, szatnie lub stołówki).
4. Przy prowadzeniu monitoringu pracodawca kieruje się zasadą adekwatności, proporcjonalności oraz transparentności.
5. Przed wdrożeniem systemu monitoringu przeanalizowano następujące aspekty:
 - 1) nadzór eksploatacyjny,
 - 2) bezpieczeństwo fizyczne urządzeń systemu monitorującego,
 - 3) szkolenia personelu zajmującego się systemem monitorującym,
 - 4) zapewnienia adekwatności środków technicznych i organizacyjnych w celu bezpiecznego przechowywania oraz archiwizacji nagrań z monitoringu.
6. Niniejsza procedura monitoringu wizyjnego określa:
 - 1) zasady funkcjonowania systemu wideo nadzoru,
 - 2) zakres stosowania systemu wideo nadzoru,
 - 3) zasady rejestracji, zapisu oraz zabezpieczenia wideo nadzoru,
 - 4) regulacje związane z udostępnieniem zapisu z monitoringu

§ 2

Monitoring wizyjny – informacje techniczne

1. System monitoringu składa się z następujących elementów:
 - 1) kamer wideo, zamontowanych w następujących miejscach:
 - i. rejestracja na parterze Przychodni (2 kamery)
 - ii. rejestracja na I piętrze Przychodni (1 kamera)
 - iii. klatki schodowe w budynku – wejścia do Przychodni (4 kamery)
 - iv. parking na tyłach budynku (2 kamery)
 - 2) urządzeń rejestrujących oraz zapisujących materiał wideo.
2. Nagrania:
 - 1) są wykorzystywane wyłącznie w celu zapewnienia bezpieczeństwa pracowników oraz ochrony mienia
 - 2) są przechowywane przez okres nieprzekraczający 3 miesięcy od dnia nagrania.
3. Jeżeli nagranie stanowi dowód w postępowaniu prowadzonym na podstawie prawa lub Administrator powziął wiadomość, może ono stanowić dowód w postępowaniu, termin określony w pkt. 3 powyżej ulega przedłużeniu do czasu prawomocnego zakończenia postępowania.
4. Po upływie ww. okresów przechowywania nagrania ulegają zniszczeniu (np. poprzez nadpisanie nagrania), o ile przepisy odrębne nie stanowią inaczej.
5. Dostęp do bieżącego obrazu z kamer i nagrań posiadają osoby wyznaczone przez pracodawcę.
6. Udostępnianie nagrań z monitoringu odbywa się:
 - 1) wyłącznie za zgodą pracodawcy,
 - 2) zgodnie z powszechnie obowiązującymi przepisami prawa (w tym ogólnym rozporządzeniem o ochronie danych RODO).
7. Pracodawca przed dopuszczeniem pracownika do pracy przekazuje mu na piśmie informacje dotyczące monitoringu.
8. Pomieszczenia i teren monitorowany są oznaczone w sposób widoczny i czytelny, za pomocą odpowiednich znaków.

Załącznik numer 11 do Regulaminu Organizacyjnego podmiotu leczniczego Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Przychodnia Rodzinna „Mariacka” spółka z ograniczoną odpowiedzialnością

Standardy organizacyjne teleporady w ramach POZ: informacje dla pacjentów

Dokument ten zawiera informacje o warunkach udzielania teleporad i e-rozwiązaniach stosowanych w NZOZ Przychodnia Rodzinna „Mariacka” Sp. z o.o. (ul. Mariacka 6-8, 48-300 Nysa) (Świadczeniodawca), zgodnie z § 3 p. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 12 sierpnia 2020 r. w sprawie standardu organizacyjnego teleporady w ramach podstawowej opieki zdrowotnej (Dz.U.2020.1395).

Dokument jest przeznaczony dla pacjentów Świadczeniodawcy. Jego treść jest udostępniana:

- w miejscu udzielania świadczeń przez Świadczeniodawcę (ul. Mariacka 6-8, 48-300 Nysa),
- na stronie internetowej Świadczeniodawcy (www.mariacka.pl) oraz profilu Facebook @PrzychodniaRodzinnaMariackaNysa
- telefonicznie (na żądanie pacjenta).

1. Informacje o warunkach udzielania teleporad

1.1 Systemy wykorzystywane do udzielania teleporad

Świadczeniodawca do udzielania teleporad wykorzystuje połączenia telefoniczne. Jeżeli Pacjent wystąpi z inicjatywą przejścia na połączenie wideo za pomocą komunikatorów takich jak WhatsApp czy FaceTime realizacja teleporady w zaproponowanej formie również będzie możliwa.

1.2 Ustalenie terminu teleporady

W celu ustalenia terminu teleporady prosimy pacjentów o:

- kontakt telefoniczny ze Świadczeniodawcą pod numerem telefonu +48 77 43 55 602, +48 77 43 55 604 od poniedziałku do piątku w godzinach 08:00 – 18:00 lub
- wypełnienie formularza rejestracji on-line na stronie internetowej Świadczeniodawcy pod adresem www.mariacka.pl
- wiadomość na e-mail Świadczeniodawcy rejestracja@mariacka.pl ze wskazaniem danych kontaktowych, które Świadczeniodawca będzie wykorzystywał dla potwierdzenia terminu teleporady.

1.3 Nawiązanie kontaktu z pacjentem

Świadczeniodawca nawiązuje kontakt telefoniczny z pacjentem w ustalonym wcześniej terminie

i o wcześniej ustalonej godzinie. Świadczeniodawca dokłada należytej staranności, aby zaplanowane wizyty odbywały się zgodnie z harmonogramem, jednak możliwe są opóźnienia z przyczyn niezależnych od Świadczeniodawcy.

1.4 Sposób udzielenia teleporady

Przed udzieleniem teleporady osoba udzielająca teleporady dokonuje weryfikacji tożsamości pacjenta, w szczególności na podstawie danych przekazanych przez samego pacjenta.

Osoba udzielająca teleporady może prosić o podanie m.in. następujących informacji: imię i nazwisko, data urodzenia, nazwisko lekarza prowadzącego lub cztery ostatnie cyfry numeru PESEL.

Po potwierdzeniu terminu i godziny teleporady pacjent otrzymuje informację o numerze telefonu, którego będzie używać osoba udzielająca teleporady.

1.5 Sposób postępowania w razie braku kontaktu z pacjentem

Świadczeniodawca – w terminie i o godzinie ustalonych wcześniej - podejmuje co najmniej 3 próby kontaktu z pacjentem (w odstępach nie krótszych niż 5 minut).

Jeżeli opisane próby kontaktu z pacjentem nie przynoszą rezultatu, odnotowuje się informację na ten temat w dokumentacji medycznej pacjenta. W celu umówienia nowego terminu teleporady pacjent kontaktuje się ze Świadczeniodawcą w sposób opisany w części **1.2 Ustalenie terminu teleporady**.

1.6 Bezpośredni kontakt z pacjentem

Jeżeli z uwagi na stan zdrowia pacjenta nie jest możliwe udzielenie teleporady, pacjent ma możliwość skorzystania ze świadczenia opieki zdrowotnej, udzielonego w bezpośrednim kontakcie z pracownikiem Świadczeniodawcy.

W czasie trwania teleporady każda ze stron może zdecydować o potrzebie osobistego spotkania, z wyłączeniem sytuacji zagrożenia epidemiologicznego niemożliwego do usunięcia.

Okoliczności uzasadniające taki sposób postępowania Świadczeniodawca ustala w porozumieniu z pacjentem lub przedstawicielem ustawowym pacjenta.

2. Instrukcje dla pacjentów

2.1 Recepty, skierowania, zlecenia na wyroby medyczne

1. W celu otrzymania recepty na przewlekle stosowane leki lub skierowania do specjalisty bądź zlecenia na wyroby medyczne należy podać następujące dane:

- Imię i Nazwisko
- PESEL lub datę urodzenia
- Numer telefonu do kontaktu
- Informację o posiadaniu lub nie Internetowego Konta Pacjenta (IKP)
- Nazwy lekarstw z dawkowaniem oraz okresem stosowania lub nazwy wyrobów medycznych

W przypadku skierowania do poradni specjalistycznej wskazać cel skierowania!

2. Sposób przekazania tych danych:

- Wysłanie danych na adres mailowy: recepty@mariacka.pl lub
- Wrzucenie kartki z danymi do specjalnej skrzynki przed drzwiami Poradni

3. E-receptę, e-skierowanie lub e-zlecenie Pacjent lub osoba przez niego upoważniona otrzyma w postaci 4-cyforowego kodu, który zostanie przekazany automatycznie na Internetowe Konto Pacjenta (IKP), lub SMS-em, mailem, a ostatecznie telefonicznie.

Wszystkie te dokumenty zostaną wystawione po zweryfikowaniu zasadności przez lekarza prowadzącego.

Czas oczekiwania na e-receptę, e-skierowanie lub e-zlecenie na wyroby medyczne to z reguły 2 dni robocze lub też w czasie rzeczywistym w trakcie trwania wizyty lekarskiej (teleporady lub w bezpośrednim kontakcie z pacjentem).

W wyjątkowych sytuacjach pacjent może także otrzymać dane do realizacji e-recepty w innej formie.

Więcej informacji nt. e-recept znajduje się na stronie internetowej <https://pacjent.gov.pl/internetowe-konto-pacjenta/erecepta>



Więcej informacji nt. e-skierowań znajduje się na stronie internetowej <https://pacjent.gov.pl/internetowe-konto-pacjenta/eskierowanie>



Więcej informacji nt. e-zleceń znajduje się na stronie internetowej <https://pacjent.gov.pl/aktualnosci/zlecenia-na-wyroby-medyczne>



2.2 Zlecenia badań dodatkowych

W ramach świadczonych usług lekarz może skierować pacjenta na badania dodatkowe.

2.2.1 Skierowania na badania laboratoryjne

Zlecenie badań laboratoryjnych Pacjent najczęściej otrzymuje w trakcie wizyty lekarskiej lub też teleporady.

Możliwe jest również uzyskanie skierowania na wniosek Pacjenta, o ile potrzebne jest to do realizowania opieki nad Pacjentem.

1. W celu otrzymania skierowania na badania laboratoryjne należy podać następujące dane:

- Imię i Nazwisko
- PESEL lub datę urodzenia
- Numer telefonu do kontaktu
- Informację o posiadaniu lub nie Internetowego Konta Pacjenta (IKP)
- Rodzaj badań

2. Sposób przekazania tych danych

- Wysłanie na adres mailowy: recepty@mariacka.pl lub
- Wrzucenie kartki z danymi do specjalnej skrzynki przed drzwiami Poradni

3. Odbiór skierowania na badania laboratoryjne

Czas realizacji to z reguły 2 dni robocze w przypadku wysyłania zapotrzebowania mailowo lub do skrzynki (zazwyczaj kolejny dzień roboczy po złożeniu zamówienia) lub

też w czasie rzeczywistym w trakcie trwania wizyty lekarskiej (teleporady lub w bezpośrednim kontakcie z pacjentem).

Wystawione w czasie teleporady skierowanie na badania laboratoryjne pacjent lub osoba przez niego upoważniona odbiera w rejestracji przychodni. Skierowania te pacjent może zrealizować w punktach pobrań zgodnie z załącznikiem nr 3. W uzasadnionych przypadkach lekarz zleca pobranie od chorego materiału do badania w miejscu jego pobytu.

4. Odbiór wyników badań

Wyniki badań laboratoryjnych włączane są do dokumentacji medycznej pacjenta w Przychodni Rodzinnej Mariacka Sp. z o.o. Na życzenie Pacjenta wyniki badań w formie drukowanej będą wydane Pacjentowi lub osobie przez niego upoważnionej.

Ponadto w związku z zagrożeniami epidemicznymi do odwołania możliwe jest uzyskanie dostępu do wyników badań wykonywanych przez Laboratorium Diagnostyka i pobranie ich ze strony internetowej <https://wyniki.diag.pl> po podaniu numeru zlecenia uzyskanego podczas pobierania materiału.

2.2.2 Skierowania na badania obrazowe - USG i RTG oraz EKG

1. Zlecone w czasie trwania wizyty lub teleporady badanie EKG wykonywane jest w NZOZ Przychodnia Rodzinna Mariacka Sp. z o.o.
2. Zlecone podczas teleporady badania radiologiczne oraz USG wykonywane są w Pracowni Rentgenowskiej znajdującej się na pierwszym piętrze oraz Pracowni USG na parterze w Przychodni Rodzinnej „Mariacka” w Nysie w terminie ustalonym przez rejestrację pod nr telefonu 48 77 43 55 602.
3. Skierowania należy odbierać w rejestracji Przychodni. W przypadku ustalania terminu badania podczas teleporady możliwe jest uzgodnienie odbioru wystawionego skierowania tuż przed badaniem w pracowni wykonującej badanie.

2.3 Założenie Internetowego Konta Pacjenta

W przychodni można założyć Profil Zaufany oraz aktywować Internetowe Konto Pacjenta (IKP).

Informacje i rejestracja na założenie profilu pod numerem telefonu 48 77 43 55 602

Pozwala ono w szczególności na:

- otrzymywanie e-recepty SMS-em lub e-mailem,
- udostępnienie bliskiej osobie lub lekarzowi informacji o stanie zdrowia i historii przepisanych leków,
- dostęp do danych medycznych dzieci pacjenta do 18. roku życia,
- odbiór kolejnej e-recepty bez wizyty w gabinecie (w przypadku choroby przewlekłej i po konsultacji, np. telefonicznej, z lekarzem).

Więcej informacji nt. Internetowego Konta Pacjenta znajduje się na stronie internetowej <https://pacjent.gov.pl/internetowe-konto-pacjenta>.



Każdy pacjent, który w deklaracji wyboru lekarza wskazał Świadczeniodawcę jako placówkę medyczną, może założyć Internetowe Konto Pacjenta za pośrednictwem Świadczeniodawcy.

Załączniki¹

Zał. nr 1 Wykaz osób udzielających świadczenia w formie teleporady:

Lekarz Marian Pasieka – kierownik przychodni
Lekarz Barbara Oleksyk
Lekarz Barbara Floreńska – Mazurek
Lekarz Anna Wiśniewska – Orzechowska
Lekarz Grażyna Broczkowska
Lekarz Ewa Machowska
Lekarz Paweł Koronczok
Lekarz Maciej Pasieka

Zał. nr 2 Numery telefonów, pod którymi realizowane są teleporady:

Poradnia dla dorosłych: +48 77 43 55 602
Poradnia dla dzieci: +48 77 43 55 604

Zał. nr 3 Dane teleadresowe punktów pobrań:

1. **Diagnostyka**, UL. CELNA 28, TELEFON 77 433 18 58, Telefon dodatkowy: 601 375 111
GODZINY OTWARCIA PON-PT 07:00 - 15:00, SOB 08:00 - 11:00
POBRANIE MATERIAŁU PON-PT DO 10:00
2. **Diagnostyka**, UL. BOHATERÓW WARSZAWY 27, TELEFON 77 544 41 00
GODZINY OTWARCIA PON-PT 07:30 - 10:30
3. **Zakład Diagnostyki Laboratoryjnej ZOZ Nysa**, ul. Bohaterów Warszawy 23,
tel. 77 40 87 967

badania z zakresu analityki - od poniedziałku do piątku w godz. 06.30 - 09.00
badania mikrobiologiczne - od poniedziałku do piątku w godz. 07.00 - 14.00.

¹ Dane zawarte w załącznikach 1,2,3 są aktualizowane na bieżąco.

Standardy organizacyjne teleporady w ramach POZ: informacje dla Świadczeniodawcy

Dokument ten zawiera informacje nt. sposobu realizacji teleporad w NZOZ Przychodnia Rodzinna „Mariacka” Sp. z o.o. (ul. Mariacka 6-8, 48-300 Nysa) (**Świadczeniodawca**), zgodnie z § 3 p. 2-7 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 12 sierpnia 2020 r. w sprawie standardu organizacyjnego teleporady w ramach podstawowej opieki zdrowotnej (Dz.U.2020.1395).

Dokument jest przeznaczony dla osób zaangażowanych w udzielanie teleporad u Świadczeniodawcy.

1. Weryfikacja tożsamości pacjentów

1.1 Informacje wstępne

Osoba udzielająca teleporady zobowiązana jest do potwierdzenia tożsamości pacjenta przed udzieleniem teleporady w sposób opisany poniżej.

Jeżeli potwierdzenie tożsamości w opisany sposób nie jest możliwe, realizacja teleporady nie powinna mieć miejsca.

1.2 Potwierdzanie tożsamości pacjenta znanego Świadczeniodawcy

Zakres danych dla weryfikacji tożsamości:

Potwierdzenia tożsamości pacjenta należy dokonać na podstawie danych osobowych, wskazanych

w art. 25 ust. 1 p. 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, który przedstawia się następująco:

- nazwisko i imię (imiona),
- data urodzenia,
- oznaczenie płci,
- adres miejsca zamieszkania,
- numer PESEL, jeżeli został nadany,
 - w przypadku noworodka - numer PESEL matki,
 - w przypadku osób, które nie mają nadanego numeru PESEL - rodzaj i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość,
- nazwisko i imię (imiona) przedstawiciela ustawowego oraz adres jego miejsca zamieszkania (w przypadku, gdy pacjentem jest osoba małoletnia, całkowicie ubezwłasnowolniona lub niezdolna do świadomego wyrażenia zgody).

Źródła danych do weryfikacji tożsamości:

Po stronie Świadczeniodawcy

Źródłem danych do weryfikacji tożsamości pacjenta po stronie Świadczeniodawcy jest, w zależności od sytuacji:

- dokumentacja medyczna,
- deklaracja wyboru lekarza, pielęgniarki lub położnej POZ,
- Internetowe Konto Pacjenta.

Po stronie pacjenta

Źródłem danych do weryfikacji po stronie pacjenta jest sam pacjent, który przekazuje informacje na swój temat osobie udzielającej teleporady (w razie wątpliwości co do tożsamości należy zadać dodatkowe pytania, wskazane poniżej).

Dodatkowe pytania w razie wątpliwości co do tożsamości pacjenta

W razie wątpliwości co do tożsamości pacjenta kontaktującego się ze Świadczeniodawcą, należy zadać trzy pytania, spełniające poniższe kryteria:

- pacjent zna odpowiedzi na te pytania,
- Świadczeniodawca zna odpowiedzi na te pytania,
- odpowiedzi na te pytania nie są znane osobom nieupoważnionym.

W związku z powyższym można prosić pacjenta np. o.:

- podanie nazwiska lekarza, do którego złożył deklarację wyboru lub był na ostatniej wizycie,
- wskazanie daty ostatniej wizyty,
- informację o lekach lub badaniach z ostatniej wizyty lekarskiej

1.3 Potwierdzanie tożsamości pacjenta nieznanego Świadczeniodawcy

W sytuacji, w której ze Świadczeniodawcą kontaktuje się osoba, która nie była jego pacjentem i nie korzystała wcześniej z jego usług, nie występuje ryzyko, że osoba nieupoważniona uzyska dostęp do informacji nt. stanu zdrowia pacjenta, ponieważ Świadczeniodawca nie posiada takich informacji.

Z tego względu dopuszczalne jest postępowanie, zgodnie z którym:

- 1) dane osobowe pacjenta są dokumentowane na podstawie jego oświadczenia,
- 2) formalna weryfikacja tożsamości następuje przy okazji najbliższej osobistej wizyty pacjenta u Świadczeniodawcy.

Wstępna weryfikacja tożsamości pacjenta nieznanego Świadczeniodawcy następuje na podstawie informacji przekazanych przez pacjenta osobie udzielającej teleporady w celu dokonania sprawdzenia w systemie eWUŚ (imię, nazwisko i PESEL pacjenta).

Jeżeli pacjent jest osobą ubezpieczoną – osoba udzielająca teleporady prosi pacjenta o podanie pozostałych informacji, niezbędnych dla założenia dokumentacji medycznej, tj. płeć, daty urodzenia i adresu zamieszkania.

Jeżeli pacjent nie jest osobą ubezpieczoną lub jego weryfikacja w systemie eWUŚ nie jest możliwa

– osoba udzielająca teleporady prosi pacjenta o złożenia oświadczenia, że:

- jest osobą ubezpieczoną – w przypadku świadczeń finansowanych przez NFZ,
- podane przez niego dane są prawidłowe.

Oświadczenie takie należy zanotować, opatrzyć podpisem osoby udzielającej teleporady i dołączyć do dokumentacji medycznej pacjenta (w przypadku dokumentacji elektronicznej należy zeskanować oświadczenie, a papierowy dokument przechowywać w odrębnym segregatorze).

2. Warunki dla udzielania teleporad

Teleporady są realizowane u Świadczeniodawcy w sposób gwarantujący poufność, w tym zapewnienie braku dostępu osób nieuprawnionych do informacji przekazywanych w ramach teleporady. Świadczeniodawca stosuje w szczególności następujące środki bezpieczeństwa:

- świadczenia udzielane telefonicznie odbywają się w miejscu, gdzie nie będzie możliwe podsłuchanie rozmowy telefonicznej przez osoby nieupoważnione;

- telefoniczne udzielanie świadczeń ma miejsce w oddzielnym, zamykanym pomieszczeniu, do którego nie mają dostępu pacjenci lub inne osoby postronne,
- Świadczeniodawca gromadzi i przechowuje billingi rozmów telefonicznych, prowadzonych w ramach teleporad,
 - przed rozpoczęciem teleporady pacjent jest informowany o tym, że jest ona nagrywana,
 - przekazywanie informacji pocztą elektroniczną odbywa się za pośrednictwem skrzynki poczty elektronicznej, do której nie mają dostępu osoby nieupoważnione i której zabezpieczenia zostały uprzednio skonsultowane z informatykiem oraz inspektorem ochrony danych (IOD),
 - dostępna pojemność skrzynki pocztowej została uprzednio skonsultowana z informatykiem i jest adekwatna do potrzeb placówki,
 - skrzynka pocztowa udostępniona pacjentom do kontaktu, jest sprawdzana systematycznie, kilkakrotnie w czasie godzin pracy Świadczeniodawcy,
 - rozwiązania techniczne, wykorzystywane do realizowania teleporad, są uprzednio konsultowane z informatykiem lub firmą IT (pod kątem zabezpieczeń technicznych) oraz IOD (pod kątem spełnienia wymagań związanych z ochroną danych osobowych i bezpieczeństwem informacji).

3. Bezpieczeństwo informacji przekazywanych przez systemy teleinformatyczne

Świadczeniodawca zapewnia pacjentom możliwość przekazywania informacji dotyczących ich stanu zdrowia (w tym dokumentacji medycznej) za pośrednictwem systemów teleinformatycznych.

W celu zapewnienia, by przekazywanie informacji odbywało się w sposób zapewniający ich integralność oraz ochronę przed nieuprawnionym wykorzystaniem, przypadkowym lub niezgodnym z prawem zniszczeniem, utraceniem, zmodyfikowaniem, nieuprawnionym ujawnieniem lub nieuprawnionym dostępem, Świadczeniodawca wykorzystuje rozwiązania techniczno-organizacyjne uprzednio konsultowane z informatykiem lub firmą IT (pod kątem zabezpieczeń technicznych) oraz IOD (pod kątem spełnienia wymagań związanych z ochroną danych osobowych i bezpieczeństwem informacji).

4. Podstawa dla realizacji teleporady

Osoba udzielająca teleporady dokonuje – na podstawie badania podmiotowego i analizy dostępnej dokumentacji medycznej pacjenta² – sprawdzenia, czy dla rozwiązania problemu zdrowotnego pacjenta wystarczające będzie udzielenie mu teleporady.

Jeżeli osoba udzielająca teleporady stwierdzi, że:

- teleporada będzie wystarczająca – świadczenie zdrowotne jest udzielane w formie teleporady,
- teleporada nie będzie wystarczająca – informuje pacjenta o konieczności udzielenia świadczenia zdrowotnego w ramach bezpośredniego kontaktu z pacjentem u Świadczeniodawcy.

5. Inne obowiązki Świadczeniodawcy

Świadczeniodawca informuje Narodowy Fundusz Zdrowia o numerze telefonu, pod którym udzielane są teleporady.

Osoba udzielająca teleporady dokonuje adnotacji w dokumentacji medycznej o realizacji świadczenia zdrowotnego w formie teleporady.

Świadczeniodawca jest zobowiązany do stosowania przy realizacji teleporad *Wytycznych konsultanta krajowego w dziedzinie medycyny rodzinnej dotyczących teleporad w*

² Dotyczy to także dokumentacji medycznej udostępnionej za pośrednictwem systemu teleinformatycznego, o którym mowa w art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (Dz.U.2020.702 t.j.) - Elektronicznej Platformy Gromadzenia, Analizy i Udostępnienia Zasobów Cyfrowych o Zdarzeniach Medycznych.

podstawowej opiece zdrowotnej udzielanych w czasie epidemii wywołanej wirusem SARS-CoV-2³.

³ https://ptmr.info.pl/wp-content/uploads/pdf/Wytyczne_teleporady_tekstowa.pdf (dostęp 23.09.2020 r.)