

Regulamin Organizacyjny

Niepublicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Centrum Medyczne „Kaszuby” Spółka z o.o. w Kartuzach

Wstęp

Regulamin Organizacyjny określa sposób i warunki udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w Niepublicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej Centrum Medyczne „Kaszuby” Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością z siedzibą w Kartuzach, ul. Dworcowa 2.

Podstawa prawna utworzenia Regulaminu: art. 23 i 24 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej (Dz.U. 2011.112.654 z późn. zm.)

Rozdział I Postanowienia ogólne

§ 1.

Regulamin Organizacyjny Niepublicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Centrum Medyczne „Kaszuby” Spółka z o.o. w Kartuzach, zwanego w dalszej treści „Podmiotem” oraz zamiennie „Zakładem” lub „Spółką”, określa w szczególności:

1. firmę Podmiotu;
2. cele i zadania Podmiotu;
3. strukturę organizacyjną zakładu leczniczego;
4. rodzaj działalności leczniczej oraz zakres udzielanych świadczeń zdrowotnych;
5. miejsce udzielania świadczeń - 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, z zapewnieniem właściwej dostępności i jakości tych świadczeń w jednostkach lub komórkach organizacyjnych zakładu leczniczego;
7. organizację i zadania poszczególnych jednostek lub komórek organizacyjnych zakładu leczniczego oraz warunki współdziałania tych jednostek lub komórek dla zapewnienia sprawnego i efektywnego funkcjonowania Podmiotu pod względem diagnostyczno-leczniczym, pielęgnacyjnym, rehabilitacyjnym i administracyjno-gospodarczym;
8. warunki współdziałania z innymi podmiotami wykonującymi działalność leczniczą w zakresie zapewnienia prawidłowości diagnostyki, leczenia, pielęgnacji i rehabilitacji pacjentów oraz ciągłości przebiegu procesu udzielania świadczeń zdrowotnych;
9. wysokość opłaty za udostępnienie dokumentacji medycznej ustalonej w sposób określony w art. 28 ust. 4 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta;
10. organizację procesu udzielania świadczeń zdrowotnych w przypadku pobierania opłat;
11. wysokość opłat za udzielane świadczenia zdrowotne inne niż finansowane ze środków publicznych;
12. sposób kierowania jednostkami i komórkami organizacyjnymi zakładu leczniczego.

Rozdział II Firma i Zakład Lecznicy Podmiotu

§ 2.

1. Podmiot leczniczy działa pod firmą: **Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Centrum Medyczne „Kaszuby” Spółka z o.o. z siedzibą w Kartuzach, ul. Dworcowa 2**
2. Podmiot leczniczy wykonuje działalność w zakładzie leczniczym pod nazwą **Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Centrum Medyczne „KASZUBY”**, zwanym dalej „Zakładem Lecznicy”

Rozdział III Cele i zadania Podmiotu

§ 3.

1. Celem głównym Podmiotu jest podejmowanie działań na rzecz ochrony i poprawy stanu zdrowia ludności poprzez udzielanie ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych w zakresie działań służących ratowaniu, przywróceniu i poprawie zdrowia, propagowanie zachowań prozdrowotnych, prowadzenie działań profilaktycznych i innych działań medycznych, wynikających z procesu leczenia oraz przepisów odrębnych, regulujących zasady ich wykonywania.
2. Zadania Podmiotu obejmują swoim zakresem działania, w szczególności związane z:
 - a) badaniem i poradą lekarską,
 - b) diagnostyką,
 - c) leczeniem,
 - d) rehabilitacją leczniczą,
 - e) opieką nad kobietą ciężarną i jej płodem, porodem, położeniem oraz nad noworodkiem,
 - f) opieką nad zdrowym dzieckiem,
 - g) opieką stomatologiczną,
 - h) pielęgnacją i opieką środowiskową nad chorym i niepełnosprawnym,
 - i) orzekaniem o stanie zdrowia,
 - j) profilaktyką i szczepieniami ochronnymi,
 - k) transportem sanitarnym,
 - l) promocją zdrowia.

Rozdział IV Struktura Organizacyjna Zakładu Lecznicy Podmiotu

§ 4.

1. W skład Zakładu Lecznicy Podmiotu wchodzi następujące jednostki organizacyjne:

Lp.	Nazwa i <i>adres</i> jednostki organizacyjnej	Kod resortowy cz. V
1.	NZOZ Centrum Medyczne „Kaszuby” - Przychodnia Lekarska w Kartuzach ul. Dworcowa 2; 83-300 <i>Kartuzy ul. Dworcowa 2</i>	01
2.	NZOZ Centrum Medyczne „Kaszuby” – Filia nr 2 – Przychodnia Lekarska w Kartuzach ul. Mściwoja II 9; 83-300 <i>Kartuzy ul. Mściwoja II 9</i>	03
3.	NZOZ Centrum Medyczne „Kaszuby” – Filia nr 3 - Punkt Lekarski w Sianowie; 83-328 <i>Sianowo 11</i>	04

2. W skład Zakładu Lecznicy Podmiotu wchodzi następujące komórki organizacyjne:

01-NZOZ Centrum Medyczne „Kaszuby” - Przychodnia Lekarska w Kartuzach ul. Dworcowa 2

Lp.	Nazwa komórki organizacyjnej	Kod resortowy cz. VII	Kod resortowy cz. VIII
1.	Poradnia lekarza POZ	001	0010
2.	Gabinet diagnostyczno-zabiegowy poradni POZ	076	9450
3.	Gabinet pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej	074	0032

4.	Poradnia stomatologiczna	002	1800
5.	Poradnia neurologiczna	006	1220
6.	Gabinet diagnostyczno-zabiegowy poradni neurologicznej	080	9450
7.	Pracownia badań neurofizjologicznych	083	7234
8.	Poradnia otolaryngologiczna	007	1610
9.	Gabinet diagnostyczno-zabiegowy poradni otolaryngologicznej	079	9450
10.	Poradnia okulistyka	008	1600
11.	Gabinet diagnostyczno-zabiegowy poradni okulistyki	078	9450
12.	Poradnia dermatologiczna	009	1200
13.	Gabinet diagnostyczno-zabiegowy poradni dermatologicznej	077	9450
14.	Poradnia zdrowia psychicznego	010	1700
15.	Poradnia leczenia uzależnień	049	1740
16.	Poradnia terapii uzależnienia i współuzależnienia od alkoholu	066	1744
17.	Poradnia reumatologiczna	013	1280
18.	Gabinet diagnostyczno-zabiegowy poradni reumatologicznej	082	9450
19.	Poradnia logopedyczna	048	1616
20.	Poradnia medycyny pracy	043	1160
21.	Poradnia audiologiczna	099	1612
22.	Gabinet diagnostyczno-zabiegowy poradni audiologicznej	100	9450
23.	Punkt szczepień	116	9600

03-NZOZ Centrum Medyczne „Kaszuby” – Filia nr 2 -Przychodnia Lekarska w Kartuzach ul. Mściwoja II 9

Lp.	Nazwa komórki organizacyjnej	Kod resortowy cz. VII	Kod resortowy cz. VIII
1.	Poradnia lekarza POZ	068	0010
2.	Gabinet diagnostyczno-zabiegowy poradni POZ	086	9450
3.	Gabinet pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej	069	0032
4.	Poradnia chirurgii ogólnej	022	1500
5.	Gabinet diagnostyczno-zabiegowy poradni chirurgii ogólnej	087	9450
6.	Poradnia chirurgii urazowo ortopedycznej	017	1580
7.	Gabinet diagnostyczno-zabiegowy poradni chirurgii urazowo-ortopedycznej	088	9450
8.	Poradnia diabetologiczna	012	1020
9.	Gabinet diagnostyczno-zabiegowy poradni diabetologicznej	091	9450
10.	Poradnia gastroenterologiczna	094	1050
11.	Gabinet diagnostyczno-zabiegowy poradni gastroenterologicznej	095	9450
12.	Pracownia endoskopii	096	7910
13.	Poradnia kardiologiczna	015	1100
14.	Gabinet diagnostyczno-zabiegowy poradni kardiologicznej	092	9450
15.	Poradnia stomatologiczna	070	1800
16.	Poradnia urologiczna	014	1640

17.	Gabinet diagnostyczno-zabiegowy poradni urologicznej	089	9450
18.	Dział Fizjoterapii	111	1310
19.	Pracownia rentgenodiagnostyki ogólnej	023	7240
20.	Pracownia USG	073	7210
21.	Zespół transportu medycznego	067	9250
22.	Poradnia położniczo-ginekologiczna	112	1450
23.	Gabinet diagnostyczno-zabiegowy poradni położniczo-ginekologicznej	113	9450
24.	Gabinet położnej podstawowej opieki zdrowotnej	114	0034
25.	Poradnia chirurgii stomatologicznej	117	1840

04-NZOZ Centrum Medyczne „Kaszuby” – Filia nr 3 - Punkt Lekarski w Sianowie

Lp.	Nazwa komórki organizacyjnej	Kod resortowy cz. VII	Kod resortowy cz. VIII
1.	Poradnia lekarza POZ	038	0010
2.	Gabinet diagnostyczno-zabiegowy poradni POZ	115	9450
3.	Poradnia stomatologiczna	039	1800

3. Ponadto w Zakładzie są utworzone następujące pomocnicze komórki organizacyjne i stanowiska:
 - dział administracyjno-ekonomiczno-eksploatacyjny,
 - inspektor ds. BHP,
 - radca prawny.
4. Jednostki i komórki organizacyjne tworzy, znosi, łączy i przekształca Zarząd Spółki.

Rozdział V

Rodzaj działalności leczniczej oraz zakres udzielanych świadczeń

§ 5.

1. Rodzaj działalności leczniczej - ambulatoryjne świadczenia zdrowotne.
2. Zakres udzielanych świadczeń:
 - a) podstawowa opieka zdrowotnej,
 - b) ambulatoryjne świadczenia specjalistyczne,
 - c) leczenie psychiatryczne i uzależnień,
 - d) leczenie stomatologiczne,
 - e) rehabilitacja lecznicza,
 - f) diagnostyka medyczna: laboratoryjna, rentgenodiagnostyka, ultrasonograficzna, endoskopowa oraz inna specjalistyczna, związana ze specyfiką danej poradni
 - g) świadczenia pomocnicze.

Rozdział VI

Miejsce udzielania świadczeń zdrowotnych i monitoring pomieszczeń ogólnodostępnych.

§ 6.

1. Świadczenia zdrowotne udzielane są w przychodniach, poradniach, pracowniach oraz gabinetach, wymienionych w § 4 Regulaminu, stanowiących jednostki lub komórki organizacyjne Zakładu Leczniczego Podmiotu.
2. Świadczenia zdrowotne mogą odbywać się także w pojazdach, przeznaczonych do udzielania tych świadczeń lub w miejscu pobytu świadczeniobiorcy (pacjenta).

§ 7.

1. W miejscach udzielania świadczeń zdrowotnych, o których jest mowa w § 6.1 Zarząd Spółki wprowadza monitoring wizyjny pomieszczeń ogólnodostępnych. Prawo do przetwarzania danych osobowych w formie monitoringu wynika z art. 23 ust. 1 pkt 5 ustawy o ochronie danych osobowych. Obrazy zarejestrowane przez system monitoringu wizyjnego tworzą zbiór danych osobowych, do którego stosuje się odpowiednio przepisy art.32-35 ustawy o ochronie danych osobowych. NZOZ Centrum Medyczne „Kaszuby” Sp. z o.o. w Kartuzach, tworząc system monitoringu wizyjnego, miał na uwadze zarówno prawo do prywatności każdego obywatela, jak i interes Zakładu jako podmiotu leczniczego oraz obowiązek zapewnienia bezpieczeństwa pacjentom, pracownikom i innym osobom przebywającym na jego terenie poprzez monitorowanie wybranych pomieszczeń i ciągów komunikacyjnych. Z uwagi na specyfikę naszego systemu monitoringu, który pracuje automatycznie, bez udziału człowieka, przyjmujemy zasadę, że wejście osoby w oznaczoną strefę objętą monitoringiem jest równoznaczne z wyrażeniem przez tę osobę zgody na przetwarzanie jej danych w zakresie wizerunku i wykonywanych czynności, jakie zostaną zarejestrowane przez kamery systemu. Jednocześnie każdy wchodzący na teren w/w placówek jest uprzedzony o prowadzonym monitoringu za pomocą tablic informacyjnych znajdujących się przy wejściach. Szczegółowe zasady funkcjonowania monitoringu określa Księga Bezpieczeństwa Informacji – Polityka postępowania ze sprzętem i nośnikami danych. Każda osoba, której wizerunek został zarejestrowany, ma prawo do uzyskania informacji na temat operacji przetwarzania danych dotyczących tej osoby w zakresie:

- 1) reguł rejestracji i zapisu informacji,
- 2) sposobu zabezpieczenia, a także możliwości udostępniania zgromadzonych danych,
- 3) praw osób objętych monitoringiem,
- 4) praw i obowiązków Zakładu jako podmiotu monitorującego.

Z powyższych uprawnień można skorzystać w siedzibie Administratora Danych.

2. Nagrania obrazu uzyskane w wyniku monitoringu, o którym mowa w ust. 1, Zakład przetwarza wyłącznie do celów, dla których zostały zebrane, tj. w celu zapewnienia bezpieczeństwa pacjentów i pracowników Zakładu i przechowuje je przez okres nie dłuższy niż 3 miesiące od dnia nagrania.
3. Po upływie tego okresu uzyskane w wyniku monitoringu nagrania obrazu zawierające dane osobowe podlegają zniszczeniu, o ile przepisy odrębne nie stanowią inaczej.
4. Szczegółowych informacji udzielają Administrator Systemów Informatycznych oraz Inspektor Ochrony Danych Osobowych. Adres: NZOZ Centrum Medyczne „Kaszuby” Sp. z o.o., 83-300 Kartuzy, ul. Dworcowa 2, tel. 58-694-99-99, email: iodo@cmk.pl

Rozdział VII

Przebieg procesu udzielania świadczeń zdrowotnych

§ 8.

1. W Zakładzie świadczenia zdrowotne są udzielane wyłącznie przez osoby wykonujące zawód medyczny lub inne osoby posiadające odpowiednie kwalifikacje i uprawnienia do udzielania świadczeń zdrowotnych w określonym zakresie lub określonej dziedzinie medycyny oraz spełniające wymagania zdrowotne, określone w odrębnych przepisach.
2. Zakład zapewnia udzielanie świadczeń w sposób kompleksowy, w szczególności obejmujący wykonanie niezbędnych badań, w tym badań laboratoryjnych i diagnostyki obrazowej oraz procedur medycznych związanych z udzielaniem tych świadczeń, z uwzględnieniem odrębnych zasad dotyczących świadczeń udzielanych w ramach podstawowej opieki zdrowotnej.
3. Zakład w swojej działalności współpracuje z innymi podmiotami wykonującymi działalność leczniczą na zasadach, określonych przez Ministra Zdrowia, Narodowy Fundusz Zdrowia a w wymaganych przypadkach także na podstawie obustronnej umowy o współpracy, która obejmuje warunki kierowania pacjentów, finansowania świadczeń i nadzoru nad jakością wykonywanego świadczenia zdrowotnego.

4. W uzasadnionych medycznie przypadkach lekarz lub inny uprawniony odrębnymi przepisami świadczeniodawca, wydaje skierowanie na badania diagnostyczne, do innych poradni specjalistycznych lub w celu leczenia stacjonarnego.
5. W razie potrzeby lekarz wydaje niezbędne zaświadczenie o stanie zdrowia i przysługujących uprawnieniach z tytułu stanu zdrowia lub stopnia niepełnosprawności, w tym także zaświadczenia o prawie do zasiłku chorobowego.

§ 9.

1. Zakład organizuje udzielanie świadczeń zdrowotnych w sposób zapewniający pacjentom najbardziej dogodną formę korzystania z tych świadczeń .
2. Świadczenia zdrowotne udzielane są pacjentowi na miejscu w jednostkach i komórkach organizacyjnych Zakładu.
3. W uzasadnionych przypadkach świadczenia zdrowotne udzielane mogą być na odległość przy użyciu systemów teleinformatycznych lub systemów łączności w formie tzw. teleporady, której zasady udzielania określone są w § 9’.
4. W uzasadnionych przypadkach świadczenia zdrowotne są udzielane w miejscu pobytu pacjenta. Ocenę konieczności udzielenia świadczenia w miejscu pobytu pacjenta podejmuje zawsze lekarz lub w stosunku do świadczeń pielęgnarskich lub położniczych odpowiednio pielęgniarka lub położna. Odmowa przyjęcia wizyty w miejscu pobytu pacjenta winna być odnotowana wraz z uzasadnieniem w indywidualnej dokumentacji medycznej pacjenta.
5. Rejestracja pacjentów odbywa się codziennie od poniedziałku do piątku w godzinach pracy rejestracji poszczególnych przychodni tj. 7.30-18.00 i możliwa jest poprzez osobiste:
 - zgłoszenie się pacjenta w rejestracji jednostek organizacyjnych, o którym jest mowa w § 4.1
 - zgłoszenie telefoniczne,
 - poczte e-mail na adres : rejestracja@cmk.pl
 - on-line za pomocą strony www.cmk.pl
 a także za pośrednictwem członków rodziny lub osób trzecich, za pomocą wszystkich wyżej wymienionych form kontaktu, z wyznaczeniem dnia i godziny realizacji świadczenia. Istnieje możliwość zarejestrowania się do każdej poradni Zakładu we wszystkich rejestracjach przychodni lekarskich, tj. można zadzwonić do rejestracji Przychodni Lekarskiej na Mściwoja II 9, aby zarejestrować się do poradni w Przychodni Lekarskiej przy Dworcowa 2., itd.
6. Zgłoszenia, w celu zarejestrowania się na udzielenie świadczenia w Zakładzie, przyjmuje pracownik rejestracji, który powinien zarejestrować pacjenta na termin w dniu zgłoszenia, a w przypadku braku możliwości udzielenia świadczenia w dniu zgłoszenia należy wpisać pacjenta na listę oczekujących, prowadzoną zgodnie z ustawą z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2020 r. poz. 1398 t.j. z późn. zm.) oraz przepisami wydanymi na jej podstawie. Pacjent winien być zarejestrowany na najbliższy możliwy termin, zgodnie z harmonogramem przyjęć danego świadczeniodawcy, udzielającego świadczeń w Zakładzie. Szczegółowe zasady prowadzenia **harmonogramu przyjęć i listy oczekujących** są określone w Dokumentacie nr 19 do Procesu Realizacji Usług Medycznych P1 Zintegrowanego Systemu Zarządzania – Procedury P1PR3 – Świadczenie usługi medycznej - **Instrukcja prowadzenia harmonogramu przyjęć oraz list oczekujących na świadczenie medyczne**.
7. W przypadku ogłoszenia stanu zagrożenia epidemicznego, czy stanu epidemii, **gdy pacjent lub osoba działająca w jego imieniu dokonuje rejestracji na miejscu w placówkach Zakładu lub telefonicznie do jakiegokolwiek świadczeniodawcy**, pracownik rejestracji winien zawsze przeprowadzić ankietę wstępnej kwalifikacji, znajdującą się w programie mMedica, w kierunku zakażenia koronawirusem SARS CoV-2, niezależnie od tego, czy rejestruje go na bieżący dzień, czy na inny planowy termin. Jeśli w momencie rejestracji z wywiadu, czy ankiety wynika, że pacjent może być lub jest zakażony wirusem SARS-COV-2, to należy zarejestrować pacjenta na teleporadę do lekarza POZ. Jeśli odpowiedzi będą negatywne można zarejestrować pacjenta do każdego świadczeniodawcy POZ, AOS, PSY, REH, STOM itp. oraz wystarczy wpisać w **harmonogramie** przyjęć „wywiad COVID ujemny”.

W przypadku **rejestracji e-mail** pracownik rejestracji winien przesłać pacjentowi ankietę w kierunku zakażenia koronawirusem SARS-CoV-2, a po jej odesłaniu przez pacjenta, pracownik rejestracji podejmuje działania, jak opisano [powyżej](#).

8. Świadczenia są udzielane wg kolejności wynikającej z **harmonogramu przyjęć**, przy czym **poza kolejnością przyjmowani są pacjenci w przypadku nagłego pogorszenia się stanu zdrowia lub zagrożenia życia**. Ocenę konieczności udzielenia świadczenia w trybie nagłym podejmuje zawsze lekarz.

Jeżeli w trakcie zgłoszenia telefonicznego, czy mailowego pracownik rejestracji powziął informację, że sprawa wymaga pilnego kontaktu z lekarzem, pielęgniarką czy innym świadczeniodawcą, to winien skontaktować się z nim niezwłocznie (w godzinach pracy danego świadczeniodawcy). Na podstawie przekazanego wywiadu, czy informacji na skierowaniu, dany świadczeniodawca podejmuje decyzję o sposobie załatwienia sprawy.

9. Uprawnionymi do świadczeń **poza kolejnością** są także:

1) kobiety w ciąży;

2) świadczeniobiorcy, o których mowa w art. 47 ust. 1a Ustawy (*świadczeniobiorcy do 18 roku życia, u których stwierdzono ciężkie i nieodwracalne upośledzenie albo nieuleczalną chorobę zagrażającą życiu, które powstały w prenatalnym okresie rozwoju dziecka lub w czasie porodu, na podstawie zaświadczenia lekarza podstawowej opieki zdrowotnej lub lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, posiadającego specjalizację II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie: położnictwa i ginekologii, perinatologii, neonatologii, pediatrii, neurologii dziecięcej, kardiologii dziecięcej lub chirurgii dziecięcej*) oraz w art. 47 ust. 1b Ustawy (*świadczeniobiorcom posiadającym orzeczenie: a) o znacznym stopniu niepełnosprawności; b) o niepełnosprawności łącznie ze wskazaniami: konieczności stałej lub długotrwałej opieki lub pomocy innej osoby w związku ze znacznie ograniczoną możliwością samodzielnej egzystencji oraz konieczności stałego współudziału na co dzień opiekuna dziecka w procesie jego leczenia, rehabilitacji i edukacji.*)

3) osoby, o których mowa w art. 43 ust. 1; (*Świadczeniobiorcy, który posiada tytuł "Zasłużonego Honorowego Dawcy Krwi" lub "Zasłużonego Dawcy Przeszczepu" i przedstawi legitymację "Zasłużonego Honorowego Dawcy Krwi" lub "Zasłużonego Dawcy Przeszczepu"*);

4) inwalidzi wojenni i wojskowi;

5) żołnierze zastępczej służby wojskowej;

6) cywilne niewidome ofiary działań wojennych;

7) kombatancki;

8) działacze opozycji antykomunistycznej i osoby represjonowane z powodów politycznych;

9) osoby deportowane do pracy przymusowej;

10) uprawnieni żołnierze lub pracownicy, których ustalony procentowy uszczerbek na zdrowiu wynosi co najmniej 30%;

11) weterani poszkodowani, których ustalony procentowy uszczerbek na zdrowiu wynosi co najmniej 30%;

12) dawcy krwi, którzy oddali co najmniej 3 donacje krwi lub jej składników, w tym osocza po chorobie COVID-19 - na podstawie zaświadczenia, o którym mowa w art. 9a ust. 3 ustawy z dnia 22 sierpnia 1997 r. o publicznej służbie krwi (Dz. U. z 2021 r. poz. 1749 oraz z 2022 r. poz. 974 i 2280);

13) żołnierze zawodowi, o których mowa w art. 287 ust. 2 i 3 ustawy z dnia 11 marca 2022 r. o obronie Ojczyzny, w przypadku korzystania ze świadczeń w podmiotach leczniczych, dla których podmiotem tworzącym jest Minister Obrony Narodowej, oraz przez niego nadzorowanych;

14) żołnierze pełniący terytorialną służbę wojskową, o których mowa w art. 325 ust. 2 ustawy z dnia 11 marca 2022 r. o obronie Ojczyzny, w przypadku korzystania ze świadczeń udzielanych w podmiotach leczniczych, dla których podmiotem tworzącym jest Minister Obrony Narodowej, oraz przez niego nadzorowanych;

15) osoby, które legitymują się zaświadczeniem, o którym mowa w art. 67zb ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, przez okres wskazany w tym zaświadczeniu, nie dłużej niż 5 lat od dnia wydania zaświadczenia.

10. Świadczenia medyczne są udzielane według kolejności wynikającej z **harmonogramu przyjęć i kolejki oczekujących**, w dniach i godzinach ich udzielania przez lekarza lub inną osobę udzielającą świadczeń.

11. Osoba udzielająca świadczeń opieki zdrowotnej nie może odmówić udzielenia świadczenia zdrowotnego osobie, która potrzebuje natychmiastowego udzielenia takiego świadczenia ze względu na zagrożenie zdrowia lub życia.
12. W każdym przypadku zarejestrowania pacjenta na wizytę, czy badanie należy go poinformować, że winien się stawić w rejestracji danej Przychodni nie wcześniej niż 20 minut i nie później niż 15 minut przed planowaną wizytą, a w przypadku zamkniętych drzwi do Przychodni – do poinformowania pracownika rejestracji przez domofon lub telefonicznie, że znajduje się przy wejściu do Przychodni i jest umówiony na wizytę, badanie czy inne świadczenie, aby uprawniony pracownik rejestracji otworzył drzwi.
13. Każdy pracownik rejestracji oraz udzielający świadczeń świadczeniodawca winien informować pacjenta o możliwości założenia Internetowego Konta Pacjenta. Wszelkie informacje o sposobie założenia konta znajdują się w internecie pod adresem <https://pacjent.gov.pl/internetowe-konto-pacjenta>

§ 9⁷.

TELEPORADY

1. Teleporadę można realizować jedynie wtedy, gdy nie skutkuje ona pogorszeniem stanu zdrowia pacjenta ze względu na opóźnienie rozpoznania stanu chorobowego lub brak zastosowania właściwego postępowania diagnostyczno-leczniczego, z wyłączeniem przypadków, o których jest mowa w ust.2, gdzie świadczenie musi zostać wykonane wyłącznie w bezpośrednim kontakcie z pacjentem, w gabinecie albo w miejscu pobytu pacjenta.
2. Świadczenia realizowane wyłącznie w bezpośrednim kontakcie z pacjentem obejmują świadczenia udzielane:
 - a) w przypadku, gdy pacjent albo jego opiekun ustawowy nie wyraził zgody na realizację świadczenia w formie teleporady, z wyłączeniem takich świadczeń jak wystawienie recepty, niezbędnej do kontynuacji leczenia oraz zlecenie na zaopatrzenie w wyroby medyczne jako kontynuację zaopatrzenia w wyroby medyczne, jeżeli jest to uzasadnione stanem zdrowia pacjenta, odzwierciedlonym w dokumentacji medycznej, a także związanych z wydaniem zaświadczenia,
 - b) podczas pierwszej wizyty, realizowanej przez lekarza, pielęgniarkę lub położną POZ, wskazanych w deklaracji wyboru, o której mowa w art. 10 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej,
 - c) w związku z chorobą przewlekłą, w przebiegu której doszło do pogorszenia lub zmiany objawów,
 - d) w związku z podejrzeniem choroby nowotworowej,
 - e) dzieciom do 6-go roku życia poza poradami kontrolnymi w trakcie leczenia, ustalonego w wyniku osobistego badania pacjenta, których udzielenie jest możliwe bez badania fizykalnego,
 - f) świadczenia pierwszorazowe w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej, psychiatrii i leczeniu uzależnień, stomatologii oraz rehabilitacji.
3. W przypadku ogłoszenia stanu zagrożenia epidemicznego, czy stanu epidemii, gdy pacjent dokonuje rejestracji do lekarza POZ, a w momencie rejestracji z wywiadu, czy ankiety wynika, że pacjent może być lub jest zakażony wirusem SARS-COV-2, to należy zarejestrować pacjenta na teleporadę do lekarza POZ. W takim przypadku w ramach teleporady lekarz POZ winien bezwzględnie wystawić zlecenie na test w kierunku potwierdzenia zakażenia ww. wirusem.
W przypadku wyniku dodatniego (potwierdzającego zakażenie wirusem SARS-COV-2) i w zależności od stanu klinicznego pacjenta należy wdrożyć odpowiednie działanie diagnostyczno-lecznicze. W lekkich przypadkach chorobowych można kontynuować postępowanie diagnostyczno-lecznicze za pomocą teleporady, w przypadkach pogarszania się stanu pacjenta należy podjąć decyzję albo o osobistym zbadaniu pacjenta (przy zachowaniu wszelkich środków ochrony przed zakażeniem) i skorygowaniu leczenia albo skierować pacjenta do odpowiedniego oddziału.
4. W ramach teleporady lekarz może wystawić e-skierowanie, e-receptę, e-zwolnienie i zlecenie elektroniczne na wyroby medyczne.
5. **Rejestracji na teleporadę** dokonuje się na zasadach określonych w § 9 ust. 5-7. Pacjent zarejestrowany na teleporadę winien otrzymać od pracownika rejestracji następujące informacje:

- o dniu i godzinie, o której będzie podjęta próba kontaktu przez lekarza, pielęgniarkę, czy położną, przy czym teleporada w POZ jest realizowana nie później niż w pierwszym dniu roboczym następującym po dniu zgłoszenia się pacjenta do świadczeniodawcy POZ za pośrednictwem systemu teleinformatycznego, systemu łączności lub osobistego, albo w terminie późniejszym niż pierwszy dzień roboczy następujący po dniu zgłoszenia się pacjenta pod warunkiem jego uzgodnienia z pacjentem lub jego opiekunem ustawowym
 - za pośrednictwem jakiego narzędzia komunikacji odbędzie się teleporada (telefon, itd.),
 - o konieczności wcześniejszego dostarczenia wyników badań dodatkowych, wypisów ze szpitali, konsultacji specjalistycznych, które są w posiadaniu pacjenta (mailowo ew. osobiście lub za pośrednictwem innej osoby itp.),
 - o sposobie udzielenia teleporady to jest, że będzie to rozmowa telefoniczna, w trakcie której osoba udzielająca świadczenia zbierze wywiad, zapozna się z wynikami badań dodatkowych i innymi dokumentami dostarczonymi przed teleporadą przez pacjenta lub podmiot, który wykonał badanie diagnostyczne, ustali rozpoznanie, wdroży odpowiednie leczenie poprzez zapisanie leków czy wystawienie zlecenia na zaopatrzenie ortopedyczne, podejmie decyzję o wystawieniu lub nie skierowań do poradni specjalistycznej, działu rehabilitacji, szpitala czy innych placówek leczniczych, w razie potrzeby wystawi zwolnienie lekarskie oraz właściwe zaświadczenia do ZUS, KRUS, PCPR, sanatorium itp.
 - o sposobie postępowania w sytuacji, gdy brak kontaktu z pacjentem w ustalonym terminie teleporady skutkuje jej anulowaniem, przy czym osoba udzielająca świadczenia jest obowiązana do podjęcia co najmniej trzykrotnej próby kontaktu z pacjentem, w odstępie nie krótszym niż 5 minut, w celu udzielenia teleporady, a w razie braku kontaktu odnotowania tego w dokumentacji pacjenta i powiadomienia rejestracji o niemożności kontaktu z pacjentem. Pacjent, który nie uzyskał teleporady w ustalonym terminie winien ponownie skontaktować się z rejestracją i w razie istnienia potrzeby uzyskania teleporady ponownie rejestruje się do danego lekarza, pielęgniarki czy położnej.
6. Po nawiązaniu kontaktu z pacjentem, osoba udzielająca teleporadę, przed jej udzieleniem, winna potwierdzić tożsamość pacjenta na podstawie danych, przekazanych przez niego za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności, takich jak:
- nazwisko i imię (imiona),
 - datę urodzenia,
 - adres miejsca zamieszkania,
 - 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,
 - 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
- oraz:
- a) na podstawie danych wskazanych w dokumentacji medycznej lub deklaracji wyboru, o której mowa w art. 10 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej,
 - lub
 - b) po okazaniu przez pacjenta dokumentu potwierdzającego tożsamość, przy udzielaniu świadczenia opieki zdrowotnej w formie wideoporady,
 - lub
 - c) przy wykorzystaniu elektronicznego konta pacjenta utworzonego w wyniku potwierdzenia jego tożsamości osobiście lub w sposób określony w art. 20a ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 17 lutego 2005 r. o informatyzacji działalności podmiotów realizujących zadania publiczne (Dz. U. z 2020 r. poz. 346, 568 i 695).
7. Osoba udzielająca teleporady na podstawie badania podmiotowego i po analizie dostępnej dokumentacji medycznej pacjenta, w tym 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. z 2020 r. poz. 702), dokonuje następujących czynności:
- a) udziela świadczenia zdrowotnego, w tym ustala, czy teleporada jest wystarczająca dla problemu zdrowotnego będącego jej przedmiotem,

lub

- b) informuje pacjenta o konieczności udzielenia świadczenia zdrowotnego w bezpośrednim kontakcie z pacjentem, jeżeli charakter aktualnego problemu zdrowotnego uniemożliwia udzielenie świadczenia zdrowotnego w formie teleporady.
8. Udzielenie świadczenia za pośrednictwem systemów teleinformatycznych należy odnotować w dokumentacji medycznej wskazując narzędzie komunikacji (np. telefon). Przy rozliczaniu porad w sprawozdaniu wśród kodów istotnych procedur medycznych, wskazać należy też kod 89.0099 - porada lekarska za pośrednictwem systemów teleinformatycznych i systemów łączności, lub inny stosowny kod.
 9. W przypadku przekazywania informacji dotyczącej stanu zdrowia pacjenta, w tym cyfrowego odwzorowania dokumentacji medycznej, za pośrednictwem systemów teleinformatycznych, stosowanie przez świadczeniodawcę rozwiązań techniczno-organizacyjnych służących zapewnieniu transmisji dokumentów elektronicznych w postaci graficznej i tekstowej, w sposób zapewniający ich integralność oraz ochronę przed nieuprawnionym wykorzystaniem, przypadkowym lub niezgodnym z prawem zniszczeniem, utraceniem, zmodyfikowaniem, nieuprawnionym ujawnieniem lub nieuprawnionym dostępem.
 10. Przeprowadzenie teleporady winno odbywać się w warunkach gwarantujących poufność, w tym zapewnienie braku dostępu osób nieuprawnionych do informacji przekazywanych za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności w związku z udzieleniem teleporady.
 11. Instrukcje o sposobie realizacji e-recepty, e-skierowania, e-zlecenia na wyroby medyczne, zlecenia na badania dodatkowe w szczególności laboratoryjne i obrazowe znajdują się w kolejnych podpunktach:

1) INSTRUKCJA O SPOSOBIE REALIZACJI E-RECEPT:

E-recepta jest wystawiana w programie mMedica używanym w Zakładzie do prowadzenia elektronicznej dokumentacji medycznej. Po wystawieniu e-recepty w czasie wizyty w gabinecie, czy w ramach teleporady, lekarz (lub uprawniona do wystawiania recept pielęgniarka) powinien przekazać osobiście 4-cyfrowy kod, który jest generowany na e-recepte, a także poinformować, że recepta może zostać zrealizowana w każdej aptece, gdzie przy realizacji recepty należy podać przekazany przez lekarza 4-cyfrowy kod oraz PESEL pacjenta, dla którego została wystawiona e-recepta. W przypadku zgłoszenia w rejestracji telefonicznie lub mailowo potrzeby zapisania stale przyjmowanych leków, bez konieczności osobistego kontaktu z lekarzem, lekarz (lub uprawniona do wystawiania recept pielęgniarka) sprawdza w dokumentacji pacjenta, czy zasadne jest powtórzenie leków i w razie uznania zasadności wystawienia e- recepty, wystawia ją i wpisuje 4-cyfrowy kod recepty w terminarzu przyjęć pacjentów, zarejestrowanych na dany dzień , w pozycji „Uwagi” znajdującej się przy danych osobowych pacjenta, któremu wystawiona została recepta.

2) INSTRUKCJA O SPOSOBIE REALIZACJI E-SKIEROWAŃ:

E-skierowanie do poradni specjalistycznej (z wyłączeniem poradni logopedycznej), do szpitala, [leczenie uzdrowiskowe albo rehabilitację uzdrowiskową](#), na badania diagnostyczne takie jak badania medycyny nuklearnej oraz badania tomografii komputerowej, w tym przypadku także te, które są finansowane ze środków innych niż ubezpieczenie w NFZ, badania rezonansu magnetycznego, badania endoskopowe przewodu pokarmowego oraz badanie echokardiograficzne płodu jest wystawiane w programie mMedica, używanym w Zakładzie do prowadzenia elektronicznej dokumentacji medycznej. Po wystawieniu w czasie wizyty w gabinecie czy w ramach teleporady ww. e-skierowania lekarz powinien przekazać osobiście pacjentowi 4-cyfrowy kod, który jest generowany na e-skierowaniu a także poinformować, że e-skierowanie może być zrealizowane w każdej placówce medycznej, która posiada umowę z NFZ. Wykaz placówek wraz z ich adresami i telefonami jest podany na stronie internetowej NFZ. Przy realizacji e-skierowania osobie rejestrującej na poradę, czy badanie u Realizatora świadczenia należy podać przekazany przez lekarza 4-cyfrowy kod oraz PESEL pacjenta, dla którego zostało wystawione e-skierowanie.

- 3) INSTRUKCJA O SPOSOBIE REALIZACJI E-ZLECENIA NA WYROBY MEDYCZNE:
E-zlecenie na wyroby medyczne jest wystawiane w programie mMedica używanym w Zakładzie do prowadzenia elektronicznej dokumentacji medycznej. Po wystawieniu w czasie wizyty w gabinecie, czy w ramach teleporady e-zlecenia na wyroby medyczne lekarz powinien przekazać osobiście pacjentowi 13-cyfrowy kod, który jest generowany na e-zleceniu, a także poinformować, że e-zlecenie może być zrealizowane w każdej placówce (sklepie medycznym itp.), mającej umowę z NFZ na realizację zaopatrzenia w wyroby medyczne. Wykaz takich placówek wraz z ich adresami i telefonami jest podany na stronie internetowej NFZ. Przy realizacji e-zlecenia należy podać Realizatorowi zlecenia przekazany przez lekarza 13-cyfrowy kod oraz PESEL pacjenta, dla którego zostało wystawione e-zlecenie.
- 4) INSTRUKCJA O SPOSOBIE REALIZACJI SKIEROWAŃ DO PORADNI LOGOPEDYCZNEJ, DO SZPITALA PSYCHIATRYCZNEGO ORAZ WNIOSKÓW DLA POTRZEB ZUS, KRUS, PCPR itp, KTÓRE WYSTAWIANE SĄ W FORMIE PAPIEROWEJ.
Skierowanie do poradni logopedycznej, do szpitala psychiatrycznego oraz wnioski dla potrzeb ZUS, KRUS, PCPR itp. są wystawiane w programie mMedica używanym w Zakładzie do prowadzenia elektronicznej dokumentacji medycznej. Po wystawieniu ww. skierowania lub wniosku w czasie wizyty w gabinecie lekarz bezpośrednio przekazuje wydrukowane skierowanie lub wniosek pacjentowi i informuje, o konieczności zgłoszenia się z tym skierowaniem do właściwej instytucji, dla potrzeb której jest wystawione skierowanie lub wniosek. W przypadku wystawienia skierowania lub wniosku w ramach teleporady lekarz drukuje skierowanie i przekazuje je do Rejestracji Przychodni Lekarskiej, w której dany lekarz udziela świadczeń oraz informuje pacjenta, że skierowanie zostało wydrukowane i będzie znajdować się w ww. Rejestracji, z którą pacjent winien się skontaktować, aby odebrać skierowanie lub wniosek.
- 5) INSTRUKCJA O SPOSOBIE REALIZACJI ZLECENIA NA BADANIA LABORATORYJNE:
Skierowanie na badania laboratoryjne jest wystawiane w programie mMedica używanym w Zakładzie do prowadzenia elektronicznej dokumentacji medycznej. Po wystawieniu skierowania na badania laboratoryjne przez lekarza (lub uprawnioną do wystawiania takich skierowań pielęgniarkę) w czasie wizyty w gabinecie czy w ramach teleporady, osoba wystawiająca skierowanie na ww. badanie informuje pacjenta, że skierowanie to jest automatycznie wysyłane do wszystkich gabinetów zabiegowych i punktów pobrań Zakładu i nie ma żadnej potrzeby drukowania takiego skierowania, z wyjątkiem badań laboratoryjnych, wykonywanych w zewnętrznych pracowniach diagnostyki laboratoryjnej, z którymi nasz Zakład ma zawarte umowy na niektóre rodzaje badań specjalistycznych i które przyjmują nadal jedynie skierowania w postaci papierowej. Pacjent winien się zgłosić (telefonicznie, mailowo, czy osobiście) do Rejestracji wybranej Przychodni Lekarskiej albo bezpośrednio do Punktu Pobrań, gdzie pracownik Rejestracji lub Punktu Pobrań dokonuje zapisu do terminarza na dzień bieżący lub następny dzień po dniu zgłoszenia się pacjenta, z wyłączeniem przypadków, gdzie na skierowaniu wyraźnie zaznaczono, że pobranie materiału do badań ma odbyć się w późniejszym terminie. W przypadku skierowania, oznaczonego jako pilne, pacjent winien zostać zarejestrowany na bieżący dzień. W dniu wizyty w gabinecie pielęgniarka odczytuje zleczone badania laboratoryjne bezpośrednio z elektronicznej dokumentacji medycznej pacjenta a po pobraniu materiału skierowanie jest przekazywane elektronicznie do laboratorium BRUSS w Gdańsku. W przypadku skierowania na badanie laboratoryjne, wykonywane w zewnętrznych pracowniach diagnostyki laboratoryjnej, z którymi nasz Zakład ma zawarte umowy na niektóre rodzaje badań specjalistycznych i które przyjmują nadal jedynie skierowania w postaci papierowej lekarz wystawiający zlecenie winien wskazać miejsce wykonania takiego badania.

6) INSTRUKCJA O SPOSOBIE REALIZACJI ZLECEŃ NA BADANIA DIAGNOSTYCZNE:

Skierowanie na badanie diagnostyczne jest wystawiane w programie mMedica używanym w Zakładzie do prowadzenia elektronicznej dokumentacji medycznej. Po wystawieniu skierowania w czasie wizyty w gabinecie lekarz przekazuje pacjentowi kartkę z nazwą badania, na które zostało wystawione skierowanie i informuje, o konieczności zgłoszenia się z tą kartką do Rejestracji którejkolwiek Przychodni Lekarskiej Zakładu, gdzie pracownik rejestracji winien odnaleźć w systemie mMedica wystawione skierowanie i dokonać zapisu do terminarza danej pracowni diagnostycznej na zleczone badanie diagnostyczne, na najbliższy możliwy termin, z wyznaczeniem dnia i godziny badania oraz poinformować o tym terminie pacjenta. W przypadku skierowania oznaczonego jako PILNE i braku miejsc w danym tygodniu na badanie należy skontaktować się z osobą udzielającą świadczeń diagnostycznych i uzgodnić jak najwcześniejszy termin badania. Pracownik danej pracowni diagnostycznej, w której ma być wykonane zleczone badanie odczytuje zlecenie ze skierowania, zapisanego w bazie mMedica. W przypadku wystawienia skierowania na badanie diagnostyczne w ramach teleporady lekarz informuje pacjenta telefonicznie, na jakie badanie zostało wystawione skierowanie oraz informuje pacjenta, że winien zgłosić się do Rejestracji, celem zapisu na termin wykonania badania. Po zgłoszeniu się pacjenta (telefonicznie, mailowo, czy osobiście) pracownik rejestracji winien dokonać zapisu do terminarza danej pracowni diagnostycznej na zleczone badanie diagnostyczne, na najbliższy możliwy termin, z wyznaczeniem dnia i godziny badania oraz poinformować o tym terminie pacjenta. W przypadku wystawienia skierowania w trakcie wizyty pacjenta w gabinecie na badanie diagnostyczne, wykonywane w zewnętrznych pracowniach diagnostycznych, z którymi nasz Zakład ma zawarte umowy na niektóre rodzaje badań diagnostycznych, lekarz drukuje skierowanie na takie badanie i przekazuje w trakcie tej wizyty bezpośrednio pacjentowi. W przypadku wystawienia skierowania w trakcie teleporady, na badanie diagnostyczne, wykonywane w zewnętrznych pracowniach diagnostycznych, z którymi nasz Zakład ma zawarte umowy na niektóre rodzaje badań diagnostycznych lekarz drukuje skierowanie na takie badanie i przekazuje je do Rejestracji Przychodni Lekarskiej, w której dany lekarz udziela świadczeń oraz informuje pacjenta, że skierowanie zostało wydrukowane i będzie znajdować się do odbioru w ww. Rejestracji, z którą pacjent winien się skontaktować, aby odebrać skierowanie.

§ 10.

1. Zakład udziela bezpłatnych świadczeń zdrowotnych osobom ubezpieczonym w Narodowym Funduszu Zdrowia oraz innym osobom, posiadającym prawo do bezpłatnych świadczeń na podstawie odrębnych przepisów.
2. Zakres bezpłatnych świadczeń określony jest w odpowiednich rozporządzeniach Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych w poszczególnych zakresach świadczeń, a także innych obowiązujących przepisach prawa.

§ 11.

1. Świadczenia gwarantowane z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej obejmują swoim zakresem:
 - a) świadczenia lekarza podstawowej opieki zdrowotnej;
 - b) świadczenia pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej;
 - c) świadczenia położnej podstawowej opieki zdrowotnej;
 - d) świadczenia pielęgniarki lub higienistki szkolnej udzielane w środowisku nauczania i wychowania;
 - e) transport sanitarny
 w tym świadczenia profilaktyczne, diagnostyczne, lecznicze, rehabilitacyjne oraz pielęgnacyjne z zakresu medycyny ogólnej, rodzinnej, chorób wewnętrznych i pediatrii.
2. Zakład obejmuje opieką lekarską i pielęgniarską pacjentów, którzy dokonali wyboru lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarki i położnej podstawowej opieki zdrowotnej, zgodnie z wymaganiami określonymi ustawie z dnia 27 sierpnia z 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych za środków publicznych (Dz.U. Nr 210 poz. 2135 ze zm.)

3. Pacjent ma prawo wyboru lekarza, pielęgniarki i położnej podstawowej opieki zdrowotnej spośród lekarzy, pielęgniarek i położnych ubezpieczenia zdrowotnego nie częściej niż dwa razy w roku kalendarzowym, a w przypadku każdej kolejnej zmiany wnosi opłatę w wysokości 80 złotych, z zastrzeżeniem art. 56b i art. 69b ustawy z dnia 21 listopada 1967 r. o powszechnym obowiązku obrony Rzeczypospolitej Polskiej (Dz. U. z 2002 r. Nr 21, poz. 205, z późn. zm.), art. 153 ust. 7a ustawy z dnia 12 października 1990 r. o Straży Granicznej (Dz. U. z 2002 r. Nr 171, poz. 1399, z późn. zm.) i art. 115 § 1a Kodeksu karnego wykonawczego. Nie dotyczy to przypadku zmiany miejsca zamieszkania i sytuacji zaprzestania udzielania świadczeń opieki zdrowotnej przez wybranego lekarza, pielęgniarkę i położną podstawowej opieki zdrowotnej oraz innych przyczyn niezależnych od woli pacjenta.

§ 12.

1. Świadczenia gwarantowane z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej są udzielane na podstawie skierowania lekarza ubezpieczenia zdrowotnego i obejmują:
 - a) porady specjalistyczne;
 - b) badania diagnostyczne;
 - c) procedury zabiegowe ambulatoryjne;
 - d) świadczenia w chemioterapii;
 - e) inne świadczenia ambulatoryjne.
 - f) świadczenia wykonywane w celu realizacji programów lekowych przysługujących świadczeniobiorcy na podstawie art. 15 ust. 2 pkt 15 ustawy..
2. Skierowanie, o którym mowa w ust. 1, nie jest wymagane do świadczeń:
 - 1) ginekologa i położnika;
 - 2) dentysty;
 - 3) wenerologa;
 - 4) onkologa;
 - 5) psychiatry;
 - 6) dla osób chorych na gruźlicę;
 - 7) dla osób zakażonych wirusem HIV;
 - 8) dla inwalidów wojennych i wojskowych, osób represjonowanych, kombatantów, żołnierzy zastępczej służby wojskowej, działaczy opozycji antykomunistycznej i osób represjonowanych z powodów politycznych oraz osób deportowanych do pracy przymusowej;
 - 9) dla cywilnych niewidomych ofiar działań wojennych;
 - 10) w zakresie leczenia uzależnień:
 - a) dla osób zgłaszających się z powodu uzależnienia,
 - b) dla osób zgłaszających się z powodu współuzależnienia - osób spokrewnionych lub niespokrewnionych z osobą uzależnioną, wspólnie z nią zamieszkujących i gospodarujących, oraz osób, których stan psychiczny powstał na skutek pozostawania w związku emocjonalnym z osobą uzależnioną;
 - 11) dla uprawnionego żołnierza lub pracownika, w zakresie leczenia urazów lub chorób nabytych podczas wykonywania zadań poza granicami państwa, oraz uprawnionego żołnierza lub pracownika, którego ustalony procentowy uszczerbek na zdrowiu wynosi co najmniej 30%;
 - 12) dla weterana poszkodowanego, w zakresie leczenia urazów lub chorób nabytych podczas wykonywania zadań poza granicami państwa, oraz dla weterana poszkodowanego, których ustalony procentowy uszczerbek na zdrowiu wynosi co najmniej 30%;
 - 13) dla osób:
 - a) do 18 roku życia, u których stwierdzono ciężkie i nieodwracalne upośledzenie albo nieuleczalną chorobę zagrażającą życiu, które powstały w prenatalnym okresie rozwoju dziecka lub w czasie porodu,
 - b) posiadającym orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności lub orzeczenie o niepełnosprawności łącznie ze wskazaniami: konieczności stałej lub długotrwałej opieki lub pomocy innej osoby w związku ze znacznie ograniczoną możliwością samodzielnej egzystencji oraz konieczności stałego współudziału na co dzień opiekuna dziecka w procesie jego leczenia, rehabilitacji i edukacji.
 - 14) psychologicznych, psychoterapeutycznych i środowiskowych dla dzieci i młodzieży.

§ 13.

1. Lekarze ubezpieczenia zdrowotnego kierują pacjentów na leczenie szpitalne, jeżeli cele leczenia nie mogą być osiągnięte ambulatoryjnie, a konieczność hospitalizacji zostanie uzasadniona na skierowaniu .
2. Skierowanie na konsultację specjalistyczną lub do szpitala powinno być poprzedzone badaniami diagnostycznymi, uzasadniającymi i uzupełniającymi skierowanie, należącymi do zakresu kompetencji lekarza podstawowej opieki zdrowotnej lub lekarza specjalisty.
3. Lekarze podstawowej opieki zdrowotnej i lekarze specjaliści mogą kierować pacjentów na rehabilitację leczniczą.
4. Pacjent ubezpieczony ma prawo do świadczeń z zakresu badań diagnostycznych, w tym medycznej diagnostyki laboratoryjnej, wykonywanych na podstawie skierowania lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, zakwalifikowanych jako świadczenia gwarantowane.
5. Pacjentowi ubezpieczonemu, na podstawie zlecenia lekarza ubezpieczenia zdrowotnego przysługuje bezpłatny przejazd środkami transportu sanitarnego, w tym lotniczego, do najbliższego zakładu opieki zdrowotnej udzielającego świadczeń we właściwym zakresie, i z powrotem, w przypadkach:
 - 1) konieczności podjęcia natychmiastowego leczenia w zakładzie opieki zdrowotnej;
 - 2) wynikających z potrzeby zachowania ciągłości leczenia.
6. Pacjentowi ubezpieczonemu, na podstawie zlecenia lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, przysługuje bezpłatny przejazd środkami transportu sanitarnego - w przypadku dysfunkcji narządu ruchu uniemożliwiającej korzystanie ze środków transportu publicznego, w celu odbycia leczenia - do najbliższego zakładu opieki zdrowotnej udzielającego świadczeń we właściwym zakresie, i z powrotem.
7. W przypadkach niewymienionych w ust. 5 i 6 na podstawie zlecenia lekarza ubezpieczenia zdrowotnego pacjentowi przysługuje przejazd środkami transportu sanitarnego odpłatnie lub za częściową odpłatnością, określoną w odrębnych przepisach.
8. Zakład zapewnia realizację świadczeń określonych w ust. 4-7 własnym transportem lub poprzez zlecenie wykonania tego świadczenia innemu świadczeniodawcy, spełniającemu odpowiednie wymagania , określone w odrębnych przepisach. Szczegółowe zasady realizacji transportu sanitarnego określone są w **Dokumencie nr 17 do Procesu P1 Systemu Zarządzania Jakością – Procedura dotycząca transportu sanitarnego.**
9. Lekarze podstawowej opieki zdrowotnej i lekarze specjaliści mogą kierować pacjentów na zabiegi pielęgniarskie, wykonywane w gabinetach diagnostyczno-zabiegowych Zakładu, a w uzasadnionych przypadkach w miejscu przebywania pacjenta.

§ 14.

1. Pacjent ubezpieczony ma prawo do gwarantowanych świadczeń lekarza dentystry oraz podstawowych materiałów stomatologicznych określonych przez Ministra Zdrowia we właściwym rozporządzeniu.
2. Za pozostałe świadczenia stomatologiczne pacjent wnosi opłatę zgodnie z cennikiem obowiązującym w Zakładzie.

Rozdział VIII**Organizacja i zadania poszczególnych jednostek lub komórek organizacyjnych Zakładu Leczniczego oraz warunki ich współdziałania**

§ 15.

1. Do zadań komórek organizacyjnych, wymienionych w § 4 ust.2, należy sprawowanie kompleksowej opieki nad pacjentami poprzez wykonywanie świadczeń zdrowotnych w zakresie lecznictwa ambulatoryjnego, a w szczególności udzielanie porad i konsultacji lekarskich oraz kierowanie i przeprowadzanie badań diagnostycznych.
2. Do zadań poradni lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej POZ należy w szczególności planowanie i realizowanie kompleksowej opieki lekarskiej, w tym leczenie oraz profilaktyka chorób, orzekanie o stanie zdrowia, a w razie potrzeby kierowanie na badania będące w zakresie kompetencji lekarza POZ, na leczenie specjalistyczne ambulatoryjne, leczenie rehabilitacyjne, a

- także na leczenie w warunkach szpitalnych.
3. Do zadań poszczególnych poradni specjalistycznych należy w szczególności planowanie i realizowanie świadczeń w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej z zakresu specjalności medycznej danej poradni, w tym rozpoznanie, diagnostyka, leczenie, orzekanie o stanie zdrowia, a w razie potrzeby kierowanie na leczenie rehabilitacyjne i leczenie w warunkach szpitalnych.
 4. Do zadań gabinetów pielęgniarstwa podstawowej opieki zdrowotnej należy w szczególności planowanie i realizowanie kompleksowej opieki pielęgniarstwa nad pacjentem i jego rodziną jak również realizacja programów promocji zdrowia i programów profilaktycznych.
 5. Do zadań gabinetu położnej podstawowej opieki zdrowotnej należy w szczególności planowanie i realizowanie pielęgnacyjnej opieki położniczo-ginekologicznej nad pacjentem i jego rodziną.
 6. Do zadań gabinetów diagnostyczno-zabiegowych poszczególnych poradni należy w szczególności wykonywanie zabiegów i badań, iniekcji, pobieranie materiału do badań analitycznych, wykonywanie szczepień oraz innych świadczeń, w zależności od profilu poradni do której przynależy dany gabinet diagnostyczno-zabiegowy.
 7. Do zadań Pracowni Rentgenodiagnostyki Ogólnej należy w szczególności wykonywanie badań rentgenowskich w celach diagnostycznych dla potrzeb lekarzy poradni Zakładu oraz innych podmiotów, mających umowę z Zakładem.
 8. Do zadań Działu Fizjoterapii należy w szczególności wykonywanie zabiegów rehabilitacyjnych i fizjoterapeutycznych pacjentom Zakładu.
 9. Do zadań poradni stomatologicznych należy w szczególności planowanie i prowadzenie leczenia w zakresie stomatologii zachowawczej u dorosłych i dzieci, chirurgii stomatologicznej i periodontologii w tym diagnostyka, leczenie i profilaktyka chorób zębów, przyzębia i błony śluzowej jamy ustnej a także wykonywanie protez dla uprawnionych pacjentów.

§ 16.

1. Poszczególne jednostki i komórki organizacyjne Zakładu 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-leczniczym, pielęgnacyjnym i administracyjno-gospodarczym.
2. Za prawidłowe współdziałanie odpowiedzialny jest Zarząd Spółki, bądź osoby wyznaczone przez Zarząd.
3. Współdziałanie odbywa się z poszanowaniem powszechnie obowiązujących przepisów prawa oraz z poszanowaniem praw pacjenta.

Rozdział IX

Warunki współdziałania z innymi podmiotami wykonującymi działalność leczniczą w zakresie zapewnienia prawidłowości diagnostyki, leczenia, pielęgnacji i rehabilitacji pacjentów oraz ciągłości przebiegu procesu udzielania świadczeń zdrowotnych.

§ 17.

1. Zakład w celu zapewnienia prawidłowości leczenia i pielęgnacji pacjentów oraz ciągłości przebiegu procesu udzielania świadczeń zdrowotnych, współdziała z innymi podmiotami wykonującymi działalność leczniczą, udzielającymi świadczeń zdrowotnych na rzecz tych pacjentów.
2. Zakład oraz osoby udzielające w jego imieniu świadczeń zdrowotnych, udzielają innym podmiotom wykonującym działalność leczniczą informacji związanych z pacjentem w przypadku gdy:
 - a) pacjent lub jego przedstawiciel ustawowy wyraża zgodę na ujawnienie tajemnicy;
 - b) zachowanie tajemnicy może stanowić niebezpieczeństwo dla życia lub zdrowia pacjenta lub innych osób;
 - c) zachodzi potrzeba przekazania niezbędnych informacji o pacjencie, związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych innym osobom wykonującym zawód medyczny, uczestniczącym w udzielaniu tych świadczeń;
 - d) obowiązujące przepisy prawa tak stanowią.
3. Współdziałanie z innymi podmiotami wykonującymi działalność leczniczą odbywa się z poszanowaniem powszechnie obowiązujących przepisów prawa oraz z poszanowaniem praw

pacjenta.

Rozdział X

Zasady prowadzenia dokumentacji medycznej oraz warunki jej udostępniania

§ 18.

1. Zakład obowiązany jest prowadzić dokumentację medyczną osób korzystających ze świadczeń Zakładu oraz zapewnia ochronę danych zawartych w dokumentacji.
2. Prowadzenie i udostępnianie dokumentacji medycznej odbywa się na zasadach określonych w Instrukcji prowadzenia dokumentacji medycznej w Niepublicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej Centrum Medyczne „Kaszuby” Sp. z o.o. , oznaczonej jako **Dokument nr 3 do Procedury P1 Systemu Zarządzania Jakością – Proces realizacji usług medycznych**.

§ 19.

1. Zakład udostępnia dokumentację:
 - 1) pacjentowi lub jego przedstawicielowi ustawowemu, bądź osobie upoważnionej przez pacjenta;
 - 2) po śmierci pacjenta-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. a. i b.:
 - a. 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,
 - b. 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:
 - w celu dochodzenia odszkodowania lub zadośćuczynienia, z tytułu śmierci pacjenta,
 - dla ochrony życia lub zdrowia osoby bliskiej.
 - 3) podmiotom udzielającym świadczeń zdrowotnych, jeżeli dokumentacja ta jest niezbędna do zapewnienia ciągłości świadczeń zdrowotnych;
 - 4) 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;
 - 5) 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;
 - 6) 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;
 - 7) 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 2018 r. poz. 1510, z późn. zm.);
 - 8) Agencji Badań Medycznych w zakresie określonym ustawą z dnia 21 lutego 2019 r. o Agencji Badań Medycznych (Dz. U. poz. 447);
 - 9) ministrowi właściwemu do spraw zdrowia, sądom, w tym sądom dyscyplinarnym, prokuraturom, lekarzom sądowym i rzecznikom odpowiedzialności zawodowej, w związku z prowadzonym postępowaniem;

- 10) uprawnionym na mocy odrębnych ustaw organom i instytucjom, jeżeli badanie zostało przeprowadzone na ich wniosek;
 - 11) organom rentowym oraz zespołom do spraw orzekania o stopniu niepełnosprawności, w związku z prowadzonym przez nie postępowaniem;
 - 12) podmiotom prowadzącym rejestry usług medycznych, w zakresie niezbędnym do prowadzenia rejestrów;
 - 13) zakładom ubezpieczeń, za zgodą pacjenta;
 - 14) komisjom lekarskim podległym ministrowi właściwemu do spraw wewnętrznych, wojskowym komisjom lekarskim oraz komisjom lekarskim Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego lub Agencji Wywiadu, podległym Szefom właściwych Agencji;
 - 15) 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;
 - 16) wojewódzkiej komisji do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych, o której mowa w art. 67e ust. 1 Ustawy o działalności leczniczej, w zakresie prowadzonego postępowania;
 - 17) spadkobiercom w zakresie prowadzonego postępowania przed wojewódzką komisją do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych, o której mowa w art. 67e ust. 1;
 - 18) 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;
- 2... Dokumentacja może być udostępniona także szkole wyższej lub jednostce badawczo-rozwojowej do wykorzystania w celach naukowych, bez ujawniania nazwiska i innych danych umożliwiających identyfikację osoby, której dokumentacja dotyczy.
3. Dokumentacja medyczna jest udostępniana:
- 1) do wglądu, w PUNKCIE WYDAWANIA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ, zlokalizowanym w Przychodni Lekarskiej ul. Dworcowa 2 lub w innym, wyznaczonym przez kierownika Zakładu miejscu, z zapewnieniem pacjentowi lub innym uprawnionym organom lub podmiotom możliwości sporządzenia notatek lub zdjęć. We wniosku o udostępnienie dokumentacji w powyższej formie należy podać dane kontaktowe, umożliwiające uzgodnienie przez Zakład z pacjentem lub uprawnionym organem lub podmiotem terminu i miejsca udostępnienia dokumentacji medycznej do wglądu, a w przypadku braku możliwości uzgodnienia terminu-wskazania przez Zakład miejsca, dni i godzin oraz czasokresu, w których można będzie uzyskać wgląd do dokumentacji medycznej;
 - 2) poprzez sporządzenie jej wyciągu, odpisu, kopii lub wydruku;
 - 3) poprzez 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, z zastrzeżeniem ust.4.
 - 4) za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej;
 - 5) na informatycznym nośniku danych.
4. Udostępnienie dokumentacji następuje w trybie zapewniającym zachowanie poufności i ochrony danych osobowych, na zasadach określonych w **Dokumencie nr 1 do Procesu PBI Zintegrowanego Systemu Zarządzania - Proces Bezpieczeństwa Informacji - Dokumentacja określająca zasady bezpieczeństwa i ochrony danych osobowych**
5. Udostępnianie dokumentacji medycznej w Zakładzie odbywa się za pomocą programu mMedica, na podstawie obsługi rejestru wniosków, udostępnień oraz sprzeciwów. Rejestry te znajdują się w zakładce Zarządzanie – Ochrona danych osobowych.
- 1) REJESTR WNIOSKÓW: umożliwia ewidencjonowanie wniosków, składanych przez pacjentów osobiście lub przez upoważnione osoby w NZOZ bądź inną drogą (np. pocztową, mailową lub przez portal eRejestracja). Rejestr wniosków składa się z trzech zakładek:
 - a) Wniosek – zawiera dane wnioskującego, zakres danych oraz sposób odbioru danych.
 - b) Realizacja – zawiera dane dotyczące realizacji wniosku (potwierdzenie odbioru dokumentacji bądź odmowa wydania dokumentacji) oraz dane odbierającego dokumentację. Zaznaczenie potwierdzenia odbioru dokumentacji przez pacjenta bądź osobę upoważnioną na zakładce

Realizacja spowoduje zmianę statusu wniosku na "Zrealizowany". Ponadto, informacja o wydaniu dokumentacji zostanie automatycznie odnotowana w Rejestrze udostępnień.

c) Załączniki

-Zakres udostępnianych danych powinien zawierać wszystkie świadczenia udzielone pacjentowi w tym świadczenia lekarskie, pielęgniarskie i inne medyczne, wyniki badań laboratoryjnych, wyniki badań diagnostycznych, informacje dla lekarza kierującego, zaopatrzenie rehabilitacyjne, skierowania, zlecenia, zaordynowane leki, wystawione zaświadczenia, wnioski czy inne druki;

-przygotowany nowy wniosek o udostępnienie dokumentacji medycznej (UDM) należy wydrukować oraz dać do podpisu wnioskodawcy (data i czytelny podpis wnioskodawcy);

-potwierdzenie wydania dokumentacji medycznej należy odznaczyć w zakładce Realizacja oraz odbierający dokumentację medyczną winien potwierdzić jej odbiór, czytelnym podpisem wraz z datą na wcześniej wydrukowanym wniosku o UDM;

-wszystkie wnioski o UDM przechowywane są punkcie wydawania dokumentacji medycznej.

2) REJESTR UDOSTĘPNIENI: umożliwia odnotowanie informacji o każdym udostępnieniu danych osobowych przetwarzanych w programie mMedica.

3) REJESTR SPRZECIWÓW: służy do ewidencjonowania sprzeciwów wobec przetwarzania danych osobowych zgłaszanych przez osoby, których dane dotyczą.

6. Generowanie dokumentacji medycznej zapisanej i zgromadzonej w programie mMedica odbywa się poprzez funkcjonalność Historia Wizyt. Dokumentacja powyższa tworzona jest w formie elektronicznej jako plik PDF, który zostaje zapisany na pulpicie komputera, na którym pracuje osoba uprawniona do udostępnienia dokumentacji medycznej a następnie jest:

a) otwierany a dokumentacja medyczna jest udostępniana do wglądu, w przypadku zgłoszenia takiego wniosku, na zasadach określonych w ust.3.1),

lub

b) otwierany a dokumentacja wydrukowywana w formie papierowej, jeśli ilość stron dokumentacji medycznej nie przekracza 5 stron i wydawana w PUNKCIE WYDAWANIA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ, zlokalizowanym w Przychodni Lekarskiej ul. Dworcowa 2,

lub

c) nagrany na nośniku elektronicznym (płyta CD), w przypadku udostępnienia dokumentacji zawierającej więcej niż 5 stron i wydawana w PUNKCIE WYDAWANIA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ, zlokalizowanym w Przychodni Lekarskiej ul. Dworcowa 2,

lub

d) przekazany osobie uprawnionej do elektronicznej wysyłki dokumentacji medycznej, w celu jego zaszyfrowania i przesłania pacjentowi lub uprawnionemu organowi czy podmiotowi na wskazany adres mail czy adres elektronicznej skrzynki podawczej.

7. Udostępnianie dokumentacji medycznej, zgromadzonej w formie papierowej, odbywa się:

a) do wglądu, w przypadku zgłoszenia takiego wniosku, na zasadach określonych w ust.3.1),

lub

b) dokumentacja udostępniana jest w formie kserokopii papierowej i wydawana w PUNKCIE WYDAWANIA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ, zlokalizowanym w Przychodni Lekarskiej ul. Dworcowa 2,

lub

c) na wniosek uprawnionego organu lub podmiotu, z wyłączeniem pacjenta i osób przez niego upoważnionych, dokumentacja udostępniana jest w formie kserokopii papierowej i przesyłana na koszt organu lub podmiotu za pośrednictwem operatora pocztowego.

8. Do udostępniania dokumentacji medycznej uprawnione są jedynie osoby upoważnione przez Zarząd Spółki.

9. **Wnioski** o udostępnienie dokumentacji medycznej **można składać** w formie ustnej i pisemnej, osobiście lub za pośrednictwem upoważnionej osoby, w Rejestracjach wszystkich Przychodni Lekarskich NZOZ Centrum Medyczne „Kaszuby” Sp. z o.o., w godzinach ich pracy a także bezpośrednio w Punkcie Wydawania Dokumentacji Medycznej, w godzinach jego pracy. Ww. wnioski można składać także za pośrednictwem poczty e-mail na adres: dokumentacja@cmk.pl oraz listownie lub przez portal eRejestracja.

-**Wniosek** o udostępnienie dokumentacji medycznej **winien zawierać**:

- 1) imię (imiona) i nazwisko, adres zamieszkania oraz PESEL pacjenta, którego dotyczy wniosek o udostępnienie dokumentacji medycznej;
 - 2) sposób udostępnienia dokumentacji medycznej;
 - 3) zakres udostępnionej dokumentacji medycznej;
 - 4) w przypadku odbioru dokumentacji pacjenta przez osoby trzecie: imię (imiona) i nazwisko, PESEL oraz seria i numer dowodu tożsamości osoby upoważnionej przez pacjenta do odbioru dokumentacji;
 - 5) w przypadku udostępniania dokumentacji medycznej pacjentowi uprawnionemu organowi lub upoważnionemu podmiotowi: dane instytucji, której ma zostać udostępniona dokumentacja oraz podstawa prawna żądania albo upoważnienie złożone i podpisane przez pacjenta upoważnionemu podmiotowi, które nie budzi wątpliwości jego autentyczności;
 - 6) adres poczty elektronicznej lub elektronicznej skrzynki podawczej pacjenta lub uprawnionego organu albo upoważnionego podmiotu, na który ma być przekazana dokumentacja medyczna - w przypadkach udostępniania dokumentacji w sposób, o którym jest mowa w ust.3.4).
 - **Wniosek** o udostępnienie dokumentacji medycznej **winien być podpisany przez pacjenta albo przez osobę upoważnioną przez pacjenta do uzyskiwania jego dokumentacji medycznej, wskazaną w indywidualnej dokumentacji pacjenta.** W przypadku złożenia **ustnego wniosku** o udostępnienie dokumentacji, pracownik przyjmujący taki wniosek **winien potwierdzić tożsamość osoby składającej ten wniosek i jej uprawnienie do uzyskania dokumentacji danego pacjenta.**
 - Na przyjętym wniosku o udostępnienie dokumentacji medycznej należy wpisać datę jego przyjęcia.
 - **Wniosek** o udostępnienie dokumentacji medycznej **przesłany mailem** winien być dołączony w postaci załącznika do maila w formacie pdf **i podpisany Profilem Zaufanym e-PUAP albo podpisem kwalifikowanym** przez pacjenta lub osobę upoważnioną przez pacjenta do uzyskiwania jego dokumentacji medycznej, wskazaną w indywidualnej dokumentacji pacjenta.
10. Osoby udostępniające dokumentację prowadzą 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, albo nazwę uprawnionego organu lub podmiotu, którym została udostępniona dokumentacja medyczna;
 - 5) imię (imiona) i nazwisko oraz podpis osoby, która udostępniła dokumentację medyczną;
 - 6) datę udostępnienia dokumentacji medycznej.
 11. W przypadku, gdy udostępnienie dokumentacji nie jest możliwe, odmowę przekazuje się w postaci papierowej lub elektronicznej, zgodnie z żądaniem uprawnionego organu lub podmiotu. W każdym przypadku wymagane jest podanie przyczyny odmowy. Wzór odmowy znajduje się w systemie informatycznym mMedica.
 12. **PUNKT WYDAWANIA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ z wszystkich komórek organizacyjnych Zakładu zlokalizowany jest w Przychodni Lekarskiej ul. Dworcowa 2 i jest czynny od poniedziałku do piątku w godzinach od 12.00 do 15.00.**
 13. Udostępnienie dokumentacji w sposób określony w ust. 3.1) oraz 3.4) jest bezpłatne. Za udostępnienie dokumentacji w sposób określony w ust.3.2) i 3.5) Zakład pobiera opłatę.
 14. Przepis ust. 13 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 2019 r. poz. 300, 303 i 730) i art. 121 ust. 2 ustawy z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (Dz. U. z 2018 r. poz. 1270 i 2245 oraz z 2019 r. poz. 39, 730 i 752).
 15. Opłaty, o której mowa w ust. 13, 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 ust. 3.2) i 3.5);
 - 2) w związku z postępowaniem przed wojewódzką komisją do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych, o której mowa w art. 67e ust. 1 Ustawy o działalności leczniczej.

16. Opłaty, o której mowa w ust. 13, nie pobiera się w przypadku udostępnienia dokumentacji medycznej Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji oraz Agencji Badań Medycznych.
17. Opłaty za udostępnienie dokumentacji ustala Zarząd Spółki i określa je w **Dokumencie 12 A** do Procesu P1 Zintegrowanego Systemu zarządzania Jakością - **cennik świadczeń medycznych**.
18. **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.

Wysokość opłaty, o której mowa powyżej, uwzględnia podatek od towarów i usług, jeżeli na podstawie odrębnych przepisów usługa jest opodatkowana tym podatkiem.
19. Opłaty za udostępnienie dokumentacji wnoszone są w PUNKCIE WYDAWANIA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ. W przypadku wysyłki dokumentacji pocztą koszt sporządzenia dokumentacji oraz jej wysyłki winien być ustalony przez strony, a zapłata winna być dokonana w formie dokonania przelewu środków na wskazane konto Zakładu, przed wykonaniem usługi.

WYNIKI BADAŃ LABORATORYJNYCH I INNYCH BADAŃ DIAGNOSTYCZNYCH

20. Wyniki badań laboratoryjnych oraz innych badań diagnostycznych, zleconych przez lekarzy, mających umowy z NZOZ Centrum Medyczne „Kaszuby” Sp. z o.o. w Kartuzach, przekazywane są **bezpośrednio do lekarza zlecającego badanie** i dołączane do indywidualnej dokumentacji medycznej pacjenta, prowadzonej w formie elektronicznej dokumentacji medycznej (EDM). Wyniki dołączane są w formie skanu lub w innej formie, w zależności od formatu wymiany danych między wykonawcą badania a Zakładem.
21. W przypadku skierowania pacjenta, przez lekarza zlecającego badanie diagnostyczne, do innego świadczeniodawcy np. poradni specjalistycznej, szpitala itp., kopie wyników badań udostępnia lekarz bezpłatnie, poprzez ich dołączenie z systemu mMedica do wystawionego elektronicznie skierowania. Do skierowania są dołączane m.in. płytki z nagranyimi badaniami obrazowymi, przesłanymi z innych podmiotów leczniczych lub wykonane w Pracowni Rentgenodiagnostyki Zakładu, które są wydawane pacjentowi w Rejestracjach wszystkich Przychodni Lekarskich Zakładu. W przypadku ich nieodebrania w ciągu 30 dni od ich otrzymania przez Zakład ww. płytki z badaniami są przekazywane do składnicy dokumentów archiwalnych Zakładu i wydawane na wniosek pacjenta w Punkcie Wydawania Dokumentacji Medycznej Przychodni Lekarskiej u. Dworcowa 2.
22. Kserokopie wyników badań laboratoryjnych i innych badań diagnostycznych, dołączone do dokumentacji medycznej lub przechowywane w składnicy dokumentów archiwalnych Zakładu mogą zostać **wydane na życzenie pacjenta za odpłatnością**, na zasadach określonych **powyżej**.
23. W przypadku badań laboratoryjnych, każdy pacjent zgłaszający się do gabinetu zabiegowego, w celu pobrania materiału do badań laboratoryjnych, otrzymuje **Indywidualny Numer Klienta** wygenerowany z systemu elektronicznego Laboratorium Medycznego „Bruss” bądź **8-cyfrowy numer zlecenia laboratoryjnego**, które umożliwiają samodzielne pobranie wyniku badania laboratoryjnego w następujący sposób:
 - **Indywidualny Numer Klienta (INK)** umożliwia pacjentowi otrzymywanie wyników badań online, poprzez zalogowanie się pacjenta na stronę <https://mojebadania.lmbruss.pl/login> a następnie jego samodzielne wydrukowanie. Pacjent otrzymuje pełen dostęp do wszystkich wyników jakie zostały zrealizowane we wszystkich punktach pobrań, które są obsługiwane przez Laboratorium Medyczne „Bruss”,

- **8-cyfrowy numer zlecenia laboratoryjnego** umożliwi pacjentowi otrzymanie jedynie danego wyniku danego badania online, którego dotyczyło zlecenie, poprzez zalogowanie się pacjenta na stronę <https://mojebadania.lmbruss.pl/login> a następnie jego samodzielne wydrukowanie.

Rozdział XI

Wysokość opłat oraz organizacja procesu udzielania świadczeń zdrowotnych odpłatnych

§ 20.

1. Zakład może udzielać świadczeń zdrowotnych zarówno nieodpłatnie jak i odpłatnie.
2. Świadczenia zdrowotne są udzielane nieodpłatnie, w razie zawarcia przez Zakład umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych z Narodowym Funduszem Zdrowia, w zakresie objętym umową, na rzecz osób ubezpieczonych w Narodowym Funduszu Zdrowia bądź innych osób uprawnionych. W wypadku udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach umowy z NFZ, Zakład nie może pobierać żadnych dodatkowych opłat od pacjentów, z wyłączeniem świadczeń nie będących świadczeniami gwarantowanymi.
3. Świadczenia zdrowotne udzielone w przypadkach nie wynikających z ustawy z dnia 27 sierpnia z 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych świadczeniobiorca opłaca zgodnie z cennikiem obowiązującym w Zakładzie. Są to w szczególności:
 - 1) świadczenia opieki zdrowotnej niezakwalifikowane jako gwarantowane,
 - 2) orzeczenia o zdolności do prowadzenia pojazdów mechanicznych oraz dla potrzeb medycyny pracy,
 - 3) inne orzeczenia i zaświadczenia lekarskie wydawane na życzenie świadczeniobiorcy, jeżeli nie są one związane z dalszym leczeniem, rehabilitacją, niezdolnością do pracy, kontynuowaniem nauki, uczestnictwem dzieci, uczniów, słuchaczy zakładów kształcenia nauczycieli i studentów w zajęciach sportowych i w zorganizowanym wypoczynku, a także jeżeli nie są wydawane dla celów pomocy społecznej, wspierania rodziny i systemu pieczy zastępczej, orzecznictwa o niepełnosprawności, uzyskania zasiłku pielęgnacyjnego, lub ustalenia przyczyn i rodzaju uszkodzeń ciała związanych z użyciem przemocy w rodzinie,
 - 4) zaświadczenie lekarskie lub zaświadczenie wystawione przez położną, wydawane na życzenie świadczeniobiorcy, jeżeli nie są wydawane dla celów uzyskania dodatku z tytułu urodzenia dziecka lub jednorazowej zapomogi z tytułu urodzenia dziecka.
4. Za udzielone świadczenia zdrowotne inne niż finansowane ze środków publicznych (świadczenia zdrowotne odpłatne), pacjenci wnoszą opłaty zgodnie z ustalonym cennikiem opłat. Wysokość opłat określają:
 - a) **Załącznik nr 12 A do Procesu P1 Systemu Zarządzania Jakością – Cennik świadczeń medycznych,**
 - b) **Załącznik nr 12 B do Procesu P1 Systemu Zarządzania Jakością – Cennik badań laboratoryjnych.**
5. Cenniki opłat podaje się do wiadomości pacjentów przez ich wywieszenie w widoczny sposób na tablicach informacyjnych jednostek organizacyjnych oraz na stronie internetowej Zakładu.
6. Za świadczenia zdrowotne udzielone odpłatnie, w sytuacjach, w których ustawa oraz przepisy odrębne dopuszczają taką odpłatność, Zakład wystawia rachunek, w którym, na wniosek pacjenta, wyszczególnia zrealizowane procedury diagnostyczne i terapeutyczne.
7. Rachunek, o którym mowa w ust. 6, powinien być zgodny z aktualną wysokością opłat podaną do wiadomości w cennikach, o których jest mowa w ust. 4.

§ 21.

1. Udzielanie świadczeń zdrowotnych odpłatnych, organizowane jest w taki sposób, aby nie ograniczać dostępności świadczeń finansowanych ze środków publicznych, w sposób zapewniający poszanowanie zasady sprawiedliwego, równego, niedyskryminującego i przejrzystego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej oraz zgodnie z kryteriami medycznymi.
2. Udzielanie świadczeń zdrowotnych odpłatnych, pozostaje bez wpływu na ustaloną kolejność udzielania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

- Świadczenia zdrowotne odpłatne, udzielane będą w miarę możliwości w dniu zgłoszenia lub w innym terminie uzgodnionym z pacjentem, według ustalonej kolejności w dniach i godzinach ich udzielania.
- Pacjent ma prawo do pełnej informacji dotyczącej jego prawa do uzyskania świadczenia finansowanego ze środków publicznych oraz o warunkach uzyskania takiego świadczenia.
- Zakład nie może odmówić udzielenia świadczenia zdrowotnego osobie, która potrzebuje natychmiastowego udzielenia takiego świadczenia ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia i uzależnić jego udzielenia od uprzedniego uiszczenia opłaty.

Rozdział XII

Sposób kierowania jednostkami i komórkami organizacyjnymi Podmiotu (Zakładu)

§ 22.

- Podmiotem (Zakładem) kieruje i reprezentuje go na zewnątrz Zarząd Spółki, w skład którego wchodzi prezes oraz członek Zarządu Spółki.
- Do składania oświadczeń woli i podpisywania w imieniu Podmiotu wymagana jest reprezentacja prezesa i członka Zarządu, a w razie nieobecności prezesa – członka Zarządu i prokurenta.
- Zarząd kieruje Podmiotem (Zakładem) oraz jednostkami i komórkami organizacyjnymi przedsiębiorstwa Podmiotu oraz wykonuje wszystkie obowiązki i prawa, jakie na podmiot leczniczy nakładają powszechnie obowiązujące przepisy prawa, prowadzi sprawy Podmiotu (Zakładu) oraz reprezentuje go na zewnątrz.
- Zarząd może powoływać kierowników lub osoby koordynujące pracę poszczególnych jednostek i komórek organizacyjnych.
- W przypadku powołania kierowników lub osób koordynujących Zarząd określi ich zakres obowiązków oraz udzieli im stosownych pełnomocnictw i upoważnień.
- Zakresy obowiązków poszczególnych pracowników Podmiotu (Zakładu) znajdują się u wyznaczonego pracownika ds. kadr.

Rozdział XIII

Rozporządzenie Ogólne o Ochronie Danych Osobowych (RODO) w Podmiocie (Zakładzie).

§ 23.

- Administratorem danych osobowych pacjentów korzystających ze świadczeń medycznych w placówkach medycznych należących do NZOZ Centrum Medyczne „Kaszuby” Sp. z o.o. przekazanych w związku z udzielaniem świadczeń medycznych jest NZOZ Centrum Medyczne „Kaszuby” Spółka z o.o. z siedzibą w Kartuzach, KRS: 0000094271, NIP: 589-17-57-752 Adres: 83-300 Kartuzy, ul. Dworcowa 2.
- Odbiorcą podanych danych osobowych w postaci: imienia, nazwiska, nr PESEL, adresu zamieszkania, nr telefonu, adresu e-mail, informacji o stanie zdrowia będą osoby zatrudnione w NZOZ Centrum Medyczne „Kaszuby” Sp. z o.o. wykonujących świadczenia medyczne jak i ich obsługę organizacyjno – zarządczą w imieniu Spółki.
- Dane osobowe mogą być przekazywane innym podmiotom z jakimi NZOZ Centrum Medyczne „Kaszuby” Sp. z o.o. zawarła umowę o współpracy, ale tylko i wyłącznie w zakresie realizowanej usługi medycznej (świadczenia medycznego) dla pełnej jej kompleksowości i odpowiedniego, aktualnego standardu medycznego.
- Dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego/organizacji międzynarodowej.
- Dane osobowe będą przechowywane do czasu upływu okresu archiwizacji, regulowanej odrębnymi przepisami prawa w zakresie sporządzania, przetwarzania i archiwizacji dokumentacji medycznej.
- Każdy pacjent korzystający ze świadczeń medycznych w placówkach NZOZ Centrum Medyczne „Kaszuby” Sp. z o.o. ma prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia*, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo wniesienia sprzeciwu, prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania (jeżeli przetwarzanie odbywa się na podstawie zgody), którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.

7. Każdy pacjent korzystający ze świadczeń medycznych w placówkach NZOZ Centrum Medyczne „Kaszuby” Sp. z o.o. ma prawo wniesienia skargi do Krajowego Urzędu Nadzoru i Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna, iż przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016r.
8. Podanie danych osobowych jest bezwzględnie wymagane dla udzielenia świadczenia medycznego. W przypadku nie wyrażenia zgody i niepodania danych osobowych usługa nie może zostać zrealizowana.
9. Dane osobowe będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany w systemach informatycznych NZOZ Centrum Medyczne „Kaszuby” Sp. z o.o. na rzecz ewentualnej potrzeby potwierdzenia wizyty oraz w celach organizacyjnych i statystycznych zgodnie z odpowiednimi wymaganiami prawa w tym zakresie, w szczególności w zakresie świadczeń finansowych z środków publicznych na ochronę zdrowia i ich rozliczania,
10. W przypadku stwierdzenia nieuprawnionego zbierania/ przetwarzania danych lub innych sytuacji wskazujących na nieprawidłowości zdarzenie takie, należy zgłosić do Inspektora Ochrony Danych osobowych w NZOZ Centrum Medyczne „Kaszuby” Sp. z o.o. za pośrednictwem telefonu numer: 58-694-99-99 lub za pośrednictwem poczty e-mail na adres iodo@cmk.pl

*** Powyższy zapis dotyczący usuwania danych osobowych nie dotyczy danych medycznych (dokumentacji medycznej), które - na mocy art. 29 ustawy o prawach pacjenta i RzPP - podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych jest zobowiązany przechowywać przez minimalny okres wskazany w ustawie.**

Rozdział XIV Postanowienia końcowe

§ 24.

Na każdym etapie udzielania świadczeń zdrowotnych pacjent ma prawo do złożenia skargi/zażalenia na zachowanie lub czynności. Skargi/zażalenia przyjmuje członek Zarządu, po wcześniejszym umówieniu się w sekretariacie, we wtorki w godz. 13.00-13.30. Skarga/zażalenie może być też złożona pisemnie w sekretariacie Zakładu albo przesłana pocztą lub mailem. Na każdą skargę/zażalenie zostanie udzielona odpowiedź w terminie nieprzekraczającym 30 dni od dnia jej złożenia.

§ 25.

Regulamin organizacyjny został nadany przez kierownika Podmiotu leczniczego, którym jest Zarząd Spółki i wchodzi w życie z dniem podpisania.

Sporządził:

Zatwierdził: