

## Rozdział X

### WARUNKI WSPÓŁDZIAŁANIA Z INNYMI PODMIOTAMI LECZNICZYMI

§ 58. 1. Podmiot leczniczy współdziała z innymi podmiotami wykonującymi działalność leczniczą w zakresie prawidłowości diagnostyki, leczenia pacjentów i ciągłości postępowania, w szczególności poprzez kierowanie pacjentów do innych placówek w celu konsultacji specjalistycznych, zlecenie badań laboratoryjnych niewykonywanych lub niemożliwych przejściowo do wykonania w przedsiębiorstwach podmiotu leczniczego oraz kierowanie na zabiegi specjalistyczne, o ile nie ma możliwości ich wykonania w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego.

2. Szczegółowe zasady współdziałania z innymi podmiotami leczniczymi w zakresie, o którym mowa w ust.1, są indywidualnie ustalane umowach cywilnoprawnych zawieranych pomiędzy stronami.

## Rozdział XI

### UDOSTĘPNIANIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ I WYSOKOŚĆ OPŁAT ZA JEJ UDOSTĘPNIENIE

§ 59. 1. Dokumentacja medyczna jest udostępniana pacjentowi lub jego przedstawicielowi ustawowemu, bądź osobie upoważnionej przez pacjenta.

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

3. Podmiot leczniczy udostępnia dokumentację medyczną również:

- 1) podmiotom udzielającym świadczeń zdrowotnych, jeżeli dokumentacja ta jest niezbędna do zapewnienia ciągłości świadczeń zdrowotnych;
- 2) organom władzy publicznej, Narodowemu Funduszowi Zdrowia, organom samorządu zawodów medycznych oraz konsultantom krajowym i wojewódzkim, w zakresie niezbędnym do wykonywania przez te podmioty ich zadań, w szczególności kontroli i nadzoru;
- 3) ministrowi właściwemu do spraw zdrowia, sądom, w tym sądom dyscyplinarnym, prokuraturom, 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;

8) lekarzowi, pielęgniarce lub położnej, w związku z prowadzeniem procedury oceniającej podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych na podstawie przepisów o akredytacji w ochronie zdrowia, w zakresie niezbędnym do jej przeprowadzenia.

4. Dokumentacja medyczna może być udostępniona także szkole wyższej lub jednostce badawczo-rozwojowej do wykorzystania dla celów naukowych, bez ujawniania nazwiska i innych danych umożliwiających identyfikację osoby, której dokumentacja dotyczy.

5. Dokumentacja medyczna jest udostępniana na wniosek osób i podmiotów, o których mowa w ust. 1-4 .

6. Dokumentacja medyczna jest udostępniana:

- 1) do wglądu w siedzibie podmiotu leczniczego;
- 2) poprzez sporządzenie jej wyciągów, odpisów lub kopii;
- 3) poprzez wydanie oryginału za pokwitowaniem odbioru i z zastrzeżeniem zwrotu po wykorzystaniu, jeżeli uprawniony organ lub podmiot żąda udostępnienia oryginałów tej dokumentacji..

7. Wysokość opłaty za:

1) jedną stronę wyciągu lub odpisu dokumentacji medycznej - wynosi 0,002 przeciętnego wynagrodzenia w poprzednim kwartale, począwszy od pierwszego dnia następnego miesiąca po ogłoszeniu przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego w Dzienniku Urzędowym Rzeczypospolitej Polskiej "Monitor Polski" na podstawie art. 20 pkt 2 ustawy z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych;

2) jedną stronę kopii dokumentacji medycznej – wynosi 0,0002 przeciętnego wynagrodzenia, o którym mowa w pkt 1;

3) sporządzenie wyciągu, odpisu lub kopii dokumentacji medycznej na elektronicznym nośniku danych, jeżeli podmiot leczniczy prowadzi dokumentację medyczną w formie elektronicznej – wynosi 0,002 przeciętnego wynagrodzenia, o którym mowa w pkt 1.

8. Kwoty opłat, o których mowa w ust.7 , każdorazowo ustalane są zarządzeniem dyrektora.

## **Rozdział XII.**

### **ORGANIZACJA PROCESU UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZA UDZIELANIE KTÓRYCH PODMIOT LECZNICZY POBIERA OPŁATY**

**§ 60.** W jednostkach organizacyjnych przedsiębiorstw podmiotu leczniczego mogą być udzielane: ambulatoryjne świadczenia zdrowotne oraz stacjonarne i całodobowe świadczenia szpitalne – za odpłatnością, pod warunkiem, że :

- 1) są udzielane przez osoby wykonujące zawód medyczny nie zobowiązane w tym samym czasie do udzielania świadczeń gwarantowanych;
- 2) ich udzielanie nie ogranicza zakresu i dostępu do świadczeń gwarantowanych osobom uprawnionym do ich uzyskania w ramach finansowania ze środków publicznych.

**§ 61. 1.** Ambulatoryjne świadczenia zdrowotne udzielane są za odpłatnością :

- 1) osobie nieuprawnionej do świadczeń finansowanych ze środków publicznych za każde z udzielonych świadczeń ;

- 2) osobie uprawnionej do świadczeń finansowanych ze środków publicznych za świadczenia zdrowotne :
  - a) nie gwarantowane w ramach ubezpieczenia zdrowotnego i jako takie nie finansowane ze środków publicznych,
  - b) udzielone bez skierowania lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, chyba że zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa skierowanie nie jest wymagane, albo świadczenie obejmuje badania przeprowadzane co 12 miesięcy u żywego dawcy narządu w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 1 lipca 2005 r. o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów (Dz. U. Nr 169, poz. 1411, mające na celu monitorowanie jego stanu zdrowia, jeżeli pobrania narządu dokonał Szpital (nie dłużej niż przez 10 lat od dnia pobrania narządu);
  - c) udzielane na życzenie pacjenta;
  - d) nie objęte umowami zawartymi przez podmiot leczniczy z Narodowym Funduszem Zdrowia.
2. Pacjent zamierzający skorzystać ze świadczeń zdrowotnych za odpłatnością zobowiązany jest zgłosić się do Rejestracji i opłacić w całości należność za udzielane świadczenie.
3. Dni i godziny udzielania świadczeń za odpłatnością podaje się na tablicy informacyjnej usytuowanej przy Rejestracji.
4. Rejestracja rejestruje i prowadzi ewidencję porad i zabiegów ambulatoryjnych udzielonych za odpłatnością, oraz prowadzi czynności rozliczeniowe z pacjentem z tytułu udzielonych mu świadczeń, stosując w tym zakresie zasady i cennik usług, określone zarządzeniem dyrektora,
5. Rejestracja zakłada pacjentowi ambulatoryjną historię zdrowia i choroby zgodnie z obowiązującymi przepisami .
6. Historię zdrowia i choroby i inną dokumentację medyczną prowadzą, zgodnie z obowiązującymi przepisami, lekarze udzielający świadczeń odpłatnych wprowadzając bezpośrednio przy dacie i godzinie wizyty, dodatkowe oznaczenie „usługa płatna”.
7. Świadczenia zdrowotne, o których mowa w ust. 1 udzielane są w wyznaczonych gabinetach Polikliniki, z zachowaniem kolejności zgłoszenia.
8. Wysokość opłat za świadczenia ambulatoryjne, o których mowa w ust.1, ustala dyrektor w Cenniku. Cennik podlega wywieszeniu na tablicy ogłoszeń przy Rejestracji na terenie Polikliniki.
9. Opłaty za udzielone świadczenia objęte Cennikiem, uiszczane są w Kasie podmiotu leczniczego, na podstawie zlecenia pacjenta potwierdzonego przez :
  - 1) poradnię lub pracownię - w przypadku gdy zlecenie pacjenta dotyczy wykonania badania diagnostycznego lub zabiegu diagnostycznego ;
  - 2) Rejestrację- w przypadku gdy zlecenie pacjenta dotyczy udzielenia mu porady medycznej.
10. Poza godzinami pracy Kasy podmiotu leczniczego, opłaty za badania diagnostyczne , zabiegi i porady uiszczane są w Dziale Przyjęć, Pomocy Doraźnej i Chirurgii Ambulatoryjnej.

**§ 62.** 1. Stacjonarne i całodobowe świadczenia szpitalne, udzielane są za odpłatnością w następujących przypadkach :

- 1) osoba, której udzielane jest świadczenie, jest nieuprawniona do świadczeń finansowanych ze środków publicznych, nawet jeżeli znajduje się w stanie nagłym (zagrożenia życia lub zdrowia);
- 2) osoba, której udzielane jest świadczenie jest uprawniona do świadczeń finansowanych ze środków publicznych ale :

- a) nie dysponuje skierowaniem wydanym przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego na leczenie szpitalne, albo
  - b) dysponuje skierowaniem na leczenie szpitalne wydanym przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego ale w chwili przyjęcia do Szpitala nie posiada uprawnień do uzyskania świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych , albo
  - c) dysponuje skierowaniem na leczenie szpitalne wydanym przez podmiot leczniczy nie mający zawartej umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia lub lekarza kwalifikującego tą osobę do leczenia szpitalnego w ramach odpłatnej konsultacji komercyjnej w Szpitalu, która dobrowolnie w ramach umowy zawartej ze Szpitalem, zrzekła się korzystania z uprawnienia do uzyskania w ramach danej hospitalizacji świadczeń finansowanych ze środków publicznych;
- 3) udzielane świadczenie nie jest objęte umowami zawartymi przez podmiot leczniczy z Narodowym Funduszem Zdrowia.

2. Każdy Pacjent, który zamierza skorzystać z odpłatnej hospitalizacji (nie dotyczy pacjenta w stanie zagrożenia życia lub zdrowia) , powinien odbyć wizytę kwalifikacyjną w Dziale Przyjęć, Pomocy Doraźnej i Chirurgii Ambulatoryjnej Szpitala.

3. Karta kwalifikacyjna leczenia szpitalnego, wystawiona przez uprawnionego lekarza jest dokumentem, na podstawie którego następuje przyjęcie do odpowiedniego oddziału szpitalnego na leczenie szpitalne.

4. Lekarz podczas wizyty konsultacyjnej w Dziale Przyjęć, Pomocy Doraźnej i Chirurgii Ambulatoryjnej Szpitala omawia stan zdrowia Pacjenta, informuje o metodach leczenia i ewentualnie o ryzyku związanym z leczeniem oraz wspólnie z pacjentem podejmuje decyzję o niezbędnej do wykonania diagnostyce, zabiegach oraz przebiegu hospitalizacji.

5. Umowa zawierana przez pacjenta z podmiotem leczniczym jest oparta na Karcie kwalifikacyjnej leczenia szpitalnego, która zawiera ustalone procedury pobytu w oddziale, zalecenia dotyczące hospitalizacji. Karta jest niezbędna do zawarcia umowy i rezerwacji hospitalizacji.

6. Lekarz Działu Przyjęć, Pomocy Doraźnej i Chirurgii Ambulatoryjnej Szpitala ma za zadanie dokładnie zapoznać Pacjenta z aspektami umowy, cenami hospitalizacji oraz procedurami szpitalnymi oraz przekazać Pacjentowi wszelkie istotne informacje, ustala datę hospitalizacji, wyjaśnia kwestie finansowe i odpowiada na pytania.

6a. Wysokość opłat za świadczenia zdrowotne udzielane odpłatnie jest określona w Cenniku Badań Diagnostycznych, Cenniku Procedur Ambulatoryjnych i Cenniku Procedur Zabiegowych Okulistycznych, w brzmieniu stanowiącym Załącznik nr 3 do Regulaminu, które są udostępniane na życzenie pacjenta przez Rejestrację. Informacja o możliwości zapoznania się w ten sposób z Cennikami, o których mowa wyżej, jest wywieszona na tablicy ogłoszeń przy Rejestracji. Ponadto Cenniki podlegają opublikowaniu na stronie internetowej Samodzielnego Publicznego Klinicznego Szpitala Okulistycznego i w Biuletynie Informacji Publicznej.

7. W wyznaczonym dniu rozpoczęcia hospitalizacji, pacjent zgłasza się do Działu Przyjęć, Pomocy Doraźnej i Chirurgii Ambulatoryjnej Szpitala, przedstawiając dokumenty potwierdzające dokonanie stosownych opłat. Po rejestracji i dokonaniu niezbędnych formalności

administracyjnych następuje skierowanie do Kliniki Okulistycznej. Osoba z obsługi odprowadza pacjenta Kliniki Okulistycznej i kontaktuje z Koordynatorem Świadczeń Pielęgniarskich .

**§ 63.** W sprawach nieuregulowanych w niniejszym rozdziale , mają zastosowanie odpowiednie postanowienia Regulaminu.

**§ 64.** Bezpośredni nadzór nad organizacją i procesem udzielania świadczeń zdrowotnych za odpłatnością sprawują odpowiednio : w Klinice – Kierownik Kliniki Okulistycznej, w Poliklinice – Kierownik Polikliniki.

**§ 65.** Ogólny nadzór w zakresie spraw , o których mowa w §§ 61-62 sprawują :

- 1) pod względem organizacyjnym - Naczelny Lekarz,
- 2) pod względem rozliczeniowym – Główny Księgowy.

## Rozdział XIII PRZEPISY KOŃCOWE

**§ 66.** Kierownicy komórek organizacyjnych podmiotu leczniczego kierują i nadzorują pracę podległej komórki i podległymi pracownikami oraz ponoszą odpowiedzialność za podejmowane decyzje i ich skutki.

**§ 67** Dyrektor i zastępca dyrektora ds. lecznictwa przyjmują interesantów (pacjentów) w sprawach skarg i wniosków. Zapisy prowadzone są w sekretariacie podmiotu leczniczego.

**§ 68.** W sprawach nieuregulowanych w niniejszym regulaminie stosuje się przepisy ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. Nr 112 poz. 654) oraz inne przepisy obowiązujące w tym zakresie.

**§ 69.** Z dniem wejścia w życie niniejszego Regulaminu , traci moc Regulamin Porządkowy Samodzielnego Publicznego Klinicznego Szpitala Okulistycznego wprowadzony w życie Zarządzeniem Wewnętrznym dyrektora SPKSO Nr 5/11 z dnia 4 kwietnia 2011 r.

**Niniejszy regulamin został pozytywnie zaopiniowany Uchwałą nr 09/2012 Rady Społecznej z dnia 30 czerwca 2012 r.**

DYREKTOR  
Samodzielnego Publicznego Klinicznego  
Szpitala Okulistycznego  
*Prof. dr hab. n. med. Jerzy Szaflik*