

REGULAMIN ORGANIZACYJNY PODMIOTU LECZNICZEGO

Wprowadzony
uchwałą zarządu
z dnia 20.08.2012 r

„ PozMed „

Spółka z o.o.

62-040 Puszczykowo, ul. Poznańska 36

Telefon 61-830-14-74

I. Podstawy prawne funkcjonowania

§ 1

Podmiot „Pozmed” spółka z o.o. działa na podstawie:

- ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. Nr 112, poz. 654 z późn. zm.) i aktów wykonawczych do tejże ustawy,
- ustawy z dnia 15 września 2000 r. Kodeks spółek handlowych (Dz. U. Nr 94, poz. 1037 z późn. zm.),
- umowy spółki wraz z późniejszymi zmianami.

II. Postanowienia ogólne

§ 2

1. Ilekroć w niniejszym Regulaminie użyte jest słowo „Podmiot leczniczy”, rozumie się przez to „Pozmed” Spółka z o.o.

2. Niniejszy Regulamin określa:

- strukturę organizacyjną Podmiotu leczniczego,
- rodzaj działalności leczniczej oraz zakres udzielanych świadczeń zdrowotnych i miejsce ich udzielania,
- cele i zadania Podmiotu leczniczego,
- organizację i zadania poszczególnych komórek organizacyjnych Podmiotu leczniczego oraz sposób kierowania nimi,
- przebieg procesu udzielania świadczeń zdrowotnych w Podmiocie leczniczym,
- 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,
- wysokość pobieranych opłat.

III. Cele i zadania Podmiotu leczniczego

§ 3

Celem Podmiotu leczniczego jest udzielanie świadczeń zdrowotnych służących zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu, poprawie zdrowia ludności oraz promocji zdrowia, a także wykonywanie innych działań medycznych wynikających z procesu leczenia lub odrębnych przepisów regulujących zasady ich wykonania.

§ 4

Do podstawowych zadań Podmiotu leczniczego należy udzielenie świadczeń zdrowotnych w zakresie:

1. podstawowej opieki zdrowotnej,
2. pielęgniarskiej opieki środowiskowej,
3. innej specjalistycznej działalności ambulatoryjnej.

IV. Rodzaj działalności leczniczej oraz zakres i miejsce udzielanych świadczeń zdrowotnych

§ 5

1. Rodzajem działalności leczniczej Podmiotu leczniczego są ambulatoryjne świadczenia zdrowotne.
2. Świadczenia zdrowotne są realizowane w ramach wizyt ambulatoryjnych oraz domowych na usługi z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarstwa i położniczej środowiskowej opieki zdrowotnej.
3. Udzielane świadczenia zdrowotne swoim zakresem obejmują badania diagnostyczne i konsultacyjne, usługi pielęgnacyjne i pomocnicze, szczepienia oraz inne działania medyczne wynikające z procesu leczenia.
4. Terenem działania Podmiotu leczniczego jest miasto Puszczkowo.

V. Przebieg procesu udzielania świadczeń zdrowotnych w Podmiocie leczniczym

§ 6

1. Podmiot leczniczy organizuje świadczenia zdrowotne w sposób zapewniający pacjentom najdogodniejszą formę korzystania ze świadczeń.
2. Rejestracja pacjentów odbywa się osobiście (również przez członków rodziny), telefonicznie i przez internet, z wyznaczeniem dnia i godziny realizacji świadczenia zdrowotnego.
3. Świadczenia zdrowotne udzielane są w dniu zgłoszenia lub w terminie uzgodnionym z pacjentem.
4. Podmiot leczniczy udziela świadczeń zdrowotnych nieodpłatnie osobom posiadającym ubezpieczenie zdrowotne oraz odpłatnie osobom nieposiadającym takiego ubezpieczenia. Świadczenia odpłatne są również udzielane pacjentom ubezpieczonym, w zakresie nieobjętym umową z Narodowym Funduszem Zdrowia.
5. Osoby ubezpieczone, w celu potwierdzenia prawa do świadczeń zdrowotnych, zobowiązane są za każdym razem przedstawić udzielającemu świadczeń dowód ubezpieczenia.
6. Do czasu wprowadzenia Karty Ubezpieczenia Zdrowotnego dowodem ubezpieczenia jest:
 - a) dla osoby zatrudnionej na podstawie umowy o pracę:
 - druk zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego oraz aktualnie potwierdzony raport miesięczny ZUS RMUA wydawany przez pracodawcę (nie dotyczy osób na urlopie bezpłatnym powyżej 30 dni),
 - aktualne zaświadczenie z zakładu pracy lub podstemplowana legitymacja ubezpieczeniowa (od 1 stycznia 2010 roku ZUS nie wydaje już legitymacji ubezpieczeniowych),
 - b) dla osoby prowadzącej działalność gospodarczą:
 - druk zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego oraz aktualny dowód wpłaty składki na ubezpieczenie zdrowotne,

c) dla osoby ubezpieczonej w KRUS:

- dokument określający zobowiązanie z tytułu składek wystawiony przez KRUS na rolnika lub domownika podlegającego obowiązkowemu ubezpieczeniu społecznemu rolników, na którym ta osoba została wskazana,
- zaświadczenie,
- podstemplowana przez KRUS legitymacja,
- decyzja o podleganiu ubezpieczeniu społecznemu rolników,
- dowód wpłaty składki w przypadku prowadzenia działów specjalnych produkcji rolnej,
- legitymacja emeryta lub rencisty (w przypadku legitymacji wydanej przez ZUS numer legitymacji powinien zawierać oznaczenie oddziału NFZ. Jeżeli 3. i 4. pozycja numeru zawiera znaki "--", legitymacja nie jest dokumentem potwierdzającym uprawnienia do świadczeń zdrowotnych. W takim przypadku należy przedstawić inny dowód ubezpieczenia. Np. osoba pobierająca rentę/emeryturę ZUS, ale zamieszkała na terenie innego państwa, powinna przedstawić aktualną kartę EKUZ),
- zaświadczenie z ZUS lub KRUS (WBA, ZER MSWiA),
- aktualny odcinek emerytury lub renty,

d) dla emerytów i rencistów:

- legitymacja emeryta lub rencisty,

e) dla osoby bezrobotnej:

- aktualne zaświadczenie z urzędu pracy o zgłoszeniu do ubezpieczenia zdrowotnego,

f) dla osoby ubezpieczonej dobrowolnie:

- umowa zawarta z NFZ i dokument ZUS potwierdzający zgłoszenie do ubezpieczenia zdrowotnego wraz z aktualnym dowodem opłacenia składki zdrowotnej,

g) dla członków rodziny osoby ubezpieczonej:

- dowód opłacenia składki zdrowotnej przez osobę, która zgłosiła członków rodziny do ubezpieczenia zdrowotnego wraz z kserokopią zgłoszenia (druki: ZUS RMUA + druk ZUS ZCNA, jeżeli zgłoszenie nastąpiło po 1 lipca 2008 r., ZUS ZCZA, jeżeli zgłoszenie nastąpiło przed dniem 1 lipca 2008 r.) Dzieci i młodzież do ukończenia 18 roku życia, posiadające obywatelstwo polskie (potwierdzone np. dowodami osobistymi obojga rodziców), mają zagwarantowane prawo do świadczeń. Nie powinny być odsyłane z powodu braku dowodu ubezpieczenia, nawet jeżeli ubezpieczony rodzic nie dokonał zgłoszenia dziecka do ubezpieczenia - mimo ustawowego obowiązku,
- aktualne zaświadczenie wydane przez pracodawcę,
- zaświadczenie z KRUS o ubezpieczeniu członków rodziny,
- legitymacja rodzinna z wpisanymi danymi członków rodziny wraz z aktualną datą i pieczęcią zakładu pracy lub ZUS,
- legitymacja emeryta/rencisty z wpisanymi członkami rodziny podlegającymi ubezpieczeniu, potwierdzająca dokonanie zgłoszenia w dniu 1 stycznia 1999 r. lub później, wraz z aktualnym odcinkiem wypłaty świadczenia - dotyczy tylko KRUS,

- w przypadku dzieci uczących się - pomiędzy 18. a 26. rokiem życia - dodatkowo należy przedstawić dokument potwierdzający fakt kontynuacji nauki - np. legitymację szkolną/studencką lub dokument potwierdzający znaczny stopień niepełnosprawności,
- w przypadku studentów po ukończeniu 26. roku życia - zgłoszenie do ubezpieczenia przez uczelnię (druk ZUS ZZA) oraz legitymacja studencka lub doktorancka,

h) dla osoby nieubezpieczonej, spełniającej kryterium dochodowe uprawniające do otrzymywania świadczeń z pomocy społecznej:

- decyzja wójta (burmistrza, prezydenta) gminy właściwej ze względu na miejsce zamieszkania tej osoby,

i) dla osoby ubezpieczonej w innym niż Polska państwie członkowskim Unii Europejskiej lub Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu:

- poświadczenie wydane przez NFZ (w przypadku zamieszkiwania na terenie RP),
- karta EKUZ (lub certyfikat ją zastępujący) wydana przez inny niż Polska kraj członkowski UE lub EFTA,

j) dla osoby przebywającej na ciągłym zwolnieniu lekarskim:

- zaświadczenia z ZUS informujące o ciągłości zwolnienia. Takie osoby mają prawo do świadczeń do ostatniego dnia zwolnienia,⁷

k) dla osoby przebywającej na zasiłku chorobowym lub wypadkowym po wygaśnięciu ubezpieczenia zdrowotnego,

- zaświadczenia z ZUS informujące o wypłacie zasiłku.

7. Prawo do korzystania ze świadczeń zdrowotnych obowiązuje w okresie ubezpieczenia i przez 30 dni od dnia utraty ubezpieczenia. W związku z tym potwierdzenia dowodów ubezpieczenia należy dokonywać co 2 miesiące - uznając ich ważność na okres obejmujący miesiąc, w którym zostało wystawione potwierdzenie oraz następny jako objęty ewentualnym 30 dniowym uprawnieniem do świadczeń zdrowotnych w przypadku utraty ubezpieczenia. Wyjątkami od tej zasady są:

- legitymacja emeryta – ważna bezterminowo,
- zaświadczenie z urzędu pracy o zgłoszeniu do ubezpieczenia zdrowotnego – do końca terminu ważności,
- decyzja wójta (burmistrza, prezydenta) gminy – ważna 90 dni od dnia określonego w decyzji.

8. W przypadku braku dokumentu potwierdzającego posiadane prawo do świadczeń opieki zdrowotnej – zgodnie z komunikatem Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 19 grudnia 2011 r. – pacjent chcący skorzystać z pomocy lekarskiej może złożyć na piśmie oświadczenie o zgłoszeniu do ubezpieczenia zdrowotnego, które powinno zawierać:

- imię i nazwisko,
- datę urodzenia,
- PESEL,
- nazwę instytucji, która zgłosiła pacjenta do ubezpieczenia,
- nazwę oddziału wojewódzkiego, do którego pacjent został zgłoszony.

9. Jeżeli pacjent korzysta z odpłatnych świadczeń zdrowotnych, wówczas zapłata należności następuje gotówką lub kartą płatniczą, przed odbyciem wizyty lub

udzieleniem świadczenia.

10. Na żądanie pacjenta udzielający świadczenia zdrowotnego zobowiązany jest wystawić fakturę.

VI. Warunki współdziałania z innymi podmiotami wykonującymi działalność leczniczą

§ 7

1. Lekarze udzielający świadczeń zdrowotnych w Podmiocie leczniczym, kierują ubezpieczonych pacjentów na konsultacje specjalistyczne, leczenie szpitalne bądź zabiegi przez wystawienie skierowania.
 2. Skierowanie na konsultację, poradę specjalistyczną lub planowaną hospitalizację, musi być poprzedzone badaniami diagnostycznymi, uzasadniającymi i uzupełniającymi skierowanie.
 3. Podmiot leczniczy prowadzi, przechowuje i udostępnia dokumentację medyczną osób korzystających ze świadczeń zdrowotnych Podmiotu leczniczego, zgodnie z zasadami określonymi w przepisach prawa.
 4. Podmiot leczniczy udostępnia dokumentację, o której mowa wyżej, podmiotom i organom uprawnionym na podstawie przepisów prawa, a w razie śmierci pacjenta – osobie przez niego upoważnionej do uzyskania informacji w przypadku jego zgonu.
 5. Udostępnianie dokumentacji następuje w trybie zapewniającym zachowanie poufności i ochrony danych osobowych.
- Organizacja Podmiotu leczniczego i zadania poszczególnych komórek organizacyjnych

§ 8

1. W skład Podmiotu leczniczego wchodzi przedsiębiorstwo (jednostka organizacyjna) – Centrum Medycyny Rodzinnej w Puszczykowie (62-040) przy ul. Poznańskiej 36, będące przychodnią podstawowej opieki zdrowotnej.
2. W skład jednostki wskazanej w ustępie poprzedzającym, wchodzi następujące komórki organizacyjne:
 - a) Poradnia Lekarza POZ o specjalności 0010 poradnia (gabinet) lekarza podstawowej opieki zdrowotnej,
 - b) Poradnia Kardiologiczna o specjalności 1100 poradnia (gabinet lekarza specjalisty),
 - c) Poradnia chirurgii urazowo-ortopedycznej o specjalności 1580 poradnia (gabinet lekarza specjalisty),
 - d) Poradnia Pielęgniarki Środowiskowej o specjalności 0032 poradnia (gabinet) pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej,
 - e) Punkt Szczepień o specjalności 9600 (punkt szczepień),
 - f) Punkt Pobrań Materiałów do Badań o specjalności 7110 punkt pobrań materiałów do badań,
 - g) Gabinet diagnostyczno-zabiegowy o specjalności 9450 gabinet diagnostyczno-zabiegowy- w Puszczykowie (62-040) przy ul. Poznańska 36.

§ 9

1. Na czele Podmiotu leczniczego stoi Zarząd, który reprezentuje go na zewnątrz i kieruje działalnością Podmiotu leczniczego, zgodnie z postanowieniami umowy

spółki.

2. Zarząd pełni funkcję przełożonego wobec pracowników Podmiotu leczniczego.

§ 10

1. Do kompetencji Zarządu należy:

- a) nadzór merytoryczny nad wykonywaniem w Podmiocie leczniczym świadczeń zdrowotnych,
- b) organizowanie wykonywania świadczeń zdrowotnych w sposób zapewniający optymalne działanie,
- c) Zarząd jest odpowiedzialny za stworzenie warunków organizacyjnych i technicznych przechowywania dokumentacji zapewniających jej poufność, zabezpieczających przed dostępem osób nieupoważnionych, zniszczeniem lub zagubieniem oraz umożliwiających jej wykorzystanie bez zbędnej zwłoki,
- d) Zarząd zobowiązany jest do przekazania protokołem zdawczo-odbiorczym dokumentacji medycznej nowemu Zarządowi,
- e) reprezentowanie Podmiotu leczniczego w zakresie działalności merytorycznej,
- f) Zarząd zatrudnia i zwalnia pracowników medycznych, zakupuje urządzenia, aparaturę i materiały potrzebne do działania Podmiotu leczniczego,
- g) przestrzeganie zasad gospodarności.

VIII. Opłata za udostępnienie dokumentacji medycznej

§ 11

1. Maksymalną wysokość opłaty za udostępnianie dokumentacji medycznej określa art. 28 ust. 4 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. Nr 52, Poz. 417 z późn. zm.)

2. Podstawą wyliczenia kwoty odpłatności jest publikowana przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego wysokość przeciętnego wynagrodzenia w poprzednim kwartale.

3. Zgodnie z powyższym ustala się obowiązujące stawki opłaty:

- 6,00 zł za jedną stronę wyciągu lub odpisu dokumentacji medycznej,
- 0,60 zł za jedną stronę kopii dokumentacji medycznej,
- 6,00 zł za sporządzenie wyciągu, odpisu lub kopii dokumentacji medycznej na elektronicznym nośniku danych.

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

§ 12

Ceny świadczeń zdrowotnych naliczane są zgodnie z obowiązującym cennikiem, stanowiącym Załącznik do niniejszego regulaminu.

X. Przepis końcowy

§ 13

Regulamin Organizacyjny wchodzi w życie z dniem nadania go przez Zarząd.