

Regulamin organizacyjny



MEDCLINIC SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ

ul. Drewniana 61, 21-040 Świdnik

Księga RPWDL nr 000000186800

Rozdział I Postanowienia ogólne

Przedmiot regulaminu

§ 1

1. Regulamin określa organizację i warunki udzielania świadczeń zdrowotnych przez MEDCLINIC SPÓŁKĘ Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ, zwaną dalej „Podmiotem”, oraz zasady prowadzenia monitoringu wizyjnego.
2. Regulamin ustala Zarząd Podmiotu na podstawie art. 23 i art. 24, z uwzględnieniem art. 23a ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.
3. Podmiot działa na podstawie obowiązujących przepisów, w szczególności ustawy o działalności leczniczej, ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej, rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 (RODO), ustawy z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych oraz przepisów dotyczących wykonywania zawodów medycznych i prowadzenia dokumentacji medycznej.
4. W zakresie monitoringu pracowników stosuje się również art. 22² Kodeksu pracy. Regulamin organizacyjny nie zastępuje wymaganych przepisami prawa pracy postanowień regulaminu pracy, układu zbiorowego pracy albo obwieszczenia.

Oznaczenie Podmiotu i miejsce działalności

§ 2

1. Firma Podmiotu: MEDCLINIC SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ. Siedziba: ul. Drewniana 61, 21-040 Świdnik. NIP: 7123316164.
2. Podmiot jest wpisany do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą prowadzonego przez Wojewodę Lubelskiego, oznaczenie organu W-06, pod numerem księgi 000000186800.
3. Działalność lecznicza jest wykonywana w zakładzie leczniczym MEDCLINIC, ul. Drewniana 61, 21-040 Świdnik, REGON zakładu 36500549200013, w rodzaju ambulatoryjne świadczenia zdrowotne, kod części VI: 3.
4. Kontakt: telefon 500 555 010, adres poczty elektronicznej info@medclinic.med.pl, strona internetowa <https://medclinic.med.pl/>.

Rozdział II Cele i zakres świadczeń

Cele i zadania

§ 3

1. Celem Podmiotu jest udzielanie świadczeń służących zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu i poprawie zdrowia oraz prowadzenie profilaktyki i promocji zdrowia.
2. Podmiot realizuje ten cel przez konsultacje, diagnostykę, leczenie ambulatoryjne, opiekę pielęgniarską i położniczą, działania profilaktyczne oraz edukację zdrowotną, w zakresie odpowiadającym strukturze określonej w załączniku nr 1.
3. Świadczeń udzielają osoby posiadające wymagane kwalifikacje i uprawnienia zawodowe, z należytą starannością, zgodnie z aktualną wiedzą medyczną, zasadami etyki zawodowej i prawami pacjenta.
4. Podmiot zapewnia warunki lokalowe, wyposażenie i organizację pracy wymagane dla wykonywanych świadczeń oraz utrzymanie i kontrolę aparatury zgodnie z przepisami i zaleceniami producentów.

Rodzaj i zakres działalności

§ 4

1. Podmiot udziela ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, stomatologii, diagnostyki oraz czynności diagnostyczno-zabiegowych, zgodnie z profilem poszczególnych komórek organizacyjnych.
2. Specjalistyczna opieka zdrowotna obejmuje endokrynologię, kardiologię, reumatologię, pediatrię, położnictwo i ginekologię, chirurgię urazowo-ortopedyczną, diabetologię, alergologię, neurologię, leczenie osteoporozy, dermatologię oraz chirurgię naczyniową.
3. Diagnostyka obejmuje badania USG, rentgenodiagnostykę, densytometrię i pobieranie materiału do badań laboratoryjnych. Pobieranie materiału nie oznacza prowadzenia przez Podmiot medycznego laboratorium diagnostycznego.
4. Świadczenia są udzielane w miejscu wskazanym w § 2 ust. 3, a gdy wynika to z przepisów, wskazań medycznych i organizacji danego zakresu świadczeń, także w warunkach domowych. Teleporady są udzielane zgodnie z właściwymi standardami; miejscem ich udzielania jest miejsce przebywania osoby wykonującej zawód medyczny.
5. Świadczenia finansowane ze środków publicznych są realizowane w zakresie i na zasadach wynikających z obowiązujących umów z Narodowym Funduszem Zdrowia. Wpis komórki do RPWDL nie oznacza sam przez się finansowania jej świadczeń przez NFZ.
6. Podmiot nie udziela świadczeń szpitalnych ani innych stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych.

Rozdział III Struktura i kierowanie przychodnią

Struktura organizacyjna

§ 5

1. W zakładzie leczniczym MEDCLINIC działa jednostka organizacyjna MedClinic, kod części V: 01, pod adresem ul. Drewniana 61, 21-040 Świdnik.
2. Jednostka obejmuje 21 komórek organizacyjnych wymienionych w załączniku nr 1, który określa ich nazwy oraz kody części VII, VIII, IX i X. Wszystkie wymienione komórki działają pod adresem wskazanym w ust. 1.
3. Rejestracja oraz obsługa administracyjna i informatyczna wspierają jednostkę i jej komórki. Nie stanowią odrębnych medycznych komórek organizacyjnych wykazanych w załączniku nr 1.

Zarząd i Kierownik przychodni

§ 6

1. Podmiotem kieruje Zarząd, będący kierownikiem w rozumieniu art. 2 ust. 2 pkt 1 ustawy o działalności leczniczej. Prezesem Zarządu jest Katarzyna Blicharska.
2. Zarząd ustala regulamin organizacyjny i jego zmiany, zatwierdza strukturę i cenniki, zapewnia zasoby niezbędne do działalności oraz odpowiada za organizację udzielania świadczeń i zgodne z prawem wykorzystanie monitoringu.
3. Bieżącą pracą przychodni kieruje Kierownik przychodni Kinga Górską, w granicach zadań i upoważnień powierzonych przez Zarząd. Kierownik organizuje pracę personelu i rejestracji, koordynuje harmonogramy, współpracę komórek i obsługę pacjentów oraz nadzoruje wykonywanie procedur organizacyjnych.
4. Reprezentacja spółki i składanie oświadczeń w jej imieniu następują zgodnie z zasadami reprezentacji ujawnionymi w KRS albo na podstawie prawidłowo udzielonego pełnomocnictwa. Funkcja Kierownika przychodni nie nadaje samodzielnie nieograniczonego prawa reprezentacji spółki.
5. Zastępstwo Kierownika i zakres uprawnień osoby zastępującej określa Zarząd albo osoba uprawniona przez Zarząd. Decyzje diagnostyczne i terapeutyczne podejmują osoby wykonujące zawód medyczny w granicach swoich uprawnień.

Zadania komórek i współdziałanie

§ 7

1. Poradnia lekarza POZ zapewnia opiekę lekarską, profilaktykę, diagnostykę, leczenie i koordynację dalszej opieki. Poradnia pielęgniarki POZ wykonuje świadczenia pielęgniarskie i profilaktyczne, a poradnia położnej POZ świadczenia położnicze, profilaktyczne i edukacyjne, stosownie do uprawnień personelu i zasad POZ.
2. Poradnie specjalistyczne wymienione w § 4 ust. 2 prowadzą konsultacje, diagnostykę, leczenie i kontrolę efektów leczenia w dziedzinach odpowiadających ich profilom. Poradnia stomatologiczna wykonuje świadczenia stomatologiczne zgodnie z zarejestrowanym zakresem.
3. Gabinet diagnostyczno-zabiegowy wykonuje czynności diagnostyczne i zabiegowe zgodne ze swoim profilem, zleceniami i kwalifikacjami personelu. Pracownice USG, rentgenodiagnostyki ogólnej i densytometryczna wykonują właściwe badania oraz przekazują ich wyniki. Punkt pobrań identyfikuje pacjenta i próbki, pobiera i zabezpiecza materiał oraz organizuje przekazanie go do laboratorium.

4. Rejestracja organizuje zapisy, informuje o dostępności i odpłatności świadczeń oraz obsługuje wnioski pacjentów, w granicach nadanych upoważnień i z zachowaniem poufności.
5. Komórki współdziałają przez przekazywanie niezbędnych zleceń, wyników i informacji medycznych, uzgadnianie dalszego postępowania oraz zgłaszanie zagrożeń dla bezpieczeństwa pacjenta. Dostęp do danych ogranicza się do zakresu niezbędnego do wykonywania obowiązków.
6. Kierownik koordynuje organizacyjną współpracę komórek. Personel zgłasza mu przeszkody w udzielaniu świadczeń, awarie i zdarzenia wymagające działań organizacyjnych.

Rozdział IV Udzielanie świadczeń zdrowotnych

Godziny pracy i rejestracja

§ 8

1. Przychodnia udziela świadczeń od poniedziałku do piątku w godzinach 8.00–18.00, z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy. Szczegółowe dni i godziny pracy komórek oraz przyjęć personelu określają harmonogramy dostępne w rejestracji i podawane do wiadomości pacjentów.
2. Rejestracja odbywa się osobiście, przez osobę trzecią, telefonicznie lub za pośrednictwem udostępnionej rejestracji internetowej. Samo zapisanie pacjenta przez osobę trzecią nie uprawnia jej do uzyskiwania informacji o zdrowiu ani dokumentacji medycznej.
3. Przy rejestracji zbiera się dane niezbędne do ustalenia terminu i organizacji świadczenia. Pacjent otrzymuje informację o terminie, wymaganym skierowaniu, przygotowaniu do świadczenia i odpłatności, jeżeli ma ona zastosowanie.
4. Tożsamość pacjenta, wymagane skierowanie oraz uprawnienia do świadczeń finansowanych ze środków publicznych weryfikuje się zgodnie z przepisami. Brak potwierdzenia w systemie eWUŚ nie oznacza automatycznie braku prawa do świadczeń; uwzględnia się przewidziane prawem inne sposoby jego potwierdzenia.
5. W przypadku zmiany terminu przychodnia informuje pacjenta przy wykorzystaniu dostępnych danych kontaktowych i ustala dalsze postępowanie. Pacjent powinien możliwie szybko zgłosić rezygnację z wizyty.

Przebieg świadczenia i ciągłość opieki

§ 9

1. Świadczenia są udzielane w ustalonych terminach, z uwzględnieniem stanu zdrowia, pilności medycznej oraz ustawowych uprawnień do korzystania ze świadczeń poza kolejnością. Harmonogramy przyjęć i listy oczekujących w świadczeniach publicznych prowadzi się według obowiązujących przepisów.
2. Osoba wykonująca zawód medyczny ustala wskazania, przekazuje pacjentowi zrozumiałą informację i uzyskuje wymaganą zgodę, wykonuje świadczenie oraz dokumentuje jego przebieg. Pacjent otrzymuje zalecenia i informację o dalszym postępowaniu, badaniach lub konsultacjach.
3. W razie potrzeby natychmiastowego udzielenia świadczenia ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia Podmiot nie odmawia pomocy. Personel podejmuje niezbędne działania w granicach posiadanych możliwości i uprawnień oraz w razie potrzeby wzywa zespół ratownictwa medycznego.
4. Jeżeli stan pacjenta wymaga świadczenia niedostępnego w Podmiocie, personel wskazuje dalszą drogę postępowania, wystawia wymagane skierowanie i przekazuje uprawnionym podmiotom informacje niezbędne do zachowania ciągłości opieki.
5. Teleporada wymaga identyfikacji pacjenta i zapewnienia poufności. Jeżeli ocena stanu zdrowia lub przepisy wymagają osobistego badania, organizuje się wizytę bezpośrednią; teleporada nie zastępuje jej wbrew wskazaniom medycznym.

Współpraca z innymi podmiotami

§ 10

1. Podmiot współpracuje z innymi podmiotami wykonującymi działalność leczniczą, w tym laboratoriami, pracowniami diagnostycznymi, poradniami i szpitalami, w zakresie niezbędnym do diagnostyki, leczenia i ciągłości opieki.
2. Współpraca odbywa się na podstawie obowiązujących przepisów oraz zawartych umów, jeżeli są wymagane. Umowy określają zakres świadczeń, odpowiedzialność, sposób przekazywania wyników i warunki ochrony danych.
3. Dokumentację i informacje o pacjencie przekazuje się wyłącznie uprawnionym odbiorcom, w niezbędnym zakresie i w sposób zapewniający poufność. W sytuacji nagłej pierwszeństwo mają działania konieczne dla ochrony życia lub zdrowia pacjenta.

Rozdział V Prawa pacjenta i dokumentacja medyczna

Prawa pacjenta i zasady porządkowe

§ 11

1. Podmiot zapewnia poszanowanie praw pacjenta, w szczególności prawa do świadczeń zgodnych z aktualną wiedzą medyczną, informacji, tajemnicy informacji związanych z pacjentem, wyrażenia zgody lub odmowy, intymności i godności, leczenia bólu oraz dostępu do dokumentacji medycznej.
2. Na życzenie pacjenta przy udzielaniu świadczenia może być obecna osoba bliska. Odmowa jest dopuszczalna wyłącznie na zasadach określonych prawem i podlega odnotowaniu w dokumentacji medycznej. W przypadku małoletnich i osób wymagających reprezentacji stosuje się przepisy o zgodzie i przedstawicielstwie oraz standardy ochrony małoletnich.
3. Pacjent powinien przekazać zgodne z posiadaną wiedzą informacje istotne dla leczenia, przestrzegać zasad bezpieczeństwa i higieny, szanować personel, innych pacjentów i mienie oraz stosować się do poleceń porządkowych. Na terenie przychodni obowiązuje zakaz palenia wyrobów tytoniowych i papierosów elektronicznych oraz spożywania alkoholu.
4. Zalecenia medyczne przekazuje się z poszanowaniem prawa pacjenta do świadomej decyzji. Postanowienia porządkowe nie wyłączają ustawowych praw pacjenta ani obowiązku udzielenia pomocy w stanie zagrożenia życia lub zdrowia.
5. Skargi i wnioski można zgłaszać Kierownikowi przychodni osobiście, pisemnie lub na adres info@medclinic.med.pl. Skarga dotycząca Kierownika jest przekazywana Zarządowi. Korzystanie z tej drogi nie ogranicza prawa zwrócenia się do Rzecznika Praw Pacjenta, NFZ, Prezesa UODO lub innych właściwych organów.

Prowadzenie i udostępnianie dokumentacji

§ 12

1. Podmiot prowadzi, zabezpiecza i przechowuje dokumentację medyczną zgodnie z przepisami. Obowiązuje zasadniczy okres 20 lat, liczony od końca roku kalendarzowego, w którym dokonano ostatniego wpisu, z wyjątkami określonymi w art. 29 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.
2. Dokumentacja jest udostępniana pacjentowi, jego przedstawicielowi ustawowemu, osobie upoważnionej przez pacjenta oraz innym podmiotom i organom uprawnionym na podstawie przepisów.
3. Po śmierci pacjenta dokumentacja jest udostępniana osobie upoważnionej za życia, osobie będącej przedstawicielem ustawowym w chwili zgonu oraz osobie bliskiej na zasadach art. 26 ust. 2–2c wskazanej ustawy, z uwzględnieniem sprzeciwów i rozstrzygnięć sądu.
4. Dokumentację udostępnia się do wglądu z możliwością sporządzenia notatek lub zdjęć, przez wyciąg, odpis, kopię lub wydruk, za pomocą środków komunikacji elektronicznej albo na informatycznym nośniku danych. Oryginał wydaje się za potwierdzeniem odbioru i zastrzeżeniem zwrotu w przypadkach określonych w art. 27 ust. 1 pkt 3 ustawy; klisze rentgenowskie na zasadach art. 27 ust. 2.
5. Dopuszcza się sporządzanie skanów dokumentacji papierowej i ich udostępnianie elektronicznie albo na informatycznym nośniku danych, zgodnie z art. 27 ust. 3 ustawy.

6. Wniosek może być złożony pisemnie lub elektronicznie. Nie wymaga uzasadnienia ani użycia formularza przychodni. Przed udostępnieniem sprawdza się tożsamość i uprawnienie odbiorcy. Dokumentację udostępnia się bez zbędnej zwłoki, przy zachowaniu poufności; prowadzi się wymagany prawem wykaz udostępnień.

Ochrona danych osobowych

§ 13

1. Administratorem danych przetwarzanych w związku z działalnością przychodni jest MEDCLINIC SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ. Informacje o przetwarzaniu danych i dane kontaktowe inspektora ochrony danych są udostępniane w klauzulach informacyjnych w przychodni i na stronie internetowej.
2. Dane pacjentów przetwarza się na właściwych podstawach prawnych związanych z udzielaniem świadczeń, dokumentacją i obowiązkami Podmiotu. Uzyskanie świadczenia nie jest uzależnione od zgody na marketing; zgoda na świadczenie zdrowotne jest odrębna od zgody na przetwarzanie danych.
3. Dostęp personelu do danych wynika z przepisów i powierzonych zadań, a gdy wymagają tego przepisy, także z upoważnienia administratora. Personel jest zobowiązany do zachowania tajemnicy i zgłaszania naruszeń zgodnie z procedurami.
4. Zarząd odpowiada za decyzje administratora danych. Obsługa informatyczna wykonuje zadania techniczne i zabezpieczające w przyznanym zakresie. Inspektor ochrony danych pełni funkcję doradczą i monitorującą zgodnie z RODO, z zachowaniem niezależności i zasad unikania konfliktu interesów.

Rozdział VI Odpłatność

Opłaty za dokumentację medyczną

§ 14

1. Pierwsze udostępnienie dokumentacji pacjentowi albo jego przedstawicielowi ustawowemu w żądanym zakresie, w formach objętych art. 28 ust. 2a pkt 1 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, jest bezpłatne. Bezpłatność obejmuje także odbiór przez osobę działającą w ich imieniu. Pozostałe ustawowe zwolnienia z opłat stosuje się niezależnie od niniejszego regulaminu.
2. Wgląd do dokumentacji, sporządzanie przez uprawnionego własnych notatek lub zdjęć oraz przekazanie dokumentacji środkami komunikacji elektronicznej są bezpłatne. Podmiot nie pobiera odrębnej opłaty za wyszukanie lub przygotowanie dokumentacji.
3. W pozostałych przypadkach dopuszczających pobranie opłaty ustala się: za stronę wyciągu albo odpisu – 0,002 podstawy; za stronę kopii albo wydruku – 0,00007 podstawy; za udostępnienie na informatycznym nośniku danych – 0,0004 podstawy.
4. Podstawą jest przeciętne wynagrodzenie w poprzednim kwartale ogłoszone przez Prezesa GUS w Monitorze Polskim na podstawie art. 20 pkt 2 ustawy o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych. Nową podstawę stosuje się od pierwszego dnia miesiąca następującego po miesiącu ogłoszenia. Kwoty oblicza się w złotych i obniża do pełnych groszy, tak aby nie przekroczyć ustawowego maksimum; zawierają podatek, jeżeli jest należny.
5. Aktualne kwoty wynikające z ust. 3–4 podaje się do wiadomości pacjentów w widocznym miejscu w przychodni i na stronie internetowej. O należnej opłacie informuje się przed udostępnieniem; realizacji ustawowego prawa do dokumentacji nie uzależnia się od wcześniejszej zapłaty.

Świadczenia odpłatne

§ 15

1. Podmiot pobiera opłaty wyłącznie za świadczenia, które zgodnie z przepisami mogą być udzielane za częściową albo całkowitą odpłatnością. Za świadczenia należne pacjentowi w ramach realizowanej umowy z NFZ nie pobiera się dodatkowej opłaty.
2. Wysokość opłat określa zatwierdzony przez Zarząd. Cennik obejmuje jednoznaczne określenie świadczenia i należnej ceny, a gdy cena zależy od zakresu procedury, zasady jej ustalenia. Cennik wraz z datą obowiązywania jest udostępniany w rejestracji przychodni i na stronie internetowej.
3. Przed świadczeniem pacjent otrzymuje informację o jego odpłatności, zakresie i cenie. Dodatkowe odpłatne czynności wymagają uprzedniej informacji i akceptacji pacjenta, z uwzględnieniem wyjątków przewidzianych prawem dla sytuacji nagłych.
4. Rejestracja na świadczenie odpłatne odbywa się według § 8. Wnoszenie opłat nie zmienia kolejności dostępu do świadczeń finansowanych ze środków publicznych. Świadczenia odpłatne podlegają takim samym wymaganiom jakości, praw pacjenta i dokumentowania jak świadczenia publiczne.
5. Rozliczenie następuje według zatwierdzonego cennika, a pacjent otrzymuje właściwy dokument sprzedaży. Zmiana cennika wymaga zatwierdzenia i ogłoszenia przed rozpoczęciem jego stosowania oraz nie zmienia wstecz warunków już wykonanych świadczeń.

Rozdział VII Monitoring wizyjny

Cel i zakres obserwacji

§ 16

1. W Podmiocie stosuje się monitoring wizyjny w celu zapewnienia bezpieczeństwa pacjentów i personelu oraz ochrony mienia. Obejmuje on zapobieganie zdarzeniom zagrażającym bezpieczeństwu i wyjaśnianie ich przebiegu, w szczególności kradzieży, uszkodzeń mienia, agresji i sytuacji konfliktowych zagrażających osobom lub mieniu.
2. Obserwacja ogólnodostępnych pomieszczeń odbywa się na zasadach art. 23a ust. 1 pkt 1 ustawy o działalności leczniczej. Przetwarzanie danych opiera się na prawnie uzasadnionym interesie administratora, o którym mowa w art. 6 ust. 1 lit. f RODO, w granicach dopuszczonych prawem. W zakresie monitoringu pracowników stosuje się także art. 22² Kodeksu pracy. Przetwarzanie nie opiera się na zgodzie osoby wchodzącej do przychodni.
3. System składa się z 15 kamer obejmujących wejście do budynku, korytarze, poczekalnię, recepcję (rejestrację) i parking. Pole widzenia ogranicza się do przestrzeni niezbędnej dla wskazanych celów. Dla kamer zewnętrznych zapewnia się ograniczenie obserwacji do chronionego terenu i niezbędnego otoczenia wejścia.
4. Monitoring rejestruje wyłącznie obraz. Nie rejestruje się ani nie prowadzi odsłuchu dźwięku. Nie stosuje się rozpoznawania twarzy ani innych funkcji identyfikacji biometrycznej.
5. Monitoring nie obejmuje wnętrz gabinetów i pomieszczeń udzielania świadczeń, toalet, przebieralni, szatni ani innych przestrzeni wymagających szczególnej ochrony intymności. Kamery korytarzowe nie obejmują wnętrz gabinetów również przy otwieraniu drzwi.
6. Obraz z rejestracji nie może ujawniać treści dokumentacji ani ekranów komputerowych. Kamery parkingowe nie obejmują sąsiednich posesji ani ulicy. Zmiana ustawień lub położenia kamery wymaga ponownej oceny pola widzenia i niezbędności obserwacji.
7. Nagrania wykorzystuje się wyłącznie w celach wskazanych w ust. 1. Nie służą rutynowej ocenie jakości leczenia, wydajności pracy ani rejestrowaniu treści rozmów pacjentów z personelem.

Dostęp i zabezpieczenia

§ 17

1. Dostęp do obrazu i nagrań mają wyłącznie osoby upoważnione, w zakresie niezbędnym do powierzonych zadań. Obsługa jest dostępna ze stanowiska w serwerowni; nie udostępnia się zewnętrznego dostępu do systemu monitoringu.
2. Zarząd określa uprawnienia do podglądu, odtwarzania, zabezpieczania i udostępniania nagrań. Osoby upoważnione są zobowiązane do poufności, ochrony danych dostępowych i przestrzegania procedury monitoringu.
3. Rejestrator i stanowisko obsługi zabezpiecza się przed dostępem osób nieuprawnionych. Podgląd nie może być widoczny dla pacjentów i osób postronnych. Kopii nie wykonuje się na prywatne urządzenia ani do celów niezwiązanych z monitoringiem.
4. Zabezpieczenie lub przekazanie nagrania dokumentuje się, wskazując powód i podstawę, zakres czasowy, kamerę, osobę wykonującą czynność, odbiorcę, jeżeli występuje, i termin usunięcia kopii. Udostępnia się tylko niezbędny fragment.

5. Szczegółowe rozwiązania techniczne, nadawanie i odbieranie uprawnień oraz postępowanie w razie awarii i naruszenia określa wewnętrzna procedura monitoringu zgodna z niniejszym regulaminem.

Przechowywanie i zabezpieczanie nagrań

§ 18

1. Nagrania przechowuje się przez 14 dni od zarejestrowania obrazu. Po upływie tego okresu są automatycznie nadpisywane lub usuwane w sposób uniemożliwiający ich zwykłe odtworzenie, z zastrzeżeniem ust. 3–5.
2. Okres 14 dni przyjęto w celu umożliwienia zgłoszenia i weryfikacji zdarzenia także po dniach wolnych oraz ustalenia właściwego fragmentu nagrania. Nie oznacza to prawa do przechowywania nagrań na zapas przez ustawowe maksimum. Zarząd okresowo ocenia niezbędność tego terminu na podstawie rzeczywistych potrzeb i dokumentuje ocenę w dokumentacji ochrony danych.
3. Jeżeli przed nadpisaniem zgłoszono konkretne zdarzenie wymagające wyjaśnienia, upoważniona osoba może zabezpieczyć wyłącznie niezbędny fragment. Konieczność dalszego przechowywania, podstawę i termin usunięcia ustala się indywidualnie. Pozostały materiał podlega usunięciu w zwykłym terminie.
4. Samo wykonanie kopii nie znosi ograniczeń ustawowych. Do nagrań objętych art. 23a ustawy o działalności leczniczej stosuje się limit nie dłuższy niż 3 miesiące od dnia nagrania; dalsze przechowywanie jest dopuszczalne wyłącznie wtedy, gdy znajduje oparcie w mającym zastosowanie przepisie odrębnym. Jeżeli zastosowanie ma art. 22² § 4 Kodeksu pracy, postępuje się zgodnie z określonym w nim wyjątkiem dowodowym.
5. Zabezpieczony materiał usuwa się po ustaniu podstawy dalszego przechowywania, z zachowaniem obowiązujących terminów. Nie ustanawia się ogólnej zasady przechowywania wszystkich kopii do czasu zakończenia dowolnego sporu.

Informowanie i prawa osób objętych monitoringiem

§ 19

1. Informacja o monitoringu jest umieszczona na drzwiach wejściowych, a obszary monitorowane oznacza się w sposób czytelny przed wejściem w zasięg kamer. Pełna klauzula informacyjna jest dostępna na tablicy ogłoszeń oraz na stronie internetowej Podmiotu.
2. Klauzula określa administratora, kontakt do inspektora ochrony danych, cele, podstawy i prawnie uzasadnione interesy, okres przechowywania, odbiorców oraz przysługujące prawa. Informacje o zakresie i sposobie monitoringu podaje się do wiadomości pacjentów zgodnie z art. 24 ust. 2 ustawy o działalności leczniczej.
3. Pracowników informuje się o monitoringu i jego zasadach zgodnie z Kodeksem pracy, w tym o jego wprowadzeniu nie później niż 2 tygodnie przed uruchomieniem, a nowemu pracownikowi przekazuje się wymagane informacje na piśmie przed dopuszczeniem do pracy. Zmiany monitoringu wprowadza się z zachowaniem właściwych obowiązków informacyjnych.
4. Osoba zarejestrowana może wystąpić o dostęp do swoich danych oraz o realizację pozostałych praw przewidzianych w RODO, w tym sprzeciwu wobec przetwarzania opartego na prawnie uzasadnionym interesie. Wniosek można złożyć w przychodni lub na jej adres poczty elektronicznej. Podanie przybliżonego czasu i miejsca ułatwia odnalezienie nagrania.

5. Wnioski rozpatruje się w terminach i na zasadach RODO, z ochroną praw innych osób, w razie potrzeby stosując zamazanie ich wizerunku. Uprawnionym organom przekazuje się nagrania na właściwej podstawie prawnej. Samo żądanie dowolnej osoby nie stanowi podstawy wydania nagrania innych osób.

Rozdział VIII Postanowienia końcowe

Obowiązywanie i dostępność regulaminu

§ 20

1. Regulamin wchodzi w życie dnia 01 września 2026 r., po jego ustaleniu przez Zarząd. Z tym dniem zastępuje regulamin organizacyjny obowiązujący od 1 kwietnia 2024 r.
2. Integralną część regulaminu stanowią załącznik nr 1 „Wykaz komórek organizacyjnych”. Zmiany regulaminu i załączników wymagają zatwierdzenia przez Zarząd i udokumentowania w formie pisemnej.
3. Regulamin jest dostępny w rejestracji i na stronie internetowej. Aktualne informacje wymagane przez art. 24 ust. 2 ustawy o działalności leczniczej, w tym zakres świadczeń, opłaty i informacje o monitoringu, wywiesza się w widocznym miejscu w przychodni i zamieszcza na stronie internetowej.
4. Personel zapoznaje się z regulaminem i stosuje go w zakresie swoich obowiązków. Za organizacyjne wdrożenie odpowiada Kierownik przychodni.
5. W sprawach nieuregulowanych stosuje się obowiązujące przepisy prawa. Postanowień regulaminu nie interpretuje się jako ograniczających ustawowe prawa pacjenta.

Ustalono przez Zarząd MedClinic Sp. z o.o. dnia 31 sierpnia 2026 r.

Załącznik nr 1

Wykaz komórek organizacyjnych

Zakład leczniczy MEDCLINIC, REGON 36500549200013. Jednostka organizacyjna MedClinic, kod części V: 01.

Adres wszystkich komórek: ul. Drewniana 61, 21-040 Świdnik.

Nazwy i kody według księgi RPWDL nr 000000186800, stan na 01 września 2026 r.; data ostatniej zmiany wpisu Podmiotu: 21 lipca 2026 r. Kody IX zachowano zgodnie z wpisem, również dla poradni lekarza i pielęgniarki POZ.

Kod VII	Nazwa komórki	Kod VIII	Kod IX	Kod X
001	poradnia lekarza podstawowej opieki zdrowotnej	0010	HC.1.3.3	16
002	Poradnia pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej	0032	HC.1.3.3	16
003	Gabinet diagnostyczno-zabiegowy	9450	HC.1.3.3	25
004	Poradnia endokrynologiczna	1030	HC.1.3.3	44
006	Poradnia kardiologiczna	1100	HC.1.3.3	53
009	Poradnia reumatologiczna	1280	HC.1.3.3	67
010	Poradnia pediatriczna	1401	HC.1.3.3	28
011	Poradnia położniczo-ginekologiczna	1450	HC.1.3.3	29
012	Poradnia chirurgii urazowo-ortopedycznej	1580	HC.1.3.3	25
013	Poradnia stomatologiczna	1800	HC.1.3.2 HC.1.3.3	77
014	Pracownia USG	7210	HC.4.2.1	31
015	Pracownia rentgenodiagnostyki ogólnej	7240	HC.4.2.3	31
016	Pracownia densytometryczna	7998	HC.4.2.3	31
017	Poradnia położnej POZ	0034	HC.1.3.1	102
018	Poradnia diabetologiczna	1020	HC.1.3.3	43
019	Punkt pobrań materiałów do badań	7110	HC.4.1	10
020	Poradnia alergologiczna	1010	HC.1.3.3	36
022	Poradnia neurologiczna	1220	HC.1.3.3	22
024	PORADNIA OSTEOPOROZY	1584	HC.1.3.3	25
026	Poradnia dermatologiczna	1200	HC.1.3.3	09
027	Poradnia chirurgii naczyniowej	1530	HC.1.3.3	39

Część VII – identyfikator komórki; VIII – specjalność; IX – funkcja ochrony zdrowia; X – dziedzina medycyny.