ORDIN Nr. 1410/2016 din 12 decembrie 2016 privind aprobarea Normelor de aplicare a Legii drepturilor pacientului nr. 46/2003 EMITENT: MINISTERUL SĂNĂTĂŢII PUBLICAT ÎN: MONITORUL OFICIAL NR. 1009 din 15 decembrie 2016

Văzând Referatul de aprobare al Direcţiei generale de asistenţă medicală şi sănătate publică nr. V.V.V. 6.827 din 9 decembrie 2016, având în vedere prevederile art. 38 alin. (3) din Legea drepturilor pacientului nr. 46/2003, cu modificările ulterioare, în temeiul prevederilor art. 7 alin. (4) din Hotărârea Guvernului nr. 144/2010 privind organizarea şi funcţionarea Ministerului Sănătăţii, cu modificările şi completările ulterioare,

ministrul sănătăţii emite următorul ordin:

ART. 1 Se aprobă Normele de aplicare a Legii drepturilor pacientului nr. 46/2003, prevăzute în anexa care face parte integrantă din prezentul ordin.

ART. 2 Prezentul ordin se aplică atât furnizorilor de servicii medicale din sectorul public, cât şi din cel privat.

ART. 3 Direcţia generală de asistenţă medicală şi sănătate publică, celelalte direcţii din Ministerul Sănătăţii, direcţiile de sănătate publică judeţene şi a municipiului Bucureşti, ministerele şi instituţiile cu reţea sanitară proprie, precum şi unităţile sanitare de orice fel vor duce la îndeplinire prevederile prezentului ordin.

ART. 4 La data intrării în vigoare a prezentului ordin se abrogă Ordinul ministrului sănătăţii nr. 386/2004 privind aprobarea Normelor de aplicare a Legii drepturilor pacientului nr. 46/2003, publicat în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 356 din 22 aprilie 2004, cu completările ulterioare.

ART. 5 Prezentul ordin se publică în Monitorul Oficial al României, Partea I.

Ministrul sănătăţii, Vlad Vasile Voiculescu

Bucureşti, 12 decembrie 2016. Nr. 1.410.

ANEXĂ

NORME de aplicare a Legii drepturilor pacientului nr. 46/2003

ART. 1 Unităţile sanitare, denumite în continuare unităţi, furnizori de servicii medicale, atât din sectorul public, cât şi din cel privat, care acordă îngrijiri de sănătate sau îngrijiri terminale şi în care sunt efectuate intervenţii medicale, au obligaţia de a furniza pacienţilor informaţii referitoare la: a) serviciile medicale disponibile şi modul de acces la acestea; b) identitatea şi statutul profesional al salariaţilor din cadrul unităţii sanitare, furnizor de servicii medicale; c) regulile pe care trebuie să le respecte pe durata internării în unităţi cu paturi; d) starea de sănătate; e) intervenţiile medicale propuse; f) riscurile potenţiale ale fiecărei proceduri care urmează a fi aplicată; g) alternativele existente la procedurile propuse; h) date disponibile rezultate din cercetări ştiinţifice şi activităţi de inovare tehnologică referitoare la diagnosticul şi tratamentul afecţiunii pacientului; i) consecinţele neefectuării tratamentului şi ale nerespectării recomandărilor medicale; j) diagnosticul stabilit şi prognosticul afecţiunilor diagnosticate.

ART. 2 (1) Unităţile trebuie să asigure accesul egal al pacienţilor la îngrijiri medicale, fără discriminare pe bază de rasă, sex, vârstă, apartenenţă etnică, origine naţională, religie, opţiune politică sau antipatie personală. (2) Fiecare unitate trebuie să cuprindă în regulamentul propriu de organizare şi funcţionare prevederi referitoare la obligaţia personalului angajat privind dreptul pacienţilor la respect ca persoane umane.

ART. 3 Unităţile trebuie să utilizeze toate mijloacele şi resursele disponibile pentru asigurarea unui înalt nivel calitativ al îngrijirilor medicale.

ART. 4 În situaţia în care intervenţiile medicale sunt refuzate de către pacienţi care îşi asumă în scris răspunderea pentru decizia lor, acestora trebuie să li se explice consecinţele refuzului sau opririi actelor medicale.

ART. 5 În situaţia în care este necesară efectuarea unei intervenţii medicale unui pacient care nu îşi poate exprima voinţa, personalul medical poate deduce acordul acestuia dintr-o exprimare anterioară a voinţei, dacă aceasta este cunoscută.

ART. 6 (1) În situaţia în care pentru efectuarea unei intervenţii medicale se solicită consimţământul reprezentantului legal al pacientului, acesta trebuie să fie implicat în adoptarea deciziei, în limitele capacităţii sale de înţelegere. (2) În situaţia în care furnizorii de servicii medicale consideră că intervenţia este în interesul pacientului, iar reprezentantul legal refuză să îşi dea consimţământul, unităţile au obligaţia efectuării în cel mai scurt timp posibil a demersurilor pentru constituirea comisiei de arbitraj de specialitate, în conformitate cu dispoziţiile legale în vigoare.

ART. 7 (1) Fotografierea sau filmarea pacienţilor în unităţi, în cazurile în care imaginile sunt necesare pentru stabilirea diagnosticului şi a tratamentului sau pentru evitarea suspectării unei culpe medicale, se efectuează fără consimţământul acestora. (2) În toate situaţiile care nu sunt prevăzute la alin. (1) unităţile sunt obligate să asigure obţinerea consimţământului scris pacientului, prin completarea formularului "Acordul pacientului privind filmarea/fotografierea în incinta unităţii sanitare", prevăzut în anexa nr. 1 la prezentele norme.

ART. 8 (1) Participarea la activităţi de cercetare ştiinţifică medicală a persoanelor care nu sunt capabile să îşi exprime voinţa poate fi realizată numai după obţinerea consimţământului reprezentanţilor legali şi numai în situaţia în care cercetarea respectivă este efectuată şi în interesul pacientului. (2) Acordul pacientului este obligatoriu în cazul participării sale la învăţământul medical şi se exprimă în scris, prin completarea formularului "Acordul pacientului/reprezentantului legal privind participarea la învăţământul medical", prevăzut în anexa nr. 2 la prezentele norme.

ART. 9 (1) Unităţile trebuie să asigure accesul neîngrădit al pacienţilor la datele medicale personale. (2) Solicitarea privind comunicarea datelor medicale personale se adresează instituţiei medicale în scris, prin completarea formularului "Solicitare privind comunicarea documentelor medicale personale", prevăzut în anexa nr. 3 la prezentele norme. (3) Eliberarea copiilor documentelor medicale solicitate se face de către unităţile sanitare în termen de maximum 48 de ore de la înregistrarea solicitării.

(4) Eliberarea copiilor documentelor medicale solicitate se face după completarea de către pacient a formularului "Declaraţie privind comunicarea documentelor medicale personale", prevăzut în anexa nr. 4 la prezentele norme.

ART. 10 (1) În situaţiile în care se solicită informaţii cu caracter confidenţial, unităţile au obligaţia să asigure respectarea cadrului legal privind furnizarea acestora. (2) În situaţiile în care datele referitoare la viaţa privată, familială a pacienţilor influenţează pozitiv stabilirea diagnosticului, tratamentul sau îngrijirile acordate, unităţile le pot utiliza, dar numai cu consimţământul acestora, fiind considerate excepţii cazurile în care pacienţii reprezintă pericole pentru ei înşişi sau pentru sănătatea publică.

ART. 11 (1) La internare sau pe parcursul furnizării serviciilor de sănătate, după caz, medicul curant are obligaţia să aducă la cunoştinţa pacientului faptul că are dreptul de a cere să nu fie informat în cazul în care informaţiile medicale prezentate i-ar cauza suferinţă, precum şi dreptul de a alege o altă persoană care să fie informată în locul său. (2) Acordul pacientului privind desemnarea persoanelor care pot fi informate despre starea sa de sănătate, rezultatele investigaţiilor, diagnosticul, prognosticul, tratamentul, datele personale se exprimă în scris, prin completarea formularului "Acordul pacientului privind comunicarea datelor medicale personale", prevăzut în anexa nr. 5 la prezentele norme.

ART. 12 În situaţiile în care sarcina reprezintă un factor de risc major şi imediat pentru sănătatea femeii gravide, se acordă prioritate salvării vieţii mamei.

ART. 13 În asigurarea serviciilor din domeniul sănătăţii reproducerii, unităţile trebuie să asigure condiţiile necesare alegerii de către pacienţi a celor mai sigure metode din punct de vedere al eficienţei şi lipsei de riscuri.

ART. 14 (1) Unităţile au obligaţia de a asigura efectuarea de intervenţii medicale asupra pacientului numai dacă dispun de dotările necesare şi de personal acreditat. (2) Intervenţiile medicale asupra pacientului pot fi efectuate în absenţa condiţiilor prevăzute la alin. (1) numai în cazuri de urgenţă apărute în situaţii extreme.

ART. 15 Unităţile pot asigura, la cererea pacientului sau a familiei acestuia, cadrul adecvat în care acesta poate beneficia de sprijinul familiei şi al prietenilor, de suport spiritual şi material pe tot parcursul îngrijirilor medicale.

ART. 16 (1) La cererea pacienţilor internaţi, unităţile cu paturi trebuie să asigure condiţiile necesare pentru obţinerea de către aceştia a altor opinii medicale, precum şi pentru acordarea de servicii medicale de către medici acreditaţi din afara unităţii. (2) Plata serviciilor medicale acordate pacienţilor internaţi de către medicii prevăzuţi la alin. (1) se efectuează în conformitate cu dispoziţiile legale în vigoare.

ANEXA 1 la norme

Acordul pacientului privind filmarea/fotografierea în incinta unităţii sanitare

Subsemnatul, ............................................................................., (numele şi prenumele pacientului) cod numeric personal ................................., îmi exprim acordul de a fi filmat/fotografiat în incinta unităţii medicale în scopuri care le exclud pe cele medicale, aceasta fiind dorinţa mea, pe care mi-o exprim în deplină cunoştinţă de cauză. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | X ........................... Data ........../......../.......... | | | | (semnătura pacientului care îşi exprimă acordul pentru filmare/fotografiere) | |\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_|

Subsemnatul, ............................................, medicul în grija căruia se află pacientul, sunt de acord ca acesta să fie filmat/fotografiat în incinta unităţii medicale, acest fapt nefiind de natură a dăuna pacientului. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | X ........................... Data ........../......../.......... | | | | (semnătura medicului care îngrijeşte pacientul) | |\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_|

ANEXA 2 la norme

Acordul pacientului/reprezentantului legal privind participarea la învăţământul medical

Subsemnatul, ...................................................................... ......., (numele şi prenumele pacientului) cod numeric personal ........................., îmi exprim acordul de a participa la învăţământul medical şi pentru ca informaţiile de specialitate despre starea mea de sănătate să fie folosite în procesul de învăţământ, aceasta fiind dorinţa mea, pe care mi-o exprim în deplină cunoştinţă de cauză.

Subsemnatul, ...................................................................... ........ (numele şi prenumele reprezentantului legal) cod numeric personal ..................., în calitate de reprezentant legal al pacientului\*) ........................................., îmi exprim acordul pentru participarea acestuia la învăţământul medical şi pentru ca informaţiile de specialitate despre starea sa de sănătate să fie folosite în procesul de învăţământ, aceasta fiind dorinţa mea, pe care mi-o exprim în deplină cunoştinţă de cauză. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | X ........................... Data ........../......../.......... | | | | (semnătura pacientului/reprezentantului legal care îşi exprimă acordul pentru| | participarea la învăţământul medical) | |\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_|

------------ \*) Se completează în cazul minorilor sau majorilor fără discernământ, precum şi în cazul majorilor cu pierdere temporară a capacităţii de exerciţiu.

ANEXA 3 la norme

Solicitare privind comunicarea documentelor medicale personale

Către .................................................................... (denumirea instituţiei medicale)

Subsemnatul, ............................................................................., (numele şi prenumele pacientului) cod numeric personal ............................................., vă solicit prin prezenta să îmi furnizaţi, în copie, următoarele documente medicale referitoare la starea mea de sănătate şi la actele medicale efectuate:

Subsemnatul, ............................................................................., (numele şi prenumele reprezentantului legal) cod numeric personal .............................................., în calitate de reprezentant legal al pacientului\*) ............................................................................., (numele şi prenumele pacientului) vă solicit prin prezenta să îmi furnizaţi, în copie, următoarele documente medicale referitoare la starea sa de sănătate şi la actele medicale efectuate:

------------ \*) În cazul minorilor, majorilor fără discernământ şi a majorilor cu pierdere temporară a capacităţii de exerciţiu.

Subsemnatul, ............................................................................., (numele şi prenumele împuternicitului) cod numeric personal .............................., în calitate de împuternicit al pacientului\*) ............................................................................, (numele şi prenumele pacientului) vă solicit prin prezenta să îmi furnizaţi, în copie, următoarele documente medicale referitoare la starea sa de sănătate şi la actele medicale efectuate:

------------ \*) Se anexează acordul pacientului privind comunicarea datelor medicale.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Documente medicale solicitate în copie: | |\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_| | 1. | |\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_| | 2. | |\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_| | ... | |\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Data ........../......../.......... | |

| | (semnătura persoanei care a solicitat documentele medicale) | |\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ANEXA 4 la norme

Declaraţie privind comunicarea documentelor medicale personale

Subsemnatul, ......................................., cod numeric personal ........................, declar că mi-au fost înmânate în urma solicitării mele adresate instituţiei medicale .............................................................................. (denumirea instituţiei medicale) copii ale următoarelor documente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Documente medicale înmânate în copie | |\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_| | 1. | |\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_| | 2. | |\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_| | ... | |\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_| Data ........../......../.......... | |

| | (semnătura persoanei care a primit copii ale documentelor medicale) | |\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ANEXA 5 la norme

Acordul pacientului privind comunicarea datelor medicale personale

Subsemnatul, ............................................................................., (numele şi prenumele pacientului) cod numeric personal .................................................., îmi exprim acordul ca informaţiile despre starea mea de sănătate şi datele mele medicale să fie comunicate către persoanele enumerate mai jos, aceasta fiind dorinţa mea, pe care mi-o exprim în deplină cunoştinţă de cauză.

Subsemnatul, ............................................................................., (numele şi prenumele reprezentantului legal) cod numeric personal .............................................., în calitate de reprezentant legal al pacientului\*) ................................................, îmi exprim acordul ca informaţiile despre starea acestuia de sănătate şi datele sale medicale să fie comunicate către persoanele enumerate mai jos, aceasta fiind dorinţa mea, pe care mi-o exprim în deplină cunoştinţă de cauză. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Numele şi prenumele persoanei/persoanelor | Calitatea persoanei | | indicate de pacient/reprezentant legal | (grad de rudenie/altă relaţie) | |\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_| | 1. | | |\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_| | 2. | | |\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_| | ... | | |\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Data ........../......../.......... | |

| | (semnătura pacientului/reprezentantului legal care îşi exprimă acordul pentru| | comunicarea datelor medicale personale ale pacientului reprezentat) | |\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Am retras accesul la datele cu caracter confidenţial privind starea mea de | | sănătate domnului/doamnei .................................... . | | | | X ........................... Data ........../......../.......... | | | | (semnătura pacientului/reprezentantului legal care îşi exprimă retragerea | | acordului pentru comunicarea datelor medicale) | |\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_|

------------ \*) Se completează în cazul minorilor sau al majorilor fără discernământ, precum şi în cazul majorilor cu pierdere temporară a capacităţii de exerciţiu.