

POLITYKA ANTYDYSKRYMINACYJNA

w NZOZ Centrum Zdrowia Joanna Forma w Woli Moszczenickiej

§ 1 Preambuła

Kierownictwo oraz personel NZOZ Centrum Zdrowia Joanna Forma w Woli Moszczenickiej uznają przyrodzoną i niezbywalną godność każdego człowieka za wartość nadrzędną. Niniejszy dokument odwołuje się do uniwersalnych zasad humanizmu zawartych w art. 1 Powszechnej Deklaracji Praw Człowieka, wskazującym, że wszyscy ludzie rodzą się wolni i równi w swej godności i w swych prawach. Celem wprowadzenia niniejszej Polityki jest zapewnienie bezpiecznego, wolnego od uprzedzeń środowiska pracy dla personelu oraz gwarancja równego i godnego traktowania wszystkich pacjentów korzystających ze świadczeń medycznych.

§ 2. Podstawa prawna

Polityka antydyskryminacyjna realizuje obowiązki wynikające z powszechnie obowiązujących przepisów prawa Rzeczypospolitej Polskiej, w szczególności art. 32 Konstytucji RP (zasada równości wobec prawa i zakaz dyskryminacji), art. 6 ust. 1 Ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (prawo pacjenta do równego dostępu do świadczeń zdrowotnych), art. 11³ oraz Art. 18^{3a} - 18^{3e} Kodeksu pracy (obowiązek pracodawcy w zakresie przeciwdziałania dyskryminacji i mobbingowi w zatrudnieniu) oraz Ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (zasada równego dostępu do opieki medycznej).

§ 3. Zakaz dyskryminacji

1. W NZOZ Centrum Zdrowia Joanna Forma obowiązuje bezwzględny zakaz dyskryminacji ze względu na: płeć, wiek, niepełnosprawność, rasę, narodowość, pochodzenie etniczne, religię, wyznanie, światopogląd, orientację seksualną, tożsamość płciową, stan zdrowia, status społeczny lub materialny.
2. Zakaz dyskryminacji dotyczy w równym stopniu pacjentów (w procesie rejestracji, diagnostyki, leczenia oraz komunikacji z personelem) oraz pracowników (w procesie rekrutacji, nawiązywania i rozwiązywania stosunku pracy, awansowania, wynagradzania oraz codziennych relacji zawodowych).
3. Zabronione formy dyskryminacji obejmują dyskryminację bezpośrednią (mniej korzystne traktowanie z powodu jednej z cech chronionych), dyskryminację pośrednią (stosowanie pozornie neutralnych zasad, które stawiają pewne grupy w niekorzystnej sytuacji), molestowanie i molestowanie seksualne oraz odmowę świadczenia usług (chyba że zachodzą prawnie określone wyjątki, np. brak specjalizacji).

§ 4. Procedura zgłaszania naruszeń przez pacjentów

1. Każdy pacjent, który uzna, że został potraktowany w sposób dyskryminujący przez personel przychodni, ma prawo złożyć zgłoszenie tej sytuacji, np. z wykorzystaniem formularza stanowiącego załącznik do niniejszej polityki.

2. Skargę można złożyć pisemnie (osobiście w rejestracji przychodni lub listownie na adres placówki), elektronicznie (na adres mailowy centrumzdrowia12@wp.pl) lub ustnie (u właścicielki placówki).
3. Każde zgłoszenie jest rozpatrywane przez Kierownictwo w terminie 14 dni od dnia jego złożenia, a pacjent otrzymuje pisemną odpowiedź o wyniku postępowania wyjaśniającego.
4. Pacjentowi przysługuje również prawo do złożenia skargi do Rzecznika Praw Pacjenta.

§ 5. Procedura zgłaszania naruszeń (Personel)

1. Pracownik lub współpracownik, który doświadczył dyskryminacji, mobbingu lub molestowania w miejscu pracy, zgłasza ten fakt do właścicielki placówki z wykorzystaniem formularza stanowiącego załącznik do niniejszej polityki.
2. Zgłoszenie powinno zawierać opis sytuacji, wskazanie osoby dopuszczającej się naruszenia oraz ewentualnych świadków i dowody.
3. W celu rozpatrzenia zgłoszenia właścicielka powołuje niezależną komisję, składającą się z co najmniej 3 osób.
4. Postępowanie wyjaśniające prowadzone jest w sposób poufny, z poszanowaniem dóbr osobistych obu stron.
5. Komisja kończy pracę sporządzeniem protokołu w terminie 21 dni, a pracownik/ współpracownik otrzymuje pisemną odpowiedź o wyniku postępowania wyjaśniającego.

§ 6. Konsekwencje naruszeń

1. Wobec pracownika, któremu udowodniono zachowania o charakterze dyskryminacyjnym lub mobbingowym, zostaną wyciągnięte konsekwencje przewidziane w Kodeksie pracy (kara upomnienia, nagany lub rozwiązanie umowy o pracę).
2. W przypadku, gdy zachowanie dyskryminacyjne pacjenta narusza dobra osobiste lub nietykalność cielesną personelu medycznego, który podczas pełnienia obowiązków korzysta z ochrony prawnej należnej funkcjonariuszowi publicznemu, placówka podejmie kroki prawne przewidziane w Kodeksie karnym.

§ 7. Postanowienia końcowe

1. Niniejsza Polityka wchodzi w życie z dniem podpisania.
2. Treść dokumentu jest publicznie dostępna na stronie internetowej przychodni oraz w widocznym miejscu przy rejestracji.

Wola Moszczenicka, 1 lipca 2026 roku

***Joanna Forma
Właściciel NZOZ Centrum Zdrowia
w Woli Moszczenickiej***

Załącznik nr 1 do Polityki Antydyskryminacyjnej
w NZOZ Centrum Zdrowia Joanna Forma
w Woli Moszczenickiej

FORMULARZ ZGŁOSZENIA NARUSZENIA POLITYKI ANTYDYSKRYMINACYJNEJ

1. DANE OSOBY SKŁADAJĄCEJ ZGŁOSZENIE (ZGŁASZAJĄCEGO)

Imię i nazwisko:

Status (zaznacz właściwe):

☐ Pacjent / Opiekun prawny pacjenta

☐ Pracownik / Współpracownik przychodni

☐ Inna osoba, kto?

Dane kontaktowe (telefon lub e-mail):

Adres do korespondencji (jeśli inny niż e-mail):

.....

2. DANE DOTYCZĄCE ZDARZENIA

Data i przybliżona godzina zdarzenia:

Miejsce zdarzenia (np. rejestracja, gabinet lekarski, korytarz):

Osoba/osoby, których dotyczy zgłoszenie (kto dopuścił się naruszenia):

.....

3. OPIS SYTUACJI

Prosimy o zwięzłe opisanie sytuacji, ze szczególnym uwzględnieniem zachowań
o charakterze dyskryminacyjnym, mobbingowym lub nierównego traktowania:

.....

.....

.....

.....

.....

4. ŚWIADKOWIE LUB DOWODY

Czy zdarzenie miało świadków lub czy posiada Pani/Pan dowody (np. wiadomości e-mail,
SMS, dokumenty)? Jeśli tak, prosimy o ich wskazanie lub dołączenie:

.....

.....

.....

5. PODPIS I OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że przedstawione przeze mnie informacje są zgodne z prawdą według mojej
najlepszej wiedzy.

.....

Miejscowość i data

.....

Czytelny podpis zgłaszającego:

Klauzula informacyjna

Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Joanna Forma – właścicielka NZOZ Centrum Zdrowia w Woli Moszczenickiej. Dane będą przetwarzane wyłącznie w celu rozpatrzenia zgłoszenia, przeprowadzenia postępowania wyjaśniającego oraz podjęcia działań naprawczych, zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. c oraz lit. f RODO.

Pełna klauzula informacyjna dostępna jest w rejestracji oraz na stronie internetowej przychodni.

POTWIERDZENIE PRZYJĘCIA ZGŁOSZENIA:

Wypełnia pracownik przyjmujący zgłoszenie:

Data wpływu:

Podpis osoby przyjmującej:

Numer sprawy (nadaje właściciel firmy):/.....

Nr kolejny/rok