Załącznik do Zarządzenia nr 29/2017
Dyrektora Szpitala Pediatrycznego
w Bielsku - Białej
z dnia 22.08.2017 roku

REGULAMIN ORGANIZACYJNY

Tekst jednolity

Bielsko – Biała, Sierpień 2017r.

Spis treści:

I. POSTANOWIENIA OGÓLNE 3

II. CELE I PODSTAWOWE ZADANIA - 5

III. ZASADY KIEROWANIA SZPITALEM – 6

Rozdział I. Postanowienia ogólne - 6
Rozdział II. Uprawnienia, obowiązki i odpowiedzialność osób pełniących funkcje kierownicze oraz Pracowników - 8

IV. STRUKTURA ORGANIZACYJNA I ZAKRES DZIAŁANIA KOMÓREK ORGANIZACYJNYCH SZPITALA - 11

Rozdział I. Zadania wspólne komórek organizacyjnych szpitala - 11
Rozdział II. Organizacja wewnętrzna. - 11

V. PRZEBIEG PROCESU UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH - 27
Rozdział I. Postanowienia ogólne - 27
Rozdział II. Opieka stacjonarna - 30
Rozdział III. Lecznictwo ambulatoryjne - 38
Rozdział IV. Pracownie diagnostyczne - 39
Rozdział V. Blok operacyjny - 39
Rozdział VI. Laboratorium Centralne - 41
Rozdział VII. Pracownia diagnostyki obrazowej - 42
Rozdział VIII. Pozostałe pracownie diagnostyczne - 44

VI. WARUNKI WSPÓŁDZIAŁANIA Z INNYMI PODMIOTAMI WYKONUJĄCYMI DZIAŁALNOŚĆ LECZNICZĄ - 45

VII. PRAWA I OBOWIĄZKI PACJENTA ORAZ OSÓB TRZECICH - 46
Rozdział I. Postanowienia ogólne - 46
Rozdział II. Zasady przebywania na terenie Szpitala osób trzecich - 47
Rozdział III. Zasady udzielania informacji i udostępniania dokumentacji medycznej pacjenta - 48
Rozdział IV. Tryb rozpatrywania i załatwiania skarg i wniosków - 49

VIII. POSTĘPOWANIE I OBOWIĄZKI SZPITALA W RAZIE ŚMIERCI PACJENTA - 51
Rozdział I. Postępowanie w sytuacji zgonu pacjenta - 51
Rozdział II. Zasady i tryb pobierania komórek, tkanek i narządów od osób zmarłych - 55

IX. UDZIELANIE SWIADCZEŃ NA WARUNKACH KOMERCYJNYCH - organizacja procesu udzielania świadczeń zdrowotnych w przypadku pobierania opłat - 55

X. ZASADY STOSOWANIA PRZYMUSU BEZPOŚREDNIEGO - 56

XI. ZAOPATRYWANIE PACJENTÓW W ZNAKI IDENTYFIKACYJNE - 57

XII. PRZECHOWYWANIE RZECZY WARTOŚCIOWYCH I ODZIEŻY - 57

XIII. POSTANOWIENIA KOŃCOWE - 60

I. POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1

Szpital Pediatryczny w Bielsku - Białej działa w oparciu o:

1) ustawę z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej (tj. Dz. U. z 2016r, poz. 1638 z późn. zm.), zwana dalej ustawą,[1]
2) ustawę z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tj. Dz. U. z 2016r., poz. 1793 ze zm.),[2]
3) ustawę z dnia 29 września 1994r. o rachunkowości (tj. Dz. U. z 2016r., poz. 1047 ze zm.),[3]
4) ustawę z dnia 27 sierpnia 2009r. o finansach publicznych (tj. Dz. U. z 2016r., poz. 1870 ze zm.),[4]
5) Statut Szpitala Pediatrycznego w Bielsku - Białej,
6) inne przepisy regulujące działalność podmiotów niebędących przedsiębiorcami,
7) niniejszy Regulamin.

§ 2

Ilekroć w Regulaminie jest mowa o:

1) Podmiocie leczniczym - należy przez to rozumieć Szpital Pediatryczny w Bielsku – Białej,[5]
2) Dyrektorze - należy przez to rozumieć Dyrektora Szpitala Pediatrycznego w Bielsku - Białej,
3) Przedsiębiorstwie – wyodrębniony, w rozumieniu zapisów ustawy o działalności leczniczej, rodzaj działalności leczniczej,
4) Komórkach organizacyjnych - należy przez to rozumieć wewnętrzne komórki organizacyjne Szpitala Pediatrycznego w Bielsku - Białej m. in. takie jak: oddziały szpitalne, apteka, blok operacyjny, poradnie specjalistyczne, pracownie diagnostyczne, centralna sterylizacja, kuchnia mleczna, działy i sekcje zadań administracyjnych, ekonomicznych i technicznych, samodzielne stanowiska,
5) Kierowniku – należy rozumieć osobę kierującą / koordynującą pracą komórki organizacyjnej,
6) Ordynatorze – należy rozumieć lekarza kierującego pracą oddziału szpitalnego,
7) Pracowniku - należy przez to rozumieć osobę, z którą zawarto umowę o pracę, umowę zlecenia lub umowę o dzieło[6],
8) Pacjencie – osoba małoletnia, a w zakresie podejmowania decyzji, informowania o procesie leczenia, należy rozumieć przedstawiciela małoletniego tj. osoby bliskie / rodziców, krewnych i powinowatych do drugiego stopnia w linii prostej/, przedstawicieli ustawowych lub opiekunów faktycznych w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 6 listopada 2008r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta /tj. Dz. U. z 2016 r., poz. 186 z późn. zm./.
9) Zespół Specjalistycznych Poradni Dziecięcych z Diagnostyką - należy przez to rozumieć Przychodnię Specjalistyczną, poradnie specjalistyczne.[7]

[1] W brzmieniu ustalonym Uchwałą RS nr 6/2017 z dnia 09.05.2017r.
[2] Jak w przypisie 1
[3] Jak w przypisie 1
[4] Jak w przypisie 1
[5] Jak w przypisie 1
[6] W brzmieniu ustalonym Uchwałą RS nr 4/15 z dnia 06.05.2015r.
[7] W brzmieniu ustalonym Uchwałą RS nr 4/15 z dnia 06.05.2015r.

§ 3

Szpital jest podmiotem leczniczym niebędącym przedsiębiorcą, działającym w formie samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej.

§ 4

Podmiotem tworzącym Szpital Pediatryczny w Bielsku - Białej jest Powiat Bielski.

§ 5

1. Szpital posiada osobowość prawną i jest wpisany do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą prowadzonego przez Wojewodę Śląskiego.
2. Siedzibą Szpitala jest miasto Bielsko - Biała, ul. Sobieskiego 83.
3. Udzielanie świadczeń zdrowotnych odbywa się w medycznych komórkach organizacyjnych Szpitala w ramach zawartych umów z Narodowym Funduszem Zdrowia lub innymi podmiotami zewnętrznymi zapewniającymi finansowanie działalności leczniczej.

§ 6

Regulamin Organizacyjny Szpitala Pediatrycznego w Bielsku - Białej określa w szczególności:

1) Cele i zadania Szpitala.
2) Zasady kierowania Szpitalem.
3) Strukturę organizacyjna Szpitala.
4) Przebieg procesu udzielania świadczeń zdrowotnych w Szpitalu z zapewnieniem właściwej dostępności i jakości tych świadczeń w komórkach organizacyjnych przedsiębiorstw podmiotu.
5) Organizację i zadania poszczególnych komórek przedsiębiorstw podmiotu oraz warunki współdziałania między tymi komórkami.
6) Warunki współdziałania z innymi podmiotami wykonującymi działalność leczniczą.
7) Wysokość opłaty za udostępnienie dokumentacji medycznej.
8) Organizację procesu udzielania świadczeń zdrowotnych w przypadku pobierania opłat.
9) Wysokość opłat za udzielane świadczenia zdrowotne inne niż finansowane ze środków publicznych.
10) Wysokość opłaty za przechowywanie zwłok pacjenta.
11) Sposób kierowania komórkami przedsiębiorstw podmiotu.

§ 7

Komórki organizacyjne określone w Rozdziale III Statutu – Struktura organizacyjna Szpitala - grupuje się w przedsiębiorstwa-wykonujące jeden rodzaj działalności w rozumieniu ustawy o działalności leczniczej, zgodnie ze schematem organizacyjnym stanowiącym załącznik nr 1, w tym:

1) Przedsiębiorstwo podmiotu leczniczego Szpitala Pediatrycznego - Lecznictwo Zamknięte – załącznik 1a,
2) Przedsiębiorstwo podmiotu leczniczego Szpitala Pediatrycznego – Zespół Specjalistycznych Poradni Dziecięcych z Diagnostyką – załącznik 1b,

II. CELE I PODSTAWOWE ZADANIA

§ 8

1. Podstawowym celem szpitala jest prowadzenie działalności leczniczej w rodzaju:
   1) stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne szpitalne – wykonywane całą dobę kompleksowe świadczenia zdrowotne polegające na diagnozowaniu, leczeniu, pielęgnacji i rehabilitacji,
   2) ambulatoryjne świadczenia zdrowotne – świadczenia specjalistycznej opieki zdrowotnej oraz świadczenia z zakresu rehabilitacji leczniczej, udzielane w warunkach niewymagających ich udzielania w trybie stacjonarnym i całodobowym w odpowiednio urządzonym, stałym pomieszczeniu, a także udzielanie świadczeń zdrowotnych, które obejmują swoim zakresem badania diagnostyczne wykonywane w celu rozpoznania stanu zdrowia i ustalenia dalszego postępowania leczniczego.

2. Szpital prowadzi również działalność leczniczą w zakresie:
   1) prowadzenia i rozwijania profilaktyki zdrowotnej i promocji zdrowia,
   2) uczestnictwa w przygotowaniu osób do wykonywania zawodu medycznego i kształcenia osób wykonujących zawód medyczny na zasadach określonych w odrębnych przepisach, w tym w szczególności:
      a) prowadzi specjalizacje lekarzy w oddziałach szpitala posiadających akredytację Ministerstwa Zdrowia,
      b) prowadzi staże kierunkowe w specjalnościach i komórkach organizacyjnych posiadających akredytację Ministerstwa Zdrowia,
      c) jest bazą szkoleniową dla studentów kierunków medycznych w celu odbywania zajęć praktycznych i praktyk zawodowych studentów studiów stacjonarnych i niestacjonarnych oraz kształcenie podyplomowego, kursów podstawowych, specjalistycznych i innych o podobnym charakterze,
   3) udziału w realizacji programów zdrowotnych i innych zleconych przez dysponentów środków publicznych lub niepublicznych.

3. Szpital realizuje również zadania w zakresie:
   1) udzielania konsultacji medycznych zewnętrznych i orzecznictwa lekarskiego,
   2) wykonywania zadań na potrzeby obronne państwa,
   3) realizacji innych zadań wynikających z odrębnych przepisów prawnych oraz zadań powierzonych Szpitalowi w szczególności przez Starostę Bielskiego, Wojewodę Śląskiego i Ministra Zdrowia.

4. Świadczenia zdrowotne i zadania, określone w ust. 1 – 3, udzielane są ogółowi ludności na zasadach bezpłatności, częściowej lub całkowitej odpłatności, na zasadach określonych w ustawach i innych przepisach lub w oparciu o zawarte umowy cywilnoprawne.

5. Szpital może podejmować współpracę z krajowymi i zagranicznymi instytucjami ochrony zdrowia w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych, kształcenia i doskonalenia kadr medycznych oraz organizacjami międzynarodowymi realizującymi zadania należące do zakresu działalności Szpitala.

6. Szpital może udzielać świadczeń opieki zdrowotnej w związku z prowadzeniem badania klinicznego.

7. Szpital może być członkiem instytucji i organizacji, o których mowa w ust. 5.

§ 9

1. Do podstawowych zadań Szpitala w ramach prowadzonej działalności leczniczej należy:
   1) udzielanie stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych szpitalnych pacjentom w wieku od 0 – 18 lat,
   2) udzielanie ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych w ramach:
      a) dziecięcych poradni specjalistycznych,
      b) rehabilitacji leczniczej,
      c) diagnostyki: laboratoryjnej, obrazowej, endoskopowej i innej.
2. Świadczenia zdrowotne, o których mowa w ust. 1 pkt. 2), mogą być udzielane pacjentom dorosłym, w tym szczególnie w zakresie rehabilitacji i diagnostyki.
3. Szpital świadczy także inne usługi i wykonuje działalność gospodarczą w zakresie wyszczególnionym w Statucie.

III. ZASADY KIEROWANIA SZPITALEM

Rozdział I. Postanowienia ogólne

§ 10

1. Dyrektor kieruje działalnością Szpitala i reprezentuje go na zewnątrz.
2. Dyrektor jest przełożonym wszystkich pracowników.
3. Dyrektor ponosi odpowiedzialność za zarządzanie Szpitalem.
4. Dyrektor Szpitala wykonuje swoje obowiązki przy pomocy:
   1) zastępcy dyrektora ds. admin. – technicznych,
   2) Głównego Księgowego,
   3) Naczelnej Pielęgniarki,
   4) ordynatorów oddziałów,
   5) kierowników działów,
   6) kierowników sekcji,
   7) kierowników innych komórek organizacyjnych,
   8) pracowników zatrudnionych na samodzielnych stanowiskach.
5. Dyrektora Szpitala, w czasie jego nieobecności, w zakresie organizacyjnym, zastępuje z urzędu zastępca dyrektora ds. admin. – technicznych.
6. Po godzinie 15.00 w dni robocze oraz w dni wolne od pracy zwierzchnikiem pracy lekarzy zabezpieczających funkcjonowanie oddziałów i Izby Przyjęć, jest lekarz wyznaczony w grafiku dyżurów.
7. Wyznaczony lekarz, o którym mowa w ust. 6, jest upoważniony do rozstrzygania wszystkich spraw związanych z funkcjonowaniem szpitala, w tym szczególnie związanych z zabezpieczaniem usług medycznych.
8. Dyrektor może ustanowić pełnomocników do realizacji określonych zadań Szpitala, ustalając każdorazowo zakres i czas ich umocowania.
9. Dyrektor ma prawo powoływać wewnętrzne zespoły doradczo – konsultacyjne m. in. w sprawach:
   1) rozwoju szpitala: tworzenia oddziałów, zakresu świadczonych usług, nabywania sprzętu i aparatury medycznej, działalności remontowo – inwestycyjnej,
   2) działań kryzysowych: restrukturyzacji działalności, ograniczania usług,
   3) oceny działalności szpitala i jego komórek organizacyjnych.
10. Organem doradczym Dyrektora jest Rada Społeczna.

§ 11

1. Dyrektor Szpitala tworzy, łączy, reorganizuje i likwiduje komórki organizacyjne Szpitala.

2. W szczególności, w zależności od potrzeb Dyrektor może tworzyć działy, sekcje, pracownie i samodzielne stanowiska pracy ustalając jednocześnie ich pozycję oraz sposób podporządkowania w obrębie statutowej struktury organizacyjnej.
3. Działania wymienione w ust.1 realizowane są przy współdziałaniu z Radą Społeczną i podmiotem tworzącym.

§ 12

Dyrektor, realizując zadania związane z zarządzaniem Szpitalem, wydaje Zarządzenia Wewnętrzne i inne dokumenty o podobnym charakterze takie jak np. zalecenia, polecenia itp.

§ 13

1. Projekty dokumentów, wymienionych w § 12, opracowuje Dział Metodyczno – Organizacyjny i Statystyki.
2. Opracowane i uzgodnione projekty dokumentów wymienionych w § 12 przekazywane są do akceptacji Dyrektora Szpitala.

§ 14

Zbiór aktów normatywnych, o których mowa w § 12 ewidencjonuje i przechowuje Dział Metodyczno – Organizacyjny i Statystyki.

§ 15

Sposób prowadzenia i ewidencjonowania korespondencji zewnętrznej /przychodzącej i wychodzącej/ jak i korespondencji wewnętrznej reguluje instrukcja kancelaryjna.

§ 16

1. Oddziałami szpitalnymi i innymi komórkami organizacyjnymi wchodzącymi w strukturę organizacyjną oddziału kieruje ordynator.
2. Poradniami specjalistycznymi, i innymi komórkami które nie wchodzą w struktury organizacyjne oddziałów szpitalnych, kierują wyznaczone osoby.
3. Pracowniami diagnostycznymi, blokiem operacyjnym, centralną sterylizacją oraz działami zadań administracyjnych, ekonomicznych i technicznych kierują kierownicy tych komórek organizacyjnych lub koordynatorzy.
4. Sekcjami kierują kierownicy sekcji.
5. Pielęgniarki oddziałowe i koordynujące kierują, organizują i sprawują nadzór nad pracą personelu medycznego w podległych komórkach.

§ 17

Za sprawne, należyte i zgodne z powierzonymi zadaniami działanie komórek organizacyjnych Szpitala odpowiedzialne są osoby wymienione w paragrafie poprzedzającym.

§ 18

1. Kierownik komórki organizacyjnej, na czas swojej nieobecności, wyznacza osobę do pełnienia funkcji zastępcy (zastępującego) kierownika, jeżeli nie ma etatowego zastępcy, której deleguje swoje obowiązki i kompetencje.
2. Godziny pracy komórek organizacyjnych zakładu określa załącznik nr 4.

Rozdział II. Uprawnienia, obowiązki i odpowiedzialność osób pełniących funkcje kierownicze oraz pracowników

§ 19

Obowiązki, uprawnienia i odpowiedzialność stanowisk kierowniczych.

1. Pracownik zajmujący stanowisko kierownicze zobowiązany jest do planowania, organizowania, nadzorowania oraz kontroli funkcjonalnej działalności komórki, którą kieruje.
2. W szczególności do obowiązków osób kierujących komórkami organizacyjnymi należy:
   1) kierowanie pracą podległych komórek,
   2) rozdział zadań i środków do ich wykonania, z uwzględnieniem ich rangi, priorytetu, kwalifikacji fachowych i obciążenia pracą bieżącą bezpośrednich wykonawców,
   3) proponowanie wewnętrznej organizacji komórki oraz rozdziału stałych zadań poszczególnym pracownikom,
   4) nadzór nad efektywnością i skutecznością działania podległych komórek, nadzór służbowy nad wykonywanymi przez podległych pracowników zadaniami oraz udzielanie im w miarę potrzeb wyjaśnień, wskazówek i instruktażu zawodowego,
   5) przestrzeganie przy realizacji zadań dyscypliny ekonomicznej i finansowej,
   6) nadzór nad warunkami pracy pracowników, z uwzględnieniem przepisów BHP i P. POŻ.
   7) wprowadzanie nowoprzyjętych pracowników w zakres realizowanych zadań i nadzór nad przebiegiem ich adaptacji w zespole,
   8) inspirowanie i wspieranie rozwoju zawodowego podległych pracowników,
   9) analizowanie i doskonalenie struktury zatrudnienia w podległych komórkach organizacyjnych,
   10) przestrzeganie oraz nadzorowanie przestrzegania przez podległych pracowników przepisów prawa, wewnętrznych aktów normatywnych i obowiązujących norm etycznych,
   11) ocenianie pracowników.
3. Uprawnienia kierowników/ordynatorów komórek organizacyjnych:
   1) opiniowanie kandydatów do pracy w podległych komórkach organizacyjnych,
   2) wydawanie podległym pracownikom poleceń służbowych w zakresie zadań przypisanych komórce organizacyjnej, wyznaczanie podległym pracownikom stałych obowiązków i doraźnych zadań oraz ocena ich realizacji,
   3) wnioskowanie w sprawie nagradzania lub karania podległych pracowników,
   4) autonomiczne decydowanie o:
      a) sposobie wykonywania zadań przydzielonych podległym komórkom organizacyjnym z uwzględnieniem prawidłowej współpracy z innymi komórkami organizacyjnymi,
      b) organizacji pracy i jej podziale w podległych komórkach organizacyjnych,
      c) podpisywaniu korespondencji zgodnie z przyznanymi uprawnieniami,
      d) wyznaczaniu swojego zastępcy oraz okresowego lub stałego delegowania części posiadanych uprawnień poszczególnym pracownikom.
4. Odpowiedzialność kierowników/ordynatorów komórek organizacyjnych za:
   1) rzetelną i terminową realizację powierzonych obowiązków, realizację zadań i wykorzystanie posiadanych uprawnień,
   2) przestrzeganie dyscypliny organizacyjnej i finansowej w podejmowanych decyzjach,
   3) realizację, efektywność i skuteczność działania, w tym szczególnie za realizację odpowiednio do rodzaju komórki organizacyjnej, kontraktów i umów stanowiących źródło finansowania działalności Szpitala,

4) znajomość i stosowanie w praktyce obowiązujących aktów prawnych oraz bieżące zaznajamianie podległych pracowników z powyższymi przepisami,
5) efektywne wykorzystywanie czasu pracy podległych pracowników oraz terminowe, zgodnie z kodeksem pracy udzielanie urlopów wypoczynkowych,
6) racjonalne wykorzystanie przydzielonych zasobów,
7) terminowość i rzetelność prowadzonej dokumentacji, dokumentów sprawozdawczych, analitycznych informacji,
8) przestrzeganie dochowania tajemnicy służbowej i zawodowej,
9) dbanie o dobro oraz właściwy wizerunek Szpitala.

5. Przed podjęciem decyzji o istotnym znaczeniu kierownicy komórek organizacyjnych Szpitala mają obowiązek zasięgać opinii prawnej. W szczególności wymagają opinii prawnej decyzje dotyczące :
   1) wydawania aktów prawnych o charakterze ogólnym,
   2) spraw indywidualnych, skomplikowanych pod względem prawnym,
   3) wzorów opracowywanych umów,
   4) rozwiązywania z pracownikiem stosunku pracy bez wypowiedzenia,
   5) uznanie i odmowy uznania zgłoszonych roszczeń,
   6) spraw związanych z postępowaniem przed organami orzekającymi.

§ 20

Obowiązki, uprawnienia i odpowiedzialność pracowników.

1. Do obowiązków pracowników należy w szczególności:
   1) kompletne, rzetelne i terminowe wywiązywanie się z przyjętych obowiązków, w sposób zgodny z obowiązującymi przepisami i interesami Szpitala,
   2) znajomość i przestrzeganie obowiązujących przepisów prawa, zarządzeń, procedur, instrukcji i regulaminów dotyczących w szczególności powierzonego zakresu pracy oraz zasad organizacji pracy w Szpitalu,
   3) informowanie przełożonych o nie dających się samodzielnie usunąć przeszkodach w realizacji zadań,
   4) utrzymywanie kwalifikacji zawodowych na poziomie niezbędnym dla wykonywania zadań na danym stanowisku, przestrzeganie przepisów dyscypliny pracy, BHP i P.POŻ.
   5) zgodne z przepisami i przeznaczeniem wykorzystywanie powierzonego majątku Szpitala, zabezpieczenie dostępnymi środkami przed zniszczeniem, kradzieżą lub nieuzasadnionym obniżeniem wartości,
   6) przestrzeganie tajemnicy służbowej i zawodowej,
2. Uprawnienia pracowników wykonawczych obejmują w szczególności:
   1) otrzymanie i sukcesywną aktualizację formalnie określonych zakresów obowiązków, uprawnień i odpowiedzialności,
   2) dostęp do środków niezbędnych do realizacji wykonywanych zadań,
   3) właściwych i bezpiecznych dla danego stanowiska warunków pracy,
   4) wyboru sposobu, miejsca i czasu realizacji zadań o ile nie są one ograniczone lub określone decyzją przełożonego, organizacją pracy, procedurami lub przepisami,
   5) zwracanie się o pomoc do bezpośredniego przełożonego w przypadku niemożności samodzielnego wywiązania się z zadań,
   6) zwracanie się do przełożonego wyższego szczebla w sprawach spornych lub nie rozstrzygniętych przez bezpośredniego przełożonego.
3. Pracownik ponosi w szczególności odpowiedzialność za:
   1) jakość, terminowość i ilość wykonanych zadań stosownie do posiadanych uprawnień, środków i warunków ich realizacji,

2) stan i sposób wykorzystanie powierzonego majątku stosownie do postawionych do jego dyspozycji środków materialnych, finansowych i organizacyjnych,
3) przestrzeganie obowiązujących przepisów prawa, norm etycznych oraz zasad i procedur obowiązujących w Szpitalu.

§ 21

Współdziałanie komórek

1. Celem współdziałania komórek organizacyjnych jest:
   1) usprawnianie procesów informacyjno – decyzyjnych,
   2) prawidłowa realizacja zadań statutowych,
   3) integracja działań komórek organizacyjnych.
2. Do podstawowych elementów współdziałania zalicza się, w szczególności odbywanie okresowych spotkań:
   1) kadry zarządzającej,
   2) Dyrektora z Ordynatorami i kierownikami komórek organizacyjnych działalności podstawowej,
   3) Naczelnej Pielęgniarki z Pielęgniarkami Oddziałowymi i Pielęgniarkami Koordynującymi.
3. Spotkania mają na celu:
   1) wzajemną wymianę informacji w celu dalszego doskonalenia wspólnego działania,
   2) przekazywanie informacji o podejmowanych kierunkach działania,
   3) omówienie realizacji zadań oraz wymianę poglądów dotyczących problemów w realizacji zadań,
   4) ocenę sytuacji finansowej.
4. Ordynatorzy, kierownicy komórek organizacyjnych oraz Pielęgniarki Oddziałowe/Koordynujące zobowiązani są do zapoznania podległego personelu z informacjami uzyskanymi na spotkaniach.

§ 22

1. W Szpitalu funkcjonują samodzielne stanowiska pracy:
   1) Radca prawny,
   2) Pielęgniarka Epidemiologiczna,
   3) ds. p. poż., bhp i obrony cywilnej, ochrony środowiska,
   4) Kapelan szpitalny.
   5) Pełnomocnik ds. SZJ
   6) lekarz zakładowy[8]
2. Pracownicy zatrudnieni na samodzielnych stanowiskach pracy odpowiedzialni są za właściwe organizowanie pracy oraz zapewnienie prawidłowego i terminowego wykonywania powierzonych zadań i obowiązków.
3. Do obowiązków pracowników zajmujących samodzielne stanowiska pracy w szczególności należy realizowanie jednorodnych lub tematycznie wyspecjalizowanych czynności w oparciu o obowiązujące przepisy prawne oraz wewnętrzne akty normatywne, oraz współdziałanie z kierownikami poszczególnych komórek organizacyjnych Szpitala w zakresie prawidłowego jego funkcjonowania.
4. Pracownicy zatrudnieni na samodzielnych stanowiskach pracy podlegają bezpośrednio Dyrektorowi Szpitala i przed nim odpowiadają za wykonywanie swoich zadań.

[8] W brzmieniu ustalonym Uchwałą RS nr 4/15 z dnia 06.05.2015r.

IV. STRUKTURA ORGANIZACYJNA I ZAKRES DZIAŁANIA KOMÓREK ORGANIZACYJNYCH SZPITALA

Rozdział I. Zadania wspólne komórek organizacyjnych Szpitala

§ 23

1. Do wspólnych zadań komórek organizacyjnych, samodzielnych stanowisk pracy oraz osób sprawujących określone funkcje należy:
   1) realizacja zadań szpitala i celu dla którego został utworzony, określonych w powszechnie obowiązujących przepisach prawa, Statucie oraz niniejszym Regulaminie,
   2) dbałość o należyty wizerunek Szpitala, jakość udzielanych świadczeń zdrowotnych oraz efektywność zespołów, którymi kierują.
2. Zadania szczegółowe poszczególnych komórek, stanowisk i osób, o których mowa w ust.1 określa niniejszy Regulamin.

§ 24

1. W Szpitalu świadczenia zdrowotne udzielane są wyłącznie przez osoby wykonujące zawody medyczne oraz spełniające wymagania kwalifikacyjne określone w odrębnych przepisach.
2. Szczegółowe zakresy obowiązków uprawnień oraz odpowiedzialności pracowników znajdują się w aktach osobowych.
3. W Szpitalu dopuszcza się świadczenia wykonywane przez wolontariuszy.

Rozdział II. Organizacja wewnętrzna

§ 25

W Szpitalu działają:

1) Komórki organizacyjne działalności medycznej, działające w ramach przedsiębiorstw:
   a) Lecznictwo Zamknięte:
      a. Oddziały Szpitalne,
      b. Izba Przyjęć z Ambulatorium Chirurgicznym i Zespołem Wyjazdowym typu N,
      c. Blok operacyjny,
      d. Apteka szpitalna,
      e. **skreślony**[9],
   b) Zespół Specjalistycznych Poradni Dziecięcych z Diagnostyką:
      a. poradnie dziecięce,
      b. gabinety diagnostyczno – zabiegowe,
      c. gabinet fizjoterapii,
      d. pracownie diagnostyczne: EEG, spirometrii, EKG, endoskopii,
      e. pracownia diagnostyki obrazowej: TK, RTG, USG,
      f. Laboratorium Centralne /pracownie: analityki klinicznej, mikrobiologii, toksykologii, pracownia immunologii transfuzjologicznej z bankiem krwi/[10].
2) Komórki organizacyjne zapewniające obsługę Zakładu.

§ 26

Strukturę organizacyjną Szpitala tworzą:

1) pion Dyrektora Szpitala,

[9] W brzmieniu ustalonym Uchwałą RS nr 4/15 z dnia 06.05.2015r.
[10] W brzmieniu ustalonym Uchwałą RS nr 22/16 z dnia 28.12.2016r.

2) pion Zastępcy Dyrektora ds. admin. – technicznych,
3) pion Głównego Księgowego,
4) pion Naczelnej Pielęgniarki.

§ 27

Schemat przedstawiający strukturę organizacyjną Szpitala stanowi załącznik nr 2 do niniejszego Regulaminu.

§ 28

1. Zakres uprawnień i obowiązków Dyrektora obejmuje w szczególności:
   1) wytyczanie głównych kierunków rozwoju działalności Szpitala,
   2) planowanie, nadzorowanie działalności Szpitala i organizowanie pracy w sposób zapewniający należyte wykonywanie świadczeń zdrowotnych w warunkach zgodnych z obowiązującymi przepisami i zasadami określonymi w zawartych umowach,
   3) ustalanie wewnętrznych aktów prawnych regulujących funkcjonowanie Szpitala,
   4) kontrolę i ocenę pracy komórek organizacyjnych oraz ich kierowników,
   5) wykonywanie czynności związanych z zatrudnianiem, zwalnianiem, nagradzaniem pracowników Szpitala,
   6) nadzór nad pozyskaniem funduszy oraz projektów ministerialnych, Unii Europejskiej,
   7) nadzór nad opracowywaniem planów i programów w zakresie remontów, inwestycji, zakupów inwestycyjnych oraz nadzorowanie ich realizacji,
   8) ustanawianie pełnomocników Dyrektora,
   9) współdziałanie z organizacjami związków zawodowych działających w Szpitalu i innymi organizacjami zawodowymi pracowników,
   10) koordynacja funkcjonowania i współpracy wszystkich struktur organizacyjnych Szpitala,
   11) wykonywanie innych czynności związanych z zarządzaniem i kierowaniem Szpitala wynikających z obowiązujących przepisów.
2. Dyrektor jest odpowiedzialny za całokształt funkcjonowania Szpitala, a w szczególności za:
   1) tworzenie warunków organizacyjnych zapewniających uzyskiwanie optymalnych efektów wykonywania działalności,
   2) dobór i właściwe wykorzystywanie kadr,
   3) zapewnianie pracownikom właściwych warunków pracy i warunków socjalno-bytowych,
   4) właściwą gospodarkę mieniem i środkami finansowymi,
   5) zabezpieczanie spraw objętych tajemnicą państwową i służbową,
   6) nadzór nad przygotowaniami Szpitala na potrzeby obronne Państwa.

§ 29

Dyrektorowi podlegają bezpośrednio:
1) Z-ca dyr. ds. admin. – technicznych,
2) Naczelna Pielęgniarka,
3) Główny księgowy,
4) Ordynatorzy i kierownicy komórek medycznych,
5) Komórki organizacyjne, samodzielne stanowiska, pełnomocnicy:
   a) Sekcja Kadr i Płac,[11]
   b) skreślony,[12]

[11] W brzmieniu ustalonym Uchwałą RS nr 4/15 z dnia 06.05.2015r.
[12] W brzmieniu ustalonym Uchwałą RS nr 4/15 z dnia 06.05.2015r.

c) Radca prawny,
d) Pielęgniarka Epidemiologiczna,
e) stanowisko ds. obrony cywilnej, bhp, p.poż. i ochrony środowiska
f) kapelan szpitalny.
g) inspektor ochrony radiologicznej,
h) Pełnomocnik ds. Systemu Zarządzania Jakością,
i) Lekarz zakładowy.[13]

Zadania komórek organizacyjnych tworzących pion Dyrektora Zakładu

§ 30

1. Sekcja Kadr i Płac do zadań którego należy[14]:

1) prowadzenie właściwej polityki doboru i wykorzystywania personelu zatrudnionego w Szpitalu w ramach stosunku pracy lub na postawie innej niż stosunek pracy, prowadzenie spraw pracowniczych,
2) współpraca z reprezentatywnymi organizacjami związkowymi oraz innymi organizacjami pracowniczymi,
3) współtworzenie i nadzór nad przestrzeganiem regulaminów, prawa pracy na podstawie obowiązujących w tym zakresie przepisów prawnych,
4) nadzór i kontrola nad przestrzeganiem dyscypliny pracy,
5) prowadzenie ewidencji wojskowej i danych do reklamacji w WKU,
6) mobilizacja personelu medycznego na czas zagrożenia bezpieczeństwa Państwa i wojny.

2. skreślony[15]

3. **Stanowisko ds. obrony cywilnej, bhp, p.poż. i ochrony środowiska**

1) Do zadań wykonywanych na w/w stanowisku z **zakresu p.poż**. należy w szczególności:

a) czuwanie nad przestrzeganiem w Zakładzie ogólnych przepisów przeciwpożarowych oraz opracowywanie szczegółowych instrukcji zakładowych,
b) Przeprowadzanie kontroli zabezpieczenia przeciwpożarowego pomieszczeń zajmowanych przez Zakład oraz udział w kontrolach prowadzonych przez organy ochrony przeciwpożarowej lub organ założycielski,
c) Planowanie potrzeb w zakresie wyposażenia pomieszczeń w sprzęt gaśniczy i urządzenia alarmowe,
d) pilnowanie i zlecanie terminowej kontroli konserwacji podręcznego sprzętu gaśniczego i urządzeń przeciwpożarowych, bieżące czuwanie nad ich sprawnością,
e) prowadzenie instruktażu wstępnego i szkolenia informacyjnego pracowników Zakładu,
f) samodzielne prowadzenie doraźnych kontroli we wszystkich obiektach i na odcinkach pracy Zakładu, zgłaszanie Dyrektorowi spostrzeżeń i wniosków mających wpływ na stan zabezpieczenia przeciwpożarowego,

[13] W brzmieniu ustalonym Uchwałą RS nr 4/15 z dnia 06.05.2015r.
[14] W brzmieniu ustalonym Uchwałą RS nr 4/15 z dnia 06.05.2015r.
[15] W brzmieniu ustalonym Uchwałą RS nr 4/15 z dnia 06.05.2015r.

g) współpraca z właściwą terenową Komendą Państwowej Straży Pożarnej w zakresie zabezpieczenia przeciwpożarowego,
h) prowadzenie dokumentacji dotyczącej zabezpieczenia przeciwpożarowego,
i) wykonywanie innych zadań wynikających z przepisów i zasad p/poż.

2) Do zadań w zakresie **obrony cywilnej, zarządzania kryzysowego** należy w szczególności zapewnienie pełnej realizacji zadań z zakresu obronności, obrony cywilnej i zagrożeń kryzysowych:
   a) W zakresie spraw obronnych:
      a. opracowanie i prowadzenie dokumentacji obronnej Szpitala,
      b. prowadzenie procedur reklamacyjnych żołnierzy rezerwy,
      c. prowadzenie świadczeń na rzecz obrony.
   b) W zakresie obrony cywilnej:
      a. opracowywanie dokumentacji OC,
      b. nadzór nad zakładowymi formacjami OC,
      c. nadzór nad magazynem OC.
   c) W zakresie zarządzania kryzysowego:
      a. opracowywanie planów działania na wypadek sytuacji kryzysowej,
      b. współpraca z Powiatowym i Miejskim Zespołem Zarządzania Kryzysowego.
3) **D**o **zadań z zakresu bhp** należy w szczególności:
   a) przeprowadzanie kontroli warunków pracy oraz przestrzegania przepisów i zasad bezpieczeństwa i higieny pracy, a także bieżące informowanie pracodawcy o stwierdzonych zagrożeniach zawodowych, wraz z wnioskami zmierzającymi do usuwania tych zagrożeń,
   b) sporządzanie i przedstawianie pracodawcy, co najmniej raz w roku, okresowych analiz stanu bezpieczeństwa i higieny pracy zawierających propozycje przedsięwzięć technicznych i organizacyjnych mających na celu zapobieganie zagrożeniom życia i zdrowia pracowników oraz poprawę warunków pracy,
   c) udział w opracowywaniu planów modernizacji i rozwoju Zakładu, przedstawianie propozycji dotyczących rozwiązań techniczno-organizacyjnych, zapewniających poprawę stanu bezpieczeństwa i higieny pracy,
   d) współpraca z laboratoriami (upoważnionymi, zgodnie z odrębnymi przepisami) do dokonywania badań i pomiarów czynników szkodliwych dla zdrowia lub warunków uciążliwych występujących w środowisku pracy, w zakresie organizowania tych badań i pomiarów oraz sposobów ochrony pracowników przed tymi czynnikami lub warunkami,
   e) współdziałanie z lekarzem sprawującym profilaktyczną opiekę zdrowotną nad pracownikami, a w szczególności przy organizowaniu okresowych badań lekarskich pracowników,
   f) współdziałanie ze społeczną inspekcją pracy oraz z zakładowymi organizacjami związkowymi w sprawach mających na celu przestrzeganie przepisów oraz zasad bezpieczeństwa i higieny pracy a także podejmowanych przez pracodawcę przedsięwzięciach mających na celu poprawę warunków pracy,
   g) przeprowadzanie szkolenia wstępnego pracowników w zakresie BHP.
   h) przeprowadzanie kontroli stanu bezpieczeństwa i higieny pracy, a także przestrzegania przepisów oraz zasad w tym zakresie w zakładzie pracy i w każdym innym miejscu wykonywania pracy,
   i) występowanie do osób kierujących pracownikami z zaleceniami usunięcia stwierdzonych zagrożeń wypadkami i szkodliwości zawodowych oraz uchybień w zakresie bezpieczeństwa i higieny pracy,

j) niezwłoczne wstrzymanie pracy maszyny lub innego urządzenia technicznego w razie wystąpienia bezpośredniego zagrożenia życia lub zdrowia pracownika albo innych osób,
k) niezwłoczne odsunięcie od pracy pracownika zatrudnionego przy pracy wzbronionej oraz niezwłoczne odsunięcie od pracy pracownika, który swoim zachowaniem lub sposobem wykonywania pracy stwarza bezpośrednie zagrożenie życia lub zdrowia własnego albo innych osób,
l) wnioskowanie do pracodawcy o niezwłoczne wstrzymanie pracy w zakładzie pracy, w jego części lub w innym miejscu wyznaczonym przez pracodawcę do wykonywania pracy, w wypadku stwierdzenia bezpośredniego zagrożenia życia lub zdrowia pracowników albo innych osób.

4) **Do zadań w zakresie ochrony środowiska** należy w szczególności:
a) prowadzenie dokumentacji wynikającej bezpośrednio z Ustawy Prawo Ochrony Środowiska powiązanych oraz kontrolowanie przestrzegania tych przepisów,
b) organizowanie i nadzorowanie działań szpitala związanej z ochroną środowiska,
c) przygotowywanie dokumentacji na potrzeby uzyskiwania zgód/pozwoleń związanych z ochroną środowiska,
d) sporządzanie, przygotowywanie raportów, sprawozdań dotyczących ochrony środowiska,
e) przekazywanie informacji o stanie ochrony środowiska organom państwowym, samorządowym,
f) współpraca z komórkami szpitala w zakresie realizowania zadań i celów ochrony środowiska,
g) prowadzenie gospodarki odpadami, w tym organizacja zbierania i utylizowania odpadów.

4. **Radca Prawny** - do zadań należy:
1) udzielanie komórkom organizacyjnym Szpitala opinii i porad prawnych oraz wyjaśnień w zakresie stosowania prawa,
2) informowanie komórek organizacyjnych Szpitala o zmianach w obowiązujących przepisach prawnych,
3) uczestniczenie w prowadzonych przez Szpital rokowaniach, których celem jest nawiązanie, zmiana lub rozwiązanie stosunku prawnego w tym zawarcie umów długoterminowych lub nietypowych,
4) opiniowanie wszystkich spraw tego wymagających,
5) nadzór prawny nad egzekucją należności Szpitala,
6) występowanie w charakterze pełnomocnika Szpitala w postępowaniach: sądowym, arbitrażowym, administracyjnym oraz przed innymi organami orzekającymi.

5. **Kapelan Szpitalny -** do stanowiska w szczególności należy:
1) Sprawowanie opieki duszpasterskiej, odprawianie mszy i posługi przy łóżku hospitalizowanych pacjentów zgodnie z ich wyznaniem
2) udzielanie posług religijnych na salach chorych tak aby nie zakłócały normalnej pracy zakładu.
3) czynności kapłana nie mogą naruszać wolności sumienia i wyznania pacjentów lub personelu,
4) zasady wykonywania posług religijnych określają akty prawne:
a) Art. 53 ust. 2 Konstytucji
b) Art. 17 Konkordatu z dnia 28 .07. 1993r. (Dz. U. nr 51, poz. 318 z 1998 r.)

6. Pielęgniarka Epidemiologiczna

Do zadań Pielęgniarki Epidemiologicznej należy w szczególności:

1) nadzór nad zapewnieniem i przestrzeganiem wymagań higienicznych i zdrowotnych w zakresie sterylizacji, dezynfekcji, stosowania indywidualnych środków ochrony pracowników,
2) nadzór nad opracowaniem i wdrożeniem procedur zapewniających ochronę przed zakażeniami zakładowymi zgodnie z obowiązującymi standardami,
3) nadzór nad przestrzeganiem standardów higieny wewnątrzszpitalnej,
4) nadzór nad szpitalnym systemem badań, identyfikacji i rejestracji szczepów bakteryjnych w celu oceny stanu zakażenia hospitalizowanych pacjentów i skażenia środowiska zakładu, wieloopornymi szczepami szpitalnymi,
5) nadzór nad prowadzeniem rejestrów zakażeń szpitalnych,
6) sporządzanie raportów półrocznych i rocznych o występowaniu zakażeń szpitalnych i drobnoustrojach alarmowych oraz przedkładanie ich Dyrektorowi Szpitala oraz właściwemu Państwowemu Inspektorowi Sanitarnemu,
7) sporządzanie raportów wstępnych o podejrzeniu ogniska epidemicznego w Szpitalu oraz raportów końcowych z czynności podejmowanych w celu wygaszenia ogniska epidemicznego oraz przedkładanie ich Dyrektorowi Szpitala,
8) przekazywanie Dyrektorowi Szpitala aktualnych wskaźników epidemiologicznych wraz z wnioskami dotyczącymi profilaktyki, leczenia oraz aspektów ekonomicznych,
9) czynny udział w opiniowaniu wniosków dotyczących remontów, modernizacji, usprawnień Szpitala w aspekcie zapobiegania i zmniejszania ryzyka zakażeń szpitalnych,
10) nadzór nad podnoszeniem kwalifikacji personelu medycznego w zakresie profilaktyki zakażeń szpitalnych,
11) organizowanie prac Zespołu ds. zakażeń szpitalnych.

7. Inspektor ochrony radiologicznej

Do zadań inspektora ochrony radiologicznej należy w szczególności:

1) Nadzór i kontrola prawidłowości funkcjonowania urządzeń rentgenodiagnostycznych,
2) Dbanie o bezpieczeństwo pracowników i pacjentów,
3) Dopilnowywanie i kontrola przeglądów gwarancyjnych,
4) Systematyczna kontrola badań podstawowych, specjalistycznych,
5) Wykonywanie badań i testów akceptacyjnych,
6) Kontrola i przestrzeganie zasad posługiwania się i wykorzystywania pomiarów dozymetrycznych,
7) Prowadzenie i weryfikowania książki kontroli jakości pracowni.

8. Pełnomocnik ds. Systemu Zarządzania Jakością

Do zadań Pełnomocnika należy w szczególności:

1) Proponowanie szczegółowych celów jakościowych w zgodzie z obowiązującą polityką jakości,
2) Nadzór nad realizacją szczegółowych celów jakościowych,
3) Kompleksowe prowadzenie, nadzorowanie i koordynacja wszelkich spraw związanych z funkcjonowaniem systemu zarządzania jakością zgodnie z ISO 9001: 2008.

4) Nadzór nad dokumentacją systemową: aktualizacja i wycofywanie dokumentacji nieaktualnej.
5) Organizowanie i kompleksowe prowadzenie audytów:
   a) opracowanie rocznego harmonogramu audytów,
   b) wyznaczanie audytorów do audytu poszczególnych komórek organizacyjnych,
   c) przechowywanie dokumentacji audytowej.
6) Nadzór nad działaniami korygującymi i zapobiegawczymi:
   a) ocena zasadności uruchomienia działań korygujących lub zapobiegawczych,
   b) wyznaczenie osoby odpowiedzialnej za podjęcie działań korygujących lub zapobiegawczych,
   c) określenie czasu niezbędnego do realizacji działań korygujących lub zapobiegawczych,
   d) monitorowanie uruchomionych działań korygujących lub zapobiegawczych,
7) Przygotowanie kompleksowych materiałów dla Kierownictwa zakładu do okresowych przeglądów funkcjonowania systemu.
8) Proponowanie szkoleń dla personelu zakładu z zakresu doskonalenia systemu zarządzania jakością (dla pracowników i audytorów).
   a) organizowanie szkoleń wewnętrznych z zakresu zarządzania jakością.
   b) wnioskowanie do Kierownictwa placówki o skierowanie pracownika na szkolenie zewnętrzne z zakresu zarządzania jakością.
9) Utrzymywanie kontaktów z jednostką certyfikującą.
10) Wysuwanie propozycji doskonalenia systemu.

9. Lekarz zakładowy[16]

Do zadań **lekarza zakładowego** należy w szczególności:

a) wykonywanie badań wstępnych, okresowych i kontrolnych przewidzianych w Kodeksie pracy,
b) orzecznictwo lekarskie do celów przewidzianych w Kodeksie pracy i w przepisach wydanych na jego podstawie,
c) ocenę możliwości wykonywania pracy uwzględniającą stan zdrowia i zagrożenia występujące w miejscu pracy,
d) prowadzenie działalności konsultacyjnej, diagnostycznej i leczniczej w zakresie patologii zawodowej,
e) prowadzenie czynnego poradnictwa w stosunku do chorych na choroby zawodowe lub inne choroby związane z wykonywaną pracą,
f) monitorowanie stanu zdrowia osób pracujących zaliczanych do grup szczególnego ryzyka, a zwłaszcza osób wykonujących pracę w warunkach przekroczenia normatywów higienicznych, niepełnosprawnych oraz kobiet w wieku rozrodczym i ciężarnych,
g) wykonywanie badań umożliwiających wczesną diagnostykę chorób zawodowych i innych chorób związanych z wykonywaną pracą,
h) prowadzenia analiz stanu zdrowia pracowników, a zwłaszcza występowania chorób zawodowych i ich przyczyn oraz wypadków przy pracy.

[16] W brzmieniu ustalonym Uchwałą RS nr 4/15 z dnia 06.05.2015r.

§ 31

1. Oddziały Szpitalne

Do zadań Oddziałów Szpitalnych należy :

1) udzielanie świadczeń zdrowotnych pacjentom hospitalizowanym w oddziałach oraz zapewnienie całodobowej opieki lekarskiej i pielęgniarskiej zgodnie z powszechnie obowiązującymi standardami,
2) leczenie zachowawcze i operacyjne pacjentów oraz udzielanie konsultacji specjalistycznych,
3) wprowadzanie przez personel medyczny nowoczesnych metod diagnostycznych i terapeutycznych,
4) współpraca z uczelniami medycznymi i innymi instytucjami,
5) umożliwienie odbywania stażów do specjalizacji lekarzom innych dziedzin,
6) opiniowanie o stanie zdrowia pacjentów oraz orzekanie o czasowej niezdolności do pracy,
7) prowadzenie dokumentacji chorych, zgodnie z obowiązującymi przepisami z uwzględnieniem specyfiki oddziału.

.

2. Izba Przyjęć

Do zadań Izby Przyjęć należy:

1) badanie i przyjmowanie pacjentów do Oddziałów Szpitala,
2) udzielanie pomocy w razie nagłych wypadków lub zachorowań,
3) **skreślony**[17]

3. Przychodnie Specjalistyczne

Do zadań Przychodni Specjalistycznych należy:

1) udzielanie indywidualnych porad i konsultacji,
2) organizowanie i prowadzenie oświaty zdrowotnej w reprezentowanej specjalności,
3) wnioskowanie w sprawach zaopatrzenia w środki pomocnicze i przedmioty ortopedyczne,
4) współdziałanie z innymi jednostkami organizacyjnymi służby zdrowia , szkołami , zakładami pracy , organizacjami i stowarzyszeniami,
5) przeprowadzanie badań profilaktycznych pracowników podmiotów gospodarczych,
6) orzekanie i opiniowanie o stanie zdrowia,

4. Apteka Szpitalna

Do zadań Apteki Szpitalnej:

1) sporządzanie leków do żywienia pozajelitowego i dojelitowego,
2) przygotowywanie leków w dawkach dziennych,
3) organizowanie zaopatrzenia szpitala w produkty lecznicze i wyroby medyczne,
4) udział w monitorowaniu działań niepożądanych leków,
5) udział w badaniach klinicznych prowadzonych na terenie szpitala,
6) udział w racjonalizacji farmakoterapii,
7) współuczestniczenie w prowadzeniu gospodarki produktami leczniczymi i wyrobami medycznymi w szpitalu.

[17] W brzmieniu ustalonym Uchwałą RS nr 22/16 z dnia 28.12.2016r.

5. Pracownie diagnostyczne i Laboratorium Centralne

Do zadań należy wykonywanie badań, opisów, analiz lekarskich, u pacjentów leczonych w Szpitalu, w Poradniach Specjalistycznych oraz u pacjentów kierowanych przez innych świadczeniodawców w przypadku zawarcia stosownych umów, a także pacjentów bez skierowania.

§ 32

1. Zastępca dyrektora ds. administracyjno – technicznych kieruje i nadzoruje działalność Szpitala w zakresie wszelkich spraw technicznych, informatycznych, administracyjno-gospodarczych oraz podejmuje decyzje w sprawach wchodzących w zakres działania podległego mu pionu.
2. Zastępca dyrektora ds. administracyjno – technicznych ściśle współpracuje z Głównym Księgowym i wspólnie z nim odpowiada za realizację planu finansowego i planu inwestycyjnego Szpitala.
3. Zakres uprawnień i obowiązków zastępcy dyrektora administracyjno – technicznych obejmuje w szczególności :
   1) nadzór i kontrolę nad majątkiem Szpitala pod względem budowlanym i energetycznym,
   2) tworzenie planów inwestycyjnych na każdy rok kalendarzowy,
   3) nadzorowanie i koordynowanie pracy podległych komórek organizacyjnych,
   4) kontrolę i nadzór nad całokształtem prac związanych z prowadzeniem systemów informatycznych i jakościowych,
   5) wdrażanie informatyzacji,
   6) podejmowanie działań zmierzających do minimalizacji kosztów materiałowych i zużycia mediów,
   7) planowanie i dokonywanie analiz w zakresie ekonomicznym, administrowania i prowadzenia prawidłowej gospodarki majątkiem Szpitala,
   8) nadzorowanie i kontrola w zakresie transportu sanitarnego,
   9) nadzorowanie i kontrola w zakresie spraw technicznych, gospodarczych i administracyjnych związanych z prawidłowym funkcjonowaniem Szpitala,
   10) sprawowanie kontroli nad właściwym użytkowaniem i zabezpieczeniem majątku Szpitala.
4. Zastępca dyrektora ds. administracyjno – technicznych, ponosi odpowiedzialność za prawidłowe funkcjonowanie całokształtu spraw technicznych oraz administracyjno-gospodarczych Szpitala.
5. Zastępca dyrektora ds. administracyjno – technicznych podlega bezpośrednio Dyrektorowi Szpitala i przed nim odpowiada za wykonywanie ciążących na nim zadań

<u>Pion zastępcy dyrektora ds. administracyjno - technicznych</u>

§ 33

W skład pionu wchodzą:

1. Dział Administracyjno – Eksploatacyjny,
2. Stanowisko ds. zamówień publicznych[18]
3. Dział Metodyczno – Organizacyjny i Statystyki,
4. Biblioteka szpitalna.
5. Grupa Utrzymania Czystości

[18] W brzmieniu ustalonym Uchwałą RS nr 4/15 z dnia 06.05.2015r.

1. **Dział Administracyjno – Eksploatacyjny**

W skład działu Administracyjno – Eksploatacyjnego wchodzą:

1) Warsztaty,
2) Zaopatrzenie,
3) Magazyn,

Do zadań Działu należy w szczególności:

1) zapewnienie prawidłowej eksploatacji nieruchomości,
2) opracowywanie i przedstawianie do akceptacji planów inwestycyjnych i remontowych oraz nadzór nad ich realizacją,
3) opracowywanie i przedstawianie do akceptacji planów zaopatrzenia i ich realizacja,
4) zapewnienie prawidłowego funkcjonowania urządzeń i instalacji elektrycznych, instalacji gazów medycznych, urządzeń chłodniczych, sieci wodno – kanalizacyjnej, centralnego ogrzewania, urządzeń łączności takich jak alarmowe, sygnalizacyjne i dźwigowe, a także sprzętu techniczno - gospodarczego,
5) organizowanie i prowadzenie działalności administracyjno – gospodarczej,
6) zapewnienie prawidłowej gospodarki paliwowo – energetycznej,
7) sprawowanie nadzoru nad prawidłowością gospodarki materiałowej, kasacji oraz przechowywania materiałów,
8) zapewnienie ochrony fizycznej obiektów szpitala,
9) prowadzenie dokumentacji i ewidencji sprzętu medycznego,
10) bieżące naprawy sprzętu i aparatury medycznej,
11) zlecanie okresowych przeglądów oraz konserwacji sprzętu medycznego,
12) zlecanie napraw aparatury medycznej do serwisu,
13) transport odpadów produkowanych w Szpitalu,
14) zabezpieczenie rezerwowych źródeł energii elektrycznej, wody i ogrzewania,
15) prowadzenie gospodarki magazynowej,
16) zapewnienie prawidłowej eksploatacji nieruchomości; budynków i budowli poprzez dokonywanie bieżącej i okresowej kontroli,
17) prowadzenie remontów i napraw mających na celu utrzymanie w należytym stanie technicznym i sanitarnym obiektów,
18) prowadzenie spraw z zakresu inwestycji prowadzonych przez Szpital,
19) prowadzenie wymaganej przepisami prawa sprawozdawczości w zakresie ochrony środowiska.

2. Stanowisko ds. Zamówień Publicznych[19]:

Do podstawowych zadań Stanowiska ds.-Zamówień Publicznych należy:

1) przestrzeganie stosowania ustawy prawo zamówień publicznych oraz przepisów wykonawczych w zakresie:
   a) organizowania postępowań o udzielenie zamówień publicznych i dokonywania wyboru dostawców towarów i wykonawców usług oraz robót budowlanych z zastosowaniem i przestrzeganiem powołanej powyżej ustawy,
   b) prowadzenie rejestru zamówień publicznych,
   c) prowadzenie kontroli nad ciągłością zawieranych umów przetargowych,
   d) udział w pracach komisji przetargowych,
   e) obsługa komisji powoływanych w sprawie udzielenia zamówień publicznych.
   f) przygotowywanie umów na zakup towarów i usług oraz na roboty budowlane, dzierżawy,

[19] W brzmieniu ustalonym Uchwałą RS nr 4/15 z dnia 06.05.2015r.

g) bieżące i terminowe przyjmowanie i sprawdzanie faktur pod względem zgodności z zamówieniami i faktyczną dostawą,
h) inne czynności związane z realizacją ustawy Prawo zamówień publicznych ułatwiających działalność Szpitala,
i) udzielanie komórkom organizacyjnym Zakładu wszelkich wyjaśnień, informacji i wskazówek w zakresie procedury, niezbędnych dokumentów, terminów,

2) przestrzeganie wewnętrznych zasad dokonywania zakupu towarów i usług o wartości poniżej 30 000 EUR.

3. Dział Metodyczno – Organizacyjny i Statystyki:

1) Zagadnienia formalno – prawne i proceduralne:

a) obsługa kancelaryjna Dyrektora i Zastępcy Dyrektora,
b) przyjmowanie i wysyłanie oraz prowadzenie księgi korespondencji pism przychodzących i wychodzących,
c) dostarczanie pism do poszczególnych komórek szpitala,
d) prowadzenie książek kontroli zewnętrznych i kontroli sanitarnych,
e) kompletowanie aktów normatywnych i przekazywanie właściwym komórkom w zakresach ich dotyczących,
f) prowadzenie spraw formalno – prawnych szpitala / statutu, regulaminu organizacyjnego, innych regulaminów i instrukcji wewnętrznych, protokołów pokontrolnych, decyzji pokontrolnych/,
g) opracowywanie, przygotowywanie aktów wewnętrznych szpitala /zarządzeń, poleceń/ wraz z prowadzeniem ich rejestru,
h) obsługa posiedzeń i spotkań
i) prowadzenie książki skarg i wniosków,
j) obsługa ksero, faksu, telefonów, komputera, poczty elektronicznej,
k) bieżące monitorowanie stron www, istotnych z punktu widzenia funkcjonowania szpitala,
l) pisanie wniosków i programów w ramach pozyskiwania środków finansowych z programów operacyjnych, samorządów, instytucji,
m) opracowywanie pism i wystąpień,
n) prowadzenie strony www. szpitala,
o) współpraca z instytucjami, organizacjami, samorządami,
p) analiza skarg i wniosków dotyczących organizacji i jakości usług medycznych świadczonych w szpitalu,
q) działania w zakresie budowania pozytywnego wizerunku szpitala,
r) prowadzenie spraw związanych z akredytacją szpitala, certyfikacją, systemami jakości,
s) badania satysfakcji pacjentów z pobytu w szpitalu i jakości świadczonych usług przez Szpital w porozumieniu z Naczelną Pielęgniarką za pośrednictwem ankiet lub strony www,
t) prowadzenie składnicy akt,[20]
u) współpraca z komórkami jednostki organizacyjnej w zakresie prawidłowego klasyfikowania akt, tworzenia teczek akt i przygotowania akt do przekazania ich do archiwum zakładowego w terminie przewidzianym w instrukcji kancelaryjnej,
v) przejmowanie akt z komórek organizacyjnych na podstawie spisów zdawczo - odbiorczych,
w) ewidencjonowanie, przechowywanie i zabezpieczanie przyjętych do przechowania akt,

[20] W brzmieniu ustalonym Uchwałą RS nr 4/15 z dnia 06.05.2015r.

x) udostępnianie i wypożyczanie akt na zasadach określonych w odpowiednich przepisach,
y) zabezpieczanie przejętej dokumentacji medycznej
z) udostępnianie dokumentacji medycznej
aa) prowadzenie Księgi Głównej Szpitala oraz innych Ksiąg związanych z pobytem chorego w szpitalu,
bb) wydzielanie z zasobu **składnicy akt**[21] i brakowanie dokumentacji niearchiwalnej (kat. "B"), której okres przechowywania już minął,
cc) skreślony[22],
dd) obsługa radcy prawnego,
ee) obsługa kontroli.

2) Zagadnienia statystyki publicznej i wewnętrznej:

a) sporządzanie sprawozdań statystycznych dotyczących lecznictwa otwartego i zamkniętego zgodnie z przepisami dotyczącymi statystyki publicznej,
b) prowadzenie analizy statystycznej, opracowywanie danych statystycznych, dla potrzeb decyzyjnych i informacyjnych

3) Zagadnienia szkoleniowe i dokształcające:

a) prowadzenie spraw szkoleń, staży, specjalizacji personelu lekarskiego,
b) współpraca z jednostkami prowadzącymi szkolenia,
c) prowadzenie spraw związanych z posiadaniem statusu komórek prowadzących specjalizacje i staże kierunkowe personelu lekarskiego,
d) organizacja praktyk lekarskich, pielęgniarskie,
e) prowadzenie szkoleń dla personelu medycznego z zakresu udzielania i rozliczania świadczeń medycznych,

4) Zagadnienia kontraktowania i udzielania świadczeń:

a) dbanie o właściwy dobór kadr do świadczenia usług medycznych zgodnie z wymogami NFZ,
b) przygotowywanie w porozumieniu z ordynatorami oddziałów, kierownikami komórek organizacyjnych, wniosków do planów rocznych i wieloletnich oraz wytycznych i zaleceń w celu zapewnienia właściwego poziomu (jakości) świadczeń zdrowotnych,
c) prowadzenie wszelkich spraw związanych z kontraktowaniem usług medycznych i prowadzenie aktualnej dokumentacji w tym zakresie,
d) przygotowanie i prowadzenie postępowań konkursowych w sprawie umów o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne,
e) prowadzenie rozliczania usług wykonywanych w ramach umów na świadczenia medyczne i diagnostyczne zawartych przez Szpital z innymi jednostkami oraz umów wymienionych w lit. d.
f) kontrola dokumentacji medycznej związanej z pobytem chorego w szpitalu,
g) analiza wykonanych świadczeń zdrowotnych w odniesieniu do zawartych umów,
h) prowadzenie sprawozdawczości i dokumentacji rozliczeniowej z realizacji kontraktów z NFZ i stałe comiesięczne przedstawianie wyników i wniosków Dyrekcji zakładu
i) prowadzenie rozliczeń z NFZ i innymi kontrahentami usług medycznych w aspekcie ilościowym i umownym,

[21] W brzmieniu ustalonym Uchwałą RS nr 4/15 z dnia 06.05.2015r.
[22] W brzmieniu ustalonym Uchwałą RS nr 4/15 z dnia 06.05.2015r.

j) prowadzenie dokumentacji rozliczeniowej związanej z wypisem pacjenta z oddziału,
k) utrzymywanie stałego kontaktu z NFZ i innymi kontrahentami w aspekcie organizacyjnym,
l) opracowywanie sprawozdań i analiza z działalności w zakresie wykonania kontraktów zawartych z NFZ,
m) prowadzenie dokumentacji rozliczeniowej związanej z wypisem pacjenta z oddziału.

4. Biblioteka szpitalna

Do zadań biblioteki szpitalnej należy gromadzenie zbioru w postaci książek, czasopism, w tym medycznych i udostępnianie ich pacjentom, pracownikom, stosownie do przepisów ustawy z dnia 27 czerwca 1997r. o bibliotekach /tj. Dz.U. z 2012r. poz. 642/

5. Grupa Utrzymania Czystości

Do zadań należy:
1) organizowanie scentralizowanego transportu wewnątrz zakładowego,
2) utrzymanie czystości fizycznej i mikrobiologicznej powierzchni wraz z wyposażeniem i sprzętem (z wyjątkiem specjalistycznego sprzętu medycznego) we wszystkich komórkach organizacyjnych Szpitala,
3) współpraca z pielęgniarkami oddziałowymi i kierownikami komórek organizacyjnych w zakresie organizowania kompleksowego procesu sprzątania,
4) współpraca z pielęgniarka epidemiologiczną w zakresie prawidłowego wykonywania procedur dekontaminacji

§ 34

1. **Główny Księgowy** Szpitala kieruje i nadzoruje działalnością Szpitala w zakresie spraw księgowych, ekonomicznych i finansowych, i podejmuje decyzje w sprawach wchodzących w zakres działania podległego mu pionu.
2. Zakres uprawnień i obowiązków Głównego Księgowego obejmuje w szczególności:
   1) kontrolę i nadzór nad całokształtem prac związanych z prowadzeniem gospodarki finansowej zgodnie z obowiązującymi zasadami,
   2) planowanie, wykorzystanie i ewidencja środków finansowych związanych z funkcjonowaniem Szpitala,
   3) planowanie środków finansowych związanych z długoletnim funkcjonowaniem Szpitala,
   4) analizę finansów w ujęciu długoterminowej strategii zarządzania,
   5) planowanie i dokonywanie analiz w zakresie gospodarki finansowej Szpitala,
   6) obieg i kontrolę dokumentów finansowych,
   7) nadzór nad zagadnieniami płacowymi,
   8) kontrolę i nadzór nad inwentaryzacją środków trwałych i wyposażenia oraz zapasów magazynowych,
   9) nadzór nad rachunkiem kosztów i jego analiza,
   10) dokonywanie wstępnej kontroli zgodności operacji gospodarczych i finansowych z planem finansowym,
   11) dokonywanie wstępnej kontroli kompletności i rzetelności dokumentów dotyczących operacji gospodarczych i finansowych,
   12) opracowywanie planów finansowych, budżetów cząstkowych dla komórek organizacyjnych,

13) prowadzenie gospodarki finansowej Szpitala zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa,
14) określanie zasad, według których pozostałe komórki organizacyjne winne zapewnić prawidłową realizację gospodarki finansowej, kalkulacji kosztów i sprawozdawczości finansowej,
15) nadzór nad opracowywaniem i kalkulacją analiz opłacalności inwestycji.

3. Główny Księgowy ponosi odpowiedzialność za prawidłowe funkcjonowanie rachunkowości jednostki.
4. Główny Księgowy podlega bezpośrednio Dyrektorowi Szpitala i przed nim odpowiada za wykonywanie swoich zadań.

Pion Głównego Księgowego

§ 35

Komórki organizacyjne podległe Głównemu Księgowemu:

1. Dział Finansowo - Księgowy i kasa z sekcjami,
   1) księgowości finansowej,
   2) kosztów,
   3) księgowości inwentarzowej,
2. skreślony.[23]

1. Do zadań **Działu Finansowo – Księgowego** należy:

1) prowadzenie ewidencji księgowej Zakładu w zakresie rachunkowości w oparciu o Zakładowy Plan Kont, Zarządzenia Dyrektora i inne akty prawa wewnętrznego,
2) aktualizowanie Zakładowego Planu Kont i ewidencji księgowej do potrzeb analizy przychodów i kosztów, sprawozdawczości,
3) prowadzenie ewidencji środków inwestycyjnych, zadań inwestycyjnych,
4) prowadzenie ewidencji zakładowego funduszu socjalnego, jego wykorzystania,
5) wykonywanie kontroli formalno – rachunkowej, dekretacji dowodów księgowych, rozliczeń z tytułu zakupu towarów i usług, rozliczania wyjazdów służbowych, rozliczania z tytułu rozrachunków z pracownikami, itp., według upoważnień wskazanych w Zarządzeniach Dyrektora,
6) terminowa realizacja płatności Szpitala z tytułu podatków i obowiązkowych składek,
7) realizacja zobowiązań Szpitala za dostawę towarów i usług,
8) organizowanie windykacji należności Szpitala,
9) organizacja pracy kasy Szpitala oraz przyjęcia i odprowadzenia gotówki,
10) terminowe wypłaty wynagrodzeń oraz nadzór nad prawidłowością ich naliczania,
11) ewidencja darowizn pieniężnych i rzeczowych na rzecz Szpitala,
12) prowadzenie rejestru sprzedaży, wystawianych faktur za świadczone przez Szpital usługi medyczne i pozostałą działalność, w tym ewidencja księgowa sprzedaży usług świadczonych przez Szpital na podstawie zestawień merytorycznych sporządzonych przez komórki organizacyjne Szpitala,
13) wystawianie faktur VAT, prowadzenie rejestrów VAT z tytułu sprzedaży oraz sporządzanie deklaracji VAT
14) czuwanie nad przestrzeganiem instrukcji obiegu dokumentów finansowo – księgowych, aktualizacja w zakresie potrzeb,
15) terminowe sporządzanie sprawozdań finansowych Szpitala,

[23] W brzmieniu ustalonym Uchwałą RS nr 4/15 z dnia 06.05.2015r.

16) wykonywanie zadań z zakresu obowiązków wynikających z przepisów ustawy o podatku dochodowym od osób prawnych i fizycznych,
17) wnioskowanie w sprawie dostosowania obiegu dokumentacji Szpitalnej do potrzeb ewidencji księgowej i analiz ekonomicznych,
18) przestrzeganie dyscypliny finansowej,
19) wnioskowanie w sprawie możliwości optymalizacji kosztów Szpitala,
20) prowadzenie ewidencji ilościowo - wartościowej środków trwałych i wyposażenia niskocennego oraz ewidencji pozabilansowej składników majątku,
21) prowadzenie ewidencji darowizn na rzecz Szpitala ich rozliczanie,
22) prowadzenie ewidencji księgowej w zakresie gospodarki magazynowej,
23) opracowywanie, weryfikacja systemu i metodologii rozliczania kosztów Szpitala oraz jego komórek organizacyjnych,
24) archiwizowanie dokumentów księgowych,
25) terminowe sporządzanie sprawozdań wymaganych przepisami ustaw i innych
26) przedkładanie wymaganych dokumentów organom kontrolnym wewnętrznym i zewnętrznym po uprzednim uzgodnieniu z bezpośrednim przełożonym,
27) rozliczanie i sporządzanie deklaracji podatku dochodowego od osób prawnych.

2. **skreślony**[24]

§ 36

1. **Naczelna Pielęgniarka** kieruje i nadzoruje działalność Szpitala w zakresie wszelkich spraw związanych z organizowaniem i koordynowaniem pracy średniego i wyższego personelu medycznego, tj. pielęgniarek, położnych, ratowników medycznych, sekretarek medycznych, rejestratorek medycznych, dietetyczek i oraz podejmuje decyzje w sprawach wchodzących w zakres działania podległego jej pionu.
2. Zakres uprawnień i obowiązków Naczelnej Pielęgniarki obejmuje w szczególności:
   1) wnioskowanie i opiniowanie Dyrektorowi Szpitala w sprawach dotyczących zatrudnienia i zwalniania, awansowania, nagradzania i karania, a także w innych kwestiach dotyczących podległego jej personelu,
   2) udział w planowaniu i nadzór nad podnoszeniem kwalifikacji personelu pielęgniarskiego/położniczego oraz organizacja systemu szkoleń wewnątrzzakładowych,
   3) nadzór nad szkoleniem pielęgniarek/położnych, które w ramach wolontariatu uaktualniają prawo wykonywania zawodu i ocena poziomu uzyskanych umiejętności pielęgniarskich,
   4) współpraca z pielęgniarkami oddziałowymi w zakresie spraw dotyczących:
      a) kształtowania odpowiedzialnej postawy etyczno-moralnej podległego jej personelu,
      b) właściwego rozwiązywania problemów, które stanowią ryzyko dla sprawnej opieki pielęgniarskiej,
   5) współpraca z kierownikami komórek organizacyjnych Szpitala, ordynatorami oddziałów, przedstawicielami samorządu pielęgniarek i położnych w zakresie sprawnego funkcjonowania Szpitala oraz prawidłowego przebiegu hospitalizacji pacjentów,
   6) planowanie etatów pielęgniarskich i położniczych, zgodnie z obowiązującymi normami,
   7) wdrażanie standardów i procedur pielęgniarskich i położniczych,

[24] W brzmieniu ustalonym Uchwałą RS nr 4/15 z dnia 06.05.2015r.

8) wdrażanie dokumentacji pielęgniarskiej i położniczej oraz nadzór nad jej prawidłowym prowadzeniem,
9) nadzór nad działalnością zespołów problemowych oraz rozwijanie pielęgniarskiej i położniczej działalności badawczej,
10) podnoszenie jakości świadczonych usług pielęgniarskich i położniczych,
11) kontrola pracy pielęgniarek oddziałowych,

3. W celu zapewnienia prawidłowej realizacji zadań współpracuje z kierownikami działów oraz sekcji zadań administracyjnych, ekonomicznych i technicznych.
4. Naczelna Pielęgniarka ponosi odpowiedzialność za prawidłowe funkcjonowanie całokształtu spraw organizacyjnych związanych z podległym personelem medycznym.
5. Naczelna Pielęgniarka podlega bezpośrednio Dyrektorowi Szpitala i przed nim odpowiada za wykonywanie swoich zadań.

<u>Pion Naczelnej Pielęgniarki</u>

§ 37

W zakresie działalności Szpitala Naczelna Pielęgniarka sprawuje nadzór nad personelem w:
1) Izbie Przyjęć.
2) Oddziałach Szpitalnych.
3) Poradniach Specjalistycznych.
4) Pracowniach Diagnostycznych,
5) Centralnej Sterylizacji,
6) Kuchni Mlecznej.

§ 38

Do podstawowych zadań i obowiązków należy:
1) nadzór nad pracą podległego personelu,
2) sprawowanie nadzoru nad właściwym rozmieszczeniem i wykorzystaniem podległego personelu oraz nad poziomem ich pracy,
3) organizowanie bądź pomoc w organizowaniu kursów, konferencji, odpraw i innych form szkolenia podległego personelu,
4) opracowywanie projektów i wniosków dotyczących pracy pielęgniarskiej lub spraw związanych z opieką pielęgniarską,
5) opiniowanie wniosków przy przyjmowaniu, zwalnianiu i awansowaniu podległego personelu,
6) dokonywanie okresowych inspekcji stanowisk pracy podległego personelu,
7) opracowywanie wniosków w związku ze stwierdzonymi uchybieniami i dopilnowanie ich realizacji.

§ 39

1. Pielęgniarki Koordynujące.

Do podstawowych zadań należy:
1) organizacja i realizacja kompleksowych zadań i świadczeń pielęgniarskich w Izbie Przyjęć, Przychodniach Specjalistycznych,
2) planowanie właściwego rozmieszczenia i wykorzystania podległego personelu,
3) stworzenie warunków organizacyjno – technicznych do wykonywania zadań,
4) systematyczne szacowanie rzeczywistego zapotrzebowania na opiekę pielęgniarską i położniczą,
5) organizowanie pracę podległego personelu poprzez planowanie optymalnych metod pracy,

6) monitorowanie, analizowanie i ocenianie pracy podległego personelu,
7) proponowanie rozwiązań na rzecz poprawy jakości świadczeń.

2. Pielęgniarki Oddziałowe.

Do podstawowych zadań należy:

1) organizowanie pracy pielęgniarek poprzez planowanie i kontrolowanie zadań podległego personelu oraz zapewnienie ciągłości całodobowej opieki pielęgniarskiej
2) planowanie doskonalenia zawodowego podległego personelu,
3) planowanie i przygotowywanie zapotrzebowania na sprzęt, aparaturę, leki i inne zasoby niezbędne do sprawowania opieki,
4) nadzorowanie adaptacji zawodowej nowych pracowników,
5) nadzorowanie dokumentacji medycznej, właściwe jej prowadzenie i przechowywanie,
6) zapewnienie właściwego obiegu informacji w zakresie nowych wytycznych i wprowadzanych zmian,
7) organizowanie codziennych odpraw,
8) organizowanie szkoleń wewnątrzoddziałowych,
9) nadzorowanie poprawności i jakości świadczonej opieki pielęgniarskiej,
10) nadzór nad higieną i bezpieczeństwem hospitalizowanych pacjentów,
11) nadzór nad przestrzeganiem obowiązujących procedur.

3. Centralna Sterylizacja

Centralna Sterylizacja jest wyodrębnioną komórką organizacyjną, która świadczy usługi na rzecz oddziałów szpitalnych, poradni specjalistycznych, innych komórek organizacyjnych udzielających świadczeń zdrowotnych i usług na zewnątrz.

Do zadań Centralnej Sterylizacji należy:

1) przyjęcie i przygotowanie sprzętu do sterylizacji,
2) sterylizacja sprzętu,
3) kontrola procesu sterylizacji (testy chemiczne i biologiczne),
4) wydawanie materiału wysterylizowanego.

4. Dietetyczki

Do zadań należy:

1) opracowywanie diet indywidualnych,
2) dokonywanie oceny planowanych jadłospisów i ich realizacji,
3) przestrzeganie prawidłowości zalecanych norm żywieniowych,
4) ocenianie spożycia posiłków przez pacjentów,
5) opracowanie dokumentacji rozliczeniowej zaopatrzenia produkcji i dystrybucji potraw,
6) sprawdzanie jakości i estetyki wydawanych gotowych potraw,
7) Wdrażanie i nadzorowanie przestrzegania zasad dobrej praktyki HACCP.

V. PRZEBIEG PROCESU UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH

Rozdział I. Postanowienia ogólne

§ 40

1. Szpital udziela świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych osobom ubezpieczonym oraz innym osobom uprawnionym do tych świadczeń na podstawie

odrębnych przepisów nieodpłatnie, za częściową odpłatnością lub całkowitą odpłatnością.
2. Świadczenia zdrowotne w Szpitalu są udzielane bez skierowania w razie wypadków, zatruć, urazów, porodu, stanów zagrożenia życia lub innych wypadkach wskazanych w powszechnie obowiązujących aktach prawnych.
3. Świadczenia zdrowotne udzielane są wyłącznie przez osoby wykonujące zawody medyczne oraz spełniające wymagania kwalifikacyjne określone w odrębnych przepisach.
4. Żadne okoliczności nie mogą stanowić podstawy do odmowy udzielania świadczenia zdrowotnego, jeżeli osoba zgłaszająca się do Szpitala potrzebuje natychmiastowego udzielenia takiego świadczenia, ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia.
5. Szpital prowadzi dokumentację medyczną dotyczącą osób korzystających ze świadczeń zdrowotnych z zapewnieniem ochrony danych osobowych zawartych w dokumentacji oraz udostępnia dokumentację zgodnie z obowiązującymi przepisami.

§ 41

1. Dokumentem potwierdzającym prawo ubezpieczonego do świadczeń opieki zdrowotnej oraz umożliwiającym potwierdzanie wykonania świadczeń opieki zdrowotnej jest karta ubezpieczenia zdrowotnego.
2. Świadczeniobiorca ubiegający się o udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej jest obowiązany przedstawić:
   1) kartę ubezpieczenia zdrowotnego – w przypadku ubezpieczonego;
   2) decyzję wójta (burmistrza, prezydenta) gminy właściwej ze względu na miejsce zamieszkania świadczeniobiorcy, potwierdzająca prawo do świadczeń opieki zdrowotnej, zawierająca nr PESEL świadczeniobiorcy – w przypadku świadczeniobiorcy innego niż ubezpieczony.
3. Przedstawienie przez świadczeniobiorcę dokumentów, o których mowa w pkt. 2, nie jest wymagane, jeżeli zostaną spełnione łącznie następujące warunki:
   1) świadczeniobiorca potwierdzi swoją tożsamość poprzez okazanie dowodu osobistego, paszportu, prawa jazdy albo legitymacji szkolnej; legitymacja szkolna może być okazana jedynie przez osobę, która nie ukończyła 18. ro-ku życia;
   2) szpital uzyska potwierdzenie prawa do świadczeń opieki zdrowotnej osoby ubiegającej się o udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej, na podstawie numeru PESEL świadczeniobiorcy lub w przypadku dziecka do ukończenia 3 – go miesiąca życia, na podstawie numeru PESEL osoby zobowiązanej do zgłoszenia dziecka do ubezpieczenia zdrowotnego, w sposób określony w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych /w systemie e – WUŚ/.
4. W przypadku niepotwierdzenia prawa do świadczeń opieki zdrowotnej w sposób określony w pkt. 3 ppkt. 2) świadczeniobiorca po okazaniu dokumentu, o którym mowa w pkt. 3, ppkt 1, może przedstawić inny dokument potwierdzający prawo do świadczeń opieki zdrowotnej, a jeżeli takiego dokumentu nie posiada, złożyć pisemne oświadczenie o przysługującym mu prawie do świadczeń opieki zdrowotnej z klauzulą o treści: „Posiadam prawo do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.” Wzór oświadczenia określa Minister Zdrowia.
5. W imieniu małoletnich, oświadczenie, o którym mowa w pkt. 4, składa przedstawiciel ustawowy, opiekun prawny lub faktyczny.
6. W stanach nagłych lub w przypadku, gdy ze względu na stan zdrowia nie jest możliwe złożenie oświadczenia, o którym mowa w pkt. 4 – 5, świadczenie opieki zdrowotnej zostanie udzielone pomimo braku potwierdzenia prawa do świadczeń opieki zdrowotnej w sposób wskazany w pkt. 2 - 5. – dokument potwierdzający prawo do świadczeń opieki zdrowotnej albo złożenie oświadczenia może być dokonane w terminie:
   1) 14 dni od dnia rozpoczęcia udzielania świadczenia opieki zdrowotnej lub,

2) 7 dni od dnia zakończenia udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w oddziale szpitalnym

– pod rygorem obciążenia kosztami udzielonych świadczeń.

7. Dokumentami potwierdzającym prawo do świadczeń opieki zdrowotnej przysługujących świadczeniobiorcy lub osobie uprawnionej do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji są:
   1) Europejską Kartę Ubezpieczenia Zdrowotnego lub
   2) zaświadczenie o prawie do tych świadczeń.
8. W przypadku jakiejkolwiek wątpliwości, należy przyjmować, że dzieci do lat 18, posiadające polskie obywatelstwo są ubezpieczone.

Przyjęcie i odmowa przyjęcia pacjenta do szpitala

§ 42

1. Przyjęcia pacjentów do Szpitala odbywają się całodobowo, na zasadach określonych w ogólnie obowiązujących przepisach, co oznacza, że:
   1) przyjęciu do Szpitala osoby zgłaszającej się lub kierowanej przez lekarza albo uprawnioną instytucję orzeka lekarz wyznaczony do tych czynności, po zapoznaniu się ze stanem zdrowia i uzyskaniu zgody tej osoby lub przedstawiciela ustawowego, chyba, że na mocy odrębnych przepisów możliwe jest przyjęcie do Szpitala bez wyrażenia zgody,
   2) jeżeli na skutek braku miejsc, zakresu udzielanych przez Szpital świadczeń lub ze względów epidemiologicznych pacjent skierowany do leczenia nie może zostać przez Szpital przyjęty, Szpital po udzieleniu niezbędnej pomocy medycznej zapewnia w razie potrzeby przewiezienie pacjenta do innego Szpitala, po uprzednim porozumieniu się z tym Szpitalem,
   3) jeżeli przyjęcie do Szpitala nie musi nastąpić natychmiast, nie występuje sytuacja bezpośredniego zagrożenia zdrowia lub życia, a Szpital nie ma w danej chwili możliwości przyjęcia, ordynatorzy wyznaczają termin, w którym nastąpi przyjęcie do Szpitala,
   4) pacjentów nie zakwalifikowanych do leczenia szpitalnego a wymagających leczenia ambulatoryjnego kieruje się z odpowiednimi zapisami dotyczącymi dalszego sposobu postępowania do odpowiednich zakładów opieki zdrowotnej.
2. Odmowa przyjęcia do Szpitala może nastąpić, jeżeli nie zachodzi przypadek cierpiący zwłoki, a brak udzielenia pomocy lekarskiej nie stanowi dla osoby pacjenta niebezpieczeństwa w szczególności: utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia w następujących przypadkach:
   1) braku wskazań lekarskich do hospitalizacji,
   2) braku zgody pacjenta na hospitalizację,
   3) braku wolnych miejsc w Szpitalu,
   4) braku możliwości udzielenia pomocy specjalistycznej ze względu na zakres udzielanych przez Szpital świadczeń,
   5) jeżeli względy epidemiologiczne nie pozwalają na umieszczenie pacjenta w Szpitalu.
3. W przypadku odmowy przyjęcia do Szpitala, lekarz ma obowiązek dostatecznie wcześnie uprzedzić o tym pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego bądź opiekuna faktycznego.

Listy oczekujących

§ 43

1. Świadczenia opieki zdrowotnej są udzielane pacjentom według kolejności zgłaszania w wyznaczonych dniach i godzinach.
2. Inwalidzi wojskowi i wojenni, kombatanci, Zasłużeni Honorowi Dawcy Krwi, Zasłużeni Dawcy Przeszczepu mają prawo korzystać poza kolejnością ze świadczeń zdrowotnych.
3. W przypadku braku miejsc, ze względów epidemicznych, zakresu udzielanych świadczeń lub wyczerpania limitu na udzielanie świadczeń, pacjenci kierowani są do innych placówek lecznictwa stacjonarnego, bądź jeśli jest to możliwe ze względu na stan zdrowia, wpisywani są na listę oczekujących na udzielenie świadczenia.
4. Lista oczekujących prowadzona jest w sposób zapewniający poszanowanie zasady sprawiedliwego, równego, nie dyskryminującego i przejrzystego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej oraz zgodnie z zasadami określonymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.
5. Lista oczekujących na udzielenie świadczenia podlega nadzorowi ordynatora, koordynującego pracą oddziału i Dyrektora.
6. Poza kolejnością przyjmowani do Szpitala są pacjenci w przypadkach: stanu zagrożenia życia lub porodu, wypadku, zatrucia, urazu.
7. Wysokość opłat ponoszonych przez pacjenta za wykonywanie świadczeń zdrowotnych nie finansowanych ze środków publicznych, określa cennik, stanowiący załącznik nr 5 do niniejszego Regulaminu Organizacyjnego. Cennik dostępny jest do wglądu w każdej komórce organizacyjnej udzielającej świadczeń zdrowotnych oraz jest dostępny na stronie internetowej szpitala /www.szpitalpediatryczny.pl /.[25]
8. Proces udzielania świadczeń zdrowotnych w przypadku pobierania opłat jest zorganizowany w sposób, o którym mowa w rozdziale: udzielanie świadczeń na warunkach komercyjnych.

Rozdział II. Opieka stacjonarna

IZBA PRZYJĘĆ

§ 44

1. Do zadań Izby Przyjęć należy w szczególności:
   1) badanie lekarskie chorych zgłaszających się do Szpitala,
   2) przyjmowanie chorych zakwalifikowanych do leczenia szpitalnego,
   3) udzielanie pomocy doraźnej chorym, którzy nie zostali zakwalifikowani do leczenia w Szpitalu, lub zostali zakwalifikowani do przyjęcia w późniejszym terminie,
   4) przekazywanie przyjmowanych pacjentów do oddziałów szpitalnych.
2. Personel Izby Przyjęć na dyżurze podlega w wykonywaniu swych czynności lekarzowi dyżurnemu izby przyjęć.
3. Lekarz Izby Przyjęć udziela pomocy w pilnych przypadkach w tych oddziałach, w których poza godzinami zwykłej ordynacji brak jest lekarza.
4. Lekarz Izby Przyjęć kieruje akcją udzielania pomocy chorym w przypadku masowego napływu poszkodowanych (katastrof).

§ 45

1. Praca Izby Przyjęć trwa przez całą dobę i prowadzona jest na zmiany.
2. Rozkład pracy lekarzy w Izbie Przyjęć ustala Dyrektor Szpitala.

[25] W brzmieniu ustalonym Uchwałą RS nr 4/15 z dnia 06.05.2015r.

3. Rozkład pracy pozostałego personelu Izby Przyjęć ustala Pielęgniarka Koordynująca Izby Przyjęć.

§ 46

W Izbie Przyjęć poza obowiązującą dokumentacją medyczną wynikającą z odrębnych przepisów prowadzi się :

1) wykaz liczby łóżek, w tym łóżek wolnych, na poszczególnych Oddziałach Szpitala,
2) dane te przekazywane są codziennie, a także do wiadomości właściwych instytucji, o ile taka potrzeba występuje.

§ 47

1. Każdy zgłaszający się pacjent ze skierowaniem lub przywieziony do Szpitala podlega wstępnemu badaniu medycznemu, wykonywanemu przez lekarza, celem ustalenia kolejności udzielania świadczeń zdrowotnych w Szpitalu.
2. W razie wątpliwości diagnostycznych lub terapeutycznych, w uzasadnionych medycznie przypadkach, lekarz z własnej inicjatywy lub na wniosek pacjenta winien zasięgnąć opinii lekarza specjalisty lub zorganizować konsylium lekarskie, zwane dalej konsultacją specjalistyczną.
3. Po wyrażeniu pisemnej zgody na hospitalizację i leczenie pacjent powinien być doprowadzony lub przetransportowany do właściwego Oddziału w sposób wskazany przez lekarza.
4. Jeżeli w czasie badania pacjenta okaże się , że istnieje podejrzenie występowania u niego choroby zakaźnej, należy bezzwłocznie skierować pacjenta do oddziału zakaźnego, a w pomieszczeniach, w których przebywa przeprowadzić doraźną dezynfekcję.

§ 48

1. Zasady postępowania w przypadku przyjęć **w trybie planowym** ustala się następująco:
   1) W celu ustalenia terminu planowej hospitalizacji pacjent winien zgłosić się w terminie od poniedziałku do piątku w godzinach 7.25 do 14.oo ze skierowaniem, aktualnymi badaniami i inną dokumentacją leczenia, w zależności od schorzenia na konsultację ordynatora lub wyznaczonego przez ordynatora lekarza oddziału,
   2) Rejestr pacjentów zakwalifikowanych do leczenia szpitalnego w terminie planowym prowadzi się w oddziałach szpitalnych.
2. Pacjent przyjmowany w trybie planowym zgłasza się w wyznaczonym terminie z:
   1) Kompletem wymaganej dokumentacji: skierowaniem do szpitala, wymaganymi badaniami dodatkowymi, konsultacjami specjalistycznymi i wpisami stwierdzającym odbycie posiadanych szczepień , dokumentacją medyczną z przebytych chorób i leczenia, dokumentem tożsamości, dowodem stwierdzającym ubezpieczenie zdrowotne,
   2) Wskazane jest posiadanie własnych przyborów toaletowych (ręcznik, szczoteczka do zębów, maszynka do golenia, kosmetyki, pidżama, szlafrok i obuwie domowe).

§ 49

1. Zasady postępowania w przypadku przyjęć **w trybie pilnym**:
   1) Jeżeli z rozpoznania wstępnego wynikają bezwzględne wskazania do natychmiastowego leczenia szpitalnego, lekarz izby przyjęć :
      a) wydaje konieczne zlecenia lecznicze (diagnostyczne i ogólne) a następnie
      b) natychmiast Izba Przyjęć organizuje transport pacjenta do właściwego Oddziału lub Bloku operacyjnego.
   2) W sytuacjach, kiedy bezpośredniego zagrożenia życia nie ma, po zbadaniu przez lekarza

Izby Przyjęć:
a) podaje się niezbędne leki,
b) wykonuje się niezbędne badania dodatkowe,
c) odbywają się konsultacje specjalistyczne,
d) transportuje się do właściwego oddziału.

2. Zasady postępowania w sytuacji konieczności nagłego udzielania pomocy medycznej dla osób przebywających na terenie obiektu Szpitala i jego posesji:
1) wstępna ocena medyczna pacjenta i podjęcie niezbędnych czynności w sytuacji zagrożenia życia wewnątrz Szpitala należy do obowiązków personelu komórki organizacyjnej, w której miało miejsce zdarzenie,
2) wstępna ocena medyczna pacjenta i podjęcie niezbędnych czynności w sytuacji zagrożenia życia na terenie posesji szpitala należy do obowiązków personelu izby przyjęć ogólnej,
3) po podjęciu niezbędnych czynności medycznych, zależnie od stanu zdrowia pacjent pod opieką personelu, o którym mowa powyżej winien by doprowadzony lub przetransportowany do izby przyjęć i przekazany pod opiekę lekarza izby przyjęć.

§ 50

1. W chwili ogłoszenia przez lekarza izby przyjęć wypadku masowego (wypadek z jednoczesnym transportem do szpitala 4 i więcej osób w stanie zagrożenia życia i zdrowia) działalność całego Szpitala jest ukierunkowana na pomoc poszkodowanym, zgodnie z zasadą „zrobić jak najwięcej dla jak największej liczby poszkodowanych" z wykorzystaniem zasobów placówki oraz współpracy instytucji zewnętrznych.
2. Na zakres procedury postępowania składają się wszystkie działania medyczne, organizacyjne i administracyjne związane z przyjęciem poszkodowanych do Izby Przyjęć.
3. Całością akcji kieruje lekarz Izby Przyjęć zgodnie z wewnętrznymi procedurami opartymi na odrębnych przepisach.

§ 51

1. Pacjent przyjmowany do szpitala winien być w stanie higienicznym nie budzącym zastrzeżeń.
2. W przypadku stwierdzenia złego stanu higienicznego:
1) pacjent może by poddany zabiegom higienicznym i dezynsekcji,
2) odzież zanieczyszczona lub z pasożytami zostaje poddana dezynsekcji.

§ 52

1. Swoje rzeczy osobiste i odzież pacjent może przekazać towarzyszącym członkom rodziny lub upoważnionym osobom.
2. Odzież pozostawiona w szpitalu może być przechowywana w magazynie odzieży chorych.
3. Swoje pieniądze i kosztowności pacjent może przekazać do depozytu szpitala.
4. Szpital nie odpowiada za przedmioty wartościowe i pieniądze pozostawione przy sobie i nie zadeklarowane do przechowania.
5. Przedmioty wartościowe znalezione przy pacjencie nieprzytomnym – w przypadku braku możliwości przekazania ich osobie bliskiej zabezpiecza Szpital.

§ 53

1. Lekarz Izby Przyjęć lub lekarz właściwego Oddziału postanawia o zawiadomieniu członka rodziny, przedstawiciela ustawowego lub opiekunów faktycznych pacjenta o;
1) przyjęciu bez ich wiedzy do Szpitala pacjenta niepełnoletniego,

2) przyjęciu pacjenta bez względu na wiek w przypadku nagłym i ciężkim albo o znacznym pogorszeniu się stanu zdrowia chorego lub o jego zgonie,
3) przeniesieniu pacjenta do innego zakładu opieki zdrowotnej z podaniem dokładnego adresu tego zakładu.

2. Zawiadomień , o których mowa w ust. 1 pkt. 1) oraz 3) dokonują sekretarka medyczna lub pielęgniarka izby przyjęć lub właściwego oddziału.
3. Zawiadomień , o których mowa w ust. 1 pkt. 2 dokonuje lekarz izby przyjęć lub lekarz właściwego oddziału.

§ 54

1. Tożsamość pacjentów przyjmowanych do Szpitala powinna być ustalana na podstawie dowodu osobistego lub innego dokumentu potwierdzającego tożsamość.
2. Obowiązek identyfikacji pacjenta przyjętego do szpitala dotyczy wszystkich pacjentów zgłaszających się do leczenia szpitalnego.
3. W każdym przypadku zgłoszenia się do Szpitala i przyjęcia pacjenta o nieznanych danych osobowych, z chorobą lub obrażeniami ciała mogącymi być skutkiem działania przestępczego, lekarz Izby Przyjęć powiadamia Policję.

§ 54a

1. Wyjazdowy zespół sanitarny typu „N" udziela świadczeń w stanach nagłego pogorszenia stanu zdrowia dziecka od jego urodzenia do ukończenia 4 tygodni, a w przypadkach uzasadnionych medycznie – do końca pierwszego roku życia dziecka, w tym wykonuje dla tej grupy świadczeniobiorców transport sanitarny, przy użyciu zestawu inkubatora transportowego, w szczególności w następujących stanach chorobowych:
1) niewydolność oddechowa wymagająca sztucznej wentylacji;
2) niewydolność układu krążenia;
3) stany wymagające interwencji chirurgicznej i po zabiegach;
4) inne (np. drgawki, niska waga urodzeniowa).
2. Wyjazdowy zespół sanitarny typu „N" realizuje świadczenia opieki zdrowotnej, w stanach chorobowych, w stosunku do dzieci w wieku określonym w pkt. 1, w szczególności w przypadkach:
1) konieczności niezwłocznego wykonania zabiegu w innym podmiocie leczniczym – transport na zlecenie świadczeniodawcy, u którego hospitalizowane jest dziecko;
2) konieczności kontynuacji leczenia w innym podmiocie leczniczym – transport dziecka chorego odpowiednio do lub z ośrodka referencyjnego znajdującego się w rejonie lub poza rejonem działania, na podstawie zlecenia świadczeniodawcy, u którego hospitalizowane jest dziecko.

ODDZIAŁY SZPITALNE

§ 55

1. Oddział jest podstawową komórką organizacyjną leczniczo – profilaktyczno – rehabilitacyjną działalności Szpitala.
2. Statut Szpitala określa ilość Oddziałów wraz z ich strukturą wewnętrzną oraz liczbę łóżek.

§ 56

1. Oddział może dzielić się na Pododdziały.
2. Oddział lub Pododdział może dzielić się na odcinki lekarskie i pielęgniarskie.
3. Wielkość odcinka lekarskiego i pielęgniarskiego określa Ordynator Oddziału i Pielęgniarka Oddziałowa w porozumieniu z Dyrektorem i Przełożoną pielęgniarek.

§ 57

Szpital zapewnia przyjętym pacjentom:

1) świadczenia zdrowotne,
2) środki farmaceutyczne i materiały medyczne,
3) pomieszczenie i wyżywienie odpowiednie do stanu zdrowia,
4) transport sanitarny na warunkach określonych w odrębnych przepisach.

§ 58

Hospitalizacja pacjenta obejmuje:

1) kompleksową ocenę stanu zdrowia,
2) przeprowadzenie procedur diagnostycznych,
3) leczenie farmakologiczne i / lub zabiegowe,
4) rehabilitację leczniczą,
5) wypis pacjenta: do domu/ do innego zakładu opieki zdrowotnej,
6) wydanie zaleceń lekarskich po hospitalizacji.

§ 59

1. W poszczególnych salach chorych mogą przebywać pacjenci tylko tej samej płci.
2. W salach o wzmożonym nadzorze medycznym podczas udzielania świadczeń zdrowotnych mogą przebywać pacjenci o odmiennej płci, przy zapewnieniu im intymności.
3. Zasada zachowania intymności dotyczy wszystkich czynności wykonywanych przy pacjencie.

§ 60

1. Badanie w celu ustalenia rozpoznania, ustalenia planu leczenia oraz leczenie powinno być rozpoczęte niezwłocznie po przyjęciu pacjenta do oddziału.
2. Plan opieki lekarsko -pielęgniarskiej nad pacjentem opracowywany jest w ciągu 24 godzin od przyjęcia i modyfikowany w zależności od potrzeb.
3. Pacjent zostaje poinformowany o głównych założeniach planu opieki nad pacjentem oraz o osobach sprawujących bezpośrednią opiekę nad pacjentem w oddziale.
4. W razie wątpliwości diagnostycznych lub terapeutycznych lekarz z własnej inicjatywy bądź na wniosek pacjenta lub przedstawiciela ustawowego, jeżeli uzna to za uzasadnione w świetle wymaga wiedzy medycznej powinien zorganizować konsultację specjalistyczną.
5. Konsultacje specjalistyczne w oddziale odbywają się w trybie pilnym lub planowym.
6. Pacjenci kierowani na badania specjalistyczne i zabiegi lecznicze powinni być zależnie od stanu zdrowia, przeprowadzani lub transportowani.

§ 61

1. W Szpitalu obowiązują następujące zasady uzyskiwania świadomej zgody pacjenta na zabieg operacyjny lub zastosowanie metody leczenia lub diagnostyki stwarzającej podwyższone ryzyko dla pacjenta:
   1) Lekarz może wykonać zabieg operacyjny albo zastosować metodę leczenia lub diagnostyki stwarzając podwyższone ryzyko dla pacjenta po uzyskaniu jego pisemnej zgody.
   2) Przed wyrażeniem zgody przez pacjenta lekarz ma obowiązek udzielenia mu przystępnej informacji o jego stanie zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych, leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu.

3) Lekarz może wykonać zabieg lub zastosować metodę stwarzając podwyższone ryzyko u pacjenta małoletniego, ubezwłasnowolnionego bądź niezdolnego do świadomego wyrażenia pisemnej zgody po uzyskaniu zgody jego przedstawiciela ustawowego, a gdy pacjent nie ma przedstawiciela lub, gdy porozumienie się z nim jest niemożliwe – po uzyskaniu zgody sądu opiekuńczego. Jeżeli pacjent ukończy 16 lat, wymagana jest także jego pisemna zgoda.
4) Jeżeli przedstawiciel ustawowy pacjenta małoletniego, ubezwłasnowolnionego bądź niezdolnego do świadomego wyrażenia zgody nie zgadza się na wykonanie przez lekarza czynności wymienionych w pkt.1, a niezbędnych dla usunięcia niebezpieczeństwa utraty przez pacjenta życia lub ciężkiego uszkodzenia ciała bądź ciężkiego rozstroju zdrowia, lekarz może wykona takie czynności po uzyskaniu zgody sądu opiekuńczego.
5) Lekarz może wykonać czynności, o których mowa w pkt.1, bez zgody przedstawiciela ustawowego pacjenta bądź zgody właściwego sądu opiekuńczego, gdy zwłoka spowodowana postępowaniem w sprawie uzyskania zgody grozi aby pacjentowi niebezpieczeństwem utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia. W takim przypadku lekarz ma obowiązek, o ile jest to możliwe, zasięgnąć opinii drugiego lekarza, w miarę możliwości tej samej specjalności. O wykonywanych czynnościach lekarz niezwłocznie zawiadamia przedstawiciela ustawowego, opiekuna faktycznego lub sąd opiekuńczy.
6) O okolicznościach, o których mowa w ust. 3-5, lekarz dokonuje odpowiedniej adnotacji w dokumentacji medycznej pacjenta.
7) Jeżeli w trakcie wykonywania zabiegu operacyjnego, metody leczniczej lub diagnostycznej wystąpią okoliczności, których nieuwzględnienie groziłoby pacjentowi niebezpieczeństwem utraty życia, ciężkim uszkodzeniem ciała lub ciężkim rozstrojem zdrowia, a nie ma możliwości niezwłocznie uzyskać zgody pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego, lekarz ma prawo, bez uzyskania tej zgody, zmienić zakres zabiegu bądź metody leczenia lub diagnostyki w sposób umożliwiający uwzględnienie tych okoliczności. W takim przypadku lekarz ma obowiązek, o ile jest to możliwe, zasięgnąć opinii drugiego lekarza, w miarę możliwości tej samej specjalności.
8) O okolicznościach, o których mowa w pkt.7, lekarz dokonuje odpowiedniej adnotacji w dokumentacji medycznej oraz informuje pacjenta, przedstawiciela ustawowego lub opiekuna faktycznego albo sąd opiekuńczy.

1. W przypadku osób niedowidzących lub niewidomych zgodę pacjenta uzyskuje się po głośnym odczytaniu treści podpisywanego przez pacjenta formularza „ świadomej zgody na zabieg / badanie”.
2. Wykaz procedur leczniczych, anestezjologicznych, diagnostycznych wymagających świadomej zgody pacjenta stanowi załącznik nr 3 niniejszego Regulaminu.

§ 62

1. Zasady przeprowadzania konsultacji medycznej pacjenta ustala się następująco;
   1) Decyzję o konsultacji podejmuje lekarz, po czym wpisuje ją do karty zleceń i zgłasza bezpośrednio lub przez pielęgniarkę / położną / sekretarkę medyczną.
   2) Pacjent winien by poinformowany o konieczności konsultacji.
   3) Zgłoszenie konsultacji specjalistom pracującym w Szpitalu może być dokonane telefonicznie.
   4) Zgłoszenie konsultacji specjalistom nie pracującym w szpitalu dokonują wyłącznie lekarze.

5) Przy zgłaszaniu konsultacji obowiązuje podanie nazwy oddziału, nazwiska pacjenta, głównego problemu wezwania oraz trybu konsultacji (pilny lub planowy).
6) Odbiorcą zgłoszenia może by lekarz lub pielęgniarka / położna / sekretarka medyczna.
7) Jeśli zgłoszenie zostało odebrane przez pielęgniarkę / położną / sekretarkę medyczną powinna ona bezzwłocznie powiadomić ordynatora lub lekarza zabezpieczającego pracę oddziału o treści i czasie zgłoszenia konsultacji oraz w jakim trybie ma się odbyć.
8) Informacja o konsultacji zobowiązuje lekarza do jej przeprowadzenia lub przekazania tego obowiązku innemu lekarzowi. Konsultacje planowe winny być zgłaszane w godzinach rannych, jednak nie później niż do godz. 11.oo. Realizacja konsultacji powinna mieć miejsce w dniu zgłoszenia, a w uzasadnionych przypadkach nie później niż 24 godziny od zgłoszenia.
9) Konsultacje pilne winny być realizowane niezwłocznie po zgłoszeniu, bez względu na porę dnia i nocy. W sytuacjach nagłych, związanych z zagrożeniem zatrzymania podstawowych czynności życiowych wnioski i zalecenia mogą być przekazane ustnie.
10) Decyzję o wdrożeniu zaleceń konsultanta podejmuje lekarz leczący.
11) Wnioski i zalecenia wynikające z konsultacji w oddziale winny być wpisane do karty konsultacyjnej w historii choroby i jeżeli to możliwe osobiście przekazane lekarzowi leczącemu.
12) Treść konsultacji w Izbie Przyjęć winna by wpisana do Księgi Porad i Odmów Ambulatoryjnych.

§ 63

1. Dla sprawnego funkcjonowania oddziałów ustala się zasady postępowania przekazania pacjentów kolejnym zmianom:
   1) codziennie w wyznaczonych godzinach w oddziałach szpitala odbywa się przekazanie pacjentów kolejnym zmianom lekarzy i pielęgniarek, położnych, poprzez przekazanie informacji o stanie zdrowia pacjentów oraz innych istotnych zawartych w raportach lekarskich i pielęgniarskich,
   2) lekarze przekazując pacjentów kolejnej zmianie przedstawiają istotne informacje o stanie zdrowia pacjentów, nowych przyjęciach do oddziału, interwencjach lekarskich oraz innych istotnych zdarzeniach i podjętych działaniach podczas wykonywania obowiązków służbowych,
   3) lekarze dyżurni zobowiązani są prowadzić raporty lekarskie w księdze raportów lekarskich,
   4) pielęgniarki i położne przekazują raport o stanie zdrowia pacjentów oraz istotnych zaleceniach w formie ustnej i pisemnej na koniec każdej zmiany,
   5) raport pielęgniarki sporządzany jest w księdze raportów pielęgniarskich.
2. Dla sprawnego funkcjonowania oddziałów ustala się następujące zasady postępowania w przypadku przekazania pacjenta między oddziałami szpitala:
   1) pacjent może by przekazany do innego oddziału po wstępnym uzgodnieniu z ordynatorem właściwego oddziału lub lekarzem oddziału,
   2) wypis z oddziału i przyjęcie do innego oddziału winno zawierać ten sam numer Księgi głównej. Nowa Historia choroby posiada ten sam numer Księgi Głównej, dopisuje się natomiast numer Księgi oddziałowej.
3. Zasady postępowania w przypadku przekazania pacjenta do innego zakładu opieki zdrowotnej:
   1) pacjent może by przekazany do innego zakładu po wstępnym uzgodnieniu z Ordynatorem lub lekarzem właściwego oddziału tego zakładu,

2) ordynator lub lekarz oddziału przekazujący pacjenta do innego zakładu dokonuje adnotacji w Historii choroby, do jakiej placówki zostać przekazany i z kim zostało ustalone przyjęcie,
3) zakończoną historię choroby przekazuje do Statystyki Medycznej.

4. Szczegółowe zasady postępowania w przypadkach przekazywania pacjenta pomiędzy oddziałami jak i pomiędzy podmiotami leczniczymi, dokumentowania tych czynności, określa procedura wewnętrzna procedura akredytacyjna.[26]

§ 64

Wypisanie pacjenta ze Szpitala następuje według następujących zasad:

1) Obowiązkiem lekarza leczącego jest zgłoszenie Ordynatorowi wniosku o wypisanie pacjenta niezwłocznie po zakończeniu leczenia szpitalnego.
2) Lekarz leczący wydając Kartę informacyjną dokładnie przedstawia pacjentowi dalsze zalecenia.
3) Do chwili opuszczenia Szpitala pacjent pozostaje w rejestrze pacjentów.

§ 65

1. Wypisanie ze Szpitala, jeżeli przepisy szczególne nie stanowią inaczej następuje:
   1) gdy stan zdrowia pacjenta nie wymaga dalszego leczenia w Szpitalu,
   2) na żądanie osoby przebywającej w szpitalu lub przedstawiciela małoletniego,
   3) gdy osoba przebywająca w Szpitalu w sposób rażący narusza obowiązujący Regulamin, a nie zachodzi obawa, że odmowa lub zaprzestanie udzielania świadczeń może spowodować bezpośrednie niebezpieczeństwo dla jej życia lub zdrowia i innych osób,
2. Jeżeli przedstawiciel małoletniego żąda wypisania ze Szpitala osoby, której stan zdrowia wymaga leczenia w Szpitalu, Dyrektor Szpitala lub lekarz przez niego wyznaczony może odmówić wypisania do czasu wydania w tej sprawie orzeczenia przez właściwy ze względu na siedzibę Szpitala Sąd opiekuńczy, chyba, że przepisy szczególne stanowi inaczej. Sąd opiekuńczy zawiadamiany jest niezwłocznie o odmowie wypisania ze Szpitala i przyczynach odmowy.
3. Osoba występująca o wypisanie ze Szpitala na własne żądanie jest informowana przez lekarza o możliwych następstwach zaprzestania leczenia w Szpitalu, po czym osoba ta składa pisemne oświadczenie o wypisaniu ze Szpitala na własne żądanie. W przypadku braku takiego oświadczenia lekarz sporządza adnotację w dokumentacji medycznej.

§ 66

1. Jeżeli przedstawiciel małoletniego nie odbiera małoletniego ze Szpitala w wyznaczonym terminie, Szpital zawiadamia o tym niezwłocznie organ gminy właściwej ze względu na miejsce zamieszkania lub pobytu tej osoby oraz organizuje na koszt gminy przewiezienie do miejsca zamieszkania.
2. Pacjent, którego stan zdrowia nie wymaga dalszego leczenia szpitalnego, a który nie wyraża zgody na wypisanie ze Szpitala, ponosi koszty pobytu w Szpitalu począwszy od momentu wypisu, niezależnie od uprawnień do bezpłatnych świadczeń określonych w przepisach odrębnych. Decyzję w tej sprawie podejmuje Dyrektor na wniosek Ordynatora oddziału.

[26] Jak w przypisie 1

§ 67

1. Lekarz zlecający badanie diagnostyczne informuje pacjenta o przewidywanym terminie odbioru wyniku.
2. Lekarz w zależności od wyniku badania podejmuje decyzję o pilnym wezwaniu pacjenta lub przekazaniu wyniku do dokumentacji medycznej pacjenta.
3. W przypadku nieprawidłowego wyniku, lekarz wyznacza termin i miejsce wizyty kontrolnej.
4. Sekretarka medyczna powiadamia pacjenta telefonicznie lub listownie o możliwości odbioru wyniku lub terminie i miejscu wizyty kontrolnej:
   1) oryginał wyniku zostaje w dokumentacji pacjenta,
   2) kopię wyniku odbiera pacjent za pokwitowaniem na oryginale wyniku.

§ 68

1. W porze przeznaczonej na posiłki dla pacjentów nie należy przeprowadzać badań i zabiegów, chyba, że zachodzi przypadek nie cierpiący zwłoki.
2. Dostarczanie pacjentom żywności jest dopuszczalne po uzgodnieniu z lekarzem prowadzącym.
3. Na wniosek pacjenta lub członka jego rodziny Ordynator może zezwolić na indywidualną opiekę przez wskazaną osobę.
4. Personelowi Oddziału nie wolno przebywać w salach pacjentów po zakończeniu pracy i przekazaniu jej następnej zmianie, bez uzyskania zgody bezpośredniego przełożonego.

Rozdział III. Lecznictwo ambulatoryjne

§ 69

1. Świadczenia zdrowotne w zakresie specjalistycznej ambulatoryjnej opieki zdrowotnej udzielane są w Poradniach Specjalistycznych przez lekarzy specjalistów danej Poradni, zwanych dalej lekarzami specjalistami.
2. Świadczenia z zakresu ambulatoryjnej specjalistycznej opieki zdrowotnej w ramach ubezpieczenia zdrowotnego udzielane są na podstawie skierowania lekarza ubezpieczenia zdrowotnego.
3. Świadczenia związane z wypadkiem, zatruciem, urazem, stanem zagrożenia życia lub porodem udzielane są bez skierowania lekarza ubezpieczenia zdrowotnego.

§ 70

Pacjent ma prawo do wyboru lekarza specjalisty spośród lekarzy udzielających świadczeń ambulatoryjnych.

§ 71

1. Rejestracja pacjentów może być dokonywana osobiście lub telefonicznie.
2. Świadczenia specjalistyczne udzielane są według kolejności zgłoszeń,
3. Poradnie specjalistyczne prowadzą listy oczekujących na świadczenia.

§ 72

Pacjent przyjmowany w Poradni Specjalistycznej zgłasza się w wyznaczonym terminie z:
1. dokumentem uprawniającym do korzystania ze świadczeń zdrowotnych,
2. wynikami badań wykonywanych na zlecenie lekarza POZ, leżące w jego kompetencji,
3. kartami informacyjnymi z leczenia szpitalnego, jeśli pacjent był wcześniej hospitalizowany.

§ 73

1. W uzasadnionych medycznie przypadkach lekarz specjalista wydaje skierowanie:
   1) na badania diagnostyczne,
   2) do innych Poradni Specjalistycznych,
   3) do leczenia stacjonarnego w Szpitalu.
2. W uzasadnionych medycznie przypadkach lekarz specjalista może objąć pacjenta stałym leczeniem w Poradni Specjalistycznej.
3. Lekarz specjalista w sytuacji określonej w ust. 2 informuje lekarza sprawującego podstawową opiekę zdrowotną nad pacjentem o przebiegu leczenia oraz o objęciu pacjenta stałym leczeniem specjalistycznym.

§ 74

W Poradnia Specjalistycznych, w miejscu ogólnie dostępnym dla pacjentów, umieszczone są :
   1) informacje o ogólnych zasadach udzielania świadczeń,
   2) o sposobie rejestracji,
   3) dniach i godzinach przyjęć przez lekarzy specjalistów,
   4) wyszczególnienie godzin pracy każdego lekarza udzielającego świadczeń zdrowotnych.

Rozdział IV. Pracownie diagnostyczne

§ 75

1. Świadczenia zdrowotne z zakresu badań diagnostycznych udzielane są w ramach funkcjonujących pracowni.[27]
2. Badania diagnostyczne mogą być wykonywane również przez podmioty zewnętrzne na podstawie umowy zawartej ze Szpitalem.

§ 76

1. Pacjent ma prawo do bezpłatnych świadczeń z zakresu badań diagnostycznych, w tym analityki medycznej na podstawie ważnego skierowania lekarza lub felczera ubezpieczenia zdrowotnego, pod warunkiem zawarcia stosownej umowy z podmiotem zlecającym wykonanie badania.
2. W pozostałych przypadkach za badania diagnostyczne odpłatność ponosi pacjent.
3. Stawki za badania diagnostyczne w Szpitalu, o którym mowa w ust. 2 określa cennik, stanowiący załącznik nr 5 do niniejszego Regulaminu Organizacyjnego.[28]

§ 77

Pracownie diagnostyczne dostępne są całodobowo dla potrzeb oddziałów szpitalnych.

Rozdział V. Blok operacyjny

§ 78

1. Blok Operacyjny stanowi wydzieloną komórkę organizacyjną Szpitala.
2. W oddziałach zabiegowych funkcjonują wydzielone sale zabiegowe, które stanowią część oddziału zabiegowego i są podporządkowane Ordynatorowi właściwego Oddziału.

§ 79

Blok Operacyjny, składa się z ;
   1) Dwóch sal operacyjnych,

[27] W brzmieniu ustalonym Uchwałą RS nr 4/15 z dnia 06.05.2015r.
[28] W brzmieniu ustalonym Uchwałą RS nr 4/15 z dnia 06.05.2015r.

2) Pokoi do przechowywania narzędzi sterylnych,
3) Pomieszczeń pomocniczych,

§ 80

W skład personelu Bloku Operacyjnego wchodzą:
1. Kierownik,
2. Lekarze operatorzy,
3. lekarze anestezjolodzy,
4. Pielęgniarki instrumentariuszki,
5. Pielęgniarki anestezjologiczne,
6. Personel pomocniczy.

§ 81

Personel znajdujący się w sali operacyjnej w czasie trwania zabiegu operacyjnego w sprawach dotyczących technicznego przeprowadzenia zabiegu jest podporządkowany lekarzowi operującemu, a w sprawach ogólnego postępowania i bezpieczeństwa życia i zdrowia pacjenta lekarzowi anestezjologowi.

§ 82

1. Na Bloku Operacyjnym, poza obowiązującą dokumentacją wynikającą z odrębnych przepisów, prowadzi się protokoły zużycia materiałów według obowiązujących wzorów.
2. Opisy operacyjne sporządza lekarz operujący lub lekarz pełniący pierwszą asystę.
3. W przypadku pobrania materiału do badań histopatologicznych skierowanie na to badanie sporządza bezpośrednio po zakończeniu operacji lekarz operujący lub pierwszy asystent.

§ 83

1. Lekarz operujący/lekarz pełniący pierwszą asystę/kierownik zespołu operacyjnego jest zobowiązany przed rozpoczęciem operacji:[29]
   1) osobiście zbadać pacjenta, upewnić się, czy pacjent bądź przedstawiciel małoletniego, wyraziły pisemną zgodę na zabieg operacyjny, bądź też czy zachodzą podstawy do wykonania zabiegu bez uzyskania tej zgody,[30]
   2) wypełnić w sali operacyjnej, na podstawie informacji udzielanych przez członków zespołu operacyjnego, Okołooperacyjną Kartę Kontrolną, opracowaną przez Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia.[31]
   3) kartę, o której mowa w pkt. 2), w części pierwszej /"Przed znieczuleniem"/ podpisuje lekarz anestezjolog.[32]
2. Przed przystąpieniem do zabiegu operacyjnego należy odpowiednio przygotować pacjenta pod względem jego kondycji psychicznej i fizycznej.[33]

§ 84

Po zakończeniu operacji pacjent powinien być przekazany przez personel sali operacyjnej lub personel anestezjologiczny pod opiekę personelowi Oddziału oraz pozostawać pod stałą kontrolą lekarską i pielęgniarską. Wszelkie zlecenia lekarskie powinny być uwidocznione w dokumentacji medycznej pacjenta.

[29] W brzmieniu ustalonym Uchwała RS nr 13/15 z dnia 17.12.2015r.
[30] W brzmieniu ustalonym Uchwała RS nr 13/15 z dnia 17.12.2015r.
[31] W brzmieniu ustalonym Uchwała RS nr 13/15 z dnia 17.12.2015r.
[32] W brzmieniu ustalonym Uchwałą RS nr 22/16 z dnia 28.12.2016r.
[33] W brzmieniu ustalonym Uchwała RS nr 13/15 z dnia 17.12.2015r.

§ 85

Blok Operacyjny jest utrzymany w stanie stałego pogotowia operacyjnego oraz zorganizowany w taki sposób, aby w razie nagłej potrzeby personel, instrumentarium, bielizna i aparatura medyczna były przygotowane do bezzwłocznego wykonania zabiegu operacyjnego o każdej porze.

§ 86

Zabiegi planowe odbywają się według ustalonego harmonogramu z podaniem danych osobowych pacjenta, Oddziału na którym przebywa, rozpoznania, rodzaju znieczulenia i wyznaczonego personelu operacyjnego. Wszelkie zmiany w harmonogramie operacji mogą nastąpić tylko za zgodą kierownika zespołu operacyjnego oraz za zgodą lekarza anestezjologa.

§ 87

1. Wstęp na salę operacyjną w czasie trwania zabiegu mają poza personelem operacyjnym tylko osoby, które uzyskały zezwolenie kierownika zespołu operacyjnego. Kierownicy komórek organizacyjnych lub wyznaczone przez nich osoby ponoszą pełną odpowiedzialność za wprowadzanie na blok operacyjny stażystów i innych osób szkolących się , po uprzednim uzyskaniu zgody kierownika.

1. Po każdym zabiegu operacyjnym należy niezwłocznie uporządkować salę, przeliczyć narzędzia i bieliznę operacyjną, materiał opatrunkowy i przygotować nowe zestawy.

Rozdział VI. Laboratorium Centralne

§ 88

Laboratorium Centralne

1. Zadaniem Laboratorium Centralnego, jest wykonywanie badań z zakresu analiz lekarskich u pacjentów leczonych w Szpitalu, w Poradniach Specjalistycznych oraz u pacjentów kierowanych przez innych świadczeniodawców w przypadku zawarcia stosownych umów, a także pacjentów bez skierowania, jeśli wyrażą taką wolę.
2. Pracownie analityczne Laboratorium Centralnego świadczą usługi całodobowo.
3. Szczegółowy zakres przeprowadzanych badań określa Dyrektor Szpitala na wniosek Kierownika Laboratorium. Katalog badań znajduje się u Kierownika i podawany jest do wiadomości wszystkich medycznych komórek organizacyjnych Szpitala.

§ 89[34]

1. W Laboratorium Centralnym wykonywane są świadczenia wchodzące w zakres:
   1) analityki klinicznej,
   2) mikrobiologii,
   3) toksykologii.
2. Zadania, określone w pkt. 1, wykonywane są w wyodrębnionych pomieszczeniach – pracowniach.

§ 90

1. Przyjmowanie materiałów z komórek medycznych Szpitala odbywa się w trybie planowym i dyżurowym. Godziny przyjmowania materiału do badań Kierownik Laboratorium podaje do wiadomości wszystkich medycznych komórek organizacyjnych.

[34] W brzmieniu ustalonym Uchwałą RS nr 4/15 z dnia 06.05.2015r.

2. Materiał do badania od pacjentów pobiera personel właściwego Oddziału przestrzegając ustalonych procedur medycznych, co do sposobu pobierania i dostarczania materiału. W przypadku badań wskazanych przez Kierownika Laboratorium, materiał od pacjentów danego Oddziału pobiera upoważniony personel Laboratorium.

§ 91

1. Materiał pobrany do badań planowych odbierany jest przez pracownika Laboratorium według ustalonych godzin.
2. Materiał pobrany w trybie pilnym dostarczany jest bezpośrednio po pobraniu od pacjenta, po odpowiednim zabezpieczeniu.
3. Materiał do badania oznaczony jako ”pilne” poddaje się analizie w pierwszej kolejności.

§ 92

Laboratorium przyjmuje tylko taki materiał do badania, który został przekazany wraz z dokładnie wypełnioną kartą skierowania materiału do badania, podpisaną przez osobę zlecającą i pobierającą, oraz tylko takie naczynia z materiałem do badania, które zostały prawidłowo oznakowane.

§ 93

1. Laboratorium może odmówić przyjęcia materiału nieodpowiednio pobranego lub nieodpowiednio zabezpieczonego albo zażąda powtórnego dostarczenia materiału bądź pobrania materiału przez upoważniony personel Laboratorium.
2. Badanie, którego wynik wzbudzi wątpliwości lekarza wykonuje się ponownie bez zbędnej zwłoki.

§ 94

1. W celu kontroli wyniku badania Kierownik Laboratorium może zażądać danych dotyczących leczenia, zawartych w dokumentacji medycznej pacjenta.
2. Szczegółowy zakres przebiegu procesu badania oraz jakości tego badania regulują wewnętrzne Procedury Laboratorium.
3. Laboratorium informuje o krytycznych przekroczeniach norm laboratoryjnych oraz o wynikach znacząco odbiegających od średniej wartości uzyskiwanej w procesie diagnostycznym. Informacja odbywa się przez powiadamianie lekarza kierującego telefonicznie o wartościach krytycznych oraz przez informowanie pacjenta wykupującego badania prywatnie o znaczących zaburzeniach przy odbiorze wyników.

§ 95

Wynik badania odbierają z Laboratorium pracownicy medycznych komórek organizacyjnych, pracownicy innych zakładów opieki zdrowotnej lub osobiście pacjenci albo osoby przez nich upoważnione.

§ 96

1. Materiał przesłany do badania stanowi własność Laboratorium.
2. Postępowanie z materiałem pozostałym po wykonaniu badania oraz materiałem używanym do wykonania analiz określają odrębne przepisy i przyjęte procedury.

Rozdział VII. Pracownia diagnostyki obrazowej

§ 97

1. Zadaniem Pracowni Diagnostyki Obrazowej jest wykonywanie badań radiologicznych i ultrasonograficznych u pacjentów leczonych w Szpitalu, Poradniach Specjalistycznych

oraz pacjentów kierowanych przez innych świadczeniodawców w przypadku zawarcia stosownych umów, a także pacjentów bez skierowania, za odpłatnością.
2. Pracownia Diagnostyki Obrazowej świadczy usługi całodobowo.
3. Szczegółowy zakres przeprowadzanych badań określa Dyrektor Szpitala na wniosek Kierownika. Katalog badań znajduje się u Kierownika Pracowni Diagnostyki Obrazowej i podawany jest do wiadomości wszystkich medycznych komórek organizacyjnych Szpitala.

§ 98

1. W skład Pracowni Diagnostyki Obrazowej wchodzą :
   1) Pracownia RTG,
   2) Pracownia USG
   3) Pracownia tomografii komputerowej

§ 99

1. Aparatura i sprzęt medyczny używany w Pracowni Diagnostyki Obrazowej podlega konserwacji i okresowej kontroli zgodnie z przyjętymi procedurami Pracowni i w oparciu o odrębne przepisy.
2. Pracownie powinny być należycie zabezpieczone przed wszelkimi wpływami powodującymi zaburzenia w prawidłowej czynności aparatury i sprzętu medycznego.

§ 100

Sposób przygotowania pacjentów do badania i sposób jego wykonania określają wewnętrzne procedury.

§ 101

1. W Pracowni Diagnostyki Obrazowej prowadzi się rejestr uzgodnionych terminów przyjęć pacjentów do badań planowych, jednak niezależnie od ustalonej planem codziennej liczby badań należy poddać badaniu wszystkich pacjentów w przypadkach nagłych i nie cierpiących zwłoki.
2. W przypadkach pilnych wyniki badania należy sporządzić tego samego dnia tak, aby były od razu do dyspozycji oddziału. W innych przypadkach wyniki powinny by przygotowane na dzień następny tak, aby oddziały mogły korzystać z nich w czasie rannego obchodu.

§ 102

1. Lekarz opisujący wynik badania może zażądać danych dotyczących leczenia, zawartych w dokumentacji medycznej pacjenta
2. Szczegółowy przebieg procesu badania oraz jakości tego badania określają wewnętrzne procedury Pracowni Diagnostyki Obrazowej.

§ 103

1. Wynik badania odbierają pracownicy medycznych komórek organizacyjnych Szpitala, pracownicy innych **podmiotów leczniczych**[35] lub osobiście pacjenci albo osoby przez nich upoważnione.
2. W obrębie szpitala wyniki badań są także przekazywane zlecającym za pomocą systemu informatycznego.[36]

[35] W brzmieniu ustalonym Uchwałą RS nr 4/15 z dnia 06.05.2015r.
[36] Jak w przypisie 1

§ 104

Postępowanie z materiałem pozostałym po wykonaniu badania oraz materiałem używanym do wykonania badań określają wewnętrzne procedury Pracowni Diagnostyki Obrazowej oparte na odrębnych przepisach.

Rozdział VIII. Pozostałe pracownie diagnostyczne.

§ 105

1. Zadaniem pozostałych pracowni diagnostycznych jest wykonywanie badań u pacjentów leczonych w Szpitalu, w Poradniach Specjalistycznych oraz pacjentów kierowanych przez innych świadczeniodawców w przypadku zawarcia stosownych umów, a także pacjentów bez skierowania, za odpłatnością jeśli wyrażą taką zgodę .
2. Pracownie świadczą usługi w wyznaczonych dniach i godzinach. W każdej Pracowni w miejscu ogólnie dostępnym dla pacjentów umieszczone są informacje o dniach i godzinach przyjęć na badanie. Dni i godziny przyjęć podane są do wiadomości Oddziałów, Poradni oraz innych podmiotów medycznych.
3. Szczegółowy zakres przeprowadzanych badań poszczególnych Pracowni określa Dyrektor Szpitala na wniosek kierownika Zespołu Specjalistycznych Poradni Dziecięcych z Diagnostyką i Ordynatorów Oddziałów.

§ 106

Pozostałe pracownie to:

1) Pracownia EEG
2) Pracownia EKG,
3) Pracownia Spirometrii,
4) Pracownia Endoskopii i Gastroenterologii.

§ 107

Świadczenia zdrowotne w Pracowniach udzielane są przez lekarzy specjalistów lub wykonywane przez innych wykwalifikowany personel.

§ 108

1. Aparatura i sprzęt medyczny używany w Pracowniach podlega konserwacji i okresowej kontroli zgodnie z przyjętymi procedurami i w oparciu o odrębne przepisy.
2. Pracownie powinny być należycie zabezpieczone przed wszelkimi wpływami powodującymi zaburzenia w prawidłowej czynności aparatury i sprzętu medycznego.

§ 109

Sposób przygotowania pacjentów do badania oraz sposób wykonania badania określa lekarz specjalista wykonujący badanie lub inny wykwalifikowany personel.

§ 110

W Pracowniach prowadzi się rejestr uzgodnionych terminów przyjęć pacjentów do badań planowych, jednak niezależnie od ustalonej planem codziennej liczby badań należy poddać badaniu wszystkich pacjentów, u których wystąpi nagła potrzeba wykonania badania.

§ 111

Wynik badania odbierają pracownicy medycznych komórek organizacyjnych Szpitala, pracownicy innych zakładów opieki zdrowotnej lub osobiście pacjenci albo osoby przez nich upoważnione.

§ 112

Lekarz opisujący wynik badania uprawniony jest do wglądu w dokumentację medyczną pacjenta dotyczącą leczenia.

§ 113

Postępowanie z materiałem: pobranym do dalszego badania, pozostałym po badaniu oraz używanym do bada określają wewnętrzne procedury oparte na odrębnych przepisach.

VI. WARUNKI WSPÓŁDZIAŁANIA Z INNYMI PODMIOTAMI WYKONUJĄCYMI DZIAŁALNOŚĆ LECZNICZĄ

§ 114

1. Szpital realizując swoje zadania:
   1) współpracuje z innymi podmiotami wykonującymi działalność leczniczą w zakresie zapewnienia prawidłowości diagnostyki, leczenia pacjentów i ciągłości postępowania,
   2) stosuje wytyczne i zalecenia organów administracji państwowej i samorządowej dotyczące zasad postępowania w określonych przypadkach.
2. Współpraca z innymi podmiotami wykonującymi działalność leczniczą odbywa się w ramach podpisanych umów i porozumień, w przedmiocie świadczeń zdrowotnych.
3. Szpital na bieżąco informuje współpracujące z nim podmioty wykonujące działalność leczniczą oraz gabinety lekarza rodzinnego o zakresie udzielania świadczeń medycznych oraz możliwościach diagnostycznych.
4. Szpital przyjmuje pacjentów skierowanych z innych jednostek opieki zdrowotnej w zależności od posiadania wolnych miejsc, z wyjątkiem stanów bezpośredniego zagrożenia życia.
5. W przypadku konieczności kontynuowania diagnostyki lub leczenia w innej jednostce opieki zdrowotnej pacjent jest kierowany na zasadach określonych przepisami prawa.
6. Szpital współpracuje z pogotowiem lotniczym na zasadach określonych w przyjętych procedurach.

§ 115

1. Szpital udziela zamówienia na świadczenia zdrowotne w celu wykonywania zadań Szpitala:
   1) podmiotowi wykonującemu działalność leczniczą w rozumieniu ustawy o działalności leczniczej,
   2) osobie legitymującej się nabyciem fachowych kwalifikacji do udzielania świadczeń zdrowotnych w określonym zakresie lub określonej dziedzinie medycyny,
2. Podmioty, o których mowa w ust. 1 pkt 1-2 zwane dalej „przyjmującym zamówienie”, przyjmując zamówienie zobowiązują się do wykonania zadań Szpitala w zakresie udzielonego zamówienia i na zasadach określonych w umowie.
3. Przyjmujący zamówienie nie może wykonywać udzielonego zamówienia przez osoby trzecie, chyba, że umowa stanowi inaczej.

§ 116

1. Szczegółowe zasady zamówienia na świadczenia zdrowotne określa umowa zawarta zgodnie z obowiązującymi przepisami między Szpitalem oraz przyjmującym zamówienie.
2. Umowę o udzielenie zamówienia zawiera się na czas udzielania określonych świadczeń lub na czas określony.

VII. PRAWA I OBOWIĄZKI PACJENTA ORAZ OSÓB TRZECICH

Rozdział I. Postanowienia ogólne

§ 117

Szpital przestrzega praw pacjenta wynikających z ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, w tym:

1) prawo do świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej,
2) prawo do natychmiastowego udzielenia świadczeń zdrowotnych ze względu na zagrożenie zdrowia lub życia,
3) prawo do świadczeń zdrowotnych udzielanych z należytą starannością,
4) prawo do informacji o swoim stanie zdrowia,
5) prawo do informacji o rodzaju i zakresie świadczeń zdrowotnych udzielanych przez szpital,
6) prawo do zachowania w tajemnicy przez osoby wykonujące zawód medyczny,
7) prawo do wyrażenia zgody na udzielenie określonych świadczeń zdrowotnych lub odmowy takiej zgody,
8) prawo do poszanowania intymności i godności,
9) prawo do umierania w spokoju i godności,
10) prawo do obecności osób bliskich,
11) prawo do dostępu do dokumentacji medycznej,
12) prawo do zgłoszenia sprzeciwu wobec opinii albo orzeczenia lekarza,
13) prawo do poszanowania życia prywatnego i rodzinnego,
14) prawo do opieki duszpasterskiej,
15) prawo do przechowywania rzeczy wartościowych w depozycie,

§ 118

Pacjent obowiązany jest do:

1) Stosowania się do wszystkich zaleceń i wskazówek personelu medycznego w zakresie stosowanej diagnostyki, terapii, leczenia i pielęgnacji,
2) Po przyjęciu do szpitala powiadomić lekarza o posiadanych przez siebie lekach, ewentualne ich stosowanie powinno być bezwzględnie ustalone z lekarzem prowadzącym,
3) Nie opuszczania w trakcie hospitalizacji budynku Szpitala bez wyraźnej zgody lekarza prowadzącego leczenie lub lekarza dyżurnego,
4) Przestrzegania bezwzględnego zakazu: spożywania alkoholu, palenia tytoniu, stosowania środków odurzających oraz uprawiania gier hazardowych na terenie Szpitala,
5) Przestrzegania zasad ustanowionych w aktach prawa wewnętrznego stanowionego przez Szpital,
6) Przestrzegania kultury, czystości osobistej, higieny i porządku w sali chorych,
7) Odpowiedzialności za powierzone rzeczy szpitalne i uszanowanie mienia szpitalnego,
8) Zachowania respektującego prawa innych pacjentów do wypoczynku,
9) Używania odbiorników radiowo-telewizyjnych za zgodą pozostałych pacjentów, których spokój może zostać zakłócony,
10) Nie wnoszenia sprzętu elektrycznego (sprzęt radiowo-telewizyjny, czajnik, żelazko itp.), wymagającego podłączenia do zewnętrznego źródła zasilania (gniazdka elektryczne),

11) Stosowania się do zaleceń personelu medycznego, w przypadku używania telefonów komórkowych.
12) Przestrzegać zasad bezpieczeństwa przeciwpożarowego

Rozdział II. Zasady przebywania na terenie Szpitala osób trzecich

§ 119

1. Osoby trzecie przebywające w Szpitalu obowiązuje:
   1) zaopatrzenie (przed wejściem do oddziału) w ochraniacze na obuwie,
   2) odwiedziny pacjentów winny odbywać się przy zachowaniu ciszy aby nie narazić spokoju innych pacjentów hospitalizowanych w oddziale, w sposób nie zakłócający normalnej pracy oddziału,
   3) przestrzeganie i stosowanie się do zasad porządkowych oddziałów i poleceń personelu medycznego.
2. Dzieci do lat 7 mogą odwiedzać pacjentów wyłącznie z osobą dorosłą i za zgoda ordynatora/lekarza kierującego oddziałem lub lekarza dyżurnego.
3. Odwiedziny pacjentów przebywających w oddziałach szpitalnych odbywaj się codziennie, bez ograniczeń:
   1) wyjątek stanowi Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii, gdzie odwiedziny odbywają się wyłącznie po uzyskaniu zgody ordynatora, lekarza zabezpieczającego pracę oddziału lub pielęgniarki oddziałowej.
4. W przypadkach uzasadnionych względami sanitarno-epidemiologicznymi, porządkowymi lub ze względu na stan zdrowia innych pacjentów przebywających w sali chorych odwiedziny mogą by w różnym zakresie ograniczone przez ordynatora/koordynatora oddziału.

§ 120

1. Jednego pacjenta mogą odwiedzać jednocześnie 2 osoby dorosłe.
2. Odwiedzających obowiązuje zakaz:
   1) manipulowania aparaturą medyczną, urządzeniami, instalacjami elektrycznymi, wentylacyjnymi, grzewczymi itp.
   2) wnoszenia na teren Szpitala i spożywania napojów alkoholowych,
   3) dostarczania artykułów żywnościowych, które zostały zabronione przez lekarza,
   4) odwiedzin w stanie nietrzeźwym,
   5) przynoszenia przedmiotów, których posiadanie w Szpitalu jest zbędne,
   6) wprowadzania i przynoszenia jakichkolwiek zwierząt do budynków Szpitala i Poradni,
   7) siadania na wózkach szpitalnych i łóżkach szpitalnych.
3. Nie wolno oddalać się z pacjentem poza oddział bez wiedzy lekarza lub pielęgniarki.
4. Osoba odwiedzająca ma obowiązek:
   1) włożyć okrycie ochronne, jeśli zaistnieje takie wskazanie,
   2) podporządkować się wszelkim zaleceniom i wskazówkom personelu Szpitala w trakcie odwiedzin.
5. Personel medyczny, w przypadkach nie stosowania się osób trzecich do zasad określonych powyżej, ma prawo nie wyrazić zgody na przebywanie osoby odwiedzającej w oddziale, jeżeli jej obecność może być uciążliwa dla pacjentów przebywających w oddziale.
6. Osoby odwiedzające nie stosujące się do postanowień niniejszego Regulaminu podlegają wydaleniu poza obręb Szpitala i ponoszą odpowiedzialność zgodnie z powszechnie obowiązującymi przepisami.

§ 121

1. W uzasadnionych przypadkach, za zgodą ordynatora/lekarza kierującego oddziałem/ lekarza prowadzącego, osoba trzecia będąca opiekunem pacjenta, może pozostać w oddziale i sprawować nad nim opiekę, przez całą dobę.
2. Zasady pokrywania kosztów związanych z pobytem osób trzecich w oddziale, w przypadku, o którym mowa w ust. 1, określa cennik stanowiący załącznik nr 5 do niniejszego Regulaminu Organizacyjnego.[37]

§ 122

1. Przedstawiciele mediów publicznych wchodzących na teren Szpitala w celu uzyskania informacji dotyczących jednostki zobowiązani są zgłosić ten zamiar Dyrektorowi lub osobie przez niego upoważnionej.
2. Upoważnionymi do udzielania informacji o działalności jednostki są Dyrektor Szpitala, jego zastępca lub inne osoby upoważnione w granicach obowiązków powierzonych im w tym zakresie i na zasadach określonych przez Dyrektora.
3. W przypadku zamiaru zbierania informacji lub opinii wśród pracowników Szpitala, przedstawiciel mediów publicznych zgłasza ten zamiar Dyrektorowi lub jego zastępcy, który zapewnia im możliwość swobodnego dostępu do źródła informacji w sposób nie kolidujący z działalnością komórek organizacyjnych Szpitala.

§ 123

Przedstawiciele firm medycznych i farmaceutycznych wchodzący na teren Szpitala w celu przeprowadzania prezentacji produktów i wyrobów są bezwzględnie zobowiązani zgłosić ten zamiar w formie pisemnej i uzyskać pisemną zgodę Dyrektora.

Rozdział III. Zasady udzielania informacji i udostępniania dokumentacji medycznej pacjenta

§ 124

1. Lekarz ma obowiązek udzielić pacjentowi lub przedstawicielowi małoletniego informacji o: rozpoznaniu, stanie zdrowia, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych, leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania lub zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu. Informacje powinny by sformułowane jasno i zrozumiale oraz udzielone z taktem i ostrożnością.
2. Lekarz może udzielać informacji, o której mowa w ust.1 innym osobom tylko za pisemną zgodą pacjenta/przedstawiciela małoletniego,
   1) jeśli pacjent takiego upoważnienia przy przyjęciu do szpitala nie udzieli , może złożyć je w trakcie pobytu w Szpitalu.
3. W sytuacjach wyjątkowych, jeśli rokowanie jest niepomyślne, lekarz może ograniczyć informacje o stanie zdrowia i rokowaniu w następujących przypadkach:
   1) gdy pacjent wyraźnie i świadomie nie życzy sobie takich informacji,
   2) oraz jeżeli według oceny lekarza przemawia za tym dobro pacjenta.

§ 125

1. Informację o stanie zdrowia pacjenta udzielają wyłącznie Ordynatorzy, lekarze prowadzący lub lekarze zabezpieczający pracę w godzinach ustalonych przez Ordynatorów i podanych do ogólnej wiadomości.

[37] W brzmieniu ustalonym Uchwałą RS nr 4/15 z dnia 06.05.2015r.

2. O stanie zdrowia ciężko chorych pacjentów, bądź w przypadkach szczególnie uzasadnionych lekarze udzielają informacji w każdym czasie.
3. Informacji o stanie zdrowia nie udziela się przez telefon. Można udzielić informacji telefonicznie, jeżeli osoba pytająca jest znana lub wiarygodnie uprawdopodobni swój status i niezbędność posiadania takiej informacji.
4. Oddziałowe oddziałów szpitalnych mogą udzielać informacji wyłącznie w sprawach dotyczących opieki pielęgniarskiej.
5. Lekarz prowadzący lub lekarz sprawujący opiekę nad pacjentem w sytuacji nagłego pogorszenia jego stanu zdrowia niezwłocznie zawiadamia przedstawiciela małoletniego.

§ 126

1. Pacjent ma prawo wglądu do swojej dokumentacji medycznej prowadzonej w Szpitalu.
2. W ramach udzielanych świadczeń zdrowotnych Szpital prowadzi dokumentację medyczną osób korzystających z tych świadczeń, zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami prawa.
3. Szczegółowe zasady prowadzenia dokumentacji medycznej określa Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania.

§ 127

1. Dokumentacja jest udostępniana na wniosek:
   a) pacjenta którego dotyczy,
   b) jego przedstawiciela ustawowego lub osoby przez niego upoważnionej,
   c) w razie śmierci pacjenta – osoby przez niego upoważnionej do uzyskiwania dokumentacji w przypadku jego zgonu,
   - na miejscu w zakładzie, za pośrednictwem lekarza prowadzącego.
2. Pacjent, jego przedstawiciel ustawowy lub osoba upoważniona przez pacjenta do uzyskiwania dokumentacji może wystąpić na piśmie do Szpitala o sporządzenie wyciągów, odpisów lub kopii dokumentacji dotyczącej pacjenta.

§ 128

1. Udostępnienie dokumentacji medycznej pacjenta na zewnątrz Szpitala organom i podmiotom uprawnionym na podstawie odrębnych przepisów następuje na podstawie decyzji Dyrektora Szpitala, z zachowaniem poufności i ochrony danych osobowych.
2. Dokumentację udostępnia się w formie kopii, wyciągów bądź odpisów, chyba że uprawniony organ żąda udostępnienia oryginałów dokumentacji.
3. Maksymalna wysokość opłaty za udostępnienie dokumentacji medycznej w sposób określony w ust.2 wynosi:
   1) za jedną stronę wyciągu lub odpisu dokumentacji medycznej - nie może przekraczać 0,002 przeciętnego wynagrodzenia w poprzednim kwartale 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) za jedną stronę kopii dokumentacji medycznej - nie może przekraczać 0,0002 przeciętnego wynagrodzenia, o którym mowa w pkt 1;
4. Wysokość opłaty, o których mowa w ust.3 została określona w cenniku stanowiącym załącznik nr 5 do niniejszego Regulaminu Organizacyjnego.[38]

[38] W brzmieniu ustalonym Uchwałą RS nr 4/15 z dnia 06.05.2015r.

5. Wniosek o udostępnienie dokumentacji medycznej składa się, uwzględniając czas na sporządzenie jej kopii, odpisu, wyciągu, w sekretariacie Szpitala z co najmniej dwudniowym wyprzedzeniem.
6. We wniosku należy uwzględnić formę odbioru dokumentacji. W przypadku przesłania jej drogą pocztową, koszty przesłania ponosi wnioskodawca.
7. Szczegółowe zasady udostępniania dokumentacji medycznej określa załącznik nr 6 do niniejszego Regulaminu Organizacyjnego.[39]

Rozdział IV. Tryb rozpatrywania i załatwiania skarg i wniosków

§ 129

Rozpatrywanie oraz załatwianie skarg i wniosków w Szpitalu odbywa się zgodnie z postanowieniami Kodeksu Postępowania Administracyjnego.

§ 130

1. **Skargi i wnioski** mogą być składane w formie ustnej lub pisemnej.
2. W sprawie skarg i wniosków Pacjent lub osoba reprezentująca jego prawa, jeżeli uzna, że te prawa zostały naruszone może zwrócić się z interwencją do:
   1) bezpośredniego przełożonego osoby udzielającej świadczenia zdrowotne,
   2) Dyrektora codziennie od godz. 9oo do 12oo.
3. W razie niezadowalającego załatwienia sprawy zwróci się o jej rozpatrzenie do dyrektora a w dalszej kolejności może zwrócić się do organu, który utworzył samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej.
4. W formie pisemnej, skargi i wnioski przyjmowane są w sekretariacie Szpitala we wszystkie dni robocze w godzinach od 8.00 do 14.00.
5. W razie niezadowalającego załatwienia sprawy zwróci się o jej rozpatrzenie do Sekcji skarg i wniosków przy Narodowym Funduszu Zdrowia oraz Biura Rzecznika Praw Pacjenta w Warszawie.
6. Jeżeli naruszenie prawa dotyczyło fachowej czynności medycznej, zwrócić się do Okręgowej Izby Lekarskiej, bądź do Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych , a także Naczelnej Rady Lekarskiej, bądź Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych w Warszawie.
7. Skierować sprawę do Sądu powszechnego, jeżeli w wyniku działania lub zaniechania zakładu opieki zdrowotnej lub osoby wykonującej zawód medyczny naruszono dobro osobiste pacjenta lub wyrządzono szkodę materialną w rozumieniu kodeksu cywilnego.

§ 131

1. Przedmiotem skargi lub wniosku może być w szczególności zaniedbanie lub nienależyte wykonanie zadań przez pracowników Szpitala.
2. Skarga pacjenta złożona w formie pisemnej zawiera co najmniej:
   1) imię, nazwisko i dokładny adres zamieszkania bądź adres do korespondencji,
   2) datę zdarzenia,
   3) nazwisko osoby, wobec której skierowane są zarzuty,
   4) uzasadnienie stawianych w skardze zarzutów.
3. Załatwienie sprawy wymagającej postępowania wyjaśniającego następuje bez zbędnej zwłoki, nie później jednak niż w ciągu miesiąca, a sprawy szczególnie skomplikowanej – nie później niż w ciągu dwóch miesięcy od dnia złożenia skargi.
4. Zawiadomienie o sposobie załatwienia skargi zawiera w szczególności:
   1) wskazanie, w jaki sposób skarga została załatwiona,

[39] W brzmieniu ustalonym Uchwałą RS nr 4/15 z dnia 06.05.2015r.

2) podanie imienia i nazwiska, stanowiska służbowego osoby upoważnionej do załatwienia skargi,
3) uzasadnienie z podaniem okoliczności faktycznych i w miarę potrzeby prawnych.

§ 132

1. Dla należytego sposobu rozpatrywania skarg i wniosków Dyrektor Szpitala może powoływać doraźne komisje.
2. Zadaniem komisji jest rozpatrywanie skarg na zaniedbania, zaniechania działania lub nienależyte wykonanie zadań przez pracowników Szpitala oraz wniosków, przedmiotem których są w szczególności sprawy organizacji, usprawnienia pracy i zapobiegania nadużyciom oraz lepszego zaspokajania potrzeb osobom korzystającym ze świadczeń zdrowotnych.
3. Po rozpatrzeniu skargi lub wniosku komisja może wskazywać podjęcie właściwych środków zmierzających do usunięcia przyczyn skargi lub przyjęcia uzasadnionego wniosku.

§ 133

Roszczenia odszkodowawcze pacjentów są rozpatrywane i załatwiane zgodnie z przepisami ustaw: o działalności leczniczej, prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, oraz kodeksu cywilnego.

VIII. POSTĘPOWANIE I OBOWIĄZKI SZPITALA W RAZIE ŚMIERCI PACJENTA

Rozdział I. Postępowanie w sytuacji zgonu pacjenta

§ 134

Postępowanie w razie śmierci pacjenta oraz szczątkami i tkankami ludzkimi odbywa się według zasad opartych na powszechnie obowiązujących przepisach.

§ 135

W każdym przypadku wyrażenia woli przez pacjenta obecności osoby duchownej/kapelana, należy umożliwić jej przybycie.

§ 136

W razie śmierci pacjenta:

1) w przypadku nieobecności osób bliskich w chwili zgonu lekarz prowadzący lub lekarz dyżurny lub osoba wskazana obowiązany jest niezwłocznie zawiadomić wskazaną przez chorego osobę lub instytucję, przedstawiciela ustawowego albo opiekuna faktycznego,
2) zawiadomienia o zgonie pacjenta o nieznanej tożsamości lub w razie nie zgłoszenia się osób bliskich do właściwego Urzędu Stanu Cywilnego dokonuje Statystyka Medyczna w dniu otrzymania dokumentacji.
3) zwłoki osoby, która zmarła w Szpitalu mogą zostać poddane sekcji zwłok, chyba że osoba ta za życia wyraziła sprzeciw lub uczynił to jej przedstawiciel ustawowy, z zastrzeżeniem pkt 6),
4) o zaniechaniu sekcji zwłok z przyczyny określonej w pkt 3) sporządza się adnotację w dokumentacji medycznej i załącza oświadczenie woli osoby zmarłej lub jego przedstawiciela ustawowego,

5) Dyrektor na wniosek właściwego ordynatora lub po zasięgnięciu jego opinii, zarządza dokonanie lub zaniechanie sekcji, w dokumentacji medycznej sporządza się adnotację o dokonaniu lub zaniechaniu sekcji zwłok z odpowiednim uzasadnieniem,
6) przepis pkt 3) nie dotyczy dokonywania sekcji w sytuacjach:
   a) określonych w kodeksie postępowania karnego,
   b) gdy przyczyny zgonu nie można określić w sposób jednoznaczny,
   c) gdy zgon pacjenta nastąpił przed upływem 12 godzin od przyjęcia do Szpitala;
7) dokonanie sekcji zwłok nie może nastąpić wcześniej niż po upływie 12 godzin od stwierdzenia zgonu.

§ 137

Postępowanie w razie śmierci pacjenta:

1) W razie śmierci pacjenta w Oddziale Szpitala / bloku operacyjnym pielęgniarka bezzwłocznie powiadamia o tym fakcie lekarza leczącego lub lekarza zabezpieczającego pracę,
2) Lekarz leczący lub lekarz zabezpieczający pracę natychmiast dokonuje oględzin zmarłego, a następnie stwierdza zgon i jego przyczynę oraz odnotowuje w dokumentacji medycznej datę i godzinę śmierci oraz wystawia kartę zgonu,
3) Sekretarka medyczna niezwłocznie tego samego dnia przekazuje kartę zgonu wystawioną przez lekarza do Statystyki Medycznej, lub następnego dnia w przypadku zgonu po godzinach urzędowania wspomnianej sekcji,
4) Pielęgniarka odnotowuje datę i godzinę zgonu w Historii Pielęgnowania/ Protokole pielęgniarki bloku operacyjnego/, sporządza wykaz pozostawionych przedmiotów w przypadku nieobecności rodziny przy zgonie,
5) Pielęgniarka zawiadamia pracownika podmiot właściwy do odbioru zwłok o godzinie odbioru zwłok z oddziału.

§ 138

1. W okresie między stwierdzeniem zgonu a przewiezieniem do Prosektorium zwłoki osoby zmarłej przechowuje się w wydzielonej sali /pro morte/, a w razie jego braku innym miejscu z zachowaniem godności należnej zmarłemu.
2. Wymaganą dokumentację medyczną przygotowuje personel właściwego oddziału szpitala.
3. W tym czasie pielęgniarka wykonuje:
   1) toaletę pośmiertną (mycie ciała, usunięcie drenów, zabezpieczenie miejsc po wkłuciach gazikami, itp.),
   2) zwłoki zabezpiecza prześcieradłem,
   3) zakłada na przegub dłoni albo stopy osoby zmarłej identyfikator wykonany z tasiemki, płótna lub tworzywa sztucznego. Na identyfikatorach znajduje się:
      a) imię i nazwisko osoby zmarłej,
      b) PESEL osoby zmarłej, a w przypadku jego braku serię i numer dokumentu stwierdzającego tożsamość,
      c) data i godzina zgonu,
      d) płeć .
4. Jeżeli nie jest możliwe ustalenie tożsamości osoby zmarłej, w karcie skierowania do chłodni oraz na identyfikatorze dokonuje się oznaczenia „NN” z podaniem przyczyny i okoliczności uniemożliwiających ustalenie tożsamości.

§ 139

1. Po upływie 2 godzin od zgonu i stwierdzeniu pewnych oznak śmierci przez lekarza prowadzącego lub lekarza zabezpieczającego pracę , pielęgniarka wypełnia Kartę skierowania zwłok do chłodni.
2. Zwłoki osoby zmarłej po udokumentowaniu odbioru wraz z Kartą skierowania zwłok do chłodni przekazuje uprawnionemu pracownikowi podmiotu upoważnionego do przewożenia zwłok.
3. Karta skierowania zwłok do chłodni zawiera:
    1) imię i nazwisko osoby zmarłej,
    2) PESEL osoby zmarłej, a przypadku jego braku serię i numer dokumentu stwierdzającego tożsamość, datę i godzinę zgonu,
    3) godzinę skierowania zwłok do chłodni,
    4) imię, nazwisko i podpis pielęgniarki wypełniającej kartę,
    5) godzinę przyjęcia zwłok do chłodni,
    6) imię i nazwisko oraz podpis osoby przyjmującej zwłoki do chłodni.

§ 140

Transport zwłok powinien by przeprowadzony w sposób dyskretny z zachowaniem godności należnej zmarłemu.

§ 141

1. W razie śmierci pacjenta w Izbie Przyjęć, czynności wskazane powyżej wykonuje pielęgniarka Izby Przyjęć.
2. W takim przypadku zgon powinien by potwierdzony przez lekarza zabezpieczającego pracę Izby przyjęć lub innego wyznaczonego lekarza oraz odnotowany w Księdze Zgonów i Historii Choroby w przypadku zgonu pacjenta Izby Przyjęć.
3. Izba Przyjęć prowadzi Księgę Zgonów i Historii Choroby dla wszystkich oddziałów szpitala.

§ 142

1. Pracownik prosektorium przygotowuje nieodpłatnie zwłoki do ich wydania osobie lub instytucji uprawnionej poprzez ich umycie i okrycie.
2. Nieodpłatnie zwłoki w prosektorium przechowuje się nie dłużej niż przez 72 godziny.
3. Cennik za przechowywanie zwłok powyżej 72 godzin przedstawia poniższa tabela:

Lp.	**Rodzaj usługi**	**Cena netto**	**VAT**	**Cena zł brutto**
1.	Przechowywanie zwłok	50,00 za każdą rozpoczętą dobę	23%	61,50

§ 143

1. W razie zgonu pacjenta o nieustalonej tożsamości bądź zgonu, co do którego istnieje pewność lub uzasadnione podejrzenie, że nastąpiło wskutek przestępstwa albo nieszczęśliwego wypadku, lekarz po konsultacji z kierownikiem danej komórki medycznej i Dyrektorem, niezwłocznie powiadamia: - właściwy miejscowo Ośrodek Pomocy Społecznej, Prokuraturę Rejonową lub Policję.
2. O zgonie pacjenta o nieustalonej tożsamości lub w przypadku nie zgłoszenia się rodziny do Szpitala po odbiór ciała, Szpital zawiadamia właściwy miejscowo Ośrodek Pomocy Społecznej ze względu na ostatni adres zamieszkania pacjenta.

3. Wypełnioną Kartę zgonu należy przekazać firmie pogrzebowej wskazanej na podstawie zlecenia wydanego przez Ośrodek Pomocy Społecznej.

§ 144

Szpital jest zobowiązany zgłosić fakt zgonu pacjenta poprzez przekazanie karty zgonu pacjenta do właściwego Urzędu Stanu Cywilnego, w terminie nie później niż 3 dni od daty zgonu.

§ 145

1. Przedmioty pozostałe po zmarłym pacjencie wydaje się osobom uprawnionym za pokwitowaniem.
2. Jeżeli w ciągu trzech miesięcy od daty zgonu nie zgłosi się prawny spadkobierca, Szpital przekazuje rzeczy pacjenta do depozytu właściwego Sądu Rejonowego.
3. Rzeczy pozostałe po zmarłym, którego zwłoki oddano do dyspozycji prokuratora, nie mogą być wydane przed: dokonaniem sekcji lub otrzymaniem zawiadomienia o zwolnieniu z sekcji.

§ 146

1. Zwłoki osób zmarłych na choroby zakaźne określone w stosownych przepisach niezwłocznie po stwierdzeniu zgonu zawija się w płótno nasycone płynem dezynfekcyjnym i składa w trumnie, którą szczelnie się zamyka i obmywa z zewnątrz płynem dezynfekcyjnym. Następnie na trumnę zakłada się worek foliowy z nieprzepuszczalnego tworzywa sztucznego, odpornego na uszkodzenia mechaniczne.
2. W razie zgonu na choroby zakaźne, o których mowa w ust.1 stosuje się następujące środki ostrożności:
    1) w pomieszczeniu, w którym leżą zwłoki, nie mogą zbierać się ludzie,
    2) dotykanie zwłok jest niedozwolone poza czynnościami wymienionymi w ust. 1,
    3) na dnie trumny umieszcza się warstwę substancji płynochłonnej o grubości 5 cm,
    4) pomieszczenie, w którym osoba zmarła przebywała oraz wszystkie przedmioty, z którymi była w styczności poddaje się odkażeniu.
3. W razie zgonu na chorobę zakaźną nie ujętą w wykazie, o którym mowa w ust. 1 lecz powodującą obowiązek przymusowej hospitalizacji, zgodnie z przepisami o zwalczaniu chorób zakaźnych do postępowania ze zwłokami stosuje się przepisy ust. 2, a ponadto:
    1) dotykanie zwłok jest niedozwolone poza czynnościami związanymi z obmyciem, ubraniem i ułożeniem zwłok w trumnie,
    2) do obmywania zwłok używa się płynu dezynfekcyjnego,
    3) niezwłocznie po złożeniu zwłok w trumnie, trumnę zamyka się szczelnie i obmywa z zewnątrz płynem dezynfekcyjnym.

§ 147

Zadania z zakresu Patomorfologii wykonuje uprawniony podmiot zgodnie z zawartą ze szpitalem umową w oparciu o wewnętrznie obowiązujące przepisy.

§ 148

1. Zabrania się pracownikom Szpitala i osobom udzielającym świadczeń zdrowotnych dla Szpitala udzielania informacji o zgonach zakładom pogrzebowym.
2. Informacje o zakładach pogrzebowych rodzina zmarłego może uzyskać w informatorach pozaszpitalnych. Pracownik Szpitala ma prawo wskazać jedynie informatory sieci telefonicznych i prasowych.

Rozdział II. Zasady i tryb pobierania komórek, tkanek i narządów od osób zmarłych

§ 149

1. Zasady i tryb pobierania komórek, tkanek i narządów regulują w szczególności przepisy ustawy o pobieraniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów.
2. Pacjent ma prawo do:
    1) wyrażenia i cofnięcia w każdym czasie sprzeciwu na pobranie po jego śmierci komórek, tkanek i narządów,
    2) dobrowolnego wyrażenia przed lekarzem zgody na pobranie od niego za życia komórek, tkanek lub narządów w celu ich przeszczepiania określonemu biorcy, jeżeli ma pełną zdolność do czynności prawnych,
    3) ochrony danych osobowych dotyczących dawcy/biorcy przeszczepu i objęcia ich tajemnicą.
3. Pacjent mający być biorcą ma prawo do umieszczenia go na liście osób oczekujących na przeszczepienie komórek, tkanek i narządów i być wybrany jako biorca w oparciu o kryteria medyczne.

§ 150

1. Pobranie komórek, tkanek i narządów do przeszczepiania jest dopuszczalne po stwierdzeniu trwałego i nieodwracalnego ustania funkcji pnia mózgu (śmierci mózgowej).
2. Śmierć mózgową stwierdza jednomyślnie komisja złożona z lekarza neurologa, lekarza anestezjologa, lekarza internistę.
3. Komisję powołuje oraz wyznacza jej przewodniczącego Dyrektor Szpitala.
4. Przewodniczący komisji powiadamia telefonicznie, faksem lub w inny sposób Centrum Organizacyjno– Koordynacyjne do Spraw Transplantacji „Poltransplant" o możliwości pobrania narządu lub tkanki do przeszczepu.
5. Powiadomienie powinno zawierać dane medyczne dotyczące dawcy, co pozwoli na ocenę przydatności narządów lub tkanek do pobrania i ocenę zgodności immunologicznej.
6. Lekarze Szpitala stanowią zespół kwalifikacyjny i współpracują z Centrum Organizacyjno – Koordynacyjnym do Spraw Transplantacji „Poltransplant".

§ 151

Za pobranie komórki, tkanki i narządów nie można żądać ani przyjmować zapłaty lub innych korzyści majątkowych. Jednak zwrot rzeczywiście poniesionych kosztów związanych z pobraniem komórek, tkanek, narządów ze zwłok ludzkich nie jest zapłatą i nie stanowi korzyści.

IX. UDZIELANIE SWIADCZEŃ NA WARUNKACH KOMERCYJNYCH - organizacja procesu udzielania świadczeń zdrowotnych w przypadku pobierania opłat

§ 152

1. Szpital udziela świadczeń zdrowotnych nieodpłatnie, odpłatnie i za częściową odpłatnością.
2. Świadczenia zdrowotne finansowane ze środków publicznych (świadczenia zdrowotne nieodpłatne) udzielane są osobom ubezpieczonym w Narodowym Funduszu Zdrowia bądź innym osobom uprawnionym, na podstawie umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych zawartej między Szpitalem a Narodowym Funduszem Zdrowia.
3. Za udzielone świadczenia zdrowotne inne niż finansowane ze środków publicznych (świadczenia zdrowotne odpłatne) pacjenci wnoszą opłaty zgodnie z ustalonym cennikiem opłat. Dyrektor Szpitala określa wysokość opłat za świadczenia zdrowotne i inne

czynności wynikające z procesu leczenia, udzielane przez właściwą medyczną komórkę organizacyjną Szpitala zgodnie z obowiązującymi przepisami.
4. Wysokość opłat za udzielane świadczenia zdrowotne inne niż finansowane ze środków publicznych określone są i aktualizowane Zarządzeniami Dyrektora.

§ 153

1. Udzielanie świadczeń zdrowotnych odpłatnych organizowane jest w taki sposób, aby nie ograniczać dostępności do świadczeń finansowanych ze środków publicznych, w sposób zapewniający poszanowanie zasady sprawiedliwego, równego, niedyskryminującego i przejrzystego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej oraz zgodnie z kryteriami medycznymi.
2. Udzielanie świadczeń zdrowotnych odpłatnych pozostaje bez wpływu na kolejność pozycji na prowadzonej przez Szpital liście oczekujących na udzielenie świadczenia finansowanego ze środków publicznych.
3. Świadczenia zdrowotne odpłatne udzielane będą w miarę możliwości w dniu zgłoszenia lub w innym terminie uzgodnionym z pacjentem, według ustalanej kolejności w dniach i godzinach ich udzielania.
4. Pacjent ma prawo do pełnej informacji dotyczącej jego prawa do uzyskania świadczenia finansowanego ze świadczeń publicznych oraz warunkach uzyskania takiego świadczenia.
5. Szpital nie może odmówić udzielenia świadczenia zdrowotnego osobie, która potrzebuje natychmiastowego udzielenia takiego świadczenia ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia.

X. ZASADY STOSOWANIA PRZYMUSU BEZPOŚREDNIEGO

§ 154

1. Respektując prawa pacjenta do życzliwego i kulturalnego traktowania oraz poszanowania jego godności osobistej – środki przymusu względem pacjenta mogą być stosowane wyjątkowo i tylko w sytuacjach przewidzianych prawem .
2. Zastosowanie przymusu bezpośredniego musi być poprzedzone wnikliwą analizą okoliczności uzasadniających stosowanie przymusu i uprzedzeniem pacjenta lub opiekuna o konieczności jego zastosowania .
3. Przymus bezpośredni wobec osób z zaburzeniami psychicznymi , osób niepoczytalnych będących pod wpływem środków odurzających , alkoholu lub środków o podobnym działaniu , można zastosować tylko wtedy , gdy osoby te dopuszczają się zamachu przeciwko życiu , zdrowiu własnemu ,życiu lub zdrowiu innej osoby, bezpieczeństwu powszechnemu bądź w sposób gwałtowny niszczą lub uszkadzają przedmioty znajdujące się w ich otoczeniu.
4. Dopuszczalną formy stosowania przymusu bezpośredniego jest :
   a) przytrzymanie ,
   b) unieruchomienie ,
   c) izolacja ,
   d) przymusowe zastosowanie leków .
5. O zastosowaniu przymusu bezpośredniego decyduje lekarz , określając jego rodzaj i czas trwania oraz osobiście nadzoruje jego wykonanie .
6. W przypadku , gdy nie jest możliwe uzyskanie natychmiastowej decyzji lekarza – o przymusie decyduje pielęgniarka , powiadamiając niezwłocznie lekarza .
7. Każdy przypadek zastosowania przymusu bezpośredniego odnotowuje się w dokumentacji medycznej oraz zgłasza Dyrektorowi.

XI. ZAOPATRYWANIE PACJENTÓW W ZNAKI IDENTYFIKACYJNE

§ 155

Każdego pacjenta przyjętego do szpitala zaopatruje się w znak identyfikacyjny, w formie opaski, zakładanej na nadgarstek /w przypadku gdy nie jest to możliwe – na kostkę nogi/, zawierający dane: numer kolejny księgi głównej Izby Przyjęć, datę urodzenia oraz nazwę oddziału na który pacjent zostaje przyjęty.

§ 156

Dodatkowym elementem identyfikującym pacjenta jest kolor opaski przypisany danemu oddziałowi:
Oddział Niemowlęcy – kolor różowy,
Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii – kolor niebieski,
Oddział Pediatryczny – kolor zielony,
Oddział Otolaryngologiczny – kolor żółty,
Oddział chirurgiczny – kolor biały.

§ 157

W przypadku braku możliwości ustalenia tożsamości przy przyjęciu do szpitala, na opasce umieszcza się oznaczenie „NN”, numer kolejny księgi głównej Izby Przyjęć, nazwę oddziału na który pacjent zostaje przyjęty.

§ 158

Czynności, o których mowa w §§ 155 - 157, dokonują pracownicy Izby Przyjęć, po ustaleniu tożsamości pacjenta w obecności osoby bliskiej z zastrzeżeniem § 157, gdzie tożsamość ustalana jest w oddziale szpitala.

§ 159

W przypadku braku możliwości założenia opaski, w sposób określony w § 155, dziecku, które nie ukończyło szóstego roku życia, możliwe jest umieszczenie opaski identyfikacyjnej na łóżku dziecka lub inkubatorze. Adnotację o tym fakcie odnotowuje się w dokumentacji medycznej dziecka.

§ 160

W przypadku stwierdzenia braku lub zniszczenia znaków tożsamości założonych przy przyjmowaniu dziecka do Szpitala, po ustaleniu tożsamości na podstawie dokumentacji medycznej, zakłada się nowe znaki identyfikacyjne. Adnotację o tych okolicznościach zamieszcza się w dokumentacji medycznej

§ 161

Przy wypisywaniu pacjenta, opaskę indentyfikacyjną, po sprawdzeniu zgodności z dokumentacją medyczną indywidulną, wydaje się pacjentowi, osobie bliskiej bądź opiekunowi prawnemu, dokonując adnotacji o tym fakcie w indywidualnej dokumentacji medycznej pacjenta.

XII. PRZECHOWYWANIE RZECZY WARTOŚCIOWYCH I ODZIEŻY

§ 162

1. Pacjent ma prawo przechowywać wartościowe rzeczy w depozycie Szpitala:
   „DEPOZYT” – przedmioty wartościowe i dokumenty należące do pacjenta i zabezpieczone przez Szpital na czas hospitalizacji.
2. Rzeczami wartościowymi w rozumieniu Regulaminu są:
   1) krajowe i zagraniczne pieniądze,
   2) kruszce szlachetne i wyroby z tych kruszców oraz drogie kamienie (biżuteria),

3) krajowe i zagraniczne papiery wartościowe,
4) inne przedmioty uznane za wartościowe przez pacjenta lub pracownika Szpitala, np.: zegarki, telefony komórkowe, klucze do mieszkania, szkła korekcyjne, szkła kontaktowe, protezy zębowe, itp.

1. Za rzeczy wartościowe, nie zgłoszone przez pacjenta do depozytu Szpital nie ponosi odpowiedzialności.

§ 163

1. Pacjent zakwalifikowany do leczenia szpitalnego w chwili przyjęcia ma prawo złożyć do depozytu przedmioty wartościowe i dokumenty.
2. Spis przedmiotów wartościowych do depozytu zawiera następujące dane:
   1) imię , nazwisko, data i miejsce urodzenia, PESEL, adres zamieszkania pacjenta,
   2) dat przyjęcia depozytu;
   3) imię , nazwisko i stanowisko osoby przyjmującej depozyt,
   4) imię , nazwisko i stanowisko osób obecnych przy sporządzaniu spisu depozytu, jego zabezpieczeniu (opakowaniu) i opieczętowaniu,
   5) spis rzeczy wartościowych oddanych do depozytu i ich opis – cechy indywidualne, nazwę, rodzaj, szacunkową warto , barwę , markę i stan zużycia (w sytuacji braku cech indywidualnych odnotowuje się ten fakt w karcie depozytowej),
   6) własnoręczny podpis osoby przyjmującej depozyt oraz pacjenta, jak też innych osób obecnych przy przyjmowaniu depozytu.
3. Spis przedmiotów do depozytu sporządza się w trzech egzemplarzach: oryginał dla pacjenta, drugi egzemplarz dołącza się do depozytu, trzeci pozostaje w komórce organizacyjnej szpitala, w której przebywa pacjent.
4. Depozyt przechowuje się w opakowaniu trwale zamkniętym ostemplowanym pieczęcią zakładu. Na opakowaniu umieszcza się dodatkowo numer księgi depozytowej, imię i nazwisko, datę urodzenia oraz adres zamieszkania pacjenta.

§ 164

1. Szpital prowadzi Księgę Depozytów.
2. Księga Depozytów zawiera ponumerowane strony z pieczęcią urzędową Szpitala.
3. Obok pieczęci Dyrektor i Główny Księgowy stwierdzają cyfrowo i słownie ilość stron z podpisami.
4. Księga Depozytów zawiera następujące dane:
   1) numer kolejny;
   2) nazwisko i imię pacjenta;
   3) dat urodzenia i imiona rodziców;
   4) dat przyjęcia depozytu;
   5) kwot depozytu pieniężnego;
   6) rodzaj przedmiotu wartościowego, w tym jako, cechy, znak;
   7) dat wydania depozytu;
   8) podpis osoby odbierającej depozyt.
5. Księgę Depozytów wraz z dowodami stwierdzającymi zapisy przechowuje się pod zamknięciem w Dziale Księgowości Szpitala.

§ 165

1. Pacjent ma prawo złożyć depozyt zarówno w chwili przyjęcia do szpitala w Izbie Przyjęć, jak też w oddziale, na którym pacjent przebywa. Depozyt zostaje zabezpieczony i przechowywany w kasetach metalowych do czasu przekazania go do depozytu szpitala:
   1) pracownik Izby Przyjęć lub oddziału bezpośrednio przy przyjęciu depozytu sporządza w trzech egzemplarzach kartę depozytową,

2) oryginał karty depozytowej wydaje się pacjentowi,
3) depozyt wraz z drugim egzemplarzem karty depozytowej przekazuje się pracownikowi działu księgowości,
4) pracownik działu księgowości wpisuje depozyt do księgi i zabezpiecza depozyt w sejfie lub szafie pancernej oraz kwituje pracownikowi Izby Przyjęć lub oddziału odbiór depozytu na trzecim egzemplarzu, który pozostaje we właściwej komórce organizacyjnej jako dowód przekazania depozytu do Depozytu szpitala.

2. W szpitalu dopuszcza się możliwość złożenia depozytu w oddziale lub Izbie Przyjęć na czas trwania zabiegu operacyjnego lub badania diagnostycznego.

§ 166

1. Jeżeli pacjent został przyjęty do Szpitala w stanie wyłączającym świadome postępowanie, sporządza się protokół znalezionych przy nim rzeczy wartościowych, w obecności świadków: pracowników Pogotowia Ratunkowego lub innych osób dostarczających pacjenta do Szpitala:
   1) w przypadku, gdy pacjent jest nieprzytomny, lub niezdolny do zrozumienia znaczenia informacji i brak jest obecności osób reprezentujących jego prawa zawsze zabezpieczamy przedmioty wartościowe pacjenta, protokół znalezionych przy nim rzeczy wartościowych sporządza się w obecności świadków: pracowników Pogotowia ratunkowego lub innych osób dostarczających pacjenta do szpitala,
   2) oryginał karty depozytowej przechowuje się wraz z przedmiotami oddanymi do depozytu. Pierwszą kopię dołączamy do historii choroby, druga kopia pozostaje w oddziale lub izbie przyjęć z podpisem kasjera jako osoby przyjmującej depozyt,
   3) niezwłocznie po ustaleniu okoliczności, o których mowa w pkt 2 zawiadamiamy pacjenta o złożeniu rzeczy wartościowych do depozytu. W przypadku wyrażenia woli dalszego przechowywania rzeczy wartościowych w depozycie, pacjent składa podpis na karcie depozytowej wraz z aktualną datą ,
   4) w przypadku trwania okoliczności, w których mowa w pkt 1, przez okres dłuższy ni 24 godziny od czasu przybycia, należy o przyjęciu rzeczy wartościowych do depozytu powiadomić osoby upoważnione do dysponowania ruchomościami pacjenta.
2. W razie obecności przedstawiciela ustawowego lub opiekuna faktycznego lub osoby dostarczającej pacjenta (jeżeli istnieje taka możliwość), powinien on wziąć udział w czynnościach sporządzania protokołu.
3. Protokół ze strony Szpitala podpisuje Pielęgniarka i lub Lekarz zabezpieczający pracę Izby Przyjęć lub Oddziału. Protokół stanowi podstaw do złożenia rzeczy wartościowych do Depozytu Szpitala.

§ 167

Depozyt wydajemy za okazaniem dowodu tożsamości na podstawie karty depozytowe pacjentowi lub osobie uprawnionej do dysponowania jego mieniem. Osoba przyjmująca depozyt potwierdza ten fakt własnoręcznym, czytelnym podpisem i dat na kopii karty depozytowej. Osoba wydaj ca depozyt zobowiązana jest dopisać na kopii karty depozytowej imię, nazwisko oraz numer dowodu to samo ci osoby odbierającej depozyt.

§ 168

1. W razie zgonu pacjenta depozyt wartościowy wydaje się osobie uprawnionej.
2. Osoba odbierająca depozyt kwituje odbiór podpisem i datą, a ponadto pracownik odpowiedzialny za depozyty wpisuje czytelnie do Księgi Depozytów nazwisko i imię, numer dowodu to samo ci danej osoby oraz organu, który wyda dowód.

§ 169

1. Na żądanie pacjenta lub osoby przez niego upoważnionej, depozyt może by wydany częściowo w czasie pobytu pacjenta w Szpitalu.
2. Jeżeli podejmowana jest tylko część depozytu, należy wydać cały depozyt, następnie zapisać pod nową pozycją i numerem w Księdze Depozytów te przedmioty oraz sumę pieniężną, którą pacjent pozostawia w depozycie.

§ 170

1. Pacjent ma prawo przechowywać odzież i obuwie w magazynie odzieży chorych Szpitala.
   1) Zadeklarowaną do przechowania w Magazynie Szpitala odzież i obuwie przyjmuje wyznaczony pracownik obsługi, który sporządza spis ubrania i obuwia na obowiązującym Pokwitowaniu. Pokwitowanie podpisuje przyjmujący rzeczy oraz pacjent.
   2) Pokwitowanie składa się z trzech jednobrzmiących egzemplarzy, z których jeden otrzymuje pacjent, drugi dołącza się do rzeczy pacjenta, trzeci pozostaje w Izbie Przyjęć.
   3) Rzeczy pacjenta do czasu przekazania ich do Magazynu Szpitala przechowywane się w Izbie Przyjęć. Odpowiedzialność za przechowanie rzeczy należących do pacjentów w Izbie Przyjęć ponosi osoba przyjmująca ubranie.
   4) Magazynier kwituje odbiór przekazanych rzeczy Izbie Przyjęć i przechowuje je do czasu odbioru przez pacjenta.
   5) Odzież jest odbierana na podstawie pokwitowania wydanego w Izbie Przyjęć.
   6) W przypadku nieustalenia miejsca pobytu pacjenta lub osób uprawnionych, odzie , obuwie lub inne rzeczy powszechnego użytku o znikomej wartości przechodzą na rzecz Szpitala lub ulegają likwidacji po upływie 2 lat od chwili podjęcia przez Szpital próby ustalenia odbiorcy.

XIII. POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 171

1. Regulamin Organizacyjny wchodzi w życie z dniem podpisania Zarządzenia przez Dyrektora Szpitala, po zaopiniowaniu Regulaminu przez Radę Społeczną.
2. Wszelkie zmiany Regulaminu w trybie jego wprowadzenia dokonuje Dyrektor pod rygorem nieważności.
3. W sprawach nieuregulowanych niniejszym Regulaminem zastosowanie mają pozostałe Akty prawne wewnętrzne Dyrektora i procedury przez niego zatwierdzane.
4. Niniejszy Regulamin jest zgodny ze Statutem Szpitala Pediatrycznego w Bielsku – Białej, jego aktami wewnętrznymi i innymi odrębnie obowiązującymi przepisami prawnymi.

Załączniki

1. Załącznik nr 1 – Schemat organizacyjny Szpitala Pediatrycznego w Bielsku-Białej.
2. Załącznik nr 2 – Szczegółowy Schemat Organizacyjny,
3. Załącznik nr 3 – Wykaz procedur leczniczych i diagnostycznych wymagających pisemnej świadomej zgody pacjenta/opiekuna,
4. Załącznik nr 4 – Godziny pracy komórek organizacyjnych zakładu.
5. Załącznik nr 5 – Cennik opłat,
6. Załącznik nr 6 – Zasady udostępniania dokumentacji medycznej.