

**REGULAMIN ORGANIZACYJNY SAMODZIELNEGO  
PUBLICZNEGO ZAKŁADU OPIEKI ZDROWOTNEJ  
W KRAŚNIKU**

KRAŚNIK, 2025r.

## SPIS TREŚCI

ROZDZIAŁ I	POSTANOWIENIA OGÓLNE
ROZDZIAŁ II	STRUKTURA ORGANIZACYJNA
ROZDZIAŁ III	ZARZĄDZANIE PODMIOTEM
ROZDZIAŁ IV	PRZEBIEG PROCESU UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH
PODROZDZIAŁ 1	POSTANOWIENIA OGÓLNE
PODROZDZIAŁ 2	PRZYJĘCIE PACJENTA DO SZPITALA
PODROZDZIAŁ 3	PRZYJĘCIE PACJENTA NA ODDZIAŁ
PODROZDZIAŁ 4	POBYT PACJENTA NA ODDZIALE
PODROZDZIAŁ 5	WYPIS PACJENTA Z ODDZIAŁU
PODROZDZIAŁ 6	PRZENIESIENIE PACJENTA DO INNEGO PODMIOTU WYKONUJĄCEGO DZIAŁALNOŚĆ LECZNICZĄ
PODROZDZIAŁ 7	POSTĘPOWANIE W PRZYPADKU POGORSZENIA STANU ZDROWIA PACJENTA LUB W RAZIE JEGO ŚMIERCI
PODROZDZIAŁ 8	UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W PORADNI SPECJALISTYCZNEJ
PODROZDZIAŁ 9	WSPÓLDZIAŁANIE Z INNYMI PODMIOTAMI WYKONUJĄCYMI DZIAŁALNOŚĆ LECZNICZĄ
PODROZDZIAŁ 10	PROWADZENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ ORAZ POBIERANIE OPŁAT ZA JEJ UDOSTĘPNIANIE
PODROZDZIAŁ 11	ORGANIZACJA PROCESU UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W PRZYPADKU POBIERANIA OPŁAT
ROZDZIAŁ V	ORGANIZACJA I ZADANIA POSZCZEGÓLNYCH KOMÓREK ORGANIZACYJNYCH ZAKŁADÓW LECZNICZYCH
ROZDZIAŁ VI	ZADANIA KOMÓREK ORGANIZACYJNYCH OBSŁUGUJĄCYCH ZAKŁADY LECZNICZE
ROZDZIAŁ VII	ZASADY MONITORINGU WIZYJNEGO
ROZDZIAŁ VIII	PRAWA PACJENTA
ROZDZIAŁ IX	ZASADY SKŁADANIA SKARG I WNIOSKÓW
ROZDZIAŁ X	POSTANOWIENIA KOŃCOWE

## ROZDZIAŁ I POSTANOWIENIA OGÓLNE

### §1

1. Regulamin Organizacyjny Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Kraśniku, zwany w dalszej części dokumentu „Regulaminem” określa w szczególności:
  - 1) firmę albo nazwę Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Kraśniku;
  - 2) cele i zadania Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Kraśniku;
  - 3) strukturę organizacyjną, w tym organizację i zadania poszczególnych jednostek i komórek organizacyjnych, a także sposób kierowania tymi jednostkami i komórkami organizacyjnymi oraz sposób ich współdziałania;
  - 4) rodzaj działalności leczniczej oraz zakres udzielanych świadczeń zdrowotnych;
  - 5) miejsce udzielania świadczeń zdrowotnych;
  - 6) przebieg procesu udzielania świadczeń zdrowotnych, z zapewnieniem właściwej dostępności i jakości tych świadczeń w jednostkach lub komórkach organizacyjnych Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Kraśniku;
  - 7) organizację i zadania poszczególnych jednostek lub komórek organizacyjnych podmiotu oraz warunki współdziałania tych jednostek lub komórek dla zapewnienia sprawnego i efektywnego funkcjonowania podmiotu pod względem diagnostyczno-leczniczym, pielęgnacyjnym, rehabilitacyjnym i administracyjno-gospodarczym;
  - 8) warunki współdziałania z innymi podmiotami wykonującymi działalność leczniczą w zakresie zapewnienia prawidłowości diagnostyki, leczenia, pielęgnacji i rehabilitacji pacjentów oraz ciągłości przebiegu procesu udzielania świadczeń zdrowotnych;
  - 9) zasady prowadzenia dokumentacji medycznej oraz wysokość opłaty za udostępnienie dokumentacji medycznej ustalonej w sposób określony w przepisach powszechnie obowiązujących;
  - 10) organizację procesu udzielania świadczeń zdrowotnych w przypadku pobierania opłat;
  - 11) postępowanie w przypadku pogorszenia stanu zdrowia pacjenta lub w razie jego śmierci oraz wysokość opłaty za przechowywanie zwłok pacjenta przez okres dłuższy niż 72 godziny od osób lub instytucji uprawnionych do pochowania zwłok na podstawie ustawy z dnia 31 stycznia 1959 r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych oraz od podmiotów, na zlecenie których przechowuje się zwłoki w związku z toczącym się postępowaniem karnym;
  - 12) wysokość opłat za świadczenia zdrowotne, które mogą być, zgodnie z przepisami ustawy lub przepisami odrębnymi, udzielane za częściową albo całkowitą odpłatnością;
  - 13) sposób kierowania jednostkami lub komórkami organizacyjnymi Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Kraśniku;
  - 14) zasady monitoringu wizyjnego;

- 15) zasady składania skarg i wniosków.
2. Podmiot może posługiwać się skróconą nazwą „SP ZOZ w Kraśniku”.
3. Postanowienia niniejszego Regulaminu dotyczą wszystkich pracowników /współpracowników Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Kraśniku oraz osób w nim przebywających, w tym pacjentów korzystających z udzielanych świadczeń zdrowotnych.

## §2

W rozumieniu niniejszego Regulaminu określenie:

- 1) **Podmiot/Szpital** - oznacza Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Kraśniku;
- 2) **Statut** - oznacza statut Szpitala;
- 3) **Dyrektor** - oznacza Dyrektora Podmiotu (kierownika podmiotu leczniczego niebędącego przedsiębiorcą);
- 4) **Zakład leczniczy** - oznacza zespół składników majątkowych, za pomocą którego Podmiot wykonuje określony rodzaj działalności leczniczej;
- 5) **jednostka organizacyjna** - oznacza wyodrębnioną ze struktury organizacyjnej część przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego;
- 6) **komórka organizacyjna** - oznacza w szczególności oddział, dział, pracownię, poradnię;
- 7) **świadczenia zdrowotne** - oznacza wszelkie czynności służące zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia oraz inne działania medyczne wynikające z procesu leczenia lub odrębnych przepisów;
- 8) **świadczenie szpitalne** – oznacza wykonywane całą dobę kompleksowe świadczenia zdrowotne polegające na diagnozowaniu, leczeniu, pielęgnacji i rehabilitacji, które nie mogą być realizowane w ramach innych stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych lub ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych; świadczeniami szpitalnymi są także świadczenia udzielane z zamiarem zakończenia ich udzielania w okresie nieprzekraczającym 24 godzin;
- 9) **ambulatoryjne świadczenia zdrowotne** – oznacza świadczenia podstawowej lub specjalistycznej opieki zdrowotnej oraz świadczenia z zakresu rehabilitacji leczniczej, udzielane w warunkach niewymagających ich udzielania w trybie stacjonarnym i całodobowym w odpowiednio urządzonej, stałym pomieszczeniu;
- 10) **stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne inne niż szpitalne** – oznacza świadczenia opiekuńcze, pielęgnacyjne, paliatywne, hospicyjne, świadczenia z zakresu opieki długoterminowej, rehabilitacji leczniczej, leczenia uzależnień, psychiatrycznej opieki zdrowotnej oraz lecznictwa uzdrowiskowego, udzielane pacjentom, których stan zdrowia wymaga udzielania całodobowych lub całodziennych świadczeń zdrowotnych w odpowiednio urządzonej, stałych pomieszczeniach;

- 11) **lekarz kierujący oddziałem/ordynator** – oznacza lekarza zarządzającego danym oddziałem i odpowiedzialnego za jego prawidłowe funkcjonowanie; ilekroć mowa w niniejszym Regulaminie o lekarzu kierującym oddziałem/ordynatorze, mowa również o lekarzu pełniącym w zastępstwie powyższą funkcję podczas nieobecności lekarza kierującego oddziałem/ordynatora;
- 12) **pracownik** – oznacza osobę zatrudnioną w Szpitalu w rozumieniu przepisów Kodeksu pracy;
- 13) **współpracownik** – oznacza osobę, która pozostaje w stosunku cywilnoprawnym ze Szpitalem. Ilekroć jest mowa w treści niniejszego Regulaminu o pracowniku to rozumie się przez to odpowiednio współpracownika.

### §3

1. Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Kraśniku, jest podmiotem leczniczym niebędącym przedsiębiorcą, działającym w formie samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej na podstawie:
  - 1) przepisów ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej,
  - 2) przepisów ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych,
  - 3) przepisów ustawy z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości,
  - 4) przepisów ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych,
  - 5) przepisów wykonawczych wydanych na podstawie powyższych ustaw,
  - 6) innych powszechnie obowiązujących przepisów prawa,
  - 7) Statutu Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Kraśniku,
  - 8) niniejszego Regulaminu.
2. Obszar działania Podmiotu na rzecz osób uprawnionych do świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych określają umowy zawarte z dysponentem tych środków.

### §4

1. Celem działania Podmiotu jest prowadzenie działalności leczniczej polegającej na:
  - 1) udzielaniu świadczeń zdrowotnych,
  - 2) promocji zdrowia.
2. Podmiot udziela świadczeń zdrowotnych w rodzaju:
  - 1) leczenia szpitalnego,
  - 2) ambulatoryjnej opieki specjalistycznej,
  - 3) opieki paliatywnej i hospicyjnej,
  - 4) podstawowej opieki zdrowotnej,

- 5) rehabilitacji leczniczej,
- 6) świadczeń pielęgnacyjno-opiekuńczych,
- 7) opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień,
- 8) profilaktycznych programów zdrowotnych,
- 9) programów lekowych.

## §5

1. W zakresie realizacji celu wskazanego w § 4 powyżej, Podmiot wykonuje zadania:
  - 1) udziela stacjonarnych i całodobowych oraz ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych,
  - 2) dydaktyczne i badawcze w powiązaniu z udzielaniem świadczeń zdrowotnych i promocją zdrowia, w tym wdrażania nowych technologii medycznych oraz metod leczenia,
  - 3) w zakresie bezpieczeństwa i higieny pracy, ochrony przeciwpożarowej, oraz obronności kraju w oparciu o ustawę z dnia 11 marca 2022 roku o obronie ojczyzny oraz akty wykonawcze wydane na jej podstawie,
  - 4) zlecone - na rzecz organów administracji rządowej i samorządowej.
2. Podmiot prowadzi ponadto organizacyjnie wyodrębnioną działalność gospodarczą inną niż działalność lecznicza, polegającą na:
  - 1) sprzedaży, najmie i dzierżawie mienia Podmiotu, który nie jest wykorzystywany na potrzeby działalności leczniczej,
  - 2) świadczeniu usług w zakresie sterylizacji i transportu sanitarnego.
3. Podmiot może prowadzić organizacyjnie wyodrębnioną działalność gospodarczą inną niż działalność lecznicza, polegającą na:
  - 1) działalności edukacyjno - szkoleniowej i doradczej,
  - 2) wydawaniu opinii lekarskich na zlecenie organów wymiaru sprawiedliwości, instytucji ubezpieczeniowych i innych instytucji oraz podmiotów,
  - 3) uczestnictwie w prowadzeniu badań klinicznych,
  - 4) uczestnictwie w prowadzeniu badań naukowych lub badawczo – rozwojowych,
  - 5) świadczeniu usług: parkingowych, gastronomicznych

## **ROZDZIAŁ II STRUKTURA ORGANIZACYJNA**

### §6

1. Podmiot prowadzi następujące Zakłady lecznicze organizacyjnie wyodrębnione pod względem rodzaju udzielanych w nich świadczeń zdrowotnych:
  - 1) Stacjonarne i całodobowe świadczenia szpitalne,
  - 2) Stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne inne niż szpitalne,

- 3) Ambulatoryjne świadczenia zdrowotne.
2. Dla Zakładów leczniczych wymienionych w ust. 1 powyżej, Podmiot prowadzi wspólną księgowość, obsługę gospodarczą, obsługę techniczną i administracyjną.

## §7

### 1. Strukturę organizacyjną Podmiotu tworzą:

#### 1) Zakłady lecznicze:

- a) stacjonarne i całodobowe świadczenia szpitalne,
- b) stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne inne niż szpitalne,
- c) ambulatoryjne świadczenia zdrowotne.

#### 2) Komórki organizacyjne działalności niemedyceynej (administracyjne, techniczne, gospodarcze);

#### 3) Samodzielne stanowiska pracy.

### 2. W ramach Zakładów leczniczych funkcjonują jednostki organizacyjne z przypisanymi do nich komórkami organizacyjnymi:

#### 1) **Stacjonarne i całodobowe świadczenia szpitalne - Szpital Powiatowy działający w następujących lokalizacjach:**

- a) Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii - ul. Fryderyka Chopina 13, Kraśnik,
- b) Oddział Kardiologii - ul. Fryderyka Chopina 13, Kraśnik,
- c) Oddział Chorób Wewnętrznych - ul. Fryderyka Chopina 13, Kraśnik,
- d) Oddział Chorób Płuc i Gruźlicy - ul. Fryderyka Chopina 13, Kraśnik,
- e) Oddział Neonatologiczny z Pododdziałem Pediatrii - ul. Fryderyka Chopina 13, Kraśnik,
- f) Oddział Chirurgii Ogólnej z Pododdziałem Chirurgii Endoskopowej - ul. Fryderyka Chopina 13, Kraśnik,
- g) Oddział Ortopedyczno – Urazowy - ul. Fryderyka Chopina 13, Kraśnik,
- h) Oddział Ginekologiczno-Położniczy - ul. Fryderyka Chopina 13, Kraśnik,
- i) Oddział Chemioterapii - ul. Fryderyka Chopina 13, Kraśnik,
- j) Oddział Neurologii z Pododdziałem Udarowym - ul. Fryderyka Chopina 13, Kraśnik,
- k) Pododdział Udarowy Oddziału Neurologii - ul. Fryderyka Chopina 13, Kraśnik,
- l) Szpitalny Oddział Ratunkowy - ul. Fryderyka Chopina 13, Kraśnik,
- m) Izba Przyjęć - ul. Fryderyka Chopina 13, Kraśnik,
- n) Trakt Operacyjny - ul. Fryderyka Chopina 13, Kraśnik,
- o) Apteka Szpitalna - ul. Fryderyka Chopina 13, Kraśnik,
- p) Pracownie RTG - ul. Fryderyka Chopina 13 oraz Aleja Niepodległości 25, Kraśnik,
- q) Pracownia Mammograficzna - ul. Fryderyka Chopina 13, Kraśnik,
- r) Pracownia USG - ul. Fryderyka Chopina 13, Kraśnik,

- s) Specjalistyczna Pracownia Endoskopowa - ul. Fryderyka Chopina 13, Kraśnik,
  - t) Pracownia Serologii i Bank Krwi - ul. Fryderyka Chopina 13, Kraśnik,
  - u) Laboratorium Analityczne - ul. Fryderyka Chopina 13, Kraśnik,
  - v) Centralna Sterylizatornia - ul. Fryderyka Chopina 13, Kraśnik,
  - w) Pracownia Tomografii Komputerowej - ul. Fryderyka Chopina 13, Kraśnik,
  - x) Transport Sanitarny - ul. Fryderyka Chopina 13, Kraśnik,
  - y) Szkoła Rodzenia - ul. Fryderyka Chopina 13, Kraśnik.
- 2) **Stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne inne niż szpitalne - Opieka Paliatywno - Pielęgnacyjno - Rehabilitacyjna działająca w lokalizacji ul. Fryderyka Chopina 13, Kraśnik:**
- a) Oddział Opieki Paliatywnej,
  - b) Oddział Rehabilitacji Neurologicznej,
  - c) Hospicjum Domowe,
  - d) Zakład Pielęgnacyjno-Opiekuńczy.
- 3) **Ambulatoryjne świadczenia zdrowotne - Opieka Ambulatoryjna działająca w następujących lokalizacjach:**
- a) Poradnie Chirurgiczne – ul. Fryderyka Chopina 13 oraz Aleja Niepodległości 25, Kraśnik,
  - b) Poradnia Ortopedyczna– ul. Fryderyka Chopina 13, Kraśnik,
  - c) Poradnie Laryngologiczne– ul. Fryderyka Chopina 13 oraz Aleja Niepodległości 25, Kraśnik,
  - d) Poradnie Neurologiczne– ul. Fryderyka Chopina 13 oraz Aleja Niepodległości 25, Kraśnik,
  - e) Poradnia Dermatologiczna - Aleja Niepodległości 25, Kraśnik,
  - f) Poradnia Zdrowia Psychicznego - Aleja Niepodległości 25, Kraśnik,
  - g) Poradnia Psychologiczna - Aleja Niepodległości 25, Kraśnik,
  - h) Poradnia Okulistyczna - ul. Fryderyka Chopina 13, Kraśnik,
  - i) Poradnie Reumatologiczne – ul. Fryderyka Chopina 13 oraz Aleja Niepodległości 25, Kraśnik,
  - j) Poradnie Chorób Kobięcych i Kobiet Ciężarnych – ul. Fryderyka Chopina 13 oraz Aleja Niepodległości 25, Kraśnik,
  - k) Poradnia Kardiologiczna - Aleja Niepodległości 25, Kraśnik,
  - l) Poradnia Endokrynologiczna - Aleja Niepodległości 25, Kraśnik,
  - m) Poradnia Medycyny Pracy - Aleja Niepodległości 25, Kraśnik,
  - n) Poradnia Chorób Płuc i Gruźlicy - ul. Fryderyka Chopina 13, Kraśnik,
  - o) Poradnia Neonatologiczna- ul. Fryderyka Chopina 13, Kraśnik,
  - p) Poradnia Preluksacyjna - Aleja Niepodległości 25, Kraśnik,

- q) Poradnia Neurologii Dziecięcej- Aleja Niepodległości 25, Kraśnik,
- r) Poradnia Alergologiczna- Aleja Niepodległości 25, Kraśnik,
- s) Poradnia Gastroenterologiczna– ul. Fryderyka Chopina 13, Kraśnik,
- t) Poradnia Nefrologiczna- Aleja Niepodległości 25, Kraśnik,
- u) Poradnia Onkologiczna - ul. Fryderyka Chopina 13, Kraśnik,
- v) Poradnia Chirurgii Onkologicznej - ul. Fryderyka Chopina 13, Kraśnik,
- w) Poradnia Rehabilitacyjna- Aleja Niepodległości 25, Kraśnik,
- x) Poradnia Nocnej i Świątecznej Opieki Zdrowotnej - ul. Fryderyka Chopina 13, Kraśnik,
- y) Poradnia Leczenia Bólu – ul. Fryderyka Chopina 13, Kraśnik,
- z) Pracownia Fizjoterapii - Aleja Niepodległości 25, Kraśnik,
- aa) Gabinety Diagnostyczno-Zabiegowe – ul. Fryderyka Chopina 13 oraz Aleja Niepodległości 25, Kraśnik,
- bb) Punkt Pobrań – Aleja Niepodległości 25, Kraśnik.

3. Komórki organizacyjne działalności niemedycejskiej (administracyjne, techniczne, gospodarcze) obsługujące zakłady lecznicze:

- 1) Dział Infrastruktury, w skład którego wchodzi:
  - a) Sekcja Techniczna oraz Aparatury Medycznej,
  - b) Sekcja Transportu,
  - c) Sekcja Zamówień Publicznych i Zaopatrzenia,
  - d) Magazyn,
- 2) Dział Informatyki,
- 3) Dział Księgowości w skład, którego wchodzi:
  - a) Sekcja Płac,
- 4) Dział Służby Pracowniczej,
- 5) Dział Rozliczeń Usług Medycznych,
- 6) Dział Dokumentacji Medycznej w skład, którego wchodzi:
  - a) Archiwum,
- 7) Dział Utrzymania Czystości w skład, którego wchodzi:
  - a) Punkt Wydawania i Przyjmowania Bielizny,
- 8) Kuchnia,
- 9) Samodzielne stanowiska pracy:
  - a) Radca prawny,
  - b) Pełnomocnik Dyrektora ds. Jakości,
  - c) Pełnomocnik ds. Praw Pacjenta,
  - d) Pełnomocnik do spraw Ochrony Informacji Niejawnych,
  - e) Koordynator do Spraw Dostępności,

- f) Specjalista ds. BHP,
- g) Inspektor ochrony p/pož.,
- h) Inspektor Ochrony Danych,
- i) Inspektor ds. obronnych i oc,
- j) Inspektor Ochrony Radiologicznej,
- k) Stanowisko ds. budowlanych,
- l) Kapelan szpitalny,
- m) Sekretarka Dyrekcji.

## §8

1. W Szpitalu dopuszcza się możliwość tworzenia stałych lub doraźnych komisji, komitetów lub zespołów w zależności od potrzeb, zwanych dalej zespołami zadaniowymi.
2. Zespoły zadaniowe, o których mowa w ust. 1 powyżej, są powoływane stosownym zarządzeniem ze wskazaniem celu opracowania lub opiniowania danych projektów, przedsięwzięć podejmowanych w określonej dziedzinie lub wykonania innych zadań, w tym wymagających współdziałania kilku komórek organizacyjnych.

## §9

Schemat struktury organizacyjnej stanowi **Załącznik nr 1** do niniejszego Regulaminu.

## ROZDZIAŁ III ZARZĄDZANIE PODMIOTEM

### §10

1. Podmiotem kieruje i reprezentuje go na zewnątrz Dyrektor Podmiotu.
2. Dyrektor Podmiotu podejmuje decyzje dotyczące Podmiotu, niezastrzeżone przepisami prawa dla innych organów oraz ponosi odpowiedzialność za ich podjęcie.
3. Podczas nieobecności Dyrektora Podmiotu zastępuje Zastępca Dyrektora ds. Medycznych, a w razie nieobecności Zastępcy Dyrektora ds. Medycznych w następnej kolejności Główny Księgowy.
4. Dyrektor Podmiotu jest przełożonym wszystkich pracowników Podmiotu.

### §11

1. Dyrektor kieruje Podmiotem przy pomocy:
  - 1) Zastępcy Dyrektora ds. Medycznych,
  - 2) Głównego Księgowego,
  - 3) Naczelnej Pielęgniarki,
  - 4) Kierowników komórek organizacyjnych, lekarzy kierujących oddziałami/ordynatorów oraz osób zatrudnionych na samodzielnych stanowiskach pracy,
  - 5) Rady Społecznej.

2. Dyrektor może ustanawiać i odwoływać pełnomocników Podmiotu, działających w imieniu i ze skutkiem dla Podmiotu w granicach ich umocowania, wynikającego z pełnomocnictwa udzielonego w formie pisemnej pod rygorem nieważności.

## **§12**

1. Dyrektor wydaje akty wewnętrzne normatywne dotyczące funkcjonowania Podmiotu w szczególności: zarządzenia, procedury, instrukcje, standardy, algorytmy, komunikaty.
2. Wewnętrzne akty normatywne odnoszące się do jednostek i komórek organizacyjnych Szpitala, wprowadzające przepisy, które określają obowiązki i uprawnienia poszczególnych jednostek, komórek albo regulujące sprawy o istotnym znaczeniu dla funkcjonowania Szpitala, winny być wydawane w formie zarządzeń.
3. Akty normatywne zastrzeżone do wyłącznych kompetencji Dyrektora Podmiotu mogą również być podpisywane przez jego Zastępcę lub inną wyznaczoną w tym celu przez niego osobę, w oparciu o udzielone pisemne upoważnienie Dyrektora Szpitala.
4. Zarządzenia rejestrowane i przechowywane są w Sekretariacie Podmiotu.
5. Szczegółowe zasady tworzenia, rejestrowania i obiegu wewnętrznych aktów normatywnych są uregulowane przepisami wewnętrznymi w formie zarządzenia.

## **§13**

1. Rada Społeczna jest organem inicjującym, opiniodawczym i doradczym Dyrektora Podmiotu.
2. Zasady i tryb działania Rady Społecznej określa ustawa o działalności leczniczej, Statut Podmiotu oraz Regulamin Rady Społecznej.

## **§14**

1. Do podstawowych obowiązków Dyrektora Podmiotu należy:
  - 1) reprezentowanie Podmiotu na zewnątrz,
  - 2) planowanie i nadzorowanie działalności Podmiotu,
  - 3) wydawanie wewnętrznych aktów normatywnych regulujących funkcjonowanie Podmiotu, w szczególności: zarządzeń, procedur, instrukcji, standardów, algorytmów, pism okólnych, komunikatów,
  - 4) podejmowanie czynności z zakresu prawa pracy, w tym dotyczących nawiązywania i rozwiązywania stosunku pracy wobec wszystkich pracowników Podmiotu,
  - 5) opracowanie stałego systemu kontroli sytuacji ekonomicznej Podmiotu, nadzór nad sporządzaniem analiz, prognoz oraz akceptowanie i wdrażanie propozycji przedsięwzięć zmierzających do eliminacji nieprawidłowości,
  - 6) rozstrzyganie sporów kompetencyjnych pomiędzy podległymi mu bezpośrednio stanowiskami,

- 7) ustalanie Regulaminu Pracy, Regulaminu Zakładowego Funduszu Świadczeń Socjalnych oraz Regulaminu Wynagradzania, jak również innych aktów wewnętrznie obowiązujących, zgodnie z przepisami obowiązującego prawa w tym zakresie,
- 8) współpraca z organizacjami związków zawodowych i przedstawicielami samorządu zawodowego działającymi w Podmiocie,
- 9) aprobata materiałów opracowywanych na rzecz organów administracji rządowej, samorządowej i innych organów,
- 10) realizacja zaleceń pokontrolnych,
- 11) powoływanie komisji i innych zespołów w oparciu o przepisy szczegółowe oraz ustalanie ich składów osobowych,
- 12) dysponowanie środkami finansowymi oraz mieniem Podmiotu,
- 13) nadzór nad pozyskiwaniem funduszy na finansowanie działalności bieżącej i inwestycyjnej,
- 14) administrowanie Zakładowym Funduszem Świadczeń Socjalnych Podmiotu,
- 15) nadzór nad zadaniami realizowanymi przez podległe sobie komórki organizacyjne,
- 16) zapewnienie pracownikom Podmiotu bezpiecznych i higienicznych warunków pracy,
- 17) realizację działań w zakresie obronności zgodnie z ustawą o obronie ojczyzny,
- 18) wykonywanie innych czynności związanych z zarządzaniem i kierowaniem Podmiotem wynikających z przepisów prawa powszechnie obowiązującego.

2. Dyrektorowi Podmiotu podlegają bezpośrednio:

- 1) Zastępca Dyrektora ds. Medycznych,
- 2) Główny Księgowy,
- 3) Naczelną Pielęgniarką,
- 4) Kierownicy komórek organizacyjnych,
- 5) Radca prawny,
- 6) Pełnomocnik Dyrektora ds. Jakości,
- 7) Pełnomocnik ds. Praw Pacjenta,
- 8) Pełnomocnik do spraw Ochrony Informacji Niejawnych,
- 9) Koordynator do Spraw Dostępności,
- 10) Specjalista ds. BHP,
- 11) Inspektor ochrony p/poż.,
- 12) Inspektor Ochrony Danych,
- 13) Inspektor ds. obronnych i oc,
- 14) Inspektor Ochrony Radiologicznej,
- 15) Kapelan szpitalny,
- 16) Sekretarka Dyrekcji.

3. W odniesieniu do Stanowiska ds. budowlanych, w ramach wykonywania bieżących obowiązków służbowych osoba zajmująca niniejsze stanowisko podlega bezpośrednio Kierownikowi Działu Infrastruktury, a pośrednio Dyrektorowi Podmiotu.

## §15

1. Zastępca Dyrektora ds. Medycznych podlega bezpośrednio Dyrektorowi Podmiotu.
2. Do podstawowych obowiązków Zastępcy Dyrektora ds. Medycznych należy koordynowanie oraz pełnienie nadzoru nad świadczeniem usług medycznych przez jednostki i komórki organizacyjne Podmiotu, jak również nadzór nad właściwą organizacją i przebiegiem udzielanych świadczeń zdrowotnych, a także pracą lekarzy i innego podległego personelu w tym, w szczególności:
  - 1) nadzór nad zabezpieczeniem ciągłości oraz kompleksowości opieki zdrowotnej realizowanej w Podmiocie z uwzględnieniem obowiązujących w tym zakresie standardów i procedur,
  - 2) kierowanie i monitorowanie pracy podległego personelu, prawidłowe i efektywne rozmieszczanie kadry lekarskiej w poszczególnych oddziałach Podmiotu,
  - 3) nadzór nad zabezpieczeniem ciągłej, kompleksowej opieki zdrowotnej w Podmiocie, zgodnej z obowiązującymi standardami i procedurami;
  - 4) czuwanie nad prawidłowym przebiegiem specjalizacji lekarzy,
  - 5) sprawowanie, łącznie z lekarzami kierującymi oddziałami/ordynatorami nadzoru nad pracą stażystów, opiekowanie się ich rozwojem,
  - 6) planowanie zatrudnienia oraz udział w procesie rekrutacji personelu w powierzonym obszarze zadań,
  - 7) udzielanie pomocy Naczelnaj Pielęgniarce w zakresie doszkalania podległego jej personelu,
  - 8) sprawowanie nadzoru nad dokumentacją medyczną oraz nad jej udostępnianiem, a także przeprowadzanie systematycznych kontroli historii chorób i pozostałej dokumentacji medycznej,
  - 9) nadzorowanie gospodarki lekami, artykułami medycznymi, krwią i preparatami krwiopochodnymi w Podmiocie,
  - 10) wykonywanie okresowych obchodów całości Podmiotu, nie rzadziej niż raz na kwartał, przy zwróceniu szczególnej uwagi na stan sanitarno-higieniczny oddziałów, i pomieszczeń pomocniczych w celu zapewnienia kompleksowości i dostępności świadczeń,
  - 11) rozpatrywanie uwag i skarg chorych,
  - 12) czuwanie nad prawidłową realizacją kontraktów zawartych przez Podmiot na świadczenia usług medycznych,
  - 13) sprawowanie nadzoru nad bieżącym funkcjonowaniem zakładów leczniczych,
  - 14) dokonywanie bieżącej analizy zatrudnienia podległego personelu pod kątem wymogów stawianych przez przepisy obowiązujące oraz Narodowy Fundusz Zdrowia,

z uwzględnieniem zapotrzebowania kadrowego Podmiotu oraz cykliczne raportowanie Dyrektorowi Podmiotu o wynikach prowadzonych analiz,

15) współpraca z Naczelną Pielęgniarką w zakresie zapewnienia ciągłości i prawidłowości udzielanych świadczeń zdrowotnych w zakładach leczniczych: stacjonarne i całodobowe świadczenia szpitalne oraz stacjonarne i całodobowe świadczenia inne niż szpitalne,

16) współpraca z Zastępcą Naczelnej Pielęgniarki w zakresie zapewnienia ciągłości i prawidłowości udzielanych świadczeń zdrowotnych w zakładzie leczniczym - Ambulatoryjne świadczenia zdrowotne.

3. Zastępcy Dyrektora ds. Medycznych podlegają bezpośrednio:

- 1) Zakład leczniczy - Stacjonarne i całodobowe świadczenia szpitalne,
- 2) Zakład leczniczy – Stacjonarne i całodobowe świadczenia inne niż szpitalne,
- 3) Zakład leczniczy – Ambulatoryjne świadczenia zdrowotne,
- 4) Pielęgniarka Epidemiologiczna,
- 5) Dział Dokumentacji Medycznej,
- 6) Dział Rozliczeń Usług Medycznych.

## §16

1. Główny Księgowy podlega bezpośrednio Dyrektorowi Podmiotu.

2. Do obowiązków Głównego Księgowego należy w szczególności:

- 1) prowadzenie rachunkowości Podmiotu w celu dostarczenia prawdziwego i rzetelnego obrazu o jego sytuacji finansowej oraz wyniku finansowym,
- 2) wykonywanie dyspozycji środkami pieniężnymi,
- 3) wstępna kontrola zgodności operacji gospodarczych i finansowych z planem finansowym,
- 4) wstępna kontrola kompletności i rzetelności dokumentów dotyczących operacji gospodarczych i finansowych, nadzór nad dokumentami księgowymi,
- 5) zapewnienie właściwej organizacji i funkcjonowania stanowisk pracy w podległej komórce, w tym nadzór i kontrola pracy podległych pracowników,
- 6) udzielanie wsparcia merytorycznego i organizacyjnego podległym pracownikom w celu terminowej realizacji powierzonych im zadań,
- 7) nadzorowanie całokształtu prac z zakresu rachunkowości realizowanych przez Dział Księgowości oraz współpraca z innymi komórkami organizacyjnymi Podmiotu,
- 8) sporządzanie sprawozdawczości finansowej.

3. Głównemu Księgowemu podlegają bezpośrednio:

- 1) Zastępca Głównego Księgowego,
- 2) Sekcja Płac.

## §17

1. Naczelną Pielęgniarkę podlega bezpośrednio Dyrektorowi Podmiotu, a w zakresie wykonywanych bieżących obowiązków współpracuje z Zastępcą Dyrektora ds. Medycznych.
2. Do obowiązków Naczelnej Pielęgniarki należy w szczególności:
  - 1) organizacja, koordynacja i nadzór pracy pielęgniarek, położnych, ratowników, sanitariuszy szpitalnych, salowych oraz innych podległych pracowników,
  - 2) stworzenie systemu pracy zapewniającego całodobową opiekę pielęgniarską i położniczą oraz pozostałego personelu podległego w Szpitalu,
  - 3) nadzór nad należyтым stanem sanitarno-higienicznym jednostek i komórek organizacyjnych Podmiotu świadczących usługi medyczne,
  - 4) nadzór nad przestrzeganiem obowiązujących przepisów (ogólnie obowiązujących oraz wewnętrznych jak regulaminy, zarządzenia, instrukcje itp.), standardów i procedur,
  - 5) organizowanie szkoleń dla podległego personelu,
  - 6) systematyczna analiza poziomu opieki pielęgniarskiej i położniczej,
  - 7) opieka nad pielęgniarkami, położnymi i ratownikami medycznymi odbywającymi staż oraz inne przeszkolenia na terenie szpitala,
  - 8) opieka nad stażystami – studentami studiów medycznych odbywającymi praktyki pielęgniarskie oraz nad wolontariuszami,
  - 9) dokonywanie bieżącej analizy zatrudnienia podległego personelu pod kątem wymogów stawianych przez przepisy obowiązujące oraz Narodowy Fundusz Zdrowia, z uwzględnieniem zapotrzebowania kadrowego Podmiotu oraz cykliczne raportowanie Dyrektorowi Podmiotu o wynikach prowadzonych analiz.
3. Naczelnej Pielęgniarce podlegają bezpośrednio:
  - 1) Zastępca Naczelnej Pielęgniarki,
  - 2) pielęgniarki oddziałowe, pielęgniarki koordynujące, położne oddziałowe, położne koordynujące,
  - 3) Dział Utrzymania Czystości.
4. Zakres zadań i kompetencji Zastępcy Naczelnej Pielęgniarki określa Naczelną Pielęgniarkę. Jeśli Naczelną Pielęgniarkę nie może pełnić swoich obowiązków służbowych, zakres zastępstwa rozciąga się na wszystkie jej zadania i kompetencje w zakresie Naczelnej Pielęgniarki.
5. Zastępca Naczelnej Pielęgniarki odpowiada za koordynację i bieżący nadzór nad pracą Działu Utrzymania Czystości, w tym funkcjonowaniem Punktu Wydawania i Przyjmowania Bielizny.
6. Zastępca Naczelnej Pielęgniarki odpowiada za bieżący nadzór nad organizacją udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach zakładu leczniczego – Ambulatoryjnych świadczeń

zdrowotnych i w tym zakresie współdziała z Zastępcą Dyrektora ds. Medycznych.

### §18

1. Jednostkami i komórkami organizacyjnymi kierują i ponoszą odpowiedzialność za ich pracę kierownicy. Kierownicy mogą kierować komórkami organizacyjnymi przy pomocy powołanych zastępców lub innych wyznaczonych osób.
2. W ramach komórek organizacyjnych mogą być wyodrębnione podległe komórki lub Sekcje dla realizacji określonych zadań. Podległymi komórkami lub Sekcjami kieruje kierownik komórki organizacyjnej, zastępca kierownika komórki organizacyjnej lub inna wyznaczona osoba. Zastępca kierownika komórki organizacyjnej lub wyznaczona osoba może kierować jedną lub większą ilością komórek organizacyjnych lub Sekcją.
3. Dyrektor Podmiotu może powierzyć kierownikowi komórki organizacyjnej kierowanie więcej niż jedną komórką organizacyjną.
4. W przypadku niepowołania przez Dyrektora Podmiotu kierowników poszczególnych jednostek lub komórek organizacyjnych, Dyrektor kieruje zadaniami tych jednostek lub komórek organizacyjnych samodzielnie lub za pośrednictwem upoważnionego pracownika.

### §19

1. Do zadań kierowników komórek organizacyjnych należy w szczególności:
  - 1) kierowanie pracą komórek organizacyjnych i nadzór pracy podległego personelu,
  - 2) bieżąca kontrola merytoryczna, formalna i jakościowa wykonanych zadań,
  - 3) zapoznanie podległych pracowników z obowiązującymi w Podmiocie procedurami,
  - 4) nadzór nad przestrzeganiem przez pracowników obowiązujących w Podmiocie aktów normatywnych wewnętrznych oraz procedur,
  - 5) aktualizacja zakresów obowiązków, odpowiedzialności i uprawnień podległych pracowników,
  - 6) dokonywanie bieżącej analizy zatrudnienia podległego personelu pod kątem wymogów stawianych przez przepisy obowiązujące, z uwzględnieniem zapotrzebowania kadrowego Podmiotu oraz cykliczne raportowanie Dyrektorowi Podmiotu o wynikach prowadzonych analiz.

### §20

1. Oddziałem kieruje lekarz kierujący oddziałem lub ordynator.
2. Lekarze kierujący oddziałami/ordynatorzy podlegają bezpośrednio Zastępcy Dyrektora ds. Medycznych.
3. Lekarze kierujący oddziałami/ordynatorzy współdziałają z Zastępcą Dyrektora ds. Medycznych oraz Zastępcą Naczelnej Pielęgniarki w zakresie bieżącego funkcjonowania Ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych, w zakresie przypisanym do danego oddziału, w szczególności w zakresie zapewnienia ciągłości udzielania świadczeń zdrowotnych.
4. Do obowiązków lekarzy kierujących oddziałami/ordynatorów należy w szczególności:

- 1) zapoznanie podległego personelu z obowiązującymi w Podmiocie procedurami,
  - 2) nadzór nad przestrzeganiem przez podległy personel regulaminów, procedur, zarządzeń oraz innych aktów wewnętrznych obowiązujących w Podmiocie,
  - 3) organizacja pracy podległego personelu gwarantująca sprawne funkcjonowanie oddziału pod względem administracyjnym i gospodarczym oraz prawidłowe udzielanie świadczeń zdrowotnych,
  - 4) nadzór nad pracą podległego personelu oraz przestrzeganiem dyscypliny pracy,
  - 5) gospodarka lekami, środkami odurzającymi i artykułami sanitarnymi, oraz nadzór nad aparaturą medyczną i materiałami medycznymi,
  - 6) bieżący nadzór nad przestrzeganiem przez personel obowiązujących przepisów prawa, aktów wewnętrznych wydanych przez Dyrektora, procedur i instrukcji obowiązujących w Podmiocie,
  - 7) przygotowanie podległej komórki organizacyjnej do procesu Akredytacji oraz Autoryzacji zgodnie z obowiązującymi, w tym zakresie przepisami prawa oraz standardami akredytacyjnymi,
  - 8) czynny udział w procesie Akredytacji oraz Autoryzacji,
  - 9) wykonanie przez oddział określonej w planie finansowym Narodowego Funduszu Zdrowia i Dyrektora Szpitala ilości świadczeń zdrowotnych,
  - 10) nadzór nad prawidłowym przebiegiem udzielania świadczeń zdrowotnych oraz prawidłowym ich dokumentowaniem, zarówno w formie papierowej jak i w systemie informatycznym działającym w Podmiocie,
  - 11) ustalanie rozkładu pracy i dyżurów w oddziale w sposób zapewniający całodobową opiekę nad pacjentami i przedkładanie Zastępcy Dyrektora ds. Medycznych grafiku pracy do 20 dnia miesiąca kalendarzowego poprzedzającego miesiąc, na który grafik jest przygotowany,
  - 12) nadzór nad przestrzeganiem Praw Pacjenta,
  - 13) przekazywanie informacji każdego dnia o ilości wolnych łóżek w oddziale lekarzowi dyżurnemu Szpitalnego Oddziału Ratunkowego,
  - 14) dokonywanie bieżącej analizy zatrudnienia podległego personelu pod kątem wymogów stawianych przez przepisy obowiązujące oraz Narodowy Fundusz Zdrowia, z uwzględnieniem zapotrzebowania kadrowego Podmiotu oraz cykliczne raportowanie Dyrektorowi Podmiotu o wynikach prowadzonych analiz.
5. Lekarz kierujący oddziałem/ordynator zawiadamia bezzwłocznie tj. tego samego dnia, w którym otrzymał wiadomość, a najpóźniej dnia następnego, Zastępcę Dyrektora ds. Medycznych o każdym wykroczeniu przeciwko ustalonym zasadom udzielania świadczeń zdrowotnych, naruszeniu obowiązujących procedur i standardów oraz o nieprzestrzeganiu

reguł etycznych i naruszeniu dyscypliny pracy, a jeśli którekolwiek wykroczenie lub naruszenie dotyczy pielęgniarki lub położnej także Naczelną Pielęgniarkę.

6. Lekarz kierujący oddziałem/ordynator powiadamia niezwłocznie Zastępcę Dyrektora ds. Medycznych o każdym przypadku, co do którego zachodzi podejrzenie, iż jest wynikiem przestępstwa oraz o przypadkach choroby psychicznej lub zakaźnej w oddziale dla tych chorób nieprzeznaczonym.
7. Każdorazowo, na czas swojej nieobecności lekarz kierujący oddziałem/ordynator przekazuje obowiązki wybranemu lekarzowi z tytułem specjalisty lub II stopniem specjalizacji zatrudnionemu w oddziale i powiadamia o tym fakcie Zastępcę Dyrektora ds. Medycznych.
8. Dyrektor Podmiotu może powierzyć lekarzowi kierującemu oddziałem/ordynatorowi kierowanie więcej niż jednym oddziałem.
9. Dyrektor Podmiotu może powierzyć lekarzowi kierującemu oddziałem/ordynatorowi kierowanie inną komórką organizacyjną niż oddział.

## §21

1. Pielęgniarka/położna oddziałowa/koordynująca odpowiada za pracę pielęgniarek, położnych, ratowników medycznych, opiekunów medycznych, sanitariuszy oraz salowych danego oddziału.
2. Pielęgniarka/położna oddziałowa/koordynująca może odpowiadać za pracę pielęgniarek, położnych, ratowników medycznych, opiekunów medycznych, sanitariuszy, salowych więcej niż jednego oddziału.
3. Do obowiązków pielęgniarek/położnych oddziałowych/koordynujących należy w szczególności:
  - 1) zaplanowanie kompleksowej i ciągłej opieki pielęgniarskiej,
  - 2) zorganizowanie zespołu pracowników zdolnego do realizowania opieki pielęgniarskiej na odpowiednim poziomie,
  - 3) zapewnienie warunków organizacyjno-technicznych do wykonywania zadań,
  - 4) nadzorowanie poziomu wykonywania zadań i oceny wyników,
  - 5) planowanie prawidłowej i ciągłej opieki pielęgniarskiej,
  - 6) ustalenie celów i standardów opieki pielęgniarskiej w oddziale,
  - 7) planowanie liczby i struktury personelu niezbędnego do wykonywania opieki pielęgniarskiej na należytych poziomach,
  - 8) nadzór nad prawidłowym przebiegiem udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie świadczeń opieki pielęgniarskiej/położniczej oraz prawidłowym ich dokumentowaniem, zarówno w formie papierowej, jak i w systemie teleinformatycznym działającym w Podmiocie,

- 9) przygotowanie podległej komórki organizacyjnej do procesu Akredytacji oraz Autoryzacji zgodnie z obowiązującymi, w tym zakresie przepisami prawa oraz standardami akredytacyjnymi,
- 10) czynny udział w procesie Akredytacji oraz Autoryzacji.

## **ROZDZIAŁ IV PRZEBIEG PROCESU UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH**

### **Podrozdział 1 Postanowienia ogólne §22**

1. Podmiot udziela świadczeń zdrowotnych w rodzaju leczenie szpitalne, opieka paliatywna i hospicyjna, ambulatoryjna opieka specjalistyczna, opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień, świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze, profilaktyczne programy zdrowotne, programy lekowe.
2. Świadczenia opieki zdrowotnej w Szpitalu Powiatowym udzielane są całodobowo.
3. Świadczenia specjalistyczne w Ambulatoryjnej Opiece Zdrowotnej oraz stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne inne niż szpitalne są udzielane każdego dnia w ustalonych godzinach udzielania tych świadczeń, zgodnie z ich charakterem.
4. W zakresie koniecznym do wykonywania świadczeń gwarantowanych Podmiot zapewnia nieodpłatne badania diagnostyczne, leki, wyroby medyczne oraz środki pomocnicze, jeżeli są one konieczne do wykonania świadczenia, a także transport sanitarny w sytuacjach medycznie uzasadnionych oraz zgodnie z przepisami prawa obowiązującego.
5. Wszyscy pracownicy Podmiotu, mają obowiązek noszenia identyfikatorów z imieniem i nazwiskiem, tytułem naukowym lub zawodowym i określeniem stanowiska pracy.

### **§23**

1. W Oddziale Ginekologiczno-Położniczym oraz w Oddziale Neonatologicznym z Pododdziałem Pediatrii udzielających świadczeń zdrowotnych w zakresie opieki okołoporodowej, stosuje się następujące wskaźniki opieki okołoporodowej:
  - 1) odsetek porodów drogami natury przez nacięcia krocza;
  - 2) odsetek znieczuleń zewnątrzoponowych w trakcie porodu;
  - 3) odsetek porodów drogami natury bez stymulacji/indukcji oksytocyną;
  - 4) odsetek cięć cesarskich;
  - 5) odsetek matek karmiących wyłącznie naturalnie w dniu wypisu.
2. Monitorowanie wskaźników opieki okołoporodowej, o których mowa w ust. 1, następuje raz w roku ze względu na występujące różnice liczby porodów w poszczególnych miesiącach.
3. Ocena satysfakcji kobiet objętych opieką okołoporodową monitorowana jest poprzez zachęcanie i wskazywanie na możliwość wypełniania „ankiety satysfakcji pacjentki”.

4. Do dnia 31 stycznia następnego roku lekarze kierujący oddziałem/ordynatorzy oddziałów, o których mowa w ust. 1 powyżej, przygotowują dane statystyczne w zakresie wskaźników opieki okołoporodowej przedstawiając raport w zakresie powyższym Zastępcy Dyrektora ds. Medycznych wraz z podsumowaniem zawierającym rekomendacje dotyczące propozycji działań w zakresie poprawy jakości opieki oraz ocenę satysfakcji kobiet objętych opieką okołoporodową w oparciu o „ankiety satysfakcji pacjentki”.
5. Dokumentowanie działań, wskazanych w ust. 2 i ust. 3 powyżej, następuje w formie raportu, o którym mowa w ust. 4 niniejszego paragrafu.

**Podrozdział 2**  
**Przyjęcie pacjenta do Szpitala**  
**§24**

1. Przyjęcie pacjenta do Szpitala odbywa się w trybie planowym lub w trybie nagłym.
2. Przyjęcia pacjentów w trybie planowym odbywają się w Izbie Przyjęć działającej przy Szpitalnym Oddziale Ratunkowym.
3. Przyjęcia pacjentów w trybie nagłym odbywają się całodobowo w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym.
4. Prawo do korzystania poza kolejnością ze świadczeń opieki zdrowotnej mają osoby określone w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.
5. Osoby posiadające szczególne uprawnienia do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej poza kolejnością są zobowiązane do przedstawienia dokumentu potwierdzającego uprawnienia.
6. Przy przyjęciu pacjenta, potwierdza się jego prawo do bezpłatnych świadczeń zdrowotnych, zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami prawa
7. Uprawnionymi do bezpłatnego korzystania ze świadczeń zdrowotnych są osoby ubezpieczone w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego oraz inne osoby uprawnione na podstawie odrębnych przepisów.
8. Pacjent ma obowiązek potwierdzić swoją tożsamość poprzez okazanie dokumentu tożsamości, jak również podlega weryfikacji w systemie NFZ-eWUŚ.
9. W przypadku negatywnej weryfikacji w systemie NFZ-eWUŚ, pacjent może złożyć oświadczenie o uprawnieniu do świadczeń lub przedstawić inny dokument potwierdzający prawo do bezpłatnych świadczeń zdrowotnych.
10. Brak dokumentu potwierdzającego tożsamość lub brak uprawnień do bezpłatnej opieki medycznej nie może stanowić podstawy do odmowy udzielania świadczenia zdrowotnego, jeżeli osoba zgłaszająca się potrzebuje udzielenia świadczenia w trybie nagłym, z uwagi na zagrożenie życia lub zdrowia.

11. W sytuacji nieposiadania przez pacjenta aktualnego dokumentu umożliwiającego dokonanie potwierdzenia prawa do świadczeń, dokument należy przedstawić:
  - 1) w terminie 14 dni od dnia rozpoczęcia udzielania świadczenia zdrowotnego,
  - 2) w terminie 7 dni od dnia zakończenia udzielania świadczenia zdrowotnego, jeżeli świadczenie jest udzielane w oddziale szpitalnym.
12. W przypadku nieprzedstawienia dokumentu w terminach określonych w ust. 11 powyżej, pacjent zostanie obciążony kosztami udzielonych świadczeń zdrowotnych,
13. Osoby nieuprawnione do bezpłatnych świadczeń zdrowotnych mogą korzystać ze świadczeń na zasadzie odpłatności w oparciu o cennik świadczeń medycznych, ustalany przez Dyrektora Podmiotu, w formie zarządzenia podawanego do ogólnej wiadomości.

### **Podrozdział 3**

#### **Przyjęcie pacjenta na oddział**

#### **§25**

1. Hospitalizacji w oddziałach Szpitala podlegają pacjenci:
  - 1) skierowani do leczenia szpitalnego
  - 2) przyjmowani w trybie nagłym.
2. Przyjęcie do oddziału Szpitala następuje po dokonaniu przez pracowników Szpitalnego Oddziału Ratunkowego/ Izby Przyjęć czynności rejestracyjnych.
3. Transport pacjenta do oddziału zapewnia Szpitalny Oddział Ratunkowy.
4. Opiekę nad pacjentem przejmuje pielęgniarka oddziału i informuje lekarza kierującego oddziałem/ordynatora lub lekarza dyżurnego o przyjęciu pacjenta.

#### **§26**

1. Pacjentowi będącemu w stanie bezpośredniego zagrożenia zdrowotnego musi być udzielona pomoc medyczna bez zwłoki czasowej.
2. Tryb nagły dotyczy pacjentów w stanie bezpośredniego zagrożenia zdrowotnego, zgłaszających się samodzielnie, przywożonych przez ZRM lub inne jednostki transportu medycznego, zarówno ze skierowaniem (przyjęcie nieplanowe poza godzinami funkcjonowania Izby Przyjęć), jak i bez skierowania.
3. Natychmiast po zgłoszeniu się pacjenta, pielęgniarka lub ratownik medyczny przeprowadza segregację medyczną i przydziela pacjenta do kategorii pilności udzielania świadczeń zdrowotnych.
4. Każdy pacjent zgłaszający się do Szpitalnego Oddziału Ratunkowego, poddawany jest procedurze segregacji medycznej (TRIAGE), polegającej na przydzieleniu pacjenta do jednej z pięciu kategorii zróżnicowanych pod względem stopnia pilności udzielenia świadczeń zdrowotnych, zwanej dalej „kategorią pilności”, gdzie:
  - 1) kolor czerwony oznacza natychmiastowy kontakt z lekarzem;

- 2) kolor pomarańczowy oznacza czas oczekiwania na pierwszy kontakt z lekarzem do 10 minut;
  - 3) kolor żółty oznacza czas oczekiwania na pierwszy kontakt z lekarzem do 60 minut;
  - 4) kolor zielony oznacza czas oczekiwania na pierwszy kontakt z lekarzem do 120 minut;
  - 5) kolor niebieski oznacza czas oczekiwania na pierwszy kontakt z lekarzem do 240 minut.
5. Każdy pacjent zgłaszający się do Szpitalnego Oddziału Ratunkowego jest natychmiast po przeprowadzeniu segregacji medycznej rejestrowany w systemie informatycznym z wpisaną kategorią pilności. Osoba przeprowadzająca segregację medyczną danego pacjenta opiekuje się nim do czasu wypisania ze Szpitalnego Oddziału Ratunkowego, w przypadku zmiany personelu przekazuje pacjenta zmiennikowi z wpisaniem osoby przejmującej opiekę nad pacjentem.
  6. O przyjęciu pacjenta do Szpitalnego Oddziału Ratunkowego, wraz z podaniem kategorii pilności, osoba opiekująca się pacjentem powiadamia natychmiast lekarza dyżurnego Szpitalnego Oddziału Ratunkowego (w przypadku pacjentów bez skierowania) lub lekarza Oddziału (w przypadku pacjentów ze skierowaniem w trybie nieplanowym), którego skierowanie dotyczy.
  7. Dla każdego pacjenta bez skierowania, lekarzem prowadzącym jest właściwy lekarz dyżurny Szpitalnego Oddziału Ratunkowego, przy czym czas podjęcia czynności medycznych przez lekarza nie może być dłuższy niż wskazany w ust. 4 powyżej.
  8. Dla każdego pacjenta skierowanego na oddział inny niż Szpitalny Oddział Ratunkowy (w trybie nieplanowym), z kategorii czerwonej lub pomarańczowej, lekarzem prowadzącym jest właściwy lekarz dyżurny Szpitalnego Oddziału Ratunkowego, do czasu przybycia lekarza Oddziału wskazanego na skierowaniu, przy czym czas przybycia lekarza Oddziału nie może być dłuższy niż 10 minut.
  9. Dla każdego pacjenta skierowanego na oddział inny niż Szpitalny Oddział Ratunkowy, z kategorii żółtej, zielonej lub niebieskiej - lekarzem prowadzącym jest lekarz oddziału wskazanego na skierowaniu, przy czym czas podjęcia czynności medycznych przez lekarza oddziału nie może być dłuższy niż wskazany ust. 4 powyżej.
  10. Lekarz prowadzący, po ocenie pacjenta w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym, podejmuje decyzję o natychmiastowym przyjęciu pacjenta do oddziału, natychmiastowej odmowie przyjęcia lub o obserwacji pacjenta w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym, w tym o podaniu leków oraz wykonaniu koniecznych badań laboratoryjnych i obrazowych.
  11. Decyzja o natychmiastowym przyjęciu wymaga podania w dokumentacji Szpitalnego Oddziału Ratunkowego rozpoznania wstępnego i nie wymaga dalszego dokumentowania. Lekarz prowadzący przenosi pacjenta w systemie informatycznym na oddział docelowy. Osoba opiekująca się pacjentem zajmuje się założeniem dokumentacji medycznej i transportem pacjenta na oddział.

12. W przypadku konieczności obserwacji pacjenta w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym wymagany jest wpis lekarza prowadzącego w dokumentacji medycznej pacjenta, w tym wywiad, badanie przedmiotowe, zlecenie leków, badań dodatkowych, monitorowanie parametrów. Zlecenia wykonuje osoba opiekująca się pacjentem.
13. Obserwacja i diagnostyka pacjenta nie może trwać dłużej niż 12 godzin, przy czym ocena stanu pacjenta odbywa się nie rzadziej niż co 90 minut- oceny dokonuje osoba opiekująca się pacjentem i każdorazowo powiadamia o wyniku lekarza.
14. W przypadku odmowy przyjęcia pacjent może być odesłany do domu, może mieć ustalony termin przyjęcia w trybie planowym lub, skierowany do leczenia w trybie ambulatoryjnym.
15. Po upływie 12 godzin pacjent wpisywany jest przez osobę opiekującą się pacjentem na oddział docelowy.
16. W Szpitalnym Oddziale Ratunkowym funkcjonują 2 lekarskie pionów dyżurowe, przy czym w ramach Szpitalnego Oddziału Ratunkowego świadczeń zdrowotnych udziela co najmniej jeden lekarz systemu spełniający warunki określone w ustawie z dnia 8 września 2006 roku o Państwowym Ratownictwie Medycznym.
17. Szczegółowy zakres działalności poszczególnych lekarskich pionów dyżurowych, określa Dyrektor Podmiotu w ramach zarządzenia.
18. W przypadku stwierdzenia przez lekarza Szpitalnego Oddziału Ratunkowego konieczności natychmiastowej hospitalizacji pacjenta, jest on kierowany na oddział zgodnie z rozpoznaniem określającym wiodący problem zdrowotny a w przypadku gdy nie ma możliwości umieszczenia pacjenta na danym oddziale lub w przypadku konieczności hospitalizacji w oddziale o profilu nieistniejącym w strukturach Podmiotu, lekarz podejmuje decyzję o transporcie pacjenta do innego podmiotu leczniczego.
19. Przeniesienie pacjenta ze Szpitalnego Oddziału Ratunkowego do oddziału wymaga poinformowania lekarza kierującego oddziałem/ordynatora lub lekarza dyżurnego oddziału właściwego miejsca hospitalizacji i decyzję podejmuje lekarz dyżurny Szpitalnego Oddziału Ratunkowego, a decyzja w tym zakresie jest ostateczna.
20. Nieprzyjęcie pacjenta do Szpitala może nastąpić również w przypadku niewyrażenia zgody przez pacjenta na hospitalizację, w tym przypadku lekarz ma obowiązek, przedłożyć pacjentowi druk „Oświadczenie pacjenta - sprzeciw wobec hospitalizacji” lub „Oświadczenie rodzica/opiekuna prawnego- sprzeciw wobec hospitalizacji dziecka do 16 roku życia”, celem podpisania.
21. Wszyscy pacjenci Szpitalnego Oddziału Ratunkowego otrzymują Kartę Informacyjną Leczenia Szpitalnego SOR, która w przypadku odmowy udzielenia świadczenia, oprócz wszystkich obligatoryjnych elementów, zawiera także dokładny opis przyczyn takiej odmowy.

22. W przypadku wystąpienia zdarzenia o charakterze nadzwyczajnym, w tym o charakterze mnogim, masowym lub katastroficznym obowiązuje tryb przyjęć z pominięciem obowiązujących zasad wskazanych w niniejszym Regulaminie, oparty o zasadę segregacji pacjentów, w zależności od oceny stanu zdrowia, w oparciu o odrębne przepisy Podmiotu.

#### §27

1. Konsultacje między oddziałami należy wykonać bez zbędnej zwłoki.
2. Szczegółowe zasady dotyczące odbywania konsultacji między oddziałami Szpitala, określa odrębna procedura wewnętrzna obowiązująca w Podmiocie.

#### §28

1. W Izbie Przyjęć odbywają się przyjęcia pacjentów w trybie planowym.
2. Tryb planowy dotyczy pacjentów posiadających skierowanie, z adnotacją lekarza właściwego oddziału o terminie uzgodnionego przyjęcia lub wpis w programie KS MEDIS w module Izba Przyjęć – harmonogram przyjęć.
3. Przyjęcia pacjentów w trybie planowym odbywają się w godzinach 8:00 – 14:30 w dni robocze.
4. Pacjent zgłaszający się do przyjęcia w trybie planowym kierowany jest do punktu przyjęć, obsługiwanego przez sekretarkę medyczną.
5. O zgłoszeniu się pacjenta do przyjęcia w trybie planowym sekretarka medyczna powiadamia lekarza oddziału docelowego, dokonuje przyjęcia pacjenta do Szpitala, zakłada pacjentowi dokumentację medyczną, a następnie powiadamia personel Szpitalnego Oddziału Ratunkowego o konieczności przekazania pacjenta na oddział docelowy.
6. W przypadku nieprzewidzianego braku miejsc na oddziale docelowym, lekarz oddziału ma obowiązek poinformować o tym pacjenta osobiście i ustalić kolejny termin przyjęcia w trybie planowym, w tym dokonać odpowiedniej adnotacji na skierowaniu i zmienić wpis w harmonogramie przyjęć.
7. W przypadku braku miejsc, który można przewidzieć, oddział docelowy powiadamia o tym pacjenta najpóźniej w dniu poprzedzającym termin przyjęcia oraz zmienia wpis w harmonogramie przyjęć.
8. W przypadku odmowy hospitalizacji lekarz wydaje pacjentowi Kartę informacyjną, w treści, której zawarty jest opis przyczyn odmowy.

#### §29

1. Pracownicy Szpitalnego Oddziału Ratunkowego mają obowiązek zgłoszenia Policji faktu przyjęcia lub zgonu w Szpitalu pacjenta, którego tożsamości nie można ustalić ani potwierdzić na podstawie dokumentów stwierdzających tożsamość niezwłocznie, ale nie później niż w okresie 8 godzin odpowiednio od przyjęcia albo zgonu pacjenta.
2. Pracownicy Szpitalnego Oddziału Ratunkowego mają obowiązek zabezpieczenia i spisania przedmiotów należących do pacjenta o nieustalonej tożsamości oraz wpisania

w dokumentację medyczną charakterystyki pacjenta (płeć, rysopis, data, godzina, miejsce, z którego został przywieziony), jak również podjęcia prób identyfikacji pacjenta na podstawie znalezionych przy pacjencie dokumentów.

3. Pracownicy Szpitalnego Oddziału Ratunkowego mają obowiązek przekazywania na żądanie Policji informacji o fakcie przyjęcia w Szpitalu osoby zaginionej w rozumieniu przepisów ustawy o Policji oraz odnotowania w dokumentacji medycznej Izby Przyjęć przyjęcia pacjenta o nieznanym nazwisku i pochodzeniu.

### **§30**

1. W przypadku podejrzenia, że pacjent doświadczył przemocy seksualnej (która jest przestępstwem ściganym z urzędu), a nie zgłosił tego na Policję, osoba wykonująca zawód medyczny jest zobowiązana do powiadomienia prokuratury lub policji.
2. W przypadku podejrzenia, że pacjent (osoba dorosła lub dziecko) jest ofiarą przemocy w rodzinie, personel medyczny ma obowiązek powiadomić prokuraturę lub policję oraz wszcząć procedurę „Niebieskiej Karty”, zgodnie z przepisami prawa obowiązującego w tym zakresie.
3. Szczegółowy tryb postępowania w przypadkach określonych w ust. 1 i 2 powyżej określają obowiązujące w Szpitalu procedury wewnętrzne.

## **Podrozdział 4 Pobyt pacjenta na oddziale §31**

1. Oddziały szpitalne zapewniają przyjętemu pacjentowi:
  - 1) udzielanie świadczeń zdrowotnych odpowiadających aktualnym wymaganiom wiedzy medycznej, zgodnych z profilem danego oddziału,
  - 2) niezbędne środki farmaceutyczne, materiały medyczne i sprzęt medyczny,
  - 3) pomieszczenie i wyżywienie odpowiednie do stanu zdrowia,
  - 4) leczenie bólu,
  - 5) informacje o przysługujących mu prawach (prawa pacjenta),
  - 6) informacje o stanie zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych metodach leczenia, zabiegach leczniczych i diagnostycznych, dających się przewidzieć następstwach, rokowaniach i ewentualnym ryzyku oraz o możliwościach zastosowania innego postępowania medycznego,
  - 7) dostęp do opieki duszpasterskiej,
  - 8) możliwość kontaktu osobistego, telefonicznego lub pisemnego z osobami z zewnątrz,
  - 9) możliwość dodatkowej opieki pielęgnacyjnej sprawowanej przez osoby wskazane przez pacjenta,
  - 10) możliwość korzystania z bezpłatnego depozytu szpitalnego,
  - 11) możliwość konsultacji z psychologiem.

2. Każdy pacjent w momencie przyjęcia na oddział, winien być zapoznany z prawami pacjenta, topografią oddziału oraz harmonogramem dnia obowiązującym na oddziale.
3. Lekarze dyżurni przeprowadzają wizyty w oddziałach w godzinach popołudniowych lub wieczornych.
4. W przypadku nieprzewidzianej niepełnej obsady w chwili zaplanowanego zejścia lekarza z dyżuru w danym oddziale, lekarz ten jest zobowiązany kontynuować udzielanie świadczeń zdrowotnych po dyżurze aż do chwili zapewnienia prawidłowej obsady lekarskiej w pracy tego oddziału. Praca w niniejszych warunkach płatna jest jako nadgodziny z dodatkiem 100% do wynagrodzenia.
5. Obowiązkiem pacjenta jest zapoznanie się oraz przestrzeganie praw i obowiązków pacjenta, a także przestrzeganie w szczególności:
  - 1) rozkładu dnia podczas pobytu w Szpitalu i stosowanie się do poleceń zespołu medycznego,
  - 2) zasad współżycia społecznego tak, aby nie zakłócać spokoju innych pacjentów,
  - 3) zakazu spożywania alkoholu, substancji psychoaktywnych, palenia tytoniu na terenie Szpitala oraz samowolnego zażywania leków,
  - 4) zakazu samowolnego opuszczania oddziału oraz Szpitala,
  - 5) zakazu wnoszenia na teren Szpitala broni oraz materiałów niebezpiecznych,
  - 6) przestrzegania ogólnie przyjętych zasad bhp.
6. Informacje o stanie zdrowia pacjentów udzielane są wyłącznie osobom/podmiotom uprawnionym do ich uzyskania.
7. Informacji o stanie zdrowia pacjentów udzielają wyłącznie lekarze.
8. Informacje o stanie zdrowia pacjenta przekazywane telefonicznie powinny być udzielane zgodnie z obowiązującą procedurą wewnętrzną oraz obowiązującymi przepisami prawa.

### **§32**

1. Lekarz kierujący oddziałem/ordynator wyznacza lekarza prowadzącego dla pacjenta.
2. Obejmując opiekę nad pacjentem lekarz zobowiązany jest przedstawić się imieniem i nazwiskiem oraz podać stanowisko służbowe.
3. Każdy lekarz kontaktujący się z pacjentem zobowiązany jest do analogicznego postępowania, niezależnie od obowiązku noszenia identyfikatorów.

### **§33**

1. Pacjent przyjmowany na oddział zaopatrywany jest w znak identyfikacyjny.
2. Opaskę zakłada się na nadgarstek pacjenta, a w przypadku, gdy jest to niemożliwe lub niewskazane ze względu na proces leczenia na kostkę nogi.
3. Noworodka urodzonego w Szpitalu zaopatruje się w znak identyfikacyjny niezwłocznie po urodzeniu, w obecności matki lub osoby bliskiej obecnej przy porodzie. W przypadku noworodka opaskę ze znakiem identyfikacyjnym zakłada się na oba nadgarstki, a gdy jest to

niemożliwe albo niewskazane ze względu na przebieg procesu leczenia, w okolicy kostki obu kończyn dolnych albo na nadgarstek i w okolicy kostki kończyny dolnej.

4. W przypadku gdy założenie opaski ze znakiem identyfikacyjnym dziecka, które nie ukończyło szóstego roku życia, w sposób określony w ust. 2 powyżej nie jest możliwe, za zgodą matki lub innej osoby bliskiej lub opiekuna faktycznego wykonuje się zdjęcie dziecka, na którym umieszcza się znak identyfikacyjny i umieszcza się to zdjęcie w widocznym miejscu na łóżku dziecka albo na inkubatorze. W przypadku braku zgody, o której mowa w zdaniu poprzedzającym, na łóżku dziecka albo na inkubatorze umieszcza się opaskę ze znakiem identyfikacyjnym.
5. Pacjenta, którego tożsamości nie można ustalić przy przyjęciu do Szpitala, zaopatruje się w znak identyfikacyjny zawierający oznaczenie „NN” oraz dodatkowe oznaczenie numeryczne, umożliwiające identyfikację pacjenta do czasu ustalenia jego tożsamości.
6. Pacjenta, który potrzebuje natychmiastowego udzielenia świadczenia zdrowotnego ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia, zaopatruje się w znak identyfikacyjny niezwłocznie po udzieleniu takiego świadczenia.
7. W przypadku stwierdzenia braku albo zniszczenia opaski, niezwłocznie potwierdza się tożsamość pacjenta i zakłada się pacjentowi albo umieszcza na łóżku albo inkubatorze nową opaskę.
8. Szczegółowe kwestie związane z zaopatrywaniem pacjenta w znak identyfikacyjny określają procedury wewnętrzne.

### **§34**

1. Pacjent ma prawo do odwiedzin osób z zewnątrz.
2. Szczegółowe zasady odwiedzin pacjentów hospitalizowanych w Podmiocie, określone są w odrębnej procedurze oraz podlegają publikacji na tablicach informacyjnych oraz stronie internetowej Szpitala.
3. Dyrekcja Podmiotu może czasowo ograniczyć lub wstrzymać odwiedziny w sytuacji zagrożenia epidemicznego lub ze względu na bezpieczeństwo zdrowotne pacjentów i osób odwiedzających, a także ze względu na możliwości organizacyjne Szpitala, o czym pacjenci zostaną powiadomieni poprzez stosowne ogłoszenie zamieszczone na tablicach informacyjnych oddziałów oraz na stronie internetowej Szpitala.
4. Na żądanie pacjenta prawo do jego odwiedzin może być ograniczone lub zniesione w stosunku do osób przez niego wskazanych.

**Podrozdział 5**  
**Wypis pacjenta z oddziału**  
**§35**

1. Wypisanie pacjenta ze Szpitala albo innego zakładu leczniczego podmiotu leczniczego wykonującego działalność leczniczą w rodzaju całodobowe i stacjonarne świadczenia zdrowotne, jeżeli przepisy odrębne nie stanowią inaczej, następuje:
  - 1) gdy stan zdrowia pacjenta nie wymaga dalszego udzielania świadczeń zdrowotnych w tym zakładzie leczniczym;
  - 2) na żądanie pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego;
  - 3) gdy pacjent w sposób rażąco narusza porządek lub przebieg procesu udzielania świadczeń zdrowotnych, a nie zachodzi obawa, że odmowa lub zaprzestanie udzielania świadczeń zdrowotnych może spowodować bezpośrednio niebezpieczeństwo dla jego życia lub zdrowia albo życia lub zdrowia innych osób.
2. Pacjent występujący z żądaniem, o którym mowa w ust. 1 pkt 2 powyżej, jest informowany przez lekarza o możliwych następstwach zaprzestania dalszego udzielania świadczeń zdrowotnych. Pacjent taki składa pisemne oświadczenie o wypisaniu na własne żądanie.
3. Jeżeli pacjent odmawia podpisania oświadczenia, o którym mowa w pkt 2 lekarz sporządza adnotację w dokumentacji medycznej, w tym, że poinformował pacjenta o ewentualnych skutkach zdrowotnych zaprzestania hospitalizacji.
4. Jeżeli przedstawiciel ustawowy żąda wypisania pacjenta, którego stan zdrowia wymaga dalszego udzielania świadczeń zdrowotnych, można odmówić wypisania do czasu wydania w tej sprawie orzeczenia przez właściwy ze względu na miejsce udzielania świadczeń zdrowotnych sąd opiekuńczy, chyba że przepisy odrębne stanowią inaczej.
5. W przypadku, o którym mowa w ust. 4, niezwłocznie zawiadamia się właściwy sąd opiekuńczy o odmowie wypisania i jej przyczynach.
6. Jeżeli przedstawiciel ustawowy lub osoba, na której ciąży obowiązek alimentacyjny nie odbiera małoletniego lub osoby niezdolnej do samodzielnej egzystencji ze Szpitala w wyznaczonym terminie, pielęgniarka/położna oddziałowa/koordynująca niezwłocznie zawiadomienia o tym fakcie organ gminy właściwej ze względu na miejsce zamieszkania lub pobytu tej osoby. Jeżeli w wyznaczonym terminie pacjent nie zostanie zabrany ze Szpitala lekarz kierujący oddziałem/ordynator organizuje środek transportu, którym pacjent, na koszt gminy, przewieziony zostanie do miejsca zamieszkania.
7. Pacjent, którego stan zdrowia nie wymaga dalszego leczenia szpitalnego lub leczenie jest możliwe w trybie ambulatoryjnym, powinien być wypisany ze Szpitala. Jeżeli nie chce on opuścić oddziału, lekarz kierujący oddziałem/ordynator jest zobowiązany poinformować go o konieczności ponoszenia kosztów dalszego pobytu oraz złożyć Dyrektorowi Podmiotu lub Zastępcy Dyrektora ds. Medycznych pisemną informację o zaistniałym fakcie ze wskazaniem nazwiska, imienia, adresu oraz zapoznać z obowiązującym cennikiem.

8. Każdy pacjent w dniu wypisu otrzymuje Kartę Informacyjną z Leczenia Szpitalnego, a odebranie jej potwierdza podpisem pacjent lub przedstawiciel ustawowy/opiekun prawny pacjenta.

### **Podrozdział 6**

#### **Przeniesienie pacjenta do innego podmiotu wykonującego działalność leczniczą §36**

1. Przeniesienie pacjenta do innego podmiotu leczniczego powinno wynikać ze wskazań medycznych, co nie narusza uprawnień pacjenta do wyboru podmiotu leczniczego, z którego świadczeń zdrowotnych chce korzystać.
2. Zapewnienie transportu pacjenta z Podmiotu do innego podmiotu leczniczego odbywa się zgodnie z przepisami prawa obowiązującego oraz na zasadach określonych w wewnętrznej procedurze obowiązującej w Podmiocie.
3. Lekarz kierujący oddziałem/ordynator, lekarz upoważniony przez lekarza kierującego oddziałem/ordynatora albo lekarz dyżurny podejmuje decyzję o składzie obsługi transportu sanitarnego, kierując się stanem zdrowia pacjenta.
4. Pacjent otrzymuje Kartę Informacyjną z Leczenia Szpitalnego w Podmiocie oraz skierowanie do podmiotu leczniczego, do którego jest przewożony.
5. Jeżeli pacjent jest w ciężkim stanie dokumentację, o której mowa w ust. 4, otrzymuje obsługa transportu sanitarnego.
6. W razie konieczności udostępnienia innych dokumentów z leczenia pacjenta, należy je przekazać pacjentowi lub obsłudze transportu sanitarnego.
7. Lekarz bezpośrednio przekazujący pacjenta ma obowiązek udzielić obsłudze transportu pisemnej informacji, jeżeli stan pacjenta wymaga kontynuacji leczenia w trakcie transportu.
8. Za stan zdrowia pacjenta w czasie trwania transportu odpowiada zespół transportowy.
9. Jeżeli w transporcie pacjenta uczestniczy lekarz za stan zdrowia pacjenta odpowiada lekarz bezpośrednio uczestniczący w transporcie sanitarnym.

### **Podrozdział 7**

#### **Postępowanie w przypadku pogorszenia stanu zdrowia pacjenta lub w razie jego śmierci §37**

W razie pogorszenia się stanu zdrowia pacjenta, powodującego zagrożenie życia lub w razie jego śmierci, kierownik oddziału/ordynator lub upoważniona przez niego osoba jest zobowiązana niezwłocznie zawiadomić wskazaną przez pacjenta osobę, instytucję lub przedstawiciela ustawowego.

#### **§38**

1. Personel pielęgniarski/położniczy lub ratownik medyczny niezwłocznie powiadamia lekarza o braku oznak życia pacjenta przebywającego w Podmiocie.

2. Lekarz, o którym mowa w ust.1 po przeprowadzeniu oględzin, stwierdza zgon i jego przyczynę oraz wystawia kartę zgonu.
3. W przypadku przeprowadzenia sekcji zwłok stwierdzenie przyczyny zgonu następuje po jej przeprowadzeniu.
4. Szczegółowe zasady postępowania w przypadku zgonu pacjenta regulują wewnętrzne procedury Podmiotu oparte na obowiązujących w tym zakresie przepisach prawa.

### **§39**

1. Zwłoki pacjenta zmarłego w Podmiocie są przechowywane w budynku Prosektorium nie dłużej niż 72 godziny.
2. Zwłoki można przechowywać dłużej niż 72 godziny, jeżeli:
  - 1) nie mogą zostać wcześniej odebrane przez osoby lub instytucje uprawnione do pochowania zwłok pacjenta;
  - 2) w związku ze zgonem pacjenta zostało wszczęte dochodzenie albo śledztwo, a prokurator nie zezwolił na pochowanie zwłok;
  - 3) przemawiają za tym inne niż wymienione w ust. 1 i 2 powyżej ważne przyczyny, za zgodą albo na wniosek osoby lub instytucji uprawnionej do pochowania zwłok pacjenta.
3. Prosektorium obsługiwane jest przez podmiot zewnętrzny na podstawie zawartej umowy ze Szpitalem.
4. Za okres przechowywania zwłok zmarłych pacjentów w Prosektorium powyżej 72 godzin pobierana jest opłata ustalona przez Szpital z podmiotem zewnętrznym w ramach zawartej umowy. Informacje o ustalonej opłacie zostają udostępnione na stronie internetowej Podmiotu.
5. Po upływie 72 godzin osoba lub instytucja uprawniona do odebrania zwłok będzie obciążana kosztami za każdą rozpoczętą dobę, chyba że przepisy odrębne stanowią o nieodpłatnym przechowywaniu zwłok.

## **Podrozdział 8**

### **Udzielanie świadczeń zdrowotnych w poradni specjalistycznej**

#### **§40**

1. Ambulatoryjne świadczenia specjalistyczne finansowane ze środków publicznych są udzielane na podstawie skierowania lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, karty diagnostyki i leczenia ubezpieczenia onkologicznego.
2. Skierowanie, o którym mowa w ust. 1, nie jest wymagane:
  - 1) do świadczeń zdrowotnych udzielanych przez:
    - a) ginekologa i położnika,
    - b) onkologa,
    - c) wenerologa,
    - d) psychiatrę,
    - e) dentystę.

- 2) m.in. od następujących pacjentów:
- a) dla osób chorych na gruźlicę,
  - b) dla osób zakażonych wirusem HIV,
  - c) dla inwalidów wojennych i wojskowych, osób represjonowanych oraz kombatantów,
  - d) dla cywilnych niewidomych ofiar działań wojennych,
  - e) dla uprawnionego żołnierza lub pracownika oraz weterana poszkodowanego, w zakresie leczenia urazów lub chorób nabytych podczas wykonywania zadań poza granicami państwa,
  - f) dla osób uzależnionych od alkoholu, środków odurzających i substancji psychotropowych – w zakresie leczenia odwykowego,
  - g) dla działaczy opozycji antykomunistycznej oraz osoby represjonowane z powodów politycznych,
  - h) dla osób posiadających orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności.
3. Bez skierowania ze świadczeń w Poradniach specjalistycznych korzystają ponadto inne osoby uprawnione, o których mowa w art. 57 ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.
4. Świadczenia zdrowotne w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej udzielane są przez lekarzy o kwalifikacjach zgodnie z umową zawartą z Narodowym Funduszem Zdrowia o udzielanie świadczeń zdrowotnych.
5. Ubezpieczony ma prawo wyboru Poradni specjalistycznej- brak rejonizacji.
6. Rejestracja pacjentów odbywa się w każdej formie, tj. osobiście, za pośrednictwem członków rodziny lub osób trzecich, telefonicznie, z wyznaczeniem dnia i godziny realizacji świadczenia zdrowotnego.
7. Zapisy do Poradni specjalistycznych odbywają się zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami prawa.
9. Świadczenia zdrowotne w Poradniach specjalistycznych, udzielane są zgodnie z harmonogramem.
10. Szczegółowy harmonogram przyjęć pacjentów w poszczególnych Poradniach specjalistycznych i Pracowniach jest dostępny na stronie internetowej Szpitala oraz w Poradniach specjalistycznych.

## **Podrozdział 9**

### **Współdziałanie z innymi podmiotami wykonującymi działalność leczniczą**

#### **§41**

1. Podmiot współdziała z innymi podmiotami wykonującymi działalność leczniczą w celu zapewnienia prawidłowej diagnostyki, leczenia pacjentów, pielęgnacji i rehabilitacji pacjentów oraz ciągłości przebiegu procesu udzielania świadczeń zdrowotnych.

2. Współdziałanie przyjmuje wszelkie formy mające na celu prawidłową i efektywną realizację celów, o których mowa w ust. 1 powyżej, w granicach obowiązujących przepisów prawa, w szczególności następujące formy:
  - 1) umów i porozumień o współpracy.
  - 2) konsultacji.
3. Szczegółowe zasady współpracy w zakresie diagnostyki, leczenia, pielęgnacji i rehabilitacji pacjentów w podmiocie leczniczym określają zawarte umowy, akty wewnętrznie obowiązujące w Podmiocie oraz obowiązujące w tym zakresie przepisy i aktualne wytyczne właściwych organów i podmiotów w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych.

### **Podrozdział 10**

#### **Prowadzenie dokumentacji medycznej oraz pobieranie opłat za jej udostępnianie**

##### **§42**

1. Podmiot prowadzi dokumentację medyczną według obowiązujących w tym zakresie przepisów oraz zapewnia ochronę danych zawartych w tej dokumentacji zgodnie z przepisami wewnętrznymi.
2. Osoby udzielające świadczeń zdrowotnych odpowiedzialne są za prowadzenie dokumentacji medycznej zgodnie z obowiązującymi przepisami.
3. Podmiot udostępnia dokumentację medyczną według obowiązujących w tym zakresie przepisów oraz zapewnia ochronę danych zawartych w tej dokumentacji zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.
4. W trakcie pobytu pacjenta w Podmiocie, pacjent, jego przedstawiciel ustawowy lub osoba upoważniona przez pacjenta ma prawo wglądu do indywidualnej dokumentacji medycznej dotyczącej jego leczenia w oddziale.
5. Dokumentacja medyczna w formie elektronicznej jest autoryzowana kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanym albo z wykorzystaniem sposobu potwierdzania pochodzenia oraz integralności danych dostępny w systemie teleinformatycznym udostępnionym bezpłatnie przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych - certyfikat ZUS. W przypadku dokumentacji medycznej w formie papierowej winna być ona autoryzowana za pomocą następujących danych osoby udzielającej świadczenie:
  - 1) imię (imiona) i nazwisko,
  - 2) tytuł zawodowy,
  - 3) numer prawa wykonywania zawodu, jeżeli został nadany,
  - 4) unikalny identyfikator upoważnienia nadany przez Rejestr Asystentów Medycznych, o którym mowa w art. 31b ust. 7 pkt 7 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia – w przypadku osoby upoważnionej, o której mowa w art. 31b ust. 1 tej ustawy,
  - 5) podpis.

## §43

1. Zgodnie z regulacjami ustawy z dnia 6 listopada 2008 roku o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta ustala się opłaty za udostępnienie dokumentacji medycznej w następujący sposób:
  - 1) za 1 stronę wyciągu lub odpisu dokumentacji medycznej – nie może przekroczyć 0,002 przeciętnego wynagrodzenia w poprzednim kwartale, począwszy 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 1 stronę kopii albo wydruku dokumentacji medycznej - nie może przekraczać 0,00007 przeciętnego wynagrodzenia, o którym mowa w pkt. 1);
  - 3) udostępnienie dokumentacji medycznej na informatycznym nośniku danych – nie może przekraczać 0,0004 przeciętnego wynagrodzenia, o którym mowa w pkt. 1).
2. Wysokość opłat, przy uwzględnieniu współczynników, o których mowa w ust. 1, podana jest w cenniku wprowadzonym Zarządzeniem Dyrektora Podmiotu, dostępnym na stronie internetowej oraz tablicach informacyjnych, przy uwzględnieniu, iż jeżeli w ramach jednostkowego Cennika wskazano opłaty przekraczające kwoty wyliczone zgodnie ust. 1 powyżej zastosowanie znajduje zamiast opłaty wadliwie ustalonej opłata maksymalna ustalona według wskazań w ust.1 pkt 1) powyżej.
3. Wysokość opłat będzie aktualizowana co kwartał, przy uwzględnieniu przeciętnego wynagrodzenia, o którym mowa w ust. 1 pkt. 1) przez Dyrektora Podmiotu w formie Zarządzenia.
4. Opłat, o których mowa w ust. 1 nie pobiera się w przypadku udostępnienia dokumentacji medycznej:
  - 1) pacjentowi albo jego przedstawicielowi ustawowemu po raz pierwszy w żądanym zakresie i w sposób, o którym mowa w art. 27 ust. 1 pkt 2 i 5 oraz ust. 3 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta,
  - 2) w związku z postępowaniem w sprawie świadczenia kompensacyjnego, o którym mowa w art. 67v ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta,
  - 3) w związku z postępowaniem, o którym mowa w art. 17d ust. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 2008r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, prowadzonym przez Rzecznika Praw Pacjenta,
  - 4) Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji oraz Agencji Badań Medycznych;
  - 5) w innych przypadkach, kiedy powszechnie obowiązujące przepisy prawa przewidują zwolnienie od pobierania opłaty za udostępnienie dokumentacji medycznej.

## §44

Wysokość opłat z tytułu udzielenia przez Podmiot uprawnionemu zakładowi ubezpieczeń informacji, o których mowa w art. 38 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej podana jest w Cenniku za usługi świadczone przez Podmiot wprowadzonym Zarządzeniem Dyrektora Podmiotu, który jest dostępny na stronie internetowej Podmiotu i ustalana jest ona zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami, w tym Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 28 kwietnia 2020 r. w sprawie informacji udzielanych zakładom ubezpieczeń przez podmioty wykonujące działalność leczniczą oraz Narodowy Fundusz Zdrowia, bądź innym aktem realizującym założenia przedmiotowego aktu wykonawczego.

### Podrozdział 11

#### **Organizacja procesu udzielania świadczeń zdrowotnych w przypadku pobierania opłat** **§45**

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 nie wpływa na kolejność pozycji świadczeniobiorcy na prowadzonej przez Podmiot liście oczekujących na udzielenie świadczenia zdrowotnego finansowanego ze środków publicznych.
3. Świadczenia zdrowotne odpłatne udzielane są w miarę możliwości w dniu zgłoszenia lub w innym terminie uzgodnionym z pacjentem, według ustalonej 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.

#### **§46**

1. Wysokość opłat, o których mowa w §45 niniejszego Regulaminu jest podana w Cenniku za usługi świadczone przez Podmiot wprowadzonym zarządzeniem Dyrektora Podmiotu, dostępnym na stronie internetowej Podmiotu oraz tablicach informacyjnych.
2. Za świadczenia zdrowotne udzielone odpłatnie w sytuacjach, w których przepisy dopuszczają taką odpłatność, Podmiot wystawia rachunek, w którym, na wniosek pacjenta, wyszczególnia zrealizowane procedury diagnostyczne i terapeutyczne.

**ROZDZIAŁ V**  
**ORGANIZACJA I ZADANIA POSZCZEGÓLNYCH KOMÓREK**  
**ORGANIZACYJNYCH ZAKŁADÓW LECZNICZYCH**

**§47**

1. Pracą oddziałów szpitalnych kierują lekarze kierujący oddziałem/ordynatorzy.
2. Skierowanie do szpitala może wystawić każdy lekarz, także niebędący lekarzem ubezpieczenia zdrowotnego, jeżeli cel leczenia nie może być osiągnięty przez leczenie ambulatoryjne.
3. Pacjent ma prawo wyboru oddziału w szpitalu posiadającym umowę z NFZ w danym zakresie, na terenie całej Polski.
4. Oddziały szpitalne zapewniają kompleksowe świadczenia w zakresie usług zdrowotnych.
5. Szczegółową strukturę oddziałów Szpitala, z uwzględnieniem ich specyfiki określają przepisy prawa obowiązującego.
6. Do zadań oddziałów należy w szczególności:
  - 1) zapewnienie całodobowej stacjonarnej opieki medycznej zgodnie z profilem oddziału,
  - 2) rozpoznawanie, leczenie, orzekanie o stanie zdrowia,
  - 3) udzielanie świadczeń konsultacyjnych pacjentom z innych oddziałów szpitalnych,
  - 4) zapewnienie rehabilitacji wczesnej (przyłóżkowej) wszystkim pacjentom wymagającym usprawnienia,
  - 5) wykonywanie niezbędnych badań diagnostycznych,
  - 6) zapewnienie opieki pielęgnacyjnej uwarunkowanej stanem zdrowia pacjenta,
  - 7) utrzymanie kontaktu z rodzinami pacjentów lub ich opiekunami prawnymi,
  - 8) prowadzenie specjalizacji, szkoleń oraz doksztalcania pracowników oddziału,
  - 9) zapewnienie całodobowej opieki lekarskiej w oddziale na podstawie harmonogramu dyżurów lekarskich lub harmonogramu zapewnienia opieki lekarskiej poza godzinami normalnych ordynacji, sporządzonego przez lekarza kierującego oddziałem/ordynatora i zatwierdzonego przez Zastępcę Dyrektora ds. Medycznych,
  - 10) prowadzenie dokumentacji medycznej zgodnie z obowiązującymi przepisami oraz unormowaniami wewnętrznymi,
  - 11) gromadzenie informacji medycznych z realizacji kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia oraz innymi podmiotami w zakresie udzielanych przez oddział świadczeń zdrowotnych.

**§48**

1. Pracą Szpitalnego Oddziału Ratunkowego kieruje lekarz kierujący oddziałem.
2. Struktura Szpitalnego Oddziału Ratunkowego:
  - 1) obszar segregacji medycznej, rejestracji i przyjęć,
  - 2) obszar resuscytacyjno-zabiegowy,

- 3) obszar wstępnej intensywnej terapii,
  - 4) obszar terapii natychmiastowej,
  - 5) obszar obserwacji,
  - 6) obszar konsultacyjny,
  - 7) obszar zaplecza administracyjno-gospodarczego.
3. Szpitalny Oddział Ratunkowy udziela kompleksowych świadczeń opieki zdrowotnej polegających na wstępnej diagnostyce oraz podjęciu leczenia w zakresie niezbędnym dla stabilizacji funkcji życiowych osób, które znajdują się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego:
- 1) przetransportowanych przez:
    - a) zespoły ratownictwa medycznego,
    - b) jednostki współpracujące z systemem Państwowe Ratownictwo Medyczne,
    - c) zespoły wyjazdowe, o których mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 5 ust. 4 ustawy z dnia 20 marca 2009 r. o bezpieczeństwie imprez masowych,
    - d) lotnicze zespoły poszukiwawczo-ratownicze, o których mowa w art. 140a ust. 5 ustawy z dnia 3 lipca 2002 r. - Prawo lotnicze oraz podmioty, o których mowa w art. 140b ust. 3 tej ustawy,
    - e) podmioty realizujące transport sanitarny na podstawie zlecenia lekarza albo felczera, w ramach udzielania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych;
  - 2) zgłaszających się samodzielnie w sytuacji nagłego pogorszenia stanu zdrowia prowadzącego do jego zagrożenia lub urazów wymagających pilnego zaopatrzenia w warunkach szpitalnych.
4. Do zadań Szpitalnego Oddziału Ratunkowego należy w szczególności:
- 1) udzielanie pomocy poszkodowanym w zdarzeniach nadzwyczajnych o charakterze mnogim, masowym lub katastroficznym,
  - 2) analiza funkcjonowania systemu zintegrowanego ratownictwa medycznego w rejonie operacyjnym Szpitalnego Oddziału Ratunkowego,
  - 3) prowadzenie spraw związanych z dokumentacją i statystyką medyczną,
  - 4) edukacja i promocja zdrowia w zakresie ratownictwa i medycyny ratunkowej,
  - 5) transport pacjentów na terenie podmiotu pomiędzy oddziałami i innymi jednostkami lub komórkami organizacyjnym.

#### §49

Do zadań Izby Przyjęć należy w szczególności:

- 1) przyjmowanie do Podmiotu chorych zakwalifikowanych do leczenia szpitalnego w trybie planowym według opracowanych procedur,

2) prowadzenie spraw związanych z dokumentacją i statystyką medyczną.

## §50

1. Pracą Traktu Operacyjnego kieruje kierownik.
2. Struktura Traktu Operacyjnego:
  - 1) sale operacyjne,
  - 2) zaplecze magazynowe,
  - 3) pomieszczenia gospodarcze,
  - 4) pomieszczenia socjalne,
  - 5) gabinety personelu.
3. Na Trakcie Operacyjnym odbywają się planowe i nagłe zabiegi operacyjne.
4. Trakt Operacyjny utrzymywany jest w stałej gotowości.
5. Planowe zabiegi operacyjne odbywają się zgodnie z harmonogramem operacji.
6. Wszystkie informacje o wykonaniu niezbędnych czynności okołoperacyjnych w sali operacyjnej, zawarte są w okołoperacyjnej karcie kontrolnej.
7. Koordynatorem okołoperacyjnej karty kontrolnej jest każdorazowo lekarz anestezjolog obecny przy danym zabiegu operacyjnym, a w przypadku zabiegu przeprowadzonego bez udziału lekarza anestezjologa – koordynatorem okołoperacyjnej karty kontrolnej jest lekarz wykonujący zabieg.
8. Koordynator karty, o którym mowa w ust.7 powyżej, dokonuje wpisów w okołoperacyjnej karcie kontrolnej na podstawie informacji udzielanych przez członków zespołu operacyjnego, zgodnie z zakresem ich zadań podczas operacji oraz zgodnie z przepisami prawa obowiązującymi w tym zakresie.

## §51

1. Za bieżącą organizację pracy Poradni specjalistycznych odpowiada Zastępca Naczelnej Pielęgniarki oraz Zastępca Dyrektora ds. Medycznych, w zakresie zabezpieczenia ciągłości udzielanych świadczeń zdrowotnych.
2. Do zadań Poradni specjalistycznych należy w szczególności:
  - 1) przeprowadzanie badań,
  - 2) kierowanie na badania diagnostyczne,
  - 3) kierowanie na badania kontrolne - jeśli pacjent objęty jest stałą opieką w Poradni specjalistycznej i wymaga badań kontrolnych, skierowanie na nie wystawia specjalista,
  - 4) kierowanie do innego specjalisty lub szpitala – pacjent wraz ze skierowaniem powinien otrzymać wyniki badań, będące podstawą wstępnej diagnozy,
  - 5) kierowanie na leczenie uzdrowskowe lub rehabilitację leczniczą,
  - 6) ordynowanie leków,
  - 7) zlecenie zaopatrzenia w wyroby medyczne, będące przedmiotami ortopedycznymi oraz środkami pomocniczymi,

- 8) orzekanie o stanie zdrowia,
  - 9) prowadzenie niezbędnej edukację i promocji zachowań prozdrowotnych,
  - 10) wykonywanie badań profilaktycznych.
3. Lekarz prowadzący pacjenta w Poradni specjalistycznej jest zobowiązany do wystawienia pisemnej informacji dla lekarza kierującego/POZ – nie rzadziej niż co 12 miesięcy - o rozpoznaniu, sposobie leczenia, rokowaniu, ordynowanych lekach i ich stosowaniu oraz wyznaczonych wizytach kontrolnych.
  4. Pacjent zgłaszający się do rejestracji jest umawiany na wizytę i/lub wpisywany do harmonogramu przyjęć zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami.

## §52

1. Pracą Apteki Szpitalnej kieruje kierownik.
2. Struktura Apteki Szpitalnej odpowiada obowiązującym w tym zakresie wymogom określonym przepisami prawa obowiązującego.
3. Do zadań Apteki Szpitalnej należy w szczególności:
  - 1) zaopatrywanie komórek organizacyjnych w produkty lecznicze i wyroby medyczne,
  - 2) właściwe przechowywanie produktów leczniczych i wyrobów medycznych,
  - 3) sporządzanie leków recepturowych i farmakopealnych oraz przygotowanie fasunków 10% Formaliny na potrzeby oddziałów i przychodni,
  - 4) przygotowywanie leków cytostatycznych pod danego pacjenta,
  - 5) przygotowywanie pakietów lekowych, opatrunkowych pod przetargi,
  - 6) nadzór nad apteczkami oddziałowymi,
  - 7) udzielanie informacji o leku, jego dostępności, statusie, cenie wraz z zagadnieniami farmacji klinicznej i racjonalnej farmakoterapii,
  - 8) wydawanie leków narkotycznych i psychotropowych oraz dokumentowanie – prowadzenie książki przychodów i rozchodów,
  - 9) analiza kosztów w raportach miesięcznych zakupów i zużycia produktów leczniczych,
  - 10) kontrola i nadzór nad tlenem medycznym,
  - 11) udział w monitorowaniu działań niepożądanych leków,
  - 12) prowadzenie ewidencji produktów leczniczych i wyrobów medycznych otrzymanych w formie darowizn,
  - 13) prowadzenie ewidencji próbek medycznych leków,
  - 14) koordynowanie przesunięć leku między oddziałami i ich racjonalne wykorzystanie w terapii.

## §53

1. Pracą Pracowni Serologii i Bankiem Krwi kieruje kierownik.
2. Do zadań Pracowni Serologii i Banku Krwi należy w szczególności:
  - 1) zabezpieczenie oddziałów szpitalnych w krew i jej pochodne,

- 2) opracowanie serologiczne krwi,
- 3) monitorowanie odczynów poprzetoczeniowych,
- 4) wykonywanie parametrów układu krzepnięcia krwi,
- 5) prowadzenie sprawozdawczości zużycia krwi i jej składników.

#### **§54**

1. Pracą Centralnej Sterylizatorni kieruje kierownik.
2. Do zadań Centralnej Sterylizatorni należy w szczególności zapewnienie bezpieczeństwa realizacji procedur medycznych poprzez dostarczenie sterylnego wyrobu medycznego, wyprodukowanego zgodnie z zachowaniem obowiązujących wymogów.
3. Centralna Sterylizatornia świadczy kompleksowe usługi dezynfekcji i sterylizacji narzędzi i instrumentów medycznych na potrzeby wszystkich oddziałów, poradni specjalistycznych i sal operacyjnych.

#### **§55**

1. Pracą Zakładu Pielęgnacyjno-Opiekuńczego kieruje lekarz kierujący oddziałem/ordynator.
2. Struktura Zakładu Pielęgnacyjno-Opiekuńczego odpowiada obowiązującym w tym zakresie wymogom określonym przepisami prawa obowiązującego.
3. Do zadań Zakładu Pielęgnacyjno-Opiekuńczego należy w szczególności udzielanie całodobowych, stacjonarnych i kompleksowych świadczeń zdrowotnych w zakresie świadczeń pielęgnacyjno – opiekuńczych, pacjentom, którzy nie wymagają hospitalizacji, jednak ze względu na stan zdrowia nie mogą samodzielnie egzystować.
4. Pacjenci przyjmowani są na podstawie skierowania, po złożeniu kompletu stosownych dokumentów i kwalifikacji przez lekarza Zakładu, zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami.
5. W przypadku braku miejsc pacjenci wpisywani są do harmonogramu przyjęć.

#### **§56**

1. Za organizację pracy Laboratorium Analitycznego odpowiada kierownik.
2. Do zadań Laboratorium Analitycznego należy w szczególności:
  - 1) wykonywanie laboratoryjnych badań diagnostycznych pacjentom Szpitala,
  - 2) wykonywanie badań diagnostycznych pacjentom podmiotów z którymi Szpital ma zwarte umowy w tym zakresie,
  - 3) wykonywanie badań diagnostycznych pacjentom za odpłatnością (bez skierowania),
  - 4) zgłaszanie, w ciągu 24 godzin do właściwego powiatowego inspektora sanitarnego otrzymanych dodatnich wyników badań wykonanych w kierunku biologicznych czynników chorobotwórczych zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami oraz zarządzeniami i instrukcjami wewnętrznymi,
  - 5) rejestracja i analiza błędów przedlaboratoryjnych,

- 6) prowadzenie szkoleń do pozostałego personelu, z zakresu prawidłowego pobierania materiału do badań.
3. Wyniki badań, przekazywane są wyłącznie drogą elektroniczną (badania szpitalne) oraz drogą elektroniczną lub w formie papierowej (pozostałe badania).
4. W ramach komórki funkcjonuje Punkt Pobrań materiału do badań.

#### **§57**

1. Do zadań Pracowni RTG należy w szczególności:
  - 1) przeprowadzanie badań obrazowych w zakresie i na zasadach określonych w obowiązujących przepisach prawa pacjentom hospitalizowanym i pacjentom ambulatoryjnym z wykorzystaniem aparatu rentgenowskiego,
  - 2) przygotowanie pacjentów do wykonania badań z wykorzystaniem sprzętu rentgenowskiego,
  - 3) wykonywanie badań pacjentom na podstawie skierowań wystawionych przez lekarzy udzielających świadczeń zdrowotnych w podmiotach, z którymi Szpital ma podpisane umowy w tym zakresie,
  - 4) opis wykonanych badań,
2. Badania w Pracowni RTG wykonywane są na podstawie skierowania.

#### **§58**

1. Do zadań Pracowni Tomografii Komputerowej należy w szczególności:
  - 1) wykonywanie badań diagnostycznych na zasadach określonych w obowiązujących przepisach prawa pacjentom hospitalizowanym i pacjentom ambulatoryjnym przy użyciu promieniowania rentgenowskiego pozwalających na diagnostykę schorzeń obejmujących ciało pacjenta m.in. w obszarze narządów jamy brzusznej, głowy i klatki piersiowej oraz układu kostnego,
  - 2) przygotowanie pacjentów do wykonania badań diagnostycznych,
  - 3) opis wykonanych badań.
2. Badania w Pracowni Tomografii Komputerowej wykonywane są na podstawie skierowania.

#### **§59**

Do podstawowych zadań Pracowni Mammografii należy w szczególności:

- 1) wykonywanie badań mammograficznych w zakresie i na zasadach określonych w obowiązujących przepisach prawa dla pacjentów hospitalizowanych oraz pacjentów ambulatoryjnych,
- 2) wykonywanie badań w ramach programów profilaktycznych,
- 3) opis wykonanych badań.

#### **§60**

Do podstawowych zadań Specjalistycznej Pracowni Endoskopowej należy w szczególności:

- 1) wykonywanie badań diagnostycznych w zakresie i na zasadach określonych w obowiązujących przepisach prawa dla pacjentów hospitalizowanych oraz pacjentów

- ambulatoryjnych, w tym w szczególności wykonywania badań tj. gastroscopia (endoscopia górnego odcinka), kolonoskopia (endoscopia dolnego odcinka),
- 2) wykonywanie badań w ramach programów profilaktycznych,
  - 3) opis wykonywanych badań.

### **§61**

1. Do podstawowych zadań Pracowni USG należy w szczególności:
  - 1) wykonywanie badań diagnostycznych w zakresie i na zasadach określonych w obowiązujących przepisach prawa dla pacjentów hospitalizowanych oraz pacjentów ambulatoryjnych obejmujących diagnostykę i ocenę narządów wewnętrznych oraz układów ciała przy użyciu ultradźwięków,
  - 2) wykonywanie badań na podstawie skierowań wystawionych przez lekarzy udzielających świadczeń zdrowotnych w podmiotach, z którymi Szpital ma podpisane umowy w tym zakresie,
  - 3) opis wykonywanych badań.

### **§62**

1. Do podstawowych zadań Pracowni Fizjoterapii należy w szczególności planowanie, realizacja oraz ocena postępowania fizjoterapeutycznego u pacjentów skierowanych przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego.
2. Świadczenia w Pracowni Fizjoterapii realizowane są w zakresie i na zasadach określonych w obowiązujących przepisach prawnych i są udzielane w warunkach:
  - 1) ambulatoryjnych,
  - 2) domowych.
3. Świadczenia gwarantowane realizowane w warunkach ambulatoryjnych, obejmują fizjoterapię ambulatoryjną realizowaną przez:
  - 1) wizytę fizjoterapeutyczną,
  - 2) zabieg fizjoterapeutyczny.
4. Świadczenia gwarantowane realizowane w warunkach domowych, obejmują:
  - 1) poradę lekarską rehabilitacyjną,
  - 2) fizjoterapię domową realizowaną przez:
    - 3) wizytę fizjoterapeutyczną,
    - 4) zabieg fizjoterapeutyczny.

### **§63**

1. Poradnia Nocnej i Świątecznej Opieki Zdrowotnej realizuje świadczenia zdrowotne w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej udzielane od poniedziałku do piątku w godzinach od 18.00 do 8.00 dnia następnego oraz całodobowo w dni ustawowo wolne od pracy.

2. W razie nagłego zachorowania lub nagłego pogorszenia stanu zdrowia pacjent może udać się po pomoc do dowolnego punktu nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej, niezależnie od tego, gdzie mieszka, i do którego lekarza/pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) złożył swoją deklarację.
3. Świadczenia realizowane w ramach Nocnej i Świątecznej Opieki Zdrowotnej obejmują w szczególności:
  - 1) poradę lekarską, w tym udzieloną w miejscu zamieszkania pacjenta lub jego pobytu,
  - 2) wizytę pielęgniarską, w tym udzieloną w miejscu zamieszkania pacjenta lub jego pobytu.

#### **§64**

1. Transport sanitarny jest to przewóz osób albo materiałów biologicznych i materiałów wykorzystywanych do udzielania świadczeń zdrowotnych, wymagających specjalnych warunków transportu.
2. Pacjentowi na podstawie zlecenia lekarza ubezpieczenia zdrowotnego lub felczera ubezpieczenia zdrowotnego, przysługuje bezpłatny przejazd środkami transportu sanitarnego, w tym lotniczego, do najbliższego podmiotu leczniczego, o którym mowa w przepisach o działalności leczniczej, udzielającego świadczeń we właściwym zakresie i z powrotem, w przypadkach:
  - 1) konieczności podjęcia natychmiastowego leczenia w podmiocie leczniczym;
  - 2) wynikających z potrzeby zachowania ciągłości leczenia,
  - 3) w przypadku dysfunkcji narządu ruchu uniemożliwiającej korzystanie ze środków transportu publicznego, w celu odbycia leczenia – do najbliższego podmiotu leczniczego udzielającego świadczeń we właściwym zakresie i z powrotem.
3. W przypadkach niewymienionych w ust. 2 na podstawie zlecenia lekarza ubezpieczenia zdrowotnego lub felczera ubezpieczenia zdrowotnego świadczeniobiorcy przysługuje przejazd środkami transportu sanitarnego odpłatnie lub za częściową odpłatnością.
4. Szczegółowy sposób zlecenia i organizacji transportu sanitarnego określają procedury wewnętrzne.

#### **§65**

1. Głównym zadaniem Hospicjum Domowego jest realizowanie wszechstronnej, całościowej opieki i leczenia objawowego pacjentów chorujących na nieuleczalne, niepoddające się leczeniu przyczynowemu, postępujące ograniczające życie choroby.
2. Świadczenia realizowane w Hospicjum Domowym obejmują:
  - 1) świadczenia opieki zdrowotnej udzielane przez lekarzy,
  - 2) świadczenia opieki zdrowotnej udzielane przez pielęgniarki,

- 3) opieką psychologiczną nad świadczeniobiorcą i jego rodziną,
  - 4) rehabilitację.
3. Do Hospicjum Domowego mogą zgłaszać się pacjenci cierpiący na:
- 1) choroby nowotworowe,
  - 2) choroby wywołane przez ludzki wirus upośledzenia odporności – HIV,
  - 3) następstwa zapalnych chorób ośrodkowego układu nerwowego,
  - 4) układowe zaniki pierwotne zajmujące ośrodkowy układ nerwowy,
  - 5) kardiomiopatia,
  - 6) niewydolność oddechową niesklasyfikowana gdzie indziej,
  - 7) owrzodzenia odleżynowe,
  - 8) stwardnienie rozsiane.

### **§66**

Do podstawowych zadań Szkoły Rodzenia należy w szczególności prowadzenie edukacyjnych zajęć teoretycznych i praktycznych mających na celu przygotowanie do porodu i macierzyństwa, mających na celu w szczególności:

- 1) odpowiedzi na najważniejsze pytania i rozwianie obaw związanych z ciążą, porodem, opieką nad noworodkiem oraz pierwszymi tygodniami życia dziecka.
- 2) zmniejszenie lęku i stresu związanego z porodem
- 3) wskazanie korzyści zdrowotnych z karmienia piersią dla matki i dziecka,
- 4) edukację w zakresie pielęgnacji noworodka,
- 5) przekazanie informacji o przygotowaniu mieszkania i wyprawki dla dziecka,
- 6) omówienie reakcji psychologicznych na poród i macierzyństwo.

## **ROZDZIAŁ VI ZADANIA KOMÓREK ORGANIZACYJNYCH OBSŁUGUJĄCYCH ZAKŁADY LECZNICZE**

### **§67**

1. Pracą Działu Infrastruktury kieruje kierownik.
2. Do zadań Działu Infrastruktury należy w szczególności:
  - 1) administrowanie składnikami majątkowymi Podmiotu,
  - 2) przeprowadzanie procedur o udzielenie zamówień publicznych na dostawy, usługi i roboty budowlane,
  - 3) sporządzanie umów i koordynowanie czynności związanych z zawarciem umowy z wyłonionym wykonawcą zamówienia publicznego,
  - 4) przygotowywanie dokumentacji o udzielenie zamówienia publicznego,
  - 5) przygotowywanie rocznego planu postępowań o udzielenie zamówienia publicznego;

- 6) organizacja i zapewnienie dozoru mienia na terenie Podmiotu (budynków, pomieszczeń, magazynów),
- 7) prowadzenie spraw dotyczących umów najmu i dzierżawy – aktualizacja kosztów, wnioskowanie o zmianę wysokości kosztów eksploatacyjnych oraz monitorowanie zobowiązań umownych przez usługodawców zewnętrznych,
- 8) realizacja zamówień i bieżące prowadzenie gospodarki materiałowej niezbędnych do utrzymania funkcjonalności wszystkich komórek organizacyjnych,
- 9) organizowanie usług transportu na zlecenie komórek Podmiotu,
- 10) prowadzenie spraw związanych z gospodarką odpadami i ochroną środowiska,
- 11) zapewnienie porządku i czystości na terenie zewnętrznym Podmiotu,
- 12) zapewnienie ciągłości dostaw mediów niezbędnych do prawidłowego funkcjonowania Podmiotu (prądu, wody i odprowadzenia ścieków, ciepła, pary technologicznej, gazów medycznych, łączności),
- 13) zapewnienie i bieżąca kontrola właściwego stanu technicznego budynków i obiektów budowlanych oraz zabudowanych w nich urządzeń, instalacji oraz sprzętu i aparatury stanowiącej podstawowe (technologiczne) i dodatkowe wyposażenie Podmiotu,
- 14) zapewnienie i prowadzenie właściwej, zgodnej z obowiązującymi przepisami, instrukcjami, dokumentacją techniczno-ruchową, paszportami technicznymi eksploatacji,
- 15) zapewnienie pełnej sprawności aparatury medycznej i sprzętu medycznego Podmiotu,
- 16) prowadzenie niezbędnej dokumentacji ewidencyjno-technicznej aparatury i sprzętu medycznego.

## **§68**

1. Pracą Działu Informatyki kieruje kierownik.
2. Do zadań Działu Informatyki należy w szczególności:
  - 1) zapewnienie prawidłowego funkcjonowania infrastruktury informatycznej Podmiotu,
  - 2) administrowanie serwerami i działającymi na nich usługami niezbędnymi dla funkcjonowania Podmiotu,
  - 3) utrzymywanie ciągłości pracy systemów informatycznych użytkowanych w Podmiocie,
  - 4) naprawa i konserwacja sprzętu informatycznego,
  - 5) opiniowanie zapotrzebowania na zakup sprzętu informatycznego, oprogramowania i materiałów eksploatacyjnych tego sprzętu,
  - 6) dbałość o zabezpieczenie przed niepowołanym dostępem do systemów informatycznych,
  - 7) wykonywanie kopii zapasowych kluczowych elementów systemu informatycznego,
  - 8) minimalizowanie działania szkodliwego oprogramowania.

## **§69**

1. Pracą Działu Księgowości kieruje Główny Księgowy.
2. Do zadań Działu Księgowości należy w szczególności:

- 1) prowadzenie ksiąg rachunkowych i gospodarki finansowej Podmiotu zgodnie z obowiązującymi przepisami oraz uregulowaniami wewnętrznymi,
- 2) kontrola pod względem formalnym i rachunkowym dokumentów księgowych,
- 3) kwalifikowanie sprawdzonych dokumentów księgowych do ujęcia w księgach rachunkowych,
- 4) dokonywanie księgowania zatwierdzonych operacji finansowych,
- 5) prowadzenie rachunku kosztów oraz wycena procedur medycznych,
- 6) sporządzanie zestawień dotyczących kosztów, przychodów i wyników finansowych poszczególnych komórek organizacyjnych,
- 7) dokonywanie rozliczeń finansowych z dostawcami i odbiorcami dostaw, robót i usług,
- 8) dokonywanie rozliczeń finansowych z pracownikami (naliczanie wynagrodzeń) zatrudnionymi w Podmiocie,
- 9) prowadzenie rozliczeń finansowych z tytułu podatków, opłat i składek na rzecz ZUS,
- 10) ewidencja i rozliczanie udzielonych zaliczek na zakupy gotówkowe,
- 11) prowadzenie obsługi kasowej,
- 12) naliczanie i wypłata wynagrodzeń,
- 13) dokonywanie analizy należności i zobowiązań,
- 14) prowadzenie przedsądowej procedury windykacji należności,
- 15) dokonywanie miesięcznych uzgodnień stanów zapasów magazynowych z ewidencją księgową,
- 16) prowadzenie ewidencji środków trwałych i niskowartościowych środków trwałych,
- 17) rozliczanie inwentaryzacji składników majątku Podmiotu,
- 18) koordynowanie zadań związanych z przygotowywaniem planu finansowego i jego zmian oraz sporządzanie sprawozdań z realizacji planu,
- 19) sporządzanie okresowych sprawozdań finansowych,
- 20) prowadzenie rozliczeń w zakresie ZFŚS i PKZP,
- 21) przygotowanie i przekazanie dokumentacji księgowej do Archiwum.

## **§70**

1. Pracą Działu Służby Pracowniczej kieruje kierownik.

2. Do zadań Działu Służby Pracowniczej należy w szczególności:

- 1) prowadzenie i monitorowanie pełnego zakresu spraw pracowniczych w tym: akt osobowych, dokumentacji pracowniczej, umów o pracę, świadectw pracy, dokumentów dotyczących przyjmowania i przenoszenia pracowników, wysługi lat, rozliczania ryczałtów samochodowych, gratyfikacji, odpraw emerytalnych oraz rentowych, ewidencji czasu pracy, absencji i urlopów, badań lekarskich oraz innych dokumentów związanych ze stosunkiem pracy i jego rozwiązaniem, przygotowanie i przekazanie dokumentacji pracowniczej do Archiwum,

- 2) prognozowanie, planowanie i bilansowanie potrzeb kadrowych ze szczególnym uwzględnieniem kwalifikacji kadr, rekrutacja, dobór i rozmieszczenia kadr,
- 3) współudział w opracowaniu regulaminów i innych aktów prawnych funkcjonujących w Podmiocie,
- 4) sporządzanie sprawozdań, rozliczeń i zestawień w zakresie zatrudnienia, rezerw oraz rozliczeń z PFRON,
- 5) prowadzenie spraw związanych z PUP, stażami lekarskimi, umowami rezydenckimi, obsługa programu SIR 2,
- 6) prowadzenie spraw emerytalno – rentowych, dokonywanie zgłoszeń do ubezpieczeń społecznych pracowników i członków ich rodzin oraz ich wyrejestrowanie,
- 7) nadzór nad czasem pracy pracowników,
- 8) realizacja zadań w zakresie spraw socjalnych zgodnie z regulaminem,
- 9) współpraca z Działem Księgowości w zakresie naliczania wynagrodzeń.

#### §71

1. Pracą Działu Rozliczeń Usług Medycznych kieruje kierownik.
2. Do zadań Działu Rozliczeń Usług Medycznych należy w szczególności:
  - 1) kompleksowe rozliczanie kontraktów z Narodowym Funduszem Zdrowia,
  - 2) bieżące monitorowanie wykonania wysokości limitów umownych,
  - 3) sprawdzanie raportu statystycznego wykonanych świadczeń,
  - 4) fakturowanie należności za dane okresy sprawozdawcze,
  - 5) przygotowanie zestawień ilościowo -wartościowych oraz dokumentów niezbędnych do aktualizacji zawartych umów bądź przystąpienia do nowych postępowań konkursowych.

#### §72

1. Pracą Działu Dokumentacji Medycznej kieruje kierownik.
2. Do zadań Działu Dokumentacji Medycznej należy w szczególności:
  - 1) sprawdzenie kompletności i odbiór kompletnej dokumentacji medycznej z komórek Podmiotu,
  - 2) archiwizacja dokumentacji medycznej,
  - 3) prowadzenie Archiwum Zakładowego,
  - 4) przyjmowanie wniosków i wydawanie dokumentacji medycznej uprawnionym podmiotom,
  - 5) przygotowywanie konkursów na udzielanie świadczeń zdrowotnych zgodnie z art. 26-27 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej,
  - 6) zawieranie umów z innymi podmiotami na świadczenie usług medycznych,
  - 7) rozliczanie faktur za usługi wykonane na rzecz innych podmiotów leczniczych i przedsiębiorców,
  - 8) rozliczanie czasu pracy personelu medycznego pracującego na podstawie umowy kontraktowej.

### §73

1. Nadzór nad bieżącym funkcjonowaniem Działu Utrzymania Czystości sprawuje Zastępca Naczelnej Pielęgniarki.
2. Do zadań Działu Utrzymania Czystości należy w szczególności:
  - 1) utrzymanie czystości na przydzielonych odcinkach pracy,
  - 2) sprzątanie pomieszczeń w oparciu o procedury wewnętrzne oraz obowiązujące standardy w tym zakresie,
3. Do zadań Punktu Wydawania i Przyjmowania bielizny należy w szczególności:
  - 1) nadzór nad urządzeniami do elektronicznej segregacji bielizny,
  - 2) prawidłowe segregowanie bielizny podlegającej segregacji ręcznej,
  - 3) prowadzenie magazynu bielizny czystej na poszczególne oddziały,
  - 4) przygotowanie do kasacji uszkodzonej bielizny, pościeli oraz sprzętu,
  - 5) prowadzenie rejestru przyjmowanej bielizny i pościeli z poszczególnych komórek, wysyłanie do pralni, przyjmowanie ilościowe z pralni oraz wydawanie na oddziały,
  - 6) prowadzenie ewidencji statystycznej asortymentu oddanego do prania (ilościowo i rodzajowo),
  - 7) kontrola jakości dostarczonej z pralni czystej bielizny.

### §74

1. Pracą Kuchni kieruje kierownik.
2. Do zadań Kuchni należy w szczególności:
  - 1) organizowanie procesu żywienia dla potrzeb pacjentów hospitalizowanych w Szpitalu, zgodnie z normami zdrowego odżywiania i nowoczesnej dietetyki oraz zaleceniami lekarskimi,
  - 2) prowadzenie gospodarki magazynowej w zakresie przyjmowania, kontroli jakości, właściwego składowania i wydawania towarów,
  - 3) terminowe przygotowywanie posiłków i ich dystrybucję do poszczególnych oddziałów szpitalnych,
  - 4) zabezpieczenie właściwych warunków sanitarno-epidemiologicznych do sporządzenia i dystrybucji posiłków.

### §75

Do zadań Rady prawnej należy w szczególności:

- 1) sporządzanie opinii prawnych w sprawach związanych z działalnością Podmiotu,
- 2) opiniowanie projektów umów oraz wewnętrznych aktów prawnych pod względem formalno-prawnym,
- 3) udzielanie porad i konsultacji prawnych,
- 4) uczestniczenie w rozpatrywaniu skarg i wniosków innych podmiotów, związanych z ewentualnymi roszczeniami finansowymi wobec Podmiotu,

- 5) wykonywanie zastępstwa prawnego i procesowego przed uprawnionymi organami w ramach udzielonego pełnomocnictwa,
- 6) wykonywanie innych czynności przewidzianych przepisami ustawy z dnia 6 lipca 1982 roku o radcach prawnych.

#### **§76**

Do zadań Pełnomocnika Dyrektora ds. Jakości należy w szczególności:

- 1) opracowywanie dokumentacji dotyczącej funkcjonowania systemu jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwa pacjenta zgodnie z art. 3 ustawy z dnia 16 czerwca 2023 r. o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjentów,
- 2) nadzorowanie i monitorowanie realizacji procesów mających na celu uzyskanie przez Podmiot decyzji o wydaniu przez Ministra Zdrowia certyfikatu akredytacyjnego,
- 3) wyznaczenie w porozumieniu z Dyrekcją Podmiotu kierunków doskonalenia zgodnie z wymogami akredytacji oraz wewnętrznego systemu zarządzania jakością i bezpieczeństwem,
- 4) podejmowanie działań w celu zapewnienia integralności i jak najwyższej skuteczności wewnętrznego systemu zarządzania jakością i bezpieczeństwem oraz akredytacji,
- 5) nadzór i realizacja polityki jakości, planów przebiegu procesów, procedur systemowych, standardów, instrukcji, algorytmów, planów, harmonogramów i programów,
- 6) wdrażanie standardów akredytacyjnych i monitorowanie ich funkcjonowania,
- 7) planowanie oraz inicjowanie prac na rzecz doskonalenia wewnętrznego systemu zarządzania jakością i bezpieczeństwem,
- 8) opracowywanie i bieżąca modyfikacja dokumentów systemowych,
- 9) przygotowywanie szkoleń dla personelu Podmiotu, zgodnie ze standardami akredytacyjnymi oraz wewnętrznym systemem zarządzania jakością i bezpieczeństwem.

#### **§77**

Do zadań Pełnomocnika ds. Praw Pacjenta należy w szczególności:

- 1) przyjmowanie skarg od pacjentów, podejmowanie działań interwencyjnych oraz udzielanie odpowiedzi na pytania i skargi pacjentów,
- 2) analiza skarg i wniosków kierowanych przez pacjentów,
- 3) współpraca z organizacjami porządkowymi działającymi na rzecz pacjenta.

#### **§78**

Do zadań Pełnomocnika ds. ochrony informacji niejawnych należy w szczególności:

- 1) zapewnienie ochrony informacji niejawnych, w tym stosowanie środków bezpieczeństwa fizycznego,
- 2) zapewnienie ochrony systemów teleinformatycznych, w których są przetwarzane informacje niejawne,
- 3) zarządzanie ryzykiem bezpieczeństwa informacji niejawnych, w szczególności szacowanie

ryzyka,

- 4) kontrola ochrony informacji niejawnych oraz przestrzeganie przepisów o ochronie tych informacji, w szczególności okresowa (co najmniej raz na trzy lata) kontrola ewidencji, materiałów i obiegu dokumentów,
- 5) opracowywanie i aktualizowanie, wymagającego akceptacji kierownika jednostki organizacyjnej, planu ochrony informacji niejawnych w jednostce organizacyjnej, w tym w razie wprowadzenia stanu nadzwyczajnego i nadzorowanie jego realizacji,
- 6) prowadzenie szkoleń w zakresie ochrony informacji niejawnych,
- 7) prowadzeniem zwykłych i kontrolnych postępowań sprawdzających,
- 8) prowadzenie aktualnego wykazu osób zatrudnionych lub pełniących służbę w jednostce organizacyjnej albo wykonujących czynności zlecone, które posiadają uprawnienia do dostępu do informacji niejawnych, oraz osób, którym odmówiono wydania poświadczenia bezpieczeństwa lub je cofnięto, obejmującego wyłącznie dane określone w Ustawie,
- 9) przekazywanie odpowiednio ABW lub SKW do ewidencji, o których mowa w art. 73 ust. 1 oraz art. 73 ust. 2 ustawy z dnia 5 sierpnia 2010 roku o ochronie informacji niejawnych, osób uprawnionych do dostępu do informacji niejawnych, a także osób, którym odmówiono wydania poświadczenia bezpieczeństwa lub wobec których podjęto decyzję o cofnięciu poświadczenia bezpieczeństwa, na podstawie wykazu, o którym mowa w pkt 8 powyżej,
- 10) współpraca z właściwymi jednostkami i komórkami organizacyjnymi służb ochrony państwa oraz informowanie na bieżąco Dyrektora Podmiotu o przebiegu niniejszej współpracy,
- 11) przechowywanie akt zakończonych postępowań sprawdzających, które łączą się z dostępem do informacji niejawnych stanowiących tajemnicę służbową.

## §79

Do zadań Koordynatora do Spraw Dostępności należy w szczególności:

- 1) wsparcie osób ze szczególnymi potrzebami w dostępie do usług świadczonych przez Podmiot,
- 2) przygotowanie i koordynacja wdrożenia planu działania na rzecz poprawy zapewnienia dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami w Szpitalu, zgodnie z minimalnymi wymaganiami służącymi zapewnieniu dostępności, określonymi w art. 6 ustawy z dnia 19 lipca 2019 r. o zapewnieniu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami,
- 3) monitorowanie działalności Podmiotu w zakresie zapewnienia dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami w Szpitalu,
- 4) przedstawienie Dyrektorowi Szpitala bieżących informacji o podejmowanych działaniach z zakresu realizacji powierzonych zadań.

## §80

Do zadań Specjalisty ds. BHP należy w szczególności:

- 1) przeprowadzanie kontroli warunków pracy oraz przestrzeganie zasad i przepisów dotyczących bezpieczeństwa i higieny pracy,
- 2) sporządzanie i przedstawianie 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,
- 3) udział w przekazywaniu do użytkowania nowo budowanych lub przebudowywanych obiektów, urządzeń produkcyjnych oraz innych urządzeń mających wpływ na warunki pracy i bezpieczeństwo pracowników,
- 4) udział w opracowaniu wewnętrznych zarządzeń, regulaminów i instrukcji ogólnych dotyczących bezpieczeństwa i higieny pracy oraz w ustalaniu zadań kierowników komórek organizacyjnych i innych osób kierujących zespołami pracowników z zakresu bezpieczeństwa i higieny pracy,
- 5) udział w ustaleniu okoliczności i przyczyn wypadków przy pracy oraz opracowanie wniosków wynikających z badania przyczyn i okoliczności wypadków przy pracy oraz zachorowań na choroby zawodowe i kontrola realizacji tych wniosków,
- 6) udział w dokonaniu oceny ryzyka zawodowego i udzielaniu informacji o ryzyku dla zdrowia oraz doradztwo w zakresie doboru najwłaściwszych środków ochrony indywidualnej i zbiorowej na stanowiskach pracy, na których występują czynniki niebezpieczne i szkodliwe dla zdrowia,
- 7) współpraca z organami Państwowej Inspekcji Sanitarnej oraz laboratoriami środowiskowymi w zakresie organizowania i przeprowadzania systematycznych badań i pomiarów czynników szkodliwych dla zdrowia i uciążliwych oraz sposobów ochrony pracowników przed tymi czynnikami.

## §81

Do zadań Inspektora ochrony p/poż należy w szczególności:

- 1) realizacja zadań w zakresie zabezpieczenia przeciwpożarowego zgodnie z obowiązującym przepisami prawa,
- 2) prowadzenie kontroli stanu zabezpieczenia przeciwpożarowego,
- 3) nadzór nad rozmieszczeniem, stanem technicznym oraz konserwacją sprzętu i urządzeń przeciwpożarowych,
- 4) nadzór nad oznakowaniem i utrzymaniem we właściwym stanie dróg ewakuacyjnych i pożarowych, środków łączności i alarmowania, punktów czerpania wody do celów gaśniczych, itp.,

- 5) prowadzenie szkolenia i przygotowywanie pracowników do czynnego udziału w zapobieganiu i zwalczaniu pożarów.

## §82

Do zadań Inspektora Ochrony Danych należy w szczególności:

- 1) nadzorowanie, opracowanie i aktualizacja dokumentacji dotyczącej przetwarzania danych osobowych, bezpieczeństwa informacji oraz środków technicznych i organizacyjnych zapewniających ochronę przetwarzania danych osobowych odpowiednią do zagrożeń oraz kategorii danych objętych ochroną,
- 2) nadzór nad przetwarzaniem danych osobowych zgodnie z przepisami o ochronie danych osobowych,
- 3) przygotowywanie oraz opiniowanie umów dotyczących powierzenia danych osobowych,
- 4) rozpatrywanie skarg osób fizycznych dotyczących naruszenia ich praw w zakresie danych osobowych,
- 5) szkolenie personelu w zakresie ochrony danych osobowych i zagadnień z tym powiązanych.

## §83

Do zadań Inspektora ds. obronnych i oc należy w szczególności:

- 1) opracowywanie i aktualizacja planu obrony cywilnej Szpitala,
- 2) opracowywanie zestawu zadań dla Podmiotu na wypadek „W”,
- 3) planowanie głównych kierunków szkolenia obronnego i obrony cywilnej oraz opracowywanie bieżących planów szkolenia pracowników,
- 4) nadzorowanie akcji ratowniczej i porządkowej w przypadku klęski żywiołowej, katastrofy awarii i zanieczyszczenia.

## §84

Do zadań Stanowiska ds. budowlanych należy w szczególności:

- 1) planowanie remontów kapitalnych, bieżących w oparciu o protokół z kontroli stanu obiektów,
- 2) zlecenie oraz nadzór nad opracowaniem dokumentacji technicznej,
- 3) uczestnictwo w okresowych przeglądach technicznych obiektów oraz typowanie zakresu prac remontowych,
- 4) współuczestnictwo w robotach inwestycyjnych realizowanych dla Szpitala,
- 5) nadzór nad prowadzeniem robót inwestycyjnych z uwzględnieniem wymogów jakim powinny odpowiadać pomieszczenia z uwzględnieniem prawa budowlanego.

## §85

Do zadań Inspektora Ochrony Radiologicznej należy w szczególności:

- 1) nadzór nad przestrzeganiem prowadzenia działalności według procedur wewnętrznych i instrukcji pracy oraz nad prowadzeniem dokumentacji dotyczącej bezpieczeństwa

- jądrowego i ochrony radiologicznej, w tym dotyczącej pracowników i innych osób przebywających w jednostce organizacyjnej w warunkach narażenia, z wyjątkiem ochrony radiologicznej pacjentów poddanych terapii i diagnostyce z wykorzystaniem promieniowania jonizującego,
- 2) tworzenie lub udział w tworzeniu procedur wewnętrznych i instrukcji pracy dotyczącej bezpieczeństwa jądrowego i ochrony radiologicznej,
  - 3) nadzór nad spełnianiem warunków dopuszczających pracowników do zatrudnienia na danym stanowisku pracy, w tym dotyczących szkolenia pracowników na stanowisku pracy w zakresie bezpieczeństwa jądrowego i ochrony radiologicznej,
  - 4) opracowanie programu pomiarów dozymetrycznych w środowisku pracy, programu pomiarów dawek indywidualnych oraz ewidencji dawek indywidualnych i przedstawienie tych programów i ewidencji do zatwierdzenia kierownikowi jednostki organizacyjnej,
  - 5) nadzór nad realizacją programów, o których mowa w pkt 4 powyżej,
  - 6) prowadzenie wykazu źródeł promieniowania jonizującego,
  - 7) prowadzenie okresowych ocen stanu systemów bezpieczeństwa i ostrzegania,
  - 8) informowanie i szkolenie pracowników w zakresie ochrony radiologicznej,
  - 9) wydawanie kierownikowi jednostki organizacyjnej opinii w zakresie ochrony przed promieniowaniem jonizującym, stosownie do charakteru działalności i typu posiadanych uprawnień.

#### **§86**

1. Do zadań Kapelana szpitalnego należy w szczególności:
  - 1) pełnienie posługi religijnej,
  - 2) odprawianie w kaplicy przyszpitalnej mszy świętej w niedziele oraz w dni świąteczne,
  - 3) udzielanie chorym posług duszpasterskich poza kaplicą szpitalną, na prośbę pacjenta lub osoby uprawnionej albo przedstawicieli ustawowych, w porozumieniu z lekarzem kierującym oddziałem/ordynatorem danego oddziału.
2. Czynności Kapelana szpitalnego nie mogą naruszać wolności sumienia i wyznania pacjentów lub personelu, ani zakłócać pracy oddziałów i Podmiotu.

#### **§87**

Do zadań Sekretarki Dyrekcji należy w szczególności:

- 1) przygotowywanie i nadzór nad obiegiem dokumentów,
- 2) przyjmowanie i wysyłanie korespondencji oraz przesyłek pocztowych,
- 3) obsługa interesantów oraz udzielanie informacji,
- 4) prowadzenie rejestrów funkcjonujących w Podmiocie,

- 5) prowadzenie księgi zarządzeń wydawanych w Podmiocie oraz rejestru w formie elektronicznej,
- 6) prowadzenie księgi Krajowego Rejestru Sądowego oraz nadzór nad aktualizacją prawidłowości zamieszczonych w nim danych,
- 7) prowadzenie rejestru umów, w tym nadawanie numerów kolejnych oraz rejestracja umów zewnętrznych, zgodnie z przepisami wewnętrznymi w Podmiocie,
- 8) prowadzenie bieżących spraw związanych ze Statutem oraz Regulaminem organizacyjnym Podmiotu, w tym nadzór nad jego aktualizacją.

### **§88**

1. Wszystkie komórki organizacyjne Podmiotu współdziałają ze sobą w celu zapewnienia sprawnego i efektywnego funkcjonowania podmiotu, pod względem diagnostyczno-lecznicy, pielęgnacyjnym, rehabilitacyjnym i administracyjno-gospodarczym.
2. Do wspólnych zadań komórek organizacyjnych, samodzielnych stanowisk pracy oraz osób sprawujących określone funkcje należy:
  - 1) realizacja zadań Podmiotu i celu, dla którego został utworzony, określonych w powszechnie obowiązujących przepisach prawa, Statucie oraz niniejszym Regulaminie,
  - 2) dbałość o jakość udzielanych świadczeń zdrowotnych, należyty wizerunek Podmiotu oraz efektywność pracy poszczególnych komórek.
3. Współdziałanie odbywa się z poszanowaniem obowiązujących przepisów prawa.
4. Celem współdziałania komórek organizacyjnych Podmiotu jest:
  - 1) udzielanie świadczeń zdrowotnych na najwyższym poziomie,
  - 2) wdrażanie najnowszych procedur medycznych,
  - 3) poprawa jakości życia pacjentów,
  - 4) prawidłowa realizacja zadań statutowych,
  - 5) usprawnienie procesów informacyjno – decyzyjnych,
  - 6) integracja działań poszczególnych komórek organizacyjnych,
  - 7) analiza procesów objętych kontrolą zarządczą i wewnętrzną.

## **ROZDZIAŁ VII ZASADY MONITORINGU WIZYJNEGO**

### **§89**

1. Szczegółowe zasady funkcjonowania monitoringu wizyjnego oraz sposób obserwacji pomieszczeń Podmiotu za pomocą urządzeń umożliwiających rejestrację obrazu (monitoring wizyjny) regulują wewnętrzne przepisy Podmiotu oparte na obowiązujących w tym zakresie przepisach prawa.
2. Monitorowanie wizyjne w Szpitalu ma jasno określony cel i jest nim zapewnienie bezpieczeństwa pacjentom, pracownikom i mienia Szpitala.

3. Wszystkie działania monitoringu są zgodne z przepisami dotyczącymi ochrony prywatności i poufności danych pacjentów.
4. Dostęp do monitoringu jest ograniczony tylko do upoważnionych osób (informatycy upoważnieni przez administratora)
5. Nagrania są przechowywane w sposób bezpieczny i zgodny z obowiązującymi przepisami dotyczącymi przechowywania danych medycznych. Dostęp do nagrań jest udzielany tylko uprawnionym osobom.

**ROZDZIAŁ VIII**  
**PRAWA PACJENTA**  
**§90**

1. Pacjent ma prawo w szczególności do:
  - 1) świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej,
  - 2) w przypadku ograniczonej możliwości udzielenia odpowiednich świadczeń zdrowotnych do przejrzystej, obiektywnej, opartej na kryteriach medycznych, procedury ustalające kolejność dostępu do tych świadczeń,
  - 3) natychmiastowego udzielenia świadczeń zdrowotnych ze względu na zagrożenie zdrowia lub życia, a w przypadku porodu pacjentka ma prawo do uzyskania świadczeń zdrowotnych związanych z porodem,
  - 4) świadczeń zdrowotnych udzielanych z należytą starannością, w warunkach odpowiadających określonym w odrębnych przepisach wymaganiom fachowym i sanitarnym, a także świadczeń zdrowotnych udzielanych przy kierowaniu się zasadami etyki zawodowej określonymi przez właściwe samorządy zawodów medycznych,
  - 5) informacji o swoim stanie zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych i leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu, prawo do przedstawienia swojego zdania po uzyskaniu tych informacji, a także prawo do nieudzielania pacjentowi tych informacji,
  - 6) informacji o rodzaju i zakresie świadczeń zdrowotnych udzielanych przez Podmiot, w tym o profilaktycznych programach zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych, realizowanych przez Podmiot,
  - 7) informacji o prawach pacjenta określonych w ustawie z dnia 6 listopada 2008r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz przepisach odrębnych, uwzględniającej ograniczenia tych praw określone w tych przepisach,
  - 8) zachowania w tajemnicy przez osoby wykonujące zawód medyczny, w tym udzielające mu świadczeń zdrowotnych, informacji z nim związanych, a uzyskanych w związku z wykonywaniem zawodu medycznego,
  - 9) wyrażenia zgody na udzielenie świadczeń zdrowotnych albo odmowy takiej zgody,

- 10) poszanowania intymności i godności, w szczególności w czasie udzielania mu świadczeń zdrowotnych, a w przypadku umierania – do umierania w spokoju i godności,
  - 11) leczenia bólu,
  - 12) obecności osoby bliskiej przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych na życzenie pacjenta, przy czym osoba wykonująca zawód medyczny udzielająca świadczeń zdrowotnych pacjentowi może odmówić obecności osoby bliskiej przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych, w przypadku istnienia prawdopodobieństwa wystąpienia zagrożenia epidemicznego lub ze względu na bezpieczeństwo zdrowotne pacjenta,
  - 13) dostępu do dokumentacji medycznej dotyczącej jego stanu zdrowia oraz udzielonych mu świadczeń zdrowotnych,
  - 14) zgłoszenia sprzeciwu wobec opinii albo orzeczenia lekarza, jeżeli opinia albo orzeczenie ma wpływ na prawa lub obowiązki pacjenta wynikające z przepisów prawa,
  - 15) poszanowania życia prywatnego i rodzinnego, w tym do kontaktu osobistego, telefonicznego lub korespondencyjnego z innymi osobami, dodatkowej opieki pielęgnacyjnej, a także do odmowy kontaktu z innymi osobami, z zastrzeżeniem, iż pacjent ponosi koszty realizacji tych praw, jeżeli ich realizacja skutkuje kosztami poniesionymi przez Podmiot,
  - 16) opieki duszpasterskiej,
  - 17) przechowywania rzeczy wartościowych w depozycie.
2. Prawa pacjenta określa w szczególności ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. W przypadku, kiedy obowiązujące przepisy prawa przewidują dalsze prawa pacjenta niż wskazane w niniejszym Regulaminie, w szczególności w następstwie ich aktualizacji, lub też przyznają prawa inne, w tym szersze, przyjmuje się, prawa te znajdują pełne zastosowanie, a w przypadku sprzeczności postanowienia Regulaminu z obowiązującymi przepisami w miejsce postanowienia sprzecznego wchodzi stosowne postanowienie prawa powszechnie obowiązującego.
3. Pełna informacja o prawach pacjenta dostępna jest dla pacjenta w formie papierowej w każdej komórce organizacyjnej Podmiotu, na tablicach informacyjnych Szpitala oraz na stronie internetowej.
4. Na wniosek pacjenta Podmiot udziela:
- 1) szczegółowych informacji na temat udzielanych świadczeń zdrowotnych, w szczególności informacji dotyczących stosowanych metod diagnostycznych lub terapeutycznych oraz jakości i bezpieczeństwa tych metod,
  - 2) niezbędnych informacji na temat zawartych umów ubezpieczenia, o których mowa w ustawie o działalności leczniczej,
  - 3) informacji objętych wpisem do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, dotyczących Podmiotu,

- 4) innych niż określone w pkt 1-3 powyżej informacji, których wymóg udzielenia przez Podmiot przewidują powszechnie obowiązujące przepisy prawa.

## **ROZDZIAŁ IX ZASADY SKŁADANIA SKARG I WNIOSKÓW**

### **§91**

1. Pacjent lub osoba go reprezentująca, w chwili stwierdzenia, że jego prawa zostały w jakikolwiek sposób naruszone ma możliwość złożenia skargi lub wniosku.
2. Skargi i wnioski w Podmiocie można zgłaszać:
  - 1) bezpośrednio do Dyrekcji Szpitala,
  - 2) do bezpośredniego przełożonego osoby udzielającej świadczeń zdrowotnych lub lekarza kierującego oddziałem/ordynatora lub kierownika danej komórki organizacyjnej,
  - 3) do Pełnomocnika ds. Praw Pacjenta.
3. Każdy Pacjent lub osoba go reprezentująca, ma prawo do składania skarg i wniosków do Rzecznika Praw Pacjenta.
4. Szczegółowe informacje dotyczące składania skarg i wniosków znajdują się na stronie internetowej Podmiotu oraz na tablicach informacyjnych.

## **ROZDZIAŁ X POSTANOWIENIA KOŃCOWE**

### **§92**

Do spraw dotyczących sposobu i warunków udzielania świadczeń zdrowotnych w Podmiocie oraz spraw organizacyjnych nieuregulowanych w niniejszym Regulaminie mają zastosowanie przepisy powszechnie obowiązującego prawa, postanowienia przepisów wewnętrznych oraz procedur obowiązujących w Szpitalu.

### **§93**

1. Regulamin Organizacyjny ustala Dyrektor Podmiotu.
2. Dyrektor przedstawia Regulamin Radzie Społecznej Podmiotu do zaopiniowania.
3. Postanowienia Regulaminu są podane do wiadomości pracowników i pacjentów Podmiotu poprzez umieszczenie na tablicach informacyjnych oraz na stronie internetowej Szpitala.
4. Wszelkie zmiany niniejszego Regulaminu mogą nastąpić w trybie właściwym dla jego przyjęcia.
5. Regulamin wchodzi w życie z dniem wydania przez Dyrektora Podmiotu stosownego zarządzenia.

**Dyrektor**  
Samodzielnego Publicznego  
Zakładu Opieki Zdrowotnej w Kraśniku  
  
*mgr Maria Słota*

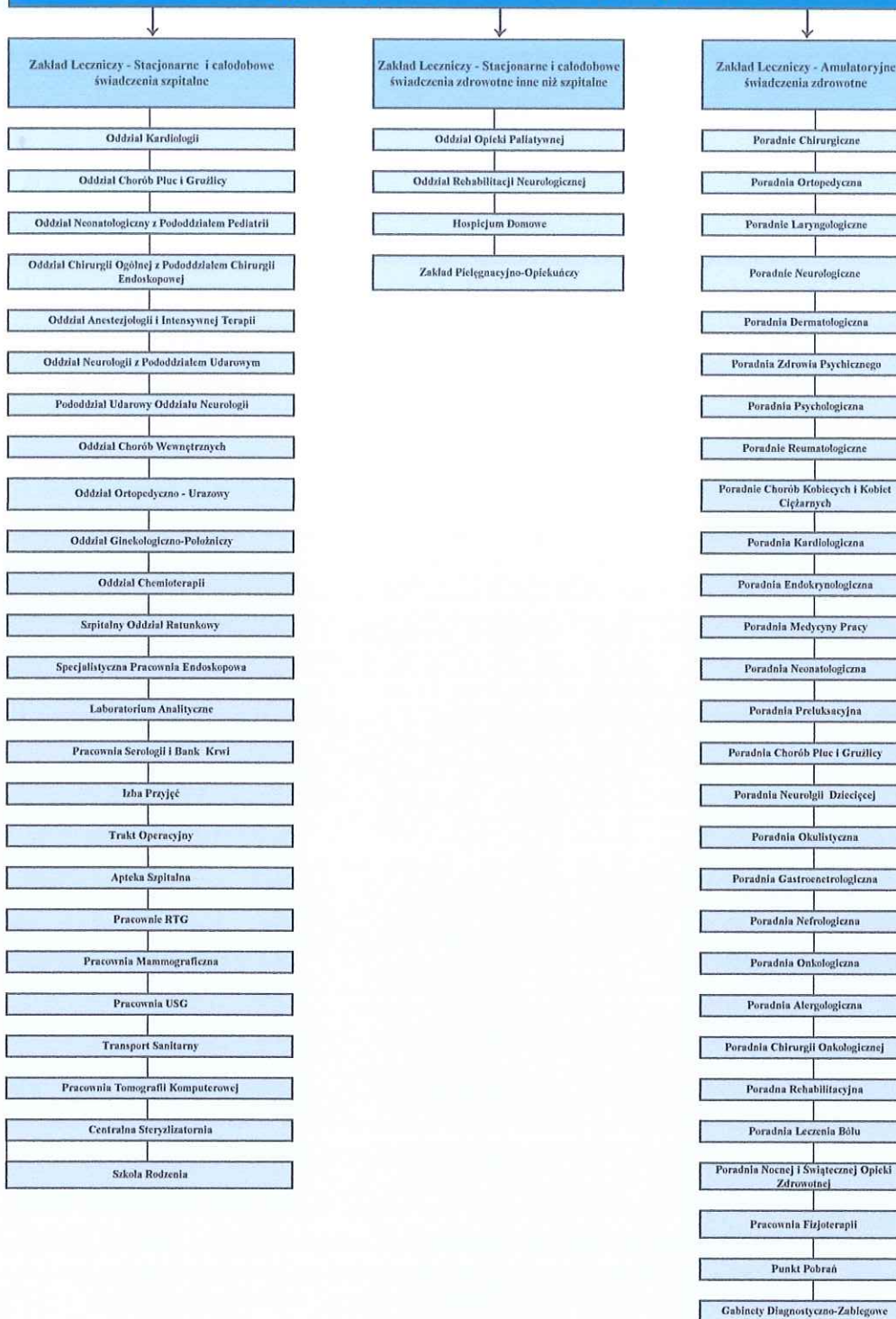
Załączniki:

- 1/ Schemat struktury organizacyjnej – **Załącznik nr 1.**





## Zastępca Dyrektora ds. Medycznych



Dyrektor  
Samodzielnego Publicznego  
Zakładu Opieki Zdrowotnej w Kraśniku  
*mgr Maria Słota*

