

REGULAMIN ORGANIZACYJNY

**Samodzielnego Publicznego Zakładu
Opieki Zdrowotnej w Bielsku Podlaskim**

**ul. Kleszczelowska 1
17-100 Bielsk Podlaski**

TEKST JEDNOLITY

Spis treści:

Dział I – POSTANOWIENIA OGÓLNE.....	7
Dział II – ORGANIZACJA I ZARZĄDZANIE ZAKŁADEM.....	9
Rozdział I. CELE I ZADANIA ZAKŁADU.....	9
Rozdział II. RODZAJ DZIAŁALNOŚCI LECZNICZEJ ORAZ ZAKRES I MIEJSCE UDZIELANYCH ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH.....	9
Rozdział III. PODSTAWOWE ZASADY ORGANIZACYJNE.....	11
Wydawanie wewnętrznych aktów normatywnych	11
Polityka informacyjna Zakładu.....	11
Udzielanie pełnomocnictw.....	11
Sporządzanie i podpisywanie pism	12
Nadzór nad majątkiem Zakładu.....	12
Zastępowanie pracowników na kierowniczych stanowiskach	13
Przyjmowanie i zdawanie funkcji kierowniczej	13
Obowiązki pracownicze	13
Rozdział IV. ZARZĄDZANIE ZAKŁADEM.....	14
Dyrektor	14
Zastępca Dyrektora ds. leczenia.....	15
Główny Księgowy	16
Naczelna Pielęgniarka.....	17
Pielęgniarka Epidemiologiczna.....	18
Ordynator/Koordinator/Kierownik	19
Pielęgniarka / Położna Oddziałowa, Pielęgniarka Koordynująca	20
Kierownik komórki organizacyjnej	21
Rozdział V STRUKTURA ORGANIZACYJNA ZAKŁADU	22
Rozdział VI. ORGANIZACJA, SPOSÓB KIEROWANIA I ZADANIA POSZCZEGÓLNYCH JEDNOSTEK I KOMÓREK ORGANIZACYJNYCH ZAKŁADU.....	24
Oddziały szpitalne	25
Oddział anestezjologii i intensywnej terapii	26
Blok operacyjny	26
Szpitalny oddział ratunkowy	27
Izba przyjęć	27
Zespół transportu medycznego	28
Zakład opiekuńczo-leczniczy	28
Poradnie specjalistyczne.....	29
Podstawowa opieka zdrowotna	29
Nocna i świąteczna opieka zdrowotna	30
Apteka szpitalna	30
Zakład diagnostyki obrazowej.....	31
Medyczne laboratorium diagnostyczne	31
Pracownia endoskopii.....	32
Pracownia EKG i Pracownia kontroli stymulatorów i kardiowerterów	32

Pełnomocnik Dyrektora ds. praw pacjenta	33
Dział ekonomiczny	33
Dział organizacyjny	33
Dział statystyczny.....	33
Dział techniczny.....	34
Inspektor Ochrony Danych.....	35
Radca Prawny	35
Inspektor ds. BHP.....	35
Inspektor ds. ochrony p/pożarowej.....	36
Inspektor ds. ochrony radiologicznej.....	36
Inspektor ds. obronności.....	37
Centralna sterylizatornia.....	38
Kuchnia.....	38
Sekcja higieny szpitalnej.....	39
Prosektorium.....	39
Punkt szatniarsko-wizyjny.....	39
Kapelan Szpitalny.....	39
Dział III – UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W ZAKŁADZIE.....	40
Rozdział I. OGÓLNE ZASADY UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH.....	40
Rozdział II ZASADY ORGANIZACJI PROCESU UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W ZAKRESIE LECZNICTWA STACJONARNEGO – LECZNICTWO SZPITALNE I LECZNICTWO INNE NIŻ SZPITALNE.	41
Przyjęcia w trybie nagłym w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym	42
Proces diagnostyczno - leczniczo - pielęgnacyjny	43
Zasady uzyskiwania zgody na przyjęcie i leczenie	44
Zasady stosowania przymusu bezpośredniego.....	45
Zasady informowania o stanie zdrowia.....	46
Zasady postępowania w przypadku pogorszenia się stanu zdrowia/zgonu pacjenta	46
Zasady wypisu z Zakładu.....	46
Zasady przechowywania rzeczy wartościowych / przyjmowanie w depozyt.....	47
Rozdział III ZASADY ORGANIZACJI PROCESU UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W ZAKRESIE LECZNICTWA AMBULATORYJNEGO.....	48
Rozdział IV ZASADY ORGANIZACJI PROCESU UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W LABORATORIACH I PRACOWNIACH DIAGNOSTYCZNYCH.....	49
Rozdział V. ZASADY WSPÓŁDZIAŁANIA MIĘDZY JEDNOSTKAMI I KOMÓRKAMI ORGANIZACYJNYMI ZAKŁADU	50
Zasady przenoszenia pacjentów między oddziałami.....	50
Zasady konsultowania pacjentów	51
Zasady przekazywania pacjentów kolejnym zmianom.....	51
Rozdział VI. ZASADY WSPÓŁDZIAŁANIA ZAKŁADU Z INNYMI PODMIOTAMI WYKONUJĄCYMI DZIAŁALNOŚĆ LECZNICZĄ	52
Zasady przekierowania pacjentów do innych jednostek / podmiotów	53
Zasady przyjmowania pacjentów z innych jednostek / podmiotów	53

Rozdział VII. WYSOKOŚĆ OPŁAT ZA ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE, KTÓRE MOGĄ BYĆ, ZGODNIE Z PRZEPISAMI USTAWY LUB PRZEPISAMI ODREBNYMI, UDZIELANE ZA CZĘŚCIOWĄ ALBO CAŁKOWITĄ ODPLATNOŚCIĄ	53
Dział IV – PRZEPISY PORZĄDKOWE	55
Monitoring wizyjny	55
Zasady odwiedzin.....	55
Zasady przyjmowania skarg i wniosków	56
Dział V – POSTANOWIENIA KOŃCOWE.....	57

Dział I – POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1.

1. Regulamin Organizacyjny Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Bielsku Podlaskim (zwany dalej Regulaminem) wprowadzono na podstawie art. 23 i 24 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.
2. Regulamin reguluje sprawy dotyczące sposobu i warunków udzielania świadczeń zdrowotnych przez Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Bielsku Podlaskim (zwany dalej Zakładem), w szczególności określa:
 - 1) cele i zadania Zakładu;
 - 2) organy i kierownictwo Zakładu;
 - 3) strukturę organizacyjną Zakładu;
 - 4) rodzaj działalności leczniczej oraz zakres i miejsce udzielania świadczeń zdrowotnych;
 - 5) organizację, zadania i sposób kierowania poszczególnymi jednostkami i komórkami organizacyjnymi Zakładu;
 - 6) warunki współdziałania między jednostkami i komórkami organizacyjnymi Zakładu;
 - 7) warunki współdziałania z innymi podmiotami wykonującymi działalność leczniczą;
 - 8) przebieg procesu udzielania świadczeń zdrowotnych;
 - 9) organizację procesu udzielania świadczeń zdrowotnych w przypadku pobierania opłat;
 - 10) wysokość opłaty za udostępnienie dokumentacji medycznej;
 - 11) wysokość opłaty za przechowywanie zwłok pacjenta przez okres dłuższy niż 72 godziny.
3. Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Bielsku Podlaskim jest podmiotem leczniczym niebędącym przedsiębiorcą, działającym w formie samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej, posiadającym osobowość prawną.
4. Zakład został wpisany do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą prowadzonego przez Wojewodę Podlaskiego pod numerem: 000000010653 oraz do rejestru stowarzyszeń, innych organizacji społecznych i zawodowych, fundacji oraz samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej prowadzonego przez Sąd Rejonowy w Białymstoku, XII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem 0000002987.
5. Organem tworzącym Zakład jest Powiat Bielski działający przez swoje organy, tj. Zarząd Powiatu i Radę Powiatu.
6. Siedzibą Zakładu jest miasto Bielsk Podlaski, ul. Kleszczelowska 1. Numer kodu pocztowego 17-100.
7. Obszarem działania Zakładu jest Rzeczypospolita Polska, przy czym podstawowym obszarem udzielania świadczeń zdrowotnych jest Powiat Bielski.
8. Zakład może używać nazwy skróconej „SPZOZ w Bielsku Podlaskim”.
9. Zakład działa na podstawie:
 - 1) ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej;
 - 2) statutu nadanego przez Radę Powiatu w Bielsku Podlaskim;
 - 3) niniejszego Regulaminu Organizacyjnego;
 - 4) innych przepisów prawnych dotyczących podmiotu leczniczego niebędącego przedsiębiorcą działającego w formie samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej;
 - 5) wewnętrznych polityk, instrukcji i zarządzeń.
10. Zakład posiada Numer Identyfikacji Podatkowej 543-17-54-901 oraz identyfikator według systemu REGON 050584924 oraz wyodrębnione identyfikatory dla zakładów leczniczych:
 - 1) lecznictwo szpitalne: 050584924-00030;
 - 2) lecznictwo inne niż szpitalne: 050584924-00048;
 - 3) lecznictwo ambulatoryjne: 050584924-00023.
11. Postanowienia Regulaminu dotyczą wszystkich pracowników Zakładu realizujących zadania w procesie udzielania świadczeń zdrowotnych (w tym także osób odbywających staż lub praktyki zawodowe, a także osób niebędących pracownikami Zakładu, a udzielających w Zakładzie świadczeń bądź uczestniczących w ich udzielaniu), pacjentów korzystających ze świadczeń zdrowotnych oraz osób odwiedzających.
12. Regulamin podaje się do wiadomości w sposób zwyczajowo przyjęty w Zakładzie, między innymi poprzez umieszczenie jego treści na stronie internetowej Zakładu, w Biuletynie Informacji Publicznej Zakładu oraz wykładając dokument do wglądu m. in. w Izbie Przyjęć i Sekretariacie.

§ 2.

Użyte w niniejszym Regulaminie określenia oznaczają:

- 1) Zakład – Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Bielsku Podlaskim;
- 2) Zakład leczniczy – zespół składników majątkowych, za pomocą którego podmiot leczniczy wykonuje określony rodzaj działalności leczniczej;
- 3) Dyrektor – Dyrektora Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Bielsku Podlaskim;
- 4) osoba wykonująca zawód medyczny – osobę uprawnioną na podstawie odrębnych przepisów do udzielania świadczeń zdrowotnych oraz osobę legitymującą się nabyciem fachowych kwalifikacji do udzielania świadczeń zdrowotnych w określonym zakresie lub w określonej dziedzinie medycyny;
- 5) pacjent – pacjenta w rozumieniu ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta;
- 6) świadczenia zdrowotne – działania służące zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia oraz inne działania medyczne wynikające z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich wykonywania;
- 7) świadczenia szpitalne – 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;
- 8) świadczenia zdrowotne inne niż świadczenia szpitalne – świadczenia opiekuńcze, pielęgnacyjne, świadczenia z zakresu opieki długoterminowej, udzielane pacjentom, których stan zdrowia wymaga udzielania całodobowych lub całodziennych świadczeń zdrowotnych w odpowiednio urządzonych, stałych pomieszczeniach;
- 9) ambulatoryjne świadczenia zdrowotne – świadczenia obejmujące świadczenia podstawowej lub specjalistycznej opieki zdrowotnej oraz świadczenia z zakresu rehabilitacji leczniczej, chemioterapii udzielane w warunkach niewymagających ich udzielania w trybie stacjonarnym i całodobowym w odpowiednio urządzonym, stałym pomieszczeniu, w pojeździe przeznaczonym do udzielania tych świadczeń lub w miejscu pobytu pacjenta. Działalność lecznicza w rodzaju ambulatoryjne świadczenia zdrowotne może obejmować także udzielanie świadczeń zdrowotnych, które obejmują swoim zakresem badania diagnostyczne;
- 10) badania diagnostyczne – świadczenia diagnostyczne i badania laboratoryjne wykonywane w celu rozpoznania stanu zdrowia i ustalenia dalszego postępowania leczniczego;
- 11) transport sanitarny – przewóz osób albo materiałów biologicznych i materiałów wykorzystywanych do udzielania świadczeń zdrowotnych, wymagających specjalnych warunków transportu;
- 12) dokumentacja medyczna – dokumentację medyczną, o której mowa w przepisach ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta;
- 13) promocja zdrowia – działania umożliwiające poszczególnym osobom i społeczności zwiększenie kontroli nad czynnikami warunkującymi stan zdrowia i przez to jego poprawę, promowanie zdrowego stylu życia oraz środowiskowych i indywidualnych czynników sprzyjających zdrowiu;
- 14) ustawa – ustawę z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.

Dział II – ORGANIZACJA I ZARZĄDZANIE ZAKŁADEM

Rozdział I. CELE I ZADANIA ZAKŁADU

§ 3.

Podstawowym celem Zakładu jest udzielanie mieszkańcom powiatu bielskiego, a także innych regionów Rzeczypospolitej Polskiej, najwyższej jakości specjalistycznych świadczeń zdrowotnych, połączonych z edukacją zdrowotną oraz działaniami w zakresie promocji zdrowia, zapewniających pacjentom, a także personelowi przyjazne i bezpieczne warunki leczenia i pracy.

§ 4.

1. Do zadań Zakładu należy udzielanie świadczeń zdrowotnych służących zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia oraz podejmowanie innych działań medycznych wynikających z procesu leczenia lub przepisów odrębnych.
2. Zakład udziela świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych ubezpieczonym oraz innym osobom uprawnionym do tych świadczeń na podstawie odrębnych przepisów nieodpłatnie, za częściową lub całkowitą odpłatnością.

§ 5.

1. Ponadto Zakład:
 - 1) uczestniczy w realizacji zadań i programów profilaktyki zdrowotnej oraz promocji zdrowia;
 - 2) wykonuje określone w odrębnych przepisach zadania związane z potrzebami obronnymi Państwa oraz gotowości do działania w sytuacjach kryzysowych i stanach nadzwyczajnych;
 - 3) organizuje i wykonuje transport sanitarny;
 - 4) w powiązaniu z udzielaniem świadczeń zdrowotnych i promocją zdrowia uczestniczy w prowadzeniu badań klinicznych i badań produktów leczniczych oraz realizacji celów naukowych, dydaktycznych i badawczych na podstawie umów i porozumień zawartych zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami;
 - 5) uczestniczy w przygotowaniu osób do wykonywania zawodu medycznego i kształcenia osób wykonujących zawód medyczny (kształcenie przed- i po- dyplomowe), prowadzi specjalizacje na zasadach określonych w odrębnych przepisach;
 - 6) organizuje i prowadzi szkolenia, sympozja i konferencje z zakresu profilaktyki, opieki i promocji zdrowia;
 - 7) może prowadzić wydzieloną działalność gospodarczą usługową i handlową, pod warunkiem, że nie ogranicza ona dostępu do świadczeń zdrowotnych, jest nieuciążliwa dla pacjenta lub przebiegu leczenia oraz nie jest świadczeniem usług pogrzebowych oraz prowadzeniem ich reklamy:
 - a) usługi diagnostyczne i medyczne,
 - b) wynajem i dzierżawę pomieszczeń i gruntów,
 - c) sprzedaż i odsprzedaż mediów,
 - d) wynajem i użyczenia aparatury i sprzętu medycznego oraz sprzętu użytkowego,
 - e) sterylizację sprzętu,
 - f) usługi gastronomiczne,
 - g) usługi kserograficzne,
 - h) usługi transportowe,
 - i) inne usługi nie wymienione wyżej.
2. Zyski z prowadzenia działalności gospodarczej będą stanowiły dochód Szpitala, z przeznaczeniem na realizację działalności statutowej.

Rozdział II. RODZAJ DZIAŁALNOŚCI LECZNICZEJ ORAZ ZAKRES I MIEJSCE UDZIELANYCH ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH

§ 6.

1. Zakład prowadzi działalność leczniczą w rodzajach:
 - 1) stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne:

- a) szpitalne,
- b) inne niż szpitalne – udzielane w zakładzie opiekuńczo-lecznicznym;
- 2) ambulatoryjne świadczenia zdrowotne:
 - a) podstawowe,
 - b) specjalistyczne,
 - c) rehabilitację leczniczą,
 - d) badania diagnostyczne i laboratoryjne.
- 2. Zakład udziela świadczeń zdrowotnych na zasadach określonych ustawami, w przepisach odrębnych lub w umowach cywilno-prawnych zawieranych z publicznymi i niepublicznymi dysponentami środków finansowych oraz z osobami fizycznymi.
- 3. Zakład może zawierać umowy w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych z:
 - 1) podmiotem leczniczym nie będącym przedsiębiorcą, w zakresie zadań określonych w statucie tego podmiotu;
 - 2) podmiotem wykonującym działalność leczniczą lub osobą legitymującą się nabyciem fachowych kwalifikacji do udzielania świadczeń zdrowotnych w określonym zakresie lub określonej dziedzinie medycyny.
- 4. Zakład może realizować programy terapeutyczne oraz programy lekowe w zakresach i na zasadach określonych odrębnymi umowami.

§ 7.

Zakres udzielanych przez Zakład świadczeń zdrowotnych obejmuje w szczególności:

- 1) sprawowanie opieki medycznej w systemie stacjonarnym całodobowym, stacjonarnym dziennym, systemie opieki ambulatoryjnej oraz w warunkach domowych, w tym:
 - a) badania i porady lekarskie,
 - b) leczenie i rehabilitacja lecznicza,
 - c) badania diagnostyczne, w tym analitykę medyczną,
 - d) pielęgnacja chorych,
 - e) pielęgnacja osób niepełnosprawnych i opieka nad nimi,
 - f) opieka nad kobietą ciężarną i jej dzieckiem, porodem i połogiem,
 - g) opieka nad noworodkiem i dzieckiem w warunkach szpitalnych i innych niż szpitalne;
- 2) udzielanie specjalistycznych świadczeń zdrowotnych oraz z zakresu rehabilitacji leczniczej w warunkach ambulatoryjnych;
- 3) udzielanie świadczeń w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej;
- 4) udzielanie świadczeń nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej, w tym wyjazdowej;
- 5) wykonywanie badań diagnostycznych w celu rozpoznania stanu zdrowia i ustalenia dalszego postępowania leczniczego;
- 6) orzekanie i opiniowanie o stanie zdrowia, w tym o czasowej niezdolności do pracy;
- 7) zapobieganie powstawaniu urazów i chorób poprzez działania profilaktyczne;
- 8) czynności z zakresu zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze.

§ 8.

- 1. Miejscem udzielania świadczeń zdrowotnych jest:
 - 1) 17-100 Miasto Bielsk Podlaski, kompleks budynków głównej siedziby przy ul. Kleszczelowskiej 1,
 - 2) 17-100 Miasto Bielsk Podlaski, budynek Przychodni przy ul. Jagiellońskiej 32,
 - 3) 17-120 Miasto Brańsk, budynek Przychodni przy ul. Jana Pawła II 10,
 - 4) 17-123 Gmina Rudka, budynek Szkoły Podstawowej przy ul. Szkolnej 2 – gabinet pielęgniarstwa szkolnej,
 - 5) 17-123 Gmina Rudka, budynek Zespołu Szkół przy ul. Ossolińskich 1 – gabinet pielęgniarstwa szkolnej,
 - 6) 17-106 Gmina Orla, budynek przy ul. Bielskiej 18A,
 - 7) 17-106 Gmina Orla, budynek Szkoły Podstawowej przy ul. Bielskiej 32 – gabinet pielęgniarstwa szkolnej.
- 2. Udzielanie świadczeń zdrowotnych może odbywać się także w pojeździe przystosowanym i przeznaczonym do udzielania świadczeń zdrowotnych oraz w miejscu pobytu pacjenta.

Rozdział III.
PODSTAWOWE ZASADY ORGANIZACYJNE

Wydawanie wewnętrznych aktów normatywnych

§ 9.

1. W Zakładzie wydawane są następujące wewnętrzne akty normatywne:
 - 1) zarządzenia Dyrektora – regulujące podstawowe zagadnienia dotyczące całokształtu działalności Zakładu,
 - 2) regulaminy wewnętrzne, procedury, instrukcje i inne dokumenty regulujące sposób realizacji zadań Zakładu,
 - 3) pisma okólne Dyrektora – podające do wiadomości określone informacje, interpretacje przepisów zawartych w innych aktach normatywnych lub mające charakter komunikatu.
2. Opracowanie projektu wewnętrznego aktu normatywnego należy do tej komórki organizacyjnej, której zakresu działania dotyczy treść tego aktu.
3. Zasady tworzenia, zatwierdzania, wydawania oraz przechowywania i archiwizowania wewnętrznych aktów normatywnych zostały określone w procedurze „Nadzór nad dokumentami i zapisami”.

Polityka informacyjna Zakładu

§ 10.

1. Udzielanie informacji przez osoby upoważnione następuje zgodnie z ustawą z dnia 6 września 2001 roku o dostępie do informacji publicznej.
2. Informacje o Zakładzie osobom fizycznym i prawnym, organizacjom i instytucjom, w tym przedstawicielom środków masowego przekazu, udzielane są przez Dyrektora i jego Zastępcę lub przez inną osobę upoważnioną przez Dyrektora – w porozumieniu i za zgodą Dyrektora.
3. Kierownicy komórek organizacyjnych Zakładu mają obowiązek udzielić Dyrektorowi lub osobie upoważnionej przez Dyrektora, pisemnej informacji na temat zagadnienia, które jest przedmiotem zainteresowania.
4. Zgodę na nagrywanie, filmowanie, fotografowanie Zakładu wydaje Dyrektor Zakładu lub jego Zastępca.
5. Nagrywanie, filmowanie, fotografowanie pacjentów dopuszczalne jest wyłącznie po uzyskaniu pisemnej zgody Pacjenta, w przypadku nieletnich – pisemnej zgody przedstawiciela ustawowego dziecka, a w przypadku osoby ubezwłasnowolnionej – zgody prawnego opiekuna oraz zgody Dyrektora Zakładu lub jego Zastępcy.
6. Celem zapewnienia bezpieczeństwa pacjentów i pracowników na terenie Zakładu prowadzony jest monitoring wizyjny na zasadach określonych w „Regulaminie monitoringu wizyjnego”.
7. Monitoring informacji ukazujących się w mediach na temat Zakładu i jego działalności prowadzi i przedstawia Dyrektorowi Dział organizacyjny.
8. Propozycje wniosku o sprostowanie publikacji w mediach lub odpowiedzi na publikację przygotowuje kierownik komórki organizacyjnej, której działalności dotyczy publikacja, a następnie przedkłada je Dyrektorowi do akceptacji.
9. Ważne informacje dotyczące działalności Szpitala, jego poszczególnych komórek organizacyjnych należy przekazywać do działu organizacyjnego w celu rozpowszechnienia w mediach lub na stronie internetowej Zakładu.
10. Nieujawnione do wiadomości publicznej informacje techniczne, organizacyjne lub inne o wartości gospodarczej, co do których Zakład podjął działania w celu zachowania ich poufności, traktowane są jak tajemnica Zakładu.
11. Przekazywanie lub ujawnianie osobom trzecim informacji stanowiących tajemnicę Zakładu jest zabronione, za wyjątkiem sytuacji przewidzianych przepisami prawa.
12. Zabronione jest rozpowszechnianie nieprawdziwych lub wprowadzających w błąd informacji o osobach kierujących Zakładem i wszystkich sferach działalności Zakładu.

Udzielanie pełnomocnictw

§ 11.

1. Do samodzielnego wykonywania czynności prawnych w imieniu Zakładu jest upoważniony Dyrektor.
2. Pełnomocników ustanawia i odwołuje Dyrektor określając jednocześnie granice ich umocowania.
3. Umocowanie pełnomocnictwa do działania w imieniu Zakładu wymaga formy pisemnej pod rygorem nieważności.

4. Udzielone pełnomocnictwa i upoważnienia są związane wyłącznie z osobą upoważnionego oraz z zajmowanym przez niego stanowiskiem. W przypadku zmiany osoby lub stanowiska – pełnomocnictwo lub upoważnienie wygasa automatycznie.
5. Pełnomocnictwo lub upoważnienie udzielone na czas określony wygasa po upływie jego ważności.
6. Za bieżącą aktualizację pełnomocnictw i upoważnień niezbędnych dla prawidłowego funkcjonowania Zakładu odpowiedzialny jest Kierownik Działu organizacyjnego.
7. Rejestr pełnomocnictw i upoważnień Zakładu oraz dokonywanie wszelkich czynności prawno-administracyjnych związanych z udzielaniem pełnomocnictw prowadzi Sekretariat Dyrektora.

Sporządzanie i podpisywanie pism

§ 12.

1. Sporządzanie pism i obieg dokumentów reguluje „Instrukcja kancelaryjna“ Zakładu.
2. Pisma kierowane do jednostek zewnętrznych sporządzane są na obowiązującym papierze firmowym według przyjętego szablonu graficznego.
3. Pisma wychodzące z komórek organizacyjnych przedkładane są Dyrektorowi do podpisu.
4. Pisma sporządzane są w dwóch egzemplarzach, egzemplarz pozostający w komórce organizacyjnej jest parafowany na ostatniej stronie w lewym dolnym rogu przez autora korespondencji.
5. W przypadku pisma będącego odpowiedzią, do egzemplarza pozostającego w komórce organizacyjnej należy dołączyć pismo, którego dotyczy odpowiedź.
6. Pracownicy sporządzający i przekazujący informacje oraz sprawozdania do jednostek nadrzędnych, NFZ, GUS oraz innych instytucji są odpowiedzialni za ich merytoryczną treść, dane liczbowe, rzetelność i terminowość – zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie zarządzeniami i instrukcjami.
7. Jeżeli podpisywanie pism za Dyrektora następuje przez osoby przez niego wyznaczone, to w przypadku:
 - 1) sytuacji jednorazowej – obok podpisu umieszcza się klauzulę „wz” tzn. w zastępstwie,
 - 2) sytuacji, w której podpisujący występuje jako stały zastępca, wtedy obok podpisu umieszcza się klauzulę „z up.” tzn. z upoważnienia.
8. Ważność dokumentów odnoszących się do obrotu środkami finansowymi jest uwarunkowana podpisami:
 - 1) Dyrektora Zakładu lub jego Zastępcy,
 - 2) Głównego Księgowego lub jego Zastępcy.Dokumenty bez podpisu osób, o których mowa wyżej są nieważne.
9. Podpisywanie dokumentów obrotu pieniężnego i materiałowego oraz innych dokumentów o wewnętrznym charakterze rozliczeniowym, jak też i inne sprawy nieunormowane w niniejszym regulaminie, regulują odrębne przepisy wewnętrzne.

Nadzór nad majątkiem Zakładu

§ 13.

1. Kontrolę i nadzór nad majątkiem Zakładu sprawują:
 - 1) Dyrektor,
 - 2) Zastępca Dyrektora,
 - 3) Główny Księgowy,
 - 4) Kierownicy i Koordynatorzy komórek organizacyjnych,
 - 5) Pracownik prowadzący kasę,
 - 6) Pracownicy prowadzący magazyny.
2. Dyrektor, Zastępca, Główny Księgowy oraz Kierownicy i Koordynatorzy komórek organizacyjnych ponoszą odpowiedzialność za:
 - 1) całokształt działalności podległych im komórek organizacyjnych,
 - 2) zabezpieczenie mienia,
 - 3) nadzór i kontrolę nad realizacją kontraktów i umów zawartych przez Zakład,
 - 4) wykonanie zadań określonych zakresem czynności.
3. Odpowiedzialność materialną pracownicy ponoszą według zasad określonych w Kodeksie Pracy i upoważnień wynikających z zakresu obowiązków oraz na podstawie zawartych umów cywilnoprawnych.
4. Pracownik prowadzący kasę ponosi w pełnej wysokości materialną odpowiedzialność za przyjęte i przechowywane w kasie wartości majątkowe. Ponadto odpowiedzialny jest za właściwe przechowywanie i zabezpieczenie gotówki i innych walorów oraz przestrzeganie przepisów

finansowych wydanych przez ustawodawcę i naczelne organy administracji państwowej oraz prezesa NBP w tym zakresie.

5. Pracownicy prowadzący magazyn odpowiadają materialnie w pełnej wysokości za ilość i jakość powierzonych im składników majątkowych, za należyte ich zabezpieczenie przed zniszczeniem lub kradzieżą oraz konserwację sprzętu i urządzeń magazynowych, a także są zobowiązani do przestrzegania przepisów o gospodarce magazynowej.
6. Powierzenie składników majątkowych, magazynu, kasy i innych wartości odbywa się wyłącznie na piśmie (inventaryzacja, protokół zdawczo-odbiorczy przy współudziale komisji, dokumentów OT), dotyczy to również przekazania stanowisk pracy.
7. Szczegółowe ustalenia w zakresie nadzoru i funkcjonowania kontroli wewnętrznej regulują przepisy wewnętrzne.

Zastępowanie pracowników na kierowniczych stanowiskach

§ 14.

1. W razie nieobecności Dyrektora zastępstwo pełni Zastępca Dyrektora ds. leczenia natomiast w godzinach popołudniowych, nocnych i w święta Główny Lekarz Dyżurny Zakładu.
2. Kierownika komórki organizacyjnej, w przypadku jego nieobecności, zastępuje Zastępca Kierownika, a w przypadku nieobecności Zastępcy lub niewystępowania stanowiska Zastępcy Kierownika komórki organizacyjnej – wyznaczony za zgodą zwierzchnika pracownik. Na zastępującego przechodzą wszelkie prawa i obowiązki wynikające z przepisów ogólnych i niniejszego Regulaminu.
3. Koordynatora, w przypadku jego nieobecności, zastępuje pracownik wskazany przez niego lub przez jego bezpośredniego przełożonego.
4. Osoby zatrudnione na stanowiskach kierowniczych oraz samodzielnych stanowiskach pracy zastępuje pracownik wskazany przez nich na druku urlopowym lub wyznaczony przez Dyrektora.
5. Pracownicy w razie nieobecności są zastępowani przez osoby wskazane w kartach opisu stanowisk pracy lub osoby wyznaczone przez Kierownika komórki. Za właściwą organizację zastępstw w komórce organizacyjnej w sytuacjach nagłych odpowiada Kierownik komórki organizacyjnej.
6. Osoby zastępujące pracowników na stanowiskach kierowniczych ponoszą odpowiedzialność za decyzje podejmowane w ramach udzielonych im pełnomocnictw (upoważnień).

Przyjmowanie i zdawanie funkcji kierowniczej

§ 15.

1. Przekazywanie i objęcie funkcji kierowniczej następuje na podstawie protokołu zdawczo-odbiorczego, który winien być aprobowany przez bezpośredniego przełożonego.
2. Protokół winien zawierać:
 - 1) wykaz zdawanych – przyjmowanych akt,
 - 2) stan zdawanych – przyjmowanych zagadnień,
 - 3) wykaz spraw niezakończonych,
 - 4) w odniesieniu do osób na stanowiskach materialnie odpowiedzialnych – wykaz składników majątkowych wg arkusza spisu z natury zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami.

Obowiązki pracownicze

§ 16.

1. Do podstawowych obowiązków każdego pracownika należy m.in.:
 - 1) wykonywanie powierzonych obowiązków sumiennie i rzetelnie,
 - 2) przestrzeganie standardów etycznego postępowania, w tym zasad współżycia społecznego określonych w Kodeksie Etyki Zakładu oraz przestrzeganie etyki zawodowej określonej przez właściwe samorządy zawodów medycznych,
 - 3) dbanie o dobre imię i wizerunek Zakładu,
 - 4) właściwe wykorzystywanie czasu pracy,
 - 5) realizacja misji Zakładu i polityki jakości oraz celów strategicznych,
 - 6) znajomość i przestrzeganie wszelkich polityk, regulaminów i procedur Zintegrowanego Systemu Zarządzania zwanego dalej ZSZ, obejmującego swoim zakresem System Zarządzania Bezpieczeństwem Informacji według Normy ISO/IEC 27001:2013, jak również System Akredytacji wg. standardów akredytacyjnych w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych oraz funkcjonowania szpitali, a także w leczeniu ambulatoryjnym,
 - 7) efektywne i skuteczne utrzymywanie oraz doskonalenie ZSZ,

- 8) uprzejme i życzliwe traktowanie pacjentów, osób bliskich pacjentom i petentów,
 - 9) przestrzeganie przepisów nadrzędnych i uregulowań wewnętrznych w zakresie ochrony danych osobowych,
 - 10) ochrona tajemnicy służbowej i państwowej.
2. Każda osoba zatrudniona w Zakładzie zobowiązana jest nosić w widocznym miejscu udostępniony identyfikator zawierający imię i nazwisko oraz funkcję.
 3. Szczegółowo obowiązki pracownicze zostały opisane w Regulaminie Pracy oraz w karcie opisu stanowiska pracy.

Rozdział IV. ZARZĄDZANIE ZAKŁADEM

§ 17.

1. Organami Zakładu są Dyrektor i Rada Społeczna Zakładu.
2. Zakładem kieruje i reprezentuje go na zewnątrz Dyrektor.
3. Dyrektor samodzielnie podejmuje decyzje dotyczące funkcjonowania Zakładu i ponosi odpowiedzialność za zarządzanie Zakładem.
4. Rada Społeczna jest organem inicjującym i opiniodawczym wobec Rady Powiatu Bielskiego oraz organem doradczym Dyrektora Zakładu.

§ 18.

W Zakładzie regulacje dotyczące zasad wynagradzania, czasu pracy, stanowisk kierowniczych, kwalifikacji i rekrutacji pracowników określają odpowiednio obowiązujące w tym zakresie akty prawne oraz Regulamin Wynagradzania i Regulamin Pracy Zakładu.

Dyrektor

§ 19.

1. Dyrektor jest przełożonym wszystkich pracowników Zakładu.
2. Dyrektor może upoważnić pracowników do wykonywania niektórych uprawnień zwierzchnika służbowego względem pracowników oraz kierowników komórek organizacyjnych Zakładu.
3. Dyrektor może w drodze pisemnego pełnomocnictwa, w granicach prawa, delegować na pracowników niektóre przysługujące mu obowiązki i uprawnienia.

§ 20.

1. Dyrektor kierując Zakładem wydaje zarządzenia, polecenia służbowe, decyzje oraz komunikaty.
2. Do realizacji określonych celów Dyrektor może, w drodze zarządzenia powoływać Pełnomocników oraz komisje i zespoły zadaniowe.
3. Dyrektor podejmuje decyzję o utworzeniu stanowiska bądź jego likwidacji.

§ 21.

Dyrektor wykonując swoją funkcję zapewnia w szczególności:

- 1) koordynację działania wszystkich komórek organizacyjnych w zakresie zgodności z zadaniami statutowymi;
- 2) organizację kontroli wykonywania zadań przez poszczególne komórki organizacyjne;
- 3) współdziałanie z innymi podmiotami wykonującymi działalność leczniczą i inną;
- 4) realizację zadań zleconych przez Powiat Bielski;
- 5) bieżący nadzór nad realizacją zadań statutowych Zakładu.

§ 22.

Do zadań Dyrektora należy w szczególności:

- 1) nawiązywanie i rozwiązywanie stosunku pracy;
- 2) zawieranie umów cywilno-prawnych na realizację świadczeń zdrowotnych i innych;
- 3) wytyczanie kierunków i realizacja strategii rozwoju Zakładu;
- 4) nadzór i koordynowanie działalności Zakładu w sferze udzielania świadczeń opieki zdrowotnej;
- 5) operacyjne zarządzanie Zakładem w zakresie działalności medycznej, działalności gospodarczej, zarządzania finansami, zarządzania personelem oraz zarządzania infrastrukturą Zakładu;
- 6) wykonywanie uprawnień zwierzchnika służbowego wobec pracowników Zakładu;

- 7) realizacja polityki zarządzania jakością poprzez koordynowanie i podejmowanie działań mających na celu podnoszenie jakości usług świadczonych przez Zakład;
- 8) powierzanie przygotowania i przeprowadzania postępowania o udzielenie zamówienia publicznego Zastępcy Dyrektora lub innym wskazanym pracownikom;
- 9) wykonywanie innych zadań zleconych przez podmiot tworzący lub określonych w przepisach szczególnych;
- 10) koordynowanie prac nad standaryzacją postępowania medycznego w Zakładzie oraz nadzór nad procesem wdrażania i realizacji ustalonych standardów opieki medycznej;
- 11) planowanie i optymalizacja zatrudnienia oraz udział w procesie rekrutacji personelu;
- 12) ostateczne rozpatrywanie skarg, wniosków i zażaleń;
- 13) udzielanie pełnomocnictw;
- 14) podejmowanie decyzji w sprawie zakupu sprzętu i aparatury medycznej, wynajmu i dzierżawy ruchomości i nieruchomości z zachowaniem przepisów prawa.

§ 23.

1. Dyrektor wykonuje swoje zadania w szczególności przy pomocy:
 - 1) Zastępcy Dyrektora ds. lecznictwa;
 - 2) Głównego Księgowego;
 - 3) Naczelnej Pielęgniarki;
 - 4) Pielęgniarki Epidemiologicznej.
2. Dyrektor kieruje Szpitalem także bezpośrednio poprzez kierowników komórek organizacyjnych oraz osoby zatrudnione na samodzielnych stanowiskach pracy.
3. Dyrektorowi podlegają bezpośrednio komórki organizacyjne i samodzielne stanowiska określone w Schemacie organizacyjnym stanowiącym załącznik nr 1 do niniejszego Regulaminu tj.:
 - 1) Zastępcy Dyrektora ds. lecznictwa;
 - 2) Główny księgowy;
 - 3) Dział ekonomiczny;
 - 4) Dział organizacyjny;
 - 5) Dział statystyczny;
 - 6) Dział techniczny;
 - 7) Inspektor Ochrony Danych;
 - 8) Radca Prawny;
 - 9) Inspektor ds. BHP;
 - 10) Inspektor ds. ochrony p/pożarowej;
 - 11) Inspektor ds. obronności;
 - 12) Kuchnia;
 - 13) Punkt szatniarsko-wizyjny;
 - 14) Kapelani.

Zastępca Dyrektora ds. lecznictwa

§ 24.

1. Zastępca Dyrektora ds. lecznictwa podlega bezpośrednio Dyrektorowi Zakładu.
2. Działa na podstawie umowy cywilno-prawnej lub umowy o pracę, a decyzję w tym zakresie podejmuje Dyrektor.
3. Zastępcy Dyrektora ds. lecznictwa podlegają bezpośrednio komórki organizacyjne i samodzielne stanowiska określone w Schemacie organizacyjnym stanowiącym załącznik nr 1 do niniejszego Regulaminu tj.:
 - 1) Naczelna Pielęgniarka;
 - 2) Pielęgniarka Epidemiologiczna;
 - 3) Inspektor ds. ochrony radiologicznej;
 - 4) Pełnomocnik Dyrektora ds. praw pacjenta;
 - 5) medyczne komórki organizacyjne wchodzące w skład zakładów leczniczych.
4. Zastępca Dyrektora ds. lecznictwa:
 - 1) organizuje oraz nadzoruje funkcjonowanie Zakładu w zakresie działalności medycznej;
 - 2) nadzoruje właściwą realizację świadczeń zdrowotnych z uwzględnieniem ich jakości, dostępności oraz ponoszonych kosztów;

- 3) kieruje, zarządza i nadzoruje oraz odpowiada za funkcjonowanie komórek organizacyjnych działalności medycznej wchodzących w skład zakładów leczniczych;
- 4) odpowiada za właściwą komunikację i przepływ informacji służbowych w podległych komórkach.
5. Do zadań Zastępcy Dyrektora ds. leczenia należy w szczególności:
 - 1) określenie struktury zatrudnienia personelu medycznego niezbędnego do zabezpieczenia realizowanych świadczeń zdrowotnych w poszczególnych zakresach;
 - 2) zatwierdzanie szczegółowego zakresu obowiązków personelu medycznego w formie karty opisu stanowiska pracy, regulaminów służbowych, standardów, procedur, instrukcji postępowania;
 - 3) dbałość o dostępność, ciągłość i jakość udzielania świadczeń zdrowotnych;
 - 4) rozpatrywanie wniosków, skarg i uwag pacjentów lub osób korzystających ze świadczeń zdrowotnych, usług medycznych, a także podejmowanie w razie potrzeby stosownych decyzji prewencyjno-organizacyjnych;
 - 5) nadzór merytoryczny nad przygotowaniem ofert konkursowych oraz nadzór nad prawidłową realizacją zawartych umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych;
 - 6) zapewnienie i zabezpieczenie właściwego obiegu dokumentacji medycznej, kontroli jej sporządzania, gromadzenia i przechowywania;
 - 7) sprawowanie nadzoru nad dokumentacją medyczną w zakresie zgodności z obowiązującymi przepisami prawa i wymaganiami NFZ;
 - 8) wykonywanie czynności orzeczniczych i nadzór nad orzecznictwem lekarskim prowadzonym przez Zakład;
 - 9) organizowanie i opracowywanie zasad konsultacji specjalistycznych pomiędzy poszczególnymi komórkami organizacyjnymi i innymi podmiotami leczniczymi;
 - 10) nadzór nad merytoryczną prawidłowością harmonogramów / grafików lekarzy dyżurnych;
 - 11) nadzór nad prowadzeniem właściwej gospodarki lekami i artykułami medycznymi;
 - 12) nadzór nad zaopatrzeniem w sprzęt medyczny i prawidłowym wykorzystaniem aparatury medycznej;
 - 13) nadzór nad prawidłowym przebiegiem kształcenia i doksztalcania personelu medycznego, zwłaszcza nad kształceniem podyplomowym, specjalizacyjnym i samokształceniem lekarzy;
 - 14) negocjowanie umów z Narodowym Funduszem Zdrowia;
 - 15) uczestniczenie w przygotowywaniu planów finansowych w oparciu o zakres wykonywanych świadczeń medycznych;
 - 16) współpraca z samorządem lekarskim i pielęgniarskim;
 - 17) wykonywanie innych zadań zleconych przez Dyrektora, jeżeli nie są one sprzeczne z przepisami prawa lub umową.
6. Zastępca Dyrektora ds. leczenia zadania wykonuje we współpracy z:
 - 1) Głównym Księgowym;
 - 2) Naczelną Pielęgniarką;
 - 3) Pielęgniarką Epidemiologiczną;
 - 4) Koordynatorami;
 - 5) Pielęgniarkami i Położnymi Oddziałowymi / Pielęgniarkami Koordynującymi;
 - 6) Kierownikami działów i równorzędnych komórek organizacyjnych.

Główny Księgowy

§ 25.

1. Główny Księgowy podlega bezpośrednio Dyrektorowi Zakładu.
2. Główny Księgowy jest kierownikiem Działu ekonomicznego, wykonuje swoje zadania przy pomocy Zastępcy Głównego Księgowego.
3. Do zadań Głównego Księgowego należy w szczególności:
 - 1) prowadzenie rachunkowości Zakładu zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami prawa;
 - 2) nadzór nad realizacją planu finansowego Zakładu, w tym kontrola zgodności operacji gospodarczych i finansowych z planem finansowym;
 - 3) wykonywanie dyspozycji środkami pieniężnymi;
 - 4) dokonywanie kontroli kompletności i rzetelności dokumentów dotyczących operacji gospodarczych i finansowych;
 - 5) nadzór i odpowiedzialność za prawidłowe i terminowe sporządzanie sprawozdawczości i przekazywanie jej odpowiednim organom;

- 6) prowadzenie aktywnej polityki w zakresie płatności i regulacji zobowiązań Zakładu;
 - 7) nadzór nad przestrzeganiem dyscypliny finansów publicznych;
 - 8) opracowywanie projektów przepisów wewnętrznych i bieżące dostosowywanie ich do zmieniających się przepisów prawa dotyczących prowadzenia polityki rachunkowości, a zwłaszcza: zakładowego planu kont, obiegu dokumentów, zasad prowadzenia i rozliczania inwentaryzacji;
 - 9) opracowywanie projektu planu finansowego przychodów i kosztów na rok sprawozdawczy i projektów jego zmian;
 - 10) nadzór nad opracowywaniem informacji finansowych na potrzeby wewnętrzne Zakładu;
 - 11) organizacja pracy Działu ekonomicznego, w tym nadzór i kontrola prawidłowości prowadzenia kasy;
 - 12) nadzór nad prawidłowym transportem gotówki i jej przechowywaniem;
 - 13) nadzór i odpowiedzialność za prawidłowe i terminowe rozliczanie i odprowadzanie podatków oraz terminowe odprowadzanie składek ubezpieczenia społecznego;
 - 14) nadzór nad przedśądową windykacją należności;
 - 15) nadzór nad prawidłowym obiegiem dokumentów wynikających z zakresu zadań;
 - 16) nadzór nad przestrzeganiem obowiązków powierzonym pracownikom w zakresie zabezpieczenia obiektów majątku Zakładu, związanych z zabezpieczeniem obiektów i majątku Zakładu;
 - 17) współpraca z kierownikami wszystkich jednostek i komórek organizacyjnych.
4. Główny Księgowy jest uprawniony do dostępu do wszystkich dokumentów i informacji dotyczących działalności Zakładu, niezbędnych do prawidłowego sprawowania funkcji.
 5. Główny Księgowy odpowiada za właściwą komunikację i przepływ informacji służbowych w podległych komórkach.
 6. Główny Księgowy może zostać zobowiązany do wykonywania innych zadań, związanych z zajmowanym stanowiskiem, w tym zadań kierowniczych, określonych w niniejszym Regulaminie.

Naczelną Pielęgniarką

§ 26.

1. Naczelną Pielęgniarką podlega bezpośrednio Zastępcy Dyrektora ds. lecznictwa.
2. Naczelną Pielęgniarkę podlegają bezpośrednio pracownicy rejestracji oraz merytorycznie pielęgniarki, położne i medyczny personel pomocniczy Zakładu.
3. Naczelną Pielęgniarkę zobowiązana jest do ścisłej współpracy z Pielęgniarką Epidemiologiczną w celu zapewnienia prawidłowego i kompleksowego realizowania działań wpływających na jakość i bezpieczeństwo opieki oraz w celu prawidłowego organizowania procesów w poszczególnych obszarach funkcjonowania Zakładu.
4. Do zadań Naczelną Pielęgniarki należy w szczególności:
 - 1) składanie sprawozdań Zastępcy Dyrektora ds. lecznictwa z zakresu pracy pionu pielęgniarskiego oraz przedkładanie potrzeb w zakresie realizacji zadań na podległych stanowiskach;
 - 2) wdrażanie zarządzeń i zaleceń Dyrektora Zakładu oraz Zastępcy na podległym stanowisku;
 - 3) przeprowadzanie narad z pielęgniarkami/położnymi oddziałowymi i pielęgniarkami koordynującymi;
 - 4) opracowywanie struktury organizacyjnej pionu pielęgniarskiego i salowych;
 - 5) określanie liczby i rodzaju stanowisk pracy podległego pionu w poszczególnych komórkach organizacyjnych;
 - 6) ustalanie zakresów obowiązków i odpowiedzialności dla każdego podległego stanowiska pracy;
 - 7) planowanie zatrudnienia dla podległych stanowisk pracy, szacowanie zapotrzebowania na kadre;
 - 8) opracowywanie strategii szkolenia i rozwoju podległych pracowników, dbałość o podnoszenie kwalifikacji zawodowych;
 - 9) dokonywanie systematycznej oceny jakości i dostępności realizowanych świadczeń pielęgniarskich, przestrzegania procedur opieki, wyposażenia i obsługi pielęgniarskich stanowisk pracy;
 - 10) wdrażanie procedur dotyczących zabiegów pielęgniarskich i nadzorowanie ich prawidłowego wykonywania;
 - 11) prowadzenie kontroli pracy podległego personelu;
 - 12) organizowanie i wpływanie na prawidłową realizację zadań z zakresu profilaktyki i promocji zdrowia, w tym oświaty zdrowotnej;

- 13) planowanie, zatwierdzanie, rozmieszczanie i wykorzystanie personelu (grafiki, urlopy, zastępstwa);
 - 14) współpraca z organami Państwowej Inspekcji Sanitarnej, Samorządem Zawodowym Pielęgniarek i Położnych i innymi zewnętrznymi towarzystwami pielęgniarek i położnych oraz szkołami pielęgniarskimi,
 - 15) rozpatrywanie skarg związanych z jakością pracy personelu pielęgniarskiego;
 - 16) nadzór nad świadczonymi usługami pralniczymi, zwłaszcza w zakresie terminowości i jakości prania, dystrybucji bielizny szpitalnej.
5. Ponadto do obowiązków Naczelnej Pielęgniarki należy organizowanie i nadzorowanie pracy rejestracji w celu zapewnienia sprawnego funkcjonowania procesów rejestrowania pacjentów.
 6. Naczelna Pielęgniarka jest uprawniona do dostępu do wszystkich dokumentów i informacji dotyczących działalności Zakładu, niezbędnych do prawidłowego sprawowania swojej funkcji.
 7. Naczelna Pielęgniarka odpowiada za właściwą komunikację i przepływ informacji służbowych w podległych komórkach.

Pielęgniarka Epidemiologiczna

§ 27.

1. Pielęgniarka Epidemiologiczna podlega bezpośrednio Zastępcy Dyrektora ds. lecznictwa.
2. Pielęgniarka Epidemiologiczna zobowiązana jest do ścisłej współpracy z Naczelną Pielęgniarką w celu zapewnienia prawidłowego i kompleksowego realizowania działań wpływających na jakość i bezpieczeństwo opieki oraz w celu prawidłowego organizowania procesów w poszczególnych obszarach funkcjonowania Zakładu.
3. Pielęgniarka Epidemiologiczna sprawuje bezpośredni nadzór nad podległymi komórkami organizacyjnymi Zakładu:
 - 1) Centralną sterylizatornią;
 - 2) Sekcją Higieny Szpitalnej;
 - 3) Prosektorium.
4. Do zadań Pielęgniarki Epidemiologicznej należy w szczególności:
 - 1) opracowanie strategii działań dotyczących profilaktyki i zwalczania zakażeń oraz przygotowywanie i prowadzenie właściwej dokumentacji w tym zakresie;
 - 2) kontrola i monitorowanie przestrzegania zasad organizacji pracy w zakresie obowiązujących standardów i procedur zapobiegania i zwalczania zakażeń szpitalnych w Zakładzie;
 - 3) nadzór nad utrzymaniem właściwych standardów sanitarno-epidemiologicznych;
 - 4) organizowanie i prowadzenie edukacji personelu w zakresie zapobiegania zakażeniom szpitalnym;
 - 5) prowadzenie sprawozdawczości w podległym obszarze działań;
 - 6) rejestrowanie i monitorowanie zakażeń szpitalnych w Zakładzie.
5. Ponadto w kompetencji Pielęgniarki Epidemiologicznej leży:
 - 1) organizacja i kontrola funkcjonowania systemu zapobiegania i zwalczania zakażeń szpitalnych;
 - 2) opracowywanie, wdrażanie i nadzorowanie realizacji procedur dotyczących stanu sanitarno-higienicznego Zakładu;
 - 3) nadzór nad sposobem opieki nad pacjentami z zakażeniami szpitalnymi, w szczególności w zakresie pielęgnacji, zasad i sposobu izolacji;
 - 4) nadzór w postępowaniu pielęgnacyjnym z pacjentami szczególnie narażonymi na zakażenia szpitalne;
 - 5) prowadzenie wewnętrznych kontroli sanitarno-epidemiologicznych;
 - 6) udział w zespołach i komisjach, w szczególności w Zespole ds. zakażeń szpitalnych.
6. Pielęgniarka Epidemiologiczna jest uprawniona do dostępu do wszystkich dokumentów i informacji dotyczących działalności Zakładu, niezbędnych do prawidłowego sprawowania funkcji.
7. Pielęgniarka Epidemiologiczna odpowiada za właściwą komunikację i przepływ informacji służbowych w podległych komórkach.

Ordynator/Koordynator/Kierownik

§ 28.

1. Osoba kierująca oddziałem szpitalnym/inną komórką organizacyjną działalności medycznej: ordynator, koordynator, kierownik, zwana dalej koordynatorem podlega bezpośrednio Zastępcy Dyrektora ds. leczenia.
2. Koordynator kieruje podległą komórką organizacyjną na zasadach określonych w niniejszym Regulaminie oraz umowie zawartej z Zakładem.
3. Koordynatorowi podlega cały personel medyczny i pomocniczy zatrudniony w danej komórce organizacyjnej.
4. Koordynator jest zastępowany w czasie nieobecności przez wyznaczonego lekarza.
5. Koordynator ustala harmonogram pracy personelu lekarskiego i nadzoruje jego realizację.
6. Do obowiązków Koordynatora należy w szczególności:
 - 1) zarządzanie komórką organizacyjną zgodnie z zasadą jednoosobowego kierownictwa i odpowiedzialności za wyniki pracy;
 - 2) nadzór nad procesem leczenia pacjentów, w tym:
 - a) ustalanie kierunku i metod leczenia zgodnie z obowiązującą wiedzą lekarską, a w razie wprowadzania nowych metod leczenia zasięgnięcie opinii konsultanta wojewódzkiego,
 - b) nadzór nad przestrzeganiem przez lekarzy przyjętych standardów i procedur medycznych,
 - c) zapewnienie właściwej dostępności i jakości świadczeń zdrowotnych, w tym nadzór nad przestrzeganiem przepisów o listach oczekujących,
 - d) zapewnienie pacjentom należytej opieki medycznej, obsługi i bezpieczeństwa oraz nadzór nad przestrzeganiem zasad etyki przez pracowników,
 - e) zapewnienie i nadzór nad przestrzeganiem praw pacjentów przez personel, w tym rozpatrywanie skarg i zażaleń pacjentów,
 - f) przeprowadzanie obchodów lekarskich, prowadzenie wizyt, udział w odprawach lekarskich, naradach kierownictwa,
 - g) nadzór i kontrola lekarskiej dokumentacji medycznej, kontrola nad orzecznictwem lekarskim,
 - h) umożliwienie pacjentom tego wymagającym, uzyskania pomocy społecznej i świadczeń socjalnych;
 - 3) prawidłowa organizacja pracy w podległej komórce organizacyjnej, w tym:
 - a) racjonalne wykorzystywanie łóżek,
 - b) nadzór nad prawidłowym prowadzeniem rozliczeń udzielanych świadczeń zdrowotnych,
 - c) planowanie i wnioskowanie o wyposażenie w sprzęt, narzędzia i środki niezbędne do realizacji opieki nad pacjentami oraz środki ochrony pracy,
 - d) dysponowanie, nadzór nad właściwym użytkowaniem wyposażenia w podległej komórce organizacyjnej,
 - e) organizacja konsultacji specjalistycznych na potrzeby pacjentów hospitalizowanych w Zakładzie,
 - f) nadzór porządkowy nad działaniami w obszarze podległej komórki organizacyjnej, w tym wydawanie w uzasadnionych przypadkach zezwolenia na odwiedziny pacjentów w godzinach nieprzewidzianych w regulaminie,
 - g) prowadzenie należytej gospodarki krwią i lekami, w szczególności środkami odurzającymi, lekami psychotropowymi i prekursorami narkotykowymi kat. 1, udział w opracowaniu i modyfikacji receptariusza, nadzór nad przestrzeganiem jego zaleceń, monitorowanie i zatwierdzanie zapotrzebowań,
 - h) nadzór nad zaopatrzeniem w produkty lecznicze, wyroby medyczne i środki dezynfekcyjne oraz ich rozchodem we współpracy z Pielęgniarkami / Położnymi oddziałowym, Pielęgniarkami koordynującymi,
 - i) prowadzenie i monitorowanie szkolenia lekarzy;
 - 4) udzielanie informacji o stanie zdrowia pacjenta wg. zasad określonych odrębnymi przepisami;
 - 5) wykonywanie obowiązków lekarza wynikających z przepisów prawa powszechnie obowiązującego, kodeksu etyki i aktów wewnętrznych;
 - 6) odpowiedzialność za właściwą komunikację i przepływ informacji służbowych w podległych komórkach;
 - 7) wykonywanie innych zadań, związanych z zajmowanym stanowiskiem, w tym zadań kierowniczych, określonych w niniejszym Regulaminie.

Pielęgniarka / Położna Oddziałowa, Pielęgniarka Koordynująca

§ 29.

1. Pielęgniarka / Położna Oddziałowa lub Pielęgniarka Koordynująca podlega służbowo Koordynatorowi i Naczelnej Pielęgniarce: Koordynatorowi w zakresie funkcjonowania podległej komórki organizacyjnej, a Naczelnej Pielęgniarce w zakresie organizacji opieki pielęgniarskiej w Zakładzie.
2. Pielęgniarka / Położna Oddziałowa lub Pielęgniarka Koordynująca jest zastępowana przez wyznaczoną pielęgniarkę odcinkową oddziału.
3. Pielęgniarka / Położna Oddziałowa lub Pielęgniarka Koordynująca ustala harmonogram pracy personelu jej podległego i nadzoruje jego realizację.
4. Do obowiązków Pielęgniarki / Położnej oddziałowej, Pielęgniarki koordynującej należy:
 - 1) zapewnienie kompleksowej opieki pielęgniarskiej/położniczej na odpowiednio wysokim poziomie, poprzez właściwą organizację i kontrolę pracy podległego personelu;
 - 2) sprawowanie nadzoru nad prowadzeniem właściwej opieki nad pacjentami oraz nad prawidłowym i kompletnym prowadzeniem medycznej dokumentacji pielęgniarskiej w oddziale;
 - 3) nadzór nad procesem pielęgnowania, w tym:
 - a) ustalanie i wdrażanie standardów opieki w oddziale, zapewniających jakość udzielonych świadczeń i bezpieczeństwo pacjenta przebywającego w oddziale,
 - b) nadzór i ocena realizacji przyjętych standardów i procedur pielęgniarskich oraz nadzór nad prawidłowym wykonywaniem zleceń lekarskich w zakresie obowiązków pielęgniarskich,
 - c) zapewnienie przestrzegania praw pacjentów przez personel pielęgniarski oddziału, w tym rozpatrywanie skarg i zażaleń pacjentów oddziału oraz nadzór nad przestrzeganiem zasad etyki przez podległy personel,
 - d) nadzór nad terminowym i prawidłowym wykonywaniem zabiegów leczniczo-rehabilitacyjnych, pielęgniarskich i higienicznych,
 - e) udział w naradach służbowych,
 - f) nadzór w postępowaniu pielęgniacyjnym ze szczególnym uwzględnieniem profilaktyki i leczenia odleżyn oraz ograniczenia zakażeń szpitalnych,
 - g) organizacja i realizacja zadań profilaktyki i promocji zdrowia w stosunku do pacjentów i ich rodzin, w tym prowadzenie edukacji zdrowotnej dla pacjentów i członków ich rodzin oraz przygotowanie tych osób do samoopieki i samopielęgnacji w warunkach domowych;
 - 4) prawidłowa organizacja pracy w oddziale, w tym:
 - a) wyposażenie oddziału i podległego personelu w sprzęt, narzędzia i środki niezbędne do realizacji opieki nad pacjentami oraz ochrony pracy (planowanie i wnioskowanie o zakup, dysponowanie, nadzór nad właściwym użytkowaniem),
 - b) prowadzenie nadzoru nad należytym przechowywaniem leków, środków dezynfekcyjnych i detergentów,
 - c) monitorowanie oraz nadzór nad zaopatrzeniem w produkty lecznicze, wyroby medyczne, środki dezynfekcyjne i czuwanie nad ich rozchodem wspólnie z koordynatorem i pielęgniarkami odcinkowymi,
 - d) organizowanie i przeprowadzanie szkoleń wewnątrzoddziałowych i wewnątrzszpitalnych,
 - e) nadzór nad planowaniem i przesyłaniem zapotrzebowania na posiłki dla pacjentów oddziałów stacjonarnych, ze szczególnym uwzględnieniem zleconych diet,
 - f) zapewnienie bezpiecznych i higienicznych warunków pracy i pobytu pacjentów w oddziale, w tym nadzór nad utrzymaniem czystości oddziału, zapewnienie warunków do realizacji zadań sanitarnych;
 - 5) wykonywanie obowiązków pielęgniarki wynikających z przepisów prawa powszechnie obowiązującego, kodeksu etyki i aktów wewnętrznych;
 - 6) udzielanie informacji o stanie zdrowia pacjenta wyłącznie w zakresie pielęgnacji i według zasad określonych odrębnymi przepisami;
 - 7) odpowiedzialność za właściwą komunikację i przepływ informacji służbowych w podległych komórkach;
 - 8) odpowiedzialność materialna za powierzony majątek;
 - 9) wykonywanie innych zadań, związanych z zajmowanym stanowiskiem, w tym zadań kierowniczych, określonych w niniejszym Regulaminie.

Kierownik komórki organizacyjnej

§ 30.

Do zadań Kierownika komórki organizacyjnej Zakładu, którego podległość służbowa wynika ze struktury organizacyjnej Zakładu, należy w szczególności:

- 1) kierowanie wydzieloną strukturą organizacyjną oraz powierzonym obszarem zadań zgodnie z zasadą jednoosobowego kierownictwa i odpowiedzialności za wyniki pracy;
- 2) prawidłowa organizacja pracy w nadzorowanej komórce organizacyjnej w celu optymalizacji działalności kierowanej komórki organizacyjnej, w tym racjonalizacja zatrudnienia, racjonalny i właściwy przydział zadań pracownikom, koordynacja zadań i nadzór nad ich realizacją oraz zapewnienie wyposażenia stanowisk pracy w odpowiedni sprzęt, narzędzia i środki niezbędne do realizacji zadań;
- 3) realizacja w stosownym zakresie planu finansowego i inwestycyjnego Zakładu;
- 4) sprawowanie nadzoru nad sprawami pracowniczymi tj. dyscypliną, jakością i efektywnością pracy podległego personelu, w tym:
 - a) działanie na rzecz poprawy efektywności pracy pracowników,
 - b) współpraca, wnioskowanie i opiniowanie do Dyrektora w sprawach dotyczących wynagradzania pracowników, zatrudniania i zwalniania, awansowania, nagradzania i karania pracowników kierowanej komórki organizacyjnej,
 - c) nadzór i kontrola nad personelem w zakresie przestrzegania przepisów dyscypliny pracy, BHP i p/poż. oraz rozliczania czasu pracy, a także właściwa organizacja urlopów i zastępstw w komórce organizacyjnej,
 - d) ustalanie harmonogramu pracy personelu i nadzór nad jego realizacją (w komórkach, gdzie organizacja pracy wymaga harmonogramu),
 - e) działanie na rzecz podnoszenia kwalifikacji podległego personelu, zgodnie z zasadami określonymi odrębnym zarządzeniem Dyrektora,
 - f) działanie na rzecz adaptacji nowo zatrudnianych pracowników oraz przeprowadzanie okresowych ocen kwalifikacji i aktywności zawodowej pracowników, zgodnie z zasadami określonymi odrębnym zarządzeniem Dyrektora;
- 5) zapewnienie prawidłowego obiegu informacji w nadzorowanej komórce, przestrzeganie i wdrożenie w komórce zasad dotyczących gromadzenia, przechowywania i udostępniania, zabezpieczenia i ochrony informacji;
- 6) zapewnienie współdziałania kierowanej komórki z innymi komórkami organizacyjnymi Zakładu oraz z podmiotami zewnętrznymi i przedstawicielami zawodów na zasadach określonych w niniejszym Regulaminie;
- 7) realizacja polityki zarządzania jakością poprzez koordynowanie i podejmowanie działań mających na celu podnoszenie jakości usług świadczonych przez Zakład oraz realizację zadań wynikających z założeń zintegrowanego systemu zarządzania;
- 8) przestrzeganie aktów wewnętrznych Zakładu, wdrażanie ich w nadzorowanej komórce organizacyjnej, nadzór nad ich realizacją przez podległych pracowników, a także opracowywanie projektów przepisów wewnętrznych z zakresu działania podległych komórek organizacyjnych;
- 9) przeprowadzanie systematycznej kontroli funkcjonalnej, wstępnej i bieżącej, w zakresie wynikającym z zajmowanego stanowiska, a także samokontroli nadzorowanej komórki organizacyjnej;
- 10) realizacja zaleceń pokontrolnych formułowanych przez organy kontroli zewnętrznej oraz zaleceń wewnętrznych;
- 11) zachowanie tajemnicy zawodowej, służbowej i państwowej, a także ochrona danych osobowych w zakresie przewidzianym w odrębnych przepisach;
- 12) odpowiedzialność za właściwą komunikację i przepływ informacji służbowych w podległych komórkach;
- 13) odpowiedzialność materialna za powierzony majątek;
- 14) wykonywanie innych zadań zleconych przez Dyrektora lub jego Zastępcę.

Rozdział V STRUKTURA ORGANIZACYJNA ZAKŁADU

§ 31.

1. Struktura zarządzania Zakładem jest oparta na podziale kompetencji pomiędzy organy statutowe, a następnie skupione w zakładach leczniczych i ich jednostkach organizacyjnych komórki organizacyjne oraz samodzielne stanowiska pracy.
2. Komórki organizacyjne i samodzielne stanowiska pracy stanowią zaplecze administracyjne, ekonomiczne, techniczne i gospodarcze Zakładu.
3. Nadzór merytoryczny nad działaniem komórek i samodzielnych stanowisk pracy sprawuje Dyrektor.
4. Nadzór merytoryczny nad działaniem komórek i stanowisk samodzielnych wykonujących zadania medyczne sprawuje Zastępca Dyrektora ds. lecznictwa, a w zakresie opieki pielęgniarskiej Naczelną Pielęgniarką.
5. Nadzór nad działaniem komórek i stanowisk samodzielnych wykonujących zadania administracyjne, ekonomiczne, techniczne i gospodarcze sprawuje Dyrektor.
6. Zakres obowiązków i uprawnień organów Zakładu określa Ustawa o działalności leczniczej, Statut oraz niniejszy Regulamin.
7. Zakład jest pracodawcą dla wszystkich pracowników zarówno medycznych, jak i administracyjnych oraz stroną w stosunkach zobowiązaniowych, w imieniu którego działa Dyrektor.
8. Dla wszystkich zakładów leczniczych Zakładu prowadzona jest jedna księgowość, a bilans oraz rachunek zysków i strat sporządzany jest dla całego podmiotu leczniczego.
9. Ośrodki kosztów tworzy się dla poszczególnych komórek organizacyjnych działalności medycznej.

§ 32.

Strukturę organizacyjną Zakładu określa Dyrektor Zarządzeniem. Strukturę przedstawia Schemat Organizacyjny stanowiący **Załącznik nr 1** do niniejszego Regulaminu.

§ 33.

W strukturze organizacyjnej Zakładu wyodrębnia się następujące zakłady lecznicze:

- 1) „Lecznictwo szpitalne”, w którym podmiot wykonuje działalność leczniczą w rodzaju świadczenia szpitalne;
- 2) „Lecznictwo inne niż szpitalne”, w którym podmiot wykonuje działalność leczniczą stacjonarną i całodobową w rodzaju świadczenia inne niż szpitalne (Zakład opiekuńczo-leczniczy);
- 3) „Lecznictwo ambulatoryjne”, w którym podmiot wykonuje działalność leczniczą w rodzaju ambulatoryjne świadczenia zdrowotne.

§ 34.

W zakładzie leczniczym „**Lecznictwo szpitalne**” wydziela się dwie jednostki organizacyjne:

- 1) Szpital Powiatowy im. Rafała Czerwiakowskiego;
- 2) Medyczne Laboratorium Diagnostyczne.

§ 35.

W jednostce organizacyjnej **Szpital Powiatowy im. Rafała Czerwiakowskiego** wyodrębnia się następujące komórki organizacyjne:

- 1) oddział chirurgiczny z pododdziałem chirurgii naczyniowej;
- 2) oddział urazowo-ortopedyczny;
- 3) oddział ginekologiczny i położniczo-noworodkowy;
- 4) oddział neonatologii;
- 5) oddział dziecięcy;
- 6) oddział wewnętrzny;
- 7) oddział obserwacyjno-zakaźny;
- 8) szpitalny oddział ratunkowy;
- 9) izba przyjęć szpitala;
- 10) oddział anestezjologii i intensywnej terapii;
- 11) oddział rehabilitacyjny;
- 12) pracownia fizjoterapii;
- 13) dzienny oddział onkologii i chemioterapii;
- 14) gabinet diagnostyczno-zabiegowy w punkcie onkologii i chemioterapii dziennej;

- 15) blok operacyjny;
- 16) apteka szpitala;
- 17) zakład diagnostyki obrazowej;
- 18) pracownia EKG;
- 19) pracownia kontroli stymulatorów i kardiowerterów;
- 20) pracownia endoskopii;
- 21) gabinet diagnostyczno-zabiegowy w pracowni endoskopii;
- 22) zespół transportu medycznego.

§ 36.

W jednostce organizacyjnej **Medyczne Laboratorium Diagnostyczne** wyodrębnia się jedną komórkę organizacyjną – Medyczne Laboratorium Diagnostyczne.

§ 37.

W zakładzie „**Lecznictwo inne niż szpitalne**” wyodrębnia się jedną jednostkę organizacyjną – **Zakład opiekuńczo-leczniczy**, w ramach której funkcjonuje komórka organizacyjna Zakład opiekuńczo-leczniczy.

§ 38.

1. W zakładzie „**Lecznictwo ambulatoryjne**” wydziela się dwie jednostki organizacyjne:
 - 1) Poradnie specjalistyczne;
 - 2) Podstawowa opieka zdrowotna.
2. W jednostce organizacyjnej „**Poradnie specjalistyczne**” wyszczególnia się następujące komórki organizacyjne:
 - 1) poradnia kardiologiczna;
 - 2) poradnia chirurgiczna;
 - 3) gabinet diagnostyczno-zabiegowy w poradni chirurgicznej;
 - 4) poradnia chirurgii naczyniowej;
 - 5) gabinet diagnostyczno-zabiegowy w poradni chirurgii naczyniowej;
 - 6) poradnia neurochirurgiczna;
 - 7) gabinet diagnostyczno-zabiegowy przy poradni neurochirurgicznej;
 - 8) poradnia urazowo-ortopedyczna;
 - 9) gabinet diagnostyczno-zabiegowy w poradni urazowo-ortopedycznej;
 - 10) poradnia leczenia bólu;
 - 11) poradnia urologiczna;
 - 12) gabinet diagnostyczno-zabiegowy w poradni urologicznej;
 - 13) poradnia reumatologiczna;
 - 14) poradnia „K” w Bielsku Podlaskim;
 - 15) gabinet diagnostyczno-zabiegowy w poradni „K” w Bielsku Podlaskim;
 - 16) poradnia „K” w Brańsku;
 - 17) gabinet diagnostyczno-zabiegowy w poradni „K” w Brańsku;
 - 18) szkoła rodzenia;
 - 19) poradnia laryngologiczna;
 - 20) gabinet diagnostyczno-zabiegowy w poradni laryngologicznej;
 - 21) poradnia diabetologiczna;
 - 22) poradnia okulistyczna;
 - 23) gabinet diagnostyczno-zabiegowy w poradni okulistycznej;
 - 24) poradnia dermatologiczna;
 - 25) poradnia alergologiczna;
 - 26) poradnia gruźlicy i chorób płuc z pracownią spirometryczną;
 - 27) poradnia chorób zakaźnych;
 - 28) poradnia onkologii i chemioterapii;
 - 29) gabinet diagnostyczno-zabiegowy przy poradni onkologii i chemioterapii;
 - 30) punkt onkologii i chemioterapii dziennej;
 - 31) poradnia terapii uzależnień od alkoholu;
 - 32) dzienny oddział terapii uzależnień;
 - 33) poradnia preluksacyjna;

- 34) poradnia rehabilitacyjna;
 - 35) rehabilitacja ogólnoustrojowa w oddziale dziennym;
 - 36) poradnia endokrynologiczna;
 - 37) gabinet diagnostyczno-zabiegowy przy poradni endokrynologicznej;
 - 38) rejestracja.
3. W jednostce organizacyjnej „**Podstawowa opieka zdrowotna**” wyszczególnia się następujące komórki organizacyjne:
- 1) poradnia (gabinet) nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej;
 - 2) gabinet lekarza podstawowej opieki zdrowotnej w Bielsku Podlaskim, ul. Kleszczelowska 1;
 - 3) gabinet pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej w Bielsku Podlaskim, ul. Kleszczelowska 1;
 - 4) gabinet położnej podstawowej opieki zdrowotnej w Bielsku Podlaskim, ul. Kleszczelowska 1;
 - 5) gabinet zabiegowy w Bielsku Podlaskim, ul. Kleszczelowska 1;
 - 6) gabinet lekarza podstawowej opieki zdrowotnej – filia w Orli, ul. Bielska 18A;
 - 7) gabinet pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej w Orli, ul. Bielska 18A;
 - 8) gabinet położnej podstawowej opieki zdrowotnej w Orli, ul. Bielska 18A;
 - 9) gabinet pielęgniarki szkolnej w Orli, ul. Bielska 32;
 - 10) gabinet diagnostyczno-zabiegowy w Orli, ul. Bielska 18A;
 - 11) gabinet lekarza podstawowej opieki zdrowotnej – POZ w Brańsku, ul. Jana Pawła II 10;
 - 12) gabinet pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej w Brańsku, ul. Jana Pawła II 10;
 - 13) gabinet położnej podstawowej opieki zdrowotnej w Brańsku, ul. Jana Pawła II 10;
 - 14) gabinet diagnostyczno-zabiegowy w Brańsku, ul. Jana Pawła II 10;
 - 15) gabinet pielęgniarki szkolnej w Szkole Podstawowej im. Jana Pawła II w Rudce, ul. Szkolna 2;
 - 16) gabinet pielęgniarki szkolnej w Zespole Szkół Centrum Kształcenia Rolniczego im. Krzysztofa Kluka w Rudce, ul. Ossolińskich 1.

§ 39.

Komórki organizacyjne i samodzielne stanowiska pozostałej działalności Zakładu:

- 1) Główny księgowy;
- 2) Dział ekonomiczny;
- 3) Dział organizacyjny;
- 4) Dział statystyczny;
- 5) Dział techniczny;
- 6) Naczelną Pielęgniarką;
- 7) Pielęgniarką Epidemiologiczną;
- 8) Pełnomocnik Dyrektora ds. praw pacjenta;
- 9) Inspektor Ochrony Danych;
- 10) Radca Prawny;
- 11) Inspektor ds. BHP;
- 12) Inspektor ds. ochrony p/pożarowej;
- 13) Inspektor ds. ochrony radiologicznej;
- 14) Inspektor ds. obronności;
- 15) Centralna sterylizatornia;
- 16) Kuchnia;
- 17) Sekcja higieny szpitalnej;
- 18) Prosektorium;
- 19) Punkt szatniarsko-wizyjny;
- 20) Kapelan Szpitalny.

Rozdział VI.

ORGANIZACJA, SPOSÓB KIEROWANIA I ZADANIA POSZCZEGÓLNYCH JEDNOSTEK I KOMÓREK ORGANIZACYJNYCH ZAKŁADU

§ 40.

1. W Zakładzie obowiązuje zasada jednoosobowego kierownictwa i odpowiedzialności za wyniki pracy.
2. Komórkami organizacyjnymi kierują osoby zatrudnione na stanowiskach kierowniczych.
3. Kierując się względami ekonomicznymi lub/i organizacyjnymi Dyrektor w każdym czasie może odstąpić od zasady powoływania kierownika komórki organizacyjnej, o której mowa w ust. 2.

4. Kierownik komórki organizacyjnej odpowiada za wyniki pracy kierowanej komórki organizacyjnej, w szczególności w zakresie wyników finansowych komórki, jej organizacji i efektywności, przepływu informacji oraz wdrażania aktów wewnętrznych, ustaleń z narad i zaleceń Dyrekcji, a także odpowiada za realizację zadań, o których mowa w niniejszym Regulaminie.
5. Kierownik komórki organizacyjnej jest bezpośrednim przełożonym pracowników zatrudnionych w kierowanej przez niego komórce i odpowiada za dyscyplinę pracy podległego personelu.
6. Kierownik komórki organizacyjnej jest osobą odpowiedzialną za mienie użytkowane w kierowanej przez siebie komórce organizacyjnej, a niepowierzone indywidualnie innemu pracownikowi.
7. Zadania, obowiązki, zakres odpowiedzialności i uprawnień poszczególnych stanowisk pracy oraz opisy tych stanowisk określają karty opisu stanowisk pracy przechowywane w teczkach osobowych pracowników Zakładu.

§ 41.

1. Do wspólnego zakresu zadań komórek organizacyjnych Zakładu należy w szczególności:
 - 1) realizacja misji, celów i zadań Zakładu oraz zadań jednostki i komórki organizacyjnej określonych w przepisach prawnych, w Statucie i niniejszym Regulaminie;
 - 2) realizacja założeń zintegrowanego systemu zarządzania;
 - 3) współdziałanie w opracowaniu planu finansowego i inwestycyjnego Zakładu na dany rok, realizacja zadań wynikających z tych planów oraz innych programów przyjętych w Zakładzie;
 - 4) podejmowanie działań na rzecz podnoszenia efektywności danej komórki organizacyjnej i Zakładu, racjonalizacji zatrudnienia, właściwego wykorzystania czasu pracy i potencjału pracowniczego oraz pozyskiwania ponadplanowych środków finansowych na zadania realizowane przez daną komórkę organizacyjną;
 - 5) dbałość o pozytywny wizerunek Zakładu;
 - 6) współdziałanie z innymi komórkami organizacyjnymi Zakładu oraz z podmiotami zewnętrznymi i przedstawicielami zawodów w celu realizacji zadań wymagających uzgodnień między nimi;
 - 7) podejmowanie działań na rzecz podnoszenia kwalifikacji zawodowych pracowników, przeprowadzanie szkoleń wewnętrznych;
 - 8) prawidłowe gromadzenie, przechowywanie i udostępnianie informacji w sposób zapewniający jej właściwy przepływ, zabezpieczenie i ochronę, przy jednoczesnym przestrzeganiu zasad: dostępu do informacji publicznej, ochrony danych osobowych, ochrony tajemnicy państwowej i służbowej – w zakresie przewidzianym w odrębnych przepisach;
 - 9) prowadzenie dokumentacji i korespondencji zgodnie z obowiązującymi aktami wewnętrznymi, procedurami oraz przepisami prawa, wraz z prowadzeniem sprawozdawczości i statystyk w zakresie kompetencji danej komórki organizacyjnej;
 - 10) realizacja polityki jakości poprzez podnoszenie jakości świadczonych usług i realizację założeń zintegrowanego systemu zarządzania;
 - 11) tworzenie projektów, aktualizacji, przestrzeganie i wdrażanie aktów normatywnych Zakładu;
 - 12) rozpatrywanie skarg i wniosków odnoszących się do działalności danej komórki organizacyjnej;
 - 13) sprawowanie pionowej i poziomej kontroli funkcjonalnej;
 - 14) realizacja zaleceń pokontrolnych formułowanych przez organy kontroli zewnętrznej oraz zaleceń wewnętrznych;
 - 15) wykonywanie innych zadań zleconych przez Dyrektora.
2. Szczegółowy sposób wykonania zadań, o których mowa w ust. 1 oraz inne obowiązki Dyrektor może określić w drodze zarządzenia lub polecenia.
3. Zakresy zadań komórek organizacyjnych zostały opisane w niniejszym rozdziale Regulaminu.

Oddziały szpitalne

§ 42.

1. Oddział jest komórką organizacyjną funkcjonującą w jednostce organizacyjnej „Szpital Powiatowy im. Rafała Czerwiakowskiego” w ramach Zakładu leczniczego „Lecznictwo szpitalne”.
2. Oddział szpitalny działa na podstawie przepisów powszechnie obowiązującego prawa, przepisów wewnętrznych określających funkcjonowanie Zakładu, w szczególności Statutu i niniejszego Regulaminu.
3. Do wspólnego zakresu zadań oddziałów, z uwzględnieniem zapisów niniejszego Regulaminu, należy w szczególności:

- 1) prowadzenie diagnostyki oraz leczenia zgodnie z aktualną wiedzą medyczną pacjentów hospitalizowanych w oddziale, zapewnienie pacjentom kompleksowej opieki szpitalnej i stosownej opieki poszpitalnej;
- 2) przestrzeganie praw pacjenta;
- 3) systematyczne wprowadzanie standardów postępowania w poszczególnych jednostkach chorobowych oraz podnoszenie jakości opieki medycznej udzielanej na oddziale, wprowadzanie nowych metod diagnostyki i leczenia chorób;
- 4) zapewnienie prawidłowej i ścisłej współpracy z Izbą przyjęć szpitala oraz Szpitalnym oddziałem ratunkowym, komórkami organizacyjnymi funkcjonującymi w obrębie zakładu leczniczego „lecznictwo ambulatoryjne” w zakresie jednostek chorobowych leczonych w oddziale (konsultacje specjalistyczne);
- 5) przeprowadzanie konsultacji lekarskich oraz prowadzenie stosownego leczenia na innych oddziałach szpitala, w tym uczestniczenie w procesie leczenia tych pacjentów;
- 6) propagowanie działalności naukowej i badawczej, prowadzenie działalności dydaktycznej i szkoleniowej, realizacja zadań związanych z promocją zdrowia;
- 7) rzetelne i systematyczne prowadzenie dokumentacji medycznej oraz wymaganych rejestrów medycznych zgodnie z obowiązującymi aktami wewnętrznymi Zakładu oraz przepisami prawa;
- 8) wszechstronne podnoszenie kwalifikacji zawodowych personelu medycznego oddziału, współpraca w zakresie leczenia pacjentów oraz szkolenia personelu medycznego;
- 9) prowadzenie specjalizacji lekarskich, pielęgniarskich, staży kierunkowych, praktyk zawodowych, prowadzenie szkoleń przed- i podyplomowych personelu medycznego;
- 10) współpraca z komórkami organizacyjnymi Zakładu w zakresie obowiązków administracyjno-gospodarczo-technicznych i finansowych oraz współpraca z innymi podmiotami leczniczymi wg zasad określonych w niniejszym Regulaminie;
- 11) realizacja innych zadań wskazanych przez Dyrektora;
- 12) opiekę medyczną w oddziale sprawuje personel medyczny posiadający odpowiednie kwalifikacje określone w odrębnych przepisach i ponosi odpowiedzialność za jej właściwe sprawowanie;
- 13) realizacja wszelkich zadań nałożonych na szpital, wynikających ze stanów nadzwyczajnych i epidemiologicznych.

Oddział anestezjologii i intensywnej terapii

§ 43.

Do zadań Oddziału anestezjologii i intensywnej terapii należy w szczególności:

- 1) leczenie pacjentów wymagających intensywnego nadzoru;
- 2) organizowanie i współdziałanie w postępowaniu resuscytacyjnym na terenie Zakładu;
- 3) zabezpieczenie postępowania terapeutycznego pacjentów w stanie zagrożenia życia;
- 4) kwalifikowanie pacjentów do zabiegów operacyjnych;
- 5) współdziałanie w nadzorze pooperacyjnym w oddziałach zabiegowych oraz prowadzenie pacjentów wymagających intensywnego nadzoru w okresie pooperacyjnym w oddziale;
- 6) konsultowanie pacjentów w oddziałach i kwalifikowanie ich do leczenia w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii;
- 7) rzetelne i systematyczne prowadzenie dokumentacji medycznej oraz wymaganych rejestrów medycznych zgodnie z obowiązującymi aktami wewnętrznymi Zakładu oraz przepisami prawa;
- 8) organizacja i nadzór nad funkcjonowaniem Bloku operacyjnego.

Blok operacyjny

§ 44.

1. Blok operacyjny stanowi integralną część struktury Oddziału anestezjologii i intensywnej terapii za wyjątkiem sal operacyjnych w Oddziale ginekologicznym i położniczo-noworodkowym.
2. Sale operacyjne Oddziału ginekologicznego i położniczo-noworodkowego znajdują się w strukturze tego oddziału, a nadzór nad nimi sprawuje koordynator/ordynator tego oddziału.
3. Do zadań Bloku operacyjnego, zwanego dalej Blokiem należy prowadzenie leczenia operacyjnego, organizowanie i realizowanie planów zabiegów operacyjnych.
4. Zabiegi operacyjne wykonywane są przez zespoły operacyjne w ramach Bloku oraz w salach operacyjnych zlokalizowanych w Oddziale ginekologicznym i położniczo-noworodkowym.
5. Sale operacyjne są całodobowo przygotowane do natychmiastowego wykonania zabiegu operacyjnego.

6. Plany zabiegów operacyjnych są ustalane w oddziałach we współpracy z koordynatorem bloku operacyjnego.
7. Lekarz specjalista danego oddziału kwalifikuje pacjenta do zabiegu.
8. W dniu zabiegu pacjent wraz z obowiązującą dokumentacją jest przekazywany przez pielęgniarkę z oddziału na Blok pod opiekę zespołu anesteziologicznego, który zapewnia stałą opiekę anesteziologiczną, od momentu przyjęcia pacjenta na Blok do chwili opuszczenia Bloku.
9. Pacjent może opuścić Blok po wydaniu decyzji przez lekarza anesteziologa stwierdzającej, że stan zdrowia pacjenta pozwala na przekazanie go do oddziału.
10. Pobyt pacjenta na Bloku i przebieg zabiegu są szczegółowo dokumentowane w księdze sali operacyjnej, karcie znieczulenia oraz pozostałej obowiązującej dokumentacji.
11. Informacje o wykonaniu niezbędnych czynności okołoperacyjnych w salach operacyjnych dokumentowane są w Okołooperacyjnej karcie kontrolnej, zwanej dalej OKK.
12. Wpisy w OKK dokonywane są przez anesteziologa i głównego operatora.
13. Koordynatorem OKK jest główny operator, który zatwierdza kartę pieczętą i podpisem.
14. W przypadku, gdy zabieg operacyjny nie może, z uzasadnionych przyczyn odbyć się w zaplanowanym terminie, lekarz sprawujący opiekę nad pacjentem jest zobowiązany wyjaśnić pacjentowi / przedstawicielowi ustawowemu przyczyny przesunięcia zabiegu i określić przewidywany termin zabiegu.

Szpitalny oddział ratunkowy

§ 45.

1. Szpitalny oddział ratunkowy, zwany dalej SOR, udziela świadczeń zdrowotnych polegających na wstępnej diagnostyce i podjęciu leczenia w zakresie niezbędnym do stabilizacji funkcji życiowych pacjentów znajdujących się w stanie nagłego zagrożenia życia lub zdrowia z przyczyny zewnętrznej lub wewnętrznej, a w szczególności w razie wypadku, urazu, zatrucia - według obowiązujących w tym zakresie procedur.
2. SOR udziela świadczeń zdrowotnych poszkodowanym w stanach wyjątkowych i katastrofach.
3. Praca SOR trwa całą dobę i jest prowadzona w systemie zmianowym, zgodnie z przyjętym harmonogramem.
4. Do zadań SOR należy w szczególności:
 - 1) wstępna diagnostyka i leczenie ratunkowe pacjentów;
 - 2) pomoc ofiarom katastrof, zgodnie z założeniami powiatowego i wojewódzkiego planu zabezpieczenia ratunkowego;
 - 3) współdziałanie z innymi służbami ratowniczymi w ramach systemu zintegrowanego ratownictwa;
 - 4) szkolenie w zakresie medycyny ratunkowej;
 - 5) transport pacjentów SOR do innych podmiotów leczniczych w przypadku konieczności specjalistycznego leczenia lub do domu pacjenta w uzasadnionych przypadkach, na podstawie obowiązujących w tym zakresie przepisów;
 - 6) udzielanie informacji upoważnionym osobom oraz instytucjom na temat pacjentów znajdujących się w SOR;
 - 7) koordynacja transportu sanitarnego;
 - 8) rzetelne i systematyczne prowadzenie dokumentacji medycznej oraz wymaganych rejestrów medycznych zgodnie z obowiązującymi aktami wewnętrznymi Zakładu oraz przepisami prawa.

Izba przyjęć

§ 46.

1. Przyjmowanie pacjentów do oddziałów szpitalnych w ramach przyjęć planowych odbywa się w Izbie przyjęć przy Szpitalnym oddziale ratunkowym, w Izbie przyjęć dziecięcej oraz w Izbie przyjęć Oddziału ginekologicznego i położniczo-noworodkowego.
2. Izba funkcjonuje całodobowo, praca prowadzona jest w systemie zmianowym, zgodnie z przyjętym harmonogramem.
3. Do podstawowych zadań Izby przyjęć należy:
 - 1) przyjmowanie do Szpitala pacjentów zakwalifikowanych do hospitalizacji;
 - 2) sprawowanie opieki medycznej nad pacjentami zgłaszającymi się do Szpitala;
 - 3) organizowanie transportu pacjentów z Izby Przyjęć na oddziały szpitalne w zależności od stanu zdrowotnego pacjenta;
 - 4) przyjmowanie rzeczy pacjenta do Magazynu odzieży, rzeczy osobistych, w tym wartościowych

- do depozytu;
- 5) udzielanie informacji upoważnionym osobom oraz instytucjom na temat pacjentów przyjętych do Szpitala;
 - 6) rzetelne i systematyczne prowadzenie dokumentacji medycznej oraz wymaganych rejestrów medycznych zgodnie z obowiązującymi aktami wewnętrznymi Zakładu oraz przepisami prawa.

Zespół transportu medycznego

§ 47.

1. Zakład zapewnia pacjentom, na podstawie zlecenia lekarza zatrudnionego w Zakładzie, bezpłatny przejazd środkami transportu sanitarnego do najbliższego podmiotu leczniczego w przypadkach:
 - 1) konieczności podjęcia natychmiastowego leczenia w innym podmiocie leczniczym;
 - 2) potrzeby zachowania ciągłości leczenia;
 - 3) dysfunkcji narządu ruchu pacjenta umożliwiającej korzystanie ze środków transportu publicznego.
2. W przypadkach niewymienionych w ust. 1 pacjentowi przysługuje, na podstawie zlecenia lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, przejazd środkami transportu sanitarnego do najbliższego podmiotu leczniczego odpłatnie lub za częściową odpłatnością.
3. Świadczenia z zakresu transportu sanitarnego zabezpieczane są:
 - 1) za pośrednictwem środków transportowych Lotniczego Pogotowia Ratunkowego;
 - 2) w oparciu o środki transportowe znajdujące się na wyposażeniu Zakładu, w ramach wypracowanego wewnątrzorganizacyjnego systemu postępowania;
 - 3) za pośrednictwem środków transportowych, w ramach umowy o współpracy zawartej w przedmiotowym zakresie.
4. Szczegółowe zasady postępowania i zlecenia transportu sanitarnego określa wewnętrzny Regulamin transportu sanitarnego.

Zakład opiekuńczo-leczniczy

§ 48.

1. Zakład opiekuńczo-leczniczy jest komórką organizacyjną funkcjonującą w jednostce organizacyjnej „Zakład opiekuńczo-leczniczy” w ramach Zakładu leczniczego „Lecznictwo inne niż szpitalne”.
2. Zakładem opiekuńczo-leczniczym kieruje kierownik, który podlega bezpośrednio Zastępcy Dyrektora ds. lecznictwa.
3. Zakład opiekuńczo-leczniczy, zwany dalej ZOL, udziela całodobowych świadczeń, które obejmują swoim zakresem pielęgnację i rehabilitację oraz zapewnienie pacjentom produktów leczniczych i wyrobów medycznych, pomieszczeń i wyżywienia odpowiednich do stanu zdrowia, a także prowadzenie edukacji zdrowotnej dla pacjentów i członków ich rodzin.
4. Pacjent korzysta ze świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki długoterminowej udzielanych przez ZOL na podstawie skierowania wydanego zgodnie z obowiązującymi przepisami, po ocenie poziomu samodzielności wg. skali BARTHEL.
5. Do ZOL nie może być przyjęty pacjent z zaawansowaną chorobą nowotworową, chorobą psychiczną lub uzależnieniem.
6. Skierowanie do ZOL wydawane jest na czas określony, bądź też bez określenia okresu pobytu, zgodnie z wytycznymi określonymi w stosownych przepisach.
7. Z wnioskiem o wydanie skierowania do ZOL może wystąpić osoba ubiegająca się o to skierowanie, jej przedstawiciel ustawowy lub za zgodą tej osoby albo jej przedstawiciela ustawowego – inna osoba.
8. Jeżeli osoba skierowana do ZOL z powodu braku miejsca nie może być przyjęta, zostaje wpisana na listę osób oczekujących.
9. Pacjenci z oddziałów szpitalnych Zakładu przyjmowani są do ZOL poza kolejnością w ramach kontynuacji leczenia.
10. Miesięczna opłata za pobyt w ZOL ustalana jest na podstawie obowiązujących przepisów.
11. W szczególności do zadań ZOL należą:
 - 1) przygotowanie pacjenta i jego rodziny (opiekuna) do samoopieki i samopielęgnacji w warunkach domowych;
 - 2) prowadzenia czynnego poradnictwa oraz udzielanie pomocy w pozyskiwaniu różnego rodzaju środków pomocniczych, produkowanych w kraju i za granicą z myślą o pacjentach;
 - 3) organizowanie i udzielanie pomocy w sprawach socjalno-bytowych;

- 4) rozwijanie i doskonalenie metod opieki i pielęgnacji poprzez profesjonalne szkolenie personelu medycznego oraz systematyczną wymianę doświadczeń;
 - 5) prowadzenie działalności informacyjnej;
 - 6) współpraca z organizacjami i zakładami prowadzącymi podobną działalność;
 - 7) rzetelne i systematyczne prowadzenie dokumentacji medycznej oraz wymaganych rejestrów medycznych zgodnie z obowiązującymi aktami wewnętrznymi Zakładu oraz przepisami prawa.
12. Przepisy dotyczące przyjęcia i wypisu pacjenta określone w niniejszym Regulaminie stosuje się odpowiednio do pacjentów ZOL.

Poradnie specjalistyczne

§ 49.

1. Poradnia jest komórką organizacyjną funkcjonującą w jednostce organizacyjnej „Poradnie specjalistyczne” w ramach Zakładu leczniczego „Lecznictwo ambulatoryjne”.
2. Bezpośredni nadzór nad realizacją świadczeń zdrowotnych w poradniach specjalistycznych sprawuje Zastępca Dyrektora ds. lecznictwa, a w poradniach oddziałowych – koordynator/ordynator.
3. Za organizację pracy i ustalanie harmonogramów pracy poradni odpowiadają odpowiednio Zastępca Dyrektora ds. lecznictwa lub koordynator/ordynator.
4. Do wspólnego zakresu zadań Poradni specjalistycznych z uwzględnieniem zapisów niniejszego Regulaminu, należy w szczególności:
 - 1) udzielanie świadczeń zdrowotnych pacjentom w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego, pacjentom kierowanym przez podmioty zewnętrzne oraz odpłatnie pacjentom nieubezpieczonym;
 - 2) stała współpraca z pacjentami i ich opiekunami ustawowymi bądź faktycznymi w zakresie terapii;
 - 3) rzetelne i systematyczne prowadzenie dokumentacji medycznej, według obowiązujących w tym zakresie przepisów prawa i przyjętych w Zakładzie zasad;
 - 4) realizacja innych zadań wskazanych przez Dyrektora lub Zastępcę Dyrektora.
5. Udzielanie świadczeń zdrowotnych w Poradniach obejmuje:
 - 1) badanie lekarskie: podmiotowe i przedmiotowe, przeprowadzone zgodnie z aktualną wiedzą medyczną, zakończone postawieniem diagnozy wstępnej lub ostatecznego rozpoznania;
 - 2) udzielanie albo zlecanie niezbędnych świadczeń diagnostycznych i terapeutycznych, zgodnie z aktualną wiedzą medyczną, ordynowanie koniecznych leków i zlecanie zaopatrzenia w wyroby medyczne;
 - 3) kierowanie na: konsultacje specjalistyczne, leczenie szpitalne, leczenie uzdrowiskowe, rehabilitację leczniczą, lub inne wg potrzeb konsultacje specjalistyczne;
 - 4) kwalifikowanie pacjentów do leczenia szpitalnego;
 - 5) orzekanie i opiniowanie o stanie zdrowia w zakresie określonym w innych przepisach;
 - 6) niezbędną edukację i promocję zachowań prozdrowotnych;
 - 7) wykonywanie badań profilaktycznych.

Podstawowa opieka zdrowotna

§ 50.

1. Podstawowa opieka zdrowotna jest jednostką organizacyjną funkcjonującą w ramach Zakładu leczniczego „Lecznictwo ambulatoryjne”, w ramach której wyodrębnione są komórki organizacyjne – gabinety: lekarza, pielęgniarki, położnej, pielęgniarki szkolnej.
2. Świadczenia zdrowotne realizowane w ramach Podstawowej opieki zdrowotnej, zwanej dalej POZ opierają się głównie na planowaniu i realizacji kompleksowej opieki lekarskiej, pielęgniarskiej i położnictwa środowiskowego nad osobą objętą opieką medyczną, rodziną i społecznością w środowisku zamieszkania.
3. Opieka zdrowotna realizowana jest zarówno w warunkach ambulatoryjnych jak i domowych.
4. Świadczenia realizowane w ramach POZ nadzorowane są przez kierownika, który podlega bezpośrednio Zastępcy Dyrektora ds. lecznictwa.
5. Realizowane przez jednostkę organizacyjną świadczenia z zakresu POZ obejmują w szczególności:
 - 1) świadczenia udzielane przez lekarza POZ;
 - 2) świadczenia udzielane przez pielęgniarkę i położną POZ;
 - 3) świadczenia udzielane przez pielęgniarkę szkolną;
 - 4) nocną i świąteczną opiekę zdrowotną;
 - 5) transport sanitarny.

§ 51.

1. Pacjent korzysta ze świadczeń medycznych z zakresu POZ zgłaszając się do wybranego przez siebie (na podstawie deklaracji wyboru) lekarza, pielęgniarki bądź też położnej POZ.
2. Rejestracja pacjentów na wizyty odbywa się osobiście, telefonicznie, elektronicznie lub za pomocą osób trzecich.
3. Świadczenie medyczne udzielane jest pacjentowi w miarę możliwości w dniu zgłoszenia.
4. W uzasadnionych przypadkach świadczenie może być udzielane w miejscu zamieszkania pacjenta.
5. Świadczenia medyczne określone w ust. 1 wykonywane są w terminach określonych na podstawie harmonogramów pracy POZ umieszczanych w widocznych dla pacjentów miejscach.

§ 52.

1. Pacjent korzysta ze świadczeń medycznych w ramach POZ w zakresie transportu sanitarnego na podstawie skierowania (zlecenia) lekarza POZ.
2. Świadczenia realizowane są bezpłatnie, gdy u pacjenta występuje dysfunkcja narządu ruchu uniemożliwiająca korzystanie ze środków transportu publicznego celem odbycia leczenia bądź też częściowo odpłatnie, w sytuacji niewymagającej konieczności podjęcia natychmiastowego leczenia, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.
3. Szczegółowe zasady transportu regulują odrębne przepisy w tym zakresie oraz Regulamin transportu sanitarnego Zakładu.

Nocna i świąteczna opieka zdrowotna

§ 53.

1. Poradnia (gabinet) nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej jest komórką organizacyjną funkcjonującą w jednostce organizacyjnej „Podstawowa opieka zdrowotna” w ramach Zakładu leczniczego „Lecznictwo ambulatoryjne”.
2. Ze świadczeń w ramach nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej pacjent korzysta zgłaszając się osobiście, bądź kontaktując się telefonicznie.
3. Świadczenia w ramach nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej realizowane są w dni robocze od 18.00 do 08.00 dnia następnego oraz w dni świąteczne i wolne od pracy od 08.00 do 08.00 dnia następnego – w przypadkach nagłego zachorowania bądź też nagłego pogorszenia stanu zdrowia.

Apteka szpitalna

§ 54.

1. Apteka szpitalna jest komórką organizacyjną funkcjonującą w jednostce organizacyjnej „Szpital Powiatowy im. Rafała Czerwiakowskiego” w ramach Zakładu leczniczego „Lecznictwo szpitalne”.
2. Apteką szpitalną kieruje Kierownik podległy bezpośrednio Zastępcy Dyrektora ds. lecznictwa.
3. Do zakresu zadań Apteki szpitalnej zwanej dalej Apteką, należy prowadzenie prawidłowej i efektywnej gospodarki lekami, w tym zapewnienie zaopatrzenia w produkty lecznicze, wyroby medyczne i środki dezynfekcyjne oraz opatrunkowe komórek organizacyjnych Zakładu.
4. Apteka uczestniczy w opracowaniu Receptariusza w ramach Komitetu Terapeutycznego.
5. Zadaniem Apteki jest organizowanie i zaopatrywanie poszczególnych komórek organizacyjnych Zakładu w leki gotowe, recepturowe, wyroby medyczne oraz środki dezynfekcyjne i opatrunkowe niezbędne do prawidłowego prowadzenia leczonych pacjentów.
6. Wydawanie leków przez Aptekę następuje na podstawie zamówienia określonej komórki organizacyjnej Zakładu tzw. „zapotrzebowania” podpisanego przez koordynatora oddziału lub inną osobę upoważnioną, jedynie osobom uprawnionym do odbioru, za pokwitowaniem.
7. Leki spoza Receptariusza szpitalnego wydawane są po zatwierdzeniu przez Zastępcę Dyrektora ds. lecznictwa, a w przypadku jego nieobecności przez osobę upoważnioną.
8. Leki i wyroby medyczne (po ich przyrządzeniu i sprawdzeniu) wydawane są osobom uprawnionym do odbioru, za pokwitowaniem.
9. Wstęp do wewnętrznych pomieszczeń Apteki, poza jej personelem, mają wyłącznie osoby upoważnione.
10. Szczegółowe zasady funkcjonowania i wyposażenia Apteki określają odrębne przepisy oraz wewnętrzne standardy i procedury postępowania.
11. Apteka odpowiedzialna jest głównie za:
 - 1) organizowanie zaopatrzenia Zakładu w produkty lecznicze i wyroby medyczne;

- 2) utrzymywanie i właściwe przechowywanie zapasów leków i artykułów medycznych;
- 3) zaopatrywanie komórek organizacyjnych Zakładu w środki farmaceutyczne i materiały medyczne;
- 4) sporządzanie leków recepturowych;
- 5) nadzór nad gospodarką lekami, w tym cytostatykami;
- 6) sprawowanie kontroli przychodu i rozchodu środków odurzających i psychotropowych;
- 7) kontrola zgodności merytorycznej zamówień realizowanych na podstawie umów przetargowych (wyłącznie zamówienia do apteki);
- 8) księgowanie przychodów i rozchodów leków i wyrobów medycznych w Aptece;
- 9) udzielanie personelowi medycznemu informacji o lekach i wyrobach medycznych znajdujących się w Aptece;
- 10) informowanie komórek organizacyjnych o decyzjach Głównego i Wojewódzkiego Inspektora Farmaceutycznego dotyczących wstrzymań, wycofań, lub dopuszczeń poszczególnych produktów leczniczych;
- 11) okresowa kontrola przechowywania i zabezpieczeń produktów leczniczych i wyrobów medycznych, stanu zapasów oraz terminów ważności;
- 12) współuczestnictwo w monitorowaniu jakości produktów leczniczych i wyrobów medycznych;
- 13) przyjmowanie oraz nadzór nad dokumentacją dotyczącą działań niepożądanych oraz reklamacji z powodu niespełniania wymagań jakościowych;
- 14) udział w badaniach klinicznych prowadzonych na terenie szpitala;
- 15) ewidencja badanych produktów leczniczych oraz produktów leczniczych i wyrobów medycznych otrzymywanych w formie darowizny lub bezpłatnych próbek lekarskich.

Zakład diagnostyki obrazowej

§ 55.

1. Zakład Diagnostyki Obrazowej jest komórką organizacyjną funkcjonującą w jednostce organizacyjnej „Szpital Powiatowy im. Rafała Czerwiakowskiego” w ramach Zakładu leczniczego „Lecznictwo szpitalne”.
2. Zakładem Diagnostyki Obrazowej, zwanym dalej ZDO kieruje Koordynator podległy bezpośrednio Zastępcy Dyrektora ds. lecznictwa.
3. Zadaniem ZDO jest wykonywanie badań radiologicznych i ultrasonograficznych pacjentom leczonym w oddziałach szpitalnych i poradniach specjalistycznych oraz pacjentom kierowanym przez innych świadczeniodawców i podmioty na podstawie zawartych umów, a także pacjentom na ich życzenie za odpłatnością.
4. Wykonywanie badań, również badań płatnych dla osób indywidualnych, odbywa się wyłącznie na podstawie skierowania od lekarza.
5. Usługi są świadczone całodobowo.
6. ZDO prowadzi rejestr uzgodnionych terminów przyjęć pacjentów do badań planowych.
7. W przypadkach nagłych i niecierpiących zwłoki badania są wykonywane niezwłocznie, niezależnie od ustalonej planem codziennej liczby badań.
8. W przypadkach pilnych wyniki badania winny być sporządzone tego samego dnia, tak aby były do dyspozycji oddziału. W pozostałych przypadkach wyniki winny być gotowe na następny dzień, aby oddziały miały je do wykorzystania przy rannym obchodzie.
9. Wyniki badań odbierane są przez personel komórki organizacyjnej Zakładu zlecającej badanie lub osobiście przez pacjentów lub osoby przez nich upoważnione – w przypadku zlecenia badania przez podmiot na podstawie zawartych umów lub badania opłaconego przez pacjenta.

Medyczne laboratorium diagnostyczne

§ 56.

1. Medyczne Laboratorium Diagnostyczne jest komórką organizacyjną funkcjonującą w jednostce organizacyjnej „Medyczne Laboratorium Diagnostyczne” w ramach Zakładu leczniczego „Lecznictwo szpitalne”.
2. Medycznym Laboratorium Diagnostycznym, zwanym dalej MLD kieruje Kierownik podległy bezpośrednio Zastępcy Dyrektora ds. lecznictwa.
3. MLD jest zarejestrowane w Ewidencji Medycznych Laboratoriów Diagnostycznych prowadzonej przez Krajową Izbę Diagnostów Laboratoryjnych pod numerem 0205.
4. MLD zapewnia całodobowy dostęp do badań.
5. Do podstawowych zadań MLD należy:

- 1) wykonywanie badań laboratoryjnych dla pacjentów hospitalizowanych oraz pacjentów kierowanych z poradni specjalistycznych i POZ Szpitala;
 - 2) wykonywanie badań laboratoryjnych dla podmiotów zewnętrznych na podstawie zawartych umów;
 - 3) wykonywanie badań laboratoryjnych za odpłatnością dla pacjentów komercyjnych;
 - 4) wysyłanie badań specjalistycznych niewykonywanych w MLD do podwykonawców zewnętrznych;
 - 5) przestrzeganie praw pacjenta i zasad etyki zawodowej;
 - 6) rzetelne i zgodne z obowiązującymi przepisami prowadzenie dokumentacji medycznej.
6. Zakres świadczonych usług przez MLD obejmuje:
- 1) badania z zakresu chemii klinicznej;
 - 2) badania z zakresu analityki ogólnej;
 - 3) badania z zakresu hematologii i koagulologii;
 - 4) badania hormonów i markerów nowotworowych;
 - 5) badania z zakresu mikrobiologii i chorób zakaźnych.
7. Pobieranie i przyjmowanie materiału do badań laboratoryjnych odbywa się w Punktach Pobrań i Punktach Przyjęć Materiału zgodnie z obowiązującymi procedurami.
8. Personel MLD (diagności laboratoryjni, technicy analityki medycznej) wykonuje czynności diagnostyki laboratoryjnej przy wykorzystaniu nowoczesnej aparatury diagnostycznej i aktualnej wiedzy medycznej.
9. Wyniki badań są autoryzowane całodobowo przez diagnostów laboratoryjnych.
10. Wyniki badań odbierane są przez personel komórki organizacyjnej Zakładu zlecającej badanie lub osobiście przez pacjentów lub osoby przez nich upoważnione – w przypadku zlecenia badania przez podmiot na podstawie zawartych umów lub badania opłaconego przez pacjenta.
11. Medyczne Laboratorium Diagnostyczne prowadzi wewnątrzlaboratoryjną kontrolę jakości badań oraz bierze stały udział w programach zewnętrznej oceny jakości badań organizowanych przez Centralny Ośrodek Badań Jakości w Diagnostyce Laboratoryjnej i Mikrobiologicznej. Ponadto uczestniczy w innych krajowych lub międzynarodowych programach zewnętrznej oceny.

Pracownia endoskopii

§ 57.

1. Pracownia endoskopii jest komórką organizacyjną funkcjonującą w jednostce organizacyjnej „Szpital Powiatowy im. Rafała Czerwiakowskiego” w ramach Zakładu leczniczego „Lecznictwo szpitalne”.
2. Pracownia endoskopii podlega bezpośrednio Zastępcy Dyrektora ds. lecznictwa.
3. Do zadań Pracowni Endoskopii należy wykonywanie diagnostycznych badań endoskopowych górnego i dolnego odcinka przewodu pokarmowego, dla pacjentów Zakładu, dla osób ubezpieczonych na skierowanie od lekarza zatrudnionego w podmiocie leczniczym, który posiada umowę z NFZ, podmiotów gospodarczych na podstawie zawartych umów, odpłatnie dla osób indywidualnych.
4. W strukturze Pracowni funkcjonuje gabinet diagnostyczno-zabiegowy.
5. Przyjmowanie pacjentów do badań odbywa się zgodnie z ustalonymi terminami z wyjątkiem nagłych przypadków.
6. Wyniki badań odbierane są przez personel komórki organizacyjnej Zakładu zlecającej badanie lub osobiście przez pacjentów lub osoby przez nich upoważnione – w przypadku zlecenia badania przez podmiot na podstawie zawartych umów lub badania opłaconego przez pacjenta.

Pracownia EKG i Pracownia kontroli stymulatorów i kardiowerterów

§ 58.

1. Pracownia EKG i Pracownia kontroli stymulatorów i kardiowerterów są komórkami organizacyjnymi funkcjonującymi w jednostce organizacyjnej „Szpital Powiatowy im. Rafała Czerwiakowskiego” w ramach Zakładu leczniczego „Lecznictwo szpitalne”.
2. Pracownie stanowią integralną część struktury poradni kardiologicznej.
3. Pracowniami kieruje koordynator oddziału wewnętrznego podległy bezpośrednio Zastępcy Dyrektora ds. lecznictwa.
4. Do zadań Pracowni należy wykonywanie badań pacjentom Zakładu, osobom ubezpieczonym na skierowanie od lekarza zatrudnionego w podmiocie leczniczym, który posiada umowę z NFZ, podmiotom gospodarczym na podstawie zawartych umów oraz odpłatnie osobom indywidualnym.

5. Przyjmowanie pacjentów do badań odbywa się zgodnie z ustalonymi terminami z wyjątkiem nagłych przypadków.
6. Ustalenie terminu badań odbywa się telefonicznie lub bezpośrednio w Pracowni, pacjent zostaje poinformowany jak ma przygotować się do planowanego badania.
7. Badanie jest wykonane zgodnie z zaleceniami lekarza, a pacjent jest informowany o metodzie badania i czynnościach, jakie ma wykonać w trakcie trwania badania.
8. Wyniki badań odbierane są przez personel komórki organizacyjnej Zakładu zlecającej badanie lub osobiście przez pacjentów lub osoby przez nich upoważnione – w przypadku zlecenia badania przez podmiot na podstawie zawartych umów lub badania opłaconego przez pacjenta.

Pełnomocnik Dyrektora ds. praw pacjenta

§ 59.

1. Pełnomocnik Dyrektora ds. praw pacjenta podlega bezpośrednio Z-cy Dyrektora ds. lecznictwa.
2. Do zakresu zadań Pełnomocnika Dyrektora ds. Praw Pacjenta należy podejmowanie działań na rzecz przestrzegania praw pacjenta w Zakładzie, w tym:
 - 1) monitorowanie przestrzegania praw pacjentów i należytego informowania ich o przysługujących im prawach;
 - 2) podejmowanie działań interwencyjnych w sytuacjach tego wymagających, w tym żądanie od właściwych komórek organizacyjnych Zakładu i jego pracowników wyjaśnień na piśmie odnośnie zarzutów zawartych w skargach;
 - 3) przygotowywanie odpowiedzi na skargi pacjentów Zakładu;
 - 4) dokumentowanie interwencji ustnych i prowadzenie sprawozdawczości z podejmowanych działań;
 - 5) przygotowywanie dokumentów kierowanych do Rzecznika Praw Pacjenta;
 - 6) współpraca z organizacjami działającymi na rzecz praw pacjenta.

Dział ekonomiczny

§ 60.

1. Działem ekonomicznym zarządza Główny Księgowy podległy bezpośrednio Dyrektorowi Zakładu.
2. Do zakresu zadań Działu ekonomicznego należy:
 - 1) prowadzenie wszystkich spraw z zakresu obsługi finansowo-księgowej;
 - 2) prowadzenie wszelkich spraw płacowych, pracowniczych oraz socjalnych.
3. Wykonywania innych zadań zleconych przez przełożonych lub wynikających z zakresu zadań działu.

Dział organizacyjny

§ 61.

1. Działem organizacyjnym zarządza kierownik podległy bezpośrednio Dyrektorowi Zakładu.
2. Do zakresu zadań Działu organizacyjnego należy:
 - 1) udział w opracowywaniu wszelkiej dokumentacji regulującej funkcjonowanie poszczególnych obszarów Zakładu, jak też dotyczącej organizacji Zakładu, m. in. statutu, regulaminów, struktury organizacyjnej, zarządzeń, poleceń wewnętrznych, standardów, procedur i instrukcji;
 - 2) prowadzenie spraw związanych z zatrudnianiem osób na podstawie umów cywilno-prawnych oraz w ramach stosunku pracy, w szczególności przeprowadzanie procedur konkursowych uregulowanych odrębnymi przepisami;
 - 3) kompleksowe nadzorowanie zintegrowanego systemu zarządzania;
 - 4) prowadzenie wszelkich spraw pracowniczych oraz socjalnych;
 - 5) prowadzenie wewnętrznych szkoleń w zakresie jakości i bezpieczeństwa opieki;
 - 6) prowadzenie wszelkich spraw związanych z obsługą informatyczną Zakładu;
 - 7) przygotowanie i prowadzenie postępowań o udzielenie zamówień publicznych;
 - 8) kompleksowa obsługa posiedzeń Rady Społecznej SPZOZ w Bielsku Podlaskim;
 - 9) wykonywanie innych zadań zleconych przez przełożonych lub wynikających z zakresu zadań Działu.

Dział statystyczny

§ 62.

1. Działem statystycznym zarządza kierownik podległy bezpośrednio Dyrektorowi Zakładu.
2. Do zakresu zadań Działu statystycznego należy:

- 1) sporządzanie sprawozdań, zestawień i opracowań statystycznych dotyczących działalności medycznej Zakładu;
 - 2) prowadzenie obowiązującej ewidencji;
 - 3) archiwizacja dokumentacji medycznej;
 - 4) sporządzanie kopii, odpisów dokumentacji medycznej na wniosek osób lub instytucji uprawnionych;
 - 5) przygotowywanie ofert konkursowych na zawarcie umów o udzielanie świadczeń medycznych;
 - 6) koordynacja i realizacja wszelkich obowiązków wynikających z postanowień zawartych w umowach z Narodowym Funduszem Zdrowia.
4. W ramach zadań Działu statystycznego jest również prowadzenie Składnicy Akt, w tym:
- 1) nadzór nad stosowaniem instrukcji kancelaryjnej Zakładu oraz doradztwo w zakresie prawidłowego oznakowania i obiegu dokumentów;
 - 2) przejmowanie akt z poszczególnych komórek organizacyjnych;
 - 3) przechowywanie i zabezpieczanie przejętej dokumentacji oraz prowadzenie jej ewidencji;
 - 4) udostępnianie dokumentacji osobom upoważnionym;
 - 5) inicjowanie brakowania dokumentacji niearchiwalnej (akta kat. B) i udział w jej komisyjnym brakowaniu, po uprzednim uzyskaniu zezwolenia archiwum państwowego.
3. Wykonywania innych zadań zleconych przez przełożonych lub wynikających z zakresu zadań działu.

Dział techniczny

§ 63.

1. Działem technicznym zarządza kierownik podległy bezpośrednio Dyrektorowi Zakładu.
2. Do zakresu zadań Działu technicznego należy w szczególności prowadzenie wszelkich spraw technicznych z zakresu infrastruktury szpitalnej i eksploatacji oraz wyposażania Zakładu w aparaturę i sprzęt medyczny, w tym obsługa ciepłowniczo-hydrauliczna, elektro-energetyczna, zapewnienie eksploatacji gazów medycznych, wentylacji i klimatyzacji w Zakładzie oraz prowadzenie wszystkich spraw administracyjno-gospodarczych i logistycznych z tym związanych.
3. Do zakresu zadań Działu należy w szczególności:
 - 1) nadzór nad prawidłową eksploatacją nieruchomości, urządzeń energetycznych, techniczno-gospodarczych oraz nad gospodarką wodno-ściekową;
 - 2) prowadzenie wszystkich spraw technicznych z zakresu infrastruktury szpitalnej z wyłączeniem sieci informatycznej, zarządzanie infrastrukturą Zakładu;
 - 3) przeprowadzanie okresowych przeglądów nieruchomości, instalacji oraz sprzętu i aparatury w celu zapewnienia niezbędnych napraw, remontów i zabiegów konserwacyjnych;
 - 4) organizowanie i kontrolowanie przeprowadzonych konserwacji, napraw i remontów oraz racjonalnego wykorzystania środków rzeczowych i finansowych;
 - 5) nadzór nad robotami remontowymi i modernizacyjnymi oraz organizowanie odbiorów technicznych;
 - 6) ustalanie zasad, programów i planów zabiegów konserwacyjnych oraz modernizacji instalacji energetycznych, sanitarnych i funkcjonalnych oraz zapewnienie usług serwisu technicznego w ramach posiadanych uprawnień;
 - 7) zapewnienie niezbędnej konserwacji, przeglądów okresowych, napraw i remontów sprzętu i aparatury poprzez własne usługi w ramach posiadanych uprawnień oraz poprzez zabezpieczenia usług wyspecjalizowanych jednostek serwisu technicznego;
 - 8) sporządzanie projektów planów zaopatrzenia w środki techniczne, sprzęt i aparaturę;
 - 9) nadzór nad stanem technicznym środków transportu;
 - 10) przedstawianie propozycji dotyczących unowocześnienia urządzeń instalacji i aparatury medycznej oraz obniżania kosztów eksploatacyjnych Zakładu;
 - 11) prowadzenie działań związanych z utrzymaniem w należytym stanie czystości, porządku, wystroju i otoczenia Zakładu oraz nadzór nad personelem, któremu powierzono utrzymanie czystości;
 - 12) zabezpieczenie mienia przed kradzieżą lub zniszczeniem;
 - 13) prowadzenie depozytu kluczy do pomieszczeń Zakładu;
 - 14) zabezpieczanie nagrań z monitoringu wizyjnego Zakładu na polecenie Dyrektora oraz ewentualnie udostępnianie na żądanie uprawnionych organów;
 - 15) administrowanie siecią telefoniczną oraz centralami telefonicznymi;

- 16) zapewnienie prawidłowej eksploatacji obiektów Zakładu, urządzeń i aparatury medycznej, gospodarki paliwowo-energetycznej w tym:
 - a) urządzeń energetycznych;
 - b) instalacji elektrycznej;
 - c) sieci wodno-kanalizacyjnej;
 - d) centralnego ogrzewania;
 - e) urządzeń łączności alarmowych i sygnalizujących;
 - f) sprzętu techniczno-gospodarczego;
 - g) instalacji specjalnych w tym tlenu medycznego.
- 17) udział w opracowywaniu planów inwestycyjno-remontowych i zakupów inwestycyjnych.

Inspektor Ochrony Danych

§ 64.

1. Inspektor Ochrony Danych podlega bezpośrednio Dyrektorowi Zakładu.
2. Do zakresu zadań Inspektora Ochrony Danych należy zapewnienie właściwego bezpieczeństwa przetwarzanych i gromadzonych w Zakładzie danych, w szczególności:
 - 1) nadzór nad przestrzeganiem w Zakładzie zasad ochrony danych osobowych i bezpieczeństwa informacji;
 - 2) tworzenie dokumentacji zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa w zakresie danych osobowych;
 - 3) tworzenie dokumentacji w zakresie wydawanych upoważnień do przetwarzania danych osobowych;
 - 4) współpraca z komórkami organizacyjnymi Zakładu, w których przetwarzane są dane osobowe i udzielanie pracownikom wytycznych i porad w zakresie prawidłowego zabezpieczenia informacji i ochrony danych osobowych;
 - 5) doskonalenie polityki bezpieczeństwa informacji oraz nadzór nad jej przestrzeganiem, w szczególności tworzenie procedur z zakresu ochrony danych osobowych i kontrola ich wykonywania;
 - 6) udział w opracowaniu innych dokumentów według właściwości.

Radca Prawny

§ 65.

1. Radca Prawny podlega bezpośrednio Dyrektorowi Zakładu.
2. Do zakresu zadań Radcy Prawnego należy zapewnienie obsługi prawnej Zakładu, w tym:
 - 1) udzielanie porad i opinii prawnych dotyczących działalności Zakładu;
 - 2) występowanie w imieniu Zakładu w sprawach sądowych;
 - 3) sporządzanie projektów umów i /lub ich akceptowanie;
 - 4) przygotowywanie pism i wystąpień dotyczących działalności Zakładu;
 - 5) monitoring aktów prawnych regulujących funkcjonowanie Zakładu;
 - 6) udział w opracowywaniu aktów prawa wewnętrznego;
 - 7) wykonywanie innych czynności przewidzianych przepisami odrębnymi, w tym aktami prawa wewnętrznego.
3. Szczegółowe zadania i obowiązki radcy prawnego reguluje umowa na obsługę prawną.

Inspektor ds. BHP

§ 66.

1. Inspektor ds. BHP podlega bezpośrednio Dyrektorowi Zakładu.
2. Do zakresu zadań Inspektora ds. BHP należy w szczególności prowadzenie wszystkich spraw z zakresu bezpieczeństwa i higieny pracy, wynikających z przepisów powszechnie obowiązującego prawa, w tym:
 - 1) przeprowadzanie kontroli warunków pracy oraz przestrzegania przepisów i zasad bezpieczeństwa i higieny pracy;
 - 2) sporządzanie i przedstawianie Dyrektorowi, co najmniej raz w roku, okresowych analiz stanu bezpieczeństwa i higieny pracy wraz z wnioskami zmierzającymi do usunięcia występujących zagrożeń;

- 3) współdziałanie z lekarzem sprawującym profilaktyczną opiekę zdrowotną nad pracownikami, a w szczególności przy organizowaniu wstępnych, okresowych i kontrolnych badań lekarskich pracowników;
- 4) prowadzenie postępowań wypadkowych: ustalanie przyczyn i okoliczności wypadków przy pracy, wypadków traktowanych na równi z wypadkami przy pracy oraz w drodze do pracy i z pracy;
- 5) prowadzenie rejestrów, kompletowanie i przechowywanie dokumentów dotyczących wypadków przy pracy, stwierdzonych chorób zawodowych i podejrzeń o takie choroby, a także przechowywanie wyników badań i pomiarów czynników szkodliwych dla zdrowia w środowisku pracy;
- 6) współpraca z laboratoriami upoważnionymi do dokonywania badań i pomiarów czynników szkodliwych dla zdrowia lub warunków uciążliwych, występujących w środowisku pracy, w zakresie organizowania tych badań i pomiarów oraz sposobów ochrony pracowników przed tymi czynnikami lub warunkami;
- 7) współpraca z innymi instytucjami zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa;
- 8) udział w dokonywaniu oceny ryzyka zawodowego, które wiąże się z wykonywaną pracą;
- 9) współpraca w zakresie organizowania i zapewnienia dla pracowników szkoleń okresowych w zakresie BHP oraz szkolenie wstępne pracowników nowoprzyjętych do pracy;
- 10) współdziałanie z zakładowymi organizacjami związkowymi;
- 11) uczestniczenie w konsultacjach w zakresie bezpieczeństwa i higieny pracy, a także w pracach komisji bezpieczeństwa i higieny pracy;
- 12) koordynacja i kontrola zaopatrzenia pracowników w odzież roboczą i ochronną oraz środki ochrony osobistej.

Inspektor ds. ochrony p/pożarowej

§ 67.

1. Inspektor ds. ochrony p/pożarowej podlega bezpośrednio Kierownikowi działu organizacyjnego.
2. Do zakresu zadań Inspektora należy w szczególności prowadzenie wszystkich spraw z zakresu bezpieczeństwa przeciwpożarowego, zleconych przez przełożonego oraz wynikających z przepisów powszechnie obowiązującego prawa, w tym realizacja przedsięwzięć mających na celu poprawę stanu bezpieczeństwa pożarowego Zakładu poprzez:
 - 1) prowadzenie kontroli stanu bezpieczeństwa pożarowego Zakładu zgodnie z harmonogramem kontroli oraz realizacji zaleceń pokontrolnych wydanych przez zewnętrzne organy kontrolne;
 - 2) dokonywanie dwukrotnych w ciągu roku (czerwiec i grudzień) analiz stanu bezpieczeństwa pożarowego Zakładu oraz przedstawienie tych analiz Dyrektorowi;
 - 3) zgłaszanie Dyrektorowi wniosków zmierzających do poprawy stanu bezpieczeństwa pożarowego Zakładu;
 - 4) prowadzenie szkolenia instruktażowego pracowników nowoprzyjętych;
 - 5) planowanie potrzeb w zakresie urządzeń i sprzętu gaśniczego oraz nadzór nad rozmieszczeniem, sprawnością i konserwacją tych urządzeń;
 - 6) sprawowanie nadzoru nad właściwym oznakowaniem i stanem dróg ewakuacyjnych oraz aktualnością instrukcji alarmowych;
 - 7) współdziałanie z właściwymi komórkami organizacyjnymi Zakładu w zakresie ustalenia wymogów bezpieczeństwa pożarowego przy prowadzeniu prac pożarowo niebezpiecznych;
 - 8) udział w komisjach oceniających projekty inwestycyjne w zakresie budowy, przebudowy, modernizacji, instalowania maszyn i aparatury oraz w komisjach odbioru wymienionych prac;
 - 9) opracowanie i aktualizację instrukcji ochrony przeciwpożarowej Zakładu oraz innych dokumentów według właściwości;
 - 10) przekazywanie informacji i meldunków o pożarach do organów nadrzędnych oraz prowadzenie ewidencji pożarów;
 - 11) prowadzenie dokumentacji przeciwpożarowej Zakładu.

Inspektor ds. ochrony radiologicznej

§ 68.

1. Inspektor ds. ochrony radiologicznej podlega bezpośrednio Zastępcy Dyrektora ds. lecznictwa.
2. Do obowiązków Inspektora należy nadzór nad przestrzeganiem w Zakładzie wymagań ochrony radiologicznej, w szczególności:
 - 1) sprawowanie nadzoru nad aparatami rentgenowskimi w Zakładzie;

- 2) opracowanie instrukcji pracy ze źródłami promieniowania rentgenowskiego określając szczegółowe postępowanie w zakresie ochrony radiologicznej pracowników i pacjentów;
- 3) zapoznanie wszystkich pracowników z dokumentami regulującymi ochronę radiologiczną oraz nadzorowanie przestrzegania określonych w tym zakresie zasad;
- 4) szkolenie współpracowników oraz sprawdzanie i potwierdzanie ich kwalifikacji w zakresie znajomości zasad ochrony radiologicznej i posiadania umiejętności bezpiecznego wykonywania prac przy stosowaniu promieniowania rentgenowskiego;
- 5) ustalanie wykazu środków ochrony indywidualnej, aparatury dozymetrycznej i innego wyposażenia służącego do ochrony pracowników oraz pacjentów przed promieniowaniem jonizującym;
- 6) wnioskowanie i opiniowanie w sprawach wyposażenia pracowni rentgenowskiej w sprzęt ochronny i aparaturę dozymetryczną;
- 7) sprawdzanie działania sygnalizacji ostrzegawczej oraz prawidłowego oznakowania miejsc pracy ze źródłami promieniowania;
- 8) sprawowanie nadzoru nad zapewnieniem sprawnego i właściwego działania aparatów rentgenowskich;
- 9) nadzorowanie wykonywania testów kontroli jakości obrazowania;
- 10) prowadzenie ewidencji dawek otrzymywanych przez pracowników;
- 11) informowanie pracowników o otrzymanych przez nich dawkach promieniowania jonizującego na podstawie wyników pomiarów dawek indywidualnych kontroli środowiska pracy;
- 12) kontrolowanie przestrzegania przez pracowników Zakładu zasad ochrony radiologicznej;
- 13) współpraca z zakładowymi służbami bezpieczeństwa i higieny pracy, osobami wdrażającymi program zapewnienia jakości, służbami przeciwpożarowymi i ochrony środowiska w zakresie ochrony przed promieniowaniem jonizującym;
- 14) wydawanie Dyrektorowi opinii w zakresie ochrony przed promieniowaniem jonizującym;
- 15) występowanie do Dyrektora z wnioskiem o wstrzymanie prac w warunkach narażenia, gdy są naruszone wymagania ochrony radiologicznej;
- 16) nadzór nad postępowaniem wynikającym z zakładowego planu postępowania awaryjnego, jeżeli na terenie Zakładu zaistnieje zdarzenie radiacyjne.

Inspektor ds. obronności

§ 69.

1. Inspektor ds. obronności podlega bezpośrednio Kierownikowi Działu organizacyjnego.
2. Do zakresu zadań Inspektora należy w szczególności zapewnienie pełnej realizacji w Zakładzie przepisów powszechnie obowiązującego prawa odnoszących się do spraw obronnych i obrony cywilnej, w tym:
 - 1) prowadzenie dokumentacji planistycznej z zakresu obrony cywilnej dla Zakładu;
 - 2) szkolenie pracowników Zakładu w zakresie obronności;
 - 3) prowadzenie procedur reklamacyjnych w sprawach żołnierzy rezerwy zatrudnionych w Zakładzie w porozumieniu z właściwymi miejscowo WKU;
 - 4) opracowywanie i przedstawianie do akceptacji dokumentów o charakterze planistyczno-obronnym, w szczególności takich jak:
 - a) „Plan Przygotowań Szpitala na potrzeby Obronne Państwa”,
 - b) „Dokumentacja stałego dyżuru”,oraz ich aktualizowanie i uzgadnianie z kierownikami komórek organizacyjnych Zakładu oraz stosownymi instytucjami państwowymi;
 - 5) prowadzenie przewidzianej prawem sprawozdawczości dla właściwych instytucji zewnętrznych w zakresie spraw obronnych;
 - 6) opracowywanie i aktualizowanie planów awaryjnych / procedur na wypadek zdarzeń nadzwyczajnych;
 - 7) współdziałanie oraz prowadzenie korespondencji z publicznymi instytucjami zewnętrznymi odpowiedzialnymi za bezpieczeństwo i zarządzanie kryzysowe w zakresie spraw obronnych i innymi właściwymi merytorycznie agendami państwowymi, a w strukturze wewnętrznej Zakładu współpraca z kierownikami komórek organizacyjnych.

Centralna sterylizatornia

§ 70.

1. Centralną sterylizatornią kieruje kierownik, który podlega Pielęgniarsce Epidemiologicznej.
2. Zadaniem Centralnej sterylizatorni jest zapewnienie wszystkim komórkom działalności Zakładu jałowego materiału i sprzętu medycznego niezbędnego do realizacji prowadzonych procedur diagnostycznych i terapeutycznych zgodnie z zapotrzebowaniem.
3. Centralna sterylizatornia może wykonywać zadania na rzecz innych podmiotów – na podstawie odrębnych umów.
4. Centralna sterylizatornia nadzoruje funkcjonowanie sterylizatorni podręcznych.
5. Do zadań należy w szczególności:
 - 1) wdrażanie, przestrzeganie i doskonalenie standardów, procedur, instrukcji związanych z procesami sterylizacji;
 - 2) prowadzenie i archiwizowanie dokumentacji niezbędnej do prawidłowego funkcjonowania Centralnej Sterylizatorni;
 - 3) współpraca i uzyskanie gwarancji jałowości narzędzi i materiałów medycznych poprzez:
 - a) zachowanie właściwego toku postępowania z materiałami przed sterylizacją,
 - b) prawidłowe prowadzenie procesów sterylizacji,
 - c) właściwe postępowanie z materiałem w czasie przechowywania i transportu po sterylizacji,
 - d) kontrolę fizyczną, chemiczną oraz biologiczną procesu sterylizacji;
 - 4) zagwarantowanie pełnej sprawności i wykorzystania urządzeń sterylizujących podczas pracy, poprzez:
 - a) mycie i dezynfekcję komór autoklawów,
 - b) ciągłą ocenę parametrów fizycznych,
 - c) prawidłowość wypełniania komór autoklawów podczas sterylizacji,
 - d) dbanie o odpowiednią konserwację urządzeń;
 - 5) przygotowanie bielizny, materiałów opatrunkowych, sprzętu i narzędzi do sterylizacji zgodnie z zapotrzebowaniami z poszczególnych komórek organizacyjnych.

Kuchnia

§ 71.

1. Kuchnią zarządza kierownik podległy bezpośrednio Dyrektorowi Zakładu.
2. Do zakresu zadań Kuchni należy całokształt prac związanych z żywieniem pacjentów oraz prowadzenie pełnej dokumentacji z tym związanej.
3. Kuchnia zapewnia wyżywienie wszystkim pacjentom hospitalizowanym w Zakładzie, zgodnie z zasadami racjonalnej i nowoczesnej diety, higieny żywienia, jak też zaleceniami lekarzy, procedurami i normami żywieniowymi.
4. Zakres zadań obejmuje w szczególności:
 - 1) układanie diet i jadłospisów;
 - 2) właściwe sporządzanie posiłków oraz nadzór nad wydawaniem posiłków z kuchni do komórek organizacyjnych i przygotowaniem ich do transportu;
 - 3) dbanie o estetykę podawanych posiłków;
 - 4) kontrola ilości i jakości dostarczanych posiłków;
 - 5) sporządzanie diet indywidualnych na zlecenie lekarza oraz obliczanie wartości odżywczych dla pacjentów z dietą podstawową;
 - 6) pobieranie i przechowywanie próbek żywnościowych wydanych posiłków z kuchni w zakresie wynikającym z przepisów sanitarnych;
 - 7) prowadzenie dokumentacji HACCP żywieniowej i kartotek ilościowych w Magazynie żywnościowym;
 - 8) prowadzenie spraw związanych z utrzymaniem w należytym stanie sanitarnym pomieszczeń kuchennych i magazynowych;
 - 9) bieżąca analiza kosztów artykułów żywnościowych zużytych do wytworzenia posiłków dla pacjentów hospitalizowanych w oddziałach;
 - 10) przygotowywanie dokumentacji przy organizowaniu przetargów o udzielanie zamówienia publicznego.
5. Prowadzenie Magazynu żywności.
6. Wykonywanie innych zadań zleconych przez przełożonego i objętych zakresem zadań działu, w ścisłej współpracy ze wszystkimi komórkami organizacyjnymi.

Sekcja higieny szpitalnej

§ 72.

1. Sekcja higieny szpitalnej podlega bezpośrednio Pielęgniarce Epidemiologicznej.
2. Do zadań Sekcji higieny szpitalnej należy wykonywanie wszelkich czynności mających na celu prawidłowe utrzymanie norm sanitarno-epidemiologicznych w zakresie kompleksowego utrzymania czystości pomieszczeń z jednoczesną dezynfekcją sprzętu i pomieszczeń w powierzonych strefach.
3. Sekcja higieny szpitalnej przygotowuje pomieszczenia na potrzeby narad i spotkań odbywających się na terenie Zakładu;
4. Prowadzenie Magazynu bielizny szpitalnej.

Prosektorium

§ 73.

1. Prosektorium podlega bezpośrednio Pielęgniarce Epidemiologicznej.
2. Do zadań Prosektorium należy w szczególności przygotowanie zwłok do pochówku i przechowywanie zwłok do momentu przekazania ich osobom bliskim lub podmiotom przez nie upoważnionym, bądź zobowiązanym do pochowania.
3. Wydanie zwłok rodzinie lub podmiotom upoważnionym następuje wyłącznie z prosektorium.
4. Personel prosektorium wykonuje swoje zadania i obowiązki z poszanowaniem godności osoby zmarłej.
5. W ramach Prosektorium przeprowadzane są sekcje zwłok osób zmarłych w Zakładzie, a także oględziny zewnętrzne i sekcje zwłok na zlecenie prokuratury lub sądu na podstawie odrębnych umów.

Punkt szatniarsko-wizyjny

§ 74.

1. Punkt szatniarsko-wizyjny podlega bezpośrednio Kierownikowi działu organizacyjnego.
2. Punkt jest obsługiwany na zasadzie bieżącego podglądu na punkty najbardziej narażone na łamanie zasad obowiązujących w Zakładzie, w celu ochrony przeciwpożarowej oraz w celu obserwacji miejsc w których bezpieczeństwo pacjentów i personelu jest szczególnie narażone celem umożliwienia szybkiej reakcji.
3. Pracownik punktu szatniarsko-wizyjnego sprawuje opiekę nad powierzoną do przechowywania na czas pracy punktu odzieżą wierzchnią i pacjentów pozostawioną zgodnie z Regulaminem Szatni.

Kapelan Szpitalny

§ 75.

1. Kapelan Szpitalny podlega bezpośrednio Dyrektorowi Zakładu.
2. Do zakresu zadań Kapelana Szpitalnego należy zapewnienie pacjentom przebywającym w Zakładzie zaspokajania ich potrzeb religijnych, a w szczególności duszpasterskich odwiedzin pacjentów i udzielania posług religijnych w salach pacjentów, przy łóżku pacjenta na prośbę pacjenta, jego rodziny lub opiekuna prawnego, jak też odprawiania nabożeństw w niedzielę i dni świąteczne według ustalonego porządku.
3. Zadania realizowane są przy uwzględnieniu specyficznych warunków oddziałów szpitalnych oraz w taki sposób, aby nie powodować zakłóceń w normalnej obsłudze pacjentów oraz przy poszanowaniu praw pacjentów określonych odrębnymi przepisami.
4. Kapelan jest pracownikiem Zakładu i dostosowuje się do obowiązujących w Zakładzie przepisów i regulaminów.

Dział III – UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W ZAKŁADZIE

Rozdział I.

OGÓLNE ZASADY UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH

§ 76.

1. Warunki udzielania i zakres świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych reguluje ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.
2. Zakład udziela świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych osobom ubezpieczonym oraz innym osobom uprawnionym do tych świadczeń na podstawie odrębnych przepisów, a także za całkowitą odpłatnością.
3. Zakład nie może odmówić udzielenia świadczenia zdrowotnego, jeżeli osoba zgłaszająca się do Zakładu potrzebuje natychmiastowego udzielenia takiego świadczenia ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia.
4. Zakład prowadzi dokumentację medyczną dotyczącą osób korzystających ze świadczeń zdrowotnych z zapewnieniem ochrony danych osobowych zawartych w dokumentacji oraz udostępnia dokumentację według obowiązujących w tym zakresie przepisów prawa oraz obowiązujących w Zakładzie procedur.
5. Osoby zatrudnione w Zakładzie, a wykonujące zawód medyczny posiadają uprawnienia i kwalifikacje zawodowe określone w odrębnych przepisach uprawniające ich do udzielania określonych świadczeń zdrowotnych.
6. Pomiędzy poszczególnymi komórkami organizacyjnymi Zakładu utrzymywana jest ścisła współpraca, poprzez wzajemne konsultacje, badania diagnostyczne oraz zabiegi.
7. Komórki organizacyjne wykonujące świadczenia zdrowotne w zakresie lecznictwa stacjonarnego działają w systemie całodobowym.
8. Komórki organizacyjne wykonujące świadczenia zdrowotne w zakresie specjalistycznego lecznictwa ambulatoryjnego działają zgodnie z harmonogramami pracy poszczególnych poradni, podanymi do wiadomości przy danej poradni.
9. Świadczenia opieki zdrowotnej w Zakładzie udzielane są według kolejności zgłoszeń oraz zgodnie z kryteriami medycznymi.
10. Odpowiednie komórki organizacyjne prowadzą listy oczekujących na udzielenie świadczenia zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.
11. W Zakładzie działa Zespół ds. Oceny Przyjęć, do zadań którego należy przeprowadzenie okresowej oceny list oczekujących na udzielenie świadczenia medycznego pod względem prawidłowości prowadzenia dokumentacji, czasu oczekiwania i zasadności oraz przyczyn zmian terminów udzielenia świadczeń.
12. Prawa i obowiązki pacjenta oraz osób odwiedzających zostały określone odrębnymi dokumentami: Kompendium praw i obowiązków pacjenta, Karta praw dziecka. Dostępna jest również Karta praw w języku Braille'a.
13. W przypadku pacjentów obcojęzycznych Zakład zapewnia możliwość porozumiewania się przez 24 godziny na dobę.
14. Lista personelu posługującego się językami obcymi oraz językiem migowym z określoną formą kontaktu dostępna jest w SOR oraz w Lex Baza Dokumentów.
15. Każdy pacjent przyjęty do Zakładu jest zapoznawany z prawami i obowiązkami pacjenta, jak też obowiązującymi regulaminami.
16. Prawa i obowiązki pacjenta są udostępniane w formie informacji umieszczonych na tablicach ogłoszeń / salach pacjentów lub punktach pielęgniarskich.

Rozdział II
ZASADY ORGANIZACJI PROCESU UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W ZAKRESIE
LECZNICTWA STACJONARNEGO – LECZNICTWO SZPITALNE I LECZNICTWO INNE NIŻ
SZPITALNE.

§ 77.

1. Do korzystania ze świadczeń stacjonarnej opieki zdrowotnej udzielanych bezpłatnie w Zakładzie uprawnione są osoby zgodnie z ustawą o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.
2. Bezpłatne świadczenia stacjonarnej opieki zdrowotnej udzielane są także osobom nie posiadającym uprawnień z tytułu ubezpieczenia zdrowotnego, na podstawie odrębnych przepisów, określających źródło finansowania tych świadczeń.
3. Pacjenci zgłaszający się do Zakładu winni okazać:
 - 1) skierowanie od lekarza ubezpieczenia zdrowotnego – w przypadku gdy świadczenie ma być udzielone w ramach umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia (nie dotyczy przypadków stanowiących zagrożenie życia i przypadków nagłych w sytuacji, gdy ze względu na stan zdrowia nie jest możliwe przedstawienie ww. skierowania),
 - 2) dowód osobisty/paszport/prawo jazdy (pesel), na podstawie których w systemie e-WUŚ zostanie potwierdzone uprawnienie do bezpłatnych świadczeń- w każdym przypadku świadczenia, którego skutkiem jest hospitalizacja w ramach umowy z NFZ lub wystawienie recepty/ zlecenia na refundowane leki lub środki pomocnicze (przy czym nie dotyczy to przypadków stanowiących zagrożenie życia i przypadków nagłych w sytuacji, gdy ze względu na stan zdrowia nie jest możliwe przedstawienie ww. dokumentu potwierdzającego tożsamość),
 - 3) wyniki badań, które zlecił lekarz kierujący, dokumentację dotychczasowego leczenia (karty informacyjne, wyniki badań), jeżeli pacjent był wcześniej leczony.
4. W przypadku nie potwierdzenia uprawnień pacjenta do świadczeń przez system e-WUŚ, w sytuacji gdy pacjent oświadcza, że ma do nich prawo, może to potwierdzić poprzez:
 - 1) przedstawienie dokumentu potwierdzającego prawo do świadczeń,
 - 2) złożenie pisemnego oświadczenia o przysługującym pacjentowi prawie do świadczeń (nie dotyczy przypadków stanowiących zagrożenie życia i przypadków nagłych w sytuacji, gdy ze względu na stan zdrowia nie jest możliwe złożenie ww. oświadczenia).
5. Szczegółowe uregulowania dotyczące dokumentów potwierdzających prawo do świadczeń opieki zdrowotnej zawarte są w Rozdziale 5 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.
6. W stanach nagłych nie jest wymagane skierowanie.
7. Pacjenci przyjmowani są całodobowo w trybie planowym i nagłym.
8. Wszelkie formalności związane z przyjęciem do Szpitala załatwiane są odpowiednio w Izbie Przyjęć lub SOR.
9. Pacjenci przyjmowani do hospitalizacji zaopatrywani są w znaki identyfikacyjne, pozwalające w szczególności na ustalenie imienia i nazwiska oraz daty urodzenia pacjenta.
10. Pacjenta, którego tożsamości nie można ustalić przy przyjęciu do Zakładu, zaopatruje się w znak identyfikacyjny zawierający oznaczenie „NN” oraz dodatkowe oznaczenie numeryczne, umożliwiające identyfikację pacjenta do czasu ustalenia jego tożsamości.
11. Podmiot leczniczy prowadzący szpital jest obowiązany zgłosić, na podany przez jednostkę Policji numer telefonu, numer faksu lub adres poczty elektronicznej, fakt:
 - 1) przyjęcia pacjenta małoletniego, z którego przedstawicielem ustawowym albo opiekunem faktycznym nie można się skontaktować – nie później niż w okresie 4 godzin od przyjęcia;
 - 2) przyjęcia albo zgonu pacjenta, którego tożsamości nie można ustalić albo potwierdzić na podstawie dokumentów stwierdzających tożsamość – nie później niż w okresie 8 godzin odpowiednio od przyjęcia albo zgonu;
 - 3) przyjęcia pacjenta w przypadkach podejrzenia wystąpienia przestępstwa zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie procedurami.
12. Podmiot leczniczy udziela, na żądanie Policji, informacji o fakcie przyjęcia osoby zaginionej, poszukiwanej przez Policję na skutek wystąpienia zdarzenia uniemożliwiającego ustalenie miejsca jej pobytu na podstawie art. 14 ust. 1 pkt 3 ustawy z dnia 6 kwietnia 1990 r. o Policji.
13. Przy przyjęciu do szpitala pacjentowi zakłada się niezwłocznie dokumentację medyczną, spełniającą obowiązujące wymogi prawa oraz wewnętrzne wymogi Zakładu.

14. W historii choroby leczenia szpitalnego, przy przyjęciu należy uzyskać zgodę na hospitalizację oraz pisemne wskazanie przez pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego:
 - 1) osoby/osób, upoważnionej/ych przez pacjenta do uzyskiwania informacji o jego stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych, ze wskazaniem imienia i nazwiska osoby upoważnionej oraz danych umożliwiających kontakt z tą osobą lub pisemne oświadczenie o braku takiego upoważnienia,
 - 2) osoby/osób upoważnionej przez pacjenta do uzyskiwania dokumentacji medycznej ze wskazaniem imienia i nazwiska osoby upoważnionej lub pisemne oświadczenie o braku takiego upoważnienia.
15. W sytuacji, gdy stan zdrowia pacjenta uniemożliwia uzyskanie ww. oświadczeń przy przyjęciu, w historii choroby należy odnotować przyczynę nieodebrania od pacjenta powyższych oświadczeń i jeżeli będzie to możliwe - uzyskać je od pacjenta w trakcie pobytu w Zakładzie, natychmiast z chwilą gdy stan zdrowia pacjenta na to pozwoli.
16. Pacjent przyjęty do hospitalizacji ma prawo do przechowywania rzeczy wartościowych w depozycie. Szczegółowe zasady postępowania z rzeczami wartościowymi pacjenta określono w niniejszym regulaminie i procedurach obowiązujących w Zakładzie.
17. Rozkład czasu pracy personelu lekarskiego ustala koordynator/ ordynator oddziału/ lekarz kierujący oddziałem.
18. Rozkład czasu pracy pozostałego personelu oddziału ustala pielęgniarka/położna oddziałowa w uzgodnieniu z Naczelną Pielęgniarką.
19. Szpital zapewnia przyjętemu pacjentowi:
 - 1) realizację świadczeń zdrowotnych,
 - 2) środki farmaceutyczne i materiały medyczne konieczne do wykonania świadczenia,
 - 3) pomieszczenie i wyżywienie odpowiednie do stanu zdrowia.
20. W trakcie hospitalizacji pacjentom nie są udzielane przepustki.
21. Szczegółowe zasady przyjęć pacjentów w trybie planowym i nagłym oraz zasady postępowania w przypadku specyficznych grup pacjentów określają obowiązujące w Zakładzie procedury.

§ 78.

1. Decyzję o przyjęciu do szpitala osoby zgłaszającej się w trybie planowym podejmuje lekarz dyżurny oddziału, po przeprowadzeniu badania i uzyskaniu zgody na hospitalizację tej osoby lub przedstawiciela ustawowego albo opiekuna faktycznego chyba, że na mocy odrębnych przepisów możliwe jest przyjęcie do szpitala bez wyrażenia zgody.
2. Jeżeli lekarz dyżurny stwierdzi potrzebę niezwłocznego umieszczenia pacjenta w szpitalu, a brak miejsc, zakres świadczeń udzielanych przez szpital lub względy epidemiologiczne nie pozwalają na przyjęcie, lekarz dyżurny po udzieleniu niezbędnej pomocy zapewnia w razie potrzeby transport pacjenta do innego szpitala, po uprzednim porozumieniu się z tym szpitalem. O dokonanym rozpoznaniu i podjętych czynnościach lekarz dokonuje odpowiedniego wpisu w dokumentacji medycznej.
3. W przypadku odmowy przyjęcia, pacjent jest rejestrowany w Księdze odmów przyjęć i porad ambulatoryjnych udzielanych w Izbie Przyjęć. Przyczynę odmowy i/lub zakres porady lekarz odnotowuje w dokumentacji medycznej.
4. W przypadku, kiedy stan pacjenta nie wymaga niezwłocznego umieszczenia w szpitalu, a np. brak miejsc uniemożliwia przyjęcie, lekarz dyżurny proponuje inny termin przyjęcia i umieszcza pacjenta na liście oczekujących, prowadzonej na zasadach określonych w obowiązujących przepisach. Pacjent otrzymuje również informację o możliwości uzyskania opieki w innym podmiocie leczniczym.
5. W przypadku odmowy przyjęcia do szpitala pacjent lub jego przedstawiciel ustawowy otrzymuje pisemną informację o rozpoznaniu choroby, problemu zdrowotnego lub urazu, wynikach przeprowadzonych badań, przyczynie odmowy przyjęcia do szpitala, udzielonych świadczeniach zdrowotnych oraz ewentualnych zaleceniach. Za wykonanie tych obowiązków odpowiedzialny jest lekarz dyżurny oddziału.

Przyjęcia w trybie nagłym w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym

§ 79.

1. Szpitalny oddział ratunkowy (SOR) jest jednostką systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne, która udziela pomocy pacjentowi w stanach nagłego zagrożenia zdrowotnego.

2. SOR udziela 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.
3. W SOR dokonywana jest wstępna segregacja i kwalifikacja chorych, wykonywane są wszelkie czynności stabilizujące funkcje życiowe pacjenta, a także ustalany jest kierunek dalszego postępowania diagnostycznego i leczniczego według obowiązujących procedur.
4. Osoby, którym w SOR przyznano kategorię pilności oznaczoną kolorem zielonym lub niebieskim, mogą być kierowane do podmiotu leczniczego udzielającego świadczeń zdrowotnych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) po przeprowadzeniu badania lekarskiego i niezbędnych badań diagnostycznych. Osobom tym wydaje się dokument potwierdzający odmowę hospitalizacji. Dokument odmowy zawiera m.in. zalecenie udania się do podmiotu leczniczego udzielającego świadczeń zdrowotnych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej.
5. Maksymalny czas na podjęcie przez lekarza dyżurnego SOR decyzji w zakresie:
 - 1) skierowania pacjenta na leczenie do innych oddziałów szpitalnych wynosi 72 godziny, przy czym czas ten może ulec wydłużeniu tylko w przypadku braku wolnych łóżek w oddziałach lub kumulacji nagłych stanów bezpośredniego zagrożenia życia,
 - 2) odmowy przyjęcia do SOR osoby niebędącej w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego wynosi 2 godziny.
6. Maksymalny czas na przyjęcie przez lekarza oddziału szpitalnego pacjenta do oddziału wynosi 1 godzinę, licząc od chwili otrzymania od lekarza dyżurnego SOR informacji o skierowaniu pacjenta na oddział - z wyłączeniem sytuacji nagłych zaistniałych w oddziale mających wpływ na zagrożenie zdrowia i życia pacjenta np. reanimacja, pilny zabieg operacyjny.

§ 80.

1. Nowoprzyjęty pacjent w zależności od stanu ogólnego jest przeprowadzany lub transportowany na wózek siedzącym/leżącym do właściwego oddziału lub na badania/zabiegi w asyście personelu.
2. Przekazanie pacjenta, dokumentacji medycznej oraz istotnych informacji o pacjencie personelowi medycznemu oddziału jest równoznaczne z przekazaniem odpowiedzialności za pacjenta.

Proces diagnostyczno - leczniczo - pielęgnacyjny

§ 81.

1. Każdy nowoprzyjęty pacjent jest badany przez lekarza dyżurnego właściwego oddziału, który:
 - 1) zbiera wywiad i przeprowadza badanie przedmiotowe;
 - 2) zleca wykonanie niezbędnych badań diagnostycznych, podanie produktów leczniczych;
 - 3) wykonuje lub zleca wykonanie koniecznych zabiegów;
 - 4) informuje pacjenta o planowanym postępowaniu terapeutycznym;
 - 5) dokumentuje wszystkie powyższe czynności w indywidualnej dokumentacji medycznej pacjenta.
2. W przypadku trudności z ustaleniem rozpoznania i podjęcia decyzji co do sposobu leczenia, lekarz dyżurny powinien zasięgnąć opinii Koordynatora.

§ 82.

1. Proces diagnostyczno-terapeutyczny pacjenta w oddziale prowadzi lekarz prowadzący wyznaczony przez Koordynatora właściwego oddziału.
2. Nazwisko i imię lekarza prowadzącego, Koordynator oddziału odnotowuje w historii choroby pacjenta.
3. Nadzór nad przebiegiem procesu diagnostyczno - terapeutycznego sprawuje Koordynator oddziału.
4. Planowany czas hospitalizacji jest ustalany indywidualnie dla każdego pacjenta przez lekarza prowadzącego i jest uzależniony od stanu ogólnego pacjenta oraz przyjętego planu opieki.
5. W przypadku hospitalizacji osób bezdomnych lub o nieustalonej tożsamości personel oddziału niezwłocznie zawiadamia odpowiednie organy i instytucje oraz wdraża odpowiednie procedury postępowania.

§ 83.

1. Zakres prowadzonego procesu pielęgnowania jest uzależniony od stanu biopsychospołecznego.
2. Zasady sprawowania opieki pielęgniarstwa nad pacjentem zostały określone w obowiązujących w Zakładzie procedurach i instrukcjach.
3. W ramach edukacji i promocji zdrowia mogą być realizowane programy edukacyjne dla pacjentów i ich rodzin oraz dla wszystkich zainteresowanych.

§ 84.

1. Wizyty lekarskie odbywają się co najmniej dwa razy w ciągu doby – rano i wieczorem i obejmują wszystkich pacjentów.
2. Sposób prowadzenia wizyty porannej, udział personelu oraz czas trwania wizyty jest uzależniony od specyfiki oddziału. Wizytę wieczorną prowadzi lekarz dyżurny z udziałem pielęgniarki dyżurnej.

§ 85.

1. Wszystkie czynności wykonywane przy pacjencie są dokumentowane w indywidualnej wewnętrznej dokumentacji medycznej pacjenta.
2. Historia choroby jest zakładana w trakcie przyjmowania pacjenta do Zakładu i zawiera pogrupowane informacje dotyczące: przyjęcia, przebiegu hospitalizacji i wypisania pacjenta.
3. Wpisów w dokumentacji medycznej dokonują osoby wykonujące zawód medyczny.
4. Kolejne wpisy sporządzane są w porządku chronologicznym, są datowane i autoryzowane.
5. Wpis dokonany w dokumentacji nie może być z niej usunięty. W przypadku błędnego wpisu należy go skreślić, opatrzyć datą, godziną, przyczyną skreślenia i podpisem osoby dokonującej skreślenia,
6. Każdy dokument będący częścią dokumentacji musi umożliwiać identyfikację pacjenta, którego dotyczy oraz osoby sporządzającej dokument.
7. Dokument włączony do dokumentacji wewnętrznej nie może być z niej usunięty.
8. Wszyscy pracownicy mający dostęp do dokumentacji medycznej mają obowiązek zachowania tajemnicy informacji, które w związku z dostępem do dokumentacji uzyskali.

§ 86.

1. Pacjent w trakcie pobytu w Zakładzie ma zapewnione bezpłatne leki i materiały medyczne, adekwatne do jednostki chorobowej, która jest powodem hospitalizacji, w zakresie niezbędnym do wykonania świadczenia.
2. Bezpieczeństwo terapeutyczne zapewnia Apteka szpitalna, która zaopatruje apteczki oddziałowe w niezbędne produkty lecznicze i wyroby medyczne.
3. Podstawą stosowanej w szpitalu farmakoterapii jest opracowany i okresowo aktualizowany receptariusz szpitalny.
4. Wszystkie leki podawane pacjentowi są zlecane i dokumentowane przez lekarza w indywidualnej karcie zleceń.
5. Leki stosowane w nagłych przypadkach są stale dostępne, kontrolowane i zabezpieczane w obszarach, gdzie świadczona jest pacjentom opieka.

Zasady uzyskiwania zgody na przyjęcie i leczenie

§ 87.

1. Przeprowadzenie badania lub udzielenie innego świadczenia zdrowotnego wymaga uzyskania ustnej zgody pacjenta, w tym małoletniego, który ukończył 16 lat. Za wyrażenie zgody uważa się również takie zachowanie pacjenta lub przedstawiciela ustawowego, które w sposób niebudzący wątpliwości wskazuje na wolę poddania się proponowanym czynnościom.
2. Wyrażenie zgody powinno nastąpić po przekazaniu pacjentowi informacji o rodzaju proponowanego leczenia, możliwych metodach diagnostycznych i leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia, rokowaniu oraz udzielanych świadczeniach zdrowotnych, w tym zabiegach pielęgniarskich.
3. W przypadku pacjenta małoletniego, całkowicie ubezwłasnowolnionego lub niezdolnego do świadomego wyrażenia zgody, zgodę wyraża jego przedstawiciel ustawowy lub w przypadku braku przedstawiciela ustawowego, opiekun faktyczny pacjenta.
4. Jeżeli pacjent, o którym mowa w ust. 3 nie ma przedstawiciela ustawowego ani opiekuna faktycznego albo porozumienie się z tymi osobami jest niemożliwe, lekarz po przeprowadzeniu badania może przystąpić do udzielania dalszych świadczeń zdrowotnych dopiero po uzyskaniu zgody sądu opiekuńczego.
5. W przypadku, kiedy przedstawiciel ustawowy lub opiekun faktyczny wyrazi zgodę na czynności medyczne, a pacjent małoletni, który ukończył 16 lat, osoba ubezwłasnowolniona albo pacjent chory psychicznie lub upośledzony umysłowo, lecz dysponujący dostatecznym rozeznaniem wyrazi sprzeciw, to w takim przypadku czynności medyczne mogą być wykonane po uzyskaniu zezwolenia sądu opiekuńczego. Fakt ten należy bezwzględnie odnotować w dokumentacji medycznej pacjenta.
6. Lekarz może wykonać czynności bez zgody przedstawiciela ustawowego pacjenta bądź zgody

właściwego sądu opiekuńczego, gdy zwłoka spowodowana postępowaniem w sprawie uzyskania zgody groziłaby pacjentowi niebezpieczeństwem utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia. W takim przypadku lekarz ma obowiązek, o ile jest to możliwe, zasięgnąć opinii drugiego lekarza, w miarę możliwości tej samej specjalności. O wykonywanych czynnościach lekarz niezwłocznie zawiadamia przedstawiciela ustawowego, opiekuna faktycznego lub sąd opiekuńczy.

7. Sądem opiekuńczym właściwym miejscowo dla udzielania zgody na wykonywanie czynności medycznych jest sąd, w którego okręgu czynności te mają być wykonane.

§ 88.

1. W przypadku zabiegu operacyjnego, inwazyjnych badań diagnostycznych oraz stosowania metod leczenia stwarzających podwyższone ryzyko dla pacjenta wymagane jest uzyskanie pisemnej, świadomej zgody pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego.
2. Jeżeli czynności wymienione w ust. 1 wykonywane są w znieczuleniu, wymagana jest również pisemna zgoda na znieczulenie.
3. Przed wyrażeniem pisemnej zgody na działania, o których mowa w ust. 1 i 2, lekarz prowadzący/dyżurny oraz odpowiednio lekarz anestezjolog, ma obowiązek udzielenia pacjentowi przystępnej i wyczerpującej informacji na temat proponowanej metody leczenia lub diagnostyki lub odpowiednio znieczulenia. Informacja powinna zawierać:
 - 1) cel i przebieg proponowanego postępowania,
 - 2) ewentualne, dające się przewidzieć powikłania,
 - 3) ewentualne następstwa zaniechania,
 - 4) możliwości zastosowania alternatywnych metod.
4. Jeżeli w trakcie wykonywania zabiegu operacyjnego albo stosowania metody leczniczej lub diagnostycznej wystąpią okoliczności zagrażające pacjentowi niebezpieczeństwem utraty życia, ciężkim uszkodzeniem ciała lub ciężkim rozstrojem zdrowia, a nie ma możliwości niezwłocznego uzyskania zgody pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego, lekarz ma prawo, bez uzyskania zgody, zmienić zakres zabiegu bądź metody leczenia lub diagnostyki. W takim przypadku lekarz ma obowiązek, o ile jest to możliwe, zasięgnąć opinii drugiego lekarza, w miarę możliwości tej samej specjalności.
5. O okolicznościach, o których mowa w ust. 4, lekarz dokonuje odpowiedniej adnotacji w dokumentacji medycznej oraz informuje pacjenta, przedstawiciela ustawowego lub opiekuna faktycznego albo sąd opiekuńczy.
6. Szczegółowe zasady i tryb uzyskiwania zgody na świadczenia zdrowotne określa obowiązująca w Zakładzie procedura.

Zasady stosowania przymusu bezpośredniego

§ 89.

1. W przypadkach uzasadnionych może być zastosowany wobec pacjenta przymus bezpośredni.
2. Przymus bezpośredni jest stosowany tylko wtedy, gdy pacjenci z zaburzeniami psychicznymi, w ostrych stanach pobudzenia, będący pod wpływem substancji psychoaktywnych lub pod wpływem alkoholu, pacjenci z myślami samobójczymi:
 - 1) dopuszczają się zamachu na życie lub zdrowie własne lub innej osoby,
 - 2) w sposób gwałtowny uszkadzają lub niszczą przedmioty w najbliższym otoczeniu,
 - 3) gdy innych metod nie można zastosować lub gdy są nieskuteczne lub spodziewany efekt ich działania (np. leków) jeszcze nie nastąpił.
3. Decyzję o zastosowaniu i formie przymusu bezpośredniego wobec pacjenta podejmuje lekarz (Koordynator lub lekarz dyżurny).
4. Jeżeli nie jest możliwe uzyskanie natychmiastowej decyzji lekarza o zastosowaniu przymusu bezpośredniego decyzję podejmuje pielęgniarka dyżurna, zawiadamiając niezwłocznie lekarza, co powinno być udokumentowane w karcie zastosowanego przymusu bezpośredniego.
5. Osoba podejmująca decyzję o zastosowaniu przymusu bezpośredniego uprzedza o tym pacjenta, wobec którego środek ma być podjęty, przed jego zastosowaniem.
6. Zastosowanie każdego rodzaju przymusu bezpośredniego podlega odnotowaniu w dokumentacji medycznej (raporty lekarskie i pielęgniarskie).
7. Przy wyborze środka przymusu wybierana jest forma możliwie najmniej uciążliwa dla pacjenta.
8. Każdy przypadek zastosowania przymusu podlega obowiązkowi zgłoszenia Zastępcy Dyrektora

ds. lecznictwa.

9. Rejestr zastosowanych przymusów bezpośrednich prowadzi Sekretariat Dyrektora.
10. Szczegółowe zasady stosowania przymusu bezpośredniego określa obowiązująca w Zakładzie procedura.

Zasady informowania o stanie zdrowia

§ 90.

1. Informacji na temat stanu zdrowia pacjenta oraz procesu leczenia udziela Koordynator lub lekarz prowadzący, a w razie ich nieobecności oraz w stanach nagłych lekarz dyżurny.
2. Prawo do uzyskiwania informacji na temat zdrowia pacjenta posiada: pacjent, jego przedstawiciel ustawowy lub opiekun faktyczny lub osoba wskazana przez pacjenta, której dane zostały odnotowane w indywidualnej dokumentacji medycznej pacjenta.
3. Przekazywana informacja powinna być zrozumiała dla odbiorcy i powinna obejmować swoim zakresem informacje dotyczące: ogólnego stanu zdrowia, rozpoznania, proponowanych oraz możliwych metod diagnostycznych i leczniczych, dających się przewidzieć następstw ich zastosowania albo zaniechania, wyników leczenia oraz rokowania.
4. W sytuacjach wyjątkowych, jeżeli rokowanie jest niepomyślne dla pacjenta, lekarz może ograniczyć przekazywane informacje, jeżeli według oceny lekarza przemawia za tym dobro pacjenta. W takich przypadkach lekarz przekazuje pełną informację przedstawicielowi ustawowemu lub osobie upoważnionej przez pacjenta.
5. Jeżeli w przypadku, o którym mowa w ust. 4, pacjent zażąda pełnej informacji, lekarz ma obowiązek jej udzielenia.
6. Pacjentowi, który nie ukończył 16 lat, lekarz udziela informacji w zakresie i formie niezbędnej do prawidłowego przebiegu procesu diagnostyczno - terapeutycznego.
7. Lekarz nie ma obowiązku informowania kogokolwiek w tym pacjenta, jeżeli pacjent wyrazi taką wolę.
8. Informacji na temat stanu pacjenta w zakresie niezbędnym do prowadzenia procesu pielęgnowania, osobom wymienionym w ust. 2, udziela Pielęgniarka/Położna oddziałowa, Pielęgniarka koordynująca lub pielęgniarka dyżurna.
9. Informacji o stanie zdrowia pacjentów nie udziela się przez telefon.
10. W uzasadnionych sytuacjach, jeżeli lekarz nie ma wątpliwości, może udzielić informacji telefonicznie w podstawowym zakresie. Fakt ten należy odnotować w dokumentacji medycznej.

Zasady postępowania w przypadku pogorszenia się stanu zdrowia/zgonu pacjenta

§ 91.

1. W razie pogorszenia się stanu zdrowia pacjenta, powodującego zagrożenie życia lub w razie jego śmierci, lekarz prowadzący lub lekarz dyżurny ma obowiązek niezwłocznie zawiadomić wskazaną przez pacjenta osobę lub instytucję albo przedstawiciela ustawowego.
2. Postępowanie ze zwłokami osób zmarłych w każdym przypadku i przez wszystkich pracowników odbywa się z zachowaniem godności należnej zmarłemu.
3. W przypadku zgonu pacjenta, którego tożsamości nie można ustalić albo potwierdzić na podstawie dokumentów stwierdzających tożsamość, lekarz prowadzący lub lekarz dyżurny ma obowiązek zawiadomić Policję, nie później niż w okresie 8 godzin od zgonu.
4. Zasady postępowania w przypadku zgonu pacjenta określa obowiązująca w Zakładzie procedura.

Zasady wypisu z Zakładu

§ 92.

Wypisanie z Zakładu, jeżeli przepisy szczególne nie stanowią inaczej następuje, gdy:

- 1) stan zdrowia nie wymaga dalszego leczenia w szpitalu,
- 2) zachodzi potrzeba przekazania pacjenta do innego podmiotu leczniczego celem kontynuacji leczenia,
- 3) na żądanie pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego,
- 4) pacjent w sposób rażący narusza niniejszy Regulamin, a nie zachodzi obawa, że odmowa lub zaprzestanie udzielania świadczeń może spowodować bezpośrednio niebezpieczeństwo dla jego życia lub zdrowia albo życia lub zdrowia innych osób.

§ 93.

1. Jeżeli przedstawiciel ustawowy zażąda wypisania z Zakładu osoby, której stan zdrowia wymaga leczenia w szpitalu, Koordynator/lekarz dyżurny może odmówić wypisania do czasu wydania w tej

sprawie orzeczenia przez sąd opiekuńczy, chyba że przepisy szczególne stanowią inaczej.

2. Koordynator/lekarz dyżurny zawiadamia niezwłocznie właściwy sąd opiekuńczy o odmowie i przyczynach odmowy wypisania ze szpitala.
3. Pacjent występujący o wypis na własne żądanie jest informowany przez lekarza o możliwych następstwach zaprzestania leczenia w szpitalu. Pacjent składa pisemne oświadczenie o wypisaniu się ze szpitala na własne żądanie. W przypadku braku takiego oświadczenia lekarz sporządza adnotację w dokumentacji medycznej.

§ 94.

1. Pacjent, którego stan zdrowia nie wymaga dalszego leczenia szpitalnego, a który nie wyraża zgody na wypis, ponosi koszty pobytu w Zakładzie począwszy od terminu określonego przez koordynatora/lekarza dyżurnego, niezależnie od uprawnień do bezpłatnych świadczeń, określonych w przepisach odrębnych.
2. W przypadku pacjentów małoletnich oraz osób niezdolnych do samodzielnej egzystencji, jeżeli przedstawiciel ustawowy pacjenta albo osoba, na której w stosunku do pacjenta ciąży ustawowy obowiązek alimentacyjny, nie odbiera pacjenta w wyznaczonym terminie, Zakład, po zawiadomieniu organu gminy właściwej ze względu na miejsce zamieszkania, a w przypadku braku możliwości ustalenia miejsca zamieszkania, właściwej ze względu na ostatnie miejsce pobytu pacjenta, organizuje transport pacjenta na koszt gminy do miejsca zamieszkania lub ośrodka dla bezdomnych.

§ 95.

1. Lekarz wypisujący pacjenta wystawia kartę informacyjną z leczenia szpitalnego na podstawie informacji zawartych w historii choroby albo w karcie noworodka.
2. Karta informacyjna z leczenia szpitalnego zawiera informacje określone w obowiązujących w tym zakresie przepisach.
3. Kartę informacyjną z leczenia szpitalnego podpisuje lekarz wypisujący i lekarz kierujący oddziałem albo lekarz przez niego upoważniony.
4. Pacjent, jego przedstawiciel ustawowy albo osoba, o której mowa w § 8 ust. 1 pkt 2, otrzymuje dwa egzemplarze karty informacyjnej z leczenia szpitalnego, w tym jeden dla lekarza podstawowej opieki zdrowotnej. Trzeci egzemplarz karty informacyjnej z leczenia szpitalnego jest dołączany do historii choroby.
5. Kartę informacyjną z leczenia szpitalnego wydaje się w dniu wypisu, a w przypadku, gdy wypis pacjenta ze szpitala nastąpił na żądanie pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego lub w sytuacji wypisu pacjenta ze szpitala z uwagi na naruszenie przez pacjenta porządku lub przebiegu procesu udzielania świadczeń zdrowotnych, bez zbędnej zwłoki.

Zasady przechowywania rzeczy wartościowych / przyjmowanie w depozyt

§ 96.

1. Ubranie i przedmioty wartościowe będące w posiadaniu pacjenta w dniu przyjęcia do Zakładu mogą być, na życzenie pacjenta umieszczone za potwierdzeniem w depozycie odzieży lub zabrane przez rodzinę pacjenta, opiekuna lub osobę upoważnioną.
2. Zakład nie ponosi odpowiedzialności za przedmioty wartościowe będące własnością pacjenta, jeżeli nie zostały oddane do depozytu.
3. Ubrania i przedmioty wartościowe pacjenta nieprzytomnego są spisywane komisyjnie w obecności dwóch pielęgniarek lub pielęgniarki i innego pracownika pełniącego dyżur w Izbie Przyjęć i przekazywane do depozytu.
4. W przypadku przyjęcia pacjenta z wszawicą, świerzbem lub z podejrzeniem choroby zakaźnej pracownik Izby Przyjęć umieszcza odzież w worku foliowym, odpowiednio go oznacza i przekazuje do pralni. Po wypraniu ubranie przekazywane jest do depozytu ubrań.
5. W przypadku wystąpienia sytuacji, o której mowa w ust. 4, personel Izby Przyjęć przed przekazaniem pacjenta do oddziału wykonuje niezbędne czynności higieniczne: kąpiel, dezynsekcję w przypadku stwierdzenia pasożytów/insektów, strzyżenie w przypadku znacznego zauszawienia.
6. W przypadku przyjęcia pacjenta z wypadku ubranie w stanie nienaruszonym jest przechowywane w depozycie ubrań i w razie potrzeby udostępniane w celu oględzin uprawnionym organom.
7. Zasady przyjmowania, przechowywania i wydawania ubrania i przedmiotów wartościowych pacjentowi reguluje przyjęta w Zakładzie procedura.

Rozdział III
ZASADY ORGANIZACJI PROCESU UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH
W ZAKRESIE LECZNICTWA AMBULATORYJNEGO.

§ 97.

1. Do korzystania ze świadczeń w zakresie specjalistycznego leczenia ambulatoryjnego udzielanych bezpłatnie uprawnione są osoby zgodnie z ustawą o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.
2. Bezpłatne świadczenia w zakresie specjalistycznego leczenia ambulatoryjnego udzielane są także osobom nie posiadającym uprawnień z tytułu ubezpieczenia zdrowotnego, na podstawie odrębnych przepisów określających źródło finansowania tych świadczeń.
3. Ambulatoryjne świadczenia specjalistyczne finansowane są ze środków publicznych udzielane są na podstawie skierowania lekarza ubezpieczenia zdrowotnego.
4. Skierowanie nie jest wymagane w stanach nagłego zagrożenia życia lub zdrowia.
5. Skierowanie, o którym mowa wyżej, nie jest wymagane do świadczeń:
 - 1) ginekologa i położnika,
 - 2) dentysty,
 - 3) wenerologa,
 - 4) onkologa,
 - 5) psychiatry,
 - 6) dla osób chorych na gruźlicę,
 - 7) dla osób zakażonych wirusem HIV,
 - 8) dla inwalidów wojennych i wojskowych, osób represjonowanych oraz kombatanów,
 - 9) dla cywilnych niewidomych ofiar działań wojennych,
 - 10) dla osób uzależnionych od alkoholu, środków odurzających i substancji psychotropowych – w zakresie leczenia odwykowego,
 - 11) dla uprawnionego żołnierza lub pracownika – w zakresie leczenia urazów lub chorób nabytych podczas wykonywania zadań poza granicami kraju.
6. Pacjenci zgłaszający się winni okazać:
 - 1) skierowanie od lekarza ubezpieczenia zdrowotnego – w przypadku gdy świadczenie ma być udzielone w ramach umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia,
 - 2) dowód osobisty/paszport/prawo jazdy (pesel), na podstawie których w systemie e-WUŚ zostanie potwierdzone uprawnienie do bezpłatnych świadczeń – w każdym przypadku świadczenia, którego skutkiem jest porada w ramach umowy z NFZ lub wystawienie recepty/ zlecenia na refundowane leki lub środki pomocnicze.
7. W przypadku nie potwierdzenia uprawnień pacjenta do świadczeń przez system e-WUŚ, w sytuacji, gdy pacjent oświadcza, że ma do nich prawo, może to potwierdzić poprzez:
 - 1) przedstawienie dokumentu potwierdzającego prawo do świadczeń,
 - 2) złożenie pisemnego oświadczenia o przysługującym mu prawie do świadczeń.
8. Szczegółowe uregulowania dotyczące dokumentów potwierdzających prawo do świadczeń opieki zdrowotnej zawarte są w Rozdziale 5 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.
9. Ambulatoryjne świadczenia specjalistyczne udzielane są według kolejności zgłoszenia oraz zgodnie z kryteriami medycznymi.
10. Na wizytę do lekarza specjalisty pacjent może zarejestrować się w godzinach pracy poradni.
11. Ustalanie terminów wizyt odbywa się w drodze zgłoszenia osobistego, telefonicznego, elektronicznego lub za pośrednictwem osób trzecich.
12. W przypadkach nagłych, świadczenia udzielane są niezwłocznie w godzinach pracy Poradni z pominięciem kolejki.
13. Prawo do korzystania ze świadczeń zdrowotnych poza kolejnością, po przedstawieniu dokumentu potwierdzającego uprawnienia, posiadają: Zasłużeni Honorowi Dawcy Krwi, Zasłużeni Dawcy Przeszczepu, inwalidzi wojenni i wojskowi, kombatan ci i osoby represjonowane oraz w zakresie leczenia urazów i chorób nabytych podczas wykonywania zadań poza granicami państwa: żołnierze i pracownicy, weterani, kobiety w ciąży, pacjenci do 18 roku życia, u których stwierdzono ciężkie i nieodwracalne upośledzenie albo nieuleczalną chorobę zagrażającą życiu, które powstały w prenatalnym okresie rozwoju dziecka lub w czasie porodu, na podstawie zaświadczenia lekarza podstawowej opieki zdrowotnej lub lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, posiadającego specjalizację

II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie: położnictwa i ginekologii, perinatologii, neonatologii lub pediatrii, działacze opozycji antykomunistycznej oraz osoby represjonowane z powodów politycznych.

14. Jeżeli świadczenie nie może być wykonane w dniu rejestracji, pacjent zostaje wpisany (za jego zgodą) na listę oczekujących i otrzymuje pisemną lub ustną (rejestracja telefoniczna) informację o wyznaczonym terminie świadczenia z uzasadnieniem przyczyny wyboru tego terminu.
15. W przypadku wystąpienia okoliczności, których nie można było przewidzieć w chwili ustalania terminu świadczenia, a które uniemożliwiają zachowanie terminu wynikającego z listy oczekujących, poradnia ma obowiązek poinformowania pacjenta w każdy dostępny sposób o zmianie terminu wizyty z podaniem przyczyny.
16. Pacjent ma obowiązek niezwłocznego powiadomienia właściwej poradni w przypadku, gdy nie może zgłosić się w wyznaczonym terminie lub rezygnuje ze świadczenia.
17. Dostarczenie skierowania w wymaganym terminie warunkuje utrzymanie wyznaczonego terminu wizyty.
18. Listy oczekujących na udzielenie świadczenia podlegają okresowej, co najmniej raz w miesiącu ocenie Zespołu ds. oceny przyjęć.

§ 98.

1. W trakcie wizyty lekarz przeprowadza i dokumentuje badanie, ustala rozpoznanie i proponuje możliwe sposoby postępowania terapeutycznego.
2. W przypadku trudności z ustaleniem rozpoznania, lekarz kieruje pacjenta na dodatkowe specjalistyczne badania i ustala termin kolejnej wizyty.
3. Wszystkie czynności wykonywane przy pacjencie, informacje dotyczące przebiegu leczenia, informacje o orzeczeniach czasowej niezdolności do pracy, wydanych zaświadczeniach itp. są dokumentowane w historii zdrowia i choroby pacjenta.
4. Do historii zdrowia i choroby dołącza się skierowania, wyniki badań i inną dokumentację medyczną związaną z prowadzonym procesem leczenia.
5. W przypadku pacjentów wymagających leczenia szpitalnego, lekarz wydaje skierowanie do szpitala.
6. Zadaniem lekarza udzielającego świadczeń ambulatoryjnych jest m.in:
 - 1) przyjęcie, diagnozowanie i leczenie pacjenta w przypadkach chorobowych wykraczających poza zakres kompetencji lekarza kierującego,
 - 2) udzielanie konsultacji, będącej przedmiotem prośby lekarza, który skierował pacjenta,
 - 3) przygotowanie pacjenta do planowanej diagnostyki lub przewidzianej formy leczenia, poinformowanie o wskazaniach, przeciwwskazaniach i istniejącym ryzyku zalecanego lub planowanego działania medycznego,
 - 4) wskazywanie pacjentowi, jego opiekunowi faktycznemu lub przedstawicielowi ustawowemu miejsca, w którym może być wykonana zlecona przez niego diagnostyka, leczenie lub konsultacja specjalistyczna,
 - 5) zalecanie lekarzowi kierującemu pacjenta efektywnych form diagnozowania i leczenia konkretnych przypadków chorobowych, m.in. poprzez ustalenie warunków wstępnych niezbędnych do realizacji konsultacji specjalistycznych, np. badań diagnostycznych, leżących w kompetencjach diagnostycznych lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej,
 - 6) uzasadnianie ewentualnej przyczyny odmowy leczenia, także w formie pisemnej – na prośbę lub żądanie pacjenta,
 - 7) rzetelne, czytelne i staranne prowadzenie dokumentacji medycznej oraz wypisywanie recept, zgodnie z obowiązującymi przepisami,
 - 8) orzekanie o czasowej niezdolności do pracy pacjenta – zgodnie z obowiązującymi przepisami.

Rozdział IV

ZASADY ORGANIZACJI PROCESU UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W LABORATORIACH I PRACOWNIACH DIAGNOSTYCZNYCH

§ 99.

1. W laboratoriach i pracowniach diagnostycznych wykonywane są zabiegi i badania diagnostyczne na podstawie skierowania lekarza ubezpieczenia zdrowotnego.
2. Pacjenci, którzy posiadają skierowanie od lekarzy Zakładu, zobowiązani są wykonać badania w odpowiednich komórkach organizacyjnych Zakładu lub we wskazanych przez nich placówkach.

3. Badania oznaczone przez lekarza kierującego jako „pilne/cito” wykonywane są w pierwszej kolejności.
4. Każde wykonane badanie musi być wprowadzone do programu w systemie informatycznym bądź odpowiednio zaewidencjonowane.
5. Wyniki badań odbierane są przez osoby upoważnione i przechowywane w dokumentacji medycznej Zakładu.
6. Wykonanie świadczenia zdrowotnego w pracowni diagnostycznej następuje po uprzedniej rejestracji osobistej, telefonicznej lub za pośrednictwem osób trzecich.
7. W laboratoriach lub pracowniach diagnostycznych Zakładu wykonywane są również badania odpłatne, zgodnie z obowiązującym cennikiem lub na warunkach określonych w zawartych umowach.
8. Wynik takiego badania pacjent odbiera osobiście lub osoba upoważniona przez pacjenta.
9. Na wniosek pacjenta (bez skierowania) nie wykonuje się badań, które mogą być wykonane wyłącznie na podstawie skierowania.

Rozdział V.

ZASADY WSPÓŁDZIAŁANIA MIĘDZY JEDNOSTKAMI I KOMÓRKAMI ORGANIZACYJNYMI ZAKŁADU

§ 100.

1. Wszystkie jednostki i komórki organizacyjne Zakładu mają obowiązek współdziałania w celu zapewnienia sprawnego i efektywnego funkcjonowania Zakładu pod względem diagnostyczno-leczniczym, pielęgnacyjnym, rehabilitacyjnym i administracyjno-gospodarczym.
2. Kierownicy komórek organizacyjnych ponoszą odpowiedzialność za właściwe współdziałanie, dobrą komunikację i przepływ informacji zarówno w ramach nadzorowanej komórki organizacyjnej, jak i pomiędzy jednostkami i komórkami organizacyjnymi Zakładu.
3. Warunki współdziałania są określane w sposób stały lub doraźny i wynikają z przepisów prawa powszechnie obowiązującego, niniejszego Regulaminu, zarządzeń i poleceń służbowych Dyrektora, ustaleń poczynionych na naradach i spotkaniach, dekretacji i adnotacji na dokumentach dokonywanych przez Dyrektora lub kadrę kierowniczą.
4. Wszyscy kierownicy komórek organizacyjnych są obowiązani wdrażać Zarządzenia i polecenia Dyrektora Zakładu oraz dokumenty regulujące funkcjonowanie poszczególnych procesów (m. in. standardy, procedury, instrukcje) w nadzorowanych przez siebie komórkach i zapoznawać podległych pracowników z informacjami istotnymi i mającymi wpływ na zakres obowiązków i sposób wykonywania pracy w komórce.
5. Wszyscy pracownicy są zobowiązani realizować zarządzenia i polecenia Dyrektora Zakładu i polecenia swoich przełożonych, dokładać należytej staranności przy wykonywaniu pracy oraz dbać o dobry wizerunek Zakładu i postępować zgodnie z zasadami etyki i współycia społecznego.
6. Każdy kierownik komórki organizacyjnej oraz każdy pracownik (z zachowaniem stosownej ścieżki służbowej) może zgłaszać uwagi, spostrzeżenia i wnioski dotyczące organizacji procesu świadczeń zdrowotnych, zjawisk medycznych i organizacji pracy Zakładu, a także proponować nowe rozwiązania i usprawnienia, które mogłyby być zastosowane w Zakładzie.
7. Współpraca pomiędzy jednostkami i komórkami organizacyjnymi w zakresie administracyjno-techniczno-gospodarczym w Zakładzie odbywa się przy pomocy komórek administracyjnych, o których mowa w niniejszym Regulaminie i jest realizowana w oparciu o przepisy prawa powszechnie obowiązującego, zarządzenia Dyrektora, a także wynika z zadań poszczególnych komórek organizacyjnych, określonych w niniejszym Regulaminie.
8. Spory powstałe w zakresie współdziałania rozstrzyga Dyrektor.

Zasady przenoszenia pacjentów między oddziałami

§ 101.

1. Przeniesienia pacjentów do leczenia pomiędzy oddziałami uzasadnione mogą być względami medycznymi (zmiana rozpoznania, choroby współistniejące wymagające pilnego leczenia, stan zdrowia pacjenta i inne) lub względami organizacyjnymi (w przypadku podobnych profili medycznych oddziałów, pomiędzy którymi dokonuje się przeniesienia).
2. Przeniesienia pacjentów pomiędzy oddziałami odbywają się na podstawie ustaleń koordynatorów danych oddziałów i obejmują przynajmniej wskazanie daty przeniesienia, osób sprawujących opiekę w trakcie przenoszenia i określenie środka transportu. Lekarz prowadzący pacjenta przekazuje

lekarzowi z oddziału przyjmującego pacjenta wszelkie informacje medyczne konieczne do zachowania ciągłości opieki.

3. O przeniesieniu pacjenta do innego oddziału na skutek nagłego pogorszenia się stanu zdrowia lekarz informuje osobę uprawnioną przez pacjenta do uzyskiwania informacji o jego stanie zdrowia.
4. W momencie przyjęcia pacjenta dany oddział przejmuje odpowiedzialność za pacjenta.

Zasady konsultowania pacjentów

§ 102.

1. Lekarz odpowiedzialny za prowadzenie pacjenta, w uzasadnionych klinicznie przypadkach może skorzystać z konsultacji specjalistycznych: wewnętrznych lub zewnętrznych (poza Zakładem) – na podstawie zawartych umów.
2. W zależności od sytuacji klinicznej pacjenta, konsultacje odbywają się w trybie planowym lub pilnym.
3. Konsultacje, o których mowa w ust. 1 przeprowadzane są przez koordynatora lub wyznaczonych lekarzy oddziału na podstawie autoryzowanego i datowanego zlecenia z systemu informatycznego.
4. Lekarzy konsultujących z danej specjalności wyznacza koordynator i przekazuje w formie pisemnej Zastępcy Dyrektora ds. leczenia celem zatwierdzenia.
5. Lista lekarzy konsultujących dostępna jest w poszczególnych oddziałach. O wszelkich zmianach koordynator powiadamia jednostki, w których odbywają się konsultacje.
6. Wewnątrzszpitalne konsultacje specjalistyczne pacjentów odbywają się w dniach i godzinach ustalonych przez koordynatora oddziału udzielającego konsultacji.
7. Zlecenia na konsultacje wewnątrzszpitalne należy ustalać w oddziale konsultującym w godz. 10.00 - 14.00, określając problem kliniczny, cel i stopień kliniczny konsultacji.
8. Konsultacje przeprowadza lekarz konsultujący w godz. 11.00 - 14.00 lub w uzasadnionych przypadkach, najpóźniej następnego dnia roboczego od dnia zgłoszenia.
9. W przypadku konsultacji pilnych w stanach nagłych, lekarz prowadzący prosi o pilną konsultację. Konsultację wykonuje niezwłocznie lekarz konsultujący lub lekarz wyznaczony przez koordynatora oddziału lub lekarz dyżurny.
10. Wynik konsultacji jest udokumentowany, autoryzowany przez lekarza konsultującego i dołączony do dokumentacji medycznej pacjenta.

Zasady przekazywania pacjentów kolejnym zmianom

§ 103.

1. Przekazanie pełnej informacji o stanie zdrowia oraz istotnych zdarzeniach w oddziale personelowi medycznemu kolejnej zmiany, ma na celu zapewnienie pacjentom hospitalizowanym bezpieczeństwa i ciągłości opieki.
2. Przekazanie pacjentów kolejnym zmianom odbywa się poprzez przekazanie informacji o stanie zdrowia pacjentów oraz innych istotnych zdarzeniach i dokumentowane jest w raportach lekarskich i pielęgniarskich.
3. Przekazanie odbywa się według następującego trybu:
 - 1) o godzinie 7.00 w obecności koordynatora lub lekarza wyznaczonego przez koordynatora odbywa się przekazanie raportu pielęgniarskiego zmiany nocnej, zmianie przejmującej opiekę nad pacjentami,
 - 2) w godz. od 7.00 do 7.30 w obecności zespołu lekarskiego, koordynatora i pielęgniarki oddziałowej odbywa się przekazanie raportu lekarza dyżurnego,
 - 3) przekazanie informacji o stanie zdrowia hospitalizowanych pacjentów oraz istotnych zdarzeniach w oddziale przez koordynatora lub lekarza wyznaczonego przez koordynatora lekarzowi rozpoczynającemu dyżur – zgodnie z harmonogramem pracy,
 - 4) o godzinie 19.00 w obecności lekarza dyżurnego odbywa się przekazanie raportu pielęgniarskiego zmiany dziennej zmianie nocnej.
4. Wymagana jest autoryzacja wpisu podpisem osoby zdającej i przyjmującej raport.
5. Zakres informacji przekazywanej podczas zdania dyżuru to m.in.:
 - 1) data i godzina sporządzenia raportu,
 - 2) stan ogólny pacjentów,
 - 3) informacje dotyczące pacjentów nowo przyjętych,
 - 4) liczba wypisanych,
 - 5) zgony (liczba, okoliczności, podjęte działania, przekazanie informacji rodzinie itp.),
 - 6) informacje dotyczące pozostałych pacjentów: przypadki nagłego pogorszenia stanu zdrowia,

gorączkujący, zabiegi i badania wykonane w trakcie dyżuru, nieplanowane i planowane przetoczenia krwi, konieczność zastosowania przymusu bezpośredniego, inne istotne dla procesu leczenia i pielęgnowania zdarzenia oraz istotne informacje związane z funkcjonowaniem oddziału (np. liczba wolnych łóżek, stan używanej aparatury i sprzętu medycznego, awarie, stan leków itp.).

6. W dni wyznaczone przez koordynatora przeprowadzane są wizyty ordynatorskie, podczas których lekarze prowadzący przedstawiają informacje o efektach i postępach leczenia poszczególnych pacjentów i konsultują je z koordynatorem i innymi lekarzami oddziału, ustalany jest dalszy plan leczenia, diagnostyka oraz ewentualne zmiany w procesie diagnostyczno-terapeutycznym.
7. Zastępca Dyrektora ds. lecznictwa, w trakcie codziennych raportów składanych przez lekarzy jest informowany o przebiegu dyżuru. Informacje dotyczą: stanu zdrowia pacjentów, liczby wypisanych i przyjętych pacjentów, zgonów, sytuacji nagłych wymagających niezwłocznych interwencji, zabiegów operacyjnych oraz innych istotnych spraw mających wpływ na prowadzony proces leczenia lub organizację pracy.

Rozdział VI.

ZASADY WSPÓLDZIAŁANIA ZAKŁADU Z INNYMI PODMIOTAMI WYKONUJĄCYMI DZIAŁALNOŚĆ LECZNICZĄ

§ 104.

1. W celu zapewnienia ciągłości procesu udzielania świadczeń zdrowotnych wszystkie jednostki i komórki organizacyjne Zakładu są zobowiązane współdziałać z innymi podmiotami wykonującymi działalność leczniczą, mając na względzie przede wszystkim dobro pacjenta oraz interes Zakładu.
2. Współdziałanie, o którym mowa w ust. 1 odbywa się m.in. poprzez przeniesienie lub przekierowanie do innego podmiotu leczniczego, kierowanie w celu konsultacji specjalistycznej, zlecenie badań diagnostycznych niewykonywanych w Zakładzie, kierowanie na zabiegi specjalistyczne, o ile nie ma możliwości ich wykonania w Zakładzie – na podstawie przepisów prawa powszechnie obowiązującego, Statutu Zakładu, niniejszego Regulaminu, stosownych porozumień i umów oraz w ramach kompetencji podmiotów współdziałających.
3. Decyzję w formie zlecenia o konieczności przeprowadzenia konsultacji zewnętrznej podejmuje lekarz prowadzący pacjenta w uzgodnieniu z koordynatorem oddziału. W przypadku braku umowy na konkretną konsultację decyzję o jej przeprowadzeniu podejmuje koordynator.
4. W dokumentacji medycznej należy odnotować datę i godzinę przekazania pacjenta oraz środek transportu i miejsce do którego kieruje się pacjenta na konsultację.
5. W przypadku, gdy podczas konsultacji zaistnieje konieczność przeniesienia pacjenta do innego szpitala ze względu na stwierdzony stan zdrowia, następuje wypis pacjenta z Zakładu, a pacjent otrzymuje kartę informacyjną w dwóch egzemplarzach.

§ 105.

1. Zakład na warunkach i zasadach określonych w ustawie może przyjąć lub udzielić zamówienia na udzielenie w określonym zakresie świadczeń zdrowotnych podmiotowi wykonującemu działalność leczniczą lub osobie legitymującej się nabyciem fachowych kwalifikacji do udzielania świadczeń zdrowotnych w określonym zakresie lub określonej dziedzinie medycyny.
2. Szczegółowe warunki współdziałania w zakresie o którym mowa w ust. 1 reguluje odrębna umowa zawierana z podmiotem przyjmującym lub udzielającym zamówienia.

§ 106.

Zasady współpracy z sądami opiekuńczymi, zakładami opiekuńczo-leczniczymi, domami opieki społecznej i urzędami administracji publicznej określają odrębne przepisy.

§ 107.

W ramach specjalistycznej ambulatoryjnej opieki zdrowotnej lekarz obejmujący leczeniem pacjenta zobowiązany jest do:

- 1) informowania lekarza kierującego i lekarza sprawującego podstawową opiekę zdrowotną nad pacjentem, a kierującego na konsultację specjalistyczną o jej wyniku,
- 2) udzielania informacji na wniosek pacjenta lekarzowi podstawowej opieki zdrowotnej, który skierował podopiecznego do objęcia stałym leczeniem specjalistycznym, o postępie leczenia,

- 3) kierowania do specjalisty z innego zakresu lub do szpitala, jeśli zachodzi taka konieczność medyczna z kompletem dotychczas wykonanych badań diagnostycznych,
- 4) zapewnienia kontynuacji leczenia i rehabilitacji w ośrodkach uzdrowiskowych poprzez wydawanie stosownych skierowań,
- 5) wystawiania wniosków na sprzęt ortopedyczny i materiały pomocnicze w razie potrzeby.

Zasady przekierowania pacjentów do innych jednostek / podmiotów

§ 108.

1. Przekierowanie zgłaszającego się do Zakładu pacjenta do innego podmiotu leczniczego następuje po udzieleniu niezbędnej pomocy, w sytuacji gdy lekarz Szpitalnego Oddziału Ratunkowego/Izby Przyjęć, stwierdzi potrzebę niezwłocznego umieszczenia pacjenta w szpitalu. Uzasadnione może być brakiem miejsc w Zakładzie, rozpoznaniem wymagającym leczenia w zakresie, w którym Zakład nie udziela świadczeń lub względami epidemicznymi, a także może mieć miejsce w innych sytuacjach merytorycznie uzasadnionych stanem zdrowia pacjenta.
2. W sytuacji, o której mowa w ust. 1, Zakład w razie potrzeby zapewnia transport pacjenta do innego podmiotu leczniczego na warunkach określonych w niniejszym Regulaminie, po uprzednim uzgodnieniu przez lekarza Szpitalnego Oddziału Ratunkowego/Izby Przyjęć z tym podmiotem zasad przekazania.

§ 109.

1. O przeniesieniu pacjenta do innego podmiotu leczniczego decyduje lekarz w zależności od stanu pacjenta za zgodą koordynatora oraz pacjenta lub w razie niemożności świadomego wyrażenia woli przez pacjenta, członka rodziny pacjenta, przedstawiciela ustawowego albo opiekuna faktycznego pacjenta.
2. Przeniesienie następuje na podstawie ustaleń pomiędzy koordynatorem danego oddziału szpitalnego lub lekarzem przez niego do tej czynności wyznaczonym, a podmiotem przyjmującym pacjenta. Ustalenia te powinny określać co najmniej datę przeniesienia, personel sprawujący opiekę w trakcie transportu i rodzaj transportu.
3. Przeniesienie powoduje wypisanie pacjenta z Zakładu.
4. Zakład w razie potrzeby zapewnia przewiezienie pacjenta na warunkach określonych w niniejszym Regulaminie.
5. O przeniesieniu do innego podmiotu leczniczego lekarz prowadzący informuje członka rodziny pacjenta, przedstawiciela ustawowego lub opiekunów faktycznych pacjenta.
6. Transportowanie pacjenta do innych podmiotów leczniczych odbywa się w zależności od stanu zdrowia pacjenta.
7. Szczegółowe zasady transportu określa wewnętrzny Regulamin Transportu Sanitarnego.

Zasady przyjmowania pacjentów z innych jednostek / podmiotów

§ 110.

1. Przyjęcie pacjenta z innego podmiotu leczniczego do Zakładu następuje z zachowaniem przepisów o listach oczekujących i na podstawie ustaleń podmiotu zewnętrznego z koordynatorem oddziału szpitalnego po stwierdzeniu przez niego, iż Zakład / oddział zapewnia warunki organizacyjne, techniczne i kadrowe niezbędne do udzielenia świadczeń zdrowotnych właściwych do stanu zdrowia pacjenta.
2. Ustalenia, o których mowa w ust. 1 obejmują przynajmniej wskazanie daty przeniesienia, personelu sprawującego opiekę w trakcie transportu i rodzaj środka transportu.

Rozdział VII.

WYSOKOŚĆ OPŁAT ZA ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE, KTÓRE MOGĄ BYĆ, ZGODNIE Z PRZEPISAMI USTAWY LUB PRZEPISAMI ODRĘBNYMI, UDZIELANE ZA CZĘŚCIOWĄ ALBO CAŁKOWITĄ ODPŁATNOŚCIĄ

§ 111.

1. Udzielanie świadczeń zdrowotnych odpłatnych organizowane jest w taki sposób, aby nie ograniczać dostępności do świadczeń finansowych ze środków publicznych, w sposób zapewniający poszanowanie zasady sprawiedliwego, równego, niedyskryminującego i przejrzystego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej oraz zgodnie z kryteriami medycznymi.

2. Udzielanie świadczeń zdrowotnych odpłatnych pozostaje bez wpływu na kolejność pozycji na prowadzonych przez Zakład listach oczekujących na udzielenie świadczenia finansowanego ze środków publicznych.
3. Pacjent ma prawo do pełnej informacji dotyczącej jego prawa do uzyskania świadczenia finansowanego ze środków publicznych oraz warunków uzyskania tego świadczenia.
4. Wysokość opłat za udzielane świadczenia zdrowotne inne niż finansowane ze środków publicznych określa Cennik ustanowiony Zarządzeniem Dyrektora. Wysokość opłat może być też ustanowiona odrębnymi Zarządzeniami Dyrektora regulującymi opłaty za określone rodzaje świadczeń.
5. W przypadku świadczenia zdrowotnego odpłatnego, pacjent przed rozpoczęciem udzielania tego świadczenia ma prawo poznać jego cenę. Powyższe nie dotyczy szpitalnych świadczeń zdrowotnych, w przypadku których ostateczna cena ustalana jest po zakończeniu hospitalizacji.
6. Świadczenia zdrowotne odpłatne są realizowane na podstawie:
 - 1) umowy z innym podmiotem - w tym przypadku rozliczenie następuje w okresach ustalonych każdorazowo w umowie, a pacjent korzystający ze świadczenia zdrowotnego nie jest obciążony kosztami usługi,
 - 2) indywidualnego rozliczenia z pacjentem.
7. W przypadku świadczeń odpłatnych finansowanych indywidualnie, pacjent reguluje należności za usługę:
 - 1) po jej zakończeniu w przypadku szpitalnych świadczeń zdrowotnych: w dniu zakończenia hospitalizacji lub w terminie określonym na fakturze,
 - 2) przed jej rozpoczęciem w odniesieniu do pozostałych rodzajów świadczeń, których cena zawarta jest w Cenniku Zakładu.
8. Zapłata za wykonane odpłatne świadczenia zdrowotne może być dokonana wpłatą gotówkową za pokwitowaniem lub przelewem na wskazany rachunek bankowy.
9. Opłaty uiszczą się w:
 - 1) Kasie Zakładu w siedzibie głównej Zakładu, ul. Kleszczelowska 1, – od poniedziałku do piątku w godzinach od 7.00 do 14.00 (wszystkie opłaty za świadczenia),
 - 2) Izbie Przyjęć przy SOR, ul. Kleszczelowska 1 – po godz. 14.00 oraz 24 h/d w soboty, niedziele i święta,
 - 3) Poradni nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej (ambulatorium) – w godzinach pracy poradni,
 - 4) Punkcie pobrań laboratoryjnych, ul. Jagiellońska 32 – w godzinach pracy punktu.
 - 5) Punkcie pobrań laboratoryjnych, ul. Jana Pawła II 10, 17-120 Brańsk – w godzinach pracy punktu.
10. Opłaty uiszczane gotówką rejestrowane są w kasie, a nabywcy świadczenia wydawane jest potwierdzenie.
11. Na wniosek pacjenta, w terminie do 7 dni od dnia wykonania świadczenia wystawiana jest faktura na podstawie dostarczonego przez pacjenta potwierdzenia opłaty.
12. W przypadku dokonywania opłaty w formie przelewu wystawiana jest faktura z terminem płatności do 14 dni.
13. Faktury wystawiane są przez pracownika działu statystycznego lub przez pracownika działu ekonomicznego.
14. Pacjent ponosi koszty realizacji prawa do dodatkowej opieki pielęgnacyjnej oraz kontaktu osobistego, telefonicznego lub korespondencyjnego z innymi osobami, jeżeli realizacja tych praw skutkuje kosztami poniesionymi przez Zakład. Wysokość opłat została określona Zarządzeniem Dyrektora.
15. Wysokość opłat za udostępnienie dokumentacji medycznej poprzez sporządzenie jej wyciągu, odpisu lub kopii określa Cennik ustanowiony Zarządzeniem Dyrektora.
16. 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 określona została Zarządzeniem Dyrektora.

Dział IV – PRZEPISY PORZĄDKOWE

§ 112.

1. Na terenie Zakładu obowiązuje zakaz palenia wyrobów tytoniowych i palenia papierosów elektronicznych.
2. Za nieprzestrzeganie zakazu palenia wyrobów tytoniowych i palenia papierosów elektronicznych przez pracowników stosowane będą kary przewidziane w art. 108 Kodeksu Pracy, natomiast pacjenci oraz osoby przebywające na terenie Zakładu, łamiące w/w zakaz, mogą zostać wypisani z Zakładu lub zobowiązani do opuszczenia terenu Zakładu.
3. Na terenie Zakładu obowiązuje zakaz wnoszenia i spożywania napojów alkoholowych i środków odurzających, jak również uprawiania gier hazardowych i zajmowania się handlem.
4. Cisza nocna obowiązuje od godziny 22.00 do 6.00 rano. W tym czasie pacjenci mają obowiązek przebywania w salach chorych i niezakłócania ciszy nocnej.

Monitoring wizyjny

§ 113.

1. Na terenie Zakładu funkcjonuje całodobowy monitoring wizyjny.
2. Zasady prowadzenia monitoringu określa obowiązujący w Zakładzie Regulamin monitoringu wizyjnego.
3. Celem monitoringu wizyjnego jest:
 - 1) zapewnienie bezpieczeństwa pacjentom, pracownikom Zakładu oraz osobom przebywającym na monitorowanym terenie,
 - 2) ochrona przeciwpożarowa,
 - 3) ochrona mienia,
 - 4) nadzór nad pacjentami znajdującymi się w stanie zagrożenia życia lub zdrowia, wymagający natychmiastowej interwencji medycznej w przypadku pogorszenia się tego stanu.
4. Dyrektor Zakładu decyduje o zakresie monitoringu wizyjnego oraz o jego umiejscowieniu, biorąc pod uwagę potrzeby Zakładu oraz przepisy prawa obowiązujące w tym zakresie.
5. Nadzór nad systemem monitoringu pod kątem technicznym sprawuje Dział Techniczny przy wsparciu w zakresie informatycznym Działu Informatycznego.
6. Zakład zabezpiecza nagrania zarejestrowanych przez monitoring zdarzeń zagrażających bezpieczeństwu, życiu i zdrowiu osób przebywających na terenie Zakładu (pracowników jak i pacjentów) oraz niszczenia i kradzieży mienia dla celów dowodowych na wniosek uprawnionych organów, w zakresie prowadzonych przez nie postępowań.
7. Decyzję o udostępnieniu zapisu z monitoringu wizyjnego podejmuje Dyrektor Zakładu.
8. Zapis monitoringu wizyjnego nie stanowi informacji publicznej i nie podlega udostępnieniu w oparciu o przepisy ustawy o dostępie do informacji publicznej.

Zasady odwiedzin

§ 114.

1. W trosce o zapewnienie właściwego przebiegu procesu diagnostyczno-leczniczego oraz umożliwienie pacjentom odpoczynku, komfortu i szybkiego powrotu do zdrowia, zaleca się, aby odwiedziny odbywały się w ustalonych godzinach.
2. W szczególnych przypadkach za zgodą koordynatora/lekarza dyżurnego odwiedziny mogą odbywać się poza zalecanymi godzinami.
3. Osoby odwiedzające zobowiązane są do podporządkowania się poleceniom i wskazówkom personelu Zakładu.
4. W przypadku zagrożenia epidemiologicznego lub ze względu na warunki udzielania świadczeń innym pacjentom w Zakładzie, Dyrektor może ograniczyć prawo pacjenta do kontaktu osobistego z osobami z zewnątrz, w tym do sprawowania dodatkowej opieki przez osoby bliskie lub inne osoby wskazane przez pacjenta.
5. Każda decyzja ograniczająca czas i zakres odwiedzin pacjentów zawiera uzasadnienie podjętej decyzji i przewidywany termin trwania ograniczeń oraz zostaje przekazana do publicznej wiadomości.
6. W sali chorych u jednego pacjenta mogą przebywać jednocześnie 2 osoby odwiedzające.
7. Nie wolno odwiedzać pacjenta osobom będącym pod wpływem alkoholu lub narkotyków, a także chorym.
8. Osoby odwiedzające powinny stosować się do obowiązujących w Zakładzie przepisów sanitarno-epidemiologicznych, przeciwpożarowych i porządkowych.

Zasady przyjmowania skarg i wniosków

§ 115.

1. Pacjent ma prawo zgłaszać uwagi oraz wnosić skargi i zażalenia dotyczące działalności Zakładu, kierownikowi komórki organizacyjnej Zakładu, koordynatorowi / kierownikowi kierującemu oddziałem / zakładem, pielęgniarce oddziałowej / koordynującej.
2. Ponadto pacjentowi przysługuje prawo składania skarg i wniosków do:
 - 1) Dyrektora Zakładu i Zastępcy Dyrektora ds. leczenia.
 - 2) Pełnomocnik Dyrektora ds. Praw Pacjenta SPZOZ w Bielsku Podlaskim,
 - 3) Kierownik komórki organizacyjnej: w ramach godzin pracy
3. Pozostałe instytucje przyjmujące skargi, uwagi i wnioski:
 - 1) SEKCJA SKARG I WNIOSKÓW, Podlaski Oddział Wojewódzki NFZ w Białymstoku
 - 2) BIURO RZECZNIKA PRAW PACJENTA ORAZ DEPARTAMENT DO SPRAW ZDROWIA PSYCHICZNEGO BIURA RZECZNIKA PRAW PACJENTA
4. Skargi i wnioski mogą być wnoszone pisemnie, za pomocą telefaksu, poczty elektronicznej, a także ustnie do protokołu według określonego wzoru - który podpisują wnoszący skargę lub wniosek i przyjmujący zgłoszenie.
5. Przyjmujący skargi i wnioski potwierdza ich złożenie, jeżeli zażąda tego wnoszący.
6. Skargi i wnioski bez imienia i nazwiska (nazwy) oraz adresu wnoszącego, po dokonaniu rejestracji, pozostawia się bez rozpoznania, chyba że treść skargi lub wniosku zawiera dane poddające się weryfikacji, a wynik rozpatrzenia może służyć interesom Zakładu – decyzje w tym względzie podejmuje Dyrektor. Informacje zawarte w anonimowej skardze / wniosku, Dyrektor może wykorzystać w ramach pełnionego nadzoru nad pracownikami.
7. Jeżeli z treści skargi lub wniosku nie można należycie ustalić ich przedmiotu, wzywa się wnoszącego skargę lub wniosek do złożenia, w terminie 7 dni od dnia otrzymania wezwania, wyjaśnienia lub uzupełnienia, z pouczeniem, że nie usunięcie tych braków spowoduje pozostawienie skargi lub wniosku bez rozpoznania.
8. Skarga dotycząca określonej osoby nie może być przekazana do rozpatrzenia tej osobie ani osobie, wobec której pozostaje ona w stosunku nadrzędności służbowej.
9. Sekretariat prowadzi Rejestr skarg i wniosków. Do rejestru wpisuje się również anonimy.
10. Skargi i wnioski rozpatruje Dyrektor lub wyznaczona przez niego osoba.
11. Pracownicy upoważnieni do przyjmowania skarg i wniosków oraz pracownik, który otrzymał skargę dotyczącą jego działalności obowiązani są niezwłocznie przekazać ją Dyrektorowi.
12. Dyrektor kwalifikuje daną sprawę do skarg lub wniosków i wyznacza w stosownej adnotacji pracownika lub zespół, któremu powierza jej rozpatrzenie. W adnotacji określa termin rozpatrzenia (niezwłocznie i niepóźniej niż w ciągu miesiąca) ewentualnie zapisuje swoje sugestie co do sposobu rozpatrzenia, datuje i podpisuje adnotację.
13. Skargi, które nie należą do kompetencji Zakładu, należy zarejestrować, następnie z pismem przewodnim przesłać zgodnie z właściwością, zawiadamiając o tym jednocześnie wnoszącego albo zwrócić mu sprawę wskazując właściwy organ, kopię pisma należy pozostawić w dokumentacji Zakładu.
14. Skargi, które dotyczą kilku spraw podlegających rozpatrzeniu przez różne organy, należy zarejestrować, następnie pismem przewodnim przesłać odpisy właściwym organom, zawiadamiając o tym równocześnie wnoszącego. Kopie pisma należy pozostawić w dokumentacji Zakładu.
15. Pełna dokumentacja po zakończeniu sprawy przechowywana jest w Sekretariacie.
16. Skargę/wniosek rozpatruje się bez zbędnej zwłoki:
 - 1) do czternastu dni, gdy skargę wnosi poseł na Sejm, senator lub radny,
 - 2) do miesiąca, gdy wszczyna się postępowanie wyjaśniające,
 - 3) do dwóch miesięcy, gdy skarga/wniosek jest szczególnie skomplikowana.
17. Do siedmiu dni należy:
 - 1) przesłać informację do wnoszącego o przesunięciu terminu załatwienia skargi/wniosku z podaniem powodów tego przesunięcia,
 - 2) zwrócić się z prośbą do osoby wnoszącej o przesłanie dodatkowych informacji dotyczących skargi/wniosku,
 - 3) udzielić odpowiedzi w przypadku ponowienia skargi/wniosku, w której brak jest wskazania nowych okoliczności sprawy,
 - 4) jeżeli skarga/wniosek została skierowana niewłaściwie, zwrócić ją wnoszącemu z wskazaniem właściwego organu.

Dział V – POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 116.

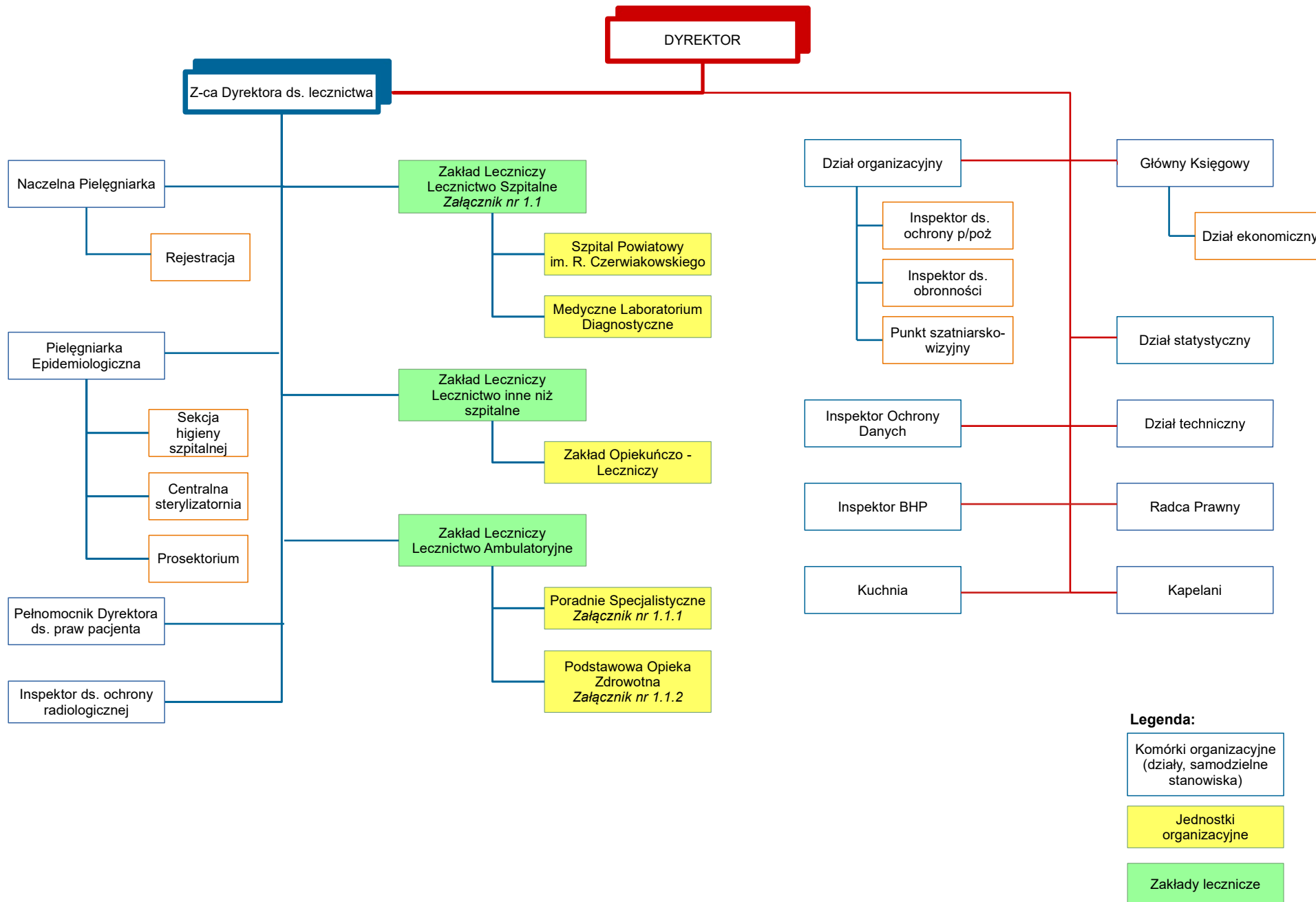
1. Niniejszy Regulamin ustalany jest przez Dyrektora i podlega zaopiniowaniu przez Radę Społeczną SPZOZ w Bielsku Podlaskim.
2. Regulamin wprowadzany jest do stosowania Zarządzeniem Dyrektora.
3. Regulamin dotyczy zarówno personelu, pacjentów, jak i osób odwiedzających.
4. Tryb postępowania przy wprowadzaniu zmian:
 - 1) potrzebę zmiany inicjator zgłasza drogą służbową do działu organizacji i jakości, który również może być inicjatorem zmiany,
 - 2) dział organizacji i jakości, po zasięgnięciu odpowiednich opinii, opracowuje zmianę od strony formalnej i przedstawia propozycję Dyrektorowi.
5. Wszelkie zmiany do Regulaminu wymagają formy pisemnej pod rygorem nieważności.
6. Postanowienia Regulaminu zostają podane do wiadomości wszystkich zatrudnionych w Zakładzie.
7. Podanie Regulaminu do publicznej wiadomości następuje poprzez udostępnienie na stronie internetowej www.spzoz-bielsk.pl oraz w Biuletynie Informacji Publicznej.
8. Regulamin udostępniany jest na wniosek osób zainteresowanych.
9. Osoby zatrudnione w Zakładzie zobowiązane są do znajomości i stosowania obowiązujących przepisów.
10. W przypadkach nieuregulowanych niniejszym Regulaminem zastosowanie mają przepisy Ustawy o działalności leczniczej oraz inne przepisy obowiązującego prawa.
11. Wątpliwości w stosowaniu niniejszego Regulaminu rozstrzyga Dyrektor.

§ 117.

Załączniki do Regulaminu:

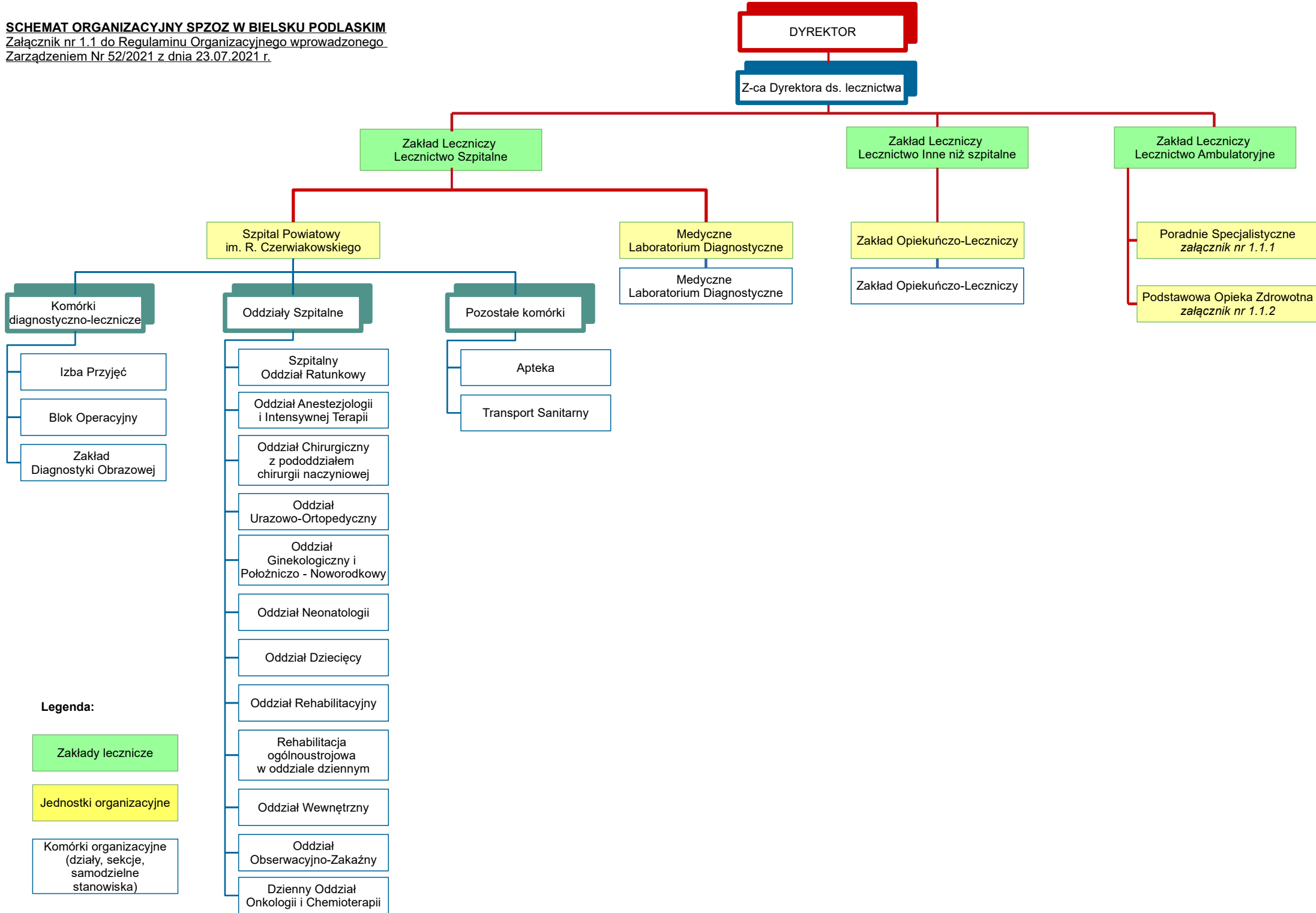
- 1) Schemat organizacyjny Zakładu – Załącznik nr 1.

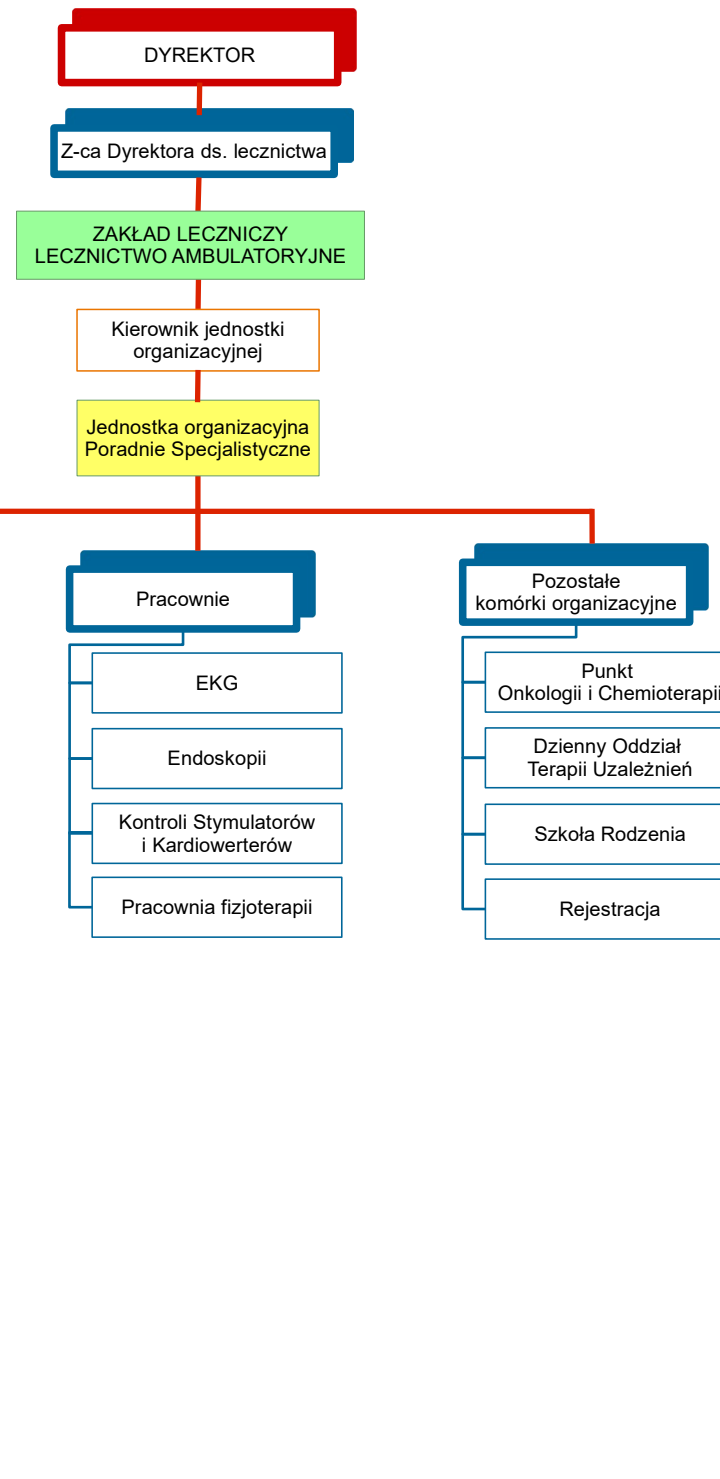
SCHEMAT ORGANIZACYJNY SPZOZ W BIELSKU PODLASKIM
 Załącznik nr 1 do Regulaminu Organizacyjnego wprowadzonego
 Zarządzeniem Nr 52/2021 z dnia 23.07.2021 r.



SCHEMAT ORGANIZACYJNY SZPOZ W BIELSKU PODLASKIM

Załącznik nr 1.1 do Regulaminu Organizacyjnego wprowadzonego Zarządzeniem Nr 52/2021 z dnia 23.07.2021 r.





Legenda:

Zakłady lecznicze

Jednostki organizacyjne

Komórki organizacyjne
(działy, sekcje,
samodzielne
stanowiska)

SCHEMAT ORGANIZACYJNY SPZOZ W BIELSKU PODLASKIM
Załącznik nr 1.1.2 do Regulaminu Organizacyjnego wprowadzonego
Zarządzeniem Nr 52/2021 z dnia 23.07.2021 r.

