



SPECJALISTYCZNY SZPITAL
im. dra Alfreda Sokołowskiego
w Wałbrzychu

REGULAMIN ORGANIZACYJNY

(tekst jednolity)

WAŁBRZYCH

2019

S P I S T R E Ś C I

ROZDZIAŁ I - 4 str.

POSTANOWIENIA OGÓLNE

ROZDZIAŁ II - 8 str.

ORGANIZACJA UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH FINANSOWANYCH ZE ŚRODKÓW PUBLICZNYCH

ROZDZIAŁ III - 11 str.

ORGANIZACJA PROCESU UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W PRZYPADKU POBIERANIA OPŁAT

ROZDZIAŁ IV - 12 str.

ORGANIZACJA PROCESU UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH PACJENTOM POSIADAJĄCYM KARTĘ DIAGNOSTYKI I LECZENIA ONKOLOGICZNEGO – DIŁO

ROZDZIAŁ V - 15 str.

PORZĄDEK PROCESU UDZIELANIA STACJONARNYCH ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH

- **Prezentacja oddziałów zabiegowych, zachowawczych dziecięcych.**
- **Zadania wspólne oddziałów zachowawczych i zabiegowych.**
- **Przyjęcie pacjenta do Szpitala.**
- **Ustalenie planu opieki nad pacjentem i leczenie.**
- **Uzyskiwanie zgody pacjenta na zabieg operacyjny, badania diagnostyczne.**
- **Zasady przeprowadzania konsultacji medycznych u pacjentów hospitalizowanych.**
- **Zasady przekazywania pacjenta pomiędzy oddziałami i do innych zakładów opieki zdrowotnej.**
- **Transport sanitarny pacjentów.**
- **Wypisanie pacjenta ze Szpitala.**
- **Zasady odwiedzin pacjentów**
- **Sprawowanie dodatkowej opieki pielęgniarskiej nad pacjentem przez krewnych lub osoby wskazane przez pacjenta**

- **Prezentacja zakładów i pracowni diagnostycznych**

ROZDZIAŁ VI - 30 str.

**PORZĄDEK PROCESU UDZIELANIA AMBULATORYJNYCH ŚWIADCZEŃ
ZDROWOTNYCH**

ROZDZIAŁ VII - 32 str.

FORMA I WARUNKI UDOSTĘPNIANIA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

ROZDZIAŁ VIII - 33 str.

**POSTĘPOWANIE W RAZIE ŚMIERCI PACJENTA W SPECJALISTYCZNYM
SZPITALU IM. DRA ALFREDA SOKOŁOWSKIEGO**

ROZDZIAŁ IX - 40 str.

PRAWA I OBOWIĄZKI PACJENTA

ROZDZIAŁ X - 47 str.

**ORGANIZACJA I ZADANIA POSZCZEGÓLNYCH KOMÓREK
ADMINISTRACYJNYCH SZPITALA**

ROZDZIAŁ XI - 68 str.

WARUNKI WSPÓLDZIAŁANIA Z INNYM PODMIOTAMI LECZNICZYMI

ROZDZIAŁ XII - 69 str.

**OPŁATY ZA ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE INNE NIŻ FINANSOWANE ZE
ŚRODKÓW PUBLICZNYCH**

ROZDZIAŁ XIII - 70 str.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

Regulamin organizacyjny określa sposób i porządek procesu udzielania świadczeń zdrowotnych w Specjalistycznym Szpitalu im. dra Alfreda Sokołowskiego .

ROZDZIAŁ I

POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1

1. Specjalistyczny Szpital im. dra Alfreda Sokołowskiego, zwany dalej „Zakładem” lub „Szpitalem” jest podmiotem leczniczym niebędącym przedsiębiorcą prowadzonym w formie samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej wpisanym do:
 - Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem **KRS 0000046016** w Sądzie Rejonowym dla Wrocławia Fabrycznej we Wrocławiu, IX Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego,
 - rejestru podmiotów leczniczych prowadzonego przez Wojewodę Dolnośląskiego pod numerem **000000001389**
2. Organ założycielski - Województwo Dolnośląskie.
3. Siedziba Zakładu:
 - 58-309 Wałbrzych, ul. Sokołowskiego 4
4. Szpital posługuje się pieczęcią główną o treści:

Specjalistyczny Szpital im. dra Alfreda Sokołowskiego
58-309 Wałbrzych, ul. Sokołowskiego 4
tel. (0-74) 64-89-600, fax (0-74) 64-89-746

która może być uzupełniona:

- numerem NIP: **886-23-85-315**
- numerem REGON: **890047446**
- nazwą komórki organizacyjnej wg struktury organizacyjnej z trzy cyfrowym kodem stanowiącym siódmą część resortowego kodu identyfikacyjnego i czterocyfrowym kodem resortowym charakteryzującym specjalność komórki,
- adres komórki organizacyjnej, jeśli jest inny niż adres siedziby zakładu.
- numerem telefonicznym komórki organizacyjnej
- numerem fax. komórki organizacyjnej

§ 2

1. Regulamin Organizacyjny określa sprawy dotyczące sposobu i warunków udzielania świadczeń zdrowotnych przez Specjalistyczny Szpital im. dra Alfreda Sokołowskiego w Wałbrzychu, nieuregulowane w ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej (Dz. U 2016 poz. 1638 z póź. zmianami) i Statucie Szpitala oraz
 - 1) cele i zadania Zakładu,
 - 2) zakres, miejsce oraz przebieg udzielania świadczeń zdrowotnych,
 - 3) strukturę organizacyjną oraz organizację i zadania poszczególnych komórek organizacyjnych, wraz z warunkami współdziałania tych komórek,
 - 4) warunki współpracy z innymi podmiotami wykonującymi działalność leczniczą,
 - 5) wysokość opłat za udostępnienie dokumentacji medycznej,

- 6) organizację procesu udzielania świadczeń zdrowotnych w przypadku pobierania opłat,
- 7) wysokość opłat za przechowywanie zwłok pacjenta przez okres dłuższy niż 72 godziny,
- 8) wysokość opłat za udzielanie świadczeń zdrowotnych innych niż finansowane ze środków publicznych,
- 9) sposób kierowania komórkami organizacyjnymi,
- 10) postępowanie kancelaryjne w Zakładzie, obieg dokumentów.

§ 3

1. Do zadań Zakładu należy:
 - 1) udzielanie stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych,
 - 2) udzielanie ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych,
 - 3) udzielanie świadczeń z zakresu nocnej i świątecznej pomocy
 - 4) prowadzenie działalności mającej na celu promocję i profilaktykę zdrowotną,
 - 5) wykonywanie badań diagnostycznych dla innych podmiotów leczniczych,
 - 6) organizowanie i prowadzenie szkolenia i doszkalania pracowników,
 - 7) uczestniczenie w przygotowaniu osób do wykonywania zawodów medycznych i kształceniu osób wykonujących zawód medyczny w oparciu o obowiązujące w tym zakresie przepisy prawne,
 - 8) uczestniczenie w realizacji zadań i programów zdrowotnych oraz naukowych zleczonych przez instytucje naukowe, zakłady pracy, organizacje społeczne, komórki samorządu terytorialnego i inne podmioty,
 - 9) prowadzenie prac naukowych i badawczych,
 - 10) wykonywanie zadań obronnych i obrony cywilnej na czas nadzwyczajnych zagrożeń i na czas „W”,
 - 11) rehabilitacja lecznicza,
 - 12) pielęgnacja chorych,
 - 13) pielęgnacja i opieka nad niepełnosprawnymi,
 - 14) orzekanie o stanie zdrowia,
 - 15) prowadzenie spraw związanych z statystyką medyczną, prowadzenie działalności związanej z bezpieczeństwem i higieną pracy oraz obronnością kraju i p/poż.,
 - 16) współpraca z Instytutami Akademii Medycznych, Instytutami Badawczymi, Centrum Zdrowia Dziecka, Instytutem Matki i Dziecka oraz Centrum Zdrowia Matki Polki w zakresie organizowania i szkolenia podyplomowego, doskonalenia pracowników medycznych,
 - 17) wykonywanie innych zadań wynikających z przepisów lub zleconych przez właściwy terenowo organ administracji publicznej.
2. Zakład może także wykonywać działalność gospodarczą w zakresie :
 - 1) usług diagnostycznych, wynajmu i dzierżawy pomieszczeń,
 - 2) sterylizacji sprzętu,
 - 3) prowadzenia parkingu,
 - 4) usług kserograficznych

§ 4

Szpital świadczy usługi zdrowotne:

- bezpłatnie - osobom uprawnionym z tytułu ubezpieczenia społecznego lub na podstawie innych przepisów o bezpłatnej pomocy medycznej,
- odpłatnie – na zasadach określonych w ustawie o działalności leczniczej, przepisach odrębnych lub kontraktach z dysponentem środków ubezpieczenia zdrowotnego, z osobami fizycznymi, osobami prawnymi oraz innymi jednostkami organizacyjnymi.

§ 5

Żadne okoliczności nie mogą stanowić podstawy do odmowy udzielenia świadczenia zdrowotnego, jeśli osoba znajdująca się w Szpitalu wymaga natychmiastowej pomocy medycznej ze względu na zagrożenie życia i zdrowia.

§ 6

1. W Szpitalu świadczenia zdrowotne udzielane są wyłącznie przez osoby wykonujące zawody medyczne oraz spełniające wymagania kwalifikacyjne określone w odrębnych przepisach.
2. Obowiązki i odpowiedzialność osób wykonujących świadczenia zdrowotne określają zakresy czynności pracowników.
3. W Szpitalu dopuszcza się wykonywanie świadczeń przez wolontariuszy.

§ 7

Lekarze kierujący pracą oddziału /kierownicy komórek organizacyjnych Szpitala zapewniają w szczególności wysoką jakość udzielania świadczeń zdrowotnych oraz efektywność pracy zespołów, którymi kierują.

§ 8

Personel Szpitala jest zobowiązany zachować w tajemnicy wszelkie informacje uzyskane w czasie wykonywania obowiązków.

§ 9

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

§ 10

Postępowanie kancelaryjne w Szpitalu, obieg dokumentów, rejestrację, znakowanie pism, używanie pieczęci - określa instrukcja kancelaryjna ustalona przez Dyrektora Szpitala, zatwierdzona przez Archiwum Państwowe.

§ 11

1. Wewnętrzny porządek oraz czas pracy dla poszczególnych grup zawodowych określa Regulamin Pracy Szpitala ustalony przez Dyrektora w drodze zarządzenia, po uzgodnieniu ze Związkami Zawodowymi.
2. W Szpitalu obowiązuje noszenie imiennych identyfikatorów przez cały personel Szpitala.

§ 12

1. Dyrektor Szpitala w celu zapewnienia właściwego poziomu i jakości świadczeń zdrowotnych wykonywanych w poszczególnych komórkach organizacyjnych, określa zgodnie z odrębnymi przepisami:
 - 1) Standardy udzielania świadczeń
 - 2) Standardy medyczne, a w szczególności: standardy procesu diagnozowania, leczenia, profilaktyki, receptariusza szpitalnego i postępowania z lekami, kontroli procesu leczenia, warunków izolacji, oraz pobierania i przeszczepiania komórek, tkanek i narządów.
 - 3) Standardy organizacji i zarządzania podmiotem leczniczym a w szczególności: bezpieczeństwa p/poż, zabezpieczenia awaryjnego, specyficznych norm żywienia, zwalczania chorób zakaźnych i ich monitorowania, zasad higieny szpitalnej, obiegu dokumentacji, badania statystyki pacjenta, zasad współdziałania między wszystkimi komórkami organizacyjnymi Szpitala.
2. Dyrektor Szpitala w sytuacjach tego wymagających, zapewnia możliwość porozumienia się z pacjentami obcojęzycznymi przez 24 godziny na dobę, poprzez udostępnienie wszystkim medycznym komórkom organizacyjnym wykazu z danymi kontaktowymi ambasad, pracowników posługujących się językami obcymi, oraz tłumaczy języków obcych.

§ 13

1. Szpital prowadzi dokumentację medyczną pacjentów korzystających ze świadczeń zdrowotnych z zapewnieniem ochrony danych osobowych zawartych w dokumentacji.
2. Zasady kompletowania, prowadzenia, udostępniania i przechowywania dokumentacji medycznej indywidualnej i zbiorczej określa Dyrektor, w oparciu o odrębne przepisy.

§ 14

1. Szpital może tworzyć wydzielone jednostki do prowadzenia działalności gospodarczej.
2. Prowadzenie działalności gospodarczej przez wydzielone jednostki nie może ograniczać dostępności i poziomu świadczeń zdrowotnych, udzielanych osobom uprawnionym, na podstawie obowiązujących przepisów prawa.

§ 15

1. Politykę Jakości Szpital realizuje poprzez stałą poprawę skuteczności działań w zakresie świadczonych usług, bezpieczeństwa i higieny pracy, bezpieczeństwa informacji przy stałym spełnianiu wymagań prawnych oraz podnoszeniu kwalifikacji i zaangażowania wszystkich pracowników i współpracowników.

2. W ramach Polityki Jakości Szpital określa cele jakościowe i zapewnia:
 - 1) kompleksowość usług udzielanych w bezpiecznych warunkach, przy zachowaniu dostępu do najnowocześniejszej aparatury diagnostycznej i leczniczej, solidność, profesjonalizm i przyjazną atmosferę;
 - 2) zapobieganie wypadkom przy pracy, chorobom zawodowym;
 - 3) minimalizację zanieczyszczeń środowiska naturalnego i zapobieganie ich powstawaniu.
3. Szpital realizuje program poprawy jakości w oparciu o standardy akredytacyjne, określone w Programie Akredytacji Szpitali oraz wg norm ISO 9001.
4. Pracownicy Szpitala są zobowiązani do realizacji Polityki Jakości oraz standardów akredytacyjnych określonych w Programie akredytacji Szpitali oraz procedur spełniających normy ISO 9001.

§ 16

Regulamin Organizacyjny ustala kierownik zakładu opieki zdrowotnej, a opiniuje Rada Społeczna.

§ 17

Oryginał Regulaminu Organizacyjnego w formie papierowej znajduje się w Dziale Organizacji i Nadzoru a forma elektroniczna REGULAMINU jest dostępna na stronie internetowej www.zdrowie.walbrzych.pl, w zakładce **Pacjent/Regulamin** i na stronie **Biuletynu Informacji Publicznej** – www.bip51.lo.pl

ROZDZIAŁ II

ORGANIZACJA UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH FINANSOWANYCH ZE ŚRODKÓW PUBLICZNYCH

§ 18

1. Warunkiem pozyskania bezpłatnych świadczeń zdrowotnych jest pozytywna weryfikacja w systemie eWUŚ uprawnień pacjenta na podstawie numeru PESEL, sprawdzanego przez okazanie dowodu tożsamości albo w przypadku osób, które nie ukończyły 18 roku życia przez okazanie legitymacji szkolnej.
2. W przypadku gdy prawo pacjenta do świadczeń nie zostanie potwierdzone w systemie eWUŚ, weryfikacja uprawnień następuje w oparciu o dokumenty:

Dla osoby zatrudnionej na podstawie umowy o pracę (jeden z wymienionych dowodów):

 - druk ZUS RMUA wydawany przez pracodawcę,
 - aktualne zaświadczenie z zakładu pracy,
 - legitymacja ubezpieczeniowa wraz z aktualnym wpisem i pieczętką.

Dla osoby prowadzącej działalność gospodarczą:

 - aktualny dowód wpłaty składki na ubezpieczenie zdrowotne.

Dla osoby ubezpieczonej w Kasie Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego (KRUS):

- legitymacja KRUS

Dla emerytów i rencistów:

- legitymacja emeryta lub rencisty.

Dla osoby bezrobotnej (o ile nie jest ubezpieczona, jako członek rodziny):

- aktualne zaświadczenie z Urzędu Pracy potwierdzające prawo osoby bezrobotnej do bezpłatnych świadczeń medycznych.

Dla osoby ubezpieczonej dobrowolnie:

- umowa zawarta z NFZ wraz z aktualnym dowodem opłaty składki.

Dla osoby korzystającej z pomocy opieki społecznej:

- decyzja wójta (burmistrza) gminy,
- legitymacja potwierdzona przez Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej lub Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej.

Dla członka rodziny osoby ubezpieczonej tj. współmałżonka osoby z wyżej wymienionych grup, o ile nie jest ubezpieczony z własnego tytułu, dziecka osoby ubezpieczonej, wnuka osoby ubezpieczonej, o ile nie jest zgłoszony przez rodziców lub szkołę (jeden z wymienionych dokumentów):

- dowód opłacania składki zdrowotnej przez głównego płatnika oraz zgłoszenie do ubezpieczenia członków rodziny,
- legitymacja rodzinna z wpisanymi członkami rodziny wraz z aktualną datą i pieczęcią,
- aktualne zaświadczenie z zakładu pracy,
- legitymacja emeryta lub rencisty z wpisanymi członkami rodziny.

W przypadku osób, które ukończyły 18 rok życia dodatkowo dokument potwierdzający fakt kontynuacji nauki (do 26 roku życia) lub dokument mówiący o niepełnosprawności. Prawo do świadczeń z ubezpieczenia zdrowotnego dla osób, które ukończyły szkołę średnią lub wyższą wygasa po upływie 4 miesięcy od zakończenia nauki lub skreślenia z listy uczniów lub studentów.

Inni (np. duchowni, stypendyści):

- kserokopia druku zgłoszenia do ubezpieczenia lub inne zaświadczenie od płatnika składki.

Dla osób uprawnionych do świadczeń na podstawie przepisów o koordynacji (jeden z wymienionych dokumentów):

W razie konieczności udzielenia świadczeń, osoba uprawniona z innego państwa członkowskiego, przebywająca czasowo na terytorium Polski, ma prawo do bezpłatnej opieki medycznej na podstawie:

- EKUZ – Europejska Karta Ubezpieczenia Zdrowotnego,
- Certyfikatu zastępczego,
- Poświadczenia wydanego przez NFZ

W przypadku ich braku pacjent sam pokrywa koszty leczenia.**3. Jeśli ubezpieczony:**

- nie przedstawi dowodu ubezpieczenia zdrowotnego, lub nie opłaci składki ubezpieczenia zdrowotnego przez okres dłuższy niż miesiąc, pokrywa koszty udzielonych świadczeń (tzn. płaci za leczenie, badania itp.).

4. W przypadku pracowników, za których nie opłacono regularnie składki zdrowotnej, ewentualne koszty leczenia pracownika poniesie pracodawca.
5. Brak dokumentu potwierdzającego uprawnienia do świadczeń zdrowotnych nie może być powodem odmowy udzielenia świadczenia w następujących przypadkach:
 - nagłego zachorowania
 - wypadku, urazu lub zatrucia
 - stanu zagrożenia życia lub porodu.
6. Dowód ubezpieczenia zdrowotnego może zostać przedstawiony przez ubezpieczonego w innym czasie, nie później niż 30 dni od dnia rozpoczęcia udzielenia świadczenia o ile pacjent nadal przebywa w szpitalu lub w terminie 7 dni od zakończenia udzielenia świadczenia.
7. Przedstawione zasady nie dotyczą dzieci do ukończenia 6 miesiąca życia, co nie oznacza jednak, że dziecko automatycznie uzyskuje prawo do świadczeń medycznych finansowanych ze środków NFZ, ponieważ zgodnie z art. 67 ustawy z 27.08.2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych – (Dz. U. 2016, poz. 1793 z póź. zmianami) prawo to przysługuje dopiero po zgłoszeniu do ubezpieczenia.

§ 19

1. Świadczenia zdrowotne w Szpitalu udzielane są w zakresie:
 - Stacjonarnej całodobowej opieki zdrowotnej.
 - Ambulatoryjnej specjalistycznej opieki zdrowotnej w szczególności świadczeń udzielanych przez Przyszpitalne Poradnie Specjalistyczne oraz inne medyczne komórki organizacyjne Szpitala.
 - Świadczenia w zakresie nocnej i świątecznej pomocy.
2. Szczegółowy zakres udzielanych świadczeń zdrowotnych określają umowy z instytucjami ubezpieczenia zdrowotnego oraz umowy z osobami fizycznymi, osobami prawnymi i innymi jednostkami organizacyjnymi.

§ 20

1. Świadczenia opieki zdrowotnej w Szpitalu i świadczenia specjalistyczne w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej są udzielane wg kolejności zgłoszenia.
Oddziały i Poradnie Specjalistyczne Szpitala w szczególności:
 - a) ustalają kolejność udzielania świadczeń na podstawie zgłoszeń pacjentów, wpisując ich na listę oczekujących,
 - b) pacjent rejestrujący się do poradni specjalistycznej, pracowni – na badanie diagnostyczne lub wyznaczony termin przyjęcia do Szpitala – ma obowiązek dostarczyć oryginał skierowania (o ile jest ono wymagane) nie później niż w terminie 14 dni roboczych od dnia dokonania wpisu na listę oczekujących, pod rygorem skreślenia z listy oczekujących. Jeżeli pacjent nie przyjdzie na wyznaczoną wizytę, zostanie skreślony z listy oczekujących, a świadczeniodawca zwraca mu oryginał skierowania,
 - c) pacjent otrzymuje na piśmie informację o terminie udzielenia świadczenia z uzasadnieniem przyczyny wyboru tego terminu,
 - d) wpisują również datę i przyczynę skreślenia pacjenta z listy oczekujących,

- e) każda zmiana terminu planowego świadczenia medycznego może nastąpić po uzgodnieniu pomiędzy dwoma stronami osobiście lub telefonicznie i odnotowaniu we właściwej dokumentacji medycznej,
 - f) listę oczekujących prowadzi się w sposób zapewniający poszanowanie zasady sprawiedliwego, równego, niedyskryminującego i przejrzystego dostępu do świadczeń oraz zgodnie z kryteriami medycznymi określonymi w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 26 września 2005r. w sprawie kryteriów medycznych jakimi powinni kierować się świadczeniodawcy umieszczając świadczeniobiorców na listach oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej
2. W Szpitalu działa Zespół ds. oceny przyjęć i analizy przyczyn odmów hospitalizacji, do którego zadań należy przeprowadzanie oceny list oczekujących na udzielenie świadczeń pod względem:
- a) prawidłowości prowadzenia dokumentacji,
 - b) czasu oczekiwania,
 - c) zasadności i przyczyn zmian terminów udzielenia świadczeń.
3. Listy oczekujących na udzielenie świadczenia podlegają nadzorowi Zespołu ds. oceny przyjęć.
4. Informacje o ubezpieczonych oczekujących na udzielenie świadczenia i czasie oczekiwania są sporządzane przez medyczne komórki organizacyjne Szpitala i generowane w szpitalnym systemie informatycznym.

ROZDZIAŁ III

ORGANIZACJA PROCESU UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W PRZYPADKU POBIERANIA OPLAT

§ 21

1. W przypadku świadczenia zdrowotnego odpłatnego pacjent przed rozpoczęciem udzielenia tego świadczenia ma prawo poznać jego cenę.
2. Świadczenia zdrowotne odpłatne są realizowane na podstawie:
 - a) umowy ze Świadczeniobiorcą w tym przypadku rozliczenie następuje w okresach ustalonych w umowie, a pacjent korzystający ze świadczenia zdrowotnego nie jest obciążany kosztami usługi,
 - b) umowy z Towarzystwem Ubezpieczeń w tym przypadku rozliczenie następuje w okresach miesięcznych, ustalonych w umowie, a pacjent korzystający ze świadczenia zdrowotnego nie jest obciążony kosztami usługi,
 - c) indywidualnego rozliczenia z pacjentem.
3. W przypadku świadczeń odpłatnych finansowanych indywidualnie pacjent ma możliwość uregulowania należności za usługę przed jej rozpoczęciem lub po jej zakończeniu.
4. Zapłata za wykonane odpłatne świadczenia zdrowotne może być dokonana gotówką za pokwitowaniem, przelewem na wskazany rachunek bankowy.
5. Na życzenie pacjenta, każdorazowo za zrealizowanie odpłatnego świadczenia zdrowotnego, wystawiana jest faktura VAT.
6. Porządek procesu udzielenia świadczenia zdrowotnego odpłatnego jest tożsamy z porządkiem procesu udzielania świadczeń stacjonarnych i ambulatoryjnych opisanych w Rozdziale IV i V.

ROZDZIAŁ IV

ORGANIZACJA PROCESU UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH PACJENTOM POSIADAJĄCYM KARTĘ DIAGNOSTYKI I LECZENIA ONKOLOGICZNEGO – DILO

§ 22

Pacjent, który zgłosił się do Specjalistycznego Szpitala im. Alfreda Sokołowskiego z Kartą diagnostyki i leczenia onkologicznego DILO jest kierowany do rejestracji:

- a) Ogólnej Rejestracji Poradni Specjalistycznych (celem diagnostyki) lub
- b) Rejestracji w SOR/Izbie Przyjęć (celem leczenia szpitalnego).

I. Procedura postępowania w Poradniach Specjalistycznych.

Do poradni specjalistycznych mogą zgłosić się z Kartą DILO, która pełni rolę skierowania osoby:

- które zostały skierowane na konsultację specjalistyczną przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej (lekarz POZ/lekarz rodzinny) z podejrzeniem choroby nowotworowej (w karcie DILO wypełnione pole BC).
- osoby, którym Kartę wystawił lekarz udzielający świadczeń w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, który przeprowadził diagnostykę podstawową, w wyniku której stwierdził konieczność przeprowadzenia diagnostyki pogłębionej u lekarza innej specjalności (w karcie DILO wypełnione pole CD)

Osoby te powinny być wpisane na listę oczekujących w portalu *Kolce* w poradni odpowiadającej zakresowi świadczeń zaznaczonemu w karcie (<https://dilo.nfz.gov.pl/ap-kolce>).

Od daty wpisania na listę oczekujących do daty pierwszej porady nie może minąć więcej niż 13 dni. Przyjęcie do poradni może się odbyć w dniu zgłoszenia się do poradni specjalistycznej o ile brak innych osób oczekujących na liście dedykowanej pacjentom z kartą DILO.

Pacjent, który chce skorzystać z diagnostyki onkologicznej na podstawie Karty DILO musi zostawić oryginał Karty w rejestracji do poradni specjalistycznej w dniu zgłoszenia. Po wykonaniu diagnostyki wstępnej, lekarz poradni specjalistycznej uzupełni Kartę DILO w dedykowanym serwisie informatycznym (pola CA-CE).

Jeśli lekarz specjalista potwierdzi w wyniku diagnostyki wstępnej nowotwór złośliwy, zgodny z podejrzaną lokalizacją kontynuuje diagnostykę pogłębioną (następny etap

w Karcie DILO). Zasada ta dotyczy zakresu kodów dedykowanych potwierdzonym nowotworom złośliwym, oznaczonych kodami ICD10: C00-C97 bez C44 oraz DOO-D09 bez D04.

W przypadku, gdy lekarz stwierdził inną lokalizację nowotworu, niż pierwotnie podejrzewana, kieruje pacjenta na diagnostykę pogłębioną do lekarza innej specjalizacji. Od daty wpisania pacjenta na listę oczekujących w kolejnej poradni, do udzielenia pierwszej porady nie może minąć więcej niż 13 dni.

Po wykonaniu diagnostyki pogłębionej lekarz poradni specjalistycznej uzupełnia Kartę DILO w wersji elektronicznej (pola DA-DE).

Diagnostyka onkologiczna musi być przeprowadzona w terminie nie dłuższym niż:

- 7 tygodni od dnia wpisania się Świadczeniobiorcy na listę oczekujących na udzielenie świadczenia od 1 stycznia 2017 r.

W przypadku jednoznacznego potwierdzenia nowotworu złośliwego, lekarz kieruje pacjenta do wielodyscyplinarnego zespołu terapeutycznego zwanego Konsylium.

Przeprowadzenie oceny i konsultacji przez Konsylium jest niezbędnym warunkiem do rozpoczęcia leczenia szpitalnego.

W przypadku, gdy w wyniku diagnostyki onkologicznej nie stwierdzono nowotworu złośliwego, pacjent pozostawia Kartę diagnostyki leczenia onkologicznego u Świadczeniodawcy, który wykonał diagnostykę – karta zostaje zamknięta. Również w przypadku zakończenia leczenia onkologicznego, pacjent pozostawia Kartę DILO u Świadczeniodawcy, który zakończył to leczenie.

Zamknięta Karta onkologiczna wraz z kopią dokumentacji medycznej dotyczącej diagnostyki onkologicznej lub leczenia onkologicznego musi zostać przekazana do Koordynatora w celu przesłania jej do lekarza POZ, którego chory wybrał jako swojego lekarza. Sekcję GD w Karcie onkologicznej wypełnia Koordynator.

W sytuacji, gdy pacjent nie chce mieć wydanej Karty DILO należy dokonać w dokumentacji medycznej pacjenta adnotację o takim stanie rzeczy, pod którą pacjent powinien się czytelnie podpisać.

II. Procedura postępowania w Szpitalu.

Pacjent przyjmowany do szpitala z Kartą DILO w dniu rejestracji, kiedy ma wyznaczony termin hospitalizacji pozostawia w szpitalu oryginał skierowania i Karty DILO. Rozpoczęcie leczenia w szpitalu powinno się rozpocząć nie później niż w ciągu 13 dni od daty zgłoszenia się pacjenta do szpitala, w tym okresie powinno również zostać przeprowadzone Konsylium.

W skład Konsylium, organizowanego przez szpital wchodzi:

1. Lekarz specjalista z dziedziny zabiegowej.
2. Lekarz specjalista w dziedzinie onkologii i hematologii dziecięcej albo hematologii, albo onkologii klinicznej.
3. Lekarz specjalista w dziedzinie rentgenodiagnostyki lub radiologii lub radiologii i diagnostyki obrazowej.
4. Lekarz specjalista w dziedzinie radioterapii lub radioterapii onkologicznej albo medycyny nuklearnej.
5. Lekarz patomorfolog.

Dodatkowo w zależności od sytuacji klinicznej, a w szczególności od chorób współistniejących do zespołu mogą być włączeni specjaliści z innych dziedzin medycyny. W skład zespołu może również wejść fizjoterapeuta, psycholog, pielęgniarka.

Główne zadania Konsylium to:

- kwalifikacja pacjenta do leczenia zabiegowego, chemioterapii lub radioterapii,
- ustalenie planu leczenia,
- ustalenie rodzajów terapii, które będą stosowane,
- wybór koordynatora leczenia,
- konsylium jest niezbędne do rozpoczęcia leczenia, w którym zespół specjalistów będzie konsultował wyniki badań pacjenta i na tej podstawie zakwalifikuje go do właściwego leczenia.

Zespół dokumentuje prowadzone działania, zgodnie z zasadami wymaganymi przy prowadzeniu dokumentacji medycznej.

Podczas leczenia szpitalnego pacjenta oryginał Karty DILO pozostaje w dokumentacji, jeśli po zakończonym leczeniu onkologicznym w szpitalu pacjent nie wymaga dalszego leczenia u innego świadczeniodawcy np. przeprowadzenia radioterapii, chemioterapii, zamyka się Kartę leczenia onkologicznego.

Karta DILO powinna być następnie przesłana do lekarza POZ, do którego pacjent złożył deklarację wyboru.

III. Zasady prowadzenia list oczekujących.

Listy oczekujących dla pacjentów z Kartą DILO są prowadzone w formie pisemnej oraz w specjalnej aplikacji udostępnianej przez NFZ. W zakresie tych list nie dokonuje się kwalifikacji osób do kategorii medycznych: *przypadek pilny*, *przypadek stabilny*.

Dodatkowo na liście oczekujących gromadzi się informacje o numerze identyfikacyjnym Karty onkologicznej każdej osoby wpisanej na listę oraz o kodzie etapu

postępowania diagnostycznego lub leczniczego, na jakim jest dana osoba. Na listach oczekujących na świadczenia udzielane na podstawie Karty onkologicznej odnotowuje się następujące etapy:

- oczekiwanie na diagnostykę wstępną (kod 1),
- oczekiwanie na diagnostykę pogłębioną (kod 2),
- oczekiwanie na Konsylium (kod 3).
- oczekiwanie na zabieg operacyjny po diagnostyce wstępnej (kod 4),
- oczekiwanie na rozpoczęcie leczenia onkologicznego (kod 5),
- oczekiwanie na dalsze leczenie onkologiczne (kod 6).

Karta DILO jest ważna tylko wtedy, gdy zawiera pieczęć, podpis lekarza wystawiającego Kartę, stwierdzającego rozpoznanie w trakcie diagnostyki oraz pieczęć świadczeniodawcy, gdzie Karta została wystawiona, gdzie pacjent był diagnozowany, leczony.

Pacjent może posługiwać się tylko jedną aktywną Kartą DILO.

ROZDZIAŁ V

PORZĄDEK PROCESU UDZIELANIA STACJONARNYCH ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH

§ 23

W skład pionu medycznego Specjalistycznego Szpitala im. dra Alfreda Sokołowskiego w Wałbrzychu wchodzi:

1. Oddziały szpitalne.
2. Pracownie diagnostyczne.
3. Inne komórki medyczne szpitala.
4. Poradnie specjalistyczne.

Prezentacja oddziałów zabiegowych, zachowawczych, dziecięcych

§ 24

1. Świadczenia zdrowotne z zakresu stacjonarnej opieki medycznej udzielane są pacjentom w ramach:

1) oddziałów zabiegowych: (lokalizacja ul. Sokołowskiego 4, Wałbrzych)

- a) Oddział Chirurgii Ogólnej,
- b) Oddział Neurochirurgiczny,
- c) Oddział Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej,
- d) Oddział Chirurgii Onkologicznej,
- e) Oddział Urologiczny,
- f) Oddział Chirurgii Szcękowo-Twarzowej,

g) Oddział Okulistyczny.

2) oddziałów zachowawczych: (lokalizacja ul. Sokołowskiego 4, Walbrzych)

- a) Oddział Chorób Wewnętrznych, I
- b) Oddział Kardiologiczny,
- c) Oddział Nefrologiczny,
- d) Stacja Dializ,
- e) Oddział Neurologiczny,
- f) Oddział Udarowy,
- g) Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii,
- h) Oddział Pulmonologiczny,
- i) Oddział Diennej Chemioterapii,
- j) Oddział Dzienny Rehabilitacji Kardiologicznej
- k) Oddział Onkologiczny,
- l) Oddział Hematologiczny
- m) Szpitalny Oddział Ratunkowy,
- n) Gabinet Nocnej i Świątecznej Pomocy

(lokalizacja ul. Batorego 4, Walbrzych)

- o) Oddział Infekcyjno-Internistyczny,
- p) Oddział Rehabilitacji Ogólnej
- q) Oddział Rehabilitacji Neurologicznej
- r) Oddział Rehabilitacji Kardiologicznej
- s) Oddział Psychiatryczny,
- t) Oddział Dzienny Psychiatryczny,
- w) Oddział Alkoholowych Zespołów Abstynencyjnych (Detoksykacja).

3) oddziałów dziecięcych: (lokalizacja ul. Batorego 4, Walbrzych)

- a) Oddział Pediatriczny,
- b) Oddział Neonatologii - Patologii Noworodka i Niemowlęcia,
- c) Zespół Wyjazdowy Neonatologiczny „N”.
- d) Oddział Dzienny Psychiatryczny dla Dzieci i Młodzieży.

Zadania wspólne oddziałów zachowawczych i zabiegowych

§ 25

1. Do zadań wspólnych oddziałów zachowawczych i zabiegowych dla dorosłych należy:

- 1) Przyjęcie pacjenta na leczenie całodobowe w trybie planowym lub nagłym.
- 2) Rozpoznanie choroby pacjenta i zgodne z tym leczenie zachowawcze lub operacyjne w danej specjalności.
- 3) Przeprowadzenie konsultacji lekarskich pacjentów z innych oddziałów szpitalnych lub innych ośrodków.
- 4) Prowadzenie rehabilitacji przyłóżkowej.
- 5) Całodobowa opieka lekarska, pielęgniarska.
- 6) Zapewnienie wyżywienia odpowiedniego do stanu zdrowia.
- 7) Zapewnienie odpowiednich warunków sanitarno-higienicznych.

- 8) Szkolenie wewnątrz zakładowe personelu.
- 9) Ścisła współpraca z innymi komórkami organizacyjnymi Szpitala.
- 10) Prowadzenie dokumentacji medycznej, zgodnie z obowiązującą ustawą, oraz rozporządzeniami Ministra Zdrowia w tym zakresie.
- 11) Zapobieganie zakażeniom szpitalnym.
- 12) Informowanie - wskazanej przez chorego, osoby o jego stanie zdrowia.
- 13) W przypadku oddziałów zabiegowych przygotowanie chorego do zabiegu, wykonanie zabiegu i leczenie pooperacyjne.

2. Do zadań wspólnych oddziałów dziecięcych należy:

- 1) Przyjęcie na leczenie całodobowe w trybie pilnym lub planowym.
- 2) Rozpoznanie choroby dziecka i zgodnie z tym leczenie zachowawcze dzieci w wieku od 0 do 18 lat.
- 3) Przeprowadzanie konsultacji lekarskich pacjentów innych oddziałów Szpitala.
- 4) Prowadzenie rehabilitacji leczniczej przyłóżkowej.
- 5) Całodobowa opieka pielęgniarska i lekarska
- 6) Zapewnienie opieki pielęgniarskiej podczas transportu dzieci do innych szpitali, jeżeli stan pacjenta tego wymaga, dowożenie lub doprowadzenie na badania i zabiegi.
- 7) Zapewnienie wyżywienia odpowiedniego do stanu zdrowia i potrzeb zdrowotnych pacjenta.
- 8) Zapobieganie zakażeniom szpitalnym.
- 9) Zapewnienie odpowiednich warunków sanitarno-higienicznych.
- 10) Ścisła współpraca ze wszystkimi komórkami organizacyjnymi Zakładu.
- 11) Prowadzenie wymaganej dokumentacji medycznej zgodnie z obowiązującą ustawą, oraz rozporządzeniami Ministra Zdrowia.
- 12) Udzielanie informacji o stanie zdrowia chorego osobie wskazanej i upoważnionej przez pacjenta, w przypadku dzieci rodzicom lub opiekunom prawnym.
- 13) Sprawowanie ścisłego nadzoru nad właściwym zachowaniem się dzieci w czasie posiłków, zabaw w celu uniknięcia nieszczęśliwych wypadków, zapewnienie bezpieczeństwa.
- 14) Umożliwienie karmienia niemowląt piersią, które odbywa się na salach chorych oddziału w uzgodnieniu z lekarzem prowadzącym.
- 15) Umożliwienie udziału w zajęciach szkolnych dzieci w wieku szkolnym za zgodą wyznaczonego lekarza prowadzącego, według ustalonych z nimi indywidualnymi rozkładami zajęć, uwzględniających stan zdrowia dziecka.
- 16) Umożliwienie kontaktu chorego z jego opiekunem, jeżeli stan chorego na to pozwala i nie istnieje ważne przeciwwskazanie do takiego kontaktu (istnienie takich przeciwwskazań wymaga dokonania odpowiednich wpisów w dokumentacji pacjenta).
- 17) Szkolenie personelu medycznego.

3. Gabinet Nocnej i Świątecznej Pomocy jest czynny w dni powszednie **od 18.00 do 8.00** dnia następnego, oraz **24 godziny** w dni ustawowo wolne od pracy.

Dyżurujący lekarz i pielęgniarka udziela porad w warunkach ambulatoryjnych, telefonicznie, a w uzasadnionych medycznie przypadkach również w domu chorego.

Z nocnej i świątecznej pomocy **można skorzystać** w przypadku nagłego zachorowania lub nagłego pogorszenia stanu zdrowia. Gdy nie ma objawów sugerujących bezpośrednio zagrożenie życia lub gdy zastosowane środki domowe, leki dostępne bez recepty nie przyniosły

spodziewanej poprawy i zachodzi obawa, że oczekiwanie na otwarcie przychodni może znacząco niekorzystnie wpłynąć na stan zdrowia.

Przypadki uzasadniające skorzystanie ze świadczeń nocnej i świątecznej opieki:

- Zaostrzenie lub nasilenie choroby przewlekłej na jaką choruje pacjent;
- Infekcja dróg oddechowych z wysoką gorączką (powyżej 39 C) szczególnie u małych dzieci i ludzi w podeszłym wieku;
- Ból brzucha nieustępujący pomimo stosowania leków rozkurczowych;
- Ból głowy, nieustępujący pomimo stosowania leków przeciwbólowych;
- Biegunka, wymioty szczególnie u małych dzieci i osób w podeszłym wieku;
- Nagłe bóle kręgosłupa, stawów lub kończyn.

Przyjęcie pacjenta do Szpitala.

§ 26

1. W zakresie stacjonarnej opieki zdrowotnej Szpital zapewnia przyjętemu pacjentowi, zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie odrębnymi przepisami:
 - 1/ świadczenia zdrowotne,
 - 2/ środki farmaceutyczne i materiały medyczne,
 - 3/ pomieszczenia i wyżywienie odpowiednie do stanu zdrowia pacjenta.

§ 27

1. Hospitalizacja pacjenta może nastąpić w trybie:
 - planowym
 - nagłym
2. O przyjęciu do Szpitala osoby zgłaszającej się bez skierowania lub skierowanej przez lekarza albo uprawnioną instytucję orzeka lekarz dyżurny Szpitalnego Oddziału Ratunkowego lub Izby Przyjęć, po zapoznaniu się ze stanem zdrowia i uzyskaniu na piśmie zgody pacjenta lub przedstawiciela ustawowego albo opiekuna faktycznego, chyba że na mocy odrębnych przepisów możliwe jest przyjęcie pacjenta do Szpitala bez wyrażenia przez niego zgody.
3. Orzeczenie o przyjęciu lub odmowie przyjęcia do szpitala lekarz wydaje po zapoznaniu się ze stanem zdrowia pacjenta.
4. Jeżeli lekarz, o którym mowa w ust. 1, stwierdzi potrzebę niezwłocznego umieszczenia pacjenta w szpitalu, a brak miejsc, zakres świadczeń udzielanych przez szpital lub względy epidemiczne nie pozwalają na przyjęcie, szpital po udzieleniu niezbędnej pomocy zapewnia w razie potrzeby przewiezienie pacjenta do innego szpitala, po uprzednim porozumieniu się z tym szpitalem. O rozpoznaniu stanu zdrowia i o podjętych czynnościach lekarz dokonuje odpowiedniego wpisu do dokumentacji medycznej.
5. W przypadku odmowy przyjęcia do szpitala, pacjent otrzymuje pisemną informację o rozpoznaniu choroby, wynikach przeprowadzonych badań, przyczynie odmowy przyjęcia do Szpitala, zastosowanym postępowaniu lekarskim oraz ewentualnych zaleceniach.

6. Osoby wymagające realizacji świadczeń w SOR podlegają segregacji medycznej (triage) i są przydzielane do jednej z pięciu kategorii zróżnicowanej pod względem pilności udzielenia świadczeń zdrowotnych:

- **Kolor czerwony** oznacza natychmiastowy kontakt z lekarzem
- **Kolor pomarańczowy** – oznacza czas oczekiwania na pierwszy kontakt z lekarzem do 10 minut.
- **Kolor żółty** – oznacza czas oczekiwania na pierwszy kontakt z lekarzem do 60 minut.
- **Kolor zielony** – oznacza czas oczekiwania na pierwszy kontakt z lekarzem do 120 minut.
- **Kolor niebieski** – oznacza czas oczekiwania na pierwszy kontakt z lekarzem do 240 minut.

Osoby, które zostały przydzielone do kategorii oznaczonej kolorem zielonym lub niebieskim mogą być kierowane ze SOR do miejsc udzielenia świadczeń zdrowotnych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej:

- 1) w dniach od poniedziałku do piątku od godz. 8.00 do 18.00 do lekarza POZ zadeklarowanego przez pacjenta.
- 2) na dyżur Nocnej i Świątecznej Opieki Zdrowotnej w dni powszednie pomiędzy godziną 18.00 a 8.00 rano dnia następnego. W soboty, niedziele i święta całodobowo.

§ 28

1. W momencie przyjęcia do szpitala pacjent zobowiązany jest przedstawić:

- 1) skierowanie do Szpitala wraz z posiadaną dokumentacją medyczną i wynikami badań zleconych przez lekarza kierującego,
- 2) dowód osobisty lub inny dokument stwierdzający tożsamość pacjenta,
- 3) dokument potwierdzający ubezpieczenie zdrowotne,
- 4) numer PESEL.

§ 29

Pacjent skierowany do Szpitala powinien posiadać przy sobie: przybory toaletowe, szlafrok, piżamę i pantofle. Odzież i obuwie pacjent powinien przekazać rodzinie lub do magazynu szpitalnego (depozytu) za pokwitowaniem.

§ 30

Chory przyjęty do szpitala na zlecenie dyżurnego lekarza Szpitalnego Oddziału Ratunkowego, Izby Przyjęć, powinien poddać się kąpieli, a w razie potrzeby dezynfekcji, dezynsekcji i innym zabiegom doprowadzającym go do należytego stanu higienicznego.

§ 31

1. Swoje rzeczy osobiste i odzież pacjent może przekazać towarzyszącym członkom rodziny lub upoważnionym osobom.
2. Odzież pozostawiona w szpitalu może być przechowywana w magazynie odzieży chorych (zgodnie z obowiązującym w szpitalu regulaminem depozytu).
3. Swoje pieniądze i kosztowności pacjent może przekazać do depozytu szpitala.

4. Szpital nie odpowiada za przedmioty wartościowe i pieniądze pozostawione przy sobie i nie zadeklarowane do przechowania.
5. Przedmioty wartościowe znalezione przy pacjencie nieprzytomnym – w przypadku braku możliwości przekazania ich osobie bliskiej zabezpiecza Szpital.

§ 32

1. Tożsamość pacjentów przyjmowanych do Szpitala powinna być ustalana na podstawie dowodu osobistego lub innego dokumentu potwierdzającego tożsamość.
2. Obowiązek identyfikacji pacjenta przyjętego do Szpitala dotyczy wszystkich pacjentów hospitalizowanych w Szpitalu.
3. Pacjenci przyjmowani do hospitalizacji w oddziałach zaopatrywani są w znaki identyfikacyjne pozwalające na ustalenie imienia i nazwiska oraz daty urodzenia pacjenta, zapisane w sposób uniemożliwiający identyfikację pacjenta przez osoby nieuprawnione
W przypadku pacjenta NN obowiązuje zapis numer książki głównej, oraz określenie płci.

§ 33

1. W przypadku przyjmowania do Szpitala pacjenta, którego tożsamości nie można ustalić, powiadamia się o tym fakcie jednostkę organizacyjną Policji oraz sporządza protokół zawierający w szczególności następujące informacje:
 - 1) okoliczności i przyczyny przyjęcia pacjenta do Szpitala,
 - 2) rysopis pacjenta wraz ze zdjęciem pacjenta i zbliżenia jego twarzy, wykonanym na błonach negatywowych barwnych lub w formie zapisu cyfrowego,
 - 3) imię i nazwisko, datę urodzenia i adres zamieszkania osób przekazujących pacjenta ustalone na podstawie odpowiednich dokumentów stwierdzających tożsamość, a w razie ich braku na podstawie oświadczeń potwierdzonych własnoręcznym podpisem.
2. Pracownik przyjmując pacjenta podpisuje protokół i dołącza go do dokumentacji medycznej pacjenta.
3. Do chwili ustalenia tożsamości pacjenta, znaki tożsamości zawierają dane umożliwiające rozpoznanie pacjenta, w szczególności jego płeć i przybrane imię.

§ 34

1. W przypadku przyjmowania do Szpitala dziecka, skierowanego z innego podmiotu leczniczego, które nie jest zaopatrzone w znaki tożsamości, osoba przyjmująca dziecko jest zobowiązana sporządzić protokół zawierający następujące informacje:
 - 1) dane osobowe dziecka ustalone na podstawie pisemnego oświadczenia osoby przekazującej dziecko,
 - 2) imię i nazwisko, PESEL oraz zajmowane stanowisko osoby przekazującej dziecko,
 - 3) wykaz dokumentów dostarczonych do Szpitala przy przyjmowaniu dziecka.
2. Pracownik Szpitala przyjmujący dziecko podpisuje protokół, dołączając go do dokumentacji medycznej dziecka.
3. Bezwzględnie po sporządzeniu protokołu pracownik Szpitala przyjmujący dziecko zaopatruje je w znaki tożsamości.

4. O stwierdzeniu braku znaków tożsamości przyjmowanego dziecka zawiadamia się kierownika podmiotu leczniczego, który skierował dziecko do Szpitala, celem potwierdzenia tożsamości dziecka. Pisemne potwierdzenie tożsamości dziecka dołącza się do jego dokumentacji medycznej.

§ 35

W każdym przypadku zgłoszenia się do Szpitala i przyjęcia pacjenta o nieznanym danych osobowych, z chorobą lub obrażeniami ciała mogącymi być skutkiem działania przestępczego, lekarz Szpitalnego Oddziału Ratunkowego, Izby Przyjęć powiadamia Policję.

§ 36

Pacjenta skierowanego na oddział prowadzi pracownik Szpitalnego Oddziału Ratunkowego lub Izby Przyjęć. Jeżeli stan pacjenta tego wymaga transport pacjenta na oddział odbywa się w asyście lekarza.

Ustalenie planu opieki nad pacjentem i leczenie

§ 37

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

Uzyskiwanie zgody pacjenta na zabieg operacyjny, badania diagnostyczne

§ 38

1. W Szpitalu obowiązują następujące zasady uzyskiwania zgody pacjenta na zabieg operacyjny lub zastosowanie dalszej metody leczenia lub diagnostyki stwarzającej podwyższone ryzyko dla pacjenta:
 - 1) Lekarz może wykonać zabieg operacyjny albo zastosować metodę leczenia lub diagnostyki stwarzającą podwyższone ryzyko dla pacjenta po uzyskaniu jego pisemnej zgody.
 - 2) Przed wyrażeniem zgody przez pacjenta lekarz ma obowiązek udzielenia mu przystępnej informacji o jego stanie zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych, leczniczych, dających się przewidzieć następstwach, wynikach leczenia oraz rokowaniu.
 - 3) Lekarz może wykonać zabieg lub zastosować metodę stwarzającą podwyższone ryzyko u pacjenta małoletniego, ubezwłasnowolnionego bądź niezdolnego do świadomego wyrażenia pisemnej zgody po uzyskaniu zgody jego przedstawiciela ustawowego, a gdy pacjent nie ma przedstawiciela lub gdy porozumienie się z nim jest niemożliwe, po uzyskaniu zgody sądu opiekuńczego.

Jeżeli pacjent ukończył 16 lat wymagana jest także jego pisemna zgoda.
 - 4) Jeżeli przedstawiciel ustawowy pacjenta małoletniego, ubezwłasnowolnionego bądź niezdolnego do świadomego wyrażenia zgody nie zgadza się na wykonanie przez lekarza czynności wymienionych w pkt. 1 niezbędnych dla usunięcia niebezpieczeństwa utraty przez pacjenta życia lub ciężkiego uszkodzenia ciała bądź ciężkiego rozstroju zdrowia, lekarz może wykonać takie czynności po uzyskaniu zgody sądu opiekuńczego.
 - 5) Lekarz może wykonać czynności, o których mowa w pkt. 1, bez zgody przedstawiciela ustawowego pacjenta bądź zgody właściwego sądu opiekuńczego, gdy zwłoka spowodowana postępowaniem w sprawie uzyskania zgody 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.
 - 6) O okolicznościach, o których mowa w ust. 3-5, lekarz dokonuje odpowiedniej adnotacji w dokumentacji medycznej pacjenta.
 - 7) Jeżeli w trakcie wykonywania zabiegu operacyjnego albo stosowania metody leczniczej lub diagnostycznej wystąpią okoliczności, których nieuwzględnienie groziłoby pacjentowi niebezpieczeństwem utraty życia, ciężkim uszkodzeniem ciała lub ciężkim rozstrojem zdrowia, a nie ma możliwości niezwłocznie uzyskać zgody pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego, lekarz ma prawo bez uzyskania tej zgody zmienić zakres zabiegu, bądź metody leczniczej, diagnostycznej w sposób umożliwiający uwzględnienie tych okoliczności.

W takim przypadku lekarz ma obowiązek, o ile jest to możliwe zasięgnąć opinii drugiego lekarza w miarę możliwości tej samej specjalności.

- 8) Lekarz Oddziału Psychiatrycznego musi uzyskać zgodę pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego na wykonanie: punkcji podpotylicznej lub lędźwiowej oraz leczenie elektrowstrząsami pomimo hospitalizacji pacjenta bez jego zgody lub przedstawiciela ustawowego.

Zasady przeprowadzania konsultacji medycznych u pacjentów hospitalizowanych

§ 39

1. W uzasadnionych klinicznie przypadkach decyzję o konsultacji podejmuje lekarz, po czym wpisuje ją do karty zleceń lekarskich.
2. Lekarz leczący ustala termin konsultacji.
3. Informacja o terminie konsultacji przekazywana jest pielęgniarce odcinkowej, która dokonuje wpisu do Zeszytu Konsultacji Oddziału.
4. Konsultacje pilne winny być realizowane niezwłocznie po zgłoszeniu, bez względu na porę dnia i nocy. W sytuacjach nagłych, związanych z zagrożeniem zatrzymania podstawowych czynności życiowych wnioski i zalecenia mogą być przekazane ustnie.
5. Decyzję o wdrożeniu zaleceń konsultanta podejmuje lekarz leczący.
6. Wnioski i zalecenia wynikające z konsultacji w oddziale winny być wpisane do karty konsultacyjnej w historii choroby i jeżeli to możliwe osobiście przekazane lekarzowi leczącemu (zabezpieczającemu pracę).
7. Treść konsultacji w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym, Izbie Przyjęć winna być wpisana do dokumentacji medycznej pacjenta.
8. W przypadku konsultacji zewnętrznych poza szpitalem lekarz wypełnia skierowanie na konsultację i ustala termin konsultacji.
9. Wynik konsultacji zewnętrznej dołącza się do dokumentacji medycznej pacjenta.

Zasady przekazywania pacjenta pomiędzy oddziałami i do innych zakładów opieki zdrowotnej

§ 40

1. Dla sprawnego funkcjonowania oddziałów ustala się następujące zasady postępowania w przypadku przekazania pacjenta między oddziałami Szpitala:
 - 1) przekazanie pacjenta na inny oddział odbywa się ze wskazań medycznych i po uzyskaniu zgody pacjenta/opiekuna ustawowego
 - 2) zasady i termin przeniesienia pacjenta do innego Oddziału ustalają lekarze kierujący oddziałem lub lekarze dyżurni.
 - 3) Wypis z oddziału i przyjęcie do innego oddziału winno zawierać ten sam numer książki głównej. Historia choroby wraz z epikryzą cząstkową jest przekazana do oddziału jako załącznik indywidualnej dokumentacji prowadzonej w danym oddziale.

- 4) Sekretarka medyczna lub pielęgniarka dyżurna wypełnia Kartę Przekazania Dokumentów i Rzeczy m.in. leków.
 - 5) Rodzaj transportu pacjenta uzależniony jest od stanu zdrowia pacjenta oraz od miejsca przekazania. Transport dokonywany jest: na łóżku szpitalnym, na wózku służącym do przewozu w pozycji leżącej, na wózku inwalidzkim, szpitalnym ambulansem sanitarnym.
 - 6) W czasie transportu pacjenta do innego oddziału w zależności od stanu zdrowia chorego opiekę nad nim sprawuje: sanitariusz szpitalny/ratownik medyczny/pielęgniarka lub/i lekarz oddziału przekazującego.
2. Zasady postępowania w przypadku przekazania pacjenta do innego zakładu opieki zdrowotnej:
- 1) przekazanie pacjenta do innego zakładu leczniczego odbywa się ze wskazań medycznych, po uzyskaniu zgody pacjenta/opiekuna ustawowego po wstępnym uzgodnieniu z lekarzem kierującym oddziałem lub lekarzem zabezpieczającym pracę właściwego oddziału tego zakładu.
 - 2) lekarz kierujący oddziałem lub lekarz zabezpieczający pracę oddziału po podjęciu decyzji o przekazaniu pacjenta do innego zakładu, dokonuje odpowiedniej adnotacji w historii choroby, do jakiej placówki został przekazany pacjent i z kim zostało ustalone przyjęcie.
3. Zakończoną historię choroby pacjenta leczonego w danym oddziale sekretarka medyczna przekazuje do Statystyki Medycznej.
4. Sekretarka medyczna lub pielęgniarka dyżurna wypełnia Kartę Przekazania Dokumentów i Rzeczy m.in. leków.
5. Rodzina pacjenta powinna zostać poinformowana o decyzji przeniesienia pacjenta.
6. Transport pacjenta zabezpiecza Szpital przekazujący.
7. Rodzaj transportu pacjenta uzależniony jest od stanu zdrowia pacjenta oraz od miejsca przekazania. Transport dokonywany jest: szpitalnym ambulansem sanitarnym lub Lotniczym Pogotowiem Ratunkowym (LPR).
8. W czasie transportu pacjenta do innego ośrodka leczniczego w zależności od stanu zdrowia opiekę nad nim sprawuje: sanitariusz szpitalny/ratownik medyczny/pielęgniarka lub/i lekarz oddziału przekazującego. W przypadku transportu pacjenta LPR opiekę nad nim sprawuje zespół Lotniczego Pogotowia Ratunkowego.

Transport sanitarny pacjentów

§ 41

1. Pacjentowi na podstawie zlecenia lekarza ubezpieczenia zdrowotnego przysługuje bezpłatny przejazd środkami transportu sanitarnego Szpitala w przypadkach:
 - 1) wynikających z potrzeby zachowania ciągłości leczenia szpitalnego. Decyzję taką może podjąć lekarz kierujący oddziałem lub wyznaczony przez niego lekarz,
 - 2) dysfunkcji narządu ruchu uniemożliwiającej korzystanie ze środków transportu publicznego. Decyzję taką może podjąć lekarz kierujący oddziałem lub wyznaczony przez niego lekarz.
2. W przypadku konieczności udzielenia świadczenia medycznego nie odpowiadającego profilowi jednostki, szpital zabezpiecza transport sanitarny do najbliższej placówki medycznej świadczącej stosowne usługi.

3. W innych przypadkach pacjentowi przysługuje przejazd środkami transportu sanitarnego odpłatnie lub za częściową odpłatnością w oparciu o obowiązujące przepisy.

Wypisanie pacjenta ze Szpitala

§ 42

Wypisanie pacjenta ze szpitala następuje gdy:

1. Gdy stan zdrowia pacjenta nie wymaga dalszego leczenia w Szpitalu.
2. Na żądanie osoby przebywającej w Szpitalu lub jej przedstawiciela ustawowego.
3. Gdy pacjent w sposób rażący narusza *Regulamin*, a nie zachodzi obawa, że odmowa lub zaprzestanie udzielania świadczeń zdrowotnych może spowodować bezpośrednio niebezpieczeństwo dla jego życia lub zdrowia albo życia lub zdrowia innych osób.
4. Wypisania pacjenta ze Szpitala w przypadkach wymienionych w ust. 1 dokonuje Lekarz kierujący oddziałem lub wyznaczony przez niego lekarz.
5. Jeżeli rodzic lub przedstawiciel ustawowy żąda wypisania ze Szpitala osoby nieletniej, której stan zdrowia wymaga leczenia w szpitalu, Dyrektor lub lekarz przez niego upoważniony może odmówić wypisania do czasu wydania w tej sprawie orzeczenia przez Wydział Rodzinny i Nieletnich Sądu Rejonowego.
6. Osoba występująca o wypisanie ze Szpitala na własne żądanie jest informowana przez lekarza o możliwych następstwach zaprzestania leczenia w Szpitalu. Jeśli, mimo to, podtrzymuje swe żądanie, składa pisemne oświadczenie o wypisaniu ze Szpitala na własne żądanie. W przypadku braku takiego oświadczenia lekarz sporządza adnotację w dokumentacji medycznej.
7. Jeżeli przedstawiciel ustawowy lub opiekun faktyczny nie odbiera małoletniego lub osoby niezdolnej do samodzielnej egzystencji w wyznaczonym przez Szpital terminie, zawiadamia się o tym niezwłocznie organ gminy właściwej ze względu na miejsce zamieszkania lub pobytu tej osoby oraz dokonuje się jej przewiezienia do miejsca zamieszkania na koszt gminy.
8. Pacjent, którego stan zdrowia nie wymaga dalszego udzielania stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych, lub osoba, na której w stosunku do pacjenta ciąży ustawowy obowiązek alimentacyjny, ponoszą koszty pobytu pacjenta, począwszy od upływu wyznaczonego terminu, niezależnie od uprawnień do bezpłatnych świadczeń zdrowotnych określonych w odrębnych przepisach

Zasady odwiedzania pacjentów

§ 43

1. Odwiedziny pacjentów hospitalizowanych możliwe są codziennie w godzinach ustalonych przez oddział. Informacja o zalecanych godzinach znajduje się w widocznym miejscu w holu oddziału, regulaminie wewnętrznym oddziału. W celu zachowania właściwej organizacji pracy i zapewnienia spokoju wszystkim przebywającym pacjentom w salach chorych po godzinie 22.00 - zalecane jest opuszczenie Szpitala przez odwiedzających.

2. Odwiedziny pacjentów mogą być wstrzymane z powodu zagrożenia epidemiologicznego oraz innych ważnych przyczyn.

§ 44

Chorych nie mogą odwiedzać:

1. Osoby będące pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych środków odurzających,
2. Osoby dotknięte chorobą zakaźną lub których stan zdrowia, zagraża leczonemu w Szpitalu chorym.

§ 45

Osoby odwiedzające chorego zobowiązane są:

1. Zachowywać się kulturalnie w czasie pobytu w Szpitalu.
2. Stosować się do poleceń personelu Szpitala, w tym także co do zleconej pacjentowi diety, nie utrudniać wykonywania czynności pielęgnacyjno – leczniczych przez personel medyczny.
3. Do przebywania jedynie w pomieszczeniach dla chorych.
4. Do korzystania z pomieszczeń i urządzeń sanitarnych wyznaczonych w tym.
5. W czasie złych warunków atmosferycznych (deszcz, śnieg) prosi się osoby odwiedzające o zakładanie obuwia ochronnego, które można nabyć w automatach mieszczących się przy wejściu na oddział.

§ 46

Osobom odwiedzającym chorego zabrania się:

1. Dostarczania choremu alkoholu, papierosów, narkotyków lub innych środków o podobnym działaniu oraz artykułów spożywczych, które ze względu na stan zdrowia chorego nie powinien spożywać.
2. Manipulowania przy aparaturze medycznej, urządzeniach, instalacjach elektrycznych, wentylacyjnych, grzewczych itp.
3. Prowadzenia głośnych rozmów oraz poruszania tematów, które mogłyby wprowadzić chorego w stan niepokoju.
4. Palenia tytoniu, picia alkoholu lub używania narkotyków oraz środków o podobnym działaniu.
5. Chodzenia po innych salach chorych.
6. Zaśmiecania i zanieczyszczania pomieszczeń szpitalnych oraz wyrzucania odpadków do urządzeń sanitarnych.

§ 47

Osoby odwiedzające chorego mogą:

1. Zwrócić się o informację dotyczącą stanu zdrowia chorego do lekarza kierującego oddziałem, lekarza leczącego lub lekarza dyżurnego. Informacje uzyskają tylko osoby upoważnione przez pacjenta, rodzice dziecka lub opiekunowie prawni.

2. Wykonywać (jeśli chory akceptuje) proste czynności higieniczno – pielęgnacyjne uprzednio wskazane i uzgodnione z lekarzem lub pielęgniarką.
3. Wyjść z pacjentem poza oddział tylko w obrębie Szpitala, za zgodą lekarza kierującego oddziałem lub lekarza leczącego i po powiadomieniu pielęgniarki dyżurnej.

§ 48

Osoby odwiedzające chorego, które nie stosują się do postanowień niniejszego regulaminu, albo do wskazówek personelu Szpitala, zostaną poproszone o opuszczenie Szpitala i ponoszą odpowiedzialność zgodnie z powszechnie obowiązującymi przepisami.

§ 49

Szpital nie ponosi odpowiedzialności za:

1. Zarażenie się chorobą zakaźną na terenie szpitala przez osobę odwiedzającą.
2. Rzeczy przynieszone pacjentom oraz za rzeczy odwiedzających ich osób pozostawione w salach chorych.

§ 50

Osoby odwiedzające chorych będące sprawcami szkód powstałych na terenie Szpitala ponoszą odpowiedzialność materialną za powstałe straty.

§ 51

Wszelkie życzenia i uwagi, osoby odwiedzające chorego mogą zgłaszać bezpośrednio personelowi oddziału lub dokonywać wpisów w Księżce Uwag i Wniosków danego oddziału.

§ 52

Rodzica/opiekuna zajmującego się dzieckiem w oddziale szpitalnym obowiązują w/w zasady zachowania, z uwzględnieniem poniższych wytycznych specyficznych dla oddziałów dziecięcych, tj.:

1. W czasie wizyty lekarskiej, podczas wykonywania zabiegów i innych badań diagnostycznych oraz w porze posiłków rodzic/opiekun może przebywać z dzieckiem w sali chorych. Lekarz ma prawo jednak w uzasadnionych przypadkach poprosić o opuszczenie sali.
2. Rodzic/opiekun nie ma prawa bez zgody lekarza leczącego bądź pielęgniarki podawać dziecku leków, żywności i napojów przyniesionych spoza szpitala.
3. Rodzic/opiekun powinien zgłaszać natychmiast niepokojące zmiany w zachowaniu dziecka pielęgniarce dyżurnej.
4. Wyjście rodzica/opiekuna z dzieckiem poza oddział, dopuszczalne jest tylko w obrębie Szpitala oraz wyłącznie za zgodą lekarza kierującego oddziałem lub lekarza leczącego i po powiadomieniu pielęgniarki dyżurnej.

5. Z powodów organizacyjnych, społecznych, medycznych, epidemiologicznych oraz innych, możliwość przebywania Rodzica/opiekuna z dzieckiem w oddziale może być czasowo ograniczona doraźnym zarządzeniem dyrektora lub lekarza kierującego oddziałem.

Sprawowanie dodatkowej opieki pielęgnacyjnej nad pacjentem przez krewnych lub osoby wskazane przez pacjenta

§ 53

1. W Szpitalu możliwe jest włączenie się rodziny w opiekę pielęgnacyjną nad pacjentem celu zwiększenia poczucia bezpieczeństwa chorego, ułatwienia adaptacji w środowisku szpitalnym i zaspokojeniu potrzeb pacjenta w nowych warunkach.
2. Sprawowanie dodatkowej opieki pielęgnacyjnej nad pacjentem przez osoby bliskie możliwe jest o każdej porze dnia i nocy.
3. Ze względu na bezpieczeństwo pacjentów, a w szczególności w odniesieniu do oddziałów pediatrycznych zasady i zakres opieki jaką może świadczyć rodzina i bliscy pacjenta należy uzgodnić z personelem medycznym oddziału.
4. Sprawowanie dodatkowej opieki pielęgnacyjnej nad chorym przez osoby bliskie nie może naruszać praw pozostałych pacjentów do właściwego leczenia, spokoju i intymności.
5. Sprawowanie dodatkowej opieki pielęgnacyjnej nad pacjentem przez osoby bliskie nie zwalnia personel medyczny oddziału z wykonywania obowiązkowych zadań wobec pacjenta

Prezentacja zakładów i pracowni diagnostycznych

§ 54

1. Zakłady i pracownie diagnostyczne udzielają świadczeń zdrowotnych obejmujących badania diagnostyczne w celu rozpoznania stanu zdrowia i ustalenia dalszego postępowania leczniczego.
2. Świadczenia zdrowotne udzielane są na podstawie skierowania lekarza lub osoby posiadającej wymagane kwalifikacje do udzielania świadczeń na podstawie obowiązujących przepisów.
3. Zakłady i pracownie diagnostyczne udzielają także świadczeń zdrowotnych odpłatnie, na żądanie pacjenta w zakresie przewidzianymi odrębnymi przepisami. Pobieranie opłat odbywa się zgodnie z obowiązującym w Szpitalu cennikiem.
4. Wykonanie świadczenia zdrowotnego w zakładzie lub pracowni diagnostycznej następuje po uprzedniej rejestracji osobistej lub telefonicznej.
5. Świadczenie zdrowotne niemożliwe do wykonania w Szpitalu z uwagi na jego brak w katalogu świadczeń Szpitala jest zlecane do wykonania w zewnętrznych zakładach diagnostycznych, zgodnie z zawartymi umowami.

W Szpitalu funkcjonują następujące zakłady i pracownie diagnostyczne:

1. Zakład Diagnostyki Obrazowej.

- 1) Zadaniem Zakładu Diagnostyki Obrazowej jest wykonywanie badań radiologicznych i ultrasonograficznych u pacjentów leczonych w szpitalu, poradniach specjalistycznych oraz pacjentów kierowanych przez innych świadczeniodawców w przypadku zawarcia stosownych umów.
- 2) Dział Diagnostyki Obrazowej świadczy usługi całodobowo.
- 3) Szczegółowy przebieg procesu badania oraz jakości tego badania określają wewnętrzne procedury Zakładu Diagnostyki Obrazowej.

2. Zakład Diagnostyki Laboratoryjnej.

- 1) Zadaniem Zakładu Diagnostyki Laboratoryjnej jest wykonywanie badań z zakresu analiz lekarskich u pacjentów leczonych w szpitalu, poradniach specjalistycznych oraz u pacjentów kierowanych przez innych świadczeniodawców w przypadku zawarcia stosownych umów.
- 2) Zakład Diagnostyki Laboratoryjnej świadczy usługi całodobowo.
- 3) Szczegółowy przebieg procesu badania oraz jakości tego badania określają wewnętrzne procedury Zakładu Diagnostyki Laboratoryjnej.

3. Zakład Centralnej Sterylizacji.

- 1) Zadaniem Centralnej Sterylizacji jest dekontaminacja, pakowanie i oznakowanie sprzętu do sterylizacji, przygotowywanie szczotek, materiałów opatrunkowych, bielizny operacyjnej do sterylizacji, narzędzi operacyjnych i zabiegowych, obsługa sterylizatorów i destylarki, zgodnie z instrukcją i uzyskanymi kwalifikacjami, przestrzeganie reżimu sanitarno-epidemiologicznego oraz utrzymanie właściwego porządku, przyjmowanie i wydawanie materiału sterylnego, zgodnie z procedurą, kontrola testami biologicznymi i chemicznymi sterylizowanego materiału i sprzętu.
- 2) Zakład Centralnej Sterylizacji świadczy usługi całodobowo.

4. Zakład Endoskopii Zabiegowej.

Zadaniem Zakładu Endoskopii Zabiegowej jest leczenie i wykonywanie badań diagnostycznych górnego i dolnego odcinka przewodu pokarmowego metodą endoskopową, pobieranie materiałów do badań histopatologicznych, wykonywanie badań:

- gastrokopii,
- rektoskopii,
- kolonoskopii.

5. Zakład Patomorfologii.

Zakład Patomorfologii jest pełnoprofilowym Zakładem, posiadającym pracownie:

- Histopatologiczną,
- Cytologiczną,
- Immunohistochemiczną,
- Autopsyjną.

Rolą Zakładu Patomorfologii jest:

- 1) diagnostyka patomorfologiczna przed i pooperacyjna materiału tkankowego, pobranego od pacjenta (rozszerzona o badanie immunohistochemiczne),

- 2) diagnostyka patomorfologiczna śródoperacyjna,
- 3) cytodiagnostyka złuszczeniowa i aspiracyjna,
- 4) diagnostyka patomorfologiczna autopsyjna

6. Zakład Rehabilitacji.

Zadaniem Zakładu Rehabilitacji jest świadczenie usług z zakresu rehabilitacji dla pacjentów hospitalizowanych we wszystkich oddziałach Szpitala. Zakład świadczy zabiegi w zakresie: kinezyterapii, fizykoterapii, hydroterapii, masażu leczniczego.

7. Pracownia EEG, Spirometrii, Hemodynamiki, Badań Czynnościowych, Stałej Stymulacji Serca.

- 1) Pracownie świadczą usługi w wyznaczonych dniach i godzinach dla pacjentów leczonych w oddziałach szpitalnych i poradniach specjalistycznych oraz pacjentów kierowanych przez innych świadczeniodawców w przypadku zawarcia stosownych umów.
- 2) Szczegółowy przebieg procesu badania oraz jakości tego badania określają wewnętrzne procedury Pracowni.

Inne komórki medyczne szpitala

§ 56

1. Szpitalny Oddział Ratunkowy.

- 1) Zadaniem Szpitalnego Oddziału Ratunkowego jest:
 - a) udzielanie świadczeń zdrowotnych polegających na wstępnej diagnostyce i podjęciu leczenia w zakresie niezbędnym do stabilizacji funkcji życiowych osób znajdujących się w stanie nagłego zagrożenia życia lub zdrowia, z przyczyny wewnętrznej lub zewnętrznej, a w szczególności w razie wypadku, urazu, zatrucia.
 - b) udziela świadczeń zdrowotnych w stanach wyjątkowych np. wypadków komunikacyjnych, katastrof, zgodnie z założeniami powiatowego i wojewódzkiego planu zabezpieczenia ratunkowego.
 - c) dokonuje zabezpieczenia medycznego pacjentów oraz organizuje transport do innych zakładów opieki zdrowotnej.

2. Szpitalna Izba Przyjęć.

- 1) Zadaniem Szpitalnej Izby Przyjęć jest:
 - a) udzielanie niezbędnej pomocy medycznej w sytuacjach zagrożenia życia lub zdrowia,
 - b) ustalanie potrzeby hospitalizacji,
 - c) prowadzenie ewidencji wolnych łóżek w szpitalu,
 - d) transport chorych.

3. Blok Operacyjny.

- 1) Zadaniem Bloku Operacyjnego jest:
 - a) przeprowadzanie zabiegów operacyjnych, znieczuleń pacjentów i innych procedur medycznych, do których niezbędne są warunki Bloku Operacyjnego,
 - b) prowadzenie obowiązującej dokumentacji zgodnie z obowiązującymi procedurami,
 - c) stała kontrola parametrów życiowych w trakcie trwania znieczulenia, wybudzenie pacjenta i opieka nad nim do chwili przekazania na oddział,
 - d) koordynatorem Okołooperacyjnej Karty Kontrolnej jest:

- w trakcie zabiegu operacyjnego ze znieczuleniem ogólnym i przewodowym – **lekarz anesteziolog**,
- w trakcie zabiegu operacyjnego ze znieczuleniem miejscowym – **lekarz chirurg – operator**.

4. Apteka Szpitalna.

1) Zadaniem Apteki Szpitalnej jest:

- a) zaopatrywanie oddziałów szpitalnych i innych komórek medycznych Szpitala w produkty lecznicze, wyroby medyczne i środki dezynfekcyjne i antyseptyczne,
- b) sporządzanie leków recepturowych,
- c) udzielanie informacji o produktach leczniczych i wyrobach medycznych,
- d) udział w monitorowaniu działań niepożądanych leków,
- e) udział w racjonalizacji farmakoterapii leków,
- f) prowadzenie ewidencji uzyskanych darów produktów leczniczych.

ROZDZIAŁ VI

PORZĄDEK PROCESU UDZIELANIA AMBULATORYJNYCH ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH

§ 57

Zespół Poradni Specjalistycznych tworzą:

1. Poradnie specjalistyczne dla dorosłych: (*lokalizacja ul. Sokołowskiego 4, Wałbrzych*)

- a) Poradnia Hematologiczna,
- b) Poradnia Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej,
- c) Poradnia Neurochirurgiczna,
- d) Poradnia Chirurgii Ogólnej,
- e) Poradnia Gruźlicy i Chorób Płuc,
- f) Poradnia Onkologiczna,
- g) Poradnia Chirurgii Onkologicznej,
- h) Poradnia Kardiologiczna,
- i) Poradnia Medycyny Pracy,
- j) Poradnia Leczenia Jaskry,
- k) Poradnia Okulistyczna,
- l) Poradnia Urologiczna
- m) Poradnia Nefrologiczna
- n) Poradnia Chirurgii Szczękowo-Twarzowej
- o) Poradnia Neurologiczna

(*lokalizacja ul. Batorego 4, Wałbrzych*)

- p) Poradnia WZW,
- q) Poradnia Zdrowia Psychicznego,
- r) Poradnia Leczenia Uzależnień
- s) Zespół leczenia środowiskowego (domowego).

2. Poradnie specjalistyczne dla dzieci i młodzieży: (lokalizacja ul. Batorego 4, Walbrzych)

- a) Poradnia Alergologiczna dla Dzieci,
- b) Poradnia Neurologiczna dla dzieci,
- c) Poradnia Neonatologiczna,
- d) Poradnia Kardiologiczna dla Dzieci,
- e) Poradnia Terapii Uzależnień dla Dzieci i Młodzieży,
- f) Poradnia Zdrowia Psychicznego dla Dzieci.

3. Pacjenci do Poradni Specjalistycznych przyjmowani są na podstawie skierowania wystawionego przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego

4. Zakład zapewnia rejestrację pacjentów na podstawie zgłoszenia:

- 1) osobistego,
- 2) telefonicznego,
- 3) za pośrednictwem osoby trzeciej.

Świadczenia zdrowotne udzielane są, o ile to możliwe, w dniu zgłoszenia.

5. Zakład umieszcza w miejscu ogólnie dostępnym informacje o godzinach pracy osób udzielających świadczeń zdrowotnych.

6. Skierowanie nie jest wymagane do specjalistów:

- 1) ginekologa i położnika,
- 2) onkologa
- 3) wenerologa,
- 4) psychiatry,
- 5) dentysty
- 6) dla osób chorych na gruźlicę,
- 7) dla osób zakażonych wirusem HIV,
- 8) dla inwalidów wojennych i osób represjonowanych,
- 9) dla osób uzależnionych od alkoholu, środków odurzających i substancji psychotropowych.

7. W przypadku długotrwałego leczenia w poradni specjalistycznej skierowanie od lekarza pierwszego kontaktu wymagane jest tylko przy pierwszej wizycie i jest ważne aż do zakończenia procesu leczniczego. W przypadku przerwy w leczeniu trwającej ponad 12 miesięcy wymaga się ponownego skierowania do poradni. Badania specjalistyczne zapewnia lekarz specjalista w takim zakresie, jaki przewiduje procedura leczenia danego schorzenia i konkretna potrzeba diagnozowania choroby.

ROZDZIAŁ VII

FORMA I WARUNKI UDOSTĘPNIANIA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

§ 58

Szpital jest obowiązany prowadzić dokumentację medyczną osób korzystających ze świadczeń zdrowotnych zakładu zapewniając ochronę danych w niej zawartych.

Dokumentacja medyczna pacjenta zawiera co najmniej:

1. Oznaczenie pacjenta pozwalające na ustalenie jego tożsamości.
2. Oznaczenie zakładu opieki zdrowotnej ze wskazaniem komórki organizacyjnej zakładu, w której udzielono świadczeń zdrowotnych.
3. Opis stanu pacjenta lub udzielonych mu świadczeń zdrowotnych.
4. Datę sporządzenia.

§ 60

1. Zgodnie z ustawą z 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw pacjenta udostępnienie dokumentacji medycznej pacjentowi lub jego przedstawicielowi ustawowemu jest bezpłatne gdy:
 - 1) dotyczy dokumentów udostępnianych w żądanym zakresie **po raz pierwszy**,
 - 2) udostępniania dokumentacji medycznej dotyczącej diagnostyki medycznej lub leczenia onkologicznego u pacjentów posiadających kartę DİLO,
 - 3) dotyczy postępowania przed wojewódzka komisją do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych,
 - 4) udostępnianie dokumentacji Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji oraz Agencji Badań Medycznych.
2. Za udostępnianie dokumentacji medycznej w innych przypadkach szpital pobiera opłaty w wysokości określonej w obowiązujących przepisach.
3. Maksymalna wysokość opłaty za:
 - 1) jedną stronę wyciągu lub odpisu dokumentacji medycznej – nie może przekraczać **0,002** przeciętnego wynagrodzenia w poprzednim kwartale od pierwszego dnia następnego miesiąca po ogłoszeniu przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego w Dzienniku Urzędowym RP „Monitor Polski” na podstawie art. 20 pkt. 2 ustawy z dnia 17.12.1998r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych;
 - 2) jedną stronę kopii albo wydruku dokumentacji medycznej – nie może przekraczać **0,00007** przeciętnego wynagrodzenia, o którym mowa w pkt.1;
 - 3) sporządzenie wyciągu, odpisu lub kopii dokumentacji medycznej na elektronicznym nośniku danych, jeżeli zakład prowadzi dokumentację medyczną w formie elektronicznej – nie może przekraczać **0,0004** przeciętnego wynagrodzenia, o którym mowa w pkt. 1.
4. Przepis ust. 2 nie narusza uprawnień organów rentowych określonych w art. 77 ust. 5 ustawy z dnia 13.10.1998r. o systemie ubezpieczeń społecznych (Dz. U. nr 137 poz. 887 z późn. zmian.) i art. 121 ust. 2 ustawy z dnia 17.12.1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (Dz. U. z 2004r. Nr 39, poz. 353).

§ 61

Ze względu na znaczne różnice w wysokości opłat za udostępnienie jednej strony dokumentacji medycznej w różnych formach, warto wiedzieć co oznaczają pojęcia:

- 1) **Kopia** – to dokument wytworzony przez odwzorowanie oryginału dokumentacji medycznej, w formie kserokopii albo odwzorowania cyfrowego (skanu)

- 2) **Wyciąg** – to skrótowy dokument zawierający wybrane informacje lub dane z całości dokumentacji medycznej,
- 3) **Odpis** – to dokument wytworzony przez przepisanie tekstu oryginału dokumentacji medycznej z wiernym zachowaniem zgodności co do treści z oryginałem.

§ 62

Dokumentacja medyczna jest udostępniana:

1. Do wglądu w Szpitalu.
2. Poprzez sporządzenie jej wyciągów, odpisów, wydruku
3. Poprzez sporządzenie kopii również w formie odwzorowania cyfrowego (skanu) i wydanie na nośniku elektronicznym (płyta CD, pen-drive) lub za pośrednictwem komunikacji elektronicznej (mail)
4. Poprzez wydanie oryginału za pokwitowaniem odbioru i z zastrzeżeniem zwrotu po wykorzystaniu, jeżeli uprawniony organ władzy publicznej albo sąd powszechny żąda udostępnienia oryginałów tej dokumentacji.

§ 63

Dokumentacja medyczna jest udostępniana:

2. Bezpośrednio pacjentowi, którego dotyczy,
3. Przedstawicielowi ustawowemu pacjenta (np.: rodzicom małoletniego pacjenta)
4. Innej osobie upoważnionej przez pacjenta
5. Organom administracji publicznej i innym jednostkom zgodnie z obowiązującymi przepisami.

§ 64

Dokumentacja medyczna jest przechowywana przez okres **20 lat**, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym dokonano ostatniego wpisu, z wyjątkiem:

6. Dokumentacji medycznej dzieci do ukończenia 2 roku życia, którą przechowuje się **22 lata**.
7. Dokumentacji medycznej w przypadku zgonu pacjenta na skutek uszkodzenia ciała lub zatrucia, która jest przechowywana przez okres **30 lat**, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym nastąpił zgon.
8. Dokumentacji medycznej pacjentów leczonych krwią, którą przechowuje się przez okres **30 lat**, licząc od końca roku kalendarzowego w którym pacjent był hospitalizowany.
9. Zdjęć rentgenowskich, przechowywanych poza dokumentacją medyczną pacjenta, które są przechowywane przez okres **10 lat**, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym wykonano zdjęcie.
10. Skierowań na badania lub zleceń lekarza, które są przechowywane przez okres **5 lat**, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym zrealizowano świadczenie będące przedmiotem skierowania lub zlecenia.

ROZDZIAŁ VIII

POSTĘPOWANIE W RAZIE ŚMIERCI PACJENTA W SPECJALISTYCZNYM SZPITALU IM. DRA ALFREDA SOKOŁOWSKIEGO

Zgon pacjenta w oddziale

§ 65

11. Po stwierdzeniu śmierci chorego w oddziale szpitalnym lekarz stwierdzający zgon - **leczący lekarz oddziałowy** lub **dyżurny**, wpisuje do historii choroby: datę i godzinę śmierci, objawy poprzedzające, zakres udzielonej pomocy i prawdopodobną przyczynę zgonu. Pielęgniarka odnotowuje datę i godzinę w raporcie pielęgniarskim i na karcie gorączkowej. Zwłoki przewożone są do wyznaczonego pomieszczenia w oddziale z zachowaniem poszanowania należnego zmarłemu.

2. Następnie **pielęgniarka** wypełnia **kartę skierowania zwłok** do Prosektorium z uwzględnieniem: nazwy oddziału, imienia i nazwiska zmarłego, wieku, numeru PESEL, daty i godziny zgonu, godziny przekazania zwłok do chłodni z podpisem (imię i nazwisko pielęgniarki).

Pielęgniarka rozbiera zmarłego z odzieży, zdejmuje biżuterię, usuwa zbędne materiały i sprzęt medyczny umiejscowiony przy pacjencie i zakłada na przegub dłoni albo stopy osoby zmarłej **identyfikator** - wykonany z tasiemki, płótna lub tworzywa sztucznego, który zawiera:

- 1) Imię i nazwisko osoby zmarłej;
- 2) PESEL osoby zmarłej, a w przypadku braku numeru PESEL - serię i numer dokumentu stwierdzającego tożsamość;
- 3) Datę i godzinę zgonu.

Jeżeli nie jest możliwe ustalenie tożsamości osoby zmarłej, w karcie skierowania do chłodni oraz na identyfikatorze, o których mowa w ust. 1, dokonuje się oznaczenia „*NN*” z podaniem przyczyny i okoliczności uniemożliwiających ustalenie tożsamości.

3. Nie wcześniej niż po upływie **2 godzin** od stwierdzenia zgonu zwłoki przewożone są do chłodni. Po zabraniu zwłok pielęgniarka z personelem pomocniczym przebiera pościel i wykonuje dezynfekcję sprzętu, sporządza spis rzeczy, pieniędzy, biżuterii i przedmiotów wartościowych zmarłego i zabezpiecza je w depozycie. Zabezpieczone rzeczy mogą być wydane rodzinie zmarłego przed ewentualną sekcją zwłok lub w przypadku sekcji sądowo-lekarskiej mogą być wydane po wyrażeniu zgody przez prokuratora. Uprawnionym do odbioru zwłok jest tylko **osoba uprawniona do pochówku**.

W przypadku śmierci chorego lekarz kierujący oddziałem lub lekarz stwierdzający zgon są obowiązani do niezwłocznego zawiadomienia osoby lub instytucji wskazanej przez chorego, albo jego przedstawiciela ustawowego lub opiekuna faktycznego. Informację tą przekazuje się właściwej osobie w sposób rzeczowy i taktowny. Wiadomość o śmierci przekazywana jest telefonicznie lub bezpośrednio, w wyjątkowych przypadkach w inny sposób, pod warunkiem jednak, aby informacja ta dotarła do adresata bez zbędnej zwłoki. W razie niezgłoszenia się osób, zgon zgłasza się do Miejskiego Ośrodka Pomocy Rodzinie.

Karty zgonu

§ 66

1. **Kartę statystyczną zgonu**, w przypadku, gdy nie jest przewidziana sekcja zwłok, wystawia lekarz oddziałowy leczący chorego lub lekarz dyżurny. W przypadku skierowania zwłok do sekcji naukowo-lekarskiej kartę zgonu wystawia lekarz oddziałowy w oparciu o wyniki sekcji i dane kliniczne. Po wystawieniu karty zgonu przekazywana jest ona niezwłocznie do **sekretariatu oddziału**. Karta zgonu może być wydana po pozostawieniu jej kserokopii w historii choroby.
2. W razie zgonu chorego po reanimacji z innego zakładu opieki zdrowotnej, przebywającego na terenie szpitala w celu badań lub konsultacji, informacje dotyczące zgonu, jak w § 1 pkt. 1., wpisywane są do karty konsultacyjnej i powiadamiany jest odpowiedni zakład opieki zdrowotnej. Zwłoki zgodnie z regulaminem przewożone są do szpitalnej chłodni. O dalszym postępowaniu ze zwłokami decyduje odpowiedni zakład opieki zdrowotnej. W przypadku zgonu w oddziale szpitala osoby nie będącej pacjentem szpitala, zgon po reanimacji stwierdza lekarz z danego oddziału, gdzie udzielano pomocy. W przypadku zgonu na terenie szpitala zgon po reanimacji stwierdza lekarz starszy dyżuru. Wystawiana jest karta informacyjna z informacją dot. zgonu i powiadamiana jest **najbliższa rodzina zmarłego** lub **opiekunowie**, przy ich braku zakład opieki zdrowotnej, gdzie zmarły posiadał kartotekę, a w przypadku niemożności jego odnalezienia rejonowy komisariat policji dla miejsca, gdzie nastąpił zgon. Zwłoki zgodnie z regulaminem przewożone są do szpitalnej chłodni. O dalszym postępowaniu ze zwłokami decyduje odpowiedni zakład opieki zdrowotnej lub komisariat policji.

Sekcja naukowo i sędowo-lekarska

§ 67

1. Zwłoki osoby, która zmarła w szpitalu, mogą być poddane **sekcji naukowo-lekarskiej**, zwłaszcza gdy zgon nastąpił przed upływem 12 godzin od przyjęcia do szpitala, istnieją wątpliwości dotyczące rozpoznania i **jednoznacznej przyczyny zgonu** oraz obserwowano nietypowy przebieg kliniczny choroby, stwierdzono komisyjnie śmierć pnia mózgu i pobrano narządy dla celów transplantacyjnych. Przy **sprzeciwie** danej osoby za życia lub **sprzeciwie jej przedstawiciela ustawowego** może nastąpić zwolnienie z sekcji zwłok. Sprzeciwu osób nie bierze się pod uwagę w sytuacjach:
 - 1) Określonych w kodeksie postępowania karnego - zwłoki są do dyspozycji prokuratury,
 - 2) Gdy przyczyny zgonu nie można ustalić w sposób jednoznaczny,
 - 3) Gdy zgon pacjenta mógł nastąpić w wyniku choroby zakaźnej.
2. W określonych przypadkach zgonu w szpitalu lekarz kierujący oddziałem wstrzymuje wydanie karty statystycznej zgonu lub wykonanie sekcji naukowo-lekarskiej, lub wydanie zwłok i powiadamia Policję lub Prokuraturę Rejonową:
 - a) gdy istnieje pewność lub podejrzenie, że przyczyną zgonu było przestępstwo,
 - b) we wszystkich przypadkach śmierci gwałtownej (zabójstwa, samobójstwa, wypadków etc.),
 - c) w razie śmierci nagłej wśród podejrzanych okoliczności,
 - d) gdy zwłoki są osoby nieznannej, w szczególności zwłoki noworodka,

e) w razie śmierci człowieka z powodu błędu lekarskiego lub śmierci człowieka leczonego przez osobę niepowołaną, w przypadku śmierci w związku z poronieniem.

W przypadku braku zastrzeżenia prokuratury wykonania **sekcji sądowo-lekarskiej** zwłoki mogą być poddane sekcji naukowo-lekarskiej lub zostać wydane celem pochowania.

3. **Zasady kierowania.**

Kierownik podmiotu leczniczego lub **upoważniony przez niego lekarz**, na **wniosek właściwego lekarza kierującego oddziałem**, może zarządzić dokonanie sekcji naukowo-lekarskiej, sporządzając **adnotację** w dokumentacji medycznej. **Wniosek** o wykonanie sekcji naukowo-lekarskiej **lekarz kierujący oddziałem** z odpowiednim uzasadnieniem zawiera w dokumentacji medycznej (epikryzie).

4. **Sporządzanie dokumentacji medycznej.**

Wypisu pacjenta dokonuje lekarz prowadzący/wypisujący, przedstawiając zakończoną i podpisaną przez siebie historię choroby do oceny i podpisu lekarzowi kierującemu oddziałem. Lekarz wypisujący pacjenta wystawia na podstawie historii choroby kartę informacyjną z leczenia szpitalnego w jednym egzemplarzu z dwiema kopiami. Kartę informacyjną z jedną jej kopią wydaje się pacjentowi, jego przedstawicielowi ustawowemu lub osobie upoważnionej przez pacjenta, a w razie jego śmierci – osobie upoważnionej przez pacjenta do otrzymywania informacji o jego stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych. Drugą kopię karty informacyjnej z leczenia szpitalnego dołącza się do historii choroby.

Kartę informacyjną podpisuje lekarz wypisujący i lekarz kierujący oddziałem.

Karta informacyjna w przypadku zgonu zawiera dane:

- 1) Identyfikujące podmiot leczniczy;
- 2) Identyfikujące jednostkę organizacyjną podmiotu leczniczego;
- 3) Identyfikujące pacjenta;
- 4) Identyfikujące lekarza, pielęgniarkę, udzielających świadczeń zdrowotnych oraz lekarza kierującego na badania lub leczenie.
- 5) Rozpoznanie choroby w języku polskim;
- 6) Wyniki badań diagnostycznych, konsultacyjnych;
- 7) Zastosowane leczenie, w przypadku wykonania zabiegu - jego datę;
- 8) Datę zgonu pacjenta - ze wskazaniem roku, miesiąca, dnia oraz godziny w systemie minuty w systemie 24-godzinnym;
- 9) Przyczyny zgonu i ich numery statystyczne, ustalone według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych;
- 10) Adnotację o wykonaniu lub niewykonaniu sekcji zwłok wraz z uzasadnieniem podjętej decyzji.

W razie podjęcia decyzji o wykonaniu sekcji zwłok historię choroby, po wypełnieniu części dotyczącej wypisu, przekazuje się lekarzowi mającemu wykonać sekcję. Po wykonaniu sekcji zwłok lekarz wpisuje przyczynę zgonu do dokumentacji medycznej i historię choroby przekazuje do oddziału.

Lekarz wypisujący pacjenta porównuje rozpoznanie kliniczne i epikryzę z rozpoznaniem anatomopatologicznym. W razie rozbieżności między rozpoznaniem klinicznym i rozpoznaniem anatomopatologicznym lekarz dokonuje zwięzłej oceny przyczyn rozbieżności oraz ustala ostateczne rozpoznanie choroby zasadniczej, chorób

współistniejących i powikłań.

Lekarz prowadzący lub wyznaczony przez lekarza kierującego oddziałem przedstawia zakończoną, podpisaną przez siebie historię choroby do akceptacji i podpisu lekarzowi kierującemu oddziałem z uzupełnioną o wynik badania sekcyjnego epikryzą.

Po zakończeniu wszystkich niezbędnych badań pobranych na sekcji materiałów, lekarz wystawia w dwóch egzemplarzach protokół badania sekcyjnego z ustalonym rozpoznaniem anatomopatologicznym. Jeden egzemplarz protokołu badania sekcyjnego pozostaje u lekarza wykonującego sekcję.

Oryginał protokołu badania sekcyjnego przekazywany jest lekarzowi prowadzącemu lub wyznaczonemu przez lekarza kierującego oddziałem. Zakończoną historię choroby przekazuje się do komórki dokumentacji chorych i statystyki medycznej lub innej pełniącej tę funkcję. Komórka, po sprawdzeniu kompletności historii choroby przekazuje historię choroby do archiwum szpitala.

5. Zasady przeprowadzania.

Sekcje zwłok odbywają się w prosektorium szpitala. Przeprowadzenie sekcji zwłok powinno odbyć się w jak najszybszym terminie w związku z przeprowadzeniem ceremonii pogrzebowej i poszanowaniem życia prywatnego i rodzinnego osób bliskich zmarłym. Wykonanie sekcji nie może nastąpić wcześniej niż po upływie 12 godzin od stwierdzenia zgonu (najlepiej po 24 godzinach), z wyjątkiem uzasadnionych przypadków, nie powinno nastąpić później niż na **trzeci dzień po stwierdzeniu zgonu**. Termin i kolejność wykonania sekcji zwłok jest zgodna z czasem, w którym nastąpił zgon, a także z terminem dostarczenia dokumentacji do **zakładu patomorfologii**.

Dokładny czas wykonania sekcji ustala lekarz wykonujący sekcję. Zawiadamia on oddział kierujący zmarłego, o czasie sekcji w celu uczestnictwa lekarza z zainteresowanego oddziału. Jeżeli w czasie sekcji naukowo-lekarskiej nasunie się uzasadnione podejrzenie, że zgon nastąpił wskutek przestępstwa, lekarz wykonujący powinien przerwać czynności, dokładnie opisać stan narządów, które nasunęły podejrzenie i zabezpieczyć zwłoki. O powyższym podejrzeniu lekarz zawiadamia dyrektora szpitala lub osobę przez niego upoważnioną.

6. Odstąpienie.

Decyzja o zaniechaniu naukowo-lekarskiej sekcji zwłok może nastąpić w przypadku, gdy przyczyna zgonu nie budzi wątpliwości i gdy nie występują zastrzeżenia, opisane w § 3 pkt. 1 i 2 regulaminu. Kierownik podmiotu leczniczego lub **upoważniony** przez niego **lekarz na wniosek lekarza kierującego oddziałem** może w tej sytuacji zarządzić odstąpienie od sekcji naukowo-lekarskiej, sporządzając odpowiednią **adnotację** w oparciu o **odpowiednie uzasadnienie** w dokumentacji medycznej (epikryzie), oraz załączając **sprzeciw**, opisany w § 3 pkt. 1.

Zgon pacjenta z powodu ostrej choroby zakaźnej.

§ 68

Zwłoki osób zmarłych na ostre **choroby zakaźne wymagające szczególnego postępowania** powinny być przechowywane w sposób określony obowiązującymi przepisami z czytelnym oznaczeniem przez personel na karteczkach literą "Z". W przypadku zgonu osoby na ostrą

chorobę zakaźną należy skontaktować się z odpowiednią stacją sanitarno-epidemiologiczną. Istnieje zakaz dotykania zwłok przez inne osoby poza upoważnionymi i zabezpieczonymi pracownikami prosektorium, obowiązek pokrycia zwłok płynem odkażającym, zawinięcia w płótno nasycone płynem dezynfekcyjnym i umieszczenia na dnie trumny warstwy płynochłonnej grubości 5 cm (trociny, torf, dodatek wapna niegaszonego), szczelnego zamknięcia trumny natychmiast po złożeniu zwłok i dezynfekcji trumny z zewnątrz płynem odkażającym. Na trumnę zakłada się worek foliowy z nieprzepuszczalnego tworzywa sztucznego, odpornego na uszkodzenia mechaniczne.

Obowiązki pracowników prosektorium

§ 69

Obowiązki pracowników prosektorium:

- 1) przyjmowanie od personelu pomocniczego z oddziałów zwłok po stwierdzeniu zgonu.
- 2) przygotowanie zwłok do sekcji - naukowo- i sędowo-lekarskich, odpowiednia pomoc podczas wykonywanych sekcji i zabezpieczenie ciała po sekcji.
- 3) doprowadzenie ciała do **stanu zapewniającego zachowanie godności osobie zmarłej**, poprzez wykonanie toalety pośmiertnej w niezbędnym zakresie.
- 4) prowadzenie kancelarii - książka zgonów (liczba porządkowa, nazwisko imię, oddział, data zgonu, data sekcji, godzina przyjęcia, rodzaj sekcji, pobrane wycinki, czy dostarczono do prosektorium historię choroby, zakład odbierający ciało, potwierdzenie podpisem osoby odbierającej, data i godzina wydania zwłok itp.).
- 5) wydawanie zwłok **osobom uprawnionym** lub **osobom upoważnionym do pochowania**; wydawanie odbywa się po wcześniejszym zgłoszeniu odbioru ciała od poniedziałku do piątku w godzinach od 08:00 do 19:00 oraz dopuszcza się wydawanie zwłok w innych godzinach po wcześniejszym uzgodnieniu.
- 6) prace porządkowe - utrzymanie czystości, zabezpieczenie w bieżące materiały w drodze zgłaszania zapotrzebowania, dbanie w ramach swoich możliwości o stan techniczny wyposażenia prosektorium oraz narzędzi.

Zasady transportu zwłok.

1. Personel oddziału przekazuje zwłoki pracownikom pomocniczym prosektorium.
2. Transport powinien być przeprowadzony w taki sposób, aby **nie zwracał uwagi innych pacjentów**.
3. W oddziałach oddalonych od prosektorium za transport samochodowy i przekazanie zwłok odpowiedzialny jest **przewoźnik**, którego obowiązują odrębne przepisy. W szczególności odbiór z oddziałów, transport i przekazanie do prosektorium powinno odbywać się w sposób dyskretny i anonimowy dla pacjentów i osób odwiedzających.

Pracownicy prosektorium, jak i pracownicy zatrudnieni u przewoźnika są zobowiązani do przestrzegania poufności danych osobowych oraz informacji wynikających z tajemnicy lekarskiej powziętych w związku z wykonywaną pracą.

W szczególności obowiązuje zakaz jakiegokolwiek reklamy, czy akwizycji na rzecz firm pogrzebowych pod rygorem rozwiązania stosunku pracy w trybie dyscyplinarnym.

Zakres usług prosektoryjnych.

Prosektorium szpitalne znajdujące się w strukturach Zakładu Patomorfologii posiada następujące pomieszczenia:

- 1) chłodnię do przechowywania zwłok,
- 2) wyposażoną w sprzęt salę prosektoryjną w celu przeprowadzania sekcji naukowo-lekarskich, sądowo-lekarskich i pobrań tkanek w celach transplantacyjnych,
- 3) pomieszczenie do okazania zwłok,
- 4) biuro, w celu przyjmowania rodzin osób zmarłych, załatwiania formalności oraz prowadzenia odpowiednio zabezpieczonego archiwum.

§ 70

Przechowywanie i wydawanie zwłok.

1. Zwłoki osób zmarłych w Szpitalu powinny być przechowywane w chłodni szpitalnej **nie dłużej niż 3 doby**, nie licząc dni wolnych od pracy i świąt.

Zwłoki można przechowywać w chłodni szpitalnej przez czas dłuższy niż 3 doby jeżeli:

- a) w uzasadnionych wypadkach nie mogą zostać odebrane wcześniej przez osoby uprawnione do pochowania,
- b) w związku ze zgonem zostało wszczęte dochodzenie albo śledztwo, a prokurator nie zezwolił na wcześniejsze wydanie i pochowanie zwłok,
- c) przemawiają za tym inne niż wymienione w pkt. a i b ważne przyczyny - za zgodą albo na wniosek osoby uprawnionej do pochowania.

W innych przypadkach dłuższe przechowywanie zwłok, nie wynikające z przyczyn leżących po stronie szpitala może być odpłatne.

2. Pracownik prosektorium obowiązany jest zwłoki osób zmarłych w Szpitalu przed wydaniem umyć, ogolić oraz wydać osobie uprawnionej do ich pochowania w stanie zapewniającym zachowanie godności należnej osobie zmarłej, tj. zwłoki mogą być ubrane w strój szpitalny lub w ubranie znajdujące się w depozycie szpitalnym.

Czynności te nie stanowią przygotowania zwłok osoby zmarłej do pochowania i nie pobiera się za nie opłat.

Odzież przeznaczona dla zmarłego, dostarczona przez **osoby uprawnione** lub **upoważnione do pochówku**, powinna być ona przekazana bezpośrednio pracownikowi prosektorium z prośbą o ubranie ciała.

Jeżeli pozwalają na to obowiązki pracownik może ubrać zwłoki w dostarczoną odzież. Jeżeli ciało jest już ubrane zgodnie z przyjętymi zasadami i nie ma możliwości organizacyjnych na ponowne ubranie, powinna ona zostać przekazana tym **osobom** z pisemnym potwierdzeniem odbioru i wyszczególnieniem ilości i rodzaju przekazanej odzieży.

Ubranie w taką odzież również nie stanowi przygotowania do pochówku i pracownik nie może pobierać jakiegokolwiek gratyfikacji od osób odbierających zwłoki.

3. Po dokonaniu sekcji lub w przypadku zwolnienia z sekcji, ciało, o ile to możliwe, powinno być możliwie szybko wydane **osobom uprawnionym** lub **osobom upoważnionym do pochowania**.

Wydawanie ciał osobom upoważnionym odbywa się po przedstawieniu pisemnej formy zlecenia i w drodze dostarczenia:

- a) kopii zezwolenia na wydanie zwłok bez sekcji,

- b) kopii zezwolenia na wydanie zwłok po sekcji,
- c) na podstawie karty statystycznej zgonu i zezwolenia z prokuratury po sekcji sądowo-lekarskiej”.

Podstawa prawna:

- 1) Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 10 kwietnia 2012 r. w sprawie postępowania ze zwłokami osób zmarłych w szpitalu (Dz. U.2012.420).
- 2) Wyrok Sądu Antymonopolowego XVII Ama 15/01 2002.02.20.
- 3) Decyzja Nr RKT- 15/2007 UOKiK w Katowicach z dnia 27.04.2007 r.
- 4) Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 23.marca 2011 r. w sprawie sposobu przechowywania zwłok i szczątków.

ROZDZIAŁ IX

PRAWA I OBOWIĄZKI PACJENTA

§ 71

Prawo pacjenta do świadczeń zdrowotnych (opieki, leczenia)

1. Pacjent ma prawo do świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej.
2. Pacjent, w sytuacji ograniczonych możliwości udzielenia odpowiednich świadczeń zdrowotnych, ma prawo do przejrzystej, obiektywnej, opartej na kryteriach medycznych, procedury ustalającej kolejność dostępu do tych świadczeń.
3. Pacjent ma prawo do natychmiastowego udzielenia świadczeń zdrowotnych ze względu na zagrożenie życia i zdrowia.
4. Pacjent ma prawo do świadczeń zdrowotnych udzielanych z należytą starannością, w warunkach odpowiadających określonym w odrębnych przepisach wymaganiom fachowym i sanitarnym. Przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych osoby wykonujące zawód medyczny kierują się zasadami etyki zawodowej określonymi przez właściwe samorządy zawodów medycznych.
5. Pacjent w ramach ubezpieczenia zdrowotnego ma prawo wyboru lekarza, pielęgniarki i położnej podstawowej opieki zdrowotnej spośród lekarzy, pielęgniarek i położnych ubezpieczenia zdrowotnego nie częściej niż dwa razy w roku kalendarzowym.
6. Pacjent ma prawo wyboru świadczeniodawcy udzielającego ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych spośród tych świadczeniodawców, którzy zawarli umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.
7. Świadczeniobiorca ma prawo wyboru szpitala spośród szpitali, które zawarły umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.
8. Uprawnienia ujęte w punkcie 6-8 niniejszego rozdziału realizowane są z zastrzeżeniem przepisów odrębnych.
9. Świadczeniobiorcy na podstawie zlecenia lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, przysługuje bezpłatny przejazd środkami transportu sanitarnego, w tym lotniczego, do najbliższego zakładu opieki zdrowotnej udzielającego świadczeń we właściwym zakresie, i z powrotem na zasadach i z wyjątkami określonymi w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Prawo pacjenta do informacji

1. Informacja o usługach zdrowotnych szpitala i o tym, jak z nich korzystać jest dostępna dla wszystkich pacjentów szpitala.
2. Pacjent, w tym małoletni, który ukończył 16 lat, lub jego ustawowy przedstawiciel mają prawo do uzyskania od lekarza przystępnej informacji o stanie zdrowia pacjenta, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych i leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu.
3. Pacjent lub jego ustawowy przedstawiciel mają prawo do wyrażenia zgody na udzielenie informacji wymienionych w pkt. 2 innym osobom.
4. Pacjent ma prawo żądać, aby lekarz nie udzielił mu informacji o stanie zdrowia, o której mowa w pkt. 2.
5. Po uzyskaniu informacji, o których mowa w pkt. 2, pacjent ma prawo przedstawić lekarzowi swoje zdanie w tym zakresie.
6. W sytuacjach wyjątkowych, jeżeli rokowanie jest niepomyślne dla pacjenta, lekarz może ograniczyć informację o stanie zdrowia i o rokowaniu, jeżeli według oceny lekarza przemawia za tym dobro pacjenta. W takich przypadkach lekarz informuje przedstawiciela ustawowego pacjenta lub osobę upoważnioną przez pacjenta. Na żądanie pacjenta lekarz ma jednak obowiązek udzielić mu żądanej informacji.
7. Jeżeli pacjent nie ukończył 16 lat lub jest nieprzytomny bądź niezdolny do zrozumienia znaczenia informacji, lekarz udziela informacji osobie bliskiej tj. małżonkowi, krewnemu lub powinowatemu do drugiego stopnia w linii prostej, przedstawicielowi ustawowemu, osobie pozostającej we wspólnym pożyciu lub osobie wskazanej przez pacjenta.
8. Pacjent, który nie ukończył 16 lat, ma prawo do uzyskania od lekarza informacji w zakresie i formie potrzebnej do prawidłowego przebiegu procesu diagnostycznego lub terapeutycznego.
9. Pacjent, w tym małoletni, który ukończył 16 lat, lub jego ustawowy przedstawiciel mają prawo do uzyskania od pielęgniarki, położnej przystępnej informacji o jego pielęgnacji i zabiegach pielęgniarskich.
10. Pacjent ma prawo do zapoznania się z dokumentacją medyczną, odnoszącą się do jego osoby.
11. Na życzenie pacjenta informacja o jego stanie zdrowia przekazywana powinna być w sposób prosty i dla niego zrozumiały, a jeżeli pacjent posługuje się wyłącznie językiem obcym lub migowym, w miarę posiadania przez szpital takiej możliwości, zapewnione jest tłumaczenie na język zrozumiały dla pacjenta.
12. Pacjent ma możliwość zasięgnięcia dodatkowej opinii, a więc konsultacji innego lekarza.

Prawo pacjenta do tajemnicy informacji z nim związanych

1. Pacjent ma prawo do zachowania w tajemnicy przez osoby wykonujące zawód medyczny, w tym udzielające mu świadczeń zdrowotnych, informacji z nim związanych,

- uzyskanych w związku z wykonywaniem zawodu medycznego.
2. W celu realizacji w/w prawa, zgodnie z przepisami Ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta osoby wykonujące zawód medyczny są obowiązane zachować w tajemnicy informacje związane z pacjentem, w szczególności ze stanem zdrowia pacjenta.
 3. Przepisu wskazanego w pkt. 2 niniejszego rozdziału ujętego w art. 14 ust 1 w/w Ustawy nie stosuje się, w przypadku gdy:
 - a) tak stanowią przepisy odrębnych ustaw;
 - b) zachowanie tajemnicy może stanowić niebezpieczeństwo dla życia lub zdrowia pacjenta lub innych osób;
 - c) pacjent lub jego przedstawiciel ustawowy wyraża zgodę na ujawnienie tajemnicy;
 - d) zachodzi potrzeba przekazania niezbędnych informacji o pacjencie związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych innym osobom wykonującym zawód medyczny, uczestniczącym w udzielaniu tych świadczeń.
 4. Osoby wykonujące zawód medyczny, udzielające świadczeń zdrowotnych, z wyjątkiem przypadków, o których mowa w pkt. 3 podpunkt a, b i c niniejszego rozdziału są związane tajemnicą również po śmierci pacjenta.

§ 74

Prawo pacjenta do wyrażenia zgody na udzielenie świadczeń zdrowotnych

1. Pacjent ma prawo do wyrażenia zgody na udzielenie określonych świadczeń zdrowotnych lub odmowy takiej zgody, po uzyskaniu informacji o swoim stanie zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych i leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu.
2. Pacjent, w tym małoletni, który ukończył 16 lat, ma prawo do wyrażenia zgody na przeprowadzenie badania lub udzielenie innych świadczeń zdrowotnych przez lekarza.
3. Przedstawiciel ustawowy pacjenta małoletniego, całkowicie ubezwłasnowolnionego lub niezdolnego do świadomego wyrażenia zgody, ma prawo do wyrażenia zgody, o której mowa w pkt. 2. W przypadku braku przedstawiciela ustawowego prawo to, w odniesieniu do badania, może wykonać opiekun faktyczny.
4. Pacjent małoletni, który ukończył 16 lat, osoba ubezwłasnowolniona albo pacjent chory psychicznie lub upośledzony umysłowo, lecz dysponujący dostatecznym rozeznaniem, ma prawo do wyrażenia sprzeciwu, co do udzielenia świadczenia zdrowotnego, pomimo zgody przedstawiciela ustawowego lub opiekuna faktycznego. W takim przypadku wymagane jest zezwolenie sądu opiekuńczego.
5. Zgoda oraz sprzeciw, o których powyżej mowa, mogą być wyrażone ustnie albo poprzez takie zachowanie osób wymienionych w tych przepisach, które w sposób nie budzący wątpliwości wskazuje na wolę poddania się proponowanym przez lekarza czynnościom albo brak takiej woli.
6. W przypadku zabiegu operacyjnego albo zastosowania metody leczenia lub diagnostyki stwarzających podwyższone ryzyko dla pacjenta, zgodę wyraża się w formie pisemnej.
7. Przed wyrażeniem zgody w sposób określony w pkt. 6 pacjent ma prawo do uzyskania przystępnej informacji o swoim stanie zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych i leczniczych, dających się przewidzieć

następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu.

8. Pacjent ma prawo do wyrażenia i w każdej chwili do cofnięcia zgody na udział w badaniu klinicznym lub eksperymencie medycznym, bądź wycofania się w każdej chwili z tego badania lub eksperymentu.
9. Pacjent ma prawo do wyrażenia sprzeciwu na pobranie po śmierci komórek, tkanek i narządów.
10. Jeżeli przedstawiciel ustawowy pacjenta małoletniego, ubezwłasnowolnionego bądź niezdolnego do świadomego wyrażenia zgody nie zgadza się na wykonanie przez lekarza czynności niezbędnych dla usunięcia niebezpieczeństwa utraty przez pacjenta życia lub ciężkiego uszkodzenia ciała bądź ciężkiego rozstroju zdrowia, lekarz może wykonać takie czynności po uzyskaniu zgody sądu opiekuńczego.
11. Lekarz może wykonać czynności, o których mowa w pkt. 11 niniejszego rozdziału, 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. Postępowanie w tym zakresie reguluje ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentysty.

§ 75

Prawo do poszanowania intymności i godności pacjenta

1. Pacjent ma prawo do poszanowania intymności i godności, w szczególności w czasie udzielania mu świadczeń zdrowotnych.
2. Prawo do poszanowania godności obejmuje także prawo do umierania w spokoju i godności. Pacjent znajdujący się w stanie terminalnym ma prawo do świadczeń zdrowotnych zapewniających łagodzenie bólu i innych cierpień.
3. Przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych może być obecna osoba bliska.
4. Osoba wykonująca zawód medyczny udzielająca świadczeń zdrowotnych pacjentowi może odmówić obecności osoby bliskiej przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych, w przypadku istnienia prawdopodobieństwa wystąpienia zagrożenia epidemicznego lub ze względu na bezpieczeństwo zdrowotne pacjenta. Odmowę odnotowuje się w dokumentacji medycznej.
5. W celu realizacji prawa, o którym mowa w pkt. 1 niniejszego rozdziału, osoba wykonująca zawód medyczny ma obowiązek postępować w sposób zapewniający poszanowanie intymności i godności pacjenta.
6. Osoby wykonujące zawód medyczny, inne niż udzielające świadczeń zdrowotnych, uczestniczą przy udzielaniu tych świadczeń tylko wtedy, gdy jest to niezbędne ze względu na rodzaj świadczenia. Uczestnictwo, a także obecność innych osób wymaga zgody pacjenta, a w przypadku pacjenta małoletniego, całkowicie ubezwłasnowolnionego lub niezdolnego do świadomego wyrażenia zgody, jego przedstawiciela ustawowego, i osoby wykonującej zawód medyczny, udzielającej świadczenia zdrowotnego.

§ 76

Prawo pacjenta do dokumentacji medycznej

1. Pacjent ma prawo do dostępu do dokumentacji medycznej dotyczącej jego stanu zdrowia

- oraz udzielonych mu świadczeń zdrowotnych.
2. Dane zawarte w dokumentacji medycznej podlegają ochronie określonej w Ustawie o Prawach Pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz w przepisach odrębnych.
 3. W celu realizacji w/w prawa, podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych jest obowiązany prowadzić, przechowywać i udostępniać dokumentację medyczną w sposób określony w Rozdziale 7 w/w ustawy oraz zapewnić ochronę danych zawartych w tej dokumentacji.
 4. Lekarze, pielęgniarki i położne są uprawnieni do uzyskiwania i przetwarzania danych zawartych w dokumentacji medycznej.
 5. Podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych udostępnia dokumentację medyczną pacjentowi lub jego przedstawicielowi ustawowemu, bądź osobie upoważnionej przez pacjenta.
 6. Po śmierci pacjenta, prawo wglądu w dokumentację medyczną ma osoba upoważniona przez pacjenta za życia.
 7. Dokumentacja medyczna jest udostępniana:
 - a) do wglądu w siedzibie podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych;
 - b) poprzez sporządzenie jej wyciągów, odpisów, skanów lub wydruku

§ 77

Prawo pacjenta do poszanowania życia prywatnego i rodzinnego

1. Pacjent w zakładzie opieki zdrowotnej przeznaczonym dla osób wymagających całodobowych lub całodziennych świadczeń zdrowotnych ma prawo do kontaktu osobistego, telefonicznego lub korespondencyjnego z innymi osobami.
2. Pacjent ma prawo do odmowy kontaktu z osobami wymienionymi w pkt. 1.
3. Pacjent ma prawo do dodatkowej opieki pielęgnacyjnej, przez którą rozumie się opiekę, która nie polega na udzielaniu świadczeń zdrowotnych, w tym także opiekę sprawowaną nad pacjentką w warunkach ciąży, porodu i połogu.
4. Pacjent ponosi koszty realizacji praw, o których mowa w pkt. 1 i 3 niniejszego rozdziału, jeżeli realizacja tych praw skutkuje kosztami poniesionymi przez zakład opieki zdrowotnej.
5. Wysokość opłaty rekompensującej koszty, o których mowa w punkcie 4 ustala kierownik zakładu, uwzględniając rzeczywiste koszty realizacji w/w praw.

§ 78

Prawo pacjenta do opieki duszpasterskiej

1. Pacjent ma prawo do opieki duszpasterskiej.
2. W sytuacji pogorszenia się stanu zdrowia lub zagrożenia życia zakład opieki zdrowotnej, jest obowiązany umożliwić pacjentowi kontakt z duchownym jego wyznania.

§ 79

Prawo pacjenta do przechowywania rzeczy wartościowych w depozycie

1. Pacjent ma prawo do przechowywania rzeczy wartościowych w depozycie;

2. Koszty realizacji w/w prawa ponosi zakład opieki zdrowotnej, chyba że przepisy odrębne stanowią inaczej.
3. Specjalistyczny Szpital im. dra Alfreda. Sokołowskiego w Wałbrzychu nie ponosi odpowiedzialności za rzeczy wartościowe przechowywane poza depozytem.

§ 80

Prawo do skargi

Pacjent lub osoba reprezentująca jego prawa, jeżeli uzna, że wymienione wyżej prawa zostały naruszone może:

1. Zwrócić się z prośbą o interwencję do bezpośredniego przełożonego osoby udzielającej świadczenia, jeśli to nie odniesie oczekiwanego efektu to do Pełnomocnika ds. Skarg i Wniosków działającego w Szpitalu, a następnie do Dyrektora Szpitala.
2. W razie niezadowolającego załatwienia skargi, może zwrócić się o jej rozpatrzenie do organu, który utworzył i prowadzi zakład; do regionalnego rzecznika praw pacjenta przy Dolnośląskim Oddziale Wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia lub do Biura Rzecznika Praw Pacjenta przy Ministrze Zdrowia.
3. Jeżeli naruszenie prawa dotyczyło fachowej czynności medycznej, pacjent może zwrócić się do rzecznika odpowiedzialności zawodowej działającego przy okręgowej i naczelnej izbie lekarskiej, bądź przy okręgowej izbie pielęgniarek i położnych.
4. Jeżeli w wyniku działania lub zaniechania szpitala lub osoby sprawującej opiekę nad pacjentem, naruszono dobro osobiste pacjenta lub wyrządzono szkodę materialną w rozumieniu kodeksu cywilnego, pacjent może skierować sprawę do sądu.

§ 81

Ograniczenia w korzystaniu z praw pacjenta

Dyrektor Specjalistycznego Szpitala im. dra Alfreda Sokołowskiego w Wałbrzychu, lub upoważniony przez niego lekarz może ograniczyć korzystanie z praw pacjenta w przypadku wystąpienia zagrożenia epidemicznego lub ze względu na bezpieczeństwo zdrowotne pacjentów, a w odniesieniu do prawa pacjenta do kontaktu osobistego, telefonicznego lub korespondencyjnego z innymi osobami także ze względu na możliwości organizacyjne zakładu.

§ 82

Obowiązki pacjenta

1. Pacjent korzystający ze świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych ma obowiązek przestrzegania zasad, wynikających z obowiązujących przepisów prawa, ujętych w Regulaminie Organizacyjnym Specjalistycznego Szpitala im. dra Alfreda Sokołowskiego w Wałbrzychu, a w szczególności:
 - a) stosować się do wskazówek i zaleceń lekarzy, pielęgniarek i innego personelu medycznego zarówno w zakresie procesu diagnostyczno-terapeutycznego i rehabilitacyjnego, jak i w sprawach organizacyjno - administracyjnych,

- b) stosować się do zalecanej diety,
 - c) odnosić się życzliwie i kulturalnie do innych pacjentów i personelu Szpitala,
 - d) przebywać w wyznaczonych salach w porach obchodów lekarskich, zabiegów leczniczo-pielęgnacyjnych i w czasie wydawania posiłków,
 - e) przestrzegać ciszy nocnej w godzinach od 22⁰⁰ do 6⁰⁰,
 - f) w porze ciszy nocnej przebywać w oddziale,
 - g) przestrzegać zakazu samodzielnego oddalania się z miejsca pobytu i każdorazowo zgłaszać lekarzowi (pielęgniарce) zamiar opuszczenia oddziału,
 - h) przestrzegać zakazu samodzielnego korzystania z dźwigów szpitalnych przeznaczonych do użytku służbowego,
 - i) stosować się do przepisów o bezpieczeństwie, higienie i zagrożeniu pożarowym,
 - j) przestrzegać zakazu manipulowania przy aparaturze i urządzeniach medycznych, elektrycznych, gazowych, wentylacyjnych i grzewczych,
 - k) szanować mienie Szpitala (w przypadku jego zniszczenia pacjent jest obowiązany pokryć straty poniesione przez Zakład),
 - l) utrzymywać ład i porządek w miejscu pobytu,
 - m) przestrzegać zasad higieny osobistej,
 - n) przestrzegać zakazów: obrotu, posiadania i używania narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych i innych podobnie działających, wnoszenia i spożywania napojów alkoholowych oraz palenia wyrobów tytoniowych.
2. Pacjent może wychodzić poza teren Szpitala tylko po uzyskaniu zgody Lekarza Kierującego Oddziałem.
 3. Korzystanie przez pacjentów z telefonów komórkowych powinno się odbywać w sposób nie stwarzający uciążliwości dla innych pacjentów i poza godzinami ciszy nocnej. Ze względu na obecność aparatury medycznej i możliwość powstania zakłóceń w jej funkcjonowaniu Dyrektor może określić strefy i pomieszczenia, w których obowiązuje całkowity zakaz korzystania z telefonów komórkowych.
 4. Pacjent ma obowiązek poinformować lekarza prowadzącego o stale przyjmowanych lekach nie związanych z jednostką chorobową, która jest przyczyną hospitalizacji. Używanie tych leków w czasie pobytu w Szpitalu wymaga zgody tego lekarza.
 5. Pacjent jest zobowiązany udzielić w trakcie wywiadu lekarskiego lub pielęgniarskiego pełnej i prawdziwej informacji o swoim stanie zdrowia. Szpital nie ponosi odpowiedzialności za szkody wynikłe z zatajenia bądź udzielenia nieprawdziwych informacji, co do istotnych spraw dotyczących zdrowia pacjenta.
 6. Pacjent i osoby odwiedzające pacjenta mają obowiązek stosować się do zasad odwiedzin w oddziałach szpitalnych uregulowane w Regulaminie Oddziału.
 7. Wypisanie ze szpitala, jeżeli przepisy szczególne nie stanowią inaczej może nastąpić, gdy pacjent przebywający w szpitalu w sposób rażąco narusza regulamin organizacyjny, a nie zachodzi obawa, że odmowa lub zaprzestanie udzielania świadczeń może spowodować bezpośrednie niebezpieczeństwo dla jego życia lub zdrowia albo życia lub zdrowia innych osób.

Podstawa Prawna:

1. Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej. Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

ROZDZIAŁ X

ORGANIZACJA I ZADANIA POSZCZEGÓLNYCH KOMÓREK ADMINISTRACYJNYCH SZPITALA

§ 83

1. Strukturę organizacyjną pionu administracji Szpitala tworzą:
 - a) Dyrektor Naczelny
 - b) Zastępcy Dyrektora
 - c) Działy i Samodzielne Stanowiska Pracy

§ 84

DYREKTOR NACZELNY SZPITALA – DN

1. Dyrektor kieruje działalnością Szpitala i reprezentuje Szpital na zewnątrz.
2. Dyrektor Szpitala jest przełożonym wszystkich pracowników Szpitala.
3. Dyrektor ponosi odpowiedzialność za zarządzanie Szpitalem i gospodarką finansową.
4. Dyrektor Szpitala wykonując swoją funkcję zapewnia w szczególności:
 - 1) koordynację działania wszystkich komórek organizacyjnych w Szpitalu w zakresie zgodności z zadaniami statutowymi,
 - 2) organizację kontroli wykonywania zadań przez poszczególne komórki,
 - 3) współdziałanie z innymi zakładami opieki zdrowotnej w zakresie realizacji zadań statutowych.
 - 4) Realizację zadań zleconych przez organ założycielski,
 - 5) Bieżący nadzór nad wykonywaniem przez Szpital zadań statutowych.
5. Wydaje wewnętrzne akty prawne, których projekty sporządzają pracownicy właściwych komórek organizacyjnych:
 - 2) zarządzenia,
 - 3) decyzje,
 - 4) instrukcje,
 - 5) komunikaty,
 - 6) procedury oraz instrukcje ZSZJ.
6. Podejmuje decyzje w sprawach pracowniczych, a w szczególności:
 - 1) nawiązania i rozwiązania stosunku pracy,
 - 2) karania, nagradzania i wyróżniania pracowników,
 - 3) przyznawania premii i dokonywania zmian wynagrodzeń pracowników,
 - 4) umocowań pracowników do realizacji określonych zadań.
7. Zawiera umowy cywilno – prawne na realizację świadczeń zdrowotnych i inne.
8. Dokonuje oceny jakości działań osób zatrudnionych na stanowiskach kierowniczych.
9. Ostatecznie rozpatruje skargi, wnioski i zażalenia pracowników i pacjentów.
10. Wydaje i zatwierdza Regulaminy obowiązujące w Szpitalu.
11. Do wyłącznej aprobaty Dyrektora należą sprawy:
 - 1) związane z wykonywaniem funkcji kierownika jednostki organizacyjnej,
 - 2) kierowania i nadzoru nad pracą osób bezpośrednio podległych,

- 3) współdziałania z Radą Społeczną i Związkami Zawodowymi,
 - 4) ustalanie regulaminu organizacyjnego szpitala,
 - 5) zakup sprzętu i aparatury medycznej zgodnie z obowiązującymi przepisami,
 - 6) wydawanie wewnętrznych aktów prawnych,
10. Dyrektor kieruje pracą Szpitala przy pomocy:
- 1) zastępców,
 - 2) naczelniej pielęgniarki,
 - 3) głównego księgowego,
 - 4) kierowników komórek organizacyjnych..
11. Do dokonywania czynności prawnych w imieniu Szpitala Dyrektor może upoważnić swoich zastępców oraz inne osoby, określając ściśle zakres udzielonego pełnomocnictwa.

§ 85

ZASTĘPCA DYREKTORA DS. LECZNICTWA – DSL

1. Zastępca Dyrektora ds. Lecznictwa pełni nadzór nad komórkami organizacyjnymi o profilu medycznym.
2. Do obowiązków Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa należy, w szczególności:
 - a) nadzór nad stanem sanitarno-epidemiologicznym Szpitala,
 - b) podejmowanie działań z dziedziny lecznictwa w celu obniżenia kosztów leczenia, przy zachowaniu odpowiedniej jakości świadczeń zdrowotnych,
 - c) udział w negocjacjach oraz nadzór nad prawidłową realizacją umów na świadczenia zdrowotne zawarte przez Szpital,
 - d) nadzór nad prawidłowym prowadzeniem dokumentacji medycznej,
 - e) nadzór nad gospodarką lekami i artykułami medycznymi,
 - f) nadzór nad prawidłowym i terminowym sporządzaniem przez podległe komórki organizacyjne sprawozdawczości, zgodnie z obowiązującymi przepisami,
 - g) organizowanie współpracy między komórkami działalności podstawowej i komórkami administracyjnymi,
 - h) nadzór i koordynacja specjalizacji lekarskich i staży podyplomowych,
 - i) udział w rozpatrywaniu skarg i wniosków pacjentów, w tym dotyczących organizacji świadczeń,
 - j) opiniowanie umów na świadczenia z zdrowotne i zakupów związanych z udzielaniem przez Szpital świadczeń zdrowotnych.

§ 86

ZASTĘPCA DYREKTORA DS. ADMINISTRACYJNO – EKSPLOATACYJNYCH – DSAE

1. Zarządzanie pionem administracyjno – technicznym i eksploatacyjnym Szpitala
2. Kieruje i nadzoruje pracę komórek organizacyjnych: Działu Obsługi Szpitala, Działu Zamówień Publicznych i Zaopatrzenia.
3. Nadzór nad utrzymaniem infrastruktury ZOZ w stanie ciągłej i należytej sprawności.
4. Koordynowanie prac nad planem inwestycyjnym Zespołu Opieki Zdrowotnej oraz nadzór nad jego realizacją.

GLÓWNY KSIĘGOWY - GK

Główny księgowy wraz z podległą służbą finansowo-księgową stanowi część systemu kontroli wewnętrznej. W celu wykorzystania funkcji informacyjno-kontrolnych rachunkowości na potrzeby bieżącego zarządzania i podnoszenia efektów ekonomicznych, zobowiązany jest do:

1. Sprawowania funkcji kierowania, nadzoru i kontroli w stosunku do podległych pracowników.
2. Prowadzenia gospodarki finansowej w sposób zapewniający realizację zawieranych umów, przestrzeganie zasad rozliczeń pieniężnych i ochrony wartości pieniężnych.
3. Dokonywania wstępnego rachunku ekonomicznego podejmowanych działań oraz analiz i oceny efektywności ekonomicznej działalności.
4. Doradztwa ekonomiczno-finansowego.
5. Udoskonalania systemu obiegu dokumentów księgowych, ewidencji i rozliczeń operacji gospodarczych.
6. Współpracy w usprawnianiu organizacji pracy i systemu informacji ekonomicznej w ramach funkcjonalnego systemu kontroli wewnętrznej.

§ 88

W strukturze organizacyjnej pionu ekonomicznego wyodrębnia się następujące typy komórek organizacyjnych:

1. Dział Księgowości Finansowej
2. Dział Księgowości Materiałowej
3. Dział Płac

Pracą pionu kieruje główny księgowy przy pomocy zastępcy i kierowników działów.

Pracą komórek organizacyjnych kierują poszczególni kierownicy wymienionych działów.

Kierownicy są odpowiedzialni za należyłą organizację pracy, prawidłowe i sprawne wykonywanie zadań przez podległych pracowników, zapoznanie pracowników z obowiązującymi przepisami prawa oraz za porządek i dyscyplinę pracy.

Kierownicy komórek organizacyjnych planują i koordynują pracę pracowników, dokonują podziału zadań między pracowników oraz kontrolują i nadzorują ich działalność. Sprawują nadzór i kontrolę nad należytym prowadzeniem dokumentacji księgowej.

Obowiązki i zakres odpowiedzialności poszczególnych pracowników określone są ich zakresami czynności.

§ 89

RAMOWY ZAKRES ZADAŃ KOMÓREK ORGANIZACYJNYCH PODLEGŁYCH GLÓWNIEMU KSIĘGOWEMU

Do wspólnych zadań komórek organizacyjnych służb finansowych należy:

1. Gromadzenie, dokumentowanie, tworzenie, ochrona i udostępnianie danych o operacjach rachunkowych.

2. Ochrona tajemnicy służbowej.
3. Opracowywanie sprawozdań i informacji finansowych.
4. Współpraca z komórkami organizacyjnymi Szpitala w zakresie obowiązków administracyjno-organizacyjnych oraz finansowych.
5. Działania na rzecz właściwego wykorzystania czasu pracy i potencjału pracowniczego służb finansowych.
6. Dbłość o należyty wizerunek Szpitala.
7. Realizacja uchwał, zarządzeń i poleceń służbowych.
8. Przestrzeganie przepisów o ochronie danych osobowych w zakresie gromadzonych informacji.
9. Podnoszenie kwalifikacji zawodowych.

1. ZAKRES ZADAŃ DZIAŁU KSIĘGOWOŚCI FINANSOWEJ (DKF)

Do zadań Działu należy:

1. Prowadzenie rachunkowości, zgodnie z obowiązującymi przepisami i przyjętymi zasadami polityki rachunkowości i zakładowego planu kont, a w szczególności:
 - 1) organizowanie systemu przyjmowania, sporządzania i archiwizowania dowodów księgowych,
 - 2) dokonywanie kontroli formalno-rachunkowej przyjętych dowodów księgowych i ich dekretacja,
 - 3) prawidłowe otwieranie i zamykanie ksiąg rachunkowych,
 - 4) bieżące księgowanie operacji gospodarczych oraz uzgadnianie księgowych kont syntetycznych i analitycznych.
2. Terminowe dokonywanie wszelkich rozliczeń finansowych typu zaliczki i pożyczki, delegacje krajowe i zagraniczne, ryczałty samochodowe i inne.
3. Współpraca z bankami prowadzącymi obsługę rachunków bankowych w zakresie dokonywania płatności w obrocie b bezgotówkowym.
4. Bieżące regulowanie zobowiązań z tytułu zakupu, wynagrodzeń, podatków i składek ubezpieczeniowych.
5. Windykacja należności i dochodzenie roszczeń spornych przy współpracy z radcą prawnym Szpitala.
6. Prowadzenie korespondencji z kontrahentami.
7. Fakturowanie sprzedaży towarów i usług.
8. Ewidencja i rozliczenie wykorzystania środków finansowych pochodzących z dotacji krajowych i zagranicznych.
9. Sporządzanie deklaracji podatkowych w terminach nakreślonych prawem.
10. Sporządzanie obowiązujących sprawozdań finansowych i analiz.

2. AKRES ZADAŃ DZIAŁU KSIĘGOWOŚCI MATERIAŁOWEJ (DKM)

Do zadań działu należy:

1. Kontrola, segregacja i dekretacja księgowych dowodów obrotu magazynowego, zgodnie z przyjętymi zasadami polityki rachunkowości oraz ewidencja wszelkiego majątku rzeczowego, będącego we władaniu Szpitala.
2. Bieżąca ewidencja przychodów i rozchodów magazynowych według asortymentu zapasów.

3. Ewidencja stanu zapasów magazynowych na koniec każdego miesiąca.
4. Bieżące monitorowanie przychodów, rozchodów i stanów zapasów magazynowych.
5. Kontrola zgodności z dokumentami dostawy ilości i wartości przyjętych rzeczowych składników majątku do magazynu.
6. Księgowanie i rozliczanie odchyleń od cen ewidencyjnych zakupionych materiałów.
7. Bieżące uzgadnianie sald kont obrotu materiałowego z saldami kont finansowo-księgowych.
8. Ewidencjonowanie środków trwałych własnych i obcych oraz wartości niematerialnych i prawnych według miejsca użytkowania i osoby materialnie odpowiedzialnej za powierzone mienie z podziałem na grupy, zgodnie z obowiązującą Klasyfikacją Środków Trwałych.
9. Bieżąca ewidencja ilościowo-wartościowa środków trwałych postawionych w stan likwidacji.
10. Dokonywanie w okresach miesięcznych ewidencji planowanych odpisów amortyzacyjnych lub umorzeniowych od wartości początkowej środków trwałych użytkowanych w procesie udzielania świadczeń medycznych.
11. Współpraca z przewodniczącym komisji inwentaryzacyjnej na rzecz prawidłowego wykonania inwentaryzacji rocznej, okresowej, bądź zdawczo-odbiorczej.
12. Porównywanie przedłożonych spisów z natury ze stanem księgowym oraz rozliczanie niedoborów i nadwyżek w powierzonym mieniu osobom materialnie odpowiedzialnym.
13. Archiwizowanie dokumentacji.

3. ZAKRES ZADAŃ DZIAŁU PŁAC (DPL)

Do zadań działu należy:

1. Naliczanie wynagrodzeń dla wszystkich osób świadczących pracę, zgodnie z zawartymi umowami o pracę jak i umowami cywilno-prawnymi oraz dokonywanie wypłat wynagrodzeń w ustalonych terminach, zgodnie z odpowiednimi zapisami prawnymi.
2. Gromadzenie dokumentacji źródłowej oraz informacji z rejestratorów ewidencji czasu pracy, weryfikowanych przez Dział Pracowniczy.
3. Pobór podatków i składek, zgodnie z obowiązującymi przepisami i rozliczanie ich z odpowiednimi instytucjami oraz gromadzenie niezbędnej do tego rozliczania dokumentacji.
4. Dokonywanie potrąceń zajęć sądowych, tytułów wykonawczych oraz obowiązkowych i dobrowolnych potrąceń, zgodnie z posiadaną dokumentacją i przepisami prawa.
5. Terminowe sporządzanie na podstawie dokumentacji płacowej i zasiłkowej list płac.
6. Prowadzenie korespondencji z instytucjami w sprawie wynagrodzeń, zasiłków i potrąceń z wynagrodzeń.
7. Sporządzanie i wydawanie zaświadczeń o zarobkach oraz obsługa pracowników w zakresie informacji na temat naliczonych wynagrodzeń.
8. Sporządzanie informacji o dochodach według PIT-11 i PIT-40 dla zatrudnionych i zwolnionych pracowników, zgodnie z ustawą oraz roczne rozliczenie podatku.
9. Sporządzanie informacji o dochodach na drukach Rp-7 na cele emerytalne i rentowe.
10. Sporządzanie rocznych informacji o wynagrodzeniach zatrudnienia rencistów i emerytów na potrzeby ZUS.
11. Uzgadnianie kont księgowych dotyczących naliczonych płac i dokonanych przelewów do instytucji, na rzecz których dokonano potrąceń.

12. Sporządzanie miesięcznych raportów ZUS w programie „Płatnik” dla pracowników i osób zatrudnionych na umowę zlecenie oraz sporządzanie korekt raportów ZUS.
13. Sporządzanie pakietów przelewów wynagrodzeń na konto osobiste pracowników, do komorników oraz innych instytucji na rzecz, których dokonano potrąceń z wynagrodzeń pracowników.
14. Weryfikacja i rozliczanie wynagrodzeń i innych należności lekarzy rezydentów i lekarzy stażystów, zgodnie z umowami zawartymi z Ministerstwem Zdrowia.
15. Archiwizacja dokumentów dotyczących wynagrodzeń.

§ 90

NACZELNA PIELEGNIARKA - NP

1. Koordynowanie i nadzór nad pracą zatrudnionych w Szpitalu pielęgniarek, ratowników medycznych, opiekunów medycznych, salowych oraz sanitariuszy.
2. Koordynowanie i nadzór nad pracą pielęgniarek i salowych zatrudnionych w poradniach specjalistycznych.
3. Koordynowanie i nadzór nad pracą sekretarek medycznych – ustalanie zastępstw, planowanie urlopów, odpowiedzialność za zapewnienie ciągłości pracy sekretariatów w oddziałach.
4. Organizacja i czuwanie nad jakością opieki pielęgniarskiej w Szpitalu.
5. Opracowanie struktury organizacyjnej podległego personelu.
6. Dokonywanie okresowej oceny pracy podległych pielęgniarek oddziałowych i pielęgniarek koordynujących.
7. Organizowanie i prowadzenie okresowych odpraw z podległym personelem.
8. Ocena wyposażenia stanowisk pracy w sprzęt, narzędzia i środki niezbędne do realizacji opieki oraz ochrony pracowników.
9. Nadzór nad podnoszeniem kwalifikacji zawodowych pielęgniarek poprzez umożliwianie udziału w szkoleniach, kursach i konferencjach.
10. Nadzór nad prowadzeniem dokumentacji medycznej pielęgniarskiej.
11. Rozpatrywanie wniosków i skarg składanych przez podległy personel, współpracowników i pacjentów.
12. Współpraca z lekarzami kierującymi oddziałami i kierownikami poszczególnych działów wynikająca z pełnionych obowiązków.
13. Współpraca z samorządem pielęgniarek i położnych.
14. Nadzór nad przebiegiem przeszkolenia zawodowego pielęgniarek po przerwie w wykonywaniu zawodu.
15. Współpraca z placówkami szkolnictwa wyższego zawodowego oraz organizacja praktyk studenckich na kierunkach medycznych (pielęgniarka, ratownik medyczny, opiekun medyczny, studentów na kierunku lekarskim).
16. Wnioskowanie do Dyrekcji Szpitala w sprawie zatrudnienia osób w grupach zawodowych podległych Naczelnaj Pielęgniarsce. Dobór osób do pracy, opiniowanie wniosków w sprawie zatrudnienia. Przeprowadzanie rozmów wstępnych i nadzór nad przebiegiem przyjęcia do pracy.
17. Nadzorowanie przebiegu adaptacji zawodowej nowych pracowników.

18. Organizowanie konkursów na stanowiska pielęgniarek oddziałowych, uczestniczenie w pracach komisji konkursowych, współpraca w tym zakresie z Okręgową Izbą Pielęgniarek i Położnych oraz Dolnośląską Izbą Lekarską.
19. Przeprowadzanie okresowych kontroli pracy podległego personelu podczas dyżurów nocnych i popołudniowych oraz w dni wolne od pracy.
20. Udział w nadzorowaniu stanu sanitarno- higienicznego Zakładu, uczestniczenie w pracach komitetu ds. zakażeń szpitalnych.
21. Współpraca z kierownikiem apteki szpitalnej i przeprowadzanie okresowych kontroli apteczek oddziałowych zgodnie z obowiązującymi procedurami.
22. Naczelną Pielęgniarką jako członek zarządu pełni nadzór nad Zintegrowanym Systemem Zarządzania Jakością.

§ 91

PEŁNOMOCNIK DS. JAKOŚCI – PDJ

Pełnomocnik ds. Jakości jest osobą odpowiedzialną za planowanie i koordynowanie Zintegrowanego Systemu Zarządzania Jakością wg norm ISO i standardów Programu Akredytacji Szpitali.

W szczególności odpowiada za:

1. Wdrażanie, utrzymanie i doskonalenie Systemu Zarządzania Jakością
2. Prowadzenie weryfikacji i akceptacji dokumentów Systemu Zarządzania Jakością pod kątem zgodności ze stanem faktycznym oraz ich integralności z istniejącym systemem.
3. Organizowanie i prowadzenie okresowych przeglądów Systemu Zarządzania Jakością.
4. Nadzorowanie opracowania projektów dokumentów Systemu Zarządzania Jakością i ich wdrażanie.
5. Przekładanie raportów o stanie funkcjonowania Systemu Zarządzania Jakością na naradach z kadrami kierowniczą.
6. Współtworzenie koncepcji rozwoju i integracji Systemu Zarządzania Jakością wewnątrz szpitala.
7. Nadzorowanie w ramach systemu Zarządzania Jakością działań korygujących i naprawczych.
8. Prowadzenie analizy wyników kontroli związanych z Systemem Zarządzania Jakością.
9. Kontrolę przestrzegania procedur Systemu Zarządzania Jakością przez wszystkich pracowników szpitala.
10. Przeprowadzanie i organizowanie szkoleń dotyczących wdrożonego Systemu Zarządzania Jakością.

§ 92

PEŁNOMOCNIK DYREKTORA DS. ZARZĄDZANIA PROCESAMI. - PDZP

Celem nadrzędnym Pełnomocnika Dyrektora ds. Zarządzania Procesami jest powiązanie ze sobą działań w ramach funkcjonujących obszarów działalności Szpitala przy wykorzystaniu posiadanych zasobów, m.in. ludzkich, materialnych, organizacyjnych, informatycznych i innych, tak by możliwe było optymalne realizowanie celów strategicznych i operacyjnych. W szczególności dotyczy to procesów o charakterze

administracyjnym, które w szpitalu często są skorelowane z procesami o charakterze medycznym.

§ 93

SAMODZIELNE STANOWISKO DS. BHP

1. Przeprowadzanie kontroli warunków pracy oraz przestrzegania przepisów i zasad bezpieczeństwa i higieny pracy.
2. Bieżące informowanie pracodawcy o stwierdzonych zagrożeniach zawodowych, wraz z wnioskami zmierzającymi do usuwania tych zagrożeń.
3. Sporządzanie i przedstawianie pracodawcy, co najmniej raz w roku, okresowych analiz stanu bezpieczeństwa i higieny pracy zawierających propozycje przedsięwzięć technicznych i organizacyjnych mających na celu zapobieganie zagrożeniom życia i zdrowia pracowników oraz poprawę warunków pracy.
4. Udział w opracowaniu zarządzeń wewnętrznych, regulaminów i instrukcji ogólnych dotyczących bezpieczeństwa i higieny pracy .
5. Udział w ustalaniu okoliczności i przyczyn wypadków przy pracy oraz w opracowaniu wniosków wynikających z badania przyczyn i okoliczności tych wypadków oraz zachorowań na choroby zawodowe, a także kontrola realizacji tych wniosków.
6. 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.
7. Współpraca z właściwymi komórkami organizacyjnymi lub osobami, w szczególności w zakresie organizowania i zapewnienia odpowiedniego poziomu szkoleń w dziedzinie bezpieczeństwa i higieny pracy.
8. Współdziałanie z lekarzem sprawującym profilaktyczną opiekę zdrowotną nad pracownikami.
9. Dbanie o zabezpieczenie pracowników w odzież ochronną, i sprzęt ochrony osobistej, a także opiniowanie zaopatrzenia oraz kontrola stanu zaopatrzenia w te artykuły.
10. Uczestniczenie w pracach komisji, zespołów zajmujących się problematyką bezpieczeństwa i higieny pracy, w tym zapobieganiem chorobom zawodowym i wypadkom przy pracy.

§ 94

INSPEKTOR DS. OCHRONY RADIOLOGICZNEJ – IOR

1. Informowanie administratora podmiotu przetwarzającego oraz pracowników, którzy przetwarzają dane osobowe, o obowiązkach spoczywających na nich na mocy niniejszego rozporządzenia oraz innych przepisów Unii lub państw członkowskich o ochronie danych i doradzanie im w tej sprawie.
2. Monitorowanie przestrzegania niniejszego rozporządzenia, innych przepisów Unii lub państw członkowskich o ochronie danych oraz polityk administratora lub podmiotu przetwarzającego w dziedzinie ochrony danych osobowych, w tym udział obowiązków, działania zwiększające świadomość, szkolenia personelu uczestniczącego w operacjach przetwarzania danych, przeprowadzanie kontrolnych audytów.

3. Udzielanie na żądanie zaleceń co do oceny skutków dla ochrony danych oraz monitorowanie jej wykonania zgodnie z art.35 RODO.
4. Współpraca z organem nadzorczym.
5. Pełnienie funkcji punktu kontaktowego dla organu nadzorczego w kwestiach związanych z przetwarzaniem, w tym z uprzednimi konsultacjami, o których mowa w art.36 RODO, oraz w stosowanych przypadkach prowadzenie konsultacji we wszelkich innych sprawach.
6. Inspektor Ochrony Danych wypełnia swoje zadania z należyty uwzględnieniem ryzyka związanego z operacjami przetwarzania, mając na uwadze charakter, zakres, kontekst i cele przetwarzania.

§ 95

PEŁNOMOCNIK DS. MARKETINGU I UBEZPIECZEŃ – PDMU

1. Opracowywanie planów i strategii działalności Szpitala w zależności od potrzeb.
2. Badanie rynku usług medycznych.
3. Stała współpraca z mediami lokalnymi i ogólnopolskimi, budowanie pozytywnego wizerunku placówki.
4. Koordynacja polityki informacyjnej szpitala.
5. Pozyskiwanie świadczeniobiorców w zakresie podstawowej działalności szpitala na podstawie umów z NFZ oraz w zakresie nie objętych tymi umowami.
6. Inicjowanie i organizowanie oferty szpitala w zakresie ubezpieczeń dodatkowych uzupełniających.
7. Monitorowanie zagadnień związanych z możliwością pozyskania środków z funduszu Unii Europejskiej wraz z bezpośrednim nadzorem nad przygotowaniem projektów ze strony szpitala.
8. Organizacja konferencji naukowych, konferencji prasowych oraz innych spotkań mających na celu promocję jednostki.

§ 96

KAPELAN SZPITALNY – KAPS

1. Zapewnienie chorym przebywającym w szpitalu potrzeb religijnych.
2. Sprawowanie sakramentu pokuty w kaplicy szpitalnej i karty chorych,
3. Odprawianie nabożeństw.
4. Udzielanie komunii św. chorym w salach chorych.
5. Pomoc duszpasterska w organizowaniu pogrzebu osób samotnych

SAMODZIELENIE STANOWISKO DS. P/POŻ - SDPOŻ

1. Realizacja zadań w zakresie ochrony przeciwpożarowej zgodnie z obowiązującym przepisami dotyczącymi ochrony p/pożarowej w zakładach opieki zdrowotnej
2. Przedkładanie Dyrektorowi informacji o stanie ochrony przeciwpożarowej wraz z wnioskami zmierzającymi do usuwania występujących zagrożeń.
3. Przestrzeganie przeciwpożarowych wymagań budowlanych, instalacyjnych i technologicznych.
4. Przeprowadzanie nadzoru i kontroli wewnętrznych z zakresu stanu ochrony przeciwpożarowej w obiektach Zakładu.
5. Informowanie o potrzebie konserwacji i naprawy sprzętu oraz urządzeń pożarniczych.
6. Prowadzenie szkoleń pracowniczych i czuwanie nad przestrzeganiem przez pracowników obowiązujących przepisów ppoż.
7. Sporządzanie sprawozdań oraz danych statystycznych w zakresie realizowanych zadań.
8. W celu zapewnienia właściwej ochrony przeciwpożarowej inspektor/specjalista ds. ochrony ppoż. współpracuje z innymi komórkami organizacyjnymi Zakładu oraz zewnętrznymi organami na zasadach określonych w odrębnych przepisach.

§ 98

DZIAŁ PRAWNY – DP

1. Udzielanie porad, opinii i wyjaśnień w sprawach dotyczących stosowania obowiązujących przepisów prawnych.
2. Opracowanie i opiniowanie umów i innych aktów wywołujących skutki prawne.
3. Opiniowanie pod względem prawnym wewnętrznych aktów normatywnych.
4. Zastępstwo w postępowaniu sadowym, administracyjnym oraz przed innymi organami orzekającymi.

§ 99

STANOWISKO DS. OBRONNYCH I OBRONY CYWILNEJ ORAZ OCHRONY INFORMACJI NIEJAWNYCH – SDOC

1. Udział w realizowaniu planów obrony cywilnej zakładu.
2. Zapewnienie stałej gotowości sił i środków obrony cywilnej.
3. Organizowanie szkolenia pracowników szpitala
4. Udział w pracach związanych z ewakuacją Szpitala.
5. Opracowanie, przedkładanie do zatwierdzenia dokumentów dotyczących całokształtu przygotowań obrony cywilnej.
6. Opracowanie, przedkładanie do zatwierdzenia dokumentów dotyczących całokształtu przygotowań obrony cywilnej.
7. Opracowanie wniosków realizacji przedsięwzięć niezbędnych do ochrony załogi.
8. Nadzór nad konserwacją, przygotowaniem i ewidencją sprzętu obrony cywilnej.
9. Opracowanie propozycji organizacyjnych formacji obrony cywilnej i ich obsady personalnej.
10. Prowadzenie ewidencji formacji obrony cywilnej.
11. Organizowanie służb dyżurnych w ramach podwyższonej gotowości obronnej.

12. Opracowanie pism, sprawozdań oraz niezbędnych materiałów i dokumentacji.
13. Udział w opracowaniu kalendarzowego planu zamierzeń w ramach obrony cywilnej.
14. Przestrzegania zachowania tajemnicy państwowej i służbowej.
15. Uzgadnianie dokumentów planu obrony cywilnej z Biurem Ochrony i Reagowania Kryzysowego Urzędu Miasta.
16. Pilnowanie terminów aktualizacji dokumentów planów.
17. Współpraca z Urzędem Miasta i Starostwem Powiatowym w zakresie przygotowań służby zdrowia do realizacji zadań obronnych.
18. Opracowanie planu wydzielenia łóżek szpitalnych dla Sił Zbrojnych MSWiA.
19. Nadzór nad prawidłowym utrzymaniem zasobów wody i energii elektrycznej.
20. Opracowanie planu ewakuacji szpitala na wypadek pożaru, klęski żywiołowej, terroryzmu lub innego zagrożenia.
21. Opracowanie instrukcji ochrony informacji niejawnych.
22. Prowadzenie wykazu stanowisk i prac zleconych, z którymi wiąże się dostęp do informacji niejawnych.
23. Prowadzenie szkolenia z zakresu informacji niejawnych.
24. Opracowanie planu postępowania z materiałami niejawnymi w razie wprowadzenia stanu wyjątkowego.
25. Podejmowanie działań zmierzających do wyjaśnienia okoliczności naruszenia przepisów o ochronie informacji niejawnych.
26. Współpraca z właściwymi jednostkami ochrony państwa i Agencja Bezpieczeństwa Wewnętrznego informując Dyrektora o przebiegu współpracy.

§ 100

SEKRETARIAT DYREKTORA – SD

1. Wykonywanie wszystkich prac wynikających z zakresu czynności oraz zleconych przez przełożonego.
2. Przyjmowanie i rozdział korespondencji.
3. Prowadzenie ewidencji korespondencji.
5. Prowadzenie grafiku spotkań Dyrektora Szpitala oraz Zastępców Dyrektora Szpitala.
6. Ewidencja i powielanie pism.
7. Przyjmowanie interesantów oraz udzielanie im ogólnych informacji, a w razie potrzeby kierowania ich do właściwych Komórek organizacyjnych.
8. Przedkładanie pism i korespondencji do dekretacji Dyrektora Szpitala oraz Zastępców Dyrektora Szpitala.
9. Przygotowanie korespondencji do wysyłki.
10. Obsługa urządzeń biurowych (telefon, fax, kserokopiarka, niszczarka itp.)
10. Informowanie przełożonego o wszystkich istotnych wydarzeniach mających wpływ na pracę sekretariatu.
11. Dbanie o dobre imię i prestiż sekretariatu i Szpitala.
12. Współpraca ze wszystkimi komórkami organizacyjnymi w zakresie rozwiązywania problemów.

DZIAŁ ROZLICZEŃ ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH – DRŚZ.

1. Koordynacja i przygotowanie ofert na świadczenia medyczne kontraktowanie przez Narodowy Fundusz Zdrowia.
2. Prowadzenie korespondencji z Narodowym Funduszem Zdrowia związanej z realizacją zawartych umów i ich renegotjacji.
3. Rozliczanie procedur medycznych wykonywanych zgodnie z umowami przez oddziały szpitalne i inne komórki organizacyjne działalności podstawowej medycznej szpitala.
4. Monitorowanie i rozliczanie pacjentów leczonych w ramach terapeutycznych programów zdrowotnych oraz profilaktycznych programów zdrowotnych.
5. Rozliczanie pacjentów, którym udzielono świadczeń na podstawie przepisów o koordynacji.
6. Sporządzanie informacji o udzielonych świadczeniach medycznych osobom nieubezpieczonym i przekazywanie ich do Działu Księgowości – Finansowej celem wystawienia faktury sprzedaży.
7. Sporządzanie sprawozdań finansowych z realizacji umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia będących podstawą do wystawienia faktur za wykonanie świadczeń medycznych.
8. Sporządzanie analiz i zestawień z realizacji świadczeń medycznych w zakresie zawartych umów.
9. Przygotowywanie bieżących informacji dotyczących wykonania kontraktu w poszczególnych produktach oraz przedstawianie ich na odprawach ich na odprawach z lekarzami kierującymi oddziałami i kierownikami komórek organizacyjnych.
10. Stała współpraca z oddziałami szpitalnymi i poradniami w zakresie prawidłowej ewidencji świadczeń w szpitalnym programie rozliczeniowym (DKS) oraz aplikacji rozliczeniowej Narodowego Funduszu Zdrowia poprzez obsługę Portalu Świadczeniodawcy i innych aplikacji.
11. Planowanie działalności medycznej w perspektywie wieloletniej i krótkoterminowej oraz określenie potrzeb w zakresie udzielania świadczeń.

DZIAŁ INFORMATYKI – DINF

1. Administracja wewnętrzna sieci informatycznej.
2. Administracja serwerami plików i baz danych.
3. Administracja szpitalnym systemem informatycznym.
4. Dokonywanie ekspertyzy uszkodzeń sprzętów komputerowych.
5. Wsparcie informatyczne pracowników.
6. Nadzór nad prowadzeniem informacji elektronicznej (strona internetowa szpitala).
7. Bieżąca obsługa techniczna sprzętu informatycznego.
8. Nadzór usług telekomunikacyjnych i teleinformatycznych.
9. Doradztwo we wdrażaniu i eksploatacji systemów informatycznych.
10. Obsługi BIP.

DZIAŁ ORGANIZACJI I NADZORU - DON

1. Zapewnienie sprawności zarządzania, właściwego przepływu informacji pomiędzy wszystkimi komórkami organizacyjnymi, wchodzącymi w skład Szpitala.
2. Prowadzenie spraw związanych z działalnością statutową szpitala i współpraca z organem założycielskim.
3. Prowadzenie spraw związanych ze zmianami zapisów w Statucie Szpitala, koordynowanie spraw dotyczących tworzenia i zmian w Regulaminie Organizacyjnym szpitala.
4. Prowadzenie spraw związanych z rejestrem sądowym Szpitala – KRS oraz księgą rejestrową Wojewody.
5. Przygotowanie aktualnych cenników za świadczenia medyczne.
6. Przygotowanie projektów zarządzeń, decyzji i pism ogólnych Dyrektora oraz prowadzenie ich rejestru.
7. Prowadzenie Centralnego Rejestru Umów zawartych między Szpitalem, a kontrahentami zewnętrznymi.
8. Obsługa Rady Społecznej Szpitala i prowadzenie wszelkich spraw związanych z jej działalnością.
9. Występowanie w imieniu dyrektora w sprawach organizacyjnych do wszystkich komórek Szpitala.
10. Tworzenie odpisów dokumentów przychodzących do Szpitala dla zainteresowanych komórek organizacyjnych oraz rozsyłanie do nich dokumentów informacyjnych – wewnętrznych oraz prowadzenie ich rejestrów.
11. Bieżące śledzenie wydanych przepisów prawnych związanych z zakresem działalności - funkcjonowania placówek medycznych publikowanych w Dzienniku Ustaw, Monitorach.
12. Nadzór nad realizacją umów zawartych z NFZ od strony merytorycznej (wymagania dotyczące personelu, sprzętu, dokumentacji medycznej).
13. Przygotowanie dokumentów formalno – prawnych związanych z kontraktowaniem świadczeń z Narodowym Funduszem Zdrowia , Ministerstwem Zdrowia i innymi instytucjami.
14. Współuczestniczenie w opracowaniu i wdrażaniu strategii i działań w zakresie promocji zdrowia i profilaktyki chorób.
15. Współpraca ze Stacją Sanitarно-Epidemiologiczną, samorządami lokalnymi i innymi instytucjami w zakresie realizacji programów prozdrowotnych.
16. Sprawdzanie i potwierdzanie pod względem merytorycznym faktur, wystawianych przez kontrahentów zewnętrznych za wykonane świadczenia medyczne.
17. Opracowanie dokumentacji medycznej pacjenta (indywidualnej i zbiorowej) obowiązującej w Szpitalu oraz nadzór nad właściwym stosowaniem, zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia.
18. Prowadzenie Centralnego rejestru wzorów pieczętek stosowanych w Szpitalu i merytoryczna weryfikacja treści pieczętek przed zamówieniem w drukarni.
19. Przygotowywanie projektów umów cywilno-prawnych dotyczących świadczeń medycznych realizowanych przez Szpital.
20. Wykonywanie innych czynności zleczanych przez przełożonego.

21. Przygotowywanie zestawień comiesięcznych dot. zgonów na potrzeby Komisji ds. analizy zgonów w szpitalu.
22. Prowadzenie rejestru przymusu bezpośredniego u pacjentów hospitalizowanych w szpitalu
23. Zamawianie i dystrybucja recept dla lekarzy zatrudnionych w szpitalu, poradniach.

SEKCJA STATYSTYKI – STAT

1. Sporządzanie okresowych sprawozdań statystycznych do GUS, Ministerstwa Zdrowia, Urzędu Marszałkowskiego, Wojewódzkiego zgodnie z obowiązującymi przepisami.
2. Przekazywanie informacji statystycznych do odpowiednich komórek organizacyjnych Szpitala.
3. Prowadzenie rejestru druków ZUS ZLA i przesyłanie tych druków do ZUS.
4. Zamawianie i dystrybucja recept na środki narkotyczne.
5. Udostępnianie dokumentacji medycznej wewnętrznej indywidualnej lub zbiorczej na zewnątrz poprzez sporządzanie odpisów, wyciągów, kserokopii uprawnionym osobom, organom i instytucjom zgodnie z obowiązującymi przepisami.
6. Prowadzenie korespondencji związanej z pobytem pacjenta w szpitalu.
7. Sprawdzanie kompletności dokumentacji medycznej przekazywanej do archiwum przez komórki organizacyjne szpitala.
8. Opracowywanie miesięcznych, kwartalnych, rocznych wskaźników dotyczących działalności podstawowej szpitala.

SEKCJA ARCHIWUM - SA

1. Współpraca z komórkami organizacyjnymi i nadzór nad przyjmowaniem dokumentacji do archiwum, wyjaśnianie i pouczanie w sprawach klasyfikacji akt i przekazywania ich do archiwum zakładowego.
2. Inicjowanie na wniosek kierowników komórek organizacyjnych dodawania i rozszerzania haseł klasyfikacyjnych do obowiązującego Jednolitego Rzeczowego Wykazu Akt.
3. Przyjmowanie z poszczególnych komórek organizacyjnych akt oraz sprawdzanie ich zgodności ze spisem zdawczo – odbiorczym.
4. Sprawdzanie prawidłowości zakwalifikowania akt do odpowiedniej kategorii archiwalnej.
5. Przechowywanie przyjętych akt w należyтым porządku i właściwe ich zabezpieczenie
6. Prowadzenie ewidencji archiwum zakładowego.
7. Udostępnianie akt i innej dokumentacji przechowywanej w archiwum do celów służbowych i naukowych zgodnie z obowiązującymi przepisami.
8. Inicjowanie brakowania dokumentacji nie archiwalnej (kat. B), uczestniczenie w Komisji Brakowania Akt.
9. Przekazywanie brakowanych akt do składnicy surowców wtórnych lub do zniszczenia.
10. Przekazywanie materiałów archiwalnych do Archiwum Państwowego.
11. Dbanie o ład i porządek oraz estetyczny wygląd archiwum.
12. Monitorowanie temperatury i wilgotności powietrza w pomieszczeniach archiwum oraz odnotowywanie wyników pomiarów.

SPECJALISTA ds. ORGANIZACJI OPIEKI POSZPITALNEJ - SOP

1. Przeprowadzanie wywiadu z pacjentem w celu rozpoznania jego warunków socjalno-bytowych.
2. Kompletowanie dokumentów dot. umieszczania pacjentów w domach pomocy społecznej, zakładach opiekuńczo – leczniczych, środowiskowych domach samopomocy.
3. Kompletowanie dokumentów dot. umieszczania pacjentów poniżej 18 roku życia w domach dziecka i pogotowiach opiekuńczych, po decyzji Sądu Rodzinnego.
4. Występowanie do Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie o przyspieszenie lub o pierwszą kolejność w przyjęciu pacjentów do domu pomocy społecznej.
5. Utrzymanie stałego kontaktu z pracownikami w/w placówek w celu zapewnienia miejsca dla pacjentów wymagających przekazywania do tych placówek.
6. Utrzymywanie kontaktu z rodziną pacjenta :
 - omawianie z rodziną dalszych losów pacjenta.
 - uzgadnianie z rodziną warunków wypisania pacjenta ze szpitala.
7. Występowanie do Ośrodka Pomocy Społecznej o przyznanie zasiłków stałych i celowych.
8. Udzielanie pomocy osobom bezdomnym (umieszczanie w schroniskach, noclegowniach, domach dla bezdomnych matek, ośrodkach Monaru).
9. Podejmowania działań zmierzających do ustalenia tożsamości pacjentów NN (kontakt z policją, prasą, TV, Ośrodkami Pomocy Społecznej).
10. Podejmowanie działań w celu ustalenia podstaw do korzystania z bezpłatnych świadczeń zdrowotnych.
11. Nawiązywanie kontaktu z instytucjami użyteczności publicznej, organizacjami pozarządowymi w sprawach socjalnych, zawodowych i rodzinnych pacjentów.
12. Pomoc w ustaleniu brakujących numerów PESEL u pacjentów hospitalizowanych w oddziałach.

§ 104

DZIAŁ ZAMOWIEŃ PUBLICZNYCH I ZAOPATRZENIA – DZPZ

1. Prowadzenie całokształtu spraw związanych z udzielaniem zamówień publicznych na dostawy, usługi i roboty budowlane.
2. Przygotowanie, uruchomienie i przeprowadzenie postępowania o udzielanie zamówień publicznych według odpowiednich procedur.
3. Prowadzenie dokumentacji w zakresie określonym przepisami Ustawy - Prawo Zamówień Publicznych.
4. Prowadzenie sprawozdawczości w swoim zakresie.
5. Zaopatrywanie szpitala w materiały biurowe, sprzęt i aparaturę medyczną, środki chemiczne i dezynfekcyjne, zaopatrywanie w odzież ochronną i roboczą
6. Prowadzenie magazynów i dokumentacji magazynowej.
7. Przygotowywanie planu zakupów na rok przyszły.

PEŁNOMOCNIK DS. SKARG I WNIOSKÓW – PDSW

1. Pełnomocnik ds. Skarg i Wniosków czuwa nad przestrzeganiem praw pacjenta przez personel udzielający świadczeń medycznych.
2. Służy pomocą pacjentom i ich przedstawicielom ustawowym – wskazuje tryb interwencji w przypadku naruszenia praw pacjenta w szpitalu.
3. Przyjmuje skargi i wnioski pacjentów i ich przedstawicieli ustawowych dotyczące udzielanych w szpitalu świadczeń zdrowotnych.
4. Podejmuje działania interwencyjne związane z realizacją praw pacjenta w szpitalu, poradniach.
5. Dokonuje okresowej analizy i prowadzi statystykę przyjętych skarg i wniosków.

DZIAŁ SPRAW PRACOWNICZYCH - DSP

Do zadań Działu Spraw Pracowniczych należy prowadzenie spraw osobowych, zatrudnienia i spraw socjalnych, spraw z zakresu zarządzania zasobami ludzkimi a w szczególności:

1. Przygotowywanie dokumentów i wniosków związanych z zawieraniem i rozwiązywaniem umów o pracę i umów cywilno – prawnych, zmianą stanowisk pracy i wynagrodzeń, kar dyscyplinarnych oraz innych dokumentów kadrowych.
2. Prowadzenie ewidencji pracowników i osób zatrudnionych na podstawie umów o pracę, akt osobowych oraz spraw związanych z czasową niezdolnością do pracy, wydawanie legitymacji i zaświadczeń o zatrudnieniu.
3. Realizacja zadań w zakresie badań profilaktycznych kandydatów do pracy i pracowników na zasadach określonych w obowiązujących przepisach (wydawanie skierowań na badania wstępne, okresowe i kontrolne).
4. Kontrola porządku i dyscypliny pracy.
5. Opracowanie sprawozdań z zakresu działania.
6. Współdziałanie z organami administracji państwowej, samorządowej, Urzędami Pracy, NFZ, uczelniami w zakresie praktyk i staży pracowniczych oraz PEFRON (prowadzenie rejestru pracowników z przyznaną grupą inwalidzką, a także przesyłanie informacji o stanie zatrudnienia tych osób).
7. Obsługa programu rejestracji czasu pracy (drukowanie kart zbliżeniowych, przetwarzanie, analiza, sprawdzanie i wgrywanie do systemu materiału stanowiącego podstawę do naliczania wynagrodzeń pracownikom).
8. Przygotowanie i techniczna obsługa konkursów na kierownicze stanowiska.
9. Prowadzenie spraw związanych z wykorzystaniem zakładowego funduszu socjalnego i zakładowego funduszu mieszkaniowego (rejestrowanie wniosków, organizowanie posiedzeń komisji socjalnej, przeliczanie wysokości rat łącznie z odsetkami, sporządzanie protokołów, powiadamianie pracowników oraz nadzór nad zmianami regulaminu socjalnego).
10. Współpraca z Ministerstwem Zdrowia w zakresie zatrudniania lekarzy stażystów i lekarzy rezydentów.

11. Prowadzenie dokumentacji ZUS dla przyjmowanych, zwalnianych i aktualnie zatrudnianych pracowników.
12. Kompletowanie i prowadzenie dokumentacji i sprawozdawczości dotyczącej zawartych umów na udzielanie świadczeń medycznych.
13. Merytoryczne sprawdzanie i potwierdzanie wystawianych rachunków za udzielanie świadczeń medycznych.
14. Nadzór nad prawidłowym i terminowym sporządzaniem planów, urlopów wypoczynkowych.
15. Prowadzenie ewidencji urlopowej.
16. Monitorowanie procesu ISO Zarządzanie Zasobami Ludzkimi – w tym ocena pracowników, adaptacja zawodowa oraz szkolenie wewnętrzne i zewnętrzne.
17. Przeprowadzanie szkoleń wewnętrznych pracowników z zakresu prawa pracy i problematyki ubezpieczeń społecznych.
18. Opracowanie rocznego planu szkoleń zewnętrznych na podstawie zapotrzebowań sporządzanych przez kierowników komórek organizacyjnych.
19. Praca nad doskonaleniem procedur akredytacyjnych związanych z problematyką zatrudnienia pracowników.
20. Współpraca ze Związkami Zawodowymi, działającymi na terenie Szpitala.
21. Wnioskowanie o nagrody jubileuszowe dla pracowników na podstawie obowiązujących przepisów.
22. Współpraca z kierownikami komórek organizacyjnych w zakresie opracowania opisów stanowisk i zakresów czynności pracowników.
23. Współpraca z archiwum dotycząca spraw pracowniczych.

Zadania wykonywane są pod nadzorem kierownika, który podlega bezpośrednio Dyrektorowi Szpitala.

§ 107

INSPEKTOR OCHRONY DANYCH OSOBOWYCH – IODO

Odpowiada za bezpieczeństwo danych osobowych w systemie informatycznym, a zwłaszcza za przeciwdziałanie dostępowi osób niepowołanych do systemu, w którym dane są przetwarzane, oraz za podejmowanie działań w przypadku wykrycia naruszeń w systemie zabezpieczeń, a w szczególności:

1. nadzór i kontrola nad przestrzeganiem zasad określonych w polityce bezpieczeństwa wdrożonej przez administratora danych;
2. nadzór i kontrola nad przestrzeganiem zasad określonych w instrukcji zarządzania systemem informatycznym służącym do przetwarzania danych osobowych, w tym:
 - a) procedur nadawania uprawnień do przetwarzania danych i rejestrowanie tych uprawnień w systemie informatycznym, procedur rozpoczęcia, zawieszenia i zakończenia pracy przeznaczone dla użytkowników systemu,
 - b) procedury tworzenia kopii zapasowych zbiorów danych,
 - c) sposobu, miejsca i okresu przechowywania elektronicznych nośników informacji zawierających dane osobowe oraz kopii zapasowych,
 - d) sposobu zabezpieczenia systemu informatycznego przed działalnością oprogramowania, którego celem jest uzyskanie nieuprawnionego dostępu do systemu

- informatycznego jak również utratą danych spowodowanych awarią zasilania lub zakłóceniami w sieci zasilającej;
- e) procedury wykonywania przeglądów konserwacji systemów oraz nośników informacji służących do przetwarzania danych.
 3. nadzór i kontrola nad stosowaniem środków bezpieczeństwa dostosowanych do poziomu bezpieczeństwa przetwarzania danych osobowych w systemie informatycznym – zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji z dnia 29 kwietnia 2004 roku w sprawie Dokumentacji przetwarzania danych oraz warunków technicznych organizacyjnych, jakim powinny odpowiadać urządzenia i systemy informatyczne służące do przetwarzania danych osobowych;
 4. nadzór nad ewidencją osób upoważnionych do przetwarzania danych osobowych, w tym również zgłaszanie administratorowi danych, potrzeby wydania nowych upoważnień;
 5. nadzór i kontrola zgłoszeń zbiorów danych do rejestracji Generalnemu Inspektorowi Danych Osobowych w części: „opis środków technicznych i organizacyjnych zastosowanych w celu ochrony danych osobowych” oraz „informacja o sposobie wypełnienia warunków technicznych i organizacyjnych jakim powinny odpowiadać urządzenia i systemy informatyczne służące do przetwarzania danych osobowych”;
 6. niezwłoczne zgłaszanie administratorowi danych osobowych sytuacji naruszenia bezpieczeństwa danych osobowych, naruszenie systemu przez osoby niepowołane jak również przetwarzanie danych osobowych w określonych zbiorach przez osoby nieupoważnione przez administratora;
 7. samokształcenia oraz podnoszenie kwalifikacji w zakresie powierzonych obowiązków administratora bezpieczeństwa informacji.

§ 108

KOORDYNATOR PAKIETU ONKOLOGICZNEGO

1. Koordynacja planu leczenia pacjenta:
 - a) prowadzenie pacjenta tzw. SZYBKĄ ŚCIEŻKĄ DIAGNOZOWANIA,
 - b) ustalanie terminów badań diagnostycznych,
 - c) umawianie pacjentów na wizyty u lekarzy specjalistów,
 - d) umawianie pacjentów na konsylia onkologiczne,
2. Dbanie o kompletność dokumentacji związanej z kartą diagnostyki i leczenia onkologicznego pacjenta:
 - a) potwierdzanie wykonania świadczeń medycznych,
 - b) wpisywanie etapów leczenia;
3. Koordynacja terminowego wykonania badań diagnostycznych oraz realizacji terminów w poszczególnych etapach karty DiLO;
4. Zapewnianie pacjentowi przepływu informacji na wszystkich etapach związanych z leczeniem onkologicznym;
5. Uczestnictwo w konsyliach lekarskich z ramienia Koordynatora ds. Pakietu Onkologicznego;

6. Bieżąca współpraca z personelem medycznym w zakresie realizacji świadczeń dot. pakietu onkologicznego oraz działem rozliczeń świadczeń medycznych,
7. Przygotowywanie na bieżąco sprawozdań z realizacji pakietu onkologicznego dyrekcji Szpitala;
8. Wykonywanie innych, zadań wynikających i związanych z procesem terapeutycznym pacjenta w zakresie informacyjnym, administracyjnym i organizacyjnym w ramach świadczeń związanych z leczeniem onkologicznym pacjentów.

§ 109

DZIAŁ EPIDEMIOLOGII – DEP

1. Nadzór nad przestrzeganiem procedur zapewniających ochronę przed zakażeniami zakładowymi.
2. Monitorowanie zakażeń zakładowych.
3. Analiza występujących zakażeń zakładowych i opracowanie raportów o ich występowaniu.
4. Szkolenie personelu w zakresie zasad i kontroli zakażeń zakładowych.
5. Rozpoznawanie ognisk epidemicznych w szpitalu i nadzór nad właściwym postępowaniem przy ich wygaszaniu.
6. Opracowanie rocznych programów zapobiegania i kontroli zakażeń zakładowych i nadzór nad ich realizacją.
7. Udział w opracowywaniu obowiązujących procedur i instrukcji w zakresie zapobiegania zakażeniom zakładowym.
8. Bieżąca współpraca z Dyrektorem Szpitala i Lekarzami kierującymi oddziałami

§ 110

DZIAŁ OBSŁUGI SZPITALA - DOS

1. Zapewnienie warunków technicznych do prawidłowego funkcjonowania Szpitala poprzez bieżące wykonywanie zabiegów konserwacyjnych, remontowych i modernizacyjnych użytkowanych obiektów, stałych urządzeń technicznych i instalacji (wodno-kanalizacyjnych, cieplnych, elektrycznych, gazowych, wentylacji i klimatyzacji, chłodniczych, parowych, paliwowych, utylizacji odpadów poszpitalnych, transportu wewnętrznego, telekomunikacji oraz innego wyposażenia technicznego z wyjątkiem aparatury medycznej i urządzeń będących na wyłącznym utrzymaniu innych komórek organizacyjnych Szpitala).
2. Sprawowanie bezpośredniego nadzoru nad prawidłową eksploatacją budynków, wyposażenia technicznego oraz instalacji. Zapewnienie opracowania i niezbędnych aktualizacji instrukcji obsługi stałych urządzeń technicznych.
3. Przeprowadzanie okresowych przeglądów stanu technicznej sprawności użytkowanych obiektów budowlanych, instalacji i urządzeń.
4. Zorganizowanie sprawnego systemu usuwania ewentualnych awarii.
5. Zapewnienie sprawnego działania aparatury i sprzętu medycznego znajdującego się na wyposażeniu Szpitala.
6. Nadzorowanie procesu napraw i konserwacji aparatury medycznej w oparciu o dokumentację techniczną.

7. Nadzorowanie wykonywania przeglądów technicznych urządzeń medycznych zgodnie z zaleceniami ich producentów.
8. Prowadzenie rejestru awarii urządzeń medycznych zgłaszanych przez poszczególne oddziały i komórki organizacyjne Szpitala.
9. Prowadzenie prawidłowej gospodarki odpadami szpitalnymi, komunalnymi i przemysłowymi oraz udział w prowadzeniu prawidłowej gospodarki odpadami medycznymi.

§ 111

DZIAŁ BUDŻETOWANIA I ANALIZ – DBA

1. Prezentowanie danych ekonomiczno – statystycznych z działalności Szpitala dla potrzeb zarządzania i oceny procesów ekonomicznych.
2. Bieżące informowanie lekarzy/kierowników o ekonomiczno – statystycznych aspektach funkcjonowania zarządzanych przez nich komórek organizacyjnych.
3. Koordynowanie procesu budżetowania komórek organizacyjnych Szpitala.
4. Współuczestniczenie w tworzeniu planu finansowego Szpitala.
5. Bieżąca analiza istotnych parametrów ekonomicznych.
6. Bieżąca analiza istotnych parametrów statystycznych.
7. Tworzenie baz danych dot. części parametrów: medycznych, gospodarczych, technicznych celem ich optymalnego wykorzystania w procesie informacyjnym.

§ 112

WSPÓLNE ZADANIA I OBOWIĄZKI KIEROWNIKÓW KOMÓREK ORGANIZACYJNYCH.

1. Do podstawowych obowiązków oraz zadań kierownika wewnętrznych komórek organizacyjnych należy:
 - a) planowanie, organizowanie i kontrola pracy wykonywanej przez podległych pracowników,
 - b) rozdział zadań i obowiązków pomiędzy poszczególnych pracowników z uwzględnieniem rodzaju i priorytetu zadań, kwalifikacji pracowników i obciążenia ich bieżącą pracą,
 - c) organizacja wewnętrznej pracy podległej jednostki organizacyjnej, rozdział stałych zadań dla pracowników,
 - d) nadzór służbowy nad wykonywanymi przez podwładnych zadaniami i udzielanie im niezbędnej pomocy merytorycznej i instruktażu zawodowego,
 - e) przestrzeganie dyscypliny ekonomicznej i finansowej przy realizacji zadań podległej jednostki organizacyjnej,
 - f) właściwa organizacja pracy pod względem BHP i p/poż. oraz sprawowanie stałego nadzoru w tym zakresie,
 - g) prowadzenie bieżącej oceny wyników i jakości pracy pracowników,
 - h) wnioskowanie w sprawie zasad systemu wynagradzania i nagradzania podległych pracowników,

- i) nadzorowanie przestrzegania przepisów prawa, wewnętrznych aktów normatywnych oraz norm etycznych w podległej jednostce organizacyjnej,
 - j) nadzór nad procesem adaptacji zawodowej nowoprzyjętych pracowników, oraz przydzielanie im zadań i obowiązków,
 - k) analiza racjonalności i struktury zatrudnienia w podległej jednostce organizacyjnej proporcjonalnie do ilości powierzonych jej zadań i obowiązków,
 - l) przygotowywanie pism, wniosków oraz innych dokumentów dla przełożonych,
 - m) wykonywanie innych zadań zleconych przez przełożonych dotyczących działalności jednostki organizacyjnej, które dotyczą pracy, jeżeli nie są one sprzeczne z przepisami prawa lub umową o pracę.
2. Podstawowymi uprawnieniami kierowników wewnętrznych komórek organizacyjnych są:
- a) wydawanie podległym pracownikom poleceń służbowych w zakresie zadań należących do kompetencji jednostki organizacyjnej,
 - b) wyznaczanie stałych obowiązków i doraźnych zadań podległym pracownikom oraz ocena ich realizacji,
 - c) opracowywanie wniosków w sprawach dotyczących ilości osób, ich kwalifikacji oraz struktury zatrudnienia, sposobu i metod ich wynagradzania, a także stosowania sankcji dyscyplinarnych,
 - d) dysponowanie przyznanymi komórce przez przełożonych funduszami lub środkami finansowymi,
 - e) reprezentowanie interesów podległych pracowników wobec przełożonych,
 - f) decydowanie o:
 - sposobie wykonania zadań i podziale otrzymanych środków na ich realizację,
 - sposobie i formie obiegu dokumentów wewnątrz jednostki organizacyjnej,
 - zezwoleniu na opuszczenie przez podległego pracownika stanowiska pracy w godzinach pracy,
 - zakresie i formie szkolenia lub doszkalania pracowników,
 - g) opiniowanie wniosków o udzielanie urlopów wypoczynkowych i bezpłatnych,
 - h) usprawiedliwianie spóźnień i nieobecności w pracy,
 - i) zarządzanie czasem pracy podległego personelu, zgodnie z obowiązującymi przepisami,
 - j) okresowa ocena podległych pracowników,
 - k) zatwierdzanie pism, dokumentów i sprawozdań opracowanych w podległej jednostce organizacyjnej,
 - l) wyznaczanie swojego zastępcy oraz okresowego lub stałego delegowania części posiadanych uprawnień podległym pracownikom, jak również udzielanie pracownikom upoważnień do załatwiania określonych spraw.
3. Kierownik komórki organizacyjnej ponosi odpowiedzialność za:
- a) rzetelną i terminową realizację powierzonych mu obowiązków oraz prawidłowe wykonywanie przyznanych i powierzonych mu uprawnień i obowiązków,
 - b) prawidłowe wykonywanie zadań, zleceń i poleceń realizowanych przez podległą mu jednostkę organizacyjną,
 - c) przestrzeganie porządku i dyscypliny pracy, a zwłaszcza dyscypliny finansowej i organizacyjnej w podejmowanych decyzjach,
 - d) racjonalny i rzetelny dobór wykonawców lub środków dla realizacji powierzonych zadań,

- e) wykonywanie innych poleceń zleconych przez przełożonych,
 - f) przestrzeganie wszystkich regulaminów obowiązujących w Szpitalu, w tym przepisów BHP i p/poż.,
 - g) stan bezpieczeństwa oraz właściwe wykorzystanie powierzonego mienia i przydzielonych jednostce organizacyjnej środków,
 - h) terminowe i rzetelne opracowywanie dokumentów sprawozdawczych, informacyjnych i analitycznych,
 - i) przestrzeganie tajemnicy państwowej i służbowej,
 - j) dokładną znajomość obowiązujących przepisów prawa dotyczących w szczególności działania podległej mu jednostki organizacyjnej,
 - k) realizację zaleceń pokontrolnych i składanie informacji w tym zakresie,
 - l) należyte sporządzanie, rejestrowanie i przechowywanie wszystkich tworzonych lub otrzymanych przez podległą jednostkę organizacyjną dokumentów, pism i akt,
 - m) dbanie o dobro oraz właściwy wizerunek Szpitala.
4. Zarządzanie i kierowanie oddziałem Szpitala jest wykonywane przez lekarza kierującego oddziałem, do którego obowiązków i zadań należy dodatkowo:
- a) zapewnienie właściwego i prawidłowego leczenia pacjentów przyjętych na podległy oddział, w szczególności poprzez:
 - nadzór nad leczeniem pacjentów prowadzonych przez lekarzy oddziałowych,
 - zwoływanie konsultacyjnej narady lekarskiej w przypadkach szczególnie trudnych i przydzielanie specjalnej obsługi ciężko chorym pacjentom,
 - stosowanie w oddziale metod leczenia, zgodnych z poziomem wiedzy lekarskiej oraz poziomem referencyjnym,
 - dokonywanie obchodów lekarskich,
 - informowanie pacjentów oraz ich rodzin o stanie zdrowia i dalszych kierunkach leczenia,
 - b) organizowanie i nadzorowanie pracy personelu oddziału pod względem fachowym, etycznym i dyscyplinarnym,
 - c) ustalanie rozkładu zajęć pracowników medycznych, zapewniającego ciągłość pracy oraz zabezpieczanie koniecznych zastępstw w razie nieobecności,
 - d) dbanie o stan techniczny wyposażenia i sprzętu medycznego stanowiącego wyposażenie oddziału i Szpitala,
 - e) stałe podnoszenie kwalifikacji zawodowych w szczególności w zakresie usług leczniczych i medycznych obejmujących specjalizację podległego personelu w kierowanym oddziale,
 - f) dbanie i podnoszenie kwalifikacji zawodowych podległego personelu,
 - g) uczestniczenie w naradach lekarskich oraz organizowanie okresowych spotkań i narad z podległym personelem medycznym dla omówienia bieżących spraw,
 - h) wykonywanie poleceń Dyrektora oraz Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa związanych z działalnością oddziału, które dotyczą pracy, jeżeli nie są one sprzeczne z przepisami prawa lub umową o pracę.

ROZDZIAŁ XI

WARUNKI WSPÓLDZIAŁANIA Z INNYM PODMIOTAMI LECZNICZYMI

§ 113

1. Szpital współdziała z innymi podmiotami leczniczymi w zakresie:
 - 1) konsultacji specjalistycznych,
 - 2) badań diagnostycznych,
 - 3) transportu sanitarnego.
2. Warunki współdziałania o którym mowa w ust. 1, określają zawarte umowy dotyczące udzielania świadczeń zdrowotnych.
3. W realizacji świadczeń zdrowotnych na rzecz leczonych pacjentów Szpital współpracuje również z:
 - 1) Lotniczym Pogotowiem Ratunkowym
 - 2) Stacją Pogotowia Ratunkowego
 - 3) Centrum Powiadamiania Kryzysowego przy Wojewodzie
 - 4) placówkami opiekuńczo-leczniczymi
 - 5) ośrodkami pomocy społecznej
 - 6) lekarzami rodzinnymi

ROZDZIAŁ XII

OPLĄTY ZA ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE INNE NIŻ FINANSOWANE ZE ŚRODKÓW PUBLICZNYCH

Opląty za świadczenie zdrowotne inne niż finansowane ze środków publicznych są ustalane przez Dyrektora Zakładu i wprowadzane w życie Zarządzeniem.

§ 114

1. Ustala się następujące opląty zdrowotne za świadczenie zdrowotne inne niż finansowane ze środków publicznych:
 - 1) Cennik Badań Radiologicznych i Ultrasonograficznych - Załącznik Nr 1 do Regulaminu Organizacyjnego.
 - 2) Cennik Badań Laboratoryjnych – Załącznik Nr 2 do Regulaminu Organizacyjnego.
 - 3) Cennik Świadczeń Zakładu Patomorfologii – Załącznik Nr 3 do Regulaminu Organizacyjnego.
 - 4) Cennik Badań w Pracowni Bronchoskopii – Załącznik nr 4 do Regulaminu Organizacyjnego.
 - 5) Cennik Porad i Badań Specjalistycznych wykonywanych w Izbie Przyjęć C – Załącznik Nr 5 do Regulaminu Organizacyjnego.
 - 6) Cennik Procedur Pracowni Gastroenterologicznej – Załącznik Nr 6 do Regulaminu Organizacyjnego.

- 7) Cennik Procedur Pracowni Badań Czynnościowych – Załącznik Nr 7 do Regulaminu Organizacyjnego.
- 8) Cennik Procedur Pracowni Spirometrii – Załącznik Nr 8 do Regulaminu Organizacyjnego.
- 9) Cennik Badań Okulistycznych – Załącznik Nr 9 do Regulaminu Organizacyjnego.
- 10) Cennik Procedur Szpitalnego Oddziału Ratunkowego – Załącznik Nr 10 do Regulaminu Organizacyjnego.
- 11) Cennik pozostałych procedur niefinansowanych ze środków publicznych – Załącznik Nr 11 do Regulaminu Organizacyjnego.
- 12) Cennik badań wykonywanych w Punkcie Pobrań Badań Płatnych – Załącznik nr 12 do Regulaminu Organizacyjnego.
- 13) Cennik bań w Gabinetzie Nocnej i Świątecznej Opieki Zdrowotnej – Załącznik nr 13 do Regulaminu Organizacyjnego.
- 14) Cennik Badań w Pracowni EEG dla dzieci i dorosłych – Załącznik nr 14 do Regulaminu Organizacyjnego.

ROZDZIAŁ XIII

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 115

Postanowienia niniejszego Regulaminu mają odpowiednie zastosowanie także do podmiotów, które wykonują świadczenia zdrowotne w imieniu Szpitala na podstawie udzielonego im zamówienia (umów cywilno-prawnych).

§ 116

W sprawach nie uregulowanych w Regulaminie, mają zastosowanie przepisy ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej i pozostałe obowiązujące przepisy prawa.

§ 117

1. Niniejszy Regulamin został ustalony przez Dyrektora Specjalistycznego Szpitala im. dra Alfreda Sokołowskiego w Wałbrzychu i zaopiniowany przez Radę Społeczną Szpitala.
2. Z dniem wejścia w życie Regulaminu traci moc Regulamin Organizacyjny Specjalistycznego Szpitala im. dra Alfreda Sokołowskiego w Wałbrzych zatwierdzony Uchwałą Nr 65/2016 Rady Społecznej Szpitala z dnia 02 czerwca 2016 r.
3. Podanie Regulaminu Organizacyjnego do wiadomości pacjentów następuje poprzez zamieszczenie na stronach internetowych pod adresem www.zdrowie.walbrzych.pl i www.bip.zdrowie.walbrzych.pl lub udostępnienie jego tekstu w formie pisemnej w Dziale Organizacji i Nadzoru.

Regulamin zatwierdził

Dyrektor

Mariola Dudziak

