

**REGULAMIN ORGANIZACYJNY PODMIOTU
LECZNICZEGO**

**PROALTUM SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ
ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ**
z dnia 1 października 2026 r.

2026 r.

Spis treści

DZIAŁ I POSTANOWIENIA OGÓLNE.....	4
Rozdział 1 Podstawy prawne funkcjonowania Podmiotu Leczniczego i zakres Regulaminu Organizacyjnego.....	4
Rozdział 2 Cele, zakres i obszar działania Podmiotu Leczniczego	7
DZIAŁ II ORGANIZACJA I ZADANIA PODMIOTU LECZNICZEGO	8
Rozdział 1 Rodzaj i zakres działalności leczniczej.....	8
Rozdział 2 Struktura organizacyjna	9
Rozdział 3 Zadania poszczególnych komórek organizacyjnych	10
Rozdział 4 Warunki współdziałania komórek organizacyjnych zakładów leczniczych	15
DZIAŁ III PRZEBIEG PROCESU UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH.....	18
Rozdział 1 Opieka stacjonarna, lecznictwo ambulatoryjne, pracownie diagnostyczne.....	19
DZIAŁ IV WARUNKI WSPÓŁDZIAŁANIA Z INNYMI PODMIOTAMI LECZNICZYMI. ZAPEWNIENIE PRAWIDŁOWOŚCI DIAGNOSTYKI, LECZENIA, PIELĘGNACJI I REHABILITACJI PACJENTÓW ORAZ CIĄGŁOŚCI I PRZEBIEGU PROCESU UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH.....	19
DZIAŁ V PRAWA I OBOWIĄZKI PACJENTA	21
Rozdział 1 Postanowienia Ogólne.....	21
Rozdział 2 Zasady przebywania na terenie Podmiotu Leczniczego	23
Rozdział 4 Tryb rozpatrywania skarg i wniosków	28
Rozdział 5 Rozwiązywanie problemów etycznych.....	28,29
Rozdział 6 Monitoring wizyjny	29
DZIAŁ VI OBOWIĄZKI PODMIOTU LECZNICZEGO I JEGO POSZCZEGÓLNYCH ZAKŁADÓW LECZNICZYCH PROWADZĄCYCH SZPITALNE STACJONARNE I CAŁODOBOWE ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE	30
DZIAŁ VII POSTANOWIENIA KOŃCOWE	32
ZAŁĄCZNIK NR 1	34
Szczegółowy zakres struktury i procesu udzielania świadczeń w jednostkach organizacyjnych i zakładach leczniczych	34
POSTANOWIENIA OGÓLNE.....	
ZADANIA POSZCZEGÓLNYCH KOMÓREK ORGANIZACYJNYCH	Błąd!
Nie zdefiniowano zakładowki.	
WARUNKI WSPÓŁDZIAŁANIA KOMÓREK ORGANIZACYJNYCH ZAKŁADÓW LECZNICZYCH	
OPIEKA STACJONARNA, LECZNICTWO AMBULATORYJNE, PRACOWNIE DIAGNOSTYCZNE	
Opieka stacjonarna oraz Lecznictwo ambulatoryjne	Błąd! Nie zdefiniowano zakładowki.

ZASADY PRZEBYWANIA NA TERENIE PODMIOTU LECZNICZEGO... **Błąd!**
Nie zdefiniowano zakładki.

ROZWIĄZYWANIE PROBLEMÓW ETYCZNYCH **Błąd! Nie zdefiniowano**
zakładki.

Na podstawie art. 23, art. 23a i art. 24 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (tekst jednolity: Dz. U. z 2026 r. poz. 156, z późniejszymi zmianami) ustala się „Regulamin Organizacyjny Podmiotu Leczniczego Proaltum Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością”, zwany dalej „Regulaminem”.

DZIAŁ I

POSTANOWIENIA OGÓLNE

Rozdział 1

Podstawy prawne funkcjonowania Podmiotu Leczniczego i zakres Regulaminu Organizacyjnego

§1

Podstawę prawną Regulaminu stanowią:

- 1) ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (tekst jednolity: Dz. U. z 2026 r. poz. 156, z późniejszymi zmianami);
- 2) ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (tekst jednolity: Dz. U. z 2024 r. poz. 581, z późniejszymi zmianami);
- 3) ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jednolity: Dz. U. z 2025 r. poz. 1461, z późniejszymi zmianami);
- 4) rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (tekst jednolity: Dz. U. z 2024 r. poz. 798, z późniejszymi zmianami);
- 5) rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE;
- 6) ustawa z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (tekst jednolity: Dz. U. z 2019 r. poz. 1781);
- 7) ustawa z dnia 15 września 2000 r. – Kodeks spółek handlowych (tekst jednolity: Dz. U. z 2024 r. poz. 18, z późniejszymi zmianami);
- 8) ustawa z dnia 16 czerwca 2023 r. o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta (Dz. U. z 2023 r. poz. 1692, z późniejszymi zmianami);

9) obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 6 września 2024 r. w sprawie standardów akredytacyjnych dla działalności leczniczej w rodzaju całodobowe i stacjonarne świadczenia zdrowotne szpitalne (Dz. Urz. Min. Zdrow. z 2024 r. poz. 73);

10) umowa Spółki.

§2

1. W skład Podmiotu Leczniczego wchodzi następujące zakłady lecznicze, w których obowiązuje niniejszy Regulamin:

- 1) Szpital Specjalistyczny Św. Rocha w Ozimku,
- 2) Przychodnia Specjalistyczna Św. Rocha w Ozimku,
- 3) Zakład Opiekuńczo - Leczniczy Św. Rocha w Ozimku

2. W ramach zakładów leczniczych wyróżnia się następujące jednostki organizacyjne:

- 1) Szpital Specjalistyczny Św. Rocha w Ozimku,
- 2) Przychodnia Specjalistyczna Św. Rocha w Ozimku,
- 3) Zakład Opiekuńczo - Leczniczy Św. Rocha w Ozimku

3. W ramach zakładów leczniczych i ich jednostek organizacyjnych wyróżnia się komórki organizacyjne działalności leczniczej oraz komórki administracyjne i niemedyce, samodzielne stanowiska pracy i wyodrębnione funkcje, określone szczegółowo w załącznikach do Regulaminu.

§3

Ilekoć w Regulaminie jest mowa o:

1) „Spółce” – rozumie się przez to Podmiot działający pod firmą Proaltum Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością, z siedzibą we Wrocławiu, adres: ul. Strzegomska 142A, 54-429 Wrocław, wpisaną do Rejestru Przedsiębiorców Krajowego Rejestru Sądowego, prowadzonego przez Sąd Rejonowy dla Wrocławia-Fabrycznej we Wrocławiu, VI Wydział Gospodarczy KRS, pod numerem KRS 0000560058; o kapitale zakładowym wynoszącym 30.000,00 złotych, NIP: 6711817537, REGON: 36160068300000.

2) „Podmiocie Leczniczym” – rozumie się przez to Spółkę oraz prowadzone przez nią zakłady lecznicze wskazane w § 2 ust. 1;

3) „RPWDL” – rozumie się przez to Rejestr Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą.

§4

Regulamin Organizacyjny określa, w szczególności:

- 1) firmę i nazwę Podmiotu Leczniczego;
- 2) cele i zadania Podmiotu Leczniczego;
- 3) strukturę organizacyjną zakładów leczniczych Podmiotu Leczniczego;
- 4) rodzaj działalności leczniczej oraz zakres udzielanych świadczeń zdrowotnych;
- 5) miejsce udzielania świadczeń zdrowotnych;
- 6) przebieg procesu udzielania świadczeń zdrowotnych, z zapewnieniem właściwej dostępności i jakości tych świadczeń w jednostkach i komórkach organizacyjnych;
- 7) organizację i zadania poszczególnych jednostek i komórek organizacyjnych oraz warunki współdziałania tych jednostek i komórek dla zapewnienia sprawnego i efektywnego funkcjonowania Podmiotu Leczniczego pod względem diagnostyczno-leczniczym, pielęgnacyjnym, rehabilitacyjnym i administracyjno-gospodarczym;
- 8) warunki współdziałania z innymi podmiotami wykonującymi działalność leczniczą w zakresie zapewnienia prawidłowości diagnostyki, leczenia, pielęgnacji i rehabilitacji pacjentów oraz ciągłości przebiegu procesu udzielania świadczeń zdrowotnych;
- 9) wysokość opłat za udostępnienie dokumentacji medycznej ustalonej w sposób określony w ustawie o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta;
- 10) organizację procesu udzielania świadczeń zdrowotnych w przypadku pobierania opłat;
- 11) wysokość opłat za udzielane świadczenia zdrowotne inne niż finansowane ze środków publicznych;
- 12) sposób kierowania jednostkami i komórkami organizacyjnymi zakładów leczniczych;
- 13) prawa i obowiązki pacjenta;
- 14) tryb przyjmowania i rozpatrywania skarg i wniosków;
- 15) zasady prowadzenia i udostępniania dokumentacji medycznej;
- 16) zasady stosowania monitoringu pomieszczeń oraz terenu Podmiotu Leczniczego;
- 17) obowiązki Podmiotu Leczniczego w razie śmierci pacjenta, w tym zasady przechowywania zwłok i wysokość opłaty za przechowywanie zwłok przez okres dłuższy niż 72 godziny – w zakresie dotyczącym zakładów prowadzących działalność szpitalną.

§5

Postanowienia Regulaminu Organizacyjnego dotyczą wszystkich pracowników Podmiotu Leczniczego, pacjentów oraz innych osób przebywających na terenie Podmiotu Leczniczego

§6

1. Regulamin oraz jego załączniki ustala Zarząd Spółki. Dyrektorzy / Kierownicy zakładów leczniczych mogą przedstawiać Zarządowi projekty zmian dotyczące kierowanych przez nich zakładów i odpowiadają za wykonywanie postanowień Regulaminu w podległych strukturach.
2. Każdy pracownik Podmiotu Leczniczego zobowiązany jest do przestrzegania Regulaminu.
3. Regulamin w formie papierowej jest dostępny w administracji Podmiotu Leczniczego oraz w poszczególnych zakładach leczniczych – w zakresie ich dotyczącym, a w formie elektronicznej na stronie internetowej tj. <https://www.emc-sa.pl/nasze-placowki/ozimek-szpital-sw-rocha/o-szpitalu/o-szpitalu>

Rozdział 2

Cele, zakres i obszar działania Podmiotu Leczniczego

§7

Podstawowym celem działania Podmiotu Leczniczego jest:

1. prowadzenie działalności leczniczej polegającej na udzielaniu świadczeń zdrowotnych, a także promocja zdrowia.
2. realizacja zadań dydaktycznych i badawczych w powiązaniu z udzielaniem świadczeń zdrowotnych i promocją zdrowia, w tym wdrażanie nowych technologii medycznych oraz metod leczenia m.in. poprzez:
 - 1) przygotowywanie osób do wykonywania zawodu medycznego i kształcenie osób wykonujących zawód medyczny

§8

1. Zakres działania Podmiotu Leczniczego:

- 1) udzielanie świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki stacjonarnej;
- 2) udzielanie świadczeń zdrowotnych w warunkach pozaszpitalnych
- 3) udzielanie podstawowych i specjalistycznych świadczeń zdrowotnych w warunkach ambulatoryjnych;
- 4) prowadzenie działalności diagnostycznej;
- 5) prowadzenie działalności z zakresu rehabilitacji leczniczej;
- 6) prowadzenie profilaktycznej opieki zdrowotnej;
- 7) świadczenie usług farmaceutycznych w dziale farmacji;
- 8) promocja zdrowia i zdrowego trybu życia;
- 9) uczestniczenie w przygotowywaniu osób do wykonywania zawodu medycznego i kształceniu osób wykonujących zawód medyczny poprzez realizowanie praktyk, specjalizacji i staży, szkoleń;

- 10) prowadzenie innej działalności dopuszczalnej na podstawie obowiązujących przepisów i umowy Spółki, o ile nie ogranicza ona dostępności i jakości świadczeń zdrowotnych;
 - 11) inne zadania, nie wymienione w niniejszym ustępie, a wynikające z obowiązujących przepisów
2. Świadczenia zdrowotne udzielane są w zakładach leczniczych i miejscach udzielania świadczeń wskazanych w § 2 i § 11 Regulaminu, w miejscu pobytu pacjenta, jeżeli jest to uzasadnione zakresem świadczenia, a także za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności, jeżeli pozwalają na to przepisy prawa, rodzaj świadczenia, aktualna wiedza medyczna i wpis do RPWDL. Miejscem udzielania świadczenia na odległość jest miejsce przebywania osoby wykonującej zawód medyczny udzielającej świadczenia.
 3. Obszarem działania Podmiotu Leczniczego jest obszar wynikający z wpisu do RPWDL, umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych oraz charakteru świadczeń, z uwzględnieniem miejsc ich udzielania określonych w Regulaminie i jego załącznikach.
 4. Miejscami udzielania świadczeń zdrowotnych są:
 - 1) Szpital Specjalistyczny Św. Rocha w Ozimku, ul. Częstochowska 31, 46-040 Ozimek
 - 2) Przychodnia Specjalistyczna Św. Rocha w Ozimku, ul. Częstochowska 31, 46-040 Ozimek
 - 3) Zakład Opiekuńczo-Leczniczy Św. Rocha w Ozimku, ul. Częstochowska 31, 46-040 Ozimek
 4. Podmiot Leczniczy udziela świadczeń zdrowotnych na podstawie wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, prowadzonego przez właściwego Wojewodę.
 5. Udzielanie świadczeń zdrowotnych odbywa się w medycznych komórkach organizacyjnych Podmiotu Leczniczego w ramach umów zawartych z Narodowym Funduszem Zdrowia, innymi podmiotami zewnętrznymi zapewniającymi finansowanie działalności leczniczej, a także osobom nieobjętym ubezpieczeniem zdrowotnym, jeśli wyrażą wolę korzystania ze świadczeń na zasadach komercyjnych.

DZIAŁ II

ORGANIZACJA I ZADANIA PODMIOTU LECZNICZEGO

Rozdział 1

Rodzaj i zakres działalności leczniczej

§9

Rodzaj działalności leczniczej Podmiotu Leczniczego:

- 1) stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne szpitalne;

- 2) stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne inne niż szpitalne;
- 3) ambulatoryjne świadczenia zdrowotne, w tym świadczenia udzielane w warunkach domowych albo za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności.

§10

1. Zakresy udzielanych świadczeń zdrowotnych:

- 1) podstawowa opieka zdrowotna,
- 2) nocna i świąteczna opieka zdrowotna;
- 3) ambulatoryjna opieka specjalistyczna;
- 4) ambulatoryjne świadczenia diagnostyczne kosztochłonne;
- 5) rehabilitacja lecznicza;
- 6) leczenie szpitalne;
- 7) opieka długoterminowa
- 8) diagnostyka laboratoryjna i obrazowa oraz inne pracownie badań, zgodnie z wykazem komórek organizacyjnych;
- 9) świadczenia udzielane w miejscu pobytu pacjenta oraz na odległość – w przypadkach dopuszczonych przepisami prawa.
- 10) Szczegółowy zakres świadczeń określają załączniki do Regulaminu. W razie rozbieżności świadczenie może być udzielane wyłącznie w zakresie dopuszczonym obowiązującymi przepisami, wpisem do RPWDL i posiadanymi uprawnieniami.

§11

Miejscami udzielania świadczeń zdrowotnych są zakłady lecznicze, jednostki i komórki organizacyjne oraz lokalizacje wskazane w § 2 i § 8 Regulaminu oraz w jego załącznikach.

Rozdział 2

Struktura organizacyjna

§ 12

1. Funkcję kierownika każdego z zakładów leczniczych pełni Prezes Zarządu Spółki.
2. Prezes Zarządu Spółki jest organem uprawnionym do kierowania zakładem leczniczym i reprezentowania go na zewnątrz zgodnie z umową spółki oraz przepisami prawa powszechnie obowiązującego.
3. Prezes Zarządu Spółki, zarządza zakładami leczniczymi wchodzącymi w skład Podmiotu Leczniczego i reprezentują je na zewnątrz oraz ponosi odpowiedzialność za całokształt

działalności właściwego sobie zakładu leczniczego. Prezes Zarządu Spółki ponosi odpowiedzialność w szczególności za:

- 1) organizację i prowadzenie zakładu leczniczego zgodnie z przepisami prawa powszechnie obowiązującego;
 - 2) kierowanie i udział w negocjacjach kontraktów z NFZ i innymi podmiotami;
 - 3) organizowanie pracy podmiotu leczniczego w sposób zapewniający należyte wykonywanie świadczeń medycznych, w warunkach zgodnych z obowiązującymi przepisami, ustalonymi zasadami i zawartymi umowami;
 - 4) nadzorowanie sprawnego funkcjonowania poszczególnych jednostek organizacyjnych podmiotu leczniczego oraz organizację pracy podległego personelu;
 - 5) zapewnienie odpowiedniego poziomu działalności leczniczo – profilaktycznej, podnoszenie kwalifikacji personelu oraz zwiększanie zakresu i jakości usług podmiotu leczniczego;
 - 6) organizację działalności dydaktycznej, nadzorowanie kształcenia i szkolenie personelu;
 - 7) dobór i obsadę personelu zgodną z obowiązującymi normami;
 - 8) nawiązywanie i utrzymywanie współpracy z innymi zakładami opieki zdrowotnej.
4. Prezes Zarządu Spółki kieruje zakładem leczniczym wchodzącym w skład Podmiotu Leczniczego przy pomocy podległego mu personelu.
5. Prezesa Zarządu Spółki, w czasie jego nieobecności, zastępuje Dyrektor ds. Medycznych lub inna osoba upoważniona.

Rozdział 3

Zadania poszczególnych komórek organizacyjnych

§ 13

W Podmiocie Leczniczym funkcjonują oddziały szpitalne, poradnie specjalistyczne, komórki podstawowej opieki zdrowotnej, pracownie diagnostyczne i komórki rehabilitacji, zakłady opiekuńczo – lecznicze, dział farmacji, zgodnie ze strukturą określoną w załącznikach.

§ 14

Oddziały Podmiotu Leczniczego zapewniają całodobową opiekę stacjonarną w zakresie odpowiedniej specjalności. Szczegółowy zakres zadań poszczególnych oddziałów określają właściwe załączniki odnoszące się do konkretnego zakładu leczniczego.

§ 15

Poradnie specjalistyczne są komórkami organizacyjnymi działalności leczniczej Podmiotu Leczniczego, udzielającymi ambulatoryjnych specjalistycznych świadczeń diagnostycznych, leczniczych i profilaktycznych w ramach odpowiednich specjalności. Szczegółowy zakres zadań poszczególnych poradni specjalistycznych określają właściwe załączniki odnoszące się do konkretnego zakładu leczniczego.

§ 16

Komórki rehabilitacji leczniczej udzielają świadczeń służących zachowaniu, przywracaniu lub poprawie sprawności pacjentów, odpowiednio do profilu komórki, kwalifikacji personelu, warunków realizacji świadczeń i aktualnego wpisu do RPWDL.

§ 17

Szczegółowy zakres zadań poszczególnych pracowni znajdujących się w zakładach leczniczych określają właściwe załączniki odnoszące się do konkretnego zakładu leczniczego.

§ 18

Szczegółowy sposób udzielania świadczeń zdrowotnych oraz ich zakres w rodzaju Podstawowej Opieki Zdrowotnej określają właściwe załączniki odnoszące się do konkretnego zakładu leczniczego.

§ 19

1. Dział Farmacji Szpitalnej przeznaczony jest do zaopatrywania zakładów leczniczych oraz zapewnienia świadczenia usług farmaceutycznych i wykonywania zadań zawodowych, o których mowa w szczególności w art. 4 ust. 3 pkt 4 oraz ust. 4 pkt 5, 7, 8 i 13-15 ustawy z dnia 10 grudnia 2020 r. o zawodzie farmaceuty (t.j. Dz. U. z 2024 r. poz. 676 z późn. zm.), oraz czynności, o których mowa w art. 86 ust. 4 ustawy z dnia 6 września 2001 r. prawo farmaceutyczne (t.j. Dz. U. z 2024 r. poz. 686 z późn. zm.), na potrzeby zakładu leczniczego, a zwłaszcza:

- 1) wydawanie produktów leczniczych określonych w odrębnych przepisach;
- 2) zamawianie leków recepturowych u podwykonawcy zgodnie z zawartą umową;
- 3) udzielanie informacji o produktach leczniczych;
- 4) organizowanie zaopatrzenia Podmiotu Leczniczego w produkty lecznicze;
- 5) udział w monitorowaniu działań niepożądanych leków;

- 6) udział w racjonalizacji farmakoterapii;
 - 7) współuczestniczenie w prowadzeniu gospodarki produktami leczniczymi w Podmiocie Leczniczym;
 - 8) ewidencja uzyskiwanych darów produktów leczniczych;
 - 9) ustalanie procedur wydawania produktów leczniczych przez Dział Farmacji na oddziały;
 - 10) utrzymanie i właściwe przechowywanie w Dziale Farmacji zapasów produktów leczniczych i wyrobów leczniczych;
 - 11) monitoring zużycia leków w Podmiot Leczniczym;
 - 12) współpraca z personelem Podmiotu Leczniczego w zakresie informacji o lekach;
 - 13) prowadzenie dokumentacji zgodnie z obowiązującym prawem.
2. Działem Farmacji kieruje i nadzoruje bezpośrednio Kierownik Działu Farmacji.

§ 20

1. Do zadań Administracji należą w szczególności:
 - 1) przygotowywanie ofert do konkursów na udzielanie świadczeń zdrowotnych ogłaszanych przez NFZ;
 - 2) ewidencjonowanie czasu pracy i kontrolowanie dyscypliny pracy;
 - 3) współpraca z kierownikami komórek organizacyjnych, w tym w zakresie planów szkoleń i spraw związanych z podnoszeniem kwalifikacji;
 - 4) sporządzanie zaświadczeń o zatrudnieniu i wynagrodzeniu;
 - 5) przygotowywanie i prowadzenie dokumentacji związanej z ubieganiem się przez Podmiot Leczniczy o wpis na listę Ministra Zdrowia jednostek prowadzących specjalizacje i staże kierunkowe;
 - 6) prowadzenie i aktualizacja portalu świadczeniodawców w zakresie danych dotyczących personelu i harmonogramu pracy komórek organizacyjnych Podmiotu Leczniczego;
 - 7) obsługa sekretariatu Podmiotu Leczniczego;
 - 8) zbieranie, opracowywanie i analizowanie materiałów statystycznych z działalności Podmiotu Leczniczego;
 - 9) udostępnianie dokumentacji medycznej zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa;
 - 10) przygotowywanie i terminowe rozliczanie usług medycznych zgodnie z wytycznymi Narodowego Funduszu Zdrowia;
 - 11) przeprowadzanie kompleksowych przeglądów obiektów Podmiotu Leczniczego;

- 12) uzgadnianie oraz przygotowywanie planów remontów obiektów i zapotrzebowania na materiałów budowlanych;
 - 13) nadzór nad realizacją remontów i inwestycji;
 - 14) nadzór nad realizacją zleceń zewnętrznych;
 - 15) utrzymanie obiektów w należytej sprawności technicznej, usuwanie na bieżąco wszystkich awarii i usterek wynikłych w trakcie eksploatacji obiektów;
 - 16) prowadzenie analizy zużycia mediów, dokonywanie przeglądów i czynności konserwacyjnych instalacji i urządzeń
 - 17) nadzór nad eksploatacją i konserwacją urządzeń dźwigowych;
 - 18) opracowywanie planów potrzeb zakupów materiałów na podstawie składanych zapotrzebowań z poszczególnych komórek organizacyjnych Podmiotu Leczniczego;
 - 19) sporządzanie zamówień zgodnie z podpisanymi umowami na faktyczną ilość potrzebnego asortymentu;
 - 20) ewidencja i nadzór nad majątkiem Podmiotu Leczniczego;
 - 21) nadzór i gospodarka pomieszczeniami we wszystkich obiektach wraz z terenami zielonymi;
 - 22) prowadzenie spraw związanych z administracją i nadzorem infrastruktury sprzętowo-informatycznej Podmiotu Leczniczego;
 - 23) określanie przy współpracy z innymi komórkami organizacyjnymi Podmiotu Leczniczego potrzeb rzeczowo-finansowych Podmiotu Leczniczego;
 - 24) opracowywanie projektów planu rzeczowo-finansowego Podmiotu Leczniczego oraz wprowadzenie do niego zmian zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami;
 - 25) bieżące księgowanie sprawdzonych dowodów księgowych;
 - 26) fakturowanie wykonanych usług;
 - 27) obrót gotówkowy i bezgotówkowy w zakresie obsługi Podmiotu Leczniczego;
 - 28) prowadzenie obsługi kasowej Podmiotu Leczniczego;
 - 29) prowadzenie prawidłowej gospodarki odpadami.
2. Bezpośrednio Działem Administracji kieruje i nadzoruje Prezes Zarządu.

§ 21

1. Do zadań Recepcji należy: opieka nad pacjentem do momentu przejęcia go przez personel medyczny;
 - 1) sprawdzanie skierowań oraz dokumentów ubezpieczenia uprawniających do bezpłatnych świadczeń zdrowotnych zgodnie z obowiązującymi przepisami, potwierdzanie przybycia pacjentów na wizyty i badania;

- 2) nadzór nad obiegiem dokumentacji medycznej, informowanie o niej pacjentów i personelu;
- 3) przygotowanie, prowadzenie i archiwizowanie dokumentacji medycznej, statystycznej zgodnie z obowiązującymi przepisami oraz dokumentacji wymaganej wewnętrznymi procedurami;
- 4) rejestracja pacjentów do poszczególnych komórek organizacyjnych zgodnie z obowiązującymi przepisami;
- 5) prowadzenie kolejek w systemie AP-kolce;
- 6) zgłaszanie transportów medycznych;
- 7) nadzór nad korespondencją przychodzącą i wychodzącą;
- 8) obsługa sprzętu biurowego;
- 9) rejestrowanie badań diagnostycznych realizowanych w placówce;
- 10) usuwanie z listy wizyt świadczeń, które się nie odbyły;
- 11) udzielanie osobom zgłaszającym się wyczerpujących informacji o dniach i godzinach pracy poradni i pracowni, rodzajach i warunkach udzielania świadczeń zdrowotnych, możliwościach wykonania świadczeń w innych jednostkach, z którymi Szpital ma podpisane umowy oraz udzielanie wyjaśnień na skargi pacjentów;
- 12) archiwizowanie oświadczeń pacjentów;
- 13) przekazywanie informacji o pacjentach nieubezpieczonych – celem wystawienia rachunków;
- 14) przygotowywanie druków wykorzystywanych w poradniach specjalistycznych w sytuacjach awaryjnych;
- 15) obsługa pacjentów pełnopłatnych - uzgadnianie terminów wizyt, przyjmowanie opłat-
prowadzenie Kasy Recepcji;
- 16) ewidencja zwrotów opłat na rzecz pacjentów;
- 17) obsługa pacjentów objętych odrębnymi umowami – abonamenty;
- 18) wydawanie wyników badań;
- 19) zatwierdzanie opisów wizyt pacjentów w poszczególnych poradniach;
- 20) prowadzenie rejestru wypożyczonej dokumentacji dla potrzeb naukowych, orzecznictwa i procedur wyjaśniających i sądowych;
- 21) sporządzanie kserokopii dokumentacji medycznej na potrzeby zewnętrzne i do wewnętrznego użytku;

- 22) prowadzenie archiwum dokumentacji medycznej (drukowanie, katalogowanie, ewidencjonowanie dokumentacji, kontrola dokumentacji przychodni oraz ambulatoryjnej wg obowiązujących zasad POZ i AOS);
 - 23) uzupełnianie materiałów biurowych i druków medycznych obowiązujących do prawidłowego funkcjonowania Oddziału;
 - 24) Opieka i nadzór nad osobami wchodzącymi na teren zakładu;
 - 25) wydawanie i przyjmowanie kluczy do poszczególnych pomieszczeń;
 - 26) dbanie o ład i porządek oraz estetyczny wygląd recepcji;
 - 27) nadzór nad mieniem przychodni oraz interweniowanie w przypadku stwierdzenia jego naruszeń zgodnie z obowiązującymi procedurami.
2. Recepcję kieruje i nadzoruje Prezes Zarządu.

Rozdział 4

Warunki współdziałania komórek organizacyjnych zakładów leczniczych

§ 22

Warunki współpracy komórek organizacyjnych poszczególnych zakładów leczniczych w sposób szczegółowy określają właściwe załączniki odnoszące się do konkretnego zakładu leczniczego.

Rozdział 5

Zadania stanowisk, uprawnienia, obowiązki i odpowiedzialność pracowników Podmiotu Leczniczego

§ 23

Zadania poszczególnych stanowisk, uprawnienia, obowiązki i odpowiedzialność pracowników Podmiotu Leczniczego w sposób szczegółowy określają właściwe załączniki odnoszące się do konkretnego zakładu leczniczego.

Rozdział 6

Wewnętrzny System Zarządzania Jakością i Bezpieczeństwem

§ 23a

1. W Podmiocie Leczniczym funkcjonuje Wewnętrzny System Zarządzania Jakością i Bezpieczeństwem, zwany dalej „Wewnętrznym Systemem”, obejmujący wszystkie jednostki i komórki organizacyjne oraz osoby uczestniczące w udzielaniu świadczeń zdrowotnych, niezależnie od podstawy zatrudnienia lub współpracy.
2. Celem Wewnętrznego Systemu jest zapewnienie i systematyczna poprawa jakości oraz bezpieczeństwa udzielanych świadczeń zdrowotnych, w szczególności przez zapobieganie

zdarzeniom niepożądanym, identyfikację ryzyka, monitorowanie procesów i wyników opieki oraz wdrażanie działań doskonalących.

3. Wewnętrzny System tworzą zasady, procedury, metody postępowania, opisy stanowisk pracy, mierniki i wskaźniki, programy poprawy jakości i bezpieczeństwa oraz inne dokumenty wewnętrzne służące zapewnieniu jakości i bezpieczeństwa pacjenta.
4. Za prowadzenie Wewnętrznego Systemu odpowiada kierownik Podmiotu Leczniczego. Koordynację działań w tym zakresie powierza się Pełnomocnikowi ds. Jakości w zakresie określonym w niniejszym Regulaminie, zakresie obowiązków i udzielonego pełnomocnictwa.

§ 23b

1. W ramach Wewnętrznego Systemu Podmiot Leczniczy w szczególności:
 - 1) identyfikuje ryzyko wystąpienia zdarzeń niepożądanych i zarządza tym ryzykiem;
 - 2) identyfikuje obszary priorytetowe dla poprawy jakości i bezpieczeństwa świadczeń;
 - 3) określa kryteria, metody i wskaźniki służące nadzorowi nad jakością i bezpieczeństwem;
 - 4) okresowo monitoruje i ocenia jakość i bezpieczeństwo udzielanych świadczeń;
 - 5) monitoruje zdarzenia niepożądane, w tym zdarzenia, które dosięgnęły pacjenta, zdarzenia bezszkodowe oraz zdarzenia niedoszłe;
 - 6) zapewnia personelowi dostęp do szkoleń służących uzyskaniu i podnoszeniu kompetencji w zakresie jakości i bezpieczeństwa;
 - 7) prowadzi badania opinii i doświadczeń pacjentów oraz wykorzystuje ich wyniki do doskonalenia organizacji i procesu udzielania świadczeń;
 - 8) wykorzystuje wyniki skarg i wniosków, kontroli, audytów, samooceny akredytacyjnej, analiz klinicznych i badań opinii personelu do identyfikowania problemów wymagających poprawy.

§ 23c

1. Podmiot Leczniczy prowadzi roczny Program Poprawy Jakości i Bezpieczeństwa Opieki, zatwierdzany przez kierownika Podmiotu Leczniczego.
2. Program obejmuje co najmniej: identyfikację problemów i obszarów wymagających poprawy, ustalenie priorytetów, samoocenę spełniania standardów akredytacyjnych, cele i mierniki, projekty poprawy jakości, osoby odpowiedzialne, terminy realizacji oraz sposób monitorowania skuteczności wdrożonych zmian.

3. Projekty poprawy jakości prowadzi się z zastosowaniem uznanej metodologii doskonalenia, w szczególności cyklu PDCA, obejmującego analizę problemu i planowanie zmian, wdrożenie, pomiar efektów oraz utrwalenie albo korektę rozwiązania.
4. Informacje o realizowanych programach poprawy jakości i bezpieczeństwa udostępnia się personelowi, a w zakresie przeznaczonym dla pacjentów również w miejscach dostępnych dla pacjentów i na stronie internetowej Szpitala.

§ 23d

1. W Szpitalu funkcjonuje Polityka Bezpieczeństwa Pacjenta oraz system zgłaszania, identyfikowania, analizowania i monitorowania zdarzeń niepożądanych.
2. System umożliwia zgłaszanie zdarzeń niepożądanych przez personel, a także przez pacjentów, ich rodziny i opiekunów, w tym w sposób anonimowy, na zasadach określonych w odrębnej procedurze.
3. System zgłaszania zdarzeń niepożądanych służy identyfikowaniu natury i przyczyn zdarzeń oraz doskonaleniu organizacji i procesów opieki, a nie identyfikowaniu i penalizacji osób zgłaszających lub uczestniczących w działaniach na rzecz poprawy bezpieczeństwa, z zastrzeżeniem odpowiedzialności wynikającej z powszechnie obowiązujących przepisów prawa.
4. Poważne zdarzenia niepożądane oraz zdarzenia bezszkodowe lub niedosze, które mogły istotnie zagrozić zdrowiu lub życiu pacjenta, podlegają analizie przyczyn źródłowych (RCA), zgodnie z obowiązującą w Szpitalu procedurą i zasadami kwalifikacji ryzyka.
5. Wnioski z analiz zdarzeń niepożądanych są podstawą działań naprawczych, zapobiegawczych i doskonalących. Wdrożenie zaleceń podlega monitorowaniu i ocenie skuteczności.

§ 23e

1. Kierownik Podmiotu Leczniczego powołuje Komitet ds. Jakości. Skład, organizację pracy i szczegółowe zadania Komitetu określa odrębne zarządzenie.
2. Do zadań Komitetu należy w szczególności: opiniowanie priorytetów i programu poprawy jakości, analiza danych i wskaźników jakości oraz bezpieczeństwa, udział w samoocenie akredytacyjnej, wspieranie projektów poprawy jakości, analiza zdarzeń niepożądanych i rekomendowanie działań doskonalących.
3. Kierownicy jednostek i komórek organizacyjnych współpracują z Komitetem oraz Pełnomocnikiem ds. Jakości, zapewniają dane niezbędne do oceny jakości i bezpieczeństwa

oraz odpowiadają za realizację zatwierdzonych działań doskonalących w podległych obszarach.

§ 23f

1. Podmiot Leczniczy prowadzi badania opinii i doświadczeń pacjentów w sposób zapewniający anonimowość i swobodę wyrażenia opinii, zgodnie z obowiązującymi przepisami i przyjętą metodyką.
2. Wyniki badań są okresowo analizowane, przedstawiane kierownictwu i wykorzystywane przy ustalaniu priorytetów oraz projektów poprawy jakości i bezpieczeństwa.
3. Podmiot Leczniczy prowadzi również badania opinii personelu w zakresie istotnym dla organizacji pracy, komunikacji, jakości i bezpieczeństwa opieki, a wyniki wykorzystuje w działaniach doskonalących.

§ 23g

1. Szczegółowe zasady funkcjonowania Wewnętrznego Systemu, w tym Politykę Bezpieczeństwa Pacjenta, sposób zarządzania ryzykiem, zgłaszania i analizy zdarzeń niepożądanych, prowadzenia analiz RCA, monitorowania wskaźników, realizacji projektów poprawy jakości, prowadzenia samooceny oraz badań opinii i doświadczeń pacjentów, określają odrębne procedury, polityki, instrukcje i zarządzenia.
2. Dokumenty Wewnętrznego Systemu podlegają okresowym przeglądom i aktualizacji oraz są udostępniane personelowi w zakresie niezbędnym do prawidłowego wykonywania obowiązków.

DZIAŁ III

PRZEBIEG PROCESU UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH

§ 24

Proces udzielania świadczeń zdrowotnych w Podmiocie Leczniczym przebiega z zapewnieniem właściwej dostępności i jakości tych świadczeń w jednostkach i komórkach organizacyjnych Podmiotu Leczniczego.

Świadczenia zdrowotne udzielane są wyłącznie przez pracowników medycznych, którzy posiadają odpowiednie kwalifikacje do wykonywania świadczeń, potwierdzone dyplomami, certyfikatami i spełniających odpowiednie wymagania zdrowotne.

§ 25

Komórki organizacyjne wykonujące świadczenia medyczne w zakresie leczenia stacjonarnego i długoterminowego działają w systemie całodobowym.

Komórki organizacyjne wykonujące świadczenia medyczne w trybie ambulatoryjnym działają zgodnie z harmonogramami pracy poszczególnych komórek, udostępnionymi w tychże komórkach.

Rozdział 1

Opieka stacjonarna, lecznictwo ambulatoryjne, pracownie diagnostyczne

§ 26

Szczegółowe warunki udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach opieki stacjonarnej, lecznictwa ambulatoryjnego, a także pracowni należących do Podmiotu Leczniczego w sposób szczegółowy określają właściwe załączniki odnoszące się do konkretnego zakładu leczniczego.

DZIAŁ IV

WARUNKI WSPÓŁDZIAŁANIA Z INNYMI PODMIOTAMI LECZNICZYMI. ZAPEWNIENIE PRAWIDŁOWOŚCI DIAGNOSTYKI, LECZENIA, PIELĘGNACJI I REHABILITACJI PACJENTÓW ORAZ CIĄGŁOŚCI I PRZEBIEGU PROCESU UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH

§ 27

Podmiot Leczniczy w celu zapewnienia prawidłowości leczenia i pielęgnacji pacjentów oraz ciągłości przebiegu procesu udzielania świadczeń zdrowotnych, współdziała z innymi podmiotami wykonującymi działalność leczniczą, udzielającymi świadczeń zdrowotnych na rzecz tych pacjentów.

§ 28

1. Podstawą współdziałania są zawierane umowy i porozumienia z innymi jednostkami ochrony y zdrowia w zakresie wykonywania usług medycznych, które zapewniają kompleksowe udzielanie świadczeń zdrowotnych zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy i praktyki medycznej, dostępnymi metodami i środkami zapobiegania, rozpoznawania i leczenia chorób.
2. Materiał biologiczny, wysyłany do zewnętrznych zakładów diagnostycznych jest odpowiednio zabezpieczony, zaś wyniki badań archiwizowane według zasad przyjętych w Podmiocie Leczniczym.
3. Transport sanitarny niezbędny do realizacji świadczeń zdrowotnych w zakresie współdziałania z innymi podmiotami leczniczymi dostępny jest całodobowo na podstawie umów zawartych z podmiotami zewnętrznymi.

§ 29

Pracownicy medyczni Podmiotu Leczniczego współdziałają z konsultantami krajowymi i wojewódzkimi z poszczególnych dziedzin medycyny, farmacji oraz innych dziedzin mających zastosowanie w ochronie zdrowia w ramach zadań i uprawnień konsultantów krajowych i wojewódzkich.

§ 30

Podmiot Leczniczy współdziała z uczelniami naukowymi w zakresie kształcenia personelu medycznego na podstawie zawartych umów oraz na podstawie akredytacji i na zasadach określonych przez Ministra Zdrowia.

§ 31

Podmiot Leczniczy oraz osoby udzielające w jego imieniu świadczeń zdrowotnych, udzielają innym podmiotom wykonującym działalność leczniczą informacji związanych z pacjentem w przypadku, gdy:

1. pacjent lub jego przedstawiciel ustawowy wyraża zgodę na ujawnienie tajemnicy;
2. zachowanie tajemnicy może stanowić niebezpieczeństwo dla życia lub zdrowia pacjenta lub innych osób;
3. zachodzi potrzeba przekazania niezbędnych informacji o pacjencie, związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych innym osobom wykonującym zawód medyczny, uczestniczącym w udzielaniu tych świadczeń;
4. obowiązujące przepisy prawa tak stanowią.

§ 32

Podmiot Leczniczy udostępnia podmiotom wykonującym działalność leczniczą dokumentację medyczną pacjentów, jeżeli dokumentacja ta jest niezbędna do zapewnienia ciągłości świadczeń zdrowotnych. Współdziałanie z innymi podmiotami wykonującymi działalność leczniczą odbywa się z poszanowaniem powszechnie obowiązujących przepisów prawa oraz z poszanowaniem praw pacjenta.

DZIAŁ V

PRAWA I OBOWIĄZKI PACJENTA

Rozdział 1

Postanowienia Ogólne

§ 33

1. Prawa pacjenta dotyczą osób korzystających ze świadczeń zdrowotnych w ramach ubezpieczenia zdrowotnego, korzystających z prywatnego sektora usług medycznych oraz innych niż ubezpieczone.
2. Prawa pacjenta zostały określone w ustawie z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach Pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (tekst jednolity: Dz. U. z 2024 r. poz. 581, z późniejszymi zmianami).
3. Informacja o prawach pacjenta jest dostępna w miejscu udzielania świadczeń zdrowotnych w Podmiocie Leczniczym, a także w każdym z zakładów leczniczych - w Recepcji oraz na stronie internetowej Podmiotu Leczniczego.
4. Szczegółowych informacji o prawach pacjenta udziela Biuro Rzecznika Praw Pacjenta
5. W Szpitalu działa Pełnomocnik ds. Praw Pacjenta, powołany przez kierownika Podmiotu Leczniczego i upoważniony do samodzielnego działania w zakresie powierzonych kompetencji. Pełnomocnik aktywnie wspiera kierownika w zapewnieniu przestrzegania praw pacjenta, w szczególności uczestniczy w rozpatrywaniu skarg, analizuje stwierdzone nieprawidłowości, inicjuje działania naprawcze oraz prowadzi lub organizuje szkolenia personelu z zakresu praw pacjenta.
6. Lekarz ma obowiązek udzielenia 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. Informacje powinny być sformułowane jasno i zrozumiale oraz udzielone z taktem i ostrożnością.
7. Lekarz może udzielić informacji o stanie zdrowia pacjenta innym osobom tylko za zgodą pacjenta.

8. Informacji o stanie zdrowia pacjenta udzielają wyłącznie lekarze prowadzący lub inny wyznaczony lekarz.
9. O stanie zdrowia ciężko chorych pacjentów bądź w przypadkach szczególnie uzasadnionych lekarze udzielają informacji o każdym czasie.
10. Informacji o stanie zdrowia drogą telefoniczną udziela się w sytuacjach wyjątkowych, po uprzedniej weryfikacji osoby ubiegającej się o tą informację.
11. Osoby wykonujące zawody medyczne udzielają informacji w zakresie udzielanych przez siebie świadczeń zdrowotnych oraz zgodnie z posiadanymi uprawnieniami.
12. Lekarz prowadzący lub lekarz sprawujący opiekę nad pacjentem w sytuacji nagłego pogorszenia jego stanu zdrowia niezwłocznie zawiadamia członka rodziny, przedstawiciela ustawowego lub opiekuna faktycznego.

§ 34

1. Pacjent jest zobowiązany do:
 - 1) przestrzegania zaleceń i wskazówek personelu medycznego w zakresie stosowanej diagnostyki, terapii i pielęgnacji,
 - 2) współdziałania z personelem Zakładu Leczniczego w celu realizacji świadczeń zdrowotnych,
 - 3) nieopuszczania w trakcie hospitalizacji budynku zakładu leczniczego (szpitala) bez wyraźnej zgody lekarza prowadzącego leczenie lub lekarza dyżurnego
 - 4) przestrzegania bezwzględnego na terenie Zakładu Leczniczego zakazu spożywania alkoholu, palenia wyrobów tytoniowych, używania papierosów elektronicznych oraz korzystania z waporyzatorów;
 - 5) przestrzegania przepisów obowiązujących na terenie Zakładu Leczniczego,
 - 6) przestrzegania kultury oraz zasad współżycia społecznego, czystości osobistej, higieny i porządku w Zakładzie Lecznicznym,
 - 7) uszanowania mienia Zakładu Leczniczego,
 - 8) zachowania respektującego prawa innych pacjentów,
 - 9) przestrzegania przepisów BHP i p. póź.
2. W przypadku nieprzestrzegania określonych w niniejszym Regulaminie obowiązków, a w szczególności gdy pacjent w sposób rażący narusza porządek lub przebieg procesu udzielania świadczeń zdrowotnych, a nie zachodzi obawa, że odmowa lub zaprzestanie udzielania świadczeń zdrowotnych może spowodować bezpośrednie niebezpieczeństwo dla

jego życia lub zdrowia albo życia lub zdrowia innych osób pacjent może zostać wypisany ze szpitala albo innego zakładu leczniczego podmiotu leczniczego wykonującego działalność leczniczą w rodzaju całodobowe i stacjonarne świadczenia zdrowotne

Rozdział 2

Zasady przebywania na terenie Podmiotu Leczniczego

§ 35

Szczegółowe zasady przebywania na terenie zakładów leczniczych należących do Podmiotu Leczniczego określają właściwe załączniki odnoszące się do konkretnego Zakładu Leczniczego.

Rozdział 3

Zasady udostępniania dokumentacji medycznej

§ 36

1. Poszczególne Zakłady Lecznicze prowadzą, przechowują i udostępniają dokumentację medyczną swoich pacjentów w sposób określony odrębnymi przepisami oraz zapewniają ochronę danych zawartych w tej dokumentacji.
2. Prawo do dokumentacji medycznej nie jest prawem rodziny lub przyjaciół. Prawo nabywa konkretna osoba na podstawie upoważnienia złożonego przez pacjenta w formie pisemnej bądź ustnie.
3. Zakład Leczniczy udostępnia dokumentację medyczną pacjentowi lub jego przedstawicielowi ustawowemu, bądź osobie upoważnionej pisemnie lub ustnie przez pacjenta.
4. Po śmierci pacjenta dokumentacja medyczna jest udostępniana osobie upoważnionej przez pacjenta za życia lub osobie, która w chwili zgonu pacjenta była jego przedstawicielem ustawowym. Dokumentacja medyczna jest udostępniana także osobie bliskiej, chyba że udostępnieniu sprzeciwi się inna osoba bliska lub sprzeciwił się temu pacjent za życia;
5. W przypadku sporu między osobami bliskimi o udostępnienie dokumentacji medycznej, zgodę na udostępnienie wyraża sąd, na wniosek osoby bliskiej lub osoby wykonującej zawód medyczny. Osoba wykonująca zawód medyczny może wystąpić z wnioskiem do sądu także w przypadku uzasadnionych wątpliwości czy osoba występująca o udostępnienie dokumentacji lub sprzeciwiająca się jej udostępnieniu jest osobą bliską
6. W przypadku gdy pacjent za życia sprzeciwił się udostępnieniu dokumentacji medycznej, sąd na wniosek osoby bliskiej, może wyrazić zgodę na udostępnienie dokumentacji medycznej i określić zakres jej udostępnienia, jeżeli jest to niezbędne w celu dochodzenia odszkodowania lub zadośćuczynienia, z tytułu śmierci pacjenta lub dla ochrony życia lub zdrowia osoby bliskiej

7. Pacjent, jego przedstawiciel ustawowy, osoba bliska lub osoba upoważniona przez pacjenta w celu uzyskania dostępu do dokumentacji medycznej zwraca się z odpowiednim wnioskiem do Prezesa. .
8. Wniosek o udostępnienie dokumentacji medycznej powinien zawierać następujące informacje:
 - 1) dane osoby wnioskującej,
 - 2) dane osoby, której dotyczy wniosek (dane pacjenta),
 - 3) zakres udostępnianej dokumentacji.
9. Formularz wniosku o udostępnienie dokumentacji można uzyskać w Recepcji Zakładu Leczniczego lub pobrać ze Strony internetowej Zakładu Leczniczego. Istnieje możliwość złożenia wniosku o udostępnienie dokumentacji medycznej za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej (e-mail), telefonicznie lub ustnie.
10. Przy odbiorze dokumentacji pacjent ma obowiązek potwierdzić swoją tożsamość dowodem tożsamości. W przypadku, gdy o udostępnienie dokumentacji wnioskuje osoba upoważniona, należy dodatkowo przedstawić pisemne upoważnienie podpisane przez pacjenta lub powołać się na upoważnienie udzielone przez pacjenta znajdujące się w dokumentacji medycznej Zakładu Leczniczego.
11. Zakład leczniczy udostępnia dokumentację medyczną również:
 - 1) podmiotom udzielającym świadczeń zdrowotnych, jeżeli dokumentacja ta jest niezbędna do zapewnienia ciągłości świadczeń zdrowotnych;
 - 2) organom władzy publicznej, w tym Rzecznikowi Praw Pacjenta, Narodowemu Funduszowi Zdrowia, organom samorządu zawodów medycznych oraz konsultantom w ochronie zdrowia, a także Rzecznikowi Praw Pacjenta Podmiotu Leczniczego Psychiatrycznego, w zakresie niezbędnym do wykonywania przez te podmioty ich zadań, w szczególności nadzoru i kontroli;
 - 3) podmiotom, o których mowa w art. 119 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, w zakresie niezbędnym do przeprowadzenia kontroli na zlecenie ministra właściwego do spraw zdrowia;
 - 4) upoważnionym przez podmiot, o którym mowa w art. 121 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, osobom wykonującym zawód medyczny, w zakresie niezbędnym do sprawowania nadzoru nad podmiotem leczniczym niebędącym przedsiębiorcą;
 - 5) Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w zakresie niezbędnym do wykonywania przez nią zadań określonych w art. 31n ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych;

- 6) Agencji Badań Medycznych w zakresie określonym ustawą z dnia 21 lutego 2019 r. o Agencji Badań Medycznych;
 - 7) ministrowi właściwemu do spraw zdrowia, sądom, w tym sądom dyscyplinarnym, prokuraturom, lekarzom sądowym i rzecznikom odpowiedzialności zawodowej, w związku z prowadzonym postępowaniem;
 - 8) uprawnionym na mocy odrębnych ustaw organom i instytucjom, jeżeli badanie zostało przeprowadzone na ich wniosek;
 - 9) organom rentowym oraz zespołom do spraw orzekania o niepełnosprawności, w związku z prowadzonym przez nie postępowaniem;
 - 10) podmiotom prowadzącym rejestry usług medycznych, w zakresie niezbędnym do prowadzenia rejestrów;
 - 11) zakładom ubezpieczeń, za zgodą pacjenta;
 - 12) komisjom lekarskim podległym ministrowi właściwemu do spraw wewnętrznych, wojskowym komisjom lekarskim oraz komisjom lekarskim Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego lub Agencji Wywiadu, podległym Szefom właściwych Agencji;
 - 13) osobom wykonującym zawód medyczny, w związku z prowadzeniem procedury oceniającej podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych na podstawie przepisów o akredytacji w ochronie zdrowia albo procedury uzyskiwania innych certyfikatów jakości, w zakresie niezbędnym do ich przeprowadzenia;
 - 14) osobom wykonującym czynności kontrolne na podstawie art. 39 ust. 1 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia, w zakresie niezbędnym do ich przeprowadzenia;
 - 15) członkom zespołów kontroli zakażeń podmiotów leczniczych, o których mowa w art. 14 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (tekst jednolity: Dz. U. z 2024 r. poz. 924, z późniejszymi zmianami), w zakresie niezbędnym do wykonywania ich zadań.
12. Dokumentacja medyczna może być udostępniona także szkole wyższej lub instytutowi badawczemu do wykorzystania dla celów naukowych, bez ujawniania nazwiska i innych danych umożliwiających identyfikację osoby, której dokumentacja dotyczy.
13. Dokumentacja medyczna jest udostępniana:
- 1) do wglądu w siedzibie zakładu leczniczego w obecności upoważnionego pracownika zakładu,
 - 2) poprzez sporządzenie jej wyciągów, odpisów, wydruków lub kopii,

- 3) poprzez wydanie oryginału za pokwitowaniem odbioru i z zastrzeżeniem zwrotu po wykorzystaniu, jeżeli uprawniony organ lub podmiot żąda udostępnienia oryginałów tej dokumentacji, w przypadku wydania oryginałów dokumentacji w zakładzie leczniczym należy pozostawić kopię lub pełny odpis wydanej dokumentacji, chyba że zwłoka w jej wydaniu mogłaby narazić pacjenta na zagrożenie życia lub zdrowia,
 - 4) za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej,
 - 5) na informatycznym nośniku danych,
 - 6) na żądanie pacjenta lub innych uprawnionych organów lub podmiotów, dokumentacja medyczna prowadzona w postaci papierowej może być udostępniona przez sporządzenie kopii w formie odwzorowania cyfrowego
14. Zdjęcia RTG na kliszach udostępniane są na płycie CD.
15. Dokumentację medyczną do udostępniania, w postaci sporządzonych wyciągów, odpisów, kopii lub wydruków, przygotowuje archiwista. W przypadku kopii dokumentacji jej zgodność z oryginałem potwierdza pracownik upoważniony przez Prezesa Zarządu .
16. Udostępnienie dokumentacji na zewnątrz upoważnionym podmiotom lub organom zakładu leczniczego następuje na podstawie decyzji Prezesa Zarządu jego Z-cy.
17. Odmowa wydania dokumentacji medycznej wymaga zachowania formy pisemnej oraz podania przyczyny (uzasadnienia).

§ 37

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

- 1) 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,
- 2) zdjęć rentgenowskich przechowywanych poza dokumentacją medyczną pacjenta, które są przechowywane przez okres 10 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym wykonano zdjęcie,
- 3) skierowań na badania lub zleceń lekarza – przez okres 5 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym udzielono świadczenia będącego przedmiotem skierowania lub zlecenia, a jeżeli świadczenie nie zostało udzielone z powodu niezgłoszenia się pacjenta w ustalonym terminie – przez okres 2 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym wystawiono skierowanie;

- 4) dokumentacji medycznej dotyczącej dzieci do ukończenia 2. roku życia, która jest przechowywana przez okres 22 lat.
- 5) dokumentacja medyczna zawierająca dane niezbędne do monitorowania losów krwi i jej składników przechowywana jest przez 30 lat.

§ 38

1. Za udostępnienie dokumentacji medycznej, poprzez sporządzenie jej wyciągów, odpisów, kopii lub wydruku, udostępnienie na informatycznym nośniku danych, oraz w przypadku, gdy jest ona prowadzona w postaci papierowej i udostępniana w formie kopii lub odwzorowania cyfrowego (skanu), a następnie przekazana pacjentowi za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej lub na informatycznym nośniku danych – zakład leczniczy pobiera opłatę zgodną z obowiązującymi przepisami.
2. Oplaty, o której mowa w ust. powyżej, nie pobiera się w przypadku udostępniania dokumentacji medycznej:
 - 1) pacjentowi albo jego opiekunowi ustawowemu po raz pierwszy w żądanym w zakresie i w sposób, o którym mowa w art. 27 ust. 1 pkt 2 i 5 oraz ust. 3 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (tekst jednolity: Dz. U. z 2024 r. poz. 581, z późniejszymi zmianami)
 - 2) w związku z postępowaniem, o którym mowa w art. 17d ust. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, prowadzonym przez Rzecznika Praw Pacjenta
 - 3) w związku z postępowaniem, o którym mowa w art. 51 ust. 1 ustawy z dnia 9 marca 2023 r. o badaniach klinicznych produktów leczniczych stosowanych u ludzi (Dz. U. poz. 605), prowadzonym przez Rzecznika Praw Pacjenta
 - 4) w związku z postępowaniem w sprawie świadczenia kompensacyjnego, o którym mowa w art. 67v Ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (tekst jednolity: Dz. U. z 2024 r. poz. 581, z późniejszymi zmianami)
 - 5) Agencji Oceny Technologii Medycznych i taryfikacji oraz Agencji badań Medycznych
3. Oplata, o której mowa w ust. 1 kształtuje się na poziomie:
 - a. za jedną stronę wyciągu albo opisu dokumentacji medycznej – 0,002 przeciętnego wynagrodzenia w poprzednim kwartale od pierwszego dnia miesiąca po ogłoszeniu przez Prezesa GUS w Dzienniku Urzędowym RP „Monitor Polski” na podstawie art. 20 pkt. 2 ustawy z dnia 17.12.1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych,

- b. za jedną stronę kopii albo wydruku dokumentacji medycznej – 0,00007 przeciętnego wynagrodzenia, o którym mowa w literze a) powyżej,
- c. za udostępnienie dokumentacji medycznej na informatycznym nośniku danych – 0,0004 przeciętnego wynagrodzenia, o którym mowa w literze a) powyżej.

Rozdział 4

Tryb rozpatrywania skarg i wniosków

§ 39

1. Pacjent ma prawo zgłosić zastrzeżenia, co do pracy Podmiotu Leczniczego lub jego Zakładu oraz ich pracowników w formie ustnej osobiście lub telefonicznie, pisemnej na formularzu, stanowiącym załącznik do Regulaminu lub w formie elektronicznej (e-mail).
2. Recepcjonista lub inny pracownik Podmiotu Leczniczego lub konkretnego Zakładu Leczniczego, posługując się formularzem składania skargi przyjmuje skargę, dokonując odpowiedniego zapisu.
3. Skarga złożona w formie pisemnej powinna zawierać, co najmniej:
 - 1) imię, nazwisko i adres zamieszkania, adres do korespondencji lub adres e-mail,
 - 2) datę zdarzenia,
 - 3) dane osoby, wobec której skierowane są zarzuty, lub opis zdarzenia,
 - 4) uzasadnienie stawianych w skardze zarzutów.
4. Skargi i wnioski pracowników komórek organizacyjnych konkretnych Zakładów Lecznicznych mogą być składane, do:
 - 1) Prezesa Zarządu,
 - 2) Dyrektora Szpitala
 - 3) Dyrektora ds. Medycznych
 - 4) Pełnomocnika ds. Praw Pacjenta- jeżeli dotyczy,
 - 5) Kierownika Administracji,
 - 6) Kierownika danej komórki organizacyjnej.
5. Zasady i tryb postępowania w sytuacji składania i rozpatrywania skarg określa właściwa procedura.

Rozdział 5

Rozwiązywanie problemów etycznych

§ 40

Szczegółowe zasady rozwiązywania problemów etycznych określają właściwe załączniki odnoszące się do konkretnego Zakładu Leczniczego.

Rozdział 6

Monitoring wizyjny

§ 41

1. Na podstawie art. 23a ustawy o działalności leczniczej, z uwzględnieniem konieczności poszanowania intymności i godności pacjenta, potrzeby zastosowania monitoringu w danym pomieszczeniu oraz obowiązku ochrony danych osobowych, Zarząd Spółki określa sposób obserwacji pomieszczeń ogólnodostępnych, pomieszczeń, w których udzielane są świadczenia zdrowotne, oraz pobytu pacjentów – wyłącznie w przypadkach i na zasadach dopuszczonych przepisami prawa, w szczególności pomieszczeń:
 - 1) ogólnodostępnych, jeżeli jest to niezbędne do zapewnienia bezpieczeństwa pacjentów lub pracowników,
 - 2) w których są udzielane świadczenia zdrowotne oraz pobytu pacjentów, w szczególności pokoi łóżkowych, pomieszczeń higieniczno-sanitarnych, przebieralni, szatni, jeżeli wynika to z przepisów odrębnych, z tym zastrzeżeniem, że podczas czynności higienicznych i innych wymagających odsłonięcia okolic intymnych stosuje się parawany osłaniając ciało pacjenta przed widokiem monitoringu
 - 3) w których są udzielane świadczenia zdrowotne, jeżeli obserwacja jest konieczna w procesie leczenia pacjentów lub do zapewnienia im bezpieczeństwa i jeżeli możliwość takiej obserwacji wynika z przepisów prawa;
2. W celu zapewnienia bezpieczeństwa pacjentów i pracowników oraz zabezpieczenia danych oraz mienia będącego własnością Podmiotu Leczniczego wybrane fragmenty terenu wokół budynków Zakładów Lecznich mogą również zostać objęte monitoringiem wizyjnym.
3. Zarząd Spółki albo osoba przez niego upoważniona odpowiada za stosowanie monitoringu zgodnie z przepisami prawa oraz za wdrożenie odpowiednich środków technicznych i organizacyjnych.
4. Nagrania obrazu uzyskane w wyniku monitoringu zawierające dane osobowe podmiot wykonujący działalność leczniczą przetwarza wyłącznie do celów, dla których zostały zebrane, i przechowuje przez okres nie dłuższy niż 3 miesiące od dnia nagrania. Po upływie okresu, o

którym mowa w ust. 2, uzyskane w wyniku monitoringu nagrania obrazu zawierające dane osobowe podlegają zniszczeniu, o ile przepisy odrębne nie stanowią inaczej.

5. Monitoring wizyjny funkcjonuje w zakresie i czasie odpowiednim do celu jego zastosowania.
6. Rejestracji podlega obraz z kamer monitoringu bez rejestracji dźwięku.
7. Dostęp do systemu, infrastruktury monitoringu wizyjnego, obrazu i zapisu monitoringu mają: Dyrektor Zakładu Leczniczego oraz upoważnieni przez Dyrektora pracownicy oraz Informatyk.
8. Osoby, które mają wgląd w obraz zarejestrowany przez monitoring wizyjny są zobowiązane do zachowania w tajemnicy udostępnianych im danych osobowych.
9. Obrazy zarejestrowane przez monitoring wizyjny są przetwarzane zgodnie z aktualnymi aktami prawnymi regulującymi przetwarzanie danych osobowych.
10. Teren Szpital Specjalistyczny Św. Rocha w Ozimku objęty nadzorem jest oznakowany za pomocą piktogramu informacyjnych o monitoringu jeszcze przed wejściem w zasięg kamer.
11. Obszary objęte monitoringiem wizyjnym:
 - a) Pomieszczenia ogólnodostępne (korytarze, poczekalnie, wejścia), ciągi komunikacyjne oraz pomieszczenia udzielania świadczeń w IP nr. 2,3,5:
 - b) w Oddziale Wewnętrznym SIN- s.129, Izolatka nr 117, separatka nr 137

DZIAŁ VI

OBOWIĄZKI PODMIOTU LECZNICZEGO I JEGO POSZCZEGÓLNYCH ZAKŁADÓW LECZNICZYCH PROWADZĄCYCH SZPITALNE STACJONARNE I CAŁODOBOWE ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE

§ 42

W razie śmierci pacjenta:

1. lekarz prowadzący lub lekarz dyżurny obowiązany jest niezwłocznie zawiadomić wskazaną przez pacjenta osobę lub instytucję, przedstawiciela ustawowego albo opiekuna faktycznego,
2. zwłoki osoby, która zmarła w zakładzie leczniczym (szpitalu) mogą zostać poddane sekcji zwłok, w szczególności, gdy zgon tej osoby nastąpi przed upływem 12 godzin od przyjęcia do Zakładu Leczniczego, chyba że osoba ta za życia wyraziła sprzeciw lub uczynił to jej przedstawiciel ustawowy, z zastrzeżeniem pkt. 5,

3. o zaniechaniu sekcji zwłok z przyczyny określonej w pkt. 2) sporządza się adnotację w dokumentacji medycznej i załącza oświadczenie woli osoby zmarłej lub jego przedstawiciela ustawowego,
4. Dyrektor ds. Medycznych na wniosek właściwego kierownika/ordynatora/lekarza kierującego oddziałem lub po zasięgnięciu jego opinii, zarządza dokonanie lub zaniechanie sekcji, w dokumentacji medycznej sporządza się adnotację o dokonaniu lub zaniechaniu sekcji zwłok z odpowiednim uzasadnieniem,
5. postanowienie pkt. 2 nie dotyczy dokonywania sekcji w sytuacjach:
 - 1) określonych w Kodeksie postępowania karnego i Kodeksie karnym wykonawczym oraz aktach wykonawczych wydanych na ich podstawie,
 - 2) gdy przyczyny zgonu nie można określić w sposób jednoznaczny,
 - 3) określonych w przepisach o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi,
6. dokonanie sekcji zwłok nie może nastąpić wcześniej niż po upływie 12 godzin od stwierdzenia zgonu. Jeżeli zachodzi potrzeba pobrania ze zwłok komórek, tkanek lub narządów, przeprowadzenie sekcji zwłok przed upływem 12 godzin, przy zachowaniu zasad i trybu przewidzianych w przepisach o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów, może zarządzić kierownik, a jeżeli kierownik nie jest lekarzem, upoważniony przez niego lekarz albo lekarz upoważniony przez Zarząd Spółki.

§ 43

Zakład leczniczy (szpital) jest zobowiązany do przekazania karty zgonu pacjenta rodzinie pacjenta lub osobie upoważnionej za życia w najkrótszym możliwym terminie. W przypadku decyzji o konieczności przeprowadzenia sekcji zwłok, karta zgonu wydawana jest po uzyskaniu wstępnych wyników określających przyczynę zgonu pacjenta.

§ 44

1. Obowiązki Podmiotu Leczniczego w zakresie odbioru i transportu zwłok z oddziałów szpitalnych, ich przechowywania, przygotowania w celu ich wydania oraz wydanie osobie lub instytucji uprawnionym do ich pochowania, realizuje podmiot zewnętrzny z którym Podmiot Leczniczy ma podpisaną umowę.
2. Transport zwłok powinien być przeprowadzony w sposób dyskretny z zachowaniem godności należącej zmarłemu.

3. Podmiot zewnętrzny przechowuje zwłoki nieodpłatnie nie dłużej niż 72 godziny licząc od godziny, w której nastąpiła śmierć pacjenta.
4. Podmiot zewnętrzny ustala wysokość opłaty za przechowywanie zwłok pacjenta przez okres dłuższy niż 72 godziny od osób lub instytucji uprawnionych do pochowania zwłok oraz od podmiotów, na zlecenie których przechowuje się zwłoki w związku z toczącym się postępowaniem karnym.
5. W razie zgonu pacjenta o nieustalonej tożsamości, bądź zgonu, co do którego istnieje pewność lub zasadne podejrzenie, że nastąpił skutek przestępstwa albo nieszczęśliwego wypadku, lekarz po konsultacji z Ordynatorem oddziału niezwłocznie powiadamia Policję.
6. O zgonie pacjenta o nieustalonej tożsamości lub w przypadku niezgłoszenia się rodziny do Podmiotu Leczniczego lub jego Zakładu po odbiór ciała, Podmiot Leczniczy bądź konkretny Zakład Leczniczy zawiadamia właściwy miejscowo Ośrodek Pomocy Społecznej ze względu na ostatni adres zamieszkania pacjenta. Wypełnioną kartę zgonu należy przekazać firmie pogrzebowej wskazanej na podstawie zlecenia wydanego przez Ośrodek Pomocy Społecznej.

§ 45

1. Zabrania się pracownikom Podmiotu Leczniczego i osobom udzielającym w nim świadczeń zdrowotnych udzielania informacji o zgonach zakładom pogrzebowym.
2. Informacje o zakładach pogrzebowych rodzina zmarłego może uzyskać w informatorach pozaszpitalnych.

DZIAŁ VII POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 46

W sprawach nieuregulowanych w niniejszym Regulaminie stosuje się przepisy ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz inne przepisy powszechnie obowiązującego prawa.

§ 47

1. Regulamin Organizacyjny podaje się do wiadomości pracowników Zakładu Leczniczego oraz pacjentów poprzez jego umieszczenie w miejscach ogólnodostępnych i na stronie internetowej.
2. Zmiany Regulaminu dokonywane są uchwałą Zarządu Spółki.
3. Kierownicy poszczególnych jednostek organizacyjnych zapoznają z zasadami regulaminu pracowników Zakładu Leczniczego, którzy ponoszą odpowiedzialność za ich realizację w procesie udzielania świadczeń zdrowotnych.

§ 48

Niniejszy Regulamin wchodzi w życie z dniem podpisania.

ZAŁĄCZNIKI:

Załącznik nr 1 – Szczegółowy zakres struktury i procesu udzielania świadczeń w jednostkach organizacyjnych i w zakładach leczniczych.

Załącznik nr 2 - Załącznik nr 2 – Formularz składania skargi/reklamacji

ZAŁĄCZNIK NR 1

Szczegółowy zakres struktury i procesu udzielania świadczeń w jednostkach organizacyjnych i zakładach leczniczych.

POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1

1. W skład Podmiotu Leczniczego wchodzi następujące zakłady lecznicze, w których obowiązuje niniejszy Regulamin:

1) Szpital Specjalistyczny Św. Rocha w Ozimku,

2. W ramach zakładów leczniczych wyróżnia się następujące jednostki organizacyjne:

1) Przychodnia Specjalistyczna Św. Rocha w Ozimku,

2) Zakład Opiekuńczo - Leczniczy Św. Rocha w Ozimku

3. W ramach zakładów leczniczych i ich jednostek organizacyjnych wyróżnia się komórki organizacyjne działalności leczniczej oraz komórki administracyjne i niemedyczne, samodzielne stanowiska pracy i wyodrębnione funkcje, określone szczegółowo poniżej.

§ 2

1. **Szpital Specjalistyczny Św. Rocha w Ozimku składa się z następujących komórek organizacyjnych:**

1) Izby Przyjęć

2) Oddziału Wewnętrznego

3) Oddziału Rehabilitacyjnego

4) Oddziału Rehabilitacji Neurologicznej

5) Pracowni Endoskopowej

6) Pracowni Rentgenodiagnostyki Ogólnej

7) Pracowni USG

8) Pracowni Elektrokardiograficznej

9) Działu farmacji

10) Punktu pobrania materiałów do badań

2. **Przychodnia Specjalistyczna Św. Rocha w Ozimku składa się z następujących komórek organizacyjnych:**

- 1) Podstawowa Opieka Zdrowotna
 - a. Gabinet Lekarza POZ
 - b. Gabinet pielęgniarki POZ
 - c. Gabinet diagnostyczno-zabiegowy POZ
 - d. Gabinet diagnostyczno-zabiegowy POZ dla dzieci
- 2) Poradnia Rehabilitacyjna
- 3) Poradnia Gastroenterologiczna
- 4) Poradnia Kardiologiczna
- 5) Poradnia Chirurgii Ogólnej
- 6) Poradnia Neurologiczna
- 7) Poradnia Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej
- 8) Poradnia Urologiczna
- 9) Poradnia Chorób Wewnętrznych
- 10) Pracownia Fizjoterapii
- 11) Zakład Rehabilitacji Domowej
- 12) Ambulatorium Ogólne (Nocna i Świąteczna Opieka Zdrowotna)
- 13) Gabinet Diagnostyczno – Zabiegowy
3. **Zakład Opiekuńczo-Lecznicy Św. Rocha w Ozimku składa się z następujących komórek organizacyjnych:**
 - 1) Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego dla Dorosłych
 - 2) Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego dla Dzieci i Młodzieży
4. Komórki organizacyjne działalności niemedycznej, samodzielne stanowiska pracy, wyodrębnione funkcje:
 - 1) Dział Administracji
 - 2) Recepcja
 - 3) Pielęgniarka epidemiologiczna
 - 4) Mikrobiolog
 - 5) Farmakolog kliniczny
 - 6) Pełnomocnik ds. Jakości
 - 7) Specjalista Ochrony Danych
 - 8) Inspektor Ochrony Radiologicznej
 - 9) Specjalista ds. BHP
 - 10) Pełnomocnik ds. Praw Pacjenta
 - 11) Koordynator Programu „Szpital bez bólu”

- 12) Koordynator ds. Edukacji Zdrowotnej
- 13) Koordynator Opieki Poszpitalnej
- 14) Koordynator Okołooperacyjnej Karty Kontrolnej.

ZADANIA POSZCZEGÓLNYCH KOMÓREK ORGANIZACYJNYCH

§ 3

W Szpitalu funkcjonują oddziały szpitalne, poradnie specjalistyczne, pracownice diagnostyczne i zakłady opiekuńczo-lecznicze, będące komórkami organizacyjnymi działalności leczniczej Szpitala.

§ 4

Oddziały szpitalne zapewniają całodobową opiekę stacjonarną w zakresie odpowiedniej specjalności.

Do zadań oddziałów szpitalnych należy, w szczególności:

- 1) udzielanie pomocy medycznej w przypadkach nagłych i planowych;
- 2) leczenie chorych zgodnie z postępowaniem wiedzy lekarskiej;
- 3) udzielanie świadczeń konsultacyjnych pacjentom z innych oddziałów szpitalnych oraz pacjentom kierowanym na konsultacje specjalistyczne przez poradnie specjalistyczne Szpitala.
- 4) zabezpieczenie rehabilitacji, w tym wczesnej rehabilitacji przyłóżkowej, pacjentom wymagającym usprawnienia;
- 5) wykonywanie badań diagnostycznych, na rzecz pacjentów hospitalizowanych i ambulatoryjnych, w oparciu o odpowiednie pracownice diagnostyczne;
- 6) zapewnienie profesjonalnej opieki lekarskiej i pielęgniarstwa;
- 7) przestrzeganie i realizowanie praw pacjenta;
- 8) zapewnienie przyjętemu pacjentowi leków i artykułów sanitarnych;
- 9) zapewnienie pomieszczenia i wyżywienia odpowiedniego do stanu zdrowia;
- 10) utrzymanie kontaktu z rodzinami pacjentów lub ich opiekunami prawnymi;
- 11) prowadzenie instruktażu w zakresie włączania pacjentów i ich rodzin do realizacji zachowań prozdrowotnych;
- 12) realizacja programów zdrowotnych i promocja zdrowia;
- 13) kierowanie chorych na leczenie uzdrowiskowe;
- 14) prowadzenie specjalizacji, szkoleń oraz dokształcania pracowników medycznych;
- 15) prowadzenie spraw związanych z dokumentacją i statystyką medyczną;

- 16) dbałość o racjonalne wykorzystanie łóżek oraz przeciwdziałanie przebywania w oddziale osób przewlekle chorych, nie kwalifikujących się do dalszego leczenia szpitalnego;
 - 17) rzetelne i terminowe wprowadzanie kompletnych danych do funkcjonującego w szpitalu systemu informatycznego oraz dbałość o bezpieczeństwo wprowadzanych, gromadzonych, przetwarzanych i archiwizowanych informacji;
 - 18) gromadzenie informacji medycznych z realizacji kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia oraz innymi podmiotami w zakresie udzielanych przez oddział świadczeń zdrowotnych;
 - 19) współpraca ze wszystkimi komórkami organizacyjnymi Szpitala w oparciu o Regulamin oraz o aktualnie obowiązujące regulacje prawne;
 - 20) utrzymywanie w należytym stanie aparatury medycznej oraz sprzętu medycznego gospodarczego znajdującego się w oddziale;
 - 22) składanie bieżących zapotrzebowań oddziału na środki i aparaturę niezbędną do prawidłowego funkcjonowania oddziału;
 - 23) przestrzeganie procedur i instrukcji Systemu Zarządzania Jakością i systemu akredytacji jednostek ochrony zdrowia, obowiązujących w Szpitalu.
1. Do zadań Oddziału Wewnętrznego należy w szczególności:
- 1) zapewnienie pacjentom całodobowej opieki stacjonarnej,
 - 2) diagnozowanie i leczenie zachowawcze pacjentów z chorobami układu krążenia, układu oddechowego, z towarzyszącymi schorzeniami endokrynologicznymi, zaburzeniami przemiany materii, przewodu pokarmowego i innymi schorzeniami wewnętrznymi
 - 3) kwalifikowanie do dalszej diagnostyki i leczenia w wysokospecjalistycznych ośrodkach klinicznych
 - 4) prowadzenie rehabilitacji osób objętych leczeniem,
 - 5) wykonywanie badań diagnostycznych,
 - 6) udzielanie świadczeń konsultacyjnych,
 - 7) prawidłowa gospodarka lekami,
 - 8) prowadzenie dokumentacji medycznej,
 - 9) prowadzenie kontroli i rejestracji zakażeń szpitalnych,
 - 10) kształcenie i szkolenie personelu medycznego,
 - 11) prowadzenie specjalizacji z zakresu chorób wewnętrznych
 - 12) w obrębie oddziału funkcjonuje stanowisko intensywnej terapii (łóżko intensywnej terapii)

Bezpośrednio Oddziałem Wewnętrznym kieruje i nadzoruje Ordynator – lekarz specjalista w zakresie chorób wewnętrznych.

2. Do zadań Oddziału Rehabilitacji Neurologicznej należy w szczególności:

- 1) leczenie chorych ze schorzeniami układu nerwowego ze szczególnym uwzględnieniem urazów rdzenia kręgowego, urazów mózgu, urazów czaszkowo-mózgowych, chorób obwodowego układu nerwowego, następstw urazu wielonarządowego, w tym ośrodkowego i obwodowego układu nerwowego,
- 2) diagnostyka czynnościowa hospitalizowanych w oddziale pacjentów,
- 3) prowadzenie rehabilitacji kompleksowej w tym; kinezyterapii, leczenia fizykalnego, rehabilitacji psychologicznej, rehabilitacji zaburzeń mowy, terapii zajęciowej,
- 4) współpraca z oddziałami szpitalnymi w zakresie usprawniania chorych,
- 5) prowadzenie specjalizacji z zakresu rehabilitacji medycznej.

Bezpośrednio Oddziałem Rehabilitacji Neurologicznej kieruje i nadzoruje Ordynator – lekarz specjalista w dziedzinie rehabilitacji medycznej.

3. Do zadań Oddziału Rehabilitacyjnego należy w szczególności:

- 1) leczenie chorych ze schorzeniami układu narządu ruchu ze szczególnym uwzględnieniem stanów po urazach i zabiegach operacyjnych w obrębie narządu ruchu, chorób zwyrodnieniowych oraz zespołów bólowych,
- 2) diagnostyka czynnościowa hospitalizowanych w oddziale pacjentów,
- 3) prowadzenie rehabilitacji kompleksowej w tym; kinezyterapii, leczenia fizykalnego, rehabilitacji psychologicznej, terapii zajęciowej,
- 4) współpraca z oddziałami szpitalnymi w zakresie usprawniania chorych,
- 5) prowadzenie specjalizacji z zakresu rehabilitacji medycznej.

Bezpośrednio Oddziałem Rehabilitacyjnym kieruje i nadzoruje Ordynator – lekarz specjalista w dziedzinie rehabilitacji medycznej.

§ 5

Do zadań Izby Przyjęć należy w szczególności:

- 1) badanie lekarskie chorych zgłaszających się ze skierowaniem i bez skierowania w trybie nagłym,
- 2) przyjmowanie w ramach przyjęć planowych na oddziały szpitalne pacjentów zakwalifikowanych do leczenia szpitalnego,
- 3) udzielanie pomocy doraźnej chorym, którzy nie zostali zakwalifikowani do leczenia w Szpitalu lub zostali zakwalifikowani do przyjęcia w późniejszym terminie,

- 4) współpraca z poszczególnymi oddziałami Szpitala,
- 5) organizowanie transportu pacjentów z Izby Przyjęć na oddziały szpitalne w zależności od stanu chorobowego pacjenta,
- 6) organizacja transportu do innych podmiotów wykonujących działalność leczniczą lub do domu pacjenta w razie takiej potrzeby,

Działalność Izby Przyjęć Szpitala trwa przez całą dobę i jest prowadzona w systemie zmianowym. Zapewnienie opieki lekarskiej w izbie przyjęć polega na zastosowaniu dyżurów łączonych z oddziałem wewnętrznym.

Pacjent przywieziony przez Zespół Ratownictwa Medycznego do Izby Przyjęć jest przyjmowany od Zespołu w czasie do 15 minut.

Personel medyczny Izby Przyjęć obowiązany jest do ścisłego współdziałania pomiędzy pozostałymi komórkami organizacyjnymi Szpitala.

Bezpośrednio Izbą Przyjęć kieruje i nadzoruje Kierownik Izby Przyjęć – Dyrektor ds. Medycznych.

§ 6

Poradnie specjalistyczne są komórkami organizacyjnymi działalności leczniczej Szpitala, udzielającymi ambulatoryjnych specjalistycznych świadczeń diagnostycznych, leczniczych i profilaktycznych w ramach odpowiednich specjalności.

Do zadań poradni specjalistycznych należy, w szczególności:

1. udzielanie indywidualnych porad specjalistycznych z zakresu danej specjalności poradni,
2. wykonywanie badań diagnostycznych koniecznych dla ustalenia rozpoznania i wdrożenia właściwego leczenia,
3. udzielanie świadczeń konsultacyjnych,
4. kierowanie pacjentów do innych jednostek służby zdrowia w celu leczenia specjalistycznego lub leczenia wymagającego hospitalizacji,
5. ścisła współpraca dotycząca diagnozowania i leczenia z innymi podmiotami leczniczymi,
6. przeprowadzanie ambulatoryjnych zabiegów specjalistycznych,
7. promocja zdrowia,
8. prowadzenie spraw związanych z dokumentacją i statystyką medyczną, wnioskowanie w sprawach zaopatrzenia w środki pomocnicze i przedmioty ortopedyczne,

9. rzetelne i terminowe wprowadzanie kompletnych danych do funkcjonującego w Szpitalu systemu informatycznego oraz dbałość o bezpieczeństwo wprowadzanych, gromadzonych, przetwarzanych i archiwizowanych informacji,
10. gromadzenie informacji medycznych z realizacji kontraktu z NFZ oraz innymi podmiotami w zakresie udzielanych świadczeń zdrowotnych,
11. współpraca ze wszystkimi komórkami organizacyjnymi Szpitala w oparciu o niniejszy Regulamin oraz o aktualnie obowiązujące regulacje prawne,
12. przestrzeganie procedur i instrukcji Systemu Zarządzania Jakością i systemu akredytacji jednostek ochrony zdrowia obowiązujących w Szpitalu.

Bezpośrednio poradni specjalistycznych kieruje i nadzoruje Dyrektor ds. Medycznych.

1. Do zadań Poradni chirurgii ogólnej należy w szczególności:

- 1) świadczenia konsultacyjne, diagnostyka i leczenie pacjentów ze schorzeniami chirurgicznymi,
- 2) przygotowywanie i kwalifikacja chorych do operacji oraz prowadzenie chorych po zabiegach operacyjnych,
- 3) diagnostyka i leczenie świeżych i przewlekłych ran, owrzodzeń żylakowych,
- 4) prewencja i wczesne wykrywanie chorób nowotworowych.

2. Do zadań Poradni rehabilitacyjnej należy w szczególności:

- 1) ogólna ocena stanu zdrowia,
- 2) skierowanie na konsultację i badania dodatkowe,
- 3) określenie zakresu ruchu w stawach,
- 4) ocena aktywności ruchowej, czucia powierzchownego i głębokiego oraz odruchów ścięgnisto – okostnowych,
- 5) planowanie i koordynowanie procesu rehabilitacji.

3. Do zadań Poradni kardiologicznej należy w szczególności:

- 1) prewencja i wczesne wykrywanie chorób układu sercowo-naczyniowego,
- 2) świadczenia konsultacyjne, diagnostyka i leczenie pacjentów chorobami układu naczyniowo-sercowego.

4. Do zadań Poradni gastroenterologicznej należy w szczególności:

- 1) prewencja i wczesne wykrywanie chorób układu pokarmowego,
- 2) świadczenia konsultacyjne i leczenie pacjentów z chorobami układu pokarmowego,
- 3) diagnostyka przewodu pokarmowego.

5. Do zadań Poradni neurologicznej należy w szczególności:
 - 1) prewencja i wczesne wykrywanie chorób układu nerwowego,
 - 2) świadczenia konsultacyjne, diagnostyka i leczenie pacjentów chorobami układu nerwowego,
 - 3) diagnostyka i leczenie nowotworów złośliwych rdzenia kręgowego, nerwów czaszkowych i innych,
 - 4) diagnostyka i leczenie bólów głowy oraz stanów po urazach głowy.
6. Do zadań Poradni chirurgii urazowo-ortopedycznej należy w szczególności:
 - 1) prewencja i wczesne wykrywanie chorób narządu ruchu,
 - 2) świadczenia konsultacyjne, diagnostyka i leczenia pacjentów z chorobami narządu ruchu będących następstwem urazów oraz schorzeń tego narządu,
 - 3) diagnostyka i leczenie wad wrodzonych,
 - 4) opieka poszpitalna w stosunku do chorych z chorobami narządu ruchu.
7. Do zadań Poradni urologicznej należy w szczególności:
 - 1) prewencja i wczesne wykrywanie chorób układu moczowego,
 - 2) świadczenia konsultacyjne, diagnostyka i leczenie pacjentów chorobami układu moczowego.
8. Zadaniem Poradni Chorób Wewnętrznych jest udzielanie świadczeń konsultacyjnych po hospitalizacji w zakresie chorób wewnętrznych.

§ 7

Zakłady opiekuńczo lecznicze udzielają całodobowej stacjonarnej opieki długoterminowej, obejmującej leczenie, pielęgnację i rehabilitację osób niewymagających hospitalizacji, które jednak ze względu na stan swojego zdrowia i stopień niepełnosprawności oraz brak możliwości funkcjonowania w środowisku domowym wymagają stałego nadzoru fachowego personelu.

1. Do zadań Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego dla Dorosłych należy w szczególności:
 - 1) zapewnienie całodobowej opieki pielęgniarzkiej,
 - 2) zapewnienie opieki lekarskiej,
 - 3) zapewnienie wyżywienia stosownie do stanu pacjenta, w tym leczenia żywieniowego,
 - 4) leczenie farmakologiczne,
 - 5) rehabilitacja, zgodnie z zaleceniami lekarza,
 - 6) realizacja badania i terapii psychologicznej, badania i terapii logopedycznej, terapii zajęciowej,
 - 7) zapewnienie specjalistycznych konsultacji,

- 8) edukacja i poradnictwo zdrowotne,
- 9) zapewnienie niezbędnych badań diagnostycznych,
- 10) zapewnienie transportu w niezbędnych przypadkach.

Do Zakładu Opiekuńczo-Leczniczym dla Dorosłych pacjenci kierowani są przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego lub bezpośrednio z oddziału szpitalnego na podstawie skierowania ze Szpitala. Na podstawie złożonej dokumentacji decyzję o przyjęciu pacjenta podejmuje Kierownik ZOL. Osoba zakwalifikowana do Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego zostaje przyjęta w terminie wynikającym z kolejności na liście oczekujących. W przypadku konieczności niezwłocznego przyjęcia pacjenta – na liście oczekujących chory zostaje wpisany z adnotacją „pilne”. Decyzję o tym podejmuje Kierownik ZOL. Pacjenci kierowani do ZOL bezpośrednio ze Szpitala przyjmowani są poza kolejnością.

Bezpośrednio Zakładem Opiekuńczo-Leczniczym dla Dorosłych kieruje i nadzoruje Kierownik Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego.

2. Do zadań Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego dla Dzieci i Młodzieży należy w szczególności:
 - 1) zapewnienie całodobowej opieki pielęgniarzkiej,
 - 2) zapewnienie opieki lekarskiej,
 - 3) zapewnienie wyżywienia stosownie do stanu pacjenta, w tym leczenia żywieniowego,
 - 4) leczenie farmakologiczne,
 - 5) rehabilitacja, zgodnie z zaleceniami lekarza,
 - 6) prowadzenie i realizacja badania i terapii psychologicznej, badania i terapii logopedycznej, terapii zajęciowej
 - 7) zapewnienie specjalistycznych konsultacji,
 - 8) edukacja i poradnictwo zdrowotne,
 - 9) zapewnienie niezbędnych badań diagnostycznych,
 - 10) zapewnienie transportu w niezbędnych przypadkach.
3. Do Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego dla Dzieci i Młodzieży pacjenci kierowani są na podstawie skierowania ze Szpitala lub na podstawie wniosku rodziców, opiekuna prawnego lub innego podmiotu leczniczego. Wniosek wraz z załączonymi dokumentami jest opiniowany przez Kierownika Zakładu.
4. Do Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego w ramach kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia przyjmuje się pacjentów, którzy w ocenie w skali „Barthel” otrzymują od 0 - 40 punktów. Do Zakładu nie są przyjmowani pacjenci, u których podstawowym wskazaniem do objęcia opieką jest zaawansowana choroba nowotworowa, choroba psychiczna lub uzależnienie.

5. Jeżeli u pacjenta przebywającego w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicznym w trakcie pobytu zostanie zdiagnozowana choroba nowotworowa, choroba psychiczna lub uzależnienie, wówczas placówka dokonuje wypisu pacjenta, kierując go do stosownego podmiotu wykonującego działalność leczniczą w zakresie zapewnienia prawidłowości diagnostyki, leczenia i ciągłości przebiegu procesu udzielania świadczeń zdrowotnych.
6. Pacjent przebywający w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicznym dla Dorosłych w ramach kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia, ponosi koszty wyżywienia i zakwaterowania. Miesięczną opłatę ustala się w wysokości odpowiadającej 250% najniższej emerytury, z tym, że opłata nie może być wyższa niż kwota odpowiadająca 70% miesięcznego dochodu świadczeniobiorcy w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej. Pacjent lub opiekun prawny musi wyrazić zgodę na potrącanie opłaty za pobyt w ZOL przez płatnika świadczeń emerytalno-rentowych lub innego płatnika, zgodnie z odrębnymi przepisami. Pozostała kwota tj. 30% będzie przekazywana przekazem pocztowym na adres Zakładu Opiekuńczo-Lecznicznego przy Szpitalu Św. Rocha w Ozimku do odbioru przez pacjenta/opiekuna prawnego lub przekazywana na dotychczasowy numer konta bankowego pacjenta.
7. Pacjent przebywający w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicznym dla Dzieci i Młodzieży w ramach kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia, ponosi koszty wyżywienia i zakwaterowania. Miesięczną opłatę ustala się w wysokości odpowiadającej 200% najniższej emerytury, z tym, że opłata nie może być wyższa niż kwota odpowiadająca 65% miesięcznego dochodu na osobę w rodzinie w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej. W przypadku dziecka pozbawionego opieki i wychowania rodziców umieszczonego w zakładzie opiekuńczo-leczniczym, w zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczym lub w zakładzie rehabilitacji leczniczej przez sąd opłata ta wynosi nie mniej niż 200% najniższej emerytury.
8. Bezpośrednio Zakładem Opiekuńczo-Lecznicznym dla Dzieci i Młodzieży kieruje i nadzoruje Kierownik Zakładu.

§ 8

1. Do zadań Pracowni Rentgenodiagnostyki Ogólnej należy w szczególności:
 - 1) wykonywanie diagnostycznych badań obrazowych na zlecenie właściwych jednostek i komórek organizacyjnych Szpitala oraz na zlecenie innych podmiotów leczniczych na zasadach określonych w odrębnych umowach i porozumieniach podpisanych z tymi zakładami,
 - 2) ściśle przestrzeganie obowiązujących procedur postępowania zgodnie z przyjętym systemem zapewnienia jakości,
 - 3) prowadzenie wymaganej dokumentacji i sprawozdawczości.

Bezpośrednio Pracownią RTG kieruje i nadzoruje Kierownik Pracowni RTG.

2. Do podstawowych zadań Pracowni Endoskopowej należy:

- 1) kompleksowa diagnostyka endoskopowa górnego i dolnego odcinka przewodu pokarmowego,
- 2) leczenie endoskopowe – polipektomia,
- 3) zakładanie PEG,
- 4) wdrażanie nowych metod diagnostycznych zgodnie z postępem wiedzy medycznej,
- 5) szkolenie lekarzy, pielęgniarek w zakresie postępu wiedzy i nowych metod diagnostycznych.

Bezpośrednio Pracownią Endoskopii kieruje i nadzoruje Dyrektor ds. Medycznych .

3. Zadaniem Pracowni USG jest wykonywanie badań z zakresu diagnostyki obrazowej (USG, UKG, USG Doppler) zlecanych przez Oddziały Szpitalne, Poradnie Specjalistyczne, Zakład Opiekuńczo-Lecznicy dla Dorosłych, Zakład Opiekuńczo-Lecznicy dla Dzieci i Młodzieży, a także na rzecz innych świadczeniobiorców / świadczeniodawców.

Bezpośrednio Pracownią USG kieruje i nadzoruje Ordynator Oddziału Wewnętrznego.

4. Zadaniem Pracowni Elektrokardiograficznej jest:

- 1) wykonywanie testów wysiłkowych,
- 2) całodobowe monitorowanie ciśnienia tętniczego krwi za pomocą Holtera ciśnieniowego,
- 3) całodobowa rejestracja EKG metodą Holtera,

zlecanych przez Oddziały Szpitalne, Poradnie Specjalistyczne, Zakład Opiekuńczo-Lecznicy dla Dorosłych, Zakład Opiekuńczo-Lecznicy dla Dzieci i Młodzieży, a także na rzecz innych świadczeniobiorców.

Bezpośrednio Pracownią Elektrokardiograficzną kieruje i nadzoruje Ordynator Oddziału Wewnętrznego.

§ 9

1. Zadaniem Pracowni Fizjoterapii jest:

- 1) udzielanie świadczeń zdrowotnych związanych z rehabilitacją pacjentów Szpitala oraz pacjentów kierowanych przez innych świadczeniodawców;
- 2) wykonywanie w trybie ambulatoryjnym wizyt i konsultacji fizjoterapeutycznych oraz planowanie i realizacja indywidualnego postępowania fizjoterapeutycznego adekwatnego do stanu zdrowia pacjenta i wskazań medycznych
- 3) wykonywanie świadczeń zdrowotnych z zakresu rehabilitacji i fizjoterapii przy łóżku pacjenta oraz w wydzielonych do tego pomieszczeniach Pracowni Fizjoterapii;

- 4) staranne czyszczenie, konserwowanie i poddawanie okresowej kontroli aparatów i urządzeń używanych w Pracowni.

Bezpośrednio Pracownią Fizjoterapii kieruje i nadzoruje Koordynator Zespołu Fizjoterapeutów.

2. Do zadań Zakładu Rehabilitacji Domowej należy w szczególności:

- 1) sprawowanie kompleksowej opieki nad pacjentami poprzez wykonywanie świadczeń zdrowotnych w zakresie rehabilitacji domowej pacjentom, których stan kliniczny nie pozwala na rehabilitację w warunkach ambulatoryjnych, którzy jednocześnie nie wymagają całodobowego nadzoru medycznego,
- 2) wykonywanie wizyt i konsultacji fizjoterapeutycznych oraz planowanie i realizacja indywidualnego postępowania fizjoterapeutycznego adekwatnego do stanu zdrowia pacjenta i wskazań medycznych, w domu lub miejscu pobytu pacjenta.

Bezpośrednio Zakładem rehabilitacji domowej kieruje i nadzoruje Koordynator Zespołu Fizjoterapeutów.

§ 10

Udzielanie świadczeń w zakresie Podstawowej Opieki Zdrowotnej odbywa się od poniedziałku do piątku w godzinach od 8⁰⁰ do 18⁰⁰. Każdy pacjent dokonuje wyboru lekarza, pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej poprzez złożenie deklaracji dostępnej w Recepcji. Przyjęcia pacjenta przez lekarza odbywają się w warunkach ambulatoryjnych lub domowych. Warunkiem realizacji wizyty jest rejestracja pacjenta w formie: stawiennictwa osobistego, telefonicznej lub za pośrednictwem osoby trzeciej.

W ramach zadań Podstawowej Opieki Zdrowotnej wykonywane są:

1. wizyty ambulatoryjne,
2. wizyty domowe,
3. zabiegi i iniekcje w gabinecie zabiegowym,
4. zabiegi i iniekcje w domu pacjenta.

Bezpośrednio Podstawową Opieką Zdrowotną kieruje i nadzoruje Dyrektor ds. Medycznych.

§ 11

Nocna i Świąteczna Opieka Zdrowotna udziela świadczeń w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej od poniedziałku do piątku w godzinach od 18⁰⁰ do 8⁰⁰ dnia następnego oraz w soboty, niedziele i inne dni ustawowo wolne od pracy w godzinach od 8⁰⁰ do godziny 8⁰⁰ dnia następnego.

W ramach zadań wykonywane są:

- 1) ambulatoryjne porady lekarskie,
- 2) wyjazdowe wizyty domowe,
- 3) porady lekarskie telefoniczne,
- 4) iniekcje w gabinecie zabiegowym -wykonywane wyłącznie na zlecenie lekarza ubezpieczenia zdrowotnego,
- 5) zabiegi pielęgniarstwa w domu pacjenta - realizowane wyłącznie w sytuacji, gdy zabieg nie może być wykonany w godzinach pracy podstawowej opieki zdrowotnej i tylko na zlecenie lekarza ubezpieczenia zdrowotnego.

Bezpośrednio Nocną i Świąteczną Opieką Zdrowotną kieruje i nadzoruje Dyrektor ds. Medycznych

WARUNKI WSPÓŁDZIAŁANIA KOMÓREK ORGANIZACYJNYCH ZAKŁADÓW LECZNICZYCH

§ 12

Komórki zakładów leczniczych współpracują ze sobą w zakresie diagnostycznym, leczniczym, rehabilitacyjnym, administracyjnym, logistycznym i technicznym, a w szczególności w obszarze:

1. diagnostyki pacjenta,
2. badań laboratoryjnych,
3. konsultacji specjalistycznych w oddziałach,
4. przyjmowania pacjentów między oddziałami zgodnie ze wskazaniami medycznymi co do dalszego leczenia,
5. zgłaszania zachorowań w oddziałach dotyczących chorób zakaźnych, zakażeń szpitalnych, zachorowań nowotworowych,
6. przygotowywania sprawozdań dotyczących wykonywanych procedur medycznych i wykonywanych badań diagnostycznych,
7. zamawiania i dostaw sprzętu, aparatury medycznej, leków, płynów, środków opatrunkowych,
8. zamawiania i dostaw artykułów biurowych,
9. zgłaszania i bieżącego usuwania awarii aparatury i sprzętu,
10. utrzymania obiektów w należytej sprawności technicznej, usuwania na bieżąco wszystkich awarii i usterek wynikłych w trakcie eksploatacji obiektów.

§ 13

1. Celem współdziałania komórek zakładów leczniczych, jest:
 - 1) usprawnianie procesów zarządczych oraz informacyjno – decyzyjnych,
 - 2) prawidłowa realizacja zadań Szpitala,
 - 3) integracja działań pracowników Szpitala.
2. Do podstawowych elementów współdziałania zalicza się, w szczególności odbywanie okresowych spotkań:
 - 1) kadry kierowniczej,
 - 2) Prezesa Zarządu z ordynatorami i kierownikami komórek organizacyjnych,
 - 3) Dyrektora ds. Pielęgniarstwa z pielęgniarkami koordynującymi,
 - 4) członków działających w Szpitalu zespołów, komitetów i komisji zadaniowych.
3. Spotkania, o których mowa w ust. 2 mają na celu:
 - 1) wzajemną wymianę informacji w celu dalszego doskonalenia wspólnego działania,
 - 2) przekazywanie informacji o planach i podejmowanych kierunkach działania,
 - 3) omówienie realizacji zadań oraz wymianę poglądów dotyczących problemów w realizacji zadań,
 - 4) ocenę sytuacji finansowej.
4. Ordynatorzy, kierownicy komórek organizacyjnych oraz pielęgniarki koordynujące zobowiązani są do zapoznania podległego im personelu z informacjami uzyskanymi na spotkaniach

ZADANIA STANOWISK, UPRAWNIENIA, OBOWIĄZKI I ODPOWIEDZIALNOŚĆ PRACOWNIKÓW PODMIOTU LECZNICZEGO

§ 14

1. Dyrektor ds. Medycznych nadzoruje pracę komórek organizacyjnych działalności medycznej Szpitala. Do jego zadań należy:
 - 1) opracowywanie (w uzgodnieniu z Prezesem Zarządu) modelu funkcjonowania Szpitala, dotyczącego organizacji, zatrudniania kadry medycznej oraz wyposażenia w sprzęt i aparaturę medyczną,
 - 2) bieżące informowanie Prezesa Zarządu o problemach pionu medycznego wymagających rozwiązania;
 - 3) dokonywania okresowych wizytacji komórek organizacyjnych Szpitala, szczególnie w zakresie:
 - a) zapewnienia odpowiedniego poziomu usług medycznych,

- b) stanu porządkowego i sanitarno – higienicznego pomieszczeń,
 - c) prowadzonej dokumentacji medycznej pod względem dokładności i terminowości jej sporządzania oraz należytego przechowywania i archiwizowania,
 - 4) nadzór nad sprawozdawczością medyczną,
 - 5) przeprowadzenie okresowych kontroli prawidłowości oraz terminowości wprowadzania informacji medycznych do sieci informatycznej,
 - 6) czuwanie nad racjonalnym wykorzystaniem łóżek, urządzeń oraz wyposażenia medycznego,
 - 7) podejmowanie odpowiednich działań dla zapewnienia prawidłowej gospodarki lekami i artykułami sanitarnymi,
 - 8) nadzór nad realizacją umów na świadczenia zdrowotne,
 - 9) nadzór nad pracą zespołów, komitetów i komisji zadaniowych związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych,
 - 10) wydawanie poleceń, udzielanie wskazówek i wytycznych podległym pracownikom w zakresie przydzielonych zadań służbowych,
 - 11) nadzór nad prawidłowym i terminowym wykonywaniem przez podległych pracowników wszystkich przydzielonych zadań, w szczególności w zakresie opieki lekarsko – pielęgniarskiej nad pacjentami,
 - 12) nadzór nad przestrzeganiem przez podległy personel reżimu sanitarnego, przepisów przeciwpożarowych oraz zasad bezpieczeństwa i higieny pracy, w tym używania odzieży roboczej i ochronnej,
 - 13) nadzór nad planowaniem przez ordynatorów i kierowników podległych komórek organizacyjnych potrzeb szkoleniowych pracowników w zakresie doskonalenia zawodowego, specjalizacji i innych szkoleń.
2. Dyrektor ds. Pielęgniarstwa Naczelna organizuje i nadzoruje opiekę pielęgniarską, pracę średniego personelu medycznego oraz współdziała w zakresie tej opieki ze wszystkimi komórkami organizacyjnymi Szpitala. Pracą podległego personelu Pielęgniarka Naczelna kieruje przy pomocy Pielęgniarek Koordynujących. Do zadań Pielęgniarki Naczelnej należy:
- 1) zarządzanie zasobami ludzkimi:
 - a) opracowywanie struktury organizacyjnej pionu pielęgniarskiego,
 - b) określanie liczby i rodzaju stanowisk pracy pionu pielęgniarskiego oraz personelu pomocniczego w poszczególnych komórkach organizacyjnych,
 - c) określanie poziomu kwalifikacji wymaganych na poszczególnych stanowiskach,
 - d) planowanie zatrudnienia dla podległych stanowisk,

- e) ustalanie zakresu obowiązków, odpowiedzialności i uprawnień dla podległych stanowisk,
 - 2) dokonywanie oceny jakości realizowanych świadczeń, przestrzegania standardów opieki, wyposażenia i obsługi pielęgniarskich stanowisk pracy,
 - 3) nadzorowanie porządku i dyscypliny pracy podległego personelu, stanu sanitarno-higienicznego, dokumentacji dotyczącej pacjentów sporządzonej przez podległy personel,
 - 4) inicjowanie i koordynowanie programu jakości opieki,
 - 5) nadzorowanie praktyk studentów pielęgniarstwa na poziomie zakładu,
 - 6) uczestniczenie w odprawach lekarskich i kierownictwa oraz innych zespołów doradczych powołanych przez Prezesa Zarządu
 - 7) zapewnienie właściwego wyposażenia stanowisk pracy podległego personelu w sprzęt, aparaturę, materiały, odzież ochronną i roboczą niezbędne do działalności zawodowej oraz leki i środki opatrunkowe,
 - 8) prowadzenie ewidencji oraz organizacja obrotu odzieży ochronnej i roboczej dla personelu pomocniczego,
 - 9) prowadzenie wymaganej dokumentacji medycznej,
 - 10) organizacja i nadzorowanie właściwej gospodarki odpadami medycznymi,
 - 11) współpracowanie z kierownictwem zakładu, ordynatorami i kierowanymi komórek organizacyjnych, ze szkołami medycznymi, fundacjami itp.,
 - 12) systematyczne kształcenie i doskonalenie,
 - 13) odpowiedzialność za organizację i jakość żywienia pacjentów.
3. Ordynator Oddziału jest odpowiedzialny za całokształt pracy podległego oddziału, w tym jego organizację pracy, jakość i efektywność jego funkcjonowania, zarówno pod względem merytorycznym jak i administracyjnym i gospodarczym.

Do zadań Ordynatora oddziału należy:

- 1) planowanie, organizowanie i kontrola pracy wykonywanej przez podległych pracowników.
- 2) rozdział zadań i obowiązków pomiędzy poszczególnych pracowników z uwzględnieniem rodzaju i priorytetu zadań, kwalifikacji pracowników i obciążenia ich bieżącą pracą.
- 3) organizacja wewnętrznej pracy podległego oddziału, rozdział stałych zadań dla pracowników.
- 4) nadzór służbowy nad wykonywanymi przez podwładnych zadaniami i udzielanie im niezbędnej pomocy merytorycznej i instruktażu zawodowego.
- 5) przestrzeganie dyscypliny ekonomicznej i finansowej przy realizacji zadań podległej

jednostki organizacyjnej.

- 6) właściwa organizacja pracy pod względem BHP i ppoż. oraz sprawowanie stałego nadzoru w tym zakresie.
- 7) prowadzenie bieżącej oceny wyników i jakości pracy pracowników.
- 8) wnioskowanie w sprawie zasad systemu wynagradzania i nagradzania podległych pracowników.
- 9) nadzorowanie przestrzegania przepisów prawa, wewnętrznych aktów normatywnych oraz norm etycznych w podległym oddziale.
- 10) udzielanie wyjaśnień nowo przyjętym pracownikom dotyczących ich obowiązków oraz przydzielanie im zadań i obowiązków.
- 11) analiza racjonalności i struktury zatrudnienia w podległym oddziale proporcjonalnie do ilości powierzonych zadań i obowiązków.
- 12) wykonywanie innych poleceń zleconych przez Prezesa Zarządu lub Dyrektora ds. Medycznych.
- 13) zapewnienie w oddziale odpowiedniej jakości usług na poziomie obowiązującego standardu i stosownie do możliwości finansowych Szpitala, stosowanie w oddziale metod leczenia zgodnych z poziomem wiedzy lekarskiej, poziomem referencyjnym przy zachowaniu dyscypliny finansowej.
- 14) zapewnienie właściwego i prawidłowego leczenia i pielęgnacji pacjentów przyjętych na podległy oddział w szczególności poprzez:
 - a) nadzór nad procesem diagnostyczno-leczniczym u pacjentów oddziału,
 - b) zwoływanie konsultacyjnej narady lekarskiej w przypadkach szczególnie trudnych i przydzielanie specjalnej obsługi ciężko chorym,
 - c) dokonywanie wizyt lekarskich,
 - d) organizowanie prawidłowego przepływu informacji związanych z leczeniem pacjentów i zarządzaniem oddziałem, informowanie pacjentów i ich rodzin o stanie zdrowia i dalszych kierunkach leczenia,
 - e) stwarzanie warunków do przestrzegania praw pacjenta.
- 15) nadzorowanie prawidłowości prowadzenia całości dokumentacji medycznej związanej z funkcjonowaniem oddziału,
- 16) dbanie o stan techniczny wyposażenia i sprzęt medyczny stanowiący wyposażenie oddziału i Zakładu,
- 17) stałe podnoszenie kwalifikacji zawodowych, w szczególności w zakresie usług leczniczych i medycznych obejmujących specjalizację podległego oddziału,

- 18) dbanie o podnoszenie kwalifikacji zawodowych podległego personelu, organizowanie okresowych, systematycznych szkoleń wewnętrznych podległych pracowników medycznych,
- 19) uczestniczenie w naradach lekarskich oraz organizowanie okresowych, systematycznych spotkań i narad z podległym personelem medycznym dla omówienia bieżących spraw,
- 20) wykonywanie poleceń Prezesa Zarządu lub Dyrektora ds. Medycznych, związanych z działalnością oddziału,
- 21) wyznaczanie lekarza prowadzącego każdego pacjenta i odnotowanie tego w dokumentacji medycznej,
- 22) zgłaszanie się do pracy doraźnie na wezwanie Prezesa Zarządu lub Dyrektora ds. Medycznych, gdy taka obecność jest konieczna w danej chwili dla dokonania czynności nie cierpiących zwłoki, a zwłaszcza dla udzielania pomocy pacjentom Szpitala.

Ordynator nadzoruje i ponosi odpowiedzialność za gospodarkę środkami odurzającymi w oddziale, w szczególności w zakresie ich prawidłowego przechowywania, zabezpieczenia, stanu zapasów, ordynacji i ewidencji, kontroli zużycia oraz dat ważności.

4. Do zadań Kierownika Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego należy:

- 1) ustalenie organizacji pracy Zakładu Opiekuńczo – Leczniczego,
- 2) dokonywanie podziału czynności w zakresie zadań zakładu ze szczególnym uwzględnieniem całodobowych świadczeń zdrowotnych w zakresie opieki lekarsko – pielęgniarskiej,
- 3) przeprowadzenie badania oraz ustalenie kierunku leczenia każdego nowo przyjętego do Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego pacjenta oraz udzielenie mu właściwej pomocy lekarskiej, zadanie to Kierownik ZOL może zlecić innemu lekarzowi,
- 4) leczenie pacjentów zgodnie z postępem wiedzy medycznej i technicznej w zakresie możliwości zakładu,
- 5) dokonywanie obchodu chorych w ZOL,
- 6) przekazywanie lekarzowi pełniącemu dyżur medyczny właściwych informacji o stanie zdrowia wszystkich pacjentów przebywających w ZOL oraz określenie zakresu czynności lekarzowi dyżurnemu,
- 7) omawianie z podległym personelem lekarskim wybranych przypadków chorobowych, sposobu ustalenia i metod ich leczenia,
- 8) nadzór nad procesem pielęgnowania chorych oraz czuwanie nad odpowiednim odnoszeniem się personelu szpitalnego do pacjentów,

- 9) prowadzenie kontroli wykonania przez personel pielęgniarski zleceń lekarskich i pielęgnowania chorych,
 - 10) udzielanie wskazówek i wytycznych podległemu personelowi co do sposobu wykonania przydzielonych zadań,
 - 11) dbanie o dyscyplinę pracy, zwłaszcza w zakresie właściwego poziomu opieki lekarsko – pielęgniarskiej nad pacjentami, przestrzeganiem zasad etyki lekarskiej i praw pacjenta,
 - 12) nadzór nad przestrzeganiem przez podległy personel reżimu sanitarnego, zasad bhp oraz bezpieczeństwa pożarowego,
 - 13) prowadzenie szkoleń personelu medycznego zatrudnionego w ZOL,
 - 14) nadzór nad gospodarką lekami oraz artykułami sanitarnymi w ZOL,
 - 15) nadzór oraz kontrola nad prawidłowością prowadzonej przez personel ZOL dokumentacji medycznej, w tym nadzór nad terminowym i prawidłowym opracowaniem dokumentów statystycznych zakładu zgodnie z obowiązującymi przepisami,
 - 16) nadzór nad prawidłowością wprowadzanych danych do systemu medycznego.
 - 17) wnioskowanie w sprawie zaopatrzenia zakładu w leki, sprzęt medyczny i artykuły sanitarne niezbędne do prawidłowego funkcjonowania ZOL,
 - 18) przedstawienie bezpośredniemu przełożonemu sprawozdań z działalności zakładu i bieżące sygnalizowanie o problemach wymagających rozwiązania,
 - 19) czuwanie nad przestrzeganiem przez chorych Regulaminu.
5. Lekarz dyżurny jest obowiązany, w czasie pełnienia dyżuru medycznego, w godzinach popołudniowych, nocnych i w dni wolne od pracy, zapewnić opiekę medyczną pacjentom przebywającym na oddziałach, a w szczególności:
- 1) rozpocząć dyżur o ustalonej godzinie, zgodnie z harmonogramem,
 - 2) kończyć dyżur w momencie rozpoczęcia normalnej ordynacji lekarskiej oddziału, składając raport z odbytego dyżuru ordynatorowi oddziału lub Dyrektorowi ds. Medycznych,
 - 3) kończyć dyżur w dni wolne od pracy oraz dni świąteczne po zgłoszeniu się następcy, któremu powinien przekazać informacje z odbytego dyżuru i zapoznać ze stanem pacjentów przebywających na oddziale,
 - 4) przebywać na terenie szpitala przez cały czas trwania dyżuru,
 - 5) dokładnie zbadać każdego pacjenta skierowanego na leczenie szpitalne i po ustaleniu, przy pomocy wszystkich dostępnych środków, rozpoznania - rozpocząć leczenie,
 - 6) na prośbę innego lekarza dyżurnego, przeprowadzić badanie konsultacyjne lub uczestniczyć w naradzie lekarskiej powołanej w celu ustalenia rozpoznania lub

uzgodnienia dalszego postępowania, przy czym konsultacje specjalistyczne winny być udzielane:

- jeżeli brak takiej konsultacji mógłby spowodować zagrożenie życia,
 - w nagłych przypadkach pogorszenia stanu zdrowia,
- 7) wykonywać obchody lekarskie w godzinach, co najmniej, popołudniowych i wieczornych, a w dni wolne od pracy oraz w dni świąteczne - także rano.
6. Psycholog udziela porad i konsultacji niezbędnych w procesie leczenia ambulatoryjnego lub szpitalnego i uczestniczy w diagnozowaniu pacjentów. Psycholog udziela także porad i konsultacji pracownikom Szpitala.
- Wszystkie jednostki działalności leczniczej Szpitala mają obowiązek współpracować z psychologiem w zakresie prowadzenia adaptacji pacjentów hospitalizowanych do warunków szpitalnych, wspomagania psychicznego pacjentów, przygotowywania do zabiegów i innych zadań.
7. Pielęgniarka Koordynująca jest odpowiedzialna za zapewnienie pod względem merytorycznym i organizacyjnym właściwego poziomu opieki pielęgniarskiej na oddziale.

Do zadań Pielęgniarki Koordynującej należy:

- 1) uczestniczenie w tworzeniu struktury zorganizowanej opieki pielęgniarskiej w oddziale,
- 2) podział pracy dla poszczególnych pracowników i określenie im zadań,
- 3) ustalenie właściwego zabezpieczenia i rozmieszczenia personelu, a mianowicie:
 - a) sporządzanie rozkładu pracy personelu,
 - b) wyznaczanie zastępstw na czas nieobecności pracowników,
 - c) planowanie urlopów pracowników,
- 4) organizowanie pracy personelu w sposób zapewniający pełne wykorzystanie czasu pracy, jak również osiąganie przez pracowników jak najlepszej jakości usług uzyskujących uznanie w opinii pacjentów oraz zwierzchników,
- 5) opracowywanie modeli opieki pielęgniarskiej,
- 6) gromadzenie informacji dotyczących aktualnego stanu zdrowia pacjentów i ich potrzeb, zwłaszcza ciężko chorych, w tym:
 - - zapoznanie się ze sporządzonymi raportami pielęgniarskimi,
 - - uczestnictwo w wizytach lekarskich,
 - - przeprowadzanie samodzielnych obchodów sali chorych,
- 7) organizowanie przepływu bieżących informacji pomiędzy podległym personelem odnośnie pielęgnacji, leczenia i rehabilitacji pacjentów,

- 8) gwarantowanie zgodności opieki pielęgniarstwa z wymogami przepisów prawnych, instrukcji i wytycznych, regulujących praktykę zawodową pielęgniarek,
- 9) czuwanie nad prawidłowym przebiegiem przyjęć pacjentów w oddziale, wypisaniem ich z oddziału oraz właściwym postępowaniem ze zwłokami,
- 10) czuwanie nad sprawnym, prawidłowym i terminowym wykonywaniem zabiegów pielęgnacyjnych, leczniczych, diagnostycznych i rehabilitacyjnych,
- 11) dbanie o bezpieczeństwo pacjentów i zapewnienie szczególnie troskliwej opieki nad pacjentami ciężko chorymi i umierającymi,
- 12) informowanie niezwłocznie Ordynatora oddziału lub lekarza prowadzącego o nagłym pogorszeniu się stanu zdrowia pacjenta, jego śmierci lub błędnym wykonaniu zlecenia lekarskiego przez pielęgniarkę,
- 13) dopilnowanie, by pacjenci mieli zapewnioną czystość osobistą i otoczenia,
- 14) czuwanie, by pacjenci otrzymali posiłki według diet określonych w kartach zleceń,
- 15) współdziałanie z właściwymi komórkami Szpitala w zakresie:
 - a) zapewnienia pacjentom odpowiednich warunków higienicznych i bytowych w oddziale,
 - b) organizacji czasu wolnego pacjentom chodzącym oraz unieruchomionym w łóżku,
 - c) wykonania badań diagnostycznych,
- 16) organizowanie szkoleń wewnątrzoddziałowych według planu uwzględniającego potrzeby oraz zainteresowania personelu,
- 17) egzekwowanie od personelu uczestnictwa w szkoleniach oraz mobilizacja do korzystania z innych form doskonalenia zawodowego,
- 18) udzielanie pielęgniarkom bieżącego instruktażu co do właściwości stosowanych leków i środków dezynfekcyjnych w oddziale,
- 19) opracowywanie i prowadzenie adaptacji zawodowej podległych pracowników,
- 20) określanie potrzeb i wskazywanie możliwości szkolenia personelu poza zakładem pracy,
- 21) czuwanie nad prawidłowym przebiegiem praktyk i szkoleń słuchaczy średnich i wyższych szkół medycznych oraz uczestników kursów,
- 22) informowanie personelu na bieżąco o wszystkich nowościach z dziedziny wiedzy medycznej,
- 23) sprawowanie stałego nadzoru nad właściwą organizacją pracy pod względem BHP i ppoż:
 - a) organizowanie stanowiska pracy zgodnie z przepisami i zasadami bezpieczeństwa i higieny pracy,
 - b) dbanie o bezpieczny i higieniczny stan pomieszczeń pracy i wyposażenia technicznego,

- c) zapewnianie właściwego wyposażenia stanowisk pracy, celem zabezpieczenia pracowników przed wypadkami przy pracy, chorobami zawodowymi i innymi chorobami związanymi z warunkami środowiska pracy,
- d) czuwanie nad prawidłowym zaopatrzeniem pracowników w środki ochrony indywidualnej oraz ich stosowanie zgodnie z przeznaczeniem,
- e) szczegółowe instruowanie każdego pracownika w zakresie użytkowania sprzętu, środków dezynfekcyjnych, w tym bezwzględnie wprowadzonych po raz pierwszy,
- f) zapoznavanie pracowników z wytycznymi, instrukcjami dotyczącymi zabezpieczenia się przed zakażeniami, w tym wirusem WZW i HIV.

Pielęgniarka Koordynująca podlega pod względem służbowym i merytorycznym procesowi pielęgnowania Dyrektorowi ds. Pielęgniarstwa a funkcjonalnie w wykonywaniu swych obowiązków Ordynatorowi Oddziału.

W czasie nieobecności Pielęgniarki Koordynującej za prawidłową pracę pielęgniarek danego oddziału odpowiada wyznaczona przez nią pielęgniarka, która przejmuje jej zakres zadań.

W godzinach popołudniowych (tj. od godz. 15³⁵), nocnych (od godz. 19⁰⁰ do godz. 7⁰⁰) i w dni wolne od pracy za prawidłową pracę pielęgniarek, opiekunów medycznych, salowych odpowiada wyznaczona w harmonogramie pracy oddziału pielęgniarka.

8. Do zadań Pielęgniarki Epidemiologicznej należy:

- 1) współuczestniczenie w wypracowaniu strategii działań szpitala w zakresie profilaktyki i zwalczania zakażeń szpitalnych,
- 2) nadzorowanie i monitorowanie stanu sanitarno-epidemiologicznego zakładu,
- 3) prowadzenie nadzoru nad:
 - a) realizacją programu zapobiegania i kontroli zakażeń szpitalnych,
 - b) procesami dekontaminacji /dezynfekcji i sterylizacji/,
 - c) prowadzeniem dokumentacji dotyczącej kontroli zakażeń zakładowych,
 - d) przestrzeganiem przez personel zasad aseptyki oraz obowiązujących: standardów, zasad postępowania, procedur w poszczególnych jednostkach zakładu, w tym szczególnie w pomieszczeniach związanych z pobytem pacjenta: oddziały szpitalne, pracownie diagnostyczne, gabinety zabiegowe, gabinety rehabilitacji,
- 4) współuczestniczenie w opracowywaniu standardów, zasad postępowania, procedur organizacyjnych dotyczących systemu pracy w szpitalu/przychodni, szczególnie:
 - a) metod i technik pracy personelu,
 - b) systemu transportu wewnętrznego,

- c) sposobów zbierania, gromadzenia i przekazywania do utylizacji odpadów,
 - d) procesów dezynfekcji i sterylizacji,
 - e) procesów dezynsekcji i deratyzacji
- 5) określanie czynników ryzyka zakażeń wśród pacjentów i personelu,
 - 6) przeprowadzanie dochodzeń epidemiologicznych i postępowań w przypadku wystąpienia ognisk epidemicznych,
 - 7) prowadzenie rejestru zakażeń szpitalnych,
 - 8) współuczestniczenie w planowaniu opieki nad pacjentem z zakażeniem,
 - 9) sprawowanie nadzoru nad systemem izolacji pacjentów, którzy stwarzają ryzyko zakażeń dla innych,
 - 10) współpraca ze wszystkimi jednostkami organizacyjnymi szpitala w zakresie powierzonych zadań,
 - 11) szkolenie personelu w zakresie zasad praktyki i metod kontroli zakażeń zakładowych.

Pielęgniarka epidemiologiczna bezpośrednio podlega Prezesowi Zarządu.

9. Do zadań Mikrobiologa należy w szczególności:

- 1) analiza wykonanych badań serologicznych, bakteriologii ogólnej, bakterioskopii, posiewów i antybiogramów zleczanych przez oddziały i poradnie specjalistyczne Szpitala,
- 2) nadzór nad przestrzeganiem procedur zapewniających ochronę przed zakażeniami zakładowymi,
- 3) analiza występujących zakażeń zakładowych,
- 4) opracowywanie raportów o występowaniu zakażeń zakładowych.
- 5) retrospektywna i bieżąca analiza gospodarki antybiotykowej w szpitalu
- 6) szkolenie personelu w zakresie zasad praktyki i metod kontroli zakażeń zakładowych,
- 7) uczestnictwo w programie zapobiegania zakażeniom szpitalnym.

10. Do zadań Pełnomocnika ds. Jakości należy w szczególności:

- 1) wdrażanie, utrzymywanie i doskonalenie systemu jakości,
- 2) prowadzenie weryfikacji i akceptowanie dokumentów systemu jakości pod kątem zgodności ze stanem faktycznym oraz ich integralności z istniejącym systemem,
- 3) organizowanie i prowadzenie okresowych przeglądów systemu jakości,
- 4) nadzorowanie opracowywania projektów dokumentów systemu jakości i ich wdrażania,
- 5) przedkładanie raportów o stanie funkcjonowania systemu jakości na naradach z kadrą kierowniczą i przeglądach systemu zarządzania jakością,

- 6) współudział w pracach nad nowymi projektami związanymi ze zmianami organizacyjnymi, modernizacją i poprawą jakości w komórkach organizacyjnych Szpitala,
- 7) udział lub reprezentacja Szpitala w spotkaniach z instytucjami kontrolującymi i audytującymi, jeśli dotyczą one spraw związanych z systemem jakości,
- 8) współtworzenie koncepcji rozwoju i integracji systemu jakości wewnątrz Szpitala,
- 9) nadzorowanie przeprowadzania wyznaczonych w ramach systemu jakości działań korygujących i naprawczych przez osoby odpowiedzialne,
- 10) prowadzenie analizy wyników kontroli związanych z systemem jakości,
- 11) kontrola przestrzegania procedur systemu zarządzania jakością przez wszystkich pracowników Szpitala,
- 12) koordynowanie opracowania i realizacji rocznego Programu Poprawy Jakości i Bezpieczeństwa Opieki,
- 13) koordynowanie samooceny spełniania standardów akredytacyjnych oraz monitorowanie realizacji działań wynikających z samooceny,
- 14) koordynowanie monitorowania wskaźników jakości i bezpieczeństwa oraz przedstawianie wyników kierownictwu Szpitala,
- 15) współpraca z Komitetem ds. Jakości w zakresie identyfikacji problemów, ustalania priorytetów i prowadzenia projektów poprawy jakości,
- 16) koordynowanie systemu zgłaszania i analizy zdarzeń niepożądanych, w tym analiz RCA, oraz monitorowanie wdrażania wynikających z nich zaleceń,
- 17) wykorzystywanie wyników badań opinii i doświadczeń pacjentów, skarg i wniosków oraz opinii personelu do planowania działań doskonalących.

11. Do zadań Specjalisty Ochrony Danych należy w szczególności:

- 1) ochrona zabezpieczenia danych osobowych zawartych w zbiorach systemów informatycznych Szpitala,
- 2) prowadzenie rejestru osób upoważnionych do przetwarzania tych danych,
- 3) podejmowanie działań w przypadku wykrycia nieuprawnionego dostępu do bazy danych lub naruszenia zabezpieczeń do nich,
- 4) współpraca z Inspektorem Ochrony Danych Spółki, Prezesem Urzędu Ochrony Danych Osobowych i innymi organami kontrolnymi w zakresie ochrony danych osobowych znajdujących się w systemach informatycznych Szpitala.

12. Do zadań Inspektora Ochrony Radiologicznej należy w szczególności:

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

radiologicznej, w tym dotyczącej pracowników i innych osób, przebywających w jednostce w warunkach narażenia,

- 2) dokonywanie wstępnej oceny narażenia pracowników na podstawie wyników pomiarów dawek indywidualnych lub pomiarów dozymetrycznych w środowisku pracy i przedstawianie jej kierownikowi jednostki organizacyjnej,
- 3) ustalanie wyposażenia jednostki organizacyjnej w środki ochrony indywidualnej, aparaturę dozymetryczną i pomiarową oraz inne wyposażenie służące do ochrony pracowników przed promieniowaniem jonizującym, a także nadzór nad działaniem aparatury dozymetrycznej, sygnalizacji ostrzegawczej i prawidłowym oznakowaniem miejsc pracy ze źródłami promieniowania jonizującego,
- 4) współpraca z zakładowymi służbami bezpieczeństwa i higieny pracy, osobami wdrażającymi program zapewnienia jakości, służbami przeciwpożarowymi i ochrony środowiska w zakresie ochrony przed promieniowaniem jonizującym,
- 5) nadzór nad wykonywaniem podstawowych i specjalistycznych testów wewnętrznej kontroli parametrów aparatury rentgenowskiej.

13. Do zadań Specjalisty ds. Bezpieczeństwa i Higieny Pracy należy w szczególności:

- 1) przeprowadzanie kontroli warunków pracy oraz przestrzegania przepisów i zasad bezpieczeństwa i higieny pracy,
- 2) prowadzenie właściwej dokumentacji związanej z wypadkami przy pracy i chorob zawodowych,
- 3) planowanie, organizowanie i przeprowadzanie szkoleń z zakresu bezpieczeństwa i higieny pracy,
- 4) opiniowanie szczegółowych instrukcji dotyczących bezpieczeństwa i higieny pracy na poszczególnych stanowiskach pracy,
- 5) współpraca z lekarzem sprawującym profilaktyczną opiekę zdrowotną nad pracownikami,
- 6) uczestnictwo w pracach komisji bezpieczeństwa i higieny pracy oraz w innych komisjach zajmujących się problematyką bezpieczeństwa i higieny pracy,
- 7) kontrola nad racjonalnym i celowym użytkowaniem odzieży roboczej oraz sprzętu ochrony osobistej pracowników.

14. Do zadań Pełnomocnika ds. Praw Pacjenta należy w szczególności:

1. udział w rozpatrywaniu skarg pacjentów dotyczących przestrzegania praw pacjenta;
2. przyjmowanie i analizowanie zgłoszeń dotyczących możliwych naruszeń praw pacjenta;
3. analiza stwierdzonych nieprawidłowości dotyczących realizacji praw pacjenta;

4. ustalanie, we współpracy z właściwymi komórkami organizacyjnymi, okoliczności zdarzeń będących przedmiotem skarg i zgłoszeń;
 5. przedstawianie Prezesowi propozycji działań naprawczych i zapobiegawczych;
 6. monitorowanie realizacji przyjętych działań naprawczych;
 7. prowadzenie szkoleń z zakresu praw pacjenta dla osób zatrudnionych w podmiocie;
 8. inicjowanie działań edukacyjnych zwiększających wiedzę personelu o prawach pacjenta;
 9. monitorowanie przestrzegania praw pacjenta w komórkach organizacyjnych;
 10. identyfikowanie obszarów, w których występuje podwyższone ryzyko naruszenia praw pacjenta;
 11. analizowanie powtarzających się skarg i nieprawidłowości oraz przedstawianie Prezesowi wniosków systemowych;
 12. opiniowanie, pod kątem ochrony praw pacjenta, projektów procedur, instrukcji i regulaminów wewnętrznych;
 13. inicjowanie zmian w procedurach wewnętrznych służących poprawie przestrzegania praw pacjenta;
 14. monitorowanie dostępności informacji o prawach pacjenta na oddziałach i w innych miejscach udzielania świadczeń;
 15. współpraca z kierownikami komórek organizacyjnych oraz personelem medycznym i administracyjnym;
 16. współpraca z Rzecznikiem Praw Pacjenta w zakresie przewidzianym przepisami prawa;
 17. udział w szkoleniach, spotkaniach i innych formach współpracy organizowanych przez Rzecznika Praw Pacjenta;
 18. prowadzenie dokumentacji dotyczącej realizowanych zadań;
 19. sporządzanie okresowych analiz i sprawozdań dotyczących przestrzegania praw pacjenta;
 20. niezwłoczne informowanie Prezesa o stwierdzonych przypadkach poważnego lub powtarzającego się naruszania praw pacjenta.
15. Do zadań Koordynatora Programu „Szpital bez bólu” należy w szczególności:
- 1) monitorowanie i ocena skuteczności badania i leczenia bólu u pacjentów Szpitala,
 - 2) udział w opracowywaniu informacji dla pacjentów w zakresie postępowania przeciwbólowego,
 - 3) opracowywanie harmonogramów szkoleń dla personelu medycznego.
16. Do zadań Koordynatora ds. Edukacji Zdrowotnej należy w szczególności:
- 1) przeprowadzanie badań zapotrzebowania na edukację zdrowotną wśród pacjentów Szpitala i ich rodzin,

- 2) opracowywanie programów edukacyjnych oraz organizowanie spotkań edukacyjnych o tematyce zdrowotnej, z przeznaczeniem dla pacjentów i innych grup społeczności lokalnej,
 - 3) opracowywanie harmonogramów szkoleń oraz prowadzenie szkoleń dla personelu medycznego zaangażowanego w prowadzenie edukacji zdrowotnej.
17. Do zadań Koordynatora Opieki Poszpitalnej należy w szczególności:
- 1) podejmowanie czynności zmierzających do zapewnienia pacjentowi opieki poszpitalnej po zakończeniu hospitalizacji w Szpitalu,
 - 2) współpraca z personelem medycznym Szpitala, instytucjami opieki długoterminowej, ośrodkami pomocy społecznej w zakresie spraw związanych z opieką poszpitalną nad pacjentem,
 - 3) informowanie pacjentów i ich rodzin (opiekunów) o formach i możliwościach zapewnienia opieki poszpitalnej.
18. Koordynator Okołooperacyjnej Karty Kontrolnej:
- 1) , zakłada OKK przed rozpoczęciem badania/zabiegu endoskopowego, odstąpienie od prowadzenia OKK dopuszcza się jedynie w przypadku procedur realizowanych w trybie natychmiastowym (ratowanie życia). Okołooperacyjną kartę kontrolną stosuje się podczas badań i zabiegów endoskopowych w znieczuleniu ogólnym (gastroskopia, kolonoskopia, założenie dostępów do leczenia żywieniowego) wykonywanych u pacjentów hospitalizowanych w Szpitalu Św. Rocha w Ozimku.
 - 2) zapewnia stosowanie Okołooperacyjnej Karty Kontrolnej zgodnie z jej założeniami, co oznacza weryfikację przed rozpoczęciem każdego z trzech określonych w karcie etapów,
 - 3) dokonuje wpisów w Okołooperacyjnej Karcie Kontrolnej na podstawie informacji udzielanych przez członków zespołu operacyjnego, zgodnie z zakresem ich zadań podczas operacji,
 - 4) w przypadku uzyskania odpowiedzi budzących wątpliwości sygnalizuje zespołowi operacyjnemu konieczność dokonania korekt/uzupełnień, aby zminimalizować ryzyko związane z zabiegiem operacyjnym,
 - 5) autoryzuje zakończoną Okołooperacyjną Kartę Kontrolną.
- Funkcję Koordynatora Okołooperacyjnej Karty Kontrolnej pełni pielęgniarka anestezjologiczna biorąca udział w zabiegu endoskopowym.

1. Pracownicy zajmujący stanowiska kierownicze zobowiązani są do planowania, organizowania, nadzorowania oraz kontroli w zakresie funkcjonowania działalności komórek, którymi kierują.
2. Do zadań ordynatorów i kierowników należy w szczególności:
 - 1) prawidłowy podział zadań pomiędzy stanowiskami pracy,
 - 2) kierowanie działalnością podległych komórek organizacyjnych w sposób zapewniający wykonywanie zadań statutowych Szpitala,
 - 3) nadzór służbowy nad wykonywanymi przez podległych pracowników zadaniami oraz udzielanie im w miarę potrzeb wyjaśnień, wskazówek i instruktażu zawodowego,
 - 4) optymalizacja działania i dbałość o racjonalny rachunek kosztów,
 - 5) prowadzenie dokumentacji w sposób zgodny z obowiązującymi przepisami i zasadami ustalonymi przez Prezesa,
 - 6) w przypadku medycznych komórek organizacyjnych, prowadzenie dokumentacji medycznej na bieżąco w sposób czytelny i umożliwiający identyfikację osób dokonujących wpisów,
 - 7) przestrzeganie oraz nadzorowanie przestrzegania przez podległych pracowników przepisów prawa, wewnętrznych aktów normatywnych i obowiązujących norm etycznych,
 - 8) stosowanie przyjętych w Szpitalu standardów, instrukcji, procedur i dokumentów nadzorowanych w związku z wdrożonym Systemie Zarządzania Jakością i Programem Akredytacji Szpitali,
 - 9) nadzór nad prawidłowym i terminowym wykonywaniem obowiązków wynikających z zawartych przez Szpital kontraktów,
 - 10) nadzór nad warunkami pracy pracowników, z uwzględnieniem przepisów BHP i p. poż., a także nad przestrzeganiem przez pracowników dyscypliny pracy oraz przepisów, na podstawie których działa Szpital,
 - 11) wprowadzanie nowoprzyjętych pracowników w zakres realizowanych zadań i nadzór nad przebiegiem ich adaptacji w zespole,
 - 12) inspirowanie i wspieranie rozwoju zawodowego podległych pracowników,
 - 13) ocenianie i opiniowanie pracowników,
 - 14) kontrola prawidłowego i terminowego wykonywania zadań i załatwiania spraw przez pracowników podległych im komórek organizacyjnych.
3. Do uprawnień ordynatorów i kierowników komórek organizacyjnych należy:
 - 1) opiniowanie kandydatów do pracy w podległych komórkach organizacyjnych,

- 2) wydawanie podległym pracownikom poleceń służbowych w zakresie zadań przypisanych komórce organizacyjnej, wyznaczanie podległym pracownikom stałych obowiązków i doraźnych zadań oraz ocena ich realizacji,
 - 3) wnioskowanie w sprawie nagradzania lub karania podległych pracowników,
 - 4) decydowanie o:
 - a) sposobie wykonywania zadań przydzielonych podległym komórkom organizacyjnym,
 - b) z uwzględnieniem prawidłowej współpracy z innymi komórkami organizacyjnymi,
 - c) organizacji pracy i jej podziale w podległych komórkach organizacyjnych,
 - d) wyznaczaniu swojego zastępcy oraz okresowego lub stałego delegowania części posiadanych uprawnień poszczególnym pracownikom.
4. Ordynatorzy i kierownicy komórek organizacyjnych ponoszą odpowiedzialność za:
- 1) rzetelną i terminową realizację powierzonych obowiązków, realizację zadań i wykorzystanie posiadanych uprawnień,
 - 2) przestrzeganie dyscypliny organizacyjnej i finansowej w podejmowanych decyzjach,
 - 3) realizację, efektywność i skuteczność działania, w tym szczególnie za realizację odpowiednio do rodzaju komórki organizacyjnej, umów stanowiących źródło finansowania działalności Szpitala,
 - 4) znajomość i stosowanie obowiązujących aktów prawnych oraz bieżące zaznajamianie podległych pracowników z przepisami prawa,
 - 5) efektywne wykorzystywanie czasu pracy podległych pracowników oraz terminowe, zgodnie z prawem pracy udzielanie urlopów wypoczynkowych,
 - 6) racjonalne wykorzystanie przydzielonych zasobów,
 - 7) terminowość i rzetelność prowadzonej dokumentacji,
 - 8) przestrzeganie dochowania tajemnicy służbowej i zawodowej,
 - 9) dbanie o dobry wizerunek Szpitala.

§ 16

1. Do obowiązków pracowników należy w szczególności:
- 1) rzetelne i terminowe wywiązywanie się z przyjętych obowiązków, w sposób zgodny z obowiązującymi przepisami i interesem Szpitala,
 - 2) znajomość i przestrzeganie obowiązujących przepisów prawa, zarządzeń, procedur, instrukcji
i regulaminów dotyczących w szczególności powierzonego zakresu pracy, zasad organizacji pracy w Szpitalu oraz zasad ustalonych w ramach Polityki Jakości,

- 3) informowanie przełożonych o niedających się samodzielnie usunąć przeszkodach w realizacji zadań,
 - 4) utrzymywanie kwalifikacji zawodowych na poziomie niezbędnym dla wykonywania zadań na danym stanowisku, przestrzeganie przepisów dyscypliny pracy, BHP i p. poż.,
 - 5) zgodne z przepisami i przeznaczeniem wykorzystywanie powierzonego majątku Szpitala, zabezpieczenie dostępnymi środkami przed zniszczeniem, kradzieżą lub nieuzasadnionym obniżeniem wartości,
 - 6) przestrzeganie tajemnicy służbowej i zawodowej.
2. Uprawnienia pracowników obejmują w szczególności:
- 1) otrzymanie i aktualizację formalnie określonych zakresów obowiązków, uprawnień i odpowiedzialności,
 - 2) dostęp do środków niezbędnych do realizacji wykonywanych zadań,
 - 3) właściwe i bezpieczne dla danego stanowiska warunki pracy,
 - 4) wybór sposobu, miejsca i czasu realizacji zadań, o ile nie są one ograniczone lub określone decyzją przełożonego, organizacją pracy, procedurami lub przepisami prawa,
 - 5) zwracanie się o pomoc do bezpośredniego przełożonego w przypadku trudności w samodzielnym wywiązaniu się z zadań,
 - 6) zwracanie się do przełożonego wyższego szczebla w sprawach spornych lub nie rozstrzygniętych przez bezpośredniego przełożonego.
3. Pracownik ponosi w szczególności odpowiedzialność, za:
- 1) jakość, terminowość i ilość wykonanych zadań stosownie do posiadanych uprawnień, środków i warunków ich realizacji,
 - 2) stan i sposób wykorzystania powierzonego do jego dyspozycji mienia i środków materialnych, finansowych i organizacyjnych,
 - 3) przestrzeganie obowiązujących przepisów prawa, norm etycznych oraz zasad i procedur obowiązujących w Szpitalu.

§ 17

Zakresy obowiązków poszczególnych kierowników komórek organizacyjnych oraz pracowników znajdują się w ich aktach osobowych i są przechowywane w Dziale Kadr.

OPIEKA STACJONARNA, LECZNICTWO AMBULATORYJNE, PRACOWNIE DIAGNOSTYCZNE

Opieka stacjonarna

§ 18

1. Do korzystania ze stacjonarnych świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, udzielanych w Szpitalu, uprawnione są osoby wskazane w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, w zakresie ujętym w rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego.
2. Pacjenci ubezpieczeni poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej zgłaszający się do Szpitala winni okazać dokument potwierdzający aktualne ubezpieczenie.
3. W przypadku stanu nagłego, dokument może być przedstawiony nie później niż w terminie 30 dni od dnia rozpoczęcia udzielania świadczenia, o ile pacjent nadal przebywa w Szpitalu, lub w terminie 7 dni od dnia zakończenia leczenia.
4. Żadne okoliczności nie mogą stanowić podstawy do odmowy udzielenia świadczenia zdrowotnego, jeżeli osoba zgłaszająca się do Szpitala potrzebuje natychmiastowego udzielenia pomocy medycznej, ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia.
5. Szpital udziela świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych osobom ubezpieczonym oraz innym osobom uprawnionym do tych świadczeń na podstawie odrębnych przepisów nieodpłatnie, za częściową odpłatnością lub całkowitą odpłatnością.
6. Osobom innym niż określone w ust. 5 Szpital udziela świadczeń zdrowotnych odpłatnie.
7. Wysokość opłat za udzielane przez Szpital świadczenia zdrowotne określa cennik opłat, ustalany przez Prezesa Zarządu
8. Cennik opłat podaje się do ogólnej wiadomości poprzez udostępnienie cennika w Recepcji Szpitala oraz na stronie internetowej.
9. W oddziałach szpitalnych wykonywane są także świadczenia zdrowotne na podstawie umów podpisanych z podmiotami działalności leczniczej lub innymi podmiotami, w tym z zakładami ubezpieczeń.

§ 19

1. Świadczenia opieki zdrowotnej w Szpitalu udzielane są według kolejności zgłoszenia oraz zgodnie z kryteriami medycznymi.

2. Jednostki organizacyjne działalności leczniczej Szpitala prowadzą listy oczekujących na udzielenie świadczenia, które stanowią integralną część wewnętrznej dokumentacji medycznej.
3. W przypadku braku miejsc, względów epidemiologicznych, zakresu udzielanych świadczeń lub wyczerpania limitu na udzielanie świadczeń, pacjenci kierowani są do innych placówek leczenia stacjonarnego, bądź jeśli to możliwe ze względu na stan zdrowia, wpisywani są na listę oczekujących na udzielenie świadczenia.
4. Lista oczekujących na udzielenie świadczenia prowadzona jest w sposób zapewniający poszanowanie zasady sprawiedliwego, równego, niedyskryminującego i przejrzystego dostępu do świadczeń zdrowotnych oraz zgodnie z zasadami określonymi w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.
5. Lista oczekujących na udzielenie świadczenia podlega nadzorowi Zespołu ds. oceny przyjęć i wypisów pacjentów.
6. Informacje o ubezpieczonych oczekujących na udzielenie świadczenia i czasie oczekiwania są generowane w szpitalnym systemie informatycznym.
7. Poza kolejnością do Szpitala przyjmowani są pacjenci w stanie zagrożenia życia oraz pacjenci posiadający szczególne uprawnienia w rozumieniu ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.
8. Przy przyjęciu do Szpitala pacjentowi zakłada się niezwłocznie dokumentację medyczną, zgodnie z obowiązującymi przepisami.
9. Dokumentacja medyczna pacjentów prowadzona jest częściowo w szpitalnym systemie informatycznym, a częściowo w postaci papierowej.

§ 20

1. Pacjenci przyjmowani są całodobowo, w trybie planowym i w trybie nagłym.
2. Przyjęcie pacjentów zgłaszających się do Szpitala odbywa się w Izbie Przyjęć na podstawie skierowania lekarza w trybie planowym lub bez skierowania w trybie nagłym oraz w sytuacjach określonych w art. 32a ust. 2 i 3 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.
3. W przypadku konieczności natychmiastowej hospitalizacji pacjenta, gdy Szpital nie zapewnia realizacji świadczeń w wymaganym zakresie lub nie dysponuje wolnymi miejscami w oddziale szpitalnym realizującym świadczenia w wymaganym zakresie, lekarz obsługujący pacjenta ustala telefonicznie miejsce, w miarę możliwości w najbliższej placówce realizującej świadczenia w wymaganym zakresie oraz w razie potrzeby zapewnia transport medyczny.

§ 21

1. Hospitalizacja pacjenta obejmuje:
 - 1) kompleksową ocenę stanu zdrowia,
 - 2) przeprowadzenie procedur diagnostycznych,
 - 3) leczenie farmakologiczne i/lub zabiegowe,
 - 4) rehabilitację leczniczą,
 - 5) wypis pacjenta do domu lub do innego podmiotu leczniczego,
 - 6) wydanie zaleceń lekarskich po hospitalizacji.
2. Lekarze zobowiązani są prowadzić na bieżąco historie chorób pacjentów przyjętych do oddziału.
3. Realizacja określonych świadczeń zdrowotnych może nastąpić wyłącznie po uzyskaniu zgody pacjenta, a w przypadku zabiegu albo zastosowania metody leczenia lub diagnostyki o podwyższonym ryzyku, po uzyskaniu zgody pacjenta na piśmie.
4. Szpital zapewnia przyjętemu pacjentowi: realizację świadczeń zdrowotnych, produkty lecznicze i wyroby medyczne konieczne do wykonywania świadczenia, pomieszczenie i wyżywienie odpowiednie do stanu zdrowia, transport sanitarny w przypadkach określonych w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, realizację prawa do opieki duszpasterskiej.

§ 22

1. Chorzy kierowani na badania i zabiegi lecznicze w obrębie Szpitala powinni być, w zależności od stanu zdrowia, przeprowadzani, przewożeni na wózkach lub łózkach przez personel.
2. W sytuacji konieczności wykonania diagnostyki poza Szpitalem, pacjent przewożony jest środkiem transportu sanitarnego.

§ 23

Na każdym etapie udzielanych świadczeń zdrowotnych lekarz informuje, w zależności od okoliczności: pacjenta lub instytucję, przedstawiciela ustawowego lub opiekuna faktycznego pacjenta, o stanie zdrowia pacjenta, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych, leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu.

§ 24

1. Wszystkie wyjścia pacjentów poza oddział nie związane z udzielaniem diagnostyczno-terapeutycznych świadczeń zdrowotnych, na przykład: do kiosku, ogrodu powinny być

odnotowywane w Rejestrze wyjść pacjentów z oddziału, znajdującym się w dyżurce pielęgniarskiej, po uzyskaniu zgody lekarza.

2. Wyjścia pacjentów poza oddział związane z udzielaniem diagnostyczno-terapeutycznych świadczeń zdrowotnych, na przykład: wyjścia na badania do pracowni diagnostycznej w asyście personelu Szpitala, nie wymagają sporządzenia adnotacji, o której mowa w ust. 1.
3. Wyjście pacjenta poza oddział bez zgody lekarza jest równoznaczne z samowolnym opuszczeniem oddziału, za które Szpital nie ponosi odpowiedzialności.
4. W przypadku samowolnego oddalenia się pacjenta z oddziału, lekarz prowadzący lub lekarz dyżurny sporządza stosowną adnotację w dokumentacji medycznej, a następnie zawiadamia Policję o fakcie oddalenia się pacjenta.

§ 25

1. Wypisanie z oddziału szpitalnego następuje:
 - 1) gdy stan zdrowia nie wymaga dalszego leczenia,
 - 2) gdy ciągłość procesu leczenia pacjenta wymaga przeniesienia go do innego oddziału/podmiotu leczniczego,
 - 3) na żądanie osoby przebywającej w Szpitalu lub jej przedstawiciela ustawowego,
 - 4) gdy osoba przebywająca w Szpitalu w sposób rażąco narusza Regulamin, a nie zachodzi obawa, że odmowa lub zaprzestanie udzielania świadczeń może spowodować bezpośrednie niebezpieczeństwo dla jej życia lub zdrowia albo życia lub zdrowia innych osób.
2. Osoba występująca o wypisanie ze Szpitala na własne żądanie powinna być poinformowana przez lekarza leczącego o możliwych następstwach zaprzestania leczenia w szpitalu. Osoba ta składa pisemne oświadczenie o wypisaniu ze Szpitala na własne żądanie. W przypadku braku takiego oświadczenia lekarz sporządza adnotację w dokumentacji medycznej pacjenta.
3. Jeżeli przedstawiciel ustawowy żąda wypisania ze Szpitala pacjenta, którego stan zdrowia wymaga dalszego udzielania świadczeń zdrowotnych, Prezes Zarządu lub lekarz przez niego wyznaczony może odmówić wypisania do czasu wydania w tej sprawie orzeczenia przez właściwy ze względu na siedzibę Szpitala sąd opiekuńczy. Właściwy sąd opiekuńczy zawiadamiany jest niezwłocznie o odmowie wypisania ze Szpitala i przyczynach odmowy.

§ 26

1. Pacjent, którego stan zdrowia nie wymaga udzielania stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych lub osoba, na której w stosunku do pacjenta ciąży ustawowy obowiązek alimentacyjny, ponoszą koszty pobytu pacjenta zgodnie z ustawą o działalności leczniczej.

2. Szczegółowe zasady odpłatności za pobyt pacjenta, którego stan nie wymaga dalszego udzielania świadczeń szpitalnych, niezależnie od uprawnień do bezpłatnych świadczeń zdrowotnych określonych w obowiązujących przepisach, określa Cennik Szpitala św. Rocha w Ożimku.

§ 27

Jeżeli przedstawiciel ustawowy pacjenta albo osoba, na której w stosunku do pacjenta ciąży ustawowy obowiązek alimentacyjny, nie odbiera ze Szpitala pacjenta małoletniego lub osoby niezdolnej do samodzielnej egzystencji, kierownik lub ordynator oddziału zawiadamia o tym organ gminy właściwej ze względu na miejsce zamieszkania, a w przypadku niemożności ustalenia miejsca zamieszkania właściwej ze względu na ostatnie miejsce pobytu pacjenta oraz organizuje na koszt tej gminy transport sanitarny.

§ 28

1. Personel Izby Przyjęć, a w szczególności pielęgniarzka zgłasza Policji telefonicznie, faksem lub na adres poczty elektronicznej fakt:
 - 1) przyjęcia pacjenta małoletniego, z którego przedstawicielem ustawowym albo opiekunem faktycznym nie można się skontaktować – nie później niż w okresie 4 godzin od przyjęcia;
 - 2) przyjęcia lub zgonu pacjenta w Izbie Przyjęć, którego danych osobowych nie można ustalić, w szczególności z powodu utrudnionego kontaktu z powodu zaburzeń psychicznych lub stanu utraty przytomności, a przy tym braku stosownych dokumentów i braku osób bliskich mogących potwierdzić tożsamość pacjenta – nie później niż w okresie 8 godzin odpowiednio od przyjęcia lub zgonu.
2. W przypadku zgonu pacjenta, którego tożsamości nie można ustalić albo potwierdzić na podstawie dokumentów stwierdzających tożsamość, w oddziale szpitalnym, z zastrzeżeniem ust. 1, zgłoszenia tego faktu Policji dokonuje telefonicznie, faksem lub na adres poczty elektronicznej personel medyczny oddziału.
3. Fakt zgłoszenia przypadku, o którym mowa w ust. 1 i 2 osoba zgłaszająca odnotowuje w dokumentacji medycznej pacjenta.
4. Pracownicy Szpitala mają obowiązek zabezpieczenia i spisania przedmiotów należących do pacjenta o nieustalonych danych osobowych oraz wpisania w dokumentację medyczną przyjęcia takiego pacjenta charakterystyki pacjenta (płeć, rysopis, godzina i miejsce, z którego został przywieziony do Szpitala), jak również podjęcia zgodnych z przepisami prawa prób identyfikacji,

§ 29

1. W przypadku stwierdzenia przez lekarza braku wskazań do udzielania świadczeń szpitalnych, pacjentowi udzielane jest ewentualnie ambulatoryjne świadczenie zdrowotne i wydawana jest Karta odmowy przyjęcia do szpitala.
2. Odmowa udzielenia świadczeń szpitalnych odnotowywana jest w Wykazie odmów przyjęć i porad ambulatoryjnych udzielanych w Izbie Przyjęć.

Lecznictwo ambulatoryjne

§ 30

1. Do korzystania z ambulatoryjnych świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, udzielanych w Szpitalu, uprawnione są osoby wskazane w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, w zakresie ujętym w rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej.
2. Specjalistyczne ambulatoryjne świadczenia zdrowotne finansowane ze środków publicznych są udzielane na podstawie skierowania lekarza ubezpieczenia zdrowotnego.
3. Skierowanie, o którym mowa w ust. 2, nie jest wymagane w przypadkach przewidzianych przepisami prawa.
4. Pacjenci ubezpieczeni poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej zgłaszający się do poradni winni okazać dokument potwierdzający aktualne ubezpieczenie.
5. Pacjentom nieubezpieczonym, ubezpieczonym nieposiadającym wymaganego skierowania lekarza ubezpieczenia zdrowotnego oraz cudzoziemcom nieobjętym przepisami ubezpieczenia zdrowotnego, świadczenia specjalistyczne udzielane są odpłatnie zgodnie z obowiązującym cennikiem.
6. W poradniach specjalistycznych wykonywane są także świadczenia zdrowotne na podstawie umów podpisanych z podmiotami działalności leczniczej lub innymi podmiotami, w tym zakładami ubezpieczeń.
7. W stanach nagłych oraz w sytuacjach określonych w art. 32a ust. 2 i 3 oraz art. 57 ust. 2 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych świadczenia zdrowotne są udzielane bez skierowania.

8. Specjalistyczne ambulatoryjne świadczenia zdrowotne udzielane są według kolejności zgłoszenia oraz zgodnie z kryteriami medycznymi.
9. Poradnie specjalistyczne prowadzą listy oczekujących na udzielenie świadczenia.
10. Ustalanie terminów wizyty odbywa się w drodze zgłoszenia osobistego, telefonicznego, drogą elektroniczną lub za pośrednictwem osób trzecich.
11. Lekarz specjalista ma obowiązek:
 - 1) kompleksowej oceny stanu zdrowia pacjenta oraz określenia potrzeby leczenia specjalistycznego,
 - 2) realizacji procedur diagnostycznych właściwych dla ambulatoryjnej opieki specjalistycznej,
 - 3) podjęcia procesu leczenia, jeśli jest taka potrzeba medyczna,
 - 4) wydania informacji o podjętym leczeniu i dalszych zaleceniach dla lekarza kierującego,
 - 5) wydania w razie potrzeby zaświadczenia o niezdolności pacjenta do pracy,
 - 6) prowadzenia dokumentacji medycznej w szpitalnym systemie informatycznym.
12. Działalność lecznicza prowadzona w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej uwzględnia wyrażone bezpośrednio przez pacjenta prawo do wyboru lekarza. W przypadku pierwszorazowej wizyty i wyrażenia chęci korzystania ze świadczeń pacjent wypełnia w rejestracji deklarację wyboru.
 - 1) Świadczenia z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej w uzasadnionych medycznie przypadkach wykonywane są również w domu pacjenta.
 - 2) Wizyta ambulatoryjna terminowa - w zdecydowanej większości przypadków pacjent jest przyjmowany przez lekarza w dniu zgłoszenia się na wizytę. Porady mogą być jednak udzielone w innym późniejszym terminie następujących przypadkach:
 - a) w chorobach przewlekłych - jeżeli stan pacjenta nie uległ pogorszeniu,
 - b) przy kontynuacji leczenia,
 - c) gdy potrzeba kontaktu pacjenta z lekarzem POZ nie wynika z konieczności uzyskania pomocy lekarskiej.
 - 3) W podstawowej opiece zdrowotnej terminowanie obejmuje okres 5 dni co oznacza, że pacjent ma możliwość poprzez Rejestrację ustalić dowolny termin wizyty lekarskiej w okresie 1 tygodnia. Terminowanie wizyt dotyczy również przypadków, kiedy to w danym dniu pacjent nie ma już możliwości rejestracji do wybranego lekarza ze względu na brak wolnych miejsc

Pracownie diagnostyczne

§ 31

1. Świadczenia zdrowotne z zakresu badań diagnostycznych udzielane są w ramach funkcjonujących pracowni określonych w § 9 Regulaminu.
2. Badania diagnostyczne dla pacjentów Szpitala mogą być wykonywane również przez podmioty zewnętrzne, na podstawie umowy zawartej ze Szpitalem.

§ 32

1. W ramach umów zawartych przez Szpital z Narodowym Funduszem Zdrowia na ambulatoryjne świadczenia diagnostyczne kosztochłonne, badania wykonywane są nieodpłatnie, na podstawie skierowania lekarza ubezpieczenia zdrowotnego.
2. Wykonanie świadczeń ujętych w ust.1 następuje po uprzedniej rejestracji osobistej, telefonicznej lub za pośrednictwem osób trzecich, w kolejności zgłoszeń.
3. Pracownie diagnostyczne, wykonujące badania w ramach umowy na ambulatoryjne świadczenia diagnostyczne kosztochłonne prowadzą listy oczekujących zgodnie z zasadami określonymi w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.
4. Pozostałe badania diagnostyczne:
 - 1) dla pacjentów Szpitala i poradni przyszpitalnych wykonywane są na podstawie zlecenia wygenerowanego w szpitalnym systemie informatycznym i finansowane w ramach świadczeń leczenia szpitalnego lub ambulatoryjnej opieki specjalistycznej;
 - 2) dla pacjentów podmiotów leczniczych, zakładów ubezpieczeń i innych podmiotów, z którymi Szpital zawarł umowę na wykonywanie badań diagnostycznych wykonywane i finansowane są na warunkach zawartych w umowie;
 - 3) dla pozostałych pacjentów wykonywane są odpłatnie zgodnie z obowiązującym cennikiem.
5. Pracownie diagnostyczne prowadzą wymaganą prawem dokumentację medyczną.
6. Wyniki wykonanych badań diagnostycznych:
 - 1) dla pacjentów Szpitala - wprowadzane są do szpitalnego systemu informatycznego,
 - 2) dla pacjentów spoza Szpitala - wydawane są pacjentowi w formie papierowej potwierdzonej podpisem uprawnionego diagnosty.
7. Wydanie wyniku osobie trzeciej może nastąpić wyłącznie na podstawie pisemnego upoważnienia udzielonego tej osobie przez pacjenta. Upoważnienie musi zawierać dane

osobowe identyfikujące pacjenta oraz osobę upoważnioną wraz z numerami dokumentów potwierdzających tożsamość oraz podpis pacjenta.

ZASADY PRZEBYWANIA NA TERENIE PODMIOTU LECZNICZEGO

§ 33

- 1) Odwiedziny pacjentów odbywają się we wszystkie dni tygodnia, z wyłączeniem godzin ciszy nocnej tj. od godziny 2200 do godziny 600. W godzinach ciszy nocnej odwiedziny co do zasady nie odbywają się. W uzasadnionych przypadkach, w szczególności ze względu na stan zdrowia pacjenta, jego szczególne potrzeb lub potrzebę obecności osoby bliskiej, obecność osoby bliskiej lub innej osoby wskazanej przez pacjenta może zostać umożliwiona przez lekarza dyżurnego, z uwzględnieniem praw innych pacjentów, ich intymności oraz bezpieczeństwa zdrowotnego.
- 2) Odwiedzający są zobowiązani do przestrzegania zasad współżycia społecznego, poszanowania godności, intymności i spokoju pacjentów oraz stosowania się do poleceń personelu związanych z zapewnieniem bezpieczeństwa i prawidłowym przebiegiem udzielania świadczeń zdrowotnych.
- 3) Ze względu na warunki lokalowe i prawa innych pacjentów zaleca się, aby jednego pacjenta odwiedzały jednocześnie nie więcej niż dwie osoby. W uzasadnionych przypadkach, z uwzględnieniem możliwości organizacyjnych oddziału i praw innych pacjentów, liczba odwiedzających może być większa.
- 4) Odwiedziny pacjentów przebywających na sali intensywnego nadzoru oraz w sali wybudzeń mogą zostać czasowo ograniczone lub wyłączone, jeżeli jest to konieczne ze względu na stan zdrowia pacjentów, ich ograniczoną świadomość, konieczność prowadzenia obserwacji lub monitorowania, wykonywanie świadczeń zdrowotnych, poszanowanie intymności i godności pacjentów albo prawidłową organizację pracy.
- 5) Wnoszenie na teren Szpitala własnych urządzeń, w szczególności odbiorników radiowych, telewizorów, magnetofonów i innych urządzeń, może wymagać uprzedniej zgody personelu medycznego, jeżeli ich używanie może mieć wpływ na bezpieczeństwo pacjentów, prawidłowe funkcjonowanie aparatury medycznej, organizację pracy oddziału lub spokój innych pacjentów.
- 6) Wyjście pacjenta z odwiedzającym poza oddział, w obrębie terenu Szpitala, należy zgłosić lekarzowi lub pielęgniarce. Zgłoszenie powinno, w miarę możliwości, określać miejsce i

przewidywany czas wyjścia. Po powrocie pacjenta na oddział odwiedzający lub pacjent powinien poinformować o tym personel medyczny.

- 7) Ze względu na bezpieczeństwo zdrowotne pacjentów osoby, u których występują objawy infekcji, w szczególności katar, kaszel, gorączka lub stan podgorączkowy, ból gardła albo inne objawy mogące wskazywać na chorobę zakaźną, proszone są o powstrzymanie się od odwiedzin do czasu ustąpienia objawów.
- 8) Dzieci mogą uczestniczyć w odwiedzinach pod opieką osoby pełnoletniej, która jest odpowiedzialna za zapewnienie dziecku bezpieczeństwa oraz właściwego zachowania podczas pobytu na terenie Szpitala.
- 9) Zaleca się, aby odwiedziny odbywały się poza porami obchodów lekarskich, badań diagnostycznych, zabiegów leczniczych, rehabilitacyjnych i pielęgnacyjnych. Na czas udzielania świadczeń zdrowotnych odwiedzający mogą zostać poproszeni o opuszczenie sali, jeżeli jest to niezbędne dla poszanowania intymności i godności pacjenta, praw innych pacjentów albo prawidłowego i bezpiecznego przebiegu udzielania świadczeń.
- 10) W czasie odwiedzin zabrania się:

- 1) przynoszenia i przekazywania pacjentom leków bez wiedzy i zgody lekarza;
- 2) przynoszenia i podawania pacjentom napojów lub artykułów spożywczych bez wiedzy i zgody personelu medycznego, jeżeli ze względu na stan zdrowia pacjenta, stosowaną dietę lub planowane świadczenia jest to niewskazane;
- 3) siadania na łóżkach pacjentów, jeżeli jest to sprzeczne z zasadami higieny lub organizacją oddziału;
- 4) zachowań agresywnych, stwarzających zagrożenie dla pacjentów, personelu lub innych osób;
- 5) odwiedzin przez osoby, których zachowanie wskazuje na pozostawanie pod wpływem alkoholu lub środków odurzających, jeżeli zagraża to bezpieczeństwu lub spokojowi pacjentów;
- 6) palenia tytoniu, w tym używania wyrobów tytoniowych i innych produktów, których używanie jest zakazane
- 7) na terenie Szpitala, a także spożywania alkoholu lub używania środków odurzających;
- 8) zaśmiecania lub zanieczyszczania pomieszczeń i terenu Szpitala;

- 9) przebywania w pomieszczeniach gospodarczych, zabiegowych lub innych pomieszczeniach niedostępnych dla osób odwiedzających, bez zgody personelu;
 - 10) samodzielnego manipulowania przy aparaturze medycznej, urządzeniach lub instalacjach Szpitala.
4. Prezes Zarządu lub upoważniony przez niego lekarz może, w przypadkach określonych w przepisach prawa, wprowadzić czasowe ograniczenie odwiedzin, w szczególności w przypadku zagrożenia epidemicznego, zagrożenia bezpieczeństwa zdrowotnego pacjentów lub z uwagi na uzasadnione możliwości organizacyjne podmiotu leczniczego. Ograniczenie powinno być stosowane w zakresie niezbędnym do osiągnięcia celu oraz przez okres niezbędny do ustania przyczyny jego wprowadzenia.
 5. W przypadku wprowadzenia ograniczenia odwiedzin Szpital, w miarę możliwości, zapewnia pacjentom możliwość utrzymywania kontaktu z osobami bliskimi z wykorzystaniem innych dostępnych form komunikacji, w szczególności kontaktu telefonicznego lub elektronicznego, z uwzględnieniem stanu zdrowia pacjenta i możliwości organizacyjnych Szpitala.
 6. Osoba odwiedzająca, która narusza postanowienia niniejszego regulaminu, zakłóca spokój lub porządek, narusza prawa innych pacjentów albo stwarza zagrożenie dla bezpieczeństwa pacjentów, personelu lub innych osób, może zostać poproszona o opuszczenie oddziału lub terenu Szpitala.
 7. W przypadku powtarzających się lub poważnych naruszeń zasad bezpieczeństwa, porządku lub praw innych pacjentów kierownik Szpitala lub osoba przez niego upoważniona może czasowo ograniczyć możliwość odwiedzin przez daną osobę, w zakresie i na okres niezbędny do zapewnienia bezpieczeństwa oraz poszanowania praw pacjentów.

§ 34

1. Przedstawiciele mediów wchodzący na teren Szpitala w celu uzyskania informacji dotyczących Szpitala, zobowiązani są zgłosić ten zamiar Prezesowi Zarządu lub Dyrektorowi ds. Medycznych.
2. W przypadku zamiaru zbierania informacji i opinii wśród pracowników Szpitala, przedstawiciel mediów zgłasza ten zamiar Prezesowi Zarządu lub Dyrektorowi ds. Medycznych, który zapewnia im możliwość swobodnego dostępu do źródła informacji w sposób nie kolidujący z działalnością komórek organizacyjnych Szpitala.

3. Przedstawiciele firm medycznych i farmaceutycznych wchodzący na teren Szpitala w celu przeprowadzenia prezentacji produktów i wyrobów są bezwzględnie zobowiązani zgłosić ten zamiar w formie pisemnej i uzyskać zgodę od Dyrektora ds. Medycznych oraz dokonać prezentacji zgodnie z obowiązującymi w Szpitalu zasadami w tym zakresie.

ROZWIĄZYWANIE PROBLEMÓW ETYCZNYCH

§ 35

W Szpitalu funkcjonuje Zespół ds. Etyki, do którego mogą zwracać się osoby zatrudnione w Szpitalu i pacjenci z problemami natury etycznej. Zespół zbiera się na wniosek Przewodniczącego Zespołu w sytuacji zgłoszenia problemu przez pacjenta, członka rodziny pacjenta, pełnomocnika, opiekuna prawnego lub pracownika Szpitala. Szczegółowe zakres prac Zespołu określa Regulamin Zespołu ds. Etyki Szpitala św. Rocha w Ozimku. Wnioski na piśmie należy składać w Administracji Szpitala w zaklejonej kopercie zaadresowanej do Zespołu ds. Etyki lub pocztą elektroniczną na adres e-mailowy: etyka.ozimek@pentahospitals.pl

Formularz składania skargi/reklamacji.

NR///

(wypełnia pracownik jednostki medycznej przyjmujący formularz)

przez: q pacjenta q osobę uprawnioną do zgłoszenia skargi, wniosku lub reklamacji* w imieniu pacjenta

(należy wskazać podstawę uprawnienia, np.: rodzic małoletniego, opiekun osoby ubezwłasnowolnionej – jeśli dotyczy)

.....

.....

.....

Opis zdarzenia (do formularza należy dołączyć wszelką dokumentację dotyczącą opisywanej sprawy, która umożliwi/ułatwi proces rozpatrywania)

[illegible]

- Kontakt pisemny drogą listowną
- Kontakt pisemny drogą e-mailową (adres e-mail do kontaktu:)
- Kontakt telefoniczny
- Rozwiązanie problemu bezpośrednio po zgłoszeniu
- Osobiście

Czytelny podpis osoby składającej

Skarga/reklamacja przyjęta przez LAS (osobiście/telefonicznie/pisemnie/ mailowo *) w dniu
o godz.....

czytelny podpis osoby przyjmującej
skargę/reklamację - LAS

Osoba rozpatrująca skargę/reklamację (odpowiedzialna za odpowiedź)

.....

[illegible]

.....
data, podpis
Opinia i decyzja osoby rozpatrującej skargę/reklamację, odpowiedzialnej za udzielenie odpowiedzi.
Proponowane rozwiązanie problemu.

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

.....
.....
data, podpis
Opinia i decyzja Dyrektora Jednostki

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

.....
.....
data, podpis
Potwierdzenie udzielenia odpowiedzi:

Forma odpowiedzi

- Kontakt pisemny drogą listowną
- Kontakt pisemny drogą e-mailową
- Kontakt telefoniczny
- Rozwiązanie problemu bezpośrednio po zgłoszeniu
- Osobiście

.....
data, podpis

Procedurę zakończono:

.....
data, podpis przełożonego