

REGULAMIN ORGANIZACYJNY



Załącznik nr 1
do Zarządzenia Dyrektora
nr 116/2024
z dnia 23 grudnia 2024 r.

REGULAMIN ORGANIZACYJNY PODMIOTU LECZNICZEGO

**Szpitala Dziecięcego im. prof. dr. med. Jana Bogdanowicza
Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej
w Warszawie, ul. Niekłajska 4/24**

**wydany na podstawie art. 23 i 24
ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r.
o działalności leczniczej**

Warszawa, dnia 23 grudnia 2024 r.

**tekst jednolity opublikowany z uwzględnieniem zmian wprowadzonych
zarządzeniami: 115/2023 z dnia 6 grudnia 2023 r., 11/2024 z dnia 21 lutego 2024
r., 18/2024 z dnia 1 marca 2024 r., 37/2024 z dnia 11 kwietnia 2024 r. oraz
59/2024 z dnia 14 czerwca 2024 r., 89/2024 z dnia 18 września 2024 r., 96/2024 z
dnia 10 października 2024 r., 116/2024 z dnia 23 grudnia 2024 r.**

Radosław Zająkowski
Dyrektor
VL4-17348

REGULAMIN ORGANIZACYJNY

Spis treści:

ROZDZIAŁ I POSTANOWIENIA OGÓLNE	4
ROZDZIAŁ II CELE I ZADANIA PODMIOTU, MIEJSCE UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH ORAZ RODZAJ DZIAŁALNOŚCI LECZNICZEJ I ZAKRES UDZIELANYCH ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH	7
ROZDZIAŁ III STRUKTURA ORGANIZACYJNA PODMIOTU	8
ROZDZIAŁ IV PRZEBIEG PROCESU UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH	9
ROZDZIAŁ V WARUNKI WSPÓŁDZIAŁANIA Z INNYMI PODMIOTAMI WYKONUJĄCYMI DZIAŁALNOŚĆ LECZNICZĄ	18
ROZDZIAŁ VI WYSOKOŚĆ OPŁATY ZA UDOSTĘPNIANIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ	19
ROZDZIAŁ VII ORGANIZACJA PROCESU UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W PRZYPADKU POBIERANIA OPŁAT I WYSOKOŚĆ OPŁAT ZA UDZIELANE ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE INNE NIŻ FINANSOWANE ZE ŚRODKÓW PUBLICZNYCH	19
ROZDZIAŁ VIII WYSOKOŚĆ OPŁAT ZA PRZECHOWYWANIE ZWŁOK PACJENTA PRZEZ OKRES DŁUŻSZY NIŻ 72 GODZINY	21
ROZDZIAŁ IX SPOSÓB KIEROWANIA KOMÓRKAMI ORGANIZACYJNYMI PODMIOTU	22
ROZDZIAŁ X INNE SPRAWY ORGANIZACYJNE	22
ROZDZIAŁ XI POSTANOWIENIA KOŃCOWE	23
ZAŁĄCZNIK NR 1/1	25
ZAŁĄCZNIK NR 1/2	25
ZAŁĄCZNIK NR 2	26
ZAŁĄCZNIK NR 3	28
ORGANIZACJA I ZADANIA POSZCZEGÓLNYCH KOMÓREK ORGANIZACYJNYCH PODMIOTU ORAZ WARUNKI WSPÓŁDZIAŁANIA TYCH KOMÓREK.	28
ZAŁĄCZNIK NR 4	53

REGULAMIN ORGANIZACYJNY

PRAWA PACJENTA	53
ZAŁĄCZNIK NR 5	60
POSTĘPOWANIE PODMIOTU LECZNICZEGO WYKONUJĄCEGO DZIAŁALNOŚĆ LECZNICZĄ W RODZAJU STACJONARNE I CAŁODOBOWE ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE ZE ZWŁOKAMI PACJENTA W PRZYPADKU ŚMIERCI PACJENTA	60
ZAŁĄCZNIK NR 6	62
WYSOKOŚĆ OPŁATY ZA UDOSTĘPNIANIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ	62
ZAŁĄCZNIK NR 7	63
WYSOKOŚĆ OPŁATY ZA PRZECHOWYWANIE ZWŁOK PACJENTA PRZEZ OKRES DŁUŻSZY NIŻ 72 GODZINY	63
ZAŁĄCZNIK NR 8	64
CENNIK USŁUG MEDYCZNYCH	64

REGULAMIN ORGANIZACYJNY

Rozdział I Postanowienia ogólne

§ 1

1. Regulamin organizacyjny określa sprawy dotyczące sposobu i warunków udzielania świadczeń zdrowotnych przez podmiot leczniczy - Szpital Dziecięcy im. prof. dr. med. Jana Bogdanowicza Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej z siedzibą w Warszawie ul. Niekłańska 4/24, zwany dalej „Podmiotem”, nieregulowane w ustawie dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (tekst jednolity: Dz. U. z 2023 r., poz. 991) lub statucie.
2. Podmiot działa na podstawie obowiązujących aktów prawnych, w tym w szczególności:
 - 1) ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (tekst jednolity: Dz. U. z 2023 r., poz. 991 ze zm.) zwanej dalej „ustawą o działalności leczniczej”, oraz wydanych na jej podstawie przepisów wykonawczych;
 - 2) ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jednolity: Dz. U. z 2024 r., poz. 146) zwanej dalej „ustawą o świadczeniach opieki zdrowotnej” oraz wydanych na jej podstawie przepisów wykonawczych;
 - 3) ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (tekst jednolity: Dz. U. z 2024 r., poz. 581) zwanej dalej „ustawą o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta” oraz wydanych na jej podstawie przepisów wykonawczych;
 - 4) ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych (tekst jednolity: Dz.U. z 2023 r., poz. 1270 ze zm.)
 - 5) ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (tekst jednolity: Dz. U. z 2023 r., poz. 1284 ze zm.) oraz wydanych na jej podstawie przepisów wykonawczych;
 - 6) statutu Szpitala Dziecięcego im. prof. dr. med. Jana Bogdanowicza Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Warszawie;
 - 7) innych aktów prawnych dotyczących ochrony zdrowia i przepisów wydanych na ich podstawie.
3. Postanowienia Regulaminu organizacyjnego obowiązują wszystkich pracowników Podmiotu, a także osoby wykonujące świadczenia zdrowotne na rzecz Podmiotu na podstawie umów cywilnoprawnych, pacjentów oraz osoby odwiedzające.

§ 2

1. Niniejszy Regulamin Organizacyjny, zwany w dalszej części „Regulaminem” określa organizację i porządek procesu udzielania świadczeń zdrowotnych, a w szczególności:
 - 1) firmę podmiotu leczniczego;
 - 2) cele i zadania Podmiotu;
 - 3) struktury organizacyjne zakładów leczniczych Podmiotu;
 - 4) rodzaj działalności leczniczej oraz zakres udzielanych świadczeń zdrowotnych;
 - 5) miejsce udzielania świadczeń zdrowotnych;

REGULAMIN ORGANIZACYJNY

- 6) przebieg procesu udzielania świadczeń zdrowotnych, z zapewnieniem właściwej dostępności i jakości tych świadczeń w komórkach organizacyjnych zakładu leczniczego;
 - 7) organizację i zadania poszczególnych jednostek i komórek organizacyjnych zakładów leczniczych Podmiotu oraz warunków ich współdziałania dla zapewnienia sprawnego i efektywnego funkcjonowania podmiotu pod względem diagnostyczno-leczniczym, pielęgnacyjnym, rehabilitacyjnym i administracyjno-gospodarczym;
 - 8) warunki współdziałania z innymi podmiotami wykonującymi działalność leczniczą w zakresie zapewnienia prawidłowości diagnostyki, leczenia, pielęgnacji i rehabilitacji pacjentów oraz ciągłości przebiegu procesu udzielania świadczeń zdrowotnych;
 - 9) wysokość opłaty za udostępnianie dokumentacji medycznej ustalonej w sposób określony w art. 28 ust. 4 w zw. z art. 28 ust. 2a ustawy prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta;
 - 10) organizację procesu udzielania świadczeń zdrowotnych w przypadku pobierania opłat;
 - 11) wysokość opłaty za przechowywanie zwłok pacjenta przez okres dłuższy niż 72 godziny od osób lub instytucji uprawnionych do pochowania zwłok na podstawie ustawy z dnia 31 stycznia 1959 r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych (tekst jednolity Dz. U. z 2023 r. poz. 887 z późn. zm.) oraz podmiotów, na zlecenie których przechowuje się zwłoki w związku z toczącym się postępowaniem karnym;
 - 12) wysokość opłat za udzielanie świadczeń zdrowotnych, które mogą być, zgodnie z przepisami ustawy lub przepisami odrębnymi, udzielane za częściową albo całkowitą odpłatnością;
 - 13) sposób kierowania jednostkami lub komórkami organizacyjnymi zakładów leczniczych Podmiotu.
2. Regulamin w formie papierowej znajduje się w każdej komórce organizacyjnej, w łatwo dostępnym miejscu oraz na stronie intranetowej Podmiotu (www.szpital/) w zakładce „Regulaminy”.
 3. Wszyscy kierownicy komórek organizacyjnych zobowiązani są do zapoznania się oraz podległych pracowników z przepisami Regulaminu.
 4. Aktualne informacje dotyczące:
 - 1) rodzaju działalności leczniczej oraz zakresu udzielanych świadczeń zdrowotnych,
 - 2) wysokości opłat za udostępnianie dokumentacji medycznej ustalonej w sposób określony w art. 28 ust. 4 ustawy. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta,
 - 3) wysokość opłaty za przechowywanie zwłok pacjenta przez okres dłuższy niż 72 godziny od osób lub instytucji uprawnionych do pochowania zwłok na podstawie ustawy z dnia 31 stycznia 1959 r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych (tekst jednolity Dz. U. z 2023 r. poz. 887 z późn. zm.) oraz podmiotów, na zlecenie których przechowuje się zwłoki w związku z toczącym się postępowaniem karnym,

REGULAMIN ORGANIZACYJNY

- 4) wysokość opłat za świadczenia zdrowotne, które mogą być, zgodnie z przepisami ustawy o działalności leczniczej, udzielane za częściową albo całkowitą odpłatnością, podaje się do wiadomości pacjentów przez ich wywieszenie w widoczny sposób w miejscu udzielania świadczeń oraz na stronie internetowej Podmiotu i w Biuletynie Informacji Publicznej.

§ 3

Ilekróć w regulaminie mowa jest o:

1. **Firmie podmiotu leczniczego** – oznacza to nazwę podmiotu leczniczego - Szpital Dziecięcy im. prof. dr. med. Jana Bogdanowicza Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej z siedzibą w Warszawie ul. Niekłańska 4/24 zwany dalej „Podmiotem”.
2. **Zakład leczniczy** – zespół składników majątkowych, za pomocą którego podmiot leczniczy wykonuje określony rodzaj działalności leczniczej.
3. **Dyrektorze** – oznacza to kierownika Podmiotu.
4. **Zastępcach Dyrektora** – należy przez to rozumieć Zastępcę Dyrektora ds. Lecznictwa, Zastępcę Dyrektora ds. Administracyjno – Eksploatacyjnych, Naczelną Pielęgniarkę
5. **Dyrekcji Podmiotu** – oznacza to dyrektora, zastępców dyrektora, głównego księgowego.
6. **Kierownictwie Podmiotu** – oznacza to ordynatorów/kierowników oddziałów, pielęgniarki oddziałowe/koordynujące oddziałów, kierowników samodzielnych komórek organizacyjnych.
7. **Lecznictwo Stacjonarne** – oznacza zakład leczniczy Podmiotu, w którym Podmiot wykonuje działalność leczniczą w rodzaju świadczenia szpitalne.
8. **Lecznictwo Ambulatoryjne** – oznacza zakład leczniczy Podmiotu, w którym Podmiot wykonuje działalność leczniczą w rodzaju ambulatoryjne świadczenia zdrowotne.
9. **Lekarzu Głównym** – oznacza to lekarza wyznaczanego przez Zastępcę Dyrektora ds. Lecznictwa spośród lekarzy dyżurujących w danym dniu w Podmiocie.
10. **Komórce organizacyjnej** – oznacza to funkcjonalnie wyodrębnioną na mocy regulaminu lub wewnętrznego zarządzenia część Podmiotu.
11. **Świadczeniu zdrowotnym** – oznacza to działania służące zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu i poprawie zdrowia pacjenta oraz inne działania medyczne wynikające z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich wykonywania.
12. **Pacjencie** – oznacza to pacjenta w rozumieniu ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.
13. **Przedstawicieli ustawowym** – oznacza to rodziców w stosunku do dziecka podlegającego ich władzy rodzicielskiej, opiekuna prawnego lub kuratora.
14. **Opiekunie faktycznym** – oznacza to osobę sprawującą, bez obowiązku ustawowego, stałą opiekę nad pacjentem, który ze względu na wiek, stan zdrowia albo stan psychiczny wymaga takiej opieki w danym momencie.
15. **Płatniku** – oznacza to podmiot, który finansuje świadczenia opieki zdrowotnej.

16. **Pracownik** – oznacza to osobę, która jest zatrudniona na podstawie umowy o pracę, powołania, wyboru lub mianowania.
17. **Hospitalizacji** – całodobowe i stacjonarne udzielanie świadczeń gwarantowanych w trybie planowym albo nagłym, obejmujące proces diagnostyczno-terapeutyczny od chwili przyjęcia pacjenta do chwili jego wypisu lub zgonu.
18. **Hospitalizacji planowej** – całodobowe udzielanie świadczeń gwarantowanych w trybie planowym.
19. **Ambulatoryjnej opiece specjalistycznej** – udzielanie świadczeń opieki specjalistycznej osobom niewymagającym leczenia w warunkach całodobowych lub całodziennych.
20. **Ochronie danych osobowych** – to należy przez to rozumieć przetwarzanie danych osobowych zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2019 r. poz. 1781) oraz rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r., które należy stosować począwszy od 25 maja 2018 r. (RODO).

Rozdział II

Cele i zadania Podmiotu, miejsce udzielania świadczeń zdrowotnych oraz rodzaj działalności leczniczej i zakres udzielanych świadczeń zdrowotnych

§ 4

1. Szpital Dziecięcy im. prof. dr. med. Jana Bogdanowicza SPZOZ jest podmiotem leczniczym niebędącym przedsiębiorcą w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej działającym w formie samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej, którego podmiotem tworzącym jest Samorząd Województwa Mazowieckiego.
2. Podmiot wykonuje działalność leczniczą w dwóch zakładach leczniczych:
 - 1) Lecznictwo Stacjonarne;
 - 2) Lecznictwo Ambulatoryjne.
3. Miejscem wykonywania działalności przez Podmiot jest miasto stołeczne Warszawa.
4. Celem Podmiotu jest udzielanie nieodpłatnych i odpłatnych świadczeń zdrowotnych poprzez wykonywanie zawodowo działań służących zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu i poprawie zdrowia oraz innych działań medycznych wynikających z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich wykonywania.
5. Do podstawowych zadań Podmiotu należy:
 - 1) udzielanie stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych szpitalnych w rozumieniu przepisów ustawy o działalności leczniczej w zakresie specjalności z: otolaryngologii, okulistyki, chirurgii dziecięcej, leczenia oparzeń, chirurgii urazowo-ortopedycznej, neurochirurgii, neurologii, intensywnej terapii i anestezjologii, alergologii, neonatologii, pediatrii, medycyny ratunkowej, urologii, dermatologii;
 - 2) udzielanie ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych w rozumieniu ustawy o działalności leczniczej w zakresie specjalności z: alergologii, endokrynologii, kardiologii dziecięcej,

REGULAMIN ORGANIZACYJNY

- dermatologii, neurologii, chirurgii dziecięcej, neurochirurgii, chirurgii urazowo-ortopedycznej, okulistyki, otolaryngologii; rehabilitacji, zdrowia psychicznego;
- 3) udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej;
 - 4) wykonywanie badań diagnostycznych dla pacjentów obu zakładów leczniczych, a także dla innych podmiotów;
 - 5) orzekanie o stanie zdrowia;
 - 6) działalność dydaktyczna personelu medycznego, w szczególności prowadzenie staży akademickich i podyplomowych;
 - 7) realizowanie zadań w dziedzinie obronności zgodnie z obowiązującymi przepisami;
 - 8) wykonywanie innych zadań wynikających z odrębnych przepisów;
 - 9) działalność naukowo-badawcza i wdrażanie nowych technologii.
6. Podmiot może także wykonywać niemedyczną działalność gospodarczą w zakresie:
- 1) dzierżawy gruntów, dzierżawy lub wynajmu powierzchni, pomieszczeń, sprzętu i aparatury;
 - 2) sprzedaży usług parkingowych, transportowych i sterylizacyjnych.

Rozdział III **Struktura organizacyjna Podmiotu**

§ 5

1. Strukturę organizacyjną Podmiotu tworzą piony:
 - A. Działalności leczniczej;
 - B. Administracyjny i obsługi.
2. Podmiot wykonuje działalność leczniczą w dwóch zakładach leczniczych pionu działalności leczniczej:
 - A1. Zakład leczniczy pod nazwą „Lecznictwo Stacjonarne”, w którego skład wchodzi:
 - 1) jednostka organizacyjna „Lecznictwo Zamknięte” w której skład wchodzi komórki organizacyjne:
 - a) Oddziały szpitalne (liczbę łóżek na oddziałach określa **Załącznik Nr 2**);
 - b) Szpitalny Oddział Ratunkowy;
 - c) Blok Operacyjny z Pododdziałem Pooperacyjnym;
 - d) Centralna Sterylizacja;
 - e) Apteka szpitalna.
 - 2) jednostka organizacyjna „Zakłady Diagnostyczne” w której skład wchodzi komórki organizacyjne:
 - a) Zakład Diagnostyki Laboratoryjnej;
 - b) Zakład Diagnostyki Obrazowej.
 - A2. Zakład leczniczy pod nazwą „Lecznictwo Ambulatoryjne”, w której skład wchodzi:
 - 1) jednostka organizacyjna „Lecznictwo Ambulatoryjne i Diagnostyka” w której skład wchodzi komórki organizacyjne:
 - a) Poradnie Przychodni Specjalistycznej;
 - b) Poradnia Zdrowia Psychicznego;
 - c) Poradnia Nocnej i Świątecznej Opieki Zdrowotnej,

REGULAMIN ORGANIZACYJNY

- d) Pracownie Diagnostyczne.
- 2) jednostka organizacyjna „Zespół Rehabilitacji”, w której skład wchodzi komórki organizacyjne:
 - a) Poradnia rehabilitacyjna;
 - b) Ośrodek rehabilitacji dziennej;
 - c) Dział Fizjoterapii.
- B. Pion administracyjny i obsługi, w której skład wchodzi:
 - 1) Dział Ekonomiczno-Finansowy;
 - 2) Dział Kadr;
 - 3) Dział Organizacji,
 - a) Sekretariat;
 - 4) Dział Zamówień Publicznych;
 - 5) Dział Informatyki;
 - 6) Dział Rozliczeń Usług Medycznych i Statystyki,
 - a) Zakładowa Składnica Akt;
 - 7) Dział Administracji i Zaopatrzenia,
 - a) magazyn,
 - b) robotnicy terenowi,
 - c) transport;
 - 8) Dział Techniczny,
 - a) warsztat;
 - 9) Zespół sprzątający;
 - 10) Samodzielne stanowiska pracy
 - a) Główny Specjalista ds. BHP i PPOŻ.,
 - b) Pełnomocnik Dyrektora ds. Zarządzania Jakością,
 - c) Radcy Prawni,
 - d) Główny Specjalista ds. Marketingu i Rozwoju,
 - e) Inspektor Ochrony Danych,
 - f) Inspektor Ochrony Radiologicznej.
- 3. Schemat organizacyjny Podmiotu określa załącznik nr 1/1 i 1/2 do regulaminu.
- 4. Pion administracyjny i obsługi działa na rzecz zakładów leczniczych Podmiotu.

Rozdział IV

Przebieg procesu udzielania świadczeń zdrowotnych

§ 6

- 1. Podmiot wykonuje działalność leczniczą w rodzaju:
 - 1) stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne w zakładzie leczniczym Lecznictwo Stacjonarne;
 - 2) ambulatoryjne świadczenia zdrowotne w zakładzie leczniczym Lecznictwo Ambulatoryjne w tym świadczenia zdrowotne w zakresie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej.

REGULAMIN ORGANIZACYJNY

2. Szczegółowy wykaz komórek organizacyjnych zakładów leczniczych Podmiotu określony jest w załączniku 1/1 i 1/2 do niniejszego regulaminu.
3. W procesie udzielania świadczeń zdrowotnych uczestniczą również: Bank Krwi, transport sanitarny, pielęgniarka epidemiologiczna, dietetyk.
4. Świadczenia zdrowotne są udzielane w zakładach leczniczych podmiotu przez osoby wykonujące zawód medyczny, które na podstawie odrębnych przepisów uprawnione są do udzielania świadczeń zdrowotnych oraz przez osoby legitymujące się nabyciem fachowych kwalifikacji do udzielania świadczeń zdrowotnych w określonym zakresie lub w określonej dziedzinie medycyny.
5. Wszystkie świadczenia zdrowotne udzielane są w Podmiocie dostępnymi metodami i środkami zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, w zakresie swojego stopnia referencyjnego i zasadami etyki zawodowej oraz z należytą starannością.
6. Świadczenia zdrowotne w podmiocie udzielane są z poszanowaniem praw pacjenta, które zawarte są w Karcie Praw Pacjenta Szpitala Dziecięcego im. prof. dr. med. Jana Bogdanowicza SPZOZ w Warszawie, wydanej na podstawie ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, będącej zbiorem obowiązujących przepisów dotyczących praw pacjenta. Karta Praw Pacjenta Szpitala Dziecięcego im. prof. dr. med. Jana Bogdanowicza SPZOZ stanowi załącznik nr 4 do niniejszego regulaminu. Karta Praw Pacjenta dostępna jest w każdej komórce organizacyjnej zakładów leczniczych Podmiotu.
7. Wszystkie osoby wchodzące na teren Podmiotu z wyłączeniem pracowników i pacjentów, którym udzielane są stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne, korzystają z szatni szpitalnej.
8. Zaleca się korzystanie przez rodziców/opiekunów i osoby odwiedzające z obuwia wymiennego jak kapcie, klapki lub ochraniacze.
9. Zasady przebywania osób na terenie Podmiotu są następujące:
 - 1) pracownicy przebywają na terenie Podmiotu w godzinach pracy, poza godzinami pracy za zgodą przełożonego;
 - 2) pacjenci przebywają na terenie Podmiotu, w przypadku hospitalizacji, całodobowo w wyznaczonych Oddziałach/salach chorych;
 - 3) pacjenci, którym Podmiot udziela ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych, przebywają na terenie Podmiotu w godzinach pracy Poradni, Zakładów i Pracowni;
 - 4) osoby odwiedzające chorych przebywają na oddziałach Zakładu Leczniczego: Lecznictwo Szpitalne w wyznaczonych porach;
10. Pacjent, przedstawiciel ustawowy, osoba odwiedzająca obowiązani są stosować się do wszystkich zaleceń i wskazówek lekarzy, pielęgniarek oraz pozostałego personelu medycznego sprawującego opiekę nad pacjentem.
11. Pacjent ma prawo do dodatkowej opieki pielęgnacyjnej sprawowanej przez osobę bliską lub inną osobę wskazaną przez siebie (art. 34 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta w zw. Z art. 21 ust. 2 tej ustawy) z następującymi zastrzeżeniami:
 - 1) na Oddziale Intensywnej Terapii całodobowo – sprawowanie opieki przez osoby bliskie wymaga konieczności zgłoszenia Ordynatorowi/Kierownikowi oddziału lub lekarzowi dyżurnemu;

REGULAMIN ORGANIZACYJNY

- 2) obowiązuje całkowity zakaz odwiedzania pacjentów na Bloku Operacyjnym i salach pooperacyjnych;
- 3) w salach zabiegowych oraz gabinetach zabiegowych na oddziałach Zakładu leczniczego Lecznictwo Szpitalne, osoby bliskie mają prawo do towarzyszenia pacjentom, chyba że personel medyczny nie wyrazi na to zgody w szczególnych przypadkach (art. 21 ust. 2 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta w zw. z art. 11 ust. 1 i art. 14 ust. 1 pkt 3 i 4 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi);
- 4) w przypadku zagrożenia epidemicznego lub ze względu na warunki przebywania innych pacjentów w Podmiocie, Dyrektor lub upoważniony przez niego lekarz może ograniczyć prawo pacjenta do kontaktu osobistego z osobami z zewnątrz, w tym do sprawowania opieki przez osoby bliskie;
- 5) w czasie wizyt (obchodów) lekarskich osoby odwiedzające zobowiązane są do umożliwienia Lekarzowi sprawnego dokonywania czynności leczniczych.
12. Przy pacjencie może przebywać jedna osoba – jedno z rodziców lub opiekun prawny ewentualnie osoba wskazana przez rodziców dziecka.
13. Pacjentem nie powinna opiekować się osoba aktualnie chorująca, np. przeziębiona, gorączkująca, z biegunką, wymiotami, z chorobami skórnymi lub innymi chorobami zakaźnymi.
14. W Podmiocie niewskazane są wizyty dzieci niebędące pacjentami.
15. Poza osobami sprawującymi opiekę nad pacjentem możliwe są odwiedziny innych osób.
16. Odwiedziny rodziny lub znajomych należy ograniczyć do niezbędnego minimum mając na uwadze innych pacjentów.
17. Godziny odwiedzin w Podmiocie:
 - 1) w dni powszednie w godzinach 15⁰⁰ - 17⁰⁰;
 - 2) w dni wolne od pracy w godzinach 09⁰⁰-19⁰⁰;
18. Czas odwiedzin może zostać, w uzasadnionych przypadkach, rozszerzony lub ograniczony przez Ordynatora/Kierownika oddziału z uwagi na konieczne procedury lecznicze, pielęgnacyjne i diagnostyczne wykonywane u pacjentów oraz z innych uzasadnionych przyczyn w szczególności z powodów epidemiologicznych.
19. W uzasadnionych epidemiologicznie przypadkach personel medyczny może zastosować izolację pacjenta. W takim przypadku personel udziela rodzicom/opiekunom prawnym informacji o przyczynie, prawdopodobnym czasie jej trwania i zasadach. Rodzic/opiekun prawny pacjenta i sam pacjent zobowiązany jest do zachowania wszystkich zasad izolacji, niezwłocznie po otrzymaniu stosownego instruktażu od lekarza lub/i pielęgniarki. W zakres stosowanej izolacji mogą wchodzić między innymi: używanie fartuchów ochronnych, masek ochronnych, gogli, rękawiczek jednorazowych, zwiększona częstotliwość dezynfekcji bieżącej sprzętów i powierzchni, właściwe postępowanie ze skażoną bielizną i odpadami, zakaz lub ograniczenie opuszczania sali do niezbędnego minimum, zakaz odwiedzin, również przez osoby bliskie oraz inne niewymienione środki i zalecenia stosowne do sytuacji.

REGULAMIN ORGANIZACYJNY

§ 7

1. Podmiot udziela świadczeń zdrowotnych w zakładach leczniczych bezpłatnie, za częściową odpłatnością lub odpłatnie na zasadach i warunkach określonych przepisami prawa.
2. Świadczenia zdrowotne wykonywane są na podstawie umów cywilno – prawnych zawartych przez Podmiot z Narodowym Funduszem Zdrowia i innymi podmiotami.
3. Umowy zawarte przez Podmiot z innymi podmiotami nie mogą ograniczać dostępności w udzielaniu świadczeń zdrowotnych w zakresie umów zawartych z Narodowym Funduszem Zdrowia.
4. Świadczenia zdrowotne wykonywane pacjentom poza umowami zawartymi z NFZ udzielane są za odpłatnością określoną w odrębnych umowach lub cenniku obowiązującym w Podmiocie, stanowiącym załącznik Nr 8 niniejszego regulaminu.

§ 8

1. Wszystkie wykonywane świadczenia zdrowotne są rejestrowane w miejscu świadczenia usługi z uwzględnieniem obowiązujących przepisów oraz przy wykorzystaniu funkcjonującego w Podmiocie systemu informatycznego.
2. Zakończenie leczenia stacjonarnego i wypis pacjenta prowadzi się zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami prawa, w szczególności zawartymi w ustawie o działalności leczniczej oraz w przepisach wykonawczych.
3. Dokumentacja medyczna pacjenta wypisanego jest przekazywana do Zakładowej Składnicy Akt najpóźniej w ciągu 90 dni po wypisie.
4. Przyjęcia pacjentów do oddziałów zakładu leczniczego Lecznictwo Stacjonarne w trybie planowym i poradni specjalistycznych w zakładzie leczniczym Lecznictwo Ambulatoryjne, odbywają się na podstawie zapisów osobistych, telefonicznych lub dokonanych przez osoby trzecie wg procedur określonych zarządzeniem Dyrektora.
5. Tworzona jest lista osób oczekujących – to jest lista osób nieobjętych planem leczenia, którym nie udzielono świadczenia zdrowotnego w dniu zgłoszenia.
6. Głównym celem tworzenia listy osób oczekujących jest zapewnienie równego traktowania wszystkich pacjentów, w tym sprawiedliwego, równego, niedyskryminującego i przejrzystego dostępu do świadczeń zdrowotnych.
7. Lista osób oczekujących tworzona jest zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa i zasadami określonymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia w tym zakresie.
8. Świadczenia zdrowotne udzielane są z uwzględnieniem priorytetów klinicznych.
9. W przypadku konieczności przeniesienia pacjenta do innego podmiotu leczniczego opiekunowie pacjenta powinni być powiadomieni o tym zamiarze w ciągu 24 godzin od chwili podjęcia decyzji o przetransportowaniu pacjenta, z podaniem dokładnego adresu tego podmiotu. W sytuacji stanu wyższej konieczności w celu ratowania życia, przy braku możliwości powiadomienia opiekunów powiadamia się Sąd Rodzinny.

§ 9

1. Szpitalny Oddział Ratunkowy (zwany dalej SOR) udziela świadczeń opieki zdrowotnej, polegających na wstępnej diagnostyce oraz podjęciu leczenia w zakresie niezbędnym dla

REGULAMIN ORGANIZACYJNY

stabilizacji funkcji życiowych osób, które znajdują się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego.

2. Świadczenia w SOR są udzielane całodobowo.
3. Odpowiedzialnym za przebieg procesu udzielania świadczeń zdrowotnych w SOR jest ordynator/kierownik oddziału, a w przypadku jego nieobecności wyznaczony lekarz.
4. Pacjenci kierowani do zakładu leczniczego Lecznictwo Stacjonarne przyjmowani są na podstawie przedstawionych dokumentów, zgodnie z obowiązującymi przepisami.
5. W przypadku braku dokumentu potwierdzającego ubezpieczenie, przedstawicielowi ustawowemu udzielana jest informacja o obowiązku niezwłocznego dostarczenia takiego dokumentu. „Brak ubezpieczenia” odnotowuje się w historii choroby.

W przypadku stanu nagłego, dokument poświadczający ubezpieczenie zdrowotne może być przedstawiony w innym czasie, nie później niż w terminie 30 dni od dnia rozpoczęcia udzielania świadczenia opieki zdrowotnej, o ile chory nadal przebywa w zakładzie leczniczym Lecznictwo Stacjonarne. Jeżeli przedstawienie dokumentu nie jest możliwe w ww. terminie, to dokument może być przedstawiony w terminie 7 dni od dnia zakończenia udzielania świadczeń opieki zdrowotnej.

Opiekun pacjenta składa oświadczenie z deklaracją dostarczenia dowodu ubezpieczenia.

6. Lekarz SOR jest obowiązany uzyskać od przedstawicieli ustawowych pisemną zgodę na leczenie, przeprowadzenie zabiegów, niezbędnych badań diagnostycznych i na przeprowadzenie zabiegu operacyjnego (w przypadku konieczności wykonania zabiegu w SOR). Przed uzyskaniem pisemnej zgody przedstawicieli ustawowych, lekarz SOR jest obowiązany udzielić wyczerpujących informacji na temat leczenia, wykonania badań diagnostycznych lub konieczności wykonania zabiegu.
7. Lekarz SOR podejmuje decyzję o przyjęciu pacjenta do zakładu leczniczego Lecznictwo Stacjonarne lub dalszym leczeniu w warunkach ambulatoryjnych. W przypadku nieprzyjęcia pacjenta do zakładu leczniczego Lecznictwo Stacjonarne lekarz SOR wydaje:
 - 1) kartę pobytu w SOR;
 - 2) skierowanie do właściwej poradni specjalistycznej (o ile zachodzi taka potrzeba);
 - 3) recepty na leki i zlecenia na środki pomocnicze lub wyroby medyczne będące środkami ortopedycznymi zlecone w karcie pobytu;
 - 4) zwolnienie lekarskie;Fakt odmowy przyjęcia na hospitalizację lekarz SOR rejestruje w systemie informatycznym.
8. W sytuacjach wątpliwych czy trudnych klinicznie, lekarz SOR po przeprowadzeniu badania podmiotowego i przedmiotowego pacjenta oraz wykonaniu niezbędnych badań diagnostycznych ma prawo poprosić o konsultację lekarza oddziału zakładu leczniczego Lecznictwo Stacjonarne i wspólnie z nim podejmuje decyzję o hospitalizacji bądź leczeniu ambulatoryjnym pacjenta.
9. Lekarz oddziału zakładu leczniczego Lecznictwo Stacjonarne poproszony o konsultację ma obowiązek jej udzielić i dokonać wpisu do dokumentacji medycznej.
10. W przypadku rozbieżności stanowisk pomiędzy lekarzem SOR a lekarzem konsultującym, decyzję ostateczną podejmuje Lekarz Główny.

REGULAMIN ORGANIZACYJNY

11. Pacjentowi wymagającemu natychmiastowej hospitalizacji lub udzielenia pierwszej pomocy medycznej ze względu na stan nagłego zagrożenia życia lub zdrowia nie wolno odmówić przyjęcia z powodu braku wolnych łóżek.
12. W razie braku wolnych łóżek we właściwym oddziale zakładu leczniczego Lecznictwo Stacjonarne, do którego pacjent powinien zostać przyjęty, hospitalizacja pacjenta następuje na oddziale o podobnym profilu, a pacjent pozostaje pod opieką lekarza z właściwego oddziału.
13. O przyjęciu na oddział zakładu leczniczego Lecznictwo Stacjonarne pacjenta w przypadku nagłym lub ciężkim SOR zobowiązany jest niezwłocznie powiadomić przedstawicieli ustawowych, a przypadku ich braku Sąd, nie później niż w ciągu 24 godzin od chwili jego przyjęcia.
14. Przyjęcie na oddział zakładu leczniczego Lecznictwo Stacjonarne pacjenta, którego tożsamości nie można ustalić, podlega zgłoszeniu do jednostki policji właściwej dla siedziby Podmiotu.
15. Za zawiadomienia, o których mowa w ust. 13 -14 odpowiedzialny jest lekarz SOR. Lekarz SOR może dokonać zawiadomienia osobiście lub wyznaczyć inną osobę.

§ 10

1. Przy przyjmowaniu pacjenta do zakładu leczniczego Lecznictwa Stacjonarnego tożsamość ustala się na podstawie odpowiednich dokumentów, a w razie ich braku – na podstawie oświadczenia otrzymanego od osób przekazujących pacjenta.
2. Po ustaleniu tożsamości pacjenta zakwalifikowanego do przyjęcia, pielęgniarka SOR obowiązana jest do natychmiastowego zaopatrzenia pacjenta w znaki identyfikacyjne, odnotowania tego faktu w dokumentacji medycznej oraz potwierdzenia podpisem.
3. Pacjenci zakładu leczniczego Lecznictwo Stacjonarne muszą mieć znaki identyfikacyjne zgodnie z obowiązującymi przepisami.
4. Przy wypisywaniu pacjenta, pracownik oddziału zakładu leczniczego Lecznictwo Stacjonarne w obecności osoby odbierającej pacjenta zobowiązany jest sprawdzić jego tożsamość, odnotować to w dokumentacji medycznej i potwierdzić podpisem. Adnotację tą podpisuje także osoba odbierająca pacjenta.
5. Znaki identyfikacyjne, w które pacjent był zaopatrzony w trakcie pobytu na oddziale zakładu leczniczego Lecznictwo Stacjonarne dołącza się do dokumentacji medycznej.
6. Podmiot leczniczy prowadzący Szpital jest obowiązany zgłosić, na podany przez jednostkę Policji numer telefonu, numer faksu lub adres poczty elektronicznej, fakt:
 - 1) przyjęcia pacjenta małoletniego, z którego przedstawicielem ustawowym albo opiekunem faktycznym nie można się skontaktować– nie później niż w okresie 4 godzin od przyjęcia;
 - 2) przyjęcia albo zgonu pacjenta, którego tożsamości nie można ustalić albo potwierdzić na podstawie dokumentów stwierdzających tożsamość– nie później niż w okresie 8 godzin odpowiednio od przyjęcia albo zgonu.
7. Podmiot wykonujący działalność leczniczą udziela, na żądanie Policji, informacji o fakcie przyjęcia osoby zaginionej w rozumieniu art. 14 ust. 1 pkt 3 ustawy z dnia 6 kwietnia 1990 r. o Policji (tekst jednolity: Dz. U. z 2019 r. poz. 161 z późn. zm.).

REGULAMIN ORGANIZACYJNY

§ 11

1. Oddział zakładu leczniczego Lecznictwo Stacjonarne przyjmuje pacjentów skierowanych na leczenie stacjonarne (na świadczenia jednodniowe, hospitalizacje, inne świadczenia) i zarejestrowanych w SOR .
2. Dane przyjętego pacjenta zostają wpisane do rejestru oddziału.
3. Oddział udziela świadczeń całodobowo.
4. W ramach leczenia stacjonarnego, pacjent jest poddawany indywidualnemu procesowi diagnostyczno-terapeutycznemu.
5. W procesie, o którym mowa w ust. 4 biorą współudział inne komórki organizacyjne Podmiotu jak: inne oddziały, Blok Operacyjny oraz Zakłady i Pracownie diagnostyczno-lecznicze działające w przedsiębiorstwach Podmiotu.
6. Odpowiedzialnym za przebieg procesu udzielania świadczeń zdrowotnych na oddziale zakładu leczniczego Lecznictwa Stacjonarnego jest Ordynator/Kierownik oddziału, a w przypadku jego nieobecności wyznaczony lekarz.
7. Pacjenci przebywający na oddziałach zakładu leczniczego Lecznictwo Stacjonarne otrzymują całodienne wyżywienie według zalecanej diety.
8. Nadzór oraz planowanie diety leży w zakresie kompetencji dietetyka Podmiotu, którego zadaniem jest we współpracy z lekarzem prowadzącym, wspomaganie procesu leczenia odpowiednim doбором diety dla pacjentów.
9. Wydawanie posiłków odbywa się w godzinach:
 - 1) śniadanie 08⁰⁰ – 08⁴⁵;
 - 2) obiad 12⁰⁰ – 12⁴⁵;
 - 3) podwieczorek 14⁴⁵ – 15¹⁵;
 - 4) kolacja 17⁰⁰ – 18⁰⁰.
10. W dniu przyjęcia do zakładu leczniczego Lecznictwo Stacjonarne przysługuje:
 - 3) śniadanie, obiad, kolacja – jeżeli pacjent przybył na oddział w godzinach rannych – przed upływem terminu korekty ilościowej wyżej wymienionych posiłków;
 - 4) obiad, kolacja – jeżeli pacjent przybył na oddział w godzinach przedpołudniowych – przed upływem terminu korekty ilościowej posiłków;
 - 5) kolacja – jeżeli pacjent przybył na oddział w godzinach popołudniowych – przed upływem terminu korekty ilościowej tego posiłku.
11. W dniu wypisu pacjentowi przysługuje śniadanie i ewentualnie obiad w zależności od pory wypisu.
12. Dietetyk Podmiotu zobowiązany jest do współpracy z firmą zewnętrzną świadczącą usługi żywienia w Podmiocie w zakresie składania zamówień i korekt posiłków.
13. Reklamacje związane z otrzymanym posiłkiem przyjmowane są przez pielęgniarkę wydającą posiłek a następnie bezzwłocznie przekazywane przez nią firmie świadczącej usługi żywieniowe oraz dietetykowi Podmiotu w celu dokonania korekty lub dostarczenia nowego posiłku. W uzasadnionych przypadkach podejrzenia pogorszonej jakości posiłku personel medyczny wstrzymuje jego wydawanie oraz zabezpiecza próbki do badań bakteriologicznych i jakościowych.
14. Posiłki regeneracyjne wydawane są uprawnionemu personelowi w miesiącach od listopada do marca zgodnie z przepisami odrębnymi.

REGULAMIN ORGANIZACYJNY

15. Pracownicy Podmiotu oraz inne osoby mogą korzystać z posiłków za odpłatnością. Odpłatność za posiłki określona jest w obowiązującym w Podmiocie cenniku.
16. Pacjenci mogą korzystać z własnych środków spożywczych z zastrzeżeniem uzgodnienia tego faktu z personelem medycznym.
17. Zakazuje się przechowywania żywności łatwo psującej się w sali chorych. Żywność własną należy przechowywać w wyznaczonej do tego celu osobnej lodówce, najlepiej w pojemniku, oznakowaną imieniem i nazwiskiem pacjenta.
18. Na oddziałach zakładu leczniczego Lecznictwo Stacjonarne, w salach pacjentów obowiązuje zakaz spożywania posiłków przez rodziców/opiekunów. Mają oni wydzielone pomieszczenia przeznaczone do przygotowywania i spożywania posiłków. Obowiązuje zakaz wchodzenia do kuchенок oddziałowych zakładu leczniczego Lecznictwo Stacjonarne poza personelem uprawnionym.
19. Pacjent przyjęty na oddział zakładu leczniczego Lecznictwo Stacjonarne nie ma prawa wychodzić poza jego teren chyba, że jest to konieczne ze względów leczniczych (uzgodnione konsultacje, zabiegi, itp.).
20. Pacjentowi nie wolno przyjmować leków ani poddawać się jakimkolwiek zabiegom bez zlecenia lekarza prowadzącego bądź lekarza dyżurnego.
21. W porze obchodów lekarskich, wykonywania zabiegów, opatrunków oraz posiłków pacjent zobowiązany jest przebywać w wyznaczonej sali.
22. Pacjent nie ma prawa:
 - 1) zmieniać łóżka bez zgody pielęgniarki oddziałowej/koordynującej lub dyżurnej;
 - 2) zajmować łóżek innych pacjentów;
 - 3) kłaść się do łóżka w odzieży i obuwiu.
23. Pacjenci oraz rodzice/opiekunowie prawni przebywający na oddziale proszeni są o zachowanie właściwej higieny osobistej.
24. Pacjent powinien mieć własne przedmioty potrzebne do utrzymania higieny osobistej. Pacjent może posiadać własny ubiór (pidżama, szlafrok etc.) oraz w uzasadnionych przypadkach i z zastrzeżeniem zgody personelu medycznego własny wspomagający sprzęt medyczny typu termometry, inhalatory, nebulizatory, ciśnieniomierze itp.
25. Rodzice (opiekunowie prawni) zobowiązani są do korzystania wyłącznie z wydzielonych dla nich łazienek, toalet i kabin prysznicowych.
26. Zakazuje się prania i suszenia ubrań pacjentów na oddziałach zakładu leczniczego Lecznictwo Stacjonarne.
27. Pacjenci chodzący wykonują czynności związane z higieną osobistą w łazienkach, pacjenci leżący w salach przy pomocy personelu medycznego lub rodziców/opiekunów.
28. Odzież, w której został pacjent przyjęty na oddział zakładu leczniczego Lecznictwo Stacjonarne, powinna zostać zabrana przez jego rodziców/opiekunów lub może zostać złożona w szatni Szpitala.
29. Przedmioty wartościowe powinny zostać zabrane przez jego rodziców/opiekunów, a w wyjątkowych sytuacjach mogą zostać złożone w depozycie Podmiotu.
30. Jeżeli pacjent został przyjęty na oddział zakładu leczniczego Lecznictwo Stacjonarne w stanie wyłączającym świadome postępowanie, personel medyczny sporządza protokół ze znalezionych przy nim przedmiotów wartościowych. W razie obecności przedstawiciela ustawowego lub opiekuna faktycznego, powinien wziąć on udział w wyżej wymienionych czynnościach.
31. Tryb i warunki postępowania z depozytem określa procedura postępowania z rzeczami oddanymi do depozytu Podmiotu.
32. Podmiot nie odpowiada za rzeczy i przedmioty wartościowe nieprzekazane do depozytu.

REGULAMIN ORGANIZACYJNY

33. Pacjenci oraz rodzice (opiekunowie prawni) zobowiązani są do zachowania czystości i porządku w otoczeniu pacjenta oraz do przestrzegania porządku dnia obowiązującego na oddziale zakładu leczniczego Lecznictwo Stacjonarne.
34. Rodzicom (opiekunom prawnym) odwiedzającym nie wolno samowolnie korzystać z wolnych łóżek dla pacjentów.
35. Dodatkowe łóżko dla osoby opiekującej się pacjentem może być przydzielone zgodnie z zasadami i określonymi w zarządzeniu Dyrektora Podmiotu w tym zakresie.
36. Zakazuje się rodzicom (opiekunom prawnym) korzystania z własnych urządzeń elektrycznych w salach chorych z wyłączeniem osobistych urządzeń elektronicznych.
37. Zaleca się unikania kontaktów między rodzicami i wzajemnych odwiedzin w salach chorych.
38. Zaleca się częste mycie rąk i dezynfekcji. W każdej sali przy umywalce umieszczone są dozowniki ściennie wyposażone w mydło w płynie, środek do odkażania rąk i ręcznik papierowy. Po wejściu do sali chorych należy niezwłocznie umyć ręce.
39. Rodzic/opiekun prawny dziecka zobowiązany jest do mycia lub dezynfekcji rąk każdorazowo:
 - 1) po przewijaniu dziecka, opróżnieniu nocnika lub basenu;
 - 2) po kontakcie z innymi wydzielinami takimi jak : wymiociny, plwocina, krew;
 - 3) po wyjściu z toalety;
 - 4) przed i po karmieniu dziecka;
 - 5) przed i po czynnościach związanych z pielęgnowaniem dziecka;
40. Zaleca się ograniczyć ilość przynoszonych do Podmiotu przedmiotów, zabierając rzeczy niezbędne w codziennej opiece nad dzieckiem, np. przybory toaletowe, zapasowe ubrania dla dziecka, pampersy, ulubiona zabawka lub książka.
41. Zaleca się, aby przynoszone do Podmiotu zabawki wykonane były z materiału umożliwiającego ich częste mycie.
42. Nie należy ustawiać na podłodze w sali chorych żadnych przedmiotów mających związek z pielęgnowaniem pacjenta ani organizować zabawy dziecka na podłodze.
43. W godzinach od 22⁰⁰ do 6⁰⁰ obowiązuje cisza nocna.
44. Oddziały zakładu leczniczego Lecznictwo Stacjonarne zobowiązane są do zamykania drzwi wejściowych do oddziału między godziną 22⁰⁰ a 6⁰⁰.

§ 12

1. Zakład leczniczy Lecznictwo Ambulatoryjne udziela pacjentom ambulatoryjnych specjalistycznych świadczeń zdrowotnych w poradniach specjalistycznych i w poradni nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej.
2. Zakres świadczeń zdrowotnych udzielanych w poradniach specjalistycznych określają umowy cywilno – prawne zawarte przez Podmiot z Narodowym Funduszem Zdrowia i innymi podmiotami, o których mowa w § 7 ust. 2.
3. Porady dla pacjentów wykonywane są na podstawie imiennego skierowania lekarskiego wystawionego zgodnie z zawartymi kontraktami, umowami lub bez skierowania, jeżeli przepisy prawa tak stanowią (bez skierowania przyjmowani są pacjenci do psychiatrii).
4. W ramach ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych, pacjent jest poddawany indywidualnemu procesowi diagnostyczno-terapeutycznemu.

REGULAMIN ORGANIZACYJNY

§ 13

1. Zespół Rehabilitacji udziela świadczeń zdrowotnych z zakresu rehabilitacji pacjentom leczonym ambulatoryjnie.
2. Świadczenia, o których mowa w ust. 1 wykonywane są w godzinach pracy Zespołu Rehabilitacji, na podstawie skierowania lekarza o specjalności: chirurgia urazowo-ortopedyczna, rehabilitacja, balneologia, reumatologia dziecięca, neurologia dziecięca, neurochirurgia i neurotraumatologia dziecięca, onkologia, urologia dziecięca, pulmonologia, chirurgia dziecięca, otolaryngologia dziecięca, audiologia i foniatria, pediatria, neonatologia oraz lekarz POZ w przypadku zaostrzenia schorzeń przewlekłych.
3. Świadczenia rehabilitacyjne są również udzielane pacjentom oddziałów zakładu leczniczego Lecznictwo Stacjonarne.
4. Przebieg udzielania świadczeń jest zgodny z procedurami wydanymi zarządzeniem Dyrektora.

§ 14

1. Zakłady i Pracownie diagnostyczno-lecznicze działające samodzielnie lub będące w strukturach oddziałów zakładu leczniczego Lecznictwo Stacjonarne udzielają świadczeń zdrowotnych w godzinach pracy każdego Zakładu/Pracowni.
2. Uprawnionymi do świadczeń, o których mowa w ust. 1 są pacjenci kierowani z :
 - 1) komórek organizacyjnych zakładów leczniczych Podmiotu;
 - 2) innych podmiotów, w zakresie i zgodnie z zasadami określonymi w umowach cywilno – prawnych zawartych przez Podmiot z płatnikami oraz wewnętrznymi zarządzeniami Dyrektora.
3. Zakłady i Pracownie realizują świadczenia zdrowotne w trybie planowym na podstawie zapisów oraz w przypadkach nagłych. W Zakładzie Diagnostyki Laboratoryjnej nie obowiązują zapisy na świadczenia.

Rozdział V

Warunki współdziałania z innymi podmiotami wykonującymi działalność leczniczą

§ 15

1. Podmiot współdziała z innymi podmiotami w zakresie diagnostyki, leczenia, pielęgnacji i rehabilitacji pacjentów oraz ciągłości przebiegu procesu udzielania świadczeń zdrowotnych, w szczególności poprzez kierowanie do innych placówek w celu konsultacji specjalistycznych, zlecanie badań diagnostycznych niewykonywanych w zakładach leczniczych Podmiotu, kierowanie na zabiegi specjalistyczne, o ile nie ma możliwości ich wykonania w zakładach leczniczych Podmiotu.
2. Zasady współdziałania określają umowy cywilnoprawne.

Rozdział VI **Wysokość opłaty za udostępnianie dokumentacji medycznej**

§ 16

1. Podmiot udostępnia dokumentację medyczną pacjentowi lub jego przedstawicielowi ustawowemu, bądź osobie upoważnionej przez pacjenta. Po śmierci pacjenta dokumentację medyczną udostępnia się osobie upoważnionej przez pacjenta za życia lub uprawnionej na podstawie odrębnych przepisów.
2. Dokumentacja medyczna jest udostępniana na zasadach określonych w art. 27 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz w art. 14 i 19 ustawy o zawodzie psychologa i samorządzie zawodowym psychologów.
3. Za udostępnienie dokumentacji medycznej Podmiot pobiera opłaty.

§ 17

1. Udostępnianie dokumentacji następuje w trybie zapewniającym zachowanie poufności i ochrony danych osobowych.
2. Podmiot udostępnia dokumentację medyczną wyłącznie podmiotom uprawnionym, w następujący sposób:
 - 1) do wglądu w zakładzie leczniczym Podmiotu;
 - 2) poprzez sporządzenie wyciągów, odpisów lub kopii;
 - 3) poprzez wydanie oryginału za pokwitowaniem odbioru i z zastrzeżeniem zwrotu po wykorzystaniu, jeśli uprawniony organ lub podmiot żąda udostępnienia oryginałów tej dokumentacji.
3. Udostępnianie dokumentacji medycznej poprzez sporządzenie wyciągów, odpisów lub kopii podlega opłacie.
4. Wysokość opłat, o których mowa w ust. 3 ustalona jest w Załączniku nr 6.

Rozdział VII

Organizacja procesu udzielania świadczeń zdrowotnych w przypadku pobierania opłat i wysokość opłat za udzielane świadczenia zdrowotne inne niż finansowane ze środków publicznych

§ 18

1. Podmiot nie może odmówić udzielenia świadczenia zdrowotnego osobie, która potrzebuje natychmiastowego udzielenia takiego świadczenia ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia oraz nie może uzależniać jego udzielenia od uprzedniego uiszczenia opłaty.
2. Podmiot udziela świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych ubezpieczonym oraz innym osobom uprawnionym do tych świadczeń na podstawie odrębnych przepisów nieodpłatnie, za częściową odpłatnością lub całkowitą odpłatnością.
3. W przypadku braku skierowania lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, Podmiot udziela odpłatnie ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych, z wyjątkiem przypadków określonych w ust. 4.

REGULAMIN ORGANIZACYJNY

4. Skierowanie, o którym mowa w ust. 3, nie jest wymagane w przypadku świadczeń:
 - a) wykonywanych na rzecz świadczeniobiorcy będącego żywym dawcą narządu w zakresie badań mających na celu monitorowanie jego stanu zdrowia przeprowadzanych przez podmiot, który dokonał pobrania narządu, co 12 miesięcy od dnia pobrania narządu, nie dłużej jednak niż przez 10 lat;
 - b) ginekologa i położnika;
 - c) dentysty;
 - d) wenerologa;
 - e) onkologa;
 - f) psychiatry;
 - g) dla osób chorych na gruźlicę;
 - h) dla osób zakażonych wirusem HIV;
 - i) dla inwalidów wojennych i wojskowych, osób represjonowanych oraz kombatantów;
 - j) dla cywilnych niewidomych ofiar działań wojennych;
 - k) dla osób uzależnionych od alkoholu, środków odurzających i substancji psychotropowych – w zakresie leczenia odwykowego;
 - l) dla uprawnionego żołnierza lub pracownika, w zakresie leczenia urazów lub chorób nabytych podczas wykonywania zadań poza granicami państwa;
 - m) dla weterana poszkodowanego, w zakresie leczenia urazów lub chorób nabytych podczas wykonywania zadań poza granicami państwa;
 - n) w stanach nagłych.
5. Podmiot wykonuje odpłatnie badania diagnostyczne bez skierowania lub ze skierowaniem, o ile jest ono niezbędne do wykonania badania na podstawie odrębnych przepisów, z tym że na badanie skierował inny podmiot nie mający aktualnie podpisanej umowy z Podmiotem.

§ 19

1. Podmiot udziela świadczeń zdrowotnych odpłatnie osobom nieuprawnionym do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.
2. Wysokość opłat za świadczenia zdrowotne udzielone odpłatnie ustala Dyrektor Podmiotu.
3. Spis i wysokość opłat zawarte są w obowiązującym cenniku, aktualizowanym co najmniej 1 raz w roku i wprowadzanym zarządzeniem Dyrektora Podmiotu.
4. Przy ustalaniu wysokości opłat, Dyrektor uwzględnia rzeczywiste koszty udzielenia świadczenia zdrowotnego.

§ 20

1. Podmiot może prowadzić odpłatną działalność leczniczą polegającą na zawieraniu umów cywilnoprawnych bezpośrednio z pacjentami (świadczeniobiorcy indywidualni), jak też z podmiotami zbiorowym (świadczeniobiorcy instytucjonalni).
2. Podmiot może udzielać odpłatnie świadczeniobiorcom indywidualnym i instytucjonalnym świadczeń opieki zdrowotnej niezakwalifikowanych jako gwarantowane zgodnie z obowiązującymi przepisami.
3. Wysokość opłat za świadczenia opieki zdrowotnej udzielane dla świadczeniobiorców instytucjonalnych określana jest w stosownych umowach cywilnoprawnych i zależy

REGULAMIN ORGANIZACYJNY

od każdorazowo wykonanej analizy ekonomicznej uwzględniającej rzeczywiste koszty oraz ilości kontraktowanych świadczeń.

4. Wysokość opłat za świadczenia opieki zdrowotnej udzielane dla świadczeniobiorców indywidualnych, określana jest z uwzględnieniem rzeczywistych kosztów udzielania świadczeń zdrowotnych i stanowi Załącznik nr 8 do Regulaminu organizacyjnego.

§ 21

1. Udzielanie świadczeń zdrowotnych odpłatnych, organizowane jest w taki sposób, aby nie ograniczać dostępności świadczeń finansowanych ze środków publicznych; w sposób zapewniający poszanowanie zasady sprawiedliwego, równego, niedyskryminującego i przejrzystego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej oraz zgodnie z kryteriami medycznymi.
2. Udzielanie świadczeń zdrowotnych odpłatnych, pozostaje bez wpływu na ustaloną kolejność udzielania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.
3. Świadczenia zdrowotne odpłatne, udzielane będą w miarę możliwości w dniu zgłoszenia lub w innym terminie uzgodnionym z pacjentem, według ustalonej kolejności w dniach i godzinach ich udzielania.
4. Pacjent ma prawo do pełnej informacji dotyczącej jego prawa do uzyskania świadczenia finansowanego ze środków publicznych oraz o warunkach uzyskania takiego świadczenia.

§ 22

1. Wpłaty za świadczenia zdrowotne, o których mowa w § 20, należy dokonać w kasie Podmiotu lub na rachunek bankowy wskazany na fakturze lub umowie.
2. Rozliczenie za świadczone usługi następuje na podstawie wystawionej faktury VAT lub paragonu fiskalnego.
3. Wpłaty gotówkowe mogą być dokonywane w:
 - a) kasie głównej Podmiotu w godz. 7³⁰ – 14³⁰;
 - b) w kasie SOR poza godzinami pracy kasy głównej Podmiotu;
 - c) kasie laboratorium całodobowo w zakresie badań laboratoryjnych.

Rozdział VIII

Wysokość opłat za przechowywanie zwłok pacjenta przez okres dłuższy niż 72 godziny

§ 23

1. Zwłoki pacjenta mogą być przechowywane dłużej niż 72 godziny, jeżeli:
 - 1) nie mogą zostać wcześniej odebrane przez osoby lub instytucje uprawnione do pochowania zwłok pacjenta;
 - 2) w związku ze zgonem zostało wszczęte dochodzenie albo śledztwo, a prokurator nie zezwolił na pochowanie zwłok;
 - 3) przemawiają za tym inne ważne przyczyny, za zgodą albo na wniosek osoby lub instytucji uprawnionej do pochowania zwłok pacjenta.

REGULAMIN ORGANIZACYJNY

2. Wysokość opłaty za przechowywanie zwłok pacjenta przez okres dłuższy niż 72 godziny ustalona jest w Załączniku nr 7.
3. W przypadku śmierci pacjenta Podmiot jest zobowiązany należycie przygotować zwłoki poprzez ich umycie i okrycie z zachowaniem godności osobie zmarłej w celu ich wydania osobie lub instytucji uprawnionej.
4. Za powyższe czynności nie pobiera się opłat.

Rozdział IX

Sposób kierowania komórkami organizacyjnymi Podmiotu

§ 24

1. Podmiotem leczniczym zarządza i kieruje Dyrektor, który samodzielnie podejmuje decyzje dotyczące Podmiotu (chyba że obowiązujące przepisy stanowią inaczej) i ponosi za nie odpowiedzialność.
2. Dyrektor jest bezpośrednim zwierzchnikiem dla Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa, Naczelnej Pielęgniarki, Zastępcy Dyrektora ds. Administracyjno-Eksploatacyjnych, Głównego Księgowego, Kierownika Działu Kadr, samodzielnych stanowisk. Pozostali pracownicy podlegają Dyrektorowi za pośrednictwem swoich przełożonych.
3. Lekarz Główny zastępuje Dyrektora poza godzinami pracy Dyrektora i Zastępców Dyrektora w zakresie podejmowania bieżących decyzji.
4. Organizację i zadania poszczególnych komórek organizacyjnych Podmiotu określa **Załącznik nr 3** Regulaminu organizacyjnego.

Rozdział X

Inne sprawy organizacyjne

§ 25

1. Każdy pracownik zobowiązany jest dbać o mienie Podmiotu.
2. Podmiot chroniony jest przez zewnętrzną firmę ochrony mienia i osób.
3. Wszelkie zalecenia personelu firmy dotyczące zabezpieczenia mienia i osób muszą być przestrzegane.
4. Udostępnianie pomieszczeń (wydawanie i przyjmowanie kluczy) odbywa się w portierni Podmiotu.

§ 25¹

1. Każdy pracownik jest zobowiązany do przestrzegania aktów prawa wewnętrznego dotyczących ochrony danych osobowych (polityka bezpieczeństwa i instrukcja zarządzania systemem informatycznym służącym do przetwarzania danych osobowych).
2. Każdy pracownik jest zobowiązany do wykonywania poleceń Inspektora Ochrony Danych w zakresie związanym z ochroną danych osobowych.

§ 26

REGULAMIN ORGANIZACYJNY

1. Na terenie Podmiotu prowadzona jest działalność handlowa w postaci punktów usługowo-handlowych, za odpowiednią odpłatnością i zgodą Dyrektora Podmiotu wyłącznie w miejscach wyznaczonych.
2. Wszelkie ogłoszenia mogą być zamieszczane wyłącznie w miejscach do tego przeznaczonych za zgodą Dyrektora Podmiotu.

§ 27

1. Funkcję Kancelarii podmiotu pełni Sekretariat Dyrektora znajdujący się w budynku F II piętro.
2. Sekretariat jest czynny w dni robocze od poniedziałku do piątku w godz.: 7⁰⁰ – 14³⁵. (telefon: 22 672-78-42, fax.: 22 672-78-43)
3. Godziny przyjęć interesantów w sprawie skarg i wniosków:
 - 1) Dyrektor – wtorki i czwartki 12³⁰-13³⁰;
 - 2) Z-ca Dyrektora ds. Lecznictwa – środy 11⁰⁰- 12⁰⁰;
 - 3) Z-ca Dyrektora ds. Administracyjno-Eksploatacyjnych – poniedziałki 10⁰⁰-11⁰⁰;
 - 4) Naczelną Pielęgniarką – czwartki 9⁰⁰-10⁰⁰;
 - 5) Ordynatorzy/Kierownicy i kierownicy – dni i godziny dostępne w komórkach.
4. W soboty, niedziele i dni ustawowo wolne od pracy sekretariat jest nieczynny.

§ 28

W Podmiocie funkcjonuje Kaplica. Godziny otwarcia Kaplicy oraz godziny odprawianych mszy świętych według obowiązującego porządku.

§ 29

1. Na terenie Podmiotu zaleca się ograniczenie używania telefonów komórkowych.
2. Na Oddziale Intensywnej Terapii, Bloku operacyjnym, salach pooperacyjnych oraz pracowniach diagnostycznych obowiązuje zakaz używania telefonów komórkowych.

§ 30

Na terenie Podmiotu obowiązuje bezwzględny zakaz sprzedaży i palenia tytoniu oraz papierosów elektronicznych, a także sprzedaży i spożywania alkoholu i innych środków odurzających.

§ 31

1. Zasady ewakuacji Podmiotu w przypadku zagrożeń zawarte są w dokumencie pod nazwą „Organizacja ewakuacji oraz zasady i procedury ewakuacyjne”.
2. Zasady zachowania się w przypadku pożaru zawarte są w Instrukcji Bezpieczeństwa Pożarowego.
3. Instrukcje dostępne są w SOR oraz Sekretariacie Szpitala.

Rozdział XI **Postanowienia końcowe**

§ 32

1. Prawa i obowiązki pracowników określa Regulamin Pracy.
2. Sposób wynagradzania pracowników określa Regulamin Wynagradzania.

REGULAMIN ORGANIZACYJNY

§ 33

Zastępcy dyrektora zobowiązani są przedkładać Dyrektorowi wnioski w sprawie aktualizacji regulaminów z uwagi na udoskonalanie organizacji pracy lub zmianę przepisów.

§ 34

Spory kompetencyjne między pionami i komórkami organizacyjnymi w pionach rozstrzyga Dyrektor.

§ 35

Regulamin wchodzi w życie z dniem podpisania.

§ 36

Z dniem zatwierdzenia regulaminu traci moc Regulamin Organizacyjny Szpitala Dziecięcego im. prof. dr. med. Jana Bogdanowicza SPZOZ wprowadzony Zarządzeniem Dyrektora Podmiotu nr 25/2020 z dnia 11.03.2020 r. oraz zmieniony Zarządzeniami Dyrektora Podmiotu nr 45/2012, nr 58/2013, nr 34/2014, nr 60/2014, nr 96/2014, nr 4/2015, nr 24/2015, nr 39/2015, nr 78/2015, nr 32/2017, nr 33/2017, nr 35/2017, nr 50/2018, nr 27/2019, nr 97/2019 i nr 25/2020.

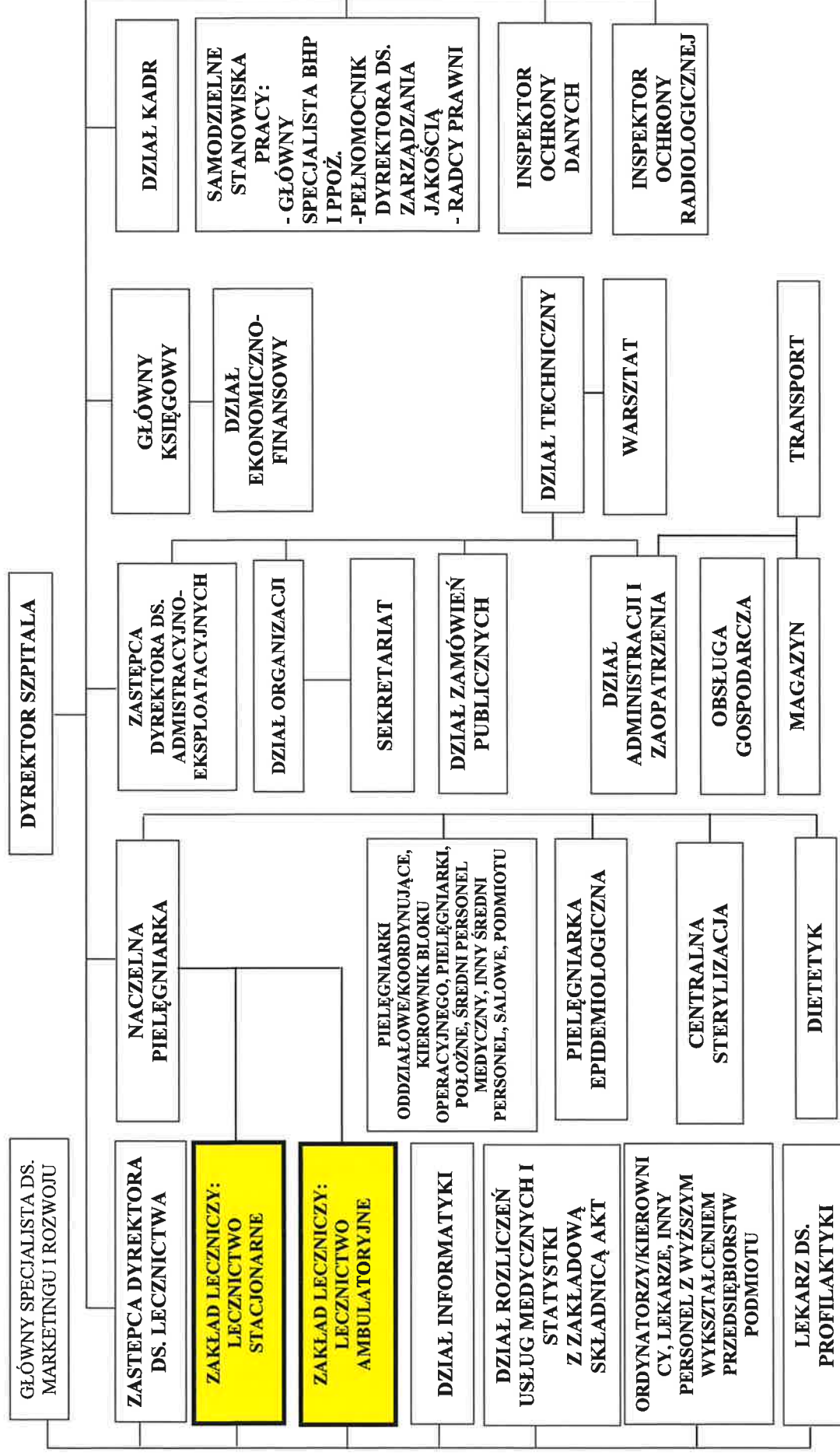
DYREKTOR

Małgorzata Stachurska
lekarz

REGULAMIN ORGANIZACYJNY

Załącznik nr 1/1
do Regulaminu organizacyjnego

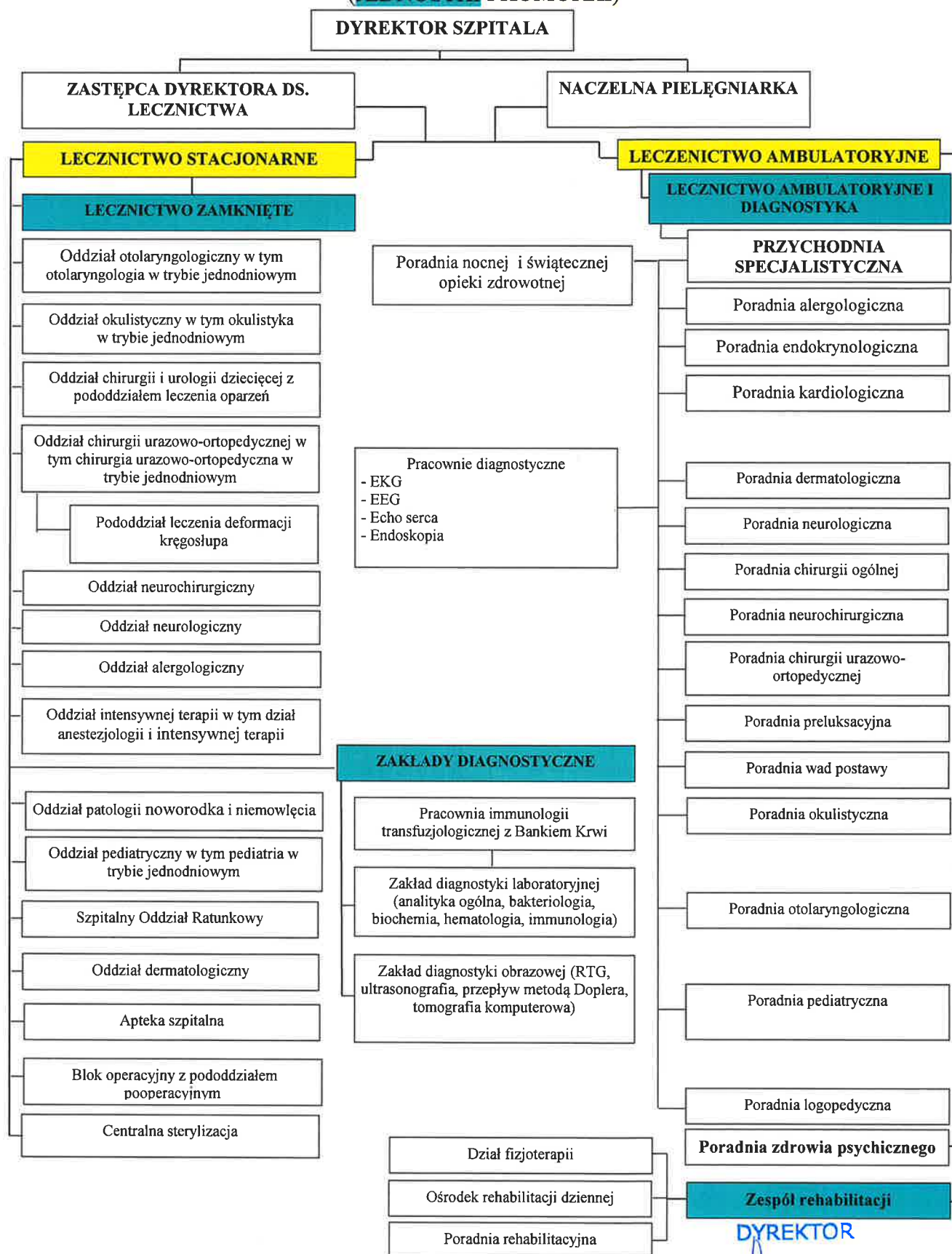
SCHEMAT ORGANIZACYJNY PODMIOTU



REGULAMIN ORGANIZACYJNY

Załącznik nr 1/2
do Regulaminu organizacyjnego

SCHEMAT ORGANIZACYJNY ZAKŁADÓW LECZNICZYCH (JEDNOSTKI I KOMÓRKI)



REGULAMIN ORGANIZACYJNY

Załącznik nr 2
do Regulaminu organizacyjnego

Wykaz łóżek na oddziałach zakładu leczniczego Lecznictwo Stacjonarne

Nazwa oddziału	Liczba łóżek		
	Ogółem	w tym łóżka dziennego pobytu	w tym łóżka intensywnej opieki medycznej
Oddział otolaryngologiczny w tym otolaryngologia w trybie jednodniowym	15	0	0
Oddział okulistyczny w tym okulistyka w trybie jednodniowym	13	0	0
Oddział chirurgii i urologii dziecięcej z pododdziałem leczenia oparzeń	20	0	3
a) Oddział chirurgii urazowo-ortopedycznej w tym chirurgia urazowo-ortopedyczna w trybie jednodniowym	19	0	0
b) Pododdział leczenia deformacji kręgosłupa	4	0	0
Oddział neurochirurgiczny	13	0	0
Oddział neurologiczny	20	0	1
Oddział intensywnej terapii w tym dział anestezjologii i intensywnej terapii	4	0	4
Oddział alergologiczny	25	0	0
Oddział dermatologiczny	10	0	0
Oddział patologii noworodka i niemowlęcia	25	0	0
Oddział pediatryczny w tym pediatria w trybie jednodniowym	27	0	0
Szpitalny oddział ratunkowy	5	0	0

DYREKTOR

Małgorzata Stachurska-Turoś, MBA
lekarz

Organizacja i zadania poszczególnych komórek organizacyjnych Podmiotu oraz warunki współdziałania tych komórek.

§ 1

1. Główne zadania Dyrektora Podmiotu określa Statut.
2. Do zadań Dyrektora należy w szczególności:
 - 1) tworzenie, łączenie, reorganizacja i likwidacja komórek organizacyjnych Podmiotu; w zależności od potrzeb może tworzyć działy, sekcje, pracownie, samodzielne stanowiska, ustalając ich pozycję oraz sposób podporządkowania w obrębie struktury organizacyjnej;
 - 2) wydawanie wewnętrznych aktów normatywnych takich jak:
 - a) regulaminy;
 - b) zarządzenia;
 - c) komunikaty;
 - d) instrukcje;
 - e) procedury;
 - f) polecenia służbowe.
3. Dyrektor jest zwierzchnikiem służbowym wszystkich pracowników podmiotu, jest pracodawcą w rozumieniu przepisów kodeksu pracy.
4. Dyrektor kieruje i nadzoruje pracę Podmiotu przy pomocy kierownictwa Podmiotu oraz samodzielnych stanowisk doradczych.
5. Dyrektor może przekazywać swoje uprawnienia poprzez pisemne pełnomocnictwa (stałe, czasowe, jednorazowe). Dyrektor deleguje na swoich zastępców obowiązki i odpowiedzialność w zakresie gospodarki finansowej Podmiotu, w sposób uszczegółowiony w zakresach obowiązków lub imiennych oświadczeniach o powierzeniu odpowiedzialności, na podstawie ustawy o finansach publicznych.
6. W przypadku, gdy Dyrektor nie może pełnić obowiązków służbowych zastępuje go Zastępca Dyrektora ds. Lecznictwa.
7. W przypadku, gdy Dyrektor nie może pełnić obowiązków służbowych, i nie może pełnić obowiązków służbowych Zastępca Dyrektora ds. Lecznictwa, zastępstwo powierza się Zastępcy Dyrektora ds. Administracyjno – Eksploatacyjnych.
8. W przypadku, gdy Dyrektor nie może pełnić obowiązków służbowych, i nie może pełnić obowiązków służbowych Zastępca Dyrektora ds. Lecznictwa oraz Zastępca Dyrektora ds. Administracyjno – Eksploatacyjnych zastępstwo powierza się Naczelnej Pielęgniarce.
9. Zastępcy dyrektora działają samodzielnie w zakresie zadań i spraw wydzielonych niniejszym regulaminem, za które odpowiadają przed Dyrektorem.
 - 1) **Szczegółowe obowiązki i odpowiedzialność** Zastępców Dyrektora, Naczelnej Pielęgniarki oraz Głównego Księgowego określają zakresy obowiązków lub imienne oświadczenia o powierzeniu obowiązków i odpowiedzialności za gospodarkę finansową. Każdy z Zastępców Dyrektora i Główny Księgowy odpowiada za:

REGULAMIN ORGANIZACYJNY

- a) dokonywanie oceny celowości i legalności zaciągania zobowiązań finansowych i realizacji wydatków;
 - b) dokonywanie kontroli kompletności, rzetelności i terminowości dokumentów dotyczących operacji gospodarczych i finansowych na poziomie podległych pionów;
 - c) prawidłowe funkcjonowanie podległych komórek organizacyjnych i stanowisk samodzielnych;
 - d) całokształt spraw objętych zakresem działania podległego pionu w ramach przyznanych kompetencji;
 - e) rozpatrywanie skarg i wniosków dot. działalności podległego pionu;
 - f) opracowywanie szczegółowych zakresów obowiązków dla podległych kierowników;
 - g) optymalizację działania i dbałość o racjonalny rachunek kosztów.
- 2) **Uprawnienia Zastępców Dyrektora, Naczelniej Pielęgniarki i Głównego Księgowego:**
- a) wydawanie decyzji w sprawach należących do zakresu działania podległego pionu, z wyjątkiem przypadków zastrzeżonych do wyłącznej decyzji Dyrektora, wskazanych w zarządzeniach wewnętrznych;
 - b) wprowadzanie wszelkiego rodzaju usprawnień w komórkach organizacyjnych, w przypadkach spornych wprowadzanie ich w uzgodnieniu z właściwymi kierownikami (w razie rozbieżności ostateczną decyzję podejmuje Dyrektor);
 - c) opiniowanie w sprawach doboru kadr, zatrudniania i zwalniania pracowników;
 - d) wnioskowanie, opiniowanie wniosków o nagrody, awanse, kary dla podległych pracowników, zgodnie z obowiązującymi w Podmiocie normami.

§ 2

1. W strukturze organizacyjnej Podmiotu wyodrębnione są piony zarządcze:

- 1) Dyrektora,
- 2) Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa;
- 3) Zastępcy Dyrektora ds. Administracyjno-Eksploatacyjnych;
- 4) Naczelniej Pielęgniarki;
- 5) Głównego Księgowego.

§ 3

- 1. Na czele komórki organizacyjnej stoi kierownik, a każdy pracownik podlega bezpośrednio tylko jednemu przełożonemu, od którego otrzymuje polecenia służbowe i przed którym jest odpowiedzialny za wykonanie zadań.
- 2. Pracownik, który otrzymał polecenie służbowe nie od bezpośredniego przełożonego, lecz od przełożonego wyższego szczebla, powinien polecenie wykonać, zawiadamiając o tym swojego bezpośredniego przełożonego, w miarę możliwości przed wykonaniem polecenia.
- 3. Każda komórka, w celu należytego wykonywania swojej funkcji, jest upoważniona do żądania od innych komórek współpracy w formie opinii i materiałów dotyczących jej zakresu działania.
- 4. Projekty dokumentów, o których mowa w § 1 ust. 2 pkt 2 opracowuje właściwa merytorycznie komórka organizacyjna Podmiotu. W przypadku regulowania zagadnień należących do kompetencji

REGULAMIN ORGANIZACYJNY

kilku komórek organizacyjnych liderem projektu zostaje kierownik komórki (inny delegowany przez kierownika pracownik) kompetencyjnie najbardziej zainteresowany danym zagadnieniem. Lider projektu uzgadnia projekt z poszczególnymi komórkami, poddając projekt pod ocenę Rady prawnej i na koniec do akceptacji przez Dyrektora Podmiotu.

5. Zbiór aktów normatywnych przechowuje Dział Organizacji.

§ 4

1. Odpowiedzialność, obowiązki i uprawnienia osób zajmujących stanowiska kierownicze:

- 1) osoby na stanowiskach kierowniczych, w dalszej części nazywani kierownikami (ordynatorzy/kierownicy, pielęgniarki oddziałowe/koordynujące, kierownicy samodzielnych komórek organizacyjnych) i ich zastępcy odpowiedzialni są za właściwe organizowanie pracy w podległych komórkach oraz za zapewnienie prawidłowego i terminowego wykonywania zadań. Odpowiadają materialnie za środki trwałe i wyposażenie komórki organizacyjnej na podstawie oświadczenia o odpowiedzialności materialnej lub umowy o wspólnej odpowiedzialności materialnej.
- 2) do obowiązków kierowników należy:
 - a) organizowanie i planowanie pracy komórki, zgodnie z przepisami prawa oraz obowiązującymi standardami;
 - b) nadzorowanie i kontrolowanie prawidłowego i terminowego wykonywania zadań;
 - c) opracowywanie szczegółowych zakresów obowiązków dla podległych pracowników;
 - d) planowanie i przydzielanie zadań podległym pracownikom, wydawanie wytycznych w sprawie sposobu, terminu oraz efektu końcowego;
 - e) referowanie bezpośrednio przełożonemu spraw, które powinny być podane do jego wiadomości, przedkładanie do akceptacji spraw wymagających aprobaty przełożonego oraz informowanie go o stanie spraw w kierowanej komórce i o potrzebach związanych z jej sprawnym funkcjonowaniem;
 - f) nadzór nad prawidłowością przechowywania akt oraz prawidłowym obiegiem dokumentów w podległej komórce;
 - g) nadzór nad przestrzeganiem procedur ISO w zakresie realizacji zadań komórki organizacyjnej;
 - h) kontrolowanie przestrzegania przez podległych pracowników dyscypliny pracy, etyki oraz tajemnicy zawodowej i służbowej zgodnie z obowiązującymi normami wewnętrznymi;
 - i) organizowanie i kontrolowanie należytego przestrzegania przepisów bhp i p.poż;
 - j) organizowanie i kontrolowanie prawidłowego i terminowego sporządzania obowiązkowej sprawozdawczości;
 - k) optymalizacja działania i dbałość o racjonalny rachunek kosztów;
 - l) udzielanie wyjaśnień w sprawach skarg i wniosków pacjentów;
 - m) dbałość o wizerunek całego Podmiotu.
- 3) kierownik komórki posiada uprawnienia w zakresie:
 - a) usprawniania organizacji, metod i form pracy;
 - b) współdecydowania o właściwym doborze kadr, zatrudnianiu i zwalnianiu pracowników;
 - c) wnioskowania o nagrody, awanse, kary dla podległych pracowników, zgodnie z obowiązującymi w Podmiocie normami;

REGULAMIN ORGANIZACYJNY

d) przedstawiania projektów nowych wewnętrznych aktów normatywnych.

§ 5

1. **Zastępca Dyrektora ds. Lecznictwa** podlega bezpośrednio Dyrektorowi.
2. Planuje, organizuje i nadzoruje działalność w zakresie lecznictwa, w szczególności:
 - 1) działalność komórek w zakresie podstawowym;
 - 2) organizację pracy;
 - 3) zapotrzebowanie na kadry medyczne;
 - 4) wyposażenie podległych komórek organizacyjnych w sprzęt i aparaturę medyczną oraz ich modernizacji;
 - 5) nadzór nad właściwym poziomem ilościowym i jakościowym świadczonych usług;
 - 6) nadzór nad szerzeniem oświaty zdrowotnej i promocji zdrowia;
 - 7) działania nad rozwojem zawodowym podległych pracowników;
 - 8) tworzenie szczegółowych zakresów obowiązków dla kierowników podległych komórek organizacyjnych;
 - 9) wprowadza receptariusz Podmiotu;
 - 10) nadzór nad gospodarką lekami i innymi środkami medycznymi;
 - 11) nadzór nad wydawaniem wszelkiego rodzaju dokumentacji, zaświadczeń medycznych i prawidłowym prowadzeniem dokumentacji medycznej pacjentów i jej projektowanie;
 - 12) nadzór nad terminowym wykonywaniem sprawozdań z zakresu działalności swojego pionu;
 - 13) nadzór nad sprawozdawczością przekazywaną do Narodowego Funduszu Zdrowia;
 - 14) analiza przychodów i kosztów działalności podległych komórek organizacyjnych;
 - 15) nadzór nad sprawami dotyczącymi skarg i wniosków w zakresie działalności medycznej;
 - 16) nadzór nad wszystkimi sprawami dotyczącymi informatyki w Podmiocie;
 - 17) nadzór nad przestrzeganiem norm związanych z ISO;
 - 18) działa na rzecz podnoszenia kwalifikacji podległego mu personelu.
3. Dokonuje na podstawie wyników kontroli i innych materiałów analizy i oceny sprawności funkcjonowania przedsiębiorstw i komórek organizacyjnych bezpośredni mu podległych.

§ 6

Pion Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa obejmuje, zgodnie ze strukturą organizacyjną Podmiotu stanowiącą załącznik nr 1/1 i 1/2 do Regulaminu organizacyjnego, opiekę nad pacjentem w zakresie zakładów leczniczych Lecznictwo Stacjonarne i Lecznictwo Ambulatoryjne, a także Dział Rozliczeń Usług Medycznych i Statystyki, Dział Informatyki, Głównego Specjalistę ds. Marketingu i Rozwoju i Lekarza ds. Profilaktyki.

§ 7

I. Zakład leczniczy Lecznictwo Stacjonarne.

1. Oddział jest samodzielną komórką organizacyjną wchodzącą w skład zakładu leczniczego Lecznictwo Stacjonarne.
2. Oddział działa na podstawie przepisów powszechnie obowiązującego prawa, przepisów wewnętrznych określających funkcjonowanie Podmiotu, w szczególności Statutu i Regulaminu organizacyjnego.

REGULAMIN ORGANIZACYJNY

3. Oddziałem kieruje i nadzoruje Ordynator Oddziału/Kierownik na podstawie obowiązujących przepisów.
4. Ordynator Oddziału/Kierownik ponosi odpowiedzialność za całokształt pracy podległej komórki organizacyjnej, w tym jej organizację pracy, jakość i efektywność jej funkcjonowania, zarówno pod względem merytorycznym jak i administracyjnym i gospodarczym.
5. Ordynator Oddziału/Kierownik ponosi odpowiedzialność materialną za powierzone do zwrotu mienie: inwentarz stanowiący wyposażenie oddziału i stanowisk pracy na oddziale, odpowiada za powierzone mu narzędzia pracy.
6. Pielęgniarka Oddziałowa/Koordynująca współdziała z Ordynatorem/Kierownikiem oddziału poprzez planowanie, organizowanie i nadzorowanie pracy podległego personelu, a w szczególności:
 - 1) odpowiedzialna jest za organizację pracy pielęgniarek i personelu pomocniczego oraz nadzór nad właściwym wykonaniem zadań i opieki nad chorym, zgodnie z obowiązującymi procedurami;
 - 2) odpowiedzialna jest za zapewnienie całodobowego, nieprzerwanego, prawidłowego funkcjonowania oddziału;
 - 3) odpowiedzialna jest za zapewnienie wysokiej jakości udzielanych świadczeń poprzez stały nadzór merytoryczny oraz prawidłowe i wystarczające zaopatrzenie w sprzęt medyczny i personel;
 - 4) nadzór i odpowiedzialność za stan sanitarno – epidemiologiczny zgodnie z obowiązującymi procedurami;
 - 5) odpowiedzialność za prawidłowe, celowe, ekonomiczne używanie sprzętu medycznego, materiałów i leków;
 - 6) ponosi odpowiedzialność materialną za powierzone do zwrotu mienie: inwentarz stanowiący wyposażenie oddziału i stanowisk pracy w oddziale, odpowiada za powierzone jej narzędzia pracy;
 - 7) odpowiedzialna jest za administrowanie i gospodarowanie na oddziale;
 - 8) odpowiedzialna jest za stałe podnoszenie kwalifikacji podległego personelu.
7. Ordynator Oddziału/Kierownik ponosi odpowiedzialność za stan i prawidłową eksploatację zajmowanych przez podległą komórkę organizacyjną pomieszczeń oraz ich wyposażenia.
8. Do wspólnych zadań Oddziałów wchodzących w skład zakładu leczniczego Lecznictwo Stacjonarne należy w szczególności:
 - 1) prowadzenie diagnostyki oraz leczenia operacyjnego i/lub zachowawczego zgodnie z aktualną wiedzą medyczną, pacjentów hospitalizowanych na oddziale;
 - 2) zapewnienie pacjentom kompleksowej opieki szpitalnej;
 - 3) zapewnienie prawidłowej i ścisłej współpracy z SOR, zakładem leczniczym Lecznictwo Ambulatoryjne, Działem Rozliczeń usług Medycznych i Statystyki w zakresie jednostek chorobowych leczonych na oddziale (konsultacje lekarskie i pielęgniarskie, rozliczenia z NFZ);
 - 4) przeprowadzanie konsultacji lekarskich oraz prowadzenie stosownego leczenia na innych oddziałach zakładu leczniczego Lecznictwo Stacjonarne, w tym uczestniczenie w procesie leczenia tych pacjentów;

REGULAMIN ORGANIZACYJNY

- 5) dbałość o należyty wizerunek Podmiotu;
 - 6) działania na rzecz właściwego wykorzystania czasu pracy i potencjału pracowniczego;
 - 7) wszechstronne podnoszenie kwalifikacji zawodowych personelu medycznego oddziału;
 - 8) prowadzenie wewnętrznych szkoleń dla personelu medycznego oddziału;
 - 9) podtrzymywanie współpracy w zakresie leczenia pacjentów oraz szkolenia personelu medycznego z krajowymi i zagranicznymi szkołami wyższymi, w tym oddziałami o takiej samej i/lub zbliżonej specjalności medycznej;
 - 10) systematyczne wprowadzanie standardów postępowania w poszczególnych jednostkach chorobowych oraz podnoszenie jakości opieki medycznej udzielanej na oddziale;
 - 11) prowadzenie szkoleń przed i podyplomowych personelu medycznego;
 - 12) realizacja zadań wynikających z procesu akredytacji i Systemu Zarządzania Jakością wg normy ISO 9001;
 - 13) przestrzeganie praw pacjenta określonych w Karcie praw i obowiązków pacjenta;
 - 14) prowadzenie dokumentacji medycznej zgodnie z obowiązującymi aktami wewnętrznymi Podmiotu oraz przepisami prawa;
 - 15) prowadzenie specjalizacji lekarskich, pielęgniarskich, staży kierunkowych, praktyk studenckich;
 - 16) współpraca z komórkami organizacyjnymi Podmiotu w zakresie obowiązków administracyjno-organizacyjnych oraz finansowych;
 - 17) prowadzenie wymagalnych rejestrów medycznych i sprawozdawczości;
 - 18) realizowanie obowiązków nałożonych aktami wewnętrznymi obowiązującymi w Podmiocie;
 - 19) udzielanie informacji wyjaśniających dotyczących skarg i wniosków odnoszących się do działalności danej komórki organizacyjnej;
 - 20) ochrona tajemnicy służbowej i państwowej;
 - 21) przestrzeganie przepisów o ochronie danych osobowych w zakresie gromadzonych informacji;
 - 22) realizowanie zarządzeń, poleceń służbowych i komunikatów Dyrektora Podmiotu;
 - 23) realizacja innych zadań wskazanych przez Dyrektora.
9. Postępowanie ze zwłokami pacjenta w przypadku śmierci pacjenta określa **załącznik nr 5** do Regulaminu organizacyjnego.
10. Rozkład dnia w zakresie diagnozowania, leczenia i pielęgnacji pacjentów leczonych na oddziale powinien być dostosowany do organizacji takich czynności w innych komórkach organizacyjnych Podmiotu.
11. Rozkład pracy personelu medycznego oddziału zapewnia całodobową i kompleksową opiekę medyczną pacjentom, realizowaną poprzez:
- 1) co najmniej jedną wizytę lekarską dziennie (z wyjątkiem SOR);
 - 2) całodobowe zabezpieczenie pacjentów oddziału w opiekę lekarską na zasadach określonych przez Dyrektora Podmiotu;
 - 3) we wszystkie dni robocze:
 - a) odprawę personelu medycznego, na której omawiany jest stan zdrowia wszystkich pacjentów oddziału;

REGULAMIN ORGANIZACYJNY

- b) konsultacje chorych na oddziałach przez Ordynatora/Kierownika oddziału lub wyznaczonego przez niego zastępcy;
 - c) wizytę lekarską z udziałem Ordynatora/Kierownika oddziału lub wyznaczonego przez niego zastępcy;
 - d) codzienną kwalifikację pacjentów do leczenia zabiegowego wraz z akceptacją Ordynatora/Kierownika oddziału lub wyznaczonego przez niego zastępcy (z wyjątkiem SOR).
12. Stosowny system pracy personelu pielęgniarskiego.
13. Stosowny system pracy pozostałego personelu medycznego.
14. Stosowny system pracy pozostałych osób uczestniczących w procesie diagnozowania i leczenia pacjentów, w tym pracowników administracyjnych.
15. Systematyczne prowadzenie (zgodnie z obowiązującymi przepisami) wpisów dotyczących przebiegu hospitalizacji oraz pozostałej dokumentacji medycznej przez lekarza prowadzącego lub lekarza sprawującego opiekę nad pacjentem z zapewnieniem okresowej kontroli przez Ordynatora/Kierownika. Wpisy dotyczące prowadzenia procesu pielęgnowania są dokonywane przez pielęgniarkę sprawującą bezpośrednią opiekę nad pacjentem z zapewnieniem bieżącej kontroli przez Pielęgniarkę Oddziałową/Koordynującą.
16. Współpraca z Dietetykiem.
17. Dodatkowo dla **Oddziału i Intensywnej Terapii**:
- a) wykonywanie znieczuleń do zabiegów operacyjnych przeprowadzanych w salach operacyjnych bloku operacyjnego oraz w salach zabiegowych poszczególnych oddziałów, zgodnie z harmonogramem stworzonym w dniu poprzedzającym, zaakceptowanym przez Ordynatorów/Kierowników zainteresowanych oddziałów;
 - b) anestezjologiczną wizytę przedoperacyjną* u chorych zakwalifikowanych do operacji, w dniu poprzedzającym zabieg operacyjny.
 - * anestezjologiczna wizyta przedoperacyjna obejmuje: wywiad (na podstawie wypełnionej przez opiekuna ustawowego ankiety), badanie chorego, analiza wyników badań dodatkowych, wybór metody znieczulenia, ocena ryzyka okołoperacyjnego, informację dla chorego/opiekuna ustawowego, kwalifikację do znieczulenia.
18. Do zadań **Apteki szpitalnej**, którą kieruje wyznaczony przez Dyrektora Kierownik, należy:
- 1) zaopatrzenie komórek organizacyjnych Podmiotu wykonujących świadczenia zdrowotne w leki i wyroby medyczne jednorazowego użytku, zgodnie z Receptariuszem Podmiotu;
 - 2) utrzymywanie i właściwe przechowywanie normatywnych zapasów leków i artykułów sanitarnych;
 - 3) wytwarzanie leków recepturowych;
 - 4) udzielanie lekarzom zatrudnionym w Podmiocie informacji o lekach będących w dyspozycji Apteki szpitalnej, w tym o lekach wprowadzanych do obrotu;
 - 5) nadzór nad gospodarką lekami w zakładach leczniczych Podmiotu;
 - 6) udział w monitorowaniu działań niepożądanych leków;
 - 7) udział w racjonalizacji farmakoterapii;
 - 8) współuczestniczenie w prowadzeniu gospodarki lekami w Podmiotu;

REGULAMIN ORGANIZACYJNY

- 9) współuczestniczenie w ustalaniu procedur wydawania leków na oddziały Podmiotu;
 - 10) współuczestniczenie w procedurach dotyczących zamówień publicznych.
19. (uchylony).
20. (uchylony)
21. Do zakresu działania **Szpitalnego Oddziału Ratunkowego**, kierowanego przez Ordynatora/Kierownika powołanego przez Dyrektora, należy udzielanie świadczeń zdrowotnych w razie wypadku, urazu, nagłego zachorowania lub nagłego pogorszenia stanu zdrowia, powodującego zagrożenia życia, poprzez:
- 1) pracę przez całą dobę;
 - 2) badanie lekarskie chorych zgłaszających się do SOR w nagłych wypadkach;
 - 3) udzielanie pomocy doraźnej;
 - 4) organizację, koordynację leczenia ofiar wypadków;
 - 5) udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, polegających na wstępnej diagnostyce i podjęciu leczenia w zakresie niezbędnym do stabilizacji funkcji życiowych osób znajdujących się w stanie nagłego zagrożenia życia lub zdrowia, z przyczyny wewnętrznej lub zewnętrznej, a w szczególności w razie wypadku, urazu, zatrucia u dzieci;
 - 6) udzielanie świadczeń zdrowotnych, w zakresie określonymi w pkt. 5, poszkodowanym w stanach wyjątkowych i katastrofach;
 - 7) dokonywanie zabezpieczenia medycznego pacjentów oraz organizacja transportu do innych zakładów opieki zdrowotnej w razie konieczności leczenia specjalistycznego poza Szpitalem;
 - 8) prowadzenie właściwej dokumentacji pacjentów oraz dokumentacji medycznej świadczonych usług.
22. Badania diagnostyczne realizowane są w 2 zakładach, kierowanych przez kierowników wyznaczonych przez Dyrektora:
- 1) **Zakład diagnostyki laboratoryjnej** z pracownikami:
 - a) analityki ogólnej;
 - b) biochemii;
 - c) hematologii;
 - d) bakteriologii;
 - e) immunologii,
 - f) immunologii transfuzjologicznej z Bankiem krwi;
 - 2) **Zakład diagnostyki obrazowej** z pracownikami:
 - a) RTG;
 - b) USG;
 - c) CT;
 - d) Badania przepływu metodą Dopplera.
 - 3) do zadań zakładów diagnostycznych obsługujących 2 przedsiębiorstwa Podmiotu należy:
 - a) wykonywanie badań diagnostycznych dla potrzeb właściwych komórek organizacyjnych i innych badań zgodnie z ustaleniami Dyrektora;
 - b) prowadzenie działalności kontrolnej jakości badań diagnostycznych;
 - c) wprowadzanie postępu technicznego w zakresie badań diagnostycznych;
 - d) prowadzenie szkolenia i doskazywania wewnątrzzakładowego;

- e) prowadzenie właściwej dokumentacji danych pacjentów oraz dokumentacji medycznej świadczonych usług;
- f) dbanie o prawidłowe i oszczędne wykorzystywanie środków i materiałów.

II. Zakład leczniczy Lecznictwo Ambulatoryjne

1. **Przychodnią specjalistyczną** kieruje powołany przez Dyrektora Kierownik.
2. Kierownik ponosi odpowiedzialność za całokształt pracy podległej komórki organizacyjnej, w tym jej organizację pracy, jakość i efektywność jej funkcjonowania, zarówno pod względem merytorycznym jak i administracyjnym i gospodarczym.
3. Pielęgniarka Oddziałowa/Koordynująca współdziała z Kierownikiem Przychodni specjalistycznej poprzez planowanie, organizowanie i nadzorowanie pracy podległego personelu, a w szczególności:
 - 1) odpowiedzialna jest za organizację pracy pielęgniarek i personelu pomocniczego oraz nadzór nad właściwym wykonaniem zadań i opieki nad chorym, zgodnie z obowiązującymi procedurami;
 - 2) odpowiedzialna jest za zapewnienie prawidłowego funkcjonowania Przychodni specjalistycznej;
 - 3) odpowiedzialna jest za zapewnienie wysokiej jakości udzielanych świadczeń poprzez stały nadzór merytoryczny oraz prawidłowe i wystarczające zaopatrzenie w sprzęt medyczny i personel;
 - 4) nadzór i odpowiedzialność za stan sanitarno – epidemiologiczny zgodnie z obowiązującymi procedurami;
 - 5) odpowiedzialność za prawidłowe, celowe, ekonomiczne używanie sprzętu medycznego, materiałów i leków;
 - 6) ponosi odpowiedzialność materialną za powierzone do zwrotu mienie: inwentarz stanowiący wyposażenie oddziału i stanowisk pracy w oddziale, odpowiada za powierzone jej narzędzia pracy;
 - 7) odpowiedzialna jest za administrowanie i gospodarowanie Przychodni specjalistycznej;
 - 8) odpowiedzialna jest za stałe podnoszenie kwalifikacji podległego personelu.
4. Do zakresu działania **Przychodni specjalistycznej** wchodzącej w skład zakładu leczniczego Lecznictwo Ambulatoryjne, należy:
 - 1) praca od poniedziałku do piątku w godzinach 8⁰⁰ – 20⁰⁰;
 - 2) udzielanie indywidualnych świadczeń konsultacyjnych, specjalistycznych; kontrolnych każdego zgłoszonego pacjenta, zgodnie z wymogami ustawy o ubezpieczeniu zdrowotnym;
 - 3) dbanie o właściwy poziom świadczonych usług poprzez systematyczne podnoszenie kwalifikacji;
 - 4) prowadzenie właściwej dokumentacji danych pacjentów oraz dokumentacji medycznej świadczonych usług;
 - 5) stała współpraca z oddziałami przedsiębiorstwa Lecznictwo szpitalne w zakresie szkoleń i konsultacji;
 - 6) prowadzenie dokumentacji chorego;
 - 7) przekazywanie do Składnicy Akt archiwalnej dokumentacji medycznej.
5. Do zakresu działania **Poradni nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej** należy:
 - 1) praca od poniedziałku do piątku w godzinach 18⁰⁰ – 8⁰⁰ dnia następnego oraz w soboty niedziele i inne dni ustawowo wolne od pracy w godzinach 8⁰⁰ dnia danego do 8⁰⁰ dnia następnego;

REGULAMIN ORGANIZACYJNY

- 2) udzielanie świadczeń nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej w zakresie:
 - a) porada lekarska ambulatoryjna,
 - b) porada lekarska udzielona w miejscu zamieszkania lub pobytu świadczeniobiorcy (pacjenta),
 - c) porada lekarska udzielona telefonicznie,
 - d) wizyta pielęgniarska ambulatoryjna,
 - e) wizyta pielęgniarska udzielona w miejscu zamieszkania lub pobytu pacjenta.
6. Do zakresu działania **Zespołu rehabilitacji**, którym kieruje wyznaczony przez Dyrektora Kierownik, należy:
 - 1) praca od poniedziałku do piątku w godzinach 8⁰⁰ – 20⁰⁰;
 - 2) udzielanie indywidualnych świadczeń związanych z rehabilitacją, fizykoterapią, kinezyterapią, zgodnie z wymogami ustawy o ubezpieczeniu zdrowotnym;
 - 3) dbanie o właściwy poziom świadczonych usług poprzez systematyczne podnoszenie kwalifikacji;
 - 4) prowadzenie właściwej dokumentacji danych pacjentów oraz dokumentacji medycznej świadczonych usług;
 - 5) stała współpraca z oddziałami w zakresie szkoleń i konsultacji i zleceń;
 - 6) prowadzenie dokumentacji chorego;
 - 7) prowadzenie wewnętrznego archiwum.
7. Do zakresu działania **Poradni zdrowia psychicznego**, którą kieruje wyznaczony przez Dyrektora Kierownik, należy:
 - 1) praca od poniedziałku do piątku w godzinach 8⁰⁰ – 20⁰⁰;
 - 2) udzielanie indywidualnych świadczeń specjalistycznych i kontrolnych każdemu zgłaszającemu się pacjentowi, zgodnie z przepisami;
 - 3) przyjmowanie do leczenia psychiatrycznego bez skierowania;
 - 4) dbanie o właściwy poziom świadczonych usług poprzez systematyczne podnoszenie kwalifikacji;
 - 5) prowadzenie właściwej dokumentacji danych pacjentów oraz dokumentacji medycznej świadczonych usług;
 - 6) prowadzenie dokumentacji chorego.

III. Samodzielne stanowiska

1. Udzielanie porad przez Lekarza ds. profilaktyki, do którego zadań należy:
 - 1) prowadzenie badań wstępnych, okresowych i kontrolnych dla kandydatów oraz pracowników Podmiotu;
 - 2) wydawanie orzeczeń o zdolności do pracy;
 - 3) prowadzenie profilaktyki zdrowotnej pracowników;
 - 4) współpraca z Głównym specjalistą bhp i ppoż. w zakresie przeciwdziałania powstawaniu chorób zawodowych i wypadków w pracy.
2. Do zakresu obowiązków samodzielnego stanowiska Głównego Specjalisty ds. Marketingu i Rozwoju należy realizacja zadań związanych ze strategią działania, marketingiem i rozwojem podmiotu w tym w szczególności:

REGULAMIN ORGANIZACYJNY

- 1) identyfikacja i analiza problemów strategicznych, gospodarczych i finansowych oraz rekomendowanie rozwiązań,
- 2) ustalanie form i kierunków działania w zakresie marketingu, koordynacja tych działań,
- 3) identyfikowanie szans rynkowych w zakresie opracowywania nowych kierunków rozwoju, współpraca przy opracowywaniu rocznych i wieloletnich planów rozwoju,
- 4) przeprowadzanie analiz i badań rynkowych,
- 5) dbałość o dobry wizerunek szpitala,
- 6) analiza i rozpatrywanie skarg i wniosków zgodnie z ustalonymi procedurami postępowania w tym m.in.:
 - a) prowadzenie postępowania wyjaśniającego,
 - b) udział w pracach Komisji ds. rozpatrywania skarg i wniosków jako przewodniczący,
 - c) przygotowywanie odpowiedzi,
 - d) wskazywanie działań korygujących i naprawczych,
- 7) podejmowanie działań z zakresu public relations w tym:
 - a) współpraca z klientami zewnętrznymi w zakresie działalności promocyjnej i marketingowej,
 - b) reprezentowanie szpitala na zewnątrz w ramach działalności promocyjnej i marketingowej,
 - c) sprawowanie funkcji rzecznika prasowego, przygotowywanie materiałów informacyjnych,
 - d) współpraca z prasą i innymi mediami, sugerowanie tematów, dobór, przygotowywanie i dostarczanie materiałów dla mediów, organizacja konferencji oraz innych spotkań,
 - e) projektowanie kampanii reklamowych,
 - f) pozyskiwanie sponsorów.
- 8) podejmowanie działań z zakresu zmian kultury organizacyjnej w tym:
 - a) tworzenie i wprowadzanie elementów identyfikacji podmiotu ze szczególnym naciskiem na topografię, kształt architektoniczny, wystrój wnętrz, tablice informacyjne, szyldy firmowe, stroje służbowe i inne artefakty,
 - b) udział w tworzeniu elementów systemu komunikacji wewnętrznej i zewnętrznej szpitala, opracowywanie, wdrażanie i nadzór nad procedurami przepływu informacji,
 - c) budowanie projektów zaangażowania pracowników; organizowanie imprez i wydarzeń specjalnych (spotkań firmowych, jubileuszy, edukacja pracowników w zakresie odpowiedzialności za biznes),
- 9) podejmowanie działań związanych z sytuacjami kryzysowymi w tym w szczególności opracowywanie strategii działania.

IV. Komórki Administracyjne

1. Do zadań **Działu rozliczeń usług medycznych i statystyki**, którym kieruje wyznaczony przez Dyrektora kierownik, należy:
 - 1) rozliczanie i wystawianie faktur za udzielone świadczenia zdrowotne na podstawie umów z NFZ;

REGULAMIN ORGANIZACYJNY

- 2) rozliczanie i wystawianie faktur za udzielone świadczenia zdrowotne na podstawie umów zawartych z podmiotami zewnętrznymi;
 - 3) wystawianie faktur za świadczenia medyczne pacjentom;
 - 4) sprawdzanie pod względem merytorycznym rachunków obciążających Podmiot za usługi medyczne świadczone na rzecz Podmiotu;
 - 5) sporządzanie ofert w zakresie konkursów ogłaszanych przez NFZ;
 - 6) sporządzanie ofert w zakresie konkursu ofert lub zapytań ofertowych dla podmiotów zewnętrznych;
 - 7) sporządzanie zapytań ofertowych i zawieranie umów z podmiotami zewnętrznymi na usługi medyczne świadczone na rzecz Podmiotu;
 - 8) ewidencjonowanie w systemie komputerowym ruchu chorych w zakładzie leczniczym Lecznictwo Stacjonarne, a także na poszczególnych oddziałach;
 - 9) ewidencjonowanie zgonów;
 - 10) przekazywanie kart zgłoszenia nowotworu złośliwego;
 - 11) sporządzanie sprawozdań dotyczących udzielanych świadczeń zdrowotnych do GUS i innych instytucji;
 - 12) sporządzanie sprawozdań z wykonywanych przez Podmiot świadczeń medycznych;
 - 13) korespondencja z NFZ w sprawie realizacji i rozliczeń umów;
 - 14) obsługa składnicy akt dokumentacji medycznej i ogólnozakładowej;
 - 15) przechowywanie i udostępnianie dokumentacji medycznej pacjentom oraz instytucjom zewnętrznym zgodnie z obowiązującymi przepisami;
 - 16) inicjowanie brakowania dokumentacji niearchiwalnej, udział w komisyjnym jej brakowaniu oraz przekazywanie dokumentacji do zniszczenia;
 - 17) zbieranie zamówień od lekarzy na recepty, zamawianie, przechowywanie i rozdział recept zgodnie z zamówieniem.
2. Do zadań **Działu informatyki**, którym kieruje wyznaczony przez Dyrektora kierownik należy:
- 1) administrowanie siecią komputerową, konfiguracja serwerów, stacji roboczych, drukarek, dołączanie nowych użytkowników, nadawanie uprawnień, usuwanie awarii systemu, tworzenie kopii zapasowych systemu;
 - 2) nadzór nad programami użytkowymi, współpraca z dostawcami oprogramowania używanego w Podmiocie;
 - 3) okresowa konserwacja i diagnostyka sieci teleinformatycznej, utrzymywanie ciągłości pracy;
 - 4) diagnostyka i lokalizacja uszkodzeń, zlecanie napraw, modernizacja sprzętu, urządzeń peryferyjnych oraz aktywnych urządzeń sieci;
 - 5) współpraca z gwarantami sprzętu;

§ 8

1. **Naczelną Pielęgniarkę** podlega bezpośrednio Dyrektorowi.
2. W skład pionu Naczelnej Pielęgniarki wchodzi komórki organizacyjne: Centralna Sterylizacja, Blok operacyjny z pododdziałem pooperacyjnym.

REGULAMIN ORGANIZACYJNY

3. Naczelną Pielęgniarką jest bezpośrednim przełożonym dla: Pielęgniarek Oddziałowych/Koordynujących pracujących w komórkach organizacyjnych przedsiębiorstw, Kierownika Bloku operacyjnego, Kierownika Centralnej Sterylizacji, Dietetyka i Pielęgniarki epidemiologicznej.
4. Do zakresu działania Naczelnej Pielęgniarki należy nadzór nad pracą Centralnej Sterylizacji, Pielęgniarki epidemiologicznej, organizacją pracy pielęgniarek, położnych a w szczególności:
 - 1) nadzór merytoryczny nad pracą podległego jej personelu;
 - a) pielęgniarek i położnych;
 - b) średniego personelu medycznego;
 - c) innego średniego personelu na stanowiskach sekretarek, rejestratorek;
 - d) personelu niższego na stanowiskach salowych gospodarczo-kuchenkowych, salowych;
 - e) Centralnej Sterylizacji z pracownikami na stanowiskach sterylizatorów;za pośrednictwem bezpośrednich przełożonych wymienionych w ust.3;
 - 2) nadzór nad optymalnym zabezpieczeniem obsady kadrowej personelu średniego i niższego w poszczególnych komórkach organizacyjnych i właściwym wykorzystaniem czasu pracy zgodnie z minimalnymi normami zatrudnienia oraz odpowiedzialność za zapewnienie aktualnych norm zatrudnienia;
 - 3) współpraca z jednostkami organizacyjnymi Podmiotu w zakresie spraw dotyczących podległego personelu;
 - 4) dokonywanie okresowej analizy i oceny pracy personelu średniego;
 - 5) opiniowanie i wnioskowanie w sprawach awansów, nagród i kar oraz płac;
 - 6) dbanie o właściwą jakość świadczonych usług wspomagających działalność pionu;
 - 7) opracowywanie standardów i instrukcji postępowania, zakresów czynności;
 - 8) nadzór nad przestrzeganiem praw pacjenta i pełnienie funkcji Rzecznika Praw Pacjenta;
 - 9) nadzór nad zużyciem środków i sprzętu służących w procesie pielęgnacji chorych;
 - 10) nadzór nad żywieniem pacjentów;
 - 11) współudział w planowaniu zaopatrzenia w środki i aparaturę medyczną;
 - 12) odpowiedzialność za stan sanitarno-epidemiologiczny w Podmiocie oraz upoważnienie do podejmowania kontroli TSSE, uczestnictwa w kontrolach TSSE, podpisywania protokołów pokontrolnych TSSE i udzielania odpowiedzi na zalecenia pokontrolne TSSE;
 - 13) nadzór nad prowadzeniem różnych form doszkalcenia w celu podnoszenia poziomu fachowego podległego personelu;
 - 14) nadzór nad darowiznami dla Podmiotu;
 - 15) współpraca z wolontariuszami świadczącymi usługi dla Podmiotu.

REGULAMIN ORGANIZACYJNY

5. Do zakresu działania **Centralnej Sterylizacji**, którą kieruje wyznaczony przez Dyrektora kierownik podlegający bezpośrednio Naczelnej Pielęgniarce, należy:
- 2) sterylizowanie materiału operacyjnego, bielizny i narzędzi;
 - 3) przechowywanie materiału i sprzętu sterylnego;
 - 4) kontrola i dokumentowanie skuteczności procesu sterylizacji każdego cyklu;
 - 5) monitorowanie i prowadzenie dokumentacji parametrów fizycznych procesu sterylizacji;
 - 6) prowadzenie obowiązującej dokumentacji.
6. Do zakresu działania **Pielęgniarki epidemiologicznej** podlegającej bezpośrednio Naczelnej Pielęgniarce należy:
- 1) nadzór nad stanem sanitarno – higienicznym Podmiotu polegający na kontroli przestrzegania regulaminów dotyczących tego zagadnienia;
 - 2) zapobieganie i zwalczanie zakażeń szpitalnych polegających na:
 - a) zgłaszaniu zakażeń szpitalnych do TSSE;
 - b) współpracy z lekarzem epidemiologiem TSSE;
 - c) przeprowadzaniu wspólnie z Zespołem Kontroli Zakażeń Zakładowych i z personelem oddziałów dochodzenia epidemiologicznego łącznie z wysyłaniem pobranych prób do badań laboratoryjnych dla ustalenia źródła zakażenia, rozpoznaniu dróg szerzenia się zakażenia oraz ustalaniu zasad unieszkodliwienia źródła zakażenia, przecięcia dróg szerzenia się zakażenia;
 - d) opracowaniu procedur higieniczno – sanitarnych w trakcie leczenia pacjentów;
 - e) okresowej analizie stosowania antybiotyków poszczególnych oddziałach we współpracy z fachowym personelem Apteki;
 - f) nadzór nad szczepieniami przeciwko WZW B;
 - g) nadzór nad wykonywaniem mikrobiologicznych badań personelu medycznego;
 - 3) zapobieganie i zwalczanie chorób zawodowych i innych zachorowań personelu.
7. Do zadań **Bloku Operacyjnego z Pododdziałem Pooperacyjnym**, którym kieruje powołany przez Dyrektora kierownik, należy:
- a. praca na rzecz oddziałów zabiegowych Podmiotu: Oddziału chirurgii i urologii dziecięcej z Pododdziałem leczenia oparzeń, Oddziału chirurgii urazowo-ortopedycznej, Oddziału otolaryngologicznego, Oddziału Neurochirurgicznego, Oddziału Okulistyki, udostępniając personel, sale i sprzęt;
 - b. tworzenie tymczasowych zespołów zadaniowo-operacyjnych, w których lekarz operator uzyskuje uprawnienia do kierowania pozostałymi członkami zespołu oraz pełni nadzór merytoryczny nad całością zadania; członkowie zespołu zobowiązani są do wykonywania poleceń lekarza operatora, który jest odpowiedzialny za całokształt przebiegu zabiegu operacyjnego łącznie z dokumentacją i sprawozdawczością;
 - c. utrzymywanie całodobowej gotowości do wykonywania zabiegów operacyjnych;
 - d. koordynowanie działań zespołów w zakresie planowanych zabiegów operacyjnych;
 - e. ścisła współpraca z Centralną Sterylizacją;

REGULAMIN ORGANIZACYJNY

- f. przestrzeganie na bloku operacyjnym reżimu sanitarno-epidemiologicznego zgodnie z obowiązującymi przepisami;
- g. współpraca z ordynatorami/kierownikami oddziałów zabiegowych w zakresie opracowywania planów operacyjnych dla bloku operacyjnego;
- h. stosowny system pracy personelu pielęgniarskiego;
- i. dbanie o należyte przygotowanie i zaopatrzenie sal operacyjnych w sprzęt i leki, materiały operacyjne oraz należytą konserwację sprzętu;
- j. planowe zabiegi operacyjne rozpoczynają się o godzinie 8³⁰;
- k. przestrzeganie zakazu przebywania na bloku operacyjnym osób postronnych, w tym przedstawicieli ustawowych pacjentów (na bloku operacyjnym mogą przebywać tylko pracownicy zatrudnieni, osoby pracujące w ramach umów cywilno-prawnych, służby eksploatacyjno-remontowe wewnętrzne i zewnętrzne zgodnie z zawartymi umowami, osoby nadzorujące pracę w Podmiocie oraz członkowie zespołów operacyjnych);
- l. systematycznie i dokładnie prowadzenie dokumentacji medycznej wg obowiązujących przepisów.

§ 9

- 1. **Zastępca Dyrektora ds. Administracyjno-Eksploatacyjnych** podlega bezpośrednio Dyrektorowi.
- 2. Nadzoruje i odpowiada za pracę podległych mu działów.
- 3. Opracowuje szczegółowe zakresy obowiązków kierowników podległych komórek organizacyjnych.
- 4. W skład pionu Zastępcy Dyrektora ds. Administracyjno-Eksploatacyjnych wchodzi:
 - 1) Dział organizacji w skład którego wchodzi sekretariat;
 - 2) Dział techniczny w tym warsztat;
 - 3) Dział zamówień publicznych;
 - 4) Dział administracji i zaopatrzenia, w skład którego wchodzi: magazyny, transport, obsługa gospodarcza.
- 5. We współpracy z Główną Księgową Zastępca Dyrektora ds. Administracyjno-Eksploatacyjnych organizuje i prowadzi działalność planistyczną w tym:
 - 1) opracowuje plany inwestycyjne i rzeczowo-finansowe działalności Podmiotu, nadzoruje ich realizację w terminach przyjętych w wewnętrznych planach pracy;
 - 2) analizuje koszty i wskazuje działania minimalizujące wydatki;
 - 3) we współpracy z Głównym Księgowym nadzoruje system rozliczeń umów zakupowych i inwestycyjnych w tym dotacyjnych i wykonawczych zawieranych przez Podmiot;
 - 4) nadzoruje opracowanie Planu Zamówień Publicznych oraz nadzoruje postępowania o udzielenie zamówień publicznych zgodnie z obowiązującym stanem prawnym;
 - 5) opracowywanie kompleksowych i wycinkowych analiz w oparciu o dane statystyczne, ekonomiczne i finansowe, które wraz z wnioskami mają być przekazywane Dyrektorowi oraz w zależności od potrzeb kierownikom komórek organizacyjnych;
- 6. W zakresie spraw eksploatacyjnych Zastępca Dyrektora ds. Administracyjno – Eksploatacyjnych sprawuje nadzór nad:

REGULAMIN ORGANIZACYJNY

- 1) usuwaniem, w czasie lub bezpośrednio po przeprowadzonej kontroli lub przeglądzie, wszystkich stwierdzonych uszkodzeń i usterek oraz uzupełnienie braków, które mogłyby spowodować zagrożenie bezpieczeństwa pacjentów, pracowników oraz mienia Podmiotu;
 - 2) sprawuje nadzór i prowadzi kontrolę zabezpieczenia budynków, usuwania usterek i uzupełniania braków w wyposażeniu i urządzeniach;
 - 3) rozliczaniem kosztów eksploatacji na poszczególne jednostki Podmiotu;
 - 4) sprawami związanymi z zawieraniem umów najmu i dzierżawy obiektów, pomieszczeń.
Kontroluje dokumenty związane z kosztami utrzymania obiektów własnych i dzierżawionych;
 - 5) działalnością Podmiotu w zakresie zaopatrzenia i gospodarki magazynowej;
 - 6) działalnością gospodarczo-administracyjną;
 - 7) nadzoruje prowadzenie dokumentacji i sprawozdawczości dotyczącej działalności Podmiotu.
5. W zakresie spraw organizacyjnych Zastępca Dyrektora ds. Administracyjno-Eksploatacyjnych, sprawuje nadzór nad:
- 1) obsługą organów kontroli, realizacją zadań pokontrolnych;
 - 2) stanem bezpieczeństwa i higieny pracy, stanem bezpieczeństwa przeciwpożarowego, zadaniami związanymi z obroną cywilną;
 - 3) opracowaniem, dostosowaniem istniejących regulaminów, instrukcji wewnętrznych na potrzeby Podmiotu, zgodnie z obowiązującymi przepisami.
6. Do zakresu działania **Działu organizacji**, którym kieruje wyznaczony przez Dyrektora kierownik należy:
- 1) realizacja bieżących spraw organizacyjnych;
 - 2) przygotowywanie regulaminów wewnętrznych, instrukcji, zarządzeń we współpracy z Radcami prawnymi;
 - 3) we współpracy z Radcami prawnymi prowadzenie spraw związanych z rejestracją Podmiotu;
 - 4) prowadzenie spraw związanych z wszelkimi zmianami organizacyjnymi i strukturalnymi we współpracy z Radcami prawnymi;
 - 5) opracowanie propozycji i zmian w Instrukcji kancelaryjnej;
 - 6) stała współpraca z Radcami prawnymi, przekazywanie informacji, opinii oraz interpretacji przepisów do jednostek organizacyjnych Podmiotu;
 - 7) obsługa Rady Społecznej, przygotowywanie materiałów i projektów uchwał we współpracy z Radcami prawnymi;
 - 8) koordynowanie przepływu informacji, decyzji i zarządzeń Dyrektora;
 - 9) koordynowanie i prowadzenie dokumentacji dotyczącej sprawozdawczości Podmiotu;
 - 10) współpraca z osobami kontrolującymi Podmiot;
 - 11) nadzór, koordynacja i ewentualna realizacja wniosków pokontrolnych;
 - 12) koordynacja opracowywania harmonogramów przedsięwzięć podejmowanych przez Podmiot i ewentualny nadzór nad realizacją;
 - 13) prowadzenie rejestru umów zawieranych przez Podmiot.
7. Do zakresu działań **Sekretariatu**, który podlega kierownikowi Działu Organizacji, należy:
- 1) przyjmowanie, rozdzielanie, ewidencjonowanie, redagowanie kolportowanie korespondencji wewnętrznej w oparciu o Instrukcję kancelaryjną;

REGULAMIN ORGANIZACYJNY

- 2) przestrzeganie Instrukcji kancelaryjnej;
 - 3) prowadzenie rejestrów spraw wg katalogu chronologicznego i tematycznego;
 - 4) prowadzenie rejestru skarg i wniosków zgodnie z przepisami;
 - 5) przygotowywanie i prowadzenie dokumentacji Dyrektora i jego zastępców;
 - 6) obsługa recepcyjna Dyrektora i jego zastępców.
8. Do zakresu działania **Działu technicznego**, którym kieruje wyznaczony przez Dyrektora kierownik, należy:
- 1) przyjmowanie do eksploatacji obiektów przeznaczonych na działalność Podmiotu;
 - 2) nadzór nad przekazywaniem do eksploatacji urządzeń technicznych i sprzętu medycznego, zakupionego w ramach inwestycji bądź otrzymanego od innych jednostek;
 - 3) przeprowadzanie okresowych kontroli (co najmniej raz w roku) stanu technicznego elementów budynków, budowli i instalacji narażonych na szkodliwe wpływy atmosferyczne oraz niszczące działanie czynników powstających podczas użytkowania obiektu, przeglądów sprawności technicznej i wartości użytkowej całych obiektów budowlanych zgodnie z obowiązującymi przepisami w tym zakresie;
 - 4) usuwanie w czasie lub bezpośrednio po przeprowadzonej kontroli lub przeglądzie wszystkich stwierdzonych uszkodzeń i usterek oraz uzupełnienie braków, które mogłyby spowodować zagrożenie bezpieczeństwa pacjentów, pracowników oraz mienia Podmiotu;
 - 5) prowadzenie gospodarki energetycznej obejmującej zagadnienia, co, cw, zimnej wody, gazu oraz energii elektrycznej;
 - 6) ustalanie potrzeb modernizacyjnych, remontowych i konserwacyjnych, opracowywanie planów inwestycyjnych w ramach budżetu Podmiotu, opracowanie sprawozdań i informacji o realizacji planów inwestycyjnych;
 - 7) udział w procedurach przetargowych związanych z wyłanianiem dostawców usług w zakresie projektowania i wykonawstwa modernizacji, remontów i konserwacji zgodnie z ustawą Prawo zamówień publicznych;
 - 8) sprawowanie nadzoru technicznego nad wykonawstwem robót remontowych;
 - 9) dokonywanie odbioru robót remontowych, konserwacyjnych i modernizacyjnych;
 - 10) przyjmowanie i realizacja zgłoszeń służb medycznych, gospodarczych i obsługi w sprawach uszkodzeń, usterek, wadliwego funkcjonowania urządzeń i instalacji oraz sprzętu medycznego, bądź elementów obiektów budowlanych;
 - 11) prowadzenie podręcznego magazynu narzędzi i materiałów na bieżące potrzeby konserwacyjne i naprawcze;
 - 12) prowadzenie dla każdego budynku dokumentacji obiektu budowlanego oraz kompletowanie i przechowywanie dokumentów dotyczących obiektów budowlanych w zakresie ustalonym w ustawie Prawo budowlane i przepisach wykonawczych;
 - 13) obsługa techniczno-eksploatacyjna obiektów Podmiotu w zakresie zapewnienia sprawności urządzeń poprzez własnych pracowników lub obce jednostki wyłonione w trybie przewidzianym przepisami;
 - 14)) rozliczanie kosztów eksploatacji na poszczególne komórki Podmiotu;
 - 15) prowadzenie paszportów technicznych dla sprzętu i aparatury medycznej;

REGULAMIN ORGANIZACYJNY

- 16) prowadzenie ewidencji sprzętu medycznego i innego, który przekazany został do naprawy poza obręb Podmiotu;
 - 17) prowadzenie całokształtu zagadnień dotyczących przyjęcia i wycofania środków trwałych z eksploatacji i terminowe przekazywanie do księgowości dokumentacji z tym związanej;
 - 18) analizowanie kosztów remontów i konserwacji, oraz wybór najbardziej efektywnych form ich prowadzenia;
 - 19) uczestniczenie w odbiorach technicznych inwestycji;
 - 20) organizowanie profilaktycznej działalności przeciwwawaryjnej;
 - 21) prowadzenie sprawozdawczości zgodnie z obowiązującymi wymogami i przepisami.
9. Do zakresu działań **Działu zamówień publicznych**, którym kieruje wyznaczony przez Dyrektora kierownik należy:
- 1) działanie w oparciu o Regulamin Udzielania Zamówień Publicznych i Regulamin Pracy Komisji Przetargowej;
 - 2) przyjmowanie i rejestracja wniosków o wszczęcie procedury o udzielenie zamówienia publicznego, zgłaszanych przez komórki organizacyjne Podmiotu na dostawy towarów, usługi i roboty budowlane;
 - 3) współpraca przy opracowywaniu planów zakupów towarów, usług i robót budowlanych przez komórki organizacyjne Podmiotu;
 - 4) określanie trybu realizacji zamówień zgodnie z ustawą Prawo zamówień publicznych;
 - 5) przeprowadzenie procedury realizacji zamówień zgodnie z ustawą Prawo zamówień publicznych;
 - 6) prowadzenie, gromadzenie i przechowywanie niezbędnej dokumentacji związanej z przeprowadzonymi procedurami o udzielenie zamówienia publicznego;
 - 7) koordynacja prac związanych z prowadzonymi postępowaniami o udzielenie zamówienia publicznego, w tym organizowanie i udział w komisjach przetargowych;
 - 8) terminowe przekazywanie informacji do Urzędu Zamówień Publicznych;
 - 9) gromadzenie i nadzór nad dokumentacją dotyczącą zamówień publicznych zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami.
10. Do zakresu działań **Działu administracji i zaopatrzenia**, którym kieruje wyznaczony przez Dyrektora kierownik należy:
- 1) administrowanie budynkami i pomieszczeniami wykorzystywanymi na potrzeby Podmiotu, utrzymywanie ich we właściwym stanie sanitarnym z zachowaniem warunków bhp i p.poż.;
 - 2) wyposażanie wszelkich pomieszczeń Podmiotu w niezbędny sprzęt, meble i urządzenia;
 - 3) obsługa centrali telefonicznej;
 - 4) zapewnienie właściwego oznakowania budynków i pomieszczeń Podmiotu zgodnie z przyjętym systemem informacji wizualnej;
 - 5) przeprowadzanie dezynfekcji, dezynsekcji i deratyzacji odpowiednio do potrzeb lub zarządzeń;
 - 6) ewidencja wydanych pracownikom środków ochrony osobistej, odzieży i obuwia;
 - 7) organizowanie usług transportowych dla Podmiotu w ramach posiadanych środków transportu;
 - 8) prowadzenie bieżącej konserwacji zieleni i drzewostanu;

REGULAMIN ORGANIZACYJNY

- 9) utrzymywanie właściwego porządku i czystości na terenie Podmiotu, a w okresie zimowym usuwanie śniegu na ciągach pieszych i drogach wewnętrznych;
- 10) nadzór i organizacja pracy obsługi gospodarczej;
- 11) realizacja zakupów z uwzględnieniem zasad postępowania przy zamówieniach publicznych; analiza potrzeb i zasadności realizacji zakupów we współpracy z Naczelną Pielęgniarką;
- 12) kontrola dokumentów finansowych na dostawy pod względem merytorycznym i ich terminowe dostarczanie do rozliczeń finansowych zgodnie z zawartymi umowami;
- 13) organizowanie i prowadzenie gospodarki magazynowej;
- 14) gospodarka odpadami powstającymi na terenie Podmiotu zgodnie z obowiązującymi przepisami;
- 15) wysyłanie korespondencji zewnętrznej;
- 16) dokumentowanie obrotu materiałowego według instrukcji obiegu dowodów magazynowych;
- 17) udział w przeprowadzaniu postępowań o udzielenie zamówień publicznych;
- 18) nadzór nad sprawami dotyczącymi najmu powierzchni, zawieraniem i realizacją umów.

§ 10

1. **Główny Księgowy** podlega bezpośrednio Dyrektorowi.
2. Opracowuje, nadzoruje, aktualizuje i odpowiada za realizację polityki rachunkowości zgodnej z ustawą o rachunkowości i wszelkich instrukcji dotyczących dyscypliny finansowej.
3. Przygotowuje i nadzoruje realizację Planu Finansowego Podmiotu.
4. Ponosi odpowiedzialność wynikającą z zapisów ustawy o finansach publicznych, dyscyplinie finansów publicznych oraz odpowiedzialności za naruszenie dyscypliny finansów publicznych.
5. Ma prawo do pozyskiwania wszelkich informacji potrzebnych do podejmowania decyzji wynikających z zakresu obowiązków Głównego Księgowego.
6. Nadzoruje i odpowiada za pracę podległego mu pionu składającego się z Działu ekonomiczno – finansowego, w którego skład wchodzi:
 - 1) Rachuba płac,
 - 2) Koszty,
 - 3) Księgowość,
 - 4) Inwentarz,
 - 5) Kasa.
7. Tworzy zakresy obowiązków podległego personelu.
8. Do zakresu działania Pionu **Głównego Księgowego** należy:
 - 1) opracowanie, nadzór i odpowiedzialność za realizację polityki rachunkowości w Podmiocie zgodnie z przepisami w tym zakresie;
 - 2) prowadzenie rachunkowości jednostki zgodnie z obowiązującymi przepisami i zasadami;
 - 3) sporządzanie, przyjmowanie, archiwizowanie i kontrola dokumentów księgowych;
 - 4) sporządzanie kalkulacji wynikowych kosztów wykonywanych usług;
 - 5) prowadzenie ewidencji majątku podmiotu w tym środków trwałych i wyposażenia;
 - 6) terminowe sporządzanie sprawozdawczości i terminowe przekazywanie obowiązujących sprawozdań;

REGULAMIN ORGANIZACYJNY

- 7) bieżące i prawidłowe prowadzenie księgowości w sposób umożliwiający, terminowe rozliczanie osób materialnie odpowiedzialnych za mienie będące w posiadaniu Podmiotu oraz poprawne dokonywanie rozliczeń finansowych oraz egzekucja należności;
- 8) prowadzenie gospodarki finansowej zgodnie z obowiązującymi zasadami;
- 9) wykonywanie dyspozycji środkami pieniężnymi zgodnie z przepisami dotyczącymi zasad rachunkowości w przedsiębiorstwie oraz innych ustaw w tym Prawo zamówień publicznych;
- 10) zapewnienie pod względem finansowym prawidłowości umów zawieranych przez Podmiot;
- 11) przestrzeganie zasad rozliczeń pieniężnych i ochrony wartości pieniężnych;
- 12) ochrona danych osobowych Podmiotu;
- 13) nadzorowanie całokształtu prac z zakresu rachunkowości, wykonywanych przez poszczególne jednostki w innych pionach;
- 14) zapewnienie terminowego ściągania należności i dochodzenia roszczeń spornych oraz spłaty zobowiązań;
- 15) dokonywanie w ramach kontroli wewnętrznej:
 - a) wstępnej, bieżącej i następnej kontroli funkcjonalnej w oparciu o obowiązujące w Podmiocie procedury;
 - b) wstępnej kontroli legalności dokumentów dotyczących wykonywania planów zadań finansowych i rzeczowych oraz ich zmian;
 - c) kontroli operacji gospodarczych Podmiotu;
- 16) analiza wykorzystania środków pozyskiwanych przez Podmiot;
- 17) rozliczanie finansowe środków otrzymanych z dotacji w tym:
 - a) dochowanie warunków zawartych w umowach;
 - b) składana w terminie sprawozdawczość cząstkowa i końcowa;
- 18) ustalanie i terminowe regulowanie zobowiązań publiczno-prawnych;
- 19) prowadzenie kasy zgodnie z Instrukcją kasową wprowadzoną zarządzeniem Dyrektora;
- 20) przygotowywanie projektów przepisów wewnętrznych wydawanych przez Dyrektora, a dotyczących prowadzenia rachunkowości, kalkulacji kosztów oraz sprawozdawczości finansowej;
- 21) prowadzenie zakładowego planu kont w tym:
 - a) kalkulacji i rozliczania kosztów w myśl wymogów określonych przez odpowiednie przepisy;
 - b) obiegu dowodów księgowych;
 - c) zasad przeprowadzania i rozliczania inwentaryzacji składników majątkowych;
- 22) organizowanie i prowadzenie działalności Rachuby płac, a w szczególności:
 - a) zorganizowanie i prowadzenie całokształtu spraw Rachuby płac związanych ze sporządzaniem list płac dla pracowników z tytułu umów o pracę, umów zlecenia dla osób fizycznych, naliczaniem wynagrodzeń, podatku dochodowego od osób fizycznych, świadczeń ZUS, zasiłków;
 - b) rozliczanie i terminowe przekazywanie podatku oraz składek ZUS a także innych zobowiązań z tytułu dokonanych potrąceń z wynagrodzeń pracowników;

REGULAMIN ORGANIZACYJNY

- c) prowadzenie całokształtu rozliczeń finansowych z ZUS o zarobkach uzyskanych w czasie zatrudnienia w Podmiocie;
 - d) dokonywanie terminowo rozliczeń w urzędzie skarbowym w myśl odpowiednich przepisów z tytułu podatku dochodowego od osób fizycznych;
- 23) zorganizowanie i bieżące prowadzenie czynności z zakresu inwentaryzacji ciągłej rzeczowych i pieniężnych składników majątkowych, w tym:
- a) prowadzenie ksiąg inwentarzowych;
 - b) uzgadnianie zapisów w księgach inwentarzowych prowadzonych w komórkach organizacyjnych Podmiotu;
 - c) rozliczanie osób odpowiedzialnych materialnie;
 - d) prowadzenie ewidencji wyposażenia będącego w użytkowaniu.

§11

1. W skład pionu **Samodzielne stanowiska** wchodzi: Radcy prawni, Pełnomocnik Dyrektora ds. Zarządzania Jakością, Główny Specjalista ds. BHP i p.poż, Inspektor Ochrony Radiologicznej.
2. Samodzielne stanowiska pracy podlegają bezpośrednio Dyrektorowi.
3. Do zadań **Radców prawnych** należy obsługa prawna Podmiotu w szczególności:
 - 1) udzielanie opinii prawnych oraz wyjaśnień w zakresie stosowania prawa;
 - 2) uczestniczenie w projektowaniu umów i przygotowywaniu umów własnych;
 - 3) nadzór prawny nad egzekucją należności i zobowiązań;
 - 4) reprezentowanie Podmiotu przed sądami i urzędami;
 - 5) udzielanie informacji o obowiązujących przepisach prawa;
 - 6) przygotowanie zarządzeń wewnętrznych wynikających z wchodzących w życie nowych lub znowelizowanych aktów prawnych;
 - 7) egzekucja należności i zobowiązań Podmiotu.
 - 8) interpretowanie przepisów prawa dla potrzeb Podmiotu.
4. Do zadań samodzielnego stanowiska **Pełnomocnika Dyrektora ds. Zarządzania Jakością** należy:
 - 1) nadzorowanie działania systemu zarządzania jakością;
 - 2) planowanie auditów i organizowanie pracy auditorów;
 - 3) sprawowanie funkcji koordynatora Zarządzania Ryzykiem;
 - 4) monitorowanie stwierdzonych niezgodności oraz nadzór nad realizacją działań korygujących i zapobiegawczych;
 - 5) przedstawianie Dyrektorowi i jego zastępcom sprawozdań dotyczących funkcjonowania Systemu Zarządzania Jakością i wszelkich potrzeb związanych z doskonaleniem tego systemu;
 - 6) współpraca z firmami konsultingowymi, szkoleniowymi i certyfikującymi;
 - 7) nadzór nad dokumentacją systemu ISO.
5. Do zadań samodzielnego stanowiska **Główny Specjalista BHP i ppoż** należy:
 - 1) przeprowadzanie kontroli warunków pracy oraz zasad przestrzegania przepisów bhp i ppoż., bieżące informowanie o stwierdzonych zagrożeniach wraz z wnioskami zmierzającymi do ich usunięcia;
 - 2) udział w opracowywaniu planów zapewniających poprawę warunków bhp i ppoż.;

REGULAMIN ORGANIZACYJNY

- 3) udział w przekazywaniu do użytku modernizowanych, adaptowanych i remontowanych budynków i pomieszczeń;
 - 4) udział w opracowywaniu wewnętrznych zarządzeń, instrukcji dotyczących bhp i ppoż. oraz ustalaniu zadań kierowników komórek organizacyjnych w zakresie bhp i ppoż;
 - 5) udział w dochodzeniu wypadkowym, prowadzenie dokumentacji wypadkowej, stwierdzonych zachorowań na choroby zawodowe;
 - 6) współpraca z Lekarzem ds. profilaktyki w sprawie charakterystyk stanowisk pracy, warunków pracy, badań profilaktycznych;
 - 7) organizacja szkoleń bhp i ppoż.;
 - 8) współpraca ze społeczną inspekcją pracy i związkami zawodowymi w przedsięwzięciach mających na celu poprawę warunków pracy;
 - 9) zgłaszanie wniosków o wyłączenie z użytkowania instalacji, urządzeń lub aparatury;
 - 10) przeprowadzanie kontroli warunków pracy oraz zasad przestrzegania przepisów p.pož., bieżące informowanie o stwierdzonych zagrożeniach wraz z wnioskami zmierzającymi do ich usunięcia;
 - 11) sprawowanie nadzoru nad rozmieszczeniem, sprawnością i konserwacją sprzętu p.pož., oznakowaniem i utrzymaniem we właściwym stanie dróg ewakuacyjnych;
 - 12) opracowywanie i aktualizowanie instrukcji alarmowania na wypadek powstania pożarów.
6. Do zadań samodzielnego stanowiska **Inspektora Ochrony Radiologicznej** należy:
- 1) Przygotowywanie i uzgadnianie projektów wewnętrznych aktów prawnych normalizujących realizację zadań związanych z bezpieczeństwem jądrowym i ochroną radiologiczną,
 - 2) Wykonywanie obowiązków inspektora ochrony radiologicznej, w tym w szczególności:
 - a. opracowanie, wdrożenie i zmiany programu zapewnienia jakości, instrukcji pracy w narażeniu na promieniowanie, planu postępowania awaryjnego w razie zdarzenia radiacyjnego,
 - b. wewnętrzny nadzór nad przestrzeganiem wymagań ochrony radiologicznej,
 - c. nadzór nad przestrzeganiem prowadzenia działalności według instrukcji pracy,
 - d. nadzór nad dopuszczaniem aparatury do pracy pod względem ochrony radiologicznej i bezpieczeństwa jądrowego,
 - e. nadzór nad spełnianiem warunków dopuszczających pracowników do zatrudnienia w zakresie bezpieczeństwa jądrowego i ochrony radiologicznej,
 - f. prowadzenie dokumentacji dotyczącej bezpieczeństwa jądrowego i ochrony radiologicznej, w tym dotyczącej pracowników i innych osób,
 - g. szkolenie pracowników i innych osób na stanowiskach pracy w narażeniu w zakresie bezpieczeństwa jądrowego i ochrony radiologicznej,
 - h. opracowanie, wdrożenie, zmiany programu pomiarów dozymetrycznych w środowisku pracy,
 - i. dokonywanie pomiarów dozymetrycznych i dawek indywidualnych, prowadzenie odpowiednich rejestrów,
 - j. dokonywanie oceny narażenia na podstawie wyników pomiarów dozymetrycznych i dawek indywidualnych, przedstawianie projektów rozwiązań dot. optymalizacji narażenia,
 - k. ustalanie wyposażenia szpitala w środki ochrony indywidualnej, aparaturę dozymetryczną i pomiarową,

REGULAMIN ORGANIZACYJNY

- l. nadzór nad działaniem aparatury dozymetrycznej, sygnalizacji ostrzegawczej, prawidłowe oznakowanie miejsc pracy ze źródłami promieniowania,
 - m. nadzór nad postępowaniem ze źródłami promieniotwórczymi, materiałami jądrowymi, oraz odpadami promieniotwórczymi,
 - n. tworzenie i realizacja programów szkoleń dot. ochrony radiologicznej,
 - o. współpraca z komisją bezpieczeństwa pracy, służbami bhp i p.poż, lekarzem zakładowym.
- 3) Kontrolowanie jakości aparatów diagnostycznych i terapeutycznych.
 - 4) Nadzorowanie wykonywania testów wewnętrznej kontroli jakości.
 - 5) Przygotowywanie jednostki do certyfikacji zewnętrznej.
 - 6) Tworzenie dokumentacji Zakładu Diagnostyki Obrazowej.
 - 7) Przeprowadzanie jednostki przez odbiór pracowni RTG przez WSSE.
 - 8) Budowę i utrzymanie systemu zapewnienia jakości, w tym tworzenie: instrukcji, procedur, dokumentacji, prowadzenie rejestrów.

§ 12

1. **Dział kadr** podlega bezpośrednio Dyrektorowi. Kieruje nim wyznaczony przez Dyrektora kierownik. Dział kadr pracuje w oparciu o przepisy prawa pracy, ustawę o ochronie danych osobowych w zakresie dotyczącym pracowników.
2. Do zadań działu należy prowadzenie spraw związanych z rekrutacją, zatrudnieniem (w tym nagradzaniem, karaniem, awansowaniem, szkoleniem) i zwalnianiem pracowników oraz kontrolą rozliczania czasu pracy (za harmonogramy pracy, rozliczanie czasu pracy oraz dyscyplinę pracy poszczególnych pracowników odpowiadają bezpośredni przełożeni). W szczególności do zakresu zadań działu należy:
 - 1) w zakresie spraw osobowych i zatrudnienia:
 - a) przygotowanie materiałów i wniosków związanych z zawieraniem i rozwiązywaniem umów o pracę, uposażeniem, zmianą stanowiska pracy;
 - b) prowadzenie: ewidencji pracowników, akt osobowych, ewidencji czasu pracy, spraw związanych z nieobecnością w pracy, wydawanie zaświadczeń o zatrudnieniu;
 - c) rejestrowanie zatrudnianych pracowników, przekazywanie zmian i korekt w danych personalnych, wyrejestrowanie pracowników zwalnianych wg przepisów o ubezpieczeniu społecznym;
 - d) na zlecenie Dyrektora kontrola porządku i dyscypliny pracy oraz przygotowywanie dokumentacji dotyczących nagradzania i karania pracowników;
 - e) naliczanie uprawnień i monitorowanie wykorzystania urlopów wypoczynkowych;
 - f) przygotowywanie dokumentacji dotyczącej nagradzania i karania pracowników;
 - g) załatwianie spraw związanych z przechodzeniem pracowników na emeryturę lub rentę;
 - h) analiza stanu zatrudnienia, obsady osobowej i rozmieszczenia kadr;
 - i) sporządzanie sprawozdań w zakresie zatrudnienia pracowników;
 - j) współpraca z lekarzem ds. profilaktyki w zakresie orzekania o zdolności do pracy na stanowisku;
 - k) współdziałanie z pionem Głównej Księgowej w zakresie wykorzystania funduszu płac;

REGULAMIN ORGANIZACYJNY

- l) współpraca w zakresie spraw pracowniczych z innymi komórkami Podmiotu oraz związkami zawodowymi reprezentującymi pracowników;
- m) ochrona danych osobowych;
- n) prowadzenie korespondencji dotyczącej zatrudnienia pracowników;
- 2) w zakresie działalności socjalnej:
 - a) naliczanie funduszu socjalnego;
 - b) planowanie rozdziału środków funduszu;
 - c) rozliczanie funduszu na koniec roku;
 - d) gromadzenie wniosków dotyczących przyznawania dofinansowania do wypoczynku;
 - e) gromadzenia wniosków dotyczących przyznawania zapomóg;
 - f) gromadzenia wniosków dotyczących przyznawania pożyczek mieszkaniowych;
 - g) sporządzanie umów dotyczących pożyczek mieszkaniowych;
 - h) sporządzanie wykazów pracowników otrzymujących dofinansowanie do wypoczynku;
 - i) stała współpraca z Komisją Socjalną Związków Zawodowych w zakresie ww. spraw;
- 3) w zakresie szkoleń:
 - a) organizowanie szkoleń dotyczących podnoszenia kwalifikacji zawodowych pracowników administracyjnych i obsługi;
 - b) współpraca z Głównym Specjalistą bhp i p.poż. w organizowaniu szkoleń podstawowych i okresowych;
- 4) w zakresie prowadzenia konkursów na udzielanie świadczeń zdrowotnych przez osoby wykonujące zawód medyczny w ramach umów cywilno-prawnych tzw. kontraktów, zgodnie z procedurą systemu zarządzania jakością:
 - a) ogłaszanie konkursów, zbieranie ofert;
 - b) sporządzanie, ewidencjonowanie i przechowywanie umów.

§ 13

1. **Inspektor Ochrony Danych** podlega bezpośrednio Dyrektorowi Szpitala.
2. Do zadań Inspektora Ochrony Danych należy:
 - a) informowanie administratora, podmiotu przetwarzającego oraz pracowników, którzy przetwarzają dane osobowe, o obowiązkach spoczywających na nich na mocy rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. oraz innych przepisów Unii lub państw członkowskich o ochronie danych i doradzanie im w tej sprawie;
 - b) monitorowanie przestrzegania rozporządzenia o którym mowa w punkcie a), innych przepisów Unii lub państw członkowskich o ochronie danych oraz polityk administratora lub podmiotu przetwarzającego w dziedzinie ochrony danych osobowych, w tym podział obowiązków, działania zwiększające świadomość, szkolenia personelu uczestniczącego w operacjach przetwarzania oraz powiązane z tym audyty;
 - c) udzielanie na żądanie zaleceń co do oceny skutków dla ochrony danych oraz monitorowanie jej wykonania zgodnie z art. 35 rozporządzenia o którym mowa w punkcie a);
 - d) współpraca z organem nadzorczym;

REGULAMIN ORGANIZACYJNY

- e) pełnienie funkcji punktu kontaktowego dla organu nadzorczego w kwestiach związanych z przetwarzaniem, w tym z uprzednimi konsultacjami, o których mowa w art. 36 rozporządzenia o którym mowa w punkcie a);, oraz w stosownych przypadkach prowadzenie konsultacji we wszelkich innych sprawach.
3. Inspektor ochrony danych wypełnia swoje zadania z należyтым uwzględnieniem ryzyka związanego z operacjami przetwarzania, mając na uwadze charakter, zakres, kontekst i cele przetwarzania.

PRAWA PACJENTA

I. Prawa pacjenta wynikające z bezpośredniego stosowania przepisów Konstytucji

- każdy ma prawo do ochrony zdrowia – art. 68 ust. 1,
- każdy obywatel ma prawo do równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, na warunkach i w zakresie określonych w ustawie – art. 68 ust. 2.

II. Prawa pacjenta wynikające z ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta

A. Prawo pacjenta do świadczeń zdrowotnych

Pacjent ma prawo:

1. Do świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej – art. 6 ust. 1.
2. W sytuacji ograniczonych możliwości udzielania odpowiednich świadczeń zdrowotnych, do przejrzystej, obiektywnej, opartej na kryteriach medycznych, procedury ustalającej kolejność dostępu do tych świadczeń – art. 6 ust. 2.
3. Żądać, aby udzielający mu świadczeń zdrowotnych lekarz zasięgnął opinii innego lekarza lub zwołał konsylium lekarskie, pielęgniarka/położna zasięgnęła opinii innej pielęgniarki/położnej, chyba że żądanie zostanie uznane za bezzasadne – art. 6 ust. 3 i 4.
4. Do natychmiastowego udzielenia świadczeń zdrowotnych ze względu na zagrożenie zdrowia lub życia – art. 7 ust. 1.
5. Do świadczeń zdrowotnych udzielanych z należytą starannością w warunkach odpowiadającym określonym w odrębnych przepisach wymaganiom fachowym i sanitarnym oraz zgodnych z zasadami etyki zawodowej – art. 8.
6. Prawo pacjenta do informacji
7. Pacjent ma prawo do informacji o swoim stanie zdrowia – art. 9 ust. 1,
8. Pacjent, w tym małoletni, który ukończył 16 lat, lub jego ustawowy przedstawiciel mają prawo do uzyskania od lekarza przystępnej informacji o stanie zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych i leczniczych, dających się przewidzieć następstwach, wynikach leczenia oraz rokowaniu, jak również wyrażenia zgody na udzielenie tych informacji innym osobom – art. 9 ust. 2 i 3.
9. Pacjent ma prawo żądać, aby lekarz nie udzielił mu informacji, o których mowa w pkt. 2 – art. 9 ust. 4.
10. Pacjent małoletni, który nie ukończył 16 lat ma prawo do uzyskania od lekarza informacji w zakresie i formie potrzebnej do prawidłowego przebiegu procesu diagnostycznego lub terapeutycznego – art. 9 ust. 7.
11. Pacjent w tym małoletni, który ukończył 16 lat lub jego ustawowy przedstawiciel mają prawo do uzyskania od pielęgniarki/położnej przystępnej informacji o jego pielęgnacji i zabiegach pielęgniarstwach – art. 9 ust. 8.
12. Pacjent, jego przedstawiciel ustawowy lub faktyczny mają prawo do dostatecznie wczesnej informacji o zamiarze odstąpienia przez lekarza od leczenia pacjenta i wskazania przez tego lekarza możliwości uzyskania świadczenia zdrowotnego u innego lekarza lub podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych, w przypadku określonym w art. 38 ust. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty – art. 10.
13. Pacjent ma prawo do informacji o prawach pacjenta określonych w ustawie o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz w przepisach odrębnych, uwzględniającej ograniczenia tych praw określone w tych przepisach. Podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych udostępnia tę informację

w formie pisemnej, poprzez umieszczenie jej w swoim lokalu, w miejscu ogólnodostępnym, a dla pacjentów niemogących się poruszać w pomieszczeniu, w którym pacjent przebywa – art. 11 ust. 1 i 3.

14. Pacjent ma prawo do informacji o rodzaju i zakresie świadczeń zdrowotnych udzielanych przez podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych, w tym o profilaktycznych programach zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych, realizowanych przez ten podmiot – art. 12.

B. Prawo pacjenta do tajemnicy informacji z nim związanych

15. Pacjent ma prawo do zachowania w tajemnicy przez osoby wykonujące zawód medyczny, w tym udzielające mu świadczeń zdrowotnych, informacji z nim związanych, a uzyskanych w związku z wykonywaniem zawodu medycznego – art. 13.
16. Zapisu, o którym mowa w ust. 1 nie stosuje się w przypadku, gdy tak stanowią przepisy odrębnych ustaw, zachowanie tajemnicy może stanowić niebezpieczeństwo dla życia lub zdrowia pacjenta lub innych osób, pacjent lub jego przedstawiciel ustawowy wyraża zgodę na ujawnienie tajemnicy, zachodzi potrzeba przekazania niezbędnych informacji o pacjencie związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych innym osobom wykonującym zawód medyczny, uczestniczącym w udzielaniu tych świadczeń – art. 14.

C. Prawo pacjenta do wyrażenia zgody na udzielenie świadczeń zdrowotnych

1. Pacjent ma prawo do wyrażenia zgody na udzielenie określonych świadczeń zdrowotnych lub odmowy takiej zgody, po uzyskaniu informacji o stanie zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych metodach diagnostycznych i leczniczych, rokowaniu, jeżeli przepisy odrębnych ustaw nie stanowią inaczej – art. 16.
2. Pacjent, w tym małoletni, który ukończył 16 lat, ma prawo do wyrażenia zgody na przeprowadzenie badania lub udzielenie innych świadczeń zdrowotnych przez lekarza – art. 17 ust. 1.
3. Przedstawiciel ustawowy pacjenta małoletniego, całkowicie ubezwłasnowolnionego lub niezdolnego do świadomego wyrażenia zgody, ma prawo do wyrażenia zgody, o której mowa w ust. 2. W przypadku braku przedstawiciela ustawowego prawo to, w odniesieniu do badania, może wykonać opiekun faktyczny art. 17 ust. 2.
4. Pacjent małoletni, który ukończył 16 lat, osoba ubezwłasnowolniona albo pacjent chory psychicznie lub upośledzony umysłowo, lecz dysponujący dostatecznym rozeznanie, ma prawo do wyrażenia sprzeciwu co do udzielenia świadczenia zdrowotnego, pomimo zgody przedstawiciela ustawowego lub opiekuna faktycznego. W takim przypadku wymagane jest zezwolenie sądu opiekuńczego – art. 17 ust. 3.
5. Zgoda lub sprzeciw, o których mowa powyżej, mogą być wyrażone ustnie albo poprzez takie zachowanie osób wymienionych w tych przepisach, które w sposób niebudzący wątpliwości wskazuje na wolę poddania się proponowanym przez lekarza czynnościom albo brak takiej woli – art. 17 ust. 4.
6. W przypadku zabiegu operacyjnego albo zastosowania metody leczenia lub diagnostyki stwarzających podwyższone ryzyko dla pacjenta, zgodę wyraża w formie pisemnej – art. 18 ust. 1.
7. Zasady przeprowadzenia badania lub udzielenia innych świadczeń zdrowotnych przez lekarza pomimo braku zgody albo wobec zgłoszenia sprzeciwu określają przepisy art. 33 i 34 ust. 6 ustawy z dnia 5 grudnia 1996r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty – art. 19.

D. Prawo do poszanowania intymności i godności pacjenta

1. Pacjent ma prawo do poszanowania intymności i godności osobistej, w szczególności w czasie udzielania mu świadczeń zdrowotnych – art. 20 ust. 1.
2. Prawo do poszanowania godności obejmuje także prawo do umierania w spokoju i godności. Pacjent znajdujący się w stanie terminalnym ma prawo do świadczeń zdrowotnych zapewniających łagodzenie bólu i innych cierpień – art. 20 ust. 2.
3. Przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych może być bliska osoba, przy czym osoba wykonująca zawód medyczny udzielająca świadczeń zdrowotnych pacjentowi może odmówić obecności osoby bliskiej,

REGULAMIN ORGANIZACYJNY

w przypadku istnienia prawdopodobieństwa wystąpienia zagrożenia epidemicznego lub ze względu na bezpieczeństwo zdrowotne pacjenta – art. 21.

E. Prawo pacjenta do dokumentacji medycznej

1. Pacjent ma prawo do dostępu do dokumentacji medycznej dotyczącej jego stanu zdrowia oraz udzielonych mu świadczeń zdrowotnych art. 23 ust. 1.
2. Dane zawarte w dokumentacji medycznej podlegają ochronie w ustawie z dnia 6 listopada 2008r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz w przepisach odrębnych – art. 23 ust. 2.
3. Podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych jest obowiązany prowadzić, przechowywać i udostępniać dokumentację medyczną oraz zapewnić ochronę danych zawartych w tej dokumentacji – art. 24 ust. 1.
4. Podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych udostępnia dokumentację medyczną pacjentowi lub jego przedstawicielowi ustawowemu, bądź osobie upoważnionej przez pacjenta – art. 26 ust. 1.
5. Po śmierci pacjenta, prawo wglądu w dokumentację medyczną ma osoba upoważniona przez pacjenta za życia – art. 26 ust. 2.

F. Prawo pacjenta do zgłoszenia sprzeciwu wobec opinii albo orzeczenia lekarza

1. Pacjent lub jego przedstawiciel ustawowy mogą wnieść sprzeciw wobec opinii albo orzeczenia określonych w art. 2 ust. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 1996r, o zawodach lekarza i lekarza dentysty, jeżeli opinia albo orzeczenie ma wpływ na prawa lub obowiązki pacjenta wynikające z przepisów prawa – art. 31 ust. 1.
2. Sprzeciw wnosi się do Komisji Lekarskiej działającej przy Rzeczniku Praw Pacjenta, za pośrednictwem Rzecznika Praw Pacjenta, w terminie 30 dni od dnia wydania opinii albo orzeczenia przez lekarza orzekającego o stanie zdrowia pacjenta – art. 31 ust. 2.

G. Prawo pacjenta do poszanowania życia prywatnego i rodzinnego

1. Pacjent przebywający w podmiocie leczniczym wykonującym działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej ma prawo do kontaktu osobistego, telefonicznego lub korespondencyjnego z innymi osobami – art. 33 ust. 1.
2. Pacjent ma prawo do odmowy kontaktu z wyżej wymienionymi osobami – art. 33 ust. 2.
3. Pacjent ma prawo do dodatkowej opieki pielęgnacyjnej – art. 34 ust. 1.
4. Przez dodatkową opiekę pielęgnacyjną, o której mowa w ust. 3, rozumie się opiekę, która nie polega na udzielaniu świadczeń zdrowotnych, w tym także opiekę sprawowaną nad pacjentem małoletnim albo posiadającym orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności oraz nad pacjentką w warunkach ciąży, porodu i połogu – art. 34 ust. 2.
5. Przez dodatkową opiekę pielęgnacyjną sprawowaną nad pacjentem małoletnim lub posiadającym orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności, w podmiocie leczniczym, o którym mowa w art. 33 ust. 1, rozumie się również prawo do pobytu wraz z nim przedstawiciela ustawowego albo opiekuna faktycznego – art. 34 ust. 3.
6. Pacjent ponosi koszty realizacji praw określonych w pkt 1, 2 jeżeli realizacja tych praw skutkuje kosztami poniesionymi przez Podmiot – art. 35 ust. 1.

H. Prawo pacjenta do opieki duszpasterskiej

1. Pacjent przebywający w podmiocie leczniczym wykonującym działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej ma prawo do opieki duszpasterskiej – art. 36.
2. W sytuacji pogorszenia się stanu zdrowia lub zagrożenia życia, Podmiot jest obowiązany umożliwić pacjentowi kontakt z duchownym jego wyznania – art. 37.

I. Prawo pacjenta do przechowywania rzeczy wartościowych w depozycie

Pacjent przebywający w podmiocie leczniczym wykonującym działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej ma

prawo do przechowywania rzeczy wartościowych w depozycie. Koszty realizacji tego prawa ponosi ten podmiot, chyba że przepisy stanowią inaczej – art. 39.

III. Prawa pacjenta wynikające z ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej

1. Pacjent ma prawo do:

- 1) niezwłocznego zawiadomienia wskazanej przez niego osoby lub instytucji, lub przedstawiciela ustawowego w razie pogorszenia się stanu zdrowia pacjenta, powodującego zagrożenie życia lub w razie jego śmierci – art. 28 ust. 1 pkt 1;
- 2) w razie śmierci do należytego przygotowania zwłok poprzez ich umycie i okrycie, z zachowaniem godności należnej osobie zmarłej, w celu ich wydania osobie lub instytucji uprawnionej do ich pochowania, a także przechowywania zwłok nie dłużej niż przez 72 godziny, licząc od godziny, w której nastąpiła śmierć pacjenta – art. 28 ust. 1 pkt 2.

2. Wypisanie pacjenta następuje, gdy:

- 1) stan zdrowia pacjenta nie wymaga dalszego udzielania świadczeń zdrowotnych w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne;
- 2) na żądanie pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego;
- 3) - 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 – art. 29 ust.1.

3. Jeżeli przedstawiciel ustawowy żąda wypisania pacjenta, którego stan zdrowia wymaga dalszego udzielania świadczeń zdrowotnych, można odmówić wypisania do czasu wydania w tej sprawie orzeczenia przez właściwy ze względu na miejsce udzielania świadczeń zdrowotnych sąd opiekuńczy, chyba że przepisy odrębne stanowią inaczej. W tym przypadku niezwłocznie zawiadamia się właściwy sąd opiekuńczy o odmowie wypisania i jej przyczynach – art. 29 ust. 2 i 3.

4. Pacjent występujący z żądaniem wypisania jest informowany przez lekarza o możliwych następstwach zaprzestania dalszego udzielania świadczeń zdrowotnych. Pacjent taki składa pisemne oświadczenie o wypisaniu na własne żądanie. W przypadku braku takiego oświadczenia lekarz sporządza adnotację w dokumentacji medycznej – art. 29 ust. 4.

5. Gmina właściwa ze względu na miejsce zamieszkania, a w przypadku niemożności ustalenia miejsca zamieszkania właściwa ze względu na ostatnie miejsce pobytu pacjenta pokrywa koszty transportu sanitarnego pacjenta małoletniego lub osoby niezdolnej do samodzielnej egzystencji do miejsca pobytu, jeżeli przedstawiciel ustawowy pacjenta albo osoba, na której w stosunku do pacjenta ciąży ustawowy obowiązek alimentacyjny, nie odbiera pacjenta w wyznaczonym terminie – art. 30 ust. 1.

6. Pacjent, którego stan zdrowia nie wymaga dalszego udzielania stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych, lub osoba, na której w stosunku do pacjenta ciąży ustawowy obowiązek alimentacyjny, ponoszą koszty pobytu pacjenta, począwszy od dnia gdy nie ma już podstaw do leczenia szpitalnego, niezależnie od uprawnień do bezpłatnych świadczeń zdrowotnych określonych w przepisach odrębnych – art. 30 ust. 4.

III. Prawa pacjenta określone w ustawie z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty

Pacjent ma prawo do:

- 1) udzielania mu świadczeń zdrowotnych przez lekarza, zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, dostępnymi lekarzowi metodami i środkami zapobiegania, rozpoznawania leczenia chorób, zgodnie z zasadami etyki zawodowej oraz z należytą starannością – art. 4;
- 2) uzyskania od lekarza pomocy lekarskiej w każdym przypadku, gdy zwłoka w jej udzieleniu mogłaby spowodować niebezpieczeństwo utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia, oraz w innych przypadkach nie cierpiących zwłoki – art. 30;

REGULAMIN ORGANIZACYJNY

- 3) uzyskania od lekarza przystępnej informacji o swoim stanie zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych, leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu – art. 31 ust. 1;
 - 4) zażądania od lekarza informacji o swoim stanie zdrowia i o rokowaniu wówczas, gdy sądzi, że lekarz ogranicza mu informację z uwagi na jego dobro – art. 31 ust. 4;
 - 5) decydowania o osobach, którym lekarz może udzielać informacji, o których mowa w pkt 3 – art. 31 ust. 2,
 - 6) wyrażenia żądania aby lekarz nie udzielał mu informacji o których mowa w pkt 3 – art. 31 ust. 3;
 - 7) nie wyrażenia zgody nie przeprowadzenie przez lekarza badania lub udzielenia innego świadczenia zdrowotnego – art. 32 ust. 1;
 - 8) wyrażenia zgody albo odmowy na wykonanie mu zabiegu operacyjnego albo zastosowania wobec niego metody leczenia lub diagnostyki stwarzającej podwyższone ryzyko; w celu podjęcia przez pacjenta decyzji lekarz musi udzielić mu informacji, o której mowa w pkt 3 – art. 34 ust. 1 i 2;
 - 9) uzyskania od lekarza informacji jeżeli w trakcie wykonywania zabiegu, bądź stosowania określonej metody leczenia lub diagnostyki, w związku z wystąpieniem okoliczności stanowiących zagrożenie dla życia lub zdrowia pacjenta, lekarz dokonał zmian w ich zakresie – art. 35 ust. 2;
 - 10) poszanowania przez lekarza jego intymności i godności osobistej – art. 36 ust. 1;
 - 11) wyrażania zgody albo odmowy na uczestniczenie przy udzielaniu mu świadczeń zdrowotnych osób innych niż personel medyczny niezbędny ze względu na rodzaj świadczeń – art. 36 ust. 1 i 2;
 - 12) wnioskowania do lekarza o zasięgnięcie przez niego opinii właściwego lekarza specjalisty lub zorganizowania konsylium lekarskiego – art. 37;
 - 13) w przypadku odstąpienia od leczenia, lekarz ma obowiązek dostatecznie wcześniej uprzedzić o tym pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego bądź opiekuna faktycznego i wskazać realne możliwości uzyskania tego świadczenia u innego lekarza lub w podmiocie leczniczym – art. 38 ust. 2;
 - 14) zachowania w tajemnicy informacji związanych z nim a uzyskanych przez lekarza w związku z wykonywaniem zawodu – art. 40 ust. 1;
 - 15) uzyskania od lekarza informacji o niekorzystnych dla niego skutkach, w przypadku wyrażenia zgody na ujawnienie dotyczących go informacji, będących w posiadaniu lekarza – art. 40 ust. 2 pkt 4;
 - 16) wyrażania zgody lub odmowy na podawanie przez lekarza do publicznej wiadomości danych umożliwiających identyfikację pacjenta – art. 40 ust. 4;
1. Pacjent, który ma być poddany eksperymentowi medycznemu ma prawo do:
- 1) wyrażenia zgody lub odmowy na udział w eksperymencie medycznym po uprzednim poinformowaniu go przez lekarza o celach, sposobach i warunkach przeprowadzenia eksperymentu, spodziewanych korzyściach leczniczych lub poznawczych, ryzyku oraz o możliwościach cofnięcia zgody i odstąpienia od udziału w eksperymencie w każdym jego stadium – art. 24 ust. 1, art. 25 ust. 1 i art. 27 ust. 1;
 - 2) poinformowania go przez lekarza o niebezpieczeństwie dla zdrowia i życia, jakie może spowodować natychmiastowe przerwanie eksperymentu – art. 24 ust. 2;
 - 3) cofnięcia zgody na eksperyment medyczny w każdym stadium eksperymentu – art. 27 ust. 1.
- IV. Prawa pacjenta określone w ustawie z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarstwa i położnej**
- Pacjent ma prawo do:
- 1) udzielenia mu świadczeń zdrowotnych przez pielęgniarkę, położną posiadającą prawo wykonywania zawodu, z należytą starannością, zgodnie z zasadami etyki zawodowej, poszanowaniem praw pacjenta, dbałością o jego bezpieczeństwo przy wykorzystaniu wskazań aktualnej wiedzy medycznej – art. 11 ust. 1;

- 2) udzielenia mu pomocy przez pielęgniarkę, położną, zgodnie z posiadanymi przez nią kwalifikacjami, w każdym przypadku, gdy zwłoka w jej udzieleniu mogłaby spowodować stan nagłego zagrożenia zdrowotnego – art. 12 ust. 1;
- 3) uzyskania od pielęgniarki, położnej informacji o jego prawach – art. 16 pkt 1;
- 4) - uzyskania od pielęgniarki, położnej informacji o swoim stanie zdrowia, w zakresie koniecznym do sprawowania opieki pielęgnacyjnej lub opieki podczas ciąży oraz prowadzenia porodu i położu, jak również do wskazania osoby, której takie informacje powinny być udzielone – art. 16 pkt 2;
- 5) - zachowania w tajemnicy informacji związanych z nim, a uzyskanych przez pielęgniarkę, położną w związku z wykonywaniem zawodu – art. 17 ust. 1.

VI. Prawa pacjenta określone w ustawie z dnia 1 lipca 2005 r.o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów

1. Pacjent ma prawo do:

- 1) wyrażenia i cofnięcia w każdym czasie sprzeciwu na pobranie po jego śmierci komórek, tkanek i narządów – art. 5 i 6;
- 2) dobrowolnego wyrażenia przed lekarzem zgody na pobranie od niego za życia komórek, tkanek lub narządów w celu ich przeszczepienia określonemu biorcy, jeżeli ma pełną zdolność do czynności prawnych – art. 12 ust. 1 pkt 7;
- 3) ochrony danych osobowych dotyczących dawcy/biorcy przeszczepu i objęcia ich tajemnicą – art. 19 ust. 1.

VII. Prawa pacjenta określone w ustawie z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego

1. Pacjent z zaburzeniami psychicznymi, chory psychicznie lub upośledzony umysłowo ma prawo do:

- 1) bezpłatnych świadczeń zdrowotnych udzielanych mu przez publiczne zakłady psychiatrycznej opieki zdrowotnej - art. 10 ust. 1;
- 2) bezpłatnych leków i artykułów sanitarnych oraz pomieszczenia i wyżywienia, jeżeli przebywa w szpitalu psychiatrycznym będącym publicznym zakładem opieki zdrowotnej - art. 10 ust. 2;
- 3) zapewnienia mu rodzaju metod postępowania leczniczego właściwych nie tylko z uwagi na cele zdrowotne, ale także ze względu na interesy oraz inne jego dobro osobiste i dążenie do jego poprawy zdrowia w sposób najmniej dla pacjenta uciążliwy - art. 12;
- 4) porozumiewania się bez ograniczeń z rodziną i innymi osobami, w przypadku gdy przebywa w szpitalu psychiatrycznym albo w domu pomocy społecznej - art. 13;
- 5) wystąpienia o okresowe przebywanie poza szpitalem bez wypisywania go z zakładu - art. 14;
- 6) uprzedzenia go o zamiarze zastosowania wobec niego przymusu bezpośredniego; dopuszczenie zastosowania tego środka wobec pacjenta musi wynikać z ustawy - art. 18;
- 7) uprzedzenia o zamiarze przeprowadzenia badania psychiatrycznego bez jego zgody oraz podania przyczyn takiej decyzji; badanie takie może być przeprowadzone, jeżeli zachowanie pacjenta wskazuje na to, że z powodu zaburzeń psychicznych może zagrażać bezpośrednio własnemu życiu albo życiu lub zdrowiu innych osób, bądź nie jest zdolny do zaspokojenia podstawowych potrzeb życiowych - art. 21 ust. 1 i 2;
- 8) wyrażenia zgody lub odmowy na przyjęcie do szpitala psychiatrycznego, z wyłączeniem sytuacji, gdy przepisy ustawy dopuszczają przyjęcie do szpitala psychiatrycznego bez zgody pacjenta - art. 22 ust. 1 i art. 23, 24 oraz 29;
- 9) poinformowania i wyjaśnienia mu przez lekarza przyczyny przyjęcia do szpitala psychiatrycznego w sytuacji, gdy nie wyraził na to zgody oraz uzyskania informacji o przysługujących mu w tej sytuacji prawach - art. 23 ust. 3;
- 10) cofnięcia uprzednio wyrażonej zgody na przyjęcie do szpitala psychiatrycznego - art. 28;
- 11) niezbędnych czynności leczniczych mających na celu usunięcie przyczyny przyjęcia go do szpitala bez jego zgody i zapoznania go z planowanym postępowaniem leczniczym - art. 33 ust. 1 i 2;

REGULAMIN ORGANIZACYJNY

- 12) wypisania ze szpitala psychiatrycznego, jeżeli przebywa w nim bez wyrażenia przez siebie zgody, jeżeli ustały przyczyny jego przyjęcia i pobytu w szpitalu psychiatrycznym bez takiej zgody - art. 35 ust. 1;
- 13) pozostania w szpitalu w sytuacji, o której mowa w pkt 17, za swoją później wyrażoną zgodą, jeżeli w ocenie lekarza, jego dalszy pobyt w tym szpitalu jest celowy - art. 35 ust. 2;
- 14) złożenia, w dowolnej formie, wniosku o nakazania wypisania go ze szpitala psychiatrycznego - art. 36 ust. 1;
- 15) wystąpienia do sądu opiekuńczego o nakazanie wypisania ze szpitala psychiatrycznego, po uzyskaniu odmowy wypisania ze szpitala na wniosek, o którym mowa w pkt 19 - art. 36 ust. 3;
- 16) informacji o terminie i sposobie złożenia wniosku do sądu opiekuńczego, o którym mowa w pkt 20 - art. 36 ust. 3;
- 17) złożenia wniosku o ustanowienie kuratora, jeżeli przebywając w szpitalu psychiatrycznym potrzebuje pomocy do prowadzenia wszystkich swoich spraw, albo spraw określonego rodzaju - art. 44 ust. 1;
- 18) oraz ma prawo do tego, aby osoby wykonujące czynności wynikające z ustawy zachowały w tajemnicy wszystko co go dotyczy, a o czym powzięły wiadomość wykonując czynności wynikające z ustawy - art. 50 ust.

DYREKTOR

Małgorzata Stachurska-Turoś, MBA
lekarz

Postępowanie podmiotu leczniczego wykonującego działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne ze zwłokami pacjenta w przypadku śmierci pacjenta

§ 1.

1. Lekarz stwierdza zgon i jego przyczynę, przeprowadza oględziny i wystawia kartę zgonu.
2. W przypadku przeprowadzania sekcji zwłok, stwierdzenie przyczyny zgonu następuje po jej przeprowadzeniu.
3. Lekarz pełniący dyżur na oddziale, niezwłocznie po stwierdzeniu zgonu osoby zmarłej zawiadamia wskazaną w historii choroby do kontaktu osobę, przedstawiciela ustawowego lub instytucję, o śmierci osoby zmarłej.
4. Po wystawieniu karty zgonu przez lekarza, o którym mowa w ust. 1 i 3, pielęgniarka niezwłocznie przekazuje ją do Działu Rozliczeń Usług Medycznych i Statystyki.

§ 2.

1. Pielęgniarka, o której mowa w § 1 ust. 4, sporządza kartę skierowania zwłok do chłodni oraz zakłada na przegub dłoni albo stopy osoby zmarłej identyfikator wykonany z tasiemki, płótna lub tworzywa sztucznego. Identyfikator zawiera:
 - 1) imię i nazwisko osoby zmarłej;
 - 2) numer PESEL osoby zmarłej, a w przypadku braku numeru PESEL - serię i numer dokumentu stwierdzającego tożsamość;
 - 3) datę i godzinę zgonu.
2. Karta skierowania zwłok do chłodni zawiera:
 - 1) imię i nazwisko osoby zmarłej;
 - 2) numer PESEL osoby zmarłej, a w przypadku braku numeru PESEL - serię i numer dokumentu stwierdzającego tożsamość;
 - 3) datę i godzinę zgonu;
 - 4) godzinę skierowania zwłok osoby zmarłej do chłodni;
 - 5) imię, nazwisko i podpis pielęgniarki sporządzającej kartę;
 - 6) godzinę przyjęcia zwłok osoby zmarłej do chłodni;
 - 7) imię, nazwisko i podpis osoby przyjmującej zwłoki osoby zmarłej do chłodni.
3. Dane, o których mowa w ust. 2 pkt 1-5, wpisuje pielęgniarka, o której mowa w § 1 ust. 4.
4. Dane, o których mowa w ust. 2 pkt 6 i 7, wpisuje osoba przyjmująca zwłoki osoby zmarłej do chłodni.
5. Jeżeli nie jest możliwe ustalenie tożsamości osoby zmarłej, w karcie skierowania zwłok do chłodni oraz na identyfikatorze, o których mowa w ust. 1, dokonuje się oznaczenia „NN” z podaniem przyczyny i okoliczności uniemożliwiających ustalenie tożsamości.
6. Zwłoki osoby zmarłej wraz z wypełnioną kartą skierowania zwłok do chłodni i identyfikatorem są przewożone do chłodni nie wcześniej niż po upływie dwóch godzin od czasu zgonu, wskazanego w dokumentacji medycznej.
7. W okresie pomiędzy stwierdzeniem zgonu a przewiezieniem do chłodni zwłoki osoby zmarłej są przechowywane w specjalnie przeznaczonym do tego celu pomieszczeniu, a w razie jego braku – w innym miejscu, z zachowaniem godności należnej zmarłemu.

§ 3.

1. Dokonanie sekcji zwłok nie może nastąpić wcześniej niż po upływie 12 godzin od stwierdzenia zgonu.
2. 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

REGULAMIN ORGANIZACYJNY

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 kapitałowej.

§ 4.

1. Zwłoki pacjenta mogą być poddane sekcji, w szczególności gdy zgon tej osoby nastąpi przed upływem 12 godzin od przyjęcia, z zastrzeżeniem ust. 2.
2. Zwłoki pacjenta nie są poddawane sekcji, jeżeli przedstawiciel ustawowy tej osoby wyraził sprzeciw lub uczyniła to ta osoba za życia.
3. O zaniechaniu sekcji zwłok z przyczyny określonej w ust. 2 sporządza się adnotację w dokumentacji medycznej i załącza sprzeciw, o którym mowa w ust. 2.
4. Przepisów ust. 1-3 nie stosuje się w przypadkach:
 - 1) określonych w Kodeksie postępowania karnego i Kodeksie karnym wykonawczym oraz aktach wykonawczych wydanych na ich podstawie;
 - 2) gdy przyczyny zgonu nie można ustalić w sposób jednoznaczny;
 - 3) określonych w przepisach o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi.
5. W dokumentacji medycznej pacjenta sporządza się adnotację o dokonaniu albo zaniechaniu sekcji zwłok, z odpowiednim uzasadnieniem.

§ 5.

W razie zgonu osoby zmarłej na chorobę zakaźną stosuje się przepisy wydane na podstawie art. 20 ust. 3 ustawy z dnia 31 stycznia 1959 r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych.

Lekarz, który podejrzewa lub rozpoznaje chorobę zakaźną lub zakażenie ma obowiązek pouczenia pacjenta, jego ustawowego przedstawiciela lub osobę sprawującą nad pacjentem faktyczną opiekę o środkach ostrożności zapobiegających przeniesieniu zakażenia na inne osoby, a w przypadku stwierdzenia lub podejrzenia, że zgon nastąpił z powodu niektórych chorób zakaźnych lekarz ma obowiązek poinformowania o tym fakcie w ciągu 24 godzin wojewódzkiego inspektora sanitarnego.

1. Dotyczy to chorób takich jak: cholera, dur wysypkowy, inne riketsjozy, dżuma, gorączka powrotna, nagminne porażenie dziecięce, nosacizna, trąd, węglik, wścieklizna, żółta gorączka i inne wirusowe gorączki krwotoczne.
2. Szczegółowy sposób postępowania, w przypadku zgonu na chorobę zakaźną określa procedura wprowadzona odrębnym zarządzeniem Dyrektora Podmiotu.

§ 6.

1. W celu stwierdzenia trwałego, nieodwracalnego ustania czynności mózgu (śmierci mózgu) na terenie podmiotu funkcjonuje specjalna Komisja orzekająca o powyższym, zgodnie z kryteriami, sposobami i wymogami proceduralnymi wynikającymi z ustawy z dnia 1 lipca 2005 r. o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów oraz obowiązujących w tym zakresie przepisów wykonawczych.
2. Komisja wymieniona w ust. 1 jest powoływana odrębnym zarządzeniem Dyrektora.

DYREKTOR

Małgorzata Stachurska-Turoś, MBA
lekarz

REGULAMIN ORGANIZACYJNY

Załącznik nr 6

Do Regulaminu organizacyjnego

Wysokość opłaty za udostępnianie dokumentacji medycznej

1. Za udostępnianie dokumentacji medycznej pobierane są następujące opłaty:
 1. za jedną stronę kopii dokumentacji medycznej – 0,56 zł;
 2. za jedną stronę wyciągu lub odpisu dokumentacji medycznej – 16,08 zł;
 3. za sporządzenie kopii dokumentacji medycznej na elektronicznym nośniku danych – 3,22 zł.
2. Opłaty, o której mowa w ustępie 1, nie pobiera się w przypadku udostępnienia dokumentacji medycznej pacjentowi albo jego przedstawicielowi ustawowemu po raz pierwszy w żądanym zakresie i w sposób, o którym mowa poniżej:
 - 1) przez sporządzenie wyciągu, odpisu, kopii lub wydruku,
 - 2) na informatycznym nośniku danych,
 - 3) dokumentacji medycznej prowadzonej w postaci papierowej przez sporządzenie kopii w formie odwzorowania cyfrowego (skanu) i przekazanie za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej lub na informatycznym nośniku danych.

Podstawa prawna:

- art. 28 ust. 3 i 4 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (tekst jednolity: Dz.U. z 2023r. poz. 1545),
- art. 20 pkt 2 ustawy z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (tekst jednolity: Dz. U. z 2023 r., poz. 1251)

DYREKTOR

Małgorzata Stachurska-Turoś, MBA
lekarz

REGULAMIN ORGANIZACYJNY

Załącznik nr 7
Do Regulaminu organizacyjnego

Wysokość opłaty za przechowywanie zwłok pacjenta przez okres dłuższy niż 72 godziny

1. Za przechowywanie zwłok pacjenta przez okres dłuższy niż 72 godziny, liczone od godziny jego zgonu, od osób lub instytucji uprawnionych do ich pochowania bądź podmiotów, na zlecenie których przechowuje się zwłoki w związku z toczącym się postępowaniem karnym, pobierana jest opłata w wysokości **25,00 zł brutto** za każdą kolejną rozpoczętą dobę przechowywania zwłok.
2. W przypadku, o którym mowa w art. 10 ust 3 ustawy z dnia 31 stycznia 1959 r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych pobierana jest od gminy opłata za przechowywanie zwłok pacjenta za okres przypadający po upływie 72 godzin od godziny powiadomienia gminy o konieczności przechowania zwłok pacjenta w związku z niepochowaniem ich przez inne uprawnione osoby lub instytucje, w wysokości **25,00 zł brutto** za każdą kolejną rozpoczętą dobę przechowywania zwłok.
3. Opłat określonych w pkt 1 i 2 nie pobiera się, jeżeli przepisy odrębne tak stanowią.
Podstawa prawna – art. 28 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.

DYREKTOR

Małgorzata Stachurska-Turoś, MBA
lekarz

Cennik Usług Medycznych

Szpitala Dziecięcego im. prof. dr. med. Jana Bogdanowicza
Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej

Ceny zawarte w cenniku są cenami netto obciążonymi stawką VAT zwolnioną na podstawie art. 43, ust. 1, pkt 18 ustawy z dnia 11.03.2004 r. o podatku od towarów i usług (tekst jednolity: Dz. U. z 2023 r., poz. 10). Zwolnienie dotyczy usług w zakresie opieki medycznej, służących profilaktyce, zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu i poprawie zdrowia oraz dostawy towarów i świadczenia usług ściśle z tym związanych wykonywanych przez podmioty lecznicze.

Pozostałe badania tj. takie, gdzie nie ma bezpośredniego związku z usługami w zakresie opieki medycznej, służącymi profilaktyce, zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu i poprawie zdrowia oraz dostawie towarów i świadczenie usług ściśle z tym związanych obciążone są stawką VAT 23%.

REGULAMIN ORGANIZACYJNY

CZĘŚĆ I BADANIA USG

L.p.	Kod ICD-9	Nazwa badania	Cena
	1	2	3
1	88.761	Badanie USG Jamy Brzuszej	220
2	88.761	Badanie USG Jamy Brzuszej (refluks żołądkowo-przelykowy)	220
3	88.761	Badanie USG Jamy Brzuszej (pylorostenoz)	220
4	88.792	Badanie USG Miednicy mniejszej	220
5	88.759	Badanie USG Układu Moczowego	230
6	88.734	Badanie USG opłucnej	180
7	88.732	Badanie USG Sutków	250
8	88.799	Badanie USG Moszny i Doppler	220
9	88.718	Badanie USG Przepięciaczkowe	210
10	88.718	Badanie USG Przepięciaczkowe i Doppler	210
11	95.13	Badanie USG Gałek ocznych biometria	210
12	88.717	Badanie USG Ślinianek	210
13	88.714	Badanie USG Szyi	220
14	88.713	Badanie USG Tarczycy & Doppler	220
15	88.797	Badanie USG Stawów Biodrowych wg Grafa	190
16	88.797	Badanie USG stawu biodrowego (jeden staw)	190
17	88.798	Badanie USG stawu kolanowego (jeden staw)	230
18	88.798	USG Obu Stawów Kolanowych	360
19	88.795	Badanie USG stawu łokciowego (jeden staw)	260
20	88.796	Badanie USG stawu skokowego (jeden staw)	260
21	88.796	USG Obu Stawów Skokowych	360
22	88.794	Badanie USG stawu barkowego (jeden staw)	260
23	88.794	USG Obu Stawów Barkowych	410
24	88.796	Badanie USG nadgarstka i ręki (jedna ręka)	220
25		Badanie USG Tkanki Miękkich	202
26	88.775	Badanie USG Układu Tętniczego (wybrany narząd)	280
27	88.776	Badanie USG Układu Żyłowego (układ głęboki)- jedna kończyna	280
28		Badanie USG Tkanki Miękkich (ocena unaczynienia PDI)	290
29		Biopsja pod kontrolą USG	340
30		Badanie USG Inne	210
31	88.751	USG Doppler Nerek	280
32	88.775	USG Doppler Wątroby	280
33	88.779	USG Doppler Naczyń Trzewnych	280
34	88.777	USG Doppler Naczyń Kończyn Dolnych - jedna kończyna	300
35	88.714	USG Doppler Naczyń Szyjnych	280
36		Kontrast 100 ml	160

CZĘŚĆ II BADANIA RADIOLOGICZNE

L.p.	Kod ICD-9	Nazwa badania	Cena
	1	2	3
Badania z użyciem kontrastu			
1.	87.691	Badanie Przełyku Baryt/Gastrografia	260
2.	87.699	RF Pasaż Przewodu Pokarmowego	260
3.	87.77	RF Cystografia	310
4.	87.640	RF Wlew doodbytniczy Neuhausera	260
5.	87.733	RF Urografia dożylna	310

REGULAMIN ORGANIZACYJNY

RTG Jamy brzusznej			
1.	88.191	RTG zdjęcie przeglądowe jamy brzusznej AP w poz Poziomej	70
2.	88.191	RTG zdjęcie przeglądowe jamy brzusznej AP w poz Poziomej plus profil poziomym promieniem	90
3.	88.191	RTG zdjęcie przeglądowe jamy brzusznej AP plus profil w poz Pionowej	90
4.	88.191	RTG zdjęcie przeglądowe jamy brzusznej AP w poz Pionowej	70
RTG Klatki piersiowej			
1	87.440	RTG Klatki Piersiowej PA	100
2	87.440	RTG Klatki Piersiowej PA na wdechu i wydechu (ciało obce)	140
3	87.440	RTG Klatki Piersiowej Boczne	70
4	87.440	RTG Klatki Piersiowej AP na leżąco	70
5	87.440	RTG zdjęcie klatki piersiowej PA plus profil z barytem	140
6	87.440	RTG Klatki piersiowej PA i boczne	140
7	87.441	RTG celowane na szczyty płuc	70
8	87.431	RTG Żeber AP Skos	90
9	87.440	RTG Klatki Piersiowej na siedząco	100
10	87.432	RTG Mostka bok	90
RTG Czaszki			
1	87.176	RTG Czaszki PA	70
2	87.171	RTG Czaszki Bok	70
3	87.177	RTG czaszki wg Orleya	70
4	87.177	RTG Czaszki PA bok osiowe wg Orleya	140
5	87.172	RTG Czaszki na kość skroniową	90
6		RTG Czaszki AP i boczne bez kratki	90
7	87.174	RTG Stawów żuchwowo skroniowych	110
8	87.174	RTG Twarzoczaszki	80
9	87.164	RTG Zatok	80
10	87.094	RTG Nosogardła profil	80
11	87.174	RTG Oczodołów PA Boczne	90
12	87.174	RTG Kości nosowej	80
13	87.174	RTG Żuchwy	90
Kończyna górna			
1	88.21	RTG Stawu Barkowego AP	130
2	88.21	RTG Stawu Barkowego Osiowe	90
3	88.21	RTG Stawu Barkowego Y	90
4	88.21	RTG Stawu Barkowego Przez KLP	90
5	88.21	RTG Stawu barkowego AP plus Osiowe	90
6	88.21	RTG Stawu barkowego AP plus przez KLP	140
7	88.21	RTG Stawu Barkowego AP P lub L	90
8	88.21	RTG Stawów Barkowych AP Obustronnie [porównawczo]	90
9	88.21	RTG Stawu Barkowego Osiowe P lub L	90
10	88.21	RTG Stawu Barkowego Y P lub L	90
11	88.21	RTG Stawu Barkowego Przez KLP P lub L	90
12	88.21	RTG Stawu Barkowego AP plus Osiowe P lub L	110
13	88.21	RTG Stawu Barkowego AP plus przez KLP P lub L	110
14	88.331	RTG Łopatk AP i bok P lub L	130
15	87.433	RTG Obojczyka AP P lub L	80
16	88.21	RTG Kości Ramiennej AP i bok P lub L	130
17	88.21	RTG Kości Ramiennej przez klatkę piersiową	90
18	88.22	RTG Przedramienia AP i bok P lub L	90
19	88.22	RTG Przedramion porównawczo AP i bok	90
20	88.22	RTG Stawu łokciowego AP i bok P lub L	70
21	88.22	RTG Stawów łokciowych Porównawczo AP i bok	90
22	88.23	RTG Nadgarstka , PA bok skos P lub L	70
23	88.23	RTG Nadgarstka Prawego skos celowany na kość łódeczkowatą P lub L	70

REGULAMIN ORGANIZACYJNY

24	88.23	RTG Nadgarstków Obu, PA, bok, skos	90
25	88.23	RTG Nadgarstka i ręki (Wiek Kostny) PA	70
26	88.23	RTG Ręki PA i skos P lub L	70
27	88.23	RTG Obu Rąk, PA i skos	90
28	88.23	RTG Śródrecza PA i skos P lub L	70
29	88.23	RTG Palca Ręki AP i bok P lub L	70
30	88.23	RTG Palców Ręki AP i bok P lub L	70
Kończyna dolna			
1	88.110	RTG Miednicy AP	90
2	88.26	RTG Obu Stawów Biodrowych AP	130
3	88.26	RTG Osiowe Stawu Biodrowego P lub L	90
4	88.26	RTG Stawu Biodrowego AP, Osiowe P lub L	110
5	88.26	RTG Obu Stawów Biodrowych, Osiowe w/g Lauensteina	110
6	88.26	RTG Stawów Krzyżowo - Biodrowych Obu AP i skos	140
7	88.26	RTG Celowane na Talerz Biodrowy AP P lub L	90
8	88.26	RTG Celowane na Talerz Biodrowy Skos P lub L	90
9	88.26	RTG Celowane na Talerz Biodrowy AP plus Skos P lub L	110
10	88.110	RTG Miednica Projkcja 'wejście, wyjście'	170
11	88.291	RTG Kończyn Dolnych Obu AP 'stitching'	90
12	88.291	RTG Kończyny Dolnej AP plus Bok 'stitching' P lub L	90
13	88.291	RTG Kończyn Dolnych AP plus Bok obu 'stitching'	100
14	88.27	RTG Obu Kości Udowych AP i bok	140
15	88.27	RTG Kości Udowej z dwoma stawami AP	140
16	88.27	RTG Kości Udowej AP i bok P lub L	110
17	88.27	RTG Kości Podudzia AP i bok P lub L	110
18	88.27	RTG Kości Podudzia, Obu, AP i bok	140
19	88.27	RTG Stawu Kolanowego AP i bok P lub L	130
20	88.27	RTG Stawów Kolanowych Obu w obciążeniu i porównawczo	170
21	88.27	RTG Stawów Kolanowych Obu, Osiowe Rzepiek	130
22	88.27	RTG Stawów Kolanowych Obu, AP i bok	130
23	88.27	RTG Stawu Kolanowego Tunelowe P lub L	70
24	88.27	RTG Osiowe Rzepki P lub L	90
25	88.27	RTG Stawów Kolanowych projekcja wg. Merchanta	100
26	88.27	RTG Stawów Kolanowych obu plus Osiowe Rzepiek	130
27	88.28	RTG Stawu Skokowego AP i bok P lub L	110
28	88.28	RTG Stawów Skokowych Obu AP i bok	90
29	88.28	RTG Stawów Skokowych Obu celowane na widełki	90
30	88.28	RTG Stopy AP i skos P lub L	100
31	88.28	RTG Stopy w obciążeniu P lub L	70
32	88.28	RTG Stopy AP plus Bok P lub L	90
33	88.28	RTG Stóp AP plus Bok obu	100
34	88.28	RTG Stóp AP plus Skos obu	100
35	88.28	RTG Stopy AP plus Bok plus Skos P lub L	110
36	88.28	RTG Stóp AP plus Bok plus Skos obu	130
37	88.28	RTG Stóp AP porównawczo	90
38	88.28	RTG Obu Stóp w obciążeniu i porównawczo	170
39	88.29	RTG dodatkowe porównawcze	70
40	88.29	RTG dodatkowe skos	70
41	88.29	RTG dodatkowe celowane	70
42	88.28	RTG Kości Stępu, AP i skos P lub L	100
43	88.28	RTG Kości Stępu Obie AP i skos	90
44	88.28	RTG Śródstopia, AP i skos P lub L	90
45	88.28	RTG Śródstopia Obie AP i skos	90
46	88.28	RTG Palca Stopa, AP i skos P lub L	70
47	88.28	RTG Palców Stopa, AP i skos P lub L	90
48	88.28	RTG Kości Piętowej Bok i osiowe P lub L	90
49	88.28	RTG Kości Piętowych Obu, Bok i osiowe	110
Kolumna kręgosłupa			

REGULAMIN ORGANIZACYJNY

1	87.22	RTG Odcinka Szyjnego Bok	90
2	87.22	RTG Odcinka Szyjnego AP i Bok	110
3.	87.22	RTG Odcinka Szyjnego Skos	90
4.	87.222	RTG Odcinka Szyjnego Czynnościowe	140
5.	87.177	RTG Celowane na C1 C2 przez otwarte usta	110
6.	87.231	RTG Odcinka Piersiowego Kręgosłupa AP i bok	170
7.	87.231	RTG Odcinka Piersiowego Kręgosłupa AP	110
8.	87.231	RTG Odcinka Piersiowego Kręgosłupa Bok	110
9.	87.231	RTG Odcinka Piersiowego Kręgosłupa Skos	110
10.	87.232	RTG Celowane Kręgosłupa Piersiowego	110
11.	87.232	RTG Kręgosłupa na złącze THL	110
12.	87.24	RTG Odcinka Lędźwiowego Kręgosłupa AP i bok	140
13.	87.24	RTG Odcinka Lędźwiowego Kręgosłupa AP	110
14.	87.24	RTG Odcinka Lędźwiowego Kręgosłupa Bok	110
15.	87.24	RTG Odcinka Lędźwiowego Kręgosłupa Skos	110
16.	87.24	RTG Odcinka Lędźwiowo – Krzyżowego AP i bok	170
17.	87.24	RTG Odcinka Lędźwiowo – Krzyżowego AP	110
18.	87.24	RTG Odcinka Lędźwiowo – Krzyżowego Bok	110
19.	87.242	RTG Odcinka Lędźwiowego Kręgosłupa czynnościowe	130
20.	87.242	RTG Celowane Kręgosłupa Lędźwiowego	90
21.	87.242	RTG Kości Krzyżowej AP i Bok	110
22.	87.29	RTG Kręgosłupa na skoliozę	170
Opłaty dodatkowe			
1		dodatkowa płyta CD z wynikiem badania	10

CZĘŚĆ III BADANIA TOMOGRAFII KOMPUTEROWEJ

L.p.	Kod ICD-9	Nazwa badania	Cena
	1	2	3
1.	87.032	TK Głowy Bez kontrastu	350
2.	87.049	TK Głowy z Kontrastem	440
3.	87.031	TK Głowy kraniostenozu (3D) bez kontrastu do 3 r.ż.	400
4.	87.033	TK Angiografia Tętnic Mózgu	620
5.	87.033	TK Angiografia Tętnic Dogłowych	620
6.	87.034	TK Zatok	310
7.	87.035	TK Zatok z Kontrastem	440
8.	87.034	TK Twarzoczaszki	310
9.	87.035	TK Twarzoczaszki z Kontrastem	440
10.	87.035	TK Nosogardła z Kontrastem	440
11.	87.034	TK Oczodołów	310
12.	87.035	TK Oczodołów z Kontrastem	440
13.	87.034	TK Uszu	470
14.	87.035	TK Uszu z kontrastem	640
15.	87.036	TK Szyi	410
16.	87.037	TK Szyi z Kontrastem	590
17.	88.010	TK Jamy Brzusznej	360
18.	88.011	TK Jamy Brzusznej z Kontrastem	640
19.	88.012	TK Jamy Brzusznej z Kontrastem dwufazowe	690
20.	88.013	TK Angiografia Brzucha	720
21.	88.010	TK Miednicy	360
22.	88.011	TK Miednicy z Kontrastem	640
23.	88.303	TK Stawu biodrowego	360

REGULAMIN ORGANIZACYJNY

24.	88.304	TK Stawu biodrowego z Kontrastem	490
25.	88.303	TK Uda	360
26.	88.304	TK Uda z Kontrastem	490
27.	88.303	TK Stawu Kolanowego	360
28.	88.304	TK Stawu Kolanowego z Kontrastem	490
29.	88.303	TK Stawu Skokowego	360
30.	88.304	TK Stawu Skokowego z Kontrastem	490
31.	88.383	TK Kręgosłupa Szyjnego	360
32.	88.384	TK Kręgosłupa Szyjnego z Kontrastem	490
33.	88.385	TK Kręgosłupa Piersiowego	360
34.	88.386	TK Kręgosłupa Piersiowego z Kontrastem	490
35.	88.387	TK Kręgosłupa Lędźwiowo - Krzyżowego	360
36.	88.388	TK Kręgosłupa Lędźwiowo - Krzyżowego z Kontrastem	490
37.	87.410	TK Klatki Piersiowej	360
38.	87.411	TK Klatki Piersiowej z Kontrastem	540
39.	88.301	TK Stawu Barkowego	360
40.	88.302	TK Stawu Barkowego z Kontrastem	490
41.	88.301	TK Kości Ramiennej	360
42.	88.302	TK Kości Ramiennej z Kontrastem	490
43.	88.301	TK Stawu Łokciowego	360
44.	88.302	TK Stawu Łokciowego z Kontrastem	490
45.	87.05	TK z kontrastem do dróg łzowych*	470
46.	88.381	TK Angiografia Kończyny Górnej	670
47.	88.381	TK Angiografia Kończyny Dolnej	670
48.	87.415	TK Angiografia Klatki Piersiowej	670
49.	100.10	Znieczulenie	620
50.	100.10	Znieczulenie z intubacją	670

CZĘŚĆ IV POZOSTAŁE BADANIA

L.p.	Kod ICD-9	Nazwa badania	Cena
	1	2	3
1.	89.141	EEG w czuwaniu	170
2.	89.141	EEG we śnie	170
3.	95.411	Audiometria tonalna /audiogram/	110
4.	95.412	Audiometria impedancyjna /tymponogram/	50
5.	95.414	Akumetria /szept/	50
6.	89.383	Spirometria	60
7.	89.11	Tonometria	60
8.	95.1912	Autorefraktometria	50
9.	22.191	Fiberoskopia	190
10.	88.721	Echo serca	170
11.	89.522	EKG z opisem	80
12.	89.502	EKG Holter 24 H	160
13.	89.00	Konsultacja lekarza SOR	210
14.	89.00	Konsultacja lekarza w trakcie specjalizacji	210
15.	89.02	Konsultacja lekarza specjalisty (kardiolog, neurochirurg, neurolog, endokrynolog, laryngolog, chirurg, ortopeda, okulista, alergolog, neonatolog, pediatra).	210
16.	94.09	Konsultacja psychologiczna	240
17.		SOR*	
		Procedura mała	250
		Procedura średnia	350
		Procedura duża	410

REGULAMIN ORGANIZACYJNY

* opis procedur w załączniku do cennika

Uwaga: poz. 1-12 niedostępne dla klienta indywidualnego

CZĘŚĆ V BADANIA OKULISTYCZNE

L.p.	Kod ICD-9	Nazwa badania	Cena
	1	2	3
1.	89.02	Konsultacja okulistyczna	210
2.	95.1902	Badanie dna oka	120
3.	95.05	Badanie pola widzenia	160
4.	95.06	Badanie widzenia barw	90
5.	95.1901	Badanie ostrości widzenia	80
6.	95.1913	Badanie przy pomocy lampy szczelinowej	70
7.	95.1914	Retinopatia wcześniacza	260
8.	95.35	Badanie: obrazki zdwojone	90
9.	95.1916	Badanie kąta zeza	60
10.	95.15	Ocena ruchomości gałek	70
11.	95.1906	OCT	250
12.	95.1910	Pachymetria	80
13.	95.13	USG gałek ocznych	190
14.	89.11	Pomiar ciśnienia wewnątrzgałkowego	40

Uwaga: poz. 1-14 niedostępne dla klienta indywidualnego

CZĘŚĆ VI BADANIA LABORATORYJNE

Opłaty dotycząca wszystkich badań

L.p.	Kod ICD-9	Nazwa badania	Cena
	1	2	3
1		Dopłata za obsługę pobrania *	20
2		Dopłata za obsługę dyżurową	20

*nie dotyczy pracowników szpitala

Analityka ogólna

L.p.	Kod ICD-9	Nazwa badania	Cena
	1	2	3
1	A01	Mocz - badanie ogólne	23
2	A07	Mocz - białko DZM	20
3	A15	Mocz - glukoza DZM	15
4	A23	Kał - badanie ogólne	63
5	A21	Kał - pasożyty	52
6	A17	Kał - krew utajona	36
7	X13	Kał - Gardia lamblia	37
8	U15	Kał - Helicobacter pylori	37
9	A21	Wymaz z odbytu w kierunku owsików	19
10		Kał - kalprotektyna (test jakościowy)	62

Biochemia

L.p.	Kod ICD-9	Nazwa badania	Cena
	1	2	3
1	I17	AIAT Aminotransferaza alaninowa	19

REGULAMIN ORGANIZACYJNY

2	I19	AspAT Aminotransferaza asparaginowa	17
3	I25	AM - Amylaza (surowica, mocz)	24
4	K35	LDH - dehydrogenaza mleczanowa	23
5	L11	ALP - fosfataza alkaliczna	21
6	L31	GGTP glutamylotranspeptydaza	21
7	M18	CK – kinaza kreatynowa	26
8	I09	Albumina	20
9	I77	Białko całkowite	17
10	I81	CRP białko C-reaktywne	30
11	I89	Bilirubina całkowita	19
12	I91	Bilirubina pośrednia BU	16
13	I87	Bilirubina bezpośrednia BC	16
14	I99	Cholesterol całkowity	19
15	O49	Trójglicerydy	19
16	K01	HDL – cholesterol	16
17	K03	Lipidogram: CHOL, TGL, HDL, LDL	62
18	L43	Glukoza	16
19	N13	Mocznik (surowica / mocz)	16
20	M37	Kreatynina (surowica / mocz)	20
21	M45	Kwas moczowy (surowica / mocz)	19
22	N11	Mleczany	24
23	O35	Sód	16
24	N45	Potas (K)	16
25	I97	Chlorki	16
26	O35/N35	Jonogram (Na, K, Cl)	47
27	O77	Wapń (Ca) surowica / mocz	19
28	M87	Magnez (Mg) surowica / mocz	19
29	L23	Fosfor (P) surowica / mocz	19
30	O95	Żelazo (Fe)	19
31	M67	Lipaza	52
32	I23	Amoniak *	37
33	O29	Gazometria	25
34	N25	Osmolalność (surowica / mocz)	36
35	P75	Paracetamol *	67
36	P31	Alkohol *	43
37	L43	Dobowy profil glikemii	60

Uwaga: oznaczenia, oznaczone (*) niedostępne dla klienta indywidualnego

Koagulologia

L.p.	Kod ICD-9	Nazwa badania	Cena
	1	2	3
1	G11	APTT + ratio	30
2	G21	Wskaźnik protrombinowy + INR	29
3	G53	Fibrynogen	29
4	G49	D-dimery	70

Hematologia

L.p.	Kod ICD-9	Nazwa badania	Cena
	1	2	3
1	C55	Morfologia	21
2	C55	Morfologia + DIFF	25
3	C32	Rozmaz mikroskopowy	37
4	C69	Morfologia + DIFF + Retikulocyty	49
5	C59	O.B.	14

REGULAMIN ORGANIZACYJNY

6	Szybki test w kierunku mononukleozy	27
---	-------------------------------------	----

Serologia

L.p.	Kod ICD-9	Nazwa badania	Cena
1	1	2	3
1	E65	Grupa krwi + przeciwciała odpornościowe	66
2	E05	przeciwciała odpornościowe	46
3	E20	Próba zgodności *	105
4	E05	BTA	36

UWAGA: za ewentualną identyfikację przeciwciał odpornościowych w RCKiK (wg. obowiązującego cennika) obciążony będzie podmiot zlecający badanie, oznaczenia, oznaczone (*)
dopłata za identyfikację nie dotyczy klienta indywidualnego

Endokrynologia

L.p.	Kod ICD-9	Nazwa badania	Cena
1	1	2	3
1	L69	TSH	31
2	O 55	FT 3	37
3	O 69	FT 4	37
4	O 09	przeciwciała anty-TPO	64
5	O 18	przeciwciała ATG	61
6	M 31	Kortyzol	62

Infekcje

L.p.	Kod ICD-9	Nazwa badania	Cena
1	1	2	3
1	X41	Toxoplazmoza IgG	55
2	X45	Toxoplazmoza IgM	55
3	F19	Cytomegalia IgG	60
4	F23	Cytomegalia IgM	60
5	V39	HBs – antygen	43
6	V48	HCV – przeciwciała	58
7	F91	HIV duo (antygen i przeciwciała)	62
8	S05	Krztusiec IgA, immunoblot	110
9	S07	Krztusiec IgG, immunoblot	110
10	S21	Borelioza IgG	140
11	S25	Borelioza IgM	140
12	F50	Mononukleoz IgM EBVM	73
13	F49	Mononukleoz IgG EBVG	73
14	V14	RSV	55
15		Norowirus, jakościowo	55
16	F36	Rota i adenowirus	41
17	U43	Mycoplasmoza IgM	120
18	U41	Mycoplasmoza IgG	125
19	N58	Prokalcytonina	130
20		Panel PCR - dodatni posiew krwi *	700
21		Panel PCR - płyn rdzeniowo-mózgowy *	830
22		Panel PCR - oddechowy *	830

Uwaga: oznaczenia, oznaczone (*) niedostępne dla klienta indywidualnego

REGULAMIN ORGANIZACYJNY

Alergologia

L.p.	Kod ICD-9	Nazwa badania	Cena
	1	2	3
1	L91	IgE - profil inhalacyjny: 20 alergenów	170
2	L91	IgE - profil pokarmowy: 20 alergenów	170
3	L91	IgE - profil pediatryczny: 20 alergenów	170
4	L91	IgE - profil komponentowy pediatryczny	210
5	L91	IgE -profil komponentowy wziewny	210
6	L91	IgE -panel rekombinowany roztocze	160
7	L91	IgE -panel rekombinowany orzech	160

Białka specyficzne, Autoimmunologia

L.p.	Kod ICD-9	Nazwa badania	Cena
	1	2	3
1	L85	immunoglobulina A	46
2	L95	immunoglobulina M	46
3	L93	immunoglobulina G	46
4	L89	immunoglobulina E	56
5	U75	ASO –antystreptolizyna O	42
6	M19	CKMB mass	50
7	O59	Troponina	62
8	U84	WR – serodiagnostyka kiły	39
9	L 46	Test ciążowy	18
10		celiakia IgA + total IgA (deaminowany peptyd gliadyny, transglutaminaza tkankowa)	170
11		celiakia IgG (deaminowany peptyd gliadyny, transglutaminaza tkankowa, intrinsic factor)	170
12	O21	ANA - profil 3	170
13	L05	Ferrytyna	64
14	K 21	Czynnik reumatoidalny RF	49
15	O91	Witamina D3	83

Terapia monitorowana

L.p.	Kod ICD-9	Nazwa badania	Cena
	1	2	3
1	T33	Karbamazepina	70
2	T59	Kwas walproinowy	65

Bakteriologia

L.p.	Kod ICD-9	Nazwa badania	Cena
	1	2	7
1	F37	Kał Rota i Adenowirusy	44
2	91.831	Wymaz - posiew tlenowy	46
3	91.831	Wymaz - posiew beztlenowy	46
4	91.831	Płyn - posiew tlenowy	46
5	91.831	Płyn - posiew beztlenowy	46
6	91.831	Mocz- posiew tlenowy	46
7	91.831	Kał - posiew ogólny	57
8	90.92	Kał - posiew Salmonella, Shigella	46
9	91.831	Kał - posiew w kierunku Yersinia enterocolitica	51
10	91.831	Kał - posiew w kierunku Campylobacter	51

REGULAMIN ORGANIZACYJNY

11	91.831	Kał - posiew w kierunku Clostridium difficile	49
12	78	Sporal - kontrola mikrobiologiczna skuteczności	15
13	91.831	Wymaz w kierunku grzybów drożdżopodobnych	45
14	91.831	Wymaz posiew tlenowy + w kierunku grzybów drożdżopodobnych	70

Wymaz: oko, nos, gardło, ucho, rana, ropień, zmiany skórne

Płyn: stawowy, zatokowy, opłucnowy, otrzewnowy

Załącznik do Cennika Usług medycznych

L.p.	Kod ICD-9	Nazwa badania	Cena
	1	2	3
1.	93.57	Procedura mała*	250
	96.38	Zmiana opatrunku	
	99.97902	Enema (odbarczenie jelita grubego)	
	99.97900	Podanie leków domięśniowe	
	99.97909		
	38.99	Podanie leków doustne lub doodbytnicze	
		inne	
2.		Procedura średnia*	350
	23.20	Nacięcie ropnia, oczyszczenie, sączkowanie	
	98.20	Usunięcie ciała obcego	
	96.27	Odprowadzenie przepukliny	
	99.95	Odprowadzenie załupka	
	49.94	Odprowadzenie wypadniętej śluzówki odbytu	
	81.911	Punkcja stawu	
	86.012	Punkcja krwiaka tkanek miękkich	
	93.53	Założenie unieruchomienia (szyna Zimmera lub inne)	
	93.94	Nebulizacja	
		Zmiana opatrunku oparzenia (małe)	
	86.52	Szycie rany (mała 2-3 cm)	
	93.53	Założenie gipsu (mały)	
	57.37	Cewnikowanie pęcherza moczowego	
	100.71	Leczenie bólu, analgo-sedacja	
	23.0402	Znieczulenie miejscowe (powierzchniowe, nasiękowe), przewodowe	
	23.0401		
	23.0403		
	23.0404		
	inne		
3.		Procedura duża*	410
	93.57	Zmiana opatrunku oparzenia (duże)	
	86.53	Szycie rany (duża)	
	93.53	Założenie gipsu (duży)	
	79.70	Repozycja zwłknięcia stawu i złamania kości	
	79.10		
	89.71	Wstępne zdiagnozowanie i leczenie ostrych zatruc	
	99.97904	Podanie leków dożylnie	
	79.60	Nawadnianie dożylnie	
	99.99914	Obserwacja i monitorowanie pacjenta w Sali łóżkowej	
	inne		

Badania, które nie zostały zawarte ww. procedurach podlegają oddzielnym rozliczeniom.

Szpital zastrzega sobie prawo do zmian cen w przypadku odbiorców korporacyjnych.

Wszystkie badania laboratoryjne wymagające pobrania krwi po godzinie: 15.00 (na dyżurze) są obciążone dodatkową opłatą w wysokości: 20 zł.

DYREKTOR

Małgorzata Stachurska-Turoś, MBA
lekarz

