

Załącznik  
do Uchwały Nr 14/2019  
Rady Społecznej  
Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki  
Zdrowotnej  
Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego  
im. Jędrzeja Śniadeckiego w Białymstoku  
z dnia 23.05.2019r.

# **REGULAMIN ORGANIZACYJNY**

**Samodzielnego Publicznego  
Zakładu Opieki Zdrowotnej**

**Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego  
im. Jędrzeja Śniadeckiego  
w Białymstoku**

## Spis treści

I. Postanowienia ogólne.....	3
II. Przebieg procesu udzielania świadczeń zdrowotnych, z zapewnieniem właściwej dostępności i jakości tych świadczeń w jednostkach i komórkach organizacyjnych Zakładu .....	8
1. Świadczenia szpitalne .....	8
2. Stacjonarne i całodobowe świadczenie zdrowotne inne niż świadczenie szpitalne .....	9
<i>Zakład pielęgnacyjno-opiekuńczy</i> .....	9
3. Ambulatoryjne świadczenia zdrowotne .....	9
4. Transport sanitarny .....	10
III. Zadania i organizacja poszczególnych jednostek i komórek organizacyjnych Zakładu oraz warunki współdziałania między tymi jednostkami i komórkami dla zapewnienia sprawnego i efektywnego funkcjonowania pod względem diagnostycznym, leczniczym, pielęgnacyjnym, rehabilitacyjnym oraz administracyjno-gospodarczym .....	11
A. Świadczenia szpitalne .....	11
B. Ambulatoryjne świadczenia zdrowotne .....	19
C. Badania diagnostyczne .....	22
D. Zakład Pielęgnacyjno-Opiekuńczy .....	22
E. Pozostałe zagadnienia związane z udzielaniem świadczeń zdrowotnych .....	23
F. Dokumentacja medyczna .....	24
G. Składanie i rozpatrywanie skarg i wniosków .....	26
H. Struktura organizacyjna Zakładu .....	27
I. Szczegółowy zakres zadań poszczególnych komórek organizacyjnych.....	29
J. Samodzielne stanowiska – szczegółowy zakres zadań.....	42
K. Komitety i Zespoły – szczegółowy zakres zadań.....	48
L. Współpraca pomiędzy komórkami organizacyjnymi .....	56
IV. 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.....	57
V. Prawa i obowiązki pacjenta.....	57
VI. Obowiązki Zakładu w razie śmierci pacjenta .....	61
VII. Postanowienia końcowe .....	63

# I. Postanowienia ogólne

## § 1

Użyte w Regulaminie określenia oznaczają:

- 1) Regulamin – niniejszy Regulamin Organizacyjny;
- 2) Zakład – Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Wojewódzki Szpital Zespolony im. Jędrzeja Śniadeckiego w Białymstoku;
- 3) Szpital - zakład leczniczy (Szpital Specjalistyczny), w którym Zakład wykonuje działalność leczniczą w rodzaju świadczenia szpitalne;
- 4) Poradnia Specjalistyczna – Poradnię Specjalistyczną Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego im. J. Śniadeckiego w Białymstoku;
- 5) Pracownik – pracownika w rozumieniu ustawy Kodeks pracy oraz osoby wykonujące prace w Zakładzie na podstawie umów cywilno-prawnych;
- 6) Ordynator – ordynatora lub lekarza kierującego oddziałem;
- 7) Pielęgniarka oddziałowa – pielęgniarkę/położną oddziałową/koordynującą;
- 8) Przedstawiciel ustawowy – osobę reprezentującą (z mocy ustawy rodzica lub na podstawie postanowienia sądu – opiekuna, kuratora) osobę nie mającą zdolności do czynności prawnych lub mającą ograniczoną zdolność do czynności prawnych.

## § 2

Zakład działa, w szczególności na podstawie:

- 1) Ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej;
- 2) Ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych;
- 3) Ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta;
- 4) Ustawy z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości;
- 5) Ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych;
- 6) Ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi;
- 7) Ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. Kodeks Pracy;
- 8) Statutu Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego im. Jędrzeja Śniadeckiego w Białymstoku,
- 9) innych obowiązujących przepisów.

## § 3

1. Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Wojewódzki Szpital Zespolony im. Jędrzeja Śniadeckiego w Białymstoku jest samodzielnym publicznym zakładem opieki zdrowotnej – podmiotem leczniczym niebędącym przedsiębiorcą. Zakład realizuje świadczenia lecznicze w ramach funkcjonujących zakładów leczniczych, tj.:
  - 1) Szpital Specjalistyczny;
  - 2) Zespół Poradni;
  - 3) Zakład Pielęgnacyjno-Opiekuńczy.
2. Podmiotem tworzącym dla Zakładu jest Województwo Podlaskie.
3. Rodzajami działalności leczniczej Zakładu są:
  - 1) stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne:
    - a) szpitalne,
    - b) inne niż szpitalne;

- 2) ambulatoryjne świadczenia zdrowotne.
4. Świadczenia zdrowotne udzielane są w Zakładzie przy ul. Marii Skłodowskiej-Curie 25 i 26 oraz przy ul. Wołodyjowskiego 2/1.

#### § 4

1. Celem działania Zakładu jest prowadzenie działalności leczniczej polegającej na udzielaniu świadczeń zdrowotnych oraz promocji zdrowia.
2. Do zadań Zakładu należy udzielanie świadczeń zdrowotnych w szczególności związanych z:
  - 1) udzielaniem świadczeń szpitalnych;
  - 2) udzielanie stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych innych niż świadczenia szpitalne, tj. świadczenia z zakresu opieki długoterminowej, rehabilitacji leczniczej;
  - 3) udzielanie ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych;
  - 4) udzielanie świadczeń zdrowotnych z zakresu medycyny pracy.
3. Zakład może prowadzić inną działalność, która nie koliduje i nie ogranicza działalności podstawowej.
4. Zakład z tytułu prowadzenia działalności może pobierać opłaty na podstawie innych odrębnych przepisów.

#### § 5

Świadczeniem zdrowotnym są działania podejmowane przez pracowników Zakładu służące zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu i poprawie zdrowia oraz inne działania medyczne wynikające z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich wykonywania.

#### § 6

Każdy pacjent Zakładu uzyskuje świadczenie zdrowotne zgodnie ze swoimi potrzebami zdrowotnymi, aktualnym stanem wiedzy medycznej, z wykorzystaniem najskuteczniejszych w danej sytuacji czynności zapobiegawczych, diagnostycznych i leczniczych.

#### § 7

Świadczenia zdrowotne udzielane są przez pracowników Zakładu posiadających odpowiednie kwalifikacje, zgodnie z zakresem kompetencji oraz kodeksem etyki zawodowej.

#### § 8

1. Świadczenia zdrowotne udzielane są z poszanowaniem intymności i godności osobistej pacjenta. W tym celu, w czasie przeprowadzania badania podmiotowego, udzielania porad i rozmów z pacjentami lub ich przedstawicielami ustawowymi, zapewnia się odpowiednie warunki lokalowe.
2. Zakład zapewnia ochronę danych osobowych pacjentów, w tym dotyczących stanu zdrowia i sposobu leczenia, poprzez odpowiednie zabezpieczenie tych danych przed dostępem osób nieuprawnionych oraz zobowiązanie pracowników do przestrzegania przepisów obowiązujących w tym zakresie.
3. Wszyscy pracownicy Zakładu zobowiązani są do uprzejmego, życzliwego traktowania pacjentów i ich rodzin oraz udzielania im niezbędnych informacji i pomocy w poruszaniu się po Zakładzie.

#### § 9

1. W sytuacji ograniczonej możliwości udzielenia wszystkim pacjentom odpowiednich

świadczeń zdrowotnych, lekarz ustala kolejność dostępu do świadczeń tworząc listy pacjentów oczekujących.

2. Ocena list oczekujących pozostaje w kompetencji Zespołu do spraw oceny przyjęć.

#### § 10

1. Upoważnionymi do bezpłatnego korzystania ze świadczeń zdrowotnych udzielanych przez Zakład są osoby ubezpieczone w Narodowym Funduszu Zdrowia oraz inne osoby uprawnione na podstawie odrębnych przepisów i umów.
2. Informacja o zakresie świadczeń zdrowotnych udzielanych przez Zakład jest podana do wiadomości pacjentów na tablicy informacyjnej w Zakładzie.
3. Osoby nieuprawnione do bezpłatnych świadczeń opieki zdrowotnej mogą korzystać ze świadczeń udzielanych przez Zakład na zasadzie odpłatności w oparciu o cennik świadczeń zdrowotnych obowiązujący w Zakładzie przyjęty odrębnym Zarządzeniem Dyrektora Zakładu.

#### § 11

1. Warunkiem uzyskania bezpłatnych świadczeń zdrowotnych jest pozytywna weryfikacja uprawnień pacjenta w systemie eWUŚ (Elektroniczna Weryfikacja Uprawnień Świadczeniobiorców), na podstawie numeru PESEL, sprawdzanego na podstawie dowodu osobistego lub innego dokumentu zawierającego numer PESEL oraz zdjęcie pacjenta.
2. W przypadku, gdy prawo pacjenta do bezpłatnych świadczeń nie zostanie pozytywnie zweryfikowane w systemie eWUŚ, weryfikacja uprawnień następuje w oparciu o dokumenty potwierdzające prawo do bezpłatnych świadczeń zdrowotnych lub złożone Oświadczenie o przysługującym świadczeniobiorcy prawie do świadczeń opieki zdrowotnej.
3. Dokumentem potwierdzającym prawo pacjenta do uzyskania bezpłatnych świadczeń zdrowotnych jest karta ubezpieczenia zdrowotnego, a do czasu jej wydania pacjentowi, każdy dokument potwierdzający uprawnienia do świadczeń opieki zdrowotnej, w szczególności dokument potwierdzający opłacanie składek na ubezpieczenie zdrowotne, w tym:
  - 1) dla osoby zatrudnionej na podstawie umowy o pracę: druk zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego oraz aktualnie potwierdzony raport miesięczny ZUS RMUA wydawany przez pracodawcę (nie dotyczy osób na urlopie bezpłatnym powyżej 30 dni), aktualne zaświadczenie z zakładu pracy lub legitymacja ubezpieczeniowa z aktualnym wpisem i pieczęcią pracodawcy;
  - 2) dla osoby prowadzącej działalność gospodarczą: druk zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego oraz aktualny dowód wpłaty składki na ubezpieczenie zdrowotne albo zaświadczenie z ZUS potwierdzające zgłoszenie do ubezpieczenia i odprowadzanie składek z tytułu prowadzenia działalności gospodarczej;
  - 3) dla osoby ubezpieczonej w KRUS: zaświadczenie lub legitymacja aktualnie podstemplowane przez KRUS (dowód wpłaty składki w przypadku prowadzenia działów specjalnych produkcji rolnej);
  - 4) dla emerytów i rencistów: legitymacja emeryta lub rencisty (w przypadku legitymacji wydanej przez ZUS numer legitymacji powinien zawierać oznaczenie oddziału NFZ; jeżeli pozycja 3. i 4. numeru legitymacji zawiera znaki " – – ", legitymacja nie jest dokumentem potwierdzającym uprawnienia do świadczeń zdrowotnych; w takim przypadku należy przedstawić inny dowód ubezpieczenia - np. osoba pobierająca rentę/emeryturę ZUS, ale zamieszkała na terenie innego państwa, powinna przedstawić aktualną kartę EKUZ), zaświadczenie z ZUS lub KRUS, aktualny odcinek emerytury lub renty lub dokument potwierdzający kwotę

- przekazanej emerytury lub renty, w tym w szczególności odcinek przekazu lub wyciąg;
- 5) dla osoby bezrobotnej: aktualne zaświadczenie z urzędu pracy o zgłoszeniu do ubezpieczenia zdrowotnego;
  - 6) dla osoby ubezpieczonej dobrowolnie: umowa zawarta z NFZ i druk zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego (ZUS ZZA) wraz z aktualnym dowodem opłacenia składki zdrowotnej a w przypadku zgłoszonego członka rodziny dodatkowo druk zgłoszenia członka rodziny do ubezpieczenia (ZUS ZCNA / ZUS ZCZA);
  - 7) dla członka rodziny osoby ubezpieczonej: dowód opłacenia składki zdrowotnej przez osobę, która zgłosiła członków rodziny do ubezpieczenia zdrowotnego wraz z kserokopią zgłoszenia, aktualne zaświadczenie wydane przez pracodawcę, zaświadczenie z KRUS o ubezpieczeniu członków rodziny, legitymacja rodzinna z wpisanymi danymi członków rodziny wraz z aktualną datą i pieczęcią zakładu pracy lub ZUS, legitymacja emeryta/rencisty z wpisanymi członkami rodziny podlegającymi ubezpieczeniu wraz z aktualnym odcinkiem wypłaty świadczenia - dotyczy tylko KRUS, zaś w przypadku:
    - a) dzieci uczących się - pomiędzy 18. a 26. rokiem życia dodatkowo należy przedstawić dokument potwierdzający fakt kontynuacji nauki (legitymację szkolną, studencką lub zaświadczenie ze szkoły / uczelni potwierdzające naukę);
    - b) dzieci, które ukończyły 26. rok życia i mają orzeczony znaczny stopień niepełnosprawności – dodatkowo należy przedstawić dokument potwierdzający znaczny stopień niepełnosprawności (istotnym jest, że dzieci te mogą być zgłoszonego ubezpieczenia przez rodzica bez względu na wiek i kontynuację nauki);
  - 8) dla studentów po ukończeniu 26. roku życia - zgłoszenie do ubezpieczenia przez uczelnię oraz legitymacja studencką lub doktorancką lub zaświadczenie z uczelni potwierdzające fakt zgłoszenia do ubezpieczenia;
  - 9) dla osoby nieubezpieczonej, spełniającej kryterium dochodowe uprawniające do otrzymywania świadczeń z pomocy społecznej: decyzja wójta (burmistrza, prezydenta) gminy właściwej ze względu na miejsce zamieszkania tej osoby;
  - 10) dla osoby ubezpieczonej w innym niż Polska państwie członkowskim Unii Europejskiej lub Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu: poświadczenie wydane przez NFZ (w przypadku zamieszkiwania na terenie RP), karta EKUZ (lub certyfikat ją zastępujący) wydana przez inny niż Polska kraj członkowski UE lub EFTA;
  - 11) dla osoby przebywającej na ciągłym zwolnieniu lekarskim: zaświadczenia z ZUS informujące o ciągłości zwolnienia;
  - 12) dla niani, o której mowa w ustawie z dnia 4 lutego 2011 r. o opiece nad dziećmi w wieku do lat 3 sprawujących opiekę nad dziećmi na podstawie umowy uaktywniającej: druk zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego (ZUS ZUA lub ZUS ZZA) oraz ZUS RMUA (potwierdzający odprowadzenie bieżącej składki) lub zaświadczenie wystawione przez zamawiającego potwierdzające zgłoszenie niani do ubezpieczenia zdrowotnego i odprowadzenie bieżącej składki do ZUS;
  - 13) dla dziecka do ukończenia 18. roku życia posiadającego obywatelstwo polskie: dokument potwierdzający obywatelstwo polskie przynajmniej jednego z rodziców, np. dowód osobisty.
4. W przypadku udzielenia świadczeń w trybie nagłym, jeżeli pacjent nie posiada aktualnego dokumentu potwierdzającego prawo do świadczeń, może taki dokument przedstawić nie później niż w terminie:
- 1) 30 dni od dnia przyjęcia - jeśli przebywa w szpitalu dłużej niż 30 dni, lub

- 2) 7 dni od dnia zakończenia udzielania świadczenia.
5. Niedostarczenie dokumentu w terminie określonym w ust. 4, może skutkować obciążeniem pacjenta kosztami udzielonego świadczenia. Pacjent jest obciążany kosztami udzielonego świadczenia, jeżeli opóźnienie skutkowało nierozliczeniem udzielonego świadczenia ze środków publicznych.

#### § 12

1. Szczegółowe uprawnienia i obowiązki pacjentów związane z procesem udzielania świadczeń zdrowotnych określa ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.
2. Tekst ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta jest umieszczony na tablicy informacyjnej w Zakładzie.

## **II. Przebieg procesu udzielania świadczeń zdrowotnych, z zapewnieniem właściwej dostępności i jakości tych świadczeń w jednostkach i komórkach organizacyjnych Zakładu**

### ***1. Świadczenia szpitalne***

#### § 13

1. Każde przyjęcie do Szpitala odbywa się w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym (SOR) lub Pediatrycznej Izbie Przyjęć Zakładu.
2. Pacjenci przyjmowani są w trybie całodobowym.

#### § 14

1. O przyjęciu do Szpitala osoby zgłaszającej się bez skierowania lub skierowanej przez lekarza albo uprawnioną instytucję orzeka lekarz SOR/Pediatrycznej Izby Przyjęć po zapoznaniu się ze stanem zdrowia i uzyskaniu zgody tej osoby lub Przedstawiciela ustawowego, chyba że na mocy odrębnych przepisów możliwe jest przyjęcie pacjenta do Szpitala bez wyrażenia przez niego zgody.
2. Decyzję o przyjęciu lub odmowie przyjęcia do Szpitala lekarz wydaje po zapoznaniu się ze stanem zdrowia pacjenta.
3. Jeżeli lekarz, o którym mowa w ust. 1, stwierdzi potrzebę niezwłocznego umieszczenia pacjenta w Szpitalu, a brak miejsc lub zakres świadczeń udzielanych przez Szpital lub względy epidemiczne nie pozwalają na przyjęcie, Szpital po udzieleniu niezbędnej pomocy zapewnia w razie potrzeby przewiezienie pacjenta do innego szpitala, po uprzednim porozumieniu się z tym szpitalem.
4. O rozpoznaniu stanu zdrowia i o podjętych czynnościach lekarz dokonuje odpowiedniego wpisu do dokumentacji medycznej. W pozostałych przypadkach lekarz wpisuje pacjenta na Listę Oczekujących na przyjęcie do danego oddziału, wyznaczając datę przyjęcia.
5. W przypadku odmowy przyjęcia do Szpitala, pacjent otrzymuje pisemną informację o rozpoznaniu choroby, wynikach przeprowadzonych badań, przyczynie odmowy przyjęcia do Szpitala, zastosowanym postępowaniu lekarskim oraz ewentualnych zaleceniach.

#### § 15

1. W momencie przyjęcia do Szpitala pacjent obowiązany jest przedstawić:
  - 1) skierowanie do Szpitala wraz z posiadaną dokumentacją medyczną i wynikami badań zleconych przez lekarza kierującego;
  - 2) dowód osobisty lub inny dokument stwierdzający tożsamość pacjenta;
  - 3) w przypadku negatywnej weryfikacji uprawnień pacjenta do bezpłatnego korzystania ze świadczeń zdrowotnych w systemie eWUŚ, inny dokument potwierdzający uprawnienia do uzyskania bezpłatnych świadczeń opieki zdrowotnej, w szczególności wskazany w § 11 ust. 3.
2. Przedmioty wartościowe w momencie przyjęcia do Szpitala pacjent powinien przekazać rodzinie lub do depozytu Szpitala.

#### § 16

1. Wypisanie ze Szpitala, poza szczególnymi wypadkami, następuje:
  - 1) gdy stan zdrowia pacjenta nie wymaga dalszego leczenia w Szpitalu;
  - 2) na żądanie osoby przebywającej w Szpitalu lub jej Przedstawiciela ustawowego;
  - 3) gdy pacjent w sposób rażący narusza Regulamin, a nie zachodzi obawa, że odmowa lub zaprzestanie udzielania świadczeń zdrowotnych może spowodować bezpośrednie niebezpieczeństwo dla jego życia lub zdrowia albo życia lub zdrowia innych osób.



2. Wypisania pacjenta ze Szpitala w przypadkach wymienionych w ust. 1 dokonuje Ordynator lub wyznaczony przez niego lekarz.

#### § 17

1. Jeżeli Przedstawiciel ustawowy żąda wypisania ze Szpitala osoby, której stan zdrowia wymaga leczenia w Szpitalu, Ordynator lub lekarz przez niego upoważniony może odmówić wypisania do czasu wydania w tej sprawie orzeczenia przez sąd opiekuńczy, przy czym sąd ten jest niezwłocznie zawiadamiany o odmowie wypisania ze Szpitala i przyczynach tej odmowy.
2. Osoba występująca o wypisanie ze Szpitala na własne żądanie jest informowana przez lekarza o możliwych następstwach zaprzestania leczenia w Szpitalu. Jeśli, mimo to, podtrzymuje swe żądanie, składa pisemne oświadczenie o wypisaniu ze Szpitala na własne żądanie.
3. W przypadku braku takiego oświadczenia lekarz sporządza adnotację w dokumentacji medycznej.
4. Pracownik oddziału dokonuje formalnych czynności związanych z wypisem pacjenta z oddziału.
5. Pacjent po wypisaniu otrzymuje Kartę Informacyjną.

### ***2. Stacjonarne i całodobowe świadczenie zdrowotne inne niż świadczenie szpitalne***

#### ***Zakład pielęgnacyjno-opiekuńczy***

#### § 18

1. Stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne inne niż świadczenia szpitalne prowadzi zakład leczniczy Zakład Pielęgnacyjno-Opiekuńczy - komórki organizacyjne:
  - 1) Zakład Pielęgnacyjno – Opiekuńczy;
  - 2) Zakład Pielęgnacyjno – Opiekuńczy Dla Pacjentów Wentylowanych Mechanicznie.
2. Pacjenci przyjmowani są na zasadach określonych w Regulaminie Zakładu Pielęgnacyjno-Opiekuńczego.

### ***3. Ambulatoryjne świadczenia zdrowotne***

#### § 19

1. Pacjenci w Poradni specjalistycznej przyjmowani są zgodnie z harmonogramem czasu pracy poradni.
2. Poradnia Specjalistyczna zapewnia rejestrację pacjentów na podstawie zgłoszenia:
  - 1) osobistego;
  - 2) telefonicznego;;
  - 3) za pośrednictwem osoby trzeciej;
  - 4) w formie elektronicznej.
3. Poradnia Specjalistyczna umieszcza w miejscu ogólnie dostępnym informacje o godzinach pracy osób udzielających ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych.
4. Nadzór merytoryczny i organizacyjny w zakresie pracy Poradni Specjalistycznej sprawuje Ordynator właściwego oddziału.

#### ***4. Transport sanitarny***

##### § 20

1. Zakład zapewnia pacjentowi bezpłatny przejazd środkami transportu sanitarnego do najbliższego podmiotu leczniczego udzielającego świadczeń we właściwym zakresie, i z powrotem, w przypadkach:
  - 1) konieczności podjęcia natychmiastowego leczenia w innym podmiocie leczniczym;
  - 2) potrzeby zachowania ciągłości leczenia;
  - 3) dysfunkcji narządu ruchu uniemożliwiającej korzystanie ze środków transportu publicznego.
2. W przypadkach niewymienionych w ust. 1, Zakład zapewnia pacjentowi przejazd środkami transportu sanitarnego finansowany w 40% ze środków publicznych, jeśli pacjent jest zdolny do samodzielnego poruszania się bez stałej pomocy innej osoby, ale wymaga przy korzystaniu ze środków transportu publicznego pomocy innej osoby lub środka transportu publicznego dostosowanego do osób niepełnosprawnych.
3. W przypadku nie odebrania w wyznaczonym terminie pacjenta małoletniego lub osoby niezdolnej do samodzielnej egzystencji koszty transportu sanitarnego pacjenta do miejsca pobytu pokrywa gmina określona we właściwych przepisach.

### **III. Zadania i organizacja poszczególnych jednostek i komórek organizacyjnych Zakładu oraz warunki współdziałania między tymi jednostkami i komórkami dla zapewnienia sprawnego i efektywnego funkcjonowania pod względem diagnostycznym, leczniczym, pielęgnacyjnym, rehabilitacyjnym oraz administracyjno-gospodarczym**

#### § 21

1. Pracownicy są obowiązani nosić w widocznym miejscu identyfikator zawierający imię i nazwisko, zdjęcie oraz funkcję tej osoby.
2. Pacjentów Szpitala zaopatruje się w znaki identyfikacyjne znajdujące się w widocznym miejscu. Wprowadza się opaski, w których umieszcza się dane pacjenta zapisane w sposób uniemożliwiający identyfikację pacjenta przez osoby nieuprawnione. Szczegółowe zasady reguluje załącznik Nr 3.
3. W przypadku uzasadnionym stanem zdrowia pacjenta Dyrektor Zakładu może podjąć decyzję o odstąpieniu od zaopatrywania pacjenta w znak identyfikacyjny. Informację w tym zakresie wraz z podaniem przyczyn odstąpienia zamieszcza się w dokumentacji medycznej pacjenta.

#### *A. Świadczenia szpitalne*

#### § 22

1. Świadczeń szpitalnych udziela jednostka organizacyjna: Szpital Specjalistyczny:
  - 1) Oddział Chorób Wewnętrznych, Diabetologii, Endokrynologii i Reumatologii;
  - 2) Oddział Chorób Wewnętrznych i Gastroenterologii;
  - 3) Oddział Kardiologii i Chorób Wewnętrznych z Pododdziałem Kardiologii Inwazyjnej,
    - a) Pracownia Hemodynamiki,
    - b) Pracownia Wymiany i Implantacji Stymulatorów Serca;
  - 4) Oddział Intensywnego Nadzoru Kardiologicznego;
  - 5) Szpitalny Oddział Ratunkowy;
  - 6) Oddział Chirurgii Ogólnej, Małoinwazyjnej i Onkologicznej;
  - 7) Oddział Neurochirurgii;
  - 8) Oddział Ortopedyczno – Urazowy;
  - 9) Oddział Urologii Onkologicznej i Ogólnej;
    - a) Pracownia Urodynamiczna;
  - 10) Oddział Otolaryngologii;
  - 11) Oddział Chorób Oczu;
  - 12) Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii;
  - 13) Oddział Ginekologiczno-Położniczy,
    - a) Pracownia Ultrasonografii Narządu Rodnego i Diagnostyki Schorzeń Sutka;
  - 14) Oddział Neonatologii z Patologią i Intensywną Terapią;
  - 15) Oddział Neurologii,
    - a) Pododdział Udarowy;
  - 16) Oddział Rehabilitacji Ogólnoustrojowej;
  - 17) Oddział Rehabilitacji Neurologicznej;
  - 18) Oddział Rehabilitacji Kardiologicznej;
  - 19) Oddział Pediatrii i Neurologii Dziecięcej,
    - a) Izba Przyjęć,
    - b) Pracownia Elektrokardiografii dla Dzieci,

- c) Pracownia Nieinwazyjnej Diagnostyki Układu Krążenia dla Dzieci;
  - 20) Dział Diagnostyki Obrazowej,
    - a) Pracownia Mammograficzna,
    - b) Pracownia Osteodensytometrii,
    - c) Pracownia Tomografii Komputerowej,
    - d) Pracownia Ultrasonografii,
    - e) Pracownia Rentgenodiagnostyki Ogólnej,
    - f) Pracownia Rezonansu Magnetycznego;
  - 21) Dział Diagnostyki Układu Krążenia,
    - a) Pracownia EKG i Prób Wysiłkowych,
    - b) Pracownia Echoelektrokardiografii;
  - 22) Dział Fizjoterapii;
  - 23) Ośrodek Diagnostyki i Leczenia Endoskopowego,
    - a) Pracownia Endoskopii;
  - 24) Blok Operacyjny;
  - 25) Sterylizatornia;
  - 26) Apteka.
2. Jednostka organizacyjna Dział Diagnostyki Laboratoryjnej udziela świadczeń dla pacjentów, którym świadczenia są udzielane w trybie szpitalnym i ambulatoryjnym:
- 1) Pracownia Diagnostyki Histopatologicznej,
  - 2) Pracownia Diagnostyki Cytologicznej,
  - 3) Pracownia Hematologiczna i Hemostazy,
  - 4) Pracownia Mikrobiologiczna,
  - 5) Pracownia Hormonów,
  - 6) Pracownia Chemii Klinicznej,
  - 7) Pracownia Analityki Ogólnej.

#### § 23

Liczbę łóżek w poszczególnych oddziałach określa Dyrektor Zakładu zarządzeniem.

#### § 24

1. Z chwilą przyjęcia do oddziału pacjentowi zapewnia się:
  - 1) świadczenia zdrowotne odpowiadające aktualnym wymaganiom wiedzy medycznej;
  - 2) leki i materiały medyczne;
  - 3) pomieszczenia i wyżywienie odpowiednie do stanu zdrowia;
  - 4) odzież szpitalną (jeśli pacjent nie posiada własnej);
  - 5) opiekę pielęgniacyjną;
  - 6) rzetelne informowanie o stanie zdrowia, rozpoznaniu, prowadzonych metodach leczenia, zabiegach diagnostycznych, leczniczych i pielęgnacyjnych, dających się przewidzieć następstwach i rokowaniach oraz o możliwościach zastosowania innego postępowania medycznego.
2. Lekarz przyjmujący pacjenta do oddziału zakłada dokumentację medyczną pacjenta, a pielęgniarka zakłada dokumentację procesu pielęgnowania pacjenta (zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa).
3. Pacjent lub jego Przedstawiciel ustawowy wyraża świadomą zgodę na leczenie, przeprowadzenie niezbędnych badań diagnostycznych, znieczulenie i na przeprowadzenie zabiegu operacyjnego.
4. Zgodę uzyskuje się po uprzednim udzieleniu pacjentowi lub Przedstawicielowi ustawowemu wyczerpujących informacji na temat badań, leczenia lub zabiegu, albo skutków ich zaniechania.

#### § 25

Z chwilą przyjęcia pacjenta do oddziału, personel ma obowiązek poinformować pacjenta i/lub Przedstawiciela ustawowego o przysługujących prawach wynikających z ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz wskazać miejsce, w którym treść ustawy jest dostępna.

#### § 26

1. Leczenie powinno być rozpoczęte z chwilą przyjęcia pacjenta do oddziału.
2. Lekarze powinni kierować pacjentów na badania diagnostyczne w zakresie niezbędnym dla prawidłowego rozpoznania choroby i leczenia.

#### § 27

1. Codzienna praca w oddziałach zorganizowana jest według następującego rozkładu:
  - 1) 6.00 – 7.00 wykonywanie toalety pacjentów, mierzenie temperatury;
  - 2) 7.00 – 8.00 pobieranie materiałów do badań diagnostycznych;
  - 3) 8.00 – 8.15 śniadanie;
  - 4) 8.00 – 8.30 raport lekarski;
  - 5) 8.30 – 10.00 wizyta lekarska;
  - 6) 12.00 – 13.00 obiad;
  - 7) 16.00 – 17.30 informowanie chorych o planowanych badaniach diagnostycznych w dniu następnym, mierzenie temperatury;
  - 8) 17.30 – 18.00 kolacja;
  - 9) 18.00 – 20.00 wizyta lekarska;
  - 10) 19.00 – 22.00 wykonywanie toalety pacjentów;
  - 11) 22.00 – 6.00 cisza nocna;
  - 12) jednocześnie, od godz. 8.30 do godz. 20.00, wykonywane są badania, zabiegi diagnostyczne i lecznicze, wykonywane zalecenia lekarskie, jest opracowywana dokumentacja medyczna oraz wypisy, są przeprowadzane konsultacje, są przeprowadzane szkolenia personelu, itp.
2. W szczególnie uzasadnionych sytuacjach rozkład dnia może ulegać nieznacznym zmianom, jednakże nie może to wpłynąć na poziom świadczeń zdrowotnych udzielonych pacjentowi.
3. Rozkład dnia w Oddziale Pediatrii i Neurologii Dziecięcej ustalany jest odrębnym Zarządzeniem Dyrektora.

#### § 28

Funkcjonującymi w ramach Zakładu komórkami organizacyjnymi – oddziałami/pododdziałami zarządza Ordynator lub Lekarz kierujący oddziałem.

#### § 29

1. Raport lekarski jest zorganizowany w formie zebrania lekarzy, w czasie którego odbywa się relacja z przebiegu dyżuru, omówienie zmian w stanie zdrowia pacjentów, dyskusja oraz podejmowane są decyzje w sprawach leczenia i pielęgnacji pacjentów. Zebranie odbywa się pod przewodnictwem Ordynatora lub upoważnionego przez niego lekarza.
2. Wizyta lekarska obejmuje wszystkich pacjentów. W czasie wizyty, lekarz prowadzący przeprowadza wywiad z pacjentem, ustala zmiany w stanie zdrowia pacjenta, wydaje odpowiednie zalecenia w zakresie leczenia i diagnostyki. Wszystkie decyzje podejmowane przez lekarza prowadzącego wizytę są przez niego rejestrowane i podpisywane
3. Wizyta odbywa się co najmniej dwa razy w ciągu dnia – rano i wieczorem.

4. Co najmniej dwa razy w tygodniu wszyscy pacjenci są wizytowani przez Ordynatorów/Lekarzy kierujących oddziałem.
5. W uzasadnionych przypadkach pacjentowi zapewnia się konsultacje specjalistyczne.

#### § 30

1. Lekarze sprawują stałą opiekę nad pacjentami leżącymi w salach chorych.
2. Ordynator może wprowadzić inny system opieki lekarskiej nad pacjentami, jeżeli uzna, że jest to uzasadnione w danym oddziale ze względu na poprawę organizacji opieki nad pacjentem.
3. Pielęgniarki sprawują opiekę pielęgniarską nad pacjentem przez cały okres jego pobytu w oddziale. Realizują świadczenia pielęgniarskie zgodnie z ustalonymi standardami i procedurami.
4. Nadzór nad pracą pielęgniarek sprawuje odpowiednio Pielęgniarka/Położna/Oddziałowa właściwej komórki organizacyjnej.

#### § 31

W Zakładzie można uzyskać informacje dotyczące lekarzy opiekujących się pacjentami przebywającymi w oddziale.

#### § 32

Badania diagnostyczno-lecznicze powinny być udokumentowane. Dokumentacja winna zawierać wyniki badań zleconych pacjentowi.

#### § 33

Pacjenci kierowani na zabiegi lecznicze powinni być, zależnie od stanu zdrowia, przeprowadzani lub przewożeni na wózkach inwalidzkich przez pracownika.

#### § 34

Informacje o stanie zdrowia pacjentów są udzielane Przedstawicielom ustawowym i osobom upoważnionym na podstawie oświadczenia pacjenta, codziennie, osobiście przez Ordynatora lub osoby wyznaczone.

#### § 35

1. Odwiedziny pacjentów przebywających w oddziałach odbywają się codziennie.
2. Odwiedziny pacjentów winny odbywać się w sposób nie zakłócający normalnej pracy oddziału oraz nie mogą naruszać praw innych pacjentów, w szczególności prawa do poszanowania intymności oraz ciszy i spokoju.
3. Odwiedzających obowiązuje zakaz:
  - 1) manipulowania aparaturą medyczną, urządzeniami, instalacjami elektrycznymi, wentylacyjnymi, grzewczymi itp.;
  - 2) wnoszenia na teren szpitala i spożywania napojów alkoholowych oraz środków odurzających;
  - 3) wprowadzanie zwierząt do budynków Szpitala;
  - 4) siadania na łóżkach szpitalnych;
  - 5) odwiedzin w stanie nietrzeźwym lub pod wpływem środków odurzających.
4. Informacje dotyczące zasad odwiedzin umieszczone są na tablicy informacyjnej w Szpitalu, odwiedziny nie odbywają się w porze nocnej, z zastrzeżeniem ust. 6.
5. Osoby odwiedzające zobowiązane są do wykonywania i podporządkowania się poleceniom personelu szpitalnego.
6. Osoba bliska lub inna osoba wskazana przez pacjenta, na żądanie pacjenta może

pozostawać przy nim w porze nocnej, chyba że sprzeciwi się temu lekarz dyżurny z uwagi na prawdopodobieństwo wystąpienia zagrożenia epidemicznego lub ze względu na bezpieczeństwo zdrowotne pacjentów, jak też w przypadku niemożności zapewnienia poszanowania praw pozostałych pacjentów w inny sposób.

7. Dzieci poniżej 14. roku życia mogą wchodzić do oddziału wyłącznie pod opieką osób dorosłych.

### §36

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

### § 37

#### **Zadania i organizacja Szpitalnego Oddziału Ratunkowego / Pediatrycznej Izby Przyjęć**

1. Pracą SOR kieruje Ordynator przy współdziałaniu Pielęgniarki Oddziałowej.
2. Pracą Pediatrycznej Izby Przyjęć kieruje Pielęgniarka Koordynująca.
3. SOR udziela świadczeń zdrowotnych polegających na wstępnej diagnostyce i podjęciu leczenia w zakresie niezbędnym do stabilizacji funkcji życiowych osób znajdujących się w stanie nagłego zagrożenia życia lub zdrowia z przyczyn wewnętrznych lub zewnętrznych, a w szczególności w razie wypadku, urazu, zatrucia itp., poszkodowanym w stanach wyjątkowych i katastrofach. Pediatryczna Izba Przyjęć udziela świadczeń zdrowotnych polegających na wstępnej diagnostyce i kwalifikuje do leczenia szpitalnego.
4. W SOR/Pediatrycznej Izbie Przyjęć udziela się doraźnej pomocy pacjentom nie kwalifikującym się do leczenia szpitalnego lub zakwalifikowanym do przyjęcia w późniejszym terminie oraz dokonuje przyjęć do oddziału szpitalnego pacjentów zakwalifikowanych do leczenia szpitalnego z przeprowadzeniem odpowiednich czynności sanitarno-higienicznych.
5. Informacji na temat chorych znajdujących się w SOR/Pediatrycznej Izbie Przyjęć lub przyjętych do Szpitala, udziela się osobom upoważnionym oraz upoważnionym instytucjom i organom.
6. SOR/Pediatryczna Izba Przyjęć musi być wyposażona w telefon oraz spis numerów telefonicznych i adresów innych podmiotów leczniczych, Komendy Policji, Straży

Pożarnej oraz pracowników zajmujących kierownicze stanowiska w Szpitalu.

7. W skład personelu SOR/ Pediatricznej Izby Przyjęć wchodzi:
  - 1) ordynator;
  - 2) lekarze Systemu Ratownictwa Medycznego;
  - 3) pielęgniarka oddziałowa/koordynująca;
  - 4) pielęgniarki Systemu Ratownictwa Medycznego;
  - 5) ratownicy medyczni;
  - 6) personel pomocniczy.
8. Każdy chory zgłaszający się do SOR/Pediatricznej Izby Przyjęć powinien być niezwłocznie zbadany przez lekarza dyżurnego.
9. Jeżeli z rozpoznania wstępnego wynikają bezwzględne wskazania do natychmiastowego leczenia szpitalnego (obserwacji) lekarz dyżurny wydaje konieczne zlecenia lecznicze (diagnostyczne i ogólne) i kieruje chorego za jego pisemną zgodą do odpowiedniego oddziału.
10. Jeżeli Szpital nie dysponuje wolnymi łóżkami, a zgłaszający się (przywieziony) chory wymaga umieszczenia w Szpitalu, lekarz dyżurny po zbadaniu chorego i ustaleniu możliwości udania się (przetransportowania) chorego do innego szpitala, udziela w miarę potrzeby doraźnej pomocy i kieruje do innego podmiotu po uprzednim upewnieniu się co do możliwości umieszczenia tam chorego.
11. Nie wolno odmówić przyjęcia z powodu braku wolnych miejsc ciężko chorego wymagającego natychmiastowego leczenia szpitalnego. Jedynie w przypadku, gdy pacjent został skierowany niewłaściwie (niezgodnie z przeznaczeniem), a po udzieleniu niezbędnej pomocy doraźnej nadaje się do dalszego transportu, lekarz dyżurny może odesłać pacjenta zgodnie z kwalifikacją schorzenia do właściwego oddziału innego szpitala, po uprzednim uzgodnieniu miejsca.
12. W razie dostarczenia do Szpitala chorego psychicznie, wymagającego leczenia w szpitalu psychiatrycznym, lekarz dyżurny podejmuje niezbędne czynności celem szybkiego przewiezienia pacjenta do takiego szpitala.
13. W przypadku przywiezienia do Szpitala chorego poszkodowanego w wypadku, lekarz dyżurny SOR/Pediatricznej Izby Przyjęć powiadamia właściwy terytorialnie Komisariat Policji.
14. Jeżeli chory przywieziony do Szpitala jest nieprzytomny, lekarz dyżurny odnotowuje okoliczności znalezienia chorego, jego aktualny stan (wygląd), czas oraz okoliczności przewiezienia (dane personalne osób towarzyszących) i przyjęcia chorego. Wpisu do dokumentacji medycznej dokonuje się na podstawie oświadczeń rodziny lub osób towarzyszących bądź na podstawie znajdujących się przy chorym dokumentów z zaznaczeniem co jest podstawą wpisu danych.
15. Jeżeli lekarz dyżurny SOR/Pediatricznej Izby Przyjęć przy badaniu chorego poweźmie uzasadnione podejrzenie, że jego stan zdrowia może być spowodowany efektem działania osób trzecich lub jest związany z innym czynem karalnym (np. samouszkodzenie, aborcja itp.), bezzwłocznie jest zobowiązany do zawiadomienia o tym przypadku Ordynatora i Zastępcę Dyrektora ds. Lecznictwa – w godzinach normalnej ordynacji; w innych godzinach – Lekarza Głównego Dyżuru oraz właściwy terytorialnie Komisariat Policji.
16. Lekarz dyżurny SOR/Pediatricznej Izby Przyjęć, w razie stwierdzenia potrzeby wykonania w najbliższym czasie u przyjmowanego chorego zabiegu operacyjnego albo zastosowania metody leczenia lub diagnostyki stwarzającą podwyższone ryzyko dla pacjenta, jest zobowiązany żądać od chorego, a w razie jego nieprzytomności, niepełnoletności lub ubezwłasnowolnienia – od jego Przedstawiciela ustawowego wyrażenia pisemnej zgody na badania diagnostyczne, pozostałe zabiegi i leczenie.
17. W razie odmowy udzielenia zgody, lekarz dyżurny jest zobowiązany uzyskać od chorego



- (członka rodziny, Przedstawiciela ustawowego) pisemne oświadczenie z adnotacją, że został on uprzedzony o mogących wystąpić następstwach niedokonania zabiegu.
18. Jeżeli nie można uzyskać oświadczenia określonego w p.p. 16 i 17, a zabieg operacyjny jest konieczny i umotywowany wskazaniami życiowymi, o wykonaniu zabiegu decyduje lekarz udzielający świadczeń medycznych choremu, który zobowiązany jest w miarę możliwości skonsultować swoją decyzję z innym lekarzem. Powyższą okoliczność lekarz jest zobowiązany do odnotowania w dokumentacji medycznej chorego. Dodatkowo, o zaistniałej sytuacji lekarz powinien poinformować – w godzinach normalnej ordynacji – Zastępca Dyrektora ds. Lecznictwa, po godzinach normalnej ordynacji – Lekarz Główny Dyżuru – w porozumieniu z dyżurnym ordynatorem.
  19. Lekarz Główny Dyżuru zastępuje po godzinach normalnej ordynacji, w zakresie spraw medycznych, Dyrektora Zakładu.
  20. Okoliczności o których mowa w ww. pkt. 16-18, powinny być odnotowane przez lekarza dyżurnego w Historii choroby, niezależnie od dołączenia odpowiedniego dokumentu. Notatkę lekarza dyżurnego dotyczącą odmowy podpisania oświadczenia o którym mowa w pkt. 17 podpisuje również pielęgniarka SOR/Pediatrycznej Izby Przyjęć – jako świadek rozmowy.
  21. Szpital jest obowiązany zawiadomić rodzinę lub opiekunów chorego:
    - 1) o przyjęciu bez ich wiedzy do szpitala chorego niepełnoletniego – natychmiast po przyjęciu,
    - 2) o przyjęciu chorego bez względu na wiek w przypadkach nagłych i ciężkich, o znacznym pogorszeniu się stanu chorego lub o jego zgonie – bezzwłocznie (telefonicznie lub w inny sposób), zawiadomienia dokonuje pielęgniarka SOR/pediatrycznej Izby Przyjęć na zlecenie lekarza dyżurnego,
    - 3) o przeniesieniu chorego do innego zakładu opieki zdrowotnej (z podaniem dokładnego adresu tego zakładu) – w ciągu 24 godzin, zawiadomienia dokonuje pielęgniarka oddziałowa na zlecenie Ordynatora lub lekarza upoważnionego.
  22. Lekarz prowadzący/lekarz dyżurny zgłasza 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.
  23. SOR/Pediatryczna Izba Przyjęć udziela, na żądanie Policji, informacji o fakcie przyjęcia osoby zaginionej w rozumieniu ustawy o Policji.
  24. W razie zgonu chorego w SOR/Pediatrycznej Izbie Przyjęć, należy wdrożyć ogólnie obowiązujące procedury postępowania ze zwłokami (ujęte w rozdziale VI Regulaminu).
  25. W przypadku zgonu pacjenta poszkodowanego w wypadku, należy niezwłocznie powiadomić Komisariat Policji.

### § 38

Do podstawowych zadań **oddziałów, o których mowa w § 22** należy zapewnienie opieki stacjonarnej pacjentom przyjętym w trybie planowym lub nagłym, a w szczególności:

- 1) rozpoznawanie przedmiotowych schorzeń;
- 2) leczenie zachowawcze i operacyjne odpowiednich schorzeń;
- 3) udzielanie pomocy w nagłych przypadkach i zachorowaniach;
- 4) wykonywanie badań diagnostycznych;
- 5) orzekanie o stanie zdrowia chorych leczonych w oddziale;

- 6) prowadzenie rehabilitacji leczniczej;
- 7) zapewnienie świadczeń pielęgniarskich;
- 8) profilaktyka i promocja zdrowia;
- 9) zapewnienie kontaktu osobistego lub telefonicznego z osobami bliskimi;
- 10) prowadzenie dokumentacji medycznej zgodnie z obowiązującymi przepisami.

#### § 39

1. W Zakładzie funkcjonuje Blok Operacyjny.
2. W ramach Bloku Operacyjnego wykonywane są zabiegi operacyjne i diagnostyczne na potrzeby pacjentów leczonych w Oddziałach Zakładu wymienionych w § 22.
3. Nadzór organizacyjny nad pracą Bloku Operacyjnego sprawuje Ordynator Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii, a w razie jego nieobecności Zastępca – w odpowiednim zakresie. Nadzór merytoryczny pod nieobecność Kierownika Bloku Operacyjnego pełni osoba przez niego wyznaczona.
4. Pracownicy Szpitala przybywający i wykonujący pracę na Bloku Operacyjnym podlegają służbowo Kierownikowi Bloku Operacyjnego. Kierownik Bloku Operacyjnego ponosi pełną odpowiedzialność za prawidłowe funkcjonowanie Bloku Operacyjnego: kieruje Blokiem Operacyjnym, koordynuje pracę pod względem merytoryczno-organizacyjnym, zabezpiecza i optymalizuje zasoby ludzkie konieczne do prawidłowej realizacji usług medycznych. Kierownikowi Bloku Operacyjnego podlega personel wyższy, średni, niższy i techniczny współpracujący na Bloku Operacyjnym.
5. Sterylizatornię kieruje Kierownik. Zadaniem Sterylizatorni jest zapewnienie wszystkim komórkom działalności podstawowej Zakładu jałowego materiału i sprzętu medycznego niezbędnego do realizacji prowadzonych procedur diagnostycznych i terapeutycznych. Sterylizatornia może wykonywać zadania na rzecz innych podmiotów – na podstawie odrębnych umów.

#### § 40

1. Operacje w obrębie Bloku Operacyjnego wykonywane są zgodnie z Planem Operacyjnym.
2. Wstępne plany zabiegów operacyjnych są ustalane w Oddziałach.
3. Informacje o wstępnych planach zabiegów operacyjnych powinny zawierać co najmniej:
  - 1) imię, nazwisko oraz wiek pacjenta;
  - 2) planowany rodzaj zabiegu;
  - 3) przewidywany czas trwania zabiegu;
  - 4) skład zespołu operującego;
  - 5) zapotrzebowanie na dodatkowe narzędzia operacyjne.
4. Informacja, o której mowa w ust. 2 przekazywana jest w formie pisemnej do godz. 12.30 dnia poprzedzającego Kierownikowi Bloku Operacyjnego.
5. Kierownik Bloku Operacyjnego na podstawie uzyskanych informacji ustala Plan Operacyjny na dzień następny i przekazuje do wiadomości Oddziałów do godziny 14.30.
6. Wszelkie zmiany w Planie Operacyjnym wymagają uzyskania zgody Kierownika Bloku Operacyjnego.
7. W sytuacjach zagrożenia życia i zdrowia Pacjentów oraz poza godzinami ordynacji dziennej zabiegi operacyjne wykonywane są niezwłocznie po ustaleniu kwalifikacji przez zespół lekarzy dyżurnych.

#### § 41

1. Zabiegi operacyjne wykonywane są przez zespoły operacyjne złożone z lekarzy operujących, lekarzy anestezjologów, pielęgniarek operacyjnych i pielęgniarek anestezjologicznych.

2. Wpisy w okołoperacyjnej karcie kontrolnej są dokonywane przez koordynatora karty, którym jest anestezjolog biorący udział w zabiegu.

#### § 42

1. Kwalifikację pacjenta do zabiegu operacyjnego przeprowadza lekarz specjalista.
2. W dniu zabiegu pacjent przekazywany jest przez pielęgniarkę i sanitariusza z Oddziału na Blok Operacyjny pod opiekę zespołu anestezyjologicznego.
3. Wraz z pacjentem przekazywana jest obowiązująca dokumentacja medyczna.
4. Bezpośrednio po zabiegu pacjent przekazywany jest do Sali Poznieczuleniowej.
5. Pacjent może opuścić Blok Operacyjny po zakończonej obserwacji i zakwalifikowaniu przez lekarza anestezjologa do przekazania do odpowiedniego Oddziału Szpitala.

#### § 43

Pobyt pacjenta na Bloku Operacyjnym, przebieg zabiegu operacyjnego i znieczulenia są szczegółowo dokumentowane w Księgach Operacyjnych.

#### § 44

W przypadku, gdy zabieg operacyjny nie może z uzasadnionych przyczyn odbyć się w zaplanowanym terminie, lekarz sprawujący opiekę nad pacjentem jest zobowiązany wyjaśnić pacjentowi/Przedstawicielowi ustawowemu przyczyny przesunięcia zabiegu i określić przewidywany termin zabiegu.

#### § 45

1. W strukturze Oddziału Kardiologii i Chorób Wewnętrznych z Pododdziałem Kardiologii Inwazyjnej funkcjonuje Pracownia Hemodynamiki. Pacjenci, którym udzielono procedur leczniczych w ramach Pracowni Hemodynamiki bezwzględnie w ramach kontynuacji leczenia mają mieć zabezpieczony pobyt w Oddziale Kardiologii.
2. Lekarz Oddziału Kardiologii z Pododdziałem Kardiologii Inwazyjnej nie ma prawa odmówić przyjęcia pacjenta, którego stan zdrowia wymaga przeprowadzenia procedury w zakresie kardiologii inwazyjnej.

### ***B. Ambulatoryjne świadczenia zdrowotne***

#### § 46

W zakresie ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych świadczenia udzielane są w następujących poradniach:

- 1) Poradnia Leczenia Bólu;
- 2) Poradnia Anestezyjologiczna;
- 3) Poradnia Gastroenterologiczna;
- 4) Poradnia Endokrynologiczna;
- 5) Poradnia Reumatologiczna;
- 6) Poradnia Osteoporozy;
- 7) Poradnia Alergologiczna;
- 8) Poradnia Pulmonologiczna;
- 9) Poradnia Diabetologiczna;
- 10) Poradnia Kardiologiczna;
- 11) Poradnia Nadciśnienia Tętniczego;
- 12) Poradnia Chirurgiczna;
- 13) Poradnia Chirurgii Onkologicznej;
- 14) Poradnia Urazowo-Ortopedyczna;

- 15) Poradnia Urologiczna;
- 16) Poradnia Laryngologiczna;
- 17) Poradnia Chirurgii Szczękowo-Twarzowej;
- 18) Poradnia Audiologiczna;
- 19) Poradnia Logopedyczna;
- 20) Poradnia Okulistyczna;
- 21) Poradnia Ginekologiczno-Położnicza;
- 22) Poradnia Neonatologiczna;
- 23) Poradnia Neurologiczna;
- 24) Poradnia Rehabilitacyjna;
- 25) Poradnia Okulistyki Dziecięcej;
- 26) Poradnia Kardiologii Dziecięcej;
- 27) Poradnia Neurologii Dziecięcej;
- 28) Poradnia Nefrologii Dziecięcej z Pracownią Urodynamiki;
- 29) Gabinet Medycyny Pracy;
- 30) Gabinet Lekarza Rodzinnego;
- 31) Poradnia Nocnej i Świątecznej Opieki Zdrowotnej;
- 32) Ośrodek Rehabilitacji Diennej.

#### § 47

1. Poradnia specjalistyczna świadczy kompleksowe świadczenia zdrowotne związane diagnostyką, leczeniem i profilaktyką w zakresie odpowiednich schorzeń.
2. Nadzór merytoryczny i organizacyjny nad pracą Poradni specjalistycznych sprawują Ordynatorzy odpowiednich Oddziałów Szpitala.
3. Do podstawowych zadań Poradni specjalistycznej należy w szczególności:
  - 1) udzielanie świadczeń zdrowotnych pacjentom skierowanym do Poradni specjalistycznej celem uzyskania porady specjalistycznej;
  - 2) udzielanie świadczeń zdrowotnych osobom kierowanym do Poradni specjalistycznej z podmiotów gospodarczych na podstawie umów zawartych z Zakładem;
  - 3) badanie lekarskie;
  - 4) kierowanie pacjentów na niezbędne badania diagnostyczne i zabiegi specjalistyczne;
  - 5) kierowanie pacjentów do innych poradni specjalistycznych oraz do planowego leczenia szpitalnego i sanatoryjnego;
  - 6) objęcie stałym leczeniem pacjentów z chorobami przewlekłymi w odpowiednim zakresie;
  - 7) stała współpraca z pacjentami i ich Przedstawicielami ustawowymi w zakresie prowadzonej lub planowanej terapii;
  - 8) prowadzenie dokumentacji medycznej zgodnie z obowiązującymi przepisami;
  - 9) prewencja w zakresie odpowiednich schorzeń i ich powikłań, edukacja;
  - 10) wnioskowanie w sprawach zaopatrzenia w środki pomocnicze i przedmioty ortopedyczne;
  - 11) wydawanie orzeczeń lekarskich i opinii niezbędnych w procesie leczenia;
  - 12) inne zadania wynikające z obowiązujących przepisów.

#### § 48

1. Pacjenci rejestrowani do Poradni specjalistycznych są zapisywani na określony termin.
2. Rejestratorka, po zarejestrowaniu pacjenta, wskazuje gabinet lekarski i informuje o przewidywanym terminie, w tym o godzinie i kolejności udzielenia porady.
3. Po zarejestrowaniu pacjenta Rejestratorka przekazuje dokumentację dotyczącą pacjenta do odpowiedniego gabinetu lekarskiego.

4. Po zakończeniu przyjęć dokumentacja jest zwracana przez lekarza do Rejestracji.
5. Jeżeli w czasie porady lekarz wyznaczy termin następnej wizyty, pacjent informuje o tym Rejestratorkę. Rejestratorka wpisuje pacjenta w rejestr porad pod uzgodnioną datą i godziną.
6. Jeżeli pacjent wskaże imiennie lekarza, od którego chce uzyskać poradę, Rejestratorka zobowiązana jest do zarejestrowania zgodnie ze wskazaniem, z określeniem możliwie najwcześniejszego terminu przyjęcia.
7. Rejestratorka medyczna wykonuje prace dokumentacyjne, statystyczne i administracyjne.

#### § 49

1. Pacjent może być zarejestrowany pod warunkiem przedłożenia dowodu osobistego lub innego dokumentu potwierdzającego tożsamość pacjenta ze zdjęciem.
2. W razie korzystania ze świadczeń bezpłatnych pacjent ma obowiązek okazać dokument potwierdzający uprawnienia do uzyskania przedmiotowych świadczeń opieki zdrowotnej, zgodnie z § 11.
3. W razie korzystania ze świadczeń za odpłatnością, pacjent może być zarejestrowany pod warunkiem dokonania wpłaty. Uzależnienie udzielenia świadczenia od dokonania zapłaty nie dotyczy sytuacji, kiedy życie lub zdrowie pacjenta są zagrożone.

#### § 50

1. Udzielanie porad ambulatoryjnych rozpoczyna się zgodnie z informacją dotyczącą godzin przyjęć w poszczególnych poradniach, dostępną w Rejestracji.
2. Porady są udzielane w kolejności zapisów do danej Poradni specjalistycznej.
3. W przypadkach wymagających natychmiastowej pomocy pacjent jest przyjmowany poza kolejnością.
4. Każdemu zgłaszającemu się pacjentowi w celu uzyskania porady, w miarę możliwości, powinna być udzielona porada w dniu zgłoszenia lub w najbliższym możliwym terminie.

#### § 51

1. **Gabinet Medycyny Pracy** podlega Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa. Świadczy kompleksowe świadczenia zdrowotne związane ze sprawowaniem profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracownikami.
2. Do podstawowych zadań Gabinetu Medycyny Pracy należy w szczególności:
  - 1) opieka profilaktyczna pracowników w zakresie medycyny pracy w ramach zawartych z zakładami pracy umów: badania wstępne, okresowe, kontrolne;
  - 2) wykonywanie badania pracowników dla celów sanitarno-epidemiologicznych i wystawianie zaświadczeń w przedmiotowym zakresie;
  - 3) kierowanie pacjentów na niezbędne badania diagnostyczne zależne od stanowiska pracy;
  - 4) udział w komisji bezpieczeństwa i higieny pracy;
  - 5) wizytacja stanowisk pracy przez lekarza medycyny pracy;
  - 6) inne zadania wynikające z obowiązujących przepisów.
3. **Gabinet Lekarza Rodzinnego** podlega Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa. Świadczy gwarantowane świadczenia zdrowotne związane z podstawową opieką zdrowotną.
4. Do zadań Gabinetu Lekarza Rodzinnego należy w szczególności:
  - 1) porada lekarska udzielana w warunkach ambulatoryjnych;
  - 2) porada lekarska udzielana w domu świadczeniobiorcy w przypadkach uzasadnionych medycznie;
  - 3) świadczenia w ramach profilaktyki chorób układu krążenia;
  - 4) porada patronażowa;

- 5) badania bilansowe, w tym badania przesiewowe;
  - 6) świadczenia medycznej diagnostyki laboratoryjnej lub diagnostyki obrazowej i nieobrazowej;
  - 7) szczepienia ochronne realizowane zgodnie z zasadami określonymi w przepisach o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi.
5. Lekarz podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) w ramach współpracy z pielęgniarką podstawowej opieki zdrowotnej, na której liście świadczeniobiorców znajduje się pacjent, jest obowiązany do wydania skierowania na realizację zleceń pozostających w zakresie zadań pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej.
  6. Do zadań pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) należy planowanie i realizowanie kompleksowej opieki pielęgniarskiej nad pacjentem jak również realizacja programów promocji zdrowia i programów profilaktycznych.
  7. Do zadań położnej podstawowej opieki zdrowotnej należy planowanie i realizowanie pielęgnacyjnej opieki położniczo – ginekologicznej nad kobietą i dzieckiem.
  8. **Poradnia Nocnej i Świątecznej Opieki Zdrowotnej** – podlega Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa.
  9. Gwarantowane świadczenia zdrowotne udzielane odpowiednio przez lekarza POZ lub pielęgniarkę POZ w formie porad udzielanych w warunkach ambulatoryjnych lub w domu pacjenta, w przypadku nagłego zachorowania lub nagłego pogorszenia stanu zdrowia poza godzinami pracy Gabinetu Lekarza Rodzinnego.
  10. Świadczenia opieki zdrowotnej w ramach nocnej i świątecznej pomocy są realizowane od poniedziałku do piątku, w godzinach od 18.00 do 8.00 dnia następnego oraz w soboty, niedziele i inne dni ustawowo wolne od pracy w godzinach od 8.00 dnia danego do godziny 8.00 dnia następnego, w warunkach ambulatoryjnych i wyjazdowych.
  11. Transport sanitarny w POZ – świadczenia opieki zdrowotnej w ramach Gabinetu Lekarza Rodzinnego oraz Poradni Nocnej i Świątecznej Opieki Zdrowotnej – są realizowane zgodnie z zasadami określonymi w odrębnych przepisach.

### ***C. Badania diagnostyczne***

#### § 52

Badania diagnostyczne służące ustaleniu prawidłowej diagnozy i leczenia pacjenta wykonywane są przez:

- 1) pracowników;
- 2) jednostki zajmujące się diagnostyką poza Zakładem, w sytuacji gdy wykonanie badań w Zakładzie nie jest możliwe, w ramach podpisanych umów o współpracy.

#### § 53

Wszystkie zlecone badania, z uwagą na zleceniu „pilne” powinny być wykonane niezwłocznie.

### ***D. Zakład Pielęgnacyjno-Opiekuńczy***

#### § 54

1. Do zadań Zakładu Pielęgnacyjno – Opiekuńczego należy:
  - 1) udzielanie świadczeń pielęgnacyjnych, opiekuńczych i rehabilitacyjnych;
  - 2) udzielanie świadczeń pacjentom wentylowanym mechanicznie;
  - 3) prowadzenie edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia dla pacjentów Zakładu Pielęgnacyjno – Opiekuńczego oraz ich rodzin w zakresie samoopieki i opieki nad

- pacjentem;
- 4) prowadzenia czynnego poradnictwa oraz udzielanie pomocy w pozyskiwaniu różnego rodzaju środków pomocniczych, produkowanych w kraju i za granicą z myślą o chorych;
  - 5) organizowanie i udzielanie pomocy w sprawach socjalno – bytowych;
  - 6) rozwijanie i doskonalenie metod opieki i pielęgnacji poprzez profesjonalne szkolenie personelu medycznego oraz systematyczną wymianę doświadczeń;
  - 7) prowadzenie działalności informacyjnej;
  - 8) współpraca z polskimi i zagranicznymi organizacjami i zakładami prowadzącymi podobną działalność;
  - 9) przygotowanie chorego i jego rodziny (opiekuna) do samoopieki i samopielęgnacji, w warunkach domowych.
2. Liczbę łóżek w Zakładzie Pielęgnacyjno - Opiekuńczym określa Dyrektor Zakładu zarządzeniem.

### ***E. Pozostałe zagadnienia związane z udzielaniem świadczeń zdrowotnych***

#### § 55

1. **Apteką szpitalną** kieruje Kierownik Apteki – podległy bezpośrednio Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa.
2. Zadaniem Apteki szpitalnej jest organizowanie i zaopatrywanie poszczególnych komórek organizacyjnych Zakładu w leki gotowe, leki recepturowe, wyroby medyczne oraz środki dezynfekcyjne niezbędne do prawidłowego prowadzenia leczonych pacjentów - w tym:
  - 1) sporządzanie leków recepturowych i aseptycznych,
  - 2) sporządzanie mieszanin do żywienia pozajelitowego,
  - 3) sprawdzanie jakości i tożsamości leków gotowych i recepturowych,
  - 4) prowadzenie informacji o lekach na potrzeby jednostek i komórek organizacyjnych Zakładu,
  - 5) udział w kształceniu i podnoszeniu kwalifikacji farmaceutów i innych pracowników medycznych.
  - 6) udział w monitorowaniu działań niepożądanych leków,
  - 7) udział w badaniach klinicznych prowadzonych na terenie Zakładu,
  - 8) udział w racjonalizacji farmakoterapii,
  - 9) współuczestniczenie w prowadzeniu gospodarki produktami leczniczymi i wyrobami medycznymi w Zakładzie,
  - 10) prowadzenie ewidencji badanych produktów leczniczych oraz produktów leczniczych i wyrobów medycznych otrzymywanych w formie darowizny.
3. Wydawanie leków przez Aptekę następuje na podstawie zamówienia określonej komórki organizacyjnej Zakładu tzw. „receptariusza” podpisanego przez Ordynatora oddziału lub inną osobę uprawnioną oraz Pielęgniarkę Oddziałową / Koordynującą lub zapotrzebowania generowanego elektronicznie, także podpisanego przez Ordynatora lub osobę uprawnioną oraz Pielęgniarkę Oddziałową / Koordynującą. W przypadku komórek niemedycznych produkty wypisywane są na druku RW podpisanym przez kierownika komórki.
4. W razie braku przepisanego leku, bądź niemożliwości jego sporządzenia, personel Apteki szpitalnej powinien porozumieć się z lekarzem przepisującym lek i wskazać leki zastępcze lub inne sposoby sporządzenia leku bądź jego sprowadzenia, pod warunkiem jego dostępności na rynku.
5. Jeżeli przepisany lek jest niezbędny i nie może być zastąpiony przez inny lek, Apteka szpitalna jest zobowiązana do zakupu tego leku, pod warunkiem jego dostępności na rynku.

6. Wszelkie zmiany w składzie lub ilości wydanego leku powinny być odnotowane na zamówieniu (receptariuszu, zapotrzebowaniu lub druku RW w przypadku komórek niemedycznych) i zatwierdzone przez Kierownika Apteki.
7. Leki narkotyczne i psychotropowe wydawane są osobom upoważnionym za pokwitowaniem, a ich potwierdzenie odbywa się w systemie komputerowym przez zatwierdzenie. Pozostałe leki i wyroby medyczne odbierane są przez osoby upoważnione – Pielęgniarki Oddziałowe/ Koordynujące, sanitariuszy, transport wewnętrzny.
8. Apteka szpitalna dla celów kontrolnych powinna przechowywać oryginały receptariuszy i zapotrzebowania, druki RW przez okres pięciu lat oraz prowadzić odpowiednią dokumentację rozliczeniową, statystyczną i sprawozdawczą.
9. Wstęp do wewnętrznych pomieszczeń Apteki, poza jej personelem, mają wyłącznie osoby upoważnione.
10. Szczegółowe zasady funkcjonowania i wyposażenia Apteki szpitalnej określają odrębne przepisy.

## **11. Dokumentacja medyczna**

### § 56

1. Dokumentacja obowiązująca przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych obejmuje:
  - 1) dokumentację medyczną obrazującą przebieg leczenia w Zakładzie zgodnie z obowiązującymi przepisami;
  - 2) dokumentację służącą do rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej zgodnie z obowiązującymi warunkami zawartych umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z Narodowym Funduszem Zdrowia;
  - 3) wewnętrzne dokumenty opracowane przez Zakład, służące celom statystycznym i epidemiologicznym.
2. Zakład zapewnia ochronę danych zawartych w dokumentacji medycznej.
3. Dokumentacja medyczna indywidualna zawiera co najmniej:
  - 1) oznaczenie pacjenta, pozwalające na ustalenie jego tożsamości,
  - 2) oznaczenie podmiotu ze wskazaniem komórki organizacyjnej Zakładu, w której udzielono świadczeń zdrowotnych,
  - 3) oznaczenie osoby udzielającej świadczeń zdrowotnych oraz osoby kierującej na badanie diagnostyczne, konsultację lub leczenie,
  - 4) opis stanu zdrowia pacjenta lub udzielonych mu świadczeń zdrowotnych,
  - 5) datę sporządzenia,
  - 6) inne informacje wynikające z odrębnych przepisów.
4. Zakład udostępnia dokumentację medyczną:
  - 1) pacjentowi lub jego Przedstawicielowi ustawowemu bądź osobie upoważnionej przez pacjenta;
  - 2) po śmierci *pacjenta* osobie upoważnionej przez *pacjenta* za życia lub osobie, która w chwili zgonu *pacjenta* była jego przedstawicielem ustawowym;
  - 3) po śmierci pacjenta osobie bliskiej dla pacjenta na zasadach określonych w ustawie o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta;
  - 4) podmiotom udzielającym świadczeń zdrowotnych, jeżeli dokumentacja ta jest niezbędna do zapewnienia ciągłości świadczeń zdrowotnych;
  - 5) organom władzy publicznej, w tym Rzecznikowi *Praw Pacjenta*, Narodowemu Funduszowi Zdrowia, organom samorządu zawodów medycznych oraz konsultantom w ochronie zdrowia, a także Rzecznikowi Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego, w zakresie niezbędnym do wykonywania przez te podmioty ich zadań, w szczególności nadzoru i kontroli;



- 6) upoważnionym przez Województwo Podlaskie, osobom wykonującym zawód medyczny, w zakresie niezbędnym do sprawowania nadzoru nad Zakładem;
  - 7) wojewodom, konsultantom krajowym, jednostkom organizacyjnym podległym lub nadzorowanym przez Ministra Zdrowia, organom samorządów zawodów medycznych, medycznym towarzystwom naukowym, uczelniom medycznym, instytutom badawczym, specjalistom z poszczególnych dziedzin medycyny, w zakresie niezbędnym do przeprowadzenia kontroli na zlecenie ministra właściwego do spraw zdrowia;
  - 8) ministrowi właściwemu do spraw zdrowia, sądom, w tym sądom dyscyplinarnym, prokuratorom, lekarzom sądowym oraz sądom i rzecznikom odpowiedzialności zawodowej, w związku z prowadzonym postępowaniem;
  - 9) uprawnionym na mocy odrębnych ustaw organom i instytucjom (ZUS, KRUS), jeżeli badanie zostało przeprowadzone na ich wniosek;
  - 10) organom rentowym oraz zespołom do spraw orzekania o stopniu niepełnosprawności, w związku z prowadzonym przez nie postępowaniem;
  - 11) podmiotom prowadzącym rejestr usług medycznych, w zakresie niezbędnym do prowadzenia rejestrów;
  - 12) zakładom ubezpieczeń, za zgodą pacjenta;
  - 13) komisjom lekarskim podległym ministrowi właściwemu do spraw wewnętrznych, wojskowym komisjom lekarskim oraz komisjom lekarskim Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego lub Agencji Wywiadu, podległym Szefom właściwych Agencji;
  - 14) lekarzowi, pielęgniarce lub położnej, w związku z prowadzeniem procedury oceniającej podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych na podstawie przepisów o akredytacji w ochronie zdrowia, w zakresie niezbędnym do jej przeprowadzenia;
  - 15) wojewódzkiej komisji do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych, w zakresie prowadzonego postępowania;
  - 16) spadkobiercom w zakresie prowadzonego postępowania przed wojewódzką komisją do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych;
  - 17) osobom wykonującym czynności kontrolne na podstawie art. 39 ust. 1 ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia, w zakresie niezbędnym do ich przeprowadzenia;
  - 18) członkom zespołów kontroli zakażeń szpitalnych, o których mowa w art. 14 ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, w zakresie niezbędnym do wykonywania ich zadań.
5. Dokumentacja medyczna może być udostępniona także szkole wyższej lub instytutowi badawczemu do wykorzystania w celach naukowych, bez ujawniania nazwiska i innych danych umożliwiających identyfikację osoby, której dokumentacja dotyczy.
6. Dokumentacja medyczna jest udostępniana:
- 1) do wglądu w Zakładzie w tym także do baz danych w zakresie ochrony zdrowia, w miejscu udzielania świadczeń zdrowotnych, z wyłączeniem medycznych czynności ratunkowych, albo w siedzibie podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych, z zapewnieniem pacjentowi lub innym uprawnionym organom lub podmiotom możliwości sporządzenia notatek lub zdjęć;
  - 2) przez sporządzenie jej wyciągu, odpisu, kopii lub wydruku;
  - 3) przez wydanie oryginału za potwierdzeniem odbioru i z zastrzeżeniem zwrotu po wykorzystaniu, na żądanie organów władzy publicznej albo sądów powszechnych, a także w przypadku gdy zwłoka w wydaniu dokumentacji mogłaby spowodować zagrożenie życia lub zdrowia pacjenta;
  - 4) za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej;
  - 5) na informatycznym nośniku danych.

7. Za udostępnienie dokumentacji medycznej Zakład pobiera opłatę. Maksymalna wysokość opłaty za dokumentację medyczną nie przekroczy kwoty:
  - 1) za jedną stronę wyciągu lub odpisu dokumentacji medycznej - nie może przekraczać 0,002 przeciętnego wynagrodzenia w poprzednim kwartale od pierwszego dnia następnego miesiąca po ogłoszeniu przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego w Dzienniku Urzędowym Rzeczypospolitej Polskiej "Monitor Polski" na podstawie art. 20 pkt 2 ustawy o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych;
  - 2) za jedną stronę kopii dokumentacji medycznej - nie może przekraczać 0,00007 przeciętnego wynagrodzenia, o którym mowa w pkt 1;
  - 3) za sporządzenie wyciągu, odpisu lub kopii dokumentacji medycznej na elektronicznym nośniku danych, jeżeli zakład prowadzi dokumentację medyczną w formie elektronicznej – nie może przekraczać 0,0004 przeciętnego wynagrodzenia, o którym mowa w pkt 1.
8. Aktualne stawki opłat obowiązujące w danym kwartale określa Dyrektor Zakładu w drodze Zarządzenia. Opłaty za udostępnienie dokumentacji medycznej nie pobiera się w przypadku udostępnienia dokumentacji medycznej:
  - 1) pacjentowi albo jego przedstawicielowi ustawowemu po raz pierwszy w żądanym zakresie i w sposób, o którym mowa w art. 27 ust. 1 pkt 2 i 5 oraz ust. 3 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta;
  - 2) w związku z postępowaniem przed wojewódzką komisją do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych, o której mowa w art. 67e ust. 1 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.
9. Dokumentacja medyczna jest przechowywana przez okres 20 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym dokonano ostatniego wpisu, z wyjątkiem:
  - 1) dokumentacji medycznej w przypadku zgonu pacjenta na skutek uszkodzenia ciała lub zatrucia, która jest przechowywana przez okres 30 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym nastąpił zgon;
  - 2) zdjęć rentgenowskich przechowywanych poza dokumentacją medyczną pacjenta, które są przechowywane przez okres 10 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym wykonano zdjęcie;
  - 3) skierowań na badania lub zleceń lekarza, które są przechowywane przez okres 5 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym zrealizowano świadczenie będące przedmiotem skierowania lub zlecenia;
  - 4) dokumentacji medycznej dotyczącej dzieci do ukończenia 2 roku życia, która jest przechowywana przez okres 22 lat.
10. Po upływie okresów wymienionych w ust. 9 Zakład niszczy dokumentację medyczną w sposób uniemożliwiający identyfikację pacjenta, którego dotyczyła.
11. Po upływie okresów wymienionych w ust. 9 do postępowania z dokumentacją medyczną będącą materiałem archiwalnym w rozumieniu przepisów ustawy o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach, stosuje się przepisy wydane na podstawie art. 5 ust. 2 i 2b tej ustawy.

### ***G. Składanie i rozpatrywanie skarg i wniosków***

#### **§ 57**

1. Pacjent ma prawo do wnoszenia skarg i składania wniosków na temat działalności Zakładu.
2. Skargi i wnioski winne być składane do Dyrektora Zakładu lub zastępców pisemnie lub osobiście. Przedmiotem skargi może być, w szczególności:

- 1) zaniechanie lub nienależyte wykonanie zadań przez pracownika Zakładu;
  - 2) naruszenie obowiązujących przepisów i regulaminów oraz słusznym interesów obywateli,
  - 3) nieprzestrzeganie praw pacjenta.
3. Pacjent ma prawo do uzyskania odpowiedzi na zgłoszoną skargę lub wniosek w terminie 30 dni od daty jej złożenia.
4. Dyrektor Zakładu przyjmuje interesantów w sprawach skarg i wniosków zgodnie z zasadami przyjętymi w procedurze rozpatrywania skarg i wniosków wpływających od pacjentów.

## ***H. Struktura organizacyjna Zakładu***

### § 58

1. Szczegółową strukturę organizacyjną Zakładu określa Załącznik Nr 1.
2. Działalnością Zakładu kieruje Dyrektor, który wykonuje swoje obowiązki przy pomocy nie więcej niż trzech zastępców oraz Głównego Księgowego.
3. Dyrektor jest przełożonym wszystkich pracowników Zakładu. Do zadań Dyrektora należy w szczególności:
  - 1) wytyczanie kierunków i realizacja strategii rozwoju Zakładu;
  - 2) operacyjne zarządzanie Zakładem, w tym zwłaszcza w zakresie udzielania świadczeń opieki zdrowotnej oraz działalności gospodarczej zarządzania finansami, zarządzania personelem oraz zarządzania infrastrukturą;
  - 3) reprezentowanie Szpitala na zewnątrz.
4. Dyrektorowi Zakładu podlegają bezpośrednio:
  - 1) Zastępca Dyrektora ds. Ekonomicznych;
  - 2) Zastępca Dyrektora ds. Lecznictwa;
  - 3) Zastępca Dyrektora ds. Pielęgniarstwa;
  - 4) Dział Zatrudnienia i Płac;
  - 5) Dział Usług Medycznych;
  - 6) Dział Administracji;
  - 7) Dział Logistyki;
  - 8) Dział Inwestycji;
  - 9) Dział Kontroli Wewnętrznej i Audytu;
  - 10) Dział Informatyki;
  - 11) Samodzielne stanowiska
    - a) Główny Specjalista ds. Analiz,
    - b) Ds. Obronnych,
    - c) Ds. Ochrony Informacji Niejawnych,
    - d) Ds. Programów Unijnych,
    - e) Inspektor Ochrony Danych,
    - f) Pełnomocnik ds. Jakości,
    - g) Kapelan Szpitalny,
    - h) Ds. Przeciwpożarowych,
    - i) Ds. Służby BHP,
    - j) Koordynator ds. Transplantacji,
    - k) Specjalista ds. Epidemiologii,
    - l) Inspektor ds. Ochrony Radiologicznej;
  - 12) Komitety i Zespoły:
    - a) Komitet i Zespół Kontroli Zakażeń Szpitalnych,
    - b) Komitet Transfuzjologiczny,

- c) Zespół ds. Jakości,
- d) Zespół ds. Farmakoterapii,
- e) Zespół ds. Etyki,
- f) Zespół ds. Oceny Przyjęć,
- g) Zespół ds. Zdarzeń Niepożądanych,
- h) Zespół ds. Analizy Przyczyn Odmów Hospitalizacji,
- i) Zespół ds. Żywienia,
- j) Zespół ds. Analizy Zgonów,
- k) Zespół ds. Zwalczania Bólu,
- l) Zespół ds. Dokumentacji Medycznej,
- m) Zespół ds. Profilaktyki Odleżyn.

5. Zastępcy Dyrektora ds. Ekonomicznych podlegają następujące komórki:

- 1) Dział Ekonomiczny,
- 2) Główny Księgowy.

6. Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa podlegają następujące komórki:

- 1) Oddziały szpitalne,
- 2) Poradnie specjalistyczne,
- 3) Zakład Pielęgnacyjno – Opiekuńczy,
- 4) Blok operacyjny,
- 5) Apteka,
- 6) Gabinet Medycyny Pracy,
- 7) Gabinet Lekarza Rodzinnego,
- 8) Poradnia Nocnej i Świątecznej Opieki Zdrowotnej,
- 9) Gabinety diagnostyczno – zabiegowe,
- 10) Gabinet zabiegowo – szczepienny,
- 11) Dział Fizjoterapii,
- 12) Dział Diagnostyki Laboratoryjnej,
- 13) Dział Diagnostyki Obrazowej,
- 14) Dział Diagnostyki Układu Krążenia,
- 15) Ośrodek Diagnostyki i Leczenia Endoskopowego,
- 16) Ośrodek Rehabilitacji Diennej.

7. Zastępcy Dyrektora ds. Pielęgniarstwa podlegają następujące komórki:

- 1) Przełożona Pielęgniarek,
- 2) Sterylizatornia,
- 3) Zakład Pielęgnacyjno – Opiekuńczy,
- 4) Oddziały szpitalne,
- 5) Poradnie specjalistyczne,
- 6) Blok operacyjny,
- 7) Gabinety diagnostyczno – zabiegowe,
- 8) Gabinet zabiegowo – szczepienny,
- 9) Dział Diagnostyki Obrazowej,
- 10) Gabinet Medycyny Pracy,
- 11) Gabinet Lekarza Rodzinnego,
- 12) Poradnia Nocnej i Świątecznej Opieki Zdrowotnej,
- 13) Ośrodek Diagnostyki i Leczenia Endoskopowego,
- 14) Samodzielne stanowisko ds. Dietetyki;

8. Szczegółowa podległość merytoryczną określa załącznik nr 2.

9. Główny Księgowy może być jednocześnie Zastępcą Dyrektora ds. Ekonomicznych, w takim przypadku Zastępca Dyrektora ds. Ekonomicznych nie może zastępować Dyrektora

Zakładu w zakresie jego kompetencji określonych w art. 54 ustawy o finansach publicznych, jak w i zakresie spraw związanych z reprezentacją Zakładu.

### ***I. Szczegółowy zakres zadań poszczególnych komórek organizacyjnych***

#### § 59

1. **Zastępca Dyrektora ds. Ekonomicznych** – podlega bezpośrednio Dyrektorowi Zakładu.
2. Do podstawowych obowiązków Zastępcy Dyrektora ds. Ekonomicznych należy:
  - 1) koordynowanie całokształtem działalności Szpitala w zakresie spraw ekonomicznych;
  - 2) nadzór i koordynowanie procesów zaopatrzenia Zakładu w niezbędne produkty i usługi, łącznie z oceną merytoryczno-finansową zawieranych umów na dostawy i usługi;
  - 3) opracowywanie programów i strategii w zakresie działań restrukturyzacyjnych oraz naprawczych Zakładu;
  - 4) przygotowywanie prognoz dotyczących sytuacji finansowej Zakładu;
  - 5) nadzorowanie prac związanych z przygotowywaniem umów z NFZ, Ministrem Zdrowia oraz innymi podmiotami o realizację usług zdrowotnych przez Zakład; kontrolowanie kalkulacji i przedstawianych cenników w tym zakresie;
  - 6) podejmowanie decyzji bieżących w sprawach pracowniczych dotyczących podległych Działów - urlopy, przestrzeganie czasu pracy, dyscypliny pracy, przestrzeganie dyscypliny służbowej i przepisów o ochronie danych osobowych;
  - 7) współpraca z kierownikami wszystkich komórek organizacyjnych Szpitala;
  - 8) przestrzeganie przepisów BHP i ppoż., Regulaminu Organizacyjnego Zakładu, zapisów Układu zbiorowego Pracy, Regulaminu pracy i innych wewnętrznych regulacji prawnych obowiązujących w Zakładzie;
  - 9) wykonywanie innych czynności na zlecenie Dyrektora Zakładu pozostających w związku z pełnioną funkcją i przygotowywaniem fachowym, a nie ujętych w niniejszym zakresie czynności.

#### § 60

1. **Główny Księgowy**, organizuje i nadzoruje całość technicznych spraw związanych z prawidłowym zabezpieczeniem Zakładu pod względem finansowym, w ścisłej współpracy z Zastępcą Dyrektora ds. Ekonomicznych oraz kierownikami komórek organizacyjnych działalności podstawowej i pomocniczej Zakładu.
2. Do podstawowych obowiązków Głównego Księgowego należy:
  - 1) znajomość przepisów dotyczących funkcjonowania zakładów opieki zdrowotnej, regulujących źródła finansowania, określających zasady rachunkowości, finansów publicznych, zamówień publicznych, gospodarki finansowej w zakładach opieki zdrowotnej itp.;
  - 2) nadzór i koordynowanie prac związanych z opracowaniem planu finansowego i inwestycyjnego Zakładu w wymiarze rocznym oraz nadzór nad ich realizacją;
  - 3) uczestniczenie w opracowywaniu programów i strategii w zakresie działań restrukturyzacyjnych i naprawczych Zakładu;
  - 4) przygotowywanie analiz dotyczących sytuacji finansowej Zakładu;
  - 5) właściwe i racjonalne gospodarowanie środkami wraz z bieżącą i okresową analizą ponoszonych kosztów w ośrodkach oraz stosownymi wnioskami przedstawianymi Dyrektorowi Zakładu;
  - 6) nadzór i koordynowanie procesów zaopatrzenia Zakładu w niezbędne produkty i

- usługi, łącznie z oceną merytoryczno-finansową zawieranych umów na dostawy i usługi;
- 7) bieżący nadzór nad całością gospodarki magazynowej prowadzonej w Zakładzie, niezależnie od jej charakteru;
  - 8) bieżący nadzór nad wykonywaniem zaleceń pokontrolnych wydawanych przez upoważnione organy, a odnoszących się do gospodarki finansowej Zakładu,
3. Główny Księgowy odpowiada za realizację ww. zakresu czynności oraz ponosi odpowiedzialność służbową, materialną lub karną (w szczególnych wypadkach łączną) za spowodowanie szkody z tytułu niewywiązywania się ze swoich zadań oraz nieprzestrzegania zapisów obowiązującego prawa, w tym regulacji wewnątrzszpitalnych.

## § 61

### 1. Do zadań **Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa** należy:

- 1) sprawowanie we współpracy z Ordynatorami oddziałów bieżącego nadzoru nad wykonawstwem zadań przez personel medyczny Zakładu,
- 2) sprawowanie nadzoru nad dokumentacją medyczną z przeprowadzaniem kontroli jakościowej historii chorób i innej dokumentacji fachowej (karty zleceń, księgi zabiegowe, księgi pooperacyjne, raporty itp.),
- 3) sprawowanie nadzoru nad dokumentacją medyczną w zakresie zgodności z dokumentacją statystyczną, w tym również dokumentacją statystyczną do NFZ,
- 4) wykonywanie czynności orzeczniczych i nadzór nad orzecznictwem lekarskim prowadzonym przez Zakład,
- 5) czuwanie nad prawidłowym tokiem studiów specjalizacyjnych lekarzy, dbałość o kształcenie podyplomowe, w tym nadzorowanie wykonawstwa zadań i szkolenie lekarzy stażystów lub rezydentów,
- 6) wnioskowanie w sprawach obsady personelu lekarskiego w jednostkach organizacyjnych Zakładu,
- 7) nadzór nad racjonalną gospodarką lekami i innymi artykułami medycznymi w Zakładzie,
- 8) organizowanie i opracowywanie zasad konsultacji specjalistycznych pomiędzy poszczególnymi oddziałami Zakładu i innymi jednostkami ochrony zdrowia,
- 9) czuwanie nad merytoryczną prawidłowością opracowań grafików lekarzy dyżurnych Zakładu,
- 10) nadzorowanie przeprowadzanych badań okresowych i szczepień ochronnych pracowników Zakładu,
- 11) udzielanie pomocy Zastępcy Dyrektora ds. Pielęgniarstwa w zakresie doszkalania podległych pracowników,
- 12) dokonywanie okresowych obchodów komórek organizacyjnych Zakładu ze zwróceniem szczególnej uwagi na stan sanitarno-higieniczny Oddziału i pomieszczeń zaplecza-podejmowanie działań interwencyjnych w razie stwierdzenia nieprawidłowości,
- 13) nadzorowanie działań w zakresie zapewnienia właściwej diety hospitalizowanych pacjentów,
- 14) współudział z Dyrektorem Zakładu w nadzorze wykonawstwa zadań przez służby bhp i p.poż. Zakładu,
- 15) dokonywanie analiz materiałów sprawozdawczych i analitycznych z zakresu działalności podstawowej Zakładu stosownym opiniowaniem i wnioskowaniem,
- 16) rozpatrywanie uwag i skarg chorych z podejmowaniem w razie potrzeby stosownych decyzji prewencyjno-organizacyjnych,
- 17) bieżący nadzór nad zadaniami działów i pracowni diagnostycznych Zakładu, nadzór i

udział w pracach Komitetów i Zespołu Kontroli Zakażeń Szpitalnych.

2. Szczegółowe zakresy zadań Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa ustala Dyrektor Zakładu w sposób zapewniający sprawną i kompleksową realizację zadań przypisanych do wykonania.
3. Realizacja ww. zadań odbywa się we współpracy z:
  - 1) Zastępcą Dyrektora ds. Pielęgniarstwa,
  - 2) Ordynatorami oddziałów,
  - 3) Kierownikami Działów Diagnostycznych, Kierownikiem Apteki, Kierownikiem Bloku Operacyjnego oraz Sterylizatorni,
  - 4) Kierownikami Działów niemedycznych Szpitala związanych z działalnością podstawową.

#### § 62

1. **Zastępca Dyrektora ds. Pielęgniarstwa** jest przełożonym pracowników pionu pielęgniarsko-położniczego oraz personelu pomocniczego i podlega bezpośrednio Dyrektorowi Zakładu. Pełni swoją funkcję przy udziale bezpośrednio jej podległej Przełożonej Pielęgniarek, Pielęgniarek/Położnych Oddziałowych oraz Pielęgniarek Koordynujących.
2. Zastępca Dyrektora ds. Pielęgniarstwa wykonuje swoje obowiązki służbowe zgodnie z przepisami prawa, w szczególności:
  - 1) Ustawą o zawodzie pielęgniarki i położnej;
  - 2) Ustawą o samorządzie pielęgniarek i położnych;
  - 3) ustawą Kodeks Pracy;
  - 4) Kodeksem Etyki Zawodowej;
  - 5) Regulaminem;
  - 6) Zarządzeniami obowiązującymi w Zakładzie.
3. Do podstawowych obowiązków Zastępcy Dyrektora ds. Pielęgniarstwa należy zapewnienie sprawności w organizacji i funkcjonowaniu opieki pielęgniarsko-położniczej, dbałość o rozwój kadry pielęgniarsko-położniczej i jakość udzielanych świadczeń pielęgniarskich, a także:
  - 1) w zakresie planowania:
    - a) systematyczne szacowanie rzeczywistego zapotrzebowania na opiekę pielęgniarsko-położniczą,
    - b) planowanie zatrudnienia niezbędnego do świadczenia usług medycznych na jak najwyższym poziomie,
    - c) planowanie i organizowanie szkoleń wewnątrzzakładowych, zatwierdzanie szkoleń wewnątrzoddziałowych,
    - d) kierowanie podległych pracowników na szkolenia organizowane poza zakładem pracy-wnioski przedstawia Dyrektorowi Zakładu,
    - e) opracowanie i doskonalenie systemu informacji w podległym pionie;
  - 2) w zakresie organizowania pracy:
    - a) opracowanie strategii rozwoju pielęgniarstwa i określanie standardów praktyki pielęgniarsko-położniczej,
    - b) zabezpieczenie obsady kadrowej o odpowiednich kwalifikacjach w poszczególnych komórkach,
    - c) motywowanie pracowników do lepszej, efektywniejszej pracy;
  - 3) w zakresie kontrolowania i nadzorowania nad:
    - a) jakością sprawowanej opieki pielęgniarsko-położniczej,
    - b) dokumentacją medyczną,
    - c) porządkiem i dyscypliną pracy pielęgniarek i położnych oraz personelu pomocniczego,

- d) adaptacją zawodową nowozatrudnionego personelu,
  - e) realizacją profilaktyki i promocji zdrowia w stosunku do pacjentów i ich rodzin,
  - f) przeprowadzanie okresowych kontroli pracy podległego personelu,
  - g) organizowanie comiesięcznych odpraw dla podległego personelu w celu omówienia spraw związanych z jego pracą z udziałem zainteresowanych Kierowników komórek organizacyjnych,
  - h) nadzorowanie żywienia indywidualnego i zbiorowego wszystkich pacjentów;
- 4) Zastępca Dyrektora ds. Pielęgniarstwa zobowiązana jest do:
- a) sprawowania nadzoru nad sprawnością funkcjonowania pionu sanitarno-higienicznego Szpitala,
  - b) współpracy z Okręgową Izbą Pielęgniarek i Położnych, towarzystwami naukowymi, konsultantami w dziedzinie pielęgniarstwa,
  - c) wykonywanie innych czynności na zlecenie Dyrektora Zakładu pozostających w związku z pełnioną funkcją i przygotowaniem fachowym, a nie ujętych w niniejszym zakresie czynności;
- 5) W realizacji zadań Zastępca Dyrektora ds. Pielęgniarstwa współpracuje z:
- a) kierownictwem Zakładu,
  - b) Ordynatorami oddziałów/Lekarzami kierującymi oddziałem,
  - c) wszystkimi komórkami podstawowej działalności Zakładu.

### § 63

1. **Dział Zatrudnienia i Płac** - podlega bezpośrednio Dyrektorowi Zakładu.
2. Pracą Działu kieruje Kierownik będący przełożonym wszystkich pracowników Działu. Kierownik jest odpowiedzialny merytorycznie za mienie pozostające na wyposażeniu Działu.
3. Do zadań Działu Zatrudnienia i Płac należy:
  - 1) przedkładanie propozycji dotyczących zatrudnienia pracowników;
  - 2) opracowywanie planów zatrudnienia w oparciu o analizę potrzeb poszczególnych komórek organizacyjnych;
  - 3) prowadzenie dokumentacji w sprawach związanych ze stosunkiem pracy oraz akt osobowych pracowników w sposób zgodny z obowiązującymi przepisami;
  - 4) prowadzenie ewidencji obecności w pracy, planu urlopów oraz bieżąca kontrola ich wykorzystania;
  - 5) prowadzenie spraw związanych z podróżami służbowymi pracowników;
  - 6) nadzór nad przestrzeganiem dyscypliny pracy;
  - 7) prowadzenie całości spraw związanych z przygotowaniem wniosków o odznaczenia;
  - 8) prowadzenie spraw związanych z przejściem pracownika na emeryturę lub rentę;
  - 9) współpraca z organizacjami związkowymi w zakresie wykorzystania środków zakładowego funduszu świadczeń socjalnych oraz opracowywanie projektów w tej sprawie;
  - 10) realizacja świadczeń socjalnych zgodnie z regulaminem gospodarowania środkami zakładowego funduszu socjalnego oraz planem działalności socjalnej ustalonym na dany rok;
  - 11) prowadzenie spraw związanych z SZOI;
  - 12) prowadzenie spraw związanych z obsługą umów zawartych z Ministerstwem Zdrowia dotyczących szkolenia specjalizacyjnego lekarzy;
  - 13) obsługa postępowań konkursowych na stanowiska kierownicze kadry medycznej;
  - 14) obliczanie wynagrodzenia za pracę i należnych zasiłków oraz obciążeń z tytułu ubezpieczenia społecznego i zdrowotnego – zgodnie z obowiązującymi przepisami;



- 15) obliczanie obciążeń z tytułu podatku dochodowego od osób fizycznych;
  - 16) sporządzanie list płac oraz prowadzenie wszystkich spraw z tym związanych;
  - 17) prowadzenie właściwej dokumentacji płacowej;
  - 18) przygotowywanie analiz niezbędnych do opracowania projektów regulaminów wynagradzania oraz przedstawianie propozycji rozwiązań w tym zakresie;
  - 19) wykonywanie innych zadań zleconych przez przełożonych lub wynikających z obowiązujących przepisów;
  - 20) sporządzanie regulaminów, instrukcji oraz zarządzeń w zakresie tematyki reprezentowanej przez Dział;
  - 21) przygotowywanie aneksów do umów.
4. Szczegółowe zadania poszczególnych stanowisk pracy ustala Kierownik Działu w sposób zapewniający sprawną i kompleksową realizację zadań przypisanych do wykonania przez Dział Zatrudnienia i Płac.
  5. W realizacji zadań pracownicy Działu współpracują ściśle ze wszystkimi komórkami podstawowej działalności Zakładu.

#### § 64

1. **Dział Ekonomiczny** – podlega bezpośrednio Zastępcy Dyrektora ds. Ekonomicznych.
2. Pracą Działu kieruje **Zastępca Dyrektora ds. Ekonomicznych** będący przełożonym wszystkich pracowników Działu. Kierownik jest odpowiedzialny merytorycznie za mienie pozostające na wyposażeniu Działu.
3. Do zadań Działu Ekonomicznego należy:
  - 1) przyjmowanie wpłat do kasy Zakładu;
  - 2) dokonywanie wypłat z kasy Zakładu;
  - 3) przygotowywanie do wysyłania systemem elektronicznym przelewów;
  - 4) zabezpieczenie pieniędzy w kasie;
  - 5) prowadzenie kartoteki druków kasowych ścisłego zarachowania;
  - 6) dokonywanie wpłat i wypłat bezpośrednio w banku;
  - 7) przyjmowanie faktur wystawionych za dyżury lekarskie;
  - 8) sprawdzanie faktur pod względem formalno-rachunkowym;
  - 9) prowadzenie ewidencji kosztów i ich rozliczanie;
  - 10) pomoc w sporządzaniu sprawozdań;
  - 11) uzgadnianie comiesięczne stanów magazynowych, (współdziałanie z Działem Logistyki);
  - 12) przenoszenie danych z systemu magazynowego do systemu Fk;
  - 13) rozliczanie pożyczek z Zakładowego Funduszu Świadczeń Socjalnych;
  - 14) sporządzanie harmonogramu inwentaryzacji na kolejne lata;
  - 15) przeprowadzanie i przedstawianie rozliczeń z inwentaryzacji i kasacji;
  - 16) prowadzenie we współpracy z Działem Logistyki spraw związanych z przyjmowaniem darowizn sprzętu medycznego, przeprowadzanie i przedstawianie rozliczeń z przyjęcia darowizn;
  - 17) prowadzenie kartotek środków trwałych i wartości niematerialnych, ewidencji druków inwentaryzacyjnych ścisłego zarachowania;
  - 18) przenoszenie danych z systemu ST do systemu Fk;
  - 19) wprowadzanie dokumentów do systemu Fk;
  - 20) uzgadnianie sald z kontrahentami;
  - 21) sprawdzanie i wystawianie not odsetkowych;
  - 22) sprawdzanie wyroków dotyczących spraw z kontrahentami pod względem rachunkowym;
  - 23) księgowanie kosztów komorniczych;

- 24) wystawianie wezwań do zapłaty dla kontrahentów;
  - 25) uzgadnianie ksiąg rachunkowych;
  - 26) nadzór nad raportami kasowymi, kartotekami przelewów;
  - 27) rozliczanie umów z Urzędem Marszałkowskim oraz Ministerstwem Zdrowia;
  - 28) sporządzanie sprawozdań na potrzeby Dyrekcji oraz innych podmiotów;
  - 29) uzgadnianie składek ZUS;
  - 30) sprawdzanie deklaracji VAT;
  - 31) rozliczanie umów-zlecenie;
  - 32) sporządzanie rejestrów sprzedaży i zakupu, deklaracji VAT;
  - 33) windykacja należności;
  - 34) prowadzenie bieżących analiz ekonomicznych;
  - 35) sporządzanie regulaminów, instrukcji oraz zarządzeń w zakresie tematyki reprezentowanej przez Dział.
4. Szczegółowe zadania poszczególnych stanowisk pracy ustala Zastępca Dyrektora ds. Ekonomicznych w sposób zapewniający sprawną i kompetentną realizację zadań przypisanych do wykonania przez Dział Ekonomiczny.
  5. W realizacji zadań pracownicy Działu współpracują ściśle ze wszystkimi komórkami podstawowej działalności Zakładu.

## § 65

### **1. Dział Logistyki - podlega bezpośrednio Dyrektorowi Zakładu.**

2. Pracą Działu kieruje Kierownik będący przełożonym wszystkich pracowników. Kierownik jest odpowiedzialny merytorycznie za mienie pozostające na wyposażeniu Działu.
3. Do zadań Działu Logistyki należy:
  - 1) Sekcja Gospodarcza:
    - a) zapewnienie ciągłości wykonywania usług świadczonych na rzecz Zakładu przez podmioty zewnętrzne w zakresie:
      - b) transportu dostawczego,
      - c) specjalistycznego transportu medycznego,
      - d) prania.
    - e) zaopatrywanie pracowników w odzież oraz obuwie ochronne i robocze zgodnie
    - f) z ustalonymi normami zakładowymi, prowadzenie ewidencji i kart zaopatrzenia w sorty bhp,
    - g) organizowanie transportu wewnętrznego i zewnętrznego, rozliczanie kart drogowych na samochody zakładowe, analiza wykorzystania i kosztów eksploatacji transportu własnego, prowadzenie kontroli wykorzystania i kosztów transportu zewnętrznego,
    - h) zapewnienie sprzedaży obuwia ochronnego i fartuchów jednorazowego użytku dla osób odwiedzających chorych w Zakładzie,
    - i) nadzór nad świadczonymi usługami pralniczymi, zwłaszcza w zakresie terminowości i jakości prania, dystrybucja bielizny szpitalnej,
    - j) prowadzenie magazynów bielizny czystej i brudnej,
    - k) odbioru odpadów wytwarzanych przez Zakład, w tym niebezpiecznych odpadów medycznych,
    - l) nadzór i kontrola nad zapewnieniem porządku i właściwego stanu sanitarnego ogólnodostępnej komunikacji wewnątrz Zakładu, pomieszczeń administracyjnych, terenu Zakładu i bezpośredniego otoczenia,
    - m) organizowanie warunków składowania i usuwania z terenu Zakładu odpadów komunalnych, medycznych i innych,

- n) kontrolowanie faktur za unieszkodliwienie odpadów i prowadzenie dokumentacji gospodarki odpadami,
  - o) nadzór nad środkami zabezpieczenia obiektów szpitalnych przed włamaniem i kradzieżą, należyтым przechowywaniem kluczy, organizowanie służby ochroniarskiej
  - p) oraz wykonywanie wszystkich czynności zmierzających do ochrony mienia wewnątrz
  - q) i na zewnątrz Zakładu,
  - r) prowadzenie gospodarki nieruchomościami Zakładu, naliczanie wysokości podatku
  - s) od nieruchomości,
  - t) sporządzanie umów na dzierżawę i wynajem pomieszczeń, sprzętu oraz sterylizację
  - u) narzędzi,
  - v) zapewnienie łączności telefonicznej wewnętrznej i zewnętrznej,
  - w) rozliczanie należności i wystawianie faktur za dzierżawę, najem oraz sterylizację narzędzi,
  - x) nadzór nad obsługą szatni dla osób odwiedzających chorych w Zakładzie,
  - y) prowadzenie magazynów rzeczy chorych, organizowanie dyżurów w magazynach w celu
  - z) ciągłego przyjmowania i wydawania depozytów, prowadzenie dokumentacji magazynowej,
  - aa) prowadzenie postępowania w zakresie usług łączności (telefonii komórkowej, stacjonarnej oraz tzw. aparaty wrzutowe);
- 2) Sekcja Aparatury Medycznej:
- a) prowadzenie bieżącego rozeznania wyposażenia Zakładu w aparaturę medyczną, jej stanu
  - b) technicznego oraz stopnia wykorzystania,
  - c) uczestniczenie w planowaniu i realizacji zakupów urządzeń medycznych oraz wdrażaniu ich do eksploatacji,
  - d) udział w zakupie materiałów zużywalnych, części zamiennych i wyposażenia dodatkowego – wnioskowanie i doradztwo w tym zakresie,
  - e) utrzymywanie w należyтым stanie technicznym sprzętu i aparatury medycznej oraz ich
  - f) dodatkowego wyposażenia,
  - g) sporządzanie harmonogramów przeglądów, konserwacji, napraw i remontów sprzętu
  - h) i aparatury medycznej,
  - i) kontrola prawidłowości użytkowania i wykorzystania aparatury i sprzętu medycznego,
  - j) kompletowanie ofert i sporządzanie informacji o nowych generacjach aparatury medycznej
  - k) oraz możliwościach jej zakupu,
  - l) zbieranie wniosków w sprawie zakupu sprzętu i aparatury medycznej,
  - m) prowadzenie czynności związanych z przyjmowaniem darowizn sprzętu i aparatury
  - n) medycznej (we współpracy z Działem Ekonomicznym),
  - o) przygotowanie i adaptacja pomieszczeń dla zainstalowania nowo zakupionej aparatury
  - p) medycznej,

- q) udzielanie porad o zakresie możliwości technicznych posiadanej aparatury, wydawanie orzeczeń o jej stanie technicznym,
  - r) współudział w zagospodarowaniu wyposażenia zbędnego i przygotowaniu aparatury
  - s) do kasacji (wnioski),
  - t) opracowywanie wniosków o udzielenie zamówienia publicznego na zakup aparatury
  - u) medycznej, konserwację, przeglądy techniczne i okresowe, części zamienne.
  - v) kontrola jakości i terminowości oraz kosztów usług serwisowych,
  - w) nadzór nad uruchomieniem nowych urządzeń, naprawami gwarancyjnymi
  - x) i pogwarancyjnymi,
  - y) prowadzenie wykazów i sprawozdawczości dotyczącej wyposażenia medycznego.
4. Sporządzanie regulaminów, instrukcji oraz zarządzeń w zakresie tematyki reprezentowanej przez Dział.
  5. Przygotowywanie aneksów do umów.
  6. Przygotowywanie wniosków na posiedzenia Rady Społecznej w sprawie wydania opinii dotyczących zbycia aktywów trwałych oraz zakupu lub przyjęcia darowizny aparatury/sprzętu medycznego.
  7. Szczegółowe zadania poszczególnych stanowisk pracy ustala Kierownik Działu w sposób zapewniający sprawną i kompleksową realizację zadań przypisanych do wykonania przez Dział Logistyki.
  8. W realizacji zadań pracownicy Działu współpracują ściśle ze wszystkimi komórkami działalności podstawowej Zakładu.

## § 66

1. **Dział Administracji** - podlega bezpośrednio Dyrektorowi Zakładu.
2. Pracą Działu kieruje Kierownik będący przełożonym wszystkich pracowników Działu. Kierownik jest odpowiedzialny merytorycznie za mienie pozostające na wyposażeniu Działu.
3. Do zadań Działu Administracji należy:
  - 1) Sekcja Organizacji:
    - a) bieżące prowadzenie i aktualizacja obowiązujących Rejestrów Zakładu;
    - b) zabezpieczenie obsługi administracyjno-technicznej pracy Rady Społecznej i Rady Ordynatorów Szpitala oraz innych spotkań organizowanych przez Dyrektora Zakładu;
    - c) nadzór nad prawidłowością i zgodnością z obowiązującymi przepisami wzorów druków medycznych stosowanych w komórkach działalności podstawowej, udział w czynnościach związanych z zamawianiem niezbędnych rodzajów druków medycznych;
    - d) zapewnienie sprawnej obsługi administracyjno-biurowej Sekretariatu Dyrektora, z zachowaniem obowiązujących przepisów w tym zakresie (instrukcja kancelaryjna),
    - e) prowadzenie rejestru skarg i wniosków;
    - f) sporządzanie miesięcznych grafików dyżurów Lekarza Główny Dyżuru z nadzorem nad kompleksowością i właściwym obiegiem „Książki Raportów Lekarza Głównego Dyżuru;
    - g) wykonywanie czynności związanych z numeracją, zamawianiem oraz dystrybucją recept lekarskich;

- h) prowadzenie spraw związanych z ubezpieczeniem Zakładu;
  - i) przekazywanie kopii uchwał zatwierdzonych przez Radę Społeczną do komórek wnioskujących;
  - j) współpraca z innymi podmiotami leczniczymi, szczególnie w zakresie usprawniania organizacyjnego procesu udzielania przez Zakład świadczeń zdrowotnych;
  - k) zapewnienie zgodności prowadzenia list osób oczekujących na udzielenie świadczeń zdrowotnych w komórkach organizacyjnych Szpitala z obowiązującymi przepisami prawa.
- 2) Sekcja Zamówień Publicznych:
- a) udział we wszystkich postępowaniach o zamówienie publiczne;
  - b) przechowywanie i udostępnianie protokołów postępowań wraz z załącznikami, w tym umów o zamówienia publiczne, przez okres wymagany na mocy ustawy o zamówieniach publicznych;
  - c) sporządzanie planów zamówień publicznych;
  - d) sporządzanie sprawozdań o udzielonych zamówieniach.
- 3) Sekcja Zaopatrzeniowo-Magazynowa:
- a) zadania zaopatrzeniowo-magazynowe realizowane będą poprzez:
    - zaopatrywanie jednostek i komórek organizacyjnych Zakładu w sprzęt jednorazowego użytku, narzędzia, przedmioty medyczne, artykuły żywnościowe, artykuły medyczne oraz inne materiały niezbędne do funkcjonowania jednostki,
    - weryfikacja zamówień, które wpłynęły do zaopatrzenia, sprawdzanie formy zakupu, ceny jednostkowej, firmy, numeru i daty zawarcia umowy przetargowej,
    - realizację zamówień na dostawy towarów dla potrzeb jednostek i komórek organizacyjnych,
    - wycenę zamówień i przedkładanie ich do zatwierdzenia Głównemu Księgowemu i Dyrektorowi Zakładu,
    - realizację dostaw,
    - przygotowywanie wniosków o udzielenie zamówienia publicznego na artykuły piśmienne i druki medyczne, przyjmowanie, przechowywanie oraz wydawanie artykułów medycznych, gospodarczych, technicznych, bielizny, pościeli, sprzętu i materiałów budowlanych,
    - przestrzeganie obowiązujących normatywów magazynowych, zgłaszanie potrzeby ich uzupełnienia oraz upływniania zapasów,
    - prowadzenie ewidencji magazynowej oraz czuwanie nad prawidłowym udokumentowaniem przychodu i rozchodu (w magazynie prowadzona jest ewidencja ilościowo-wartościowa techniką komputerową). Współdziałanie z Działem Ekonomicznym w zakresie uzgadniania comiesięcznych stanów magazynowych,
    - odbiór z magazynu ogólnego faktur z dowodem przyjęcia przez magazyn PZ,
    - sprawdzanie faktur, czy cena jest zgodna z przetargiem, sprawdzanie czy dostarczenie towar jest zgodny z przetargiem i czy dostarczony towar jest zgodne z zamówieniem,
    - opisywanie merytoryczne faktury zakupu,
    - monitorowanie, aby ilości zawarte w przetargach nie były przekroczone,

- prowadzenie rejestru zatwierdzonych faktur,
  - przekazanie faktur do księgowości za pokwitowaniem w rejestrze faktur;
- b) sekcja zaopatrzenia pracuje w oparciu o „Instrukcję magazynową dla magazynów Wojewódzkiego Szpitala Zespólnego im. J. Śniadeckiego w Białymstoku” wprowadzoną do realizacji Zarządzeniem Wewnętrznym Dyrektora Zakładu;
- 4) Archiwum:
- a) gromadzenie i archiwizowanie dokumentacji medycznej i niemedycznej Zakładu zgodnie z obowiązującymi przepisami,
  - b) prowadzenie czynności związanych z udostępnianiem dokumentacji medycznej upoważnionym podmiotom zgodnie z obowiązującymi przepisami.
4. Do zadań Działu Administracji należy ponadto należy:
- 1) sporządzanie regulaminów, instrukcji oraz zarządzeń w zakresie tematyki reprezentowanej przez Dział;
  - 2) przygotowywanie aneksów do umów.
5. Szczegółowe zadania poszczególnych stanowisk pracy ustala Kierownik Działu w sposób zapewniający sprawną i kompleksową realizację zadań przypisanych do wykonania przez Dział Administracji.
6. W realizacji zadań pracownicy Działu współpracują ściśle ze wszystkimi komórkami działalności podstawowej Zakładu.

#### § 67

1. Dział Inwestycji - podlega bezpośrednio Dyrektorowi Zakładu.
2. Pracą Działu kieruje Kierownik będący przełożonym wszystkich pracowników Działu. Kierownik jest odpowiedzialny merytorycznie za mienie pozostające na wyposażeniu Działu.
3. Do zadań Działu Inwestycji należy:
- 1) nadzorowanie wykonania i odbioru zleczonych usług nadzoru inwestorskiego i robót budowlanych;
  - 2) prowadzenie, kompletowanie i przechowywanie w należyтым porządku dokumentacji technicznej prowadzonych inwestycji;
  - 3) prowadzenie gospodarki inwestycyjnej;
  - 4) przestrzeganie obowiązujących procedur i przepisów prawa, prowadzenie niezbędnej dokumentacji, planowanie i sprawozdawczość oraz przygotowywanie projektów pism w zakresie zleczonych przez Dyrektora Zakładu i wykonywanych zadań;
  - 5) współpraca z Samodzielnym Stanowiskiem ds. Programów Unijnych przy opracowaniu projektów ubiegających się o dofinansowanie w ramach programu pomocowego inwestycji z zapisami projektu;
  - 6) sporządzanie regulaminów, instrukcji oraz zarządzeń w zakresie swojej właściwości,
  - 7) przygotowywanie aneksów do umów;
  - 8) zabezpieczanie należytego stanu technicznego budynków i nadzór nad ich eksploatacją;
  - 9) przygotowywanie projektów inwestycji i remontów przyjętych do realizacji zgodnie z zatwierdzonym planem na dany rok;
  - 10) prowadzenie planowej konserwacji maszyn i urządzeń zainstalowanych w Zakładzie, utrzymywanie ich w należyтым stanie technicznym, kontrola prawidłowości ich wykorzystania;
  - 11) prowadzenie właściwej gospodarki energetycznej i paliwowej;
  - 12) zapewnienie pełnej sprawności techniczno-ruchowej parku maszynowego

- zainstalowanego w Zakładzie oraz czuwanie nad jego właściwą eksploatacją (zgodnie z instrukcjami producenta);
- 13) nadzór nad realizacją inwestycji i remontów, a zwłaszcza czuwanie nad zgodnością przyjętych rozwiązań z przepisami jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia Zakładu;
  - 14) zapewnienie bezawaryjnego zasilania Zakładu w energię elektryczną, energię cieplną, parę technologiczną, wodę, gaz ziemny i gazy medyczne;
  - 15) koordynacja prac zmierzających do przygotowania i adaptacji pomieszczeń;
  - 16) dla zainstalowania nowo zakupionej aparatury, w tym medycznej;
  - 17) wydawanie orzeczeń o stanie technicznym urządzeń oraz udzielanie porad o zakresie ich możliwości technicznych;
  - 18) sporządzanie wniosków w sprawie likwidacji sprzętu zużytego i zbędnego;
  - 19) wystawianie podkładów faktur w zakresie spraw reprezentowanych p przez Dział oraz innych, w tym rozliczanie należności;
  - 20) sporządzanie harmonogramów przeglądów, konserwacji, napraw i remontów maszyn i urządzeń;
  - 21) pełnienie całodobowego pogotowia energetycznego i hydraulicznego;
  - 22) sporządzanie regulaminów, instrukcji oraz zarządzeń w zakresie tematyki reprezentowanej przez Dział;
  - 23) przygotowywanie aneksów do umów.
4. Szczegółowe zadania poszczególnych stanowisk pracy ustala Kierownik Działu w sposób zapewniający sprawną i kompleksową realizację zadań przypisanych do wykonania przez Dział Inwestycji.
  5. W realizacji zadań pracownicy Działu współpracują ściśle ze wszystkimi komórkami działalności podstawowej Zakładu.

## § 68

1. **Dział Kontroli Wewnętrznej i Audytu** podlega bezpośrednio Dyrektorowi Zakładu.
2. Pracą Działu kieruje Kierownik będący przełożonym wszystkich pracowników Działu. Kierownik jest odpowiedzialny merytorycznie za mienie pozostające na wyposażeniu Działu.
3. Do zadań Działu Kontroli Wewnętrznej i Audytu należy:
  - 1) realizacja procesów kontroli wewnętrznej:
    - a) opracowanie rocznego planu kontroli wewnętrznej, uwzględniającego min. następujące dziedziny funkcjonowania Szpitala:
      - prowadzenie dokumentacji medycznej,
      - realizacja zadań przez poszczególne komórki organizacyjne Zakładu,
      - prowadzenie prawidłowej gospodarki lekowej,
      - harmonogramy pracy osób świadczących usługi zdrowotne,
      - realizacja umów zawartych z jednostkami udzielającymi świadczeń zdrowotnych,
      - realizacja procedur obowiązujących w Szpitalu pod kątem zgodności z prawem i uregulowań wewnętrznych;
    - b) przeprowadzenie kontroli zgodnie z planem rocznym oraz kontroli doraźnych, zleczanych przez Dyrektora;
    - c) przygotowanie protokołów z kontroli wewnętrznych i przekazanie kierownikom kontrolowanych komórek organizacyjnych;
    - d) opracowanie wystąpień pokontrolnych, zawierających ocenę kontrolowanego zakresu działalności komórki oraz zalecenia pokontrolne;
    - e) monitorowanie sposobu i terminu realizacji zaleceń pokontrolnych, kontrole

- sprawdzające;
  - f) opracowanie sprawozdań z przeprowadzonych kontroli i przekazywanie Dyrektorowi Zakładu.
- 2) realizacja zadań z zakresu audytu:
    - a) opracowywanie rocznego planu audytu wewnętrznego,
    - b) opracowywanie programów audytów wewnętrznych,
    - c) przeprowadzanie audytów wewnętrznych w wyznaczonych obszarach,
    - d) ocena efektywności i racjonalności zarządzania procesami – proponowanie usprawnień i optymalizacja procesów,
    - e) opracowywanie wniosków i zaleceń dotyczących nieprawidłowości ujawnionych podczas audytu,
    - f) dokumentowanie ustaleń, wniosków i zaleceń z przeprowadzonych audytów,
    - g) kontrola realizacji zaleceń z przeprowadzonych audytów,
    - h) przeprowadzanie audytów sprawdzających;
  - 3) niezwłoczne Informowanie Dyrektora Zakładu w przypadku stwierdzenia okoliczności uzasadniających podejrzenie naruszenia obowiązującego prawa;
  - 4) sporządzanie regulaminów, instrukcji oraz zarządzeń w zakresie tematyki dotyczącej Działu.
4. Szczegółowe zadania poszczególnych stanowisk pracy ustala Kierownik Działu w sposób zapewniający sprawną i kompleksową realizację zadań przypisanych do wykonania przez Dział Kontroli Wewnętrznej i Audytu.
  5. W realizacji zadań pracownicy Działu współpracują ściśle ze wszystkimi komórkami działalności podstawowej Zakładu.

## § 69

1. **Dział Usług Medycznych** podlega bezpośrednio Dyrektorowi Zakładu.
2. Pracą Działu kieruje Kierownik będący przełożonym wszystkich pracowników Działu. Kierownik jest odpowiedzialny za mienie pozostające na wyposażeniu Działu.
3. Do zadań Działu Usług Medycznych należy:
  - 1) realizacja świadczeń zdrowotnych finansowanych przez NFZ:
    - a) kontraktowanie świadczeń zdrowotnych z płatnikiem,
    - b) przygotowanie wniosków oraz informacji dotyczących renowacji umów,
    - c) monitorowanie realizacji umów na świadczenia zdrowotne i przekazywanie komórkom organizacyjnym informacji dotyczących wykonania kontraktów w poszczególnych rodzajach i zakresach,
    - d) stałe monitorowanie zmian wprowadzonych zarządzeniami Prezesa NFZ, opracowywanie i wdrażanie na ich podstawie nowych procedur postępowania w odpowiednich komórkach organizacyjnych,
    - e) nadzór nad prawidłową rejestracją pacjentów, kodowaniem i grupowaniem JGP,
    - f) obsługa portalu SZOI w zakresie potencjału (zgłaszanie zmian personelu medycznego udzielającego świadczeń medycznych i aparatury medycznej na podstawie otrzymanych wniosków z odpowiedzialnych Działów),
    - g) rozliczanie udzielonych świadczeń medycznych zgodnie z wymogami wynikającymi z zawartych umów (generowanie raportów statystycznych, wystawianie faktur).
  - 3) rozliczenie świadczeń zdrowotnych w ramach zawartych umów z innymi podmiotami:
    - a) sporządzanie i aneksowanie umów,
    - b) wystawianie faktur obciążających kontrahentów za wykonanie badania



- w pracowniach diagnostycznych;
- 4) merytoryczny opis faktur obciążających Szpital;
  - 5) statystyką medyczną:
    - a) gromadzenie i analiza danych statystycznych dotyczących oddziałów Zakładu i Poradni specjalistycznych,
    - b) sporządzanie obowiązujących sprawozdań z ruchu chorych w systemie dziennym, miesięcznym i rocznym,
    - c) prowadzenie Księgi Głównej chorych w systemie elektronicznym,
    - d) tworzenie w systemie Ruch Chorych pliku danych „Karta statystyczna PZH” i wysyłanie ich na podany adres e-mailowy;
  - 5) sporządzanie regulaminów, instrukcji oraz zarządzeń w zakresie tematyki reprezentowanej przez Dział,
  - 6) analiza i ocena dokumentacji medycznej zgodnie z przepisami obowiązującego prawa, w szczególności:
    - a) bieżąca aktualizacja wzorów dokumentów medycznych,
    - b) nadzór nad wytwarzaną w oddziałach i innych komórkach organizacyjnych dokumentacją medyczną,
    - c) sprawdzanie pod kątem formalnym i merytorycznym historii chorób,
    - e) analiza dokumentacji medycznej, sposobu jej przetwarzania, zabezpieczenia, obiegu oraz przechowywania w danej komórce organizacyjnej,
    - f) szkolenie personelu, udzielanie instruktażu w zakresie prowadzenia dokumentacji medycznej,
    - g) kontrola poprawności dokumentacji medycznej pod kątem wytycznych NFZ, przeprowadzanie kontroli planowych i doraźnych,
    - h) nadzór merytoryczny nad sposobem kodowania i rozliczania procedur w ramach umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych.
4. Zadania Dział realizuje, w szczególności poprzez:
- 1) stanowiska ewidencji i rozliczeń usług medycznych;
  - 2) stanowisko nadzoru i kontraktowania świadczeń medycznych;
  - 3) sekretarki medyczne oddziałów (współpraca);
  - 4) stanowiska ds. statystyki medycznej.
5. Szczegółowe zadania poszczególnych stanowisk pracy ustala Kierownik Działu w sposób zapewniający sprawną i kompleksową realizację zadań przypisanych do wykonania przez Dział Usług Medycznych.
6. W realizacji zadań pracownicy Działu współpracują ściśle z komórkami działalności podstawowej Zakładu, Działami Ekonomicznym i Administracyjnym, Zatrudnienia i Płac oraz podmiotami zewnętrznymi, z którymi są zawarte stosowne umowy na świadczenia medyczne.

## § 70

1. **Dział Informatyki** podlega bezpośrednio Dyrektorowi Zakładu
2. Pracą Działu kieruje Kierownik będący przełożonym wszystkich pracowników Działu. Kierownik jest odpowiedzialny za mienie pozostające na wyposażeniu Działu.
3. Do zadań Działu Informatyki należy:
  - 1) określanie kierunków i potrzeb rozwoju informatyki Zakładu;
  - 2) współpraca z komórkami organizacyjnymi Zakładu w zakresie doboru i instalowania programów niezbędnych w realizacji ich zadań;
  - 3) nadzór nad legalnością zainstalowanych programów;
  - 4) archiwizowanie wskazanych danych, opracowań itp.; zabezpieczanie ich przed utratą,
  - 5) współdziałanie w opracowywaniu i pomoc techniczna w sporządzaniu dokumentów

- podlegających przekazywaniu na zewnątrz w formie elektronicznej oraz umieszczanie danych w „Biuletynie Informacji Publicznej”;
- 6) Nadzór nad działaniem systemów informacyjnych funkcjonujących w Zakładzie;
  - 7) sporządzanie regulaminów, instrukcji oraz zarządzeń w zakresie tematyki dotyczącej Działu.
4. Szczegółowe zadania poszczególnych stanowisk pracy ustala Kierownik Działu w sposób zapewniający sprawną i kompleksową realizację zadań przypisanych do wykonania przez Dział Informatyki.
  5. W realizacji zadań pracownicy Działu współpracują ściśle ze wszystkimi komórkami działalności podstawowej Zakładu.

### ***J. Samodzielne stanowiska – szczegółowy zakres zadań***

#### § 71

1. Do zadań **Głównego Specjalisty ds. Analiz** należy:
  - 1) prowadzenie budżetowania w odniesieniu do komórek organizacyjnych Szpitala związanych bezpośrednio z udzielaniem świadczeń zdrowotnych;
  - 2) sporządzanie raportów, zestawień i rekomendacji dotyczących dalszego rozwoju komórek organizacyjnych Szpitala;
  - 3) analiza możliwości pozyskiwania zewnętrznych źródeł finansowania inwestycji oraz przedkładanie kierownictwu Szpitala odpowiednich raportów w tym zakresie;
  - 4) ocena wniosków dotyczących udzielenia przez Szpital zamówień, składanych przez kierowników jednostek organizacyjnych pod względem celowości, oszczędności oraz zasady uzyskiwania najlepszych efektów z danych nakładów;
  - 5) wykonywanie innych zadań zleconych przez Dyrektora.
2. Szczegółowe zakresy zadań na Stanowisku Głównego Specjalisty ds. Analiz ustala Dyrektor Zakładu w sposób zapewniający sprawną i kompleksową realizację zadań przypisanych do wykonania.
3. Realizacja ww. zadań odbywa się we współpracy ze wszystkimi komórkami organizacyjnymi Zakładu.

#### § 72

1. Stanowisko **Inspektora ds. Ochrony Radiologicznej** podlega bezpośrednio Dyrektorowi Zakładu.
2. Do zadań Inspektora Ochrony Radiologicznej należy nadzór nad przestrzeganiem przez Zakład wymagań ochrony radiologicznej, w tym w szczególności:
  - 1) nadzór nad przestrzeganiem prowadzenia działalności według instrukcji pracy oraz nad prowadzeniem dokumentacji dotyczącej bezpieczeństwa jądrowego i ochrony radiologicznej, w tym dotyczącej pracowników i innych osób, przebywających w Zakładzie w warunkach narażenia, z wyjątkiem ochrony radiologicznej pacjentów poddanych terapii i diagnostyce z wykorzystaniem promieniowania jonizującego;
  - 2) nadzór nad spełnianiem warunków dopuszczających pracowników do zatrudnienia na danym stanowisku pracy, w tym dotyczących szkolenia pracowników na stanowisku pracy w zakresie bezpieczeństwa jądrowego i ochrony radiologicznej;
  - 3) opracowanie programu pomiarów dozymetrycznych w środowisku pracy i pomiarów oraz ewidencji dawek indywidualnych i przedstawienie ich do zatwierdzenia Dyrektorowi Zakładu;
  - 4) dokonywanie wstępnej oceny narażenia pracowników na podstawie wyników pomiarów dawek indywidualnych lub pomiarów dozymetrycznych w środowisku pracy i przedstawianie jej Dyrektorowi Zakładu;

- 5) ustalanie wyposażenia Zakładu w środki ochrony indywidualnej, aparaturę dozymetryczną i pomiarową oraz inne wyposażenie służące do ochrony pracowników przed promieniowaniem jonizującym, a także nadzór nad działaniem aparatury dozymetrycznej, sygnalizacji ostrzegawczej i prawidłowym oznakowaniem miejsc pracy ze źródłami promieniowania jonizującego;
  - 6) współpraca z zakładowymi służbami bezpieczeństwa i higieny pracy, osobami wdrażającymi program zapewnienia jakości, służbami przeciwpożarowymi i ochrony środowiska w zakresie ochrony przed promieniowaniem jonizującym;
  - 7) wydawanie Dyrektorowi Zakładu opinii w zakresie ochrony przed promieniowaniem jonizującym, stosownie do charakteru działalności i typu posiadanych uprawnień.
3. Szczegółowe zakresy zadań Inspektora ds. Ochrony Radiologicznej ustala Dyrektor Zakładu w sposób zapewniający sprawną i kompleksową realizację zadań przypisanych do wykonania.
4. Realizacja ww. zadań odbywa się we współpracy ze wszystkimi komórkami organizacyjnymi Zakładu.

### § 73

1. Pracownik zatrudniony na **Stanowisku ds. Programów Unijnych** podlega bezpośrednio Dyrektorowi Zakładu.
2. Do zadań pracownika zatrudnionego na Stanowisku Pracy ds. Programów Unijnych należy m. in.:
  - 1) koordynowanie przygotowania projektów współfinansowanych ze środków pomocowych we współpracy z właściwymi komórkami Zakładu;
  - 2) przestrzeganie procedur planowania, wdrażania i realizacji projektów zgodnie z umowami o dofinansowanie w tym:
    - a) przygotowywanie dokumentacji sprawozdawczej z realizacji projektów zgodnie z zapisami programów pomocowych, których wniosek dotyczy,
    - b) przygotowanie wniosków o płatność częściową, końcową oraz wniosków o rozliczenie zaliczki wraz z niezbędnymi załącznikami, zgodnie z zapisami programów pomocowych których wniosek dotyczy,
    - c) monitorowanie wskaźników produktu w trakcie trwania projektu oraz wskaźników rezultatu po jego zakończeniu,
    - d) koordynowanie działań mających na celu właściwą promocję projektu,
    - e) prowadzenie wszelkiej korespondencji dotyczącej projektu z Instytucją Pośredniczącą, Zarządzającą, Wdrażającą oraz innymi instytucjami uczestniczącymi we wdrażaniu programów pomocowych,
    - f) współpraca z właściwymi komórkami Zakładu w celu zapewnienia zgodności realizowanego projektu z wnioskiem aplikacyjnym oraz umową o dofinansowanie: w przypadku wystąpienia niezgodności, koordynowanie działań naprawczych,
    - g) archiwizowanie całej dokumentacji oraz wszelkiej korespondencji dotyczącej realizowanego projektu;
  - 3) śledzenie na bieżąco możliwości pozyskiwania funduszy pomocowych,
  - 4) bieżące załatwianie wszelkiej korespondencji wynikającej z zakresu czynności i obowiązków służbowych;
  - 5) sporządzanie regulaminów, instrukcji oraz zarządzeń w zakresie swojej właściwości;
  - 6) przygotowywanie aneksów do umów.
3. Szczegółowe zakresy zadań Stanowiska Pracy ds. Programów Unijnych ustala Dyrektor Zakładu w sposób zapewniający sprawną i kompleksową realizację zadań przypisanych do wykonania.

4. Realizacja ww. zadań odbywa się we współpracy ze wszystkimi komórkami organizacyjnymi Zakładu.

#### § 74

1. Szpital realizuje zadania z zakresu obronności.
2. Pracownik zatrudniony na Stanowisku ds. Obronnych podlega bezpośrednio Dyrektorowi Zakładu.
3. Stanowisko Pracy ds. Obronnych zostało utworzone w celu realizacji zadań obronnych i obrony cywilnej w określonych stanach gotowości obronnej państwa, ustalonych dla Szpitala przez Marszałka Województwa Podlaskiego, Prezydenta Miasta Białegostoku-szefa OC miasta oraz realizacji zadań wynikających z aktualnie obowiązujących aktów prawnych.
4. Do zadań stanowiska należy:
  - 1) opracowywanie dokumentacji planistycznej obronnej i obrony cywilnej;
  - 2) logistyczne zabezpieczenie planowanych działań w uzgodnieniu z właściwym organem w zakresie spraw obronnych i obrony cywilnej, zgodnie z zasadami określonymi w obowiązujących odrębnych przepisach;
  - 3) współpraca ze stanowiskiem ds. obronnych Urzędu Marszałkowskiego Województwa Podlaskiego, Wydziałem Bezpieczeństwa i Zarządzania Kryzysowego Podlaskiego Urzędu Wojewódzkiego oraz Biurem Zarządzania Kryzysowego Urzędu Miejskiego w Białymstoku;
  - 4) współpraca i koordynacja realizacji zadań obronnych i obrony cywilnej ustalonych do realizacji przez określone działy organizacyjne Zakładu;
  - 5) współpraca z Pełnomocnikiem ds. Ochrony Informacji Niejawnych Zakładu w zakresie przestrzegania przepisów o ochronie informacji niejawnych;
  - 6) sporządzanie regulaminów, instrukcji oraz zarządzeń w zakresie swojej właściwości;
  - 7) przygotowywanie aneksów do umów.
5. Szczegółowe zakresy zadań Stanowiska Pracy ds. Obronnych ustala Dyrektor Zakładu w sposób zapewniający sprawną i kompleksową realizację zadań przypisanych do wykonania.
6. Realizacja ww. zadań odbywa się we współpracy ze wszystkimi komórkami organizacyjnymi Zakładu.

#### § 75

1. Pracownik zatrudniony na **Stanowisku Pełnomocnika ds. Ochrony Informacji Niejawnych** podlega bezpośrednio Dyrektorowi Zakładu.
2. Stanowisko Pracy ds. Ochrony Informacji Niejawnych tworzy się w Zakładzie zgodnie z wymogami ustawy o ochronie informacji niejawnych.
3. Szczegółowy zakres obowiązków i kompetencji Pełnomocnika ds. Ochrony Informacji Niejawnych regulują zapisy ustawy oraz indywidualny zakres obowiązków ustalony przez Dyrektora Zakładu w sposób zapewniający sprawną i kompleksową realizację zadań przypisanych do wykonania
4. Do zadań pracownika zatrudnionego na tym stanowisku należy również przygotowywanie aneksów do umów, sporządzanie regulaminów, instrukcji oraz zarządzeń w zakresie swojej właściwości.
5. Realizacja zadań odbywa się we współpracy ze wszystkimi komórkami organizacyjnymi Zakładu.

#### § 75a

1. **Inspektor Ochrony Danych** podlega bezpośrednio Dyrektorowi Zakładu.

2. Dyrektor Zakładu zapewnia Inspektorowi Ochrony Danych zasoby niezbędne do wykonania powierzonych mu zadań oraz do utrzymania jego wiedzy fachowej.
3. Dyrektor Zakładu zapewnia właściwe i niezwłoczne włączenie Inspektora Ochrony Danych we wszystkie sprawy dotyczące ochrony danych osobowych, w tym dostęp do danych osobowych oraz do wszystkich operacji przetwarzania.
4. Inspektor Ochrony Danych zobowiązany jest do zachowania tajemnicy lub poufności co do wykonywania swoich zadań.
5. Inspektor Ochrony Danych ma następujące zadania:
  - 1) informowanie Dyrektora Zakładu oraz pracowników, którzy przetwarzają dane osobowe, o spoczywających na nich obowiązkach oraz doradzanie im w tej sprawie;
  - 2) monitorowanie przestrzegania przepisów o ochronie danych osobowych oraz polityki bezpieczeństwa danych osobowych;
  - 4) udzielanie na żądanie zaleceń co do oceny skutków dla ochrony danych oraz monitorowanie jej wykonania;
  - 5) współpraca z organem nadzorczym w kwestiach związanych z przetwarzaniem danych osobowych;
  - 6) prowadzenie rejestru czynności lub rejestru kategorii czynności przetwarzania danych osobowych.

#### § 76

1. **Pełnomocnik ds. Jakości** podlega bezpośrednio Dyrektorowi Zakładu i ma zapewnioną niezależność organizacyjną i operacyjną.
2. Do obowiązków Pełnomocnika ds. Jakości należy:
  - 1) koordynowanie przedsięwzięć sprzyjających zapewnieniu jakości;
  - 2) nadzorowanie działań związanych z jakością oraz promowania idei jakości wśród pracowników;
  - 3) ustanawianie, wdrażanie i utrzymywanie procesów związanych z zapewnieniem jakości;
  - 4) sporządzanie regulaminów, instrukcji oraz zarządzeń w zakresie swojej właściwości;
  - 5) II. Szczegółowe zakresy zadań Pełnomocnika ds. Jakości ustala Dyrektor Zakładu w sposób zapewniający sprawną i kompleksową realizację zadań przypisanych do wykonania.
3. Realizacja zadań 1. Pełnomocnik ds. Jakości odbywa się we współpracy ze wszystkimi komórkami organizacyjnymi Zakładu.

#### § 77

1. Do zadań **Kapelana Szpitala** należy udzielanie posług religijno-duchowych pacjentom hospitalizowanym – zgodnie z obrzędami reprezentowanego Kościoła.
2. Posługi udzielane są:
  - 1) przy łóżku chorego na prośbę pacjenta, jego rodziny lub opiekuna prawnego;
  - 2) w Kaplicy Szpitalnej lub miejscu wyznaczonym w formie odprawianych Mszy Świętych.
3. Kapelan Zakładu jest pracownikiem Szpitala i dostosowuje się do obowiązujących w Zakładzie przepisów regulaminowych.

#### § 78

1. Pracownik zatrudniony na **Stanowisku ds. Przeciwpożarowych** podlega bezpośrednio Dyrektorowi Zakładu.
2. Stanowisko Pracy ds. Przeciwpożarowych zostało utworzone w celu organizowania i nadzoru właściwego zabezpieczenia obiektów przed zagrożeniem pożarowym.

3. Do zadań należy:
  - 1) nadzór nad przestrzeganiem przeciwpożarowych wymagań budowlanych, instalacyjnych
  - 2) i technologicznych;
  - 3) wyposażenie budynków, obiektów i terenu w sprzęt pożarowy i ratowniczy oraz środki gaśnicze zgodnie z zasadami określonymi w obowiązujących przepisach;
  - 4) zapewnienie konserwacji i naprawy sprzętu oraz urządzeń określonych wyżej - zgodnie z zasadami i wymaganiami gwarantującymi sprawne i niezawodne ich funkcjonowanie;
  - 5) zapewnienie bezpieczeństwa i możliwości ewakuacji osobom przebywającym na terenie Zakładu;
  - 6) przygotowanie Zakładu do prowadzenia akcji ratowniczej;
  - 7) prowadzenie wstępnych i okresowych szkoleń z zakresu przepisów przeciwpożarowych;
  - 8) opracowanie zasad postępowania na wypadek powstania pożaru, klęski żywiołowej lub innego miejscowego zagrożenia – zgodnie z obowiązującymi przepisami;
  - 9) współpraca z organami kontroli;
  - 10) sporządzanie regulaminów, instrukcji oraz zarządzeń w zakresie swojej właściwości.
4. Szczegółowe zakresy zadań Stanowiska Pracy ds. Przeciwpożarowych ustala Dyrektor Zakładu w sposób zapewniający sprawną i kompleksową realizację zadań przypisanych do wykonania.
5. Realizacja ww. zadań odbywa się we współpracy ze wszystkimi komórkami organizacyjnymi Zakładu.

#### § 79

1. Pracownik zatrudniony na **Stanowisku ds. Służby BHP** podlega bezpośrednio Dyrektorowi Zakładu.
2. Samodzielne stanowisko ds. Służby BHP zostało utworzone w celu przeprowadzania kontroli warunków pracy oraz przestrzegania przepisów i zasad bezpieczeństwa i higieny pracy, ze szczególnym uwzględnieniem stanowisk pracy, na których są zatrudnione kobiety w ciąży lub karmiące dziecko piersią, młodociani, niepełnosprawni, pracownicy wykonujący prace zmianową, w tym pracujący w nocy, oraz osoby fizyczne wykonujące pracę na innej podstawie niż stosunek pracy w zakładzie pracy lub w miejscu wyznaczonym przez pracodawcę.
3. Do zadań należy:
  - 1) bieżące informowanie Dyrektora Zakładu o stwierdzonych zagrożeniach zawodowych, wraz z wnioskami zmierzającymi do usuwania tych zagrożeń;
  - 2) sporządzanie i przedstawianie Dyrektorowi Zakładu, co najmniej raz w roku okresowych analiz stanu bezpieczeństwa i higieny pracy zawierających propozycje przedsięwzięć technicznych i organizacyjnych mających na celu zapobieganie zagrożeniom życia i zdrowia pracowników oraz poprawę warunków pracy;
  - 3) udział w opracowaniu planów modernizacji i rozwoju Zakładu oraz przedstawianie propozycji dotyczących uwzględnienia w tych planach rozwiązań techniczno-organizacyjnych zapewniających poprawę stanu bezpieczeństwa i higieny pracy;
  - 4) przedstawianie Dyrektorowi Zakładu wniosków dotyczących zachowania wymagań ergonomii na stanowiskach pracy;
  - 5) udział w opracowaniu zakładowych układów zbiorowych pracy, wewnętrznych zarządzeń, regulaminów i instrukcji ogólnych dotyczących bezpieczeństwa i higieny pracy oraz w ustaleniu zadań osób kierujących pracownikami w zakresie bezpieczeństwa i higieny pracy;

- 6) opiniowanie szczegółowych instrukcji dotyczących bezpieczeństwa i higieny pracy na poszczególnych stanowiskach pracy;
  - 7) udział w ustalaniu okoliczności i przyczyn wypadków przy pracy oraz w opracowywaniu wniosków wynikających z badania przyczyn i okoliczności tych wypadków oraz zachorowań na choroby zawodowe, a także kontrola realizacji tych wniosków;
  - 8) prowadzenie rejestrów, kompletowanie i przechowywanie dokumentów dotyczących wypadków przy pracy, stwierdzonych chorób zawodowych i podejrzeń o takie choroby, a także przechowywanie wyników badań i pomiarów czynników szkodliwych dla zdrowia w środowisku pracy;
  - 9) współdziałanie ze społeczną inspekcją pracy oraz z zakładowymi organizacjami związkowymi przy:
    - a) podejmowaniu przez nie działań mających na celu przestrzeganie przepisów oraz zasad bezpieczeństwa i higieny pracy, w trybie i w zakresie ustalonym w odrębnych przepisach,
    - b) podejmowanych przez pracodawcę przedsięwzięciach mających na celu poprawę warunków pracy.
    - c) uczestniczenie w konsultacjach w zakresie bezpieczeństwa i higieny pracy, a także w pracach komisji bezpieczeństwa i higieny pracy oraz innych komisji zakładowych zajmujących się problematyką bezpieczeństwa i higieny pracy w tym zapobieganiem chorobom zawodowym i wypadkom przy pracy,
    - d) inicjowanie i rozwijanie na terenie zakładu pracy różnych form popularyzacji problematyki bezpieczeństwa i higieny pracy oraz ergonomii;
  - 10) sporządzanie regulaminów, instrukcji oraz zarządzeń w zakresie swojej właściwości.
4. Szczegółowe zakresy zadań Stanowiska Pracy ds. Służby BHP ustala Dyrektor Zakładu na podstawie Rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 2 września 1997r. w sprawie służby bezpieczeństwa i higieny pracy.
5. W realizacji zadań pracownicy Służby BHP współpracują ściśle ze wszystkimi komórkami działalności podstawowej Zakładu.

#### § 80

1. **Koordinator ds. Transplantacji** podlega bezpośrednio Dyrektorowi Zakładu.
2. Do zadań Koordynatora ds. Transplantacji należy identyfikacja potencjalnych dawców i pozyskiwanie narządów do przeszczepów.

#### § 81

1. Pracownik zatrudniony na **Stanowisku ds. Dietetyki** podlega Zastępcy Dyrektora ds. Pielęgniarstwa.
2. Stanowisko Pracy ds. Dietetyki zostało utworzone w celu nadzoru nad żywieniem indywidualnym i zbiorowym wszystkich pacjentów.
3. Do zadań należy:
  - 1) akceptowanie jadłospisów w oparciu o obowiązującą klasyfikację diet;
  - 2) planowanie i nadzorowanie żywienia indywidualnego i zbiorowego dla wszystkich pacjentów;
  - 3) uczestniczenie w prowadzeniu leczenia żywieniowego na zlecenie i pod nadzorem lekarza;
  - 4) ocena stanu odżywiania, sposobu żywienia i zapotrzebowania na składniki odżywcze pacjentów, zapobieganie niedożywieniu szpitalnemu pacjentów;
  - 5) prowadzenie dokumentacji dotyczącej żywienia pacjentów;

- 6) udzielania porad dietetycznych, prowadzenie edukacji żywieniowej.
4. Szczegółowe zakresy zadań Stanowiska Pracy ds. Dietetyki ustala Zastępca Dyrektora ds. Pielęgniarstwa w sposób zapewniający sprawną i kompleksową realizację zadań przypisanych do wykonania.
5. Realizacja ww. zadań odbywa się we współpracy ze wszystkimi komórkami działalności podstawowej Zakładu.

#### § 82

1. Stanowisko **Specjalisty ds. Epidemiologii** podlega bezpośrednio Dyrektorowi Zakładu.
2. Do zadań Specjalisty ds. Epidemiologii należy w szczególności:
  - 1) nadzór i monitorowanie stanu sanitarno-higienicznego Szpitala;
  - 2) opracowanie strategii działań w zakresie zakażeń szpitalnych;
  - 3) nadzór nad pracą personelu szpitala w zakresie zakażeń szpitalnych;
  - 4) opracowywanie standardów organizacyjnych, dotyczących systemu pracy w Szpitalu:
    - a) metod i technik pracy personelu,
    - b) systemu transportu wewnętrznego,
    - c) sposobu zbierania, gromadzenia i utylizacji odpadów,
    - d) procesów dezynfekcji i deratyzacji;
  - 5) monitorowanie przestrzegania standardów organizacji pracy;
  - 6) określanie czynników ryzyka zakażeń wśród pacjentów i personelu;
  - 7) analizowanie źródeł zakażeń i przeprowadzanie dochodzeń epidemiologicznych oraz przedstawianie wyników dyrekcji;
  - 8) prowadzenie dokumentacji kontroli zakażeń szpitalnych;
  - 9) oganizowanie systematycznej edukacji personelu w zakresie profilaktyki zakażeń szpitalnych;
  - 10) koordynacja pracy zespołu ds. zakażeń szpitalnych;
  - 11) współpraca z komórkami odpowiedzialnymi za ochronę zdrowia personelu, tj. BFP, Wojewódzką Stacją Sanitarno-Epidemiologiczną oraz Powiatową Stacją Sanitarno-Epidemiologiczną.
3. Szczegółowe zakresy zadań Specjalisty ds. Epidemiologii ustala Dyrektor Zakładu w sposób zapewniający sprawną i kompleksową realizację zadań przypisanych do wykonania.
4. Realizacja ww. zadań odbywa się we współpracy ze wszystkimi komórkami organizacyjnymi Zakładu.

#### ***K. Komitety i Zespoły – szczegółowy zakres zadań***

#### § 83

W Szpitalu funkcjonują Komitety i Zespoły doraźne powołane przez Dyrektora Zakładu Zarządzeniem.

#### § 84

1. **Komitet i Zespół Kontroli Zakażeń Szpitalnych** – nadzorowane są bezpośrednio przez Dyrektora Zakładu.
2. Skład Komitetu i Zespołu Kontroli Zakażeń Szpitalnych powołuje Dyrektor Zakładu Zarządzeniem.
3. Komitet i Zespół Kontroli Zakażeń Szpitalnych realizują zadania zgodnie z ustawą o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi.
4. Do zadań Zespołu Kontroli Zakażeń Szpitalnych należy m.in.:
  - 1) opracowanie i aktualizacja systemu zapobiegania i zwalczania zakażeń szpitalnych;



- 2) prowadzenie kontroli wewnętrznej oraz przedstawianie wyników i wniosków z tej kontroli Dyrektorowi Zakładu i Komitetowi Kontroli Zakażeń Szpitalnych;
  - 3) szkolenie personelu w zakresie kontroli zakażeń szpitalnych;
  - 4) konsultowanie osób podejrzanych o zakażenie lub chorobę zakaźną oraz tych, u których rozpoznano zakażenie lub chorobę zakaźną.
5. Do zadań Komitetu Kontroli Zakażeń Szpitalnych należy m.in.:
    - 1) opracowanie planów i kierunków systemu zapobiegania i zwalczania zakażeń szpitalnych;
    - 2) ocena wyników kontroli wewnętrznej przedstawionych przez Zespół Kontroli Zakażeń Szpitalnych;
    - 3) opracowanie i aktualizacja standardów farmakoprofilaktyki i farmakoterapii zakażeń i chorób zakaźnych w szpitalu.
  6. Lekarz Komitetu i Zespołu Kontroli Zakażeń Szpitalnych oraz Pielęgniarka specjalista ds. epidemiologii mają pełny dostęp do dokumentacji medycznej.
  7. Zadania Zespołu Kontroli Zakażeń Szpitalnych są realizowane poprzez m.in.:
    - 1) monitorowanie czynników alarmowych i zakażeń związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych w zakresie wykonywanych świadczeń;
    - 2) weryfikację wypełnionych kart patogenów alarmowych (czynników alarmowych) i zakażeń,
    - 3) okresowe kontrole wewnętrzne jednostek organizacyjnych;
    - 4) organizację i prowadzenie edukacji personelu z zakresu zakażeń szpitalnych;
    - 5) przeprowadzanie dochodzeń epidemiologicznych;
    - 6) sporządzanie, aktualizacja, zatwierdzanie procedur i instrukcji w zakresie zagadnień epidemiologicznych;
    - 7) nadzór nad procedurami zapobiegającymi zakażeniom i chorobom zakaźnym związanymi z udzielaniem świadczeń zdrowotnych w zakresie wykonywanych świadczeń zdrowotnych, w tym dekontaminacji: skóry i błon śluzowych lub innych tkanek, wyrobów medycznych oraz powierzchni pomieszczeń i urządzeń, stosowaniem środków ochrony indywidualnej i zbiorowej;
    - 8) prowadzenie rejestrów szczególnie związanych z rejestracją patogenów alarmowych i zakażeń szpitalnych, łącznie z ich przechowywaniem i prowadzeniem wymagalnej sprawozdawczości;
  8. Zadania Komitetu Kontroli Zakażeń Szpitalnych są realizowane poprzez m.in.:
    - 1) analizę raportów okresowych przedstawianych przez Zespół;
    - 2) analizę sytuacji epidemiologicznej w celu aktualizacji standardów farmakoprofilaktyki i farmakoterapii zakażeń;
    - 3) nadzorowanie zużycia antybiotyków w odniesieniu do sytuacji epidemiologicznej zakładu w celu ograniczenia narastania lekooporności drobnoustrojów.
  9. Komitet i Zespół Kontroli Zakażeń Szpitalnych wykonuje swoje zadania m.in. poprzez współpracę z:
    - 1) Państwową Inspekcją Sanitarną;
    - 2) konsultantami;
    - 3) zakładowym lekarzem gabinetu medycyny pracy;
    - 4) służbą ds. bhp;
    - 5) kierownikami jednostek organizacyjnych Zakładu;
    - 6) Zespołem ds. Farmakoterapii.
  10. Do zadań Komitetu i Zespołu Kontroli Zakażeń Szpitalnych należy także sporządzanie regulaminów, instrukcji oraz zarządzeń w zakresie swojej właściwości.
  11. W bieżącej pracy członkowie Komitetu i Zespołu Kontroli Zakażeń Szpitalnych zobowiązani są do przestrzegania obowiązujących w Szpitalu regulaminów oraz

przepisów bhp i p/poż.

12. W wykonawstwie swych zadań członkowie Komitetu i Zespołu Kontroli Zakażeń Szpitalnych ściśle współpracują z Ordynatorami i Kierownikiem apteki.
13. Szczegółowe zakresy zadań Komitetu i Zespołu Kontroli Zakażeń Szpitalnych ustala Dyrektor Zakładu w sposób zapewniający sprawną i kompleksową realizację zadań przypisanych do wykonania.
14. Realizacja zadań Komitetu i Zespołu Kontroli Zakażeń Szpitalnych odbywa się we współpracy ze wszystkimi komórkami organizacyjnymi Zakładu.

#### § 85

1. **Zespół ds. Zdarzeń Niepożądanych** – nadzorowany bezpośrednio przez Dyrektora Zakładu.
2. Skład Zespołu ds. Zdarzeń Niepożądanych powołuje Dyrektor Zakładu Zarządzeniem.
3. Do zadań Zespołu ds. Zdarzeń Niepożądanych należy:
  - 1) analiza zgłaszanych zdarzeń niepożądanych;
  - 2) analiza reoperacji;
  - 3) analiza i ocena nieplanowych powtórnych hospitalizacji (z wyjątkiem Szpitalnego Oddziału Ratunkowego);
  - 4) w przypadku stwierdzenia nieprawidłowości – przygotowanie działań naprawczych i przedstawienie na piśmie Dyrektorowi Szpitala;
  - 5) rozpatrywanie spraw innych niż w/w związanych ze zdarzeniami niepożądanymi.
4. Do zadań Zespołu ds. Zdarzeń Niepożądanych należy także sporządzanie regulaminów, instrukcji oraz zarządzeń w zakresie swojej właściwości.
5. W bieżącej pracy członkowie Zespołu ds. Zdarzeń Niepożądanych zobowiązani są do przestrzegania obowiązujących w Szpitalu regulaminów oraz przepisów bhp i p/poż.
6. W wykonawstwie swych zadań członkowie Zespołu ds. Zdarzeń Niepożądanych ściśle współpracują z Ordynatorami i kierownikiem apteki.
7. Szczegółowe zakresy zadań Zespołu ds. Zdarzeń Niepożądanych ustala Dyrektor Zakładu w sposób zapewniający sprawną i kompleksową realizację zadań przypisanych do wykonania.
8. Realizacja ww. zadań odbywa się we współpracy ze wszystkimi komórkami organizacyjnymi Zakładu.

#### § 86

1. **Komitet Transfuzjologiczny** – nadzorowany bezpośrednio przez Dyrektora Zakładu.
2. Skład Komitetu Transfuzjologicznego powołuje Dyrektor Zakładu Zarządzeniem.
3. Do zadań Komitetu Transfuzjologicznego należy:
  - 1) dokonywanie okresowej oceny wskazań do przetoczenia, nie rzadziej niż raz na 6 miesięcy;
  - 2) analiza zużycia krwi i jej składników oraz produktów krwiopochodnych w celu ograniczenia niepotrzebnych przetoczeń i nadmiernych zniszczeń tej krwi, jej składników oraz produktów;
  - 3) nadzór nad działaniami związanymi z leczeniem krwią oraz nadzór nad związaną z tym dokumentacją;
  - 4) ocena stosowanej metodyki przetoczeń określonej w przedmiotowym rozporządzeniu;
  - 5) analiza każdego powikłania poprzetoczeniowego wraz z oceną postępowania;
  - 6) analiza raportów o wszelkich nieprzewidzianych zdarzeniach, a w szczególności o błędach i wypadkach związanych z przetoczeniem;
  - 7) opracowanie programu kształcenia lekarzy i pielęgniarek/położnych w dziedzinie leczenia krwią i nadzór nad jego realizacją;

- 8) udział w planowaniu zaopatrzenia w krew i jej składniki oraz w rocznej sprawozdawczości dotyczącej ich zużycia.
4. Do zadań Komitetu Transfuzjologicznego należy także sporządzanie regulaminów, instrukcji oraz zarządzeń w zakresie swojej właściwości.
5. W bieżącej pracy członkowie Komitetu Transfuzjologicznego zobowiązani są do przestrzegania obowiązujących w Szpitalu regulaminów oraz przepisów bhp i p/poż.
6. W wykonawstwie swych zadań członkowie Komitetu Transfuzjologicznego ściśle współpracują z Ordynatorami i kierownikiem apteki.
7. Szczegółowe zakresy zadań Komitetu Transfuzjologicznego ustala Dyrektor Zakładu w sposób zapewniający sprawną i kompleksową realizację zadań przypisanych do wykonania.
8. Realizacja ww. zadań odbywa się we współpracy ze wszystkimi komórkami organizacyjnymi Zakładu.

#### § 87

1. **Zespół ds. Jakości** – nadzorowany bezpośrednio przez Dyrektora Zakładu.
2. Skład Zespołu ds. jakości powołuje Dyrektor Zakładu zarządzeniem.
3. Do zadań Zespołu ds. jakości należy m.in:
  - 1) nadzór nad zespołami powołanymi w szpitalu;
  - 2) udzielanie rad i informacji w sprawach zapewnienia jakości oraz promowania idei jakości wśród pracowników;
  - 3) systematyczne wyszukiwanie słabych stron z punktu widzenia jakości oraz dążenie do ich usunięcia;
  - 4) koordynowanie przedsięwzięć sprzyjających zapewnieniu jakości;
  - 5) inicjowanie oraz ocena badań ankietowych dotyczących zbadania satysfakcji pacjentów oraz pracowników;
  - 6) podejmowanie przedsięwzięć w sprawach zapewnienia jakości obejmujące obszar działalności szpitala;
  - 7) kształcenie i motywowanie pracowników w celu wspierania idei jakości;
  - 8) monitorowanie jakości za pomocą standardów;
  - 9) współdziałanie w kreowaniu polityki lekowej w szpitalu;
  - 10) monitorowanie problematyki związanej z farmakoterapią;
  - 11) opracowywanie stosownych procedur z zakresu standardów akredytacyjnych;
  - 12) pomoc w rozwiązywaniu problemów natury etycznej dotyczących pacjentów pracowników jak i rodzin pacjentów;
  - 13) monitorowanie procedur zdarzeń niepożądanych;
  - 14) opracowywanie i aktualizacja procedur dotyczących zakażeń szpitalnych,
  - 15) bieżąca analiza zakażeń;
  - 16) inne niezbędne działania dotyczące zapobiegania zakażeniom szpitalnym;
  - 17) analiza istotnych zdarzeń związanych z hospitalizacją.
4. Do zadań Zespołu ds. Jakości należy także sporządzanie regulaminów, instrukcji oraz zarządzeń w zakresie swojej właściwości.
5. W bieżącej pracy członkowie Zespołu ds. Jakości zobowiązani są do przestrzegania obowiązujących w Szpitalu regulaminów oraz przepisów bhp i p/poż.
6. W wykonawstwie swych zadań członkowie Zespołu ds. Jakości ściśle współpracują z Ordynatorami i kierownikiem apteki.
7. Szczegółowe zakresy zadań Zespołu ds. Jakości ustala Dyrektor Zakładu w sposób zapewniający sprawną i kompleksową realizację zadań przypisanych do wykonania.
8. Realizacja ww. zadań odbywa się we współpracy ze wszystkimi komórkami organizacyjnymi Zakładu.

## § 88

1. **Zespół ds. Farmakoterapii** – nadzorowany bezpośrednio przez Dyrektora Zakładu.
2. Skład Zespołu ds. Farmakoterapii powołuje Dyrektor Zakładu zarządzeniem.
3. Do zadań Zespołu ds. Farmakoterapii należy m.in.:
  - 1) ocenianie potrzeb szpitala w zakresie gospodarki lekami;
  - 2) analizowanie i aktualizowanie receptariusza szpitalnego;
  - 3) opiniowanie wniosków o wpisanie lub skreślenie z receptariusza szpitalnego zgłaszane przez lekarzy;
  - 4) kontrolowanie skuteczności działania leków objętych receptariuszem;
  - 5) monitorowanie problematyki związanej z farmakoterapią;
  - 6) monitorowanie zasadności stosowania leków oraz preparatów krwiopochodnych;
  - 7) analizowanie przypadków i możliwości wystąpienia interakcji leków, polipragmazji oraz kompilacji terapeutycznych.
4. Do zadań Zespołu ds. Farmakoterapii należy także sporządzanie regulaminów, instrukcji oraz zarządzeń w zakresie swojej właściwości.
5. W bieżącej pracy członkowie Zespołu ds. Farmakoterapii zobowiązani są do przestrzegania obowiązujących w Szpitalu regulaminów oraz przepisów bhp i p/poż.
6. W wykonawstwie swych zadań członkowie Zespołu ds. Farmakoterapii ściśle współpracują z Ordynatorami i kierownikiem apteki.
7. Szczegółowe zakresy zadań Zespołu ds. Farmakoterapii ustala Dyrektor Zakładu w sposób zapewniający sprawną i kompleksową realizację zadań przypisanych do wykonania.
8. Realizacja ww. zadań odbywa się we współpracy ze wszystkimi komórkami organizacyjnymi Zakładu.

## § 89

1. **Zespół ds. Etyki** – nadzorowany bezpośrednio przez Dyrektora Zakładu.
2. Skład Zespołu ds. Etyki powołuje Dyrektor Zakładu zarządzeniem.
3. Do zadań Zespołu ds. Etyki należy m.in.:
  - 1) zapewnienie ochrony praw pacjentów zgodnie z ustawą o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta;
  - 2) pomoc w rozwiązywaniu problemów etycznych dotyczących pacjentów, rodzin pacjentów oraz zatrudnionych w Szpitalu;
  - 3) zasięganie opinii lekarzy w celu właściwego rozpatrzenia wniosku w skomplikowanych sytuacjach;
  - 4) w przypadku stwierdzenia nieprawidłowości – przygotowanie działań naprawczych i przedstawienie na piśmie Dyrektorowi Szpitala;
  - 5) przygotowanie pisemnego sprawozdania ze swojej działalności pełnomocnikowi ds. jakości.
  - 6) rozpatrywanie spraw innych niż w/w związanych z poszanowaniem praw pacjentów, osób bliskich pacjentów oraz osób zatrudnionych w szpitalu.
4. Do zadań Zespołu ds. Etyki należy także sporządzanie regulaminów, instrukcji oraz zarządzeń w zakresie swojej właściwości.
5. W bieżącej pracy członkowie Zespołu ds. Etyki zobowiązani są do przestrzegania obowiązujących w Szpitalu regulaminów oraz przepisów bhp i p/poż.
6. W wykonawstwie swych zadań członkowie Zespołu ds. Etyki ściśle współpracują z Ordynatorami i kierownikiem apteki.
7. Szczegółowe zakresy zadań Zespołu ds. Etyki ustala Dyrektor Zakładu w sposób zapewniający sprawną i kompleksową realizację zadań przypisanych do wykonania.

8. Realizacja ww. zadań odbywa się we współpracy ze wszystkimi komórkami organizacyjnymi Zakładu.

#### § 90

1. **Zespół ds. Oceny przyjęć** – nadzorowany bezpośrednio przez Dyrektora Zakładu.
2. Skład Zespołu ds. Oceny Przyjęć powołuje Dyrektor Zakładu zarządzeniem.
3. Do zadań Zespołu ds. Oceny Przyjęć należy:
  - 1) ocena list oczekujących na udzielenie świadczenia pod względem:
    - a) prawidłowości prowadzenia dokumentacji,
    - b) czasu oczekiwania na udzielenie świadczenia,
    - c) zasadności i przyczyn zmian terminów udzielania świadczenia na podstawie raportów statystycznych otrzymanych z Działu Usług Medycznych oraz list oczekujących prowadzonym w oprogramowaniu szpitalnym oraz aplikacji udostępnianej przez Narodowy Fundusz Zdrowia;
  - 2) sporządzenie protokołu z oceny i przedstawienie Dyrektorowi Szpitala;
  - 3) w przypadku stwierdzenia nieprawidłowości – przygotowanie działań naprawczych i przedstawienie na piśmie Dyrektorowi Szpitala;
  - 4) rozpatrywanie spraw innych niż w/w związanych z przyjęciami pacjentów.
4. Do zadań Zespołu ds. Oceny Przyjęć należy także sporządzanie regulaminów, instrukcji oraz zarządzeń w zakresie swojej właściwości.
5. W bieżącej pracy członkowie Zespołu ds. Oceny Przyjęć zobowiązani są do przestrzegania obowiązujących w Szpitalu regulaminów oraz przepisów bhp i p/poż.
6. W wykonawstwie swych zadań członkowie Zespołu ds. Oceny Przyjęć ściśle współpracują z Ordynatorami i kierownikiem apteki.
7. Szczegółowe zakresy zadań Zespołu ds. Oceny Przyjęć ustala Dyrektor Zakładu w sposób zapewniający sprawną i kompleksową realizację zadań przypisanych do wykonania.
8. Realizacja ww. zadań odbywa się we współpracy ze wszystkimi komórkami organizacyjnymi Zakładu.

#### § 91

1. **Zespół ds. Żywienia** - nadzorowany bezpośrednio przez Dyrektora Zakładu.
2. Skład Zespołu ds. Żywienia powołuje Dyrektor Zakładu zarządzeniem.
3. Do zadań Zespołu ds. Żywienia należy m.in.:
  - 1) prowadzenie działalności konsultacyjno-pomocniczej dla personelu medycznego oraz prowadzenie nadzoru nad prawidłowością procesu leczenia żywieniowego, w szczególności podejmowanie działań mających na celu zwiększenie wykrywalności niedożywienia u pacjentów hospitalizowanych;
  - 2) opracowanie procedur i wzorów protokołów leczenia żywieniowego;
  - 3) w przypadku stwierdzenia nieprawidłowości – przygotowanie działań naprawczych i przedstawienie na piśmie Dyrektorowi Szpitala;
  - 4) rozpatrywanie spraw innych niż w/w związanych z leczeniem żywieniowym pacjentów.
4. Do zadań Zespołu ds. Żywienia należy także sporządzanie regulaminów, instrukcji oraz zarządzeń w zakresie swojej właściwości.
5. W bieżącej pracy członkowie Zespołu ds. Żywienia zobowiązani są do przestrzegania obowiązujących w Szpitalu regulaminów oraz przepisów bhp i p/poż.
6. W wykonawstwie swych zadań członkowie Zespołu ds. Żywienia ściśle współpracują z Ordynatorami i kierownikiem apteki.
7. Szczegółowe zakresy zadań Zespołu ds. Żywienia ustala Dyrektor Zakładu w sposób zapewniający sprawną i kompleksową realizację zadań przypisanych do wykonania.

8. Realizacja ww. zadań odbywa się we współpracy ze wszystkimi komórkami organizacyjnymi Zakładu.

#### § 92

1. **Zespół ds. Analizy Przyczyn Odmów Hospitalizacji** - nadzorowany bezpośrednio przez Dyrektora Zakładu.
2. Skład Zespołu ds. Analizy Przyczyn Odmów Hospitalizacji powołuje Dyrektor Zakładu zarządzeniem.
3. Do zadań Zespołu ds. Analizy Przyczyn Odmów Hospitalizacji należy m.in.:
  - 1) okresowa analiza przyczyn odmów hospitalizacji;
  - 2) okresowa analiza powtórnie udzielonych świadczeń medycznych w ciągu 72 godz. od pierwszego kontaktu pacjenta w szpitalu;
  - 3) w przypadku stwierdzenia nieprawidłowości – przygotowanie działań naprawczych i przedstawienie na piśmie Dyrektorowi Szpitala;
  - 4) rozpatrywanie spraw innych niż w/w związanych z odmowami przyjęć pacjentów;
  - 5) sporządzanie regulaminów, instrukcji oraz zarządzeń w zakresie swojej właściwości.
4. W bieżącej pracy członkowie Zespołu ds. Przyczyn Odmów Hospitalizacji zobowiązani są do przestrzegania obowiązujących w Szpitalu regulaminów oraz przepisów bhp i p/poż.
5. W wykonawstwie swych zadań członkowie Zespołu ds. Przyczyn Odmów Hospitalizacji ściśle współpracują z Ordynatorami i kierownikiem apteki.
6. Szczegółowe zakresy zadań Zespołu ds. Przyczyn Odmów Hospitalizacji ustala Dyrektor Zakładu w sposób zapewniający sprawną i kompleksową realizację zadań przypisanych do wykonania.
7. Realizacja zadań Zespołu ds. Przyczyn Odmów Hospitalizacji odbywa się we współpracy ze wszystkimi komórkami organizacyjnymi Zakładu.
8. Spotkania Zespołu ds. Analizy Przyczyn Odmów Hospitalizacji powinny odbywać się nie rzadziej niż raz na pół roku.

#### §93

1. **Zespół ds. Analizy Zgonów** – nadzorowany bezpośrednio przez Dyrektora Zakładu.
2. Skład Zespołu ds. Analizy Zgonów powołuje Dyrektor Zakładu zarządzeniem.
3. Do zadań Zespołu ds. Analizy Zgonów należy:
  - 1) analiza ilości zgonów w poszczególnych oddziałach Szpitala według przyczyn;
  - 2) przynajmniej raz na pół roku;
  - 3) analiza przyczyn zgonów okołoperacyjnych;
  - 4) analiza wykonanych sekcji zwłok i ocena zgodności rozpoznania klinicznego;
  - 5) z rozpoznaniem sekcyjnym;
  - 6) wypracowanie wniosków organizacyjnych i leczniczych;
  - 7) realizacja innych działań przewidywanych przepisami prawa.
4. Spotkania Zespołu ds. Analizy Zgonów powinny odbywać się nie rzadziej niż raz na pół roku.

#### §94

1. **Zespół ds. Zwalczania Bólu** – nadzorowany bezpośrednio przez Dyrektora Zakładu.
2. Skład Zespołu ds. Zwalczania Bólu powołuje Dyrektor Zakładu zarządzeniem.
3. Do zadań Zespołu ds. Zwalczania Bólu należy m.in.:
  - 1) nadzór nad przestrzeganiem przez pracowników Szpitala procedur związanych z leczeniem bólu,
  - 2) nadzór nad szkoleniami personelu medycznego z zakresu leczenia bólu,
  - 3) zwracanie się z wnioskiem do dyrekcji Zakładu o szkolenia personelu nowozatrudnionego,

- 4) przygotowywanie sprawozdań z działalności.
4. Do zadań Zespołu ds. Zwalczania Bólu należy także sporządzanie regulaminów, instrukcji oraz zarządzeń w zakresie swojej właściwości.
5. W bieżącej pracy członkowie Zespołu ds. Zwalczania Bólu zobowiązani są do przestrzegania obowiązujących w Szpitalu regulaminów oraz przepisów bhp i p/poż.
6. W wykonawstwie swych zadań członkowie Zespołu ds. Zwalczania Bólu ściśle współpracują z Ordynatorami i Kierownikiem Apteki.
7. Szczegółowe zakresy zadań Zespołu ds. Zwalczania Bólu ustala Dyrektor Zakładu w sposób zapewniający sprawną i kompleksową realizację zadań przypisanych do wykonania.
8. Realizacja ww. zadań odbywa się we współpracy ze wszystkimi komórkami organizacyjnymi Zakładu.

#### §95

1. **Zespół ds. Dokumentacji Medycznej** - nadzorowany bezpośrednio przez Dyrektora Zakładu.
2. Skład Zespołu ds. Dokumentacji Medycznej powołuje Dyrektor Zakładu zarządzeniem.
3. Do zadań Zespołu ds. Dokumentacji Medycznej należy m.in.:
  - 1) analiza dokumentacji medycznej szpitala - na podstawie konkretnej dokumentacji,
  - 2) ocena zgodności analizowanej dokumentacji medycznej z obowiązującymi przepisami prawa,
  - 3) przekazywanie informacji po sprawdzeniu dokumentacji poszczególnym komórkom organizacyjnym szpitala - celem wprowadzenia poprawy,
  - 4) tworzenie i aktualizacja wzorów dokumentacji medycznej - zgodnie z obowiązującym prawem,
  - 5) przygotowywanie półrocznych i rocznych sprawozdań.
4. Do zadań Zespołu ds. Dokumentacji Medycznej należy także sporządzanie regulaminów, instrukcji oraz zarządzeń w zakresie swojej właściwości.
5. W bieżącej pracy członkowie Zespołu ds. Dokumentacji Medycznej zobowiązani są do przestrzegania obowiązujących w Szpitalu regulaminów oraz przepisów bhp i p/poż.
6. W wykonawstwie swych zadań członkowie Zespołu ds. Dokumentacji Medycznej ściśle współpracują z Ordynatorami i Kierownikiem Apteki.
7. Szczegółowe zakresy zadań Zespołu ds. Dokumentacji Medycznej ustala Dyrektor Zakładu w sposób zapewniający sprawną i kompleksową realizację zadań przypisanych do wykonania.
8. Realizacja ww. zadań odbywa się we współpracy ze wszystkimi komórkami organizacyjnymi Zakładu.

#### §96

1. **Zespół ds. Profilaktyki Odleżyn** - nadzorowany bezpośrednio przez Dyrektora Zakładu.
2. Skład Zespołu ds. Profilaktyki Odleżyn powołuje Dyrektor Zakładu zarządzeniem.
3. Do zadań Zespołu ds. Profilaktyki Odleżyn należy m.in.:
  - 1) realizacja programu profilaktyki odleżyn w zakresie praktycznym, szkoleniowym i dokumentacji,
  - 2) analiza danych z monitorowania skuteczności podejmowanych działań zapobiegania odleżynom w oddziałach Szpitala,
  - 3) prowadzenie rejestrów pacjentów zagrożonych wystąpieniem odleżyn oraz rejestrów pacjentów z odleżynami – przekazywanie ich Przewodniczącej Zespołu,
  - 4) wnioskowanie i opiniowanie zakupu sprzętu przeciwoodleżynowego,
  - 5) przygotowywanie półrocznych i rocznych sprawozdań.
4. Do zadań Zespołu ds. Profilaktyki Odleżyn należy także sporządzanie regulaminów,

- instrukcji oraz zarządzeń w zakresie swojej właściwości.
5. W bieżącej pracy członkowie Zespołu ds. Profilaktyki Odleżyn zobowiązani są do przestrzegania obowiązujących w Szpitalu regulaminów oraz przepisów bhp i p/poż.
  6. W wykonawstwie swych zadań członkowie Zespołu ds. Profilaktyki Odleżyn ściśle współpracują z Ordynatorami i Kierownikiem Apteki.
  7. Szczegółowe zakresy zadań Zespołu ds. Profilaktyki Odleżyn ustala Dyrektor Zakładu w sposób zapewniający sprawną i kompleksową realizację zadań przypisanych do wykonania.
  8. Realizacja ww. zadań odbywa się we współpracy ze wszystkimi komórkami organizacyjnymi Zakładu.

#### ***L. Współpraca pomiędzy komórkami organizacyjnymi***

##### § 97

1. Komórki organizacyjne zobowiązane są do współdziałania co najmniej w zakresie niezbędnym do zapewnienia koordynacji zadań.
2. W przypadku opracowywania, uzgadniania lub opiniowania spraw wchodzących w zakres kompetencji kilku komórek organizacyjnych obowiązuje zasada, że prowadzenie tych spraw należy do komórki koordynującej, którą wyznacza Dyrektor Zakładu lub osoba przez niego wskazana.
3. Komórki współpracujące przygotowują i przekazują komórce koordynującej niezbędne materiały, informacje, wyjaśnienia, ekspertyzy i opinie konieczne do opracowania danej sprawy.
4. Komórka koordynująca jest zobowiązana do rozpatrzenia opinii i stanowisk komórek współpracujących przy formułowaniu ostatecznego stanowiska.
5. Opinie, wnioski i decyzje komórki organizacyjnej wymagają akceptacji jej kierownika lub osób przez niego upoważnionych.



#### **IV. 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**

##### **§ 98**

1. Zakład udziela świadczeń zdrowotnych polegających na kompleksowych działaniach służących przywracaniu i poprawie zdrowia pacjentów.
2. W celu zapewnienia prawidłowej diagnostyki i leczenia oraz ciągłości i kompleksowości postępowania, w przypadku konieczności przeprowadzania dodatkowych badań, konsultacji, zabiegów specjalistycznych, Zakład korzysta z własnej bazy lub w ramach zawartych umów z innymi podmiotami wykonującymi działalność leczniczą.
3. Szczegółowe zasady współdziałania z innymi podmiotami wykonującymi działalność leczniczą w zakresie zapewnienia prawidłowości diagnostyki, leczenia pacjentów i ciągłości postępowania są uregulowane przepisami prawa oraz umowami zawartymi z tymi podmiotami.

##### **§ 99**

1. Zakład zawiera umowy z innymi podmiotami wykonującymi działalność leczniczą na wykonywanie świadczeń zdrowotnych, w szczególności badania diagnostyczne, których nie może zapewnić we własnym zakresie.
2. Zakład zobowiązuje się do wykonywania świadczeń zdrowotnych zgodnie z zasadami wiedzy medycznej i praktyki laboratoryjnej przy jednoczesnym zachowaniu należytej staranności w tym zakresie oraz poszanowaniu praw pacjentów do zachowania w tajemnicy spraw związanych z udzielanymi im świadczeniami zdrowotnymi w ramach umów z innymi podmiotami wykonującymi działalność leczniczą.

##### **§ 100**

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

- 1) informowania lekarza kierującego i lekarza sprawującego podstawową opiekę zdrowotną nad pacjentem a kierującego na konsultację specjalistyczną o jej wyniku;
- 2) udzielania informacji na wniosek pacjenta lekarzowi podstawowej opieki zdrowotnej, który skierował podopiecznego do objęcia stałym leczeniem specjalistycznym, o postępie leczenia;
- 3) kierowania do specjalisty z innego zakresu lub szpitala, jeśli zachodzi taka konieczność medyczna z kompletem dotychczas wykonanych badań diagnostycznych;
- 4) zapewnienie kontynuacji leczenia i rehabilitacji w ośrodkach uzdrowiskowych poprzez wydawanie stosownych skierowań;
- 5) wystawianie wniosków na sprzęt ortopedyczny i materiały pomocnicze.

#### **V. Prawa i obowiązki pacjenta**

##### **§ 101**

1. Pacjent ma prawo do:
  - 1) świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej,
  - 2) w sytuacji ograniczonych możliwości udzielenia odpowiednich świadczeń zdrowotnych, do przejrzystej, obiektywnej, opartej na kryteriach medycznych, procedury ustalającej kolejność dostępu do tych świadczeń,

- 3) żądania, aby udzielający mu świadczeń zdrowotnych lekarz zasięgnął opinii innego lekarza lub zwołał konsylium lekarskie a także aby pielęgniarka (położna) zasięgnęła opinii innej pielęgniarki (położnej),
- 4) świadczeń zdrowotnych udzielanych z należytą starannością przez podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych w warunkach odpowiadających określonym w odrębnych przepisach wymaganiom fachowym i sanitarnym;
- 5) informacji o swoim stanie zdrowia:
  - a) Pacjent, w tym małoletni, który ukończył 16 lat, lub jego przedstawiciel ustawowy mają prawo do uzyskania od osoby wykonującej zawód medyczny przystępnej informacji o stanie zdrowia pacjenta, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych i leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu, w zakresie udzielanych przez tę osobę świadczeń zdrowotnych oraz zgodnie z posiadanymi przez nią uprawnieniami.
  - b) Pacjent lub jego ustawowy przedstawiciel mają prawo do wyrażenia zgody na udzielenie informacji wymienionych w lit. a innym osobom.
  - c) Pacjent ma prawo żądać, aby osoba wykonująca zawód medyczny nie udzielała mu informacji, o której mowa w lit. a.
  - d) Po uzyskaniu informacji, o której mowa w lit. a, pacjent ma prawo przedstawić osobie wykonującej zawód medyczny swoje zdanie w tym zakresie.
  - e) Pacjent małoletni, który nie ukończył 16 lat, ma prawo do uzyskania od osoby wykonującej zawód medyczny informacji, o której mowa w lit. a, w zakresie i formie potrzebnej do prawidłowego przebiegu procesu diagnostycznego lub terapeutycznego.
  - f) 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.
- 6) informacji o prawach pacjenta określonych w ustawie o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta,
- 7) 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.
- 8) zgłaszania działań niepożądanych produktów leczniczych
- 9) 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.
- 10) wyrażenia zgody na udzielenie określonych świadczeń zdrowotnych lub odmowy takiej zgody, po uzyskaniu informacji:
  - a) Pacjent, w tym małoletni, który ukończył 16 lat, ma prawo do wyrażenia zgody na przeprowadzenie badania lub udzielenie innych świadczeń zdrowotnych,
  - b) Przedstawiciel ustawowy pacjenta małoletniego, całkowicie ubezwłasnowolnionego lub niezdolnego do świadomego wyrażenia zgody, ma prawo do wyrażenia zgody, o której mowa w pkt. 10. W przypadku braku przedstawiciela ustawowego prawo to, w odniesieniu do badania, może wykonać opiekun faktyczny.
  - c) Pacjent małoletni, który ukończył 16 lat, osoba ubezwłasnowolniona albo pacjent chory psychicznie lub upośledzony umysłowo, lecz dysponujący dostatecznym rozeznaniami, 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.
  - d) Zgoda oraz sprzeciw, o których mowa w lit. a-c mogą być wyrażone ustnie albo przez takie zachowanie się osób wymienionych w tych przepisach, które w sposób

niebudzący wątpliwości wskazuje na wolę poddania się czynnościom proponowanym przez osobę wykonującą zawód medyczny albo brak takiej woli.

- 11) poszanowania intymności i godności, w szczególności w czasie udzielania mu świadczeń zdrowotnych, przy czym prawo to obejmuje także prawo do umierania w spokoju i godności.
  - 12) leczenia bólu,
  - 13) obecności osoby bliskiej przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych,
  - 14) do dokumentacji medycznej dotyczącej jego stanu zdrowia oraz udzielonych mu świadczeń zdrowotnych,
  - 15) zgłoszenia sprzeciwu wobec opinii albo orzeczenia lekarza,
  - 16) poszanowania życia prywatnego i rodzinnego,
  - 17) kontaktu osobistego, telefonicznego lub korespondencyjnego z innymi osobami,
  - 18) dodatkowej opieki pielęgnacyjnej,
  - 19) opieki duszpasterskiej,
  - 20) przechowywania rzeczy wartościowych w depozycie.
2. Zasady uczestniczenia pacjenta w eksperymencie medycznym regulują przepisy odrębne.
3. W przypadku zagrożenia epidemicznego lub ze względu na stan zdrowia innego lub innych pacjentów oraz z uwagi na względy bezpieczeństwa, Dyrektor Szpitala na wniosek właściwego Ordynatora, a w razie jego nieobecności na wniosek lekarza dyżurnego, może czasowo ograniczyć prawo pacjenta do kontaktów z osobami z zewnątrz.
4. Skargi oraz wnioski dotyczące sprawowanej opieki medycznej pacjenci mogą składać osobiście lub pisemnie Ordynatorowi, jego zastępcy oraz Dyrektorowi Szpitala.

## § 102

1. Pacjent obowiązany jest do:
  - 2) przestrzegania postanowień niniejszego Regulaminu;
  - 3) przestrzegania zaleceń lekarskich i pielęgniarzkich;
  - 4) przestrzegania przepisów obowiązujących w danym oddziale;
  - 5) zachowywania się w sposób niezakłócający pracy w Szpitalu, a także spokoju innych osób;
  - 6) przestrzegania ciszy nocnej na terenie Szpitala, która obowiązuje w godz. 22.00 - 6.00;
  - 7) posiadania przy sobie i okazywania na każde żądanie dokumentu potwierdzającego objęcie ubezpieczeniem zdrowotnym;
  - 8) odnoszenia się z szacunkiem zarówno do wszystkich pracowników, w tym pracowników medycznych udzielających świadczeń medycznych, jak i pacjentów Szpitala;
  - 9) przestrzegania zasad higieny osobistej;
  - 10) przestrzegania zasad bezpieczeństwa obowiązujących w Szpitalu;
  - 11) przestrzegania zasad korzystania z urządzeń i powierzonego mu sprzętu.
3. W przypadku konieczności opuszczenia oddziału przez pacjenta, jest on zobowiązany do każdorazowego poinformowania o tym personelu medycznego.
4. Pacjentowi hospitalizowanemu nie wolno opuszczać terenu Szpitala bez wcześniejszego uzgodnienia z personelem medycznym.
5. Na terenie Szpitala zabronione jest:
  - 1) wnoszenie i spożywanie napojów alkoholowych i środków odurzających;
  - 2) palenie tytoniu;
  - 3) uprawianie gier hazardowych oraz zajmowanie się handlem;
  - 4) wnoszenie broni i materiałów niebezpiecznych.
6. Pacjent, którego stan zdrowia nie wymaga dalszego pobytu w Szpitalu, ponosi koszty

pobytu w Szpitalu od terminu określonego przez Dyrektora Szpitala.

7. Pacjent jest materialnie odpowiedzialny za mienie szpitalne oddane mu do używania w trakcie pobytu w Szpitalu. W przypadku powstania szkody w mieniu na skutek zawinionego działania pacjenta, zobowiązany jest on do jej naprawienia lub uiszczenia równowartości naprawy.
8. Szpital ma prawo wypisać pacjenta w przypadku:
  - 1) gdy jego stan zdrowia nie wymaga dalszego leczenia w Szpitalu;
  - 2) na żądanie pacjenta lub jego Przedstawiciela ustawowego;
  - 3) gdy w sposób rażący narusza postanowienia Regulaminu lub innych aktów obowiązujących w Szpitalu, a nie zachodzi obawa, że odmowa lub zaprzestanie udzielania świadczeń może spowodować bezpośrednio niebezpieczeństwo dla jego życia lub zdrowia;
  - 4) przeniesienia do innego podmiotu leczniczego w celu kontynuowania leczenia.

## VI. Obowiązki Zakładu w razie śmierci pacjenta

### § 103

1. W przypadku nagłego pogorszenia się stanu zdrowia powodującego zagrożenie życia pacjenta, Zakład jest zobowiązany:
  - 1) niezwłocznie zawiadomić wskazaną przez pacjenta osobę lub instytucję, lub przedstawiciela ustawowego;
  - 2) umożliwić pacjentowi spisanie testamentu, a jeśli istnieje obawa jego rychłego zgonu albo jeżeli wskutek szczególnych okoliczności zachowanie zwykłej formy testamentu jest niemożliwe lub bardzo utrudnione, pacjent może wyrazić ostatnią wolę ustnie przy jednoczesnej obecności trzech świadków spośród pacjentów lub personelu Szpitala;
  - 3) na życzenie pacjenta zapewnić mu opiekę duszpasterską ze strony duchownego, zgodnie z wyznaniem chorego;
  - 4) zapewnić warunki umierania w spokoju i godności.
2. Lekarz powinien dokonać oględzin zmarłego, stwierdzić zgon i jego przyczynę oraz odnotować w historii choroby dzień i godzinę śmierci.
3. W przypadku, gdy lekarz nie może jednoznacznie stwierdzić przyczyny zgonu lub w ciągu ostatnich 30 dni nie udzielał zmarłemu świadczeń zdrowotnych, Dyrektor Zakładu wzywa na miejsce zgonu Policję, która ustala według obowiązującej procedury zasady dalszego postępowania ze zwłokami.
4. Pielęgniarka powinna odnotować dzień i godzinę śmierci pacjenta w raporcie pielęgniarskim i na karcie gorączkowej.

### § 104

1. Zwłoki pacjenta, który zmarł w Szpitalu, mogą być poddane sekcji w szczególności, gdy jego zgon nastąpi przed upływem 12 godzin od przyjęcia do Szpitala.
2. Zwłoki pacjenta nie są poddawane sekcji, jeżeli Przedstawiciel ustawowy tej osoby wyraził sprzeciw lub uczyniła to ta osoba za życia.
3. W przypadku zaniechania sekcji zwłok z przyczyny określonej w ust. 2 sporządza się adnotację w dokumentacji medycznej i załącza się sprzeciw, o którym mowa w ust. 2.
4. Przepisów ust. 1-3 nie stosuje się w przypadkach:
  - 6) określonych w Kodeksie postępowania karnego i Kodeksie karnym wykonawczym oraz aktach wykonawczych wydanych na ich podstawie;
  - 7) gdy przyczyny zgonu nie można ustalić w sposób jednoznaczny;
  - 8) 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.
6. Jeżeli zachodzi potrzeba pobrania ze zwłok komórek, tkanek lub narządów, przeprowadzenie sekcji zwłok przed upływem 12 godzin, przy zachowaniu zasad i trybu przewidzianych w przepisach o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów, może zarządzić kierownik, a jeżeli kierownik nie jest lekarzem, upoważniony przez niego lekarz.

### § 105

1. Zwłoki pacjenta przechowuje się w oddziale przez 2 godziny. Po tym czasie zwłoki osoby zmarłej są przechowywane w specjalnie przeznaczonym do tego celu pomieszczeniu z zachowaniem godności należnej zmarłemu, a następnie są przekazywane podwykonawcy, z którym Szpital ma zawartą umowę.
2. Dopuszcza się pobieranie opłaty za przechowywanie zwłok osoby zmarłej przez okres

dłuższy niż 72 godziny od osób lub instytucji uprawnionych do pochowania zwłok. W takim przypadku obowiązuje cennik podmiotu, z którym Zakład ma podpisaną umowę na przechowywanie zwłok.

#### § 106

1. Postępowanie ze zwłokami i szczątkami ludzkimi regulują odrębne przepisy.
2. Rzeczy pacjenta, który zmarł uważa się za oddane w depozyt.
3. Przedmioty osobistego użytku należące do osoby zmarłej pielęgniarz właściwego oddziału wydaje za pokwitowaniem członkom najbliższej rodziny osoby zmarłej.
4. W przypadku przedmiotów o znacznej wartości, jak i w przypadku sporu osób najbliższych, Zakład może uzależnić wydanie rzeczy od przedstawienia orzeczenia Sądu w przedmiocie stwierdzenia nabycia spadku lub innego dokumentu będącego dowodem nabycia spadku określonego przez właściwe przepisy.
5. W przypadku określonym w ust. 4, spadkobierca może zostać obciążony kosztami przechowania rzeczy i wszelkimi innymi poniesionymi uzasadnionymi kosztami.
6. Pracowników Zakładu obowiązuje zakaz akwizycji na rzecz firm pogrzebowych i udzielania informacji o zgonach pacjentów osobom i podmiotom nieuprawnionym.
7. Tajemnica lekarska (medyczna), poza wyjątkami ustawowymi, obowiązuje także po śmierci pacjenta.

## VII. Postanowienia końcowe

### § 107

1. Regulamin dotyczy zarówno pracowników jak i pacjentów Zakładu.
2. W przypadkach nieuregulowanych niniejszym Regulaminem zastosowanie mają przepisy ustawy o działalności leczniczej oraz ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz aktów wykonawczych do tych ustaw.
3. Wątpliwości dotyczące stosowania Regulaminu rozstrzyga Dyrektor Zakładu.
4. Niniejszy regulamin nadaję dnia 24.05.2019 r.
5. Regulamin wchodzi w życie z dniem 24.05.2019 r.
6. Wszelkie zmiany regulaminu wymagają formy pisemnej pod rygorem nieważności.

Białystok, dnia ..... r.

.....