

**REGULAMIN ORGANIZACYJNY  
ZESPOŁU ZAKŁADÓW OPIEKI ZDROWOTNEJ  
IM. JERZEGO PIÓRO W DOBRYM MIEŚCIE**

***Misją Zespołu jest:  
„Nieść pomoc, być blisko”***

DYREKTOR  
Zespołu Zakładów Opieki Zdrowotnej im. Jerzego Pióro  
w Dobrym Mieście

*Agnieszka Jarzębińska*

Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej im. Jerzego Pióro  
w Dobrym Mieście  
Regon 510993868, NIP 739-29-66-303  
Kod identyfikacyjny 000000015447  
11-040 Dobre Miasto ul. Grunwaldzka 10 B,  
tel. (89) 61-68-222

Dobre Miasto, marzec 2024

Spis treści:

PODSTAWY PRAWNE FUNKCJONOWANIA ZESPOŁU ZAKŁADÓW OPIEKI ZDROWOTNEJ I OBOWIĄZYWANIA REGULAMINU.....	4
ROZDZIAŁ I. NAZWA ZESPOŁU .....	6
ROZDZIAŁ II. CELE I ZADANIA ZESPOŁU .....	6
ROZDZIAŁ III. RODZAJ DZIAŁALNOŚCI LECZNICZEJ ORAZ ZAKRES UDZIELANYCH ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH .....	7
ROZDZIAŁ IV. MIEJSCE UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH .....	8
ROZDZIAŁ V. STRUKTURA ORGANIZACYJNA ZESPOŁU .....	8
ROZDZIAŁ VI. KIEROWANIE ZESPOŁEM I KOMÓRKAMI ORGANIZACYJNYMI ZESPOŁU.....	10
Dyrektor Zespołu.....	10
Kierownicy/ Koordynatorzy komórek organizacyjnych Zespołu/ bezpośredni przełożeni pracowników/ samodzielne stanowiska pracy .....	12
ROZDZIAŁ VII. ORGANIZACJA I ZADANIA KOMÓREK ORGANIZACYJNYCH ORAZ WARUNKI ICH WSPÓŁDZIAŁANIA .....	36
Oddział Chorób Wewnętrznych .....	36
Izba Przyjęć .....	38
Zakład Opiekuńczo – Lecniczy .....	39
Zakład Opiekuńczo – Lecniczy Psychiatryczny .....	40
Zespół Poradni .....	43
Zespół Ratownictwa Medycznego typu Podstawowego .....	48
Zespół transportu sanitarnego .....	49
Medyczne Laboratorium Diagnostyczne .....	49
Bank Krwi .....	51
Pracownia RTG i USG .....	51
Dział Farmacji Szpitalnej .....	54
Sekcja Statystyki i Nadzoru .....	55
Sekcja Techniczno – Gospodarcza .....	56
Sekcja Ekonomiczno – Finansowa .....	58
Sekretariat Dyrektora .....	59
Warunki współdziałania jednostek i komórek organizacyjnych .....	60
ROZDZIAŁ VIII. PRZEBIEG PROCESU UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W JEDNOSTACH LUB KOMÓRKACH ORGANIZACYJNYCH ZESPOŁU .....	61
Przyjęcie pacjenta w Izbie Przyjęć do OChW .....	63
Przyjęcie pacjenta do ZOL/ZOLP .....	65
Przyjęcie pacjenta w poradniach .....	65
Ramowy rozkład dnia w OChW/ZOL/ZOLP .....	69
Zasady odwiedzin i udzielania informacji o stanie zdrowia pacjenta .....	72
Zastosowanie zasad leczenia lub diagnostyki o podwyższonym ryzyku dla pacjenta .....	60
Wypis pacjenta .....	75
Zgon pacjenta .....	76
Sekcja zwłok .....	77
Prawa i obowiązki pacjenta .....	78
Dokumentacja medyczna .....	79
Przechowywanie rzeczy wartościowych i odzieży pacjentów hospitalizowanych .....	82
Transport sanitarny .....	84
ROZDZIAŁ IX. WARUNKI WSPÓŁDZIAŁANIA Z INNYMI PODMIOTAMI WYKONUJĄCYMI DZIAŁALNOŚĆ LECZNICZĄ .....	86
ROZDZIAŁ X. WYSOKOŚĆ OPŁATY ZA UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ.....	86
ROZDZIAŁ XI. ORGANIZACJA PROCESU UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W PRZYPADKU POBIERANIA OPŁAT .....	87
ROZDZIAŁ XII. WYSOKOŚĆ OPŁATY ZA PRZECHOWYWANIE ZWŁOK PACJENTA .....	88
ROZDZIAŁ XIII. WYSOKOŚĆ OPŁAT ZA ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE, KTÓRE MOGĄ BYĆ UDZIELANE ZA CZĘŚCIOWĄ ODPLATNOŚCIĄ ALBO CAŁKOWITĄ ODPLATNOŚCIĄ .....	89





ZAŁĄCZNIKI

Załącznik nr 1 – Schemat organizacyjny Zespołu ..... 78  
Załącznik nr 2 – Wykaz procedur leczniczych i diagnostycznych wymagających pisemnej świadomej zgody pacjenta ..... 89



**PODSTAWY PRAWNE FUNKCJONOWANIA  
ZESPOŁU ZAKŁADÓW OPIEKI ZDROWOTNEJ IM. JERZEGO PIÓRO  
W DOBRYM MIEŚCIE I OBOWIĄZYWANIA REGULAMINU**

**§ 1**

I. Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej im. Jerzego Pióro w Dobrym Mieście, zwany dalej Zespołem działa na podstawie:

- 1) Ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (t.j. Dz. U. z 2023 r., poz. 991 z późn. zm.), zwanej dalej ustawą.
  - 2) Zarządzenia Wojewody Olsztyńskiego z dnia 30 stycznia 1998 roku w sprawie przekształcenia Zespołu Opieki Zdrowotnej w Dobrym Mieście w Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Dobrym Mieście;
  - 3) Uchwały Rady Powiatu w Olsztynie Nr V/38/99 z dnia 5 marca 1999 roku w sprawie przekształcenia Zespołu Opieki Zdrowotnej w Dobrym Mieście (z późn. zm.);
  - 4) Uchwała Nr V/77/2019 Rady Powiatu Olsztyńskiego z dnia 28 czerwca 2019 r. w sprawie nadania statutu Zespołu Zakładów Opieki Zdrowotnej w Dobrym Mieście, z późn. zm.
  - 5) Statutu;
  - 6) innych przepisów dotyczących podmiotów leczniczych niebędących przedsiębiorcą, prowadzonych w formie samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej;
  - 7) niniejszego Regulaminu.
2. Zespół jest podmiotem leczniczym niebędącym przedsiębiorcą, prowadzonym w formie samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej.
3. Użyte w niniejszym Regulaminie określenia, oznaczają:
- 1) Zespół – Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej im. Jerzego Pióro w Dobrym Mieście;
  - 2) Dyrektor – Dyrektora Zespołu Zakładów Opieki Zdrowotnej im. Jerzego Pióro w Dobrym Mieście;
  - 3) pracownik – osobę zatrudnioną w ramach umowy o pracę, oraz osobę, z którą zawarto umowę cywilno – prawną na świadczenie usług medycznych/ innych;
  - 4) kierownik – bezpośredni przełożony pracowników komórek organizacyjnych (kierownika, koordynatora, przełożonej pielęgniarek, pielęgniarki koordynujące);
  - 5) OChW – Oddział Chorób Wewnętrznych;
  - 6) ZOL – Zakład Opiekuńczo – Leczniczy;
  - 7) ZOLP – Zakład Opiekuńczo – Leczniczy Psychiatryczny;
  - 8) ZOLB – Zakład Opiekuńczo – Leczniczy w Barczewie;
  - 9) ZOLR – Zakład Opiekuńczo – Leczniczy dla pacjentów wentylowanych mechanicznie w Barczewie;
  - 10) CŚZ – Centrum Świadczeń Zdrowotnych w Barczewie;
  - 11) NŚOZ – Poradnia Nocnej i Świątecznej Opieki Zdrowotnej;
  - 12) NFZ – Narodowy Fundusz Zdrowia
  - 12) Pracownia RTG i USG – Pracownia radiologii i ultrasonografii;
  - 13) koordynator – koordynator OChW/ZOL/ZOLP/ZOLB/ZOLR/Pracowni RTG i USG;
  - 14) lekarz Izby Przyjęć/ OChW – lekarz zabezpieczający pracę Izby Przyjęć/ OChW, zatrudniony w ramach umowy o pracę lub umowy cywilno – prawnej;
  - 15) podmiot tworzący – Powiat Olsztyński;
  - 16) działalność podstawowa Zespołu – działalność lecznicza, polegająca na udzielaniu świadczeń zdrowotnych, mogąca być udzielana za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności.

17) świadczenie zdrowotne – jest to działanie służące profilaktyce, zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia oraz inne działania medyczne wynikające z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich udzielania.

## § 2

1. Regulamin Organizacyjny ustala Dyrektor Zespołu.
2. Regulamin Organizacyjny określa w szczególności:
  - 1) nazwę Zespołu;
  - 2) cele i zadania Zespołu;
  - 3) strukturę organizacyjną Zespołu;
  - 4) rodzaj działalności leczniczej oraz zakres udzielanych świadczeń zdrowotnych;
  - 5) miejsce udzielania świadczeń zdrowotnych;
  - 6) przebieg procesu udzielania świadczeń zdrowotnych;
  - 7) organizację i zadania komórek organizacyjnych oraz warunki ich współdziałania;
  - 8) warunki współdziałania z innymi podmiotami wykonującymi działalność leczniczą;
  - 9) wysokość opłaty za udostępnienie dokumentacji medycznej;
  - 10) organizację procesu udzielania świadczeń zdrowotnych w przypadku pobierania opłat;
  - 11) wysokość opłaty za przechowywanie zwłok pacjentów;
  - 12) wysokość opłat za świadczenia zdrowotne udzielane za częściową odpłatnością albo całkowitą odpłatnością;
  - 13) sposób kierowania komórkami organizacyjnymi Zespołu.
3. Regulamin Organizacyjny w wersji papierowej znajduje się w każdej komórce organizacyjnej Zespołu, w łatwo dostępnym miejscu.



## **ROZDZIAŁ I**

### **NAZWA ZESPOŁU**

#### **§ 3**

Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej im. Jerzego Pióro w Dobrym Mieście.

## **ROZDZIAŁ II**

### **CELE I ZADANIA ZESPOŁU**

#### **§ 4**

Podstawowym celem Zespołu jest prowadzenie działalności leczniczej polegającej na udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie i na zasadach określonych w Statucie, zawartych umowach oraz obowiązujących przepisach prawnych i niniejszym Regulaminie.

#### **§ 5**

Do zadań Zespołu należy:

1. udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie:

- 1) podstawowej opieki zdrowotnej,
- 2) specjalistycznej ambulatoryjnej opieki zdrowotnej,
- 3) leczenia szpitalnego,
- 4) ratownictwa medycznego,
- 5) całodobowej opieki długoterminowej,
- 6) całodobowej opieki długoterminowej psychiatrycznej,
- 7) profilaktyki i promocji zdrowia,
- 8) diagnostyki laboratoryjnej i obrazowej.

2. orzekanie o stanie zdrowia, wydawanie zaświadczeń, orzeczeń lekarskich na zasadach i w zakresie określonym w odrębnych przepisach;

3. organizowanie innych form opieki medycznej w sytuacjach kryzysowych (klęski żywiołowe, katastrofy, epidemie);

4. realizowanie zadań w dziedzinie obronności zgodnie z obowiązującymi przepisami;

5. prowadzenie działalności dydaktycznej w zakresie kształcenia przed i podyplomowego oraz doskonalenia zawodowego zgodnie z obowiązującymi przepisami i zakresem prowadzonej działalności;

6. świadczenie usług diagnostyki medycznej laboratoryjnej i obrazowej;

7. działalność w zakresie promocji zdrowia;

8. wykonywanie innych zadań wynikających z określonych przepisów, bądź nałożonych przez podmiot tworzący.

#### **§ 6**

Zespół prowadzi wydzieloną działalność gospodarczą w zakresie określonym w Statucie.

## ROZDZIAŁ III

### RODZAJ DZIAŁALNOŚCI LECZNICZEJ ORAZ ZAKRES UDZIELANYCH ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH

#### § 7

Zespół prowadzi działalność leczniczą w rodzaju:

1. stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne:
  - 1) szpitalne,
  - 2) inne niż szpitalne.
2. ambulatoryjne świadczenia zdrowotne.

#### § 8

Zakres udzielanych świadczeń zdrowotnych:

1. w ramach stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych szpitalnych:
  - 1) choroby wewnętrzne – hospitalizacja;
  - 2) Izba Przyjęć.
2. w ramach stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych innych niż szpitalne:
  - 1) świadczenia w zakładzie opiekuńczo – leczniczym;
  - 2) świadczenia w zakładzie opiekuńczo – leczniczym dla pacjentów wentylowanych mechanicznie;
  - 3) świadczenia opiekuńczo – lecznicze psychiatryczne dla dorosłych.
3. w ramach ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych:
  - 1) świadczenia lekarza w poradni podstawowej opieki zdrowotnej, która udziela również porad związanych z wydaniem karty diagnostyki i leczenia onkologicznego, tzw. karty DiLO;
  - 2) świadczenia lekarza i pielęgniarki w poradni nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej;
  - 3) świadczenia w poradni dermatologicznej;
  - 4) świadczenia w poradni gruźlicy i chorób płuc;
  - 5) świadczenia w poradni endokrynologicznej, która realizuje również świadczenia w zakresie diagnostyki onkologicznej;
  - 6) świadczenia w poradni reumatologicznej;
  - 7) świadczenia w poradni neurologicznej;
  - 8) świadczenia w poradni geriatrycznej;
  - 9) świadczenia w poradni ginekologiczno – położniczej;
  - 10) świadczenia w poradni otolaryngologicznej;
  - 11) świadczenia w poradni chirurgicznej;
  - 12) świadczenia w poradni terapii uzależnienia i współuzależnienia od alkoholu;
  - 13) świadczenia w poradni zdrowia psychicznego;
  - 14) świadczenia udzielane przez podstawowe zespoły ratownictwa medycznego;
  - 15) diagnostyki medycznej laboratoryjnej i obrazowej.



## ROZDZIAŁ IV

### MIEJSCE UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH

#### § 9

Miejszem udzielania świadczeń zdrowotnych jest:

1. Dobrze Miasto 11-040, ul. Grunwaldzka 10B
2. Barczewo 11-010, ul. Niepodległości 9

## ROZDZIAŁ V

### STRUKTURA ORGANIZACYJNA ZESPOŁU

#### § 10

1. Działalność podstawowa Zespołu:

#### **I. Lecznictwo szpitalne:**

Szpital – jednostka organizacyjna w ramach, której funkcjonują następujące komórki organizacyjne:

- a) Oddział Chorób Wewnętrznych;
- b) Izba Przyjęć;
- c) Dział farmacji szpitalnej;

#### **II. Zakłady opieki zdrowotnej długoterminowej:**

1. Zakład Opiekuńczo – Leczniczy – jednostka organizacyjna w ramach, której funkcjonują komórki organizacyjne:

– Zakład Opiekuńczo – Leczniczy;

2. Zakład Opiekuńczo – Leczniczy Psychiatryczny – jednostka organizacyjna w ramach, której funkcjonuje komórka organizacyjna:

– Zakład Opiekuńczo – Leczniczy Psychiatryczny;

#### **III. Lecznictwo ambulatoryjne:**

1. Zespół poradni – jednostka organizacyjna w ramach, której funkcjonują następujące komórki organizacyjne:

- a) Poradnia Podstawowej Opieki Zdrowotnej;
- b) Gabinet Zabiegowy Poradni Podstawowej Opieki Zdrowotnej;
- c) Poradnia Nocnej i Świątecznej Opieki Zdrowotnej;
- d) Poradnia Chirurgiczna;
- e) Poradnia Zdrowia Psychicznego;
- f) Poradnia Chorób Płuc i Gruźlicy;
- g) Poradnia Leczenia Uzależnienia od Alkoholu i Współuzależnienia;
- h) Poradnia Neurologiczna;
- i) Poradnia Ginekologiczno – Położnicza;
- j) Poradnia Dermatologiczna;
- k) Poradnia Endokrynologiczna;
- l) Poradnia Otolaryngologiczna;
- ł) Poradnia Reumatologiczna;



- m) Poradnia Geriatryczna;
- n) Gabinet diagnostyczno – zabiegowy Nr 1
- o) Gabinet diagnostyczno – zabiegowy Nr 2
- 2. Pracownia RTG i USG – jednostka organizacyjna w ramach, której funkcjonuje następująca komórka organizacyjna:
  - Pracownia RTG i USG.
- 3. Medyczne Laboratorium Diagnostyczne – jednostka organizacyjna w ramach, której funkcjonują następujące komórki organizacyjne:
  - a) Medyczne Laboratorium Diagnostyczne;
  - b) Bank Krwi.
- 4. Ratownictwo Medyczne – jednostka organizacyjna w ramach, której funkcjonują następujące komórki organizacyjne:
  - a) Zespół Ratownictwa Medycznego – Podstawowy;
  - b) Zespół transportu medycznego.
- 5. Pracownia endoskopii – jednostka organizacyjna w ramach, której funkcjonuje następująca komórka organizacyjna:
  - Pracownia endoskopii.

#### **IV. Centrum Świadczeń Zdrowotnych w Barczewie:**

Centrum Opieki Długoterminowej – jednostka organizacyjna, w ramach której funkcjonują komórki organizacyjne:

- Zakład Opiekuńczo – Leczniczy;
- Zakład Opiekuńczo – Leczniczy dla pacjentów wentylowanych mechanicznie.
- 4. Zastępca dyrektora ds. lecznictwa
- 5. Przełożona pielęgniarek
- 6. Samodzielne stanowiska pracy:
  - 1) psycholog;
  - 2) pracownik socjalny;
  - 3) pielęgniarka ds. epidemiologicznych.

#### **2. Działalność administracyjna, techniczna, ekonomiczna i gospodarcza Zespołu:**

- 1. Zastępca dyrektora ds. administracyjnych
- 2. Sekcja Ekonomiczno – Finansowa;
- 3. Sekcja Statystyki i Nadzoru
- 4. Sekcja Techniczno – Gospodarcza.
- 3. Samodzielne stanowiska pracy:
  - 1) inspektor ds. kadr i statystyki;
  - 2) radca prawny;
  - 3) kapelan szpitalny;
  - 4) stanowisko ds. bezpieczeństwa, higieny pracy i ochrony przeciwpożarowej;
  - 5) sekretarka;
  - 6) stanowisko ds. obronnych;
  - 7) inspektor ochrony danych osobowych;
  - 8) informatyk;
  - 9) pełnomocnik Dyrektora ds. systemu zarządzania jakością;
  - 10) pełnomocnik Dyrektora ds. praw pacjenta;



Strukturę organizacyjną Zespołu określa schemat organizacyjny, stanowiący **załącznik nr 1** do niniejszego Regulaminu.

## § 11

1. Strukturę organizacyjną Zespołu ustala Dyrektor.
2. Dyrektor może tworzyć, łączyć, likwidować jednostki, komórki organizacyjne, stanowiska pracy w celu realizacji zadań Zespołu, optymalizacji organizacji, funkcjonowania i racjonalizacji kosztów działalności.
3. Dyrektor ustala w drodze zarządzenia liczbę i strukturę łóżek szpitalnych w Oddziale Chorób Wewnętrznych, Zakładzie Opiekuńczo – Leczniczym, Zakładzie Opiekuńczo – Leczniczym Psychiatrycznym, Zakład Opiekuńczo – Leczniczy dla pacjentów wentylowanych mechanicznie oraz dokonuje zmian liczby łóżek.
4. Dyrektor w drodze zarządzenia może tworzyć Zespoły zadaniowe, komisje, komitety do realizacji określonych celów i zadań Zespołu.

## ROZDZIAŁ VI

### KIEROWANIE ZESPOŁEM I KOMÓRKAMI ORGANIZACYJNYMI ZESPOŁU

#### DYREKTOR ZESPOŁU

## § 12

1. Dyrektor kieruje działalnością Zespołu i reprezentuje go na zewnątrz.
2. Dyrektor ponosi odpowiedzialność za zarządzanie Zespołem.
3. Dyrektor jest przełożonym wszystkich pracowników, w rozumieniu kodeksu pracy.
4. Dyrektor wyznacza zastępcę na czas swojej nieobecności.

## § 13

Do zadań Dyrektora należy w szczególności:

1. ustalanie kierunków rozwoju i celów strategicznych Zespołu;
2. organizowanie i nadzorowanie działalności Zespołu;
3. ustalanie struktury organizacyjnej oraz wewnętrznego systemu zarządzania;
4. zapewnienie udzielania świadczeń zdrowotnych wyłącznie przez osoby o odpowiednich uprawnieniach i kwalifikacjach zawodowych, określonych odrębnymi przepisami;
5. prowadzenie gospodarki finansowej;
6. prowadzenie polityki kadrowej;
7. prowadzenie polityki inwestycyjnej;
8. współpraca z pomiotem tworzącym;
9. współpraca z organizacjami związkowymi, instytucjami, samorządowymi i innymi w zakresie wynikającym z obowiązujących przepisów prawnych;
10. współdziałanie z innymi podmiotami wykonującymi działalność leczniczą;
11. realizowanie zadań obronnych i obrony cywilnej zgodnie z obowiązującymi przepisami;
12. wydawanie wewnętrznych aktów prawnych regulujących funkcjonowanie Zespołu, w szczególności: zarządzeń, regulaminów, instrukcji, wytycznych, komunikatów, procedur, itp.

## § 14

1. Do wyłącznej kompetencji Dyrektora należy:
  - 1) nawiązywanie i rozwiązywanie stosunku pracy, zawieranie i rozwiązywanie umów cywilno – prawnych na realizację świadczeń zdrowotnych i innych umów, porozumień, ugód, itd.;
  - 2) sprawowanie nadzoru nad wykonywaniem zadań przez pracowników bezpośrednio podległych;
  - 3) dokonywanie oceny jakości działań osób zatrudnionych na stanowiskach kierowniczych;
  - 4) ostateczne rozpatrywanie skarg, wniosków i zażaleń pacjentów, pracowników i innych uprawnionych osób.
2. Dyrektor kieruje Zespołem przy pomocy:
  - a) zastępcy dyrektora,
  - b) głównego księgowego,
  - c) przełożonej pielęgniarek,
  - d) kierowników/koordynatorów komórek organizacyjnych.

## § 15

1. Dyrektorowi podlegają następujące stanowiska pracy:
  - 1) zastępca dyrektora,
  - 2) przełożona pielęgniarek,
  - 3) koordynator ZOL/ZOL-P/ZOLB/ZOLR,
  - 4) koordynator OChW,
  - 5) kierownik medycznego laboratorium diagnostycznego,
  - 6) kierownik Sekcji Statystyki i Nadzoru;
  - 7) Główny Księgowy,
  - 8) stanowisko ds. bhp i p/pož.,
  - 9) radca prawny,
  - 10) stanowisko ds. obronnych,
  - 11) inspektor ds. kadr i statystyki,
  - 12) informatyk,
  - 13) kapelan szpitalny,
  - 14) sekretarka,
  - 15) psycholog,
  - 16) inspektor ochrony danych osobowych,
  - 17) pielęgniarka/pielęgniarsz systemu koordynujący Zespołem Ratownictwa Medycznego.
2. Ponadto Dyrektor bezpośrednio nadzoruje osoby sprawujące następujące funkcje:
  - 1) pełnomocnika Dyrektora ds. systemu zarządzania jakością,
  - 2) pełnomocnik Dyrektora ds. praw pacjenta,
  - 3) pielęgniarki ds. epidemiologicznych.



**KIEROWNICY/ KOORDYNATORZY KOMÓREK ORGANIZACYJNYCH  
ZESPOŁU/ BEZPOŚREDNI PRZEŁOŻENI PRACOWNIKÓW/ SAMODZIELNE  
STANOWISKA PRACY**

**§ 16**

1. Komórkami organizacyjnymi kierują kierownicy/koordynatorzy.
2. Kierownicy/koordynatorzy komórek organizacyjnych podlegają bezpośrednio Dyrektorowi Zespołu.

**§ 17**

1. Do obowiązków kierowników/koordynatorów komórek organizacyjnych/ bezpośrednich przełożonych pracowników należy:
- 1) planowanie, organizowanie, nadzorowanie oraz kontrola funkcjonalna działalności komórki;
  - 2) realizacja zadań komórki;
  - 3) kierowanie pracą podległych komórek, a w szczególności – organizowanie i nadzorowanie pracy podległych pracowników;
  - 4) podejmowanie działań mających na celu podnoszenie jakości realizowanych zadań, usprawnienie działań oraz racjonalizację kosztów działalności komórki organizacyjnej;
  - 5) organizowanie stanowisk pracy zgodnie z przepisami i zasadami bhp i p/poż.;
  - 6) przestrzeganie i nadzorowanie przestrzegania przez podległych pracowników przepisów prawa, norm etycznych, wewnętrznych aktów normatywnych, przepisów bhp i p/poż. oraz procedur postępowania obowiązujących w Zespole;
  - 7) organizowanie pracy w sposób zabezpieczający przed wypadkami przy pracy, chorobami zawodowymi;
  - 8) motywowanie do podnoszenia poziomu wiedzy fachowej, przeprowadzanie szkoleń, wnioskowanie w sprawach podnoszenia kwalifikacji zawodowych pracowników;
  - 9) opracowywanie procedur postępowania, instrukcji, wytycznych działań;
  - 10) dostarczanie procedur postępowania, wytycznych, instrukcji, przepisów na stanowiska pracy i egzekwowanie ich stosowania;
  - 11) dokonywanie okresowych ocen pracy i kwalifikacji podległych pracowników;
  - 12) proponowanie wewnętrznej organizacji komórki oraz rozdziału zadań poszczególnym pracownikom;
  - 13) wprowadzanie nowo przyjętych pracowników w zakres realizowanych zadań i nadzór nad przebiegiem ich adaptacji w komórkach;
  - 14) realizacja misji Zespołu, procedur i instrukcji związanych z przyjętym przez Zespół system zarządzania jakością /ISO/;
  - 15) analizowanie i doskonalenie struktury zatrudnienia w podległych komórkach organizacyjnych;
  - 16) opracowywanie i aktualizowanie zakresu zadań, uprawnień i odpowiedzialności pracowników;
  - 17) dbałość o należyty wizerunek Zespołu, jakość udzielanych świadczeń zdrowotnych oraz efektywność zespołów, którymi kierują, ich zachowania etyczne, przyjazny stosunek do pacjentów, ich rodzin i współpracowników.

## § 18

Kierownicy/koordynatorzy/bezpośredni przełożeni pracowników ponoszą **odpowiedzialność** za całokształt pracy powierzonych im komórek organizacyjnych, a w szczególności za:

1. terminowość, fachowość (profesjonalizm), rzetelność i jakość realizowanych zadań komórki organizacyjnej oraz zgodność z obowiązującymi przepisami i procedurami postępowania obowiązującymi w Zespole;
2. rzetelność, terminowość i zgodność z przepisami prawnymi prowadzonej dokumentacji, w tym dokumentacji medycznej, dokumentów sprawozdawczych, analitycznych informacji;
3. realizację odpowiednio do rodzaju komórki organizacyjnej, kontraktów i umów stanowiących źródło finansowania działalności Zespołu;
4. efektywne wykorzystanie czasu pracy podległej kadry;
5. racjonalne wykorzystanie posiadanych środków i sprzętu;
6. przestrzeganie dyscypliny pracy, przepisów bhp i p/poż. przez podległych pracowników;
7. gospodarowanie składnikami majątku komórki, zabezpieczenie użytkowanego mienia przed kradzieżą, zniszczeniem, dostępem osób trzecich.
8. zachowanie tajemnicy służbowej i zawodowej;
9. wykorzystanie przez podległy personel urlopów wypoczynkowych;
10. samokształcenie i podnoszenie kwalifikacji zawodowych i kierowniczych;
11. dbanie o dobro oraz pozytywny wizerunek Zespołu.

## § 19

Kierownicy/ koordynatorzy komórek organizacyjnych/ bezpośredni przełożeni pracowników są **uprawnieni do:**

1. wnioskowania i opiniowania w sprawach zatrudniania personelu;
  2. wnioskowania i opiniowania w sprawach podległego personelu;
  3. wnioskowania w sprawach karania i nagradzania;
  4. do zgłaszania propozycji zmian organizacyjnych, funkcjonalnych i kadrowych komórki organizacyjnej;
  5. wyznaczenia zastępcy na czas nieobecności;
  6. zwalniania pracownika z części godzin pracy w celu załatwiania spraw służbowych i prywatnych. Zwalniany pracownik jest zobowiązany wpisać wyjście służbowe i prywatne w „Książce ewidencji wyjść” znajdującej się na stanowisku ds. kadr i statystyki. Wyjście prywatne należy odpracować. Fakt odpracowania potwierdza w „Książce ewidencji wyjść” kierownik/ koordynator/bezpośredni przełożony zwalnianego pracownika.
- Zadania Kierowników komórek organizacyjnych realizują odpowiednio, stosowanie do zakresu usług określonych w umowach cywilno – prawnych – Koordynatorzy.

## ZASTĘPCA DYREKTORA DS. LECZNICTWA

## § 20

1. Stanowisko podlega Dyrektorowi Zespołu.
2. Zastępca dyrektora ds. leczenia jest zastępowany przez lekarza wyznaczonego przez Dyrektora.



3. Zastępca dyrektora ds. leczenia nadzoruje, monitoruje pracę/świadczenie usług medycznych przez lekarzy – kierowników/koordynatorów komórek organizacyjnych oraz lekarzy, udzielających świadczeń zdrowotnych w Poradniach, Izbie Przyjęć, Pracowni endoskopii oraz lekarzy w ZOLB/ZOLR.

#### **§ 21**

1. Do zadań Zastępcy dyrektora ds. leczenia należy:
  - 1) planowanie i organizowanie działalności podstawowej Zespołu;
  - 2) zapewnienie właściwego poziomu merytorycznego i jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych;
  - 3) udział w przygotowywaniu i nadzór nad realizacją umów na udzielanie świadczeń zdrowotnych.
2. W szczególności do zadań stanowiska należy:
  - 1) współudział w organizowaniu, koordynowaniu i nadzorowaniu pracy lekarzy oraz nadzór nad jakością i dostępnością świadczonych przez nich usług medycznych;
  - 2) monitorowanie i nadzór nad realizacją umów zawartych między Narodowym Funduszem Zdrowia a Zespołem oraz między Zespołem a wykonawcami tych umów;
  - 3) nadzór nad gospodarką lekiem w Zespole, w tym środków odurzających i substancji psychotropowych;
  - 4) nadzór nad prawidłowością, rzetelnością dokumentacji medycznej prowadzonej w Zespole, w szczególności dokumentacji prowadzonej przez lekarzy;
  - 5) przedstawianie Dyrektorowi wniosków i opinii w sprawach dotyczących podstawowej działalności Zespołu;
  - 6) inicjowanie działań zmierzających do poprawy jakości i dostępności świadczonych usług medycznych w Zespole;
  - 7) organizowanie szkoleń i doskonalenia zawodowego personelu medycznego;
  - 8) udział w planowaniu strategicznym rozwoju Zespołu;
  - 9) realizowanie zadań obronnych zgodnie z obowiązującymi przepisami;
  - 10) udział w pracach zespołów stałych i doraźnych.

### **ZASTĘPCA DYREKTORA DS. ADMINISTRACYJNYCH**

#### **§ 22**

1. Zastępca dyrektora ds. administracyjnych podlega bezpośrednio Dyrektorowi Zespołu.
2. Zastępca dyrektora ds. administracyjnych jest zastępowany przez osobę wyznaczoną przez Dyrektora.
3. Zastępcy dyrektora ds. administracyjnych podlegają stanowiska w CŚZ w Barczewie: sekretarka, referent.
4. Do zadań Zastępcy dyrektora ds. administracyjnych należy:
  - 1) organizowanie i nadzorowanie pracy komórek organizacyjnych w CŚZ w Barczewie w sposób zapewniający prawidłowe wykonywanie powierzonych zadań zgodnie ze schematem organizacyjnym.
  - 2) przygotowywanie zapisów statutu, zarządzeń, regulaminów i instrukcji regulujących działalność gospodarczo – administracyjną Zespołu.
  - 3) tworzenie i nadzór nad obowiązującą w Zespole dokumentacją formalno – prawną pod względem jej spójności, oraz zgodności z obowiązującymi przepisami.
  - 4) monitorowanie wykonywania zleceń pokontrolnych przez komórki organizacyjne Zespołu.
  - 5) współpraca i nadzór nad prowadzeniem spraw związanych z Radą Społeczną Zespołu.



- 6) współpraca przy realizacji kontroli zarządczej w Zespole.
- 7) współpraca i nadzór nad tworzeniem systemów informatycznych.
- 8) współpraca przy realizacji polityki bezpieczeństwa informacji.
- 9) inicjowanie i uczestnictwo w pracach mających na celu pozyskiwanie dodatkowych środków finansowych ze źródeł zewnętrznych.
- 10) współdziałanie w opracowywaniu planów rzeczowych, finansowych i inwestycyjnych Zespołu.
- 11) współdziałanie w zakresie spraw związanych z utrzymaniem i rozwojem infrastruktury Zespołu.
- 12) współpraca przy realizacji przyjętych i zatwierdzonych planów i programów.
- 13) współpraca z organami samorządów gminnych i wojewódzkich oraz zakładami działalności leczniczej.
- 14) koordynacja przy archiwizacji dokumentacji CSZ w Barczewie.

## **PRZEŁOŻONA PIELEŃNIAREK**

### **§ 23**

1. Przełożona pielęgniarek podlega Dyrektorowi Zespołu.
2. Przełożona pielęgniarek jest zastępowana przez wyznaczoną przez Dyrektora pielęgniarkę koordynującą.
3. Przełożonej pielęgniarek podlegają pielęgniarki koordynujące w OCHW, ZOL, ZOLP, ZOLB/ZOLR, oraz pod względem merytorycznym Koordynator ZOLB/ZOLR, pielęgniarki i położne zatrudnione w Zespole poradni, pielęgniarki zatrudnione w Pracowni endoskopii oraz pracownicy Rejestracji.

### **§ 24**

1. Do zadań stanowiska należy organizowanie, nadzorowanie opieki pielęgniarskiej i pracy pielęgniarek w Zespole oraz organizowanie i nadzorowanie pracy bezpośrednio podległego personelu.
2. Do obowiązków stanowiska w zakresie nadzoru nad opieką pielęgniarską, pracą pielęgniarek w Zespole i podległych stanowisk pracy należy, w szczególności:
  - 1) planowanie, organizowanie nadzorowanie opieki pielęgniarskiej oraz pracy podległych stanowisk;
  - 2) określanie zapotrzebowania ilościowego i jakościowego na opiekę pielęgniarską oraz podległych stanowisk pracy;
  - 3) opracowywanie, zatwierdzanie standardów praktyki zawodowej;
  - 4) doskonalenie metod opieki pielęgniarskiej i pracy podległych stanowisk;
  - 5) określanie struktury podległych stanowisk pracy i zakresu kompetencji na poszczególnych stanowiskach;
  - 6) nadzorowanie realizacji zadań na podległych stanowiskach pracy;
  - 7) sprawowanie nadzoru nad dokumentacją medyczną sporządzaną przez podległych pracowników;
  - 8) uczestniczenie w planowaniu strategicznym Zespołu;
  - 9) zapewnienie bezpiecznych i higienicznych warunków pracy bezpośrednio podległych pracowników;
  - 10) nadzorowanie stanu sanitarno – higienicznego w podległych pionach i stanowiskach pracy;
  - 11) planowanie wyposażenia podległych stanowisk pracy, uczestnictwo w doborze sprzętu i środków do realizacji zadań;
  - 12) planowanie i monitorowanie wyposażenia podległych i nadzorowanych stanowisk pracy w

- niezbędny sprzęt, aparaturę medyczną, środki opatrunkowe, leki, sprzęt medyczny jednorazowego użytku, itp. oraz monitorowanie zużycia;
- 13) tworzenie warunków organizacyjno – technicznych do wykonywania zadań w podległych komórkach organizacyjnych/stanowiskach pracy;
  - 14) analizowanie poziomu satysfakcji pacjentów z jakości opieki i pracy podległych pracowników;
  - 15) zatwierdzanie miesięcznych rozkładów pracy podległego personelu sporządzanych przez pielęgniarki koordynujące, akceptowanie planów urlopów, alokacja kadry w razie potrzeby (zastępstwa), sporządzanie miesięcznych zestawień z realizacji harmonogramu pracy podległych bezpośrednio pracowników do rozliczeń kadrowo – płacowych;
  - 16) przeprowadzanie planowanych i doraźnych kontroli w zakresie opieki pielęgniarskiej i nadzoru w tym zakresie oraz kontroli bezpośrednio podległych stanowisk pracy i ich dokumentowanie, informowanie na piśmie o wnioskach pokontrolnych Dyrektora Zespołu;
  - 17) prowadzenie konsultacji i bieżącego instruktażu dla pielęgniarek oraz innych bezpośrednio nadzorowanych stanowisk pracy z zakresu metod, organizacji pracy i jej dokumentowania;
  - 18) planowanie i organizowanie szkoleń podległych pracowników;
  - 19) współpraca z kierownikami komórek organizacyjnych, w zakresie zapewnienia odpowiednich warunków do realizacji i podnoszenia jakości pracy podległego personelu i opieki pielęgniarskiej;
  - 20) przedkładanie Dyrektorowi Zespołu do zatwierdzenia rocznego planu kontroli w zakresie nadzorowanej działalności i planu szkoleń bezpośrednio podległych pracowników.

**PEŁNOMOCNIK DYREKTORA  
DS. SYSTEMU ZARZĄDZANIA JAKOŚCIĄ (SZJ)**

**§ 25**

1. Funkcję Pełnomocnika dyrektora ds. systemu zarządzania jakością tworzy się w obrębie utworzonych stanowisk pracy.
2. Do zadań Pełnomocnika dyrektora ds. systemu zarządzania jakością należy, w szczególności:
  - 1) przygotowanie i koordynowanie działań Zespołu związanych z uzyskaniem certyfikatu systemu zarządzania jakością, doskonaleniem i jego utrzymaniem; koordynowanie pracy zespołów/stanowisk w zakresie dostosowania Zespołu do wymogów określonych w normach jakościowych;
  - 2) współudział w tworzeniu warunków funkcjonowania i doskonalenia systemu zarządzania jakością, wymaganej dokumentacji, procedur postępowania, itp.;
  - 3) uzgadnianie z Dyrektorem Zespołu zakresu zmian organizacyjnych i funkcjonalnych, niezbędnych do uzyskania, doskonalenia i utrzymania systemu zarządzania jakością;
  - 4) monitorowanie i ewaluacja systemu zarządzania jakością, i jego aktualizacja, podejmowanie działań korygujących lub doskonalących jego funkcjonowanie;
  - 5) organizowanie szkoleń z zakresu interpretacji i stosowania norm jakościowych, funkcjonowania procesów i procedur.

## **PEŁNOMOCNIK DYREKTORA DS. PRAW PACJENTA**

### **§ 26**

1. Funkcję Pełnomocnika Dyrektora ds. Praw Pacjenta tworzy się w obrębie utworzonych stanowisk pracy.
2. Do zadań Pełnomocnika Dyrektora ds. Praw Pacjenta należy, w szczególności:
  - 1) nadzór nad przestrzeganiem praw pacjenta w Zespole.
  - 2) stały monitoring realizacji praw pacjenta w Zespole.
  - 3) zapewnienie pacjentom, członkom ich rodzin, przedstawicielom ustawowym lub osobom sprawującym opiekę nad pacjentem w Zespole dostępu do informacji prawnej oraz wskazanie trybu interwencji w przypadku naruszenia praw pacjenta.
  - 4) rozwiązywanie bieżących problemów zgłaszanych przez pacjentów, członków ich rodzin, przedstawicieli ustawowych lub osoby sprawujące opiekę nad pacjentem.
  - 5) podejmowanie działań interwencyjnych w sytuacjach tego wymagających związanych z realizacją praw pacjenta.
  - 6) analizowanie stwierdzonych nieprawidłowości dotyczących realizacji praw pacjenta oraz proponowanie Dyrektorowi Zespołu działań naprawczych.
  - 7) przyjmowanie skarg i wniosków od pacjentów, członków rodzin, przedstawicieli ustawowych lub osób sprawujących faktyczną opiekę nad pacjentem przebywającym w Zespole.
  - 8) prowadzenie Rejestru Skarg i Wniosków w Zespole.
  - 9) terminowe i rzetelne rozpatrywanie skarg oraz przygotowanie i przekazanie odpowiedzi osobie zainteresowanej.
  - 10) przygotowanie okresowych analiz skarg i wniosków, złożonych przez pacjentów, członków rodzin, przedstawicieli ustawowych lub osób sprawujących faktyczną opiekę nad pacjentem przebywającym w Zespole.
  - 11) prowadzenie szkoleń z zakresu praw pacjenta dla osób zatrudnionych w podmiocie udzielającym świadczeń zdrowotnych.
  - 12) współpraca z Rzecznikiem Praw Pacjenta, który udziela Pełnomocnikowi wyjaśnień dotyczących realizacji praw pacjenta.
  - 13) uczestnictwo w szkoleniach w zakresie realizacji praw pacjenta.
  - 14) edukacja pracowników Zespołu w zakresie realizacji praw pacjenta.

## **PIELĘGNIARKA DS. EPIDEMIOLOGICZNYCH**

### **§ 27**

1. Tworzy się stanowisko pielęgniarki epidemiologicznej lub funkcje pielęgniarki ds. epidemiologicznych.
2. Pielęgniarka ds. epidemiologicznych podlega Dyrektorowi Zespołu.

### **§ 28**

Do zadań pielęgniarki ds. epidemiologicznych należy, w szczególności:

1. współdziałanie w organizacji i kontroli funkcjonowania systemu zapobiegania i zwalczania zakażeń szpitalnych obejmującej:
  - 1) ocenę ryzyka i monitorowanie występowania zakażeń szpitalnych i czynników alarmowych;



- 2) organizację udzielania świadczeń zdrowotnych, w sposób zapewniający:
    - a) zapobieganie zakażeniom szpitalnym i szerzeniu się czynników alarmowych;
    - b) warunki izolacji pacjentów z zakażeniem lub chorobą zakaźną oraz pacjentów szczególnie podatnych na zakażenia szpitalne.
  - 3) monitorowanie i rejestrację zakażeń szpitalnych i czynników alarmowych;
  - 4) sporządzanie i przekazywanie właściwemu państwowemu inspektorowi sanitarnemu raportów, sprawozdań zgodnie z obowiązującymi przepisami i wymaganiami inspekcji sanitarnej;
  - 5) zgłaszanie w ciągu 24 godzin potwierdzonego epidemicznego wzrostu liczby zakażeń szpitalnych właściwemu państwowemu inspektorowi sanitarnemu;
  - 6) gromadzenie informacji o zakażeniach szpitalnych i czynnikach alarmowych oraz prowadzenie rejestru zakażeń szpitalnych i czynników alarmowych;
  - 7) uczestniczenie w dochodzeniu epidemiologicznym i wszystkich działaniach mających na celu wygaszenie ogniska epidemicznego.
2. nadzorowanie i monitorowanie stanu sanitarno – epidemiologicznego Zespołu;
  3. opracowywanie, wdrażanie i nadzór nad procedurami zapobiegającymi zakażeniom i chorobom zakaźnym związanym z udzielaniem świadczeń zdrowotnych, w tym dekontaminacji skóry i błon śluzowych lub innych tkanek, wyrobów medycznych;
  4. przeprowadzanie planowanych i doraźnych kontroli stanu sanitarno – higienicznego komórek organizacyjnych Zespołu oraz stosowania środków ochrony indywidualnej i zbiorowej;
  5. przeprowadzanie kontroli realizacji działań zapobiegających szerzeniu się zakażeń i chorób zakaźnych zgodnie z obowiązującymi przepisami w tym zakresie.
  6. realizowanie wyznaczonych zadań w Komitecie i Zespole Kontroli Zakażeń Szpitalnych;
  7. nadzorowanie prowadzenia dokumentacji kontroli zakażeń szpitalnych;
  8. organizowanie i prowadzenie edukacji pracowników Zespołu z zakresu profilaktyki i zwalczania zakażeń szpitalnych;
  9. współudział w realizacji zadań z zakresu profilaktyki i zwalczania zakażeń szpitalnych;
  10. prowadzenie dokumentacji stanowiska, dokumentacji wymaganej przepisami i procedurami obowiązującymi w Zespole.

## **KOORDYNATOR ODDZIAŁU CHORÓB WEWNĘTRZNYCH (OChW)**

### **§ 29**

1. Koordynator OChW podlega pod względem służbowym Dyrektorowi Zespołu, pod względem merytorycznym Zastępcy dyrektora ds. lecznictwa.
2. Koordynatorowi OChW podlegają lekarze zatrudnieni w Oddziale Chorób Wewnętrznych.

### **§ 30**

Do zadań Koordynatora OChW należy w szczególności:

1. zapewnienie odpowiedniej opieki medycznej i jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych zgodnie z obowiązującymi standardami i przepisami prawnymi;
2. kierowanie procesem diagnostyczno – leczniczym pacjentów hospitalizowanych w OChW;
3. planowanie, koordynowanie i nadzór nad doborem metod i realizacją postępowania

lecniczego, a w szczególności nad:

- 1) stosowaniem skutecznych metod postępowania zapobiegawczego, leczniczego, diagnostycznego i rehabilitacyjnego,
- 2) stosowaniem farmakoterapii zgodnie z receptariuszem szpitalnym i procedurami obowiązującymi w Zespole,
- 3) działalnością orzeczniczą i związaną z nią dokumentacją,
4. organizowanie prawidłowego przepływu informacji związanych z leczeniem pacjentów i zarządzaniem OChW;
5. monitorowanie i ocena jakości opieki lekarskiej na OChW;
6. nadzór nad prowadzeniem dokumentacji medycznej i innej obowiązującej w OChW;
7. współudział w planowaniu wydatków OChW i dokonywanie bieżącej oceny kosztów prowadzonej działalności, podejmowanie działań racjonalizujących koszty działalności OChW, w szczególności koszty farmakoterapii;
8. monitorowanie wskaźników działalności OChW pod względem medycznym, ekonomicznym, epidemiologicznym i podejmowanie działań w kierunku poprawy, optymalizacji funkcjonowania;
9. dokonywanie analiz przyczyn zgonów pacjentów i rehospitalizacji dwa razy w roku;
10. określanie zapotrzebowania ilościowego i jakościowego na leki i środki niezbędne do leczenia pacjentów;
11. składanie wniosków w sprawie zakupu wyposażenia, aparatury medycznej, itp., ustalanie, akceptowanie ich parametrów technicznych i funkcjonalnych;
12. współudział w realizacji zadań z zakresu profilaktyki i zwalczania zakażeń szpitalnych;
13. przestrzeganie i nadzorowanie przestrzegania Praw Pacjenta i Kodeksu Etyki Lekarskiej;
14. nadzór i doradztwo (w sytuacjach tego wymagających) w trakcie dyżurów lekarzy OChW;
15. realizowanie zadań obronnych zgodnie z obowiązującymi przepisami;
16. organizowanie, koordynowanie i nadzorowanie pracy lekarzy OChW, wykonujących obowiązki lekarza w Izbie Przyjęć/NŚOZ.
17. wskazanie osoby zastępującej w czasie nieobecności Koordynatora OChW.

**KOORDYNATOR  
ZAKŁADU OPIEKUŃCZO – LECZNICZEGO /ZOL/  
I ZAKŁADU OPIEKUŃCZO – LECZNICZEGO PSYCHIATRYCZNEGO /ZOL-P/**

**§ 31**

1. Koordynatorem ZOL/ZOL-P jest lekarz sprawujący opiekę lekarską nad pacjentami hospitalizowanymi w ZOL, ZOL-P.
2. Koordynator ZOL/ZOLP podlega pod względem służbowym Dyrektorowi Zespołu, pod względem merytorycznym Zastępcy dyrektora ds. lecznictwa.
3. Koordynatorowi ZOL/ZOLP podlegają lekarze zatrudnieni w ZOL/ZOLP oraz fizjoterapeuci i logopeda zatrudnieni w ZOL.
4. Do zadań Koordynatora ZOL/ZOL-P należy:
  - 1) koordynowanie funkcjonowania ZOL/ZOL-P w szczególności pod względem merytorycznym, organizacyjnym i kadrowym, w tym:
    - a) koordynowanie udzielania świadczeń zdrowotnych przez personel zatrudniony w ZOL/ZOLP i udzielający świadczeń na rzecz pacjentów ZOL/ZOL-P;





- b) kierowanie procesem diagnostyczno – leczniczym pacjentów objętych opieką ZOL/ZOLP;
  - c) organizowanie pracy oraz prawidłowego przepływu informacji między personelem, związanych z leczeniem pacjentów i koordynowaniem ZOL/ZOLP;
  - d) nadzorowanie prowadzenia dokumentacji związanej z funkcjonowaniem ZOL/ZOLP, w tym dokumentacji medycznej, sprawozdawczości statystycznej, dokumentacji związanej z wydawaniem orzeczeń i zaświadczeń lekarskich;
  - e) nadzór nad realizacją świadczeń zdrowotnych udzielanych w ZOL/ZOLP zgodnie z warunkami umowy zawartej między Zespołem a Narodowym Funduszem Zdrowia;
  - f) zapewnienie odpowiedniej jakości świadczeń zdrowotnych udzielanych w ZOL i ZOLP;
  - g) monitorowanie przez personel ZOL/ZOLP przepisów prawnych, Zarządzeń Dyrektora, procedur, instrukcji, regulaminów obowiązujących w Zespole;
  - h) przedkładanie wniosków i propozycji w sprawach zmian organizacyjnych, merytorycznych i kadrowych związanych z funkcjonowaniem ZOL/ZOLP;
  - i) przedkładanie propozycji i potrzeb ZOL/ZOLP w zakresie zaopatrzenia, wyposażenia w sprzęt i aparaturę medyczną, itp.;
  - j) monitorowanie wskaźników ekonomicznych, statystycznych, epidemiologicznych i medycznych funkcjonowania ZOL/ZOLP;
  - k) racjonalizacja kosztów funkcjonowania ZOL/ZOLP;
  - l) realizacja zadań obronnych zgodnie z obowiązującymi przepisami.
- 2) udzielanie świadczeń zdrowotnych lekarza internisty, w tym:
- a) udzielanie świadczeń lekarskich pacjentom hospitalizowanym w ZOL/ZOLP;
  - b) prowadzenie procesu diagnostyczno – terapeutycznego pacjentów ZOL/ZOLP;
  - c) współdziałanie z personelem medycznym i innym personelem Zespołu w udzielaniu świadczeń zdrowotnych pacjentom;
  - d) wydawanie zaświadczeń lekarskich, orzeczeń lekarskich o stanie zdrowia hospitalizowanych pacjentów.

**KOORDYNATOR  
ZAKŁADU OPIEKUŃCZO – LECZNICZEGO W BARCZEWIE /ZOLB/  
I ZAKŁADU OPIEKUŃCZO – LECZNICZEGO DLA PACJNETÓW  
WENTYLOWANYCH MECHANICZNIE W BARCZEWIE /ZOLR/**

**§ 32**

1. Koordynator ZOLB/ZOLR podlega pod względem służbowym Dyrektorowi Zespołu, pod względem merytorycznym Przełożonej pielęgniarek.
2. Koordynator ZOLB/ZOLR jest zastępowany przez osobę wyznaczoną przez Dyrektora.
3. Koordynatorowi ZOLB/ZOLR podlegają: logopeda, psycholog.
4. Do zadań Koordynatora ZOLB/ZOLR należy:
  - 1) planowanie, organizowanie, koordynowanie pracy w ZOLB i ZOLR;
  - 2) koordynowanie funkcjonowania ZOLB/ZOLR w szczególności pod względem merytorycznym w zakresie świadczeń pielęgnacyjno - opiekuńczych, organizacyjnym i kadrowym, w tym:
    - a) koordynowanie udzielania świadczeń pielęgnacyjno - opiekuńczych przez personel zatrudniony w ZOLB/ZOLR i udzielający świadczeń na rzecz pacjentów ZOLB/ZOL-R;
    - b) kierowanie procesem pielęgnowania pacjentów objętych opieką ZOLB/ZOLR,



- w szczególności właściwe zaplanowanie opieki nad pacjentem oraz jej udokumentowanie;
- c) organizowanie pracy oraz prawidłowego przepływu informacji między personelem, związanych z leczeniem i pielęgowaniem pacjentów i koordynowaniem ZOLB/ZOLR;
  - d) nadzorowanie prowadzenia dokumentacji związanej z funkcjonowaniem ZOLB/ZOLR, w tym dokumentacji medycznej, sprawozdawczości statystycznej;
  - e) nadzór nad realizacją świadczeń zdrowotnych udzielanych w ZOLB/ZOLR zgodnie z warunkami umowy zawartej między Zespołem, a Narodowym Funduszem Zdrowia;
  - f) zapewnienie odpowiedniej jakości świadczeń zdrowotnych udzielanych w ZOLB i ZOLR;
  - g) współpraca z Pełnomocnikiem ds. SZJ, przygotowywanie i koordynowanie działań Zespołu związanych z uzyskaniem certyfikatu systemu zarządzania jakością, doskonaleniem i jego utrzymaniem;
  - h) uzgadnianie z Pełnomocnikiem ds. SZJ oraz współudział we wdrażaniu koniecznych zmian w obowiązujących procedurach postępowania, wymaganej dokumentacji;
  - i) monitorowanie i ewaluacja systemu zarządzania jakością, aktualizacja, podejmowanie działań korygujących lub doskonalących jego funkcjonowanie;
  - j) przeprowadzanie szkoleń dla podległego personelu z zakresu interpretacji i stosowania norm jakościowych, funkcjonowania procesów i procedur;
  - k) monitorowanie przez personel ZOLB/ZOLR przepisów prawnych, Zarządzeń Dyrektora, procedur, instrukcji, regulaminów obowiązujących w Zespole;
  - l) przedkładanie wniosków i propozycji w sprawach zmian organizacyjnych, merytorycznych i kadrowych związanych z funkcjonowaniem ZOLB/ZOL-R;
  - m) przedkładanie propozycji i potrzeb ZOLB/ZOL-R w zakresie zaopatrzenia, wyposażenia w sprzęt i aparaturę medyczną, itp.;
  - n) monitorowanie wskaźników ekonomicznych, statystycznych, epidemiologicznych i medycznych funkcjonowania ZOLB/ZOLR;
  - o) racjonalizacja kosztów funkcjonowania ZOLB/ZOLR;
  - p) realizacja zadań obronnych zgodnie z obowiązującymi przepisami.
- 3) udzielanie świadczeń zdrowotnych pielęgniarki, w tym:
- a) udzielanie świadczeń pielęgniarskich pacjentom przebywającym w ZOLB/ZOLR;
  - b) uczestnictwo w procesie pielęgnacyjnym pacjentów ZOLB/ZOLR;
  - c) współdziałanie z personelem medycznym i innym personelem Zespołu w udzielaniu świadczeń zdrowotnych pacjentom.
- 4) Obsługa administracyjno – organizacyjna spraw związanych z przyjęciem do ZOLB/ZOLR, w szczególności:
- a) prowadzenie i weryfikacja dokumentacji pacjentów dotyczącej przyjęcia na leczenie do ZOLB/ZOLR, w zakresie wynikającym z przepisów i wymagań określonych przez Zespół,
  - b) ustalenie i weryfikacja odpłatności za pobyt w ZOLB/ZOLR;
  - c) sporządzanie wspólnie z pracownikiem Sekcji Ekonomiczno – Finansowej comiesięcznych zestawień należnych i uzyskiwanych płatności z tytułu pobytu w ZOLB/ZOLR;
  - d) prowadzenie księgi oczekujących na udzielanie świadczeń zdrowotnych w ZOLB/ZOLR;
  - e) monitorowanie ruchu chorych w ZOLB/ZOLR (przyjęcia, wypisy, zgony, przepustki, rezerwacje, itp.);
  - f) współpraca z lekarzami ZOLB/ZOLR, pielęgniarką koordynującą ZOLB/ZOLR, podmiotami leczniczymi, innymi podmiotami i rodzinami pacjentów w w/w sprawach.

**KIEROWNIK  
MEDYCZNEGO LABORATORIUM DIAGNOSTYCZNEGO**

**§ 33**

1. Stanowisko podlega Dyrektorowi Zespołu.
2. Kierownikowi podlegają stanowiska: diagnosty laboratoryjnego, technika analityki medycznej oraz referent.
3. Kierownik Laboratorium organizuje i nadzoruje pracę komórki i podległego personelu.
4. Kierownik Laboratorium wykonuje czynności diagnostyki medycznej, w szczególności:
  - 1) wykonuje badania laboratoryjne,
  - 2) dokonuje oceny jakości i wartości diagnostycznej badań wykonywanych w laboratorium;
  - 3) autoryzuje wyniki badań, wykonywanych w laboratorium.

**§ 34**

Do zadań Kierownika Laboratorium należy, w szczególności:

1. ustalanie w uzgodnieniu z Dyrektorem Zespołu rodzajów badań wykonywanych w laboratorium, biorąc pod uwagę koszty badań, potrzeby i możliwości Zespołu;
2. ustalanie – odpowiednich do potrzeb, kosztów i warunków – metod badań;
3. wykonywanie badań diagnostycznych zgodnie z zakresem badań wykonywanych w laboratorium;
4. prowadzenie wewnętrznej i zewnętrznej kontroli jakości badań zgodnie z przepisami, procedurami i wymogami określonymi w tym zakresie;
5. współpraca z kierownikami/ koordynatorami komórek organizacyjnych Zespołu i innymi lekarzami, udzielanie im konsultacji merytorycznych;
6. opracowywanie, wdrażanie i aktualizacja procedur postępowania z zakresu diagnostyki laboratoryjnej wynikających z obowiązujących przepisów prawnych, wdrażanie systemu zarządzania jakością w Zespole;
7. nadzorowanie i wykonywanie zadań z zakresu banku krwi (krwiolecznictwa) określonych w odrębnych przepisach przewidzianych do realizacji na poziomie Zespołu, w tym opracowywanie i wdrażanie standardowych procedur operacyjnych z tego zakresu;
8. nadzór nad utrzymaniem w należyтым stanie sanitarno – higienicznym i eksploatacyjnym sprzętu, aparatury diagnostycznej i pomieszczeń;
9. właściwe przechowywanie i racjonalne użytkowanie odczynników, sprzętu jednorazowego użytku;
10. prowadzenie i nadzór na prowadzeniem dokumentacji medycznej i innej obowiązującej w Zespole zgodnie z obowiązującymi przepisami i wytycznymi nadzoru specjalistycznego, procedurami postępowania;
11. zgłaszanie odczynników uszkodzonych z winy pracowników i przeterminowanych do Sekcji Techniczno – Gospodarczej celem likwidacji;
12. wykonywanie zadań obronnych zgodnie z obowiązującymi przepisami.

## **KOORDYNATOR PRACOWNI RTG I USG**

### **§ 35**

1. Koordynator Pracowni RTG i USG podlega Dyrektorowi Zespołu.
2. Do zadań Koordynatora Pracowni należy:
  - 1) koordynowanie funkcjonowania Pracowni, w szczególności, pod względem organizacyjnym;
  - 2) składanie propozycji wyposażenia w sprzęt i aparaturę, zmian organizacyjnych, funkcjonalnych i kadrowych związanych z działalnością Pracowni i kosztami jej funkcjonowania;
  - 3) realizacja i współudział w nadzorze nad realizacją systemu zarządzania jakością w rentgenodiagnostyce;
  - 4) prowadzenie i nadzór nad dokumentacją medyczną i inną obowiązującą w Pracowni RTG i USG;
  - 5) ustalanie w uzgodnieniu z Dyrektorem Zespołu zakresu badań wykonywanych w Pracowni RTG i USG;
  - 6) przestrzeganie i monitorowanie zasad ochrony radiologicznej pacjentów i pracowników;
  - 7) realizacja zadań obronnych zgodnie z obowiązującymi przepisami.

## **KOORDYNATOR REHABILITACJI**

### **§ 36**

1. Koordynator Rehabilitacji podlega Dyrektorowi Zespołu.
2. Koordynator Rehabilitacji jest zastępowany przez osobę wyznaczoną przez Dyrektora.
3. Koordynatorowi Rehabilitacji w ZOLB i ZOLR podlegają: fizjoterapeuci, technicy fizjoterapii.
4. Do zadań Koordynatora Rehabilitacji należy:
  - 1) ustalanie indywidualnych planów usprawniania pacjentów ZOLB i ZOLR w porozumieniu z lekarzem rehabilitacji w zakresie fizjoterapii.
  - 2) zapewnienie odpowiedniej ilości i jakości zabiegów rehabilitacyjnych.
  - 3) prowadzenie instruktażu i edukacji pacjentów ZOLB i ZOLR i ich rodzin z zakresu rehabilitacji.
  - 4) wykonywanie zabiegów i ćwiczeń z zakresu rehabilitacji pacjentom ZOLB i ZOLR.
  - 5) zapewnienie planowej i zorganizowanej pracy podległego personelu.
  - 6) merytoryczny nadzór nad pracą podległego personelu oraz udzielanie instruktażu i wskazówek.
  - 7) analiza i ocena jakości pracy podległego personelu.
  - 8) kontrola i nadzór nad jakością udzielanych świadczeń zdrowotnych.
  - 9) nadzór nad dokumentacją medyczną w zakresie rehabilitacji prowadzoną w ZOLB i ZOLR.
  - 10) współpraca i udział w spotkaniach zespołu terapeutycznego.



## PIELĘGNIARKA KOORDYNUJĄCA

### § 37

1. Stanowisko pielęgniarki koordynującej tworzy się w OCHW, ZOL, ZOL-P, ZOLB/ZOLR.
2. Stanowisko podlega Przełożonej pielęgniarek.
3. Pielęgniarsce koordynującej podlegają pielęgniarki/położne, salowe, opiekunki medyczne/sanitariuszki, sekretarki medyczne, w ZOL/ZOL-P/ZOLB/ZOLR – terapeuta zajęciowy, referent.
4. Pielęgniarka koordynująca jest zastępowana przez wyznaczoną pielęgniarkę, zaakceptowaną przez Przełożoną pielęgniarek.

### § 38

Do zadań stanowiska pielęgniarki koordynującej należy w szczególności:

1. planowanie, organizowanie, nadzorowanie, koordynowanie pracy pielęgniarek, salowych i innych podległych pracowników;
2. zapewnienie opieki pielęgniarskiej i właściwej jakości udzielanych świadczeń przez podległy personel;
3. zapewnienie właściwych i bezpiecznych warunków pracy personelu;
4. przestrzeganie i nadzorowanie przestrzegania praw pacjenta i etyki zawodowej;
5. zapewnienie ciągłości opieki pielęgniarskiej i pracy pielęgniarek;
6. zapewnienie ciągłości pracy salowych i innego podległego personelu;
7. zapewnienie racjonalnego wykorzystania czasu pracy podległego personelu;
8. zapewnienie właściwych warunków pobytu pacjentów i nadzór nad zapewnieniem ich bezpieczeństwa;
9. współdziałanie z koordynatorem komórki w celu zapewnienia właściwego przepływu informacji między członkami Zespołu niezbędnych do realizacji diagnostyki, leczenia, pielęgnacji i rehabilitacji chorych;
10. zapewnienie warunków realizacji zleceń lekarskich i nadzór nad ich wykonywaniem przez podległy personel;
11. zapewnienie właściwego stanu sanitarno – epidemiologicznego komórki;
12. realizacja i nadzór nad realizacją procedur profilaktyki i zwalczania zakażeń szpitalnych;
13. zapewnienie wyposażania w sprzęt medyczny, gospodarczy, bieliznę, leki, i materiały opatrunkowe i inny niezbędny do udzielania świadczeń i prawidłowego funkcjonowania komórki;
14. nadzór nad należyтым przechowywaniem, zabezpieczeniem i rozchodem leków, materiałów opatrunkowych, sprzętu jednorazowego użytku, podejmowanie działań racjonalizujących ich zużycie;
15. nadzór nad prowadzeniem dokumentacji medycznej i innej obowiązującej w komórce, w zakresie należącym do kompetencji i zadań podległego personelu;
16. nadzór nad mieniem użytkowanym w komórce, a w zakresie upoważnienia udzielonego przez koordynatora komórki inne zadania z zakresu gospodarowania i nadzoru nad majątkiem komórki;
17. prowadzenie dokumentacji pracy własnej, sporządzanie rocznych planów szkoleń i kontroli, i przedstawianie Przełożonej pielęgniarek do zatwierdzenia;
18. przeprowadzanie kontroli planowych i doraźnych pracy podległego personelu na dyżurach popołudniowych i nocnych, świątecznych zgodnie z rocznym planem kontroli oraz ich dokumentowanie;
19. realizacja szkoleń podległego personelu, zgodnie z rocznym planem szkoleń i ich

dokumentowanie;

20. organizowanie odpraw z podległym personelem, przekazywanie informacji z narad z Dyrektorem Zespołu, Przełożoną pielęgniarek i innych, w których uczestniczą oraz ich dokumentowanie.

## GLÓWNY KSIĘGOWY

### § 39

1. Stanowisko podlega Dyrektorowi Zespołu.
2. Główny księgowy kieruje Sekcją Ekonomiczno – Finansową.
3. Głównemu księgowemu podlegają: księgowia.
4. Główny księgowy jest zastępowany przez osobę wyznaczoną przez Dyrektora.

### § 40

1. Do obowiązków i odpowiedzialności Głównego księgowego należy, w szczególności:
  - 1) prowadzenie rachunkowości Zespołu;
  - 2) wykonywanie dyspozycji środkami pieniężnymi;
  - 3) dokonywanie wstępnej kontroli zgodności operacji gospodarczych i finansowych z planem finansowym;
  - 4) dokonywanie wstępnej kontroli kompletności i rzetelności dokumentów dotyczących operacji gospodarczych i finansowych;
2. W szczególności do zadań stanowiska należy:
  - 1) prowadzenie rachunkowości Zespołu zgodnie z obowiązującymi przepisami, przyjętą w Zespole polityką rachunkowości i innymi obowiązującymi zasadami, polegające na:
    - a) zorganizowaniu, sporządzeniu, przyjmowaniu, obiegu, archiwizowaniu i kontroli dokumentów w sposób zapewniający:
      - właściwy przebieg operacji gospodarczych,
      - ochronę mienia będącego w posiadaniu jednostki,
      - ustalenie kosztów jednostkowych usług medycznych oraz sprawozdawczości finansowej (operacyjnej i okresowej);
    - b) bieżącym i prawidłowym prowadzeniu ksiąg rachunkowych oraz sporządzaniu kalkulacji kosztów i sprawozdawczości finansowej w sposób umożliwiający:
      - terminowe przekazywanie rzetelnych informacji ekonomicznych,
      - uzyskiwanie bieżących informacji na temat mienia będącego w posiadaniu jednostki,
      - rozliczanie osób materialnie odpowiedzialnych za powierzone im składniki,
      - prawidłowe i terminowe dokonywanie rozliczeń finansowych;
    - c) nadzorowaniu całokształtu prac z zakresu rachunkowości, wykonywanych przez poszczególne stanowiska w księgowości, komórki organizacyjne Zespołu;
    - d) organizowanie, nadzór nad przebiegiem i rozliczaniem inwentaryzacji zgodnie z ustawą o rachunkowości i obowiązującymi w Zespole zasadami określonymi w instrukcji inwentaryzacji;
    - e) sporządzanie sprawozdania finansowego – zgodnie z obowiązującymi przepisami w tym zakresie.
  - 2) prowadzenie gospodarki finansowej Zespołu zgodnie z obowiązującymi przepisami, procedurami i zasadami, polegające zwłaszcza na:





- a) wykonywaniu dyspozycji środkami pieniężnymi,
  - b) zapewnieniu pod względem formalnym prawidłowości umów zawieranych przez jednostkę,
  - c) przestrzeganiu zasad rozliczeń pieniężnych i ochrony wartości pieniężnych,
  - d) zapewnieniu terminowego ściągania należności i dochodzenia roszczeń spornych oraz terminowej spłaty zobowiązań.
- 3) analiza wykorzystania środków będących w dyspozycji jednostki.
  - 4) dokonywanie w ramach kontroli wewnętrznej:
    - a) wstępnej, bieżącej i następnej kontroli funkcjonalnej,
    - b) wstępnej kontroli legalności dokumentów dotyczących wykonywania planów finansowych Zespołu oraz ich zmian,
    - c) kontroli operacji gospodarczych Zespołu stanowiących przedmiot księgowania.
  - 5) kierowanie pracą Sekcji Ekonomiczno – Finansową i pracą podległych pracowników, ich szkolenie i instruktaż.
  - 6) opracowywanie projektów wewnętrznych aktów normatywnych, zarządzeń, uzgodnień dotyczących zakresu zadań Sekcji, w szczególności dokumentacji zasad (polityk) rachunkowości, w tym zakładowego planu kont, obiegu dokumentów (dowodów księgowych), zasad przeprowadzania i rozliczania inwentaryzacji, dotyczących gospodarki finansowej Zespołu, zasad, procedur kontroli zarządczej;
  - 7) terminowe i prawidłowe sporządzanie sprawozdań – z zakresu zadań komórki i gromadzonych danych – określonych w obowiązujących przepisach prawnych oraz na zlecenie uprawnionych organów, instytucji.
  - 8) sporządzanie deklaracji podatkowych, ubezpieczeniowych, PFRON, itp.
  - 9) opracowywanie analiz ekonomiczno – finansowych Zespołu.
  - 10) opracowywanie projektów planów finansowych, w tym planów inwestycyjnych oraz współdziałanie w opracowywaniu planów rozwoju Zespołu.
  - 11) sporządzanie sprawozdań z realizacji planu finansowego, w tym inwestycyjnego, oraz opiniowanie umów, kontraktów, porozumień, ugód zawieranych przez Zespół.
  - 12) realizowanie zadań obronnych zgodnie z obowiązującymi przepisami.

#### § 41

W celu realizacji swoich zadań Główny księgowy ma prawo, w szczególności:

1. żądać od kierowników innych komórek organizacyjnych jednostki udzielania w formie ustnej lub pisemnej niezbędnych informacji i wyjaśnień, jak również udostępniania do wglądu dokumentów i wycień będących źródłem tych informacji i wyjaśnień;
2. wnioskować do kierownika jednostki o określenie trybu, zgodnie z którym mają być wykonywane przez inne komórki organizacyjne jednostki prace niezbędne do zapewnienia prawidłowości gospodarki finansowej oraz ewidencji księgowej, kalkulacji kosztów i sprawozdawczości finansowej;
3. występować do Dyrektora Zespołu z wnioskiem o przeprowadzenie kontroli wewnętrznych określonych zagadnień, które leżą w zakresie działania Głównego księgowego.



**KIEROWNIK  
SEKCJI STATYSTYKI I NADZORU**

**§ 42**

1. Kierownik Sekcji Statystyki i Nadzoru podlega Dyrektorowi Zespołu.
2. Kierownikowi Sekcji Statystyki i Nadzoru podlegają stanowiska: statystyk medyczny, referent, inspektor ds. kadr i statystyki w zakresie statystyki.
3. Kierownik Sekcji Statystyki i Nadzoru jest zastępowany przez osobę wyznaczoną przez Dyrektora.

**§ 43**

1. Do zadań stanowiska należy kierowanie Sekcją, nadzór nad prowadzeniem statystyki i sprawozdawczości medycznej, oraz wykonywanie zadań organizacji i nadzoru z zakresu działalności podstawowej Zespołu określonej w niniejszym Regulaminie.
2. Do zadań kierownika Sekcji należy, w szczególności:
  - 1) nadzór/sporządzanie ofert na świadczenia zdrowotne do NFZ;
  - 2) nadzór nad sporządzaniem raportów statystycznych i innych sprawozdań do NFZ;
  - 3) nadzór nad realizacją umów z NFZ;
  - 4) nadzór nad dokumentowaniem ruchu chorych oraz sporządzaniem sprawozdań statystycznych z zakresu działalności podstawowej;
  - 5) nadzór nad prowadzeniem list oczekujących w komórkach organizacyjnych Zespołu;
  - 6) wdrażanie obowiązującej dokumentacji medycznej w Zespole i nadzorowanie, jej prowadzenia pod względem zgodności z obowiązującymi przepisami;
  - 7) nadzór nad przestrzeganiem przez komórki organizacyjne Zespołu przepisów prawnych, wytycznych, zarządzeń Dyrektora;
  - 8) inicjowanie, przygotowywanie i nadzorowanie zmian organizacyjnych i funkcjonalnych optymalizujących działalność podstawową Zespołu;
  - 9) przygotowywanie umów sprzedaży usług medycznych;
  - 10) przygotowywanie projektów wytycznych i zarządzeń Dyrektora;
  - 11) współudział w planowaniu kierunków rozwoju Zespołu;
  - 12) planowanie i organizowanie pracy Pracowni Endoskopii;
  - 13) realizowanie zadań obronnych zgodnie z obowiązującymi przepisami.

**INSPEKTOR DS. KADR I STATYSTYKI**

**§ 44**

1. Inspektor ds. kadr i statystyki podlega w zakresie kadr Dyrektorowi Zespołu, w zakresie statystyki Kierownikowi Sekcji Statystyki i Nadzoru.
2. Do obowiązków inspektora ds. kadr i statystyki, w zakresie kadr należy, w szczególności:
  - 1) prowadzenie akt osobowych pracowników i dokumentacji w sprawach związanych ze stosunkiem pracy, zgodnie z obowiązującymi przepisami;
  - 2) przygotowywanie dokumentów w sprawach związanych z zatrudnianiem, zwalnianiem pracowników, zmianą warunków pracy i płacy zgodnie z wymogami w tym zakresie;
  - 3) prowadzenie kart ewidencji czasu pracy zgodnie z obowiązującymi przepisami i rozliczanie



- czasu pracy pracowników;
- 4) przygotowywanie projektu planu urlopów wypoczynkowych, po sporządzeniu propozycji planów urlopów przez kierowników komórek/ bezpośrednich przełożonych i przedstawienie Dyrektorowi do zatwierdzenia oraz nadzór nad realizacją planów urlopów w Zespole;
  - 5) prowadzenie kart ewidencji przydziału odzieży i obuwia roboczego pracowników Zespołu;
  - 6) podejmowanie działań w zakresie pozyskiwania pracowników z kwalifikacjami zgodnymi z zapotrzebowaniem Zespołu (rekrutacja), współpraca z właściwymi instytucjami w tym zakresie;
  - 7) ocena wniosków o zatrudnienie wpływających do Zespołu pod kątem potrzeb Zespołu, współdziałanie w tym zakresie z kierownikami komórek organizacyjnych/ bezpośrednimi przełożonymi pracownikami;
  - 8) analiza i ocena kwalifikacji pracowników zatrudnionych pod kątem zgodności z obowiązującymi przepisami, we współpracy z kierownikami komórek organizacyjnych/ bezpośrednimi przełożonymi pracownikami;
  - 9) prowadzenie spraw związanych z podnoszeniem kwalifikacji pracowników, kierowaniem pracowników na szkolenia, doskonalenie zawodowe, kształcenie podyplomowe, znajomość przepisów prawnych w tym zakresie, współudział w ocenie szkoleń;
  - 10) organizowanie konkursu ofert na świadczenia zdrowotne;
  - 11) przygotowywanie umów z wykonawcami usług medycznych, oraz ich aktualizacja;
  - 12) sporządzanie projektów harmonogramów dyżurów lekarskich w OCHW i IP/NŚOZ oraz dyżurów gotowości w Laboratorium i Pracowni RTG na podstawie propozycji składanych przez kierowników/koordynatorów/pracowników tych komórek, we współpracy z Zastępcą dyrektora ds. lecznictwa, przedstawienie harmonogramów do zatwierdzenia Zastępcy dyrektora ds. lecznictwa, monitorowanie i nanoszenie zmian w harmonogramach, oraz rozliczanie godzin;
  - 13) sporządzanie sprawozdań statystycznych na podstawie danych gromadzonych i przetwarzanych na stanowisku, sporządzanie opracowań i analiz;
  - 14) przeprowadzanie kontroli dyscypliny pracy oraz prawidłowości wykorzystywania zwolnień lekarskich;
  - 15) monitorowanie harmonogramów pracy z komórek organizacyjnych, gotowości do wykonywania pracy (dyżur), pod kątem zgodności z przepisami Kodeksu pracy, ustaleniami obowiązującymi w Zespole w zakresie gospodarki kadrami, itp.; zgłaszanie uwag Dyrektorowi Zespołu;
  - 16) nadzorowanie ewidencji wyjść w godzinach pracy i odpracowywania godzin, nadzorowanie ewidencji obecności pracowników Zespołu (listy obecności) oraz wystawianie i ewidencjonowanie wystawianych delegacji wyjazdu służbowego.
  - 17) realizowanie zadań z zakresu profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracownikami, w szczególności: kierowanie do lekarza na badania wstępne, okresowe, kontrolne, realizacja orzeczeń lekarskich;
  - 18) sporządzanie wniosków o skierowanie do odbycia stażu, zgłoszeń wolnych miejsc zatrudnienia do Urzędu Pracy, prowadzenie dokumentacji związanej z organizacją i odbywaniem stażu z Urzędu Pracy, praktyk zawodowych, wolontariatu, praktyk absolwenckich zgodnie z obowiązującymi przepisami w tym zakresie;
  - 19) obsługa zaopatrzenia Zespołu w identyfikatory, pieczętki dla pracowników i komórek organizacyjnych, itp.;

- 20) wydawanie zaświadczeń dotyczących spraw kadrowych na wniosek pracowników oraz sporządzanie innych dokumentów na wniosek pracownika;
  - 21) ocena zgodności ilości, rodzaju, zakresu, godzin itp. udzielanych świadczeń zdrowotnych wykazywanych przez świadczeniodawców w rachunkach (fakturach) z ilością, rodzajem, zakresem, godzinami, itp. faktycznie wykonanych świadczeń zdrowotnych na podstawie dokumentacji źródłowej;
  - 22) sporządzanie zestawień i analiz z działalności Zespołu.
3. Do obowiązków inspektora ds. kadr i statystyki, w zakresie statystyki należy, w szczególności:
- 1) wprowadzanie danych o zrealizowanych świadczeniach zdrowotnych w poszczególnych rodzajach i zakresach umów do systemu rozliczeń z NFZ.
  - 2) sporządzanie raportów statystycznych i rozliczeniowych do NFZ w formie elektronicznej z poszczególnych rodzajów i zakresów umów, oraz rachunków za wykonane świadczenia zdrowotne w formie elektronicznej.
  - 3) przygotowywanie ofert do NFZ, dokumentacji aktualizacyjnej, zgłaszanie do NFZ zmian warunków udzielania świadczeń zdrowotnych.
  - 4) znajomość ogólnych i szczegółowych warunków realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawartych z NFZ oraz obowiązujących w tym zakresie przepisów prawnych i zarządzeń Prezesa NFZ.
  - 5) zgłaszanie zmian personelu do NFZ.

## **INSPEKTOR DS. ADMINISTRACYJNO - GOSPODARCZYCH**

### **§ 45**

1. Inspektor ds. administracyjno – gospodarczych podlega Dyrektorowi Zespołu.
2. Do obowiązków inspektora ds. administracyjno – gospodarczych należy, w szczególności:
  - 1) Organizowanie i monitorowanie gospodarki odpadami (medycznymi i komunalnymi) wytwarzanymi w Zespole, zgodnie z obowiązującymi przepisami i procedurami.
  - 2) Organizowanie napraw sprzętu medycznego/ niemedycznego, łączności telefonicznej, urządzeń biurowych, itp.
  - 3) Organizowanie bieżących i planowanych zakupów materiałów i usług na potrzeby Zespołu zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami i procedurami wewnętrznymi – w zakresie nie wymagającym stosowania ustawy prawo zamówień publicznych,
  - 4) Monitorowanie i racjonalizowanie zużycia materiałów przez komórki organizacyjne Zespołu i stanowisk pracy, zgłaszanie wniosków w tej sprawie Dyrektorowi Zespołu.
  - 5) Organizowanie i monitorowanie realizacji usług w zakresie prania.
  - 6) Organizowanie i monitorowanie utrzymania czystości i bezpieczeństwa na terenie posesji Zespołu.
  - 7) Organizowanie i monitorowanie utrzymania w czystości pomieszczeń Pawilonu Diagnostyczno – Terapeutycznego, Izby Przyjęć, Pracowni RTG i USG.
  - 8) Ewidencjonowanie zawieranych umów z kontrahentami/osobami fizycznymi – dostawcami materiałów i usług, podejmowanie inicjatyw w sprawach kontynuacji lub rozwiązania, zmiany warunków umów.
  - 9) Prowadzenie ewidencji umów sprzedaży usług, inicjowanie w sprawach kontynuacji, rozwiązania, zmiany warunków umów.



- 10) Sporządzanie miesięcznych zestawień/analiz zużycia paliw do pojazdów, odpadów, prania bielizny, zużycia prądu, gazu, wody i przedstawianie w tym zakresie wniosków Dyrektorowi Zespołu.
- 11) Organizowanie zaopatrzenia w druki biurowe i akcydensowe, w tym dokumentacji medycznej obowiązujące w Zespole.
- 12) Potwierdzanie na fakturach/rachunkach zgodności dostawy/usługi z umową lub zamówieniem – zgodnie z zasadami kontroli dowodów księgowych obowiązującymi w Zespole.
- 13) Sporządzanie sprawozdań z zakresu ochrony środowiska oraz współudział w sporządzaniu innych sprawozdań w zakresie przedmiotowym wynikającym z zakresu obowiązków.
- 14) Prowadzenie spraw związanych z wynajmem lokali mieszkalnych i użytkowych.
- 15) Przygotowywanie kasacji środków trwałych i przedmiotów nisko cennych, wyposażenia.
- 16) Przekazywanie do użytku zakupionych środków trwałych, przedmiotów nisko cennych, wyposażenia i odpowiednie ewidencjonowanie przekazania do użytku.
- 17) Ewidencjonowanie, uaktualnianie i przechowywanie dokumentacji technicznej budynków.
- 18) Sporządzanie i uaktualnianie zestawień powierzchni budynków niezbędnych do prawidłowego ustalenia podatku od nieruchomości.
- 19) Sporządzanie deklaracji podatku od nieruchomości.
- 20) Prowadzenie księgi inwentarzowej dla składników majątku trwałego znajdujących się w: STG, pracowni RTG, pomieszczeniach hotelowych, magazynie rzeczy używanych, na samodzielnych stanowiskach pracy, znajdujących się w pomieszczeniach do wspólnego użytku, użytkowanych przez inne instytucje osoby oraz sprawowanie pieczy nad tym majątkiem zgodnie z obowiązującą w Zespole instrukcją w tym zakresie.
- 21) Organizowanie bieżących napraw/usuwania awarii wodnych i elektrycznych zgłaszanych przez jednostki organizacyjne Zespołu.
- 22) Organizowanie i monitorowanie terminów okresowych przeglądów budynków, w tym urządzeń dźwigowych.
- 23) Prowadzenie magazynu rzeczy używanych.

## **RADCA PRAWNY**

### **§ 46**

1. Radca prawny świadczy usługi prawne na rzecz Zespołu na podstawie umowy cywilno – prawnej.
2. Do usług świadczonych przez radcę prawnego należy, w szczególności:
  - 1) udzielanie opinii i porad prawnych;
  - 2) udzielanie wyjaśnień w zakresie stosowania prawa;
  - 3) informowanie o zmianach w obowiązujących przepisach prawnych w zakresie dotyczącym działalności Zespołu;
  - 4) informowanie o uchybieniach w działalności Zespołu w zakresie stosowania prawa i skutkach tych uchybień;
  - 5) uczestniczenie w rokowaniach/spotkaniach, których celem jest nawiązanie, zmiana lub rozwiązanie stosunku prawnego, w tym umów;
  - 6) występowanie w charakterze pełnomocnika w postępowaniach sądowych i administracyjnych, sporządzanie pozwów sądowych i innej dokumentacji procesowej;

- 7) opiniowanie projektów wewnętrznych aktów prawnych i innych dokumentów pod kątem zgodności z prawem.

## **STANOWISKO DS. BEZPIECZEŃSTWA I HIGIENY PRACY ORAZ OCHRONY PRZECIWPÓŻAROWEJ**

### **§ 47**

1. Stanowisko ds. bezpieczeństwa i higieny pracy oraz ochrony przeciwpożarowej tworzy się zgodnie z obowiązującymi przepisami.
2. Zadania z zakresu bhp i p/poż. są realizowane w ramach umowy cywilno – prawnej lub umowy o pracę.
3. Do zadań stanowiska w zakresie bhp należy, w szczególności:
  - 1) sprawowanie nadzoru nad bezpieczeństwem i higieną pracy w Zespole;
  - 2) sporządzanie i przedstawianie analiz i wniosków w zakresie stanu bhp w Zespole;
  - 3) pisemne informowanie o stwierdzonych zagrożeniach w dziedzinie bhp oraz wnioskowanie o ich usunięcie;
  - 4) przeprowadzenie bieżących kontroli warunków pracy oraz przestrzegania zasad i przepisów bhp;
  - 5) zgłaszanie wniosków lub przedstawianie opinii dotyczących wymogów bhp i p/poż. do opracowywanych planów modernizacji i rozwoju Zespołu;
  - 6) przeglądy stanowisk pracy oraz opiniowanie zasadności używania okularów korygujących wzrok przy pracy z monitorami ekranowymi;
  - 7) sporządzanie i przedstawienie okresowych analiz stanu bezpieczeństwa i higieny pracy, stanu ochrony przeciwpożarowej zawierających propozycje przedsięwzięć technicznych i organizacyjnych mających na celu zapobieganie zagrożeniom życia i zdrowia pracowników oraz poprawę warunków pracy;
  - 8) 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;
  - 9) prowadzenie postępowań powypadkowych oraz dokumentacji w zakresie wypadków w pracy, chorób zawodowych, wypadków w drodze do i z pracy;
  - 10) prowadzenie rejestrów, kompletowanie i przechowywanie dokumentacji z zakresu 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;
  - 11) prowadzenie szkoleń wstępnych (instruktażu ogólnego) z zakresu bhp pracowników nowozatrudnionych oraz informowanie o istniejącym ryzyku zawodowym na stanowisku pracy;
  - 12) prowadzenie szkoleń okresowych pracowników i kadry kierowniczej;
  - 13) opracowywanie projektów norm przydziału środków ochrony indywidualnej, odzieży i obuwia roboczego oraz wnioskowanie w sprawie zmian w tym zakresie;
  - 14) sporządzanie bieżących (dla nowozatrudnionych) i kwartalnych zapotrzebowań na zakup odzieży i obuwia roboczego, na podstawie prowadzonej ewidencji przydziału środków ochrony indywidualnej odzieży, obuwia roboczego;
  - 15) udział w dokonywaniu oceny ryzyka zawodowego, które wiąże się z wykonywaną



pracą;

- 16) opracowywanie lub aktualizacja kart oceny ryzyka zawodowego na stanowisku pracy;
  - 17) doradztwo w zakresie stosowania przepisów oraz zasad bezpieczeństwa i higieny pracy;
  - 18) opracowywanie i aktualizacja instrukcji bhp;
  - 19) doradztwo w zakresie organizacji i metod pracy na stanowiskach pracy, na których występują czynniki niebezpieczne, szkodliwe dla zdrowia lub warunki uciążliwe oraz doboru najwłaściwszych środków ochrony zbiorowej i indywidualnej;
  - 20) współpraca z lekarzem profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracownikami i instytucjami zewnętrznymi w zakresie bezpieczeństwa i higieny pracy;
  - 21) prowadzenie i aktualizacja rejestrów prac i pracowników narażonych na działanie czynników rakotwórczych oraz biologicznych w Zespole;
  - 22) sporządzanie i aktualizacja wykazów substancji i preparatów niebezpiecznych stosowanych w Zespole;
  - 23) wykonywanie zadań służby bhp w zakresie bezpieczeństwa i higieny pracy przy wykonywaniu prac związanych z narażeniem na zranienie ostrymi narzędziami używanymi przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych.
4. Do zadań w zakresie ochrony przeciwpożarowej należy, w szczególności:
- 1) przestrzeganie przeciwpożarowych wymagań techniczno – budowlanych, instalacyjnych i technologicznych;
  - 2) wyposażenie budynków, obiektów budowlanych lub terenu Zespołu w wymagane urządzenia przeciwpożarowe i gaśnice;
  - 3) zapewnienie konserwacji oraz naprawy urządzeń przeciwpożarowych i gaśnic w sposób gwarantujący ich sprawne i niezawodne funkcjonowanie;
  - 4) zapewnienie osobom przebywającym w budynkach, obiektach budowlanych lub na terenie Zespołu, bezpieczeństwo i możliwości ewakuacji;
  - 5) przygotowanie budynków, obiektów budowlanych lub terenu Zespołu do prowadzenia akcji ratowniczej;
  - 6) zapoznanie pracowników z przepisami przeciwpożarowymi;
  - 7) ustalenie sposobu postępowania na wypadek powstania pożaru, klęski żywiołowej lub innego miejscowego zagrożenia;
  - 8) prowadzenie kontroli stanu ochrony p/poż. w obiektach, na stanowiskach pracy, w komórkach i egzekwowanie realizacji zaleceń pokontrolnych;
  - 8) zgłaszanie Dyrektorowi Zespołu potrzeb i wniosków dotyczących poprawy stanu ochrony p/poż.;
  - 9) sprawowanie nadzoru nad terminowością przeglądów sprzętu i urządzeń p/poż., prawidłowością rozmieszczeń i oznakowania, stanem gotowości oraz konserwacją sprzętu i urządzeń p/poż., przejść i dróg ewakuacyjnych, środków łączności „alarmowanie”, punktów czerpania wody do celów gaśniczych, itp.;
  - 10) udział w opracowywaniu i aktualizacji instrukcji bezpieczeństwa pożarowego, instrukcji postępowania na wypadek pożaru, itp.;
  - 11) prowadzenie szkoleń pracowników w zakresie ochrony przeciwpożarowej i instrukcji bezpieczeństwa pożarowego w Zespole;
  - 12) organizowanie ćwiczeń w zakresie ochrony przeciwpożarowej;
  - 13) sporządzenie sprawozdań z oceny stanu bezpieczeństwa pożarowego Zespołu i wniosków w tym zakresie ;
  - 14) prowadzenie obowiązującej dokumentacji dotyczącej spraw ochrony p/poż.



## INSPEKTOR DS. OBRONNYCH I OBRONY CYWILNEJ

### § 48

1. Inspektor ds. obronnych i obrony cywilnej podlega Dyrektorowi Zespołu.
2. Do zadań inspektora ds. obronnych i obrony cywilnej należy, w szczególności:
  - 1) planowanie i kierowanie działaniami dotyczącymi obrony cywilnej poprzez planowanie i nadzorowanie rozwinięcia łóżek szpitalnych w Rozwiniętej Bazie Łóżkowej;
  - 2) wykonywanie zadań obronnych wynikających z obowiązujących przepisów poprzez:
    - a) systematyczne prowadzenie weryfikacji członków formacji obronnych oraz sprawdzanie ich gotowości do realizacji zadań,
    - b) zapewnienie realizacji świadczeń osobistych i rzeczowych niezbędnych do funkcjonowania służby zdrowia;
  - 3) opracowywanie i uaktualnianie „Planu Przygotowań Obronnych”, „Planu OC” i innych planów dotyczących obrony cywilnej, w szczególności:
    - a) „Plan przygotowań na potrzeby obronne Zespołu”,
    - b) „Plan Organizacji Rozwinięcia i Działania Zastępczych Miejsc Szpitalnych”,
    - c) „Plan Działania Stałego Dyżuru”.
  - 4) opracowywanie i uaktualnianie „Planu Obrony Cywilnej oraz innych planów wymaganych odrębnymi przepisami”,
  - 5) opracowywanie i składanie wszelkich sprawozdań dotyczących spraw obronnych i OC w nakazanych terminach;
  - 6) organizowanie i prowadzenie szkoleń w zakresie obrony cywilnej;
  - 7) nadzorowanie przechowywanych rezerw specjalistycznych służb zdrowia i sprzętu techniczno-wojskowego w określonych ilościach zabezpieczających realizację zadań Zespołu na czas wojny;
  - 8) utrzymanie w stałej aktualności planu zatrudnienia i obsady personalnej na czas wojny;
  - 9) nadzorowanie w stałej gotowości zapasowego źródła wody i agregatu prądotwórczego;
  - 10) prowadzenie czynności reklamacyjnych, stosownie do obowiązujących przepisów tj. nadawanie przydziałów mobilizacyjno – organizacyjnych do poszczególnych jednostek;
  - 11) prowadzenie kancelarii niejawniej, tj.:
    - a) rejestrowanie, nadawanie klauzuli tajności oraz przyjmowanie i wysyłanie korespondencji,
    - b) przedkładanie korespondencji niejawniej Dyrektorowi do dekretacji,
    - c) zabezpieczenie pomieszczeń oraz dokumentacji zgodnie z przepisami o ochronie informacji niejawnych.

## KAPELAN SZPITALNY

### § 49

**Do zadań kapelana szpitalnego należy, w szczególności:**

1. udzielanie posług religijnych pacjentom hospitalizowanym w OCHW/ZOL/ZOL-P/ZOLB/ZOLR zgodnie z ich życzeniem,
2. doraźne wizyty na życzenie chorych,
3. odprawianie mszy świętej w kaplicy szpitalnej,



4. udzielanie wsparcia duchowego chorym,
5. udzielanie sakramentów chorym na ich wnioski lub rodziny.

## **INSPEKTOR OCHRONY DANYCH OSOBOWYCH**

### **§ 50**

1. Inspektor ochrony danych osobowych podlega Dyrektorowi Zespołu.
2. Do zadań inspektora ochrony danych osobowych należy, w szczególności:
  - 1) Sprawowanie nadzoru nad zgodnością przetwarzania danych osobowych w Zespole zgodnie z przepisami prawnymi w tym zakresie;
  - 2) Opracowywanie sprawozdań w zakresie ochrony danych osobowych i przedstawienie ich Dyrektorowi Zespołu;
  - 3) Prowadzenie rejestru zbiorów danych przetwarzanych w Zespole zgodnie z właściwymi przepisami;
  - 4) Analiza ryzyka związanego z przetwarzaniem danych osobowych;
  - 5) Współuczestnictwo w planowaniu i projektowaniu zabezpieczeń technicznych i opracowywaniu środków organizacyjnych zapewniających ochrony przetwarzanych danych osobowych w zależności od zagrożenia i kategorii danych objętych ochroną;
  - 6) Opracowanie, wdrożenie, aktualizowanie i prowadzenie dokumentacji opisującej sposób przetwarzania danych osobowych oraz stosowanych środków technicznych i organizacyjnych zapewniających ochronę danych osobowych;
  - 7) Prowadzenia rejestru osób upoważnionych do przetwarzania danych osobowych;
  - 8) Przeprowadzanie weryfikacyjnych i kompleksowych kontroli przestrzegania zasad ochrony danych osobowych obowiązujących w Zespole;
  - 9) Prowadzenie kompleksowych analiz i raportów dotyczących funkcjonowania zastosowanych środków technicznych i organizacyjnych zapewniających ochronę przetwarzanych danych osobowych;
  - 10) Prowadzenie rejestru naruszeń zasad ochrony danych osobowych;
  - 11) Oceny, wdrażanych i projektowanych programów informatycznych służących do przetwarzania danych osobowych pod względem ich zgodności z ustawą o ochronie danych osobowych i ustawą o informatyzacji podmiotów realizujących zadania publiczne;
  - 12) Prowadzenie szkoleń pracowników w zakresie ochrony danych osobowych, w szczególności zapewnienie zapoznania osób upoważnionych do przetwarzania danych osobowych z przepisami o ochronie danych osobowych;
  - 13) Podnoszenie kwalifikacji zawodowych w zakresie nowych rozwiązań w dziedzinie bezpieczeństwa informacji;
  - 14) Wykonywanie innych czynności zgodnych z przepisami prawa.

## **INFORMATYK**

### **§ 51**

1. Informatyk podlega Dyrektorowi Zespołu.
2. Do zadań informatyka należy, w szczególności:
  - 1) formalne zgłaszanie i analiza wszelkich nieprawidłowości w działaniu systemów informatycznych wdrożonych w Zespole.
  - 2) modyfikowanie i parametryzacja słowników systemowych wdrożonego oprogramowania



informatycznego.

- 3) instalowanie i konserwacja oprogramowania systemowego i narzędziowego.
- 4) usuwanie, w miarę swoich możliwości wszelkich awarii sprzętu komputerowego, sieci komputerowej oraz oprogramowania aplikacyjnego, funkcjonującego w Zespole lub też zgłaszanie w/w problemów dostawcy systemu.
- 5) nadzór nad stroną internetową szpitala - wsparcie techniczne przy modyfikowaniu treści.
- 6) konfigurowanie i nadzór nad służbową pocztą e-mail pracowników Zespołu.
- 7) konfigurowanie oprogramowania szpitalnego oraz poszczególnych profili użytkowników zgodnie z zasadami polityki bezpieczeństwa.
- 8) wsparcie techniczne w zakresie rozliczenia świadczeń opieki zdrowotnej z NFZ.
- 9) udzielanie wsparcia personelowi w zakresie obsługi wdrożonych systemów informatycznych.
- 10) współpraca z opiekunem wyznaczonym przez dostawcę oprogramowania, polegająca na przekazywaniu informacji dotyczących awarii, nieprzewidzianych incydentów w pracy systemu oraz ustalaniu terminów aktualizacji oprogramowania.
- 11) nadzorowanie i kontrolowanie pracy specjalistycznych systemów medycznych.
- 12) analizowanie wymagań jednostki ochrony zdrowia w zakresie wyposażenia w specjalistyczne systemy medyczne.
- 13) definiowanie parametrów technicznych i wymagań funkcjonalnych specjalistycznych systemów medycznych.
- 14) szkolenie użytkowników z zakresu obsługi systemu informatycznego.
- 15) konfigurowanie, administrowanie i nadzorowanie pracy urządzeń sieciowych współpracujących ze specjalistycznymi systemami medycznymi.
- 16) realizowanie zadań związanych z administrowaniem baz danych, gdzie gromadzone są informacje na temat „części białej” – w medycznych komórkach organizacyjnych Zespołu, „części szarej” – niemedycznych komórkach organizacyjnych Zespołu.
- 17) wspomaganie pracy Sekcji Techniczno – Gospodarczej (m.in. uczestniczenie w realizacji zakupów materiałów i środków trwałych w celu zaopatrzenia jednostki, prowadzenie dokumentów związanych z obiegiem materiałów i środków trwałych, pomoc w usuwaniu drobnych usterek związanych z funkcjonowaniem Zespołu).
- 18) oznaczanie zakupywanych środków trwałych, wyposażenia numerami inwentarzowymi.

## § 52

1. Szczegółowe zadania, uprawnienia i odpowiedzialność stanowisk kierowniczych i samodzielnych stanowisk pracy określonych w niniejszym Regulaminie organizacyjnym zawarte są w zakresach zadań, uprawnień i odpowiedzialności lub umowach cywilno – prawnych.
2. Zadania, uprawnienia i odpowiedzialność stanowisk pracy nie opisanych w niniejszym Regulaminie, a utworzonych w Zespole określają zakresy zadań, uprawnień i odpowiedzialności.



## ROZDZIAŁ VII

### ORGANIZACJA I ZADANIA KOMÓREK ORGANIZACYJNYCH ORAZ WARUNKI ICH WSPÓLDZIAŁANIA

#### § 53

Jednostkami organizacyjnymi Zespołu są:

1. Szpital
2. Zakład Opiekuńczo – Leczniczy /ZOL/
3. Zakład Opiekuńczo – Leczniczy Psychiatryczny /ZOL-P/
4. Zespół Poradni
5. Ratownictwo Medyczne
6. Pracownia RTG i USG
7. Medyczne Laboratorium Diagnostyczne
8. Pracownia endoskopii
9. Centrum Opieki Długoterminowej

Jednostki organizacyjne wymienione w pkt. 1-8 zlokalizowane są w Dobrym Mieście, ul. Grunwaldzka 10B, natomiast jednostka, o której mowa w pkt. 9 zlokalizowana jest w Barczewie, ul. Niepodległości 9.

### ODDZIAŁ CHORÓB WEWNĘTRZNYCH

#### § 54

1. Oddział Chorób Wewnętrznych /OChW/ jest komórką organizacyjną Szpitala, posiada 27 łóżek szpitalnych.
2. OChW kieruje Koordynator, który jest specjalistą chorób wewnętrznych.
3. W ramach ogólnej liczby łóżek w OChW funkcjonuje 2 – łózkowa sala intensywnego nadzoru kardiologicznego oraz 1 – łózkowe stanowisko intensywnej terapii.
4. OChW zapewnia całodobową opiekę lekarską i pielęgniarską we wszystkie dni tygodnia.
5. Za zapewnienie ciągłości udzielania świadczeń lekarskich w systemie całodobowym odpowiada koordynator OChW. W ramach zapewnienia całodobowej opieki lekarskiej – po godzinach normalnej ordynacji, która obejmuje czas od godziny 15.00 – 7.25, od poniedziałku do piątku oraz całodobowo soboty, niedziele i dni ustawowo wolne od pracy – w OChW ciągłość opieki lekarskiej zapewniają lekarze zatrudnieni w ramach umowy cywilno – prawnej lub umowy o pracę.
6. Pielęgniarka koordynująca odpowiada za zapewnienie ciągłości opieki pielęgniarskiej w systemie całodobowym w OChW i IP oraz pracy pozostałego podległego personelu, a także za zapewnienie ciągłości opieki pielęgniarskiej w Poradni Nocnej i Świątecznej Opieki Zdrowotnej w godzinach pracy Poradni.
7. W skład OChW wchodzi Pracownia prób wysiłkowych.
8. W OChW tworzy się następujące stanowiska: Koordynatora OChW, lekarza, pielęgniarki koordynującej, pielęgniarki, sekretarki medycznej, salowej, sanitariusza, opiekuna medycznego, pracownika socjalnego, psychologa, dietetyka.

#### § 55

1. Zadaniem OChW jest całodobowe udzielanie świadczeń w trybie nagłym i planowym,

obejmujące proces diagnostyczno – terapeutyczny oraz proces pielęgnowania i rehabilitacji od chwili przyjęcia pacjenta do momentu jego wypisu lub zgonu. Hospitalizacja obejmuje: kwalifikację do leczenia szpitalnego, badania diagnostyczne i terapie zlecone przez lekarza oraz profilaktykę, pielęgnację i rehabilitację, niezbędne w toku leczenia, jak również świadczenia rzeczowe i towarzyszące, w tym usługę transportu medycznego.

2. Ponadto do zadań OChW należy, w szczególności:

- 1) przestrzeganie warunków realizacji świadczeń zdrowotnych zgodnie z obowiązującymi przepisami, zarządzeniami Prezesa NFZ, umowami z NFZ itp.;
  - 2) stosowanie postępowania medycznego zgodnie z aktualnym stanem wiedzy medycznej, standardami postępowania medycznego określonymi w obowiązujących przepisach prawnych, wytycznych, zaleceniach nadzoru specjalistycznego i towarzystw naukowych;
  - 3) prowadzenie dokumentacji medycznej zgodnie z obowiązującymi przepisami oraz innej obowiązującej w OChW;
  - 4) kwalifikacja pacjentów do leczenia na wyższym poziomie referencyjnym lub w innym podmiocie leczniczym, ze względu na zakres udzielanych świadczeń;
  - 5) prowadzenie orzecznictwa lekarskiego w zakresie i na zasadach określonych w przepisach prawnych;
  - 6) prowadzenie specjalizacji lekarskich w zakresie chorób wewnętrznych i geriatrici.
3. Szczegółowy zakres i warunki udzielania świadczeń w OChW określa umowa z NFZ.

## IZBA PRZYJĘĆ

### § 56

1. Izba Przyjęć /IP/ **jest komórką organizacyjną Szpitala.**
2. IP udziela świadczeń zdrowotnych całodobowo we wszystkie dni tygodnia.
3. Ciągłość opieki lekarskiej w IP w systemie całodobowym zabezpieczają lekarze IP zatrudnieni na umowę o pracę i umowy cywilno – prawne. W sytuacji braku lekarza IP świadczeń opieki zdrowotnej w IP udziela lekarz pełniący dyżur w OChW.
4. Pielęgniarka koordynująca odpowiada za zabezpieczenie całodobowej opieki pielęgniarskiej w IP.
5. Ciągłość opieki pielęgniarskiej w IP w systemie całodobowym zabezpieczają pielęgniarki zgodnie z harmonogramem ustalonym przez pielęgniarkę koordynującą OChW.

### § 57

1. Do zadań IP należy udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej – ambulatoryjnej pomocy doraźnej udzielanej w trybie nagłym osobie znajdującej się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego, nie zakończonych hospitalizacją w OChW.
2. Świadczenia w IP mogą obejmować również świadczenia, które ze względu na stan zdrowia pacjenta wymagają niezwłocznego podjęcia czynności związanych z diagnostyką i leczeniem i nie mogą być zrealizowane w tym czasie przez świadczeniodawcę z innych rodzajów.
3. Świadczenia IP obejmują w razie konieczności zapewnienie transportu medycznego w celu zachowania ciągłości leczenia.

### § 58

W szczególności do zadań IP należy:

1. udzielanie porad obejmujących świadczenia diagnostyczno – terapeutyczne pacjentom, którzy nie zostali zakwalifikowani do leczenia szpitalnego lub zostali zakwalifikowani do przyjęcia do OChW w trybie planowym w późniejszym terminie;
2. badanie lekarskie i przyjęcie do OChW pacjentów ze skierowaniem lub bez skierowania – zakwalifikowanych do leczenia szpitalnego;
3. badanie lekarskie i kwalifikacja pacjentów przywiezionych przez Zespół Ratownictwa Medycznego do dalszego postępowania medycznego;
4. koordynacja pobytu pacjentów, w tym zabezpieczenie medyczne pacjentów oraz zapewnienie transportu medycznego odpowiedniego do stanu zdrowia – w razie konieczności kontynuacji leczenia w innym podmiocie leczniczym;
5. zapewnienie bezpieczeństwa pacjentom przebywającym w Izbie Przyjęć do czasu zakończenia udzielania świadczeń tj. przekazania pacjenta do OCHW, przekazania innemu podmiotowi leczniczemu lub stwierdzenia, że pacjent nie wymaga dalszej opieki medycznej;
6. stosowanie zasad postępowania medycznego zgodnego z aktualnym stanem wiedzy, standardów określonych w obowiązujących przepisach prawa oraz wytycznych, zaleceniach i rekomendacjach wydanych przez towarzystwa naukowe oraz nadzór specjalistyczny;

7. przestrzeganie warunków realizacji świadczeń opieki zdrowotnej zgodnie z obowiązującymi przepisami, zarządzeniami Prezesa NFZ, zawartymi umowami z NFZ, itp.;
8. prowadzenie dokumentacji medycznej zgodnie z przepisami prawnymi oraz innej obowiązującej w Izbie Przyjęć zgodnie z zaleceniami, wytycznymi.

## **ZAKŁAD OPIEKUŃCZO – LECZNICZY**

### **§ 59**

1. Zakład Opiekuńczo – Leczniczy /ZOL/ jest komórką organizacyjną Zakładu Opiekuńczo – Leczniczego, posiada 37 łóżek.
2. Zakładem Opiekuńczo – Leczniczym kieruje Koordynator.
3. Opiekę lekarską internistyczną, neurologiczną i psychiatryczną w ZOL zapewnia lekarz – koordynator oraz inni zatrudnieni lekarze. Lekarze dyżurni OChW – zapewniają opiekę lekarską w ZOL na wezwanie pielęgniarki dyżurnej ZOL – w razie potrzeby.
4. Ciągłość opieki pielęgniarskiej w systemie całodobowym oraz ciągłość pracy pozostałego, podległego personelu zapewnia pielęgniarka koordynująca.
5. W ZOL tworzy się następujące stanowiska: Koordynatora ZOL, który jest lekarzem, lekarza neurologa i lekarza psychiatry, pielęgniarki koordynującej, pielęgniarki, psychologa, fizjoterapeuty, logopedy, terapeuty zajęciowego, opiekuna medycznego, sanitariusza, salowej, pracownika socjalnego.

### **§ 60**

1. Zadaniem Zakładu Opiekuńczo – Leczniczego jest okresowe objęcie całodobową pielęgnacją, rehabilitacją oraz kontynuacją leczenia osób przewlekle chorych oraz osób, które przebyły leczenie szpitalne, mają ukończony proces diagnozowania, leczenia operacyjnego lub intensywnego leczenia zachowawczego, nie wymagają już dalszej hospitalizacji jednak ze względu na stan zdrowia i niesprawność fizyczną, brak samodzielności w samoopiece i samopielęgnacji, konieczność stałej kontroli lekarskiej, potrzebę profesjonalnej pielęgnacji i rehabilitację powinni przebywać w ZOL.
2. Ponadto do zadań ZOL należy w szczególności:
  - 1) przestrzeganie warunków realizacji świadczeń zdrowotnych zgodnie z obowiązującymi przepisami, zarządzeniami Prezesa NFZ i umowami z NFZ, itp.;
  - 2) stosowanie postępowania medycznego zgodnie z aktualnym stanem wiedzy medycznej, standardami postępowania medycznego określonymi w obowiązujących przepisach prawnych, wytycznych, zaleceniach nadzoru specjalistycznego i towarzystw naukowych;
  - 3) prowadzenie dokumentacji medycznej zgodnie z obowiązującymi przepisami oraz innej obowiązującej w ZOL;
  - 4) prowadzenie spraw związanych z orzecznictwem lekarskim, w zakresie i na zasadach określonych w odrębnych przepisach;
  - 5) zapewnienie bezpieczeństwa fizycznego chorym przebywającym w ZOL.



## § 61

1. Kwalifikacja pacjenta do przyjęcia na hospitalizację do ZOL odbywa się na podstawie skierowania lekarza ubezpieczenia zdrowotnego i innej wymaganej dokumentacji, zgodnie z wymogami określonymi w obowiązujących przepisach prawnych, zarządzeniach Prezesa NFZ.
2. Lekarz przyjmujący pacjenta na hospitalizację do ZOL ma prawo odmówić hospitalizacji po zbadaniu pacjenta.
3. W razie braku wolnych miejsc w ZOL – pacjentów wpisuje się na „Listę oczekujących na udzielenie świadczenia zdrowotnego w ZOL”. Listę oczekujących prowadzi Sekcja Statystyki i Nadzoru.
4. Przyjęcie pacjenta do ZOL odbywa się z udziałem lekarza i pielęgniarki ZOL w IP.
5. Szczegółowy zakres i warunki udzielania świadczeń w ZOL określa umowa z NFZ.

## ZAKŁAD OPIEKUŃCZO – LECZNICZY PSYCHIATRYCZNY

### § 62

1. Zakład Opiekuńczo – Leczniczy Psychiatryczny **jest komórką organizacyjną ZOL-P**, posiada 33 łóżka.
2. Zakładem Opiekuńczo – Leczniczym Psychiatrycznym kieruje Koordynator, który jest lekarzem.
3. Opiekę lekarską internistyczną i psychiatryczną w ZOL-P zapewnia lekarz – koordynator ZOL-P oraz lekarz psychiatra. Lekarze dyżurni OChW – zapewniają opiekę lekarską w ZOL-P na wezwanie pielęgniarki dyżurnej ZOL-P – w razie potrzeby.
4. Ciągłość opieki pielęgniarskiej w systemie całodobowym oraz ciągłość pracy pozostałego podległego personelu zapewnia pielęgniarka koordynująca.
5. W ZOL-P tworzy się następujące stanowiska: Koordynatora ZOL-P, który jest lekarzem, lekarza psychiatry, pielęgniarki koordynującej, pielęgniarki, psychologa, terapeuty zajęciowego, opiekuna medycznego, sanitariusza, salowej, pracownika socjalnego.

### § 63

1. Zadaniem Zakładu Opiekuńczo – Leczniczego Psychiatrycznego jest całodobowe udzielanie świadczeń obejmujących opiekę, pielęgnację i rehabilitację oraz leczenie chorych ze znacznymi i utrwalonymi zaburzeniami zachowania, którym nie można zapewnić opieki w innych warunkach.
2. Ponadto do zadań ZOL-P należy w szczególności:
  - 1) przestrzeganie warunków realizacji świadczeń zdrowotnych zgodnie z obowiązującymi przepisami, zarządzeniami Prezesa NFZ i umowami z NFZ, itp.;
  - 2) stosowanie postępowania medycznego zgodnie z aktualnym stanem wiedzy medycznej, standardami postępowania medycznego określonymi w obowiązujących przepisach prawnych, wytycznych, zaleceniach nadzoru specjalistycznego i towarzystw naukowych;
  - 3) prowadzenie dokumentacji medycznej zgodnie z obowiązującymi przepisami oraz innej obowiązującej w ZOL-P;



4) prowadzenie spraw związanych z orzecznictwem lekarskim, w zakresie i na zasadach określonych w odrębnych przepisach;

5) zapewnienie bezpieczeństwa fizycznego chorym przebywających w ZOL-P.

3. Każdemu pacjentowi w ZOL-P ustala się indywidualny program rehabilitacyjny. Program realizuje zespół terapeutyczny w skład, którego wchodzi lekarze, pielęgniarki, psycholog, pracownik socjalny i terapeuta zajęciowy. Terapeuta zajęciowy nadzoruje i koordynuje realizację programu rehabilitacyjnego.

#### § 64

1. Kwalifikacja pacjenta do przyjęcia na hospitalizację do ZOL-P odbywa się na podstawie skierowania do szpitala psychiatrycznego i innej obowiązującej dokumentacji, zgodnie z wymogami określonymi w obowiązujących przepisach prawnych, warunkach określonych przez NFZ.

2. Lekarz przyjmujący pacjenta na hospitalizację do ZOL-P ma prawo odmówić przyjęcia po zbadaniu pacjenta.

3. W razie braku wolnych miejsc w ZOL-P – pacjentów wpisuje się na „Listę oczekujących na udzielenie świadczenia zdrowotnego w ZOL-P”. Listę oczekujących prowadzi Sekcja Statystyki i Nadzoru.

4. Przyjęcie pacjenta do ZOL-P odbywa się z udziałem lekarza i pielęgniarki ZOL-P w IP.

5. Szczegółowy zakres i warunki udzielania świadczeń w ZOL-P określa umowa z NFZ .

### ZAKŁAD OPIEKUŃCZO – LECZNICZY BARCZEWIE

#### § 65

1. Zakład Opiekuńczo – Leczniczy w Barczewie /ZOLB/ jest komórką organizacyjną Centrum Opieki Długoterminowej, posiada 62 łóżka.

2. Zakładem Opiekuńczo – Leczniczym w Barczewie kieruje Koordynator.

3. Opiekę lekarską w ZOLB zapewniają zatrudnieni lekarze, zgodnie z ustalonym harmonogramem pracy. Harmonogram pracy sporządzany jest przez Koordynatora ZOLB.

4. Ciągłość opieki pielęgniarskiej w systemie całodobowym oraz ciągłość pracy pozostałego, podległego personelu zapewnia pielęgniarka koordynująca.

5. W ZOLB tworzy się następujące stanowiska: Koordynatora ZOLB, lekarza chorób wewnętrznych, neurologa, psychiatry, pielęgniarki koordynującej, pielęgniarki, psychologa, fizjoterapeuty, logopedy, terapeuty zajęciowego, opiekuna medycznego, sanitariusza, salowej, pracownika socjalnego, sekretarki medycznej.

#### § 66

1. Zadaniem ZOLB jest okresowe objęcie całodobową pielęgnacją, rehabilitacją oraz kontynuacją leczenia osób przewlekle chorych oraz osób, które przebyły leczenie szpitalne, mają ukończony proces diagnozowania, leczenia operacyjnego lub intensywnego leczenia zachowawczego, nie wymagają już dalszej hospitalizacji jednak ze względu na stan zdrowia i niesprawność fizyczną, brak samodzielności w samoopiece i samopielęgnacji, konieczność stałej kontroli lekarskiej, potrzebę profesjonalnej pielęgnacji i rehabilitację powinni przebywać w ZOL-B.

2. Ponadto do zadań ZOL-B należy w szczególności:



- 1) przestrzeganie warunków realizacji świadczeń zdrowotnych zgodnie z obowiązującymi przepisami, zarządzeniami Prezesa NFZ i umowami z NFZ, itp.;
- 2) stosowanie postępowania medycznego zgodnie z aktualnym stanem wiedzy medycznej, standardami postępowania medycznego określonymi w obowiązujących przepisach prawnych, wytycznych, zaleceniach nadzoru specjalistycznego i towarzystw naukowych;
- 3) prowadzenie dokumentacji medycznej zgodnie z obowiązującymi przepisami oraz innej obowiązującej w ZOLB;
- 4) prowadzenie spraw związanych z orzecznictwem lekarskim, w zakresie i na zasadach określonych w odrębnych przepisach;
- 5) zapewnienie bezpieczeństwa fizycznego chorym przebywającym w ZOLB.

#### § 67

1. Kwalifikacja pacjenta do przyjęcia na hospitalizację do ZOLB odbywa się na podstawie skierowania lekarza ubezpieczenia zdrowotnego i innej wymaganej dokumentacji, zgodnie z wymogami określonymi w obowiązujących przepisach prawnych, zarządzeniach Prezesa NFZ.
2. Lekarz przyjmujący pacjenta na hospitalizację do ZOLB ma prawo odmówić hospitalizacji po zbadaniu pacjenta.
3. W razie braku wolnych miejsc w ZOLB – pacjentów wpisuje się na „Listę oczekujących na udzielenie świadczenia zdrowotnego w ZOLB”. Listę oczekujących prowadzi Koordynator ZOLB.
4. Przyjęcie pacjenta do ZOLB odbywa się z udziałem lekarza i pielęgniarki ZOL-B.
5. Szczegółowy zakres i warunki udzielania świadczeń w ZOL-B określa umowa z NFZ.

### **ZAKŁAD OPIEKUŃCZO – LECZNICZY DLA PACJENTÓW WENTYLOWANYCH MECHANICZNIE**

#### § 68

1. Zakład Opiekuńczo – Leczniczy dla pacjentów wentylowanych mechanicznie /ZOLR/ jest komórką organizacyjną Centrum Opieki Długoterminowej, posiada 15 łóżek.
2. Zakładem Opiekuńczo – Leczniczym w Barczewie kieruje Koordynator.
3. Opiekę lekarską w ZOLB zapewniają zatrudnieni lekarze, zgodnie z ustalonym harmonogramem pracy. Harmonogram pracy sporządzany jest przez Koordynatora ZOLR.
4. Ciągłość opieki pielęgniarskiej w systemie całodobowym oraz ciągłość pracy pozostałego, podległego personelu zapewnia pielęgniarka koordynująca.
5. W ZOLR tworzy się następujące stanowiska: Koordynatora ZOLR, lekarza anestezjologii i intensywnej terapii, neurologa, lekarza chorób płuc oraz lekarza rehabilitacji medycznej, pielęgniarki koordynującej, pielęgniarki, psychologa, fizjoterapeuty, logopedy, terapeuty zajęciowego, opiekuna medycznego, sanitariusza, salowej, pracownika socjalnego, sekretarki medycznej.

#### § 69

1. Zadaniem ZOLR jest okresowe objęcie całodobową pielęgnacją, rehabilitacją oraz kontynuacją leczenia pacjentów z niewydolnością oddechową wymagającym stosowania ciągłej terapii oddechowej przy pomocy respiratora, lecz nie wymagającym hospitalizacji w oddziałach intensywnej terapii medycznej.

2. Ponadto do zadań ZOLR należy w szczególności:

- 1) przestrzeganie warunków realizacji świadczeń zdrowotnych zgodnie z obowiązującymi przepisami, zarządzeniami Prezesa NFZ i umowami z NFZ, itp.;
- 2) stosowanie postępowania medycznego zgodnie z aktualnym stanem wiedzy medycznej, standardami postępowania medycznego określonymi w obowiązujących przepisach prawnych, wytycznych, zaleceniach nadzoru specjalistycznego i towarzystw naukowych;
- 3) prowadzenie dokumentacji medycznej zgodnie z obowiązującymi przepisami oraz innej obowiązującej w ZOLR;
- 4) prowadzenie spraw związanych z orzecznictwem lekarskim, w zakresie i na zasadach określonych w odrębnych przepisach;
- 5) zapewnienie bezpieczeństwa fizycznego chorym przebywających w ZOLR.

## § 70

1. Kwalifikacja pacjenta do przyjęcia na hospitalizację do ZOLR odbywa się na podstawie skierowania lekarza ubezpieczenia zdrowotnego i innej wymaganej dokumentacji, zgodnie z wymogami określonymi w obowiązujących przepisach prawnych, zarządzeniach Prezesa NFZ.
2. Lekarz przyjmujący pacjenta na hospitalizację do ZOLR ma prawo odmówić hospitalizacji po zbadaniu pacjenta.
3. W razie braku wolnych miejsc w ZOLR – pacjentów wpisuje się na „Listę oczekujących na udzielenie świadczenia zdrowotnego w ZOL-W”. Listę oczekujących prowadzi Koordynator ZOLR.
4. Przyjęcie pacjenta do ZOLR odbywa się z udziałem lekarza i pielęgniarki ZOLR.
5. Szczegółowy zakres i warunki udzielania świadczeń w ZOL-R określa umowa z NFZ.

## ZESPÓŁ PORADNI

### § 71

1. W skład Zespołu poradni wchodzi następujące poradnie, stanowiące komórki organizacyjne:
  - 1) Poradnia chirurgiczna
  - 2) Poradnia otolaryngologiczna
  - 3) Poradnia ginekologiczno – położnicza
  - 4) Poradnia endokrynologiczna
  - 5) Poradnia neurologiczna
  - 6) Poradnia dermatologiczna
  - 7) Poradnia gruźlicy i chorób płuc
  - 8) Poradnia reumatologiczna
  - 9) Poradnia geriatryczna
  - 10) Poradnia Zdrowia Psychicznego
  - 11) Poradnia Leczenia Uzależnienia od Alkoholu i Współuzależnienia
  - 12) Poradnia Podstawowej Opieki Zdrowotnej
  - 13) Poradnia Nocnej i Świątecznej Opieki Zdrowotnej.



2. Poradnie wymienione w pozycjach 1-11 udzielają specjalistycznych świadczeń zdrowotnych w ramach ambulatoryjnej opieki zdrowotnej (1-9) oraz opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień (10-11). Poradnia Podstawowej Opieki Zdrowotnej oraz Poradnia NŚOZ udziela świadczeń zdrowotnych w zakresie medycyny ogólnej, rodzinnej, pediatrii w ramach ambulatoryjnej opieki zdrowotnej. Świadczenia zdrowotne mogą być udzielane za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności.
3. W Poradni NŚOZ świadczeń zdrowotnych udzielają lekarze oraz pielęgniarki posiadający/-ce wymagane kwalifikacje zawodowe oraz legitymujące się nabyciem fachowych kwalifikacji do udzielania świadczeń zdrowotnych w określonym zakresie.
4. Zastępca dyrektora ds. lecznictwa monitoruje świadczenie usług przez lekarzy i specjalistów terapii uzależnienia zatrudnionych w tych poradniach.
5. Przełożona pielęgniarek nadzoruje pracę pielęgniarek/ położnych i rejestratorek medycznych zatrudnionych w poradniach i rejestracji do poradni.

## § 72

1. Do zadań poradni specjalistycznych (poz. 1-10) należy w szczególności:
  - 1) udzielanie specjalistycznych świadczeń zdrowotnych z zakresu specjalności poradni.
  - 2) udzielanie porad (wizyt domowych) w miejscu pobytu pacjenta w sytuacjach uzasadnionych stanem zdrowia pacjenta;
  - 3) kierowanie na konsultację specjalistyczną, leczenie szpitalne, leczenie uzdrowiskowe lub rehabilitację leczniczą;
  - 4) wydawanie orzeczeń lub zaświadczeń do uzyskania których uprawniony jest pacjent w ramach ubezpieczenia zdrowotnego;
  - 5) niezbędna edukacja i promocja zachowań prozdrowotnych;
  - 6) wydawanie informacji dla lekarza kierującego/lekarza POZ;
  - 7) zlecenie zaopatrzenia w wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi i środkami pomocniczymi;
  - 8) prowadzenie dokumentacji medycznej oraz innej zgodnie z obowiązującymi przepisami i wymaganiami określonymi przez Zespół;
  - 9) realizacja świadczeń zdrowotnych zgodnie z wymogami określonymi przez NFZ.
2. Rejestracja do poradni odbywa się w Rejestracji, za wyjątkiem poradni ginekologiczno – położniczej i poradni terapii uzależnienia od alkoholu i współuzależnienia, do których rejestrują bezpośrednio pracownicy poradni.

## § 73

1. W poradniach specjalistycznych i poradni POZ świadczeń zdrowotnych udzielają lekarze posiadający wymagane kwalifikacje zawodowe oraz osoby legitymujące się nabyciem fachowych kwalifikacji do udzielania świadczeń zdrowotnych w określonym zakresie lub określonej dziedzinie medycyny (specjaliści terapii uzależnień, psycholog, pracownik socjalny), a także pielęgniarka w poradni chirurgicznej, położna w poradni ginekologiczno – położniczej, pielęgniarka gabinetu zabiegowego i punktu szczepień Poradni POZ.
2. W Rejestracji do poradni zatrudnia się rejestratorkę medyczną. Zadania Rejestracji wykonują też pielęgniarki i położna zatrudniona w Zespole poradni w ramach czasu pracy.

## PORADNIA ZDROWIA PSYCHICZNEGO

### § 74

1. Ambulatoryjne świadczenia psychiatryczne realizowane są w poradni zdrowia psychicznego w formie porad, wizyt domowych oraz sesji psychoterapii.
2. W poradni świadczeń zdrowotnych udzielają lekarz psychiatra, psycholog.
3. Do psychiatrii – nie jest wymagane skierowanie, natomiast wizyta u psychologa wymaga skierowania od lekarza ubezpieczenia zdrowotnego.

## PORADNIA TERAPII UZALEŻNIENIA OD ALKOHOLU I WSPÓLUZALEŻNIENIA

### § 75

1. Ambulatoryjne świadczenia leczenia uzależnień realizowane są w Poradni Terapii Uzależnienia od Alkoholu i Współuzależnienia, w formie porad i sesji psychoterapii oraz programów.
2. W poradni świadczeń zdrowotnych udzielają lekarz psychiatra, specjalista terapii uzależnień, zapewniony jest dostęp pracownika socjalnego.
3. Do poradni leczenia uzależnienia od alkoholu i współuzależnienia nie jest wymagane skierowanie.

## PORADNIA PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ

### § 76

1. Poradnia Podstawowej Opieki Zdrowotnej /POZ/ udziela świadczeń zdrowotnych osobom, które złożyły deklaracje wyboru lekarza POZ, a także każdej osobie w sytuacjach nagłego pogorszenia stanu zdrowia.
2. Pacjenci mogą składać deklaracje wyboru lekarza POZ, na formularzach dostępnych w Rejestracji do poradni lub elektronicznie.
3. Poradnia Podstawowej Opieki Zdrowotnej udziela świadczeń lekarskich w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej.
4. Zadaniem poradni jest w szczególności:
  - 1) udzielanie świadczeń zdrowotnych profilaktycznych, diagnostycznych, leczniczych, rehabilitacyjnych w zakresie medycyny ogólnej, rodzinnej, pediatrii w warunkach ambulatoryjnych, a w przypadkach uzasadnionych względami medycznymi w domu pacjenta;
  - 2) świadczenia zdrowotne mogą być udzielane za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności.
  - 3) współpraca z pielęgniarką POZ i pozostałymi świadczeniodawcami w POZ udzielającymi świadczeń zdrowotnych w ramach odrębnych umów z NFZ na rzecz pacjentów Poradni POZ;
  - 4) orzekanie o stanie zdrowia w zakresie i na zasadach określonych w przepisach;
  - 5) zlecenie wydania pacjentom przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych zgodnie z obowiązującymi przepisami;





- 6) kierowanie pacjentów na konsultacje specjalistyczne, do podmiotów leczniczych stacjonarnych, celem dalszej diagnostyki i leczenia, jeśli jest to uznane za konieczne;
  - 7) kierowanie do leczenia uzdrowiskowego;
  - 8) prowadzenie dokumentacji medycznej zgodnie z obowiązującymi przepisami, wymaganiami określonymi przez Zespół.
5. Zakres świadczeń diagnostycznych udzielanych pacjentom poradni określa rozporządzenie Ministra Zdrowia oraz Zarządzenia Prezesa NFZ.
6. W celu realizacji zabiegów i procedur diagnostyczno – terapeutycznych w trakcie udzielanej porady lekarskiej oraz wynikających z udzielanej porady, obowiązkowych szczepień ochronnych, Zespół zapewnia funkcjonowanie gabinetu zabiegowego, w tym punktu szczepień.

#### § 77

1. Zespół zapewnia dostępność do świadczeń lekarza POZ w miejscu ich udzielania od poniedziałku do piątku, w godzinach pomiędzy 8.00 a 18.00 oraz w domu pacjenta z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy.
2. W godzinach od 18.00 do 8.00 w dni powszednie oraz całodobowo w soboty, niedziele i święta, świadczenia zdrowotne w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej w przypadku nagłego zachorowania lub nagłego pogorszenia stanu zdrowia, które nie jest stanem nagłym – udziela Poradnia NŚOZ.

#### § 78

1. Świadczeń zdrowotnych w Poradni POZ udzielają lekarze posiadający kwalifikacje uprawniające do pracy w POZ.
2. Świadczeń zdrowotnych w gabinecie zabiegowym i punkcie szczepień udziela pielęgniarka posiadająca kwalifikacje zawodowe zgodnie z obowiązującymi przepisami.

#### § 79

1. W Poradni POZ świadczy usługi Koordynator POZ, w ramach zakresu zadań rejestratorki medycznej.
2. Do zadań koordynatora POZ należy budowanie relacji pomiędzy wszystkimi podmiotami zaangażowanymi w proces koordynacji, a w szczególności:
  - 1) koordynacja obiegu dokumentacji medycznej świadczeniobiorcy, w tym nadzór nad jej kompletnością;
  - 2) nawiązywanie i utrzymywanie kontaktu ze świadczeniobiorcą i jego rodziną podczas procesu leczenia;
  - 3) ustalanie terminów realizacji poszczególnych etapów opieki zdrowotnej, w tym profilaktyki i leczenia;
  - 4) komunikacja pomiędzy personelem administracyjnym, a personelem medycznym zarówno podmiotu leczniczego, w którym jest zatrudniony oraz innych świadczeniodawców zaangażowanych w proces udzielania świadczeń;
  - 5) udzielanie informacji związanych z procesem koordynacji i funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej;
  - 6) analiza i udział w doborze populacji świadczeniobiorców objętych opieką do odpowiednich interwencji zdrowotnych.



## § 80

1. Transport sanitarny w POZ dla pacjentów zadeklarowanych do Poradni POZ Zespołu zapewnia odrębny podmiot na podstawie umowy z NFZ.
2. Zlecenie na transport sanitarny w POZ dla pacjentów zadeklarowanych w Poradni POZ wystawia lekarz Poradni. Zlecenie na transport daleki w POZ wystawia lekarz Poradni, a zgodę wyraża NFZ.
3. Transport sanitarny w POZ obejmuje w szczególności:
  - 1) przewóz pacjenta z miejsca zamieszkania (pobytu) na leczenie realizowane w trybie stacjonarnym;
  - 2) przewóz pacjenta z miejsca zamieszkania (pobytu) na leczenie w trybie dziennym;
  - 3) przewóz pacjenta z miejsca zamieszkania (pobytu) na pierwszorazowe świadczenie z rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna albo leczenia stomatologicznego i z powrotem;
  - 4) przewóz pacjenta z miejsca zamieszkania (pobytu), celem wykonania zabiegów i procedur medycznych wynikających z procesu leczenia realizowanego przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, do którego zadeklarowany jest świadczeniobiorca, i z powrotem;
  - 5) przewóz pacjenta z miejsca zamieszkania (pobytu) do zakładu długoterminowej opieki zdrowotnej.

Szczegółowe zasady i warunki udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie: podstawowej opieki zdrowotnej i specjalistycznej ambulatoryjnej opieki zdrowotnej, opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień określają obowiązujące przepisy prawne i zarządzenia Prezesa NFZ.

## **PORADNIA NOCNEJ I ŚWIĄTECZNEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ**

### § 80

1. Świadczenia w Poradni Nocnej i Świątecznej Opieki Zdrowotnej /NŚOZ/ są udzielane w warunkach ambulatoryjnych oraz w miejscu zamieszkania lub pobytu świadczeniobiorcy. Świadczenia NŚOZ są realizowane przez pielęgniarki i lekarzy 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 8:00 dnia następnego.
2. Poradnia NŚOZ udziela świadczeń w przypadku:
  - 1) nagłego zachorowania,
  - 2) nagłego pogorszenia stanu zdrowia, gdy nie ma objawów sugerujących bezpośrednie zagrożenie życia,– w dniach i godzinach, o których mowa w pkt. 1.
3. Opiekę lekarską i pielęgniarską w Poradni NŚOZ w warunkach ambulatoryjnych zapewniają lekarze i pielęgniarki (zatrudnieni na umowy o pracę lub umowy cywilno – prawne) udzielający świadczeń w tym samym czasie w Izbie Przyjęć Zespołu. W przypadku potrzeby zwiększenia obsady lekarskiej lub pielęgniarskiej ze względu na intensywność pracy personelu lekarskiego i pielęgniarskiego Dyrektor Zespołu w celu zachowania ciągłości udzielania świadczeń w Poradni NŚOZ dostosuje liczbę personelu do bieżącego zapotrzebowania.
4. Zadaniem Poradni NŚOZ w zakresie świadczeń udzielanych w warunkach ambulatoryjnych jest



w szczególności:

- 1) udzielanie porad lekarskich w bezpośrednim kontakcie ze świadczeniobiorcą lub telefonicznie;
- 2) udzielanie świadczeń pielęgniarских, zleconych przez lekarza, wynikających z potrzeby zachowania ciągłości leczenia lub pielęgnacji;
- 3) udzielanie świadczeń pielęgniarских doraźnie, w związku z udzielaną poradą lekarską.
5. Świadczenia udzielane w Poradni NŚOZ w miejscu zamieszkania lub pobytu świadczeniobiorcy obejmują w szczególności:
  - 1) poradę lekarską udzieloną w miejscu zamieszkania lub pobytu świadczeniobiorcy;
  - 2) świadczenia udzielane przez pielęgniarki w miejscu zamieszkania lub pobytu świadczeniobiorcy, w tym świadczenia zlecone przez lekarza, wynikających z potrzeby zachowania ciągłości leczenia lub pielęgnacji;
  - 3) świadczenia udzielane przez pielęgniarkę doraźnie, w związku z udzielaną poradą lekarską.
6. W przypadku stanu nagłego odpowiednio lekarz lub pielęgniarka zapewniają opiekę świadczeniobiorcy do czasu przyjazdu zespołu ratownictwa medycznego lub przekazania świadczeniobiorcy pod opiekę Szpitalnego Oddziału Ratunkowego lub Izby Przyjęć.
7. Świadczenia nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej w miejscu zamieszkania lub pobytu świadczeniobiorcy mogą być realizowane przez odrębny podmiot leczniczy, na podstawie umowy podwykonawstwa.

## **ZESPÓŁ RATOWNICTWA MEDYCZNEGO TYPU PODSTAWOWEGO**

### **§ 81**

1. Zespół Ratownictwa Medycznego /ZRM/ jest komórką organizacyjną Ratownictwa Medycznego.
2. Skład ZRM jest 3 – osobowy: dwóch ratowników medycznych i kierowca ambulansu. Pracę ZRM koordynuje – kierujący Zespołem.
3. Kierujący Zespołem – kieruje akcją prowadzenia medycznych czynności ratunkowych, odpowiada za sprawdzenie gotowości przedziału medycznego, za bieżący stan wyposażenia ambulansu ZRM oraz za stan sanitarny ambulansu. Kierujący Zespołem zgłasza dyspozytorowi medycznemu WSPR Olsztyn gotowość ZRM.
4. W ZRM tworzy się stanowiska: ratowników medycznych lub równorzędne – pielęgniarek systemu PRM, kierowców ZRM. Pracą ratowników medycznych/ pielęgniarek systemu PRM oraz kierowców ZRM kieruje pielęgniarka/pielęgniars systemu koordynujący Zespołem Ratownictwa Medycznego.
5. Ambulans oraz jego wyposażenie spełniają wymagania określone w obowiązujących przepisach prawnych i zarządzeniach Prezesa NFZ.
6. ZRM dysponuje do wyjazdu – dyspozytornia Wojewódzkiej Stacji Pogotowia Ratunkowego w Olsztynie.
7. Zespół jest dysponentem ZRM typu Podstawowego. Obszar działania (rejon operacyjny) ZRM określony jest szczegółowo w Planie Ratownictwa Medycznego dla Województwa Warmińsko – Mazurskiego i obejmuje w szczególności Miasto i Gminę Dobre Miasto, i Gminę Świątki oraz miejscowości gmin ościennych.
8. ZRM wykonuje zadania z zakresu ratownictwa medycznego, określone w ustawie o Państwowym Ratownictwie Medycznym i wydanych na tej podstawie przepisach.

9. Zadaniem ratownictwa medycznego jest, w szczególności:
- 1) udzielanie świadczeń zdrowotnych, w tym medycznych czynności ratunkowych;
  - 2) zabezpieczanie osób znajdujących się w miejscu zdarzenia oraz podejmowanie działań zapobiegających zwiększeniu się liczby osób w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego;
  - 3) transportowanie osób w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego;
  - 4) udzielanie wsparcia psychicznego w sytuacji powodującej stan nagłego zagrożenia zdrowotnego;
  - 5) współorganizowanie oraz pomoc w akcjach ratowniczych w razie klęsk żywiołowych oraz innych zdarzeń losowych;
  - 6) prowadzenie obowiązującej dokumentacji medycznej, bieżące uzupełnianie w leki, wyroby medyczne i wyposażenie.
10. Szczegółowy zakres i warunki udzielania świadczeń w zakresie ratownictwa medycznego – ZRM typu P określa umowa z NFZ.

## **ZESPÓŁ TRANSPORTU MEDYCZNEGO**

### **§ 82**

Zespół transportu medycznego jest komórką organizacyjną Ratownictwa Medycznego.

1. W skład Zespołu transportu medycznego wchodzi: kierowca ambulansu oraz opiekun medyczny/sanitariusz. Zespół transportu medycznego podlega przełożonej pielęgniarek.
2. Zespół transportu medycznego realizuje następujące zadania:
  - 1) transport pacjentów realizowany w specjalistycznym środku transportu do podmiotów leczniczych o wyższym stopniu referencyjności lub w celu wykonania badań diagnostycznych do innego podmiotu leczniczego;
  - 2) przewóz materiałów biologicznych;
  - 3) transport pracowników medycznych w celu wykonania wizyt domowych.

## **MEDYCZNE LABORATORIUM DIAGNOSTYCZNE**

### **§ 83**

1. Medyczne laboratorium diagnostyczne zwane dalej Laboratorium jest komórką organizacyjną Medycznego Laboratorium Diagnostycznego.
2. Laboratorium kieruje Kierownik, który jest diagnostą laboratoryjnym.
3. W laboratorium tworzy się stanowisko diagnosty laboratoryjnego, który pełni także funkcję Kierownika laboratorium oraz stanowiska: diagnosty laboratoryjnego, technika analityki medycznej oraz referenta.
4. W laboratorium zatrudnia się osoby uprawnione do wykonywania czynności diagnostyki laboratoryjnej.

### **§ 84**

Do zadań Laboratorium należy w szczególności:

- 1) pobieranie materiału do badań diagnostycznych;
- 2) wykonywanie badań diagnostycznych, w szczególności z zakresu analityki, biochemii, hematologii, koagulologii, immunochemii;
- 3) wydawanie wyników badań;



- 4) opracowywanie, wdrażanie, aktualizacja, przestrzeganie standardów jakości i procedur obowiązujących w diagnostyce laboratoryjnej;
- 5) udział w zewnętrznych kontrolach oceny jakości badań oraz prowadzenie kontroli wewnętrznej oceny jakości badań;
- 6) prowadzenie zadań z zakresu banku krwi;
- 7) prowadzenie dokumentacji medycznej zgodnie z obowiązującymi przepisami i wytycznymi nadzoru specjalistycznego.

#### § 85

1. Laboratorium wykonuje badania dla komórek organizacyjnych Zespołu, oraz odpłatnie dla podmiotów zewnętrznych, z którymi Zespół posiada umowy na świadczenie usług w zakresie diagnostyki laboratoryjnej i dla osób fizycznych.
2. Zapewnia się całodobowy dostęp komórek organizacyjnych Zespołu do badań laboratoryjnych.
3. Zakres badań wykonywanych w laboratorium zatwierdza Dyrektor Zespołu na wniosek Kierownika Laboratorium, biorąc pod uwagę koszty badań, potrzeby i możliwości Zespołu.
4. Zakres wykonywanych badań w laboratorium i ich ceny określa zarządzenie Dyrektora Zespołu.
5. Badania diagnostyczne wykraczające poza zakres badań wykonywanych w laboratorium, zlecane przez komórki organizacyjne Zespołu są wykonywane w podmiotach leczniczych, z którymi Zespół ma podpisane umowy. Laboratorium koordynuje przyjmowanie, wysyłanie materiału do badań i odbiór wyników tych badań.
6. Badania diagnostyczne wykonywane są na podstawie zlecenia badania laboratoryjnego wystawionego przez lekarza lub inną osobę uprawnioną na podstawie obowiązujących przepisów.
7. Badania zlecane przez osobę fizyczną wykonywane odpłatnie, nie wymagają zleceń wystawionych przez lekarzy lub inne uprawnione osoby. Zlecenie wykonania badania laboratoryjnego – płatnego sporządza pracownik Laboratorium. Pobranie materiału do badania i wykonanie badania odbywa się po dokonaniu opłaty za badanie w Kasie Zespołu.

#### § 86

1. Przyjmowanie materiałów z komórek organizacyjnych Zespołu odbywa się w trybie planowym i pilnym.
2. Godziny przyjmowania materiału do badania i pobieranie materiału do badań – Kierownik Laboratorium podaje do wiadomości komórkom organizacyjnym Zespołu i podmiotom zewnętrznym.
3. Materiał do badania od pacjentów zgłaszających się do Laboratorium pobiera personel Laboratorium.
4. Laboratorium przyjmuje tylko taki materiał do badania, który został przekazany wraz z dokładnie wypełnionym „zleceniem badania laboratoryjnego do Laboratorium ZZOZ w Dobrym Mieście” podpisanym przez osobę zlecającą i pobierającą materiał, oraz tylko takie próbki i pojemniki z materiałem do badania, które zostały prawidłowo oznakowane.
5. Laboratorium może odmówić przyjęcia materiału nieodpowiednio pobranego lub nieodpowiednio zabezpieczonego albo zażądać powtórnego dostarczenia materiału bądź pobrania materiału przez upoważniony personel Laboratorium.
6. W celu kontroli wyniku badania Kierownik Laboratorium może zażądać danych dotyczących leczenia, zawartych w dokumentacji medycznej pacjenta.
7. Badanie określone jako „pilne” – wykonuje się niezwłocznie po dostarczeniu materiału i

niezwłocznie informuje/ wydaje się wynik, chyba, że między lekarzem/ instytucją zlecającą a Kierownikiem Laboratorium nastąpią inne uzgodnienia.

8. Badanie określone jako „planowe” – wykonuje się zgodnie z organizacją i czasem pracy Laboratorium.

### § 87

1. Laboratorium informuje o krytycznych przekroczeniach norm laboratoryjnych oraz o wynikach znacząco odbiegających od średniej wartości uzyskiwanej w procesie diagnostycznym.
2. Informacja odbywa się przez powiadomienie lekarza kierującego telefonicznie o wartościach krytycznych oraz poprzez informowanie pacjenta odbierającego wynik badania – o znacząco odbiegających wynikach od średniej wartości.
3. Wydawanie wyników badań odbywa się w dniu dostarczenia materiału do badania lub dniu następnym, chyba, że między lekarzem/ instytucją zlecającą a Kierownikiem Laboratorium nastąpią inne uzgodnienia.

## BANK KRWI

### § 88

1. Bank Krwi jest komórką organizacyjną Medycznego Laboratorium Diagnostycznego.
2. Do zadań Banku Krwi należy w szczególności:
  - 1) składanie zamówień na krew i jej składniki do Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa, nadzór nad transportem krwi;
  - 2) opracowywanie, wdrażanie, aktualizacja, przestrzeganie standardowych procedur operacyjnych z zakresu krwiolecznictwa, współdziałanie z lekarzem transfuzjologiem Zespołu w realizacji zadań z zakresu krwiolecznictwa;
  - 3) odbiór krwi i jej składników;
  - 4) przechowywanie krwi i jej składników do czasu ich wydania do OChW;
  - 5) wydawanie krwi i jej składników do OChW;
  - 6) prowadzenie dokumentacji – przychodów i rozchodów krwi i jej składników;
  - 7) prowadzenie sprawozdawczości zużycia krwi i jej składników.

## PRACOWNIA RTG i USG

### § 89

1. Pracownia RTG i USG jest komórką organizacyjną Pracowni RTG i USG.
2. Pracownię koordynuje technik elektroradiologii, który pełni funkcję Inspektora Ochrony Radiologicznej.
3. W Pracowni zatrudnia się: lekarza radiologa oraz techników elektroradiologii. Funkcję inspektora ochrony radiologicznej pełni technik elektroradiologii, posiadający wymagane kwalifikacje w tym zakresie.
4. Badania USG wykonują lekarze posiadający kwalifikacje w zakresie wykonywanych badań.
5. Lekarz radiolog opisuje wyniki badań radiologicznych oraz wykonuje badania z zakresu rentgenodiagnostyki wymagające kompetencji lekarza radiologii.





## § 90

1. Do zadań Pracowni RTG i USG w zakresie rentgenodiagnostyki należy, w szczególności:
  - 1) rejestracja pacjentów do badań rentgenowskich;
  - 2) wykonywanie badań rentgenowskich;
  - 3) opis i wydawanie wyników badań;
  - 4) prowadzenie dokumentacji medycznej zgodnie z obowiązującymi przepisami;
  - 5) realizacja procedur zarządzania jakością w rentgenodiagnostyce;
  - 6) opracowywanie, wdrażanie i aktualizacja dokumentacji i procedur systemu zarządzania jakością w rentgenodiagnostyce oraz ich przestrzeganie.
2. Inspektor ochrony radiologicznej wykonuje zadania zgodnie z obowiązującymi przepisami. Inspektor ochrony radiologicznej opracowuje, wdraża i aktualizuje, a także nadzoruje wdrażanie systemu zarządzania jakością w Pracowni RTG.
3. Sposób przygotowania pacjentów do badań i ich ochrony radiologicznej oraz metodyki wykonywania badań określają procedury medyczne, standardy postępowania obowiązujące w Pracowni, zgodnie z obowiązującymi przepisami i wdrożonym systemem zarządzania jakością w rentgenodiagnostyce.

## § 91

1. Zakres badań wykonywanych w Pracowni zatwierdza Dyrektor Zespołu na wniosek Koordynatora Pracowni, biorąc pod uwagę potrzeby i możliwości Zespołu oraz potrzeby rynku usług medycznych.
2. Zakres badań i ich ceny ustala zarządzeniem Dyrektor Zespołu.
3. Pracownia RTG wykonuje badania na rzecz komórek organizacyjnych Zespołu, oraz odpłatnie dla podmiotów zewnętrznych, z którymi Zespół posiada umowy na świadczenie usług w zakresie rentgenografii i dla osób fizycznych.
4. Badania rentgenowskie wykonywane są na podstawie skierowania wystawionego przez lekarza.
5. Osoby fizyczne wykonujące badania rentgenowskie odpłatnie, przed wykonaniem badania winny przedstawić technikowi elektroradiologii oprócz skierowania wystawionego przez lekarza także dowód zapłaty za badanie w Kasie Zespołu.

## § 92

Zapewnia się całodobowy dostęp do wykonywania badań radiologicznych dla komórek organizacyjnych Zespołu.

## § 93

1. Pracownia RTG i USG w zakresie badań ultrasonograficznych wykonuje w szczególności następujące zadania:
  - 1) wykonywanie badań USG,
  - 2) opis badania w dokumentacji medycznej, wydawanie wyników badań pacjentowi,
  - 3) prowadzenie dokumentacji medycznej zgodnie z obowiązującymi przepisami.
2. Rejestrację pacjentów na badania USG prowadzi sekretarka medyczna w OChW oraz lekarz bezpośrednio przed przyjęciem pacjenta w godzinach wykonywania badań.



## § 94

1. Zakres badań ultrasonograficznych zatwierdza Dyrektor Zespołu na wniosek Koordynatora Pracowni.
2. Zakres badań i ich ceny ustala zarządzeniem Dyrektor Zespołu.
3. Pracownia USG wykonuje badania na rzecz komórek organizacyjnych Zespołu, oraz odpłatnie dla podmiotów zewnętrznych, z którymi Zespół posiada umowy na świadczenie usług w zakresie ultrasonografii i dla osób fizycznych.
4. Na płatne badanie USG nie jest wymagane skierowanie od lekarza.
5. Osoby fizyczne wykonujące badania ultrasonograficzne odpłatnie, przed wykonaniem badania winny przedstawić lekarzowi dowód zapłaty za badanie w Kasie Zespołu.

## § 95

Zapewnia się całodobowy dostęp do wykonywania badań ultrasonograficznych dla komórek organizacyjnych Zespołu.

## PRACOWNIA ENDOSKOPII

## § 96

1. Pracownia endoskopii jest komórką organizacyjną Pracowni endoskopii. Kierownik Sekcji Statystyki i Nadzoru planuje i organizuje pracę Pracowni Endoskopii.
2. W Pracowni zatrudnia się: lekarza specjalistę w dziedzinie gastroenterologii lub chirurgii ogólnej albo chirurgii onkologicznej albo pediatrii albo lekarza ze specjalizacją I stopnia w dziedzinie chirurgii ogólnej albo chorób wewnętrznych posiadającego udokumentowane potwierdzenie umiejętności wykonywania określonych badań endoskopowych przewodu pokarmowego oraz pielęgniarkę po ukończeniu kursu z zakresu endoskopii.
3. Badania endoskopowe wykonują lekarze posiadający kwalifikacje w zakresie wykonywanych badań.
4. Lekarz wykonujący badania z zakresu gastroscopii i kolonoskopii opisuje wyniki wykonanych badań.

## § 97

1. Do zadań Pracowni endoskopii należy, w szczególności:
  - 1) wykonywanie badań gastroscopii i kolonoskopii;
  - 2) opis i wydawanie wyników badań;
  - 3) prowadzenie dokumentacji medycznej zgodnie z obowiązującymi przepisami.
2. Lekarz i pielęgniarka wykonuje zadania zgodnie z obowiązującymi przepisami.
3. Sposób przygotowania pacjentów do badań oraz metodyki wykonywania badań określają procedury medyczne.
4. Rejestrację pacjentów na badania endoskopowe prowadzi sekretarka medyczna OChW.

## § 98



1. Zakres badań wykonywanych w Pracowni zatwierdza Dyrektor Zespołu na wniosek lekarza wykonującego świadczenia w Pracowni, biorąc pod uwagę potrzeby i możliwości Zespołu oraz potrzeby rynku usług medycznych.
2. Zakres badań i ich ceny ustala zarządzeniem Dyrektor Zespołu.
3. Pracownia endoskopii wykonuje badania na rzecz komórek organizacyjnych Zespołu oraz pacjentom ze skierowaniem oraz odpłatnie dla podmiotów zewnętrznych, z którymi Zespół zawarł umowy na świadczenie usług w zakresie gastroscopii i kolonoskopii.
4. Badania endoskopowe wykonywane są na podstawie skierowania wystawionego przez lekarza.
5. Zapewnia się dostęp do wykonywania badań endoskopowych zgodnie z harmonogramem pracy Pracowni.
6. Kierownik Sekcji Statystyki i Nadzoru jest odpowiedzialny za zapewnienie odpowiednich warunków organizacyjnych i technicznych dla funkcjonowania Pracowni, pełni nadzór nad przestrzeganiem zasad, przyjętych standardów i procedur, czuwa nad prawidłowym prowadzeniem obowiązującej dokumentacji medycznej zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami prawa oraz zasadami obowiązującymi w Zespole.

## **DZIAŁ FARMACJI SZPITALNEJ/DZIAŁ FARMACJI**

### **§ 99**

1. Dział Farmacji Szpitalnej jest komórką organizacyjną, z lokalizacją w Dobrym Mieście.
2. Dział Farmacji jest komórką organizacyjną, z lokalizacją w Barczewie.
3. Dział Farmacji Szpitalnej/Dział Farmacji koordynuje Kierownik Działu Farmacji Szpitalnej/Działu Farmacji. Kierownikiem Działu Farmacji Szpitalnej/Działu Farmacji jest farmaceuta, który podlega Dyrektorowi Zespołu.
4. W Dziale Farmacji Szpitalnej tworzy się stanowiska: farmaceuty, technika farmacji i referenta.
5. W Dziale Farmacji tworzy się stanowiska: farmaceuty, technika farmacji.
6. Do zadań Działu Farmacji Szpitalnej/Działu Farmacji należy:
  - 1) zaopatrzenie Zespołu w produkty lecznicze i wyroby medyczne oraz nadzór nad realizacją zamówienia, tj. sprawdzanie zgodności ilości przyjmowanego towaru z zamówieniem, fakturą i umową, oraz jakości dostarczanego asortymentu;
  - 2) obsługa programu informatycznego gospodarki lekiem w Zespole.
  - 3) udzielanie informacji o produktach leczniczych i wyrobach medycznych;
  - 4) udział w monitorowaniu działań niepożądanych leków;
  - 5) udział w racjonalizacji farmakoterapii;
  - 6) współuczestniczenie w prowadzeniu gospodarki produktami leczniczymi i wyrobami medycznymi w Zespole;
  - 7) prowadzenie ewidencji produktów leczniczych oraz produktów leczniczych i wyrobów medycznych otrzymywanych w formie darowizny;
  - 8) przekazywanie właściwym organom informacji o niepożądanym działaniu produktu leczniczego lub wyrobu medycznego;
  - 9) przekazywanie organom Inspekcji Farmaceutycznej informacji o podejrzeniu lub stwierdzeniu, że dany produkt leczniczy nie odpowiada ustalonym dla niego wymaganiom jakościowym;
  - 10) wstrzymywanie lub wycofywanie z obrotu i stosowanie produktów leczniczych po uzyskaniu decyzji właściwego organu;

- 11) nadzór nad przechowywaniem, zabezpieczeniem produktów leczniczych posiadających w swoim składzie środki odurzające lub substancje psychotropowe w Zespole;
  - 12) prowadzenie Głównej Książki kontroli środków odurzających i substancji psychotropowych prowadzonej w Dziale Farmacji Szpitalnej;
  - 13) nadzór na prowadzeniem Książek kontroli środków odurzających i substancji psychotropowych prowadzonych w Oddziale Chorób Wewnętrznych, Zakładzie Opiekuńczo – Leczniczym, Zakładzie Opiekuńczo – Leczniczym Psychiatrycznym, Zakładzie Opiekuńczo – Leczniczym w Barczewie, Zakładzie Opiekuńczo – Leczniczym dla pacjentów wentylowanych mechanicznie, Zespole Ratownictwa Medycznego;
  - 14) prowadzenie Ewidencji przychodu i rozchodu substancji psychotropowych prowadzonej w Dziale Farmacji Szpitalnej;
  - 15) nadzór na prowadzeniem Ewidencji przychodu i rozchodu substancji psychotropowych prowadzonych w Oddziale Chorób Wewnętrznych, Zakładzie Opiekuńczo – Leczniczym, Zakładzie Opiekuńczo – Leczniczym Psychiatrycznym, Zakładzie Opiekuńczo – Leczniczym w Barczewie, Zakładzie Opiekuńczo – Leczniczym dla pacjentów wentylowanych mechanicznie, Zespole Ratownictwa Medycznego, Izbie Przyjęć, Poradni Podstawowej Opieki Zdrowotnej i Poradni chirurgicznej;
  - 16) przygotowywanie produktów leczniczych, zawierających w swoim składzie środki odurzające lub substancje psychotropowe do utylizacji, zgodnie z obowiązującymi przepisami;
  - 17) występowanie do Wojewódzkiego Inspektora Farmaceutycznego o wydanie zgody na posiadanie w celach medycznych preparatów zawierających w swoim składzie środki odurzające i substancje psychotropowe;
  - 18) nadzór i kontrola produktów leczniczych pod względem daty ważności, serii oraz tożsamości leków recepturowych.
2. Nadzór nad realizacją zadań Działu Farmacji Szpitalnej/Działu Farmacji sprawuje Zastępca dyrektora ds. lecznictwa.

## **SEKCJA STATYSTYKI I NADZORU**

### **§ 100**

1. Sekcją kieruje Kierownik, który podlega Dyrektorowi Zespołu.
2. W sekcji tworzy się stanowiska: kierownika Sekcji, statystyka medycznego oraz referenta.

### **§ 101**

1. Do zadań Sekcji należą zadania z zakresu statystyki i sprawozdawczości medycznej, organizacji i nadzoru funkcjonowania Zespołu w zakresie działalności podstawowej.
2. Do zadań Sekcji należy w szczególności:
  - 1) prowadzenie Księgi Głównej Przyjęć i Wypisów i innej dokumentacji wynikającej z obowiązujących przepisów – związanej z przyjęciem, pobytem/ wypisem lub zgonem pacjentów;
  - 2) sporządzanie obowiązującej sprawozdawczości z zakresu statystyki medycznej, prowadzenie ruchu chorych;
  - 3) sporządzanie odpisów, kopii dokumentacji medycznej na wniosek pacjenta, uprawnionych osób i instytucji;



- 4) prowadzenie archiwum medycznego, kontrolowanie kompletności dokumentacji medycznej przekazywanej do archiwum przez poszczególne komórki organizacyjne Zespołu;
- 5) sporządzanie analiz i opracowań statystycznych z zakresu działalności podstawowej Zespołu;
- 6) prowadzenie ewidencji usług medycznych (diagnostycznych) wykonanych przez Zespół dla komórek organizacyjnych Zespołu i podmiotów zewnętrznych;
- 7) ewidencjonowanie ilości i rodzaju wykonanych świadczeń zdrowotnych przez poszczególne komórki organizacyjne Zespołu wg zasad określonych przez NFZ;
- 8) sporządzanie comiesięcznych raportów statystyczno – medycznych, wystawianie faktur za zrealizowane usługi do NFZ;
- 9) nadzorowanie realizacji umów z NFZ pod względem zgodności z wymogami NFZ i obowiązującymi przepisami;
- 10) przygotowywanie ofert do NFZ;
- 11) przygotowywanie konkursu ofert na świadczenia zdrowotne;
- 12) przygotowywanie projektów umów z wykonawcami usług medycznych oraz umów sprzedaży usług medycznych;
- 13) przygotowywanie, wdrażanie i nadzorowanie zmian funkcjonowania Zespołu w zakresie działalności podstawowej;
- 14) przygotowanie projektów zarządzeń, wytycznych Dyrektora Zespołu;
- 15) nadzorowanie i monitorowanie realizacji obowiązujących przepisów prawnych, zarządzeń, wytycznych, procedur postępowania w poszczególnych komórkach organizacyjnych i stanowiskach pracy;
- 16) opracowywanie analiz funkcjonowania poszczególnych komórek organizacyjnych i rodzajów działalności Zespołu;
- 17) inicjowanie zmian organizacyjnych, funkcjonalnych w Zespole optymalizujących działalność podstawową;
- 18) współudział w planowaniu kierunków rozwoju Zespołu;
- 19) przyjmowanie skierowań do ZOL/ZOL-P, koordynacja procesem przejęć, prowadzenie list oczekujących na udzielenie świadczenia zdrowotnego w ZOL/ZOL-P;
- 20) zapewnienie odpowiednich warunków organizacyjnych i technicznych dla funkcjonowania pracowni endoskopii, pełnienie nadzoru nad przestrzeganiem zasad, przyjętych standardów i procedur, prawidłowym prowadzeniem obowiązującej dokumentacji medycznej zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami prawa oraz zasadami obowiązującymi w Zespole;
- 21) obsługa administracyjna i przygotowywanie danych dotyczących liczby oczekujących na przyjęcie do komórek organizacyjnych dla Komisji ds. oceny przyjęć.

## **SEKCJA TECHNICZNO – GOSPODARCZA**

### **§ 102**

1. Sekcja Techniczno – Gospodarcza podlega Dyrektorowi Zespołu.
2. W skład Sekcji wchodzi następujące stanowiska pracy:
  - a) inspektor ds. administracyjno – gospodarczych,
  - b) magazynier,
  - c) konserwator
  - d) pracownik gospodarczy

- e) konserwator/ogrodnik/kierowca
- f) konserwator/elektryk
- g) sprzątaczką.

### § 103

Do zadań Sekcji należy, w szczególności:

1. nadzór nad bieżącą eksploatacją infrastruktury budowlanej i technicznej Zespołu;
2. zapewnienie warunków prawidłowego funkcjonowania Zespołu, w szczególności:
  - 1) dostaw energii elektrycznej, gazu, ciepłej i zimnej wody, ogrzewania;
  - 2) sprawności funkcjonowania urządzeń i instalacji wodno – kanalizacyjnych, centralnego ogrzewania, instalacji gazowej, elektrycznej, łączności teleinformatycznej i radiowej urządzeń dźwigowych, wentylacyjnych, oddymiania, sygnalizacyjnych i innych;
3. zapewnienie konserwacji, przeglądów okresowych, napraw i remontów nieruchomości, instalacji i urządzeń oraz sprzętu medycznego;
4. sporządzanie i realizacja planów remontów i inwestycji w Zespole, nadzorowanie przebiegu prac technicznych, remontowych i inwestycyjnych wykonywanych w Zespole;
5. sporządzanie i prowadzenie obowiązującej dokumentacji eksploatowanych urządzeń, obiektów budowlanych i innych;
6. organizowanie i nadzorowanie unieszkodliwiania i utylizacji odpadów medycznych, komunalnych, urządzeń elektrycznych i elektronicznych, itp.
7. organizowanie i nadzorowanie zakupu towarów, usług i robót budowlanych niezbędnych do prawidłowego funkcjonowania Zespołu, przestrzeganie przepisów i procedur wewnętrznych dokonywania zakupu towarów i usług oraz ustawy o zamówieniach publicznych;
8. prowadzenie zaopatrzenia Zespołu w niezbędny sprzęt medyczny, niemedyczny, wyposażenie pomieszczeń, materiały i artykuły do prowadzenia działalności komórek medycznych i pozostałych;
9. przygotowywanie projektów umów, podejmowanie inicjatyw w sprawach kontynuacji lub rozwiązania, zmiany warunków umów z kontrahentami niemedycznymi, nadzorowanie ich realizacji;
10. prowadzenie spraw związanych z wynajmem lokali;
11. zabezpieczenie mienia Zespołu (budynków i urządzeń) przed kradzieżą, włamaniem, niewłaściwą eksploatacją;
12. właściwe zabezpieczenie i nadzór nad eksploatacją/ użytkowaniem zgodnym z przeznaczeniem składników majątku komórki organizacyjnej;
13. bieżące analizowanie, wnioskowanie i dokumentowanie posiadanych składników majątku i zmian ich stanu (przyjęcie do użytkowania, zmiana miejsca użytkowania, wycofanie z użytkowania, zaginięcie składnika majątku, itp.);
14. prowadzenie magazynu medycznego i gospodarczego Zespołu;
15. bieżąca realizacja napraw wyposażenia, urządzeń, instalacji, usuwanie awarii, itp.;
16. organizowanie i nadzór nad zaopatrzeniem poszczególnych komórek Zespołu w tlen medyczny;
17. współudział w tworzeniu i realizacji programów dostosowania Zespołu do wymagań higienicznych, sanitarnych i innych wynikających z obowiązujących przepisów;
18. utrzymanie czystości i bezpieczeństwa na terenie posesji wokół Zespołu, zabezpieczenie odpowiednich warunków sanitarno – higienicznych. Utrzymanie czystości i właściwego stanu sanitarno – epidemiologicznego w pomieszczeniach Izby Przyjęć, Pracowni RTG, USG, Pracowni endoskopii oraz w budynku Pawilonu Diagnostyczno – Terapeutycznego w komórkach



działalności medycznej i administracyjnej i innych,

19. współdziałal w prowadzeniu i nadzorowaniu gospodarki środkami trwałymi i wyposażeniem, w szczególności:

- 1) nadawanie numerów inwentarzowych nowo zakupionym sprzętom, urządzeniom, itp.;
  - 2) sporządzanie dokumentacji ruchu zakupionych, funkcjonujących środków trwałych i wyposażenia nisko cennego, w tym dokument przekazania do użytku, przesunięcia, likwidacji, itp.
20. prowadzenie rejestru sprzętu i aparatury medycznej i terminów ich przeglądów;
21. prowadzenie rejestru umów zawartych przez Zespół oraz przechowywanie oryginałów umów;
22. realizacja zadań z zakresu ochrony środowiska, w zakresie wynikającym z obowiązujących przepisów prawnych i działalności Zespołu;
23. prowadzenie i sporządzanie analiz kosztów funkcjonowania Zespołu w zakresie działalności nadzorowanej przez Sekcję, podejmowanie działań optymalizujących i racjonalizujących koszty działalności Zespołu;
24. sporządzanie obowiązujących sprawozdań statystycznych z zakresu zadań komórki.

## **SEKCJA EKONOMICZNO – FINANSOWA**

### **§ 104**

1. Sekcją kieruje Główny księgowy.
2. Główny księgowy podlega Dyrektorowi Zespołu.
3. W Sekcji tworzy się następujące stanowiska pracy:
  - 1) Główny księgowy,
  - 2) Księgowy.

### **§ 105**

Do zadań Sekcji Ekonomiczno – Finansowej należy w szczególności:

1. prowadzenie rachunkowości Zespołu zgodnie z obowiązującymi przepisami i zasadami, a w szczególności organizacja systemu sporządzania, przyjmowania, ewidencjonowania, obiegu, archiwizowania i kontroli dokumentacji księgowej, bieżące i prawidłowe księgowanie zdarzeń gospodarczych,
2. prowadzenie gospodarki finansowej Zespołu w sposób zapewniający realizację umów zawieranych przez Zespół, przestrzeganie zasad rozliczeń pieniężnych i ochrony wartości pieniężnych oraz terminową windykację należności i dochodzenie roszczeń spornych;
3. prawidłowe i terminowe dokonywanie wszelkich rozliczeń finansowych;
4. prowadzenie rozliczeń oraz nadzór nad prawidłowością wykorzystania środków pochodzących z dotacji oraz innych środków będących w dyspozycji Zespołu;
5. prowadzenie gospodarki środkami trwałymi w Zespole, w tym dokonywanie ich amortyzacji i inwentaryzacji zgodnie z obowiązującymi przepisami i procedurami obowiązującymi w Zespole;
6. prowadzenie gospodarki materiałowej, rozliczanie ilościowo – wartościowe magazynów, uzgadnianie stanów magazynowych z ewidencją księgową;
7. prowadzenie ewidencji ilościowo – wartościowej składników majątkowych: środków trwałych, wartości niematerialnych i prawnych oraz pozostałych środków trwałych (niskocennych);
8. wystawianie i ewidencja faktur, rachunków, paragonów, itp., w zakresie działalności Zespołu;
9. prowadzenie ewidencji kosztów i rachunku kosztów oraz analiz, w tym zakresie;



10. terminowe i prawidłowe sporządzanie sprawozdań wynikających z obowiązujących przepisów prawnych, wymagań organu tworzącego, organów nadzoru, organów i instytucji uprawnionych;
11. prowadzenie całokształtu spraw płacowych i wymaganej przez prawo dokumentacji w tym zakresie, poprzez naliczanie wynagrodzeń pracowniczych oraz wynikających z umów cywilnoprawnych, wraz z obowiązującymi kosztami ubezpieczeń społecznych i zdrowotnych oraz podatkiem dochodowym i innymi;
12. terminowe i prawidłowe sporządzanie odpowiednich informacji i rozliczeń z ZUS zgodnie z obowiązującymi przepisami oraz obsługa programu „Płatnik”;
13. terminowe rozliczenia z Państwowym Funduszem Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych;
14. ustalanie wymiaru zaliczek na podatek dochodowy i innych obciążeń publicznoprawnych oraz terminowe sporządzanie odpowiednich informacji i rozliczeń do Urzędu Skarbowego/ Urzędu Gminy zgodnie z obowiązującymi przepisami;
15. prowadzenie spraw związanych z obsługą, rozliczeniem Zakładowego Funduszu Świadczeń Socjalnych zgodnie z obowiązującymi przepisami i Zakładowym Regulaminem Świadczeń Socjalnych, obowiązującym w Zespole;
16. opracowywanie projektów planów finansowych i inwestycyjnych;
17. kalkulacja i ustalanie cen prowadzonej sprzedaży usług w porozumieniu z kierownikami komórek organizacyjnych Zespołu;
18. prowadzenie Kasy Zespołu.

## SEKRETARIAT DYREKTORA

### § 106

1. W Sekretariacie tworzy się stanowisko Sekretarki, która podlega Dyrektorowi Zespołu.
2. Do zadań sekretarki należy obsługa sekretariatu oraz stanowisk Dyrektora, Zastępcy dyrektora ds. lecznictwa oraz Zastępcy dyrektora ds. administracyjnych.
3. Do zadań Sekretariatu należy, w szczególności:
  - 1) ewidencjonowanie korespondencji wpływającej do Zespołu w dzienniku korespondencji;
  - 2) doręczanie korespondencji po dekretacji Dyrektora/Zastępców dyrektora poszczególnym komórkom organizacyjnym / stanowiskom pracy;
  - 3) przyjmowanie, ewidencjonowanie, wysyłanie korespondencji wychodzącej;
  - 4) ewidencja i dystrybucja zarządzeń Dyrektora;
  - 5) pisanie/przepisywanie pism, zarządzeń, sporządzanie analiz, itp. zleconych przez Dyrektora/Zastępców dyrektora;
  - 6) obsługa programu prawnego Lex;
  - 7) obsługa telefonu, faxu, poczty elektronicznej, kserokopiarki;
  - 8) uzgadnianie i organizowanie narad i spotkań Dyrektora i Zastępców dyrektora;
  - 9) protokołowanie narad Dyrektora i Zastępców dyrektora, prowadzenie ewidencji narad, list obecności;
  - 10) obsługa interesantów, udzielanie informacji, kierowanie do właściwych komórek organizacyjnych bądź stanowisk pracy;
  - 11) prowadzenie rejestru skarg i wniosków;
  - 12) prowadzenie ewidencji i dystrybucji przepisów prawnych przekazywanych na poszczególne stanowiska pracy;
  - 13) prowadzenie Księgi kontroli Zespołu i udostępnianie organom kontrolującym.



## KOMITET KONTROLI ZAKAŻEŃ SZPITALNYCH

### § 107

Do zadań Komitetu Kontroli Zakażeń Szpitalnych należy:

- 1) opracowywanie planów i kierunków systemu zapobiegania i zwalczania zakażeń szpitalnych;
- 2) ocena wyników kontroli wewnętrznej przedstawianych przez Zespół Kontroli Zakażeń Szpitalnych;
- 3) opracowywanie i aktualizacja standardów farmakoprofilaktyki i farmakoterapii zakażeń i chorób zakaźnych w szpitalu.

## ZESPÓŁ KONTROLI ZAKAŻEŃ SZPITALNYCH

### § 108

Do zadań Zespołu Kontroli Zakażeń Szpitalnych należy:

- 1) opracowywanie i aktualizacja systemu zapobiegania i zwalczania zakażeń szpitalnych;
- 2) prowadzenie kontroli wewnętrznej oraz przedstawianie wyników i wniosków z tej kontroli kierownikowi szpitala i komitetowi 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.

## WARUNKI WSPÓŁDZIAŁANIA KOMÓREK ORGANIZACYJNYCH

### § 109

1. Warunki współdziałania między komórkami organizacyjnymi Zespołu dla zapewnienia sprawnego i efektywnego funkcjonowania Zespołu pod względem diagnostyczno – leczniczym, pielęgnacyjnym, rehabilitacyjnym i administracyjno – gospodarczym określają zadania komórek organizacyjnych, zadania kierowników i pracowników tych komórek, a także wewnętrzne procedury postępowania, wytyczne i zarządzenia Dyrektora.

2. Współdziałanie poszczególnych komórek organizacyjnych ma na celu:

- 1) prawidłową realizację zadań statutowych;
- 2) usprawnianie procesów informacyjno – decyzyjnych;
- 3) integrację działań komórek organizacyjnych Zespołu.

3. Kierownicy/ koordynatorzy komórek organizacyjnych/ bezpośredni przełożeni pracowników/ samodzielne stanowiska pracy zobowiązani są:

1) znać zadania komórek/ samodzielnych stanowisk pracy występujących w Zespole, niniejszy Regulamin, procedury postępowania, wytyczne i zarządzenia Dyrektora określające zasady współdziałania, obowiązki i odpowiedzialność poszczególnych komórek/ stanowisk pracy w realizacji zadań Zespołu.

2) współpracować i współdziałać ze sobą w zakresie swoich kompetencji w realizacji zadań, mając na uwadze cel nadrzędny – dobro pacjenta.

3. W celu zapewnienia właściwego współdziałania komórek organizacyjnych Zespołu, usprawnienia procesów informacyjno – decyzyjnych, organizowane są okresowe, doraźne

- narady/ spotkania Dyrektora z kadrą kierowniczą/ samodzielnyimi stanowiskami pracy w celu:
- 1) omówienie sposobów realizacji nowych zadań, zmian organizacji i funkcjonowania Zespołu;
  - 2) wymiany informacji i problemów współpracy i współdziałania między komórkami/ stanowiskami, a także podmiotami zewnętrznymi świadczącymi usługi medyczne i niemedyczne na rzecz Zespołu;
  - 3) omawiania bieżącej sytuacji finansowej, kadrowej, realizacji świadczeń zdrowotnych i zadań administracyjno – techniczno – gospodarczych.
4. Kierownicy komórek organizacyjnych i inni obecni na naradach/ spotkaniach z Dyrektorem oraz pielęgniarki koordynujące uczestniczące w spotkaniach z Przełożoną Pielęgniarką są zobowiązani w sposób udokumentowany przekazać informacje uzyskane na w/w spotkaniach/ naradach podległemu personelowi/ personelowi udzielającemu świadczeń w komórkach.

## **ROZDZIAŁ VIII**

### **PRZEBIEG PROCESU UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W KOMÓRKACH ORGANIZACYJNYCH ZESPOŁU**

#### **§ 110**

1. Zespół udziela świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych ubezpieczonym oraz innym osobom uprawnionym do tych świadczeń na podstawie odrębnych przepisów nieodpłatnie, za częściową odpłatnością lub całkowitą odpłatnością.
2. Zespół nie może odmówić udzielenia świadczenia zdrowotnego osobie, która potrzebuje natychmiastowego udzielenia takiego świadczenia ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia.
3. Pacjenci zgłaszający się do Zespołu przed udzieleniem świadczenia opieki zdrowotnej są weryfikowani na podstawie dokumentu tożsamości w elektronicznym systemie weryfikacji uprawnień świadczeniobiorców do świadczeń zdrowotnych. W przypadku negatywnej weryfikacji pacjenci ubezpieczeni winni okazać się dokumentem potwierdzającym aktualne ubezpieczenie lub wypełnić oświadczenie o przysługującym prawie do świadczeń opieki zdrowotnej.
4. W przypadku pacjenta nieubezpieczonego (nieposiadającego prawa do bezpłatnych świadczeń opieki zdrowotnej) Zespół wystawia fakturę za wykonaną usługę medyczną, zgodnie z cennikiem świadczeń zdrowotnych udzielanych pacjentom nieuprawnionym do świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych w Zespole, wydanym Zarządzeniem Dyrektora Zespołu.
5. Dokumentem potwierdzającym prawo ubezpieczonego do świadczeń opieki zdrowotnej jest każdy dokument, który potwierdza uprawnienia do świadczeń opieki zdrowotnej.
6. Lekarz może przeprowadzić badanie lub udzielić innych świadczeń zdrowotnych, z zastrzeżeniem wyjątków przewidzianych w ustawie o zawodach lekarza i lekarza dentystry, po wyrażeniu zgody przez pacjenta.
7. Jeżeli pacjent jest małoletni lub niezdolny do świadomego wyrażenia zgody, wymagana jest zgoda jego przedstawiciela ustawowego, a gdy pacjent nie ma przedstawiciela ustawowego lub porozumienie się z nim jest niemożliwe - zezwolenie sądu opiekuńczego.
8. Jeżeli zachodzi potrzeba przeprowadzenia badania osoby, o której mowa w ust. 7, zgodę na przeprowadzenie badania może wyrazić także opiekun faktyczny.



9. W przypadku osoby całkowicie ubezwłasnowolnionej zgodę wyraża przedstawiciel ustawowy tej osoby. Jeżeli osoba taka jest w stanie z rozeznaniem wypowiedzieć opinię w sprawie badania, konieczne jest ponadto uzyskanie zgody tej osoby.

10. Jeżeli pacjent ukończył 16 lat, wymagana jest także jego zgoda.

11. Jeżeli małoletni, który ukończył 16 lat, osoba ubezwłasnowolniona albo pacjent chory psychicznie lub upośledzony umysłowo, lecz dysponujący dostatecznym rozeznaniem, sprzeciwia się czynnościom medycznym, poza zgodą jego przedstawiciela ustawowego lub opiekuna faktycznego albo w przypadku niewyrażenia przez nich zgody wymagane jest zezwolenie sądu opiekuńczego.

12. Jeżeli ustawa nie stanowi inaczej, zgoda osób wymienionych w ust. 6, 7 i 9 może być wyrażona ustnie albo nawet poprzez takie ich zachowanie, które w sposób niebudzący wątpliwości wskazuje na wolę poddania się proponowanym przez lekarza czynnościom medycznym.

13. Jeżeli pacjent, o którym mowa w ust. 7, nie ma przedstawiciela ustawowego ani opiekuna faktycznego albo porozumienie się z tymi osobami jest niemożliwe, lekarz po przeprowadzeniu badania może przystąpić do udzielania dalszych świadczeń zdrowotnych dopiero po uzyskaniu zgody sądu opiekuńczego, chyba że co innego wynika z przepisów ustawy o zawodzie lekarza i lekarza dentysty.

14. Badanie lub udzielenie pacjentowi innego świadczenia zdrowotnego bez jego zgody jest dopuszczalne, jeżeli wymaga on niezwłocznej pomocy lekarskiej, a ze względu na stan zdrowia lub wiek nie może wyrazić zgody i nie ma możliwości porozumienia się z jego przedstawicielem ustawowym lub opiekunem faktycznym.

15. Decyzję o podjęciu czynności medycznych w okolicznościach, o których mowa w ust. 14, lekarz powinien w miarę możliwości skonsultować z innym lekarzem.

16. Okoliczności, o których mowa w pkt. 14 i 15, lekarz odnotowuje w dokumentacji medycznej pacjenta.

## **IZBA PRZYJĘĆ /IP/**

### **§ 111**

1. Lekarz/ pielęgniarka udzielający świadczeń zdrowotnych w IP są zobowiązani przed udzieleniem świadczenia zweryfikować uprawnienia pacjentów do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

2. Lekarz udzielający świadczeń zdrowotnych w IP nie może odmówić udzielenia świadczenia zdrowotnego – bez względu na prawo do świadczeń – osobie, która potrzebuje natychmiastowego udzielenia takiego świadczenia ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia.

3. W przypadku udzielenia świadczeń zdrowotnych osobie nieuprawnionej do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych – lekarz informuje pacjentów o odpłatności za udzielenie świadczenia i sporządza „Wykaz świadczeń zdrowotnych udzielonych osobie nieuprawnionej do świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych w Zespole Zakładów Opieki Zdrowotnej im. Jerzego Pióro w Dobrym Mieście” –

który dostarcza do Sekcji Ekonomiczno – Finansowej Zespołu.

## § 112

1. W każdym przypadku zgłoszenia się do IP pacjenta z chorobą, obrażeniami ciała, zaburzeniami czynności organizmu mogącymi być skutkiem działania przestępczego lub przemocy w rodzinie – lekarz IP powiadamia Policję.
2. W razie rozpoznania choroby zakaźnej lub podejrzenia wystąpienia choroby zakaźnej u pacjenta IP – lekarz IP niezwłocznie kieruje pacjenta (organizuje transport medyczny) do właściwego podmiotu leczniczego – zgodnie z rejonizacją w tym zakresie, a w pomieszczeniu, w którym przebywał pacjent zarządza dezynfekcją. Pacjenta z podejrzeniem lub rozpoznaniem choroby zakaźnej umieszcza się w Izolatce, która znajduje się w pomieszczeniach Izby Przyjęć.
3. W przypadku udzielenia porady ambulatoryjnej pacjentowi IP – lekarz IP sporządza dokumentację medyczną i przekazuje pacjentowi Kartę informacyjną odmowy przyjęcia do szpitala/ udzielenia porady ambulatoryjnej. Pielęgniarka IP sporządza pielęgniarską dokumentację medyczną prowadzoną w IP.
4. W przypadku braku wskazań lekarskich do leczenia szpitalnego, lekarz dyżurny IP po zbadaniu pacjenta może odmówić przyjęcia, informując badanego o toku dalszego postępowania. Lekarz dyżurny IP sporządza odpowiednią adnotację w **Księdze odmów przyjęć i porad ambulatoryjnych**, a pacjent otrzymuje **Kartę informacyjną odmowy przyjęcia do szpitala/ udzielenia porady ambulatoryjnej w Izbie Przyjęć**.
5. W przypadku wystąpienia sytuacji kryzysowej, np. wypadku masowego, katastrofy, pożaru, podłożenia ładunku wybuchowego – Lekarz IP niezwłocznie zawiadamia Dyrektora Zespołu lub Zastępcę dyrektora ds. lecznictwa. Do czasu przybycia Dyrektora Zespołu lub Zastępcy dyrektora ds. lecznictwa całością akcji ratunkowej kieruje lekarz IP, a wszyscy lekarze udzielający świadczeń zdrowotnych w tym czasie (lekarze dyżurujący w OChW/ZOL/ZOL-P, oraz w poradni), a także pozostały personel medyczny i niemedyczny podlegają kierującemu akcją ratunkową.
6. Lekarz IP prowadzi dokumentację medyczną pacjentów Izby Przyjęć.

## PRZYJĘCIE PACJENTA W IZBIE PRZYJĘĆ DO ODZIAŁU CHORÓB WEWNĘTRZNYCH /OChW/

## § 113

1. Przyjęcie pacjenta do Oddziału Chorób Wewnętrznych odbywa się w Izbie Przyjęć.
2. O przyjęciu pacjenta do OChW decyduje lekarz dyżurny Izby Przyjęć po zbadaniu podmiotowym i przedmiotowym pacjenta, zebraniu wywiadu, analizie lub wykonaniu badań diagnostycznych i uzyskaniu jego zgody lub zgody przedstawiciela ustawowego pacjenta na hospitalizację i leczenie chyba, że na mocy odrębnych przepisów możliwe jest przyjęcie do OChW bez wyrażenia zgody.
3. Lekarz IP ma prawo zwrócić się do lekarza OChW o konsultację internistyczną w sprawie przyjęcia lub odmowy przyjęcia pacjenta do OChW lub udzielenia pomocy medycznej w IP.
4. Lekarz OChW jest obowiązany zawiadomić wskazaną przez pacjenta osobę lub instytucję, lub



przedstawiciela ustawowego o:

- 1) przyjęciu bez ich wiedzy do OChW pacjenta małoletniego;
- 2) przyjęciu pacjenta bez względu na wiek w przypadku nagłym i ciężkim albo o znacznym pogorszeniu się stanu chorego lub jego zgonie;
- 3) przeniesieniu pacjenta do innego podmiotu leczniczego z podaniem dokładnego adresu tego podmiotu.

5. Zawiadomienia, o których mowa u punkcie 1) i 3) dokonuje pielęgniarka na polecenie lekarza OChW, natomiast zawiadomienia, o którym mowa w punkcie 2) dokonuje lekarz OChW.

6. Lekarz OChW jest zobowiązany poinformować Policję:

1) w przypadku przyjęcia pacjenta małoletniego, z którego przedstawicielem ustawowym lub opiekunem faktycznym nie można się skontaktować – nie później niż w okresie 4 godzin od przyjęcia;

2) w przypadku przyjęcia lub zgonu pacjenta, którego tożsamości nie można ustalić albo potwierdzić na podstawie dokumentów stwierdzających tożsamość – nie później niż w okresie 8 godzin odpowiednio od przyjęcia albo zgonu.

7. W przypadku decyzji lekarza IP o niezwłocznej hospitalizacji pacjenta w oddziale szpitalnym – w sytuacji kiedy brak miejsc w OChW, oraz zakres świadczeń udzielanych przez OChW lub względy epidemiczne nie pozwalają na przyjęcie pacjenta, po udzieleniu przez lekarza IP niezbędnej pomocy medycznej, zapewnia się transport medyczny odpowiedni do stanu zdrowia pacjenta do innego podmiotu leczniczego po uprzednim uzgodnieniu z lekarzem tego podmiotu o możliwości przyjęcia pacjenta.

8. Przy przyjęciu do OChW pacjent winien okazać w Izbie Przyjęć w szczególności:

- 1) dowód osobisty lub inny dokument potwierdzający tożsamość;
- 2) skierowanie do szpitala (kod skierowania).

9. Skierowanie nie jest wymagane w stanach nagłych.

10. Pacjentom zakwalifikowanym do przyjęcia do OChW zakładana jest dokumentacja medyczna, w szczególności „historia choroby”.

11. Pacjenta przyjętego do OChW zaopatruje się w znak identyfikacyjny, który zawiera imię i nazwisko oraz datę urodzenia pacjenta. Dane na znaku identyfikacyjnym są zapisane w sposób uniemożliwiający identyfikację pacjenta przez osoby nieuprawnione. W przypadku uzasadnionym stanem zdrowia pacjenta Dyrektor Zespołu może podjąć decyzję o odstąpieniu od zaopatrywania tego pacjenta w znak identyfikacyjny. Informacje w tym zakresie wraz z podaniem przyczyn odstąpienia zamieszcza się w dokumentacji medycznej pacjenta.

12. Lekarz i pielęgniarka IP przyjmujący pacjenta dokonują odpowiednio wpisów w historii choroby w części dotyczącej „Przyjęcia pacjenta”.

13. Do historii choroby przy przyjęciu należy dołączyć pisemne oświadczenie pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego o upoważnieniu:

- 1) osoby do uzyskiwania informacji o stanie zdrowia pacjenta, udzielonych świadczeniach zdrowotnych, ze wskazaniem imienia i nazwiska osoby upoważnionej oraz danych umożliwiających kontakt z tą osobą lub pisemne oświadczenie o braku takiego upoważnienia;
- 2) pisemne oświadczenie pacjenta o upoważnieniu osoby do uzyskiwania dokumentacji medycznej, ze wskazaniem imienia i nazwiska osoby upoważnionej lub pisemne oświadczenie o braku takiego upoważnienia.



14. Realizacja świadczeń zdrowotnych może nastąpić po uzyskaniu zgody pacjenta, a w przypadku zastosowania metody leczenia lub diagnostyki o podwyższonym ryzyku, po uzyskaniu zgody pacjenta na piśmie.

15. W przypadku braku wolnych miejsc w OChW – lekarz IP wpisuje pacjenta na „Listę oczekujących na udzielenie świadczeń zdrowotnych w OChW” i po uzgodnieniu terminu z lekarzem OChW, informuje pacjenta o terminie udzielenia świadczenia zdrowotnego.

## **PRZYJĘCIE PACJENTA DO ZOL/ZOLP/ZOLB/ZOLR**

### **§ 114**

1. Przyjęcie pacjenta do ZOL/ZOL-P odbywa się w IP przez lekarzy tych komórek. Postanowienia § 113 pkt. 10-13 stosuje się odpowiednio. W ZOLP postanowienia § 93 pkt. 11 nie stosuje się.
2. Przyjęcie pacjenta do ZOLB/ZOLR odbywa się w odpowiednio w ZOLB/ZOLR przez lekarzy tych komórek. Postanowienia § 113 pkt. 10-11,13 stosuje się odpowiednio. Lekarz i pielęgniarka ZOLB/ZOLR przyjmujący pacjenta dokonują odpowiednio wpisów w historii choroby w części dotyczącej „Przyjęcia pacjenta”.
3. Lekarz przyjmujący pacjenta na hospitalizację do ZOL/ZOLP/ZOLB/ZOLR ma prawo odmówić hospitalizacji po zbadaniu pacjenta. Lekarz ZOL/ZOLP/ZOLB/ZOLR odmawia przyjęcia, odnotowuje na „Skierowaniu do zakładu opiekuńczo – leczniczego/ pielęgnacyjno – opiekuńczego”/„Skierowaniu do szpitala psychiatrycznego”.
4. Zgodę na przyjęcie do ZOL/ZOL-P/ZOLB/ZOLR wyraża pacjent, jego przedstawiciel ustawowy, a w przypadku osób ubezwłasnowolnionych – osoba wskazana przez sąd. Przyjęcie może odbyć się także bez zgody pacjenta – postanowieniem (orzeczeniem) sądu opiekuńczego.

### **§ 115**

Pacjent, któremu udzielane są świadczenia zdrowotne może pozostawić rzeczy wartościowe w depozycie Zespołu. Pacjent otrzymuje kartę depozytową potwierdzającą przekazanie rzeczy wartościowych na przechowanie. Pacjent może przekazać na przechowanie odzież za pokwitowaniem przyjęcia odzieży na przechowanie.

## **PRZYJĘCIE PACJENTA DO PORADNI NOCNEJ I ŚWIĄTECZNEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ**

### **§ 116**

1. Lekarz/ pielęgniarka udzielający świadczeń zdrowotnych w Poradni NŚOZ w warunkach ambulatoryjnych są zobowiązani przed udzieleniem świadczenia zweryfikować uprawnienia pacjentów do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.
2. Lekarz udzielający świadczeń w tym samym czasie w Izbie Przyjęć Zespołu oraz w Poradni NŚOZ dokonuje kwalifikacji pacjenta pod względem medycznym tj. ustala na podstawie stanu zdrowia czy pacjenta skierować na Izbę Przyjęć Zespołu czy udzielić mu świadczenia



ambulatoryjnego w ramach Poradni NŚOZ.

3. Lekarz/pielęgniarka udzielający świadczeń zdrowotnych w Poradni NŚOZ nie może odmówić udzielenia świadczenia zdrowotnego – bez względu na prawo do świadczeń – osobie, która potrzebuje natychmiastowego udzielenia takiego świadczenia ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia.

4. W przypadku udzielenia świadczeń zdrowotnych osobie nieuprawnionej do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych – lekarz informuje pacjentów o odpłatności za udzielenie świadczenia i sporządza „Wykaz świadczeń zdrowotnych udzielonych osobie nieuprawnionej do świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych w Zespole Zakładów Opieki Zdrowotnej im. Jerzego Pióro w Dobrym Mieście” – który dostarcza do Sekcji Ekonomiczno – Finansowej Zespołu.

### § 117

1. W każdym przypadku zgłoszenia się do Poradni NŚOZ pacjenta z chorobą, obrażeniami ciała, zaburzeniami czynności organizmu mogącymi być skutkiem działania przestępczego lub przemocy w rodzinie – lekarz lub pielęgniarka Poradni NŚOZ powiadamia Policję.

2. W przypadku udzielenia porady ambulatoryjnej pacjentowi Poradni NŚOZ – lekarz lub pielęgniarka (odpowiednio) sporządza dokumentację medyczną.

### § 118

Porady lekarskie oraz świadczenia udzielane przez pielęgniarski w miejscu zamieszkania lub pobytu świadczeniobiorcy są realizowane poprzez bezpośredni kontakt telefoniczny z podwykonawcą, pod numer telefonu wskazanym przez podwykonawcę.

## PRZYJĘCIE PACJENTA W PORADNIACH

### § 119

1. Rejestracja pacjenta do poradni odbywa się osobiście, telefonicznie, elektronicznie lub przez osobę trzecią.

2. Świadczenia zdrowotne udzielane są w poradniach według kolejności zgłoszeń, w wyznaczonych dniach i godzinach pracy poradni.

3. Prawo do świadczeń **poza kolejnością** w dniu zgłoszenia mają:

1) kobiety w ciąży.

2) świadczeniobiorcy do 18 roku życia, u których stwierdzono ciężkie i nieodwracalne upośledzenie albo nieuleczalną chorobę zagrażającą życiu, które powstały w prenatalnym okresie rozwoju dziecka lub w czasie porodu, na podstawie zaświadczenia lekarza podstawowej opieki zdrowotnej lub lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, posiadającego specjalizację II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie: położnictwa i ginekologii, perinatologii, neonatologii, pediatrii, neurologii dziecięcej, kardiologii dziecięcej lub chirurgii dziecięcej.

3) osoby posiadające orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności.



4) osoby posiadające orzeczenie o niepełnosprawności łącznie ze wskazaniami: konieczności stałej lub długotrwałej opieki lub pomocy innej osoby w związku ze znacznie ograniczoną możliwością samodzielnej egzystencji oraz konieczności stałego współudziału na co dzień opiekuna dziecka w procesie jego leczenia, rehabilitacji i edukacji.

5) Honorowi Dawcy Krwi

6) inwalidzi wojenni i wojskowi

7) żołnierze zastępczej służby wojskowej;

8) cywilne niewidome ofiary działań wojennych;

9) kombatanci;

10) działacze opozycji antykomunistycznej i osoby represjonowane z powodów politycznych;

11) osoby deportowane do pracy przymusowej;

12) uprawnieni żołnierze lub pracownicy, których ustalony procentowy uszczerbek na zdrowiu wynosi co najmniej 30%;

13) weterani poszkodowani, których ustalony procentowy uszczerbek na zdrowiu wynosi co najmniej 30%;

14) dawcy krwi, którzy oddali co najmniej 3 donacje krwi lub jej składników, w tym osocza po chorobie COVID-19 - na podstawie zaświadczenia, o którym mowa w art. 9a ust. 3 ustawy z dnia 22 sierpnia 1997 r. o publicznej służbie krwi;

15) osoby, które legitymują się zaświadczeniem o poważnych następstwach zdrowotnych spowodowanych przez zdarzenie medyczne przez okres wskazany w tym zaświadczeniu, nie dłużej niż 5 lat od dnia wydania zaświadczenia

- po okazaniu dokumentu potwierdzającego w/w status. Pacjentów zakwalifikowanych do świadczeń poza kolejnością nie wpisuje się na listę oczekujących.

4. W razie braku możliwości udzielenia świadczenia w dniu zgłoszenia pacjent zapisywany jest na „**Listę oczekujących na udzielenie świadczenia zdrowotnego**” prowadzonej dla każdej poradni, informowany o terminie udzielenia świadczenia zdrowotnego. Listy oczekujących na udzielenie świadczenia zdrowotnego prowadzone są w wersji elektronicznej, w sposób zapewniający poszanowanie zasady sprawiedliwego, równego, niedyskryminującego i przejrzystego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej oraz zgodnie z kryteriami medycznymi.

5. W przypadku gdy udzielenie świadczenia osobom wskazanym w ust. 3 nie jest możliwe w dniu zgłoszenia, pacjentowi wyznaczany jest inny termin poza kolejnością przyjęć wynikający z prowadzonej listy oczekujących. Świadczenie z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej nie może być udzielone w terminie późniejszym niż w ciągu 7 dni roboczych od dnia zgłoszenia.

## § 120

Świadczenia Poradni Podstawowej Opieki Zdrowotnej (POZ) w przypadkach uzasadnionych stanem zdrowia pacjenta są udzielane w dniu zgłoszenia, w innych przypadkach w terminie uzgodnionym z pacjentem.

## § 121

1. Ambulatoryjne świadczenia specjalistyczne są udzielane na podstawie skierowania lekarza ubezpieczenia zdrowotnego.



2. Skierowanie nie jest wymagane:

- 1) w stanach nagłych oraz;
- 2) do poradni podstawowej opieki zdrowotnej;
- 3) do poradni nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej;
- 4) do poradni ginekologiczno – położniczej;
- 5) do lekarza psychiatry (Poradnia Zdrowia Psychicznego);
- 6) dla osób chorych na gruźlicę;
- 7) dla osób zarażonych wirusem HIV;
- 8) do Poradni Terapii Uzależnienia od Alkoholu i Współuzależnienia;
- 9) dla inwalidów wojennych i wojskowych, osób represjonowanych oraz kombatantów;
- 10) dla cywilnych, niewidomych ofiar działań wojennych;
- 11) dla uprawnionego żołnierza lub pracownika, w zakresie leczenia urazów lub chorób nabytych podczas wykonywania zadań poza granicami państwa;
- 12) dla weterana poszkodowanego, w zakresie leczenia urazów lub chorób nabytych podczas wykonywania zadań poza granicami państwa;
- 13) dla pacjentów do 18 roku życia, u których stwierdzono ciężkie i nieodwracalne upośledzenie albo nieuleczalną chorobę zagrażającą życiu, które powstały w prenatalnym okresie rozwoju dziecka lub w czasie porodu.

## § 122

1. Pacjenci przed zaplanowaną wizytą w poradni, w danym dniu są weryfikowani na podstawie dokumentu tożsamości w elektronicznym systemie weryfikacji uprawnień świadczeniobiorców do świadczeń zdrowotnych. W przypadku negatywnej weryfikacji pacjenci ubezpieczeni winni okazać się dokumentem potwierdzającym aktualne ubezpieczenie lub wypełnić oświadczenie o przysługującym prawie do świadczeń opieki zdrowotnej.

2. W przypadku pacjenta nieubezpieczonego (nieposiadającego prawa do bezpłatnych świadczeń opieki zdrowotnej) Zespół wystawia fakturę za wykonaną usługę medyczną, zgodnie z cennikiem świadczeń zdrowotnych udzielanych pacjentom nieuprawnionym do świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych w Zespole, wydanym Zarządzeniem Dyrektora Zespołu.

3. Pracownik rejestracji lub pracownik określonej poradni (Poradnia ginekologiczno – położnicza i Poradnia Leczenia Uzależnienia od Alkoholu i Współuzależnienia) zakładają pacjentom pierwszorazowym historii zdrowia i choroby, informują o prawach pacjenta.

3. Do historii zdrowia i choroby pracownicy, o których mowa wyżej dołączają:

- a) pisemne oświadczenie pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego o upoważnieniu osoby do uzyskiwania informacji o stanie zdrowia pacjenta i udzielonych świadczeniach zdrowotnych, ze wskazaniem imienia i nazwiska osoby upoważnionej oraz danych umożliwiających kontakt z tą osobą lub pisemne oświadczenie o braku takiego upoważnienia;
- b) pisemne oświadczenie pacjenta o upoważnieniu osoby do uzyskiwania dokumentacji medycznej, ze wskazaniem imienia i nazwiska osoby upoważnionej lub pisemne oświadczenie o braku takiego upoważnienia.

## RAMOWY ROZKŁAD DNIA W OCHW, ZOL, ZOL-P, ZOLB, ZOLR

### § 123

#### 1. Ramowy rozkład dnia w Oddziale Chorób Wewnętrznych

L.p.	Godzina	Czynności
1	6.00 – 8.00	- Pomiar ciepłoty ciała, ciśnienia tętniczego oraz innych parametrów - Pobieranie materiałów do badań laboratoryjnych - Toaleta / kąpiel pacjentów - Ścielenie łóżek
2	8.00 – 9.00	- Śniadanie
3	8.00 – 9.30	- Realizacja zleceń lekarskich - Wykonywanie badań diagnostycznych
4	10.30 - 11.30	- Obchód lekarski
5	10.30 - 12.30	- Realizacja zleceń lekarskich, zabiegów pielęgnacyjnych
6	13.00 - 14.00	- Obiad
7	13.30 - 16.00	- Realizacja zleceń lekarskich - Wykonywanie badań diagnostycznych - Konsultacje lekarskie
		- Organizacja czasu wolnego pacjentom, edukacja pacjentów cukrzycowych
8	16.00 - 17.00	- Pomiar ciepłoty ciała, ciśnienia tętniczego oraz innych parametrów - Realizacja zleceń lekarskich
9	17.45 - 18.45	- Kolacja - Realizacja zleceń lekarskich (podawanie leków doustnych, innych) - Zabiegi pielęgnacyjne
10	18.45 - 21.30	- Toaleta wieczorna pacjentów - Obchód lekarski - Realizacja zleceń lekarskich
12	21.30 – 6.00	- Cisza nocna

#### 2. Ramowy rozkład dnia w Zakładzie Opiekuńczo – Leczniczym

L.p.	Godzina	Czynności
1	6.00 – 8.00	- Toaleta pacjentów, ścielenie łóżek - Pomiar temperatury ciała - Pobieranie materiałów do badań laboratoryjnych
2	8.00 – 9.00	- Śniadanie
3	8.00 – 9.30	- Realizacja zleceń lekarskich - Wykonywanie zabiegów pielęgnacyjnych
4	8.30– 9.30	- Obchód lekarski (poniedziałki, piątki)
5	8.30 – 11.00	- Kąpiele chorych



6	08.30 – 14.30	- Terapia zajęciowa - Zajęcia z psychologiem/ logopedą - Rehabilitacja medyczna pacjentów - Wykonywanie zabiegów pielęgnacyjnych
7	10.00 – 13.00	- Realizacja zleceń lekarskich - Wykonywanie badań diagnostycznych - Realizacja konsultacji lekarskich - Pomiar ciśnienia tętniczego - Zabiegi pielęgnacyjne
8	13.00 – 14.00	- Obiad
9	14.00 – 17.30	- Zabiegi pielęgnacyjne - Pomiar temperatury ciała - Organizacja czasu wolnego pacjentom
10	17.45 – 18.45	- Kolacja
11	17.45 – 19.30	- Zabiegi pielęgnacyjne - Realizacja zleceń lekarskich
12	19.30 – 21.30	- Toaleta wieczorna chorych - II kolacja dla pacjentów z cukrzycą - Realizacja zleceń lekarskich
13	21.30 – 6.00	- Cisza nocna - Zabiegi pielęgnacyjne

### 3. Ramowy rozkład dnia w Zakładzie Opiekuńczo – Leczniczym Psychiatrycznym

L.p.	Godzina	Czynności
1	6.00 – 8.00	- Pomiar temperatury ciała - Pobieranie materiałów do badań laboratoryjnych - Toaleta pacjentów, ścielenie łóżek
2	8.00 – 12.00	- Kąpiel pacjentów
3	7.45 – 8.45	- Śniadanie
4	7.45 – 10.00	- Realizacja zleceń lekarskich
5	9.00 – 13.00	- II śniadanie dla pacjentów z cukrzycą - Realizacja zleceń lekarskich, zabiegów i badań diagnostycznych - Konsultacje lekarskie - Wykonywanie zabiegów pielęgnacyjnych
6	9.00 – 14.00	- Terapia zajęciowa, zajęcia z psychologiem
7	12.00 – 14.00	- Obchód lekarski - poniedziałek
8	13.00 – 14.00	- Obiad
9	14.30 – 17.00	- Pomiar temperatury ciała - Realizacja zleceń lekarskich - Organizacja czasu wolnego pacjentom
10	17.45 – 18.45	- Kolacja





11	18.45 – 21.30	- Toaleta wieczorna pacjentów - Wykonywanie zabiegów pielęgnacyjnych - Realizacja zleceń lekarskich (podawanie leków , inne) - Organizacja czasu wolnego pacjentom - Kolacja dla pacjentów z cukrzycą
12	21.30 – 06.00	- Cisza nocna

#### 4. Ramowy rozkład dnia w Zakładzie Opiekuńczo – Lecznicyz w Barczewie

L.p.	Godzina	Czynności
1	6.00 – 8.00	- Pomiar temperatury ciała - Pobieranie materiałów do badań laboratoryjnych - Toaleta pacjentów, ścielenie łóżek
2	8.00 – 12.00	- Kąpiel pacjentów
3	7.45 – 8.45	- Śniadanie
4	7.45 – 10.00	- Realizacja zleceń lekarskich
5	9.00 – 13.00	- II śniadanie dla pacjentów z cukrzycą - Realizacja zleceń lekarskich, zabiegów i badań diagnostycznych - Konsultacje lekarskie - Wykonywanie zabiegów pielęgnacyjnych
6	9.00 – 14.00	- Terapia zajęciowa, zajęcia z fizjoterapeutą
7	12.00 – 14.00	- Obchód lekarski (dni zgodnie z harmonogramem)
8	13.00 – 14.00	- Obiad
9	14.30 – 17.00	- Pomiar temperatury ciała - Realizacja zleceń lekarskich - Organizacja czasu wolnego pacjentom (zajęcia z psychologiem)
10	17.45 – 18.45	- Kolacja
11	18.45 – 21.30	- Toaleta wieczorna pacjentów - Wykonywanie zabiegów pielęgnacyjnych - Realizacja zleceń lekarskich (podawanie leków , inne) - Organizacja czasu wolnego pacjentom - Kolacja dla pacjentów z cukrzycą
12	21.30 – 06.00	- Cisza nocna

#### 5. Ramowy rozkład dnia w Zakładzie Opiekuńczo – Lecznicyz dla pacjentów wentylowanych mechanicznie w Barczewie

L.p.	Godzina	Czynności
1	6.00 – 8.00	- Pomiar temperatury ciała - Pobieranie materiałów do badań laboratoryjnych - Toaleta pacjentów, ścielenie łóżek
2	8.00 – 12.00	- Kąpiel pacjentów
3	7.45 – 8.45	- Śniadanie
4	7.45 – 10.00	- Realizacja zleceń lekarskich



5	9.00 – 13.00	- II śniadanie dla pacjentów z cukrzycą - Realizacja zleceń lekarskich, zabiegów i badań diagnostycznych - Konsultacje lekarskie - Wykonywanie zabiegów pielęgnacyjnych
6	9.00 – 14.00	- Terapia zajęciowa, zajęcia z psychologiem
7	12.00 – 14.00	- Obchód lekarski (dni zgodnie z harmonogramem)
8	13.00 – 14.00	- Obiad
9	14.30 – 17.00	- Pomiar temperatury ciała - Realizacja zleceń lekarskich - Organizacja czasu wolnego pacjentom
10	17.45 – 18.45	- Kolacja
11	18.45 – 21.30	- Toaleta wieczorna pacjentów - Wykonywanie zabiegów pielęgnacyjnych - Realizacja zleceń lekarskich (podawanie leków , inne) - Organizacja czasu wolnego pacjentom - Kolacja dla pacjentów z cukrzycą
12	21.30 – 06.00	- Cisza nocna

## ZASADY ODWIEDZIN I UDZIELANIA INFORMACJI O STANIE ZDROWIA PACJENTA

### § 124 ZASADY ODWIDZIN

1. Odwiedziny pacjentów przebywających w OChW/ZOL/ZOL-P odbywają się codziennie w godzinach od 10.00 do 20.00, w ZOL-B, ZOL-R odbywają się codziennie w godzinach od 12.00 do 19.00.
2. W sytuacjach uzasadnionych odwiedziny mogą odbywać się poza w/w godzinami, po wyrażeniu zgody przez koordynatora komórki lub lekarza/ pielęgniarkę dyżurujących.
3. Odwiedziny pacjentów winny odbywać się w sposób nie zakłócający normalnej pracy komórek oraz nie mogą naruszać praw innych pacjentów, w szczególności prawa do poszanowania intymności oraz ciszy i spokoju.
4. W przypadkach uzasadnionych względami sanitarno – epidemiologicznymi, porządkowymi lub ze względu na stan zdrowia innych pacjentów przebywających w sali chorych odwiedziny mogą być w różnym zakresie ograniczone przez koordynatora komórki. Ograniczenie odwiedzin dopuszczalne jest wyłącznie po uzyskaniu zgody Dyrektora Zespołu.
5. Jednego pacjenta mogą odwiedzać jednocześnie 2 osoby.
6. Odwiedzający jest zobowiązany zachować ciszę i spokój w OChW/ZOL/ZOL-P/ZOLB/ZOLR.
7. Odwiedzających obowiązuje zakaz:
  - 1) Manipulowania aparaturą medyczną, urządzeniami, instalacjami elektrycznymi, wentylacyjnymi, grzewczymi, itp.
  - 2) wnoszenia i spożywania na terenie Zespołu napojów alkoholowych;

- 3) dostarczania artykułów żywnościowych, które zostały zabronione przez lekarza;
- 3) odwiedzin w stanie nietrzeźwym;
- 4) przynoszenia przedmiotów, których posiadanie w OCHW/ZOL/ZOL-P/ZOLB/ZOLR jest zbędne;
- 5) wprowadzania i przynoszenia jakichkolwiek zwierząt do budynków Zespołu;
- 6) siadania na łóżkach szpitalnych.
8. Nie wolno oddalać się z pacjentem poza komórkę bez wiedzy lekarza lub pielęgniarki.
9. Osoba odwiedzająca ma obowiązek:
  - 1) włożyć okrycie ochronne, jeśli zaistnieją takie wskazania;
  - 2) podporządkować się wszelkim zaleceniom i wskazówkom personelu Zespołu w trakcie odwiedzin.
10. Osoby odwiedzające nie stosujące się do postanowień niniejszego Regulaminu podlegają wydaleniowi poza obręb Zespołu i ponoszą odpowiedzialność zgodnie z powszechnie obowiązującymi przepisami.

## § 125

### **ZASADY UDZIELANIA INFORMACJI O STANIE ZDROWIA PACJENTÓW**

1. Osoba wykonująca zawód medyczny ma obowiązek udzielić pacjentowi, w tym małoletniemu, który ukończył 16 lat, lub jego przedstawicielowi ustawowemu przystępnej informacji o stanie zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych i leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania lub zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu, w zakresie udzielanych przez tę osobę świadczeń zdrowotnych oraz zgodnie z posiadanymi przez nią uprawnieniami. Informacje powinny być sformułowane jasno i zrozumiale oraz udzielone z taktem i ostrożnością.
2. Osoba wykonująca zawód medyczny może udzielać informacji, o których mowa w pkt. 1 innym osobom, którym pacjent lub jego przedstawiciel ustawowy upoważnił do uzyskania informacji. Jeśli pacjent takiego upoważnienia przy przyjęciu do OChW/ZOL/ZOL-P/ZOLB/ZOLR nie udzielił, może złożyć je w trakcie pobytu w Zespole.
3. W sytuacjach wyjątkowych, jeśli rokowanie jest niepomyślne, osoba wykonująca zawód medyczny może ograniczyć informacje o stanie zdrowia w następujących przypadkach:
  - 1) gdy pacjent wyraźnie i świadomie nie życzy sobie takich informacji;
  - 2) jeśli według oceny osoby wykonującej zawód medyczny przemawia za tym dobro pacjenta.
4. Osobami wykonującymi zawód medyczny są osoby uprawnione na podstawie odrębnych przepisów do udzielania świadczeń zdrowotnych oraz osoby legitymujące się nabyciem fachowych kwalifikacji do udzielania świadczeń zdrowotnych w określonym zakresie lub określonej dziedzinie medycyny.
5. O stanie zdrowia pacjentów, bądź w przypadkach szczególnie uzasadnionych osoby wykonujące zawód medyczny udzielają informacji w każdym czasie.
6. Informacje o stanie zdrowia pacjentów lekarz może udzielić przez telefon lub inne dostępne środki przekazu na odległość.
7. Lekarz prowadzący lub lekarz sprawujący opiekę nad pacjentem w sytuacji nagłego pogorszenia jego stanu zdrowia niezwłocznie zawiadamia osobę upoważnioną przez pacjenta lub



przedstawiciela ustawowego, członka rodziny, opiekuna faktycznego.

## **ZASTOSOWANIE METOD LECZENIA LUB DIAGNOSTYKI O PODWYŻSZONYM RYZYKU DLA PACJENTA**

### **§ 126**

1. Lekarz może zastosować metodę leczenia lub diagnostyki stwarzającą podwyższone ryzyko dla pacjenta, po uzyskaniu jego pisemnej zgody.
2. Przed wyrażeniem zgody przez pacjenta lekarz ma obowiązek udzielenia mu przystępnej informacji o jego stanie zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych, leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu.
3. Lekarz może zastosować metodę stwarzającą podwyższone ryzyko u pacjenta małoletniego, ubezwłasnowolnionego bądź niezdolnego do świadomego wyrażenia pisemnej zgody, po uzyskaniu zgody jego przedstawiciela ustawowego, a gdy pacjent nie ma przedstawiciela ustawowego lub, gdy porozumienie się z nim jest niemożliwe – po uzyskaniu zgody sądu opiekuńczego. Jeżeli pacjent ukończył 16 lat, wymagana jest także jego pisemna zgoda.
4. Jeżeli przedstawiciel ustawowy pacjenta małoletniego, ubezwłasnowolnionego bądź niezdolnego do świadomego wyrażenia zgody nie zgadza się na wykonanie przez lekarza czynności wymienionych w pkt. 1, a niezbędnych dla usunięcia niebezpieczeństwa utraty przez pacjenta życia lub ciężkiego uszkodzenia ciała bądź ciężkiego rozstroju zdrowia, lekarz może wykonać takie czynności po uzyskaniu zgody sądu opiekuńczego.
5. Lekarz może wykonać czynności, o których mowa w pkt. 1, bez zgody przedstawiciela ustawowego pacjenta bądź zgody właściwego sądu opiekuńczego, gdy zwłoka spowodowana postępowaniem w sprawie uzyskania zgody groziłaby pacjentowi niebezpieczeństwem utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia. W takim przypadku lekarz ma obowiązek, o ile jest to możliwe, zasięgnąć opinii drugiego lekarza, w miarę możliwości tej samej specjalności. O wykonywanych czynnościach lekarz niezwłocznie zawiadamia przedstawiciela ustawowego, opiekuna faktycznego lub sąd opiekuńczy.
6. O okolicznościach, o których mowa w pkt. 3-5, lekarz dokonuje odpowiedniej adnotacji w dokumentacji medycznej pacjenta.
7. Przedstawiciel ustawowy pacjenta małoletniego, całkowicie ubezwłasnowolnionego lub niezdolnego do świadomego wyrażania zgody, ma prawo do wyrażania zgody na zabieg o podwyższonym ryzyku. W przypadku braku przedstawiciela ustawowego prawo to, w odniesieniu do badania, może wykonać opiekun faktyczny.
8. Pacjent małoletni, który ukończył 16 lat, osoba ubezwłasnowolniona albo pacjent chory psychicznie lub upośledzony umysłowo, lecz dysponujący dostatecznym rozeznaniem, ma prawo do wyrażenia sprzeciwu co do udzielenia świadczenia zdrowotnego (o podwyższonym ryzyku), pomimo zgody przedstawiciela ustawowego lub opiekuna faktycznego. W takim przypadku wymagane jest zezwolenie sądu opiekuńczego.
9. Wykaz procedur diagnostycznych i leczniczych wymagających świadomej zgody pacjenta stanowi załącznik nr 2 niniejszego Regulaminu.

## WYPIS PACJENTA

### § 127

1. Wypisanie z OChW/ZOL/ZOL-P/ZOLB/ZOLR jeżeli przepisy szczególnie nie stanowią inaczej następuje:
  - 1) gdy stan zdrowia pacjenta nie wymaga dalszego leczenia w OChW/ZOL/ZOL-P/ZOLB/ZOLR;
  - 2) na żądanie osoby przebywającej w OChW/ZOL/ZOL-P lub jej przedstawiciela ustawowego;
  - 3) gdy pacjent w sposób rażący narusza porządek lub przebieg procesu udzielania świadczeń zdrowotnych, a nie zachodzi obawa, że odmowa lub zaprzestanie udzielania świadczeń zdrowotnych może spowodować bezpośrednie niebezpieczeństwo dla jego życia lub zdrowia albo życia lub zdrowia innych osób.
2. Jeżeli przedstawiciel ustawowy żąda wypisania pacjenta, którego stan zdrowia wymaga dalszego udzielania świadczeń zdrowotnych, można odmówić wypisania do czasu wydania w tej sprawie orzeczenia przez właściwy ze względu na miejsce udzielania świadczeń zdrowotnych sąd opiekuńczy, chyba że przepisy stanowią inaczej.
3. W przypadku, o którym mowa w pkt. 2, niezwłocznie zawiadamia się właściwy sąd opiekuńczy o odmowie wypisania i jej przyczynach.
4. Pacjent występujący z żądaniem, o którym mowa w pkt. 1 ppkt. 2), jest informowany przez lekarza o możliwych następstwach zaprzestania dalszego udzielania świadczeń zdrowotnych. Pacjent taki składa pisemne oświadczenie o wypisaniu na własne żądanie. W przypadku braku takiego oświadczenia lekarz sporządza adnotację w dokumentacji medycznej.
5. Pacjent lub jego przedstawiciel ustawowy lub osoba upoważniana otrzymuje kartę informacyjną leczenia szpitalnego. Jeden egzemplarz karty informacyjnej leczenia szpitalnego dołączany jest do historii choroby.
6. Przy wypisie zwraca się pacjentowi za pokwitowaniem oryginały dokumentacji indywidualnej zewnętrznej, wyniki wcześniejszych badań diagnostycznych – jeśli były na czas hospitalizacji dołączone zostały do historii choroby. W dokumentacji pacjenta OChW/ZOL/ZOL-P pozostawia się sporządzone kopie.
7. Jeżeli przedstawiciel ustawowy pacjenta, albo osoba, na której w stosunku do pacjenta ciąży ustawowy obowiązek alimentacyjny nie odbiera pacjenta w wyznaczonym terminie – gmina właściwa ze względu na miejsce zamieszkania, a w przypadku niemożności ustalenia miejsca zamieszkania właściwa ze względu na ostatnie miejsce pobytu pokrywa koszty transportu sanitarnego pacjenta małoletniego albo osoby niezdolnej do samodzielnej egzystencji – do miejsca pobytu.
8. Dyrektor Zespołu niezwłocznie zawiadamia wójta (burmistrza, prezydenta) o okolicznościach, o których mowa w pkt. 7 i organizuje transport sanitarny na koszt gminy.
9. Pacjent, którego stan zdrowia nie wymaga dalszego udzielania świadczeń w OChW/ZOL/ZOL-P/ZOLB/ZOLR lub osoba, na której w stosunku do pacjenta ciąży ustawowy obowiązek alimentacyjny, ponoszą koszty pobytu pacjenta, począwszy od terminu określonego przez Dyrektora Zespołu, niezależnie od uprawnień do bezpłatnych świadczeń zdrowotnych określonych w przepisach odrębnych. Lekarz w razie pogorszenia się stanu zdrowia pacjenta, powodującego zagrożenie życia, obowiązany jest niezwłocznie zawiadomić wskazaną przez pacjenta osobę lub instytucję, lub przedstawiciela ustawowego.





## ZGON PACJENTA

### § 128

1. W razie podejrzenia śmierci pacjenta przebywającego w OChW/ZOL/ZOLP/ZOL-B/ZOL-R pielęgniarka zawiadamia niezwłocznie lekarza.
2. Lekarz dokonuje oględzin, a następnie stwierdza zgon i jego przyczynę oraz odnotowuje w dokumentacji medycznej datę, godzinę i minutę zgonu oraz wystawia kartę zgonu.
3. Lekarz lub upoważniona przez niego osoba zawiadamia niezwłocznie o zgonie pacjenta wskazaną przez pacjenta osobę/ instytucję lub przedstawiciela ustawowego.
4. Pielęgniarki wykonują toaletę pośmiertną, oznakowują ciało zmarłego poprzez założenie na przegub dłoni albo stopy osoby zmarłej identyfikator. Na identyfikatorze znajduje się: imię i nazwisko, PESEL osoby zmarłej, a w przypadku jego braku seria i nazwa dokumentu stwierdzającego tożsamość, data i godzina zgonu. W przypadku kiedy nie jest możliwe ustalenie tożsamości osoby zmarłej, na identyfikatorze oraz w karcie skierowania zwłok do chłodni dokonuje się wpisu „NN” z podaniem przyczyny i okoliczności uniemożliwiających ustalenie tożsamości. Ciało osoby zmarłej pielęgniarka okrywa prześcieradłem. Następnie ciało zmarłego zostaje przewiezione przez personel komórki, w której nastąpił zgon do pomieszczenia PRO MORTE gdzie pozostaje co najmniej 2 godziny.
5. Po upływie 2 godzin od zgonu i potwierdzeniu pewnych oznak śmierci (zgonu) przez lekarza, pielęgniarka wypełnia kartę skierowania zwłok do chłodni i zawiadomienia firmę odbierającą zwłoki (z określeniem godziny odbioru zwłok. Po upływie 2 godzin, zwłoki zostają wydane przez pielęgniarkę oddziału macierzystego pracownikowi firmy za pośrednictwem odbioru w Karcie skierowania zwłok do chłodni.
6. Pielęgniarki (co najmniej dwie) lub pielęgniarka i inny pracownik komórki dokonują spisu pozostawionych przedmiotów będących w posiadaniu pacjenta. Spisane i pozostawione przez zmarłego rzeczy, wydawane są za pokwitowaniem osobom uprawnionym.
7. Wszystkie czynności przy zwłokach osób zmarłych należy wykonywać z zachowaniem szacunku i godności należnej zmarłemu.
8. Zwłoki przechowuje się w chłodni zgodnie z wymogami w tym zakresie nie dłużej niż 72 godziny, licząc od godziny, w której nastąpił zgon.
9. Zwłoki pacjenta mogą być przechowywane dłużej niż 72 godziny, jeżeli:
  - 1) nie mogą zostać wcześniej odebrane przez osoby lub instytucje uprawnione do pochowania zwłok pacjenta;
  - 2) w związku ze zgonem zostało wszczęte śledztwo, a prokurator nie zezwolił na pochowanie zwłok;
  - 3) przeważają za tym inne niż wymienione w pkt. 1 i 2 ważne przyczyny, za zgodą albo na wniosek osoby lub instytucji uprawnionej do pochowania zwłok pacjenta.
10. Za przechowywanie zwłok do 72 godzin, nie pobiera się opłat.
11. Dopuszcza się pobieranie opłat za przechowywanie zwłok pacjenta przez okres dłuższy niż 72 godziny od osób lub instytucji uprawnionych do pochowania zwłok, od podmiotów, na zlecenie których przechowuje się zwłoki w związku z toczącym się postępowaniem karnym. Opłaty nie pobiera się, jeżeli przepisy odrębne stanowią inaczej.



12. Dopuszcza się pobieranie opłat od gminy za przechowywanie zwłok pacjenta za okres przypadający po upływie trzech dni od dnia powiadomienia gminy o konieczności pochowania zwłok pacjenta w związku z niepochowaniem ich przez inne uprawnione osoby lub instytucje.

13. W przypadku śmierci osoby bezdomnej Zespół zawiadamia o jego śmierci, ośrodek pomocy społecznej właściwy ze względu na miejsce zgonu.

14. Kartę zgonu wydaje się w jednym egzemplarzu osobie uprawnionej do pochowania zwłok.

15. Jeżeli istnieje uzasadnione podejrzenie, że przyczyną zgonu było przestępstwo lub samobójstwo albo nie można ustalić tożsamości zwłok, należy niezwłocznie powiadomić o tym Policję lub Prokuraturę.

16. W razie śmierci pacjenta podczas udzielania świadczeń zdrowotnych przez Zespół Ratownictwa Medycznego typu Podstawowego lub w Izbie Przyjęć o zgonie pacjenta (po stwierdzeniu zgonu przez lekarza), rodzinę powiadamia odpowiednio ratownik medyczny pełniący funkcję kierującego lub lekarz Izby Przyjęć albo osoba przez niego upoważniona. Zwłoki zmarłego po wykonaniu toalety pośmiertnej pozostają przez 2 godziny w pomieszczeniu PRO MORTE, po upływie 2 godzin, postępowanie opisane w pkt. 5.

## SEKCJA ZWŁOK

### § 129

1. Zwłoki pacjenta, który zmarł w OChW/ZOL/ZOL-P/ZOLB/ZOLR mogą być poddane sekcji, w szczególności gdy zgon pacjenta nastąpił przed upływem 12 godzin od przyjęcia, chyba że osoba ta za życia wyraziła sprzeciw lub uczynił to jej przedstawiciel ustawowy.

2. O zaniechaniu sekcji zwłok z przyczyny określonej w pkt. 1 (sprzeciw), sporządza się adnotację w dokumentacji medycznej i załącza sprzeciw pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego.

3. Punktu 1 i 2 nie stosuje się w przypadkach:

1) określonych w Kodeksie postępowania karnego i Kodeksie karnym wykonawczym oraz aktach wykonawczych wydanych na ich podstawie;

2) gdy przyczyny zgonu nie można ustalić w sposób jednoznaczny;

3) określonych w przepisach o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi.

4. W dokumentacji medycznej pacjenta sporządza się adnotację o dokonaniu lub zaniechaniu sekcji zwłok, z odpowiednim uzasadnieniem.

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

6. Sekcję zwłok wykonuje podmiot leczniczy, z którym Zespół podpisał umowę o wykonywanie tych świadczeń.

7. Szczegółowe zasady postępowania w razie zgonu pacjenta i ze zwłokami osób zmarłych w Zespole określa procedura w tym zakresie.

## PRAWA I OBOWIĄZKI PACJENTA

### PRAWA PACJENTA

#### § 130

1. Przestrzeganie praw pacjenta jest obowiązkiem podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych, osób wykonujących zawód medyczny oraz innych osób uczestniczących w udzielaniu świadczeń zdrowotnych.
2. Kierownik podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych lub upoważniony przez niego lekarz może ograniczyć korzystanie z praw pacjenta w przypadku wystąpienia zagrożenia epidemicznego lub ze względu na bezpieczeństwo zdrowotne pacjentów, a w przypadku prawa do kontaktu osobistego, telefonicznego lub korespondencyjnego z innymi osobami, także ze względu na możliwości organizacyjne.
3. Informacje o prawach pacjenta i prawa pacjenta udostępnia się pacjentom poprzez umieszczenie na tablicy informacyjnej w poczekalni Pawilonu Diagnostyczno – Terapeutycznego, tablicy informacyjnej w Izbie Przyjęć, tablicach informacyjnych w OChW, ZOL, ZOL-P, ZOLB, ZOLR informacji o miejscu, w którym znajdują się Prawa Pacjenta.
4. Z prawami pacjenta zapoznają pacjentów pielęgniarki koordynujące/ pielęgniarki OChW/ZOL/ ZOL-P/ZOLB/ZOLR.
5. W przypadku pacjentów nie mogących się poruszać informacje o prawach pacjenta udostępnia się w sposób umożliwiający zapoznanie się z nią w pomieszczeniu, w którym pacjent przebywa.
6. Jeśli pacjent lub osoba reprezentująca jego prawa uzna, że prawa pacjenta zostały naruszone może zwrócić się w tej sprawie do:
  - 1) bezpośredniego przełożonego osoby udzielającej świadczenia zdrowotnego,
  - 2) kierownika/ koordynatora komórki organizacyjnej, w której udzielono świadczenia zdrowotnego,
  - 3) przełożonej pielęgniarek,
  - 4) zastępcy dyrektora ds. leczenia,
  - 5) Dyrektora Zespołu,
  - 6) Pełnomocnika ds. praw pacjenta,
  - 7) Sekcji Skarg i Wniosków przy Warmińsko – Mazurskim Oddziale Wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia,
  - 8) Biura Rzecznika Praw Pacjenta,
  - 9) innych uprawnionych organów i instytucji.
7. Osoby wymienione w punkcie 1)-6) są zobowiązane rozpatrzyć i wyjaśnić rodzaj naruszenia praw pacjenta, podjąć stosowne działania w celu przeciwdziałania takim naruszeniom, poinformować o sposobie załatwienia sprawy, zgodnie z obowiązującymi procedurami. Odpowiedzi na piśmie udziela Dyrektor Zespołu (projekty odpowiedzi przygotowują osoby wymienione w pkt. 1)-6).
8. Pacjent ma prawo do wyrażania opinii z pobytu w Zespole, z przestrzegania praw pacjenta – poprzez wypełnienie anonimowej ankiety lub umieszczenie uwag w skrzynkach na ankiety znajdujących się w holu Pawilonu Diagnostyczno – Terapeutycznego, w Izbie Przyjęć, w OChW/ ZOL/ ZOLP/ZOLB/ZOLR.



## OBOWIĄZKI PACJENTA

### § 131

Pacjent leczony w OChW/ ZOL/ZOL-P/ZOLB/ZOLR ma obowiązek:

1. Przestrzegać indywidualnych zleceń lekarza, pielęgniarki i innych członków zespołu terapeutycznego w zakresie stosowanej diagnostyki, terapii, rehabilitacji i pielęgnacji, itp.
2. Współdziałać z personelem OChW/ZOL/ZOL-P/ZOLB/ZOLR w realizacji celu hospitalizacji.
3. Przestrzegać zakazu palenia tytoniu i spożywania napojów alkoholowych, stosowania środków odurzających.
4. Szanować mienie Zespołu.
5. Dbać o higienę osobistą i porządek najbliższego otoczenia, jeśli stan zdrowia na to pozwala.
6. Powiadomić lekarza o posiadanych przez siebie lekach, na których stosowanie podczas pobytu powinien wyrazić zgodę lekarz prowadzący.
7. Zgłosić pielęgniarce zamiar wyjścia poza OChW/ZOL/ZOL-P/ZOLB/ZOLR. Pacjent nie może bez wiedzy pielęgniarki oddalić się poza obręb OChW/ZOL/ZOL-P/ZOLB/ZOLR.
8. Nie zakłócać swoim zachowaniem spokoju innych pacjentów, odnosić się do nich i do personelu z szacunkiem.
9. Przestrzegać zasad bezpieczeństwa przeciwpożarowego.
10. Przestrzegać zasad i porządku udzielania świadczeń zdrowotnych obowiązujących w OChW/ZOL/ZOL-P/ZOLB/ZOLR określonych w szczególności w ramowych rozkładach dnia.

## DOKUMENTACJA MEDYCZNA

### § 132

Podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych jest zobowiązany prowadzić, przechowywać i udostępniać dokumentację medyczną oraz zapewnić ochronę danych zawartych w tej dokumentacji.

## PROWADZENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

### § 133

Szczegółowe zasady prowadzenia dokumentacji medycznej określa procedura w tym zakresie.

## PRZECHOWYWANIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

### § 134

1. Zespół zapewnia odpowiednie warunki zabezpieczające dokumentację przed zniszczeniem, uszkodzeniem lub utratą i dostępem osób nieupoważnionych, a także umożliwiające jej



wykorzystanie bez zbędnej zwłoki.

2. Miejsce przechowywania bieżącej dokumentacji wewnętrznej określają – kierownicy/koordynatorzy poszczególnych komórek organizacyjnych w porozumieniu z Dyrektorem Zespołu.

## UDOSTĘPNIANIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

### § 135

1. Podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych udostępnia dokumentację medyczną pacjentowi lub jego przedstawicielowi ustawowemu, bądź osobie upoważnionej przez pacjenta.
2. Po śmierci pacjenta dokumentacja medyczna jest udostępniana osobie upoważnionej przez pacjenta za życia lub osobie, która w chwili zgonu pacjenta była jego przedstawicielem ustawowym.
3. Podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych udostępnia dokumentację medyczną również:
  - 1) podmiotom udzielającym świadczeń zdrowotnych, jeżeli dokumentacja ta jest niezbędna do zapewnienia ciągłości świadczeń zdrowotnych;
  - 2) organom władzy publicznej, w tym Rzecznikowi Praw Pacjenta, Narodowemu Funduszowi Zdrowia, organom samorządu zawodów medycznych oraz konsultantom krajowym i wojewódzkim, w zakresie niezbędnym do wykonywania przez te podmioty ich zadań, w szczególności kontroli i nadzoru;
  - 3) podmiotom, o których mowa w art. 119 ust. 1 i 2 ustawy o działalności leczniczej, w zakresie niezbędnym do przeprowadzenia kontroli na zlecenie ministra właściwego do spraw zdrowia;
  - 4) upoważnionym przez podmiot tworzący, osobom wykonującym zawód medyczny, w zakresie niezbędnym do sprawowania nadzoru nad podmiotem leczniczym niebędącym przedsiębiorcą;
  - 5) ministrowi właściwemu do spraw zdrowia, sądom, w tym sądom dyscyplinarnym, prokuratorom, lekarzom sądowym i rzecznikom odpowiedzialności zawodowej, w związku z prowadzonym postępowaniem;
  - 6) uprawnionym na mocy odrębnych ustaw organom i instytucjom, jeżeli badanie zostało przeprowadzone na ich wniosek;
  - 7) organom rentowym oraz zespołom do spraw orzekania o niepełnosprawności, w związku z prowadzonym przez nie postępowaniem;
  - 8) podmiotom prowadzącym rejestry usług medycznych, w zakresie niezbędnym do prowadzenia rejestrów;
  - 9) zakładom ubezpieczeń, za zgodą pacjenta;
  - 10) komisjom lekarskim podległym ministrowi do spraw wewnętrznych, wojskowym komisjom lekarskim oraz komisjom lekarskim Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego lub Agencji Wywiadu, podległym Szefom właściwych Agencji;
  - 11) osobom wykonującym zawód medyczny, w związku z prowadzeniem procedury oceniającej podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych na podstawie przepisów o akredytacji w ochronie zdrowia albo procedury uzyskiwania innych certyfikatów jakości, w zakresie niezbędnym do jej przeprowadzenia;
  - 12) wojewódzkiej komisji do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych, w zakresie prowadzonego postępowania;
  - 13) spadkobiercom w zakresie prowadzonego postępowania przed wojewódzką komisją do spraw

orzekania o zdarzeniach medycznych;

14) osobom wykonującym czynności kontrolne na podstawie art. 39 ust. 1 ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia, w zakresie niezbędnym do jej przeprowadzenia;

15) członkom zespołów kontroli zakażeń szpitalnych, w zakresie niezbędnym do wykonywania ich zadań.

4. Dokumentacja medyczna może być udostępniona także szkole wyższej lub instytutowi badawczemu do wykorzystania dla celów naukowych bez ujawniania nazwiska i innych danych umożliwiających identyfikację osoby, której dokumentacja dotyczy.

5. Dokumentacja jest udostępniana:

1) do wglądu, w tym także do baz danych w zakresie ochrony zdrowia, w miejscu udzielania świadczeń zdrowotnych, z wyłączeniem medycznych czynności ratunkowych, albo w siedzibie Zespołu, z zapewnieniem pacjentowi lub innym uprawnionym organom lub podmiotom możliwości sporządzania notatek lub zdjęć;

2) poprzez sporządzenie jej wyciągu, odpisu, kopii lub wydruku;

3) poprzez 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 medycznej mogłaby spowodować zagrożenie życia lub zdrowia pacjenta;

4) za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej;

5) na informatycznym nośniku danych;

6) zdjęcia rentgenowskie wykonane na kliszy są udostępniane za potwierdzeniem obioru i z zastrzeżeniem zwrotu po wykorzystaniu.

6. Za udostępnienie dokumentacji medycznej w sposób określony w pkt. 5 ppkt. 2) podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych może pobierać opłatę. Zasady odpłatności określa rozdział X niniejszego Regulaminu.

7. Opłaty, o której mowa w pkt. 6, nie pobiera się w przypadku udostępnienia dokumentacji medycznej w związku z postępowaniem przed wojewódzką komisją do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych oraz w sprawach emerytalno – rentowych w zakresie określonym w przepisach.

8. Dokumentacja medyczna indywidualna jest udostępniana na wniosek złożony na piśmie przez upoważnioną osobę, oraz instytucje wymienione powyżej. Wzór wniosku o wydanie dokumentacji medycznej pacjenta można pobrać na stanowisku referenta w SSIN oraz na stronie internetowej Zespołu.

9. Zespół prowadzi wykaz udostępnianej dokumentacji medycznej.

10. Zespół udostępnia dokumentację medyczną pacjentowi, osobom upoważnionym przez pacjenta, podmiotom i organom uprawnionym – bez zbędnej zwłoki.

11. W przypadku udostępnienia dokumentacji w sposób określony w pkt. 5.3) należy pozostawić kopię lub pełny odpis wydanej dokumentacji.

12. W przypadku gdy udostępnienie dokumentacji nie jest możliwe, odmowę przekazuje się w postaci papierowej lub elektronicznej, zgodnie z żądaniem uprawnionego organu lub podmiotu. W każdym przypadku wymagane jest podanie przyczyny odmowy.

13. Zgodę na udostępnienie dokumentacji medycznej wydaje Dyrektor, poprzez stosowne upoważnienie pracownika, który udostępnia dokumentację medyczną. Dokumentacja medyczna





udostępniana jest przez referenta Sekcji Statystyki i Nadzoru.

14. W przypadku odbioru dokumentacji przez osobę upoważnioną przez pacjenta, dodatkowo należy złożyć upoważnienie podpisane przez Pacjenta do wydania kopii dokumentacji medycznej osobie upoważnionej.

## **PRZECHOWYWANIE RZECZY WARTOŚCIOWYCH I ODZIEŻY PACJENTÓW HOSPITALIZOWANYCH**

### **§ 136**

1. Pacjent przyjmowany na hospitalizację, w trakcie hospitalizacji w OChW/ZOL/ZOL-P/ZOLB/ZOLR oraz Pacjent korzystający z innych usług medycznych Zespołu ma prawo do przechowania rzeczy wartościowych w depozycie Zespołu.

2. Do rzeczy wartościowych zalicza się:

- 1) środki pieniężne,
- 2) karty bankomatowe i inne środki płatnicze,
- 3) kruszce szlachetne i wyroby z tych kruszców, w tym biżuterię,
- 4) papiery wartościowe,
- 5) inne przedmioty uznane za wartościowe przez pacjenta lub rodzinę pacjenta.

## **PRZYJMOWANIE NA PRZECHOWANIE RZECZY WARTOŚCIOWYCH**

### **§ 137**

1. Przyjęcia rzeczy wartościowych od pacjenta celem przekazania do depozytu (kasa Zespołu) dokonują pielęgniarki koordynujące lub pielęgniarki uczestniczące w przyjęciu pacjenta w Izbie Przyjęć/ZOLB/ZOLR.

2. W przypadku gdy pacjent, mimo posiadania rzeczy wartościowych, nie skorzysta z prawa zdeponowania ich w depozycie, należy pacjenta jednoznacznie poinformować, że Zespół nie bierze odpowiedzialności za rzeczy nie przekazane do depozytu – pozostające przy pacjencie.

3. W przypadku gdy pacjent jest nieprzytomny lub niezdolny do zrozumienia znaczenia informacji, pielęgniarka uczestnicząca w przyjęciu pacjenta w Izbie Przyjęć/ZOLB/ZOLR (wraz z lekarzem), wpisuje do karty depozytowej rzeczy wartościowe znajdujące się przy pacjencie oraz przekazuje je do depozytu.

4. Pacjentowi przekazującemu rzeczy wartościowe do depozytu wydaje się „Kartę depozytową”, będącą potwierdzeniem przyjęcia rzeczy wartościowych oddawanych do depozytu.

## **PRZYJMOWANIE RZECZY WARTOŚCIOWYCH PODCZAS HOSPITALIZACJI I DYSPONOWANIE NIMI**

### **§ 138**

1. Emerytura, renta lub inne środki pieniężne dostarczane pacjentowi za pośrednictwem poczty mogą być odebrane tylko przez pacjenta. Pielęgniarka koordynująca (ani inna osoba z OCHW/ZOL/ZOLP ZOL-B/ZOL-R) nie ma uprawnień do odbioru środków pieniężnych w imieniu pacjenta.
2. Po odbiorze przez pacjenta emerytury, renty, innych środków pieniężnych – pielęgniarka koordynująca informuje pacjenta o możliwości przekazania do depozytu środków pieniężnych oraz, że za pozostawienie przy pacjencie środków pieniężnych – Zespół nie odpowiada.
3. Dopuszcza się przechowywanie środków pieniężnych pacjenta w kasetce metalowej OCHW/ZOL/ZOLP ZOL-B/ZOL-R (bez przekazywania ich do depozytu) do dwóch dni roboczych od chwili ich przekazania przez pacjenta, jeżeli z informacji pacjenta wynika, że w tym okresie zgłosi się członek rodziny, który odbierze środki pieniężne.
4. Pacjent w czasie pobytu w OCHW/ZOL/ZOLP ZOL-B/ZOL-R ma prawo dysponowania zdanymi do depozytu środkami pieniężnymi na wydatki związane z jego potrzebami osobistymi. Zakupów związanych z potrzebami osobistymi pacjenta – na jego prośbę - może dokonać pielęgniarka koordynująca lub pracownik socjalny. Dokonane zakupy należy udokumentować dowodem zakupu, np. rachunek, paragon, faktura.
5. W przypadku śmierci pacjenta rzeczy wartościowe, w tym środki pieniężne, wydawane są za pokwitowaniem rodzinie pacjenta: małżonkowi, wstępnym (rodzicom, dziadkom), zstępnym (dzieciom, wnukom), rodzeństwu pacjenta, a także innym osobom uprawnionym na podstawie odrębnych przepisów do dysponowania ruchomościami pacjenta.

## **PRZYJMOWANIE NA PRZECHOWANIE ODZIEŻY PACJENTA**

### **§ 139**

1. Pielęgniarka uczestnicząca w przyjęciu pacjenta w Izbie Przyjęć do OChW/ZOL/ZOLP oraz w ZOLB/ZOLR jest zobowiązana poinformować o możliwości przechowania odzieży pacjenta na okres hospitalizacji, oraz poinformować, że w przypadku nie przekazania przez pacjenta odzieży do przechowania, Zespół zwolniony jest od ponoszenia odpowiedzialności w tym zakresie.
2. Odzież pacjenta odbiera i wydaje pokwitowanie przyjęcia odzieży na przechowanie salowa lub pielęgniarka uczestnicząca w przyjęciu pacjenta w Izbie Przyjęć/ZOLB/ZOLR.
3. Odzież pacjentów hospitalizowanych przechowuje się w wydzielonym pomieszczeniu, zwanym depozytem odzieży.

### **§ 140**

Szczegółowe zasady prowadzenia depozytu rzeczy wartościowych i odzieży pacjenta określa procedura obowiązująca w Zespole.

## TRANSPORT SANITARNY

### § 141

1. Przewóz środkami transportu sanitarnego – bezpłatny, przysługuje pacjentowi na podstawie zlecenia wystawionego przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego do najbliższego podmiotu leczniczego udzielającego świadczeń we właściwym zakresie i z powrotem w przypadkach:

- 1) konieczności podjęcia natychmiastowego leczenia w podmiocie leczniczym;
- 2) wynikających z potrzeby zachowania ciągłości leczenia;
- 3) dysfunkcji narządu ruchu uniemożliwiającej korzystanie ze środków transportu publicznego w celu odbycia leczenia.

2. W przypadkach niewymienionych w pkt. 1 pacjentowi przysługuje odpłatny lub za częściową odpłatnością przejazd środkami transportu sanitarnego, na zlecenie lekarza ubezpieczenia zdrowotnego.

3. Przejazd środkami transportu sanitarnego za 60% odpłatnością pacjenta – przysługuje pacjentowi na zlecenie lekarza ubezpieczenia zdrowotnego w przypadkach:

- 1) chorób krwi i narządów krwiotwórczych,
- 2) chorób nowotworowych,
- 3) chorób oczu,
- 4) chorób przemiany materii,
- 5) chorób psychicznych i zaburzeń zachowania,
- 6) chorób skóry i tkanki podskórnej,
- 7) chorób układu krążenia,
- 8) chorób układu moczowo-płciowego,
- 9) chorób układu nerwowego,
- 10) chorób układu oddechowego,
- 11) chorób układu ruchu,
- 12) chorób układu trawiennego,
- 13) chorób układu wydzielania wewnętrznego,
- 14) chorób zakaźne i pasożytnicze,
- 15) urazów i zatruc,
- 16) wad rozwojowych wrodzonych, zniekształceń i abberacji chromosomowych,

– gdy ze zlecenia lekarza ubezpieczenia zdrowotnego wynika, że 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 potrzeb osób niepełnosprawnych.

4. W przypadkach nie wymienionych w pkt. 1-3 pacjentowi przysługuje przejazd środkami transportu sanitarnego – za 100% odpłatnością. Zlecenie na transport sanitarny, za 100% odpłatnością pacjenta – wystawia lekarz komórki organizacyjnej zlecającej transport.

5. Wysokość odpłatności, o której mowa w pkt. 3-4 – ustala Dyrektor Zespołu w obowiązującym cenniku świadczeń opieki zdrowotnej.

6. Szczegółowe zasady i warunki zlecenia przez lekarza przejazdu środkami transportu

sanitarnego – określają przepisy prawne i zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, w poszczególnych rodzajach świadczeń zdrowotnych.

7. W związku z pełnionym przez OChW, IP funkcji jednostek organizacyjnych Zespołu wyspecjalizowanych w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego – Zespół jest zobowiązany zapewnić w razie konieczności niezwłocznie transport medyczny pacjenta urazowego albo osoby w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego do najbliższego podmiotu leczniczego udzielającego świadczeń opieki zdrowotnej w odpowiednim zakresie.

8. Transport medyczny obejmuje przewóz chorych, materiałów biologicznych i materiałów wykorzystywanych przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych wymagających specjalistycznych warunków transportu, a także w wyjątkowych sytuacjach transport pracowników medycznych (w szczególności lekarzy) do wykonywania wizyt domowych.

9. Transport medyczny odbywa się specjalistycznymi środkami transportu spełniającymi wymagania polskiej normy przenoszącej europejską normę w zakresie cech technicznych, jakościowych i wyposażenia.

10. Transport medyczny jest świadczeniem opieki zdrowotnej tzw. towarzyszącym.

11. Zespół zapewnia transport medyczny:

1) tzw. międzyszpitalny na podstawie umowy zawartej z podmiotem zewnętrznym:

a) w standardzie podstawowym – z obsadą dwóch ratowników medycznych;

b) w standardzie specjalistycznym – z obsadą lekarza i ratownika medycznego.

2) własny – ambulans sanitarny z obsadą kierowcy i opiekuna medycznego/ sanitariusza Zespołu.

12. W razie potrzeby zlecenia transportu medyczny – lekarz zlecający transport wypełnia formularz:

1) zlecenie na transport medyczny międzyszpitalny z lekarzem/ z ratownikiem medycznym;

2) zlecenie na transport medyczny;

3) zlecenie na transport materiałów biologicznych (zleca lekarz/ kierownik laboratorium);

4) zlecenie na transport pracowników medycznych;

5) zlecenie na transport medyczny odpłatny/ za częściową odpłatnością.

13. Lekarz zlecający transport medyczny jest zobowiązany wcześniej uzgodnić hospitalizację, konsultację, badanie i wpisać w zleceniu na transport medyczny – imię, nazwisko lekarza/ innego pracownika medycznego – z którym uzgodniono hospitalizację, konsultację, badanie, itp.

14. Dyrektor Zespołu zatwierdza zlecenie na transport. Po godzinach pracy administracji oraz w dni wolne, transport medyczny jest realizowany bez zatwierdzenia przez Dyrektora Zespołu.

15. Firmę zewnętrzną realizującą transport medyczny, o którym mowa w ust. 11 pkt. 1, zawiadamia o zleceniu – lekarz/ pielęgniarka.

16. Kierowcę/sanitariusza lub opiekuna medycznego transportu medyczny – własnego zawiadamia o zleceniu – pracownik SSIN/pielęgniarka Izby Przyjęć.



## ROZDZIAŁ IX

### WARUNKI WSPÓLDZIAŁANIA Z INNYMI PODMIOTAMI WYKONUJĄCYMI DZIAŁALNOŚĆ LECZNICZĄ

#### § 142

1. Zespół, w zakresie zapewnienia prawidłowości diagnostyki, leczenia, pielęgnacji i rehabilitacji pacjentów oraz ciągłości przebiegu procesu udzielania świadczeń zdrowotnych współdziała z innymi podmiotami wykonującymi działalność leczniczą na podstawie zawartych umów i porozumień.

2. Współdziałanie, o którym mowa w pkt. 1 polega w szczególności na:

1) udzielaniu konsultacji specjalistycznych;

2) wykonywaniu badań diagnostycznych;

3) wykonywaniu świadczeń zdrowotnych;

4) świadczeniu usług transportu medycznego:

a) z opieką medyczną realizowaną przez dwóch ratowników medycznych lub

b) z opieką medyczną realizowaną przez lekarza i ratownika medycznego, porównywalną do udzielanej przez specjalistyczny zespół ratownictwa medycznego.

3. W celu zapewnienia prawidłowości leczenia pacjentów i ciągłości postępowania w zakresie anestezjologii i intensywnej terapii – Zespół posiada stanowisko intensywnej terapii w OChW oraz zawarł umowę z Wojewódzkim Szpitalem Specjalistycznym w Olsztynie, iadającym w swojej strukturze – Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii, na udzielanie świadczeń zdrowotnych w tym zakresie pacjentom kierowanym przez OChW. Zespół zapewnia transport sanitarny tych chorych w składzie odpowiadającym specjalistycznemu zespołowi ratownictwa medycznego.

4. Zasady przekazywania pacjentów do innych podmiotów leczniczych w celu kontynuacji leczenia, lub do ośrodków (podmiotów leczniczych) referencyjnych, określają obowiązujące przepisy prawne, zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, umowy zawarte z Narodowym Funduszem Zdrowia, a także wytyczne nadzoru specjalistycznego.

## ROZDZIAŁ X

### WYSOKOŚĆ OPŁATY ZA UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

#### § 143

1. Za udostępnienie dokumentacji medycznej poprzez sporządzenie jej wyciągów, odpisów lub kopii pobierane są opłaty:

1) za jedną stronę wyciągu lub odpisu dokumentacji medycznej – w wysokości nie przekraczającej 0,002,

2) za jedną stronę kopii albo wydruku dokumentacji medycznej – w wysokości nie przekraczającej 0,00007,

3) udostępnianie dokumentacji medycznej na informatycznym nośniku danych – w wysokości



nie przekraczającej 0,0004

- przeciętnego wynagrodzenia w poprzednim kwartale, ogłoszonego przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego w Dzienniku Urzędowym Rzeczypospolitej Polskiej „Monitor Polski” na podstawie art. 20 pkt 2 ustawy z dnia 17 grudnia 1998 roku o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych, począwszy od pierwszego dnia następującego po miesiącu, w którym nastąpiło ogłoszenie.

2. Wysokość opłaty za udostępnienie dokumentacji medycznej ustalana jest zarządzeniem Dyrektora Zespołu.

3. Nie pobiera się opłat za udostępnienie dokumentacji medycznej organom rentowym stosownie do posiadanych w tym zakresie uprawnień oraz za udostępnienie dokumentacji medycznej w związku z postępowaniem przed wojewódzką komisją do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych.

## ROZDZIAŁ XI

### ORGANIZACJA PROCESU UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W PRZYPADKU POBIERANIA OPŁAT

#### § 144

1. Zespół pobiera opłaty za świadczenia opieki zdrowotnej:

1) udzielane osobom nieuprawnionym do świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych;

2) udzielane osobom uprawnionym nieposiadającym skierowania lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, jeśli skierowanie lekarza ubezpieczenia zdrowotnego jest wymagane;

3) niefinansowane ze środków publicznych lub finansowane częściowo;

4) udzielane pacjentom podmiotów leczniczych na podstawie zawartych umów z tymi podmiotami;

5) udzielane osobom określonym w umowach z podmiotami zewnętrznymi innymi niż lecznicze na podstawie umów zawartych z tymi podmiotami.

2. Opłaty są pobierane w szczególności za następujące świadczenia opieki zdrowotnej, w przypadkach określonych w pkt. 1:

1) diagnostykę laboratoryjną,

2) diagnostykę obrazową (RTG, USG),

3) odpłatność pacjentów za koszty żywienia i zakwaterowania w ZOL/ZOL-P/ZOLB/ZOLR,

4) hospitalizację,

5) świadczenia zdrowotne udzielane w Izbie Przyjęć, udzielane przez poradnie specjalistyczne, poradnię nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej oraz poradnię podstawowej opieki zdrowotnej,

6) świadczenia transportu medycznego.

Szczegółowy rodzaj i zakres świadczeń opieki zdrowotnej, o których mowa w pkt. 2, za które pobierane są opłaty określa cennik opłat ustalony przez Dyrektora Zespołu w drodze Zarządzenia.

3. Odpłatne świadczenia zdrowotne dla osób fizycznych realizowane są po uiszczeniu opłaty. Dokumentem potwierdzającym uiszczenie opłaty jest paragon fiskalny (lub inny dowód opłaty) za określony rodzaj świadczeń zdrowotnych.

Pracownicy udzielający świadczeń zdrowotnych odpłatnych są zobowiązani sporządzić „Wykaz udzielonych świadczeń zdrowotnych w Zespole Zakładów Opieki Zdrowotnej im. Jerzego Pióro w Dobrym Mieście pacjentom nieuprawnionym do świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych” i w miarę możliwości udzielić świadczenia po uiszczeniu opłaty w Kasie Zespołu lub po podpisaniu na w/w wykazie zobowiązania do opłaty.

4. Świadczenia zdrowotne odpłatne nie mogą naruszać praw osób uprawnionych do świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych, w szczególności kolejności ich udzielenia, za wyjątkiem konieczności ratowania życia i jego zagrożenia u osób nieuprawnionych.

5. Świadczenia zdrowotne odpłatne (za wyjątkiem ratujących życie) udzielane są po godzinach pracy poradni/ pracowni diagnostycznych, a w przypadku OChW, Izby Przyjęć, transportu medycznego – całodobowo.

6. Odpłatne świadczenia zdrowotne udzielane podmiotom zewnętrznym (leczniczym i innym niż lecznicze) realizowane są na podstawie zawartych umów. Wykaz podmiotów, z którymi zawarto umowy na udzielanie odpłatnych świadczeń zdrowotnych otrzymują kierownicy komórek udzielających świadczeń zdrowotnych. Opłatę za koszty wyżywienia i zakwaterowania pacjentów hospitalizowanych w ZOL, ZOL-P, ZOLB, ZOLR – ustala się na podstawie obowiązujących przepisów prawnych. Miesięczne opłaty wpłacane są do Kasy lub na konto Zespołu.

7. Wysokość opłat za świadczenia zdrowotne odpłatne ustalana jest zarządzeniem Dyrektora Zespołu.

## ROZDZIAŁ XII

### WYSOKOŚĆ OPŁATY ZA PRZECHOWYWANIE ZWŁOK PACJENTA

#### § 145

1. Za przechowywanie zwłok pacjentów zmarłych w Zespole – przez okres dłuższy niż 72 godziny od osób lub instytucji uprawnionych do pochowania zwłok oraz od podmiotów, na zlecenie których przechowuje się zwłoki w związku z toczącym się postępowaniem karnym – pobierana jest opłata. Zwłoki przechowywane są w chłodni przez instytucję, z którą Zespół podpisał umowę w zakresie odbioru zwłok osób zmarłych w Zespole, przechowywanie zwłok osób zmarłych w chłodni oraz ich wydawanie osobie lub instytucji uprawnionej do pochówku.

2. Wysokość opłaty za przechowywanie zwłok, o których mowa w pkt. 1 ustala zarządzeniem Dyrektor Zespołu.

## ROZDZIAŁ XIII

### WYSOKOŚĆ OPŁAT ZA ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE, KTÓRE MOGĄ BYĆ UDZIELANE ZA CZĘŚCIOWĄ ODPLATNOŚCIĄ ALBO CAŁKOWITĄ ODPLATOŚCIĄ

#### § 146

1. Rodzaj świadczeń opieki zdrowotnej, za które pobierane są opłaty określa Rozdział XI niniejszego Regulaminu.
2. Wysokość opłat za świadczenia opieki zdrowotnej, o których mowa w pkt. 1 określa Cennik świadczeń opieki zdrowotnej wydany zarządzeniem Dyrektora Zespołu.
3. Cenniki świadczeń opieki zdrowotnej są podane do publicznej wiadomości na tablicach ogłoszeń, na stronie internetowej, oraz w poszczególnych komórkach organizacyjnych Zespołu.

Załącznik Nr 2 do Regulaminu organizacyjnego

#### WYKAZ PROCEDUR LECZNICZYCH I DIAGNOSTYCZNYCH WYMAGAJĄCYCH PISEMNEJ ŚWIADOMEJ ZGODY PACJENTA

L.p.	Nazwa procedury
1	Punkcja lędźwiowa, trzonowa, płucna
2	Punkcja szpiku kostnego
3	Badania i zabiegi endoskopowe
4	Badania radiologiczne z podaniem środka kontrastowego
5	Kardiowersja
6	Wspomaganie oddechu: a) wentylacja mechaniczna przy pomocy respiratora
	b) wspomaganie oddechu metodą CPAP, INFANT FLOW



