

**Samodzielny Publiczny Zespół Gruzlicy
i Chorób Płuc**

**REGULAMIN
ORGANIZACYJNY**

- Rozdział I** Postanowienia ogólne
Rozdział II Zarządzanie
Rozdział III Organizacja i zadania jednostek organizacyjnych oraz zasady współdziałania
Rozdział IV Przebieg procesu udzielania świadczeń zdrowotnych
Rozdział V Prawa i obowiązki pacjenta
Rozdział VI Postanowienia końcowe

Załączniki

Regulaminy określające organizację i zadania poszczególnych stanowisk oraz komórek organizacyjnych

Olsztyn, luty 2015

ROZDZIAŁ I Postanowienia ogólne

§ 1

Ilekroć w niniejszym regulaminie jest mowa o:

- 1) **„Zespole”** (SPZGiChP) - rozumie się przez to podmiot leczniczy o nazwie „Samodzielny Publiczny Zespół Gruźlicy i Chorób Płuc”;
- 2) **„Szpitalu”** - rozumie się przez to niebilansującą się samodzielnie jednostkę lokalną (przedsiębiorstwo) podmiotu leczniczego o nazwie: „Samodzielny Publiczny Zespół Gruźlicy i Chorób Płuc Szpital Pulmonologiczny”;
- 3) **„Przychodni”** - rozumie się przez to niebilansującą się samodzielnie jednostkę lokalną (przedsiębiorstwo) podmiotu leczniczego o nazwie: „Samodzielny Publiczny Zespół Gruźlicy i Chorób Płuc Przychodnia Specjalistyczna”;
- 4) **„Dyrektorze”** - rozumie się przez to powołanego przez Zarząd Województwa Warmińsko-Mazurskiego kierownika podmiotu leczniczego;
- 5) **„Regulaminie”** – rozumie się przez to Regulamin Organizacyjny Samodzielnego Publicznego Zespołu Gruźlicy i Chorób Płuc;
- 6) **„Ordynatorze”** – rozumie się przez to także koordynatora, kierownika oddziału, a w godzinach poza normalną ordynacją szpitala - także lekarza dyżurnego.

§ 2

Regulamin został wydany na podstawie art. 23 i 24 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej, zwanej dalej ustawą. o

§ 3

Regulamin określa organizację i funkcjonowanie procesu udzielania świadczeń zdrowotnych w Zespole, a w szczególności:

- 1) miejsce udzielania świadczeń zdrowotnych,
- 2) sposób zarządzania Zespołem,
- 3) cele i zadania realizowane przez Zespół ,
- 4) strukturę organizacyjną,
- 5) rodzaj prowadzonej działalności leczniczej oraz zakres udzielanych świadczeń zdrowotnych,
- 6) organizację i zadania poszczególnych komórek medycznych i organizacyjnych oraz warunki współdziałania tych komórek,
- 7) przebieg procesu udzielania świadczeń zdrowotnych,
- 8) prawa i obowiązki pacjenta,
- 9) obowiązki Zespołu w razie śmierci pacjenta,
- 10) zasady udostępniania dokumentacji medycznej oraz wysokość opłat za jej udostępnianie,
- 11) organizację procesu udzielania świadczeń zdrowotnych w przypadku pobierania opłat oraz wysokość opłat,
- 12) warunki współdziałania z innymi podmiotami wykonującymi działalność leczniczą.

§ 4

1. Zespół udziela świadczeń zdrowotnych osobom objętym ubezpieczeniem zdrowotnym, a także nieobjętym ubezpieczeniem zdrowotnym.

REGULAMIN ORGANIZACYJNY

2. W Zespole prowadzone są zajęcia dydaktyczne, badawcze, praktyczne oraz praktyki zawodowe związane z kształceniem studentów Wydziału Nauk Medycznych Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego oraz słuchaczy innych uczelni.
3. Zespół udziela świadczeń zdrowotnych bezpłatnie, za częściową lub pełną odpłatnością na zasadach określonych w ustawie o działalności leczniczej, w odrębnych przepisach lub umowach z osobami fizycznymi lub innymi jednostkami organizacyjnymi.
4. W przypadku pobierania opłat za udzielania świadczeń zdrowotnych, wysokość tych opłat ustalana jest w wysokości zgodnej z aktualnym Cennikiem usług medycznych, stanowiącym załącznik nr 31 do niniejszego Regulaminu. Cennik ten ustalany jest w drodze zarządzenia dyrektora i jest dostępny na stronie internetowej Zespołu.
5. Zespół nie może odmówić udzielania świadczenia zdrowotnego osobie, która potrzebuje natychmiastowego udzielenia takiego świadczenia ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia.

§ 5

1. Świadczenia zdrowotne udzielane są wyłącznie przez osoby o odpowiednich uprawnieniach i kwalifikacjach zawodowych oraz spełniające wymagania zdrowotne, określone w odrębnych przepisach.
2. Świadczenia zdrowotne mogą być udzielone w ramach wolontariatu, na zasadach określonych w porozumieniu zawartym z wolontariuszem, o którym mowa w art. 44 ustawy z dnia 24 kwietnia 2003 roku o działalności pożytku publicznego i wolontariacie (Dz. U. 2014. 1118 ze zm.).

§ 6

1. W celu zapewnienia właściwego poziomu i jakości świadczeń, bezpieczeństwa pacjentów i pracowników, dyrektor zatwierdza standardy medyczne i procedury.
2. Kierownicy komórek organizacyjnych odpowiedzialni są za wdrożenie ich realizacji.

§ 7

1. Zespół jest podmiotem leczniczym zarejestrowanym w rejestrze stowarzyszeń, innych organizacji społecznych i zawodowych, fundacji oraz samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, prowadzonym przez Sąd Rejonowy w Olsztynie VIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem KRS 0000000456 - oraz wpisanym do rejestru podmiotów leczniczych prowadzonego przez Wojewodę Warmińsko-Mazurskiego pod Nr 000000015277.
2. W strukturze organizacyjnej Zespołu wyróżnia się:
 - 1) jednostkę organizacyjną stanowiącą przedsiębiorstwo podmiotu leczniczego: Samodzielny Publiczny Zespół Gruźlicy i Chorób Płuc Szpital Pulmonologiczny;
 - 2) jednostkę organizacyjną stanowiącą przedsiębiorstwo podmiotu leczniczego: Samodzielny Publiczny Zespół Gruźlicy i Chorób Płuc Przychodnia Specjalistyczna;
 - 3) jednostkę organizacyjną: Medyczne Laboratorium Diagnostyczne.
3. Podział, o którym mowa w ust. 2, ma znaczenie wyłącznie funkcjonalne; w/w jednostki organizacyjne nie prowadzą odrębnej rachunkowości, nie sporządzają samodzielnie bilansu, nie są wyodrębnione majątkowo i osobowo.
4. Zespół realizuje zadania na potrzeby obronności państwa oraz z zakresu bezpieczeństwa i zarządzania kryzysowego.
5. Siedzibą Zespołu jest miasto Olsztyn w województwie warmińsko-mazurskim. Zespół udziela świadczeń w Olsztynie przy ul. Jagiellońskiej 78.

§ 8

Zespół udziela świadczeń zdrowotnych służących zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia oraz podejmuje inne działania medyczne wynikające z procesu leczenia lub na podstawie odrębnych przepisów regulujących zasady ich wykonywania. W szczególności Zespół udziela ambulatoryjnych i szpitalnych specjalistycznych świadczeń zdrowotnych, związanych z:

- 1) udzielaniem świadczeń zdrowotnych w warunkach szpitalnych,
- 2) udzielaniem świadczeń specjalistycznych w formie ambulatoryjnej,
- 3) udzielaniem świadczeń rehabilitacyjnych dziennych,
- 4) wykonywaniem badań diagnostycznych,
- 5) udzielaniem świadczeń konsultacyjnych,
- 6) prowadzeniem działalności profilaktycznej i oświaty zdrowotnej,
- 7) realizowaniem programów zdrowotnych,
- 8) organizowaniem innych form opieki medycznej w sytuacjach klęski żywiołowej, epidemii, katastrof i innych zdarzeń losowych określonych odrębnymi przepisami.

§ 9

1. Zespół prowadzi działania z zakresu promocji zdrowia, to jest działania umożliwiające poszczególnym osobom i społeczności zwiększenie kontroli nad czynnikami warunkującymi stan zdrowia i przez to jego poprawę, promowanie zdrowego trybu życia oraz indywidualnych i środowiskowych czynników sprzyjających zdrowiu.
2. Zespół uczestniczy w:
 - 1) badaniach naukowych, klinicznych i pracach badawczo-rozwojowych, w powiązaniu z udzielaniem świadczeń zdrowotnych i promocją zdrowia, w tym wdrażaniem nowych technologii medycznych oraz metod leczenia,
 - 2) zadaniach dydaktycznych i badawczych, w powiązaniu z udzielaniem świadczeń zdrowotnych i promocją zdrowia,
 - 3) przygotowywaniu osób do wykonywania zawodu medycznego i kształceniu osób wykonujących zawód medyczny na zasadach określonych w odrębnych przepisach.
3. Zespół może prowadzić wydzieloną działalność gospodarczą inną niż lecznicza, na zasadach określonych ustawą.

ROZDZIAŁ II Zarządzanie Zespołem

§ 10

1. Dyrektor ponosi odpowiedzialność za gospodarkę finansową i zarządzanie Zespołem.
2. Dyrektor kieruje Zespołem i reprezentuje go na zewnątrz. Dyrektor jest przełożonym pracowników Zespołu.
3. Samorząd Województwa nawiązuje z dyrektorem stosunek pracy na podstawie powołania lub umowy o pracę albo zawiera z nim umowę cywilnoprawną.
4. Dyrektor kieruje pracą Zespołu przy pomocy:
 - 1) zastępców dyrektora w liczbie od 1 do 3,
 - 2) naczelnego pielęgniarki,
 - 3) ordynatorów i kierowników komórek organizacyjnych.
5. W razie nieobecności dyrektora jego obowiązki pełni naczelną pielęgniarka, chyba że dyrektor udzieli pełnomocnictwa innej osobie.
6. Zastępcy dyrektora wykonują zadania i posiadają kompetencje oraz ponoszą odpowiedzialność w zakresie ustalonym przez dyrektora.
7. Wszyscy pracownicy Zespołu zobowiązani są nosić w widocznym miejscu identyfikator, zawierający imię i nazwisko oraz pełnioną funkcję.
8. Oddziałem/kliniką Szpitala może kierować ordynator, koordynator lub kierownik; jeśli jest to uzasadnione na oddziale może być zatrudniony zastępca ordynatora/koordynatora/kierownika oddziału.

§ 11

Dyrektorowi bezpośrednio podlegają:

- 1) zastępca dyrektora d.s. medycznych,
- 2) zastępca dyrektora d.s. ekonomicznych - główny księgowy,
- 3) zastępca dyrektora d.s. technicznych,

- 4) naczelną pielęgniarką – pełnomocnik ds. jakości,
- 5) kierownika działu organizacji i zamówień publicznych,
- 6) radcę prawnego,
- 7) stanowiska ds. kadr,
- 8) specjalistę ds. obronnych,
- 9) inspektora ochrony przeciwpożarowej,
- 10) inspektora ochrony radiologicznej,
- 11) pełnomocnika ds. ochrony informacji niejawnych,
- 12) specjalistę ds. administrowania bezpieczeństwem informacji i polityki teleinformatycznej,
- 13) specjalistę ds. bhp,
- 14) kontrolera wewnętrznego,
- 15) kapłana szpitalny.

§ 12

1. Dyrektor wykonując swoją funkcję, zapewnia w szczególności:
 - 1) właściwą organizację pracy Zespołu oraz koordynację działania wszystkich komórek i jednostek w zakresie zgodności z zadaniami statutowymi,
 - 2) organizację kontroli wykonywania zadań przez poszczególne komórki i jednostki organizacyjne,
 - 3) warunki współdziałania z innymi podmiotami wykonującymi działalność leczniczą w zakresie zapewnienia prawidłowości diagnostyki, leczenia, pielęgnacji i rehabilitacji pacjentów oraz ciągłości procesu udzielania świadczeń zdrowotnych,
 - 4) realizację zadań zleconych przez podmiot tworzący,
 - 5) udzielanie świadczeń zdrowotnych wyłącznie przez osoby o odpowiednich uprawnieniach i kwalifikacjach zawodowych oraz spełniające wymagania zdrowotne określone odrębnymi przepisami,
 - 6) sprawowanie bieżącego nadzoru nad wykonywaniem przez Zespół zadań statutowych,
 - 7) opracowanie planów działania w celu zapewnienia optymalnego rozwoju Zespołu,
 - 8) ochronę mienia Zespołu.
2. Do wyłącznych kompetencji dyrektora należy:
 - 1) podpisywanie pism i wystąpień do podmiotu tworzącego, organów administracji rządowej oraz innych urzędów i instytucji,
 - 2) wydawanie wewnętrznych aktów normatywnych,
 - 3) kierowanie wystąpień do innych jednostek organizacyjnych opieki zdrowotnej i opieki społecznej,
 - 4) udzielanie odpowiedzi na wnioski, interwencje posłów, senatorów i radnych,
 - 5) podpisywanie dokumentów dotyczących zatrudnienia i wynagrodzenia,
 - 6) podpisywanie dokumentów w sprawach socjalno-bytowych,
 - 7) zawieranie porozumień i umów związanych z wykonywanymi zadaniami,
 - 8) podpisywanie protokołów oraz ustaleń z narad ze związkami zawodowymi oraz kierownikami komórek i jednostek organizacyjnych,
 - 9) podpisywanie pism zastrzeżonych do podpisu dyrektora na podstawie odrębnych przepisów,
 - 10) podpisywanie sprawozdań finansowych,
 - 11) udzielenia osobom zatrudnionym w Zespole pełnomocnictw/upoważnień do dokonywania określonych czynności.

§ 13

Dyrektor wydaje wewnętrzne akty prawne:

- 1) zarządzenia,
- 2) instrukcje,
- 3) informacje wewnętrzne,
- 4) standardy i procedury.

§ 14

Dyrektor:

- 1) jest pracodawcą w rozumieniu przepisów Kodeksu Pracy, podejmuje decyzje w sprawach kadrowych oraz kreuje politykę płacową.
- 2) rozpatruje skargi, wnioski i zażalenia pracowników i pacjentów.
- 3) zatwierdza strukturę organizacyjną i zadania komórek organizacyjnych Zespołu.
- 4) sprawuje nadzór nad wykonywaniem zadań przez pracowników bezpośrednio sobie podległych oraz dokonuje oceny ich pracy.
- 5) realizuje inne zadania wynikające z obowiązujących przepisów prawa.

§ 15

1. Zastępcy dyrektora wykonują zadania z upoważnienia dyrektora, a w szczególności:
 - 1) podejmują w powierzonym zakresie działania zapewniające wykonywanie zadań statutowych,
 - 2) dbają o koordynację działalności podległych im komórek organizacyjnych,
 - 3) organizują i nadzorują wykonywanie zadań przez kierowników podległych sobie komórek organizacyjnych,
 - 4) wykonują inne zadania zlecone przez dyrektora,
 - 5) współpracują ze sobą i ponoszą, w powierzonym zakresie działania, odpowiedzialność za zasadność i efektywność podejmowanych przedsięwzięć.
2. Zastępcy dyrektora upoważnieni są do podejmowania decyzji w zakresie związanym z nadzorem i kierowaniem powierzonymi im komórkami organizacyjnymi, za wyjątkiem spraw zastrzeżonych do wyłącznej decyzji dyrektora.
3. Zastępcy dyrektora przedstawiają dyrektorowi wnioski w sprawie zatrudnienia, nagradzania oraz karania podległych pracowników.

§ 16

1. 1.1. Zastępcy dyrektora ds. ekonomicznych- głównemu księgowemu podlegają:
 - 1) dział finansowo-księgowy,
 - 2) kierownik sekcji analiz i rozliczeń.
- 1.2. Do zadań zastępcy dyrektora ds. ekonomicznych - głównego księgowego należy w szczególności:
 - 1) opracowywanie planów finansowych i innych oraz koordynowanie planów finansowych z planami inwestycyjnymi i innymi planami obowiązującymi w Zespole,
 - 2) nadzór nad planowaniem i stopniem realizacji w zakresie nakładów inwestycyjnych zgodnie z obowiązującymi przepisami,
 - 3) prowadzenie rachunkowości jednostki,
 - 4) wykonywanie dyspozycji środkami pieniężnymi,
 - 5) dokonywanie wstępnej kontroli zgodności operacji gospodarczych i finansowych z prawem,
 - 6) organizowanie i dokonywanie wstępnej kontroli wewnętrznej w zakresie kompletności i rzetelności dokumentów dotyczących operacji gospodarczych i finansowych,
 - 7) opracowywanie zasad (polityki) rachunkowości i przedstawianie ich do zatwierdzenia dyrektorowi,
 - 8) racjonalne gospodarowanie środkami przeznaczonymi na wykonywanie zadań wynikających z planu finansowego,
 - 9) nadzór nad wydatkowaniem środków finansowych zgodnie z ustawą o finansach publicznych i Prawem zamówień publicznych,
 - 10) koordynacja problematyki finansowo-ekonomicznej komórek organizacyjnych w tym nadzór nad wdrożeniem i monitorowanie budżetowania,

- 11) zatwierdzanie harmonogramów inwentaryzacyjnych i nadzór nad terminową realizacją spisów z natury składników majątkowych,
- 12) okresowe ustalanie lub sprawdzanie drogą inwentaryzacji rzeczywistego stanu aktywów i pasywów,
- 13) dokonywanie rocznej analizy ekonomicznej i tematycznych analiz okresowych ze szczególnym uwzględnieniem kosztów według miejsca ich powstawania oraz przedstawianie wniosków wynikających z analiz,
- 14) wycena aktywów i pasywów oraz ustalanie wyniku finansowego,
- 15) sporządzanie sprawozdań finansowych i innych sprawozdań w zakresie dotyczącym powierzonych zadań oraz terminowe dostarczanie sprawozdań do sądu rejestrowego,
- 16) nadzór nad prawidłowym gromadzeniem i przechowywaniem dowodów księgowych oraz pozostałej dokumentacji wymaganej przepisami ustawy o rachunkowości,
- 17) nadzór nad prawidłową i terminową realizacją obowiązków w zakresie prawa podatkowego, w tym w szczególności nad obliczaniem i odprowadzaniem należnych podatków,
- 18) inicjowanie zlecenia biegłemu rewidentowi badania bilansu oraz sprawozdania finansowego jednostki,
- 19) współpraca z z-cą dyrektora ds. medycznych i z-cą dyrektora ds. technicznych w zakresie przygotowywania programów i projektów w celu pozyskania dodatkowych środków finansowych oraz zapewnienia prawidłowej i zgodnej z obowiązującymi przepisami pracy Zespołu.
- 20) nadzór nad prawidłowym wydatkowaniem i rozliczaniem dodatkowych, zewnętrznych środków finansowych pochodzących z dotacji i darowizn.
- 21) nadzór finansowy nad rozliczaniem prowadzonych badań klinicznych.

1.3. W czasie nieobecności zastępcy dyrektora ds. ekonomicznych - głównego księgowego:

- 1) działem finansowo - księgowym kieruje wskazany pracownik DFK,
- 2) kierownik sekcji analiz i rozliczeń podlega bezpośrednio dyrektorowi.

2. Zastępcy dyrektora ds. technicznych podlegają:

- 1) kierownik działu obsługi szpitala,
- 2) stanowisko ds. programów unijnych i międzynarodowych,
- 3) informatycy,

2.1. Do zadań zastępcy dyrektora ds. technicznych w szczególności należy:

- 1) opracowywanie i aktualizacja planów inwestycyjnych i innych,
- 2) koordynacja planowania rzeczowego i ustalanie niezbędnych kosztów oraz nakładów do ich realizacji,
- 3) nadzór i ponoszenie pełnej odpowiedzialności za celowe, racjonalne i zgodne z zasadą gospodarności wykorzystanie środków finansowych,
- 4) racjonalne gospodarowanie środkami przeznaczonymi na wykonywanie zadań wynikających z planu inwestycyjnego,
- 5) nadzór nad prowadzoną działalnością administracyjno-gospodarczą,
- 6) nadzorowanie realizacji zaopatrzenia Zespołu w sprzęt, usługi i inne środki materialne zgodnie z ustawą Prawo zamówień publicznych,
- 7) nadzór nad przestrzeganiem prawa i koordynacja działań w zakresie ochrony środowiska,
- 8) wnioskowanie, zorganizowanie i prowadzenie inwestycji w zakresie infrastruktury budowlanej, technicznej i sprzętu medycznego,
- 9) przygotowanie bądź nadzór nad przygotowaniem oraz gromadzenie i przechowywanie dokumentacji w zakresie realizacji wszystkich inwestycji,

- 10) czuwanie nad prowadzonymi w Zespole pracami inwestycyjnymi i remontowymi w zakresie ich zgodności z przepisami Prawa budowlanego i wynikających z niego przepisów wykonawczych,
 - 11) właściwe wykorzystanie i rozliczanie dotacji i innych środków finansowych pozyskanych na różnego typu inwestycje,
 - 12) organizowanie pracy Zespołu zgodnie z wymogami służb nadzoru w tym: państwowego inspektora sanitarnego, dozoru technicznego, ochrony środowiska i bezpieczeństwa przeciwpożarowego oraz wynikającymi z innych przepisów prawa,
 - 13) nadzorowanie prowadzenia zagadnień administracyjno-technicznych związanych z umowami dzierżaw (najmu) i sprzedaży obiektów (pomieszczeń) budowlanych, terenu oraz sprzętu technicznego,
 - 14) współpraca z z-cą dyrektora ds. medycznych i z-cą dyrektora ds. ekonomicznych - głównym księgowym w zakresie przygotowywania programów oraz projektów w celu pozyskania dodatkowych środków finansowych
 - 15) podpisywanie w imieniu Zespołu umów dotyczących darowizn na cele niemedyczne oraz nadzór nad wykorzystaniem środków zgodnie z celem określonym w umowie.
- 2.2. Na czas nieobecności zastępcy dyrektora ds. technicznych komórkami organizacyjnymi i stanowiskami wymienionymi w ust. 2 kieruje kierownik działu obsługi szpitala.
3. Zastępcy dyrektora ds. medycznych podlegają następujące stanowiska:
- 1) ordynatorzy, koordynatorzy i kierownicy oddziałów szpitalnych,
 - 2) kierownik (koordynator) izby przyjęć,
 - 3) kierownik (koordynator) Przychodni Specjalistycznej,
 - 4) kierownik ośrodka zaburzeń oddychania w czasie snu,
 - 5) kierownik działu diagnostyki laboratoryjnej,
 - 6) kierownik apteki,
 - 7) kierownik (koordynator) pracowni diagnostyki obrazowej,
 - 8) stanowiska ds. statystyki i dokumentacji medycznej,
 - 9) kierownik pracowni bronchoskopii.
- 3.1. Zastępca dyrektora ds. medycznych współpracuje z komórkami organizacyjnymi Zespołu, w szczególności: z z/cą dyrektora ds. ekonomicznych, z/cą dyrektora ds. technicznych, pielęgniarką naczelną, pełnomocnikiem ds. jakości oraz kierownikiem sekcji analiz i rozliczeń.
- 3.2. Do zadań zastępcy dyrektora ds. medycznych należy w szczególności:
- 1) nadzór nad wykonywaniem zadań przez podległe komórki organizacyjne Zespołu,
 - 2) zapewnienie całodobowej opieki lekarskiej w oddziałach szpitalnych oraz ciągłości pracy poradni, laboratorium i pracowni diagnostycznych,
 - 3) podejmowanie zadań dostosowujących działalność medyczną do funkcjonujących standardów i regulacji prawnych,
 - 4) zapewnienie wysokiej jakości oraz sprawności organizacji opieki leczniczej,
 - 5) planowanie, koordynowanie, kontrolowanie i nadzór nad wykonywaniem zadań przez personel medyczny,
 - 6) zapewnienie prowadzenia dokumentacji formalno-prawnej zgodnie z przepisami prawa i przyjętymi procedurami,
 - 7) udział w przygotowywaniu umów dotyczących udzielania świadczeń zdrowotnych,
 - 8) nadzór nad właściwą realizacją umów przez osoby udzielające świadczeń zdrowotnych na podstawie umów cywilnoprawnych zawieranych w trybie określonym ustawą o działalności leczniczej,
 - 9) analiza sprawozdawczości w zakresie realizacji usług medycznych Zespołu, wykorzystywania leków, środków i sprzętu medycznego,
 - 10) prowadzenie analizy zgonów,
 - 11) zwiększenie efektywności pracy Zespołu,

- 12) udział w postępowaniach o udzielenie zamówienia publicznego z branży medycznej,
 - 13) przedstawianie Dyrektorowi wniosków w sprawach:
 - a) zasadności nabycia lub zbycia aparatury lub sprzętu medycznego,
 - b) rozszerzenia lub ograniczenia działalności nadzorowanych komórek organizacyjnych,
 - 14) nadzór nad przestrzeganiem przez podległych pracowników prawa, wewnętrznych aktów normatywnych (regulaminów, zarządzeń) oraz obowiązujących norm etycznych,
 - 15) kreowanie pozytywnego wizerunku Zespołu i propagowanie tego typu działań w środkach masowego przekazu,
 - 16) opracowywanie i nadzór nad wdrażaniem standardów akredytacyjnych w podległych komórkach organizacyjnych,
 - 17) czuwanie nad właściwym przygotowaniem oferty konkursowej na świadczenia zdrowotne i monitorowanie realizacji tych świadczeń w poszczególnych miesiącach,
 - 18) podpisywanie w imieniu Zespołu umów dotyczących darowizn na cele statutowe (ochrona zdrowia) oraz nadzór nad wykorzystaniem środków zgodnie z celem określonym w umowie,
 - 19) współpraca z z-cą dyrektora d.s. ekonomicznych - głównym księgowym i kierownikiem sekcji analiz i rozliczeń w zakresie właściwego rozliczania procedur medycznych oraz obniżenia kosztów diagnostyki i leczenia,
 - 20) wydawanie opinii w sprawie zawierania umów dotyczących badań klinicznych,
 - 21) nadzór nad realizacją praw i obowiązków Zespołu wynikających z umów dotyczących badań klinicznych, których stroną jest Zespół.
4. W czasie nieobecności z-cy dyr. ds. medycznych jego obowiązki przejmuje wyznaczony lekarz.

§ 17

1. Naczelna pielęgniarka podlega służbowo dyrektorowi, ściśle współpracuje z zastępcą dyrektora ds. medycznych, a także wykonuje zadania pełnomocnika ds. jakości.
 - 1.1 Naczelnej pielęgniarce podlegają bezpośrednio:
 - 1) specjalista ds. epidemiologii,
 - 2) pielęgniarki oddziałowe,
 - 3) pielęgniarki koordynujące,
 - 4) dietetyk,
 - 5) stanowiska ds. promocji zdrowia,
 - 6) psycholog.
 - 1.2. W czasie nieobecności naczelnej pielęgniarki jej obowiązki przejmuje specjalista ds. epidemiologii lub inna wyznaczona pielęgniarka.
2. Pielęgniarka naczelna współpracuje z komórkami organizacyjnymi Zespołu m.in.:
 - 1) kadrą kierowniczą komórek udzielających świadczeń zdrowotnych,
 - 2) kierownikiem działu organizacji i zamówień publicznych,
 - 3) kierownikiem działu obsługi szpitala.
3. Pielęgniarka naczelna współpracuje z zewnętrznymi podmiotami m.in. z:
 - 1) samorządem zawodowym pielęgniarek i położnych.
4. Do zadań naczelnej pielęgniarki należy:
 - 1) planowanie, organizowanie, koordynowanie i nadzorowanie opieki pielęgniarskiej w Zespole,
 - 2) określanie zapotrzebowania ilościowego i jakościowego na opiekę pielęgniarską,
 - 3) opracowanie i wdrażanie programów doskonalenia jakości opieki pielęgniarskiej,
 - 4) opracowanie, opiniowanie opracowanych standardów praktyki zawodowej,
 - 5) doskonalenie metod opieki pielęgniarskiej,
 - 6) określenie stanowisk i zakresu kompetencji na poszczególnych stanowiskach, ustalanie zakresów obowiązków, odpowiedzialności i uprawnień personelu pielęgniarskiego,
 - 7) dokonywanie okresowej analizy i oceny wykorzystywania czasu pracy pielęgniarek,

- 8) opracowanie i doskonalenie metod doboru, przyjmowania i wprowadzenia do pracy oraz realizacja programu adaptacji zawodowej pielęgniarek,
 - 9) wnioskowanie, opiniowanie awansowania, wynagradzania, nagradzania i karania kadry pielęgniarskiej i innych podległych sobie pracowników,
 - 10) organizowanie szkoleń wewnątrzzakładowych, kierowanie pielęgniarek na szkolenia poza zakładem,
 - 11) sprawowanie nadzoru nad dokumentacją pielęgniarską w zakładzie, współpraca w zakresie jej modyfikacji,
 - 12) zatwierdzanie miesięcznych harmonogramów pracy personelu pielęgniarskiego,
 - 13) ocena pracy i kwalifikacji pracowników bezpośrednio podległych oraz uczestniczenie w ocenianiu pośrednio podległych osób,
 - 14) wdrażanie programów z zakresu promocji zdrowia i nadzór nad ich realizacją,
 - 15) uczestniczenie w doskonaleniu zawodowym,
 - 16) sprawowanie nadzoru nad:
 - a) realizacją zadań na podległych stanowiskach pracy
 - b) dyscypliną pracy podległego personelu
 - c) rozkładem czasu pracy podległego personelu
 - d) alokacją kadry sprawującej opiekę nad pacjentem dostosowaną do potrzeb
 - e) zapewnieniem bezpiecznych warunków pracy
 - f) stanem sanitarno – higienicznym zakładu,
 - 17) współpraca z działem obsługi szpitala i dietetykiem w zakresie nadzoru nad jakością żywienia pacjentów,
5. Naczelną pielęgniarka odpowiada za:
- 1) jakość opieki pielęgniarskiej,
 - 2) prawidłową realizację polityki kadrowej w zakresie dotyczącym pielęgniarek,
 - 3) realizację powierzonych zadań,
 - 4) inicjatywę wymaganą na stanowisku pracy,
 - 5) organizację i ilościowe oraz jakościowe wyposażenie stanowisk pracy,
 - 6) wdrażanie programów zwalczania zakażeń szpitalnych,
 - 7) prawidłowe rozliczanie wykonania zadań z zakresu promocji zdrowia i edukacji prozdrowotnej realizowanych w ramach programów.

§ 18

1. Pełnomocnik dyrektora ds. jakości podlega służbowo dyrektorowi.
2. Do zadań pełnomocnika dyrektora ds. jakości należy:
 - 1) współuczestniczenie w wypracowaniu i wdrażaniu strategii działań i programów w zakresie zapewnienia jakości,
 - 2) współuczestniczenie w opracowaniu systemów wspierających zarządzanie jakością,
 - 3) współudział w organizowaniu spotkań Komitetu ds. jakości oraz grup problemowych,
 - 4) prowadzenie dokumentacji z prac Komitetu, sporządzanie okresowych sprawozdań z działalności w zakresie zapewnienia jakości,
 - 5) koordynacja prac grup problemowych w zakresie:
 - a) ustalania standardów i procedur
 - b) wymagań jakościowych na stanowiskach pracy
 - 6) udzielanie konsultacji w zakresie rozwiązywania problemów jakościowych,
 - 7) monitorowanie wskaźników jakościowych, realizacji standardów i procedur,
 - 8) uczestniczenie w dostosowaniu działalności Zespołu do wymogów utrzymania certyfikatu,
 - 9) opracowanie, wdrażanie programów szkoleniowych z zakresu zapewnienia jakości,
 - 10) uczestniczenie w prowadzeniu audytów,
 - 11) formułowanie wniosków dotyczących jakości na podstawie przeprowadzonych analiz.
3. Pełnomocnik dyrektora ds. jakości odpowiada za dostosowanie i utrzymywanie jakości świadczonych usług na poziomie zgodnym z wymogami i standardami akredytacyjnymi.

§ 19

Pełnomocnik dyrektora ds. jakości współpracuje ze wszystkimi komórkami organizacyjnymi Zespołu.

§ 20

Pełnomocnik dyrektora ds. jakości współpracuje z zewnętrznymi podmiotami m.in. z:

- 1) CMJ w Krakowie,
- 2) z pełnomocnikami ds. jakości w innych podmiotach leczniczych,

ROZDZIAŁ III

Organizacja i zadania jednostek organizacyjnych oraz zasady współdziałania

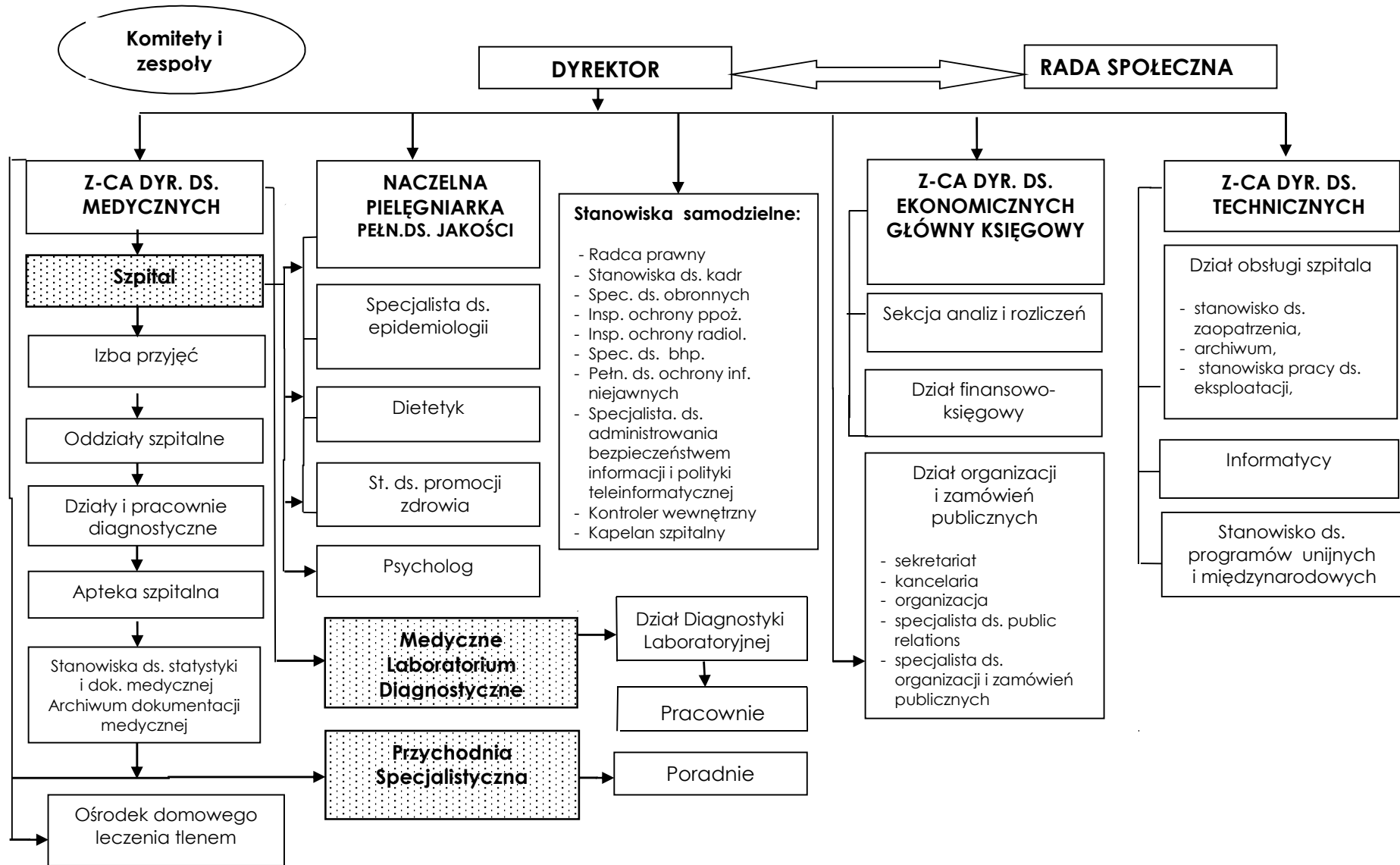
§ 21

1. W strukturze Zespołu funkcjonują:

- 1) Izba Przyjęć,
- 2) Oddziały szpitalne:
 - Oddział rehabilitacji pulmonologicznej z ośrodkiem rehabilitacji dziennej
 - Oddział alergologiczno - pulmonologiczny
 - Klinika pulmonologii z oddziałem pulmonologicznym,
 - Oddział pulmonologiczny z pododdziałem gruźlicy,
 - Oddział onkologii z pododdziałem chemioterapii,
- 3) Pracownie i działy diagnostyczne:
 - a) Pracownia diagnostyki obrazowej,
 - b) Dział Diagnostyki Laboratoryjnej,
 - c) Pracownie diagnostyczne:
 - Pracownia bronchoskopii,
 - Pracownia badań czynnościowych i diagnostyki alergologicznej,
- 4) Apteka szpitalna,
- 5) Ośrodek domowego leczenia tlenem,
- 6) Przychodnia Specjalistyczna, w której skład wchodzi:
 - Poradnia pulmonologiczna
 - Poradnia gruźlicy
 - Poradnia diagnostyki i leczenia bezdechu sennego,
 - Poradnia onkologiczna,
 - Poradnia alergologiczna,
 - Poradnia chorób zakaźnych
- 7) Komórki organizacyjne:
 - Dział finansowo – księgowy,
 - Dział organizacji i zamówień publicznych,
 - Dział obsługi szpitala,
 - Sekcja analiz i rozliczeń,
- 8) Stanowiska podległe Dyrektorowi:
 - radca prawny
 - stanowiska ds. kadr,
 - kontroler wewnętrzny,
 - specjalista ds. obronnych,
 - inspektor ochrony przeciwpożarowej,
 - inspektor ochrony radiologicznej,
 - pełnomocnik ds. ochrony informacji niejawnych,
 - specjalista ds. bhp,
 - specjalista ds. administrowania bezpieczeństwem informacji i polityki teleinformatycznej
 - kapelan szpitalny,
- 9) inne stanowiska:

REGULAMIN ORGANIZACYJNY

- stanowisko ds. funduszy unijnych i międzynarodowych,
 - stanowiska ds. statystyki medycznej i dokumentacji medycznej,
 - informatycy,
 - specjalista ds. epidemiologii
 - dietetyk
 - psycholog.
2. Ponadto w strukturze Zespołu działają, powoływane na stałe lub okresowo, komitety i zespoły (komisje) problemowe, takie jak Komitet Jakości, Komitet Terapeutyczny, Komitet ds. zakażeń szpitalnych i inne. Skład i zakres ich zadań określa dyrektor w drodze zarządzeń. Działanie komitetów (zespołów, komisji) ma charakter doradczy i opiniodawczy, polegający na kolektywnym analizowaniu spraw, dokonywaniu ustaleń oraz formułowaniu wniosków i propozycji.
3. Organizację Zespołu przedstawia poniższy schemat organizacyjny.



4. Organizację i zadania poszczególnych stanowisk oraz komórek organizacyjnych określają regulaminy stanowiące załączniki do niniejszego regulaminu.
5. Wszystkie w/w komórki są zobowiązane do współpracy i udzielania sobie nawzajem potrzebnych informacji w celu zapewnienia sprawnego i efektywnego funkcjonowania Zespołu pod względem diagnostyczno- leczniczym, pielęgnacyjnym, rehabilitacyjnym i administracyjno- gospodarczym.

§ 22

1. Szczegółowe obowiązki pracowników Zespołu określają ich zakresy czynności przechowywane w aktach osobowych.
2. Pracownicy na stanowiskach kierowniczych są zobowiązani do opracowywania zakresów czynności, obowiązków i odpowiedzialności podległych im pracowników.
3. Kierownicy komórek są zobowiązani do wyznaczenia zastępcy w przypadku swojej nieobecności w pracy.
4. Pracownicy zatrudnieni na samodzielnych stanowiskach pracy uzgadniają każdorazowo (w razie swojej nieobecności) swoje zastępstwo z dyrektorem.
5. Kierownicy ponoszą odpowiedzialność za prawidłowe funkcjonowanie podległych komórek.
6. Kierownicy komórek są odpowiedzialni i zobowiązani do kontroli podległych im pracowników, zwłaszcza pod względem:
 - 1) efektywności, racjonalności i ekonomicznego działania,
 - 2) zgodności podejmowanych działań z przepisami prawa,
 - 3) korzystania z mienia Zespołu zgodnie z przeznaczeniem,
 - 4) dbałości o powierzony sprzęt i środki oraz należyte ich zabezpieczenie.
7. W przypadku uszkodzenia mienia Zespołu, kierownik komórki lub osoba odpowiedzialna za mienie sporządza w trybie natychmiastowym protokół zaistniałego zdarzenia i przekazuje go niezwłocznie kierownikowi działu obsługi szpitala.
8. W zakresie swych zadań kierownicy komórek:
 - 1) udzielają informacji podporządkowanym pracownikom,
 - 2) w razie nieobecności podległego pracownika ustalają zastępstwo,
 - 3) dbają o podnoszenie kwalifikacji pracowników,
 - 4) wydają i egzekwują wykonywanie poleceń służbowych,
 - 5) wyciągają konsekwencje wobec pracowników, którzy dopuszczają się uchybień w pracy; w razie stwierdzenia nadużyć powiadamiają o tym fakcie dyrektora oraz zabezpieczają dowody,
 - 6) dokonują okresowych ocen pracy podległych im pracowników,
 - 7) prowadzą karty ewidencji czasu pracy,
 - 8) dbają o przestrzeganie przez podległych pracowników przepisów prawa oraz innych wewnętrznych aktów prawnych,
 - 9) przedstawiają dyrektorowi właściwemu merytorycznie wniosków w sprawie zatrudniania, nagradzania lub karania podległych pracowników.

ROZDZIAŁ IV

Przebieg procesu udzielania świadczeń zdrowotnych

§ 23

Zakres udzielanych świadczeń

1. Świadczenia zdrowotne udzielane są w zakresie:
 - 1.1 Stacjonarne całodobowe świadczenia zdrowotne udzielane są pacjentom w funkcjonujących całą dobę oddziałach szpitalnych:
 - 1) oddziale rehabilitacji pulmonologicznej z ośrodkiem rehabilitacji dziennej

- 2) oddziale alergologiczno - pulmonologicznym
 - 3) klinice pulmonologii - oddziale pulmonologicznym
 - 4) oddziale pulmonologicznym z pododdziałem gruźlicy
 - 5) oddziale onkologii z pododdziałem chemioterapii.
- 1.2 Ambulatoryjne świadczenia zdrowotne wykonywane są w:
- 1) Przychodni Specjalistycznej:
 - Poradni pulmonologicznej
 - Poradni gruźlicy
 - Poradni diagnostyki i leczenia bezdechu sennego,
 - Poradni alergologicznej,
 - Poradni onkologicznej,
 - Poradnia chorób zakaźnych
 - 2) Ośrodka domowego leczenia tlenem.
2. W szpitalu wykonywane są świadczenia diagnostyczne w:
- 1) Pracowni diagnostyki obrazowej,
 - 2) Dziale Diagnostyki Laboratoryjnej,
 - 3) Pracowni bronchoskopii,
 - 4) Pracowni badań czynnościowych i diagnostyki alergologicznej.
 - 5) Ośrodka zaburzeń oddychania w czasie snu.

§ 24

Zasady udzielania świadczeń:

Przyjęcie do szpitala odbywa się całodobowo na zasadach określonych w ogólnie obowiązujących przepisach, z zachowaniem poniższych reguł:

- 1) pacjenta do oddziału przyjmuje się każdego dnia i o każdej porze na podstawie decyzji ordynatora, koordynatora, kierownika oddziału lub jego zastępcy, a poza godzinami normalnej ordynacji, lekarza dyżurnego – w przypadkach medycznie uzasadnionych,
- 2) o przyjęciu do szpitala osoby zgłaszającej się lub skierowanej przez lekarza albo uprawnioną instytucję orzeka lekarz wyznaczony do tych czynności, po zapoznaniu się ze stanem zdrowia i uzyskaniu zgody tej osoby, jej opiekuna prawnego lub przedstawiciela ustawowego, chyba, że na mocy odrębnych przepisów możliwe jest przyjęcie do szpitala bez wyrażenia zgody,
- 3) jeżeli na skutek braku miejsc, zakresu udzielanych świadczeń lub względów epidemiologicznych, pacjent skierowany do leczenia szpitalnego nie może zostać przez szpital przyjęty, szpital, po udzieleniu niezbędnej pomocy medycznej, po uprzednim uzgodnieniu, kieruje pacjenta do innego podmiotu leczniczego.

§ 25

Kolejność udzielania świadczeń

1. Lista oczekujących prowadzona jest w sposób zapewniający poszanowanie zasady sprawiedliwego, równego, nie dyskryminującego i przejrzystego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej.
2. Zapisy na liście prowadzone są zgodnie z kryteriami medycznymi określonymi w przepisach Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 września 2005 roku w sprawie kryteriów medycznych, jakimi powinni kierować się świadczeniodawcy, umieszczając świadczeniobiorców na listach oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej (Dz. U.2005.200.1661).
3. Kwalifikacja pacjentów według kategorii medycznych, polega na tym, że na listach oczekujących umieszczani są Pacjenci zaliczani do kategorii medycznej „Przypadek pilny” oraz „Przypadek stabilny”. Określenie kategorii medycznej ma wpływ na termin realizacji świadczenia.
4. Umieszczenie Pacjenta na liście oczekujących następuje zgodnie z poniższymi kryteriami medycznymi opartymi na aktualnej wiedzy medycznej:

- 1) stanem zdrowia Pacjenta;
 - 2) rokowaniami co do dalszego przebiegu choroby;
 - 3) chorobami współistniejącymi mającymi wpływ na chorobę, z powodu której ma być udzielone świadczenie;
 - 4) zagrożeniem wystąpienia, utrwalenia lub pogłębienia niepełnosprawności.
5. Zasady wpisywania Pacjentów na listy oczekujących:
- 1) Wpisanie Pacjenta na listę oczekujących następuje w dniu zgłoszenia.
 - 2) Zgłoszenia przyjmowane są w dniach i godzinach pracy oddziału szpitalnego, poradni specjalistycznej, pracowni diagnostycznej, pracowni rehabilitacji.
 - 3) Zgłoszenia osobiste:
 - a) Pacjenci wpisywani są na listę oczekujących według kolejności zgłoszeń, zgodnie z określoną kategorią medyczną. Lekarz potwierdza kategorię medyczną (przypadek pilny, przypadek stabilny), wskazaną na skierowaniu wystawionym przez lekarza kierującego albo sam kwalifikuje Pacjenta do odpowiedniej kategorii medycznej.
 - b) Wpisanie Pacjenta na listę oczekujących następuje po stwierdzeniu, że posiada wymagane skierowanie na świadczenie danego rodzaju.
6. Skierowania pozbawione części istotnych danych, nie mogą być odmowy wpisania na listę oczekujących. W takich wypadkach, na Pacjencie ciąży obowiązek dostarczenia uzupełnionych danych.
7. Pacjenci objęci leczeniem planowym (kontynuacją leczenia) nie są umieszczani na listach oczekujących. W stanach nagłych świadczenia są udzielane Pacjentowi niezwłocznie.
8. W razie zmiany stanu zdrowia, wskazującej na potrzebę udzielenia świadczenia w terminie wcześniejszym, niż pierwotnie ustalony, dokonuje się niezwłocznie korekty terminu udzielenia świadczenia i informuje Pacjenta o nowym terminie. Podstawą przesunięcia na liście jest zaświadczenie lekarskie, adnotacja lekarza kierującego na skierowaniu lub kwalifikacja przez lekarza Zespołu przy zgłoszeniu osobistym.
9. W razie wystąpienia okoliczności, które uniemożliwiają zachowanie terminu wynikającego z listy oczekujących, właściwa komórka organizacyjna Zespołu (oddział szpitalny, poradnia specjalistyczna itp.) jest zobowiązana poinformować o tym fakcie Pacjentów, w każdy dostępny sposób, podając nowy numer na liście oczekujących. Data i przyczyna zmiany podlega odnotowaniu na liście oczekujących.
10. W przypadku, gdy Pacjent nie może stawić się w wyznaczonym terminie z powodów osobistych lub medycznych, lub gdy zrezygnował ze świadczenia, jest on zobowiązany niezwłocznie powiadomić o tym właściwą komórkę organizacyjną Zespołu (sekretariat oddziału szpitalnego, rejestrację poradni specjalistycznej itp.). Na liście oczekujących dokonuje się zmiany planowanego terminu udzielenia świadczenia oraz wpisuje się przyczynę tej zmiany.
11. W przypadku, kiedy Pacjent nie stawi się w wyznaczonym dniu bez powiadomienia, zostaje skreślony z listy. Osoba dokonująca skreślenia odnotowuje na liście datę i przyczynę skreślenia. Skreślenia dokonuje się również na wniosek Pacjenta, a także w momencie rozpoczęcia udzielenia świadczenia.
12. Wolne terminy na liście oczekujących przeznaczane są na przyspieszenie terminów realizacji świadczeń dla Pacjentów, którzy wyrażą zgodę na zmianę terminu, po zawiadomieniu ich o takiej możliwości. W pierwszej kolejności zawiadamia się Pacjentów czekających najdłużej.
13. Zespół umożliwia świadczeniobiorcom umawianie się drogą elektroniczną na wizyty, możliwość monitorowania statusu na liście oczekujących na udzielenie świadczenia oraz powiadamiania o terminie udzielenia świadczenia.

§ 26

Przyjęcia pacjentów do szpitala

1. Każdy pacjent podlega wstępnemu badaniu medycznemu, wykonywanemu przez lekarza, celem ustalenia kolejności świadczeń zdrowotnych w szpitalu.

2. W izbie przyjęć udziela się świadczeń w trybie planowym, nagłym oraz w razie wypadku masowego.
3. Przyjęcia planowe odbywają się w Izbie Przyjęć w godzinach 7⁰⁰ - 20⁰⁰.
 - 1) pacjent przyjmowany w trybie planowym zgłasza się w wyznaczonym terminie ze skierowaniem do szpitala, aktualnymi badaniami i inną dokumentacją leczenia oraz kompletem wymaganych dokumentów potwierdzających tożsamość
 - 2) pacjentom zgłaszającym się do izby przyjęć ze skierowaniem do oddziału onkologii z pododdziałem chemioterapii w celu zakwalifikowania do przyjęcia wykonuje się niezbędne badania diagnostyczne – laboratoryjne.
4. Przyjęcia w trybie nagłym odbywają się całodobowo.
 - 1) przez przyjęcie w trybie nagłym należy rozumieć zgłoszenie się pacjenta z nagłym pogorszeniem stanu zdrowia, kierowanego przez pomoc doraźną, lekarzy POZ, poradni specjalistycznej i bez skierowania,
 - 2) pacjenci w trybie nagłym przyjmowani są w pierwszej kolejności przed pacjentami planowymi,
 - 3) jeżeli z rozpoznania wstępnego wynikają bezwzględnie wskazania do natychmiastowego leczenia szpitalnego, lekarz wydaje konieczne zlecenia diagnostyczne i lecznicze, a następnie pacjent jest transportowany do właściwego oddziału,
 - 4) w sytuacji kiedy nie ma bezpośredniego zagrożenia życia, po zbadaniu przez lekarza dyżurnego izby przyjęć podaje się niezbędne leki, wykonuje niezbędne badania diagnostyczne, konsultacje specjalistyczne, a następnie transportuje się pacjenta do właściwego oddziału.
5. W chwili ogłoszenia przez lekarza izby przyjęć wypadku masowego / wypadek z jednoczesnym transportem do szpitala 4 i więcej osób w stanie zagrożenia życia i zdrowia /, działalność całego szpitala jest ukierunkowana na pomoc poszkodowanym zgodnie z zasadą "zrobić jak najwięcej dla jak największej liczby poszkodowanych" z wykorzystaniem zasobów placówki oraz przy współpracy instytucji zewnętrznych.

§ 27

Rzeczy osobiste i odzież pacjenta

1. Pacjent zgłaszający się do szpitala swoje rzeczy osobiste i odzież może przekazać towarzyszącym członkom rodziny lub upoważnionym osobom.
2. Odzież pozostawiona w szpitalu może być przechowywana w magazynie odzieży chorych.
3. Pieniądze i kosztowności pacjent może przekazać do depozytu szpitala.
4. Szpital nie odpowiada za rzeczy pozostawione w szpitalu i niezadeklarowane do przechowywania.
5. Przedmioty wartościowe znalezione przy pacjencie nieprzytomnym - w przypadku braku możliwości przekazania ich osobie bliskiej - zabezpiecza personel szpitala zgodnie z opisaną w odrębnych dokumentach procedurą.

§ 28

Tożsamość pacjenta

1. Tożsamość pacjentów przyjmowanych do szpitala ustalona jest na podstawie dowodu osobistego lub innego dokumentu potwierdzającego tożsamość.
2. Pacjenci szpitala są zaopatrywani w znaki identyfikacyjne.
3. Znak identyfikacyjny zawiera informacje pozwalające na ustalenie imienia i nazwiska oraz daty urodzenia pacjenta w sposób uniemożliwiający identyfikację pacjenta przez osoby nieuprawnione.

§ 29

Zawiadomienie członków rodziny o przyjęciu pacjenta bez ich wiedzy.

1. Lekarz izby przyjęć, lekarz dyżurny izby przyjęć lub lekarz właściwego oddziału postanawia o zawiadomieniu członków rodziny, przedstawiciela ustawowego lub opiekunów faktycznych pacjenta o:
 - 1) przyjęciu bez ich wiedzy do szpitala pacjenta nieprzytomnego,
 - 2) przyjęciu pacjenta w przypadku nagłym i ciężkim albo o znacznym pogorszeniu się stanu zdrowia pacjenta lub o jego zgonie,
 - 3) przeniesieniu pacjenta do innego podmiotu leczniczego z podaniem jego dokładnego adresu.
2. Zawiadomień, o których mowa w ust. 1 nie dokonuje się, jeżeli pacjent złoży takie zastrzeżenie.
3. Zawiadomienia, o którym mowa w ust.1, na zlecenie lekarza dokonuje pielęgniarka izby przyjęć lub oddziału.

§ 30

W każdym przypadku zgłoszenia się do szpitala i przyjęcia pacjenta o nieznanymi danych osobowych, z chorobą lub obrażeniami ciała mogącymi być skutkiem działania przestępczego lekarz dyżurny izby przyjęć powiadamia policję.

§ 31

Przekazanie na oddział

1. Po wyrażeniu pisemnej zgody na hospitalizację i leczenie pacjent powinien być odprowadzony lub przetransportowany do właściwego oddziału wraz z założoną dokumentacją medyczną.
2. Pacjenci przebywający na oddziale mogą korzystać z:
 - 1) bezpośredniego kontaktu z osobą duchowną /informacje można uzyskać od pielęgniarki oddziału/,
 - 2) obrzędów religijnych w Kaplicy szpitala o ustalonych godzinach,
 - 3) bufetu gastronomicznego znajdującego się na parterze budynku C,
 - 4) automatu telefonicznego znajdującego się przy oddziale,
 - 5) skrzynki pocztowej znajdującej się na zewnątrz budynku szpitalnego,
 - 6) pacjenci i ich rodziny mogą uczestniczyć w programach promocji i edukacji zdrowotnej organizowanych przez personel oddziału lub szpitala.

§ 32

Organizacja procesu udzielania świadczeń w oddziale

Pacjent zostaje przyjęty do oddziału przez pielęgniarkę dyżurną, która zapoznaje pacjenta z topografią oddziału i kartą praw pacjenta, a także odnotowuje przyjęcie pacjenta w dokumentacji medycznej.

§ 33

Planowanie procesu leczenia i ustalanie planu opieki

1. Badanie i zebranie informacji w celu ustalenia rozpoznania, ustalenia wstępnego procesu leczenia i procesu pielęgnowania powinno być przeprowadzone bezpośrednio po przyjęciu do oddziału z zachowaniem zasad prywatności.
2. Plan opieki nad pacjentem jest opracowany przez zespół terapeutyczny oddziału w ciągu 24 godzin od przyjęcia i modyfikowany w zależności od potrzeb, zaś pacjent zostaje

poinformowany o głównych założeniach planu oraz o osobach sprawiających nad nim opiekę.

3. W ciągu 24 godzin od przyjęcia opracowany zostaje lekarski plan opieki, który w zależności od wyników badań dodatkowych i stanu ogólnego jest modyfikowany.
4. Pacjent jest informowany w sposób zrozumiały o stanie zdrowia, celu i sposobie wykonywania procedur, związanych z nim zmianach oraz o możliwościach alternatywnego postępowania diagnostycznego i terapeutycznego.
5. W ciągu 12 godzin od przyjęcia opracowany zostaje pielęgniarski plan opieki, który jest modyfikowany w zależności od stanu pacjenta, rozpoznania pielęgniarskiego i przebiegu procesu diagnostyczno – leczniczego.

§ 34

Uzyskiwanie dodatkowej zgody pacjenta

1. Lekarz może zastosować metodę leczenia lub diagnostyki stwarzającej ryzyko dla pacjenta po uzyskaniu jego pisemnej zgody.
2. Przed wyrażeniem zgody pacjenta lekarz jest zobowiązany do przekazania mu w sposób przystępny i zrozumiały wyczerpujących informacji o celu, sposobie przeprowadzenia i możliwych powikłaniach danego zabiegu/badania.
3. Pielęgniarka, lekarz uzyskuje pisemną zgodę pacjenta na obecność i udział w procesie diagnostyczno- leczniczym studentów Wydziału Nauk Medycznych Uniwersytetu Warmińsko- Mazurskiego oraz innych osób przygotowujących się do wykonywania zawodu medycznego.
4. Wykaz procedur medycznych wymagających dodatkowej zgody pacjenta zatwierdza zastępca dyrektora ds. medycznych.
5. Wykaz znajduje się w katalogu standardów i procedur i jest uaktualniany w zależności od zakresu i rodzaju wykonywanych świadczeń medycznych.

§ 35

Informacje o stanie zdrowia

1. Lekarz leczący ma obowiązek udzielić pacjentowi, w tym pacjentowi małoletniemu, który ukończył 16 lat lub jego przedstawicielowi ustawowemu informacji o rozpoznaniu, stanie zdrowia, proponowanych metodach diagnostycznych, leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania lub zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu. Informacje powinny być przekazywane z taktem i w sposób zrozumiały.
2. Lekarz może udzielać informacji innym osobom tylko za zgodą pacjenta. Pacjent przyjmowany do szpitala podaje w formie pisemnej dane osoby, którą upoważnia do uzyskiwania informacji o swoim stanie zdrowia. Informacje te zawarte są w historii choroby.
3. W sytuacjach, jeśli rokowanie jest niepomyślne, lekarz może ograniczyć informacje o stanie zdrowia i rokowaniu w przypadku:
 - 1) gdy pacjent wyraźnie i świadomie sobie tego życzy,
 - 2) jeżeli wg oceny lekarza przemawia za tym dobro pacjenta.
4. Informacji o stanie zdrowia pacjenta udzielają wyłącznie: ordynatorzy, lekarze prowadzący lub lekarze dyżurni, w ustalonych godzinach.
5. W przypadkach szczególnie uzasadnionych informacje udzielane są w każdym czasie.
6. Informacji o stanie zdrowia nie udziela się przez telefon. Dopuszcza się powiadamianie telefoniczne w przypadku nagłego pogorszenia się stanu zdrowia, powodującego zagrożenie życia.
7. Pielęgniarki mogą udzielać informacji wyłącznie dotyczących opieki pielęgniarskiej.

§ 36

Zasady przeprowadzania konsultacji lekarskich

1. Decyzję o konsultacji podejmuje lekarz leczący, który:
 - 1) zakłada kartę konsultacji specjalistycznych,
 - 2) uzyskuje pisemną zgodę ordynatora,
 - 3) informuje pacjenta o konieczności konsultacji.
2. Lekarz leczący lub upoważniona osoba uzgadnia telefonicznie termin konsultacji.
3. Przy zgłaszaniu konsultacji obowiązuje podanie nazwy szpitala, oddziału, danych pacjenta, celu oraz trybu konsultacji /pilny, planowy/.
4. Kartę konsultacji specjalistycznej wypełnia lekarz konsultujący i jest ona włączana do indywidualnej dokumentacji medycznej pacjenta.
5. Decyzję o wdrożeniu zaleceń konsultanta podejmuje lekarz prowadzący.
6. Na podstawie kart konsultacji specjalistycznych prowadzona jest ewidencja zbiorcza udzielanych konsultacji.
7. Ewidencja zbiorcza przekazywana jest przez pielęgniarkę oddziałową do sekcji analiz i rozliczeń do dnia 6 każdego miesiąca za poprzedni miesiąc.

§ 37

Zasady odwiedzin

1. Odwiedziny pacjentów odbywają się codziennie.
2. Odwiedzanie pacjentów może być wstrzymane decyzją Dyrektora z powodu zagrożenia epidemiologicznego oraz z innych ważnych przyczyn.
3. Jednego pacjenta mogą odwiedzać jednocześnie 2 osoby, w tym dzieci powyżej 10 roku życia.
4. Odwiedzających obowiązuje zachowanie ciszy i spokoju oraz zakaz wnoszenia na teren szpitala napojów alkoholowych oraz środków odurzających.
5. W przypadku izolacji pacjenta, na polecenie pielęgniarki w oddziale, osoby odwiedzające mają obowiązek założyć odzież ochronną (fartuch, maska).

§ 38

Przeniesienie pacjenta

1. Przekazanie pacjenta na inny oddział odbywa się ze wskazań medycznych i organizacyjnych i po uzyskaniu zgody pacjenta.
2. Przeniesienie pacjenta na inny oddział w ramach jednego pobytu w szpitalu poprzedzone jest uzgodnieniem terminu z ordynatorem lub upoważnionym przez niego lekarzem.
3. Lekarz z oddziału, z którego pacjent jest przenoszony, sporządza wypis z oddziału. Zakończoną historię przekazuje się do pracownika ds. statystyki i dokumentacji medycznej.
4. Pielęgniarka oddziałowa lub pracownik ds. statystyki i dokumentacji medycznej powiadamia o wypisie i przeniesieniu pacjenta izbę przyjęć, a izba przyjęć zakłada nową historię choroby, kartę statystyczną, kartę procedur medycznych, kartę rejestracji zakażeń.
5. Lekarz prowadzący lub pielęgniarka informują rodzinę chorego o decyzji przeniesienia na inny oddział.

§ 39

1. Przekazanie pacjenta do innego podmiotu leczniczego celem dalszej opieki wymaga wystawienia skierowania oraz uzgodnienia miejsca z ordynatorem lub lekarzem dyżurnym.
2. Ordynator lub lekarz dyżurny przekazujący pacjenta do innego zakładu dokonuje adnotacji w historii choroby, do jakiej placówki został pacjent przekazany i z kim zostało ustalone przyjęcie.
3. Zakończoną historię przekazuje się do pracownika ds. statystyki i dokumentacji medycznej.
4. O przekazaniu pacjenta do innej placówki lekarz prowadzący lub lekarz dyżurny powiadamia niezwłocznie rodzinę lub przedstawiciela ustawowego.

REGULAMIN ORGANIZACYJNY

5. Transport pacjentów przy planowym przekazaniu pacjenta do innego podmiotu leczniczego odbywa się własnym środkiem transportu, w godz. 7⁰⁰ – 15⁰⁰ z udziałem ratownika lub pielęgniarki.
6. Transport pacjentów wymagających natychmiastowego przekazania do innego podmiotu leczniczego odbywa się transportem sanitarnym.
7. Decyzję o rodzaju wymaganego środka transportu podejmuje lekarz prowadzący, ordynator, w przypadku transportu poza granice Olsztyna - za pisemną zgodą zastępcy dyr. ds. medycznych lub lekarza dyżurnego.

§ 40

Dyżury lekarskie:

1. Poza godzinami normalnej ordynacji szpitala, tj. w niedziele, święta, inne dni wolne od pracy oraz dni powszednie w godzinach od 15:00 do 7:25 opiekę lekarską w szpitalu sprawuje dwóch lekarzy dyżurnych, z których jeden jest lekarzem dyżurnym izby przyjęć, a drugi lekarzem dyżurnym oddziałów.
2. W czasie pełnienia dyżuru lekarz dyżurny izby przyjęć przejmuje następujące kompetencje dyrektora Zespołu i zastępcy dyrektora ds. medycznych:
 - 1) zapewnia sprawne funkcjonowanie poszczególnych komórek Zespołu, a w przypadkach tego wymagających podejmuje działania interwencyjne,
 - 2) przyjmuje skargi i wnioski pacjentów oraz osób trzecich dotyczące działania Zespołu, odnotowując ten fakt w "Książce raportów".
3. Wszystkie komórki Zespołu czynne poza godzinami normalnej ordynacji są zobowiązane wykonywać polecenia lekarza dyżurnego izby przyjęć dotyczące bieżącego funkcjonowania szpitala.
4. Szczegółowe warunki dotyczące zasad zapewniania opieki lekarskiej poza normalną ordynacją szpitala, reguluje umowa cywilnoprawna z podmiotem świadczącym te usługi.

§ 41

Wypisanie ze szpitala

1. Wypisanie ze szpitala, jeżeli przepisy szczegółowe nie stanowią inaczej, następuje:
 - 1) gdy stan zdrowia nie wymaga dalszego leczenia w szpitalu,
 - 2) na żądanie pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego,
 - 3) gdy pacjent w sposób rażący narusza przebieg udzielania świadczeń zdrowotnych, a nie zachodzi obawa, że odmowa lub zaprzestanie udzielania świadczeń może spowodować bezpośrednio niebezpieczeństwo dla jej życia lub zdrowia albo życia lub zdrowia innych osób.
2. Osoba występująca o wypisanie ze szpitala na własne żądanie jest informowana przez lekarza o możliwych następstwach zaprzestania leczenia w szpitalu. Osoba ta składa pisemnie oświadczenie o wypisaniu ze szpitala na własne żądanie. W przypadku braku takiego oświadczenia lekarz sporządza adnotację w dokumentacji medycznej.
3. W przypadku żądania przez przedstawiciela ustawowego wypisania pacjenta ze szpitala, którego stan zdrowia wymaga dalszego udzielania świadczeń zdrowotnych, można odmówić wypisania do czasu wydania orzeczenia przez sąd opiekuńczy, chyba, że odrębne przepisy stanowią inaczej.
4. Lekarz prowadzący zgłasza ordynatorowi wniosek o wypisanie pacjenta niezwłocznie po zakończeniu leczenia szpitalnego, przygotowuje kartę informacyjną, omawia z pacjentem dalsze zalecenia.
5. Do chwili opuszczenia szpitala pacjent pozostaje w rejestrze chorych.
6. W przypadku, gdy pacjent z uwagi na stan zdrowia nie wymaga hospitalizacji, a nie chce opuścić szpitala, ponosi on koszty hospitalizacji bez względu na uprawnienia do bezpłatnych świadczeń. Decyzję tę podejmuje Dyrektor na wniosek ordynatora.

§ 42

Obowiązki podmiotu leczniczego w razie śmierci pacjenta

1. Zwłoki osoby, która zmarła w szpitalu, mogą być poddane sekcji, w szczególności, gdy zgon tej osoby nastąpi przed upływem 12 godzin od przyjęcia do szpitala, z zastrzeżeniem ust.2.
 2. Zwłoki osoby, która zmarła w szpitalu, nie są poddawane sekcji, jeżeli przedstawiciel ustawowy tej osoby wyraził sprzeciw lub uczyniła to osoba za życia. W takim przypadku o zaniechaniu sekcji zwłok sporządza się adnotację w dokumentacji medycznej i załącza sprzeciw.
 3. Zastępca dyrektora ds. medycznych na wniosek właściwego ordynatora lub lekarza prowadzącego, zarządza dokonanie lub zaniechanie sekcji.
 4. Zaniechania sekcji zwłok nie stosuje się w przypadkach:
 - 1) określonych w Kodeksie postępowania karnego i Kodeksie karnym wykonawczym oraz aktach wykonawczych wydanych na ich podstawie,
 - 2) gdy przyczyny zgonu nie można ustalić w sposób jednoznaczny,
 - 3) określonych w przepisach o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi.
 5. W dokumentacji medycznej osoby, która zmarła w szpitalu, sporządza się adnotację o dokonaniu lub zaniechaniu sekcji zwłok, z odpowiednim uzasadnieniem.
 6. Postępowanie w razie zgonu pacjenta w szpitalu:
 - 1) w razie śmierci chorego w oddziale pielęgniarka bezwzględnie powiadamia o tym lekarza leczącego lub lekarza dyżurnego,
 - 2) w razie zgonu pacjenta, którego tożsamość nie została ustalona lub zgonu co do którego istnieje podejrzenie, że nastąpił skutek przestępstwa lub nieszczęśliwego wypadku lekarz, po konsultacji z ordynatorem, powinien niezwłocznie powiadomić jednostkę organizacyjną policji,
 - 3) lekarz powinien natychmiast dokonać oględzin zmarłego, stwierdzić zgon i jego przyczynę oraz odnotować w historii choroby, na karcie gorączkowej i w księdze Ruchu Chorych – datę i godzinę śmierci,
 - 4) pielęgniarka powinna odnotować datę i godzinę śmierci w raporcie pielęgniarskim,
 - 5) w przypadku zgonu:
 - a) lekarz osobiście powiadamia rodzinę obecną w szpitalu przy zgonie
 - b) lekarz lub pielęgniarka powiadamiają niezwłocznie wskazaną przez pacjenta osobę lub instytucję, lub przedstawiciela ustawowego
 - c) pielęgniarki zabezpieczają rzeczy i przedmioty wartościowe pacjenta
 - d) po stwierdzeniu zgonu po 2 godzinach od śmierci pacjenta, lekarz wypełnia i przekazuje osobom uprawnionym do pochówku kartę zgonu
 - e) zwłoki pacjenta przechowuje się w oddziale przez 2 godziny, w wydzielonej sali
 - f) szpital ma obowiązek należyście przygotować zwłoki osoby zmarłej w celu wydania ich osobom uprawnionym
 - g) personel powiadamia telefonicznie firmę, z którą Zespół ma zawartą umowę, o potrzebie odebrania zwłok
 - h) rodzina zmarłego lub upoważniona przez nią firma pogrzebowa odbiera zwłoki wraz z kartą zgonu bezpośrednio z oddziału lub z chłodni, w której są przechowywane zwłoki na zlecenie Zespołu.
 - 6) W przypadku zgonu osoby bezdomnej, pielęgniarka telefonuje do właściwego ośrodka pomocy społecznej, który odpowiada za odebranie karty zgonu i zorganizowanie pogrzebu.
 - 7) W razie zgonu pacjenta, którego tożsamość nie została ustalona lub zgonu co do którego istnieje podejrzenie, że nastąpił skutek przestępstwa lub nieszczęśliwego wypadku, lekarz po konsultacji z ordynatorem powinien niezwłocznie powiadomić jednostkę organizacyjną policji.
7. Zespół zobowiązany jest do ponoszenia kosztów przechowywania zwłok przez maksymalnie 72 godziny od zgonu pacjenta. Po upływie tego czasu Zespół ma prawo do żądania od osób lub instytucji uprawnionych do pochówku oraz podmiotów, na których zlecenie przechowuje się zwłoki w związku z toczącym się postępowaniem karnym, zwrotu opłat za przechowywanie zwłok w wysokości 125 zł za każdą rozpoczętą dobę.

Organizacja procesu udzielania specjalistycznych ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych

1. Świadczenia zdrowotne w zakresie specjalistycznej opieki zdrowotnej udzielane są w poradniach wchodzących w skład Przychodni Specjalistycznej.
2. Świadczenia z zakresu ambulatoryjnej specjalistycznej opieki zdrowotnej w ramach ubezpieczenia zdrowotnego udzielane są na podstawie skierowania lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, z wyjątkiem świadczeń w poradni gruźlicy.
3. Pacjent ma prawo wyboru lekarza specjalisty spośród lekarzy udzielających świadczeń ambulatoryjnych.
4. Poradnie specjalistyczne prowadzą listy oczekujących na świadczenia.
5. Rejestracji pacjentów można dokonywać osobiście, telefonicznie lub za pośrednictwem Internetu - e-rejestracja.
6. Pacjent przyjmowany w poradni specjalistycznej zgłasza się w wyznaczonym terminie z:
 - 1) skierowaniem lekarskim, jeśli jest wymagane,
 - 2) wynikami wcześniej wykonanych badań,
 - 3) kartami informacyjnymi z leczenia szpitalnego, jeśli pacjent wcześniej był hospitalizowany inną dokumentacją przebiegu leczenia.
7. W uzasadnionych medycznie przypadkach lekarz specjalista wydaje skierowanie na:
 - 1) badanie diagnostyczne,
 - 2) do innych poradni specjalistycznych,
 - 3) na leczenie stacjonarne w szpitalu.
8. W uzasadnionych medycznie przypadkach lekarz specjalista może objąć pacjenta stałym leczeniem w poradni specjalistycznej.
9. Lekarz specjalista w określonych sytuacjach informuje lekarza sprawującego podstawową opiekę zdrowotną nad pacjentem o przebiegu leczenia oraz objęciu pacjenta stałym leczeniem specjalistycznym.
10. W każdej poradni specjalistycznej w miejscu ogólnie dostępnym dla pacjentów umieszczone są informacje o:
 - 1) ogólnych zasadach udzielania świadczeń,
 - 2) sposobach rejestracji,
 - 3) dniach i godzinach przyjęć przez lekarzy specjalistów,
 - 4) nazwiskach lekarzy wraz z tygodniowym harmonogramem ich pracy oraz wyszczególnieniem godzin pracy każdego lekarza udzielającego świadczeń zdrowotnych.

§ 44

Organizacja procesu udzielania świadczeń zdrowotnych w pracowniach diagnostycznych.

1. Pracownie diagnostyczne udzielają świadczeń zdrowotnych w celu rozpoznania stanu zdrowia i ustalenia dalszego postępowania leczniczego.
2. Świadczenia zdrowotne udzielane są na podstawie skierowania lekarza.
3. Świadczenie zdrowotne niemożliwe do wykonania w szpitalu zlecone jest do wykonania w zewnętrznych pracowniach diagnostycznych zgodnie z zawartymi umowami.

§ 45

1. Przyjmowanie pacjentów do pracowni diagnostyki obrazowej odbywa się planowo.
2. Badania kontrastowe i usg wykonywane są po uprzedniej rejestracji telefonicznej lub osobistej. W pierwszej kolejności wykonywane są badania pacjentów szpitalnych.
3. Pacjenci przebywający na oddziałach szpitalnych są zgłaszani telefonicznie lub informacje o planowanych badaniach dostarczane są przez pracowników firmy zajmującej się higieną szpitalną.
4. W przypadkach nagłych dopuszczane są odstępstwa od wyznaczonych terminów.
5. Badania radiologiczne z użyciem promieniowania jonizującego wykonywane są wyłącznie na pisemne skierowanie lekarskiego. W sytuacji zagrożenia życia dopuszcza się wykonanie

- badania na ustne zlecenie lekarza. Lekarz zlecający jest zobowiązany do dostarczenia pisemnego skierowania w terminie późniejszym.
6. Płyty CD z zapisanym na nich zdjęciami radiologicznymi pacjentów z oddziałów lub poradni wraz z opisami przekazywane są do lekarzy zlecających badanie.
 7. Pacjenci spoza szpitala otrzymują osobiście wynik rtg i płytę CD.
 8. W przypadkach nagłych wyniki badań sporządza się tego samego dnia. W innych przypadkach wyniki są przygotowane na dzień następnny.
 9. Wynik badania usg wraz z opisem pacjent otrzymuje natychmiast po badaniu; kopia wyniku jest archiwizowana.

§ 46

Warunki współdziałania z innymi podmiotami leczniczymi w zakresie zapewnienia prawidłowej diagnostyki, leczenia pacjentów i ciągłości postępowania

1. Szpital oraz Przychodnia współdziałają z innymi podmiotami leczniczymi w zakresie zapewnienia prawidłowości diagnostyki, leczenia i ciągłości postępowania poprzez zawieranie umów zgodnie z ustawą o działalności leczniczej z dnia 15 kwietnia 2011 roku oraz poprzez bezpośrednie kontaktowanie się personelu medycznego z właściwymi placówkami medycznymi, stosownie do potrzeb wynikających z procesu leczenia i na zasadach określonych odrębnymi przepisami.
2. W każdej komórce organizacyjnej Zespołu znajduje się telefon sieci stacjonarnej oraz spis telefonów i adresów podmiotów leczniczych i innych podmiotów, z którymi Zespół współpracuje.
3. Zespół komunikuje się ze służbami ratowniczymi (pogotowie ratunkowe, policja, straż pożarna, pogotowie gazowe) za pomocą telefonii stacjonarnej i komórkowej.
4. Zwrot sprzętu dostarczanego z pacjentem np. ortopedycznego, następuje na zasadach uzgodnionych z zespołem transportującym pacjenta do szpitala.

§ 47

Dokumentacja medyczna

1. Dokumentacja medyczna zawiera co najmniej:
 - 1) oznaczenie pacjenta, pozwalające na ustalenie jego tożsamości:
 - a) nazwisko i imię (imiona)
 - b) datę urodzenia
 - c) oznaczenie płci
 - d) adres miejsca zamieszkania
 - e) numer PESEL, jeżeli został nadany, a w przypadku osób, które nie mają nadanego numeru PESEL - rodzaj i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość
 - f) w przypadku gdy pacjentem jest osoba małoletnia, całkowicie ubezwłasnowolniona lub niezdolna do świadomego wyrażenia zgody – nazwisko i imię (imiona) przedstawiciela ustawowego oraz adres jego miejsca zamieszkania.
2. Dokumentacja medyczna podlega ochronie i jest udostępniona osobom (podmiotom) do tego upoważnionym:
 - a) do wglądu w podmiocie leczniczym,
 - b) poprzez sporządzenie jej wyciągów, odpisów, kopii
 - c) poprzez wydanie oryginału za pokwitowaniem odbioru i z zastrzeżeniem zwrotu po wykorzystaniu, jeśli uprawniony organ lub podmiot żąda udostępnienia oryginałów tej dokumentacji.
3. Za udostępnienie dokumentacji medycznej w sposób określony ust. 2 pkt b podmiot leczniczy pobiera opłatę. Opłaty za udostępnienie dokumentacji wynoszą:
 - 1) za jedną stronę wyciągu lub odpisu dokumentacji medycznej - 0,002 przeciętnego wynagrodzenia w poprzednim kwartale, począwszy od pierwszego dnia następnego miesiąca po ogłoszeniu przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego w Dzienniku

- Urzędowym Rzeczypospolitej Polskiej "Monitor Polski" na podstawie art. 20 pkt 2 ustawy z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych,
- 2) za jedną stronę kopii dokumentacji medycznej - 0,0002 przeciętnego wynagrodzenia, o którym mowa w pkt 1).
 - 3) za sporządzenie wyciągu, odpisu lub kopii dokumentacji medycznej na elektronicznym nośniku danych, jeżeli jest ona prowadzona w formie elektronicznej - 0,002 przeciętnego wynagrodzenia, o którym mowa w pkt 1).

ROZDZIAŁ V Prawa i obowiązki pacjenta

§ 48

Prawa pacjenta:

1. Pacjent ma prawo do natychmiastowego udzielenia świadczeń zdrowotnych ze względu na zagrożenie zdrowia lub życia.
2. Pacjent ma prawo do świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej.
3. Szpital zapewnia pacjentowi produkty lecznicze i materiały medyczne oraz pomieszczenie i wyżywienie odpowiednie do stanu zdrowia.
4. Pacjent ma prawo, w sytuacji ograniczonych możliwości udzielenia odpowiednich świadczeń zdrowotnych, do przejrzystej, obiektywnej, opartej na kryteriach medycznych, procedury ustalającej kolejność dostępu do tych świadczeń.
5. Pacjent ma prawo żądać, aby udzielający mu świadczeń zdrowotnych:
 - 1) lekarz zasięgnął opinii innego lekarza lub zwołał konsylium lekarskie,
 - 2) pielęgniarka zasięgnęła opinii innej pielęgniarki.
6. Pacjent ma prawo do świadczeń zdrowotnych udzielanych z należytą starannością przez podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych w warunkach odpowiadających określonym w odrębnych przepisach wymaganiom fachowym i sanitarnym. Przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych osoby wykonujące zawód medyczny kierują się zasadami etyki zawodowej określonymi przez właściwe samorzady zawodów medycznych.
7. Zespół ma obowiązek poinformować pacjenta o przysługujących mu prawach.
8. Ponadto pacjent przyjęty do Szpitala ma prawo, na zasadach określonych poniżej, do:
 - 1) środków farmaceutycznych i materiałów medycznych,
 - 2) pomieszczenia i wyżywienia odpowiedniego do stanu zdrowia,
 - 3) opieki duszpasterskiej,
 - 4) dodatkowej opieki pielęgnacyjnej sprawowanej przez osobę bliską lub inną osobę wskazaną przez siebie,
 - 5) kontaktu telefonicznego lub korespondencyjnego z osobami z zewnątrz,
 - 6) wskazania osoby lub instytucji, którą Szpital obowiązany jest powiadomić w przypadku pogorszenia się stanu zdrowia powodującego zagrożenie życia pacjenta, albo w razie śmierci pacjenta,
 - 7) wyrażenia zgody, albo odmowy na umieszczenie w Szpitalu,
 - 8) wypisania ze szpitala na własne żądanie i uzyskania od lekarza informacji o możliwych następstwach zaprzestania leczenia w Szpitalu.

§ 49

1. Pacjent, jego przedstawiciel ustawowy lub opiekun faktyczny mają prawo do dostatecznie wczesnej informacji o zamiarze odstąpienia przez lekarza od leczenia pacjenta i wskazania przez tego lekarza możliwości uzyskania świadczenia zdrowotnego u innego lekarza lub podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych.

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

§ 50

Pacjent ma prawo do zachowania w tajemnicy przez osoby wykonujące zawód medyczny i przygotowujące się do jego wykonywania, w tym udzielające mu świadczeń zdrowotnych, wszelkich informacji z nim związanych. Ochronie podlegają w szczególności informacje związane ze stanem zdrowia pacjenta.

§ 51

1. Pacjent ma prawo do wyrażenia zgody albo odmowy na umieszczenie w szpitalu.
2. Pacjent ma prawo do wyrażenia zgody na udzielenie określonych świadczeń zdrowotnych lub odmowy wyrażenia takiej zgody, po uzyskaniu informacji w zakresie, o którym mowa w § 35 Regulaminu.
3. W przypadku zabiegu operacyjnego albo zastosowania metody leczenia lub diagnostyki stwarzających podwyższone ryzyko dla pacjenta, zgodę, o której mowa w ust.2, wyraża się w formie pisemnej.
4. Pacjent, w tym małoletni, który ukończył 16 lat, ma prawo do wyrażenia zgody na przeprowadzenie badania lub udzielenie innych świadczeń zdrowotnych przez lekarza.
5. Pacjent małoletni, który ukończył 16 lat, osoba ubezwłasnowolniona albo pacjent chory psychicznie lub upośledzony umysłowo, lecz dysponujący dostatecznym rozeznaniem, ma prawo do wyrażenia sprzeciwu co do udzielenia świadczenia zdrowotnego, pomimo zgody przedstawiciela ustawowego lub opiekuna faktycznego. W takim przypadku wymagane jest zezwolenie sądu opiekuńczego.
6. Osoby wykonujące zawód medyczny, inne niż udzielające świadczeń zdrowotnych uczestniczą przy udzielaniu tych świadczeń tylko wtedy, gdy jest to niezbędne ze względu na rodzaj świadczenia. Uczestnictwo, a także obecność innych osób wymaga zgody pacjenta, a w przypadku pacjenta małoletniego, całkowicie ubezwłasnowolnionego lub niezdolnego do świadomego wyrażenia zgody, jego przedstawiciela ustawowego, i osoby wykonującej zawód medyczny, udzielającej świadczenia zdrowotnego.
7. Pacjent lub jego przedstawiciel ustawowy może wyrazić zgodę w formie pisemnej na wzięcie udziału w eksperymencie medycznym, po udzieleniu przez lekarza informacji o celach, sposobach i warunkach przeprowadzenia eksperymentu, spodziewanych korzyściach leczniczych lub poznawczych, ryzyku oraz o możliwości odstąpienia od udziału w eksperymencie w każdym jego stadium.
8. Pacjent lub jego przedstawiciel ustawowy może wyrazić zgodę w formie pisemnej na uczestnictwo w badaniu klinicznym, po wcześniejszym przekazaniu przez lekarza informacji dotyczących istoty, znaczenia, skutków i ryzyka związanego z badaniem klinicznym. Uczestnik badania klinicznego może w każdej chwili bez konsekwencji wycofać się z badania klinicznego.

§ 52

1. Pacjent ma prawo do poszanowania intymności i godności, w szczególności w czasie udzielania mu świadczeń zdrowotnych.
2. Prawo do poszanowania godności obejmuje także prawo do umierania w spokoju i godności. Pacjent znajdujący się w stanie terminalnym ma prawo do świadczeń zdrowotnych zapewniających łagodzenie bólu i innych cierpień.
3. Przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych może być obecna osoba bliska, chyba że istnieje prawdopodobieństwo wystąpienia zagrożenia epidemicznego lub zagrożenie bezpieczeństwa zdrowotnego pacjenta.

4. Pacjent lub jego przedstawiciel ustawowy ma prawo do wniesienia do rejestru sprzeciwów zastrzeżenia, aby po jego śmierci nie pobierano z jego zwłok tkanek, narządów lub komórek w innym celu niż dla ustalenia przyczyny zgonu.
5. Pacjent lub jego przedstawiciel ustawowy ma prawo złożyć pisemne zastrzeżenie, aby po jego śmierci odstąpić od sekcji zwłok. Sprzeciw ten nie jest skuteczny w przypadkach określonych w art. 31 ust. 4 ustawy o działalności leczniczej.

§ 53

1. Pacjent ma prawo do dostępu do dokumentacji medycznej dotyczącej jego stanu zdrowia oraz udzielonych mu świadczeń zdrowotnych lub wskazania innej osoby, której dokumentacja ta może być udostępniona.
2. Pacjent ma prawo do zapewnienia ochrony danych zawartych w dokumentacji medycznej, z zastrzeżeniem wyjątków określonych przepisami prawa.

§ 54

Pacjent lub jego przedstawiciel ustawowy mogą wnieść sprzeciw do Komisji Lekarskiej działającej przy Rzeczniku Praw Pacjenta wobec opinii albo orzeczenia, o których mowa w art. 2 ust. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry, jeżeli opinia albo orzeczenie ma wpływ na prawa lub obowiązki pacjenta wynikające z przepisów prawa.

§ 55

1. Pacjent ma prawo do kontaktu osobistego, telefonicznego lub korespondencyjnego z innymi osobami.
2. Pacjent ma prawo do odmowy kontaktu z osobami trzecimi.
3. Pacjent ma prawo do wskazania osoby lub instytucji, którą Szpital obowiązany jest powiadomić w przypadku pogorszenia się stanu zdrowia powodującego zagrożenie życia pacjenta, albo w razie śmierci pacjenta.
4. Pacjent ma prawo do dodatkowej opieki pielęgnacyjnej, przez którą rozumie się opiekę, która nie polega na udzielaniu świadczeń zdrowotnych.
5. Koszty realizacji praw, o których mowa w ust. 1 i 4 ponosi pacjent.
6. Koszt opłaty za opiekę, o której mowa w ust. 4, ustala dyrektor w drodze zarządzenia.

§ 56

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

§ 57

Przechowywanie rzeczy wartościowych

1. Pacjent ma prawo oddać na przechowanie do depozytu szpitala rzeczy wartościowe.
2. Rzeczami wartościowymi są:
 - 1) krajowe i zagraniczne pieniądze, papiery wartościowe,
 - 2) biżuteria,
 - 3) inne przedmioty uznawane za wartościowe przez pacjenta.

§ 58

1. Pacjent przyjęty do szpitala powinien zgłosić rzeczy wartościowe do depozytu szpitala w godzinach urzędowych. Osoba przyjmująca rzeczy do depozytu sporządza w trzech egzemplarzach spis przedmiotów.

2. Jeden egzemplarz spisu przedmiotów składa się w depozycie, drugi egzemplarz wydaje się pacjentowi, trzeci pozostaje u osoby przyjmującej depozyt.
3. Na opakowaniu depozytu zamieszcza się dane pacjenta (imię i nazwisko), rodzaj depozytu, nr książki depozytowej. Trwale zamknięte opakowanie ostemplowuje się pieczęcią izby przyjęć oraz oddziału.
4. Spis przyjętych przedmiotów zawiera dane:
 - 1) imię i nazwisko pacjenta, datę urodzenia, miejsce zamieszkania,
 - 2) datę przyjęcia,
 - 3) imię, nazwisko, stanowisko osoby przyjmującej depozyt,
 - 4) opis i rodzaj przedmiotów, ich ilość, cechy szczególne,
 - 5) podpis pacjenta, osoby przyjmującej depozyt, ewentualnie innych osób.

§ 59

1. Jeżeli pacjent przyjęty został do szpitala po godzinach pracy, w których można złożyć depozyt, rzeczy wartościowe składa się w depozycie oddziału, na którym pacjent przebywa i gdzie są zabezpieczone w metalowych kasetkach do czasu przekazania ich do depozytu.
2. Pielęgniarka oddziału bezpośrednio przy przyjęciu depozytu sporządza w trzech egzemplarzach spis przedmiotów, składa własnoręczny podpis obok podpisu pacjenta. Jeden egzemplarz spisu otrzymuje pacjent.
3. Przekazanie przedmiotów wartościowych do depozytu szpitala następuje wraz ze spisem, o którym mowa w ust.2.

§ 60

1. Pacjent ma prawo do składania skarg i wniosków.
2. Przedmiotem skargi może być w szczególności zaniedbanie lub nienależyte wykonanie zadań przez Zespół lub pracownika, naruszenie obowiązujących przepisów, a także nieprzestrzeganie praw pacjenta.
3. Wniesione przez pacjentów skargi i wnioski są rejestrowane i wyjaśniane
4. Zespół ma obowiązek udzielić skarżącemu odpowiedzi na zgłoszoną skargę lub wniosek w terminie 14 dni.
5. W razie zawinonego naruszenia praw pacjenta może on dochodzić przed sądem powszechnym zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę na podstawie art. 448 k.c. Prawo do zadośćuczynienia nie przysługuje w przypadku zawinonego naruszeń praw pacjenta, wymienionych w art. 4 ust. 3 ustawy z 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

§ 61

Pacjent ma prawo złożenia skargi i wniosku na temat działalności szpitala:

1. Osobiście do ordynatora, pielęgniarki oddziałowej lub naczelnego pielęgniarki.
2. Osobiście lub pisemnie do Dyrektora lub działającego w Zespole Pełnomocnika ds. Praw Pacjenta.
3. Anonimowo – wypełniając ankietę na temat przestrzegania praw pacjenta i wrzucając do skrzynki znajdującej się w na oddziale i w holu głównym Zespołu.

§ 62

Pacjent może również złożyć skargę bezpośrednio do:

1. Rady Społecznej przy Samodzielnym Publicznym Zespole Gruźlicy i Chorób Płuc, 10 – 357 Olsztyn, ul. Jagiellońska 78.
2. Podmiotu tworzącego – Urząd Marszałkowski, 10 – 552 Olsztyn, ul. Emilii Plater 1.
3. Wydziału Spraw Świadczeniobiorców – Sekcja Skarg i Wniosków przy NFZ, ul. Żołnierska 16, 10-561 Olsztyn.

REGULAMIN ORGANIZACYJNY

4. Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej Lekarzy: 10 – 561 Olsztyn, ul. Żołnierska 16 C.
5. Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej Pielęgniarek i Położnych: 10 –560 Olsztyn, ul. Krasickiego 6.
6. Rzecznika Praw Pacjenta: ul. Długa 38/ 40, 00-238 Warszawa.
7. Biura Generalnego Inspektora Ochrony Danych Osobowych, ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa.

§ 63

Podstawowe akty prawne określające prawa pacjenta:

1. Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 roku (Dz. U.1997.78.483 ze zm.)
2. Ustawa z dnia 6 listopada 2008 roku o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U.2012.159 ze zm.).
3. Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej (Dz. U.2013. 217 ze zm.).
4. Ustawa z 5 grudnia 1996 roku o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. 2011. 277.1634 ze zm.)
5. Ustawa z 15 lipca 2011 roku o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U.2014.1435 ze zm.)
6. Ustawa z 27 kwietnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008.164.1027 ze zm.).
7. Ustawa z 19 sierpnia 1994 roku o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. 2011.231.1375 ze zm.).
8. Ustawa z 1 lipca 2005 r. o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów (Dz. U.2005.169.1411 ze zm.).

§ 64

1. Pacjent zobowiązany jest na terenie szpitala:
 - 1) zachowania ciszy,
 - 2) przestrzegania zasad współżycia społecznego wobec innych pacjentów,
 - 3) przestrzegania obowiązującego zakazu palenia tytoniu, spożywania napojów alkoholowych i zażywania środków odurzających,
 - 4) dbania o higienę osobistą oraz o czystość i porządek najbliższego otoczenia,
 - 5) przestrzegania zaleceń personelu, dotyczących rozkładu dnia, zasad bezpieczeństwa przeciwpożarowego i bhp oraz innych zaleceń o charakterze porządkowym,
 - 6) stosowania się do zalecanej diety.
2. Pacjentowi nie wolno:
 - 1) przyjmować jakichkolwiek leków i preparatów ziołowych bez wiedzy i zgody lekarza prowadzącego,
 - 2) uprawiać gier hazardowych,
 - 3) używać aparatów komórkowych w pobliżu aparatury elektronicznej,
 - 4) manipulować aparaturę medyczną, urządzeniami i instalacjami elektrycznymi, gazowymi, wentylacyjnymi i grzewczymi.
3. Pacjent nie może opuszczać oddziału / szpitala / bez wiedzy i zgody personelu medycznego tego oddziału.

ROZDZIAŁ VI Postanowienia końcowe

§ 65

1. Regulamin Organizacyjny jest ustalony przez Dyrektora po zasięgnięciu opinii Rady Społecznej.

REGULAMIN ORGANIZACYJNY

2. Wszystkie zmiany i uzupełnienia Regulaminu wymagają zachowania trybu określonego w ust.1.

§ 67

Integralną część Regulaminu stanowią załączniki zawierające regulaminy samodzielnych stanowisk i komórek organizacyjnych.

§ 68

Regulamin Organizacyjny wchodzi w życie z dniem

Olsztyn,

**REGULAMIN
Izby Przyjęć**

§ 1

1. Do zadań Izby Przyjęć należy w szczególności:
 - 1) badanie lekarskie chorych zgłaszających się do szpitala,
 - 2) przyjmowanie chorych zakwalifikowanych do leczenia szpitalnego,
 - 3) udzielanie pomocy doraźnej chorym, którzy nie zostali zakwalifikowani do leczenia w Szpitalu lub zostali zakwalifikowani do przyjęcia w późniejszym terminie,
 - 4) przekazywanie przyjmowanych pacjentów do oddziałów szpitalnych,
 - 5) udzielanie pierwszej pomocy w stanach zagrożenia życia lub zdrowia,
 - 6) organizacja i uczestniczenie w wyjazdach z pacjentami na badania i konsultacje poza szpitalem,
 - 7) prowadzenie dokumentacji medycznej zbiorczej (księga główna, księga odmów przyjęć, księga porad) zgodnie z wewnętrznymi procedurami dotyczącymi prowadzenia dokumentacji medycznej oraz w oparciu o obowiązujące przepisy prawne,
 - 8) zakładanie indywidualnej dokumentacji pacjenta,
 - 9) udzielanie pacjentom i rodzinom niezbędnych informacji dotyczących funkcjonowania szpitala,
 - 10) obliczanie kosztów transportu finansowanych w całości lub części przez pacjentów.

§ 2

1. W skład personelu izby przyjęć wchodzi:
 - 1) kierownik izby przyjęć,
 - 2) wyznaczeni lekarze dyżurni, poza godzinami normalnej ordynacji Szpitala,
 - 3) pielęgniarka koordynująca,
 - 4) pielęgniarki,
 - 5) ratownicy medyczni,
 - 6) sekretarka /rejestratorka medyczna.
2. Za organizację udzielania świadczeń i sprawne funkcjonowanie izby przyjęć odpowiada kierownik izby przyjęć.
3. Za organizację pracy i jakość opieki pielęgniarskiej, zaopatrzenie w środki medyczne i materiałowe, sprawność techniczną sprzętu oraz za stan sanitarno – higieniczny pomieszczeń odpowiada pielęgniarka koordynująca.
4. Lekarz dyżurny pełni dyżur w każdy dzień tygodnia.
5. Do podstawowych obowiązków Lekarza dyżurnego Izby Przyjęć należy:
 - 1) rozpoczynanie dyżuru o godzinie ustalonej w rozkładzie dyżurów,
 - 2) przebywanie przez cały czas trwania dyżuru w komórce organizacyjnej wyznaczonej do pełnienia dyżuru lub w dostępności telefonicznej na terenie szpitala,
 - 3) dokonywanie obchodów w godzinach wieczornych w dni powszednie, a w dni wolne od pracy w godzinach rannych i wieczornych,
 - 4) dokładnego badania każdego chorego skierowanego do leczenia w Szpitalu, przy wykorzystaniu możliwie dostępnych środków diagnostycznych oraz ustalenia linii postępowania diagnostycznego w celu rozpoczęcia leczenia w oddziale,
 - 5) w przypadku wątpliwości diagnostycznych konsultowania się z lekarzami innych specjalności w celu ustalenia rozpoznania lub uzgodnienia dalszego postępowania,
 - 6) współpracy z personelem średnim oddziału w zakresie niezbędnym do właściwego świadczenia usług medycznych,
 - 7) przybywania na wezwanie pielęgniarki do chorych wymagających pomocy,
 - 8) nadzorowania pracy personelu pielęgniarskiego w zakresie sprawowanej opieki nad pacjentami i realizacji zleceń lekarskich.

- 9) kierowania pacjentów na leczenie w innych jednostkach ochrony zdrowia, jeżeli wymagać tego będzie stan zdrowia pacjenta, a potencjał diagnostyczny i leczniczy Zamawiającego nie zapewni możliwości dalszego leczenia,
 - 10) w przypadku zgonu pacjenta, na pisemny wniosek rodziny, po 2 godzinach od śmierci, wypełnienia karty zgonu i przekazanie jej za pokwitowaniem osobie uprawnionej do pochówku, (o ile przyczyna zgonu nie budzi wątpliwości w ocenie lekarza stwierdzającego zgon i nie istnieją podstawy do przeprowadzenia sekcji zwłok).
 - 11) przestrzegania zasad Kodeksu Etyki Lekarskiej,
 - 12) przestrzegania aktualnych przepisów bhp i p/poż oraz innych przepisów porządkowych wydanych przez Zamawiającego,
 - 13) wykazywania należytej dbałości o mienie Szpitala,
 - 14) wykonywania usług medycznych przy użyciu sprzętu i środków medycznych będących w posiadaniu Szpitala,
 - 15) udzielania informacji o stanie zdrowia pacjentowi lub osobie upoważnionej do otrzymywania,
 - 16) ordynowania ze szczególną starannością leków narkotycznych oraz prowadzenia książki rozchodów leków narkotycznych.
 - 17) kończenie dyżuru po rozpoczęciu normalnej ordynacji Szpitala, a w soboty, niedziele i święta, po zgłoszeniu się zastępcy, któremu Lekarz dyżurny izby przyjęć przekazuje informacje dotyczące dyżuru w prowadzonej "Książce raportów",
 - 18) sporządzanie w formie pisemnej z każdego dyżuru raportu w "Książce raportów".
 - 19) przedkładanie Zastępcy Dyrektora ds. medycznych w pierwszym dniu roboczym rozpoczynającego się tygodnia na spotkaniu ordynatorów i lekarzy dyżurnych „Książki raportów”,
 - 20) niezwłoczne informowanie Zastępcy Dyrektora ds. medycznych o sytuacjach awaryjnych, zagrażających życiu i zdrowiu pacjentów.
6. W godzinach poza normalną ordynacją Szpitala, lekarzowi pełniącemu opiekę lekarską w Izbie Przyjęć, przysługują kompetencje i uprawnienia dyrektora i zastępcy dyrektora ds. medycznych. Lekarz ten ponosi odpowiedzialność za zapewnienie należytego funkcjonowania szpitala, a w szczególności:
- 1) sprawuje ogólny nadzór w sprawach medycznych poza normalną ordynacją zapewniając sprawne funkcjonowanie Zespołu,
 - 2) przyjmuje skargi i wnioski pacjentów oraz osób trzecich dotyczące zakresu działania Zespołu, odnotowując ten fakt w "Książce raportów",
 - 3) kieruje akcją udzielania pomocy chorym w przypadku masowego napływu poszkodowanych (katastrof),
 - 4) kieruje akcją ratowniczą w sytuacjach awaryjnych, zagrażających życiu i zdrowiu pacjentów, zgodnie z obowiązującymi w Zespole instrukcjami, do chwili przybycia osób odpowiedzialnych oraz służb i instytucji do tego powołanych,
7. W czasie pełnienia obowiązków Lekarza Dyżurnego, świadczy on usługi medyczne wyłącznie pacjentom szpitala oraz pacjentom zgłaszającym się do Izby Przyjęć

§ 3

1. W skład pomieszczeń izby przyjęć wchodzi:

- 1) poczekalnia,
- 2) pokój przyjęć,
- 3) pokój badań,
- 4) gabinet zabiegowy,
- 5) przebieralnia dla pacjentów,
- 6) węzeł sanitarny.

§ 4

1. Izba przyjęć pracuje całodobowo:

- 1) przyjęcia planowe pacjentów odbywają się w dni robocze w godz. 7:00-16:00,
- 2) przyjęcia pacjentów w godzinach popołudniowych i nocnych oraz w dni wolne od pracy realizowane są przez lekarza dyżurnego i pielęgniarkę oddziału rehabilitacji,
- 3) harmonogram dyżurów lekarskich ustala Kierownik podmiotu leczniczego realizującego na rzecz Zespołu usługi w zakresie dyżurów,
- 4) rozkład pracy personelu pielęgniarskiego ustala pielęgniarka koordynująca w porozumieniu z pielęgniarką naczelną.

§5

1. W Izbie przyjęć poza obowiązującą dokumentacją medyczną wynikającą z odrębnych przepisów prowadzi się:

- 2) wykaz liczby łóżek wolnych na poszczególnych oddziałach szpitala,
- 3) kartę informacyjną z pobytu w izbie przyjęć.

**REGULAMIN
Oddziału rehabilitacji pulmonologicznej
z ośrodkiem rehabilitacji dziennej**

§ 1

1. Do zadań oddziału należy:
 - 1) rozpoznanie i leczenie specjalistyczne w ramach hospitalizacji,
 - 2) prowadzenie rehabilitacji leczniczej i kompleksowych działań przyczyniających się do poprawy zdrowia pacjenta,
 - 3) zapewnienie kompleksowych, całodobowych świadczeń pielęgnacyjnych,
 - 4) zapewnienie ciągłości leczenia pacjentom,
 - 5) zapewnienie odpowiednich warunków socjalno-bytowych pacjentom przebywającym na oddziałach,
 - 6) prowadzenie szkoleń lekarzy specjalizujących się i studentów w zakresie rehabilitacji pulmonologicznej,
 - 7) współpraca z ośrodkami klinicznymi prowadzącymi działalność w określonym zakresie,
 - 8) szerzenie oświaty i profilaktyki zdrowotnej wśród pacjentów,
 - 9) opracowanie nowych i uaktualnianie obowiązujących procedur medycznych,
2. Za organizację udzielania świadczeń i funkcjonowanie oddziału odpowiada kierownik oddziału.
3. Za organizację pracy i jakość opieki pielęgniarstwa, zaopatrzenie w środki medyczne i materiałowe, sprawność techniczną sprzętu oraz za stan sanitarno – higieniczny pomieszczeń odpowiada pielęgniarka koordynująca.

§ 2

1. W ramach rehabilitacji ogólnoustrojowej w ośrodku dziennym udzielane są:
 - 1) porady lekarskie,
 - 2) świadczenia z neuropsychologii, logopedii, psychoterapii,
 - 3) zabiegi fizjoterapeutyczne, dostosowane do stanu klinicznego pacjenta,
 - 4) indywidualne zajęcia z pacjentem, w zależności od jego stanu zdrowia,
 - 5) zajęcia grupowe (nie więcej niż dziesięciu pacjentów na jednego fizjoterapeutę).
2. W skład personelu oddziału i ośrodka wchodzi:
 - 1) kierownik oddziału rehabilitacji pulmonologicznej,
 - 2) lekarz – specjalista rehabilitacji,
 - 3) pielęgniarka koordynująca,
 - 4) pielęgniarki,
 - 5) fizjoterapeuci/rehabilitanci,
 - 6) magister rehabilitacji
 - 7) sekretarka medyczna.

§ 3

1. W skład pomieszczeń oddziału i ośrodka wchodzi:
 - 1) sale chorych,
 - 2) gabinet lekarski,
 - 3) punkt pielęgniarek,
 - 4) gabinet zabiegowy,
 - 5) sala dziennego pobytu
 - 6) sala inhalacji,

REGULAMIN ORGANIZACYJNY

- 7) sala gimnastyczna
- 8) węzły sanitarne,
- 9) pomieszczenia gospodarcze,
- 10) pracownia fizykoterapii,
- 11) sala drenaży,
- 12) kuchenka brudna,
- 13) pomieszczenie dystrybucji posiłków.

§ 4

W poszczególnych salach chorych mogą przebywać pacjenci tylko tej samej płci.

§ 5

Ramowy rozkład dnia w zakresie opieki medycznej nad pacjentami w oddziale:

Godzina	Czynności w oddziale
06:00 – 07:00	Pomiary parametrów życiowych, pobieranie materiałów do badań laboratoryjnych badań diagnostycznych, wykonywanie czynności pielęgnacyjnych
07:00 - 07:30	Inhalacje
08.00 – 08:30	Śniadanie
08:30 – 09:30	Obchód lekarski
09:30 – 12:30	Ćwiczenia rehabilitacyjne, inhalacje i drenaże
10:00 – 13:00	realizacja zleceń lekarskich i badań diagnostyczny konsultacje lekarskie, inne czynności związane z funkcjonowaniem oddział
13:00 – 13:30	Obiad
14:00 – 15:00	Ćwiczenia rehabilitacyjne, drenaże, zabiegi fizykalne
15:00 – 16:00	Odoczynek pacjentów
16:00 – 18:00	Pomiar ciepłoty ciała, tętna i innych parametrów. Inhalacje
18:00 – 18:30	Kolacja
19:00 – 22:00	Toaleta wieczorna pacjentów. Wykonywanie zleceń lekarskich: zabiegi, inhalacje, leki wziewne, leki doustne. Porządkowanie pomieszczeń.
22:00 - 06:00	Cisza nocna.

§ 6

W porze wyznaczonej na posiłki dla pacjentów nie należy przeprowadzać badań i zabiegów, chyba, że zachodzi przypadek niecierpiący zwłoki.

§ 7

Ośrodek rehabilitacji dziennej przyjmuje pacjentów według niżej podanego planu:

- 1) poniedziałki, wtorki i czwartki w godz. 7:00 – 15:00
- 2) środy, piątki w godz. 10:00 – 18:00.

**REGULAMIN
Oddziału alergologiczno -pulmonologicznego**

§ 1

1. Zadania oddziału to:
 - 1) diagnostyka i terapia chorych ze schorzeniami układu oddechowego, w tym również schorzeniami alergicznymi dróg oddechowych,
 - 2) zapewnienie kompleksowych, całodobowych świadczeń pielęgnacyjnych,
 - 3) zapewnienie pacjentom ciągłości leczenia,
 - 4) zapewnienie odpowiednich warunków socjalno-bytowych pacjentom przebywającym na oddziałach,
 - 5) szkolenie lekarzy specjalizujących się,
 - 6) szkolenie pielęgniarek w ramach szkolenia podyplomowego,
 - 7) współpraca z ośrodkami klinicznymi prowadzącymi działalność w określonym zakresie,
 - 8) szerzenie oświaty i profilaktyki zdrowotnej wśród pacjentów,
 - 9) opracowanie nowych i uaktualnianie obowiązujących procedur medycznych,
 - 10) czynny udział w działaniach ratowniczych w przypadku NZK na terenie SPZGiChP – pielęgniarki wchodzi w skład zespołu reanimacyjnego.
2. Za organizację udzielania świadczeń i funkcjonowanie oddziału odpowiada koordynator oddziału.
3. Za organizację pracy i jakość opieki pielęgniarstwa, zaopatrzenie w środki medyczne i materiałowe, sprawność techniczną sprzętu oraz za stan sanitarno – higieniczny pomieszczeń odpowiada pielęgniarka oddziałowa.

§ 2

1. W skład oddziału wchodzi:
 - 1) sala podwyższonego nadzoru medycznego,
 - 2) łóżka szybkiej diagnostyki,
 - 3) sala odczuć na jady owadów błonkoskrzydłych.
2. Oddział dzieli się na odcinki pielęgniarstwa i lekarskie.
3. Wielkość i ilość odcinków lekarskich ustala ordynator w porozumieniu z z-cą dyrektora ds. medycznych.
4. Wielkość i ilość odcinków pielęgniarstwa ustala pielęgniarka oddziałowa w porozumieniu z pielęgniarką naczelną.

§ 3

- W skład pomieszczeń oddziału wchodzi:
- 1) sala podwyższonego nadzoru i odczuć,
 - 2) sale chorych z węzłami sanitarnymi,
 - 3) punkt pielęgniarek,
 - 4) gabinet zabiegowy,
 - 5) gabinet pielęgniarki oddziałowej,
 - 6) pokój badań,
 - 7) gabinet lekarski,
 - 8) gabinet koordynatora,
 - 9) kuchenka oddziałowa czysta i brudna,
 - 10) punkt sanitarny dla odwiedzających,
 - 11) punkty sanitarne dla personelu,
 - 12) magazyn oddziałowy – 5 szt.,
 - 13) brudownik,

REGULAMIN ORGANIZACYJNY

- 14) sekretariat,
- 15) składzik porządkowy.

§ 4

W poszczególnych salach chorych mogą przebywać pacjenci tylko tej samej płci.

§ 5

1. W skład personelu oddziału wchodzi:
 - 1) koordynator oddziału,
 - 2) lekarze,
 - 3) pielęgniarka oddziałowa,
 - 4) pielęgniarki,
 - 5) sekretarka medyczna.,

§ 6

Ramowy rozkład dnia:

Godzina	Czynności w oddziale
07:00 – 08:00	Raport pielęgniarski i lekarski. Pomiar ciepłoty ciała, tętna i innych parametrów. Pobieranie materiałów do badań diagnostycznych. Toaleta pacjentów, zmiana bielizny osobistej i pościelowej. Rozdawanie leków.
08:00 – 08:30	Śniadanie.
08:30 – 13:00	Wykonywanie badań diagnostycznych (bronchoskopie, USG, Rtg), transport pacjentów na badania.
09:00 -10:30	Przygotowywanie i wykonywanie zabiegów (iniekcji, nebulizacji). Rozkładanie i podawanie leków doustnych.
09:00 – 11:00	Obchody lekarskie.
10:00 – 14:00	Planowe przyjęcia chorych do oddziału. Przyjmowanie pacjentów w trybie nagłym odbywa się w ciągu całej doby.
11:00 – 14:00	Realizacja zleceń lekarskich i badań diagnostycznych i diagnostyczno-leczniczych (punkcje opłucnej). Przygotowywanie i wykonywanie zabiegów. Rozkładanie i podawanie leków doustnych.
13:00 – 13.30	Obiad.
13:30 – 15:00	Wypisy chorych-wydawanie kart informacyjnych.
14:00 – 16:00	Uzupełnianie dokumentacji medycznej. Przygotowywanie próbek do badań. Inne czynności związane z funkcjonowaniem oddziału.
16:00 – 19:00	Pomiar ciepłoty ciała, tętna i innych parametrów. Przygotowywanie pacjentów do badań diagnostycznych. Informowanie pacjentów o planowanych na następny dzień badaniach. Rozkładanie i podawanie leków doustnych, przygotowywanie i wykonywanie zabiegów.
17:30 – 18:30	Kolacja.
19:00 – 22:00	Toaleta wieczorna pacjentów. Wykonywanie zleceń lekarskich: zabiegi, inhalacje, leki wziewne, leki doustne. Porządkowanie pomieszczeń.
22:00 – 06:00	Cisza nocna. Wykonywanie planowych i pilnych zleceń lekarskich oraz innych czynności związanych z funkcjonowaniem oddziału (dokumentowanie, porządkowanie).

**REGULAMIN
Kliniki Pulmonologii – oddziału pulmonologicznego**

§1

1. Do zadań Kliniki Pulmonologii - oddziału pulmonologicznego należy:
 - 1) diagnostyka, rozpoznawanie i leczenie specjalistyczne w ramach hospitalizacji,
 - 2) zapewnienie kompleksowych, całodobowych świadczeń pielęgniarskich,
 - 3) zapewnienie ciągłości leczenia pacjentom,
 - 4) zapewnienie odpowiednich warunków socjalno – bytowych pacjentom przebywającym w oddziale,
 - 5) szkolenie lekarzy specjalizujących się,
 - 6) szerzenie oświaty i profilaktyki zdrowotnej wśród pacjentów,
 - 7) opracowywanie nowych i uaktualnianie już obowiązujących procedur medycznych,
 - 8) współpraca z ośrodkami klinicznymi prowadzącymi działalność w określonym zakresie,
 - 9) diagnostyka i leczenie zaburzeń oddychania w czasie snu
 - 10) szkolenie pielęgniarek odbywających staże w ramach dokształcania podyplomowego.
2. Za organizację udzielania świadczeń i funkcjonowanie oddziału odpowiada koordynator Kliniki Pulmonologii – oddziału pulmonologicznego.
3. W przypadku nieobecności koordynatora za organizację udzielania świadczeń i funkcjonowanie kliniki pulmonologii - oddziału pulmonologicznego odpowiada jego zastępca.
4. Za organizację pracy i jakość opieki pielęgniarskiej, zaopatrzenie w środki medyczne i materiałowe, sprawność techniczną sprzętu oraz za stan sanitarno – higieniczny pomieszczeń odpowiada pielęgniarka oddziałowa.

§ 2

1. W Klinice Pulmonologii – oddziale pulmonologicznym prowadzone są zajęcia dydaktyczne oraz prace badawcze praktyczne, praktyki zawodowe studentów polskojęzycznych oraz anglojęzycznych Wydziału Nauk Medycznych Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego.
2. Udostępnienie Kliniki Pulmonologii - oddziału pulmonologicznego na potrzeby dydaktyczne nie może ograniczać dostępności świadczeń zdrowotnych określonych w statucie Zespołu i wynikających z zawartych przez Zespół umów na świadczenia zdrowotne.
3. Zadania związane ze świadczeniami zdrowotnymi, wykonywanymi w ramach kształcenia studentów są realizowane pod bezpośrednim nadzorem lekarzy posiadających prawo wykonywania zawodu lekarza, będących pracownikami Uczelni.
4. Na podstawie odrębnej umowy zawartej z Zespołem nauczyciele akademicki zatrudnieni w Uczelni na Wydziale Nauk Medycznych mogą uczestniczyć w sprawowaniu opieki zdrowotnej nad pacjentami Kliniki Pulmonologii – oddziału pulmonologicznego.
5. Zajęcia dydaktyczne odbywać się będą zgodnie z planem ustalonym przez Uczelnię przedłożonym Dyrektorowi Zespołu.

§ 3

1. W strukturze Kliniki Pulmonologii – oddziału pulmonologicznego funkcjonuje „Ośrodek Zaburzeń Oddychania w Czasie Snu”.
2. Klinika Pulmonologii - oddział pulmonologiczny dzieli się na odcinki pielęgniarskie i lekarskie.

§ 4

REGULAMIN ORGANIZACYJNY

W skład pomieszczeń oddziału wchodzi:

- 1) sale chorych z węzłami sanitarnymi,
- 2) gabinet zabiegowy,
- 3) pokój badań,
- 4) punkt pielęgniarski,
- 5) gabinet lekarski,
- 6) gabinet lekarza dyżurnego,
- 7) gabinet zastępcy koordynatora ,
- 8) gabinet pielęgniarki oddziałowej,
- 9) kuchenki oddziałowe,
- 10) magazyn oddziałowy,
- 11) węzły sanitarne dla personelu,
- 12) brudowniki,
- 13) gabinet sekretarki medycznej,
- 14) składzik porządkowy.

§ 5

W poszczególnych salach chorych mogą przebywać pacjenci tylko tej samej płci.

§ 6

1. W skład personelu Kliniki Pulmonologii – oddziału pulmonologicznego wchodzi:

- 1) koordynator,
- 2) z-ca koordynatora,
- 3) lekarze,
- 4) pielęgniarka oddziałowa,
- 5) pielęgniarki,
- 6) sekretarka medyczna.

§ 7

Ramowy rozkład dnia w zakresie opieki medycznej nad pacjentem w Klinice Pulmonologii – oddziale pulmonologicznym:

Godzina	Czynności w oddziale
06:00 – 08:00	Mierzenie temperatury oraz innych parametrów, pobieranie materiałów do badań, toalety pacjentów, ścielenie łóżek, zmiana bielizny osobistej i pościelowej. Przygotowywanie i wykonywanie zabiegów/kroplówki, iniekcje, inhalacje.
08:00 – 08:30	Analiza aktualnych badań dodatkowych. Raport lekarski z udziałem pielęgniarki oddziałowej, omówienie stanu zdrowia pacjentów.
08:00 - 09:00	Śniadanie.
09:00 – 11:00	Obchód lekarski.
09:00 – 13:00	Przyjmowanie i realizacja zleceń lekarskich. Zabiegi i badania diagnostyczne. Konsultacje lekarskie.
13:00 – 14.00	Obiad.
11:30 – 15.00	Ustalanie procesu diagnostyczno- terapeutycznego planowo przyjmowanych pacjentów. Konsultacje wewnątrzoddziałowe dotyczące bieżących problemów terapeutycznych. Udzielanie informacji uprawnionym osobom odnośnie stanu zdrowia pacjentów.
14:00 – 16:00	Czas wolny – wypoczynek pacjentów.
16:00 – 18:00	Mierzenie ciepłoty ciała i innych parametrów. Przygotowywanie i wykonywanie zabiegów.

REGULAMIN ORGANIZACYJNY

	Obchody lekarzy dyżurnych. Przygotowywanie pacjentów do badań w dniu następnym.
18:00 – 19:00	Kolacja.
19:00 – 22:00	Wykonywanie zleceń lekarskich, toalety wieczorne zabiegi pielęgnacyjne. Uzupełnianie sprzętu, porządkowanie pomieszczeń.
20:00 – 22:00	Przyjmowanie pacjentów na diagnostykę zaburzeń oddychania w czasie snu Przygotowywanie pacjentów do polisomnografii.
22:00 – 06:00	Cisza nocna.

Pielęgniarka dyżurna codziennie w godzinach 18:00 – 20:00 informuje elektronicznie kierownika Kliniki o stanie chorych.

**REGULAMIN
Oddziału pulmonologicznego
z pododdziałem gruźlicy**

§ 1

1. Do zadań oddziału należy:
 - 1) diagnostyka, rozpoznawanie i leczenie specjalistyczne w ramach hospitalizacji,
 - 2) zapewnienie kompleksowych, całodobowych świadczeń pielęgniarskich,
 - 3) zapewnienie ciągłości leczenia pacjentom,
 - 4) zapewnienie odpowiednich warunków socjalno – bytowych pacjentom przebywającym w oddziale szkolenie lekarzy specjalizujących się,
 - 5) szerzenie oświaty i profilaktyki zdrowotnej wśród pacjentów,
 - 6) opracowywanie nowych i uaktualnianie już obowiązujących procedur medycznych,
 - 7) współpraca z ośrodkami klinicznymi prowadzącymi działalność w zakresie gruźlicy,
2. Za organizację udzielania świadczeń i funkcjonowanie oddziału odpowiada ordynator oddziału.
3. Za pracę i jakość opieki pielęgniarskiej, zaopatrzenie w środki medyczne i materiałow. sprawność techniczną sprzętu oraz za stan sanitarno – higieniczny pomieszczeń odpowiada pielęgniarka oddziałowa.

§ 2

1. Oddział dzieli się na odcinki lekarskie i pielęgniarskie.
2. Wielkość i ilość odcinków lekarskich ustala ordynator w porozumieniu z z-cą dyrektora ds. medycznych.
3. Wielkość i ilość odcinków pielęgniarskich ustala pielęgniarka oddziałowa w porozumieniu z pielęgniarką naczelną.

§ 3

W skład pomieszczeń oddziału wchodzi:

- 1) sale chorych z punktami sanitarnymi dla pacjentów,
- 2) punkt pielęgniarski z punktem sanitarnym dla personelu
- 3) gabinet zabiegowy,
- 4) pokój badań,
- 5) gabinet lekarski,
- 6) gabinet ordynatora,
- 7) kuchenka oddziałowa brudna i czysta,
- 8) magazyn sprzętu medycznego,
- 9) magazyn pościeli,
- 10) składzik porządkowy,
- 11) brudowniki,
- 12) pomieszczenie do przechowywania zwłok.

§ 4

W poszczególnych salach chorych mogą przebywać pacjenci tylko tej samej płci.

§ 5

1. W skład personelu oddziału pulmonologicznego z pododdziałem gruźlicy wchodzi:

- 1) ordynator oddziału
- 2) lekarz oddziału
- 3) pielęgniarka oddziałowa
- 4) pielęgniarki
- 5) sekretarka medyczna
- 6) opiekunka medyczna.

2. Ramowy rozkład dnia:

Godzina	Czynności w oddziale
06:00 – 08:00	Pobieranie materiału do badań laboratoryjnych. Wykonywanie godzinowych zleceń lekarskich, podawanie leków doustnych przyjmowanych na czczo i innych, pomiarów ciepłoty ciała i innych parametrów, kontynuacja przygotowywania pacjentów do badań diagnostycznych, toaleta pacjentów, ścielenie łóżek, zmiana bielizny osobistej i pościelowej. Sprzątanie.
08:00 – 09:00	Śniadanie.
09:00 – 10:00	Wykonywanie zleceń godzinowych i zabiegów pielęgniarskich. Podawanie leków.
08:00 – 13:00	Badania diagnostyczne. Wykonywanie zleceń godzinowych i zabiegów pielęgnacyjnych.
08:30 – 11:00	Obchody lekarskie zarówno w części nieprątkującej jak i w pododdziale diagnostyczno – terapeutycznym.
13:00 – 14:00	Obiad. Podawanie leków doustnych.
14:00 – 16:00	Wypoczynek pacjentów. Sporadycznie – wyjazdy na badania diagnostyczne.
16:00 – 19:00	Mierzenie ciepłoty ciała i innych parametrów. Realizacja zleceń lekarskich, zabiegów godzinowych i pielęgnacyjnych. Sporadycznie – wyjazdy na badania diagnostyczne.
18:00 – 19:00	Kolacja. Podawanie leków doustnych.
19:00 – 22:00	Wykonywanie zleceń godzinowych. Wykonywanie zabiegów pielęgnacyjnych, podawanie leków. Toalety wieczorne chorych. Porządkowanie pomieszczeń.
22:00 – 06:00	Cisza nocna.

§ 6

1. W oddziale funkcjonuje pododdział gruźlicy wyposażony w służę umywalkowo – fartuchową oraz pomieszczenia audiowizualne, dzięki którym rodziny chorych mogą kontaktować się z pacjentem przebywającym na oddziale.
2. W skład pomieszczeń pododdziału gruźlicy wchodzi:
 - 1) izba przyjęć
 - 2) sale chorych z punktami sanitarnymi dla pacjentów,
 - 3) trzy izolátky z odrębną służą umywalkowo – fartuchową wraz z węzłem sanitarnym,
 - 4) służa umywalkowo- fartuchowa
 - 5) punkt pielęgniarski
 - 6) gabinet zabiegowy,
 - 7) gabinet lekarski,
 - 8) pomieszczenie audiowizualne dla odwiedzających,
 - 9) łazienka dla pacjentów niepełnosprawnych,
 - 10) kuchenka oddziałowa,
 - 11) składzik porządkowy,

12) brudownik.

3. W ramach oddziału pulmonologicznego z pododdziałem gruźlicy funkcjonuje wydzielona izba przyjęć gruźlicy, której lekarz kieruje pacjentów bezpośrednio na oddział.

§ 7

Pacjenci hospitalizowani w pododdziale, o którym mowa w ust. 1, nie mogą opuszczać terenu pododdziału bez zgody lekarza. Kontakty z osobami odwiedzającymi możliwe są wyłącznie w przeznaczonym do tego pomieszczeniu, za pomocą sprzętu audiowizualnego.

**REGULAMIN
Oddziału onkologicznego z pododdziałem chemioterapii**

§ 1

1. Do zadań oddziału należy:
 - 1) leczenie specjalistyczne w ramach hospitalizacji: chemioterapia i leczenie powikłań po chemioterapii,
 - 2) zapewnienie kompleksowych, całodobowych świadczeń pielęgniarskich,
 - 3) zapewnienie ciągłości leczenia pacjentom,
 - 4) zapewnienie odpowiednich warunków socjalno – bytowych pacjentom przebywającym w oddziale,
 - 5) szkolenie lekarzy i pielęgniarek specjalizujących się,
 - 6) szerzenie oświaty i profilaktyki zdrowotnej wśród pacjentów,
 - 7) opracowywanie nowych i uaktualnianie obowiązujących procedur medycznych,
 - 8) współpraca z ośrodkami klinicznymi prowadzącymi działalność w zakresie leczenia nowotworów układu oddechowego.
2. Za organizację udzielania świadczeń i funkcjonowanie oddziału odpowiada ordynator oddziału.
3. Za organizację pracy i jakość opieki pielęgniarskiej, zaopatrzenie w środki medyczne i materiałowe, sprawność techniczną sprzętu oraz za stan sanitarno – higieniczny pomieszczeń odpowiada pielęgniarka oddziałowa.

§ 2

Oddział składa się z następujących pomieszczeń usytuowanych na I i II piętrze budynku C oraz I piętrze w budynku AC:

- 1) pokoje dla pacjentów,
- 2) pokój badań lekarskich,
- 3) gabinety zabiegowe,
- 4) dygestorium,
- 5) gabinet ordynatora,
- 6) pokój lekarzy,
- 7) pokoje pielęgniarki oddziałowej,
- 8) punkt pielęgniarki,
- 9) pomieszczenia do dystrybucji posiłków,
- 10) skład zapasowego sprzętu,
- 11) magazyn bielizny czystej,
- 12) brudownik,
- 13) węzły sanitarne dla pacjentów,
- 14) węzeł sanitarny dla personelu,
- 15) stanowiska chemii jednego dnia.

§ 3

1. Na wydzielonych salach chorych mogą przebywać jedynie pacjenci tej samej płci.
2. Przy wszystkich czynnościach wykonywanych przy pacjencie, personel ma obowiązek przestrzegać zasad intymności.

§ 4

W skład personelu oddziału wchodzi:

- 1) ordynator oddziału,
- 2) lekarze oddziału,
- 3) pielęgniarka oddziałowa,

REGULAMIN ORGANIZACYJNY

- 4) pielęgniarki,
- 5) sekretarka medyczna.

§ 5

Ramowy rozkład dnia:

Godziny	Czynności wykonywane w oddziale
06:00 – 08:00	Pomiar parametrów życiowych (ciepłota ciała, RR, tętno, oddech). Toaleta chorych, ścielenie łóżek, zmiana bielizny osobistej i pościelowej (w razie potrzeby), raport pielęgniarski.
08:00 – 08:30	Śniadanie.
08:30 – 09:30	Obchód lekarski. Pacjenci na czas obchodu powinni znajdować się w łóżkach w stroju szpitalnym.
09:30 – 13:00	Realizowanie zleceń lekarskich, zabiegów, badań diagnostycznych. Chemioterapia.
13:00 – 13:45	Obiad.
13:45 – 14:00	Wypoczynek.
14:00 – 18:00	Kontynuacja chemioterapii, pomiar parametrów życiowych. Realizacja zleceń lekarskich. Organizacja czasu wolnego pacjentom.
18:00 – 19:00	Kolacja. Raport pielęgniarski.
19:00 – 20:00	Toaleta wieczorna. Zmiana bielizny pościelowej chorym otrzymującym cytostatyki. Porządkowanie pomieszczeń.
20:00 – 22:00	Wypoczynek. Organizowanie czasu wolnego.
22:00 – 06:00	Cisza nocna.

**REGULAMIN
Przychodni Specjalistycznej**

§ 1

Do zadań Przychodni Specjalistycznej należy w szczególności: udzielanie świadczeń w zakresie specjalistycznej ambulatoryjnej opieki zdrowotnej w wydzielonych poradniach.

§ 2

W skład Przychodni Specjalistycznej wchodzi:

- 1) Poradnia pulmonologiczna,
- 2) Poradnia gruźlicy,
- 3) Poradnia diagnostyki i leczenia bezdechu sennego,
- 4) Poradnia alergologiczna,
- 5) Poradnia onkologiczna
- 6) Poradnia chorób zakaźnych

§ 3

1. W skład personelu Przychodni Specjalistycznej wchodzi:

- 1) kierownik /koordynator/ Przychodni Specjalistycznej,
 - 2) lekarze udzielający świadczeń w poszczególnych poradniach, zwani dalej lekarzami specjalistami,
 - 3) pielęgniarka koordynująca, pielęgniarki,
 - 4) rejestratorka.
2. Za organizację pracy i sprawną realizację zadań oraz jakość udzielanych świadczeń w poradniach odpowiedzialny jest kierownik/ koordynator.
3. Za organizację i jakość udzielanych świadczeń pielęgniarskich, wyposażenie w sprzęt i materiały niezbędne do realizacji świadczeń, za zgodne z procedurami i przepisami prawnymi prowadzenie dokumentacji, za stan sanitarno – higieniczny poradni odpowiada pielęgniarka koordynująca.

§ 4

W skład pomieszczeń Przychodni wchodzi:

- 1) rejestracja,
- 2) poczekalnia,
- 3) gabinety lekarskie,
- 4) węzeł sanitarny.

§ 5

1. Pacjent ma prawo do wyboru lekarza specjalisty spośród lekarzy udzielających świadczeń ambulatoryjnych.
2. Świadczenia specjalistyczne udzielane są według kolejności zgłoszeń.
3. Poradnie specjalistyczne prowadzą listy oczekujących na świadczenia.
4. Rejestracja pacjentów może być dokonywana osobiście, telefonicznie i za pośrednictwem Internetu.

**REGULAMIN
Pracowni badań czynnościowych i diagnostyki alergologicznej**

§ 1

Zadania pracowni diagnostycznych:

- 1) wykonywanie badań dla potrzeb szpitala i poradni,
- 2) w ramach realizacji umów z innym podmiotami - na podstawie skierowania,
- 3) realizacja programów profilaktycznych,
- 4) wykonywanie badań na zlecenie osób prywatnych, instytucji.

§ 2

1. Pracownia wykonuje badania diagnostyczne:
 - 1) spirometria / z próbą odwracalności,
 - 2) test wysiłkowy,
 - 3) ergospirometrię,
 - 4) DLCO,
 - 5) ISPE,
 - 6) Feno.
 - 7) pletyzmografię,
 - 8) bodypletzmozografię,
 - 9) testy skórne typu PRICK i testy naskórkowe.

§ 3

W skład pracowni wchodzi:

- 1) pracownia badań czynnościowych,
- 2) pracownia diagnostyki alergologicznej.

§ 4

1. Personel pracowni stanowią:
 - 1) koordynator – lekarz pulmonolog – alergolog,
 - 2) pielęgniarki koordynujące w zakresie wykonywania badań czynnościowych i testów alergologicznych.
2. Za organizację i jakość pracy pielęgniarek, zaopatrzenie w środki i materiały niezbędne do realizacji świadczeń diagnostycznych oraz za stan sanitarno-higieniczny pomieszczeń odpowiada pielęgniarka koordynująca.

§ 5

1. Przyjmowanie chorych w pracowni odbywa się planowo po uprzedniej rejestracji telefonicznej lub osobistej.
2. Pacjenci przebywający na oddziałach są zgłaszani telefonicznie przed badaniem, a pracownia otrzymuje skierowanie na badanie w formie papierowej i elektronicznej.
3. W przypadku badań nagłych i niecierpiących zwłoki wykonuje się je poza kolejnością.
4. Bez skierowania mogą być wykonywane badania w ramach programów profilaktycznych.
5. Badania w pierwszej kolejności odbywają się dla pacjentów oczekujących w kolejce na udzielenie świadczenia, następnie dla chorych ze szpitala. Jeżeli zachodzi konieczność uzasadniona względami medycznymi i stanem zdrowia pacjenta – przyjęcie pacjenta odbywa się poza kolejnością.

§ 6

1. Wyniki badania pacjentów szpitalnych odbierane są przez upoważnione osoby.
2. Wyniki badań pacjentów ambulatoryjnych wydawane są w tym samym dniu, pacjentom lub osobom przez nich upoważnionym.
3. Pracownia archiwizuje kopie wyników badań – w wersji papierowej i w elektronicznej.

§ 7

Pracownia wykonuje wszelkie czynności administracyjne związane z jej zakresem działania, prowadzi statystykę oraz sporządza sprawozdania.

**REGULAMIN
Pracowni bronchoskopowej**

§ 1

Zadania pracowni bronchoskopowej:

- 1) wykonywanie badań bronchoskopowych
 - a) na potrzeby naszego szpitala
 - b) ambulatoryjnych zgodnie z umową z Narodowym Funduszem Zdrowia
 - c) ambulatoryjnych na potrzeby innych jednostek szpitalnych na podstawie wystawionego skierowanie przez lekarza kierującego na badanie i uprzednim przedstawieniu odpowiedniego skierowania
 - d) odpłatnie dla osób nieubezpieczonych i na podstawie skierowania z prywatnych placówek opieki zdrowotnej,
- 2) opracowywanie nowych i uaktualnianie obowiązujących procedur medycznych,
- 3) współpraca w realizacji zakupów zgodnie z ustawą o zamówieniach publicznych,
- 4) współudział w organizowaniu przetargów związanych z prowadzoną działalnością pracowni,
- 5) organizowanie szkoleń wewnętrznych podnoszących kwalifikacje personelu.

§ 2

W skład personelu pracowni bronchoskopowej wchodzi:

- 1) kierownik pracowni bronchoskopowej,
- 2) pielęgniarka koordynująca.

§ 3

Zabezpieczenie ciągłości pracy pracowni ustala kierownik pracowni bronchoskopowej w porozumieniu z zastępcą dyrektora ds. medycznych oraz pielęgniarką naczelną.

§ 4

1. Wykonywanie badań bronchoskopowych odbywa się według ustalonego poprzedniego dnia harmonogramu, badania ambulatoryjne wykonywane są po uprzednim uzgodnieniu telefonicznym dnia i godziny badania.
2. Chorzy przebywający na oddziałach na badanie kierowani są z historią choroby oraz właściwym skierowaniem na badanie.
3. Pobrany w trakcie badania materiał przekazywany jest do odpowiednich komórek szpitala, celem jego opracowania (po uprzednim wypełnieniu odpowiednich skierowań).
4. W przypadku pacjentów ambulatoryjnych wynik badania pacjenci otrzymują bezpośrednio po badaniu, drugi egzemplarz badania przechowywany jest w pracowni bronchoskopowej.
5. Wyniki badań cytologicznych oraz histopatologicznych pacjentów oddziałowych przechowywane są w odpowiednich historiach chorób.
6. Wyniki badań cytologicznych oraz histopatologicznych pacjentów ambulatoryjnych przechowywane są w pracowni, drugi egzemplarz przesyłany jest do lekarza kierującego na badanie.

§ 5

1. W skład pracowni bronchoskopowej wchodzi:

- 1) pokój badań,
- 2) dezynfektoria,

REGULAMIN ORGANIZACYJNY

- 3) opisownia,
- 4) pokój socjalny,
- 5) sala obserwacyjna ze stanowiskiem nadzoru po znieczuleniu.

**REGULAMIN
Pracowni diagnostyki obrazowej**

§ 1

Do zadań pracowni diagnostyki obrazowej należy:

- 1) wykonywanie badań:
 - a) dla potrzeb szpitala
 - b) na rzecz osób trzecich w ramach zawartych umów
 - c) odpłatnie
 - d) dla osób nieubezpieczonych i bez skierowania w ramach realizacji profilaktycznych programów zdrowotnych,
- 2) opracowywanie nowych i uaktualnianie obowiązujących procedur medycznych,
- 3) współpraca w realizacji zakupów zgodnie z ustawą o zamówieniach publicznych oraz zasadą racjonalności i gospodarności,
- 4) współudział w organizowaniu przetargów związanych z prowadzoną działalnością,
- 5) współpraca w zakresie ochrony środowiska.

§ 2

W skład personelu wchodzi:

- 1) koordynator,
- 2) lekarz radiolog,
- 3) technicy elektrodiagnostyki.

§ 3

W skład pracowni wchodzi:

- 1) pracownia rentgenowska,
- 2) pracownia usg,
- 3) gabinet lekarski,
- 4) pokój techników elektrodiagnostyki.

§ 4

1. Przyjmowanie chorych w pracowni odbywa się planowo i odpowiednio do warunków miejscowych.
2. Badania usg są wykonywane po uprzedniej rejestracji telefonicznej lub osobistej.
3. Pacjenci przebywający na oddziałach są zgłaszani telefonicznie przed badaniem, a dział diagnostyki otrzymuje skierowanie na badanie oraz historię choroby.
4. Badania rtg i usg pacjentów szpitalnych wykonywane są w pierwszej kolejności, następnie rejestrowani są pacjenci ambulatoryjni.
5. W przypadku nagłych i niecierpiących zwłoki dopuszczane są odstępstwa od wyznaczonych terminów.
6. Badania radiologiczne z użyciem promieniowania jonizującego wykonywane są wyłącznie na pisemne skierowanie lekarskie. W sytuacji zagrożenia zdrowia, lub życia pacjenta dopuszcza się wykonanie badania na ustne zlecenie lekarza, a lekarz zlecający jest zobowiązany do dostarczenia pisemnego skierowania w terminie późniejszym.

§ 5

1. Zdjęcia radiologiczne wraz z opisami przechowywane są w systemie elektronicznej archiwizacji typu Pacs.

2. Płyty CD z zapisanym na nich zdjęciami radiologicznymi pacjentów z oddziałów lub poradni wraz z opisami przekazywane są do lekarzy zlecających badanie. Pacjenci spoza szpitala otrzymują osobiście płytę CD.

§ 6

1. W przypadkach nagłych wyniki badań sporządzane są tego samego dnia, aby były od razu do dyspozycji oddziału. W innych przypadkach wyniki przygotowywane są na dzień następnny tak, aby oddziały mogły korzystać z nich w czasie rannego obchodu.
2. Wyniki badania pacjentów szpitalnych odbierane są przez upoważnione osoby z personelu oddziałów. Wyniki badań pacjentów ambulatoryjnych wydawane są samym pacjentom lub osobom przez nich upoważnionym.

§ 7

1. Pracownia archiwizuje kopie wyników badań.
2. Zdjęcia rtg przechowuje się w systemie elektronicznej archiwizacji typu Pacs.

§ 8

Pracownia wykonuje wszelkie czynności administracyjne związane z jej zakresem działania oraz prowadzi statystykę. Na podstawie danych o ruchu chorych i wykonywanych zabiegach, pracownia sporządza sprawozdania.

REGULAMIN
Inspektora ochrony radiologicznej

§ 1

Inspektor ochrony radiologicznej w zakresie wykonywania swoich czynności podlega bezpośrednio Dyrektorowi Zespołu.

§ 2

1. Do zadań inspektora ochrony radiologicznej należy nadzór nad przestrzeganiem przez jednostkę ochrony zdrowia warunków ochrony radiologicznej związanych z prowadzoną działalnością, w tym:
 - 1) opracowywanie instrukcji pracy ze źródłami promieniowania rentgenowskiego uwzględniające poszczególne stanowiska pracy i rodzaje wykonywanych czynności (badań) w celu stworzenia podstaw do bezpiecznego stosowania źródeł promieniowania jonizującego. Instrukcja winna być zatwierdzona przez właściwego terenowo państwowego wojewódzkiego inspektora sanitarnego,
 - 2) szkolenie pracowników oraz sprawdzanie i potwierdzanie ich kwalifikacji w zakresie znajomości zasad bezpiecznego wykonywania prac przy zastosowaniu promieniowania rentgenowskiego,
 - 3) wnioskowanie do dyrektora w sprawach wyposażenia pracowni w sprzęt ochronny i dozymetryczny,
 - 4) ustalenie wykazu środków ochrony osobistej, aparatury dozymetrycznej i wyposażenia służącego do ochrony środowiska pracy,
 - 5) nadzór nad sprawnym działaniem aparatury rentgenowskiej i dozymetrycznej (aktualnością ich świadectw wzorcowania) właściwym przebiegiem procesu wywoływania filmów oraz nad dobrą jakością stosowanych materiałów i odczytników w celu zapewnienia dobrej jakości badań,
 - 6) przeprowadzanie kontrolnych pomiarów dozymetrycznych. Jeśli pracownia rentgenowska nie jest wyposażona w aparaturę dozymetryczną – wnioskowanie o przeprowadzenie tych pomiarów przez inną instytucję,
 - 7) nadzór nad prawidłowym oznakowaniem miejsc pracy ze źródłami promieniowania, stref ograniczonego czasu przebywania itp.,
 - 8) wyjaśnianie przyczyn każdego wzrostu dawek ponad dotychczasowy poziom, a w szczególności przekroczeń limitów dawek wynikających z okresu pomiaru,
 - 9) prowadzenie ewidencji:
 - a) osób zatrudnionych przy źródłach promieniowania,
 - b) dawek indywidualnych promieniowania jonizującego otrzymanych przez poszczególnych pracowników
 - 10) informowanie koordynatora pracowni o wynikach prowadzonego nadzoru w zakresie ochrony radiologicznej personelu i pacjentów oraz przedstawienie mu zaleceń w celu usuwania braków i niedociągnięć,
 - 11) przechowywanie następujących dokumentów:
 - a) aktualnego planu sytuacyjnego pracowni rtg (gabinetu) wraz z opisem zastosowanych osłon stałych – zatwierdzonych przez właściwego inspektora sanitarnego

- b) wszelkiej dokumentacji dotyczącej aparatów rtg oraz aparatury dozymetrycznej znajdującej się w pracowni
- c) protokołów pokontrolnych PWIS, PIP oraz wyników własnych pomiarów dozymetrycznych
- d) instrukcji pracy ze źródłami promieniowania
- e) zbioru przepisów prawnych dotyczących zasad stosowania źródeł promieniowania jonizującego
- f) dawek otrzymanych przez pracowników w pracowni rtg
- g) książki wniosków i uwag inspektora w nadzorowanej pracowni.

2. Uprawniony jest do:

- 1) nadzoru nad przestrzeganiem zasad ochrony radiologicznej w pracowni,
- 2) wstrzymywania prac ze źródłami promieniowania w przypadku gdy zostaną naruszone podstawowe przepisy z zakresu ochrony radiologicznej i powiadamianie o tym właściwego inspektora sanitarnego,
- 3) przeprowadzania kontrolnych pomiarów dozymetrycznych,
- 4) informowania pracowników o otrzymanych przez nich dawkach promieniowania jonizującego na podstawie nadsyłanych pomiarów przez Instytut Medycyny Pracy w Łodzi .

§ 3

Inspektor ochrony radiologicznej posiadający uprawnienia typu odpowiadającego działalności prowadzonej przez jednostkę ochrony zdrowia sprawuje wewnętrzny nadzór nad przestrzeganiem wymagań ochrony radiologicznej w tej jednostce.

§ 4

Harmonogram pracy inspektor ustala w porozumieniu z Dyrektorem Zespołu.

§ 5

Inspektor ochrony radiologicznej współpracuje w szczególności z:

- 1) dyrekcją,
- 2) działem obsługi szpitala.

§ 6

Inspektor ochrony radiologicznej współpracuje w zakresie realizacji zadań z instytucjami zewnętrznymi, w szczególności z:

- 1) współpracą ze służbą bezpieczeństwa i higieny pracy
- 2) służbami przeciwpożarowymi w zakresie ochrony przed promieniowaniem jonizującym.

**REGULAMIN
Działu Diagnostyki Laboratoryjnej**

§ 1

1. Zadaniem Działu Diagnostyki Laboratoryjnej, zwanego dalej DDL, jest wykonywanie badań laboratoryjnych u pacjentów:
 - 1) leczonych w szpitalu,
 - 2) przychodni,
 - 3) osób kierowanych przez inne podmioty, na podstawie zawartych umów,
 - 4) innych osób fizycznych.
2. Zakres badań ustala Dyrektor, na wniosek Kierownika.

§ 2

W skład DDL wchodzi:

- 1) Pracownia analityki ogólnej,
- 2) Pracownia hematologii z koagulologią z częścią V kodu resortowego
- 3) Pracownia immunologii transfuzjologicznej
- 4) Pracownia prątka gruźlicy
- 5) Pracownia bakteriologii
- 6) Pracownia cytologiczna
- 7) Pracownia immunochemii
- 8) punkt przyjęcia i rozdziatu materiału,
- 9) magazyn odczynników,
- 10) pożywkarnia,
- 11) zmywalnia, sterylizacja czysta i brudna,
- 12) magazyn porządkowy,
- 13) pokój naważek,
- 14) pracownia mikroskopowa,
- 15) pokój opracowania wyników,
- 16) pokój kierownika, z-cy laboratorium,
- 17) pokój socjalny,
- 18) szatnia.

§ 3

1. Personel DDL stanowią:
 - 1) kierownik,
 - 2) diagności laboratoryjni,
 - 3) młodszy asystenci,
 - 4) technicy analityki medycznej,
 - 5) rejestratorka,
 - 6) personel pomocniczy.

§ 4

1. Pobranie i przekazanie materiału do badań:
 - 1) materiał do badań pobierany jest przez personel oddziałów i poradni szpitala, w oparciu o procedury pobierania materiału i jego przesyłania, z zastrzeżeniem pkt 2,
 - 2) wyjątek stanowią badania ustalone przez kierownika (gazometria z naczyń włosnaczkowych, wymazy prywatne lub czystościowe), do których materiał pobiera upoważniony personel laboratorium.
2. Przyjmowanie materiału do badań z komórek medycznych odbywa się w trybie planowym i pilnym.

3. Przyjmowanie badań wykonywanych w pracowni serologii transfuzjologicznej odbywa się w godzinach 7⁰⁰ – 13³⁰. Badanie wykonywane w tej pracowni są szczególnie obostrzone przepisami prawnymi.
4. Harmonogram przyjmowania materiału do badań, ustala i podaje do wiadomości wszystkich komórek medycznych, kierownik działu diagnostyki laboratoryjnej.
5. Laboratorium przyjmuje jedynie materiał prawidłowo pobrany, opisany oraz z prawidłowo wypełnionym skierowaniem.
6. Materiał przeznaczony do pracowni serologii transfuzjologicznej dostarcza personel jednostki zlecającej do rąk personelu pracowni serologii transfuzjologicznej. Nie dopuszcza się dostarczania w/w materiału przez personel pomocniczy, czy tzw. transport, jak i pozostawianie go w okienku rejestracji.
7. Laboratorium ma prawo odmówić przyjęcia materiału do badań bądź zażądać powtórnego pobrania materiału:
 - 1) nieodpowiednio zabezpieczonego,
 - 2) nieprawidłowo opisanego,
 - 3) nieprawidłowo pobranego,
 - 4) stwierdzenie możliwości wystąpienia błędu przedlaboratoryjnego.

§ 5

Wykonywanie badań:

- 1) badania w materiale przyjętym w trybie zwykłym, wykonuje się tego samego dnia; w szczególnych przypadkach, oznaczenia wykonuje się w kolejnym dniu, po uprzednim zabezpieczeniu materiału,
- 2) badania w materiale przyjętym w trybie pilnym wykonuje się w pierwszej kolejności / obowiązuje poprawne zaznaczenie trybu wykonywania badania na skierowaniu,
- 3) badanie, którego wynik wzbudził wątpliwość lekarza prowadzącego pacjenta, wykonywane jest ponownie bez zbędnej zwłoki,
- 4) materiał przystany do badań, stanowi własność DDL,
- 5) postępowanie z materiałem pozostałym po wykonaniu badań, oraz materiałem używanym do wykonywania analiz, określają odrębne procedury.

§ 6

Kontrola wyniku badania:

- 1) badania wykonywane w laboratorium analitycznym objęte są wewnętrzną kontrolą jakości, oraz okresowymi zewnętrznymi sprawdzianami krajowymi i międzynarodowymi,
- 2) codziennie, przed przystąpieniem do badań na materiale pobranym od pacjentów, wykonuje się badania sprawdzające na materiałach kontrolnych (surowica, osocze itp.) o znanym stężeniu określonej substancji, znanej aktywności enzymu. Tylko wyniki zgodne z oczekiwaną wartością stężenia / aktywności materiału kontrolnego w ramach dopuszczalnego błędu analitycznego, upoważniają do rozpoczęcia badań materiału pacjenta i do wydania wyniku,
- 3) badania wykonywane w pracowni nieswoistej objęte są wewnętrzną kontrolą jakości oraz zewnętrznym sprawdzianem POLMICRO, pracownia prątką gruźlicy - stałym nadzorem Referencyjnego Laboratorium Prątką, pracowni cytologicznej - nadzorem patomorfologa,
- 4) każdy wynik badania jest autoryzowany przez diagnostę laboratoryjnego,
- 5) w celu skontrolowania wyniku badania, personel MLD może zażądać danych dotyczących pacjenta lub innych istotnych informacji klinicznych, niezbędnych do interpretacji otrzymanego wyniku.

§ 7

Odbiór wyniku badania:

1. Wyniki badań odbierają z laboratorium:
 - 1) pracownicy medycznych komórek szpitala (oddziałów, izby przyjęć, poradni),

REGULAMIN ORGANIZACYJNY

- 2) osobiście pacjenci albo osoby przez nich upoważnione,
 - 3) wyniki pochodzące z innych poradni są wysyłane pocztą lub odbierane przez osoby dostarczające badania.
2. Personel medycznego laboratorium diagnostycznego nie dostarcza wyników do komórek medycznych szpitala.
 3. Wyniki wybranych badań, bądź wyniki patologiczne zagrażające życiu pacjenta, zgłaszane są telefonicznie do odpowiednich komórek medycznych (w pierwszej kolejności do lekarzy, a jeśli jest to niemożliwe, personelowi pielęgniarskiemu).
 4. Dodatkowo wyniki badań w kierunku gruźlicy są przekazywane telefonicznie a następnie odnotowywane w kartotekach oddziałowych.
 5. Dodatkowo wyniki badań w kierunku gruźlicy z oddziałów i poradni z terenu są przekazywane telefonicznie, a następnie przesyłane pocztą.

**REGULAMIN
Apteki szpitalnej**

§ 1

Do zadań apteki szpitalnej należy w szczególności świadczenie następujących usług farmaceutycznych:

- 1) przyjmowanie, wydawanie, przechowywanie i identyfikacja produktów leczniczych i wyrobów medycznych,
- 2) organizowanie zaopatrzenia szpitala w produkty lecznicze i wyroby medyczne zgodnie z ustawą Prawo zamówień publicznych,
- 3) zaopatrywanie jednostek organizacyjnych szpitala w produkty lecznicze i materiały medyczne zgodnie z prawem farmaceutycznym i obowiązującymi w szpitalu procedurami,
- 4) współuczestniczenie w prowadzeniu gospodarki produktami leczniczymi i wyrobami medycznymi w szpitalu,
- 5) udział w racjonalizacji terapii,
- 6) sporządzanie leków recepturowych,
- 7) udział w badaniach klinicznych prowadzonych na terenie szpitala;
- 8) przygotowanie leków cytostatycznych w dawkach dziennych,
- 9) udzielanie informacji o lekach personelowi medycznemu szpitala,
- 10) nadzór nad gospodarką lekami w jednostkach organizacyjnych szpitala poprzez okresową kontrolę apteczek oddziałowych,
- 11) udział w monitorowaniu działań niepożądanych leków,
- 12) czuwanie nad jakością leków poprzez uwzględnienie informacji zawartych w komunikatach Głównego Inspektora Farmaceutycznego,
- 13) kontrola stanu leków w apteczkach oddziałowych,
- 14) wykonywanie innych zadań wynikających z Prawa farmaceutycznego i przepisów wykonawczych wydanych na jego podstawie.

§ 2

W aptece szpitalnej poza udzielaniem usług farmaceutycznych:

- 1) prowadzona jest ewidencja próbek lekarskich, produktów leczniczych do badań klinicznych oraz uzyskiwanych darów produktów leczniczych i wyrobów medycznych,
- 2) ustalane są procedury wydawania produktów leczniczych lub wyrobów medycznych przez aptekę szpitalną na oddziały oraz dla pacjenta.

§ 3

W skład pomieszczeń apteki wchodzi:

- 1) pokój kierownika apteki,
- 2) izba ekspedycyjna połączona z magazynem tabletek,
- 3) magazyn środków dezynfekcyjnych,
- 4) receptura,
- 5) zmywalnia,
- 6) pokój administracyjno- szkoleniowy,
- 7) komora przyjęć leków,
- 8) magazyn środków farmaceutycznych i narkotyków,
- 9) magazyn łatwopalny,
- 10) wc,
- 11) szatnia,
- 12) pomieszczenie socjalne,
- 13) magazyn wyrobów medycznych i opatrunków,

- 14) pracownia leku cytostatycznego,
- 15) pomieszczenia gospodarcze,
- 16) magazyn środków farmaceutycznych.

§ 4

Personel apteki stanowią:

- 1) kierownik apteki,
- 2) z-ca kierownika apteki,
- 3) starszy asystent farmacji
- 4) farmaceuci,
- 5) technicy farmaceutyczni,
- 6) rejestratorka medyczna,
- 7) personel pomocniczy.

§ 5

1. Apteka współpracuje z komórkami organizacyjnymi Zespołu, m.in.:
 - 1) Dyrekcją, ordynatorami, kierownikami : poradni i pracowni diagnostycznych w zakresie ustalania receptariusza szpitalnego,
 - 2) oddziałami szpitalnymi, izbą przyjęć, poradniami, pracownikami diagnostycznymi w zakresie sprawnego zaopatrzenia w leki i materiały medyczne,
 - 3) specjalistą ds. zamówień publicznych w zakresie zgodności zakupu leków i materiałów medycznych z procedurami zamówień publicznych,
 - 4) działem finansowo-księgowym,
 - 5) z działem organizacji i zamówień publicznych w zakresie opracowania i wprowadzania w życie zarządzeń dotyczących gospodarki lekami i materiałami medycznymi,
 - 6) z sekcją analiz i rozliczeń oraz ze statystyką medyczną.
2. Procedury oraz instrukcje dotyczące organizacji współpracy z innymi komórkami szpitala opracowuje kierownik apteki, stanowią one odrębny zbiór przepisów zatwierdzonych przez Dyrektora Zespołu.

§ 6

Apteka współpracuje z zewnętrznymi instytucjami m.in. z:

- 1) firmami farmaceutycznymi, hurtowniami dostarczającymi leki i materiały medyczne,
- 2) nadzorem farmaceutycznym w zakresie prawidłowości prowadzenia apteki.

**REGULAMIN
Dietetyka**

§ 1

Dietetyk w zakresie wykonywania swoich czynności podlega służbowo Naczelnej Pielęgniarce.

§ 2

1. Do obowiązków dietetyka należy:

- 1) kontrola organizacji, bezpieczeństwa i jakości odżywiania pacjentów,
- 2) kontrola w zakresie przestrzegania zasad higieny w czasie wydawania posiłków,
- 3) kontrola w zakresie wartości odżywczej, urozmaicenia asortymentu przygotowywanych posiłków,
- 4) kontrola w zakresie dystrybucji posiłków we właściwym czasie,
- 5) kontrola temperatury wydawanych posiłków,
- 6) współtworzenie procedur przygotowywania i podawania specyficznych form żywienia,
- 7) współpraca z lekarzami dotycząca oceny żywieniowej pacjentów,
- 8) okresowy współudział podczas wydawania posiłków pacjentom w oddziale,
- 9) zbieranie informacji w zakresie oceny poziomu żywienia w szpitalu,
- 10) edukacja i propagowanie zasad prawidłowego żywienia,
- 11) prowadzenie bieżącej i okresowej sprawozdawczości,
- 12) tworzenie i dokonywanie zmian w ankiecie żywieniowej, opracowywanie wyników i przedstawianie ich przełożonemu.

2. Dietetyk uprawniony jest do:

- 1) kontroli organizacji, bezpieczeństwa zasad higieny i dystrybucji posiłków,
- 2) wnioskowania zmiany źródeł nabywania produktów przez firmę realizującą żywienie w szpitalu,
- 3) edukacji w zakresie różnych form i zasad prawidłowego żywienia.

3. Dietetyk odpowiedzialny jest za:

- 1) współtworzenie procedur przygotowania i podawania specyficznych form posiłków,
- 2) rzetelność, terminowość i jakość świadczonych usług,
- 3) wykonywanie pracy zgodnie z przepisami bhp, p/poż., regulaminami i obowiązującymi zarządzeniami

§ 3

Dietetyk współpracuje z:

- 1) pielęgniarkami oddziałowymi i pacjentami,
- 2) firmą dostarczającą posiłki do szpitala,
- 3) działem obsługi szpitala oraz działem organizacji i zamówień publicznych.

**REGULAMIN
Działu finansowo- księgowego**

§ 1

Pracownicy działu finansowo-księgowego w zakresie wykonywania swoich czynności podlegają bezpośrednio z-cy dyrektora ds. ekonomicznych - głównemu księgowemu.

§ 2

Do podstawowych zadań działu należy:

- 1) prowadzenie obsługi księgowej Zespołu,
- 2) kontrola, opracowywanie i kwalifikowanie do realizacji dokumentów dotyczących rozliczeń pieniężnych,
- 3) prowadzenie kasy,
- 4) obsługa operacyjna i księgowa rachunków bankowych,
- 5) kontrola formalno-rachunkowa dotycząca dokumentów i rozliczeń wewnętrznych gospodarki własnej,
- 6) prowadzenie ewidencji majątku trwałego oraz jego amortyzacji zgodnie ze sporządzanym rocznym planem amortyzacji,
- 7) kontrola, zatwierdzanie i uzgadnianie dokumentów księgowych wystawionych przez pracowników innych komórek Zespołu,
- 8) sporządzanie dokumentów księgowych i not memoriałowych w granicach uprawnień,
- 9) prowadzenie ewidencji (rejestr) zakupów i sprzedaży VAT,
- 10) księgowanie operacji związanych z Zakładowym Funduszem Świadczeń Socjalnych,
- 11) opracowywanie sprawozdań finansowych z zakresu prowadzonej ewidencji księgowej,
- 12) prowadzenie rozliczeń kosztów podróży pracowników,
- 13) prowadzenie rozrachunków z pracownikami z tytułu niepodjętych płac, zaliczek na koszty podróży służbowych, na wydatki administracyjno-gospodarcze oraz ich analiza (wystawianie dodatkowych dokumentów kasowych),
- 14) sporządzanie deklaracji podatkowych dla podatku od towarów i usług oraz na podatek dochodowy od osób prawnych,
- 15) rozliczanie ilościowo-wartościowe magazynów.
- 16) rozliczanie inwentaryzacji składników majątkowych,
- 17) rozliczenia i uzgadnianie sald z kontrahentami,
- 18) sporządzanie list płac i rozliczanie wynagrodzeń,
- 19) rozliczanie składek na ubezpieczenia społeczne oraz podatku dochodowego od osób fizycznych,
- 20) rozrachunki z ZUS i Urzędem Skarbowym z tytułu podatków oraz składek na ubezpieczenia społeczne,
- 21) opracowywanie projektów planów finansowych,
- 22) kompletowanie, broszurowanie i przechowywanie dokumentów księgowych i sprawozdań,
- 23) współpraca z innymi komórkami Zespołu.

§ 2

1. W skład pracowników działu wchodzi:
 - 1) księgowi

REGULAMIN ORGANIZACYJNY

2. Dział finansowo- księgowy w zakresie prowadzenia rachunkowości współpracuje ze wszystkimi komórkami organizacyjnymi Zespołu.

§ 4

1. Dział finansowo- księgowy współpracuje z instytucjami zewnętrznymi w szczególności z:
 - 1) podmiotem tworzącym,
 - 2) ZUS i Urzędem Skarbowym,
 - 3) innymi jednostkami, z którymi prowadzone są rozrachunki.
2. Zasady współpracy oparte są o ogólne przepisy prawa.

**REGULAMIN
Sekcji analiz i rozliczeń**

§ 1

Kierownik sekcji analiz i rozliczeń w zakresie wykonywania swoich czynności podlega bezpośrednio z-cy dyrektora ds. ekonomicznych – głównemu księgowemu.

§ 2

Zadania sekcji analiz i rozliczeń:

- 1) analiza jednostkowych kosztów własnych sprzedaży nośników kosztów działalności podstawowej,
- 2) prowadzenie rozliczeń z NFZ,
- 3) bieżąca analiza realizacji zawartych umów na świadczenia wykonywane przez Zespół,
- 4) kontrola realizacji kontraktów, przygotowanie ofert do planów kontraktów i negocjacji,
- 5) współpraca w opracowywaniu procedur medycznych z ośrodkami, które je wykonują,
- 6) rozliczanie wykonanych procedur w rozbiciu na oddziały, poradnie i sprzedaż,
- 7) rozliczanie kosztów ośrodków usługowych oraz przekazywanie kierownikom ośrodków kosztów informacji dotyczących jednostkowych kosztów wytworzenia,
- 8) tworzenie zestawień i załączników do rozliczeń,
- 9) monitorowanie kosztów leczenia,
- 10) przygotowywanie analiz w zakresie kosztów leczenia na poszczególnych oddziałach,
- 11) opracowanie i monitorowanie realizacji budżetów poszczególnych komórek organizacyjnych,
- 12) wystawianie faktur za zrealizowane usługi,
- 13) prowadzenie rejestru umów klinicznych,
- 14) prowadzenie analiz ekonomicznych badań klinicznych,
- 15) rozliczanie finansowe badań klinicznych.

§ 2

1. W skład personelu sekcji analiz i rozliczeń wchodzi:
 - 1) kierownik,
 - 2) specjaliści,
 - 3) referent.
2. Za organizację pracy sekcji odpowiada Kierownik.

§ 3

1. Współpraca z komórkami organizacyjnymi Zespołu obejmuje w szczególności:
 - 1) z działem finansowo-księgowym w zakresie naliczania i rozliczania kosztów poszczególnych komórek organizacyjnych Zespołu,
 - 2) Dyrektorem w zakresie planowania budżetu dla poszczególnych komórek organizacyjnych Zespołu oraz nadzoru nad jego realizacją,
 - 3) działem organizacji i zamówień publicznych w zakresie dostarczania informacji niezbędnych do sprawnego funkcjonowania Zespołu jako organizacji,
 - 4) kierownikami komórek organizacyjnych w zakresie szkolenia, udzielania porad i bieżącego informowania w celu prawidłowej realizacji umów na świadczenia zdrowotne.

§ 4

1. Współpraca z innymi instytucjami realizowana jest zgodnie z wymaganiami prawnymi tych instytucji i Zespołu.
2. Sekcja analiz i rozliczeń w szczególności współpracuje z innymi podmiotami:
 - 1) z NFZ w zakresie prowadzenia sprawozdań i rozliczeń z realizacji zawartych umów,
 - 2) z podmiotami związanymi umową na wykonywanie usług w zakresie monitorowania realizacji umów,
 - 3) z organami administracji rządowej, samorządu terytorialnego, placówkami ochrony zdrowia w terenie w ramach realizacji zadań statutowych Zespołu.

**REGULAMIN
Działu obsługi szpitala**

§ 1

Kierownik Działu obsługi szpitala w zakresie wykonywania swoich czynności podlega bezpośrednio z-cy dyrektora ds. technicznych.

§ 2

Do zadań działu obsługi szpitala należy:

1. W zakresie obsługi technicznej:

- 1) organizowanie i prowadzenie działalności techniczno – eksploatacyjnej stosownie do obowiązujących przepisów i potrzeb komórek działalności podstawowej i zaplecza Zespołu,
- 2) utrzymywanie obiektów Zespołu, ich otoczenia i infrastruktury technicznej w należyłym stanie technicznym, w tym:
 - a) zapewnienie użytkowania obiektów zakładu zgodnie z ich przeznaczeniem oraz dbałość o prawidłową ich eksploatację
 - b) zapewnienie prawidłowej eksploatacji urządzeń energetycznych, kotłowni, sieci wewnętrznej gazu ziemnego, instalacji gazów medycznych, instalacji elektrycznej, sieci wodno – kanalizacyjnej, centralnego ogrzewania, wentylacji, systemów łączności, instalacji alarmowych i sygnalizacyjnych
 - c) dbałość o estetykę budynków i otoczenia
 - d) przekazywanie danych do planów rzeczowo – finansowych i remontowych
 - e) przeprowadzanie okresowych przeglądów obiektów budowlanych, instalacji, nieruchomości i urządzeń w celu oceny ich stanu technicznego w częstotliwości ustalonej przez przepisy prawa w tym zakresie
 - f) przeprowadzanie bieżącej konserwacji i napraw sprzętu i aparatury medycznej w ramach posiadanych uprawnień, a w przypadku ich braku zapewnienie usług wyspecjalizowanych jednostek serwisu technicznego
 - g) organizowanie oraz kontrolowanie wykonania konserwacji napraw i remontów zleczanych jednostkom zewnętrznym
 - h) racjonalizowanie wykorzystania zużywanych środków rzeczowych i finansowych
 - i) wnioskowanie w zakresie potrzeb remontowych i inwestycji infrastruktury budowlanej, technicznej i sprzętu medycznego
 - j) nadzór nad pracą kotłowni, hydroforni, studni głębinowej, agregatu prądotwórczego.

2. W zakresie higieny: zapewnienie prawidłowego funkcjonowania Zespołu, a w szczególności:

- 1) współpraca z firmą usługową realizującą zadania higieny Szpitala i Przychodni,
- 2) nadzór i interwencja w przypadku naruszenia warunków realizacji umowy na usługi.

3. W zakresie żywienia: zapewnienie prawidłowej obsługi szpitala w tym zakresie, a w szczególności:

- 1) współpraca z firmą usługową w zakresie zamawiania żywienia pacjentów i dostarczania do kucharek oddziałowych posiłków,
- 2) bieżące kontrolowanie prawidłowego fakturowania,
- 3) wnioskowanie w sprawach mających wpływ na poprawę organizacji pracy i poprawę jakości usług świadczonych na rzecz szpitala,

REGULAMIN ORGANIZACYJNY

- 4) zbieranie danych z oddziałów dot. dziennego zapotrzebowania na posiłki i przekazywanie tych informacji firmie usługowej.

4. W zakresie gospodarczym:

- 1) racjonalne gospodarowanie środkami finansowymi przeznaczonymi na realizację zadań wynikających z planu,
- 2) współpraca z działem finansowo-księgowym w zakresie prowadzenia gospodarki finansowej oraz analizowanie kształtowania się kosztów według miejsc ich powstawania,
- 3) organizowanie i prowadzenie spraw gospodarczych stosownie do potrzeb działalności podstawowej,
- 4) zapewnienie zaopatrzenia materiałowego i technicznego,
- 5) opracowywanie projektów planów gospodarczych w zakresie usług,
- 6) rozliczanie rozmów telefonicznych wg bilingów,
- 7) prowadzenie rozliczeń za lokale użytkowe i mieszkalne będące przedmiotem wynajmu,
- 8) prowadzenie postępowania reklamacyjnego dotyczącego braków ilościowych i jakościowych w dostawach,
- 9) przyjmowanie i wysyłanie przesyłek kurierskich.

5. W zakresie prowadzenia archiwum:

- 1) nadzór nad prawidłowym stosowaniem instrukcji kancelaryjnej we wszystkich komórkach organizacyjnych i stanowiskach pracy,
- 2) nadzór nad utworzeniem i wyposażeniem szpitalnej składnicy akt zgodnie z obowiązującymi przepisami,
- 3) przejmowanie dokumentacji spraw zakończonych od poszczególnych komórek organizacyjnych,
- 4) przechowywanie i zabezpieczanie zgromadzonej dokumentacji oraz prowadzenie jej ewidencji,
- 5) przeprowadzanie skontrum dokumentacji,
- 6) porządkowanie przechowywanej dokumentacji, przejętej w latach wcześniejszych w stanie nieuporządkowanym,
- 7) udostępnianie przechowywanej dokumentacji,
- 8) wycofywanie dokumentacji ze stanu składnicy akt w przypadku wznowienia sprawy w komórce organizacyjnej,
- 9) przeprowadzanie kwerend archiwalnych, czyli poszukiwanie w dokumentacji informacji na temat osób, zdarzeń, czy problemów,
- 10) inicjowanie brakowania dokumentacji niearchiwalnej oraz udział w jej komisyjnym brakowaniu.

6. W zakresie jakości:

- 1) Współpraca z pełnomocnikiem ds. jakości celem zapewnienia sprawności w procesach zarządzania jakością na poziomie strategicznym i operacyjnym, a w szczególności:
 - a) Opracowanie i wdrażanie programów i planów w zakresie zapewnienia jakości,
 - b) Współpraca w opracowywaniu procedur i bieżący nadzór nad ich aktualizacją,
 - c) Doskonalenie procedur w zakresie zapewnienia jakości,
 - d) Współuczestniczenie w opracowaniu systemów wspierających zarządzanie jakością,
 - e) Uczestniczenie w dostosowaniu działalności szpitala do wymogów uzyskania certyfikatu,
 - f) Współpracowywanie, wdrażanie programów szkoleniowych z zakresu zapewnienia jakości,
 - g) Uczestniczenie w prowadzeniu audytów,
 - h) Współpraca z kierownikami komórek organizacyjnych w zakresie podnoszenia jakości,
 - i) Uczestnictwo w pracach zespołów powołanych do realizacji zadań stałych lub okresowych.

7. W zakresie dbałości o tereny zielone:

- 1) opracowywanie harmonogramu pielęgnacji terenów zielonych, nadzór nad jego wykonaniem,
- 2) kształtowanie właściwych postaw wobec przyrody poprzez promocję ekologicznego wizerunku Zespołu na zewnątrz.

§ 3

1. Dział obsługi zobowiązany jest do:

- 1) szybkiej reakcji na wszelkie nieprawidłowości zgłaszane przez poszczególne oddziały,
- 2) bieżącego kontrolowania prawidłowego fakturowania,
- 3) wnioskowania w sprawach mających wpływ na poprawę organizacji pracy i poprawę jakości usług świadczonych na rzecz Zespołu,
- 4) współpracy ze specjalistą ds. epidemiologicznych.

2. Zadania pozostałe:

- 1) zapewnienie prawidłowego funkcjonowania magazynów pościeli, gospodarczego, medycznego, odzieży chorych i odpadów medycznych,
- 2) zapewnienie prawidłowej pracy portierni z uwzględnieniem obsługi centrali telefonicznej i szatni dla odwiedzających,
- 3) odpowiedzialność za prawidłowe gromadzenie i przekazywanie odpadów medycznych do utylizacji zgodnie z obowiązującymi przepisami w tym zakresie,
- 4) prowadzenie ewidencji środków trwałych i przedmiotów nietrwałych.

§ 4

1. W skład działu wchodzi:

- 1) kierownik,
- 2) stanowiska pracy ds. eksploatacji,
- 3) stanowisko ds. zaopatrzenia,
- 4) stanowisko ds. jakości i archiwum.

2. Za organizację pracy działu obsługi szpitala odpowiada Kierownik.

§ 5

Kierownik działu obsługi szpitala współpracuje z dyrekcją oraz wszystkimi komórkami organizacyjnymi Zespołu.

§ 6

Dział obsługi szpitala współpracuje z instytucjami zewnętrznymi w zakresie związanym z realizacją zadań w szczególności z:

- 1) firmami i instytucjami świadczącymi usługi dla szpitala,
- 2) firmami i instytucjami realizującymi zapotrzebowanie na materiały i sprzęt,
- 3) instytucjami nadzoru, epidemiologicznego, technicznego,
- 4) organami administracji rządowej, samorządowej, placówkami ochrony zdrowia i instytucjami mającymi wpływ na środowisko i ochronę przyrody,
- 5) w zakresie prowadzenia archiwum z właściwym terytorialnie Archiwum Państwowym.

REGULAMIN
Stanowiska ds. statystyki i dokumentacji medycznej

§ 1

Stanowiska ds. statystyki i dokumentacji medycznej w zakresie wykonywania swoich czynności podlegają bezpośrednio Z-cy Dyrektora ds. medycznych.

§ 2

Zadania stanowisk ds. statystyki i dokumentacji medycznej:

1. Opracowywanie sprawozdań, analiz, wykazów, itp. dla potrzeb Zespołu oraz uprawnionych instytucji i organów.
2. Sporządzanie „sprawozdań statystycznych Mz” z zakresu działalności Zespołu zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami.
3. Prowadzenie „Księgi zgonów”.
4. Prowadzenie szpitalnego archiwum dokumentacji medycznej.
5. Egzekwowanie terminowego przekazywania przez oddziały szpitalne historii chorób.
6. Udostępnianie i przysyłanie dokumentacji medycznej uprawnionym osobom i organom, zgodnie z obowiązującymi przepisami.
7. Bieżące sporządzanie dziennego, miesięcznego i okresowego ruchu chorych.
8. Współpraca w zakresie przetwarzania danych z Sekcją Informatyki oraz pozostałymi komórkami Zespołu.
9. Nadzorowanie prawidłowości prowadzenia dokumentacji medycznej.
10. Prowadzenie i aktualizacja Katalogu Dokumentacji Medycznej SPZGiChP.
11. Pobieranie z NFZ numerów recept dla poszczególnych lekarzy i ładowanie do systemu oraz zamawianie w formie papierowej w drukarni.
12. Prowadzenie rejestru zgłoszeń nowych zachorowań z powodu gruźlicy w województwie warmińsko-mazurskim (elektroniczna baza danych).

§ 3

1. W skład personelu wchodzi stanowiska:
 - 1) starszy statystyk medyczny,
 - 2) statystyk medyczny.
2. Plan pracy personelu ustala z-ca dyrektora ds. medycznych.

§ 4

Stanowiska ds. statystyki i dokumentacji medycznej współpracują z komórkami organizacyjnymi Zespołu, w szczególności z:

- 1) Dyrekcją i kierownikami komórek organizacyjnych w zakresie: opracowywania raportów statystycznych, uczestniczenia w pracach komitetów i zespołów zadaniowych, składu druków dokumentacji medycznej,
- 2) współpracą z oddziałami w zakresie: ruchu chorych, prowadzenia dokumentacji statystycznej, prowadzenia archiwum medycznego,
- 3) współpracą z izbą przyjęć w zakresie: ruchu chorych
- 4) współpracą z Przychodnią Specjalistyczną w zakresie: udostępniania dokumentacji z archiwum medycznego,
- 5) współpracą z sekcją analiz i rozliczeń oraz informatykami,
- 6) współpracą z działem obsługi szpitala w zakresie: zamawiania druków dokumentacji medycznej.

§ 5

Stanowiska ds. statystyki i dokumentacji medycznej współpracują z instytucjami zewnętrznymi m.in. z:

- 1) poradniami gruźlicy i chorób płuc w zakresie kontynuacji leczenia pacjentów z gruźlicą,
- 2) Wydziałem Zdrowia Urzędu Wojewódzkiego w Olsztynie w zakresie sprawozdawczości z działalności Szpitala,
- 3) jednostkami administracyjnymi, sądownictwa i prokuratury, ZUS-em i innymi firmami ubezpieczeniowymi, osobami prywatnymi w ramach udostępniania dokumentacji medycznej,
- 4) Instytutem Gruźlicy w Warszawie.

**REGULAMIN
Specjalisty ds. epidemiologii**

§ 1

Specjalista ds. epidemiologii w zakresie wykonywania swoich czynności podlega bezpośrednio Pielęgniarce Naczelnej.

§ 2

1. W realizacji zadań specjalista ds. epidemiologii :
 - 1) współuczestniczy w wypracowaniu strategii działań Zespołu w zakresie profilaktyki i zwalczania zakażeń szpitalnych,
 - 2) nadzoruje i monitoruje stan sanitarno – epidemiologiczny zakładu,
 - 3) nadzoruje pracę personelu w pomieszczeniach związanych z pobytem pacjenta w zakresie przestrzegania standardów epidemiologicznych,
 - 4) koordynuje i opracowuje standardy i procedury dotyczące min.:
 - a) metod i techniki pracy personelu,
 - b) system transportu wewnętrznego,
 - c) sposoby zbierania, gromadzenia i utylizacji odpadów
 - d) procesów dezynfekcji i sterylizacji, procesów dezynsekcji i deratyzacji,
 - 5) monitoruje przestrzeganie standardów organizacji pracy związanych ze stanem sanitarno- epidemiologicznym,
 - 6) nadzoruje sposób przechowywania sterylnego materiału,
 - 7) określa czynniki ryzyka zakażeń wśród pacjentów i personelu,
 - 8) analizuje źródła zakażeń,
 - 9) prowadzi rejestr zakażeń personelu,
 - 10) przeprowadza dochodzenie epidemiologiczne oraz przedstawia wyniki prac dyrekcji,
 - 11) nadzoruje prowadzenie dokumentacji kontroli zakażeń szpitalnych,
 - 12) uczestniczy w planowaniu opieki nad pacjentem z zakażeniem szpitalnym,
 - 13) sprawuje nadzór nad systemem izolacji pacjentów, którzy stwarzają ryzyko zakażeń dla innych,
 - 14) organizuje i prowadzi systematyczną edukację personelu medycznego z zakresu zakażeń szpitalnych, a w szczególności personelu pielęgniarskiego,
 - 15) planuje zapotrzebowanie ilościowe i jakościowe na sprzęt i środki niezbędne do realizacji programu profilaktyki i zwalczania zakażeń szpitalnych.
1. Specjalista ds. epidemiologii jest członkiem Zespołu ds. zakażeń szpitalnych, uczestniczy w pracach Komitetu ds. zakażeń szpitalnych.
2. Specjalista ds. epidemiologii współpracuje z dyrekcją, ordynatorami, oddziałowymi i kierownikami komórek organizacyjnych.
3. Specjalistę ds. epidemiologii w czasie jej nieobecności zastępuje wskazana pielęgniarka oddziałowa.

§ 3

Specjalista ds. epidemiologii odpowiedzialny jest za organizowanie i realizowanie kompleksowych zadań w zakresie profilaktyki zakażeń m.in. za:

- 1) opracowanie i wdrażanie programów w zakresie profilaktyki i zwalczania zakażeń szpitalnych,
- 2) za prowadzenie bazy danych dotyczących zakażeń na poziomie Zespołu,
- 3) za efektywność doskonalenia zawodowego w zakresie profilaktyki i zakażeń.

§ 4

Specjalista ds. epidemiologii współpracuje z zewnętrznymi podmiotami m.in. z:

- 1) z odpowiednimi pracownikami stacji sanitarno- epidemiologicznych,
- 2) z przedstawicielem firmy zajmującej się higieną na terenie Zespołu.

REGULAMIN
Działu organizacji i zamówień publicznych

§ 1

Kierownik Działu organizacji i zamówień publicznych w zakresie wykonywania swoich czynności podlega bezpośrednio Dyrektorowi Zespołu.

§ 2

Do zadań Działu organizacji i zamówień publicznych należy:

1. W zakresie funkcjonowania organizacyjnego szpitala:
 - 1) opracowywanie, uaktualnianie i wdrażanie strategii szpitala przy współudziale osób odpowiedzialnych,
 - 2) opracowywanie, uaktualnianie i wdrażanie zarządzeń, instrukcji, informacji wewnętrznych Zespołu,
 - 3) szkolenie pracowników z wewnętrznych aktów normatywnych Zespołu,
 - 4) przygotowywanie wniosków dotyczących aktualizacji/zmiany aktów, dokumentów itp. związanych z działalnością Zespołu jako organizacji,
 - 5) zapewnienie obsługi organizacyjno-technicznej Rady Społecznej,
 - 6) współpraca ze wszystkimi komórkami organizacyjnymi w zakresie podejmowania działań zapewniających sprawną realizację zadań statutowych i funkcjonowanie Zespołu jako organizacji, sprawnego wdrażania zarządzeń Dyrektora,
 - 7) współpraca z organami administracji rządowej, samorządu terytorialnego i placówkami ochrony zdrowia,
 - 8) uczestnictwo w pracach zespołów powołanych do realizacji zadań stałych lub okresowych.
 - 9) współuczestnictwo w organizowaniu narad, konferencji i imprez okolicznościowych,
 - 10) opracowywanie projektów umów dotyczących darowizn na rzecz Zespołu,
2. W zakresie prowadzenia sekretariatu i kancelarii:
 - 1) zapewnienie obsługi biurowej i sekretarskiej,
 - 2) przyjmowanie i dystrybucja korespondencji zgodnie z obowiązującą instrukcją kancelaryjną,
 - 3) przygotowanie i przedstawianie Dyrektorowi pism do dekretacji,
 - 4) dystrybucja pism dekretowanych,
 - 5) obsługa poczty elektronicznej,
 - 6) sporządzanie czystopisów pism i dokumentów,
 - 7) nadzór nad terminowością przygotowania odpowiedzi na pisma,
 - 8) obsługa interesantów,
 - 9) prowadzenie dzienników korespondencji.
3. W zakresie public relations:
 - 1) utrzymywanie stałego kontaktu z mass mediami w zakresie przekazywania informacji o działaniach Zespołu,
 - 2) przygotowywanie wewnętrznych i zewnętrznych materiałów informacyjnych,
 - 3) dbałość o wizerunek Zespołu i promowanie go na zewnątrz,
 - 4) opracowywanie materiałów informacyjnych i promujących działalność Zespołu,

- 5) przygotowywanie informacji prasowych, komunikatów, konferencji prasowych, wywiadów i spotkań z dziennikarzami,
- 6) monitorowanie informacji ukazujących się w mediach,
- 7) organizowanie działań medialnych: przygotowywanie spotkań informacyjnych, szkoleniowych, akcji prozdrowotnych i promocyjnych itp.,
- 8) dokumentowanie najważniejszych wydarzeń i działań Zespołu,
- 9) bieżące uzupełnianie i aktualizacja tablic i gazetek informacyjnych,
- 10) współpraca ze stanowiskami ds. promocji zdrowia.

4. W zakresie zamówień publicznych:

- 1) opracowywanie projektu planu zamówień publicznych,
- 2) sporządzanie wymaganych sprawozdań z zakresu zamówień publicznych,
- 3) kompleksowa obsługa postępowań przetargowych, w tym:
 - a) kwalifikacja przedmiotu zamówienia pod kątem Wspólnego Słownika CPV
 - b) przygotowanie ogłoszeń w postępowaniu o zamówienie publiczne,
 - c) opracowanie specyfikacji istotnych warunków zamówienia (ustalanie wymagań i warunków jakie winni spełnić wykonawcy)
 - d) opracowanie kryteriów wyboru najkorzystniejszej oferty
 - e) sporządzanie wniosków do Prezesa Urzędu Zamówień Publicznych
 - f) sporządzanie protokołów oraz dokumentacji wymaganej przepisami dotyczącymi zamówień publicznych
 - g) wnioskowanie w sprawie powołania komisji przetargowej (składu, regulaminu pracy komisji oraz jej organizacji)
 - h) rejestracja postępowań, publikacji, kompletowanie dokumentacji przetargowej po zakończonych postępowaniach
 - i) sporządzenie umów z wykonawcami, po zakończonym postępowaniu przetargowym
 - j) czynny udział w pracach komisji przetargowej,
 - k) prowadzenie i aktualizacja procedur postępowań o udzielanie zamówień publicznych i wewnętrznych aktów z tym związanych, zgodnie z obowiązującymi przepisami i ponosi odpowiedzialność pod względem formalno-prawnym za realizację tego zadania,
 - l) opisywanie faktur zgodnie z procedurami wynikającymi z ustawy Prawo zamówień publicznych,
 - m) wnioskowanie do dyrektora w sprawach związanych z formą, zakresem i organizacją procedur zamówień publicznych,
 - n) prowadzenie szkoleń w zakresie zamówień publicznych.
- 4) przeprowadzanie analiz, zestawień dotyczących realizacji zamówień publicznych,
- 5) udział w postępowaniach przetargowych prowadzonych wspólnie z innym jednostkami samorządu terytorialnego oraz jednostkami, dla których samorząd terytorialny jest podmiotem tworzącym,
- 6) współpraca z działem obsługi szpitala przy dokonywaniu zakupów poniżej wartości, od której uzależnione jest stosowanie Prawa zamówień publicznych

§ 3

W skład działu organizacji i zamówień publicznych wchodzi:

- 1) kierownik działu,
- 2) specjalista public relations,
- 3) specjalista ds. organizacji i zamówień publicznych,
- 4) sekretarka,

§ 4

Dział organizacji i zamówień publicznych, w realizacji zadań współpracuje odpowiednio z:

- 1) dyrekcją,
- 2) komórkami organizacyjnymi w zakresie podejmowania działań zapewniających sprawną realizację zadań statutowych i funkcjonowanie Zespołu jako organizacji, sprawnego wdrażania zarządzeń Dyrektora, instrukcji i informacji wewnętrznych,
- 3) z radcą prawnym w zakresie interpretacji przepisów prawa,
- 4) organami administracji rządowej, samorządu terytorialnego i placówkami ochrony zdrowia.

**REGULAMIN
Stanowiska ds. kadr**

§ 1

Stanowiska ds. kadr w zakresie wykonywania swoich czynności podlegają bezpośrednio Dyrektorowi Zespołu.

§ 2

1. Do zadań Kadr należy:

1.1 W zakresie polityki personalnej:

- a) Doradzanie dyrektorowi w zakresie formułowania polityki kadrowej,
- b) Planowanie i kontrolowanie sposobów gospodarowania zasobami ludzkimi w całym szpitalu,
- c) Współdziałanie w rekrutacji i doborze pracowników,
- d) Współdziałanie we wprowadzaniu motywacyjnego systemu nagradzania dla pracowników,
- e) We współpracy z kierownikami komórek organizacyjnych, rozpoznawanie potrzeb szkoleniowych pracowników w zakresie realizowania polityki stałego i systematycznego podnoszenia kwalifikacji zawodowych oraz realizacji planów szkoleń w tym zakresie.

1.2 W zakresie spraw osobowych:

- a) Prowadzenie dokumentacji pracowniczej zgodnie z obowiązującymi przepisami,
- b) Przygotowywanie i prowadzenie dokumentacji ubezpieczeniowej pracowników,
- c) Prowadzenie ewidencji ruchu osobowego i akt osobowych pracowników,
- d) Prowadzenie ewidencji i rozliczanie czasu pracy,
- e) Rejestrowanie różnego rodzaju nieobecności pracowników,
- f) Tworzenie i pełna obsługa wszystkich kartotek pracowników w systemie, pełna obsługa danych kadrowych; aktualizacja, wprowadzanie zmian, korekt, dopisywanie do ewidencji lub wykreślanie,
- g) Archiwizacja dokumentacji pracowniczej oraz wydawanie kopii dokumentów na prośbę pracowników,
- h) Współdziałanie w opracowywaniu regulaminów pracy i wynagradzania oraz innych regulaminów objętych zakresem zadań kadr,
- i) Współpraca z urzędem pracy i miejskim ośrodkiem pomocy społecznej w zakresie zatrudniania osób w ramach staży, prac interwencyjnych, prac społecznie użytecznych; przygotowywanie wniosków i nadzór nad prawidłową realizacją warunków umów wiążących strony,
- j) Współpraca z uczelniami i szkołami w zakresie odbywania przez uczniów i studentów praktyk zawodowych w zespole, prowadzenie dokumentacji i nadzór nad terminową realizacją projektów,
- k) Wdrażanie i propagowanie etycznych zachowań zgodnie z Kodeksem Etyki,
- l) Nadzór i współpraca z kierownikami komórek organizacyjnych w zakresie realizacji programu adaptacji zawodowej pracowników,
- m) Prowadzenie dokumentacji dotyczącej okresowych ocen pracowników,

- n) Kontrolowanie przestrzegania zasad regulaminu pracy przez pracowników szpitala oraz zgłaszanie wniosków do dyrektora w sprawach dotyczących łamania regulaminu pracy,
 - o) Prowadzenie dokumentacji związanej z urlopami pracowniczymi,
 - p) Przygotowywanie wniosków dotyczących nagród jubileuszowych,
 - q) Udzielanie informacji pracownikom w zakresie obowiązujących przepisów prawa pracy oraz wszelkich spraw dotyczących pracownika,
 - r) Prowadzenie sprawozdawczości własnej miesięcznej, kwartalnej i rocznej,
 - s) Przeprowadzanie badania satysfakcji pracowników, analizy, zestawienia itp.,
 - t) Prowadzenie kasy zapomogowo- pożyczkowej dla pracowników szpitala.
- 1.3 W zakresie działalności socjalno – bytowej:
- a) Prowadzenie spraw związanych z wykorzystywaniem zakładowego funduszu świadczeń socjalnych/opracowywanie harmonogramu wydatków, preliminarza świadczeń/,
 - b) Opracowywanie i aktualizacja regulaminu działalności socjalnej w oparciu o obowiązujące przepisy (współpraca w tym zakresie z organizacjami związkowymi),
 - c) Analiza i opiniowanie, przy współudziale Komisji Socjalnej, wniosków pracowniczych w zakresie udzielanych świadczeń socjalnych,
 - d) Rozliczanie świadczeń pracowniczych,
 - e) Prowadzenie indywidualnych kartotek pracowniczych w zakresie udzielanych świadczeń,
 - f) Prowadzenie sprawozdawczości w zakresie realizacji preliminarza wydatków,
 - g) Właściwe prowadzenie, dokumentacji w zakresie obsługi socjalno-bytowej pracowników i emerytów.

§ 3

Pracownicy kadr współpracują z:

- 1) wszystkim komórkami organizacyjnymi Zespołu,
- 2) organizacjami związkowymi działającymi w szpitalu w zakresie: wykorzystania zakładowego funduszu świadczeń socjalnych, opracowywania regulaminu pracy, wynagradzania oraz regulaminu socjalnego, spraw pracowniczych określonych przepisami prawa pracy i ustawą o związkach zawodowych,
- 3) z radcą prawnym w zakresie interpretacji przepisów prawa,
- 4) z podmiotami zewnętrznymi: Urząd Pracy, PIP, ZUS, WUS.

**REGULAMIN
Kontrolera Wewnętrznego**

§ 1

Kontroler wewnętrzny w zakresie wykonywania swoich czynności podlega bezpośrednio Dyrektorowi Zespołu.

§ 2

W zakresie prowadzonej kontroli kontroler zobowiązany jest do:

1. Opracowywania harmonogramu zakresu i terminów kontroli dla poszczególnych komórek organizacyjnych i przedłożenia do zatwierdzenia Dyrektorowi,
2. Opracowywania sprawozdań i protokołów z przeprowadzonych kontroli i przedstawienia ich Dyrektorowi,
3. Wykonywania czynności doradczych jako część zadań określonych kontrolą, i przedstawienia opinii lub zaleceń dotyczących usprawnienia funkcjonowania danej komórki organizacyjnej,
4. Monitorowania skuteczności przyjętych rozwiązań i wprowadzonych zmian oraz podjętych działań naprawczych.

§ 3

Kontroler uprawniony jest do:

- 1) Dostępu do informacji i środków niezbędnych do realizacji zadań określonych zakresem obowiązków,
- 2) Podejmowanie działań w celu wykonywania działań w określonych terminach na odpowiednim poziomie jakościowym,
- 3) W celu prowadzenie kontroli ma prawo wglądu do wszelkich informacji, danych, dokumentów i innych materiałów związanych z funkcjonowaniem jednostki w tym zawartych na elektronicznych nośnikach informacji, jak również do wykonywania z nich kopii, odpisów, wyciągów, zestawień lub wydruków, z zachowaniem przepisów o tajemnicy ustawowo chronionej.

§ 4

Kontroler współpracuje z:

- 1) z podmiotami zewnętrznymi: jednostki, z którymi współpracujemy w realizacji programów,
- 2) z podmiotami wewnętrznymi: wszystkie komórki organizacyjne szpitala.

**REGULAMIN
Radcy prawnego**

§ 1

Radca prawny w zakresie wykonywania swoich czynności podlega bezpośrednio Dyrektorowi Zespołu.

§ 2

Do zadań radcy prawnego należy obsługa prawna Zespołu, a w szczególności:

- 1) udzielanie porad prawnych i sporządzanie opinii prawnych w zakresie stosowania prawa,
- 2) opiniowanie pod względem formalno-prawnym dokumentów z zakresu zamówień publicznych (specyfikacji istotnych warunków zamówienia, projektów umów, wnioski o udzielenie zamówień z wolnej ręki),
- 3) opiniowanie pod względem formalno-prawnym umów i porozumień,
- 4) bieżące informowanie dyrekcji i kierowników komórek organizacyjnych o zmianach w przepisach w zakresie działalności szpitala (komórek organizacyjnych) oraz interpretacja obowiązujących i zmieniających się przepisów (prowadzenie szkoleń),
- 5) udzielanie porad, prowadzenie konsultacji i sporządzanie opinii prawnych dotyczących wewnętrznych aktów normatywnych,
- 6) nadzór nad przestrzeganiem przepisów prawa i informowanie dyrekcji i kierowników komórek organizacyjnych o występujących w tym zakresie uchybieniach i ich skutkach,
- 7) współdziałanie z Dyrektorem w zakresie zapobiegania naruszeniom prawa,
- 8) występowanie w charakterze pełnomocnika szpitala w postępowaniu sądowym, administracyjnym, polubownym, egzekucyjnym oraz przed innymi organami orzekającymi na podstawie stosownych pełnomocnictw,
- 9) za pracę na powierzonym stanowisku ponosi odpowiedzialność materialną i służbową na zasadach określonych w K.p. oraz odpowiedzialność zawodową na podstawie ustawy o radcach prawnych.

§ 3

Radca prawny współpracuje w szczególności z:

- 1) dyrekcją,
- 2) ordynatorami i kierownikami komórek organizacyjnych

§ 4

Radca prawny współpracuje z instytucjami zewnętrznymi, w szczególności z: sądami, prokuraturami, Państwową Inspekcją Pracy oraz innymi instytucjami, które obligują go do realizacji zadań radcy prawnego reprezentującego szpital wobec tych instytucji.

REGULAMIN
Stanowisko ds. funduszy unijnych i międzynarodowych

§ 1

Stanowisko ds. funduszy unijnych i międzynarodowych w zakresie wykonywania swoich czynności podlega Z-cy Dyrektora ds. technicznych.

§ 2

1. Do zadań osoby zajmującej stanowisko ds. funduszy unijnych i międzynarodowych należy w szczególności:
- 1) Informowanie Dyrektora o możliwościach pozyskiwania dotacji na inwestycje i zakup sprzętu medycznego oraz inne cele związane z działalnością statutową Zespołu,
 - 2) Podejmowanie działań ukierunkowanych na możliwości pozyskania środków i dotacji finansowych w ramach realizacji programów i projektów,
 - 3) Merytoryczny nadzór nad realizacją programów i projektów.
 - 4) Opracowywanie wniosków o dotacje do wszystkich dostępnych instytucji,
 - 5) Przygotowywanie niezbędnych materiałów i dokumentacji związanej z rozliczaniem projektów i programów,
 - 6) Ścisła współpraca z osobami współodpowiedzialnymi za realizację projektów w zakresie prowadzonej dokumentacji oraz informowanie o wszelkich zmianach w trakcie prowadzonych procedur,
 - 7) Współpraca z instytucjami zewnętrznymi w zakresie realizacji programów i projektów,
 - 8) Przygotowywanie niezbędnych analiz, zestawień, rozliczeń w zakresie realizowanych programów i projektów,
 - 9) Monitorowanie i rozliczanie otrzymanych dotacji we współpracy z komórkami organizacyjnymi merytorycznie współodpowiedzialnymi za realizację zadania,
 - 10) Przygotowywanie sprawozdań określonych przepisami zgodnie z realizacją projektu oraz z planem inwestycyjnym określonym harmonogramem,
 - 11) Doskonalenie i rozwój zawodowy.
 - 12) Wykonywanie innych czynności zleconych przez przełożonego nie objętych niniejszym zakresem, a wchodzących w zakres kompetencji i kwalifikacji zawodowych.

§ 2

Pracownik zajmujący stanowisko ds. funduszy unijnych i międzynarodowych odpowiedzialny jest za:

- 1) rzetelność, terminowość i jakość realizowanych zadań,
- 2) rezultaty pracy,
- 3) prowadzenie i przechowywanie dokumentacji formalno-prawnej.
- 4) wykonywanie pracy zgodnie z obowiązującymi w Zespole regulaminami, przepisami BHP i p/pożarowymi,
- 5) przestrzeganie obowiązujących przepisów związanych z realizacją zadań.

§ 3

Pracownik zajmujący stanowisko ds. funduszy unijnych i międzynarodowych współpracuje z:

- 1) podmiotami zewnętrznymi: jednostki z którymi współpracujemy w realizacji programów,
- 2) podmiotami wewnętrznymi: wszystkie komórki organizacyjne szpitala.

REGULAMIN
Specjalista ds. administrowania bezpieczeństwem informacji i polityką
teleinformatyczną

§ 1

Specjalista ds. administrowania bezpieczeństwem informacji i polityką teleinformatyczną w zakresie wykonywania swoich czynności podlega bezpośrednio Dyrektorowi.

§ 2

Do zadań specjalisty ds. administrowania bezpieczeństwem informacji i polityką teleinformatyczną należy:

- a) Przeciwdziałanie dostępowi osób niepowołanych do systemów, w których przetwarzane są dane osobowe;
- b) Podejmowanie odpowiednich działań w przypadku wykrycia naruszeń w systemach zabezpieczeń;
- c) Standaryzacja procedur postępowania oraz opracowanie niezbędnej dokumentacji;
- d) Wdrożenie rozwiązań technicznych zapewniających wymagany poziom bezpieczeństwa przetwarzanych informacji, tj. zabezpieczenia fizyczne oraz systemy zabezpieczające sieci i systemy informatyczne;
- e) Identyfikacja nadużyć oraz podjęcie odpowiednich działań w sytuacjach kryzysowych;
- f) Zapewnienie by wszyscy użytkownicy stosowali się do procedur bezpieczeństwa;
- g) Utrzymanie i aktualizowanie listy autoryzowanych użytkowników systemu komputerowego;
- h) Ograniczenie lub cofnięcie uprawnień użytkownikom nie przestrzegającym poziomu bezpieczeństwa;
- i) Prowadzenie osobiście lub nadzorowanie profilaktyki antywirusowej systemu komputerowego;
- j) Nadzór nad sprzętem oraz oprogramowaniem pod kątem kontroli nieuprawnionych zmian ich konfiguracji;
- k) Zatwierdzenie oraz akceptacja wszelkich zmian w konfiguracji sprzętu lub oprogramowania mających wpływ na bezpieczeństwo systemu komputerowego;
- l) Dokonywanie analizy zgłoszonych przypadków incydentów infekcji wirusowych lub innych wskazujących na nieautoryzowane próby ingerencji w systemy bezpieczeństwa oraz w zależności od stopnia zagrożenia funkcjonowania systemu bezpieczeństwa podejmowanie odpowiednich środków zaradczych w ramach uregulowań i procedur bezpieczeństwa;
- m) Przeprowadzanie okresowych kontroli klasyfikowanych mediów magnetycznych, poprawności ich opisu oraz prowadzenie ewidencji ich kontroli;
- n) Doradzanie użytkownikom systemu komputerowego w zakresie bezpieczeństwa;
- o) Prowadzenie szkolenia użytkowników w zakresie bezpieczeństwa systemu komputerowego lub występowanie z wnioskiem o przeprowadzenie szkoleń;
- p) Nadzorowanie archiwizacji danych systemu komputerowego zgodnie z obowiązującymi procedurami;
- q) Realizowanie polityki bezpieczeństwa ochrony danych poprzez ustalenia i aktualizacje:
 - wykazu budynków, pomieszczeń lub części pomieszczeń, tworzących obszar, w którym przetwarzane są dane osobowe
 - wykazu zbiorów danych osobowych wraz ze wskazaniem programów zastosowanych do przetwarzania tych danych
 - wykazu wszelkich nośników magnetycznych
 - cykliczne i bieżące zapoznawanie pracowników zespołu z obowiązującymi przepisami w zakresie ochrony danych osobowych
 - prowadzenie ewidencji osób upoważnionych do przetwarzania danych osobowych w SPZGiChP oraz obsługujących i mających dostęp do systemu teleinformatycznego.

- r) Dokonuje analizy zagrożeń oraz ryzyka;
- s) Propagowanie zasad bezpieczeństwa informacji wśród kierownictwa i pracowników;

§ 3

Pełnomocnik ds. administrowania bezpieczeństwem informacji i polityką teleinformatyczną współpracuje w szczególności z:

- 1) dyrekcją,
- 2) informatykami,
- 3) ordynatorami oddziałów i kierownikami komórek organizacyjnych

REGULAMIN
Specjalista ds. bezpieczeństwa i higieny pracy

§ 1

Specjalista ds. bhp w zakresie wykonywania swoich czynności podlega bezpośrednio Dyrektorowi Zespołu.

§ 2

1. Do zadań specjalisty ds. bhp należy:
 - 1) prowadzenie kontroli warunków pracy oraz przestrzeganie zasad przepisów bhp,
 - 2) bieżące informowanie pracodawcy o stwierdzonych zagrożeniach zawodowych wraz z wnioskami zmierzającymi do usuwania tych zagrożeń,
 - 3) sporządzanie okresowych analiz, (co najmniej 1 raz w roku) stanu bhp wraz z propozycjami przedsięwzięć technicznych i organizacyjnych mających na celu zapobieganie zagrożeniom życia i zdrowia pracowników oraz poprawę warunków pracy,
 - 4) udział w opracowywaniu planów modernizacji i rozwoju Zespołu, oraz przedstawienie propozycji dotyczących uwzględniania w tych planach rozwiązań techniczno-organizacyjnych zapewniających poprawę stanu bezpieczeństwa i higieny pracy,
 - 5) przedstawianie pracodawcy wniosków dotyczących zachowania wymagań ergonomii na stanowiskach pracy,
 - 6) udział w opracowywaniu wewnętrznych aktów prawnych, oraz instrukcji ogólnych dotyczących bezpieczeństwa i higieny pracy oraz w ustalaniu zadań osób kierujących pracownikami w zakresie bezpieczeństwa i higieny pracy,
 - 7) zgłaszanie Dyrektorowi wniosków dotyczących wymagań bezpieczeństwa i higieny pracy,
 - 8) udział w dokonywaniu oceny ryzyka zawodowego, które związane jest z wykonywaną pracą,
 - 9) udział w ustalaniu okoliczności wypadków przy pracy oraz w opracowywaniu wniosków wynikających z badania przyczyn i okoliczności tych wypadków, prowadzenie rejestrów dotyczących wypadków przy pracy, chorób zawodowych i podejrzeń o takie choroby,
 - 10) opiniowanie szczegółowych instrukcji dotyczących bezpieczeństwa i higieny pracy na poszczególnych stanowiskach pracy
 - 11) współdziałanie z lekarzem sprawującym profilaktyczną opiekę zdrowotną nad pracownikami, ze społecznym inspektorem pracy oraz organizacjami związkowymi,
 - 12) wstrzymanie pracy maszyn i urządzeń technicznych w razie stwierdzenia zagrożenia życia lub zdrowia pracownika lub innych osób,
 - 13) odsunięcie pracownika od pracy, który swoim zachowaniem lub sposobem wykonywania pracy stwarza bezpośrednie zagrożenie życia lub zdrowia własnego lub innych osób,
 - 14) przeprowadzanie kontroli stanu bhp na stanowiskach pracy w Zespole,
 - 15) doradztwo w zakresie przepisów oraz zasad bezpieczeństwa i higieny pracy,
 - 16) współpraca z właściwymi komórkami organizacyjnymi lub osobami, w szczególności w zakresie organizowania i zapewnienia odpowiedniego rodzaju, poziomu szkoleń w dziedzinie bezpieczeństwa i higieny pracy oraz zapewnienia właściwej adaptacji zawodowej nowo zatrudnionych pracowników,
 - 17) uczestniczenie w pracach, powołanej przez pracodawcę komisji bezpieczeństwa i higieny pracy oraz w innych komisjach zajmujących się problematyką bezpieczeństwa i higieny pracy, w tym zapobieganiem chorobom zawodowym i wypadkom przy pracy,

REGULAMIN ORGANIZACYJNY

- 18) udział w dokonywaniu oceny stanowisk pracy,
- 19) inicjowanie i rozwijanie na terenie Zespołu różnych form popularyzacji problematyki bezpieczeństwa i higieny pracy oraz ergonomii,
- 20) przeprowadzanie szkoleń bhp wg. ustalonego harmonogramu.

§ 3

Specjalista ds. bhp współpracuje w szczególności z:

- 1) dyrekcją,
- 2) ordynatorami i kierownikami komórek organizacyjnych.

§ 4

Specjalista ds. bhp współpracuje w zakresie realizacji zadań z instytucjami zewnętrznymi, w szczególności z:

- 1) Państwową Inspekcją Pracy,
- 2) Wojewódzką Stacją Sanitarno-Epidemiologiczną w Olsztynie.

**REGULAMIN
Specjalisty ds. obronnych**

§ 1

Specjalista ds. obronnych w zakresie wykonywania swoich czynności podlega bezpośrednio Dyrektorowi Zespołu.

§ 2

Do zadań w zakresie spraw obronnych i obrony cywilnej należy:

- 1) koordynowanie i nadzorowanie przygotowań oraz realizacji przedsięwzięć obronnych i obrony cywilnej w zakładzie,
- 2) organizowanie i prowadzenie szkolenia w zakresie spraw obronnych i obrony cywilnej,
- 3) prowadzenie kancelarii materiałów „zastrzeżonych” zgodnie z obowiązującymi przepisami,
- 4) współudział w realizacji zadań związanych z ewidencjonowaniem pracowników podlegających powszechnemu obowiązkowi obrony RP.

§ 3

Specjalista ds. obronnych współpracuje w szczególności z:

- 1) dyrekcją,
- 2) ordynatorami i kierownikami komórek organizacyjnych.

§ 4

Specjalista ds. obronnych współpracuje z instytucjami zewnętrznymi, w szczególności z: Urzędem Miasta, Urzędem Marszałkowskim, Urzędem Wojewódzkim, specjalistami ds. obronnych innych szpitali, ze służbami bezpieczeństwa i porządku publicznego.

**REGULAMIN
Inspektora ochrony przeciwpożarowej**

§ 1

Inspektor ochrony przeciwpożarowej w zakresie wykonywania swoich czynności podlega bezpośrednio Dyrektorowi Zespołu.

§ 2

Do zadań w zakresie ochrony przeciwpożarowej należy:

- 1) prowadzenie nadzoru nad bezpieczeństwem przeciwpożarowym,
- 2) opracowanie Instrukcji Bezpieczeństwa Pożarowego ,
- 3) okresowe kontrole stanu bezpieczeństwa przeciwpożarowego Zespołu oraz nadzór nad zleconymi przeglądami sprawności i przydatności urządzeń i sprzętu przeciwpożarowego zgodnie z obowiązującymi przepisami,
- 4) organizowanie i prowadzenie szkoleń wstępnych dla pracowników w zakresie ochrony przeciwpożarowej,
- 5) przygotowywanie wewnętrznych zarządzeń instrukcji w zakresie ochrony przeciwpożarowej,
- 6) kontrolowanie przestrzegania przez pracowników obowiązujących przepisów, regulaminów lub instrukcji ochrony przeciwpożarowej,
- 7) Organizowanie i prowadzenie treningów ewakuacji.

§ 3

Inspektor ochrony przeciwpożarowej współpracuje w szczególności z:

- 1) dyrekcją,
- 2) ordynatorami i kierownikami komórek organizacyjnych.

§ 4

Inspektor ochrony przeciwpożarowej współpracuje z instytucjami zewnętrznymi, w szczególności z:

- 1) Komendą Miejską Państwowej Straży Pożarnej w Olsztynie,
- 2) Wydziałem Zarządzania Kryzysowego i Ochrony Ludności Urzędu Miasta w Olsztynie,
- 3) Wydziałem Spraw Obronnych i Bezpieczeństwa Publicznego Urzędu Marszałkowskiego Województwa Warmińsko-Mazurskiego,
- 4) Wydziałem Bezpieczeństwa i zarządzania Kryzysowego Warmińsko- Mazurskiego Urzędu Wojewódzkiego w Olsztynie,
- 5) ze służbami bezpieczeństwa i porządku publicznego.

**REGULAMIN
Pełnomocnika ds. ochrony informacji niejawnych**

§ 1

Pełnomocnik ds. ochrony informacji niejawnych w zakresie wykonywania swoich czynności podlega bezpośrednio Dyrektorowi Zespołu.

§ 2

Do zadań w zakresie ochrony informacji niejawnych należy:

- 1) prowadzenie nadzoru nad ochroną informacji niejawnych,
- 2) zapewnienie ochrony informacji niejawnych,
- 3) kontrola ochrony informacji niejawnych oraz przestrzeganie przepisów o ochronie tych informacji,
- 4) okresowa kontrola ewidencji, materiałów i obiegu dokumentów,
- 5) szkolenie pracowników w zakresie ochrony informacji niejawnych,
- 6) opracowanie instrukcji dotyczącej sposobu i trybu przetwarzania informacji niejawnych o klauzuli „Zastrzeżone”.

§ 3

Pełnomocnik ds. OIN współpracuje w szczególności z:

- 1) dyrekcją,
- 2) ordynatorami i kierownikami komórek organizacyjnych.

§ 4

Pełnomocnik ds. OIN współpracuje z instytucjami zewnętrznymi, w szczególności z:

- 1) pełnomocnikiem ds. ochrony informacji niejawnych Urzędu Marszałkowskiego.

**REGULAMIN
Kapelana szpitalnego**

§ 1

Kapelan szpitalny w podlega służbowo Dyrektorowi Zespołu

§ 2

1. Kapelan organizuje i wykonuje ogół czynności sakralnych.
2. Kapelan czuwa nad przestrzeganiem tradycji, praktyk religijnych, jako kapłan wyświęcony do tej służby, a w szczególności:
 - 1) odprawia msze święte i inne nabożeństwa zgodnie z ustalonym obrządkiem,
 - 2) udziela sakramentów świętych zgodnie z potrzebami chorych,
 - 3) przygotowuje i spełnia posługi religijne zgodnie z przepisami liturgicznymi,
 - 4) zapewnia członkom Kościoła przewodnictwo duchowe.

§ 3

Kapelan szpitalny współpracuje z komórkami organizacyjnymi Zespołu w szczególności z:

- 1) dyrekcją,
- 2) oddziałowymi oddziałów i kierownikami działu obsługi szpitala oraz organizacji i zamówień publicznych.

§ 4

Kapelan szpitalny współpracuje z instytucjami zewnętrznymi, w szczególności:

- 1) z duszpasterzem służby zdrowia,
- 2) kapelanami innych szpitali.