REGULAMIN ORGANIZACYJNY
Szpitala św. Rocha w Ozimku

DYREKTOR
Jolanta Ryndak

.....
Data i podpis Dyrektora Szpitala
z dnia 15.01.2020

Spis treści

DZIAŁ I 4
POSTANOWIENIA OGÓLNE 4
Rozdział 1 4
Podstawy prawne funkcjonowania Szpitala i zakres Regulaminu 4
Rozdział 2 5
Cele, zakres i obszar działania Szpitala 5
Rozdział 3 7
Polityka Jakości i Program Akredytacji Szpitali 7
DZIAŁ II 7
Organizacja i zadania Szpitala 7
Rozdział 1 7
Rodzaj i zakres działalności leczniczej 7
Rozdział 2 9
Struktura organizacyjna 9
Rozdział 4 12
Zadania poszczególnych komórek organizacyjnych 12
Rozdział 5 26
Warunki współdziałania komórek organizacyjnych Szpitala 26
Rozdział 6 27
Zadania stanowisk, uprawnienia, obowiązki i odpowiedzialność pracowników Szpitala 27
DZIAŁ III 41
Przebieg procesu udzielania świadczeń zdrowotnych 41
Rozdział 1 41
Opieka stacjonarna 41
Rozdział 2 46
Lecznictwo ambulatoryjne 46
Rozdział 3 48
Pracownie diagnostyczne 48
DZIAŁ IV 49

Warunki współdziałania z innymi podmiotami wykonującymi działalność leczniczą w zakresie zapewnienia prawidłowości diagnostyki, leczenia, pielęgnacji i rehabilitacji pacjentów oraz ciągłości i przebiegu procesu udzielania świadczeń zdrowotnych 49
DZIAŁ V 50
Prawa i obowiązki Pacjenta 50
Rozdział 1 50
Postanowienia Ogólne 50
Rozdział 2 51
Zasady przebywania na terenie Szpitala osób trzecich 51
Rozdział 3 53
Zasady udostępniania dokumentacji medycznej 53
Rozdział 4 57
Tryb rozpatrywania skarg i wniosków 57
Rozdział 5 57
Rozwiązywanie problemów etycznych 57
Rozdział 6 58
Monitoring wizyjny 58
DZIAŁ VI 58
Obowiązki szpitala w razie śmierci Pacjenta 58
DZIAŁ VII 60
POSTANOWIENIA KOŃCOWE 60

Na podstawie art. 23 i 24 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej (Dz.U. 2015r. poz. 618 z późn. zm.) ustala się *„Regulamin organizacyjny EMC Instytut Medyczny S.A. Szpitala Specjalistycznego św. Rocha w Ozimku"), zwany dalej Regulaminem.*

DZIAŁ I

POSTANOWIENIA OGÓLNE

Rozdział 1

Podstawy prawne funkcjonowania Szpitala i zakres Regulaminu

§ 1

Ilekroć w Regulaminie jest mowa o Szpitalu rozumie się przez to EMC Instytut Medyczny S.A. Szpital Specjalistyczny św. Rocha w Ozimku.

§ 2

Podstawę prawną Regulaminu stanowią:

1) ustawa z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej (Dz.U. z 2011r. nr 112 poz. 654 z późn. zm);
2) ustawa z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2004r. nr 210 poz. 2135 z późn. zm.);
3) ustawa z dnia 6 listopada 2008r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2009r. nr 52 poz. 417 z późn. zm.);
4) ustawa z dnia 15 września 2000r. - Kodeks spółek handlowych (Dz. U. z 2000r. nr 94 poz. 1037 z późn. zm.);
5) Statut EMC Instytut Medyczny SA.

§ 3

Regulamin określa, w szczególności:

1) cele i zadania Szpitala;
2) zakres i obszar działania Szpitala;
3) strukturę organizacyjną i zadania komórek Szpitala;
4) przebieg procesu udzielania świadczeń zdrowotnych w oddziałach szpitalnych, poradniach
5) specjalistycznych i pracowniach diagnostycznych;
6) organizację procesu udzielania świadczeń zdrowotnych w przypadku pobierania opłat;
7) zasady uiszczania opłat za udzielane świadczenia zdrowotne inne niż finansowane ze środków publicznych;

8) prawa i obowiązki pacjenta;
9) obowiązki Szpitala w razie śmierci pacjenta;
10) organizację przyjmowania oraz załatwiania skarg i wniosków;
11) zasady prowadzenia i udostępniania dokumentacji medycznej, w tym wysokość opłaty;
12) warunki współdziałania z innymi podmiotami wykonującymi działalność leczniczą.

§ 4

Postanowienia Regulaminu dotyczą wszystkich pracowników Szpitala, pacjentów oraz innych osób przebywających w Szpitalu.

§ 5

1. Regulamin organizacyjny ustala Dyrektor Szpitala.
2. Każdy pracownik Szpitala św. Rocha w Ozimku zobowiązany jest do przestrzegania Regulaminu w czasie udzielania świadczeń zdrowotnych pacjentom.
3. Regulamin w formie papierowej dostępny jest w Administracji Szpitala, a także w formie elektronicznej na stronie internetowej www.ozimek.emc-sa.pl oraz na wewnętrznej stronie intranetowej Szpitala.
4. Organem tworzącym i nadzorującym jest EMC Instytut Medyczny S.A. z siedzibą we Wrocławiu przy ul. Pilczyckiej 144-148,

Rozdział 2

Cele, zakres i obszar działania Szpitala

§ 6

Podstawowym celem działania Szpitala jest prowadzenie działalności leczniczej polegającej na udzielaniu świadczeń zdrowotnych.

§ 7

1. Zakres działania Szpitala:
   1) udzielanie świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki stacjonarnej;
   2) udzielanie świadczeń zdrowotnych w warunkach pozaszpitalnych;
   3) udzielanie podstawowych i specjalistycznych świadczeń zdrowotnych w warunkach ambulatoryjnych;
   4) prowadzenie działalności diagnostycznej;

5) prowadzenie działalności z zakresu rehabilitacji leczniczej;
6) prowadzenie profilaktycznej opieki zdrowotnej;
7) świadczenie usług farmaceutycznych w dziale farmacji szpitalnej;
8) promocja zdrowia i zdrowego trybu życia;
9) uczestniczenie w przygotowywaniu osób do wykonywania zawodu medycznego i kształceniu osób wykonujących zawód medyczny poprzez realizowanie praktyk, specjalizacji i staży, szkoleń;
10) prowadzenie innej działalności określonej jako przedmiot działalności EMC Instytut Medyczny SA Szpital św. Rocha w Ozimku określonej w Statucie EMC Instytut Medyczny S.A.;
11) inne zadania, nie wymienione w niniejszym ustępie, a wynikające z obowiązujących przepisów.

2. Świadczenia zdrowotne, o których mowa w ust. 1 udzielane są w Ozimku, w zakładach leczniczych zlokalizowanych przy ul. Częstochowskiej 31, a także w miejscu pobytu pacjenta. Ponadto świadczenia mogą być udzielane na odległość za pomocą środków komunikacji elektronicznej.

3. Obszarem działania Szpitala jest województwo opolskie.

4. Szpital udziela świadczeń zdrowotnych na podstawie wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą prowadzonego przez Wojewodę Dolnośląskiego.

5. Udzielanie świadczeń zdrowotnych odbywa się w medycznych komórkach organizacyjnych Szpitala w ramach zawartych umów z Narodowym Funduszem Zdrowia, innymi podmiotami zewnętrznymi zapewniającymi finansowanie działalności leczniczej, a także osobom nieobjętym ubezpieczeniem zdrowotnym jeśli wyrażą wolę korzystania z komercyjnych świadczeń.

6. Z dniem 1 października 2017 roku i wejściem w życie rozporządzeń wykonawczych do ustawy z dnia 23 marca 2017 r. *o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych* (Dz. U. Poz. 844) – ustawy wprowadzającej system podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej (tzw. sieć szpitali) zmieniono sposób finansowania w poszczególnych zakresach.

7. Zgodnie z kwalifikacją i zawartymi umowami Szpital św. Rocha w Ozimku zakwalifikowany został do podstawowego poziomu zabezpieczeń, w ramach którego ryczałtem finansowane są następujące zakresy: choroby wewnętrzne - hospitalizacja, pediatria - hospitalizacja, poradnia gastroenterologiczna, poradnia kardiologiczna oraz poradnia neurologiczna.

Rozdział 3

Polityka Jakości i Program Akredytacji Szpitali

§ 8

1. Politykę Jakości Systemu Zarządzania Jakością, zwaną dalej „Polityką Jakości" Szpital realizuje poprzez stałą poprawę skuteczności działań w zakresie jakości świadczonych usług, przy stałym spełnianiu wymagań prawnych oraz podnoszeniu kwalifikacji i zaangażowania wszystkich pracowników.
2. W ramach Polityki Jakości Szpital określa cele jakościowe.
3. Szpital realizuje program poprawy jakości w oparciu o standardy akredytacyjne określone przez Program Akredytacji Szpitali.
4. Wszyscy pracownicy Szpitala są zobowiązani do realizacji Polityki Jakości oraz standardów akredytacyjnych.

DZIAŁ II

Organizacja i zadania Szpitala

Rozdział 1

Rodzaj i zakres działalności leczniczej

§ 9

Rodzaj działalności leczniczej Szpitala:

1) szpitalne stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne,
2) ambulatoryjne i domowe świadczenia zdrowotne,
3) opieka długoterminowa.

§ 10

Zakresy udzielanych świadczeń zdrowotnych:

1) Podstawowa Opieka Zdrowotna:
   - świadczenia lekarza podstawowej opieki zdrowotnej,
   - świadczenia pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej.
2) Nocna i Świąteczna Opieka Zdrowotna:
   - świadczenia lekarza,
   - świadczenia pielęgniarki.

3) Ambulatoryjna Opieka Specjalistyczna:
   - świadczenia w zakresie ortopedii i traumatologii narządu ruchu,
   - świadczenia w zakresie kardiologii,
   - świadczenia w zakresie chirurgii ogólnej,
   - świadczenia w zakresie neurologii,
   - świadczenia w zakresie urologii,
   - świadczenia w zakresie gastroenterologii,
   - świadczenia w zakresie chorób wewnętrznych,
   - świadczenia w zakresie pediatrii.
4) Ambulatoryjne Świadczenia Diagnostyczne Kosztochłonne:
   - badania endoskopowe górnego odcinka przewodu pokarmowego – gastroskopia,
   - badania endoskopowe dolnego odcinka przewodu pokarmowego – kolonoskopia.
5) Rehabilitacja Lecznicza:
   - lekarska ambulatoryjna opieka rehabilitacyjna,
   - fizjoterapia ambulatoryjna,
   - fizjoterapia domowa.
6) Lecznictwo Szpitalne:
   - chirurgia ogólna – hospitalizacja planowa,
   - choroby wewnętrzne – hospitalizacja,
   - pediatria – hospitalizacja,
   - rehabilitacja narządu ruchu oraz rehabilitacja neurologiczna – hospitalizacja.
7) Świadczenia pielęgnacyjno- opiekuńcze
   - zakład opiekuńczo-leczniczy dla dorosłych,
   - zakład opiekuńczo-leczniczy dla dzieci i młodzieży,
8) Pracownie inne
   - badania ultrasonograficzne,
   - badania elektrokardiograficzne,
   - badania radiologiczne (rtg),
   - badania ph - metrii z impedancją.

§ 11

Miejscem udzielania świadczeń zdrowotnych są zakłady lecznicze, o których mowa w § 15 Regulaminu.

Rozdział 2

Struktura organizacyjna

§ 12

1. Dyrektor Szpitala podlega służbowo Zarządowi EMC Instytut Medyczny S.A.
2. Dyrektor Szpitala kieruje szpitalem w oparciu o Pełnomocnictwo udzielone przez Prezesa Zarządu EMC Instytut Medyczny S.A.
3. Dyrektor Szpitala podejmuje decyzje dotyczące Szpitala w granicach określonych prawem i ponosi za nie odpowiedzialność.
4. Dyrektor Szpitala kieruje Szpitalem przy pomocy:
   1) Zastępcy Dyrektora ds. Medycznych,
   2) Pielęgniarki Naczelnej,
   3) Ordynatorów Oddziałów,
   4) Kierowników komórek organizacyjnych,
   5) Pracowników na samodzielnych stanowiskach pracy.
5. Dyrektora Szpitala, w czasie jego nieobecności, zastępuje Z-ca Dyrektora ds. Medycznych.
6. Ordynator Oddziału, Pielęgniarka Naczelna oraz Kierownicy komórek organizacyjnych, w czasie swojej nieobecności zastępowani są przez osoby określone w obowiązującym systemie zastępstw w sytuacjach nagłych i planowych.

§ 13

1. Dyrektor Szpitala zapewnia sprawne funkcjonowanie Szpitala, poprzez tworzenie warunków dla prawidłowej realizacji zadań określonych w Statucie oraz organizację pracy w sposób zapewniający pełne wykorzystanie czasu pracy przez zatrudnionych w Szpitalu pracowników, a w szczególności:
   1) reprezentuje Szpital na zewnątrz,
   2) realizuje politykę kadrową Szpitala,
   3) dokonuje czynności z zakresu prawa pracy wobec pracowników Szpitala,
   4) dysponuje środkami finansowymi Szpitala,
   5) negocjuje i zawiera umowy na realizację świadczeń zdrowotnych,
   6) pozyskuje środki finansowe na realizację inwestycji, remontów oraz zakup aparatury medycznej,
   7) wydaje zarządzenia, instrukcje, procedury i polecenia służbowe, których projekty sporządzają pracownicy Szpitala,

8) wydaje i zatwierdza regulaminy obowiązujące w Szpitalu oraz wewnętrzne akty prawne: zarządzenia, instrukcje, procedury, dokumenty nadzorowane System Zarządzania Jakością,
9) rozpatruje skargi, wnioski i zażalenia pracowników oraz pacjentów,
10) organizuje, kieruje i nadzoruje pracę podległych komórek organizacyjnych i samodzielnych stanowisk pracy,
11) odpowiada za zorganizowanie i prawidłowe działanie kontroli wewnętrznej i zarządczej oraz wykorzystanie jej wyników,
12) sprawuje bieżący nadzór nad wykonywaniem zadań szpitala.

2. Do kompetencji Dyrektora Szpitala należą sprawy:
   1) kierowane do Zarządu EMC Instytut Medyczny S.A., innych organów administracji publicznej, podmiotów wykonujących działalność leczniczą, stowarzyszeń i fundacji, Opolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia oraz instytucji udzielających dofinansowania;
   2) wynikające z funkcji kierownika Szpitala;
   3) wydawania wewnętrznych aktów prawnych;
   4) ustalania i zmiany Regulaminu;
   5) powoływanie komisji, komitetów i zespołów zadaniowych;
   6) postępowań sądowych,
   7) ustalania zasad organizacji i funkcjonowania Szpitala.

3. Dyrektor może, w drodze zarządzenia do realizacji określonych celów:
   1) powoływać zespoły zadaniowe, komisje i komitety,
   2) tworzyć za zgodą Zarządu działy i samodzielne stanowiska pracy.

§ 14

1. Jednostki organizacyjne działalności leczniczej podlegają bezpośrednio Z-cy Dyrektora ds. medycznych, a w zakresie opieki pielęgniarskiej bezpośrednio Pielęgniarce Naczelnej.
2. Za-ca Dyrektora ds. Medycznych, Naczelna Pielęgniarka, Kierownicy komórek organizacyjnych oraz samodzielne stanowiska pracy podlegają bezpośrednio Dyrektorowi Szpitala.
3. Pracą oddziałów szpitalnych kierują Ordynatorzy.
4. Pracą pozostałych komórek organizacyjnych Szpitala kierują kierownicy tych komórek lub osoby wykonujące pracę w ramach samodzielnego stanowiska.
5. Strukturę organizacyjną określa załącznik nr 1 do niniejszego Regulaminu.

§ 15

1. W skład EMC Instytut Medyczny S.A. Szpital św. Rocha w Ozimku wchodzą zakłady lecznicze:
   1) Szpital Specjalistyczny św. Rocha w Ozimku
   2) Przychodnia Specjalistyczna w Ozimku
   3) Zakład Opieki Długoterminowej i Rehabilitacji św. Rocha w Ozimku
2. W ramach Zakładów leczniczych funkcjonują jednostki organizacyjne:
   1) Szpital Specjalistyczny św. Rocha w Ozimku
   2) Przychodnia Specjalistyczna św. Rocha w Ozimku
   3) Zakład Opiekuńczo-Leczniczy św. Rocha w Ozimku
3. Jednostki organizacyjne składają się z komórek organizacyjnych.
4. W Szpitalu funkcjonują również komórki organizacyjne działalności niemedycznej, samodzielne stanowiska pracy oraz wyodrębnione funkcje.

§ 16

1. Szpital Specjalistyczny św. Rocha w Ozimku składa się następujących komórek organizacyjnych:
   1) Izby Przyjęć
   2) Oddziału Chirurgii Ogólnej
   3) Oddziału Dziecięcego
   4) Oddziału Wewnętrznego
   5) Oddziału Rehabilitacyjnego
   6) Oddziału Rehabilitacji Neurologicznej
   7) Bloku Operacyjnego
   8) Pracowni Endoskopowej
   9) Pracowni Rentgenodiagnostyki Ogólnej
   10) Pracowni USG
   11) Pracowni elektrokardiograficznej
   12) Działu Farmacji Szpitalnej
2. Przychodna Specjalistyczna św. Rocha w Ozimku składa się z następujących komórek organizacyjnych:
   1) Podstawowa Opieka Zdrowotna
   2) Poradnia rehabilitacyjna
   3) Poradnia gastroenterologiczna
   4) Poradnia kardiologiczna
   5) Poradnia chirurgii ogólnej
   6) Poradnia neurologiczna
   7) Poradnia chirurgii urazowo-ortopedycznej

8) Poradnia urologiczna
9) Poradnia Chorób Wewnętrznych
10) Poradnia Pediatryczna
11) Pracownia fizjoterapii
12) Zakład rehabilitacji domowej
13) Ambulatorium ogólne (Nocna i Świąteczna Opieka Zdrowotna)
14) Gabinet diagnostyczno – zabiegowy

3. Zakład Opiekuńczo-Leczniczy św. Rocha w Ozimku składa się z następujących komórek organizacyjnych:
   1) Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego dla Dorosłych
   2) Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego dla Dzieci i Młodzieży
4. Komórki organizacyjne działalności niemedycznej, samodzielne stanowiska pracy, wyodrębnione funkcje:
   1) Dział Administracji
   2) Recepcja
   3) Pielęgniarka epidemiologiczna
   4) Mikrobiolog
   5) Pełnomocnik Systemu Zarządzania Jakością
   6) Pełnomocnik ds. Akredytacji
   7) Specjalista Ochrony Danych
   8) Inspektor Ochrony Radiologicznej
   9) Specjalista ds. BHP
   10) Pełnomocnik ds. Praw Pacjenta
   11) Koordynator Programu „Szpital bez bólu"
   12) Koordynator ds. Edukacji Zdrowotnej
   13) Koordynator Opieki Poszpitalnej
   14) Koordynator Okołooperacyjnej Karty Kontrolnej.

Rozdział 4

Zadania poszczególnych komórek organizacyjnych

§ 17

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

§ 18

Oddziały szpitalne zapewniają całodobową opiekę stacjonarną w zakresie odpowiedniej specjalności. Do zadań oddziałów szpitalnych należy, w szczególności:

1) udzielanie pomocy medycznej w przypadkach nagłych i planowych;
2) leczenie chorych zgodnie z postępem wiedzy lekarskiej;
3) udzielanie świadczeń konsultacyjnych pacjentom z innych oddziałów szpitalnych oraz pacjentom kierowanym na konsultacje specjalistyczne przez poradnie specjalistyczne Szpitala.
4) zabezpieczenie rehabilitacji, w tym wczesnej rehabilitacji przyłóżkowej, pacjentom wymagającym usprawnienia;
5) wykonywanie badań diagnostycznych, na rzecz pacjentów hospitalizowanych i ambulatoryjnych, w oparciu o odpowiednie pracownie diagnostyczne;
6) zapewnienie profesjonalnej opieki lekarskiej i pielęgniarskiej;
7) przestrzeganie i realizowanie praw pacjenta;
8) zapewnienie przyjętemu pacjentowi leków i artykułów sanitarnych;
9) zapewnienie pomieszczenia i wyżywienia odpowiedniego do stanu zdrowia;
10) utrzymanie kontaktu z rodzinami pacjentów lub ich opiekunami prawnymi;
11) prowadzenie instruktażu w zakresie włączania pacjentów i ich rodzin do realizacji zachowań prozdrowotnych;
12) realizacja programów zdrowotnych i promocja zdrowia;
13) kierowanie chorych na leczenie uzdrowiskowe;
14) prowadzenie specjalizacji, szkoleń oraz dokształcania pracowników medycznych;
15) prowadzenie spraw związanych z dokumentacją i statystyką medyczną;
16) dbałość o racjonalne wykorzystanie łóżek oraz przeciwdziałanie przebywania w oddziale osób przewlekle chorych, nie kwalifikujących się do dalszego leczenia szpitalnego;
17) rzetelne i terminowe wprowadzanie kompletnych danych do funkcjonującego w szpitalu systemu informatycznego oraz dbałość o bezpieczeństwo wprowadzanych, gromadzonych, przetwarzanych i archiwizowanych informacji;
18) gromadzenie informacji medycznych z realizacji kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia oraz innymi podmiotami w zakresie udzielanych przez oddział świadczeń zdrowotnych;
19) współpraca ze wszystkimi komórkami organizacyjnymi Szpitala w oparciu o Regulamin oraz o aktualnie obowiązujące regulacje prawne;
20) utrzymywanie w należytym stanie aparatury medycznej oraz sprzętu medycznego gospodarczego znajdującego się w oddziale;
22) składanie bieżących zapotrzebowań oddziału na środki i aparaturę niezbędną do prawidłowego funkcjonowania oddziału;
23) przestrzeganie procedur i instrukcji Systemu Zarządzania Jakością i systemu akredytacji jednostek ochrony zdrowia, obowiązujących w Szpitalu.

1. Do zadań Oddziału Chirurgicznego należą w szczególności:

   1) leczenie chirurgiczne w trybie planowym,
   2) leczenie zabiegowe metodą laparoskopową i tradycyjną,
   3) leczenie operacyjne chorób układu pokarmowego
   4) operacje żylaków kończyn dolnych,
   5) operacje przepuklin,
   6) amputacje,
   7) diagnostyka i usuwanie guzków, znamion skóry,
   8) diagnostyka w zakresie: USG, gastroskopii, kolonoskopii,
   9) świadczenie usług diagnostycznych i konsultacyjnych w zakresie reprezentowanej specjalności i na rzecz innych oddziałów Szpitala,
   10) przygotowanie pacjentów do zabiegów operacyjnych,
   11) prawidłowa gospodarka lekami,
   12) prowadzenie dokumentacji medycznej,
   13) prowadzenie kontroli i rejestracji zakażeń szpitalnych.

   Bezpośrednio Oddziałem Chirurgii kieruje i nadzoruje Ordynator – lekarz specjalista II stopnia w zakresie chirurgii ogólnej.

2. Do zadań Oddziału Wewnętrznego należy w szczególności:

   1) zapewnienie pacjentom całodobowej opieki stacjonarnej,
   2) diagnozowanie i leczenie zachowawcze pacjentów z chorobami układu krążenia, układu oddechowego, z towarzyszącymi schorzeniami endokrynologicznymi, zaburzeniami przemiany materii, przewodu pokarmowego i innymi schorzeniami wewnętrznymi
   3) kwalifikowanie do dalszej diagnostyki i leczenia w wysokospecjalistycznych ośrodkach klinicznych
   4) prowadzenie rehabilitacji osób objętych leczeniem,
   5) wykonywanie badań diagnostycznych,
   6) udzielanie świadczeń konsultacyjnych,
   7) prawidłowa gospodarka lekami,
   8) prowadzenie dokumentacji medycznej,
   9) prowadzenie kontroli i rejestracji zakażeń szpitalnych,
   10) kształcenie i szkolenie personelu medycznego,
   11) w obrębie oddziału funkcjonuje sala intensywnej opieki medycznej (1 łóżko) do intensywnego nadzoru pacjentów w stanie zagrożenia życia.

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

3. Do zadań Oddziału Rehabilitacji Neurologicznej należy w szczególności:

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

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

4. Do zadań Oddziału Rehabilitacyjnego należy w szczególności:

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

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

5. Do zadań Oddziału Dziecięcego należy w szczególności:

   1) zapewnienie pacjentom niepełnoletnim całodobowej opieki stacjonarnej,
   2) udzielanie świadczeń diagnostyczno - terapeutyczno - rehabilitacyjnych w zakresie chorób ostrych i przewlekłych wieku dziecięcego takich jak; chorób górnych i dolnych dróg oddechowych, chorób alergicznych, chorób przewodu pokarmowego, chorób układu moczowego, chorób układu krążenia, chorób skóry,
   3) prawidłowa gospodarka lekami,
   4) prowadzenie dokumentacji medycznej,
   5) prowadzenie kontroli i rejestracji zakażeń szpitalnych,
   6) szkolenie i doskonalenie personelu medycznego

Bezpośrednio Oddziałem Dziecięcym kieruje i nadzoruje Ordynator – lekarz specjalista w dziedzinie pediatrii i neonatologii.

§ 19

Do zadań Izby Przyjęć należy w szczególności:

1) badanie lekarskie chorych zgłaszających się ze skierowaniem i bez skierowania w trybie nagłym,
2) przyjmowanie w ramach przyjęć planowych na oddziały szpitalne pacjentów zakwalifikowanych do leczenia szpitalnego,
3) udzielanie pomocy doraźnej chorym, którzy nie zostali zakwalifikowani do leczenia w Szpitalu lub zostali zakwalifikowani do przyjęcia w późniejszym terminie,
4) współpraca z poszczególnymi oddziałami Szpitala,
5) organizowanie transportu pacjentów z Izby Przyjęć na oddziały szpitalne w zależności od stanu chorobowego pacjenta,
6) organizacja transportu do innych podmiotów wykonujących działalność leczniczą lub do domu pacjenta w razie takiej potrzeby,
7) przechowywanie przedmiotów, rzeczy osobistych, w tym wartościowych pacjenta w trakcie jego hospitalizacji.

Działalność Izby Przyjęć Szpitala trwa przez całą dobę i jest prowadzona w systemie zmianowym.

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

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

Bezpośrednio Izbą Przyjęć kieruje i nadzoruje Kierownik Izby Przyjęć – Z-ca Dyrektora ds. Medycznych.

§ 20

Do zadań Bloku Operacyjnego należy w szczególności:

1) prowadzenie leczenia operacyjnego zgodnie z aktualną wiedzą medyczną,
2) wprowadzanie nowych metod operacyjnych,
3) wykonywanie zabiegów operacyjnych w trybie planowym,
4) dbanie o należyte przygotowanie i zaopatrzenie sali operacyjnej w sprzęt i leki, materiały operacyjne oraz należytą konserwację sprzętu,
5) przygotowanie pacjentów do zabiegów operacyjnych,

6) prowadzenie dokumentacji medycznej oraz obowiązującej dokumentacji wynikającej z odrębnych przepisów – protokoły zużycia materiałów według obowiązujących wzorów,
7) współpraca z lekarzami zespołów operacyjnych w trakcie wykonywania znieczuleń oraz zabiegów operacyjnych,
8) opieka nad pacjentami po zabiegach, wymagającymi czasowo monitorowania najważniejszych czynności życiowych na sali pooperacyjnej.

Bezpośrednio Blokiem Operacyjnym kieruje i nadzoruje Kierownik Bloku Operacyjnego – lekarz specjalista w dziedzinie chirurgii ogólnej.

§ 21

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

Do zadań poradni specjalistycznych należy, w szczególności:

1) udzielanie indywidualnych porad specjalistycznych z zakresu danej specjalności poradni,
2) wykonywanie badań diagnostycznych koniecznych dla ustalenia rozpoznania i wdrożenia właściwego leczenia,
3) udzielanie świadczeń konsultacyjnych,
4) kierowanie pacjentów do innych jednostek służby zdrowia w celu leczenia specjalistycznego lub leczenia wymagającego hospitalizacji,
5) ścisła współpraca dotycząca diagnozowania i leczenia z innymi podmiotami leczniczymi,
6) przeprowadzanie ambulatoryjnych zabiegów specjalistycznych,
7) promocja zdrowia,
8) prowadzenie spraw związanych z dokumentacją i statystyką medyczną, wnioskowanie w sprawach zaopatrzenia w środki pomocnicze i przedmioty ortopedyczne,
9) rzetelne i terminowe wprowadzanie kompletnych danych do funkcjonującego w Szpitalu systemu informatycznego oraz dbałość o bezpieczeństwo wprowadzanych, gromadzonych, przetwarzanych i archiwizowanych informacji,
10) gromadzenie informacji medycznych z realizacji kontraktu z NFZ oraz innymi podmiotami w zakresie udzielanych świadczeń zdrowotnych,
11) współpraca ze wszystkimi komórkami organizacyjnymi Szpitala w oparciu o niniejszy Regulamin oraz o aktualnie obowiązujące regulacje prawne,
12) przestrzeganie procedur i instrukcji Systemu Zarządzania Jakością i systemu akredytacji jednostek ochrony zdrowia obowiązujących w Szpitalu.

Bezpośrednio poradni specjalistycznych kieruje i nadzoruje Z-ca Dyrektora ds. Medycznych.

1. Do zadań Poradni chirurgii ogólnej należy w szczególności:
   1) świadczenia konsultacyjne, diagnostyka i leczenie pacjentów ze schorzeniami chirurgicznymi,
   2) przygotowywanie i kwalifikacja chorych do operacji oraz prowadzenie chorych po zabiegach operacyjnych,
   3) diagnostyka i leczenie świeżych i przewlekłych ran, owrzodzeń żylakowych,
   4) prewencja i wczesne wykrywanie chorób nowotworowych.

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

3. Do zadań Poradni kardiologicznej należy w szczególności:
   1) prewencja i wczesne wykrywanie chorób układu sercowo-naczyniowego,
   2) świadczenia konsultacyjne, diagnostyka i leczenie pacjentów chorobami układu naczyniowo-sercowego.

4. Do zadań Poradni gastroenterologicznej należy w szczególności:
   1) prewencja i wczesne wykrywanie chorób układu pokarmowego,
   2) świadczenia konsultacyjne i leczenie pacjentów z chorobami układu pokarmowego,
   3) diagnostyka przewodu pokarmowego.

5. Do zadań Poradni neurologicznej należy w szczególności:
   1) prewencja i wczesne wykrywanie chorób układu nerwowego,
   2) świadczenia konsultacyjne, diagnostyka i leczenie pacjentów chorobami układu nerwowego,
   3) diagnostyka i leczenie nowotworów złośliwych rdzenia kręgowego, nerwów czaszkowych i innych,
   4) diagnostyka i leczenie bólów głowy oraz stanów po urazach głowy.

6. Do zadań Poradni chirurgii urazowo-ortopedycznej należy w szczególności:
   1) prewencja i wczesne wykrywanie chorób narządu ruchu,
   2) świadczenia konsultacyjne, diagnostyka i leczenia pacjentów z chorobami narządu ruchu będących następstwem urazów oraz schorzeń tego narządu,
   3) diagnostyka i leczenie wad wrodzonych,
   4) opieka poszpitalna w stosunku do chorych z chorobami narządu ruchu.

7. Do zadań Poradni urologicznej należy w szczególności:
   1) prewencja i wczesne wykrywanie chorób układu moczowego,

2) świadczenia konsultacyjne, diagnostyka i leczenie pacjentów chorobami układu moczowego.

8. Zadaniem Poradni Chorób Wewnętrznych jest udzielanie świadczeń konsultacyjnych po hospitalizacji w zakresie chorób wewnętrznych.
9. Zadaniem Poradni Pediatrycznej jest udzielanie świadczeń konsultacyjnych po hospitalizacji w zakresie pediatrii.

§ 22

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

1. Do zadań Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego dla Dorosłych należy w szczególności:
   1) zapewnienie całodobowej opieki pielęgniarskiej,
   2) zapewnienie opieki lekarskiej,
   3) zapewnienie wyżywienia stosownie do stanu pacjenta, w tym leczenia żywieniowego,
   4) leczenie farmakologiczne,
   5) rehabilitacja, zgodnie z zaleceniami lekarza,
   6) prowadzenie badanie i terapię psychologiczną, badanie i terapię logopedyczną, terapię zajęciową,
   7) zapewnienie specjalistycznych konsultacji,
   8) edukacja i poradnictwo zdrowotne,
   9) zapewnienie niezbędnych badań diagnostycznych,
   10) zapewnienie transportu w niezbędnych przypadkach.

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

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

2. Do zadań Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego dla Dzieci i Młodzieży należy w szczególności:
   1) zapewnienie całodobowej opieki pielęgniarskiej,
   2) zapewnienie opieki lekarskiej,

3) zapewnienie wyżywienia stosownie do stanu pacjenta, w tym leczenia żywieniowego,
4) leczenie farmakologiczne,
5) rehabilitacja, zgodnie z zaleceniami lekarza,
6) prowadzenie badanie i terapię psychologiczną, badanie i terapię logopedyczną, terapię zajęciową,
7) zapewnienie specjalistycznych konsultacji,
8) edukacja i poradnictwo zdrowotne,
9) zapewnienie niezbędnych badań diagnostycznych,
10) zapewnienie transportu w niezbędnych przypadkach.

3. Do Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego dla Dzieci i Młodzieży i pacjenci kierowani są na podstawie skierowania ze szpitala lub na podstawie wniosku rodziców, opiekuna prawnego lub innego podmiotu leczniczego. Wniosek wraz z załączonymi dokumentami jest opiniowany przez Kierownika Zakładu.

4. Do Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego w ramach kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia przyjmuje się pacjentów, którzy w ocenie w skali „Barthel" otrzymują od O - 40 punktów. Do Zakładu nie są przyjmowani pacjenci, u których podstawowym wskazaniem do objęcia opieką jest zaawansowana choroba nowotworowa, choroba psychiczna lub uzależnienie.

5. Jeżeli u pacjenta przebywającego w Zakładzie Opiekuńczo-Leczniczym w trakcie pobytu zostanie zdiagnozowana choroba nowotworowa, choroba psychiczna lub uzależnienie, wówczas placówka dokonuje wypisu pacjenta, kierując go do stosownego podmiotu wykonującego działalność leczniczą w zakresie zapewnienia prawidłowości diagnostyki, leczenia i ciągłości przebiegu procesu udzielania świadczeń zdrowotnych.

6. Pacjent przebywający w Zakładzie Opiekuńczo-Leczniczym w ramach kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia, ponosi koszty wyżywienia i zakwaterowania. Miesięczną opłatę ustala się w wysokości odpowiadającej 250% najniższej emerytury, z tym, że opłata nie może być wyższa niż kwota odpowiadająca 65% miesięcznego dochodu świadczeniobiorcy w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej. Pacjent lub opiekun prawny musi wyrazić zgodę na potrącanie opłaty za pobyt w ZOL przez płatnika świadczeń emerytalno-rentowych lub innego płatnika, zgodnie z odrębnymi przepisami. Pozostała kwota tj. 35% będzie przekazywana przekazem pocztowym na adres Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego przy Szpitalu Św. Rocha w Ozimku do odbioru przez pacjenta/opiekuna prawnego lub przekazywana na dotychczasowy numer konta bankowego pacjenta.

7. Bezpośrednio Zakładem Opiekuńczo-Leczniczym dla Dzieci i Młodzieży kieruje i nadzoruje Kierownik Zakładu.

§ 23

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

   Bezpośrednio Pracownią RTG kieruje i nadzoruje Kierownik Pracowni RTG .

2. Do podstawowych zadań Pracowni Endoskopowej należy:
   1) kompleksowa diagnostyka endoskopowa górnego i dolnego odcinka przewodu pokarmowego,
   2) leczenie endoskopowe – polipectomia,
   3) zakładanie PEG,
   4) wykonywanie badań pH-metrii z impedancją,
   5) wdrażanie nowych metod diagnostycznych zgodnie z postępem wiedzy medycznej,
   6) szkolenie lekarzy, pielęgniarek w zakresie postępu wiedzy i nowych metod diagnostycznych.

   Bezpośrednio Pracownią Endoskopii kieruje i nadzoruje Ordynator Oddziału Chirurgii Ogólnej.

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

4. Zadaniem Pracowni Elektrokardiograficznej jest:
   1) wykonywanie testów wysiłkowych,
   2) całodobowe monitorowanie ciśnienia tętniczego krwi za pomocą Holtera ciśnieniowego,
   3) całodobowa rejestracja EKG metodą Holtera,

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

   Bezpośrednio Pracownią Elektrokardiograficzną kieruje i nadzoruje Ordynator Oddziału Wewnętrznego.

§ 24

1. Zadaniem Pracowni Fizjoterapii jest:
   1) udzielanie świadczeń zdrowotnych związanych z rehabilitacją pacjentów Szpitala oraz pacjentów kierowanych przez innych świadczeniodawców;
   2) wykonywanie w trybie ambulatoryjnym wizyt i konsultacji fizjoterapeutycznych oraz planowanie i realizacja indywidualnego postępowania fizjoterapeutycznego adekwatnego do stanu zdrowia pacjenta i wskazań medycznych,
   3) wykonywanie świadczeń zdrowotnych z zakresu rehabilitacji i fizjoterapii przy łóżku pacjenta oraz w wydzielonych do tego pomieszczeniach Pracowni Fizjoterapii;
   4) staranne czyszczenie, konserwowanie i poddawanie okresowej kontroli aparatów i urządzeń używanych w Pracowni.

   Bezpośrednio Pracownią Fizjoterapii kieruje i nadzoruje Koordynator Zespołu Fizjoterapeutów.

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

   Bezpośrednio Zakładem rehabilitacji domowej kieruje i nadzoruje Koordynator Zespołu Fizjoterapeutów.

§ 25

Udzielanie świadczeń w zakresie Podstawowej Opieki Zdrowotnej obywa się od poniedziałku do piątku w godzinach od 8^{00} do 18^{00}. Każdy pacjent dokonuje wyboru lekarza, pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej poprzez złożenie deklaracji dostępnej w Recepcji. Przyjęcia pacjenta przez lekarza odbywają się w warunkach ambulatoryjnych i domowych. Warunkiem realizacji wizyty jest rejestracja pacjenta w formie: stawiennictwa osobistego, telefonicznej lub za pośrednictwem osoby trzeciej.

W ramach zadań Podstawowej Opieki Zdrowotnej wykonywane są:
1) wizyty ambulatoryjne,
2) wizyty domowe,
3) zabiegi i iniekcje w gabinecie zabiegowym,
4) zabiegi i iniekcje w domu pacjenta.

Bezpośrednio Podstawową Opieką Zdrowotną kieruje i nadzoruje Z- ca Dyrektora ds. Medycznych.

§ 26

Nocna i Świąteczna Opieka Zdrowotna (Ambulatorium Ogólne) udziela świadczeń w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej od poniedziałku do piątku w godzinach od 18^{00} do 8^{00} dnia następnego oraz w soboty, niedziele i inne dni ustawowo wolne od pracy w godzinach od 8^{00} do godziny 8^{00} dnia następnego.

W ramach zadań wykonywane są:

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

Bezpośrednio Nocną i Świąteczną Opieką Zdrowotną kieruje i nadzoruje Z-ca Dyrektora ds. Medycznych.

§ 27

Do zadań Działu Farmacji Szpitalnej należy w szczególności:

1) wydawanie produktów leczniczych określonych w odrębnych przepisach,
2) zamawianie leków recepturowych u podwykonawcy zgodnie z zawartą umową,
3) udzielanie informacji o produktach leczniczych,
4) organizowanie zaopatrzenia szpitala w produkty lecznicze,
5) udział w monitorowaniu działań niepożądanych leków,
6) udział w racjonalizacji farmakoterapii,
7) współuczestniczenie w prowadzeniu gospodarki produktami leczniczymi w szpitalu,
8) ewidencja uzyskiwanych darów produktów leczniczych,
9) ustalanie procedur wydawania produktów leczniczych przez Dział Farmacji Szpitalnej na oddziały,
10) utrzymanie i właściwe przechowywanie w Dziale Farmacji Szpitalnej zapasów produktów leczniczych i wyrobów leczniczych,
11) monitoring zużycia leków w Szpitalu,
12) współpraca z personelem Szpitala w zakresie informacji o lekach,
13) prowadzenie dokumentacji zgodnie z obowiązującym prawem.

Bezpośrednio Działem Farmacji kieruje i nadzoruje Kierownik Działu Farmacji.

§ 28

1. Do zadań Działu Administracji należą:
   1) przygotowywanie ofert do konkursów na udzielanie świadczeń zdrowotnych ogłaszanych przez NFZ,
   2) prowadzenie akt osobowych pracowników,
   3) ewidencjonowanie czasu pracy i kontrolowanie dyscypliny pracy,
   4) opracowanie i aktualizowanie zakładowych regulaminów pracy, wynagradzania, premiowania,
   5) współpraca z kierownikami komórek organizacyjnych, w sprawach planów szkoleń i spraw związanych z podnoszeniem kwalifikacji,
   6) sporządzanie list płatniczych obejmujących wynagrodzenia i inne świadczenia pracownicze,
   7) sporządzanie zaświadczeń o zatrudnieniu i wynagrodzeniu,
   8) prowadzenie badań satysfakcji pacjentów i pracowników,
   9) realizacja strategii personalnej w Szpitalu poprzez określanie zakresów obowiązków, opisów stanowisk, prowadzenie ocen pracowników,
   10) opracowywanie programów adaptacji zawodowej.
   11) załatwianie spraw i prowadzenie dokumentacji związanej z ubieganiem się przez Szpital o wpis na listę Ministra Zdrowia jednostek prowadzących specjalizacje i staże kierunkowe,
   12) prowadzenie i aktualizacja portalu świadczeniodawców w zakresie danych dotyczących personelu i harmonogramu pracy komórek organizacyjnych Szpitala,
   13) obsługa sekretariatu Szpitala,
   14) zbieranie, opracowywanie i analizowanie materiałów statystycznych z działalności Szpitala,
   15) udostępnianie dokumentacji medycznej zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa,
   16) przygotowywanie i terminowe rozliczanie usług medycznych zgodnie z wytycznymi Narodowego Funduszu Zdrowia,
   17) przeprowadzanie kompleksowych przeglądów obiektów Szpitala,
   18) uzgadnianie oraz przygotowywanie planów remontów obiektów i zapotrzebowań materiałów budowlanych,
   19) nadzór nad realizacją remontów i inwestycji,
   20) nadzór nad realizacją zleceń zewnętrznych,
   21) utrzymanie obiektów w należytej sprawności technicznej, usuwanie na bieżąco wszystkich awarii i usterek wynikłych w trakcie eksploatacji obiektów,
   22) prowadzenie analizy zużycia mediów dokonywanie przeglądów i czynności konserwacyjnych instalacji i urządzeń elektrycznych,
   23) nadzór nad eksploatacją i konserwacją urządzeń dźwigowych,
   24) nadzór nad konserwacją i naprawami sprzętu medycznego,
   25) opracowywanie planów potrzeb zakupów materiałów na podstawie składanych zapotrzebowań z poszczególnych komórek organizacyjnych Szpitala,

26) sporządzanie zamówień zgodnie z podpisanymi umowami na faktyczną ilość potrzebnego asortymentu,
27) zapewnienie ochrony i bezpieczeństwa danych zawartych w zbiorach systemu informatycznego Szpitala przez Specjalistę Ochrony Danych,
28) ewidencja i nadzór nad majątkiem Szpitala,
29) nadzór i gospodarka pomieszczeniami we wszystkich obiektach wraz z terenami zielonymi,
30) prowadzenie i realizacja zadań archiwum zakładowego,
31) prowadzenie spraw związanych z administracją i nadzorem infrastruktury sprzętowo-informatycznej Szpitala,
32) określanie przy współpracy z innymi komórkami organizacyjnymi Szpitala potrzeb rzeczowo-finansowych Szpitala,
33) opracowywanie projektów planu rzeczowo-finansowego Szpitala oraz wprowadzenie do niego zmian zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami,
34) sporządzanie okresowych analiz i sprawozdań z realizacji planu rzeczowo-finansowego Szpitala,
35) bieżące księgowanie sprawdzonych dowodów księgowych,
36) fakturowanie wykonanych usług,
37) obrót gotówkowy i bezgotówkowy w zakresie obsługi Szpitala,
38) prowadzenie obsługi kasowej Szpitala,
39) uzyskiwanie pozwoleń, decyzji i ocen w zakresie środowiska oraz nadzór nad ich aktualizacją,
40) prowadzenie prawidłowej gospodarki odpadami.

Zasady i tryb wykonywania czynności kancelaryjnych przez pracowników określa Instrukcja Kancelaryjna Szpitala św. Rocha w Ozimku.

Bezpośrednio Działem Administracji kieruje i nadzoruje Kierownik Administracji.

2. Do zadań Recepcji należą:
   1) opieka i nadzór nad osobami wchodzącymi na teren Szpitala,
   2) rejestracja pacjentów do szpitala i przychodni oraz opieka nad pacjentami do momentu przejęcia ich przez personel medyczny,
   3) prowadzenie dokumentacji medycznej związanej z ruchem chorych, w szczególności Księgi Głównej Chorych i Księgi Odmów,
   4) archiwizacja dokumentacji,
   5) prowadzenie rejestru oczekujących na przyjęcie do szpitala lub przychodni,
   6) przyjmowanie i wydawanie osobistych rzeczy chorego do szatni i Depozytu Szpitala - nadzór nad szatnią pacjenta,
   7) przyjmowanie opłat za usługi – prowadzenie elektronicznego programu księgowego – nadzór nad kasą,

8) codzienne sporządzanie i wysyłka elektronicznych raportów,
9) codzienne potwierdzanie prawa do świadczeń pacjentów w elektronicznym systemie e-WUŚ,
10) sporządzanie umów dla pacjentów pełnopłatnych,
11) wydawanie i przyjmowanie kluczy roboczych do pomieszczeń służbowych,
12) nadzór nad mieniem Szpitala oraz interweniowanie w przypadku stwierdzenia jego naruszeń (niszczenia, kradzieży, pożaru),
13) kierowanie ruchem pacjentów i pracowników szpitala zgodnie z obowiązującymi przepisami i procedurami,
14) zamawianie transportu na zlecenie lekarza dla pacjentów szpitalnych oraz poradnianych; ewidencjonowanie zamówionego transportu.

Bezpośrednio Recepcją kieruje i nadzoruje Kierownik Recepcji.

Rozdział 5

Warunki współdziałania komórek organizacyjnych Szpitala

§ 29

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

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

§ 30

1. Celem współdziałania komórek Szpitala, jest:
   1) usprawnianie procesów zarządczych oraz informacyjno – decyzyjnych,
   2) prawidłowa realizacja zadań Szpitala,
   3) integracja działań pracowników Szpitala.

2. Do podstawowych elementów współdziałania zalicza się, w szczególności odbywanie okresowych spotkań:
   1) kadry kierowniczej,
   2) Dyrektora Szpitala z ordynatorami i kierownikami komórek organizacyjnych,
   3) Pielęgniarki Naczelnej z pielęgniarkami koordynującymi,
   4) członków działających w Szpitalu zespołów, komitetów i komisji zadaniowych.
3. Spotkania, o których mowa w ust. 2 mają na celu:
   1) wzajemną wymianę informacji w celu dalszego doskonalenia wspólnego działania,
   2) przekazywanie informacji o planach i podejmowanych kierunkach działania,
   3) omówienie realizacji zadań oraz wymianę poglądów dotyczących problemów w realizacji zadań,
   4) ocenę sytuacji finansowej.
4. Ordynatorzy, kierownicy komórek organizacyjnych oraz pielęgniarki koordynujące zobowiązani są do zapoznania podległego im personelu z informacjami uzyskanymi na spotkaniach.

Rozdział 6

Zadania stanowisk, uprawnienia, obowiązki i odpowiedzialność pracowników Szpitala

§ 31

1. Zastępca Dyrektora ds. Medycznych nadzoruje pracę komórek organizacyjnych działalności medycznej Szpitala. Do jego zadań należy:
   1) opracowywanie (w uzgodnieniu z Dyrektorem) modelu funkcjonowania Szpitala, dotyczącego organizacji, zatrudniania kadry medycznej oraz wyposażenia w sprzęt i aparaturę medyczną,
   2) bieżące informowanie Dyrektora o problemach pionu medycznego wymagających rozwiązania;
   3) dokonywania okresowych wizytacji komórek organizacyjnych Szpitala, szczególnie w zakresie:
      - zapewnienia odpowiedniego poziomu usług medycznych,
      - stanu porządkowego i sanitarno – higienicznego pomieszczeń,
      - prowadzonej dokumentacji medycznej pod względem dokładności i terminowości jej sporządzania oraz należytego przechowywania i archiwizowania,
   4) nadzór nad sprawozdawczością medyczną,
   5) przeprowadzenie okresowych kontroli prawidłowości oraz terminowości wprowadzania informacji medycznych do sieci informatycznej,
   6) czuwanie nad racjonalnym wykorzystaniem łóżek, urządzeń oraz wyposażenia medycznego,
   7) podejmowanie odpowiednich działań dla zapewnienia prawidłowej gospodarki lekami i artykułami sanitarnymi,
   8) nadzór nad realizacja umów na świadczenia zdrowotne,

9) nadzór nad pracą zespołów, komitetów i komisji zadaniowych związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych,
10) wydawanie poleceń, udzielanie wskazówek i wytycznych podległym pracownikom w zakresie przydzielonych zadań służbowych,
11) nadzór nad prawidłowym i terminowym wykonywaniem przez podległych pracowników wszystkich przydzielonych zadań, w szczególności w zakresie opieki lekarsko – pielęgniarskiej nad pacjentami,
12) nadzór nad przestrzeganiem przez podległy personel reżimu sanitarnego, przepisów przeciwpożarowych oraz zasad bezpieczeństwa i higieny pracy, w tym używania odzieży roboczej i ochronnej,
13) nadzór nad planowaniem przez ordynatorów i kierowników podległych komórek organizacyjnych potrzeb szkoleniowych pracowników w zakresie dokształcania zawodowego, specjalizacji i innych szkoleń.

2. Pielęgniarka Naczelna organizuje i nadzoruje opiekę pielęgniarską, pracę średniego personelu medycznego oraz współdziała w zakresie tej opieki ze wszystkimi komórkami organizacyjnymi Szpitala. Pracą podległego personelu Pielęgniarka Naczelna kieruje przy pomocy Pielęgniarek Koordynujących. Do zadań Pielęgniarki Naczelnej należy:
   1) zarządzanie zasobami ludzkimi:
      - opracowywanie struktury organizacyjnej pionu pielęgniarskiego,
      - określanie liczby i rodzaju stanowisk pracy pionu pielęgniarskiego oraz personelu pomocniczego w poszczególnych komórkach organizacyjnych,
      - określanie poziomu kwalifikacji wymaganych na poszczególnych stanowiskach,
      - planowanie zatrudnienia dla podległych stanowisk,
      - ustalanie zakresu obowiązków, odpowiedzialności i uprawnień dla podległych stanowisk,
   2) dokonywanie oceny jakości realizowanych świadczeń, przestrzegania standardów opieki, wyposażenia i obsługi pielęgniarskich stanowisk pracy,
   3) nadzorowanie porządku i dyscypliny pracy podległego personelu, stanu sanitarno-higienicznego, dokumentacji dotyczącej pacjentów sporządzonej przez podległy personel,
   4) inicjowanie i koordynowanie programu jakości opieki,
   5) nadzorowanie praktyk studentów pielęgniarstwa na poziomie zakładu,
   6) uczestniczenie w odprawach lekarskich i kierownictwa oraz innych zespołów doradczych powołanych przez Dyrektora,
   7) zapewnienie właściwego wyposażenia stanowisk pracy podległego personelu w sprzęt, aparaturę, materiały, odzież ochronną i roboczą niezbędne do działalności zawodowej oraz leki i środki opatrunkowe,
   8) prowadzenie ewidencji oraz organizacja obrotu odzieży ochronnej i roboczej dla personelu pomocniczego,
   9) prowadzenie wymaganej dokumentacji medycznej,

10) organizacja i nadzorowanie właściwej gospodarki odpadami medycznymi,
11) współpracowanie z kierownictwem zakładu, ordynatorami i kierowanymi komórek organizacyjnych, ze szkołami medycznymi, fundacjami itp.,
12) systematyczne kształcenie i doskonalenie,
13) odpowiedzialność za organizację i jakość żywienia pacjentów.

3. Ordynator Oddziału jest odpowiedzialny za całokształt pracy podległego oddziału, w tym jego organizację pracy, jakość i efektywność jego funkcjonowania, zarówno pod względem merytorycznym jak i administracyjnym i gospodarczym.

Do zadań Ordynatora oddziału należy:

1) planowanie, organizowanie i kontrola pracy wykonywanej przez podległych pracowników.
2) rozdział zadań i obowiązków pomiędzy poszczególnych pracowników z uwzględnieniem rodzaju i priorytetu zadań, kwalifikacji pracowników i obciążenia ich bieżącą pracą.
3) organizacja wewnętrznej pracy podległego oddziału, rozdział stałych zadań dla pracowników.
4) nadzór służbowy nad wykonywanymi przez podwładnych zadaniami i udzielanie im niezbędnej pomocy merytorycznej i instruktażu zawodowego.
5) przestrzeganie dyscypliny ekonomicznej i finansowej przy realizacji zadań podległej jednostki organizacyjnej.
6) właściwa organizacja pracy pod względem BHP i ppoż. oraz sprawowanie stałego nadzoru w tym zakresie.
7) prowadzenie bieżącej oceny wyników i jakości pracy pracowników.
8) wnioskowanie w sprawie zasad systemu wynagradzania i nagradzania podległych pracowników.
9) nadzorowanie przestrzegania przepisów prawa, wewnętrznych aktów normatywnych oraz norm etycznych w podległym oddziale.
10) udzielanie wyjaśnień nowo przyjętym pracownikom dotyczących ich obowiązków oraz przydzielanie im zadań i obowiązków.
11) analiza racjonalności i struktury zatrudnienia w podległym oddziale proporcjonalnie do ilości powierzonych zadań i obowiązków.
12) wykonywanie innych poleceń zleconych przez Dyrektora lub Z-cę Dyrektora ds. Medycznych.
13) zapewnienie w oddziale odpowiedniej jakości usług na poziomie obowiązującego standardu i stosownie do możliwości finansowych Szpitala, stosowanie w oddziale metod leczenia zgodnych z poziomem wiedzy lekarskiej, poziomem referencyjnym przy zachowaniu dyscypliny finansowej.
14) zapewnienie właściwego i prawidłowego leczenia i pielęgnacji pacjentów przyjętych na podległy oddział w szczególności poprzez:
    - nadzór nad procesem diagnostyczno-leczniczym u pacjentów oddziału,

- zwoływanie konsultacyjnej narady lekarskiej w przypadkach szczególnie trudnych i przydzielanie specjalnej obsługi ciężko chorym,
- dokonywanie wizyt lekarskich,
- organizowanie prawidłowego przepływu informacji związanych z leczeniem pacjentów i zarządzaniem oddziałem, informowanie pacjentów i ich rodzin o stanie zdrowia i dalszych kierunkach leczenia,
- stwarzanie warunków do przestrzegania praw pacjenta.

15) nadzorowanie prawidłowości prowadzenia całości dokumentacji medycznej związanej z funkcjonowaniem oddziału,
16) dbanie o stan techniczny wyposażenia i sprzęt medyczny stanowiący wyposażenie oddziału i Zakładu,
17) stałe podnoszenie kwalifikacji zawodowych, w szczególności w zakresie usług leczniczych i medycznych obejmujących specjalizację podległego oddziału,
18) dbanie o podnoszenie kwalifikacji zawodowych podległego personelu, organizowanie okresowych, systematycznych szkoleń wewnętrznych podległych pracowników medycznych,
19) uczestniczenie w naradach lekarskich oraz organizowanie okresowych, systematycznych spotkań i narad z podległym personelem medycznym dla omówienia bieżących spraw,
20) wykonywanie poleceń Dyrektora Szpitala lub Z-cy Dyrektora ds. Medycznych, związanych z działalnością oddziału,
21) wyznaczanie lekarza prowadzącego każdego pacjenta i odnotowanie tego w dokumentacji medycznej,
22) zgłaszanie się do pracy doraźnie na wezwanie Dyrektora Szpitala lub Z-cy Dyrektora ds. Medycznych, gdy taka obecność jest konieczna w danej chwili dla dokonania czynności nie cierpiących zwłoki, a zwłaszcza dla udzielania pomocy pacjentom Szpitala.

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

4. Do zadań Kierownika Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego należy:
   1) ustalenie organizacji pracy Zakładu Opiekuńczo – Leczniczego,
   2) dokonywanie podziału czynności w zakresie zadań zakładu ze szczególnym uwzględnieniem całodobowych świadczeń zdrowotnych w zakresie opieki lekarsko – pielęgniarskiej,
   3) przeprowadzenie badania oraz ustalenie kierunku leczenia każdego nowo przyjętego do Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego pacjenta oraz udzielenie mu właściwej pomocy lekarskiej, zadanie to Kierownik ZOL może zlecić innemu lekarzowi,
   4) leczenie pacjentów zgodnie z postępem wiedzy medycznej i technicznej w zakresie możliwości zakładu,
   5) dokonywanie obchodu chorych w ZOL,

6) przekazywanie lekarzowi pełniącemu dyżur medyczny właściwych informacji o stanie zdrowia wszystkich pacjentów przebywających w ZOL oraz określenie zakresu czynności lekarzowi dyżurnemu,
7) omawianie z podległym personelem lekarskim wybranych przypadków chorobowych, sposobu ustalenia i metod ich leczenia,
8) nadzór nad procesem pielęgnowania chorych oraz czuwanie nad odpowiednim odnoszeniem się personelu szpitalnego do pacjentów,
9) prowadzenie kontroli wykonania przez personel pielęgniarski zleceń lekarskich i pielęgnowania chorych,
10) udzielanie wskazówek i wytycznych podległemu personelowi co do sposobu wykonania przydzielonych zadań,
11) dbanie o dyscyplinę pracy, zwłaszcza w zakresie właściwego poziomu opieki lekarsko – pielęgniarskiej nad pacjentami, przestrzeganiem zasad etyki lekarskiej i praw pacjenta,
12) nadzór nad przestrzeganiem przez podległy personel reżimu sanitarnego, zasad bhp oraz bezpieczeństwa pożarowego,
13) prowadzenie szkoleń personelu medycznego zatrudnionego w ZOL,
14) nadzór nad gospodarką lekami oraz artykułami sanitarnymi w ZOL,
15) nadzór oraz kontrola nad prawidłowością prowadzonej przez personel ZOL dokumentacji medycznej, w tym nadzór nad terminowym i prawidłowym opracowaniem dokumentów statystycznych zakładu zgodnie z obowiązującymi przepisami,
16) nadzór nad prawidłowością wprowadzanych danych do systemu medycznego.
17) wnioskowanie w sprawie zaopatrzenia zakładu w leki, sprzęt medyczny i artykuły sanitarne niezbędne do prawidłowego funkcjonowania ZOL,
18) przedstawienie bezpośredniemu przełożonemu sprawozdań z działalności zakładu i bieżące sygnalizowanie o problemach wymagających rozwiązania,
19) czuwanie nad przestrzeganiem przez chorych Regulaminu.

5. Lekarz dyżurny jest obowiązany, w czasie pełnienia dyżuru medycznego, w godzinach popołudniowych, nocnych i w dni wolne od pracy, zapewnić opiekę medyczną pacjentom przebywającym na oddziałach, a w szczególności:
   1) rozpoczynać dyżur o ustalonej godzinie, zgodnie z harmonogramem,
   2) kończyć dyżur w momencie rozpoczęcia normalnej ordynacji lekarskiej oddziału, składając raport z odbytego dyżuru ordynatorowi oddziału, lub Z-cy Dyrektora ds. Medycznych,
   3) kończyć dyżur w dni wolne od pracy oraz dni świąteczne po zgłoszeniu się następcy, któremu powinien przekazać informacje z odbytego dyżuru i zapoznać ze stanem pacjentów przebywających na oddziale,
   4) przebywać na terenie szpitala przez cały czas trwania dyżuru,
   5) dokładnie zbadać każdego pacjenta skierowanego na leczenie szpitalne i po ustaleniu, przy pomocy wszystkich dostępnych środków, rozpoznania - rozpocząć leczenie,

6) na prośbę innego lekarza dyżurnego, przeprowadzić badanie konsultacyjne lub uczestniczyć w naradzie lekarskiej powołanej w celu ustalenia rozpoznania lub uzgodnienia dalszego postępowania, przy czym konsultacje specjalistyczne winny być udzielane:
   - jeżeli brak takiej konsultacji mógłby spowodować zagrożenie życia,
   - w nagłych przypadkach pogorszenia stanu zdrowia,
7) wykonywać obchody lekarskie w godzinach, co najmniej, popołudniowych i wieczornych, a w dni wole od pracy oraz w dni świąteczne - także rano.

6. Psycholog udziela porad i konsultacji niezbędnych w procesie leczenia ambulatoryjnego lub szpitalnego i uczestniczy w diagnozowaniu pacjentów. Psycholog udziela także porad i konsultacji pracownikom Szpitala.

   Wszystkie jednostki działalności leczniczej Szpitala mają obowiązek współpracować z psychologiem w zakresie prowadzenia adaptacji pacjentów hospitalizowanych do warunków szpitalnych, wspomagania psychicznego pacjentów, przygotowywania do zabiegów i innych zadań.

7. Pielęgniarka Koordynująca jest odpowiedzialna za zapewnienie pod względem merytorycznym i organizacyjnym właściwego poziomu opieki pielęgniarskiej na oddziale.

   Do zadań Pielęgniarki Koordynującej należy:
   1) uczestniczenie w tworzeniu struktury zorganizowanej opieki pielęgniarskiej w oddziale,
   2) podział pracy dla poszczególnych pracowników i określenie im zadań,
   3) ustalenie właściwego zabezpieczenia i rozmieszczenia personelu, a mianowicie:
      - sporządzanie rozkładu pracy personelu,
      - wyznaczanie zastępstw na czas nieobecności pracowników,
      - planowanie urlopów pracowników,
   4) organizowanie pracy personelu w sposób zapewniający pełne wykorzystanie czasu pracy, jak również osiąganie przez pracowników jak najlepszej jakości usług uzyskujących uznanie w opinii pacjentów oraz zwierzchników,
   5) opracowywanie modeli opieki pielęgniarskiej,
   6) gromadzenie informacji dotyczących aktualnego stanu zdrowia pacjentów i ich potrzeb, zwłaszcza ciężko chorych, w tym:
      - zapoznanie się ze sporządzonymi raportami pielęgniarskimi,
      - uczestnictwo w wizytach lekarskich,
      - przeprowadzanie samodzielnych obchodów sal chorych,
   7) organizowanie przepływu bieżących informacji pomiędzy podległym personelem odnośnie pielęgnacji, leczenia i rehabilitacji pacjentów,
   8) gwarantowanie zgodności opieki pielęgniarskiej z wymogami przepisów prawnych, instrukcji i wytycznych, regulujących praktykę zawodową pielęgniarek,
   9) czuwanie nad prawidłowym przebiegiem przyjęć pacjentów w oddziale, wypisaniem ich z oddziału oraz właściwym postępowaniem ze zwłokami,

10) czuwanie nad sprawnym, prawidłowym i terminowym wykonywaniem zabiegów pielęgnacyjnych, leczniczych, diagnostycznych i rehabilitacyjnych,
11) dbanie o bezpieczeństwo pacjentów i zapewnienie szczególnie troskliwej opieki nad pacjentami ciężko chorymi i umierającymi,
12) informowanie niezwłocznie Ordynatora oddziału lub lekarza prowadzącego o nagłym pogorszeniu się stanu zdrowia pacjenta, jego śmierci lub błędnym wykonaniu zlecenia lekarskiego przez pielęgniarkę,
13) dopilnowanie, by pacjenci mieli zapewnioną czystość osobistą i otoczenia,
14) czuwanie, by pacjenci otrzymali posiłki według diet określonych w kartach zleceń,
15) współdziałanie z właściwymi komórkami Szpitala w zakresie:
    - zapewnienia pacjentom odpowiednich warunków higienicznych i bytowych w oddziale,
    - organizacji czasu wolnego pacjentom chodzącym oraz unieruchomionym w łóżku,
    - wykonania badań diagnostycznych,
16) organizowanie szkoleń wewnątrzoddziałowych według planu uwzględniającego potrzeby oraz zainteresowania personelu,
17) egzekwowanie od personelu uczestnictwa w szkoleniach oraz mobilizacja do korzystania z innych form doskonalenia zawodowego,
18) udzielanie pielęgniarkom bieżącego instruktażu co do właściwości stosowanych leków i środków dezynfekcyjnych w oddziale,
19) opracowywanie i prowadzenie adaptacji zawodowej podległych pracowników,
20) określanie potrzeb i wskazywanie możliwości szkolenia personelu poza zakładem pracy,
21) czuwanie nad prawidłowym przebiegiem praktyk i szkoleń słuchaczy średnich i wyższych szkół medycznych oraz uczestników kursów,
22) informowanie personelu na bieżąco o wszystkich nowościach z dziedziny wiedzy medycznej,
23) sprawowanie stałego nadzoru nad właściwą organizacją pracy pod względem BHP i ppoż:
    - organizowanie stanowiska pracy zgodnie z przepisami i zasadami bezpieczeństwa i higieny pracy,
    - dbanie o bezpieczny i higieniczny stan pomieszczeń pracy i wyposażenia technicznego,
    - zapewnianie właściwego wyposażenia stanowisk pracy, celem zabezpieczenia pracowników przed wypadkami przy pracy, chorobami zawodowymi i innymi chorobami związanymi z warunkami środowiska pracy,
    - czuwanie nad prawidłowym zaopatrzeniem pracowników w środki ochrony indywidualnej oraz ich stosowanie zgodnie z przeznaczeniem,
    - szczegółowe instruowanie każdego pracownika w zakresie użytkowania sprzętu, środków dezynfekcyjnych, w tym bezwzględnie wprowadzonych po raz pierwszy,
    - zapoznawanie pracowników z wytycznymi, instrukcjami dotyczącymi zabezpieczenia się przed zakażeniami, w tym wirusem WZW i HIV.

Pielęgniarka Koordynująca podlega pod względem służbowym i merytorycznym procesu pielęgnowania Pielęgniarce Naczelnej a funkcjonalnie w wykonywaniu swych obowiązków Ordynatorowi Oddziału.

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

W godzinach popołudniowych (tj. od godz. 15^{35}), nocnych (od godz. 19^{00} do godz.7^{00}) i w dni wolne od pracy za prawidłową pracę pielęgniarek oraz opiekunów medycznych odpowiada wyznaczona w harmonogramie pracy oddziału pielęgniarka.

8. Do zadań Pielęgniarki Epidemiologicznej należy:
   1) współuczestniczenie w wypracowaniu strategii działań szpitala w zakresie profilaktyki i zwalczania zakażeń szpitalnych,
   2) nadzorowanie i monitorowanie stanu sanitarno-epidemiologicznego zakładu,
   3) prowadzenie nadzoru nad:
      - realizacją programu zapobiegania i kontroli zakażeń szpitalnych,
      - procesami dekontaminacji /dezynfekcji i sterylizacji/,
      - prowadzeniem dokumentacji dotyczącej kontroli zakażeń zakładowych,
      - przestrzeganiem przez personel zasad aseptyki oraz obowiązujących: standardów, zasad postępowania, procedur w poszczególnych jednostkach zakładu, w tym szczególnie w pomieszczeniach związanych z pobytem pacjenta: oddziały szpitalne, blok operacyjny, pracownie diagnostyczne, gabinety zabiegowe, gabinety rehabilitacji,
   4) współuczestniczenie w opracowywaniu standardów, zasad postępowania, procedur organizacyjnych dotyczących systemu pracy w szpitalu/przychodni, szczególnie:
      - metod i technik pracy personelu,
      - systemu transportu wewnętrznego,
      - sposobów zbierania, gromadzenia i przekazywania do utylizacji odpadów,
      - procesów dezynfekcji i sterylizacji,
      - procesów dezynsekcji i deratyzacji
   5) określanie czynników ryzyka zakażeń wśród pacjentów i personelu,
   6) przeprowadzanie dochodzeń epidemiologicznych i postępowań w przypadku wystąpienia ognisk epidemicznych,
   7) prowadzenie rejestru zakażeń szpitalnych,
   8) współuczestniczenie w planowaniu opieki nad pacjentem z zakażeniem,
   9) sprawowanie nadzoru nad systemem izolacji pacjentów, którzy stwarzają ryzyko zakażeń dla innych,
   10) współpraca ze wszystkimi jednostkami organizacyjnymi szpitala w zakresie powierzonych zadań,
   11) szkolenie personelu w zakresie zasad praktyki i metod kontroli zakażeń zakładowych.

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

10. Do zadań Pełnomocnika ds. Systemu Zarządzania Jakością i oraz Pełnomocnika ds. akredytacji należy w szczególności:
   1) wdrażanie, utrzymywanie i doskonalenie nadzorowanego przez właściwego Pełnomocnika systemu jakości,
   2) prowadzenie weryfikacji i akceptowanie dokumentów systemu jakości pod kątem zgodności ze stanem faktycznym oraz ich integralności z istniejącym systemem,
   3) organizowanie i prowadzenie okresowych przeglądów systemu jakości,
   4) nadzorowanie opracowywania projektów dokumentów systemu jakości i ich wdrażania,
   5) przedkładanie raportów o stanie funkcjonowania systemu jakości na naradach z kadrą kierowniczą i przeglądach systemu zarządzania jakością,
   6) współudział w pracach nad nowymi projektami związanymi ze zmianami organizacyjnymi, modernizacją i poprawą jakości w komórkach organizacyjnych Szpitala,
   7) udział lub reprezentacja Szpitala w spotkaniach z instytucjami kontrolującymi i audytującymi, jeśli dotyczą one spraw związanych z systemem jakości,
   8) współtworzenie koncepcji rozwoju i integracji systemu jakości wewnątrz Szpitala,
   9) nadzorowanie przeprowadzania wyznaczonych w ramach systemu jakości działań korygujących i naprawczych przez osoby odpowiedzialne,
   10) prowadzenie analizy wyników kontroli związanych z systemem jakości,
   11) kontrola przestrzegania procedur systemu zarządzania jakością przez wszystkich pracowników Szpitala.

11. Do zadań Specjalisty Ochrony Danych należy w szczególności:
   1) ochrona zabezpieczenia danych osobowych zawartych w zbiorach systemów informatycznych Szpitala,
   2) prowadzenie rejestru osób upoważnionych do przetwarzania tych danych,
   3) podejmowanie działań w przypadku wykrycia nieuprawnionego dostępu do bazy danych lub naruszenia zabezpieczeń do nich,

4) współpraca z Inspektorem Ochrony Danych Spółki EMC Instytut Medyczny S.A., Prezesem Urzędu Ochrony Danych Osobowych i innymi organami kontrolnymi w zakresie ochrony danych osobowych znajdujących się w systemach informatycznych Szpitala.

12. Do zadań Inspektora Ochrony Radiologicznej należy w szczególności:
    1) nadzór nad przestrzeganiem prowadzenia działalności według instrukcji pracy oraz nad prowadzeniem dokumentacji dotyczącej bezpieczeństwa jądrowego i ochrony radiologicznej, w tym dotyczącej pracowników i innych osób, przebywających w jednostce w warunkach narażenia,
    2) dokonywanie wstępnej oceny narażenia pracowników na podstawie wyników pomiarów dawek indywidualnych lub pomiarów dozymetrycznych w środowisku pracy i przedstawianie jej kierownikowi jednostki organizacyjnej,
    3) ustalanie wyposażenia jednostki organizacyjnej w środki ochrony indywidualnej, aparaturę dozymetryczną i pomiarową oraz inne wyposażenie służące do ochrony pracowników przed promieniowaniem jonizującym, a także nadzór nad działaniem aparatury dozymetrycznej, sygnalizacji ostrzegawczej i prawidłowym oznakowaniem miejsc pracy ze źródłami promieniowania jonizującego,
    4) współpraca z zakładowymi służbami bezpieczeństwa i higieny pracy, osobami wdrażającymi program zapewnienia jakości, służbami przeciwpożarowymi i ochrony środowiska w zakresie ochrony przed promieniowaniem jonizującym,
    5) nadzór nad wykonywaniem podstawowych i specjalistycznych testów wewnętrznej kontroli parametrów aparatury rentgenowskiej.

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

14. Do zadań Pełnomocnika ds. Praw Pacjenta należy w szczególności:
    1) nadzór nad przestrzeganiem praw pacjenta,
    2) podejmowanie działań interwencyjnych w sytuacji łamania praw pacjentów,
    3) okresowa analiza skarg i wniosków kierowanych do Pełnomocnika,
    4) stały monitoring realizacji praw pacjenta we wszystkich komórkach organizacyjnych szpitala,
    5) ocena realizacji zapisów ustawowych dotyczących Praw Pacjenta,
    6) wywiady i rozmowy indywidualne z pacjentami, jego rodzinami lub przedstawicielami ustawowymi,
    7) ocena realizowanych świadczeń zdrowotnych w aspekcie przestrzegania praw pacjenta we wszystkich jednostkach organizacyjnych,
    8) edukacja personelu medycznego w zakresie przestrzegania Praw Pacjenta.

15. Do zadań Koordynatora Programu „Szpital bez bólu" należy w szczególności:
    1) monitorowanie i ocena skuteczności badania i leczenia bólu u pacjentów Szpitala,
    2) udział w opracowywaniu informacji dla pacjentów w zakresie postępowania przeciwbólowego,
    3) opracowywanie harmonogramów szkoleń dla personelu medycznego.

16. Do zadań Koordynatora ds. Edukacji Zdrowotnej należy w szczególności:
    1) przeprowadzanie badań zapotrzebowania na edukację zdrowotną wśród pacjentów Szpitala i ich rodzin,
    2) opracowywanie programów edukacyjnych oraz organizowanie spotkań edukacyjnych o tematyce zdrowotnej, z przeznaczeniem dla pacjentów i innych grup społeczności lokalnej,
    3) opracowywanie harmonogramów szkoleń oraz prowadzenie szkoleń dla personelu medycznego zaangażowanego w prowadzenie edukacji zdrowotnej.

17. Do zadań Koordynatora Opieki Poszpitalnej należy w szczególności:
    1) podejmowanie czynności zmierzających do zapewnienia pacjentowi opieki poszpitalnej po zakończeniu hospitalizacji w Szpitalu,
    2) współpraca z personelem medycznym Szpitala, instytucjami opieki długoterminowej, ośrodkami pomocy społecznej w zakresie spraw związanych z opieką poszpitalną nad pacjentem,
    3) informowanie pacjentów i ich rodzin (opiekunów) o formach i możliwościach zapewnienia opieki poszpitalnej.

18. Koordynator Okołooperacyjnej Karty Kontrolnej:
    1) zakłada Okołooperacyjną Kartę Kontrolną przed rozpoczęciem zabiegu operacyjnego, odstąpienie od prowadzenia Okołooperacyjnej Karty Kontrolnej dopuszcza się jedynie w przypadku operacji w trybie natychmiastowym,

2) zapewnia stosowanie Okołooperacyjnej Karty Kontrolnej zgodnie z jej założeniami, co oznacza weryfikację przed rozpoczęciem każdego z trzech określonych w karcie etapów,
3) dokonuje wpisów w Okołooperacyjnej Karcie Kontrolnej na podstawie informacji udzielanych przez członków zespołu operacyjnego, zgodnie z zakresem ich zadań podczas operacji,
4) w przypadku uzyskania odpowiedzi budzących wątpliwości sygnalizuje zespołowi operacyjnemu konieczność dokonania korekt/uzupełnień aby zminimalizować ryzyko związane z zabiegiem operacyjnym,
5) autoryzuje zakończoną Okołooperacyjną Kartę Kontrolną.

Funkcję Koordynatora Okołooperacyjnej Karty Kontrolnej pełni pielęgniarka anestezjologiczna biorąca udział w zabiegu operacyjnym.

§ 32

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

12) inspirowanie i wspieranie rozwoju zawodowego podległych pracowników,
13) ocenianie i opiniowanie pracowników,
14) kontrola prawidłowego i terminowego wykonywania zadań i załatwiania spraw przez pracowników podległych im komórek organizacyjnych.

3. Do uprawnień ordynatorów i kierowników komórek organizacyjnych należy:
   1) opiniowanie kandydatów do pracy w podległych komórkach organizacyjnych,
   2) wydawanie podległym pracownikom poleceń służbowych w zakresie zadań przypisanych komórce organizacyjnej, wyznaczanie podległym pracownikom stałych obowiązków i doraźnych zadań oraz ocena ich realizacji,
   3) wnioskowanie w sprawie nagradzania lub karania podległych pracowników,
   4) decydowanie o:
      - sposobie wykonywania zadań przydzielonych podległym komórkom organizacyjnym,
      - z uwzględnieniem prawidłowej współpracy z innymi komórkami organizacyjnymi,
      - organizacji pracy i jej podziale w podległych komórkach organizacyjnych,
      - wyznaczaniu swojego zastępcy oraz okresowego lub stałego delegowania części posiadanych uprawnień poszczególnym pracownikom.

4. Ordynatorzy i kierownicy komórek organizacyjnych ponoszą odpowiedzialność za:
   1) rzetelną i terminową realizację powierzonych obowiązków, realizację zadań i wykorzystanie posiadanych uprawnień,
   2) przestrzeganie dyscypliny organizacyjnej i finansowej w podejmowanych decyzjach,
   3) realizację, efektywność i skuteczność działania, w tym szczególnie za realizację odpowiednio do rodzaju komórki organizacyjnej, umów stanowiących źródło finansowania działalności Szpitala,
   4) znajomość i stosowanie obowiązujących aktów prawnych oraz bieżące zaznajamianie podległych pracowników z przepisami prawa,
   5) efektywne wykorzystywanie czasu pracy podległych pracowników oraz terminowe, zgodnie z prawem pracy udzielanie urlopów wypoczynkowych,
   6) racjonalne wykorzystanie przydzielonych zasobów,
   7) terminowość i rzetelność prowadzonej dokumentacji,
   8) przestrzeganie dochowania tajemnicy służbowej i zawodowej,
   9) dbanie o dobry wizerunek Szpitala.

§ 33

1. Do obowiązków pracowników należy w szczególności:
   1) rzetelne i terminowe wywiązywanie się z przyjętych obowiązków, w sposób zgodny z obowiązującymi przepisami i interesem Szpitala,

2) znajomość i przestrzeganie obowiązujących przepisów prawa, zarządzeń, procedur, instrukcji i regulaminów dotyczących w szczególności powierzonego zakresu pracy, zasad organizacji pracy w Szpitalu oraz zasad ustalonych w ramach Polityki Jakości,
3) informowanie przełożonych o niedających się samodzielnie usunąć przeszkodach w realizacji zadań,
4) utrzymywanie kwalifikacji zawodowych na poziomie niezbędnym dla wykonywania zadań na danym stanowisku, przestrzeganie przepisów dyscypliny pracy, BHP i p.poż.,
5) zgodne z przepisami i przeznaczeniem wykorzystywanie powierzonego majątku Szpitala, zabezpieczenie dostępnymi środkami przed zniszczeniem, kradzieżą lub nieuzasadnionym obniżeniem wartości,
6) przestrzeganie tajemnicy służbowej i zawodowej.

2. Uprawnienia pracowników obejmują w szczególności:
   1) otrzymanie i aktualizację formalnie określonych zakresów obowiązków, uprawnień i odpowiedzialności,
   2) dostęp do środków niezbędnych do realizacji wykonywanych zadań,
   3) właściwe i bezpieczne dla danego stanowiska warunki pracy,
   4) wybór sposobu, miejsca i czasu realizacji zadań, o ile nie są one ograniczone lub określone decyzją przełożonego, organizacją pracy, procedurami lub przepisami prawa,
   5) zwracanie się o pomoc do bezpośredniego przełożonego w przypadku trudności w samodzielnym wywiązania się z zadań,
   6) zwracanie się do przełożonego wyższego szczebla w sprawach spornych lub nie rozstrzygniętych przez bezpośredniego przełożonego.

3. Pracownik ponosi w szczególności odpowiedzialność, za:
   1) jakość, terminowość i ilość wykonanych zadań stosownie do posiadanych uprawnień, środków i warunków ich realizacji,
   2) stan i sposób wykorzystania powierzonego do jego dyspozycji mienia i środków materialnych, finansowych i organizacyjnych,
   3) przestrzeganie obowiązujących przepisów prawa, norm etycznych oraz zasad i procedur obowiązujących w Szpitalu.

§ 34

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

DZIAŁ III

Przebieg procesu udzielania świadczeń zdrowotnych

§ 35

Proces udzielania świadczeń zdrowotnych w Szpitalu przebiega z zapewnieniem właściwej dostępności i jakości tych świadczeń w jednostkach i komórkach organizacyjnych Szpitala.

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

§ 36

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

Komórki organizacyjne wykonujące świadczenia medyczne w trybie ambulatoryjnym działają zgodnie z harmonogramami pracy poszczególnych komórek, które są zamieszczone przy gabinetach.

Rozdział 1

Opieka stacjonarna

§ 37

1. Do korzystania ze stacjonarnych świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, udzielanych w Szpitalu, uprawnione są osoby wskazane w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, w zakresie ujętym w rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego.
2. Pacjenci ubezpieczeni poza terytorium Rzeczpospolitej Polskiej zgłaszający się do Szpitala winni okazać dokument potwierdzający aktualne ubezpieczenie.
3. W przypadku stanu nagłego, dokument może być przedstawiony nie później niż w terminie 30 dni od dnia rozpoczęcia udzielania świadczenia, o ile pacjent nadal przebywa w Szpitalu, lub w terminie 7 dni od dnia zakończenia leczenia.
4. Żadne okoliczności nie mogą stanowić podstawy do odmowy udzielenia świadczenia zdrowotnego, jeżeli osoba zgłaszająca się do Szpitala potrzebuje natychmiastowego udzielenia pomocy medycznej, ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia.

5. Szpital udziela świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych osobom ubezpieczonym oraz innym osobom uprawnionym do tych świadczeń na podstawie odrębnych przepisów nieodpłatnie, za częściową odpłatnością lub całkowitą odpłatnością.
6. Osobom innym, niż określone w ust. 5 Szpital udziela świadczeń zdrowotnych odpłatnie.
7. Wysokość opłat za udzielane przez Szpital świadczenia zdrowotne określa cennik opłat, ustalany przez Dyrektora Szpitala.
8. Cennik opłat podaje się do ogólnej wiadomości poprzez udostępnienie cennika w Recepcji Szpitala oraz na stronie internetowej.
9. W oddziałach szpitalnych wykonywane są także świadczenia zdrowotne na podstawie umów podpisanych z podmiotami działalności leczniczej lub innymi podmiotami, w tym z zakładami ubezpieczeń.

§ 38

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

§ 39

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

§ 40

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

§ 41

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

§ 42

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

§ 43

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

§ 44

1. Wypisanie z oddziału szpitalnego następuje:
   1) gdy stan zdrowia nie wymaga dalszego leczenia,
   2) gdy ciągłość procesu leczenia pacjenta wymaga przeniesienia go do innego oddziału/podmiotu leczniczego,
   3) na żądanie osoby przebywającej w Szpitalu lub jej przedstawiciela ustawowego,
   4) gdy osoba przebywająca w Szpitalu w sposób rażący narusza Regulamin, a nie zachodzi obawa, że odmowa lub zaprzestanie udzielania świadczeń może spowodować bezpośrednie niebezpieczeństwo dla jej życia lub zdrowia albo życia lub zdrowia innych osób.
2. Osoba występująca o wypisanie ze Szpitala na własne żądanie powinna być poinformowana przez lekarza leczącego o możliwych następstwach zaprzestania leczenia w szpitalu. Osoba ta składa pisemne oświadczenie o wypisaniu ze Szpitala na własne żądanie. W przypadku braku takiego oświadczenia lekarz sporządza adnotację w dokumentacji medycznej pacjenta.

3. Jeżeli przedstawiciel ustawowy żąda wypisania ze Szpitala pacjenta, którego stan zdrowia wymaga dalszego udzielania świadczeń zdrowotnych, Dyrektor Szpitala lub lekarz przez niego wyznaczony może odmówić wypisania do czasu wydania w tej sprawie orzeczenia przez właściwy ze względu na siedzibę Szpitala sąd opiekuńczy. Właściwy sąd opiekuńczy zawiadamiany jest niezwłocznie o odmowie wypisania ze Szpitala i przyczynach odmowy.

§ 45

1. Pacjent, którego stan zdrowia nie wymaga udzielania stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych lub osoba, na której w stosunku do pacjenta ciąży ustawowy obowiązek alimentacyjny, ponoszą koszty pobytu pacjenta zgodnie z ustawą o działalności leczniczej.
2. Szczegółowe zasady odpłatności za pobyt pacjenta, którego stan nie wymaga dalszego udzielania świadczeń szpitalnych, niezależnie od uprawnień do bezpłatnych świadczeń zdrowotnych określonych w obowiązujących przepisach, określa Cennik Szpitala św. Rocha w Ozimku.

§ 46

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

§ 47

1. Personel Izby Przyjęć, a w szczególności pielęgniarka zgłasza Policji telefonicznie, faksem lub na adres poczty elektronicznej fakt:
   1) przyjęcia pacjenta małoletniego, z którego przedstawicielem ustawowym albo opiekunem faktycznym nie można się skontaktować – nie później niż w okresie 4 godzin od przyjęcia;
   2) przyjęcia lub zgonu pacjenta w Izbie Przyjęć, którego danych osobowych nie można ustalić, w szczególności z powodu utrudnionego kontaktu z powodu zaburzeń psychicznych lub stanu utraty przytomności, a przy tym braku stosownych dokumentów i braku osób bliskich mogących potwierdzić tożsamość pacjenta – nie później niż w okresie 8 godzin odpowiednio od przyjęcia lub zgonu.
2. W przypadku zgonu pacjenta, którego tożsamości nie można ustalić albo potwierdzić na podstawie dokumentów stwierdzających tożsamość, w oddziale szpitalnym, z zastrzeżeniem ust. 1, zgłoszenia tego faktu Policji dokonuje telefonicznie, faksem lub na adres poczty elektronicznej personel medyczny oddziału.

3. Fakt zgłoszenia przypadku, o którym mowa w ust. 1 i 2 osoba zgłaszająca odnotowuje w dokumentacji medycznej pacjenta.
4. Pracownicy Szpitala mają obowiązek zabezpieczenia i spisania przedmiotów należących do pacjenta o nieustalonych danych osobowych oraz wpisania w dokumentację medyczną przyjęcia takiego pacjenta charakterystyki pacjenta (płeć, rysopis, godzina i miejsce, z którego został przywieziony do Szpitala), jak również podjęcia zgodnych z przepisami prawa prób identyfikacji.

§ 48

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

Rozdział 2

Lecznictwo ambulatoryjne

§ 49

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

7. W stanach nagłych oraz w sytuacjach określonych w art. 32a ust. 2 i 3 oraz art. 57 ust. 2 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych świadczenia zdrowotne są udzielane bez skierowania.
8. Specjalistyczne ambulatoryjne świadczenia zdrowotne udzielane są według kolejności zgłoszenia oraz zgodnie z kryteriami medycznymi.
9. Poradnie specjalistyczne prowadzą listy oczekujących na udzielenie świadczenia.
10. Ustalanie terminów wizyty odbywa się w drodze zgłoszenia osobistego, telefonicznego, drogą elektroniczną lub za pośrednictwem osób trzecich.
11. Lekarz specjalista ma obowiązek:
    1) kompleksowej oceny stanu zdrowia pacjenta oraz określenia potrzeby leczenia specjalistycznego,
    2) realizacji procedur diagnostycznych właściwych dla ambulatoryjnej opieki specjalistycznej,
    3) podjęcia procesu leczenia, jeśli jest taka potrzeba medyczna,
    4) wydania informacji o podjętym leczeniu i dalszych zaleceniach dla lekarza kierującego,
    5) wydania w razie potrzeby zaświadczenia o niezdolności pacjenta do pracy,
    6) prowadzenia dokumentacji medycznej w szpitalnym systemie informatycznym.
12. Działalność lecznicza prowadzona w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej uwzględnia wyrażone bezpośrednio przez pacjenta prawo do wyboru lekarza, a także sprawdza się w systemie komputerowym przynależność pacjenta do zakładu i poprawność złożonej deklaracji wyboru. W przypadku pierwszorazowej wizyty i wyrażenia chęci korzystania ze świadczeń pacjent wypełnia w rejestracji deklaracje wyboru.
    1) Świadczenia z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej w uzasadnionych medycznie przypadkach wykonywane są również w domu pacjenta.
    2) Wizyta ambulatoryjna terminowa - w zdecydowanej większości przypadków pacjent jest przyjmowany przez lekarza w dniu zgłoszenia się na wizytę. Porady mogą być jednak udzielone w innym późniejszym terminie następujących przypadkach:
        - w chorobach przewlekłych - jeżeli stan pacjenta nie uległ pogorszeniu,
        - przy kontynuacji leczenia,
        - gdy potrzeba kontaktu pacjenta z lekarzem POZ nie wynika z konieczności uzyskania pomocy lekarskiej.
    3) W podstawowej opiece zdrowotnej terminowanie obejmuje okres 5 dni (z wyłączeniem dni w których lekarz realizuje wizyty domowe) co oznacza, że pacjent ma możliwość poprzez Rejestrację ustalić dowolny termin wizyty lekarskiej w okresie 1 tygodnia. Terminowanie wizyt dotyczy również przypadków, kiedy to w danym dniu pacjent nie ma już możliwości rejestracji do wybranego lekarza ze względu na brak wolnych miejsc.

Rozdział 3

Pracownie diagnostyczne

§ 50

1. Świadczenia zdrowotne z zakresu badań diagnostycznych udzielane są w ramach funkcjonujących pracowni określonych w § 23 Regulaminu.
2. Badania diagnostyczne dla pacjentów Szpitala mogą być wykonywane również przez podmioty zewnętrzne, na podstawie umowy zawartej ze Szpitalem.

§ 51

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

7. Wydanie wyniku osobie trzeciej może nastąpić wyłącznie na podstawie pisemnego upoważnienia udzielonego tej osobie przez pacjenta. Upoważnienie musi zawierać dane osobowe identyfikujące pacjenta oraz osobę upoważnioną wraz z numerami dokumentów potwierdzających tożsamość oraz podpis pacjenta.

DZIAŁ IV

Warunki współdziałania z innymi podmiotami wykonującymi działalność leczniczą w zakresie zapewnienia prawidłowości diagnostyki, leczenia, pielęgnacji i rehabilitacji pacjentów oraz ciągłości i przebiegu procesu udzielania świadczeń zdrowotnych

§ 52

1. Szpital prowadzi współpracę z innymi podmiotami wykonującymi działalność leczniczą w zakresie zapewnienia prawidłowości diagnostyki, leczenia, pielęgnacji i rehabilitacji pacjentów oraz ciągłości przebiegu procesu udzielania świadczeń zdrowotnych.
2. Podstawą współdziałania są zawierane umowy i porozumienia z innymi jednostkami służby zdrowia w zakresie wykonywania usług medycznych, które zapewniają kompleksowe udzielanie świadczeń zdrowotnych zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy i praktyki medycznej, dostępnymi metodami i środkami zapobiegania, rozpoznawania i leczenia chorób.
3. Materiał biologiczny, wysyłany do zewnętrznych zakładów diagnostycznych jest odpowiednio zabezpieczony, zaś wyniki badań archiwizowane według zasad przyjętych w Szpitalu.
4. Transport sanitarny niezbędny do realizacji świadczeń zdrowotnych w zakresie współdziałania z innymi podmiotami leczniczymi dostępny jest całodobowo na podstawie umów zawartych z podmiotami zewnętrznymi.

§ 53

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

§ 54

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

DZIAŁ V

Prawa i obowiązki Pacjenta

Rozdział 1

Postanowienia Ogólne

§ 55

1. Prawa pacjenta dotyczą osób korzystających ze świadczeń zdrowotnych w ramach ubezpieczenia zdrowotnego, korzystających z prywatnego sektora usług medycznych oraz innych niż ubezpieczeni.
2. Prawa pacjenta zostały określone w ustawie z dnia 6 listopada 2008r. o prawach Pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U. 2009 Nr 52 poz. 417 z późn. zm.).
3. Informacja o prawach pacjenta jest dostępna w miejscu udzielania świadczeń zdrowotnych w Szpitalu: w Recepcji Szpitala, w każdym z oddziałów szpitalnych oraz na stronie internetowej Szpitala (ozimek.emc-sa.pl).
4. Szczegółowych informacji o prawach pacjenta udziela: Biuro Rzecznika Praw Pacjenta przy Ministrze Zdrowia.
5. Wyznaczony przez Dyrektora pracownik pełni funkcję Pełnomocnika ds. Praw Pacjenta, który zajmuje się sprawami dotyczącymi przestrzegania praw pacjenta w Szpitalu.
6. Lekarz ma obowiązek udzielenia przystępnej informacji o stanie zdrowia pacjenta, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych i leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu. Informacje powinny być sformułowane jasno i zrozumiale oraz udzielone z taktem i ostrożnością.
7. Lekarz może udzielić informacji o stanie zdrowia pacjenta innym osobom tylko za zgodą pacjenta.
8. Informacji o stanie zdrowia pacjenta udzielają wyłącznie Ordynatorzy, lekarze prowadzący lub lekarz dyżurny.
9. O stanie zdrowia ciężko chorych pacjentów, bądź w przypadkach szczególnie uzasadnionych lekarze udzielają informacji o każdym czasie.
10. Informacji o stanie zdrowia drogą telefoniczną udziela się w sytuacjach wyjątkowych, po uprzedniej weryfikacji osoby ubiegającej się o tą informację.
11. Osoby wykonujące zawody medyczne udzielają informacji w zakresie udzielanych przez siebie świadczeń zdrowotnych oraz zgodnie z posiadanymi uprawnieniami.

12. Lekarz prowadzący lub lekarz sprawujący opiekę nad pacjentem w sytuacji nagłego pogorszenia jego stanu zdrowia niezwłocznie zawiadamia członka rodziny, przedstawiciela ustawowego lub opiekuna faktycznego.

§ 56

1. Pacjent jest zobowiązany do:
   1) przestrzegania zaleceń i wskazówek personelu medycznego w zakresie stosowanej diagnostyki, terapii i pielęgnacji,
   2) współdziałać z personelem Szpitala w celu realizacji hospitalizacji,
   3) nie opuszczania w trakcie hospitalizacji budynku Szpitalu bez wyraźnej zgody lekarza prowadzącego leczenie lub lekarza dyżurnego,
   4) przestrzegania bezwzględnego zakazu spożywania alkoholu oraz palenia na terenie Szpitala,
   5) przestrzegania przepisów obowiązujących na terenie Szpitala,
   6) przestrzegania kultury oraz zasad współżycia społecznego, czystości osobistej, higieny i porządku w sali chorych,
   7) odpowiedzialności za powierzone rzeczy szpitalne i uszanowanie mienia szpitalnego,
   8) zachowania respektującego prawa innych pacjentów do wypoczynku,
   9) przestrzegania przepisów BHP i p.poż.
2. W przypadku nieprzestrzegania określonych w niniejszym Regulaminie obowiązków pacjent może być ukarany:
   1) upomnieniem lub ostrzeżeniem,
   2) wypisaniem pacjenta lub przeniesieniem do innego podmiotu leczniczego z zachowaniem poszanowania jego zdrowia i bezpieczeństwa.

Rozdział 2

Zasady przebywania na terenie Szpitala osób trzecich

§ 57

1. Odwiedziny chorych odbywają się we wszystkie dni tygodnia z wyłączeniem godzin ciszy nocnej (22^{00}-6^{00}).
2. W godzinach nocnych przebywanie w oddziale/zakładzie osoby bliskiej lub innej osoby wskazanej przez pacjenta odbywać się może wyłącznie za zgodą ordynatora oddziału lub lekarza pełniącego dyżur medyczny.

3. Ze względu na warunki przebywania w Szpitalu innych pacjentów, jednego pacjenta mogą odwiedzać jednocześnie maksymalnie dwie osoby z zachowaniem szacunku, godności i spokoju innych pacjentów.
4. Na sali pooperacyjnej nie przewiduje się odwiedzin.
5. W sali intensywnego nadzoru dopuszcza się odwiedziny jednej po uzyskaniu zgody personelu medycznego.
6. Odwiedzający wchodzący na teren szpitala zobowiązany jest powiadomić Recepcję o zamiarze odwiedzin pacjenta.
7. Wnoszenie na teren Szpitala wszelkich sprzętów własnych typu: radio, telewizor, magnetofon i inne, wymaga bezwzględnie zgody Ordynatora Oddziału, lekarza dyżurnego lub pielęgniarki koordynującej.
8. Wyjście chorego z odwiedzającym poza oddział w obrębie Szpitala należy zgłaszać lekarzowi/pielęgniarce. Zgłoszenie powinno określać miejsce i czas wyjścia.
9. Odwiedzający mają obowiązek po powrocie do oddziału poinformować o tym personel medyczny.
10. W szpitalu obowiązuje zakaz:
    1) odwiedzin w trakcie obchodów lekarskich,
    2) przynoszenia i przekazywania chorym leków, bez zgody i wiedzy lekarza,
    3) przynoszenia i podawania chorym napojów i artykułów spożywczych, bez zgody i wiedzy personelu medycznego,
    4) siadania osób odwiedzających na łóżkach pacjentów,
    5) odwiedzin przez osoby zainfekowane chorobami zakaźnymi, agresywne, niezrównoważone psychicznie, pod wpływem alkoholu lub środków odurzających,
    6) palenia tytoniu, spożywania alkoholu, używania środków odurzających w czasie odwiedzin,
    7) zaśmiecania/zanieczyszczania pomieszczeń i otoczenia szpitala,
    8) przebywania w pomieszczeniach gospodarczych, zabiegowych,
    9) manipulowania przy aparaturze medycznej, urządzeniach, instalacjach,
11. Dyrektor lub w szczególnie uzasadnionych przypadkach, ordynator oddziału ma prawo wprowadzenia całkowitego zakazu odwiedzin.
12. Osoby odwiedzające, które nie stosują się do postanowień niniejszego regulaminu mogą zostać wyproszone z terenu Szpitala przez pracowników oraz pozbawione możliwości odwiedzin pacjentów.

§ 58

1. Przedstawiciele mediów wchodzący na teren Szpitala w celu uzyskania informacji dotyczących Szpitala, zobowiązani są zgłosić ten zamiar Dyrektorowi Szpitala lub Z-cy Dyrektora ds. Medycznych.
2. W przypadku zamiaru zbierania informacji i opinii wśród pracowników Szpitala, przedstawiciel mediów zgłasza ten zamiar Dyrektorowi Szpitala lub Z-cy Dyrektora ds. Medycznych, który zapewnia im możliwość swobodnego dostępu do źródła informacji w sposób nie kolidujący z działalnością komórek organizacyjnych Szpitala.
3. Przedstawiciele firm medycznych i farmaceutycznych wchodzący na teren Szpitala w celu przeprowadzenia prezentacji produktów i wyrobów są bezwzględnie zobowiązani zgłosić ten zamiar w formie pisemnej i uzyskać zgodę od Z-cy Dyrektora ds. Medycznych oraz dokonać prezentacji zgodnie z obowiązującymi w Szpitalu zasadami w tym zakresie.
4. W przypadku zagrożenia epidemiologicznego lub ze względu na warunki przebywania innych osób chorych w Szpitalu, Dyrektor Szpitala, Z-cy Dyrektora ds. Medycznych lub kierownik/ordynator oddziału może ograniczyć prawo pacjenta do kontaktu osobistego z osobami z zewnątrz, w tym do sprawowania opieki przez osobę bliską lub inną osobę wskazaną przez pacjenta.

Rozdział 3

Zasady udostępniania dokumentacji medycznej

§ 59

1. Szpital prowadzi, przechowuje i udostępnia dokumentację medyczną w sposób określony odrębnymi przepisami oraz zapewnia ochronę danych zawartych w tej dokumentacji.
2. Prawo do dokumentacji medycznej nie jest prawem rodziny lub przyjaciół. Prawo nabywa konkretna osoba na podstawie upoważnienia złożonego przez pacjenta w formie pisemnej bądź ustnie.
3. Szpital udostępnia dokumentację medyczną pacjentowi lub jego przedstawicielowi ustawowemu, bądź osobie upoważnionej pisemnie lub ustnie przez pacjenta.
4. W razie śmierci pacjenta o udostępnienie dokumentacji medycznej pacjenta może ubiegać się osoba przez niego upoważniona za życia, osoba która w momencie zgonu pacjenta była jego przedstawicielem ustawowym lub osoba bliska.
5. Pacjent, jego przedstawiciel ustawowy, osoba bliska lub osoba upoważniona przez pacjenta w celu uzyskania dostępu do dokumentacji medycznej zwraca się z odpowiednim wnioskiem do Dyrektora Szpitala.
6. Wniosek o udostepnienie dokumentacji medycznej powinien zawierać następujące informacje:

1) dane osoby wnioskującej,
2) dane osoby, której dotyczy wniosek (dane pacjenta),
3) zakres udostępnianej dokumentacji.

7. Formularz wniosku o udostępnienie dokumentacji można uzyskać w Recepcji Szpitala lub pobrać ze Strony internetowej Szpitala. Istnieje możliwość złożenia wniosku o udostepnienie dokumentacji medycznej za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej (e-mail), telefonicznie lub ustnie.

8. Przy odbiorze dokumentacji pacjent ma obowiązek potwierdzić swoją tożsamość dowodem tożsamości. W przypadku, gdy o udostępnienie dokumentacji wnioskuje osoba upoważniona, należy dodatkowo przedstawić pisemne upoważnienie podpisane przez pacjenta lub powołać się na upoważnienie udzielone przez pacjenta znajdujące się w dokumentacji medycznej Szpitala.

9. Szpital udostępnia dokumentację medyczną również:
   1) podmiotom udzielającym świadczeń zdrowotnych, jeżeli dokumentacja ta jest niezbędna do zapewnienia ciągłości świadczeń zdrowotnych;
   2) organom władzy publicznej, w tym Rzecznikowi Praw Pacjenta, Narodowemu Funduszowi Zdrowia, organom samorządu zawodów medycznych oraz konsultantom w ochronie zdrowia, a także Rzecznikowi Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego, w zakresie niezbędnym do wykonywania przez te podmioty ich zadań, w szczególności nadzoru i kontroli;
   3) podmiotom, o których mowa w art. 119 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, w zakresie niezbędnym do przeprowadzenia kontroli na zlecenie ministra właściwego do spraw zdrowia;
   4) upoważnionym przez podmiot, o którym mowa w art. 121 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, osobom wykonującym zawód medyczny, w zakresie niezbędnym do sprawowania nadzoru nad podmiotem leczniczym niebędącym przedsiębiorcą;
   5) Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w zakresie niezbędnym do wykonywania przez nią zadań określonych w art. 31n ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych;
   6) Agencji Badań Medycznych w zakresie określonym ustawą z dnia 21 lutego 2019r. o Agencji Badań Medycznych;
   7) ministrowi właściwemu do spraw zdrowia, sądom, w tym sądom dyscyplinarnym, prokuraturom, lekarzom sądowym i rzecznikom odpowiedzialności zawodowej, w związku z prowadzonym postępowaniem;
   8) uprawnionym na mocy odrębnych ustaw organom i instytucjom, jeżeli badanie zostało przeprowadzone na ich wniosek;
   9) organom rentowym oraz zespołom do spraw orzekania o niepełnosprawności, w związku z prowadzonym przez nie postępowaniem;
   10) podmiotom prowadzącym rejestry usług medycznych, w zakresie niezbędnym do prowadzenia rejestrów;

11) zakładom ubezpieczeń, za zgodą pacjenta;
12) komisjom lekarskim podległym ministrowi właściwemu do spraw wewnętrznych, wojskowym komisjom lekarskim oraz komisjom lekarskim Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego lub Agencji Wywiadu, podległym Szefom właściwych Agencji;
13) osobom wykonującym zawód medyczny, w związku z prowadzeniem procedury oceniającej podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych na podstawie przepisów o akredytacji w ochronie zdrowia albo procedury uzyskiwania innych certyfikatów jakości, w zakresie niezbędnym do ich przeprowadzenia;
14) wojewódzkiej komisji do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych, w zakresie prowadzonego postępowania;
15) spadkobiercom w zakresie prowadzonego postępowania przed wojewódzką komisją do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych, o której mowa w art. 67e ust. 1;
16) osobom wykonującym czynności kontrolne na podstawie art. 39 ust. 1 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia, w zakresie niezbędnym do ich przeprowadzenia;
17) członkom zespołów kontroli zakażeń szpitalnych, o których mowa w art. 14 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. z 2016 r. poz. 1866, 2003 i 2173), w zakresie niezbędnym do wykonywania ich zadań.

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

11. Dokumentacja medyczna jest udostępniana:
    1) do wglądu w siedzibie Szpitala w obecności upoważnionego pracownika Szpitala,
    2) poprzez sporządzenie jej wyciągów, odpisów, wydruków lub kopii,
    3) poprzez wydanie oryginału za pokwitowaniem odbioru i z zastrzeżeniem zwrotu po wykorzystaniu, jeżeli uprawniony organ lub podmiot żąda udostępnienia oryginałów tej dokumentacji, w przypadku wydania oryginałów dokumentacji w Szpitalu należy pozostawić kopię lub pełny odpis wydanej dokumentacji, chyba że zwłoka w jej wydaniu mogłaby narazić pacjenta na zagrożenie życia lub zdrowia,
    4) za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej,
    5) na informatycznym nośniku danych.

12. Dokumentacja medyczna prowadzona w postaci papierowej może być udostępniona przez sporządzenie kopii w formie odtwarzania cyfrowego (skanu).

13. Zdjęcia RTG na kliszach udostępniane są na zasadzie wypożyczenia za pokwitowaniem z zastrzeżeniem zwrotu po wykorzystaniu.

14. Dokumentację medyczną do udostępniania, w postaci sporządzonych wyciągów, odpisów, kopii lub wydruków, przygotowuje archiwista. W przypadku kopii dokumentacji jej zgodność z oryginałem potwierdza pracownik upoważniony przez Dyrektora Szpitala.
15. Udostępnienie dokumentacji na zewnątrz upoważnionym podmiotom lub organom Szpitala następuje na podstawie decyzji Dyrektora Szpitala lub Z-cy Dyrektora ds. Medycznych.
16. Odmowa wydania dokumentacji medycznej wymaga zachowania formy pisemnej oraz podania przyczyny (uzasadnienia).
17. Koszty udostępniania dokumentacji ponosi wnioskodawca.
18. Szpital pobiera opłaty za udostępnienie dokumentacji medycznej na zasadach określonych w ustawie o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Podstawą wyliczenia kwoty odpłatności jest publikowana przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego wysokość przeciętnego wynagrodzenia w poprzednim kwartale.
19. Opłaty nie pobiera się w przypadku udostępniania dokumentacji medycznej:
    1) pacjentowi albo jego przedstawicielowi ustawowemu po raz pierwszy w żądanym zakresie;
    2) w związku z postępowaniem przed wojewódzką komisją do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych;
    3) Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji;
    4) Agencji Badań Medycznych.
20. Wysokość opłat jest ustalana w cenniku.
21. W przypadku dostarczania kopii drogą pocztową, wnioskodawca pokrywa koszt przesyłki.

§ 60

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

1) dokumentacji medycznej w przypadku zgonu pacjenta na skutek uszkodzenia ciała lub zatrucia, która jest przechowywana przez okres 30 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym nastąpił zgon,
2) zdjęć rentgenowskich przechowywanych poza dokumentacją medyczną pacjenta, które są przechowywane przez okres 10 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym wykonano zdjęcie,
3) skierowań na badania lub zleceń lekarza, które są przechowywane przez okres 5 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym udzielono świadczenia będącego przedmiotem skierowania lub zlecenia,
4) dokumentacji medycznej dotyczącej dzieci do ukończenia 2. roku życia, która jest przechowywana przez okres 22 lat.

Rozdział 4

Tryb rozpatrywania skarg i wniosków

§ 61

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

Rozdział 5

Rozwiązywanie problemów etycznych

§ 62

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

Rozdział 6

Monitoring wizyjny

§ 63

1. W celu zapewnienia bezpieczeństwa pacjentów i pracowników oraz zabezpieczenia danych oraz mienia będącego własnością Szpitala wybrane ogólnodostępne pomieszczenia Szpitala oraz wybrane fragmenty terenu wokół budynku Szpitala są objęte monitoringiem wizyjnym.
2. Monitoring wizyjny funkcjonuje całodobowo.
3. Rejestracji podlega obraz z kamer monitoringu bez rejestracji dźwięku.
4. Zapisy z kamer przechowywane są przez okres nie dłuższy niż 30 dni, a następnie dane ulegają usunięciu poprzez nadpisanie danych na urządzeniu rejestrującym.
5. Dostęp do systemu, infrastruktury monitoringu wizyjnego, obrazu i zapisu monitoringu mają: Dyrektor Szpitala oraz upoważnieni przez Dyrektora pracownicy.
6. Osoby, które mają wgląd w obraz zarejestrowany przez monitoring wizyjny są zobowiązane do zachowania w tajemnicy udostępnianych im danych osobowych.
7. Obrazy zarejestrowane przez monitoring wizyjny są przetwarzane zgodnie z aktualnymi aktami prawnymi regulującymi przetwarzanie danych osobowych.

DZIAŁ VI

Obowiązki szpitala w razie śmierci Pacjenta

§ 64

W razie śmierci pacjenta:

1) lekarz prowadzący lub lekarz dyżurny obowiązany jest niezwłocznie zawiadomić wskazaną przez pacjenta osobę lub instytucję, przedstawiciela ustawowego albo opiekuna faktycznego,
2) zwłoki osoby, która zmarła w Szpitalu mogą zostać poddane sekcji zwłok, chyba że osoba ta za życia wyraziła sprzeciw lub uczynił to jej przedstawiciel ustawowy, z zastrzeżeniem pkt. 5),
3) o zaniechaniu sekcji zwłok z przyczyny określonej w pkt. 2) sporządza się adnotację w dokumentacji medycznej i załącza oświadczenie woli osoby zmarłej lub jego przedstawiciela ustawowego,
4) Z- ca Dyrektora ds. Medycznych na wniosek właściwego kierownika/ordynatora/lekarza kierującego oddziałem lub po zasięgnięciu jego opinii, zarządza dokonanie lub zaniechanie sekcji, w dokumentacji medycznej sporządza się adnotację o dokonaniu lub zaniechaniu sekcji zwłok z odpowiednim uzasadnieniem,
5) postanowienie pkt. 2) nie dotyczy dokonywania sekcji w sytuacjach:
   - określonych w Kodeksie postępowania karnego,
   - gdy przyczyny zgonu nie można określić w sposób jednoznaczny,
   - gdy zgon pacjenta nastąpił przed upływem 12 godzin od przyjęcia do Szpitala,
   - określonych w przepisach o chorobach zakaźnych,

6) dokonanie sekcji zwłok nie może nastąpić wcześniej niż po upływie 12 godzin od stwierdzenia zgonu.

§ 65

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

§ 66

1. Obowiązki Szpitala w zakresie odbioru i transportu zwłok z oddziałów szpitalnych, ich przechowywania, przygotowania w celu ich wydania oraz wydanie osobie lub instytucji uprawnionym do ich pochowania, realizuje podmiot zewnętrzny z którym Szpital ma podpisaną umowę.
2. Transport zwłok powinien być przeprowadzony w sposób dyskretny z zachowaniem godności należnej zmarłemu.
3. Podmiot zewnętrzny przechowuje zwłoki nieodpłatnie nie dłużej niż 72 godziny licząc od godziny w której nastąpiła śmierć pacjenta.
4. Podmiot zewnętrzny ustala wysokość opłaty za przechowywanie zwłok pacjenta przez okres dłuższy niż 72 godziny od osób lub instytucji uprawnionych do pochowania zwłok oraz od podmiotów, na zlecenie, których przechowuje się zwłoki w związku z toczącym się postępowaniem karnym.
5. W razie zgonu pacjenta o nieustalonej tożsamości, bądź zgonu, co do którego istnieje pewność lub zasadne podejrzenie, że nastąpił wskutek przestępstwa albo nieszczęśliwego wypadku, lekarz po konsultacji z Ordynatorem oddziału niezwłocznie powiadamia Policję.
6. O zgonie pacjenta o nieustalonej tożsamości lub w przypadku niezgłoszenia się rodziny do Szpitala po odbiór ciała, Szpital zawiadamia właściwy miejscowo Ośrodek Pomocy Społecznej ze względu na ostatni adres zamieszkania pacjenta. Wypełnioną kartę zgonu należy przekazać firmie pogrzebowej wskazanej na podstawie zlecenia wydanego przez Ośrodek Pomocy Społecznej.

§ 67

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

DZIAŁ VII

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 68

W sprawach nieuregulowanych w niniejszym Regulaminie mają zastosowanie przepisy ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej oraz inne przepisy powszechnie obowiązującego ustawodawstwa.

§ 69

1. Regulamin Organizacyjny podaje się do wiadomości pracowników Szpitala oraz pacjentów poprzez jego umieszczenie w miejscach ogólnodostępnych i na stronie internetowej (www.ozimek.emc-sa.pl) oraz wewnętrznej stronie intranetowej Szpitala.
2. Zmiany Regulaminu dokonywane są Uchwałą Zarządu na wniosek Dyrektora Szpitala.
3. Kierownicy poszczególnych jednostek organizacyjnych zapoznają z zasadami regulaminu pracowników Szpitala, którzy ponoszą odpowiedzialność za ich realizację w procesie udzielania świadczeń zdrowotnych.

§ 70

Niniejszy Regulamin wchodzi w życie z dniem podpisania przez Dyrektora Szpitala św. Rocha w Ozimku.