



REGULAMIN

ORGANIZACYJNY

SP ZOZ

SZPITALA POWIATOWEGO

Im. Edmunda Biernackiego

W Opatowie

Opatowie 2012

SPIS TREŚCI:

Dział I – Podstawy prawne funkcjonowania Szpitala – str. 3

Dział II – Cele i zadania Szpitala – str. 4

Dział III – Struktura Organizacyjna – str. 5

1. Postanowienia ogólne – str. 5
2. Organy SPZOZ – str. 10
3. Zakresy zadań zastępcy dyrektora oraz naczelnej pielęgniarki i głównego księg. – str. 12
4. Wspólne zadania i obowiązki kierowników komórek organizacyjnych – str. 19
5. Obowiązki, uprawnienie i odpowiedzialność pracowników – str. 22
6. Zasady postępowania przy opracowywaniu aktów prawnych dyrektora Szpitala – str. 25
7. Postępowanie w sprawach skargi i wniosków – str. 27

Dział IV - Warunki współdziałania Szpitala z innymi zakładami opieki zdrowotnej oraz pomiędzy poszczególnymi jednostkami organizacyjnymi Szpitala – str. 27

Dział V - rodzaj działalności leczniczej oraz zakres i przebieg udzielanych świadczeń zdrowotnych – str. 28

1. Zasady ogólne – str. 28
2. Funkcjonowanie SOR wraz z udzielaniem świadczeń w zakresie pomocy doraźnej – str. 29
3. Świadczenia w zakresie leczenia zamkniętego (hospitalizacja) – str. 34
4. Blok operacyjny – str. 41
5. Świadczenia ambulatoryjne – str. 43
6. Poradnie specjalistyczne – str. 46
7. Zespoły Ratownictwa Medycznego – str. 51
8. Badania diagnostyczne – str. 52
9. Nocna i świąteczna ambulatoryjna opieka lekarska i pielęgniarska – str. 55
10. Nocna i świąteczna wyjazdowa opieka lekarska i pielęgniarska – str. 56
11. Prosektorium – str. 57
12. Transport sanitarny – str. 58
13. Pozostałe zagadnienia związane z udzielaniem świadczeń zdrowotnych – str. 59
14. Dokumentacja medyczna oraz warunki i formy jej udostępniania – str. 60

Dział VI - Organizacja procesu udzielania świadczeń zdrowotnych w przypadku pobierania opłat - str. 61

Dział VII – Postanowienia końcowe – str. 62

WSTĘP

1. Regulamin określa sposób i warunki udzielania przez Szpital świadczeń zdrowotnych, a w szczególności:
 - 1) cele i zadania Szpitala,
 - 2) zakres, miejsce oraz przebieg udzielania świadczeń zdrowotnych,
 - 3) strukturę organizacyjną oraz organizację i zadania poszczególnych komórek organizacyjnych, wraz z warunkami współdziałania tych komórek,
 - 4) warunki współdziałania z innymi podmiotami wykonującymi działalność leczniczą,
 - 5) sposób kierowania komórkami organizacyjnymi.
 - 5) organizację procesu udzielania świadczeń zdrowotnych w przypadku pobierania opłat,
 - 6) wysokość opłaty za udostępnienie dokumentacji medycznej,
 - 7) wysokość opłaty za przechowywanie zwłok pacjenta przez okres dłuższy niż 72 godziny,
 - 8) wysokość opłat za udzielanie świadczeń zdrowotnych innych, niż finansowane ze środków publicznych.
2. Regulamin organizacyjny ustala Dyrektor SPZOZ Szpitala Powiatowego im. E. Biernackiego w Opocznie.
3. Integralną częścią Regulaminu jest Schemat Struktury Organizacyjnej, stanowiący Nr 1 do niniejszego Regulaminu.

DZIAŁ I PODSTAWY PRAWNE FUNKCJONOWANIA SZPITALA

§ 1

Podmiotem tworzącym Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Szpital Powiatowy im. Edmunda Biernackiego w Opocznie jest Powiat Opoczyński.

§ 2

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Szpital Powiatowy im. Edmunda Biernackiego w Opocznie działa na podstawie:

- 1) ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej (Dz.U. Nr 112, poz. 654 ze zm.), zwaną dalej ustawą,
- 2) ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. Z 2008r., Nr 164 poz. 1027 ze zm.),
- 3) ustawy z dnia 29 września 1994r. o rachunkowości (Dz.U. Z 2009r. Nr 152, poz. 1223 ze zm.),
- 4) ustawy z dnia 27 sierpnia 2009r. o finansach publicznych (Dz.U. Nr 157, poz. 1240 ze zm.),
- 5) ustawy z dnia 8 września 2006 roku o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz.U. 2006 Nr 191 poz.1410),

- 6) ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U. 2009 nr 52 poz. 417),
- 7) Statutu Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Szpitala Powiatowego w Opocznie,
- 8) innych przepisów regulujących działalność samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej,
- 9) Niniejszego Regulaminu Organizacyjnego.

§ 3

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Szpital Szpital Powiatowy im. E. Biernackiego w Opocznie jest podmiotem leczniczym niebędącym przedsiębiorcą działającym w formie samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej.

§ 4

Szpital działa pod firmą: Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Szpital Powiatowy im. Edmunda Biernackiego w Opocznie i posiada osobowość prawną od dnia wpisania do Krajowego Rejestru Sądowego, pod numerem 0000026735.

§ 5

Siedzibą Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Szpitala Powiatowego w Opocznie jest miasto Opoczno, ul. Partyzantów 30.

§ 6

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Szpital Szpital Powiatowy w Opocznie posiada identyfikatory wg systemu Regon przypisane jego poszczególnym zakładom leczniczym oraz Numer Identyfikacji Podatkowej NIP: 768-15-34-113.

DZIAŁ II CELE I ZADANIA SZPITALA

§ 7

1. Głównym celem Szpitala jest udzielanie świadczeń zdrowotnych na rzecz zachowania, ratowania, przywracania i poprawy zdrowia pacjentów zgodnie z aktualną wiedzą medyczną i zasadami etyki.
2. Cel Szpitala stanowi również podejmowanie działań na rzecz ciągłego doskonalenia jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych.
3. Celem Szpitala jest prowadzenie działań na rzecz promocji, edukacji i profilaktyki zdrowotnej.

§ 8

Cele, o których mowa w § 6, Szpital realizuje w szczególności poprzez takie zadania, jak:

- 1) udzielanie świadczeń zdrowotnych w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne oraz ambulatoryjne świadczenia zdrowotne,
- 2) udzielanie świadczeń zapobiegawczo – leczniczych w poszczególnych specjalnościach w formie opieki ambulatoryjnej oraz udzielanie świadczeń rehabilitacyjnych,
- 3) ustalanie potrzeb w zakresie opieki zdrowotnej oraz przygotowywanie wniosków w tych sprawach, szerzenie oświaty zdrowotnej,
- 4) udzielanie konsultacyjnych świadczeń ambulatoryjnych,
- 5) wykonywanie na warunkach określonych oddzielnymi umowami badań diagnostycznych i profilaktycznych z zakresu medycyny pracy i innych,
- 6) świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej,
- 7) sprawowanie nadzoru fachowego w poszczególnych specjalnościach zgodnie ze strukturą Szpitala,
- 8) udzielanie świadczeń zapobiegawczych i leczniczych z uwzględnieniem środowiska zamieszkania, pracy i nauki,
- 9) prowadzenie czynnego poradnictwa,
- 10) orzekanie o stanie zdrowia,
- 11) udzielanie świadczeń w zakresie długoterminowej opieki stacjonarnej i ambulatoryjnej,
- 12) realizacja zadań obronnych Szpitala i gotowość do działań w przypadkach nadzwyczajnych zdarzeń w zakresie bezpieczeństwa zdrowotnego ludności w czasie pokoju i wojny.

DZIAŁ III STRUKTURA ORGANIZACYJNA

1. POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 9

1. SP ZOZ kieruje **Dyrektor** przy pomocy kadry zarządzającej, a szczególnie Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa oraz Naczelnej Pielęgniarki i Głównego Księgowego.

2. Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej posiada pięć pionów organizacyjnych:

- a) Pion Dyrektora Szpitala,
- b) Pion Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa,
- c) Pion Naczelnej Pielęgniarki,
- d) Pion Głównego Księgowego,
- e) Pion Głównego Specjalisty ds. Techniczno-Eksploatacyjnych.

3. W skład Szpitala wchodzi następujące podstawowe komórki organizacyjne i stanowiska samodzielne, które przy oznakowaniu spraw używają symboli:

a) w Pionie ***Dyrektora***

- Specjalista ds. Kontroli, Jakości i Marketingu **KJM**
- Inspektor ds. Obronnych i OC
- Pełnomocnik ds. Informacji Niejawnych, **PNOC**
- Pełnomocnik ds. Praw Pacjenta **PNPP**
- Inspektor BHP, **BHP**
- Kapelan Szpitalny, **KS**
- Radca Prawny, **RP**
- Dział Organizacyjny, Nadzoru i Kadr, **ONK**
- Pielęgniarka Epidemiologiczna, **PE**
- Sekcja Informatyczna **SI**
- Inspektor Ochrony Danych **IOD**
- Inspektor ds. Ochrony Przeciwpożarowej **OPPOŻ**
- Inspektor/Referent ds. Pozyskiwania Funduszy **PF**
- Dział Zamówień Publicznych **DZP**

Struktury pomocnicze Szpitala:

- Zespół ds. Kontroli Zakażeń Szpitalnych, **ZKZS**
- Komitet ds. Kontroli Zakażeń Szpitalnych. **KKZS**

W skład **Działu Organizacyjnego, Nadzoru i Kadr** wchodzi:

- Kierownik Działu Organizacyjnego, Nadzoru i Kadr
- Sekretariat Dyrektora **SEK**
- Inspektor ds. Organizacyjnych,
- Inspektor ds. Kadr
- Referent ds. Kadr.

W skład **Działu Zamówień Publicznych** wchodzi: **DZP**

- Kierownik Działu Zamówień Publicznych
- Inspektor/Referent ds. Zamówień Publicznych

b) w Pionie Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa

- Dział Diagnostyki Laboratoryjnej: DDL

1. Pracownia Analityki Ogólnej
2. Pracownia Hematologii i Koagulologii
3. Pracownia Serologii Transfuzjologicznej
4. Pracownia Chemii Klinicznej i Parametrów Krytycznych
5. Pracownia Mikrobiologii
6. Pracownia Immunodiagnostyki
7. Pracownia Patomorfologii

- Dział Diagnostyki Obrazowej: DDO

1. Pracownia Rentgenodiagnostyki,
2. Pracownia Ultrasonografii,
3. Pracownia Endoskopii
4. Pracownia Tomografii Komputerowej

- Apteka Szpitalna AS

- Ratownictwo Medyczne RM

- Transport Sanitarny TS

W ramach nadzoru nad personelem lekarskim w zakresie wykonywanych świadczeń medycznych:

Oddziały:

- Oddział Wewnętrzny z Salą Intensywnej Opieki Kardiologicznej, **OWSK**
- Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii, **OAIT**
- Oddział Chirurgii Ogólnej, **OCHO**
- Oddział Chirurgii Urazowo – Ortopedycznej, **OCHUO**
- Oddział Ginekologiczno- Położniczo – Noworodkowy, **OGPN**
zawierający wyodrębnione pionów organizacyjne:
 - a) Pion Ginekologiczno-Położniczy
 - b) Pion Noworodkowy
- Oddział Dziecięcy, **ODZ**

- Oddział Szpitalny Oddział Ratunkowy, **SOR**
- Zakład Opiekuńczo – Leczniczy, **ZOL**
- Blok Operacyjny, **BLO**

Poradnie Specjalistyczne:

- Poradnia Neurologiczna, **PN**
- Poradnia Gruźlicy i Chorób Płuc, **PGP**
- Poradnia Ginekologiczno – Położnicza, **PGP**
- Poradnia Chirurgiczna, **PCH**
- Poradnia Urazowo – Ortopedyczna, **PUO**
- Poradnia Otolaryngologiczna, **POT**
- Poradnia Leczenia Uzależnień, **PLU**
- Poradnia Stomatologiczna, **PS**
- Poradnia Diabetologiczna, **PD**
- Poradnia Ortodontyczna, **POR**
- Poradnia Kardiologiczna **PK**

W ramach nadzoru medycznego:

- Prosektorium **PRM**

Diagnostyka i leczenie realizowane przez działalność Przychodni Rejonowej w Opocznie oraz Gminnych i Wiejskich Ośrodków Zdrowia i pracowni:

- Przychodnia Rejonowa w Opocznie: **PRO**
- Poradnia Ogólna **PO**
- Poradnia Dziecięca **PD**
- Gminny Ośrodek Zdrowia w Białaczowie, **GOZB**
- Wiejski Ośrodek Zdrowia w Błogiem Szlacheckim, **WOZBŁ**
- Gminny Ośrodek Zdrowia w Mniszkowie, **GOZM**
- Wiejski Ośrodek Zdrowia w Mroczkowie Gościnnym, **WOZMG**
- Gminny Ośrodek Zdrowia w Paradyżu, **GOZP**
- Gminny Ośrodek Zdrowia w Poświętnem n/Pilicą, **GOZP/P**
- Wiejski Ośrodek Zdrowia w Skórkowicach, **WOZS**
- Gminny Ośrodek Zdrowia w Sławnie, **GOZS**
- Wiejski Ośrodek Zdrowia w Szadkowicach, **WOZSZ**
- Wiejski Ośrodek Zdrowia w Wójcinie, **WOZW**
- Pracownie Fizjoterapii, **PF**
- Dział Dokumentacji Medycznej i Rozliczeń, **DMR**

W skład **Działu Dokumentacji Medycznej i Rozliczeń** wchodzi:

- Sekcja Statystyki Medycznej,
- Sekcja Rozliczeń Usług Medycznych,
- Archiwum.

c) w Pionie **Głównego Specjalisty ds. Techniczno-Eksploatacyjnych**

- Dział Techniczno – Eksploatacyjny

DTE

W skład **Działu Techniczno - Eksploatacyjnego** wchodzi:

- Sekcja Techniczno – Gospodarcza,
- Sekcja Zaopatrzenia i Gospodarki Materiałowej,
- Punkt Cateringowy,
- Punkt Zdawczo- Odbiorczy Pralni,
- Warsztaty i Kotłownie,
- Prosektorium
- Magazyn Medyczno-Gospodarczy

PRM

d) w Pionie **Głównego Księgowego**

- **Dział Finansowo – Księgowy**

DFK

W skład **Działu Finansowo - Księgowego** wchodzi:

- samodzielne stanowisko ds. Analiz Ekonomicznych
- Sekcja Księgowości
- Sekcja Płac i Zasiłków
- Sekcja Kosztów
- Kasa

e) w Pionie **Naczelnej Pielęgniarki**

DNP

- Pielęgniarki/Położne Oddziałowe,
- Pielęgniarki/Położne Odcinkowe,
- Pielęgniarki Instrumentariuszki,
- Pielęgniarki Anestezjologiczne,
- Pielęgniarka w środowisku nauczania i wychowania,
- Pielęgniarka Koordynująca ds. Medycyny Szkolnej,
- Pielęgniarki Środowiskowe Rodzinne,
- Pielęgniarki/Położne w Poradni, poradni Specjalistycznej i Ośrodków Zdrowia,
- Salowe.

2. ORGANY SP ZOZ

§ 10

Organami Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Szpital Powiatowy im. Edmunda Biernackiego w Opocznie są:

1. Dyrektor Szpitala,
2. Rada Społeczna Szpitala – organ doradczy.

DYREKTOR

§ 11

1. Dyrektor Szpitala jest organem kierującym i zarządzającym Szpitalem.
2. Dyrektora Szpitala zatrudnia i zwalnia (na podstawie powołania lub umowy o pracę) lub zawiera z nim cywilnoprawną Zarząd Powiatu w Opocznie.
3. Dyrektor reprezentuje Szpital na zewnątrz i jest pracodawcą dla wszystkich pracowników w rozumieniu kodeksu pracy.
4. Dyrektor Szpitala ponosi odpowiedzialność za całokształt działalności Szpitala (podstawowej, administracyjnej, gospodarczej), a w szczególności:
 - a) organizowanie pracy Szpitala w sposób zapewniający realizację zadań statutowych,
 - b) prawidłowe gospodarowanie środkami finansowymi i rzeczowymi,
 - c) prawidłowe gospodarowanie mieniem własnym lub przekazanym Szpitalowi do użytkowania,
 - d) prowadzenie właściwej polityki kadrowej, zatrudnianie i zwalnianie pracowników w obowiązującym trybie,
 - e) współpracę z organizacjami związkowymi działającymi na terenie Szpitala,
 - f) stan bezpieczeństwa i higieny pracy w Szpitalu,
 - g) występowanie o przydzielenie dotacji finansowych na realizację zadań określonych w art. 114 ustawy o działalności leczniczej.

§ 12

1. Do wyłącznej kompetencji Dyrektora SP ZOZ należy w szczególności:

- a) podejmowanie decyzji kadrowych i płacowych,
 - b) podpisywanie umów,
 - c) podpisywanie pism kierowanych do władz samorządowych, rządowych,
 - d) ustalanie wysokości opłat za udostępnianie dokumentacji medycznej (sporządzenie wyciągów, odpisów lub kopii), zgodnie z art. 28 ust. 4 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta – określonych w Załączniku Nr 2 do niniejszego Regulaminu.
2. Wszystkie zarządzenia mające charakter normatywny, o charakterze wewnętrznym odnoszące się do komórek organizacyjnych Szpitala, a wprowadzające przepisy, które określają obowiązki, uprawnienia poszczególnych komórek, jednostek organizacyjnych lub służb, bądź regulujące sprawy o istotnym znaczeniu dla gospodarki SP ZOZ winny być wydawane w formie zarządzeń wewnętrznych. Zarządzenia wewnętrzne podpisuje Dyrektor Szpitala przekazując je do wiadomości poszczególnych jednostek organizacyjnych.
 3. Projekty aktów prawnych Dyrektora przygotowuje Dział Organizacyjny, Nadzoru i Kadr we współpracy z właściwymi komórkami organizacyjnymi.
 4. W czasie nieobecności Dyrektora, decyzje podejmuje jego zastępcy – upoważnieni przez Dyrektora w pisemnym upoważnieniu.
 5. Upoważniony pracownik używa formuły „z upoważnienia” (w skrócie „z up.”).
 6. Wszystkie pisma podpisywane przez Dyrektora, powinny być na kopiach parafowane przez kierownika komórki organizacyjnej i referenta sprawy.

§ 13

1. Dyrektor SP ZOZ, jego zastępcy oraz upoważnieni pracownicy mogą udzielać informacji związanych z zakresem działania SP ZOZ.
2. Pozostali pracownicy mogą informować zainteresowanych w zakresie wykonywanych przez siebie zadań, o ile te nie są sprzeczne z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 27.04.2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych.
3. Z-cy Dyrektora oraz Kierownicy komórek organizacyjnych są upoważnieni do podpisywania dokumentów w granicach udzielonych im pełnomocnictw.
4. Podpisywanie pism odbywa się jednoosobowo,
5. Podpisujący pisma odpowiadają za merytoryczne załatwianie sprawy oraz jej zgodność z interesem SP ZOZ i z przepisami.

RADA SPOŁECZNA

§ 14

1. Rada Społeczna jest organem inicjującym i opiniodawczym Powiatu Opoczyńskiego oraz doradczym Dyrektora Szpitala.
2. Skład Rady Społecznej, jej zakres działania oraz tryb pracy określają ustawa o działalności leczniczej, Statut Zakładu oraz Regulamin Rady Społecznej.

3. ZAKRESY ZADAŃ ZASTĘPCÓW DYREKTORA SZPITALA NACZELNEJ PIEŁĘGNIARKI SZPITALA

ZASTĘPCA DYREKTORA DS. LECZNICTWA

§ 15

1. Zastępca Dyrektora ds. Lecznictwa podlega bezpośrednio Dyrektorowi Szpitala.
2. Zastępca Dyrektora ds. Lecznictwa organizuje, koordynuje oraz pełni nadzór nad świadczeniem usług medycznych przez jednostki organizacyjne wymienione w § 9 ust. 3 pkt. b) oraz odpowiada za właściwą organizację i przebieg udzielanych świadczeń.
3. Zastępca Dyrektora ds. Lecznictwa zastępuje Dyrektora w czasie jego nieobecności w sytuacji braku pisemnego wskazania przez Dyrektora innej osoby upoważnionej do jego zastępowania.
4. Zastępca Dyrektora ds. Lecznictwa reprezentuje Szpital na zewnątrz w zakresie określonym przez pełnomocnictwo udzielone przez Dyrektora Szpitala.
5. Zastępca Dyrektora ds. Lecznictwa wykonuje swoje zadania przy pomocy ordynatorów oraz kierowników medycznych komórek organizacyjnych, a także przy ścisłej współpracy z Naczelną Pielęgniarką, Działem Dokumentacji Medycznej i Rozliczeń oraz Sekcją Informatyczną.

§ 16

1. Do zadań **Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa** należy w szczególności:
 - a) sprawowanie nadzoru (wspólnie z Ordynatorami i Kierownikiem Zakładu Opiekuńczo - Leczniczego) nad poziomem udzielanych świadczeń zdrowotnych,
 - b) sprawowanie nadzoru nad dokumentacją medyczną oraz podejmowanie decyzji w zakresie jej udostępniania, a także przeprowadzanie systematycznych kontroli dokumentacji medycznej,

- c) nadzór nad stanem sanitarno – epidemiologicznym Szpitala – współpraca z Zespołem ds. Kontroli Zakażeń Szpitalnych, Komitetem ds. Kontroli Zakażeń Szpitalnych i Pielęgniarką Epidemiologiczną,
 - d) kontrolowanie prawidłowości wyposażenia Szpitala w sprzęt medyczny,
 - e) kontrolowanie gospodarki lekami i artykułami medycznymi,
 - f) czuwanie nad przeprowadzaniem okresowych badań i szczepień ochronnych pracowników,
 - g) wykonywanie okresowych obchodów całości Szpitala, przy zwróceniu szczególnej uwagi na stan sanitarno – higieniczny oddziałów i pomieszczeń pomocniczych,
 - h) w celu zapewnienia kompleksowości i dostępności świadczeń organizuje zasady współdziałania w tym zakresie wszystkich jednostek organizacyjnych Szpitala oraz zasady realizacji świadczeń niezbędnych pacjentowi a niemożliwych do wykonania,
 - i) prowadzenie racjonalnej polityki kadrowej w odniesieniu do podległego personelu,
 - j) nadzorowanie realizacji sprawozdawczości i rozliczeń zawartych umów i kontraktów dotyczących świadczeń zdrowotnych,
 - k) doskonalenie organizacyjne i funkcjonalne działalności leczniczej Szpitala,
 - l) niezwłoczne zawiadamianie Dyrektora Szpitala o każdym przypadku incydentu medycznego oraz przypadku, co do którego zachodzi podejrzenie, iż jest wynikiem przestępstwa,
 - ł) przestrzeganie zasad postępowania dotyczących ochrony danych osobowych i bezpieczeństwa zasobów informatycznych,
 - m) uczestniczenie w zespołach, komisjach itp. powoływanych w razie potrzeby do realizacji zadań związanych z funkcjonowaniem szpitala.
2. Zastępca Dyrektora ds. Lecznictwa współpracuje z Pełnomocnikiem ds. Praw Pacjentów w zakresie rozpatrywania uwag i skarg od pacjentów.
 3. Zastępca Dyrektora ds. Lecznictwa czuwa nad prawidłową realizacją kontraktów zawartych przez Szpital na świadczenie usług medycznych.
 4. Zastępca Dyrektora ds. Lecznictwa powinien wykonywać czynności zlecone mu przez Dyrektora, wiążące się bezpośrednio z zakresem jego działalności, a nie objęte niniejszym zakresem czynności.

GLÓWNY KSIĘGOWY

§ 17

1. Główny Księgowy podlega bezpośrednio Dyrektorowi Szpitala.
2. Główny Księgowy jest odpowiedzialny za prawidłową zgodną z przepisami prawa gospodarkę finansową Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej.
3. Główny Księgowy organizuje, koordynuje prace oraz pełni nadzór nad jednostkami organizacyjnymi Szpitala wymienionymi w § 9 ust. 3 pkt. d.
4. Główny Księgowy wraz z Dyrektorem Szpitala reprezentuje Szpital na zewnątrz w zakresie określonym pełnomocnictwem udzielonym przez Dyrektora.
5. Główny Księgowy współpracuje z Głównym Specjalistą ds. Techniczno-Eksploatacyjnych w zakresie nadzoru nad gospodarką finansową oraz kształtowaniem ewidencji kosztów i przychodów Szpitala.

§ 18

1. Do zadań **Głównego Księgowego** należy w szczególności:
 - a) prowadzenie gospodarki finansowej, zgodnie z obowiązującymi zasadami, szczególnie:
 - zapewnienie pod względem finansowym prawidłowości umów zawieranych przez Szpital,
 - przestrzeganie zasad rozliczeń pieniężnych i ochrony wartości pieniężnych,
 - zapewnienie terminowego ściągania należności i dochodzenie roszczeń spornych.
 - b) zapewnienie pod względem finansowym prawidłowości umów zawieranych przez Szpital,
 - c) wykonywanie dyspozycji środkami pieniężnymi będącymi w dyspozycji Szpitala, zgodnie z przepisami prawa,
 - d) zapewnienie terminowego ściągania należności i dochodzenia roszczeń spornych oraz spłaty zobowiązań,
 - e) nadzór nad prowadzeniem ksiąg rachunkowych Szpitala, zgodnie z ustawą z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości,
 - f) nadzór nad terminowym przekazywaniem rzetelnych informacji finansowych oraz prawidłowym dokonywaniem rozliczeń,
 - g) nadzór i kontrola rozliczeń z Narodowym Funduszem Zdrowia,
 - h) nadzór nad sporządzaniem sprawozdań finansowych, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa,

- i) nadzór nad sporządzaniem, obiegiem i archiwizowaniem dokumentacji finansowej w sposób zapewniający właściwy przebieg operacji finansowych,
 - j) opracowywanie projektów przepisów wewnętrznych dotyczących prowadzenia prawidłowej polityki finansowej Szpitala,
 - k) opracowywanie struktury organizacyjnej Działu Księgowości,
 - ł) prowadzenie racjonalnej polityki kadrowej w odniesieniu do podległego personelu,
 - m) uczestniczenie w zespołach, komisjach itp. powoływanych w razie potrzeby do realizacji zadań związanych z funkcjonowaniem szpitala,
 - n) przestrzeganie zasad postępowania dotyczących ochrony danych osobowych i bezpieczeństwa zasobów informatycznych.
2. Główny Księgowy powinien wykonywać czynności zlecone mu przez Dyrektora, wiążące się bezpośrednio z zakresem jego działalności, a nie objęte niniejszym zakresem czynności.

NACZELNA PIEŁĘGNIARKA

§ 19

1. Naczelną Pielęgniarkę podlega bezpośrednio Dyrektorowi Szpitala.
2. Naczelną Pielęgniarkę Szpitala jest bezpośrednim zwierzchnikiem pielęgniarek oddziałowych i położnych oraz pracowników zajmujących stanowiska równorzędne (pielęgniarek samodzielnych, koordynujących, itp.).
3. Naczelną Pielęgniarkę SP ZOZ podlegają bezpośrednio:
 - Oddziały Szpitalne w zakresie personelu pielęgniarskiego
 - Przychodnie w zakresie personelu pielęgniarskiego
 - Poradnie Specjalistyczne w zakresie personelu pielęgniarskiego
 - Ośrodki Zdrowia w zakresie personelu pielęgniarskiego
 - salowe
4. Naczelną Pielęgniarkę jest odpowiedzialna za organizację i jakość świadczeń pielęgniarskich.

5. Naczelną Pielęgniarkę reprezentuje Szpital na zewnątrz w zakresie określonym przez pełnomocnictwo udzielone przez Dyrektora Szpitala.
6. Naczelną Pielęgniarkę podlega personel pielęgniarski wykazany w Schemacie Organizacyjnym Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej stanowiącym załącznik Nr 1 do niniejszego Regulaminu.

§ 20

1. Naczelną Pielęgniarkę wykonuje swe obowiązki przy ścisłej współpracy z Zastępcą Dyrektora ds. Lecznictwa, ordynatorami oddziałów oraz pielęgniarkami oddziałowymi oraz kierownikami komórek medycznych.
2. Do zadań **Naczelną Pielęgniarkę** należy w szczególności:
 - a) organizacja, koordynacja i nadzór pracy pielęgniarek, położnych oraz pracy salowych w Szpitalu,
 - b) stworzenie systemu pracy zapewniającego całodobową opiekę pielęgniarską i położną w Szpitalu,
 - c) zapewnienie pacjentom opieki pielęgniarskiej i położniczej zgodnie z wymogami medycyny i dostępnymi zasobami,
 - d) opracowywanie, wdrażanie i nadzór nad aktualizacją standardów opieki,
 - e) planowanie polityki kadrowej, w zakresie personelu medycznego, odpowiadającej potrzebom Szpitala,
 - f) nadzór nad planowaniem i rozliczaniem czasu pracy podległego personelu – zatwierdzanie dyżurów (harmonogramów zmian) opracowywanych przez pielęgniarkę oddziałowe
 - g) planowanie form szkolenia i nadzór nad ich realizacją,
 - h) nadzorowanie opieki nad pacjentem i jej doskonalenie poprzez zgłaszanie i wdrażanie rozwiązań organizacyjnych i merytorycznych podnoszących jakość tej opieki,
 - i) nadzór nad przestrzeganiem obowiązujących regulaminów, przepisów, standardów i procedur,
 - j) przekazywanie informacji pomiędzy komórkami administracyjno – technicznymi a personelem pielęgniarskim,
 - k) organizacja okresowych narad roboczych,
 - l) badanie potrzeb w zakresie usprawnienia organizacji i metod pracy podległego personelu,
 - ł) sprawowanie merytorycznego nadzoru nad opieką pielęgniarską poprzez organizowanie kontroli podległych placówek, wydawanie w tym zakresie zaleceń i kontrolę ich wykonania,

- m) dbanie o podnoszenie kwalifikacji zawodowych i ogólnych podległego personelu,
 - n) prowadzenie polityki kadrowej podległego personelu umożliwiającą właściwe rozmieszczenie i wykorzystanie tej kadry,
 - o) prowadzeniem bieżącej kontroli wykonywanych zadań oraz dokumentowania udzielanych świadczeń, kontrolowanie dokumentacji pielęgniarskiej,
 - p) czuwanie nad właściwą i prawidłową adaptacją nowych pracowników w zespole,
 - r) ustalanie zastępstw na okres urlopów i w razie nieobecności podległych pracowników,
 - s) kontrolowanie obecności pracowników w pracy,
 - t) uczestniczenie w zespołach, komisjach itp. powoływanych w razie potrzeby do realizacji zadań związanych z funkcjonowaniem szpitala,
 - u) przestrzeganie zasad postępowania dotyczących ochrony danych osobowych i bezpieczeństwa zasobów informatycznych.
3. Naczelną Pielęgniarką jest odpowiedzialna za pracę pielęgniarek środowiskowych w terenie oraz pracę pielęgniarek w zakresie medycyny szkolnej.
 4. Naczelną Pielęgniarką powinna wykonywać czynności zlecone jej przez Dyrektora, wiążące się bezpośrednio z zakresem jego działalności, a nie objęte niniejszym zakresem czynności.
 5. W czasie nieobecności Naczelnej Pielęgniarki zastępują ją wskazana pielęgniarka Oddziałowa.

GLÓWNY SPECJALISTA DS. TECHNICZNO - EKSPLOATACYJNYCH

§ 21

1. Główny Specjalista ds. Techniczno - Eksploatacyjnych podlega bezpośrednio Dyrektorowi Szpitala.
2. Główny Specjalista ds. Techniczno - Eksploatacyjnych organizuje, koordynuje funkcjonowanie oraz pełni nadzór nad jednostkami organizacyjnymi wymienionymi w § 9 ust. 3 pkt c.
3. Główny Specjalista ds. Techniczno - Eksploatacyjnych odpowiada przed Dyrektorem Szpitala za administrację i gospodarkę Szpitala w zakresie właściwego utrzymania i gospodarowania infrastrukturą oraz za właściwą organizację i jakość podległych mu jednostek.
4. Główny Specjalista ds. Techniczno - Eksploatacyjnych obowiązany jest do stałego informowania Dyrektora Szpitala o bieżących sprawach z zakresu działania oraz do bezzwłocznego zawiadamiania Dyrektora Szpitala o dostrzeżonych brakach i niedociągnięciach.

§ 22

1. Do zadań Głównego Specjalisty ds. Techniczno - Eksploatacyjnych należy w szczególności:

a) administrowanie nieruchomościami, obiektami i budynkami stanowiącymi własność bądź będącymi w użytkowaniu Szpitala oraz zgodne z przepisami gospodarowanie mieniem Szpitala, w tym czuwanie nad prawidłowością zawierania i realizacją umów najmu, dzierżawy itp.,

b) nadzór nad organizacją i planowaniem infrastruktury terenów szpitalnych,

c) planowanie i nadzór nad realizacją inwestycji, remontów, konserwacją obiektów i urządzeń technicznych i aparatury Szpitala,

d) sprawowanie nadzoru nad przestrzeganiem zasad racjonalnej gospodarki materiałowej, a także wdrażanie efektywnych rozwiązań technicznych i organizacyjnych mających na celu obniżenie kosztów,

e) nadzór nad gospodarką odpadami komunalnymi Szpitala,

f) nadzór nad opracowaniem dokumentacji techniczno – kosztorysowej oraz prawidłowym zawieraniem umów z poszczególnymi wykonawcami zgodnie z obowiązującymi przepisami,

g) proponowanie działań modernizacyjnych Szpitala z uwzględnieniem ich chronologii i spodziewanych efektów ekonomicznych, a także źródeł finansowania tych działań,

h) współudział w opracowaniu planów modernizacji i restrukturyzacji Szpitala.

6. Do zadań Głównego Specjalisty ds. Techniczno - Eksploatacyjnych należy ponadto:

a) opracowywanie projektów planu gospodarczego (usług, zatrudnienia i zaopatrzenia),

b) współudział przy opracowywaniu preliminarza budżetowego,

c) prowadzenie sprawozdawczości i statystyki z wykonania planu gospodarczego,

d) współpraca z Inspektorem ds. Pozyskiwania Funduszy w zakresie pozyskiwania środków finansowych na utrzymanie i rozwój infrastruktury Szpitala,

e) zapewnienie warunków niezbędnych do prawidłowego funkcjonowania Szpitala, zwłaszcza nieprzerwanego oświetlenia, urządzeń sygnalizacyjnych, ciepłej wody i odpowiedniej temperatury pomieszczeń,

f) kontrolowanie przebiegu realizacji zaopatrzenia oraz ilości i jakości materiałów, surowców i przedmiotów,

g) nadzór nad działalnością magazynów i Prosektorium Szpitala,

- h) nadzorowanie współpracy z podmiotami zewnętrznymi w zakresie należytej jakości obsługi cateringowej pacjentów Szpitala,
- i) organizowanie technicznych inspekcji budynków, urządzeń dla oceny stanu oraz kontrola wykonania konserwacji, remontów i inwestycji,
- j) kontrolowanie stanu sanitarno – higienicznego Szpitala i jego bezpośredniego otoczenia,
- k) nadzór nad przestrzeganiem przepisów w zakresie bezpieczeństwa i higieny pracy oraz nad zaopatrzeniem pracowników w odzież ochronną,
- l) przedstawianie wniosków oszczędnościowych w zakresie kosztów administracyjnych i eksploatacyjnych,
- m) uczestniczenie w zespołach, komisjach itp. powoływanych w razie potrzeby do realizacji zadań związanych z funkcjonowaniem Szpitala,
- n) wykonywanie innych zadań zleconych przez Dyrektora, związanych z pełnioną funkcją.

4. WSPÓLNE ZADANIA I OBOWIĄZKI KIEROWNIKÓW KOMÓREK ORGANIZACYJNYCH

§ 23

1. Za prawidłowe planowanie, organizowanie i nadzorowanie pracy komórek i jednostek organizacyjnych oraz prowadzenie kontroli funkcjonalnej odpowiadają pracownicy zajmujący stanowiska kierownicze: Ordynatorzy/Kierownicy i Kierownicy Działów.
2. Na czele Oddziału stoi Ordynator lub Kierownik Oddziału.
 - 2a. Z kierownikiem Oddziału Dyrektor nawiązuje stosunek pracy lub umowę cywilnoprawną.
 - 2b. Postanowienia Regulaminu Organizacyjnego dotyczące Ordynatora Oddziału stosuje się odpowiednio do stanowiska Kierownika Oddziału.
3. Na czele Zakładu Opiekuńczo - Leczniczego, Działu stoi Kierownik.
4. Pracownicy na stanowiskach kierowniczych, o których mowa w ust. 1 i 2 ponoszą **odpowiedzialność** za wykonywanie zadań podległych komórek organizacyjnych SP ZOZ a wynikających z przepisów powszechnie obowiązujących, Statutu Szpitala, zarządzeń, decyzji Dyrektora oraz niniejszego Regulaminu, w szczególności za:
 - a) prawidłowe wypełnianie obowiązków,
 - b) działalność nadzorowanej jednostki lub komórki organizacyjnej zgodnie z przepisami,
 - c) realizację zadań kierowanej przez siebie komórki organizacyjnej oraz efektywność jej działania,
 - d) zapoznanie podległych pracowników z właściwymi aktami normatywnymi, stosownie do wykonywanych przez siebie obowiązków,

- e) efektywne wykorzystywanie czasu pracy podległych pracowników,
 - f) terminowe, zgodne z przepisami Kodeksu Pracy, udzielanie urlopów wypoczynkowych,
 - g) racjonalne wykorzystywanie środków pracy,
 - h) terminowe i rzetelne opracowywanie dokumentów sprawozdawczych, analitycznych, informacyjnych i innych.
5. Do podstawowych **zadań** osób zatrudnionych na stanowiskach kierowniczych należy:
- a) podejmowanie merytorycznych decyzji w zakresie pracy kierowanej komórki organizacyjnej,
 - b) zapewnienie właściwej organizacji pracy całej komórki oraz systemu kontroli wewnętrznej,
 - c) nadzór nad efektywnym wykorzystaniem czasu pracy, przestrzeganiem porządku i dyscypliny pracy, przepisów BHP, P. Poż. oraz tajemnicy służbowej,
 - d) ocena wyników pracy podległych pracowników – wnioskowanie o nagrody i kary dla poszczególnych pracowników,
 - e) sporządzanie opinii o pracownikach danej komórki organizacyjnej,
 - f) zapoznanie nowo przyjętych pracowników z zakresem ich obowiązków oraz sposobem wykonywania pracy na wyznaczonym stanowisku pracy,
 - g) organizowanie, przygotowywanie i prowadzenie pracy w sposób zabezpieczający przed wypadkami przy pracy i chorobami zawodowymi,
 - h) zapewnienie bezpiecznego i higienicznego stanu pomieszczeń pracy i wyposażenia technicznego,
 - i) organizowanie narad i szkoleń pracowników,
 - j) współpraca z kierownikami innych komórek organizacyjnych,
 - k) informowanie Dyrektora Szpitala o ważniejszych problemach i wynikach pracy podległej komórki organizacyjnej,
 - l) nadzór nad przestrzeganiem przez podległych pracowników obowiązujących przepisów prawnych,
 - ł) wyznaczanie swego zastępcy i określanie jego kompetencji na czas swej nieobecności,
 - m) organizowanie prawidłowego zabezpieczenia i przechowywania dokumentów znajdujących się w kierowanej jednostce organizacyjnej.
6. Dla zapewnienia efektywnej pracy w Szpitalu oraz zintegrowania działań pomiędzy Oddziałami, Zakładem Opiekuńczo - Lecznicznym, Działami, Sekcjami i innymi jednostkami organizacyjnymi – Dyrektorzy, Naczelna Pielęgniarka, Ordynatorzy, Kierownik Zakładu

Opiekuńczo - Leczniczego, Główny Specjalista ds. Techniczno-Eksploatacyjnych. Kierownicy Działu organizują oraz biorą udział w zebraniach, w zależności od potrzeb.

7. Z-cy Dyrektora Szpitala, Naczelną Pielęgniarką oraz Kierownicy komórek organizacyjnych opracowują politykę oraz wyznaczają cele strategiczne dla Szpitala i poszczególnych komórek organizacyjnych, przy uwzględnieniu środków finansowych będących w dyspozycji Szpitala oraz zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.
8. Kierownicy poszczególnych komórek organizacyjnych odpowiadają za integrację pracy we własnym zespole, tworzenie własnej polityki i planów działania.
9. Kierownicy wszystkich komórek organizacyjnych organizują zebrania z podległym personelem w zależności od potrzeb. Spotkania te mają na celu przekazywanie ustaleń zapadłych na zebraniach z Dyrekcją oraz omawianie innych spraw merytorycznych dotyczących funkcjonowania danej komórki organizacyjnej.
10. Do podstawowych **uprawnień** osób zatrudnionych na stanowiskach kierowniczych należy:
 - a) dobór kandydatów do pracy i wnioskowanie o ich zatrudnieniu w podległej jednostce organizacyjnej,
 - b) wnioskowanie w spr. nagradzania lub karania podległych pracowników, decydowanie o:
 - sposobie wykonywania zadań przydzielonych podległej jednostce lub komórce organizacyjnej,
 - organizacji pracy i jej podziale w podległej jednostce lub komórce organizacyjnej,
 - podpisywanie korespondencji zgodnie z przyznanymi uprawnieniami,
 - wydawanie poleceń służbowych podległym pracownikom.

§ 24

1. Pracownicy zajmujący samodzielne stanowiska bezpośrednio podległe dyrektorowi współuczestniczą przy realizacji zadań Szpitala.
2. Do podstawowych **obowiązków** pracowników zajmujących samodzielne stanowiska należy:
 - a) rzetelne i terminowe wywiązywanie się z powierzonych obowiązków,
 - b) odpowiednie wykorzystanie środków do ich wykonania, z uwzględnieniem ich rangi i priorytetu, zwiększanie efektywności działania,
 - c) przestrzeganie prawa, wewnętrznych aktów normatywnych (instrukcji, regulaminów, procedur) oraz obowiązujących norm etycznych.

3. **Uprawnienia** pracowników zajmujące samodzielne stanowiska:
 - a) podpisywanie korespondencji zgodnie z przyznanymi uprawnieniami,
 - b) decydowanie o sposobie wykonania pracy,
 - c) decydowanie o organizacji własnej pracy.

4. Pracownik zajmujący samodzielne stanowisko **odpowiada** za:
 - a) prawidłowe wypełnianie obowiązków,
 - b) działalność zgodnie z obowiązującymi przepisami,
 - c) realizację zadań własnych oraz efektywność działania,
 - d) zapoznanie się z właściwymi aktami normatywnymi, stosownie do wykonywanych przez siebie obowiązków,
 - e) efektywne wykorzystywanie czasu pracy,
 - f) racjonalne wykorzystywanie środków pracy,
 - g) terminowe i rzetelne opracowywanie dokumentów sprawozdawczych, analitycznych, informacyjnych i innych.

5. OBOWIĄZKI, UPRAWNIENIA I ODPOWIEDZIALNOŚĆ PRACOWNIKÓW

§ 25

1. Każdy pracownik jest obowiązany wykonywać pracę sumiennie i starannie, przestrzegać dyscypliny pracy oraz stosować się do poleceń przełożonych dotyczących pracy.
2. Do podstawowych obowiązków pracownika należy w szczególności:
 - a) przestrzeganie ustalonego w Szpitalu czasu pracy i wykorzystanie go w sposób jak najbardziej efektywny,
 - b) dążenie do uzyskania w pracy jak najlepszych wyników i przejawianie w tym celu odpowiedniej inicjatywy,
 - c) przestrzeganie Regulaminu Pracy i ustalonego w Szpitalu porządku,
 - d) przestrzeganie przepisów i zasad bhp, oraz p. Poż.,
 - e) dbanie o dobro Szpitala, chronienie jego mienia i używanie go zgodnie z przeznaczeniem,
 - f) przestrzeganie tajemnicy służbowej,

- g) udział w szkoleniach organizowanych przez Szpital,
- h) poddawanie się okresowym badaniom lekarskim,
- i) dbanie o należyty stan sprzętu i aparatury medycznej oraz o porządek i ład w miejscu pracy,
- j) niezwłoczne zawiadomienie przełożonego o wypadkach przy pracy albo o zagrożeniu życia lub zdrowia ludzkiego,
- k) niezwłoczne zawiadomienie przełożonego o każdym przypadku, co do którego zachodzi podejrzenie, iż jest wynikiem przestępstwa.

§ 26

Pracownicy Szpitala zobowiązani są do noszenia na ubiorze identyfikatorów w formie tabliczek z imieniem i nazwiskiem, tytułem naukowym lub zawodowym i określeniem stanowiska pracy.

§ 27

1. Każdy pracownik ma prawo do wynagrodzenia za wykonywaną pracę, wypłacanego terminowo w prawidłowej wysokości.
2. Wysokość wynagrodzenia uzależniona jest od rodzaju pracy oraz kwalifikacji zawodowych posiadanych przez pracownika.
3. Taryfikator kwalifikacyjny został określony w Zarządzeniu Dyrektora Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Szpitala Powiatowego w Opocznie.

§ 28

Do uprawnień pracownika należy ponadto:

- a) prawo do urlopu wypoczynkowego i wychowawczego,
- b) prawo do zasiłku chorobowego, opiekuńczego, macierzyńskiego,
- c) możliwość podnoszenia kwalifikacji zawodowych,
- d) czas pracy określony w przepisach ogólnie obowiązujących.

§ 29

1. Każdy pracownik, który wskutek niewykonania lub nienależytego wykonania swoich obowiązków pracowniczych, ze swojej winy, wyrządził Szpitalowi szkodę ponosi odpowiedzialność materialną na zasadach określonych w Kodeksie Pracy.

2. Odpowiedzialność materialną ponosi pracownik, któremu powierzono mienie z obowiązkiem zwrotu, albo rozliczenia się.

§ 30

1. Szczegółowy zakres obowiązków i uprawnień każdego pracownika określa jego ramowy zakres obowiązków, uprawnień i odpowiedzialności (zakres czynności) ustalony przez bezpośredniego przełożonego i zaakceptowany przez Dyrektora.
2. Indywidualne zakresy czynności pracowników, sporządzają ich bezpośredni przełożeni w terminie 14 dni od daty przyjęcia pracownika do pracy. Zasada ta dotyczy również przypadków przeniesienia pracownika na inne stanowisko pracy. Przyjęcie powyższych dokumentów do wiadomości pracownicy potwierdzają własnoręcznym podpisem z datą przyjęcia.
3. Indywidualny zakres czynności sporządza się w 3 egzemplarzach z przeznaczeniem dla pracownika, dla Działu Organizacyjnego, Nadzoru i Kadr oraz kierownika komórki organizacyjnej.
4. Każdy pracownik winien posiadać zakres czynności w aktach osobowych.

§ 31

Godziny rozpoczynania i zakończenia pracy określa Regulamin Pracy SP ZOZ.

§ 32

Zastępstwo pracowników nieobecnych:

1. W przypadku czasowej nieobecności pracownika spowodowanej chorobą, urlopem, wyjazdem służbowym lub innymi przyczynami, bezpośredni zwierzchnik pracownika jest zobowiązany wyznaczyć pracownika – zastępcę lub przyjąć zastępstwo osobiście.
2. W przypadku czasowej nieobecności pracownika na stanowisku kierowniczym, pracownika zastępującego – gdy nie ma statutowego zastępcy – wyznacza zainteresowany kierownik za zgodą przełożonego wyższego szczebla organizacyjnego.
3. Pracownik przyjmujący zastępstwo powinien być poinformowany przez pracownika zastępowanego o przebiegu i stanie ważniejszych prac oraz wytycznych dla działań realizowanych w czasie trwania zastępstwa.

§ 33

Obieg dokumentów, system rejestracji i oznakowania spraw oraz sposób przechowywania i archiwizowania akt określają odrębne przepisy.

6. ZASADY POSTĘPOWANIA PRZY OPRACOWYWANIU AKTÓW PRAWNYCH DYREKTORA SZPITALA

§ 34

1. Dyrektor Szpitala wydaje :
 - zarządzenia ,
 - decyzje,
 - instrukcje.
2. Projekty aktów prawnych opracowuje Dział Organizacji, Nadzoru i Kadr przy uzgodnieniu ich strony merytorycznej z właściwymi komórkami organizacyjnymi Szpitala.
3. Projekt aktu prawnego powinien obejmować całość regulowanego zagadnienia i odpowiadać zasadom techniki prawodawczej.
4. Redakcja przepisów powinna być zwięzła i jasna oraz odznaczać się szczególną starannością językową.
5. Projekt aktu prawnego powinien zawierać:
 - a) tytuł aktu,
 - b) powołanie podstawy prawnej,
 - c) treść aktu.
6. Tytuł aktu prawnego składa się z następujących części:
 - 1) oznaczenie rodzaju aktu, a więc nazwy „Zarządzenie” z podaniem numeru tj. Nr
 - 2) oznaczenie organu od którego pochodzi,
 - 3) określenie daty aktu prawnego,
 - 4) określenie przedmiotu aktu, podającego w sposób zwięzły treść i zakres regulowanego zagadnienia, rozpoczynającego się od wyrazu „w sprawie”.
7. W podstawie prawnej należy zachować hierarchię aktów prawnych (ustawa, rozporządzenie, uchwała, zarządzenie).
8. Treść aktu prawnego powinna wyodrębnić:
 - 1) przepisy ogólne regulujące zakres stosunków unormowanych aktem oraz zasady wspólne dalszym przepisom aktu,
 - 2) przepisy szczegółowe normujące sferę stosunków regulowanych aktem,
 - 3) przepisy końcowe zawierające dane dotyczące:

- wskazanie osób lub jednostek odpowiedzialnych za wykonanie aktu i złożenie sprawozdania z jego wykonania,
 - ewentualne uchylenia innych aktów,
 - termin wejścia aktu w życie.
9. Projekt zarządzenia może dzielić się na rozdziały, paragrafy i ustępy. Podziału na rozdziały nie stosuje się w zarządzeniach krótkich.
 10. Nazwy rozdziałów składają się z wyrazu „Rozdział” kolejnej rzymskiej cyfry porządkowej, oraz krótkiego ujęcia regulowanego przedmiotu.
 11. Paragrafy oznacza się symbolem „ § „ i kolejną cyfrą arabską przy zachowaniu ciągłości numeracji paragrafów w obrębie całego aktu.
 12. Ustępy oznacza się cyfrą arabską z kropką.
 13. Paragrafy i ustępy zawierające wyliczenia dzieli się na punkty oznaczone kolejnymi cyframi arabskimi z nawiasem z prawej strony.
 14. Dalsze wyznaczenie w obrębie punktu oznacza się małymi literami alfabetu łacińskiego z nawiasem z prawej strony.
 15. Do projektu aktu prawnego powinno być dołączone zwięzłe uzasadnienie umożliwiające organowi uprawnionemu racjonalne stosowanie prawa.
 16. Projekt aktu prawnego podlega zaopiniowaniu przez właściwe organy i jednostki organizacyjne.
 17. Radca prawny Szpitala opiniuje projekt aktu prawnego pod względem prawnym i redakcyjnym.
 18. Po uzyskaniu opinii prawnej opracowany projekt aktu prawnego przedstawia się do podpisu Dyrektorowi Szpitala.
 19. Opinie i uzgodnienia powinny być wyrażone w formie adnotacji na pierwszej kopii projektu aktu prawnego zaparafowanego przez pracownika przygotowującego projekt.
 20. Rejestr oraz zbiór zarządzeń Dyrektora Szpitala prowadzi Dział Organizacyjny, Nadzoru i Kadr.
 21. Przy opracowywaniu projektów decyzji administracyjnych stosuje się odpowiednio przepisy Kpa.

7. POSTĘPOWANIE W SPRAWACH SKARG I WNIOSKÓW

§ 35

1. Dyrektor Szpitala przyjmuje w sprawach skarg i wniosków w każdą środę w godz. 13⁰⁰ - 15⁰⁰. Informacja o godzinach przyjmowania interesantów wywieszona jest przed Sekretariatem Dyrektora.
2. Interesant może złożyć skargę lub wniosek na piśmie w dowolnym czasie pracy Szpitala w Sekretariacie Dyrektora

§ 36

Dyrektor Szpitala przestrzega przy rozpatrywaniu skarg i wniosków przepisów kodeksu postępowania administracyjnego.

§ 37

Okresową analizę skarg i wniosków - z wyłączeniem spraw podległych nadzorowi medycznemu - przeprowadza Rada Społeczna.

DZIAŁ IV

WARUNKI WSPÓLDZIAŁANIA SZPITALA Z INNYMI ZAKŁADAMI OPIEKI ZDROWOTNEJ ORAZ POMIĘDZY POSZCZEGÓLNYMI JEDNOSTKAMI ORGANIZACYJNYMI SZPITALA

§ 38

1. Wszystkie jednostki organizacyjne Szpitala współdziałają ze sobą w celu zapewnienia sprawności funkcjonowania Szpitala kompleksowości i dostępności świadczeń zdrowotnych.
2. Szczegółowe zasady współdziałania jednostek organizacyjnych działalności podstawowej Szpitala organizuje, określa, koordynuje Zastępca Dyrektora ds. Lecznictwa a w szczególności:
 - a) określa współdziałanie z Ordynatorami poszczególnych Oddziałów tryb kierowania oraz zasady udzielania konsultacji specjalistycznych przez lekarzy specjalistów danego Oddziału na rzecz pacjentów pozostałych Oddziałów,
 - b) określa tryb kierowania i zasady wykonywania badań diagnostycznych pacjentom Szpitala,
 - c) określa sposób zamawiania i zaopatrzenia jednostek działalności podstawowej Szpitala w leki, materiały medyczne i środki opatrunkowe przez Aptekę Szpitalną,

- d) określa zasady zamawiania i zaopatrywania pacjentów Oddziałów w krew i materiały krwiopochodne.
3. W Szpitalu świadczenia zdrowotne udzielane są wyłącznie przez osoby wykonujące zawód medyczny oraz spełniające wymagania zdrowotne określone w odrębnych przepisach.
 4. W celu zapewnienia pacjentom kompleksowych świadczeń Szpital zawiera umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych z innymi zakładami opieki zdrowotnej lub innymi podmiotami działającymi w dziedzinie ochrony zdrowia na wykonywanie niezbędnych świadczeń, które niemożliwe są do wykonania w Szpitalu. O rodzajach zawieranych umów i zasadach ich realizacji Dział Dokumentacji Medycznej i Rozliczeń informuje kierowników wszystkich jednostek działalności podstawowej Szpitala.

DZIAŁ V

RODZAJ DZIAŁALNOŚCI LECZNICZEJ ORAZ ZAKRES I PRZEBIEG UDZIELANYCH ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH

1. ZASADY OGÓLNE

§ 39

Każdemu pacjentowi Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej udzielane są świadczenia zdrowotne zgodnie z potrzebami zdrowotnymi, aktualnym stanem wiedzy medycznej, z wykorzystaniem najskuteczniejszych w danej sytuacji czynności zapobiegawczych, diagnostycznych i leczniczych..

§ 40

Świadczenia zdrowotne udzielane są przez pracowników Szpitala posiadających odpowiednie kwalifikacje, zgodnie z zakresem kompetencji, obowiązującymi procedurami na poszczególnych stanowiskach pracy oraz kodeksem etyki zawodowej.

§ 41

1. Świadczenia zdrowotne udzielane są z poszanowaniem intymności i godności osobistej pacjenta. W tym celu, w czasie przeprowadzania wywiadów lekarskich, udzielania porad i rozmów z przedstawicielami ustawowym pacjentów, zapewnia się odpowiednie warunki lokalowe.
2. Szpital zapewnia ochronę danych dotyczących stanu zdrowia pacjenta i sposobu leczenia poprzez odpowiednie zabezpieczenie tych danych przed osobami postronnymi oraz zobowiązanie pracowników do przestrzegania przepisów obowiązujących w tym zakresie.

3. Wszyscy pracownicy Szpitala zobowiązani są do uprzejmego, życzliwego traktowania pacjentów i ich rodzin oraz udzielania im niezbędnych informacji i pomocy w poruszaniu się po Szpitalu.

§ 42

1. W przypadku braku miejsc w oddziałach lub poradniach, pacjenci zostają wpisani na listę oczekujących.
2. Listy oczekujących prowadzą pracownicy:
 - a) rejestracji komórek ambulatoryjnej opieki specjalistycznej
 - b) oddziałów
 - c) Zakładu Opiekuńczo – Leczniczego.
3. Weryfikacji list okresowo dokonuje Zespół Oceny Przyjęć.
4. Pacjent zostaje przyjęty w terminie wynikającym z kolejności na liście oczekujących właściwej dla oddziału/poradni, do którego pacjent został skierowany.
5. W przypadku konieczności niezwłocznego wykonania świadczenia, pacjent zostaje umieszczony na liście oczekujących z adnotacją „pilny”. Decyzje w tej sprawie podejmuje lekarz kierujący oraz lekarz właściwego oddziału/poradni.
6. Pacjenci z adnotacją „pilny” przyjmowani są w pierwszej kolejności.
7. Pacjent otrzymuje informację dotyczącą terminu przyjęcia przekazaną w każdy możliwy sposób.
8. W przypadku, gdy pacjent nie może zgłosić się do Zakładu w wyznaczonym terminie, zobowiązany jest odwrotnie powiadomić o tym fakcie oddział/poradnię.
9. W przypadku, gdy pacjent powiadomiony stosownie do pkt 7, nie zgłosi się w wyznaczonym terminie, zostanie skreślony z listy oczekujących, chyba że usprawiedliwi swoje niestawiennictwo.

§ 43

Dzieci i młodzież, która nie ukończyła 18 roku życia, mają prawo do świadczeń opieki zdrowotnej, bez względu na to czy są ubezpieczeni, na zasadach i w zakresie określonym dla ubezpieczonych, art. 13 ustawy z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

2. FUNKCJONOWANIE SZPITALNEGO ODDZIAŁU RATUNKOWEGO WRAZ Z UDZIELANIEM ŚWIADCZEŃ W ZAKRESIE POMOCY DORAŻNEJ

§ 44

1. Szpitalny Oddział Ratunkowy udziela świadczeń zdrowotnych pacjentom w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego.

2. Do podstawowych zadań obszaru segregacji medycznej, rejestracji i przyjęć (Izby Przyjęć) Szpitalnego Oddziału Ratunkowego należy:
 - a) zbadanie każdego chorego skierowanego do szpitala,
 - b) udzielenie niezbędnej pomocy medycznej,
 - c) segregacja zgłaszających się według rodzaju choroby i jej ciężkości,
 - d) ustalenie potrzeby hospitalizacji,
 - e) rejestracja osób skierowanych na leczenie szpitalne, w szczególności przyjętych do szpitala,
 - f) prowadzenie ewidencji wolnych łóżek,
 - g) przeprowadzanie zabiegów sanitarno-higienicznych u osób przyjętych do szpitala,
 - h) w miarę potrzeby lub obowiązku dostarczanie bielizny i odzieży szpitalnej osobom przyjętym do szpitala oraz przyjęcia ich rzeczy do magazynu rzeczy chorych i depozytu.
 - i) udzielanie pomocy doraźnej pacjentom, u których nie stwierdza się konieczności hospitalizacji,
 - j) hospitalizacja pacjentów zgłaszających się w celu udzielenia pomocy doraźnej, u których stwierdzono w czasie badania konieczność hospitalizacji.
3. W obszarze segregacji medycznej, rejestracji i przyjęć (Izby Przyjęć) Szpitalnego Oddziału Ratunkowego przyjmuje się pacjentów posiadających skierowanie na hospitalizację w trybie planowym.
4. Każde przyjęcie pacjenta na hospitalizację odbywa się w obszarze segregacji medycznej, rejestracji i przyjęć (Izbie Przyjęć) Szpitalnego Oddziału Ratunkowego.
5. Za prawidłową organizację obszaru segregacji medycznej, rejestracji i przyjęć (Izby Przyjęć) odpowiada Pielęgniarka Oddziałowa Szpitalnego Oddziału Ratunkowego (Izby Przyjęć), a za poziom udzielanych świadczeń medycznych odpowiedzialny jest lekarz dyżurny Izby Przyjęć.
6. Szpitalny Oddział Ratunkowy wraz z obszarem segregacji medycznej, rejestracji i przyjęć przyjmuje pacjentów w ramach codziennego 24 godzinnego dyżuru.

§ 45

1. Niezwłocznie po zgłoszeniu się pacjenta, w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego, do punktu powiadomień i rejestracji Szpitalnego Oddziału Ratunkowego lub otrzymaniu powiadomienia o transporcie takiego pacjenta pielęgniarka/ratownik medyczny przeprowadza wywiad medyczny, wzywa zespół ratunkowy (w składzie zależnym od specyfiki przypadku) oraz przygotowuje salę reanimacyjną na przyjęcie pacjenta. Zespół ratunkowy Szpitalnego

Oddziału Ratunkowego wszczyna lub kontynuuje procedury w zakresie uzależnionym od specyfiki przypadku oraz prowadzi wstępne postępowanie diagnostyczno-lecznicze.

2. Do udzielenia natychmiastowej pomocy pacjentowi w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego zobowiązani są wszyscy pracownicy Szpitalnego Oddziału Ratunkowego wykonujący zawód medyczny, w zakresie odpowiednim do kwalifikacji.
3. Każdy Oddział otrzymujący bezpośrednio powiadomienie o transporcie pacjenta w stanie zagrożenia jest zobowiązany niezwłocznie powiadomić o tym zespół dyżurny Szpitalnego Oddziału Ratunkowego.
4. Niezwłocznie po zgłoszeniu się pacjenta wymagającego pomocy medycznej, pielęgniarz/ratownik medyczny przeprowadza wywiad medyczny i kieruje go do odpowiedniego lekarza, który przeprowadza badanie i wydaje zlecenia pozwalające ocenić stan pacjenta lub udziela natychmiastowej pomocy..
5. Badanie lekarskie w przypadkach nagłych powinno nastąpić niezwłocznie po zgłoszeniu się pacjenta do obszaru segregacji medycznej, rejestracji i przyjęć (Izby Przyjęć) Szpitalnego Oddziału Ratunkowego.
6. Jeżeli ustalenie stanu pacjenta budzi wątpliwości, w celu prawidłowej diagnozy pozostawia się pacjenta na obserwacji w Salach Obserwacji Szpitalnego Oddziału Ratunkowego pod stałym nadzorem. Czas obserwacji nie powinien przekraczać 24 godzin.
7. Po udzieleniu pacjentowi pomocy medycznej w obszarze segregacji medycznej, rejestracji i przyjęć (Izby Przyjęć) Szpitalnego Oddziału Ratunkowego lekarz podejmuje decyzję o możliwości opuszczenia przez pacjenta obszaru segregacji medycznej, rejestracji i przyjęć (Izby Przyjęć) Szpitalnego Oddziału Ratunkowego. Pacjent otrzymuje od lekarza Kartę Informacyjną zawierającą: rozpoznanie, numer statystyczny choroby, krótki opis wykonanych procedur oraz proponowane leczenie i zalecenia dotyczące dalszej opieki medycznej.

§ 46

1. Wszyscy pacjenci Szpitalnego Oddziału Ratunkowego muszą być na podstawie przedstawionych dokumentów (skierowanie, dokument ubezpieczenia zdrowotnego) rejestrowani w systemie komputerowym Szpitala w części "Ruch chorych - Izba Przyjęć".
2. Zakładana jest także Karta Informacyjna (nazwisko i imię pacjenta, adres, PESEL, symbol Oddziału NFZ).
3. Wszystkie działania medyczne podejmowane wobec pacjentów (wykonywane zabiegi lekarskie i pielęgniarzkie, rozpoznanie choroby, badania diagnostyczne, zlecenia) są odpowiednio dokumentowane.
4. W przypadku podjęcia decyzji o hospitalizacji pacjenta lekarz i pielęgniarz/ratownik medyczny z obszaru segregacji medycznej, rejestracji i przyjęć (Izby Przyjęć) Szpitalnego Oddziału Ratunkowego zakładają obowiązującą dokumentację (Historia Choroby, Historia Pielęgowania, Wywiad Epidemiologiczny oraz wypełniają druk Kwalifikacji). W/w dokumentacja jest przekazywana wraz z pacjentem do odpowiedniego Oddziału.

§ 47

1. Lekarz Szpitalnego Oddziału Ratunkowego jest zobowiązany uzyskać od przedstawicieli ustawowych pacjenta pisemną zgodę na leczenie oraz na przeprowadzenie niezbędnych badań diagnostycznych. Przedstawiciele ustawowi pacjenta potwierdzają także własnoręcznym podpisem fakt zapoznania się z „Regulaminem dla pacjentów Szpitala oraz osób odwiedzających i opiekujących się pacjentem w Szpitalu” oraz z Kartą Praw Pacjenta.
2. Lekarz Szpitalnego Oddziału Ratunkowego jest obowiązany uzyskać od pacjenta przytomnego lub przedstawicieli ustawowych pacjenta pisemną zgodę na leczenie oraz na przeprowadzenie niezbędnych badań diagnostycznych (dokumenty: Zgoda na leczenie i Zgoda na przeprowadzenie niezbędnych badań diagnostycznych). W przypadkach nagłego narażenia życia chorych nieprzytomnych wdrożenie odpowiednich procedur ratujących życie następuje bez uzyskania uprzedniej zgody.
3. W przypadku konieczności wykonania zabiegu operacyjnego w sali operacyjnej lub zabiegowo - gipsowej Szpitalnego Oddziału Ratunkowego, w ramach pomocy doraźnej, lekarz planujący wykonanie zabiegu jest obowiązany uzyskać pisemną zgodę przedstawicieli ustawowych na przeprowadzenie zabiegu (dokument: Zgoda na przeprowadzenie zabiegu operacyjnego).
4. W przypadkach, o których mowa ust. 1 i 2, przed uzyskaniem pisemnej zgody przedstawicieli ustawowych, lekarz jest obowiązany udzielić wyczerpujących informacji na temat leczenia, wykonania badań diagnostycznych lub konieczności wykonania zabiegu operacyjnego oraz poinformować o możliwych powikłaniach z tym związanych.
5. W przypadku konieczności znieczulenia, pisemną zgodę na znieczulenie uzyskuje od przedstawicieli ustawowych lekarz anestezjolog (dokument: Zgoda na znieczulenie ogólne).
6. Uzyskanie tej zgody powinno być poprzedzone udzieleniem przedstawicielom ustawowym wyczerpujących informacji dotyczących zabiegu znieczulenia. Lekarz anestezjolog jest wzywany telefonicznie do obszaru segregacji medycznej, rejestracji i przyjęć i obowiązany jest stawić się, zależnie od stanu pacjenta - niezwłocznie lub najpóźniej w ciągu 30 minut od wezwania.

§ 48

1. Lekarzem dyżurnym Szpitalnego Oddziału Ratunkowego jest lekarz, wyznaczony do pełnienia tej funkcji zgodnie z harmonogramem dyżurów.
2. Harmonogram dyżurów w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym układany jest w poszczególnych Oddziałach i zatwierdzany z wyprzedzeniem przez Zastępcę Dyrektora ds. Lecznictwa.
3. Lekarzem dyżurnym w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym może być lekarz posiadający specjalizację lub tytuł specjalisty w określonej dziedzinie zgodnie z ustawą o Państwowym Ratownictwie Medycznym.
4. Obowiązki lekarza dyżurnego Szpitalnego Oddziału Ratunkowego w czasie normalnej ordynacji Oddziałów - do godz. 15⁰⁵ pełni lekarz oddelegowany z Oddziału do Szpitalnego

Oddziału Ratunkowego. Od godz. 15⁰⁵ obowiązki lekarza dyżurnego przejmuje lekarz dyżurny, zgodnie z harmonogramem dyżurów.

5. Lekarze dyżurni Szpitalnego Oddziału Ratunkowego mają obowiązek przebywać stale w Oddziale (z wyjątkiem chirurga). Oddalenie się z Oddziału może nastąpić tylko w uzasadnionych przypadkach i musi być zgłoszone pielęgniarce Oddziału, przy czym lekarz jest zobowiązany do podania miejsca pobytu, czasu oddalenia, nr telefonu, aby można go było wezwać w każdej chwili.
6. Lekarz kończący dyżur przekazuje obowiązki następnemu lekarzowi dyżurnemu, informując o tym pielęgniarkę.
7. Lekarz dyżurny Szpitalnego Oddziału Ratunkowego oraz lekarze dyżurni z Oddziałów składają raport Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa o godz. 7³⁰ (z wyłączeniem dni wolnych od pracy), wpis w Książkę Raportów.

§ 49

1. Lekarz dyżurny Szpitalnego Oddziału Ratunkowego powinien posiadać bieżącą informację o stanie obłożenia Oddziałów.
2. Pielęgniarki Oddziałowe z Oddziałów codziennie o godz. 8.00 i o godz. 15.00 przekazują telefonicznie Oddziałowej Szpitalnego Oddziału Ratunkowego informację o ilości wolnych miejsc do hospitalizacji i ilości wolnych łóżek.

§ 50

1. Każdy pacjent wymagający hospitalizacji powinien być przyjęty do Szpitala.
2. Odmowa przyjęcia pacjenta na hospitalizację może nastąpić wyłącznie w przypadku choroby zakaźnej lub choroby psychicznej, pod warunkiem braku stanu zagrożenia życia pacjenta oraz w sytuacji, gdy transport do innej placówki i czas z tym związany nie pociągną za sobą pogorszenia stanu jego zdrowia.
3. Lekarz dyżurny Szpitalnego Oddziału Ratunkowego w sytuacji zgłoszenia się pacjenta z chorobą zakaźną lub chorobą psychiczną jest zobowiązany do przeprowadzenia wywiadu i badania lekarskiego, a w przypadku podjęcia decyzji o leczeniu w innej placówce do telefonicznego uzgodnienia przyjęcia z lekarzem placówki o odpowiednim profilu leczenia.
4. Każdy przypadek odmowy przyjęcia pacjenta powinien być odpowiednio zarejestrowany wraz z uzasadnieniem w Książce Odmów.
5. W przypadku braku miejsca w Oddziale, do którego ma być przyjęty pacjent, inny Oddział posiadający wolne miejsca jest obowiązany przyjąć pacjenta wymagającego hospitalizacji. Ordynator Oddziału następnego dnia podejmuje działania mające na celu hospitalizację pacjenta we właściwym Oddziale.

§ 51

1. W przypadku zakwalifikowania pacjenta, przez lekarza dyżurnego Szpitalnego Oddziału Ratunkowego do leczenia szpitalnego, pielęgniarka/ratownik medyczny na polecenia lekarza, zawiadamia telefonicznie odpowiedni Oddział o przyjęciu pacjenta.
2. Na podstawie tego zawiadomienia Oddział przygotowuje się do przyjęcia pacjenta.
3. Pacjent jest przekazywany (transportowany) do Oddziału przez pracownika medycznego Szpitalnego Oddziału Ratunkowego, który dostarcza lekarzowi dyżurnemu Oddziału kompletną dokumentację medyczną pacjenta. Jeżeli stan pacjenta tego wymaga, transport do Oddziału zabezpiecza lekarz dyżurny Szpitalnego Oddziału Ratunkowego.
4. Miejsce dla pacjenta w Oddziale jest przygotowywane zgodnie z obowiązującymi przepisami w zakresie sanitarno-epidemiologicznym.
5. Uzgodnione transporty pacjentów z innych szpitali do Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii, w celu kontynuacji leczenia, odbywają się bezpośrednio, a informacja o przyjęciu przekazywana jest niezwłocznie do Szpitalnego Oddziału Ratunkowego.

§ 52

1. Pacjent po zakwalifikowaniu do hospitalizacji ma możliwość oddania do magazynu depozytowego swoich rzeczy osobistych (bielizna, odzież, buty).
2. Szpital prowadzi depozyt przedmiotów wartościowych.

3. ŚWIADCZENIA W ZAKRESIE LECZNICTWA ZAMKNIĘTEGO (HOSPITALIZACJA)

§ 53

Hospitalizacja odbywa się w Oddziałach:

- 1) Oddziale Wewnętrznym z Salą Intensywnej Opieki Kardiologicznej,
- 2) Oddziale Anestezjologii i Intensywnej terapii,
- 3) Oddziale Chirurgii Ogólnej,
- 4) Oddziale Chirurgii Urazowo – Ortopedycznej,
- 5) Oddziale Ginekologiczno-Położniczo – Noworodkowym,
- 6) Oddziale Dziecięcym,
- 7) Zakładzie Opiekuńczo – Lecznicznym

§ 54

1. **Oddział** jest podstawową jednostką działalności podstawowej Szpitala, w której leczeni są pacjenci wymagający całodobowej opieki, jeżeli cel leczenia nie może być osiągnięty przez leczenie ambulatoryjne.
2. Rozkład pracy lekarzy na Oddziale zatwierdza Zastępca Dyrektora ds. Lecznictwa na wniosek Ordynatora.
3. Szczegółowy rozkład dnia oraz zakres pracy pielęgniarek, położnych i salowych ustala Pielęgniarka Oddziałowa po zatwierdzeniu przez Naczelną Pielęgniarkę.
4. Lekarze Oddziału zobowiązani są leczyć pacjenta zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, dostępnymi lekarzowi metodami i środkami zapobiegania, rozpoznawania i leczenia chorób zgodnie z zasadami etyki zawodowej oraz należytą starannością, a ich szczegółowy zakres ustala Ordynator.
5. Pielęgniarki i położne Oddziału zobowiązane są do udzielania świadczeń zdrowotnych pacjentom zgodnie z aktualną wiedzą medyczną, dostępnymi im metodami i środkami, zgodnie z zasadami etyki zawodowej oraz ze szczególną starannością, a ich szczegółowy zakres obowiązków ustala pielęgniarka Oddziałowa.
6. Personel medyczny jest zobowiązany prowadzić na bieżąco dokumentację medyczną, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.

§ 55

Oddział Wewnętrzny z Salą Intensywnej Opieki Kardiologicznej - (50 łóżek) w tym 4 z centralnym monitorowaniem. Oddział wykonuje zadania z zakresu diagnostyki i leczenia zachowawczego (stacjonarnego) dorosłych chorych ze schorzeniami układu krążenia oddechowego, zaburzeniami przemiany materii, chorobami endokrynologicznymi, przewodu pokarmowego i innymi.

§ 56

Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii - (4 łóżka) jest miejscem leczenia pacjentów w najcięższych stanach, u których występuje bezpośrednie zagrożenie życia lub przewidywane jest wystąpienie bezpośredniego zagrożenia życia. Oddział wykonuje wszystkie rodzaje znieczuleń do zabiegów operacyjnych planowych i nagłych.

§ 57

Oddział Chirurgii Ogólnej - (25 łóżek) prowadzi działalność diagnostyczną, leczniczą i opiekuńczą w pełnym zakresie dla pacjentów obarczonych schorzeniami chirurgicznymi.

§ 58

Oddział Chirurgii Urazowo - Ortopedycznej - (15 łóżek) zajmuje się profilaktyką, diagnostyką oraz leczeniem bezoperacyjnym i operacyjnym pacjentów z dysfunkcją narządów ruchu. Oddział świadczy całodobowe usługi w zakresie chirurgii narządów ruchu.

§ 59

Oddział Ginekologiczno-Położniczo – Noworodkowy - (30 łóżek, w tym 7 łóżek noworodkowych) wykonuje zadania z zakresu leczenia zachowawczego i operacyjnego stanów chorobowych narządu rodnego, prowadzenie ciąży i porodu oraz leczenie stanów nagłych, a także związane z pełną gotowością oddziału do przyjęcia noworodka.

Mając na uwadze standard organizacyjny opieki okołoporodowej, w celu ograniczenia interwencji medycznych w postaci: amniotomii, indukcji porodu, stymulacji czynności skurczowej, podawania opioidów, nacięcia krocza, cięcia cesarskiego, podania noworodkowi mleka modyfikowanego – w Oddziale Ginekologiczno-Położniczo-Noworodkowym wprowadza się zmiany organizacji pracy w postaci:

- a) opracowania i wdrożenia rekomendacji dotyczących indukcji porodu (w tym: amniotomii, indukcji porodu, stymulacji czynności skurczowej), cięcia cesarskiego, postępowania w trakcie porodu (w tym nacięcia krocza i podawania opioidów) - zalecanych przez Polskie Towarzystwo Ginekologów i Położników,
- b) prowadzenia na bieżąco rejestru wykonywanych procedur,
- c) kwartalnej analizy i weryfikacji poprawności wskazań do podejmowanych procedur prowadzonej przez kierownika/ordynatora Oddziału.

§ 60

Oddział Dziecięcy - (25 łóżek) wykonuje zadania związane z diagnozowaniem dzieci przyjętych do Oddziału. Leczone są wszystkie choroby wieku dziecięcego z wyjątkiem chorób chirurgicznych i zakaźnych.

§ 61

Zakład Opiekuńczo – Leczniczy - (30 łóżek) okresowo lub stałe obejmuje całodobową pielęgnacją i kontynuacją leczenia osoby, które przebyły proces leczenia szpitalnego, mają ukończony proces diagnozowania, leczenia operacyjnego lub intensywnego leczenia zachowawczego i nie wymagają już dalszej hospitalizacji, jednak ze względu na stan zdrowia, stopień niepełnosprawności, brak możliwości samodzielnego funkcjonowania w środowisku domowym są niezdolne do samoopieki oraz wymagają kontroli lekarskiej, profesjonalnej pielęgnacji i rehabilitacji

§ 62

Szpitalny Oddział Ratunkowy - (6 łóżek, w tym 4 obserwacji i 2 intensywnej terapii) udziela pomocy pacjentom w stanie zagrożenia życia spowodowanego urazem, zatruciem lub inną przyczyną zachorowania wymagającą natychmiastowej pomocy medycznej.

§ 63

1. Ordynatorzy/Kierownicy Oddziałów ponoszą odpowiedzialność za poziom leczenia chorych w podległych im jednostkach.
2. Ordynator/Kierownik odpowiada za sprawne funkcjonowanie oddziałów pod względem lekarskim, administracyjnym i gospodarczym oraz za właściwe leczenie chorych.
3. Ordynator/Kierownik czuwa nad prawidłowym tokiem pracy Oddziału, nadzoruje pod względem fachowym i etycznym pracę podległego personelu oraz dba o dyscyplinę pracy.

§ 64

Z chwilą przyjęcia do Oddziału personel ma obowiązek poinformować przedstawicieli ustawowych /lub pacjenta o przysługujących prawach zawartych w Karcie Praw Pacjenta w Szpitalu oraz wskazać miejsce gdzie są one dostępne – na tablicach informacyjnych w Oddziałach.

§ 65

1. Badanie, w celu ustalenia rozpoznania, a o ile jest to możliwe również leczenie, powinno być rozpoczęte z chwilą przyjęcia pacjenta do Oddziału.
2. Lekarze powinni kierować pacjenta na badania diagnostyczne w zakresie niezbędnym dla prawidłowego rozpoznania choroby i leczenia.

§ 66

1. Na leczenie, na przeprowadzenie niezbędnych badań diagnostycznych, na znieczulenie i na przeprowadzenie zabiegu operacyjnego wymagana jest zgoda pacjenta/przedstawiciela ustawowego.
2. Dokumenty te stanowią załącznik do Historii Choroby.
3. Zgodę uzyskuje się po uprzednim udzieleniu pacjentom/przedstawicielom ustawowym informacji na temat badań, leczenia lub zabiegu.

§ 67

1. Pielęgniarka dyżurna Oddziału oraz Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego niezwłocznie zawiadamia lekarza leczącego lub lekarza dyżurnego o śmierci pacjenta w Oddziale lub ZOL.
2. W razie pogorszenia się stanu zdrowia pacjenta, powodującego zagrożenie życia lub w razie jego śmierci pielęgniarka dyżurna niezwłocznie zawiadamia wskazaną przez pacjenta osobę lub instytucję.

3. Zwłoki pacjenta, który zmarł w szpitalu, mogą być poddane sekcji chyba, że jego przedstawiciel ustawowy wyrazi sprzeciw za życia pacjenta.
4. Przepis ust. 1 nie dotyczy dokonywania sekcji w sytuacjach:
 - określonych w kodeksie postępowania karnego,
 - gdy przyczyny zgonu nie można ustalić w sposób jednoznaczny,
 - gdy zgon pacjenta nastąpił przed upływem 12 godzin od przyjęcia do szpitala,
 - określonych w przepisach o chorobach zakaźnych i zakażeniach.
5. O zaniechaniu sekcji sporządza się adnotację w dokumentacji medycznej dołączając oświadczenie woli, o którym mowa w ust. 1.
6. Dyrektor Szpitala na wniosek właściwego Ordynatora lub, w razie potrzeby, po zaczerpnięciu jego opinii, zarządza dokonanie lub zaniechanie sekcji.
7. W dokumentacji medycznej sporządza się adnotację o dokonaniu lub zaniechaniu sekcji zwłok, z odpowiednim uzasadnieniem.

§ 68

1. Codzienna praca w Oddziałach zorganizowana jest wg następującego rozkładu:
 - raport pielęgniarstwa
 - wykonywanie toalety pacjentów, mierzenie temperatury
 - pobieranie materiałów do badań diagnostycznych
 - śniadanie, podawanie leków
 - raport lekarski
 - wizyta lekarska
 - wykonywanie badań, zabiegi diagnostyczne i lecznicze, wykonywanie zaleceń lekarskich, opracowywanie dokumentacji medycznej, konsultacje, wypisy, szkolenia personelu
 - obiad, podawanie leków
 - wykonywanie zleceń lekarskich, mierzenie temperatury
 - kolacja, podawanie leków
 - wizyta lekarska lekarzy dyżurnych
 - wykonywanie toalety pacjentów
 - cisza nocna
2. W szczególnie uzasadnionych sytuacjach oraz w dni wolne od pracy rozkład dnia może ulegać nieznacznym zmianom, jednakże nie może to wpłynąć na poziom opieki medycznej nad pacjentem.
3. Mierzenie temperatury pacjentom dokonywane jest w miarę potrzeb odpowiednio do stanu pacjenta, jednakże nie rzadziej niż dwa razy w ciągu dnia.

§ 69

1. Raport lekarski jest zorganizowany w formie zebrania lekarzy, w czasie którego odbywa się relacja z przebiegu dyżuru, omówienie zmian w stanach pacjentów, dyskusja oraz podejmowane są decyzje w sprawach leczenia i pielęgnacji pacjentów. Zebranie odbywa się pod przewodnictwem Ordynatora lub upoważnionego lekarza. W raporcie uczestniczy Pielęgniarka Oddziałowa. Ordynator może zarządzić organizowanie raportów także w ciągu lub na zakończenie normalnej ordynacji Oddziału
2. Wizyta lekarska obejmuje wszystkich pacjentów. W czasie wizyty lekarz prowadzący salę (zespół lekarzy) przeprowadza wywiad z pacjentem, ustala zmiany w stanie pacjenta, wydaje odpowiednie zalecenia w zakresie leczenia i diagnostyki. Wszystkie decyzje podejmowane przez lekarza prowadzącego wizytę są przez niego rejestrowane i podpisywane. Wizyta odbywa się z udziałem pielęgniarki oddziałowej i pielęgniarki opiekującej się salą. Wizyta odbywa się co najmniej dwa razy w ciągu dnia – rano i wieczorem. Co najmniej dwa razy w tygodniu wszyscy pacjenci wizytowani są przez Ordynatora. Wizytę wieczorną przeprowadza lekarz dyżurny z udziałem pielęgniarki.
3. W razie potrzeby Ordynator decyduje o zwołaniu konsylium lekarskiego, z udziałem wysoko wykwalifikowanych specjalistów z różnych dziedzin medycyny, celem wspólnego podjęcia decyzji o dalszych działaniach diagnostyczno – leczniczych dotyczących pacjenta.
4. W uzasadnionych przypadkach pacjenci są konsultowani przez specjalistów z innych Oddziałów. W każdym Oddziale Ordynator wyznacza lekarzy, którzy mają obowiązek udzielania konsultacji, w zakresie posiadanej specjalności, pacjentom innych Oddziałów. Wezwanie na konsultacje następuje telefonicznie. Wezwany konsultant ma obowiązek niezwłocznego udzielenia konsultacji chyba, że zachodzą okoliczności usprawiedliwiające zwłokę. Konsultacja wpisywana jest przez konsultanta do Historii Choroby pacjenta. W czasie dyżuru obowiązki konsultanta pełni lekarz dyżurny.

§ 70

1. Lekarze sprawują stałą opiekę nad pacjentami leżącymi w salach przydzielonych im przez Ordynatora/Kierownika.
2. Ordynator/Kierownik może wprowadzić inny system opieki lekarskiej nad salami, jeżeli uzna, że jest to uzasadnione w danym Oddziale ze względu na poprawę organizacji opieki nad pacjentem.
3. Opiekę lekarską, poza godzinami normalnej ordynacji Oddziałów, zapewnia się w formie dyżuru medycznego.
4. Pielęgniarki sprawują opiekę pielęgniarską nad pacjentem przez cały okres jego pobytu w Oddziale. Realizują świadczenia pielęgniarskie zgodnie z ustalonymi standardami i procedurami.

§ 71

Badania diagnostyczno – lecznicze powinny być udokumentowane. Dokumentacja winna zawierać skierowanie na badanie wraz z podpisem lekarza zlecającego badanie, a także wynik badania z podpisem osoby je wykonującej.

§ 72

Informacje o stanie zdrowia pacjentów są udzielane pacjentom/przedstawicielom ustawowym codziennie osobiście lub telefonicznie przez lekarza prowadzącego, a w godzinach popołudniowych przez lekarza dyżurnego. Na prośbę pacjentów/przedstawicieli ustawowych informacji udziela Ordynator/Kierownik.

§ 73

1. Rodzina/przedstawiciele ustawowi mogą odwiedzać pacjentów przez cały dzień, z wyjątkiem okresu wizyt lekarskich i pory nocnej. W szczególnych sytuacjach Ordynator może wyrazić zgodę na pozostanie ich także w porze nocnej, jednakże obecność rodziny/przedstawicieli ustawowych nie może zaburzyć normalnej pracy Oddziału oraz musi być zgodna z przepisami bhp, p.poż oraz wytycznymi w zakresie sanitarno – epidemiologicznym.
2. Do Oddziału należy wchodzić bez wierzchnich okryć i bagażu, w fartuchu ochronnym, o ile jest to wymagane na danym Oddziale i obuwiu ochronnym.
3. Do Oddziału dzieci poniżej 14 roku życia mogą wchodzić wyłącznie pod opieką osób dorosłych.
4. Bez zgody pielęgniarki nie można zabierać pacjentów poza teren Oddziału.
5. Pacjenci mogą otrzymywać produkty spożywcze wyłącznie w porozumieniu z lekarzem lub pielęgniarką.
6. Informacje dotyczące zasad odwiedzin wywieszane są na tablicach informacyjnych poszczególnych Oddziałów.

§ 74

Wobec osób z zaburzeniami psychicznymi, a także wobec osób, które na podstawie zalecenia lekarskiego, powinny być czasowo unieruchomione może być stosowany w określonych sytuacjach przymus bezpośredni – zgodnie z przepisami ustawy o ochronie zdrowia psychicznego.

§ 75

1. Obowiązkiem lekarza leczącego jest zgłoszenie Ordynatorowi wniosku o wypisanie pacjenta ze Szpitala po zakończeniu leczenia. Do chwili opuszczenia Szpitala przez pacjenta prowadzony jest on w dokumentacji jako chory.
2. Wypisanie ze Szpitala, jeżeli przepisy szczególne nie stanowią inaczej następuje:
 - gdy stan zdrowia nie wymaga dalszego leczenia w Szpitalu,

- na życzenie osoby przebywającej w Szpitalu lub przedstawiciela ustawowego pacjenta,
 - gdy osoba przebywająca w Szpitalu w sposób rażąco narusza regulamin organizacyjny, 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.
3. Jeżeli przedstawiciel ustawowy żąda wypisania ze Szpitala osoby, której stan zdrowia wymaga leczenia w Szpitalu, Dyrektor Szpitala lub lekarz przez niego upoważniony może odmówić wypisania do czasu wydania w tej sprawie orzeczenia przez właściwy ze względu na siedzibę Szpitala sąd opiekuńczy, chyba że przepisy szczególne stanowią inaczej. Właściwy Sąd opiekuńczy zawiadamiany jest niezwłocznie o odmowie wypisania ze Szpitala i przyczynach odmowy.
 4. Osoba występująca o wypisanie ze Szpitala na własne żądanie jest informowana przez lekarza o możliwych następstwach zaprzestania leczenia w Szpitalu. Osoba ta składa pisemne oświadczenie o wypisaniu ze Szpitala na własne żądanie. W przypadku braku pisemnego oświadczenia lekarz sporządza adnotację w dokumentacji medycznej.

§ 76

1. Jeżeli przedstawiciel ustawowy lub faktyczny opiekun nie odbiera małoletniego lub osoby niezdolnej do samodzielnej egzystencji ze Szpitala w wyznaczonym terminie, Szpital zawiadamia o tym niezwłocznie organ gminy właściwej ze względu na miejsce zamieszkania lub pobytu osoby oraz organizuje na koszt gminy przewiezienie do miejsca zamieszkania.
2. Pacjent, którego stan zdrowia nie wymaga dalszego leczenia szpitalnego, ponosi koszty pobytu w Szpitalu począwszy od terminu określonego na podstawie wniosku odpowiedniego Ordynatora przez Dyrektora Szpitala niezależnie od uprawnień do bezpłatnych świadczeń określonych w przepisach odrębnych.

§ 77

Pacjenci/przedstawiciele ustawowi mogą wystąpić z wnioskiem o wyrażenie zgody na „przepustkę” dla pacjenta. Fakt ten odnotowywany jest w Historii Choroby wraz z podpisami pacjenta/przedstawicieli ustawowych i lekarza prowadzącego oraz określeniem terminu powrotu. Udzielanie „przepustek” powinno występować jedynie w sytuacjach wyjątkowych.

4. BLOK OPERACYJNY

§ 78

1. W Bloku Operacyjnym wykonywane są zabiegi operacyjne w schorzeniach wymagających interwencji chirurgicznej, ortopedycznej i położniczo - ginekologicznej.
2. W skład zespołu sal operacyjnych wchodzi:
 - sale operacyjne Bloku Operacyjnego,

- oraz jedna sala operacyjna znajdująca się na terenie Szpitalnego Oddziału Ratunkowego.

3. W Bloku Operacyjnym znajdują się następujące sale operacyjne:

Sala operacyjna - chirurgii ogólnej,

Sala operacyjna – urazowo - ortopedyczna,

Sala operacyjna – położniczo - ginekologiczna.

4. Zastępca Dyrektora ds. Lecznictwa ma prawo wstrzymać i przesunąć planowane zabiegi operacyjne oraz dysponować wszystkimi salami.

§ 79

1. Plany zabiegów operacyjnych są ustalane w Oddziałach i przekazywane najpóźniej w przeddzień planowanego zabiegu Ordynatorowi Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii oraz Oddziałowej Bloku Operacyjnego.

2. Informacje o wszystkich zmianach w planach zabiegów są przekazywane niezwłocznie osobom wymienionym w ust. 1.

3. Informacja o planowanych (lub zmienionych) zabiegach operacyjnych powinna zawierać:

- godzinę rozpoczęcia zabiegu,

- rodzaj zabiegu,

- imię i nazwisko pacjenta,

- skład zespołu lekarzy operujących.

§ 80

Zabiegi operacyjne wykonywane są przez zespoły operacyjne w skład, których wchodzi:

- zespół lekarzy operujących, w składzie co najmniej 2 lekarzy, pod kierownictwem ustalonym przez Ordynatora danego Oddziału,

- zespół anestezjologiczny – lekarz i pielęgniarka z Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii,

- pielęgniarka instrumentariuszka,

- pielęgniarka pomagająca.

§ 81

1. W dniu poprzedzającym planowany zabieg lekarz anestezjolog, bez dodatkowego wezwania do Oddziału, ustala czy stan pacjenta pozwala na dokonanie zabiegu.
2. W dniu zabiegu pacjent jest przekazywany przez pielęgniarkę z Oddziału do Bloku Operacyjnego pod opiekę zespołu anestezjologicznego, który zapewnia stałą opiekę anestezjologiczną, od momentu przyjęcia pacjenta na Blok do chwili opuszczenia Bloku Operacyjnego.
3. Każdy pacjent przekazywany jest do Bloku Operacyjnego wraz z pełną obowiązującą dokumentacją medyczną.
4. Pacjent może opuścić Blok Operacyjny (salę wybudzeń) po wydaniu decyzji przez lekarza anestezjologa stwierdzającej, że stan zdrowia pacjenta pozwala na przekazanie go do Oddziału.

§ 82

1. Pracownicy Bloku Operacyjnego ściśle przestrzegają szczegółowych standardów i procedur w zakresie sanitarno - epidemiologicznym dotyczących m. in.: poruszania się po Bloku, ubrania, narzędzi, materiałów, obłożenia pola operacyjnego oraz innych działań zapobiegających zakażeniom szpitalnym i powikłaniom pooperacyjnym.
2. Obowiązuje ścisły zakaz wstępu na Blok osób postronnych (w tym przedstawicieli ustawowych pacjentów).

§ 83

Pobyt pacjenta na Bloku Operacyjnym i przebieg zabiegu są szczegółowo dokumentowane.

§ 84

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

5. ŚWIADCZENIA AMBULATORYJNE

§ 85

1. Poradnie zajmują się leczeniem ambulatoryjnym osób kierowanych do specjalistycznych poradni przez lekarza ubezpieczenia społecznego

2. Świadczeń zdrowotnych w poradni udzielają wyłącznie lekarze specjaliści w specjalnościach reprezentowanych dla profilu poradni lub lekarze specjalizujący się w danej specjalności.
3. Porady ambulatoryjne udzielane są wyłącznie pacjentom zarejestrowanym w Rejestracji .
4. Rejestracji można dokonać osobiście bądź telefonicznie.
5. Pacjenci są rejestrowani w kolejności zgłoszenia się.
6. Rejestracja po zaewidencjonowaniu pacjenta wskazuje gabinet lekarski i informuje o przewidywanym terminie, w tym godzinie i kolejności udzielania porad.
7. Po zarejestrowaniu pacjenta, Rejestracja przekazuje dokumentację dotyczącą pacjenta do odpowiedniego gabinetu lekarskiego.
8. Po zakończeniu przyjęć, dokumentacja jest zwracana przez Poradnie do Rejestracji.

§ 86

1. Pacjent zgłaszający się do poradni specjalistycznych przyjmowany jest na podstawie dokumentu ubezpieczenia zdrowotnego oraz skierowania wystawionego przez lekarza ubezpieczenia społecznego z zastrzeżeniem ust.
2. Bez skierowania udziela się świadczeń w poradniach w stanach zagrożenia życia lub zdrowia oraz świadczeń zdrowotnych określonych w ustawie o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym.
3. Pacjent, który zgłosi się do poradni na podstawie skierowania o przeprowadzenie konsultacji, powinien otrzymać opinię lekarza specjalisty, którą następnie winien przedłożyć lekarzowi kierującemu.
4. Pacjent leczony w poradni specjalistycznej winien przedstawić aktualne skierowanie w terminach określonych odrębnymi przepisami.
5. Świadczenia zdrowotne udzielane przez Oddziały, Działy, Pracownie i inne jednostki organizacyjne działalności podstawowej wykonywane są pacjentom hospitalizowanym w Szpitalu lub prowadzonym w poradni specjalistycznej na podstawie skierowania lekarza zatrudnionego w jednostce organizacyjnej Szpitala.
6. Oddziały i Pracownie udzielają świadczeń pacjentom skierowanym przez inne zakłady opieki zdrowotnej, z którymi Szpital zawarł stosowne umowy na zasadach w nich określonych.
7. Pacjenci kierowani przez zakłady opieki zdrowotnej, z którymi Szpital nie zawarł stosownych umów przyjmowani są w w/w jednostkach organizacyjnych bezpłatnie, jeżeli na skierowaniu kierownik zakładu opieki zdrowotnej kierującego pacjenta potwierdzi pokrycie kosztów.
8. W razie korzystania ze świadczeń za odpłatnością, pacjent może być zarejestrowany pod warunkiem przedłożenia dowodu wpłaty, opłat za badania dokonuje się w Kasie Szpitala.

§ 87

1. Udzielanie porad ambulatoryjnych rozpoczyna się zgodnie z informacją dotyczącą godzin przyjęć poszczególnych Poradni, znajdującą się na tablicy informacyjnej w Rejestracji oraz na drzwiach poszczególnych gabinetów.
2. W razie, gdy istnieją przeszkody w punktualnym rozpoczynaniu pracy Poradni, z powodu nieobecności lekarza, Kierownik nadzorujący pracę Poradni zobowiązany jest o ile to możliwe zorganizować zastępstwo.
3. Porady są udzielane zgodnie z zasadami przyjęć obowiązującymi w danej Poradni.
4. Godziny przyjęć poszczególnych Poradni ustalane są w zależności od potrzeb społecznych i możliwości organizacyjnych Szpitala.
5. W przypadkach wymagających natychmiastowej pomocy pacjent jest przyjmowany poza kolejnością.
6. Każdemu pacjentowi zgłaszającemu się w celu uzyskania porady, w miarę możliwości, powinna być udzielona porada w dniu zgłoszenia lub w najbliższym określonym terminie.
7. W uzasadnionych przypadkach porady można udzielić w terminie późniejszym.

§ 88

1. Lekarze udzielają świadczeń zdrowotnych zgodnie z zasadami etyki zawodowej oraz prowadzą dokumentację medyczną pacjenta wg obowiązujących przepisów.
2. Do zadań Poradni należy:
 - przyjmowanie pacjentów zakwalifikowanych do leczenia,
 - konsultowanie pacjentów z innych szpitali.
3. Świadczenia w zakresie specjalistycznej opieki zdrowotnej obejmują:
 - a) świadczenia zapobiegawczo - uzupełniające do świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej.
 - b) świadczenia lecznicze i konsultacyjne udzielane w poradniach.
4. Poradnie specjalistyczne zobowiązane są do leczenia jednostek chorobowych oraz zapewnienia wykonywania badań diagnostycznych i procedur medycznych ustalanych przez NFZ lub następcę prawnego.

6. PORADNIE SPECJALISTYCZNE

§ 89

PORADNIA DIABETOLOGICZNA

Poradnia Diabetologiczna zajmuje się diagnostyką i leczeniem pacjentów z cukrzycą, wykonuje badania i prowadzi edukację pacjentów w zakresie: obsługi glukometrów, nauki techniki podawania insuliny oraz miejsc jej podawania, nauki podstawowych zasad żywienia i wymienników węglowodanowych, diety, umiejętności samokontroli, postępowania w czasie dodatkowej choroby, hipoglikemii i hyperglikemii – ich objawów, przyczyn, postępowania. Poradnia zajmuje się określaniem wskaźnika BMI, podawaniem insuliny oraz pomiarem RR, wagi wzrostu.

Wykonywane usługi:

- Konsultacje diabetologa
- Konsultacje dietetyka
- Ustalanie diety
- Pomiar tkanki tłuszczowej
- Pomiar ciśnienia
- Pomiar wzrostu i wagi ciała
- Pełny zakres badań analitycznych (m. in. glukoza, krzywa cukrowa, HbA1c).

§ 90

PORADNIA KARDIOLOGICZNA

Poradnia Kardiologiczna zajmuje się schorzeniami i wadami układu sercowo-naczyniowego ([serca](#), [aorty](#) i mniejszych naczyń krwionośnych), ich rozpoznawaniem i leczeniem.

Zakres świadczeń:

- 1) świadczenia konsultacyjne w zakresie diagnostyki i leczenia chorych z chorobami układu krążenia,
- 2) wczesne wykrywanie i prewencja chorób układu krążenia,
- 3) opieka poszpitalna w stosunku do chorych z chorobami układu krążenia,

- 4) kwalifikowanie do diagnostyki i leczenia w poradniach wysokospecjalistycznych kardiologicznych,
- 5) współpraca ze szpitalami uzdrowiskowymi rehabilitacji kardiologicznej.

§ 91

PORADNIA NEUROLOGICZNA

Poradnia Neurologiczna zajmuje się schorzeniami centralnego i obwodowego układu nerwowego.

Wykonywane usługi:

- Konsultacje neurologa
- Kierowanie na badania specjalistyczne m.in.:
- Badania RTG
- Badanie przepływów przez naczynia szyjne metodą Dopplera.

§ 92

PORADNIA GRUŻLICY I CHORÓB PŁUC

Poradnia Gruźlicy i chorób płuc zajmuje się schorzeniami płuc i oskrzeli.

Zakres świadczeń przez poradnię to:

- 1) usługi konsultacyjne,
- 2) diagnostyczne i lecznicze
- 3) współpraca z pracowniami: radiologiczną, bakteriologiczną, endoskopową.
- 4) odejmowanie działań profilaktycznych.
- 5) wczesne wykrycie choroby i natychmiastowe leczenie chorego powoduje to, iż chory prawidłowo leczony już po miesiącu przestaje być zaraźliwy dla otoczenia.

§ 93

PORADNIA GINEKOLOGICZNO – POŁOŻNICZA (K)

Celem Poradni Ginekologiczno - Położniczej jest zapewnienie opieki kobiecie w każdym momencie jej życia. W poradni zajmujemy się kompleksową diagnostyką i leczeniem chorób kobiecych, profilaktyką i promocją zdrowia, opieką nad kobietą ciężarną, bezpieczną antykoncepcją, leczeniem zaburzeń hormonalnych, profilaktyką i diagnostyką chorób szyjki

macy, stanów zapalnych i nowotworów narządów płciowych, opieką nad kobietą w okresie menopauzy oraz profilaktyką osteoporozy.

Poradnia świadczy usługi z zakresu:

- 1) profilaktyki i promocji zdrowia
- 2) opieki nad kobietą ciężarną
- 3) antykoncepcji
- 4) leczenia zaburzeń hormonalnych
- 5) profilaktyki i diagnostyki chorób szyjki macicy, stanów zapalnych i nowotworów narządów płciowych,
- 6) opieki nad kobietą w okresie menopauzy i profilaktyki osteoporozy.

Zabiegi wykonywane w Poradni Ginekologiczno-Położniczej:

- pobieranie materiału do badania cytologicznego,
- badanie piersi,
- usg.

§ 94

PORADNIA CHIRURGICZNA

W poradni Chirurgii Ogólnej świadczone są następujące rodzaje usług:

- 1) udzielanie porad, diagnostyka i leczenie chorób z zakresu jamy brzusznej i klatki piersiowej, głowy, szyi, tarczycy,
- 2) usuwanie chirurgiczne wszelkich zmian skórnych (guzków skóry, kaszaków, włókniaków, przerostych blizn) z badaniem histopatologicznym tych zmian,
- 3) leczenie zmian ropnych skóry, zastrzałów, zanokcicy kończyn,
- 4) plastyka wrastających paznokci,
- 5) przygotowywanie i kwalifikacja chorych do operacji oraz prowadzenie chorych po zabiegach operacyjnych,
- 6) leczenie oparzeń, odmrożeń,
- 7) diagnostyka i leczenie świeżych i przewlekłych ran, owrzodzeń żyłakowych i cukrzycowych odleżyn.

Zakres świadczeń:

- konsultacje dla lecznictwa ambulatoryjnego
 - leczenie ze wskazań pilnych, nagłych (drobne urazy, oparzenia)
 - opieka poszpitalna
 - współpraca z pracownikami: endoskopii, ultrasonografii, radiologii, patomorfologii,
- Przyjmują lekarze z oddziału chirurgicznego.

§ 95

PORADNIA CHIRURGII URAZOWO – ORTOPEDYCZNEJ

Świadczy usługi w zakresie rozpoznawania i leczenia zmian schorzeń układu kostno - stawowego:

- 1) wady postawy,
- 2) zmiany zwyrodnieniowe stawów,
- 3) zespoły przeciążeniowe stawów (m. in. łokieć tenisisty),
- 4) blokady i ostrzyknięcia stawów,
- 5) zaopatrzenie ortopedyczne,
- 6) kwalifikacje do leczenia fizykoterapeutycznego.

Zabiegi wykonywane w Poradni Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej:

- 1) nastawianie złamań,
- 2) usunięcie szwów,
- 3) wycięcie torbieli, guzków, zmian skóry,
- 4) punkcja jam ciała,
- 5) opatrywanie ran powierzchniowych

§ 96

PORADNIA OTOLARYNGOLOGICZNA

Poradnia prowadzi diagnostykę i leczy schorzenia górnych dróg oddechowych, uszu, głowy i szyi. Do procedur wykonywanych w poradni należą m.in.: badanie słuchu, paracenteza, punkcje zatok przynosowych, próba Politzera, katetyzacja, nacinanie ropni, podcinanie wężidełka języka.

Zachowawcze leczenie schorzeń ucha i górnych dróg oddechowych.

Zakres świadczeń:

- 1) usługi diagnostyczne , lecznicze w stosunku do osób z chorobami uszu, nosa ,
- 2) jamy ustnej, gardła, krtani,
- 3) sprawuje opiekę poszpitalną nad chorymi po zabiegach operacyjnych,
- 4) uczestniczy w badaniach profilaktycznych wczesnego wykrywania raka krtani

§ 97

PORADNIA LECZENIA UZALEŻNIEŃ

Poradnia Leczenia Uzależnień zajmuje się leczeniem: alkoholizmu (choroba posiadająca własną etiologię i patogenezę, specyficzny stan organizmu człowieka oraz zmian w zachowaniu towarzyszącym zawężaniu się wachlarza umiejętności radzenia sobie w życiu wraz z pojawiającym się przymusem picia alkoholu pomimo negatywnych konsekwencji wcześniejszego zażywania), narkomanii (początkiem leczenia jest odtrucie, potem potrzebna jest nauka skutecznych i przystosowawczych strategii radzenia sobie w trudnych warunkach zwiększająca poczucie własnej skuteczności), lekomanii i inne. Także terapia uzależnień od środków psychoaktywnych, terapia współuzależnienia i psychoterapia problemów rodzinnych.

§ 98

PORADNIA STOMATOLOGICZNA

Poradnia Stomatologiczna zajmuje się leczeniem zębów, przyzębia, błony śluzowej jamy ustnej, stawu skroniożuchwowego.

Zakres świadczeń:

- 1) zapewnienie opieki stomatologicznej w schorzeniach jamy ustnej,
- 2) leczenie zębów i chorób przyzębia.

§ 99

PORADNIA ORTODONTYCZNA

Poradnia Ortodontyczna zajmuje się profilaktyką i leczeniem wad zgryzu oraz wad szczękowo-twarzowych u dzieci, młodzieży i dorosłych. Terapia prowadzona jest przez ortodontę - lekarza specjalistę w tej dziedzinie. W zakres ortodoncji wchodzi kontrola rozwoju uzębienia i twarzy oraz korygowanie odchyłań we wzajemnym układzie zębów i kości części twarzowej czaszki. Leczenie ortodontyczne obejmuje poprawę wymowy oraz a także poprawę jakości żucia pokarmu.

§ 100

PRACOWNIE FIZJOTERAPII w Opocznie

1. W skład Pracowni Fizjoterapii w Opocznie wchodzi następujące gabinety:

- 1) Gabinet kinezyterapii – leczenie ruchem, tzw. Gimnastyka lecznicza. Kinezyterapia najczęściej stosowana jest w schorzeniach i dysfunkcji narządu ruchu, w zespołach bólowych kręgosłupa, po udarach mózgu, po zawale serca, w niektórych chorobach układu oddechowego, w chorobach reumatoidalnych, po zabiegach operacyjnych w jamie brzusznej, przed porodem itp. Kinezyterapia może być stosowana jako podstawowa forma leczenia (np.: w zachowawczym leczeniu wad postawy, bóle krzyża, bolesność stawu rzepkowo udowego, tendinopatie). Stosowanie kinezyterapii umożliwia uzyskanie maksymalnej poprawy utraconej funkcji, umożliwia prawidłowy przebieg procesów przebudowy tkanek po urazach i operacjach, zapobiega powikłaniom w układzie krążenia i oddychania, które mogą wynikać z długiego unieruchomienia.
- 2) Gabinet masażu – wykonywane są w nim zabiegi fizjoterapeutyczne polegające w klasycznej formie na wykonywaniu specjalnych chwytów takich jak: rozcieranie, ugniatanie oklepywanie itp. - masaż uciskowy. W gabinecie wykonywany jest drenaż limfatyczny. Polecany jest szczególnie osobom, u których występują obrzęki, będące wynikiem zastojów krwi i limfy w przestrzeniach międzykomórkowych. Zalecany jest również w przypadku żylaków.
- 3) Gabinet fizykoterapii - wykonywane są zabiegi wykorzystujące bodźce fizyczne takie jak: prąd elektryczny, ciepło i zimno, światło, ultradźwięki, pola magnetyczne, wodę w postaci natrysków i kąpieli. Dobierając rodzaj bodźca oraz jego natężenie osiąga się zamierzony efekt leczniczy. Niektóre zabiegi fizyczne oddziałują bezpośrednio na funkcje życiowe komórki, usprawniając je (biostymulacja). W ten sposób pobudzają naturalne możliwości naszego organizmu do walki z chorobą.

7. ZESPOŁY RATOWNICTWA MEDYCZNEGO

§ 101

1. W Szpitalu funkcjonują 3 Zespoły Ratownictwa Medycznego typu P (Podstawowe), będące jednostkami systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego, które podejmują medyczne czynności ratunkowe w warunkach pozaszpitalnych.

2. Zespoły Ratownictwa Medycznego stacjonują w następujących lokalizacjach:

- 1) Zespół Ratownictwa Medycznego E01 100 w Opocznie: 26-300 Opoczno, ul. Partyzantów 30,
- 2) Zespół Ratownictwa Medycznego E01 102 w Opocznie: 26-300 Opoczno, ul. Partyzantów 30,
- 3) Zespół Ratownictwa Medycznego E01 104 w Żarnowie: 26-330 Żarnów, ul. Szkolna 8.

2. W skład ZRM typu P wchodzi dwie osoby uprawnione do wykonywania medycznych czynności ratunkowych, pełniące funkcje kierowcy oraz kierownika zespołu: ratownik medyczny lub pielęgniarka systemu.

3. Za funkcjonowanie zespołów ratownictwa medycznego w zakresie układania harmonogramów, rozliczania czasu pracy, bieżącego zaopatrzenia w środki medyczne itp. - odpowiedzialny jest Koordynator ZRM, którym jest ratownik medyczny wyznaczony przez Dyrektora Szpitala.

4. Nadzór nad pracą zespołów ratownictwa medycznego pełni Zastępca Dyrektora ds. Lecznictwa

8. BADANIA DIAGNOSTYCZNE

§ 102

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

- działy diagnostyczne Szpitala,
- jednostki zajmujące się diagnostyką poza Szpitalem, w sytuacji gdy wykonanie badań w Szpitalu nie jest możliwe.

2. Badania diagnostyczne prowadzone są zgodnie z zakresem działalności przez:

- Dział Diagnostyki Obrazowej
- w tym Pracownie Diagnostyczne o różnych specjalnościach,
- Dział Diagnostyki Laboratoryjnej – udzielający świadczeń zdrowotnych w zakresie diagnostyki laboratoryjnej (analityki, bakteriologii, prątka gruźlicy i patomorfologii)..

3. Wszystkie badania diagnostyczne wykonywane są wyłącznie na zlecenie lekarzy Szpitala i zgodnie z tymi zleceniami .

4. Wszystkie zleczone badania powinny być wykonywane niezwłocznie. W uzasadnionych przypadkach (np. ze względu na konieczność odpowiedniego przygotowania pacjenta, specyfikę badania itp.) badania mogą być wykonywane w terminie późniejszym, ustalonym z /pacjentem/przedstawicielami ustawowymi pacjenta.

5. Wszystkie zleczone badania, z uwagą na zleceniu „pilne” powinny być wykonywane niezwłocznie.

§ 103

1. Wszystkie wykonywane badania są rejestrowane w odpowiednich Rejestracjach Działów Diagnostycznych.

2. Wyniki badań są wydawane wyłącznie pacjentom/przedstawicielom ustawowym pacjentów, pracownikom odpowiednich Oddziałów, Zakładu Opiekuńczo Leczniczego.
3. Wyniki badań nie mogą być wydawane osobom postronnym.
4. Każdy wynik badania diagnostycznego jest podpisywany przez wykonawcę tego badania.

§ 104

1. Rodzaje badań diagnostycznych, które powinny być wykonane ustala lekarz prowadzący w zakresie niezbędnym do prawidłowego diagnozowania i leczenia.
2. Do badania lub pobrania materiału do badań pacjent powinien być odpowiednio przygotowany pod względem fizycznym i psychicznym oraz zgodnie z procedurami medycznymi.

§ 105

1. Wszystkie działy diagnostyczne są obowiązane do ścisłego przestrzegania procedur dotyczących identyfikacji pacjentów i materiałów do badań.

§ 106

1. Badania diagnostyczne – radiologiczne, elektroradiologiczne, ultrasonograficzne i endoskopii są wykonywane:
 - w Dziale Diagnostyki Obrazowej – u pacjentów skierowanych na badanie, w ramach leczenia ambulatoryjnego, pomocy doraźnej lub pacjentów hospitalizowanych,
 - w razie konieczności w Oddziałach przy łóżku pacjenta,
 - w razie konieczności w Bloku Operacyjnym w czasie zabiegu operacyjnego.
2. Wszystkie zlecenia na badania radiologiczne, elektroradiologiczne, ultrasonograficzne i endoskopii (w tym również wykonywane poza Szpitalem) są kierowane do Działu Diagnostyki Obrazowej i tam rejestrowane.
3. Pacjent hospitalizowany jest przyprowadzany lub przewożony z Oddziału do Działu pod opieką pielęgniarki i przez pielęgniarkę z Działu odbierany.
4. Pacjentowi przebywającemu w Dziale Diagnostyki Obrazowej zapewnia się stałą opiekę medyczną, ze szczególnym uwzględnieniem bezpieczeństwa pacjenta.
5. Badania elektroradiologiczne, ultrasonograficzne i endoskopii pacjentów hospitalizowanych wykonywane są według ustalonego planu, na podstawie wcześniejszych zgłoszeń z Oddziałów.
6. Wyniki badań radiologicznych, elektroradiologicznych, ultrasonograficznych i endoskopii opisywane są niezwłocznie.

7. Wyniki badań wydawane są przez Rejestrację radiologiczną. Opis badania wydawany jest najpóźniej następnego dnia po jego wykonaniu.
8. Każdy pacjent skierowany na badanie powinien posiadać kartę badań (skierowanie), które zostaje wpisane w rejestr badań.
9. Do karty badań należy dołączyć wszystkie poprzednie wyniki badań radiologicznych oraz wszystkie poprzednie zdjęcia.
10. Pracownicy Działu Diagnostyki Obrazowej wykonujący badania powinni poznać ogólny stan pacjenta diagnozowanego.
11. Dział Diagnostyki Obrazowej zapewnia dostępność badań radiologicznych przez całą dobę.

§ 107

1. Dział Diagnostyki Laboratoryjnej współpracuje z Oddziałami Szpitala w zakresie diagnostyki niezbędnej do prawidłowego leczenia.

§ 108

1. Wszystkie zlecenia na badania analityczne (w tym również wykonywane poza terenem Szpitala, zgodnie z zawartymi umowami) oraz materiały do tych badań są kierowane do Działu Diagnostyki Laboratoryjnej.
2. Pobieranie krwi do badań pacjentów leczonych ambulatoryjnie odbywa się w Gabinetcie Zabiegowym w oznaczonych godzinach.
3. Pobieranie krwi i innych materiałów do badań pacjentów hospitalizowanych dokonywane jest w Oddziałach zgodnie ze szczegółowo opracowywanymi procedurami.
4. Przestrzega się ściśle procedur dotyczących postępowania z materiałami i stosowania odpowiednich urządzeń w celu zapobieżenia kontaminacji materiałów do badań.
5. Wprowadzenie nowych rodzajów badań diagnostycznych możliwe jest wyłącznie za zgodą Dyrekcji Szpitala.
6. Pielęgniarka Epidemiologiczna, w celu zapobiegania zakażeniom wewnątrzszpitalnym, współpracuje z Laboratorium Bakteriologii, według odrębnie ustalonych zasad.
7. Dział Diagnostyki Laboratoryjnej zapewnia dostępność badań analitycznych przez całą dobę.
8. Lekarze korzystają z pomocy merytorycznej Działu Diagnostyki Laboratoryjnej w zakresie analityki medycznej.

9. NOCNA I ŚWIĄTECZNA AMBULATORYJNA OPIEKA

LEKARSKA I PIELEŃNIARSKA

§ 109

1. Świadczeniami POZ w zakresie: nocna i świąteczna ambulatoryjna opieka lekarska i pielęgniarska są świadczenia opieki zdrowotnej udzielane odpowiednio przez lekarza lub pielęgniarkę ambulatoryjnie w przypadku nagłego zachorowania lub nagłego pogorszenia stanu zdrowia świadczeniobiorcy od poniedziałku do piątku w godz. od 18,00 do 8,00 dnia następnego oraz w soboty, niedziele i inne dni ustawowo wolne od pracy (święta) od godz. 8,00 do 8,00 dnia następnego.
2. Zakres świadczeń w ramach nocnej i świątecznej ambulatoryjnej opieki lekarskiej i pielęgniarskiej obejmuje:
 - 1) świadczenia zdrowotne lekarskie realizowane ambulatoryjnie z wyłączeniem stanów bezpośredniego zagrożenia życia, a w szczególności w sytuacjach: utraty przytomności, upadków z wysokości, złamań, wypadków komunikacyjnych, nagłych zaburzeń świadomości, urazów wypadkowych powstałych w nagłych sytuacjach, nagłej duszności, porażenia prądem elektrycznym, porodu oraz dolegliwości związanych z ciążą;
 - 2) zabiegi realizowane w gabinecie zabiegowym przez pielęgniarkę, zlecane podopiecznym przez lekarzy ubezpieczenia zdrowotnego działających w ramach umowy z Funduszem.
3. Świadczenia nocnej i świątecznej ambulatoryjnej opieki lekarskiej są bezpłatne i udzielane są bez skierowania osobom uprawnionym.
4. W ramach nocnej i świątecznej ambulatoryjnej opieki lekarz jest zobowiązany do:
 - 1) zapewnienia świadczeniobiorcy niezbędnej pomocy medycznej;
 - 2) zapewnienia świadczeniobiorcom wszelkich informacji o stanie zdrowia, zagrożeniach, oraz ryzyku wystąpienia powikłań;
 - 3) zapewnienia świadczeniobiorcy ciągłości leczenia, w przypadkach wymagających dalszego postępowania, poprzez wskazanie ośrodków i miejsc, w których proces przywracania zdrowia może być kontynuowany;
 - 4) orzekaniem i opiniowaniem o stanie zdrowia w uzasadnionych przypadkach.

5. W przypadku stwierdzenia podczas wizyty w ambulatoryjnym punkcie opieki o konieczności wezwania zespołu Ratownictwa Medycznego, odpowiednio lekarz lub pielęgniarka pozostaje w miejscu udzielania świadczenia do czasu przyjazdu zespołu. W tej sytuacji interwencja zespołu rozliczana jest w ramach odrębnej umowy zawartej przez Oddział Funduszu ze świadczeniodawcą realizującym świadczenia w tym zakresie.
6. Niedopuszczalne jest obciążenie pacjenta lub jego bliskich koniecznością uiszczenia opłat.

10. NOCNA I ŚWIĄTECZNA WYJAZDOWA OPIEKA

LEKARSKA I PIELEŃNIARSKA

§ 110

1. Świadczeniami POZ w zakresie: nocna i świąteczna wyjazdowa opieka lekarska i pielęgniarska są świadczenia opieki zdrowotnej udzielane odpowiednio przez lekarza lub pielęgniarkę w domu świadczeniobiorcy w przypadku nagłego zachorowania lub nagłego pogorszenia stanu zdrowia świadczeniobiorcy od poniedziałku do piątku w godz. od 18,00 do 8,00 dnia następnego oraz w soboty, niedziele i inne dni ustawowo wolne od pracy od godz. 8,00 do 8,00 dnia następnego.
2. Zakres świadczeń w ramach nocnej i świątecznej wyjazdowej opieki lekarskiej i pielęgniarskiej obejmuje świadczenia zdrowotne:
 - 1) lekarskie udzielane w domu świadczeniobiorcy, z wyłączeniem stanów bezpośredniego zagrożenia życia, a w szczególności w sytuacjach: utraty przytomności, upadków z wysokości, złamań, wypadków komunikacyjnych, nagłych zaburzeń świadomości, urazów wypadkowych powstałych w nagłych sytuacjach, nagłej duszności, porażenia prądem elektrycznym, porodu, dolegliwości związanych z ciążą oraz nagłych zachorowań w miejscu publicznym;
 - 2) pielęgniarskie udzielane w domu świadczeniobiorcy, wynikające z ciągłości zachowania leczenia i pielęgnacji.
3. Świadczenia nocnej i świątecznej wyjazdowej opieki lekarskiej są bezpłatne i udzielane są bez skierowania osobom uprawnionym.
4. W ramach nocnej i świątecznej wyjazdowej opieki świadczeniodawca jest zobowiązany do:
 - 1) zapewnienia świadczeniobiorcy niezbędnej pomocy medycznej,
 - 2) zapewnienia świadczeniobiorcom wszelkich informacji o stanie zdrowia, zagrożeniach, oraz ryzyku wystąpienia powikłań,

- 3) zapewnienia świadczeniobiorcy ciągłości leczenia, w przypadkach wymagających dalszego postępowania, poprzez wskazanie ośrodków i miejsc, w których proces przywracania zdrowia może być kontynuowany;
 - 4) orzekania i opiniowania o stanie zdrowia w uzasadnionych przypadkach.
 - 5) zapewnienia świadczeniobiorcy ciągłości pielęgnacji i pielęgniarских zabiegów leczniczych.) zapewnienia świadczeniobiorcy niezbędnej pomocy medycznej,
5. W przypadku stwierdzenia podczas wizyty domowej o konieczności wezwania zespołu Ratownictwa Medycznego, odpowiednio lekarz lub pielęgniarka pozostaje w miejscu udzielania świadczenia do czasu przyjazdu zespołu. W tej sytuacji interwencja zespołu rozliczana jest w ramach odrębnej umowy zawartej przez Oddział Funduszu ze świadczeniodawcą realizującym świadczenia w tym zakresie.
 6. Niedopuszczalne jest obciążenie pacjenta lub jego bliskich koniecznością uiszczenia opłat.

11. PROSEKTORIUM

§ 111

1. Zwłoki, opatrzone danymi pacjenta, powinny być zaopatrzone w „Kartę skierowania zwłok do Chłodni” i wpisane do „Księgi Prosektorium” .
2. Przyjęcie zwłok powinno być potwierdzone w „Karcie potwierdzenia odbioru zwłok”.
3. Oddział przesyła wraz ze zwłokami „Kartę sekcijną” oraz historię choroby i kartę statystyczną.
4. Zwłoki przeznaczone do sekcji przenosi się z kostnicy do sali sekcyjnej, gdzie przeprowadza się sekcję.
5. Po przeprowadzeniu sekcji i doprowadzeniu zwłok do należytego wyglądu należy zwłoki okryć lub ubrać i przenieść do pomieszczenia przedpogrzebowego, gdzie pozostają do czasu pochowania.
6. Dostęp rodziny zmarłego do pomieszczeń pomieszczenia przedpogrzebowego jest dozwolony w godzinach ustalonych przez osobę odpowiedzialną za prowadzenie prosektorium.
7. Zwłoki przeznaczone do sekcji sądowo – lekarskiej pozostawia się w kostnicy aż do czasu otrzymania decyzji prokuratora lub sądu i specjalnie się je zabezpiecza.
8. Jeżeli po zwłoki nikt z rodziny lub osób upoważnionych nie zgłosi się w ciągu 72 godzin od chwili zgonu, pracownik odpowiedzialny za prosektorium zawiadamia o tym Dyrektora Szpitala w celu wydania decyzji co do dalszego postępowania ze zwłokami.

9. O dniu i godzinie sekcji powinien być zawiadomiony ordynator, na którego oddziale zmarły był leczony.
10. Rozpoznanie sekcyjne oraz historii choroby wraz z kartą statystyczną Prosektorium przesyła na właściwy Oddział lub Dział Dokumentacji Medycznej i Rozliczeń. Protokoły sekcyjne po opracowaniu przechowuje się w Prosektorium.
11. Jeżeli w czasie sekcji nasunie się uzasadnione podejrzenie, że zgon nastąpił wskutek przestępstwa prosektor powinien:
 - a) dokładnie opisać stan narządów, które nasunęły podejrzenie,
 - b) zabezpieczyć zwłoki i narządy,
 - c) zawiadomić natychmiast Dyrektora Szpitala.
12. W archiwum Prosektorium należy gromadzić preparaty przedstawiające wartość naukową lub dydaktyczną,
13. Przyjmowanie materiału do badań histopatologicznych powinno odbywać się:
 - a) planowo i odpowiednio do warunków miejscowych,
 - b) w godzinach podanych do wiadomości Oddziałów, a w przypadkach nagłych dopuszczalne są odstępstwa od wyznaczonych godzin.

12. TRANSPORT SANITARNY

§ 112

1. Transport sanitarny jest to przewóz osób albo materiałów biologicznych i materiałów wykorzystywanych do udzielania świadczeń zdrowotnych, wymagających specjalnych warunków transportu określonych w odrębnych przepisach.
2. Usługi transportowe mogą być realizowane poprzez wykorzystanie własnego taboru sanitarnego lub za pomocą firmy zewnętrznej wyłonionej w oparciu o prawo zamówień publicznych na świadczenie takich usług.
3. Środki transportu spełniają wymagania zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia.
4. Usługi świadczone są całodobowo.
5. Za organizację transportu odpowiedzialny jest Ordynator Szpitalnego Oddziału Ratunkowego.
6. Świadczeniami POZ w zakresie: transport sanitarny w POZ są świadczenia opieki zdrowotnej polegające na zapewnieniu świadczeniobiorcom transportu sanitarnego, w godzinach

funkcjonowania POZ, wynikającego ze wskazań medycznych, do najbliższego świadczeniodawcy udzielającego świadczeń we właściwym zakresie i z powrotem:

a) bezpłatnie na podstawie zlecenia lekarza POZ w przypadku gdy u świadczeniodawcy występuje dysfunkcja narządu ruchu uniemożliwiająca korzystanie ze środków transportu publicznego w celu odbycia leczenia;

b) częściowo odpłatnie na podstawie zlecenia lekarza POZ w sytuacji niewymagającej konieczności podjęcia natychmiastowego leczenia, zgodnie z przepisami prawa.

13. POZOSTAŁE ZAGADNIENIA ZWIĄZANE Z UDZIELANIEM ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH

§ 113

1. Leczenie farmakologiczne pacjentom hospitalizowanym zapewnia się poprzez tworzenie odpowiedniego asortymentu leków w Aptece Szpitala oraz poprzez tworzenie niezbędnych zapasów leków w apteczkach oddziałowych. Receptariusz Szpitalny tworzy podstawy terapii farmakologicznej prowadzonej w Szpitalu.
2. Kierownik Apteki jest zobowiązany do stałej współpracy z Oddziałami w zakresie:
 - a) zapewnienia prawidłowego zaopatrzenia Szpitala w leki, materiały medyczne i środki dezynfekcyjne,
 - b) przygotowywania leków recepturowych,
 - c) bieżącej informacji o lekach i ich działaniu,
 - d) przeprowadzania kontroli apteczek oddziałowych,
 - e) przygotowywaniu i realizacji receptariusza szpitalnego.

§ 114

1. W celu realizacji zadań określonych w Statucie, Szpital zawiera umowy na świadczenie usług medycznych.
2. Szpital udziela świadczeń zdrowotnych ogółowi ludności jednak w szczególności pacjentom ubezpieczonym w kasach chorych, z którymi Szpital zawarł umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych.

§ 115

1. W celu zapewnienia bezpieczeństwa Szpitala w przypadku powstania pożaru lub innego zagrożenia opracowane zostały zostały plany ewakuacji.
2. Postanowienia planów ewakuacji obowiązują wszystkich pracowników i pacjentów, a także inne osoby przebywające na terenie Szpitala.
3. Plany ewakuacyjne stanowią integralną część Instrukcji bezpieczeństwa przeciwpożarowego Szpitala Rejonowego w Opocznie.

14. DOKUMENTACJA MEDYCZNA ORAZ FORMY I WARUNKI JEJ UDOSTĘPNIANIA

§ 116

Szpital jest obowiązany prowadzić dokumentację medyczną osób korzystających ze świadczeń zdrowotnych zakładu zapewniając ochronę danych w niej zawartych.

§ 117

Dokumentacja obowiązująca przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych obejmuje:

- dokumenty wymagane przez Narodowy Fundusz Zdrowia służące udokumentowaniu praw pacjenta do świadczeń i rozliczeniu z Funduszem,
- dokumenty obrazujące przebieg leczenia w Szpitalu,
 - wewnętrzne dokumenty opracowane przez Dział Dokumentacji Medycznej i Rozliczeń, służące celom statystycznym.

§ 118

1. Na wniosek pacjenta, upoważnioną przez niego osobę lub jego przedstawiciela ustawowego Szpital udostępnia dokumentację medyczną pacjenta.
2. Dokumentacja medyczna jest udostępniana :
 - 1) do wglądu w Szpitalu,
 - 2) poprzez sporządzenie jej wyciągów, odpisów i kopii,
 - 3) poprzez wydanie oryginału za pokwitowaniem odbioru i z zastrzeżeniem zwrotu po wykorzystaniu, jeśli uprawniony organ lub podmiot żąda udostępnienia oryginału tej dokumentacji.
3. Dokumentacja medyczna udostępniana jest także innym jednostkom i organom określonym w art. 26 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

§ 119

1. Za udostępnienie dokumentacji medycznej Szpital, poprzez sporządzanie jej wyciągów odpisów lub kopii, pobiera opłatę.
2. Wysokość opłat, o których mowa w ust. 1 ustalana jest przez Dyrektora Szpitala w Załączniku Nr 2 do niniejszego Regulaminu: *Cennik Usług Medycznych oraz Dokumentacji Medycznej*.

§ 120

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) dokumentacji medycznej dzieci do ukończenia 2 roku życia, która jest przechowywana przez okres 22 lat,
- 4) skierowań na badania lub zleceń lekarza, które są przechowywane przez okres 5 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym zrealizowano świadczenie będące przedmiotem skierowania lub zlecenia.

DZIAŁ VI

ORGANIZACJA PROCESU UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W PRZYPADKU POBIERANIA OPŁAT

§ 121

1. Świadczenia zdrowotne udzielane przez Działy Diagnostyczne, Pracownie i inne jednostki organizacyjne działalności podstawowej, wykonywane są pacjentom hospitalizowanym w Szpitalu lub prowadzonym w poradni specjalistycznej na podstawie skierowania lekarza zatrudnionego w jednostce organizacyjnej Szpitala.
2. Działy Diagnostyczne i Pracownie udzielają także świadczeń pacjentom skierowanym przez inne zakłady opieki zdrowotnej, z którymi Szpital zawarł stosowne umowy na zasadach w nich określonych.

3. Pacjenci kierowani przez zakłady opieki zdrowotnej, z którymi Szpital nie zawarł stosownych umów są przyjmowani w w/w jednostkach organizacyjnych bezpłatnie, jeżeli na skierowaniu kierownik zakładu opieki zdrowotnej kierującego pacjenta potwierdzi pokrycie kosztów. Pacjenci zgłaszający się do w/w jednostek bez skierowania mają wykonywane badania odpłatnie, po uprzednim zgłoszeniu się i opłaceniu usługi w Kasie Szpitala.
4. Zasady pobierania opłat oraz cenniki świadczeń zdrowotnych wykonywanych w Szpitalu stanowią Załącznik Nr 2 do Regulaminu: *Cennik Usług Medycznych oraz Dokumentacji Medycznej*

DZIAŁ VII

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 122

1. Zasady i tryb wykonywania czynności kancelaryjnych w SP ZOZ Szpitalu Powiatowym w Opocznie określa „Instrukcja Kancelaryjna Szpitala Powiatowego w Opocznie”.
2. Akta urzędowe gromadzi się w teczkach rzeczowych prowadzonych zgodnie z „Instrukcją kancelaryjną” i Rzeczowym wykazem akt”.
3. W siedzibie SP ZOZ Szpitala Powiatowego w Opocznie powinny znajdować się:
 - 1) tablica ogłoszeń urzędowych,
 - 2) tablica informacyjna o godzinach pracy SP ZOZ z podaniem dni i godzin przyjmowania interesantów przez Dyrektora Szpitala.
 - 3) tablica informacyjna o rozmieszczeniu w budynkach Szpitala poszczególnych jednostek organizacyjnych SP ZOZ,
 - 4) tabliczki na drzwiach do pomieszczeń biurowych zawierające nazwę komórki, imię i nazwisko oraz stanowisko pracownika.

§ 123

1. Niniejszy Regulamin Organizacyjny został opracowany w oparciu o obowiązujące przepisy prawa.
2. Regulamin ustala Dyrektor Szpitala, po zaopiniowaniu przez Radę Społeczną Szpitala.

§ 124

1. Zmiany i uzupełnienia do Regulaminu należy wprowadzać na bieżąco w miarę zachodzących zmian w strukturze organizacyjnej Szpitala oraz zmian zachodzących w miarę obowiązywania nowych przepisów.
2. Zmiany do niniejszego regulaminu wymagają formy pisemnej i mogą być wprowadzane wyłącznie w trybie określonym do wprowadzenia niniejszego Regulaminu.

§ 125

Wszyscy pracownicy Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Szpitala Powiatowego im. Edmunda Biernackiego w Opocznie zobowiązani są do ścisłego przestrzegania postanowień niniejszego Regulaminu

§ 126

Traci moc obowiązującą „Regulamin Porządkowy Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Szpital Rejonowy w Opocznie” zatwierdzony Uchwałą Nr 23/2008 Rady Społecznej Szpitala z dnia 5 listopada 2008 roku.

§ 127

Regulamin Organizacyjny Samodzielnego Zakładu Opieki Zdrowotnej Szpital Powiatowy im. Edmunda Biernackiego w Opocznie wchodzi w życie z dniem podpisania przez Dyrektora Szpitala.

Stan aktualny od dnia 20 maja 2019 r.