Zatwierdzono: Zarządzeniem Wewnętrznym Dyrektora MSZ Nr 113/12 z dnia 20 grudnia 2012 roku ZW Nr 8/13 z 31.01.2013r. ZW Nr 19/13 z 19.03.2013r., ZW Nr 47/13 z 22.10.2013r., ZW Nr 52/13 z 18.11.2013r., ZW Nr 56/13 z 13.12.2013r., ZW Nr 1/14 z 16.01.2014r., ZW Nr 4/14 z 22.01.2014r., ZW Nr 15/14 z 08.04.2014r., ZW Nr 29/14 z 24.06.2014r., ZW Nr 56/14 z 24.10.2014r., ZW Nr 75/14 z 26.11.2014r., ZW Nr 1/15 z 12.01.2015r., ZW Nr 23/15 z 14.04.2015r., ZW 36/15 z 13.07.2015r., ZW Nr 58/15 z 05.11.2015r., ZW Nr 17/16 z 25.04.2016r., ZW 49/16 z 15.11.2016r, ZW Nr 11/17 z 15.02.2017r, ZW Nr 35/17 z dnia 13.06.2017r., ZW Nr 48/17 z dnia 11.09.2017r, ZW Nr 76/17 z 12.12.2017r., ZW Nr 32/18 z dnia 27.02.2018r., ZW Nr 50/18 z dnia 24.04.2018r., ZW Nr 79 z dnia 19.07.2018r.

Zaopiniowano:

Uchwałą Nr 24/12 z dnia 20 grudnia 2012 roku
Uchwała Nr 3/13 z dnia 07 lutego 2013 roku
Uchwała Nr 6/13 z dnia 05 kwietnia 2013 roku
Uchwała Nr 9/13 z dnia 22 października 2013 roku
Uchwała Nr 2/14 z dnia 28 stycznia 2014 roku
Uchwała Nr 8/14 z dnia 14 kwietnia 2014roku
Uchwała Nr 13/14 z dnia 26 czerwca 2014 roku
Uchwała Nr 18/14 z dnia 28 października 2014 roku
Uchwała Nr 1/15 z dnia 13 stycznia 2015 roku
Uchwała Nr 8/15 z dnia 20 kwietnia 2015 roku
Uchwała Nr 12/15 z dnia 22 lipca 2015 roku
Uchwała Nr 17/15 z dnia 16 listopada 2015 roku
Uchwała Nr 3/16 z dnia 26 kwietnia 2016 roku
Uchwała Nr 11/16 z dnia 16 listopada 2016 roku
Uchwała Nr 3/17 z dnia 21 lutego 2017 roku
Uchwała Nr 16/17 z dnia 14 czerwca 2017 roku
Uchwała Nr 25/17 z dnia 12 września 2017 roku
Uchwała Nr 32/17 z dnia 12 grudnia 2017 roku
Uchwała Nr 3/18 z dnia 27 lutego 2018 roku
Uchwała Nr 8/18 z dnia 24 kwietnia 2018 roku
Uchwała Nr 15/18 z dnia 19.07.2018 roku

Przewodniczący Rady Społecznej
przy Miejskim Szpitalu Zespolonym
w Olsztynie
prof. **Mirosław Gornowicz**

REGULAMIN ORGANIZACYJNY

MIEJSKIEGO SZPITALA ZESPOLONEGO W OLSZTYNIE

Olsztyn, dnia 20 grudnia 2012 rok
Tekst jednolity z dnia 19.07.2018r.

SPIS TREŚCI

CZĘŚĆ I - ORGANIZACYJNA

ROZDZIAŁ I Podstawy prawne funkcjonowania zakładu i obowiązywania Regulaminu .....str. 4

ROZDZIAŁ II Cele i zadania Szpitala .....str. 5

ROZDZIAŁ III Polityka Jakości ..... str. 6

ROZDZIAŁ IV Zasady kierowania Szpitalem ..... str. 7

ROZDZIAŁ V Rodzaj działalności leczniczej, zakres oraz miejsce udzielanych świadczeń.....str. 11
1.Zakład Leczniczy „Szpital Miejski" ..... str. 11
2. Zakład Leczniczy „Ambulatorium Miejskie" ..... str. 12

ROZDZIAŁ VI Funkcjonowanie Szpitala .....str. 13
1. Postanowienia ogólne ..... str. 13
2. Zasady udzielania pełnomocnictw i upoważnień ..... str. 14

ROZDZIAŁ VII Warunki współdziałania między komórkami organizacyjnymi Szpitala .....str. 14
1. Cele współdziałania komórek organizacyjnych..... str. 14
2. Zadania wspólne komórek organizacyjnych ..... str. 15
3. Zasady obiegu aktów prawnych ..... str. 15

CZĘŚĆ II - PORZĄDKOWA

ROZDZIAŁ VIII Organizacja udzielania świadczeń zdrowotnych.....str. 17
1. Postanowienia ogólne ..... str. 17
2. Szczególne uprawnienia ..... str. 18
3. Przyjęcie i odmowa przyjęcia do szpitala ..... str. 19
4. Listy oczekujących na świadczenia zdrowotne .....str. 20

ROZDZIAŁ IX Zasady przeprowadzania eksperymentów medycznych ..... str. 20

ROZDZIAŁ X Porządek procesu udzielania świadczeń zdrowotnych w Zakładzie Leczniczym „Szpital Miejski"str.22
1 Izba Przyjęć str.22
Zadania, pomieszczenia i personel ..... str. 22
Przyjęcie pacjenta w trybie planowym. ..... str. 23
Przyjęcie pacjenta w trybie pilnym oraz wypadku masowego ..... str. 24
Zaopatrywanie pacjenta w znaki tożsamości ..... str. 26
2 Oddziały szpitalne..... str. 27
Zadania, pomieszczenia i personel ..... str. 26
Rozpoznanie, ustalenie planu opieki nad pacjentem i leczenie ..... str. 28
Uzyskiwanie świadomej zgody pacjenta na zabieg operacyjny ..... str. 28
Uzyskiwanie zgody sądu na udzielenie pomocy medycznej.....str. 29
Przeprowadzanie konsultacji medycznej..... str. 30
Przekazywanie pacjenta między oddziałami i do innych zakładów opieki zdrowotnej ..... str. 31
Wypisanie pacjenta ze szpitala .....str. 31
Ramowy rozkład dnia .....str. 32
3 Bloki operacyjne ..... str. 34
Pomieszczenia i personel .....str. 34
Badanie przed zabiegiem ..... str. 34
4 Pracownie badań nieinwazyjnych i inwazyjnych .....str. 35
Zadania, pracownie, personel, aparatura i sprzęt medyczny ..... str. 35

ROZDZIAŁ XI Porządek procesu udzielania świadczeń zdrowotnych w Zakładzie Leczniczym „Ambulatorium Miejskie" str.36
Poradnie Specjalistyczne ..... str. 36
Zasady udzielania świadczeń ..... str. 36
Prawo wyboru lekarza .....str. 36
Zasady rejestracji ..... str. 36

Laboratorium Analityczne ..... str. 37
Zadania, pracownie i personel ..... str. 37
Przyjmowanie materiału do badań ..... str. 38
Odbiór wyniku badania ..... str. 39
Postępowanie z materiałem przesłanym do badania ..... str. 39

Diagnostyka Obrazowa ..... str. 39
Zadania, pracownie, personel, aparatura i sprzęt medyczny..... str. 39
Przygotowanie pacjenta do badania ..... str. 40
Badania planowe i pilne ..... str. 40
Odbiór wyniku badania ..... str. 40
Pracownie Fizjoterapii str.40
Zadania, pracownie i personel, aparatura i sprzęt medyczny..... str. 40

ROZDZIAŁ XII Stosowanie przymusu bezpośredniego ..... str. 41

ROZDZIAŁ XIII Warunki współdziałania z innymi świadczeniodawcami ..... str. 43

ROZDZIAŁ XIV Udzielanie świadczeń zdrowotnych na zasadach komercyjnych ..... str. 44

ROZDZIAŁ XV Prawa i obowiązki pacjenta..... str. 44

ROZDZIAŁ XVI Zasady odwiedzin i udzielanie informacji o stanie zdrowia ..... str. 46
1 Odwiedzanie pacjenta ..... str. 46
2 Udzielanie informacji o stanie zdrowia .....str. 46
3 Udostępnianie dokumentacji medycznej ..... str. 47

ROZDZIAŁ XVII Postępowanie w razie śmierci pacjenta ..... str. 48
1 Zasady postępowania ze zmarłym w szpitalu..... str. 48
2 Zasady postępowania ze zwłokami osób zmarłych na choroby zakaźne..... str. 51
3 Zasady postępowania z noworodkiem zmarłym, noworodkiem i płodem martwo urodzonym..... str. 52
4 Zasady postępowania z popłodem..... str. 52
5 Zasady postępowania ze szczątkami i tkankami ludzkimi.....str. 52
6 Dokonanie lub zwolnienie z sekcji zwłok.....str. 53

ROZDZIAŁ XVIII Zaopatrywanie dzieci do 7 lat w znaki tożsamości str.53

ROZDZIAŁ XIX Przechowywanie rzeczy wartościowych i odzieży ..... str. 55
1 Przechowywanie rzeczy wartościowych w depozycie szpitala..... str. 55
2 Przechowywanie odzieży w magazynie odzieży ..... str. 57

ROZDZIAŁ XX Postanowienia końcowe..... str.58

ZAŁĄCZNIKI
Załącznik nr 1 - Schemat organizacyjny
Załącznik nr 2 - Zakresy zadań komórek organizacyjnych pionu administracji.
Załącznik nr 3 - Zakresy zadań komórek organizacyjnych Zakładu Leczniczego „Szpital Miejski”
Załącznik nr 3.1. Zakresy czynności pracowników / zleceniobiorców Zakładu Leczniczego „Szpital Miejski”
Załącznik nr 4 - Zakresy zadań komórek organizacyjnych Zakładu Leczniczego „Ambulatorium Miejskie”
Załącznik nr 4.1. Zakresy czynności pracowników / zleceniobiorców Zakładu Leczniczego „Ambulatorium Miejskie”
Załącznik nr 5 - Liczba łóżek rzeczywistych w Szpitalu
Załącznik nr 6 - Wykaz procedur leczniczych i diagnostycznych wymagających zgody pacjenta
Załącznik nr 7 - Opłaty za udostępnianie dokumentacji medycznej
Załącznik nr 8 - Wysokość opłat za udzielanie świadczeń zdrowotnych innych niż finansowane ze środków publicznych
Załącznik nr 9 - Ustawa z dnia 6 listopada 2008r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta
Załącznik nr 10 –Regulamin sprawowania dodatkowej opieki pielęgnacyjnej nad pacjentem
Załącznik nr 11 – Zasady postępowania w sprawie organizacji przyjmowania, rozpatrywania oraz załatwiania skarg i wniosków
Załącznik nr 12 – Kodeks Etyki Pracowników Miejskiego Szpitala Zespolonego w Olsztynie

ROZDZIAŁ I
PODSTAWY PRAWNE FUNKCJONOWANIA PODMIOTU I OBOWIĄZYWANIA REGULAMINU

§ 1

1. Miejski Szpital Zespolony w Olsztynie zwany dalej „Szpital", jest podmiotem leczniczym niebędącym przedsiębiorcą, prowadzonym w formie samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej.
2. Miejski Szpital działa na podstawie:
   1) Ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (tekst jedn.: Dz. U. z 2016r. poz. 1638 z późn. zm.), zwanej dalej "Ustawą",
   2) Uchwały nr II/7/98 Rady Miejskiej w Olsztynie z dnia 20 listopada 1998r. w sprawie przekształcenia Miejskiego Szpitala Zespolonego w Olsztynie w samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej,
   3) Statutu Miejskiego Szpitala Zespolonego w Olsztynie,
   4) innych przepisów prawa.
3. Do wykonywania zadań przez Szpital ustala się wewnętrzną organizację, przedstawioną w dalszej części niniejszego Regulaminu.

§ 2

Postanowienia Ogólne

1. Przez użyte w niniejszym Regulaminie określenia:
   1) Szpital – należy rozumieć Miejski Szpital Zespolony w Olsztynie
   2) Dyrektor – należy rozumieć Dyrektora Miejskiego Szpitala Zespolonego w Olsztynie
   3) Komórka organizacyjna – należy rozumieć oddział, poradnię, pracownię, dział oraz inną wymienioną w Regulaminie komórkę organizacyjną Szpitala, dla której ustalono inną nazwę,
   4) Pracownik – należy rozumieć osoby zatrudnione w ramach umowy o pracę oraz osoby z którymi zawarto umowę cywilno-prawną na świadczenie usług zdrowotnych
   5) Kierownik - należy rozumieć kierownika / koordynatora komórki organizacyjnej,
   6) Ordynator - należy rozumieć Ordynatora / Koordynatora oddziału,
   7) Oddziałowa – należy rozumieć pielęgniarkę / położną oddziałową, pielęgniarkę/ położną koordynującą
   8) Lekarz Izby Przyjęć/Oddziału – należy rozumieć lekarza zabezpieczającego pracę Izby Przyjęć, Oddziału,
   9) ZSZJ – należy rozumieć Zintegrowany System Zarządzania Jakością,
   10) Prosektorium - należy rozumieć podmiot, z którym Szpital ma zawartą umowę na świadczenie usług z zakresu odbioru, przewozu, przechowywania oraz przeprowadzania sekcji zwłok,
   11) Sąd opiekuńczy – należy rozumieć Sąd Rejonowy, Wydział Rodzinny i Nieletnich w Olsztynie,
   12) Opiekun faktyczny – należy rozumieć osobę sprawującą, bez obowiązku ustawowego, stałą opiekę nad pacjentem, który ze względu na wiek, stan zdrowia albo stan psychiczny opieki takiej wymaga,
   13) Osoba bliska – należy rozumieć małżonka, krewnego lub powinowatego do drugiego stopnia w linii prostej, przedstawiciela ustawowego, osobę pozostającą we wspólnym pożyciu lub osobę wskazaną przez pacjenta.

§ 3

1. Regulamin Organizacyjny Miejskiego Szpitala Zespolonego w Olsztynie określa w szczególności:
   1) Cele i zadania Szpitala,
   2) Strukturę organizacyjną Szpitala,
   3) Zasady kierowania Szpitalem,
   4) Rodzaj działalności leczniczej oraz zakres udzielanych świadczeń zdrowotnych,
   5) Miejsce udzielania świadczeń zdrowotnych,
   6) Przebieg procesu udzielania świadczeń zdrowotnych,
   7) Organizację i zadania poszczególnych komórek organizacyjnych Szpitala, w tym zakresy czynności pracowników oraz warunki współdziałania między tymi komórkami,
   8) Warunki współdziałania z innymi świadczeniodawcami,
   9) Organizacja procesu udzielania świadczeń zdrowotnych w przypadku pobierania opłat
   10) Wysokość opłat za udostępnianie dokumentacji medycznej,
   11) Wysokość opłat za udzielanie świadczeń zdrowotnych innych niż finansowane ze środków publicznych,
   12) Kartę Praw Pacjenta.
2. Regulamin obowiązuje:
   1) wszystkie osoby zatrudnione w Szpitalu niezależnie od formy zatrudnienia,
   2) pacjentów szpitala,
   3) podmioty zewnętrzne świadczące usługi na terenie Szpitala.

§ 4

1. Regulamin Organizacyjny wprowadza Dyrektor Szpitala, a opiniuje go Rada Społeczna.
2. Regulamin Organizacyjny w formie papierowej znajduje się w każdej komórce organizacyjnej w łatwo dostępnym miejscu oraz w formie elektronicznej na stronie internetowej www.szpital.olsztyn.pl w zakładce Regulamin Organizacyjny i na serwerze Szpitala w folderze ISO.
3. Regulamin Organizacyjny Miejskiego Szpitala Zespolonego w Olsztynie zachowuje swoją ważność w okresie zagrożenia bezpieczeństwa państwa oraz w okresie wojny.

ROZDZIAŁ II
CELE I ZADANIA MIEJSKIEGO SZPITALA ZESPOLONEGO W OLSZTYNIE

§ 5

1. Podstawowym celem Szpitala jest prowadzenie działalności leczniczej polegającej na udzielaniu świadczeń zdrowotnych.
2. Szpital udziela świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych ubezpieczonym oraz innym osobom uprawnionym do tych świadczeń na podstawie przepisów nieodpłatnie, za częściową odpłatnością lub całkowitą odpłatnością
3. Do zadań Szpitala należy w szczególności:
   1) udzielanie świadczeń zdrowotnych w rodzajach:
      a) stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych szpitalnych, w tym: programów terapeutycznych, usług diagnostyczno-leczniczych, rehabilitacyjnych i konsultacyjnych, prowadzenie diagnostyki laboratoryjnej, diagnostyki obrazowej oraz rehabilitacji leczniczej - w powiązaniu z udzielaniem świadczeń zdrowotnych,
      b) ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych, w tym: specjalistyczna opieka zdrowotna, konsultacje i prowadzenie szczepień ochronnych, usługi diagnostyczno-lecznicze, rehabilitacyjne i konsultacyjne, prowadzenie diagnostyki laboratoryjnej, diagnostyki obrazowej, rehabilitacji leczniczej oraz programów profilaktycznych i lekowych;

2) prowadzenie racjonalnej gospodarki krwią w sposób uregulowany odrębnymi przepisami;
3) realizacja przewidzianych przepisami zadań na potrzeby obronne państwa;
4) wykonywanie innych zadań zleconych przez podmiot tworzący;
5) uczestniczenie w prowadzeniu badań naukowych i prac badawczo-rozwojowych oraz realizacji zadań dydaktycznych i badawczych;
6) uczestniczenie w przygotowaniu osób do wykonywania zawodów medycznych oraz kształceniu osób wykonujących te zawody;
7) prowadzenie działalności mającej na celu promocję zdrowia;
8) udzielanie odpłatnych świadczeń zdrowotnych na rzecz osób, które nie są uprawnione do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz innych podmiotów.

4. Zakres udzielanych świadczeń zdrowotnych określają specjalności medycznych komórek organizacyjnych Szpitala.
5. Szpital może prowadzić wydzieloną działalność gospodarczą, która nie może w żadnym stopniu ograniczać jego działalności leczniczej, ani być uciążliwa dla pacjenta lub przebiegu leczenia.
6. Szpital może prowadzić działalność gospodarczą inną niż działalność lecznicza w zakresie:
   a) najmu i dzierżawy ruchomości oraz nieruchomości stanowiących majątek Szpitala;
   b) badań klinicznych i obserwacyjnych;
   c) organizowania zjazdów, konferencji, sympozjów, seminariów naukowych, kursów i innych form kształcenia związanych z działalnością leczniczą;
   d) udostępniania zasobów Szpitala innym podmiotom w celu prowadzenia przez nie działalności szkoleniowej na rzecz osób posiadających uprawnienia do udzielania świadczeń zdrowotnych lub innych osób kształcących się w zakresie związanym z działalnością leczniczą,
   e) obrotu produktami leczniczymi i wyrobami medycznymi;
   f) wydawania opinii w sprawach medycznych.

§ 6

Świadczenia udzielane są bezpłatnie, za częściową odpłatnością, bądź odpłatnie na zasadach określonych w ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej, w odrębnych przepisach lub w zawartych umowach.

§ 7

1. Siedzibą Szpitala jest miasto Olsztyn.
2. Szpital realizuje świadczenia zdrowotne na bazie następujących Zakładów Leczniczych:
   1) świadczenia zdrowotne szpitalne na bazie Szpitala Miejskiego im. *Mikołaja Kopernika* w Olsztynie przy ulicy Niepodległości 44 i Al. Wojska Polskiego 30.
   2) świadczenia zdrowotne ambulatoryjne na bazie Ambulatorium Miejskiego im. *Mikołaja Kopernika* w Olsztynie przy ulicy Niepodległości 44, ul. Mariańskiej 4 i Al. Wojska Polskiego 30
3. Szczegółową strukturę organizacyjną Szpitala określa Załącznik nr 1 niniejszego Regulaminu.

ROZDZIAŁ III
POLITYKA JAKOŚCI

§ 8

1. Politykę Jakości Szpital realizuje poprzez stałą poprawę skuteczności działań w zakresie jakości świadczonych usług, bezpieczeństwa informacji, ze szczególnym uwzględnieniem ochrony danych osobowych, bezpieczeństwa pracy oraz zmniejszania negatywnego wpływu oddziaływania na środowisko naturalne, przy stałym spełnianiu wymagań prawnych

oraz podnoszeniu kwalifikacji i zaangażowania wszystkich pracowników i współpracowników.

2. W ramach polityki jakości Szpital Miejski oraz Ambulatorium Miejskie zapewnia:
   a) kompleksowość usług, w bezpiecznych warunkach, przy zapewnieniu dostępu do najnowocześniejszej aparatury diagnostycznej i leczniczej, solidność, profesjonalizm i przyjazną atmosferę,
   b) zapobieganie wypadkom przy pracy, chorobom zawodowym i zdarzeniom potencjalnie wypadkowym oraz wzrost satysfakcji z wykonywania obowiązków,
   c) minimalizację zanieczyszczeń środowiska naturalnego i zapobieganie ich powstawaniu,
   d) satysfakcję i zaspokojenie na najwyższym poziomie potrzeb żywieniowych każdego pacjenta oraz personelu poprzez zapewnienie żywności spełniającej wymagania wysokiego bezpieczeństwa zdrowotnego,
   e) zapewnienie bezpieczeństwa informacji, w szczególności legalności, rzetelności, przejrzystości, prawidłowości, integralności, rozliczalności i minimalizacji przetwarzania danych osobowych, ze szczególnym zwróceniem uwagi na informacje wrażliwe.
3. W ramach polityki jakości wszyscy pracownicy Szpitala są zobowiązani do realizacji polityki Zintegrowanego Systemu Zarządzania Jakością.

§ 9

1. Dyrektor w celu zapewnienia właściwego poziomu i jakości świadczeń zdrowotnych wykonywanych w poszczególnych komórkach organizacyjnych określa zgodnie z odrębnymi przepisami:
   1) standardy udzielania świadczeń, a w szczególności: normy zagęszczenia łóżek, likwidacji uchybień budowlanych, bezpieczeństwa używanego sprzętu, kwalifikacje personelu medycznego i minimalne normy zatrudnienia,
   2) standardy medyczne, a w szczególności: standardy procesu diagnozowania, leczenia, profilaktyki, zapobiegania, receptariusza szpitalnego i postępowania z lekami, kontroli procesu leczenia, warunków izolacji, oraz pobierania i przeszczepiania komórek, tkanek i narządów,
   3) oraz standardy organizacji i zarządzania zakładem, a w szczególności: bezpieczeństwa p/poż, zabezpieczenia awaryjnego, specyficznych norm żywienia, zwalczania chorób zakaźnych i ich monitorowania, zasad higieny szpitalnej, obiegu dokumentacji, badania satysfakcji pacjenta, zasad współdziałania między wszystkimi komórkami organizacyjnymi Szpitala.
2. Dyrektor w sytuacjach tego wymagających zapewnia możliwość porozumiewania się z pacjentami obcojęzycznymi przez 24 godziny na dobę. Dane kontaktowe tłumaczy z wykazem języków obcych znajdują się w Izbie Przyjęć Ogólnej oraz na serwerze w zakładce ISO.

ROZDZIAŁ IV
ZASADY KIEROWANIA SZPITALEM

§ 10

1. Organami Szpitala są:
   1) Dyrektor – odpowiedzialny za zarządzanie Szpitalem,
   2) Rada Społeczna – organ doradczy Dyrektora oraz organ inicjujący i opiniodawczy powołany przez organ założycielski,
   3) Komitet Medyczny – organ doradczy Dyrektora.

§ 11

1. Rada Społeczna jest organem inicjującym i opiniodawczym podmiotu tworzącego oraz organem doradczym Dyrektora.
2. Zadania, zasady i tryb działania Rady Społecznej określa ustawa o działalności leczniczej oraz Regulamin Rady Społecznej Szpitala.

§ 12

1. Komitet Medyczny został powołany przez Dyrektora w celu realizacji zadań statutowych jako organ doradczy Dyrektora.
2. W skład Komitetu medycznego wchodzą:
   1) dwóch Ordynatorów/Koordynatorów oddziałów zabiegowych,
   2) dwóch Ordynatorów/Koordynatorów oddziałów zachowawczych,
   3) przełożona pielęgniarek i położnych,
   4) kierownik apteki,
   5) pełnomocnik .Zintegrowanego Systemu Zarządzania Jakością.
3. Dyrektor wyznacza członków Komitetu Medycznego z osób bezpośrednio podległych, którzy spośród wyznaczonych lekarzy wybierają Naczelnego Lekarza Szpitala.

§ 13

1. Dyrektor kieruje Szpitalem i reprezentuje go na zewnątrz.
2. Dyrektor jest przełożonym wszystkich pracowników Szpitala.
3. Dyrektor wykonuje swoje zadania przy pomocy zastępców, kierowników komórek organizacyjnych oraz osób zatrudnionych na samodzielnych stanowiskach pracy.
4. Dyrektor ponosi odpowiedzialność za zarządzanie Szpitalem i gospodarką finansową.
5. Dyrektor wyznacza zastępcę i deleguje uprawnienia na czas swojej nieobecności.

§ 14

1. Dyrektor Szpitala wykonując swoją funkcję zapewnia w szczególności:
   1) Koordynację działania wszystkich komórek i jednostek Szpitala w zakresie zgodności z zadaniami statutowymi,
   2) Organizację kontroli wykonywania zadań przez poszczególne komórki,
   3) Współdziałanie z innymi zakładami opieki zdrowotnej w zakresie realizacji zadań statutowych,
   4) Realizację zadań zleconych przez organ założycielski,
   5) Udzielanie świadczeń zdrowotnych wyłącznie przez osoby o odpowiednich uprawnieniach i kwalifikacjach zawodowych oraz wymaganiach zdrowotnych określonych odrębnymi przepisami,
   6) Bieżący nadzór nad wykonywaniem przez Szpital zadań statutowych.
2. Wydaje wewnętrzne akty prawne, których projekty sporządzają pracownicy właściwych komórek organizacyjnych:
   1) zarządzenia,
   2) decyzje,
   3) instrukcje,
   4) komunikaty,
   5) procesy, procedury oraz instrukcje ZSZJ.
3. Wyznacza swoich zastępców.
4. Podejmuje decyzje w sprawach pracowniczych, a w szczególności:
   1) nawiązywania i rozwiązywania stosunków pracy,
   2) karania, nagradzania i wyróżniania pracowników,

3) przyznawania premii i zmiany wynagrodzeń pracowniczych,
4) umocowań pracowników do realizacji określonych zadań.

5. Zawiera umowy cywilno-prawne na realizację świadczeń zdrowotnych i inne.
6. Sprawuje nadzór nad wykonywaniem zadań przez pracowników bezpośrednio podległych.
7. Dokonuje oceny, jakości działań osób zatrudnionych na stanowiskach kierowniczych.
8. Wydaje zalecenia dotyczące, jakości działań osób, z którymi pozostaje w stosunkach cywilno-prawnych, co nie wyłącza charakteru zawartych umów.
9. Ostatecznie rozpatruje skargi, wnioski i zażalenia pracowników i pacjentów.
10. Wydaje i zatwierdza regulaminy obowiązujące w Szpitalu.
11. Dyrektor przyjmuje interesantów: wtorki, czwartki w godz. 9.00 – 10.00.

§ 15

1. Do wyłącznej aprobaty Dyrektora należą sprawy:
   1) Związane z wykonywaniem funkcji kierownika jednostki organizacyjnej,
   2) Kierownictwa i nadzoru nad działalnością osób bezpośrednio podległych,
   3) Współdziałania z Radą Społeczną i Związkami Zawodowymi,
   4) Współdziałanie z organem założycielskim i podmiotami leczniczymi,
   5) Wydawanie aktów prawnych wewnętrznych,
   6) Ustalenie Regulaminu Organizacyjnego Szpitala,
   7) Zakupu sprzętu i aparatury medycznej z zachowaniem postanowień ustawy o działalności leczniczej i innych odrębnych przepisów prawa.
2. Dyrektor w szczególnie uzasadnionych przypadkach upoważnia zastępcę do czynności wymienionych w pkt. 1 na czas swojej nieobecności.

§ 16

1. Dyrektor kieruje pracą Szpitala przy pomocy:
   1) Zastępców Dyrektora,
   2) Naczelnego Lekarza Szpitala,
   3) Przełożonej Pielęgniarek i Położnych,
   4) Głównego Księgowego,
   5) Ordynatorów/Koordynatorów oddziałów,
   6) Kierowników komórek organizacyjnych,
   7) Kierownika Zakładu Leczniczego – Ambulatorium Miejskie im. Mikołaja Kopernika.
2. Dyrektorowi bezpośrednio podlegają:
   1) Zastępcy Dyrektora,
   2) Przełożona Pielęgniarek i Położnych,
   3) Naczelny Lekarz Szpitala,
   4) Główny Księgowy,
   5) Ordynatorzy/Koordynatorzy oddziałów,
   6) Kierownicy komórek medycznych,
   7) Kierownik Działu Organizacji i Dokumentacji Chorych,
   8) Radca Prawny,
   9) Główny Specjalista ds. Kontroli Wewnętrznej,
   10) Specjalista. ds. Obronnych,
   11) Pełnomocnik ds. Ochrony Informacji Niejawnych,
   12) Pełnomocnik ds. Praw Pacjenta,
   13) Pełnomocnik Zintegrowanego Systemu Zarządzania Jakością,
   14) Kierownik Zakładu Leczniczego – Ambulatorium Miejskie im. Mikołaja Kopernika,

15) Inspektor Ochrony Radiologicznej,
16) Dział Spraw Pracowniczych i Socjalno – Bytowych,
17) Inspektor Ochrony Danych Osobowych.

§ 17

1. Zastępcy Dyrektora wykonują zadania z upoważnienia Dyrektora i w jego imieniu, a w szczególności:
   1) Podejmują w powierzonym zakresie działania zapewniające wykonanie działań statutowych,
   2) Koordynują działalność podległych komórek organizacyjnych,
   3) Organizują i nadzorują wykonanie zadań przez kierowników komórek organizacyjnych wchodzących w skład powierzonych działów i równorzędnych komórek związanych z tymi działami,
   4) Wykonują inne zadania zlecone przez Dyrektora.
2. Zastępcy Dyrektora upoważnieni są do podejmowania decyzji w zakresie nadzoru i kierowania powierzonymi im komórkami organizacyjnymi z wyjątkiem zastrzeżonych do wyłącznej decyzji Dyrektora.

§ 18

1. Zastępcy Dyrektora ds. Administracyjno-Eksploatacyjnych bezpośrednio podlegają następujące komórki organizacyjne i stanowisko pracy:
   1) Sekretariat,
   2) Dział Zaopatrzenia i Zamówień Publicznych,
   3) Dział Informatyki,
   4) Dział Żywienia,
   5) Dział Epidemiologii i Higieny Szpitalnej:
      1) Centralna Sterylizatornia,
      2) Sekcja Gospodarcza i Higieny Szpitalnej,
   6) Dział Marketingu,
      1) Rzecznik Prasowy,
   7) Kapelani szpitalni.

§ 19

1. Zastępcy Dyrektora ds. Technicznych bezpośrednio podlegają następujące komórki organizacyjne oraz stanowiska pracy:
   1) Dział Techniczny,
   2) Główny Energetyk,
   3) Sekcja BHP,
   4) Specjalista ds. p/pożarowych.

§ 20

Zastępcy Dyrektora ds. Ekonomicznych - Głównemu Księgowemu bezpośrednio podlegają następujące komórki organizacyjne:

1) Dział Księgowości,
2) Dział Rozliczeń, Analiz Medycznych i Statystyki.

§ 21

1. Przełożonej Pielęgniarek i Położnych bezpośrednio podlegają następujące stanowiska pracy:
   1) Pielęgniarki i Położne Oddziałowe,
   2) Asystent ds. Jakości i Usług Medycznych.

§ 22

1. Kierownikowi Zakładu Leczniczego – Ambulatorium Miejskie podlegają następujące komórki organizacyjne:
   1) Poradnie Przyszpitalne,
   2) Dział Diagnostyki Laboratoryjnej,
   3) Dział Diagnostyki Obrazowej,
   4) Pracownie Fizjoterapii,
   5) Pracownia Endoskopii.

ROZDZIAŁ V
RODZAJ DZIAŁALNOŚCI LECZNICZEJ, ZAKRES ORAZ MIEJSCE UDZIELANYCH ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH

§ 23

1. Szpital prowadzi działalność leczniczą w rodzaju:
   1) Stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne
      a) Szpitalne,
   2) Ambulatoryjne świadczenia zdrowotne.
2. W skład Szpitala wchodzą następujące jednostki organizacyjne:
   a) Zakład Leczniczy - Szpital Miejski im. Mikołaja Kopernika**,** zwany dalej „Szpital Miejski”,
   b) Zakład Leczniczy - Ambulatorium Miejskie im. Mikołaja Kopernika zwane dalej Ambulatorium Miejskie.
3. Nadzór merytoryczny nad działaniem Zakładu Leczniczego Szpital Miejski oraz Zakładu Leczniczego Ambulatorium Miejskie sprawuje Dyrektor Szpitala.
4. Schemat struktury organizacyjnej Szpitala stanowi załącznik nr 1 do niniejszego Regulaminu.
5. Zakresy zadań poszczególnych komórek organizacyjnych pionu administracji Szpitala stanowi załącznik nr 2 do niniejszego Regulaminu.

§ 24

1. W skład Zakładu Leczniczego Szpital Miejski, wchodzą następujące komórki organizacyjne:
   1) Izba Przyjęć Ogólna i Izba Przyjęć Ginekologiczno-Położnicza,
      a) Gabinet nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej
   2) Punkt Przyjęć Planowych,
   3) Klinika Kardiologii i Chorób Wewnętrznych z Pododdziałami: Intensywnej Opieki Kardiologicznej, Szybkiej Diagnostyki oraz Kardiologii z Pracowniami:
      a) Badań Nieinwazyjnych Serca,
      b) Elektrofizjologii,
      c) Kontroli Stymulatorów Serca,
   4) Oddział Wewnętrzny I,
   5) Klinika Chirurgii Ogólnej, Małoinwazyjnej i Wieku Podeszłego,
   6) Oddział Kliniczny Chirurgii Klatki Piersiowej,
   7) Oddział Kliniczny Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej,
   8) Oddział Chirurgii Szczękowej,
   9) Klinika Urologii i Onkologii Urologicznej,
      a) Pracownia Litotrypsji (ESWL),
   10) Oddział Okulistyczny,

11) Oddział Laryngologii – Zespół Chirurgii Jednego Dnia,
12) Klinika Ginekologii, Ginekologii Onkologicznej i Położnictwa w obrębie, której funkcjonuje:
    a) trakt porodowy,
    b) gabinet diagnostyki ultrasonograficznej,
    c) Szkoła Rodzenia.
13) Oddział Noworodków i Wcześniaków z pododdziałem intensywnego nadzoru,
14) Oddział Anestezjologii i Intensywnego Nadzoru,
15) Klinika Dermatologii, Chorób Przenoszonych Drogą Płciową i Immunologii Klinicznej,
16) Oddział Reumatologii,
17) Oddział Leczenia Otyłości,
18) Blok Operacyjny ul. Niepodległości 44,
19) Apteka Szpitalna,
20) Psycholog,
21) Transfuzjolog,
22) Blok Operacyjny Al. Wojska Polskiego 30,
23) Oddział Anestezjologii przy Klinice Ginekologii, Ginekologii Onkologicznej i Położnictwa.

2. Miejsca udzielania świadczeń zdrowotnych Zakładu Leczniczego Szpital Miejski:
1) Olsztyn ul. Niepodległości 44,
2) Olsztyn Al. Woj. Polskiego 30.
3. Zakresy zadań poszczególnych komórek organizacyjnych Zakładu Leczniczego Szpital Miejski stanowi załącznik Nr 3 niniejszego Regulaminu.
4. Zakresy czynności pracowników / zleceniobiorców Zakładu Leczniczego Szpital Miejski stanowi załącznik nr 3.1.
5. Liczbę łóżek rzeczywistych Szpitala Miejskiego określa załącznik nr 5 do niniejszego Regulaminu.

§ 25

1. W skład Zakładu Leczniczego Ambulatorium Miejskie wchodzą następujące komórki organizacyjne:
1) Poradnia Diabetologiczna,
2) Poradnia Endokrynologiczna,
3) Poradnia Kardiologiczna,
4) Konsultacyjna Poradnia Chirurgii Klatki Piersiowej,
5) Konsultacyjna Poradnia Okulistyki, Leczenia Jaskry i Laseroterapii,
6) Poradnia Neurologiczna,
7) Poradnia Leczenia Bólu Przewlekłego,
8) Konsultacyjna Poradnia Chirurgii Szczękowej,
9) Poradnia Ginekologiczno-Położnicza i Ginekologii Onkologicznej,
10) Poradnia Urologiczna,
11) Poradnia Reumatologii i Osteoporozy,
12) Konsultacyjna Poradnia Dermatologiczna,
13) Gabinet Badań Profilaktycznych,
14) Dział Diagnostyki Laboratoryjnej,
15) Dział Diagnostyki Obrazowej,
16) Pracownie Fizjoterapii,
17) Pracownik Inspektor Ochrony Radiologicznej,

18) Pracownia Endoskopii,
19) Poradnia Chirurgii Ogólnej.

2. Miejsca udzielania świadczeń zdrowotnych Zakładu Leczniczego Szpital Miejski:
   1) Olsztyn ul. Niepodległości 44,
   2) Olsztyn al. Woj. Polskiego 30,
   3) Olsztyn ul. Mariańska 4.
3. Zakresy zadań poszczególnych komórek organizacyjnych Zakładu Leczniczego Ambulatorium Miejskie stanowi załącznik Nr 4 niniejszego Regulaminu.
4. Zakresy czynności pracowników / zleceniobiorców Zakładu Leczniczego „Ambulatorium Miejskie" stanowi załącznik nr 4.1.

ROZDZIAŁ VI
FUNKCJONOWANIE SZPITALA
Postanowienia ogólne
§ 26

1. Szpital przeprowadza konkursy ofert na stanowiska Ordynatorów/Koordynatorów oddziałów oraz koordynatorów/kierowników działów w trybie określonym w Regulaminie Pracy Miejskiego Szpitala Zespolonego w Olsztynie.
2. W Szpitalu dopuszcza się możliwość tworzenia stałych lub doraźnych komisji, komitetów lub zespołów w zależności od potrzeb, zwanych dalej zespołami zadaniowymi.
3. Zespoły, o których mowa w ust. 2 są powoływane Zarządzeniem Dyrektora w celu opracowania lub opiniowania projektów przedsięwzięć podejmowanych w określonej dziedzinie lub wykonania innych zadań, w tym wymagających współdziałania kilku komórek organizacyjnych.
4. W Szpitalu funkcjonuje Zespół Etyczny, do którego mogą zwracać się osoby zatrudnione i pacjenci z problemami natury etycznej. Spotkanie Zespołu Etycznego zwołuje Przewodniczący w sytuacji zgłoszenia problemu przez pacjenta, członka rodziny pacjenta, pełnomocnika, opiekuna prawnego lub pracownika opieki zdrowotnej. Szczegółowe prace Zespołu określa zarządzenie wewnętrzne Dyrektora. Wnioski na piśmie należy składać w Sekretariacie Szpitala.
5. Wszystkich pracowników Szpitala obowiązuje Kodeks Etyki, który stanowi załącznik nr 12 do niniejszego Regulaminu.

§ 27

Postępowanie kancelaryjne w Szpitalu, obieg dokumentów, rejestrację, znakowanie pism, używanie pieczęci określa instrukcja kancelaryjna ustalona przez Dyrektora, zatwierdzona przez Archiwum Państwowe.

§ 28

1. Wewnętrzny porządek oraz czas pracy dla poszczególnych grup zawodowych określa Regulamin Pracy Szpitala ustalony przez Dyrektora w drodze zarządzenia, po uzgodnieniu ze Związkami Zawodowymi.
2. W Szpitalu obowiązuje noszenie imiennych identyfikatorów przez cały personel Szpitala.

§ 29

Komórki organizacyjne w zakresie swojej właściwości sporządzają projekty umów oraz ich zmiany, ewidencjonują umowy oraz monitorują okresy ich obowiązywania.

§ 30

1. Komórki organizacyjne Szpitala wykonują przypisane im zadania w oparciu o roczne plany pracy przestrzegając obowiązujących przepisów prawa.

2. Kierownik komórki organizacyjnej przedkłada Dyrektorowi roczny plan pracy zawierający w szczególności:
   1) Treść zdań,
   2) Termin realizacji,
   3) Osobę odpowiedzialną za wykonanie,
   4) Osobę nadzorującą.
3. Roczny plan pracy zatwierdza Dyrektor.
4. Oryginał zatwierdzonego planu pracy przechowywany jest w Dziale Organizacji i Dokumentacji Chorych, a kopia przez właściwą komórkę organizacyjną Szpitala.
5. Zbiór planów pracy z poszczególnych komórek organizacyjnych stanowi po zatwierdzeniu przez Dyrektora roczny plan pracy Szpitala.
6. Termin opracowania planów pracy ustala się do 15 grudnia danego roku na rok następny.

Zasady udzielania pełnomocnictw i upoważnień

§ 31

1. Pełnomocnictwa do dokonywania poszczególnych czynności lub pewnego rodzaju czynności w imieniu Szpitala udziela na piśmie Dyrektor.
2. Pełnomocnictwo musi zawierać wyraźne, pisemne umocowanie do dokonywania poszczególnych czynności prawnych lub pewnego rodzaju czynności prawnych w imieniu Szpitala.
3. Pełnomocnictwa podlegają ujawnieniu w Rejestrze Pełnomocnictw Szpitala, znajdującym się w Sekretariacie Dyrektora.
4. Oryginał Pełnomocnictwa otrzymuje upełnomocniony pracownik. Kopie pełnomocnictwa przechowywane są w Sekretariacie Dyrektora.

§ 32

1. Dyrektor może upoważnić kierowników komórek organizacyjnych do prowadzenia spraw i podejmowania decyzji w jego imieniu na podstawie imiennego upoważnienia.
   1) Udzielone upoważnienie jest nierozerwalnie związane z osobami, które je otrzymały oraz z zajmowanymi przez nie stanowiskami.
   2) Za bieżącą aktualizację pełnomocnictw i upoważnień, niezbędnych do prawidłowej działalności komórki organizacyjnej, odpowiedzialny jest jej kierownik. Jest on również zobowiązany do poinformowania działu kadr i działu księgowości oraz sekretariatu o wygaśnięciu pełnomocnictwa lub upoważnienia na skutek śmierci pracownika, rozwiązania stosunku pracy z upełnomocnionym pracownikiem lub zmiany przez niego stanowiska pracy. Dokument pełnomocnictwa i upoważnienia po jego wygaśnięciu podlega zwrotowi do działu kadr.

ROZDZIAŁ VII
WARUNKI WSPÓŁDZIAŁANIA MIĘDZY KOMÓRKAMI ORGANIZACYJNYMI SZPITALA

Cele współdziałania komórek organizacyjnych

§ 33

1. Celem współdziałania jest:
   1) Usprawnienie procesów informacyjno-decyzyjnych,
   2) Prawidłowa realizacja zadań statutowych,
   3) Integracja działań komórek organizacyjnych.
2. Do podstawowych elementów współdziałania zalicza się w szczególności odbywanie okresowych spotkań:

1) Zarządu,
2) Dyrektora z Ordynatorami/Koordynatorami i Kierownikami komórek organizacyjnych,
3) oraz Przełożonej Pielęgniarek i Położnych z oddziałowymi.

3. Spotkania mają na celu:
   1) Wzajemną wymianę informacji w celu dalszego doskonalenia wspólnego działania,
   2) Przekazywanie informacji o podejmowanych kierunkach działania,
   3) Omówienie realizacji zadań oraz wymianę poglądów dotyczących problemów w realizacji zadań,
   4) Ocenę sytuacji finansowej.
4. Ordynatorzy/Koordynatorzy, kierownicy komórek organizacyjnych oraz oddziałowe zobowiązani są do zapoznania podległego personelu z informacjami uzyskanymi na spotkaniach, o których mowa w ust. 2.

Zadania wspólne komórek organizacyjnych Szpitala

§ 34

1. Do wspólnych zadań komórek organizacyjnych, samodzielnych stanowisk pracy oraz osób sprawujących określone funkcje należy:
   1) Realizacja zadań szpitala i celu, dla którego został utworzony, określonych w powszechnie obowiązujących przepisach prawa, statucie oraz niniejszym regulaminie,
   2) Dbałość o należyty wizerunek Szpitala, jakość udzielanych świadczeń zdrowotnych oraz efektywność zespołów, którymi kierują.

§ 35

W Szpitalu świadczenia zdrowotne udzielane są wyłącznie przez osoby wykonujące zawody medyczne oraz spełniające wymagania kwalifikacyjne określone w odrębnych przepisach.

§ 36

1. W Szpitalu dopuszcza się świadczenia wykonywane przez wolontariuszy.
2. Świadczenia zdrowotne mogą odbywać się w ramach kształcenia praktycznej nauki zawodu zgodnie z zawartą umową z ośrodkami szkoleniowymi.

Zasady obiegu aktów prawnych

§ 37

1. Obieg aktów prawnych zewnętrznych ustala się następująco
   1) Radca prawny dokonuje przeglądu aktów prawnych zewnętrznych na stronie internetowej rządowego Centrum Legislacji www.rcl.gov.pl co najmniej raz w tygodniu.
   2) Radca prawny dokonuje kwalifikacji odbiorców w oparciu o Regulamin Organizacyjny i przekazuje w formie elektronicznej akt prawny do skrzynek pocztowych osób lub kierowników komórek organizacyjnych zobowiązanych do stosowania przepisów prawa oraz do pracownika biblioteki. Potwierdzenie przekazania aktu prawnego przez radcę prawnego znajduje się w skrzynce wysyłającego.
   3) Jeden egzemplarz aktu prawnego zewnętrznego jest gromadzony i udostępniany przez pracownika biblioteki.
   4) Radca prawny dokonuje interpretacji przepisów prawnych w przypadkach wątpliwych na żądanie pracowników.
   5) Po otrzymaniu aktu prawnego zewnętrznego kierownik zapoznaje się z treścią i informuje o zmianie stanu prawnego podległy personel lub opracowuje projekt aktu prawnego wewnętrznego.
   6) Pracownicy Szpitala maja możliwość zaznajomienia się z treścią aktów prawnych zewnętrznych na stronie internetowej rządu.

§ 38

1. Zasady opracowywania, uzgadniania oraz wydawania wewnętrznych aktów prawnych wewnętrznych, określonych w § 14 ust. 2 ustala się następująco:
   1) Układ aktu prawnego powinien być przejrzysty, a język powszechnie zrozumiały dla jego adresatów;
   2) Akt prawny powinien zawierać:
      a) oznaczenie rodzaju aktu,
      b) nazwę wydającego,
      c) datę wydania,
      d) tytuł aktu – określając skrótowo jego zawartość merytoryczną,
      e) podstawę prawną aktu,
      f) przepisy merytoryczne i szczegółowe,
      g) przepisy zmieniające , przejściowe i dostosowujące,
      h) przepisy końcowe (przepisy uchylające, przepisy o wejściu w życie lub przepisy o wygaśnięciu mocy obowiązującej);
   3) Projekt aktu prawnego opracowuje oraz uzgadnia merytoryczna komórka organizacyjna, w której zakresie obowiązków znajdują się sprawy wymagające unormowania;
   4) Projekty aktów prawnych regulujące obszary z zakresu działania kilku komórek organizacyjnych opracowuje komórka koordynująca wskazana przez Dyrektora;
   5) Właściwa komórka organizacyjna lub komórka koordynująca przekazuje projekt aktu prawnego do zaopiniowania komórkom organizacyjnym, których zakresu działania projekt dotyczy;
   6) Komórki organizacyjne, których zakresu działania projekt aktu prawnego dotyczy, przedstawiają swoją opinię w formie pisemnej lub elektronicznej w terminie określonym przez komórkę właściwą do wydania aktu prawnego;
   7) Uwagi zgłoszone do projektu komórka właściwa lub koordynująca uwzględnia w projekcie aktu prawnego;
   8) W przypadku powstania rozbieżności właściwa komórka lub koordynująca dąży do ich usunięcia w porozumieniu z komórkami organizacyjnymi, które zgłosiły uwagi do projektu aktu prawnego. W razie nieuzgodnienia stanowiska, właściwa komórka organizacyjna albo komórka koordynująca przedstawia sprawę do rozstrzygnięcia Dyrektorowi;
   9) Uzgodniony projekt aktu prawnego powinien zaparafować kierownik właściwej komórki organizacyjnej albo komórki koordynującej oraz kierownicy komórek organizacyjnych, których zakresu działania projekt dotyczy;
   10) Odmowa parafowania projektu aktu prawnego wymaga przedstawienia pisemnego uzasadnienia;
   11) W przypadku, gdy wejście w życie aktu prawnego wywołuje skutki finansowe dla Szpitala wymagana jest opinia głównego księgowego na projekcie aktu prawnego,
   12) Kierownik komórki organizacyjnej przedkłada parafowany projekt aktu prawnego wraz z rozdzielnikiem do Działu Organizacji i Dokumentacji Chorych;
   13) Każdy akt prawny jest opiniowany przez Radcę Prawnego pod względem formalno-prawnym oraz poprawności legislacyjnej;
   14) Podpisany przez Dyrektora akt prawny zostaje przekazany wraz z rozdzielnikiem do Działu Organizacji i Dokumentacji Chorych. Pracownik Działu Organizacji

i Dokumentacji Chorych wykonuje odpowiednią ilość kopii aktu prawnego, nadaje numer egzemplarza nadzorowanego i przekazuje Kierownikom komórek zgodnie z otrzymanym od projektodawcy rozdzielnikiem kopii obowiązujących aktów prawnych.

15) Egzemplarz nr 1 określony w rozdzielniku, jako a/a jest przechowywany w Dziale Organizacji i Dokumentacji Chorych. Dopuszcza się możliwość archiwizowania własnego egzemplarza nieaktualnego aktu prawnego w komórce merytorycznej w aktach sprawy, której dotyczy, z zastrzeżeniem obowiązku przekreślenia nieaktualnego aktu, podpisania się i opatrzenia datą.
16) Niszczeniem i archiwizacją nieaktualnych aktów prawnych zajmuje się pracownik Działu Organizacji i Dokumentacji Chorych. Protokół niszczenia zatwierdza Kierownik Działu Organizacji i Dokumentacji Chorych.
17) Za nadzór nad realizacją zadań wynikających z aktu prawnego odpowiedzialni są Kierownicy komórek organizacyjnych. Ich zadaniem jest zapoznanie z treścią aktu prawnego podległy personel oraz realizacją zadań zgodnie z jego postanowieniami.
18) Kierownicy komórek organizacyjnych dokonują raz w roku przeglądu wychodzących z ich działu aktów prawnych pod kątem ich aktualności i przydatności. Sporządzone sprawozdanie z przeglądu, kierownik przekazuje do 31 grudnia każdego roku do pracownika Działu Organizacji i Dokumentacji Chorych, który opracowuje sprawozdanie zbiorcze i przekazuje do wszystkich komórek organizacyjnych szpitala. Sprawozdanie zatwierdza Dyrektor Szpitala.

ROZDZIAŁ VIII
ORGANIZACJA UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH
Postanowienia ogólne
§ 39

1. Szpital udziela świadczenia zdrowotne osobom objętym ubezpieczeniem zdrowotnym w zakresie i na warunkach określonych w umowach zawartych z Narodowym Funduszem Zdrowia oraz innymi instytucjami ubezpieczeniowymi, a także osobom nie objętym ubezpieczeniem zdrowotnym jeśli wyrażą wolę korzystania z tych świadczeń.
2. Świadczenia udzielane są bezpłatnie, za częściową odpłatnością, lub odpłatnie na zasadach określonych w ustawie o działalności leczniczej, w przepisach odrębnych lub kontraktach z dysponentem środków ubezpieczenia zdrowotnego, z osobami fizycznymi, osobami prawnymi oraz innymi jednostkami organizacyjnymi.
3. Świadczenia zdrowotne w Szpitalu udzielane są w rodzaju:
   1) szpitalne świadczenia zdrowotne,
   2) ambulatoryjne świadczenia zdrowotne.
4. Szczegółowy zakres udzielanych świadczeń zdrowotnych określają umowy z instytucjami ubezpieczenia zdrowotnego oraz umowy z osobami fizycznymi, osobami prawnymi i innymi jednostkami organizacyjnymi.
5. W zakresie stacjonarnej opieki zdrowotnej Szpital zapewnia przyjętemu pacjentowi, zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie odrębnymi przepisami:
   1) świadczenia zdrowotne,
   2) środki farmaceutyczne i materiały medyczne,
   3) pomieszczenia i wyżywienia odpowiedniego do stanu zdrowia.
6. Pacjentom w stanach terminalnych oraz ich rodzinie zgodnie z ich życzeniem Dyrektor Szpitala zapewnia szczególną opiekę podczas pobytu w Szpitalu poprzez:

1) zapewnienie atmosfery prywatności – zależnie od możliwości organizacyjnych oddziału umożliwienia pobytu w salach 1 osobowych. W przypadku konieczności pobytu pacjenta w sali wielołóżkowej należy zadbać o zachowanie jak największej intymności,
2) pacjent ma prawo nieograniczonego korzystania z opieki duszpasterskiej zgodnie z przekonaniami religijnymi – szczegółowe informacje u pielęgniarki oddziału,
3) nieograniczoną możliwość przebywania z pacjentem osób bliskich,
4) wsparcie psychologa,
5) zapewnienie leczenia p/bólowego zależnie od potrzeb,
6) umożliwienie pacjentowi spisanie testamentu.

7. Zasady realizacji transportu sanitarnego pacjentów zgodnie z wewnętrznymi procedurami opartymi na wytycznych odrębnych przepisów prawa w tym zakresie.

§ 40

1. Szpital prowadzi dokumentację medyczną pacjentów korzystających ze świadczeń zdrowotnych z zapewnieniem ochrony danych osobowych zawartych w dokumentacji.
   1) Personel szpitala jest obowiązany zachować w tajemnicy wszelkie informacje uzyskane w czasie wykonywania obowiązków.
2. Obowiązującą zbiorczą i indywidualną dokumentację medyczną, zasady jej kompletowania, prowadzenia, udostępniania i przechowywania określa Dyrektor w oparciu o odrębne przepisy.

Szczególne uprawnienia

§ 41

1. Zasłużeni Honorowi Dawcy Krwi, Zasłużeni Dawcy Przeszczepu, inwalidzi wojenni i wojskowi, Kombatanci oraz działacze opozycji antykomunistycznej i osoby represjonowane z powodów politycznych, kobiety w ciąży, osoby posiadające orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności mają prawo do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej z pominięciem listy oczekujących.
   1) jeżeli udzielenie świadczenia w dniu zgłoszenia nie będzie możliwe, powinno ono zostać zrealizowane w innym terminie, poza kolejnością wynikającą z prowadzonej listy oczekujących.
2. Inwalidom wojennym i wojskowym, osobom represjonowanym, Kombatantom, działaczom opozycji antykomunistycznej oraz osobom represjonowanym z powodów politycznych, cywilnym niewidomym ofiarom działań wojennych, kobietom w ciąży, osobom posiadającym orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności przysługuje prawo do korzystania z ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych bez skierowania.
   1) świadczenia ambulatoryjnej opieki specjalistycznej powinny być udzielone nie później niż w ciągu 7 dni roboczych od dnia zgłoszenia.
3. Zasłużonym Honorowym Dawcom Krwi, Zasłużonym Dawcom Przeszczepu, inwalidom wojennym i wojskowym, kombatantom, osobom represjonowanym z powodów politycznych i działaczom opozycji antykomunistycznej, osobom, które doznały uszczerbku na zdrowiu w związku z działaniami wojennymi oraz świadczeniobiorcom, którzy ukończyli 75 rok życia przysługuje bezpłatne zaopatrzenie w leki objęte wykazami leków podstawowych i uzupełniających.
4. Inwalidom wojennym, osobom represjonowanym, ich małżonkom pozostającym na ich wyłącznym utrzymaniu oraz wdowom i wdowcom po poległych żołnierzach i zmarłych inwalidach wojennych oraz osobach represjonowanych, uprawnionym do renty rodzinnej

oraz cywilnym niewidomym ofiarom działań wojennych przysługuje bezpłatne zaopatrzenie w leki oznaczone symbolami "Rp" lub "Rpz", dopuszczone do obrotu na terytorium Polski.

5. Inwalidzi wojenni i wojskowi, osoby represjonowane oraz cywilne niewidome ofiary działań wojennych mają prawo do bezpłatnych wyrobów medycznych na zlecenia lekarza ubezpieczenia zdrowotnego.
6. Uprawnionemu żołnierzowi lub pracownikowi wojska oraz weteranowi poszkodowanemu w zakresie leczenia urazów lub chorób nabytych podczas wykonywania zadań poza granicami państwa, przysługuje prawo do:
   1) korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie leczenia chorób nabytych poza granicami państwa poza kolejnością;
   2) bezpłatnego zaopatrzenie w leki objęte w całym zakresie zarejestrowanych wskazań i przeznaczeń, zgodnie z wykazem o refundacji oraz leki recepturowe na czas leczenia urazów lub chorób nabytych podczas wykonywania zadań poza granicami państwa;
   3) korzystania z bezpłatnych wyrobów medycznych na zlecenie lekarza ubezpieczenia zdrowotnego w zakresie leczenia urazów lub chorób nabytych podczas wykonywania zadań poza granicami państwa;
   4) korzystania z ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych finansowanych ze środków publicznych bez skierowania, w zakresie leczenia urazów lub chorób nabytych podczas wykonywania zadań poza granicami państwa;
   5) korzystania ze świadczeń niezakwalifikowanych jako świadczenia gwarantowane oraz odpłatne świadczenia opieki zdrowotnej w związku z urazami i chorobami nabytymi podczas wykonywania zadań poza granicami państwa.
7. Osoby będące żywymi dawcami narządu mają prawo do badań mających na celu monitorowanie jego stanu zdrowia przeprowadzanych przez podmiot leczniczy, który dokonał pobrania narządu, co 12 miesięcy od dnia pobrania narządu, nie dłużej jednak niż przez 10 lat.

Przyjęcie i odmowa przyjęcia pacjenta do Szpitala

§ 42

1. Przyjęcia pacjentów do Szpitala odbywają się całodobowo, na zasadach określonych w ogólnie obowiązujących przepisach, co oznacza, że:
   1) o przyjęciu do Szpitala osoby zgłaszającej się lub kierowanej przez lekarza albo uprawnioną instytucję orzeka lekarz wyznaczony do tych czynności, po zapoznaniu się ze stanem zdrowia i uzyskaniu zgody tej osoby lub przedstawiciela ustawowego, chyba, że na mocy odrębnych przepisów możliwe jest przyjęcie do Szpitala bez wyrażenia zgody,
   2) jeżeli na skutek braku miejsc, zakresu udzielanych przez Szpital świadczeń lub ze względów epidemiologicznych pacjent skierowany do leczenia nie może zostać przez Szpital przyjęty, Szpital po udzieleniu niezbędnej pomocy medycznej zapewnia w razie potrzeby przewiezienie pacjenta do innego Szpitala, po uprzednim porozumieniu się z tym Szpitalem,
   3) jeżeli przyjęcie do Szpitala nie musi nastąpić natychmiast, nie występuje sytuacja bezpośredniego zagrożenia zdrowia lub życia, a Szpital nie ma w danej chwili możliwości przyjęcia, Ordynatorzy/Koordynatorzy wyznaczają termin, w którym nastąpi przyjęcie do Szpitala,

4) pacjentów nie zakwalifikowanych do leczenia szpitalnego a wymagających leczenia ambulatoryjnego kieruje się z odpowiednimi zapisami dotyczącymi dalszego sposobu postępowania do odpowiednich zakładów opieki zdrowotnej.

2. Odmowa przyjęcia do Szpitala może nastąpić, jeżeli nie zachodzi przypadek cierpiący zwłoki, a brak udzielenia pomocy lekarskiej nie stanowi dla osoby pacjenta niebezpieczeństwa w szczególności: utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia w następujących przypadkach:
   1) braku wskazań lekarskich do hospitalizacji,
   2) braku zgody pacjenta na hospitalizację,
   3) braku wolnych miejsc w Szpitalu,
   4) braku możliwości udzielenia pomocy specjalistycznej ze względu na zakres udzielanych przez Szpital świadczeń,
   5) jeżeli względy epidemiologiczne nie pozwalają na umieszczenie pacjenta w Szpitalu.
3. W przypadku odmowy przyjęcia do Szpitala, lekarz ma obowiązek dostatecznie wcześnie uprzedzić o tym pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego bądź opiekuna faktycznego.

Listy oczekujących

§ 42a

1. Świadczenia zdrowotne w szpitalu i świadczenia specjalistyczne w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej są udzielane według kolejności zgłoszenia.
   1) Oddziały i poradnie specjalistyczne szpitala w szczególności:
      a) ustalają kolejność udzielenia świadczenia na podstawie zgłoszeń pacjentów wpisując ich na listę oczekujących,
      b) informują pisemnie pacjenta o terminie udzielenia świadczenia oraz uzasadniają przyczyny wyboru tego terminu,
      c) wpisują datę i przyczynę skreślenia pacjenta z listy oczekujących,
      d) każda zmiana terminu planowego świadczenia medycznego może nastąpić po uzgodnieniu pomiędzy dwoma stronami osobiście lub telefonicznie i odnotowaniu we właściwej dokumentacji, w następujących okolicznościach:
         - rezygnacji pacjenta,
         - zdarzeń losowych i chorobowych,
         - w przypadku awarii aparatury niezbędnej do wykonania świadczenia.
   2) Lista oczekujących stanowi integralną część dokumentacji medycznej.
   3) Listę oczekujących prowadzi się w sposób zapewniający poszanowanie zasady sprawiedliwego, równego, niedyskryminującego i przejrzystego dostępu do świadczeń.

ROZDZIAŁ IX

Zasady przeprowadzania eksperymentów medycznych

§ 43

Definicja: poprzez eksperyment rozumie się badanie kliniczne produktów leczniczych (leki) nie dopuszczonych jeszcze do użytku, prowadzenie prób nietypowego podawania leków lub wykonywanie nowatorskich procedur, mające na celu zbadanie i ocenę skuteczności nowej terapii.

§ 44

1. Lekarz prowadzący eksperyment medyczny zobowiązany jest do złożenia „WNIOSKU” na formularzu **I-1** o umożliwienie przeprowadzenia eksperymentu medycznego na terenie

Szpitala celem uzyskania pisemnej zgody Dyrektora, a w razie nieobecności Naczelnego Lekarza Szpitala.

2. Do „Wniosku” należy dołączyć:
   1) umowę na prowadzenie eksperymentu,
   2) opinię Niezależnej Komisji Bioetycznej,
   3) polisę OC sponsora i badacza(y),
   4) formularz świadomej zgody osoby na udział w eksperymencie medycznym.
3. Realizacja eksperymentu może rozpocząć się wyłącznie w terminie określonym umową zawartą pomiędzy Zlecającym eksperyment, a Miejskim Szpitalem Zespolonym w Olsztynie nie wcześniej niż po jej podpisaniu.
4. Lekarz prowadzący eksperyment medyczny zobowiązany jest do niezwłocznego (termin do 12 godzin od zaistnienia zdarzenia) informowania o wszelkich niepożądanych zdarzeniach objętych eksperymentem Dyrektora, a w razie jego nieobecności Naczelnego Lekarza Szpitala.
5. Lekarz zobowiązany jest do: poinformowania osoby biorącej udział w eksperymencie w przypadku, gdyby natychmiastowe przerwanie eksperymentu mogło spowodować niebezpieczeństwo dla życia lub zdrowia uczestnika.
6. Pacjent Szpitala (jego przedstawiciel ustawowy lub opiekun faktyczny), który ma być poddany eksperymentowi medycznemu ma prawo do wyrażenia świadomej zgody lub odmowy na udział w eksperymencie medycznym po uprzednim poinformowaniu go przez lekarza o celach, sposobach i warunkach przeprowadzenia eksperymentu, spodziewanych korzyściach leczniczych lub poznawczych, ryzyku oraz możliwościach cofnięcia zgody i odstąpienia od udziału w eksperymencie w każdym jego stadium.
   1) W przypadku niemożności wyrażenia pisemnej zgody, za równoważne uważa się wyrażenie zgody ustne złożone w obecności dwóch świadków. Zgoda tak złożona powinna być dołączona do dokumentacji medycznej.
   2) Udział małoletniego w eksperymencie medycznym jest dopuszczalny tylko za pisemną zgodą jego przedstawiciela ustawowego. Jeżeli małoletni ukończył 16 lat i jest w stanie z rozpoznaniem wypowiedzieć opinię w sprawie swego uczestnictwa w eksperymencie, konieczna jest także jego pisemna zgoda.
   3) Udział małoletniego w eksperymencie medycznym jest dopuszczalny, jeżeli spodziewane korzyści mają bezpośrednie znaczenie dla zdrowia małoletniego, a ryzyko jest niewielkie i pozostaje w dysproporcji do możliwych pozytywnych rezultatów. Eksperyment medyczny z udziałem małoletniego nie jest dopuszczalny, gdy istnieje możliwość przeprowadzenia takiego eksperymentu o porównywalnej efektywności z udziałem osoby posiadającej pełną zdolność do czynności prawnych.
   4) W przypadku osoby całkowicie ubezwłasnowolnionej zgodę na udział tej osoby w eksperymencie medycznym wyraża przedstawiciel ustawowy tej osoby. Jeżeli osoba taka jest w stanie z rozeznaniem wypowiedzieć opinię w sprawie swojego uczestnictwa w eksperymencie medycznym, konieczne jest ponadto uzyskanie pisemnej zgody tej osoby.
   5) W przypadku osoby, która ma pełną zdolność do czynności prawnych, lecz nie jest w stanie z rozpoznaniem wypowiedzieć opinii w sprawie swego uczestnictwa w eksperymencie, zgodę na udział tej osoby w eksperymencie medycznym wyraża sąd opiekuńczy właściwy dla Szpitala.

6) W przypadku gdy przedstawiciel ustawowy odmawia zgody na udział osoby w eksperymencie medycznym, można zwrócić się do sądu opiekuńczego, właściwego ze względu na siedzibę podmiotu przeprowadzającego eksperyment, o wyrażenie zgody.
7) Z wnioskiem o udzielenie zgody na uczestnictwo w eksperymencie medycznym osoby, o której mowa w ust. 2-5 może wystąpić Szpital do właściwego sądu opiekuńczego.
8) W przypadkach nie cierpiących zwłoki i ze względu na bezpośrednie zagrożenie życia, uzyskanie zgody, o której mowa w ust. 1 - 6 nie jest konieczne.
9) Osoba lub jego przedstawiciel ustawowy ma prawo do cofnięcia zgody na eksperyment medyczny w każdym stadium eksperymentu.

ROZDZIAŁ X
PORZĄDEK PROCESU UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W ZAKŁADZIE LECZNICZYM „SZPITAL MIEJSKI”

Izba przyjęć

§ 45

1. Do zadań Izby Przyjęć należy w szczególności:
   1) badanie lekarskie chorych zgłaszających się do Szpitala,
   2) przyjmowanie chorych zakwalifikowanych do leczenia szpitalnego,
   3) udzielanie pomocy doraźnej chorym, którzy nie zostali zakwalifikowani do leczenia w Szpitalu, lub zostali zakwalifikowani do przyjęcia w późniejszym terminie,
   4) przekazywanie przyjmowanych pacjentów do oddziałów szpitalnych.
   5) udzielanie pomocy chorym w gabinecie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej.

§ 46

1. W skład pomieszczeń Izby Przyjęć wchodzi w szczególności:
   1) Poczekalnia,
   2) Rejestracja chorych,
   3) Pokój badań,
   4) Sale obserwacyjne,
   5) Sala intensywnego nadzoru medycznego,
   6) Sala zabiegowa,
   7) Izolatka,
   8) Przebieralnia dla pacjentów,
   9) Węzeł sanitarny,
   10) Gabinet nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej.

§ 47

1. W skład personelu Izb Przyjęć wchodzą:
   1) kierownik,
   2) oddziałowa,
   3) lekarze,
   4) pielęgniarki lub położne,
   5) sekretarki medyczne,
   6) sanitariusze / noszowi.
2. Personel Izby Przyjęć podlega w wykonywaniu swych czynności lekarzowi izby przyjęć.
3. Lekarz Izby Przyjęć jest zwierzchnikiem lekarzy zabezpieczających pracę oddziałów, a także po godzinach urzędowania Dyrektora zastępuje go.

1) Lekarz Izby Przyjęć jest upoważniony do rozstrzygania spraw spornych pomiędzy lekarzami zabezpieczającymi pracę oddziałów i decydowania o miejscu hospitalizacji pacjenta.
2) Lekarz Izby Przyjęć jest bezpośrednim zwierzchnikiem personelu Izby Przyjęć oraz odpowiada za kompleksowe wykonanie usługi medycznej.
3) Lekarz Izby Przyjęć kieruje akcją udzielania pomocy chorym w przypadku masowego napływu poszkodowanych (katastrof).

§ 48

1. Praca Izby Przyjęć trwa przez całą dobę i prowadzona jest na zmiany.
2. Rozkład pracy lekarzy w Izbie Przyjęć ustala Kierownik Izby Przyjęć w porozumieniu z Dyrektorem.
3. Rozkład pracy pozostałego personelu Izby Przyjęć ustala Oddziałowa w porozumieniu z Kierownikiem Izby Przyjęć oraz Przełożoną Pielęgniarek i Położnych Szpitala.
4. Praca Gabinetu nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej trwa od poniedziałku do piątku w godzinach od 18^{00} do 8^{00} dnia następnego, oraz w soboty, niedziele i inne dni ustawowo wolne od pracy w godzinach od 8^{00} dnia danego do godziny 8^{00} dnia następnego.

§ 49

1. W Izbie Przyjęć poza obowiązującą dokumentacją medyczną wynikającą z odrębnych przepisów prowadzi się:
   1) Wykaz liczby łóżek, w tym łóżek wolnych na poszczególnych Oddziałach Szpitala. Dane te podawane są do wiadomości właściwych instytucji zgodnie z wyznaczonym terminem.

§ 50

1. Każdy zgłaszający się pacjent ze skierowaniem lub przywieziony do Szpitala podlega wstępnemu badaniu medycznemu, wykonywanemu przez lekarza, celem ustalenia kolejności udzielania świadczeń zdrowotnych w Szpitalu.
2. W razie wątpliwości diagnostycznych lub terapeutycznych, w uzasadnionych medycznie przypadkach, lekarz z własnej inicjatywy lub na wniosek pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego winien zasięgnąć opinii lekarza specjalisty lub zorganizować konsylium lekarskie, zwane dalej konsultacją specjalistyczną:
   1) konsultacje specjalistyczne w Izbie Przyjęć zawsze mają charakter pilny,
   2) szczegółowe zasady przeprowadzania konsultacji specjalistycznych określa § 73 niniejszego Regulaminu.
3. Po wyrażeniu pisemnej zgody na hospitalizację i leczenie pacjent powinien być doprowadzony lub przetransportowany do właściwego oddziału w sposób wskazany przez lekarza.
4. Jeżeli w czasie badania pacjenta okaże się, że istnieje podejrzenie występowania u niego choroby zakaźnej, należy bezzwłocznie skierować pacjenta do właściwego zakładu opieki zdrowotnej, a w pomieszczeniach, w których przebywał przeprowadzić doraźną dezynfekcję.

§ 51

1. Izby Przyjęć udzielają świadczeń zdrowotnych w trybie: planowym, pilnym oraz w przypadku wypadku masowego:
   1) Szpital przejmuje odpowiedzialność za każdego nowoprzyjętego pacjenta i jego mienie.
2. Obserwacja pacjenta w Izbie Przyjęć nie powinna trwać dłużej niż 24 godziny.

§ 52

1. Zasady postępowania w przypadku przyjęć w trybie planowym ustala się następująco:

1) w celu ustalenia terminu planowej hospitalizacji pacjent winien zgłosić się ze skierowaniem, aktualnymi badaniami i inną dokumentacją leczenia, w zależności od schorzenia na konsultację Ordynatora/Koordynatora lub wyznaczonego przez Ordynatora/Koordynatora lekarza oddziału:
   a) Kliniki Chirurgii Ogólnej, Małoinwazyjnej i Wieku Podeszłego - od poniedziałku do piątku w godzinach 8^{00}-14^{00} w oddziale, przy ul. Niepodległości 44, tel. (89) 532-62-20;
   b) Klinicznego Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej – od poniedziałku do piątku w godz. 8^{00}-14^{00} w oddziale przy ul. Niepodległości 44, tel. (89) 532-62-16;
   c) Klinicznego Chirurgii Klatki Piersiowej – poniedziałek, wtorek, środa w godz. 8^{00}-10^{00} w oddziale, przy ul. Niepodległości 44, tel. (89) 532-63-57;
   d) Kliniki Urologii i Onkologii Urologicznej - poniedziałek, środa w godz. 12^{00}-13^{00} w sekretariacie Kliniki Urologii i Onkologii Urologicznej przy ul. Niepodległości 44;
   e) do Pracowni ESWL – wtorek, czwartek w godz. 12^{00}-13^{00} w Poradni urologicznej przy ul. Mariańskiej 4 (budynek „D”), pokój nr 6, lekarz konsultujący z Pracowni ESWL, tel. (89) 532-64-01;
   f) Okulistycznego – poniedziałek, wtorek w godz. 8^{00}-9^{00}, środa, czwartek, piątek w godz. 9^{00}-11^{00} w poradni okulistyki przy Al. Wojska Polskiego 30, tel. (89) 678-66-21;
   Chorzy do planowych zabiegów usunięcia zaćmy – poniedziałek- piątek w godz. 8^{00}-14^{00}. Rejestracja telefoniczna nr (89) 678-66-21;
   g) „Laryngologii – Zespół Chirurgii Jednego Dnia” – poniedziałek w godz. 15^{00}-19^{00}, wtorek w godz. 12^{00}-14^{30}, środa w godz. 12^{00}-19^{00}, czwartek w godz. 8^{00}-10^{00} w oddziale przy ul. Niepodległości 44 (budynek „C”), lub rejestracja telefoniczna: poniedziałek, środa w godz. 15^{00}-20^{00} pod numerem tel. (89) 532-62-74;
   h) Chirurgii Szczękowej – poniedziałek w godz. 8^{00}-12^{00}, środa w godz. 14^{00}-18^{00}, czwartek w godz. 8^{00}-12^{00}, podczas wizyt pacjentów w Konsultacyjnej Poradni Chirurgii Szczękowej;
   i) Kliniki Ginekologii, Ginekologii Onkologicznej i Położnictwa – poniedziałek, wtorek, środa, czwartek w godz. 12^{30}-14^{00} w izbie przyjęć ginekologiczno-położniczej – konsultacje do operacji, dla pozostałych pacjentek rejestracja telefoniczna pod numerem tel. (89) 532-62-77;
   j) Pododdziału Kardiologii – od poniedziałku do piątku w godz. 8^{00} -14^{00} w pododdziale przy ul. Niepodległości 44 lub pod numerem tel. (89) 532-63-19;
   k) Kliniki Dermatologii – od poniedziałku do piątku w godz. 8^{00} –14^{00} w oddziale przy Al. Wojska Polskiego 30, tel. (89) 678-66-70;
   l) Reumatologii - od poniedziałku do piątku w godz. 8^{00} –14^{00} w oddziale przy Al. Wojska Polskiego 30, tel. (89) 678-66-68 oraz w Poradni Reumatologii i Osteoporozy przy Al. Wojska Polskiego 30, tel. (89) 678-66-31.
2) Rejestr pacjentów zakwalifikowanych do leczenia szpitalnego w terminie planowym prowadzi się w oddziałach szpitalnych.

§ 53

1. Pacjent przyjmowany w trybie planowym zgłasza się w wyznaczonym terminie z:
   1) kompletem wymaganej dokumentacji: skierowaniem do szpitala, wymaganymi badaniami dodatkowymi, konsultacjami specjalistycznymi i wpisami stwierdzającym odbycie posiadanych szczepień, dokumentacją medyczną z przebytych chorób i leczenia, dokumentem tożsamości, dowodem stwierdzającym ubezpieczenie zdrowotne,

2) wskazane jest posiadanie własnych przyborów toaletowych (ręcznik, szczoteczka do zębów, maszynka do golenia, kosmetyki, pidżama, szlafrok i obuwie domowe).

§ 54

1. Zasady postępowania w przypadku przyjęć w trybie pilnym:
   1) jeżeli z rozpoznania wstępnego wynikają bezwzględne wskazania do natychmiastowego leczenia szpitalnego, lekarz izby przyjęć:
      a) wydaje konieczne zlecenia lecznicze (diagnostyczne i ogólne) a następnie natychmiast wraz z pielęgniarką Izby Przyjęć transportuje pacjenta do właściwego Oddziału lub Bloku Operacyjnego.
   2) W sytuacjach, kiedy bezpośredniego zagrożenia życia nie ma, po zbadaniu przez lekarza Izby Przyjęć:
      a) podaje się niezbędne leki,
      b) wykonuje się niezbędne badania dodatkowe,
      c) odbywają się konsultacje specjalistyczne,
      d) transportuje się do właściwego oddziału.
2. Zasady postępowania w sytuacji konieczności nagłego udzielania pomocy medycznej dla osób przebywających na terenie Szpitala i jego posesji:
   1) wstępna ocena medyczna pacjenta i podjęcie niezbędnych czynności w sytuacji zagrożenia życia na terenie budynku Szpitala należy do obowiązków personelu komórki organizacyjnej, w której miało miejsce zdarzenie,
   2) wstępna ocena medyczna pacjenta i podjęcie niezbędnych czynności w sytuacji zagrożenia życia na terenie posesji Szpitala należy do obowiązków personelu Izby Przyjęć Ogólnej,
   3) po podjęciu niezbędnych czynności medycznych, zależnie od stanu zdrowia pacjent pod opieką personelu, o którym mowa powyżej winien być doprowadzony lub przetransportowany do izby przyjęć ogólnej i przekazany pod opiekę lekarza Izby Przyjęć Ogólnej.

§ 55

1. W chwili ogłoszenia przez lekarza Izby Przyjęć wypadku masowego (wypadek z jednoczesnym transportem do Szpitala 4 i więcej osób w stanie zagrożenia życia i zdrowia) działalność całego Szpitala jest ukierunkowana na pomoc poszkodowanym, zgodnie z zasadą „zrobić jak najwięcej dla jak największej liczby poszkodowanych” z wykorzystaniem zasobów placówki oraz współpracy instytucji zewnętrznych.
2. Na zakres procedury postępowania składają się wszystkie działania medyczne, organizacyjne i administracyjne związane z przyjęciem poszkodowanych do Izby Przyjęć oraz ewakuacją pracowników i pacjentów poza prognozowaną strefę zagrożenia.
3. Całością akcji kieruje lekarz Izby Przyjęć zgodnie z wewnętrznymi procedurami opartymi na odrębnych przepisach.

§ 56

1. Pacjent przyjmowany do Szpitala winien być w stanie higienicznym niebudzącym zastrzeżeń.
2. W przypadku stwierdzenia złego stanu higienicznego:
   1) pacjent może być poddany zabiegom higienicznym i dezynsekcji,
   2) odzież zanieczyszczona lub z pasożytami zostaje poddana dezynsekcji.

§ 57

1. Swoje rzeczy osobiste i odzież pacjent może przekazać towarzyszącym członkom rodziny lub upoważnionym osobom.
2. Odzież pozostawiona w Szpitalu może być przechowywana w magazynie odzieży chorych.
3. Swoje pieniądze i kosztowności pacjent może przekazać do depozytu Szpitala.
4. Szpital nie odpowiada za przedmioty wartościowe i pieniądze pozostawione przy sobie i nie zadeklarowane do przechowania.
5. Przedmioty wartościowe znalezione przy pacjencie nieprzytomnym – w przypadku braku możliwości przekazania ich osobie bliskiej zabezpiecza Szpital.
6. Szczegółowe zasady przechowywania rzeczy wartościowych i odzieży chorych określają §175-183 niniejszego Regulaminu.

§ 58

1. Lekarz Izby Przyjęć lub lekarz właściwego Oddziału postanawia o zawiadomieniu członka rodziny, przedstawiciela ustawowego lub opiekunów faktycznych pacjenta o:
   1) przyjęciu bez ich wiedzy do Szpitala pacjenta niepełnoletniego,
   2) przyjęciu pacjenta bez względu na wiek w przypadku nagłym i ciężkim albo o znacznym pogorszeniu się stanu zdrowia chorego lub o jego zgonie,
   3) przeniesieniu pacjenta do innego zakładu opieki zdrowotnej z podaniem dokładnego adresu tego zakładu.
2. Zawiadomień, o których mowa w ust. 1 pkt. 1) oraz 3) dokonują sekretarka medyczna lub pielęgniarka izby przyjęć lub właściwego oddziału.
3. Zawiadomień, o których mowa w ust. 1 pkt. 2) dokonuje lekarz izby przyjęć lub właściwego oddziału.
4. Jeżeli dokonano przyjęcia pacjenta małoletniego, z którego przedstawicielem ustawowym lub opiekunem nie można się skontaktować w czasie 4 godzin od przyjęcia, Szpital zobowiązany jest poinformować Policję.

§ 59

1. Tożsamość pacjentów przyjmowanych do Szpitala powinna być ustalana na podstawie dowodu osobistego lub innego dokumentu potwierdzającego tożsamość.
2. Obowiązek identyfikacji pacjenta przyjętego do szpitala dotyczy:
   „wszystkich pacjentów zgłaszających się do leczenia szpitalnego.”
3. Identyfikacja polega na założeniu opaski na przegub dłoni lub stopy pacjenta z wyraźnym zapisem: „imię, nazwisko, i nr historii choroby:”
   1) w przypadku pacjenta NN obowiązuje zapis nr historii choroby oraz płci,
   2) opaskę nakłada osoba przyjmująca pacjenta w Izbie przyjęć szpitala,
   3) w przypadku odmowy pacjenta na założenie opaski, należy ten fakt odnotować w historii choroby,
   4) po wypisie pacjenta ze szpitala należy umieszczać opaskę identyfikacyjną w pojemniku na odpady zakaźne, zamiast dołączania jej do historii choroby (z wyłączeniem dzieci do lat 7 i noworodków”.

§ 60

1. W każdym przypadku zgłoszenia się do Szpitala i przyjęcia pacjenta o nieznanych danych osobowych, z chorobą lub obrażeniami ciała mogącymi być skutkiem działania przestępczego, lekarz Izby Przyjęć powiadamia Policję.

2. Jeżeli dokonano przyjęcia lub nastąpił zgon pacjenta, którego tożsamości nie można ustalić albo potwierdzić na podstawie dokumentów potwierdzających tożsamość w czasie 4 godzin od przyjęcia lub zgonu, Szpital zobowiązany jest poinformować Policję.

Oddziały szpitalne

§ 61

1. Oddział jest podstawową komórką organizacyjną leczniczo – profilaktyczno – rehabilitacyjnej działalności Szpitala.
2. Dyrektor określa ilość Oddziałów wraz z ich strukturą wewnętrzną oraz liczbą łóżek.

§ 62

1. Oddział może dzielić się na pododdziały.
2. Oddział lub pododdział dzieli się na odcinki lekarskie i pielęgniarskie.
3. Wielkość odcinka lekarskiego i pielęgniarskiego określa Ordynator/Koordynator Oddziału i Oddziałowa w porozumieniu z Dyrektorem i Przełożoną Pielęgniarek i Położnych Szpitala.

§ 63

1. W skład pomieszczeń Oddziału wchodzą:
   1) pokoje dla pacjentów,
   2) pokoje badań i zabiegów lekarskich,
   3) pokój Ordynatora/Koordynatora,
   4) pokój Lekarzy,
   5) pokój Oddziałowej,
   6) punkt pielęgniarski,
   7) kuchenki oddziałowe,
   8) podręczny skład zapasowego sprzętu, magazyn czystej bielizny i apteczka oddziałowa,
   9) węzły sanitarne dla pacjentów i osobne dla personelu,
   10) brudowniki.
2. Punkty pielęgniarskie w zależności od warunków Oddziału mogą mieścić się w osobnych pokojach, w oświetlonych wnękach lub na korytarzach.
3. W zależności od specjalności Oddziału mogą się w nim znajdować inne pomieszczenia, a w szczególności: bloki operacyjne, gabinety zabiegowe o podwyższonym standardzie, trakty i sale porodowe, pokój opatrunkowy, pokój badań przyrządowych (np. EKG), pokój gimnastyki leczniczej, pokój pomocy naukowych.

§ 64

1. W poszczególnych salach chorych mogą przebywać pacjenci tylko tej samej płci.
2. W salach o wzmożonym nadzorze medycznym podczas udzielania świadczeń zdrowotnych mogą przebywać kobiety i mężczyźni, przy zapewnieniu im intymności.
3. Zasada zachowania intymności dotyczy wszystkich czynności wykonywanych przy pacjencie.

§ 65

1. W skład personelu oddziału wchodzą:
   1) Ordynator/Koordynator,
   2) Lekarze,
   3) Pielęgniarka lub Położna Oddziałowa,
   4) pielęgniarki lub położne,
   5) sekretarka medyczna,
   6) rehabilitanci,
   7) psycholog,

8) personel pomocniczy.

§ 66

1. Rozkład pracy lekarzy w oddziale ustala Ordynator/Koordynator w porozumieniu z Dyrektorem Szpitala.
2. Rozkład pracy pozostałego personelu oddziału ustala Oddziałowa w porozumieniu z Ordynatorem/Koordynatorem oddziału oraz Przełożoną Pielęgniarek i Położnych Szpitala.

§ 67

Z Regulaminem Organizacyjnym i topografią oddziału zapoznaje pacjenta pielęgniarka/położna Oddziału.

§ 68

1. Badanie w celu ustalenia rozpoznania, ustalenia planu leczenia oraz leczenie powinno być rozpoczęte niezwłocznie po przyjęciu pacjenta do oddziału.
2. Plan opieki lekarsko - pielęgniarskiej nad pacjentem opracowywany jest w ciągu 24 godzin od przyjęcia i modyfikowany w zależności od potrzeb.
3. Pacjent zostaje poinformowany o głównych założeniach planu opieki nad pacjentem oraz o osobach sprawujących bezpośrednią opiekę nad pacjentem w oddziale.
4. W razie wątpliwości diagnostycznych lub terapeutycznych lekarz z własnej inicjatywy bądź na wniosek pacjenta lub przedstawiciela ustawowego, jeżeli uzna to za uzasadnione w świetle wymagań wiedzy medycznej powinien zorganizować konsultację specjalistyczną.
5. Konsultacje specjalistyczne w oddziale odbywają się w trybie pilnym lub planowym.
6. Pacjenci kierowani na badania specjalistyczne i zabiegi lecznicze powinni być zależnie od stanu zdrowia, przeprowadzani lub transportowani.

§ 69

1. W Szpitalu obowiązują następujące zasady uzyskiwania świadomej zgody pacjenta na zabieg operacyjny lub zastosowanie metody leczenia lub diagnostyki stwarzającej podwyższone ryzyko dla pacjenta:
   1) Lekarz może wykonać zabieg operacyjny albo zastosować metodę leczenia lub diagnostyki stwarzającą podwyższone ryzyko dla pacjenta po uzyskaniu jego pisemnej zgody;
   2) Przed wyrażeniem zgody przez pacjenta lekarz ma obowiązek udzielenia mu przystępnej informacji o jego stanie zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych, leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu;
   3) Lekarz może wykonać zabieg lub zastosować metodę stwarzającą podwyższone ryzyko u pacjenta małoletniego, ubezwłasnowolnionego bądź niezdolnego do świadomego wyrażenia pisemnej zgody po uzyskaniu zgody jego przedstawiciela ustawowego, a gdy pacjent nie ma przedstawiciela lub, gdy porozumienie się z nim jest niemożliwe – po uzyskaniu zgody sądu opiekuńczego. Jeżeli pacjent ukończył 16 lat, wymagana jest także jego pisemna zgoda;
   4) Jeżeli przedstawiciel ustawowy pacjenta małoletniego, ubezwłasnowolnionego bądź niezdolnego do świadomego wyrażenia zgody nie zgadza się na wykonanie przez lekarza czynności wymienionych w pkt.1, a niezbędnych dla usunięcia niebezpieczeństwa utraty przez pacjenta życia lub ciężkiego uszkodzenia ciała bądź ciężkiego rozstroju zdrowia, lekarz może wykonać takie czynności po uzyskaniu zgody sądu opiekuńczego;

5) Lekarz może wykonać czynności, o których mowa w pkt.1, bez zgody przedstawiciela ustawowego pacjenta bądź zgody właściwego sądu opiekuńczego, gdy zwłoka spowodowana postępowaniem w sprawie uzyskania zgody groziłaby pacjentowi niebezpieczeństwem utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia. W takim przypadku lekarz ma obowiązek, o ile jest to możliwe, zasięgnąć opinii drugiego lekarza, w miarę możliwości tej samej specjalności. O wykonywanych czynnościach lekarz niezwłocznie zawiadamia przedstawiciela ustawowego, opiekuna faktycznego lub sąd opiekuńczy;
6) Okolicznościach, o których mowa w ust. 3-5, lekarz dokonuje odpowiedniej adnotacji w dokumentacji medycznej pacjenta;
7) Jeżeli w trakcie wykonywania zabiegu operacyjnego, metody leczniczej lub diagnostycznej wystąpią okoliczności, których nieuwzględnienie groziłoby pacjentowi niebezpieczeństwem utraty życia, ciężkim uszkodzeniem ciała lub ciężkim rozstrojem zdrowia, a nie ma możliwości niezwłocznie uzyskać zgody pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego, lekarz ma prawo, bez uzyskania tej zgody, zmienić zakres zabiegu bądź metody leczenia lub diagnostyki w sposób umożliwiający uwzględnienie tych okoliczności. W takim przypadku lekarz ma obowiązek, o ile jest to możliwe, zasięgnąć opinii drugiego lekarza, w miarę możliwości tej samej specjalności;
8) Okolicznościach, o których mowa w pkt. 7, lekarz dokonuje odpowiedniej adnotacji w dokumentacji medycznej oraz informuje pacjenta, przedstawiciela ustawowego lub opiekuna faktycznego albo sąd opiekuńczy.

2. W przypadku osób niedowidzących lub niewidomych zgodę pacjenta uzyskuje się po głośnym odczytaniu treści podpisywanego przez pacjenta formularza „Świadomej zgody na zabieg / badanie”
3. Wykaz procedur leczniczych i diagnostycznych wymagających świadomej zgody pacjenta stanowi załącznik nr 6 niniejszego Regulaminu.
4. Dopuszcza się uzyskanie ustnej świadomej zgody pacjenta na: pomiar ciśnienia, badanie krwi itp.

§ 70

Uzyskiwanie zgody sądu na udzielenie pomocy medycznej

1. W przypadku zaistnienia konieczności: przeprowadzenia badań lub udzielenia innych świadczeń zdrowotnych, a pacjent jest niezdolny do świadomego wyrażenia zgody oraz nie ma przedstawiciela ustawowego lub porozumienie się z nim jest niemożliwe – należy zwrócić się do Sądu opiekuńczego w sposób następujący:
   1) osoba wyznaczona przez Ordynatora/Koordynatora oddziału sporządza do Sądu Rejonowego w Olsztynie III Wydział Rodzinny i Nieletnich „zawiadomienie o konieczności wyrażenia zgody na dokonanie czynności medycznych”.
   2) Zawiadomienie podpisuje Ordynator/Koordynator,
   3) Zawiadomienie wraz z załącznikami przesyła się do Sądu Opiekuńczego – w przypadku nagłym – faxem, a następnie w ślad za nim – drogą pocztową za potwierdzeniem odbioru.

§ 71

1. Zawiadomienie o konieczności wyrażenia zgody na dokonanie czynności medycznych musi posiadać:
   1) wyczerpujący opis stanu faktycznego,

2) uzasadnienie faktyczne konieczności przeprowadzenia wnioskowanych czynności medycznych, ich rodzaj i zakres, nadto czy jest możliwość alternatywnych działań, wreszcie: ocenę ryzyka,
3) konsultację psychiatry (brak świadomości pacjenta), lub neurologa, konsultację chirurgiczną (odnośnie zabiegu chirurgicznego) i konsultację anestezjologiczną (co do metody i zakresu znieczulenia).

2. Dołączyć należy kserokopie dokumentacji medycznej potwierdzone przez lekarza „za zgodność z oryginałem, Olsztyn, data…….".
3. Zawiadomienie o konieczności wyrażenia zgody na dokonanie czynności medycznych wraz z załącznikami przekazuje się przez pracownika Działu Organizacji i Dokumentacji Chorych lub przez pracownika firmy transportowej.

§ 72

1. Sąd wyraża zgodę na:
   1) Badanie lub udzielenie innego świadczenia zdrowotnego,
   2) Metodę leczenia, diagnostyki lub zabieg operacyjny.
2. W sprawach nieuregulowanych niniejszą procedurą zastosowanie mają przepisy ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty.

§ 73

1. Zasady przeprowadzania **konsultacji medycznej** pacjenta ustala się następująco:
   1) Decyzję o konsultacji podejmuje lekarz, po czym wpisuje ją do karty zleceń i zgłasza bezpośrednio lub przez pielęgniarkę/ położną/ sekretarkę medyczną.
   2) Pacjent winien być poinformowany o konieczności konsultacji.
   3) Zgłoszenie konsultacji specjalistom pracującym w Szpitalu może być dokonane telefonicznie.
   4) Zgłoszenie konsultacji specjalistom nie pracującym w szpitalu dokonują wyłącznie lekarze.
   5) Przy zgłaszaniu konsultacji obowiązuje podanie nazwy oddziału, nazwiska pacjenta, głównego problemu wezwania oraz trybu konsultacji (pilny lub planowy).
   6) Odbiorcą zgłoszenia konsultacji specjalistom pracującym w szpitalu może być lekarz, pielęgniarka/położna/sekretarka medyczna.
   7) Jeśli zgłoszenie zostało odebrane przez pielęgniarkę, położną lub sekretarkę medyczną powinna ona bezzwłocznie powiadomić Ordynatora/Koordynatora lub lekarza zabezpieczającego pracę oddziału o treści i czasie zgłoszenia konsultacji oraz w jakim trybie ma się odbyć. Informacja o konsultacji zobowiązuje lekarza do jej przeprowadzenia lub przekazania tego obowiązku innemu lekarzowi. Konsultacje planowe winny być zgłaszane w godzinach rannych, jednak nie później niż do godz. 11.00.
   8) Realizacja konsultacji powinna mieć miejsce w dniu zgłoszenia, a w uzasadnionych przypadkach nie później niż 24 godziny od zgłoszenia.
   9) Konsultacje pilne winny być realizowane niezwłocznie po zgłoszeniu, bez względu na porę dnia i nocy. W sytuacjach nagłych, związanych z zagrożeniem zatrzymania podstawowych czynności życiowych wnioski i zalecenia mogą być przekazane ustnie.
   10) Decyzję o wdrożeniu zaleceń konsultanta podejmuje lekarz leczący.
   11) Wnioski i zalecenia wynikające z konsultacji w oddziale winny być wpisane do karty konsultacyjnej w historii choroby i jeżeli to możliwe osobiście przekazane lekarzowi leczącemu.

12) Treść konsultacji w Izbie Przyjęć winna być wpisana do Księgi Porad i Odmów Ambulatoryjnych i w Karcie informacyjnej pacjenta z pobytu w Izbie Przyjęć.

§ 74

1. Dla sprawnego funkcjonowania oddziałów ustala się zasady postępowania przekazania pacjentów kolejnym zmianom:
   1) codziennie w wyznaczonych godzinach w oddziałach szpitala odbywa się przekazanie pacjentów kolejnym zmianom lekarzy i pielęgniarek, położnych, poprzez przekazanie informacji o stanie zdrowia pacjentów oraz innych istotnych zawartych w raportach lekarskich i pielęgniarskich,
   2) lekarze przekazując pacjentów kolejnej zmianie przedstawiają istotne informacje o stanie zdrowia pacjentów, nowych przyjęciach do oddziału, interwencjach lekarskich oraz innych istotnych zdarzeniach i podjętych działaniach podczas wykonywania obowiązków służbowych,
   3) lekarze dyżurni zobowiązani są prowadzić raporty lekarskie w księdze raportów lekarskich,
   4) pielęgniarki i położne przekazują raport o stanie zdrowia pacjentów oraz istotnych zaleceniach w formie ustnej i pisemnej na koniec każdej zmiany,
   5) raport pielęgniarki sporządzany jest w księdze raportów pielęgniarskich.
2. Dla sprawnego funkcjonowania oddziałów ustala się następujące zasady postępowania w przypadku przekazania pacjenta między oddziałami szpitala:
   1) pacjent może być przekazany do innego oddziału po wstępnym uzgodnieniu z Ordynatorem/Koordynatorem właściwego oddziału lub lekarzem oddziału,
   2) wypis z oddziału i przyjęcie do innego oddziału winno zawierać ten sam numer Księgi głównej. Historia choroby jest przekazana do oddziału jako załącznik indywidualnej dokumentacji prowadzonej w danym oddziale, dopisuje się natomiast numer Księgi oddziałowej.
3. Zasady postępowania w przypadku przenoszenia pacjenta do innego podmiotu leczniczego:
   1) pacjent może być przeniesiony do innego podmiotu leczniczego po uprzednim uzgodnieniu z Ordynatorem/Koordynatorem lub lekarzem właściwego oddziału lub kierownikiem tego zakładu,
   2) personel oddziału zapewnia opiekę medyczną do czasu przekazania pacjenta,
   3) Ordynator/Koordynator lub lekarz oddziału przekazujący pacjenta dokonuje adnotacji w Historii Choroby, do jakiej placówki został przekazany i z kim zostało ustalone przyjęcie,
   4) rodzaj i zakres przekazywanej dokumentacji zgodnie z wymaganiami placówki, do której pacjent zostaje przekazany, w każdym przypadku wypisanie pacjenta według zasad określonych w § 76 oraz skierowanie do innej placówki ochrony zdrowia,
   5) zakończoną Historie choroby przekazuje się do Archiwum,
   6) o wyborze środka transportu decyduje lekarz przekazujący pacjenta (transport sanitarny, transport sanitarny specjalistyczny, transport własny pacjenta),
   7) po przybyciu zespołu transportującego personel oddziału przekazuje pacjenta oraz zabezpieczoną w kopercie dokumentacje medyczną, udziela niezbędnych informacji,
   8) personel zespołu transportującego przejmuje odpowiedzialność oraz opiekę nad pacjentem i dokumentacją medyczną do czasu przekazania do placówki do której kierowany jest pacjent.

§ 75

1. Wypisanie ze Szpitala, jeżeli przepisy szczególne nie stanowią inaczej następuje:
   1) gdy stan zdrowia pacjenta nie wymaga dalszego leczenia w Szpitalu,
   2) na żądanie osoby przebywającej w szpitalu lub jej przedstawiciela ustawowego,
   3) gdy osoba przebywająca w Szpitalu w sposób rażący narusza Regulamin Organizacyjny, a nie zachodzi obawa, że odmowa lub zaprzestanie udzielania świadczeń może spowodować bezpośrednie niebezpieczeństwo dla jej życia lub zdrowia i innych osób.
2. Jeżeli przedstawiciel ustawowy żąda wypisania ze Szpitala osoby, której stan zdrowia wymaga leczenia w Szpitalu, Dyrektor lub lekarz przez niego wyznaczony 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. Sąd opiekuńczy zawiadamiany jest niezwłocznie o odmowie wypisania ze Szpitala i przyczynach odmowy.
3. Osoba występująca o wypisanie ze Szpitala na własne żądanie jest informowana przez lekarza o możliwych następstwach zaprzestania leczenia w Szpitalu, po czym osoba ta składa pisemne oświadczenie o wypisaniu ze Szpitala na własne żądanie. W przypadku braku takiego oświadczenia lekarz sporządza adnotację w dokumentacji medycznej.
4. Jeżeli przedstawiciel ustawowy lub opiekun faktyczny 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 tej osoby oraz organizuje na koszt gminy przewiezienie do miejsca zamieszkania.
5. Pacjent, którego stan zdrowia nie wymaga dalszego leczenia szpitalnego, a który nie wyraża zgody na wypisanie ze Szpitala ponosi koszty pobytu w Szpitalu począwszy od tego momentu, niezależnie od uprawnień do bezpłatnych świadczeń określonych w przepisach odrębnych. Decyzję w tej sprawie podejmuje Dyrektor na wniosek Ordynatora/Koordynatora oddziału.

§ 76

1. Lekarz zlecający badanie diagnostyczne informuje pacjenta o przewidywanym terminie odbioru wyniku.
2. Lekarz w zależności od wyniku badania podejmuje decyzję o pilnym wezwaniu pacjenta lub przekazaniu wyniku do dokumentacji medycznej pacjenta.
3. W przypadku nieprawidłowego wyniku, lekarz wyznacza termin i miejsce wizyty kontrolnej.
4. Sekretarka medyczna powiadamia pacjenta telefonicznie lub listownie o możliwości odbioru wyniku lub terminie i miejscu wizyty kontrolnej:
   1) oryginał wyniku zostaje w dokumentacji pacjenta,
   2) kopię wyniku odbiera pacjent za pokwitowaniem na oryginale wyniku.

§ 77

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

Lp	Godzina	Czynności w Oddziale
1	6.00 – 8.00	Pomiar ciepłoty ciała, tętna, oddechów i innych parametrów. Pobieranie materiałów do badań laboratoryjnych. Wykonywanie niektórych badań diagnostycznych. Toaleta pacjentów, ścielenie łóżek, zmiana bielizny osobistej i pościelowej. Sprzątanie.

2	8.00-9.00	Śniadanie
3	8.00-10.00	Obchody lekarskie, wszyscy pacjenci znajdują się w łóżkach.
4	10.00-13.00	Realizacja zleceń lekarskich, zabiegów i badań diagnostycznych. Konsultacje lekarskie. Inne czynności związane z funkcjonowaniem Oddziału
5	12.00-14.00	Obiad
6	14.00-17.00	Wypoczynek pacjentów. Organizacja czasu wolnego pacjentom.
7	16.00-19.00	Mierzenie ciepłoty, tętna i innych parametrów. Realizacja zleceń lekarskich, zabiegów i badań diagnostycznych. Konsultacje lekarskie. Inne czynności związane z funkcjonowaniem Oddziału. Obchody wieczorne lekarzy dyżurnych.
8	17.00-18.00	Kolacja
9	18.00-21.00	Wykonywanie zleceń lekarskich. Toalety wieczorne pacjentów. Porządkowanie pomieszczeń.
10	22.00-6.00	Cisza nocna

§ 78

1. Pacjenci przebywający w Szpitalu mogą korzystać z:
   1) bezpośredniego kontaktu z osobą duchowną. Szczegółowe informacje u pielęgniarki oddziału,
   2) obrzędów religijnych odbywających się w Kaplicy Szpitala według ustalonych godzin,
   3) biblioteki szpitalnej, która znajduje się w budynku głównym Szpitala i czynna jest od poniedziałku do piątku w wyznaczonych godzinach,
   4) bufetu gastronomicznego znajdującego się w budynku głównym Szpitala codziennie w wyznaczonych godzinach,
   5) automatów telefonicznych znajdujących się na terenie Szpitala,
   6) skrzynki pocztowej znajdującej się w holu budynku głównego,
   7) internetu, który znajduje się w Bibliotece szpitalnej, dostępnego od poniedziałku do piątku w wyznaczonych godzinach,
   8) korzystanie z własnego sprzętu elektrycznego oraz elektronicznego np.: suszarka, ładowarka, laptop jest bezpłatne,
   9) sklepu medycznego znajdującego się w holu budynku głównego,
   10) automatów ze świeżymi przekąskami i kanapkami oraz gorącymi/zimnymi napojami.
2. W czasie wolnym pacjenci oraz członkowie ich rodzin mogą uczestniczyć w programach promocji zdrowia prowadzonych przez Szpital.

§ 79

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

§ 80

Dostarczanie pacjentom żywności jest dopuszczalne po uzgodnieniu z lekarzem prowadzącym.

§ 81

1. Na wniosek pacjenta lub członka jego rodziny Ordynator/Koordynator może zezwolić na indywidualną opiekę przez wskazaną osobę.

1) Zasady sprawowania opieki nad pacjentem przez osoby bliskie/rodzinę stanowią załącznik nr 10 do niniejszego Regulaminu.

2. Personelowi Oddziału nie wolno przebywać w salach pacjentów po zakończeniu pracy i przekazaniu jej następnej zmianie, bez uzyskania zgody bezpośredniego przełożonego.

Bloki operacyjne

§ 82

1. Blok Operacyjny stanowi wydzieloną komórkę organizacyjną Szpitala.
2. W oddziałach zabiegowych funkcjonują wydzielone sale zabiegowe o podwyższonym standardzie oraz trakt porodowy, które stanowią część oddziału zabiegowego i są podporządkowane Ordynatorowi/Koordynatorowi właściwego Oddziału**.**

§ 83

1. Blok Operacyjny, Sale Zabiegowe oraz Trakt Porodowy w oddziale składają się z:
   1) jednej lub kilku sal operacyjnych,
   2) pomieszczeń mycia i dezynfekcji narzędzi,
   3) pokoi do przechowywania narzędzi sterylnych,
   4) pomieszczeń pomocniczych.
2. Trakt porodowy posiada dodatkowo sale przedporodowe, porodowe i salę noworodkową.

§ 84

W skład personelu Bloku Operacyjnego, Sal Zabiegowych oraz Traktu Porodowego wchodzą:

1. Kierownik lub Ordynator/Koordynator,
2. Lekarze operatorzy,
3. Lekarze anestezjolodzy,
4. Pielęgniarki lub położne instrumentariuszki,
5. Pielęgniarki lub położne anestezjologiczne,
6. Personel pomocniczy.

§ 85

Personel znajdujący się w sali operacyjnej w czasie trwania zabiegu operacyjnego w sprawach dotyczących technicznego przeprowadzenia zabiegu jest podporządkowany lekarzowi operującemu, a w sprawach ogólnego postępowania i bezpieczeństwa życia i zdrowia pacjenta lekarzowi anestezjologowi.

§ 86

1. Na Bloku Operacyjnym, Salach Zabiegowych oraz Trakcie Porodowym poza obowiązującą dokumentacją wynikającą z odrębnych przepisów prowadzi się:
   1) protokoły zużycia materiałów według obowiązujących wzorów.
2. Opisy operacyjne sporządza lekarz operujący lub lekarz pełniący pierwszą asystę.
3. W przypadku pobrania materiału do badań histopatologicznych skierowanie na to badanie sporządza bezpośrednio po zakończeniu operacji lekarz operujący lub pierwszy asystent.

§ 86a

1. W szpitalu obowiązuje okołooperacyjna karta kontrolna, stanowiąca integralną część historii choroby pacjentów zakwalifikowanych do leczenia operacyjnego
2. Koordynatorem okołooperacyjnej karty kontrolnej jest lekarz anestezjolog, członek zespołu operacyjnego.
3. Koordynator karty, o którym mowa w ust. 2 dokonuje wpisów w okołooperacyjnej karcie kontrolnej na podstawie informacji udzielanych przez członków zespołu operacyjnego, zgodnie z zakresem ich zadań podczas operacji.

§ 87

1. Lekarz operujący jest zobowiązany osobiście zbadać pacjenta przed rozpoczęciem operacji, upewnić się, czy pacjent bądź osoby bliskie dla niego wyraziły pisemną zgodę na zabieg operacyjny, bądź też czy zachodzą podstawy do wykonania zabiegu bez uzyskania tej zgody.
2. Przed przystąpieniem do zabiegu operacyjnego należy odpowiednio przygotować pacjenta pod względem jego kondycji psychicznej i fizycznej.

§ 88

Po zakończeniu operacji pacjent powinien być przekazany przez personel sali operacyjnej lub personel anestezjologiczny pod opiekę personelowi Sali Wybudzeniowej lub Oddziału oraz pozostawać pod stałą kontrolą lekarską. Wszelkie zlecenia lekarskie powinny być uwidocznione w dokumentacji medycznej pacjenta.

§ 89

Blok Operacyjny, Sale Zabiegowe oraz Trakt Porodowy w Oddziale są utrzymane w stanie stałego pogotowia operacyjnego oraz zorganizowane w taki sposób, aby w razie nagłej potrzeby personel, instrumentarium, bielizna i aparatura medyczna były przygotowane do bezzwłocznego wykonania zabiegu operacyjnego o każdej porze.

§ 90

1. Zabiegi planowe odbywają się według ustalonego harmonogramu umieszczonego na tablicy z podaniem danych osobowych pacjenta, Oddziału na którym przebywa, rozpoznania, rodzaju znieczulenia i wyznaczonego personelu operacyjnego. Wszelkie zmiany w harmonogramie operacji mogą nastąpić tylko za zgodą kierownika bloku oraz za zgodą lekarza anestezjologa.
2. Zabiegi planowe odbywają się w godzinach 8.00 – 19.00.
3. Zapewnienie dostępności pilnej sali operacyjnej zależy od przypadku klinicznego pacjenta i możliwości zmiany organizacji operacji na Bloku Operacyjnym. W każdym przypadku ostateczna decyzja należy do Kierownika Bloku Operacyjnego, podczas jego nieobecności decyzję podejmuje wyznaczony anestezjolog.
4. Grafiki operacji muszą być składane do Kierownika Bloku najpóźniej do godziny 13.00 dnia poprzedzającego zabieg.

§ 91

1. Wstęp na salę operacyjną w czasie trwania zabiegu mają poza personelem operacyjnym tylko osoby, które uzyskały zezwolenie kierownika bloku operacyjnego i lekarza operującego. Kierownicy jednostek organizacyjnych lub wyznaczone przez nich osoby ponoszą pełną odpowiedzialność za wprowadzanie na blok operacyjny stażystów i innych osób szkolących się, po uprzednim uzyskaniu zgody kierownika bloku operacyjnego.
2. W pomieszczeniach bloku operacyjnego, a zwłaszcza na sali operacyjnej w czasie trwania zabiegu operacyjnego obowiązuje zachowanie bezwzględnej ciszy.
3. Po każdym zabiegu operacyjnym należy niezwłocznie uporządkować salę, przeliczyć narzędzia i bieliznę operacyjną, materiał opatrunkowy i przygotować nowe zestawy

Pracownie Badań Nieinwazyjnych i Inwazyjnych

§ 92

1. Zadaniem Pracowni Badań Nieinwazyjnych i Inwazyjnych jest wykonywanie badań u pacjentów leczonych w Szpitalu, w Poradniach Specjalistycznych oraz pacjentów kierowanych przez innych świadczeniodawców w przypadku zawarcia stosownych umów, a także pacjentów bez skierowania, jeśli wyrażą taką wolę.

2. Pracownie świadczą usługi w wyznaczonych dniach i godzinach. W każdej Pracowni w miejscu ogólnie dostępnym dla pacjentów umieszczone są informacje o dniach i godzinach przyjęć na badanie. Dni i godziny przyjęć podane są do wiadomości Oddziałów, Poradni oraz innych podmiotów leczniczych.
3. Pracownie działają w oparciu o organizację Oddziału określonej specjalności wykonywanych badań.
4. Szczegółowy zakres przeprowadzanych badań poszczególnych Pracowni określa Dyrektor na wniosek Ordynatora/Koordynatora właściwego Oddziału.

§ 93

W skład Pracowni Badań Nieinwazyjnych i Inwazyjnych wchodzą:

1. Pracownie Diagnostyki Kardiologicznej Nieinwazyjnej:
   1) Pracownia Echokardiograficzna,
   2) Pracownia Holtera,
   3) Pracownia Wysiłkowa,
2. Pracownie Diagnostyki Inwazyjnej:
   1) Pracownie Endoskopowe,
   2) Pracownia Elektrofizjologii,
   3) Pracownia Kontroli Stymulatorów Serca,
   4) Pracownia Litotrypsji

ROZDZIAŁ XI
PORZĄDEK PROCESU UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W ZAKŁADZIE LECZNICZYM AMBULATORIUM MIEJSKIE
Poradnie specjalistyczne

§ 94

1. Świadczenia zdrowotne w zakresie specjalistycznej ambulatoryjnej opieki zdrowotnej udzielane są przez lekarzy specjalistów danej Poradni, zwanych dalej lekarzami specjalistami.
2. Świadczenia z zakresu ambulatoryjnej specjalistycznej opieki zdrowotnej w ramach ubezpieczenia zdrowotnego udzielane są na podstawie skierowania lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, z wyjątkiem świadczeń: ginekologa i położnika, dentysty, wenerologa, onkologa, psychiatry, dla osób chorych na gruźlicę, dla osób zakażonych wirusem HIV, dla kobiet w ciąży, inwalidów wojennych i wojskowych, osób represjonowanych, kombatantów, działaczów opozycji antykomunistycznej oraz osób represjonowanych z powodów politycznych, dla cywilnych niewidomych ofiar działań wojennych, dla osób uzależnionych od alkoholu, środków odurzających i substancji psychotropowych - w zakresie lecznictwa odwykowego, dla uprawnionego żołnierza lub pracownika i weterana poszkodowanego, w zakresie leczenia urazów lub chorób nabytych podczas wykonywania zadań poza granicami państwa,
3. Świadczenia związane z wypadkiem, zatruciem, urazem, stanem zagrożenia życia lub porodem udzielane są bez skierowania lekarza ubezpieczenia zdrowotnego.

§ 95

Pacjent ma prawo do wyboru lekarza specjalisty spośród lekarzy udzielających świadczeń ambulatoryjnych.

§ 96

1. Rejestracja pacjentów może być dokonywana osobiście lub telefonicznie.
2. Świadczenia specjalistyczne udzielane są według kolejności zgłoszeń,

1) poradnie specjalistyczne prowadzą listy oczekujących na świadczenia.

§ 97

Pacjent przyjmowany w Poradni Specjalistycznej zgłasza się w wyznaczonym terminie z:

1. dokumentem uprawniającym do korzystania ze świadczeń zdrowotnych,
2. wynikami badań wykonywanych na zlecenie lekarza podmiotu leczniczego, leżące w jego kompetencji,
3. kartami informacyjnymi z leczenia szpitalnego, jeśli pacjent był wcześniej hospitalizowany.

§ 98

1. W uzasadnionych medycznie przypadkach lekarz specjalista wydaje skierowanie:
   1) na badania diagnostyczne,
   2) do innych Poradni Specjalistycznych,
   3) do leczenia stacjonarnego w Szpitalu.
2. W uzasadnionych medycznie przypadkach lekarz specjalista może objąć pacjenta stałym leczeniem w Poradni Przyszpitalnej.
3. Lekarz specjalista w sytuacji określonej w ust. 2 informuje lekarza sprawującego podstawową opiekę zdrowotną nad pacjentem o przebiegu leczenia oraz o objęciu pacjenta stałym leczeniem specjalistycznym.

§ 99

1. W każdej Poradni Specjalistycznej w miejscu ogólnie dostępnym dla pacjentów umieszczone są:
   1) informacje o ogólnych zasadach udzielania świadczeń,
   2) o sposobie rejestracji,
   3) dniach i godzinach przyjęć przez lekarzy specjalistów,
   4) wyszczególnienie godzin pracy każdego lekarza udzielającego świadczeń zdrowotnych**.**

§ 100

1. Ambulatorium udziela świadczeń zdrowotnych poprzez osoby posiadające niezbędne kwalifikacje.

Działy i pracownie diagnostyczne

§ 101

1. Działy i pracownie diagnostyczne udzielają świadczenia zdrowotne obejmujące badania diagnostyczne w celu rozpoznania stanu zdrowia i ustalenia dalszego postępowania leczniczego.
2. Świadczenia zdrowotne udzielane są na podstawie skierowania lekarza lub osoby posiadającej wymagane kwalifikacje do udzielania świadczeń na podstawie obowiązujących przepisów.
3. Działy i pracownie diagnostyczne udzielają także świadczeń zdrowotnych odpłatnie, na żądanie pacjenta w zakresie przewidzianym odrębnymi przepisami. Pobieranie opłat odbywa się zgodnie z obowiązującym w Szpitalu cennikiem.
4. Wykonanie świadczenia zdrowotnego w dziale lub pracowni diagnostycznej następuje po uprzedniej rejestracji osobistej lub telefonicznej.
5. Świadczenie zdrowotne niemożliwe do wykonania w Szpitalu z uwagi na jego brak w katalogu świadczeń Szpitala jest zlecane do wykonania w zewnętrznych zakładach diagnostycznych zgodnie z zawartymi umowami.

Laboratorium Analityczne

§ 102

1. Zadaniem Działu Diagnostyki Laboratoryjnej, zwanego dalej Laboratorium, jest:

1) wykonywanie badań z zakresu analiz lekarskich u pacjentów leczonych w Szpitalu, w Poradniach Przyszpitalnych oraz u pacjentów kierowanych przez innych świadczeniodawców w przypadku zawarcia stosownych umów, a także pacjentów bez skierowania, jeśli wyrażą taką wolę,
2) wykonywanie badań z zakresu immunologii transfuzjologicznej,
3) zamawianie krwi i jej składników w Regionalnym Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa.

2. Laboratorium świadczy usługi całodobowo.
3. Szczegółowy zakres przeprowadzanych badań określa Dyrektor na wniosek Kierownika Laboratorium. Katalog badań znajduje się u Kierownika i podawany jest do wiadomości wszystkich medycznych komórek organizacyjnych Szpitala.

§ 103

1. W skład Laboratorium wchodzą:
   1) Pracownia Analityki,
   2) Pracownia Biochemii,
   3) Pracownia Hematologii z Koagulologią,
   4) Pracownia Immunologii Transfuzjologicznej z Bankiem Krwi,
   5) Pracownia Immunodermatologii.

§ 104

1. W skład personelu Laboratorium wchodzą:
   1) Kierownik,
   2) Asystenci Laboratorium,
   3) Kierownik Zespołu Techników Medycznych,
   4) Kierownik Pracowni Immunologii Transfuzjologicznej,
   5) Technicy analityki medycznej,
   6) Technicy chemii,
   7) Sekretarki medyczne,
   8) Personel pomocniczy.

§ 105

1. Przyjmowanie materiałów z komórek medycznych Szpitala odbywa się w trybie planowym i pilnym. Godziny przyjmowania Kierownik Laboratorium podaje do wiadomości wszystkich medycznych komórek organizacyjnych.
2. Materiał do badania od pacjentów pobiera personel właściwego Oddziału przestrzegając wskazówek Kierownika Laboratorium, co do sposobu pobierania i przesyłania. W przypadku badań wskazanych przez Kierownika Laboratorium, materiał od pacjentów danego Oddziału pobiera upoważniony personel Laboratorium.
3. Materiał od pacjentów zgłaszających się do Laboratorium pobiera personel Laboratorium.

§ 106

1. Materiał pobrany do badań planowych odbierany jest przez pracownika Laboratorium według ustalonych godzin.
2. Materiał pobrany w trybie pilnym dostarczany jest bezpośrednio po pobraniu od pacjenta, po odpowiednim zabezpieczeniu.
3. Materiał do badania oznaczony jako ”pilne” poddaje się analizie w pierwszej kolejności.

§ 107

Laboratorium przyjmuje tylko taki materiał do badania, który został przekazany wraz z dokładnie wypełnioną kartą skierowania materiału do badania, podpisaną przez osobę

zlecającą, oraz tylko takie naczynia z materiałem do badania, które zostały prawidłowo oznakowane.

§ 108

1. Laboratorium może odmówić przyjęcia materiału nieodpowiednio pobranego lub nieodpowiednio zabezpieczonego albo zażądać powtórnego dostarczenia materiału bądź pobrania materiału przez upoważniony personel Laboratorium.
2. Badanie, którego wynik wzbudził wątpliwości lekarza wykonuje się ponownie bez zbędnej zwłoki.

§ 109

1. W celu kontroli wyniku badania Kierownik Laboratorium może zażądać danych dotyczących leczenia, zawartych w dokumentacji medycznej pacjenta.
2. Szczegółowy zakres przebiegu procesu badania oraz jakości tego badania regulują wewnętrzne Procedury Laboratorium.
3. Laboratorium stosując zasady Dobrej Praktyki Laboratoryjnej informuje o krytycznych przekroczeniach norm laboratoryjnych oraz o wynikach znacząco odbiegających od średniej wartości uzyskiwanej w procesie diagnostycznym. Informacja odbywa się przez powiadamianie lekarza kierującego w Poradni Rodzinnej telefonicznie o wartościach krytycznych oraz przez informowanie pacjenta wykupującego badania prywatnie o znaczących zaburzeniach przy odbiorze wyników.

§ 110

Wynik badania odbierają z Laboratorium pracownicy medycznych komórek organizacyjnych, pracownicy innych zakładów opieki zdrowotnej lub osobiście pacjenci albo osoby przez nich upoważnione.

§ 111

1. Materiał przesłany do badania stanowi własność Laboratorium.
2. Postępowanie z materiałem pozostałym po wykonaniu badania oraz materiałem używanym do wykonania analiz określają odrębne przepisy.

Diagnostyka Obrazowa

§ 112

1. Zadaniem Działu Diagnostyki Obrazowej jest wykonywanie badań radiologicznych i ultrasonograficznych u pacjentów leczonych w Szpitalu, Poradniach Przyszpitalnych oraz pacjentów kierowanych przez innych świadczeniodawców w przypadku zawarcia stosownych umów, a także w przypadku badań ultrasonograficznych pacjentów bez skierowania, jeśli wyrażą taką wolę.
2. Dział Diagnostyki Obrazowej świadczy usługi całodobowo.
3. Szczegółowy zakres przeprowadzanych badań określa Dyrektor Szpitala na wniosek Kierownika. Katalog badań znajduje się u Kierownika Działu Diagnostyki Obrazowej i podawany jest do wiadomości wszystkich medycznych komórek organizacyjnych Szpitala.

§ 113

1. W skład Działu Diagnostyki Obrazowej wchodzą:
   1) Pracownie RTG,
   2) Pracownia USG.

§ 114

1. W skład personelu Działu Diagnostyki Obrazowej wchodzą:
   1) Kierownik,
   2) Lekarze,

3) Kierownik Zespołu Techników Radiologii,
4) Inspektor ds. Ochrony Radiologicznej,
5) Technicy elektroradiologii,
6) Sekretarki medyczne.

§ 115

1. Aparatura i sprzęt medyczny używany w Dziale Diagnostyki Obrazowej podlega konserwacji i okresowej kontroli zgodnie z przyjętymi procedurami Działu i w oparciu o odrębne przepisy.
2. Pracownie powinny być należycie zabezpieczone przed wszelkimi wpływami powodującymi zaburzenia w prawidłowej czynności aparatury i sprzętu medycznego.

§ 116

Sposób przygotowania pacjentów do badania i sposób jego wykonania określa lekarz radiolog.

§ 117

1. W Dziale Diagnostyki Obrazowej prowadzi się rejestr uzgodnionych terminów przyjęć pacjentów do badań planowych, jednak niezależnie od ustalonej planem codziennej liczby badań należy poddać badaniu wszystkich pacjentów w przypadkach nagłych i nie cierpiących zwłoki.
2. W przypadkach pilnych wyniki badania należy sporządzić tego samego dnia tak, aby były od razu do dyspozycji oddziału. W innych przypadkach wyniki powinny być przygotowane na dzień następny tak, aby oddziały mogły korzystać z nich w czasie rannego obchodu.

§ 118

1. Lekarz opisujący wynik badania może zażądać danych dotyczących leczenia, zawartych w dokumentacji medycznej pacjenta
2. Szczegółowy przebieg procesu badania oraz jakości tego badania określają wewnętrzne Procedury Działu Diagnostyki Obrazowej.

§ 119

Wynik badania odbierają pracownicy medycznych komórek organizacyjnych Szpitala, pracownicy innych zakładów opieki zdrowotnej lub osobiście pacjenci albo osoby przez nich upoważnione.

§ 120

Postępowanie z materiałem pozostałym po wykonaniu badania oraz materiałem używanym do wykonania badań określają wewnętrzne procedury Działu Diagnostyki Obrazowej oparte na odrębnych przepisach.

Pracownie Fizjoterapii

§ 121

1. Zadaniem Pracowni Fizjoterapii jest udzielanie świadczeń zdrowotnych związanych z rehabilitacją pacjentom leczonym w Szpitalu, Poradniach Przyszpitalnych oraz pacjentom kierowanym przez innych świadczeniodawców w przypadku zawarcia z nimi stosownych umów.
2. Udzielania świadczeń zdrowotnych związanych z rehabilitacją można powierzyć zewnętrznemu podmiotowi leczniczemu na warunkach określonych odrębną umową.
3. Pracownie świadczą usługi w wyznaczonych dniach i godzinach. W każdej Pracowni w miejscu ogólnie dostępnym umieszczone są informacje o dniach i godzinach pracy, oraz podane do wiadomości Oddziałów, Poradni Specjalistycznych oraz innych zakładów opieki zdrowotnej.

4. Szczegółowy zakres udzielanych świadczeń zdrowotnych określa Dyrektor Szpitala na wniosek Kierownika. Katalog badań znajduje się u Kierownika Pracowni i podawany jest do wiadomości kierowników wszystkich komórek medycznych Szpitala

§ 122

Świadczenia zdrowotne z zakresu rehabilitacji i fizjoterapii są wykonywane przy łóżku pacjenta oraz w wydzielonych do tego pomieszczeniach.

§ 123

W skład personelu Pracowni Fizjoterapii wchodzą:

1. Kierownik,
2. Rehabilitanci,
3. Asystenci Pracowni Fizjoterapii.

§ 124

1. Aparatura i sprzęt medyczny używany w Pracowni podlega konserwacji i okresowej kontroli zgodnie z przyjętymi procedurami i w oparciu o odrębne przepisy.
2. Pracownie są zabezpieczone przed wszelkimi wpływami powodującymi zaburzenia w prawidłowej czynności aparatury i sprzętu medycznego.

§ 125

W Pracowni prowadzi się rejestr uzgodnionych terminów zabiegów dla pacjentów planowych, jednak niezależnie od ustalonej planem codziennej liczby świadczeń medycznych należy poddać zabiegom wszystkich pacjentów, u których wystąpiła nagła potrzeba wykonania zabiegu.

§ 126

Kierownik Pracowni uprawniony jest do wglądu w dokumentację medyczną pacjenta.

ROZDZIAŁ XII
STOSOWANIE PRZYMUSU BEZPOŚREDNIEGO

§ 127

1. Zastosowanie każdego środka przymusu bezpośredniego podlega odnotowaniu w indywidualnej i zbiorczej dokumentacji medycznej.
2. O zastosowaniu przymusu bezpośredniego zlecający niezwłocznie zawiadamia Dyrektora na formularzu „zawiadomienie o zastosowaniu przymusu bezpośredniego”:
3. Formularz „zawiadomienie o zastosowaniu przymusu bezpośredniego: jest dołączany do historii choroby.
4. Po zleceniu zastosowania przymusu bezpośredniego w formie unieruchomienia lub izolacji lekarz albo osoba, która podjęła decyzję o zastosowaniu przymusu bezpośredniego w formie unieruchomienia lub izolacji, wypełnia niezwłocznie kartę unieruchomienia lub izolacji, uzasadniając przyczyny zastosowania przymusu bezpośredniego, wybór środka przymusu bezpośredniego i czas jego stosowania.
5. Kartę unieruchomienia lub izolacji załącza się do historii choroby.
6. Zbiorczy rejestr przypadków zastosowania przymusu bezpośredniego prowadzi sekretariat Dyrektora

§ 128

1. Sposób stosowania przymusu bezpośredniego wobec osoby z zaburzeniami psychicznymi, zwanej dalej „osobą”, polega na przytrzymywaniu, przymusowym zastosowaniu leków, unieruchomieniu i izolacji.
   1) Przytrzymanie jest doraźnym, krótkotrwałym unieruchomieniem osoby z użyciem siły fizycznej.

2) Przymusowe zastosowanie leków jest doraźnym lub przewidzianym w planie postępowania leczniczego wprowadzeniem leków do organizmu osoby bez jej zgody.
3) Unieruchomienie jest dłużej trwającym obezwładnieniem osoby z użyciem pasów, uchwytów, prześcieradeł lub kaftana bezpieczeństwa.
4) Izolacja polega na umieszczeniu osoby pojedynczo, w zamkniętym pomieszczeniu.

2. Zastosowanie przymusu bezpośredniego może nastąpić z użyciem więcej niż jednego środka spośród wymienionych w pkt. 1.
3. Przymus bezpośredni może być stosowany wyłącznie przez wyszkolonych w tym zakresie pracowników medycznych lub w ich obecności. Szkolenie pracowników w zakresie stosowania przymusu organizuje Dyrektor.
4. Przymus bezpośredni może trwać tylko do czasu ustania przyczyn jego zastosowania
5. Lekarz zleca zastosowanie przymusu bezpośredniego w formie unieruchomienia lub izolacji na czas nie dłuższy niż 4 godziny.
6. Jeżeli nie jest możliwe uzyskanie natychmiastowej decyzji lekarza, o zastosowaniu przymusu bezpośredniego w formie unieruchomienia lub izolacji decyduje i nadzoruje osobiście jego wykonanie pielęgniarka, zawiadamiając o tym niezwłocznie lekarza.
7. Lekarz, po osobistym badaniu osoby, może przedłużyć stosowanie przymusu bezpośredniego w formie unieruchomienia lub izolacji na następne dwa okresy nie dłuższe niż 6-godzinne.
8. Po dwukrotnym przedłużeniu przez lekarza stosowania przymusu bezpośredniego w formie unieruchomienia lub izolacji dalsze przedłużenie stosowania tych środków przymusu bezpośredniego na kolejne okresy nie dłuższe niż 6-godzinne jest dopuszczalne wyłącznie po każdorazowym osobistym badaniu osoby oraz uzyskaniu opinii innego lekarza będącego lekarzem psychiatrą.
   1) Po upływie 24 godzin stosowania przymusu bezpośredniego w formie unieruchomienia lub izolacji lekarz powiadamia Ordynatora/Koordynatora
9. Przymus bezpośredni w formie unieruchomienia jest stosowany w pomieszczeniu jednoosobowym.
   1). W przypadku braku możliwości stosowania w pomieszczeniu jednoosobowym przymus bezpośredni w formie unieruchomienia jest stosowany w sposób umożliwiający oddzielenie tej osoby od innych osób przebywających w tym samym pomieszczeniu oraz zapewniający poszanowanie jej godności i intymności, w szczególności przez wykonywanie zabiegów pielęgnacyjnych bez obecności innych osób.
10. Przymus bezpośredni w formie izolacji jest stosowany w pomieszczeniu urządzonym w sposób zabezpieczający przed uszkodzeniem ciała osoby.
11. Osobie, wobec której jest stosowany przymus bezpośredni w formie unieruchomienia lub izolacji, należy odebrać przedmioty, które mogą być niebezpieczne dla życia lub zdrowia tej osoby albo innych osób, w szczególności przedmioty ostre, okulary, protezy zębowe, pas, szelki, sznurowadła i źródła ognia.
12. Stan fizyczny osoby unieruchomionej lub izolowanej pielęgniarka kontroluje nie rzadziej, niż co 15 minut, również w czasie snu tej osoby. W czasie kontroli pielęgniarka:
   1) ocenia prawidłowość unieruchomienia, w szczególności sprawdza, czy pasy, uchwyty, prześcieradła, kaftan bezpieczeństwa lub inne urządzenia techniczne nie są założone zbyt luźno albo zbyt ciasno

2) zapewnia krótkotrwałe częściowe albo całkowite uwolnienie osoby od unieruchomienia w celu zmiany jej pozycji lub zaspokojenia potrzeb fizjologicznych i higienicznych, nie rzadziej, niż co 4 godziny.

13. Adnotację o stanie fizycznym osoby unieruchomionej lub izolowanej pielęgniarka zamieszcza bezzwłocznie w karcie unieruchomienia lub izolacji
14. W przypadku wystąpienia zagrożenia dla zdrowia lub życia osoby unieruchomionej lub izolowanej pielęgniarka jest obowiązana natychmiast zawiadomić o tym lekarza.

ROZDZIAŁ XIII
WARUNKI WSPÓŁDZIAŁANIA Z INNYMI ŚWIADCZENIODAWCAMI

§ 129

W każdej medycznej komórce organizacyjnej Szpitala znajduje się telefon sieci stacjonarnej oraz spis telefonów i adresów podmiotów leczniczych i innych podmiotów, z którymi Szpital współpracuje, pracowników zajmujących kierownicze stanowiska w Szpitalu, służb logistycznych Szpitala oraz duchownych świadczących posługi religijne dla pacjentów Szpitala.

§ 130

1. Szpital realizując swoje zadania:
   1) współpracuje z innymi podmiotami leczniczymi w zakresie zapewnienia prawidłowości diagnostyki, leczenia pacjentów i ciągłości postępowania,
   2) stosuje wytyczne i zalecenia organów administracji państwowej i samorządowej dotyczące zasad postępowania w określonych przypadkach.

§ 131

1. Szpital udziela zamówienia na świadczenia zdrowotne w celu wykonywania zadań Szpitala:
   1) podmiotom leczniczym, w zakresie zadań określonych w statucie tego zakładu,
   2) osobie wykonującej zawód medyczny w ramach indywidualnej praktyki,
   3) grupowej praktyce lekarskiej i grupowej praktyce pielęgniarek, położnych,
   4) osobie legitymującej się nabyciem fachowych kwalifikacji do udzielania świadczeń zdrowotnych w określonym zakresie lub w określonej dziedzinie medycyny.
2. Podmioty o których mowa w ust. 1 pkt 1-4 zwane dalej „przyjmującym zamówienie”, przyjmując zamówienie zobowiązuje się do wykonania zadań Szpitala w zakresie udzielonego zamówienia i na zasadach określonych w umowie.
3. Przyjmujący zamówienie nie może wykonywać udzielonego zamówienia przez osobę trzecią, chyba, że umowa stanowi inaczej.

§ 132

1. Szczegółowe zasady zamówienia na świadczenia zdrowotne określa umowa zawarta zgodnie z obowiązującymi przepisami między Szpitalem oraz przyjmującym zamówienie.
2. Umowę o udzielenie zamówienia zawiera się na czas udzielania określonych świadczeń lub na czas nieokreślony.

§ 133

1. Szpital na bieżąco informuje współpracujące z nim zakłady opieki zdrowotnej o zakresie zasadach udzielania świadczeń medycznych oraz możliwościach diagnostycznych.
2. Informacje przekazywane są w formie pisemnej, zamieszczane na tablicach informacyjnych Szpitala, ogłaszane na łamach prasy oraz zamieszczane na stronie internetowej szpitala.

ROZDZIAŁ XIV
UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH NA ZASADACH KOMERCYJNYCH

§ 133

Szpital może uzyskiwać środki finansowe, w szczególności z odpłatnych świadczeń zdrowotnych udzielanych na podstawie umowy.

§ 134

Dyrektor określa zasady i tryb pobierania opłat za świadczenia zdrowotne nie objęte powszechnym ubezpieczeniem zdrowotnym lub świadczenia zdrowotne udzielane osobom nie posiadającym uprawnień do bezpłatnych świadczeń zdrowotnych.

§ 135

Dyrektor określa wysokość opłat za świadczenia zdrowotne i inne czynności wynikające z procesu leczenia, udzielane przez właściwą medyczną komórkę organizacyjną Szpitala zgodnie z obowiązującymi przepisami.

§ 136

1. Szpital pobiera opłatę za:
   1) Świadczenia zdrowotne udzielone pacjentowi ubezpieczonemu bez skierowania lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, jeżeli to skierowanie jest wymagane.
   2) Świadczenia zdrowotne udzielane osobie znajdującej się w stanie nietrzeźwości Szpital pobiera opłatę niezależnie od uprawnień do bezpłatnych świadczeń zdrowotnych, jeżeli jedyną i bezpośrednią przyczyną udzielonego świadczenia było zdarzenie spowodowane stanem nietrzeźwości tej osoby.
      a) W celu stwierdzenia stanu nietrzeźwości lekarz kieruje określoną osobę na badanie dla ustalenia zawartości alkoholu we krwi. Odmowa poddania się takiemu badaniu jest brana pod uwagę przy ustalaniu opłat za udzielenie świadczenia zdrowotnego, z uwzględnieniem wszystkich okoliczności sprawy.
   3) Wydanie zaświadczenia lekarskiego na życzenie pacjenta, jeżeli nie jest ono związane z:
      a) dalszym leczeniem lub rehabilitacją,
      b) niezdolnością do pracy lub kontynuowaniem nauki,
      c) uczestnictwem dzieci, uczniów, słuchaczy, studentów w zajęciach sportowych i wypoczynku zorganizowanym,
      d) z wydawaniem dla celów pomocy społecznej lub uzyskania zasiłku pielęgnacyjnego,
      e) dla celów orzecznictwa o niepełnosprawności.
   4) Wykonania szczepienia ochronnego, innego niż wynikającego z odrębnych przepisów.
   5) Inne czynności, w szczególności określone w §104 ust. 3 niniejszego Regulaminu, za które pobranie opłaty jest dopuszczalne na mocy ogólnie obowiązujących przepisów.

ROZDZIAŁ XV
PRAWA I OBOWIĄZKI PACJENTA

§ 137

1. Prawa pacjenta przebywającego w Szpitalu określa „USTAWA Z DNIA 6 LISTOPADA 2008r. O PRAWACH PACJENTA I RZECZNIKU PRAW PACJENTA” stanowiąca załącznik nr 9 do niniejszego Regulaminu.
2. Tablice informacyjne z prawami pacjenta umieszczone są w widocznym miejscu w Izbach Przyjęć, Oddziałach i Holach Szpitala.
3. Pacjent w Izbie Przyjęć otrzymuje ulotkę informacyjną z prawami pacjenta.
4. Z prawami pacjenta zaznajamiają pacjentów pielęgniarki i położne w oddziale.

5. Szpital prowadzi analizę satysfakcji pacjenta (wyniki analizy dostępne są na stronie internetowej Szpitala: www.szpital.olsztyn.pl w zakładce badanie satysfakcji pacjenta).

§ 138

1. Pacjent lub osoba reprezentująca jego prawa, jeżeli uzna, że te prawa zostały naruszone może zwrócić się z interwencją do:
   1) bezpośredniego przełożonego osoby udzielającej świadczenia zdrowotne,
   2) pełnomocnika Praw Pacjenta codziennie od 8^{00} do 14^{00} w Sekretariacie Szpitala,
   3) koordynatora programu Szpital Przyjazny Kombatantom od 8^{00} do 14^{00} w Sekretariacie Szpitala.
2. W razie niezadowalającego załatwienia sprawy zwrócić się o jej rozpatrzenie przez Radę Społeczną zakładu opieki zdrowotnej a następnie do organu, który utworzył i prowadzi zakład.
3. W razie niezadowalającego załatwienia sprawy zwrócić się o jej rozpatrzenie do Sekcji skarg i wniosków przy Narodowym Funduszu Zdrowia oraz Biura Rzecznika Praw Pacjenta w Warszawie.
4. Jeżeli naruszenie prawa dotyczyło fachowej czynności medycznej, zwrócić się do Okręgowej Izby Lekarskiej, bądź do Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Olsztynie, a także Naczelnej Rady Lekarskiej, bądź Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych w Warszawie.
5. Wystąpić ze stosownym roszczeniem cywilno-prawnym do wojewódzkiej komisji ds. orzekania o zdarzeniach medycznych lub sądu powszechnego.
6. Pacjent ma prawo wyrażania swojej opinii z pobytu w Szpitalu na piśmie, poprzez wypełnianie anonimowych ankiet lub umieszczeniu uwag w „skrzynkach na ankiety" znajdujących się w oddziałach.
7. Organizację przyjmowania, rozpatrywania oraz załatwiania skarg i wniosków określają „Zasady postępowania w sprawie organizacji przyjmowania, rozpatrywania oraz załatwiania skarg i wniosków” stanowiące załącznik nr 11 do niniejszego Regulaminu.

§ 139

1. Pacjent przebywający na leczeniu ma obowiązek:
   1) Przestrzegać indywidualnych zaleceń lekarza i pielęgniarki w zakresie stosowanej diagnostyki, terapii i pielęgnacji.
   2) Współdziałać z personelem Szpitala w realizacji celu hospitalizacji.
   3) Przestrzegać zakazu dotyczącego palenia tytoniu i spożywania napojów alkoholowych, stosowania środków odurzających oraz uprawiania gier hazardowych na terenie Szpitala.
   4) Przebywać na oddziale w określonych porach dnia, a szczególnie w porach obchodów, nie wychodzić poza teren Szpitala, chyba że jest to konieczne ze względów leczniczych.
   5) Szanować własność szpitalną oraz utrzymać czystość osobistą i najbliższego otoczenia.
   6) Po przyjęciu do szpitala powiadamiać lekarza o posiadanych przez siebie lekach, ewentualne ich stosowanie powinno być bezwzględnie ustalone z lekarzem prowadzącym.
   7) Nie poddawać się jakimkolwiek zabiegom bez zlecenia lekarskiego.
   8) Nie zakłócać swoim zachowaniem spokoju innych pacjentów.
   9) Przestrzegać zasad bezpieczeństwa przeciwpożarowego.

ROZDZIAŁ XVI
ZASADY ODWIEDZIN I UDZIELANIE INFORMACJI O STANIE ZDROWIA

§ 140

1. Odwiedziny pacjentów przebywających w oddziałach szpitalnych odbywają się codziennie, bez ograniczeń:
   1) wyjątek stanowi Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii, gdzie odwiedziny odbywają się wyłącznie po uzyskaniu zgody lekarza zabezpieczającego pracę oddziału lub pielęgniarki oddziału.
2. Odwiedziny pacjentów winny odbywać się w sposób nie zakłócający normalnej pracy oddziału oraz nie mogą naruszać praw innych pacjentów, w szczególności prawa do poszanowania intymności oraz ciszy i spokoju.
3. W przypadkach uzasadnionych względami sanitarno-epidemiologicznymi, porządkowymi lub ze względu na stan zdrowia innych pacjentów przebywających w sali chorych odwiedziny mogą być w różnym zakresie ograniczone przez Ordynatora/Koordynatora oddziału:
   1) ograniczenie odwiedzin dopuszczalne jest wyłącznie po uzyskaniu zgody Dyrektora szpitala.

§ 141

1. Jednego pacjenta mogą odwiedzać jednocześnie 2 osoby, w tym dzieci powyżej 10 roku życia.
2. Odwiedzający jest zobowiązany zachować ciszę i spokój w Szpitalu.
3. Odwiedzających obowiązuje zakaz:
   1) manipulowania aparaturą medyczną, urządzeniami, instalacjami elektrycznymi, wentylacyjnymi, grzewczymi itp.,
   2) wnoszenia na teren Szpitala i spożywania napojów alkoholowych,
   3) dostarczania artykułów żywnościowych, które zostały zabronione przez lekarza,
   4) odwiedzin w stanie nietrzeźwym,
   5) przynoszenia przedmiotów, których posiadanie w Szpitalu jest zbędne,
   6) wprowadzania i przynoszenia jakichkolwiek zwierząt do budynków Szpitala i Poradni,
   7) siadania na łóżkach szpitalnych.
4. Nie wolno oddalać się z pacjentem poza oddział bez wiedzy lekarza lub pielęgniarki.
5. Osoba odwiedzająca ma obowiązek:
   1) włożyć okrycie ochronne, jeśli zaistnieją takie wskazania,
   2) podporządkować się wszelkim zaleceniom i wskazówkom personelu Szpitala w trakcie odwiedzin.
6. Osoby odwiedzające nie stosujące się do postanowień niniejszego Regulaminu podlegają wydaleniu poza obręb Szpitala i ponoszą odpowiedzialność zgodnie z powszechnie obowiązującymi przepisami.

§ 142

1. Lekarz ma obowiązek udzielić pacjentowi oraz osobie przez niego upoważnionej/wskazanej w dokumentacji medycznej lub jego przedstawicielowi ustawowemu informacji o: stanie zdrowia pacjenta, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych i leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu. Informacje powinny być sformułowane jasno i zrozumiale oraz udzielone z taktem i ostrożnością.

2. Pielęgniarka i położna mają obowiązek udzielać informacji o stanie zdrowia pacjenta w zakresie koniecznym do sprawowania opieki pielęgnacyjnej lub opieki podczas ciąży, porodu i połogu.
3. Diagnosta laboratoryjny ma obowiązek udzielać informacji o wartości wyników, zakresach referencyjnych oraz użytej metodzie analitycznej.
4. Pozostałe osoby wykonujące zawód medyczny mają obowiązek informować pacjenta o stanie zdrowia wyłącznie w zakresie udzielanych przez te osoby świadczeń zdrowotnych oraz zgodnie z posiadanymi przez nie uprawnieniami.
5. Po uzyskaniu informacji, o której mowa w ust. 1 oraz w ust. 2 pacjent ma prawo przedstawić osobie wykonującej zawód medyczny swoje zdanie w tym zakresie.

§ 143

1. Informacji, o której mowa w §142 ust. 1 udzielają wyłącznie Ordynatorzy/Koordynatorzy, lekarze prowadzący lub lekarze zabezpieczający pracę w godzinach ustalonych przez Ordynatorów/Koordynatorów i podanych do ogólnej wiadomości.
2. O stanie zdrowia ciężko chorych pacjentów, bądź w przypadkach szczególnie uzasadnionych lekarze udzielają informacji w każdym czasie.
3. Lekarz prowadzący lub lekarz sprawujący opiekę nad pacjentem w sytuacji nagłego pogorszenia jego stanu zdrowia niezwłocznie zawiadamia osobę wskazaną przez pacjenta w dokumentacji medycznej jako upoważnioną do uzyskiwania informacji - członka rodziny, przedstawiciela ustawowego lub opiekuna faktycznego.
4. Lekarz może udzielać informacji, o których mowa w §142 ust.1 innym osobom tylko za zgodą pacjenta,
   1) jeśli pacjent takiego upoważnienia przy przyjęciu do szpitala nie udzielił, może złożyć je w trakcie pobytu w Szpitalu.
5. W sytuacjach wyjątkowych, jeśli rokowanie jest niepomyślne, lekarz może ograniczyć informację o stanie zdrowia i rokowaniu w następujących przypadkach:
   1) gdy pacjent wyraźnie i świadomie nie życzy sobie takich informacji,
   2) oraz jeżeli według oceny lekarza przemawia za tym dobro pacjenta.
6. Informacji o stanie zdrowia nie udziela się przez telefon.

§ 144

1. Dokumentacja indywidualna wewnętrzna jest udostępniana na wniosek: pacjenta którego dotyczy, jego przedstawiciela ustawowego lub osoby przez niego upoważnionej. Po śmierci pacjenta dokumentacja medyczna jest udostępniana osobie upoważnionej przez pacjenta za życia lub osobie, która w chwili zgonu pacjenta była jego przedstawicielem ustawowym.
2. Dokumentacja zbiorcza jest udostępniana na wniosek: pacjenta którego dotyczy, jego przedstawiciela ustawowego lub osoby przez niego upoważnionej. Po śmierci pacjenta dokumentacja medyczna jest udostępniana osobie upoważnionej przez pacjenta za życia lub osobie, która w chwili zgonu pacjenta była jego przedstawicielem ustawowym, jedynie w zakresie wpisów dotyczących pacjenta.
3. Dokumentacja medyczna jest udostępniana:
   1) do wglądu, w tym także do baz danych w zakresie ochrony zdrowia, w miejscu udzielania świadczeń zdrowotnych, z wyłączeniem medycznych czynności ratunkowych, albo w siedzibie podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych, z zapewnieniem pacjentowi lub innym uprawnionym organom lub podmiotom możliwości sporządzenia notatek lub zdjęć;

2) przez sporządzenie jej wyciągu, odpisu, kopii lub wydruku:
   a) wyciąg - skrótowy dokument zawierający wybrane informacje lub dane z całości dokumentacji medycznej,
   b) odpis - dokument wytworzony przez przepisanie tekstu z oryginału dokumentacji medycznej z wiernym zachowaniem zgodności co do treści z oryginałem,
   c) kopia - dokument wytworzony przez odwzorowanie oryginału dokumentacji medycznej, w formie kserokopii albo odwzorowania cyfrowego (skanu);
3) przez wydanie oryginału za potwierdzeniem odbioru i z zastrzeżeniem zwrotu po wykorzystaniu, na żądanie organów władzy publicznej albo sądów powszechnych, a także, gdy zwłoka w wydaniu dokumentacji mogłaby spowodować zagrożenie życia lub zdrowia pacjenta;
4) za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej;
5) na informatycznym nośniku danych – w zakresie badań radiologicznych.

4. Dokumentacja medyczna prowadzona w postaci papierowej może być udostępniona przez sporządzenie kopii w formie odwzorowania cyfrowego (skanu) i przekazana za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej lub na informatycznym nośniku danych, na żądanie pacjenta lub innych uprawnionych organów lub podmiotów.
5. Zdjęcia rentgenowskie wykonane na kliszy mogą być wydane na wniosek pacjenta, którego dotyczą, jego przedstawiciela ustawowego lub osoby przez niego upoważnionej za potwierdzeniem odbioru i z zastrzeżeniem zwrotu po wykorzystaniu.
6. Udostępnienie dokumentacji medycznej poprzez sporządzenie jej wyciągów, odpisów, kopii lub wydruków następuje na koszt wnioskodawcy zgodnie z załącznikiem nr 7 do niniejszego Regulaminu.
7. Aby uzyskać wyciąg, odpis, kopię lub wydruk dokumentacji medycznej należy złożyć pisemny lub ustny „wniosek o wydanie kopii dokumentacji medycznej” w Sekretariacie Dyrektora, Archiwum Medycznym lub właściwym oddziale Miejskiego Szpitala Zespolonego w Olsztynie. W przypadku ustnego wniosku pracownik przyjmujący ma obowiązek sporządzenia notatki, zawierającej dane zgodnie z wzorem wymienionego wniosku.
8. W przypadku odbioru dokumentacji przez osobę upoważnioną, dodatkowo należy złożyć upoważnienie do wydania kopii dokumentacji medycznej.
9. Wzór wniosku można pobrać w Sekretariacie Dyrektora, w Archiwum Medycznym lub ze strony internetowej Miejskiego Szpitala Zespolonego w Olsztynie: http://www.szpital.olsztyn.pl w zakładce udostępnianie dokumentacji medycznej.
10. Wnioski przyjmowane są w Sekretariacie Dyrektora, Archiwum Medycznym lub we właściwym Oddziale.
11. Udostępnienie dokumentacji medycznej następuje bez zbędnej zwłoki w terminie ustalonym indywidualnie z pacjentem.
12. Odmowa wydania dokumentacji wymaga zachowania formy pisemnej oraz podania przyczyny.

ROZDZIAŁ XVII
POSTĘPOWANIE W RAZIE ŚMIERCI PACJENTA
§ 145

1. Postępowanie w razie śmierci pacjenta, noworodkiem zmarłym w oddziale, płodem i popłodem oraz szczątkami i tkankami ludzkimi odbywa się według zasad opartych na powszechnie obowiązujących przepisach.

2. Za zwłoki uważa się ciała osób zmarłych i dzieci martwo urodzonych bez względu na czas trwania ciąży.
3. Karta zgonu jest wypełniana dla:
   1) osób zmarłych,
   2) dzieci martwo urodzonych bez względu na czas trwania ciąży, na wniosek osób uprawnionych do pochówku.

§ 146

W każdym przypadku wyrażenia woli obecności osoby duchownej należy umożliwić jej przybycie.

§ 147

1. W razie śmierci pacjenta w Oddziale Szpitala pielęgniarka/położna bezzwłocznie powiadamia o tym fakcie lekarza leczącego lub lekarza zabezpieczającego pracę .
2. Lekarz leczący lub lekarz zabezpieczający pracę natychmiast dokonuje oględzin zmarłego, a następnie stwierdza zgon i jego przyczynę oraz odnotowuje w dokumentacji medycznej datę i godzinę śmierci oraz wystawia kartę zgonu.
3. Pielęgniarka/położna niezwłocznie tego samego dnia przekazuje kartę zgonu wystawioną przez lekarza do Archiwum Medycznego, lub następnego dnia w przypadku zgonu po godzinach urzędowania do Archiwum Medycznego.
4. Pielęgniarka/położna odnotowuje datę i godzinę zgonu w Historii Pielęgnowania, sporządza wykaz pozostawionych przedmiotów w przypadku nieobecności rodziny przy zgonie. Pielęgniarka odnotowuje datę i godzinę zgonu pacjenta na Bloku operacyjnym w „Protokóle pielęgniarki bloku operacyjnego”.
5. Pielęgniarka/położna zawiadamia pracownika Prosektorium o terminie odbioru zwłok z oddziału.

§ 148

1. W okresie między stwierdzeniem zgonu a przewiezieniem do Prosektorium zwłoki osoby zmarłej przechowuje się w oddziale w sali jednoosobowej, z zachowaniem godności należnej zmarłemu. W przypadku zgonu pacjenta na bloku operacyjnym, zwłoki osoby zmarłej przechowuje się w wyznaczonym miejscu na bloku operacyjnym, z zachowaniem godności należnej zmarłemu. Wymaganą dokumentację medyczną przygotowuje personel właściwego oddziału szpitala.
2. W tym czasie pielęgniarka / położna zdejmuje z pacjenta bieliznę oraz wykonuje:
   1) toaletę pośmiertną (mycie ciała, usunięcie drenów i łączników, zabezpieczenie miejsc po wkłuciach gazikami, zamknięcie powiek przez nałożenie zwilżonych gazików, podwiązanie żuchwy w przypadku jej opadania, usunięcie wszelkich ozdób oraz ich zabezpieczenie,
   2) układa ciało w pozycji na plecach, ręce złożone na tułowiu,
   3) zwłoki zabezpiecza prześcieradłem,
   4) zakłada na przegub dłoni albo stopy osoby zmarłej identyfikator wykonany z tasiemki, płótna lub tworzywa sztucznego. Na identyfikatorach znajduje się:
      a) imię i nazwisko osoby zmarłej,
      b) PESEL osoby zmarłej, a w przypadku jego braku rodzaj i numer dokumentu stwierdzającego tożsamość,
      c) data i godzina zgonu,
      d) płeć.

3. Jeżeli nie jest możliwe ustalenie tożsamości osoby zmarłej, w karcie skierowania do chłodni oraz na identyfikatorze dokonuje się oznaczenia „NN” z podaniem przyczyny i okoliczności uniemożliwiających ustalenie tożsamości.

§ 149

1. Po upływie 2 godzin od zgonu i stwierdzeniu pewnych oznak śmierci przez lekarza prowadzącego lub lekarza zabezpieczającego pracę, pielęgniarka/położna wypełnia Kartę skierowania zwłok do chłodni w dwóch egzemplarzach.
2. Zwłoki osoby zmarłej po udokumentowaniu odbioru wraz z oryginałem Karty skierowania zwłok do chłodni przekazuje uprawnionemu przedstawicielowi Prosektorium. Kopię karty dołącza do historii choroby.
3. Karta skierowania zwłok do chłodni zawiera:
   1) imię i nazwisko osoby zmarłej,
   2) PESEL osoby zmarłej, a przypadku jego braku rodzaj i numer dokumentu stwierdzającego tożsamość,
   3) datę i godzinę zgonu,
   4) godzinę skierowania i przyjęcia zwłok do chłodni,
   5) imię, nazwisko i podpis pielęgniarki/położnej wypełniającej kartę,
   6) imię, nazwisko i podpis osoby przyjmującej zwłoki do chłodni.

§ 150

Transport zwłok powinien być przeprowadzony w sposób dyskretny z zachowaniem godności należnej zmarłemu.

§ 151

1. W razie śmierci pacjenta w Izbie Przyjęć lub innej medycznej komórce organizacyjnej, czynności wskazane w przepisach poprzedzających wykonuje pielęgniarka Izby Przyjęć.
2. W powyższym przypadku zgon powinien być potwierdzony przez lekarza zabezpieczającego pracę Izby przyjęć lub innego wyznaczonego lekarza oraz odnotowany w Księdze Zgonów Izby Przyjęć i Historii Choroby w przypadku zgonu pacjenta Izby Przyjęć.

§ 152

1. W razie zgonu pacjenta o nieustalonej tożsamości, bądź zgonu, co do którego istnieje pewność lub uzasadnione podejrzenie, że nastąpił wskutek przestępstwa albo nieszczęśliwego wypadku, lekarz po konsultacji z Kierownikiem/Koordynatorem danej komórki medycznej, niezwłocznie powiadamia: - właściwy miejscowo Ośrodek Pomocy Społecznej, - Prokuraturę Rejonową w Olsztynie lub Policję.
2. zgonie pacjenta o nieustalonej tożsamości lub w przypadku nie zgłoszenia się rodziny do Szpitala po odbiór ciała, Szpital zawiadamia Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Olsztynie lub właściwy miejscowo Ośrodek Pomocy Społecznej ze względu na ostatni adres zamieszkania pacjenta.
3. Wypełnioną Kartę zgonu należy przekazać firmie pogrzebowej wskazanej na podstawie zlecenia wydanego przez Ośrodek Pomocy Społecznej.

§ 153

1. O śmierci pacjenta w przypadku nieobecności osób bliskich w chwili zgonu, lekarz lub osoba przez niego upoważniona zawiadamia niezwłocznie telefonicznie lub telegraficznie wskazaną przez chorego osobę lub instytucję, przedstawiciela ustawowego, opiekuna faktycznego.

2. Zawiadomienia o zgonie pacjenta o nieznanej tożsamości lub w razie nie zgłoszenia się osób bliskich do właściwego Urzędu Stanu Cywilnego dokonuje Archiwum Medyczne w dniu otrzymania dokumentacji.

§ 154

1. Indywidualną dokumentację zmarłego przekazuje się do Archiwum Medycznego tego samego dnia lub następnego w przypadku zgonu po godzinach urzędowania.
2. Archiwum Medyczne wydaje za pokwitowaniem osobom uprawnionym Kartę Zgonu oraz udzielają informacji gdzie znajduje się ciało zmarłego i informują o obowiązku zgłoszenia się do Urzędu Stanu Cywilnego celem uzyskania Aktu Zgonu.
3. Prawo do otrzymania karty zgonu ma najbliższa pozostała rodzina osoby zmarłej, a mianowicie: pozostały małżonek(a), krewni zstępni, krewni wstępni, krewni boczni do 4 stopnia pokrewieństwa, powinowaci w linii prostej do 1 stopnia.
4. W przypadku braku osób wymienionych w ust. 3 oraz innych osób upoważnionych, kartę zgonu otrzymuje osoba, która pisemnie zobowiązuje się do zorganizowania pogrzebu i opłacenia kosztów pochówku osoby zmarłej.

§ 155

1. Przedmioty pozostałe po zmarłym pacjencie wydaje się osobom uprawnionym za pokwitowaniem.
2. Jeżeli w ciągu trzech miesięcy od daty zgonu nie zgłosi się prawny spadkobierca, Szpital przekazuje rzeczy pacjenta do depozytu właściwego Sądu Rejonowego.
3. Rzeczy pozostałe po zmarłym, którego zwłoki oddano do dyspozycji prokuratora, nie mogą być wydane przed: dokonaniem sekcji lub otrzymaniem zawiadomienia o zwolnieniu z sekcji.

§ 156

1. W Szpitalu obowiązuje bezwzględny zakaz reklamowania usług pogrzebowych.
2. Wybór przedsiębiorstwa pogrzebowego pozostaje do wyłącznej decyzji rodziny osoby zmarłej.
3. Rodzina osoby zmarłej otrzymuje informacje wyłącznie o miejscu przechowywania zwłok.
4. Szpital przechowuje zwłoki przez okres nie dłuższy niż 72 godziny.

§ 157

1. Zwłoki osób zmarłych na choroby zakaźne określone w stosownych przepisach niezwłocznie po stwierdzeniu zgonu zawija się w płótno nasycone płynem dezynfekcyjnym i składa w trumnie, którą szczelnie się zamyka i obmywa z zewnątrz płynem dezynfekcyjnym. Następnie na trumnę zakłada się worek foliowy z nieprzepuszczalnego tworzywa sztucznego, odpornego na uszkodzenia mechaniczne.
2. W razie zgonu na choroby zakaźne, o których mowa w ust.1 stosuje się następujące środki ostrożności:
   1) w pomieszczeniu, w którym leżą zwłoki, nie mogą zbierać się ludzie,
   2) dotykanie zwłok jest niedozwolone poza czynnościami wymienionymi w ust. 1,
   3) na dnie trumny umieszcza się warstwę substancji płynochłonnej o grubości 5 cm,
   4) pomieszczenie, w którym osoba zmarła przebywała oraz wszystkie przedmioty, z którymi była w styczności poddaje się odkażeniu.
3. W razie zgonu na chorobę zakaźną nie ujętą w wykazie, o którym mowa w ust. 1 lecz powodującą obowiązek przymusowej hospitalizacji, zgodnie z przepisami o zwalczaniu chorób zakaźnych do postępowania ze zwłokami stosuje się przepisy ust. 2 pkt., a ponadto:

1) dotykanie zwłok jest niedozwolone poza czynnościami związanymi z obmyciem, ubraniem i ułożeniem zwłok w trumnie,
2) do obmywania zwłok używa się płynu dezynfekcyjnego,
3) niezwłocznie po złożeniu zwłok w trumnie, trumnę zamyka się szczelnie i obmywa z zewnątrz płynem dezynfekcyjnym.

§ 158

1. Zasady postępowania lekarskiego z noworodkiem zmarłym w oddziale oraz noworodkiem i płodem martwo urodzonym odnoszą się do ogólnych przepisów postępowaniu ze zmarłym w Szpitalu.
2. Zasady postępowania położnej odnoszą się do:
   1) poinformowania przez położną o sposobie postępowania ze zwłokami noworodka lub płodu tj. o prawie do żądania wystawienia Karty zgonu i pochówku lub możliwości złożenia wniosku o spopielenie zwłok bez prawa do pochówku,
   2) przechowywania zmarłego noworodka lub płodu przez okres dwu godzin, w wydzielonym pomieszczeniu w Oddziale i wykonania w tym czasie:
   3) zabezpieczenia pępowiny zaciskaczem,
   4) ważenia i mierzenia,
   5) toalety pośmiertnej (umycie ciała, usunięcie drenów i łączników, zabezpieczenie miejsc po wkłuciach gazikami, zamknięcie powiek przez nałożenie zwilżonych gazików, podwiązanie żuchwy w przypadku jej opadania),
   6) oznaczenia tożsamości zakładając identyfikator na górnej i dolnej kończynie naprzemiennie wokół nadgarstków lub kostek w sposób zapewniający ich utrzymanie się, według ustalonego wzoru,
   7) ułożenia ciała w pozycji na plecach, ręce ułożone na tułowiu,
   8) zabezpieczenia zwłok foliowanym i fizylinowym podkładem, a następnie zabezpieczenia taśmą samoprzylepną, lub owinięcia zwłok w gazę i umieszczenia w specjalnym opakowaniu,
   9) wypełnienia obowiązującej dokumentacji dotyczącej noworodka lub płodu oraz uzyskania Oświadczenia o sposobie pochówku / kremacji. Jeden egzemplarz Oświadczenia przekazuje się wraz ze zwłokami, drugi pozostaje w dokumentacji.
3. O sposobie pochówku decyduje osoba uprawniona, wypełniając Oświadczenie o pochówku.
4. Po upływie 2 godzin od zgonu i stwierdzeniu pewnych oznak śmierci przez lekarza, położna przekazuje zwłoki pracownikowi prosektorium na odbiór zwłok, po udokumentowaniu ich odbioru.

§ 159

1. Zasady postępowania z popłodem oparte są na ogólnie obowiązujących przepisach:
   1) Popłód przekłada się do wydzielonego pojemnika a następnie przechowuje w specjalnie do tego przeznaczonej zamrażarce.
   2) Pojemnik przeznaczony do przechowywania popłodów opróżniany jest w wypadku jego wypełnienia do ¾ wysokości jednak nie rzadziej niż 1 raz w tygodniu.
   3) Popłody z oddziału odbiera uprawniony pracownik podmiotu, z którym Szpital posiada podpisaną umowę za pokwitowaniem odbioru.
   4) Jeden egzemplarz pokwitowania otrzymuje pracownik Prosektorium, drugi przekazuje do Sekcji BHP Szpitala.

§ 160

1. Zasady postępowania ze szczątkami i tkankami ciała ludzkiego oparte są na ogólnie obowiązujących przepisach:
   1) Szczątki i tkanki ciała ludzkiego (części ciała ludzkiego odłączone od całości nie będące zwłokami w myśl przepisów) przekazuje się do badania histopatologicznego na zlecenia lekarza.
   2) Tkanki przed przekazaniem do badania histopatologicznego są zabezpieczone w płynie konserwującym.
   3) Szczątki, o ile nie wymagają badania histopatologicznego bezpośrednio po ich usunięciu są oznakowane i należycie zabezpieczone.
   4) Szczątki przechowywane są w specjalnie do tego przeznaczonej zamrażarce.
   5) Zabezpieczone szczątki przekazuje się pracownikowi Prosektorium.

§ 161

1. Zwłoki osoby, która zmarła w Szpitalu, mogą być poddane sekcji, chyba, że ta osoba za życia wyraziła sprzeciw lub uczynił to jej przedstawiciel ustawowy, z zastrzeżeniem ust. 3.
2. O zaniechaniu sekcji zwłok z przyczyny określonej w ust. 1 sporządza się adnotację w dokumentacji medycznej i załącza oświadczenie woli osoby zmarłej w Szpitalu lub jej przedstawiciela ustawowego.
3. Przepis ust. 1 nie dotyczy dokonywania sekcji w sytuacjach:
   1) określonych w przepisach odnoszących się do postępowania karnego,
   2) gdy przyczyny zgonu nie można ustalić w sposób jednoznaczny,
   3) określonych w przepisach o chorobach zakaźnych i zakażeniach.
4. O zwolnieniu lub dokonaniu sekcji zwłok pacjenta decyduje Dyrektor lub upoważniony przez niego lekarz – członek Komitetu Medycznego.
5. Dokonanie sekcji zwłok nie może nastąpić wcześniej niż po upływie 12 godzin od stwierdzenia zgonu.
6. Jeżeli zachodzi potrzeba pobrania ze zwłok komórek, tkanek lub narządów, Dyrektor może zadecydować o dokonaniu sekcji zwłok przed upływem 12 godzin, przy zachowaniu zasad i trybu przewidzianych w przepisach odnoszących się do pobierania i przeszczepiania komórek, tkanek i narządów.

§ 162

Zadania z zakresu Patomorfologii wykonuje uprawniony podmiot zgodnie z zawartą ze szpitalem umową w oparciu o wewnętrznie obowiązujące przepisy.

ROZDZIAŁ XVIII
ZAOPATRYWANIE DZIECI W WIEKU DO LAT 7 W ZNAKI TOŻSAMOŚCI

§ 163

Dzieci urodzone w Szpitalu oraz dzieci w wieku do 7 lat przyjmowane do Szpitala zaopatrywane są w znaki tożsamości.

§ 164

1. Znakami tożsamości są bransoletki wykonane z tasiemki, płótna lub tworzywa sztucznego, na których są wpisywane czytelnie:
   1) płeć, datę i godzinę urodzenia się dziecka oraz imię i nazwisko matki w przypadku dziecka urodzonego w Szpitalu,
   2) znaki tożsamości dzieci urodzonych z ciąży mnogiej powinny dodatkowo zawierać cyfry rzymskie wskazujące na kolejność rodzenia się dzieci,
   3) imię, nazwisko i data urodzenia dziecka – w przypadku dziecka w wieku do 7 lat.

2. Znaki tożsamości są zakładane albo zaszywane swobodnie wokół nadgarstków obu rąk albo kostek obu nóg dziecka, w sposób zapewniający ich utrzymanie się.

§ 165

1. Lekarz lub położna odbierająca poród w Szpitalu są obowiązani natychmiast po urodzeniu się dziecka i pokazaniu go matce oraz poinformowaniu matki o płci, zaopatrzyć dziecko w znaki tożsamości. Czynności tej dokonuje się w obecności matki, po głośnym odczytaniu Jej treści zamieszczonej na taśmie identyfikacyjnej oraz zatwierdzeniu.
2. W przypadku, gdy przebieg porodu nie pozwala na pokazanie dziecka matce i na poinformowanie jej o płci, lekarz lub położna są obowiązani zaopatrzyć dziecko w znaki tożsamości natychmiast po urodzeniu się dziecka.
3. Fakt zaopatrzenia urodzonego dziecka w znaki tożsamości oraz dane zawarte na znakach odnotowuje się w dokumentacji medycznej matki i dokumentacji medycznej dziecka oraz potwierdza podpisem lekarz lub położna odbierająca poród.

§ 166

1. Przy przyjmowaniu dziecka do Szpitala tożsamość dziecka ustala się na podstawie odpowiednich dokumentów, a w razie ich braku na podstawie oświadczenia otrzymanego od osób przekazujących dziecko.
2. Po ustaleniu tożsamości dziecka lekarz, pielęgniarka lub położna są obowiązani do natychmiastowego zaopatrzenia dziecka w znaki tożsamości.
3. Fakt zaopatrzenia dziecka w znaki tożsamości odnotowuje w dokumentacji medycznej dziecka i potwierdza podpisem lekarz, pielęgniarka lub położna przyjmująca dziecko. W dokumentacji medycznej należy ponadto odnotować imiona, nazwiska, PESEL, miejsca zamieszkania i adres rodziców lub innych osób przekazujących dziecko do Szpitala, ustalonych na podstawie dowodów osobistych lub innych dokumentów stwierdzających tożsamość tych osób.

§ 167

1. W przypadku przyjmowania do Szpitala dziecka, którego tożsamości nie można ustalić, powiadamia się o tym fakcie jednostkę organizacyjną Policji oraz sporządza protokół zawierający w szczególności następujące informacje:
   1) okoliczności i przyczyny przyjęcia dziecka do Szpitala,
   2) rysopis dziecka wraz ze zdjęciem dziecka i zbliżenia jego twarzy, wykonanego na błonach negatywowych barwnych lub w formie zapisu cyfrowego,
   3) imię i nazwisko, datę urodzenia i adres zamieszkania osób przekazujących dziecko ustalone na podstawie odpowiednich dokumentów stwierdzających tożsamość, a w razie ich braku na podstawie oświadczeń potwierdzonych własnoręcznym podpisem.
2. Pracownik przyjmując dziecko podpisuje protokół i dołącza go do dokumentacji medycznej dziecka.
3. Do chwili ustalenia tożsamości dziecka, znaki tożsamości zawierają dane umożliwiające rozpoznanie dziecka, w szczególności jego płeć i przybrane imię.

§ 168

1. W przypadku przyjmowania do Szpitala dziecka, skierowanego z innego podmiotu leczniczego, które nie jest zaopatrzone w znaki tożsamości, osoba przyjmująca dziecko jest obowiązana sporządzić protokół zawierający następujące informacje:
   1) dane osobowe dziecka ustalone na podstawie pisemnego oświadczenia osoby przekazującej dziecko,
   2) imię i nazwisko, PESEL oraz zajmowane stanowisko osoby przekazującej dziecko,

3) wykaz dokumentów dostarczonych do Szpitala przy przyjmowaniu dziecka.

2. Pracownik Szpitala przyjmujący dziecko podpisuje protokół, dołączając go do dokumentacji medycznej dziecka.
3. Bezzwłocznie po sporządzeniu protokołu pracownik Szpitala przyjmujący dziecko zaopatruje je w znaki tożsamości.
4. O stwierdzeniu braku znaków tożsamości przyjmowanego dziecka zawiadamia się kierownika zakładu, który skierował dziecko do Szpitala, celem potwierdzenia tożsamości dziecka. Pisemne potwierdzenie tożsamości dziecka dołącza się do jego dokumentacji medycznej.

§ 169

W przypadku stwierdzenia braku lub zniszczenia znaków tożsamości założonych przy urodzeniu dziecka w Szpitalu lub przy przyjmowaniu dziecka do Szpitala, po ustaleniu tożsamości na podstawie dokumentacji medycznej, zakłada się nowe znaki tożsamości.

§ 170

1. Przy wypisie dziecka urodzonego w Szpitalu lub dziecka do 7 lat pracownik Szpitala w obecności osoby odbierającej dziecko jest obowiązany sprawdzić jego tożsamość, odnotować ten fakt w dokumentacji medycznej i potwierdzić podpisem. Adnotację tę podpisuje także osoba odbierająca dziecko.
2. Do dokumentacji medycznej dziecka dołącza się znaki tożsamości dziecka, w które było ono zaopatrzone podczas pobytu w Szpitalu.

ROZDZIAŁ XIX
PRZECHOWYWANIE RZECZY WARTOŚCIOWYCH I ODZIEŻY

§ 171

1. Pacjent ma prawo przechowywać wartościowe rzeczy w Depozycie Szpitala:
   1) „DEPOZYT” – przedmioty wartościowe i dokumenty należące do pacjenta i zabezpieczone przez Szpital na czas hospitalizacji.
2. Rzeczami wartościowymi w rozumieniu Regulaminu są:
   1) krajowe i zagraniczne pieniądze,
   2) kruszce szlachetne i wyroby z tych kruszców oraz drogie kamienie (biżuteria),
   3) krajowe i zagraniczne papiery wartościowe,
   4) inne przedmioty uznane za wartościowe przez pacjenta lub pracownika Szpitala, np.: zegarki, telefony komórkowe, klucze do mieszkania, szkła korekcyjne, szkła kontaktowe, protezy zębowe, itp.
3. Za rzeczy wartościowe, nie zgłoszone przez pacjenta do Depozytu Szpital nie ponosi odpowiedzialności.

§ 172

1. Pacjent zakwalifikowany do leczenia szpitalnego w chwili przyjęcia ma prawo złożyć do depozytu przedmioty wartościowe i dokumenty.
2. Spis przedmiotów wartościowych do depozytu zawiera następujące dane:
   1) imię, nazwisko, data i miejsce urodzenia, PESEL, adres zamieszkania pacjenta,
   2) datę przyjęcia depozytu,
   3) imię, nazwisko i stanowisko osoby przyjmującej depozyt,
   4) imię, nazwisko i stanowisko osób obecnych przy sporządzaniu spisu depozytu, jego zabezpieczeniu (opakowaniu) i opieczętowaniu,

5) spis rzeczy wartościowych oddanych do depozytu i ich opis – cechy indywidualne, nazwę, rodzaj, szacunkową wartość, barwę, markę i stan zużycia (w sytuacji braku cech indywidualnych odnotowuje się ten fakt w karcie depozytowej),
6) własnoręczny podpis osoby przyjmującej depozyt oraz pacjenta, jak też innych osób obecnych przy przyjmowaniu depozytu.

3. Spis przedmiotów do depozytu sporządza się w trzech egzemplarzach: oryginał dla pacjenta, drugi egzemplarz dołącza się do depozytu, trzeci pozostaje w komórce organizacyjnej szpitala, w której przebywa pacjent.
4. Depozyt przechowuje się w opakowaniu trwale zamkniętym ostemplowanym pieczęcią zakładu. Na opakowaniu umieszcza się dodatkowo numer księgi depozytowej, imię i nazwisko, datę urodzenia oraz adres zamieszkania pacjenta.

§ 173

1. Szpital prowadzi Księgę depozytów.
2. Księga Depozytów zawiera ponumerowane strony z pieczęcią urzędową Szpitala.
3. Obok pieczęci Dyrektor i Główny Księgowy stwierdzają cyfrowo i słownie ilość stron podpisami.
4. Księga Depozytów zawiera następujące dane:
   1) numer kolejny,
   2) nazwisko i imię pacjenta,
   3) datę urodzenia i imiona rodziców,
   4) datę przyjęcia depozytu,
   5) kwotę depozytu pieniężnego,
   6) rodzaj przedmiotu wartościowego, w tym jakość, cechy, znak,
   7) datę wydania depozytu,
   8) podpis osoby odbierającej depozyt.
5. Księgę Depozytów wraz z dowodami stwierdzającymi zapisy przechowuje się pod zamknięciem w Dziale Księgowości Szpitala.

§ 174

1. Pacjent ma prawo złożyć depozyt zarówno w chwili przyjęcia do szpitala w Izbie Przyjęć, jak też w oddziale, na którym pacjent przebywa. Depozyt zostaje zabezpieczony i przechowywany w kasetach metalowych do czasu przekazania go do depozytu szpitala:
   1) pracownik Izby przyjęć lub oddziału bezpośrednio przy przyjęciu depozytu sporządza w trzech egzemplarzach kartę depozytową zgodnie z wytycznymi § 183 ust. 2,
   2) oryginał karty depozytowej wydaje się pacjentowi,
   3) depozyt wraz z drugim egzemplarzem karty depozytowej przekazuje się pracownikowi działu księgowości,
   4) pracownik działu księgowości wpisuje depozyt do księgi i zabezpiecza depozyt w sejfie lub szafie pancernej oraz kwituje pracownikowi izby przyjęć lub oddziału odbiór depozytu na trzecim egzemplarzu, który pozostaje we właściwej komórce organizacyjnej jako dowód przekazania depozytu do Depozytu Szpitala.
2. W szpitalu dopuszcza się możliwość złożenia depozytu w oddziale lub izbie przyjęć na czas trwania zabiegu operacyjnego lub badania diagnostycznego.

§ 175

1. Jeżeli pacjent został przyjęty do Szpitala w stanie wyłączającym świadome postępowanie, sporządza się protokół znalezionych przy nim rzeczy wartościowych, w obecności

świadków: pracowników Pogotowia Ratunkowego lub innych osób dostarczających pacjenta do Szpitala:

1) w przypadku, gdy pacjent jest nieprzytomny, lub niezdolny do zrozumienia znaczenia informacji i brak jest obecności osób reprezentujących jego prawa zawsze zabezpieczamy przedmioty wartościowe pacjenta, protokół znalezionych przy nim rzeczy wartościowych sporządza się w obecności świadków: pracowników Pogotowia ratunkowego lub innych osób dostarczających pacjenta do Szpitala,
2) oryginał karty depozytowej przechowuje się wraz z przedmiotami oddanymi do depozytu. Pierwszą kopię dołączamy do historii choroby, druga kopia pozostaje w oddziale lub izbie przyjęć z podpisem kasjera jako osoby przyjmującej depozyt,
3) niezwłocznie po ustaleniu okoliczności, o których mowa w pkt 2 zawiadamiamy pacjenta o złożeniu rzeczy wartościowych do depozytu. W przypadku wyrażenia woli dalszego przechowywania rzeczy wartościowych w depozycie, pacjent składa podpis na karcie depozytowej wraz z aktualną datą,
4) w przypadku trwania okoliczności w których mowa w pkt 1 przez okres dłuższy niż 24 godziny od czasu przybycia, należy o przyjęciu rzeczy wartościowych do depozytu powiadomić osoby upoważnione do dysponowania ruchomościami pacjenta.

2. W razie obecności przedstawiciela ustawowego lub opiekuna faktycznego lub osoby dostarczającej Pacjenta (jeżeli istnieje taka możliwość), powinien on wziąć udział w czynnościach sporządzania protokołu.
3. Protokół ze strony Szpitala podpisuje Pielęgniarka i lub Lekarz zabezpieczający pracę Izby Przyjęć lub Oddziału. Protokół stanowi podstawę do złożenia rzeczy wartościowych do Depozytu Szpitala.

§ 176

1. Depozyt wydajemy za okazaniem dowodu tożsamości na podstawie karty depozytowej pacjentowi lub osobie uprawnionej do dysponowania jego mieniem. Osoba przyjmująca depozyt potwierdza ten fakt własnoręcznym, czytelnym podpisem i datą na kopii karty depozytowej. Osoba wydająca depozyt zobowiązana jest dopisać na kopii karty depozytowej imię, nazwisko oraz numer dowodu tożsamości osoby odbierającej depozyt.

§ 177

1. W razie zgonu pacjenta depozyt wartościowy wydaje się osobie uprawnionej.
2. Osoba odbierająca depozyt kwituje odbiór podpisem i datą, a ponadto pracownik odpowiedzialny za depozyty wpisuje czytelnie do Księgi Depozytów nazwisko i imię, numer dowodu tożsamości danej osoby oraz organu, który wydał dowód.

§ 178

W przypadku, gdy w Szpitalu znajdują się nie podjęte z depozytu rzeczy wartościowe, pracownik odpowiedzialny za depozyty obowiązany jest wezwać osoby uprawnione do ich odbioru, wyznaczając w tym celu 24 miesięczny termin odbioru. Nie podjęty w tym terminie depozyt podlega likwidacji lub przechodzi na rzecz Szpitala.

§ 179

1. Na żądanie pacjenta lub osoby przez niego upoważnionej, depozyt może być wydany częściowo w czasie pobytu pacjenta w Szpitalu.
2. Jeżeli podejmowana jest tylko część depozytu, należy wydać cały depozyt, następnie zapisać pod nową pozycją i numerem w Księdze Depozytów te przedmioty oraz sumę pieniężną, którą pacjent pozostawia w depozycie.

§ 180

Pacjent ma prawo przechowywać odzież i obuwie w magazynie odzieży chorych Szpitala.

1. Zadeklarowaną do przechowania w Magazynie Szpitala odzież i obuwie przyjmuje wyznaczony pracownik obsługi, który sporządza spis ubrania i obuwia na obowiązującym Pokwitowaniu. Pokwitowanie podpisuje przyjmujący rzeczy oraz pacjent.
2. Pokwitowanie składa się z trzech jednobrzmiących egzemplarzy, z których jeden otrzymuje pacjent, drugi dołącza się do rzeczy pacjenta, trzeci pozostaje w Izbie Przyjęć.
3. Rzeczy pacjenta do czasu przekazania ich do Magazynu Szpitala przechowywane są w Izbie Przyjęć. Odpowiedzialność za przechowanie rzeczy należących do pacjentów w Izbie Przyjęć ponosi osoba przyjmująca ubranie.
4. Magazynier kwituje odbiór przekazanych rzeczy Izbie Przyjęć i przechowuje je do czasu odbioru przez pacjenta.
5. Odzież jest odbierana na podstawie pokwitowania wydanego w Izbie Przyjęć.
6. W przypadku nieustalenia miejsca pobytu pacjenta lub osób uprawnionych, odzież, obuwie lub inne rzeczy powszechnego użytku o znikomej wartości przechodzą na rzecz Szpitala lub ulegają likwidacji po upływie 2 lat od chwili podjęcia przez Szpital próby ustalenia odbiorcy.

ROZDZIAŁ XX
POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 181

1. Regulamin Organizacyjny wchodzi w życie z dniem podpisania Zarządzenia wprowadzającego przez Dyrektora MSZ w Olsztynie, po zaopiniowaniu Regulaminu przez Radę Społeczną Miejskiego Szpitala Zespolonego w Olsztynie.
2. Wszelkie zmiany Regulaminu w trybie jego wprowadzenia dokonuje Dyrektor pod rygorem nieważności.
3. W sprawach nieuregulowanych niniejszym Regulaminem zastosowanie mają pozostałe akty prawne wewnętrzne Dyrektora i procedury przez niego zatwierdzane.
4. Niniejszy Regulamin jest zgodny ze Statutem Miejskiego Szpitala Zespolonego w Olsztynie, jego aktami wewnętrznymi i innymi odrębnie obowiązującymi przepisami prawnymi.
5. Traci moc Regulamin Organizacyjny Miejskiego Szpitala Zespolonego w Olsztynie wprowadzony w życie Zarządzeniem wewnętrznym Dyrektora nr 75/11 z dnia 2 listopada 2011r. zaopiniowany Uchwałą Nr 9/11 Rady Społecznej przy MSZ w Olsztynie z dnia 15 listopada 2011r.

§ 182

Załączniki

Załącznik nr 1 - Schemat Organizacyjny

Załącznik nr 2 - Zakresy zadań komórek organizacyjnych pionu administracji.

Załącznik nr 3 - Zakresy zadań komórek organizacyjnych Zakładu Leczniczego „Szpital Miejski”

Załącznik nr 3.1 - Zakresy czynności pracowników / zleceniobiorców Zakładu Leczniczego „Szpital Miejski”

Załącznik nr 4 - Zakresy zadań komórek organizacyjnych Zakładu Leczniczego „Ambulatorium Miejskie”

Załącznik nr 4.1 - Zakresy czynności pracowników / zleceniobiorców Zakładu Leczniczego „Ambulatorium Miejskie”

Załącznik nr 5 – Liczba łóżek rzeczywistych w Szpitalu

Załącznik nr 6 – Wykaz procedur leczniczych i diagnostycznych wymagających zgody pacjenta.

Załącznik nr 7 – Opłaty za udostępnienie dokumentacji medycznej.

Załącznik nr 8 – Wysokość opłat za udzielenie świadczeń zdrowotnych innych niż finansowanych ze środków publicznych

Załącznik nr 9 – Ustawa z dnia 6 listopada 2008r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta

Załącznik nr 10 –Regulamin sprawowania dodatkowej opieki pielęgnacyjnej nad pacjentem

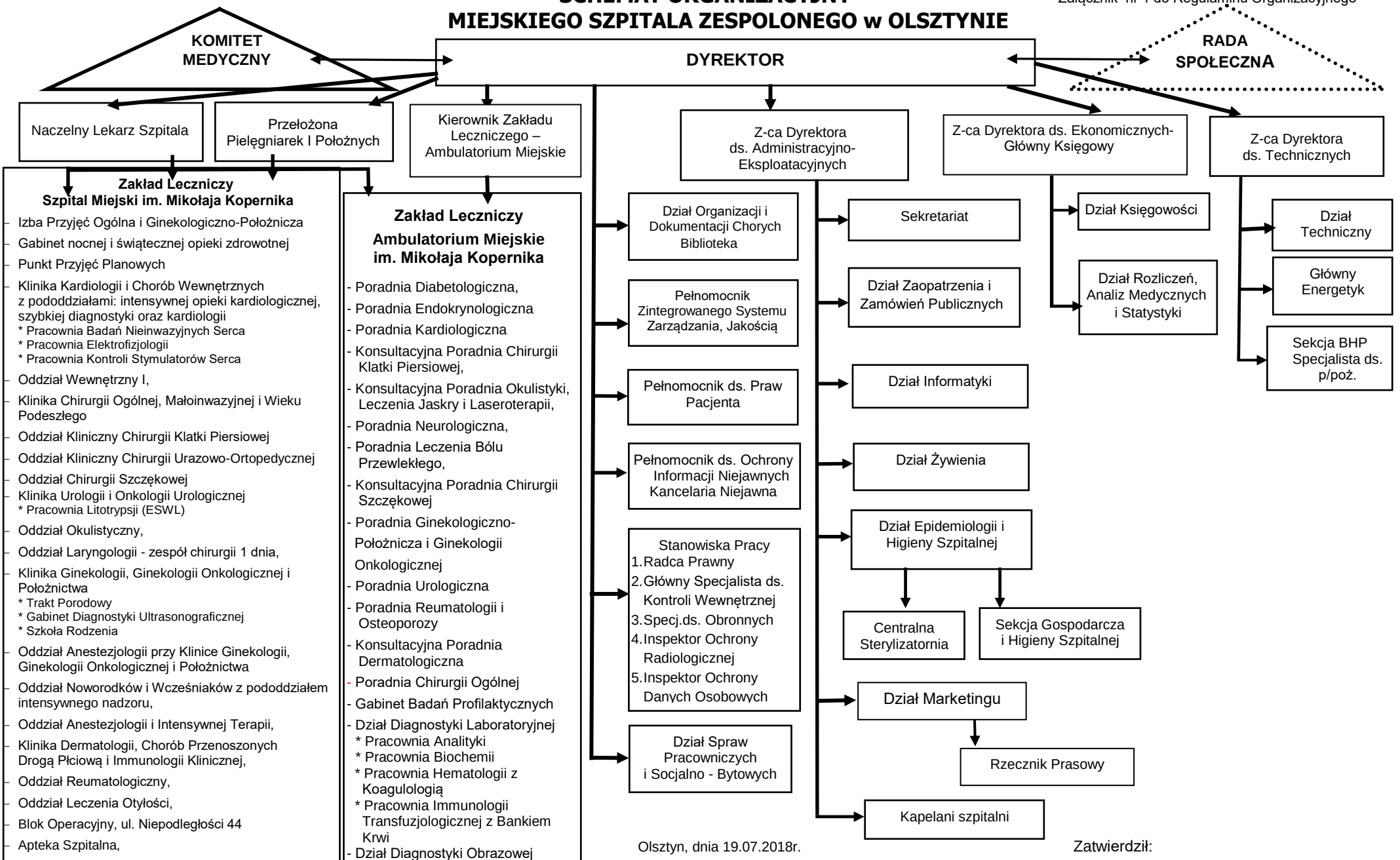
Załącznik nr 11 - Zasady postępowania w sprawie organizacji przyjmowania, rozpatrywania oraz załatwiania skarg i wniosków

Załącznik nr 12 – Kodeks Etyki Pracowników Miejskiego Szpitala Zespolonego w Olsztynie

Załączniki stanowią integralną część niniejszego Regulaminu

SCHEMAT ORGANIZACYJNY MIEJSKIEGO SZPITALA ZESPOLONEGO w OLSZTYNIE

Załącznik nr 1 do Regulaminu Organizacyjnego



Olsztyn, dnia 19.07.2018r.

Zatwierdził:

Załącznik nr **2**
do Regulaminu Organizacyjnego

STRUKTURA I ZADANIA KOMÓREK PIONU ADMINISTRACJI

§ 1

W skład Zarządu Miejskiego Szpitala Zespolonego w Olsztynie wchodzą:

1. Dyrektor Miejskiego Szpitala Zespolonego w Olsztynie
2. Zastępca Dyrektora ds. Administracyjno-Eeksploatacyjnych
3. Zastępca Dyrektora ds. Technicznych
4. Zastępca Dyrektora ds. Ekonomicznych – Główny Księgowy
5. Naczelny Lekarz Szpitala
6. Przełożona Pielęgniarek i Położnych
7. Kierownik Zakładu Leczniczego – Ambulatorium Miejskie

§ 2

1. Zastępca Dyrektora ds. Administracyjno-Eksploatacyjnych podlega bezpośrednio Dyrektorowi.
2. Zastępca Dyrektora ds. Administracyjno-Eksploatacyjnych bezpośrednio nadzoruje następujące komórki organizacyjne i stanowisko pracy:
   1) Sekretariat,
   2) Dział Zaopatrzenia i Zamówień Publicznych,
   3) Dział Informatyki,
   4) Dział Żywienia,
   5) Dział Epidemiologii i Higieny Szpitalnej,
      1) Centralna Sterylizatornia,
      2) Sekcja Gospodarcza i Higieny Szpitalnej,
   6) Dział Marketingu,
      1) Rzecznik prasowy,
   7) Kapelani szpitalni.
3. Zastępca Dyrektora ds. Administracyjno-Eksploatacyjnych upoważniony jest do podejmowania decyzji w zakresie związanym z nadzorem i kierowaniem powierzonymi komórkami organizacyjnymi, z wyjątkiem zastrzeżonych do wyłącznej decyzji Dyrektora Szpitala.
4. Do obowiązków zastępcy Dyrektora ds. Administracyjno-Eksploatacyjnych należy w szczególności:
   1) nadzór nad prawidłowym przeprowadzaniem postępowań przetargowych oraz postępowań prowadzonych na podstawie wewnętrznego regulaminu zamówień publicznych,
   2) nadzór nad pracą magazynów szpitalnych,
   3) kontrolowanie stanu sanitarno-higienicznego, epidemiologicznego Szpitala i jego bezpośredniego otoczenia,
   4) nadzór nad gospodarką odpadami,
   5) nadzór nad czynnościami związanymi z żywieniem chorych,
   6) nadzór nad prawidłową obsługą informatyczną Szpitala,
   7) nadzór nad pracą sekretariatu szpitala,
   8) nadzór nad prawidłowym najmem i dzierżawą powierzchni użytkowych szpitala,
   9) współdziałanie z kapelanami, celem zapewnienia pacjentom opieki duszpasterskiej.

§ 3

1. Zastępca Dyrektora ds. Technicznych podlega służbowo bezpośrednio Dyrektorowi.
2. Zastępca Dyrektora ds. Technicznych bezpośrednio nadzoruje następujące komórki organizacyjne, oraz stanowiska pracy:
   1) Dział Techniczny,
   2) Główny Energetyk,
   3) Sekcję BHP,
   4) Specjalistę ds. p/pożarowych,
3. Zastępca Dyrektora ds. Technicznych upoważniony jest do podejmowania decyzji w zakresie związanym z nadzorem i kierowaniem powierzonym działem technicznym, oraz stanowiskami pracy z wyjątkiem zastrzeżonych do wyłącznej decyzji Dyrektora.
4. Zastępca Dyrektora ds. technicznych odpowiada w szczególności za prawidłowość szacowania wartości zamówień publicznych, opisu przedmiotu zamówień publicznych oraz za prawidłową realizację prowadzonych inwestycji
5. Do obowiązków Zastępcy Dyrektora ds. technicznych należy w szczególności:
   1) nadzór nad prowadzonymi inwestycjami,
   2) nadzór nad prowadzonymi remontami w budynkach Szpitala,
   3) zapewnienie warunków niezbędnych do prawidłowego funkcjonowania Szpitala pod względem technicznym,
   4) organizowanie technicznych inspekcji budynków i urządzeń dla oceny ich stanu oraz kontrola wykonania konserwacji, remontów i inwestycji,
   5) opracowywanie i uzgadnianie z Komendą Straży Pożarnych dotyczących bezpieczeństwa p/pożarowego i planów zaopatrzenia w sprzęt pożarniczy oraz dopilnowanie przestrzegania obowiązujących przepisów p/pożarowych,
   6) nadzór nad warunkami pracy oraz przestrzeganiem przepisów i zasad BHP oraz p/pożarowych.

§ 4

1. Zastępca Dyrektora ds. Ekonomicznych – Główny Księgowy podlega bezpośrednio Dyrektorowi.
2. Głównemu Księgowemu podlega bezpośrednio Dział Księgowości oraz Dział Rozliczeń, Analiz Medycznych i Statystyki.
3. Do obowiązków Zastępcy Dyrektora ds. ekonomicznych – Głównego Księgowego należy:
   1) kształtowanie i realizacja strategii finansowej Szpitala
   2) nadzór nad przygotowaniem (skonsolidowanych) sprawozdań finansowych oraz raportów,
   3) nadzór nad przygotowaniem rocznego budżetu i planów wieloletnich oraz kontrolowanie ich realizacji,
   4) optymalizowanie struktury kosztów i poziomu majątku obrotowego, ocena projektów inwestycyjnych i gospodarczych,
   5) kontakty i współpraca z audytorem, bankami, firmami ubezpieczeniowymi, oraz organami podatkowymi,
   6) nadzór nad pracą działów: finansowo-księgowego, statystyki i analiz medycznych
   7) polityka zatrudniania, zarządzania, motywowania i rozwoju pracowników w podległych działach,
   8) kierowanie pracą zespołu księgowych,
   9) nadzór na prowadzeniem ksiąg rachunkowych zgodnie z zasadami rachunkowości,

10) nadzór nad polityką rachunkowości Szpitala,
11) analiza i optymalizacja procesów księgowych i podatkowych,
12) przygotowywanie sprawozdań finansowych, analiz, raportów,
13) raportowanie danych finansowych i analitycznych do Dyrektora Szpitala,
14) nadzór nad zakupami.

§ 5

1. Naczelny Lekarz Szpitala podlega bezpośrednio Dyrektorowi.
2. Do obowiązków Naczelnego Lekarza Szpitala należy w szczególności:
   1) kierowanie pracą Komitetu Medycznego,
   2) zatwierdzanie rachunków za badania diagnostyczne wykonane poza Szpitalem,
   3) podejmowanie decyzji dot. sekcji zwłok w przypadku nieobecności Dyrektora,
   4) wdrażanie i nadzór ustalonych standardów medycznych,
   5) sprawowanie nadzoru nad dokumentacją lekarską oraz przeprowadzanie systematycznej kontroli historii chorób osób zmarłych.
3. Do zadań Komitetu Medycznego należy w szczególności:
   1) Konsulting zarządzający,
   2) Doradzanie w zakresie polityki marketingowej dotyczące kreowania wizerunku Szpitala, procedur i usług medycznych,
   3) Wnioskowania w zakresie wprowadzania nowego asortymentu badań diagnostycznych,
   4) Opiniowanie strategii rozwoju, programów naprawczych i restrukturyzacji Szpitala,
   5) Akceptacja planu zakupu sprzętu i aparatury medycznej,
   6) Opiniowanie w zakresie wprowadzania/modyfikacji dokumentacji medycznej,
   7) Współpraca z Komitetem Zakażeń Szpitalnych, Komitetem Terapeutycznym, Zespołem ds. Farmakoterapii i Zespołem ds. Antybiotykoterapii i innymi Zespołami Jakościowymi,
   8) Analiza i wydawanie zaleceń w związku z wystąpieniem lub prawdopodobieństwem wystąpienia ryzyka rangi wysokiej,
   9) Analiza przyczyn rehospitalizacji, reoperacji i zgonów oraz wydawanie zaleceń w tym zakresie,
   10) Ocena list oczekujących na udzielanie świadczeń pod względem:
      a) prawidłowości prowadzenia dokumentacji,
      b) czasu oczekiwania na udzielenie świadczenia,
      c) zasadności i przyczyn zmian terminów udzielenia świadczeń.

Ocena list oczekujących odbywa się przy udziale co najmniej trzech członków Komitetu w tym lekarzy specjalistów w specjalności zabiegowej i zachowawczej oraz Przełożonej Pielęgniarek i Położnych.

§ 6

Zadania Przełożonej Pielęgniarek i Położnych

1. Przełożona Pielęgniarek i Położnych podlega bezpośrednio Dyrektorowi.
2. Przełożona Pielęgniarek i Położnych kieruje pracą pielęgniarek i położnych.
3. Swoją funkcję wykonuje przy pomocy:
   1) Zastępczyń Przełożonej Pielęgniarek,
   2) Pielęgniarek i Położnych Oddziałowych.
4. Do obowiązków Przełożonej Pielęgniarek i Położnych szpitala należy w szczególności:
   1) Organizacja i nadzorowanie świadczenia całodobowej, kompleksowej opieki pielęgniarskiej i położniczej w oddziałach i działach Szpitala,

2) Organizacja i nadzorowanie świadczeń pielęgniarskich w Poradniach i Pracowniach Przyszpitalnych,
3) koordynowanie organizacji pracy sekretarek medycznych w Szpitalu z wyłączeniem Diagnostyki Laboratoryjnej i Obrazowej,
4) usprawnianie metod i sposobów pielęgnowania poprzez wytyczanie celów jakości opieki pielęgniarskiej,
5) wprowadzanie standardów pielęgnowania oraz ocena jakości opieki pielęgniarskiej,
6) określanie poziomu wymogów kwalifikacyjnych podległego personelu,
7) szacowanie zapotrzebowania na opiekę pielęgniarską w poszczególnych komórkach organizacyjnych,
8) rekrutacja i dokonywanie wyboru osób na stanowiska pielęgniarskie, położnicze oraz wnioskowanie w sprawach związanych z obsadzaniem kierowniczych stanowisk podległego personelu,
9) powoływanie zespołów roboczych do zadań pielęgniarskich,
10) projektowanie wyposażenia pielęgniarskich stanowisk pracy w urządzenia, narzędzia i dokumentację,
11) organizowanie doskonalenia zawodowego pielęgniarek i położnych oraz nadzorowanie przebiegu praktyk zawodowych,
12) nadzór nad prawidłową adaptacją zawodową,
13) zatwierdzanie rozkładu pracy opracowanego przez pielęgniarkę oddziałową,
14) kontrola dyscypliny pracy oraz wizytacje komórek działalności podstawowej Szpitala.

§ 7

Zadania Kierownika Zakładu Leczniczego - Ambulatorium Miejskie

1. Kierownik Zakładu Leczniczego Ambulatorium Miejskie służbowo podlega Dyrektorowi.
2. Kierownikowi Zakładu Leczniczego Ambulatorium Miejskie podlegają następujące komórki organizacyjne:
   1) Poradnie Przyszpitalne,
   2) Dział Diagnostyki Laboratoryjnej,
   3) Dział Diagnostyki Obrazowej,
   4) Pracownie Fizjoterapii,
   5) Pracownia Endoskopii.
3. Kierownik Zakładu Leczniczego Ambulatorium Miejskie swoją funkcję wykonuje przy pomocy:
   1) Kierownika Działu Diagnostyki Laboratoryjnej,
   2) Kierownika Działu Diagnostyki Obrazowej,
   3) Kierownika/Koordynatora Pracowni Fizjoterapii,
   4) Kierownika/Koordynatora Pracowni Endoskopii.
4. Do obowiązków Kierownika Zakładu Leczniczego Ambulatorium Miejskie należy w szczególności:
   1) Nadzór nad organizacją pracy w komórkach organizacyjnych Zakładu Leczniczego;
   2) Ocena i doskonalenie jakości świadczonych usług;
   3) Usprawnianie metod i sposobów pracy poprzez ustalenie odpowiednich procedur w zakresie właściwych warunków pracy na wniosek kierowników działów;
   4) Projektowanie wyposażenia stanowisk pracy w urządzenia, sprzęt i dokumentację na wniosek kierowników działów;

5) Nadzór nad podwykonawcami usług oraz współpraca z podmiotami świadczącymi usługi w ramach umów kontraktowych;
6) Zapewnienie prawidłowej komunikacji wewnętrznej.

§ 8

Zadania Działu Organizacji i Dokumentacji Chorych

1. Opracowywanie planów strategicznych.
2. Opracowanie projektów aktów prawnych wewnętrznych w kwestiach znajdujących się w kompetencjach Działu.
3. Opracowywanie aplikacji do konkursów.
4. Przygotowanie w porozumieniu z kierownikami poszczególnych komórek organizacyjnych wytycznych oraz zaleceń w zakresie zmian organizacji pracy Szpitala, w szczególności regulaminu organizacyjnego.
5. Prowadzenie dokumentacji eksperymentów klinicznych.
6. Roczne i półroczne podsumowanie działalności statutowej i wykonania budżetu dla Dyrekcji MSZ oraz organu założycielskiego.
7. Nadzór nad rejestracją i obiegiem korespondencji w Szpitalu.
8. Obsługa administracyjna Rady Społecznej.
9. Obsługa administracyjna Komitetu Medycznego.
10. Prowadzenie Rejestrów:
    1) Uchwał Rady Miasta,
    2) Uchwał Rady Społecznej,
    3) Aktów prawnych wewnętrznych.
11. Wdrażanie standardów prowadzenia, przechowywania i udostępniania dokumentacji medycznej.
12. Prowadzenie Archiwum Medycznego.
13. Prowadzenie spraw związanych z udostępnianiem dokumentacji medycznej pacjentom, podmiotom i organom uprawnionym na podstawie odrębnych przepisów (NFZ, Policja, ZUS, Sąd, Prokuratura itp.).
14. Wykonywanie czynności administracyjnych związanych z przyjmowaniem pacjentów zakwalifikowanych do leczenia szpitalnego (*dot. Punktu przyjęć planowych w Szpitalu przy Al. Woj. Polskiego 30).*
15. Obsługa programu komputerowego „INFOMEDICA” *(dot. Punktu przyjęć planowych w Szpitalu przy Al. Woj. Polskiego 30).*
16. Prowadzenie składnicy akt i materiałów archiwalnych.
17. Drukowanie formularzy na potrzeby szpitala.
18. Prowadzenie księgi formularzy w formie papierowej i elektronicznej.
19. Drukowanie recept.
20. Prowadzenie spraw związanych z Rejestrem Wojewody. (zmiany numerów)

§ 9

Zadania Biblioteki

1. Gromadzenie, opracowywanie i przechowywanie materiałów bibliotecznych.
2. Udostępnianie księgozbioru pacjentom i pracownikom Szpitala.

3. Obsługa filii bibliotecznej przy Al. Wojska Polskiego.
4. Uzupełnianie księgozbioru poprzez planowy zakup nowości wydawniczych i prenumeratę czasopism.
5. Wypożyczanie książek (2x w tygodniu) bezpośrednio przy łóżku chorego.
6. Współpraca z bibliotekami w zakresie wypożyczeń międzybibliotecznych oraz pomocy instrukcyjno-metodycznej.
7. Prowadzenie Kroniki Szpitala. Archiwizacja nagród.
8. Umożliwienie dostępu do sieci internetowej.
9. Obsługa szkoleń odbywających się w sali dr J. Janowicza.
10. Prowadzenie dokumentacji szkoleń interdyscyplinarnych lekarzy.

§ 10

Zadania Pełnomocnika Zintegrowanego Systemu Zarządzania Jakością

1. Pełnomocnik Zintegrowanego Systemu Zarządzania, Jakością podlega bezpośrednio Dyrektorowi.
2. Pełnomocnik ZSZJ wykonuje swoją funkcje przy pomocy Kierownika zespołu audytorów wewnętrznych oraz Liderów procesów i podprocesów.
3. Ponadto Pełnomocnik ZSZJ bezpośrednio nadzoruje osoby sprawujące następujące funkcje:
   1) pełnomocnika systemu zarządzania, jakością w zakresie diagnostyki laboratoryjnej,
   2) pełnomocnika Systemu zarządzania bezpieczeństwem żywności.
4. Do obowiązków Pełnomocnika ZSZJ należy w szczególności:
   1) Zapewnienie, że procesy potrzebne w systemach zarządzania są ustanowione, wdrożone i utrzymywane zgodnie z wymaganiami norm i zaplanowanymi ustaleniami.
   2) Aktualizacja i weryfikacja wszystkich procesów zintegrowanego systemu zarządzania, jakością.
   3) Nadzorowanie i koordynowanie realizacji polityki, celów i zadań w procesach poprzez analizę założonych wskaźników.
   4) Inicjowanie, nadzorowanie i koordynacje praz związanych z opracowaniem, wdrożeniem, doskonaleniem, utrzymanie, opiniowaniem i zatwierdzaniem zmian, działań doskonalących i naprawczych oraz dokumentacji ZSZJ.
   5) Nadzór nad systemami po ich wdrożeniu i certyfikacji.
   6) Monitorowanie zagrożeń dla prawidłowego funkcjonowania ZSZJ
   7) Podejmowanie decyzji interwencyjnych w zakresie przewidzianym w ZSZJ.
   8) Opracowanie i uaktualnianie planu poprawy jakości w uzgodnieniu z Dyrektorem,
   9) Tworzenie struktury ZSZJ odpowiedniej dla Szpitala oraz spójnej z całokształtem jego działalności.
   10) Prowadzenie dokumentacji systemów zgodnie z przyjętymi normami oraz nadzorowanie dokumentacji jakościowej.
   11) Zapewnienie upowszechniania w Szpitalu świadomości i wiedzy dotyczącej wymagań norm.
   12) Współpraca firmami konsultingowymi oraz szkoleniowymi w zakresie szkoleń o tematyce jakościowej.
   13) Przedstawianie najwyższemu kierownictwu sprawozdań dotyczących funkcjonowania systemów, ich zagrożeń, skuteczności, efektywności i wszelkich potrzeb związanych z doskonaleniem.

14) Współpraca z komórkami organizacyjnymi Szpitala jak i z instytucjami, organizacjami zewnętrznymi w zakresie powierzonych zadań, w tym z jednostkami normalizacyjnymi i certyfikacyjnymi.
15) Zapewnienie prawidłowej komunikacji wewnętrznej i zewnętrznej.
16) Nadzorowanie procesów certyfikacji, recertyfikacji, akredytacji i innych zewnętrznych ocen w zakresie spełnienia określonych wymagań ZSZJ.
17) Nadzór nad realizacją projektów wdrożeniowych systemów.
18) Nadzorowanie programu audytów wewnętrznych.
19) Utrzymanie przyznanych certyfikatów, rozszerzanie ich przedmiotu lub zestawu spełnionych wymagań.
20) Reprezentowanie kierownictwa w sprawach funkcjonujących systemów zarządzania.
21) Koordynowanie działania Rady ZSZJ.
22) Nadzorowanie i koordynowanie pracy Komisji, Komitetów i Zespołów zadaniowych własnych funkcjonujących w Szpitalu.
23) Nadzorowanie i koordynowanie Systemu Kontroli Zarządczej.
24) Nadzorowanie i koordynowanie Programu Akredytacji Szpitali Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia.

§ 11

Zadania Pełnomocnika Systemu Zarządzania Jakością w Zakresie Diagnostyki Laboratoryjnej

1. Inicjowanie, koordynowanie i nadzorowanie prac związanych z opracowaniem, zmianami, opiniowaniem, zatwierdzeniem i wydawaniem procedur systemu jakości.

§ 12

Zadania Pełnomocnika Systemu Zarządzania Bezpieczeństwem Żywności

1. Nadzór nad aktualizacją i weryfikacją systemu.
2. Zapewnienie zgodności systemu z wymaganiami normy ISO 22000:2005.
3. Podejmowanie decyzji interwencyjnych w zakresie przewidzianym w systemie.
4. Zapewnienie komunikacji wewnętrznej i zewnętrznej oraz informowanie o wszelkich zdarzeniach związanych z zagrożeniami bezpieczeństwa żywności.
5. Składanie raportów dyrekcji z efektywności i skuteczności systemu zarządzania bezpieczeństwem żywności.
6. Nadzór nad pracą zespołu ds. bezpieczeństwa żywności oraz zespołu audytorów SZBŻ.

§ 13

Zadania Pełnomocnika Praw Pacjenta

1. Nadzór nad przestrzeganiem praw pacjenta.
2. Wskazywanie trybu wnoszenia skarg w przypadku naruszenia praw pacjenta.
3. Przyjmowanie interesantów w sprawie skarg i wniosków oraz nadzór nad udzielaniem odpowiedzi.
4. Podejmowanie działań interwencyjnych w sytuacjach naruszenia praw pacjenta.
5. Analiza skarg i wniosków pacjentów.
6. Przygotowanie kwartalne informacji z monitorowania skarg i wniosków.
7. Inicjowanie działań na rzecz poprawy jakości świadczonych usług.
8. Współpraca z Naczelnym Lekarzem Szpitala.
9. Współpraca z Sekcją Skarg i Wniosków przy Narodowym Funduszu Zdrowia oraz organizacjami działającymi na rzecz praw pacjentów.
10. Koordynacja programu „Szpital Przyjazny Kombatantom”

§ 14
Zadania Radcy Prawnego

1. Świadczenie pomocy prawnej Miejskiemu Szpitalowi Zespolonemu w Olsztynie.
2. Udzielanie porad prawnych.
3. Sporządzanie opinii prawnych.
4. Konsultowanie i opiniowanie projektów aktów prawnych wewnętrznych.
5. Obsługa prawna Rady Społecznej (protokołowanie, opiniowanie uchwał, wniosków), inne czynności związane z funkcjonowaniem Rady Społecznej.
6. Opiniowanie projektów umów, interpretacja przepisów i norm prawnych, sprawy pracownicze.
7. Prowadzenie spraw sądowych, egzekucyjnych i administracyjnych.
8. Opiniowanie pod względem formalno-prawnym konkursów na Ordynatorów/Koordynatorów oddziałów i oddziałowe.

§ 15
Główny Specjalista ds. Kontroli Wewnętrznej

1. Badanie przebiegu i efektywności działalności MSZ w porównaniu z wyznaczonymi celami statutowymi, ustaloną strategią działania oraz przepisami prawa, a w szczególności:
   1) badanie i ocena realizacji celów i zadań statutowych MSZ pod kątem ich efektywności gospodarczej,
   2) ujawnienie niewykorzystanych rezerw, wykrywanie nieprawidłowości i nadużyć w działalności jednostek organizacyjnych MSZ,
   3) ustalenie przyczyn i skutków finansowych stwierdzonych nieprawidłowości oraz osób za nie odpowiedzialnych, a także wskazanie sposobów i środków zmierzających do usunięcia nieprawidłowości i zapobiegania powstawaniu ich w przyszłości,
   4) przegląd ustanowionych mechanizmów kontroli oraz wiarygodności i rzetelności informacji operacyjnych, zarządczych i finansowych,
   5) ocena zabezpieczenia mienia jednostki oraz przestrzegania przepisów prawa, regulacji wewnętrznych jednostki i programów, strategii, a także standardów ustanowionych przez właściwe organy,
   6) współpraca z audytorami zewnętrznymi, a także z kontrolerami zewnętrznymi np. NIK.

§ 16
Zadania Specjalisty ds. Obronnych

1. Utrzymywanie w aktualności Regulaminu Organizacyjnego okresu wojny.
2. Zapewnienie aktualności dokumentacji związanej z podwyższeniem gotowości obronnej (plan OWSGO, zestawy zadań, stały dyżur).
3. Organizowanie i prowadzenie szkolenia obronnego kadry kierowniczej.
4. Utrzymywanie w stałej aktualności określonych limitów wykazów kadr medycznych.
5. Reklamowanie od służby wojskowej w okresie wojny żołnierzy - fachowych pracowników służby zdrowia.
6. Zapewnienie rozwinięcia planowanej bazy łóżkowej na zastępcze miejsca szpitalne oraz poszerzenie bazy szpitalnej.
7. Utrzymywanie rezerwy specjalistycznej służby zdrowia.
8. Realizacja zadań wynikających z przepisów o świadczeniach rzeczowych i osobistych na rzecz obrony kraju.

9. Planowanie działalności oraz realizacja zadań w zakresie obrony cywilnej.
10. Magazynowanie sprzętu techniczno-wojskowego na potrzeby obrony cywilnej.
11. Współdziałanie w ramach ustalonych obowiązków z Wydziałem Zarządzania Kryzysowego UM i UW, Rejonową Komisją Poborową i Wojskową Komendą Uzupełnień w zakresie spraw obronnych.
12. Wykonywanie zadań Pełnomocnika ds. ochrony informacji niejawnych wynikających z ustawy o ochronie informacji niejawnych.

§ 17

Zadania Pełnomocnika ds. Ochrony Informacji Niejawnych

1. Zapewnienie ochrony informacji niejawnych, w tym stosowanie środków bezpieczeństwa fizycznego w celu ich ochrony.
2. Zapewnienie ochrony systemów teleinformatycznych, w których są przetwarzane, informacje niejawne.
3. Zarządzanie ryzykiem bezpieczeństwa informacji niejawnych, w szczególności szacowanie ryzyka.
4. Kontrola ochrony informacji niejawnych oraz przestrzegania przepisów o ochronie tych informacji, w szczególności okresowa (co najmniej raz na trzy lata) kontrola ewidencji, materiałów i obiegu dokumentów.
5. Opracowywanie i aktualizowanie, wymagającej akceptacji Dyrektora Szpitala dokumentacji ochrony informacji niejawnych w szpitalu, w tym w razie wprowadzenia stanu nadzwyczajnego, i nadzorowanie jego realizacji.
6. Prowadzenie szkoleń w zakresie ochrony informacji niejawnych.
7. Prowadzenie zwykłych postępowań sprawdzających oraz kontrolnych postępowań sprawdzających.
8. Prowadzenie aktualnego wykazu osób zatrudnionych w Szpitalu albo wykonujących czynności zlecone, które posiadają uprawnienia do dostępu do informacji niejawnych, oraz osób, którym odmówiono wydania poświadczenia bezpieczeństwa lub je cofnięto obejmującego wyłącznie:
   1) imię i nazwisko,
   2) nr PESEL,
   3) imię ojca,
   4) datę i miejsce urodzenia,
   5) adres miejsca zamieszkania lub pobytu,
   6) określenie dokumentu kończącego procedurę, datę jego wydania oraz numer.
9. Przekazywanie ABW do ewidencji, danych osób uprawnionych do dostępu do informacji niejawnych, a także osób, którym odmówiono wydania poświadczenia bezpieczeństwa lub wobec których podjęto decyzje o cofnięciu poświadczenia bezpieczeństwa, na podstawie wykazu.

§ 18

Zadania Kancelarii Niejawnej

Kancelaria niejawna przeznaczona jest do przetwarzania informacji niejawnych o klauzuli tajności „zastrzeżone” i „poufne” do jej zadań w szczególności należy:

1. Przechowywanie dokumentów zawierających informacje niejawne.
2. Odbieranie, wydawanie i wysyłanie przesyłek z dokumentami zawierającymi informacje niejawne.

3. Wytwarzanie i przetwarzanie dokumentów zawierających informacje niejawne.
4. Nadzorowanie obiegu dokumentów niejawnych w szpitalu.
5. Kontrola przestrzegania właściwego oznaczania i rejestrowania dokumentów zawierających informacje niejawne.
6. Przechowywanie dokumentów dot. spraw obronnych oraz obrony cywilnej szpitala.
7. Wykonywanie poleceń pełnomocnika ds. ochrony informacji niejawnych.

§ 19

Zadania Rzecznika Prasowego – Specjalisty ds. Promocji

1. Nadzór nad kontaktami z mediami.
2. Reprezentowanie Szpitala w kontaktach z mediami.
3. Utrzymywanie stałych kontaktów z mediami.
4. Monitoring mediów branżowych, regionalnych i innych.
5. Przygotowywanie komunikatów prasowych, pisanie artykułów sponsorowanych i opracowywanie informacji o Szpitalu, która ma być przekazana mediom, biuletynom itp. oraz udzielanie odpowiedzi na publikacje prasowe, audycje radiowe i telewizyjne.
6. Moderowanie i redagowanie stron internetowych Szpitala.
7. Przygotowywanie i obsługa konferencji i spotkań prasowych.
8. Nadzór nad gromadzeniem materiałów prasowych dotyczących pracowni multimedialnej.
9. Opracowanie i dbałość o tzw. identyfikację wizualną Miejskiego Szpitala Zespolonego – ujednolicenie i kierowanie używaniem logotypów i haseł reklamowych szpitala zarówno w materiałach reklamowych jak i wewnątrz placówki.
10. Organizowanie i przeprowadzanie kampanii reklamowych dotyczących działalności Miejskiego Szpitala Zespolonego.
11. Nadzór nad współpracującymi z Miejskim Szpitalem Zespolonym agencjami promocyjno-reklamowymi.
12. Organizowanie imprez oraz wszystkich specjalnych projektów (targi, prezentacje, imprezy charytatywne) mających na celu propagowanie i upublicznianie działalności Miejskiego Szpitala Zespolonego, jego usług i osiągnięć.
13. Lobbing – tworzenie grup poparcia dla Szpitala i jej działalności zarówno w środowisku medycznym, jak i władz publicznych oraz innych instytucjach zarówno państwowych jak i prywatnych.
14. Organizowanie i obsługa imprez okolicznościowych Szpitala.
15. Organizowanie szkoleń pracowniczych z zakresu komunikowania z mediami.
16. Rzecznik Prasowy – Specjalista ds. Promocji jest zobowiązany do współpracy z innymi osobami Szpitala, planuje i kontroluje wydatki na Public Relations.
17. Redagowanie:
    1) kwartalnika Miejskiego Szpitala Zespolonego „Zdrowe Życie”,
    2) listów gratulacyjnych, przemówień, podziękowań,
    3) innych publikacji Szpitala.

§ 20

Zadania Sekretariatu

1. Prowadzenie dokumentacji w zakresie spraw organizacyjnych Dyrektora.
2. Przyjmowanie, rejestrowanie i rozdział korespondencji.
3. Nadzór nad terminowym wysyłaniem odpowiedzi przez poszczególne komórki.
4. Sporządzanie czystopisów pism.
5. Prowadzenie dokumentacji skarg i wniosków.

6. Monitorowanie i analiza procedury przyjmowania i załatwiania skarg.
7. Prowadzenie dokumentacji w zakresie kontroli zewnętrznej.
8. Prowadzenie dokumentacji w zakresie upoważnień.
9. Obsługa organizacyjno-techniczna sekretariatu.

§ 21

Zadania Działu Spraw Pracowniczych i Socjalno-Bytowych

1. Współudział w opracowaniu minimalnych norm zatrudnienia.
2. Prowadzenie miesięcznej analizy zatrudnienia wg grup zawodowych, oraz rocznej analizy w porównaniu z poprzednimi latami.
3. Realizacja zadań dot. poprawy jakości usług – akredytacji szpitala, oraz systemu zarządzania jakością ISO 9001:2008.
4. Zawieranie i rozwiązywanie umów o pracę.
5. Prowadzenie ewidencji pracowników, akt osobowych, urlopów oraz czasowej niezdolności do pracy, wydawanie zaświadczeń o zatrudnieniu.
6. Wydawanie świadectw pracy byłym pracownikom / zaświadczeń Rp – 7/
7. Nadzór nad wykorzystaniem przez pracowników urlopów wypoczynkowych zgodnie z planem.
8. Przetargi na świadczenie usług medycznych. Zawieranie umów cywilnoprawnych - kontraktowych.
9. Opracowywanie planów szkoleń (ogólnoszpitalnych i oddziałowych). Sporządzanie sprawozdań z odbytych szkoleń przez pracowników (półrocznych, rocznych).
10. Prowadzenie spraw związanych ze stażami lekarskimi, przyjmowanie rezydentów do odbywania specjalizacji, studentów na praktyki lekarskie.
11. Pilotowanie oraz nadzorowanie programu adaptacji zawodowej nowozatrudnionych pracowników.
12. Nadzorowanie list obecności i kart rozliczeniowych czasu pracy pracowników.
13. Nadzorowanie nad prawidłowym doborem pracowników dokonywanym poprzez „rekrutację pracowników”.
14. Sporządzanie sprawozdań dla podmiotów zewnętrznych oraz wewnętrznych.
15. Przeprowadzanie anonimowej ankiety satysfakcji pracowników.
16. Pilotowanie oraz nadzorowanie programu oceny pracy pracowników.
17. Prowadzenie i nadzór nad badaniami profilaktycznymi pracowników.
18. Bieżąca obsługa pracowników związana z ich przechodzeniem na emeryturę, rentę, świadczenia rehabilitacyjne.
19. Wykonywanie innych czynności wynikających z zakresu obowiązków oraz regulaminu Działu Spraw Pracowniczych.
20. Prowadzenie spraw związanych z wykorzystaniem Zakładowego Funduszu Świadczeń Socjalnych.
21. Kontrola porządku i dyscypliny pracy.

§ 22

Zadania Działu Księgowości

1. Racjonalne gospodarowanie środkami finansowymi przeznaczonymi na wykonywanie zadań.
2. Koordynacja problematyki finansowej komórek organizacyjnych.
3. Prowadzenie gospodarki finansowej, rozliczanie.
4. Opracowywanie projektów planów finansowych, planów wyposażenia i zaopatrzenia.

5. Ustalanie cen na usługi w zakresie całej diagnostyki i sprzętu medycznego w oparciu o rzeczywisty koszt bezpośredni uwzględniający sytuacje rynkową.
6. Prowadzenie księgowości z likwidaturą i kasą. Wystawianie faktur dla poszczególnych odbiorców usług medycznych wykonywanych na terenie Szpitala.
7. Prowadzenie ewidencji składników majątkowych oraz spraw związanych z inwentaryzacją i kasacją.
8. Rozliczanie ilościowo-wartościowe magazynów. Rozliczanie remanentów.
9. Prowadzenie i rozliczanie z kontrahentami wzajemnych rozliczeń. Ustalanie sald.
10. Rozliczanie i dochodzenie należności.
11. Sporządzanie i rozliczanie listy płac, podatku dochodowego od osób fizycznych, składek na ubezpieczenia społeczne. Prowadzenie i rozliczanie programu „Płatnik".
12. Ustalenie i obliczanie wynagrodzeń do funduszy początkowych do ZUS oraz sporządzanie wykazów wynagrodzeń dla potrzeb naliczenia emerytury lub renty.
13. Sporządzanie sprawozdań GUS, rozliczanie z Urzędem Skarbowym (podatek od osób prawnych i podatek VAT).
14. Wystawianie zaświadczeń o wynagrodzeniu.

§ 23

Zadania Działu Rozliczeń, Analiz Medycznych i Statystyki

1. Przygotowanie ofert na realizację świadczeń z NFZ.
2. Bieżące informowanie oddziałów, poradni o wymogach stawianych świadczeniodawcom przez MZ oraz NFZ.
3. Obsługa portalu SZOI w zakresie rozliczeń (umowy, aneksy, raporty statystyczne, żądania rozliczenia, rachunki refundacyjne).
4. Przygotowanie na potrzeby księgowości zestawień do rozliczeń z NFZ, zestawień stanowiących podstawę rozliczeń świadczeń udzielanych jednostkom zewnętrznym oraz zakładom karnym.
5. Bieżąca analiza wykonania kontraktów.
6. Analiza poprawności wprowadzonych danych do systemu, weryfikacja danych.
7. Obsługa Internetowego Monitorowania Profilaktyki SIMP w zakresie rozliczeń.
8. Ewidencja danych w Centralnej Bazie Endoprotezoplastyki.
9. Kontrola poprawności wprowadzenia danych do list oczekujących, tworzenie zestawień z kolejek oczekujących na potrzeby Komitetu Medycznego MSZ oraz przekazywanie sprawozdań z kolejek do NFZ.
10. Tworzenie i porządkowanie baz danych udzielonych świadczeń na potrzeby analiz.
11. Analiza świadczeń według grup JGP.
12. Analiza świadczeń według ICD10.
13. Monitorowanie czasu pobytu pacjentów w oddziałach szpitalnych w 3 najczęściej występujących jednostkach chorobowych wg ICD10 – Proces PRIII PJ1.
14. Analiza rehospitalizacji.
15. Tworzenie zestawień kosztów i przychodów z podziałem na komórki organizacyjne szpitala – Proces PRII PJ3.
16. Wyliczanie rzeczywistego kosztu realizacji świadczeń – pacjenci UE-IP, ruch międzyoddziałowy, hospitalizacje rozliczane indywidualnie.
17. Obsługa modułów KKL i WKN.

18. Wycena procedur wykonywanych na blokach operacyjnych i w gabinetach zabiegowych, tworzenie statystyk wykonania na potrzeby księgowości; weryfikacja wyceny.
19. Wycena kosztu leczenia pacjenta wg ICD10 na oddziałach niezabiegowych.
20. Analiza opłacalności realizowanych świadczeń.
21. Wykonywanie sprawozdań statystycznych na potrzeby GUS oraz Ministerstwa Zdrowia (ZD 3, MZ-12, MZ-24 oraz MZ-29).

§ 24

Zadania Działu Zaopatrzenia i Zamówień Publicznych

1. Zaopatrzenie:
   1) Prowadzenie magazynu:
      a) aparatury, urządzeń, przyrządów, narzędzi i sprzętu medycznego, gospodarczego oraz komputerowego,
      b) materiałów biurowych i eksploatacyjnych,
      c) druków,
      d) odzieży i obuwia,
      e) środków chemicznych, w tym środków czystości,
      f) niesterylnego sprzętu jednorazowego użytku,
   2) Prowadzenie magazynu zgodnie z obowiązującymi przepisami ilościowej ewidencji, rejestrów, wykazów, sprawozdań itp.
   3) Przyjmowanie i wydawanie materiałów dostarczonych do magazynu.
   4) Terminowe przekazywanie do księgowości dokumentów obrotu materiałowego.
   5) Kontrolowanie zgodności rzeczywistego stanu zapasów ze stanem ewidencyjnym.
   6) Rozliczanie się z powierzonych zapasów na podstawie stanu inwentaryzacji oraz protokołu zdawczo-odbiorczego.
   7) Analiza wartościowa i ilościowa zakupionych materiałów, będących podstawą wszczęcia procedury przetargowej.
   8) Zbieranie informacji o potrzebach zaopatrzenia komórek organizacyjnych szpitala.
2. Zamówienia Publiczne:
   1) Ewidencjonowanie i przechowywanie wniosków o wszczęcie postepowań o zamówienie publiczne.
   2) Kompleksowe powadzenie postępowań o udzielenie zamówień publicznych zgodnie z przepisami ustawy prawo zamówień publicznych oraz Regulaminem udzielania zamówień publicznych w Miejskim Szpitalu Zespolonym w Olsztynie.
   3) Prowadzenie niezbędnej dokumentacji do przeprowadzenia postępowań o udzielenie zamówienia publicznego.
   4) Przygotowywanie rocznych sprawozdań do Urzędu Zamówień Publicznych.
   5) Prowadzenie rejestrów zamówień publicznych, rejestrów umów.
   6) Opracowywanie projektów umów przy współpracy z Radcą Prawnym, wnioskodawcą.
   7) Sporządzanie w porozumieniu z wnioskodawcami projektów zarządzeń wewnętrznych, powołujących komisje przetargowe.
   8) Udział w pracach Komisji Przetargowych zgodnie z obowiązującymi przepisami i regulaminami wewnętrznymi.
   9) Pomoc komórkom szpitala przy wnioskowaniu o wszczęcie postępowania o udzielenie zamówienia.
   10) Monitorowanie terminów obowiązujących umów celem zachowania ciągłości.

11) Dbanie o prawidłowość i kompletność dokumentacji sporządzonej w postępowaniach o zamówienie publiczne.
12) Archiwizowanie dokumentacji postępowań o udzielenie zamówienia.
13) Składanie wyjaśnień z zakresie prowadzonych postępowań.
14) Przygotowywanie i prowadzenie dialogów technicznych
15) Konsultowanie doraźnych problemów wynikłych z toku prowadzonych postępowań z Radcą Prawnym.

3. Prowadzenie konkursów na świadczenia zdrowotne realizowane przez inne podmioty lecznicze zgodnie z zapisami ustawy o działalności leczniczej.
1) Prowadzenie rejestru konkursów na świadczenia zdrowotne.
2) Ewidencjonowanie i przechowywanie wniosków na świadczenia zdrowotne.
3) Przygotowywanie niezbędnej dokumentacji do przeprowadzenia konkursu.
4) Udział w pracach komisji konkursowej.
5) Opracowywanie umów na świadczenia zdrowotne.

4. Prowadzenie postępowań dotyczących zbycia zbędnego majątku trwałego oraz dzierżawy i najmu.
1) Przygotowywanie niezbędnej dokumentacji
2) Opracowywanie umów.

§ 25
Zadania Działu Informatyki

1. Zapewnienie obsługi informatycznej pracowników szpitala.
2. Utrzymanie najwyższego poziomu technologicznego Systemów informatycznych wykorzystywanych w Szpitalu.
3. Administrowanie platformą sprzętową oraz aplikacyjną zintegrowanego systemu szpitalnego.
4. Zarządzanie użytkownikami zintegrowanego systemu szpitalnego oraz ich uprawnieniami.
5. Opracowanie i wdrażanie standardów, procedur i norm dot. aplikacji szpitalnych.
6. Realizacja inwestycji informatycznych dla potrzeb Szpitala.
7. Minimalizacja kosztów budowy i utrzymanie Systemów informatycznych w Szpitalu.
8. Optymalizacja wykorzystania zasobów ludzkich i sprzętowych.
9. Zapewnienie odpowiedniego poziomu bezpieczeństwa Zintegrowanego systemu Informatycznego oraz danych w nich zgromadzonych.

§ 26
Zadania Działu Żywienia

1. Wykonywanie czynności związanych z żywieniem chorych na zasadach racjonalnej, nowoczesnej dietetyki – realizacja systemu dietetycznego.
2. Koordynowanie pracy poszczególnych komórek Szpitala współdziałających w żywieniu chorych.
3. Nadzór nad realizacją systemu dietetycznego w oddziałach szpitalnych
4. Nadzór nad działalnością kuchenek oddziałowych, rozdzielni posiłków i zmywalni termoportów oraz pracowników obsługujących żywienie
5. Instruktaż merytoryczny pracowników związanych z produkcją i obsługą żywienia z zakresu:
1) wymagań prawa oraz instrukcji i procedur funkcjonującego Systemu Zarządzania Bezpieczeństwem Żywności zgodnego z ISO 22000:2005

2) systemu dietetycznego

6. Przygotowanie specyfikacji oraz wniosków o na zakup wyposażenia niezbędnego do prawidłowego funkcjonowania oraz zakup surowców oraz artykułów pomocniczych do produkcji żywności.
7. Monitorowanie realizacji umów na dostawy zaopatrzeniowe objęte zakresem działania
8. Nadzór nad podwykonawcami usług związanych z produkcją i wydawaniem posiłków: bufet, pralnia, dostawcy surowców
9. Prowiantowanie oraz nadzór nad realizacją usługi wydawania posiłków pracowniczych w bufecie
10. Realizacja zaleceń organów nadzorujących - WMPPIS
11. Produkcja bezpiecznej żywności
12. Działanie zgodnie z aktualnymi wymaganiami prawa żywnościowego oraz Systemu Zarządzania Bezpieczeństwem Żywności wg ISO 22000:2005

§ 27

Zadania Działu Epidemiologii i Higieny Szpitalnej

1. W skład Działu Epidemiologii i Higieny Szpitalnej wchodzą:
   1) Centralna Sterylizatornia,
   2) Sekcja Gospodarcza i Higieny Szpitalnej.
2. Do zadań działu Epidemiologii i Higieny Szpitalnej należy:
   1) opracowywanie planów i kierunków systemu zapobiegania i zwalczania zakażeń szpitalnych (PR XIII – Profilaktyka zakażeń szpitalnych ZSZJ).
3. Prowadzenie kontroli wewnętrznej oraz przedstawienie wyników i wniosków z tej kontroli Dyrektorowi i Komitetowi Zakażeń Szpitalnych. Zakres kontroli wewnętrznej obejmuje ocenę prawidłowości i skuteczności:

1) oceny ryzyka występowania zakażeń związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych (na bieżąco),
2) monitorowanie czynników alarmowych i zakażeń związanych z udzieleniem świadczeń zdrowotnych w zakresie wykonywanych świadczeń (codzienna weryfikacja wszystkich historii chorób, raporty 2 x w roku),
3) procedur zapobiegania zakażeniom i chorobom zakaźnym związanym z udzielaniem świadczeń zdrowotnych, w tym procedur dekontaminacji: higiena rąk, ocena stanu sanitarno-epidemiologicznego oddziałów zgodnie z planem pracy, ocena wkłuć obwodowych (1x w miesiącu we wszystkich oddziałach), kontrola mikrobiologiczna czystości powietrza (na bloku operacyjnym i w aptece zgodnie z planem), kontrola wody na obecność pałeczek Legionellaspp (częstotliwość uzależniona od poprzednich wyników),
4) stosowania środków ochrony indywidualnej i zbiorowej (w ramach oceny stanu sanitarno-epidemiologicznego oddziałów oraz przy wywiadach epidemiologicznych),
5) wykonywania badań laboratoryjnych (2x w ciągu roku ocena realizacji instrukcji dot. zaleceń diagnostyki mikrobiologicznej u przyjmowanych pacjentów),
6) analizy lokalnej sytuacji epidemiologicznej (codzienny monitoring gorączkujących,
7) rejestracja alert patogenów, przeprowadzanie dochodzeń epidemiologicznych,
8) profilaktyki i terapii antybiotykowej i przewodzenie zespołowi ds. antybiotykoterapii,
9) konsultacje mikrobiologiczne i sporządzanie map zakażeń.

10) Ocena wyników kontroli wewnętrznej.

4. Szkolenie personelu z zakresu kontroli zakażeń szpitalnych:
   1) wstępne (wszystkich nowozatrudnionych pracowników),
   2) okresowe (2x w roku),
   3) doraźne.
5. Konsultowanie osób podejrzanych o zakażenie lub chorobę zakaźną oraz tych, u których rozpoznano zakażenie lub chorobę zakaźną.
6. Udział w przygotowaniu i prowadzeniu przetargów mających wpływ na stan sanitarno-epidemiologiczno-higieniczny Szpitala.

§ 27a

Zadania Centralnej Sterylizatorni

1. Wykonywanie usług w zakresie sterylizacji podmiotom wewnętrznym.
2. Organizowanie, dokumentowanie, planowanie pracy.
3. Planowanie gospodarki materiałowej i inwestycyjnej Centralnej Sterylizatorni oraz opiniowanie specyfikacji przedmiotu zamówienia w procedurach przetargowych materiałów eksploatacyjnych i oraz materiałów poddawanych sterylizacji.
4. Opracowanie i kontrole procedur związanych z postępowaniem z wyrobami medycznymi, z narzędziami, sprzętem medycznym, materiałami opatrunkowymi i bielizną przed w trakcie i po procesie sterylizacji.
5. Opracowanie i kontrolę procedur związanych z wyborem właściwej metody sterylizacji oraz techniki aseptycznego otwarcia systemu bariery sterylnej.
6. Mycie i dezynfekcja narzędzi i sprzętu z bloków operacyjnych, oddziałów i poradni szpitalnych.
7. Przygotowywanie pakietów i zestawów do sterylizacji (narzędzia, sprzęt, bielizna).
8. Wykonywanie procesów sterylizacji parą wodną pod ciśnieniem, tlenkiem etylenu oraz plazmą.
9. Weryfikacja procedur związanych z przechowywaniem w miejscu użycia materiału skażonego i sterylnego.
10. Dokumentowanie procesów sterylizacji i ocena skuteczności.
11. Dokumentowanie wykonanych usług.
12. Szkolenie personelu medycznego w zakresie transportowania, przechowywania i użytkowania materiału sterylnego.

§ 27b

Zadania Sekcji Gospodarczej i Higieny Szpitalnej

1. Odbiór usługi od firmy sprzątającej w zakresie:
   1) sprzątania,
   2) dezynfekcji,
   3) transportu wewnętrznego,
   4) DDD
2. Gospodarka odpadami w zakresie odpadów innych niż niebezpieczne i specjalne:
   1) monitorowanie i weryfikacja zgodności z prawem prowadzonej gospodarki w zakresie odpadów innych niż niebezpieczne i specjalne,
   2) wystawianie kart przekazania odpadu i prowadzenie ewidencji odpadów innych niż niebezpieczne i specjalne,

3) kontrola i egzekwowanie ustalonych zasad w zakresie gospodarki odpadami

3. Wykonywanie usług w zakresie: magazynowania odzieży chorych, bielizny czystej i brudnej, utrzymania czystości na terenach zielonych.
4. Współpraca, nadzór i sprawdzanie rachunków pod względem merytorycznym firm świadczących usługę w zakresie: DDD, prania bielizny, ochrony mienia, wywozu odpadów komunalnych, niszczenia dokumentów, tapicerowania mebli, wykonywania tablic informacyjnych.
5. Współpraca z kierownikami działów wewnętrznych i firmami świadczącymi usługi na rzecz Szpitala dla zapewnienia ciągłości funkcjonowania systemu we wszystkich jednostkach objętych usługą.
6. Opracowanie i aktualizacja dokumentacji jakościowej firmie zewnętrznej dot. systemu jakości oraz procedur i instrukcji wg posiadanych przez Szpital norm jakościowych.
7. Współpraca z firmami świadczącymi usługi teleinternetowe i rozliczanie Internetu, rozmów telefonicznych z aparatów stacjonarnych i komórkowych, wystawianie dowodów księgowych obciążających pracowników i firmy współpracujące za przeprowadzone rozmowy.
8. Współpraca z prezesem Sądu Okręgowego w Olsztynie celem współpracy w zakresie wykonywania pracy społecznie użytecznej przez skazanych na terenie Miejskiego Szpitala Zespolonego w Olsztynie.
9. Przygotowywanie, monitorowanie umów i aneksów do umów oraz rozliczanie i wystawianie dowodów księgowych do faktur za najem lokalu przy ul. Niepodległości, Mariańskiej i Al. Wojska Polskiego oraz za dzierżawę gruntu przy ul. Mariańskiej (firma zewnętrzna).
10. Uczestnictwo w pracach nad jednolitą szatą graficzną zgodnie z obowiązującymi przepisami w porozumieniu z Kierownikiem Działu Marketingu.
11. Nadzór nad jednolitą szatą graficzną zgodnie z obowiązującymi przepisami i prowadzenie rejestru pieczątek.
12. Przygotowanie opisu przedmiotu zamówienia na postępowanie przetargowe z podległego zakresu na 30 lub 80 dni przed ogłoszeniem postępowania i nadzorowanie realizacji tej umowy.
13. Rozliczanie pracy kierowców (kart drogowych).
14. Prowadzenie ewidencji środków transportu stanowiących własność MSZ.
15. Rozliczanie przejechanych kilometrów, zużycia paliwa, olejów silnikowych.
16. Przestrzeganie terminów przeglądów okresowych pojazdów, ich ubezpieczenia i wymiany opon stosownie do pory roku.
17. Monitorowanie i nadzór nad sprzętem metrologicznym.

§ 28

Zadania kapelanów szpitalnych

1. Odprawianie Mszy św. w kaplicy Szpitala.
2. Posługa duszpasterska i sakramentalna w kaplicy i salach chorych.
3. Stały dyżur pod telefonem i posługa duszpasterska na prośbę chorych.
4. Posługa duszpasterska dla umierających na życzenie ich rodzin, także w godzinach nocnych.
5. Odwiedzanie chorych w salach i indywidualne rozmowy z proszącymi.

§ 29
Zadania Działu Technicznego

1. Zapewnienie prawidłowej eksploatacji nieruchomości, gospodarki energetycznej, urządzeń energetycznych, instalacji elektrycznej, sieci wodno-kanalizacyjnej, centralnego ogrzewania, gazów medycznych, urządzeń łączności, alarmowych i sygnalizacyjnych oraz sprzętu technicznego instalacji gazu, przepompowani ścieków, tlenowni, wymiennikowi co i innych urządzeń.
2. Wykonywanie przeglądów obiektów oraz prowadzenie Książek Obiektów Budowlanych.
3. Ustalenie zasad programów i planów konserwacji i eksploatacji oraz modernizacji i remontów obiektów szpitala wraz z infrastrukturą.
4. Sporządzanie projektów planów inwestycyjnych oraz zaopatrzenia w środki techniczne.
5. Prowadzenie Warsztatów Technicznych w skład, którego wchodzą: malarze, stolarze, hydraulik oraz konserwatorzy instalacji gazów medycznych.
6. Pozyskiwanie złomu zgodnie z wytycznymi ochrony środowiska.
7. Ewidencja sprzętu medycznego znajdującego się w oddziałach.
8. Zapewnienie sprawności sprzętu medycznego.
9. Dbałość o sprzęt szpitalny i prowadzenie jego napraw.
10. Prowadzenie rozliczeń energii elektrycznej, energii cieplnej, wody i ścieków.
11. Realizacja postanowień umów dotyczących obsługi zakładu.
12. Przygotowanie, monitorowanie i ewidencja umów dotyczących obiektów budowlanych wraz z wyposażeniem technicznym oraz infrastrukturą szpitala.

§ 30
Zadania Głównego Specjalisty ds. Energetycznych

1. Przeprowadza kontrolę bieżącą konserwacji urządzeń energetycznych.
2. Prowadzi dokumentację dozoru technicznego.
3. Analiza i rejestracja miesięcznego zużycia paliw i energii.
4. Sprawowanie nadzoru na budowie – montażem i rozruchem urządzeń energetycznych.
5. Przekazuje do eksploatacji zakupione i zamontowane urządzenia energetyczne.
6. Prowadzi dokumentację techniczno-eksploatacyjną urządzeń energetycznych.
7. Kompletuje i przechowuje dokumentację techniczną z dziedziny energetyki.
8. Egzekwuje posiadane przez podległych pracowników aktualne uprawnienia kwalifikacyjne.
9. Opracowuje plany rozbudowy i modernizacji zaplecza energetycznego.
10. Współpracuje z jednostkami organizacyjnymi zewnętrznymi, które mają wpływ na całokształt gospodarki energetycznej Szpitala.
11. Prowadzi roczne przeglądy (karta obiektu) w zakresie energetyki.
12. Sprawuje nadzór nad prowadzonymi robotami oraz przyjmuje do eksploatacji obiekty po przeprowadzonych remontach.

§ 31
Zadania Sekcji Bezpieczeństwa i Higieny Pracy

1. Przeprowadzanie kontroli warunków pracy oraz przestrzegania przepisów i zasad BHP.
2. Bieżące informowanie pracodawcy o stwierdzonych zagrożeniach zawodowych, wraz z wnioskami zmierzającymi do usuwania tych zagrożeń.

3. Sporządzanie, co najmniej raz w roku, okresowych analiz stanu BHP zawierających propozycje przedsięwzięć technicznych i organizacyjnych mających na celu zapobieganie zagrożeniom życia i zdrowia pracowników oraz poprawę warunków pracy.
4. Udział w przekazywaniu do użytkowania nowo budowanych lub przebudowywanych obiektów budowlanych albo ich części, w których przewiduje się pomieszczenia pracy, pomieszczenia higieniczno-sanitarne, socjalne.
5. Udział w opracowywaniu zakładowych układów zbiorowych pracy, wewnętrznych zarządzeń, regulaminów i instrukcji ogólnych dotyczących BHP oraz w ustalaniu zadań osób kierujących pracownikami w zakresie BHP.
6. Opiniowanie szczegółowych instrukcji dot. BHP na poszczególnych stanowiskach pracy.
7. Udział w ustalaniu okoliczności i przyczyn wypadków przy pracy oraz w opracowywaniu wniosków wynikających z badania przyczyn i okoliczności tych wypadków oraz zachorowań na choroby zawodowe, a także kontrola realizacji tych wniosków.
8. Prowadzenie rejestrów, kompletowanie i przechowywanie dokumentów dotyczących wypadków przy pracy, stwierdzonych chorób zawodowych i podejrzeń o takie choroby, a także przechowywanie wyników badań i pomiarów czynników szkodliwych dla zdrowia w środowisku pracy.
9. Udział w dokonywaniu oceny ryzyka zawodowego.
10. Współpraca z laboratoriami upoważnionymi do dokonywania badań i pomiarów czynników szkodliwych dla zdrowia, lub warunków uciążliwych występujących w środowisku pracy, w zakresie organizowania tych badań i pomiarów oraz sposobów ochrony pracowników przed tymi czynnikami lub warunkami.
11. Współdziałanie ze Społeczną Inspekcją Pracy oraz z zakładowymi organizacjami związkowymi w celu przestrzegania przepisów oraz zasad BHP.
12. Przeprowadzanie kontroli stanu BHP.
13. Przygotowanie zaleceń dla poszczególnych działów w celu usunięcia stwierdzonych zagrożeń.
14. Występowania do pracodawcy o zastosowaniu kar porządkowych w stosunku do pracowników odpowiedzialnych za zaniedbanie obowiązków w zakresie BHP.
15. Niezwłocznego wstrzymania pracy maszyny lub innego urządzenia technicznego w razie wystąpienia bezpośredniego zagrożenia życia lub zdrowia pracownika lub innych osób.
16. Ewidencja i monitorowanie umów na usługi związane z utylizacją odpadów powstałych w związku z działalnością Szpitala.

§ 32

Zadania Specjalisty ds. ochrony p/pożarowej

1. Działania w zakresie zabezpieczenia przeciwpożarowego podległych jednostek organizacyjnych.
2. Realizacja zadań ochrony przeciwpożarowej określonych przepisami wytycznymi i normami jednostki nadrzędnej.
3. Nadzór nad opracowaniem planów poprawy stanu bezpieczeństwa pożarowego oraz czuwanie nad ich realizacją.
4. Udział w komisjach odbioru obiektów lub ich części lub urządzeń.
5. Planowanie potrzeb wyposażenia obiektów w sprzęt i urządzenia pożarnicze oraz w instalacje sygnalizacyjno-alarmowe.
6. Nadzór nad kontrolą i konserwacją podręcznego sprzętu gaśniczego.

7. Prowadzenie dokumentacji dotyczącej zabezpieczenia przeciwpożarowego obiektów.
8. Opracowanie i aktualizacja instrukcji bezpieczeństwa pożarowego.
9. Współdziałanie z właściwymi terenowo jednostkami organizacyjnymi Państwowej Straży Pożarnej.
10. Współdziałanie w przygotowaniu zakładu do potrzeb obrony cywilnej w zakresie ochrony przeciwpożarowej.
11. Analizowanie przyczyn zaistniałych pożarów i skutków oraz przedstawienie wniosków w tym zakresie.
12. Prowadzenie okresowych, doraźnych kontroli stanu ochrony przeciwpożarowej w obiektach i przekładanie wniosków odnośnie stwierdzonych nieprawidłowości.

§ 33

Zadania Działu Marketingu

1. Przygotowanie strategii marketingowej szpitala, w części usług komercyjnych oraz usług nielimitowanych przez NFZ
2. Współudział w opracowywaniu planów strategicznych.
3. Przygotowanie ofert na usługi medyczne dla wszystkich podmiotów poza NFZ.
4. Przygotowywanie, monitorowanie i ewidencja umów z usługobiorcami: poz, firmami ubezpieczeniowymi, zakładami pracy na usługi medyczne
5. Wprowadzanie zmian w systemie SZOI w zakresie umów na podwykonawstwo,
6. Nadzorowanie pracy Oddziału Leczenia Otyłości.
7. Analizy karty satysfakcji pacjenta, jakości usług, podziękowań itp.
8. Organizowanie i przeprowadzanie kampanii reklamowych dotyczących działalności Szpitala
9. Organizowanie imprez okolicznościowych oraz wszystkich specjalnych projektów (targi, prezentacje itp.) mających na celu propagowanie i upublicznianie działalności Szpitala, jego usług i osiągnięć.
10. Tworzenie grup wsparcia dla szpitala i jego działalności w środowisku medycznym, władz publicznych oraz innych instytucji.
11. Nadzór nad jednolitą szatą graficzną i Księgą Identyfikacji Brand Manual zgodnie z obowiązującymi przepisami.

§ 34

Zadania Inspektora Ochrony Danych Osobowych

1. Inspektor Ochrony Danych Osobowych podlega bezpośrednio Dyrektorowi.
2. Inspektor Ochrony Danych Osobowych jest właściwy i niezwłocznie włączany we wszystkie sprawy dotyczące ochrony danych osobowych.
3. Do obowiązków Inspektora Ochrony Danych Osobowych należy w szczególności:
   1) informowanie Administratora oraz pracowników, którzy przetwarzają dane osobowe o obowiązkach spoczywających na nich na mocy przepisów krajowych lub Unii Europejskiej o ochronie danych osobowych i doradzania im w tej sprawie;
   2) monitorowanie przestrzegania przepisów prawa o ochronie danych osobowych oraz polityk Administratora w dziedzinie ochrony danych osobowych, w tym podział obowiązków, działania zwiększające świadomość, szkolenia personelu uczestniczącego w operacjach przetwarzania oraz powiązane z tym audyty;
   3) udzielanie na żądanie zaleceń co do oceny skutków dla ochrony danych oraz monitorowanie jej wykonania;
   4) współpraca z organem nadzorczym;

5) pełnienie funkcji punktu kontaktowego dla personelu, pacjentów, interesariuszy Szpitala oraz organu nadzorczego w kwestiach związanych z przetwarzaniem, w tym z uprzednimi konsultacjami.

Załącznik nr 3
do Regulaminu Organizacyjnego

STRUKTURA I ZADANIA KOMÓREK ORGANIZACYJNYCH ZAKŁADU LECZNICZEGO: „SZPITAL MIEJSKI”

§ 1
Izba Przyjęć Ogólna

1. Izba Przyjęć Ogólna stanowi centralny punkt szpitala, zapewniający całodobowe świadczenia zdrowotne w zakresie lecznictwa szpitalnego osobom, które są objęte ubezpieczeniem zdrowotnym, osobom nieubezpieczonym, jeśli wyrażą wolę do korzystania z tego rodzaje świadczeń oraz innym pacjentom w ramach zawartych umów szpitala. Jest to pierwsze miejsce kontaktu pacjenta ze szpitalem.
2. Izba Przyjęć przyjmuje pacjentów:
   1) zgłaszających się na podstawie skierowania lekarskiego i umieszczonych w planie przyjęć do danego oddziału (tzw. Przyjęcia planowe),
   2) przywiezionych przez zespoły Pogotowia Ratunkowego w trybie pilnym,
   3) zgłaszających się samodzielnie do szpitala na podstawie skierowania lekarskiego w trybie pilnym,
   4) zgłaszających się samodzielnie do szpitala bez skierowania lekarskiego, w stanie zagrożenia życia.
3. Do zadań Izby Przyjęć należy:
   1) rejestracja pacjentów w systemie informatycznym szpitala przyjmowanych w trybie planowym i nagłym oraz weryfikacja ich uprawnień,
   2) badanie lekarskie, udzielanie pomocy doraźnej, wykonanie niezbędnych badań, zabiegów konsultacji lekarskich,
   3) kwalifikacja do hospitalizacji i przyjęcie do szpitala lub skierowanie do leczenia ambulatoryjnego,
   4) transport chorych do oddziałów szpitalnych,
   5) współpraca z oddziałami szpitalnymi oraz służbami zewnętrznymi (Pogotowie Ratunkowe, Policja, Straż Pożarna),
   6) organizowanie i udział w akcjach ratowniczych w przypadku wystąpienia sytuacji kryzysowych.
4. Izba Przyjęć korzysta z zaplecza diagnostycznego w postaci:
   1) czynnego całodobowo laboratorium analitycznego,
   2) diagnostyki obrazowej – radiologicznej i ultrasonograficznej,
   3) pracowni endoskopii
   4) pracowni badań nieinwazyjnych serca,
   5) pracowni diagnostycznych Izby Przyjęć Ginekologiczno-Położniczej.

§ 2
Do Zadań Gabinetu nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej należy w szczególności:

1. Udzielanie porad lekarskich w warunkach ambulatoryjnych lub telefonicznie.
2. Udzielanie świadczeń pielęgniarskich w warunkach ambulatoryjnych, zleconych przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, wynikających z potrzeby zachowania ciągłości leczenia lub pielęgnacji,
3. Udzielanie świadczeń pielęgniarskich doraźnie, w związku z poradą lekarską,

4. W przypadku stanu nagłego lekarz lub pielęgniarka zapewniają opiekę pacjentowi do czasu przekazania go pod opiekę Izby Przyjęć.

§ 3

1. **Do zadań Izby Przyjęć Ginekologiczno-Położniczej należy w szczególności**:
   1) badanie lekarskie pacjentek zgłaszających się do Szpitala,
   2) przyjmowanie pacjentek zakwalifikowanych do leczenia szpitalnego,
   3) udzielanie pomocy doraźnej pacjentkom, które nie zostały zakwalifikowane do leczenia w Szpitalu, lub zostały zakwalifikowane do przyjęcia w późniejszym terminie,
   4) przekazywanie przyjmowanych pacjentek do oddziałów szpitalnych.
2. Udzielanie doraźnej pomocy ambulatoryjnej całodobowo w stanach nagłych.
3. Konsultacje ginekologiczne na zlecenie lekarza ogólnej Izby przyjęć.
4. Konsultacje pacjentek z innych oddziałów szpitalnych.
5. Wykonywanie drobnych zabiegów lekarskich i pielęgniarskich.
6. Współpraca z poradnią onkologiczną, w zakresie zgłaszania pacjentek uprzednio zdiagnozowanych w oddziale do zachowawczego leczenia onkologicznego.
7. Diagnostyka pacjentek z ciążą patologiczną przeterminowaną, wykonywanie badań KTG, USG.
8. Wykonywanie czynności administracyjnych związanych z przyjmowaniem pacjentek w Izbie przyjęć.

§ 4

I. Zadania Kliniki Kardiologii i Chorób Wewnętrznych z Pododdziałami: Intensywnej Opieki Kardiologicznej, Szybkiej Diagnostyki oraz Kardiologii

**Pracownia Badań Nieinwazyjnych serca, *Pracownia Elektrofizjologiczna i Pracownia Kontroli Stymulatorów Serca.*

1. Diagnozowanie i leczenia zachowawcze (stacjonarne) dorosłych chorych ze schorzeniami układu krążenia i towarzyszącymi chorobami dotyczącymi układu oddychania, przewodu pokarmowego i nerek, schorzeniami endokrynologicznymi i zaburzeniami przemiany materii.
2. Kwalifikowanie do leczenia w wysokospecjalistycznych ośrodkach (klinikach) chorób wewnętrznych.
3. Inicjowanie i udział w pracach naukowo-badawczych.
4. Kształcenie i szkolenie personelu medycznego
5. W obrębie Kliniki funkcjonują:
   1) pododdział intensywnej opieki kardiologicznej do intensywnego nadzoru kardiologicznego lekarsko-pielęgniarskiego nad pacjentami w stanie zagrożenia życia oraz nad chorymi wymagającymi stosowania niektórych metod intensywnej terapii (monitorowanie, pilna diagnostyka, resuscytacja krążeniowo-oddechowa oraz elektroterapia),
   2) łóżka wczesnej diagnostyki dla pacjentów wymagających szybkiej diagnostyki ewentualnie leczenia powtarzalnego (wlewy, kroplówki itp.) w ramach pobytu dziennego,
   3) pracownia diagnostyki kardiologicznej nieinwazyjnej, w której wykonuje się badania diagnostyczne u pacjentów hospitalizowanych i leczonych ambulatoryjnie: elektrokardiograficzne spoczynkowe i wysiłkowe, 24-godzinne monitorowanie ekg (holter), echokardiograficzne spoczynkowe i obciążeniowe.

II. Zadania Pododdziału Kardiologii

1. Diagnostyka chorób serca i krążenia badania (EKG, Echo serca, próba wysiłkowa).

1) Leczenie farmakologiczne schorzeń serca i układu krążenia.
2) Kierowanie pacjentów na leczenie interwencyjne.
3) Promocja profilaktyki schorzeń kardiologicznych.
4) Inicjowanie i udział w pracach naukowo-badawczych.
5) Kształcenie i szkolenie personelu medycznego.

III. Zadania Pracowni Elektrofizjologicznej

1. Kwalifikacja pacjentów do wszczepienia stymulującego serca.
2. Implantacja układów stymulujących serca jedno i dwu-jamowych typu: AAI(R), VVI (R), VDD, DDD (R).
3. Wymiana stymulatorów serca w przypadku wystąpienia wskazań.

III a. Zadania Pracowni Kontroli Stymulatorów Serca

1. Badania chorych z wszczepionymi układami stymulującymi serca, gdzie ocenia się:
2. Miejscowy stan tkanek okolicy wszczepionego stymulatora serca.
3. Parametry stymulacji.
4. Stan naładowania baterii.
5. Występowanie współistniejących zaburzeń serca.
6. Występowanie odległych powikłań elektrostymulacji i koryguje ewentualne nieprawidłowości stymulacji.

§ 5

Zadania Oddziału Wewnętrznego I

1. Diagnostyka i leczenie zachowawcze pacjentów z chorobami układu krążenia, układu oddechowego, z towarzyszącymi schorzeniami endokrynologicznymi, zaburzeniami przemiany materii, przewodu pokarmowego i innymi schorzeniami wewnętrznymi.
2. Diagnostyka i leczenie ostrych i przewlekłych powikłań po leczeniu onkologicznym.
3. Kwalifikowanie do dalszej diagnostyki i leczenia w wysoko specjalistycznych ośrodkach klinicznych.
4. Kształcenie i szkolenie personelu medycznego.
5. W obrębie oddziału funkcjonuje sala Intensywnej Opieki Kardiologicznej (4 łóżka) do intensywnego nadzoru kardiologicznego pacjentów w stanie zagrożenia życia oraz nad chorymi wymagającymi stosowania niektórych metod intensywnej terapii (monitorowanie, resuscytacja krążeniowo-oddechowa, elektroterapia).
6. Oddział prowadzi nieinwazyjną diagnostykę kardiologiczną:
   1) echokardiografia,
   2) rejestracja ekg 24 godz. metodą Holtera,
   3) rejestracja 24 godz. ciśnienia tętniczego (ABPM),
   4) testy obciążeniowe elektrokardiograficzne i echokardiograficzne.
7. Udzielanie specjalistycznych porad w Poradni Kardiologicznej, endokrynologicznej i diabetologicznej.

§ 6

Zadania Kliniki Chirurgii Ogólnej, Małoinwazyjnej i Wieku Podeszłego

1. Diagnozowanie i leczenie wszystkich ostrych chorób jamy brzusznej i urazów jamy brzusznej oraz urazów termicznych.
2. Rozpoznawanie i leczenie przewlekłych chorób chirurgicznych układu pokarmowego oraz układu endokrynologicznego i schorzeń onkologicznych.
3. Zapewnienie ciągłości leczenia pacjentom diagnozowanym i leczonym w innych oddziałach szpitala.

4. Kształcenie i szkolenie personelu medycznego.
5. Leczenie chirurgiczne otyłości patologicznej metodami laparoskopowymi.
6. Wykonywanie operacji laparoskopowych refluxu żołądkowo-przełykowego.
7. Kwalifikowanie pacjentów w wieku podeszłym do leczenia operacyjnego.
8. Endoskopia zabiegowa – STENTY.
9. Rozszerzenie zwężeń przewodu pokarmowego.
10. Fast Track (Szybka Ścieżka) – ERAS program przyspieszonego zdrowienia.

§ 7

Zadania Oddziału Klinicznego Chirurgii Klatki Piersiowej

1. Diagnozowanie i leczenie powikłań bezpośrednich, wczesnych i późnych pourazowych narządów klatki piersiowej.
2. Leczenie nowotworów układu oddechowego i śródpiersia oraz przełyku.
3. Leczenie rozedmy pęcherzowej układu oddechowego.
4. Leczenie powikłań wczesnych i późnych ropnych po przebytych infekcjach układu oddechowego.
5. Leczenie chirurgiczne powikłań gruźlicy układu oddechowego.
6. Leczenie chirurgiczne łagodnych nowotworów śródpiersia.
7. Leczenie wczesnych i późnych pourazowych i pointubacyjnych zwężeń tchawicy.
8. Diagnostyka inwazyjna (videochirurgia + EBUS,EUS+ biopsja) chorób chirurgicznych układu oddechowego i śródpiersia.
9. Leczenie mini inwazyjne chorób chirurgicznych klatki piersiowej.
10. Zakładanie protez czasowych i stałych tchawicznych i przełykowych.
11. Współpraca dydaktyczna z pionem pulmonologii i onkologii z zakresu chorób chirurgicznych klatki piersiowej ze szczególnym uwzględnieniem raka płuc.
12. Szkolenie lekarzy z zakresu chirurgii klatki piersiowej wymaganych do specjalizacji z chirurgii ogólnej, pulmonologii, anestezjologii, chirurgii urazowo-ortopedycznej i onkologicznej i innych specjalności.
13. Współpraca z ośrodkami klinicznymi prowadzącymi działalność naukowo-badawczą z zakresu chorób chirurgicznych klatki piersiowej.
14. Prowadzenie zajęć dydaktycznych z chirurgii klatki piersiowej dla studentów V-go roku wydziału medycznego kierunku lekarskiego Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego w Olsztynie oraz Ratownictwa Medycznego.

§ 8

Zadania Oddziału Chirurgii Szczękowej

1. Leczenie chirurgiczne urazów twarzoczaszki, w tym urazów oczodołu.
2. Onkologia głowy i szyi – leczenie nowotworów łagodnych i złośliwych części twarzowej czaszki i szyi wraz z rekonstrukcją płatami na mikrozespoleniach naczyniowych.
3. Diagnostyka i leczenie chirurgiczne chorób stawów skroniowo-żuchwowych, w tym artroskopia stawów.
4. Zabiegi rekonstrukcyjne w obrębie twarzoczaszki, w tym rekonstrukcje ss-ż materiałem alloplastycznym – leczenie ankylozy stawów skroniowo-żuchwowych.
5. Chirurgiczne leczenie wad szczękowo-twarzowych.
6. Chirurgiczne i endoskopowe leczenie chorób zębopochodnych zatok obocznych nosa.
7. Operacyjne leczenie chorób gruczołów ślinowych, usuwanie guzów ślinianek przyusznych.
8. Usuwanie kamieni z przewodów ślinowych metodą endoskopową.

9. Leczenie torbieli szczęk wraz z rekonstrukcją ubytków kostnych.
10. Leczenie zapaleń swoistych i nieswoistych kości i tkanek miękkich twarzy i szyi.
11. Chirurgia wyrostka zębodołowego, w tym implantologia.
12. Neuralgia n. trójdzielnego – leczenie chirurgiczne.
13. Udzielanie świadczeń konsultacyjnych chorym hospitalizowanym w szpitalu w zakresie diagnostyki i eliminacji ognisk zakażenia.
14. Prowadzenie dydaktyki przed i podyplomowej.

§ 9

Zadania Kliniki Urologii i Onkologii Urologicznej oraz Pracowni Litotrypsji (ESWL)

1. Leczenie pełnoprofilowe schorzeń układu moczowego kobiet oraz moczowo- płciowego mężczyzn, ze szczególnym uwzględnieniem chorób nowotworowych.
2. Leczenie raka prostaty, pęcherza moczowego, nerki metodą laparoskopową..
3. Procedury zabiegowe:
   1) cystoskopia diagnostyczna i w ramach planowanego nadzoru onkologicznego,
   2) zabiegi elektroresekcji przezcewkowej pęcherza i gruczołu krokowego,
   3) zabiegi endoskopowe pęcherza moczowego, moczowodów i nerek ureterorenoskopia, ureterorenolitotrypsja,
   4) wytwarzanie przezskórny derywacji z pęcherza i nerek,
   5) chirurgia zwężeń cewki: uretrotomia optyczna i kalibracja,
   6) endoskopowa dezintegracja i usuwanie kamieni, innych ciał obcych z dróg .moczowych,
   7) endoskopowa intubacja- szynowania moczowodów,
   8) przezodbytnicza igłowa biopsja diagnostyczna gruczołu krokowego pod kontrolą usg,
   9) immunoterapia dopęcherzowa w powierzchownym raku pęcherza moczowego (BCG),
   10) diagnostyka usg układu moczowego,
   11) chirurgia zwężeń cewki: uretrotomia optyczna i kalibracja,
   12) endoskopowa dezintegracja i usuwanie kamieni, innych ciał obcych z dróg moczowych,
   13) tzw. Chirurgia jednego dnia (stulejki, krótkie węzidełko, kłykciny),
   14) ESWL - zabiegi rozwijania złogów w drogach moczowych - odbywają się w innym gabinecie na teranie szpitala.
4. Kształcenia i szkolenie personelu medycznego.

§ 10

Zadania Oddziału Klinicznego Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej

1. Diagnostyka i leczenie następstw urazów narządów ruchu (zachowawczo i operacyjnie).
2. Diagnostyka i leczenie schorzeń ortopedycznych (w tym: video chirurgia, zabiegi rekonstrukcyjne i endoprotezoplastyki stawów).
3. Onkologia ortopedyczna.
4. Leczenie powikłań zrostu kostnego.
5. Leczenie powikłań procesów zapalnych i ich następstw.
6. Operacyjne leczenie wad rozwojowych układu ruchu.
7. Rehabilitacja chorych.
8. Diagnozowanie i leczenie chorych w ramach chirurgii jednego dnia oraz łóżek wczesnej diagnostyki.
9. Kształcenie i szkolenie personelu medycznego.

§ 11
Zadania Oddziału Okulistycznego

1. Działanie edukacyjne z zakresu profilaktyki schorzeń narządu wzroku.
2. Diagnostyka schorzeń narządu wzroku.
3. Planowe leczenie zachowawcze, laseroterapia i leczenie chirurgiczne schorzeń narządu wzroku.
4. Prowadzenie szkolenia specjalizacyjnego lekarzy z zakresu okulistyki.
5. Prowadzenie szkolenia z zakresu okulistyki dla lekarzy specjalizujących się w zakresie podstawowej opieki medycznej.
6. Udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach „ostrego dyżuru”.

Diagnostyka i leczenie zachowawcze schorzeń narządu wzroku prowadzone będą w oparciu o poradnię konsultacyjną i część stacjonarną oddziału okulistycznego.
Leczenie chirurgiczne obejmuje:

– laseroterapię przedniego i tylnego odcinka gałki ocznej,
– planowe zabiegi usunięcia zaćmy,
– zabiegi p – jaskrowe,
– witrektomie,
– zabiegi plastyczne na aparacie ochronnym gałki ocznej,
– operacje odwarstwienia siatkówki,
– zaopatrywanie urazów oka.

§ 12
Zadania Oddziału Laryngologii – „Zespół Chirurgii Jednego Dnia”

1. Leczenie operacyjne w zakresie ucha zewnętrznego, usuwanie migdałków podniebiennych i migdałka gardłowego.
2. Operacje rekonstrukcyjne przegrody nosa, usuwanie polipów nosa i nosogardła.
3. Operacje zatok obocznych nosa.
4. Operacyjne zaopatrywanie urazów kości nosa i zatok obocznych nosa.
5. Mikrochirurgia krtani, ezofagoskopia.
6. Operacje endoskopowe nosa i zatok.
7. Kształcenie i szkolenie personelu medycznego.
8. Konsultacje laryngologicznych świadczeń na rzecz oddziałów.

§ 13
Zadania Kliniki Ginekologii, Ginekologii Onkologicznej i Położnictwa w zakresie ginekologii:

1. Leczenie zachowawcze i operacyjne (w tym laparoskopowe) stanów zapalnych narządu rodnego.
2. Diagnostyka i leczenie operacyjne nowotworów narządu rodnego kobiety w pełnym zakresie, również leczenie laparoskopowe nowotworów narządu rodnego w szczególności raka endometrium zgodnie z wytycznymi Europejskiego Towarzystwa Onkologii Medycznej.
3. Diagnostyka i leczenie niepłodności - laparoskopia, histeroskopia, histerosalpingografia, ultrasonografia kontrastowa, diagnostyka laboratoryjna.
4. Leczenie stanów nagłych - ciąża pozamaciczna, skręt torbieli jajnika (również laparoskopowo) i tzw. ostry brzuch.
5. Diagnostyka (w tym ultrasonografia PFS) i leczenie zaburzeń statyki narządu rodnego w pełnym zakresie tzn. operacje pochwowe z zastosowaniem tkanek pacjentki,

materiałów syntetycznych oraz operacje laparaskopowe zaburzeń statyki w pełnym zakresie.
6. Diagnostyka (w tym PFS) i leczenie nietrzymania moczu z zastosowaniem slingów podcewkowych oraz operacje laporoskopowe nietrzymania moczu.
7. Diagnostyka i leczenie pacjentek po poronieniach.
8. Diagnostyka i leczenie zaburzeń miesiączkowania.
9. Konsultacje ginekologiczne pacjentek leżących w szpitalu na innych oddziałach.
10. Prowadzenie szkoleń specjalizacyjnych i kształcenia podyplomowego w zakresie ginekologii.
11. Opieka podstawowa: badania przesiewowe przy HTZ, badania przedoperacyjne, ginekologiczne.
12. Opieka specjalistyczna: ultrasonograficzna diagnostyka zaburzeń miesiączkowania, w patologii narządu rodnego, ultrasonograficzna diagnostyka niepłodności, ultrasonograficzna diagnostyka onkologiczna (po chemioterapii i radioterapii).
13. Udział w programie pogłębionej diagnostyki wykrywania raka szyjki macicy.

Zadania Kliniki Ginekologii, Ginekologii Onkologicznej i Położnictwa w zakresie położnictwa:

1. Prowadzenie ciąży i połogu o przebiegu prawidłowym z promowaniem porodu naturalnego.
2. Prowadzenie ciąży wysokiego ryzyka.
3. Prowadzenie ciąży, porodu, połogu patologicznego zgodnym z programem opieki perinatalnej.
4. Zapewnienie stałej gotowości z możliwością natychmiastowego wykonania cięcia cesarskiego.
5. Zapewnienie gotowości przeciw-krwotocznej z ciągłą dostępnością krwi i preparatów krwiopochodnych.
6. Zapewnienie ciągłej opieki anestezjologicznej.
7. Wykonywanie badań ultrasonograficznych, kardiotokograficznych i
8. laboratoryjnych przez całą dobę/możliwość wykonania badań gazometrycznych, bakteriologicznych.
9. Promowanie naturalnego karmienia piersią i zachowań prozdrowotnych.
10. Kształcenie i szkolenie personelu medycznego.
11. Oddział pracuje w systemie - matka z dzieckiem (rooming in).
12. W obrębie Kliniki Ginekologii, Ginekologii Onkologicznej i Położnictwa funkcjonuje:
    1) trakt porodowy z salą do cięć cesarskich przeznaczony do przyjęcia rodzącej, odebrania porodu i wykonania niezbędnych zabiegów u rodzącej i noworodka;
    2) gabinet diagnostyki ultrasonograficznej świadczący usługi pacjentom Szpitala oraz ambulatoryjnym:
        a) opieka podstawowa: badania screeningowe 12, 20, 30 tydzień ciąży zgodnie z wytycznymi PTG,
        b) opieka specjalistyczna: ultrasonograficzna diagnostyka biometryczna płodu, badania z użyciem Dopplera, ultrasonografia interwencyjna (amniopunkcje, amnioinfuzje), badania konsultacyjne wad rozwojowych.
    3) Szkoła Rodzenia, do której zadań należy w szczególności:
        a) promowanie zachowań prozdrowotnych z udziałem lekarza, położnej, dietetyczki,
        b) przygotowanie pacjentek do porodu,

c) promowanie porodu naturalnego,
d) promowanie karmienia piersią,
e) psychologiczne aspekty porodu i połogu (udział psychologa),
f) profilaktyka wcześniactwa,
g) gimnastyka w ciąży i połogu,
h) zajęcia praktyczne w pielęgnacji noworodka.

1. Zadaniem Szkoły Rodzenia jest przygotowanie kobiet do porodu oraz promowanie zachowań prozdrowotnych z udziałem lekarza, położnej, psychologa i dietetyczki.
2. Wskazane jest uczestnictwo w zajęciach męża lub innej bliskiej osoby.
3. Zajęcia odbywają się od poniedziałku do piątku w godzinach18.00-20.00:

1) Poniedziałek – wykłady i rozmowy indywidualne z psychologiem,
2) Wtorek – wykład i film: poród naturalny, aktywny, rodzinny (III okres i III faza),
3) Środa – wykład i film: o połogu i pielęgnacji skóry noworodka (kąpiel, przewijanie),
4) Czwartek – wykład i film: fizjologia noworodka, pozycje karmienia,
5) Piątek – ćwiczenia oddechowe i gimnastyczne przygotowujące do porodu, slajdy relaksacyjne.

4. Cykl szkolenia obejmuje 10 spotkań.

§ 14
Zadania Oddziału Noworodków i Wcześniaków z pododdziałem intensywnego nadzoru

Oddział zakwalifikowany jest do II poziomu opieki perinatalnej.

1. Zapewnienie całodobowej opieki lekarsko-pielęgniarskiej nad noworodkiem w okresie jego adaptacji do życia poza łonem matki, także opieka nad wcześniakami oraz noworodkiem chorym i wymagającym intensywnej terapii z wykluczeniem leczenia chirurgicznego.
2. Prowadzenie diagnostyki wad wrodzonych na podstawie badania lekarskiego, badania RTG, EKG, USG.
3. Profilaktyka schorzeń zakaźnych-szczepienia BCG, przeciw WZWB oraz pobieranie testów metabolicznych (fenyloketonuria, atyreoza).
4. Przesiewowe badanie słuchu.
5. Promocja zdrowia:

1) nauka pielęgnacji noworodka,
2) zapoznanie z prawidłową techniką i zasadami karmienia piersią wg zaleceń Światowej Organizacji Zdrowia (WHO),

6. Poradnictwo laktacyjne.
7. Kształcenie i szkolenie personelu medycznego
8. W obrębie oddziału funkcjonuje pododdział intensywnego nadzoru z łóżkami intensywnej terapii i opieki pośredniej, którego zadaniem jest:

1) opieka nad wcześniakiem w zakresie:
   a) terapii oddechowej (respirator, system CPAP) oraz podawanie surfaktantu w sytuacjach skrajnej niedojrzałości układu oddechowego,
   b) częściowego żywienia parenteralnego,
2) opieka nad noworodkiem chorym w zakresie:
   a) diagnostyki wad wrodzonych (fizykalna oraz przy pomocy badań laboratoryjnych, ekg, rtg, usg),

b) leczenia konfliktu serologicznego oraz innych żółtaczek patologicznych (transfuzja wymienna, fototerapia),
c) leczenie zaburzeń metabolicznych (np.: hipoglikemia,hypocalcemia i inne),
d) prowadzenie noworodka z encefalopatią niedotleniowo-niedokrwienną
e) leczenie innych chorób wrodzonych

§ 15

Zadania Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii

1. Leczenie chorych w stanach zagrożenia życia spowodowanych potencjalnie odwracalną niewydolnością jednego lub kilku podstawowych układów organizmu, a szczególnie niewydolnością układu oddechowego i związaną z tym terapią respiratorową. Przyjmowani są chorzy po 18 roku życia ze Szpitala, IP i innych szpitali. Max ilość chorych leczonych wynosi 6 osób.
2. Wskazania do leczenia w oddziale intensywnej terapii:
   1) zaburzenia układu oddechowego;
      a) ostra niewydolność oddechowa wymagająca leczenia respiratorem,
      b) zaostrzenie przewlekłej niewydolności oddechowej wymagającej leczenia respiratorem,
      c) stan astmatyczny nie ustępujący po konwencjonalnym leczeniu farmakologicznym,
      d) zator naczyń płucnych zagrażający życiu,
      e) patologia układu oddechowego ze wskazaniem zapotrzebowania na tlen, wymagający jednocześnie sedacji i leczenia respiratorem,
   2) zaburzenia układu krążenia:
      a) ciężki wstrząs hypowolemiczny, pourazowy, septyczny, anafilaktyczny,
      b) głęboka hipotensja wymagająca intensywnej resuscytacji płynowej, wlewu katecholamin i tlenoterapii połączona z koniecznością monitorowania CO, CL, oporów obwodowych,
      c) śpiączka z powodów innych niż neurologiczne, połączona z niewydolnością oddechową,
      d) ciężka posocznica z zaburzeniami krążenia i wstrząsem septycznym,
      e) ostre zapalenie trzustki martwiczo-krwotoczne z niewydolnością wielonarządową,
      f) urazy lub oparzenia ze wstrząsem, zaburzeniami oddechowymi,
      g) powikłania pooperacyjne
         – konieczność przedłużonej sztucznej wentylacji,
         – tabilny stan pacjenta z koniecznością stałego inwazyjnego lub intensywnego monitorowania.

   Leczony chory musi mieć minimum 25 pkt wg TISS Cullena.
      h) opieka nad potencjalnym dawcą narządów.

   Do leczenia w OIT kwalifikuje lekarz OIT.
3. Wykonywania znieczuleń pacjentów oddziałów szpitalnych:
   1) badanie chorych zgłoszonych do zabiegu operacyjnego, ustalenie zasad przygotowania pacjentów do znieczulenia, kwalifikacje do znieczulenia, wybór metody znieczulenia, uzyskanie zgody pacjenta na znieczulenie,
   2) prowadzenie znieczulenia (stosowane są wszystkie znane formy znieczulenia), nadzorowanie całości znieczulenia i odpowiedzialność za jego wynik i stan chorego, zalecenia pooperacyjne.
4. Konsultacje anestezjologiczne we wszystkich oddziałach Szpitala.

5. Koordynacja czynności reanimacyjnych w jednostkach organizacyjnych Szpitala.
6. Kształcenie i szkolenie personelu medycznego Szpitala w zakresie anestezjologii i intensywnej terapii.

§ 16

Zadania Kliniki Dermatologii, Chorób Przenoszonych Drogą Płciową i Immunologii Klinicznej

1. Diagnostyka i leczenie chorób skóry i schorzeń przenoszonych drogą płciową chorych od 14 roku życia, wyjątkowo młodszych:
   1) diagnostyka alergologiczna schorzeń spowodowanych alergią kontaktową i schorzeń wywołanych alergią humoralną ze szczególnym uwzględnieniem alergii powietrzno-pochodnej i pokarmowej w tym także z wykonywaniem testów z alergenami natywnymi,
   2) diagnostyka alergii lekowej,
   3) diagnostyka fotodermatoz,
   4) diagnostyka mykologiczna,
   5) diagnostyka zakażeń skóry wywołanych nużeńcami oraz spowodowanych przez świerzbowce,
   6) ocena histopatologiczna biopsji skórnych,
   7) ocena dermatoskopowa zmian skórnych,
   8) diagnostyka serologiczna kiły.
2. Fotolecznictwo: PUVA – terapia i UVB 311
3. Zabiegi dermatochirurgii:
   1) krioterapeutyczne i elektrokoagulacyjne oraz usuwanie operacyjne łagodnych zmian przerostowych skóry lub stanów przednowotworowych, oraz raków skóry.
4. Działalność naukowa:
   1) diagnostyka i leczenie raków skóry,
   2) profilaktyka i wczesna diagnostyka czerniak skóry,
   3) diagnostyka i optymalizacja metod leczenia chłoniaków skóry,
   4) etiopatogeneza i leczenie bielactwa,
   5) badania dotyczące różnych aspektów etiopatogenezy łuszczycy, szczególnie w zakresie genetyki, zaburzeń immunologicznych i metabolicznych,
   6) nowe kierunki w leczeniu łuszczycy,
   7) fotodermatologia i fototerapia,
   8) etiopatogeneza i optymalizacja leczenia atopowego zapalenia skóry,
   9) opracowanie pacjentów kazuistycznych
5. Działalność dydaktyczna:
   1) W klinice odbywają się zajęcia dydaktyczne z dermatologii i wenerologii dla studentów Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego, oraz English Division.

§ 17

Zadania Oddziału Reumatologicznego

1. Oddział zapewnia szeroki zakres wysoko specjalistycznych badań diagnostycznych i możliwości terapeutycznych w zakresie chorób układu mięśniowo-szkieletowego i chorób tkanki łącznej z zajęciem wielonarządowym, w szczególności: reumatoidalnego zapalenia stawów, łuszczycowego zapalenia stawów, zesztywniającego zapalenia stawów, łuszczycowego zapalenia stawów, zesztywniającego zapalenia stawów kręgosłupa i innych spondyloartropatii seronegatywnych, młodzieńczego zapalenia stawów, tocznia rumieniowatego układowego, zespołu Sjögrena, zapalenia

wielomięśniowego i skórno-mięśniowego, polimialgii reumatycznej, twardziny układowej, dny moczanowej, choroby zwyrodnieniowej stawów, osteoporozy.
2. Leczenie standardowe w przypadku reumatoidalnego zapalenia stawów, młodzieńczego zapalenia stawów, zesztywniającego zapalenia stawów i łuszczycowego zapalenia stawów o przebiegu agresywnym uzupełnione jest o metody z użyciem leków biologicznych.
3. Skuteczność procesu terapeutycznego wspomagana jest zabiegami fizykoterapeutycznymi i kinezyterapią prowadzonymi przez doświadczony zespół specjalistów rehabilitacji.
4. W oddziale wykonywane są badania kapilaroskopowe i USG stawów.
5. Oddział prowadzi dydaktykę przed i podyplomową.

§ 18

Zadania Oddziału Leczenia Otyłości

1. Leczenie zachowawcze chorych z nadwagą.
2. Leczenie dietetyczne, fizjoterapeutyczne oraz psychoterapia.
3. Diagnozowanie chorób towarzyszących otyłości.
4. Stosowanie metod alternatywnych – ziołolecznictwo, hydroterapia, aromaterapia, muzyka i taniec.
5. Promocja i edukacja zdrowego stylu życia.

§ 19

Zadania Bloku Operacyjnego ul. Niepodległości 44

1. Wykonywanie zabiegów operacyjnych oraz wszystkich czynności poprzedzających zabieg, towarzyszących mu i niezbędnych zaraz po jego zakończeniu.
2. Umożliwienie przeprowadzenia zabiegu operacyjnego w trybie planowym jak i ostrym przez współpracujące oddziały zabiegowe, oraz utrzymanie w stanie stałego pogotowia operacyjnego i tak zorganizowanego, aby w razie nagłej potrzeby personel, instrumentarium, bielizna i sprzęt były przygotowane do bezzwłocznego wykonania zabiegu operacyjnego o każdej porze.
3. Utrzymywanie w stanie wzorowej czystości i porządku pomieszczeń bloku.
4. Planowanie zabiegów operacyjnych.
5. Współpraca bloku operacyjnego z oddziałem anestezjologii i intensywnej terapii oraz wszystkimi oddziałami zabiegowymi wykonującymi zabiegi na bloku operacyjnym i zatwierdzone przez kierownika bloku.
6. Wszystkie zabiegi planowe na bloku operacyjnym muszą zostać wykonane (zakończone) do godz. 19.00
7. Zabiegi, które nie mieszczą się w tym limicie godzinowym przechodzą na następny dzień operacyjny danego oddziału.
8. Po godz. 19.00 odbywać się będą tylko zabiegi „ostre’, o ile sytuacja na bloku operacyjnym nie pozwoli wykonać ich wcześniej.

§ 20

Zadania Apteki Szpitalnej

1. Zaopatrywanie jednostek organizacyjnych Szpitala w produkty lecznicze i wyroby medyczne.
2. Utrzymywanie i właściwe przechowywanie zapasów produktów leczniczych i wyrobów medycznych w aptece.
3. Sporządzanie leków recepturowych, w tym leków w warunkach aseptycznych.

4. Udzielanie personelowi medycznemu Szpitala informacji o produktach leczniczych, będących w dyspozycji apteki.
5. Informowanie oddziałów, działów, poradni o decyzjach Głównego i Wojewódzkiego Inspektora Farmaceutycznego związanych, z jakością a dotyczących wstrzymań, wycofań lub dopuszczeń poszczególnych produktów leczniczych.
6. Okresowa kontrola przechowywania i zabezpieczenia produktów leczniczych w oddziałach.
7. Kontrola zgodności merytorycznej zamówień realizowanych na podstawie umów przetargowych (wyłącznie zamówienia do Apteki).
8. Współuczestnictwo w monitorowaniu jakości produktów leczniczych i wyrobów medycznych (przyjmowanie i nadzór nad dokumentacją dotyczącą działań niepożądanych, reklamacji z powodu niespełnienia wymagań jakościowych itp.).
9. Księgowanie przychodów i rozchodów leków i wyrobów medycznych w aptece.

§ 21

Zadania Psychologa

1. Badania specjalistyczne na zlecenie lekarza prowadzącego jako uzupełnienie diagnozy lekarskiej:
   1) badanie inteligencji,
   2) badanie neuropsychologiczne,
   3) badanie osobowości,
   4) badanie przydatności zawodowej pacjentów po urazach mózgowo- czaszkowych i po urazach kręgosłupa,
   5) badanie diagnostyczne wykonywane dla potrzeb kwalifikacji do zakładów opiekuńczych.
2. Udzielanie porad dla pacjentów i ich rodzin.
3. Pomoc psychologiczna dla pacjentów Szpitala i ich rodzin.
4. Przygotowanie emocjonalne pacjentek do porodu w oddziale położniczym i w Szkole Rodzenia.
5. Spotkania terapeutyczno-szkoleniowe dla pracowników Szpitala, grupowe i indywidualne zgodnie z zapotrzebowaniem i oczekiwaniami.
6. Pomoc psychologiczna dla pacjentów szpitala przed i po zabiegach operacyjnych na zlecenie lekarza prowadzącego.

§ 22

Zadania Lekarza Transfuzjologa

1. Nadzór nad krwiolecznictwem w oddziałach szpitalnych.
2. Planowanie zaopatrzenia Szpitala w krew i preparaty krwiopochodne.
3. Nadzór nad szpitalnym bankiem krwi.
4. Wprowadzanie we współpracy RCKiK standardowych operacyjnych procedur i nadzór nad ich przestrzeganiem.
5. Współpraca z RCKiK w organizacji szkoleń personelu lekarskiego i pielęgniarskiego.
6. Lekarz transfuzjolog uprawniony jest do wglądu w dokumentację w oddziałach szpitalnych w celu dokonywania wskazań do przetoczenia krwi i preparatów krwiopochodnych.
7. Kontrola zużycia krwi i preparatów krwiopochodnych w celu ograniczenia niepotrzebnych transfuzji i nadmiernych zniszczeń.
8. Ocena stosowanej metodyki przetoczeń.

9. Analiza każdego powikłania poprzetoczeniowego wraz z oceną wdrożonego postępowania.
10. Wdraża zalecenia dotyczące procedur postępowania z krwią i preparatami krwiopochodnymi w oddziałach szpitalnych.
11. Roczna ocena sprawozdawczości dotyczącej zużycia krwi i preparatów krwiopochodnych.

§ 23

Zadania Bloku Operacyjnego Al. Wojska Polskiego 30

1. Wykonywanie zabiegów operacyjnych oraz wszystkich czynności poprzedzających zabieg, towarzyszących mu i niezbędnych zaraz po jego zakończeniu.
2. Utrzymywanie w stanie wzorowej czystości i porządku pomieszczeń bloku.
3. Planowanie zabiegów operacyjnych.
4. Współpraca bloku operacyjnego z oddziałem anestezjologii i intensywnej terapii oraz innymi oddziałami.

§ 24

Zadania Oddziału Anestezjologii przy Klinice Ginekologii, Ginekologii Onkologicznej i Położnictwa

1. Do zadań Działu Anestezjologii należy:
   1) Wykonywanie znieczuleń pacjentek Kliniki Ginekologii, Ginekologii Onkologicznej i Położnictwa
      a) badanie chorych zgłoszonych do zabiegu operacyjnego lub diagnostycznego wymagającego znieczulenia ogólnego lub regionalnego
      b) ustalenie zasad przygotowania pacjentów do znieczulenia
      c) kwalifikacja do znieczulenia
      d) wybór metody znieczulenia
      e) uzyskanie zgody pacjenta na znieczulenie
   2) konsultacje anestezjologiczne w Klinice Ginekologii, Ginekologii Onkologicznej i Położnictwa
   3) koordynacja czynności reanimacyjnych i resuscytacyjnych w Klinice Ginekologii, Ginekologii Onkologicznej i Położnictwa oraz neonatologicznym
   4) wdrażanie programu „Szpital bez bólu”
   5) kształcenie i szkolenie personelu medycznego Kliniki Ginekologii, Ginekologii Onkologicznej i Położnictwa w zakresie reanimacji i resuscytacji z powodu NZK
   6) prowadzenie szkolenia dla lekarzy rezydentów chcących specjalizować się z zakresu anestezjologii i intensywnej terapii z naciskiem na anestezjologię ginekologiczno-położniczą.

Załącznik nr **3.1.**
do Regulaminu Organizacyjnego

ZAKRESY CZYNNOŚCI PRACOWNIKÓW / ZLECENIOBIORCÓW ZAKŁADU LECZNICZEGO: „SZPITAL MIEJSKI”

§ 1
KIEROWNIK IZBY PRZYJĘĆ

1. Kierownik Izby Przyjęć podlega bezpośrednio Dyrektorowi Naczelnemu.
2. Kierownik Izby Przyjęć obowiązki Kierownika łączy z obowiązkami lekarza Izby Przyjęć
3. Do obowiązków Kierownika Izby Przyjęć należy w szczególności :
   1) zapewnienie sprawnego funkcjonowania Izby Przyjęć pod względem medycznym, administracyjnym i gospodarczym
   2) nadzór nad starannym prowadzeniem obowiązującej dokumentacji Izby przyjęć wg przyjętych zasad
   3) zobowiązany jest każdorazowo do zapoznania się z raportem lekarza zabezpieczającego pracę Izby przyjęć i w wypadku przejęcia informacji o istotnych zdarzeniach w czasie dyżuru przekazać Dyrektorowi
   4) wymaga za potwierdzeniem na piśmie od osób pracujących i dyżurujących w Izbie przyjęć znajomości pracy w tej komórce oraz zasad jej funkcjonowania
   5) odpowiada za właściwe wyposażenie Izby przyjęć w niezbędny i sprawny sprzęt oraz leki.

§ 2
LEKARZ IZBY PRZYJĘĆ

1. Lekarz Izby Przyjęć podlega bezpośrednio Kierownikowi Izby Przyjęć.
2. Do obowiązków lekarza Izby Przyjęć należy w szczególności :
   1) wnikliwie zbadać każdego zgłaszającego się chorego i w razie stwierdzenia konieczności leczenia szpitalnego przyjąć go i skierować do właściwego oddziału,
   2) w razie nie przyjęcia chorego do Szpitala ze względu na niemożność przeprowadzenia leczenia danej choroby – skierować chorego do innego Szpitala, właściwego dla danej jednostki chorobowej, po upewnieniu się co do możliwości przyjęcia chorego,
   3) w razie braku wolnych miejsc na odpowiednim oddziale przestrzegać zasady, iż chory potrzebujący natychmiastowego leczenia szpitalnego musi być przyjęty w każdym przypadku albo do Szpitala, do którego chory przybył, albo też do innego Szpitala, jeśli stan chorego pozwala na dalszy transport oraz, jeżeli istnieje pewność, że chory do tego Szpitala zostanie przyjęty,
   4) pacjentom nie wymagającym leczenia szpitalnego udzielić doraźnej pomocy i właściwych wskazówek,
   5) jeżeli stan chorego jest ciężki, udzielić mu pierwszej pomocy lekarskiej jeszcze przed załatwieniem formalności związanych z przyjęciem go do szpitala, a następnie oddać go po opiekę Ordynatorowi/Koordynatorowi oddziału bądź lekarzowi zastępującemu, po uprzednim porozumieniu się osobistym lub telefonicznym,
   6) dopilnować dokładnego wykonywania czynności kancelaryjnych, przewidzianych przy przyjmowaniu chorych,
   7) zarządzić, aby chory, jeżeli stan jego zdrowia na to pozwala, był doprowadzony przed umieszczeniem go w oddziale do należytego stanu sanitarno-higienicznego,

8) pacjentowi nie przyjętemu do Szpitala wydać kartę informacyjną, wpisać do „Księgi odmów" rozpoznanie i przyczynę odmowy oraz udzielić mu odpowiedniej informacji,
9) w przypadku wyjścia z Izby przyjęć na teren Szpitala, lekarz zawiadamia personel Izby o miejscu swego pobytu,
10) prowadzenie dokumentacji medycznej zgodnie z obowiązującymi przepisami.

§ 3

ORDYNATOR/KOORDYNATOR ODDZIAŁU

1. Ordynator/Koordynator podlega bezpośrednio Dyrektorowi.
2. Do obowiązków Ordynatora/Koordynatora należy nadzór i koordynowanie oddziałem, a w szczególności:
   1) wykonywanie działań służących zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu i poprawie zdrowia oraz innych działań medycznych wynikających z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich wykonywania
   2) udzielanie konsultacji w oddziałach szpitalnych, wykonywanie innych świadczeń zdrowotnych wymaganych dla prawidłowego procesu diagnostyki i leczenia pacjentów Szpitala, przestrzeganie ogólnych i szczegółowych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej określonych przez NFZ,
   3) prowadzenie dokładnej i systematycznej dokumentacji medycznej, w tym elektronicznej dokumentacji medycznej, terminowe zdawanie zakończonych historii chorób do rozliczenia, nie później jak do 3 dnia od dnia wypisu pacjenta,
   4) prowadzenie sprawozdawczości z realizacji zadań zgodnie ze standardem dokumentacji obowiązującym w publicznych zakładach opieki zdrowotnej według obowiązujących wzorów i terminów,
   5) przedkładanie do działu kadr 5 dni przed końcem każdego miesiąca planu zabezpieczenia Oddziału na miesiąc następny
   6) przedkładanie do godziny 12 Kierownikowi bloku operacyjnego Planu zabiegów na dzień następny i bezwzględnie jego przestrzeganie
   7) odpowiedzialność za prowadzenie list hospitalizacji planowych
   8) przestrzeganie przepisów prawa obowiązujących w publicznych zakładach opieki zdrowotnej,
   9) stosowanie instrukcji i procedur związanych z Systemem Zarządzania Jakością oraz przepisów porządkowych i zarządzeń wydanych przez Dyrektora Szpitala,
   10) odpowiedzialność za osiągany wynik finansowy oddziału.
   11) w przypadku przekroczenia kosztów do osiąganych przychodów w rozliczeniu kwartalnym, Ordynator/Koordynator zobowiązany jest do przedstawienia pisemnego Planu naprawczego oddziału, do końca miesiąca po kwartale, w którym nastąpił ujemny wynik finansowy
   12) pisemne zgłaszanie Dyrektorowi lub Zastępcy Dyrektora nowych procedur medycznych, które nie były dotychczas wykonywane. Zgłoszenie powinno zawierać zapotrzebowanie na sprzęt, środki pomocnicze i uzasadnienie ekonomiczne
   13) udział w komisji przetargowej, odpowiedzialność za przygotowanie opisu przedmiotu zamówienia
   14) współpraca w projektach mających na celu pozyskiwanie środków finansowych na rozwój oddziału
   15) czynne uczestnictwo w szkoleniach wewnętrznych,
   16) przestrzeganie przepisów BHP, p/poż. czynne uczestnictwo w szkoleniach

organizowanych przez Udzielającego zamówienia, mających na celu poprawienie stanu bezpieczeństwa (szkolenie p/poż., BHP, ćwiczenie ewakuacji, udzielanie pierwszej pomocy, itp.),
17) poddawanie się badaniom profilaktycznym i składanie aktualnego świadectwa zdrowia,
18) składanie polisy ubezpieczeniowej oraz dokumentów stwierdzających posiadanie i podnoszenie kwalifikacji zawodowych,
19) poddanie się kontroli i ocenie dokonywanej przez Dyrektora Szpitala lub upoważnione przez niego osoby,
20) wykazywanie należytej dbałości o składniki majątkowe materialne i niematerialne stanowiące własność Szpitala,
21) dbanie o dobre imię i pozytywny wizerunek Szpitala,
22) realizacja misji Szpitala.

§ 3.1

ZASTĘPCA ORDYNATORA/KOORDYNATORA

1. Zastępca Ordynatora/Koordynatora podlega bezpośrednio Ordynatorowi/Koordynatorowi.
2. Do obowiązków Zastępcy Ordynatora/Koordynatora należy w szczególności:
   1) wykonywanie działań służących zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu i poprawie zdrowia oraz innych działań medycznych wynikających z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich wykonywania
   2) udzielanie konsultacji w oddziałach szpitalnych, wykonywanie innych świadczeń zdrowotnych wymaganych dla prawidłowego procesu diagnostyki i leczenia pacjentów Szpitala, przestrzeganie ogólnych i szczegółowych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej określonych przez NFZ,
   3) prowadzenie dokładnej i systematycznej dokumentacji medycznej, w tym elektronicznej dokumentacji medycznej, terminowe zdawanie zakończonych historii chorób do rozliczenia, nie później jak do 3 dnia od dnia wypisu pacjenta,
   4) prowadzenie sprawozdawczości z realizacji zadań zgodnie ze standardem dokumentacji obowiązującym w publicznych zakładach opieki zdrowotnej według obowiązujących wzorów i terminów,
   5) przestrzeganie przepisów prawa obowiązujących w publicznych zakładach opieki zdrowotnej,
   6) stosowanie instrukcji i procedur związanych z Systemem Zarządzania Jakością oraz przepisów porządkowych i zarządzeń wydanych przez Dyrektora Szpitala,
   7) czynne uczestnictwo w szkoleniach wewnętrznych,
   8) przestrzeganie przepisów BHP, p/poż. czynne uczestnictwo w szkoleniach organizowanych przez Szpital, mających na celu poprawienie stanu bezpieczeństwa (szkolenie p/poż., BHP, ćwiczenie ewakuacji, udzielanie pierwszej pomocy, itp.),
   9) poddawanie się badaniom profilaktycznym i składanie aktualnego świadectwa zdrowia,
   10) składanie polisy ubezpieczeniowej oraz dokumentów stwierdzających posiadanie i podnoszenie kwalifikacji zawodowych,
   11) poddanie się kontroli i ocenie dokonywanej przez Dyrektora Szpitala lub upoważnione przez niego osoby,
   12) wykazywanie należytej dbałości o składniki majątkowe materialne i niematerialne stanowiące własność Szpitala,
   13) dbanie o dobre imię i pozytywny wizerunek Szpitala,

14) realizacja misji Szpitala.

§ 4
ASYSTENT ODDZIAŁU

1. Młodszy Asystent, Asystent, Starszy Asystent podlega bezpośrednio Ordynatorowi/Koordynatorowi oddziału
2. Do obowiązków Asystenta należy w szczególności:
   1) codzienne uczestnictwo w raportach lekarskich,
   2) przeprowadzanie wywiadów z pacjentami, stawianie diagnozy wstępnej,
   3) zlecanie badań diagnostycznych i leczniczych współpracującym lekarzom i pielęgniarkom,
   4) wykonywanie zabiegów diagnostycznych i terapeutycznych,
   5) bieżące ocenianie stanu pacjenta, postępów w leczeniu oraz wyników badań,
   6) stała weryfikacja wstępnej diagnozy leczenia,
   7) wnioskowanie o zakończeniu hospitalizacji pacjenta do Ordynatora/Koordynatora,
   8) udział w badaniach sekcyjnych,
   9) prowadzenie dokumentacji wg procedury,
   10) zabezpieczenie całodobowej opieki,
   11) systematyczne samokształcenie,
   12) uczestnictwo w zebraniach Towarzystw Naukowych,,
   13) szkolenie personelu średniego w zakresie diagnostyki i leczenia prowadzonego oddziału
   14) przestrzeganie praw pacjenta i etyki lekarskiej,
   15) niezwłocznie zawiadomić Ordynatora/Koordynatora o wszelkich ważniejszych wydarzeniach w oddziale i o wykroczeniach popełnionych zarówno przez personel jak i chorych, a także o wydanych przez siebie zarządzeniach,
   16) niezwłocznie zawiadomić Ordynatora/Koordynatora o nagłej śmierci chorego w oddziale, podobnie jak w przypadkach zagrożenia życia u chorego przebywającego w oddziale.

§ 5
LEKARZ STAŻYSTA

1. Lekarz stażysta podlega bezpośrednio Ordynatorowi/Koordynatorowi oddziału.
2. Do obowiązków lekarza Stażysty należy w szczególności:
   1) zapoznanie się ze strukturą Szpitala i zasadami pracy poszczególnych oddziałów,
   2) codzienne uczestnictwo w raportach lekarskich,
   3) przeprowadzanie wywiadów z pacjentami, badanie pacjentów,
   4) współuczestniczenie w stawianiu diagnozy wstępnej,
   5) współuczestniczenie w zlecaniu badań i zabiegów diagnostyczno-leczniczych,
   6) współuczestniczenie w bieżącej ocenie stanu pacjenta, postępów leczenia oraz wyników badań,
   7) nabywanie umiejętności wykonywania badań i zabiegów diagnostyczno-leczniczych w zakresie określonym programem stażu,
   8) prowadzenie dokumentacji według procedury,
   9) uczestnictwo w badaniach sekcyjnych,
   10) pełnienie dyżurów według regulaminu stażowego,

11) zaliczanie kolokwiów wewnątrzoddziałowych i prowadzenie karty stażu podyplomowego systematyczne samokształcenie,
12) uczestnictwo w zebraniach Towarzystw Naukowych,
13) przestrzeganie praw pacjenta i etyki lekarskiej.

§ 6

KIEROWNIK BLOKU OPERACYJNEGO

1. Kierownik Bloku Operacyjnego podlega bezpośrednio Dyrektorowi.
2. Personel sal operacyjnych podlega bezpośrednio Kierownikowi Bloku Operacyjnego z zastrzeżeniem, które określa, że w czasie trwania zabiegu operacyjnego cały personel znajdujący się w obrębie sali operacyjnej jest podporządkowany:
   1) w sprawach dotyczących technicznego przeprowadzenia zabiegu lekarzowi operującemu,
   2) w sprawach ogólnego postępowania i bezpieczeństwa życia oraz zdrowia operowanego anestezjologowi.
3. Do obowiązków kierownika bloku operacyjnego należy w szczególności:
   1) kierownictwo i nadzór nad całością pracy bloku operacyjnego,
   2) współdziałanie z Ordynatorem/Koordynatorem oddziału anestezjologii i intensywnej terapii przy ustalaniu programu operacji,
   3) akceptowanie przedstawionego programu operacji pod kątem czystości sal operacyjnych oraz zabezpieczenia w środki służące do wykonywania zabiegu operacyjnego,
   4) dbanie o należyte zaopatrzenie i konserwację sprzętu i materiałów operacyjnych,
   5) kontrolna sterylizacji i jej aparatury w obrębie bloku operacyjnego,
   6) kontrolna dokumentacji i sprawozdawczość operacyjna,
   7) zapoznanie się z dokumentacją dotyczącą zakażeń występujących na bloku operacyjnym oraz informowaniu o tym pracowników oddziału,
   8) udział w zjazdach naukowych związanych z jego specjalnością,
   9) nadzór nad podwykonawcami usług medycznych.

§ 7

PIELĘGNIARKA/POŁOŻNA ODDZIAŁOWA

1. Pielęgniarka/położna Oddziałowa podlega bezpośrednio Przełożonej Pielęgniarek i Położnych, a funkcjonalnie w wykonywaniu czynności w oddziale Ordynatorowi/Koordynatorowi oddziału.
2. Do obowiązków Pielęgniarki / położnej Oddziałowej należy w szczególności:
   1) organizowanie i realizacja całodobowych kompleksowych świadczeń pielęgniarskich i położniczych,
   2) organizowanie pracy pielęgniarek, położnych z uwzględnieniem planowania i doboru prawidłowych metod postępowania pielęgnacyjnego stosownie do kwalifikacji personelu, stanu zdrowia pacjentów, ustalonego planu leczenia i pielęgnowania oraz wyposażenia oddziału,
   3) organizowanie, koordynowanie i nadzorowanie pracy podległego personelu,
   4) nadzór nad terminowym i prawidłowym realizowaniem powierzonych zadań, w tym zabiegów diagnostycznych, leczniczych, rehabilitacyjnych i pielęgnacyjnych,
   5) nadzorowanie przestrzegania przez podległych pracowników obowiązujących ich przepisów i norm etycznych,

6) zabezpieczenie i prowadzenie racjonalnej gospodarki sprzętem medycznym i gospodarczym, lekami i innymi środkami niezbędnymi do prawidłowego funkcjonowania oddziału,
7) nadzór nad apteczkę oddziałową, dba o prawidłowe przechowywanie i podawanie leków
8) stwarzanie warunków organizacyjno – technicznych do wykonywania zadań na oddziale,
9) nadzór nad prawidłowym stanem sanitarno – epidemiologicznym i porządkowym oddziału zgodnie z przepisami sanitarnymi, bhp i przeciwpożarowymi,
10) zapewnienie pracownikom odpowiednich warunków pracy,
11) prowadzenie racjonalnej, dostosowanej do realizowanych zadań polityki kadrowej, w tym związanej z doskonaleniem umiejętności, doskonaleniem i rozwojem zawodowym,
12) planowanie i organizacja zebrań i szkoleń wewnątrzoddziałowych,
13) zapewnienie bezpieczeństwa pobytu prawidłowej adaptacji pacjenta w oddziale oraz przestrzegania praw pacjentów,
14) organizowanie i realizacja zadań z zakresu profilaktyki i promocji zdrowia w stosunku do pacjentów i ich rodzin lub opiekunów,
15) współpraca z członkami zespołu terapeutycznego,
16) nadzór nad sprawami administracyjno – ekonomicznymi oddziału

§ 8

PIELĘGNIARKA

1. Pielęgniarka podlega bezpośrednio Pielęgniarce Oddziałowej.
2. Do obowiązków Pielęgniarki należy w szczególności:
   1) rozpoznawanie warunków i potrzeb zdrowotnych pacjentów,
   2) rozpoznawanie problemów pielęgnacyjnych i ustalenie procesu pielęgnowania,
   3) sprawowanie opieki pielęgniarskiej , pielęgnowanie pacjentów według indywidualnego planu opieki,
   4) realizacja zleceń lekarskich w procesie diagnostyki, leczenia i rehabilitacji,
   5) samodzielne udzielanie w określonym zakresie świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych,
   6) udzielanie pierwszej pomocy w stanach zagrożenia życia,
   7) dokonywanie pomiarów podstawowych parametrów życiowych,
   8) przygotowywanie pacjentów do badań diagnostycznych i asystowanie przy ich wykonaniu,
   9) pobieranie materiałów do badań diagnostycznych,
   10) prowadzenie obowiązującej dokumentacji medycznej,
   11) edukacja zdrowotna pacjentów, ich rodzin lub opiekunów,
   12) przestrzeganie praw pacjenta i zasad etyki zawodowej,
   13) przyuczanie na stanowisku pracy stażystów i praktykantów,
   14) samokształcenie i doskonalenie zawodowe.

§ 9

POŁOŻNA

1. Położna podlega bezpośrednio Położnej Oddziałowej.
2. Do obowiązków Położnej należy w szczególności:

1) planowanie indywidualnej opieki nad pacjentkami i noworodkiem i jej realizacja zgodnie z kwalifikacjami i kompetencjami zawodowymi,
2) przeprowadzanie wywiadów z pacjentkami,
3) realizacja zleceń lekarskich w procesie diagnostyki, leczenia i rehabilitacji,
4) samodzielne udzielanie w określonym zakresie świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych,
5) udzielanie pierwszej pomocy w stanach zagrożenia życia,
6) dokonywanie pomiarów podstawowych parametrów życiowych,
7) przygotowywanie pacjentów do badań diagnostycznych i asystowanie przy ich wykonaniu,
8) pobieranie materiałów do badań diagnostycznych,
9) prowadzenie obowiązującej dokumentacji medycznej,
10) edukacja zdrowotna pacjentów, ich rodzin lub opiekunów,
11) przestrzeganie praw pacjenta i zasad etyki zawodowej,
12) przyuczanie na stanowisku pracy stażystów i praktykantów,
13) samokształcenie i doskonalenie zawodowe.

§ 10
SEKRETARKA MEDYCZNA

1. Sekretarka medyczna podlega bezpośrednio pielęgniarce/położnej oddziałowej, merytorycznie Ordynatorowi/Koordynatorowi oddziału, kierownikowi pracowni.
2. Do obowiązków sekretarki medycznej należy w szczególności:
   1) wykonywanie zadań administracyjno – statystycznych,
   2) dokonywanie rejestrów pacjentów,
   3) dokonywanie zapisów w dokumentacji medycznej oraz wypisywanie kart informacyjnych pod nadzorem lekarza,
   4) wypisywanie skierowań na badania diagnostyczne i zabiegi oraz innych dokumentów związanych z działalnością oddziału,
   5) sporządzanie odpisów dokumentacji medycznej oddziału,
   6) sporządzanie zestawień statystycznych i sprawozdań dla potrzeb Szpitala,
   7) prowadzenie rejestru określonych danych dla potrzeb oddziału,
   8) prowadzenie rejestru pacjentów leczonych w oddziale,
   9) czuwanie nad bazą danych pacjentów w systemie elektronicznym Program Ruch Chorych,
   10) przygotowywanie i wydawanie na zlecenie Ordynatora/Koordynatora kopii dokumentacji.

§ 11
OPIEKUN MEDYCZNY

1. Opiekun medyczny podlega bezpośrednio Pielęgniarce Oddziałowej
2. Opiekun medyczny jest zawodem pomocniczym w zakresie czynności opiekuńczo – pielęgnacyjnych u pacjentów w środowisku szpitalnym.
3. Do podstawowych zadań i obowiązków opiekuna medycznego należy w szczególności :
   1) rozpoznawanie i rozwiązywanie problemów opiekuńczych pacjentów,
   2) pomaganie pacjentom w zaspokajaniu podstawowych potrzeb biologicznych,
   3) aktywizowanie pacjentów do zwiększania samodzielności życiowej,
   4) zapewnienie pacjentom bezpieczeństwa fizycznego i psychicznego,

5) wykonywanie zabiegów higienicznych i zapewnienie pacjentom higienicznych warunków otoczenia,
6) asystowanie pielęgniarce / położnej podczas wykonywania zabiegów pielęgniarskich,
7) pomaganie pacjentom w podtrzymywaniu aktywności społecznej,
8) popularyzacja zachowań prozdrowotnych

§ 12

SANITARIUSZ/NOSZOWY

1. Sanitariusz / noszowy podlega bezpośrednio Pielęgniarce Oddziałowej Izby Przyjęć.
2. Sanitariusz/noszowy pomaga w czynnościach związanych z obsługą pacjenta oraz w transporcie pacjentów.
3. Do obowiązków Sanitariusza / noszowego należy w szczególności:
   1) przemieszczanie i transport pacjentów zgodnie z zaleceniami personelu medycznego,
   2) pomoc w czynnościach pielęgniarskich,
   3) wykonywanie prac pomocniczych na rzecz oddziału,
   4) dbanie o wyposażenie stanowiska pracy oraz o estetyczny wygląd osobisty,
   5) zgłaszanie pielęgniarce bieżących usterek w pomieszczeniach oddziału,
   6) transport materiału do badań laboratoryjnych i wyników badań,
   7) transport próbek krwi i zleceń do krwiodawstwa,
   8) transport pacjentów na badania diagnostyczne i zabiegi specjalistyczne, konsultacje i asystowanie przy tych badaniach,
   9) udział w transporcie pacjentów do innych placówek ochrony zdrowia i do domu,
   10) zabezpieczanie odzieży i obuwia pacjentów hospitalizowanych,
   11) dbanie o bezpieczeństwo powierzonej dokumentacji medycznej,
   12) przestrzeganie praw pacjenta,
   13) udział w szkoleniach,
   14) samokształcenie.

§ 13

KIEROWNIK APTEKI

1. Kierownik Apteki podlega bezpośrednio Dyrektorowi.
2. Kierownikowi Apteki podlega bezpośrednio Apteka Szpitalna.
3. Do obowiązków Kierownika Apteki należy w szczególności:
   1) zapewnienie kompleksowego zaopatrzenia komórek organizacyjnych szpitala w leki i wyroby medyczne,
   2) stwarza warunki organizacyjne do wykonywania zadań w aptece,
   3) organizuje pracę poprzez ustalenie odpowiednich procedur w zakresie wydawania leków i wyrobów medycznych oraz sporządzania leków recepturowych,
   4) zapewnia prawidłowe i terminowe wykonanie usług farmaceutycznych,
   5) organizuje właściwy przepływ informacji do komórek organizacyjnych Szpitala, w zakresie dotyczącym działalności Apteki,
   6) zapewnia dostęp do leków poza godzinami pracy apteki zgodnie z obowiązującą procedurą,
   7) nadzoruje przechowywanie leków w komórkach organizacyjnych poprzez kontrolę apteczek oddziałowych,
   8) uczestniczy w monitorowaniu działań niepożądanych leków zgodnie z ustaloną procedurą,

9) czuwa nad jakością leków i wyrobów medycznych poprzez uwzględnienie informacji zawartych w komunikatach Głównego i Wojewódzkiego Inspektora Farmaceutycznego,
10) udziela informacji o lekach personelowi medycznemu Szpitala,
11) bierze udział w racjonalizacji terapii przez udział w pracach Komitetu Terapeutycznego, Komitetu Medycznego oraz Komitetu ds. Zakażeń szpitalnych,
12) prowadzi ewidencję leków otrzymanych w formie darowizny oraz bezpłatnych próbek lekarskich,
13) w zakresie kompetencji realizuje politykę Zintegrowanego Systemu Zarządzania Jakością,
14) podnosi swoje kompetencje zawodowe,
15) w pracy stosuje i przestrzega zasad etyki zawodowej.

§ 14

ZASTĘPCA KIEROWNIKA APTEKI SZPITALNEJ

Podlega bezpośrednio Kierownikowi Apteki.

1. Uczestniczy w organizacji pracy w zakresie wydawania leków i wyrobów medycznych.
2. Planuje (w porozumieniu z Kierownikiem Apteki Szpitalnej) i składa zamówienia na leki i wyroby medyczne, przyjmuje dostawy, realizuje zamówienia z oddziałów i prowadzi ewidencję leków odurzających.
3. Nadzoruje gospodarkę lekami psychotropowymi w aptece oraz odpowiada za ich prawidłową ewidencję.
4. Przygotowuje leki recepturowe, które z mocy prawa są w zakresie uprawnień farmaceuty.
5. Nadzoruje prawidłowe przechowywanie leków w aptece.
6. Wydaje leki poza godzinami pracy apteki zgodnie z obowiązującą procedurą.
7. Czuwa nad jakością leków poprzez monitorowanie na bieżąco komunikatów Głównego i Wojewódzkiego Inspektora Farmaceutycznego.
8. Pod nieobecność Kierownika Apteki przejmuje jego obowiązki.
9. W zakresie kompetencji realizuje politykę Zintegrowanego Systemu Zarządzania Jakością.
10. Podnosi swoje kwalifikacje zawodowe.
11. W pracy stosuje i przestrzega zasad etyki zawodowej.

§ 15

ST. TECHNIK FARMACEUTYCZNY/TECHNIK FARMACEUTYCZNY

Podlega bezpośrednio Kierownikowi Apteki.

1. Przyjmuje dostawy leków i wyrobów medycznych oraz sprawdza ich zgodność z dokumentem dostawy.
2. Rozmieszcza leki w Aptece zgodnie z ich warunkami przechowywania.
3. Realizuje zamówienia z oddziałów na leki i wyroby medyczne zgodnie z uprawnieniami.
4. Monitoruje stany wydawanych leków i wyrobów medycznych.
5. Monitoruje terminy ważności leków.
6. Sporządza leki recepturowe (zgodnie z uprawnieniami) i prowadzi ewidencję ich wykonania.
7. Monitoruje sprawność chłodziarek i lodówek oraz nadzoruje ich czystość.
8. W zakresie kompetencji realizuje politykę Zintegrowanego Systemu Zarządzania Jakością.
9. Podnosi swoje kwalifikacje zawodowe.
10. W pracy stosuje i przestrzega zasad etyki zawodowej.

§ 16
MAGISTER FARMACJI

Podlega bezpośrednio Kierownikowi Apteki.

1. Uczestniczy w organizacji pracy w zakresie wydawania leków i wyrobów medycznych.
2. Uczestniczy w planowaniu zamówień, składa zamówienia na leki i wyroby medyczne, przyjmuje dostawy, realizuje zamówienia z oddziałów.
3. Wykonuje leki recepturowe w zakresie uprawnień magistra farmacji.
4. Czuwa nad jakością leków poprzez monitorowanie na bieżąco komunikatów Głównego i Wojewódzkiego Inspektora Farmaceutycznego.
5. W zakresie kompetencji realizuje politykę Zintegrowanego Systemu Zarządzania Jakością.
6. Podnosi swoje kwalifikacje zawodowe.
7. W pracy stosuje i przestrzega zasad etyki zawodowej.

§ 17
POMOC APTECZNA

Podlega bezpośrednio Kierownikowi Apteki.

1. Odpowiada za utrzymanie czystości wszystkich pomieszczeń Apteki- włącznie z pomieszczeniem do pracy w warunkach aseptycznych.
2. Asystuje przy przyjmowaniu dostaw do Apteki i ekspediowaniu na oddziały Szpitala.
3. Przygotowuje odpowiednio utensylia apteczne do pracy w recepturze.
4. Obsługuje urządzenia do destylacji i sterylizacji suchym gorącym powietrzem.
5. Wykonuje dodatkowe czynności pomocnicze zlecone przez przełożonego.
6. W zakresie kompetencji realizuje w pracy politykę Zintegrowanego Systemu Zarządzania Jakością.
7. Podnosi swoje kwalifikacje zawodowe.
8. W pracy stosuje i przestrzega zasad etyki zawodowej.

§ 18
KIEROWNIK DZIAŁU EPIDEMIOLOGII I HIGIENY SZPITALNEJ

1. Kierownik działu Epidemiologii I Higieny Szpitalnej podlega bezpośrednio Z-cy Dyrektora ds. administracyjno-eksploatacyjnych.
2. Do obowiązków Kierownika Działu Epidemiologii i Higieny Szpitalnej należy w szczególności:
   1) Sprawowanie nadzoru epidemiologicznego nad Szpitalem.
   2) Sprawowanie nadzoru nad centralną sterylizatornią.
   3) Sprawowanie nadzoru nad sekcją gospodarczą i higieny szpitalnej.
   4) Szpitalna polityka antybiotykowa.
3. W zakresie **nadzoru epidemiologicznego** nad Szpitalem do zadań Kierownika należy:
   1) nadzór nad opracowywaniem planów i kierunków systemu zapobiegania i zwalczania zakażeń szpitalnych (PRXIII-Profilaktyka zakażeń szpitalnych ZSZJ),
   2) prowadzenie kontroli wewnętrznej oraz przedstawienie wyników i wniosków z tej kontroli Dyrektorowi i Komitetowi zakażeń szpitalnych. Zakres kontroli wewnętrznej obejmuje ocenę prawidłowości i skuteczności:
      – oceny ryzyka występowania zakażeń związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych (na bieżąco),

- monitorowania czynników alarmowych i zakażeń związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych w zakresie wykonywanych świadczeń (codzienna weryfikacja wszystkich historii chorób, raporty 2x w roku),
- prowadzenie dochodzeń epidemiologicznych w związku z wykryciem szczepów alarmowych,
- procedur zapobiegania zakażeniom i chorobom zakaźnym związanym z udzielaniem świadczeń zdrowotnych, w tym procedur dekontaminacji: higiena rąk, ocena wkłuć obwodowych (1x w miesiącu we wszystkich oddziałach), kontrola mikrobiologiczna czystości powietrza (na bloku operacyjnym i w aptece zgodnie z planem), kontrola wody na obecność pałeczek Legionella spp (częstotliwość uzależniona od poprzednich wyników),
- stosowania środków ochrony indywidualnej i zbiorowej (w ramach stanu sanitarno-epidemiologicznego oddziałów oraz wywiadach epidemiologicznych),
- wykonywania badań laboratoryjnych (2x w ciągu roku ocena realizacji instrukcji dotyczącej zaleceń diagnostyki mikrobiologicznej u przyjmowanych pacjentów),
- analizy lokalnej sytuacji epidemiologicznej (codzienny monitoring gorączkujących, rejestracja aletr patogenów, przeprowadzanie dochodzeń epidemiologicznych, profilaktyki antybiotykowej i przewodzenie zespołowi ds. antybiotykoterapii,
- konsultacje mikrobiologiczne i sporządzanie map zakażeń

3) ocena wyników kontroli wewnętrznej,
4) szkolenie personelu z zakresu kontroli zakażeń szpitalnych,
   - wstępne (wszystkich nowo zatrudnionych pracowników),
   - okresowe (2x w roku),
   - doraźne,
5) konsultowanie osób podejrzanych o zakażenie lub chorobę zakaźną oraz tych, u których rozpoznano zakażenie lub chorobę zakaźną,
6) udział w przygotowaniu i prowadzeniu przetargów mających wpływ na stan sanitarno-epidemiologiczno-higieniczny Szpitala,
7) planowanie pracy, organizowanie, nadzór, kontrola i rozliczanie podległego personelu w ramach realizacji zadań związanych z udzielaniem świadczeń opieki zdrowotnej.

4. W zakresie nadzoru **nad centralną sterylizatornią** do zadań kierownika należy w szczególności:
   1) nadzór nad prawidłowym organizowaniem, dokumentowaniem, planowaniem,
   2) zatwierdzenie planu gospodarki materiałowej i inwestycyjnej centralnej sterylizatorni oraz opiniowanie specyfiki przedmiotu zamówienia w procedurach przetargowych materiałów eksploatacyjnych i materiałów poddawanych sterylizacji,
   3) nadzór nad opracowywaniem i kontrolą procedur związanych z postępowaniem z wyborami medycznymi, z narzędziami, sprzętem medycznym, materiałami opatrunkowymi i bielizna przed, w trakcie i po procesie sterylizacji,
   4) analiza i kontrola procedur związanych z wyborem właściwej metody sterylizacji,
   5) nadzór nad prawidłowym transportem materiałów do i z centralnej sterylizatorni,
   6) planowanie pracy, organizowanie, nadzór, kontrola i rozliczanie podległego personelu w ramach realizacji zadań związanych z udzielaniem świadczeń opieki zdrowotnej.
5. W zakresie nadzoru nad **sekcją gospodarczą i higieny szpitalnej** do zadań kierownika należy w szczególności:
   1) nadzór nad prawidłowym funkcjonowaniem firmy sprzątającej w zakresie:

- sprzątania,
- dezynfekcji
- transportu wewnętrznego
- DDD
- prowadzenia szatni

2) nadzór nad gospodarką odpadami w zakresie odpadów innych niż niebezpieczne i specjalne,
3) nadzór nad prawidłowym realizowaniem umów w zakresie: DDD, prania bielizny, ochrony mienia, wywozu odpadów komunalnych, niszczenia dokumentów, tapicerowania mebli, wykonywania tablic informacyjnych, usługami teleinformatycznymi,
4) współpraca z prezesem Sądu Okręgowego w Olsztynie i Naczelnikiem Więzienia w Olsztynie celem współpracy w zakresie wykonywania pracy społecznie użytecznej przez skazanych na terenie Miejskiego Szpitala Zespolonego w Olsztynie,
5) uczestnictwo w pracach nad jednolitą szatą graficzną zgodnie z obowiązującymi przepisami w porozumieniu z Kierownikiem działu marketingu,
6) nadzór nad jednolitą szatą graficzną zgodnie z obowiązującymi przepisami i rejestrem pieczątek,
7) nadzór nad dokumentacją szkolenia podyplomowego lekarzy oraz uprawnień do prowadzenia specjalizacji w oddziałach szpitalnych (umowy, aneksy, harmonogramy szkoleń),
8) przygotowanie opisu przedmiotu zamówienia na postępowanie przetargowe z podległego zakresu na 30 lub 80 dni przed ogłoszeniem postępowania i nadzorowanie realizacji tej umowy,
9) nadzór nad pojazdami i pracą kierowców,
10) nadzór nad pracą metronoma szpitalnego,
11) planowanie pracy, organizowanie, nadzór, kontrola i rozliczanie podległego personelu w ramach realizacji zadań związanych z udzielaniem świadczeń opieki zdrowotnej.

§ 19
SPECJALISTA DS. HIGIENY I EPIDEMIOLOGII W DZIALE EPIDEMIOLOGII I HIGIENY SZPITALNEJ

1. Specjalista ds. higieny i epidemiologii podlega bezpośrednio Kierownikowi Działu Epidemiologii i Higieny Szpitalnej.
2. Do obowiązków Specjalisty ds. higieny i epidemiologii należy w szczególności:
   1) Nadzorowanie i kontrolowanie prawidłowego zgłaszania zakażeń szpitalnych i czynników alarmowych do prowadzonego rejestru.
   2) Okresowa analiza danych z prowadzonych rejestrów.
   3) Opracowanie i wdrażanie w porozumieniu z Kierownikiem działu programów dotyczących profilaktyki oraz zwalczania zakażeń szpitalnych, współudział w opracowywaniu programu i harmonogramu kontroli zakażeń szpitalnych, przygotowanie zaleceń pokontrolnych, przekazywanie wyników kontroli i wydawanie zaleceń kierownikom/koordynatorom jednostek organizacyjnych.
   4) Opracowywanie i prowadzenie dokumentów Zespołu Kontroli Zakażeń Szpitalnych związanych z Profilaktyką Zakażeń Szpitalnych oraz przestrzeganie procedur Zintegrowanego Systemu Zarządzania Jakością oraz pozostałych norm wdrożonych w Miejskim Szpitalu Zespolonym.
   5) Prowadzenie kontroli wewnętrznej w oddziałach i komórkach Szpitala oraz opracowywanie dokumentacji związanych z kontrolą.

6) Nadzór w porozumieniu z Kierownikiem działu nad wdrożonymi działaniami profilaktycznymi zakażeń szpitalnych, a w szczególności:
   a) właściwą izolacją i segregacją chorych,
   b) systemem transportu wewnętrznego,
   c) dezynfekcją i sterylizacją sprzętu medycznego.
   d) utrzymaniem higieny środowiska szpitalnego (w tym: dezynfekcją).
7) Współpraca z komórkami zakładu odpowiedzialnymi za ochronę zdrowia personelu t.j. lekarzem d/s badań profilaktycznych, inspektorem bhp.
8) Nadzorowanie i monitorowanie pracy personelu szpitala (postępowania poekspozycyjne, środki ochrony indywidualnej), przestrzegania standardów i procedur obowiązujących w szpitalu.
9) Przeprowadzanie dochodzeń epidemiologicznych w przypadku wystąpienia szczepów alarmowych.
10) Monitorowanie przestrzegania standardów organizacyjnych mających na celu zmniejszenie ryzyka powstania zakażeń szpitalnych, a w tym wprowadzanych koniecznych ograniczeń w ramach tzw. „reżimu sanitarnego”.
11) Opracowanie i wdrażanie w porozumieniu z kierownikiem działu standardów postępowania higienicznego, aseptycznego i antyseptycznego zgodnego z wymogami sanitarnymi.
12) Uczestnictwo w pracach określających zakres remontów, inwestycji i zakupów środków związanych z profilaktyką zakażeń szpitalnych mających wpływ na stan sanitarno-higieniczny zakładu.
13) Organizowanie i nadzorowanie pracą Centralnej Sterylizatorni podczas nieobecności Kierownika Centralnej Sterylizatorni.
14) Współpraca z kierownikiem działu w sprawie organizowania szkolenia personelu medycznego w zakresie problematyki zakażeń szpitalnych: podstawowego - dla nowo zatrudnionych w zakresie obowiązującego reżymu sanitarnego (zapoznanie z definicjami zakażeń i przepisami sanitarno-higienicznymi obowiązującymi w MSZ, a mającymi na celu przeciwdziałanie zakażeniom, winno być potwierdzone podpisem osoby przeszkolonej),okresowego, doskonalącego – dla zatrudnionego w zakładzie personelu medycznego,
15) Uczestnictwo w pracach Komitetu Zakażeń Szpitalnych.
16) Udział w nadzorze nad właściwym sposobem przechowywania i transportem materiałów do badań bakteriologicznych na terenie szpitala.
17) Pobieranie wymazów „czystościowych” z oddziałów w przypadku tego wymagających.
18) Udział w przygotowaniu i prowadzeniu przetargów mających wpływ na stan sanitarno-epidemiologiczno-higieniczny w porozumieniu z Kierownikiem działu.
19) Udział w nadzorze nad prawidłowym funkcjonowaniem zewnętrznej firmy sprzątającej pod względem stanu sanitarno-higienicznego w zakresie sprzątania, dezynfekcji i transportu wewnętrznego.
20) Pracownik musi dostosować się do zasad Regulaminu Pracy, zaleceń i decyzji obowiązujących u pracodawcy, przestrzegać procedur Zintegrowanego Systemu Zarządzania Jakością oraz pozostałych norm wdrożonych w Miejskim Szpitalu Zespolonym.

§ 20
OPERATOR/TECHNIK STERYLIZACJI MEDYCZNEJ

1. Operator/Technik sterylizacji medycznej podlega bezpośrednio Kierownikowi Centralnej Sterylizatorni.
2. Do obowiązków Operatora/Technika sterylizacji medycznej należy w szczególności:
   1) Codzienne sprawdzanie i przygotowanie myjni-dezynfektorów i sterylizatorów.
   2) Wewnętrzny transport (w obrębie CS) materiału do mycia, dezynfekcji i sterylizacji oraz właściwe obchodzenie się z nim.

3) Utrzymywanie w czystości i należytym porządku wózków transportowych, myjni-dezynfektorów, sterylizatorów, zgrzewarek, stanowisk pracy.
4) Obsługa urządzeń technologicznych w Centralnej Sterylizatorni (myjni narzędziowych, myjni ultradźwiękowej, sterylizatorów parowych i niskotemperaturowych.
5) Przeprowadzanie odpowiednich testów kontrolujących prawidłowy przebieg procesów mycia dezynfekcji i sterylizacji.
6) Prowadzenie dokumentacji, w tym ewidencji wszystkich procesów i obiegu materiału od momentu wejścia do momentu wyjścia z Centralnej Sterylizatorni.
7) Dobieranie i stosowanie odpowiednich metod mycia i dezynfekcji w zależności od rodzaju instrumentarium i sprzętu.
8) Dobieranie i stosowanie odpowiednich metod sterylizacji w zależności od rodzaju instrumentarium i sprzętu.
9) Stosowanie odpowiednich opakowań do narzędzi i materiałów medycznych poddawanych sterylizacji.
10) Pakowanie i sterylizowanie materiałów opatrunkowych i bielizny do sterylizacji.
11) Kompletowanie, sprawdzanie i składanie zestawów zabiegowych pochodzących z Bloku Operacyjnego i Oddziałów Szpitala.
12) Zgłaszanie potrzeb zaopatrzenia w materiały eksploatacyjne wykorzystywane w Centralnej Sterylizatorni.
13) Samokształcenie.
14) Wykonywanie innych poleceń przełożonego związanych z zadaniami realizowanymi w komórce organizacyjnej.
15) Stosowanie się do procedur obowiązujących w Szpitalu.
16) Przestrzeganie zasad BHP oraz higienicznych i epidemiologicznych.

§ 21

TECHNIK STERYLIZACJI MEDYCZNEJ – BRYGADZISTA

1. Technik sterylizacji medycznej - brygadzista podlega bezpośrednio Kierownikowi Centralnej Sterylizatorni.
2. Do obowiązków Technika sterylizacji medycznej – brygadzisty należy w szczególności:
   1) Sprawowanie bezpośredniego nadzoru nad pracą personelu w sterylizacji.
   2) Bezpośredni nadzór nad prawidłowością procesów w sterylizacji:
      a) kontrola skuteczności dezynfekcji i sterylizacji zgodnie z aktualnymi wytycznymi i zarządzeniami,
      b) prowadzenie obowiązującej dokumentacji w sterylizacji,
      c) sprawowanie nadzoru nad systemem transportu materiału poddawanego sterylizacji,
   3) Codzienne sprawdzanie i przygotowanie myjni-dezynfektorów i sterylizatorów.
   4) Wewnętrzny transport (w obrębie CS) materiału do mycia, dezynfekcji i sterylizacji oraz właściwe obchodzenie się z nim.
   5) Utrzymywanie w czystości i należytym porządku wózków transportowych, myjni-dezynfektorów, sterylizatorów, zgrzewarek, stanowisk pracy.
   6) Obsługa urządzeń technologicznych w Centralnej Sterylizatorni (myjni narzędziowych, myjni ultradźwiękowej, sterylizatorów parowych i niskotemperaturowych.
   7) Przeprowadzanie odpowiednich testów kontrolujących prawidłowy przebieg procesów mycia dezynfekcji i sterylizacji.
   8) Prowadzenie dokumentacji, w tym ewidencji wszystkich procesów i obiegu materiału od momentu wejścia do momentu wyjścia z Centralnej Sterylizatorni.

9) Dobieranie i stosowanie odpowiednich metod mycia i dezynfekcji w zależności od rodzaju instrumentarium i sprzętu.
10) Dobieranie i stosowanie odpowiednich metod sterylizacji w zależności od rodzaju instrumentarium i sprzętu.
11) Stosowanie odpowiednich opakowań do narzędzi i materiałów medycznych poddawanych sterylizacji.
12) Pakowanie i sterylizowanie materiałów opatrunkowych i bielizny do sterylizacji.
13) Kompletowanie, sprawdzanie i składanie zestawów zabiegowych pochodzących z Bloku Operacyjnego i Oddziałów Szpitala.
14) Zgłaszanie potrzeb zaopatrzenia w materiały eksploatacyjne wykorzystywane w Centralnej Sterylizatorni.
15) Samokształcenie.
16) Wykonywanie innych poleceń przełożonego związanych z zadaniami realizowanymi w komórce organizacyjnej.
17) Stosowanie się do procedur obowiązujących w Szpitalu.
18) Przestrzeganie zasad BHP oraz higienicznych i epidemiologicznych.

§ 22

PSYCHOLOG

1. Badania specjalistyczne na zlecenie lekarza prowadzącego jako uzupełnienie diagnozy lekarskiej:
   1) badanie inteligencji,
   2) badanie neuropsychologiczne,
   3) badanie osobowości,
   4) badanie przydatności zawodowej pacjentów po urazach mózgowo czaszkowych i po urazach kręgosłupa,
   5) badanie diagnostyczne wykonywane dla potrzeb kwalifikacji do zakładów opiekuńczych.
2. Udzielanie porad dla pacjentów i ich rodzin.
3. Pomoc psychologiczna dla pacjentów Szpitala i ich rodzin.
4. Przygotowanie emocjonalne pacjentek do porodu w oddziale położniczym i w Szkole Rodzenia.
5. Spotkania terapeutyczno-szkoleniowe dla pracowników Szpitala, grupowe i indywidualne zgodnie z zapotrzebowaniem i oczekiwaniami.
6. Pomoc psychologiczna dla pacjentów szpitala przed i po zabiegach operacyjnych na zlecenie lekarza prowadzącego.

§ 23

LEKARZ TRANSFUZJOLOG

1. Do obowiązków Lekarza transfuzjologa należy w szczególności:
   1) Nadzór nad krwiolecznictwem w oddziałach szpitalnych.
   2) Planowanie zaopatrzenia Szpitala w krew i preparaty krwiopochodne.
   3) Nadzór nad szpitalnym bankiem krwi.
   4) Wprowadzanie we współpracy RCK i K standardowych operacyjnych procedur i nadzór nad ich przestrzeganiem.
   5) Współpraca z RCK i K w organizacji szkoleń personelu lekarskiego i pielęgniarskiego.
2. Transfuzjolog Szpitala uprawniony jest do wglądu w dokumentację w oddziałach szpitalnych w celu :

1) dokonywania oceny wskazań do przetoczenia krwi i preparatów krwiopochodnych,
2) kontroli zużycia krwi i preparatów krwiopochodnych w celu ograniczenia niepotrzebnych transfuzji i nadmiernych zniszczeń,
3) oceny stosowanej metodyki przetoczeń,
4) analizy każdego powikłania poprzetoczeniowego wraz z oceną wdrożonego postępowania,
5) formułowania zleceń dotyczących procedur postępowania z krwią i preparatami krwiopochodnymi w oddziałach szpitalnych.

§ 24

Zakresy czynności innych osób niż pracownicy szpitala - osób pozostających w stosunkach cywilno-prawnych określają umowy zawarte pomiędzy Szpitalem a Zleceniobiorcą.

§ 25

KIEROWNIK CENTRALNEJ STERYLIZACJI/SPECJALISTA DS. HIGIENY I EPIDEMIOLOGII

1. Sprawowanie bezpośredniego nadzoru nad pracą personelu w sterylizacji, ustalenia miesięcznego rozkładu czasu pracy.
2. Odpowiedzialność materialna za powierzone urządzenia i sprzęt.
3. Bezpośredni nadzór nad prawidłowością procesów w sterylizacji:
   1) kontrola skuteczności dezynfekcji i sterylizacji zgodnie z aktualnymi wytycznymi i zarządzeniami,
   2) prowadzenie obowiązującej dokumentacji w sterylizacji,
   3) sprawowanie nadzoru nad systemem transportu materiału poddawanego sterylizacji.
4. Opracowywanie i wdrażanie w porozumieniu z kierownikiem działu programów dotyczących profilaktyki oraz zwalczania zakażeń szpitalnych, współudział w opracowywaniu programu i harmonogramu kontroli zakażeń szpitalnych, przygotowywanie zaleceń kontrolnych, przekazywanie wyników kontroli i wydawanie zaleceń kierownikom/koordynatorom jednostek organizacyjnych.
5. Opracowywanie i wdrażanie w porozumieniu z kierownikiem działu standardów postepowania higienicznego, aseptycznego i antyseptycznego zgodnego z wymogami sanitarnymi.
6. Prowadzenie kontroli wewnętrznej w oddziałach i komórkach Szpitala.
7. Nadzór w porozumieniu z Kierownikiem działu nad wdrożonymi działaniami profilaktycznymi zakażeń szpitalnych, a w szczególności:
   1) właściwa izolacją i segregacją chorych,
   2) systemem ruchu chorych, personelu i osób odwiedzających,
   3) systemem transportu wewnętrznego,
   4) przygotowywaniem posiłków, żywieniem pacjentów,
   5) dezynfekcją i sterylizacją sprzętu medycznego,
   6) utrzymaniem higieny środowiska szpitalnego (w tym: dezynfekcja i deratyzacja).
8. Współpraca z komórkami zakładu odpowiedzialnymi za ochronę zdrowia personelu tj.: lekarzem ds. badań profilaktycznych inspektorem bhp.
9. Nadzorowanie prawidłowej zgłaszalności wszystkich zakażeń szpitalnych i czynników alarmowych do prowadzonego rejestru oraz analiza danych.
10. Przeprowadzanie dochodzeń epidemiologicznych w przypadku wystąpienia szczepów alarmowych.

11. Monitorowanie przestrzegania instrukcji postępowania mającego na celu zmniejszenie ryzyka powstawania zakażeń szpitalnych, a w tym wprowadzanych koniecznych ograniczeń w ramach tzw. „reżimu sanitarnego”.
12. Współudział w prowadzeniu i opracowywaniu dokumentacji związanej z kontrolą zakażeń szpitalnych.
13. Uczestnictwo w pracach określających zakres remontów, inwestycji i zakupów środków związanych z profilaktyką zakażeń szpitalnych mających wpływ na stan sanitarno-higieniczny zakładu.
14. Współpraca z Kierownikiem działu w sprawie organizowania szkolenia personelu medycznego w zakresie problematyki zakażeń szpitalnych:
    - podstawowego – dla nowo przybyłych zatrudniających się w zakresie obowiązującego reżimu sanitarnego (zapoznanie z definicjami zakażeń i przepisami sanitarno-higienicznymi obowiązującymi w MSZ, a mającymi na celu przeciwdziałanie zakażeniom, winno być potwierdzone podpisem osoby przeszkolonej),
    - okresowego, doskonalącego – dla zatrudnionego w zakładzie personelu medycznego.
15. Uczestnictwo w pracach Komitetu Kontroli Zakażeń Szpitalnych.
16. Nadzorowanie właściwego sposobu pobierania, przechowywania i transportu materiału do badań bakteriologicznych oraz ścisła współpraca z zatrudnionym przez Szpital bakteriologiem klinicznym.
17. Opracowywanie i prowadzenie dokumentów Zespołu Kontroli Zakażeń Szpitalnych związanych z Profilaktyką Zakażeń Szpitalnych oraz przestrzeganie procedur Zintegrowanego Systemu Zarządzania Jakością oraz pozostałych norm wdrożonych w Miejskim Szpitalu Zespolonym.
18. Nadzorowanie i monitorowanie pracy personelu szpitala (postępowania poekspozycyjne, środki ochrony indywidualnej), przestrzegania standardów i procedur obowiązujących w Szpitalu.
19. Udział w przygotowywaniu i prowadzeniu przetargów mających wpływ na stan sanitarno-epidemiologiczo-higieniczny w porozumieniu z Kierownikiem Działu.
20. Udział w nadzorze nad prawidłowym funkcjonowaniem zewnętrznej firmy sprzątającej pod względem stanu sanitarno-higienicznego w zakresie sprzątania, dezynfekcji i transportu wewnętrznego.

Załącznik nr 4
do Regulaminu Organizacyjnego

ZADANIA KOMÓREK ORGANIZACYJNYCH ZAKŁADU LECZNICZEGO: „AMBULATORIUM MIEJSKIE”

§ 1
Zadania Poradni Diabetologicznej

1. Konsultacje dla POZ i sprawowanie planowej ciągłej opieki zdrowotnej wobec chorych z cukrzycą typu I, cukrzycą typu II z powikłaniami naczyniowymi oraz z dodatkowymi przewlekłymi chorobami towarzyszącymi, kobiet chorych na cukrzycę i planujących ciążę (we współpracy z Wojewódzkim Ośrodkiem Diabetologii i Zaburzeń Metabolizmu).
2. Działalność mającą na celu wczesne i aktywne wykrywanie cukrzycy (profilaktyka pierwotna badanie przesiewowe wśród rodzin chorych na cukrzycę, otyłych lub z nadwagą oraz wczesne rozpoznawanie i leczenie powikłań cukrzycy) (profilaktyka wtórna przy współpracy z okulistą, neurologiem, ginekologiem, położnikiem, ortopedą, chirurgiem-angiologiem, nefrologiem, psychologiem.
3. Prowadzenie edukacji dietetycznej w postaci porad dietetyka.
4. Rozwijanie właściwej dla potrzeb chorego na cukrzycę metod opieki środowiskowej, społecznej i prawnej.

§ 2
Zadania Poradni Endokrynologicznej

1. Diagnozowanie i leczenie chorób układu wydzielania wewnętrznego:
   1) choroby gruczołu tarczowego i gruczołów przytarczycznych,
   2) choroby przysadki,
   3) choroby rdzenia i kory nadnerczy,
   4) czynne hormonalne guzy trzustki,
   5) choroby gonad,
2. Kwalifikowanie chorych z nadczynnością tarczycy do leczenia radiojodem.
3. Kwalifikowanie chorych z chorobami endokrynologicznymi do zabiegów operacyjnych.
4. Stała współpraca z Zakładem Medycyny Nuklearnej w Olsztynie przy Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym.

§ 3
Zadania Poradni Kardiologicznej

1. Diagnozowanie chorób układu krążenia przy pomocy:
   1) leczenia chorób układu krążenia,
   2) wydawanie zaleceń konsultacyjnych dla lekarzy medycyny rodzinnej dotyczące profilaktyki i leczenia przewlekłego chorób układu krążenia,
   3) kierowanie pacjentów do ośrodków wysokospecjalistycznych w celu wykonania innych procedur, takich jak koronarografia, zabiegi rewaskularyzacji (PTCA, założenie stetówśródwięcowych, wszczepienie sztucznych zastawek serca, zabiegi pomostowania aortalno-wieńcowego, wszczepienie układu stymulującego serce, zabiegi albacji po badaniach elektrofizjologicznych).
2. Kwalifikowanie do leczenia rehabilitacyjnego, poszpitalnego pacjentów po zawałach serca lub po zabiegach kardiochirurgicznych.
3. Diagnostyka chorób układu krążenia;
   1) badaniaEkg,
   2) test wysiłkowej elektrokardiografii i dobutaminowy,

3) echokardiogram,
4) ekg 24 godz. metodą Holtera.

§ 4

Zadania Konsultacyjnej Poradni Chirurgii Klatki Piersiowej

1. Kontynuacja opieki ambulatoryjnej pacjentów hospitalizowanych i operowanych w Oddziale Klinicznym Chirurgii Klatki Piersiowej.
2. Konsultacja pacjentów skierowanych i innych placówek lecznictwa zamkniętego i ambulatoryjnego terenu województwa warmińsko-mazurskiego lub terenu Polski.
3. Konsultacje pacjentów skierowanych przez lekarzy rodzinnych z problemami chirurgicznymi klatki piersiowej.
4. Konsultacje z programu „Profilaktyka Nowotworów Płuc terenu województwa warmińsko-mazurskiego".
5. Prowadzenie nadzoru specjalistycznego w regionie warmińsko-mazurskim.

§ 5

Zadania Konsultacyjnej Poradni Okulistyki, Leczenia Jaskry i Laseroterapii

1. Konsultowanie chorych okulistycznych stwarzających problemy diagnostyczno-terapeutyczne kierowanych przez lekarzy okulistów.
2. Diagnozowanie – prognozowanie leczenia – terapia – kierowanie na leczenie do ośrodków klinicznych.
3. Kwalifikowanie chorych do planowanego leczenia w oddziale okulistycznym.
4. Kwalifikowanie chorych planowanych do leczenia w trybie pilnym.
5. Badania kontrolne chorych po leczeniu szpitalnym.
6. *PORADNIA LECZENIA JASKRY* – kwalifikacje chorych kierowanych przez lekarzy okulistów do zabiegów laserowych i operacyjnych.
7. *PRACOWNIA OCT i GDX*
   1) wczesna diagnostyka jaskry i chorób siatkówki,
   2) prognozowanie postępu choroby.
8. PRACOWNIA AF (ANGIOGRAFIA FLUORESCEINOWA)- diagnostyka chorób siatkówki.
9. LASEROTERAPIA przedniego odcinka gałki ocznej w trybie ambulatoryjnym ze szczególnym uwzględnieniem zabiegów laserowych w przebiegu jaskry.
10. PORADNIA LASEROTERAPII
    1) konsultuje chorych kierowanych przez lekarzy okulistów
    2) kwalifikacja chorych ambulatoryjnych do zabiegów laseroterapii i terapii anty VEGF
    3) Laseroterapia tylnego odcinka gałki ocznej w trybie ambulatoryjnym ze szczególnym uwzględnieniem zabiegów laserowych w przebiegu retinopatii cukrzycowej.
    4) Laseroterapia tylnego odcinka gałki ocznej u chorych leczonych w oddziale okulistycznym.
11. GABINET USG:
    1) Ultrasonografia gałek ocznych i oczodołów u chorych leczących się w oddziale okulistycznym.
    2) Ultrasonografia gałek ocznych i oczodołów u chorych kwalifikowanych do planowego leczenia w oddziale okulistycznym.
    3) Ultrasonografia gałek ocznych i oczodołów chorych ambulatoryjnych kierowanych przez lekarzy okulistów.

§ 6

Zadania Poradni Neurologicznej

1. Diagnozowanie i leczenie ze schorzeniami neurologicznymi pacjentów poudarowych i ze schorzeniami kręgosłupa, reedukacja mowy u pacjentów afatycznych, dyzartrycznych.
2. Działalność diagnostyczno-lecznicza.
3. Działalność konsultacyjna w okresie przed i poszpitalnym.
4. Prewencja chorób naczyniowych.
5. Kontynuacja leczenia poszpitalnego.

§ 7

Zadania Poradni Leczenia Bólu Przewlekłego

1. Leczenie przewlekłych zespołów bólowych, które nie mogą być złagodzone lub wyeliminowane leczeniem przyczynowym, a w szczególności:
   1) w zespołach korzeniowych kręgosłupa,
   2) w bólach głowy
      a) na podłożu naczyniowo-napięciowym
      b) w przebiegu myoarthropatii stawów skroniowo-żuchwowych
      c) na tle neuralgii nerwu trójdzielnego.
   3) w zespołach mięśniowo-powięziowych na tle zaburzeń metabolicznych,
   4) po przebytych chorobach nerwów obwodowych,
   5) w zespołach bólowych czynnościowych na tle neurotyczno depresyjnym
2. Leczenie przewlekłych zespołów bólowych poprzez stosowanie:
   1) elektro - akupunktury,
   2) zabiegów laserowych
   3) blokad nerwów i zwojów obwodowych,
   4) kombinowanej terapii inwazyjnej z klasyczną farmakoterapią.
3. Konsultacje dla lekarzy rodzinnych.

§ 8

Zadania Konsultacyjnej Poradni Chirurgii Szczękowej

1. Konsultacje z zakresu chirurgii szczękowej.
2. Porady konsultacyjne wymagające badań dodatkowych o rozszerzonym zakresie szczególnie: MR TK i USG w schorzeniach twarzoczaszki i szyi.
3. Porady zabiegowe z zakresu chirurgii szczękowej:
   1) doraźne w godzinach 8^{00} - 14^{00} wymagające natychmiastowego działania,
   2) planowe w zakresie chirurgii szczękowej wymagające zabezpieczenia oddziałów szpitalnych.

§ 9

Zadania Poradni Ginekologiczno – Położniczej i Ginekologii Onkologicznej

1. Prowadzenie ciąży patologicznej.
2. Prowadzenie ciąży wysokiego ryzyka zgodnie z programem opieki perinatalnej.
3. Diagnostyka ciąży patologicznej za pomocą:
   1) USG
   2) KTG
   3) badań laboratoryjnych.
4. Kwalifikowanie ciężarnych do leczenia szpitalnego.
5. Opieka specjalistyczna poszpitalna nad ciężarną.

6. Diagnostyka i leczenie chorób ginekologicznych.
7. Profilaktyka raka szyjki macicy wg programu podstawowego i rozszerzonego:
   1) Cytologia
   2) Kolposkopia
   3) Badania histopatologiczne.
8. Kwalifikacja do leczenia operacyjnego pacjentek chorych ginekologicznie.
9. Kwalifikacja do leczenia operacyjnego pacjentek chorych onkologicznie.
10. Opieka specjalistyczna poszpitalna.

§ 10

Zadania Poradni Urologicznej

1. Profilaktyka i wczesne wykrywanie chorób układu moczowego i męskich narządów płciowych:
   1) badania profilaktyczne i przesiewowe gruczołu krokowego.
2. Diagnostyka i leczenie zachowawcze chorób układu moczowego i męskich narządów płciowych.
3. Kwalifikowanie do leczenia operacyjnego chorób układu moczowego i męskich narządów płciowych.
4. Badania kontrolne po leczeniu zabiegowym.
5. Konsultowanie pacjentów ambulatoryjnych i hospitalizowanych.

§ 11

Zadania Poradni Reumatologicznej i Osteoporozy

1. Diagnozowanie i leczenie pacjentów ze schorzeniami układu ruchu, układowymi chorobami tkanki łącznej oraz osteoporozy kierowanych przez lekarza rodzinnego.
2. Profilaktyka następstw układu ruchu i osteoporozy.
3. Konsultowanie pacjentów kierowanych przez lekarzy - specjalistów.
4. Prowadzenie pacjentów w ramach programów lekowych NFZ-u z RZS, MIZS, ŁZS i ZZSK.

§ 12

Zadania Konsultacyjnej Poradni Dermatologicznej

1. Kontynuacja opieki ambulatoryjnej pacjentów hospitalizowanych w klinice po wypisie.
2. Konsultacje pacjentów skierowanych z regionalnych poradni dermatologicznych.
3. Zabiegi dermatochirurgiczne pacjentów ambulatoryjnych.

§ 13

Zadania Gabinetu Badań Profilaktycznych

1. Opieka profilaktyczna nad pracownikami oraz promocja zdrowia.
2. Prowadzenie badań:
   1) wstępnych kandydatów do pracy
   2) okresowych i kontrolnych
3. Prowadzenie procesu diagnostycznego-leczniczego pracowników.
4. Prowadzenie procedur związanych z chorobami zawodowymi pracowników.
5. Ustawiczne promowanie zdrowia.
6. Bieżące analizowanie stanu zdrowia pracowników.
7. Prowadzenie dokumentacji zgodnie z obowiązującymi przepisami.
8. Orzekanie o zdolności do pracy na określonym stanowisku.
9. Udział w komisjach zgodnie z zarządzeniem Dyrektora.

10. Współpraca z Państwową Inspekcją Pracy, Stacją Sanitarno-Epidemiologiczną oraz Wojewódzkim Ośrodkiem Medycyny Pracy.

§ 14

Zadania Działu Diagnostyki Laboratoryjnej

1. Zapewnienie świadczeń diagnostycznych w zakresie diagnostyki laboratoryjnej oraz serologii dla pacjentów hospitalizowanych i ambulatoryjnych przez całą dobę.
2. Wykonywanie badań z zakresu:
   1) analityki ogólnej,
   2) biochemii klinicznej,
   3) hematologii,
   4) koagulologi (badania układu krzepnięcia krwi),
   5) immunologii,
   6) immunologii transfuzjologicznej z Bankiem Krwi,
   7) immunodermatologii.
3. Wykonywanie badań zgodnie z zasadami dobrej praktyki laboratoryjnej.
4. Prowadzenie archiwizacji wykonanych badań i przechowywanie wyników w systemie informatycznym laboratorium.
5. Uczestniczenie w ogólnopolskich programach kontroli jakości badań, międzynarodowych programach kontroli badań z zakresu: biochemii klinicznej, hematologii, koagulologii i immunologii.
6. Kształcenie i szkolenie personelu medycznego.

§ 15

Zadania Pracowni Immunologii Transfuzjologicznej

1. Wykonywanie badań z zakresu immunologii transfuzjologicznej
   1) oznaczanie grupy krwi w układzie ABO i antygenu D z układu Rh,
   2) oznaczanie grupy krwi w układzie ABO i antygenu D z układu Rh i BTA u noworodków
   3) wykonanie próby zgodności serologicznej między dawcą a biorcą przed przetaczaniem krwi lub jej składników
   4) przeglądowe badanie na obecność przeciwciał odpornościowych do antygenów krwinek czerwonych w PTA
   5) badania związane z profilaktyką konfliktu w antygenie D
   6) diagnostyka ChHN w konflikcie ABO
   7) badanie grupy krwi w celu trwałej ewidencji
2. Zamawianie krwi i jej składników w Regionalnym Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa
   1) Kontrola prawidłowego transportu i odbioru krwi i jej składników z RCKiK
   2) Prowadzenie dokumentacji przychodu i rozchodu krwi i jej składników
   3) Przechowywanie krwi i jej składników do czasu ich wydania na oddział
   4) Wydawanie krwi i jej składników na oddziały
   5) Prowadzenie sprawozdawczości zużycia krwi.

§ 16

Zadania Działu Diagnostyki Obrazowej

1. Wykonywanie zdjęć rentgenowskich i prześwietleń skierowanych pacjentów oraz interpretacja wyników badań.
2. Wykonywanie badań w pracowni radiologicznej w zakresie:
   1) zdjęcia przeglądowe klatki piersiowej,

a) zdjęcie klatki piersiowej z oceną sylwetki serca,
2) zdjęcia przeglądowe jamy brzusznej,
3) zdjęcia kostne - w pełnym zakresie,
4) zdjęcia punktowe zęba,
5) badania z zastosowaniem środków kontrastowych:
a) badanie przełyku, żołądka i dwunastnicy
b) badanie przepukliny rozworu przełykowego przepony
c) pasaż treści cieniującej przez jelita
d) badanie jelita grubego - wlew doodbytniczy
e) urografia
f) ERCP - w części dotyczącej diagnostyki radiologicznej
g) cholangiografia śródoperacyjna
h) cholangiografia przez dren Kehra
i) HSG (histerosalpingografia)
j) fistulografia
6) zdjęciapantomograficzne i cefolometryczne
3. Wykonywanie badań diagnostycznych w zakresie:
1) usg jamy brzusznej dorosłych
2) usg urologiczne (ocena nerek, gruczołu krokowego, pęcherza moczowego z oceną zalegania po mikcji)
3) usg tarczycy,
4) usg ślinianek,
5) usg szyi (ocena węzłów chłonnych),
6) usg sutków,
7) usg jąder,
8) Dopplerowska analiza spektralna tętnic szyjnych i kręgowych (DSA),
9) badanie żył kończyn dolnych,
4. Kształcenie i szkolenie personelu medycznego

§ 17

Zadania Pracowni Fizjoterapii ul. Niepodległości 44

1. Udzielanie świadczeń w zakresie rehabilitacji leczniczej poprzez:
1) leczenie usprawniające chorych w oddziałach Szpitala Miejskiego,
2) wykonywanie zabiegów fizykoterapeutycznych i kinezyterapeutycznych na zlecenie lekarskie dla pacjentów oddziałów szpitalnych i pacjentów ambulatoryjnych.
2. Wykonanie zabiegów:
1) w zakresie fizykoterapii:
a) galwanizacje
b) elektrostymulacje na bazie prądów małej częstotliwości
c) prądy diadynamiczne
d) prądy interferencyjne,
e) leczenie ultradźwiękami, ultrafonoforeza,
f) terapia impulsowym polem magnetycznym wielkiej częstotliwości,
g) światłolecznictwo (UV,IR).
h) ciepłolecznictwo – FANGO
i) elektrolecznictwo – prądy diadynamiczne, Traberta, interferencje, elektrostymulacje, pradyneofaradyczne, elektrogimnostykę mm

j) jonoforezy prądem galwanicznym lub diadynamicznym
k) laseroterapia (904nm)

2) masażu:
a) wirowy kończyn dolnych
b) podwodny, wirowy kręgosłupa
c) leczniczy ręczny

3) kinezyterapii:
a) ćwiczenia rehabilitacyjne przy łóżku chorego- ćwiczenia bierne, czynne, stopniowa pionizacja, ćwiczenia oddechowe, nauka chodu, ćwiczenia wg metod usprawniania neurologicznego.
b) ćwiczenia w sali kinezyterapii, ćw. w odciążaniu, z oporem, czynne wodne, redresyjne, samo-wspomagane, trakcje kręgosłupa metodą bloczkowo-ciężarkową, podwieszenie całkowite
c) instruktaż ćwiczeń do samodzielnego wykonania przez chorego.

3. Kształcenie i szkolenie personelu medycznego

§ 18

Zadania Pracowni Fizjoterapii Al. Wojska Polskiego 30

1. Udzielanie świadczeń w zakresie rehabilitacji leczniczej poprzez:
1) leczenie usprawniające chorych w oddziałach Szpitala,
2) wykonywanie zabiegów fizykoterapeutycznych i kinezyterapeutycznych na zlecenie lekarskie i zgodnie z programem rehabilitacyjnym dla pacjentów hospitalizowanych w oddziałach i pacjentów ambulatoryjnych.
2. Wykonanie zabiegów w zakresie fizykoterapii
1) ciepłolecznictwo – infraróż, solux
2) naświetlanie ultrafioletem, światłem spolaryzowanym laserem
3) elektrolecznictwo: prądy diadynamiczne, Traberta, interferencje, elektrostymulacje, prądy neofaradyczne, elektrogimnostykę mm, TENS
4) jonoforezy prądem galwanicznym lub diadynamicznym
5) ultradźwięki, fonoforezy
6) pole wysokiej częstotliwości – Terapuls,
7) impulsowe pole magnetyczne
3. Wykonywanie zabiegów w zakresie masażu:
1) wirowy kończyn dolnych
2) wirowy kończyn górnych
3) masaż podwodny
4. Wykonywanie zabiegów w zakresie kinezyterapii:
1) ćwiczenia rehabilitacyjne przy łóżku chorego: ćwiczenia bierne, czynne, stopniowa pionizacja, ćw. oddechowe, nauka chodu,
2) ćwiczenia w sali kinezyterapii, ćwiczenia w odciążaniu, w odciążeniu z oporem, czynne wolne, i jego odmiany redresyjne (samościągające), samo-wspomagane, trakcje kręgosłupa metodą bloczkowo-ciężarkową, podwieszenie całkowite, ćwiczenia zespołowe,
3) instruktaż ćwiczeń do samodzielnego wykonania przez chorego.
5. Kształcenie i szkolenie personelu medycznego.

§ 19
Zadania Pracowni Endoskopii

1. Do zadań której należy w szczególności diagnozowanie i leczenie schorzeń górnego i dolnego odcinka przewodu pokarmowego oraz dróg żółciowych i trzustki:
   1) diagnozowanie:
      a) wziernikowanie przełyku, żołądka, dwunastnicy oraz jelita grubego,
      b) pobieranie materiału do badania histopatologicznego, cytologicznego oraz innych koniecznych testów,
   2) leczenie chorób przewodu pokarmowego:
      a) tamowanie krwawień z górnego odcinka przewodu pokarmowego,
      b) usuwanie zmian polipowatych górnego i dolnego odcinka przewodu pokarmowego
      c) nacięcie bańki wątrobowo-trzustkowej (sfinkterotomia) z ewakuacją kamieni z dróg żółciowych,
      d) mechaniczne rozkruszanie kamieni w drogach żółciowych (litotrypsja),
      e) wykonywanie innych zabiegów odbarczających niedrożność dróg żółciowych, trzustki (w tym zakładanie protez czasowych i stałych.

§ 20
Zadania Poradni Chirurgii Ogólnej

1. Kwalifikacja pacjentów do chirurgicznego leczenia otyłości patologicznej, nadzór pooperacyjny nad pacjentami po zabiegach bariatrycznych, monitorowanie wyników odległych, obowiązkowe wizyty kontrolne w ustalonych odstępach czasowych.
2. Kwalifikacja pacjentów do leczenia onkologicznego, planowanie diagnostyki onkologicznej, przygotowanie przedoperacyjne, opieka pooperacyjna i prowadzenie obowiązkowego nadzoru onkologicznego długoterminowo.
3. Długoterminowa opieka chirurgiczna nad pacjentami w wieku podeszłym wraz z leczeniem zachowawczym chorób chirurgicznych oraz kwalifikacją do ewentualnego lecenia chirurgicznego, poradnictwo w zakresie chirurgii geriatrycznej.
4. Bieżąca opieka pooperacyjna nad pacjentami poddawanymi zabiegom chirurgicznym w Klinice Chirurgii Ogólnej, Małoinwazyjnej i Wieku Podeszłego po wypisie ze szpitala, kwalifikacja do leczenia ogólnochirurgicznego w Klinice wraz z możliwością pogłębiania diagnostyki i wstępnego przygotowania pacjenta przed planowanym przyjęciem do Szpitala.

Załącznik nr 4.1
do Regulaminu Organizacyjnego

ZAKRESY CZYNNOŚCI PRACOWNIKÓW / ZLECENIOBIORCÓW ZAKŁADU LECZNICZEGO „AMBULATORIUM MIEJSKIE”

§ 1
KIEROWNIK PRZESIĘBIORSTWA – AMBULATORIUM MIEJSKIE

Do obowiązków Kierownika Zakładu Leczniczego Ambulatorium Miejskie należy w szczególności:

1. Nadzór nad organizacją pracy w komórkach organizacyjnych Zakładu Leczniczego.
2. Ocena i doskonalenie jakości świadczonych usług.
3. Usprawnianie metod i sposobów pracy poprzez ustalenie odpowiednich procedur w zakresie właściwych warunków pracy na wniosek kierowników działów.
4. Projektowanie wyposażenia stanowisk pracy w urządzenia, sprzęt i dokumentację na wniosek kierowników działów.
5. Nadzór nad podwykonawcami usług oraz współpraca z podmiotami świadczącymi usługi w ramach umów kontraktowych.
6. Zapewnienie prawidłowej komunikacji wewnętrznej.

§ 2
PIELĘGNIARKA

Pielęgniarka realizuje zadania wobec pacjentów współpracując z lekarzami specjalistami poprzez:

1. Rejestrowanie pacjentów:
   1) rejestracja pacjentów poprzez zgłoszenia osobiste, telefoniczne,
   2) prowadzenie kolejek oczekujących/list oczekujących na świadczenia zdrowotne,
   3) zakładanie i uzupełnianie historii chorób i innych dokumentów związanych z realizacją świadczeń zdrowotnych,
   4) sprawdzanie uprawnień pacjentów do świadczeń,
   5) udzielanie informacji o godzinach przyjęć w poszczególnych poradniach,
   6) przygotowanie gabinetów lekarskich do przyjęć pacjentów poprzez uzupełnienie obowiązujących druków, pieczątek, datowników itp.
   7) porządkowanie i przechowywanie historii chorób.
2. Przygotowanie poradni do przyjęć pacjentów przez lekarza/wyposaża poradnie w niezbędny sprzęt, narzędzia i materiał opatrunkowy.
3. Udzielanie pomocy przy badaniu chorych.
4. Wykonywanie zleceń lekarskich pacjentom zgłaszającym się do poradni.
5. Prowadzenie medycznej dokumentacji zgodnie z obowiązującymi wewnętrznymi przepisami – wypełnianie formularzy, skierowań, wniosków i orzeczeń lekarskich wydawanych choremu przez lekarza.
6. Udzielanie pierwszej pomocy przed lekarskiej w nagłych wypadkach.
7. Czuwanie nad aktualnością ogłoszeń dotyczących czasu pracy poradni.

§ 3
SEKRETARKA MEDYCZNA

1. Prowadzenie spraw związanych z rejestracją i przyjęciem pacjentów do poradni:
   1) rejestracja pacjentów poprzez zgłoszenia osobiste, telefoniczne,
   2) prowadzenie kolejek oczekujących/ list oczekujących,

3) zakładanie i uzupełnianie historii chorób i innych dokumentów związanych z realizacją świadczeń zdrowotnych,
4) sprawdzanie uprawnień pacjentów do świadczeń,
5) udzielanie informacji o godzinach przyjęć w poszczególnych poradniach,
6) przygotowanie gabinetów lekarskich do przyjęć pacjentów poprzez uzupełnienie obowiązujących druków, pieczątek, datowników,
7) porządkowanie i przechowywanie historii chorób.

2. Prowadzenie ewidencji przyjęć pacjentów w poszczególnych gabinetach lekarskich.
3. Wstępne opracowywanie dokumentacji do rozliczeń i celów statystycznych.
4. Współpraca z Działem Informatyki oraz Archiwum Zakładowym.
5. Czuwanie nad aktualnością ogłoszeń dotyczących czasu pracy poradni.

§ 4

KIEROWNIK DZIAŁU DIAGNOSTYKI LABORATORYJNEJ

1. Kierownik Działu Diagnostyki Laboratoryjnej podlega bezpośrednio Dyrektorowi
2. Do obowiązków Kierownika Działu Diagnostyki Laboratoryjnej należy w szczególności:
   1) zapewnienie jakości usług diagnostyki laboratoryjnej na poziomie możliwości szpitala,
   2) dążenie do ciągłego rozwoju Działu Diagnostyki Laboratoryjnej,
   3) organizowanie Pracy działu Diagnostyki Laboratoryjnej,
   4) prowadzenie polityki personalnej gwarantującej odpowiedni poziom usług Działu,
   5) nadzorowanie procesów diagnostyki laboratoryjnej,
   6) organizowanie prawidłowego przepływu informacji związanych z procesem diagnostyczno-laboratoryjnym,
   7) zapewnienie prawidłowego prowadzenia dokumentacji formalnoprawnej zgodnie z procedurami,
   8) uczestnictwo w badaniach laboratoryjnych,
   9) organizowanie i realizacja całodobowych świadczeń laboratoryjnych,
   10) systematyczne samokształcenie oraz prowadzenie procesów kształcenia pracowników Zakładu,
   11) przestrzeganie praw pacjenta i etyki zawodowej,
   12) udział w towarzystwach naukowych.

§ 5

KIEROWNIK ZESPOŁU TECHNIKÓW MEDYCZNYCH

1. Kierownik Zespołu Techników Medycznych podlega bezpośrednio Kierownikowi Działu Diagnostyki laboratoryjnej.
2. Do obowiązków Kierownika Zespołu Techników Medycznych należy w szczególności:
   1) organizowanie i nadzorowanie codziennej pracy techników i personelu pomocniczego
   2) prowadzenie dokumentacji dotyczącej personelu zgodnie z wymaganiami szpitala
   3) sporządzanie i analizowanie wydruków statystycznych z działalności Zakładu Diagnostyki Laboratoryjnej
   4) wykonywanie badań laboratoryjnych
   5) prowadzenie grafików pracy podległego personelu
   6) realizacja całodobowych świadczeń laboratoryjnych
   7) koordynacja pracy techników analityków i personelu pomocniczego laboratorium
   8) dbałość o powierzony sprzęt analityczny i gospodarczy
   9) prowadzenie zaopatrzenia laboratorium w materiały zużywalne niezbędne do prawidłowego funkcjonowania laboratorium.

§ 6
ST. TECHNIK ANALITYKI W PRACOWNI IMMUNOLOGII TRANSFUZJOLOGICZNEJ

1. Starszy Technik Analityki podlega bezpośrednio Kierownikowi Zespołu Techników Medycznych
2. Do obowiązków Technika analityki należy w szczególności:
   1) przyjmowanie materiału do badań przysłanego do pracowni i sprawdzenie czy karty skierowania materiału są należycie wypełnione,
   2) wykonywanie badań serologicznych związanych z działalnością pracowni:
      a) wykonywanie grup i czynnika Rh-
      b) wykonywanie prób krzyżowych
      c) dobieranie krwi do transfuzji wymienionej noworodków w zakresie konfliktu serologicznego Rh
   3) prowadzenie magazynu krwi, plazmy oraz innych środków krwiozastępczych oraz związanej z tym dokumentacji,
   4) prowadzenie dokumentacji grup krwi i ksiąg prób krzyżowych
   5) wykonywanie sprawozdań miesięcznych z ilości przetoczonej krwi i preparatów krwiozastępczych.
3. Laborant zobowiązany jest utrzymywać porządek w pracowni, szczególnie na stołach laboratoryjnych i w szafkach. Osobiście doprowadzić do stanu należytej czystości przyrządy i zestawy do badań serologicznych.
4. Laborant powinien być dokładnie zaznajomiony z przepisami i urządzeniami ochronnymi, stosować się bezwzględnie do wszystkich zleceń kierownika pracowni.

§ 7
TECHNIK ANALITYKI

1. Technik Analityki podlega bezpośrednio Kierownikowi Zespołu Techników Medycznych
2. Do obowiązków Technika analityki należy w szczególności:
   1) pobieranie materiału do badań w zakresie ustalonym przez kierownika
   2) przyjmowanie materiału do badań przysłanego do pracowni i sprawdzenie czy karty skierowania materiału są należycie wypełnione i czy materiał jest dobrze pobrany i oznakowany (przez pielęgniarkę zabiegową)
   3) właściwe przygotowanie materiału oraz natychmiastowe powiadomienie kierownika o badaniach pilnych i specjalnych
   4) wykonywanie czynności związanych z badaniem analitycznym jak badanie morfologii, badanie biochemiczne, badanie moczu: w zależności od stanowiska. W razie wątpliwości przy wykonywaniu badań porozumienie się z Kierownikiem Pracowni lub Kierownikiem Laboratorium.
   5) prowadzenie „księgi” Pracowni i notatek z przebiegu badania, wpisywanie wyników badań na odpowiednich drukach.
   6) wpisywanie codziennie ilości badań i punktacji do odpowiednich arkuszy
   7) konserwowanie i utrzymywanie w stanie pełnej przydatności i czystości aparatury, sprzętu, odczynników chemicznych potrzebnych do wykonywania badań.
   8) dokładne wykonywanie badań
   9) uczestnictwo w kontroli wewnątrz laboratoryjnej wiarygodności badań
   10) Taktowne i życzliwe zachowanie się w stosunku do osób zgłaszających się na badania

3. O zniszczeniu i uszkodzeniu przyrządów pracowni, albo w razie stwierdzenia „końcówki” lub braków w materiałach zużywanych, laborant powinien natychmiast zawiadomić Kierownika Pracowni lub Kierownika Laboratorium.

§ 8
TECHNIK CHEMII

1. Technik Chemii podlega bezpośrednio Kierownikowi Kierownik Zespołu Techników Medycznych,
2. Do obowiązków Technika Chemii należy w szczególności:
   1) pobieranie materiału do badań w zakresie ustalonym przez kierownika
   2) przyjmowanie materiału do badań przysłanego do pracowni i sprawdzenie czy karty skierowania materiału są należycie wypełnione i czy materiał jest dobrze pobrany i oznakowany (przez pielęgniarkę zabiegową)
   3) właściwe przygotowanie materiału oraz natychmiastowe powiadomienie kierownika o badaniach pilnych i specjalnych
   4) wykonywanie czynności związanych z badaniem analitycznym jak badanie morfologii, badanie biochemiczne, badanie moczu: w zależności od stanowiska, na którym kierownik ustawi pracownika. W razie wątpliwości przy wykonywaniu badań porozumienie się z Kierownikiem Pracowni lub Kierownikiem Laboratorium.
   5) prowadzenie „księgi” Pracowni i notatek z przebiegu badania, wpisywanie wyników badań na odpowiednich drukach. Wpisywanie codziennie ilości badań i punktacji do odpowiednich arkuszy
   6) konserwowanie i utrzymywanie w stanie pełnej przydatności i czystości aparatury, sprzętu, odczynników chemicznych potrzebnych do wykonywania badań.
   7) dokładne wykonywanie badań
   8) uczestniczenie w kontroli wewnątrz laboratoryjnej wiarygodności badań
   9) Taktowne i życzliwe zachowanie się w stosunku do osób zgłaszających się na badania
3. O zniszczeniu i uszkodzeniu przyrządów pracowni, albo w razie stwierdzenia „końcówki” lub braków w materiałach zużywanych, laborant powinien natychmiast zawiadomić Kierownika Pracowni lub Kierownika Laboratorium.

§ 9
POMOC LABORATORYJNA

1. Pomoc laboratoryjna podlega bezpośrednio Kierownikowi Zespołu Techników Medycznych,
2. Do obowiązków Pomocy laboratoryjnej należy w szczególności:
   1) mycie i dezynfekcja szkła laboratoryjnego , zgodnie z zasadami bhp
   2) pomoc przy wykonywaniu prostych prac laboratoryjnych jak:
      a) wirowanie moczu
      b) wirowanie krwi
      c) pomoc przy rozpisywaniu badań z rejonów
      d) przygotowanie pracowni do podjęcia pracy oraz po wykonaniu badań laboratoryjnych
      e) rozkładanie szkła na pracowni
      f) mycie i dezynfekcja wirówek laboratoryjnych , stołów laboratoryjnych , suszarek
      g) pobieranie materiałów gospodarczych z Działu Zaopatrzenia oraz z Apteki
      h) obsługa destylatora oraz cieplówek zgodnie z instrukcją oraz utrzymanie aparatury w należytym stanie

3) Pomoc Laboratoryjna jest obowiązana do utrzymania porządku w zmywalni szkła, destylatora, w pokoju socjalnym, oraz we wszystkich pomieszczeniach Laboratorium.
4) Pomoc Laboratoryjna powinna wykonywać inne czynności zlecone przez kierownika bezpośrednio związane z zakresem jej czynności a nie ujęte niniejszym regulaminem

§ 10

KIEROWNIKA DZIAŁU DIAGNOSTYKI OBRAZOWEJ

1. Kierownik Działu Diagnostyki Obrazowej podlega bezpośrednio Dyrektorowi
2. Do obowiązków Kierownika Działu Diagnostyki Obrazowej należy w szczególności:
   1) zapewnienie odpowiedniej jakości i ilości wykonywanych procedur diagnostycznych stosownie do możliwości szpitala.
   2) organizowanie prawidłowego przepływu informacji związanej z procesem diagnostycznym.
   3) zapewnienie polityki personalnej gwarantującej odpowiedni poziom usług.
   4) organizacja ciągłego szkolenia personelu.
   5) zapewnienie prawidłowego gromadzenia dokumentacji zgodnie z obowiązującymi przepisami i miejscowymi potrzebami.
   6) bieżący nadzór nad wykonywaną pracą.
   7) wykonywanie zabiegów diagnostycznych.
   8) zgłaszanie potrzeb Dyrektorowi w zakresie wyposażania Działu w techniczne środki działań.
   9) samokształcenie.
   10) konsultacja zleconych badań.

§ 11

KIEROWNIK ZESPOŁU TECHNIKÓW ELEKTRORADIOGII

1. Kierownik Zespołu Techników Elektroradiologii podlega Kierownikowi Działu Diagnostyki Obrazowej.
2. Do obowiązków Kierownika Zespołu Techników Elektroradiologii należy w szczególności:
   1) zabezpieczenie kadrowe Działu RTG .
   2) zaopatrzenie w materiały światłoczułe, kontrolę ich jakości i prawidłowe prowadzenie ewidencji rozchodu.
   3) przestrzeganie przepisów o ochronie radiologicznej personelu i pacjentów.
   4) życzliwy i taktowny stosunek do pacjentów i personelu.
   5) zapewnienie prawidłowego prowadzenia dokumentacji zgodnie z obowiązującymi przepisami i miejscowymi potrzebami.
   6) zgłaszanie awarii aparatów, nadzór nad prawidłowością wpisów do paszportów napraw i przeglądów.

§ 12

INSPEKTOR OCHRONY RADIOLOGICZNEJ

1. Inspektor Ochrony Radiologicznej podlega bezpośrednio Dyrektorowi Naczelnemu.
2. Do obowiązków Inspektora Ochrony Radiologicznej należy w szczególności:
   1) Opiniowanie zakładowych przepisów związanych ze stosowaniem substancji promieniotwórczych i ochroną przed promieniowaniem.
   2) Nadzorowanie prac ze źródłami promieniowania.

3) Sprawdzanie kwalifikacji w zakresie ochrony przed promieniowaniem osób pracujących ze źródłami promieniowania.
4) Sprawdzanie działania aparatury dozymetrycznej
5) Kontrola prawidłowego oznakowania miejsc pracy ze źródłami promieniowania.
6) Prowadzenie (nadzorowanie) ewidencji:
   a) otrzymanych przez pracowników dawek promieniowania oraz aktywności
   b) wchłoniętych substancji promieniotwórczych,
   c) źródeł promieniowania
   d) osób przeszkolonych w zakresie ochrony przed promieniowaniem i osób
   e) uprawnionych do pracy ze źródłami promieniowania.
   f) wyników kontroli dozymetrycznych
7) Współpraca ze służbami bezpieczeństwa i higieny pracy, osobami wdrażającymi program ochrony radiologicznej i służbami przeciwpożarowymi w zakresie ochrony przed promieniowaniem jonizującym.
8) Posiadanie zbioru aktualnych przepisów państwowych, resortowych i zakładowych dotyczących stosowania źródeł promieniowania oraz posiadanie planu sytuacyjnego zakładu z zaznaczeniem miejsc, gdzie znajdują źródła promieniotwórcze.
9) Sprawdzanie warunków pracy ze źródłami promieniowania i meldowanie Dyrektorowi Zakładu o stwierdzonych brakach i niedociągnięciach oraz przygotowywanie zleceń, celem usunięcia tych braków i niedociągnięć.
10) Wstrzymywanie prac ze źródłami promieniowania, gdy naruszone są warunki zezwolenia oraz inne podstawowe przepisy z zakresu ochrony przed promieniowaniem i powiadomienie o tym głównego Inspektora Dozoru Jądrowego.
11) Przeprowadzenie kontrolnych pomiarów dozymetrycznych w miejscach pracy ze źródłami promieniowania.
12) Ustalenie dla poszczególnych stanowisk pracy ze źródłami promieniowania szczegółowego wykazu środków ochrony osobistej, aparatury dozymetrycznej i wyposażenia służącego do ochrony środowiska pracy.
13) Prowadzenie ewidencji posiadanych zezwoleń na prowadzenie prac ze źródłami promieniowania jonizującego oraz aneksów do zezwoleń.
14) Zgłaszanie Dyrektorowi Zakładu dostrzeżonych nieprawidłowości i kontrolowanie ich usunięcia.

§ 13
TECHNIK ELEKTRORADIOLOGII

1. Technik Elektroradiologii podlega bezpośrednio Kierownikowi Działu Diagnostyki Obrazowej
2. Do obowiązków Technika Elektroradiologii należy w szczególności:
   1) wykonywanie zdjęć radiologicznych w oparciu o ustalone metody według wskazówek lekarza radiologa,
   2) obróbka zdjęć radiologicznych w systemie ucyfrowionym i przygotowanie ich do oceny lekarza radiologa,
   3) przygotowanie materiałów i urządzeń koniecznych do wykonywania zabiegów diagnostycznych,
   4) przeprowadzać co tydzień czyszczenie aparatów radiologicznych, w razie potrzeby niezbędne prace w ciemni radiologicznej, czyszczenie kaset rtg,

5) przestrzeganie przepisów i urządzeń ochrony radiologicznej oraz bezwzględnie stosować się do wszystkich zaleceń wydanych przez kierownika pracowni radiologicznej,
6) zachować czystość osobistą, nosić w czasie pracy odzież ochronną,
7) życzliwy i taktowny stosunek do pacjentów,
8) zachowanie w tajemnicy wszystko o czym poweźmie wiadomość w toku pracy, nie wolno mu przeprowadzać z chorymi lub w obecności chorych rozmów na temat metod leczenia i wskazań lekarskich,
9) wykonywanie testów kontroli jakości.

3. Technik elektroradiografii nie może:
1) wykonywać samodzielnie prześwietleń chorych,
2) wydawać orzeczeń

§ 14

KIEROWNIK PRACOWNI FIZJOTERAPII

1. Kierownik Pracowni Fizjoterapii podlega bezpośrednio Dyrektorowi.
2. Do obowiązków Kierownika Pracowni należy w szczególności :
1) zapewnienie odpowiedniej ilości i jakości wykonywanych w zakładzie i szpitalu zabiegów rehabilitacyjnych zgodnie z możliwościami Szpitala,
2) organizowanie prawidłowego przepływu informacji związanej z procesem rehabilitacji,
3) zapewnienie prawidłowego prowadzenia dokumentacji zgodnie z obowiązującymi przepisami i miejscowymi potrzebami,
4) bieżący nadzór nad wykonywaną pracą,
5) prowadzenia procesu diagnostyczno-leczniczego,
6) wykonywanie zabiegów.
7) zgłaszanie do Dyrektora potrzeb dotyczących wyposażenia zakładu w techniczne środki działania,
8) konsultacja skierowań fizjoterapeutycznych,
9) przestrzeganie praw pacjenta i etyki zawodowej,
10) współpraca ze wszystkimi działami i oddziałami szpitala.

§ 15

MŁODSZY ASYSTENT PRACOWNI FIZJOTERAPII

1. Młodszy asystent podlega bezpośrednio Kierownikowi Pracowni Fizjoterapii.
2. Do obowiązków młodszego asystenta należy w szczególności:
1) prowadzenie i ustalanie programu ćwiczeń usprawniających wg wskazań lekarskich.
2) informowanie kierownika działu lub lekarza leczącego o stanie pacjenta, postępach rehabilitacji lub wystąpieniu niekorzystnych odczynów w trakcie usprawniania,
3) prowadzenie kart zabiegowych oraz innej dokumentacji medycznej zleconej przez kierownika,
4) dbanie o bezpieczeństwo chorego i personelu przy wykonywaniu zabiegów,
5) dbanie o sprzęt i zgłaszanie zauważonych usterek,
6) prowadzenie dokumentacji wg procedury,
7) systematyczne samokształcenie,
8) udział w szkoleniach, kursach i zjazdach naukowych związanych z jego specjalnością.

§ 16
KIEROWNIK PRACOWNI IMMUNOLOGII TRANSFUZJOLOGICZNEJ

3. Kierownik Pracowni Immunologii Transfuzjologicznej podlega bezpośrednio Kierownikowi Działu Diagnostyki Laboratoryjnej.
4. Do obowiązków Kierownika Pracowni Immunologii Transfuzjologicznej należy w szczególności:
   1) Organizacja pracy pracowni zapewniająca gotowość do wykonywania badań
      a) immunohematologicznych przez całą dobę, gwarantując bezpieczeństwo biorców krwi, w tym noworodków zagrożonych chorobą hemolityczną (konflikt serologiczny).
   2) Wykonywanie badań serologicznych związanych z działalnością pracowni zgodnie ze standardowymi procedurami operacyjnymi (SOP).
   3) Zapewnienie ciągłości wykonywanych badań poprzez zamówienia odczynników diagnostycznych, niezbędnych materiałów, bieżącą kontrolę odczynników, aparatury oraz stosowanych metod.
   4) Nadzór nad zakresem wykonywanych badań serologicznych, autoryzacja wyników badań.
   5) Pisanie procedur SOP i ich uaktualnianie.
   6) Modyfikacja i wprowadzanie nowych druków.
   7) Przepisanie zgodnie z przychodzącymi fakturami i stanem faktycznym krwi i jej składników na oddziały.
   8) Składanie zamówień do RCKiK na krew i jej składniki oraz zapewnienie prawidłowego transportu, odbioru i magazynowania dostarczonych jednostek i opakowań.
   9) Archiwizacja dokumentacji badań.
   10) Wysyłanie rocznych sprawozdań do RCK i K z zużycia składników krwi w oddziałach szpitalnych.
   11) Organizowanie okresowych szkoleń personelu w zakresie zasad współczesnej serologii.
   12) Udział w pracach komitetu transfuzjologicznego.
   13) Przestrzeganie praw pacjenta i etyki zawodowej.
   14) Nadzór nad przestrzeganiem przepisów BHP.

§ 17

Zakresy czynności innych osób niż pracownicy szpitala - osób pozostających w stosunkach cywilno-prawnych określają umowy zawarte pomiędzy Szpitalem a Zleceniobiorcą

Załącznik nr 5
do Regulaminu Organizacyjnego

LICZBA ŁÓŻEK

w MIEJSKIM SZPITALU ZESPOLONYM W OLSZTYNIE

Oddziały	Liczba łóżek rzeczywistych
▪ Wewnętrzny I	25 łóżek **w tym:** 4 łóżka intensywnego nadzoru kardiologicznego
▪ Klinika Kardiologii i Chorób Wewnętrznych z Pododdziałami: Intensywnej Opieki Kardiologicznej, Szybkiej Diagnostyki oraz Kardiologii	35 łóżek **w tym:** 1 łóżko intensywnej opieki medycznej 7 łóżek Pododdziału Kardiologicznego w tym 4 łóżka intensywnego nadzoru kardiologicznego
▪ Klinika Chirurgii Ogólnej, Małoinwazyjnej i Wieku Podeszłego	28 łóżek
▪ Kliniczny Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej	22 łóżka
▪ Chirurgii Szczękowej	9 łóżek
▪ Kliniczny Chirurgii Klatki Piersiowej	18 łóżek **w tym:** 1 łóżko intensywnej opieki medycznej
▪ Klinika Urologii i Onkologii Urologicznej	24 łóżka
▪ Okulistyczny	19 łóżek
▪ Laryngologia – „Zespół Chirurgii Jednego Dnia”	pobyt dzienny 6
▪ Klinika Ginekologii, Ginekologii Onkologicznej i Położnictwa	51 łóżek **w tym:** 1 łóżko intensywnej opieki medycznej
▪ Anestezjologii i Intensywnej Terapii	6 łóżek **w tym:** 1 łóżko na potrzeby Oddziału Klinicznego Chirurgii Klatki Piersiowej
▪ Klinika Dermatologii, Chorób Przenoszonych Drogą Płciową i Immunologii Klinicznej	14 łóżek
▪ Reumatologiczny	15 łóżek
Razem liczba łóżek	**272 łóżka**
▪ Noworodków i Wcześniaków	36 łóżek **w tym:** 5 łóżek intensywnej terapii noworodka
Łącznie z noworodkami	**308 łóżek**
▪ Oddział Leczenia Otyłości (komercyjny)	14 łóżek

Olsztyn, 19.07.2018r.

Załącznik nr 6
do Regulaminu Organizacyjnego

WYKAZ
PROCEDUR LECZNICZYCH I DIAGNOSTYCZNYCH
WYMAGAJĄCYCH PISEMNEJ ŚWIADOMEJ ZGODY PACJENTA

L.p.	Nazwa procedury
1	Zabiegi operacyjne w znieczuleniu ogólnym i miejscowym
2	Punkcja lędźwiowa, otrzewnowa, połucnowa
3	Punkcja zatok
4	Punkcja szpiku kostnego
5	Punkcja i nacięcie ropnia
6	Biopsja i badanie wycinka narządu w znieczuleniu ogólnym lub miejscowym
7	Badania i zabiegi endoskopowe
8	Badania wykonywane w znieczuleniu ogólnym
9	Badania radiologiczne z podaniem środka kontrastowego
10	Badania z podaniem izotopu promieniotwórczego
11	Amnioinfuzja
12	Angiografia fluoresceinowa oka
13	Laseroterapia
14	Kardiowersja
15	Wszczepienie rozrusznika serca
16	Kaniulacja dużych naczyń
17	Tracheotomia
18	Wspomaganie oddechu a) wentylacja mechaniczna przy pomocy respiratora b) wspomaganie oddechu metodą CPAP, INFANT FLOW
19	Wykonanie testu prowokacji lekowej
20	Rezonans magnetyczny z podaniem kontrastu
21	Tomografia komputerowa z podaniem kontrastu

Olsztyn, 26.04.2016r.

Załącznik nr 7
do Regulaminu Organizacyjnego

OPŁATY
ZA UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ
w Miejskim Szpitalu Zespolonym
w Olsztynie
zgodnie z art. 28 ustawy z dnia 6 listopada 2008r.
o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

Określenie	Cena netto	Cena brutto
Jedna strona kopii dokumentacji medycznej lub odwzorowania cyfrowego (skanu)	0,24 zł	0,30 zł
Jedna strona odpisu lub wyciągu dokumentacji medycznej	7,08 zł	8,71 zł
Koperta	0,20 zł	0,25 zł
Znaczek polecony	3,50 zł	4,31 zł
Wydanie duplikatu badania na płycie	8,13 zł	10 zł
Wydanie duplikatu „Książeczka zdrowia dziecka”	40,65 zł	50,00 zł
Wydanie duplikatu „Karta uodpornień”	8,13 zł	10,00 zł

Olsztyn, 14.06.2017r.

Załącznik nr 8
do Regulaminu Organizacyjnego

WYSOKOŚĆ OPŁAT ZA UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH INNYCH NIŻ FINANSOWANE ZE ŚRODKÓW PUBLICZNYCH

I. CENNIK HOSPITALIZACJI, PORAD I ZABIEGÓW

Lp.	1. ODDZIAŁ- PORADNIA	CENA W ZŁ.
	Hospitalizacja – 1 pkt. wg katalogu NFZ:	
1	Oddział Reumatologiczny	2,50
2	Klinika Chirurgii Ogólnej, Małoinwazyjnej i Wieku Podeszłego	2,00
3	Klinika Dermatologii, Chorób Przenoszonych Drogą Płciową i Immunologii Klinicznej	2,00
4	Oddział Kliniczny Chirurgii Urazowo - Ortopedycznej	2,00
5	Oddział Wewnętrzny I	1,80
6	Klinika Kardiologii i Chorób Wewnętrznych z pododdziałami: intensywnej opieki kardiologicznej, szybkiej diagnostyki oraz kardiologii	1,80
7	Oddział Kliniczny Ginekologiczno - Położniczy	1,60
8	Oddział Laryngologii – zespół chirurgii jednego dnia	1,50
9	Oddział Okulistyczny	1,50
10	Klinika Urologii	1,50
11	Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii	1,50
12	Porada / konsultacja lekarza specjalisty	100,00
13	Oddział Chirurgii Szczękowej	1,50
Lp.	**2. IZBA PRZYJĘĆ OGÓLNA I GINEKOLOGICZNO-POŁOŻNICZA 89/532 62 05; 89/532 62 77**	**CENA W ZŁ.**
1	Detoksykacja osoby nietrzeźwej	300,00
2	Wycięcie pojedynczych zmian skóry , błon śluzowych i tkanek miękkich z niezbędną diagnostyką (w tym badanie hist-pat)	160,00
3	Szkoła Rodzenia	150,00
4	Założenie gipsu (kończyny)	150,00
5	Szynowanie zębów	150,00
6	Płukanie żołądka	100,00
7	Porada lekarska	100,00
8	Pobrania krwi na alkohol	90,00
9	Cewnikowanie pęcherza moczowego	80,00
10	Wymiana cewnika	80,00
11	Panorama zębów	80,00
12	Nacięcie ropnia , ropowicy	70,00
13	Chirurgiczne opracowanie i szycie rany	70,00
14	Badanie na obecność plemników	80,00
15	Opieka pielęgniarska	60,00
16	Usunięcie IND	60,00
17	Płukanie pęcherza	60,00
18	Wydanie zaświadczenia	50,00
19	Monitorowanie czynności życiowych	70,00
20	Założenie szyny gipsowej	60,00
21	Nacięcie powłok , usunięcie ciała obcego , zaopatrzenie ran powierzchniowych	70,00
22	Wlew kroplowy	40,00
23	Chirurgiczne opracowanie rany bez szycia	30,00
24	Zastrzyk dożylny	20,00
25	Doustnie podanie leków	30,00
26	Zmiana opatrunku	25,00
27	Założenie krążka , tamponu , przyżeganie , pędzlowanie , itp.	25,00
28	Założenie opatrunku	25,00
29	Elektrokardiogram (EKG)	25,00
30	Enema	25,00
31	Zastrzyk podskórny	15,00
32	Badanie cytologiczne	15,00
33	Usunięcie kleszcza	20,00
34	Zastrzyk domięśniowy	15,00
35	Wkłucie wenflonu	15,00
36	RR	10,00

37	Cewnikowanie pęcherza moczowego i wymiana cewnika	100,00
Lp.	**3. LECZENIE BÓLU PRZEWLEKŁEGO 89/532 62 98**	**CENA W ZŁ.**
1	Akupunktura bólu przewlekłego	80,00
2	Elektroakupunktura bólu przewlekłego	80,00
3	Blokady 1 zabieg	70,00
4	Laseroterapia 1 zabieg	35,00
5	Elektrostymulacja igłowa 1 zabieg	55,00
Lp.	**4. CHIRURGIA SZCZĘKOWA 89/532 63 05**	**CENA W ZŁ.**
1	Zamknięcie połączenia ustno-zatokowego	220,00
2	Nastawienie złamań wyrostka zębodołowego z unieruchomieniem na szynę	200,00
3	Zamknięcie i nastawienie złamań żuchwy	200,00
4	Chirurgiczne usunięcie zęba	180,00
5	Nacięcie /drenaż ropnych chorób skóry i tkanki podskórnej	180,00
6	Chirurgiczne opracowanie ran twarzy	100,00
7	Zaopatrzenie złamań zębów – 1 ząb	80,00
8	Nastawienie złamań wyrostka zębodołowego	150,00
Lp.	**5. OKULISTYKA 89/678 66 39**	**CENA W ZŁ.**
1	Panfotokoagulacja siatkówki (2-4 sesji)	1 000,00
2	Laseroterapia zmian siatkówkowych- ogniskowa	400,00
3	YAG- laser capsulotomia (zaćma wtórna)	350,00
4	YAG- laser iridedectomia	350,00
5	Angiografia fluoresceinowa gałki ocznej	180,00
6	GDX	120,00
7	OCT (Optyczna Coherentna Tomografia Siatkówki)	130,00
8	USG-UBM gałki ocznej	100,00
9	Komputerowe badanie pola widzena	60,00
10	USG gałki ocznej	60,00
11	Zagłębienie i płukanie dróg łzowych	50,00
12	Badanie dna oka	50,00
13	Pomiar grubości rogówki	40,00
14	Pomiar ciśnienia śródgałkowego	10,00
15	Zastrzyk pozagałkowy	70,00
16	Badanie pola widzenia –komputerowe	60,00
17	Mierzenie ciśnienia wewnątrzgałkowego	15,00
18	Usunięcie ciała obcego z rogówki	70,00
19	Usunięcie gradówki	170,00
20	Badanie pola widzenia	40,00
21	Wszczepienie soczewki przy usunięciu zaćmy (jednoetapowe) z sedacją i nadzorem intensywnym (2 dni pobytu)	3 300,00
Lp.	**6. UROLOGIA 89/532 62 75**	**CENA W ZŁ.**
1	Badanie urodynamiczne	450,00
2	Założenie lub wymiana cewnika pęcherzowego	150,00
3	Wymaz z cewki moczowej bez kosztu badania	100,00
4	Wykonanie iniekcji dożylnej (bez kosztu leku)	70,00
5	Usunięcie szwów	70,00
6	Wymiana opatrunku	50,00
7	Badanie uroflowmetryczne	40,00
8	Wykonanie iniekcji domięśniowej(bez kosztu leku)	40,00
9	Usunięcie drenu lub cewnika z pęcherza moczowego	30,00
10	Założenie nefrostomii	1200,00
11	Założenie i wymiana nefrostomii	1300,00
12	Rozszerzenie zwężeń cewki moczowej (kalibracja)	100,00
13	Cystoskopia diagnostyczna	150,00
14	Biopsja stercza z pobraniem wycinków do badania histopatologicznego	1850,00
15	Dopęcherzowe wlewki BCG	200,00
16	Cewnikowanie pęcherza moczowego i wymiana cewników	100,00
17	Odprowadzenie załupka	100,00
Lp.	**7. DERMATOLOGIA 89/678 66 17**	**CENA W ZŁ.**
1	Pobranie wycinka z badaniem immunopoatologicznym	300,00
2	Pobranie wycinka z badaniem hist-pat	250,00
3	ANA profil 5 – specyfikacja metodą immunoblot	200,00
4	Testy alergiczne : naskórkowe standardowe	150,00

5	punktowe standardowe	150,00
6	Badanie wycinka na obecność autoprzeciwciał	150,00
7	Przeciwciała przeciw antygenom cytoplazmy neutrofilów (ANCA)	150,00
8	Test foto	100,00
9	Zabiegi elektrokoagulacyjne	250,00
10	Treponema pallidum FTA ABS IgG- 38	100,00
11	Treponema pallidum FTA ABS IgM- 38	100,00
12	Przeciwciała typu Pemphigus paraneoplastyczny na pęcherzu szczura	100,00
13	Przeciwciała typu CUS i pemphigus foliaceus na przełuku świnki morskiej	100,00
14	Przeciwciała typu pemphigus/pemphigoid	100,00
15	Przeciwciała przeciw mikrosomom wątrobowo-nerkowym (LKM-1)	80,00
16	Przeciwciała przeciw endomysium w klasie IgA (EmA IgA)	80,00
17	Przeciwciała przeciw mitochondriom (AMA)	80,00
18	Przeciwciała przeciw endomysium w klasie IgG (EmA IgG)	80,00
19	Przeciwciała przeciwjądrowe (ANA/HEp-2)	80,00
20	Przeciwciała przeciw mięśniom gładkim (ASMA)	80,00
21	Zabiegi krioterapeutyczne	80,00
22	Badanie dermatoskopowe z oceną zmian	80,00
23	Fototerapia UVB 311	30,00
24	Badanie na nużeńce	50,00
25	Odczulanie (1 zabieg)	60,00
26	naskórkowe celowane	80,00
27	Opatrunki kleinowe	80,00
28	punktowe alergeny celowane	80,00
29	Pobranie wycinka wraz z przesyłką	100,00
30	Fototerapia PUVA:	40,00
31	Fototerapia SFT	25,00
32	Terapia fotodynamiczna	700,00
33	Badanie mykologiczne	60,00
Lp.	**8. URAZOWO-ORTOPEDYCZNY 89/532 63 07**	**CENA W ZŁ.**
1	Endoprotezoplastyka całkowita stawu kolanowego	11 500,00
2	Endoprotezoplastyka całkowita stawu biodrowego	11 000,00

II. CENNIK BADAŃ LABORATORYJNYCH 89/532 62 50

Lp.	1. BADANIA ANALITYCZNE OGÓLNE	CENA W ZŁ.
1	Badanie sporologiczne	200,00
2	Białko Bence-Jonessa immunofiksacja	180,00
3	Koproporfiryny w moczu ilościowo	90,00
4	Kalcytonina	50,00
5	Helicobacter Pyllori	30,00
6	Kokaina	25,00
7	THC test na obecność marihuany	25,00
8	Amfetamina	25,00
9	Kał krew utajona w kale	25,00
10	Kał na obecność lamblii	20,00
11	Kał na obecność pasożytów	12,00
12	Kał badanie ogólne	12,00
13	Liczba Addisa	12,00
14	Wymaz na owsiki	10,00
15	Mocz badanie ogólne	6,00
16	WR	5,00
17	Białko Bence-Jonessa jakościowo	5,00
18	Białkomocz	3,00
19	Białko w moczu ilościowo	3,00
20	Cukromocz	3,00
21	Mocz, cukier i aceton	3,00
22	Koproporfiryny w moczu jakościowo	10,00
23	Płyn z Jam Ciała - badanie ogólne	50,00
24	Płyn Mózgowo - Rdzeniowy – badanie ogólne	35,00
Lp.	**2. BADANIA BIOCHEMICZNE**	**CENA W ZŁ**
1	VMA - Kwas wanilino-migdałowy	165,00
2	17 OHKS - 17-hydroksy ketosterydy	155,00
3	Metoksykatecholaminy	145,00
4	17 KS – 17 ketosterydy	80,00
5	Ceruloplazmina	100,00
6	Haptoglobina	36,00

7	Mleczany	25,00
8	HbA1c	20,00
9	Proteinogram	15,00
10	Transferyna	18,00
11	iCa – wapń zjonizowany	12,00
12	CRP -ilościowo	12,00
13	Gazometria	12,00
14	Klirens kreatyniny	12,00
15	AAGP2	10,00
16	Lipaza	10,00
17	Alkohol etylowy	10,00
18	Lateks R Test	6,00
19	ASO	6,00
20	CRP- jakościowo	6,00
21	Waaler – Rose Test	6,00
22	Bilirubina bezpośrednia	5,00
23	ALP Fosfataza alkaliczna	5,00
24	Magnez w moczu	5,00
25	Amylaza w moczu	5,00
26	Potas w surowicy	5,00
27	Chlorki w moczu	5,00
28	LDH	5,00
29	Fosfor w moczu	5,00
30	CK	5,00
31	Fosfor w surowicy	5,00
32	Mocznik w surowicy	5,00
33	Chlorki w surowicy	5,00
34	Sód w moczu	5,00
35	GGTP	5,00
36	UIBC	5,00
37	Glukoza (każde pobranie)	5,00
38	Cholesterol HDL (bezpośredni)	5,00
39	Albuminy	5,00
40	Magnez w surowicy	5,00
41	Albuminy w moczu	5,00
42	Mikroalbuminuria	5,00
43	AST	5,00
44	Mocznik w moczu	5,00
45	Wapń w surowicy	5,00
46	Potas w moczu	5,00
47	Żelazo	5,00
48	Białko całkowite	5,00
49	ALT	5,00
50	Sód w surowicy	5,00
51	Wapń w moczu	5,00
52	Triglicerydy	5,00
53	Kwas moczowy w surowicy	5,00
54	CKMB	5,00
55	Cholesterol całkowity	5,00
56	Amylaza	5,00
57	Bilirubina całkowita	5,00
58	Kwas moczowy w moczu	5,00
59	Kreatynina w moczu	5,00
60	Kreatynina w surowicy	5,00
61	Krioglobuliny	3,00
62	Cholesterol LDL (wyliczany)	2,00
63	Seromukoid kwasna glikoproteina	12,00
Lp	**3. BADANIA IMMUNOLOGICZNE**	**CENA W ZŁ**
1	Quantiferon	275,00
2	Panel alergologiczny pokarmowy	140,00
3	Panel alergologiczny wziewnyy	140,00
4	Panel alergologiczny pediatryczny	140,00
5	proBNP	130,00
6	Przeciwciałą p/RNP i antygenowi Sm do immunologii	110,00
7	VIT.D3 1.25 (OH)2	135,00
8	Renina	105,00
9	Prokalcytonina	100,00
10	Yersinia IgM	100,00

11	Przeciwciała przeciw fosfolipidowe IgM	100,00
12	ANA2 Przeciwciała przeciw jądrowe i przeciwcytoplazmatyczne	155,00
13	Przeciwciała przeciw fosfolipidowe IgG	100,00
14	Borelioza IgM W-Blot	95,00
15	Borelioza IgG W-Blot	95,00
16	TSH-I	85,00
17	CMV Awidność	90,00
18	Przeciwciałą mp/SCL – 70 do immunologii	85,00
19	ACTH	75,00
20	Antykoagulant Tocznia	130,00
21	Przeciwciała p/wirusowi ospy wietrznej IgM do immunologii	70,00
22	Przeciwciałą p/wirusowi ospy wietrznej IgG do immunologii	70,00
23	Kwas walproinowy	70,00
24	AntyCCP	70,00
25	Carbamazepina	70,00
26	Przeciwciałą p/ SS-A/RO do immunologii	90,00
27	Przeciwciała p/SS-B/La do immunologii	90,00
28	Przeciwciała przeciw dwuniciowemu DNA - dsDNA	60,00
29	KZM IgM – Kleszczowe Zapalenie Mózgu IgM	60,00
30	KZM IgG – Kleszczowe Zapalenie Mózgu IgG	60,00
31	HAV IgM	60,00
32	Bruceloza IgM	60,00
33	Bruceloza IgG	60,00
34	Toxoplasmoza Awidność	60,00
35	Przeciwciała anty Jo	55,00
36	P-ciała anty HAV	57,00
37	P-ciała anty HBs	52,00
38	P-ciała anty HBe	52,00
39	P-ciała anty HBc	52,00
40	Aldosteron	50,00
41	Arbowirusy IgM	50,00
42	Arbowirusy IgG	50,00
43	Yerisnia IgG	90,00
44	Przeciwciała kardiolipinowe ACA IgM do immunologii	55,00
45	Przeciwciała kardiolipinowe ACA IgG do immunologii	55,00
46	17-OH Progesteron	50,00
47	ANA p/jądrowe screening	50,00
48	TG - Tyreoglobulina	47,00
49	CA – 19.9	45,00
50	HIV	45,00
51	Methemoglobina	45,00
52	VIT. D3 25 OH	45,00
53	Herpes Simple IgM	45,00
54	Herpes Simple IgG	45,00
55	GH – Hormon wrostu	60,00
56	Parathormon	42,00
57	SHBG	40,00
58	Witamina B12	40,00
59	Kwas foliowy	40,00
60	Borrelia Burgdorferii IgM	40,00
61	Borrelia Burgdorferii IgG	40,00
62	MAK-Anty TPO – przeciwciała przeciw peroksydazie tarczycowej	40,00
63	TAK-Anty TG – przeciwciała przeciw tyreoglobulinie	40,00
64	CA - 125	40,00
65	CA – 15.3	40,00
66	Chlamydia trachomatis IgM	40,00
67	Chlamydia trachomatis IgA	40,00
68	Chlamydia trachomatis IgG	40,00
69	Androstendion	60,00
70	TNT – Troponina T	35,00
71	Rubella M – Różyczka IgM	35,00
72	Anty HCV	35,00
73	Ferrytyna	35,00
74	Rubella G – Różyczka IgG	35,00
75	Przeciwciała przeciw endomysium IgA	70,00
76	CMV M – Cytomegalia IgM	30,00
77	Przeciwciała przeciw endomysium IgG	70,00
78	Lipoproteina	45,00

79	CMV G – Cytomegalia IgG	30,00
80	Toxo G – Toxoplazmoza IgG	30,00
81	Toxo G – Toxoplazmoza IgM	30,00
82	Insulina	30,00
83	DHEA-s	30,00
84	PSA – Antygen Gruczołu Krokowego	30,00
85	Chlamydia pneumonia IgA	40,00
86	Mononukleoza IgG	40,00
87	Mykoplasma pneumonie IgM	42,00
88	Dopełniacz C4	45,00
89	Mononukleoza IgM	47,00
90	Mykoplasma pneumonie IgG	42,00
91	Chlamydia pneumonia IgG	40,00
92	Chlamydia pneumonia IgM	40,00
93	Dopełniacz C3	45,00
94	Kortyzol dobowe wydalanie	22,00
95	IgE całkowite – Immunoglobulina E całkowita	22,00
96	Kortyzol w moczu	20,00
97	FSH - Folitropina	20,00
98	HCG Beta – Genadotropina Kosmówkowa	20,00
99	AFP Alfa-fetoproteina	20,00
100	LH - Luteotropina	20,00
101	Kortyzol 7:00-10:00	20,00
102	FT4 – wolna Tyroksyna	20,00
103	E2 - Estradiol	20,00
104	PRL po 120 min.	20,00
105	Kortyzol 16:00 – 18:00	20,00
106	CEA – Antygen karcynoembrionalny	20,00
107	Progesteron	20,00
108	FT3 – wolna Trójjodotyronina	20,00
109	Testosteron	20,00
110	PRL - prolaktyna	20,00
111	PRL po 60 min.	20,00
112	TSH - Tyreotropina	20,00
113	fPSA – Wolny Antygen Gruczołu Krokowego	45,00
114	HBsAg	12,00
115	IgA - Immunoglobulina A	26,00
116	IgG - Immunoglobulina G	26,00
117	IgM - Immunoglobulina M	26,00
118	VDRL	11,00
119	Przeciwciała anty Mi	130,00
120	ANA-Hep 2 przeciwciała przeciw jądrowe	80,00
121	Pro BNP – peptyd natrdiuretyczny	130,00
122	Przeciwciała anty Ro	55,00
Lp	**4. BADANIA KOAGULOLOGICZNE**	**CENA W ZŁ**
1	Biało S	155,00
2	Białko C	150,00
3	Plazminogen	90,00
4	Antytrombina III	50,00
5	D-Dimery	25,00
6	Fibrynogen	7,00
7	Czas protrombinowy	6,00
8	Czas kaolinowo-kefalinowy	6,00
Lp	**5. BADANIA HEMATOLOGICZNE**	**CENA W ZŁ**
1	Mielogram	120,00
2	Oporność Osmotyczna	20,00
3	Test LE	20,00
4	Morfologia	7,00
5	Morfologia + Rozmaz	7,00
6	Rozmaz Mikroskopowy	6,00
7	Retikulocyty	5,00
8	OB po 1 h	4,00
Lp	**6. BADANIA SEROLOGICZNE**	**CENA W ZŁ**
1	Diagnostyka ABO	150,00
2	Grupa krwi II	30,00
3	Kwalifikacja do immunoglobuliny	30,00
4	Grupa krwi	30,00

5	Odczyn Coombsa DiaMed	23,00
6	Odczyn Coombsa	23,00
7	Grupa krwi - noworodki	17,00
8	Krew Karta	15,00
9	BTA	10,00
10	Próba krzyżowa II -IV	8,00
11	Próba krzyżowa I	28,00

III. CENNIK BADAŃ RADIOLOGICZNYCH 89/532 62 45

Lp.	1. BADANIA RTG	CENA W ZŁ.
1	Urografia	220,00
2	Jelito grube (wlew-baryt)	180,00
3	Panorama+ Ceflometria	150,00
4	Żołądek i dwunastnica	120,00
5	Stawy kolanowe 2x2 pł	120,00
6	Ceflometria	80,00
7	Przełyk	70,00
8	Panorama	70,00
9	Nadgarstek 2x2 pł	65,00
10	Oczodoły 2 pł	55,00
11	Stawy biodrowe	55,00
12	Kręgosłup- odcinek szyjny- skosy	55,00
13	Stopa 2x1pł	55,00
14	Kręgosłup- odcinek piersiowy 2 pł	55,00
15	Dłonie 2x1 pł	55,00
16	Kość udowa 1x2pł	55,00
17	Staw biodrowy 1x2 pł	55,00
18	Skopia klatki piersiowej	55,00
19	Kręgosłup- odcinek szyjny 2 pł	55,00
20	Bark 1x2 pł	55,00
21	Staw kolanowy 1x2 pł	55,00
22	Palce dłoni	55,00
23	Staw skokowy 1x2 pł	55,00
24	Kręgosłup – odcinek lędźwiowy 2 pł	55,00
25	Podudzie 1x2 pł	55,00
26	Kręgosłup – odcinek lędźwiowy- skosy	55,00
27	Stopa 1x2pł	55,00
28	Kręgosłup – odcinek lędźwiowy- czynnościowe	55,00
29	Przedramie 1x2 pł	55,00
30	Kręgosłup- inne	55,00
31	Nadgarstek 1x2 pł	55,00
32	Dłoń 1x2 pł	55,00
33	Kość ogonowa	55,00
34	Jama brzuszna- przeglądowe	45,00
35	Klatka piersiowa- szczyty	45,00
36	Klatka piersiowa-bok	45,00
37	Miednica ze stawami biodrowymi	45,00
38	Klatka piersiowa	40,00
39	Łopatka 1x1 pł	35,00
40	Staw biodrowy 1x1 pł	35,00
41	Stopa 1x1 pł	35,00
42	Żuchwa	35,00
43	Bark 1x1 pł	35,00
44	Nos	35,00
45	Rzepka 1x1 pł	35,00
46	Okolica kości jarzmowej	35,00
47	Dłoń 1x1 pł	35,00
48	Zatoki	30,00
49	Obojczyk	35,00
50	Jama brzuszna – przeglądowe	45,00
51	Nadgarstek 1x2pl	45,00
52	Pięty 2x2 pl	75,00
53	Kręgosłup – odcinek piersiowy	45,00
54	Kręgosłup – odcinek szyjny	45,00
55	Czaszka (2pl)	45,00
56	Pięty 2x1 pl	60,00
57	Jelito grube – wlew	200,00
58	Stawy kolanowe 2x2 pl	70,00

59	Kości i stawy (1 pl)	35,00
60	Stopa 1x1pl	35,00
61	Pasaż cieniujący przez jelito	200,00
62	Dłoń 1x1pl	35,00
63	Cefalometria	75,00
64	Żebra 1x1pl	35,00
65	Flebografia kończyny dolnej jednej	110,00
66	Staw skokowy 1x2pl	45,00
67	Kości i stawy (2 pł)	45,00
68	Śródstopie 1x2pl	60,00
69	Panorama + cefalometria	160,00
70	Kość łokciowa 1x2 pl	40,00
71	Kręgosłup – odcinek lędźwiowy	45,00
72	Podudzie 1x2pl	40,00
73	Palec dłoni 1x2pl	40,00
74	Stopa 1x2pl	40,00
75	Bark 1x1 pl	35,00
76	Stopy 2x1pl	60,00
77	Bark 1x2 pl	40,00
78	Dłoń 1x2pl	40,00
79	Pięta 1x1 pl	35,00
80	Dłonie 2x1pl	60,00
81	Pięta 1x2 pl	40,00
82	Uszy	55,00
83	Miednica I stawy biodrowe	45,00
84	Staw biodrowy 1x1pl	35,00

IV. CENNIK BADAŃ USG 89/532 62 45

Lp.	1. BADANIA USG OGÓLNE	CENA W ZŁ.
1	Kanał odbytu + bańka odbytu	600,00
2	Kanał odbytu	380,00
3	Żyły kończyn dolnych	250,00
4	Doppler tętnic szyjnych i kręgowych	150,00
5	Badanie układu i żył wątrobowych	150,00
6	Tętnice nerkowe	150,00
7	Piersi	120,00
8	Jama brzuszna + przestrzenie zaotrzewnowe	100,00
9	Jądra	100,00
10	Prostata , układ moczowy	100,00
11	Tarczyca	100,00
12	Inne (powierzchniowe)	100,00
13	Szyjka, ślinianki	100,00
Lp	**2. BADANIA USG GINEKOLOGICZNO-POŁOŻNICZE**	**CENA W ZŁ.**
1	Elektrokoagulacja	360,00
2	USG położnicze 3D/4D z rejestracją na CD	300,00
3	Kolposkopia	260,00
4	USG położnicze 3D/4D	200,00
5	USG położnicze z oceną morfologii płodu	200,00
6	USG położnicze II, III trymestr	150,00
7	USG ginekologiczne	100,00
8	USG położnicze I trymestr	100,00
9	USG położnicze I trymestr z oceną NT	200,00

V. CENNIK BADAŃ ENDOSKOPOWYCH 89/532 63 10

Lp.	1. BADANIA ENDOSKOPOWE	CENA W ZŁ.
1	ECPW + Sfinkterotomia + Usunięcie kamieni	4 000,00
2	ECPW + Usunięcie kamieni	3 500,00
3	ECPW + Protezowanie	3 500,00
4	ECPW + Sfinkterotomia	2 800,00
5	Endoskopowa cholangiografia wsteczna (ECPW)	2 300,00
6	Kolonoskopia + polipektomia(różnica w wycenie zależy od ilości usuniętych i badanych polipów)	620,00
7	Kolonoskopia + biopsja (biopsje)	520,00
8	Fiberosigmoidoskopia + polipektomia(różnica w wycenie zależy od ilości usuniętych i badanych polipów)	550,00
9	Kolonoskopia	480,00
10	Fiberosigmoidoskopia + biopsja (biopsje)	400,00
11	Gastroskopia + polopectomia z żołądka	400,00

12	Gastroskopia + ostrzyknięcie krwawiącego wrzodu	380,00
13	Fiberosigmoidoskopia	350,00
14	Gastroskopia z biopsją (z kosztem badań hist-pat)(różnica w wycenie zależy od ilości badanych wycinków)	360,00
15	Gastroskopia diagnostyczna z wykonaniem testu ureazowego	300,00
16	Gastroskopia diagnostyczna	300,00
17	Rektoskopia z biopsją	250,00
18	Rektoskopia	200,00
19	Znieczulenie do kolonoskopii	150,00
20	Bronchofiberoskopia	300,00
21	Rektosigmoidoskopia z biopsją (cena jednej próbki)	250,00
22	każda kolejna próbka badania histopatologicznego	60,00

VI. CENNIK BADAŃ NIEINWAZYJNYCH SERCA 89/532 63 45

Lp.	1. BADANIA NIEINWAZYJNE SERCA	CENA W ZŁ.
1	Holter 168 h	200,00
2	Holter 72 h	120,00
3	Holter 24 h	90,00
4	Echo serca	80,00
5	Próba wysiłkowa	80,00
6	EKG spoczynkowe	30,00
7	Holter	80,00

VII. CENNIK POZOSTAŁYCH BADAŃ DIAGNOSTYCZNYCH

Lp.	1. INNE BADANIA DIAGNOSTYCZNE	CENA W ZŁ.
1	Tylna i przednia tamponada nosa przy krwotoku	80,00
2	Punkcja zatoki szczękowej	80,00
3	Kapilaroskopia	70,00
4	Szycie rany ucha zewnętrznego	60,00
5	Szycie rany nosa	60,00
6	Spirometria	50,00
7	Tympanogram	50,00
8	Stroboskopia	40,00
9	Audiogram	50,00
Lp.	**2. ODDZIAŁ LECZENIA OTYŁOŚCI 89/678 66 61**	**CENA W ZŁ.**
Dopuszcza się możliwość udzielenia rabatu w szczególności grupom zorganizowanym oraz stałym klientom w wysokości od 10% do 30%.		
1	Turnus 13 dniowy	1 800,00
3	Indywidualna porada dietetyczna (z analizą składu ciała)	80,00
4	Opracowanie indywidualnego 7-dniowego jadłospisu	80,00
5	Masaż wspomagający wyszczuplanie(25 min)	60,00
6	Masaż wodny	60,00
7	Porada dietetyczna z ustaleniem jadłospisu	80,00
8	Masaż częściowy suchy +sauna 1 wejście +siłownia 45 min.	60,00
9	masaż twarzy (czas 20 min)	50,00
10	masaż miejscowy wybrane partie ciała (czas 15 min)	30,00
11	Porada dietetyczna (kompleksowa z analizą składu ciała)	80,00
12	Sauna 1 godzina	20,00
13	Porada dietetyczna - konsultacja	50,00
14	masaż wspomagający wyszczuplenie (30 min)	60,00
15	Masaż całościowy ciała	100,00
16	Masaż podwodny	50,00
17	masaż pleców (czas 30 min)	60,00
18	Masaż podwodny +sauna 1 wejście +siłownia 45 min.	80,00
19	Siłownia 1 godzina	15,00

VIII. CENNIK ZABIEGÓW FIZJOTERAPEUTYCZNYCH 89/532 62 43

Lp	1. KINEZYTERAPIA	CENA w zł
1	Indywidualna praca z pacjentem (np. ćwiczenia bierne, czynno-bierne. Ćwiczenia wg metod neurofizjologicznych, metody reedukacji nerwowo-mięśniowej, ćwiczenia specjalne, mobilizacje i manipulacje) – nie mniej niż 30 minut	40,00
2	Pionizacja i nauka czynności lokomocji	25,00
3	Wyciągi	15,00
4	Ćwiczenia czynne w odciążeniu i czynne w odciążeniu z oporem	10,00
5	Inne formy usprawnienia	10,00
6	Nauka czynności lokomocji	15,00
7	Pionizacja	15,00

8	Ćwiczenia wspomagane	15,00
9	Ćwiczenia izometryczne	10,00
10	Ćwiczenia czynne wolne i czynne z oporem	10,00
Lp	**2. MASAŻ**	**CENA w zł**
1	Masaż całkowity suchy 60 min.	100,00
2	Masaż suchy plecy	60,00
3	Masaż podwodny całkowity 10 minut	50,00
4	Masaż limfatyczny ręczny – leczniczy minimum 15 minut w tym: 10 minut czynnego masażu	30,00
5	Masaż suchy częściowy minimum 15 minut w tym: 10 minut czynnego masażu	25,00
6	Masaż podwodny – hydropowietrzny 10 minut	25,00
7	Masaż podwodny 10 minut	25,00
Lp	**3. ELEKTROLECZNICTWO**	**CENA w zł**
1	Elektrostymulacja	15,00
2	Ultrafonoforeza	12,00
3	Jonoforeza	10,00
4	Ultradźwięki miejscowe	10,00
5	Prądy KOTSA	8,00
6	Prądy TRAEBERTA	8,00
7	Prądy TENS	8,00
8	Prądy diadynamiczne	8,00
9	Galwanizacja	8,00
10	Prądy interferencyjne	8,00
Lp	**4. LECZENIE POLEM ELEKTROMAGNETYCZNYM**	**CENA W ZŁ**
1	Impulsowe pole magnetyczne niskiej częstotliwości (magnetronik)	8,00
2	Impulsowe pole elektromagnetyczne wysokiej częstotliwości (Terapuls)	10,00
Lp	**5. ŚWIATŁOLECZNICTWO I CIEPŁOLECZNICTWO**	**CENA W ZŁ**
1	Laseroterapia punktowa	12,00
2	Naświetlanie promieniami IR, UV – miejscowe (laser)	6,00
Lp	**6. HYDROTERAPIA**	**CENA W ZŁ**
1	Kąpiel wirowa kończyn dolnych	16,00
2	Kąpiel wirowa kończyn górnych	16,00
Lp	**7. KRIOTERAPIA**	**CENA W ZŁ**
1	Krioterapia – miejscowa CO2	14,00
Lp	**8. BALNEOTERAPIA**	**CENA W ZŁ**
1	Fango (parafinowo-borowinowa)	17,00

Dopuszcza się możliwość udzielenia rabatu przy wykupie serii zabiegów.

IX. CENNIK REHABILITACII 89/678 66 67

Lp	**1. REHABILITACJA**	**CENA W ZŁ**
1	Pole magnetyczne	7,00
2	Ćwiczenia wspomagane	15,00
3	Ćwiczenia czynne	12,00
4	Pionizacja	15,00
5	Fonoforeza	12,00
6	Ćwiczenia izometryczne	12,00
7	Wirówki	17,00
8	Wyciągi	15,00
9	Krioterapia	15,00
10	Galwanizacja	8,00
11	Trabert	8,00
12	Elektrostymulacja	15,00
13	Terapuls	12,00
14	Prądy KOTSA	8,00
15	Laser	12,00
16	Masaż klasyczny	18,00
17	Ćwiczenia w odciążeniu	12,00
18	Jonizacja - jontoforeza	10,00
19	Ćwiczenia indywidualne (bierne, czynne)	40,00
20	Diadynamik	8,00
21	Światło – naświetlenie IR	6,00
22	Interdyn	8,00
23	Tens	8,00

Dopuszcza się możliwość udzielenia rabatu przy wykupie serii zabiegów.

X. POZOSTAŁE USŁUGI

1	Badanie lekarza medycyny pracy z wydaniem zaświadczenia	100,00
2	Zaświadczenie lekarskie wydawane na życzenie świadczeniobiorcy, jeżeli nie jest związane z dalszym leczeniem, rehabilitacją, niezdolnością do pracy, kontynuowaniem nauki, uczestnictwem dzieci, uczniów, słuchaczy zakładów kształcenia nauczycieli i studentów w zajęciach sportowych i w zorganizowanym wypoczynku, a także jeżeli nie są wydawane dla celów pomocy społecznej, orzecznictwa o niepełnosprawności, uzyskania zasiłku pielęgnacyjnego.	50,00
3	Zaświadczenie lekarskie wydawane na życzenie świadczeniobiorcy, jeżeli nie jest związane z dalszym leczeniem, rehabilitacją, niezdolnością do pracy, kontynuowaniem nauki, uczestnictwem dzieci, uczniów, słuchaczy zakładów kształcenia nauczycieli i studentów w zajęciach sportowych i w zorganizowanym wypoczynku, a także jeżeli nie są wydawane dla celów pomocy społecznej, orzecznictwa o niepełnosprawności, uzyskania zasiłku pielęgnacyjnego, lub ustalenia przyczyn i rodzaju uszkodzeń ciała związanych z użyciem przemocy w rodzinie;	40,00

XI. POZOSTAŁE OPŁATY

Dokumentacja medyczna udostępniana jest za opłatą:		
1	Jedna strona wyciągu lub odpisu dokumentacji medycznej	8,51
2	Jedna strona kopii albo wydruku dokumentacji medycznej	0,30
3	Udostępnienie dokumentacji medycznej na elektronicznym nośniku danych	1,70

Zgodnie z zasadami udzielenia dotacji UE projektowi „Przebudowa, rozbudowa i modernizacja Miejskiego Szpitala Zespolonego w Olsztynie, jako placówki o zasięgu regionalnym, z budową pawilonu i bloku operacyjnego" Miejski Szpital Zespolony w Olsztynie nie prowadzi płatnych świadczeń medycznych na oddziałach: okulistycznym, dermatologicznym, reumatologicznym, laryngologicznym oraz chirurgii szczękowej do 2019r.

Załącznik nr 9
do Regulaminu Organizacyjnego

USTAWA
z dnia 6 listopada 2008 r.
o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta

Rozdział 1
Artukuł I.
Przepisy ogólne

Art. 1.
Ustawa określa:
1) prawa pacjenta;
2) zasady udostępniania dokumentacji medycznej;
3) obowiązki podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych związane z prawami pacjenta;
4) tryb powoływania, odwoływania i kompetencje Rzecznika Praw Pacjenta;
5) postępowanie w sprawach praktyk naruszających zbiorowe prawa pacjentów;
6) zasady i tryb ustalania odszkodowania i zadośćuczynienia w przypadku zdarzeń medycznych.

Art. 2.
Przestrzeganie praw pacjenta określonych w ustawie jest obowiązkiem organów władzy publicznej właściwych w zakresie ochrony zdrowia, Narodowego Funduszu Zdrowia, podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych, osób wykonujących zawód medyczny oraz innych osób uczestniczących w udzielaniu świadczeń zdrowotnych.

Art. 3.
1. Użyte w ustawie określenia oznaczają:
1) opiekun faktyczny – osobę sprawującą, bez obowiązku ustawowego, stałą opiekę nad pacjentem, który ze względu na wiek, stan zdrowia albo stan psychiczny opieki takiej wymaga;
2) osoba bliska – małżonka, krewnego lub powinowatego do drugiego stopnia w linii prostej, przedstawiciela ustawowego, osobę pozostającą we wspólnym pożyciu lub osobę wskazaną przez pacjenta;
3) osoba wykonująca zawód medyczny – osobę wykonującą zawód medyczny, o której mowa w art. 2 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2015 r. poz. 618, z późn. zm.);
4) pacjent – osobę zwracającą się o udzielenie świadczeń zdrowotnych lub korzystającą ze świadczeń zdrowotnych udzielanych przez podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych lub osobę wykonującą zawód medyczny;
5) podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych – podmiot wykonujący działalność leczniczą, o którym mowa w art. 2 ust. 1 pkt 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej;
6) świadczenie zdrowotne – świadczenie zdrowotne, o którym mowa w art. 2 ust. 1 pkt 10 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej;
7) (uchylony)
8) wyciąg – skrótowy dokument zawierający wybrane informacje lub dane z całości dokumentacji medycznej;
9) odpis – dokument wytworzony przez przepisanie tekstu z oryginału dokumentacji medycznej z wiernym zachowaniem zgodności co do treści z oryginałem;
10) kopia – dokument wytworzony przez odwzorowanie oryginału dokumentacji medycznej, w formie kserokopii albo odwzorowania cyfrowego (skanu).
2. Ilekroć w ustawie jest mowa o lekarzu, rozumie się przez to także lekarza dentystę oraz felczera w zakresie wynikającym z przepisów o zawodzie felczera.

Art. 4.
1. W razie zawinionego naruszenia praw pacjenta sąd może przyznać poszkodowanemu odpowiednią sumę tytułem zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę na podstawie art. 448 Kodeksu cywilnego.
2. W razie zawinionego naruszenia prawa pacjenta do umierania w spokoju i godności sąd może, na żądanie małżonka, krewnych lub powinowatych do drugiego stopnia w linii prostej lub przedstawiciela ustawowego, zasądzić odpowiednią sumę pieniężną na wskazany przez nich cel społeczny na podstawie art. 448 Kodeksu cywilnego.
3. Przepisu ust. 1 nie stosuje się do zawinionego naruszenia prawa pacjenta do:
1) przechowywania rzeczy wartościowych w depozycie podmiotu leczniczego wykonującego działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne;
2) informacji o rodzaju i zakresie świadczeń zdrowotnych udzielanych przez podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych;
3) dostępu do dokumentacji medycznej dotyczącej jego stanu zdrowia;
4) zgłaszania działań niepożądanych produktów leczniczych.

Art. 5.
Kierownik podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych lub upoważniony przez niego lekarz może ograniczyć korzystanie z praw pacjenta w przypadku wystąpienia zagrożenia epidemicznego lub ze względu

na bezpieczeństwo zdrowotne pacjentów, a w przypadku praw, o których mowa w art. 33 ust. 1, także ze względu na możliwości organizacyjne podmiotu.

Rozdział 2
Prawo pacjenta do świadczeń zdrowotnych

Art. 6.

1. Pacjent ma prawo do świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej.
2. Pacjent ma prawo, w sytuacji ograniczonych możliwości udzielenia odpowiednich świadczeń zdrowotnych, do przejrzystej, obiektywnej, opartej na kryteriach medycznych, procedury ustalającej kolejność dostępu do tych świadczeń.
3. Pacjent ma prawo żądać, aby udzielający mu świadczeń zdrowotnych:
1) lekarz zasięgnął opinii innego lekarza lub zwołał konsylium lekarskie;
2) pielęgniarka (położna) zasięgnęła opinii innej pielęgniarki (położnej).
4. Lekarz może odmówić zwołania konsylium lekarskiego lub zasięgnięcia opinii innego lekarza, jeżeli uzna, że żądanie, o którym mowa w ust. 3, jest bezzasadne.
5. Żądanie, o którym mowa w ust. 3, oraz odmowę, o której mowa w ust. 4, odnotowuje się w dokumentacji medycznej.
6. Przepisy ust. 4 i 5 stosuje się do pielęgniarki (położnej) w zakresie zasięgania opinii innej pielęgniarki (położnej).

Art. 7.

1. Pacjent ma prawo do natychmiastowego udzielenia świadczeń zdrowotnych ze względu na zagrożenie zdrowia lub życia.
2. W przypadku porodu pacjentka ma prawo do uzyskania świadczeń zdrowotnych związanych z porodem.

Art. 8.

Pacjent ma prawo do świadczeń zdrowotnych udzielanych z należytą starannością przez podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych w warunkach odpowiadających określonym w odrębnych przepisach wymaganiom fachowym i sanitarnym. Przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych osoby wykonujące zawód medyczny kierują się zasadami etyki zawodowej określonymi przez właściwe samorządy zawodów medycznych.

Rozdział 3
Prawo pacjenta do informacji

Art. 9.

1. Pacjent ma prawo do informacji o swoim stanie zdrowia.
2. Pacjent, w tym małoletni, który ukończył 16 lat, lub jego przedstawiciel ustawowy mają prawo do uzyskania od osoby wykonującej zawód medyczny przystępnej informacji o stanie zdrowia pacjenta, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych i leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu, w zakresie udzielanych przez tę osobę świadczeń zdrowotnych oraz zgodnie z posiadanymi przez nią uprawnieniami.
3. Pacjent lub jego ustawowy przedstawiciel mają prawo do wyrażenia zgody na udzielenie informacji wymienionych w ust. 2 innym osobom.
4. Pacjent ma prawo żądać, aby osoba wykonująca zawód medyczny nie udzielała mu informacji, o której mowa w ust. 2.
5. Po uzyskaniu informacji, o której mowa w ust. 2, pacjent ma prawo przedstawić osobie wykonującej zawód medyczny swoje zdanie w tym zakresie.
6. W przypadku określonym w art. 31 ust. 4 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2015 r. poz. 464, z późn. zm.), pacjent ma prawo żądać, aby lekarz udzielił mu informacji, o której mowa w ust. 2, w pełnym zakresie.
7. Pacjent małoletni, który nie ukończył 16 lat, ma prawo do uzyskania od osoby wykonującej zawód medyczny informacji, o której mowa w ust. 2, w zakresie i formie potrzebnej do prawidłowego przebiegu procesu diagnostycznego lub terapeutycznego.
8. Pacjent, w tym małoletni, który ukończył 16 lat, lub jego ustawowy przedstawiciel mają prawo do uzyskania od pielęgniarki, położnej przystępnej informacji o jego pielęgnacji i zabiegach pielęgniarskich.

Art. 10.

W przypadku, o którym mowa w art. 38 ust. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty, pacjent, jego przedstawiciel ustawowy lub opiekun faktyczny mają prawo do dostatecznie wczesnej informacji o zamiarze odstąpienia przez lekarza od leczenia pacjenta i wskazania przez tego lekarza możliwości uzyskania świadczenia zdrowotnego u innego lekarza lub podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych.

Art. 11.

1. Pacjent ma prawo do informacji o prawach pacjenta określonych w niniejszej ustawie oraz w przepisach odrębnych, uwzględniającej ograniczenia tych praw określone w tych przepisach. Podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych udostępnia tę informację w formie pisemnej, poprzez umieszczenie jej w swoim lokalu, w miejscu ogólnodostępnym.
2. Przepisu ust. 1 zdanie drugie nie stosuje się do wykonywanych wyłącznie w miejscu wezwania

indywidualnych praktyk lekarskich, indywidualnych specjalistycznych praktyk lekarskich, indywidualnych praktyk pielęgniarek, położnych i indywidualnych specjalistycznych praktyk pielęgniarek, położnych.

3. W przypadku pacjenta niemogącego się poruszać informację, o której mowa w ust. 1, udostępnia się w sposób umożliwiający zapoznanie się z nią w pomieszczeniu, w którym pacjent przebywa.

Art. 12.

Pacjent ma prawo do informacji o rodzaju i zakresie świadczeń zdrowotnych udzielanych przez podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych, w tym o profilaktycznych programach zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych, realizowanych przez ten podmiot. Przepisy art. 11 ust. 1 zdanie drugie i ust. 3 stosuje się odpowiednio.

Rozdział 3a
Artukuł II.
Prawo do zgłaszania działań niepożądanych produktów leczniczych

Art. 12a.

Pacjent lub jego przedstawiciel ustawowy, lub opiekun faktyczny ma prawo zgłaszania osób Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych lub podmiotowi odpowiedzialnemu za wprowadzenie produktu leczniczego do obrotu działania niepożądanego produktu leczniczego zgodnie z ustawą z dnia 6 września 2001 r. – Prawo farmaceutyczne (Dz. U. z 2008 r. Nr 45, poz. 271, z późn. zm.).

Rozdział 4
Artukuł III.
Prawo pacjenta do tajemnicy informacji z nim związanych

Art. 13.

Pacjent ma prawo do zachowania w tajemnicy przez osoby wykonujące zawód medyczny, w tym udzielające mu świadczeń zdrowotnych, informacji z nim związanych, a uzyskanych w związku z wykonywaniem zawodu medycznego.

Art. 14.

1. W celu realizacji prawa, o którym mowa w art. 13, osoby wykonujące zawód medyczny są obowiązane zachować w tajemnicy informacje związane z pacjentem, w szczególności ze stanem zdrowia pacjenta.

2. Przepisu ust. 1 nie stosuje się, w przypadku gdy:

1) tak stanowią przepisy odrębnych ustaw;

2) zachowanie tajemnicy może stanowić niebezpieczeństwo dla życia lub zdrowia pacjenta lub innych osób;

3) pacjent lub jego przedstawiciel ustawowy wyraża zgodę na ujawnienie tajemnicy;

4) zachodzi potrzeba przekazania niezbędnych informacji o pacjencie związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych innym osobom wykonującym zawód medyczny, uczestniczącym w udzielaniu tych świadczeń.

2a. Przepisu ust. 1 nie stosuje się także do postępowania przed wojewódzką komisją do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych, o której mowa w art. 67e ust. 1.

3. Osoby wykonujące zawód medyczny, z wyjątkiem przypadków, o których mowa w ust. 2 pkt 1–3 i ust. 2a, są związane tajemnicą również po śmierci pacjenta, chyba że zgodę na ujawnienie tajemnicy wyrazi osoba bliska.

4. Zwolnienia z tajemnicy, o którym mowa w ust. 3, nie stosuje się, jeśli ujawnieniu tajemnicy sprzeciwi się inna osoba bliska.

Rozdział 5
Prawo pacjenta do wyrażenia zgody na udzielenie świadczeń zdrowotnych

Art. 15.

Przepisy niniejszego rozdziału stosuje się do wyrażenia zgody na udzielenie świadczeń zdrowotnych albo odmowy takiej zgody, jeżeli przepisy odrębnych ustaw nie stanowią inaczej.

Art. 16.

Pacjent ma prawo do wyrażenia zgody na udzielenie określonych świadczeń zdrowotnych lub odmowy takiej zgody, po uzyskaniu informacji w zakresie określonym w art. 9.

Art. 17.

1. Pacjent, w tym małoletni, który ukończył 16 lat, ma prawo do wyrażenia zgody na przeprowadzenie badania lub udzielenie innych świadczeń zdrowotnych.

2. Przedstawiciel ustawowy pacjenta małoletniego, całkowicie ubezwłasnowolnionego lub niezdolnego do świadomego wyrażenia zgody, ma prawo do wyrażenia zgody, o której mowa w ust. 1. W przypadku braku przedstawiciela ustawowego prawo to, w odniesieniu do badania, może wykonać opiekun faktyczny.

3. Pacjent małoletni, który ukończył 16 lat, osoba ubezwłasnowolniona albo pacjent chory psychicznie lub upośledzony umysłowo, lecz dysponujący dostatecznym rozeznaniem, ma prawo do wyrażenia sprzeciwu co do udzielenia świadczenia zdrowotnego, pomimo zgody przedstawiciela ustawowego lub opiekuna faktycznego. W takim przypadku wymagane jest zezwolenie sądu opiekuńczego.

4. Zgoda oraz sprzeciw, o których mowa w ust. 1–3, mogą być wyrażone ustnie albo przez takie zachowanie się osób wymienionych w tych przepisach, które w sposób niebudzący wątpliwości wskazuje na wolę poddania się czynnościom proponowanym przez osobę wykonującą zawód medyczny albo brak takiej woli.

Art. 18.
1. W przypadku zabiegu operacyjnego albo zastosowania metody leczenia lub diagnostyki stwarzających podwyższone ryzyko dla pacjenta, zgodę, o której mowa w art. 17 ust. 1, wyraża się w formie pisemnej. Do wyrażania zgody oraz sprzeciwu stosuje się art. 17 ust. 2 i 3.
2. Przed wyrażeniem zgody w sposób określony w ust. 1 pacjent ma prawo do uzyskania informacji, o której mowa w art. 9 ust. 2.
3. Przepisy art. 17 ust. 2–4 stosuje się odpowiednio.

Art. 19.
Zasady przeprowadzenia badania lub udzielenia innych świadczeń zdrowotnych przez lekarza pomimo braku zgody albo wobec zgłoszenia sprzeciwu, o których mowa w art. 17 i 18, określają przepisy art. 33 i art. 34 ust. 6 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty.

Rozdział 6
Prawo do poszanowania intymności i godności pacjenta

Art. 20.
1. Pacjent ma prawo do poszanowania intymności i godności, w szczególności w czasie udzielania mu świadczeń zdrowotnych.
2. Prawo do poszanowania godności obejmuje także prawo do umierania w spokoju i godności.

Art. 20a.
1. Pacjent ma prawo do leczenia bólu.
2. Podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych jest obowiązany podejmować działania polegające na określeniu stopnia natężenia bólu, leczeniu bólu oraz monitorowaniu skuteczności tego leczenia.

Art. 21.
1. Na życzenie pacjenta przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych może być obecna osoba bliska.
2. Osoba wykonująca zawód medyczny udzielająca świadczeń zdrowotnych pacjentowi może odmówić obecności osoby bliskiej przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych, w przypadku istnienia prawdopodobieństwa wystąpienia zagrożenia epidemicznego lub ze względu na bezpieczeństwo zdrowotne pacjenta. Odmowę odnotowuje się w dokumentacji medycznej.

Art. 22.
1. W celu realizacji prawa, o którym mowa w art. 20 ust. 1, osoba wykonująca zawód medyczny ma obowiązek postępować w sposób zapewniający poszanowanie intymności i godności pacjenta.
2. Osoby wykonujące zawód medyczny, inne niż udzielające świadczeń zdrowotnych, uczestniczą przy udzielaniu tych świadczeń tylko wtedy, gdy jest to niezbędne ze względu na rodzaj świadczenia lub wykonywanie czynności kontrolnych na podstawie przepisów o działalności leczniczej. Uczestnictwo, a także obecność innych osób wymaga zgody pacjenta, a w przypadku pacjenta małoletniego, całkowicie ubezwłasnowolnionego lub niezdolnego do świadomego wyrażenia zgody, jego przedstawiciela ustawowego, i osoby wykonującej zawód medyczny, udzielającej świadczenia zdrowotnego.
3. Do osób, o których mowa w ust. 2 zdanie drugie, stosuje się odpowiednio art. 13 i 14.

Rozdział 7
Prawo pacjenta do dokumentacji medycznej

Art. 23.
1. Pacjent ma prawo do dostępu do dokumentacji medycznej dotyczącej jego stanu zdrowia oraz udzielonych mu świadczeń zdrowotnych.
2. Dane zawarte w dokumentacji medycznej podlegają ochronie określonej w niniejszej ustawie oraz w przepisach odrębnych.

Art. 24.
1. W celu realizacji prawa, o którym mowa w art. 23 ust. 1, podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych jest obowiązany prowadzić, przechowywać i udostępniać dokumentację medyczną w sposób określony w niniejszym rozdziale oraz w ustawie z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (Dz. U. z 2015 r. poz. 636, z późn. zm.), a także zapewnić ochronę danych zawartych w tej dokumentacji.
2. Do przetwarzania danych zawartych w dokumentacji medycznej, o której mowa w art. 25 ust. 1, w celu ochrony zdrowia, udzielania oraz zarządzania udzielaniem świadczeń zdrowotnych, utrzymania systemu teleinformatycznego, w którym przetwarzana jest dokumentacja medyczna, i zapewnienia bezpieczeństwa tego systemu, są uprawnione:
1) osoby wykonujące zawód medyczny;
2) inne osoby wykonujące czynności pomocnicze przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych, a także czynności związane z utrzymaniem systemu teleinformatycznego, w którym przetwarzana jest dokumentacja medyczna, i zapewnieniem bezpieczeństwa tego systemu, na podstawie upoważnienia administratora danych.
3. Osoby, o których mowa w ust. 2 pkt 2, są obowiązane do zachowania w tajemnicy informacji związanych z pacjentem uzyskanych w związku z wykonywaniem zadań. Osoby te są związane tajemnicą także po śmierci pacjenta.
4. Podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych może zawrzeć umowę, o której mowa w art. 31 ust. 1 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2015 r. poz. 2135), pod warunkiem zapewnienia ochrony danych osobowych oraz prawa do kontroli przez podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych zgodności przetwarzania danych osobowych z tą umową przez podmiot przyjmujący te dane.

5. Realizacja umowy, o której mowa w ust. 4, nie może powodować zakłócenia udzielania świadczeń zdrowotnych, w szczególności w zakresie zapewnienia, bez zbędnej zwłoki, dostępu do danych zawartych w dokumentacji medycznej.
6. Podmiot, któremu powierzono przetwarzanie danych osobowych zgodnie z ust. 4, jest obowiązany do zachowania w tajemnicy informacji związanych z pacjentem uzyskanych w związku z realizacją umowy, o której mowa w ust. 4. Podmiot ten jest związany tajemnicą także po śmierci pacjenta.
7. W przypadku zaprzestania przetwarzania danych osobowych zawartych w dokumentacji medycznej przez podmiot, któremu powierzono takie przetwarzanie, w szczególności w związku z jego likwidacją, jest on zobowiązany do przekazania danych osobowych zawartych w dokumentacji medycznej podmiotowi, o którym mowa w ust. 1, który powierzył przetwarzanie danych osobowych.

Art. 25.

1. Dokumentacja medyczna zawiera co najmniej:
1) oznaczenie pacjenta, pozwalające na ustalenie jego tożsamości:
a) nazwisko i imię (imiona),
b) datę urodzenia,
c) oznaczenie płci,
d) adres miejsca zamieszkania,
e) numer PESEL, jeżeli został nadany, w przypadku noworodka – numer PESEL matki, a w przypadku osób, które nie mają nadanego numeru PESEL – rodzaj i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość,
f) w przypadku gdy pacjentem jest osoba małoletnia, całkowicie ubezwłasnowolniona lub niezdolna do świadomego wyrażenia zgody – nazwisko i imię (imiona) przedstawiciela ustawowego oraz adres jego miejsca zamieszkania;
2) oznaczenie podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych ze wskazaniem komórki organizacyjnej, w której udzielono świadczeń zdrowotnych;
3) opis stanu zdrowia pacjenta lub udzielonych mu świadczeń zdrowotnych;
4) datę sporządzenia.
2. W dokumentacji medycznej zamieszcza się informację o wydaniu opinii albo orzeczenia, o których mowa w art. 31 ust. 1.
3. Przepisów o dokumentacji medycznej nie stosuje się do danych dotyczących treści zgłoszeń alarmowych, w tym nagrań rozmów telefonicznych, o których mowa w art. 24b ust. 1 i 2 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. z 2016 r. poz. 1868 i 2020 oraz z 2017 r. poz. 60)

Art. 26.

1. Podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych udostępnia dokumentację medyczną pacjentowi lub jego przedstawicielowi ustawowemu, bądź osobie upoważnionej przez pacjenta.
2. Po śmierci pacjenta dokumentacja medyczna jest udostępniana osobie upoważnionej przez pacjenta za życia lub osobie, która w chwili zgonu pacjenta była jego przedstawicielem ustawowym.
3. Podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych udostępnia dokumentację medyczną również:
1) podmiotom udzielającym świadczeń zdrowotnych, jeżeli dokumentacja ta jest niezbędna do zapewnienia ciągłości świadczeń zdrowotnych;
2) organom władzy publicznej, w tym Rzecznikowi Praw Pacjenta, Narodowemu Funduszowi Zdrowia, organom samorządu zawodów medycznych oraz konsultantom krajowym i wojewódzkim, w zakresie niezbędnym do wykonywania przez te podmioty ich zadań, w szczególności nadzoru i kontroli;
2a) podmiotom, o których mowa w art. 119 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, w zakresie niezbędnym do przeprowadzenia kontroli na zlecenie ministra właściwego do spraw zdrowia;
2b) upoważnionym przez podmiot, o którym mowa w art. 121 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, osobom wykonującym zawód medyczny, w zakresie niezbędnym do sprawowania nadzoru nad podmiotem leczniczym niebędącym przedsiębiorcą;
3) ministrowi właściwemu do spraw zdrowia, sądom, w tym sądom dyscyplinarnym, prokuraturom, lekarzom sądowym i rzecznikom odpowiedzialności zawodowej, w związku z prowadzonym postępowaniem;
4) uprawnionym na mocy odrębnych ustaw organom i instytucjom, jeżeli badanie zostało przeprowadzone na ich wniosek;
5) organom rentowym oraz zespołom do spraw orzekania o niepełnosprawności, w związku z prowadzonym przez nie postępowaniem;
6) podmiotom prowadzącym rejestry usług medycznych, w zakresie niezbędnym do prowadzenia rejestrów;
7) zakładom ubezpieczeń, za zgodą pacjenta;
7a) komisjom lekarskim podległym ministrowi właściwemu do spraw wewnętrznych, wojskowym komisjom lekarskim oraz komisjom lekarskim Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego lub Agencji Wywiadu, podległym Szefom właściwych Agencji;
8) osobom wykonującym zawód medyczny, w związku z prowadzeniem procedury oceniającej podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych na podstawie przepisów o akredytacji w ochronie zdrowia albo procedury uzyskiwania innych certyfikatów jakości, w zakresie niezbędnym do ich przeprowadzenia;
9) wojewódzkiej komisji do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych, o której mowa w art. 67e ust. 1, w zakresie prowadzonego postępowania;

10) spadkobiercom w zakresie prowadzonego postępowania przed wojewódzką komisją do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych, o której mowa w art. 67e ust. 1;
11) osobom wykonującym czynności kontrolne na podstawie art. 39 ust. 1 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia, w zakresie niezbędnym do ich przeprowadzenia;
12) członkom zespołów kontroli zakażeń szpitalnych, o których mowa w art. 14 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. z 2016 r. poz. 1866, 2003 i 2173), w zakresie niezbędnym do wykonywania ich zadań.
3a. Dokumentacja medyczna podmiotów leczniczych, o których mowa w art. 89 ust. 1 i 3 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, instytutów badawczych, o których mowa w art. 3 ustawy z dnia 30 kwietnia 2010 r. o instytutach badawczych (Dz. U. z 2016 r. poz. 371, 1079, 1311 i 2260 oraz z 2017 r. poz. 202), i innych podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych uczestniczących w przygotowaniu osób do wykonywania zawodu medycznego i kształceniu osób wykonujących zawód medyczny jest udostępniana tym osobom wyłącznie w zakresie niezbędnym do realizacji celów dydaktycznych.
3b. Osoby, o których mowa w ust. 3a, są obowiązane do zachowania w tajemnicy informacji zawartych w dokumentacji medycznej, także po śmierci pacjenta.
4. Dokumentacja medyczna może być udostępniona także szkole wyższej lub instytutowi badawczemu do wykorzystania w celach naukowych, bez ujawniania nazwiska i innych danych umożliwiających identyfikację osoby, której dokumentacja dotyczy.
5. Elektroniczna dokumentacja medyczna, o której mowa w art. 2 pkt 6 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia, jest udostępniana na zasadach określonych w przepisach tej ustawy.

Art. 27.

1. Dokumentacja medyczna jest udostępniana:
1) do wglądu, w tym także do baz danych w zakresie ochrony zdrowia, w miejscu udzielania świadczeń zdrowotnych, z wyłączeniem medycznych czynności ratunkowych, albo w siedzibie podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych, z zapewnieniem pacjentowi lub innym uprawnionym organom lub podmiotom możliwości sporządzenia notatek lub zdjęć;
2) przez sporządzenie jej wyciągu, odpisu, kopii lub wydruku;
3) przez wydanie oryginału za potwierdzeniem odbioru i z zastrzeżeniem zwrotu po wykorzystaniu, na żądanie organów władzy publicznej albo sądów powszechnych, a także w przypadku gdy zwłoka w wydaniu dokumentacji mogłaby spowodować zagrożenie życia lub zdrowia pacjenta;
4) za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej;
5) na informatycznym nośniku danych.
2.Zdjęcia rentgenowskie wykonane na kliszy, przechowywane przez podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych, są udostępniane za potwierdzeniem odbioru i z zastrzeżeniem zwrotu po wykorzystaniu.
3. Dokumentacja medyczna prowadzona w postaci papierowej może być udostępniona przez sporządzenie kopii w formie odwzorowania cyfrowego (skanu) i przekazanie w sposób określony w ust. 1 pkt 4 i 5, na żądanie pacjenta lub innych uprawnionych organów lub podmiotów, jeżeli przewiduje to regulamin organizacyjny podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych.
4. Podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych prowadzi wykaz zawierający następujące informacje dotyczące udostępnianej dokumentacji medycznej:
1) imię (imiona) i nazwisko pacjenta, którego dotyczy dokumentacja medyczna;
2) sposób udostępnienia dokumentacji medycznej;
3) zakres udostępnionej dokumentacji medycznej;
4) imię (imiona) i nazwisko osoby innej niż pacjent, której została udostępniona dokumentacja medyczna, a w przypadkach, o których mowa w art. 26 ust. 3 i 4, także nazwę uprawnionego organu lub podmiotu;
5) imię (imiona) i nazwisko oraz podpis osoby, która udostępniła dokumentację medyczną;
6) datę udostępnienia dokumentacji medycznej.

Art. 28.

1. Za udostępnienie dokumentacji medycznej w sposób określony w art. 27 ust. 1 pkt 2 i 5 oraz w ust. 3 podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych może pobierać opłatę.
2. Przepis ust. 1 nie narusza uprawnień organów rentowych określonych w art. 77 ust. 5 ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (Dz. U. z 2015 r. poz. 121, z późn. zm.) i art. 121 ust. 2 ustawy z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (Dz. U. z 2015 r. poz. 748, z późn. zm.).
2a. Opłaty, o której mowa w ust. 1, nie pobiera się w przypadku udostępniania dokumentacji medycznej w związku z postępowaniem przed wojewódzką komisją do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych, o której mowa w art. 67e ust. 1.
3. Opłatę za udostępnienie dokumentacji medycznej w przypadkach, o których mowa w ust. 1, ustala podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych.
4. Maksymalna wysokość opłaty za:
1) jedną stronę wyciągu albo odpisu dokumentacji medycznej – nie może przekraczać 0,002,
2) jedną stronę kopii albo wydruku dokumentacji medycznej – nie może przekraczać 0,00007,
3) udostępnienie dokumentacji medycznej na informatycznym nośniku danych – nie może przekraczać 0,0004 – przeciętnego wynagrodzenia w poprzednim kwartale, ogłaszanego przez Prezesa Głównego Urzędu

Statystycznego w Dzienniku Urzędowym Rzeczypospolitej Polskiej „Monitor Polski" na podstawie art. 20 pkt 2 ustawy z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (Dz. U. z 2016 r. poz. 887, z późn. zm.), począwszy od pierwszego dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym nastąpiło ogłoszenie.

5. Wysokość opłaty, o której mowa w ust. 4, uwzględnia podatek od towarów i usług, jeżeli na podstawie odrębnych przepisów usługa jest opodatkowana tym podatkiem.

Art. 29.

1. Podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych przechowuje dokumentację medyczną 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;

1a) dokumentacji medycznej zawierającej dane niezbędne do monitorowania losów krwi i jej składników, która jest przechowywana przez okres 30 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym dokonano ostatniego wpisu;

2) zdjęć rentgenowskich przechowywanych poza dokumentacją medyczną pacjenta, które są przechowywane przez okres 10 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym wykonano zdjęcie;

3) skierowań na badania lub zleceń lekarza, które są przechowywane przez okres:

a) 5 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym udzielono świadczenia zdrowotnego będącego przedmiotem skierowania lub zlecenia lekarza,

b) 2 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym wystawiono skierowanie – w przypadku gdy świadczenie zdrowotne nie zostało udzielone z powodu niezgłoszenia się pacjenta w ustalonym terminie, chyba że pacjent odebrał skierowanie;

4) dokumentacji medycznej dotyczącej dzieci do ukończenia 2. roku życia, która jest przechowywana przez okres 22 lat.

2. Po upływie okresów wymienionych w ust. 1 podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych niszczy dokumentację medyczną w sposób uniemożliwiający identyfikację pacjenta, którego dotyczyła. Dokumentacja medyczna przeznaczona do zniszczenia może być wydana pacjentowi, jego przedstawicielowi ustawowemu lub osobie upoważnionej przez pacjenta.

3. Po upływie okresów, o których mowa w ust. 1, do postępowania z dokumentacją medyczną będącą materiałem archiwalnym w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach (Dz. U. z 2015 r. poz. 1446), stosuje się przepisy wydane na podstawie art. 5 ust. 2 i 2b tej ustawy.

Art. 30.

1. Minister właściwy do spraw zdrowia, po zasięgnięciu opinii Naczelnej Rady Lekarskiej, Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych oraz Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych, określi, w drodze rozporządzenia, rodzaje i zakres dokumentacji medycznej, sposób jej przetwarzania oraz wzory określonych rodzajów dokumentacji medycznej, w szczególności wzór książeczki zdrowia dziecka, uwzględniając rodzaje podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych, a także konieczność zapewnienia realizacji prawa dostępu do dokumentacji medycznej, rzetelnego jej prowadzenia, ochrony danych i informacji dotyczących stanu zdrowia pacjenta oraz jednolitych wzorów dokumentacji medycznej mającej istotne znaczenie dla szybkiego i skutecznego udzielania świadczeń zdrowotnych.

2. Minister właściwy do spraw wewnętrznych, Minister Sprawiedliwości, w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw zdrowia oraz po zasięgnięciu opinii Naczelnej Rady Lekarskiej, Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych i Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych, oraz Minister Obrony Narodowej, w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw zdrowia, po zasięgnięciu opinii Rady Lekarskiej Wojskowej Izby Lekarskiej, każdy w zakresie swojego działania, określi, w drodze rozporządzenia, rodzaje i zakres dokumentacji medycznej, sposób jej przetwarzania oraz wzory określonych rodzajów dokumentacji medycznej, w szczególności wzór książeczki zdrowia dziecka, uwzględniając konieczność zapewnienia realizacji prawa dostępu do dokumentacji medycznej, rzetelnego jej prowadzenia, ochrony danych i informacji dotyczących stanu zdrowia pacjenta oraz jednolitych wzorów dokumentacji medycznej mającej istotne znaczenie dla szybkiego i skutecznego udzielania świadczeń zdrowotnych.

Art. 30a.

1. W przypadku zaprzestania wykonywania działalności leczniczej podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych przekazuje dokumentację medyczną podmiotom, o których mowa w ust. 2–4 i 7, w sposób zapewniający zabezpieczenie przed jej zniszczeniem, uszkodzeniem lub utratą oraz dostępem osób nieuprawnionych.

2. Dokumentację medyczną podmiotu zaprzestającego wykonywania działalności leczniczej przejmuje podmiot, który przejął jego zadania.

3. W przypadku braku podmiotu, o którym mowa w ust. 2, za przechowywanie i udostępnianie dokumentacji medycznej po zaprzestaniu udzielania świadczeń zdrowotnych odpowiada:

1) podmiot tworzący albo sprawujący nadzór – w przypadku podmiotu leczniczego niebędącego przedsiębiorcą w rozumieniu art. 2 ust. 1 pkt 4 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej albo instytutu badawczego, o którym mowa w art. 3 ustawy z dnia 30 kwietnia 2010 r. o instytutach badawczych;

2) podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych, z którym podmiot zaprzestający wykonywania działalności leczniczej zawarł umowę o przechowywanie dokumentacji medycznej – w przypadku podmiotu leczniczego

innego niż określony w pkt 1 oraz praktyki zawodowej w rozumieniu art. 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej;
3) właściwa okręgowa izba lekarska albo okręgowa izba pielęgniarek i położnych – w przypadku śmierci odpowiednio lekarza albo pielęgniarki lub położnej, wykonujących zawód w formie praktyki zawodowej w rozumieniu art. 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.
4. W przypadkach, o których mowa w art. 108 ust. 2 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, organ prowadzący rejestr podmiotów wykonujących działalność leczniczą wzywa podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych podlegający wykreśleniu do wskazania, w wyznaczonym terminie, nazwy (firmy) i adresu podmiotu, z którym zawarł umowę o przechowywanie dokumentacji medycznej.
5. W razie bezskutecznego upływu terminu, o którym mowa w ust. 4, organ prowadzący rejestr podmiotów wykonujących działalność leczniczą określa sposób postępowania z dokumentacją medyczną, na koszt podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych podlegającego wykreśleniu.
6. Do należności z tytułu kosztów, o których mowa w ust. 5, stosuje się przepisy o postępowaniu egzekucyjnym w administracji.
7. W przypadku gdy nie jest możliwe ustalenie podmiotu odpowiedzialnego za przechowywanie dokumentacji medycznej po zaprzestaniu wykonywania działalności leczniczej, za przechowywanie dokumentacji medycznej odpowiada wojewoda.
8. Przepisów ust. 2–7 nie stosuje się do dokumentacji medycznej, o której mowa w ust. 9.
9. Dokumentacja medyczna, o której mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 13 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia, po zaprzestaniu wykonywania działalności leczniczej jest przechowywana i udostępniana przez jednostkę podległą ministrowi właściwemu do spraw zdrowia, właściwą w zakresie systemów informacyjnych ochrony zdrowia, w Systemie Informacji Medycznej, o którym mowa w art. 10 tej ustawy.
10. Podmioty, o których mowa w ust. 3 i 7, mogą zawrzeć umowę, o której mowa w art. 31 ust. 1 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych, pod warunkiem zapewnienia ochrony danych osobowych oraz prawa do kontroli zgodności przetwarzania danych osobowych przez podmiot przyjmujący te dane.
11. Osoby, które w związku z realizacją umowy zawartej na podstawie ust. 10 uzyskały dostęp do informacji związanych z pacjentem, są obowiązane do zachowania ich w tajemnicy, także po śmierci pacjenta.
12. W przypadku zaprzestania przetwarzania danych osobowych zawartych w dokumentacji medycznej przez podmiot, któremu powierzono takie przetwarzanie, w szczególności w związku z jego likwidacją, jest on obowiązany do przekazania danych osobowych zawartych w dokumentacji medycznej podmiotowi, o którym mowa w ust. 3 i 7, który powierzył przetwarzanie tych danych.
13. Przepisy art. 13, art. 14, art. 23, art. 24 i art. 26–29 oraz przepisy wydane na podstawie art. 30 stosuje się odpowiednio do podmiotów, które przechowują i udostępniają dokumentację medyczną po zaprzestaniu wykonywania działalności leczniczej przez podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych.

Rozdział 8
Prawo pacjenta do zgłoszenia sprzeciwu wobec opinii albo orzeczenia lekarza

Art. 31.

1. Pacjent lub jego przedstawiciel ustawowy mogą wnieść sprzeciw wobec opinii albo orzeczenia określonych w art. 2 ust. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty, jeżeli opinia albo orzeczenie ma wpływ na prawa lub obowiązki pacjenta wynikające z przepisów prawa.
2. Sprzeciw wnosi się do Komisji Lekarskiej działającej przy Rzeczniku Praw Pacjenta, za pośrednictwem Rzecznika Praw Pacjenta, w terminie 30 dni od dnia wydania opinii albo orzeczenia przez lekarza orzekającego o stanie zdrowia pacjenta.
3. Sprzeciw wymaga uzasadnienia, w tym wskazania przepisu prawa, z którego wynikają prawa lub obowiązki, o których mowa w ust. 1.
4. W przypadku niespełnienia wymagań określonych w ust. 3 sprzeciw jest zwracany osobie, która go wniosła.
5. Komisja Lekarska na podstawie dokumentacji medycznej oraz, w miarę potrzeby, po przeprowadzeniu badania pacjenta, wydaje orzeczenie niezwłocznie, nie później niż w terminie 30 dni od dnia wniesienia sprzeciwu.
6. Komisja Lekarska wydaje orzeczenie bezwzględną większością głosów w obecności pełnego składu tej komisji.
7. Od rozstrzygnięcia Komisji Lekarskiej nie przysługuje odwołanie.
8.Do postępowania przed Komisją Lekarską nie stosuje się przepisów Kodeksu postępowania administracyjnego.
9. Przepisów ust. 1–8 nie stosuje się w przypadku postępowania odwoławczego w odniesieniu do opinii i orzeczeń, uregulowanego w odrębnych przepisach.

Art. 32.

1. W skład Komisji Lekarskiej wchodzi trzech lekarzy powołanych przez Rzecznika Praw Pacjenta z listy, o której mowa w ust. 2, w tym dwóch tej samej specjalności, co lekarz, który wydał opinię albo orzeczenie, o których mowa w art. 31 ust. 1.
2. Konsultanci krajowi, w porozumieniu z właściwymi konsultantami wojewódzkimi, opracowują raz w roku w terminie do dnia 30 marca, listę lekarzy w danej dziedzinie medycyny, którzy mogą być członkami Komisji

Lekarskiej. Lista zawiera imiona i nazwiska lekarzy, ich numery telefonów i adresy korespondencyjne oraz adresy poczty elektronicznej, jeżeli je posiadają.
2a. Wpisanie lekarza na listę, o której mowa w ust. 2, wymaga uzyskania jego uprzedniej pisemnej zgody.
2b. Lekarz może odmówić udziału w Komisji Lekarskiej z ważnych powodów. Uporczywe uchylanie się od udziału w Komisji Lekarskiej albo od wydania opinii, o której mowa w art. 67i ust. 7, powoduje skreślenie z listy, o której mowa w ust. 2.
3. Z tytułu uczestnictwa w Komisji Lekarskiej lekarzowi przysługuje wynagrodzenie, które ustala Rzecznik Praw Pacjenta.
3a. Członkom Komisji Lekarskiej przysługuje zwolnienie od pracy w dniu jej posiedzenia, bez zachowania prawa do wynagrodzenia.
4. Koszty działania Komisji Lekarskiej są finansowane z budżetu państwa, z części będącej w dyspozycji Rzecznika Praw Pacjenta.
5. Minister właściwy do spraw zdrowia, po zasięgnięciu opinii Naczelnej Rady Lekarskiej, określi, w drodze rozporządzenia, sposób działania Komisji Lekarskiej uwzględniając efektywność realizacji praw pacjenta.

Rozdział 9
Prawo pacjenta do poszanowania życia prywatnego i rodzinnego

Art. 33.
1. Pacjent podmiotu leczniczego wykonującego działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej ma prawo do kontaktu osobistego, telefonicznego lub korespondencyjnego z innymi osobami.
2. Pacjent ma prawo do odmowy kontaktu z osobami wymienionymi w ust. 1.
Art. 34.
1. Pacjent ma prawo do dodatkowej opieki pielęgnacyjnej.
2. Przez dodatkową opiekę pielęgnacyjną, o której mowa w ust. 1, rozumie się opiekę, która nie polega na udzielaniu świadczeń zdrowotnych, w tym także opiekę sprawowaną nad pacjentką w warunkach ciąży, porodu i połogu.
Art. 35.
1. Pacjent ponosi koszty realizacji praw, o których mowa w art. 33 ust. 1 i art. 34 ust. 1, jeżeli realizacja tych praw skutkuje kosztami poniesionymi przez podmiot leczniczy wykonujący działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej.
2. Wysokość opłaty rekompensującej koszty, o których mowa w ust. 1, ustala kierownik podmiotu, uwzględniając rzeczywiste koszty realizacji praw, o których mowa w art. 33 ust. 1 i art. 34 ust. 1.
3. Informacja o wysokości opłaty, o której mowa w ust. 2, oraz sposobie jej ustalenia jest jawna i udostępniana w lokalu zakładu leczniczego podmiotu, o którym mowa w ust. 1.

Rozdział 10
Prawo pacjenta do opieki duszpasterskiej

Art. 36.
Pacjent przebywający w podmiocie leczniczym wykonującym działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej ma prawo do opieki duszpasterskiej.
Art. 37.
W sytuacji pogorszenia się stanu zdrowia lub zagrożenia życia podmiot, o którym mowa w art. 33 ust. 1, jest obowiązany umożliwić pacjentowi kontakt z duchownym jego wyznania.
Art. 38.
Podmiot leczniczy ponosi koszty realizacji praw pacjenta, o których mowa w art. 36 i 37, chyba że przepisy odrębne stanowią inaczej.

Rozdział 11
Prawo pacjenta do przechowywania rzeczy wartościowych w depozycie

Art. 39.
Pacjent przebywający w podmiocie leczniczym wykonującym działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej ma prawo do przechowywania rzeczy wartościowych w depozycie. Koszty realizacji tego prawa ponosi ten podmiot, chyba że przepisy odrębne stanowią inaczej.
Art. 40.
Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia:
1) zakres spisu przedmiotów oddawanych do depozytu,
2) sposób zabezpieczenia przedmiotów oddanych do depozytu,
3) sposób i warunki prowadzenia i przechowywania księgi depozytów

– uwzględniając zapewnienie właściwej realizacji prawa pacjenta, o którym mowa w art. 39.

Rozdział 12
Rzecznik Praw Pacjenta

Art. 41.
W celu ochrony praw pacjenta określonych w niniejszej ustawie oraz w przepisach odrębnych ustanawia się Rzecznika Praw Pacjenta, zwanego dalej
„Rzecznikiem”.
Art. 42.
1. Rzecznik jest centralnym organem administracji rządowej właściwym w sprawach ochrony praw pacjentów określonych w niniejszej ustawie oraz w przepisach odrębnych.
2. Prezes Rady Ministrów sprawuje nadzór nad działalnością Rzecznika.
3. Rzecznik wykonuje swoje zadania przy pomocy Biura Rzecznika Praw Pacjenta, zwanego dalej „biurem”.
Art. 43.
1. Rzecznikiem może zostać osoba spełniająca łącznie następujące kryteria:
1) posiada co najmniej wykształcenie wyższe i tytuł zawodowy magistra lub inny równorzędny;
2) nie była prawomocnie skazana za przestępstwo popełnione umyślnie;
3) stan jej zdrowia pozwala na prawidłowe sprawowanie funkcji Rzecznika;
4) posiada wiedzę i doświadczenie dające rękojmię prawidłowego sprawowania funkcji Rzecznika.
2. Rzecznik nie może:
1) zajmować innego stanowiska, z wyjątkiem stanowiska profesora szkoły wyższej, ani wykonywać innych zajęć zawodowych;
2) należeć do partii politycznej;
3) prowadzić działalności publicznej niedającej się pogodzić z obowiązkami i godnością jego urzędu.
Art. 44.
1. Rzecznik jest powoływany przez Prezesa Rady Ministrów spośród osób wyłonionych w drodze otwartego i konkurencyjnego naboru.
2. Informację o naborze na stanowisko Rzecznika ogłasza się przez umieszczenie ogłoszenia w miejscu powszechnie dostępnym w siedzibie biura oraz w Biuletynie Informacji Publicznej, o którym mowa w ustawie z dnia 6 września 2001 r. o dostępie do informacji publicznej (Dz. U. z 2015 r. poz. 2058 oraz z 2016 r. poz. 34) i Biuletynie Informacji Publicznej Kancelarii Prezesa Rady Ministrów. Ogłoszenie powinno zawierać:
1) nazwę i adres biura;
2) określenie stanowiska;
3) wymagania związane ze stanowiskiem pracy, wynikające z przepisów prawa;
4) zakres zadań wykonywanych na stanowisku;
5) wskazanie wymaganych dokumentów;
6) termin i miejsce składania dokumentów;
7) informację o metodach i technikach naboru.
3. Termin, o którym mowa w ust. 2 pkt 6, nie może być krótszy niż 10 dni od dnia opublikowania ogłoszenia w Biuletynie Informacji Publicznej Kancelarii Prezesa Rady Ministrów.
4. Nabór na stanowisko Rzecznika przeprowadza zespół powołany przez ministra właściwego do spraw zdrowia, liczący co najmniej 3 osoby, których wiedza i doświadczenie dają rękojmię wyłonienia najlepszych kandydatów. W toku naboru ocenia się doświadczenie zawodowe kandydata, wiedzę niezbędną do wykonywania zadań na stanowisku, na które jest przeprowadzany nabór, oraz kompetencje kierownicze.
5. Ocena wiedzy i kompetencji kierowniczych, o których mowa w ust. 4, może być dokonana na zlecenie zespołu przez osobę niebędącą członkiem zespołu, która posiada odpowiednie kwalifikacje do dokonania tej oceny.
6. Członek zespołu oraz osoba, o której mowa w ust. 5, mają obowiązek zachowania w tajemnicy informacji dotyczących osób ubiegających się o stanowisko, uzyskanych w trakcie naboru.
7. W toku naboru zespół wyłania nie więcej niż trzech kandydatów, których przedstawia Prezesowi Rady Ministrów.
8. Z przeprowadzonego naboru zespół sporządza protokół zawierający:
1) nazwę i adres biura;
2) określenie stanowiska, na które był prowadzony nabór, oraz liczbę kandydatów;
3) imiona, nazwiska i adresy nie więcej niż trzech najlepszych kandydatów uszeregowanych według poziomu spełniania przez nich wymagań określonych w ogłoszeniu o naborze;
4) informację o zastosowanych metodach i technikach naboru;
5) uzasadnienie dokonanego wyboru albo powody niewyłonienia kandydata;
6) skład zespołu.
9. Wynik naboru ogłasza się niezwłocznie poprzez umieszczenie informacji w Biuletynach Informacji Publicznej, o których mowa w ust. 2. Informacja o wyniku naboru zawiera:
1) nazwę i adres biura;
2) określenie stanowiska, na które był prowadzony nabór;
3) imiona i nazwiska wybranych kandydatów oraz ich miejsca zamieszkania w rozumieniu przepisów Kodeksu cywilnego albo informację o niewyłonieniu kandydata.
10. Umieszczenie w Biuletynie Informacji Publicznej Kancelarii Prezesa Rady Ministrów ogłoszenia o naborze oraz o wyniku tego naboru jest bezpłatne.

Art. 45.
Rzecznik jest odwoływany przez Prezesa Rady Ministrów. Rzecznik pełni obowiązki do dnia powołania następcy.
Art. 46.
1. Rzecznik wykonuje swoje zadania przy pomocy nie więcej niż dwóch zastępców.
2. Prezes Rady Ministrów powołuje i odwołuje zastępców Rzecznika na wniosek Rzecznika.
3. Zastępcą Rzecznika może być osoba spełniająca łącznie następujące kryteria:
1) posiada co najmniej wykształcenie wyższe;
2) nie była prawomocnie skazana za przestępstwo popełnione umyślnie;
3) stan jej zdrowia pozwala na prawidłowe sprawowanie funkcji zastępcy Rzecznika;
4) posiada wiedzę i doświadczenie dające rękojmię prawidłowego sprawowania funkcji zastępcy Rzecznika.
4. Jeden z zastępców Rzecznika jest obowiązany posiadać co najmniej wykształcenie wyższe w dziedzinie nauk medycznych i tytuł zawodowy magistra lub równorzędny.
5. Zastępca Rzecznika nie może:
1) zajmować innego stanowiska, z wyjątkiem stanowiska profesora szkoły wyższej, ani wykonywać innych zajęć zawodowych;
2) należeć do partii politycznej;
3) prowadzić działalności publicznej niedającej się pogodzić z obowiązkami i godnością jego urzędu.
Art. 47.
1. Do zakresu działania Rzecznika należy:
1) prowadzenie postępowań w sprawach praktyk naruszających zbiorowe prawa pacjentów;
2) prowadzenie postępowań w trybie art. 50–53;
3) w sprawach cywilnych wykonywanie zadań określonych w art. 55;
4) opracowywanie i przedkładanie Radzie Ministrów projektów aktów prawnych dotyczących ochrony praw pacjenta;
5) występowanie do właściwych organów z wnioskami o podjęcie inicjatywy ustawodawczej bądź o wydanie lub zmianę aktów prawnych w zakresie ochrony praw pacjenta;
6) opracowywanie i wydawanie publikacji oraz programów edukacyjnych popularyzujących wiedzę o ochronie praw pacjenta;
7) współpraca z organami władzy publicznej w celu zapewnienia pacjentom przestrzegania ich praw, w szczególności z ministrem właściwym do spraw zdrowia;
8) przedstawianie właściwym organom władzy publicznej, organizacjom i instytucjom oraz samorządom zawodów medycznych ocen i wniosków zmierzających do zapewnienia skutecznej ochrony praw pacjenta;
9) współpraca z organizacjami pozarządowymi, społecznymi i zawodowymi, do których celów statutowych należy ochrona praw pacjenta;
9a) współpraca w zakresie przestrzegania praw pacjenta z podmiotami udzielającymi świadczeń zdrowotnych;
10) analiza skarg pacjentów w celu określenia zagrożeń i obszarów w systemie ochrony zdrowia wymagających naprawy;
11) wykonywanie innych zadań określonych w przepisach prawa lub zleconych przez Prezesa Rady Ministrów.
2. Organy i instytucje, do których Rzecznik zwrócił się z wnioskami określonymi w ust. 1 pkt 5 i 8, są obowiązane ustosunkować się do tych wniosków w terminie 30 dni od dnia ich otrzymania.
Art. 48.
Rzecznik może zwrócić się do Rzecznika Praw Obywatelskich lub Rzecznika Praw Dziecka o podjęcie działań z zakresu ich kompetencji.
Art. 49.
Rzecznik i zastępcy Rzecznika nie mogą prowadzić działalności niedającej się pogodzić ze sprawowanym urzędem.
Art. 50.
1. Rzecznik wszczyna postępowanie wyjaśniające, jeżeli powezmie wiadomość co najmniej uprawdopodabniającą naruszenie praw pacjenta, obejmującą w szczególności:
1) oznaczenie wnioskodawcy;
2) oznaczenie pacjenta, którego praw sprawa dotyczy;
3) zwięzły opis stanu faktycznego.
2. Wniosek kierowany do Rzecznika jest wolny od opłat.
3. Rzecznik może wszcząć postępowanie wyjaśniające z własnej inicjatywy, biorąc pod uwagę w szczególności uzyskane informacje co najmniej uprawdopodabniające naruszenie praw pacjenta.
Art. 51.
Rzecznik po zapoznaniu się ze skierowanym do niego wnioskiem może:
1) podjąć sprawę,
2) poprzestać na wskazaniu wnioskodawcy przysługujących mu lub pacjentowi środków prawnych,
3) przekazać sprawę według właściwości,
4) nie podjąć sprawy
– zawiadamiając o tym wnioskodawcę i pacjenta, którego sprawa dotyczy.

Art. 52.
1. W przypadku, o którym mowa w art. 51 pkt 1, Rzecznik może:
1) samodzielnie prowadzić postępowanie wyjaśniające;
2) zwrócić się o zbadanie sprawy lub jej części do właściwych organów, w szczególności organów nadzoru, prokuratury, kontroli państwowej, zawodowej lub społecznej, zgodnie z ich kompetencjami.
2. Prowadząc postępowanie, o którym mowa w ust. 1 pkt 1, Rzecznik ma prawo:
1) zbadać, nawet bez uprzedzenia, każdą sprawę na miejscu;
1a) żądać złożenia wyjaśnień oraz zapewnienia dostępu do dokumentów, przez podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych;
2) żądać złożenia wyjaśnień, przedstawienia akt każdej sprawy prowadzonej przez naczelne i centralne organy administracji państwowej, organy administracji rządowej, organy organizacji pozarządowych, społecznych i zawodowych, oraz organy jednostek organizacyjnych posiadających osobowość prawną, a także organy jednostek samorządu terytorialnego i samorządowych jednostek organizacyjnych oraz samorządów zawodów medycznych;
3) żądać przedłożenia informacji o stanie sprawy prowadzonej przez sądy, a także prokuraturę i inne organy ścigania oraz żądać do wglądu w biurze akt sądowych i prokuratorskich oraz akt innych organów ścigania, po zakończeniu postępowania i zapadnięciu rozstrzygnięcia;
4) zlecać sporządzanie ekspertyz i opinii.
3. Rzecznik odmawia ujawnienia nazwiska i innych danych osobowych pacjenta, w tym także wobec organów władzy publicznej, jeżeli uzna to za niezbędne dla ochrony praw tego pacjenta, chyba że przepisy odrębne stanowią inaczej.

Art. 53.
1. Po przeprowadzeniu postępowania wyjaśniającego Rzecznik może:
1) wyjaśnić wnioskodawcy i pacjentowi, którego sprawa dotyczy, że nie stwierdził naruszenia praw pacjenta;
2) skierować wystąpienie do podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych, organu, organizacji lub instytucji, w których działalności stwierdził naruszenie praw pacjenta; wystąpienie takie nie może naruszać niezawisłości sędziowskiej;
3) zwrócić się do organu nadrzędnego nad jednostką, o której mowa w pkt 2, z wnioskiem o zastosowanie środków przewidzianych w przepisach prawa.
2. W przypadku, o którym mowa w ust. 1 pkt 1, Rzecznik informuje o niestwierdzeniu naruszenia praw pacjenta także podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych, którego zarzut naruszenia tych praw dotyczył.
3. W przypadku, o którym mowa w ust. 1 pkt 1, wnioskodawcy przysługuje wniosek o ponowne rozpatrzenie sprawy. Art. 127 § 3 Kodeksu postępowania administracyjnego stosuje się odpowiednio.
3a. W przypadku utrzymania w mocy rozstrzygnięcia Rzecznika wydanego po rozpatrzeniu wniosku, o którym mowa w ust. 3, wnioskodawcy przysługuje skarga do sądu administracyjnego.
4. W wystąpieniu, o którym mowa w ust. 1 pkt 2, Rzecznik formułuje opinie lub wnioski co do sposobu załatwiania sprawy, a także może żądać wszczęcia postępowania dyscyplinarnego lub zastosowania sankcji służbowych.
5. Podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych, organ, organizacja lub instytucja, do których zostało skierowane wystąpienie, o którym mowa w ust. 1 pkt 2, są obowiązane niezwłocznie, nie później jednak niż w terminie 30 dni, poinformować Rzecznika o podjętych działaniach lub zajętym stanowisku. W przypadku gdy Rzecznik nie podziela tego stanowiska, może zwrócić się do właściwego organu nadrzędnego z wnioskiem o zastosowanie środków przewidzianych w przepisach prawa.

Art. 54.
W zakresie nieuregulowanym w art. 49–53 do postępowania prowadzonego przez Rzecznika stosuje się odpowiednio przepisy Kodeksu postępowania administracyjnego.

Art. 55.
W sprawach cywilnych dotyczących naruszenia praw pacjenta, określonych w niniejszej ustawie oraz w przepisach odrębnych, Rzecznik może z urzędu lub na wniosek strony:
1) żądać wszczęcia postępowania,
2) brać udział w toczącym się postępowaniu
– na prawach przysługujących prokuratorowi.

Art. 56.
Rzecznicy Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego, o których mowa w przepisach ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. z 2011 r. Nr 231, poz. 1375 oraz z 2015 r. poz. 1916) są pracownikami biura i wykonują swoje zadania przy pomocy tego biura.

Art. 57.
Organizację biura i jego szczegółowy sposób działania określa statut nadany, w drodze zarządzenia, przez Prezesa Rady Ministrów.

Art. 58.
1. Rzecznik przedstawia corocznie Radzie Ministrów, nie później niż do dnia 31 lipca roku następnego, sprawozdanie dotyczące przestrzegania praw pacjenta na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.

2. Rada Ministrów przedstawia Sejmowi Rzeczypospolitej Polskiej, nie później niż do dnia 31 sierpnia roku następnego, sprawozdanie, o którym mowa w ust. 1, wraz ze swoim stanowiskiem w sprawie tego sprawozdania.

Rozdział 13
Postępowanie w sprawach praktyk naruszających zbiorowe prawa pacjentów

Art. 59.

1. Przez praktykę naruszającą zbiorowe prawa pacjentów rozumie się:
1) bezprawne zorganizowane działania lub zaniechania podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych,
2) stwierdzone prawomocnym orzeczeniem sądu zorganizowanie wbrew przepisom o rozwiązywaniu sporów zbiorowych akcji protestacyjnej lub strajku przez organizatora strajku

– mające na celu pozbawienie pacjentów praw lub ograniczenie tych praw, w szczególności podejmowane celem osiągnięcia korzyści majątkowej. Nie jest zbiorowym prawem pacjentów suma praw indywidualnych.

2. Zakazane jest stosowanie praktyk naruszających zbiorowe prawa pacjentów.

3. Ochrona zbiorowych praw pacjentów przewidziana w ustawie nie wyłącza ochrony wynikającej z innych ustaw, w szczególności z przepisów o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji, przepisów o ochronie konkurencji i konsumentów oraz przepisów o przeciwdziałaniu nieuczciwym praktykom rynkowym.

Art. 60.

Stroną postępowania jest każdy, kto wnosi o wydanie decyzji w sprawie praktyki naruszającej zbiorowe prawa pacjentów lub wobec którego zostało wszczęte postępowanie w sprawie stosowania takiej praktyki. Do wnoszącego o wydanie decyzji w sprawie praktyki naruszającej zbiorowe prawa pacjentów stosuje się przepisy art. 50 ust. 1 i 2.

Art. 61.

1. W postępowaniu w sprawie stosowania praktyk naruszających zbiorowe prawa pacjentów Rzecznik ma prawo żądać przedstawienia dokumentów oraz wszelkich informacji dotyczących okoliczności stosowania praktyk, co do których istnieje uzasadnione podejrzenie, iż mają charakter praktyk naruszających zbiorowe prawa pacjentów, w terminie nie dłuższym niż 30 dni od dnia otrzymania żądania.

2. Żądanie, o którym mowa w ust. 1, powinno zawierać:
1) wskazanie zakresu informacji;
2) wskazanie celu żądania;
3) wskazanie terminu udzielenia informacji;
4) pouczenie o sankcjach za nieudzielenie informacji lub za udzielenie informacji nieprawdziwych lub wprowadzających w błąd.

3. Każdy ma prawo składania na piśmie – z własnej inicjatywy lub na prośbę Rzecznika – wyjaśnień odnoszących się do istotnych okoliczności sprawy dotyczącej naruszenia praw pacjentów.

Art. 62.

Rzecznik wydaje postanowienie o wszczęciu postępowania w sprawie stosowania praktyk naruszających zbiorowe prawa pacjentów i zawiadamia o tym strony.

Art. 63.

1. Rzecznik odmawia, w drodze decyzji, wszczęcia postępowania, jeżeli działanie lub zaniechanie w sposób oczywisty nie spełnia przesłanek określonych w art. 59 ust. 1 lub jeżeli wnoszący o wydanie decyzji o uznaniu praktyki za naruszającą zbiorowe prawa pacjentów nie uprawdopodobnił pozbawienia pacjentów ich praw lub ograniczenia tych praw.

2. Rzecznik może odmówić, w drodze decyzji, wszczęcia postępowania, jeżeli uzna to za uzasadnione.

Art. 64.

1. W przypadku wydania przez Rzecznika decyzji o uznaniu praktyki za naruszającą zbiorowe prawa pacjentów nakazuje on jej zaniechanie lub wskazuje działania niezbędne do usunięcia skutków naruszenia zbiorowych praw pacjentów, wyznaczając terminy podjęcia tych działań. Decyzji nadaje się rygor natychmiastowej wykonalności.

2. W decyzji, o której mowa w ust. 1, Rzecznik może nałożyć na podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych albo organizatora strajku obowiązek składania w wyznaczonym terminie informacji o stopniu realizacji działań niezbędnych do zaniechania praktyki naruszającej zbiorowe prawa pacjentów lub usunięcia skutków naruszenia zbiorowych praw pacjentów.

3. Nie wydaje się decyzji, o której mowa w ust. 1, jeżeli podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych albo organizator strajku zaprzestał stosowania praktyki, o której mowa w art. 59 ust. 1.

4. W przypadku określonym w ust. 3 Rzecznik wydaje decyzję o uznaniu praktyki za naruszającą zbiorowe prawa pacjentów i stwierdzającą zaniechanie jej stosowania.

5. Ciężar udowodnienia okoliczności, o których mowa w ust. 3, spoczywa na podmiocie udzielającym świadczeń zdrowotnych albo organizatorze strajku.

Art. 65.

Decyzje Rzecznika są ostateczne. W zakresie nieuregulowanym w przepisach niniejszego rozdziału i rozdziału 14 do postępowania w sprawie stosowania praktyk naruszających zbiorowe prawa pacjentów stosuje się przepisy Kodeksu postępowania administracyjnego.

Art. 66.
1. Na decyzję Rzecznika przysługuje skarga do sądu administracyjnego.
2. Sąd administracyjny rozpatruje skargę niezwłocznie.

Art. 67.
Nie wszczyna się postępowania w sprawie stosowania praktyk naruszających zbiorowe prawa pacjentów, jeżeli od końca roku, w którym zaprzestano ich stosowania, upłynął rok.

Rozdział 13a
Zasady i tryb ustalania odszkodowania i zadośćuczynienia w przypadku zdarzeń medycznych

Art. 67a.
1. Przepisy niniejszego rozdziału stosuje się do zakażenia pacjenta biologicznym czynnikiem chorobotwórczym, uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia pacjenta albo śmierci pacjenta będącego następstwem niezgodnych z aktualną wiedzą medyczną:
1) diagnozy, jeżeli spowodowała ona niewłaściwe leczenie albo opóźniła właściwe leczenie, przyczyniając się do rozwoju choroby,
2) leczenia, w tym wykonania zabiegu operacyjnego,
3) zastosowania produktu leczniczego lub wyrobu medycznego
– zwanego dalej „zdarzeniem medycznym”.
2. Przepisy niniejszego rozdziału stosuje się do zdarzeń medycznych będących następstwem udzielania świadczeń zdrowotnych w szpitalu w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej.

Art. 67b.
1. W przypadku:
1) zakażenia, uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia, o których mowa w art. 67a ust. 1 – pacjent lub jego przedstawiciel ustawowy mogą wystąpić z wnioskiem o ustalenie zdarzenia medycznego,
2) śmierci, o której mowa w art. 67a ust. 1 – wniosek o ustalenie zdarzenia medycznego mogą złożyć spadkobiercy pacjenta – zwani dalej „podmiotami składającymi wniosek”.
2. Postępowanie przed wojewódzką komisją do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych, o której mowa w art. 67e ust. 1:
1) zawiesza się w przypadku toczącego się w związku z tym samym zdarzeniem postępowania w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej osoby wykonującej zawód medyczny lub postępowania karnego w sprawie o przestępstwo;
2) nie wszczyna się, a wszczęte umarza w przypadku, gdy w związku z tym samym zdarzeniem prawomocnie osądzono sprawę o odszkodowanie lub zadośćuczynienie pieniężne albo toczy się postępowanie cywilne w tej sprawie.
3. W przypadku zakończenia postępowania, o którym mowa w ust. 2 pkt 1, postępowanie przed wojewódzką komisją do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych, o której mowa w art. 67e ust. 1, podejmuje się z urzędu.

Art. 67c.
1. Wniosek o ustalenie zdarzenia medycznego, zwany dalej „wnioskiem”, wnosi się do wojewódzkiej komisji do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych właściwej ze względu na siedzibę szpitala.
1a. W przypadku gdy wojewódzka komisja do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych, do której wpłynął wniosek, jest niewłaściwa, niezwłocznie przekazuje wniosek do właściwej wojewódzkiej komisji do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych, zawiadamiając o tym podmiot składający wniosek.
2. Wniosek wnosi się w terminie 1 roku od dnia, w którym podmiot składający wniosek dowiedział się o zakażeniu, uszkodzeniu ciała lub rozstroju zdrowia albo nastąpiła śmierć pacjenta, o których mowa w art. 67a ust. 1, jednakże termin ten nie może być dłuższy niż 3 lata od dnia, w którym nastąpiło zdarzenie skutkujące zakażeniem, uszkodzeniem ciała lub rozstrojem zdrowia albo śmiercią pacjenta.
3. Złożenie wniosku, w wyniku którego wojewódzka komisja do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych, o której mowa w art. 67e ust. 1, wydała orzeczenie o zdarzeniu medycznym, przerywa bieg terminu przedawnienia roszczeń określony w przepisach Kodeksu cywilnego wynikający ze zdarzeń objętych wnioskiem.
4. W przypadku śmierci pacjenta, o której mowa w art. 67a ust. 1, termin, o którym mowa w ust. 2, nie biegnie do dnia zakończenia postępowania spadkowego.

Art. 67d.
1. Wniosek zawiera:
1) dane pacjenta:
a) imię i nazwisko,
b) datę urodzenia,
c) numer PESEL albo serię i numer dokumentu stwierdzającego tożsamość, jeżeli posiada;
2) imię i nazwisko przedstawiciela ustawowego, jeżeli dotyczy;
3) imiona i nazwiska wszystkich spadkobierców, jeżeli dotyczy;
4) wskazanie, który ze spadkobierców reprezentuje pozostałych w postępowaniu przed wojewódzką komisją do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych, o której mowa w art. 67e ust. 1, jeżeli dotyczy;
5) adres do doręczeń;
6) dane podmiotu leczniczego prowadzącego szpital:

a) firmę,
b) adres siedziby oraz adres szpitala, jeżeli dotyczy;
7) uzasadnienie wniosku zawierające uprawdopodobnienie zdarzenia, którego następstwem było zakażenie, uszkodzenie ciała, rozstrój zdrowia albo śmierć pacjenta, o których mowa w art. 67a ust. 1, oraz szkody majątkowej lub niemajątkowej;
8) wskazanie, czy przedmiotem wniosku jest zakażenie, uszkodzenie ciała, rozstrój zdrowia albo śmierć pacjenta, o których mowa w art. 67a ust. 1;
9) propozycję wysokości odszkodowania i zadośćuczynienia, nie wyższą niż określona w art. 67k ust. 7.
2. Do wniosku dołącza się:
1) dowody uprawdopodabniające okoliczności wskazane we wniosku;
2) potwierdzenie uiszczenia opłaty, o której mowa w ust. 3;
3) postanowienie o stwierdzeniu nabycia spadku w przypadku, o którym mowa w art. 67b ust. 1 pkt 2, oraz pełnomocnictwo do reprezentowania pozostałych spadkobierców, w przypadku złożenia wniosku przez co najmniej jednego z nich.
3. Złożenie wniosku podlega opłacie w wysokości 200 zł. Opłata podlega zaliczeniu na poczet kosztów postępowania przed wojewódzką komisją do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych.
4. Opłatę, o której mowa w ust. 3, uiszcza się na rachunek właściwego urzędu wojewódzkiego.
5. Wniosek niekompletny lub nienależycie opłacony jest zwracany bez rozpatrzenia podmiotowi składającemu wniosek.
6. Kompletny i należycie opłacony wniosek wojewódzka komisja do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych, o której mowa w art. 67e ust. 1, przekazuje niezwłocznie kierownikowi podmiotu leczniczego prowadzącego szpital, z działalnością którego wiąże się wniosek, oraz ubezpieczycielowi, o którym mowa w art. 67i ust. 2 pkt 2. Kierownik tego podmiotu i ubezpieczyciel przedstawiają stanowisko w terminie 30 dni od dnia otrzymania wniosku wraz z dowodami na poparcie swojego stanowiska. Nieprzedstawienie stanowiska jest równoznaczne z akceptacją wniosku w zakresie dotyczącym okoliczności w nim wskazanych oraz proponowanej wysokości odszkodowania i zadośćuczynienia.

Art. 67e.

1. Tworzy się wojewódzkie komisjedo spraw orzekania o zdarzeniach medycznych, zwane dalej „wojewódzkimi komisjami". Siedzibą wojewódzkiej komisji jest siedziba właściwego urzędu wojewódzkiego.
2. Wykonywanie zadań wojewódzkiej komisji nie stanowi wykonywania władzy publicznej.
3. W skład wojewódzkiej komisji wchodzi 16 członków, w tym:
1) 8 członków posiadających co najmniej wyższe wykształcenie i tytuł magistra lub równorzędny w dziedzinie nauk medycznych, którzy wykonują zawód medyczny przez okres co najmniej 5 lat albo posiadają stopień naukowy doktora w dziedzinie nauk medycznych,
2) 8 członków posiadających co najmniej wyższe wykształcenie i tytuł magistra w dziedzinie nauk prawnych, którzy przez okres co najmniej 5 lat byli zatrudnieni na stanowiskach związanych ze stosowaniem lub tworzeniem prawa albo posiadają stopień naukowy doktora w dziedzinie nauk prawnych – którzy posiadają wiedzę w zakresie praw pacjenta oraz korzystają z pełni praw publicznych.
4. Członkiem wojewódzkiej komisji nie może być osoba:
1) prawomocnie skazana za umyślne przestępstwo lub umyślne przestępstwo skarbowe;
2) prawomocnie ukarana karą z tytułu odpowiedzialności dyscyplinarnej albo zawodowej;
3) wobec której prawomocnie orzeczono środek karny określony w art. 39 pkt 2 lub 2a Kodeksu karnego.
5. Spośród członków wojewódzkiej komisji:
1) 14 członków powołuje wojewoda, przy czym:
a) 4 członków stanowią osoby powołane spośród kandydatów zgłoszonych przez samorządy zawodowe lekarzy, lekarzy dentystów, pielęgniarek i położnych oraz diagnostów laboratoryjnych, mających siedzibę na terenie województwa,
b) 4 członków stanowią osoby powołane spośród kandydatów zgłoszonych przez samorząd zawodowy adwokatury oraz samorząd radców prawnych, mających siedzibę na terenie województwa,
c) 6 członków stanowią osoby powołane spośród kandydatów zgłoszonych przez organizacje społeczne działające na terenie województwa na rzecz praw pacjenta;
2) po jednym członku powołuje minister właściwy do spraw zdrowia i Rzecznik.
6. Podmioty, o których mowa w ust. 5 pkt 1, zgłaszają, a minister właściwy do spraw zdrowia i Rzecznik powołują, kandydatów na członków wojewódzkiej komisji nie później niż na 6 miesięcy przed upływem kadencji wojewódzkiej komisji, a w przypadku odwołania członka wojewódzkiej komisji przed upływem kadencji – w terminie wyznaczonym przez wojewodę.
7. Kadencja wojewódzkiej komisji wynosi 6 lat. W przypadku gdy członek wojewódzkiej komisji zostanie odwołany przed upływem kadencji na podstawie ust. 9, kadencja członka powołanego na jego miejsce upływa z dniem upływu kadencji wojewódzkiej komisji.
8. Przepisy ust. 6 i 7 stosuje się odpowiednio w przypadku śmierci członka wojewódzkiej komisji.
9. Członka wojewódzkiej komisji odwołuje, przed upływem kadencji, organ, który go powołał, w przypadku:
1) złożenia rezygnacji ze stanowiska;
2) choroby trwale uniemożliwiającej wykonywanie powierzonych zadań;

3) zaistnienia okoliczności określonych w art. 67g ust. 1;
4) niezłożenia oświadczenia, o którym mowa w art. 67g ust. 4;
5) zaistnienia okoliczności określonych w ust. 4;
6) uchylania się od wykonywania obowiązków członka wojewódzkiej komisji albo ich nieprawidłowego wykonywania.
10. O powołaniu na członka wojewódzkiej komisji oraz o terminach jej posiedzeń informuje się pracodawcę tej osoby.
11. Pracami wojewódzkiej komisji kieruje przewodniczący wybrany spośród jej członków na pierwszym posiedzeniu większością głosów przy obecności co najmniej 3/4 jej członków, w głosowaniu tajnym.
11a. Przewodniczący wojewódzkiej komisji dokonuje oceny wniosku pod względem spełnienia wymogów formalnych.
12. Termin pierwszego posiedzenia wojewódzkiej komisji wyznacza wojewoda. Pierwszemu posiedzeniu, do czasu wyboru przewodniczącego, o którym mowa w ust. 11, przewodniczy członek wojewódzkiej komisji wyznaczony przez wojewodę.
13. Wojewódzka komisja działa na podstawie uchwalonego przez siebie regulaminu, przy czym:
1) uchwały wojewódzkiej komisji są podejmowane zwykłą większością głosów, chyba że ustawa stanowi inaczej;
2) w przypadku równej liczby głosów rozstrzyga głos przewodniczącego;
3) członek wojewódzkiej komisji nie może wstrzymać się od głosu;
4) wojewódzka komisja działa na posiedzeniach, które są protokołowane.

Art. 67f.

1. Wojewódzkie komisje orzekają w składzie 4-osobowym.
2. Skład orzekający wojewódzkiej komisji, zwany dalej „składem orzekającym", jest wyznaczany przez przewodniczącego wojewódzkiej komisji według kolejności wpływu wniosków o ustalenie zdarzenia medycznego z alfabetycznej listy członków wojewódzkiej komisji, przy czym 2 członków składu orzekającego spełnia wymagania, o których mowa w art. 67e ust. 3 pkt 1, a 2 członków składu orzekającego spełnia wymagania, o których mowa w art. 67e ust. 3 pkt 2. Odstępstwo od tej kolejności jest dopuszczalne tylko z przyczyn określonych w art. 67g ust. 2.
2a. W przypadku gdy z powodu wyłączenia członków wojewódzkiej komisji, o którym mowa w art. 67g ust. 2 albo w art. 67j ust. 8 zdanie drugie, nie jest możliwe wyznaczenie składu orzekającego, przewodniczący wojewódzkiej komisji, niezwłocznie, nie później niż w terminie 3 dni od dnia wpływu wniosku, informuje o tym Rzecznika.
2b. Rzecznik, nie później niż w terminie 7 dni od dnia otrzymania informacji, o której mowa w ust. 2a, wskazuje wojewódzką komisję właściwą do rozpatrzenia wniosku, mając na uwadze zapewnienie możliwie dogodnych warunków dojazdu dla uczestników postępowania.
2c. Wojewódzka komisja, do której wpłynął wniosek, przekazuje całość dokumentacji sprawy wojewódzkiej komisji wskazanej przez Rzecznika, niezwłocznie, nie później niż w terminie 3 dni od dnia wskazania.
3. Pracami składu orzekającego kieruje przewodniczący. Termin pierwszego posiedzenia składu orzekającego oraz jego przewodniczącego wyznacza przewodniczący wojewódzkiej komisji.

Art. 67g.

1. Członkowie składu orzekającego, ich małżonkowie, zstępni i wstępni w linii prostej nie mogą być:
1) właścicielami, osobami zatrudnionymi lub współpracującymi z podmiotem leczniczym prowadzącym szpital lub z ubezpieczycielem, o których mowa w art. 67i ust. 2, oraz członkami organów tego podmiotu lub ubezpieczyciela;
2) członkami organów oraz osobami zatrudnionymi w podmiocie tworzącym w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej, jeżeli podmiot ten utworzył podmiot leczniczy niebędący przedsiębiorcą, który prowadzi szpital, o którym mowa w art. 67i ust. 2 pkt 1;
3) posiadaczami akcji lub udziałów przedstawiających więcej niż 10% kapitału zakładowego w spółkach handlowych będących podmiotami leczniczymi prowadzącymi szpital, o którym mowa w art. 67i ust. 2 pkt 1, oraz ubezpieczyciela, o którym mowa w art. 67i ust. 2 pkt 2.
2. Członek składu orzekającego podlega wyłączeniu w postępowaniu w sprawach, w których:
1) jest podmiotem składającym wniosek lub pozostaje z tym podmiotem w takim stosunku prawnym, że wynik postępowania przed wojewódzką komisją ma wpływ na jego prawa i obowiązki;
2) pozostaje z podmiotem składającym wniosek w takim stosunku osobistym, że wywołuje to wątpliwości co do jego bezstronności;
3) podmiotem składającym wniosek jest jego małżonek, krewny lub powinowaty w linii prostej, krewny boczny do czwartego stopnia i powinowaty boczny do drugiego stopnia;
4) podmiot składający wniosek jest związany z nim z tytułu przysposobienia, opieki lub kurateli;
5) był lub jest pełnomocnikiem albo przedstawicielem ustawowym podmiotu składającego wniosek.
3. Powody wyłączenia członka składu orzekającego trwają także po ustaniu małżeństwa, przysposobienia, opieki lub kurateli.
4. Przed powołaniem do składu orzekającego członkowie wojewódzkiej komisji składają oświadczenie o braku okoliczności określonych w ust. 1 i 2, zwane dalej „oświadczeniem o braku konfliktu interesów".

5. Członkowie wojewódzkiej komisji są obowiązani do zachowania w tajemnicy uzyskanych w toku postępowania przed komisją informacji dotyczących pacjenta, w tym także po ustaniu członkostwa w komisji.
6. Przepisy ust. 1–5 stosuje się także do osób niebędących członkami wojewódzkiej komisji, którym komisja zleciła przygotowanie opinii.
7. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, wzór oświadczenia o braku konfliktu interesów, mając na celu uzyskanie pełnych informacji o okolicznościach określonych w ust. 1 i 2.

Art. 67h.

1. Członkom składu orzekającego przysługuje:
1) wynagrodzenie w wysokości nieprzekraczającej 430 zł za udział w posiedzeniu;
2) zwrot kosztów przejazdu w wysokości i na warunkach określonych w przepisach wydanych na podstawie art. 775 § 2 Kodeksu pracy;
3) zwolnienie od pracy w dniu posiedzenia komisji, bez zachowania prawa do wynagrodzenia.
2. Kwota, o której mowa w ust. 1 pkt 1, podlega waloryzacji z uwzględnieniem średniorocznego wskaźnika wzrostu wynagrodzeń w państwowej sferze budżetowej, przyjętego w ustawie budżetowej.
3. Działalność wojewódzkiej komisji jest finansowana z budżetu państwa, z części pozostającej w dyspozycji właściwego wojewody. Wysokość wynagrodzenia, o którym mowa w ust. 1 pkt 1, ustala właściwy wojewoda.

Art. 67i.

1. Celem postępowania przed wojewódzką komisją jest ustalenie, czy zdarzenie, którego następstwem była szkoda majątkowa lub niemajątkowa, stanowiło zdarzenie medyczne.
2. W posiedzeniach wojewódzkiej komisji, z wyjątkiem części posiedzenia, w trakcie której odbywa się narada i głosowanie nad orzeczeniem, może uczestniczyć podmiot składający wniosek oraz przedstawiciel:
1) kierownika podmiotu leczniczego prowadzącego szpital, z działalnością którego wiąże się wniosek o ustalenie zdarzenia medycznego;
2) ubezpieczyciela, z którym podmiot leczniczy zawarł umowę ubezpieczenia z tytułu zdarzeń medycznych.
3. O terminie posiedzenia zawiadamia się podmiot składający wniosek oraz kierownika podmiotu leczniczego prowadzącego szpital, oraz ubezpieczyciela, o których mowa w ust. 2. Zawiadomienie doręcza się co najmniej na 7 dni przed terminem posiedzenia.
4. W celu wydania orzeczenia wojewódzka komisja może wzywać do złożenia wyjaśnień:
1) podmiot składający wniosek;
2) kierownika podmiotu leczniczego prowadzącego szpital, z działalnością którego wiąże się wniosek;
3) osoby, które wykonywały zawód medyczny w podmiocie leczniczym prowadzącym szpital oraz inne osoby, które były w nim zatrudnione lub w inny sposób z nim związane, w okresie, w którym zgodnie z wnioskiem miało miejsce zdarzenie medyczne albo zostały wskazane we wniosku jako osoby, które mogą posiadać informacje istotne dla prowadzonego przed wojewódzką komisją postępowania;
4) ubezpieczyciela, o którym mowa w art. 67i ust. 2 pkt 2.
Wezwanie doręcza się co najmniej na 7 dni przed terminem posiedzenia.
5. W postępowaniu wojewódzka komisja rozpatruje dowody przedstawione przez podmiot składający wniosek oraz kierownika podmiotu leczniczego prowadzącego szpital, z działalnością którego wiąże się wniosek, oraz ubezpieczyciela, o którym mowa w art. 67i ust. 2 pkt 2. Wojewódzka komisja może także w zakresie prowadzonego postępowania:
1) żądać dokumentacji prowadzonej przez podmiot leczniczy prowadzący szpital, w tym dokumentacji medycznej;
2) przeprowadzać postępowanie wyjaśniające w podmiocie leczniczym prowadzącym szpital;
3) dokonywać wizytacji pomieszczeń i urządzeń szpitala.
6. Z czynności, o których mowa w ust. 5 pkt 2 i 3, sporządza się protokół, który podpisują członkowie wojewódzkiej komisji oraz osoby uczestniczące w tych czynnościach. Odmowę lub niemożność podpisania stwierdza się w protokole.
6a. W przypadku nieusprawiedliwionego niestawiennictwa osoby wezwanej na posiedzenie w celu złożenia wyjaśnień, o których mowa w ust. 4, albo zeznań w charakterze świadka, wojewódzka komisja może pominąć dowód z tych wyjaśnień albo zeznań, jeśli miałyby one dotyczyć okoliczności już ustalonych w sposób niebudzący wątpliwości na podstawie innych dowodów.
7. Jeżeli stwierdzenie okoliczności mających istotne znaczenie dla wydania orzeczenia wymaga wiadomości specjalnych, wojewódzka komisja zasięga opinii lekarza w danej dziedzinie medycyny z listy, o której mowa w art. 32 ust. 2, albo konsultanta wojewódzkiego w danej dziedzinie medycyny, farmacji lub innej dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia.

Art. 67j.

1. Wojewódzka komisja po naradzie wydaje, w formie pisemnej, orzeczenie o zdarzeniu medycznym albo jego braku, wraz z uzasadnieniem.
2. Wojewódzka komisja wydaje orzeczenie, o którym mowa w ust. 1, nie później niż w terminie 4 miesięcy od dnia złożenia wniosku.
3. Orzeczenie wojewódzkiej komisji zapada większością co najmniej 3/4 głosów w obecności wszystkich członków składu orzekającego.
4. Orzeczenie wojewódzkiej komisji sporządzone w dwóch egzemplarzach podpisuje cały skład orzekający. Członek składu orzekającego, który w głosowaniu nie zgodził się z większością, może zgłosić zdanie odrębne i

jest obowiązany uzasadnić je na piśmie w terminie umożliwiającym sporządzenie uzasadnienia orzeczenia w terminie, o którym mowa w ust. 5.
5. Przewodniczący składu orzekającego na posiedzeniu wojewódzkiej komisji, na którym wydano orzeczenie, ogłasza jego treść, przytaczając główne motywy rozstrzygnięcia. W terminie 7 dni od dnia wydania orzeczenia sporządza się jego uzasadnienie.
6. Orzeczenie wraz z uzasadnieniem doręcza się:
1) podmiotowi składającemu wniosek,
2) kierownikowi podmiotu leczniczego prowadzącego szpital oraz ubezpieczycielowi, o których mowa w art. 67i ust. 2 – nie później niż w terminie 7 dni od dnia upływu terminu, o którym mowa w ust. 5.
7. W terminie 14 dni od dnia doręczenia orzeczenia wraz z uzasadnieniem podmiotowi składającemu wniosek, kierownikowi podmiotu leczniczego prowadzącego szpital oraz ubezpieczycielowi, o których mowa w art. 67i ust. 2, przysługuje prawo złożenia do wojewódzkiej komisji umotywowanego wniosku o ponowne rozpatrzenie sprawy.
8. Wniosek o ponowne rozpatrzenie sprawy wojewódzka komisja rozpatruje w terminie 30 dni od dnia jego otrzymania. W rozpatrywaniu tego wniosku nie może uczestniczyć członek składu orzekającego, który brał udział w wydaniu zaskarżonego orzeczenia. Przepisy ust. 1, 3–6 oraz art. 67g–67i stosuje się.
9. Wojewódzka komisja zawiadamia podmioty uprawnione do złożenia wniosku o ponowne rozpatrzenie sprawy o bezskutecznym upływie terminu, o którym mowa w ust. 7.

Art. 67k.

1. W zakresie uregulowanym niniejszą ustawą ubezpieczyciel jest związany orzeczeniem wojewódzkiej komisji.
2. Ubezpieczyciel, za pośrednictwem wojewódzkiej komisji, w terminie 30 dni od dnia:
1) otrzymania zawiadomienia określonego w art. 67j ust. 9,
2) doręczenia orzeczenia wojewódzkiej komisji o zdarzeniu medycznym wydanego w wyniku złożenia wniosku o ponowne rozpatrzenie sprawy– przedstawia podmiotowi składającemu wniosek propozycję odszkodowania i zadośćuczynienia. Propozycja nie może być wyższa niż maksymalna wysokość odszkodowania i zadośćuczynienia określona w ust. 7.
3. W przypadku gdy ubezpieczyciel nie przedstawi w terminie, o którym mowa w ust. 2, propozycji odszkodowania i zadośćuczynienia, ubezpieczyciel jest obowiązany do ich wypłaty w wysokości określonej we wniosku, nie wyższej niż określona w ust. 7.
4. W przypadku, o którym mowa w ust. 3, wojewódzka komisja wystawia zaświadczenie, w którym stwierdza złożenie wniosku o ustalenie zdarzenia medycznego, wysokość odszkodowania lub zadośćuczynienia oraz fakt nieprzedstawienia propozycji, o której mowa w ust. 3. Zaświadczenie stanowi tytuł wykonawczy. Przepisy działu II tytułu I części trzeciej Kodeksu postępowania cywilnego stosuje się.
5. Podmiot składający wniosek w terminie 7 dni od dnia otrzymania propozycji określonej w ust. 2 składa, za pośrednictwem wojewódzkiej komisji, ubezpieczycielowi oświadczenie o jej przyjęciu albo odrzuceniu.
6. Wraz z oświadczeniem o przyjęciu propozycji określonej w ust. 2 podmiot składający wniosek składa oświadczenie o zrzeczeniu się wszelkich roszczeń o odszkodowanie i zadośćuczynienie pieniężne za doznaną krzywdę mogących wynikać ze zdarzeń uznanych przez wojewódzką komisję za zdarzenie medyczne w zakresie szkód, które ujawniły się do dnia złożenia wniosku. Oświadczenie złożone przez spadkobiercę reprezentującego pozostałych spadkobierców, o których mowa w art. 67d ust. 2 pkt 3, jest skuteczne wobec pozostałych.
7. Maksymalna wysokość świadczenia (odszkodowania i zadośćuczynienia) z tytułu jednego zdarzenia medycznego w odniesieniu do jednego pacjenta w przypadku:
1) zakażenia, uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia pacjenta – wynosi 100 000 zł;
2) śmierci pacjenta – wynosi 300 000 zł.
8. W przypadku, o którym mowa w ust.6, propozycja odszkodowania i zadośćuczynienia przedstawiona przez ubezpieczyciela stanowi tytuł wykonawczy. Przepisy działu II tytułu I części trzeciej Kodeksu postępowania cywilnego stosuje się.
9. Przedstawienie przez ubezpieczyciela propozycji, o której mowa w ust. 2, lub wypłata przez niego odszkodowania lub zadośćuczynienia, nie oznacza uznania roszczenia dla celów jego dochodzenia w postępowaniu cywilnym.
10. Przepisy ust. 1–9 oraz przepisy wydane na podstawie ust. 11, w zakresie w jakim dotyczą ubezpieczyciela, stosuje się do podmiotu leczniczego prowadzącego szpital, w przypadku:
1) wyczerpania sumy ubezpieczenia w odniesieniu do wszystkich zdarzeń medycznych w szpitalu, których skutki są objęte umową ubezpieczenia, o której mowa w art. 67i ust. 2 pkt 2, albo niezawarcia tej umowy.
2) (uchylony)
11. Minister właściwy do spraw zdrowia, po zasięgnięciu opinii Naczelnej Rady Lekarskiej, Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych oraz Polskiej Izby Ubezpieczeń, określi, w drodze rozporządzenia, szczegółowy zakres i warunki ustalania wysokości świadczenia, o którym mowa w ust. 7, oraz jego wysokość w odniesieniu do jednego pacjenta w przypadku poszczególnych rodzajów zdarzeń medycznych, kierując się koniecznością zapewnienia ochrony interesów pacjenta oraz koniecznością przejrzystości w ustalaniu ich wysokości.

Art. 67l.

1. Podmiot składający wniosek może wycofać wniosek o ustalenie zdarzenia medycznego do dnia wydania orzeczenia w wyniku wniosku o ponowne rozpatrzenie sprawy, o którym mowa w art. 67j ust. 8.
2. Wojewódzka komisja umarza postępowanie w sprawie wniosku o ustalenie zdarzenia medycznego w przypadku:
1) określonym w ust. 1;
2) śmierci podmiotu składającego wniosek;
3) cofnięcia pełnomocnictwa, o którym mowa w art. 67d ust. 2 pkt 3.
3. Koszty postępowania przed wojewódzką komisją ponosi:
1) podmiot składający wniosek – w przypadku orzeczenia o braku zdarzenia medycznego;
2) podmiot leczniczy prowadzący szpital – w przypadku orzeczenia o zdarzeniu medycznym;
3) ubezpieczyciel – w przypadku, o którym mowa w art. 67k ust. 3.
4. Wysokość kosztów postępowania wojewódzka komisja ustala w orzeczeniu. Kwotę stanowiącą równowartość kosztów uiszcza się na rachunek właściwego urzędu wojewódzkiego.
5. Koszty postępowania przed wojewódzką komisją stanowią:
1) opłata, o której mowa w art. 67d ust. 3;
2) zwrot kosztów podróży i noclegu oraz utraconych zarobków lub dochodów osób wezwanych przez wojewódzką komisję;
3) wynagrodzenie za sporządzenie opinii.
Wpływy z kosztów stanowią dochód budżetu państwa.
6. Wydatki związane z doręczaniem wezwań i innych pism wojewódzkiej komisji oraz ze zwrotem opłat nie obciążają podmiotu składającego wniosek, podmiotu leczniczego prowadzącego szpital oraz ubezpieczyciela.
7. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, zryczałtowaną wysokość poszczególnych kosztów w postępowaniu przed wojewódzką komisją, mając na celu zrównoważenie interesów pacjentów oraz szpitali.

Art. 67m.

1. Podmiot składający wniosek, podmiot leczniczy prowadzący szpital oraz ubezpieczyciel mogą, w terminie 30 dni od dnia:
1) bezskutecznego upływu terminu, o którym mowa w art. 67j ust. 7,
2) otrzymania orzeczenia wydanego w wyniku wniosku o ponowne rozpatrzenie sprawy, o którym mowa w art. 67j ust. 8 – wnieść skargę o stwierdzenie niezgodności z prawem orzeczenia wojewódzkiej komisji. Skargę można oprzeć wyłącznie na naruszeniu przepisów dotyczących postępowania przed wojewódzką komisją.
2. W sprawie skargi orzeka, w terminie 30 dni od dnia jej otrzymania, wojewódzka komisja w składzie 6-osobowym. Przepisy art. 67c ust. 1, art. 67f ust. 2 i 3 oraz art. 67g, 67h i art. 67j ust. 8 zdanie drugie stosuje się odpowiednio.

Art. 67n.

1. Oświadczenia o braku konfliktu interesów, protokoły oraz orzeczenia wraz z uzasadnieniem są przechowywane przez właściwego wojewodę przez okres 10 lat, z wyłączeniem dokumentacji medycznej zgromadzonej w postępowaniu, która po zakończeniu postępowania jest zwracana podmiotowi składającemu wniosek na jego żądanie albo niszczona w sposób uniemożliwiający identyfikację pacjenta, którego dotyczyła.
2. Po zakończeniu postępowania wojewódzka komisja informuje podmiot składający wniosek o prawie wystąpienia, w terminie 14 dni od dnia otrzymania informacji, z żądaniem zwrotu dokumentacji medycznej, o której mowa w ust. 1.
3. W przypadku umorzenia postępowania z powodu śmierci podmiotu składającego wniosek dokumentacja medyczna, o której mowa w ust. 1, jest niszczona w sposób uniemożliwiający identyfikację pacjenta, którego dotyczyła.
4. Wojewoda ma prawo przetwarzania dokumentacji, o której mowa w ust. 1, w zakresie koniecznym do realizacji zadania określonego w ust. 1.

Art. 67o.

W zakresie nieuregulowanym przepisami art. 67a–67m do postępowania przed wojewódzką komisją stosuje się odpowiednio przepisy art. 50, 51, 531, 102, 131, 133–143, 150, 156, 157–158, 162, 164–172, 173–174, art. 180 § 1 pkt 1 i 3, art. 181 pkt 2, art. 206 § 1, art. 207 § 1, art. 210–213, 216, 217, 224, 225, 227–237, 240–242, 244–257, 258–273, 277, 280–289, 299–300, 316, 350,
353, 4245 i 4248–42412 Kodeksu postępowania cywilnego.

Art. 67p.

Wojewoda przekazuje ministrowi właściwemu do spraw zdrowia oraz Rzecznikowi, na koniec każdego kwartału oraz na każde żądanie tych organów, informacje dotyczące liczby:
1) wniosków, które wpłynęły do wojewódzkiej komisji, w tym wniosków o ponowne rozpatrzenie sprawy oraz skarg o stwierdzenie niezgodności z prawem orzeczenia wojewódzkiej komisji;
2) wniosków, które zostały pozostawione bez rozpoznania na podstawie art. 67d ust. 5;
3) wniosków, które stanowią lub będą stanowiły przedmiot prac wojewódzkiej komisji, ze wskazaniem przedmiotu wniosku, wnioskowanej kwoty odszkodowania lub zadośćuczynienia;
4) zakończonych postępowań ze wskazaniem rodzaju wydanego orzeczenia;

5) postanowień o zasięgnięciu opinii, o której mowa w art. 67i ust. 7, wraz z podaniem specjalizacji lekarza wydającego opinię;
6) posiedzeń komisji ze wskazaniem liczby tych, które miały charakter organizacyjny.

Rozdział 14
Kary pieniężne

Art. 68.
Rzecznik nakłada na podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych albo organizatora strajku, w drodze decyzji, karę pieniężną do wysokości 500 000 złotych w przypadku niepodjęcia działań określonych w decyzji, o której mowa w art. 64 ust. 1, w terminie w niej wskazanym.

Art. 69.
W przypadku nieprzekazania na żądanie Rzecznika dokumentów oraz informacji, o których mowa w art. 61, Rzecznik nakłada, w drodze decyzji, na podmiot, do którego skierowano żądanie, karę pieniężną do wysokości 50 000 złotych.

Art. 69a.
1. W przypadku niedopełnienia obowiązków dotyczących postępowania z dokumentacją medyczną po zaprzestaniu wykonywania działalności leczniczej, o których mowa w art. 30a, organ prowadzący rejestr podmiotów wykonujących działalność leczniczą nakłada, w drodze decyzji administracyjnej, na ostatniego kierownika podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych, likwidatora albo syndyka karę pieniężną w wysokości do trzykrotności przeciętnego wynagrodzenia w poprzednim kwartale, począwszy od pierwszego dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym nastąpiło ogłoszenie przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego w Dzienniku Urzędowym Rzeczypospolitej Polskiej „Monitor Polski" na podstawie art. 20 pkt 2 ustawy z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych.
2. W przypadku praktyk zawodowych lekarzy uchwałę w sprawie nałożenia kary pieniężnej podejmuje właściwa okręgowa rada lekarska.
3. W przypadku praktyk zawodowych pielęgniarek uchwałę w sprawie nałożenia kary pieniężnej podejmuje właściwa okręgowa rada pielęgniarek i położnych.
4. Do uchwał, o których mowa w ust. 2 i 3, stosuje się przepisy Kodeksu postępowania administracyjnego dotyczące decyzji administracyjnych.
5. Organem wyższego stopnia w sprawach nałożenia kary pieniężnej jest minister właściwy do spraw zdrowia.
6. Karę pieniężną, o której mowa w ust. 1, uiszcza się w terminie 14 dni od dnia, w którym decyzja administracyjna stała się ostateczna.
7. Przy ustalaniu wysokości kary pieniężnej organ prowadzący rejestr podmiotów wykonujących działalność leczniczą uwzględnia rodzaj i wagę stwierdzonych naruszeń.
8. Do kary pieniężnej stosuje się odpowiednio przepisy ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. – Ordynacja podatkowa (Dz. U. z 2017 r. poz. 201, 648 i 768) dotyczące terminu przedawnienia zobowiązań podatkowych oraz odsetek za zwłokę od zaległości podatkowych.

Art. 70.
Przy ustalaniu wysokości kar pieniężnych, o których mowa w art. 68 i 69, należy uwzględnić w szczególności okres, stopień oraz okoliczności naruszenia przepisów ustawy, a także uprzednie naruszenie przepisów ustawy.

Art. 71.
1. Środki finansowe pochodzące z kar pieniężnych, o których mowa w art. 68 i 69, stanowią dochód budżetu państwa.
1a. Środki finansowe pochodzące z kar pieniężnych, o których mowa w art. 69a, stanowią:
1) dochód budżetu państwa – w przypadku podmiotów leczniczych;
2) przychód właściwej okręgowej izby lekarskiej – w przypadku praktyk zawodowych lekarzy;
3) przychód właściwej okręgowej izby pielęgniarek i położnych – w przypadku praktyk zawodowych pielęgniarek.
2. Kara pieniężna podlega ściągnięciu w trybie przepisów o postępowaniu egzekucyjnym w administracji.

Rozdział 15
Przepis końcowy

Art. 72.
Ustawa wchodzi w życie w terminie określonym w ustawie – Przepisy wprowadzające ustawę o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, ustawę o akredytacji w ochronie zdrowia oraz ustawę o konsultantach w ochronie zdrowia.

Załącznik nr 10
do Regulaminu Organizacyjnego

Regulamin
sprawowania dodatkowej opieki pielęgnacyjnej nad pacjentem

1. Postanowienia ogólne

1. Regulamin określa zasady sprawowania dodatkowej opieki pielęgnacyjnej nad pacjentem w oparciu o obowiązujące zapisy Ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.
2. Zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa, pacjent ma prawo do dodatkowej opieki pielęgnacyjnej, w tym także opieki sprawowanej nad pacjentką w warunkach ciąży, porodu i połogu o każdej porze w ciągu doby, w tym również w porze nocnej.
3. Dodatkowa opieka pielęgnacyjna, nie obejmuje udzielania świadczeń zdrowotnych.
4. Dodatkowa opieka pielęgnacyjna może być sprawowana przez osobę bliską/rodzinę lub inną osobę wskazaną przez pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego.
5. Pacjent ponosi koszty realizacji prawa do dodatkowej opieki pielęgnacyjnej.
6. Szpital nie pobiera opłat związanych ze sprawowaniem dodatkowej opieki pielęgnacyjnej.
7. Czynności związane z opieką świadczoną nad pacjentem nie mogą zakłócać rytmu pracy personelu medycznego i mogą być ograniczone ze względów epidemiologicznych.
8. Osoba sprawująca opiekę musi bezpośrednio być w kontakcie z personelem oddziału, w tym między innymi konsultować wszystkie problemy, uzgadniać, informować o ważnych i niepokojących objawach.

2. Zakres sprawowania dodatkowej opieki pielęgnacyjnej

1. Zakres dodatkowej opieki pielęgnacyjnej obejmuje:
   1) potrzeby emocjonalne w tym wsparcie psychiczne poprzez towarzyszenie pacjentowi rozmową, czytaniem, organizowaniem wolnego czasu,
   2) pomoc w zaspokajaniu potrzeb fizjologicznych - zaprowadzenie do toalety, podanie kaczki / basenu,
   3) toaletę ciała chorego w tym pielęgnację skóry, obcinanie paznokci, golenie, zmiana pielucho-majtek, czesanie, obcinanie włosów, toaleta jamy ustnej, toaleta części intymnych, higiena protez zębowych,
   4) zmianę bielizny pościelowej i osobistej pacjenta,
   5) karmienie, pojenie lub pomoc przy karmieniu zgodnie z zaleceniami lekarza – z wyjątkiem pacjentów nieprzytomnych i mających problemy z połykaniem,
   6) zmianę pozycji ułożenia ciała w tym siadanie, odwracanie na boki oraz pomoc podczas wstawania z łóżka,
   7) pomoc przy chodzeniu, transport wózkiem inwalidzkim,
   8) uczestniczenie w procesie rehabilitacji w porozumieniu z rehabilitantem (spacerowanie po korytarzu, sadzanie w łóżku).
2. W przypadku oddziału noworodków, zakres opieki osoby bliskiej odbywa się pod nadzorem personelu oddziału. Pomoc osoby bliskiej w pielęgnacji noworodka może obejmować m.in.:
   1) pomoc matce w karmieniu piersią,
   2) przewijanie noworodka,
   3) zmiana ubranka.

3. Zasady obowiązujące osobę sprawującą dodatkową opiekę pielęgnacyjną

1. Osoba sprawująca dodatkową opiekę nad pacjentem zobowiązana jest do zapoznania i stosowania się do zapisów zawartych w Regulaminie Organizacyjnym Miejskiego Szpitala Zespolonego w Olsztynie, a w szczególności Zasad odwiedzin oraz niniejszego Regulaminu.
2. Osoba sprawująca dodatkową opiekę pielęgnacyjną nad pacjentem może ją realizować po uzyskaniu zgody na jej zakres, miejsce i czas od Ordynatora/Koordynatora lub lekarza zabezpieczającego pracę oddziału, na którym pacjent przebywa.
3. Dodatkową opiekę pielęgnacyjną nad pacjentem mogą sprawować wyłącznie osoby pełnoletnie.
4. Dodatkową opiekę pielęgnacyjną nad pacjentem może sprawować jednocześnie tylko jedna osoba.
5. Osoba sprawująca opiekę powinna:
   1) kierować się dobrem i bezpieczeństwem pacjenta oraz pozostałych chorych przebywających w Szpitalu,
   2) stosować się do poleceń i zaleceń lekarzy, pielęgniarek i położnych oraz pozostałego personelu szpitala,
   3) opuścić salę chorych w trakcie obchodu lekarskiego oraz wykonywania zabiegów leczniczo-pielęgnacyjnych u innych pacjentów,
   4) zgłaszać personelowi medycznemu oddziału zamiar opuszczenia oddziału z pacjentem oraz uzyskać zgodę pielęgniarki / położnej lub lekarza zabezpieczającego pracę oddziału,
   5) założyć odzież ochronną w przypadkach tego wymagających.

Olsztyn, 21.02.2017r.

Załącznik nr 11
do Regulaminu Organizacyjnego

„Zasady postępowania w sprawie organizacji przyjmowania, rozpatrywania oraz załatwiania skarg i wniosków”

§ 1.

1. Interesantów w sprawie skarg i wniosków przyjmuje Pełnomocnik ds. Praw Pacjenta.
2. Postępowanie w sprawach skarg i wniosków wszczyna się z chwilą złożenia i przyjęcia skargi lub wniosku.
3. Przedmiotem skargi może być w szczególności zaniedbanie lub nienależyte wykonanie zadań lub obowiązków przez Miejski Szpital Zespolony i jego pracowników, bądź osób udzielających świadczeń zdrowotnych, naruszenie przepisów prawa lub interesów skarżących a także przewlekłe lub biurokratyczne załatwienie spraw.
4. Przedmiotem wniosku może być w szczególności sprawa ulepszenia organizacji, usprawnienia pracy, lepszego zaspakajania potrzeb pacjentów.
   1) Skargi i wnioski mogą być wnoszone pisemnie, telefonicznie lub za pomocą faksu, poczty elektronicznej a także ustnie do protokołu (formularz M–58 Protokół przyjęcia podania – skargi – wniosku wniesionego(ej) ustnie).
5. Skarga lub wniosek powinny zawierać:
   1) imię i nazwisko (nazwę) wnoszącego skargę lub wniosek,
   2) adres (wskazanie miejscowości, ulicy, nr domu i mieszkania) wnoszącego skargę lub wniosek,
   3) treść skargi lub wniosku (treść może być wyrażona w sposób dowolny, przy czym istotne jest, aby można było na jej podstawie ustalić przedmiot skargi lub wniosku).
6. Skargi i wnioski niezawierające imienia i nazwiska (nazwy) oraz adresu wnoszącego pozostawia się bez rozpoznania.
7. Każda skarga lub wniosek rozpatrywana jest bez zbędnej zwłoki. Maksymalny termin na załatwienie skargi i wniosku wynosi miesiąc, licząc od dnia ich wpływu.

§ 2.

1. Kwalifikacji spraw jako skargi lub wniosku dokonuje Pełnomocnik ds Praw Pacjenta.
2. Każda skarga lub wniosek zostaje zarejestrowana w Rejestrze skarg i wniosków przez pracownika sekretariatu.
3. Pełnomocnik ds Praw Pacjenta na obwolucie skargi lub wniosku wpisuje nazwisko kierownika komórki organizacyjnej, której skarga lub wniosek dotyczy. Pracownik sekretariatu przekazuje kserokopię skargi lub wniosku wskazanej osobie.
4. Kierownik komórki organizacyjnej dostarcza na piśmie szczegółowe wyjaśnienia do dyrektora szpitala. Dyrektor po zapoznaniu się z treścią dokumentów decyduje o zasadności skargi lub wniosku, wpisując na obwolucie skargi „uzasadniona” lub „nieuzasadniona”.
5. Pracownik sekretariatu wszystkie dokumenty związane ze skargą lub wnioskiem przekazuje do radcy prawnego celem przygotowania odpowiedzi.
6. Radca prawny na podstawie dostarczonych wyjaśnień od kierownika komórki organizacyjnej oraz decyzji dyrektora, redaguje odpowiedź uwzględniając przepisy prawa. Odpowiedź zatwierdza Dyrektor.
7. Pracownik sekretariatu wysyła odpowiedź osobie zainteresowanej, a kserokopię odpowiedzi zostawia w aktach sprawy, której dotyczy.

§ 3.

1. Wszystkie skargi i wnioski wnoszone przez pacjentów, z wyłączeniem spraw podlegających nadzorowi medycznemu przedstawiane są do oceny Rady Społecznej Miejskiego Szpitala Zespolonego, zgodnie z ustawą o działalności leczniczej.
2. Przegląd i analiza skarg i wniosków dokonywana jest cztery razy do roku tj. do dnia 15 następnego miesiąca po zakończonym kwartale. Analizę skarg Pełnomocnik ds Praw Pacjenta przekazuje Pełnomocnikowi ds. ZSZJ oraz do komórek organizacyjnych, których skargi dotyczyły.

§ 4.

3. W przypadku uzasadnionej skargi lub wniosku Pełnomocnik ds. Praw Pacjenta wypełnia kartę działań zapobiegawczych / korygujących i przekazuje ją do Pełnomocnika ds. ZSZJ, który inicjuje działania zapobiegawcze / korygujące.
4. Wszystkie skargi uzasadnione omawiane są na spotkaniach Ordynatorów/Koordynatorów, kierowników komórek organizacyjnych oraz oddziałowych.

§ 5.

1. W razie uznania skargi za zasadną, Szpital powinien naprawić skutki swojego uchybienia, ewentualnie wykonać na rzecz pacjenta zaniechaną wcześniej czynność lub wyciągnąć konsekwencje służbowe wobec pracownika, który dopuścił się zawinionego uchybienia.
2. Jeśli w trakcie rozpoznawania skargi powstanie uzasadnione podejrzenie czynu przestępczego, Szpital zwróci się o wyjaśnienie sprawy do właściwych organów państwowych.

Załącznik nr 12
do Regulaminu Organizacyjnego

KODEKS ETYKI
PRACOWNIKÓW MIEJSKIEGO SZPITALA ZESPOLONEGO
W OLSZTYNIE

PREAMBUŁA

Mając na względzie podstawowe kryteria wykonywania zadań powierzonych pracownikom Miejskiego Szpitala Zespolonego w Olsztynie oraz dostrzegając konieczność pełnej ich realizacji w praktyce, ustanawia się Kodeks Etyki Pracowników Szpitala. Kodeks ten stanowi zbiór wartości i zasad, którymi powinni kierować się pracownicy Miejskiego Szpitala Zespolonego w Olsztynie podczas wykonywania zadań służbowych w miejscu pracy i poza nim. Celem Kodeksu jest sprecyzowanie wartości i standardów zachowania pracowników, związanych z pełnieniem przez nich obowiązków oraz informowanie pacjentów/klientów o standardach zachowań, jakich mają prawo oczekiwać od pracowników Szpitala

Rozdział I
Zasady ogólne
§ 1

Normy zachowań i postępowania w pracy odnoszą się do wszystkich pracowników Miejskiego Szpitala Zespolonego w Olsztynie, bez względu na formę zatrudnienia.

§ 2

Ilekroć w niniejszym kodeksie etycznym jest mowa o:

1) Kodeksie – należy przez to rozumieć Kodeks etyki pracownika Miejskiego Szpitala Zespolonego w Olsztynie.
2) Szpitalu – należy przez to rozumieć Miejski Szpital Zespolony w Olsztynie.
3) Pracowniku – należy przez to rozumieć pracownika Miejskiego Szpitala Zespolonego w Olsztynie bez względu na formę zatrudnienia.

Rozdział II
Zasady postępowania
§ 3

1.Pracownik dba o podnoszenie swoich kwalifikacji zawodowych, poziomu wiedzy i umiejętności.
2.Właściwe przygotowanie do pracy pracownik osiąga w szczególności poprzez:
   1) dążenie do pełnej znajomości aktów prawnych zewnętrznych i wewnętrznych;
   2) poszerzanie wiedzy zawodowej, potrzebnej do jak najlepszego wykonywania pracy na zajmowanym stanowisku;
   3) współpracę oraz korzystanie z doświadczenia i wiedzy innych.

§ 4

1.Pracownik wykonuje pracę, mając zawsze na względzie dobro pacjenta/klienta Szpitala.
2.Jest wzorem praworządności i swoją postawą pogłębia zaufanie pacjentów/klientów do Szpitala jako instytucji realizującej zadania z zakresu ochrony zdrowia.
3.Przedkłada dobro publiczne nad interes własny i swojego środowiska.
4.Swoim postępowaniem powinien dawać dobre świadectwo o Szpitalu oraz współtworzyć jego wizerunek.

§ 5

1.Pracownik wykonuje powierzone mu obowiązki rzetelnie i bezstronnie, wykorzystując w sposób optymalny posiadaną wiedzę i umiejętności.
2.Rzetelność i bezstronność pracownik osiąga w szczególności poprzez:
   1) twórcze i aktywne wykonywanie realizowanych zadań; zgodnie z prawem i bez zbędnej zwłoki;
   2) eliminowanie emocji podczas realizacji zadań;
   3) traktowanie pacjentów/klientów w sposób równy w tych samych sprawach;
   4) racjonalne, oszczędne i efektywne gospodarowanie powierzonym mieniem szpitala;
   5) przyjęcie krytyki, uznanie popełnionych błędów oraz ich naprawę;
   6) wykonywanie zadań w sposób gwarantujący poszanowanie prawa i ograniczający możliwość popełniania pomyłek;
   7) zgłaszanie wątpliwości, dotyczących celowości lub legalności decyzji podejmowanych w szpitalu, bezpośredniemu przełożonemu lub w przypadku braku reakcji Dyrekcji Szpitala.

Rozdział III
Relacje pacjent/klient – pracownik
§ 6

Pracownik :

1. Zapewnia wszystkim pacjentom/klientom troskliwą opiekę zgodnie z obowiązującymi standardami.
2. Udziela pierwszej pomocy w nagłych przypadkach oraz w sytuacji zagrożenia życia.
3. Udziela pacjentowi/klientowi rzetelnej i zrozumiałej informacji dostosowanej do wiedzy, wieku i stanu zdrowia.
4. Okazuje pacjentowi/klientowi życzliwość, wyrozumiałość, cierpliwość stwarzając atmosferę wzajemnego zaufania i zrozumienia.
5. Zachowuje w tajemnicy informacje uzyskane od pacjenta/klienta w toku wykonywania czynności służbowych, chyba, że obowiązek ich ujawnienia wynika z odrębnych przepisów prawa.

Rozdział IV
Relacje przełożony-pracownik
§ 7

1.Przełożony:
   1) Stosuje zasadę obiektywnej, rzetelnej oceny pracy podległych pracowników.
   2) Buduje relacje oparte na wzajemnym zaufaniu i szacunku.
   3) Ponosi odpowiedzialność za podjęte decyzje.

2. Pracownik:
   1) Ściśle współdziała z przełożonym w realizacji wykonywanych zadań.
   2) Przekazuje przełożonemu swoje propozycje w zakresie poprawy działalności komórek organizacyjnych Szpitala.
   3) Udziela przełożonemu wsparcia szczególnie w sytuacjach zagrożenia prawidłowej realizacji zadań.

Rozdział V
Relacje pracownik-pracownik
§ 8

1.Pracownicy powinni okazywać sobie życzliwość, wyrozumiałość, cierpliwość stwarzając atmosferę wzajemnego zaufania i zrozumienia.

2.Pracownicze konflikty w sposób merytoryczny i kulturalny rozstrzygać powinien ich przełożony.

3.Pracownik posiadający większe doświadczenie zawodowe powinien przekazywać młodszym koleżankom i kolegom swoją wiedzę i umiejętności oraz wzorce kultury i nie powinien naruszać godności osobistej współpracowników.

Rozdział VI
§ 9
Zakaz konkurencji

Pracownik zobowiązuje się przez czas pozostawania w stosunku pracy ze Szpitalem do powstrzymywania się od wszelkich czynności faktycznych i prawnych naruszających interes Szpitala.

Rozdział VII
Postanowienia końcowe
§ 10

Pracownicy są zobowiązani przestrzegać przepisów Kodeksu i kierować się jego zasadami.

§ 11

1. Kodeks otrzymują wszyscy pracownicy Szpitala. Nowo zatrudnieni pracownicy otrzymują Kodeks w dniu podjęcia pracy. Oświadczenia o zapoznaniu się z treścią Kodeksu przechowywane są w aktach osobowych pracowników Szpitala.

2. Tekst Kodeksu dostępny jest na stronie internetowej Szpitala.

§ 12

Za nieprzestrzeganie przepisów niniejszego kodeksu pracownicy szpitala ponoszą odpowiedzialność porządkową określoną w Kodeksie Pracy.

§ 13

Kodeks wchodzi w życie z dniem podpisania.