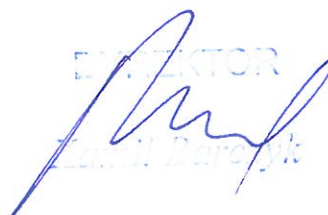


REGULAMIN ORGANIZACYJNY ZESPOŁU OPIEKI ZDROWOTNEJ W BOLESŁAWCU

Wprowadzony Zarządzeniem nr 75 z dnia 07 października 2019r.
Dyrektora Zespołu Opieki Zdrowotnej w Bolesławcu

Zespół opracowujący:
Marcin Kuliś - Radca Prawny
Jolanta Sawczak - Specjalista ds. Organizacji i Jakości

DYREKTOR

Marcin Kuliś

Bolesławiec 2019

Spis treści

ROZDZIAŁ I.....	3
Postanowienia Ogólne.....	3
ROZDZIAŁ II.....	4
Cele i zadania, rodzaj działalności leczniczej, zakres udzielanych świadczeń zdrowotnych oraz miejsce udzielania świadczeń zdrowotnych.....	4
ROZDZIAŁ III.....	6
Struktura Organizacyjna.....	6
ROZDZIAŁ IV.....	9
Sposób kierowania Zespołem.....	9
ROZDZIAŁ V.....	14
Przebieg procesu udzielania świadczeń zdrowotnych, zasady ustalania kolejności udzielania świadczeń zdrowotnych i prowadzenia listy oczekujących.....	14
ROZDZIAŁ VI.....	17
Organizacja Udzielania Świadczeń Zdrowotnych.....	17
ROZDZIAŁ VII.....	27
Stosowania Przymusu Bezpośredniego.....	27
ROZDZIAŁ VIII.....	29
Warunki współdziałania z innymi podmiotami wykonującymi działalność leczniczą w zakresie zapewnienia prawidłowości diagnostyki, leczenia, pielęgnacji, rehabilitacji pacjentów oraz ciągłości przebiegu procesu udzielania świadczeń zdrowotnych.....	29
ROZDZIAŁ IX.....	30
Prawa i obowiązki pacjenta.....	30
ROZDZIAŁ X.....	31
Postępowanie w razie śmierci pacjenta.....	31
ROZDZIAŁ XI.....	33
Opłaty za udzielanie świadczeń zdrowotnych.....	33
ROZDZIAŁ XII.....	35
Postanowienia końcowe.....	35
SPIS ZAŁĄCZNIKÓW.....	36
Załącznik nr 1. Schemat Organizacyjny.....	36
Załącznik nr 2. Zadania poszczególnych komórek organizacyjnych oraz samodzielnych stanowisk pracy.....	36
Załącznik nr 3. Prawa i obowiązki pacjenta Zespołu Opieki Zdrowotnej w Bolesławcu.....	36
Załącznik nr 4. Regulamin przechowywania rzeczy wartościowych pacjentów w depozycie w Zespole Opieki Zdrowotnej w Bolesławcu.....	36
Załącznik nr 5. Regulamin przechowywania osobistych rzeczy pacjentów Zespołu Opieki Zdrowotnej w Bolesławcu.....	36
Załącznik nr 6. Dokumentacja medyczna.....	36
Załącznik nr 7. Regulamin dla osób odwiedzających pacjentów w szpitalu.....	36
Załącznik nr 8. Regulamin rozpatrywania skarg i wniosków w Zespole Opieki Zdrowotnej w Bolesławcu.....	36
Załącznik nr 9. Cennik.....	36

ROZDZIAŁ I.

Postanowienia Ogólne

§ 1

Podmiot leczniczy o nazwie „Zespół Opieki Zdrowotnej w Bolesławcu” zwany dalej „Zespołem” jest samodzielnym publicznym zakładem opieki zdrowotnej.

§ 2

Zespół Opieki Zdrowotnej w Bolesławcu działa na podstawie:

1. Ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.
2. Ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych .
3. Ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.
4. Ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym .
5. Statutu Zespołu Opieki Zdrowotnej w Bolesławcu.
6. Innych przepisów mających zastosowanie do działalności samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej.

§ 3

Regulamin Organizacyjny Zespołu Opieki Zdrowotnej w Bolesławcu zwany dalej „Regulaminem” określa w szczególności strukturę organizacyjną, zadania i zakres działalności poszczególnych komórek organizacyjnych i samodzielnych stanowisk pracy oraz sposób i warunki udzielania świadczeń zdrowotnych w Zespole.

ROZDZIAŁ II.

Cele i zadania, rodzaj działalności leczniczej, zakres udzielanych świadczeń zdrowotnych oraz miejsce udzielania świadczeń zdrowotnych

§ 4

1. Celem Zespołu Opieki Zdrowotnej w Bolesławcu jest udzielanie świadczeń zdrowotnych służących zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia oraz wykonywanie innych działań medycznych wynikających z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich wykonywania.
2. Zespół prowadzi działalność leczniczą w rodzaju:
 - 1) stacjonarne i całodobowe świadczenia szpitalne,
 - 2) ambulatoryjne świadczenia zdrowotne.
3. Do podstawowych zadań Zespołu należy:
 - 1) udzielanie świadczeń stacjonarnych pacjentom, których stan zdrowia wymaga pobytu w szpitalu,
 - 2) udzielanie ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych poprzez:
 - a) organizowanie i sprawowanie podstawowej opieki zdrowotnej w ramach nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej,
 - b) organizowanie i sprawowanie specjalistycznej opieki zdrowotnej,
 - c) wykonywanie badań diagnostycznych
 - 3) prowadzenie działalności profilaktycznej i promocji zdrowia,
 - 4) szkolenie podyplomowe lekarzy w tym szkolenie specjalizacyjne,
 - 5) szkolenie podyplomowe i prowadzenie praktyk studenckich pielęgniarek i położnych,
 - 6) orzekanie i opiniowanie o stanie zdrowia,
 - 7) organizowanie innych form opieki zdrowotnej w sytuacjach awaryjnych (klęski żywiołowej, katastrofy, epidemii),
 - 8) realizowanie zadań w dziedzinie obronności zgodnie z obowiązującymi przepisami,
 - 9) wykonywanie innych zadań wynikających z odrębnych przepisów.
4. Zespół Opieki Zdrowotnej w Bolesławcu udziela świadczeń zdrowotnych w następujących dziedzinach medycyny:
 - 1) anestezjologii i intensywnej terapii,
 - 2) chirurgii ogólnej,
 - 3) chirurgii onkologicznej,
 - 4) chorób wewnętrznych,
 - 5) chorób zakaźnych,
 - 6) diabetologii,
 - 7) diagnostyki laboratoryjnej,
 - 8) farmakologii klinicznej,
 - 9) gastroenterologii,
 - 10) hipertensjologii,
 - 11) kardiologii,
 - 12) medycyny paliatywnej,
 - 13) medycyny pracy,
 - 14) medycyny ratunkowej,
 - 15) medycyny rodzinnej,
 - 16) neonatologii,

- 17) neurologii,
 - 18) onkologii klinicznej,
 - 19) ortopedii i traumatologii narządu ruchu,
 - 20) otolaryngologii,
 - 21) pediatrii,
 - 22) pielęgniarstwa opieki długoterminowej,
 - 23) pielęgniarstwa rodzinnego,
 - 24) położnictwa i ginekologii,
 - 25) radiologii i diagnostyki obrazowej,
 - 26) urologii,
 - 27) endokrynologii.
5. Zespół prowadzi wydzieloną działalność gospodarczą na podstawie ogólnie obowiązujących przepisów w zakresie:
- 1) odpłatnego udzielania świadczeń zdrowotnych,
 - 2) najmu i dzierżawy powierzchni użytkowych,
 - 3) najmu, dzierżawy i sprzedaży urządzeń i sprzętu,
 - 4) usług sterylizacji sprzętu i wyrobów medycznych,
 - 5) działalności szkoleniowej,
 - 6) organizacji i realizacji praktyk zawodowych.

§ 5

1. Dążąc do uzyskania wysokiego poziomu i jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych i zadowolenia pacjenta, Zespół Opieki Zdrowotnej w Bolesławcu realizuje ustanowioną przez siebie Politykę Jakości. W ramach Polityki Jakości Zespół dąży do:
 - 1) pozyskiwania wysoko wykwalifikowanej kadry medycznej,
 - 2) zapewnienia wysokiego poziomu usług diagnostycznych poprzez ich dostępność, kompleksowość i jakość,
 - 3) stwarzania warunków sprzyjających powracaniu do zdrowia oraz przyjaznej atmosfery otaczającej pacjenta na każdym etapie udzielania świadczeń zdrowotnych,
 - 4) monitorowania poziomu satysfakcji pacjentów,
 - 5) dbania o pozytywny wizerunek Zespołu i promowania go na zewnątrz,
 - 6) systematycznej modernizacji infrastruktury Zespołu,
 - 7) realizowania celów biznesowych takich jak:
 - a) osiągnięcie planowanej sprzedaży usług medycznych,
 - b) zapewnienie płynności finansowej,
 - c) w miarę możliwości generowanie zysku.
2. W ramach Polityki Jakości wszyscy pracownicy Zespołu Opieki Zdrowotnej w Bolesławcu są zobowiązani do jej realizacji zgodnie z wymaganiami Normy Systemu Zarządzania Jakością.

§ 6

Zespół udziela świadczeń zdrowotnych w pomieszczeniach znajdujących się w budynkach położonych w Bolesławcu przy ul: Jeleniogórskiej 4, oznaczonych jako budynek A, B, C i D.

ROZDZIAŁ III.

Struktura Organizacyjna

§ 7

1. Organami Zespołu Opieki Zdrowotnej w Bolesławcu są:
 - 1) Dyrektor.
 - 2) Rada Społeczna

§ 8

1. Strukturę organizacyjną Zespołu Opieki Zdrowotnej w Bolesławcu tworzą:
 - 1) Pion Dyrektora.
 - 2) Pion Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa.

§ 9

1. Pion Dyrektora stanowią następujące komórki organizacyjne i samodzielne stanowiska:
 - 1) zastępca dyrektora ds. lecznictwa,
 - 2) główny księgowy,
 - 3) naczelną pielęgniarka,
 - 4) dział organizacyjno-prawny,
 - 5) radca prawny,
 - 6) dział kadr i płac,
 - 7) dział rozliczeń, sprzedaży, marketingu i controllingu,
 - 8) dział administracyjno-techniczny z:
 - a) informatykami,
 - b) transportem wewnętrznym.
 - 9) sekcja zamówień publicznych,
 - 10) koordynator ds. pakietu onkologicznego,
 - 11) specjalista ds. praw pacjenta,
 - 12) specjalista ds. bhp i ochr. ppoż.,
 - 13) specjalista ds. obronności,
 - 14) inspektor ds. ochrony radiologicznej,
 - 15) psycholog,
 - 16) kapelan szpitalny,
 - 17) sekretarka obsługująca sekretariat Zespołu,
 - 18) pełnomocnik ds. ochrony informacji niejawnych,
 - 19) administrator bezpieczeństwa informacji,
 - 20) centralna sterylizatornia
2. W Zespole działają stałe Komitety, Zespoły i Komisje (Rady) powołane odrębnymi zarządzeniami wewnętrznymi, między innymi:
 - 1) Komitet Terapeutyczny,
 - 2) Komitet ds. Zakażeń Szpitalnych,
 - 3) Komitet Transfuzjologiczny,

- 4) Komitet ds. Jakości
 - 5) Zespoły Zadaniowe (Zespół ds. analizy i skuteczności podjętych czynności reanimacyjnych, Zespół ds. analizy przebiegu i skutków znieczuleń, Zespół ds. analizy zdarzeń niepożądanych, Zespół ds. analizy jakości dokumentacji medycznej, Zespół ds. analizowania przyczyn zgonów i zgonów okołoperacyjnych, Zespół ds. odmów hospitalizacji, nieplanowych powtórnych hospitalizacji i przyczyn przedłużonego pobytu),
 - 6) Zespół ds. Kontroli Zarządczej,
 - 7) Zespół ds. Etyki,
 - 8) Zespół ds. Oceny Przyjęć,
 - 9) Zespół ds. Profilaktyki Choroby Zatorowo-Zakrzepowej,
 - 10) Zespół ds. Oceny Skutków Zabiegów zaobserwowanych w trakcie hospitalizacji oraz analizy odległych skutków zabiegów,
 - 11) Zespół ds. Oceny i Leczenia Bólu,
 - 12) Zespół ds. Standardów Pielęgnowania,
 - 13) Zespół Leczenia Żywnościowego.
3. Dyrektor w drodze zarządzenia wewnętrznego może powoływać inne zespoły zadaniowe, komisje i komitety oraz tworzyć samodzielne stanowiska pracy do realizacji określonych celów.
4. W zarządzeniu o powołaniu zespołów, komitetów, komisji, o których mowa w § 9 ust. 3 określa się w szczególności:
- 1) cel i przedmiot działania,
 - 2) przewodniczącego i pozostały skład personalny,
 - 3) termin wykonania zadania (lub zespołu zadań),
 - 4) termin przedłożenia wniosków, propozycji lub opinii.
5. Uczestnictwo w pracach komitetu, zespołu, komisji nie zwalnia pracownika z obowiązku realizacji zadań określonych w zakresie czynności i obowiązków pracownika, chyba że zarządzenie wewnętrzne stanowi inaczej. Bezpośredni przełożony pracownika powołanego do komitetu, zespołu lub komisji jest zobowiązany do dokonania zmian w organizacji pracy podległej komórki. Działalność komitetów, zespołów i komisji nie może zastępować pracy komórek organizacyjnych.

§ 10

Pion Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa stanowią przedsiębiorstwa, jednostki, komórki organizacyjne i samodzielne stanowiska.

§ 11

1. Przedsiębiorstwo pod nazwą Szpital Powiatowy w skład, którego wchodzi:
 - 1) oddział chorób wewnętrznych z:
 - a) pracownią badań nieinwazyjnych (EKG),
 - b) pracownią USG,
 - 2) pododdział neurologiczny,
 - 3) oddział anestezjologii i intensywnej terapii,
 - 4) blok operacyjny,
 - 5) oddział chorób zakaźny,
 - 6) oddział pediatryczny,
 - 7) oddział neonatologiczny,

- 8) oddział ginekologiczno-położniczy,
 - 9) szkoła rodzenia,
 - 10) oddział chirurgii ogólnej z:
 - a) pododdziałem chirurgii onkologicznej,
 - 11) oddział chirurgii urazowo-ortopedycznej,
 - 12) szpitalny oddział ratunkowy,
 - 13) apteka szpitalna,
 - 14) laboratorium centralne , w skład którego wchodzi:
 - a) pracownia analityki ogólnej,
 - b) pracownia serologii transfuzjologicznej,
 - c) pracownia bakteriologii.
2. Przedsiębiorstwo pod nazwą Przychodnia Przyszpitalna, w skład której wchodzi:
- 1) rejestracja,
 - 2) poradnia chorób zakaźnych,
 - 3) poradnia neonatologiczna,
 - 4) poradnia otolaryngologiczna,
 - 5) poradnia onkologiczna,
 - 6) poradnia ginekologiczno-położnicza,
 - 7) poradnia chirurgii urazowo-ortopedycznej,
 - 8) poradnia urologiczna,
 - 9) poradnia chirurgiczna,
 - 10) poradnia diabetologiczna,
 - 11) poradnia nadciśnienia tętniczego,
 - 12) poradnia medycyny pracy,
 - 13) poradnia neurologiczna,
 - 14) poradnia gastroenterologiczna,
 - 15) poradnia endokrynologiczna,
 - 16) pracownia endoskopowa,
 - 17) gabinet lekarza POZ (nocna i świąteczna opieka zdrowotna),
 - 18) gabinet pielęgniarki POZ (nocna i świąteczna opieka zdrowotna).
3. Zespoły Ratownictwa Medycznego, w skład którego wchodzi:
- 1) Zespoły wyjazdowe (specjalistyczne, podstawowe, transportowy),
4. Komórki organizacyjne i samodzielne stanowiska działalności podstawowej:
- 1) specjalista ds. epidemiologii,
 - 2) kierownik-koordynator ambulatoryjnej opieki specjalistycznej,
 - 3) kierownik pracowni endoskopowej.

§ 12

Zadania Rady Społecznej określa statut oraz Regulamin Rady Społecznej.

§ 13

1. Schemat organizacyjny przedstawiający graficzną strukturę organizacyjną Zespołu stanowi załącznik nr 1 do niniejszego Regulaminu.
2. Zadania jednostek i komórek organizacyjnych oraz samodzielnych stanowisk pracy nieopisanych poniżej określa załącznik nr 2 do niniejszego Regulaminu.
3. Poszczególne jednostki i komórki organizacyjne używają symboli literowych, które znajdują się w Schemacie Organizacyjnym (załącznik nr 1).

ROZDZIAŁ IV.

Sposób kierowania Zespołem

Kierowanie Zespołem

§ 14

1. Dyrektor kieruje działalnością Zespołu i reprezentuje go na zewnątrz.
2. Dyrektor jest przełożonym wszystkich pracowników.
3. Dyrektor ponosi odpowiedzialność za zarządzanie Zespołem i gospodarkę finansową.
4. Dyrektor wykonuje swoje obowiązki przy pomocy Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa.

§ 15

1. Dyrektor Zespołu wykonując swoją funkcję zapewnia w szczególności:
 - 1) koordynację działania wszystkich komórek organizacyjnych w zakresie zgodności z zadaniami statutowymi,
 - 2) organizację kontroli wykonywania zadań przez poszczególne komórki organizacyjne,
 - 3) współdziałanie z innymi podmiotami wykonującymi działalność leczniczą,
 - 4) realizację zadań zleconych przez podmiot tworzący,
 - 5) udzielanie świadczeń zdrowotnych wyłącznie przez osoby odpowiednich uprawnień i kwalifikacjach zawodowych określonych odrębnymi przepisami,
 - 6) bieżący nadzór nad wykonywaniem zadań statutowych.
2. Dyrektor podejmuje decyzje w sprawach pracowniczych dotyczących w szczególności:
 - 1) nawiązywania i rozwiązywania stosunków pracy,
 - 2) karania, nagradzania i wyróżniania pracowników,
 - 3) przyznawania wynagrodzenia i premii,
 - 4) sprawowania nadzoru nad wykonywaniem zadań przez pracowników bezpośrednio mu podległych,
 - 5) dokonywania oceny jakości i skuteczności działań osób zatrudnionych na stanowiskach kierowniczych,
 - 6) umocowań pracowników do realizacji określonych zadań.
3. Ponadto Dyrektor:
 - 1) wyznacza swoich zastępców,
 - 2) zawiera umowy cywilno-prawne na realizację świadczeń zdrowotnych i inne,

- 3) rozpatruje skargi, wnioski i zażalenia pracowników i pacjentów.
4. W sprawach skarg i wniosków Dyrektor przyjmuje w każdy poniedziałek od godz. 14:00 do godz. 15:00.

§ 16

1. Do wyłącznej kompetencji Dyrektora należą sprawy:
 - 1) związane z wykonywaniem funkcji kierownika podmiotu leczniczego,
 - 2) współdziałania z Radą Społeczną i związkami zawodowymi,
 - 3) współdziałanie z podmiotem tworzącym i innymi podmiotami leczniczymi,
 - 4) wydawanie wewnętrznych aktów prawnych,
 - 5) ustalenie Regulaminu Organizacyjnego Zespołu,
 - 6) zakup sprzętu i aparatury medycznej z zachowaniem przepisów prawa.
2. Dyrektora Zespołu w czasie jego nieobecności zastępuje w granicach udzielonego pełnomocnictwa Zastępca Dyrektora ds. Lecznictwa lub inna wyznaczona przez niego osoba.
3. Pełnomocnictwa udzielane są w formie pisemnej.
4. W treści pełnomocnictwa Dyrektor określa granice umocowania oraz zakres uprawnień do składania oświadczeń woli w imieniu Zespołu.

§ 17

1. Zastępca Dyrektora ds. Lecznictwa podlega bezpośrednio Dyrektorowi.
2. Zastępca Dyrektora ds. Lecznictwa odpowiedzialny jest za całokształt działalności medycznej, a w szczególności odpowiada za poziom udzielanych świadczeń zdrowotnych, ich organizację oraz należyte wykonanie, sprawne i skuteczne działanie.
3. Zakres uprawnień, obowiązków i odpowiedzialności Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa obejmuje w szczególności:
 - 1) współpracę z Dyrektorem Zespołu,
 - 2) nadzorowanie i tworzenie warunków należytej realizacji zadań statutowych Zespołu związanych z dostępnością i poziomem udzielania świadczeń zdrowotnych,
 - 3) współuczestniczenie w opracowywaniu i realizacji planów strategicznych Zespołu,
 - 4) współudział w opracowywaniu projektów wewnętrznych aktów normatywnych, szczególnie z zakresu dostępności, organizacji i porządku udzielania świadczeń zdrowotnych w Zespole,
 - 5) sprawowanie nadzoru nad zachowaniem, co najmniej minimalnych norm wyposażenia w sprzęt medyczny, aparaturę, środki medyczne i leki oraz zachowanie tych standardów w stosunku do obowiązujących przepisów,
 - 6) nadzór i koordynowanie działalności jednostek, komórek organizacyjnych i samodzielnych stanowisk medycznych Zespołu w sferze dotyczącej udzielania świadczeń opieki zdrowotnej,
 - 7) sprawowanie kontroli nad medycznymi komórkami organizacyjnymi w zakresie stopnia realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, w szczególności zawartych z NFZ,
 - 8) dokonywanie systematycznych wizytacji oddziałów szpitalnych pod względem prawidłowości leczenia według obowiązujących standardów postępowania,
 - 9) nadzorowanie prawidłowego sporządzania dokumentacji medycznej w tym współtworzenie warunków organizacyjnych i technicznych do jej przetwarzania, przechowywania, udostępniania oraz zabezpieczania przez dostępem osób nieupoważnionych,

- 10) podejmowanie działań wiążących się z polityką kadrową, dotyczących planowania i optymalizacji zatrudnienia oraz udział w procesie rekrutacji personelu medycznego,
- 11) sprawowanie nadzoru merytorycznego nad przygotowaniem i przeprowadzaniem postępowania o udzielenie zamówienia publicznego w Zespole, w powierzonym zakresie,
- 12) inicjowanie i organizowanie współpracy z innymi podmiotami wykonującymi działalność leczniczą,
- 13) kontrolowanie gospodarki lekami i artykułami medycznymi Zespołu,
- 14) czuwanie nad prawidłowym wykonywaniem zakontraktowanych usług medycznych przez poszczególne oddziały Zespołu,
- 15) nadzorowanie przestrzegania standaryzacji postępowania, dbanie o jakość wykonywanych usług medycznych, bieżąca ich kontrola i weryfikacja zgodnie z wymogami zawartymi w umowach z Narodowym Funduszem Zdrowia i Ministerstwem Zdrowia,
- 16) czuwanie nad racjonalnym wykorzystaniem łóżek, urządzeń i wyposażenia w Zespole,
- 17) nadzorowanie terminowego zawiadamiania właściwego organu Państwowej Inspekcji Sanitarnej o przypadkach chorób zakaźnych stwierdzonych w Zespole oraz wydawanie zarządzeń dotyczących zapobiegania zakażeniom wewnątrzszpitalnym; systematyczny nadzór nad działalnością Zespołu ds. zapobiegania i zwalczania zakażeń wewnątrzszpitalnych,
- 18) wykonywanie innych zadań zleconych przez Dyrektora.

§ 18

1. W bieżącym zarządzaniu Zespołu obowiązuje zasada jednoosobowego kierownictwa.
2. Zastępca Dyrektora, Główny Księgowy, kierownicy i pracownicy na samodzielnych stanowiskach kierują powierzonym im zakresem działania i są odpowiedzialni za ich wykonanie przed bezpośrednim przełożonym.
3. Poszczególnymi jednostkami i komórkami organizacyjnymi kierują odpowiednio kierownicy lub ordynatorzy tych jednostek i komórek organizacyjnych.
4. Naczelną Pielęgniarka organizuje i nadzoruje pracę pielęgniarek i położnych, pracę działu fizjoterapii i pomocniczego personelu medycznego oraz współpracuje ze wszystkimi jednostkami i komórkami organizacyjnymi Zespołu.
5. Ordynatorzy/Kierownicy oddziałów oraz kierownicy jednostek i komórek organizacyjnych ustalają harmonogram pracy podległego personelu, zgodnie z obowiązującymi w Zespole w tym zakresie przepisami.
6. Harmonogramy pracy dla pielęgniarek, położnych oraz personelu pomocniczego medycznego ustala pielęgniarka oddziałowa (pielęgniarka koordynująca).

§ 19

1. Współpraca między jednostkami, komórkami organizacyjnymi i samodzielnymi stanowiskami (zwanymi dalej komórkami) oparta jest na następujących zasadach:
 - 1) komórki organizacyjne są zobowiązane do współdziałania w zakresie niezbędnym do zapewnienia skoordynowania działań,
 - 2) w przypadku opracowywania, uzgadniania lub opiniowania spraw wchodzących w zakres kompetencji kilku komórek organizacyjnych ustala się zasadę, że prowadzenie tych spraw należy do komórki koordynującej, którą wyznacza Dyrektor lub Zastępca Dyrektora,

- 3) komórki współpracujące przygotowują i przekazują komórce koordynującej niezbędne materiały, informacje, wyjaśnienia, ekspertyzy i opinie konieczne do opracowania danej sprawy,
- 4) komórka koordynująca zobowiązana jest – przy sformułowaniu ostatecznego stanowiska – do rozpatrzenia opinii i stanowisk komórek współpracujących.

Podpisywanie pism i używanie pieczętek

§ 20

1. Prawo do podpisywania pism w imieniu Zespołu ma Dyrektor Zespołu.
2. Zastępca Dyrektora ds. Lecznictwa, Główny Księgowy oraz inne osoby upoważnione są do podpisywania pism, oświadczeń oraz innych dokumentów w granicach udzielonych im pełnomocnictw.
3. Pisma wewnętrzne kierowane z jednej komórki organizacyjnej do drugiej podpisane są przez kierownika danej komórki organizacyjnej.
4. Prawo posiadania pieczętek służbowych przysługuje Dyrektorowi, jego Zastępcy, Głównemu Księgowemu, kierownikom komórek organizacyjnych oraz innym pracownikom po uzgodnieniu z bezpośrednim przełożonym.
5. Wszelkie pisma podpisane przez Dyrektora, jego Zastępcę lub Głównego Księgowego powinny być na kopiach parafowane przez kierownika komórki organizacyjnej, pracownika sporządzającego i osobę, z którą treść została uzgodniona pod względem merytorycznym i formalno - prawnym.
6. Osoby sporządzające i przekazujące sprawozdania finansowe, statystyczne do właściwych organów, podmioty tworzącego i GUS są odpowiedzialne za ich merytoryczną treść, dane liczbowe, rzetelność i terminowość – zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami.
7. Podpisywanie dokumentów obrotu pieniężnego i materiałowego oraz innych dokumentów o charakterze rozliczeniowym regulują odrębne przepisy.
8. Zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania, pieczęć osoby udzielającej świadczeń zdrowotnych oraz kierującej na badania , konsultację lub leczenie tj. lekarz, diagnosty laboratoryjnego, pielęgniarki, położnej, technika itd. zawiera następujące dane:
 - 1) imię i nazwisko,
 - 2) tytuł zawodowy,
 - 3) uzyskane specjalizacje,
 - 4) numer prawa wykonywania zawodu – w przypadku lekarza, pielęgniarki, położnej.
9. W pozostałych przypadkach pieczęć musi zawierać następujące dane:
 - 1) stanowisko,
 - 2) tytuł zawodowy (naukowy – jeśli dotyczy),
 - 3) imię i nazwisko.

Rozprowadzanie korespondencji zewnętrznej

§ 21

1. Nadsyłane do Zespołu pisma z wyłączeniem niejawnych, po czynnościach rejestracyjnych, dekretowane są przez Dyrektora a następnie kierowane do wskazanych komórek organizacyjnych.
2. Jeżeli pismem zainteresowanych jest kilka komórek organizacyjnych, to jest ono kierowane do komórki wiodącej, która je rozprawdza do pozostałych komórek.

Tworzenie wewnętrznych aktów prawnych

§ 22

1. Dyrektor wydaje wewnętrzne akty prawne, których projekty sporządzają pracownicy właściwych komórek organizacyjnych.
2. Do wewnętrznych aktów prawnych zalicza się:
 - 1) zarządzenia,
 - 2) decyzje,
 - 3) procedury, instrukcje, standardy,
 - 4) pisma ogólne.
3. Zarządzenia wewnętrzne wydawane są w sprawach, które wymagają określenia obowiązków i uprawnień poszczególnych komórek organizacyjnych Zespołu lub w sprawach o istotnym znaczeniu dla organizacji i porządku Zespołu.
4. Jednostronne oświadczenia woli składane są przez Dyrektora w formie decyzji.
5. Formy pism ogólnych powinny posiadać pisma stanowiące wykładnię przepisów i zarządzeń wydanych przez władze publiczne.
6. Wszelkie inne wytyczne np. dotyczące gospodarki, obsługi maszyn lub urządzeń, obiegu dokumentacji winny być wydawane w formie instrukcji lub procedury.

§ 23

1. Kierownicy komórek organizacyjnych w ramach rzeczowego zakresu ich działania opracowują i przedkładają swojemu bezpośredniemu przełożonemu projekt wewnętrznego aktu normatywnego w celu dokonania oceny merytorycznej i uzgodnienia wprowadzenia ewentualnych zmian i uzupełnień.
2. Jeżeli wewnętrzny akt prawny dotyczy kilku komórek organizacyjnych jego projekt sporządzony przez wyznaczonego kierownika komórki organizacyjnej uzgadniany jest z kierownikami wszystkich komórek organizacyjnych, których dotyczy.
3. Uzgodniony i zaakceptowany projekt wewnętrznego aktu prawnego jest przedkładany do ostatecznego przygotowania w obowiązującej formie przez Dział Organizacyjno-Prawny.
4. Ostateczna forma aktu wewnętrznego jest przedkładana do podpisu Dyrektorowi Zespołu.

§ 24

Ewidencję wydawanych wewnętrznych aktów prawnych prowadzi Dział Organizacyjno-Prawny nadając tym aktom odpowiednią numerację.

ROZDZIAŁ V.

Przebieg procesu udzielania świadczeń zdrowotnych, zasady ustalania kolejności udzielania świadczeń zdrowotnych i prowadzenia listy oczekujących

§ 25

1. Zespół organizuje udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie określonym w niniejszym regulaminie z zapewnieniem właściwej dostępności i jakości tych świadczeń w jednostkach organizacyjnych przedsiębiorstw Zespołu, w sposób gwarantujący pacjentom dogodną formę korzystania z tych świadczeń.
2. W uzasadnionych medycznie przypadkach w zakresie poradni specjalistycznych, Nocnej i świątecznej podstawowej opieki zdrowotnej oraz zespołów ratownictwa medycznego, świadczenia mogą być udzielane w domu lub w miejscu wezwania pacjenta.
3. Rejestracja pacjentów odbywa się w każdej formie tj. osobiście, za pośrednictwem członków rodziny lub osób trzecich, telefonicznie, z wyznaczeniem dnia i godziny realizacji świadczeń zdrowotnych.

§ 26

1. Świadczenia zdrowotne udzielane są w miarę możliwości w dniu zgłoszenia lub innym terminie uzgodnionym z pacjentem według ustalonej kolejności, w dniach i godzinach ich udzielania.
2. Zespół ustala kolejność udzielania świadczenia opieki zdrowotnej na podstawie zgłoszeń pacjentów oraz informuje pacjentów o terminie udzielania świadczenia.
3. W celu zabezpieczenia prawidłowej kolejności udzielania świadczeń, Zespół prowadzi listę pacjentów oczekujących na udzielenie świadczenia. Listę oczekujących prowadzi się w sposób zapewniający poszanowanie zasady sprawiedliwego, równego, niedyskryminującego i przejrzystego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej oraz zgodnie z przyjętymi kryteriami medycznymi. Zespół dokonuje okresowej, nie rzadziej niż raz w miesiącu, oceny listy oczekujących.
4. Kryteria medyczne, które brane są pod uwagę w tworzeniu listy pacjentów oczekujących to:
 - 1) stan zdrowia pacjenta,
 - 2) rokowania, co do dalszego przebiegu choroby,
 - 3) choroby współistniejące mające wpływ na chorobę, z powodu której ma być udzielone świadczenie,
 - 4) zagrożenia wystąpienia, utrwalenia lub pogłębienia niepełnosprawności.
5. Przy zastosowaniu kryteriów medycznych, o których mowa w § 26 ust. 4 pacjent zostaje zakwalifikowany do kategorii:
 - 1) przypadek pilny,
 - 2) przypadek stabilny.
6. Pacjent zakwalifikowany do kategorii medycznej „przypadek pilny” zostaje umieszczony na liście oczekujących przed pacjentami zakwalifikowanymi do kategorii „przypadek stabilny”.

7. Zespół koryguje odpowiednio termin udzielania świadczenia w razie zmiany stanu zdrowia pacjenta, wskazującej na potrzebę wcześniejszego udzielenia świadczenia niż to wynika z listy oczekujących. Zespół informuje pacjenta o tym fakcie oraz o nowym terminie udzielenia świadczenia.
8. W stanach nagłych świadczenia zdrowotne są udzielane pacjentowi przez Zespół niezwłocznie. Zespół nie może odmówić udzielenia świadczenia zdrowotnego osobie, która potrzebuje natychmiastowego udzielenia takiego świadczenia ze względu na zagrożenie zdrowia lub życia, niezależnie od ustalonej kolejki.
9. W przypadku braku miejsc lub ze względów epidemiologicznych pacjenci kierowani są do innych placówek lecznictwa stacjonarnego, natomiast w przypadku, jeśli ich stan zdrowia na to pozwala, wpisywani są na listę oczekujących na udzielenie świadczeń.
10. Pacjentów, którzy wymagają okresowego, w ściśle ustalonych terminach, wykonywania kolejnych etapów świadczenia, przyjmuje się w celu udzielenia tego świadczenia zgodnie z planem leczenia.

§ 27

Nadzór nad ustalaniem kolejności udzielania świadczeń zdrowotnych, prowadzeniem list oczekujących oraz przyjmowaniem osób mających szczególne uprawnienia do świadczeń zdrowotnych pełni w Zespole Zastępca Dyrektora ds. Lecznictwa.

§ 28

1. Świadczeniobiorcy, którzy posiadają tytuł „Zasłużonego Honorowego Dawcy Krwi” lub „Zasłużonego Dawcy Przeszczepu”, inwalidzi wojenni i wojskowi oraz kombatanci mają prawo do korzystania poza kolejnością ze świadczeń zdrowotnych udzielanych przez Zespół.
2. Weterani poszkodowani korzystają ze świadczeń zdrowotnych, w zakresie leczenia urazów i chorób nabytych podczas wykonywania zadań poza granicami państwa, poza kolejnością.
3. Weteranom poszkodowanym przysługuje prawo do korzystania poza kolejnością ze stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych innych niż te, o których mowa w art. 20 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, w zakresie leczenia urazów i chorób nabytych podczas wykonywania zadań poza granicami państwa.
4. Weteran poszkodowany ma prawo do bezterminowego czasu leczenia w zakresie świadczeń zdrowotnych wymienionych w § 27 ust. 3.
5. Kobiety w ciąży (od 01.01.2017).
6. Świadczeniobiorcy do 18 r.ż., u których stwierdzono ciężki i nieodwracalny upośledzenie albo nieuleczalną chorobę zagrażającą życiu, które powstały w prenatalnym okresie rozwoju dziecka lub w czasie porodu (od 01.01.2017).
7. Działacze opozycji antykomunistycznej i osoby represjonowane z powodów politycznych (od 31.08.2017).
8. Osoby posiadające orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności (od 01.07.2018).
9. Osoby deportowane do pracy przymusowej oraz osadzone w obozach pracy przez III Rzeszę i Związek Socjalistycznych Republik Radzieckich (od 30.10.2018).
10. Świadczeniobiorcy swoje uprawnienia, o których mowa wyżej potwierdzają poprzez przedstawienie właściwego dokumentu potwierdzającego uprawnienia w tym między innymi: legitymacji „Zasłużonego Honorowego Dawcy Krwi”, „Zasłużonego Dawcy Przeszczepu”, lub „Weterana Poszkodowanego”.

§ 29

1. Przyjęcie pacjentów zgłaszających się do szpitala odbywa się w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym (SOR) lub w oddziałowych pokojach przyjęć, na podstawie skierowania od lekarza lub bez skierowania w sytuacjach nagłych.
2. Odmowa przyjęcia pacjenta do szpitala powinna być uzasadniona pisemnie.
3. Opuszczenie przez pacjenta oddziału., w tym także jego nieobecność spowodowana udzieleniem pacjentowi pozwolenia na chwilowe opuszczenie Oddziału w uzasadnionych prawnie przypadkach na wniosek pacjenta, powinny być uzgodnione z lekarzem prowadzącym i odnotowane w dokumentacji medycznej. Wyjście pacjenta poza oddział bez zgody lekarza jest równoznaczne z samowolnym opuszczeniem oddziału.
4. Wypisanie pacjenta z oddziału następuje w przypadkach uzasadnionych medycznie, na żądanie pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego, a także w innych przypadkach przewidzianych w powszechnie obowiązujących przepisach prawa. O wypisaniu pacjenta z oddziału decyduje lekarz prowadzący.

§ 30

1. Lekarze Zespołu kierują pacjentów na konsultacje specjalistyczne poprzez skierowania zgodnie z warunkami określonymi w powszechnie obowiązujących przepisach prawa oraz przez płatników.
2. Lekarze Zespołu kierują pacjenta na leczenie szpitalne i inne niż szpitalne realizowane w warunkach stacjonarnych lub całodobowych, jeżeli cel leczenia nie może być osiągnięty ambulatoryjnie a konieczność hospitalizacji zostanie uzasadniona na skierowaniu.

§ 31

1. Zespół udziela świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych osobom ubezpieczonym oraz innym osobom uprawnionym do tych świadczeń na podstawie odrębnych przepisów – nieodpłatnie, za częściową odpłatnością, a także za całkowitą odpłatnością.
2. Świadczenia zdrowotne udzielane są wyłącznie przez osoby wykonujące zawody medyczne oraz spełniające wymagania kwalifikacyjne określone w odrębnych przepisach.
3. Zespół prowadzi dokumentację medyczną z wykorzystaniem systemu informatycznego dotyczącą osób korzystających ze świadczeń zdrowotnych, z zapewnieniem ochrony danych osobowych zawartych w dokumentacji oraz udostępnia dokumentację zgodnie z obowiązującymi przepisami.

§ 32

1. Aby skorzystać z bezpłatnych świadczeń opieki zdrowotnej pacjent powinien potwierdzić swoje prawo do świadczeń opieki zdrowotnej.
2. Osoba ubezpieczona w NFZ może potwierdzić swoje prawo do świadczeń opieki zdrowotnej w następujący sposób:
 - 1) na podstawie numeru PESEL za okazaniem dokumentu tożsamości: np. dowodu osobistego, prawa jazdy, paszportu, legitymacji uczniowskiej - w przypadku osoby, która nie ukończyła 18 r.ż..

- 2) okazując jeden z nadal obowiązujących papierowych dokumentów potwierdzających ubezpieczenie,
 - 3) składając pisemne oświadczenie o prawie do świadczeń.
3. W stanach nagłych lub w przypadku, gdy ze względu na stan zdrowia nie jest możliwe złożenie oświadczenia, świadczenie opieki zdrowotnej zostaje udzielone pomimo braku potwierdzenia prawa do świadczeń. W takim przypadku osoba, której udzielono świadczenia, jest obowiązana do przedstawienia dokumentu potwierdzającego prawo do świadczeń albo złożenia oświadczenia:
- 1) w terminie 14 dni od dnia rozpoczęcia udzielania świadczenia opieki zdrowotnej,
 - 2) w terminie 7 dni od dnia zakończenia leczenia w oddziale szpitalnym
- pod rygorem obciążenia tej osoby kosztami udzielonych jej świadczeń (art. 50 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych)
4. Przez stan nagły (stan nagłego zagrożenia zdrowotnego) należy rozumieć stan polegający na nagłym lub przewidywanym w krótkim czasie pojawieniu się objawów pogarszania zdrowia, którego bezpośrednim następstwem może być poważne uszkodzenie funkcji organizmu lub uszkodzenie ciała lub utrata życia, wymagający podjęcia natychmiastowych medycznych czynności ratunkowych i leczenia.
5. Weryfikacji ubezpieczenia pacjenta dokonuje się za pomocą programu **eWUŚ (elektroniczna weryfikacja uprawnień świadczeniobiorców)**.

ROZDZIAŁ VI.

Organizacja Udzielania Świadczeń Zdrowotnych

§ 33

Zespół udziela świadczeń zdrowotnych ogółowi ludności z uwzględnieniem praw pacjenta do wyboru podmiotu wykonującego działalność leczniczą.

§ 34

Wymagania fachowe i sanitarne, jakimi powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia Zespołu określają odrębne przepisy.

§ 35

Zespół udziela świadczeń zdrowotnych w następujących jednostkach organizacyjnych:

1. Szpital Powiatowy,
2. Zespoły Ratownictwa Medycznego,
3. Przychodnia Przyszpitalna,
4. Laboratorium Centralne.

Szpital Powiatowy

§ 36

1. Oddziały i Pododdziały szpitalne stanowią komórki organizacyjne Zespołu, w których udzielane są stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne szpitalne.
2. Oddziałami i Pododdziałami kierują ordynatorzy/kierownicy przy pomocy pielęgniarek/położnych oddziałowych lub pielęgniarek/położnych koordynujących.
3. W ramach oddziałów i pododdziałów najczęściej funkcjonują:
 - 1) gabinety/dyżurki (zabiegowe, pielęgniarskie, lekarskie),
 - 2) pracownie diagnostyczne,
 - 3) sale (chorych),
 - 4) kuchenki oddziałowe,
 - 5) podręczne składy zapasowego sprzętu, magazyn czystej bielizny,
 - 6) węzły sanitarne dla pacjentów i osobne dla personelu i odwiedzających.
4. W zależności od specjalności oddziału mogą się w nich znajdować jeszcze inne pomieszczenia.
5. Dyrektor Zespołu określa liczbę Oddziałów i Pododdziałów wraz z ich strukturą wewnętrzną oraz liczbą łóżek.

§ 37

1. W poszczególnych salach chorych mogą być umieszczani pacjenci tylko tej samej płci.
2. W salach o wzmożonym nadzorze medycznym mogą być hospitalizowani zarówno pacjenci płci męskiej i żeńskiej, przy zapewnieniu im intymności.
3. Zasada zachowania intymności i godności pacjenta dotyczy wszystkich czynności wykonywanych przy pacjencie.

§ 38

1. W skład personelu Oddziału / Pododdziału wchodzi:
 - 1) ordynator lub osoba kierująca oddziałem/pododdziałem,
 - 2) pielęgniarka lub położna oddziałowa lub koordynująca,
 - 3) pielęgniarki i położne,
 - 4) sekretarka medyczna,
 - 5) rehabilitanci,
 - 6) psycholog,
 - 7) personel pomocniczy.

§ 39

1. Do zadań każdego oddziału/pododdziału należy w szczególności:
 - 1) diagnozowanie, leczenie i konsultowanie pacjentów,
 - 2) prowadzenie na bieżąco dokumentacji medycznej,
 - 3) analiza wyników leczenia poszczególnych jednostek chorobowych.
2. W każdym oddziale/pododdziale obowiązuje:
 - 1) Karta Praw Pacjenta,
 - 2) Regulamin Organizacyjny,
 - 3) Regulamin Oddziału/Pododdziału.

§ 40

1. Badanie w celu ustalenia rozpoznania, ustalenia planu leczenia oraz leczenie powinno być rozpoczęte niezwłocznie po przyjęciu pacjenta do oddziału/pododdziału.
2. Plan opieki lekarsko-pielęgniarskiej nad pacjentem opracowywany jest w ciągu 24 godzin od przyjęcia pacjenta i modyfikowany jest według potrzeb.
3. Pacjent jest informowany o głównych założeniach planu opieki wobec niego oraz o osobach sprawujących nad nim bezpośrednią opiekę w oddziale/pododdziale.
4. W razie wątpliwości diagnostycznych lub terapeutycznych, lekarz prowadzący pacjenta 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/pododdziale odbywają się w trybie pilnym lub planowym.
6. Pacjenci kierowani na badania specjalistyczne i zabiegi lecznicze powinni być w zależności od stanu zdrowia przeprowadzani lub transportowani.
7. Wnioski i zalecenia wynikające z konsultacji winny zostać odnotowane w dokumentacji medycznej dotyczącej pacjenta, któremu została udzielona konsultacja.

§ 41

1. Dla sprawnego funkcjonowania oddziałów/pododdziałów 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 nowych przyjęciach do oddziału/pododdziału, o stanie zdrowia pacjentów oraz innych istotnych zdarzeniach zawartych w raportach lekarskich i pielęgniarskich,
 - 2) lekarze dyżurni zobowiązani są prowadzić raporty lekarskie,
 - 3) pielęgniarki i położne przekazują raport o stanie zdrowia pacjenta oraz o istotnych zaleceniach w formie ustnej i pisemnej na koniec każdej zmiany,
 - 4) raporty, zarówno lekarskie jak i pielęgniarskie, prowadzone są w systemie elektronicznym.
2. Dla sprawnego funkcjonowania oddziałów/pododdziałów ustala się następujące zasady postępowania w przypadku przekazania pacjenta między oddziałami/pododdziałami:
 - 1) pacjent może być przekazany do innego oddziału/pododdziału po wstępnym uzgodnieniu z ordynatorem/kierownikiem lub lekarzem dyżurnym właściwego oddziału/pododdziału,
 - 2) wypis (karta informacyjna) z oddziału/pododdziału i przyjęcie do innego oddziału/pododdziału winno zawierać ten sam numer księgi głównej, dopisuje się natomiast numer Księgi Oddziałowej.
3. Zasady postępowania w przypadku przekazania pacjenta do innego podmiotu leczniczego:
 - 1) pacjent może być przekazany do innego podmiotu leczniczego po wstępnym uzgodnieniu z ordynatorem/kierownikiem lub lekarzem właściwego oddziału tego podmiotu,
 - 2) ordynator/kierownik lub lekarz oddziału/pododdziału przekazujący pacjenta do innego podmiotu leczniczego dokonuje adnotacji w historii choroby, do jakiej placówki pacjent został przekazany i z kim zostało ustalone przyjęcie,
 - 3) zakończoną historię choroby przekazuje się do komórki organizacyjnej właściwej do spraw dokumentacji chorych i statystyki medycznej.

§ 42

1. Wypisanie pacjenta ze szpitala odbywa się według następujących zasad:
 - 1) obowiązkiem lekarza prowadzącego jest zgłoszenie ordynatorowi/kierownikowi wniosku o wypisanie pacjenta niezwłocznie po zakończeniu leczenia szpitalnego,
 - 2) lekarz prowadzący sporządza kartę informacyjną i dokładnie przedstawia w niej informacje i zalecenia dotyczące postępowania przez pacjenta.

§ 43

1. Wypisanie pacjenta ze Szpitala, jeżeli przepisy szczególne nie stanowią inaczej następuje:
 - 1) gdy stan zdrowia pacjenta nie wymaga dalszego leczenia w szpitalu,
 - 2) na żądanie pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego,
 - 3) gdy pacjent w sposób rażący narusza porządek a nie zachodzi obawa, że odmowa lub zaprzestanie udzielania świadczeń zdrowotnych może spowodować bezpośrednie niebezpieczeństwo dla jego życia lub zdrowia lub zdrowia innych osób.
2. Jeżeli przedstawiciel ustawowy żąda wypisania pacjenta, którego stan zdrowia wymaga dalszego udzielania świadczeń zdrowotnych, Dyrektor lub wyznaczony przez niego lekarz może odmówić wypisania do czasu wydania w tej sprawie orzeczenia przez właściwy ze względu na siedzibę Szpitala sąd opiekuńczy, chyba że przepisy odrębne stanowią inaczej.
3. W przypadku, o którym mowa w § 43 ust. 2, niezwłocznie zawiadamia się właściwy sąd opiekuńczy o odmowie wypisania i jej przyczynach.
4. Pacjent lub przedstawiciel ustawowy występujący z żądaniem, o którym mowa w § 43 ust. 1 pkt. 2, jest informowany przez ordynatora/kierownika lub lekarza prowadzącego o możliwych następstwach zaprzestania dalszego udzielania świadczeń zdrowotnych. Pacjent taki lub przedstawiciel ustawowy składa pisemne oświadczenie o wypisaniu na własne żądanie. W przypadku braku takiego oświadczenia lekarz sporządza adnotację w dokumentacji medycznej autoryzując ją swoim podpisem i pieczęcią.

§ 44

1. Jeżeli przedstawiciel ustawowy pacjenta albo osoba, na której w stosunku do pacjenta ciąży ustawowy obowiązek alimentacyjny, nie odbiera pacjenta w wyznaczonym terminie, Dyrektor zawiadamia o tym niezwłocznie wójta (burmistrza, prezydenta) właściwego ze względu na miejsce zamieszkania lub ostatniego miejsca pobytu pacjenta i organizuje transport sanitarny na koszt gminy.
2. Gmina pokrywa koszty transportu sanitarnego, o którym mowa w § 43 ust. 1, na podstawie rachunku wystawionego przez Zespół.
3. Pacjent, którego stan zdrowia nie wymaga dalszego udzielania świadczeń szpitalnych albo całodobowych i stacjonarnych świadczeń zdrowotnych innych niż szpitalne, lub osoba, na której w stosunku do pacjenta ciąży ustawowy obowiązek alimentacyjny, ponoszą koszty pobytu pacjenta, począwszy od terminu określonego przez kierownika, niezależnie od uprawnień do bezpłatnych świadczeń zdrowotnych określonych w przepisach odrębnych.

§ 45

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 o przekazaniu wyniku do dokumentacji medycznej.
3. W przypadku nieprawidłowego wyniku badania, lekarz wyznacza termin i miejsce wizyty kontrolnej.
4. Sekretarka medyczna lub inny wyznaczony pracownik powiadamia pacjenta telefonicznie lub listownie o możliwości odbioru wyniku lub terminie i miejscu wizyty kontrolnej:
 - 1) oryginał wyniku zostaje w dokumentacji medycznej pacjenta,
 - 2) kopię wyniku odbiera pacjent za pokwitowaniem potwierdzając odbiór na oryginale wyniku.

§ 46

Ramowy rozkład dnia w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych w Oddziale/Pododdziale:

Lp.	Godzina	Czynności w Oddziale/Pododdziale
1	06:00-08:00	Pomiar ciepłoty ciała, tętna, oddechów i innych parametrów życiowych. Pobieranie materiału do badań laboratoryjnych. Wykonywanie badań diagnostycznych. Toaleta pacjentów, ścielenie łóżek, zmiana bielizny osobistej i pościelowej. Sprzątanie.
2	08:00-09:00	Śniadanie.
3	08:00-10:00	Obchody lekarskie.
4	10:00-13:00	Realizacja zleceń lekarskich, wykonywanie zabiegów, badań diagnostycznych. Konsultacje lekarskie. Inne czynności związane z funkcjonowaniem oddziału/pododdziału.
5	12:00-14:00	Obiad.
6	14:00-17:00	Wypoczynek pacjentów. Udzielanie niezbędnych i zleconych świadczeń zdrowotnych.
7	16:00-19:00	Pomiar ciepłoty ciała, tętna i innych parametrów. Realizacja zleceń lekarskich, zabiegów i badań diagnostycznych. Konsultacje lekarskie i inne czynności związane z funkcjonowaniem oddziału/pododdziału.
8	17:00-18:00	Kolacja.
9	18:00-21:00	Wykonywanie zleceń lekarskich. Toalety wieczorne pacjentów. Obchód lekarski. Porządkowanie pomieszczeń.
10	22:00-06:00	Cisza nocna.

§ 47

1. Pacjenci przebywający w Szpitalu mogą korzystać z:
 - 1) bezpośredniego kontaktu z osobą duchowną, szczegółowe informacje znajdują się u pielęgniarki oddziałowej i na tablicy informacyjnej,
 - 2) obrzędów religijnych odbywających się w Kaplicy szpitala według ustalonych godzin,

- 3) internetu,
- 4) telefonu.
2. Korzystanie z własnego sprzętu elektrycznego oraz elektronicznego np.: suszarka, ładowarka, laptop jest bezpłatne.
3. W czasie wolnym pacjenci oraz członkowie ich rodzin mogą uczestniczyć w programach promocji zdrowia (programach edukacyjnych) prowadzonych przez Szpital.

§ 48

1. W Szpitalu obowiązują zasady uzyskiwania zgody pacjenta na udzielanie świadczeń zdrowotnych określone w załączniku nr 3 do niniejszego regulaminu pt. „Prawa i Obowiązki Pacjenta Zespołu Opieki Zdrowotnej w Bolesławcu”.
2. Zasady przechowywania rzeczy wartościowych pacjentów w depozycie określa załącznik nr 4 do niniejszego regulaminu pt. „Regulamin Przechowywania wartościowych rzeczy pacjentów w depozycie w Zespole Opieki Zdrowotnej w Bolesławcu”.
3. Zasady odwiedzania pacjentów w szpitalu określa załącznik nr 5 do niniejszego regulaminu pt. „Regulamin przechowywania osobistych rzeczy pacjentów Szpitala Zespołu Opieki Zdrowotnej w Bolesławcu”.

Szpitalny Oddział Ratunkowy

§ 49

1. Szpitalny Oddział Ratunkowy zwany dalej SOR jest komórką organizacyjną Szpitala stanowiącą jednostkę systemu, o której mowa w art. 32 ust.1 pkt. 1 ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym udzielającą świadczeń opieki zdrowotnej osobom w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego.
2. Szpitalnym Oddziałem Ratunkowym kieruje ordynator lub kierownik.
3. Szpitalny Oddział Ratunkowy udziela świadczeń opieki zdrowotnej polegających na wstępnej diagnostyce oraz podjęciu leczenia w zakresie niezbędnym dla stabilizacji funkcji życiowych osób, które znajdują się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego.

§ 50

1. W skład Szpitalnego Oddziału Ratunkowego wchodzi obszary:
 - 1) segregacji medycznej, rejestracji i przyjęć,
 - 2) resuscytacyjno-zabiegowy,
 - 3) wstępnej intensywnej terapii,
 - 4) terapii natychmiastowej,
 - 5) obserwacji,
 - 6) konsultacyjny,
 - 7) stacjonowania zespołów ratownictwa medycznego,
 - 8) zaplecza administracyjno-gospodarcze.
2. Segregację medyczną osób, o których mowa w §49 ust. 3, przeprowadza pielęgniarka systemu, pielęgniarka triażowa, ratownik medyczny lub lekarz systemu przez przeprowadzenie wywiadu

medycznego i zebranie danych służących ocenie stanu zdrowia i zakwalifikowaniu jej do jednej z kategorii.

3. Kategorie zróżnicowane pod względem stopnia pilności udzielenia jej świadczeń zdrowotnych, zwane dalej „kategorią pilności” to:
 - 1) kolor czerwony oznaczający natychmiastowy kontakt z lekarzem,
 - 2) kolor pomarańczowy oznaczający czas oczekiwania na pierwszy kontakt z lekarzem do 10 minut,
 - 3) kolor żółty oznaczający czas oczekiwania na pierwszy kontakt z lekarzem do 60 minut,
 - 4) kolor zielony oznaczający czas oczekiwania na pierwszy kontakt z lekarzem do 120 minut,
 - 5) kolor niebieski oznaczający czas oczekiwania na pierwszy kontakt z lekarzem do 240 minut.
4. Pielęgniarka systemu, ratownik medyczny lub lekarz systemu informują pacjenta lub osobę jemu towarzyszącą o przydzielonej kategorii pilności oraz o liczbie osób i maksymalnym przewidywanym czasie oczekiwania na pierwszy kontakt z lekarzem.
5. Pacjent, który został przydzielony do kategorii pilności oznaczonej kolorem zielonym lub niebieskim, może być skierowany do miejsc udzielania świadczeń zdrowotnych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej.

§ 51

1. Pacjent przebywa w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym przez okres niezbędny do realizacji wstępnej diagnostyki, ustalenia wstępnego rozpoznania oraz podjęcia leczenia w zakresie niezbędnym dla stabilizacji funkcji życiowych, które spowodowały stan nagłego zagrożenia zdrowia i życia pacjenta.
2. Maksymalny czas na podjęcie przez lekarza dyżurnego Szpitalnego Oddziału Ratunkowego decyzji o:
 - 1) skierowaniu pacjenta (który zgłosi się do SOR-u w stanie nagłym, bez skierowania)- na leczenie do oddziałów szpitala lekarz podejmuje niezwłocznie, nie dłużej jednak niż do 72 godzi.
 - 2) odmowie przyjęcia do szpitala osoby niebędącej w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego wynosi 4 godziny.
3. Powyższe informacje są podane do publicznej wiadomości przez zamieszczenie ich na stronie internetowej Zespołu Opieki Zdrowotnej w Bolesławcu.
4. Powyższe informacje są wywieszane na tablicy informacyjnej w obszarze segregacji medycznej, rejestracji i przyjęć szpitala.
5. Kolejność przyjęcia na Szpitalny Oddział Ratunkowy oraz przydział do poszczególnych stref ustala pielęgniarka triażowa w sytuacjach szczególnych ordynator/kierownik lub lekarz SOR.

Zespoły Ratownictwa Medycznego

§ 52

1. W skład Zespołów Ratownictwa Medycznego wchodzi:
 - 1) zespoły specjalistyczne,
 - 2) zespoły podstawowe,
2. Do zadań Zespołów Ratownictwa Medycznego należą:

- 1) udzielanie doraźnych świadczeń zdrowotnych pacjentom w miejscu wezwania, w stanie zagrożenia życia lub zdrowia, w szczególności w zakresie działań ratunkowych,
- 2) zabezpieczanie medyczne pacjenta i transportowanie do najbliższego Szpitalnego Oddziału Ratunkowego,
- 3) pomoc i współdziałanie z innymi służbami ratowniczymi w przypadku wystąpienia klęsk żywiołowych, katastrof, zdarzeń masowych w tym również na terytorium sąsiednich jednostek ratownictwa medycznego, jeśli rozmiary zdarzenia przekraczają możliwości udzielania poszkodowanym natychmiastowej pomocy,
- 4) transportowanie pacjentów wymagających natychmiastowego leczenia specjalistycznego do zakładów ochrony zdrowia o wyższej referencyjności,
- 5) rzetelne dokumentowanie wszystkich czynności ratunkowych wykonywanych na rzecz pacjentów,
- 6) wykonywanie transportów pacjentów zgodnie z obowiązującymi przepisami i zasadami, na podstawie wystawionych przez upoważnionego lekarza skierowań.

Przychodnia Przychodnia

§ 53

1. Świadczenia zdrowotne w zakresie specjalistycznej ambulatoryjnej opieki zdrowotnej udzielane są w Poradniach wchodzących w skład Przychodni Przychodnia.
2. Świadczenia z zakresu ambulatoryjnej opieki zdrowotnej w ramach ubezpieczenia zdrowotnego udzielane są na podstawie skierowania od lekarza, ubezpieczenia zdrowotnego z wyjątkiem świadczeń udzielanych przez: ginekologa i położnika, wenerologa, onkologa.
3. Bez skierowania ze świadczeń w Poradniach Szpitalnych korzystają:
 - a) osoby chore na gruźlicę,
 - b) osoby zakażone wirusem HIV,
 - c) inwalidzi wojenni i wojskowi, kombataneci oraz osoby represjonowane,
 - d) cywilne niewidome ofiary działań wojennych,
 - e) uprawnieni żołnierze lub pracownicy, w zakresie leczenia urazów lub chorób nabytych podczas wykonywania zadań poza granicami państwa,
 - f) weterani poszkodowani, w zakresie leczenia urazów lub chorób nabytych podczas wykonywania zadań poza granicami państwa,
 - g) osoby do 18 r.ż., u których stwierdzono ciężkie i nieodwracalne upośledzenie albo nieuleczalną chorobę zagrażającą życiu, które powstały w prenatalnym okresie rozwoju dziecka lub w czasie porodu (**obowiązuje od 01.01.2017**),
 - h) działacze opozycji antykomunistycznej oraz osoby represjonowane z powodów politycznych (**obowiązuje od 31.08.2017**),
 - i) w zakresie leczenia uzależnień: osoby zgłaszające się z powodu uzależnienia oraz osoby zgłaszające się z powodu współuzależnienia – osoby spokrewnione lub niespokrewnione z osobą uzależnioną, wspólnie z nią zamieszkujące i gospodarujące, oraz osoby, których stan psychiczny powstał na skutek pozostawiania w związku emocjonalnym z osobą uzależnioną (**obowiązuje od 14.10.2017**),
 - j) osoby posiadające orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności (**obowiązuje od 01.07.2018**),
 - k) osoby posiadające orzeczenie o niepełnosprawności łącznie ze wskazaniami: konieczności stałej lub długotrwałej opieki lub pomocy innej osoby w związku

ze znacznie ograniczoną możliwością samodzielnej egzystencji oraz konieczności stałego współudziału na co dzień opiekuna dziecka w procesie jego leczenia, rehabilitacji i edukacji (**obowiązuje od 01.07.2018**),

- l) osoby deportowane do pracy przymusowej oraz osadzone w obozach pracy przez III Rzeszę i Związek Socjalistycznych Republik Radzieckich (**obowiązuje od 30.10.2018**).

4. W sytuacjach nagłych, udziela się świadczeń zdrowotnych bez skierowania, odnotowując ten fakt w dokumentacji medycznej pacjenta.

§ 54

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

§ 55

1. Rejestracja pacjenta może być dokonywana osobiście lub telefonicznie.
2. Świadczenia specjalistyczne udzielane są według kolejności zgłoszeń. Poradnie prowadzą listy oczekujących na świadczenia sporządzanej według kryteriów określonych w §26.

§ 56

1. Pacjent przyjmowany w poradni specjalistycznej zgłasza się w wyznaczonym terminie z:
 - 1) dokumentem potwierdzającym tożsamość,
 - 2) wynikami badań wykonanych na zlecenie lekarza POZ, leżących w jego kompetencji,
 - 3) kartami informacyjnymi z leczenia szpitalnego, jeżeli pacjent był wcześniej hospitalizowany.

§ 57

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 przypadkach lekarz specjalista może objąć pacjenta stałym leczeniem w poradni.
3. Lekarz specjalista w sytuacji określonej w § 57 ust. 2 informuje lekarza sprawującego podstawową opiekę zdrowotną nad pacjentem, o przebiegu leczenia oraz o objęciu pacjenta stałym leczeniem specjalistycznym.
4. Lekarz specjalista informuje na piśmie lekarza kierującego/sprawującego podstawową opiekę zdrowotną nad pacjentem, o przebiegu leczenia oraz wytycznych dotyczących dalszego postępowania z pacjentem, zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie Zarządzeniami Prezesa NFZ.

§ 58

1. W każdej poradni specjalistycznej w miejscu ogólnie dostępnym dla pacjentów umieszczone są:
 - 1) informacje o ogólnych zasadach udzielania świadczeń zdrowotnych,

- 2) informacje o sposobie rejestracji,
- 3) informacje o dniach i godzinach przyjęć przez lekarzy specjalistów,
- 4) wyszczególnienie godzin pracy każdego lekarza udzielającego świadczenia zdrowotne,
- 5) dniach i godzinach przyjęć przez lekarzy,
- 6) informacje o lekarzach udzielających świadczeń zdrowotnych.

Laboratorium Centralne

§ 59

1. Laboratorium Centralne (zwane dalej Laboratorium) jest jednostką organizacyjną Zespołu.
2. Laboratorium kieruje Kierownik.
3. W skład Laboratorium wchodzi następujące komórki organizacyjne:
 - 1) pracownia analityki ogólnej,
 - 2) pracownia serologii transfuzjologicznej,
 - 3) pracownia bakteriologii.

§ 60

1. Do podstawowych zadań Laboratorium należy:
 - 1) wykonywania badań biochemicznych (jakościowych i ilościowych) wydzielin i płynów ustrojowych,
 - 2) wykonywanie badań morfologiczno-cytologicznych krwi i wydzielin,
 - 3) izolacja drobnoustrojów, ich identyfikacja oraz określenie cech drobnoustrojów, które są istotne z punktu widzenia diagnostyki, terapii lub epidemiologii,
 - 4) wykonywanie odczynów serologicznych oraz innych badań mikrobiologicznych i mykologicznych,
 - 5) przestrzeganie ustalonych zasad standaryzacji przy wykonywaniu badań.

§ 61

1. Laboratorium świadczy usługi całodobowo.
2. Przyjmowanie materiału ze Szpitala odbywa się w trybie planowym i pilnym.
3. Godziny przyjmowania materiału kierownik laboratorium podaje do wiadomości wszystkich medycznych komórek organizacyjnych.
4. Materiał do badania od pacjentów hospitalizowanych pobiera personel oddziału przestrzegając wskazówek kierownika laboratorium, co do sposobu pobierania i przekazywania materiału.
5. Laboratorium stosując zasady Dobrej Praktyki Laboratoryjnej informuje o krytycznych przekroczeniach norm oraz o wynikach znacząco odbiegających od średniej wartości uzyskanej w procesie diagnostycznym. Informacja odbywa się przez powiadomienie lekarza zlecającego badanie oraz pacjenta przy odbiorze wyniku.

§ 62

Wynik badania odbierają z Laboratorium pracownicy Transportu wewnętrznego lub medycznych komórek organizacyjnych, pracownicy innych podmiotów leczniczych lub osobiście pacjenci bądź osoby przez nich upoważnione.

ROZDZIAŁ VII.

Stosowania Przymusu Bezpośredniego

§ 63

1. Sposób stosowania przymusu bezpośredniego wobec osoby z zaburzeniami psychicznymi, polega na przytrzymaniu, przymusowym zastosowaniu leków, unieruchomieniu i izolacji.
2. Z uwagi, że Szpital nie dysponuje pomieszczeniami odpowiednio wyposażonymi w tym w instalację monitoringu nie stosuje się przymusu bezpośredniego w formie izolacji.
3. Zastosowanie przymusu bezpośredniego może nastąpić z użyciem więcej niż jednego środka spośród wymienionych w §63 ust. 1.
4. Przytrzymywanie jest doraźnym, krótkotrwałym unieruchomieniem osoby z użyciem siły fizycznej.
5. Przymusowe zastosowanie leków jest doraźnym lub przewidzianym w planie postępowania leczniczego wprowadzeniem leków do organizmu bez zgody pacjenta.
6. Unieruchomienie jest dłużej trwającym obezwładnieniem osoby z użyciem pasów, uchwytów, prześcieradeł lub kaftana bezpieczeństwa.
7. Przymus bezpośredni wobec osób z zaburzeniami psychicznymi, przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych, można stosować tylko wtedy, gdy przepis ustawy o ochronie zdrowia psychicznego tak stanowi albo osoby te:
 - 1) dopuszczają się zamachu przeciwko życiu lub zdrowiu własnemu lub innej osoby,
 - 2) lub bezpieczeństwu powszechnemu,
 - 3) lub w sposób gwałtowny niszczą lub uszkadzają przedmioty znajdujące się w ich otoczeniu.
8. O zastosowaniu przymusu bezpośredniego decyduje lekarz, który określa rodzaj zastosowanego środka przymusu oraz osobiście nadzoruje jego wykonanie. Jeżeli nie jest możliwe uzyskanie natychmiastowej decyzji lekarza, o zastosowaniu przymusu bezpośredniego decyduje i nadzoruje osobiście jego wykonanie pielęgniarka, która jest obowiązana niezwłocznie zawiadomić o tym lekarza. Każdy przypadek zastosowania przymusu bezpośredniego i uprzedzenia o możliwości jego zastosowania odnotowuje się w dokumentacji medycznej.
9. Jeżeli nie jest możliwe uzyskanie natychmiastowej decyzji osoby, o której mowa w § 63 ust. 8, o zastosowaniu przymusu bezpośredniego w trakcie udzielania świadczeń zdrowotnych lub wobec osoby, o której mowa w § 63 ust. 7, której pomocy udziela zespół ratownictwa medycznego, decyduje i nadzoruje osobiście kierujący akcją prowadzenia medycznych czynności ratunkowych, który jest obowiązany niezwłocznie zawiadomić o tym dyspozytora medycznego. Każdy przypadek zastosowania przymusu bezpośredniego i uprzedzenia o możliwości jego zastosowania odnotowuje się w dokumentacji medycznej.
10. Zastosowanie przymusu bezpośredniego wobec osoby, o której mowa § 63 ust. 7 pkt. 1 i 2 polega na przytrzymaniu, przymusowym podaniu leków lub unieruchomieniu.

11. W sytuacji, o której mowa w § 63 ust. 7 pkt. 3 zastosowanie przymusu bezpośredniego polega na przytrzymaniu lub przymusowym podaniu leków.
12. Przymus bezpośredni stosuje się nie dłużej niż przez czas niezbędny do uzyskania pomocy lekarskiej, a w przypadku, gdy jej uzyskanie jest utrudnione, na czas niezbędny do przewiezienia osoby do podmiotu leczniczego udzielającego świadczenia zdrowotne w zakresie psychiatrycznej opieki zdrowotnej lub szpitala wskazanego przez dyspozytora medycznego. Przewiezienie osoby z zastosowaniem przymusu bezpośredniego następuje w obecności zespołu ratownictwa medycznego.
13. Przed zastosowaniem przymusu bezpośredniego uprzedza się o tym osobę, wobec której środek ten ma być podjęty. Przy wyborze środka należy wybierać środek możliwie dla tej osoby najmniej uciążliwy, a przy stosowaniu przymusu należy zachować szczególną ostrożność i dbałość o dobro tej osoby.
14. Zasadność zastosowania przymusu bezpośredniego:
 - 1) przez lekarza w tym lekarza który zatwierdził stosowanie środka przymusu bezpośredniego zleconego przez inną osobę – ocenia w terminie 3 dni Zastępca Dyrektora ds. Lecznictwa lub inny upoważniony przez Dyrektora lekarz,
 - 2) przez innego lekarza, pielęgniarkę jednostki organizacyjnej pomocy społecznej lub kierującego akcją prowadzenia medycznych czynności ratunkowych – ocenia, w terminie 3 dni upoważniony przez marszałka województwa lekarz specjalista w dziedzinie psychiatrii.
15. Przymus bezpośredni może trwać tylko do czasu ustania przyczyn jego zastosowania.
16. Lekarz zleca zastosowanie przymusu bezpośredniego w formie unieruchomienia na czas nie dłuższy niż 4 godzin. W razie potrzeby lekarz, po osobistym zbadaniu pacjenta, może przedłużyć unieruchomienie lub izolację na dwa następne okresy nie dłużej niż 6 godzin.
17. Po upływie 24 godzin stosowania przymusu bezpośredniego w formie unieruchomienia w przypadku, o którym mowa w § 63 ust. 15, lekarz powiadamia również ordynatora (lekarza kierującego oddziałem albo jednostką lub komórką organizacyjną, w której zastosowano przymus bezpośredni).
18. Po zleceniu przymusu bezpośredniego w formie unieruchomienia, lekarz wypełnia „kartę zastosowania unieruchomienia lub izolacji” uzasadniając przyczyny zastosowania przymusu, jego rodzaj i czas unieruchomienia. Kartę dołącza się do dokumentacji pacjenta. Wzór karty unieruchomienia lub izolacji określa rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 28 czerwca 2012 roku w sprawie sposobu stosowania i dokumentowania zastosowania przymusu bezpośredniego oraz dokonywania oceny zasadności jego zastosowania.
19. Lekarz, który zastosował przymus bezpośredni lub który przymus zatwierdził, powiadamia o tym Dyrektora na formularzu „zawiadomienie o zastosowaniu przymusu bezpośredniego”. Wzór zawiadomienia określa rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 28 czerwca 2012 roku w sprawie sposobu stosowania i dokumentowania zastosowania przymusu bezpośredniego oraz dokonywania oceny zasadności jego zastosowania.
20. W razie potrzeby lekarz prowadzący badanie zarządza bezzwłocznie przewiezienie badanego do szpitala psychiatrycznego. Przewiezienie takiej osoby z zastosowaniem przymusu bezpośredniego następuje w obecności lekarza, pielęgniarki lub zespołu ratownictwa medycznego.
21. Przymus bezpośredni, może być wykonany wyłącznie przez odpowiednio poinstruowane w tym zakresie osoby.
22. Przymus bezpośredni w formie unieruchomienia jest stosowany w pomieszczeniu jednoosobowym.
23. W przypadku braku możliwości umieszczenia osoby z zaburzeniami psychicznymi 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.

24. Osobie z zaburzeniami psychicznymi, wobec której jest stosowany przymus bezpośredni w formie unieruchomienia, 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.
25. Stan fizyczny osoby z zaburzeniami psychicznymi unieruchomionej pielęgniarka kontroluje nie rzadziej niż co 15 minut, również w czasie snu tej osoby.
26. Adnotację o stanie fizycznym osoby z zaburzeniami psychicznymi unieruchomionej, pielęgniarka zamieszcza bezzwłocznie w karcie unieruchomienia, o której mowa w § 63 ust. 18.
27. W czasie kontroli, o której mowa § 63 ust. 25, pielęgniarka ocenia prawidłowość unieruchomienia, w szczególności sprawdza, czy pasy, uchwyty, prześcieradła, kaftan bezpieczeństwa lub inne urządzenia techniczne nie są założone zbyt luźno albo zbyt ciasno oraz zapewnia krótkotrwałe częściowe albo całkowite uwolnienie osoby z zaburzeniami psychicznymi od unieruchomienia w celu zmiany jej pozycji lub zaspokojenia potrzeb fizjologicznych i higienicznych, nie rzadziej niż co 4 godziny.
28. W przypadku wystąpienia zagrożenia dla zdrowia lub życia osoby unieruchomionej z zaburzeniami psychicznymi pielęgniarka jest obowiązana natychmiast zawiadomić o tym lekarza.

ROZDZIAŁ VIII.

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

§ 64

1. Zespół w procesie udzielania świadczeń zdrowotnych może współdziałać z innymi podmiotami wykonującymi działalność leczniczą w rozumieniu ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej.
2. Współdziałanie, o którym mowa w § 64 ust. 1, może polegać w szczególności na:
 - 1) udzielaniu konsultacji specjalistycznych,
 - 2) kierowaniu pacjentów na konsultacje specjalistyczne, leczenie stacjonarne i całodobowe, leczenie ambulatoryjne, w tym badania diagnostyczne.
3. Zespół może zawierać umowy na wykonywanie świadczeń zdrowotnych z innymi podmiotami wykonującymi działalność leczniczą oraz świadczącymi usługi transportu sanitarnego.

ROZDZIAŁ IX.

Prawa i obowiązki pacjenta

Prawa i obowiązki pacjenta

§ 65

Prawa i obowiązki pacjenta Zespołu Opieki Zdrowotnej w Bolesławcu określa Załącznik nr 3 do niniejszego Regulaminu.

Udostępnianie dokumentacji medycznej pacjenta

§ 66

Zespół prowadzi dokumentację medyczną pacjentów korzystających ze świadczeń zdrowotnych zgodnie z obowiązującymi przepisami zapewniając ochronę danych osobowych – informacje o sposobie udostępniania dokumentacji medycznej zawiera Załącznik nr 6 do niniejszego Regulaminu.

Przechowywanie rzeczy wartościowych w depozycie

§ 67

Sposób przechowywania rzeczy wartościowych w depozycie określa Załącznik nr 4 do niniejszego Regulaminu.

Przechowywanie osobistych rzeczy pacjentów

§ 68

Przechowywanie osobistych rzeczy pacjentów stanowi Załącznik nr 5 do niniejszego Regulaminu.

Regulamin dla osób odwiedzających pacjentów

§ 69

Regulamin dla osób odwiedzających stanowi Załącznik nr 7 do niniejszego Regulaminu.

Procedura rozpatrywania skarg i wniosków wpływających do Zespołu od pacjentów

§ 70

Procedura rozpatrywania skarg i wniosków wpływających do Zespołu od pacjentów stanowi Załącznik nr 8 do niniejszego Regulaminu.

ROZDZIAŁ X.

Postępowanie w razie śmierci pacjenta

Obowiązki Zespołu w razie śmierci pacjenta

§ 71

1. W razie śmierci chorego, Pielęgniarka – Położna dyżurująca na danym oddziale bezzwłocznie powiadamia o tym lekarza leczącego lub lekarza dyżurującego.
2. Lekarz powinien natychmiast dokonać oględzin zmarłego, stwierdzić zgon i jego przyczynę oraz wystawić kartę zgonu.
3. Lekarz po stwierdzeniu zgonu niezwłocznie powinien zawiadomić o tym fakcie osobę lub instytucję wskazaną przez pacjenta, przedstawiciela ustawowego albo faktycznego opiekuna.
4. Pielęgniarka, o której mowa w § 71 ust. 1 przekazuje kartę zgonu wystawioną przez lekarza do sekretariatu oddziału.
5. Pielęgniarka, o której mowa w § 71 ust. 1 obowiązana jest do wypełnienia karty skierowania zwłok do chłodni.

Karta skierowania zwłok do chłodni musi zawierać:

- 1) imię i nazwisko osoby zmarłej,
- 2) PESEL osoby zmarłej, a w przypadku braku PESELU – serię i numer dokumentu stwierdzającego tożsamość,
- 3) datę i godzinę zgonu,
- 4) godzinę skierowania zwłok osoby zmarłej do chłodni,
- 5) imię, nazwisko i podpis pielęgniarki sporządzającej kartę,
- 6) godzinę przyjęcia zwłok osoby zmarłej do chłodni,
- 7) imię, nazwisko i podpis osoby przyjmującej zwłoki osoby zmarłej do chłodni.
6. Pielęgniarka, o której mowa w § 71 ust. 1 wypełnia Kartę skierowania zwłok do chłodni w zakresie pkt. 1-5, osoba przyjmująca zwłoki osoby zmarłej do chłodni w zakresie pkt. 6-7.
7. Pielęgniarka, o której mowa w § 71 ust. 1 obowiązana jest do założenia na przegub dłoni albo stopy osoby zmarłej identyfikatora (wykonanego z tasiemki, płótna lub tworzywa sztucznego).

Identyfikator zawiera :

- 1) imię i nazwisko osoby zmarłej,
- 2) PESEL osoby zmarłej, a w przypadku braku PESELU – serię i numer dokumentu stwierdzającego tożsamość,
- 3) datę i godzinę zgonu.
8. W przypadku braku możliwości ustalenia tożsamości osoby zmarłej, w karcie skierowania do chłodni oraz na identyfikatorze należy umieścić oznaczenie „NN” z podaniem przyczyny i okoliczności uniemożliwiających ustalenie tożsamości.
9. Pielęgniarki – położne danego oddziału obowiązane są przekazać zwłoki podmiotowi, z którym Zespół zawarł umowę na przechowywanie zwłok i świadczenie usług, o których mowa w art. 28 ust.1 pkt. 2 ustawy o działalności leczniczej, celem przetransportowania do chłodni wraz z kartą skierowania zwłok do chłodni.

10. Zwłoki osoby zmarłej wraz z wypełnioną kartą skierowania zwłok do chłodni i identyfikatorem należy przekazać do chłodni nie wcześniej, niż po upływie dwóch godzin od czasu zgonu wskazanego w dokumentacji medycznej.
11. W okresie pomiędzy stwierdzeniem zgonu, a przewiezieniem zwłok do chłodni, zwłoki osoby zmarłej są przechowywane w specjalnie przeznaczonym do tego celu pomieszczeniu, a w razie braku – w innym chłodnym miejscu, z zachowaniem godności należytej zmarłemu.
12. Zwłoki osoby zmarłej przechowuje się nie dłużej niż 48 godzin.
13. Zwłoki osoby zmarłej mogą być przechowywane dłużej niż 48 godzin, jeżeli:
 - 1) nie mogą być wcześniej odebrane przez osoby uprawnione do pochowania osoby zmarłej,
 - 2) w związku ze zgonem zostało wszczęte dochodzenie lub śledztwo, a prokurator nie zezwolił na pochowanie zwłok,
 - 3) przemawiają za tym inne, niż wymienione w punkcie 1 i 2 ważne przyczyny – za zgodą albo na wniosek osoby uprawnionej do pochowania osoby zmarłej.
14. Za przechowywanie zwłok pacjenta przez okres dłuższy niż 72 godziny podmiot, o którym mowa w § 71 ust. 9 pobiera się opłatę. Wysokość opłat reguluje § 72 niniejszego Regulaminu.
15. W razie zgonu na chorobę zakaźną zastosowanie mają przepisy wydane na podstawie ustawy o cmentarzach i chowaniu zmarłych.
16. W razie zgonu osoby w trakcie odbywania kary pozbawienia wolności, zastosowanie mają przepisy wydane na podstawie ustawy o cmentarzach i chowaniu zmarłych.
17. Zwłoki osoby, która zmarła w szpitalu, mogą być poddane sekcji, w szczególności, gdy zgon tej osoby nastąpił przed upływem 12 godzin od przyjęcia, chyba że osoba ta za życia wyraziła sprzeciw lub uczynił to jej przedstawiciel ustawowy.
18. Ust. 17 nie stosuje się w sytuacjach”
 - 1) określonych w Kodeksie postępowania karnego i Kodeksie karnym wykonawczym oraz aktach wykonawczych wydanych na ich podstawie,
 - 2) gdy przyczyny zgonu nie można ustalić w sposób jednoznaczny,
 - 3) określonych w przepisach o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi.
19. O zaniechaniu sekcji zwłok z przyczyn określonych w ust. 17 sporządza się adnotację w dokumentacji medycznej i załącza oświadczenie woli osoby zmarłej w Szpitalu lub jej przedstawiciela ustawowego.
20. Dyrektor ds. Lecznictwa na wniosek ordynatora/kierownika zarządza dokonanie lub zaniechanie sekcji zwłok, z odpowiednim uzasadnieniem. Adnotację o dokonaniu lub zaniechaniu sekcji zwłok umieszcza się w historii choroby pacjenta.

Wysokość opłaty za przechowywanie zwłok pacjenta przez okres dłuższy niż 72 godziny

§ 72

1. Podmiot, o którym mowa w § 71 ust. 9 ustalił opłatę za przechowywanie zwłok pacjenta przez okres dłuższy niż 72 godziny.
2. Opłata, o której mowa w § 72 ust. 1 wynosi 139,63 zł brutto za każde następne 24 godziny powyżej 72 godzin przechowywania zwłok pacjenta.
3. Opłatę, o której mowa w § 71 ust. 2 pobiera się od osób lub instytucji uprawnionych do pochowania zwłok na podstawie ustawy z dnia 31 stycznia 1959 r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych oraz od

podmiotów, na zlecenie, których przechowuje się zwłoki w związku z toczącym się postępowaniem karnym.

4. Opłaty nie pobiera się, jeżeli przepisy odrębne tak stanowią.
5. Dopuszcza się pobieranie opłat za przechowywanie zwłok pacjenta przez okres dłuższy niż 3 dni od osób lub instytucji uprawnionych do pochowania zwłok na podstawie ustawy z dnia 31 stycznia 1959 r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych oraz od podmiotów, na zlecenie których przechowuje się zwłoki w związku z toczącym się postępowaniem karnym.
6. W przypadku, o którym mowa w art. 10 ust. 3 ustawy z dnia 31 stycznia 1959 r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych, dopuszcza się pobieranie od gmin opłaty za przechowywanie zwłok pacjenta za okres przypadający po upływie 3 dni od dnia powiadomienia gminy o konieczności pochowania zwłok pacjenta w związku z niepochowaniem ich przez inne uprawnione osoby lub instytucje.

ROZDZIAŁ XI.

Oплаты za udzielanie świadczeń zdrowotnych

Organizacja procesu udzielania świadczeń zdrowotnych w przypadku pobierania opłat

§ 73

Świadczenia zdrowotne, za które są pobierane opłaty są udzielane z poszanowaniem kolejności zgłoszeń i prowadzonych list oczekujących na udzielenie świadczenia, zgodnie z art. 20 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

§ 74

Pacjent nieubezpieczony zgłaszający się do określonej poradni, laboratorium, pracowni lub szpitala jest obowiązany do opłacenia świadczenia zdrowotnego, z którego zamierza skorzystać wg obowiązującego w Zespole cennika usług medycznych, stanowiącego Załącznik nr 9 do niniejszego Regulaminu.

§ 75

1. Pracownik rejestracji przyjmujący pacjenta nieubezpieczonego obowiązany jest:
 - 1) poinformować pacjenta o konieczności opłaty za świadczenie zdrowotne oraz odebrać oświadczenie od pacjenta o jego zobowiązaniu do pokrycia wszystkich kosztów związanych z wykonaniem świadczenia zdrowotnego (porada, badania, zabiegi),
 - 2) przyjąć wstępną opłatę za poradę specjalistyczną zgodnie z cennikiem,
 - 3) zarejestrować pacjenta do określonej poradni oraz założyć dokumentację medyczną z adnotacją o braku ubezpieczenia,
 - 4) przyjąć opłaty dodatkowe wynikające z udzielonych świadczeń zdrowotnych (porada, badania, zabiegi).

§ 76

Pracownik Zespołu pobierający opłatę, wystawia dowód wpłaty (paragon z kasy fiskalnej lub/i fakturę) potwierdzający uiszczenie opłaty.

§ 77

Po dokonaniu wstępnej opłaty pacjent nieubezpieczony zostaje zarejestrowany do określonej poradni, pracowni, laboratorium.

§ 78

1. W przypadku podjęcia przez lekarza, w trakcie wizyty, decyzji o konieczności hospitalizacji pacjenta nieubezpieczonego, jest on o tym informowany, jak również o zasadach odpłatności za te świadczenia.
2. O ile pacjent wyraża zgodę na odpłatną (planowaną) hospitalizację w szpitalu Zespołu, wówczas ma obowiązek złożenia do Dyrektora Zespołu podania o przyjęcie do szpitala wraz z oświadczeniem, że pokryje w całości koszty leczenia.
3. W tym samym stopniu, co pacjentów ubezpieczonych, pacjenta nieubezpieczonego dotyczą zasady związane z listami oczekujących na świadczenia zdrowotne.
4. Pacjent w trakcie wizyty w poradni otrzymuje informację o tym, gdzie ma się zgłosić celem zarejestrowania się na planowaną hospitalizację lub gdzie ma się udać celem pilnego przyjęcia na oddział, jeśli zaistniały ku temu przesłanki zdrowotne.
5. Podanie złożone przez pacjenta, zaakceptowane przez Dyrektora Zespołu lub jego Zastępcę, jest przekazywane do ordynatora/kierownika oddziału, na który pacjent ma być przyjęty.
6. Ordynator/kierownik oddziału, po zapoznaniu się z historią choroby pacjenta, ustala procedury, które będą wykonywane, sporządza na ten temat informacje pisemną, poświadczoną własnym podpisem i pieczęcią, którą przekazuje do Działu Rozliczeń, Sprzedaży, Marketingu i Controllingu. Tenże Dział dokonuje ich wyceny, a następnie przekazuje ją do Działu Księgowości, który wystawia wstępną fakturę za leczenie pacjenta.
7. O wysokości kosztów hospitalizacji pacjent jest informowany telefonicznie i pisemnie przez pracownika Działu Rozliczeń, Sprzedaży, Marketingu i Controllingu.
8. Pacjent przed przyjęciem do szpitala przedstawia dowód wpłaty. Wpłaty dokonuje w Kasie Zespołu lub przelewem na konto.
9. Pacjent jest informowany o ewentualnych dodatkowych kosztach, które mogą mieć miejsce w czasie hospitalizacji, a wynikną z konieczności udzielenia dodatkowych świadczeń (np. takich jak żywienie pozajelitowe, żywienie dojelitowe, preparaty krwi, preparaty krwiopochodne, specjalistyczne badania diagnostyczne).
10. Opłatę za świadczenia uzupełniające leczenie pacjent jest obowiązany uiścić w Kasie Zespołu przed wyjściem ze szpitala.
11. Wycena kosztów świadczeń uzupełniających leczenia następuje w Dziale Rozliczeń, Sprzedaży, Marketingu i Controllingu na podstawie Karty Informacyjnej z Leczenia Szpitalnego, w której zawarte są informacje na temat wszystkich wykonywanych pacjentowi procedur medycznych.
12. Wycena jest przekazywana do Działu Księgowości w celu wystawienia uzupełniającej faktury.
13. Po dokonaniu pełnego rozliczenia za hospitalizację pacjent otrzymuje Kartę informacyjną z Leczenia Szpitalnego.
14. Powyższe zasady nie stosuje się w przypadku przyjęcia w trybie nagłym.

§ 79

1. Osoba z państw WE/EOG nie posiadająca odpowiedniego dokumentu poświadczającego prawo do bezpłatnych świadczeń zdrowotnych w naszym kraju (EKUZ, Certyfikat Zastępczy, Poświadczenie wydane przez Oddział NFZ, Formularze serii E), korzystająca w Polsce ze świadczeń zdrowotnych, jest traktowana jako pacjent prywatny, z zatem jest zobowiązana do pokrycia pełnych kosztów leczenia.
2. W tym samym stopniu, co ubezpieczonych w NFZ, pacjentów z innych państw WE/EOG korzystających z zaplanowanych zabiegów, dotyczą zasady związane z listami oczekujących na świadczenia zdrowotne.
3. Zespół nie może odmówić leczenia w przypadku zagrożenia życia lub zdrowia wyłącznie z powodu braku wyżej wymienionych dokumentów.
4. Dokumenty te winny być dostarczone do Zespołu najpóźniej w dniu wypisu ze szpitala. Jeśli nie zostaną spełnione te warunki pacjent ponosi pełne koszty wykonanych świadczeń zdrowotnych zgodnie z cennikiem Zespołu.
5. Pacjenci zagraniczni, spoza państw WE/EOG, są traktowani jako pacjenci prywatni i są zobowiązani do pokrycia pełnych kosztów leczenia na zasadach określonych dla pacjenta nieubezpieczonego, chyba że odrębne umowy między Polską a danym państwem stanowią inaczej.

Cennik usług w zakresie udzielania przez Zespół Świadczeń zdrowotnych

§ 80

Odpłatne świadczenia zdrowotne są udzielane zgodnie z cennikiem stanowiącym Załącznik nr 9 do niniejszego Regulaminu.

ROZDZIAŁ XII.

Postanowienia końcowe

§ 81

1. Do spraw nieuregulowanych w niniejszym Regulaminie mają zastosowanie obowiązujące przepisy oraz zarządzenia wewnętrzne Dyrektora Zespołu.
2. Tekst niniejszego Regulaminu zostaje umieszczony na wewnętrznej stronie internetowej Zespołu Opieki Zdrowotnej w Bolesławcu oraz Biuletynie Informacji Publicznej.

SPIS ZAŁĄCZNIKÓW

Załącznik nr 1. Schemat Organizacyjny

Załącznik nr 2. Zadania poszczególnych komórek organizacyjnych oraz samodzielnych stanowisk pracy

Załącznik nr 3. Prawa i obowiązki pacjenta Zespołu Opieki Zdrowotnej w Bolesławcu

Załącznik nr 4. Regulamin przechowywania rzeczy wartościowych pacjentów w depozycie w Zespole Opieki Zdrowotnej w Bolesławcu

Załącznik nr 5. Regulamin przechowywania osobistych rzeczy pacjentów Zespołu Opieki Zdrowotnej w Bolesławcu

Załącznik nr 6. Dokumentacja medyczna

Załącznik nr 7. Regulamin dla osób odwiedzających pacjentów w szpitalu

Załącznik nr 8. Regulamin rozpatrywania skarg i wniosków w Zespole Opieki Zdrowotnej w Bolesławcu

Załącznik nr 9. Cennik

DYREKTOR

Kamil Barczyk