

REGULAMIN ORGANIZACYJNY

**SAMODZIELNEGO PUBLICZNEGO ZAKŁADU OPIEKI ZDROWOTNEJ
SZPITALA REJONOWEGO IM. DR. JÓZEFA ROSTKA W RACIBORZU**

*Dyrektor
Szpitala Rejonowego im. dr. Józefa Rostka
w Raciborzu*

Ryszard Rudnik

*Zaopiniowany Uchwałą nr 9/2016
Rady Społecznej Szpitala Rejonowego w Raciborzu*

Ryszard Winiarski

WSTĘP

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Szpital Rejonowy im. dr. Józefa Rostka w Raciborzu zwany dalej „Szpital Rejonowy” jest podmiotem leczniczym niebędącym przedsiębiorcą działającym w formie samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej.

Szpital Rejonowy im. dr Józefa Rostka w Raciborzu konsekwentnie realizuje proces przekształceń organizacyjnych, których celem jest optymalizacja struktury organizacyjnej w odniesieniu do postawionych zadań oraz wielkości zasobów finansowych jakimi dysponuje i może dysponować ta placówka. Dodatkowym wyznacznikiem jest stworzenie warunków do jak najefektywniejszego wykorzystywania posiadanych zasobów.

Regulamin funkcjonuje w oparciu o art. 23 i art. 24 Ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. (z późn. zm.)

Niniejszy *Regulamin Organizacyjny* nazywany dalej *Regulaminem* określa podstawowe zasady organizacji Szpitala Rejonowego w Raciborzu, zakres odpowiedzialności Dyrektora Szpitala i jego Zastępców, a także Kierowników Oddziałów i Kierowników pozostałych komórek organizacyjnych, regulaminy poszczególnych komórek oraz porządek procesu udzielania świadczeń zdrowotnych przez Szpital.

Dokumentami związanymi z Regulaminem Organizacyjnym są opracowane w naszej placówce następujące dokumenty:

- Standardy Akredytacyjne
- Instrukcja Archiwalna
- Instrukcja Kancelaryjna

Rozdział I

POSTANOWIENIA OGÓLNE

1. Szpital Rejonowy im. dr. Józefa Rostka w Raciborzu nazywany dalej Szpitalem jest podmiotem leczniczym niebędącym przedsiębiorcą. Z mocy prawa od 1998 roku podmiotem tworzącym i sprawującym nadzór nad Szpitalem jest Powiat Raciborski.
2. Szpital Rejonowy w Raciborzu działa na podstawie:
 - 2.1. Zarządzenia Wojewody Katowickiego Nr 311/98 z dnia 9 września 1998 roku w sprawie przekształcenia Zespołu Opieki Zdrowotnej w Raciborzu poprzez podział na 3 jednostki organizacyjne i utworzenie na ich bazie samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej
 - 2.2. Rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 22 czerwca 2001 roku w sprawie wykazu samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, które zostały przejęte przez gminy, powiaty i samorządy województw (Dz. U. Nr 65, poz.659 ze zm.),
 - 2.3. Ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U.11.112.654 z późn. zm.)
 - 2.4. Statutu Podmiotu leczniczego niebędącego przedsiębiorcą Szpitala Rejonowego im. dr. Józefa Rostka w Raciborzu
 - 2.5. Innych aktualnie obowiązujących aktów prawnych dotyczących funkcjonowania placówek ochrony zdrowia.
3. Szpital Rejonowy w Raciborzu jest wpisany do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą prowadzonego przez Wojewodę Śląskiego, pod numerem 14131 oznaczenie organu W-24
4. Szpital Rejonowy w Raciborzu jest wpisany do rejestru stowarzyszeń, innych organizacji społecznych i zawodowych, fundacji oraz publicznych zakładów opieki zdrowotnej, prowadzonego przez Sąd Rejonowy w Gliwicach X Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego, pod numerem KRS 0000045513.
5. Szpital Rejonowy w Raciborzu posiada nadany numer REGON: 276225587 oraz numer NIP: 639-17-03-765.
6. Siedziba Szpitala mieści się w Raciborzu przy ul. Gamowskiej 3.
7. W podmiocie wyodrębnia się następujące przedsiębiorstwa:
 - a) Zespół leczenia stacjonarnego i całodobowego
 - 1 – Stacjonarne i całodobowe świadczenia szpitalne

- b) Zespół ambulatoryjnych usług zdrowotnych
 - 3 - Ambulatoryjne świadczenia zdrowotne
 - c) Zespół opiekuńczo-leczniczy
 - 2 - Stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne inne niż szpitalne
8. Obszar działania Szpitala wynikający ze statusu podmiotu leczniczego niebędącego przedsiębiorcą obejmuje teren Powiatu Raciborskiego.
9. Obszar działania Szpitala na rzecz osób uprawnionych do świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych określają umowy zawarte z dysponentami tych środków.
10. Szpital jest zobowiązany do udzielania świadczeń zdrowotnych osobom innym niż wymienione w pkt. 8, w stanach nagłych oraz na podstawie odrębnych umów lub odpłatności obywateli polskich czy cudzoziemców.
11. Użyte w niniejszym Regulaminie określenia oznaczają:
- 11.1 *Szpital* - Szpital Rejonowy im. dr. Józefa Rostka w Raciborzu;
 - 11.2 *Dyrektor* - rozumie się Dyrektor Szpitala Rejonowego w Raciborzu;
 - 11.3 *Pracownik* – osoba zatrudniona w ramach umowy o pracę oraz osoby z którymi zawarto umowę cywilno-prawną na świadczeniu usług zdrowotnych;
 - 11.4 *Kierownik* – osoba sprawująca funkcję kierowniczą;
 - 11.5 *Świadczenie zdrowotne* - działania służące zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia oraz inne działania medyczne wynikające z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich wykonywania;
 - 11.6 *Osoba wykonująca zawód medyczny* - osoba uprawniona na podstawie odrębnych przepisów do udzielania świadczeń zdrowotnych oraz osoba legitymująca się nabyciem fachowych kwalifikacji do udzielania świadczeń zdrowotnych w określonym zakresie lub w określonej dziedzinie medycyny;
 - 11.7 *Ambulatoryjne świadczenia zdrowotne* - obejmują świadczenia podstawowej lub specjalistycznej opieki zdrowotnej oraz świadczenia z zakresu rehabilitacji leczniczej, udzielane w warunkach niewymagających ich udzielania w trybie stacjonarnym i całodobowym w odpowiednio urządzonej, stałym pomieszczeniu. Udzielanie tych świadczeń może odbywać się w pomieszczeniach przedsiębiorstwa, w tym w pojeździe przeznaczonym do udzielania tych świadczeń, lub w miejscu pobytu pacjenta. Działalność lecznicza w rodzaju ambulatoryjne świadczenia zdrowotne może obejmować także udzielanie świadczeń zdrowotnych, które obejmują swoim zakresem badania diagnostyczne wykonywane w celu rozpoznania stanu zdrowia i ustalenia dalszego postępowania leczniczego;

- 11.8 *Świadczenie szpitalne* - wykonywane całą dobę kompleksowe świadczenia zdrowotne polegające na diagnozowaniu, leczeniu, pielęgnacji i rehabilitacji, które nie mogą być realizowane w ramach innych stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych lub ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych; świadczeniami szpitalnymi są także świadczenia udzielane z zamiarem zakończenia ich udzielania w okresie nieprzekraczającym 24 godzin;
- 11.9 *Promocja zdrowia* – działanie umożliwiające poszczególnym osobom i społeczności zwiększenie kontroli nad czynnikami warunkującymi stan zdrowia i przez to jego poprawę, promowanie zdrowego stylu życia oraz środowiskowych i indywidualnych czynników sprzyjających zdrowiu;
- 11.10 *Pacjent* w rozumieniu Ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta - osoba zwracającą się o udzielenie świadczeń zdrowotnych lub korzystającą ze świadczeń zdrowotnych udzielanych przez podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych lub osobę wykonującą zawód medyczny;
- 11.11 *Stan nagłego zagrożenia zdrowotnego* – zgodnie z Ustawą o Państwowym Ratownictwie Medycznym z dnia 8 września 2006 r. (Dz. U. Nr 191, poz. 1410) 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;
- 11.12 *Stacjonarne i całodobowe świadczenie zdrowotne inne niż świadczenie szpitalne* - świadczenia opiekuńcze, pielęgnacyjne, paliatywne, hospicyjne, świadczenia z zakresu opieki długoterminowej, rehabilitacji leczniczej, leczenia uzależnień, psychiatrycznej opieki zdrowotnej oraz leczenia uzdrowiskowego, udzielane pacjentom, których stan zdrowia wymaga udzielania całodobowych lub całodziennych świadczeń zdrowotnych w odpowiednio urządzonych, stałych pomieszczeniach;
- 11.13 *Kompleksowa realizacja świadczeń onkologicznych* – zapewnienie możliwości udzielania świadczeń zabiegowych, chemioterapii oraz radioterapii onkologicznej, medycyny nuklearnej – w przypadku nowotworów leczonych z wykorzystaniem medycyny nuklearnej, odpowiednio w trybie hospitalizacji, leczenia jednego dnia i ambulatoryjnym;
- 11.14 *Koordynator onkologiczny* – osoba, odpowiedzialna za udzielanie pacjentowi informacji o organizacji procesu leczenia jego koordynacji, w tym zapewnienia współpracy między podmiotami w ramach kompleksowej opieki nad pacjentem w ramach szybkiej ścieżki onkologicznej);
- 11.15 *ZSZJ* – Zintegrowany System Zarządzania Jakością;
- 11.16 *Ustawa o działalności leczniczej* – Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. z póź. zm.

11.17 *Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej – Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz.U. z 2015, poz. 581 ze zm.);*

11.18 *Prawa Pacjenta* - Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

Rozdział II

CZĘŚĆ ORGANIZACYJNA

1. Cele i zadania Szpitala zostały określone w Statucie Szpitala Rejonowego im. dr. Józefa Rostka w Raciborzu. Podstawowym celem Szpitala jest udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie prowadzenia działalności zapobiegawczej, leczniczej, rehabilitacyjnej i diagnostycznej na rzecz osób objętych opieką.
2. Do zadań Szpitala Rejonowego należy w szczególności:
 - 2.1. badanie i leczenie, w tym:
 - 2.1.1. świadczenia zapobiegawcze i lecznicze, udzielane w ramach stacjonarnych i całodobowych szpitalnych świadczeń zdrowotnych oraz ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych
 - 2.1.2. kwalifikacja do diagnostyki i leczenia w innych zakładach opieki zdrowotnej
 - 2.2. wykonywanie świadczeń diagnostycznych w zakresie:
 - 2.2.1. diagnostyki laboratoryjnej
 - 2.2.2. diagnostyki obrazowej
 - 2.2.3. elektrodagnostyki
 - 2.2.4. diagnostyki czynnościowej
 - 2.2.5. diagnostyki endoskopowej
 - 2.3. pielęgnacja chorych
 - 2.4. rehabilitacja lecznicza
 - 2.5. opieka nad kobietą ciężarną i jej płodem, porodem, położeniem oraz nad noworodkiem
 - 2.6. orzekanie o stanie zdrowia
 - 2.7. prowadzenie działalności mającej na celu profilaktykę zdrowotną i promocję zdrowia
 - 2.8. wykonywanie innych zadań wynikających z obowiązujących przepisów lub zleconych przez organy sprawujące nadzór nad zakładem
 - 2.9. uczestniczenie w przygotowaniu osób do wykonywania zawodów medycznych oraz doskonaleniu zawodowym kadr lekarskich, pielęgniarских i innych zawodów w zakresie określonym w odrębnych przepisach oraz umowach.
3. Szpital Rejonowy w Raciborzu współdziała z:
 - 3.1. Powiatową Stacją Sanitarno-Epidemiologiczną w Raciborzu oraz Wojewódzką Stacją Sanitarno-Epidemiologiczną w Katowicach
 - 3.2. innymi podmiotami leczniczymi
 - 3.3. instytucjami wykonującymi zadania z dziedziny pomocy społecznej i ochrony zdrowia
 - 3.4. samorządem terytorialnym i administracją rządową
 - 3.5. innymi podmiotami i instytucjami gwarantującymi realizację działalności podstawowej.
4. Szpital może prowadzić działalność gospodarczą, określoną w Statucie.

5. Prowadzenie działalności gospodarczej nie może ograniczać dostępności i poziomu świadczeń zdrowotnych udzielanych osobom uprawnionym na podstawie obowiązujących przepisów.
6. Organizację i porządek w procesie pracy oraz związane z tym prawa i obowiązki pracodawcy i pracowników reguluje *Regulamin Pracy*.
7. Organizację wewnętrzną Szpitala tworzą komórki organizacyjne oraz samodzielne stanowiska pracy podległe Dyrektorowi Szpitala oraz Zastępcy Dyrektora ds. Medycznych, zgodnie ze *Schematem Organizacyjnym Szpitala*, który stanowi załącznik nr 1 do niniejszego *Regulaminu*.

STRUKTURA ORGANIZACYJNA KOMÓREK DZIAŁALNOŚCI PODSTAWOWEJ

1. Szpital świadczy usługi medyczne z zakresu:
 - 1.1. stacjonarnej opieki medycznej
 - 1.2. ambulatoryjnej opieki medycznej
 - 1.3. ratownictwa medycznego
 - 1.4. diagnostyki medycznej
 - 1.5. innej działalności medycznej
 - 1.6. świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w warunkach stacjonarnych
2. ***Komórki organizacyjne udzielające świadczeń zdrowotnych z zakresu Zespołu leczenia stacjonarnego i całodobowego przy ul. Gamowskiej 3***
 - 2.1. Oddział Chirurgiczny - 54 łóżka, w tym:
 - 2.1.1. odcinek chirurgii ogólnej - 40 łóżekw tym:
 - łóżka intensywnej opieki medycznej – 2 łóżka
 - 2.1.2. odcinek chirurgii dziecięcej - 8 łóżek
 - 2.1.3. odcinek urologiczny - 6 łóżek
 - 2.1.4. trakt zabiegowo-operacyjny
 - 2.1.5. pracownia patomorfologiczna
 - 2.1.6. pracownia krioterapii
 - 2.2. Oddział Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej - 46 łóżek
 - w tym:
 - łóżka intensywnej opieki medycznej – 2 łóżka
 - 2.2.1. trakt zabiegowo-operacyjny
 - 2.3. Oddział Wewnętrzny I o profilu kardiologiczno-internistycznym - 32 łóżka,
 - w tym:

- 2.3.1. odcinek chorób wewnętrznych - 9 łóżek
- 2.3.2. odcinek kardiologiczny - 23 łóżka, w tym sala intensywnego nadzoru kardiologicznego - 6 łóżek
- 2.3.3. pracownia elektrokardiografii (EKG)
- 2.3.4. pracownia nieinwazyjnej diagnostyki kardiologicznej
- 2.4. Oddział Wewnętrzny II o profilu nefrologiczno-gastroenterologiczno-internistycznym – 35 łóżek, w tym:
 - 2.4.1. odcinek chorób wewnętrznych - 8 łóżek
 - 2.4.2. odcinek nefrologiczny - 8 łóżek
 - 2.4.3. odcinek gastroenterologiczny - 19 łóżek
 - 2.4.4. pracownia endoskopii
- 2.5 Oddział Ginekologiczno-Położniczy - 47 łóżek + 16 łóżeczek, w tym:
 - 2.5.1. odcinek ginekologiczny - 19 łóżekw tym:
 - łóżka intensywnej opieki medycznej – 2 łóżka
 - 2.5.2. odcinek patologii ciąży - 14 łóżek
 - 2.5.3. odcinek położniczy z traktem porodowym - 14 łóżek
 - 2.5.4. pododdział neonatologiczny - 16 łóżeczek
 - 2.5.5. trakt zabiegowo-operacyjny
- 2.6. Oddział Pediatriczny - 21 łóżek
- w tym:
 - łóżka intensywnej opieki medycznej – 2 łóżka
- 2.7. Oddział Otolaryngologiczny - 15 łóżek, w tym:
 - 2.7.1. odcinek chirurgii szczękowo-twarzowej - 3 łóżka
 - 2.7.2. odcinek otolaryngologiczny - 12 łóżekw tym:
 - łóżka intensywnej opieki medycznej – 2 łóżka
 - odcinek otolaryngologiczny dla dzieci – leczenie jednego dnia- 5 łóżek
 - 2.7.3. trakt zabiegowo-operacyjny
 - 2.7.4. pracownia audiometrii
- 2.8. Oddział Okulistyczny - 15 łóżek z traktem zabiegowo-operacyjnym
- 2.9. Oddział Pulmonologiczny - 27 łóżek
- w tym:
 - łóżka intensywnej opieki medycznej – 2 łóżka
 - 2.9.1. pracownia badań czynnościowych układu oddechowego
- 2.10. Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii - 8 łóżek
- 2.11. Oddział Obserwacyjno-Zakaźny - 25 łóżek
- w tym:

- łóżka intensywnej opieki medycznej – 2 łóżka

2.11.1. Pracownia USG

2.11.2. Pracownia EKG

2.12. Oddział Neurologiczny - 28 łóżek

w tym:

- łóżka intensywnej opieki medycznej – 3 łóżka
- sala intensywnego nadzoru neurologicznego – Sala Udarowa – 6 łóżek

2.13 Oddział Geriatryczny - 27 łóżek

w tym:

- łóżka intensywnej opieki medycznej – 2 łóżka

2.14. Oddział Rehabilitacji

2.15. Centralny Blok Operacyjny

2.16. Izba Przyjęć

- Ambulatorium Izby Przyjęć

2.17. Dział Fizykoterapii i Rehabilitacji

2.18. Apteka Szpitalna

2.19. Pogotowie Ratunkowe:

2.1.19.1 zespoły wyjazdowe:

- zespół wyjazdowy specjalistyczny „S” – Racibórz, ul. Gamowska 3, 47-400 Racibórz
- zespół wyjazdowy podstawowy „P” - Racibórz, ul. Gamowska 3, 47-400 Racibórz
- zespół wyjazdowy specjalistyczny „S” – Krzyżanowice, ul. Wyzwolenia 1, 47-450 Krzyżanowice
- zespół wyjazdowy podstawowy „P” – Kuźnia Raciborska, ul. Jagodowa 15, 47-420 Kuźnia Raciborska

2.1.19.2 zespoły transportu sanitarnego

2.1.19.3 Dyspozytornia

2.20. Centralna Sterylizatornia

2.21. Prosektorium

3. Komórki organizacyjne udzielające świadczeń zdrowotnych z zakresu Zespołu ambulatoryjnych usług zdrowotnych przy ul. Gamowskiej 3 w Raciborzu:

3.1. Poradnia Reumatologiczna

3.2. Poradnia Diabetologiczna

3.3. Poradnia Chirurgii Ogólnej

3.3.1 gabinet diagnostyczno-zabiegowy

3.4. Poradnia Chirurgii Dziecięcej

- 3.4.1 gabinet diagnostyczno-zabiegowy
- 3.6. Poradnia Urologiczna
 - 3.6.1 gabinet diagnostyczno-zabiegowy
- 3.7. Poradnia Dermatologiczna
- 3.8. Poradnia Okulistyczna
 - 3.7.1 gabinet diagnostyczno-zabiegowy
- 3.8. Poradnia Otolaryngologiczna
 - 3.8.1. gabinet diagnostyczno-zabiegowy
- 3.9. Poradnia Chorób Zakaźnych
- 3.10. Poradnia Ginekologiczno-Położnicza
 - 3.10.1 pracownia cytologiczna
 - 3.10.2 gabinet diagnostyczno-zabiegowy
- 3.11 Poradnia Onkologiczna
- 3.12 Poradnia Chorób Płuc i Gruźlicy
- 3.13 Poradnia Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej
 - 3.13.1. gabinet diagnostyczno-zabiegowy
- 3.14 Poradnia Chirurgii Szcękowo-Twarzowej
 - 3.14.1 gabinet diagnostyczno-zabiegowy
- 3.15. Poradnia Chorób Sutka
- 3.16. Poradnia Neurologiczna
- 3.17. Poradnia Proktologiczna
 - 3.17.1. gabinet diagnostyczno-zabiegowy
- 3.18. Poradnia Medycyny Pracy
- 3.19. Poradnia Preluksacyjna
- 3.20. Poradnia Lekarza POZ
- 3.21. Zakład Diagnostyki i Terapii:
 - 3.21.1. pracownia rentgenodiagnostyki (RTG)
 - 3.21.2. pracownia ultrasonografii (USG)
 - 3.21.3. pracownia mammografii
 - 3.21.4. pracownia tomografii komputerowej (TK)
- 3.22. Laboratorium Analityczne:
 - 3.22.1. pracownia serologii transfuzjologicznej z bankiem krwi
 - 3.22.2. pracownia hematologii
 - 3.22.3. pracownia immunochemii
 - 3.22.4. pracownia analityki ogólnej
 - 3.22.5. pracownia równowagi kwasowo-zasadowej
 - 3.22.6. pracownia układu krzepnięcia
 - 3.22.7. pracownia biochemii.

3.23. Laboratorium Mikrobiologiczne

3.24. Dzienny Oddział Chemioterapii - 4 łóżka

4. Komórki organizacyjne udzielające świadczeń zdrowotnych z zakresu Zespołu opiekuńczo-leczniczego przy ul. Gamowskiej 3 w Raciborzu:

4.1. Oddział Opiekuńczo-Leczniczy - 30 łóżek

ZAKRESY OBOWIĄZKÓW ORAZ ODPOWIEDZIALNOŚCI

DYREKTOR SZPITALA

1. Dyrektor ponosi odpowiedzialność za zarządzanie Szpitalem, zgodnie z art. 46 ust. 1 Ustawy o działalności leczniczej
2. Dyrektor kieruje Szpitalem i reprezentuje go na zewnątrz.
3. Dyrektor wykonuje swe obowiązki przy pomocy:
 - 3.1. Zastępcy Dyrektora ds. Medycznych
 - 3.2. Głównego Księgowego
 - 3.3. Pełnomocnika ds. Zarządzania Jakością.
4. Dyrektor jest przełożonym wszystkich pracowników Szpitala.
 - 4.1. Dyrektorowi podlegają wszystkie komórki organizacyjne, umieszczone w *Schemacie Organizacyjnym Szpitala*, stanowiącym załącznik nr 1 do niniejszego *Regulaminu*.
5. Zakres obowiązków i odpowiedzialności Dyrektora Szpitala obejmuje m. in.:
 - 5.1. Organizowanie pracy Szpitala w sposób zapewniający prawidłowe udzielanie świadczeń zdrowotnych, zgodnie z obowiązującymi przepisami i zawartymi umowami
 - 5.2. Ustalanie i wprowadzanie do użytku zarządzeniem wewnętrznym *Regulaminu Organizacyjnego Szpitala*
 - 5.3. Ustalanie regulaminów organizacyjnych poszczególnych komórek organizacyjnych Szpitala
 - 5.4. Nadawanie zakresów czynności pracownikom Szpitala
 - 5.5. Powoływanie zespołów doradczych
 - 5.6. Doskonalenie pracy podległego personelu m. in. poprzez umożliwienie mu doskonalenia i udziału w szkoleniach wewnątrzzakładowych
 - 5.7. Pełnienie nadzoru nad prowadzeniem właściwej gospodarki lekami, zapewnieniem niezbędnego sprzętu, aparatury i leków, zgodnie z zapisami *Ustawy Prawo Zamówień Publicznych*
 - 5.8. Nadzór nad przestrzeganiem dyscypliny pracy personelu
 - 5.9. Nagradzanie, wyróżnianie oraz karanie pracowników

- 5.10. Przyjmowanie i rozpatrywanie skarg oraz wniosków pracowników oraz pacjentów Szpitala
- 5.11. Wydawanie zarządzeń wewnętrznych, zawieranie umów, podejmowanie decyzji i innych niezbędnych działań wchodzących w zakres bieżącego administrowania
- 5.12. Sprawowanie nadzoru nad terminowym i prawidłowym prowadzeniem sprawozdawczości medycznej, finansowej i innej wymaganej prawem
- 5.13. Współpraca z samorządami lekarzy, pielęgniarek i położnych, diagnostów laboratoryjnych, techników medycznych oraz związkami zawodowymi działającymi na terenie Szpitala
- 5.14. Pełnienie nadzoru nad przestrzeganiem przepisów przeciwpożarowych, BHP oraz nad realizacją zadań wynikających z przepisów dotyczących obronności i obrony cywilnej
- 5.15. Nadzór nad przestrzeganiem przepisów dot. zapobiegania i zwalczania chorób zakaźnych
- 5.16. Negocjowanie warunków umów i kontraktów na świadczenia zdrowotne realizowane przez Szpital
- 5.17. Negocjowanie z podmiotami gospodarczymi warunków współpracy ze Szpitalem
- 5.18. Pozyskiwanie nowych źródeł przychodu dla Szpitala
- 5.19. Wdrażanie systemu zarządzania jakością w Szpitalu
- 5.20. Podejmowanie decyzji w sprawach nieuregulowanych niniejszym *Regulaminem*.

ZASTĘPCA DYREKTORA DS. MEDYCZNYCH

- 1. Zastępca Dyrektora ds. Medycznych podlega służbowo bezpośrednio Dyrektorowi Szpitala.
- 2. Zastępca Dyrektora ds. Medycznych realizuje nałożone zadania przy pomocy Dyrektorów Oddziałów oraz Dyrektorów podległych komórek organizacyjnych.
- 3. Zastępcy Dyrektora ds. Medycznych podlegają komórki organizacyjne wykazane w *Schemacie Organizacyjnym Szpitala*, który stanowi *załącznik nr 1* do niniejszego *Regulaminu*.
- 4. Zastępca Dyrektora ds. Medycznych posiada uprawnienia do:
 - 4.1. Podpisywania dokumentów dotyczących leczenia
 - 4.2. Opracowywania kryteriów doboru kadry medycznej
 - 4.3. Opiniowania pod względem merytorycznym projektów zamówień, planów i umów dotyczących zakupu leków, sprzętu jednorazowego użytku, sprzętu i aparatury medycznej
 - 4.4. Zgłaszania projektów i propozycji dotyczących obszaru realizowanych zadań

- 4.5. Przyjmowania i rozpatrywania skarg, zażaleń oraz wniosków dotyczących leczenia oraz opieki medycznej.
5. Do obowiązków Zastępcy Dyrektora ds. Medycznych należy:
 - 5.1. Zarządzanie i nadzór nad organizacją i jakością działalności medycznej Szpitala
 - 5.2. Prowadzenie racjonalnej polityki kadrowej w odniesieniu do podległego personelu
 - 5.2.1. Nadzór nad doskonaleniem zawodowym oraz racjonalnym zatrudnianiem personelu, w obszarze realizowania działań
 - 5.2.2. Sprawowanie, łącznie z Kierownikami Oddziałów i Przełożoną Pielęgniarek, nadzoru nad pracą lekarzy, pielęgniarek i stażystów, opiekowanie się ich rozwojem i przydatnością w zawodzie
 - 5.3. Zapewnienie bezpieczeństwa ludzi i mienia w trakcie udzielania świadczeń zdrowotnych
 - 5.4. Nadzór nad zgodnym z prawem zaopatrzeniem komórek działalności podstawowej Szpitala w artykuły i urządzenia medyczne, w tym leki oraz ich prawidłowe magazynowanie
 - 5.5. Nadzór nad problematyką epidemiologiczną w Szpitalu – monitorowanie, profilaktyka, podejmowanie działań operacyjnych w tym zakresie oraz analiza zdarzeń epidemiologicznych
 - 5.6. Nadzór nad statystyką i sprawozdawczością medyczną w zakresie prawidłowości oraz terminowości jej prowadzenia
 - 5.7. Opiniowanie merytoryczne umów i kontraktów dotyczących zaopatrzenia w produkty lecznicze, wyroby medyczne, sprzęt i aparaturę medyczną i innych działań dotyczących zakupów, remontów lub inwestycji z zakresu działalności podstawowej
 - 5.8. Opiniowanie merytoryczne ofert oraz umów na świadczenia usług zdrowotnych przez Szpital oraz kontrola ich realizacji przez podległe komórki organizacyjne działalności podstawowej
 - 5.9. Przygotowywanie założeń do przetargów na leki, aparaturę medyczną itp.
 - 5.10. Doskonalenie organizacyjne i funkcjonalne działalności leczniczej Szpitala
 - 5.11. Kontrola i przestrzeganie właściwych zasad etyki zawodowej personelu medycznego
 - 5.12. Współpraca z Powiatową Stacją Sanitarno-Epidemiologiczną i innymi instytucjami w sprawach dotyczących ochrony zdrowia i zadań realizowanych przez Szpital
 - 5.13. Organizowanie narad sprawozdawczych i instruktażowych
 - 5.14. Opracowywanie sprawozdawczości podległej sobie działalności
 - 5.15. Organizacja szkoleń wewnątrzszpitalnych lekarzy oraz innych pracowników pionu medycznego zatrudnionych w Szpitalu, czuwanie nad pogłębianiem przez nich wiedzy oraz zachęcanie ich do pracy naukowej i udzielanie pomocy w tym kierunku
 - 5.16. Organizacja oraz akceptacja: szkoleń pozaszpitalnych, wyjazdów na sympozja, posiedzenia naukowe, kursy podnoszące kwalifikacje itp. pracowników Szpitala

5.17. Wdrażanie procedury akredytacji Szpitala

5.18. Znajomość i przestrzeganie obowiązującego prawa oraz zarządzeń wewnętrznych

5.19. Współpraca z kadrą kierowniczą Szpitala w zakresie realizowanych zadań

5.20. Wykonywanie innych, zleconych przez Dyrektora Szpitala czynności związanych z powierzoną funkcją, a nie ujętych w zakresie obowiązków.

GŁÓWNY KSIĘGOWY

1. Główny Księgowy podlega służbowo bezpośrednio Dyrektorowi Szpitala.

2. Głównemu Księgowemu podlega Dział Finansowo-Księgowy oraz Dział Analiz Ekonomicznych Szpitala.

3. Do obowiązków Głównego Księgowego należy:

3.1. Prowadzenie rachunkowości Szpitala zgodnie z obowiązującymi przepisami i zasadami, a w szczególności:

3.1.1. Organizacja sporządzania, przyjmowania, obiegu, archiwizowania i kontroli dokumentów w sposób zapewniający:

3.1.1.1. Właściwy przebieg operacji gospodarczych

3.1.1.2. Ochronę mienia będącego w posiadaniu Szpitala

3.1.1.3. Sporządzanie sprawozdawczości finansowej

3.2. Bieżące i prawidłowe prowadzenie księgowości oraz sprawozdawczości finansowej w sposób umożliwiający:

3.2.1. Terminowe przekazywanie rzetelnych informacji ekonomicznych

3.2.2. Ochronę mienia będącego w posiadaniu Szpitala oraz terminowe i prawidłowe rozliczanie osób majątkowo odpowiedzialnych za to mienie

3.2.3. Prawidłowe i terminowe dokonywanie rozliczeń finansowych

3.3. Nadzorowanie prac z zakresu rachunkowości, wykonywanych przez podległe komórki organizacyjne zgodnie ze *Schematem Organizacyjnym Szpitala*, który stanowi załącznik nr 1 do niniejszego Regulaminu

3.4. Prowadzenie gospodarki finansowej Szpitala zgodnie z obowiązującymi zasadami, a szczególnie:

3.4.1. Zapewnienie pod względem finansowym prawidłowości umów zawieranych przez Szpital

3.4.2. Przestrzeganie zasad rozliczeń pieniężnych i ochrony wartości pieniężnych

3.4.3. Zapewnienie terminowego ściągania należności i dochodzenia roszczeń spornych

3.5. Nadzór nad prawidłowością wykorzystania środków przydzielonych z budżetu Państwa np. dotacji lub innych środków będących w dyspozycji Szpitala

3.6. Prawidłowe i terminowe rozliczanie zawartych przez Szpital umów i kontraktów

- 3.7. Nadzór i koordynacja działań w zakresie zadań w obszarze ekonomiczno-finansowym związanych z realizacją kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia oraz świadczeniem pozostałych usług medycznych przez Szpital
- 3.8. Analizowanie, wnioskowanie oraz przedkładanie Dyrektorowi Szpitala projektów dotyczących racjonalnego, efektywnego i skutecznego zarządzania finansami Szpitala w zakresie związanym z realizacją kontraktu oraz świadczeniem pozostałych usług przez Szpital
- 3.9. Opracowanie i wdrożenie jednolitych zasad budżetowania komórek organizacyjnych Szpitala
- 3.10. Odzyskiwanie zaległych należności od płatników świadczeń medycznych i kontrahentów
- 3.11. Negocjowanie z wierzycielami Szpitala warunków spłaty należności
- 3.12. Opracowywanie projektów planów restrukturyzacji Szpitala celem osiągania lepszych wyników finansowych i przedstawianie ich Dyrektorowi Szpitala
- 3.13. Dokonywanie, w ramach kontroli wewnętrznej:
 - 3.13.1. Wstępnej, bieżącej i następczej kontroli funkcjonalnej w zakresie powierzonych obowiązków
 - 3.13.2. Wstępnej kontroli legalności dokumentów dotyczących wykonywania planów finansowych oraz ich zmian
 - 3.13.3. Kontroli operacji gospodarczych Szpitala stanowiących przedmiot księgowi
- 3.14. Opracowywanie i nadzór nad wdrożeniem i utrzymywaniem zasad księgowości zarządczej w działalności Szpitala
- 3.15. Opracowywanie projektów zarządzeń wewnętrznych wydawanych przez Dyrektora Szpitala, dotyczących prowadzenia polityki rachunkowości, a w szczególności zakładowego planu kont, obiegu dokumentów księgowych, zasad przeprowadzania i rozliczania inwentaryzacji
- 3.16. Inicjowanie i wdrażanie działań zapewniających bezpieczeństwo operacji finansowych podejmowanych przez Szpital
- 3.17. Koordynacja działań nad opracowaniem i wdrożeniem najefektywniejszych rozwiązań personalnych i organizacyjnych dotyczących polityki finansowej Szpitala, ze szczególnym uwzględnieniem obsługi zadłużenia
- 3.18. Wykonywanie innych zadań o charakterze operacyjnym i strategicznym z zakresu polityki finansowej zleconych przez Dyrektora Szpitala
- 3.19. Znajomość i przestrzeganie obowiązującego prawa oraz zarządzeń wewnętrznych.

PEŁNOMOCNIK DS. ZARZĄDZANIA JAKOŚCIĄ

1. Pełnomocnik ds. Zarządzania Jakością podlega służbowo bezpośrednio Dyrektorowi Szpitala.
2. Do obowiązków Pełnomocnika ds. Zarządzania Jakością należy:
 - 2.1 W zakresie Zintegrowanego Systemu Zarządzania Jakością i Zarządzania Środowiskowego oraz Systemu Akredytacji.
 - 2.1.1 Nadzorowanie funkcjonowania Zintegrowanego Systemu Zarządzania Jakością oraz Zarządzania Środowiskowego (ZSZJ i ZŚ) wg norm 9001 i 14001
 - 2.1.2 Nadzorowanie funkcjonowania Systemu Akredytacji działającego w oparciu o ustawę o akredytacji w ochronie zdrowia
 - 2.1.3 Komunikowanie Polityki Jakości oraz Polityki Środowiskowej w Szpitalu wraz z nadzorowaniem ich realizacji
 - 2.1.4 Komunikowanie Celów Jakości oraz Celów Środowiskowych w Szpitalu wraz z nadzorowaniem ich realizacji
 - 2.1.5 Inicjowanie, organizowanie oraz przeprowadzania szkoleń zewnętrznych i wewnętrznych, personelu Szpitala w zakresie doskonalenia ZSZJ i ZŚ oraz Systemu Akredytacji
 - 2.1.6 Weryfikacja działań pracowników Szpitala w zakresie funkcjonowania ZSZJiZŚ.
 - 2.1.7 Ulepszanie podstawowych metod, procedur i sposobów utrzymania jakości w ZSZiZŚ
 - 2.1.8 Sprawdzanie rzeczywistego stanu ZSZJiZŚ, poprzez planowanie audytów
 - 2.1.9 Nadzorowanie działań korygujących i zapobiegawczych
 - 2.1.10 Informowanie naczelnego kierownictwa o stanie funkcjonowania ZSZiZŚ oraz Systemu Akredytacji poprzez organizowane okresowo przeglądy zarządzania i inne formy spotkań
 - 2.2. W zakresie nadzoru nad inwestycjami
 - 2.2.1 Bieżący kontakt z wykonawcami na terenie inwestycji
 - 2.2.2 Udział w spotkaniach i naradach inwestycyjnych
 - 2.2.3 Udział w odbiorach inwestycji
 - 2.2.4 Delegowanie pracowników merytorycznych Szpitala do udziału w naradach i odbiorach inwestycyjnych
 - 2.2.5 Udział w przetargach dotyczących inwestycji i remontów
3. Pełnomocnik ds. Zarządzania Jakością posiada uprawnienia do:
 - 3.1 Reprezentowania naczelnego kierownictwa w kontaktach z zewnętrznymi organami certyfikacyjnymi oraz Systemu Akredytacji
 - 3.2 Reprezentowanie naczelnego kierownictwa w kontaktach z zewnętrznymi wykonawcami inwestycji

3.3 Opiniowanie wniosków o przeprowadzenie inwestycji własnej i remontów

3.4 Wnioskowania w sprawie powoływania, nagradzania lub karania pracowników Szpitala w sprawach dotyczących funkcjonowania ZSZJiZŚ i Systemu Akredytacji

3.5 Wnioskowanie do Dyrektora o udzielanie pełnomocnictw dla pracowników Szpitala w reprezentowaniu Szpitala w odbiorach technicznych i innych czynnościach związanych z inwestycjami

WSPÓLNE ZADANIA, OBOWIĄZKI I ODPOWIEDZIALNOŚĆ DYREKTORÓW KOMÓREK ORGANIZACYJNYCH DZIAŁALNOŚCI PODSTAWOWEJ

KIEROWNIK ODDZIAŁU

1. Kierownik Oddziału podlega służbowo Zastępcy Dyrektora ds. Medycznych.
2. Do podstawowych zadań i obowiązków Kierownika Oddziału należy zarządzanie i kierowanie Oddziałem oraz Poradnią / Poradniami Specjalistycznymi, w tym procesem diagnostyki, leczenia i rehabilitacji odpowiednio do reprezentowanej specjalności, a w szczególności:
 - 2.1. Prawidłowa organizacja procesu diagnostyczno-leczniczego
 - 2.2. Zapewnienie odpowiedniego do aktualnych wymagań medycyny, obowiązujących standardów i możliwości Szpitala, poziomu merytorycznego udzielanych świadczeń
 - 2.3. Podejmowanie, w trybie obowiązującym w Szpitalu, działań w celu zapewnienia zasobów wymaganych dla realizacji zadań zarządzanego Oddziału, Poradni Specjalistycznej
 - 2.4. Przestrzeganie obowiązujących norm etycznych i praw pacjentów związanych z prowadzoną działalnością
 - 2.5. Analizowanie potrzeb Oddziału i przedkładanie ich przełożonemu
 - 2.6. Racjonalna, dostosowana do stawianych zadań polityka kadrowa, w tym związana z doskonaleniem umiejętności, aktualizacją wiedzy i rozwojem zawodowym
 - 2.7. Przestrzeganie i nadzorowanie zasad przepływu prowadzonej dokumentacji medycznej, jej prawidłowego sporządzania i właściwej archiwizacji
 - 2.8. Przestrzeganie i nadzór nad racjonalnym wykorzystaniem zasobów materialnych (leków, sprzętu medycznego, wyposażenia) wydzielonych dla potrzeb działalności zarządzanego Oddziału, Poradni Specjalistycznej
 - 2.9. Przedkładanie Dyrektorowi Szpitala do zaopiniowania i zatwierdzenia za pośrednictwem Działu Finansowo-Księgowego wszystkich decyzji rodzących skutki ekonomiczne odmienne od zakładanych w rocznym planie finansowym

- 2.10. Nadzór i odpowiedzialność za realizację kontraktu w zakresie dotyczącym zarządzanych komórek oraz ich bilansowanie się pod względem ekonomicznym zgodnie z założeniami przyjętymi na dany rok
 - 2.11. Nadzór i podejmowanie skutecznych działań w celu zapewnienia bezpieczeństwa ludzi i mienia w trakcie realizacji procesu diagnostyczno-leczniczego
 - 2.12. Nadzór nad stanem techniczno-funkcyjnym infrastruktury stanowiącej środowisko opieki związane z działalnością Oddziału, Poradni Specjalistycznej
 - 2.13. Skuteczne i efektywne realizowanie kontraktów i umów zawartych przez Szpital, w części mającej zastosowanie do działalności zarządzanego Oddziału, Poradni Specjalistycznej
 - 2.14. Analiza i planowanie działalności dla celów kontraktowania świadczeń zdrowotnych i analiza realizacji kontraktów
 - 2.15. Nadzór nad stanem epidemiologicznym Oddziału, podejmowanie działań profilaktycznych, eliminowanie i analiza incydentów epidemiologicznych oraz właściwe prowadzenie wymaganej dokumentacji dotyczącej zagadnień epidemiologicznych
 - 2.16. Zgłaszanie Pielęgniарce Epidemiologicznej lub Zastępcy Dyrektora ds. Medycznych wszystkich przypadków zakażeń szpitalnych, obserwacji, spostrzeżeń i wniosków w tym zakresie
 - 2.17. Współpraca z Przełożoną Pielęgniarek w zakresie wszystkich zagadnień związanych z zapewnieniem prawidłowej opieki pielęgniarskiej i położniczej oraz działań niższego personelu medycznego podejmowanych w obszarze działań Oddziału
 - 2.18. Udział w komisjach i zespołach, w tym m.in.
 - 2.18.1. ds. zakażeń wewnątrzszpitalnych
 - 2.18.2. ds. gospodarki lekiem
 - 2.19. Nadzór nad przestrzeganiem zasad BHP i P/Poż przez podległy personel
 - 2.20. Współpraca z kadrą kierowniczą Szpitala w zakresie wszystkich zagadnień dotyczących zadań i celów realizowanych przez te podmioty
 - 2.21. Współpraca z kadrą kierowniczą innych podmiotów medycznych, konsultantami w zakresie dotyczącym Oddziału
 - 2.22. Realizacja decyzji i poleceń przełożonych lub innych kompetentnych służb w sytuacjach nadzwyczajnych związanych z wystąpieniem zagrożenia epidemiologicznego, klęską żywiołową, katastrofą, wypadkiem masowym, atakiem terrorystycznym lub innymi zdarzeniami o podobnym charakterze
 - 2.23. Znajomość i przestrzeganie obowiązującego prawa, norm etycznych oraz zarządzeń wewnętrznych.
3. Z tytułu nałożonych obowiązków Kierownik Oddziału posiada uprawnienia do:

- 3.1. Zapoznania się z wiedzą dotyczącą obowiązujących planów, strategią lub celami kierownictwa Szpitala dotyczącymi zarządzanego Oddziału / Poradni Specjalistycznej
- 3.2. Merytorycznej oceny podległych pracowników
- 3.3. Opiniowania projektów, zamówień, planów i umów dotyczących obszaru działania Oddziału / Poradni Specjalistycznej
- 3.4. Wnioskowania, analizowania, zgłaszania projektów i propozycji dotyczących Oddziału / Poradni Specjalistycznej
- 3.5. Wnioskowania do Dyrektora Szpitala o delegowanie niektórych z posiadanych uprawnień
- 3.6. Opiniowania i wnioskowania w sprawach dotyczących personelu lekarskiego zatrudnionego w zarządzanym Oddziale / Poradni Specjalistycznej
- 3.7. Reprezentowania zarządzanego Oddziału / Poradni Specjalistycznej w relacjach wewnętrznych – reprezentacja zewnętrzna jedynie w przypadku otrzymania odrębnych uprawnień od Dyrektora Szpitala
- 3.8. Udziału w komisji konkursowej na stanowisko pielęgniarki oddziałowej.

KIEROWNIK ZAKŁADU / LABORATORIUM / PRACOWNI

1. Kierownik Zakładu / Laboratorium / Pracowni podlega służbowo Zastępcy Dyrektora ds. Medycznych.
2. Do podstawowych zadań i obowiązków Kierownika Zakładu / Laboratorium / Pracowni zwanego dalej Kierownikiem należy zarządzanie i kierowanie Zakładem / Laboratorium / Pracownią zwanymi dalej komórką organizacyjną, w tym procesem diagnostyki, leczenia i rehabilitacji odpowiednio do reprezentowanej specjalności, a w szczególności:
 - 2.1. Prawidłowa organizacja działalności komórki organizacyjnej
 - 2.2. Zapewnienie odpowiedniego do aktualnych wymagań medycyny, obowiązujących standardów i możliwości Szpitala, poziomu merytorycznego udzielanych świadczeń
 - 2.3. Przestrzeganie obowiązujących norm etycznych i praw pacjentów związanych z prowadzoną działalnością
 - 2.4. Analizowanie potrzeb komórki organizacyjnej i przedkładanie ich przełożonemu
 - 2.5. Racjonalna, dostosowana do stawianych zadań polityka kadrowa, w tym związana z doskonaleniem umiejętności, aktualizacją wiedzy i rozwojem zawodowym
 - 2.6. Prowadzenie i nadzór nad jakością dokumentacji medycznej, jej sporządzaniem, przepływem, bezpieczeństwem i prawidłową archiwizacją
 - 2.7. Prowadzenie i nadzorowanie racjonalnego wykorzystania zasobów wydzielonych dla potrzeb działalności komórki organizacyjnej

- 2.8. Przedkładanie Dyrektorowi Szpitala do zaopiniowania i zatwierdzenia za pośrednictwem Działu Finansowo-Księgowego wszystkich decyzji rodzących skutki ekonomiczne odmienne od zakładanych w rocznym planie finansowym
- 2.9. Nadzorowanie oraz podejmowanie skutecznych działań w celu zapewnienia bezpieczeństwa ludzi i mienia w trakcie realizacji procesu diagnostyczno-leczniczego
- 2.10. Organizacja i nadzór nad gospodarką odpadami i substancjami niebezpiecznymi
- 2.11. Skuteczne i efektywne realizowanie kontraktów i umów zawartych przez Szpital, w części mającej zastosowanie do działalności komórki organizacyjnej
- 2.12. Nadzór i odpowiedzialność za finansowe bilansowanie się zarządzanej komórki organizacyjnej, zgodnie z założeniami przyjętymi na dany rok
- 2.13. Analiza i planowanie działalności dla celów kontraktowania świadczeń zdrowotnych lub/ i innych umów
- 2.14. Nadzór nad stanem epidemiologicznym komórki organizacyjnej, podejmowanie działań profilaktycznych, eliminowanie i analiza incydentów epidemiologicznych oraz właściwe prowadzenie wymaganej dokumentacji dotyczącej zagadnień epidemiologicznych
- 2.15. Zgłaszanie Pielęgniarsce Epidemiologicznej lub bezpośredniemu przełożonemu wszystkich przypadków zakażeń szpitalnych oraz obserwacji, spostrzeżeń wniosków w tym zakresie
- 2.16. Współpraca z Przełożoną Pielęgniarek w zakresie wszystkich zagadnień związanych z działalnością średniego i niższego personelu medycznego podejmowanych w obszarze działań komórki organizacyjnej
- 2.17. Nadzór nad przestrzeganiem zasad BHP i P/Poż przez podległy personel
- 2.18. Współpraca z kadrą kierowniczą Szpitala w zakresie wszystkich zagadnień dotyczących zadań i celów realizowanych przez te podmioty
- 2.19. Współpraca z kadrą kierowniczą innych podmiotów medycznych, konsultantami w zakresie dotyczącym komórki organizacyjnej
- 2.20. Realizacja decyzji i poleceń przełożonych lub innych kompetentnych służb w sytuacjach nadzwyczajnych związanych z wystąpieniem zagrożenia epidemiologicznego, klęską żywiołową, katastrofą, wypadkiem masowym, atakiem terrorystycznym lub innymi zdarzeniami o podobnym charakterze
- 2.21. Znajomość i przestrzeganie obowiązującego prawa, norm etycznych oraz zarządzeń wewnętrznych.
3. Z tytułu nałożonych obowiązków Kierownik Zakładu / Laboratorium / Pracowni posiada uprawnienia do:
 - 3.1. Zapoznania się z wiedzą dotyczącą obowiązujących planów, strategią lub celami kierownictwa Szpitala dotyczącymi Komórki Organizacyjnej

- 3.2. Merytorycznej oceny podległych pracowników
- 3.3. Opiniowania projektów, zamówień, planów i umów dotyczących obszaru działania komórki organizacyjnej, którą kieruje
- 3.4. Wnioskowania, analizowania, zgłaszania projektów i propozycji dotyczących kierowanej komórki organizacyjnej
- 3.5. Wnioskowania do Dyrektora Szpitala o delegowanie niektórych z posiadanych uprawnień
- 3.6. Opiniowania i wnioskowania w sprawach dotyczących personelu zatrudnionego w zarządzanej komórce organizacyjnej
- 3.7. Reprezentowania zarządzanej komórki organizacyjnej w relacjach wewnętrznych – reprezentacja zewnętrzna jedynie w przypadku otrzymania odrębnych uprawnień od Dyrektora Szpitala.

WSPÓLNE OBOWIĄZKI, UPRAWNIENIA I ODPOWIEDZIALNOŚĆ OSÓB ZAJMUJĄCYCH STANOWISKA KIEROWNICZE W SZPITALU REJONOWYM IM. DR. JÓZEFA ROSTKA W RACIBORZU

OBOWIĄZKI

1. Pracownik zajmujący kierownicze stanowisko zobowiązany jest do planowania, organizowania, nadzorowania oraz kontroli funkcjonalnej działalności komórki organizacyjnej, którą kieruje.
2. Do obowiązków osób zajmujących stanowiska kierownicze zalicza się w szczególności:
 - 2.1. kierowanie pracą podległych komórek organizacyjnych
 - 2.2. rozdział zadań i środków do ich wykonania, z uwzględnieniem ich rangi, priorytetu, kwalifikacji fachowych i obciążenia pracą bieżącą wykonawców
 - 2.3. zwiększanie efektywności i skuteczności działania podległych komórek organizacyjnych
 - 2.4. nadzór służbowy nad wykonywanymi zadaniami
 - 2.5. nadzór nad warunkami pracy pracowników
 - 2.6. ocenianie pracowników
 - 2.7. nadzorowanie przestrzegania prawa, wewnętrznych aktów normatywnych, a w szczególności zarządzeń Dyrektora Szpitala oraz obowiązujących norm etycznych przez podległych pracowników
 - 2.8. nadzór nad utrzymaniem i doskonaleniem systemu zarządzania
 - 2.9. pomoc w adaptacji nowoprzyjętych pracowników, w tym wprowadzenie ich w specyfikę przydzielonych zadań, udzielanie wyjaśnień dotyczących ich nowych obowiązków, uprawnień oraz zakresu ich odpowiedzialności

2.10.inspirowanie i wspieranie rozwoju zawodowego podległych pracowników

2.11.analizowanie i doskonalenie struktury zatrudnienia w podległych komórkach organizacyjnych

2.12.nadzór nad przestrzeganiem obowiązujących instrukcji i regulaminów.

UPRAWNIENIA

Do uprawnień pracownika zajmującego kierownicze stanowisko należy:

1. Opiniowanie kandydatów do pracy w podległych komórkach organizacyjnych.
2. Wnioskowanie w sprawie nagradzania lub karania podległych pracowników.
3. Autonomiczne decydowanie o:
 - 3.1. sposobie wykonywania zadań przydzielonych podległym komórkom organizacyjnym
 - 3.2. organizacji pracy i jej podziale w podległych komórkach organizacyjnych
 - 3.3. podpisywaniu korespondencji zgodnie z przyznanymi uprawnieniami.
 - 3.4. udzielaniu upoważnień do załatwiania określonych spraw podległym pracownikom.

ODPOWIEDZIALNOŚĆ

Odpowiedzialność pracowników zatrudnionych na stanowiskach kierowniczych w Szpitalu Rejonowym im. dr. Józefa Rostka w Raciborzu jest tożsama z nałożonymi na nich obowiązkami, wynikającymi z zadań statutowych Szpitala, wytyczonych celów oraz sytuacji finansowej tej placówki.

Od postawy, efektywności i skuteczności działania osób zajmujących kierownicze stanowiska w Szpitalu zależy zarówno zdolność sprostania nałożonym na Szpital zadaniom, jego kondycja finansowa, bezpieczeństwo ludzi i mienia oraz zewnętrzny wizerunek placówki.

Niezależnie od ww. założeń odpowiedzialność osób zajmujących kierownicze stanowiska w Szpitalu można podsumować jako odpowiedzialność za:

1. Działalność nadzorowanych komórek organizacyjnych, zgodnie z obowiązującymi przepisami.
2. Realizację, efektywność i skuteczność działania, w tym szczególnie za realizację odpowiednio do rodzaju komórki organizacyjnej, kontraktów i umów stanowiących źródła finansowania działalności Szpitala.
3. Finansowe bilansowanie się zarządzanej komórki organizacyjnej, zgodnie z założeniami przyjętymi na dany rok
4. Znajomość i stosowanie w praktyce obowiązujących aktów prawnych, w tym zaznajomienie podległych pracowników z dotyczącymi ich aktami prawnymi.
5. Efektywne wykorzystanie czasu pracy przez podległych pracowników oraz terminowe, zgodnie z przepisami Kodeksu Pracy udzielanie urlopów wypoczynkowych.
6. Racjonalne wykorzystanie przydzielonych zasobów.

7. Terminowe i rzetelne opracowywanie dokumentów sprawozdawczych, analitycznych i informacji.

REGULAMINY ORGANIZACYJNE KOMÓREK ADMINISTRACYJNYCH

Regulaminy Organizacyjne Komórek Administracyjnych Szpitala zawiera załącznik nr 2 do nin. Regulaminu.

REGULAMINY ORGANIZACYJNE KOMÓREK DZIAŁALNOŚCI PODSTAWOWEJ

Regulaminy Organizacyjne Komórek Działalności Podstawowej występujących w Szpitalu zawiera załącznik nr 3 do nin. Regulaminu.

Rozdział III

CZĘŚĆ PORZĄDKOWA

PRZEBIEG PROCESU UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W KOMÓRKACH ORGANIZACYJNYCH SZPITALA REJONOWEGO IM. DR. JÓZEFA ROSTKA W RACIBORZU

ZASADY OGÓLNE

1. Szpital Rejonowy im. dr. Józefa Rostka w Raciborzu udziela świadczeń zdrowotnych:
 - 1.1. osobom ubezpieczonym, w ramach środków finansowych posiadanych przez instytucje ubezpieczenia zdrowotnego i przekazywanych Szpitalowi na zasadach określonych w zawartych umowach
 - 1.2. świadczeniobiorcom innym niż ubezpieczeni, którzy nie ukończyli 18. roku życia, są w okresie ciąży, porodu i połogu lub są objęci bezpłatną opieką zdrowotną zgodnie z art. 2 Ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej
 - 1.3. osobom nieubezpieczonym, za odpłatnością.
2. Świadczenia zdrowotne udzielane są wyłącznie przez osoby wykonujące zawody medyczne oraz spełniające wymagania kwalifikacyjne określone w odrębnych przepisach.
3. Świadczenia zdrowotne udzielane są pacjentom z należytą starannością, z poszanowaniem praw pacjenta, zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, dostępnymi metodami i środkami zapobiegania, rozpoznawania i leczenia chorób oraz

zasadami etyki zawodowej i obowiązującymi w tym zakresie przepisami prawa. Świadczenia zdrowotne udzielane przez Szpital nie powinny przekraczać granic koniecznych.

4. Żadne okoliczności nie mogą stanowić podstawy do odmowy udzielenia świadczenia zdrowotnego, jeżeli osoba zgłaszająca się do Szpitala wymaga natychmiastowej pomocy medycznej, ze względu na stan zagrożenia życia.
5. Szpital Rejonowy im. dr. Józefa Rostka w Raciborzu udziela świadczeń zdrowotnych bezpłatnie, za częściową odpłatnością lub odpłatnie, na zasadach określonych w *Ustawie o działalności leczniczej*, *Ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej*, umowach z Narodowym Funduszem Zdrowia, Ministerstwem Zdrowia i innymi zleciennodawcami zewnętrznymi.
6. Szpital prowadzi *Księgi Oczekujących* na realizację świadczeń opieki zdrowotnej:
 - 6.1. *Księgę Oczekujących na specjalistyczne świadczenie ambulatoryjne*
 - 6.2. *Księgę Oczekujących na przyjęcie do Szpitala.*

Księgi zawierają listy pacjentów oczekujących na świadczenie zdrowotne w poszczególnych komórkach działalności podstawowej Szpitala wraz z pozostałymi danymi, określonymi w art. 20 *Ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej*.

7. Szpital prowadzi dokumentację medyczną dotyczącą osób korzystających ze świadczeń zdrowotnych z zapewnieniem ochrony danych osobowych zawartych w dokumentacji oraz udostępnia dokumentację zgodnie z obowiązującymi przepisami.
 - 7.1. Za kserokopię dokumentacji medycznej, wydaną uprawnionym instytucjom oraz osobom prywatnym Szpital pobiera opłatę, zgodnie z obowiązującym cennikiem i przyjętymi zasadami określonymi w Zarządzeniu Dyrektora (zał. nr 10).

ZASADY ORGANIZACJI UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ MEDYCZNYCH O CHARAKTERZE STACJONARNYM

1. W Oddziałach Szpitalnych pacjenci objęci są specjalistycznymi, całodobowymi świadczeniami zdrowotnymi.
2. Przyjęcie w stan Oddziału – w przypadkach uzasadnionych medycznie – może nastąpić w każdym dniu tygodnia i o każdej porze.
3. Przyjęcie do Szpitala odbywa się na następujących zasadach:
 - 3.1. o przyjęciu do Szpitala osoby zgłaszającej się lub skierowanej przez lekarza albo uprawnioną instytucję decyduje lekarz wyznaczony do tych czynności, po zapoznaniu się ze stanem zdrowia i uzyskaniu zgody tej osoby, jej opiekuna faktycznego lub przedstawiciela ustawowego, chyba że na mocy odrębnych przepisów możliwe jest przyjęcie do Szpitala bez wyrażenia zgody.

- 3.2. jeżeli z powodu braku miejsc, zakresu udzielanych przez Szpital świadczeń lub względów epidemiologicznych pacjent skierowany do leczenia szpitalnego nie może zostać przez Szpital przyjęty, w przypadkach nagłych, po udzieleniu niezbędnej pomocy medycznej Szpital zapewnia przewiezienie pacjenta do innej placówki, po uprzednim porozumieniu się z nią.
- 3.3. jeżeli przyjęcie do Szpitala nie musi nastąpić natychmiast, nie występuje sytuacja bezpośredniego zagrożenia życia, a Szpital nie ma w danej chwili możliwości przyjęcia, Kierownicy Oddziałów szpitalnych lub lekarze asystenci przez nich wyznaczeni, wyznaczają termin, w którym nastąpi przyjęcie. Fakt ten zostaje odnotowany w *Księdze Oczekujących na przyjęcie do Szpitala*, zawierającej listę pacjentów oczekujących na hospitalizację wraz z pozostałymi danymi określonymi w art. 20 *Ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej*.
4. Przyjęcia pacjentów do Szpitala odbywają się całodobowo w Izbie Przyjęć.
5. O kolejności przyjęć pacjentów w Izbie Przyjęć decyduje lekarz dyżurny Izby Przyjęć.
6. Przyjęcie do leczenia szpitalnego o charakterze stacjonarnym odbywa się na podstawie skierowania lekarskiego i dotyczy sytuacji, kiedy cel leczenia nie może być osiągnięty przez leczenie ambulatoryjne.
7. W stanach nagłych świadczenia zdrowotne są udzielane bez wymaganego skierowania.
8. Pacjent przyjmowany do Szpitala jest zobowiązany posiadać:
 - 8.1. dokument potwierdzający tożsamość (dowód osobisty)
 - 8.2. dokument potwierdzający uprawnienie do korzystania z bezpłatnych świadczeń zdrowotnych
 - 8.3. skierowanie, zawierające wszystkie określone przez płatnika świadczeń w odrębnych przepisach dane. Obowiązek posiadania skierowania nie dotyczy przypadków wymienionych w pkt.7.
 - 8.4. wyniki badań dodatkowych wykonanych na zlecenie lekarza POZ, leżące w jego kompetencjach, zgodnie z obowiązującymi przepisami
 - 8.5. wyniki badań dodatkowych wykonanych na zlecenie innego lekarza specjalisty, mające związek z postawionym przez niego rozpoznaniem wstępnym lub występującymi u pacjenta objawami chorobowymi
 - 8.6. karty informacyjne z leczenia szpitalnego, jeżeli pacjent był wcześniej hospitalizowany
 - 8.7. niezbędne rzeczy osobiste oraz środki kosmetyczne.
9. W przypadku gdy osoba ubiegająca się o świadczenie zdrowotne nie przedstawi właściwego dokumentu potwierdzającego fakt objęcia ubezpieczeniem, kosztami udzielonego świadczenia Szpital obciąży pacjenta.
 - 9.1. W przypadku stanu nagłego dokument, o którym mowa, może zostać przedstawiony w innym czasie, nie później niż w terminie 30 dni od dnia rozpoczęcia udzielania świadczenia opieki zdrowotnej, o ile chory nadal przebywa w Szpitalu. Jeżeli

przedstawienie dokumentu w wyżej określonym terminie nie jest możliwe, dokument ten może być przedstawiony w terminie 7 dni od dnia ukończenia udzielania świadczeń opieki zdrowotnej.

10. Z chwilą przyjęcia pacjenta do Szpitala jego odzież przekazywana jest za pokwitowaniem do depozytu i magazynu rzeczy chorych za pośrednictwem pracownika depozytu.
11. Pacjentów Szpitala obowiązuje ściśle przestrzeganie porządku na zasadach określonych w odrębnym dokumencie pn. *Prawa i Obowiązki Pacjentów Szpitala Rejonowego im. dr. Józefa Rostka w Raciborzu*, który stanowi załącznik nr 4 do niniejszego Regulaminu Organizacyjnego
12. Pacjentom Szpitala przysługują uprawnienia, wynikające z Karty Praw Pacjenta, które ujęte są w odrębnym dokumencie pn. *Prawa i Obowiązki Pacjentów Szpitala Rejonowego im. dr. Józefa Rostka w Raciborzu*, stanowiącym załącznik nr 4 do niniejszego Regulaminu.
13. Wypisanie pacjenta ze Szpitala następuje, gdy:
 - 13.1. stan jego zdrowia nie wymaga dalszego leczenia i pobytu w Szpitalu
 - 13.2. pacjent lub jego przedstawiciel ustawowy żąda wypisania na własne ryzyko – w tym przypadku w dokumentacji medycznej pacjenta dokonuje się odpowiedniego zapisu, pod którym pacjent umieszcza swój czytelny podpis, z zastrzeżeniem pkt. 14
 - 13.3. pacjent w sposób rażący narusza zasady zawarte w *Regulaminie Organizacyjnym*, z zastrzeżeniem art. 29 ust. 1 pkt 3 Ustawy o działalności leczniczej
 - 13.4. przedstawiciel ustawowy żąda wypisania dziecka ze Szpitala, a Zastępca Dyrektora ds. Medycznych lub lekarz przez niego upoważniony wyrazi na to zgodę, z zastrzeżeniem pkt. 14,15.
14. Pacjenta lub osobę występującą o wypisanie dziecka ze Szpitala przed zakończeniem leczenia, lekarz prowadzący leczenie (lekarz dyżurny) lub Kierownik Oddziału informuje o możliwych następstwach zaprzestania leczenia w Szpitalu, po czym osoba ta składa pisemne oświadczenie o podtrzymaniu decyzji o wypisaniu na własne żądanie.
 - 14.1. Złożone oświadczenie powinno:
 - 14.1.1. zostać zapisane w historii choroby pacjenta i opatrzone datą jego złożenia
 - 14.1.2. zawierać imię i nazwisko lekarza udzielającego informacji o stanie zdrowia i możliwych następstwach wypisania pacjenta przed zakończeniem leczenia
 - 14.1.3. zawierać w swojej treści stwierdzenie, że osoba wypisująca została poinformowana o możliwych negatywnych konsekwencjach takiego działania, oraz że zrozumiała treść wyjaśnień.
15. Dyrektor Szpitala lub lekarz przez niego upoważniony może odmówić wypisania ze Szpitala osoby, której stan zdrowia wymaga hospitalizacji, do czasu wydania w tej sprawie orzeczenia przez właściwy ze względu na siedzibę Szpitala Sąd Opiekuńczy.

16. Jeżeli przedstawiciel ustawowy lub opiekun faktyczny nie odbiera małoletniego pacjenta lub osoby niezdolnej do samodzielnej egzystencji ze Szpitala w wyznaczonym terminie, wówczas Szpital zawiadamia o tym niezwłocznie organ gminy (Ośrodek Pomocy Społecznej) właściwej ze względu na miejsce zamieszkania lub pobytu pacjenta oraz organizuje, na koszt gminy, przewiezienie pacjenta do miejsca zamieszkania.
17. Pacjent, którego stan zdrowia nie wymaga dalszego leczenia szpitalnego, a który nie wyraża zgody na wypisanie ze Szpitala, ponosi koszty pobytu w Szpitalu od tego momentu, niezależnie od uprawnień do bezpłatnych świadczeń zdrowotnych, określonych w odrębnych przepisach. Decyzję w tej sprawie podejmuje Dyrektor Szpitala lub Zastępca Dyrektora ds. Medycznych, na wniosek Kierownika Oddziału Fakt zakończenia leczenia stwierdza oraz określa jego dokładną datę Kierownik Oddziału, wydając pisemne *Oświadczenie o zakończeniu leczenia*, które otrzymuje pacjent, a w szczególnych przypadkach jego opiekun faktyczny lub przedstawiciel ustawowy.

ZASADY ORGANIZACJI UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ AMBULATORYJNYCH

1. Rodzaj udzielanych świadczeń ambulatoryjnych jest zgodny z:
 - 1.1. zakresem umów zawartych przez Szpital z płatnikiem świadczeń
 - 1.2. uprawnień wynikających z posiadanej specjalizacji oraz zakresu obowiązków lekarza udzielającego porady.
2. Kompleksowe, specjalistyczne świadczenia zdrowotne nie obejmują świadczeń ponadstandardowych, określonych w odrębnych przepisach.
3. Świadczenia ambulatoryjne z zakresu specjalistycznej opieki zdrowotnej udzielane są ubezpieczonym na podstawie skierowania lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, za wyjątkiem świadczeń określonych w *Ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej*, tj. świadczeń: ginekologiczno-położniczych, wenerologicznych, onkologicznych, dla osób chorych na gruźlicę, dla osób zarażonych wirusem HIV oraz dla inwalidów wojennych i osób represjonowanych oraz świadczeń zdrowotnych udzielanych w stanach nagłych.
4. Jeśli stan zdrowia osoby ubezpieczonej wymaga kontynuacji leczenia specjalistycznego, to związane z tym kolejne wizyty w gabinecie lekarza specjalisty odbywają się bez ponownego skierowania lekarza (dotyczy całości świadczeń związanych z leczeniem schorzenia, które było podstawą wystawienia skierowania).
5. Brak posiadania przez pacjenta skierowania w sytuacji, kiedy jest ono wymagane, wiąże się z koniecznością wniesienia przez niego opłaty za uzyskane świadczenie, zgodnie z obowiązującym cennikiem.

6. W przypadku gdy osoba ubiegająca się o świadczenie zdrowotne nie przedstawi właściwego dokumentu potwierdzającego fakt objęcia ubezpieczeniem, Szpital kosztami udzielonego świadczenia obciąży pacjenta.
 - 6.1. W przypadku stanu nagłego dokument, o którym mowa, może zostać przedstawiony w innym czasie, nie później niż w terminie 30 dni od dnia rozpoczęcia udzielania świadczenia opieki zdrowotnej, o ile chory nadal przebywa w Szpitalu. Jeżeli przedstawienie dokumentu w wyżej określonym terminie nie jest możliwe, dokument ten może być przedstawiony w terminie 7 dni od dnia ukończenia udzielania świadczeń opieki zdrowotnej.
7. Do obowiązków lekarza udzielającego ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych należy w szczególności:
 - 7.1. przyjęcie, diagnozowanie i leczenie pacjenta w przypadkach chorobowych wykraczających poza zakres kompetencji lekarza podstawowej opieki zdrowotnej lub lekarza innej specjalności
 - 7.2. udzielanie konsultacji, odpowiedzi na problem zdrowotny, który był przedmiotem skierowania lekarza podstawowej opieki zdrowotnej lub lekarza innej specjalności
 - 7.3. przygotowanie pacjenta do zalecanej przez siebie diagnostyki lub przewidzianej formy leczenia, poinformowanie o wskazaniach, przeciwwskazaniach i istniejącym ryzyku zalecanego lub planowanego działania medycznego
 - 7.4. uzasadnienie ewentualnej przyczyny odmowy leczenia, zgodnie z obowiązującymi przepisami
 - 7.5. czytelne, rzetelne i staranne prowadzenie dokumentacji medycznej, zgodnie z obowiązującymi przepisami
 - 7.6. wydawanie pacjentowi przysługujących mu recept, wniosków na środki pomocnicze, przedmioty ortopedyczne itp., zgodnie z obowiązującymi przepisami
 - 7.7. orzekanie o czasowej niezdolności do pracy pacjenta, zgodnie z obowiązującymi przepisami.
8. Lekarz udzielający świadczeń w zakresie ambulatoryjnej specjalistycznej opieki medycznej nie może:
 - 8.1. żądać od lekarza POZ potwierdzenia własnych decyzji diagnostycznych lub terapeutycznych
 - 8.2. proponować pacjentom odpłatnych form diagnostycznych lub leczniczych, wiedząc, że pacjent może uzyskać je nieodpłatnie, w ramach ubezpieczenia zdrowotnego.

9. Zespół Poradni Specjalistycznych, mieszczący się w budynku przy ul. Gamowskiej 3, funkcjonuje zgodnie z harmonogramem, który jest integralną częścią aktualnej umowy z płatnikiem świadczeń.
10. Szczegółowe informacje o godzinach pracy poradni specjalistycznych pacjent może uzyskać telefonicznie, osobiście w Centralnej Rejestracji. Informacje wywieszone są także na zewnętrznej stronie budynku oraz na stronie internetowej szpitala.
11. Przed uzyskaniem porady lekarskiej pacjent powinien zostać zarejestrowany – może to uczynić osobiście, telefonicznie lub za pośrednictwem osoby trzeciej.
12. Pacjent przyjmowany do poradni specjalistycznej musi posiadać:
 - 12.1. dokument potwierdzający uprawnienie do korzystania z bezpłatnych świadczeń zdrowotnych
 - 12.2. skierowanie, zawierające wszystkie określone w odrębnych przepisach dane.
 - 12.3. obowiązek posiadania skierowania nie dotyczy przypadków wymienionych w pkt. 3.
 - 12.4. wyniki badań wykonanych na zlecenie lekarza POZ, leżące w jego kompetencjach, zgodnie z obowiązującymi przepisami
 - 12.5. wyniki badań wykonanych na zlecenie innego lekarza specjalisty, mające związek z postawionym przez niego rozpoznaniem wstępnym lub występującymi u pacjenta objawami chorobowymi
 - 12.6. karty informacyjne z leczenia szpitalnego, jeżeli był wcześniej hospitalizowany.
13. Każdy pacjent ma prawo do wyboru lekarza specjalisty spośród lekarzy udzielających świadczeń zdrowotnych danego rodzaju w Szpitalu.
14. Przyjmowanie pacjentów w poradni odbywa się bez zbędnej zwłoki. W sytuacji gdy jest to niemożliwe – tworzy się listę osób oczekujących, która jest integralną częścią *Księgi Oczekujących na świadczenie ambulatoryjne*.
 - 14.1. Za właściwe, zgodne z obowiązującymi przepisami, prowadzenie *Księgi Oczekujących* oraz tworzenie kolejek oczekujących na świadczenie ambulatoryjne odpowiada Kierownik Oddziału, któremu podlega organizacyjnie dana poradnia specjalistyczna.
15. W stanach nagłych lekarz specjalista udzielający świadczeń zdrowotnych w danej poradni przyjmuje pacjentów bez zachowania kolejności przyjęć ustalonej dla danej poradni na określony dzień.
16. W kolejce na wykonanie świadczenia nie czeka się w przypadku, gdy przysługuje prawo do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej poza kolejnością. Świadczenie takie powinno być udzielone w dniu zgłoszenia bądź nie później niż w ciągu 7 dni roboczych od dnia zgłoszenia się pacjenta do poradni. Szczególne uprawnienia w tym zakresie mają:

- 16.1 osoby posiadające tytuł Zasłużonego Honorowego Dawcy Krwi lub Honorowego Dawcy Przeszczepu,
- 16.2 inwalidzi wojenni i wojskowi, kombataneci,
- 16.3 uprawnieni żołnierze i pracownicy, w zakresie leczenia urazów i chorób nabytych podczas wykonywania zadań poza granicami państwa,
- 16.4 weterani poszkodowani w zakresie leczenia urazów i chorób nabytych podczas wykonywania zadań poza granicami państwa.

(Podstawa prawna: Art. 47c ustawy o świadczeniach finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 Nr 164, poz. 1027 z późn. zm.)

ZASADY ORGANIZACJI UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ MEDYCZNYCH O CHARAKTERZE STACJONARNYM I CAŁODOBOWYM INNYM NIŻ ŚWIADCZENIA SZPITALNE

1. *Stacjonarne i całodobowe świadczenie zdrowotne inne niż świadczenie szpitalne* to świadczenia opiekuńcze, pielęgnacyjne, paliatywne, hospicyjne, świadczenia z zakresu opieki długoterminowej, rehabilitacji leczniczej, leczenia uzależnień, psychiatrycznej opieki zdrowotnej oraz lecznictwa uzdrowiskowego, udzielane pacjentom, których stan zdrowia wymaga udzielania całodobowych lub całodziennych świadczeń zdrowotnych w odpowiednio urządzonych, stałych pomieszczeniach.
2. Do zakładu pielęgnacyjno-opiekuńczego i opiekuńczo-leczniczego, zwanych dalej „zakładami opiekuńczymi”, może zostać przyjęty świadczeniobiorca wymagający ze względu na stan zdrowia całodobowych świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych, rehabilitacyjnych oraz kontynuacji leczenia, a nie wymagający hospitalizacji w oddziale szpitalnym, który w ocenie skalą Barthel otrzymał 40 punktów lub mniej; ocena skalą Barthel nie jest stosowana u dzieci do ukończenia 3. roku życia.

ORGANIZACJA UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W INNYCH KOMÓRKACH ORGANIZACYJNYCH SZPITALA O CHARAKTERZE MEDYCZNYM

1. W laboratoriach oraz pracowniach Szpitala wykonywane są badania diagnostyczne i lecznicze:
 - 1.1. na podstawie skierowania lekarza ubezpieczenia zdrowotnego (nieodpłatnie dla pacjenta)
 - 1.2. odpłatnie, dla pacjentów, którzy nie posiadają wymaganych skierowań lub nie posiadają uprawnień do korzystania z bezpłatnych świadczeń zdrowotnych
 - 1.3. na podstawie umów zawartych z innymi zakładami opieki zdrowotnej i na zasadach w nich określonych.

2. Laboratorium Analityczne oraz pracownie Szpitala dla potrzeb leczenia stacjonarnego czynne są we wszystkie dni tygodnia przez całą dobę.
3. Pacjenci leczeni w trybie ambulatoryjnym, wraz ze skierowaniem otrzymują od lekarzy zatrudnionych w Zespole Poradni Specjalistycznych / Izbie Przyjęć Szpitala informację o możliwości (miejscu i terminie) wykonania badań diagnostycznych / procedur medycznych.
4. Wykonanie świadczenia zdrowotnego w laboratorium lub pracowni Szpitala następuje po uprzedniej – osobistej, telefonicznej lub za pośrednictwem osoby trzeciej – rejestracji, w terminie uzgodnionym z osobą dokonującą rejestracji. W przypadku zaistnienia takiej potrzeby, w pracowniach diagnostycznych prowadzona jest lista osób oczekujących na badanie.
 - 4.1. Za właściwe, zgodne z obowiązującymi przepisami, prowadzenie *Księgi Oczekujących* oraz tworzenie kolejek oczekujących na świadczenie zdrowotne odpowiada Kierownik Zakładu / Laboratorium / Pracowni.
5. Badania oznaczone przez lekarza kierującego jako „pilne” wykonywane są na bieżąco, zgodnie z przyjętymi w Szpitalu zasadami.

ZASADY WSPÓŁDZIAŁANIA Z INNYMI ZAKŁADAMI OPIEKI ZDROWOTNEJ W ZAKRESIE ZAPEWNIENIA DIAGNOSTYKI, LECZENIA I CIĄGŁOŚCI POSTĘPOWANIA W TYCH PROCESACH

Zasady współdziałania z innymi placówkami ochrony zdrowia określają szczegółowo indywidualne umowy zawarte z tymi podmiotami. Świadczeniodawców działających w powszechnym systemie ubezpieczenia zdrowotnego obowiązują zasady współdziałania określone przez płatnika świadczeń.

Przewiezienie pacjenta Szpitala do innego zakładu opieki zdrowotnej w celu zapewnienia mu ciągłości i kontynuacji procesu leczenia wymaga podjęcia wcześniejszych ustaleń z przedstawicielami placówki, do której pacjent jest kierowany. Odpowiedzialność za dopełnienie wszystkich niezbędnych formalności w tym zakresie, a w szczególności uzgodnienie terminu przyjęcia chorego przez tę placówkę, właściwe przygotowanie pacjenta oraz dokumentacji spoczywa na Kierowniku Oddziału, na którym pacjent był dotychczas hospitalizowany.

Przyjęcia pacjentów z innych placówek opieki zdrowotnej w stan oddziałów wchodzących w skład struktury organizacyjnej Szpitala Rejonowego im. dr. Józefa Rostka w Raciborzu odbywa się za wiedzą i zgodą Kierownika Oddziału, do którego pacjent jest kierowany i na zasadach określonych w nin. *Regulaminie* oraz przez płatnika świadczeń.

PRAWA I OBOWIĄZKI PACJENTÓW

Prawa i obowiązki pacjentów zawarte są w odrębnym dokumencie pn. *Prawa i Obowiązki Pacjentów Szpitala Rejonowego im. dr. Józefa Rostka w Raciborzu*, stanowiącym załącznik nr 4 do niniejszego Regulaminu.

REGULAMIN ODWIEDZIN PACJENTÓW

Regulamin Odwiedzin pacjentów hospitalizowanych w Szpitalu stanowi załącznik nr 5 do nin. Regulaminu.

OBOWIĄZKI SZPITALA W PRZYPADKU ŚMIERCI PACJENTA

Przedmiotowe obowiązki zakładów opieki zdrowotnej w przypadkach śmierci pacjentów leczonych w tych zakładach regulują art. 28 - 32 *Ustawy o działalności leczniczej* oraz przepisy wykonawcze wydane na tej podstawie (*Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 31 października 2006 r. w sprawie postępowania ze zwłokami osób zmarłych w szpitalu. Dz. U. Nr 203, poz. 1503*).

1. W przypadku śmierci pacjenta w Oddziale pielęgniarka dyżurna niezwłocznie powiadamia o tym lekarza leczącego lub lekarza dyżurnego, o ile wcześniej ww. lekarze nie uczestniczyli w działaniach medycznych związanych ze stanem zdrowia tego pacjenta.
2. Do obowiązków ww. lekarza należy:
 - 2.1. dokonanie oględzin zmarłego pacjenta
 - 2.2. stwierdzenie zgonu i jego przyczyny
 - 2.3. odnotowanie w historii choroby daty i godziny zgonu pacjenta
 - 2.4. wypełnienie karty zgonu i wydanie jej osobie uprawnionej do pochowania zwłok.
3. Pielęgniarka odcinkowa (dyżurna) powinna niezwłocznie odnotować datę i godzinę zgonu pacjenta w *karcie gorączkowej* oraz w raporcie pielęgniarskim. Ponadto pielęgniarka dyżurna przed przekazaniem zwłok pracownikowi Prosektorium wypełnia *Kartę Skierowania Zwłok do Prosektorium* (wzór *Karty* określa załącznik nr 6 do nin. Regulaminu) oraz zakłada na przegub dłoni osoby zmarłej identyfikator wykonany z tworzywa sztucznego i tasiemki, zawierający: imię i nazwisko osoby zmarłej, PESEL osoby zmarłej, a w przypadku braku numeru PESEL – serię i numer dokumentu stwierdzającego tożsamość, datę i godzinę zgonu. W przypadku kiedy nie jest możliwe ustalenie tożsamości osoby zmarłej w *Karcie Skierowania Zwłok do Prosektorium* oraz

- na identyfikatorze dokonuje się oznaczenia „NN” z podaniem przyczyny i okoliczności uniemożliwiających ustalenie tożsamości.
4. Personel Oddziału, w którym wystąpił zgon zobowiązany jest do niezwłocznego zawiadomienia o śmierci pacjenta:
 - 4.1. osobę lub instytucję lub przedstawiciela ustawowego, wskazanego przez chorego w momencie przyjęcia do Szpitala
 - 4.2. właściwej komórki Urzędu Stanu Cywilnego
 5. Pielęgniarka odcinkowa (dyżurna) obecna przy zgonie sporządza protokolarnie spis rzeczy, pieniędzy oraz przedmiotów wartościowych zmarłego, a następnie przedmioty wartościowe i pieniądze przekazuje do depozytu, zaś ubrania i pozostałe przedmioty do szatni.
 6. Przedmioty pozostałe przy zmarłym wydaje się za pokwitowaniem osobie uprawnionej do pochowania zwłok.
 7. Wszystkie czynności przy zmarłym pacjencie oraz transport zwłok, winny odbywać się z zachowaniem powagi i poszanowaniem godności osobistej zmarłego pacjenta jak i jego bliskich.
 8. Za przygotowanie zwłok i przewiezienie ich do wyznaczonego w danym Oddziale pomieszczenia, odpowiedzialny jest personel Oddziału, na którym nastąpił zgon.
 - 8.1. Ww. czynności następują po wstępnym stwierdzeniu zgonu przez lekarza wymienionego w pkt. 1.
 9. Nie wcześniej niż po upływie dwóch godzin od wstępnego stwierdzenia zgonu następuje jego potwierdzenie przez lekarza.
 10. Po upływie dwóch godzin zwłoki odbierane są przez pracownika Prosektorium z miejsca w którym nastąpił zgon i przewożone do Prosektorium. Czynność odebrania zwłok udokumentowana jest w Księdze Prosektorium.
 11. W razie śmierci chorego w Izbie Przyjęć Szpitala, czynności wymienione w pkt. 1, 3-8 wykonuje pielęgniarka Izby Przyjęć, zaś czynności wymienione w pkt. 2 lekarz dyżurny Izby Przyjęć.
 12. Zwłoki osoby, która zmarła w Szpitalu, mogą być poddane sekcji, chyba że osoba ta wyraziła za życia sprzeciw lub uczynił to jej przedstawiciel ustawowy, za wyjątkiem:
sytuacji określonych w *Kodeksie Postępowania Karnego* i *Kodeksie Karnym Wykonawczym* oraz aktach wykonawczych wydanych na ich podstawie;
 - sytuacji gdy przyczyny zgonu nie można ustalić w sposób jednoznaczny
 - przypadku gdy zgon pacjenta nastąpił przed upływem 12 godzin od przyjęcia do Szpitala
 - sytuacji określonych w przepisach o chorobach zakaźnych i zakażeniach.
 13. Sekcja zwłok jest dokonywana nie wcześniej niż po upływie 12 godzin od stwierdzenia zgonu.

14. Dokonanie lub zaniechanie wykonania sekcji zwłok następuje na podstawie decyzji Zastępcy Dyrektora ds. Medycznych, a w przypadku jego nieobecności na podstawie decyzji innego upoważnionego przez Dyrektora lekarza. Z wnioskiem o zwolnienie z sekcji może wystąpić przedstawiciel ustawowy oraz uprawniony członek najbliższej rodziny zmarłego. W przypadku braku ww. uprawnionych osób, z wnioskiem o zaniechanie sekcji może wystąpić lekarz prowadzący leczenie – po uzyskaniu zgody Kierownika Oddziału.
15. W przypadku wykonania sekcji, osoby uprawnione mają prawo do rzetelnej i wyczerpującej informacji o jej wyniku, której udziela lekarz prowadzący leczenie lub Kierownik Oddziału.
16. W dokumentacji medycznej zmarłego pacjenta sporządza się adnotację o dokonaniu lub zaniechaniu wykonania sekcji zwłok, z odpowiednim uzasadnieniem.
17. O przypadku zgonu pacjenta, którego tożsamość nie została ustalona bądź zgonu, co do którego istnieje pewność lub uzasadnione podejrzenie, że jest wynikiem przestępstwa, a w szczególności następstwem zabójstwa, samobójstwa, otrucia, nieszczęśliwego wypadku albo uszkodzeń urazowych, zatrucia, uduszenia mechanicznego, działania wysokich temperatur lub elektryczności, personel Oddziału powiadamia Zastępcę Dyrektora ds. Medycznych, a następnie Policję (prokuratora dyżurnego).
18. Zwłoki, do chwili wydania osobie uprawnionej w celu pochówku, przechowywane są w Prosektorium Szpitala.
19. W razie zgonu na chorobę zakaźną, zastosowanie mają przepisy w sprawie postępowania ze zwłokami i szczątkami ludzkimi. Szczegółowe zasady postępowania ze zwłokami w tych przypadkach oraz wykaz chorób zakaźnych wymagających natychmiastowego usunięcia zwłok i pochowania w ciągu 24 godzin od chwili zgonu zawiera załącznik nr 7 do nin. *Regulaminu*.
20. Procedurę postępowania z martwymi płodami ludzkimi oraz dziećmi martwo urodzonymi w Szpitalu Rejonowym im. dr. Józefa Rostka w Raciborzu określa *załącznik nr 8* do nin. *Regulaminu*.
21. W razie zgonu osoby w czasie odbywania kary pozbawienia wolności, zastosowanie mają przepisy w sprawie sposobu postępowania ze zwłokami osób zmarłych w czasie kary pozbawienia wolności.
22. Zwłoki pacjenta mogą być przechowywane w Prosektorium nie dłużej niż 72 godziny, licząc od godziny, w której nastąpiła śmierć pacjenta.
 - 22.1. Zwłoki osoby zmarłej mogą być przechowywane w Prosektorium dłużej niż 72 godzin, jeżeli:
 - 22.1.1. nie mogą zostać wcześniej odebrane przez osoby lub instytucje uprawnione do pochowania osoby zmarłej

- 22.1.2. w związku ze zgonem zostało wszczęte dochodzenie lub śledztwo, a prokurator nie zezwolił na pochowanie zwłok
- 22.1.3. przemawiają za tym inne niż wymienione w pkt. 22.1.1. oraz pkt. 22.1.2. ważne przyczyny – za zgodą albo na wniosek osoby lub instytucji uprawnionej do pochowania osoby zmarłej
- 22.2. Koszty przechowywania zwłok w Prosektorium po upływie 72 godzin, zgodnie z cennikiem zatwierdzonym przez Dyrektora Szpitala, pokrywa osoba lub podmiot, o którym mowa w pkt. 22.1.
23. Za odbiór zwłok z oddziału, w którym nastąpił zgon, przewiezienie ich do Prosektorium, toaletę pośmiertną oraz czynności związane z wydaniem zwłok osobie upoważnionej do pochówku, w tym za właściwe prowadzenie dokumentacji, odpowiada wyznaczony pracownik Prosektorium.
24. Wydawanie zwłok odbywa się po okazaniu pracownikowi Prosektorium właściwego aktu zgonu oraz – w przypadku kiedy zwłoki odbierane są przez pracownika Zakładu Pogrzebowego, wybranego przez osoby uprawnione do pochówku – za okazaniem stosownego upoważnienia.
25. Odzież przeznaczona do ubrania zmarłego powinna być dostarczona przez opiekunów zmarłego bezpośrednio pracownikowi Prosektorium.
26. Wydanie zwłok z Prosektorium następuje, zgodnie z decyzją osoby uprawnionej do pochówku, na podstawie pisemnego zlecenia zawierającego nazwę wybranego Zakładu Pogrzebowego (druk: „Zlecenie odbioru zwłok przez zakład pogrzebowy” stanowi załącznik nr 9 do nin. Regulaminu).

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

1. Niniejszy *Regulamin Organizacyjny Podmiotu leczniczego niebędącego przedsiębiorcą Szpitala Rejonowego im. dr. Józefa Rostka w Raciborzu*, ustalony przez Dyrektora *Podmiotu leczniczego niebędącego przedsiębiorcą Szpitala Rejonowego im. dr. Józefa Rostka w Raciborzu*, podlega opiniowaniu przez Radę Społeczną Szpitala i zatwierdzeniu przez podmiot tworzący.
2. Regulamin wchodzi w życie z dniem określonym w Zarządzeniu Dyrektora Szpitala.
3. Wszelkie zmiany w *Regulaminie* mogą być dokonywane w drodze Zarządzenia Dyrektora, po ich wcześniejszym zatwierdzeniu przez Radę Społeczną Szpitala.
4. Tekst niniejszego *Regulaminu* otrzymują Kierownicy Oddziałów oraz Kierownicy pozostałych komórek organizacyjnych, którzy zobowiązani są do zapoznania z jego treścią podległych im pracowników.

Załączniki do Regulaminu (nr: 1-10):

- załącznik nr 1 – *Schemat Organizacyjny Szpitala Rejonowego im. dr. Józefa Rostka w Raciborzu*
- załącznik nr 2 – *Regulaminy Organizacyjne Komórek Administracyjnych Szpitala Rejonowego im. dr. Józefa Rostka w Raciborzu*
- załącznik nr 3 – *Regulaminy Organizacyjne Komórek Działalności Podstawowej Szpitala Rejonowego im. dr. Józefa Rostka w Raciborzu*
- załącznik nr 4 – *Prawa i Obowiązki Pacjentów Szpitala Rejonowego im. dr. Józefa Rostka w Raciborzu*
- załącznik nr 5 – *Regulamin Odwiedzin Pacjentów Hospitalizowanych w Szpitalu Rejonowym im. dr. Józefa Rostka w Raciborzu oraz udzielania informacji o stanie ich zdrowia*
- załącznik nr 6 – *Karta Skierowania Zwłok do Prosektorium*
- załącznik nr 7 – *Zasady postępowania ze zwłokami w razie zgonu na chorobę zakaźną oraz wykaz chorób zakaźnych wymagających natychmiastowego usunięcia zwłok i pochowania w ciągu 24 godzin od chwili zgonu*
- załącznik nr 8 – *Procedura postępowania z martwymi płodami ludzkimi oraz dziećmi martwo urodzonymi w Szpitalu Rejonowym im. dr. Józefa Rostka w Raciborzu*
- załącznik nr 9 – *Zlecenie odbioru zwłok przez zakład pogrzebowy*
- załącznik nr 10 – *Cenniki dotyczące odpłatności wprowadzone Zarządzeniem Dyrektora*