

	<p>Regulamin Organizacyjny Samodzielnego Publicznego Zespołu Zakładów Opieki Zdrowotnej w Nowej Dębie</p> <p>Jednolity tekst na podstawie zmian wprowadzonych Zarządzeniem Nr 9/2024 Dyrektora SPZZOZ w Nowej Dębie</p>	<p>z dnia 18.03.2024r.</p>
---	--	----------------------------

REGULAMIN ORGANIZACYJNY SAMODZIELNEGO PUBLICZNEGO ZESPOŁU ZAKŁADÓW OPIEKI ZDROWOTNEJ W NOWEJ DĘBIE

I. Postanowienia ogólne

§ 1

Regulamin Organizacyjny określa strukturę organizacyjną Samodzielnego Publicznego Zespołu Zakładów Opieki Zdrowotnej w Nowej Dębie, zwanego dalej: „SPZ ZOZ”, sprawy dotyczące rodzaju, zakresu, sposobu i warunków udzielania świadczeń zdrowotnych przez poszczególne zakłady wchodzące w skład SPZ ZOZ.

§ 2

1. Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Nowej Dębie, zwany dalej: „SPZ ZOZ” i mogący posługiwać się tym skrótem - jest podmiotem leczniczym niebędącym przedsiębiorcą. SPZ ZOZ stanowi wyodrębniony organizacyjnie zespół osób i środków majątkowych, prowadzi działalność leczniczą polegającą na udzielaniu świadczeń zdrowotnych, promocji zdrowia. SPZ ZOZ uczestniczy w przygotowywaniu osób do wykonywania zawodu medycznego i kształceniu osób wykonujących zawód medyczny na zasadach określonych w odrębnych przepisach regulujących kształcenie tych osób.
2. SPZ ZOZ został utworzony przez Wojewodę Tarnobrzeskiego, którego uprawnienia przejął Powiat Tarnobrzeski.
3. SPZ ZOZ posiada osobowość prawną.
4. SPZ ZOZ jest zarejestrowany w Krajowym Rejestrze Sądowym – rejestrze publicznych zakładów opieki zdrowotnej postanowieniem Sądu Rejonowego w Rzeszowie Wydział XII Krajowego Rejestru Sądowego z dnia 19.09.2001r., KRS nr rej. 0000045957. Ponadto SPZ ZOZ jest wpisany do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą prowadzonego przez Wojewodę Podkarpackiego, księga rejestrowa nr 000000010159.
5. Siedzibą SPZ ZOZ jest miasto Nowa Dęba, ul. Marii Skłodowskiej-Curie 1A.

§ 3

SPZ ZOZ działa na podstawie:

1. ustawy z 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej (jednolity tekst Dz.U. z 2023r. poz. 991 z późn. zm.)
2. ustawy z 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (jednolity tekst Dz.U. z 2022r. poz. 2561 z późn. zm.),
3. ustawy z 8 września 2006r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (jednolity tekst Dz.U. z 2023r. poz. 1541 z późn. zm.),
4. ustawy z 19.08.1994r. o ochronie zdrowia psychicznego (jednolity tekst: Dz.U. z 2022r. poz. 2123 z późn. zm.)
5. ustawy z 5 czerwca 1998r. o samorządzie powiatowym (jednolity tekst: Dz.U. z 2022r. poz. 1526 z późn. zm.),
6. ustawy z 29 września 1994r. o rachunkowości (jednolity tekst Dz.U. z 2023r. poz. 120 z późn. zm.),
7. ustawy z 27 sierpnia 2009r. o finansach publicznych (jednolity tekst Dz.U. z 2023r. poz. 1270 z późn. zm.),
8. innych ustaw dotyczących ochrony zdrowia i przepisów wykonawczych wydanych na ich podstawie,

9. statutu SPZZOZ, niniejszego Regulaminu Organizacyjnego SPZ ZOZ oraz innych wewnętrznych aktów prawnych SPZ ZOZ.

§ 4

1. SPZ ZOZ udziela świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych osobom ubezpieczonym oraz innym osobom uprawnionym do tych świadczeń na podstawie odrębnych przepisów, nieodpłatnie w ramach zawartych umów z NFZ w Rzeszowie, za częściową odpłatnością lub całkowitą odpłatnością.
2. SPZ ZOZ nie może odmówić udzielenia świadczenia zdrowotnego osobie, która potrzebuje natychmiastowego udzielenia takiego świadczenia ze względu na zagrożenie życia.

II Cele i zadania SPZ ZOZ.

§ 5

1. Celem działalności SPZ ZOZ jest udzielanie świadczeń zdrowotnych służących zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu zdrowia, szerzenie oświaty zdrowotnej, promocja zdrowia, poprawie zdrowia oraz podejmowanie innych czynności medycznych wynikających z procesu leczenia lub odrębnych przepisów regulujących zasady ich wykonywania.
2. SPZ ZOZ prowadzi działalność leczniczą stacjonarną i ambulatoryjną, pomoc doraźną i w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej, a w szczególności:
 - 1) wykonuje badania pacjentów i udziela porad lekarskich,
 - 2) diagnozuje, leczy, pielęgnuje i rehabilituje pacjentów,
 - 3) prowadzi leczenie uzależnień,
 - 4) wykonuje psychiatryczną opiekę zdrowotną i terapię psychologiczną,
 - 5) udziela świadczeń opiekuńczych, paliatywnych i świadczeń z zakresu opieki długoterminowej,
 - 6) sprawuje opiekę nad kobietą ciężarną, jej płodem, porodem, położeniem oraz noworodkiem,
 - 7) udziela całodobowych świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, w tym prowadzi wizyty domowe,
 - 8) orzeka i opiniuje o stanie zdrowia,
 - 9) prowadzi działalność w zakresie zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze,
 - 10) realizuje zadania w zakresie promocji zdrowia,
 - 11) uczestniczy w przygotowaniu osób do wykonywania zawodu medycznego i kształceniu osób wykonujących zawód medyczny na zasadach określonych w odrębnych przepisach regulujących kształcenie tych osób.
 - 12) zapobiega powstawaniu chorób i urazów poprzez działania profilaktyczne oraz szczepienia ochronne,
 - 13) prowadzi transport sanitarny,
 - 14) wykonuje zadania w ramach powszechnego obowiązku obrony na zasadach określonych w odrębnych przepisach.

III. Zarządzanie SPZ ZOZ i struktura organizacyjna.

§ 6

1. SPZ ZOZ kieruje samodzielnie **Dyrektor SPZ ZOZ**, zwany dalej: „Dyrektorem” i ponosi odpowiedzialność za zarządzanie SPZ ZOZ.
2. Dyrektor kieruje bieżącą działalnością SPZ ZOZ i reprezentuje SPZ ZOZ na zewnątrz. Dyrektor jest przełożonym wszystkich pracowników SPZ ZOZ.
3. W razie nieobecności Dyrektora SPZ ZOZ, obowiązki określone w ust. 1 wykonuje Zastępca Dyrektora wskazany przez Dyrektora w zakresie udzielonego pełnomocnictwa.
4. Zwierzchnikiem służbowym Dyrektora jest Starosta Tarnobrzeski.
5. Dyrektor SPZ ZOZ nie może podejmować innego zatrudnienia bez wyrażonej w formie pisemnej zgody podmiotu tworzącego.

§ 7

1. Przy SPZ ZOZ działa **Rada Społeczna**, która jest organem inicjującym i opiniodawczym organu tworzącego SPZ ZOZ, tj. Rady Powiatu Tarnobrzeskiego oraz organem doradczym Dyrektora.
2. W skład Rady Społecznej działającej w SPZ ZOZ wchodzi:
 - a) przewodniczący – Starosta Tarnobrzeski lub osoba wyznaczona przez Starostę Tarnobrzeskiego,
 - b) przedstawiciel Wojewody Podkarpackiego,
 - c) przedstawiciele wybrani przez Radę Powiatu Tarnobrzeskiego w liczbie określonej przez tę Radę.
3. Do zadań Rady Społecznej należy:
 - 1) przedstawianie podmiotowi tworzącemu wniosków i opinii w sprawach:
 - a. zbycia aktywów trwałych oraz zakupu lub przyjęcia darowizny nowej aparatury i sprzętu medycznego,
 - b. związanych z przekształceniem lub likwidacją, rozszerzeniem lub ograniczeniem działalności,
 - c. przyznawania Dyrektorowi nagród,
 - d. rozwiązania stosunku pracy lub umowy cywilno-prawnej w Dyrektorem,
 - 2) przedstawianie Dyrektorowi wniosków i opinii w sprawach:
 - a. planu finansowego, w tym inwestycyjnego,
 - b. rocznego sprawozdania finansowego, w tym planu inwestycyjnego,
 - c. kredytów bankowych lub dotacji,
 - d. podziału zysku,
 - e. zbycia aktywów trwałych oraz zakupu lub przyjęcia darowizny nowej aparatury i sprzętu medycznego,
 - f) regulaminu organizacyjnego.
 - 3) dokonywanie okresowych analiz skarg i wniosków wnoszonych przez pacjentów, z wyłączeniem spraw podlegających nadzorowi medycznemu,
 - 4) opiniowanie wniosku w sprawie czasowego zaprzestania działalności leczniczej,
 - 5) wykonywanie innych zadań określonych w ustawie lub statucie.
4. Radę powołuje i odwołuje oraz zwołuje jej pierwsze posiedzenie podmiot tworzący. W posiedzeniach rady społecznej uczestniczy Dyrektor SPZZOZ oraz przedstawiciele organizacji związkowych działających w SPZZOZ.

§ 8

W SPZ ZOZ działa **Rada Medyczna**, składająca się z Rady Ordynatorów oraz w zależności od rodzaju rozpatrywanych spraw - wskazani przez Przewodniczącego Rady Medycznej kierownicy komórek medycznych, wchodzących w skład SPZ ZOZ. Rada Medyczna jest organem doradczym w sprawach medycznych i jest zwoływana przez Dyrektora lub na wniosek Przewodniczącego Rady Medycznej. Posiedzeniami Rady Medycznej kieruje Z-ca Dyrektora ds. leczenia

§ 9.

1. Dyrektor kieruje SPZ ZOZ przy pomocy:

- 1) Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa
- 2) Głównego Księgowego;
- 3) Naczelnej Pielęgniarki;
- 4) Ordynatorów/Kierowników Oddziałów Szpitala i Kierowników jednostek organizacyjnych, działów i komórek organizacyjnych.

2. **Dyrektor SPZ ZOZ w szczególności:**

- 1) koordynuje działania wszystkich komórek SPZ ZOZ w zakresie realizacji zadań statutowych, organizuje kontrolę tych działań i ponosi odpowiedzialność za zarządzanie SPZ ZOZ,
- 2) kieruje SPZ ZOZ, reprezentuje SPZ ZOZ na zewnątrz i współdziała w tym zakresie z podmiotem tworzącym, z Radą Społeczną SPZ ZOZ oraz innymi podmiotami wykonującymi działalność leczniczą,
- 3) realizuje zadania zlecone przez podmiot tworzący,
- 4) zapewnia realizację świadczeń zdrowotnych wyłącznie przez osoby o odpowiednich uprawnieniach i kwalifikacjach zawodowych wg odrębnych przepisów,
- 5) bieżąco nadzoruje realizację zadań statutowych,
- 6) ustala plan finansowy stanowiący podstawę gospodarki SPZ ZOZ, w tym plan inwestycyjny i przedkłada Radzie Społecznej w celu zaopiniowania,
- 7) dokonuje w imieniu SPZ ZOZ czynności prawnych w zakresie nawiązania, zmiany lub rozwiązania umowy o pracę z pracownikami SPZ ZOZ,
- 8) koordynuje i nadzoruje pracę zawodową podległych pracowników, ze szczególnym uwzględnieniem prac bezpośrednio związanych z zapewnieniem należytej opieki zdrowotnej,
- 9) przygotowuje, organizuje i nadzoruje prace niezbędne do podjęcia prawidłowych decyzji w sprawach SPZ ZOZ,
- 10) współdziała z zakładowymi organizacjami związkowymi oraz samorządami lekarzy, pielęgniarek i położnych i innymi samorządami pracowników wykonujących zawody medyczne w SPZ ZOZ,
- 11) opracowuje projekty reorganizacji SPZ ZOZ, w tym związanych z przekształceniem, lub likwidacją, rozszerzeniem lub ograniczeniem działalności i nadaje im bieg w wymaganym trybie postępowania,
- 12) opracowuje roczne sprawozdanie finansowe SPZ ZOZ oraz inne wymagane sprawozdania i ponosi odpowiedzialność za ich rzetelność i prawidłowość,
- 13) zgłasza do Krajowego Rejestru Sądowego i innych rejestrów dane i zmiany danych wg wymogów odrębnych przepisów w tej sprawie,
- 14) odpowiada za utrzymanie i racjonalną eksploatację infrastruktury technicznej, utrzymanie obiektów i otoczenia w odpowiednim stanie technicznym i

- funkcjonalnym, bezpieczeństwo ludzi i mienia, inwestycje i remonty, eksploatację urządzeń i aparatury medycznej, zakupy energii, dostawy i usługi, żywienie chorych,
- 15) rozpatruje ostatecznie skargi, wnioski i zażalenia pracowników i pacjentów.
 - 16) ponosi odpowiedzialność za realizację zadań obronnych.

3. Zastępca Dyrektora ds. Lecznictwa odpowiada za właściwą realizację i jakość usług medycznych Szpitala, Pomocy Doraźnej i Podstawowej Opieki Zdrowotnej, Specjalistycznej Opieki Ambulatoryjnej i Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego, w tym przede wszystkim czuwa nad przestrzeganiem procedur medycznych przez personel, przestrzeganiem prawa, zgłasza Dyrektorowi potrzebę dokonywania kontroli w tym zakresie oraz zgłasza sposoby rozwiązywania problemów wynikłych w sferze wykonywanych świadczeń medycznych. Zastępca Dyrektora ds. Lecznictwa w zakresie udzielonego przez Dyrektora SPZ ZOZ pisemnego pełnomocnictwa wykonuje obowiązki Dyrektora SPZ ZOZ w czasie jego nieobecności.

W razie potrzeby zabezpieczenia należytego funkcjonowania Szpitala Zastępca Dyrektora ds. Lecznictwa może jednocześnie pełnić obowiązki ordynatora/kierownika oddziału stosownie do posiadanej specjalizacji.

Prowadzi rozmowy w celu pozyskiwania personelu lekarskiego. Prowadzi bieżącą kontrolę wykonywanych zadań oraz dokumentowania udzielanych świadczeń przez podległy personel. W sprawach, które wymagają decyzji Dyrektora przedkłada propozycje, co do sposobu ich rozwiązania.

4. Główny Księgowy koordynuje i nadzoruje działalność SPZ ZOZ w zakresie finansowego planowania, wykonania planu rzeczowo-finansowego, sprawozdawczości, analiz oraz organizacji pracy w podległych komórkach oraz ponosi odpowiedzialność za realizację obowiązków określonych ustawą o finansach publicznych i ustawą o rachunkowości. Ponadto zobowiązany jest do stałego informowania Dyrektora o bieżących sprawach z całokształtu swego działania, jak również do zawiadamiania o niedociągnięciach, nieprawidłowościach lub brakach. W sprawach, które wymagają decyzji Dyrektora przedkłada propozycje, co do sposobu ich rozwiązania.

5. Naczelną Pielęgniarką jest bezpośrednim przełożonym pielęgniarek oddziałowych/koordynujących i położnej oddziałowej/koordynującej oraz pracowników zajmujących stanowiska równorzędne (pielęgniarki, położne samodzielne lub koordynujące).
Naczelną Pielęgniarką:

- 1) określa politykę w zakresie opieki sprawowanej przez pielęgniarki i położne, zarządza, kieruje, organizuje i nadzoruje pracę podległego personelu,
- 2) określa liczbę i rodzaj stanowisk pionu pielęgniarskiego w poszczególnych komórkach organizacyjnych,
- 3) określa poziom kwalifikacji zawodowych wymaganych na podległych jej stanowiskach pracy,
- 4) ustala podział obowiązków, odpowiedzialności i uprawnień zgodnie z kwalifikacjami i umiejętnościami podległego personelu na poszczególnych stanowiskach pracy,
- 5) monitoruje, analizuje i ocenia jakość opieki pielęgniarskiej, położniczej,
- 6) prowadzi bieżącą kontrolę wykonywanych zadań oraz dokumentowania udzielanych świadczeń przez podległy personel,
- 7) przeprowadza okresową ocenę podległego personelu,
- 8) nadzoruje porządek i dyscyplinę pracy podległego personelu,
- 9) nadzoruje planowanie i rozliczenie czasu pracy,

- 10) nadzoruje stan sanitarno-higieniczny pomieszczeń oraz przestrzeganie przepisów bhp i p.poż,
- 11) nadzoruje przestrzeganie praw pacjenta,
- 12) określa potrzeby w zakresie doskonalenia zawodowego podległego personelu,
- 13) realizuje program adaptacji zawodowej,
- 14) nadzoruje przebieg staży zawodowych i ocenia poziom uzyskanych umiejętności,
- 15) uczestniczy w planowaniu strategicznym Zakładu poprzez wyznaczanie dla podległego personelu zadań, terminów i sposobów ich wykonania,
- 16) uczestniczy w odprawach kierownictwa Zakładu i innych zespołach doradczych powołanych w celu sprawniejszej realizacji zadań,
- 17) planuje właściwe rozmieszczenie i wykorzystanie podległego personelu (grafiki, urlopy, zastępstwa itp.),
- 18) wnioskuje w sprawach:
 - a) zasad wynagradzania, zatrudnienia i zwolnienia,
 - b) awansowania, nagradzania i karania,
 - c) kierowania pracowników na szkolenia i kursy.

Naczelną Pielęgniarką kieruje zebraniami podległego personelu, planuje je zgodnie z aktualnymi potrzebami. W realizacji zadań współpracuje z kierownictwem Zakładu, ordynatorami/kierownikami oddziałów i kierownikami komórek organizacyjnych.

§ 10

1. Osoby na stanowiskach kierowniczych planują, organizują, nadzorują oraz kontrolują pod względem funkcjonalnym działalność kierowanej komórki, a w szczególności:

- 1) kierują pracą podległych komórek/ podległych pracowników, dla których ustalają zakresy czynności,
- 2) rozdzielają zadania i środki do ich realizacji, z uwzględnieniem priorytetów, kwalifikacji, umiejętności i obciążenia pracą,
- 3) proponują organizację odpowiednio pionu/działu/komórki,
- 4) nadzorują efektywność, sprawność i skuteczność działania pionu/działu/komórki,
- 5) udzielają podległym pracownikom instruktażu, wyjaśnień, wskazówek,
- 6) przestrzegają w zakresie realizowanych spraw dyscypliny ekonomicznej i finansowej,
- 7) organizują podległym pracownikom odpowiednie warunki pracy oraz nadzorują przestrzeganie przez te osoby zasad i przepisów bhp i p.poż.
- 8) opiniują kandydatów do pracy w kierowanym pionie/dziale/komórce oraz organizują i nadzorują proces adaptacji nowozatrudnionych podległych sobie pracowników,
- 9) wspierają rozwój zawodowy podległych pracowników i ich szkolenie,
- 10) przestrzegają przy realizacji zadań obowiązujących w SPZ ZOZ przepisów, wewnętrznych uregulowań prawnych i norm etycznych,
- 11) prowadzą okresową ocenę podległych pracowników, wnioskuje o zmianę ich warunków pracy lub płacy.
- 12) ponoszą odpowiedzialność za jakość, terminowość i ilość wykonanych zadań stosownie do powierzonych kompetencji, środków i możliwości realizacji.
- 13) wykazują się kreatywnością w zakresie funkcjonalnych rozwiązań pracy działu.

2. Ordynator oddziału/ kierownik oddziału i kierownik innych jednostek medycznych nadto:

- 1) wytycza proces diagnostyki i leczenia, wykonuje obchody lekarskie co najmniej raz dziennie, udziela świadczeń zdrowotnych pacjentom danego oddziału/jednostki, jednostki medycznej, pracowni, poradni, odpowiada za funkcjonowanie oddziału, pacjentów i osoby zatrudnione w oddziale,
- 2) organizuje narady lekarskie, także na prośbę ordynatora lub lekarza dyżurnego innego oddziału, uczestniczy w takich naradach lekarskich w celu rozpoznania lub uzgodnienia dalszego postępowania,
- 3) zapewnia pacjentom profesjonalną opiekę lekarską, pielęgniarską/położniczą rehabilitacyjną, diagnostyczną, leki, artykuły sanitarne, pomieszczenie i wyżywienie odpowiednie do stanu zdrowia pacjenta,
- 4) utrzymuje stały kontakt z rodzinami pacjentów, przedstawicielami ustawowymi pacjentów lub instytucją wskazaną przez pacjenta,
- 5) instruuje pacjentów lub osoby wymienione w pkt. c o zakresie leczenia lub rehabilitacji poszpitalnej,
- 6) prowadzi sprawy z zakresu orzecznictwa lekarskiego, dokumentacji medycznej, dokumentacji dla NFZ oraz innych podmiotów określonych odrębnymi przepisami lub umowami, w tym dokumentację statystyczną,
- 7) prowadzi sprawy specjalizacji, szkoleń i dokształcanie podległych pracowników medycznych,
- 8) współpracuje z innymi komórkami SPZ ZOZ zgodnie z Regulaminem Organizacyjnym oraz przepisami prawa wewnętrznego i poleceniami przełożonych w celu należytej realizacji zadań statutowych i umów,
- 9) na bieżąco śledzi i wdraża do obrotu prawnego nowe przepisy prawne.
W czasie nieobecności ordynatora/kierownika zastępuje zastępca lub inny lekarz wyznaczony przez ordynatora/kierownika albo Zastępcę Dyrektora ds. Lecznictwa.
- 10) kieruje działem przy zachowaniu racjonalnej gospodarki finansowej.

3. Lekarz dyżurny Oddziału dyżurujący wg harmonogramu dyżurów opracowanego przez Ordynatora oddziału/kierownika oddziału zapewnia w czasie dyżuru opiekę medyczną pacjentom i odpowiednie funkcjonowanie oddziału na zasadach odpowiednich jak ordynator oddziału. W momencie rozpoczęcia dyżuru przejmuje oddział raportem od lekarza zdającego oddział i przekazuje oddział raportem następcy (książką raportów i informacją z dyżuru oraz zapoznanie się/ przekazanie informacji o stanie pacjentów, potrzebach w zakresie ciągłości diagnostyki lub leczenia). Przebywa nieprzerwanie w oddziale, a w razie potrzeby chwilowego uzasadnionego wyjścia poza oddział informuje personel pielęgniarski/położne o miejscu pobytu na terenie Szpitala.

Lekarz dyżurny oddziału jest obowiązany:

- 1) rozpoczynać dyżur o godzinie ustalonej w rozkładzie dyżurów,
- 2) kończyć dyżur po rozpoczęciu normalnej ordynacji lekarskiej na Oddziale, a w dniu świątecznym po zgłoszeniu się zastępcy, któremu lekarz dyżurny oddziału powinien przekazać informacje z odbytego dyżuru i zapoznać ze stanem ciężko chorych,
- 3) dokładnie zbadać każdego chorego skierowanego do leczenia przez lekarza Izby Przyjęć i po ustaleniu przy pomocy wszystkich dostępnych środków rozpoznania, wytyczyć linię postępowania i rozpocząć leczenie,
- 4) na prośbę lekarza dyżurnego Izby Przyjęć lub lekarza dyżurnego innego oddziału szpitala,

przeprowadzić badanie konsultacyjne lub uczestniczyć w naradzie lekarskiej powołanej w celu ustalenia rozpoznania lub uzgodnienia dalszego postępowania,

- 5) wykonywać obchody lekarskie w godzinach popołudniowych i wieczorowych,
- 6) prowadzić zgodnie z postępowaniem wiedzy lekarskiej, postępowanie lecznicze u chorych na oddziale pozostawionym jego opiece,
- 7) uczestniczyć i wykonywać samodzielnie, jeśli jest w tej mierze upoważniony przez ordynatora, wynikające z pozostawionych wskazań zabiegi u chorych przyjętych do szpitala w czasie dyżuru,
- 8) w przypadkach wątpliwych każdorazowo zasięgnąć opinii ordynatora lub wzywać go na naradę, jeżeli istnieją trudności w rozpoznaniu lub postępowaniu,
- 9) prowadzić dokładną i systematyczną dokumentację chorych przyjętych w czasie dyżuru, ciężko chorych, u których występują znacznie większe różnice w stanie zdrowia oraz chorych przeniesionych z innych oddziałów, a także zmarłych,
- 10) nadzorować pracę personelu średniego i niższego oddziału, kontrolować wykonanie wydanych zleceń i pielęgnowanie ciężko chorych,
- 11) dopilnowywać potrzebnego zaopatrzenia oddziału w leki, krew, tlen i aparaturę potrzebną na okres dyżuru,
- 12) udawać się bezzwłocznie na wezwanie personelu do chorych wymagających pomocy,
- 13) na bieżąco zawiadamiać ordynatora/kierownika oddziału lub jego zastępcę o zgonach w oddziale,
- 14) udzielać w miarę posiadanych danych informacji o stanie zdrowia, po które zwracają się członkowie rodziny bądź opiekunowie chorych.

Lekarz dyżurny oddziału obowiązany jest składać raport z odbytego dyżuru ordynatorowi/kierownikowi oddziału. Lekarz dyżurny oddziału podlega w zakresie wykonywania swych czynności na oddziale ordynatorowi/kierownikowi, a służbowo – Dyrektorowi, w czasie jego nieobecności – lekarzowi dyżurnemu ogólnej Izby Przyjęć.

Lekarz dyżurny oddziału powinien wykonywać czynności zleczone mu przez ordynatora oddziału, dyrektora szpitala bądź lekarza dyżurnego ogólnej Izby Przyjęć bezpośrednio wiążące się z zakresem jego działalności a nie objęte niniejszym regulaminem.

Lekarz dyżurny oddziału zobowiązany jest na bieżąco wypełniać dokumentację medyczną.

Lekarze dyżurni Oddziału Chirurgii Ogólnej, Oddziału Ginekologiczno-Położniczego, Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii obowiązani są w ramach dyżuru medycznego w danym oddziale zabezpieczyć świadczenia lekarskie w Izbie Przyjęć w przypadku braku lekarza Izby Przyjęć. Konieczność zabezpieczenia świadczeń w Izbie Przyjęć koordynowana jest przez Kierownika Izby Przyjęć we współdziałaniu z Kierownikami wymienionych oddziałów

4. Starszy lekarz dyżuru, na czas dyżuru medycznego przejmuje obowiązki Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa. Starszym lekarzem dyżuru może być ordynator/kierownik lub starszy asystent wyznaczony przez Zastępcę Dyrektora ds. Lecznictwa w miesięcznym harmonogramie dyżurów.

Starszy lekarz dyżuru w szczególności:

- a) rozstrzyga kwestie sporne,
- b) podejmuje wiążące decyzje o charakterze organizacyjnym lub porządkowym,
- c) kieruje działaniami w sytuacjach kryzysowych lub awaryjnych do momentu przybycia Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa,
- d) stosownie do obowiązujących zasad decyduje o przeprowadzeniu lub zwolnieniu z sekcji zwłok,
- e) służy radą i pomocą innym lekarzom dyżurującym.

Starszy lekarz dyżuru informuje Zastępcę Dyrektora ds. Lecznictwa o wszystkich podjętych decyzjach, mających istotny wpływ na bieżące funkcjonowanie Szpitala.

5. Pielęgniarka/Położna Oddziałowa/Koordynująca jest odpowiedzialna za zapewnienie należytej opieki pielęgniarskiej/położniczej w oddziale, za jej zabezpieczenie, zorganizowanie, funkcjonowanie i nadzorowanie. W czasie nieobecności pielęgniarkę/położną oddziałową/koordynującą zastępuje zastępca pielęgniarki/położnej oddziałowej/koordynującej lub inna pielęgniarka wyznaczona przez pielęgniarkę/położną oddziałową/koordynującą albo przez Naczelną Pielęgniarkę.

Pielęgniarce/położnej oddziałowej/koordynującej podlega personel pielęgniarski oddziału i personel niższy oddziału. W godzinach popołudniowych, nocnych i w dni wolne od pracy sprawy koordynacji opieki pielęgniarskiej, rozstrzyganie spraw spornych prowadzi wskazana w miesięcznym harmonogramie dyżurów starsza pielęgniarka dyżuru, która informuje Naczelną Pielęgniarkę o podjętych decyzjach mających istotny wpływ na właściwe funkcjonowanie opieki pielęgniarskiej w Szpitalu i działa w sytuacjach kryzysowych lub awaryjnych do czasu przybycia Naczelnej Pielęgniarki.

5a. Pracownicy wykonujący zawód medyczny i posiadający wyższe wykształcenie zatrudnieni w zakładach udzielających świadczenia zdrowotne w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne, zobowiązani mogą być do pełnienia dyżuru medycznego.

6. Specjalista ds. epidemiologii monitoruje, ocenia i analizuje stan sanitarno-epidemiologiczny Szpitala. Określa zapotrzebowanie edukacyjne, organizuje i prowadzi systematyczną edukację personelu z zakresu zakażeń zakładowych. Współuczestniczy w opracowywaniu i nadzorowaniu wdrażania i przestrzegania standardów zasad postępowania dla czynności dotyczących profilaktyki zakażeń szpitalnych:

- 1) - metod i technik pracy personelu,
- 2) - procesów dezynfekcji i sterylizacji,
- 3) - sposobu gromadzenia i utylizacji odpadów.

Współpracuje z Pracownią Bakteriologii poprzez pobieranie wymazów czystościowych placówek szpitala oraz analizę flory bakteryjnej. Bierze udział w zapotrzebowaniu środków czystościowych, dezynfekcyjnych, sprzętu jednorazowego użytku. Prowadzi centralny rejestr zakażeń szpitalnych. Sporządza raporty półroczne, roczne o zakażeniach zakładowych i drobnoustrojach alarmowych. Uczestniczy w spotkaniach zespołu, komitetu kontroli zakażeń zakładowych oraz zespołu terapeutycznego. Bierze udział w kontrolach przeprowadzanych przez przedstawicieli PIS. Udziela porad w zakresie zapobiegania i kontroli zakażeń.

7. Pełnomocnik Systemu Zarządzania Jakością podlega bezpośrednio Dyrektorowi SPZZOZ.

Zapewnia, że czynności składające się na system zarządzania jakością w procesie udzielania świadczeń opieki zdrowotnej są ustanowione, wprowadzone i utrzymywane.

Składa Dyrektorowi sprawozdania dotyczące funkcjonowania systemu zarządzania jakością i kierunków doskonalenia tego zarządzania (w trakcie przeglądów zarządzania).

Zapewnia, że osoby biorące udział w procesie udzielania świadczeń opieki zdrowotnej są świadome odpowiedzialności za jakość podejmowanych działań. Organizuje szkolenia dotyczące systemu zarządzania jakością, Współpracuje z jednostkami zewnętrznymi w sprawach dotyczących systemu zarządzania jakością.

8. Pełnomocnik ds. ochrony informacji niejawnych :

1. zapewnia ochronę informacji niejawnych,
2. zapewnia ochronę fizyczną w zakresie przewidzianym planem ochrony , w tym stosowanie środków bezpieczeństwa fizycznego,
3. prowadzi kontrolę ochrony informacji niejawnych oraz przestrzegania przepisów o ochronie tych informacji,
4. prowadzi okresowa kontrola ewidencji, materiałów obiegu dokumentów,
5. opracowuje co najmniej 1 raz na 3 lata plan ochrony SPZZOZ,
6. szkoli pracowników w zakresie ochrony informacji niejawnych i nadzoruje jego realizację, w tym w razie wprowadzenia stanu nadzwyczajnego
7. podejmuje działania wyjaśniające w razie stwierdzenia naruszenia przepisów o ochronie informacji niejawnych.
8. prowadzi aktualizację wykazu osób zatrudnionych albo wykonujących czynności zlecone, które posiadają uprawnienia do dostępu do informacji niejawnych, oraz osób którym odmówiono poświadczenia bezpieczeństwa lub je cofnięto.
9. opracowuje instrukcję dotyczącą sposobu i trybu przetwarzania informacji niejawnych o klauzuli „zastrzeżone” zatwierdzanych przez Dyrektora.
10. sprawuje nadzór nad przygotowaniem do przekazywania spraw do archiwum oraz bierze udział w niszczeniu niearchiwalnych dokumentów niejawnych.
11. prowadzi rejestr książek ewidencyjnych i teczek oraz innych urządzeń ewidencyjnych.
12. wykonuje inne zadania wynikające z przepisów prawa o ochronie informacji niejawnych.
13. współpracuje z Działem Informatycznym w sprawach dotyczących przetwarzania dokumentów niejawnych w systemie informatycznym

10. Pełnomocnik ds. Praw Pacjenta:

czuwa nad przestrzeganiem praw pacjenta,
przyjmuje skargi pacjentów na działalność SPZ ZOZ oraz podejmuje działania interwencyjne SPZ ZOZ w sytuacjach tego wymagających, a związanych z realizacją praw pacjenta,
udziela odpowiedzi oraz prowadzi analizę pytań i skarg pacjentów, stały monitoring realizacji praw pacjenta,
rozwiązuje bieżące problemy zgłaszane przez pacjentów i ich rodziny,
monitoruje poziom satysfakcji pacjenta w SPZ ZOZ i przedstawia wyniki badań do wykorzystania przy usprawnieniu działalności SPZ ZOZ,
współpracuje z organizacjami pozarządowymi działającymi na rzecz praw pacjentów oraz organizacjami i stowarzyszeniami skupiającymi pacjentów.
Oprócz zgłaszanych uwag, Rzecznik może również przyjmować pochwały.

11. Psycholog jest zobowiązany do badania specjalistycznego pacjentów jako uzupełnienie diagnozy lekarskiej oraz udzielania pomocy psychologicznej dla pacjentów leczonych w placówkach SPZZOZ. Sposób prowadzenia terapii psychologicznej określa psycholog. Jeżeli wykonanie badania psychologicznego jest niemożliwe do przeprowadzenia w Szpitalu z uwagi na jego zakres, wówczas badanie realizowane jest w Zakładach zewnętrznych zgodnie z zawartymi umowami.

Psycholog prowadzi rejestr uzgodnionych przyjęć pacjentów, jednak niezależnie od ustalonej planem codziennej liczby przyjęć należy poddać badaniu wszystkich pacjentów, u których wystąpiła nagła potrzeba wykonania badania. Psycholog może zażądać wglądu w dokumentację medyczną pacjenta dotyczącą leczenia.

12. Inspektor Ochrony Radiologicznej podlega bezpośrednio Dyrektorowi SPZ ZOZ.

Do zakresu obowiązków Inspektora Ochrony Radiologicznej należy nadzór nad przestrzeganiem przez SPZZOZ w Nowej Dębie warunków ochrony radiologicznej związanych z prowadzoną działalnością, a w szczególności:

- 1) Nadzór nad przestrzeganiem prowadzenia działalności według instrukcji pracy z aparatami rentgenowskimi oraz nad prowadzeniem dokumentacji dotyczącej ochrony radiologicznej.
- 2) Nadzór nad działaniem sygnalizacji ostrzegawczej i prawidłowym oznakowaniem miejsc pracy ze źródłami promieniowania jonizującego.
- 3) Nadzór nad spełnieniem warunków dopuszczających pracowników do zatrudnienia na danym stanowisku pracy, w tym dotyczących szkolenia pracowników na stanowisku pracy w zakresie ochrony radiologicznej.
- 4) Nadzór nad wykonywaniem podstawowych i specjalistycznych testów wewnętrznej kontroli parametrów aparatury rentgenowskiej.
- 5) Prowadzenie rejestru i dokonywanie wstępnej oceny narażenia pracowników na podstawie wyników pomiarów dawek indywidualnych lub pomiarów dozymetrycznych w środowisku pracy i przedstawianie jej Dyrektorowi.

- 6) Informowanie pracowników o otrzymanych przez nich dawkach promieniowania jonizującego.
- 7) Każdorazowe wyjaśnianie przyczyn wzrostu dawki indywidualnej ponad jej dotychczasowy poziom, w szczególności wyjaśnianie przyczyn przekroczenia limitów dawek i podejmowanie środków zaradczych oraz przekazywanie tych informacji Dyrektorowi.
- 8) Współpraca z Inspektorem bezpieczeństwa i higieny pracy, osobami wdrażającymi program ochrony radiologicznej i służbami przeciwpożarowymi w zakresie ochrony przed promieniowaniem jonizującym.
- 9) Informowanie Kierownika Pracowni o stanie ochrony radiologicznej oraz przedstawienie mu w formie pisemnej propozycji w zakresie polepszenia tego stanu lub usunięcia nieprawidłowości.
- 10) Nadzór nad postępowaniem wynikającym z zakładowego planu postępowania awaryjnego, jeżeli na terenie jednostki ochrony zdrowia zaistnieje zdarzenie radiacyjne.
- 11) Ustalanie wyposażenia jednostki ochrony zdrowia w środki ochrony indywidualnej, aparatury dozymetrycznej i pomiarowej oraz innego wyposażenia służącego do ochrony pracowników oraz pacjentów przed promieniowaniem jonizującym;
- 12) Występowanie do Dyrektora z wnioskiem o zmianę warunków pracy pracowników, w szczególności w sytuacji, gdy wyniki pomiarów dawek indywidualnych uzasadniają taki wniosek.
- 13) Przedstawianie Dyrektorowi opinii, w ramach badania i sprawdzania środków ochronnych i przyrządów pomiarowych, w zakresie skuteczności stosowanych środków i technik ochrony przed promieniowaniem jonizującym.
- 14) Prowadzenie niezbędnej dokumentacji technicznej dotyczącej:
 - eksploatowanych aparatów i urządzeń
 - instrukcji techniczno-ruchowych i planów rozmieszczenia urządzeń
- 15) Przechowywanie decyzji i protokołów Państwowej Inspekcji Sanitarnej w zakresie:
 - dopuszczenia poszczególnych urządzeń do eksploatacji
 - przeprowadzonych pomiarów w zakresie występujących dawek promieniowania jonizującego
- 16) Prowadzenie i przechowywanie dokumentacji w zakresie obowiązujących okresowych badań lekarskich pracowników oraz książeczek zdrowia.”

13. Pełnomocnik ds. obronności.

Pełnomocnik ds. obronności w SPZZOZ podlega bezpośrednio Dyrektorowi SPZZOZ w Nowej Dębie. Wykonuje prace związane z realizacją zadań:

1) obronnych,

2) obrony cywilnej,

2. Do szczególnych zadań Pełnomocnika ds. obronności należy:

1) W zakresie zadań obronnych:

a) opracowywanie i aktualizacja planów: obronnego i mobilizacji służby zdrowia, stałej dyżurnej, rozwinięcia bazy łóżkowej dla potrzeb sił zbrojnych,

2) W zakresie obrony cywilnej:

a) opracowywanie i aktualizacja planów obrony cywilnej, rozwinięcia formacji obrony cywilnej i innych związanych z obroną cywilną SPZ ZOZ.

b) prowadzenie gospodarki magazynowej sprzętu obrony cywilnej.*

3. Wykonywanie sprawozdań, analiz i innej korespondencji związanej z prowadzonymi zadaniami.

* w przypadku utworzenia magazynu rezerw mobilizacyjnych.

§ 11

W skład SPZ ZOZ wchodzi jednostki działalności medycznej:

1. Szpital Powiatowy, w ramach którego działają oddziały szpitalne :

- a) Oddział Chirurgii Ogólnej,
- b) Oddział Ginekologiczno-Położniczy,
- c) Oddział Pediatriczny,
- d) Oddział Neonatologiczny,
- e) Oddział Chorób Wewnętrznych z Pododdziałem Chorób Płuc
- f) Oddział Rehabilitacyjny,
- g) Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii.

Ponadto w skład Szpitala wchodzi: Blok Operacyjny, Izba Przyjęć wraz z Poradnią Nocnej i Świątecznej Opieki Zdrowotnej i Zespołem Transportu Sanitarnego, Pracownie Diagnostyczne: Laboratorium Analityczne, Bakteriologia, Bank Krwi; Dział Diagnostyki Obrazowej: Pracownia RTG, Pracownia USG, Pracownia USK, Pracownia Spirometrii, Pracownia Bronchoskopii, Pracownia Tomografii Komputerowej, Dział Farmacji, Centralna Sterylizatornia, Prosektorium.

1a.

Centrum Zdrowia Psychicznego dla Dorosłych, w skład którego wchodzi:

- 1) Oddział Psychiatryczny,
- 2) Oddział Dzienny Psychiatryczny,
- 3) Poradnia Zdrowia Psychicznego
- 4) Punkt Zgłoszeniowo-Koordynacyjny
- 5) Zespół Leczenia Środowiskowego
- 6) Oddział Dzienny Psychiatryczny w Tarnobrzegu

2. skreślony

3. Zakład Opiekuńczo-Leczniczy

4. Zespół Poradni Specjalistycznych w ramach, którego działają:

- 1) Poradnia Ginekologiczno-Położnicza z Pracownią Urodynamiki,
- 2) Poradnia Urologiczna
- 3) Poradnia Endokrynologiczna,
- 4) Poradnia Chirurgii Ogólnej,
- 5) Poradnia Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej,
- 6) Poradnia Reumatologiczna,
- 7) Poradnia Diabetologiczna,
- 8) Poradnia Kardiologiczna z Pracownią Prób Wysiłkowych EKG,
- 9) Poradnia Gruźlicy i Chorób Płuc,
- 10) Poradnia Gastroenterologiczna z Pracownią Endoskopii,
- 11) Poradnia Medycyny Pracy,
- 12) Poradnia Neonatologiczna,

- 13) Poradnia Neurologiczna z Pracownią EEG,
- 14) Poradnia Leczenia Bólu,
- 15) Poradnia Gruźlicy i Chorób Płuc dla Dzieci,
- 16) Poradnia Zdrowia Psychicznego dla Dzieci,
- 17) Poradnia Dermatologiczna ,
- 18) Poradnia Zdrowia Psychicznego,
- 19) Poradnia Leczenia Uzależnień,
- 20) Poradnia Psychologiczna,
- 21) Poradnia Domowego Leczenia Tlenem.
- 22) Poradnia Laktacyjna
- 23) Poradnia Pediatryczna
- 24) Poradnia Chorób Wewnętrznych
- 25) Poradnia Położnej Środowiskowej
- 26) Dział Fizjoterapii z Pracownią Fizykoterapii, Pracownią Kinezyterapii, Pracownią Krioterapii i Pracownią Masażu Leczniczego,

5. Zadania pomocnicze, zabezpieczające działalność medyczną, obsługę administracyjną, ekonomiczną i gospodarczą wykonują:

- 1) Specjalista ds. Epidemiologii,
- 2) Dział Żywienia:
 - Grupa Kuchenkowa i Dietetyk,
- 3) skreślony
- 4) Pełnomocnik ds. Praw Pacjenta,
- 5) Dział Administracyjno-Organizacyjny
- 6) Dział Ekonomiczno-Finansowy,
- 7) Dział Techniczno-Gospodarczy,
- 8) Dział Zamówień Publicznych i Zaopatrzenia
- 9) Dział Informatyki
- 10) stanowiska samodzielne: Radca Prawny, Kapelan Szpitalny, Sekretarka, Inspektor BHP i P. Poż. , Inspektor ochrony danych.

§ 12

1. Organizację wewnętrzną SPZ ZOZ i poszczególnych jednostek określa schemat organizacyjny stanowiący załącznik do statutu SPZ ZOZ .
2. Ramowy zakres obowiązków, uprawnień i odpowiedzialności kierowników podległych Dyrektorowi ustala Dyrektor. Zakres obowiązków, uprawnień i odpowiedzialności osób podporządkowanych Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa: kierowników jednostek, ordynatorów / kierowników oddziałów Szpitala, kierowników działów i innych komórek organizacyjnych - opracowuje Zastępca Dyrektora ds. Lecznictwa, a zatwierdza Dyrektor.
3. Za wykonanie całości zadań poszczególnych komórek organizacyjnych wskazanych w ust. 2 odpowiedzialny jest kierownik /ordynator tej komórki, który reprezentuje ją wobec Dyrektora lub Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa.
4. Kierownicy/ordynatorzy, każdy w swoim zakresie, zobowiązani są do planowania, organizowania i nadzorowania pracy oraz kontroli merytorycznej.
5. Zakres obowiązków, uprawnień i odpowiedzialności pracowników poszczególnych komórek organizacyjnych ustala odpowiednio jej kierownik/ordynator lub inny bezpośredni przełożony.

6. W komórce, w której nie utworzono stanowiska zastępcy kierownika, w razie nieobecności kierownika obowiązki związane z kierowaniem komórką na czas tej nieobecności realizuje pracownik wskazany przez kierownika, Dyrektora lub Z-cę Dyrektora ds. leczenia.
7. Samodzielne stanowisko pracy to stanowisko jednoosobowe, funkcjonujące zgodnie z zakresem uprawnień, obowiązków i odpowiedzialności opracowanym przez bezpośredniego przełożonego.
8. W SPZZOZ obowiązuje noszenie imiennych identyfikatorów .
9. W celu identyfikacji dokumentów i ich pochodzenia wprowadza się do stosowania wykaz symboli literowych komórek organizacyjnych SPZ ZOZ Nowa Dęba.

NA	Dyrektor
NL	Zastępca Dyrektora ds. Lecznictwa
NEF	Główny Księgowy
NP	Naczelną Pielęgniarką
SZJ	Pełnomocnik ds. Systemu Zarządzania Jakością
IOD	Inspektor Ochrony Danych

Administracja:

NA.I	Sekretariat Dyrektora
NA.II	Pełnomocnik ds. ochrony informacji niejawnych
NA.III	Dział Administracyjno-Organizacyjny
NA.IV	Radca prawny
NA.V	Inspektor ds. BHP i p/poż.
NA.VI	Dział Ekonomiczno – Finansowy
NA.VII	Pełnomocnik ds. Obronności
NA.VIII	Pracownik ds. socjalnych
NA.IX	Stanowisko ds. promocji zdrowia
NA.X	Pełnomocnik Dyrektora ds. Praw Pacjenta
NA.XI	Stanowisko ds. audytu wewnętrznego
NA.XII	Komórka rozliczeń i statystyki

Dział Techniczno-Gospodarczy

NT. I	Kierownik Działu Techn. Gospodarczego
NT.II	Specjalista ds. Energo-mechanicznych
NT.III	Komórka Zamówień Publicznych i Zaopatrzenia
NT.IV	Specjalista ds. Inwestycji i Remontów

NZ.I Dział Zamówień Publicznych

NZ.II	Magazyny
--------------	----------

Lecznictwo stacjonarne:

LZ.II	Oddział Chorób Wewnętrznych z Pododdziałem Chorób Płuc
LZ.III	Oddział Chirurgii Ogólnej
LZ.IV	Oddział Psychiatryczny-CZP
LZ.V	Oddział Ginekologiczno – Położniczy
LZ.VI	Oddział Neonatologiczny
LZ.VII	Oddział Pediatryczny
LZ.VIII	Oddział Rehabilitacyjny
LZ.IX	Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii

LZ.X	Blok Operacyjny
LZ.XI	Oddział Dzienny Psychiatryczny- CZP
LZ.XII	Oddział Dzienny Psychiatryczny w Tarnobrzegu
ZOL	Zakład Opiekuńczo – Lecznicy

Lecznictwo ambulatoryjne:

LS	Kierownik Zespołu Poradni Specjalistycznych
LS.I	Poradnia Zdrowia Psychicznego, PZK - CZP
LS.II	Poradnia Leczenia Uzależnień
LS.III	Poradnia Medycyny Pracy
LS.IV	Poradnia Reumatologiczna
LS.V	Poradnia Urazowo – Ortopedyczna
LS.VI	Poradnia Chirurgii Ogólnej
LS.VII	Poradnia Rehabilitacyjna
LS.VIII	Poradnia Gruźlicy i Chorób Płuc
LS.IX	Poradnia Ginekologiczno – Położnicza
LS.X	Poradnia Neurologiczna
LS.XI	Poradnia Kardiologiczna
LS.XII	Poradnia Leczenia Bólu
LS.XIII	Poradnia Gruźlicy i Chorób Płuc dla dzieci
LS.XIV	Poradnia Neonatologiczna
LS.XV	Poradnia Urologiczna
LS.XVI	Poradnia Domowego Leczenia Tlenem
LS.XVII	Poradnia Psychologiczna
LS.XVIII	Poradnia Gastroenterologiczna
LS.XIX	Poradnia Pediatryczna
LS.XX	Poradnia Chorób Wewnętrznych
LS.XXI	Dział Fizjoterapii
LS.XXII	Poradnia Dermatologiczna
LS.XXIII	Poradnia Zdrowia Psychicznego dla Dzieci
LS.XXIV	Poradnia Laktacyjna
LS.XXV	Poradnia Położnej Środowiskowej

ZLŚ	Zespół Leczenia Środowiskowego – CZP
------------	--------------------------------------

Diagnostyka:

LD.I	Laboratorium Analityczne
LD.II	Bakteriologia
LD.III	Pracownie: RTG, USG,, TK
LD.IV	Pracownia Endoskopii
LD.V	Pracownia EEG
LD.VI	Pracownia prób wysiłkowych EKG
LD.VII	Pracownia Bronchoskopii
LD.VIII	Pracownia Spirometrii
LD.IX	Pracownia Urodynamiki
LD.X	Pracownia USK
IOR	Inspektor Ochrony Radiologicznej

Pozostałe komórki:

LI.I	Izba Przyjęć
-------------	--------------

LA	Dział Farmacji
LK	Bank Krwi i Pracownia Serologii
LC	Centralna Sterylizatornia
LŻ	Dział Żywienia
AZ	Archiwum
skreślony	
DI	Dział Informatyki
skreślony	
ZTS	Zespół Transportu Sanitarnego
NOŚZ	Poradnia Nocnej i Świątecznej Opieki Zdrowotnej
KZ	Zespół kontroli zakażeń szpitalnych
SZR	Szkoła Rodzenia

§ 13

1. Sprawy wymagające decyzji Dyrektora, Zastępcy Dyrektora lub Pełnomocników w zakresie posiadanego umocowania winny być opracowane z adnotacją imienia i nazwiska oraz stanowiska osoby, która sporządziła pismo i przedkładane do decyzji w formie:

- projektu pisma w załatwieniu sprawy,
- projektu aktu normatywnego (zarządzenia),
- pisma wyjaśniającego (pismo okólne) lub polecenia służbowego albo notatki służbowej.

2. Wewnętrzne uregulowania, określające obowiązki i uprawnienia jednostek, komórek organizacyjnych/ oddziałów Szpitala, służb lub o istotnym znaczeniu dla działalności lub gospodarki SPZ ZOZ powinny mieć charakter zarządzeń wewnętrznych. Zarządzenie wewnętrzne w każdym przypadku podpisuje Dyrektor, z tym, że zarządzenia związane z planowaniem, wykonaniem świadczeń medycznych parafuje zawsze Zastępca Dyrektora ds. Lecznictwa.

3. Kwalifikację i rejestr zarządzeń prowadzi Sekretariat.

4. Formę pism okólnych mają pisma stanowiące wykładnię przepisów, zarządzeń, ustalające tryb prac, harmonogram prac, wytyczne w sprawie sposobu załatwienia sprawy. Pismo okólne wydaje Dyrektor, Zastępca Dyrektora, a także na podstawie upoważnienia Dyrektora - kierownicy podporządkowani bezpośrednio Dyrektorowi.

5. Inne wytyczne dot. m. in. gospodarki, obsługi, obiegu dokumentacji winny być wydawane w formie instrukcji, akceptowanych odpowiednio do rodzaju spraw przez Dyrektora lub jego Zastępcę .

6. Dokumentacja pod względem aktualności weryfikowana jest na bieżąco przez Kierownika danej komórki, który w przypadku konieczności dokonania zmian lub uchylecia wnioskuje w tej sprawie do odpowiednich służb. Zespół nadzoru nad dokumentacją powołany decyzją Dyrektora SPZZOZ nie rzadziej niż raz na 3 lata dokonuje przeglądu zarządzeń i instrukcji, procedur i standardów, odnotowuje fakt przeglądu na tych dokumentach poprzez pozostawienie odpowiedniej metryczki oznaczonej datą z podpisami członków tego Zespołu i wnioskuje o dokonanie zmian, jeśli zachodzi taka potrzeba.

IV. Nadzór i kontrola.

§ 14

1. Nadzór nad SPZ ZOZ sprawuje Powiat Tarnobrzeski.

2. Starosta Tarnobrzeski w razie stwierdzenia, że decyzja Dyrektora jest sprzeczna z prawem, wstrzymuje jej wykonanie oraz zobowiązuje Dyrektora do jej zmiany lub cofnięcia.
3. Odpowiedzialność za nadzór i kontrolę wewnętrzną ponoszą: Zastępcy Dyrektora.

V. Rodzaj działalności leczniczej oraz zakres udzielanych świadczeń zdrowotnych.

§ 15

1. SPZ ZOZ prowadzi działalność leczniczą i udziela świadczeń zdrowotnych w zakresie:

1) **Szpital Powiatowy w Nowej Dębie** - udziela kompleksowych całodobowych świadczeń zdrowotnych stacjonarnych, obejmujących diagnostykę, leczenie i pielęgnację chorych w zakresie:

- a) chirurgii ogólnej,
- a) ginekologiczno-położniczych,
- b) pediatrycznych,
- c) neonatologicznych,
- d) chorób wewnętrznych,
- e) gruźlicy i chorób płuc,
- f) rehabilitacyjnych,
- g) psychiatrycznych.

Szpital udziela także ambulatoryjnych świadczeń w zakresie badań diagnostycznych i medycznej diagnostyki laboratoryjnej.

2) **Zakład Opiekuńczo-Leczniczy** - udziela innych całodobowych świadczeń zdrowotnych obejmujących swym zakresem pielęgnację, opiekę, rehabilitację pacjentów kontynuujących leczenie, a niewymagających hospitalizacji.

3) **Zespół Poradni Specjalistycznych** - udziela ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych w siedzibach Poradni, a także w miejscu przebywania osoby potrzebującej opieki medycznej, a obejmujących świadczenia specjalistyczne oraz świadczenia z zakresu rehabilitacji leczniczej.

4) **skreślony**

1a. Centrum Zdrowia Psychicznego zapewnia kompleksową opiekę psychiatryczną, tj. opiekę stacjonarną, ambulatoryjną i środowiskową dla pacjentów obszaru terytorialnego powiatu tarnobrzeskiego i miasta Tarnobrzeg.

2. Szczegółowe informacje o zakresie działalności leczniczej prowadzonej przez SPZ ZOZ podawane są na tablicach informacyjnych na terenie SPZ ZOZ w miejscu udzielania świadczeń zdrowotnych danego rodzaju, na stronie internetowej SPZ ZOZ: www.zoznowadeba.pl Odpowiedzialność za bieżącą aktualizację informacji ponosi Dział Administracyjno-Organizacyjny.

VI. Miejsce udzielania świadczeń zdrowotnych

§ 16

1. SPZ ZOZ udziela świadczeń zdrowotnych w następujących miejscach:

1) Szpital Powiatowy w Nowej Dębie:

a) przy ul. Marii Skłodowskiej-Curie 1A:

- Oddział Chirurgii Ogólnej,
- Oddział Ginekologiczno-Położniczy,
- Oddział Pediatryczny z Pracownią Spirometrii,
- Oddział Neonatologiczny,
- Oddział Psychiatryczny,
- Oddział Dzienny Psychiatryczny
- Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii,
- Pracownia RTG,
- Poradnia Nocnej i Świątecznej Opieki Zdrowotnej
- Zespół Transportu Sanitarnego

b) przy ul. T. Kościuszki 1C:

- Oddział Chorób Wewnętrznych z Pododdziałem Chorób Płuc z Pracownią USK , Pracownią Bronchoskopii, Pracownią Spirometrii,
- Laboratorium Analityczne,
- Pracownia Bakteriologiczna,
- Bank Krwi i Pracownia Serologii,
- Pracownia TK i RTG,

c) przy ul. Rzeszowskiej 8:

- Oddział Rehabilitacyjny
- Dział Fizjoterapii z Pracownią Fizykoterapii, Kinezyterapii i Pracownią Masażu Leczniczego.
- Pracownia EEG

2) Centrum Zdrowia Psychicznego ul. Marii Skłodowskiej-Curie 1A w Nowej Dębie.

3) Zakład Opiekuńczo-Leczniczy w Nowej Dębie przy ul. Rzeszowska 8

4) Zespół Poradni Specjalistycznych:

a) w Nowej Dębie przy ul. Marii Skłodowskiej-Curie 1A:

1. Poradnia Ginekologiczno-Położnicza z Pracownią Urodynamiki,
2. Szkoła Rodzenia,
3. Poradnia Chirurgii Ogólnej,
4. Poradnia Reumatologiczna,
5. Poradnia Rehabilitacyjna,
6. Poradnia Neonatologiczna,
7. Poradnia Gruźlicy i Chorób Płuc dla Dzieci,
8. Poradnia Gastroenterologiczna z Pracownią Endoskopii
9. Poradnia Urazowo-ortopedyczna,
10. Poradnia Urologiczna,
11. Poradnia Neurologiczna,
12. Poradnia Medycyny Pracy
13. Poradnia Zdrowia Psychicznego , PZK,
14. Poradnia Leczenia Uzależnień,
15. Poradnia Psychologiczna,
16. Zespół Leczenia Środowiskowego,
17. Poradnia Dermatologiczna
18. Poradnia Zdrowia Psychicznego dla Dzieci
19. Poradnia Laktacyjna
20. Poradnia Pediatryczna
21. Poradnia Położnej Środowiskowej

b) w Nowej Dębie przy ul. T. Kościuszki 1C:

22. Poradnia Diabetologiczna,
 23. Poradnia Kardiologiczna z Pracownią Prób Wysiłkowych EKG,
 24. Poradnia Gruzlicy i Chorób Płuc,
 25. Poradnia Chorób Wewnętrznych
- 5) Oddział Dzienny Psychiatryczny Tarnobrzegu, ul. W. Sikorskiego 2c

VII. Porządek procesu udzielania świadczeń zdrowotnych.

§ 17

1. Jednostki medyczne SPZ ZOZ nie mogą odmówić udzielenia świadczenia zdrowotnego osobie potrzebującej natychmiastowego udzielenia takiego świadczenia ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia.
2. Świadczenia zdrowotne udzielane są całodobowo w Szpitalu Powiatowym w Nowej Dębie, Centrum Zdrowia Psychicznego, w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicznym.
W Zespole Poradni Specjalistycznych, w tym fizjoterapii ambulatoryjnej świadczenia zdrowotne udzielane są w godzinach pracy poszczególnych poradni i gabinetów, wskazanych przed wejściem do danych pomieszczeń oraz na stronie internetowej www.zoznowadeba.pl.

§ 18

1. SPZ ZOZ posiada pomieszczenia i urządzenia, odpowiadające wymaganiom odpowiednim do rodzaju wykonywanej działalności leczniczej oraz zakresu udzielanych świadczeń zdrowotnych. SPZ ZOZ sukcesywnie realizuje program dostosowania do wymogów w tym zakresie
2. SPZ ZOZ stosuje wyroby odpowiadające wymaganiom ustawy z 20.05.2010r. o wyrobach medycznych (jednolity tekst Dz.U. z 2019 r. poz. 175).
3. Świadczenia zdrowotne są udzielane wyłącznie przez osoby wykonujące zawody medyczne i spełniające wymagania zdrowotne wg odrębnych przepisów.
4. SPZ ZOZ posiada ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej obejmujące szkody będące następstwem udzielania świadczeń zdrowotnych albo niezgodnego z prawem ich zaniechania.
5. Jednostki medyczne SPZ ZOZ prowadzą dokumentację medyczną zgodnie z przepisami w tej mierze obowiązującymi, z zapewnieniem ochrony tej dokumentacji i danych osobowych w niej zawartych.
6. W celu zapewnienia bezpieczeństwa pacjentów, pracowników i pomieszczeń w Szpitalu funkcjonuje system monitoringu wizyjnego wg zasad określonych w zał. nr 9 do niniejszego Regulaminu.

§ 19

1. Podstawą udzielenia świadczenia finansowanego ze środków publicznych jest przedstawienie w rejestracji jednego z wymienionych dokumentów (zawierający nr PESEL):
 - dowód osobisty
 - prawo jazdy
 - paszportw przypadku dzieci objętych obowiązkiem szkolnym, do ukończenia 18 roku życia:
 - aktualną legitymację szkolną.

Personel rejestracji po wprowadzeniu danych osobowych do elektronicznego systemu eWuś, gdzie można sprawdzić uprawnienia pacjentów do świadczeń zdrowotnych finansowanych przez NFZ, powiązany z Centralnym Wykazem Ubezpieczonych.

W przypadku otrzymania informacji, że NFZ nie potwierdza uprawnień do świadczeń, a pacjent wie że ma do nich prawo, może je potwierdzić, za pomocą dokumentów papierowych, np.:

- zaświadczeniem z zakładu pracy,
- legitymacją emeryta lub rencisty,
- aktualnym zgłoszeniem do ubezpieczenia zdrowotnego.

W razie nieposiadania przy sobie takiego dokumentu, pacjent może złożyć oświadczenie o swoim prawie do świadczeń – druk oświadczenia otrzyma w rejestracji.

2. W przypadku nie przedstawienia dowodu ubezpieczenia i niepodpisania oświadczenia o ubezpieczeniu świadczenie udzielane jest na koszt pacjenta, któremu świadczenie udzielono. Nie dotyczy to sytuacji nagłych w Szpitalu, w których to dowód ubezpieczenia powinien być przedłożony w terminie 30 dni od rozpoczęcia udzielania świadczeń zdrowotnych, nie później niż w terminie 7 dni od zakończenia udzielania świadczenia. W przypadku udzielania świadczeń ambulatoryjnych dowód ubezpieczenia powinien być przedstawiony najpóźniej w terminie 7 dni od udzielenia świadczenia. Opłacenie składek na ubezpieczenie zdrowotne z opóźnieniem nie zwalnia pacjenta z obowiązku pokrycia kosztów leczenia.

3. Dokumenty określone w ust.1 są ważne 30 dni, licząc odpowiednio od dnia wystawienia, opłacenia składki, z wyjątkiem legitymacji emeryta (ważna bezterminowo, zaświadczenia urzędu pracy (do dnia ważności) i decyzji wójta, burmistrza, prezydenta miasta (ważna 90 dni).

§ 20

Przyjęcie i odmowa przyjęcia pacjenta do szpitala

1. Pacjenci zgłaszający się do Szpitala powinni posiadać skierowanie do Szpitala wystawione przez lekarza z kompletem dokumentów stwierdzających wyniki niezbędnych badań diagnostycznych. O przyjęciu do Szpitala decyduje w Izbie Przyjęć lekarz po zapoznaniu się ze stanem zdrowia pacjenta, wykonaniu niezbędnych badań dodatkowych oraz po uzyskaniu pisemnej zgody pacjenta, jego przedstawiciela ustawowego lub orzeczenia sądu opiekuńczego na leczenie w trybie hospitalizacji. Zgoda opiekuna faktycznego może być podstawą jedynie przeprowadzenia badania pacjenta. W przypadkach nagłych skierowanie do Szpitala nie jest wymagane.

2. W sytuacji, kiedy Szpital nie zapewnia świadczeń wskazanych dla danego pacjenta lub nie posiada wolnych miejsc w Oddziale, lekarz obsługujący pacjenta w Izbie Przyjęć uzgadnia telefonicznie miejsce w innym właściwym oddziale Szpitala sąsiedniego i w razie konieczności organizuje transport sanitarny, celem przewiezienia pacjenta.

Jeżeli przyjęcie do Szpitala nie musi nastąpić natychmiast, nie występuje sytuacja bezpośredniego zagrożenia zdrowia lub życia, a Szpital nie ma w danej chwili możliwości przyjęcia, ordynatorzy/kierownicy wyznaczają termin, w którym nastąpi przyjęcie do Szpitala. Pacjentów nie zakwalifikowanych do leczenia szpitalnego, a wymagających leczenia ambulatoryjnego kieruje się z odpowiednimi zapisami dotyczącymi dalszego sposobu postępowania do odpowiednich zakładów opieki zdrowotnej.

Odmowa przyjęcia do Szpitala może nastąpić, jeżeli nie zachodzi przypadek niecierpiący zwłoki, a brak udzielenia pomocy lekarskiej nie stanowi dla pacjenta niebezpieczeństwa

w szczególności: utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia w następujących przypadkach:

- 1) braku wskazań lekarskich do hospitalizacji,
- 2) braku zgody pacjenta na hospitalizację,
- 3) braku wolnych miejsc w Szpitalu,
- 4) braku możliwości udzielenia pomocy specjalistycznej ze względu na zakres udzielanych przez Szpital świadczeń, zgodnie z opracowanymi procedurami.

5) jeżeli względy epidemiologiczne nie pozwalają na umieszczenie pacjenta w Szpitalu.

3. W przypadku odmowy przyjęcia do Szpitala, lekarz ma obowiązek dostatecznie wcześniej uprzedzić o tym pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego bądź opiekuna faktycznego. Pacjent otrzymuje kartę informacyjną, która zawiera informacje na temat zakresu udzielonej pomocy i przyczyn odmowy. Kopia karty informacyjnej pozostaje w dokumentacji szpitala.

4. W przypadku braku zgody pacjenta na hospitalizację lekarz zobowiązany jest do poinformowania o zagrożeniach w przypadku zaniechania leczenia i dokonać adnotacji o tej czynności w dokumentacji medycznej. Adnotację tę potwierdza pacjent swoim podpisem.

5. O przyjęciu pacjenta małoletniego, z którego przedstawicielem ustawowym, albo opiekunem nie można się skontaktować (w czasie 4 godzin od przyjęcia) oraz o przyjęciu lub zgonie pacjenta, którego tożsamości nie można ustalić albo potwierdzić na podstawie dokumentów potwierdzających tożsamość (w czasie 8 godzin od przyjęcia lub zgonu) lekarz przyjmujący albo odpowiednio kierujący danym oddziałem/komórką obowiązany jest do poinformowania w wyznaczonym czasie Policji o tym fakcie na podany numer telefonu, faxu, bądź adresu e-mail.

§ 21

Zasady obowiązujące przy przyjęciu pacjenta w trybie planowym.

Pacjent przyjmowany w trybie planowym zgłasza się w wyznaczonym terminie z:

- 1) kompletem wymaganej dokumentacji: skierowaniem do szpitala, wymaganymi badaniami dodatkowymi, konsultacjami specjalistycznymi i wpisami stwierdzającym odbycie posiadanych szczepień, dokumentacją medyczną z przebytych chorób i leczenia, dokumentem tożsamości, dowodem stwierdzającym ubezpieczenie zdrowotne.
- 2) wskazane jest posiadanie własnych przyborów toaletowych (ręcznik, szczoteczka do zębów, maszynka do golenia, kosmetyki, pidżama, szlafrok i obuwie domowe).

§ 22

Zasady postępowania w przypadku przyjęć w trybie pilnym oraz w sytuacjach nadzwyczajnych:

1. Jeżeli z rozpoznania wstępnego wynikają bezwzględne wskazania do natychmiastowego leczenia szpitalnego, lekarz Izby Przyjęć:

- 1) wydaje konieczne zlecenia lecznicze (diagnostyczne i ogólne), a następnie

2) natychmiast wraz z pielęgniarką Izby Przyjęć transportuje pacjenta do właściwego Oddziału lub Bloku operacyjnego.

2. W sytuacjach, kiedy bezpośredniego zagrożenia życia nie ma, po zbadaniu przez lekarza Izby Przyjęć:

- 1) podaje się niezbędne leki,
- 2) wykonuje się niezbędne badania dodatkowe,
- 3) odbywają się konsultacje specjalistyczne,
- 4) transportuje się do właściwego oddziału lub
- 5) udziela się pomocy medycznej oraz kieruje pacjenta do domu.

3. Zasady postępowania w sytuacji konieczności nagłego udzielania pomocy medycznej dla osób przebywających na terenie Szpitala i jego otoczenia:

- 1) wstępna ocena medyczna pacjenta i podjęcie niezbędnych czynności w sytuacji zagrożenia życia na terenie SPZZOZ należy do obowiązków personelu komórki organizacyjnej, w której miało miejsce zdarzenie,
- 2) po podjęciu niezbędnych czynności medycznych, zależnie od stanu zdrowia pacjent pod opieką personelu, o którym mowa powyżej winien być doprowadzony lub przetransportowany do Izby Przyjęć i przekazany pod opiekę lekarza .

4. Mając na uwadze usytuowanie oddziałów szpitalnych, które się mieszczą w kilku budynkach oddalonych od siebie – dla usprawnienia i przyspieszenia podjęcia procesu leczenia pacjenta w sytuacjach nagłych w ramach oddziałów szpitalnych funkcjonują pokoje badań podległe Kierownikom oddziałów, tj.:

- 1) pokój badań nr 2 – Oddział Chorób Wewnętrznych z Pododdziałem Chorób Płuc,
- 2) –pokój badań nr 3 – Oddział Pediatryczny,
- 3) – pokój badań nr 4 – Oddział Psychiatryczny,
- 4) – pokój badań nr 5 – Oddział Rehabilitacyjny,
- 5) – pokój badań nr 6 – Oddział Ginekologiczno-Położniczy.

W pokojach badań pacjent jest badany przez lekarza i wykonywane są niektóre czynności e-przyjęcia przez personel danego oddziału. W pokojach badań nie wykonuje się jednak badań diagnostycznych, doraźnych zabiegów ani nie udziela się doraźnej pomocy ambulatoryjnej ze względu na to, że pokoje te nie spełniają wymaganych warunków dla Izby Przyjęć i pełnią tylko pomocniczą funkcję w oddziale.

5. Przepisy szczególne albo odrębne Zarządzenie Dyrektora SPZZOZ mogą uregulować w sposób odmienny zasady określone w ust. 3 i 4. W takim przypadku Zarządzenie Dyrektora SPZZOZ ma pierwszeństwo przed postanowieniami niniejszego Regulaminu.

§ 23

1. Lekarz Izby Przyjęć lub lekarz Oddziału postanawia o zawiadomieniu członka rodziny, przedstawiciela ustawowego lub opiekunów faktycznych pacjenta o:

- 1) przyjęciu bez ich wiedzy do Szpitala pacjenta niepełnoletniego,

- 2) przyjęciu pacjenta bez względu na wiek w przypadku nagłym i ciężkim albo o znacznym pogorszeniu się stanu zdrowia chorego lub o jego zgonie,
- 3) przeniesieniu pacjenta do innego zakładu opieki zdrowotnej z podaniem dokładnego adresu tego zakładu.

§ 24

1. Pacjenci przyjmowani do Szpitala w celu hospitalizacji zaopatrywani są w znak identyfikacyjny, zawierający informacje pozwalające na ustalenie imienia i nazwiska oraz daty urodzenia pacjenta, zapisane w sposób uniemożliwiający identyfikację pacjenta przez osoby nieuprawnione. Pacjenci małoletni przy przyjęciu do Szpitala zaopatrywani są w opaski identyfikacyjne zakładane na nadgarstek zawierające informacje: imię, nazwisko, datę urodzenia lub PESEL. W przypadku noworodków opaska identyfikacyjna zawiera imię i nazwisko matki, PESEL matki, płeć, datę i godzinę urodzenia, przy czym opaska może być założona na rękę lub nogę.

2. Pielęgniarka i lekarz Izby Przyjęć zakładają pacjentowi zgłaszającemu się w celu hospitalizacji dokumentację medyczną zgodnie z obowiązującymi przepisami

3. W dokumentacji medycznej zakładanej przy przyjęciu pacjenta w celu hospitalizacji pacjent, przedstawiciel ustawowy w przypadku pacjenta małoletniego lub prawny opiekun powinni wskazać:

1) osobę upoważnioną do uzyskiwania informacji o stanie zdrowia pacjenta i udzielonych świadczeń zdrowotnych pacjentowi, z podaniem imienia, nazwiska osoby upoważnionej oraz danych umożliwiających kontakt z tą osobą albo pisemne oświadczenie o braku takiego upoważnienia,

2) osobę upoważnioną do uzyskiwania dokumentacji medycznej, a w przypadku śmierci - do wglądu do dokumentacji medycznej, z podaniem imienia, nazwiska osoby upoważnionej lub pisemne oświadczenie pacjenta o braku takiego upoważnienia.

4. W razie, gdy pacjent jest niezdolny do złożenia upoważnień lub oświadczeń wymienionych w ust. 3, w dokumentacji medycznej należy odnotować przyczynę zaniechania tych czynności i podjąć je z chwilą, gdy stan zdrowia pacjenta na to pozwoli.

5. Zasady przechowywania rzeczy stanowiących własność pacjenta reguluje zał. nr 8 do niniejszego regulaminu. Natomiast zasady przechowywania depozytów wartościowych rzeczy pacjentów reguluje odrębne zarządzenie Dyrektora SPZZOZ w tej sprawie.

§ 25

Szpital Powiatowy w Nowej Dębie, Zakład Opiekuńczo-Leczniczy i Zespół Poradni Specjalistycznych realizują świadczenia w trybie nagłym lub w terminie określonym kolejną oczekujących na realizację świadczenia (tzw. przyjęcia planowe), jeśli stwierdzony stan zdrowia danego pacjenta na to pozwala. Zasady prowadzenia list oczekujących wraz ze schematami postępowania oraz wzorami dokumentów określa **załącznik Nr 1** do niniejszego Regulaminu.

§ 26

1. Podstawą objęcia pacjenta procesem leczenia jest:
 - 1) **zgoda własna pacjenta**
 - lub
 - 2) **zgoda zastępcza** wyrażona przez inną osobę niż pacjent, tj. przez:
 - przedstawiciela ustawowego małoletniego,

- przedstawiciela ustawowego osoby ubezwłasnowolnionej,
 - orzeczenie sądu opiekuńczego w przypadku pacjenta niezdolnego do świadomego wyrażenia zgody, który nie ma przedstawiciela ustawowego lub nie można się z nim porozumieć,
 - opiekuna faktycznego (tylko do przeprowadzenia badania)
- albo

3) **zgoda równoległa** przy której jednomyślnie oświadczenie złożą dwa lub więcej podmioty, czyli:

- zgoda małoletniego i jego przedstawiciela ustawowego,
- zgoda pacjenta całkowicie ubezwłasnowolnionego, ale zdolnego do wyrażenia swojego stosunku do świadczenia, które ma być udzielone i jego przedstawiciela ustawowego (opiekuna prawnego ustanowionego przez sąd).

Zgoda zwykła – zgoda ustna, za pomocą mimiki, gestów osoby uprawnionej, tzw. **zgoda dorozumiana** to zgoda, która niewątpliwie wskazuje na wolę poddania się czynnościom zdrowotnym.

2. W przypadku braku możliwości uzyskania wymaganej zgody:
- a) jeżeli pacjent wymaga niezwłocznej pomocy lekarskiej, badania lub udzielenia innego świadczenia zdrowotnego – lekarz decyzję o podjęciu czynności medycznych w tych okolicznościach powinien w miarę możliwości skonsultować z innym lekarzem oraz odnotować w dokumentacji medycznej pacjenta (art. 33 ustawy o zawodzie lekarza),
 - b) jeżeli pacjent wymaga zabiegu operacyjnego albo zastosowania metody leczenia lub diagnostyki stwarzającej podwyższone ryzyko, wtedy gdy zwłoka spowodowana postępowaniem w sprawie uzyskania zgody groziłaby pacjentowi niebezpieczeństwem utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia – lekarz ma obowiązek, o ile jest to możliwe, zasięgnąć opinii drugiego lekarza, w miarę możliwości tej samej specjalności. O wykonywanych czynnościach lekarz niezwłocznie zawiadamia przedstawiciela ustawowego, opiekuna faktycznego lub sąd opiekuńczy. O okolicznościach tych lekarz dokonuje odpowiedniej adnotacji w dokumentacji medycznej pacjenta (art. 34 ust. 7 i 8 w zw. z art. 34 ust. 3 ustawy o zawodzie lekarza).

Telefon Sądu Rejonowego Wydział Rodzinny w Tarnobrzegu 15 688 25 00.

3. Warunkiem leczenia stacjonarnego jest pisemna zgoda pacjenta lub uprawnionego podmiotu do wyrażenia zgody za pacjenta (tzw. zgoda ogólna, nie wskazująca rodzaju interwencji). Odrębnej pisemnej zgody wymaga podjęcie i przeprowadzenie konkretnej procedury medycznej wskazanej w zatwierdzonej przez Dyrektora SPZZOZ liście procedur wymagających odrębnej zgody. Lista procedur medycznych wymagających odrębnej pisemnej zgody stanowi załącznik do Karty Praw Pacjenta, która znajduje się w każdym Oddziale i jest dostępna dla pacjentów. Zgoda ta, wyrażona jest po uprzednim uzyskaniu od lekarza odpowiedniej przystępnej informacji po przeprowadzonym pełnym badaniu. Informacja ta powinna dotyczyć oceny stanu zdrowia, przewidywanych, koniecznych czynności badawczych, proponowanego leczenia, zabiegu, odpowiedzi na ewentualne pytania pacjenta.

W przypadku zmiany leczenia informacja powinna być udzielona ponownie i ponownie powinna być wyrażona zgoda na tym samym formularzu zgody lub na oddzielnym formularzu. Formularze zgody stanowią załączniki do zarządzenia Dyrektora SPZ ZOZ w sprawie dokumentacji medycznej. W przypadku odmowy (sprzeciwu) pacjenta dot. podjęcia i przeprowadzenia konkretnych procedur medycznych, pacjent powinien być poinformowany o zagrożeniach i przewidywanych skutkach zaniechania, fakt ten powinien być odnotowany w formularzu zgody pacjenta i podpisany czytelnie przez pacjenta (podmiot upoważniony do działania za pacjenta) i lekarza, z podaniem daty i godziny tej czynności.

4. Szpital i Zakład Opiekuńczo-Lecznicy zapewniają pacjentom:

- 1) świadczenia zdrowotne całodobowe i kompleksowe,
- 2) środki farmaceutyczne i materiały medyczne konieczne do wykonania świadczenia,
- 3) zakwaterowanie i wyżywienie odpowiednie do stanu zdrowia.

§ 27

1. Karta Praw Pacjenta stanowi **załącznik Nr 2** do niniejszego regulaminu.

2. Pacjent zobowiązany jest do:

- 1) przestrzegania obowiązującego porządku, w tym przepisów p. poz., oraz bezpieczeństwa w korzystaniu z wyposażenia i urządzeń szpitalnych,
- 2) wykonywania zaleceń personelu medycznego, wykonywania zleceń lekarskich, poddawania się badaniom lekarskim, diagnostycznym, rehabilitacyjnym i przyjmowania zleconych leków w obecności pielęgniarki/położnej w dawkach określonych przez lekarza,
- 3) poszanowania praw innych pacjentów, ich intymności, przekonań i zasad moralnych oraz przestrzegania ciszy nocnej,
- 4) nie przyjmowania innych leków, ani nie poddawania się zabiegom nie zleconym przez lekarza,
- 5) przestrzegania zakazu palenia tytoniu, spożywania alkoholu lub innych środków psychoaktywnych na terenie szpitala, pod rygorem wypisania ze Szpitala/ZOL..

3. Odwiedziny pacjentów odbywają się w ustalonych godzinach .Prawo do odwiedzin może być ograniczone ze względu na dobro pacjentów.

4. SPZ ZOZ nie ponosi odpowiedzialności za kosztowności i przedmioty osobiste pozostawione w pomieszczeniach szpitala przez pacjentów oraz przez osoby odwiedzające.

5. Przed wypisaniem ze Szpitala/ZOL pacjent obowiązany jest rozliczyć się z przedmiotów, które otrzymał przy przyjęciu lub w trakcie pobytu w Szpitalu/ZOL.

6. Pacjent może wyjść poza teren Oddziału/ZOL, po uprzednim poinformowaniu lekarza/pielęgniarki o zamiarze wyjścia. W razie stwierdzenia, że wyjście pacjenta może skutkować zagrożeniem życia, pogorszeniem stanu zdrowia albo zagrożeniem innych osób lub mienia – lekarz lub pielęgniarka mogą sprzeciwić się lub przeciwdziałać zamiarowi wyjścia pacjenta.

7. Na podstawie pisemnego wniosku pacjenta Ordynator/Kierownik może udzielić pacjentowi przepustki na warunkach określonych umową z NFZ o udzielanie świadczeń zdrowotnych.

8. Samowolne opuszczenie szpitala bądź nieusprawiedliwione przekroczenie terminu powrotu na oddział jest rażącym naruszeniem regulaminu.

9. Pacjent ma prawo do opieki sprawowanej przez krewnych lub osoby wskazane przez pacjenta wg następujących zasad:

Przez opiekę pielęgniacyjną nad pacjentem w oddziale szpitalnym rozumiemy następujące czynności:

- zaspakajanie potrzeb emocjonalnych i duchowych, dotrzymanie towarzystwa, rozmowa, dbanie o bezpieczeństwo pacjenta,
- zapewnienie troski, bliskości i poczucia bezpieczeństwa,
- pomoc w zaspakajaniu potrzeb fizjologicznych,
- pomoc w utrzymaniu higieny osobistej: wymiana pieluch, pielucho majtek, pomoc w utrzymaniu higieny okolic intymnych, toaleta jamy ustnej, kąpiel całego ciała, golenie, mycie głowy, czesanie włosów, obcinanie paznokci, nawilżanie i natłuszczanie skóry,
- zmiana bielizny osobistej i pościelowej, sianie łóżka,
- pomoc w przyjmowaniu posiłków i napojów (wyjątek: pacjenci nieprzytomni i mający problemy z połykaniem),

- pomoc w chodzeniu, staniu, wstawaniu z łóżka, siadaniu, zmianie pozycji (odwracanie na boki, oklepywanie), wożenie na wózku inwalidzkim,
- uczestniczenie w procesie rehabilitacji w porozumieniu z rehabilitantem,
- towarzyszenie przy porodzie.

§ 28

Konsultacje medyczne

1. Zasady przeprowadzania konsultacji medycznej pacjenta ustala się następująco:

- 1) decyzję o konsultacji podejmuje lekarz, po czym wpisuje ją do karty zleceń i zgłasza bezpośrednio lub przez pielęgniarkę/ położną/ sekretarkę medyczną,
 - 2) pacjent winien być poinformowany o konieczności konsultacji,
 - 3) zgłoszenie konsultacji specjalistom pracującym w Szpitalu może być dokonane telefonicznie,
 - 4) zgłoszenie konsultacji specjalistom nie pracującym w szpitalu dokonują wyłącznie lekarze,
 - 5) przy zgłaszaniu konsultacji obowiązuje podanie nazwy oddziału, nazwiska pacjenta, głównego problemu wezwania oraz trybu konsultacji (pilny lub planowy).
2. Odbiorcą zgłoszenia może być lekarz lub pielęgniarka / położna , sekretarka medyczna.
3. Jeśli zgłoszenie zostało odebrane przez pielęgniarkę, położną lub sekretarkę medyczną powinna ona bezzwłocznie powiadomić ordynatora/kierownika lub lekarza zabezpieczającego pracę oddziału o treści i czasie zgłoszenia konsultacji oraz w jakim trybie ma się odbyć. Informacja o konsultacji zobowiązuje lekarza do jej przeprowadzenia lub przekazania tego obowiązku innemu lekarzowi.
4. Konsultacje planowe winny być zgłaszane w godzinach rannych, jednak nie później niż do godz. 11⁰⁰. Realizacja konsultacji powinna mieć miejsce w dniu zgłoszenia, a w uzasadnionych przypadkach nie później niż 24 godziny od zgłoszenia.
5. Konsultacje pilne winny być realizowane niezwłocznie po zgłoszeniu, bez względu na porę dnia i nocy.
6. W sytuacjach nagłych, związanych z zagrożeniem zatrzymania podstawowych czynności życiowych wnioski i zalecenia mogą być przekazane ustnie. Decyzję o wdrożeniu zaleceń konsultanta podejmuje lekarz leczący. Wnioski i zalecenia wynikające z konsultacji w oddziale winny być wpisane do karty konsultacyjnej w historii choroby i jeżeli to możliwe osobiście przekazane lekarzowi leczącemu.
- Treść konsultacji w Izbie Przyjęć winna być wpisana do Księgi Odmów Przyjęć i Porad Ambulatoryjnych

§ 29

Przekazywanie pacjentów kolejnym zmianom.

1. Dla sprawnego funkcjonowania oddziałów ustala się zasady postępowania przekazania pacjentów kolejnym zmianom:

Codziennie w wyznaczonych godzinach w oddziałach szpitala odbywa się przekazanie pacjentów kolejnym zmianom lekarzy, pielęgniarek i położnych, poprzez przekazanie

informacji o stanie zdrowia pacjentów oraz innych istotnych zawartych w raportach lekarskich i pielęgniarskich,

- 1) lekarze przekazując pacjentów kolejnej zmianie przedstawiają istotne informacje o stanie zdrowia pacjentów, nowych przyjęciach do oddziału, interwencjach lekarskich oraz innych istotnych zdarzeniach i podjętych działaniach podczas wykonywania obowiązków służbowych,
 - 2) lekarze dyżurni zobowiązani są prowadzić raporty lekarskie w księdze raportów lekarskich,
 - 3) pielęgniarki i położne przekazują raport o stanie zdrowia pacjentów oraz istotnych zaleceniach w formie ustnej i pisemnej sporządzonej w w księdze raportów pielęgniarskich na koniec każdej zmiany,
2. Dla sprawnego funkcjonowania oddziałów ustala się następujące zasady postępowania w przypadku przekazania pacjenta między oddziałami szpitala:
- 1) pacjent może być przekazany do innego oddziału po wstępnym uzgodnieniu z ordynatorem/kierownikiem właściwego oddziału lub lekarzem oddziału,
 - 2) wypis z oddziału i przyjęcie do innego oddziału winno **zawierać ten sam numer Księgi głównej**. Historia choroby jest przekazana do oddziału jako załącznik indywidualnej dokumentacji prowadzonej w danym oddziale, dopisuje się natomiast numer Księgi oddziałowej.
3. Zasady postępowania w przypadku przekazania pacjenta do innego zakładu opieki zdrowotnej:
- 1) pacjent może być przekazany do innego zakładu po wstępnym uzgodnieniu z ordynatorem/kierownikiem lub lekarzem właściwego oddziału tego zakładu,
 - 2) ordynator/kierownik lub lekarz oddziału przekazujący pacjenta do innego zakładu dokonuje adnotacji w historii choroby, do jakiej placówki został przekazany i z kim zostało ustalone przyjęcie oraz niezwłocznie przekazuje zakończoną historię choroby do komórki Ruch Chorych SPZZOZ.

§ 30

1. Wypisanie pacjenta, jeżeli przepisy odrębne nie stanowią inaczej, następuje:
 - 1) gdy stan zdrowia pacjenta nie wymaga dalszego udzielania świadczeń zdrowotnych w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne,
 - 2) na żądanie pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego,
 - 3) gdy pacjent w sposób rażąco narusza porządek lub przebieg procesu udzielania świadczeń zdrowotnych, a nie zachodzi obawa, że odmowa lub zaprzestanie udzielania świadczeń zdrowotnych może spowodować bezpośrednio niebezpieczeństwo dla jego życia lub zdrowia albo życia lub zdrowia innych osób.
2. Jeżeli przedstawiciel ustawowy żąda wypisania pacjenta, którego stan zdrowia wymaga dalszego udzielania świadczeń zdrowotnych, można odmówić wypisania do czasu wydania w tej sprawie orzeczenia przez właściwy ze względu na miejsce udzielania świadczeń zdrowotnych sąd opiekuńczy, chyba, że przepisy odrębne stanowią inaczej. W takim przypadku zawiadamia się sąd opiekuńczy o odmowie wypisania i jego przyczynach. Pacjent w takim przypadku jest informowany o możliwych następstwach zaprzestania dalszego

udzielania świadczeń zdrowotnych, pacjent składa w dokumentacji medycznej oświadczenie o wypisaniu na własne żądanie, a w razie braku takiego oświadczenia lekarz sporządza odpowiednią adnotację w dokumentacji medycznej o poinformowaniu pacjenta i okolicznościach wyjścia pacjenta na własne żądanie oraz pod tą adnotacją składa swój podpis, umieszcza datę i godzinę wyjścia pacjenta i sporządzenia adnotacji.

3. Jeżeli przedstawiciel ustawowy pacjenta albo osoba, na której ciąży ustawowy obowiązek alimentacyjny nie odbiera pacjenta w wyznaczonym terminie, o fakcie tym ordynator/kierownik oddziału zawiadamia gminę właściwą ze względu na miejsce zamieszkania, a w przypadku niemożliwości ustalenia ostatniego miejsca zamieszkania – gminą właściwą ze względu na ostatnie miejsce pobytu pacjenta małoletniego lub pacjenta niezdolnego do samodzielnej egzystencji. W takim przypadku ordynator/kierownik oddziału organizuje transport sanitarny, a gmina pokrywa koszty transportu takiego pacjenta do ostatniego miejsca pobytu, na podstawie rachunku wystawionego przez SPZ ZOZ w oparciu o pisemny wniosek ordynatora/kierownika o obciążenie, skierowany do Dyrektora SPZ ZOZ.

4. Pacjent, którego stan zdrowia nie wymaga dalszego udzielania stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych lub osoba, na której w stosunku do pacjenta ciąży ustawowy obowiązek alimentacyjny, ponoszą koszty pobytu pacjenta, począwszy od upływu wyznaczonego terminu wypisu, niezależnie od uprawnień do bezpłatnych świadczeń zdrowotnych określonych w przepisach odrębnych.

§ 31

1. Ustala się, że personel medyczny danej jednostki medycznej wykonującej działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne obowiązany jest podjąć następujące czynności:

1) w razie pogorszenia się stanu zdrowia pacjenta, powodującego zagrożenie życia lub w razie jego śmierci, niezwłocznie zawiadomić wskazaną przez pacjenta osobę/instytucję wskazaną przez pacjenta, przedstawiciela ustawowego lub opiekuna faktycznego,

2) w razie śmierci pacjenta :

a) pielęgniarka lub położna niezwłocznie zawiadamia lekarza dyżurującego o tym fakcie.

b) lekarz dyżurujący przeprowadza oględziny i stwierdza zgon, ustala przyczynę zgonu i wystawia kartę zgonu.

c) po wystawieniu karty zgonu przez lekarza dyżurującego, pielęgniarka/położna wypełnia kartę skierowania zwłok do chłodni, następnie zakłada na przegub dłoni lub stopy zmarłego identyfikator wykonany z tasiemki, płótna lub tworzywa sztucznego, po czym zwłoki wraz z tą kartą i identyfikatorem są przewożone do chłodni.

d) karta skierowania do chłodni sporządzana jest na obowiązującym druku wg odrębnego

2. Zarządzenia Dyrektora dot. dokumentacji medycznej i powinna zawierać:

- imię i nazwisko osoby zmarłej,
- PESEL osoby zmarłej, a w przypadku jego braku – serię i numer dokumentu stwierdzającego tożsamość,
- datę i godzinę zgonu,
- imię, nazwisko i podpis pielęgniarki/położnej.

3. Identyfikator osoby zmarłej powinien zawierać:

- imię i nazwisko osoby zmarłej,
- PESEL osoby zmarłej, a w przypadku braku – serię i numer dokumentu stwierdzającego tożsamość,
- datę i godzinę zgonu.

4. Jeżeli nie jest możliwe ustalenie tożsamości osoby zmarłej, w karcie skierowania do chłodni oraz identyfikatorze dokonuje się oznaczenia „NN”, z podaniem przyczyny i okoliczności uniemożliwiających ustalenie tożsamości,
5. Zwłoki osoby zmarłej przewożone są do chłodni nie wcześniej niż po upływie 2 godzin od czasu zgonu wskazanego w dokumentacji medycznej,
6. W okresie pomiędzy stwierdzeniem zgonu, a przewiezieniem do chłodni zwłoki osoby zmarłej są przechowywane w specjalnie przeznaczonym do tego celu pomieszczeniu, a w razie jego braku – w innym chłodnym miejscu, z zachowaniem godności należnej zmarłemu,
7. Rzeczy osoby zmarłej spisuje się w obecności drugiej pielęgniarki/położnej lub innego pracownika do zeszytu rzeczy osób zmarłych, a spis potwierdza się własnoręcznym podpisem,
8. Rzeczy osoby zmarłej przekazuje się za potwierdzeniem rodzinie lub osobie upoważnionej do ich odebrania lub przekazuje do magazynu, a rzeczy wartościowe do depozytu rzeczy wartościowych,
9. Zwłoki osoby zmarłej po umyciu i ubraniu w jednorazowe okrycie wydawane są przez osobę upoważnioną przez Dyrektora SPZ ZOZ osobie uprawnionej do ich pochowania w stanie zapewniającym zachowanie godności należnej osobie zmarłej,
10. Zwłoki osoby zmarłej mogą być poddane sekcji, w szczególności, gdy zgon tej osoby nastąpił przed upływem 12 godzin od przyjęcia do Szpitala, chyba, że pacjent za życia lub uprawniony przedstawiciel ustawowy wyraził sprzeciw,
11. O zaniechaniu sekcji zwłok, sporządza się adnotację w dokumentacji medycznej i załącza sprzeciw,
12. Dokonanie sekcji zwłok nie może nastąpić wcześniej niż 12 godzin od stwierdzenia zgonu.
13. Jeżeli Dyrektor SPZ ZOZ nie jest lekarzem, to Z-ca Dyrektora ds. lecznictwa, na wniosek właściwego ordynatora/kierownika oddziału, lub w razie potrzeby, po zasięgnięciu opinii zarządza dokonanie lub zaniechanie sekcji zwłok.
14. W przypadku nagłego pogorszenia się stanu zdrowia lub zgonu pacjenta Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego i Oddziału Rehabilitacji po godzinach pracy lekarza, a także w przypadku nieobecności lekarza ZOL i Oddziału Rehabilitacji, pielęgniarka zawiadamia lekarza anestezjologa, który udziela świadczeń lekarskich lub stwierdza zgon pacjenta. W przypadku niemożności w danej chwili stawienia się i stwierdzenia zgonu przez lekarza anestezjologa, pielęgniarka niezwłocznie zawiadamia starszego lekarza dyżurnego, który wzywa innego lekarza dyżurnego na wezwanie w celu udzielenia świadczeń lekarskich lub stwierdzenia zgonu pacjenta.

§ 32

1. Zwłoki pacjenta mogą być przechowywane przez SPZ ZOZ w chłodni do 72 godzin.
2. Dopuszcza się możliwość dłuższego niż określony w ust.1 termin przechowywania zwłok, jeżeli:
 - 1) nie mogą być wcześniej odebrane przez osoby lub instytucje uprawnione do pochowania zwłok,
 - 2) w związku ze zgonem zostało wszczęte dochodzenie albo śledztwo, a prokurator nie zezwolił na pochowanie zwłok,
 - 3) przemawiają za tym inne niż wymienione w pkt. 1 i 2 ważne przyczyny, za zgodą albo na wniosek osoby lub instytucji uprawnionej do pochowania zwłok pacjenta.
3. W przypadku przechowywania zwłok przez okres dłuższy niż 72 godz. na wniosek osoby lub instytucji uprawnionej do pochowania zwłok pacjenta lub innej instytucji uprawnionej wg

odrębnych przepisów - pobierana jest opłata za każdą dobę przekraczającą ten okres w wysokości określonej aktualnie obowiązującym cennikiem

§ 33

1. Postanowień określonych w § 31 ust. 10 i 11, nie stosuje się w przypadkach:

- 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 przepisach o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi.

5. W dokumentacji medycznej pacjenta sporządza się adnotację o dokonaniu albo zaniechaniu sekcji zwłok, z odpowiednim uzasadnieniem.

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

7. Jeżeli zachodzi potrzeba pobrania ze zwłok komórek, tkanek lub narządów, przeprowadzenie sekcji zwłok przed upływem 12 godzin, przy zachowaniu zasad i trybu przewidzianych w przepisach o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepieniu komórek, tkanek i narządów może zarządzić Zastępca Dyrektora ds. Lecznictwa lub inny lekarz upoważniony przez Dyrektora.

8. Rodzina zmarłego może żądać przeprowadzenia sekcji zwłok, lecz w przypadku, gdy Dyrektor SPZZOZ nie widzi przesłanek medycznych, koszty wykonanej sekcji na zlecenie rodziny pokrywa rodzina samodzielnie.

VIII. Organizacja i zadania poszczególnych jednostek medycznych i pomocniczych SPZ ZOZ

§ 34

1. Organizację i zadania poszczególnych jednostek medycznych SPZ ZOZ określają stanowiące do niniejszego Regulaminu:

1) załącznik Nr 3 - Regulamin Szpitala Powiatowego w Nowej Dębie

2) załącznik Nr 3a – Regulamin Centrum Zdrowia Psychicznego w Nowej Dębie

3) załącznik Nr 4 - Regulamin Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego

4) uchylony

5) załącznik Nr 6 - Regulamin Zespołu Poradni Specjalistycznych

6) załącznik Nr 7 – Regulaminy obsługi administracyjno- technicznej

7) załącznik Nr 8 – Regulamin przechowywania osobistych rzeczy pacjentów

8) załącznik Nr 9 – Regulamin monitoringu wizyjnego w obiektach SPZZOZ w Nowej Dębie.

IX. Warunki współdziałania pomiędzy poszczególnymi jednostkami SPZ ZOZ oraz z innymi podmiotami leczniczymi .

§ 35

1. Szpital Powiatowy w Nowej Dębie, Zakład Opiekuńczo-Leczniczy i Zespół Poradni Specjalistycznych udzielają świadczeń Zdrowotnych w sposób kompleksowy, w szczególności obejmujący wykonanie niezbędnych badań diagnostycznych lub procedur

medycznych i współdziałają w tym celu z innymi podmiotami leczniczymi i innymi podmiotami prowadzącymi działalność w zakresie ochrony zdrowia.

2. SPZ ZOZ posiada podpisane z innymi podmiotami leczniczymi lub prowadzącymi działalność w zakresie ochrony zdrowia stosowne umowy o współdziałaniu w zakresie przeprowadzania badań specjalistycznych, konsultacji lekarskich, badań diagnostycznych pacjentów jednostek medycznych SPZ ZOZ.

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

4. SPZZOZ udziela zamówienia na świadczenia zdrowotne w celu wykonywania zadań :

- 1) zakładowi opieki zdrowotnej, w zakresie zadań określonych w statucie tego zakładu,
- 2) osobie wykonującej zawód medyczny w ramach indywidualnej praktyki,
- 3) grupowej praktyce lekarskiej i grupowej praktyce pielęgniarek, położnych,
- 4) osobie legitymującej się nabyciem fachowych kwalifikacji do udzielania świadczeń zdrowotnych w określonym zakresie lub w określonej dziedzinie medycyny.

5. Podmioty, o których mowa w ust. 4 pkt 1-4 zwane dalej „przyjmującym zamówienie”, przyjmując zamówienie, zobowiązują się do wykonania zadań w zakresie udzielonego zamówienia i na zasadach określonych w umowie.

6. Przyjmujący zamówienie nie może wykonywać udzielonego zamówienia przez osobę trzecią, chyba, że umowa stanowi inaczej.

7. Szczegółowe zasady zamówienia na świadczenia zdrowotne określa umowa zawarta zgodnie z obowiązującymi przepisami prawnymi między SPZZOZ oraz przyjmującym zamówienie.

Umowę o udzielenie zamówienia zawiera się na czas udzielania określonych świadczeń lub na czas nieokreślony.

8. SPZZOZ na bieżąco informuje współpracujące z nim zakłady opieki zdrowotnej o zakresie i zasadach udzielania świadczeń medycznych oraz możliwościach diagnostycznych.

Informacje przekazywane są w formie pisemnej, zamieszczane na tablicach informacyjnych , ogłaszane na łamach prasy oraz zamieszczane na stronie internetowej szpitala.

X. UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH NA ZASADACH KOMERCYJNYCH

§ 36

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

2. Dyrektor SPZZOZ określa zasady i tryb pobierania opłat za świadczenia zdrowotne nie objęte powszechnym ubezpieczeniem zdrowotnym lub świadczenia zdrowotne udzielane osobom nieposiadającym uprawnień do bezpłatnych świadczeń zdrowotnych.
3. Dyrektor SPZZOZ określa wysokość opłat za świadczenia zdrowotne i inne czynności wynikające z procesu leczenia, udzielane przez właściwą medyczną komórkę organizacyjną zgodnie z obowiązującymi przepisami.
4. SPZZOZ pobiera opłatę za świadczenia zdrowotne udzielone pacjentowi ubezpieczonemu bez skierowania lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, jeżeli to skierowanie jest wymagane.
5. W celu stwierdzenia stanu nietrzeźwości lekarz kieruje określoną osobę na badanie dla ustalenia zawartości alkoholu we krwi. Odmowa poddania się takiemu badaniu jest brana pod uwagę przy ustalaniu opłat za udzielenie świadczenia zdrowotnego, z uwzględnieniem wszystkich okoliczności sprawy.
6. Wysokość opłat za świadczenia zdrowotne niefinansowane w ramach ubezpieczenia zdrowotnego, w tym udzielone ubezpieczonym bez skierowania jeśli takie jest wymagane, osobom nieubezpieczonym, jeśli te świadczenia nie są objęte odrębną umową, określa aktualnie obowiązujący w SPZ ZOZ cennik tych świadczeń wprowadzony Zarządzeniem Dyrektora SPZ ZOZ.

§ 36a

1. W SPZZOZ dopuszcza się możliwość tworzenia stałych lub doraźnych komisji, komitetów lub zespołów w zależności od potrzeb, zwanych dalej zespołami zadaniowymi.
2. Zespoły, o których mowa w ust. 1 są powoływane Zarządzeniem Dyrektora w celu opracowania lub opiniowania projektów przedsięwzięć podejmowanych w określonej dziedzinie lub wykonania innych zadań, w tym wymagających współdziałania kilku komórek organizacyjnych.
3. W SPZZOZ funkcjonuje Zespół Etyczny, do którego mogą zwracać się osoby zatrudnione i pacjenci z problemami natury etycznej. Spotkanie Zespołu Etycznego zwołuje Przewodniczący w sytuacji zgłoszenia problemu przez pacjenta, członka rodziny pacjenta, pełnomocnika, opiekuna prawnego lub pracownika opieki zdrowotnej. Szczegółowe prace Zespołu określa zarządzenie wewnętrzne Dyrektora. Wnioski na piśmie należy składać w Sekretariacie SPZZOZ.

§ 37

Postępowanie kancelaryjne w SPZZOZ, obieg dokumentów, rejestrację, znakowanie pism, używanie pieczęci określa instrukcja kancelaryjna zatwierdzona przez Dyrektora .

§ 38

Wewnętrzny porządek oraz czas pracy dla poszczególnych grup zawodowych określa Regulamin Pracy ustalony przez Dyrektora w drodze zarządzenia, po uzgodnieniu ze związkami zawodowymi.

§ 39

1. Dyrektor SPZZOZ, w celu zapewnienia właściwego poziomu i jakości świadczeń zdrowotnych wykonywanych w poszczególnych komórkach organizacyjnych, określa zgodnie z odrębnymi przepisami:

- 1) standardy udzielania świadczeń, a w szczególności: normy zagęszczenia łóżek, likwidacji uchybień budowlanych, bezpieczeństwa używanego sprzętu, kwalifikacje personelu medycznego i minimalne normy zatrudnienia,
- 2) standardy medyczne, a w szczególności: standardy procesu diagnozowania, leczenia, profilaktyki, zapobiegania, receptariusza szpitalnego i postępowania z lekami,
- 3) oraz standardy organizacji i zarządzania zakładem, a w szczególności: bezpieczeństwa p/poż, zabezpieczenia awaryjnego, specyficznych norm żywienia, zwalczania chorób zakaźnych i ich monitorowania, zasad higieny szpitalnej, obiegu dokumentacji, badania satysfakcji pacjenta, zasad współdziałania między wszystkimi komórkami organizacyjnymi SPZZOZ.

2. Dyrektor SPZZOZ w sytuacjach tego wymagających zapewnia możliwość porozumiewania się z pacjentami obcojęzycznymi przez 24 godziny na dobę. Dane kontaktowe tłumaczy z wykazem języków obcych znajdują się w Izbie Przyjęć Ogólnej.

§ 40

Poszczególne jednostki medyczne i organizacyjne SPZ ZOZ współdziałają ze sobą i z zewnętrznymi podmiotami leczniczymi dla zapewnienia sprawnego i efektywnego funkcjonowania poszczególnych jednostek medycznych SPZ ZOZ pod względem diagnostyczno-leczniczym, pielęgnacyjnym, rehabilitacyjnym i administracyjno-gospodarczym.

§ 41

1. Korespondencję zewnętrzną poszczególne jednostki/komórki SPZ ZOZ prowadzą za pośrednictwem Sekretariatu SPZ ZOZ.

2. Proces komunikacji pomiędzy poszczególnymi komórkami organizacyjnymi oraz zasady współpracy i przepływu informacji pomiędzy personelem medycznym i administracyjnym określa Instrukcja kancelaryjna.

X. Zasady przechowywania i udostępnienia dokumentacji medycznej.

§ 42

1. Dokumentacja medyczna przechowywana jest w pokojach lekarskich, w zamkniętych szafkach. Pokoje lekarskie są zamykane na klucz. Za zamykanie pokoju lekarskiego w danym oddziale odpowiada ordynator/kierownik oddziału lub lekarz dyżurny. Zabrania się pozostawiania dokumentacji medycznej bez nadzoru. Zakończoną historię choroby po wypisie pacjenta ze szpitala **niezwłocznie** przekazuje się w oparciu o odpowiedni druk „Przekazania historii chorób” do Ruchu chorych. Za kompletne przekazanie historii chorób z oddziału odpowiada sekretarka medyczna danego oddziału.
2. SPZ ZOZ udostępnia dokumentację medyczną na zasadach określonych ustawą z 06.11.2008r. o Prawach Pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (jednolity tekst: Dz.U. 2019 poz.1127).
3. Dane zawarte w dokumentacji medycznej podlegają ochronie określonej ustawą powołaną w ust. 2 .

4. SPZ ZOZ udostępnia dokumentację medyczną pacjentowi lub jego przedstawicielowi ustawowemu, bądź osobie upoważnionej przez pacjenta.
5. Po śmierci pacjenta, prawo do wglądu w dokumentację medyczną ma osoba upoważniona przez pacjenta za życia.
6. SPZ ZOZ udostępnia dokumentację medyczną również :
 - 1) podmiotom udzielającym świadczeń zdrowotnych, jeżeli dokumentacja ta jest niezbędna do zapewnienia ciągłości świadczeń zdrowotnych;
 - 2) organom władzy publicznej, Narodowemu Funduszowi Zdrowia, organom samorządu zawodów medycznych oraz konsultantom krajowym i wojewódzkim, w zakresie niezbędnym do wykonywania przez te podmioty ich zadań, w szczególności kontroli i nadzoru;
 - 3) podmiotom, o których mowa w art. 119 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, w zakresie niezbędnym do przeprowadzenia kontroli na zlecenie ministra właściwego do spraw zdrowia;
 - 4) ministrowi właściwemu do spraw zdrowia, sądom, w tym sądom dyscyplinarnym, prokuratorom, lekarzom sądowym i rzecznikom odpowiedzialności zawodowej, w związku z prowadzonym postępowaniem;
 - 5) uprawnionym na mocy odrębnych ustaw organom i instytucjom, jeżeli badanie zostało przeprowadzone na ich wniosek;
 - 6) organom rentowym oraz zespołom do spraw orzekania o niepełnosprawności, w związku z prowadzonym przez nie postępowaniem;
 - 7) podmiotom prowadzącym rejestry usług medycznych, w zakresie niezbędnym do prowadzenia rejestrów;
 - 8) zakładom ubezpieczeń, za zgodą pacjenta. W tym przypadku zgody pacjenta zobowiązane są udowodnić zakłady ubezpieczeń, które są wnioskodawcami.
 - 9) lekarzowi, pielęgniarce lub położnej, w związku z prowadzeniem procedury oceniającej podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych na podstawie przepisów o akredytacji w ochronie zdrowia, w zakresie niezbędnym do jej przeprowadzenia;
 - 10) wojewódzkiej komisji do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych, w zakresie prowadzonego postępowania;
 - 11) spadkobiercom w zakresie prowadzonego postępowania przed wojewódzką komisją do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych,
 - 12) osobom wykonującym czynności kontrolne na podstawie art. 39 ust. 1 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (jednolity tekst Dz. U. z 2019r., poz. 408 z późn. zm.), w zakresie niezbędnym do ich przeprowadzenia.
- 7 Dokumentacja medyczna może być na podstawie decyzji Dyrektora udostępniona szkole wyższej lub instytutowi badawczemu do wykorzystania w celach naukowych, bez ujawniania nazwiska i innych danych umożliwiających identyfikację osoby, której dokumentacja dotyczy.

§ 43

Dokumentacja medyczna jest udostępniana:

- 1) do wglądu, w tym także do baz danych w zakresie ochrony zdrowia, w siedzibie SPZ ZOZ w Dziale Administracyjno-Organizacyjnym,
- 2) poprzez sporządzenie jej wyciągów, odpisów lub kopii;

- 3) poprzez wydanie oryginału za pokwitowaniem odbioru i z zastrzeżeniem zwrotu po wykorzystaniu, jeżeli uprawniony organ lub podmiot żąda udostępnienia oryginałów tej dokumentacji.
2. Udostępnianie dokumentacji medycznej archiwalnej poza godzinami pracy Archiwum w szczególnych przypadkach np. powtórnej hospitalizacji, dokumentacja medyczna jest dostępna przez 24 godziny na dobę.
3. Osobą wyznaczoną do udostępniania dokumentacji medycznej w szczególnych przypadkach jest Inspektor ds. Archiwum. Średni czas uzyskania archiwalnej dokumentacji medycznej nie przekracza jednej godziny.
4. Wypożyczona dokumentacja medyczna po skserowaniu, podlega zwrotowi do Archiwum na drugi dzień roboczy.

§ 44

1. Za udostępnienie dokumentacji medycznej poprzez sporządzanie jej wyciągów, odpisów lub kopii SPZ ZOZ pobiera opłatę.
2. Postanowienia ust. 1 nie naruszają uprawnień organów rentowych określonych w art. 77 ust. 5 ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (Dz. U. z 2019 r. poz. 300 z późn. zm) i art. 121 ust. 2 ustawy z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (jednolity tekst z 2018 r. poz. 1270).
3. Opłaty , o których mowa w ust. 1, nie pobiera się w przypadku udostępniania dokumentacji medycznej:
 - 1) pacjentowi lub jego przedstawicielowi ustawowemu po raz pierwszy w żądanym zakresie i w sposób, o którym mowa w ust. 1.
 - 2) w związku z postępowaniem przed wojewódzką komisją do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych, o której mowa w art. 67e ust. 1 ustawy o Prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta,
 - 3) w przypadku udostępnienia dokumentacji medycznej Agencji Ochrony Technologii Medycznych i Taryfikacji oraz Agencji Badań Medycznych.
4. Opłaty za udostępnienie dokumentacji medycznej ustala Dyrektor SPZ ZOZ w oparciu o przepisy ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Informacja o wysokości opłat podawana jest do wiadomości zainteresowanych na stronie internetowej SPZZOZ www.zoznowadeba.pl oraz tablicy informacyjnej w siedzibie SPZ ZOZ. Maksymalna wysokość opłaty za:
 - a) jedną stronę wyciągu lub odpisu z dokumentacji medycznej - nie może przekraczać 0,002 przeciętnego wynagrodzenia w poprzednim kwartale ogłoszonego przez GUS na podstawie ustawy o emeryturach i rentach,
 - b) jedną stronę kopii lub wydruku dokumentacji medycznej - nie może przekraczać 0,00007 przeciętnego wynagrodzenia określonego w sposób podany w pkt. a,
 - c) udostępnienie dokumentacji medycznej na informatycznym nośniku danych - nie może przekraczać 0,0004 przeciętnego wynagrodzenia o którym mowa w pkt. a.Wysokość opłaty, o której mowa w ust. 4 , uwzględnia podatek od towarów i usług, jeżeli na podstawie odrębnych przepisów usługa jest opodatkowana tym podatkiem.

XI. Opłaty za udzielanie świadczeń zdrowotnych innych niż finansowane ze środków publicznych.

§ 45

Opłaty za udzielanie świadczeń zdrowotnych innych niż finansowane SPZ ZOZ ze środków publicznych określają umowy pomiędzy SPZ ZOZ a świadczeniobiorcą lub odpowiednio cennik świadczeń zdrowotnych w SPZ ZOZ wprowadzony decyzją Dyrektora SPZ ZOZ, oparty o rzeczywiste koszty tych świadczeń.

Szczególne uprawnienia

§ 46

1. Zasłużeni Honorowi Dawcy Krwi, Zasłużeni Dawcy Przeszczepu, Inwalidzi wojenni i wojskowi oraz Kombatanci oraz niektóre osoby represjonowane będące ofiarami represji wojennych i okresu powojennego mają prawo:

- 1) Zasłużeni Honorowi Dawcy Krwi;
- 2) Zasłużeni Dawcy Przeszczepu;
- 3) Inwalidzi wojenni i wojskowi;
- 4) Kombatanci oraz niektóre osoby represjonowane będące ofiarami represji wojennych i okresu powojennego, o których mowa w art. 1-4 ustawy z dnia 24.01.1991 r. o kombatantach oraz niektórych osobach będących ofiarami represji wojennych i okresu powojennego (Dz. U. z 2018 r. poz. 276 z późn. zm.);
- 5) Świadczeniobiorcy posiadający orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności;
- 6) Uprawnieni żołnierze lub pracownicy oraz weterani poszkodowani w zakresie leczenia urazów i chorób nabytych podczas wykonywania zadań poza granicami państwa;
- 7) Kobiety w ciąży;
- 8) Świadczeniobiorcy do 18 roku życia, u których stwierdzono ciężkie i nieodwracalne upośledzenie albo nieuleczalną chorobę zagrażającą życiu, które powstały w prenatalnym okresie rozwoju dziecka lub w czasie porodu, posiadający zaświadczenie lekarskie, o którym mowa w art. 47 ust. 1a ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych;
- 9) Działacze opozycji antykomunistycznej i osoby represjonowane z powodów politycznych (Ustawa z dn. 8.VI. 2017r. o zmianie ustawy o działaczach opozycji antykomunistycznej oraz osobom represjonowanym z powodów politycznych oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. 2017r. poz. 1386.art.5).

2. Inwalidom wojskowym przysługuje bezpłatne zaopatrzenie w leki objęte wykazami leków podstawowych i uzupełniających.

3. Uprawnionym żołnierzom lub pracownikom wojska, którzy doznali urazu lub zachorowali podczas wykonywania zadań służbowych poza granicami państwa przysługuje bezpłatne zaopatrzenie w leki umieszczone w wykazach leków podstawowych i uzupełniających oraz leki recepturowe.

4. Inwalidom wojennym oraz osobom represjonowanym, ich małżonkom pozostającym na ich wyłącznym utrzymaniu oraz wdowom i wdowcom po poległych żołnierzach i zmarłych inwalidach wojennych oraz osobach represjonowanych, uprawnionym do renty rodzinnej, przysługuje bezpłatne zaopatrzenie w leki oznaczone symbolami "Rp" lub "Rpz", dopuszczone do obrotu na terytorium Polski.

XII. Skargi i wnioski

§ 47

1. Skargi i wnioski przyjmowane są przez Dyrektora SPZ ZOZ zarówno w formie pisemnej jak i ustnej. Rozpatrywane są i załatwiane bez zbędnej zwłoki, po wszechstronnym rozpatrzeniu sprawy bezpośrednio przez Dyrektora SPZ ZOZ.

2. Ze skargi ustnej sporządzana jest notatka, zawierająca treść skargi i oznaczenie osoby składającej skargę. Skargi i wnioski lub notatki z przyjęcia skargi lub wniosku rejestruje się w Sekretariacie Dyrektora SPZ ZOZ, w książce skarg i wniosków, oznacza skargę lub wniosek kolejnym numerem, a treść skargi lub wniosku albo notatki obejmującej skargę lub wniosek załącza się do książki skarg i wniosków, opieczetowanej, z kolejno ponumerowanymi stronami, zabezpieczonej przed dostępem osób trzecich.

§ 48

Dyrektor SPZ ZOZ udziela osobie składającej skargę odpowiedzi niezwłocznie w formie pisemnej, ustosunkowując się rzeczowo do przedmiotu skargi i kwalifikując, czy skargę lub wniosek uznaje za zasadny. Odpowiedź na skargę lub wniosek załącza się do książki skarg i wniosków. W przypadku uznania zasadności skargi lub wniosku Dyrektor SPZ ZOZ podejmuje natychmiastowe działania w kierunku usunięcia nieprawidłowości.

XIII Postanowienia końcowe

§ 49

1. Budynki i bramy wjazdowe do Szpitala są zamykane i otwierane na zasadach określonych odrębną instrukcją w tej sprawie. W godzinach zamknięcia budynków zamiar wejścia do budynku sygnalizowany jest przyciskiem dzwonka/domofonu znajdującego się przy głównych drzwiach wejściowych do budynku.
2. Szczegółowe zasady zabezpieczenia osób i mienia, dokumentacji medycznej, danych osobowych itp. w SPZZOZ określają odpowiednie instrukcje w tej sprawie.

Załączniki:

Załącznik Nr 1 - Zasady prowadzenia list oczekujących,

Załącznik Nr 2 - Karta Praw Pacjenta,

Załącznik Nr 3 – Regulamin Szpitala Powiatowego w Nowej Dębie,

Załącznik Nr 3a – Regulamin Centrum Zdrowia Psychicznego w Nowej Dębie

Załącznik Nr 4 – Regulamin Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego ,
skreślony

Załącznik Nr 6 – Regulamin Zespołu Poradni Specjalistycznych,

Załącznik Nr 7 - Regulamin obsługi administracyjno-technicznej,

Załącznik Nr 8 - Regulamin przechowywania osobistych rzeczy pacjentów,

Załącznik Nr 9 – Regulamin monitoringu wizyjnego w obiektach SPZZOZ.