

REGULAMIN ORGANIZACYJNY

Samodzielnego Publicznego Zespołu Gruźlicy i Chorób Płuc

- Rozdział I.** Postanowienia ogólne
- Rozdział II.** Zarządzanie
- Rozdział III.** Organizacja i zadania jednostek organizacyjnych oraz zasady współdziałania
- Rozdział IV.** Przebieg procesu udzielania świadczeń zdrowotnych
- Rozdział V.** Prawa i obowiązki pacjenta
- Rozdział VI.** Postanowienia końcowe

Załączniki

stanowią regulaminy określające organizację i zadania poszczególnych stanowisk oraz komórek organizacyjnych

Olsztyn, 01.06.2021

ROZDZIAŁ I Postanowienia ogólne

§ 1.

Ilekroć w niniejszym regulaminie jest mowa o:

- 1) **„Zespole”** (SPZGiChP) - rozumie się przez to podmiot leczniczy o nazwie „Samodzielny Publiczny Zespół Gruźlicy i Chorób Płuc”
- 2) **„Szpitalu”** - rozumie się przez to zakład leczniczy, w którym podmiot leczniczy wykonuje działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne szpitalne
- 3) **„Dyrektorze”** - rozumie się przez to powołanego przez Zarząd Województwa Warmińsko-Mazurskiego kierownika podmiotu leczniczego
- 4) **„Regulaminie”** – rozumie się przez to Regulamin Organizacyjny Samodzielnego Publicznego Zespołu Gruźlicy i Chorób Płuc
- 5) **„Ordynatorze”** – rozumie się przez to także Koordynatora, Kierownika oddziału

§ 2.

Regulamin został wydany na podstawie art. 23 i 24 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej, zwanej dalej ustawą.

§ 3.

Regulamin określa organizację i funkcjonowanie procesu udzielania świadczeń zdrowotnych w Zespole, a w szczególności:

- 1) miejsce udzielania świadczeń zdrowotnych,
- 2) sposób zarządzania Zespołem,
- 3) cele i zadania realizowane przez Zespół,
- 4) strukturę organizacyjną,
- 5) rodzaj prowadzonej działalności leczniczej oraz zakres udzielanych świadczeń zdrowotnych,
- 6) organizację i zadania poszczególnych komórek medycznych i organizacyjnych oraz warunki współdziałania tych komórek,
- 7) przebieg procesu udzielania świadczeń zdrowotnych,
- 8) prawa i obowiązki pacjenta,
- 9) obowiązki Zespołu w razie śmierci pacjenta,
- 10) zasady udostępniania dokumentacji medycznej oraz wysokość opłat za jej udostępnianie,
- 11) organizację procesu udzielania świadczeń zdrowotnych w przypadku pobierania opłat oraz wysokość opłat,
- 12) warunki współdziałania z innymi podmiotami wykonującymi działalność leczniczą.

§ 4.

1. Zespół udziela świadczeń zdrowotnych bezpłatnie, za częściową odpłatnością lub całkowicie odpłatnie, na zasadach określonych w ustawie o działalności leczniczej, ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, przepisach wykonawczych do tych ustaw, innych przepisach odrębnych oraz umowach cywilnoprawnych, a także niniejszym Regulaminie.
2. W Zespole prowadzone są zajęcia dydaktyczne, badawcze, praktyczne oraz praktyki zawodowe związane z kształceniem studentów, kursantów kierunków medycznych.
3. W przypadku pobierania opłat za udzielania świadczeń zdrowotnych, wysokość tych opłat ustalana jest w wysokości zgodnej z aktualnym Cennikiem usług medycznych, stanowiącym załącznik nr 32 do niniejszego Regulaminu. Cennik ten ustalany jest w drodze zarządzenia Dyrektora i jest dostępny na stronie internetowej Zespołu.

4. Zespół nie może odmówić udzielania świadczenia zdrowotnego osobie, która potrzebuje natychmiastowego udzielenia takiego świadczenia ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia.

§ 5.

1. Świadczenia zdrowotne udzielane są wyłącznie przez osoby o odpowiednich uprawnieniach i kwalifikacjach zawodowych oraz spełniające wymagania zdrowotne, określone w odrębnych przepisach.
2. Świadczenia zdrowotne mogą być udzielane w ramach wolontariatu, na zasadach określonych w porozumieniu, o którym mowa w art. 44 ustawy z dnia 24 kwietnia 2003 roku o działalności pożytku publicznego i wolontariacie.

§ 6.

1. W celu zapewnienia właściwego poziomu i jakości świadczeń, bezpieczeństwa pacjentów i pracowników, Dyrektor zatwierdza standardy medyczne i procedury.
2. Kierownicy komórek organizacyjnych odpowiedzialni są za ich wdrożenie i realizację.

§ 7.

1. Zespół jest podmiotem leczniczym zarejestrowanym w rejestrze stowarzyszeń, innych organizacji społecznych i zawodowych, fundacji oraz samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, prowadzonym przez Sąd Rejonowy w Olsztynie VIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem KRS 0000000456 - oraz wpisanym do rejestru podmiotów leczniczych prowadzonego przez Wojewodę Warmińsko-Mazurskiego pod Nr 000000015277.
2. W strukturze organizacyjnej Zespołu wyróżnia się następujące zakłady lecznicze:
 - 1) Samodzielny Publiczny Zespół Gruźlicy i Chorób Płuc Szpital Pulmonologiczny;
 - 2) Samodzielny Publiczny Zespół Gruźlicy i Chorób Płuc Przychodnia Specjalistyczna;
3. W strukturze organizacyjnej Zespołu wyróżnia się następujące jednostki organizacyjne zakładów leczniczych:
 - 1) Szpital,
 - 2) Przychodnia specjalistyczna
 - 3) Medyczne Laboratorium Diagnostyczne.
4. Podział, o którym mowa w ust. 3, ma znaczenie wyłącznie funkcjonalne; w/w jednostki organizacyjne nie prowadzą odrębnej rachunkowości, nie sporządzają samodzielnie bilansu, nie są wyodrębnione majątkowo i osobowo.
5. Zespół realizuje zadania na potrzeby obronne państwa oraz z zakresu bezpieczeństwa i zarządzania kryzysowego.
6. Siedzibą Zespołu jest miasto Olsztyn w województwie warmińsko-mazurskim. Zespół udziela świadczeń w Olsztynie przy ul. Jagiellońskiej 78.

§ 8.

1. Zespół udziela świadczeń zdrowotnych służących zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia oraz podejmuje inne działania medyczne wynikające z procesu leczenia lub na podstawie odrębnych przepisów regulujących zasady ich wykonywania.
2. W szczególności Zespół udziela ambulatoryjnych i szpitalnych specjalistycznych świadczeń zdrowotnych, związanych z:
 - 1) udzielaniem świadczeń zdrowotnych w warunkach szpitalnych,
 - 2) udzielaniem świadczeń specjalistycznych w formie ambulatoryjnej,
 - 3) udzielaniem świadczeń rehabilitacyjnych dziennych,
 - 4) wykonywaniem badań diagnostycznych,
 - 5) udzielaniem świadczeń konsultacyjnych,
 - 6) prowadzeniem działalności profilaktycznej i oświaty zdrowotnej,
 - 7) realizowaniem programów zdrowotnych,
 - 8) realizowaniem programów lekowych,

- 9) organizowaniem innych form opieki medycznej w sytuacjach klęski żywiołowej, epidemii, katastrof i innych zdarzeń losowych na warunkach określonych odrębnymi przepisami.

§ 9.

1. Zespół prowadzi działania z zakresu promocji zdrowia, czyli działania umożliwiające poszczególnym osobom i społeczności zwiększenie kontroli nad czynnikami warunkującymi stan zdrowia i przez to jego poprawę, promowanie zdrowego trybu życia oraz indywidualnych i środowiskowych czynników sprzyjających zdrowiu.
2. Zespół uczestniczy w:
 - 1) badaniach naukowych, klinicznych i pracach badawczo-rozwojowych, w powiązaniu z udzielaniem świadczeń zdrowotnych i promocją zdrowia, w tym wdrażaniem nowych technologii medycznych oraz metod leczenia,
 - 2) zadaniach dydaktycznych i badawczych, w powiązaniu z udzielaniem świadczeń zdrowotnych i promocją zdrowia,
 - 3) przygotowywaniu osób do wykonywania zawodu medycznego i kształceniu osób wykonujących zawód medyczny na zasadach określonych w odrębnych przepisach.
3. Zespół może prowadzić wydzieloną działalność gospodarczą inną niż lecznicza, na zasadach określonych ustawą.

ROZDZIAŁ II
Zarządzanie Zespołem

§ 10.

1. Dyrektor ponosi odpowiedzialność za gospodarkę finansową i zarządzanie Zespołem.
2. Dyrektor kieruje Zespołem i reprezentuje go na zewnątrz. Dyrektor jest przełożonym pracowników Zespołu.
3. Samorząd Województwa nawiązuje z Dyrektorem stosunek pracy na podstawie powołania lub umowy o pracę albo zawiera z nim umowę cywilnoprawną.
4. Dyrektor kieruje pracą Zespołu przy pomocy:
 - 1) Zastępców Dyrektora,
 - 2) Ordynatorów i Kierowników komórek organizacyjnych.
5. W razie nieobecności Dyrektora jego obowiązki pełni Zastępca Dyrektora ds. pielęgniarstwa, chyba że Dyrektor udzieli pełnomocnictwa innej osobie.
6. Zastępcy Dyrektora wykonują zadania i posiadają kompetencje oraz ponoszą odpowiedzialność w zakresie ustalonym przez Dyrektora.
7. Wszyscy pracownicy Zespołu zobowiązani są nosić w widocznym miejscu identyfikator, zawierający imię i nazwisko oraz pełnioną funkcję.
8. Oddziałem/kliniką Szpitala może kierować Ordynator, Koordynator lub Kierownik; jeśli jest to uzasadnione na oddziale może być zatrudniony zastępca Ordynatora/Koordynatora/Kierownika oddziału.

§ 11.

Dyrektorowi bezpośrednio podlegają:

- 1) Zastępca Dyrektora ds. medycznych,
- 2) Zastępca Dyrektora ds. ekonomicznych - Główny księgowy,
- 3) Zastępca Dyrektora ds. technicznych,
- 4) Zastępca Dyrektora ds. pielęgniarstwa – Pełnomocnik ds. jakości,
- 5) Główny specjalista
- 6) Kierownik Działu promocji, jakości i rozwoju,
- 7) Kierownik Sekcji organizacji i zamówień publicznych,
- 8) Radca prawny,
- 9) Stanowiska ds. kadr,
- 10) Specjalista ds. obronnych,
- 11) Inspektor ochrony przeciwpożarowej,
- 12) Inspektor ochrony radiologicznej,
- 13) Pełnomocnik ds. ochrony informacji niejawnych,

- 14) Inspektor Ochrony Danych,
- 15) Kancelista,
- 16) Specjalista ds. bhp,
- 17) Kapelan szpitalny.

§ 12.

1. Dyrektor wykonując swoją funkcję, zapewnia w szczególności:
 - 1) właściwą organizację pracy Zespołu oraz koordynację działań wszystkich komórek i jednostek w zakresie zgodności z zadaniami statutowymi,
 - 2) organizację kontroli wykonywania zadań przez poszczególne komórki i jednostki organizacyjne,
 - 3) warunki współdziałania z innymi podmiotami wykonującymi działalność leczniczą w zakresie zapewnienia prawidłowości diagnostyki, leczenia, pielęgnacji i rehabilitacji pacjentów oraz ciągłości procesu udzielania świadczeń zdrowotnych,
 - 4) realizację zadań zleconych przez podmiot tworzący,
 - 5) udzielanie świadczeń zdrowotnych wyłącznie przez osoby o odpowiednich uprawnieniach i kwalifikacjach zawodowych oraz spełniające wymagania zdrowotne określone odrębnymi przepisami,
 - 6) sprawowanie bieżącego nadzoru nad wykonywaniem przez Zespół zadań statutowych,
 - 7) opracowanie planów działania w celu zapewnienia optymalnego rozwoju Zespołu,
 - 8) ochronę mienia Zespołu.
2. Do wyłącznych kompetencji Dyrektora należy:
 - 1) podpisywanie pism i wystąpień do podmiotu tworzącego, organów administracji rządowej oraz innych urzędów i instytucji,
 - 2) wydawanie wewnętrznych aktów normatywnych,
 - 3) kierowanie wystąpień do innych jednostek organizacyjnych opieki zdrowotnej i opieki społecznej,
 - 4) udzielanie odpowiedzi na wnioski, interwencje posłów, senatorów i radnych,
 - 5) podpisywanie dokumentów dotyczących zatrudnienia i wynagrodzenia,
 - 6) podpisywanie dokumentów w sprawach socjalno-bytowych,
 - 7) zawieranie porozumień i umów związanych z wykonywanymi zadaniami,
 - 8) podpisywanie protokołów oraz ustaleń z narad ze związkami zawodowymi oraz kierownikami komórek i jednostek organizacyjnych,
 - 9) podpisywanie pism zastrzeżonych do podpisu Dyrektora na podstawie odrębnych przepisów,
 - 10) podpisywanie sprawozdań finansowych,
 - 11) udzielenia osobom zatrudnionym w Zespole pełnomocnictw/upoważnień do dokonywania określonych czynności.

§ 13.

Dyrektor wydaje wewnętrzne akty prawne:

- 1) zarządzenia,
- 2) instrukcje,
- 3) informacje wewnętrzne,
- 4) standardy i procedury.

§ 14.

Dyrektor:

- 1) jest pracodawcą w rozumieniu przepisów Kodeksu Pracy, podejmuje decyzje w sprawach kadrowych oraz kreuje politykę płacową.
- 2) rozpatruje skargi, wnioski i zażalenia pracowników i pacjentów.
- 3) zatwierdza strukturę organizacyjną i zadania komórek organizacyjnych Zespołu.
- 4) sprawuje nadzór nad wykonywaniem zadań przez pracowników bezpośrednio sobie podległych oraz dokonuje oceny ich pracy.
- 5) realizuje inne zadania wynikające z obowiązujących przepisów prawa.

§ 15.

1. Zastępcy Dyrektora wykonują zadania z upoważnienia Dyrektora, a w szczególności:
 - 1) podejmują w powierzonym zakresie działania zapewniające wykonywanie zadań statutowych,
 - 2) dbają o koordynację działalności podległych im komórek organizacyjnych,
 - 3) organizują i nadzorują wykonywanie zadań przez kierowników podległych sobie komórek organizacyjnych,
 - 4) wykonują inne zadania zlecone przez Dyrektora,
 - 5) współpracują ze sobą i ponoszą, w powierzonym zakresie działania, odpowiedzialność za zasadność i efektywność podejmowanych przedsięwzięć.
2. Zastępcy Dyrektora upoważnieni są do podejmowania decyzji w zakresie związanym z nadzorem i kierowaniem powierzonymi im komórkami organizacyjnymi, za wyjątkiem spraw zastrzeżonych do wyłącznej decyzji Dyrektora.
3. Zastępcy Dyrektora przedstawiają Dyktorowi wnioski w sprawie zatrudnienia, nagradzania oraz karania podległych pracowników.

§ 16.

1. Zastępcy Dyrektora ds. medycznych podlegają następujące stanowiska:
 - 1) Ordynatorzy, Koordynatorzy oddziałów szpitalnych,
 - 2) Kierownik (Koordynator) Izby Przyjęć,
 - 3) Kierownik (Koordynator) Przychodni Specjalistycznej,
 - 4) Kierownik Działu diagnostyki laboratoryjnej,
 - 5) Kierownik Apteki,
 - 6) Kierownik (Koordynator) Pracowni diagnostyki obrazowej,
 - 7) Kierownik Pracowni bronchoskopii,
 - 8) Kierownik Pracowni badań czynnościowych i diagnostyki alergologicznej,
 - 9) Informatycy.
- 1.1 Zastępca Dyrektora ds. medycznych współpracuje z komórkami organizacyjnymi Zespołu, w szczególności: z Z-cą Dyrektora ds. ekonomicznych - Głównym księgowym, Z-cą Dyrektora ds. technicznych, Z-ca Dyrektora ds. pielęgniarstwa, Pełnomocnikiem ds. jakości oraz Kierownikiem Sekcji analiz i rozliczeń w zakresie organizacji udzielania świadczeń zdrowotnych.
- 1.2 Do zadań Zastępcy Dyrektora ds. medycznych należy w szczególności:
 - 1) nadzór nad wykonywaniem zadań przez podległe komórki organizacyjne Zespołu,
 - 2) zapewnienie całodobowej opieki lekarskiej w oddziałach szpitalnych oraz ciągłości pracy poradni, laboratorium i pracowni diagnostycznych,
 - 3) podejmowanie działań dostosowujących działalność medyczną do funkcjonujących standardów i regulacji prawnych,
 - 4) zapewnienie wysokiej jakości oraz sprawności organizacji opieki medycznej,
 - 5) planowanie, koordynowanie, kontrolowanie i nadzór nad wykonywaniem zadań przez personel medyczny,
 - 6) zapewnienie prowadzenia dokumentacji medycznej zgodnie z przepisami prawa i przyjętymi procedurami,
 - 7) udział w przygotowywaniu umów dotyczących udzielania świadczeń zdrowotnych,
 - 8) nadzór nad właściwą realizacją umów przez osoby udzielające świadczeń zdrowotnych na podstawie umów cywilnoprawnych zawieranych w trybie określonym ustawą o działalności leczniczej,
 - 9) analiza sprawozdawczości w zakresie realizacji usług medycznych Zespołu, wykorzystywania leków, środków i sprzętu medycznego,
 - 10) prowadzenie analizy zgonów,
 - 11) udział w postępowaniach o udzielenie zamówienia publicznego z branży medycznej, w tym przygotowanie wymagań sprzętowych (opisu przedmiotu zamówienia) w zakresie sprzętu i materiałów medycznych.

- 12) przedstawianie Dyrektorowi wniosków w sprawach:
 - a) zasadności nabycia lub zbycia aparatury lub sprzętu medycznego,
 - b) rozszerzenia lub ograniczenia działalności nadzorowanych komórek organizacyjnych,
 - 13) nadzór nad przestrzeganiem przez podległych pracowników prawa, wewnętrznych aktów normatywnych (regulaminów, zarządzeń) oraz obowiązujących norm etycznych,
 - 14) kreowanie pozytywnego wizerunku Zespołu i propagowanie tego typu działań w środkach masowego przekazu,
 - 15) opracowywanie i nadzór nad wdrażaniem standardów akredytacyjnych w podległych komórkach organizacyjnych,
 - 16) czuwanie nad właściwym przygotowaniem oferty konkursowej na świadczenia zdrowotne i monitorowanie realizacji tych świadczeń w poszczególnych miesiącach,
 - 17) podpisywanie w imieniu Zespołu umów dotyczących darowizn na cele statutowe (ochrona zdrowia) oraz nadzór nad wykorzystaniem środków zgodnie z celem określonym w umowie,
 - 18) współpraca z Z-cą Dyrektora ds. ekonomicznych - Głównym księgowym i Kierownikiem Sekcji analiz i rozliczeń w zakresie właściwego rozliczania procedur medycznych oraz obniżenia kosztów diagnostyki i leczenia,
 - 19) współpraca z instytucjami zewnętrznymi, w szczególności w zakresie pozyskiwania i kształcenia kadr medycznych, jak również w zakresie zapewnienia ciągłości i kompleksowości leczenia
 - 20) Współpraca z uczelniami medycznymi, a w szczególności z UWM w Olsztynie w zakresie kształcenia przed- i podyplomowego kadr medycznych w oparciu o bazę Zespołu.
 - 21) wydawanie opinii w sprawie zawierania umów dotyczących badań klinicznych,
 - 22) nadzór nad realizacją praw i obowiązków Zespołu wynikających z umów dotyczących badań klinicznych, których stroną jest Zespół.
 - 23) opiniowanie podległych pracowników oraz przedstawianie Dyrektorowi wniosków w sprawach kadrowych i finansowych w zakresie podległego personelu.
- 1.3.W czasie nieobecności Z-cy Dyrektora ds. medycznych jego obowiązki przejmuje wyznaczony lekarz.

2. Zastępcy Dyrektora ds. ekonomicznych - Głównemu księgowemu podlegają:

- 1) Dział finansowo-księgowy,
- 2) Kierownik Sekcji analiz i rozliczeń.

2.1 Do zadań Zastępcy Dyrektora ds. ekonomicznych - Głównego księgowego należy w szczególności:

- 1) opracowywanie planów finansowych i innych oraz koordynowanie planów finansowych z planami inwestycyjnymi i innymi planami obowiązującymi w Zespole,
- 2) nadzór nad planowaniem i stopniem realizacji w zakresie nakładów inwestycyjnych zgodnie z obowiązującymi przepisami,
- 3) prowadzenie rachunkowości jednostki,
- 4) wykonywanie dyspozycji środkami pieniężnymi,
- 5) dokonywanie wstępnej kontroli zgodności operacji gospodarczych i finansowych z prawem,
- 6) organizowanie i dokonywanie wstępnej kontroli wewnętrznej w zakresie kompletności i rzetelności dokumentów dotyczących operacji gospodarczych i finansowych,
- 7) opracowywanie zasad (polityki) rachunkowości i przedstawianie ich do zatwierdzenia Dyrektorowi,
- 8) racjonalne gospodarowanie środkami przeznaczonymi na wykonywanie zadań wynikających z planu finansowego,

- 9) nadzór nad wydatkowaniem środków finansowych zgodnie z ustawą o finansach publicznych i Prawem zamówień publicznych,
 - 10) koordynacja problematyki finansowo-ekonomicznej komórek organizacyjnych w tym nadzór nad wdrożeniem i monitorowanie budżetowania,
 - 11) zatwierdzanie harmonogramów inwentaryzacyjnych i nadzór nad terminową realizacją spisów z natury składników majątkowych,
 - 12) okresowe ustalanie lub sprawdzanie drogą inwentaryzacji rzeczywistego stanu aktywów i pasywów,
 - 13) dokonywanie rocznej analizy ekonomicznej i tematycznych analiz okresowych ze szczególnym uwzględnieniem kosztów według miejsca ich powstania oraz przedstawianie wniosków wynikających z analiz,
 - 14) wycena aktywów i pasywów oraz ustalanie wyniku finansowego,
 - 15) sporządzanie sprawozdań finansowych i innych sprawozdań w zakresie dotyczącym powierzonych zadań oraz terminowe dostarczanie sprawozdań do sądu rejestrowego,
 - 16) nadzór nad prawidłowym gromadzeniem i przechowywaniem dowodów księgowych oraz pozostałej dokumentacji wymaganej przepisami ustawy o rachunkowości,
 - 17) nadzór nad prawidłową i terminową realizacją obowiązków w zakresie prawa podatkowego, w tym w szczególności nad obliczaniem i odprowadzaniem należnych podatków,
 - 18) inicjowanie zlecenia biegłemu rewidentowi badania bilansu oraz sprawozdania finansowego jednostki,
 - 19) współpraca z Z-cą Dyrektora ds. medycznych i Z-cą Dyrektora ds. technicznych w zakresie przygotowywania programów i projektów w celu pozyskania dodatkowych środków finansowych oraz zapewnienia prawidłowej i zgodnej z obowiązującymi przepisami pracy Zespołu.
 - 20) nadzór nad prawidłowym wydatkowaniem i rozliczaniem dodatkowych, zewnętrznych środków finansowych pochodzących z dotacji i darowizn.
 - 21) nadzór finansowy nad rozliczaniem prowadzonych badań klinicznych,
 - 22) opiniowanie podległych pracowników oraz przedstawianie Dyrektorowi wniosków w sprawach kadrowych i finansowych w zakresie podległego personelu.
- 2.2 W czasie nieobecności Zastępcy Dyrektora ds. ekonomicznych - Głównego księgowego:
- 1) Działem finansowo - księgowym kieruje wskazany pracownik działu,
 - 2) Kierownik Sekcji analiz i rozliczeń podlega bezpośrednio Dyrektorowi.
3. Zastępcy Dyrektora ds. technicznych podlegają:
- 1) Kierownik Działu obsługi szpitala
- 3.1 Do zadań zastępcy Dyrektora ds. technicznych w szczególności należy:
- 1) opracowywanie i aktualizacja planów inwestycyjnych i innych,
 - 2) koordynacja planowania rzeczowego i ustalanie niezbędnych kosztów oraz nakładów do ich realizacji,
 - 3) nadzór i ponoszenie pełnej odpowiedzialności za celowe, racjonalne i zgodne z zasadą gospodarności wykorzystanie środków finansowych,
 - 4) racjonalne gospodarowanie środkami przeznaczonymi na wykonywanie zadań wynikających z planu inwestycyjnego,
 - 5) nadzór nad prowadzoną działalnością administracyjno-gospodarczą,
 - 6) nadzorowanie realizacji zaopatrzenia Zespołu w sprzęt, usługi i inne środki materialne zgodnie z ustawą Prawo zamówień publicznych,
 - 7) przygotowywanie opisów przedmiotu zamówienia w postępowaniach o udzielanie zamówienia publicznego w zakresie swojej odpowiedzialności,
 - 8) nadzór nad przestrzeganiem prawa i koordynacja działań w zakresie ochrony środowiska,
 - 9) wnioskowanie, zorganizowanie i prowadzenie inwestycji w zakresie infrastruktury budowlanej, technicznej i sprzętu medycznego,
 - 10) przygotowanie bądź nadzór nad przygotowaniem oraz gromadzenie i przechowywanie dokumentacji w zakresie realizacji wszystkich inwestycji,

- 11) czuwanie nad prowadzonymi w Zespole pracami inwestycyjnymi i remontowymi w zakresie ich zgodności z przepisami Prawa budowlanego i wynikających z niego przepisów wykonawczych,
 - 12) właściwe wykorzystanie i rozliczanie dotacji i innych środków finansowych pozyskanych na różnego typu inwestycje,
 - 13) wdrażanie wymogów służb nadzoru, szczególnie państwowego inspektora sanitarnego, dozoru technicznego, ochrony środowiska i bezpieczeństwa przeciwpożarowego oraz wynikającymi z innych przepisów prawa, w zakresie swoich kompetencji,
 - 14) nadzorowanie prowadzenia zagadnień administracyjno-technicznych związanych z umowami dzierżaw (najmu) i sprzedaży obiektów (pomieszczeń) budowlanych, terenu oraz sprzętu technicznego,
 - 15) współpraca z Z-cą Dyrektora ds. medycznych i Z-cą Dyrektora ds. ekonomicznych - Głównym księgowym, Z-cą Dyrektora ds. pielęgniarstwa w zakresie przygotowywania programów oraz projektów w celu pozyskania dodatkowych środków finansowych
 - 16) podpisywanie w imieniu Zespołu umów dotyczących darowizn na cele niemedyce oraz nadzór nad wykorzystaniem środków zgodnie z celem określonym w umowie.
 - 17) opiniowanie podległych pracowników oraz przedstawianie Dyrektorowi wniosków w sprawach kadrowych i finansowych w zakresie podległego personelu.
- 3.2 Na czas nieobecności Zastępcy Dyrektora ds. technicznych komórkami organizacyjnymi i stanowiskami wymienionymi w ust. 3 kieruje Kierownik Działu obsługi szpitala.

§ 17.

1. Zastępca Dyrektora ds. pielęgniarstwa podlega służbowo Dyrektorowi, ściśle współpracuje z Zastępcą Dyrektora ds. medycznych, a także wykonuje zadania Pełnomocnika ds. jakości.
 - 1.1. Zastępcy Dyrektora ds. pielęgniarstwa podlegają bezpośrednio:
 - 1) Specjalista ds. epidemiologii
 - 2) Pielęgniarki oddziałowe
 - 3) Pielęgniarki koordynujące
 - 4) Dietetyk
 - 5) Psycholog
 - 6) Pielęgniarki i technicy Pracowni diagnostyki obrazowej.
 - 1.2. W czasie nieobecności Zastępcy Dyrektora ds. pielęgniarstwa jego obowiązki przejmują Specjalista ds. epidemiologii lub inna wyznaczona pielęgniarka.
2. Zastępca Dyrektora ds. pielęgniarstwa współpracuje z komórkami organizacyjnymi Zespołu m.in.:
 - 1) kadrą kierowniczą komórek udzielających świadczeń medycznych,
 - 2) Kierownikiem Sekcji organizacji i zamówień publicznych,
 - 3) Kierownikiem Działu obsługi szpitala,
 - 4) Kierownikiem Działu promocji, jakości i rozwoju.
3. Zastępca Dyrektora ds. pielęgniarstwa współpracuje z zewnętrznymi podmiotami m.in. z:
 - 1) samorządem zawodowym, konsultantami krajowymi i wojewódzkim, towarzystwami naukowymi,
 - 2) współpracuje z samorządem terytorialnym, organami administracji rządowej w zakresie polityki zdrowotnej i promocji świadczeń pielęgniarstkich,
 - 3) współpracuje z Dyrekcją, Radą Społeczną i przedstawicielami poszczególnych zawodów na terenie zakładu,
 - 4) tworzy warunki do współdziałania pielęgniarek z innymi profesjami medycznymi.
4. Do zadań Zastępcy Dyrektora ds. pielęgniarstwa należy:
 - 1) Współuczestniczenie w określaniu ogólnej misji podmiotu leczniczego oraz precyzowanie misji i funkcji opieki pielęgniarstkiej.
 - 2) planowanie, organizowanie, koordynowanie i nadzorowanie opieki pielęgniarstkiej w Zespole,
 - 3) określanie zapotrzebowania ilościowego i jakościowego na opiekę pielęgniarstwą,

- 4) opracowanie i wdrażanie programów doskonalenia jakości opieki pielęgniarskiej,
 - 5) opracowanie, opiniowanie opracowanych standardów praktyki zawodowej,
 - 6) doskonalenie metod opieki pielęgniarskiej,
 - 7) określenie stanowisk i zakresu kompetencji na poszczególnych stanowiskach, ustalanie zakresów obowiązków, odpowiedzialności i uprawnień personelu pielęgniarskiego,
 - 8) dokonywanie okresowej analizy i oceny wykorzystywania czasu pracy pielęgniarek,
 - 9) opracowanie i doskonalenie metod doboru, przyjmowania i wprowadzenia do pracy oraz realizacja programu adaptacji zawodowej pielęgniarek,
 - 10) wnioskowanie, opiniowanie awansowania, wynagradzania, nagradzania i karania kadry pielęgniarskiej i innych podległych sobie pracowników,
 - 11) organizowanie szkoleń wewnątrzzakładowych, kierowanie pielęgniarek na szkolenia poza zakładem,
 - 12) sprawowanie nadzoru nad dokumentacją pielęgniarską w zakładzie, współpraca w zakresie jej modyfikacji,
 - 13) zatwierdzanie miesięcznych harmonogramów pracy personelu pielęgniarskiego,
 - 14) ocena pracy i kwalifikacji pracowników bezpośrednio podległych oraz uczestniczenie w ocenianiu pośrednio podległych osób,
 - 15) Współpraca w z zakresie promocji zdrowia z działem promocji, jakości i rozwoju,
 - 16) uczestniczenie w doskonaleniu zawodowym,
 - 17) sprawowanie nadzoru nad:
 - a) realizacją zadań na podległych stanowiskach pracy
 - b) dyscypliną pracy podległego personelu
 - c) rozkładem czasu pracy podległego personelu
 - d) alokacją kadry sprawującej opiekę nad pacjentem dostosowaną do potrzeb
 - e) zapewnieniem bezpiecznych warunków pracy
 - f) stanem sanitarno – higienicznym zakładu,
 - 18) współpraca z działem obsługi szpitala i dietetykiem w zakresie nadzoru nad jakością żywienia pacjentów,
 - 19) Opiniowanie podległych pracowników oraz przedstawianie Dyrektorowi wniosków w sprawach kadrowych i finansowych w zakresie podległego personelu.
5. Zastępca Dyrektora ds. pielęgniarstwa odpowiada za:
- 1) jakość opieki pielęgniarskiej,
 - 2) prawidłową realizację polityki kadrowej w zakresie dotyczącym pielęgniarek,
 - 3) realizację powierzonych zadań,
 - 4) organizację i ilościowe oraz jakościowe wyposażenie stanowisk pracy,
 - 5) wdrażanie programów zwalczania zakażeń szpitalnych.

§ 18.

1. Pełnomocnik Dyrektora ds. jakości podlega służbowo Dyrektorowi.
2. Do zadań Pełnomocnika Dyrektora ds. jakości należą:
 - 1) współuczestniczenie w wypracowaniu i wdrażaniu strategii działań i programów w zakresie zapewnienia jakości,
 - 2) współuczestniczenie w opracowaniu systemów wspierających zarządzanie jakością,
 - 3) współudział w organizowaniu spotkań Komitetu ds. jakości oraz grup problemowych,
 - 4) prowadzenie dokumentacji z prac Komitetu, sporządzanie okresowych sprawozdań z działalności w zakresie zapewnienia jakości,
 - 5) koordynacja prac grup problemowych w zakresie:
 - a) ustalania standardów i procedur
 - b) wymagań jakościowych na stanowiskach pracy
 - 6) udzielanie konsultacji w zakresie rozwiązywania problemów jakościowych,
 - 7) monitorowanie wskaźników jakościowych, realizacji standardów i procedur,
 - 8) uczestniczenie w dostosowaniu działalności Zespołu do wymogów utrzymania certyfikatu,
 - 9) opracowanie, wdrażanie programów szkoleniowych z zakresu zapewnienia jakości,
 - 10) uczestniczenie w prowadzeniu audytów,
 - 11) formułowanie wniosków dotyczących jakości na podstawie przeprowadzonych analiz.

3. Pełnomocnik Dyrektora ds. jakości odpowiada za dostosowanie i utrzymywanie jakości świadczonych usług na poziomie zgodnym z wymogami i standardami akredytacyjnymi.

§ 19.

Pełnomocnik Dyrektora ds. jakości współpracuje ze wszystkimi komórkami organizacyjnymi Zespołu.

§ 20.

Pełnomocnik Dyrektora ds. jakości współpracuje z zewnętrznymi podmiotami m.in. z:

- 1) CMJ w Krakowie,
- 2) z Pełnomocnikami ds. jakości w innych podmiotach leczniczych,

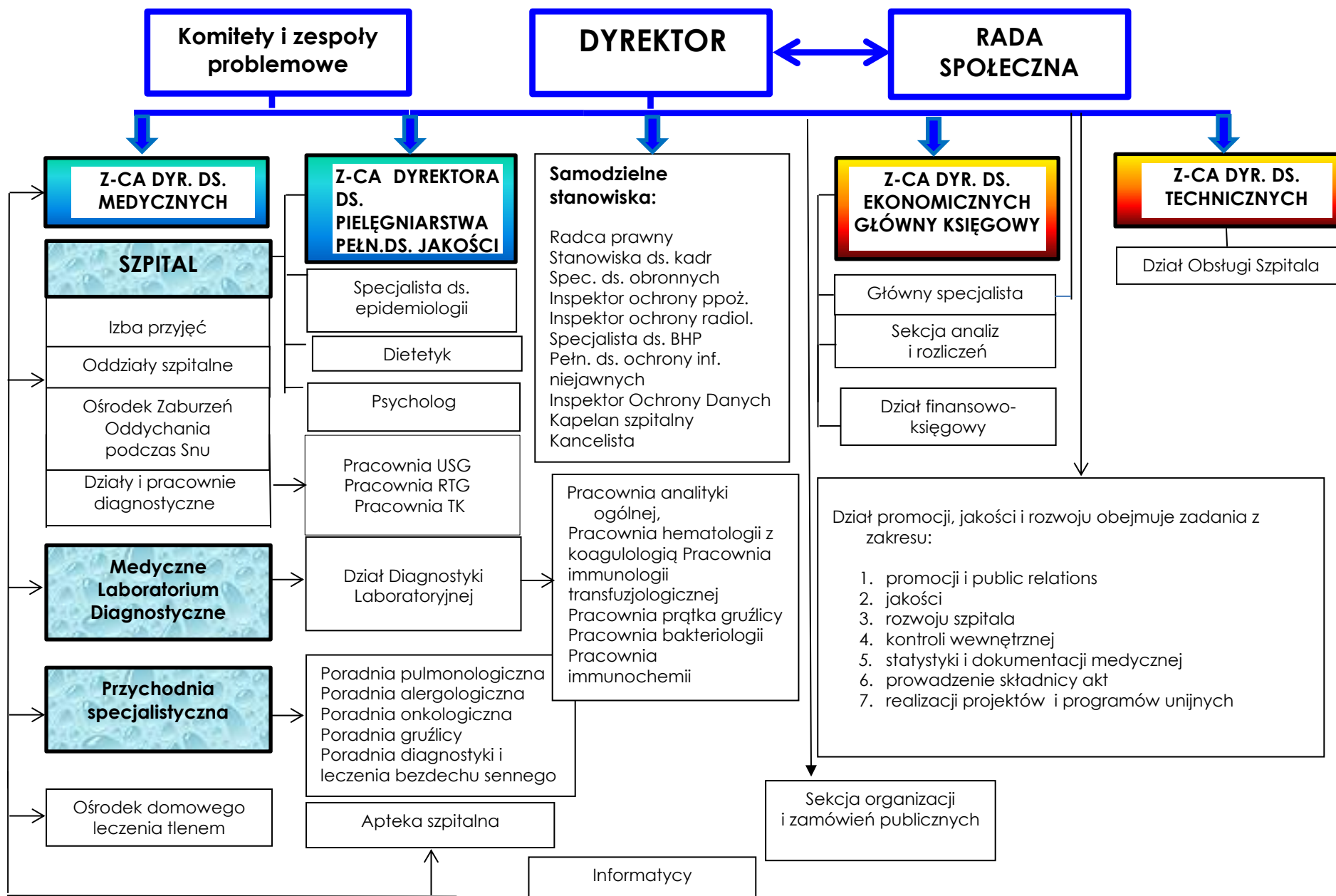
ROZDZIAŁ III
Organizacja oraz zasady współdziałania

§ 21.

1. W strukturze Zespołu funkcjonują:

- 1) Izba Przyjęć,
- 2) Oddziały szpitalne:
 - Oddział rehabilitacji pulmonologicznej z ośrodkiem rehabilitacji dziennej
 - Oddział alergologiczno - pulmonologiczny
 - Klinika Pulmonologii z Warmińsko-Mazurskim Ośrodkiem Diagnozowania i Leczenia Rzadkich Chorób Układu Oddechowego
 - Oddział pulmonologiczny z pododdziałem gruźlicy
 - Oddział onkologii z pododdziałem chemioterapii
- 3) Pracownie i działy diagnostyczne:
 - a) Pracownia diagnostyki obrazowej:
 - Pracownia USG
 - Pracownia RTG
 - Pracownia TK
 - b) Dział Diagnostyki Laboratoryjnej,
 - c) Pracownie diagnostyczne:
 - Pracownia bronchoskopii
 - Pracownia badań czynnościowych i diagnostyki alergologicznej
- 4) Apteka szpitalna
- 5) Ośrodek domowego leczenia tlenem
- 6) Ośrodki Zaburzeń Oddychania podczas Snu
- 7) Przychodnia Specjalistyczna, w której skład wchodzi:
 - Poradnia pulmonologiczna
 - Poradnia gruźlicy
 - Poradnia diagnostyki i leczenia bezdechu sennego,
 - Poradnia onkologiczna
 - Poradnia alergologiczna
- 8) Komórki organizacyjne:
 - Dział finansowo – księgowy
 - Dział promocji, jakości i rozwoju
 - Dział obsługi szpitala,
 - Sekcja organizacji i zamówień publicznych
 - Sekcja analiz i rozliczeń,
- 9) Stanowiska samodzielne podległe Dyrektorowi:
 - Radca prawny
 - Główny specjalista
 - Stanowiska ds. kadr

- Specjalista ds. obronnych
 - Inspektor ochrony przeciwpożarowej
 - Inspektor ochrony radiologicznej
 - Pełnomocnik ds. ochrony informacji niejawnych
 - Specjalista ds. bhp
 - Inspektor Ochrony Danych
 - Kancelista
 - Kapelan szpitalny
- 10) inne stanowiska:
- Informatycy
 - Specjalista ds. epidemiologii
 - Dietetyk
 - Psycholog
2. Ponadto w strukturze Zespołu działają, powoływane na stałe lub okresowo, komitety i zespoły (komisje) problemowe, takie jak Komitet Jakości, Komitet Terapeutyczny, Komitet ds. zakażeń szpitalnych i inne. Skład i zakres ich zadań określa Dyrektor w drodze zarządzeń. Działanie komitetów (zespołów, komisji) ma charakter doradczy i opiniodawczy, polegający na kolektywnym analizowaniu spraw, dokonywaniu ustaleń oraz formułowaniu wniosków i propozycji.
3. Organizację Zespołu przedstawia poniższy schemat organizacyjny.



4. Organizację i zadania poszczególnych stanowisk oraz komórek organizacyjnych określają regulaminy stanowiące załączniki do niniejszego regulaminu.
5. Wszystkie w/w komórki są zobowiązane do współpracy i udzielania sobie nawzajem potrzebnych informacji w celu zapewnienia prawidłowego i efektywnego funkcjonowania Zespołu pod względem diagnostyczno - leczniczym, pielęgnacyjnym, rehabilitacyjnym, administracyjno – gospodarczym oraz formalno-prawnym.

§ 22.

1. Szczegółowe obowiązki pracowników Zespołu określają ich zakresy czynności przechowywane w aktach osobowych.
2. Pracownicy na stanowiskach kierowniczych są zobowiązani do opracowywania zakresów czynności, obowiązków i odpowiedzialności podległych im pracowników.
3. Kierownicy komórek są zobowiązani do wyznaczenia zastępcy w przypadku swojej nieobecności w pracy.
4. Pracownicy zatrudnieni na samodzielnych stanowiskach pracy uzgadniają każdorazowo (w razie swojej nieobecności) swoje zastępstwo z Dyrektorem.
5. Kierownicy ponoszą odpowiedzialność za prawidłowe funkcjonowanie podległych komórek.
6. Kierownicy komórek są odpowiedzialni i zobowiązani do kontroli podległych im pracowników, zwłaszcza pod względem:
 - 1) efektywności, racjonalności i ekonomicznego działania,
 - 2) zgodności podejmowanych działań z przepisami prawa,
 - 3) korzystania z mienia Zespołu zgodnie z przeznaczeniem,
 - 4) dbałości o powierzony sprzęt i środki oraz należyte ich zabezpieczenie.
7. W przypadku uszkodzenia mienia Zespołu, kierownik komórki lub osoba odpowiedzialna za mienie sporządza w trybie natychmiastowym protokół zaistniałego zdarzenia i przekazuje go niezwłocznie Kierownikowi Działu obsługi szpitala.
8. W zakresie swych zadań kierownicy komórek:
 - 1) udzielają informacji podporządkowanym pracownikom,
 - 2) w razie nieobecności podległego pracownika ustalają zastępstwo,
 - 3) dbają o podnoszenie kwalifikacji pracowników,
 - 4) wydają i egzekwują wykonywanie poleceń służbowych,
 - 5) wnioskuje do Dyrektora o wyciągnięcie konsekwencji wobec pracowników, którzy dopuszczają się uchybień w pracy; w razie stwierdzenia nadużyć powiadamiają o tym fakcie Dyrektora oraz zabezpieczają dowody,
 - 6) dokonują okresowych ocen pracy podległych im pracowników,
 - 7) prowadzą karty ewidencji czasu pracy,
 - 8) dbają o przestrzeganie przez podległych pracowników przepisów prawa oraz innych wewnętrznych aktów prawnych,
 - 9) przedstawiają Dyrektorowi właściwemu merytorycznie wniosków w sprawie zatrudniania, nagradzania lub karania podległych pracowników.

ROZDZIAŁ IV

Przebieg procesu udzielania świadczeń zdrowotnych

§ 23.

Zakres udzielanych świadczeń

1. Świadczenia zdrowotne udzielane są w zakresie:
 - 1.1 Stacjonarne całodobowe świadczenia zdrowotne szpitalne udzielane są pacjentom w funkcjonujących całą dobę oddziałach szpitalnych:
 - 1) Oddziale rehabilitacji pulmonologicznej z ośrodkiem rehabilitacji dziennej
 - 2) Oddziale alergologiczno - pulmonologicznym
 - 3) Klinice Pulmonologii z Warmińsko-Mazurskim Ośrodkiem Diagnozowania i Leczenia Rzadkich Chorób Układu Oddechowego

- 4) Oddziale pulmonologicznym z pododdziałem gruźlicy
 - 5) Oddziale onkologii z pododdziałem chemioterapii oraz w Ośrodku Zaburzeń Oddychania podczas Snu funkcjonującym w ramach Kliniki Pulmonologii z Warmińsko-Mazurskim Ośrodkiem Diagnozowania i Leczenia Rzadkich Chorób Układu Oddechowego
- 1.2 Ambulatoryjne świadczenia zdrowotne wykonywane są w:
- 1) Przychodni Specjalistycznej:
 - Poradni pulmonologicznej
 - Poradni gruźlicy
 - Poradni diagnostyki i leczenia bezdechu sennego
 - Poradni alergologicznej
 - Poradni onkologicznej
 - 2) Ośrodka domowego leczenia tlenem
2. W szpitalu wykonywane są świadczenia diagnostyczne w:
- 1) Pracowni diagnostyki obrazowej
 - 2) Dziale Diagnostyki Laboratoryjnej
 - 3) Pracowni bronchoskopii
 - 4) Pracowni badań czynnościowych i diagnostyki alergologicznej

§ 24.

Zasady udzielania świadczeń.

Przyjęcie do szpitala odbywa się całodobowo na zasadach określonych w ogólnie obowiązujących przepisach, z zachowaniem poniższych reguł:

- 1) pacjenta do oddziału przyjmuje się każdego dnia i o każdej porze na podstawie decyzji Ordynatora, Koordynatora, Kierownika oddziału lub jego zastępcy, a poza godzinami normalnej ordynacji, lekarza dyżurnego – w przypadkach medycznie uzasadnionych,
- 2) o przyjęciu do szpitala osoby zgłaszającej się lub skierowanej przez lekarza albo uprawnioną instytucję orzeka lekarz wyznaczony do tych czynności, po zapoznaniu się ze stanem zdrowia i uzyskaniu zgody tej osoby, jej opiekuna prawnego lub przedstawiciela ustawowego, chyba, że na mocy odrębnych przepisów możliwe jest przyjęcie do szpitala bez wyrażenia zgody,
- 3) jeżeli na skutek braku miejsc, zakresu udzielanych świadczeń lub względów epidemiologicznych, pacjent skierowany do leczenia szpitalnego nie może zostać przez szpital przyjęty, szpital, po udzieleniu niezbędnej pomocy medycznej, po uprzednim uzgodnieniu, kieruje pacjenta do innego podmiotu leczniczego.

§ 25.

Kolejność udzielania świadczeń.

1. Lista oczekujących prowadzona jest w sposób zapewniający poszanowanie zasady sprawiedliwego, równego, nie dyskryminującego i przejrzystego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej.
2. Zapisy na liście prowadzone są zgodnie z kryteriami medycznymi określonymi w przepisach Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 września 2005 roku w sprawie kryteriów medycznych, jakimi powinni kierować się świadczeniodawcy, umieszczając świadczeniobiorców na listach oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej.
3. Kwalifikacja pacjentów według kategorii medycznych, polega na tym, że na listach oczekujących umieszczani są pacjenci zaliczani do kategorii medycznej „Przypadek pilny” oraz „Przypadek stabilny”. Określenie kategorii medycznej ma wpływ na termin realizacji świadczenia.
4. Umieszczenie pacjenta na liście oczekujących następuje zgodnie z poniższymi kryteriami medycznymi opartymi na aktualnej wiedzy medycznej:
 - 1) stanem zdrowia pacjenta;
 - 2) rokowaniami co do dalszego przebiegu choroby;
 - 3) chorobami współistniejącymi mającymi wpływ na chorobę, z powodu której ma być udzielone świadczenie;
 - 4) zagrożeniem wystąpienia, utrwalenia lub pogłębienia niepełnosprawności.
5. Zasady wpisywania pacjentów na listy oczekujących:
 - 1) Wpisanie pacjenta na listę oczekujących następuje na bieżąco w dniu zgłoszenia.

- 2) Zgłoszenia przyjmowane są w dniach i godzinach pracy oddziału szpitalnego i Przychodni specjalistycznej,
- 3) Zgłoszenia osobiste:
 - a. pacjenci wpisywani są na listę oczekujących według kolejności zgłoszeń, zgodnie z określoną kategorią medyczną. Lekarz potwierdza kategorię medyczną (przypadek pilny, przypadek stabilny), wskazaną na skierowaniu wystawionym przez lekarza kierującego lub sam kwalifikuje pacjenta do odpowiedniej kategorii medycznej.
 - b. Wpisanie pacjenta na listę oczekujących następuje po stwierdzeniu, że posiada wymagane skierowanie na świadczenie danego rodzaju.
6. Zmiana terminu udzielenia świadczenia musi być odnotowana na liście oczekujących z podaniem powodu zmiany terminu udzielenia świadczenia.
7. Termin wizyty pierwszorazowej, który wybiera pacjent, inny niż pierwszy wolny termin oznaczany jest jako „Termin na życzenie pacjenta”.
8. Pacjenci objęci kontynuacją leczenia nie są umieszczani na listach oczekujących. W stanach nagłych świadczenia są udzielane pacjentowi niezwłocznie.
9. W razie zmiany stanu zdrowia, wskazującej na potrzebę udzielenia świadczenia w terminie wcześniejszym, niż pierwotnie ustalony, dokonuje się niezwłocznie korekty terminu udzielenia świadczenia i informuje pacjenta o nowym terminie. Podstawą przesunięcia na liście jest zaświadczenie lekarskie, adnotacja lekarza kierującego na skierowaniu lub kwalifikacja przez lekarza Zespołu przy zgłoszeniu osobistym.
10. W razie wystąpienia okoliczności, które uniemożliwiają zachowanie terminu wynikającego z listy oczekujących, właściwa komórka organizacyjna Zespołu (oddział szpitalny, poradnia specjalistyczna itp.) jest zobowiązana poinformować o tym fakcie pacjentów, w każdy dostępny sposób, podając nowy numer na liście oczekujących. Data i przyczyna zmiany podlega odnotowaniu na liście oczekujących.
11. W przypadku, gdy pacjent nie może stawić się w wyznaczonym terminie z powodów osobistych lub medycznych, lub gdy zrezygnował ze świadczenia, jest on zobowiązany niezwłocznie powiadomić o tym właściwą komórkę organizacyjną Zespołu (sekretariat oddziału szpitalnego, rejestrację poradni specjalistycznej itp.). Na liście oczekujących dokonuje się zmiany planowanego terminu udzielenia świadczenia oraz wpisuje się przyczynę tej zmiany.
12. W przypadku, kiedy pacjent nie stawi się w wyznaczonym dniu bez powiadomienia, zostaje skreślony z listy. Osoba dokonująca skreślenia odnotowuje na liście datę i przyczynę skreślenia. Skreślenia dokonuje się również na wniosek pacjenta, a także w momencie rozpoczęcia udzielenia świadczenia.
13. Wolne terminy na liście oczekujących przeznaczane są na przyspieszenie terminów realizacji świadczeń na rzecz pacjentów, którzy wyrażą zgodę na zmianę terminu, po zawiadomieniu ich o takiej możliwości. W pierwszej kolejności zawiadamia się pacjentów czekających najdłużej.
14. Zespół umożliwia pacjentom umawianie się na wizyty drogą elektroniczną, możliwość monitorowania statusu na liście oczekujących na udzielenie świadczenia oraz powiadamiania o terminie udzielenia świadczenia.

§ 26.

Przyjęcia pacjentów do szpitala.

1. Każdy pacjent podlega wstępnemu badaniu medycznemu, wykonywanemu przez lekarza, celem ustalenia kolejności świadczeń zdrowotnych w szpitalu.
2. W Izbie Przyjęć udziela się świadczeń w trybie planowym, nagłym oraz w razie wypadku masowego.
3. Przyjęcia planowe odbywają się w Izbie Przyjęć w godzinach 7⁰⁰ - 20⁰⁰.
 - 1) pacjent przyjmowany w trybie planowym zgłasza się w wyznaczonym terminie ze skierowaniem do szpitala, aktualnymi badaniami i inną dokumentacją leczenia oraz kompletem wymaganych dokumentów potwierdzających tożsamość
 - 2) pacjentom zgłaszającym się do izby przyjęć ze skierowaniem do oddziału onkologii z pododdziałem chemioterapii w celu zakwalifikowania do przyjęcia wykonuje się niezbędne badania diagnostyczne – laboratoryjne.

4. Przyjęcia w trybie nagłym odbywają się całodobowo.
 - 1) przez przyjęcie w trybie nagłym należy rozumieć zgłoszenie się pacjenta z nagłym pogorszeniem stanu zdrowia, kierowanego przez pomoc doraźną, lekarzy POZ, poradni specjalistycznej i bez skierowania,
 - 2) pacjenci w trybie nagłym przyjmowani są w pierwszej kolejności przed pacjentami planowymi,
 - 3) jeżeli z rozpoznania wstępnego wynikają bezwzględnie wskazania do natychmiastowego leczenia szpitalnego, lekarz wydaje konieczne zlecenia diagnostyczne i lecznicze, a następnie pacjent jest transportowany do właściwego oddziału,
 - 4) w sytuacji kiedy nie ma bezpośredniego zagrożenia życia, po zbadaniu przez lekarza dyżurnego izby przyjęć podaje się niezbędne leki, wykonuje niezbędne badania diagnostyczne, konsultacje specjalistyczne, a następnie podejmuje się decyzję o dalszym postępowaniu: odmowie przyjęcia, przyjęciu do oddziału, przekazaniu do innej placówki lub umówieniu na termin planowy.
5. W chwili ogłoszenia przez lekarza izby przyjęć wypadku masowego / wypadek z jednoczesnym transportem do szpitala 4 i więcej osób w stanie zagrożenia życia i zdrowia /, działalność całego szpitala jest ukierunkowana na pomoc poszkodowanym zgodnie z zasadą "zrobić jak najwięcej dla jak największej liczby poszkodowanych" z wykorzystaniem zasobów placówki oraz przy współpracy instytucji zewnętrznych.

§ 27.

Rzeczy osobiste i odzież pacjenta

1. Pacjent zgłaszający się do szpitala swoje rzeczy osobiste i odzież może przekazać towarzyszącym członkom rodziny lub upoważnionym osobom.
2. Odzież pozostawiona w szpitalu może być przechowywana w magazynie odzieży chorych.
3. Pieniądze i kosztowności pacjent może przekazać do depozytu szpitala.
4. Szpital nie odpowiada za rzeczy pozostawione w szpitalu i niezadeklarowane do przechowywania.
5. Przedmioty wartościowe znalezione przy pacjencie nieprzytomnym - w przypadku braku możliwości przekazania ich osobie bliskiej - zabezpiecza personel szpitala zgodnie z opisaną w odrębnych dokumentach procedurą.

§ 28.

Tożsamość pacjenta

1. Tożsamość pacjentów przyjmowanych do szpitala ustalona jest na podstawie dowodu osobistego lub innego dokumentu potwierdzającego tożsamość.
2. Pacjenci szpitala są zaopatrywani w znaki identyfikacyjne.
3. Znak identyfikacyjny zawiera informacje pozwalające na ustalenie imienia i nazwiska oraz daty urodzenia pacjenta w sposób uniemożliwiający identyfikację pacjenta przez osoby nieuprawnione.

§ 29.

Zawiadomienie członków rodziny o przyjęciu pacjenta bez ich wiedzy.

1. Lekarz Izby Przyjęć, lekarz dyżurny Izby Przyjęć lub lekarz właściwego oddziału postanawia o zawiadomieniu członków rodziny, przedstawiciela ustawowego lub opiekunów faktycznych pacjenta o:
 - 1) przyjęciu bez ich wiedzy do szpitala pacjenta nieprzytomnego,
 - 2) przyjęciu pacjenta w przypadku nagłym i ciężkim albo o znacznym pogorszeniu się stanu zdrowia pacjenta lub o jego zgonie,
 - 3) przeniesieniu pacjenta do innego podmiotu leczniczego z podaniem jego dokładnego adresu.

2. Zawiadomień, o których mowa w ust. 1 nie dokonuje się, jeżeli pacjent złoży takie zastrzeżenie.
3. Zawiadomienia, o którym mowa w ust.1, na zlecenie lekarza dokonuje pielęgniarka izby przyjęć lub oddziału.

§ 30.

Zawiadamianie Policji.

1. Lekarz Izby przyjęć lub Lekarz dyżurny jest obowiązany zgłosić, na podany przez jednostkę Policji numer telefonu, numer faksu lub adres poczty elektronicznej, fakt:
 - 1) przyjęcia pacjenta małoletniego, z którego przedstawicielem ustawowym albo opiekunem faktycznym nie można się skontaktować - nie później niż w okresie 4 godzin od przyjęcia;
 - 2) przyjęcia albo zgonu pacjenta, którego tożsamości nie można ustalić albo potwierdzić na podstawie dokumentów stwierdzających tożsamość - nie później niż w okresie 8 godzin odpowiednio od przyjęcia albo zgonu.
 - 3) przyjęcia osoby zaginionej w rozumieniu art. 14 ust. 1 pkt 3 ustawy z dnia 6 kwietnia 1990 roku o Policji.
2. W każdym przypadku zgłoszenia się do szpitala i przyjęcia pacjenta o nieznanym danych osobowych, z chorobą lub obrażeniami ciała mogącymi być skutkiem działania przestępczego lekarz dyżurny izby przyjęć powiadamia policję.

§ 31.

Przekazanie na oddział

Po wyrażeniu pisemnej zgody na hospitalizację i leczenie pacjent powinien być odprowadzony lub przetransportowany do właściwego oddziału wraz z założoną dokumentacją medyczną.

§ 32.

Organizacja procesu udzielania świadczeń w oddziale

Pacjent zostaje przyjęty do oddziału przez pielęgniarkę dyżurną, która zapoznaje pacjenta z topografią oddziału i kartą praw pacjenta, a także odnotowuje przyjęcie pacjenta w dokumentacji medycznej.

§ 33.

Planowanie procesu leczenia i ustalanie planu opieki

1. Badanie i zebranie informacji w celu ustalenia rozpoznania, ustalenia wstępnego procesu leczenia i procesu pielęgnowania powinno być przeprowadzone bezpośrednio po przyjęciu do oddziału z zachowaniem zasad prywatności.
2. Plan opieki nad pacjentem jest opracowany przez zespół terapeutyczny oddziału w ciągu 24 godzin od przyjęcia i modyfikowany w zależności od potrzeb, zaś pacjent zostaje poinformowany o głównych założeniach planu oraz o osobach sprawiających nad nim opiekę.
3. W ciągu 24 godzin od przyjęcia opracowany zostaje lekarski plan opieki, który w zależności od wyników badań dodatkowych i stanu ogólnego jest modyfikowany.
4. Pacjent jest informowany w sposób zrozumiały o stanie zdrowia, celu i sposobie wykonywania procedur, związanych z nim zmianach oraz o możliwościach alternatywnego postępowania diagnostycznego i terapeutycznego.
5. W ciągu 12 godzin od przyjęcia opracowany zostaje pielęgniarski plan opieki, który jest modyfikowany w zależności od stanu pacjenta, rozpoznania pielęgniarskiego i przebiegu procesu diagnostyczno – leczniczego.

§ 34.

Uzyskiwanie dodatkowej zgody pacjenta

1. Lekarz może zastosować metodę leczenia lub diagnostyki stwarzającej ryzyko dla pacjenta po uzyskaniu jego pisemnej zgody.
2. Przed wyrażeniem zgody przez pacjenta lekarz jest zobowiązany do przekazania mu w sposób przystępny i zrozumiały wyczerpujących informacji o celu, sposobie przeprowadzenia i możliwych powikłaniach danego zabiegu/badania oraz alternatywnych metodach postępowania.
3. Pielęgniarka, lekarz uzyskuje pisemną zgodę pacjenta na obecność i udział w procesie diagnostyczno - leczniczym studentów kierunków medycznych oraz innych osób przygotowujących się do wykonywania zawodu medycznego.
4. Wykaz procedur medycznych wymagających dodatkowej zgody pacjenta zatwierdza Zastępca Dyrektora ds. medycznych.
5. Wykaz znajduje się w katalogu standardów i procedur i jest uaktualniany w zależności od zakresu i rodzaju wykonywanych świadczeń medycznych.

§ 35.

Informacje o stanie zdrowia

1. Lekarz leczący ma obowiązek udzielić pacjentowi, w tym pacjentowi małoletniemu, który ukończył 16 lat lub jego przedstawicielowi ustawowemu informacji o rozpoznaniu, stanie zdrowia, proponowanych metodach diagnostycznych, leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania lub zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu. Informacje powinny być przekazywane z taktem i w sposób zrozumiały.
2. Lekarz może udzielać informacji innym osobom tylko za zgodą pacjenta. Pacjent przyjmowany do szpitala podaje w formie pisemnej dane osoby, którą upoważnia do uzyskiwania informacji o swoim stanie zdrowia. Informacje te zawarte są w historii choroby.
3. W sytuacjach, jeśli rokowanie jest niepomyślne, lekarz może ograniczyć informacje o stanie zdrowia i rokowaniu w przypadku:
 - 1) gdy pacjent wyraźnie i świadomie sobie tego życzy,
 - 2) jeżeli wg oceny lekarza przemawia za tym dobro pacjenta.
4. Informacji o stanie zdrowia pacjenta udzielają wyłącznie: ordynatorzy, lekarze prowadzący lub lekarze dyżurni, w ustalonych godzinach.
5. W przypadkach szczególnie uzasadnionych informacje udzielane są w każdym czasie.
6. Informacji o stanie zdrowia nie udziela się przez telefon. Dopuszcza się powiadamianie telefoniczne w przypadku nagłego pogorszenia się stanu zdrowia, powodującego zagrożenie życia.
7. Pielęgniarki mogą udzielać informacji wyłącznie dotyczących opieki pielęgniarskiej.

§ 36.

Zasady przeprowadzania konsultacji lekarskich

1. Decyzję o konsultacji podejmuje lekarz leczący, który:
 - 1) zakłada kartę konsultacji specjalistycznych,
 - 2) informuje pacjenta o konieczności konsultacji.
2. Lekarz leczący lub upoważniona osoba uzgadnia telefonicznie termin konsultacji.
3. Przy zgłaszaniu konsultacji obowiązuje podanie nazwy szpitala, oddziału, danych pacjenta, celu oraz trybu konsultacji /pilny, planowy/.
4. Kartę konsultacji specjalistycznej wypełnia lekarz konsultujący i jest ona włączana do indywidualnej dokumentacji medycznej pacjenta.
5. Decyzję o wdrożeniu zaleceń konsultanta podejmuje lekarz prowadzący.
6. Na podstawie kart konsultacji specjalistycznych prowadzona jest ewidencja zbiorcza udzielanych konsultacji.

§ 37.

Zasady odwiedzin

1. Odwiedziny pacjentów odbywają się codziennie.
2. Odwiedzanie pacjentów może być wstrzymane decyzją Dyrektora lub Z-cy Dyrektora ds. medycznych z powodu zagrożenia epidemiologicznego oraz z innych ważnych przyczyn.
3. Jednego pacjenta mogą odwiedzać jednocześnie 2 osoby, w tym dzieci powyżej 10 roku życia.
4. Odwiedzających obowiązuje zachowanie ciszy i spokoju oraz zakaz wnoszenia na teren szpitala napojów alkoholowych oraz środków odurzających.
5. W przypadku izolacji pacjenta, na polecenie personelu oddziału, osoby odwiedzające mają obowiązek założyć odzież ochronną (fartuch, maska).

§ 38.

Przeniesienie pacjenta

1. Przekazanie pacjenta na inny oddział odbywa się ze wskazań medycznych i organizacyjnych i po uzyskaniu zgody pacjenta.
2. Przeniesienie pacjenta na inny oddział w ramach jednego pobytu w szpitalu poprzedzone jest uzgodnieniem terminu z ordynatorem lub upoważnionym przez niego lekarzem.
3. Lekarz z oddziału, z którego pacjent jest przenoszony, sporządza wypis z oddziału. Zakończoną historię przekazuje się do Działu promocji, jakości i rozwoju.
4. Pielęgniarka oddziałowa powiadamia o wypisie i przeniesieniu pacjenta Izbę Przyjęć oraz Dział promocji, jakości i rozwoju. Izba przyjęć zakłada nową historię choroby z tym samym numerem Księgi Głównej i z danymi oddziału na który pacjent został przeniesiony.
5. Lekarz prowadzący lub pielęgniarka informują rodzinę chorego o decyzji przeniesienia na inny oddział.

§ 39.

1. Przekazanie pacjenta do innego podmiotu leczniczego celem dalszej opieki wymaga wystawienia skierowania oraz uzgodnienia miejsca z ordynatorem lub lekarzem dyżurnym.
2. Ordynator lub lekarz dyżurny przekazujący pacjenta do innego zakładu dokonuje adnotacji w historii choroby, do jakiej placówki został pacjent przekazany i z kim zostało ustalone przyjęcie.
3. Wraz z pacjentem przekazuje się kartę informacyjną leczenia szpitalnego.
4. Zakończoną historię przekazuje się do pracownika Działu promocji, jakości i rozwoju.
5. O przekazaniu pacjenta do innej placówki lekarz prowadzący lub lekarz dyżurny powiadamia niezwłocznie rodzinę lub przedstawiciela ustawowego.
6. Transport pacjentów przy planowym przekazaniu pacjenta do innego podmiotu leczniczego odbywa się w godz. 7⁰⁰ – 15⁰⁰ z udziałem ratownika lub pielęgniarki.
7. Transport pacjentów wymagających natychmiastowego przekazania do innego podmiotu leczniczego odbywa się transportem sanitarnym.
8. Decyzję o rodzaju wymaganego środka transportu podejmuje lekarz prowadzący, Ordynator, a w przypadku transportu poza granice Olsztyna – wymagana jest pisemna zgoda Zastępcy Dyrektora ds. medycznych lub Lekarza dyżurnego Izby Przyjęć.

§ 40.

Dyżury lekarskie:

1. Dyżury lekarskie odbywają się na podstawie harmonogramu dyżurów lekarskich, sporządzanego do dnia 20 miesiąca poprzedzającego miesiąc objęty harmonogramem.
2. Obowiązek opieki lekarskiej poza normalną ordynacją szpitala rozpoczyna się w dni powszednie o godz. 15²⁵ i kończy o godz. 7²⁵ dnia następnego, a w soboty, niedziele i święta w godz. od 7²⁵ do 7²⁵ dnia następnego.
3. Realizacja zadań wynikających z umowy kończy się po rozpoczęciu normalnej ordynacji lekarskiej w oddziale, a w soboty, niedziele i święta po zgłoszeniu się lekarza przejmującego opiekę lekarską nad pacjentami wg harmonogramu opieki lekarskiej poza godzinami normalnej ordynacji szpitala, któremu zdający przekaze raport z wykonywanych zadań

- (udzielanych świadczeń) i zapozna ze stanem pacjentów. Jednocześnie osoba przejmująca opiekę dokona wpisu w zeszycie raportów lekarskich z adnotacją na wstępie raportu o treści „Zostałem(a) poinformowany(a) o stanie pacjentów”.
4. Osoba zdająca dyżur ma obowiązek przekazać wszystkie istotne informacje o stanie pacjentów, Lekarzowi dyżurnemu lub lekarzowi prowadzącemu. Jednocześnie osoba kończąca dyżur dokona wpisu w zeszycie raportów lekarskich z adnotacją na końcu raportu o treści „przekazano informacje o stanie zdrowia pacjentów”, z jego autoryzacją podpisem i pieczętką.
 5. Lekarz obejmujący dyżur, poprzez złożenie podpisu wraz z pieczętką imienną jako osoba „obejmująca dyżur” pod raportem lekarskim osoby zdającej dyżur, poświadcza fakt zaznajomienia się ze stanem pacjentów.
 6. Lekarz pełniący dyżur medyczny zobowiązuje się do zapewnienia właściwej opieki lekarskiej, poza normalną ordynacją szpitala służącej zachowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia pacjentów szpitala, zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, zasadami etyki zawodowej i należytą starannością, a także z poszanowaniem praw pacjenta.
 7. W godzinach poza normalną ordynacją szpitala, lekarzowi pełniącemu opiekę lekarską w izbie przyjęć, przysługują kompetencje i uprawnienia Dyrektora i Zastępcy Dyrektora ds. medycznych. W przypadku zdarzeń o charakterze nadzwyczajnym, spraw trudnych, w miarę możliwości, lekarz ten konsultuje telefonicznie podejmowane decyzje z Dyrektorem i/lub Zastępcą Dyrektora ds. medycznych, ewentualnie, niezwłocznie, powiadamia ich o podjętych działaniach. Informacja o działaniach, podjętych w ramach kompetencji Dyrektora/Zastępcy Dyrektora ds. medycznych, powinna zostać przekazana w formie pisemnej notatki w pierwszym dniu roboczym po zakończonym dyżurze. Lekarz ten ponosi odpowiedzialność za zapewnienie należytego funkcjonowania szpitala i bezpieczeństwo pacjentów. Lekarz jest zobowiązany przebywać na terenie szpitala przez cały czas pełnienia dyżuru.
 8. Zadania Lekarza dyżurnego, zarówno pełniącego dyżur w Izbie Przyjęć jak i na oddziałach zostały określone w Załączniku Nr 1 – Regulamin Izby Przyjęć.
 9. Wszelkie zmiany w harmonogramie dyżurów mogą być dokonywane wyłącznie po uprzedniej akceptacji zmiany przez Zastępcę Dyrektora ds. medycznych, z co najmniej dwudniowym wyprzedzeniem.

§ 41.

Wypisanie ze szpitala.

1. Wypisanie ze szpitala, jeżeli przepisy szczegółowe nie stanowią inaczej, następuje:
 - 1) gdy stan zdrowia nie wymaga dalszego leczenia w szpitalu,
 - 2) na żądanie pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego,
 - 3) gdy pacjent w sposób rażący narusza przebieg udzielania świadczeń zdrowotnych, a nie zachodzi obawa, że odmowa lub zaprzestanie udzielania świadczeń może spowodować bezpośrednio niebezpieczeństwo dla jego życia lub zdrowia albo życia lub zdrowia innych osób.
2. Osoba występująca o wypisanie ze szpitala na własne żądanie jest informowana przez lekarza o możliwych następstwach zaprzestania leczenia w szpitalu. Osoba ta składa pisemnie oświadczenie o wypisaniu ze szpitala na własne żądanie. W przypadku braku takiego oświadczenia lekarz sporządza adnotację w dokumentacji medycznej.
3. W przypadku żądania przez przedstawiciela ustawowego wypisania pacjenta ze szpitala, którego stan zdrowia wymaga dalszego udzielania świadczeń zdrowotnych, można odmówić wypisania do czasu wydania orzeczenia przez sąd opiekuńczy, chyba, że odrębne przepisy stanowią inaczej.
4. Lekarz prowadzący zgłasza ordynatorowi wniosek o wypisanie pacjenta niezwłocznie po zakończeniu leczenia szpitalnego, przygotowuje kartę informacyjną, omawia z pacjentem dalsze zalecenia.
5. Do chwili opuszczenia szpitala pacjent pozostaje w rejestrze chorych.
6. W przypadku, gdy pacjent z uwagi na stan zdrowia nie wymaga hospitalizacji, a nie chce opuścić szpitala, ponosi on koszty hospitalizacji bez względu na uprawnienia do bezpłatnych świadczeń. Decyzję tę podejmuje Dyrektor na wniosek ordynatora.

§ 42.

Obowiązki podmiotu leczniczego w razie śmierci pacjenta.

1. Zwłoki osoby, która zmarła w szpitalu, mogą być poddane sekcji, w szczególności, gdy zgon tej osoby nastąpi przed upływem 12 godzin od przyjęcia do szpitala, z zastrzeżeniem ust. 2.
2. Zwłoki osoby, która zmarła w szpitalu, nie są poddawane sekcji, jeżeli przedstawiciel ustawowy tej osoby wyraził sprzeciw lub uczyniła to osoba za życia. W takim przypadku o zaniechaniu sekcji zwłok sporządza się adnotację w dokumentacji medycznej i załącza sprzeciw.
3. Zastępca Dyrektora ds. medycznych na wniosek właściwego ordynatora lub lekarza prowadzącego, zarządza dokonanie lub zaniechanie sekcji.
4. Zaniechania sekcji zwłok 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 w przepisach o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi.
5. W dokumentacji medycznej osoby, która zmarła w szpitalu, sporządza się adnotację o dokonaniu lub zaniechaniu sekcji zwłok, z odpowiednim uzasadnieniem.
6. Postępowanie w razie zgonu pacjenta w szpitalu:
 - 1) w razie śmierci chorego w oddziale pielęgniarka bezzwłocznie powiadamia o tym lekarza leczącego lub lekarza dyżurnego,
 - 2) w razie zgonu pacjenta, którego tożsamość nie została ustalona lub zgonu co do którego istnieje podejrzenie, że nastąpił wskutek przestępstwa lub nieszczęśliwego wypadku lekarz, po konsultacji z ordynatorem, powinien niezwłocznie powiadomić jednostkę organizacyjną policji,
 - 3) lekarz powinien natychmiast dokonać oględzin zmarłego, stwierdzić zgon i jego przyczynę oraz odnotować w historii choroby, na karcie gorączkowej i w księdze Ruchu Chorych – datę i godzinę śmierci,
 - 4) pielęgniarka powinna odnotować datę i godzinę śmierci w raporcie pielęgniarskim,
 - 5) w przypadku zgonu:
 - a) lekarz osobiście powiadamia rodzinę obecną w szpitalu przy zgonie
 - b) lekarz lub pielęgniarka powiadamiają niezwłocznie wskazaną przez pacjenta osobę lub instytucję, lub przedstawiciela ustawowego
 - c) pielęgniarki zabezpieczają rzeczy i przedmioty wartościowe pacjenta
 - d) po stwierdzeniu zgonu po 2 godzinach od śmierci pacjenta, lekarz wypełnia i przekazuje osobom uprawnionym do pochówku kartę zgonu
 - e) zwłoki pacjenta przechowuje się w oddziale przez 2 godziny, w wydzielonej sali
 - f) szpital ma obowiązek należyście przygotować zwłoki osoby zmarłej w celu wydania ich osobom uprawnionym
 - g) personel powiadamia telefonicznie firmę, z którą Zespół ma zawartą umowę, o potrzebie odebrania zwłok
 - h) rodzina zmarłego lub upoważniona przez nią firma pogrzebowa odbiera zwłoki wraz z kartą zgonu bezpośrednio z oddziału lub z chłodzi, w której są przechowywane zwłoki na zlecenie Zespołu.
- 6) W przypadku zgonu osoby bezdomnej, pielęgniarka telefonuje do właściwego ośrodka pomocy społecznej, który odpowiada za odebranie karty zgonu i zorganizowanie pogrzebu.
7. Zespół zobowiązany jest do ponoszenia kosztów przechowywania zwłok przez maksymalnie 72 godziny od zgonu pacjenta. Po upływie tego czasu Zespół ma prawo do żądania od osób lub instytucji uprawnionych do pochówku oraz podmiotów, na których zlecenie przechowuje się zwłoki w związku z toczącym się postępowaniem karnym, zwrotu opłat za przechowywanie zwłok w wysokości 190 zł za każdą rozpoczętą dobę.

§ 43.

Organizacja procesu udzielania specjalistycznych ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych.

1. Świadczenia zdrowotne w zakresie specjalistycznej opieki zdrowotnej udzielane są w poradniach wchodzących w skład Przychodni Specjalistycznej.
2. Świadczenia z zakresu ambulatoryjnej specjalistycznej opieki zdrowotnej w ramach ubezpieczenia zdrowotnego udzielane są na podstawie skierowania lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, z wyjątkiem świadczeń w poradni gruźlicy.
3. Pacjent ma prawo wyboru lekarza specjalisty spośród lekarzy udzielających świadczeń ambulatoryjnych.
4. Poradnie specjalistyczne prowadzą listy oczekujących na świadczenia.
5. Rejestracji pacjentów można dokonywać osobiście, telefonicznie lub za pośrednictwem Internetu - e-rejestracja.
6. Pacjent przyjmowany w poradni specjalistycznej zgłasza się w wyznaczonym terminie z:
 - 1) skierowaniem lekarskim, jeśli jest wymagane,
 - 2) wynikami wcześniej wykonanych badań,
 - 3) kartami informacyjnymi z leczenia szpitalnego, jeśli pacjent wcześniej był hospitalizowany inną dokumentacją przebiegu leczenia.
7. W uzasadnionych medycznie przypadkach lekarz specjalista wydaje skierowanie na:
 - 1) badanie diagnostyczne,
 - 2) do innych poradni specjalistycznych,
 - 3) na leczenie stacjonarne w szpitalu.
8. W uzasadnionych medycznie przypadkach lekarz specjalista może objąć pacjenta stałym leczeniem w poradni specjalistycznej.
9. Lekarz specjalista w określonych sytuacjach informuje lekarza sprawującego podstawową opiekę zdrowotną nad pacjentem o przebiegu leczenia oraz objęciu pacjenta stałym leczeniem specjalistycznym.
10. W Przychodni specjalistycznej w miejscu ogólnie dostępnym dla pacjentów oraz na stronie internetowej Zespołu umieszczone są informacje o:
 - 1) ogólnych zasadach udzielania świadczeń,
 - 2) sposobach rejestracji,
 - 3) dniach i godzinach przyjęć przez lekarzy specjalistów,
 - 4) nazwiskach lekarzy wraz z tygodniowym harmonogramem ich pracy oraz wyszczególnieniem godzin pracy każdego lekarza udzielającego świadczeń zdrowotnych.

§ 44.

Organizacja procesu udzielania świadczeń zdrowotnych w pracowniach diagnostycznych.

1. Pracownie diagnostyczne udzielają świadczeń zdrowotnych w celu rozpoznania stanu zdrowia i ustalenia dalszego postępowania leczniczego.
2. Świadczenie zdrowotne niemożliwe do wykonania w Zespole, zostaje zlecone do wykonania w zewnętrznych pracowniach diagnostycznych zgodnie z zawartymi umowami.

§ 45.

1. Przyjmowanie pacjentów do Pracowni diagnostyki obrazowej, pracowni bronchoskopii oraz pracowni badań czynnościowych i diagnostyki alergologicznej odbywa się planowo.
2. Badania w pracowniach określonych w ust. 1 wykonywane są po uprzedniej rejestracji telefonicznej lub osobistej. W pierwszej kolejności wykonywane są badania pacjentów z oddziałów szpitalnych.
3. W przypadkach nagłych dopuszczane są odstępstwa od wyznaczonych terminów.
4. Badania RTG, tomografii komputerowej oraz badanie bronchoskopowe dla pacjentów spoza szpitala wykonywane są wyłącznie na podstawie pisemnego skierowania wystawionego przez lekarza.

5. Płyty CD z zapisanymi na nich zdjęciami radiologicznymi pacjentów szpitalnych lub poradni szpitalnych wraz z opisami oraz opisy badania usg wraz ze zdjęciami, wyniki badań wykonanych w pracowni badań czynnościowych i diagnostyki alergologicznej przekazywane są lekarzom zlecającym badanie.
6. Pacjenci spoza szpitala otrzymują wyniki badań sporządzone przez lekarza do rąk własnych lub osoby upoważnionej.
7. Badania wykonywane w Dziale Diagnostyki Laboratoryjnej dla pacjentów z oddziałów szpitalnych wykonywane są codziennie na podstawie skierowania lekarza. Wyniki badań laboratoryjnych lekarz prowadzący odczytuje niezwłocznie w systemie elektronicznym, w wersji papierowej przynoszone są do oddziału przez pracownika transportu.
8. Badania wykonywane w Dziale Diagnostyki Laboratoryjnej dla pacjentów spoza szpitala, wykonywanie są na podstawie skierowania lekarza lub bez skierowania, za odpłatnością.

§ 46.

Warunki współdziałania z innymi podmiotami leczniczymi w zakresie zapewnienia prawidłowej diagnostyki, leczenia pacjentów i ciągłości postępowania.

1. Zespół współdziała z innymi podmiotami leczniczymi w zakresie zapewnienia prawidłowości diagnostyki, leczenia i ciągłości postępowania poprzez zawieranie umów zgodnie z ustawą o działalności leczniczej z dnia 15 kwietnia 2011 roku oraz poprzez bezpośrednie kontaktowanie się personelu medycznego z właściwymi placówkami medycznymi, stosownie do potrzeb wynikających z procesu leczenia i na zasadach określonych odrębnymi przepisami.
2. W każdej komórce organizacyjnej Zespołu znajduje się telefon sieci stacjonarnej oraz spis telefonów i adresów podmiotów leczniczych i innych podmiotów, z którymi Zespół współpracuje.
3. Zespół komunikuje się ze służbami ratowniczymi (pogotowie ratunkowe, policja, straż pożarna, pogotowie gazowe) za pomocą telefonii stacjonarnej i komórkowej.
4. Zwrot sprzętu dostarczanego z pacjentem np. ortopedycznego, następuje na zasadach uzgodnionych z zespołem transportującym pacjenta do szpitala.

§ 47.

Dokumentacja medyczna.

1. Dokumentacja medyczna zawiera co najmniej:
 - 1) oznaczenie pacjenta, pozwalające na ustalenie jego tożsamości:
 - a) nazwisko i imię (imiona)
 - b) datę urodzenia
 - c) oznaczenie płci
 - d) adres miejsca zamieszkania
 - e) numer PESEL, jeżeli został nadany, a w przypadku osób, które nie mają nadanego numeru PESEL - rodzaj i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość
 - f) w przypadku gdy pacjentem jest osoba małoletnia, całkowicie ubezwłasnowolniona lub niezdolna do świadomego wyrażenia zgody – nazwisko i imię (imiona) przedstawiciela ustawowego oraz adres jego miejsca zamieszkania.
2. Dokumentację medyczną, w trybie zapewniającym zachowanie poufności i ochronę danych osobowych udostępnia się w następujących formach:
 - a) do wglądu, w tym także do baz danych w zakresie ochrony zdrowia, w siedzibie SPZGiChP, z zapewnieniem pacjentowi lub innym uprawnionym organom lub podmiotom możliwości sporządzenia notatek lub zdjęć;
 - b) poprzez sporządzenie jej wyciągu, odpisu, kopii lub wydruku;
 - c) na informatycznym nośniku danych - poprzez skopiowanie dokumentacji w formie elektronicznej na nośnik danych (płyta CD, DVD, pendrive itp.)
 - d) za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej – poprzez udostępnienie zaszyfrowanego pliku drogą elektroniczną;

- e) poprzez wydanie oryginału za pokwitowaniem odbioru i z zastrzeżeniem zwrotu po wykorzystaniu, na żądanie organów władzy publicznej albo sądów powszechnych, a także w przypadku gdy zwłoka w wydaniu dokumentacji mogłaby spowodować zagrożenie życia lub zdrowia pacjenta.
3. Dokumentacja medyczna prowadzona w postaci papierowej może być udostępniona przez sporządzenie kopii w formie odwzorowania cyfrowego (skanu) i przekazanie w sposób określony w ust. 2 lit. c) lub d), na żądanie pacjenta lub innych uprawnionych organów lub podmiotów.
4. Za udostępnienie dokumentacji medycznej w sposób określony ust. 2 pkt b, c, d podmiot leczniczy pobiera opłatę. Opłaty za udostępnienie dokumentacji maksymalnie wynoszą:
- 1) za jedną stronę wyciągu lub odpisu dokumentacji medycznej – 0,002 przeciętnego wynagrodzenia w poprzednim kwartale, począwszy od pierwszego dnia następnego miesiąca po ogłoszeniu przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego w Dzienniku Urzędowym Rzeczypospolitej Polskiej "Monitor Polski" na podstawie art. 20 pkt 2 ustawy z dnia 17 grudnia 1998 roku o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (Dz. U. z 2018 roku, poz. 1270 t.j.),
 - 2) za jedną stronę kopii, wydruku oraz odwzorowania cyfrowego (skanu) dokumentacji medycznej - 0,00007 przeciętnego wynagrodzenia, o którym mowa w pkt 1),
 - 3) za udostępnienie dokumentacji medycznej na informatycznym nośniku danych - 0,0004 przeciętnego wynagrodzenia, o którym mowa w pkt 1),
5. W przypadku, gdy udostępnienie dokumentacji nie jest możliwe, odmowa wymaga zachowania formy pisemnej oraz podania przyczyny.
6. Opłaty nie pobiera się w przypadku gdy dokumentacja jest udostępniana:
- pacjentowi albo jego przedstawicielowi ustawowemu po raz pierwszy w żądanym zakresie i w sposób, o którym mowa w ust. 2 pkt b i c oraz ust. 3;
 - 2) w związku z postępowaniem przed wojewódzką komisją do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych.

ROZDZIAŁ V

Prawa i obowiązki pacjenta

§ 48.

Prawa pacjenta:

1. Pacjent ma prawo do natychmiastowego udzielenia mu świadczeń zdrowotnych ze względu na zagrożenie zdrowia lub życia.
2. Pacjent ma prawo do świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej.
3. Szpital zapewnia pacjentowi produkty lecznicze i materiały medyczne oraz pomieszczenie i wyżywienie odpowiednie do stanu zdrowia.
4. Pacjent ma prawo, w sytuacji ograniczonych możliwości udzielenia odpowiednich świadczeń zdrowotnych, do przejrzystej, obiektywnej, opartej na kryteriach medycznych, procedury ustalającej kolejność dostępu do tych świadczeń.
5. Pacjent ma prawo żądać, aby udzielający mu świadczeń zdrowotnych:
 - 1) lekarz zasięgnął opinii innego lekarza lub zwołał konsylium lekarskie,
 - 2) pielęgniarka zasięgnęła opinii innej pielęgniarki.
6. Pacjent ma prawo do świadczeń zdrowotnych udzielanych z należytą starannością przez podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych w warunkach odpowiadających określonym w odrębnych przepisach wymaganiom fachowym i sanitarnym. Przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych osoby wykonujące zawód medyczny kierują się zasadami etyki zawodowej określonymi przez właściwe samorządy zawodów medycznych.
7. Zespół ma obowiązek poinformować pacjenta o przysługujących mu prawach.
8. Ponadto pacjent przyjęty do Szpitala ma prawo, na zasadach określonych poniżej, do:
 - 1) środków farmaceutycznych i materiałów medycznych,

- 2) pomieszczenia i wyżywienia odpowiedniego do stanu zdrowia,
- 3) opieki duszpasterskiej,
- 4) dodatkowej opieki pielęgnacyjnej sprawowanej przez osobę bliską lub inną osobę wskazaną przez siebie,
- 5) kontaktu telefonicznego lub korespondencyjnego z osobami z zewnątrz,
- 6) wskazania osoby lub instytucji, którą Szpital obowiązany jest powiadomić w przypadku pogorszenia się stanu zdrowia powodującego zagrożenie życia pacjenta, albo w razie śmierci pacjenta,
- 7) wyrażenia zgody, albo odmowy na umieszczenie w Szpitalu,
- 8) wypisania ze szpitala na własne żądanie i uzyskania od lekarza informacji o możliwych następstwach zaprzestania leczenia w Szpitalu.

§ 49.

1. Pacjent, jego przedstawiciel ustawowy lub opiekun faktyczny mają prawo do dostatecznie wczesnej informacji o zamiarze odstąpienia przez lekarza od leczenia pacjenta i wskazania przez tego lekarza możliwości uzyskania świadczenia zdrowotnego u innego lekarza lub podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych.
2. Pacjent ma prawo do informacji o rodzaju i zakresie świadczeń zdrowotnych udzielanych przez podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych, w tym o profilaktycznych programach zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych, realizowanych przez ten podmiot.

§ 50.

Pacjent ma prawo do zachowania w tajemnicy przez osoby wykonujące zawód medyczny i przygotowujące się do jego wykonywania, w tym udzielające mu świadczeń zdrowotnych, wszelkich informacji z nim związanych. Ochronie podlegają w szczególności informacje związane ze stanem zdrowia pacjenta.

§ 51.

1. Pacjent ma prawo do wyrażenia zgody albo odmowy na umieszczenie w szpitalu.
2. Pacjent ma prawo do wyrażenia zgody na udzielenie określonych świadczeń zdrowotnych lub odmowy wyrażenia takiej zgody, po uzyskaniu informacji w zakresie, o którym mowa w § 35 Regulaminu.
3. W przypadku zabiegu operacyjnego albo zastosowania metody leczenia lub diagnostyki stwarzających podwyższone ryzyko dla pacjenta, zgodę, o której mowa w ust.2, wyraża się w formie pisemnej.
4. Pacjent, w tym małoletni, który ukończył 16 lat, ma prawo do wyrażenia zgody na przeprowadzenie badania lub udzielenie innych świadczeń zdrowotnych przez lekarza.
5. Pacjent małoletni, który ukończył 16 lat, osoba ubezwłasnowolniona albo pacjent chory psychicznie lub upośledzony umysłowo, lecz dysponujący dostatecznym rozeznanieniem, ma prawo do wyrażenia sprzeciwu co do udzielenia świadczenia zdrowotnego, pomimo zgody przedstawiciela ustawowego lub opiekuna faktycznego. W takim przypadku wymagane jest zezwolenie sądu opiekuńczego.
6. Osoby wykonujące zawód medyczny, inne niż udzielające świadczeń zdrowotnych uczestniczą przy udzielaniu tych świadczeń tylko wtedy, gdy jest to niezbędne ze względu na rodzaj świadczenia. Uczestnictwo, a także obecność innych osób wymaga zgody pacjenta, a w przypadku pacjenta małoletniego, całkowicie ubezwłasnowolnionego lub niezdolnego do świadomego wyrażenia zgody, jego przedstawiciela ustawowego, i osoby wykonującej zawód medyczny, udzielającej świadczenia zdrowotnego.
7. Pacjent lub jego przedstawiciel ustawowy może wyrazić zgodę w formie pisemnej na wzięcie udziału w eksperymencie medycznym, po udzieleniu przez lekarza informacji o celach, sposobach i warunkach przeprowadzenia eksperymentu, spodziewanych korzyściach leczniczych lub poznawczych, ryzyku oraz o możliwości odstąpienia od udziału w eksperymencie w każdym jego stadium.
8. Pacjent lub jego przedstawiciel ustawowy może wyrazić zgodę w formie pisemnej na uczestnictwo w badaniu klinicznym, po wcześniejszym przekazaniu przez lekarza informacji dotyczących istoty, znaczenia, skutków i ryzyka związanego z badaniem klinicznym.

Uczestnik badania klinicznego może w każdej chwili bez konsekwencji wycofać się z badania klinicznego.

§ 52.

1. Pacjent ma prawo do poszanowania intymności i godności, w szczególności w czasie udzielania mu świadczeń zdrowotnych.
2. Prawo do poszanowania godności obejmuje także prawo do umierania w spokoju i godności. Pacjent znajdujący się w stanie terminalnym ma prawo do świadczeń zdrowotnych zapewniających łagodzenie bólu i innych cierpień.
3. Przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych może być obecna osoba bliska, chyba że istnieje prawdopodobieństwo wystąpienia zagrożenia epidemicznego lub zagrożenie bezpieczeństwa zdrowotnego pacjenta.
4. Pacjent lub jego przedstawiciel ustawowy ma prawo do wniesienia do rejestru sprzeciwów zastrzeżenia, aby po jego śmierci nie pobierano z jego zwłok tkanek, narządów lub komórek w innym celu niż dla ustalenia przyczyny zgonu.
5. Pacjent lub jego przedstawiciel ustawowy ma prawo złożyć pisemne zastrzeżenie, aby po jego śmierci odstąpić od sekcji zwłok. Sprzeciw ten nie jest skuteczny w przypadkach określonych w art. 31 ust. 4 ustawy o działalności leczniczej.

§ 53.

1. Pacjent ma prawo do dostępu do dokumentacji medycznej dotyczącej jego stanu zdrowia oraz udzielonych mu świadczeń zdrowotnych lub wskazania innej osoby, której dokumentacja ta może być udostępniona.
2. Pacjent ma prawo do zapewnienia ochrony danych zawartych w dokumentacji medycznej, z zastrzeżeniem wyjątków określonych przepisami prawa.

§ 54.

Pacjent lub jego przedstawiciel ustawowy mogą wnieść sprzeciw do Komisji Lekarskiej działającej przy Rzeczniku Praw Pacjenta wobec opinii albo orzeczenia, o których mowa w art. 2 ust. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 roku o zawodach lekarza i lekarza dentysty, jeżeli opinia albo orzeczenie ma wpływ na prawa lub obowiązki pacjenta wynikające z przepisów prawa.

§ 55.

1. Pacjent ma prawo do kontaktu osobistego, telefonicznego lub korespondencyjnego z innymi osobami.
2. Pacjent ma prawo do odmowy kontaktu z osobami trzecimi.
3. Pacjent ma prawo do wskazania osoby lub instytucji, którą Szpital obowiązany jest powiadomić w przypadku pogorszenia się stanu zdrowia powodującego zagrożenie życia pacjenta, albo w razie śmierci pacjenta.
4. Pacjent ma prawo do dodatkowej opieki pielęgnacyjnej, przez którą rozumie się opiekę, która nie polega na udzielaniu świadczeń zdrowotnych.
5. Koszty realizacji praw, o których mowa w ust. 1 i 4 ponosi pacjent.
6. Koszt opłaty za opiekę, o której mowa w ust. 4, ustala Dyrektor w drodze zarządzenia.

§ 56.

1. Pacjent ma prawo do opieki duszpasterskiej.
2. W sytuacji pogorszenia się stanu zdrowia lub zagrożenia życia podmiot leczniczy jest obowiązany umożliwić pacjentowi kontakt z duchownym jego wyznania.

§ 57.

Przechowywanie rzeczy wartościowych.

1. Pacjent ma prawo oddać na przechowanie do depozytu szpitala rzeczy wartościowe.

2. Rzeczami wartościowymi są:
 - 1) krajowe i zagraniczne pieniądze, papiery wartościowe,
 - 2) biżuteria,
 - 3) inne przedmioty uznawane za wartościowe przez pacjenta.

§ 58.

1. Pacjent przyjęty do szpitala powinien zgłosić rzeczy wartościowe do depozytu szpitala w godzinach urzędowych. Osoba przyjmująca rzeczy do depozytu sporządza w trzech egzemplarzach spis przedmiotów.
2. Jeden egzemplarz spisu przedmiotów składa się w depozycie, drugi egzemplarz wydaje się pacjentowi, trzeci pozostaje u osoby przyjmującej depozyt.
3. Na opakowaniu depozytu zamieszcza się dane pacjenta (imię i nazwisko), rodzaj depozytu, nr książki depozytowej. Trwale zamknięte opakowanie ostemplowuje się pieczęcią izby przyjęć oraz oddziału.
4. Spis przyjętych przedmiotów zawiera dane:
 - 1) imię i nazwisko pacjenta, datę urodzenia, miejsce zamieszkania,
 - 2) datę przyjęcia,
 - 3) imię, nazwisko, stanowisko osoby przyjmującej depozyt,
 - 4) opis i rodzaj przedmiotów, ich ilość, cechy szczególne,
 - 5) podpis pacjenta, osoby przyjmującej depozyt, ewentualnie innych osób.

§ 59.

1. Jeżeli pacjent przyjęty został do szpitala po godzinach pracy, w których można złożyć depozyt, rzeczy wartościowe składa się w depozycie oddziału, na którym pacjent przebywa i gdzie są zabezpieczone w metalowych kasetkach do czasu przekazania ich do depozytu.
2. Pielęgniarka oddziału bezpośrednio przy przyjęciu depozytu sporządza w trzech egzemplarzach spis przedmiotów, składa własnoręczny podpis obok podpisu pacjenta. Jeden egzemplarz spisu otrzymuje pacjent.
3. Przekazanie przedmiotów wartościowych do depozytu szpitala następuje wraz ze spisem, o którym mowa w ust. 2.

§ 60.

Pacjent ma prawo do składania skarg i wniosków.

1. Przedmiotem skargi może być w szczególności zaniedbanie lub nienależyte wykonanie zadań przez Zespół lub pracownika, naruszenie obowiązujących przepisów, a także nieprzestrzeganie praw pacjenta.
2. Wniesione przez pacjentów skargi i wnioski są rejestrowane i wyjaśniane
3. Zespół ma obowiązek udzielić skarżącemu odpowiedzi na zgłoszoną skargę lub wniosek w terminie 14 dni.

§ 61.

Pacjent ma prawo złożenia skargi i wniosku na temat działalności szpitala:

1. Osobiście do ordynatora, pielęgniarki oddziałowej lub Zastępcy Dyrektora ds. pielęgniarstwa.
2. Osobiście lub pisemnie do Dyrektora lub działającego w Zespole Pełnomocnika ds. Praw Pacjenta.
3. Anonimowo – wypełniając ankietę na temat przestrzegania praw pacjenta i wrzucając do skrzynki znajdującej się w na oddziale i w holu głównym Zespołu.

§ 62.

Pacjent może również złożyć skargę bezpośrednio do:

1. Rady Społecznej przy Samodzielnym Publicznym Zespole Gruźlicy i Chorób Płuc, 10 – 357 Olsztyn, ul. Jagiellońska 78
2. Podmiotu tworzącego – Urząd Marszałkowski, 10 – 552 Olsztyn, ul. Emilii Plater 1
3. NFZ Warmińsko-Mazurski Oddział w Olsztynie, ul. Żołnierska 16, 10-561 Olsztyn
4. Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej Lekarzy: 10–561 Olsztyn ul. Żołnierska 16 C
5. Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej Pielęgniarek i Położnych: 10–602 Olsztyn ul. Pstrowskiego 14K
6. Rzecznika Praw Pacjenta: ul. Młynarska 46, 01-171 Warszawa
7. Biura Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa

§ 63.

Podstawowe akty prawne określające prawa pacjenta:

1. Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 roku.
2. Ustawa z dnia 6 listopada 2008 roku o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.
3. Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej.
4. Ustawa z 5 grudnia 1996 roku o zawodach lekarza i lekarza dentysty.
5. Ustawa z 15 lipca 2011 roku o zawodach pielęgniarki i położnej.
6. Ustawa z 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.
7. Ustawa z 19 sierpnia 1994 roku o ochronie zdrowia psychicznego.
8. Ustawa z 1 lipca 2005 r. o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów.

§ 64.

1. Pacjent zobowiązany jest na terenie szpitala do:
 - 1) zachowania ciszy,
 - 2) przestrzegania zasad współżycia społecznego wobec innych pacjentów i personelu,
 - 3) przestrzegania zakazu palenia tytoniu, spożywania napojów alkoholowych i zażywania środków odurzających,
 - 4) dbania o higienę osobistą oraz o czystość i porządek w najbliższym otoczeniu,
 - 5) przestrzegania zaleceń personelu, dotyczących rozkładu dnia, zasad bezpieczeństwa przeciwpożarowego i bhp oraz innych zaleceń o charakterze porządkowym,
 - 6) stosowania się do zalecanej diety.
2. Pacjentowi nie wolno:
 - 1) przyjmować jakichkolwiek leków, suplementów diety i preparatów ziołowych bez wiedzy i zgody lekarza prowadzącego,
 - 2) uprawiać gier hazardowych,
 - 3) używać aparatów komórkowych w pobliżu aparatury elektronicznej,
 - 4) manipulować aparaturę medyczną, urządzeniami i instalacjami elektrycznymi, gazowymi, wentylacyjnymi i grzewczymi.
3. Pacjent nie może opuszczać oddziału / szpitala / bez wiedzy i zgody personelu medycznego tego oddziału.

ROZDZIAŁ VI
Postanowienia końcowe

§ 65.

1. Regulamin Organizacyjny jest ustalony przez Dyrektora po zasięgnięciu opinii Rady Społecznej.
2. Wszystkie zmiany i uzupełnienia Regulaminu wymagają zachowania trybu określonego w ust.1.

§ 67.

Integralną część Regulaminu stanowią załączniki zawierające regulaminy samodzielnych stanowisk i komórek organizacyjnych.

§ 68.

Regulamin Organizacyjny wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2020 roku.

Zatwierdził

REGULAMIN Izby Przyjęć

§ 1.

1. Do zadań Izby Przyjęć należy w szczególności:
 - 1) badanie chorych zgłaszających się do szpitala,
 - 2) przyjmowanie chorych zakwalifikowanych do leczenia szpitalnego,
 - 3) udzielanie pomocy doraźnej chorym, którzy nie zostali zakwalifikowani do leczenia szpitalu lub zostali zakwalifikowani do przyjęcia w późniejszym terminie,
 - 4) przekazywanie przyjmowanych pacjentów do oddziałów szpitalnych,
 - 5) udzielanie pierwszej pomocy w stanach zagrożenia życia lub zdrowia,
 - 6) organizacja i uczestniczenie w wyjazdach z pacjentami na badania i konsultacje poza szpitalem,
 - 7) zamawianie transportów zewnętrznych dla pacjentów Szpitala – w tym również realizowanych w trybie pilnym,
 - 8) prowadzenie dokumentacji medycznej zbiorczej (księga główna, księga odmów przyjęć, księga porad) zgodnie z wewnętrznymi procedurami dotyczącymi prowadzenia dokumentacji medycznej oraz w oparciu o obowiązujące przepisy prawne,
 - 9) zakładanie oraz prowadzenie indywidualnej dokumentacji pacjenta,
 - 10) udzielanie pacjentom i rodzinom niezbędnych informacji dotyczących funkcjonowania szpitala,
 - 11) obliczanie kosztów transportu finansowanych w całości lub części przez pacjentów.

§ 2.

1. Za organizację udzielania świadczeń i sprawne funkcjonowanie Izby Przyjęć odpowiada Kierownik Izby Przyjęć.
2. Za organizację pracy i jakość opieki pielęgniarskiej, zaopatrzenie w środki medyczne i materiałowe, sprawność techniczną sprzętu oraz za stan sanitarno – higieniczny pomieszczeń odpowiada pielęgniarka koordynująca.
3. Lekarz dyżurny pełni dyżur w każdy dzień tygodnia.
4. Do podstawowych obowiązków Lekarza dyżurnego Izby Przyjęć należy:
 - a) dokonywanie obchodów w godzinach wieczornych w dni powszednie, a w dni wolne od pracy w godzinach rannych i wieczornych,
 - b) badanie każdego chorego skierowanego do leczenia w szpitalu, przy wykorzystaniu możliwie dostępnych środków diagnostycznych oraz ustalanie linii postępowania diagnostycznego w celu rozpoczęcia leczenia w oddziale,
 - c) w przypadku wątpliwości diagnostycznych konsultowania się z lekarzami innych specjalności w celu ustalenia rozpoznania lub uzgodnienia dalszego postępowania,
 - d) współpraca z personelem średnim oddziału/izby przyjęć i innych komórek w zakresie niezbędnym do właściwego świadczenia usług medycznych,
 - e) przybywanie na wezwanie pielęgniarki do chorych wymagających pomocy,
 - f) nadzorowanie pracy personelu pielęgniarskiego w zakresie sprawowanej opieki nad pacjentami i realizacji zleceń lekarskich,
 - g) kierowanie pacjentów na leczenie w innych podmiotach leczniczych, jeżeli wymagać tego będzie stan zdrowia pacjenta, a potencjał diagnostyczny i leczniczy Zamawiającego nie zapewni możliwości dalszego leczenia,
 - h) w przypadku zgonu pacjenta, po 2 godzinach od śmierci, wypełnienia karty zgonu i przekazanie jej za pokwitowaniem osobie uprawnionej do pochówku, (o ile przyczyna zgonu nie budzi wątpliwości w ocenie lekarza stwierdzającego zgon i nie istnieją podstawy do przeprowadzenia sekcji zwłok).
 - i) przestrzeganie zasad Kodeksu Etyki Lekarskiej,

- j) przestrzeganie aktualnych przepisów bhp i p/poż oraz innych przepisów porządkowych wydanych przez Zamawiającego,
 - k) wykazywanie należytej dbałości o mienie Zamawiającego,
 - l) wykonywanie usług medycznych przy użyciu sprzętu i środków medycznych Zamawiającego,
 - m) udzielanie informacji o stanie zdrowia pacjentowi lub osobie upoważnionej do otrzymywania,
 - n) ordynowanie ze szczególną starannością leków narkotycznych oraz prowadzenia książki rozchodów leków narkotycznych,
 - o) niezwłoczne pisemne informowanie Zamawiającego o przypadkach przywożenia przez zespoły ratownictwa medycznego na Izbę Przyjęć pacjentów nie kwalifikujących się do leczenia pulmonologicznego.
 - p) dokonywanie wpisów w dokumentacji medycznej o ordynacji leków (karty zleceń) oraz podjętych działaniach diagnostyczno-leczniczych (obserwacje lekarskie),
5. W godzinach poza normalną ordynacją szpitala, lekarzowi pełniącemu opiekę lekarską w Izbie Przyjęć, przysługują kompetencje i uprawnienia Dyrektora i Zastępcy Dyrektora ds. medycznych. W miarę możliwości, lekarz ten konsultuje telefonicznie podejmowane decyzje z Dyrektorem i/lub Zastępcą Dyrektora ds. medycznych, ewentualnie niezwłocznie powiadamia ich o podjętych działaniach. Lekarz ten ponosi odpowiedzialność za zapewnienie należytego funkcjonowania szpitala i bezpieczeństwo pacjentów.
6. Lekarz ten ponosi odpowiedzialność za zapewnienie należytego funkcjonowania szpitala, a w szczególności:
- 1) sprawuje ogólny nadzór w sprawach medycznych poza normalną ordynacją zapewniając sprawne funkcjonowanie Zespołu,
 - 2) przyjmuje skargi i wnioski pacjentów oraz osób trzecich dotyczące zakresu działania Zespołu, odnotowując ten fakt w "Książce raportów",
 - 3) kieruje akcją udzielania pomocy chorym w przypadku masowego napływu poszkodowanych (katastrof),
 - 4) kieruje akcją ratowniczą w sytuacjach awaryjnych, zagrażających życiu i zdrowiu pacjentów, zgodnie z obowiązującymi w Zespole instrukcjami, do chwili przybycia osób odpowiedzialnych oraz służb i instytucji do tego powołanych,
7. W czasie pełnienia obowiązków Lekarza Dyżurnego, świadczy on usługi medyczne wyłącznie pacjentom szpitala oraz pacjentom zgłaszającym się do Izby Przyjęć

§ 3.

- 1. Izba przyjęć dokonuje przyjęć planowych pacjentów w dni robocze w godz. 7:00-16:00 oraz dokonuje przyjęć pacjentów w godzinach popołudniowych i nocnych oraz w dni wolne od pracy przez Lekarza dyżurnego i pielęgniarkę Izby Przyjęć,
- 2. Harmonogram dyżurów lekarskich Izby Przyjęć ustala się z Z-cą Dyrektora ds. medycznych,
- 3. Pielęgniarka Izby Przyjęć wraz z Z-cą Dyrektora ds. pielęgniarstwa ustala rozkład pracy personelu pielęgniarskiego.
- 4. W strukturze Izby Przyjęć funkcjonuje „patrol reanimacyjny”, który funkcjonuje na terenie całego Zespołu, i jest wzywany w sytuacji zgłoszenia przez personel oddziałów NZK oraz stanu nagłego zagrożenia życia lub zdrowia.

§ 4.

W Izbie przyjęć poza obowiązującą dokumentacją medyczną wynikającą z odrębnych przepisów prowadzi się:

- a) wykaz liczby łóżek wolnych na poszczególnych oddziałach szpitala,
- b) kartę informacyjną z pobytu w Izbie Przyjęć.

REGULAMIN
Oddziału rehabilitacji pulmonologicznej
z ośrodkiem rehabilitacji dziennej

§ 1.

1. Do zadań Oddziału należy:
 - 1) rozpoznanie i leczenie specjalistyczne w ramach hospitalizacji,
 - 2) prowadzenie rehabilitacji leczniczej i kompleksowych działań przyczyniających się do poprawy zdrowia pacjenta,
 - 3) zapewnienie kompleksowych, całodobowych świadczeń pielęgnacyjnych,
 - 4) zapewnienie ciągłości leczenia pacjentom,
 - 5) zapewnienie odpowiednich warunków socjalno-bytowych pacjentom przebywającym na oddziałach,
 - 6) prowadzenie szkoleń lekarzy specjalizujących się i studentów w zakresie rehabilitacji pulmonologicznej,
 - 7) współpraca z ośrodkami klinicznymi prowadzącymi działalność w określonym zakresie,
 - 8) szerzenie oświaty i profilaktyki zdrowotnej wśród pacjentów,
 - 9) opracowanie nowych i uaktualnianie obowiązujących procedur medycznych,
2. Za organizację udzielania świadczeń i funkcjonowanie oddziału odpowiada Kierownik oddziału.
3. Za organizację pracy i jakość opieki pielęgniarskiej, zaopatrzenie w środki medyczne i materiałowe, sprawność techniczną sprzętu oraz za stan sanitarno – higieniczny pomieszczeń odpowiada pielęgniarka koordynująca.

§ 2.

1. W Oddziale rehabilitacji pulmonologicznej z ośrodkiem rehabilitacji dziennej prowadzone są zajęcia dydaktyczne, prace badawcze praktyczne, praktyki zawodowe dla studentów, kursantów, słuchaczy polskojęzycznych oraz anglojęzycznych różnych kierunków medycznych.
2. Udostępnianie Oddziału rehabilitacji pulmonologicznej z ośrodkiem rehabilitacji dziennej na potrzeby dydaktyczne jest każdorazowo uregulowane stosownymi umowami i porozumieniami z jednostkami kształcącymi.
3. Udostępnianie Oddziału rehabilitacji pulmonologicznej z ośrodkiem rehabilitacji dziennej na potrzeby dydaktyczne nie może ograniczać dostępności świadczeń zdrowotnych określonych w statucie Zespołu i wynikających z zawartych przez Zespół umów na świadczenia zdrowotne.

§ 3.

1. W ramach rehabilitacji ogólnoustrojowej w ośrodku dziennym udzielane są:
 - 1) konsultacje lekarskie,
 - 2) zabiegi fizjoterapeutyczne, dostosowane do stanu klinicznego pacjenta,
 - 3) indywidualne zajęcia z pacjentem, w zależności od jego stanu zdrowia,
 - 4) zajęcia grupowe (nie więcej niż dziesięciu pacjentów na jednego fizjoterapeutę) oraz zajęcia indywidualne.
2. Każdy pacjent przebywający w oddziale objęty jest indywidualną opieką lekarską i pielęgniarską.

**REGULAMIN
Oddziału alergologiczno - pulmonologicznego**

§ 1.

1. Zadania Oddziału to:
 - 1) diagnostyka i terapia chorych ze schorzeniami układu oddechowego, w tym również schorzeniami alergicznymi dróg oddechowych, diagnostyka i leczenie alergii na jad owadów, diagnostyka alergii na leki,
 - 2) diagnostyka, rozpoznawanie i leczenie w ramach programów lekowych, w trybie hospitalizacji oraz w trybie ambulatoryjnym,
 - 3) zapewnienie kompleksowych, całodobowych świadczeń pielęgnacyjnych,
 - 4) zapewnienie pacjentom ciągłości leczenia,
 - 5) zapewnienie odpowiednich warunków socjalno-bytowych pacjentom przebywającym na oddziałach,
 - 6) szkolenie lekarzy specjalizujących się,
 - 7) szkolenie pielęgniarek w ramach szkolenia podyplomowego,
 - 8) szkolenie przeddyplomowe studentów uczelni medycznych, zgodnie z podpisanymi umowami oraz regulacjami wewnętrznymi,
 - 9) współpraca z ośrodkami klinicznymi prowadzącymi działalność w określonym zakresie,
 - 10) szerzenie oświaty i profilaktyki zdrowotnej wśród pacjentów,
 - 11) opracowanie nowych i uaktualnianie obowiązujących procedur medycznych,
2. Za organizację udzielania świadczeń i funkcjonowanie oddziału odpowiada koordynator oddziału.
3. Za organizację pracy i jakość opieki pielęgniarskiej, zaopatrzenie w środki medyczne i materiałowe, sprawność techniczną sprzętu oraz za stan sanitarno – higieniczny pomieszczeń odpowiada pielęgniarka oddziałowa.

§ 2.

1. W Oddziale alergologiczno-pulmonologicznym z ośrodkiem rehabilitacji dziennej prowadzone są zajęcia dydaktyczne, prace badawcze praktyczne, praktyki zawodowe dla studentów, kursantów, słuchaczy polskojęzycznych oraz anglojęzycznych różnych kierunków medycznych.
2. Udostępnianie Oddziału alergologiczno-pulmonologicznego potrzeby dydaktyczne jest każdorazowo uregulowane stosownymi umowami i porozumieniami z jednostkami kształcącymi.
3. Udostępnianie Oddziału alergologiczno-pulmonologicznego na potrzeby dydaktyczne nie może ograniczać dostępności świadczeń zdrowotnych określonych w statucie Zespołu i wynikających z zawartych przez Zespół umów na świadczenia zdrowotne.
4. W strukturze Oddziału zabezpiecza się 2 łóżka obserwacyjne dla pacjentów z podejrzeniem zakażenia SARS-CoV-2.

§ 3.

Każdy pacjent przebywający w oddziale objęty jest indywidualną opieką lekarską i pielęgniarską.

Załącznik nr 4

REGULAMIN

**Klinika Pulmonologii z Warmińsko-Mazurskim Ośrodkiem Diagnozowania
i Leczenia Rzadkich Chorób Układu Oddechowego**

§ 1.

1. Do zadań Kliniki Pulmonologii z Warmińsko-Mazurskim Ośrodkiem Diagnozowania i Leczenia Rzadkich Chorób Układu Oddechowego należy:
 - 1) diagnostyka, rozpoznawanie i leczenie specjalistyczne w ramach hospitalizacji,
 - 2) diagnostyka, rozpoznawanie i leczenie w ramach programów lekowych, w trybie hospitalizacji oraz w trybie ambulatoryjnym,
 - 3) zapewnienie kompleksowych, całodobowych świadczeń pielęgniarskich,
 - 4) zapewnienie ciągłości leczenia pacjentom,
 - 5) zapewnienie odpowiednich warunków socjalno – bytowych pacjentom przebywającym w oddziale,
 - 6) szkolenie lekarzy specjalizujących się,
 - 7) szerzenie oświaty i profilaktyki zdrowotnej wśród pacjentów,
 - 8) opracowywanie nowych i uaktualnianie już obowiązujących procedur medycznych,
 - 9) współpraca z ośrodkami klinicznymi prowadzącymi działalność w określonym zakresie,
 - 10) diagnostyka i leczenie zaburzeń oddychania w czasie snu,
 - 11) diagnostyka i leczenie chorób rzadkich płuc,
 - 12) szkolenie pielęgniarek odbywających staże w różnych formach dokształcania.
2. Za organizację udzielania świadczeń i funkcjonowanie oddziału odpowiada Koordynator.
3. W przypadku nieobecności Koordynatora za organizację udzielania świadczeń i funkcjonowanie zastępca.
4. Za organizację pracy i jakość opieki pielęgniarskiej, zaopatrzenie w środki medyczne i materiałowe, sprawność techniczną sprzętu oraz za stan sanitarno – higieniczny pomieszczeń odpowiada pielęgniarka oddziałowa.

§ 2.

1. W Klinice Pulmonologii z Warmińsko-Mazurskim Ośrodkiem Diagnozowania i Leczenia Rzadkich Chorób Układu Oddechowego prowadzone są zajęcia dydaktyczne, prace badawcze praktyczne, praktyki zawodowe dla studentów, kursantów, słuchaczy polskojęzycznych oraz anglojęzycznych różnych kierunków medycznych.
2. Udostępnianie Kliniki Pulmonologii z Warmińsko-Mazurskim Ośrodkiem Diagnozowania i Leczenia Rzadkich Chorób Układu Oddechowego na potrzeby dydaktyczne jest każdorazowo uregulowane stosownymi umowami i porozumieniami z jednostkami kształcącymi.
3. Udostępnianie Kliniki Pulmonologii z Warmińsko-Mazurskim Ośrodkiem Diagnozowania i Leczenia Rzadkich Chorób Układu Oddechowego na potrzeby dydaktyczne nie może ograniczać dostępności świadczeń zdrowotnych określonych w statucie Zespołu i wynikających z zawartych przez Zespół umów na świadczenia zdrowotne.

§ 3.

1. W strukturze Kliniki Pulmonologii z Warmińsko-Mazurskim Ośrodkiem Diagnozowania i Leczenia Rzadkich Chorób Układu Oddechowego funkcjonuje Ośrodek Zaburzeń Oddychania podczas Snu.
2. W strukturze Kliniki zabezpiecza się 2 łóżka obserwacyjne dla pacjentów z podejrzeniem zakażenia SARS-CoV-2.
3. Każdy pacjent przebywający w oddziale objęty jest indywidualną opieką lekarską i pielęgniarską.

**REGULAMIN
Oddziału pulmonologicznego
z pododdziałem gruźlicy**

§ 1.

1. Do zadań Oddziału należy:
 - 1) diagnostyka, rozpoznawanie i leczenie specjalistyczne w ramach hospitalizacji,
 - 2) diagnostyka, rozpoznawanie i leczenie w ramach programów lekowych, w trybie hospitalizacji oraz w trybie ambulatoryjnym,
 - 3) zapewnienie kompleksowych, całodobowych świadczeń pielęgniarskich,
 - 4) zapewnienie ciągłości leczenia pacjentom,
 - 5) zapewnienie odpowiednich warunków socjalno – bytowych pacjentom przebywającym w oddziale szkolenie lekarzy specjalizujących się,
 - 6) szerzenie oświaty i profilaktyki zdrowotnej wśród pacjentów,
 - 7) opracowywanie nowych i uaktualnianie już obowiązujących procedur medycznych,
 - 8) współpraca z ośrodkami klinicznymi prowadzącymi działalność w zakresie gruźlicy,
2. Za organizację udzielania świadczeń i funkcjonowanie oddziału odpowiada ordynator oddziału.
3. Za pracę i jakość opieki pielęgniarskiej, zaopatrzenie w środki medyczne
4. i materiałowe, sprawność techniczną sprzętu oraz za stan sanitarno – higieniczny pomieszczeń odpowiada pielęgniarka oddziałowa.

§ 2.

1. W Oddziale pulmonologicznym z pododdziałem gruźlicy prowadzone są zajęcia dydaktyczne, prace badawcze praktyczne, praktyki zawodowe dla studentów, kursantów, słuchaczy polskojęzycznych oraz anglojęzycznych różnych kierunków medycznych.
2. Udostępnianie Oddziału pulmonologicznego z pododdziałem gruźlicy na potrzeby dydaktyczne jest każdorazowo uregulowane stosownymi umowami i porozumieniami z jednostkami kształcącymi.
3. Udostępnianie Oddziału pulmonologicznego z pododdziałem gruźlicy na potrzeby dydaktyczne nie może ograniczać dostępności świadczeń zdrowotnych określonych w statucie Zespołu i wynikających z zawartych przez Zespół umów na świadczenia zdrowotne.

§ 3.

Każdy pacjent przebywający w oddziale objęty jest indywidualną opieką lekarską i pielęgniarską.

§ 4.

Pacjenci hospitalizowani w pododdziale, o którym mowa w ust. 1, nie mogą opuszczać terenu pododdziału bez zgody lekarza. Kontakty z osobami odwiedzającymi możliwe są wyłącznie w przeznaczonym do tego pomieszczeniu, za pomocą sprzętu audiowizualnego.

**REGULAMIN
Oddziału onkologii z pododdziałem chemioterapii**

§ 1.

1. Do zadań Oddziału należy:
 - 1) leczenie specjalistyczne w ramach hospitalizacji:
 - a) chemioterapia i leczenie powikłań po chemioterapii,
 - b) immunoterapii i leczenie powikłań po immunoterapii,
 - 2) diagnostyka, rozpoznawanie i leczenie w ramach programów lekowych, w trybie hospitalizacji oraz w trybie ambulatoryjnym,
 - 3) zapewnienie kompleksowych, całodobowych świadczeń pielęgniarskich,
 - 4) zapewnienie ciągłości leczenia pacjentom,
 - 5) zapewnienie odpowiednich warunków socjalno – bytowych pacjentom przebywającym w oddziale,
 - 6) szkolenie lekarzy i pielęgniarek specjalizujących się,
 - 7) szerzenie oświaty i profilaktyki zdrowotnej wśród pacjentów,
 - 8) opracowywanie nowych i uaktualnianie obowiązujących procedur medycznych,
 - 9) organizacja i prowadzenie badań klinicznych produktów leczniczych,
 - 10) współpraca z ośrodkami klinicznymi prowadzącymi działalność w zakresie leczenia nowotworów układu oddechowego.
2. W strukturze oddziału wyodrębniono działalność Ośrodka Badań Klinicznych.
3. W strukturze oddziału funkcjonuje Ambulatorium Onkologiczne, którego sale wyposażone są w specjalistyczne łóżka-fotele do aplikowania chemioterapii, ramach tzw. chemii jednego dnia [pacjenci po przyjęciu leków idą do domów].
4. Za organizację udzielania świadczeń i funkcjonowanie oddziału odpowiada ordynator oddziału.
5. Za organizację pracy i jakość opieki pielęgniarskiej, zaopatrzenie w środki medyczne i materiałowe, sprawność techniczną sprzętu oraz za stan sanitarno – higieniczny pomieszczeń odpowiada pielęgniarka oddziałowa.

§ 2.

1. W Oddziale onkologii z pododdziałem chemioterapii prowadzone są zajęcia dydaktyczne, prace badawcze praktyczne, praktyki zawodowe dla studentów, kursantów, słuchaczy polskojęzycznych oraz anglojęzycznych różnych kierunków medycznych.
2. Udostępnianie Oddziału onkologii z pododdziałem chemioterapii na potrzeby dydaktyczne jest każdorazowo uregulowane stosownymi umowami i porozumieniami z jednostkami kształcącymi.
3. Udostępnianie Oddziału onkologii z pododdziałem chemioterapii na potrzeby dydaktyczne nie może ograniczać dostępności świadczeń zdrowotnych określonych w statucie Zespołu i wynikających z zawartych przez Zespół umów na świadczenia zdrowotne.

§ 3.

Każdy pacjent przebywający w oddziale objęty jest indywidualną opieką lekarską i pielęgniarską.

**REGULAMIN
Przychodni Specjalistycznej**

§ 1.

Do zadań Przychodni Specjalistycznej należy w szczególności: udzielanie świadczeń w zakresie specjalistycznej ambulatoryjnej opieki zdrowotnej w wydzielonych poradniach.

§ 2.

W skład Przychodni Specjalistycznej wchodzi:

- 1) Poradnia pulmonologiczna,
 - 2) Poradnia gruźlicy,
 - 3) Poradnia diagnostyki i leczenia bezdechu sennego,
 - 4) Poradnia alergologiczna,
 - 5) Poradnia onkologiczna
2. Za organizację pracy i sprawną realizację zadań oraz jakość udzielanych świadczeń w poradniach odpowiedzialny jest Kierownik/ Koordynator.
 3. Za organizację i jakość udzielanych świadczeń pielęgniarских, wyposażenie w sprzęt i materiały niezbędne do realizacji świadczeń, za zgodne z procedurami i przepisami prawnymi prowadzenie dokumentacji, za stan sanitarno – higieniczny poradni odpowiada pielęgniarka koordynująca.

§ 3.

1. Pacjent ma prawo do wyboru lekarza specjalisty spośród lekarzy udzielających świadczeń ambulatoryjnych.
2. Świadczenia specjalistyczne udzielane są według kolejności zgłoszeń.
3. Poradnie specjalistyczne prowadzą listy oczekujących na świadczenia.
4. Rejestracja pacjentów może być dokonywana osobiście, telefonicznie i za pośrednictwem Internetu.

**REGULAMIN
Pracowni badań czynnościowych i diagnostyki alergologicznej**

§ 1.

Do zadań Pracowni diagnostycznych należy:

- 1) wykonywanie badań dla potrzeb szpitala i poradni,
- 2) w ramach realizacji umów z innym podmiotami - na podstawie skierowania,
- 3) realizacja programów profilaktycznych,
- 4) wykonywanie badań na zlecenie osób prywatnych, instytucji.

§ 2.

1. W Pracowni badań czynnościowych wykonywane są następujące badania:

- 1) spirometria,
- 2) ergospirometria,
- 3) bodypletyzmografia,
- 4) testy punktowe alergologiczne typu „prick”
- 5) TLCO współczynnik transferu płucnego dla tlenu węgla
- 6) pomiar stężenie tlenu azotu w wydychanym powietrzu (FENO)
- 7) inhalacyjny system prowokacji alergologicznych (ISPA)
- 8) test marszu
- 9) test wysiłkowy

§ 3.

W skład pracowni wchodzi:

- 1) pracownia badań czynnościowych,
- 2) pracownia diagnostyki alergologicznej.

§ 4.

Za organizację i jakość pracy pielęgniarek, zaopatrzenie w środki i materiały niezbędne do realizacji świadczeń diagnostycznych oraz za stan sanitarno-higieniczny pomieszczeń odpowiada pielęgniarka koordynująca.

§ 5.

1. Przyjmowanie chorych w pracowni odbywa się planowo po uprzedniej rejestracji telefonicznej lub osobistej.
2. Pacjenci przebywający na oddziałach są zgłaszani telefonicznie przed badaniem, a pracownia otrzymuje skierowanie na badanie w formie papierowej i elektronicznej.
3. W przypadku badań nagłych i niecierpiących zwłoki wykonuje się je poza kolejnością.
4. Bez skierowania mogą być wykonywane badania w ramach programów profilaktycznych.
5. Badania w pierwszej kolejności odbywają się dla pacjentów oczekujących w kolejce na udzielenie świadczenia, następnie dla chorych ze szpitala. Jeżeli zachodzi konieczność uzasadniona względami medycznymi i stanem zdrowia pacjenta – przyjęcie pacjenta odbywa się poza kolejnością.

§ 6.

1. Wyniki badania pacjentów szpitalnych odbierane są przez upoważnione osoby.

2. Wyniki badań pacjentów ambulatoryjnych wydawane są w tym samym dniu, pacjentom lub osobom przez nich upoważnionym.
3. Pracownia archiwizuje kopie wyników badań – w wersji papierowej i w elektronicznej.

§ 7.

Pracownia wykonuje wszelkie czynności administracyjne związane z jej zakresem działania, prowadzi statystykę oraz sporządza sprawozdania.

**REGULAMIN
Pracowni bronchoskopii**

§ 1.

1. Do zadań Pracowni bronchoskopii należy:
 - 1) wykonywanie badań bronchoskopowych oraz badań EBUS
 - a) na potrzeby naszego szpitala
 - b) ambulatoryjnych zgodnie z umową z Narodowym Funduszem Zdrowia
 - c) ambulatoryjnych na potrzeby innych jednostek szpitalnych na podstawie wystawionego skierowanie przez lekarza kierującego na badanie i uprzednim przedstawieniu odpowiedniego skierowania
 - d) odpłatnie dla osób nieubezpieczonych i na podstawie skierowania z prywatnych placówek opieki zdrowotnej,
 - 2) opracowywanie nowych i uaktualnianie obowiązujących procedur medycznych,
 - 3) współpraca w realizacji zakupów zgodnie z ustawą o zamówieniach publicznych,
 - 4) współudział w organizowaniu przetargów związanych z prowadzoną działalnością pracowni,
 - 5) organizowanie szkoleń wewnętrznych podnoszących kwalifikacje personelu.

§ 3.

Zabezpieczenie ciągłości pracy pracowni ustala Kierownik pracowni bronchoskopii w porozumieniu z Zastępcą Dyrektora ds. medycznych oraz Zastępcą Dyrektora ds. pielęgniarstwa.

§ 4.

1. Wykonywanie badań bronchoskopowych odbywa się według ustalonego poprzedniego dnia harmonogramu, badania ambulatoryjne wykonywane są po uprzednim uzgodnieniu telefonicznym dnia i godziny badania.
2. Chorzy przebywający na oddziałach na badanie kierowani są z historią choroby oraz właściwym skierowaniem na badanie.
3. Pobrany w trakcie badania materiał przekazywany jest do odpowiednich komórek szpitala, celem jego opracowania (po uprzednim wypełnieniu odpowiednich skierowań).
4. W przypadku pacjentów ambulatoryjnych wynik badania pacjenci otrzymują bezpośrednio po badaniu, drugi egzemplarz badania przechowywany jest w pracowni bronchoskopii.
5. Wyniki badań cytologicznych oraz histopatologicznych pacjentów oddziałowych przechowywane są w odpowiednich historiach chorób.
6. Wyniki badań cytologicznych oraz histopatologicznych pacjentów ambulatoryjnych przechowywane są w pracowni, drugi egzemplarz przesyłany jest do lekarza kierującego na badanie.

**REGULAMIN
Pracowni diagnostyki obrazowej**

§ 1.

1. Do zadań Pracowni diagnostyki obrazowej należy:
 - 1) wykonywanie badań:
 - a) dla potrzeb szpitala
 - b) na rzecz osób trzecich w ramach zawartych umów
 - c) odpłatnie
 - d) dla osób nieubezpieczonych i bez skierowania w ramach realizacji profilaktycznych programów zdrowotnych,
 - 2) opracowywanie nowych i uaktualnianie obowiązujących procedur medycznych,
 - 3) współpraca w realizacji zakupów zgodnie z ustawą o zamówieniach publicznych oraz zasadą racjonalności i gospodarności,
 - 4) współudział w organizowaniu przetargów związanych z prowadzoną działalnością,
 - 5) współpraca w zakresie ochrony środowiska.

§ 2.

1. Przyjmowanie chorych w pracowni odbywa się planowo i odpowiednio do warunków miejscowych.
2. Badania usg są wykonywane po uprzedniej rejestracji telefonicznej lub osobistej.
3. Pacjenci przebywający na oddziałach są zgłaszani telefonicznie przed badaniem, a dział diagnostyki otrzymuje skierowanie na badanie oraz historię choroby.
4. Badania rtg i usg pacjentów szpitalnych wykonywane są w pierwszej kolejności, następnie rejestrowani są pacjenci ambulatoryjni.
5. W przypadku nagłych i niecierpiących zwłoki dopuszczane są odstępstwa od wyznaczonych terminów.
6. Badania radiologiczne z użyciem promieniowania jonizującego wykonywane są wyłącznie na pisemne skierowanie lekarskie. W sytuacji zagrożenia zdrowia, lub życia pacjenta dopuszcza się wykonanie badania na ustne zlecenie lekarza, a lekarz zlecający jest zobowiązany do dostarczenia pisemnego skierowania w terminie późniejszym.

§ 3.

1. Zdjęcia radiologiczne wraz z opisami przechowywane są w systemie elektronicznej archiwizacji typu Pacs.
2. Płyty CD z zapisanym na nich zdjęciami radiologicznymi pacjentów z oddziałów lub poradni wraz z opisami przekazywane są do lekarzy zlecających badanie. Pacjenci spoza szpitala otrzymują osobiście płytę CD.

§ 4.

1. W przypadkach nagłych wyniki badań sporządzane są tego samego dnia, aby były od razu do dyspozycji oddziału. W innych przypadkach wyniki przygotowywane są na dzień następny tak, aby oddziały mogły korzystać z nich w czasie rannego obchodu.
2. Wyniki badania pacjentów szpitalnych odbierane są przez upoważnione osoby z personelu oddziałów. Wyniki badań pacjentów ambulatoryjnych wydawane są samym pacjentom lub osobom przez nich upoważnionym.

§ 5.

1. Pracownia archiwizuje kopie wyników badań.
2. Zdjęcia rtg i usg przechowywane są w systemie elektronicznej archiwizacji typu Pacs.

§ 6.

Pracownia wykonuje wszelkie czynności administracyjne związane z jej zakresem działania oraz prowadzi statystykę. Na podstawie danych o ruchu chorych i wykonywanych zabiegach, pracownia sporządza sprawozdania.

**REGULAMIN
Inspektora ochrony radiologicznej**

§ 1.

Inspektor ochrony radiologicznej w zakresie wykonywania swoich czynności podlega bezpośrednio Dyrektorowi Zespołu.

§ 2.

1. Do zadań inspektora ochrony radiologicznej należy nadzór nad przestrzeganiem przez jednostkę ochrony zdrowia warunków ochrony radiologicznej związanych z prowadzoną działalnością, w tym:
 - 1) opracowywanie instrukcji pracy ze źródłami promieniowania rentgenowskiego uwzględniające poszczególne stanowiska pracy i rodzaje wykonywanych czynności (badań) w celu stworzenia podstaw do bezpiecznego stosowania źródeł promieniowania jonizującego. Instrukcja winna być zatwierdzona przez właściwego terenowo państwowego wojewódzkiego inspektora sanitarnego,
 - 2) szkolenie pracowników oraz sprawdzanie i potwierdzanie ich kwalifikacji w zakresie znajomości zasad bezpiecznego wykonywania prac przy zastosowaniu promieniowania rentgenowskiego,
 - 3) wnioskowanie do Dyrektora w sprawach wyposażenia pracowni w sprzęt ochronny i dozy metryczny,
 - 4) ustalenie wykazu środków ochrony osobistej, aparatury dozymetrycznej i wyposażenia służącego do ochrony środowiska pracy,
 - 5) nadzór nad sprawnym działaniem aparatury rentgenowskiej i dozymetrycznej (aktualnością ich świadectw wzorcowania) właściwym przebiegiem procesu wywoływania filmów oraz nad dobrą jakością stosowanych materiałów i odczynników w celu zapewnienia dobrej jakości badań,
 - 6) przeprowadzanie kontrolnych pomiarów dozymetrycznych. Jeśli pracownia rentgenowska nie jest wyposażona w aparaturę dozymetryczną – wnioskowanie o przeprowadzenie tych pomiarów przez inną instytucję,
 - 7) nadzór nad prawidłowym oznakowaniem miejsc pracy ze źródłami promieniowania, stref ograniczonego czasu przebywania itp.,
 - 8) wyjaśnianie przyczyn każdego wzrostu dawek ponad dotychczasowy poziom, a w szczególności przekroczeń limitów dawek wynikających z okresu pomiaru,
 - 9) prowadzenie ewidencji:
 - a) osób zatrudnionych przy źródłach promieniowania,
 - b) dawek indywidualnych promieniowania jonizującego otrzymanych przez poszczególnych pracowników
 - 10) informowanie koordynatora pracowni o wynikach prowadzonego nadzoru w zakresie ochrony radiologicznej personelu i pacjentów oraz przedstawienie mu zaleceń w celu usuwania braków i niedociągnięć,
 - 11) przechowywanie następujących dokumentów:
 - a) aktualnego planu sytuacyjnego pracowni rtg (gabinetu) wraz z opisem zastosowanych osłon stałych – zatwierdzonych przez właściwego inspektora sanitarnego
 - b) wszelkiej dokumentacji dotyczącej aparatów rtg oraz aparatury dozymetrycznej znajdującej się w pracowni

- c) protokołów pokontrolnych PWIS, PIP oraz wyników własnych pomiarów dozymetrycznych
 - d) instrukcji pracy ze źródłami promieniowania
 - e) zbioru przepisów prawnych dotyczących zasad stosowania źródeł promieniowania jonizującego
 - f) dawek otrzymanych przez pracowników w pracowni rtg
 - g) książki wniosków i uwag inspektora w nadzorowanej pracowni.
2. Uprawniony jest do:
- 1) nadzoru nad przestrzeganiem zasad ochrony radiologicznej w pracowni,
 - 2) wstrzymywania prac ze źródłami promieniowania w przypadku gdy zostaną naruszone podstawowe przepisy z zakresu ochrony radiologicznej i powiadamianie o tym właściwego inspektora sanitarnego,
 - 3) przeprowadzania kontrolnych pomiarów dozymetrycznych,
 - 4) informowania pracowników o otrzymanych przez nich dawkach promieniowania jonizującego na podstawie nadsyłanych pomiarów przez Instytut Medycyny Pracy w Łodzi .

§ 3.

Inspektor ochrony radiologicznej posiadający uprawnienia typu odpowiadającego działalności prowadzonej przez jednostkę ochrony zdrowia sprawuje wewnętrzny nadzór nad przestrzeganiem wymagań ochrony radiologicznej w tej jednostce.

§ 4.

Harmonogram pracy inspektor ustala w porozumieniu z Dyrektorem Zespołu.

§ 5.

Inspektor ochrony radiologicznej współpracuje w szczególności z:

- 1) Dyrekcją
- 2) Działem obsługi szpitala
- 3) Specjalistą ds. BHP

§ 6.

Inspektor ochrony radiologicznej współpracuje w zakresie realizacji zadań z instytucjami zewnętrznymi, w szczególności z:

- 1) współpracą ze służbą bezpieczeństwa i higieny pracy
- 2) służbami przeciwpożarowymi w zakresie ochrony przed promieniowaniem jonizującym.

**REGULAMIN
Działu Diagnostyki Laboratoryjnej**

§ 1.

1. Zadaniem Działu Diagnostyki Laboratoryjnej, zwanego dalej DDL, jest wykonywanie badań laboratoryjnych u pacjentów:
 - 1) leczonych w szpitalu,
 - 2) przychodni,
 - 3) osób kierowanych przez inne podmioty, na podstawie zawartych umów,
 - 4) innych osób fizycznych.
2. Zakres badań ustala Dyrektor, na wniosek Kierownika.

§ 2.

W skład DDL wchodzi:

- 1) Pracownia analityki ogólnej
- 2) Pracownia biochemii
- 2) Pracownia hematologii z koagulologią
- 3) Pracownia immunologii transfuzjologicznej
- 4) Pracownia prątka gruźlicy
- 5) Pracownia bakteriologii
- 6) Pracownia immunochemii
- 7) pokój przygotowawczy dla badań cytologicznych

§ 3.

1. Pobranie i przekazanie materiału do badań:
 - 1) materiał do badań pobierany jest przez personel oddziałów i poradni szpitala, w oparciu o procedury pobierania materiału i jego przesyłania, z zastrzeżeniem pkt 2,
 - 2) wyjątek stanowią planowe badania takie jak: gazometria z naczyń włosnaczkowych, płątka ucha, wymazy prywatne lub czystościowe, do których materiał pobiera upoważniony personel laboratorium.
2. Przyjmowanie materiału do badań z komórek medycznych odbywa się w trybie planowym i pilnym.
3. Przyjmowanie badań wykonywanych w pracowni serologii transfuzjologicznej odbywa się w godzinach 7⁰⁰ – 13³⁰.
4. Harmonogram przyjmowania materiału do badań, ustala i podaje do wiadomości wszystkich komórek medycznych, Kierownik Działu diagnostyki laboratoryjnej.
5. Laboratorium przyjmuje jedynie materiał prawidłowo pobrany, opisany oraz z prawidłowo wypełnionym skierowaniem.
6. Materiał przeznaczony do pracowni serologii transfuzjologicznej dostarcza personel jednostki zlecającej do rąk personelu pracowni Immunologii transfuzjologicznej. Nie dopuszcza się dostarczania w/w materiału przez personel pomocniczy, czy tzw. transport, jak i pozostawianie go w okienku rejestracji.
7. Laboratorium ma prawo odmówić przyjęcia materiału do badań bądź zażądać powtórnego pobrania materiału:
 - 1) nieodpowiednio zabezpieczonego,
 - 2) nieprawidłowo opisanego,
 - 3) nieprawidłowo pobranego,

§ 4.

Wykonywanie badań:

- 1) badania w materiale przyjętym w trybie zwykłym, wykonuje się tego samego dnia; w szczególnych przypadkach, oznaczenia wykonuje się w kolejnym dniu, po uprzednim zabezpieczeniu materiału,

- 2) badania w materiale przyjętym w trybie pilnym wykonuje się w pierwszej kolejności - obowiązuje poprawne zaznaczenie trybu wykonywania badania na skierowaniu,
- 3) badanie, którego wynik wzbudził wątpliwość lekarza prowadzącego pacjenta, wykonywane jest ponownie bez zbędnej zwłoki,
- 4) materiał przystany do badań, stanowi własność DDL,
- 5) postępowanie z materiałem pozostałym po wykonaniu badań, oraz materiałem używanym do wykonywania analiz, określają odrębne procedury.

§ 5.

Kontrola wyniku badania:

- 1) badania wykonywane w DDL objęte są wewnętrzną kontrolą jakości, oraz okresowymi zewnętrznymi sprawdzianami krajowymi i międzynarodowymi,
- 2) codziennie, przed przystąpieniem do badań na materiale pobranym od pacjentów, wykonuje się badania sprawdzające na materiałach kontrolnych (surowica, osocze itp.) o znanym stężeniu określonej substancji, znanej aktywności enzymu. Tylko wyniki zgodne z oczekiwaną wartością stężenia / aktywności materiału kontrolnego w ramach dopuszczalnego błędu analitycznego, upoważniają do rozpoczęcia badań materiału pacjenta i do wydania wyniku,
- 3) każdy wynik badania jest autoryzowany przez diagnostę laboratoryjnego,
- 4) w celu skontrolowania wyniku badania, personel MLD może zażądać danych dotyczących pacjenta lub innych istotnych informacji klinicznych, niezbędnych do interpretacji otrzymanego wyniku.

§ 6.

Odbiór wyniku badania:

1. Wyniki badań w formie papierowej odbierają z laboratorium:
 - 1) pracownicy medycznych komórek szpitala (Oddziałów, Izby Przyjęć, Poradni),
 - 2) osobiście pacjenci spoza szpitala albo osoby przez nich upoważnione,
 - 3) wyniki pacjentów pochodzących z poradni, z którymi Zespół współpracuje, wysyłane są pocztą.
2. Wyniki wykonanych badań laboratoryjnych widoczne są dla osób upoważnionych w systemie elektronicznym Zespołu.
3. Wyniki wybranych badań, bądź wyniki patologiczne zagrażające życiu pacjenta, zgłaszane są telefonicznie do lekarza prowadzącego, a jeśli jest to niemożliwe, pozostałemu personelowi lekarskiemu lub pielęgniarskiemu z odpowiedniego oddziału, poradni lub izby przyjęć.
4. Dodatkowo wyniki badań w kierunku gruźlicy z pacjentów spoza szpitala są przekazywane telefonicznie lekarzowi prowadzącemu, a następnie przesyłane pocztą.

**REGULAMIN
Apteki szpitalnej**

§ 1.

Do zadań Apteki szpitalnej należy w szczególności świadczenie następujących usług farmaceutycznych:

- 1) przyjmowanie, wydawanie, przechowywanie i identyfikacja produktów leczniczych i wyrobów medycznych,
- 2) organizowanie zaopatrzenia szpitala w produkty lecznicze i wyroby medyczne zgodnie z ustawą Prawo zamówień publicznych,
- 3) zaopatrywanie jednostek organizacyjnych szpitala w produkty lecznicze i materiały medyczne zgodnie z prawem farmaceutycznym i obowiązującymi w szpitalu procedurami,
- 4) współuczestniczenie w prowadzeniu gospodarki produktami leczniczymi i wyrobami medycznymi w szpitalu,
- 5) udział w racjonalizacji terapii,
- 6) sporządzanie leków recepturowych,
- 7) udział w badaniach klinicznych prowadzonych na terenie szpitala;
- 8) przygotowanie leków cytostatycznych w dawkach dziennych,
- 9) udzielanie informacji o lekach personelowi medycznemu szpitala,
- 10) nadzór nad gospodarką lekami w jednostkach organizacyjnych szpitala poprzez okresową kontrolę apteczek oddziałowych,
- 11) udział w monitorowaniu działań niepożądanych leków,
- 12) czuwanie nad jakością leków poprzez uwzględnienie informacji zawartych w komunikatach Głównego Inspektora Farmaceutycznego,
- 13) kontrola stanu leków w apteczkach oddziałowych,
- 14) wykonywanie innych zadań wynikających z Prawa farmaceutycznego i przepisów wykonawczych wydanych na jego podstawie.

§ 2.

W Aptece szpitalnej poza udzielaniem usług farmaceutycznych:

- 1) prowadzona jest ewidencja próbek lekarskich, produktów leczniczych do badań klinicznych oraz uzyskiwanych darów produktów leczniczych i wyrobów medycznych,
- 2) ustalane są procedury wydawania produktów leczniczych lub wyrobów medycznych przez aptekę szpitalną na oddziały oraz dla pacjenta.

§ 3.

1. Apteka współpracuje z komórkami organizacyjnymi Zespołu, m.in. z:
 - 1) Dyrekcją, Ordynatorami, Kierownikami: Poradni i Pracowni diagnostycznych w zakresie ustalania receptariusza szpitalnego,
 - 2) Oddziałami szpitalnymi, Izba Przyjęć, Radniemi, Pracowniami diagnostycznymi w zakresie sprawnego zaopatrzenia w leki i materiały medyczne,
 - 3) Sekcją organizacji i zamówień publicznych w zakresie zgodności zakupu leków i materiałów medycznych z procedurami zamówień publicznych oraz w zakresie opracowania i wprowadzania w życie zarządzeń dotyczących gospodarki lekami i materiałami medycznymi,
 - 4) Sekcją analiz i rozliczeń oraz z Działem promocji, jakości i rozwoju,
 - 5) Działem finansowo-księgowym,
2. Procedury oraz instrukcje dotyczące organizacji współpracy z innymi komórkami szpitala opracowuje Kierownik Apteki, stanowią one odrębny zbiór przepisów zatwierdzonych przez Dyrektora Zespołu.

§ 4.

Apteka współpracuje z zewnętrznymi instytucjami m.in. z:

- 1) firmami farmaceutycznymi, hurtowniami dostarczającymi leki i materiały medyczne,
- 2) nadzorem farmaceutycznym w zakresie prawidłowości prowadzenia apteki.

**REGULAMIN
Dietetyka**

§ 1.

Dietetyk w zakresie wykonywania swoich czynności podlega służbowo Zastępcy Dyrektora ds. pielęgniarstwa

§ 2.

1. Do obowiązków dietetyka należy:

- 1) kontrola organizacji, bezpieczeństwa i jakości odżywiania pacjentów,
- 2) kontrola w zakresie przestrzegania zasad higieny w czasie wydawania posiłków,
- 3) kontrola w zakresie wartości odżywczej, urozmaicenia asortymentu przygotowywanych posiłków,
- 4) kontrola w zakresie dystrybucji posiłków we właściwym czasie,
- 5) kontrola temperatury wydawanych posiłków,
- 6) współtworzenie procedur przygotowywania i podawania specyficznych form żywienia,
- 7) współpraca z lekarzami dotycząca oceny żywieniowej pacjentów,
- 8) okresowy współudział podczas wydawania posiłków pacjentom w oddziale,
- 9) zbieranie informacji w zakresie oceny poziomu żywienia w szpitalu,
- 10) edukacja i propagowanie zasad prawidłowego żywienia,
- 11) prowadzenie bieżącej i okresowej sprawozdawczości,
- 12) tworzenie i dokonywanie zmian w ankiecie żywieniowej, opracowywanie wyników i przedstawianie ich przełożonemu.

2. Dietetyk uprawniony jest do:

- 1) kontroli organizacji, bezpieczeństwa zasad higieny i dystrybucji posiłków,
- 2) wnioskowania zmiany źródeł nabywania produktów przez firmę realizującą żywienie w szpitalu,
- 3) edukacji w zakresie różnych form i zasad prawidłowego żywienia.

3. Dietetyk odpowiedzialny jest za:

- 1) współtworzenie procedur przygotowania i podawania specyficznych form posiłków,
- 2) rzetelność, terminowość i jakość świadczonych usług,
- 3) wykonywanie pracy zgodnie z przepisami bhp, p/poż., regulaminami i obowiązującymi zarządzeniami

§ 3.

Dietetyk współpracuje z:

- 1) pielęgniarkami oddziałowymi i pacjentami,
- 2) firmą dostarczającą posiłki do szpitala,
- 3) działem obsługi szpitala oraz działem organizacji i zamówień publicznych.

§ 4.

Dietetyk wykonuje dodatkowe zadania w zakresie pomocy socjalnej pacjentom polegające na:

- a) rozpoznaniu sytuacji pacjenta celem określenia sposobu i rodzaju pomocy,
- b) zaplanowaniu form pomocy,
- c) udzielaniu informacji, wskazówek w zakresie rozwiązywania spraw życiowych pacjentom,
- d) skutecznym posługiwaniu się przepisami prawa w realizacji zadań,
- e) współpracy z innymi specjalistami i instytucjami, celem skutecznego udzielania pomocy,

- f) kierowaniu się zasadą dobra pacjenta z poszanowaniem jego godności i prawa do samostanowienia,
- g) zachowaniu w tajemnicy wszelkich informacji uzyskanych przy wykonywaniu lub w związku z wykonywaniem czynności zawodowych oraz ochrona danych osobowych pacjentów, zgodnie z obowiązującymi przepisami.

**REGULAMIN
Działu finansowo- księgowego**

§ 1.

Pracownicy Działu finansowo-księgowego w zakresie wykonywania swoich czynności podlegają bezpośrednio Z-cy Dyrektora ds. ekonomicznych - Głównemu księgowemu.

§ 2.

Do podstawowych zadań działu należy:

- 1) prowadzenie obsługi księgowej Zespołu,
- 2) kontrola, opracowywanie i kwalifikowanie do realizacji dokumentów dotyczących rozliczeń pieniężnych,
- 3) prowadzenie kasy,
- 4) obsługa operacyjna i księgowa rachunków bankowych,
- 5) kontrola formalno-rachunkowa dotycząca dokumentów i rozliczeń wewnętrznych gospodarki własnej,
- 6) prowadzenie ewidencji majątku trwałego oraz jego amortyzacji zgodnie ze sporządzanym rocznym planem amortyzacji,
- 7) kontrola, zatwierdzanie i uzgadnianie dokumentów księgowych wystawionych przez pracowników innych komórek Zespołu,
- 8) sporządzanie dokumentów księgowych i not memoriałowych w granicach uprawnień,
- 9) prowadzenie ewidencji (rejestr) zakupów i sprzedaży VAT,
- 10) księgowanie operacji związanych z Zakładowym Funduszem Świadczeń Socjalnych,
- 11) opracowywanie sprawozdań finansowych z zakresu prowadzonej ewidencji księgowej,
- 12) prowadzenie rozliczeń kosztów podróży pracowników,
- 13) prowadzenie rozrachunków z pracownikami z tytułu niepodjętych płac, zaliczek na koszty podróży służbowych, na wydatki administracyjno-gospodarcze oraz ich analiza (wystawianie dodatkowych dokumentów kasowych),
- 14) sporządzanie deklaracji podatkowych dla podatku od towarów i usług oraz na podatek dochodowy od osób prawnych,
- 15) rozliczanie ilościowo-wartościowe magazynów.
- 16) rozliczanie inwentaryzacji składników majątkowych,
- 17) rozliczenia i uzgadnianie sald z kontrahentami,
- 18) sporządzanie list płac i rozliczanie wynagrodzeń,
- 19) rozliczanie składek na ubezpieczenia społeczne oraz podatku dochodowego od osób fizycznych,
- 20) rozrachunki z ZUS i Urzędem Skarbowym z tytułu podatków oraz składek na ubezpieczenia społeczne,
- 21) opracowywanie projektów planów finansowych,
- 22) kompletowanie, broszurowanie i przechowywanie dokumentów księgowych i sprawozdań,
- 23) współpraca z innymi komórkami Zespołu.

§ 2.

1. Dział finansowo - księgowy w zakresie prowadzenia rachunkowości współpracuje ze wszystkimi komórkami organizacyjnymi Zespołu.

§ 3.

1. Dział finansowo- księgowy współpracuje z instytucjami zewnętrznymi w szczególności z:
 - 1) podmiotem tworzącym,
 - 2) ZUS i Urzędem Skarbowym,
 - 3) innymi jednostkami, z którymi prowadzone są rozrachunki.
2. Zasady współpracy oparte są o ogólne przepisy prawa.

REGULAMIN Sekcji analiz i rozliczeń

§ 1.

Kierownik Sekcji analiz i rozliczeń w zakresie wykonywania swoich czynności podlega bezpośrednio Z-cy Dyrektora ds. ekonomicznych – Głównemu księgowemu.

§ 2.

Zadania Sekcji analiz i rozliczeń:

- 1) analiza jednostkowych kosztów własnych sprzedaży nośników kosztów działalności podstawowej,
- 2) prowadzenie rozliczeń z NFZ,
- 3) bieżąca analiza realizacji zawartych umów na świadczenia wykonywane przez Zespół,
- 4) kontrola realizacji kontraktów, przygotowanie ofert do planów kontraktów i negocjacji,
- 5) współpraca w opracowywaniu procedur medycznych z ośrodkami, które je wykonują,
- 6) rozliczanie wykonanych procedur w rozbiciu na oddziały, poradnie i sprzedaż,
- 7) rozliczanie kosztów ośrodków usługowych oraz przekazywanie kierownikom ośrodków kosztów informacji dotyczących jednostkowych kosztów wytworzenia,
- 8) tworzenie zestawień i załączników do rozliczeń,
- 9) monitorowanie kosztów leczenia,
- 10) przygotowywanie analiz w zakresie kosztów leczenia na poszczególnych oddziałach,
- 11) opracowanie i monitorowanie realizacji budżetów poszczególnych komórek organizacyjnych,
- 12) wystawianie faktur za zrealizowane usługi,
- 13) prowadzenie rejestru umów klinicznych,
- 14) prowadzenie analiz ekonomicznych badań klinicznych,
- 15) rozliczanie finansowe badań klinicznych.

§ 2.

1. Współpraca z komórkami organizacyjnymi Zespołu obejmuje w szczególności:
 - 1) z Działem finansowo-księgowym w zakresie naliczania i rozliczania kosztów poszczególnych komórek organizacyjnych Zespołu,
 - 2) Dyrektorem w zakresie planowania budżetu dla poszczególnych komórek organizacyjnych Zespołu oraz nadzoru nad jego realizacją,
 - 3) Sekcją organizacji i zamówień publicznych w zakresie dostarczania informacji niezbędnych do sprawnego funkcjonowania Zespołu jako organizacji,
 - 4) Kierownikami komórek organizacyjnych w zakresie szkolenia, udzielania porad i bieżącego informowania w celu prawidłowej realizacji umów na świadczenia zdrowotne.

§ 3.

1. Współpraca z innymi instytucjami realizowana jest zgodnie z wymaganiami prawnymi tych instytucji i Zespołu.
2. Sekcja analiz i rozliczeń w szczególności współpracuje z innymi podmiotami:
 - 1) z NFZ w zakresie prowadzenia sprawozdań i rozliczeń z realizacji zawartych umów,
 - 2) z podmiotami związanymi umową na wykonywanie usług w zakresie monitorowania realizacji umów,
 - 3) z organami administracji rządowej, samorządu terytorialnego, placówkami ochrony zdrowia w terenie w ramach realizacji zadań statutowych Zespołu.

**REGULAMIN
Głównego specjalisty**

1. Główny specjalista w zakresie wykonywania swoich czynności podlega bezpośrednio Dyrektorowi.
2. Do zadań Głównego specjalisty należy:
 - 1) Kontraktowanie świadczeń z płatnikiem świadczeń medycznych;
 - 2) Przygotowywanie niezbędnych informacji w zakresie prawidłowej realizacji zawartych umów z płatnikiem świadczeń medycznych;
 - 3) Koordynowanie procesu rozliczeń z płatnikiem i nadzór nad prawidłowym rozliczaniem;
 - 4) Obsługa korespondencji z płatnikiem świadczeń medycznych w zakresie rozliczeń;
 - 5) Koordynowanie pracy samodzielnych stanowisk ds. statystyki w zakresie danych statystycznych niezbędnych do rozliczeń finansowych;
 - 6) Koordynowanie pracy sekretarek medycznych w zakresie rozliczeń z NFZ oraz ewidencji kosztów;
 - 7) Współtworzenie polityki finansowej Zespołu;
 - 8) Optymalizacja kosztów i przychodów;
 - 9) Nadzór nad realizacją szybkiej ścieżki onkologicznej – konsylium, DILO, AP-KOLCE;
 - 10) Planowanie, kontrolowanie i nadzór nad jakością, terminowością i rzetelnością, wykonywanych przez podległy zespół zadań;
 - 11) Bieżące monitorowanie pracy komórek medycznych w zakresie prawidłowego kodowania, rozliczania, przyporządkowywania, grupowania świadczeń medycznych;
 - 12) Prowadzenie szkoleń w zakresie zmian wprowadzanych przez NFZ;
 - 13) Monitoring kosztów usług medycznych świadczonych przez poszczególne komórki organizacyjne;

§ 2.

3. Współpraca z komórkami organizacyjnymi Zespołu obejmuje w szczególności:
 - 1) z Działem finansowo-księgowym w zakresie naliczania i rozliczania kosztów poszczególnych komórek organizacyjnych Zespołu,
 - 2) Dyrektorem w zakresie planowania budżetu dla poszczególnych komórek organizacyjnych Zespołu oraz nadzoru nad jego realizacją,
 - 3) Kierownikami komórek organizacyjnych w zakresie szkolenia, udzielania porad i bieżącego informowania w celu prawidłowej realizacji umów na świadczenia zdrowotne.

§ 3.

1. Współpraca z innymi instytucjami realizowana jest zgodnie z wymaganiami prawnymi tych instytucji i Zespołu.
2. Główny specjalista w szczególności współpracuje z innymi podmiotami:
 - 1) z NFZ w zakresie prowadzenia sprawozdań i rozliczeń z realizacji zawartych umów,
 - 2) z podmiotami związanymi umową na wykonywanie usług w zakresie monitorowania realizacji umów,
 - 3) z organami administracji rządowej, samorządu terytorialnego, placówkami ochrony zdrowia w terenie w ramach realizacji zadań statutowych Zespołu.

REGULAMIN Działu obsługi szpitala

§ 1.

Kierownik Działu obsługi szpitala w zakresie wykonywania swoich czynności podlega bezpośrednio Z-cy Dyrektora ds. technicznych.

§ 2.

Do zadań Działu obsługi szpitala należy:

1. W zakresie obsługi technicznej:

- 1) organizowanie i prowadzenie działalności techniczno – eksploatacyjnej stosownie do obowiązujących przepisów i potrzeb komórek działalności podstawowej i zaplecza Zespołu,
- 2) utrzymywanie obiektów Zespołu, ich otoczenia i infrastruktury technicznej w należyłym stanie technicznym, w tym:
 - a) zapewnienie użytkowania obiektów zakładu zgodnie z ich przeznaczeniem oraz dbałość o prawidłową ich eksploatację
 - b) zapewnienie prawidłowej eksploatacji urządzeń energetycznych, kotłowni, sieci wewnętrznej gazu ziemnego, instalacji gazów medycznych, instalacji elektrycznej, sieci wodno – kanalizacyjnej, centralnego ogrzewania, wentylacji, systemów łączności, instalacji alarmowych i sygnalizacyjnych
 - c) dbałość o estetykę budynków i otoczenia
 - d) przekazywanie danych do planów rzeczowo – finansowych i remontowych
 - e) przeprowadzanie okresowych przeglądów obiektów budowlanych, instalacji, nieruchomości i urządzeń w celu oceny ich stanu technicznego w częstotliwości ustalonej przez przepisy prawa w tym zakresie
 - f) przeprowadzanie bieżącej konserwacji i napraw sprzętu i aparatury medycznej w ramach posiadanych uprawnień, a w przypadku ich braku zapewnienie usług wyspecjalizowanych jednostek serwisu technicznego
 - g) organizowanie oraz kontrolowanie wykonania konserwacji napraw i remontów zleczanych jednostkom zewnętrznym
 - h) racjonalizowanie wykorzystania zużywanych środków rzeczowych i finansowych
 - i) wnioskowanie w zakresie potrzeb remontowych i inwestycji infrastruktury budowlanej, technicznej i sprzętu medycznego
 - j) nadzór nad pracą kotłowni, hydroforni, studni głębinowej, agregatu prądotwórczego.

2. W zakresie higieny: zapewnienie prawidłowego funkcjonowania Zespołu, a w szczególności:

- 1) współpraca z firmą usługową realizującą zadania higieny Szpitala i Przychodni,
- 2) nadzór i interwencja w przypadku naruszenia warunków realizacji umowy na usługi.

3. W zakresie żywienia: zapewnienie prawidłowej obsługi szpitala w tym zakresie, a w szczególności:

- 1) współpraca z firmą usługową w zakresie zamawiania wyżywienia pacjentów i dostarczania do kuchенок oddziałowych posiłków,
- 2) bieżące kontrolowanie prawidłowego fakturowania,
- 3) wnioskowanie w sprawach mających wpływ na poprawę organizacji pracy i poprawę jakości usług świadczonych na rzecz szpitala,

- 4) zbieranie danych z oddziałów dot. dziennego zapotrzebowania na posiłki i przekazywanie tych informacji firmie usługowej.
4. W zakresie gospodarczym:
- 1) racjonalne gospodarowanie środkami finansowymi przeznaczonymi na realizację zadań wynikających z planu,
 - 2) współpraca z działem finansowo-księgowym w zakresie prowadzenia gospodarki finansowej oraz analizowanie kształtowania się kosztów według miejsc ich powstawania,
 - 3) organizowanie i prowadzenie spraw gospodarczych stosownie do potrzeb działalności podstawowej,
 - 4) zapewnienie zaopatrzenia materiałowego i technicznego,
 - 5) opracowywanie projektów planów gospodarczych w zakresie usług,
 - 6) rozliczanie rozmów telefonicznych wg bilingów,
 - 7) prowadzenie rozliczeń za lokale użytkowe i mieszkalne będące przedmiotem wynajmu,
 - 8) prowadzenie postępowania reklamacyjnego dotyczącego braków ilościowych i jakościowych w dostawach,
 - 9) przyjmowanie i wysyłanie przesyłek kurierskich.
5. W zakresie dbałości o tereny zielone:
- 1) opracowywanie harmonogramu pielęgnacji terenów zielonych, nadzór nad jego wykonaniem,
 - 2) kształtowanie właściwych postaw wobec przyrody poprzez promocję ekologicznego wizerunku Zespołu na zewnątrz.

§ 3.

1. Dział obsługi zobowiązany jest do:
 - 1) szybkiej reakcji na wszelkie nieprawidłowości zgłaszane przez poszczególne oddziały,
 - 2) bieżącego kontrolowania prawidłowego fakturowania,
 - 3) wnioskowania w sprawach mających wpływ na poprawę organizacji pracy i poprawę jakości usług świadczonych na rzecz Zespołu,
 - 4) współpracy ze specjalistą ds. epidemiologicznych.
2. Zadania pozostałe:
 - 1) zapewnienie prawidłowego funkcjonowania magazynów pościeli, gospodarczego, medycznego, odzieży chorych i odpadów medycznych,
 - 2) zapewnienie prawidłowej pracy portierni z uwzględnieniem obsługi centrali telefonicznej i szatni dla odwiedzających,
 - 3) odpowiedzialność za prawidłowe gromadzenie i przekazywanie odpadów medycznych do utylizacji zgodnie z obowiązującymi przepisami w tym zakresie,
 - 4) prowadzenie ewidencji środków trwałych i przedmiotów nietrwałych.

§ 4.

Kierownik Działu obsługi szpitala współpracuje z Dyrekcją oraz wszystkimi komórkami organizacyjnymi Zespołu.

§ 5.

Dział obsługi szpitala współpracuje z instytucjami zewnętrznymi w zakresie związanym z realizacją zadań w szczególności z:

- 1) firmami i instytucjami świadczącymi usługi dla szpitala,
- 2) firmami i instytucjami realizującymi zapotrzebowanie na materiały i sprzęt,
- 3) instytucjami nadzoru, epidemiologicznego, technicznego,
- 4) organami administracji rządowej, samorządowej, placówkami ochrony zdrowia i instytucjami mającymi wpływ na środowisko i ochronę przyrody,
- 5) w zakresie prowadzenia archiwum z właściwym terytorialnie Archiwum Państwowym.

REGULAMIN
Działu promocji, jakości i rozwoju

1. Kierownik Działu promocji, jakości i rozwoju w zakresie wykonywania swoich czynności podlega bezpośrednio Dyrektorowi.
2. Do zadań Działu promocji, jakości i rozwoju należy:
 - b. W zakresie promocji i public relations:
 - 1) Opracowanie programów z zakresu promocji zdrowia, profilaktyki chorób układu oddechowego
 - 2) Organizacja i współorganizacja akcji/impres prozdrowotnych
 - 3) Utrzymywanie stałego kontaktu z mass mediami.
 - 4) Opracowywanie materiałów informacyjnych i promujących działalność Zespołu
 - c. W zakresie jakości:
 - 1) Opracowywanie i wdrażanie programów i planów w zakresie zapewnienia jakości,
 - 2) Współpracowanie, wdrażanie programów szkoleniowych z zakresu zapewnienia jakości,
 - 3) Uczestnictwo w pracach zespołów powołanych do realizacji zadań stałych lub okresowych.
 - d. W zakresie rozwoju szpitala:
 - 1) Opracowywanie, uaktualnianie i wdrażanie strategii szpitala, analiz, projektów, planów i sprawozdań.
 - 2) Współpraca z organami administracji rządowej, samorządu terytorialnego i placówkami ochrony zdrowia.
 - 3) Uczestnictwo w pracach zespołów powołanych do realizacji zadań stałych lub okresowych.
 - 4) Zbieranie informacji nt. możliwości pozyskiwania środków finansowych dotyczących programów unijnych i innych oraz przygotowywanie wniosków aplikacyjnych we współpracy z Zastępcą Dyrektora ds. medycznych i/lub z Zastępcą Dyrektora ds. technicznych.
 - e. W zakresie prowadzonej kontroli wewnętrznych:
 - 1) Opracowywanie harmonogramu zakresu i terminów kontroli dla poszczególnych komórek organizacyjnych i przedłożenia do zatwierdzenia Dyrektorowi.
 - 2) Opracowywanie sprawozdań i protokołów z przeprowadzonych kontroli i przedstawienia ich Dyrektorowi.
 - 3) Wykonywanie czynności doradczych jako część zadań określonych kontrolą i przedstawienia opinii lub zaleceń dotyczących usprawnienia funkcjonowania danej komórki organizacyjnej.
 - f. W zakresie statystyki i dokumentacji medycznej:
 - 1) Opracowywanie sprawozdań, analiz, wykazów, itp. dla potrzeb Zespołu oraz uprawnionych instytucji i organów
 - 2) Prowadzenie szpitalnego archiwum dokumentacji medycznej
 - 3) Udostępnianie i przesyłanie dokumentacji medycznej uprawnionym osobom i organom, zgodnie z obowiązującymi przepisami
 - 4) Nadzorowanie prawidłowości prowadzenia dokumentacji medycznej
 - g. W zakresie prowadzenia składnicy akt:
 - 1) Przejmowanie uporządkowanej dokumentacji z komórek na stan składnicy akt

- 2) Przeprowadzanie procedury brakowania
 - 3) Nadzór nad przechowywaniem zasobów składnicy akt.
- h. W zakresie realizacji projektów unijnych:
- 1) Sporządzanie studiów wykonalności do ogłaszanych naborów wniosków
 - 2) Koordynacja realizacji projektu poprzez udzielanie osobom biorącym udział w realizacji projektu wszelkich informacji o obowiązkach wynikających z realizacji projektu, o zmianach przepisów (IZ) wpływających na poprawność realizacji, bieżące informowanie o aktualnych terminach realizacji (zgodnie z harmonogramem), współpraca z IZ w zakresie dokonywania zmian harmonogramu realizacji projektu, aktualizacja treści harmonogramu na podstawie danych zgłoszonych przez osoby współodpowiedzialne za realizację projektu;
 - 3) Sprawozdawczość, ankiety do projektów,
 - 4) Wyjaśnienia do innych organów w sprawie realizacji projektów.
- 16) Dział w realizacji zadań współpracuje odpowiednio z:
- 1) Dyрекcją
 - 2) Komórkami organizacyjnymi i instytucjami zewnętrznymi w zakresie podejmowania działań zapewniających sprawną realizację powierzonych zadań.

**REGULAMIN
Specjalisty ds. epidemiologii**

§ 1.

Specjalista ds. epidemiologii w zakresie wykonywania swoich czynności podlega bezpośrednio Zastępcy Dyrektora ds. pielęgniarstwa.

§ 2.

1. W realizacji zadań Specjalista ds. epidemiologii :

- 1) współuczestniczy w wypracowaniu strategii działań Zespołu w zakresie profilaktyki i zwalczania zakażeń szpitalnych,
- 2) nadzoruje i monitoruje stan sanitarno – epidemiologiczny zakładu,
- 3) nadzoruje pracę personelu w pomieszczeniach związanych z pobytem pacjenta w zakresie przestrzegania standardów epidemiologicznych,
- 4) koordynuje i opracowuje standardy i procedury dotyczące min.:
 - a) metod i techniki pracy personelu,
 - b) system transportu wewnętrznego,
 - c) sposoby zbierania, gromadzenia i utylizacji odpadów
 - d) procesów dezynfekcji i sterylizacji, procesów dezynsekcji i deratyzacji,
- 5) monitoruje przestrzeganie standardów organizacji pracy związanych ze stanem sanitarno- epidemiologicznym,
- 6) nadzoruje sposób przechowywania sterylnego materiału,
- 7) określa czynniki ryzyka zakażeń wśród pacjentów i personelu,
- 8) analizuje źródła zakażeń,
- 9) prowadzi rejestr zakażeń personelu,
- 10) przeprowadza dochodzenie epidemiologiczne oraz przedstawia wyniki prac Dyrekcji,
- 11) nadzoruje prowadzenie dokumentacji kontroli zakażeń szpitalnych,
- 12) uczestniczy w planowaniu opieki nad pacjentem z zakażeniem szpitalnym,
- 13) sprawuje nadzór nad systemem izolacji pacjentów, którzy stwarzają ryzyko zakażeń dla innych,
- 14) organizuje i prowadzi systematyczną edukację personelu medycznego z zakresu zakażeń szpitalnych, a w szczególności personelu pielęgniarstwa,
- 15) planuje zapotrzebowanie ilościowe i jakościowe na sprzęt i środki niezbędne do realizacji programu profilaktyki i zwalczania zakażeń szpitalnych.

2. Specjalista ds. epidemiologii jest członkiem Zespołu ds. zakażeń szpitalnych, uczestniczy w pracach Komitetu ds. zakażeń szpitalnych.

1. Specjalista ds. epidemiologii współpracuje z Dyrekcją, ordynatorami, oddziałowymi i kierownikami komórek organizacyjnych.
2. Specjalistę ds. epidemiologii w czasie jej nieobecności zastępuje Zastępca Dyrektora ds. pielęgniarstwa .

§ 3.

Specjalista ds. epidemiologii odpowiedzialny jest za organizowanie i realizowanie kompleksowych zadań w zakresie profilaktyki zakażeń m.in. za:

- 1) opracowanie i wdrażanie programów w zakresie profilaktyki i zwalczania zakażeń szpitalnych,
- 2) za prowadzenie bazy danych dotyczących zakażeń na poziomie Zespołu,
- 3) za efektywność doskonalenia zawodowego w zakresie profilaktyki i zakażeń.

§ 4.

Specjalista ds. epidemiologii współpracuje z zewnętrznymi podmiotami m.in. z:

- 1) z odpowiednimi pracownikami stacji sanitarno- epidemiologicznych,
- 2) z przedstawicielem firmy zajmującej się higieną na terenie Zespołu.

REGULAMIN Sekcji organizacji i zamówień publicznych

§ 1.

Kierownik Sekcji organizacji i zamówień publicznych w zakresie wykonywania swoich czynności podlega bezpośrednio Dyrektorowi Zespołu.

§ 2.

Do zadań Sekcji organizacji i zamówień publicznych należy:

1. W zakresie funkcjonowania organizacyjnego szpitala:

- 1) opracowywanie, uaktualnianie i wdrażanie zarządzeń, instrukcji, informacji wewnętrznych Zespołu,
- 2) szkolenie pracowników z wewnętrznych aktów normatywnych Zespołu,
- 3) przygotowywanie wniosków dotyczących aktualizacji/zmiany aktów, dokumentów itp. związanych z działalnością Zespołu jako organizacji,
- 4) zapewnienie obsługi organizacyjno-technicznej Rady Społecznej,
- 5) współpraca ze wszystkimi komórkami organizacyjnymi w zakresie podejmowania działań zapewniających sprawną realizację zadań statutowych i funkcjonowanie Zespołu jako organizacji, sprawnego wdrażania zarządzeń Dyrektora,
- 6) współpraca z organami administracji rządowej, samorządu terytorialnego i placówkami ochrony zdrowia,
- 7) uczestnictwo w pracach zespołów powołanych do realizacji zadań stałych lub okresowych.
- 8) współuczestnictwo w organizowaniu narad, konferencji,
- 9) opracowywanie projektów umów dotyczących darowizn na rzecz Zespołu,
- 10) aktualizacja Biuletynu Informacji Publicznej oraz wewnętrznej sieci Szpitalnet.

2. W zakresie zamówień publicznych:

- 1) Nadzór, koordynacja, udział w realizacji zadań z zakresu zamówień publicznych oraz zamówień przekraczających 50 000 zł, a w szczególności:
 - a) opracowywanie, uaktualnianie i wdrażanie projektu planu zamówień publicznych i planu postępowań o udzielenie zamówień publicznych,
 - b) sporządzanie wymaganych sprawozdań z zakresu zamówień publicznych,
 - c) kwalifikacja przedmiotu zamówienia,
 - d) ustalenie na podstawie ustawy Prawo zamówień publicznych trybu, w jakim może być udzielone zamówienie publiczne,
 - e) dokonywanie wyboru i opracowywanie materiałów niezbędnych do udzielania zamówienia we współpracy z komórką merytoryczną, która złożyła wniosek (np. wycena),
 - f) wszczynanie postępowań w trybie ustawy Prawo zamówień publicznych zgodnie przepisami ustawy Prawo zamówień publicznych we współpracy z komórkami merytorycznymi,
 - d) przygotowywanie ogłoszeń w postępowaniu o zamówienie publiczne w Biuletynie Urzędu Zamówień Publicznych, Dzienniku Urzędowym Unii Europejskiej, na stronie internetowej Zespołu,
 - e) przygotowanie i elektroniczne przeprowadzenie postępowań o udzielenie zamówienia publicznego,
 - f) obsługa techniczna i merytoryczna Biuletynu Urzędu Zamówień Publicznych, Europejskiego Dziennika Urzędowego oraz elektronicznych platform zakupowych,

- g) opracowywanie specyfikacji warunków zamówienia wraz z załącznikami (ustalanie wymagań i warunków formalnych jakie winni spełniać wykonawcy biorący udział w postępowaniu),
 - h) współudział w opracowywaniu kryteriów wyboru najkorzystniejszej oferty,
 - i) sporządzanie wniosków do Prezesa Urzędu Zamówień Publicznych,
 - j) sporządzanie protokołów oraz dokumentacji wymaganej przepisami dotyczącymi zamówień publicznych,
 - k) wnioskowanie w sprawie powołania komisji przetargowej (składu, regulaminu pracy komisji oraz jej organizacji),
 - l) rejestracja postępowań, publikacji, kompletowanie i przechowywanie dokumentacji przetargowej po zakończonych postępowaniach,
 - k) sporządzanie, po zakończonym postępowaniu przetargowym, umów z wykonawcami,
 - l) czynny udział w pracach komisji przetargowej,
 - m) prowadzenie i aktualizacja procedur postępowań o udzielanie zamówień publicznych i wewnętrznych aktów z tym związanych zgodnie z obowiązującymi przepisami,
 - n) udział w postępowaniu odwoławczym,
 - o) sporządzanie odpisów dokumentacji przetargowej oraz wydawanie jej na wniosek wykonawców,
 - j) udzielanie wskazówek i porad poszczególnym komórkom organizacyjnym w zakresie zamówień publicznych.
3. W zakresie prowadzenia sekretariatu i kancelarii:
- 1) zapewnienie obsługi biurowej i sekretarskiej,
 - 2) przyjmowanie i dystrybucja korespondencji zgodnie z obowiązującą instrukcją kancelaryjną,
 - 3) przygotowanie i przedstawianie Dyrektorowi pism do dekretacji,
 - 4) dystrybucja pism dekretowanych,
 - 5) obsługa poczty elektronicznej,
 - 6) sporządzanie czystopisów pism i dokumentów,
 - 7) nadzór nad terminowością przygotowania odpowiedzi na pisma,
 - 8) obsługa interesantów,
 - 9) prowadzenie dzienników korespondencji.

§ 3.

4. Sekcja organizacji i zamówień publicznych, w realizacji zadań współpracuje odpowiednio z:
- 4) Dyrekcją,
 - 5) komórkami organizacyjnymi w zakresie podejmowania działań zapewniających sprawną realizację zadań statutowych i funkcjonowanie Zespołu jako organizacji, sprawnego wdrażania zarządzeń Dyrektora, instrukcji i informacji wewnętrznych,
 - 6) z Radcą prawnym w zakresie interpretacji przepisów prawa,
 - 7) organami administracji rządowej, samorządu terytorialnego i placówkami ochrony zdrowia.

**REGULAMIN
Stanowiska ds. kadr**

§ 1.

Stanowiska ds. kadr w zakresie wykonywania swoich czynności podlegają bezpośrednio Dyrektorowi.

§ 2.

1. Do zadań Kadr należy:

- a. W zakresie polityki personalnej:
 - a) Doradzanie Dyrektorowi w zakresie formułowania polityki kadrowej,
 - b) Planowanie i kontrolowanie sposobów gospodarowania zasobami ludzkimi w całym szpitalu,
 - c) Współudział w rekrutacji i doborze pracowników,
 - d) Współudział we wprowadzaniu motywacyjnego systemu nagradzania dla pracowników,
 - e) We współpracy z kierownikami komórek organizacyjnych, rozpoznawanie potrzeb szkoleniowych pracowników w zakresie realizowania polityki stałego i systematycznego podnoszenia kwalifikacji zawodowych oraz realizacji planów szkoleń w tym zakresie.
- b. W zakresie spraw osobowych:
 - a) Prowadzenie dokumentacji pracowniczej zgodnie z obowiązującymi przepisami,
 - b) Prowadzenie ewidencji i rozliczanie czasu pracy,
 - c) Współudział w opracowywaniu regulaminów pracy i wynagradzania oraz innych regulaminów objętych zakresem zadań kadr,
 - d) Współpraca z urzędem pracy i miejskim ośrodkiem pomocy społecznej w zakresie zatrudniania osób w ramach staży, prac interwencyjnych, prac społecznie użytecznych;
 - e) Nadzór i współpraca z kierownikami komórek organizacyjnych w zakresie realizacji programu adaptacji zawodowej pracowników,
 - f) Prowadzenie dokumentacji dotyczącej okresowych ocen pracowników,
 - g) Przeprowadzanie badania satysfakcji pracowników,
- c. W zakresie działalności socjalno – bytowej:
 - a) Prowadzenie spraw związanych z wykorzystywaniem zakładowego funduszu świadczeń socjalnych.
 - b) Opracowywanie regulaminu działalności socjalnej w oparciu o obowiązujące przepisy.
 - c) Analiza i opiniowanie, przy współudziale Komisji Socjalnej, wniosków pracowniczych w zakresie udzielanych świadczeń socjalnych,

§ 3.

Pracownicy kadr współpracują z:

- 1) wszystkim komórkami organizacyjnymi Zespołu,
- 2) organizacjami związkowymi
- 3) radcą prawnym
- 4) z podmiotami zewnętrznymi: Urząd Pracy, PIP, ZUS, Urząd Wojewódzki, Urząd Marszałkowski

**REGULAMIN
Radcy prawnego**

§ 1.

Radca prawny w zakresie wykonywania swoich czynności podlega bezpośrednio Dyrektorowi.

§ 2.

Do zadań Radcy prawnego należy obsługa prawna Zespołu, a w szczególności:

- 1) udzielanie porad prawnych i sporządzanie opinii prawnych w zakresie stosowania prawa,
- 2) opiniowanie pod względem formalno-prawnym dokumentów z zakresu zamówień publicznych (specyfikacji warunków zamówienia, projektów umów, wniosków o udzielenie zamówień z wolnej ręki),
- 3) opiniowanie pod względem formalno-prawnym umów i porozumień,
- 4) bieżące informowanie Dyrekcji i Kierowników komórek organizacyjnych o zmianach w przepisach w zakresie działalności szpitala (komórek organizacyjnych) oraz interpretacja obowiązujących i zmieniających się przepisów (prowadzenie szkoleń),
- 5) udzielanie porad, prowadzenie konsultacji i sporządzanie opinii prawnych dotyczących wewnętrznych aktów normatywnych,
- 6) nadzór nad przestrzeganiem przepisów prawa i informowanie Dyrekcji i Kierowników komórek organizacyjnych o występujących w tym zakresie uchybieniach i ich skutkach,
- 7) współdziałanie z Dyrektorem w zakresie zapobiegania naruszeniom prawa,
- 8) występowanie w charakterze pełnomocnika szpitala w postępowaniu sądowym, administracyjnym, polubownym, egzekucyjnym oraz przed innymi organami orzekającymi na podstawie stosownych pełnomocnictw,
- 9) za pracę na powierzonym stanowisku ponosi odpowiedzialność materialną i służbową na zasadach określonych w K.p. oraz odpowiedzialność zawodową na podstawie ustawy o radcach prawnych.

§ 3.

Radca prawny współpracuje w szczególności z:

- 1) Dyrekcją,
- 2) Ordynatorami i Kierownikami komórek organizacyjnych

§ 4.

Radca prawny współpracuje z instytucjami zewnętrznymi, w szczególności z:

sądami, prokuraturami, Państwową Inspekcją Pracy oraz innymi instytucjami, które obligują go do realizacji zadań radcy prawnego reprezentującego szpital wobec tych instytucji.

Załącznik nr 24

**REGULAMIN
Inspektor Ochrony Danych**

§ 1.

Inspektor Ochrony Danych w zakresie wykonywania swoich czynności podlega bezpośrednio Dyrektorowi.

§ 2.

Do zadań Inspektora Ochrony Danych należy:

- a) monitorowanie przestrzegania rozporządzenia oraz innych obowiązujących przepisów o ochronie danych oraz polityk Administratora/Dyrektora w dziedzinie ochrony danych osobowych, w tym podział obowiązków, działania zwiększające świadomość, szkolenia personelu uczestniczącego w operacjach przetwarzania oraz powiązane z tym audyty;
- b) inicjowanie działań zmierzających do zapewnienia należytej ochrony danych osobowych;
- c) udzielanie zaleceń co do oceny skutków dla ochrony danych oraz monitorowanie jej wykonania zgodnie z art. 35 rozporządzenia;
- d) współpraca z organem nadzorczym;
- e) pełnienie funkcji punktu kontaktowego dla organu nadzorczego w kwestiach związanych z przetwarzaniem danych,
- f) konsultowanie się z organem nadzorczym, w tym także w zakresie, o którym mowa w art. 36 rozporządzenia;
- g) monitorowanie zgodności przetwarzania danych osobowych z przepisami o ochronie danych osobowych oraz opracowywanie w tym zakresie sprawozdania dla administratora danych;
- h) zapewnianie zapoznania osób upoważnionych do przetwarzania danych osobowych z przepisami o ochronie danych osobowych;
- i) prowadzenie i aktualizowanie rejestru czynności przetwarzania danych osobowych;
- j) przeciwdziałanie dostępowi osób niepowołanych do systemów/dokumentów w wersji papierowej, w których przetwarzane są dane osobowe;
- k) standaryzacja procedur postępowania w przypadku wykrycia naruszeń
- l) tworzenie wzorów dokumentów w zakresie dotyczącym zapewnienia przestrzegania przepisów z zakresu ochrony danych oraz procedury postępowania w przypadku stwierdzenia naruszenia;
- m) współpraca we wdrażaniu rozwiązań technicznych zapewniających wymagany poziom bezpieczeństwa przetwarzanych danych;
- n) utrzymanie i aktualizowanie listy autoryzowanych użytkowników systemu komputerowego;
- o) ograniczenie lub cofnięcie uprawnień użytkownikom nie przestrzegającym poziomu bezpieczeństwa;
- p) nadzorowanie profilaktyki antywirusowej systemu komputerowego;
- q) współpraca z administratorem oraz odpowiednimi komórkami merytorycznymi w zakresie zapewnienia należytych środków bezpieczeństwa ochrony danych osobowych;
- r) dokumentowanie naruszeń ochrony danych osobowych, z określeniem ich skutków oraz wskazaniem odpowiednich środków zaradczych;
- s) przeprowadzanie okresowych kontroli klasyfikowanych mediów magnetycznych, poprawności ich opisu oraz prowadzenie ewidencji ich kontroli;
- t) nadzorowanie archiwizacji danych systemu komputerowego zgodnie z obowiązującymi procedurami;
- u) monitorowanie ryzyka naruszenia danych osobowych;

§ 3.

Inspektor Ochrony Danych współpracuje w szczególności z:

- 1) Dyrekcją,
- 2) Informatykami,
- 3) Administratorem systemu informatycznego
- 4) Ordynatorami oddziałów i Kierownikami komórek organizacyjnych

REGULAMIN
Specjalista ds. bezpieczeństwa i higieny pracy

§ 1.

Specjalista ds. bhp w zakresie wykonywania swoich czynności podlega bezpośrednio Dyrektorowi.

§ 2.

1. Do zadań specjalisty ds. bhp należy:
 - 1) prowadzenie kontroli warunków pracy oraz przestrzeganie zasad przepisów bhp,
 - 2) bieżące informowanie pracodawcy o stwierdzonych zagrożeniach zawodowych wraz z wnioskami zmierzającymi do usuwania tych zagrożeń,
 - 3) sporządzanie okresowych analiz, (co najmniej 1 raz w roku) stanu bhp wraz z propozycjami przedsięwzięć technicznych i organizacyjnych mających na celu zapobieganie zagrożeniom życia i zdrowia pracowników oraz poprawę warunków pracy,
 - 4) udział w opracowywaniu planów modernizacji i rozwoju Zespołu, oraz przedstawienie propozycji dotyczących uwzględniania w tych planach rozwiązań techniczno-organizacyjnych zapewniających poprawę stanu bezpieczeństwa i higieny pracy,
 - 5) przedstawianie pracodawcy wniosków dotyczących zachowania wymagań ergonomii na stanowiskach pracy,
 - 6) udział w opracowywaniu wewnętrznych aktów prawnych, oraz instrukcji ogólnych dotyczących bezpieczeństwa i higieny pracy oraz w ustalaniu zadań osób kierujących pracownikami w zakresie bezpieczeństwa i higieny pracy,
 - 7) zgłaszanie Dyrektorowi wniosków dotyczących wymagań bezpieczeństwa i higieny pracy,
 - 8) udział w dokonywaniu oceny ryzyka zawodowego, które związane jest z wykonywaną pracą,
 - 9) udział w ustalaniu okoliczności wypadków przy pracy oraz w opracowywaniu wniosków wynikających z badania przyczyn i okoliczności tych wypadków, prowadzenie rejestrów dotyczących wypadków przy pracy, chorób zawodowych i podejrzeń o takie choroby,
 - 10) opiniowanie szczegółowych instrukcji dotyczących bezpieczeństwa i higieny pracy na poszczególnych stanowiskach pracy
 - 11) współdziałanie z lekarzem sprawującym profilaktyczną opiekę zdrowotną nad pracownikami, ze społecznym inspektorem pracy oraz organizacjami związkowymi,
 - 12) wstrzymanie pracy maszyn i urządzeń technicznych w razie stwierdzenia zagrożenia życia lub zdrowia pracownika lub innych osób,
 - 13) odsunięcie pracownika od pracy, który swoim zachowaniem lub sposobem wykonywania pracy stwarza bezpośrednie zagrożenie życia lub zdrowia własnego lub innych osób,
 - 14) przeprowadzanie kontroli stanu bhp na stanowiskach pracy w Zespole,
 - 15) doradztwo w zakresie przepisów oraz zasad bezpieczeństwa i higieny pracy,
 - 16) współpraca z właściwymi komórkami organizacyjnymi lub osobami, w szczególności w zakresie organizowania i zapewnienia odpowiedniego rodzaju, poziomu szkoleń w dziedzinie bezpieczeństwa i higieny pracy oraz zapewnienia właściwej adaptacji zawodowej nowo zatrudnionych pracowników,
 - 17) uczestniczenie w pracach, powołanej przez pracodawcę komisji bezpieczeństwa i higieny pracy oraz w innych komisjach zajmujących się problematyką bezpieczeństwa i higieny pracy, w tym zapobieganiem chorobom zawodowym i wypadkom przy pracy,
 - 18) udział w dokonywaniu oceny stanowisk pracy,

- 19) inicjowanie i rozwijanie na terenie Zespołu różnych form popularyzacji problematyki bezpieczeństwa i higieny pracy oraz ergonomii,
- 20) przeprowadzanie szkoleń bhp wg. ustalonego harmonogramu.

§ 3.

Specjalista ds. bhp współpracuje w szczególności z:

- 1) Dyrekcją,
- 2) Ordynatorami i Kierownikami komórek organizacyjnych.

§ 4.

Specjalista ds. bhp współpracuje w zakresie realizacji zadań z instytucjami zewnętrznymi, w szczególności z:

- 1) Państwową Inspekcją Pracy,
- 2) Wojewódzką Stacją Sanitarno-Epidemiologiczną w Olsztynie.

§ 5.

Dodatkowo do obowiązków pracownika należą zadania z zakresu kontroli zarządczej, to jest:

1. Przeprowadzanie kontroli działalności szpitala na podstawie planu kontroli.
2. Koordynacja i nadzór nad funkcjonowaniem kontroli zarządczej szpitalu w każdym jej obszarze, t.j:
 - a) zgodności działalności z przepisami prawa oraz procedurami wewnętrznymi;
 - b) skuteczności i efektywności;
 - c) wiarygodności sprawozdań;
 - d) ochrony zasobów;
 - e) przestrzegania i promowania zasad etycznego postępowania;
 - f) efektywności i skuteczności przepływu informacji;
 - g) zarządzania ryzykiem.
4. Gromadzenie dokumentacji z kontroli zarządczej,
5. Aktualizowanie dokumentów związanych z kontrolą zarządczą,
6. Wnioskowanie do dyrektora w sprawie zmian mechanizmów kontrolnych,
7. Przeprowadzenie ankiet samooceny,
8. Analiza wyników i opracowywanie wniosków,
9. Wdrażanie nowych mechanizmów kontroli w przypadku zauważenia nieprawidłowości w jej funkcjonowaniu,
10. Sporządzanie informacji o wykonaniu planu realizacji zadań i celów za rok poprzedni oraz wniosków z funkcjonowania kontroli zarządczej w terminach i formie określonej przez pracodawcę/UM,
11. Organizowanie spotkań z kierownikami i pracownikami w celu przekazania i wymiany uwag dotyczących funkcjonowania kontroli zarządczej w poszczególnych komórkach organizacyjnych szpitala, protokoły spotkań,
12. Wnioskowanie do dyrektora szpitala o zmianę procedur, które eliminowałyby nieprawidłowości,
13. Ścisła współpraca z kierownikami komórek organizacyjnych w zakresie sprawowania przez nich kontroli zarządczej w podległych komórkach oraz identyfikowanie i na bieżąco rozwiązywanie problemów związanych z funkcjonowaniem kontroli zarządczej w podległej komórce, celem usprawnienia i uszczelnienia kontroli.
14. Opracowywanie wniosków pokontrolnych.

§ 6.

W zakresie kontroli zarządczej pracownik współpracuje w szczególności z:

- 1) Dyrekcją,
- 2) Ordynatorami i Kierownikami komórek organizacyjnych.

**REGULAMIN
Specjalisty ds. obronnych**

§ 1.

Specjalista ds. obronnych w zakresie wykonywania swoich czynności podlega bezpośrednio Dyrektorowi.

§ 2.

Do zadań w zakresie spraw obronnych i obrony cywilnej należy:

- 1) koordynowanie i nadzorowanie przygotowań oraz realizacji przedsięwzięć obronnych i obrony cywilnej w zakładzie,
- 2) organizowanie i prowadzenie szkolenia w zakresie spraw obronnych i obrony cywilnej,
- 3) prowadzenie kancelarii materiałów „zastrzeżonych” zgodnie z obowiązującymi przepisami,
- 4) współudział w realizacji zadań związanych z ewidencjonowaniem pracowników podlegających powszechnemu obowiązkowi obrony RP.

§ 3.

Specjalista ds. obronnych współpracuje w szczególności z:

- 3) Dyrekcją,
- 4) Ordynatorami i Kierownikami komórek organizacyjnych.

§ 4.

Specjalista ds. obronnych współpracuje z instytucjami zewnętrznymi, w szczególności z: Urzędem Miasta, Urzędem Marszałkowskim, Urzędem Wojewódzkim, specjalistami ds. obronnych innych szpitali, ze służbami bezpieczeństwa i porządku publicznego.

**REGULAMIN
Inspektora ochrony przeciwpożarowej**

§ 1.

Inspektor ochrony przeciwpożarowej w zakresie wykonywania swoich czynności podlega bezpośrednio Dyrektorowi.

§ 2.

Do zadań w zakresie ochrony przeciwpożarowej należy:

- 1) prowadzenie nadzoru nad bezpieczeństwem przeciwpożarowym,
- 2) opracowanie Instrukcji Bezpieczeństwa Pożarowego ,
- 3) okresowe kontrole stanu bezpieczeństwa przeciwpożarowego Zespołu oraz nadzór nad zleconymi przeglądami sprawności i przydatności urządzeń i sprzętu przeciwpożarowego zgodnie z obowiązującymi przepisami,
- 4) organizowanie i prowadzenie szkoleń wstępnych dla pracowników w zakresie ochrony przeciwpożarowej,
- 5) przygotowywanie wewnętrznych zarządzeń instrukcji w zakresie ochrony przeciwpożarowej,
- 6) kontrolowanie przestrzegania przez pracowników obowiązujących przepisów, regulaminów lub instrukcji ochrony przeciwpożarowej,
- 7) Organizowanie i prowadzenie treningów ewakuacji.

§ 3.

Inspektor ochrony przeciwpożarowej współpracuje w szczególności z:

- 1) Dyrekcją,
- 2) Ordynatorami i Kierownikami komórek organizacyjnych.

§ 4.

Inspektor ochrony przeciwpożarowej współpracuje z instytucjami zewnętrznymi, w szczególności z:

- 1) Komendą Miejską Państwowej Straży Pożarnej w Olsztynie,
- 2) Wydziałem Zarządzania Kryzysowego i Ochrony Ludności Urzędu Miasta w Olsztynie,
- 3) Wydziałem Spraw Obronnych i Bezpieczeństwa Publicznego Urzędu Marszałkowskiego Województwa Warmińsko-Mazurskiego,
- 4) Wydziałem Bezpieczeństwa i zarządzania Kryzysowego Warmińsko- Mazurskiego Urzędu Wojewódzkiego w Olsztynie,
- 5) ze służbami bezpieczeństwa i porządku publicznego.

**REGULAMIN
Pełnomocnika ds. ochrony informacji niejawnych**

§ 1.

Pełnomocnik ds. ochrony informacji niejawnych w zakresie wykonywania swoich czynności podlega bezpośrednio Dyrektorowi.

§ 2.

Do zadań w zakresie ochrony informacji niejawnych należy:

- 1) prowadzenie nadzoru nad ochroną informacji niejawnych,
- 2) zapewnienie ochrony informacji niejawnych,
- 3) kontrola ochrony informacji niejawnych oraz przestrzeganie przepisów o ochronie tych informacji,
- 4) okresowa kontrola ewidencji, materiałów i obiegu dokumentów,
- 5) szkolenie pracowników w zakresie ochrony informacji niejawnych,
- 6) opracowanie instrukcji dotyczącej sposobu i trybu przetwarzania informacji niejawnych o klauzuli „Zastrzeżone”.

§ 3.

Pełnomocnik ds. ochrony informacji niejawnych współpracuje w szczególności z:

- 1) Dyrekcją,
- 2) Ordynatorami i Kierownikami komórek organizacyjnych.

§ 4.

Pełnomocnik ds. ochrony informacji niejawnych współpracuje z instytucjami zewnętrznymi, w szczególności z:

- 1) Pełnomocnikiem ds. ochrony informacji niejawnych Urzędu Marszałkowskiego.

**REGULAMIN
Kapelana szpitalnego**

§ 1.

Kapelan szpitalny w podlega służbowo Dyrektorowi.

§ 2.

1. Kapelan organizuje i wykonuje ogół czynności sakralnych.
2. Kapelan czuwa nad przestrzeganiem tradycji, praktyk religijnych, jako kapłan wyświęcony do tej służby, a w szczególności:
 - 1) odprawia msze święte i inne nabożeństwa zgodnie z ustalonym obrzędkiem,
 - 2) udziela sakramentów świętych zgodnie z potrzebami chorych,
 - 3) przygotowuje i spełnia postugi religijne zgodnie z przepisami liturgicznymi,
 - 4) zapewnia członkom Kościoła przewodnictwo duchowe.

§ 3.

Kapelan szpitalny współpracuje z komórkami organizacyjnymi Zespołu w szczególności z:

- 1) Dyrekcją,
- 2) Oddziałowymi oddziałów i Kierownikami Działu obsługi szpitala oraz Sekcji organizacji i zamówień publicznych.

§ 4.

Kapelan szpitalny współpracuje z instytucjami zewnętrznymi, w szczególności:

- 1) z duszpasterzem służby zdrowia,
- 2) kapelanami innych szpitali.

**REGULAMIN
Pracowni tomografii komputerowej**

§ 1.

1. Do zadań Pracowni tomografii komputerowej należy:
 - 1) wykonywanie badań zgodnie z przyjętymi zasadami dostępności:
 - a) dla potrzeb szpitala
 - b) na rzecz osób trzecich w ramach zawartych umów
 - c) odpłatnie
 - d) dla osób nieubezpieczonych i bez skierowania w ramach realizacji profilaktycznych programów zdrowotnych,
 - 2) wykonywanie badań:
 - a) zgodnie z przyjętą procedurą wykonania oraz w sposób zapewniający uzyskanie technicznie dobrego i wiernego zapisu krzywej wyniku badania,
 - b) zgodnie z przepisami ochrony radiologicznej i BHP,
 - 3) opracowywanie nowych i uaktualnianie obowiązujących procedur medycznych,
 - 4) dbałość o właściwe użytkowanie i konserwację aparatury medycznej do badań,
 - 5) dbałość o prawidłowe wyposażenie pracowni,
 - 6) przestrzeganie obowiązujących regulaminów, zarządzeń, instrukcji postępowania i innych dokumentów regulujących zasady funkcjonowania,
 - 7) utrzymanie pomieszczeń pracowni w należyłym porządku i czystości,
 - 8) współpraca w realizacji zakupów zgodnie z ustawą o zamówieniach publicznych oraz zasadą racjonalności i gospodarności,
 - 9) współudział w organizowaniu przetargów związanych z prowadzoną działalnością,
 - 10) współpraca w zakresie ochrony środowiska.

§ 2.

1. Przyjmowanie chorych w pracowni odbywa się planowo i odpowiednio do warunków miejscowych.
2. Badania TK są wykonywane po uprzedniej rejestracji telefonicznej lub osobistej.
3. Pacjenci przebywający na oddziałach są zgłaszani telefonicznie przed badaniem, a pracownia otrzymuje skierowanie na badanie oraz historię choroby.
4. Badania TK pacjentów szpitalnych wykonywane są w pierwszej kolejności, następnie rejestrowani są pacjenci ambulatoryjni.
5. W przypadku nagłych i niecierpiących zwłoki dopuszczane są odstępstwa od wyznaczonych terminów.
6. Badania tomografii komputerowej wykonywane są wyłącznie na pisemne skierowanie lekarskie. W sytuacji zagrożenia zdrowia, lub życia pacjenta dopuszcza się wykonanie badania na ustne zlecenie lekarza, a lekarz zlecający jest zobowiązany do dostarczenia pisemnego skierowania w terminie późniejszym.

§ 3.

1. Obraz z tomografii komputerowej wraz z opisami przechowywane są w systemie elektronicznej archiwizacji typu Pacs.
2. Płyty CD z zapisanymi na nich zdjęciami pacjentów z oddziałów lub poradni wraz z opisami przekazywane są do lekarzy zlecających badanie. Pacjenci spoza szpitala otrzymują osobiście płytę CD.

§ 4.

1. W przypadkach nagłych wyniki badań sporządzane są tego samego dnia, aby były od razu do dyspozycji oddziału. W innych przypadkach wyniki przygotowywane są w sposób zgodny z zawartymi umowami w zakresie teleradiologii, uwzględniającymi terminy dla pacjentów szpitalnych oraz ambulatoryjnych.
2. Wyniki badania pacjentów szpitalnych odbierane są przez upoważnione osoby z personelu oddziałów. Wyniki badań pacjentów ambulatoryjnych wydawane są samym pacjentom lub osobom przez nich upoważnionym.

§ 5.

1. Pracownia archiwizuje kopie wyników badań.
2. Zdjęcia TK przechowuje się w systemie elektronicznej archiwizacji typu Pacs.

§ 6.

Pracownia wykonuje wszelkie czynności administracyjne związane z jej zakresem działania oraz prowadzi statystykę. Na podstawie danych o ruchu chorych i wykonywanych zabiegach, pracownia sporządza sprawozdania.

Załącznik nr 31

**REGULAMIN
Kancelisty**

§ 1.

Kancelista w zakresie wykonywania swoich czynności podlega bezpośrednio Dyrektorowi.

§ 2.

1. Do obowiązków Kancelisty należy:

- 1) Utworzenie bazy elektronicznego obiegu dokumentów w systemie FlowERMed – e-kancelaria.
- 2) Rozdzielanie i przesyłanie elektroniczne korespondencji do właściwych komórek organizacyjnych.
- 3) Przetwarzanie dokumentów papierowych do postaci elektronicznej.
- 4) Śledzenie toku spraw.
- 5) Informowanie i szkolenie pracowników w zakresie obsługi systemu FlowERMed.
- 6) Brakowanie elektronicznej dokumentacji niearchiwlanej
- 7) Załatwianie spraw administracyjnych z wykorzystaniem Internetu – ePUAP.
- 8) Prowadzenie e- encyklopedii.
- 9) Prowadzenie archiwum dydaktycznego.
- 10) Prowadzenie e-konsultacji z zastępcą dyrektora ds. medycznych i lekarzami.

§ 3.

Kancelista współpracuje w szczególności z:

- 1) Dyrekcją,
- 2) Ordynatorami i Kierownikami komórek organizacyjnych.

Załącznik nr 32

SAMODZIELNY PUBLICZNY ZESPÓŁ GRUŹLICY I CHOROÓB PŁUC W OLSZTYNIE

CENNIK USŁUG MEDYCZNYCH

obowiązuje od 01.04.2020r.

SPIS TREŚCI

I. HOSPITALIZACJA/PORADY
PRACOWNIA BADAŃ CZYNNOSCIOWYCH I DIAGNOSTYKI ALERGOLOGICZNEJ
II.
III. PRACOWNIA BRONCHOSKOPII
IV. MEDYCZNE LABORATORIUM DIAGNOSTYCZNE
1. BAKTERIOLOGIA
2. BIOCHEMIA
3. IMMUNOLOGIA
4. POZOSTAŁE BADANIA LABORATORYJNE
5. ALERGOLOGIA - TESTY IMMUNOCAP
V. PRACOWNIA DIAGNOSTYKI OBRAZOWEJ
1. RTG
2. USG
3. TOMOGRAFIA KOMPUTEROWA
VI. REHABILITACJA
1. KINEZYTERAPIA
2. FIZYKOTERAPIA
3. PULMONOLOGIA
4. MASAŻE LECZNICZE

I. HOSPITALIZACJA/PORADA		
TEL. 89 5322 950/949		
lp.	Rodzaj usługi	Cena
1	Hospitalizacja w oddziale pulmonologicznym - 1 osobodzień (osoba nieubezpieczona) 89 5322 933	450 zł
	Badania zlecane w ramach hospitalizacji dodatkowo płatne zgodnie z cennikiem SPZGiCHP	

REGULAMIN ORGANIZACYJNY

	Przed rozpoczęciem hospitalizacji należy uiścić zaliczkę w wysokości 1 500,00 zł w kasie SPZGiCHP	
Końcowa cena hospitalizacji ustalana jest zgodnie z cennikiem SPZGiCHP oraz rzeczywistymi kosztami ordynowanych leków		
2	Konsultacja pulmonologiczna w Przychodni Specjalistycznej - 89 5322 950/949	160 zł
	Jeżeli w ramach konsultacji zlecane będą dodatkowe badania, należy doliczyć koszty tych badań zgodnie z cennikiem	
3	Odczulanie na jady owadów - dla osób nieubezpieczonych (Dzienna hospitalizacja w Oddziale Alergologiczno-Pulmonologicznym) - 89 532 29 86	
	1.1 Kurs podstawowy	2 000 zł
	1.2 Kurs podtrzymujący	600 zł
4	Bezdech senny diagnostyka i leczenie (za każdy osobdzień pobytu) - dla osób nieubezpieczonych - (Nocna hospitalizacja w Klinice Pulmonologii - Oddziale Pulmonologicznym) - 89 532 29 28	1 100 zł
5	Diagnostyka alergii pokarmowej - dla osób nieubezpieczonych (dwudniowa hospitalizacja w Oddziale Alergologiczno-Pulmonologicznym) - 89 532 29 14	2 000 zł

II. PRACOWNIA BADAŃ CZYNNOŚCIOWYCH I DIAGNOSTYKI ALERGOLOGICZNEJ

TEL. 89 5322 941/952

lp.	Kod procedury	Rodzaj usługi	Cena
1	89.383	Spirometria z opisem	70 zł
2	89.381	Pletyzmografia	100 zł
3	89.385	Ergospirometria z interpretacją badania	200 zł
4	89.389	FeNo - analiza tlenu azotu w wydychanym powietrzu	60 zł
5	89.384	DLCO - badanie zdolności dyfuzji gazów w płucach	150 zł
6	89.442	6MTM [6 minutowy test chodu]	50 zł
7	89.522	EKG	20 zł
8	99.592	Próba tuberkulinowa z interpretacją wyniku	30 zł
9	89.389	ISPA – inhalacyjny system prowokacji alergologicznych	325 zł
10	99.801	Testy alergiczne (jeden punkt)	7 zł
		- panel wziewny	150 zł
		- panel pokarmowy	180 zł

III. PRACOWNIA BRONCHOSKOPII

TEL. 89 532 29 23

lp.	Kod procedury	Rodzaj usługi	Cena
1	33.24	Bronchoskopia	400 zł

REGULAMIN ORGANIZACYJNY

2	33.231	Bronchoskopia autofluorescencyjna	500 zł
		plus koszty badań bakteriologicznych i histopatologicznych zgodnie z poniesionymi kosztami	

IV. MEDYCZNE LABORATORIUM DIAGNOSTYCZNE			
TEL. 89 532 29 34			
1. BAKTERIOLOGIA			
TEL. 89 532 29 29			
lp.	Kod procedury	Rodzaj usługi	Cena
1	90.41	Bakteriologiczne badanie płynu z jamy opłucnej	50 zł
2	90.42	Badanie bakteriologiczne wydzieliny oskrzelowej	50 zł
3	90.43	Badanie bakteriologiczne płwociny	50 zł
4	90.53	Posiew krwi i płynów ustrojowych badane tlenowo i beztlenowo z antybiogramem i identyfikacją szczepów bakteryjnych	60 zł
5	91.32	Posiew moczu z antybiogramem	25 zł
6	91.821	Bakteriologiczne badanie posiewu z wymazów z ran, zmian ropnych skóry, itp.	50 zł
7	91.821	Badanie bakteriologiczne w kierunku beztlenowców	50 zł
8	91.821	Badanie czystości powierzchni - metoda odciskowa 1 płytka	10 zł
9	91.821	Badanie prawidłowości procesu sterylizacji	15 zł
10	91.831	Test różnicujący M.tuberculosis complex/MOTT	30 zł
11	91.831	Określenie lekooporności podstawowej M.tuberculosis – BACTEC MGIT 960 TB	200 zł
12	91.831	Wrażliwość na antybiotyki - 1 oznaczenie	20 zł
13	91.831	Określenie wrażliwości M. Tuberculosis na PZA	150 zł
14	91.831	Identyfikacja grzybów drożdżopodobnych	5 zł
15	91.831	Oznaczenie lekowrażliwości szczepów (grzyby)	30 zł
16	91.891	Posiew w kierunku gruźlicy MGIT	100 zł
17	91.891	Posiew materiałów w kierunku grzybów	20 zł
18	91.891	Posiew materiału - ujemny (bez antybiogramu i identyfikacji)	25 zł
19	S81	C.difficile Antygen/Toksyna A+B	80 zł
20	U20	Antygen L. pneumophillia	45 zł
21	U37	Wykrywanie DNA Mycobacterium tuberculosis complex w systemie BD MAX, w tym wykrywanie genu oporności na Rifampicynę i Isoniazyd	280 zł
	U43	Przeciwciała IgM Mycoplasma pneumoniae	70 zł
22	U72	Antygen S. pneumoniae w moczu	45 zł
23		Wymaz z odbytu - badanie przesiewowe w kierunku nosicielstwa pałeczek (karbapenemazy)	30 zł
24		Wykrywanie Rota - Adenowirusów w kale	30 zł

REGULAMIN ORGANIZACYJNY

25		Wykrywanie Norowirusów I i II w kale	60 zł
26		Wykrywanie wirusa grypy A, B, i A/H1N1 w systemie GeneXpert	280 zł
27		Wykrywanie wirusa grypy A, B, i RS w systemie GeneXpert	280 zł
28		Wykrywanie Norowirusów w systemie GeneXpert	280 zł
29		Wykrywanie toksyny B, binarnej i hiperepidemicznego szczepu NAP 1 C.difficile	280 zł
30		Wykrywanie karbapenemazy KPC, NDM, VIM, OXA-48,IMP-1 w systemie Gene Xpert	300 zł
31		Wykrywanie DNA Mycobacterium tuberculosis complex w systemie GeneXpert - wykrywanie genu odporności na Rifampicynę	300 zł
32	Identyfikacja szczepów HPLC i określenie wrażliwości – wg cennika Instytutu Gruźlicy i Chorób Płuc w W-wie		

2. BIOCHEMIA			
TEL. 89 532 29 51			
lp.	Kod procedury	Rodzaj usługi	Cena
1	I17	Aminotransferaza alaninowa (ALT) w surowicy	6 zł
2	I19	Aminotransferaza asparaginowa (AST) w surowicy	6 zł
3	I25	Amylaza w surowicy	6 zł
4	I27	Amylaza w moczu	6 zł
5	I77	Białko całkowite	6 zł
6	I81	Białko C-reaktywne (CRP)	12 zł
7	I87	Bilirubina bezpośrednia	6 zł
8	I89	Bilirubina całkowita	6 zł
9	I97	Chlorek (Cl)	6 zł
10	I99	Cholesterol całkowity	6 zł
11	K01	Cholesterol HDL	6 zł
12	K03	Cholesterol LDL	6 zł
13	K33	Dehydrogenaza mleczanowa (LDH)	6 zł
14	L11	Fosfataza alkaliczna(ALP)	6 zł
15	L23	Fosfor nieorganiczny	6 zł
16	L31	GGTP w surowicy	6 zł
17	L43	Glukoza krwi żyłnej	6 zł
18	L43.2	Glukoza krzywa glikemiczna	12 zł
19	M18	Kinaza fosfokreatynowa (CK)	6 zł
20	M37	Kreatynina w moczu	6 zł
21	M37	eGFR-kreatynina	12 zł
22	M45	Kwas moczowy	6 zł
23	M67	Lipaza	10 zł
24	M87	Magnez całkowity	6 zł

REGULAMIN ORGANIZACYJNY

25	N13	Mocznik	6 zł
26	N45	Potas (K)	6 zł
27	O29	GAZOMETRIA - Równowaga kwasowo-zasadowa pH, pCO ₂ , HCO ₃ , pO ₂ , mleczańy, wapń zjonizowany	25 zł
28	O35	Sód (na)	6 zł
29	O49	Triglicerydy w surowicy	6 zł
30	O77	Wapń całkowity (Ca)	6 zł
31	O93	Całkowita zdolność wiązania żelaza w surowicy TIBC	12 zł
32	O95	Żelazo (Fe)	6 zł

3. IMMUNOLOGIA			
TEL. 89 532 29 51			
lp.	Kod procedury	Rodzaj usługi	Cena
1	I41	Antygen CA 125 (surowica)	40 zł
2	I43	Antygen CA (CA15-3) (surowica)	40 zł
3	I45	Antygen CA (CA19-9) (surowica)	40 zł
4	I53	CEA (surowica)	22 zł
5	I61	PSA (surowica)	40 zł
6	L05	Ferrytyna	40 zł
7	L07	AFP (surowica)	21 zł
8	L47	BHCG (surowica)	22 zł
9	L69	TSH (surowica)	20 zł
10	L89	Immunoglobulina IgE	22 zł
11	L93	Immunoglobulina IgG	22 zł
12	L95	Immunoglobulina IgM	22 zł
13	L91	IgE swoiste Panel oddechowy (10 parametrów)	120 zł
14	L91	IgE swoiste Panel pokarmowy (10 parametrów)	120 zł
15	N24	Białko Pro-BNP (surowica)	110 zł
16	N58	Prokalcytonina (surowica)	95 zł
17	N69	przeciwciała przeciw cytoplazmie p-ANCA metodą immunofluorescencji pośredniej	90 zł
18	N69	przeciwciała przeciw cytoplazmie c-ANCA metodą immunofluorescencji pośredniej	90 zł
19	N91	przeciwciała przeciw komórkom mięśni gładkim ASMA metodą immunofluorescencji	190 zł
20	O05	przeciwciała przeciw mitochondriom AMA metodą immunofluorescencji pośredniej	70 zł
21	O21	przeciwciała przeciwjądrowe (ANA) metodą immunofluorescencji pośredniej	70 zł
22	O21	ANA profil 3 metodą blot	190 zł
23	O21	Profil wątrobowy metodą blot	190 zł
24	O21	profil MPO,PR3,GBM IgG	70 zł

REGULAMIN ORGANIZACYJNY

25	O21	profil Myositis IgG	190 zł
26	O21	profil Myositis 3 IgG	190 zł
27	O21	profil sclerosis IgG	190 zł
28	O55	FT3 (surowica)	20 zł
29	O59	Troponina I (surowica)	35 zł
30	O69	FT4 (surowica)	20 zł
31	O83	Witamina B12	40 zł
32	O91	Witamina D-25 OH	50 zł
33	V39	Wirus zapalenia wątroby typu B HBs Antygen	40 zł
34	V41	HBsAg test potwierdzenia	36 zł
35	V48	Anty HCV	36 zł
36	N66	Anty CCP	70 zł
37	O61	TROPONINA T hs	35 zł
38	M19	CKMB	15 zł
39	M05	IL-6 (interleukina 6)	55 zł
40	M41	Kwas foliowy	35 zł
41	F91	HIV Ag/Ab	40 zł

4. POZOSTAŁE BADANIA LABORATORYJNE

TEL. 89 532 29 51

lp.	Kod procedury	Rodzaj usługi	Cena
1	A01	Badanie ogólne moczu	10 zł
2	A07	Białko w moczu	10 zł
3	A17	Krew utajona w kale	20 zł
4	C09	Rozmaz ręczny krwi obwodowej	7 zł
5	C55	Morfologia krwi obwodowej (5 diff)	8 zł
6	C59	OB - Odczyn opadania krwinek czerwonych	6 zł
7	C69	Retykulocyty	18 zł
8	E65	Oznaczenie grupy krwi	45 zł
9	G11	Czas kaolinowo kefalinowy APTT	6 zł
10	G21	Czas protrombinowy ze wskaźnikiem INR w osoczu	6 zł
11	G49	D-dimery w osoczu	30 zł
12	G53	Fibrynogen w osoczu	8 zł
13	V98	Przeciwciała anty-SARS-COV-2 IgM i IgG	80 zł
14	V99	Wirus SARS CoV-2 RNA PCR	380 zł
15	V98	Przeciwciała anty-SARS-COV-2S IgG/IgM - test ilościowy (przeciwciała po przechorowaniu oraz po szczepieniu)	80 zł
16	V98	ANTYGEN COVID-19 - Ag Rapid Test do jakościowego wykrywania antygeny (Ag) SARS CoV-2	100 zł

5. ALERGOLOGIA - Testy ImmunoCap			
TEL. 89 532 29 51			
lp.	Kod procedury	Rodzaj usługi	Cena
1	L91	Penicilloyl G	26 zł
2	L91	Penicilloyl V	26 zł
3	L91	Ampicilloyl	26 zł
4	L91	Amoxicilloyl	26 zł
5	L91	Dermatophagoides pteronyssis	26 zł
6	L91	Dermatophagoides farinae	26 zł
7	L91	rDer p 1	65 zł
8	L91	rDer p2	65 zł
9	L91	rDer p 10	65 zł
10	L91	Acarus siro	26 zł
11	L91	Lepidoglyphus destructor	26 zł
12	L91	Tyrophagus putrescentiae	26 zł
13	L91	Sierść kota	26 zł
14	L91	Sierść krowy	26 zł
15	L91	Naskórek świnki morskiej	26 zł
16	L91	Naskórek świni	26 zł
17	L91	mix-świnka morska, królik, chomik, szczur, mysz	26 zł
18	L91	Białko jaja kurzego	26 zł
19	L91	Ziarno sezamowe	26 zł
20	L91	Orzeszek ziemny	26 zł
21	L91	Soja	26 zł
22	L91	Mleko	26 zł
23	L91	nGal d 2 Ovalbumin	26 zł
24	L91	nGal d 1 Ovomuroid	26 zł
25	L91	Krewetka	26 zł
26	L91	nGal d 3 Conalbumin	65 zł
27	L91	Żółtko	26 zł
28	L91	nBos d 4 alpha-lactalbumin, Mleko	26 zł
29	L91	nBos d 5 beta-lactalbumin, Mleko	26 zł
30	L91	nBos d 8 Casein, Mleko	26 zł
31	L91	Gluten	26 zł
32	L91	Ryż	26 zł
33	L91	mix - groch, o. arachidowy, soja	26 zł
34	L91	mix - pszenica, żyto, jęczmień	26 zł
35	L91	Pyłki żyta	26 zł
36	L91	Pszenica	26 zł
37	L91	Tymotka	26 zł
38	L91	Pszczola	26 zł

REGULAMIN ORGANIZACYJNY

39	L91	rApi m 1 Phospholipase A2	65 zł
40	L91	rVes v 5	65 zł
41	L91	rVes v 1 Phospholipase	65 zł
42	L91	rApi m 10	65 zł
43	L91	Osa	26 zł
44	L91	Karaluch	26 zł
45	L91	Lysozyme	65 zł
46	L91	Latex	26 zł
47	L91	Penicillium notatum	26 zł
48	L91	Cladosporium herbarum	26 zł
49	L91	Trichophyton rubrum	26 zł
50	L91	Aspergillus fumigatus	26 zł
51	L91	Candida albicans (yeast)	26 zł
52	L91	Alternaria alternata	26 zł
53	L91	Glista ludzka	26 zł
54	L91	Phadia Top	65 zł
55	L91	Brzoza	26 zł
56	L91	Tryptaza	65 zł

V. PRACOWNIA DIAGNOSTYKI OBRAZOWEJ

TEL. 89 532 29 39/72/36

1. RTG

lp.	Kod procedury	Rodzaj usługi	Cena
1	87.440	RTG klatki piersiowej	36 zł
2	87.164	RTG zatok	40 zł
3	87.174	RTG kości twarzy	40 zł
4	87.176	RTG czaszki	40 zł
5	87.221	RTG kręgosłupa szyjnego (C)	40 zł
6	87.231	RTG kręgosłupa odcinka piersiowego (Th)	40 zł
7	87.241	RTG kręgosłupa lędźwiowo-krzyżowego	40 zł
8	87.431	RTG żeber	40 zł
9	87.432	RTG mostka	40 zł
10	87.495	RTG śródpiersia (KLP) - BOK	40 zł
11	88.110	RTG miednicy	40 zł
12	88.110	RTG stawów biodrowo-krzyżowych (miednicy)	40 zł
13	88.191	RTG jamy brzusznej	40 zł
14	88.241	RTG kości przedramienia/st. łokciowego	40 zł
15	88.241	RTG kości barku i ramienia	40 zł
16	88.241	RTG nadgarstka/dłoni	40 zł
17	88.291	RTG stopy/st. Skokowego	40 zł
18	88.291	RTG stawów kolanowych	40 zł

REGULAMIN ORGANIZACYJNY

19	88.291	RTG uda	40 zł
20	88.291	RTG podudzia	40 zł
21		Wydruk zdjęcia RTG	15 zł
22		Wydanie duplikatu płytki z badaniem	15 zł

2. USG			
lp.	Kod procedury	Rodzaj usługi	Cena
1	88.713	USG tarczycy	80 zł
2	88.714	USG tętnic szyjnych - doppler	200 zł
3	88.717	USG ślinianki	80 zł
4	88.732	USG piersi	90 zł
5	88.732	USG gruczołu piersiowego	80 zł
6	88.733	USG płuc	80 zł
7	88.734	USG jamy opłucnej	80 zł
8	88.735	USG śródpiersia	80 zł
9	88.738	USG klatki piersiowej	80 zł
10	88.761	USG jamy brzusznej	90 zł
11	88.763	USG gruczołu krokowego z pęcherzem	100 zł
12	88.777	USG naczyń kończyny dolnej - doppler	200 zł
13	88.790	USG węzłów chłonnych	80 zł
14	88.791	USG tkanek powierzchniowych	80 zł
15	88.799	USG jądra	80 zł

3. TOMOGRAFIA KOMPUTEROWA TEL. 89 532 29 36			
lp.	Kod procedury	Rodzaj usługi	Cena
1	87.030	TK głowy bez wzmocnienia kontrastowego	230 zł
2	87.031	TK głowy bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	330 zł
3	87.034	TK zatok bez kontrastu	230 zł
4	87.035	TK zatok bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	330 zł
5	87.034	TK twarzoczaszki bez wzmocnienia kontrastowego	230 zł
6	87.035	TK twarzoczaszki bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	330 zł
7	87.036	TK szyi bez wzmocnienia kontrastowego	230 zł
8	87.037	TK szyi bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	330 zł
9	87.410	TK klatki piersiowej bez wzmocnienia kontrastowego	280 zł
10	87.411	TK klatki piersiowej bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	430 zł
11	88.010	TK jamy brzusznej bez wzmocnienia kontrastowego	300 zł
12	88.011	TK jamy brzusznej bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	430 zł
13	88.010	TK miednicy bez wzmocnienia kontrastowego	300 zł
14	88.011	TK miednicy brzusznej bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	430 zł

REGULAMIN ORGANIZACYJNY

15	88.301	TK kończyny górnej bez wzmocnienia kontrastowego	230 zł
16	88.302	TK kończyny górnej bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	380 zł
17	88.303	TK kończyny dolnej bez wzmocnienia kontrastowego	280 zł
18	88.304	TK kończyny dolnej bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	380 zł
19	88.383	TK kręgosłupa szyjnego bez wzmocnienia kontrastowego	280 zł
20	88.384	TK kręgosłupa szyjnego bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	380 zł
21	88.385	TK kręgosłupa piersiowego bez wzmocnienia kontrastowego	280 zł
22	88.386	TK kręgosłupa piersiowego bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	380 zł
23	88.387	TK kręgosłupa lędźwiowo-krzyżowego bez wzmocnienia kontrastowego	280 zł
24	88.388	TK kręgosłupa lędźwiowo-krzyżowego bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	380 zł
25	87.033	Angio TK głowy	480 zł
26	87.415	Angio TK klatki piersiowej	480 zł
27	88.013	Angio TK jamy brzusznej	480 zł
28	88.381	Angio TK kończyny	480 zł
29	87.41/1	HRCT - TK klatki piersiowej	380 zł

VI. REHABILITACJA

TEL. 89 532 29 54

NA ZABIEGI FIZYKOTERAPEUTYCZNE KONIECZNE JEST SKIEROWANIE OD LEKARZA

1. KINEZYTERAPIA

lp.	Kod procedury	Rodzaj usługi	Cena
1	93.1131	Ćwiczenia czynno-bierne	30 zł
2	93.1132	Ćwiczenia wspomagane	24 zł
3	93.1133	Ćwiczenia prowadzone	24 zł
4	93.1202	Ćwiczenia czynne wolne	24 zł
5	93.1204	Ćwiczenia samowspomagane	24 zł
6	93.1205	Ćwiczenia czynne w odciążeniu	24 zł
7	93.1301	Ćwiczenia izometryczne	24 zł
8	93.1303	Ćwiczenia czynne z oporem w odciążeniu	24 zł
9	93.1601	Mobilizacja małych stawów	30 zł
10	93.1602	Mobilizacja dużych stawów	30 zł
11	93.1811	Drenaż ułożeniowy	24 zł
12	93.1812	Ćwiczenia oddechowe	20 zł
13	93.1813	Ćwiczenia oddechowe z oporem	20 zł
14	93.1901	Ćwiczenia równoważne	20 zł
15	93.1902	Ćwiczenia rozluźniające i relaksujące	20 zł
16	93.1903	Ćwiczenia sprawności manualnej	24 zł
17	93.1911	Ćwiczenia koordynacji ruchowej	30 zł

REGULAMIN ORGANIZACYJNY

18	93.1912	Poizometryczna relaksacja mięśni	20 zł
19	93.1914	Ćwiczenia łożeniowe burgera (naczyniowe)	20 zł
20	93.2202	Pionizacja czynna	20 zł
21	93.2204	Nauka czynności lokomocyjnych	20 zł
22	93.3601	Trening interwałowy na bieżni lub cykloergometrze	30 zł
23	93.3602	Trening ciągły na bieżni lub cykloergometrze	40 zł
24	93.3807	Metoda NDT Bobath	80 zł
25	93.1909	Ćwiczenia ogólnousprawniające indywidualne 30 min	80 zł
26	93.1910	Ćwiczenia zespołowe (2x w tyg.) – bóle kręgosłupa, ogólnokondycyjne, Amazonki (opłata za miesiąc)	120 zł
27	93.3808	Ćwiczenia metodą neurofizjologiczną - 30 min	60 zł
28		Ćwiczenia w UGUL (wspomagające, oporowe)	30 zł
29		Ćwiczenia manipulacyjne, mimiczne, równoważne	20 zł
30		Instruktaż ćwiczeń (izometryczne, czynne, oddechowe, naczyniowe i inne)	80 zł
31		Ćwiczenia likwidujące przykurcze pochodzenia mięśniowego PRM	30 zł

2. FIZYKOTERAPIA

lp.	Kod procedury	Rodzaj usługi	Cena
1	93.1804	Oklepywanie	30 zł
2	93.3903	Inhalacje indywidualne pneumatyczne	30 zł
3	93.3943	Ultradźwięki	20 zł
4	93.3944	Fonoforeza	20 zł
5	93.3946	Termożele	20 zł
6	93.3951	Krioterapia miejscowa ciekłym azotem	40 zł
7	93.3983	Pole magnetyczne stałe i niskiej częstotliwości	40 zł
8	93.3988	Elektrostymulacja mięśni	40 zł
9	93.3937	Naświetlanie IR - miejscowe Sollux	30 zł
10	93.3918	Galwanizacja	20 zł
11	93.3920	Jonoforeza (bez leku)	20 zł
12	93.3928	Prądy diadynamiczne (DD)	20 zł
13	93.3929	Prądy interferencyjne	20 zł
14	93.3930	Prądy TENZ	20 zł
15	93.3931	Prądy KOTZA	20 zł
16	93.3932	Prądy TRAUBERTA	20 zł
17	93.3940	Laseroterapia	20 zł

3. PULMONOLOGIA

lp.	Kod procedury	Rodzaj usługi	Cena
-----	---------------	---------------	------

REGULAMIN ORGANIZACYJNY

1	93.3986	Drenaż z oklepywaniem	50 zł
---	---------	-----------------------	-------

4. MASAŻE LECZNICZE			
lp.	Kod procedury	Rodzaj usługi	Cena
1	93.3985	Masaż wibracyjny – 10 min.	40 zł

Wszystkie ceny zawarte w Cenniku usług medycznych są cenami netto