

**REGULAMIN ORGANIZACYJNY
im. dr Wł. Biegańskiego w Łodzi**

Spis treści:	str.
I. POSTANOWIENIA OGÓLNE	2
II. CELE I ZADANIA ZAKŁADU	3
III. STRUKTURA ORGANIZACYJNA ZAKŁADU, ORGANIZACJA I ZADANIA POSZCZEGÓLNYCH JEDNOSTEK I KOMÓREK ORGANIZACYJNYCH ZAKŁADU	4
IV. SPOSÓB KIEROWNIA JEDNOSTKAMI LUB KOMÓRKAMI ORGANIZACYJNYMI	4
Reprezentacja, pełnomocnictwa, upoważnienia, sposób zatrudnienia osób na stanowiskach kierowniczych działalności podstawowej.....	6
V. RODZAJ DZIAŁALNOŚCI LECZNICZEJ ORAZ ZAKRES UDZIELANYCH ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH	7
VI. PRZEBIEG PROCESU UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ OPIEKI ZDROWOTNEJ	8
1. Zasady ogólne.....	8
2. Przyjęcie pacjenta do Szpitala.....	9
3. Podstawowe zadania Oddziału Szpitalnego.....	10
4. Wypis pacjenta ze Szpitala.....	11
5. Transport do i ze Szpitala.....	12
6. Świadczenia w leczeniu ambulatoryjnym.....	12
7. Świadczenia diagnostyczne.....	12
8. Świadczenia w Dziale Diagnostyki Laboratoryjnej.....	13
9. Szczególne uprawnienia.....	13
VII. PRAWA I OBOWIĄZKI PACJENTA	13
VIII. OBOWIĄZKI OSÓB ODWIEDZAJĄCYCH PACJENTÓW W SZPITALU ORAZ ZASADY PRZEBYWANIA OSÓB TRZECICH POZA ODWIEDZAJĄCYMI	15
IX. OBOWIĄZKI ZAKŁADU W RAZIE ŚMIERCI PACJENTA	17
X. WARUNKI WSPÓLDZIAŁANIA Z INNYMI PODMIOTAMI WYKONUJĄCYMI DZIAŁALNOŚĆ LECZNICZĄ	19
XI. UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ I WYSOKOŚĆ OPŁATY	19
XII. ORGANIZACJA PROCESU UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W PRZYPADKU POBIERANIA OPŁAT ORAZ WYSOKOŚĆ OPŁATY ZA UDZIELANE ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE INNE NIŻ FINASOWANE ZE ŚRODKÓW PUBLICZNYCH	21
XIII. POSTANOWIENIA KOŃCOWE	21



Rozdział I. POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1

Regulamin organizacyjny zwany w dalszej części "Regulaminem" określa w szczególności warunki udzielania świadczeń zdrowotnych, nieuregulowane w ustawie o działalności leczniczej i Statucie Szpitala.

§ 2

Ilekroć w niniejszym Regulaminie jest mowa o:

1. *Statucie* – należy przez to rozumieć Statut Wojewódzkiego Specjalistycznego Szpitala im. dr Wł. Biegańskiego w Łodzi;
2. *Zakładzie lub Szpitalu* - należy przez to rozumieć Wojewódzki Specjalistyczny Szpital im. dr Wł. Biegańskiego w Łodzi;
3. *Dyrektorze Zakładu lub Szpitala* – należy przez to rozumieć kierownika zakładu w rozumieniu ustawy o działalności leczniczej;
4. *Kierowniku komórki organizacyjnej*– należy przez to rozumieć przewidziane w strukturze organizacyjnej Zakładu stanowiska kierownicze;
5. *Komórcie organizacyjnej* – należy przez to rozumieć jednostkę wyodrębnioną w strukturze organizacyjnej WSSz. im. dr Wł. Biegańskiego oznaczoną, jako: działy, sekcje i inne oznaczone komórki organizacyjne, jednoosobowe stanowiska pracy;
6. *Pracodawcy* – należy przez to rozumieć Dyrektora Zakładu/Szpitala;
7. *Świadczeniu zdrowotnym* – należy przez to rozumieć działania służące zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu i poprawie zdrowia oraz inne działania medyczne wynikające z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich wykonywania;
8. *NFZ* - należy przez to rozumieć- Narodowy Fundusz Zdrowia;
9. *Strukturze pionów* – należy przez to rozumieć komórki organizacyjne, samodzielne stanowiska realizujące określone cele, podporządkowane bezpośrednio Dyrektorowi, Zastępcom Dyrektora, Głównej Księgowej, Naczelnej Pielęgniarsce;

§ 3

1. Wojewódzki Specjalistyczny Szpital im. dr Wł. Biegańskiego działa w oparciu o:
 - 1) ustawę z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej (j.t Dz. U. 2016.1638 ze zmianami), zwaną dalej ustawą,
 - 2) ustawę z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tj. Dz.U. 2015.581 ze zmianami),
 - 3) ustawę z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości (j.t Dz.U. 2016.1047),
 - 4) ustawę z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych (j.t Dz. U. 2013.885),
 - 5) Statut WSSz.im. dr Wł. Biegańskiego w Łodzi.
 - 6) ustawę z dnia 6 listopada 2008 roku o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (tj. Dz. U. z 2017 r. poz. 1318.).
 - 7) inne przepisy regulujące działalność samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej.
2. Strukturę Zakładu tworzą Zakłady Lecznice :



- 1) SZPITAL WIELOSPECJALISTYCZNY,
- 2) ZAKŁAD LECZNICTWA AMBULATORYJNEGO,

§ 4

1. Podmiotem tworzącym Zakład jest Samorząd Województwa Łódzkiego, który działa przez swoje organy:
 - Sejmik Województwa Łódzkiego,
 - Zarząd Województwa Łódzkiego.
2. Zakład posiada osobowość prawną.
3. Siedzibą Zakładu jest miasto Łódź.
4. Zakład może posługiwać się następującym skrótem swojej nazwy: „WSSz im dr Wł. Biegańskiego w Łodzi”.

Rozdział II. CELE I ZADANIA ZAKŁADU

§ 5

1. Celem Zakładu jest prowadzenie działalności leczniczej polegającej na:
 - 1) udzielaniu świadczeń zdrowotnych służących zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia oraz inne działania medyczne wynikające z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich wykonywania;
 - 2) promocji zdrowia poprzez prowadzenie działań umożliwiających poszczególnym osobom i społeczności zwiększenie kontroli nad czynnikami warunkującymi stan zdrowia i przez to jego poprawę, promowanie zdrowego stylu życia oraz środowiskowych i indywidualnych czynników sprzyjających zdrowiu.
2. Zakład realizuje politykę jakości poprzez stałą poprawę skuteczności działań w zakresie jakości świadczonych usług, bezpieczeństwa pracy oraz zmniejszanie negatywnego wpływu oddziaływania na środowisko naturalne przy stałym spełnianiu wymagań prawnych oraz podnoszeniu kwalifikacji i zaangażowaniu wszystkich pracowników.
3. W ramach Polityki Jakości wszyscy pracownicy zobowiązani są do realizacji Zintegrowanego Systemu Zarządzania Jakością.

§ 6

1. Realizując cele określone w § 5 Zakład zapewnia w szczególności:
 - 1) badania i porady lekarskie, badania diagnostyczne i analitykę medyczną, leczenie i pielęgnację chorych, których stan wymaga hospitalizacji oraz specjalistyczne leczenie w warunkach ambulatoryjnych,
 - 2) rehabilitację leczniczą, rehabilitację społeczno – zawodową i opiekę na rzecz rekonwalescentów i niepełnosprawnych,
 - 3) orzekanie o stanie zdrowia i chorobach zawodowych zakaźnych i inwazyjnych,
 - 4) szczepienia ochronne i inną działalność profilaktyczną,
 - 5) pozyskiwanie i wykorzystywanie do leczenia krwi i preparatów krwiopochodnych,
 - 6) prowadzenie działalności oświatowo – zdrowotnej,



- 7) kształcenie osób wykonujących zawody medyczne, prowadzenie prac naukowych mających na celu wpływ na skuteczniejszą realizację zadań Zakładu oraz stałe podnoszenie poziomu świadczonych usług,
 - 8) przyznawania w uzasadnionych przypadkach świadczeniobiorcom świadczeń towarzyszących tj. zakwaterowania, transportu.
2. Na bazie Zakładu funkcjonują Kliniki Uniwersytetu Medycznego. Zasady ich funkcjonowania oraz udostępnione powierzchnie określa odrębnie zawarta umowa pomiędzy Zakładem i Uniwersytetem Medycznym.
3. Zakład wykonuje działalność gospodarczą inną niż leczniczą pod warunkiem, że działalność ta nie jest uciążliwa dla pacjenta lub przebiegu leczenia polegająca na:
- 1) najmie, dzierżawie i użyczeniu pomieszczeń oraz majątku trwałego;
 - 2) wynajmie powierzchni reklamowych;
 - 3) świadczeniu usług parkingowych;
 - 4) prowadzeniu usług szkoleniowych.
4. Zakład wykonuje zadania w zakresie spraw obronnych i bezpieczeństwa publicznego.

§ 7

Postanowienia Regulaminu obowiązują wszystkich pracowników Zakładu, bez względu na rodzaj zawartej umowy o pracę, a także osoby i firmy wykonujące świadczenia zdrowotne na rzecz Zakładu na podstawie umów cywilnoprawnych, pacjentów oraz osoby odwiedzające.

Rozdział III. STRUKTURA ORGANIZACYJNA ZAKŁADU, ORGANIZACJA I ZADANIA POSZCZEGÓLNYCH JEDNOSTEK I KOMÓREK ORGANIZACYJNYCH.

§ 8

1. Schemat organizacyjny prezentujący w sposób graficzny strukturę organizacyjną stanowi załącznik Nr 1 do regulaminu.
2. Organizację i zakresy działania komórek organizacyjnych określa załącznik Nr 2 do Regulaminu.
3. Struktura organizacyjna oparta jest o pion, którym podporządkowane są komórki organizacyjne i samodzielne stanowiska. Wyodrębnia się następujące piony:
 - 1) Dyrektora,
 - 2) Z-cy Dyrektora ds. Lecznictwa pn. „pion działalności podstawowej”,
 - 3) Z-cy Dyrektora ds. Techniczno-Administracyjnych,
 - 4) Głównej Księgowej,
 - 5) Naczelnej Pielęgniarki.

Rozdział IV. SPOSÓB KIEROWNIA JEDNOSTKAMI LUB KOMÓRKAMI ORGANIZACYJNYMI.

§ 9

1. Zakładem kieruje i reprezentuje go na zewnątrz Dyrektor, zgodnie z postanowieniami Statutu Zakładu i obowiązującymi przepisami.



2. Dyrektor wykonuje swoje zadania przy pomocy:
 - 1) Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa,
 - 2) Zastępcy Dyrektora ds. Techniczno-Administracyjnych,
 - 3) Głównego Księgowego,
 - 4) Naczelnej Pielęgniarki,
 - 5) Kierowników Klinik/Ordynatorów, Kierowników Lekarzy kierujących Oddziałem,
 - 6) Kierowników komórek organizacyjnych, samodzielnych stanowisk wymienionych w załączniku Nr 2 do regulaminu.
3. Osoby wymienione w ust. 2 kierują samodzielnie powierzonym im zakresem prac i są odpowiedzialne za ich wykonanie przed:
 - 1) bezpośrednim przełożonym, wynikającym ze struktury organizacyjnej Zakładu,
 - 2) Dyrektorem.
4. Ordynator - Kierownik kliniki/oddziału klinicznego działającego na bazie oddziału szpitalnego i lekarz kierujący oddziałem w zakresie organizacji, administracji oraz udzielania świadczeń zdrowotnych bezpośrednio podlega Z-cy Dyrektora ds. Lecznictwa.
5. Ordynator – Kierownik kliniki/oddziału klinicznego działającego na bazie oddziału szpitalnego w zakresie działalności dydaktycznej i naukowo-badawczej podlega Rektorowi Uniwersytetu Medycznego.
6. Każdy pracownik podlega bezpośrednio przełożonemu zgodnie ze strukturą organizacyjną Zakładu.
7. W celu realizacji zadań statutowych Dyrektor wydaje zarządzenia, regulaminy, instrukcje, procedury oraz powołuje i odwołuje komisje i zespoły. Zastępcy Dyrektora, Gł. Księgowa i Naczelna Pielęgniarka są uprawnieni do samodzielnego wydawania komunikatów w zakresie powierzonych im zadań.
8. Postępowanie kancelaryjne, sposób rejestracji, znakowania pism, używanie pieczęci, określa Instrukcja Kancelaryjna.
9. Wewnętrzny porządek oraz czas pracy poszczególnych grup zawodowych określa Regulamin Pracy, zatwierdzony przez Dyrektora, po uzgodnieniu z organizacjami związkowymi działającymi na terenie Szpitala.
10. Celem współdziałania komórek organizacyjnych Zakładu jest:
 - 1) usprawnianie procesów informacyjno-decyzyjnych,
 - 2) prawidłowa realizacja zadań statutowych,
 - 3) integracja działań komórek organizacyjnych.
11. Do podstawowych elementów współdziałania zalicza się w szczególności odbywanie okresowych zebrań:
 - 1) kadry zarządzającej,
 - 2) Dyrektora, Zastępców z Ordynatorami i Kierownikami komórek organizacyjnych,
 - 3) Naczelnej Pielęgniarki z Pielęgniarkami Oddziałowymi/Koordynującymi,
 - 4) Komitetów, komisji, zespołów itp. powoływanych zarządzeniami wewnętrznymi,



- 5) Dyrektora z przedstawicielami załogi oraz organizacjami związkowymi działającymi na terenie Szpitala,
 - 6) innych nie wymienionych wyżej.
12. Zebrania mają na celu przede wszystkim:
- 1) wzajemną wymianę informacji w celu dalszego doskonalenia wspólnego działania,
 - 2) przekazywania informacji o podejmowanych kierunkach działania,
 - 3) omówienia realizacji zadań oraz wymianę poglądów dotyczących problemów w realizacji zadań,
 - 4) ocenę sytuacji finansowej Zakładu,
 - 5) optymalizację procesu diagnostyczno-leczniczego prowadzonego w komórkach organizacyjnych Zakładu,
 - 6) inne zadania nie wymienione wyżej .
13. Ordynatorzy, kierownicy komórek organizacyjnych oraz pielęgniarki oddziałowe/koordynujące zobowiązani są do zapoznania podległego personelu z informacjami uzyskanymi na zebraniach.

§ 10

1. Zakład działa w oparciu o następujące zasady:
 - 1) praworządności,
 - 2) racjonalnego gospodarowania środkami finansowymi,
 - 3) prowadzenia wspólnej rachunkowości dla przedsiębiorstw Zakładu,
 - 4) kontroli wewnętrznej,
 - 5) podziału kompetencji,
 - 6) wzajemnego współdziałania,
 - 7) racjonalnego doboru kadry,
 - 8) podnoszenia jakości świadczonych usług.
2. Dyrektor w wykonywaniu swoich zadań współpracuje z Organem Założycielskim, Radą Społeczną i Organizacjami związkowymi, przedstawicielami załogi, samorządami zawodów medycznych itp.

Reprezentacja, pełnomocnictwa, upoważnienia, sposób zatrudnienia osób na stanowiskach kierowniczych.

§ 11

1. Dyrektor może upoważnić swoich zastępców do dokonywania czynności prawnych w jego imieniu w zakresie powierzonych im zadań, jak również wskazuje osobę do dokonywania czynności prawnych w czasie jego nieobecności, na podstawie odrębnych indywidualnych pełnomocnictw.
2. Zastępcy Dyrektora, Główny Księgowy, Naczelną Pielęgniarką, kierownicy komórek organizacyjnych, Radcowie Prawni, a także inni wyznaczeni pracownicy mogą reprezentować Zakład i składać oświadczenia woli na podstawie udzielonych pełnomocnictw przez Dyrektora.
3. Pełnomocnictwa i upoważnienia udziela Dyrektor z własnej inicjatywy oraz na pisemny wniosek kierowników właściwych komórek organizacyjnych oraz pracowników zatrudnionych na samodzielnych stanowiskach pracy.



4. Rejestr wydanych pełnomocnictw i upoważnień prowadzi Dział Organizacji i Szkoleń.
5. W przypadku nieobecności pracownika obowiązują następujące zasady:
 - 1) Dyrektora zastępuje Z-ca Dyrektora ds. Lecznictwa lub inna upoważniona osoba, zgodnie z zakresem udzielonego pełnomocnictwa,
 - 2) Zastępcy Dyrektora – zgodnie ze wskazaniem. Z-cę Dyrektora ds. Lecznictwa może zastępować lekarz, Ordynator Oddziału,
 - 3) Głównego Księgowego zastępuje wskazany pracownik Działu Księgowości,
 - 4) Naczelną Pielęgniarkę – wskazana Pielęgniarka,
 - 5) Kierownika Kliniki/Ordynatora, Lekarza kierującego Oddziałem upoważniona osoba, posiadająca odpowiednie kwalifikacje,
 - 6) Kierownicy komórek organizacyjnych niewymienieni wyżej wskazują osoby zastępujące i ustalają zastępstwo dla podległych im pracowników.

§ 12

1. Dyrektor Szpitala ogłasza konkursy zgodnie z obowiązującymi przepisami na stanowiska:
 - 1) Z-cy Dyrektora ds. Lecznictwa,
 - 2) Ordynatora,
 - 3) Naczelnej Pielęgniarki,
 - 4) Pielęgniarki Oddziałowej.
2. W Szpitalu Oddziałem może kierować lekarz niebędący Ordynatorem. Na stanowisko lekarza kierującego oddziałem konkursu nie przeprowadza się. Dopuszcza się zatrudnienie takiego lekarza na podstawie umowy cywilno-prawnej.
3. Wskazanie przez Uniwersytet Medyczny Kierownika Kliniki nie jest jednoznaczne z pełnieniem przez niego funkcji Ordynatora lub Lekarza kierującego oddziałem w Szpitalu. Kierownik Kliniki jest odpowiedzialny wyłącznie za działalność dydaktyczną i badawczą, a Ordynator lub Lekarz kierujący Oddziałem za organizację i przebieg procesu udzielania świadczeń medycznych, zgodnie z przyjętym zakresem obowiązków.
4. Dyrektor Szpitala w porozumieniu z Z-cą Dyrektora ds. Lecznictwa podejmuje decyzję czy powierzy wskazanemu przez Uniwersytet Medyczny Kierownikowi Kliniki funkcję Ordynatora lub Lekarza kierującego Oddziałem.
5. Sposób rekrutacji pracowników na stanowiska nie objęte postępowaniem konkursowym określa odrębny dokument wewnętrzny.

Rozdział V. RODZAJ DZIAŁALNOŚCI LECZNICZEJ ORAZ ZAKRES UDZIELANYCH ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH

§ 13

1. Świadczenia zdrowotne w Zakładzie są udzielane w formie **stacjonarnej opieki zdrowotnej** w sposób zapewniający pacjentom najdogodniejszą formę korzystania ze świadczeń, właściwą ich dostępność, a także jakość udzielanych świadczeń w zakresie:
 - 1) chorób wewnętrznych,



- 2) kardiologii dla dorosłych,
 - 3) rehabilitacji kardiologicznej stacjonarnej i dziennej dla dorosłych,
 - 4) dermatologii dla dorosłych i dla dzieci,
 - 5) chorób zakaźnych dla dorosłych i dla dzieci,
 - 6) chorób tropikalnych i pasożytniczych dla dorosłych i dla dzieci,
 - 7) chorób wątroby i przewodu pokarmowego dla dorosłych,
 - 8) anestezjologii i intensywnej terapii z ośrodkiem pozaustrojowych technik wspomagania czynności nerek i wątroby,
 - 9) gastroenterologii dziennej,
 - 10) kardiochirurgii.
2. Diagnostyka realizowana jest kompleksowo w oparciu o pełen zakres badań.
3. W ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej Zakład udziela porad w Przychodni Specjalistycznej, skupiającej poradnie o profilu: kardiologicznym, zakaźnym, dermatologicznym dla dorosłych i dla dzieci, nabytych zaburzeń odpornościowych, hepatologicznym, chorób tropikalnych i pasożytniczych, gastroenterologicznym, kardiochirurgicznym, wad serca.
W Przychodni realizowane są szczepienia oraz kwalifikacja do nich. Poza godzinami pracy Przychodni zadania związane ze szczepieniami realizuje Izba Przyjęć Zakaźna.

Rozdział VI. PRZEBIEG PROCESU UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH

§ 14

1. Zasady ogólne

- 1) Szpital udziela świadczeń zdrowotnych pacjentom w trybie nagłym i planowym,
- 2) Świadczenia zdrowotne w Szpitalu są udzielane przez osoby wykonujące zawody medyczne. Dopuszcza się udzielanie świadczeń przez wolontariuszy na mocy zawartych umów,
- 3) Osoby zatrudnione w Zakładzie oraz pozostające z nim w stosunku cywilnoprawnym są obowiązane nosić w widocznym miejscu identyfikator zawierający imię i nazwisko oraz pełnią funkcję.
Identyfikatory są drukowane i aktualizowane na bieżąco przez Dział Organizacji i Szkoleń,
- 4) Szczegółowy zakres wykonywanych świadczeń zdrowotnych określają umowy z dysponentami publicznych środków finansowych (Narodowy Fundusz Zdrowia) oraz innymi podmiotami.
- 5) Szpital prowadzi dokumentację medyczną pacjentów korzystających ze świadczeń, zgodnie z obowiązującymi przepisami i procedurami wewnętrznymi z zapewnieniem ochrony danych osobowych zawartych w dokumentacji. Personel Szpitala zobowiązany jest do zachowania w tajemnicy wszelkich informacji uzyskanych w czasie wykonywanych obowiązków.

§ 15

1. Realizacja świadczeń zdrowotnych w trybie planowym unormowana jest procedurami wewnętrznymi, zgodnie z aktualnie obowiązującymi aktami prawnymi, w tym przepisami określonymi przez płatnika. Świadczenia są udzielane wg kolejności zgłoszeń.
2. Oddziały i poradnie w szczególności:
 - 1) wpisują pacjentów na listę oczekujących,



- 2) informują pacjenta o terminie udzielenia świadczenia,
 - 3) każda zmiana terminu planowanego udzielenia świadczenia może nastąpić po uzgodnieniu pomiędzy dwiema stronami osobiście lub telefonicznie i odnotowaniu we właściwej dokumentacji medycznej w następujących okolicznościach:
 - a) rezygnacji pacjenta,
 - b) zdarzeń losowych i chorobowych,
 - c) awarii aparatury niezbędnej do wykonania świadczenia,
 - d) przekroczenia limitu zakontraktowanych świadczeń.
3. Listy oczekujących prowadzi się w sposób zapewniający poszanowanie zasady sprawiedliwego, równego, niedyskryminującego i przejrzystego dostępu do świadczeń medycznych.

§ 16

Dyrektor Szpitala określa, w drodze odrębnych zarządzeń, szczegółowe zasady, standardy postępowania i procedury wykonywane w poszczególnych komórkach organizacyjnych Szpitala w celu zapewnienia właściwej dostępności i jakości świadczeń zdrowotnych.

§ 17

1. Przyjęcie pacjenta do Szpitala:

- 1) Przyjęcia pacjentów do Szpitala odbywają się całodobowo, na zasadach określonych w ogólnie obowiązujących przepisach, co oznacza, że:
 - a) o przyjęciu do Szpitala osoby zgłaszającej się lub kierowanej przez lekarza orzeka lekarz wyznaczony do tych czynności, po zapoznaniu się ze stanem zdrowia i uzyskaniu zgody tej osoby lub przedstawiciela ustawowego, chyba, że na mocy odrębnych przepisów możliwe jest przyjęcie do Szpitala bez wyrażenia zgody,
 - b) jeżeli na skutek braku miejsc, zakresu udzielanych przez Szpital świadczeń lub ze względów epidemiologicznych, pacjent skierowany do leczenia nie może zostać przez Szpital przyjęty, Szpital po udzieleniu niezbędnej pomocy medycznej zapewnia w razie potrzeby przewiezienie pacjenta do innego Szpitala, po uprzednim porozumieniu się z tym Szpitalem,
 - c) jeżeli przyjęcie do Szpitala nie musi nastąpić natychmiast, nie występuje sytuacja bezpośredniego zagrożenia zdrowia lub życia, a Szpital nie ma w danej chwili wolnych miejsc, wyznacza się termin, w którym nastąpi przyjęcie do Szpitala,
 - d) pacjentów niezakwalifikowanych do leczenia szpitalnego, a wymagających leczenia ambulatoryjnego kieruje się z odpowiednimi zapisami dotyczącymi dalszego sposobu postępowania do odpowiednich zakładów opieki zdrowotnej.
- 2) podstawą przyjęcia pacjenta do Szpitala, zgodnie z obowiązującymi przepisami jest:
 - skierowanie do szpitala wystawione przez lekarza,
 - stan zagrożenia życia;
- 3) ostateczną decyzję o przyjęciu do szpitala podejmuje lekarz dyżurny Izby Przyjęć, biorąc pod uwagę wskazania medyczne do hospitalizacji;
- 4) na leczenie szpitalne pacjent lub jego opiekun ustawowy wyraża zgodę na piśmie, chyba, że na mocy odrębnych przepisów możliwe jest przyjęcie do Szpitala bez wyrażenia zgody. Jeżeli lekarz dyżurny stwierdzi potrzebę niezwłocznego przyjęcia pacjenta do Szpitala, a brak miejsc, zakres



świadczeń udzielanych przez Szpital lub względy epidemiologiczne nie pozwolą na przyjęcie, Szpital po udzieleniu niezbędnej pomocy zapewnia w razie potrzeby przewiezienie pacjenta do innego szpitala, po uprzednim porozumieniu się z tym szpitalem. Po dokonanych rozpoznaniu stanu zdrowia i podjętych czynnościach lekarz dokonuje odpowiedniego wpisu do dokumentacji medycznej;

- 5) pacjent może przekazać do depozytu w kasie Szpitala posiadane walory pieniężne oraz wartościowe przedmioty, zgodnie z zasadami określonymi w załączniku Nr 3;
- 6) pacjentów Zakładu, w tym dzieci, zaopatruje się w znaki identyfikacyjne pozwalające na ustalenie imienia i nazwiska oraz daty urodzenia, zgodnie z obowiązującymi przepisami i na mocy wewnętrznych dokumentów;
- 7) odmowa przyjęcia do Szpitala może nastąpić, jeżeli nie zachodzi przypadek cierpiący zwłoki, a brak udzielenia pomocy lekarskiej nie stanowi dla osoby pacjenta niebezpieczeństwa w szczególności: utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia w następujących przypadkach:
 - a) braku zgody pacjenta na hospitalizację,
 - b) braku wskazań lekarskich do hospitalizacji,
 - c) braku wolnych miejsc w Szpitalu,
 - d) braku możliwości pomocy specjalistycznej ze względu na zakres udzielanych przez Szpital świadczeń,
 - e) jeżeli względy epidemiologiczne nie pozwalają na umieszczenie pacjenta w Szpitalu;
- 8) Szczegółowe zasady postępowania w zakresie przyjęcia pacjenta oraz odmowy przyjęcia pacjenta, w tym sposób rejestracji w dokumentacji medycznej, uregulowane są w odrębnej procedurze.
- 9) Personel wykonujący zadania w Izbach Przyjęć Szpitala zobowiązany jest do zgłaszania do Dyżurnego II Komisarjatu Policji Komendy Miejskiej Policji w Łodzi czynnego całą dobę **042 665-15-00, 042 665-15-01, nr faxu 042 665-17-57** zaistnienia następujących faktów:
 - a) **przyjęcia pacjenta małoletniego**, z którego przedstawicielem ustawowym albo opiekunem faktycznym nie można się skontaktować – nie później niż w okresie 4 godzin od przyjęcia;
 - b) **przyjęcia albo zgonu pacjenta, którego tożsamości nie można ustalić albo potwierdzić** na podstawie dokumentów stwierdzających tożsamość – nie później niż w okresie 8 godzin od przyjęcia albo zgonu.
- 10) Personel Szpitala zobowiązany jest do udzielenia na żądanie Policji informacji o fakcie przyjęcia danej osoby, celem umożliwienia wykonywania czynności, o których mowa w treści art. 14 ust. 1 pkt 3 ustawy z dnia 6 kwietnia 1990 r. o Policji (t.j. Dz.U. 2016 r., poz. 1782. z późn.zm).

2. Podstawowe zadania Oddziału Szpitalnego:

- 1) oddział jest podstawową komórką organizacyjną leczniczo-profilaktycznej działalności Szpitala, w którym udzielane są świadczenia zdrowotne z zakresu hospitalizacji na podstawie zawartych kontraktów z Narodowym Funduszem Zdrowia lub na mocy odrębnych przepisów i umów,
- 2) odpowiedzialnymi za sprawne funkcjonowanie Oddziałów pod względem lekarskim, administracyjnym, prawidłowym tokiem pracy i przebiegiem procesu diagnostyczno-leczniczego są Ordynatorzy/ Kierownicy Oddziałów, którzy bezpośrednio podlegają Z-cy Dyrektora ds. Lecznictwa,



- 3) odpowiedzialnymi za kierowaniem opieką pielęgniarską, współpracę z Ordynatorami/ Kierownikami Oddziałów i Klinik w Oddziałach są Pielęgniarki Oddziałowe/Koordynujące, które bezpośrednio podlegają Pielęgniarce Naczelnej Szpitala,
- 4) zapewnienie odpowiedniej jakości świadczonych usług w oparciu o wiedzę medyczną, doświadczenie i wyposażenie sprzętowe, a w szczególności:
 - a) prowadzenie procesu diagnostyczno-leczniczego u pacjentów oddziału,
 - b) stwarzanie warunków do przestrzegania praw pacjenta i etyki zawodowej,
 - c) organizowanie prawidłowego przepływu informacji związanych z leczeniem pacjentów i funkcjonowaniem Oddziału,
 - d) prowadzenie zgodnie z obowiązującymi przepisami, dokumentacji chorych i dokumentacji związanej z funkcjonowaniem oddziału,
 - e) przestrzegania ustalonego rozkładu dnia w zakresie obsługi, leczenia i pielęgnowania chorych, nadzorowanie i dbałość o zachowanie czystości, porządku i higieny, określonych w regulaminie wewnętrznym Oddziału,
 - f) współpraca ze wszystkimi komórkami organizacyjnymi Szpitala.

3. Wypis pacjenta ze szpitala:

- 1) pacjent zostaje wypisany ze szpitala w sytuacji:
 - a) gdy stan zdrowia nie wymaga dalszego leczenia w ramach hospitalizacji,
 - b) na własne żądanie lub ustawowego opiekuna,
 - c) gdy w sposób rażący narusza regulamin organizacyjny, a nie zachodzi obawa, że odmowa i zaprzestanie świadczeń zdrowotnych może spowodować niebezpieczeństwo dla jego życia lub zdrowia;
- 2) pacjent z chwilą zakończenia hospitalizacji otrzymuje kartę informacyjną zawierającą informacje o przyczynie hospitalizacji, rozpoznaniu, wynikach badań, zastosowanym leczeniu, w tym stosowanych lekach i wykonywanych zabiegach, skutkach leczenia, ewentualnych powikłaniach lub zdarzeniach niepożądanych oraz wskazówki dla pacjenta i lekarza przejmującego opiekę nad pacjentem;
- 3) gmina właściwa ze względu na miejsce zamieszkania, a w przypadku niemożności ustalenia miejsca zamieszkania, właściwa ze względu na ostatnie miejsce pobytu pacjenta, pokrywa koszty transportu sanitarnego pacjenta małoletniego lub osoby niezdolnej do samodzielnej egzystencji, jeżeli przedstawiciel ustawy pacjenta lub osoba na której w stosunku do pacjenta ciąży ustawy obowiązek alimentacyjny, nie odbiera pacjenta w wyznaczonym terminie,
- 4) w przypadkach o których mowa w pkt. 3 Zakład niezwłocznie zawiadamia wójta, burmistrza, prezydenta i organizuje transport sanitarny na koszt gminy, która pokrywa koszty transportu na podstawie rachunku wystawionego przez Zakład;
- 5) pacjent, którego stan zdrowia nie wymaga dalszego udzielania stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych lub osoba, na której w stosunku do pacjenta ciąży ustawy obowiązek alimentacyjny pobytu pacjenta, począwszy od terminu, o którym mowa w ust. 3 ponoszą koszty pobytu pacjenta niezależnie do uprawnień do bezpłatnych świadczeń zdrowotnych określonych w przepisach odrębnych;
- 6) szczegółowe zasady dotyczące wypisu pacjenta hospitalizowanego ze Szpitala są określone w procedurze wewnętrznej.



4. Transport do i ze szpitala:

Bezpłatny transport specjalnym środkiem transportu sanitarnego przysługuje osobie uprawnionej – ubezpieczonej, tylko wówczas, gdy uzasadnia to jej stan zdrowia, zgodnie z obowiązującymi przepisami.

5. Świadczenia w lecznictwie ambulatoryjnym:

- 1) Przychodnia Specjalistyczna udziela świadczeń zdrowotnych w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej zgodnie z obowiązującymi przepisami,
- 2) przyjęcia pacjentów do Poradni Specjalistycznych są realizowane na podstawie skierowania od lekarza ubezpieczenia zdrowotnego z wyjątkiem świadczeń: do wenerologa, zakaźnych wirusem HIV, dla osób chorych na gruźlicę, dla inwalidów wojennych. Skierowanie ww. obejmuje całość specjalistycznych świadczeń zdrowotnych związanych z leczeniem schorzenia, które było podstawą jego wystawienia,
- 3) rejestracja pacjentów odbywa się zarówno osobiście (bądź przez członków rodziny, czy też osoby trzecie), jak i przez stronę internetową oraz telefonicznie, z wyznaczeniem dnia i godziny realizacji świadczenia zdrowotnego, zgodnie z zasadami określonymi przez NFZ,
- 4) świadczenia zdrowotne są udzielane w dniu zgłoszenia lub w terminie uzgodnionym z pacjentem.
- 5) rejestracja Przychodnia prowadzi listę pacjentów oczekujących na udzielenie świadczenia,
- 6) personel rejestracji informuje telefonicznie o zmianie terminu wizyty. Pacjent jest zobowiązany poinformować rejestrację Przychodni o odwołaniu wizyty,
- 7) pacjenci nieubezpieczeni lub nieuprawnieni mogą być przyjmowani przez lekarzy specjalistów w Poradniach na zasadzie pełnej odpłatności wg cennika zatwierdzonego przez Dyrektora Szpitala, stanowiącego załącznik do Regulaminu,
- 8) W Przychodni Specjalistycznej, w miejscu ogólnie dostępnym dla pacjentów, umieszczone są:
 - a) informacje o ogólnych zasadach udzielania świadczeń,
 - b) sposobie rejestracji,
 - c) dniach i godzinach przyjęć przez lekarzy specjalistów.

6. Świadczenia diagnostyczne:

- 1) w Zakładzie Diagnostyki Obrazowej, Dziale Diagnostyki Laboratoryjnej, Pracowni Endoskopii Zabiegowej z Pododdziałem Gastroenterologii Diennej, wykonywane są badania diagnostyczne dla pacjentów hospitalizowanych w Szpitalu oraz:
 - a) dla pacjentów na podstawie skierowania lekarza ubezpieczenia zdrowotnego
 - b) odpłatnie dla pacjentów nieuprawnionych,
 - c) na podstawie umów zawartych z innymi jednostkami i na zasadach w nich określonych;
- 2) wykonanie świadczenia zdrowotnego następuje po uprzedniej - osobistej, telefonicznej lub za pośrednictwem osoby trzeciej - rejestracji, w terminie uzgodnionym z osobą dokonującą rejestracji. W przypadku zaistnienia takiej potrzeby, w pracowniach diagnostycznych prowadzona jest lista osób oczekujących na badanie, zgodnie z obowiązującymi przepisami;
- 3) szczegółowy przebieg procesu badania oraz jakości badania regulują wewnętrzne procedury poszczególnych pracowni.



7. Świadczenia w Dziale Diagnostyki Laboratoryjnej:

- 1) zadaniem Działu Diagnostyki Laboratoryjnej zwanego „Laboratorium” jest wykonywanie badań z zakresu analiz lekarskich u pacjentów leczonych w Szpitalu i Przychodni oraz kierowanych z innych jednostek na mocy zawartych umów, a także dla pacjentów bez skierowania, którzy wyrażą taką wolę,
 - 2) szczegółowy zakres badań określa Dyrektor na wniosek Kierownika Działu Diagnostyki Laboratoryjnej. Katalog badań znajduje się na stronie internetowej Szpitala.
 - 3) W skład Laboratorium wchodzi:
 - a) Pracownia Immunologii Transfuzjologicznej z Bankiem Krwi,
 - b) Pracownia Biochemii i Immunochemii
 - c) Pracownia Koagulologii
 - d) Pracownia Analityki Ogólnej
 - e) Cytometr Przepływowy
 - f) Pracownia Wenerologii
 - g) Pracownia Biologii Molekularnej
 - h) Pracownia Bakteriologii
 - i) Pracownia Mykologii
 - j) Pracownia Testów Immunoenzymatycznych i Diagnostyki Nabytych Zaburzeń Odporności
 - k) Pracownia Hematologii
 - l) Bank Krwi
 - m) Pracownia Diagnostyki Mikrobiologicznej
 - 4) Szczegółowe zasady przyjmowania materiału do badań oraz przebieg procesu badania i jakości regulują przepisy odrębne,
- 8. Szczególne uprawnienia** – Zasłużeni Honorowi dawcy krwi, Inwalidzi wojenni i wojskowi oraz Kombatanci mają prawo do korzystania ze świadczeń zgodnie z obowiązującymi przepisami z pominięciem listy oczekujących, a w przypadku korzystania z ambulatoryjnej opieki specjalistycznej przyjmowani są bez skierowania.

Rozdział VII. PRAWA I OBOWIĄZKI PACJENTA

§ 18

Postanowienia regulaminu nie naruszają praw pacjenta określonych i wynikających z aktualnych przepisów prawa, które są udostępniane w sposób zwyczajowy w Zakładzie:

- w formie ogłoszenia na tablicach informacyjnych znajdujących się w Zakładzie,
- w formie elektronicznej na stronie internetowej Zakładu www.bieganski.com.pl.

§ 19

1. Pacjent na czas przebywania w Zakładzie ma prawo przekazać rzeczy do depozytu.
2. Szczegółowe zasady prowadzenia depozytu, zakres spisu przedmiotów oddanych do depozytu, sposób zabezpieczenia przedmiotów oddanych do depozytu, zasady prowadzenia księgi depozytów, tryb postępowania z nieodebranymi depozytami określa Załącznik Nr 3.



§ 20

1. Pacjent, którego prawa zostały naruszone w trakcie korzystania ze świadczeń zdrowotnych w Zakładzie, ma prawo do złożenia skargi, wyrażenia opinii lub podziękowań, skierowanych ustnie lub pisemnie na adres Zakładu lub w formie elektronicznej - szpital@bieganski.com.pl:
 - 1) do Kierowników/ Ordynatorów, Lekarzy kierujących Oddziałem lub do Z-cy Dyrektora ds. Lecznictwa,
 - 2) odwołanie od opinii ww. przysługuje do Dyrektora Szpitala w godzinach urzędowania.
2. W Szpitalu powołany jest Pełnomocnik Dyrektora ds. Praw Pacjenta, który pomaga pacjentom w sprawach związanych z realizacją świadczeń zdrowotnych oraz z uprawnieniami wynikającymi z obowiązujących przepisów. Informacje w sprawie godzin pracy Pełnomocnika Dyrektora ds. Praw Pacjenta znajdują się na tablicach ogłoszeń w oddziałach.
3. Szczegółowy tryb postępowania ze skargami i wnioskami pacjentów reguluje Zarządzenie Wewnętrzne Dyrektora Zakładu.
4. Pacjent ma prawo do wyrażania swojej opinii z pobytu w Szpitalu poprzez wypełnienie anonimowej ankiety lub umieszczenie uwag w „skrzynce na ankiety”, znajdującej się w oddziałach Szpitala.

§ 21

1. Pacjent Zakładu zobowiązany jest do:
 - 1) posiadania dokumentów potwierdzających jego tożsamość (dowód osobisty) oraz skierowanie do szpitala (jeżeli nie jest przyjmowany do Szpitala w trybie nagłym).
 - 2) poddawania się koniecznym zabiegom sanitarno - higienicznym,
 - 3) przestrzegania rozkładu dnia przyjętego w oddziale,
 - 4) przestrzegania obowiązujących przepisów, zawartych w regulaminie organizacyjnym Zakładu i regulaminie oddziału,
 - 5) stosowania się do zaleceń lekarzy i pielęgniarek oraz innych pracowników medycznych Zakładu,
 - 6) przebywania w pomieszczeniach wyznaczonych dla pacjenta,
 - 7) nie przyjmowania żadnych innych produktów leczniczych poza zleconymi przez lekarza lub pielęgniarkę,
 - 8) przebywania w sali podczas trwania ciszy nocnej w godz. 22;00-6;00,
 - 9) nie niszczenia mienia Szpitala oraz korzystania z urządzeń znajdujących się na jego terenie i powierzonego sprzętu z należytą starannością i ostrożnością oraz zgodnie z zasadami bezpieczeństwa ich użytkowania. W przypadku umyślnego niszczenia mienia, Zakład może obciążyć pacjenta lub osobę odwiedzającą kosztami naprawy wyrządzonej szkody.
 - 10) ponoszenia odpowiedzialności za rzeczy wartościowe nieoddane do depozytu,
 - 11) stosowania się do zakazu spożywania alkoholu oraz palenia tytoniu, używania środków odurzających,
 - 12) nie opuszczania samowolnego Szpitala bez załatwienia obowiązujących formalności. Szczególnie zabrania się opuszczanie oddziałów w trakcie hospitalizacji bez zgody pielęgniarki dyżurnej.



- 13) zachowywania się w sposób niezakłócający pracy personelowi Zakładu, a także spokoju innych pacjentów.
2. W przypadku pacjentów agresywnych zastosowanie mają obowiązujące przepisy oraz procedury wewnętrzne.

Rozdział VIII. OBOWIĄZKI OSÓB ODWIEDZAJĄCYCH PACJENTÓW W SZPITALU ORAZ ZASADY PRZEBYWANIA OSÓB TRZECICH POZA ODWIEDZAJĄCYMI.

§ 22

1. Pacjenci przebywający na oddziałach Szpitala mają prawo do kontaktu osobistego, telefonicznego lub korespondencyjnego z osobami z zewnątrz.
2. Ograniczenie kontaktów pacjentów z osobami z zewnątrz, w tym do sprawowania opieki, może nastąpić w drodze zarządzenia Dyrektora Zakładu lub Z-cy Dyrektora ds. Lecznictwa ze względów epidemiologicznych, ze względu na stan zdrowia innego lub innych chorych lub innych ważnych powodów.
3. W przypadkach określonych w ust. 2 decyzję w sprawie ograniczenia kontaktów pacjenta lub pacjentów znajdujących się na danym oddziale z osobami z zewnątrz może podjąć również Ordynator danego oddziału lub w przypadku jego nieobecności – lekarz dyżurujący pełniący funkcję Dyrektora po godz. 15;35.

§ 23

1. Odwiedzanie chorych może odbywać się codziennie w godzinach **od 14⁰⁰ do 18⁰⁰** z wyjątkiem oddziałów pediatrycznych, w których odwiedzanie chorych dzieci dozwolone jest w godzinach **8⁰⁰ - 20⁰⁰**, a w pozostałych godzinach za zgodą ordynatora lub lekarza dyżurnego.
2. Jednego chorego mogą równocześnie odwiedzać najwyżej dwie osoby, a na salach „R” jedna osoba.
3. Osoby niepełnoletnie mogą odwiedzać chorych, jeżeli są w towarzystwie osoby dorosłej. Lekarz dyżurny może zezwolić na samodzielne odwiedzanie chorego osobie z najbliższej jego rodziny, która nie osiągnęła pełnoletniości.

§ 24

Osoba odwiedzająca chorego jest obowiązana:

1. Podporządkować się wszelkim poleceniom i wskazówkom personelu szpitalnego.
2. Zachowywać się w czasie pobytu w szpitalu kulturalnie i zgodnie z normami etycznymi, nie zakłócać prywatności i spokoju innych pacjentów.

§ 25

Osobom odwiedzającym chorych zabrania się:

1. Dostarczenia choremu alkoholu, leków oraz innych artykułów, które zostały zabronione przez lekarza,
2. Przynoszenia przedmiotów, których posiadanie jest w szpitalu zabronione takich jak narzędzia ostre, materiały palne i wybuchowe, broń i inne podobne,
3. Siadania na łóżkach,
4. Prowadzenia głośnych rozmów, zakłócania ciszy i spokoju chorych,



5. Wprowadzania (przynoszenia) jakichkolwiek zwierząt,
6. Palenia tytoniu i spożywania na terenie szpitala alkoholu,
7. Wykazywania agresji w stosunku do innych osób.

§ 26

Członkowie rodziny lub osoby bliskie mają prawo do obecności przy chorym w stanie terminalnym do chwili zgonu.

§ 27

Informacje dotyczące stanu zdrowia chorego osobom uprawnionym przekazuje lekarz, a w sprawie pielęgnacji pacjenta pielęgniarka oddziałowa lub dyżurna.

§ 28

Osoby odwiedzające chorych, które nie stosują się do postanowień niniejszych zasad albo do wskazówek personelu szpitala, podlegają wydaleniemu poza obręb oddziału. Personel Szpitala w takim przypadku wzywa pracowników ochrony, którzy podejmują stosowne czynności.

§ 29

1. Szczegółowe zasady oraz wskazówki postępowania rodziców/opiekunów hospitalizowanego dziecka określa załącznik Nr 4 do Regulaminu.
2. Cennik opłat za pobyt rodziców/opiekunów dziecka stanowi załącznik Nr 5.

§ 30

Sposób kontrolowania dostępu do oddziału pediatrycznego ze względu na bezpieczeństwo dzieci w oddziale;

1. Wejścia na oddział dziecięcy są zabezpieczone zamkami szyfrowymi o kodach znanych wyłącznie personelowi Zakładu,
2. Personel na podstawie zapisu w dokumentacji medycznej posiada wiedzę, kto sprawuje opiekę nad dzieckiem w trakcie hospitalizacji,
3. Każde opuszczenie oddziału przez dziecko w trakcie hospitalizacji wraz z opiekunem wymaga uzgodnienia z lekarzem lub pielęgniarką z określeniem czasu nieobecności. Powrót dziecka do Oddziału wymaga również zgłoszenia,
4. Osoby odwiedzające dziecko powinny zgłosić fakt przybycia i opuszczenia oddziału personelowi.

§ 31

Zasady przebywania na terenie Zakładu osób trzecich poza odwiedzającymi:

1. Przedstawiciele mediów publicznych mogą wejść na teren Szpitala po uprzednim uzyskaniu zgody Dyrektora lub upoważnionej osoby. Upoważnionymi do udzielania informacji o działalności Zakładu są Dyrektor, Rzecznik Prasowy lub upoważnione przez Dyrektora osoby.
2. W przypadku zamiaru zbierania informacji lub opinii wśród pracowników Zakładu (np. ankiety) należy uzyskać zgodę Dyrektora.
3. Przedstawiciele Firm medycznych i farmaceutycznych wchodzących na teren Szpitala w celu przeprowadzenia prezentacji produktów i wyrobów medycznych są zobowiązani uzyskać zgodę Dyrektora lub upoważnionej osoby, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.

**Rozdział IX. OBOWIĄZKI ZAKŁADU W RAZIE ŚMIERCI PACJENTA.****§ 32****1. Obowiązki lekarza:**

- 1) zgon pacjenta stwierdza lekarz prowadzący, zaś w razie jego nieobecności – lekarz dyżurny
- 2) po stwierdzeniu zgonu lekarz:
 - a) dokonuje adnotacji o zgonie pacjenta w Historii Choroby i Karcie Gorączkowej, wpisując datę i godzinę zgonu,
 - b) potwierdza wpis o zgonie pacjenta imienną pieczętką i własnoręcznym podpisem,
 - c) powiadamia osoby uprawnione,
 - d) wystawia kartę statystyczną zgonu,
 - e) w przypadku podjęcia decyzji o wykonaniu sekcji zwłok dokonuje odpowiedniej adnotacji w Historii Choroby i informuje rodzinę o planowanej sekcji zwłok,
 - f) rodzina zmarłego może wystąpić do Dyrektora Szpitala z prośbą o odstąpienie od sekcji zwłok (załącznik nr 6),
 - g) po podjęciu decyzji przez Dyrektora Szpitala lub przez upoważnionych do tej czynności lekarzy w sprawie sekcji zwłok i odnotowaniu jej w historii choroby, personel Oddziału wypełnia załącznik Nr 7 pn. Karta skierowania zwłok do Firmy.

2. Obowiązki pielęgniarki:

- 1) pielęgniarka dyżurna:
 - a) przystępuje do toalety pośmiertnej stosując środki ochrony osobistej z uwzględnieniem zaleceń lekarza dotyczących sekcji zwłok,
 - b) na klatce piersiowej, kończynie dolnej zmarłego nakleja kartkę z nazwą oddziału, nazwiskiem, imieniem i wiekiem zmarłego, datą i godziną zgonu,
 - c) przewozi ciało do wyznaczonego pomieszczenia do przechowywania zwłok,
 - d) ciało zmarłego pozostaje w oddziale przez dwie godziny,
 - e) zabezpiecza komisyjnie (minimum 2 osoby) rzeczy zmarłego poprzez umieszczenie ich w oznaczonym nazwiskiem i imieniem zmarłego worek foliowy, w którym umieszcza wykaz rzeczy,
 - f) rzeczy zmarłego wydaje się osobom upoważnionym po okazaniu dowodu tożsamości. Fakt ten pielęgniarka odnotowuje w Zeszycie Rzeczy Zmarłych, w którym członek rodziny imiennie potwierdza odbiór rzeczy zmarłego. Rzeczy wartościowe nieoddane do depozytu i nieodebrane przez osoby uprawnione, są przekazywane do depozytu Zakładu,
 - g) pielęgniarka dyżurna powiadamia pracownika prosektorium o godzinie zgonu pacjenta w danym oddziale i terminie odbioru zwłok.
 - h) Pielęgniarka dyżurna oddziału, w którym nastąpił zgon jest odpowiedzialna za ciało zmarłego do momentu przekazania ciała pracownikom Prosektorium.
- 2) Pielęgniarka odnotowuje zgon w raporcie pielęgniarskim.
- 3) Sala w której leżały zwłoki, łóżko i szafka i inne sprzęty po zmarłym podlegają całkowitej dezynfekcji.



3. Obowiązki sekretarki medycznej:

- 1) Sekretarka medyczna / pielęgniarka dyżurna zobowiązana jest wypełnić w jednym egzemplarzu Kartę Przekazania Dokumentów i Rzeczy, zgodnie z obowiązującym wzorem.
- 2) Sekretarka medyczna/ pielęgniarka dyżurna zobowiązana jest dołączyć do Historii Choroby pacjenta podpisaną przez osobę odbierającą dokumenty i rzeczy określoną jako „osoba odbierająca” oraz podpisaną przez sekretarkę medyczną/ pielęgniarkę dyżurną określoną jako „osoba wydająca” Kartę Przekazania Dokumentów i Rzeczy (m.in. leków),
- 3) Sekretarka medyczna / pielęgniarka dyżurna tzw. „Osoba wydająca” zobowiązana jest wpisać serię i numer dowodu osobistego „osoby odbierającej” uprawnionej do odbioru.

4. Obowiązki pracowników Prosektorium:

Szczegółowe zasady współdziałania z Firmą, której Zakład zleca zabieranie i przechowywanie zwłok pacjentów, określone są w odrębnym Zarządzeniu Wewnętrznym.

5. Inne postanowienia:

- 1) W razie zgonu pacjenta, którego tożsamość nie została ustalona, bądź zgonu, co do którego istnieje pewność lub uzasadnione podejrzenie, że nastąpił wskutek przestępstwa albo nieszczęśliwego wypadku Z-ca Dyrektora ds. Lecznictwa (a w przypadku jego nieobecności Lekarz dyżurny Izby Przyjęć Zakaźnej) niezwłocznie powiadamia najbliższą jednostkę Policji,
- 2) Jeżeli nie jest możliwe ustalenie tożsamości osoby zmarłej, w karcie skierowania zwłok do chłodni oraz na identyfikatorze, dokonuje się oznaczenia "NN" z podaniem przyczyny i okoliczności uniemożliwiających ustalenie tożsamości.
- 3) Kartę zgonu pacjenta, który zmarł w trakcie leczenia w Zakładzie, wydaje się osobie uprawnionej do pochowania zwłok, a mianowicie:
 - a) małżonkowi,
 - b) krewnym zstępnym,
 - c) krewnym wstępnym,
 - d) krewnym bocznym do 4 stopnia pokrewieństwa,
 - e) powinowatym w linii prostej do 1 stopnia.
- 4) Wysokość opłaty za przechowywanie zwłok pacjenta przez okres dłuższy niż 72 godziny wynosi **40 zł za jedną dobę**. Informację tą podaje się do wiadomości w sposób zwyczajowo przyjęty (tablica informacyjna),
- 5) W razie zgonu osoby zmarłej na chorobę zakaźną stosuje się obowiązujące przepisy wydane na podstawie art. 20 ust. 3 ustawy z dnia 31 stycznia 1959 r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych (Dz.U.2017.912 z późniejszymi zmianami) oraz na podstawie wewnętrznych procedur Zakładu,
- 6) W razie zgonu osoby zmarłej w czasie odbywania kary pozbawienia wolności, stosuje się przepisy wydane na podstawie art. 10 ust. 5 ustawy z dnia 31 stycznia 1959 r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych.



Rozdział X. WARUNKI WSPÓŁDZIAŁANIA Z INNYMI PODMIOTAMI WYKONUJĄCYMI DZIAŁALNOŚĆ LECZNICZĄ

§ 33

1. Szpital może udzielać zamówienia na świadczenia zdrowotne w celu wykonywania swoich zadań, określonych w Statucie innym jednostkom, osobie wykonującej zawód medyczny w ramach indywidualnej praktyki lub indywidualnej specjalistycznej praktyki, grupowej praktyce lekarskiej i grupowej praktyce pielęgniarek, osobie legitymującej się nabyciem fachowych kwalifikacji do udzielania świadczeń zdrowotnych w określonym zakresie lub w określonej dziedzinie medycyny.
2. Szpital udziela świadczeń innym jednostkom zgodnie z zakresem prowadzonej działalności.
3. Współdziałanie, o którym mowa w ust. 1 i 2, może polegać w szczególności na:
 - a) udzielaniu konsultacji specjalistycznych,
 - b) kierowaniu pacjentów na konsultacje specjalistyczne,
 - c) realizacji badań diagnostycznych.
4. Szczegółowe zasady zlecenia i przyjmowania do realizacji świadczeń zdrowotnych określają przepisy odrębne oraz obowiązujące umowy i dokumenty wewnętrzne.

Rozdział XI. UDOŚTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ I WYSOKOŚĆ OPŁATY

§ 34

1. Zakład prowadzi dokumentację medyczną osób korzystających ze świadczeń zdrowotnych oraz zapewnia ochronę i poufność danych zawartych w tej dokumentacji, zgodnie z powszechnie obowiązującymi przepisami prawa, a w przypadku udzielania świadczeń finansowanych ze środków publicznych także zgodnie z wymogami określonymi przez płatnika świadczeń.
2. Zakład udostępnia dokumentację, o której mowa w ust. 1:
 - a) pacjentowi lub jego przedstawicielowi ustawowemu, bądź osobie upoważnionej przez pacjenta; po śmierci pacjenta, prawo do wglądu w dokumentację medyczną ma osoba upoważniona przez pacjenta za życia lub osobie, która w chwili zgonu pacjenta była jego przedstawicielem ustawowym,
 - b) podmiotom udzielającym świadczeń zdrowotnych, jeżeli dokumentacja ta jest niezbędna do zapewnienia ciągłości świadczeń zdrowotnych,
 - c) organom władzy publicznej, Narodowemu Funduszowi Zdrowia, organom samorządu zawodów medycznych oraz konsultantom krajowym i wojewódzkim, w zakresie niezbędnym do wykonywania przez te podmioty ich zadań, w szczególności kontroli i nadzoru,
 - d) podmiotom, uprawnionym w myśl ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej do przeprowadzania na zlecenie Ministra właściwego do spraw zdrowia kontroli podmiotu leczniczego, w zakresie niezbędnym do przeprowadzenia kontroli;
 - e) ministrowi właściwemu do spraw zdrowia, sądom, w tym sądom dyscyplinarnym, prokuratorom, lekarzom sądowym i rzecznikom odpowiedzialności zawodowej, w związku z prowadzonym postępowaniem,



- f) uprawnionym na mocy odrębnych ustaw organom i instytucjom, jeżeli badanie zostało przeprowadzone na ich wniosek,
- g) organom rentowym oraz zespołom do spraw orzekania o niepełnosprawności, w związku z prowadzonym przez nie postępowaniem,
- h) podmiotom prowadzącym rejestry usług medycznych, w zakresie niezbędnym do prowadzenia rejestrów,
- i) zakładom ubezpieczeń - za zgodą pacjenta;
- j) lekarzowi, pielęgniarce lub położnej, w związku z prowadzeniem procedury oceniającej podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych na podstawie przepisów o akredytacji w ochronie zdrowia, w zakresie niezbędnym do jej przeprowadzenia;
- k) szkole wyższej lub instytutowi badawczemu do wykorzystania w celach naukowych - bez ujawniania nazwiska i innych danych umożliwiających identyfikację osoby, której dokumentacja dotyczy.

§ 35

1. Dokumentacja medyczna wewnętrzna może być udostępniona w poniższy sposób tj.:
 - a) **do wglądu, w tym także do baz danych w zakresie ochrony zdrowia**, w Szpitalu w obecności pracownika Szpitala, z zapewnieniem pacjentowi lub innym uprawnionym organom lub podmiotom możliwości sporządzenia notatek i zdjęć,
 - b) **w formie kserokopii** sporządzanej przez upoważnioną osobę ewentualnie w formie wyciągu lub odpisu sporządzanego przez personel medyczny lub w formie wydruku;
 - c) **w formie oryginału wydawanego czasowo** za pokwitowaniem odbioru i z zastrzeżeniem zwrotu po wykorzystaniu, jeżeli uprawniony organ żąda udostępnienia oryginałów tej dokumentacji, a także w przypadku gdy zwłoka w wydaniu dokumentacji mogłaby spowodować zagrożenia życia lub zdrowia pacjenta ;
 - d) **za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej;**
 - e) **na informatycznym nośniku danych.**
 - f) zdjęcia rentgenowskie wykonane na kliszy, przechowywane przez podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych, są udostępniane za potwierdzeniem odbioru i z zastrzeżeniem zwrotu po wykorzystaniu.
 - g) dokumentacja medyczna prowadzona w postaci papierowej może być udostępniona przez sporządzenie kopii w formie odwzorowania cyfrowego (skanu) i przekazanie w sposób określony w ust. 1 pkt d i e, na żądanie pacjenta lub innych uprawnionych organów lub podmiotów, jeżeli przewiduje to regulamin organizacyjny podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych.

§ 36

1. Sporządzenie kserokopii, odpisu, wyciągu lub wydruku dokumentacji medycznej jest odpłatne dla wnioskodawcy, chyba że przepisy odrębne stanowią inaczej.
2. Za udostępnienie dokumentacji medycznej Zakład pobiera opłatę, która wynosi:
 - 6,86 zł (netto), za jedną stronę wyciągu lub odpisu dokumentacji medycznej,



- 0, 24 zł (netto) za jedną stronę kopii lub wydruku,
 - 1,37 zł (netto) za wydanie dokumentacji medycznej na elektronicznym nośniku danych.
3. Informacje dotyczące wysokości pobieranych opłat podaje się do wiadomości pacjentów w sposób zwyczajowo przyjęty (tablice ogłoszeń).

Rozdział XII. ORGANIZACJA PROCESU UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W PRZYPADKU POBIERANIA OPŁAT ORAZ WYSKOŚĆ OPŁAT ZA UDZIELONE ŚWIADCZENIA INNE NIŻ FINANSOWANE ZE ŚRODKÓW PUBLICZNYCH

§ 37

1. Szpital pobiera opłatę za:
 - 1) świadczenia zdrowotne udzielone pacjentowi nieuprawnionemu do bezpłatnych świadczeń, ubezpieczonemu bez skierowania lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, jeżeli to skierowanie jest wymagane.
 - 2) kwalifikację do szczepienia i wykonanie szczepienia ochronnego.
2. Odpłatne usługi medyczne są prowadzone w sposób niekolidujący z wykonywaniem świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych, w szczególności z uwzględnieniem kolejności zgłoszeń i prowadzonych list oczekujących na udzielenie świadczenia,
3. Wysokość opłat na świadczenia zdrowotne udzielone osobom innym, niż ze środków publicznych ustala Dyrektor, uwzględniając rzeczywiste koszty udzielania świadczeń zdrowotnych.
4. Podstawą wykonania usług jest podpisanie umowy (Załącznik Nr 8) oraz cennik (załączniki nr 9 i 9A). Wzór umowy oraz cenniki podaje się do wiadomości pacjentów w sposób zwyczajowy (tablice informacyjne w komórce organizacyjnej wykonującej świadczenie oraz w punkcie kasowym (Przychodnia Specjalistyczna).
5. Środki finansowe od pacjentów przyjmowane są w punkcie kasowym Szpitala, przed wykonaniem świadczenia.
6. Szczegółowe zasady przyjmowania środków finansowych określają Instrukcja gospodarki kasowej oraz procedury wewnętrzne.
7. Środki finansowe uzyskane ze świadczenia powyższych usług są przeznaczane na działalność statutową Zakładu.

Rozdział XIII. POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 38

1. Niniejszy Regulamin Organizacyjny ustalony przez Dyrektora WSSz. im. dr Wł. Biegańskiego, podlega opinii Rady Społecznej.
2. Regulamin wchodzi w życie z dniem określonym w Zarządzeniu Dyrektora Szpitala.
3. Wszelkie zmiany w Regulaminie mogą być dokonywane w drodze Zarządzenia Dyrektora, po wyrażeniu opinii Rady Społecznej Szpitala.
4. Tekst niniejszego Regulaminu otrzymują kierownicy wszystkich komórek organizacyjnych, (samodzielne stanowiska), którzy zobowiązani są do zapoznania z jego treścią podległych im pracowników.



5. Regulamin będzie dostępny dla pacjentów Szpitala. Tablice ogłoszeń w komórkach medycznych będą zawierały informacje o miejscu, w którym będzie się znajdował Regulamin organizacyjny.
6. Regulamin podlega publikacji na stronie internetowej Szpitala www.bieganski.com.pl.

Oprac. K.Kuropatwa, M.Kurzawa J.Mijalska Dział Organizacji i Szkoleń
Spr. Radca Prawny