

**DYREKTOR**  
Szpitala Powiatowego  
im. Alfreda Sokolowskiego w Złotowie  
**lek. Artur Bobruk**



**Załącznik nr 1 do Uchwały nr IV.I/2022 z dnia 21.04.2022**

**REGULAMIN ORGANIZACYJNY**  
**SZPITALA POWIATOWEGO IM. ALFREDA SOKOŁOWSKIEGO W ZŁOTOWIE**  
**(tekst jednolity z uwzględnieniem zmian wprowadzonych Zarządzeniami w okresie**  
**2019-2022 oraz zmian Struktury)**

wydany na podstawie art. 23 i art. 24 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej (tj. Dz.U. z 2022 r. poz. 633 ) oraz Statutu Szpitala Powiatowego im. Alfreda Sokołowskiego w Złotowie

**Podstawy prawne funkcjonowania Szpitala i obowiązywania regulaminu.**

**§ 1.**

1. Szpital Powiatowy im. Alfreda Sokołowskiego w Złotowie, zwany dalej „ Szpitalem” jest podmiotem leczniczym niebędącym przedsiębiorcą prowadzonym w formie samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej w rozumieniu przepisów z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.
2. Firma Szpitala brzmi „Szpital Powiatowy im. Alfreda Sokołowskiego w Złotowie”.

**§ 2.**

Użyte w niniejszym Regulaminie bez bliższego określenia pojęcia oznaczają:

- 1) Szpital – należy rozumieć Szpital Powiatowy im. Alfreda Sokołowskiego w Złotowie,
- 2) komórka organizacyjna – należy przez nią rozumieć: oddział, zakład, poradnię, pracownię, dział, sekcję oraz inną wymienioną w Regulaminie komórkę organizacyjną Szpitala, dla której ustalono inną nazwę,
- 3) osoba wykonująca zawód medyczny – należy rozumieć osobę, która na podstawie odrębnych przepisów uprawniona jest do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej oraz osobę legitymującą się nabyciem fachowych kwalifikacji do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w określonym zakresie lub w określonej dziedzinie medycyny,
- 4) dyżur medyczny – wykonywanie poza normalnymi godzinami pracy czynności zawodowych przez lekarza lub innego posiadającego wyższe wykształcenie pracownika wykonującego zawód medyczny, w zakładzie opieki zdrowotnej, przeznaczony dla osób, których stan zdrowia wymaga udzielania całodobowych świadczeń opieki zdrowotnej,
- 5) ambulatoryjna opieka specjalistyczna – należy przez to rozumieć udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej Pacjentom nie wymagającym hospitalizacji (leczenia szpitalnego),
- 6) ZSZ – należy rozumieć Zintegrowany System Zarządzania,
- 7) dokumentacja medyczna – należy rozumieć określone w ustawie oraz w przepisach odrębnych dane i informacje medyczne, odnoszące się do stanu zdrowia Pacjenta lub udzielonych mu w zakładzie opieki zdrowotnej świadczeń opieki zdrowotnej,



- 8) Rada Społeczna – Rada Społeczna Szpitala Powiatowego im. Alfreda Sokołowskiego w Złotowie
- 9) ZOL – Zakład Opiekuńczo-Leczniczy,
- 10) NFZ – Narodowy Fundusz Zdrowia,
- 11) SOR – Szpitalny Oddział Ratunkowy,
- 12) ZUS – Zakład Ubezpieczeń Społecznych,
- 13) GUS – Główny Urząd Statystyczny,
- 14) POZ – Podstawowa Opieka Zdrowotna,
- 15) NiŚOZ – Nocna i Świąteczna Opieka Zdrowotna,
- 16) HACCP - ang. Hazard Analysis and Critical Control Points – (System Analizy Zagrożeń i Krytycznych Punktów Kontroli),
- 17) US – Urząd Skarbowy,
- 18) CMKP – Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego,
- 19) ISO - ang. International Organization for Standardization - (Międzynarodowa Organizacja Normalizacyjna).

### **Cele i podstawowe zadania Szpitala, rodzaje działalności.**

#### **§ 3.**

1. Celem Szpitala jest udzielanie świadczeń zdrowotnych i promocja zdrowia poprzez organizowanie i prowadzenie działalności leczniczej, stałe podnoszenie jakości świadczonych usług i przestrzeganie praw Pacjenta zawartych w obowiązujących przepisach, a w miarę możliwości również uczestniczenie w przygotowywaniu osób do wykonywania zawodu medycznego i kształcenie osób wykonujących zawód medyczny.
2. Do podstawowych działań Szpitala należy:
  - 1) leczenie chorych stacjonarnie w oddziałach szpitalnych,
  - 2) udzielanie całodobowej pomocy przez: lekarzy, pielęgniarki, ratowników medycznych w stanach zagrożenia życia, wypadkach w domu chorego, miejscu pracy i nauki oraz w innych miejscach ich powstawania, w tym świadczenie pomocy osobom poszkodowanym w kłęskach żywiołowych, katastrofach, epidemii.
  - 3) świadczenie całodobowej pomocy w ambulatorium i Szpitalnym Oddziale Ratunkowym,
  - 4) udzielanie świadczeń zdrowotnych w poradniach specjalistycznych,
  - 5) szerzenie oświaty zdrowotnej,
  - 6) prowadzenie działalności mającej na celu kształcenie osób przygotowujących się do wykonywania zawodów medycznych oraz dla osób wykonujących zawody medyczne,
  - 7) świadczenie usług rehabilitacyjnych;
  - 8) realizowanie zadań w dziedzinie obronności zgodnie z obowiązującymi przepisami.
3. Rodzajami działalności leczniczej Szpitala są:



- 1) stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne szpitalne,
- 2) stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne inne niż szpitalne,
- 3) ambulatoryjne świadczenia zdrowotne.

### **Polityka jakości.**

#### **§ 4.**

1. Mając na uwadze ciągłą poprawę jakości świadczonych usług w Szpitalu opracowano i wdrożono system zintegrowanego zarządzania jakością zgodny z międzynarodową normą ISO 9001: 2015, system zarządzania bezpieczeństwem i higieną pracy zgodny z normą PN-N-18001: 2004, system zarządzania środowiskowego zgodny z normą ISO 14001: 2015 oraz system zarządzania bezpieczeństwem informacji zgodny z normą ISO/IEC 27001: 2013.
2. W ramach polityki jakości Szpital zobowiązuje się do:
  - 1) uświadamiania i angażowania personelu w działania na rzecz poprawy jakości oferowanych usług,
  - 2) rozszerzania zakresu świadczonych usług medycznych,
  - 3) stałego i systematycznego podwyższania wiedzy, umiejętności zawodowych pracowników w zakresie opieki medycznej nad Pacjentem,
  - 4) doskonalenia działań organizacyjnych i technicznych dla poprawy warunków bytowych Pacjenta,
  - 5) dążenia do poprawy warunków pracy personelu,
  - 6) zapobiegania wypadkom przy pracy, chorobom zawodowym oraz zdarzeniom potencjalnie wypadkowym,
  - 7) dążenia do stałej poprawy stanu bezpieczeństwa i higieny pracy na wszystkich stanowiskach pracy,
  - 8) podnoszenia kwalifikacji oraz uwzględniania roli pracowników i ich angażowania do działań na rzecz bezpieczeństwa i higieny pracy oraz postępowania zgodnie z zasadami ochrony środowiska,
  - 9) postępowania zgodnie z prawem ochrony środowiska i innymi uregulowaniami środowiskowymi, które odnoszą się do Szpitala,
  - 10) ciągłej poprawy w zakresie oddziaływania na środowisko,
  - 11) zmniejszenia ryzyka wystąpienia awarii środowiskowych,
  - 12) racjonalnego gospodarowania wodą i ściekami,
  - 13) zmniejszenia zużycia nośników energii cieplnej,
  - 14) zarządzanie odpadami i ich bezpiecznego składowania.
3. W ramach polityki jakości wszyscy pracownicy Szpitala są zobowiązani do realizacji polityki Zintegrowanego Systemu Zarządzania.

### **Zarządzanie Szpitalem.**

## § 5.

1. Dyrektor Szpitala kieruje działalnością Szpitala i reprezentuje Szpital na zewnątrz.
2. Dyrektor Szpitala jest przełożonym pracowników Szpitala.
3. Dyrektor Szpitala ponosi odpowiedzialność za zarządzanie Szpitalem i gospodarką finansową, samodzielnie podejmuje czynności prawne w imieniu Szpitala oraz majątku będącego w jego zarządzie.
4. Dyrektor Szpitala, kieruje Szpitalem przy pomocy Zastępców Dyrektora. W przypadku nieobecności Dyrektora, Szpital reprezentuje Zastępcę Dyrektora ds. Medycznych lub inna osoba wyznaczona przez Dyrektora.
5. Do obowiązków Dyrektora Szpitala należy w szczególności:
  - 1) bieżący nadzór na wykonywaniem statutowych zadań Szpitala,
  - 2) reprezentowanie Szpitala na zewnątrz
  - 3) organizowanie pracy podległego personelu,
  - 4) dokonywanie ocen działalności Szpitala i zapoznanie z tymi ocenami Rady Społecznej i Starosty Złotowskiego,
  - 5) zatrudnianie i zwalnianie podległego personelu Szpitala oraz ustalanie zasad wynagradzania,
  - 6) wydawanie i zatwierdzanie regulaminów, zarządzeń, decyzji, instrukcji oraz komunikatów obowiązujących w Szpitalu,
  - 7) ustalanie Regulaminu Organizacyjnego Szpitala i przedstawienie go do zaopiniowania Radzie Społecznej,
  - 8) zawieranie umów cywilnoprawnych na realizację świadczeń zdrowotnych i inne,
  - 9) rozpatrywanie skarg, wniosków i zażaleń pracowników oraz Pacjentów ,
  - 10) inne prace zlecone przez Podmiot tworzący i nadzorujący.
6. Dyrektor Szpitala, kieruje pracą przy pomocy:
  - 1) Zastępcy Dyrektora ds. Medycznych,
  - 2) Zastępcy Dyrektora ds. Ekonomicznych - Głównego Księgowego,
  - 3) Kierowników Sekcji i Działów.
7. Dyrektorowi Szpitala bezpośrednio podlegają następujące komórki organizacyjne, i stanowiska pracy:
  - 1) Zastępca Dyrektora ds. Medycznych,
  - 2) Zastępca Dyrektora ds. Ekonomicznych - Główny Księgowy,
  - 3) Kierownik Sekcji Kadr,
  - 4) Specjalista ds. Zamówień Publicznych.
  - 5) Inspektor/Koordinator ds. Bezpieczeństwa i Higieny Pracy,
  - 6) Koordynator ds. Zarządzania Środowiskowego,
  - 7) Inspektor ds. Obronności,



- 8) Inspektor Ochrony Przeciwpożarowej,
- 9) Inspektor Ochrony Radiologicznej,
- 10) Inspektor Ochrony Danych , Koordynator ds. Bezpieczeństwa Informacji,
- 11) Radca Prawny,
- 12) Pełnomocnik ds. Zintegrowanego systemu Zarządzania,
- 13) Pełnomocnik ds. Praw Pacjenta,
- 14) Sekretariat,
- 15) Kapelan/Kaplica Szpitalna.

## § 6.

1. Zastępca Dyrektora ds. Ekonomicznych – Główny Księgowy, służbowo podlega bezpośrednio Dyrektorowi Szpitala.
2. Zastępca Dyrektora ds. Ekonomicznych – Główny Księgowy, bezpośrednio nadzoruje następujące komórki organizacyjne i stanowiska pracy:
  - 1) Kierownika Działu Księgowości,
  - 2) Kierownika Sekcji Płac,
  - 3) Kierownika Sekcji Infrastruktury i Logistyki,
  - 4) Kierownik Sekcji Informatyki, Analiz i Statystyki Medycznej (Dział Informatyki oraz Dział Analiz i Statystyki Medycznej).
3. Do obowiązków Zastępcy Dyrektora ds. Ekonomicznych – Głównego Księgowego należy:
  - 1) zarządzanie finansami Szpitala w sposób zapewniający utrzymanie rentowności i płynności finansowej jednostki,
  - 2) prowadzenie rachunkowości Szpitala zgodnie z obowiązującymi przepisami,
  - 3) przygotowanie obowiązujących sprawozdań finansowych,
  - 4) opracowanie planu rzeczowo-finansowego i przedstawienie go Dyrektorowi Szpitala,
  - 5) przygotowanie analiz dotyczących sytuacji finansowej Szpitala, z uwzględnieniem wyników finansowych w poszczególnych komórkach Szpitala,
  - 6) przygotowanie wniosków dla Dyrektora Szpitala, z comiesięcznych spotkań z kierownikami komórek Szpitala, w celu optymalizacji wyniku finansowego,
  - 7) nadzór nad systemem wewnętrznej kontroli finansowej,
  - 8) prowadzenie aktywnej polityki pozyskiwania środków finansowych z Programów Unijnych i innych źródeł finansowania zewnętrznego,
  - 9) opracowanie planów inwestycyjnych Szpitala we współpracy z kierownikiem sekcji logistyki i infrastruktury oraz nadzór nad ich realizacją,
  - 10) opiniowanie wszystkich wniosków związanych z finansami Szpitala,
  - 11) opracowywanie projektów wewnętrznych aktów prawnych dotyczących spraw ekonomiczno-finansowych Szpitala,



- 12) organizowanie pracy podległych pracowników, przeprowadzanie szkoleń,
- 13) kontrola dokumentacji dotyczącej operacji finansowych Szpitala,
- 14) zatwierdzanie planów pracy pracowników niemedycznych,
- 15) wykonywanie innych zadań zleconych przez Dyrektora Szpitala.

#### **§ 7.**

1. Zastępca Dyrektora ds. Medycznych, służbowo podlega bezpośrednio Dyrektorowi Szpitala.
2. Zastępca Dyrektora ds. Medycznych, bezpośrednio nadzoruje następujące komórki organizacyjne i stanowiska pracy:
  - 1) Pielęgniarka Naczelna,
  - 2) Ordynatorzy Oddziałów lub Lekarze Kierujący Oddziałami,
  - 3) Kierownik Apteki Szpitalnej,
  - 4) Kierownik Pracowni RTG i Tomografii Komputerowej,
  - 5) Kierownik Pracowni Diagnostyki Ultrasonograficznej i Endoskopowej,
  - 6) Kierownik Działu Rehabilitacji,
  - 7) Kierownik Laboratorium Analityki Medycznej z Pracownią Mikrobiologii i Serologii,
  - 8) Kierownik Centralnej Sterylizatorni,
  - 9) Pielęgniarka Koordynująca ds. Epidemiologicznych,
  - 10) Zakład Leczenia Uzależnień w Piecovie,
  - 11) Zakład Opieki Długoterminowej,
  - 12) Zakład Ambulatoryjnych Świadczeń Zdrowotnych,
  - 13) Ratownictwo Medyczne,
  - 14) Centrum Zdrowia Psychicznego,
  - 15) Prosektorium.
3. Do obowiązków Zastępcy Dyrektora ds. Medycznych należy:
  - 1) dbałość o zapewnienie wysokiego poziomu udzielanych świadczeń medycznych,
  - 2) nadzór nad przygotowaniem, poprawnością i terminowością rozliczania umów, zawieranych na udzielane świadczenia medyczne,
  - 3) kontrola prawidłowości prowadzenia i archiwizowania dokumentacji medycznej,
  - 4) przygotowanie propozycji i wniosków dotyczących rozwoju strategicznego Szpitala,
  - 5) rozpatrywanie spraw spornych dotyczących miejsca hospitalizacji Pacjentów w Szpitalu,
  - 6) udział w planowaniu i w procesie rekrutacji personelu medycznego,
  - 7) rozpatrywanie skarg dotyczących działalności podległego personelu medycznego,
  - 8) zatwierdzanie planów pracy personelu medycznego,
  - 9) nadzór nad planowaniem diet w Szpitalu,
  - 10) wykonywanie innych zadań zleconych przez Dyrektora Szpitala.

#### **§ 8.**

1. Naczelna Pielęgniarka podlega bezpośrednio Zastępcy Dyrektora ds. Medycznych.
2. Naczelna pielęgniarka kieruje pracą koordynatora rejestracji medycznej, pielęgniarek, położnych, ratowników medycznych, opiekunów medycznych i sanitariuszy.
3. Swoją funkcję wykonuje przy pomocy pielęgniarek i położnych oddziałowych.
4. Do obowiązków Naczelnej Pielęgniarki należy w szczególności:
  - 1) organizacja i nadzorowanie świadczenia całodobowej, kompleksowej opieki pielęgniarskiej, położnych i ratowników medycznych w oddziałach, poradniach i działach Szpitala,
  - 2) usprawnianie metod i sposobów pielęgnowania, ocena jakości oraz wyznaczanie celów opieki pielęgniarskiej,
  - 3) określanie poziomu wymogów kwalifikacyjnych podległego personelu,
  - 4) szacowanie zapotrzebowania na opiekę pielęgniarską w poszczególnych komórkach organizacyjnych,
  - 5) rekrutacja i dokonywanie wyboru osób na stanowiska pielęgniarskie, położnicze i ratowników medycznych oraz wnioskowanie w sprawach związanych z obsadzaniem stanowisk podległego personelu,
  - 6) organizowanie doskonalenia zawodowego pielęgniarek, położnych i ratowników medycznych, nadzorowanie przebiegu praktyk zawodowych,
  - 7) nadzór nad prawidłową adaptacją zawodową,
  - 8) zatwierdzanie harmonogramu pracy opracowanego przez pielęgniarkę oddziałową,
  - 9) kontrola dyscypliny pracy oraz wizytacje komórek działalności podstawowej Szpitala.

## **§ 9.**

1. Kierownik Apteki Szpitalnej podlega bezpośrednio Zastępcy Dyrektora ds. Medycznych.
2. Do obowiązków Kierownika należy w szczególności:
  - 1) zapewnienie kompleksowego zaopatrzenia komórek organizacyjnych Szpitala w leki i wyroby medyczne,
  - 2) organizowanie pracy poprzez ustalenie odpowiednich procedur w zakresie wydawania leków i wyrobów medycznych oraz sporządzania leków recepturowych,
  - 3) zapewnienie prawidłowego i terminowego wykonania usług farmaceutycznych,
  - 4) organizowanie właściwego przepływu informacji do komórek organizacyjnych Szpitala,
  - 5) zapewnienie dostępu do leków poza godzinami pracy apteki, zgodnie z obowiązującą procedurą,
  - 6) nadzór nad przechowywaniem leków w komórkach organizacyjnych poprzez kontrolę apteczek oddziałowych,
  - 7) uczestnictwo w monitorowaniu działań niepożądanych leków zgodnie z ustaloną



- procedurą,
- 8) czuwanie nad jakością leków i wyrobów medycznych poprzez uwzględnienie informacji zawartych w komunikatach Głównego oraz Wojewódzkiego Inspektora Farmaceutycznego,
  - 9) udzielanie informacji o lekach personelowi medycznemu Szpitala,
  - 10) prowadzenie ewidencji leków otrzymanych w formie darowizny.

### **§ 10.**

1. Kierownik Sekcji Informatyki, Analiz i Statystyki Medycznej podlega bezpośrednio Zastępcy Dyrektora ds. Ekonomicznych - Głównemu Księgowemu.
2. Do obowiązków Kierownika Sekcji Informatyki, Analiz i Statystyki Medycznej należy w szczególności:
  - 1) w zakresie Działu Informatyki:
    - a) administrowanie systemami informatycznymi Szpitala,
    - b) projektowanie i wdrażanie obowiązujących standardów, procedur i norm aplikacji szpitalnych,
    - c) zapewnienie sprawności i ciągłości działania systemów bezpieczeństwa i ochrony danych w systemach informatycznych Szpitala,
    - d) zarządzanie licencjami użytkowanych systemów informatycznych,
    - e) administrowanie stroną internetową Szpitala i kontami pocztowymi,
    - f) nadzór nad „Polityką bezpieczeństwa danych osobowych” Pacjentów i pracowników zgromadzonych w formie elektronicznej w myśl Ustawy z dnia 10.05.2018 r o Ochronie Danych Osobowych,
    - g) szkolenie pracowników innych działów w zakresie obsługi sprzętu i oprogramowania komputerowego,
    - h) planowanie zakupów sprzętu i programów informatycznych.
  - 2) w zakresie Działu Analiz i Statystyki Medycznej:
    - a) nadzór nad prowadzeniem działań statystyki medycznej,
    - b) prowadzenie wszelkiej dokumentacji związanej z rozliczeniami z Narodowym Funduszem Zdrowia wymaganej przez zawarte umowy,
    - c) prowadzenie wszelkiej dokumentacji związanej z rozliczeniami z Narodowym Funduszem Zdrowia w formie elektronicznej,
    - d) przygotowanie ofert Szpitala na ogłoszone konkursy na świadczenia usług medycznych przez Narodowy Fundusz Zdrowia,
    - e) prowadzenie karty statystycznej leczenia szpitalnego oraz jej przetwarzanie do formy elektronicznej,
    - f) opracowanie projektów aktów prawnych wewnętrznych w kwestiach znajdujących się w kompetencji działu,
    - g) nadzór nad prawidłowym prowadzeniem ksiąg związanych z pobytem chorego w szpitalu oraz kompletności historii choroby Pacjentów wypisanych





- i zmarłych,
- h) nadzór nad przechowywaniem, udostępnianiem i brakowaniem dokumentacji medycznej oraz materiałów archiwalnych i akt,
- i) tworzenie i analiza wyników na oddziałach szpitalnych, w poradniach i innych jednostkach szpitalnych,
- j) wycena procedur medycznych.

#### **§ 11.**

1. Kierownik Sekcji Infrastruktury i Logistyki podlega bezpośrednio Zastępcy Dyrektora ds. Ekonomicznych - Głównemu Księgowemu.
2. Kierownik Sekcji Infrastruktury i Logistyki odpowiada za:
  - 1) utrzymanie prawidłowego stanu technicznego obiektów infrastruktury, maszyn i urządzeń technicznych oraz medycznych Szpitala,
  - 2) zapewnienie wyposażenia Szpitala w sprzęt medyczny, aktualizacje przeglądów, serwisów,
  - 3) dokonywanie bieżących napraw i drobnych remontów,
  - 4) zapewnienie zaopatrzenia we wszystkie niezbędne do prawidłowego funkcjonowania szpitala urządzenia, materiały i środki, w tym medyczne,
  - 5) zarządzanie gospodarką energetyczną Szpitala,
  - 6) przygotowanie planu modernizacyjnego i inwestycyjnego Szpitala oraz nadzór nad ich wykonaniem,
  - 7) nadzór nad prawidłowym funkcjonowaniem kuchni szpitalnej i punku wydawania i przyjmowania bielizny,
  - 8) nadzór nad systemem monitoringu szpitala,
  - 9) nadzór nad Centralą Telefoniczną,
  - 10) nadzór nad przestrzeganiem przepisów BHP,
  - 11) nadzór nad przestrzeganiem przepisów Przeciwpożarowych,
  - 12) współudział w opracowywaniu planów rozwojowych Szpitala,
  - 13) koordynowanie umów zawieranych przez Szpital dotyczących zamówień sekcyjnych,
  - 14) współudział w nadzorowaniu i utrzymaniu prawidłowego stanu sanitarno - higienicznego Szpitala.

#### **§ 12.**

1. Kierownik Sekcji Płac podlega bezpośrednio Zastępcy Dyrektora ds. Ekonomicznych - Głównemu Księgowemu.
2. Kierownik Sekcji Płac odpowiada za:
  - 1) prowadzenie całokształtu spraw płacowych i wymaganej przez prawo dokumentacji w tym zakresie w oparciu o dane kadrowe dotyczące umów o pracę oraz umów cywilno-prawnych,
  - 2) prawidłowe naliczanie składników wynagrodzeń i innych świadczeń,

- 3) ustalanie wymiaru składek, sporządzanie deklaracji ZUS i terminowe rozliczenia z ZUS,
- 4) ustalanie wymiaru zaliczek na podatek dochodowy oraz terminowe sporządzanie odpowiednich informacji i rozliczeń do Urzędu Skarbowego,
- 5) wydawanie zaświadczeń o wysokości wynagrodzenia i dochodach pracowników, sporządzanie PIT-ów do US i osób zainteresowanych,
- 6) opracowywanie sprawozdań i analiz wykorzystania funduszu osobowego i bezosobowego dotyczących wynagrodzeń,
- 7) sporządzanie druków dla potrzeb naliczenia rent i emerytur,
- 8) realizacja zajęć komorniczych,
- 9) prowadzenie kasy zapomogowo-pożyczkowej,
- 10) sporządzanie analiz dla potrzeb zarządczych,
- 11) obsługa, w tym terminowe rozliczenia z Państwowym Funduszem Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych,
- 12) prowadzenie Zakładowego Funduszu Świadczeń Socjalnych.

### **§ 13.**

1. Kierownik Sekcji Kadr podlega bezpośrednio Dyrektorowi Szpitala.
2. Do podstawowych zadań Sekcji Kadr należy:
  - 1) prowadzenie wszelkich spraw związanych z nawiązywaniem, trwaniem i rozwiązywaniem stosunków pracy pracowników Szpitala,
  - 2) prowadzenie aktywnej bieżącej i długoterminowej polityki pozyskiwania kadr medycznych,
  - 3) prowadzenie ewidencji pracowników, akt osobowych, urlopów oraz czasowej niezdolności do pracy, kontrola prawidłowości wykorzystania zaświadczenia o czasowej niezdolności do pracy,
  - 4) monitoring potrzeb kadrowych Szpitala, opracowywanie planów zatrudnienia,
  - 5) prowadzenie spraw związanych z zatrudnieniem osób bezrobotnych, stażystów, rezydentów, współpraca z Powiatowym Urzędem Pracy, Urzędem Marszałkowskim i Ministerstwem Zdrowia w tym zakresie,
  - 6) przygotowywanie i nadzór nad realizacją umów o praktyczną naukę zawodu i umów w związku z odbywaniem kursów i staży specjalizacyjnych w ramach szkolenia podyplomowego,
  - 7) organizacja rekrutacji, w tym konkursów na stanowiska kierownicze zgodnie z obowiązującymi przepisami,
  - 8) przygotowywanie konkursów ofert celem zawarcia umów na udzielanie świadczeń,
  - 9) prowadzenie ewidencji, nadzór i kontrola czasu pracy pracowników Szpitala i osób udzielających świadczeń i usług na podstawie umów cywilno-prawnych (grafiki czasu pracy, harmonogramy udzielania świadczeń itp.),
  - 10) ewidencja wyjazdów służbowych i prywatnych w godzinach pracy,
  - 11) nadzór nad sporządzaniem planów i wykorzystaniem przez pracowników urlopów



- wypoczynkowych zgodnie z planem,
- 12) zgłaszanie pracowników i członków ich rodzin do ubezpieczenia społecznego i/lub zdrowotnego oraz wszelkich zmian w tym zakresie,
  - 13) prowadzenie spraw emerytalno-rentowych,
  - 14) sporządzanie obowiązujących sprawozdań, w tym do ZUS,
  - 15) sporządzanie sprawozdań do ZUS, GUS, Urzędu Marszałkowskiego, Ministerstwa Zdrowia dotyczących zatrudnienia i kosztów wynagrodzeń,
  - 16) rozpoznawanie potrzeb socjalnych i bytowych pracowników, opracowywanie w tym zakresie planów i programów ich zaspokajania,
  - 17) bieżąca weryfikacja uprawnień i kwalifikacji pracowników oraz osób udzielających świadczeń na podstawie umów cywilno-prawnych wymaganych na danym stanowisku,
  - 18) opracowywanie planów szkoleń i nadzór nad podnoszeniem kwalifikacji zawodowych pracowników,
  - 19) sporządzanie wniosków o dofinansowanie szkoleń z Krajowego Funduszu Szkoleniowego,
  - 20) obsługa Systemu Monitorowania Kształcenia Pracowników Medycznych (Centrum e-Zdrowie) w zakresie wnioskowania o akredytację do szkolenia specjalizacyjnego w ramach kształcenia podyplomowego, współpraca z CMKP w tym zakresie,
  - 21) kontrola porządku i dyscypliny pracy,
  - 22) udostępnianie przepisów prawa wewnętrznego, w szczególności Regulaminu Pracy i Regulaminu Wynagradzania,
  - 23) koordynowanie współpracy i prowadzenie spraw związanych z działalnością zakładowych organizacji związkowych,
  - 24) przestrzeganie obowiązujących procedur postępowania zgodnie z systemem zarządzania jakością; w tym aktualnymi procedurami systemu ISO, procedurami akredytacyjnymi Ministra Zdrowia,
  - 25) zgłaszanie wniosków usprawniających funkcjonowanie komórki, inicjowanie działań zwiększających efektywność zakładu, ścisła współpraca z innymi komórkami i jednostkami Szpitala.
3. Za organizację i funkcjonowanie pod względem merytorycznym, organizacyjnym i ekonomicznym Sekcji Kadr odpowiada jego Kierownik.

#### **§ 14.**

1. Postępowanie kancelaryjne w Szpitalu, obieg dokumentów, rejestracje, znakowanie pism, określa Instrukcja Kancelaryjna ustalona przez Dyrektora Szpitala.
2. Wewnętrzny porządek oraz czas pracy dla poszczególnych grup zawodowych określa Regulamin Pracy Szpitala ustalony przez Dyrektora Szpitala po uzgodnieniu ze związkami zawodowymi.
3. W Szpitalu obowiązuje noszenie imiennych identyfikatorów przez wszystkich pracowników Szpitala oraz osoby pozostające ze Szpitalem w stosunku cywilnoprawnym. Identyfikatory noszone są w widocznym miejscu i zawierają imię i nazwisko oraz funkcję danej osoby.



### **§ 15.**

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

- 1) standardy organizacji i zarządzania zakładem, a w szczególności bezpieczeństwa p.poż., zabezpieczenia awaryjnego, specyficznych norm żywienia zasad higieny szpitalnej, obiegu dokumentacji, badania satysfakcji Pacjenta, zasad współdziałania między wszystkimi komórkami.
- 2) standardy medyczne, a w szczególności standardy procesu diagnozowania, leczenia, profilaktyki, zapobiegania, receptariusza szpitalnego i postępowania z lekami, kontroli procesu leczenia, warunków izolacji oraz pobierania narządów,
- 3) standardy udzielania świadczeń, normy ilości łóżek, bezpieczeństwa używanego sprzętu, kwalifikacje personelu medycznego i minimalne normy zatrudnienia,

### **Organ doradczy Dyrektora Szpitala.**

### **§ 16.**

1. Rada Społeczna jest organem inicjującym i opiniodawczym Powiatu Złotowskiego oraz organem doradczym Dyrektora Szpitala.
2. Zasady i tryb działania Rady Społecznej określa ustawa o działalności leczniczej oraz Regulamin Rady Społecznej.

### **Funkcjonowanie Szpitala.**

### **§ 17.**

1. W Szpitalu działają następujące komisje, komitety i zespoły problemowe:

- 1) komisja ds. identyfikacji zagrożeń, analizy i oceny ryzyka zawodowego na stanowiskach pracy,
- 2) komisja ds. analizy przyczyn zgonów szpitalnych,
- 3) komisja zakładową ds. bezpieczeństwa i higieny pracy,
- 4) komisja ds. przeglądu dokumentacji archiwalnej,
- 5) komitet transfuzjologiczny,
- 6) komitet terapeutyczny,
- 7) zespół ds. przeglądu warunków p. pożarowych na terenie Szpitala,
- 8) zespół ds. przeprowadzania kontroli wewnętrznych w obszarze realizacji działań zapobiegających szerzeniu się zakażeń i chorób zakaźnych,
- 9) zespół ds. HACCP,
- 10) zespół ds. kontroli zakażeń zakładowych,
- 11) zespół nadzorujący proces wdrażania i funkcjonowania norm ISO 9001 i innych,

- 12) zespół ds. żywieniowych,
- 13) zespół ds. etyki.

2. Zespoły, o których mowa w ust. 1, są powoływane zarządzeniem Dyrektora Szpitala w celu opracowania lub opiniowania projektów przedsięwzięć podejmowanych w określonej dziedzinie lub wykonania innych zadań, w tym wymagających współdziałania kilku komórek organizacyjnych.

W Szpitalu w miarę potrzeb powołuje się doraźnie w trybie zarządzenia Dyrektora Szpitala komisje, komitety i zespoły problemowe.

### **§ 18.**

W Szpitalu w miarę potrzeb powołuje się doraźnie w trybie zarządzenia Dyrektora Szpitala komisje, komitety i zespoły problemowe.

### **Struktura organizacyjna Szpitala.**

### **§ 19.**

1. Szpital udziela świadczeń zdrowotnych w warunkach stacjonarnych całodobowych oraz ambulatoryjnych.
2. Podstawowym zadaniem Szpitala jest:

1) leczenie chorych stacjonarnie na oddziałach w zakresie następującej specjalności:

- a) chirurgii ogólnej i ortopedii,
- b) chorób wewnętrznych,
- c) ginekologii, położnictwa i neonatologii,
- d) pediatrii,
- e) psychiatrii,
- f) anestezjologii i intensywnej terapii,
- g) medycyny ratunkowej,
- h) medycyny paliatywnej,
- i) terapii uzależnień od alkoholu.

2) świadczenie usług w zakresie:

- a) diagnostyki medycznej,
- b) rehabilitacji leczniczej,
- c) ambulatoryjnej opieki specjalistycznej,
- d) pomocy doraźnej,
- e) pielęgnacji,
- f) profilaktyki prozdrowotnej.

## § 20.

### 1. Strukturę organizacyjną Szpitala tworzą:

#### 1) oddziały szpitalne

- a) wewnętrzny,
- b) chirurgiczny z pododdziałem chirurgii urazowo-ortopedycznej,
- c) dziecięcy,
- d) położniczo-ginekologiczny z pododdziałem noworodków,
- e) anestezjologii i intensywnej terapii,
- f) Centrum Zdrowia Psychicznego,
- g) leczenia alkoholowych zespołów abstynencyjnych (detoksykacyjny),
- h) medycyny paliatywnej,
- i) szpitalny oddział ratunkowy,

#### 2) komórki organizacyjne:

- a) blok operacyjny,
- b) dział rehabilitacji,
- c) pracownie diagnostyczne, w tym:
  - laboratorium analityki medycznej z pracownią mikrobiologii i serologii;
  - pracownia diagnostyki ultrasonograficznej i endoskopowej;
  - pracownia RTG;
  - pracownia tomografii komputerowej;
- d) szkoła rodzenia,
- e) apteka szpitalna,
- f) poradnie przyszpitalne:
  - poradnia leczenia uzależnień;
  - poradnia ginekologiczno- położnicza;
  - poradnia otolaryngologiczna;
  - poradnia kardiologiczna;
  - poradnia chirurgii onkologicznej;
  - poradnia chirurgii urazowo-ortopedycznej;
  - poradnia chirurgiczna;
  - poradnia reumatologiczna;
  - poradnia endokrynologiczna;
  - poradnia pulmonologiczna;
  - poradnia nefrologiczna;
  - poradnia geriatryczna;
  - poradnia zdrowia psychicznego;
  - poradnia pediatryczna;



- poradnia chorób wewnętrznych;
  - g) hospicjum domowe,
  - h) kaplica,
  - i) prosektorium,
  - j) zakład opiekuńczo-leczniczy,
  - k) ambulatorium ogólne,
  - l) gabinet zabiegowo-diagnostyczny,
  - m) transport sanitarny,
  - n) centralna sterylizatornia,
  - o) zespół rehabilitacji domowej,
  - p) zakład terapii uzależnień od alkoholu w Piecewie.
- 3) Ratownictwo Medyczne:
- a) zespół wyjazdowy ratownictwa medycznego specjalistyczny w Złotowie,
  - b) zespół wyjazdowy ratownictwa medycznego podstawowy w Jastrowiu,
  - c) zespół wyjazdowy ratownictwa medycznego podstawowy w Okonku,
- 4) komórki organizacyjne obsługujące Szpital:
- a) Dział Księgowości,
  - b) Sekcja Kadr,
  - c) Sekcja Płac,
  - d) Sekcja Infrastruktury i Logistyki,
  - e) Sekcja Informatyki, Analiz i Statystyki Medycznej,
  - f) Sekretariat,
- 5) samodzielne stanowiska:
- a) Pełnomocnik Dyrektora Szpitala ds. Zintegrowanego Systemu Zarządzania,
  - b) Inspektor/Koordinator ds. Bezpieczeństwa i Higieny Pracy,
  - c) Koordynator ds. Zarządzania Środowiskowego,
  - d) Specjalista ds. Zamówień Publicznych,
  - e) Inspektor ds. Obronności,
  - f) Inspektor Ochrony Przeciwpożarowej,
  - g) Radca Prawny,
  - h) Inspektor Ochrony Danych/Koordinator ds. Bezpieczeństwa Informacji,
  - i) Inspektor Ochrony Radiologicznej,
  - j) Kapelan,
  - k) Pełnomocnik ds. Praw Pacjenta.

2. Schemat organizacyjny stanowi załącznik nr 1 do niniejszego Regulaminu.

## § 21.

1. W ramach pilotażu środowiskowego modelu psychiatrycznej opieki zdrowotnej w Szpitalu funkcjonuje Centrum Zdrowia Psychicznego, w skład którego wchodzi następujące komórki organizacyjne:
  - 1) w ramach zakładu leczniczego „Szpitala” „Oddziały szpitalne” – Oddział Psychiatryczny,
  - 2) w ramach zakładu leczniczego „Zakład ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych:
    - a) w ramach jednostki organizacyjnej „Poradnie przyszpitalne” – Poradnia Zdrowia Psychicznego,
    - b) w ramach jednostki organizacyjnej „Punkty leczenia ambulatoryjnego”:
      - Oddział Dzienny Psychiatryczny;
      - Zespół Leczenia Środowiskowego.
2. Zasady funkcjonowania Centrum Zdrowia Psychicznego określa Regulamin Centrum Zdrowia Psychicznego, załącznik do zarządzenia nr 40/2020 z dnia 17 kwietnia 2020. Załącznik nr 2 do niniejszego Regulaminu.

### **Zadania komórek organizacyjnych Szpitala.**

## § 22.

1. Do wspólnych zadań komórek organizacyjnych, samodzielnych stanowisk pracy oraz osób sprawujących określone funkcje należy:
  - 1) realizacja zadań Szpitala i celu dla którego został utworzony, określonych w powszechnie obowiązujących przepisach prawa, Statucie oraz niniejszym Regulaminie,
  - 2) dbałość o należyty wizerunek Szpitala, jakość udzielanych świadczeń zdrowotnych oraz efektywność zespołów, którymi kierują.
2. W Szpitalu świadczenia zdrowotne udzielane są wyłącznie przez osoby wykonujące zawody medyczne oraz spełniające wymagania kwalifikacyjne określone w odrębnych przepisach.
3. Szczegółowe zakresy obowiązków, uprawnień oraz odpowiedzialności osób wymienionych w ust. 2 znajdują się w aktach osobowych pracowników.
4. W Szpitalu dopuszcza się wykonywanie świadczeń przez wolontariuszy, z uwzględnieniem odrębnych przepisów powszechnie obowiązującego prawa.

### **Zasady współdziałania komórek organizacyjnych.**

## § 23.

1. Celem współdziałania jest:



- 1) usprawnienie procesów informacyjno - decyzyjnych,
  - 2) prawidłowa realizacja zadań statutowych,
  - 3) integracja działań komórek organizacyjnych.
2. Do podstawowych elementów współdziałania zalicza się w szczególności odbywanie okresowych spotkań:
- 1) Dyrekcji Szpitala z pracownikami,
  - 2) Dyrektora Szpitala oraz jego Zastępców z Ordynatorami, Lekarzami kierującymi oddziałem i Kierownikami komórek działalności podstawowej,
  - 3) Naczelnej Pielęgniarki z Oddziałowymi.
3. Spotkania mają na celu:
- 1) wzajemną wymianę informacji w celu dalszego doskonalenia wspólnego działania,
  - 2) przekazywanie informacji o podejmowanych kierunkach działania,
  - 3) omówienie realizacji zadań oraz wymianę poglądów dotyczących problemów realizacji zadań,
  - 4) ocenę sytuacji finansowej.
4. Ordynatorzy lub lekarze kierujący oddziałem oraz pielęgniarki oddziałowe, zobowiązani są do zapoznania podległego personelu z informacjami uzyskanymi na spotkaniach.

### **Organizacja udzielania świadczeń zdrowotnych.**

#### **§ 24.**

1. Szpital udziela świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych ubezpieczonym oraz innym osobom uprawnionym do tych świadczeń na podstawie odrębnych przepisów.
2. Świadczenia udzielane są bezpłatnie, za częściową odpłatnością lub odpłatnie na zasadach określonych w ustawie o działalności leczniczej.
3. Świadczenia zdrowotne w Szpitalu udzielane są w zakresie:
  - 1) stacjonarnej opieki zdrowotnej,
  - 2) ambulatoryjnej specjalistycznej opieki zdrowotnej, a w szczególności świadczeń udzielanych przez poradnie specjalistyczne oraz inne komórki organizacyjne Szpitala.



4. Szczegółowy zakres udzielanych świadczeń zdrowotnych określają umowy z instytucjami ubezpieczenia zdrowotnego oraz umowy z osobami fizycznymi, osobami prawnymi i innymi jednostkami organizacyjnymi.
5. W zakresie stacjonarnej opieki zdrowotnej Szpital zapewnia przyjętemu Pacjentowi, zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie odrębnymi przepisami:
  - 1) świadczenia zdrowotne,
  - 2) środki farmaceutyczne i materiały medyczne,
  - 3) pomieszczenia i wyżywienia odpowiedniego do stanu zdrowia.
6. Pacjentom w stanach terminalnych oraz ich rodzinie, zgodnie z ich życzeniem, Dyrektor Szpitala zapewnia szczegółową opiekę podczas pobytu w Szpitalu poprzez:
  - 1) zapewnienie atmosfery prywatności – zależnie od możliwości organizacyjnych oddziału,
  - 2) umożliwienia pobytu w salach jednoosobowych. W przypadku konieczności pobytu Pacjenta w sali wielołożkowej należy zadbać o zachowanie jak największej intymności,
  - 3) Pacjent ma prawo nieograniczonego korzystania z opieki duszpasterskiej zgodnie z przekonaniami religijnymi (szczegółowe informacje u pielęgniarki oddziału),
  - 4) nieograniczoną możliwość przebywania z Pacjentem osób bliskich,
  - 5) wsparcie psychologa,
  - 6) zapewnienie leczenia przeciwbólowego zależnie od potrzeb,
  - 7) umożliwienie Pacjentowi spisanie testamentu.

#### **§ 25.**

1. Szpital prowadzi dokumentację medyczną Pacjentów korzystających ze świadczeń zdrowotnych z zapewnieniem ochrony danych osobowych zawartych w dokumentacji.
2. Personel Szpitala jest obowiązany zachować w tajemnicy wszelkie informacje uzyskane w czasie wykonywania obowiązków.
3. Obowiązującą zbiorczą i indywidualną dokumentację, zasady jej kompletowania, prowadzenia, udostępniania i przechowywania określa Dyrektor Szpitala w oparciu o odrębne przepisy.

#### **Porządek procesu udzielania świadczeń zdrowotnych w poszczególnych komórkach medycznych Szpitala.**

##### **Przyjęcie i odmowa przyjęcia Pacjenta do Szpitala.**

#### **§ 26.**

1. Przyjęcia Pacjentów do Szpitala odbywają się w trybie: planowym, pilnym. Wprowadza się następujące zasady dotyczące przyjęć:
  - 1) o przyjęciu do Szpitala osoby zgłaszającej się lub kierowanej przez lekarza albo uprawnioną instytucję decyduje 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,
- 2) 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,
  - 3) jeżeli przyjęcie do Szpitala nie musi nastąpić natychmiast, nie występuje sytuacja bezpośredniego zagrożenia zdrowia lub życia, a Szpital nie ma w danej chwili możliwości przyjęcia, ordynator lub lekarz kierujący oddziałem/lekarz dyżurny wyznacza termin, w którym nastąpi przyjęcie do Szpitala,
  - 4) Pacjentów nie zakwalifikowanych do leczenia szpitalnego a wymagających leczenia ambulatoryjnego kieruje się z odpowiednimi zapisami dotyczącymi dalszego sposobu postępowania do odpowiednich placówek.
2. Odmowa przyjęcia do Szpitala może nastąpić, jeżeli nie zachodzi przypadek niecierpiący 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:
- 1) braku wskazań lekarskich do hospitalizacji,
  - 2) braku zgody Pacjenta na hospitalizację,
  - 3) braku wolnych miejsc w Szpitalu,
  - 4) braku możliwości udzielenia pomocy specjalistycznej ze względu na zakres udzielanych przez Szpital świadczeń,
  - 5) jeżeli względy epidemiologiczne nie pozwalają na umieszczenie Pacjenta w Szpitalu.
3. W przypadku odmowy przyjęcia do Szpitala, lekarz ma obowiązek umieścić o tym informacje w Księdze Odmów. Odmowa przyjęcia dziecka do Szpitala wymaga uprzedniej konsultacji z lekarzem kierującym oddziałem, do którego dziecko miałyby być przyjęte lub jego zastępcą.

### **Listy oczekujących.**

#### **§ 27.**

1. Świadczenia zdrowotne w Szpitalu i świadczenia specjalistyczne w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej są udzielane według stopnia pilności lub według kolejności zgłoszenia.
2. Oddziały i poradnie specjalistyczne Szpitala w szczególności:
  - 1) ustalają kolejność udzielenia świadczenia na podstawie zgłoszeń Pacjentów wpisanych na listę oczekujących,

- 2) informują pisemnie Pacjenta o terminie udzielenia świadczenia oraz uzasadniają przyczyny wyboru tego terminu,
  - 3) wpisują datę i przyczynę skreślenia Pacjenta z listy oczekujących,
  - 4) każda zmiana terminu planowego świadczenia medycznego może nastąpić po uzgodnieniu pomiędzy dwoma stronami osobiście lub telefonicznie i odnotowaniu we właściwej dokumentacji, w następujących okolicznościach:
    - a) rezygnacji Pacjenta;
    - b) zdarzeń losowych i chorobowych;
    - c) przypadku awarii aparatury niezbędnej do wykonania świadczenia.
3. Lista oczekujących stanowi integralną część dokumentacji medycznej.
  4. Listę oczekujących prowadzi się w sposób zapewniający poszanowanie zasady sprawiedliwego, równego, niedyskryminującego i przejrzystego dostępu do świadczeń.

### **Planowe przyjęcia w Szpitalu Powiatowym w Złotowie.**

#### **§ 28.**

1. Pacjent przyjmowany w trybie planowym zgłasza się w wyznaczonym terminie – od poniedziałku do piątku w godzinach od 8-12 z kompletem wymaganej dokumentacji: skierowaniem do Szpitala, wymaganymi badaniami dodatkowymi, konsultacjami specjalistycznymi i wpisami stwierdzającym odbycie posiadanych szczepień (jeśli są wymagane), dokumentacją medyczną z przebytych chorób i leczenia, dokumentem tożsamości oraz dowodem stwierdzającym ubezpieczenie zdrowotne. Wskazane jest posiadanie własnych przyborów toaletowych (ręcznik, szczoteczka do zębów, maszynka do golenia, kosmetyki, pidżama, szlafrok i obuwie domowe).
2. Kobiety ciężarne przyjmowane są do Szpitala bez skierowania.
3. Przyjmowanie Pacjentów do Oddziału Terapii Uzależnień od Alkoholu w Pieciewie, odbywa się po wcześniejszej telefonicznej rozmowie kwalifikacyjnej pod numerem 67 266 404 063 w godzinach od 8.00-16.00 z ważnym skierowaniem na oddział (może nastąpić wyłącznie w terminie do 14 dni od daty wystawienia skierowania). Pacjent jest przyjęty, jeżeli lekarz po zbadaniu stwierdzi wskazania do przyjęcia oraz przedłoży zaświadczenie o utrzymaniu abstynencji wystawione przez osobę kompetentną (terapeuta uzależnień), a także o odbycie detoksykacji.
4. Przyjęcie na Oddział osoby ubezwłasnowolnionej następuje za pisemną zgodą jej przedstawiciela ustawowego.
5. Przyjęcie do Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego następuje w oparciu o skierowanie po uprzedniej kwalifikacji dokumentów – w terminie wynikającym z kolejności na liście oczekujących. Osoba przebywająca w ZOL ponosi koszty wyżywienia i zakwaterowania.
6. Przyjęcie do Oddziału Medycyny Paliatywnej następuje w oparciu o skierowanie, po uprzednim ustaleniu terminu z ordynatorem/lekarzem kierującym oddziałem.

### **Zasady postępowania w przypadku przyjęć w trybie pilnym.**



### **§ 29.**

Szpital przyjmuje chorych w trybie pilnym całodobowo, jeżeli z rozpoznania wstępnego wynikają bezwzględne wskazania do natychmiastowego leczenia szpitalnego.

### **Zasady postępowania w przypadku przyjęć wbrew woli.**

### **§ 30.**

1. Przyjęcia wbrew woli mogą wystąpić w oddziale psychiatrycznym.
2. O przyjęciu na oddział osoby chorej psychicznie bez jej pisemnej zgody lub jej ustawowego przedstawiciela decyduje ordynator lub lekarz kierujący oddziałem, bądź lekarz oddziału po osobistym jej zbadaniu i zasięgnięciu w miarę możliwości opinii drugiego lekarza psychiatry lub psychologa.
3. Lekarz ma obowiązek wyjaśnić choremu przyczyny przyjęcia i poinformować go o jego prawach.
4. Przyjęcie, o którym mowa w ust. 1, wymaga zatwierdzenia przez ordynatora w ciągu 48 godzin od chwili przyjęcia.
5. Ordynator lub lekarz kierujący oddziałem zawiadamia o przyjęciu wbrew woli Dyrektora Szpitala, i przesyła zawiadomienie do Sądu Rejonowego w Złotowie w ciągu 72 godzin od chwili przyjęcia.

### **§ 31.**

1. W przypadku stwierdzenia złego stanu higienicznego chorego przyjmowanego do Szpitala:
  - 1) Pacjent może być poddany zabiegom higienicznym i dezynsekcji,
  - 2) odzież zanieczyszczona lub z pasożytami zostaje poddana dezynsekcji.
2. Swoje rzeczy osobiste i odzież Pacjent może przekazać towarzyszącym członkom rodziny lub upoważnionym osobom.
3. Odzież pozostawiona w Szpitalu może być przechowywana w magazynie Odzieży Pacjentów.
4. Swoje pieniądze i kosztowności Pacjent może przekazać do depozytu Szpitala.
5. Szpital nie odpowiada za przedmioty wartościowe i pieniądze pozostawione przy sobie i nie oddane do depozytu.
6. Przedmioty wartościowe znalezione przy pacjencie nieprzytomnym – w przypadku braku możliwości przekazania ich osobie bliskiej zabezpiecza Szpital.

### **§ 32.**

1. Ordynator lub lekarz kierujący danym oddziałem oraz inny lekarz właściwego oddziału, powiadamia członka rodziny, przedstawiciela ustawowego lub faktycznych opiekunów Pacjenta o:
  - 1) przyjęciu bez ich wiedzy do Szpitala Pacjenta niepełnoletniego,
  - 2) przyjęciu Pacjenta bez względu na wiek w przypadku nagłym i ciężkim albo o znacznym pogorszeniu się stanu zdrowia chorego lub o jego zgonie,

- 3) przeniesieniu Pacjenta do innego zakładu opieki zdrowotnej z podaniem dokładnego adresu tego zakładu.
2. Zawiadomień, o których mowa w ust. 1 pkt 1 oraz 3, dokonują również sekretarka medyczna lub pielęgniarka właściwego oddziału.
3. Zawiadomień, o których mowa w ust. 1 pkt 2, dokonuje lekarz właściwego oddziału.

### **§ 33.**

1. Tożsamość Pacjentów przyjmowanych do Szpitala jest ustalana na podstawie dowodu osobistego lub innego dokumentu potwierdzającego tożsamość.
2. Obowiązek ustalenia tożsamości Pacjenta przyjętego do Szpitala dotyczy wszystkich Pacjentów nieprzytomnych, z zaburzeniami świadomości, poddawanych zabiegom operacyjnym, noworodków, dzieci do lat 7.
3. Pacjenci przyjęci do Szpitala zaopatrywani są w znaki identyfikacyjne w trybie i na zasadach określonych w ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej i wydanych na jej podstawie aktach wykonawczych.

### **§ 34.**

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 oddziału powiadamia Policję.

## **Oddziały szpitalne.**

### **§ 35.**

1. Oddział jest podstawową komórką organizacyjną, leczniczo – profilaktyczno – rehabilitacyjnej działalności Szpitala.
2. Dyrektor Szpitala określa ilość lekarzy kierujących oddziałami lub Oddziałów wraz z ich strukturą wewnętrzną.
3. Oddział może dzielić się na Pododdziały.
4. Oddział lub Pododdział dzieli się na odcinki lekarskie i pielęgniarskie.
5. Wielkość odcinka lekarskiego i pielęgniarskiego określa Lekarz kierujący oddziałem i pielęgniarka oddziałowa w porozumieniu z Dyrektorem Szpitala i Pielęgniarką Naczelną.
6. W skład pomieszczeń Oddziału wchodzi:
  - 1) pokoje dla Pacjentów,
  - 2) pokoje dziennego pobytu Pacjentów,
  - 3) gabinety badań i zabiegów lekarskich i pielęgniarskich,
  - 4) gabinet Ordynatora lub lekarza kierującego oddziałem,
  - 5) gabinet Lekarzy,
  - 6) gabinet Oddziałowej,
  - 7) dyżurka Pielęgniarek,
  - 8) kuchenki oddziałowe,
  - 9) podręczny magazyn, magazyn czystej bielizny i apteczka oddziałowa,



- 10) węzły sanitarne dla Pacjentów i osobne dla personelu,
- 11) brudowniki.

7. W zależności od specjalności Oddziału mogą się w nim znajdować inne pomieszczenia: np. Blok Porodowy z salami porodowymi, pokój opatrunkowy, pokój badań przyrządowych (np. EKG), pokój gimnastyki leczniczej.

### **§ 36.**

1. W poszczególnych salach chorych mogą przebywać Pacjenci tylko tej samej płci.
2. W salach o wzmożonym nadzorze medycznym podczas udzielania świadczeń zdrowotnych mogą przebywać kobiety i mężczyźni, przy zapewnieniu im intymności.
3. Zasada zachowania intymności dotyczy wszystkich czynności wykonywanych przy Pacjencie.

### **§ 37.**

1. W skład personelu oddziału wchodzi:

- 1) ordynator lub lekarz kierujący oddziałem,
- 2) lekarze,
- 3) pielęgniarka lub położna oddziałowa,
- 4) pielęgniarki i/lub położne,
- 5) ratownicy medyczni, ratownicy medyczni – kierowcy,
- 6) sekretarka medyczna,
- 7) rehabilitanci,
- 8) psycholog,
- 9) terapeuci,
- 10) personel pomocniczy: opiekunowie medyczni, sanitariusze, pracownik socjalny.

2. Struktura i skład ilościowy personelu danego oddziału ustalany jest w sposób zapewniający wystarczającą całodobową opiekę nad Pacjentami we wszystkie dni tygodnia.

### **§ 38.**

1. Rozkład pracy lekarzy w oddziale ustala Ordynator lub lekarz kierujący oddziałem w porozumieniu z Zastępcą Dyrektora ds. Medycznych.
2. Rozkład pracy pozostałego personelu oddziału ustala Pielęgniarka oddziałowa w porozumieniu z Pielęgniarką Naczelną, Ordynatorem oddziału lub lekarzem kierującym oddziałem.
3. Z Regulaminem Organizacyjnym i topografią oddziału zapoznaje Pacjenta pielęgniarka/położna oddziału.
4. Badanie w celu ustalenia rozpoznania, ustalenia planu leczenia oraz leczenie rozpoczyna się niezwłocznie po przyjęciu Pacjenta do oddziału.
5. Konsultacje specjalistyczne w oddziale odbywają się w trybie pilnym lub planowym.



Pacjenci kierowani na badania specjalistyczne i zabiegi lecznicze powinni być zależnie od stanu zdrowia, przeprowadzani lub transportowani. Wprowadza się następujące zasady odbywania konsultacji:

- 1) decyzję o konsultacji podejmuje lekarz, po czym wpisuje ją do karty zleceń i zgłasza bezpośrednio lub przez pielęgniarkę/położną/sekretarkę medyczną;
- 2) Pacjent winien być poinformowany o konieczności konsultacji;
- 3) zgłoszenie konsultacji specjalistom pracującym w Szpitalu może być dokonane telefonicznie;
- 4) zgłoszenie konsultacji specjalistom nie pracującym w Szpitalu dokonują wyłącznie lekarze;
- 5) przy zgłaszaniu konsultacji obowiązuje podanie nazwy oddziału, nazwiska Pacjenta, głównego, problemu wezwania oraz trybu konsultacji (pilny lub planowy);
- 6) odbiorcą zgłoszenia jest lekarz lub pielęgniarka oddziałowa;
- 7) konsultacje planowe winny być zgłaszane w godzinach rannych, jednak nie później niż do godz. 11.00;
- 8) konsultacje pilne winny być realizowane niezwłocznie po zgłoszeniu, bez względu na porę dnia i nocy. W sytuacjach nagłych, związanych z zagrożeniem zatrzymania podstawowych czynności życiowych wnioski i zalecenia mogą być przekazane ustnie;
- 9) decyzję o wdrożeniu zaleceń konsultanta podejmuje lekarz prowadzący;
- 10) wnioski i zalecenia wynikające z konsultacji w oddziale winny być wpisane do karty konsultacyjnej w historii choroby i jeżeli to możliwe osobiście przekazane lekarzowi prowadzącemu;
- 11) treść konsultacji w Izbie Przyjęć Oddziału winna być wpisana do Księgi Odmów Przyjęć i Porad Ambulatoryjnych.

### **§ 39.**

1. Lekarze przekazując Pacjentów kolejnej zmianie przedstawiają istotne informacje o stanie zdrowia Pacjentów, nowych przyjęciach do oddziału, interwencjach lekarskich oraz innych istotnych zdarzeniach i podjętych działaniach podczas wykonywania obowiązków służbowych.
2. Lekarze dyżurni zobowiązani są prowadzić raporty lekarskie w księdze raportów lekarskich.
3. Pielęgniarki oraz położne przekazują raport o stanie zdrowia Pacjentów oraz istotnych zaleceniach w formie ustnej i pisemnej na koniec każdej zmiany. Raport pielęgniarki/położnej sporządzany jest w księdze raportów pielęgniarskich.

### **§ 40.**

Dla sprawnego funkcjonowania oddziałów ustala się następujące zasady postępowania

w przypadku przekazania Pacjenta między oddziałami Szpitala:

- 1) Pacjent może być przekazany do innego oddziału po wstępnym uzgodnieniu z ordynatorem lub lekarzem kierującym oddziałem, właściwego oddziału lub lekarzem oddziału,
- 2) wypis z oddziału i przyjęcie do innego oddziału winno zawierać ten sam numer Księgi Głównej. Historia choroby jest przekazana do oddziału jako indywidualna dokumentacja prowadzona w danym oddziale, dopisuje się natomiast numer Księgi Oddziałowej. Wyjątek stanowi Oddział psychiatryczny, Medycyny Paliatywnej i Zakład Opiekuńczo-Leczniczy, gdzie nadaje się nowy numer Księgi Głównej,
- 3) Pacjent może być przekazany do innego zakładu po wstępnym uzgodnieniu z Ordynatorem lub lekarzem właściwego oddziału tego zakładu,
- 4) ordynator lub lekarz kierujący oddziałem oraz lekarz oddziału przekazujący Pacjenta do innego zakładu dokonuje adnotacji w historii choroby, do jakiej placówki został przekazany i z kim zostało ustalone przyjęcie,
- 5) zakończoną – zamkniętą historię choroby sekretarka oddziału przekazuje do Sekcji Informatyki, Analiz i Statystyki Medycznej (Dział Analiz i Statystyki Medycznej).

#### **§ 41.**

W Szpitalu obowiązują następujące zasady uzyskiwania świadomej zgody Pacjenta na zabieg operacyjny lub zastosowanie metody leczenia lub diagnostyki stwarzającej podwyższone ryzyko dla Pacjenta:

- 1) lekarz może wykonać zabieg operacyjny albo zastosować metodę leczenia lub diagnostyki stwarzającą podwyższone ryzyko dla Pacjenta po uzyskaniu jego pisemnej zgody;
- 2) przed wyrażeniem zgody przez Pacjenta lekarz ma obowiązek udzielenia mu przystępnej informacji o jego stanie zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych, leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu;
- 3) lekarz może wykonać zabieg lub zastosować metodę stwarzającą podwyższone ryzyko u Pacjenta małoletniego, ubezwłasnowolnionego bądź niezdolnego do świadomego wyrażenia pisemnej zgody po uzyskaniu zgody jego przedstawiciela ustawowego, a gdy Pacjent nie ma przedstawiciela lub, gdy porozumienie się z nim jest niemożliwe – po uzyskaniu zgody sądu opiekuńczego. Jeżeli Pacjent ukończył 16 lat, wymagana jest także jego pisemna zgoda;
- 4) jeżeli przedstawiciel ustawowy Pacjenta małoletniego, ubezwłasnowolnionego bądź niezdolnego do świadomego wyrażenia zgody nie zgadza się na wykonanie przez lekarza czynności wymienionych w pkt 1, a niezbędnych dla usunięcia niebezpieczeństwa utraty przez Pacjenta życia lub ciężkiego uszkodzenia ciała bądź ciężkiego rozstroju zdrowia, lekarz może wykonać takie czynności po





- uzyskaniu zgody sądu opiekuńczego;
- 5) lekarz może wykonać czynności, o których mowa w pkt 1, bez zgody przedstawiciela ustawowego Pacjenta bądź zgody właściwego sądu opiekuńczego, gdy zwłoka spowodowana postępowaniem w sprawie uzyskania zgody groziłaby Pacjentowi niebezpieczeństwem utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia. W takim przypadku lekarz ma obowiązek, o ile jest to możliwe, zasięgnąć opinii drugiego lekarza, w miarę możliwości tej samej specjalności. O wykonywanych czynnościach lekarz niezwłocznie zawiadamia przedstawiciela ustawowego, opiekuna faktycznego lub sąd opiekuńczy;
  - 6) o okolicznościach, o których mowa w pkt 3-5, lekarz dokonuje odpowiedniej adnotacji w dokumentacji medycznej Pacjenta;
  - 7) jeżeli w trakcie wykonywania zabiegu operacyjnego, metody leczniczej lub diagnostycznej wystąpią okoliczności, których nieuwzględnienie groziłoby Pacjentowi niebezpieczeństwem utraty życia, ciężkim uszkodzeniem ciała lub ciężkim rozstrojem zdrowia, a nie ma możliwości niezwłocznie uzyskać zgody Pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego, lekarz ma prawo, bez uzyskania tej zgody, zmienić zakres zabiegu bądź metody leczenia lub diagnostyki w sposób umożliwiający uwzględnienie tych okoliczności. W takim przypadku lekarz ma obowiązek, o ile jest to możliwe, zasięgnąć opinii drugiego lekarza, w miarę możliwości tej samej specjalności;
  - 8) o okolicznościach, o których mowa w pkt. 7, lekarz dokonuje odpowiedniej adnotacji w dokumentacji medycznej oraz informuje Pacjenta, przedstawiciela ustawowego lub opiekuna faktycznego albo sąd opiekuńczy;
  - 9) w przypadku osób niedowidzących lub niewidomych zgodę Pacjenta uzyskuje się po głośnym odczytaniu treści podpisywanego przez Pacjenta formularza „Świadomej zgody na zabieg”.

#### § 42.

##### 1. Wypisanie ze Szpitala następuje:

- 1) gdy stan zdrowia Pacjenta nie wymaga dalszego leczenia w Szpitalu,
- 2) na żądanie osoby przebywającej w Szpitalu lub jej przedstawiciela ustawowego,
- 3) gdy osoba przebywająca w Szpitalu w sposób rażący narusza Regulamin Porządkowy, a nie zachodzi obawa, że odmowa lub zaprzestanie udzielania świadczeń może spowodować bezpośrednio niebezpieczeństwo dla jej życia lub zdrowia i innych osób.

##### 2. Jeżeli przedstawiciel ustawowy żąda wypisania ze Szpitala osoby, której stan zdrowia wymaga leczenia w Szpitalu, Dyrektor Szpitala lub lekarz przez niego wyznaczony może odmówić wypisania do czasu wydania w tej sprawie orzeczenia przez właściwy ze względu



na siedzibę Szpitala Sąd opiekuńczy, chyba że przepisy szczególne stanowią inaczej. Sąd opiekuńczy zawiadamiany jest niezwłocznie o odmowie wypisania ze Szpitala i przyczynach odmowy.

3. Osoba występująca o wypisanie ze Szpitala na własne żądanie jest informowana przez lekarza o możliwych następstwach zaprzestania leczenia w Szpitalu, po czym osoba ta składa pisemne oświadczenie o wypisaniu ze Szpitala na własne żądanie. W przypadku braku takiego oświadczenia lekarz sporządza adnotację w dokumentacji medycznej.
4. Pacjent wypisany ze Szpitala otrzymuje kartę informacyjną wraz z dalszymi zaleceniami. Kartę informacyjną z leczenia szpitalnego podpisuje lekarz kierujący oddziałem lub lekarz przez niego upoważniony.
5. Wypisany ze Szpitala Pacjent ma prawo do otrzymania:
  - 1) karty informacyjnej z leczenia szpitalnego,
  - 2) recepty na leki i materiały medyczne,
  - 3) skierowania na leczenie uzdrowiskowe, jeżeli lekarz widzi taką potrzebę.
  - 4) skierowanie na świadczenia zlecone w karcie informacyjnej,
  - 5) zaświadczenie o orzeczonej okresowej niezdolności do pracy,
  - 6) zlecenie na transport zgodnie z odrębnymi przepisami.

#### **§ 43.**

1. Jeżeli przedstawiciel ustawowy lub opiekun faktyczny nie odbiera małoletniego lub osoby niezdolnej do samodzielnej egzystencji ze Szpitala w wyznaczonym terminie, Szpital zawiadamia o tym niezwłocznie organ gminy właściwej ze względu na miejsce zamieszkania lub pobytu tej osoby oraz organizuje na koszt gminy przewiezienie do miejsca zamieszkania.
2. Pacjent, którego stan zdrowia nie wymaga dalszego leczenia szpitalnego, a który nie wyraża zgody na wypisanie ze Szpitala ponosi koszty pobytu w Szpitalu począwszy od tego momentu, niezależnie od uprawnień do bezpłatnych świadczeń określonych w przepisach odrębnych. Decyzję w tej sprawie podejmuje Dyrektor Szpitala na wniosek Ordynatora Oddziału lub Lekarza Kierującego Oddziałem.

#### **§ 44.**

1. Lekarz zlecający badanie diagnostyczne informuje Pacjenta o przewidywanym terminie odbioru wyniku.
2. Lekarz w zależności od wyniku badania podejmuje decyzję o pilnym wezwaniu Pacjenta lub przekazaniu wyniku do dokumentacji medycznej Pacjenta.
3. W przypadku nieprawidłowego wyniku, lekarz wyznacza termin i miejsce wizyty kontrolnej.
4. Sekretarka medyczna powiadamia Pacjenta telefonicznie lub listownie o możliwości odbioru wyniku lub terminie i miejscu wizyty kontrolnej.
5. Pacjent otrzymuje kopię wyniku. Oryginał z datą i podpisem Pacjenta potwierdzającym odbiór wyniku oraz wpisem lekarza wydającego o udzielonych dalszych zaleceniach zostaje w dokumentacji szpitalnej.
6. W przypadku gdy wynik badania diagnostycznego istotnego dla ustalenia rozpoznania onkologicznego nie był znany w dniu wypisu Pacjenta ze Szpitala, historię choroby



niezwłocznie uzupełnia się o rozpoznanie ustalone na jego podstawie i przedstawia się do oceny i podpisu lekarzowi kierującemu oddziałem.

#### § 45.

Ramowy rozkład dnia w zakresie opieki medycznej nad Pacjentami w Oddziale przedstawia się następująco:

Czas	Rodzaj czynności
6.00 – 8.00	Pomiar ciepłoty ciała, tętna, oddechów i innych parametrów. Pobieranie materiałów do badań laboratoryjnych. Wykonywanie niektórych badań diagnostycznych. Toaleta Pacjentów, ścielenie łóżek, zmiana bielizny osobistej i pościelowej. Sprzątanie.
8.00 – 9.00	Śniadanie
9.00– 10.00	Obchody lekarskie, wszyscy pacjenci znajdują się w łózkach.
10.00 – 13.00	Realizacja zleceń lekarskich, zabiegów i badań diagnostycznych. Konsultacje lekarskie. Inne czynności związane z funkcjonowaniem Oddziału.
12.00 – 14.00	Obiad
14.00 – 17.00	Wypoczynek Pacjentów. Organizacja czasu wolnego Pacjentom.
16.00 – 19.00	Mierzenie ciepłoty, tętna i innych parametrów. Realizacja zleceń lekarskich, zabiegów i badań diagnostycznych. Konsultacje lekarskie. Inne czynności związane z funkcjonowaniem Oddziału. Obchody wieczorne lekarzy dyżurnych.
17.00 – 18.00	Kolacja
18.00 – 21.00	Wykonywanie zleceń lekarskich. Toalety wieczorne Pacjentów. Porządkowanie pomieszczeń.
22.00 – 6.00	Cisza nocna

#### § 46.

1. Pacjenci przebywający w Szpitalu mogą korzystać z:

- 1) bezpośredniego kontaktu z osobą duchowną. Szczegółowe informacje u pielęgniarki oddziału,
- 2) obrzędów religijnych odbywających się w Kaplicy Szpitala według ustalonych godzin,
- 3) pacjenci chodzący mogą korzystać z bankomatu znajdującego się w budynku Portierni,
- 4) korzystanie z telewizji na salach chorych, korytarzach, korzystanie z własnego sprzętu elektrycznego oraz elektronicznego np.: suszarka, ładowarka, laptop jest bezpłatne.
- 5) w czasie wolnym Pacjenci oraz członkowie ich rodzin mogą uczestniczyć w programach promocji zdrowia prowadzonych przez Szpital.

2. W Szpitalu Powiatowym im. Alfreda Sokołowskiego w Złotowie obowiązuje Karta Praw Pacjenta w brzmieniu ustalonym odrębnym zarządzeniem Dyrektora Szpitala.



## **Oddział Wewnętrzny.**

### **§ 47.**

#### **1. Zadania Oddziału Wewnętrznego:**

- 1) diagnozowanie i leczenie chorych z: chorobami: serca i układu krążenia, oddechowego, pokarmowego, krwiotwórczego, moczowego, neurologicznego, ze schorzeniami endokrynologicznymi (ze szczególnym uwzględnieniem cukrzycy), oraz innych zgodnie z procedurami NFZ przewidzianymi dla oddziałów ogólnointernistycznych,
- 2) kwalifikowanie do dalszej diagnostyki i leczenia w specjalistycznych jednostkach klinicznych,
- 3) w obrębie oddziału umożliwia się sprawowanie opieki w ramach wzmożonego nadzoru (monitorowanie, resuscytacja krążeniowo-oddechowa, elektroterapia, stymulacja serca, tlenoterapia, farmakoterapia, przygotowanie do badań hemodynamicznych),
- 4) kształcenie i szkolenie personelu medycznego.

#### **2. Oddział prowadzi nieinwazyjną diagnostykę kardiologiczną:**

- 1) echokardiografia,
- 2) rejestracja EKG 24 godz. metodą Holtera,
- 3) rejestracja 24 godz. ciśnienia tętniczego (ABPM),
- 4) testy obciążeniowe elektrokardiograficzne i echokardiograficzne,
- 5) ultrasonografia.

#### **3. Skład personalny oddziału wewnętrznego:**

- 1) Lekarz kierujący oddziałem –specjalista,
- 2) Lekarze specjaliści,
- 3) Lekarze rezydenci,
- 4) Lekarze stażyści,
- 5) Pielęgniarka oddziałowa -specjalistka
- 6) Pielęgniarki specjalistki,
- 7) Pielęgniarki,
- 8) Sekretarka medyczna.

## **Szpitalny Oddział Ratunkowy.**



## § 48.

1. Do podstawowych zadań Szpitalnego Oddziału Ratunkowego oraz Zespołów Wyjazdowych (karetka S, P1, P2) należy:
  - 1) podejmowanie i prowadzenie czynności diagnostycznych, terapeutycznych i leczniczych u Pacjentów w stanach nagłego zagrożenia zdrowia lub życia - niezależnie od etiologii, przywożonych przez zespoły wyjazdowe lub zgłaszających się do oddziału samodzielnie,
  - 2) świadczenie ratunkowych czynności leczniczych dla swojego rejonu również w warunkach przedszpitalnych z wykorzystaniem własnych zespołów wyjazdowych,
  - 3) przygotowanie Pacjenta do dalszych etapów leczenia w innych oddziałach Szpitala lub w przypadku, gdy potrzeby leczenia specjalistycznego przekraczają możliwości Szpitala - przekazuje się Pacjenta do oddziału ratunkowego wyższego stopnia lub innego specjalistycznego oddziału szpitalnego,
  - 4) transport Pacjentów szpitalnych do szpitali wyższego stopnia referencyjnego zgodnie ze zleceniem lekarza leczącego po uzgodnieniu miejsca w Szpitalu, do którego Pacjent ma być przewieziony,
  - 5) przewóz Pacjenta do miejsca zamieszkania po zakończeniu leczenia na zlecenia lekarza oddziału zgodnie z obowiązującymi przepisami;
2. Transport, o którym mowa w ust. 1 pkt 4 i 5, odbywa się ambulansami sanitarnymi transportowymi stanowiącymi własność Szpitala.
3. Struktura SOR obejmuje:
  - 1) obszar segregacji medycznej, rejestracji i przyjęć,
  - 2) obszar resuscytacyjno-zabiegowy,
  - 3) obszar wstępnej intensywnej terapii,
  - 4) obszar terapii natychmiastowej z salą opatrunków gipsowych,
  - 5) obszar obserwacji,
  - 6) obszar konsultacyjny,
  - 7) obszar stacjonowania zespołów ratownictwa medycznego,
  - 8) zaplecze administracyjno-gospodarcze.
4. W skład Zespołu Wyjazdowego Ratownictwa Specjalistycznego wchodzi co najmniej trzy osoby uprawnione do wykonywania medycznych czynności ratunkowych, w tym lekarz systemu oraz pielęgniarka systemu lub ratownik medyczny.
5. W skład Zespołów Wyjazdowych Podstawowych wchodzi co najmniej dwie osoby uprawnione do wykonywania medycznych czynności ratunkowych, tj. pielęgniarka systemu lub ratownik medyczny.
6. Kierownik zespołu wyjazdowego prowadzi dokumentację z medycznych czynności ratunkowych zgodnie z obowiązującym rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie rodzaju i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania.

## 7. Personel udzielający świadczeń w SOR:

- 1) Lekarz Kierujący Oddziałem – specjalista medycyny ratunkowej,
- 2) Lekarze, specjaliści, konsultanci, lekarze systemu,
- 3) Pielęgniarka Oddziałowa - pielęgniarka systemu,
- 4) Pielęgniarki, w tym pielęgniarki systemu,
- 5) Ratownicy medyczni, ratownicy medyczni- kierowcy,
- 6) Sekretarki, personel pomocniczy.

8. W udzielaniu świadczeń w SOR może uczestniczyć personel (lekarze, pielęgniarki, kierowcy) realizujący świadczenia nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej.

## 9. Lekarz dyżurny oddziału SOR:

- 1) udziela świadczeń zdrowotnych w oddziale,
- 2) kieruje Pacjenta na leczenie do innych oddziałów Szpitala,
- 3) odmawia przyjęcia do oddziału osoby niebędącej w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego,
- 4) potwierdza lub wystawia skierowanie z oddziału na leczenie w innym szpitalu,
- 5) wystawia zlecenie na lotniczy transport sanitarny.

10. Personel obowiązuje stałe podnoszenie kwalifikacji zawodowych oraz działalność szkoleniowa.

11. Pracę pielęgniarek i ratowników medycznych, dyspozytorów oraz personelu pomocniczego organizuje i nadzoruje Pielęgniarka Oddziałowa.

## **§ 49.**

1. W Szpitalnym Oddziale Ratunkowym przeprowadza się segregację medyczną tzw. TRIAGE dla przyjęć w trybie nieplanowym (w tym osób przywożonych przez zespoły ratownictwa medycznego, jednostki współpracujące z systemem Państwowe Ratownictwo Medyczne, zespoły wyjazdowe zabezpieczające imprezy masowe, lotnicze zespoły poszukiwawczo – ratownicze, podmioty realizujące transport na podstawie zlecenia lekarza, zgłaszających się samodzielnie w trybie nieplanowym).
2. Segregacji medycznej dokonuje LIDER (ratownik medyczny, ew. pielęgniarka systemu lub lekarz systemu), poprzez przeprowadzenie wywiadu medycznego i zebranie danych służących ocenie stanu zdrowia i zakwalifikowaniu do jednej z kategorii, o których mowa niżej.
3. W wyniku przeprowadzonej segregacji medycznej, decyzją LIDERA, Pacjent przydzielany jest do jednej z pięciu kategorii pilności, gdzie kolor:
  - 1) czerwony oznacza natychmiastowy kontakt z lekarzem,
  - 2) pomarańczowy oznacza czas oczekiwania na pierwszy kontakt z lekarzem do 10 minut,
  - 3) żółty oznacza czas oczekiwania na pierwszy kontakt z lekarzem do 60 minut,
  - 4) zielony oznacza czas oczekiwania na pierwszy kontakt z lekarzem do 120 minut,



- 5) niebieski oznacza czas oczekiwania na pierwszy kontakt z lekarzem do 240 minut.
4. Ratownik medyczny, pielęgniarka systemu lub lekarz systemu informują Pacjenta lub osobę towarzyszącą o przydzielonej kategorii pilności oraz o liczbie osób i maksymalnym przewidywanym czasie oczekiwania na pierwszy kontakt z lekarzem. Od momentu aktywacji systemu TOPSOR powyższe informacje udostępniane są na tablicy świetlnej.
5. Pacjenci po przeprowadzonej ocenie stanu przydzielani są przez osoby dokonujące TRIAG-u do poszczególnych lekarzy dyżurnych. Każdy lekarz ma obowiązek zaopatrzenia tych chorych zgodnie z kodem pilności.
6. Osoby, które zostały przydzielone do kategorii pilności oznaczonej kolorem zielonym lub niebieskim bez stanu zagrożenia zdrowotnego mogą być kierowane przez LIDERA do podstawowej opieki zdrowotnej lub nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej.
7. Osoby oczekujące na kontakt z lekarzem pozostają pod opieką ratownika medycznego lub pielęgniarki systemu i są poddawane ocenie stanu klinicznego w razie potrzeby, nie rzadziej niż co 90 minut.
8. Szczegółowy przebieg i sposób dokumentowania TRIAG-u opisuje procedura QP-1/CO-04 Zasady postępowania w trakcie dokonywania segregacji medycznej.
9. Konsultacje specjalistyczne w SOR odbywają się w trybie pilnym- powinny być realizowane niezwłocznie.
10. Maksymalny czas na podjęcie decyzji przez lekarza dyżurnego SOR o przyjęciu do oddziału lub odmowie przyjęcia Pacjenta do oddziału wobec braku konieczności hospitalizacji wynosi 4 godziny.
11. Maksymalny czas na podjęcie decyzji przez lekarza dyżurnego SOR o skierowaniu Pacjenta na inny oddział Szpitala wynosi 12 godzin.
12. Pobyt chorego w SOR nie powinien przekraczać 24 godzin. Po upływie tego czasu, w przypadku, gdy stan zdrowia chorego uniemożliwia wypisanie go do domu, lekarz dyżurny SOR kieruje Pacjenta do właściwego oddziału szpitalnego lub innego podmiotu leczniczego.
13. Każdy chory SOR ma zakładaną historię choroby. Ze względu na specyfikę SOR historia choroby nie zawiera wszystkich formularzy i skal ocen obowiązujących w Szpitalu. Każdy chory wypisywany z oddziału otrzymuje kartę informacyjną z leczenia szpitalnego.

### **Transport Sanitarny.**

#### **§ 50.**

1. Do zadań Transportu Sanitarnego należy świadczenie usług w ramach:
  - 1) transportu sanitarnego w Podstawowej Opiece Zdrowotnej realizowanego w dni powszednie w godzinach od 8.00-18.00 na podstawie zlecenia na transport wystawionego przez lekarza POZ,
  - 2) nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej, które realizowane są w domu przez lekarza/pielęgniarkę nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej po wcześniejszym zgłoszeniu telefonicznym, wyłącznie w godzinach funkcjonowania NiŚOZ, tj.





w dni powszednie od 18.00 do 8.00 dnia następnego i od 8.00 do 8.00 w soboty, niedziele i święta,

- 3) transportu realizowanego w sytuacji konieczności przewozu Pacjenta pomiędzy komórkami Szpitala lub do innych placówek leczniczych, świadczone całodobowo.
2. Działalność w zakresie transportu sanitarnego odbywa się zgodnie z przepisami powszechnie obowiązującymi i zgodnie z umową zawartą z Narodowym Funduszem Zdrowia.
3. W skład personelu transportu sanitarnego wchodzi:
- 1) Kierownik,
  - 2) Sanitariusze,
  - 3) Kierowcy.

### **Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii.**

#### **§ 51.**

1. Do podstawowych zadań oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii należy:
  - 1) leczenie chorych w stanach zagrożenia życia spowodowanych potencjalnie odwracalną niewydolnością jednego lub kilku podstawowych układów organizmu, a szczególnie niewydolnością układu oddechowego i związaną z tym terapią respiratorową;
  - 2) wykonywanie znieczuleń Pacjentów oddziałów szpitalnych;
  - 3) badanie chorych zgłoszonych do zabiegu operacyjnego, ustalenie zasad przygotowania Pacjentów do znieczulenia, kwalifikacje do znieczulenia, wybór metody znieczulenia, uzyskanie zgody Pacjenta na znieczulenie;
  - 4) prowadzenie znieczulenia (stosowane są wszystkie znane formy znieczulenia), nadzorowanie całości znieczulenia i odpowiedzialność za jego wynik i stan chorego, zalecenia pooperacyjne;
  - 5) konsultacje anestezjologiczne we wszystkich oddziałach Szpitala;
  - 6) koordynacja czynności reanimacyjnych w jednostkach organizacyjnych Szpitala;
  - 7) ocena i leczenie bólu pooperacyjnego;
  - 8) kształcenie i szkolenie personelu medycznego Szpitala w zakresie anestezjologii i intensywnej terapii;
  - 9) prowadzenie żywienia parenteralnego i enteralnego.
2. Wskazania do leczenia w oddziale intensywnej terapii:
  - 1) zaburzenia układu oddechowego:

- a) ostra niewydolność oddechowa wymagająca leczenia respiratorem,
- b) zaostrzenie przewlekłej niewydolności oddechowej wymagającej leczenia respiratorem,
- c) stan astmatyczny nie ustępujący po konwencjonalnym leczeniu farmakologicznym,
- d) zator naczyń płucnych zagrażający życiu,
- e) patologia układu oddechowego ze wskazaniem zapotrzebowania na tlen, wymagający jednocześnie sedacji i leczenia respiratorem,

2) zaburzenia układu krążenia:

- a) ciężki wstrząs hypowolemiczny, pourazowy, septyczny, anafilaktyczny,
- b) głęboka hipotensja wymagająca intensywnej resuscytacji płynowej, wlewu katecholamin i tlenoterapii,
- c) śpiączka z powodów innych niż neurologiczne, połączona z niewydolnością oddechową,
- d) ciężka posocznica z zaburzeniami krążenia i wstrząsem, urazy lub oparzenia ze wstrząsem, zaburzeniami oddechowymi,
- e) ostre zapalenie trzustki martwiczo-krwotoczne z niewydolnością wielonarządową,
- f) urazy lub oparzenia ze wstrząsem, zaburzeniami oddechowymi,
- g) powikłania pooperacyjne - konieczność przedłużonej sztucznej wentylacji,- stabilny stan Pacjenta z koniecznością stałego inwazyjnego lub intensywnego monitorowania. Leczony chory musi mieć minimum 25 pkt. wg skali TISS,
- h) opieka nad potencjalnym dawcą narządów.

3. Do leczenia w Oddziale kwalifikuje lekarz Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii.

4. W skład personelu Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii wchodzi:

- 1) Lekarz Kierujący Oddziałem – specjalista,
- 2) Lekarze specjaliści,
- 3) Rezydenci,
- 4) Pielęgniarka oddziałowa- specjalistka,
- 5) Pielęgniarki specjalistki,
- 6) Pielęgniarki.

### **Oddział Chirurgiczny z Pododdziałem Chirurgii Urazowo – Ortopedycznej.**

#### **§ 52.**

1. Do podstawowych zadań Oddziału Chirurgicznego z Pododdziałem Chirurgii Urazowo -



Ortopedycznej należy:

- 1) diagnozowanie i leczenie wszystkich ostrych chorób jamy brzusznej i urazów jamy brzusznej, naczyń krwionośnych oraz urazów termicznych,
  - 2) rozpoznawanie i leczenie przewlekłych chorób chirurgicznych układu pokarmowego i tarczycy,
  - 3) diagnozowanie i leczenie chorych w ramach chirurgii jednego dnia,
  - 4) zapewnienie ciągłości leczenia Pacjentom diagnozowanym i leczonym w innych oddziałach Szpitala,
  - 5) diagnostyka i leczenie następstw urazów i przewlekłych schorzeń narządu ruchu (zachowawczo i operacyjnie),
  - 6) kształcenie i szkolenie personelu medycznego.
2. W skład personelu oddziału chirurgicznego z pododdziałem chirurgii urazowo – ortopedycznej wchodzi:
- 1) Lekarz Kierujący Oddziałem –specjalista,
  - 2) Pielęgniarka Oddziałowa - specjalistka,
  - 3) Lekarze specjaliści,
  - 4) Rezydenci,
  - 5) Pielęgniarki specjalistki,
  - 6) Pielęgniarki,
  - 7) Sekretarki medyczne.

### **Zakład Opiekuńczo-Lecniczy.**

#### **§ 53.**

1. Do podstawowych zadań Zakładu Opiekuńczo-Lecniczego należy zapewnienie całodobowej pielęgnacji, kontynuacji leczenia i rehabilitacji.
2. Zakład Opiekuńczo-Lecniczy udziela następujących świadczeń:
  - 1) świadczenia lekarskie i pielęgniarские,
  - 2) rehabilitacja ogólna w podstawowym zakresie celem zmniejszenia skutków upośledzenia ruchowego oraz usprawniania ruchowego,
  - 3) świadczenia psychologa i logopedy,
  - 4) terapię zajęciową,
  - 5) leczenie farmakologiczne i dietetyczne,
  - 6) zapewnienie badań diagnostycznych,
  - 7) edukacja zdrowotna polegająca na przygotowaniu Pacjenta i jego rodziny lub opiekuna do samoopieki i samopielęgnacji w warunkach domowych.
3. Wymienione świadczenia są udzielane Pacjentom, którzy w ocenie Skali Barthel otrzymali od 0 do 40 punktów i wymagają opieki osób trzecich. Do ZOL nie przyjmuje się Pacjentów, którzy w ocenie Skali Barthel otrzymują 40 punktów lub mniej, jeżeli podstawowym

wskazaniem do objęcia opieką jest zaawansowana choroba nowotworowa, choroba psychiczna lub uzależnienie.

#### **§ 54.**

1. Osoba ubiegająca się o przyjęcie do Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego przy Szpitalu Powiatowym im. Alfreda Sokołowskiego w Złotowie, zwana dalej „świadczeniobiorcą” winna przedstawić następujące dokumenty:
  - 1) skierowanie od lekarza ubezpieczenia zdrowotnego wraz z załącznikami,
  - 2) wywiad pielęgniarski,
  - 3) zaświadczenie lekarskie,
  - 4) dokumenty stwierdzające wysokość dochodu osoby przyjmowanej do Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego (np. decyzja ZUS/KRUS ustalająca wysokość emerytury lub renty, decyzja o przyznaniu zasiłku stałego lub renty socjalnej, decyzja MOPS o przyznaniu zasiłku pielęgnacyjnego).
2. Wszystkie dokumenty winny być sporządzone na obowiązujących drukach (zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 25 czerwca 2012 roku w sprawie kierowania do zakładów opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych). Wymagane druki wniosków są dostępne w siedzibie Szpitala.

#### **§ 55.**

1. Kwalifikacji świadczeniobiorców dokonuje lekarz upoważniony przez Dyrektora Szpitala Powiatowego im. Alfreda Sokołowskiego Złotowie.
2. Lekarz kwalifikujący na podstawie dokonanej weryfikacji skierowań wystawionych przez lekarzy ubezpieczenia zdrowotnego oraz przedłożonej dokumentacji przedstawia Dyrektorowi Szpitala propozycje rozstrzygnięć odnośnie wpisu świadczeniobiorcy na listę oczekujących na przyjęcie do Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego lub odmowy przyjęcia do Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego.
3. Weryfikacja, o której mowa w ust. 2, następuje z uwzględnieniem wymagań zawartych w aktualnie obowiązującej umowie z Narodowym Funduszem Zdrowia o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej - świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej.

#### **§ 56.**

Dyrektor Szpitala lub upoważniony przez niego lekarz w oparciu o przedłożone i odpowiednio umotywowane propozycje rozstrzygnięć o których mowa w § 55b ust. 2 podejmuje na piśmie decyzję w sprawie przyjęcia świadczeniobiorcy do Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego przy Szpitalu Powiatowym im. Alfreda Sokołowskiego w Złotowie lub odmowy przyjęcia świadczeniobiorcy do tego Zakładu. Rozstrzygnięcie w sprawie odmowy przyjęcia wymaga uzasadnienia.

#### **§ 57.**

Decyzja Dyrektora Szpitala w przedmiocie przyjęcia lub odmowy przyjęcia świadczeniobiorcy



do Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego przy Szpitalu Powiatowym im. Alfreda Sokołowskiego w Złotowie doręczona jest świadczeniobiorcy lub jego opiekunowi na piśmie, za zwrotnym potwierdzeniem odbioru.

#### **§ 58.**

Listę osób zakwalifikowanych do przyjęcia do Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego przy Szpitalu Powiatowym im. Alfreda Sokołowskiego w Złotowie prowadzi pielęgniarka oddziałowa Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego.

### **Oddział Medycyny Paliatywnej.**

#### **§ 59.**

1. Do podstawowych zadań Oddziału Medycyny Paliatywnej należy:

- 1) leczenie farmakologiczne,
- 2) odżywianie pozajelitowe,
- 3) leczenie bólu,
- 4) rehabilitacja i usprawnianie ruchowe,
- 5) zabiegi pielęgnacyjne,
- 6) profilaktyka przeciwoleżynowa,
- 7) leczenie odleżyn,
- 8) opieka psychologiczna,
- 9) opieka duszpasterska.

2. W skład personelu oddziału ZOL i Medycyny Paliatywnej wchodzi:

- 1) Lekarz Kierujący Oddziałem - specjalista,
- 2) Lekarze specjaliści,
- 3) Rezydenci,
- 4) Pielęgniarka Oddziałowa - specjalistka,
- 5) Pielęgniarki specjalistki,
- 6) Pielęgniarki,
- 7) Psycholog,
- 8) Rehabilitant,
- 9) Logopeda,
- 10) Terapeuta zajęciowy,
- 11) Sanitariusze.

### **Oddział Położniczo-Ginekologiczny z Pododdziałem Noworodków.**

#### **§ 60.**

1. Do podstawowych zadań Oddziału Położniczo - Ginekologicznego należy:

- 1) leczenie zachowawcze i operacyjne stanów zapalnych narządu rodneho,
- 2) diagnostyka i leczenie operacyjne nowotworów narządu rodneho w ograniczonym zakresie,
- 3) diagnostyka i leczenie niepłodności-laparoskopia, histerosalpingografia, diagnostyka laboratoryjna,
- 4) leczenie stanów nagłych - ciąża pozamaciczna, skręt torbieli jajnika i tzw. ostry brzuch,
- 5) diagnostyka i leczenie zaburzeń statyki narządu rodneho i nie trzymania moczu,
- 6) diagnostyka i leczenie PacjenteK po poronieniach,
- 7) diagnostyka i leczenie zaburzeń miesiączkowania,
- 8) konsultacje ginekologiczne PacjenteK leżących w Szpitalu na innych oddziałach,
- 9) prowadzenie ciąży i porodu o przebiegu prawidłowym z promowaniem porodu naturalnego,
- 10) prowadzenie ciąży, porodu, porodu patologicznego zgodnym z programem opieki perinatalnej, w zakresie dla I poziomu opieki,
- 11) zapewnienie stałej gotowości z możliwością natychmiastowego wykonania cięcia cesarskiego,
- 12) zapewnienie gotowości przeciwkrwotocznej z ciągłą dostępnością krwi i preparatów krwiopochodnych,
- 13) zapewnienie ciągłej opieki anestezyjologicznej,
- 14) wykonywanie badań ultrasonograficznych, kardiologicznych i laboratoryjnych przez całą dobę, możliwość wykonania badań gazometrycznych, bakteriologicznych,
- 15) promowanie naturalnego karmienia piersią i zachowań prozdrowotnych,
- 16) kształcenie i szkolenie personelu medycznego.

Oddział pracuje w systemie - matka z dzieckiem.

2. W obrębie oddziału ginekologiczno - położniczego funkcjonuje:

- 1) trakt porodowy z salą do cięć cesarskich przeznaczony do przyjęcia rodzącej, przyjęcia porodu i wykonania niezbędnych zabiegów u rodzącej i noworodka,
- 2) gabinet diagnostyki ultrasonograficznej świadcząca usługi PacjenteK Szpitala.

3. Do podstawowych zadań pododdziału noworodkowego należy:

- 1) zapewnienie całodobowej opieki lekarsko-pielęgniarskiej nad noworodkiem w okresie jego adaptacji do życia pozamacicznego, także opieka nad wcześniakami oraz noworodkiem chorym w zakresie dla I poziomu opieki perinatalnej,
- 2) prowadzenie diagnostyki wad wrodzonych na podstawie badania lekarskiego, badania RTG, EKG, USG,
- 3) profilaktyka schorzeń zakaźnych-szczepienia BCG, WZW oraz pobieranie testów



- metabolicznych (Fenyloketonuria, atyreoza),
- 4) przesiewowe badanie słuchu,
- 5) promocja zdrowia,
- 6) nauka pielęgnacji noworodka,
- 7) zapoznanie z prawidłową techniką i zasadami karmienia piersią wg zaleceń Światowej Organizacji Zdrowia (WHO),
- 8) poradnictwo laktacyjne,
- 9) kształcenie i szkolenie personelu medycznego.

4. W obrębie oddziału funkcjonuje odcinek intensywnej opieki noworodka, którego zadaniem jest:

- 1) opieka nad wcześniakiem w zakresie terapii oddechowej (system CPAP),
- 2) opieka nad noworodkiem chorym w zakresie:
  - a) diagnostyki wad wrodzonych (fizykalna oraz przy pomocy badań laboratoryjnych, EKG, RTG, USG),
  - b) leczenia żółtaczek patologicznych (fototerapia),
  - c) leczenie zaburzeń metabolicznych (np.: hipoglikemia, hypocalcemia i inne),
  - d) przygotowanie noworodka do transportu na wyższy poziom opieki perinatalnej.

5. W skład personelu Oddziału Położniczo-Ginekologicznego z pododdziałem noworodków wchodzi:

- 1) Lekarz Kierujący Oddziałem - specjalista,
- 2) Kierownik pododdziału noworodków -specjalista,
- 3) Pielęgniarka Oddziałowa,
- 4) Lekarze specjaliści,
- 5) Rezydenci,
- 6) Położne specjalistki,
- 7) Położne,
- 8) Pielęgniarki,
- 9) Sekretarka medyczna.

### **Oddział Dziecięcy.**

#### **§ 61.**

1. Do podstawowych zadań oddziału Dziecięcego należy:

- 1) diagnozowanie i leczenie chorych z: chorobami: serca i układu krążenia, oddechowego, pokarmowego, krwiotwórczego, moczowego, neurologicznego, ze

- schorzeniami endokrynologicznymi oraz innych zgodnie z procedurami NFZ przewidzianymi dla oddziałów dziecięcych I poziomu referencji,
- 2) poradnictwo z zakresu żywienia i pielęgnacji dzieci,
  - 3) kształcenie i szkolenie personelu medycznego.
2. Oddział korzysta z możliwości przekazywania Pacjentów do oddziałów II i III stopnia referencji zgodnie z wytycznymi NFZ i Ministerstwa Zdrowia.
  3. Oddział leczy Pacjentów do 18 roku życia.
  4. W skład personelu oddziału dziecięcego wchodzi:
    - 1) Lekarz Kierujący Oddziałem - specjalista,
    - 2) Pielęgniarka Oddziałowa,
    - 3) Lekarze specjaliści,
    - 4) Rezydenci,
    - 5) Pielęgniarki.

### **Oddział Psychiatryczny.**

#### **§ 62.**

1. Oddział zajmuje się leczeniem dorosłych z zaburzeniami psychicznymi.
2. Do podstawowych zadań Oddziału Psychiatrycznego należy:
  - 1) kwalifikowanie Pacjentów do leczenia psychiatrycznego zamkniętego,
  - 2) kompleksowa opieka psychiatryczno- psychologiczno-terapeutyczna,
  - 3) konsultowanie Pacjenta przez lekarzy specjalistów z innych oddziałów Szpitala,
  - 4) postępowanie lecznicze według ogólnoprzyjętych standardów leczniczych,
  - 5) interwencja kryzysowa,
  - 6) opiniowanie Pacjentów dla celów orzecznico-sądowych,
  - 7) kształcenie i szkolenie personelu medycznego.
3. W skład Oddziału Psychiatrycznego wchodzi:
  - 1) Odcinek Wstępny - stały nadzór nad Pacjentami w ostrych stanach psychotycznych,
  - 2) Odcinek Terapeutyczny - prowadzenie różnorodnych zajęć psychoterapeutycznych,
  - 3) Odcinek Rehabilitacyjny - zajęcia psychoterapeutyczne włącznie z psychoterapią grupową i indywidualną.
4. Pacjent jest przyjmowany do Oddziału Psychiatrycznego oraz Detoksykacyjnego na



podstawie skierowania lekarskiego, które jest ważne 14 dni od daty wystawienia. Osoba ze skierowaniem na oddział jest przyjęta, jeśli lekarz po zbadaniu stwierdzi wskazania do przyjęcia.

5. W skład personelu Oddziału Psychiatrycznego wchodzi:

- 1) Lekarz Kierujący Oddziałem - specjalista,
- 2) Pielęgniarka Oddziałowa,
- 3) Lekarze, w tym lekarze specjaliści,
- 4) Psycholog lub osoba prowadząca psychoterapię lub osoba ubiegająca się o certyfikat psychoterapeuty,
- 5) Pielęgniarki, w tym pielęgniarki specjalistki,
- 6) Terapeuta zajęciowy lub osoba prowadząca terapię zajęciową,
- 7) Pracownik socjalny,
- 8) Sanitariusze,
- 9) Sekretarki medyczne,
- 10) Pracownik gospodarczy.

### **Oddział Dzienny Psychiatryczny.**

#### **§ 63.**

1. Oddział Dzienny Psychiatryczny przeznaczony jest dla osób z zaburzeniami psychicznymi, które nie wymagają hospitalizacji w warunkach oddziału całodobowego, a wskazana jest u nich rehabilitacja lub krótkoterminowa terapia po pobycie w oddziale stacjonarnym lub pomoc w związku z kryzysem psychologicznym bądź diagnozą w warunkach obserwacji dla potrzeb Poradni Zdrowia Psychicznego.
2. Do podstawowych zadań Oddziału należy:
  - 1) obserwacja stanu psychicznego Pacjenta, diagnoza oraz leczenie,
  - 2) stosowanie metod leczniczych trudnych do przeprowadzenia w domu, a nie wymagających całodobowej stałej opieki,
  - 3) pomoc Pacjentom w adaptacji do środowiska po stacjonarnej hospitalizacji,
  - 4) rozwijanie umiejętności społecznych i poprawa funkcjonowania społecznego,
  - 5) readaptacja Pacjenta bez utraty kontaktu ze środowiskiem,
  - 6) rozwijanie umiejętności praktyczno-technicznych potrzebnych w codziennym życiu,
  - 7) wsparcie grupy osób z podobnymi trudnościami.
3. W skład personelu Oddziału Dziennego Psychiatrycznego wchodzi:
  - 1) Lekarz Kierujący Oddziałem - specjalista,
  - 2) Pielęgniarka Oddziałowa,

- 3) Lekarze, w tym lekarze specjaliści,
- 4) Psycholog lub osoba prowadząca psychoterapię lub osoba ubiegająca się o certyfikat psychoterapeuty,
- 5) Pielęgniarki, w tym pielęgniarki specjalistki,
- 6) Terapeuta zajęciowy lub osoba prowadząca terapię zajęciową,
- 7) Pracownik socjalny,
- 8) Sekretarki medyczne,
- 9) Pracownik gospodarczy.

### **Oddział Leczenia Alkoholowych Zespołów Abstynencyjnych (Detoksykacyjny).**

#### **§ 64.**

1. Do podstawowych zadań Oddziału Leczenia Alkoholowych Zespołów Abstynencyjnych (Detoksykacyjnego) należy:

- 1) diagnozowanie zaburzeń spowodowanych:
  - a) używaniem alkoholu i/lub innych substancji psychoaktywnych;
  - b) zaburzeniami nawyków i popędów (impulsów);
- 2) realizacja programów korekcyjnych i psychoterapii dla osób pijących ryzykownie i szkodliwie;
- 3) udzielanie indywidualnych świadczeń zapobiegawczo-leczniczych dla:
  - a) osób uzależnionych od alkoholu;
  - b) osób uzależnionych od alkoholu i innych substancji psychoaktywnych;
- 4) prowadzenie działań konsultacyjno-edukacyjnych dla członków rodzin osób dotkniętych następstwami używania alkoholu.

2. W skład personelu Oddziału Detoksykacyjnego wchodzi:

- 1) Lekarz Kierujący Oddziałem - specjalista,
- 2) Pielęgniarka Oddziałowa,
- 3) Lekarze, w tym lekarze specjaliści,
- 4) Specjalista psychoterapii uzależnień lub instruktor terapii uzależnień,
- 5) Pielęgniarki, w tym pielęgniarki specjalistki,
- 6) Terapeuta zajęciowy lub osoba prowadząca terapię zajęciową,
- 7) Pracownik socjalny,
- 8) Sanitariusze,
- 9) Sekretarki medyczne,
- 10) Pracownik gospodarczy.





## **Oddział Terapii Uzależnień od Alkoholu w Piecewie.**

### **§ 65.**

1. Oddział Terapii Uzależnień od Alkoholu w Piecewie zapewnia Pacjentom świadczenia leczniczo-rehabilitacyjne, z uwzględnieniem postępowania psychoterapeutycznego i socjoterapeutycznego.
2. Do podstawowych zadań oddziału należy:
  - 1) diagnostyka uzależnień,
  - 2) leczenie, edukacja i rehabilitacja osób uzależnionych,
  - 3) zapobieganie nawrotom choroby,
  - 4) trening asertywnych zachowań abstynenckich,
  - 5) działania konsultacyjno-edukacyjne dla rodzin osób uzależnionych.
3. W skład personelu Oddziału Terapii Uzależnień od Alkoholu w Piecewie wchodzi:
  - 1) Lekarz Kierujący Oddziałem – specjalista,
  - 2) Pielęgniarka Oddziałowa,
  - 3) Psycholog,
  - 4) Specjalista psychoterapii uzależnień,
  - 5) Instruktor terapii uzależnień,
  - 6) Pielęgniarki, w tym pielęgniarki specjalistki
  - 7) Terapeuta zajęciowy lub osoba prowadząca terapię zajęciową,
  - 8) Sekretarka medyczna.

## **Ambulatorium Ogólne.**

### **§ 66.**

1. Do podstawowych zadań Ambulatorium Ogólnego należy:
  - 1) wykonywanie świadczeń opieki zdrowotnej w ambulatorium lub miejscu zamieszkania Pacjenta z zakresu lekarza podstawowej opieki zdrowotnej;
  - 2) przyjęcia Pacjentów w godz. od 18.00 do godz. 8.00 dnia następnego oraz w soboty, niedziele i inne dni ustawowo wolne od pracy w godzinach od 8.00 dnia danego do godziny 8.00 dnia następnego w warunkach ambulatoryjnych lub w miejscu zamieszkania Pacjenta;
  - 3) prowadzenie dokumentacji medycznej zgodnie z przepisami powszechnie obowiązującego prawa.
2. Zadania opisane w ust. 1 realizowane są przez lekarzy oraz pielęgniarki.
3. Kierowanie Ambulatorium Ogólnym realizowane jest przez Lekarza Kierującego Szpitalnym Oddziałem Ratunkowym.



## **Blok Operacyjny.**

### **§ 67.**

1. Blok Operacyjny stanowi wydzieloną komórkę organizacyjną Szpitala.
2. W skład Bloku Operacyjnego wchodzi:
  - 1) dwie sale operacyjne,
  - 2) myjnia zabiegowa,
  - 3) strefa brudna z windą do transportu zużytych narzędzi i materiałów
  - 4) strefa czysta z magazynem jałowego sprzętu oraz windą do transportu sterylnych narzędzi i materiałów,
  - 5) pomieszczenia pomocnicze.
3. W skład personelu Bloku Operacyjnego wchodzi:
  - 1) Kierownik Bloku,
  - 2) Pielęgniarka Oddziałowa,
  - 3) Lekarze operatorzy,
  - 4) Lekarze anesteziolodzy,
  - 5) Pielęgniarki instrumentariuszki,
  - 6) Pielęgniarki anesteziologiczne,
  - 7) Pielęgniarki,
  - 8) lekarze pediatrzy w czasie cięcia cesarskiego.
4. Personel sal operacyjnych podlega bezpośrednio Kierownikowi Bloku Operacyjnego z zastrzeżeniem, które określa, że w czasie trwania zabiegu operacyjnego cały personel znajdujący się w obrębie sali operacyjnej jest podporządkowany:
  - 1) w sprawach dotyczących technicznego przeprowadzenia zabiegu - lekarzowi operującemu,
  - 2) w sprawach ogólnego postępowania i bezpieczeństwa życia oraz zdrowia operowanego - lekarzowi anesteziologowi.
5. Personel Bloku Operacyjnego, poza obowiązującą dokumentacją wynikającą z odrębnych przepisów, prowadzi protokół pielęgniarki operacyjnej oraz okołoperacyjną kartę kontrolną. Koordynatorem okołoperacyjnej karty kontroli jest lekarz anesteziolog. W przypadku zabiegu wykonywanego bez udziału lekarza anesteziologa koordynatorem jest lekarz operator.
6. W przypadku pobrania materiału do badań histopatologicznych skierowanie na to badanie sporządza bezpośrednio po zakończeniu operacji lekarz operujący lub pierwszy asystent.



- Pobranie lub brak pobrania materiału do badania histopatologicznego odnotowuje w protokole operacyjnym.
7. Za przyjęcie Pacjenta na Blok Operacyjny odpowiedzialna jest pielęgniarka instrumentariuszka, która zobowiązana jest sprawdzić tożsamość Pacjenta.
  8. Lekarz operujący jest zobowiązany osobiście zbadać Pacjenta przed rozpoczęciem operacji, upewnić się, czy Pacjent bądź opiekun ustawowy wyraziły pisemną zgodę na zabieg operacyjny, bądź też czy zachodzą podstawy do wykonania zabiegu bez uzyskania tej zgody.
  9. Po zakończeniu operacji Pacjent jest przekazany przez personel anestezjologiczny pod opiekę personelowi Sali Wybudzeń lub Oddziału. Wszelkie zlecenia lekarskie są uwidocznione w dokumentacji medycznej Pacjenta.
  10. Blok Operacyjny jest utrzymany w stanie stałego pogotowia operacyjnego oraz zorganizowany w taki sposób, aby w razie nagłej potrzeby personel, instrumentarium, bielizna i aparatura medyczna były przygotowane do bezzwłocznego wykonania zabiegu operacyjnego o każdej porze.
  11. Zabiegi planowe odbywają się według ustalonego harmonogramu umieszczonego na tablicy z podaniem danych osobowych Pacjenta, oddziału na którym przebywa, rozpoznania, i wyznaczonego personelu operacyjnego. Wszelkie zmiany w harmonogramie operacji mogą nastąpić tylko za zgodą lekarza operującego oraz za zgodą lekarza anestezjologa.
  12. Wstęp na salę operacyjną w czasie trwania zabiegu mają poza personelem operacyjnym tylko osoby, które uzyskały zezwolenie kierownika bloku operacyjnego i lekarza operującego. Kierownicy jednostek organizacyjnych lub wyznaczone przez nich osoby ponoszą pełną odpowiedzialność za wprowadzanie na blok operacyjny stażystów i innych osób szkolących się, po uprzednim uzyskaniu zgody kierownika bloku operacyjnego.
  13. Na sali operacyjnej, w czasie trwania zabiegu operacyjnego powinna przebywać jak najmniejsza liczba osób.
  14. Po każdym zabiegu operacyjnym należy niezwłocznie uporządkować salę, przeliczyć narzędzia, materiał opatrunkowy.
  15. Nadzorowanie właściwej higieny bloku należy do dyżurnej pielęgniarki instrumentariuszki.
  16. Do podstawowych zadań Bloku Operacyjnego należy:
    - 1) wykonywanie zabiegów operacyjnych/chirurgicznych, ortopedycznych i ginekologiczno - położniczych przez wyspecjalizowany zespół lekarsko-pielęgniarski,
    - 2) pozostawanie w gotowości przez 24 godziny na dobę,
    - 3) umożliwienie przeprowadzenia zabiegu operacyjnego w trybie planowym jak i ostrym,
    - 4) stałe podnoszenie kwalifikacji zawodowych personelu medycznego,
    - 5) monitorowanie kosztów funkcjonowania bloku operacyjnego,
    - 6) prowadzenie dokumentacji medycznej zgodnie z obowiązującym rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie rodzaju i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania,



- 7) współpraca bloku operacyjnego z oddziałem anestezjologii i intensywnej terapii oraz oddziałami zabiegowymi.
17. Za organizację i funkcjonowanie bloku operacyjnego pod względem merytorycznym, organizacyjnym i ekonomicznym odpowiada Kierownik Bloku Operacyjnego.
18. Pracę pielęgniarek operacyjnych organizuje i nadzoruje Pielęgniarka Oddziałowa Bloku, podległa bezpośrednio Kierownikowi Bloku Operacyjnego. Pracę pielęgniarek anestezjologicznych organizuje i nadzoruje Pielęgniarka Oddziałowa Anestezjologii i Intensywnej Terapii.

### **Dział Rehabilitacji.**

#### **§ 68.**

1. Do podstawowych zadań Działu Rehabilitacji należy:

- 1) leczenie usprawniające chorych w oddziałach Szpitala,
- 2) wykonywanie zabiegów fizykoterapeutycznych i kinezyterapeutycznych na zlecenie lekarskie dla Pacjentów oddziałów szpitalnych i Pacjentów ambulatoryjnych oraz w domu chorego,
- 3) stałe podnoszenie kwalifikacji personelu,
- 4) prowadzenie rejestru wykonywanych zabiegów,
- 5) prowadzenie dokumentacji medycznej zgodnie z obowiązującym rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie rodzaju i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania.

2. W Szpitalu wykonywane są następujące zabiegi:

- 1) w zakresie fizykoterapii:
  - a) galwanizacje,
  - b) jontoforezy,
  - c) elektrostymulacje na bazie prądów małej częstotliwości,
  - d) prądy diadynamiczne,
  - e) prądy interferencyjne,
  - f) leczenie ultradźwiękami, ultrafonoforeza,
  - g) terapia impulsowym polem magnetycznym małej częstotliwości,
  - h) światłolecznictwo (Solux, UV, IR, biotron, laseroterapia),
- 2) masażu:
  - a) wirowy kończyn dolnych,
  - b) wirowy kończyn górnych,



- c) masaż suchy,
- d) masaż limfatyczny mechaniczny- terapia uciskowa,

3) kinezyterapii:

- a) ćwiczenia rehabilitacyjne przy łóżku chorego - ćwiczenia bierne, czynne, stopniowa pionizacja, ćw. oddechowe, nauka chodu,
- b) ćwiczenia w sali kinezyterapii, ćwiczenia w odciążaniu, z oporem, redresyjne, samowspomagane, trakcje kręgosłupa dolnego i górnego, podwieszenie całkowite,
- c) instruktaż ćwiczeń do samodzielnego wykonania przez chorego.

3. W skład personelu Działu Rehabilitacji wchodzi:

- 1) Kierownik,
- 2) Rehabilitanci,
- 3) Fizjoterapeuci,
- 4) Sekretarka medyczna.

4. Dział Rehabilitacji jest czynny od poniedziałku do piątku w godzinach od 8.00 do 18.00.

5. Wykonywanie zabiegów na podstawie skierowania, następuje po uprzedniej rejestracji i ustaleniu terminu.

### **Pracownie diagnostyczne.**

#### **§ 69.**

- 1. Pracownie diagnostyczne udzielają świadczenia zdrowotne obejmujące badania diagnostyczne w celu rozpoznania stanu zdrowia i ustalenia dalszego postępowania leczniczego.
- 2. Świadczenia zdrowotne udzielane są na podstawie skierowania lekarza lub osoby posiadającej wymagane kwalifikacje do udzielania świadczeń na podstawie obowiązujących przepisów.
- 3. Pracownie diagnostyczne udzielają także świadczeń zdrowotnych odpłatnie, na żądanie Pacjenta w zakresie przewidzianym odrębnymi przepisami. Pobieranie opłat odbywa się zgodnie z obowiązującym w Szpitalu cennikiem.
- 4. Wykonanie świadczenia zdrowotnego w dziale lub pracowni diagnostycznej następuje po uprzedniej rejestracji osobistej lub telefonicznej.
- 5. Świadczenie zdrowotne niemożliwe do wykonania w Szpitalu z uwagi na jego brak w katalogu świadczeń Szpitala jest zlecane do wykonania w zewnętrznych zakładach diagnostycznych zgodnie z zawartymi umowami.

## **Laboratorium Analityki Medycznej z Pracownią Mikrobiologii i Serologii.**

### **§ 70.**

1. Zadaniem Laboratorium, jest wykonywanie badań z zakresu analiz lekarskich u Pacjentów leczonych w Szpitalu, w Poradniach Przychodni oraz u Pacjentów kierowanych przez innych świadczeniodawców w przypadku zawarcia stosownych umów, a także Pacjentów bez skierowania.
2. Laboratorium świadczy usługi całodobowo dla Szpitala, ambulatoryjnie od poniedziałku do piątku w godzinach od 7.15 do 16.00, w sobotę i niedzielę od 8.00 do 12.00.
3. Szczegółowy zakres przeprowadzanych badań określa Dyrektor Szpitala na wniosek Kierownika Laboratorium. Katalog badań znajduje się u Kierownika Laboratorium i podawany jest do wiadomości wszystkich medycznych komórek organizacyjnych Szpitala.
4. Laboratorium obejmuje Pracownie: Analityki Ogólnej, Serologii Transfuzjologicznej z Bankiem Krwi oraz pracownię Mikrobiologii.
5. W skład personelu Laboratorium wchodzi:
  - 1) Kierownik ,
  - 2) Diagnosty laboratoryjni,
  - 3) Laborantki,
  - 4) Technicy analityki medycznej,
  - 5) Sekretarka medyczna.
6. Przyjmowanie materiału do badań z oddziałów Szpitalnych odbywa się w trybie planowym i pilnym. Godziny przyjmowania Kierownik Laboratorium podaje do wiadomości wszystkich oddziałów.
7. Materiał do badania od Pacjentów pobiera personel właściwego Oddziału przestrzegając wskazówek Kierownika Laboratorium, co do sposobu pobierania i przesyłania. W przypadku badań wskazanych przez Kierownika Laboratorium, materiał od Pacjentów danego Oddziału pobiera upoważniony personel Laboratorium.
8. Materiał od Pacjentów zgłaszających się do Laboratorium pobiera personel Laboratorium.
9. Materiał pobrany do badań planowych odbierany jest przez pracownika Laboratorium w ustalony sposób.
10. Materiał pobrany w trybie pilnym dostarczany jest bezpośrednio po pobraniu od Pacjenta, po odpowiednim zabezpieczeniu.
11. Materiał do badania oznaczony jako "pilne" poddaje się analizie w pierwszej kolejności.
12. Laboratorium przyjmuje tylko taki materiał do badania, który został przekazany wraz z dokładnie wypełnioną kartą skierowania materiału do badania w formie papierowej bądź elektronicznej, oraz tylko takie naczynia z materiałem do badania, które zostały





prawidłowo oznakowane.

13. Wynik badania odbierają z Laboratorium pracownicy oddziałów, pracownicy innych zakładów opieki zdrowotnej lub osobiście pacjenci albo osoby przez nich upoważnione.

**Pracownia RTG, Pracownia Tomografii Komputerowej,  
Pracownia Diagnostyki Ultrasonograficznej i Endoskopowej.**

**§ 71.**

1. Zadaniem Pracowni RTG ( RTG) jest wykonywanie badań radiologicznych u Pacjentów leczonych w Szpitalu, Poradniach Przystpitalnych oraz Pacjentów kierowanych przez innych świadczeniodawców w przypadku zawarcia stosownych umów lub bez umów ale ze skierowaniem od lekarza.
2. Zadaniem Pracowni Tomografii Komputerowej (KT) jest wykonywanie badań tomograficznych u Pacjentów leczonych w Szpitalu, Poradniach Przystpitalnych oraz Pacjentów kierowanych przez innych świadczeniodawców.
3. Zadaniem Pracowni Diagnostyki Ultrasonograficznej i Endoskopowej jest wykonywanie badań endoskopowych (górnego i dolnego odcinka przewodu pokarmowego) i ultrasonograficznych u Pacjentów leczonych w Szpitalu, Poradniach Przystpitalnych oraz Pacjentów kierowanych przez innych świadczeniodawców w przypadku zawarcia stosownych umów, a także w przypadku badań ultrasonograficznych Pacjentów bez skierowania - odpłatnie.
4. Pracownie świadczą usługi całodobowo dla Pacjentów Szpitala. Dla Pacjentów leczonych ambulatoryjnie w określone dni po wcześniejszym umówieniu.
5. Szczegółowy zakres udzielanych świadczeń zdrowotnych określa Dyrektor Szpitala na wniosek Kierownika. Katalog badań znajduje się w pracowniach.
6. W skład personelu Pracowni wchodzi:
  - 1) Kierownik - specjalista radiolog,
  - 2) Lekarze radiolodzy, chirurdzy, interniści,
  - 3) Pielęgniarka endoskopowa,
  - 4) Pielęgniarki,
  - 5) Inspektor ds. ochrony radiologicznej,
  - 6) Technicy elektroradiologii,
  - 7) Sekretarki medyczne.
7. Opisy badań TK oraz RTG mogą być realizowane z wykorzystaniem telemedycyny.
8. Sposób przygotowania Pacjentów do badania oraz sposób wykonania badania określa lekarz specjalista wykonujący badanie.
9. Wynik badania odbierają pracownicy oddziałów Szpitala, pracownicy innych zakładów opieki zdrowotnej lub osobiście pacjenci albo osoby przez nich upoważnione.

**Szkoła Rodzenia.**



## **§ 72.**

1. Do podstawowych obowiązków Szkoły Rodzenia należy:
  - 1) przygotowanie uczestniczących par do czynnego udziału w porodzie,
  - 2) ćwiczenia podtrzymujące sprawność fizyczną w ciąży i minimalizujące dolegliwości z nią związane,
  - 3) naukę oddychania oraz umiejętności relaksu w poszczególnych okresach porodu,
  - 4) naukę pielęgnowania noworodka,
  - 5) naukę naturalnego karmienia piersią,
  - 6) omawianie metod planowania rodziny.
2. Zajęcia Szkoły Rodzenia odbywają się w siedzibie Szpitala we wtorki, w godzinach od 17.00 do 19.00.
3. Zajęcia prowadzone są przez położne specjalistki.

## **Apteka Szpitalna.**

### **§ 73.**

1. Do zadań Apteki Szpitalnej należy:
  - 1) zaopatrywanie oddziałów szpitalnych oraz innych komórek organizacyjnych działalności leczniczej Szpitala w produkty lecznicze i wyroby medyczne,
  - 2) przechowywanie odpowiednich zapasów farmaceutycznych i artykułów sanitarnych w ilościach gwarantujących odpowiednie funkcjonowanie Szpitala,
  - 3) prowadzenie akcji informacyjnej dotyczącej stosowania i przechowywania leków nowowprowadzonych,
  - 4) informowanie oddziałów, działów, poradni o decyzjach Głównego i Wojewódzkiego Inspektora Farmaceutycznego związanych z jakością a dotyczących wstrzymań, wycofań lub dopuszczeń poszczególnych produktów leczniczych,
  - 5) okresowa kontrola przechowywania i zabezpieczania produktów leczniczych w oddziałach,
  - 6) księgowanie przychodów i rozchodów leków i wyrobów medycznych w aptece,
  - 7) prowadzenie pełnej dokumentacji aptecznej zgodnie z przepisami powszechnie obowiązującego prawa.
2. W skład personelu Apteki wchodzi:
  - 1) Kierownik – magister farmacji,
  - 2) Magistrowie farmacji,
  - 3) Technik farmacji,
  - 4) Sekretarka medyczna.



## Poradnie Przychodnia.

### § 74.

1. Świadczenia zdrowotne w zakresie specjalistycznej ambulatoryjnej opieki zdrowotnej udzielane są w poradniach specjalistycznych przez lekarzy specjalistów danej Poradni.
2. Świadczenia z zakresu ambulatoryjnej specjalistycznej opieki zdrowotnej w ramach ubezpieczenia zdrowotnego udzielane są na podstawie skierowania lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, z wyjątkiem świadczeń: ginekologa i położnika, psychiatry, inwalidów wojennych i wojskowych, kombatantów oraz działaczy opozycji antykomunistycznej i osób represjonowanych z powodów politycznych, osób deportowanych do pracy przymusowej oraz osadzonych w obozach pracy przez III Rzeszę i Związek Socjalistycznych Republik Radzieckich, cywilnych niewidomych ofiar działań wojennych, uprawnionych żołnierzy lub pracowników oraz weteranów poszkodowanych w zakresie leczenia urazów i chorób nabytych podczas wykonywania zadań poza granicami państwa, osób chorych na gruźlicę, osób zakażonych wirusem HIV, osób uzależnionych od alkoholu, środków odurzających i substancji psychoaktywnych (wyłącznie w zakresie leczenia odwykowego), osób o znacznym stopniu niepełnosprawności posiadających orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności lub dokument równorzędny.
3. Świadczenia związane z wypadkiem, zatruciem, urazem, stanem zagrożenia życia lub porodem udzielane są bez skierowania od lekarza ubezpieczenia zdrowotnego.
4. Rejestracja Pacjentów może być dokonywana osobiście lub telefonicznie.
5. Świadczenia specjalistyczne udzielane są według kolejności zgłoszeń. Poradnie specjalistyczne prowadzą listy oczekujących na świadczenia.
6. Pacjent przyjmowany w poradni specjalistycznej zgłasza się w wyznaczonym terminie z:
  - 1) skierowaniem do poradni,
  - 2) dokumentem uprawniającym do korzystania ze świadczeń zdrowotnych,
  - 3) wynikami badań wykonywanych na zlecenie lekarza POZ., leżące w jego kompetencji,
  - 4) kartami informacyjnymi z leczenia szpitalnego, jeśli Pacjent był wcześniej hospitalizowany.
7. W uzasadnionych medycznie przypadkach lekarz specjalista wydaje skierowanie:
  - 1) na badania diagnostyczne,
  - 2) do innych poradni specjalistycznych,
  - 3) do leczenia stacjonarnego w Szpitalu.
8. W uzasadnionych medycznie przypadkach lekarz specjalista może objąć Pacjenta stałym leczeniem w Poradni Przychodnia.
9. Lekarz specjalista w sytuacji określonej w ust. 2 informuje lekarza sprawującego podstawową opiekę zdrowotną nad Pacjentem o przebiegu leczenia oraz o objęciu

Pacjenta stałym leczeniem specjalistycznym.

10. W każdej poradni specjalistycznej w miejscu ogólnie dostępnym dla Pacjentów umieszczone są:
  - 1) informacje o ogólnych zasadach udzielania świadczeń,
  - 2) informacje o sposobie rejestracji,
  - 3) informacje o dniach i godzinach przyjęć przez lekarzy specjalistów,
  - 4) wyszczególnienie godzin pracy każdego lekarza udzielającego świadczeń zdrowotnych.
11. Do podstawowych zadań Poradni Przychodni należy:
  - 1) udzielanie ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych w reprezentowanej specjalności,
  - 2) diagnozowanie, leczenie i orzekanie o stanie zdrowia,
  - 3) udzielanie konsultacji specjalistycznych,
  - 4) monitorowanie kosztów funkcjonowania poradni specjalistycznej, stałe dążenie do racjonalizacji kosztów diagnostyki i terapii,
  - 5) stałe podnoszenie kwalifikacji personelu medycznego,
  - 6) działalność oświatowo-zdrowotna i promocja zdrowia,
  - 7) prowadzenie dokumentacji medycznej zgodnie z przepisami powszechnie obowiązującego prawa.
12. Za organizację i funkcjonowanie Poradni pod względem merytorycznym, organizacyjnym i ekonomicznym odpowiada lekarz zatrudniony w Poradni.

### **Hospicjum Domowe.**

#### **§ 75.**

1. Do podstawowych zadań Hospicjum Domowego należy świadczenie usług medycznych w domu chorego po uzgodnieniu terminu z Pacjentem, rodziną lub opiekunem. Świadczenie usług medycznych w domu chorego wykonuje lekarz i pielęgniarka.
2. Personel Hospicjum Domowego udziela świadczeń opieki paliatywnej i hospicyjnej Pacjentom cierpiącym na nieuleczalnie postępujące schorzenia.
3. Pacjentów obejmuje się opieką na podstawie skierowania lekarskiego.

### **Kaplica Szpitalna.**

#### **§ 76.**

W Kaplicy Szpitala odprawiane są nabożeństwa dla Pacjentów oraz odbywają się spotkania z kapłanem szpitalnym.



## **Prosektorium**

### **§ 77.**

1. Zadaniem Prosektorium jest:

- 1) przechowywanie zwłok osób zmarłych,
- 2) przygotowanie i wykonywanie sekcji zwłok,
- 3) umycie i okrycie zwłok w celu ich wydania osobie lub instytucji uprawnionej do dokonania pochówku,
- 4) ubranie i przygotowanie zwłok do pochówku - odpłatnie.

2. W skład personelu prosektorium wchodzi:

- 1) lekarz, na czas wykonywania sekcji zwłok,
- 2) laborant sekcyjny.

## **Gabinet Zabiegowo-Diagnostyczny.**

### **§ 78.**

Do podstawowych zadań Gabinetu Zabiegowo-Diagnostycznego należy wykonywanie zabiegów i badań diagnostycznych z poradni specjalistycznych oraz prowadzenie dokumentacji medycznej zgodnie z obowiązującymi przepisami.

## **Centralna Sterylizatornia.**

### **§ 79.**

1. Do zadań Centralnej Sterylizatorni Szpitala należy sterylizacja i dezynfekcja materiałów oraz sprzętu zgodnie z istniejącymi procedurami oraz najnowszą wiedzą medyczną, a także świadczenie usług sterylizacyjnych dla podmiotów zewnętrznych za odpłatnością ustaloną odrębnym zarządzeniem Dyrektora Szpitala.

2. Centralna Sterylizatornia Szpitala współpracuje z:

- 1) oddziałami szpitalnymi;
- 2) pielęgniarką epidemiologiczną,
- 3) pracownią bakteriologiczną.

## **Organizacja i zadania poszczególnych komórek organizacyjnych obsługujących Szpital.**

### **Sekcja Kadr.**

## § 80.

### 1. Do podstawowych zadań Sekcji Kadr należy:

- 1) prowadzenie spraw związanych z nawiązywaniem, trwaniem i rozwiązywaniem stosunków pracy pracowników Szpitala,
- 2) prowadzenie aktywnej współpracy z PUP w Złotowie,
- 3) prowadzenie aktywnej bieżącej i długoterminowej polityki pozyskiwania kadr,
- 4) prowadzenie ewidencji pracowników, akt osobowych, urlopów oraz czasowej niezdolności do pracy, kontrola prawidłowości wykorzystania zaświadczenia o czasowej niezdolności do pracy,
- 5) monitoring potrzeb kadrowych Szpitala, opracowywanie planów zatrudnienia,
- 6) prowadzenie spraw związanych z zatrudnieniem osób bezrobotnych, stażystów, rezydentów, współpraca z Powiatowym Urzędem Pracy, Urzędem Marszałkowskim i Ministerstwem Zdrowia w tym zakresie,
- 7) przygotowywanie i nadzór nad realizacją umów o praktyczną naukę zawodu i umów w związku z odbywaniem kursów i staży specjalizacyjnych w ramach szkolenia podyplomowego,
- 8) organizacja rekrutacji, w tym konkursów na stanowiska kierownicze zgodnie z obowiązującymi przepisami,
- 9) przygotowywanie konkursów ofert celem zawarcia umów na udzielanie świadczeń,
- 10) prowadzenie ewidencji, nadzór i kontrola czasu pracy pracowników Szpitala i osób udzielających świadczeń i usług na podstawie umów cywilno-prawnych (grafiki czasu pracy, harmonogramy udzielania świadczeń itp.),
- 11) ewidencja wyjazdów służbowych i prywatnych w godzinach pracy,
- 12) nadzór nad sporządzaniem planów i wykorzystaniem przez pracowników urlopów wypoczynkowych zgodnie z planem,
- 13) zgłaszanie pracowników i członków ich rodzin do ubezpieczenia społecznego i/lub zdrowotnego oraz wszelkich zmian w tym zakresie,
- 14) prowadzenie spraw emerytalno-rentowych,
- 15) sporządzanie obowiązujących sprawozdań, w tym do ZUS, GUS, Urzędu Marszałkowskiego, Ministerstwa Zdrowia dotyczących zatrudnienia i kosztów wynagrodzeń,
- 16) rozpoznawanie potrzeb socjalnych i bytowych pracowników, opracowywanie w tym zakresie planów i programów ich zaspokajania,
- 17) bieżąca weryfikacja uprawnień i kwalifikacji pracowników oraz osób udzielających świadczeń na podstawie umów cywilno-prawnych wymaganych na danym stanowisku,
- 18) opracowywanie planów szkoleń i nadzór nad podnoszeniem kwalifikacji zawodowych pracowników,
- 19) sporządzanie wniosków o dofinansowanie szkoleń z Krajowego Funduszu Szkoleniowego,



- 20) obsługa Systemu Monitorowania Kształcenia Pracowników Medycznych (Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia) w zakresie wnioskowania o akredytację do szkolenia specjalizacyjnego w ramach kształcenia podyplomowego, współpraca z CMKP w tym zakresie,
  - 21) kontrola porządku i dyscypliny pracy,
  - 22) udostępnianie przepisów prawa wewnętrznego, w szczególności Regulaminu Pracy i Regulaminu Wynagradzania,
  - 23) koordynowanie współpracy i prowadzenie spraw związanych z działalnością zakładowych organizacji związkowych,
  - 24) przestrzeganie obowiązujących procedur postępowania zgodnie z systemem zarządzania jakością; w tym aktualnymi procedurami systemu ISO, procedurami akredytacyjnymi Ministra Zdrowia,
  - 25) zgłaszanie wniosków usprawniających funkcjonowanie komórki, inicjowanie działań zwiększających efektywność zakładu, ścisła współpraca z innymi komórkami i jednostkami Szpitala.
2. Za organizację i funkcjonowanie pod względem merytorycznym, organizacyjnym i ekonomicznym Sekcji Kadr odpowiada jego Kierownik.

### **Sekcja Infrastruktury i Logistyki.**

#### **§ 81.**

1. Do podstawowych zadań Sekcji Infrastruktury i Logistyki należy:
  - 1) utrzymanie prawidłowego stanu technicznego obiektów infrastruktury, maszyn i urządzeń technicznych oraz medycznych Szpitala,
  - 2) zapewnienie wyposażenia Szpitala w sprzęt medyczny, aktualizacje przeglądów, serwisów,
  - 3) dokonywanie bieżących napraw i drobnych remontów,
  - 4) zapewnienie zaopatrzenia we wszystkie niezbędne do prawidłowego funkcjonowania szpitala urządzenia, materiały i środki, w tym medyczne,
  - 5) zarządzanie gospodarką energetyczną Szpitala,
  - 6) przygotowanie planu modernizacyjnego i inwestycyjnego Szpitala oraz nadzór nad ich wykonaniem,
  - 7) nadzór nad prawidłowym funkcjonowaniem kuchni szpitalnej i punku wydawania i przyjmowania bielizny,
  - 8) nadzór nad systemem monitoringu szpitala,
  - 9) nadzór nad Centralą Telefoniczną,
  - 10) nadzór nad przestrzeganiem przepisów BHP,
  - 11) nadzór nad przestrzeganiem przepisów Przeciwpożarowych,
  - 12) współudział w opracowywaniu planów rozwojowych Szpitala,
  - 13) koordynowanie umów zawieranych przez Szpital dotyczących zamówień

- sekcyjnych.
- 14) współudział w nadzorowaniu i utrzymaniu prawidłowego stanu sanitarno - higienicznego Szpitala.
2. Za organizację i funkcjonowanie pod względem merytorycznym, organizacyjnym i ekonomicznym Sekcji Infrastruktury i Logistyki odpowiada jego Kierownik.

### **Sekcja Płac.**

#### **§ 82.**

1. Do podstawowych zadań Sekcji Płac należy:
  - 1) prowadzenie całokształtu spraw płacowych i wymaganej przez prawo dokumentacji w tym zakresie w oparciu o dane kadrowe dotyczące umów o pracę i umów zlecenia, o dzieło, cywilno-prawnych,
  - 2) prawidłowe naliczanie składników wynagrodzeń i innych świadczeń,
  - 3) ustalanie wymiaru składek, sporządzanie deklaracji ZUS i terminowe rozliczenia z ZUS,
  - 4) ustalanie wymiaru zaliczek na podatek dochodowy oraz terminowe sporządzanie odpowiednich informacji i rozliczeń do Urzędu Skarbowego,
  - 5) wydawanie zaświadczeń o wysokości wynagrodzenia i dochodach pracowników, sporządzanie PIT- ów do US i osób zainteresowanych,
  - 6) opracowywanie sprawozdań i analiz wykorzystania funduszu osobowego i bezosobowego dotyczących wynagrodzeń,
  - 7) sporządzanie druków dla potrzeb naliczenia rent i emerytur,
  - 8) realizacja zajęć komorniczych,
  - 9) prowadzenie kasy zapomogowo-pożyczkowej,
  - 10) sporządzanie analiz dla potrzeb zarządczych,
  - 11) obsługa, w tym terminowe rozliczenia z Państwowym Funduszem Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych,
  - 12) prowadzenie Zakładowego Funduszu Świadczeń Socjalnych.
2. Za organizację i funkcjonowanie pod względem merytorycznym, organizacyjnym i ekonomicznym Sekcji Płac odpowiada jego Kierownik.

### **Dział Księgowości.**

#### **§ 83.**

3. Do podstawowych zadań Działu Księgowości należy:



- 1) prowadzenie rachunkowości zgodnie z obowiązującymi przepisami powszechnie obowiązującego prawa oraz przyjętymi zasadami rachunkowości,
  - 2) prowadzenie wewnętrznej kontroli finansowej,
  - 3) analiza i sprawozdawczość w zakresie należności i zobowiązań Szpitala;
  - 4) przygotowywanie i realizacja płatności na podstawie zatwierdzonych dokumentów księgowych,
  - 5) prowadzenie kasy,
  - 6) prowadzenie rachunku kosztów według miejsc ich powstawania zgodnie z obowiązującymi przepisami,
  - 7) archiwizowanie dokumentów finansowo - księgowych i innych nośników informacji księgowych, zgodnie z obowiązującymi przepisami,
  - 8) realizacja i rozliczanie wypłat wynagrodzeń pracowniczych,
  - 9) przestrzeganie prawidłowego, zgodnego z przyjętymi zasadami obiegu dokumentów dotyczących gospodarki majątkiem trwałym i obrotowym,
  - 10) prowadzenie całokształtu spraw płacowych i wymaganej przez prawo dokumentacji w tym zakresie w oparciu o dane kadrowe dotyczące umów o pracę i umów zlecenia, o dzieło, cywilno-prawnych,
  - 11) prawidłowe naliczanie składników wynagrodzeń i innych świadczeń,
  - 12) ustalanie wymiaru składek, sporządzanie deklaracji ZUS i terminowe rozliczenia z ZUS,
  - 13) ustalanie wymiaru zaliczek na podatek dochodowy oraz terminowe sporządzanie odpowiednich informacji i rozliczeń do Urzędu Skarbowego,
  - 14) wydawanie zaświadczeń o wysokości wynagrodzenia i dochodach pracowników, sporządzanie PIT-ów do US i osób zainteresowanych,
  - 15) opracowywanie sprawozdań i analiz wykorzystania funduszu osobowego i bezosobowego dotyczących wynagrodzeń,
  - 16) sporządzanie druków dla potrzeb naliczenia rent i emerytur,
  - 17) realizacja zajęć komorniczych,
  - 18) prowadzenie kasy zapomogowo-pożyczkowej,
  - 19) sporządzanie analiz dla potrzeb zarządczych.
4. Za organizację i funkcjonowanie pod względem merytorycznym, organizacyjnym i ekonomicznym Działu Księgowości odpowiada Zastępca Dyrektora ds. Ekonomicznych - Główny Księgowy.

## **Sekcji Informatyki, Analiz i Statystyki Medycznej.**

### **Dział Informatyki.**

#### **§ 84.**

1. Dział Informatyki, odpowiada za zapewnienie obsługi informatycznej Szpitala, w tym:

- 1) administrowanie systemami informatycznymi Szpitala,
- 2) projektowanie i wdrażanie obowiązujących standardów, procedur i norm aplikacji szpitalnych,
- 3) zapewnienie sprawności i ciągłości działania systemów bezpieczeństwa i ochrony danych w systemach informatycznych Szpitala,
- 4) zarządzanie licencjami użytkowanych systemów informatycznych,
- 5) administrowanie stroną internetową Szpitala i kontami pocztowymi,
- 6) nadzór nad „Polityką bezpieczeństwa danych osobowych” Pacjentów i pracowników zgromadzonych w formie elektronicznej w myśl Ustawy z dnia 10.05.2018 r o Ochronie Danych Osobowych,
- 7) szkolenie pracowników innych działów w zakresie obsługi sprzętu i oprogramowania komputerowego,
- 8) planowanie zakupów sprzętu i programów informatycznych.

### **Dział Analiz i Statystyki Medycznej.**

2. Do zadań Działu Analiz i Statystyki Medycznej należy:

- 1) nadzór nad prowadzeniem działań statystyki medycznej,
- 2) prowadzenie wszelkiej dokumentacji związanej z rozliczeniami z Narodowym Funduszem Zdrowia wymaganej przez zawarte umowy,
- 3) prowadzenie wszelkiej dokumentacji związanej z rozliczeniami z Narodowym Funduszem Zdrowia w formie elektronicznej,
- 4) przygotowanie ofert Szpitala na ogłoszone konkursy na świadczenia usług medycznych przez Narodowy Fundusz Zdrowia,
- 5) prowadzenie karty statystycznej leczenia szpitalnego oraz jej przetwarzanie do formy elektronicznej,
- 6) opracowanie projektów aktów prawnych wewnętrznych w kwestiach znajdujących się w kompetencji działu,
- 7) nadzór nad prawidłowym prowadzeniem ksiąg związanych z pobytem chorego w szpitalu oraz kompletności historii choroby Pacjentów wypisanych i zmarłych,
- 8) nadzór nad przechowywaniem, udostępnianiem i brakowaniem dokumentacji medycznej oraz materiałów archiwalnych i akt,
- 9) tworzenie i analiza wyników na oddziałach szpitalnych, w poradniach i innych jednostkach szpitalnych,
- 10) wycena procedur medycznych.

3. Za organizację i funkcjonowanie pod względem merytorycznym, organizacyjnym i ekonomicznym Sekcji Informatyki, Analiz i Statystyki Medycznej (składającej się z dwóch jednostek: Działu Informatyki oraz Działu Analiz i Statystyki Medycznej), odpowiada jej Kierownik.



## **Sekretariat.**

### **§ 85.**

1. Do zadań Sekretariatu należy:

- 1) przyjmowanie korespondencji, zaewidencjonowanie w książce, przekazanie pracownikom wg wskazań Dyrektora Szpitala,
- 2) rejestracja i przechowywanie zarządzeń Dyrektora Szpitala,
- 3) ewidencjonowanie i wysyłanie poczty wychodzącej,
- 4) odbieranie i wysyłanie poczty elektronicznej,
- 5) przygotowywanie na polecenie Dyrektora Szpitala różnej korespondencji,
- 6) odbieranie telefonów i przekazywanie informacji interesantom,
- 7) zaopatrywanie w materiały biurowe,
- 8) obsługa urządzeń biurowych,
- 9) podział i przechowywanie dokumentów związanych z obsługą sekretariatu,
- 10) obsługa interesantów.

2. Powyższe zadania wykonywane są przez sekretarkę, która podlega bezpośrednio Dyrektorowi Szpitala.

## **Naczelną Pielęgniarką.**

### **§ 86.**

1. Do obowiązków Naczelnej Pielęgniarki należy w szczególności:

- 1) organizacja i nadzorowanie świadczenia całodobowej, kompleksowej opieki pielęgniarskiej, położnych i ratowników medycznych w oddziałach i działach Szpitala,
- 2) ocenianie jakości świadczonej opieki medycznej,
- 3) organizacja i nadzorowanie świadczeń pielęgniarskich w poradniach przyszpitalnych,
- 4) usprawnianie metod i sposobów pielęgnowania poprzez wyznaczanie celów jakości opieki pielęgniarskiej,
- 5) wprowadzanie standardów pielęgnowania oraz ocena jakości opieki pielęgniarskiej,
- 6) określanie poziomu wymogów kwalifikacyjnych podległego personelu,
- 7) szacowanie zapotrzebowania na opiekę pielęgniarską w poszczególnych komórkach organizacyjnych,
- 8) rekrutacja i dokonywanie wyboru osób na stanowiska pielęgniarskie, położnicze i ratowników medycznych oraz wnioskowanie w sprawach związanych z obsadzaniem stanowisk podległego personelu,
- 9) organizowanie doskonalenia zawodowego pielęgniarek, położnych i ratowników medycznych oraz nadzorowanie przebiegu praktyk zawodowych,

- 10) nadzór nad prawidłową adaptacją zawodową,
- 11) zatwierdzanie rozkładu pracy opracowanego przez pielęgniarkę oddziałową,
- 12) kontrola dyscypliny pracy oraz wizytacje komórek działalności podstawowej Szpitala.

2. Naczelną Pielęgniarką podlega bezpośrednio Zastępcy Dyrektora ds. Medycznych.

### **Pielęgniarka Koordynująca ds. Epidemiologicznych.**

#### **§ 87.**

1. Do zadań Pielęgniarki Koordynującej ds. Epidemiologicznych należy:
  - 1) opracowywanie, wdrażanie oraz egzekwowanie standardów postępowania w zakresie sanitarno - epidemiologicznym, jak również organizacja szkoleń pracowników Szpitala w zakresie zapobiegania i zwalczania zakażeń szpitalnych,
  - 2) monitorowanie stanu sanitarno-epidemiologicznego Szpitala i rejestrowanie zgłaszanych zakażeń szpitalnych, ustalanie ich źródła i dróg szerzenia się oraz pomoc w ich zwalczaniu,
  - 3) współpraca ze wszystkimi komórkami organizacyjnymi Szpitala i instytucjami zewnętrznymi działającymi w zakresie epidemiologii.
2. Pielęgniarka Koordynująca ds. Epidemiologicznych podlega służbowo Zastępcy Dyrektora ds. Medycznych.

### **Koordinator Rejestracji Medycznej**

#### **§ 88.**

1. Koordinator Rejestracji Medycznej podlega bezpośrednio Naczelną Pielęgniarkę.
2. Koordinator Rejestracji Medycznej kieruje pracą sekretarek medycznych.
3. Do zadań Koordynatora Rejestracji Medycznej należy:
  - 1) zapewnienie ciągłości procesu obsługi pacjenta poprzez organizację pracy podległego zespołu, budowanie zespołu rejestratorek medycznych (rekrutacja, motywowanie oraz rozwój),
  - 2) bieżąca współpraca z personelem medycznym, sekcją statystyki, księgowością i kadrami,
  - 3) udzielanie informacji dotyczących zakresu świadczeń,
  - 4) koordynowanie prac związanych z obsługą Pacjenta,
  - 5) nadzór nad komunikacją wewnętrzną w placówce,
  - 6) koordynowanie obiegu informacji i dokumentacji,
  - 7) nadzór nad rozliczaniem świadczeń medycznych w ramach NFZ i komercyjnych,



- 8) przygotowywanie raportów, analiz i zestawień,
- 9) dbałość o realizację założonych celów,
- 10) nadzór i pomoc Naczelniej Pielęgniarki oraz Pielęgniarkom Oddziałowym w prawidłowym i terminowym rozliczaniu czasu pracy personelu medycznego,
- 11) dbałość o realizację założonych celów.

### **Inspektor ds. Bezpieczeństwa i Higieny Pracy.**

#### **§ 89.**

1. Do zadań Inspektora ds. Bezpieczeństwa i Higieny Pracy (Koordynatora ds. bezpieczeństwa i higieny pracy) należy:
  - 1) sprawowanie nadzoru nad przestrzeganiem przepisów i zasad bezpieczeństwa i higieny pracy oraz dokonywanie kontroli stanu bezpieczeństwa i higieny pracy w Szpitalu,
  - 2) uczestniczenie w konsultacjach w zakresie bezpieczeństwa i higieny pracy, a także w pracach komisji bezpieczeństwa i higieny pracy oraz innych zakładowych komisji zajmujących się problematyką bezpieczeństwa i higieny pracy, w tym zapobieganiem chorobom zawodowym i wypadkom w pracy,
  - 3) prowadzenie spraw związanych z wypadkami w pracy.
2. Inspektor ds. Bezpieczeństwa i Higieny Pracy (koordynator ds. bezpieczeństwa i higieny pracy) podlega bezpośrednio Dyrektorowi Szpitala.

### **Koordynator ds. Zarządzania Środowiskowego.**

#### **§ 90.**

1. Do zadań Koordynatora ds. Zarządzania Środowiskowego należy:
  - 1) prowadzenie spraw dotyczących wdrażania, przestrzegania i monitoringu ISO 14001 w zakresie zarządzania środowiskowego,
  - 2) kontrolowanie komórek organizacyjnych Szpitala w zakresie przestrzegania i realizacji przepisów dotyczących ochrony środowiska i procedur ISO 14001.
2. Koordynator ds. Zarządzania Środowiskowego podlega bezpośrednio Dyrektorowi Szpitala.

### **Specjalista ds. Zamówień Publicznych.**

#### **§ 91.**

1. Do zadań Specjalisty ds. Zamówień Publicznych należy kompleksowa organizacja



postępowań o udzielenie zamówienia publicznego od przyjęcia i weryfikacji wniosków o rozpoczęcie postępowania o udzielenie zamówienia publicznego, przez ich przeprowadzenie w trybie przetargowym bądź bezprzetargowym, po sporządzenie umów w zakończonych postępowaniach, zgodnie z ustawą Prawo zamówień publicznych.

2. Specjalista ds. Zamówień Publicznych podlega Zastępcy Dyrektora ds. Ekonomicznych – Głównemu Księgowemu.

### **Inspektor Ochrony Danych/Koordinator ds. Bezpieczeństwa Informacji.**

#### **§ 92.**

1. Do podstawowych zadań Inspektora Ochrony Danych /Koordinatora ds. Bezpieczeństwa Informacji należy:
  - 1) opracowanie i aktualizacja polityki bezpieczeństwa informacji,
  - 2) nadzór nad bezpieczeństwem systemów informatycznych Szpitala,
  - 3) opracowywanie, wdrażanie i nadzór zabezpieczeń dotyczących informacji chronionych,
  - 4) nadzór nad przestrzeganiem przepisów o ochronie danych osobowych.
2. Inspektor Ochrony Danych /Koordinator ds. Bezpieczeństwa Informacji podlega bezpośrednio Dyrektorowi Szpitala.

### **Inspektor ds. Obronności.**

#### **§ 93.**

1. Do zadań Inspektora ds. Obronności należy:
  - 1) realizacja zadań obronnych i obrony cywilnej zgodnie z obowiązującymi przepisami,
  - 2) organizowanie szkolenia z zakresu obrony cywilnej,
  - 3) prowadzenie dokumentacji oraz sprawozdań okresowych i rocznych,
  - 4) współpraca z Inspektorem Zarządzania Kryzysowego i Spraw Obywatelskich Starostwa Powiatowego w Złotowie.
2. Inspektor ds. Obronności podlega bezpośrednio Dyrektorowi Szpitala.

### **Inspektor Ochrony Przeciwpożarowej.**

#### **§ 94.**

1. Do zadań Inspektora Ochrony Przeciwpożarowej należy:
  - 1) określanie form i sposobów przeciwpożarowego zabezpieczenia Szpitala zgodnie z obowiązującymi przepisami,
  - 2) przeprowadzanie okresowych, doraźnych oraz sprawdzających kontroli stanu



- ochrony p. poż. w Szpitalu oraz przedstawianiu wniosków zmierzających do likwidacji lub ograniczenia zagrożenia pożarowego,
- 3) przeprowadzania szkoleń w zakresie ochrony p. poż. z pracownikami Szpitala,
  - 4) konserwacja sprzętu oraz innych urządzeń przeciwpożarowych,
  - 5) prowadzenie dokumentacji dotyczącej spraw ochrony przeciwpożarowej,
  - 6) współpraca z Powiatową Komendą Straży Pożarnej w Złotowie.
2. Inspektor Ochrony Przeciwpożarowej podlega bezpośrednio Dyrektorowi Szpitala.

### **Radca Prawny.**

#### **§ 95.**

1. Do zadań Radcy Prawnego należy:
  - 1) udzielanie porad prawnych,
  - 2) sporządzanie opinii prawnych,
  - 3) występowanie przed Sądami w ramach zastępstwa procesowego,
  - 4) przygotowanie projektów wewnętrznych aktów prawnych,
  - 5) konsultowanie projektów umów i ich opiniowanie,
  - 6) informowanie o zmianach w przepisach z zakresu działalności Szpitala oraz prowadzenie rejestru aktów prawnych.
2. Radca Prawny podlega bezpośrednio Dyrektorowi Szpitala.

### **Kapelan.**

#### **§ 96.**

1. Do zadań Kapelana należy:
  - 1) posługa sakramentalna Pacjentom przebywającym w oddziałach szpitalnych,
  - 2) odprawianie nabożeństw w kaplicy szpitalnej.
2. Kapelan podlega bezpośrednio pod Dyrektora Szpitala.

### **Inspektor ochrony radiologicznej.**

#### **§ 97.**

1. Do zadań inspektora ochrony radiologicznej należy:
  - 1) nadzór nad przestrzeganiem prowadzenia działalności według instrukcji pracy z aparatami rentgenowskimi, Tomografem Komputerowym oraz nad

- 2) prowadzeniem dokumentacji dotyczącej ochrony radiologicznej, nadzór nad spełnieniem warunków dopuszczających do zatrudnienia na danym stanowisku pracy, w tym dotyczących szkolenia pracowników na stanowisku pracy w zakresie ochrony radiologicznej.
2. Inspektor ochrony radiologicznej podlega bezpośrednio Dyrektorowi Szpitala.

### **Pełnomocnik ds. Zintegrowanego Systemu Zarządzania .**

#### **§ 98.**

1. Pełnomocnik ds. ZSZ wykonuje swoją funkcję przy pomocy audytorów wewnętrznych.
2. Do obowiązków Pełnomocnika ZSZ należy w szczególności:
  - 1) zapewnienie, że procesy potrzebne w systemach zarządzania są ustanowione, wdrożone i utrzymywane zgodnie z wymaganiami norm i zaplanowanymi ustaleniami,
  - 2) nadzorowanie realizacji audytów wewnętrznych,
  - 3) inicjowanie, nadzorowanie i koordynacje prac związanych z opracowaniem, wdrożeniem, doskonaleniem, utrzymaniem, opiniowaniem i zatwierdzaniem zmian, działań doskonalących i naprawczych oraz dokumentacji ZSZ,
  - 4) opracowanie i uaktualnianie planu poprawy jakości w uzgodnieniu z Dyrektorem Szpitala,
  - 5) tworzenie struktury ZSZ odpowiedniej dla Szpitala oraz spójnej z całokształtem jego działalności,
  - 6) prowadzenie dokumentacji systemów zgodnie z przyjętymi normami oraz nadzorowanie dokumentacji jakościowej,
  - 7) zapewnienie upowszechniania w Szpitalu świadomości dotyczącej wymaganych norm,
  - 8) przedstawianie Dyrektorowi Szpitala sprawozdań dotyczących funkcjonowania systemów, ich zagrożeń i wszelkich potrzeb związanych z doskonaleniem,
  - 9) współpraca z komórkami organizacyjnymi Szpitala jak i z instytucjami, organizacjami zewnętrznymi w zakresie powierzonych zadań, w tym z jednostkami normalizacyjnymi i certyfikacyjnymi,
  - 10) zapewnienie skutecznej komunikacji wewnętrznej i zewnętrznej,
  - 11) nadzorowanie procesów certyfikacji, recertyfikacji, akredytacji i innych zewnętrznych ocen w zakresie spełnienia określonych wymagań ZSZ,
  - 12) utrzymanie przyznanych certyfikatów, rozszerzanie ich przedmiotu lub zestawu spełnionych wymagań,
  - 13) utrzymanie przyznanych certyfikatów, rozszerzanie ich przedmiotu lub zestawu spełnionych wymagań.

#### **§ 99.**



Szczegółowe zadania komórek organizacyjnych określają zakresy czynności poszczególnych stanowisk pracy, zarządzenia Dyrektora Szpitala oraz polecenia służbowe.

## **Finansowanie i przebieg procesu udzielania świadczeń zdrowotnych.**

### **§ 100.**

1. Świadczenia zdrowotne finansowane ze środków publicznych udzielane są:
  - 1) osobom ubezpieczonym, objętym powszechnym obowiązkowym lub dobrowolnym ubezpieczeniem zdrowotnym,
  - 2) osobom nieobjętym ubezpieczeniem zdrowotnym, a uprawnionym do bezpłatnych świadczeń zdrowotnych na podstawie odrębnych przepisów.
2. Świadczenia zdrowotne za częściową odpłatnością udzielane są Pensjonariuszom Zakładu Opiekuńczo- Leczniczego, według obowiązujących w tym zakresie przepisów.
3. Świadczenia zdrowotne odpłatnie udzielane są:
  - 1) osobom nieubezpieczonym - nieobjętym ubezpieczeniem zdrowotnym,
  - 2) osobom, zgłaszającym się dobrowolnie na badania diagnostyczne, w zakresie profilaktyki zachowania, przywracania zdrowia - na podstawie cenników za świadczenia zdrowotne.
4. Nie można odmówić udzielenia świadczenia zdrowotnego osobie (Pacjentowi), która potrzebuje natychmiastowego udzielenia takiego świadczenia ze względu na zagrożenie zdrowia lub życia.

## **Udzielanie świadczeń opieki ambulatoryjnej.**

### **§ 101.**

1. Specjalistyczne ambulatoryjne świadczenia zdrowotne są udzielane na podstawie skierowania lekarza ubezpieczenia zdrowotnego.
2. Świadczenia zdrowotne udzielane są po okazaniu dokumentu uprawniającego do skorzystania ze świadczeń (dokument ubezpieczenia zdrowotnego, skierowanie na wykonanie świadczenia zdrowotnego na podstawie umowy za Szpitalem lub dowód dokonania opłaty za wykonanie świadczenia zgodnie z cennikiem).
3. Świadczenia w Laboratorium Diagnostycznym oraz Pracowni RTG udzielane są na bieżąco. Świadczenia w pozostałych komórkach organizacyjnych udzielane są w terminie ustalonym przez strony.

## **Zasady odwiedzin Pacjentów w Szpitalu i udzielanie informacji o stanie zdrowia.**

## **§ 102.**

1. Pacjent ma prawo do kontaktu osobistego, telefonicznego lub korespondencyjnego z osobami z zewnątrz.
2. Godziny odwiedzin określa harmonogram pracy oddziału.
3. W przypadku zagrożenia epidemicznego lub ze względu na warunki przebywania innych osób chorych w Szpitalu, Dyrektor Szpitala może ograniczyć prawo Pacjenta, do osobistego kontaktu chorych z osobami z zewnątrz, w tym do sprawowania dodatkowej opieki przez osoby bliskie lub inne osoby wskazane przez Pacjenta.
4. Każda decyzja ograniczająca czas i zakres odwiedzin Pacjentów, w sytuacjach określonych w Regulaminie zostaje wydana przez Dyrektora Szpitala, w formie pisemnej i winna zawierać uzasadnienie podjętej decyzji i przewidywany termin trwania ograniczeń. Treść takiej decyzji zostaje przekazana personelowi oraz Pacjentom i odwiedzającym w drodze ogłoszenia.
5. Ordynator oddziału, lekarz kierujący oddziałem lub lekarz dyżurny w wyjątkowych przypadkach może wyrazić zgodę na odwiedzanie chorego w godzinach nocnych.
6. Pacjenci oraz osoby odwiedzające winny przestrzegać obowiązujących w Szpitalu przepisów sanitarnych, przeciwpożarowych oraz dotyczących bezpieczeństwa osób i ochrony mienia.
7. Informacji o stanie zdrowia Pacjentów udzielają ordynatorzy, lekarze kierujący oddziałem, lekarze prowadzący lub lekarze dyżurni oraz pozostałe osoby wykonujące zawód medyczny (w zakresie udzielanych przez tę osobę świadczeń zdrowotnych oraz zgodnie z posiadanymi przez nią uprawnieniami).
8. O stanie zdrowia Pacjentów ciężko chorych, a także w przypadkach szczególnie uzasadnionych, lekarze udzielają informacji w każdym czasie.
9. Informacji o stanie zdrowia Pacjentów nie udziela się przez telefon (za wyjątkiem sytuacji, w których możliwa jest jednoznaczna identyfikacja osoby dzwoniącej).
10. W razie pogorszenia się stanu zdrowia Pacjenta, powodującego zagrożenie życia lub w razie jego śmierci, Szpital niezwłocznie zawiadamia wskazaną przez Pacjenta osobę lub instytucję lub przedstawiciela ustawowego.
11. Szczegółowe zasady odwiedzin Pacjentów określa Regulamin Porządkowy dla odwiedzających, wprowadzony zarządzeniem Dyrektora Szpitala.

## **§ 103.**

1. W razie śmierci Pacjenta Szpital jest zobowiązany należycie przygotować zwłoki poprzez ich umycie i okrycie, z zachowaniem godności należnej osobie zmarłej, w celu ich wydania osobie lub instytucji uprawnionej do ich pochowania oraz przechowywać do 72 godzin licząc od godziny, w której nastąpiła śmierć. Czynności te nie stanowią przygotowania zwłok zmarłego Pacjenta do pochowania i są nieodpłatne.
2. Szczegółowy tryb postępowania ze zwłokami ludzkimi określa procedura wprowadzona zarządzeniem Dyrektora Szpitala.
3. Zwłoki Pacjenta mogą być przechowywane w chłodni dłużej niż 72 godziny za odpłatnością, o ile przepisy odrębne stanowią inaczej, jeżeli:



- 1) nie mogą zostać wcześniej odebrane przez osoby lub instytucje uprawnione do pochowania zwłok Pacjenta,
- 2) w związku ze zgonem zostało wszczęte dochodzenie albo śledztwo, a prokurator nie zezwolił na pochowanie zwłok,
- 3) przemawiają za tym inne, niż wymienione w pkt. 1 i 2, ważne przyczyny, za zgodą albo na wniosek osoby lub instytucji uprawnionej do pochowania zwłok Pacjenta.

### **Dokumentacja medyczna.**

#### **§ 104.**

1. Szpital prowadzi dokumentację medyczną Pacjentów korzystających ze świadczeń zdrowotnych zgodnie z obowiązującymi przepisami zapewniając ochronę danych osobowych.
2. Rodzaje, zakres dokumentacji medycznej i przechowywanie dokumentacji medycznej następuje zgodnie z ustawą o prawach Pacjenta i Rzecznika Praw Pacjenta z dnia 6 listopada 2008 r. (Dz. U. 2020, poz. 849) i wydanymi na jej podstawie aktami wykonawczymi.
3. Szczegółowe uregulowania w zakresie udostępniania dokumentacji medycznej zawarte są w „Procedurze dotyczącej warunków udostępnienia dokumentacji medycznej w Szpitalu Powiatowym w Złotowie”.
4. Pierwsze udostępnienie dokumentacji medycznej jest bezpłatne. Udostępnienie dokumentacji po raz kolejny wiąże się z odpłatnością zgodnie z art. 27 i 28 ustawy o Prawach Pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta z dnia 6 listopada 2008 r. (Dz. U. 2020, poz. 849).
5. Wysokość opłaty za udostępnienie dokumentacji medycznej określa zarządzenie Dyrektora Szpitala.

### **Warunki współdziałania z innymi podmiotami wykonującymi działalność leczniczą.**

#### **§ 105.**

1. Szpital współdziała z innymi podmiotami, w tym podmiotami leczniczymi, w celu zapewnienia prawidłowej diagnostyki, leczenia Pacjentów i ciągłości postępowania diagnostyczno-leczniczego.
2. Współdziałanie przyjmuje w szczególności następujące formy:
  - 1) zawieranie umów z innymi podmiotami, w tym podmiotami leczniczymi, w przedmiocie świadczeń zdrowotnych, których nie wykonuje się w Szpitalu, a które są konieczne do zapewnienia prawidłowego procesu leczenia Pacjentów

- Szpitala,
- 2) zawieranie umów z innymi podmiotami, w tym podmiotami leczniczymi w przedmiocie świadczeń zdrowotnych udzielanych przez Szpital,
  - 3) zapewnienie Pacjentom Szpitala konsultacji lekarzy innych niż zatrudnieni w Szpitalu,
  - 4) udzielanie konsultacji przez lekarzy Szpitala na zlecenie innych podmiotów, w tym podmiotów leczniczych.
3. Współpraca z innymi podmiotami leczniczymi obejmuje w szczególności;
- 1) kardiologię interwencyjną,
  - 2) położnictwo,
  - 3) neurochirurgię,
  - 4) teleradiologię,
  - 5) ratownictwo medyczne,
  - 6) badania histopatologiczne.

### **Organizacja procesu udzielania świadczeń zdrowotnych w przypadku pobierania opłat.**

#### **§ 106.**

1. Szpital udziela świadczeń zdrowotnych, o których mowa w ust. 2, odpłatnie wyłącznie wobec osób nieuprawnionych do bezpłatnych świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych, o których mowa w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.
2. Odpłatność za świadczenia stacjonarne w warunkach szpitalnych naliczana jest po wypisaniu Pacjenta ze Szpitala.
3. Odpłatne świadczenia ambulatoryjne udzielane są w Laboratorium Analityki Medycznej z Pracownią Mikrobiologii i Serologii, Pracowni RTG, Pracowni Tomografii Komputerowej, Pracowni Diagnostyki Ultrasonograficznej i Endoskopowej, Poradniach Przychodni, Transporcie Sanitarnym, Dziale Rehabilitacji.
4. Wysokość opłat za świadczenia zdrowotne inne niż finansowane ze środków publicznych określa „Cennik usług medycznych” i innych wykonywanych w Szpitalu Powiatowym im. Alfreda Sokołowskiego w Złotowie.

#### **§ 107.**

Uchyla się regulamin organizacyjny wprowadzony zarządzeniem Dyrektora Szpitala Powiatowego im. Alfreda Sokołowskiego w Złotowie nr 102/2019 z dnia 23 grudnia 2019 roku.



**§ 108.**

Regulamin organizacyjny wchodzi w życie z dniem określonym w zarządzeniu Dyrektora.

**DYREKTOR**  
 *Szpitala Powiatowego  
im. Alfreda Sokółowskiego w Złotowie*  
**lek. Artur Bobruk**





## **Regulamin Centrum Zdrowia Psychicznego**

### **§ 1.**

1. Centrum Zdrowia Psychicznego (CZP) powstało i działa w oparciu o przepisy ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego, rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 19 czerwca 2019 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień oraz rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 27 kwietnia 2018 r. w sprawie programu pilotażowego w centrach zdrowia psychicznego.
2. Centrum Zdrowia Psychicznego stanowi wyodrębnioną część w strukturze organizacyjnej Szpitala wchodzącą w skład Zakładu Szpital, zapewniający kompleksową opiekę zdrowotną nad osobami i z zaburzeniami psychicznymi i na określonym obszarze terytorialnym w warunkach stacjonarnych, dziennych psychiatrycznych i ambulatoryjnych.
3. Obszarem działania CZP jest obszar powiatu złotowskiego.
4. Z usług CZP mogą korzystać osoby pełnoletnie cierpiące na zaburzenia psychiczne. Również członkowie rodzin, a także bliscy i znajomi pacjentów z zaburzeniami psychicznymi

### **§ 2.**

1. Celem Centrum jest objęcie wszechstronną opieką osób znajdujących się w kryzysach psychicznych i odejście od tradycyjnego, izolacyjnego leczenia w warunkach szpitalnych na rzecz opieki środowiskowej zgodnie z Narodowym Programem Ochrony Zdrowia Psychicznego.
2. Wszechstronność opieki udzielanej przez Centrum Zdrowia Psychicznego wynika ze:
  - 1) zróżnicowania świadczeń zdrowotnych oferowanych przez jego poszczególne zespoły,
  - 2) koordynacji świadczeń udzielanych poszczególnym pacjentom,
  - 3) dostosowania struktury organizacyjnej do lokalnych potrzeb.

### **§ 3.**

1. Centrum Zdrowia Psychicznego udziela pomocy:
  - 1) czynnej pacjentom z przewlekłymi zaburzeniami psychicznymi, wymagającym ciągłej opieki i leczenia, związanym z Centrum Zdrowia Psychicznego terytorialnie oraz społecznie,
  - 2) długoterminowej, pacjentom z przewlekłymi zaburzeniami psychicznymi, inny m niż określony w pkt. 1,
  - 3) krótkoterminowej, pacjentom z zaburzeniami epizodycznymi lub nawracającymi.
  - 4) doraźnej, pacjentom w stanach nagłych i przypadkach pilnych,
  - 5) konsultacyjnej, innym niż określone w pkt. 1 -4 osobom potrzebującym świadczeń diagnostycznych lub porad.

### **§ 4.**


Wszystkie formy pomocy udzielane są w ramach jednego ośrodka psychiatrycznego, w którym personel poszczególnych komórek ściśle ze sobą współpracuje i ustala oraz organizuje ciągłość opieki nad pacjentem w ramach struktur organizacyjnych CZP.



## § 5.

1. Centrum Zdrowia Psychicznego realizuje swoje cele w następujących komórkach organizacyjnych:
  - 1) Oddział Psychiatryczny - oddział szpitalny zapewniający całodobowy (w godzinach poza ordynackich opiekę zapewnia Lekarz dyżurny CZP) we wszystkie dni tygodnia dostęp do odpowiednio kwalifikowanej psychiatrycznej opieki lekarskiej w warunkach stacjonarnych,
  - 2) Oddział Dzienny Psychiatryczny z zadaniem częściowej hospitalizacji czynny od poniedziałku do piątku poza dniami ustawowo wolnymi od pracy. w godz. 7.30-15.05,
  - 3) Zespół Leczenia Środowiskowego, z zadaniem m.in. udzielania wizyt domowych, prowadzenia terapii indywidualnej i grupowej. pracy z rodziną, treningu umiejętności, budowania sieci oparcia społecznego, organizowania zajęć rehabilitacyjnych, czynności pielęgniarskich i interwencji socjalnych,
  - 4) Poradnia Zdrowia Psychicznego, z zadaniem m.in. udzielania w formie ambulatoryjnej porad lekarskich i psychologicznych, indywidualnej i grupowej pomocy psychoterapeutycznej, czynności pielęgniarskich i interwencji socjalnych.
2. W ramach Poradni Zdrowia Psychicznego organizuje się Punkt Zgłoszeniowo - Koordynacyjny (PZK), do zadań, którego należy:
  - 1) udzielanie informacji o zakresie działania CZP i możliwości uzyskania świadczeń opieki zdrowotnej.
  - 2) przeprowadzenie wstępnej oceny potrzeb osób zgłaszających się, uzgodnienie wstępnego planu postępowania oraz udzielenie możliwego wsparcia w zakresie zdefiniowanych potrzeb,
  - 3) uzgodnienie terminu przyjęcia i wskazanie miejsca uzyskania niezbędnego świadczenia psychiatrycznego w przypadkach pilnych nie później niż 72 godziny od zgłoszenia,
  - 4) w przypadkach tego wymagających wskazanie miejsca uzyskania niezbędnego świadczenia z zakresu pomocy społecznej.
  - 5) udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.
3. Poradnia Zdrowia Psychicznego oraz Punkt Zgłoszeniowo - Koordynacyjny czynne są od poniedziałku do piątku, poza dniami ustawowo wolnymi od pracy, w godzinach od 800 do 18'.
4. Świadczenia w CZP mogą być udzielane przez podwykonawcę udzielającego świadczeń na zlecenie Szpitala.

## § 6.

1. Działalnością Centrum kieruje wyznaczony przez Dyrektora Szpitala Kierownik/Koordinator CZP, któremu podlegają wszyscy pracownicy zatrudnieni w CZP.
  2. Kierownik CZP odpowiada za całokształt spraw związanych z prawidłowym funkcjonowaniem Centrum, w szczególności:
- 





- zapewnienie sprawności i skuteczności działania CZP, zwłaszcza w zakresie prawidłowej realizacji wynikających z umowy pilotażu CZP zadań, koordynacji działań i przepływu informacji, dokumentowania udzielonych świadczeń oraz sprawozdawczości,
  - wdrażanie obowiązujących przepisów prawa, wytycznych, zarządzeń i poleceń służbowych Dyrektora, czuwanie nad ich przestrzeganiem przez podległych pracowników,
  - nadzór nad prawidłowym i racjonalnym gospodarowaniem, wykorzystaniem i używaniem sprzętu, urządzeń, materiałów i środków będących na wyposażeniu placówki.
3. Kierownik/Koordynator CZP podlega bezpośrednio Dyrektorowi Szpitala.
  4. Kierownik/Koordynator CZP może posiadać swojego zastępcę.

### **§ 7.**

1. Personel Centrum stanowią:
  - 1) Lekarze, w tym Lekarze Kierujący Oddziałami,
  - 2) Pielęgniarki, w tym pielęgniarki specjalistki,
  - 3) Specjalista psychologii klinicznej lub psycholog kliniczny,
  - 4) Psycholog,
  - 5) Psychoterapeuta,
  - 6) Pracownik socjalny,
  - 7) Terapeuta środowiskowy,
  - 8) Terapeuta zajęciowy,
  - 9) Asystent zdrowienia,
  - 10) Sekretarka medyczna/rejestratorka.
2. Centrum może zatrudniać specjalistów w zakresie zdrowia publicznego oraz inne osoby niezbędne dla realizacji zadań CZP, np. ratowników medycznych, kierowców, a także personel pomocniczy (np. sanitariusze, opiekunowie medyczni).
3. Za koordynowanie działań zapewniających dostarczanie pacjentom informacji o przysługujących świadczeniach i uzyskanie przez nich właściwych świadczeń opieki zdrowotnej zgodnych z ich potrzebami oraz planem terapii i zdrowienia odpowiada koordynator opieki, wyznaczony przez Kierownika CZP.

### **§ 8.**

1. W CZP jest prowadzona jednolita, zintegrowana dokumentacja medyczna obejmująca ambulatoryjne świadczenia zdrowotne psychiatryczne i leczenie środowiskowe z wyjątkiem przypadków, w których jeden z wymienionych zakresów świadczeń jest realizowany przez podwykonawcę.
2. Za prawidłowe prowadzenie dokumentacji medycznej odpowiada Kierownik CZP.

**DYREKTOR**  
Szpitala Powiatowego  
im. Alfreda Sokolowskiego w Złotowie  
*lek. Artur Bobruk*

