

REGULAMIN ORGANIZACYJNY

Szpitala Specjalistycznego Pro – Familia Tomasz Łoziński Spółka Komandytowa
w Rzeszowie

Spis treści

I. FORMA PODMIOTU ORAZ PODSTAWY PRAWNE FUNKCJONOWANIA.....	3
II. CELE I ZADANIA SZPITALA	4
III. STRUKTURA ORGANIZACYJNA ZAKŁADÓW LECZNICZYCH	5
IV. STRUKTURA ORGANIZACYJNA, ORGANIZACJA I ZADANIA KOMÓREK ORGANIZACYJNYCH SZPITALA	7
V. PRZEBIEG PROCESU UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH	11
VI. WARUNKI WSPÓŁDZIAŁANIA Z INNYMI PODMIOTAMI LECZNICZYMI.....	14
VII. PRAWA I OBOWIĄZKI SZPITALA W ZAKRESIE PRAW PACJENTA	14
VIII. OBOWIĄZKI PACJENTA.....	18
IX. OBOWIĄZKI SZPITALA W RAZIE ŚMIERCI PACJENTA	19
X. DOKUMENTACJA MEDYCZNA, ZASADY TWORZENIA, PRZECHOWYWANIA I UDOSTĘPNIANIA.....	21
XI. SKARGI I WNIOSKI	22
XII. POSTANOWIENIA KOŃCOWE.....	22

I. FORMA PODMIOTU ORAZ PODSTAWY PRAWNE FUNKCJONOWANIA

§1

1. Szpital Specjalistyczny Pro – Familia Tomasz Łoziński Sp. komandytowa z siedzibą w Rzeszowie jest podmiotem leczniczym prowadzonym w formie spółki komandytowej.
2. Szpital Specjalistyczny Pro – Familia Tomasz Łoziński Sp. komandytowa z siedzibą przy ul. Witolda 6b w Rzeszowie jest podmiotem leczniczym zarejestrowanym w rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą, prowadzonym przez Wojewodę Podkarpackiego pod numerem **00000024008**.
3. Szpital Specjalistyczny Pro – Familia posiada osobowość prawną od dnia wpisania do Krajowego Rejestru Sądowego, pod numerem **0000593920**, prowadzonego przez Sąd Rejonowy w Rzeszowie, XII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego.
4. Szpital Specjalistyczny Pro – Familia posiada identyfikator wg systemu REGON: **180357490** oraz Numer Identyfikacji Podatkowej NIP: **8133561368**.

§2

1. Funkcjonowanie Szpitala Specjalistycznego Pro – Familia określają powszechnie obowiązujące przepisy prawa i wewnątrz akty normatywne w szczególności następujące przepisy prawne i dokumenty:
 - a) ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (t. j. Dz.U. 2023, poz.991),
 - b) ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. 2024 poz. 581 późn.zm.)
 - c) ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. 2023 poz. 1096 późn.zm.)
 - d) ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (Dz. U. 2023 poz. 1731 późn.zm.)
 - e) ustawa z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. 2023 poz. 1651 późn.zm.)
 - f) ustawa z dnia 23 kwietnia 1964 r. Kodeks cywilny (Dz. U. 2023 poz. 2320 późn.zm.)
 - g) ustawa z dnia 26 czerwca 1974 r. Kodeks pracy (Dz. U. 2023 poz. 1465 późn.zm.)
 - h) ustawa z dnia 31 stycznia 1959 r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych (Dz. U. 2023 poz. 887 późn.zm.)
 - i) ustawa z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. 2023 poz. 1239 późn.zm.)
 - j) ustawa z dnia 16 czerwca 2023 r. o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta (Dz.U.2023.1692 z późn.zm.)
 - k) Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 10 kwietnia 2012 r. w sprawie sposobu postępowania podmiotu leczniczego wykonującego działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne ze zwłokami pacjenta w przypadku śmierci pacjenta (Dz. U. 2012 poz. 420 późn.zm.)
 - l) Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. 2023 poz. 2359 późn.zm.)
 - m) niniejszy regulamin organizacyjny,
 - n) wewnątrz akt normatywne Dyrektora.

§3

1. Uprawnionymi do reprezentowania Szpitala Specjalistycznego Pro – Familia Tomasz Łoziński Sp. k. są: komplementariusze uprawnieni do reprezentacji spółki.
2. Wspólnicy reprezentujący ww. Spółkę powierzają funkcję Kierownika Szpitala, o którym mowa w art. 2 ust. 2 pkt 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej - **Radosławowi Skiba**. Kierownik Szpitala w ramach pełnionej funkcji może posługiwać się zwrotem „Dyrektor”. Ilekroć mowa w niniejszym regulaminie o Dyrektorz Szpitala, rozumie się przez to Kierownika Szpitala.
3. Szpital Specjalistyczny Pro – Familia wykonuje swoje zadania w ramach struktury organizacyjnej szczegółowo określonej w załączniku nr 1 do regulaminu.

§4

1. Dyrektor Szpitala wykonuje swoje zadania osobiście.
2. Podczas nieobecności Dyrektora Szpitala, zastępuje go osoba wskazana odpowiednim pełnomocnictwem. Pełnomocnictwo to musi być wcześniej udzielone i określać zakres uprawnień zastępcy.
3. Dyrektor Szpitala jest odpowiedzialny za organizację i nadzór nad pracą personelu medycznego oraz administracji szpitala. Obejmuje to zarówno codzienną koordynację działań, jak i długoterminowe planowanie.
4. Dyrektor Szpitala, w celu zapewnienia optymalnej jakości realizowanych świadczeń, może powoływać zarządzeniem stałe lub doraźne (w zależności od potrzeb) Zespoły i Komitety. Określa ich skład, zadania i kompetencje.

5. Dyrektor Szpitala określa szczegółowe zasady, standardy postępowania oraz procedury wykonywane przez poszczególne komórki organizacyjne i pracowników szpitala w celu zapewnienia właściwego poziomu i jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych.

§5

W Szpitalu wydawane są następujące wewnętrzne akty normatywne:

- a) zarządzenia Dyrektora Szpitala — akty o charakterze ogólnym, wprowadzające przepisy ustalające obowiązki i uprawnienia poszczególnych jednostek organizacyjnych, bądź regulujące sprawy o istotnym znaczeniu dla Szpitala,
- b) pisma ogólne Dyrektora Szpitala — akty stanowiące wykładnię ogólnie obowiązujących przepisów i zarządzeń; ustalające tryb i harmonogram okresowych prac bądź uprawnień; zawierające wytyczne w sprawie roboczego trybu załatwiania prac,
- c) polecenia służbowe Dyrektora Szpitala akty o charakterze indywidualnym, dotyczące poszczególnych pracowników bądź komórek organizacyjnych,
- d) instrukcje — akty stanowiące wytyczne w ściśle określonym zakresie np. obsługi aparatury medycznej, obiegu dokumentacji, dla właściwej merytorycznie komórki organizacyjnej.
- e) komunikaty Dyrektora Szpitala — kierowane do pracowników Szpitala.

II. CELE I ZADANIA SZPITALA

§6

1. Głównym zadaniem Szpitala Specjalistycznego Pro–Familia jest wykonywanie działalności leczniczej poprzez udzielanie świadczeń zdrowotnych, jak również: promocja zdrowia, realizacja zadań dydaktycznych i badawczych powiązanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych, wdrażanie nowych technologii medycznych i metod leczenia.
2. Realizując cele określone w ust. 1, Szpital Specjalistyczny Pro–Familia jednocześnie uczestniczy w:
 - a) przygotowywaniu osób do wykonywania zawodu medycznego i kształceniu osób wykonujących zawód medyczny;
 - b) prowadzeniu prac badawczych.
3. Szpital Specjalistyczny Pro–Familia udziela świadczeń zdrowotnych na zasadach określonych w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, w przepisach odrębnych, umowach cywilnoprawnych zawieranych z publicznymi i niepublicznymi dysponentami środków finansowych oraz z osobami fizycznymi.
4. Do zadań Szpitala Specjalistycznego Pro–Familia należy:
 - a) udzielanie stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych w ramach posiadanych specjalności, w tym: świadczeń szpitalnych oraz transportu sanitarnego,
 - b) udzielanie ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych, w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej oraz badań diagnostycznych,
 - c) udzielanie świadczeń w zakresie programów lekowych,
 - d) realizacja profilaktycznych programów zdrowotnych,
 - e) udzielanie świadczeń finansowanych ze środków publicznych zgodnie z zakresem zawartych z Narodowym Funduszem Zdrowia umów, na zasadach określonych przepisami obowiązującego prawa,
 - f) prowadzenie działalności mającej na celu promocję zdrowia,
 - g) uczestniczenie w kształceniu osób wykonujących zawód medyczny na zasadach określonych w odrębnych przepisach regulujących kształcenie tych osób, w tym ułatwianie podnoszenia kwalifikacji zawodowych oraz prowadzenie działalności szkoleniowej, w szczególności staży podyplomowych i specjalizacyjnych.
5. Do podstawowych zadań personelu medycznego Szpitala Specjalistycznego Pro–Familia należy:
 - a) udzielanie świadczeń zdrowotnych pacjentom,
 - b) prognozowanie i organizowanie działalności profilaktyczno–leczniczej,
 - c) udzielanie indywidualnych porad i konsultacji w ramach udzielanych świadczeń zdrowotnych,
 - d) organizowanie i prowadzenie edukacji zdrowotnej,
 - e) wnioskowanie w sprawach zaopatrzenia w medyczne środki pomocnicze,
 - f) współdziałanie z innymi jednostkami organizacyjnymi służby zdrowia, jednostkami samorządu terytorialnego, szkołami, zakładami pracy, organizacjami i stowarzyszeniami,
 - g) orzekanie i opiniowanie o stanie zdrowia,
 - h) inne zadania zlecone przez osoby uprawnione do reprezentowania Szpitala Specjalistycznego Pro–Familia.

6. Szczegółowy zakres dla wszystkich pracowników oraz osób świadczących usługi na rzecz Szpitala określają Zakresy obowiązków ustalone pomiędzy Stronami.

III. STRUKTURA ORGANIZACYJNA ZAKŁADÓW LECZNICZYCH

§7

1. Rodzajem działalności leczniczej wykonywanej w zakładach leczniczych podmiotu leczniczego Szpitala Specjalistycznego Pro–Familia są:
 - a) stacjonarne i całodobowe świadczenie zdrowotne szpitalne – rodzaj działalności leczniczej wykonywanej w zakładzie leczniczym podmiotu leczniczego, oznaczony kodem resortowym stanowiącym część VI systemu kodów identyfikacyjnych – 1.
 - b) ambulatoryjne świadczenia zdrowotne – rodzaj działalności leczniczej wykonywanej w zakładzie leczniczym podmiotu leczniczego, oznaczony kodem resortowym stanowiącym część VI systemu kodów identyfikacyjnych – 3.
2. W strukturze organizacyjnej podmiotu leczniczego Szpitala Specjalistycznego Pro–Familia wyodrębniono zakłady lecznicze, w ramach których funkcjonują jednostki organizacyjne Szpitala tj.:
 - a) Szpital Specjalistyczny Pro–Familia - ul. Podpromie 8/1A, 35-033 Rzeszów, numer REGON zakładu leczniczego: 18035749000034, kod resortowy cz. V - 01, cz. VI - 3
 - b) Szpital Specjalistyczny Pro–Familia - ul. Witolda 6B, 35-302 Rzeszów, numer REGON zakładu leczniczego: 18035749000027, kod resortowy cz. V - 02, cz. VI - 1
 - c) Szpital Specjalistyczny Pro–Familia - ul. Witolda 6B, 35-302 Rzeszów, numer REGON zakładu leczniczego: 18035749000041, kod resortowy cz. V - 03, cz. VI – 3
 - d) Szpital Specjalistyczny Pro- Familia - ul. Wolności 27C, 39-300 Mielec, numer REGON zakładu leczniczego: 18035749000041, kod resortowy cz. V - 04, cz. VI – 3
3. W ramach jednostki organizacyjnej [01] **Szpital Specjalistyczny Pro–Familia – ul. Podpromie 8/1A, 35-033 Rzeszów** wyodrębnione są komórki organizacyjne, oznaczone kodem resortowym stanowiącym część VII (stanowi 3-znakowy niepowtarzalny kod identyfikujący komórkę organizacyjną) i VIII (kod charakteryzujący specjalność komórki organizacyjnej) systemu kodów identyfikacyjnych o nazwie:
 - Gabinet diagnostyczno- zabiegowy
 - Poradnia ginekologiczno-położnicza
 - Pracownia urodynamiki
 - Pracownia USG
 - Poradnia logopedyczna
 - Poradnia otolaryngologiczna dla dzieci
 - Poradnia otorynolaryngologiczna
 - Poradnia rehabilitacyjna
 - Poradnia urologiczna dla dorosłych
 - Poradnia urologiczna dla dzieci
4. W ramach jednostki organizacyjnej [02] **Szpital Specjalistyczny Pro–Familia – ul. Witolda 6B, 35-302 Rzeszów** wyodrębnione są komórki organizacyjne, oznaczone kodem resortowym stanowiącym część VII (stanowi 3-znakowy niepowtarzalny kod identyfikujący komórkę organizacyjną) i VIII (kod charakteryzujący specjalność komórki organizacyjnej) systemu kodów identyfikacyjnych o nazwie:
 - Apteka Szpitalna
 - Bank Mleka Kobiecego
 - Blok Operacyjny
 - Centralna sterylizacja
 - Gabinet diagnostyczno- zabiegowy
 - Izba Przyjęć
 - Klinika Ginekologii i Położnictwa z Pododdziałem Patologii Ciąży
 - Laboratorium diagnostyczne
 - Oddział anestezjologii i intensywnej terapii
 - Oddział Chirurgii
 - Oddział Chirurgii Piersi
 - Oddział Chemioterapii

- Oddział Neonatologii z Intensywną Opieką Medyczną
 - Oddział Ortopedii i Traumatologii Narządu Ruchu
 - Oddział Chirurgii Kręgosłupa
 - Oddział Ortopedii Dziecięcej
 - Oddział Pediatrii
 - Oddział Urologii
 - Oddział Otorynolaryngologiczny
 - Pracownia patomorfologii
 - Pracownia USG
 - Zespół kontroli zakaźnych
 - Zespół wyjazdowy "N"
5. W ramach jednostki organizacyjnej [03] **Szpital Specjalistyczny Pro – Familia – ul. Witolda 6B, 35-302 Rzeszów** wyodrębnione są komórki organizacyjne, oznaczone kodem resortowym stanowiącym część VII (stanowi 3-znakowy niepowtarzalny kod identyfikujący komórkę organizacyjną) i VIII (kod charakteryzujący specjalność komórki organizacyjnej) systemu kodów identyfikacyjnych o nazwie:
- Dział diagnostyki obrazowej
 - Pracownia mammografii
 - Pracownia rentgenodiagnostyki ogólnej jest w szpitalu
 - Pracownia rezonansu magnetycznego
 - Pracownia tomografii komputerowej jest w szpitalu
 - Pracownia densytometryczna
 - Gabinet diagnostyczno-zabiegowy
 - Gabinet medycyny estetycznej
 - Gabinet ortodontyczny
 - Gabinet periodontologiczny
 - Gabinet protetyki stomatologicznej
 - Gabinet stomatologiczny
 - Gabinet stomatologii dziecięcej
 - Gabinet stomatologii zachowawczej
 - Poradnia (gabinet) nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej
 - Poradnia alergologiczna
 - Poradnia anestezjologiczna
 - Poradnia chirurgii naczyniowej
 - Poradnia chirurgii ogólnej dla dorosłych
 - Poradnia chirurgii ogólnej dla dzieci
 - Poradnia chirurgii onkologicznej
 - Poradnia chirurgii plastycznej
 - Poradnia chorób wewnętrznych
 - Poradnia chorób zakaźnych dla dorosłych
 - Poradnia chorób zakaźnych dla dzieci
 - Poradnia dermatologiczna
 - Poradnia diabetologiczna
 - Poradnia dietetyczna
 - Poradnia endokrynologiczna
 - Poradnia gastroenterologiczna
 - Poradnia bariatryczna
 - Poradnia genetyczna
 - Poradnia ginekologiczno-położnicza
 - Poradnia ginekologii onkologicznej
 - Poradnia badań prenatalnych
 - Poradnia patologii ciąży
 - Poradnia hepatologiczna
 - Poradnia kardiologiczna

- Poradnia laktacyjna
 - Poradnia logopedyczna
 - Poradnia medycyny sportowej TERAZ JEST NAZWANE JAKO DZIAŁ M
 - Poradnia nefrologiczna dla dorosłych
 - Poradnia nefrologiczna dla dzieci
 - Poradnia neonatologiczna
 - Poradnia neurochirurgiczna
 - Poradnia neurologiczna
 - Poradnia okulistyczna
 - Poradnia onkologiczna
 - Poradnia ortopedyczna dla dorosłych
 - Poradnia ortopedyczna dla dzieci
 - Poradnia otolaryngologiczna dla dorosłych
 - Poradnia otolaryngologiczna dla dzieci
 - Poradnia pediatria
 - Poradnia preluksacyjna
 - Poradnia psychiatryczna
 - Poradnia psychologiczna
 - Poradnia pulmonologiczna
 - Poradnia rehabilitacyjna
 - Poradnia urologiczna dla dorosłych
 - Poradnia urologiczna dla dzieci
 - Pracownia endoskopii
 - Pracownia fizjoterapii
 - Pracownia USG
 - Punkt pobrań materiałów do badań
 - Szkoła rodzenia było w szpitalu
6. W ramach jednostki organizacyjnej [04] **Szpital Specjalistyczny Pro- Familia - ul. Wolności 27C, 39-300 Mielec** wyodrębnione są komórki organizacyjne, oznaczone kodem resortowym stanowiącym część VII (stanowi 3-znakowy niepowtarzalny kod identyfikujący komórkę organizacyjną) i VIII (kod charakteryzujący specjalność komórki organizacyjnej) systemu kodów komórki organizacyjnej) systemu kodów identyfikacyjnych o nazwie:
- Poradnia ginekologiczno-położnicza

IV. STRUKTURA ORGANIZACYJNA, ORGANIZACJA I ZADANIA KOMÓREK ORGANIZACYJNYCH SZPITALA

§8

1. Personel zatrudniony w poszczególnych komórkach organizacyjnych Szpitala podlega wskazanym przez Dyrektora Szpitala kierownikom.
2. Personel zobowiązany jest do realizacji opisanych w §6 zadań i obowiązków.
3. Komórki organizacyjne Szpitala zobowiązane są do współdziałania dla zapewnienia sprawnego i efektywnego funkcjonowania podmiotu pod względem diagnostyczno-leczniczym, pielęgnacyjnym, rehabilitacyjnym i administracyjno-gospodarczym oraz współpracy z innymi podmiotami wykonującymi działalność leczniczą w zakresie zapewnienia prawidłowości diagnostyki, leczenia, pielęgnacji i rehabilitacji pacjentów oraz ciągłości przebiegu procesu udzielania świadczeń zdrowotnych.
4. Szczegółowy opis funkcjonowania poszczególnych komórek organizacyjnych opisany jest w regulaminach, przepisach i innych aktach wewnętrznych Szpitala.
5. Komórkami organizacyjnymi kierują wyznaczone przez Dyrektora Szpitala osoby (lekarze kierujący, kierownicy, koordynatorzy, pielęgniarki i położne oddziałowe).
 - a) Oddziały szpitalne: Pracą oddziału kieruje Lekarz Kierujący, któremu w procesie diagnostyczno-terapeutycznym podlega cały personel oddziału. Podczas nieobecności lekarza kierującego jego funkcje przejmuje jego zastępca lub inny lekarz wyznaczony przez niego, a w czasie dyżuru I lekarz dyżurny. Pielęgniarki i położne oddziału podlegają bezpośrednio pielęgniarce lub położnej oddziałowej, a w zakresie realizowanych

zadań diagnostycznych i terapeutycznych lekarzowi kierującemu lub jego zastępcy. Pracę położnych i pielęgniarek organizuje położna oddziałowa.

- b) Pracownie: Pracą pracowni kieruje Lekarz Kierujący, któremu w procesie diagnostyczno–terapeutycznym podlega cały personel oddziału. Podczas nieobecności Lekarza Kierującego jego funkcje przejmuje lekarz wyznaczony przez niego lub przez Dyrektora medycznego. Pielęgniarki i położne pracowni podlegają bezpośrednio pielęgniarce lub położnej oddziałowej, a w zakresie realizowanych zadań diagnostycznych i terapeutycznych lekarzowi kierującemu lub jego zastępcy. Pracę położnych lub pielęgniarek organizuje kierownik zespołu, koordynator lub naczelną pielęgniarka.
 - c) Pozostałe komórki organizacyjne: Pracą działu kieruje wyznaczona przez Dyrektora Szpitala osoba, której podlega cały personel. Podczas nieobecności kierownika/koordynatora jego funkcje przejmuje zastępca lub inny pracownik wyznaczony przez kierownika/koordynatora lub Dyrektora Szpitala.
6. Szczegółowe zasady zastępowania kierowników komórek organizacyjnych oraz pozostałego personelu określają wewnętrzne akty normatywne, w tym procedura „System zastępstw i wzywania pracowników”.

§9

1. Celem efektywnego funkcjonowania podmiotu pod względem diagnostyczno–lecniczym, pielęgnacyjnym, rehabilitacyjnym i administracyjno–gospodarczym w Szpitalu ustalona została struktura organizacyjna, którą szczegółowo określa załącznik nr 1 niniejszego Regulaminu. Struktura określa funkcjonowanie komórek organizacyjnych w pionie administracyjnym oraz medycznym.

ZADANIA I UPRAWNIENIA OSÓB KIERUJĄCYCH

§10

1. Do zadań uprawnionych do reprezentacji komplementariuszy należy:
 - a) realizacja zadań Szpitala określonych w przepisach prawnych, w tym niniejszego Regulaminu,
 - b) inicjowanie działań służących skuteczniejszej realizacji zadań Szpitala,
 - c) dbałość o należyty wizerunek Szpitala,
 - d) działania na rzecz racjonalizacji zatrudnienia,
 - e) działania na rzecz właściwego wykorzystania czasu pracy i potencjału pracowniczego,
 - f) prowadzenie szkoleń wewnętrznych wśród pracowników Szpitala,
 - g) działania na rzecz skutecznego przekazu informacji przez kadrę kierowniczą podległym pracownikom,
 - h) opracowywanie wniosków do projektów planu finansowego i inwestycyjnego Szpitala na dany rok, realizacja zadań wynikających z tych planów oraz innych programów przyjętych w Szpitalu,
 - i) działanie na rzecz pozyskiwania ponadplanowych środków finansowych,
 - j) przygotowywanie opracowań statystycznych dla organów administracji publicznej,
 - k) przygotowywanie opracowań strategicznych dla Szpitala Specjalistycznego Pro – Familia,
 - l) opiniowanie projektów Regulaminów Wewnętrznych,
 - m) opracowywanie projektów odpowiedzi na pisma właściwych organów administracji publicznej w zakresie zadań danej komórki organizacyjnej,
 - n) współdziałanie z kierownikami komórek organizacyjnych innymi komórkami organizacyjnymi Szpitala w celu realizacji zadań wymagających uzgodnień między nimi,
 - o) prowadzenie bazy danych obejmującej sfery działalności Szpitala w zakresie działania danej komórki organizacyjnej,
 - p) rozpatrywanie skarg i wniosków odnoszących się do działalności danej komórki organizacyjnej,
 - q) udzielanie informacji publicznej zgodnie z powszechnie obowiązującymi przepisami prawa,
 - r) ochrona tajemnicy służbowej i państwowej,
 - s) przestrzeganie przepisów o ochronie danych osobowych w zakresie gromadzonych informacji,
 - t) wdrażanie i przestrzeganie zasad zarządzania jakością, w tym misji i celów strategicznych Szpitala.
2. Uprawnieni do reprezentacji komplementariusze powierzają wykonywanie zadań, o których mowa w ust. 1, Kierownikowi Szpitala.
3. Do zadań Dyrektora Medycznego należy w szczególności:
 - a) nadzór i koordynowanie działalności Szpitala w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych, w ramach umów z NFZ oraz usług medycznych udzielanych na podstawie umów cywilnoprawnych,

- b) kontrola realizacji przez medyczne komórki organizacyjne umów, o których mowa w pkt. powyżej,
 - c) bieżąca kontrola prawidłowości wyboru grup wg JGP przez lekarzy Szpitala,
 - d) bieżące analizowanie wielkości i struktury hospitalizacji oraz monitorowanie procesu diagnostyczno – terapeutycznego w przypadkach medycznie trudnych i kosztownych,
 - e) bieżąca kontrola prawidłowości prowadzenia dokumentacji medycznej,
 - f) przygotowywanie propozycji rozwiązań poprawiających jakość i efektywność działalności medycznej Szpitala,
 - g) planowanie i optymalizacja zatrudnienia oraz udział w procesie rekrutacji personelu w powierzonym obszarze zadań,
 - h) przygotowywanie wniosków w zakresie zadań inwestycyjnych dotyczących działalności medycznej Szpitala, współudział w opracowywaniu stosownych analiz i biznesplanów,
 - i) rozpatrywanie spraw spornych z obszaru działalności medycznej Szpitala ze szczególnym uwzględnieniem wskazań i miejsca hospitalizacji oraz działalności zabiegowej,
 - j) rozpatrywanie skarg na działalność podległego personelu medycznego i przedstawianie wniosków Dyrektorowi Szpitala,
 - k) nadzór nad realizacją zaleceń pokontrolnych formułowanych przez organy kontroli zewnętrznej oraz zaleceń wewnętrznych dotyczących procesu udzielania świadczeń zdrowotnych.
4. Do zadań Dyrektora Centrum Badawczo-Rozwojowego należy w szczególności:
- a) nadzorowanie przygotowywanie wniosków o dofinansowania,
 - b) przygotowywanie planów działania i planów finansowych CBR,
 - c) zarządzanie mieniem CBR i dysponowanie jego środkami finansowymi,
 - d) zawieranie umów na wykonanie prac badawczych i usługowych ze zleceniodawcami zewnętrznymi,
 - e) zawieranie porozumień na wykonanie prac badawczych i usługowych z jednostkami organizacyjnymi i zespołami badawczymi,
 - f) zapewnienie, w ramach swoich uprawnień, warunków do realizacji zadań CBR,
 - g) określanie zakresu obowiązków pracowników CBR,
 - h) nadzór nad pracownikami i przestrzeganiem wymagań BHP w CBR,
 - i) wykonywanie innych czynności przewidzianych przepisami prawa, uchwałami i zarządzeniami organów Spółki.
5. Do zadań Lekarza Kierującego oddziałem należy zarządzenie oddziałem w ramach realizacji świadczeń zdrowotnych związanych z ratowaniem życia oraz przywracaniem zdrowia pacjentom oddziału, zgodnie z obowiązującą wiedzą medyczną oraz obowiązującymi standardami i procedurami, przy uwzględnieniu planu finansowego Oddziału, poprzez m. in.:
- a) kierowanie strukturą podległej komórki organizacyjnej oraz powierzonym obszarem zadań, zgodnie z zasadą jednoosobowego kierownictwa i odpowiedzialności za wyniki pracy,
 - b) stałe monitorowanie jakości i efektywności pracy podległego personelu oraz optymalizowanie działalności kierowanej komórki organizacyjnej,
 - c) nadzór nad stosowaniem zasad etyki lekarskiej, przestrzeganiem tajemnicy lekarskiej oraz poszanowaniem praw pacjenta przez personel zatrudniony w Oddziale,
 - d) rozpatrywanie skarg i zażaleń pacjentów Oddziału w tym zajmowanie merytorycznego stanowiska w przedmiocie formułowanych przez pacjentów roszczeń,
 - e) racjonalne wykorzystanie łóżek w Oddziale,
 - f) nadzór nad rzetelnym i prawidłowym prowadzeniem dokumentacji medycznej Oddziału oraz terminowym i należyтым przygotowywaniem i przedkładaniem sprawozdań,
 - g) prowadzenie efektywnej gospodarki lekami, produktami medycznymi, artykułami sanitarnymi i środkami dezynfekcyjnymi w Oddziale,
 - h) czuwanie nad prawidłowym prowadzeniem rozliczeń świadczeń zdrowotnych udzielanych w Oddziale,
 - i) dbałość o dyscyplinę pracy podległego personelu,
 - j) zapewnienie podnoszenia kwalifikacji personelu zatrudnionego w Oddziale, w tym prowadzenie merytorycznych szkoleń,
 - k) wnioskowanie w sprawie zakupu nowego sprzętu i aparatury medycznej,
 - l) wnioskowanie do Dyrektora Szpitala w sprawach nagradzania i karania pracowników kierowanej komórki organizacyjnej,
 - m) realizacja polityki zarządzania jakością poprzez koordynowanie i podejmowanie działań mających na celu podnoszenie jakości usług świadczonych przez Szpital,

- n) realizacja zaleceń pokontrolnych formułowanych przez organy kontroli zewnętrznej oraz zaleceń wewnętrznych;
 - o) wdrażanie zarządzeń i poleceń służbowych Dyrektora Szpitala i Dyrektora ds. Medycznych.
6. Do zadań Pielęgniarki Naczelnej należy współpraca z lekarzami kierującymi oddziałami oraz kierownikami innych komórek organizacyjnych, a w szczególności:
- a) uczestniczy w planowaniu zatrudnienia personelu – pielęgniarki, położne, ratownicy medyczni – z uwzględnieniem właściwego rozmieszczenia kadr pomiędzy poszczególne komórki organizacyjne,
 - b) sprawuje nadzór nad opieką pielęgniarską w oddziałach szpitalnych, poradniach specjalistycznych, pracowniach diagnostycznych przy pomocy pielęgniarek oddziałowych i pielęgniarek koordynujących,
 - c) współpracuje w ustalaniu zakresu obowiązków, odpowiedzialności i uprawnień dla podległego personelu,
 - d) uczestniczy w procesie rekrutacji personelu oraz nadzoruje przebieg adaptacji zawodowej nowych pracowników,
 - e) nadzoruje zapewnienie całodobowej opieki pielęgniarskiej i położniczej poprzez elastyczną rotację kadr odpowiednio do faktycznego zapotrzebowania na opiekę poprzez m. in. systematyczne szacowanie rzeczywistego zapotrzebowania na opiekę pielęgniarską oraz określanie liczby i rodzaju stanowisk pracy,
 - f) dokonuje systematycznej oceny jakości i dostępności realizowanych świadczeń oraz przestrzegania standardów i procedur opieki pielęgniarskiej, a także nadzoruje wprowadzanie usprawnień oraz nowych metod pielęgnacyjnych optymalizujących poziom opieki nad pacjentem.

Pielęgniarka naczelna jest uprawniona do:

- a) wnioskowania w sprawach podległego personelu zakresie: wynagradzania, zatrudniania, zwalniania, awansowania, nagradzania i karania,
 - b) nadzoru nad planowaniem przez pielęgniarki oddziałowe i koordynujące potrzeb szkoleniowych pracowników w zakresie doskonalenia kwalifikacji, opracowywania kierunków i form szkolenia wewnątrzszpitalnego oraz kierowanie podległego personelu na szkolenia i kursy,
 - c) dokonywania okresowych ocen pracy i kwalifikacji podległych pracowników.
7. Wspólne obowiązki, uprawnienia i odpowiedzialność osób zajmujących kierownicze stanowiska w Szpitalu.

Pracownik zajmujący kierownicze stanowisko zobowiązany jest do planowania, organizowania, nadzorowania oraz kontroli funkcjonalnej działalności komórki organizacyjnej, którą kieruje. Podczas nieobecności kierownika komórką organizacyjną kieruje jego zastępca lub inna osoba wskazana przez niego, Dyrektora ds. medycznych lub Dyrektora Szpitala.

Obowiązki osób kierujących zespołami pracowników:

- a) kierowanie pracą podległych komórek organizacyjnych,
- b) rozdział zadań i środków do ich wykonania, z uwzględnieniem ich rangi, priorytetu, kwalifikacji fachowych i obciążenia pracą bieżącą wykonawców,
- c) zwiększanie efektywności i skuteczności działania podległych komórek organizacyjnych,
- d) nadzór służbowy nad wykonywanymi zadaniami,
- e) nadzór nad warunkami pracy pracowników,
- f) ocenianie pracowników,
- g) nadzorowanie przestrzegania prawa, wewnętrznych aktów normatywnych i obowiązujących norm etycznych przez podległych pracowników,
- h) nadzór nad utrzymaniem i doskonaleniem systemu zarządzania,
- i) nadzór nad procesem adaptacji nowo przyjętych do pracy pracowników, w tym wdrożenie w specyfikę przydzielonych zadań, udzielanie wyjaśnień dotyczących przydzielonych obowiązków, uprawnień oraz zakresu ich odpowiedzialności,
- j) inspirowanie i wspieranie rozwoju zawodowego podległych pracowników,
- k) analizowanie i doskonalenie struktury zatrudnienia w podległych komórkach organizacyjnych,
- l) nadzór nad przestrzeganiem obowiązujących instrukcji, procedur i regulaminów,
- m) współpraca z innymi komórkami Szpitala w zakresie realizowanych zadań.

Uprawnienia osób kierujących zespołami pracowników:

- a) dobór kandydatów do pracy w podległych komórkach organizacyjnych,
- b) wnioskowanie w sprawie nagradzania lub karania podległych pracowników,
- c) wnioskowanie w sprawie systemu wynagradzania personelu oddziału,
- d) autonomiczne decyzje o:

- sposobie wykonywania zadań przydzielonych podległym komórkom organizacyjnym,
- organizacji pracy i jej podziale w podległych komórkach organizacyjnych,
- udzielanie upoważnień do załatwiania określonych spraw podległym pracownikom.

Odpowiedzialność osób kierujących zespołami pracowników:

Odpowiedzialność pracowników zatrudnionych na stanowiskach kierowniczych w Szpitalu jest tożsama z nałożonymi obowiązkami na poszczególnych kierowników, wynikającymi z zadań. Od postawy, efektywności i skuteczności działania osób zajmujących kierownicze stanowiska w Szpitalu zależy zarówno zdolność sprostania nałożonym na Szpital zadaniom jak też kondycja finansowa, bezpieczeństwo ludzi i mienia oraz wizerunek w społeczeństwie. Niezależnie od ww. założeń odpowiedzialność osób zajmujących kierownicze stanowiska w Szpitalu można podsumować jako odpowiedzialność za:

- a) działalność nadzorowanych komórek organizacyjnych, zgodnie z obowiązującymi przepisami,
- b) realizację, efektywność i skuteczność działania, w tym szczególnie za realizację odpowiednio do rodzaju komórki organizacyjnej, kontraktów i umów stanowiących źródła finansowania działalności Szpitala,
- c) znajomość i stosowanie w praktyce obowiązujących aktów prawnych, w tym zaznajomienie podległych pracowników z dotyczącymi ich aktami prawnymi,
- d) efektywne wykorzystanie czasu pracy przez podległych pracowników oraz terminowe, zgodne z przepisami udzielanie urlopów wypoczynkowych,
- e) racjonalne wykorzystanie przydzielonych zasobów,
- f) terminowe i rzetelne opracowywanie dokumentów sprawozdawczych, analitycznych i informacji.

V. PRZEBIEG PROCESU UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH

§11

1. Szpital Specjalistyczny Pro–Familia udziela świadczeń zdrowotnych:
 - a) finansowanych ze środków publicznych w zakresie umów posiadanych przez Szpital z Narodowym Funduszem Zdrowia:
 - osobom uprawnionym na podstawie przepisów prawa, aktualnych w chwili udzielania świadczenia,
 - osobom ubezpieczonym w ramach ubezpieczenia zdrowotnego, na zasadach określonych w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. 2024, poz. 146),
 - b) komercyjnie, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.
2. Udzielanie świadczeń zdrowotnych odpłatnych nie ma wpływu na kolejność pacjentów oczekujących na świadczenia finansowane ze środków publicznych na listach oczekujących.
3. Szpital Specjalistyczny Pro–Familia organizuje świadczenia zdrowotne udzielane w zakresie określonym w niniejszym regulaminie, z zapewnieniem właściwej dostępności i jakości tych świadczeń w jednostkach i komórkach organizacyjnych zakładu leczniczego podmiotu, w sposób gwarantujący pacjentom najbardziej dogodną formę korzystania ze świadczeń.
4. W uzasadnionych przypadkach świadczenia mogą być udzielane w domu bądź innym miejscu pobytu pacjenta.
5. W przypadku udzielania świadczeń zdrowotnych za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności, miejscem udzielania świadczeń jest miejsce przebywania osób wykonujących zawód medyczny udzielających tych świadczeń.
6. Świadczenia zdrowotne udzielane będą zgodnie z trybem i terminem adekwatnym do stanu zdrowia pacjenta, zgodnie z prowadzonym przez Szpital Specjalistyczny Pro-Familia harmonogramem przyjęć.
7. Szpital Specjalistyczny Pro-Familia nie może odmówić udzielenia świadczenia zdrowotnego osobie, która potrzebuje natychmiastowego udzielenia takiego świadczenia, ze względu na zagrożenie zdrowia lub życia. W stanach nagłych świadczenia zdrowotne są udzielane niezwłocznie.
8. Personel udzielający świadczenia zdrowotnego jest zobowiązany do wdrożenia prawidłowej ścieżki diagnostycznej, planu leczenia oraz wdrożenia postępowania leczniczego zgodnego z wiedzą i nauką medyczną, obowiązującymi standardami oraz przepisami prawa.
9. Szpital Specjalistyczny Pro-Familia w uzasadnionych medycznie przypadkach może skierować pacjentów Szpitala na konsultacje specjalistyczne zgodnie z zasadami określonymi w pkt. 8.
10. Rejestracja pacjentów odbywa się w każdej dostępnej formie min.: osobiście, za pośrednictwem członków rodziny lub osób trzecich, telefonicznie i online, z wyznaczeniem dnia i godziny realizacji świadczenia zdrowotnego.
11. Szpital Specjalistyczny Pro-Familia może zawierać umowy w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych z:

- a) podmiotami wykonującymi działalność leczniczą, w zakresie zadań określonych w statucie bądź regulaminie organizacyjnym takich podmiotów,
 - b) osobą wykonującą zawód lekarza w ramach indywidualnej praktyki lekarskiej, indywidualnej specjalistycznej praktyki lekarskiej, na zasadach określonych w odrębnych przepisach,
 - c) osobą wykonującą zawód medyczny.
12. Pacjent ma prawo wyboru lekarza udzielającego świadczeń specjalistycznych spośród lekarzy udzielających tych świadczeń w Szpitalu Specjalistycznym Pro–Familia.
13. W przypadku czasowej nieobecności osób udzielających świadczeń specjalistycznych, Szpital jest zobowiązany do ustanowienia zastępstwa tych osób lub wyznaczenia innego terminu udzielenia świadczenia za zgodą pacjenta.
14. Celem udzielania świadczenia Pacjent przyjmowany (zgłaszający się) do Szpitala powinien posiadać:
- a) dokument potwierdzający tożsamość ze zdjęciem,
 - b) obowiązujący dokument uprawniający go do korzystania ze świadczeń w ramach ubezpieczenia zdrowotnego (jeżeli jest wymagane),
 - c) skierowanie (jeżeli jest wymagane),
 - d) dotychczasowe wyniki badań dodatkowych,
 - e) dotychczasową dokumentację medyczną pacjenta związaną z jego chorobą.
15. W ramach monitorowania opieki okołoporodowej prowadzonej w Szpitalu monitorowane są interwencje medyczne, określone w treści rozporządzenia ministra zdrowia z dnia 16 sierpnia 2018 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej oraz zmieniających to rozporządzenie aktów prawa.
16. Celem ww. monitorowania jest, ograniczenie do niezbędnych interwencji medycznych zgodnie z aktualnym standardem organizacyjnym opieki okołoporodowej, zapewnienie wysokiej jakości opieki oraz bezpieczeństwa zdrowotnego matki i dziecka, ocena skuteczności interwencji i wdrożenie działań poprawiających jakość opieki.
17. Dane dotyczące wymienionych interwencji zbierane są na bieżąco i dokumentowane w raportach/zestawieniach. Dodatkowo raz w roku personel medyczny oddziałów monitorujących wskaźniki dokonuje analizy danych. Kierownik Oddziału Ginekologiczno-Położniczego oraz Neonatologii i intensywnej terapii, przekazują analizę wraz z wnioskami do Dyrektora Szpitala.

ORGANIZACJA UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH FINANSOWANYCH ZE ŚRODKÓW PUBLICZNYCH

§12

1. Świadczenia finansowane ze środków publicznych udzielane są osobą wskazanym w §8 pkt 1 ust. a.
2. Świadczenia są udzielone przez Szpital w zakresie publikowanych przez Ministra Zdrowia przepisów prawa dot. świadczeń gwarantowanych, aktualnych w chwili udzielania świadczenia zdrowotnego.
3. Szpital ma obowiązek prowadzenia harmonogramów przyjęć zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa, z zachowaniem przepisów odnoszących się do uprawnionych świadczeniobiorców poza kolejnością oraz posiadających uprawnienia szczególne. Prowadzenie list oczekujących ma na celu zapewnienie wszystkim pacjentom równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej.
4. W zakresie realizacji ust. 3 powyżej stosuje się właściwe akty prawne i wewnętrzne instrukcje.
5. Pacjent Szpitala każdorazowo jest informowany o zakresie usług, które nie są objęte finansowaniem ze środków publicznych.

§13

1. Szpital Specjalistycznego Pro-Familia udziela świadczeń **w warunkach ambulatoryjnych**, w ramach zawartych z Narodowym Funduszem Zdrowia umów w rodzaju:
 - I. Ambulatoryjne świadczenia specjalistyczne, w zakresie:
 - świadczenia w zakresie chirurgii ogólnej,
 - świadczenia w zakresie ortopedii i traumatologii narządu ruchu,
 - świadczenia w zakresie urologii,
 - świadczenia w zakresie genetyki,
 - świadczenia w zakresie neonatologii,
 - świadczenia w zakresie onkologii,
 - świadczenia w zakresie położnictwa i ginekologii.
 - II. Ambulatoryjne świadczenia diagnostyczne kosztochłonne, w zakresie:

- badania rezonansu magnetycznego,
 - badania tomografii komputerowej,
 - badania endoskopowe przewodu pokarmowego:
 - gastroskopia,
 - kolonoskopia.
- III. Profilaktyczne programy zdrowotne:
- program badań prenatalnych,
 - program badań przesiewowych raka jelita grubego,
 - program profilaktyki raka piersi,
 - pobranie materiału z szyjki macicy do przesiewowego badania cytologicznego.
- IV. Świadczenia nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej
2. Świadczenia zdrowotne w zakresie określonym w ust. 1, są udzielane na podstawie ważnego skierowania wystawionego przez uprawnionego lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, z wyłączeniem zakresów świadczeń i osób uprawnionych w przypadku, których skierowanie nie jest wymagane.
 3. Imiona i nazwiska osób udzielających świadczeń zdrowotnych w poradniach specjalistycznych oraz informacje o harmonogramie pracy personelu zamieszczone są na tablicy ogłoszeń w miejscu udzielania świadczeń.

§14

1. Szpital Specjalistycznego Pro–Familia udziela świadczeń z zakresu leczenia szpitalnego, w ramach zawartych z Narodowym Funduszem Zdrowia umów w zakresie:
 - Izba przyjęć
 - Położnictwo i ginekologia - hospitalizacja III poziom referencyjny
 - Neonatologia - hospitalizacja III poziom referencyjny
 - Pediatria - hospitalizacja
 - Chirurgia ogólna - hospitalizacja planowa
 - Urologia - hospitalizacja planowa
 - Ortopedia i traumatologia narządu ruchu - hospitalizacja planowa
 - Programy lekowe:
 - Leczenie spastyczności w mózgowym porażeniu dziecięcym
 - Program lekowy - profilaktyka zakażeń wirusem RS
2. Świadczenia zdrowotne w zakresie określonym w ust. 1 powyżej, są udzielane w trybie:
 - a) planowym - na podstawie ważnego skierowania wystawionego przez uprawnionego lekarza w przypadku gdy jest wymagane,
 - b) nagłym - bez skierowania w przypadku zagrożenia życia lub zdrowia pacjenta.

§15

1. Szpital Specjalistycznego Pro–Familia udziela świadczeń z zakresu transportu sanitarnego (neonatologicznego), w ramach zawartej z Narodowym Funduszem Zdrowia umowy w zakresie wyjazdowego zespołu sanitarnego typu „N”.

ORGANIZACJA UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH UDZIELANYCH KOMERCYJNIE

§16

1. Szpital udziela świadczeń zdrowotnych odpłatnie.
2. Pacjent każdorazowo jest informowany o zakresie usług komercyjnych.
3. Udzielanie świadczeń zdrowotnych odpłatnych nie ogranicza dostępności pacjentom do świadczeń finansowanych ze środków publicznych. Odbywa się w sposób zapewniający poszanowanie zasady sprawiedliwego, równego, niedyskryminującego i przejrzystego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej.
4. Szpital udziela świadczeń zdrowotnych za odpłatnością niezależnie od posiadanego ubezpieczenia i prawa do świadczeń.
5. Termin udzielenia świadczeń zdrowotnych odpłatnych ustalany jest w porozumieniu z pacjentem, zgodnie z harmonogramem udzielania świadczeń komercyjnych w danej komórce organizacyjnej.
6. Szpital udziela świadczeń zdrowotnych komercyjnie:
 - a) z zakresu leczenia szpitalnego, na podstawie umowy zawartej pomiędzy szpitalem a pacjentem lub

- przedstawicielem prawnym, określającej szczegółowo warunki udzielenia świadczenia,
- b) w warunkach ambulatoryjnych komercyjnie na podstawie cennika usług komercyjnych określonych w cenniku stanowiącym Załącznik nr 2 do niniejszego regulaminu.
7. Wysokość opłat za świadczenia odpłatne udzielane w Szpitalu określona jest w cenniku stanowiącym Załącznik nr 2 do niniejszego Regulaminu.
 8. Pacjent korzystający ze świadczeń odpłatnych przed udzieleniem danego świadczenia jest każdorazowo informowany o wysokości odpłatności.
 9. Za zrealizowanie odpłatnego świadczenia zdrowotnego pacjent otrzymuje paragon lub fakturę (na życzenie pacjenta).

VI. WARUNKI WSPÓŁDZIAŁANIA Z INNYMI PODMIOTAMI LECZNICZYMI

§ 17

1. W celu zapewnienia prawidłowości procesu leczenia i diagnostyki pacjentów oraz ciągłości udzielania świadczeń zdrowotnych, Szpital Specjalistyczny Pro-Familia współdziała z innymi podmiotami wykonującymi działalność leczniczą, w zakresie niezbędnym do udzielania świadczeń zdrowotnych, min. poprzez kierowanie do innych placówek w celu konsultacji specjalistycznych, badań diagnostycznych lub specjalistycznych zabiegów, których zakres nie może zostać zrealizowany w Szpitalu.
2. Współpraca z innymi podmiotami wykonującymi działalność leczniczą w ramach nieposiadanych przez Szpital specjalności odbywa się zgodnie z wewnętrznymi procedurami, celem zapewnienia należytej ochrony życia lub zdrowia pacjenta.
3. Współpraca z innymi podmiotami wykonującymi działalność leczniczą odbywa się w ramach podpisanych umów, zleceń, ofert i porozumień oraz właściwych przepisów w przedmiocie świadczeń zdrowotnych.
4. Transport sanitarny pacjentów Szpitala niezbędny do realizacji świadczeń zdrowotnych w zakresie współdziałania z innymi podmiotami leczniczymi dostępny jest całodobowo na bazie własnej lub na podstawie umowy zawartej z podmiotem zewnętrznym.
5. Szpital w ramach realizacji swoich zadań, ściśle współpracuje z Wojewódzką Stacją Pogotowia Ratunkowego (WSPR) w zakresie zapewnienia szybkiej i efektywnej opieki zdrowotnej pacjentom w stanach nagłych oraz organizacji transportu medycznego. Współpraca obejmuje m.in: przyjmowanie pacjentów transportowanych przez zespoły ratownictwa medycznego (ZRM), zapewnienie natychmiastowego dostępu do Izby Przyjęć dla pacjentów w stanach nagłych, wzajemne informowanie się o sytuacjach kryzysowych oraz współdziałanie w przypadkach masowych wypadków i klęsk żywiołowych, organizację i koordynację transportu medycznego, w tym transportu międzyszpitalnego pacjentów wymagających specjalistycznej opieki.
6. Pacjenci przywiezieni przez ZRM są przyjmowani zgodnie z procedurami obowiązującymi w szpitalu. Priorytetem jest zapewnienie pacjentom natychmiastowej opieki medycznej w przypadkach zagrożenia życia lub zdrowia.

VII. PRAWA I OBOWIĄZKI SZPITALA W ZAKRESIE PRAW PACJENTA

§18

1. Prawa pacjenta wynikające z bezpośredniego stosowania przepisów Konstytucji
 - a) Każdy ma prawo do ochrony zdrowia – Konstytucja RP, art. 68 ust. 1.
 - b) Każdy obywatel ma prawo do równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, na warunkach i w zakresie określonych w ustawie – Konstytucja RP, art. 68 ust. 2.
2. Prawa pacjenta wynikające z ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta
 - 2.1. Prawo pacjenta do świadczeń zdrowotnych
 - 1) Prawo do świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej – art. 6 ust. 1.
 - 2) Prawo do przejrzystej, obiektywnej, opartej na kryteriach medycznych procedury ustalającej kolejność dostępu do świadczeń w sytuacji ograniczonych możliwości – art. 6 ust. 2.
 - 3) Prawo żądania, aby lekarz zasięgnął opinii innego lekarza lub zwołał konsylium lekarskie, chyba że żądanie zostanie uznane za bezzasadne – art. 6 ust. 3 i 4.
 - 4) Prawo do natychmiastowego udzielenia świadczeń zdrowotnych ze względu na zagrożenie zdrowia lub życia – art. 7 ust. 1.
 - 5) Prawo do świadczeń zdrowotnych udzielanych z należytą starannością w warunkach odpowiadających określonym wymaganiom fachowym i sanitarnym oraz zgodnych z zasadami etyki zawodowej – art. 8.
 - 2.2. Prawo pacjenta do informacji
 - 6) Prawo do informacji o swoim stanie zdrowia – art. 9 ust. 1.

- 7) Prawo do uzyskania przystępnej informacji o stanie zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych metodach diagnostycznych i leczniczych, wynikach leczenia oraz rokowaniu – art. 9 ust. 2 i 3.
- 8) Prawo żądania, aby lekarz nie udzielał informacji o stanie zdrowia – art. 9 ust. 4.
- 9) Prawo do informacji dla pacjenta małoletniego, który nie ukończył 16 lat, w zakresie potrzebnym do prawidłowego przebiegu procesu diagnostycznego lub terapeutycznego – art. 9 ust. 7.
- 10) Prawo do informacji o prawach pacjenta, w tym w formie pisemnej dostępnej w miejscach ogólnodostępnych – art. 11.
- 2.3. Prawo pacjenta do tajemnicy informacji
 - 1) Prawo do zachowania w tajemnicy przez osoby wykonujące zawód medyczny informacji związanych z pacjentem – art. 13.
 - 2) Ograniczenia tego prawa mogą wystąpić w sytuacjach określonych przez przepisy prawa, zagrożenia zdrowia lub życia pacjenta lub innych osób, lub za zgodą pacjenta – art. 14.
- 2.4. Prawo pacjenta do wyrażenia zgody na udzielenie świadczeń zdrowotnych
 - 1) Prawo do wyrażenia zgody na świadczenia zdrowotne po uzyskaniu informacji o stanie zdrowia – art. 16.
 - 2) Prawo do odmowy zgody na przeprowadzenie badania lub udzielenie innych świadczeń zdrowotnych – art. 17.
- 2.5. Prawo do poszanowania intymności i godności pacjenta
 - 1) Prawo do poszanowania intymności i godności osobistej – art. 20 ust. 1.
 - 2) Prawo do umierania w spokoju i godności oraz do świadczeń łagodzących ból w stanie terminalnym – art. 20 ust. 2.
- 2.6. Prawo pacjenta do dokumentacji medycznej
 - 1) Prawo do dostępu do dokumentacji medycznej dotyczącej stanu zdrowia oraz udzielonych świadczeń zdrowotnych – art. 23.
 - 2) Obowiązek prowadzenia, przechowywania i udostępniania dokumentacji medycznej oraz zapewnienia ochrony danych zawartych w tej dokumentacji – art. 24.
- 2.7. Prawo pacjenta do zgłoszenia sprzeciwu wobec opinii albo orzeczenia lekarza
Prawo do wniesienia sprzeciwu wobec opinii albo orzeczenia, jeżeli mają wpływ na prawa lub obowiązki pacjenta – art. 31.
- 2.8. Prawo pacjenta do poszanowania życia prywatnego i rodzinnego
 - 1) Prawo do kontaktu osobistego, telefonicznego lub korespondencyjnego z innymi osobami – art. 33.
 - 2) Prawo do odmowy kontaktu z innymi osobami – art. 34.
- 2.9. Prawo pacjenta do opieki duszpasterskiej
 - 1) Prawo do opieki duszpasterskiej w podmiocie leczniczym – art. 36.
 - 2) Obowiązek umożliwienia kontaktu z duchownym w sytuacji pogorszenia się stanu zdrowia lub zagrożenia życia – art. 37.
- 2.10. Prawo pacjenta do przechowywania rzeczy wartościowych w depozycie
Prawo do przechowywania rzeczy wartościowych w depozycie. Koszty realizacji tego prawa ponosi podmiot leczniczy, chyba że przepisy stanowią inaczej – art. 39.
3. Prawa pacjenta wynikające z ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej
 - a) Prawo do niezwłocznego zawiadomienia wskazanej osoby lub instytucji, lub przedstawiciela ustawowego w razie pogorszenia się stanu zdrowia pacjenta powodującego zagrożenie życia lub w razie jego śmierci – art. 28 ust. 1 pkt 1.
 - b) Prawo do należytego przygotowania zwłok poprzez ich umycie i okrycie, z zachowaniem godności należnej osobie zmarłej, w celu ich wydania osobie lub instytucji uprawnionej do ich pochowania, a także przechowywania zwłok nie dłużej niż przez 72 godziny – art. 28 ust. 1 pkt 2.
 - c) Wypisanie pacjenta następuje:
 - 1) gdy stan zdrowia pacjenta nie wymaga dalszego udzielania świadczeń zdrowotnych w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne,
 - 2) na żądanie pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego,
 - 3) gdy pacjent w sposób rażąco narusza porządek lub przebieg procesu udzielania świadczeń zdrowotnych, a nie zachodzi obawa, że odmowa lub zaprzestanie udzielania świadczeń zdrowotnych może spowodować bezpośrednio niebezpieczeństwo dla jego życia lub zdrowia albo życia lub zdrowia innych osób – art. 29 ust.1.
 - b) W przypadku żądania wypisania pacjenta przez przedstawiciela ustawowego, można odmówić wypisania do czasu wydania orzeczenia przez sąd opiekuńczy – art. 29 ust. 2 i 3.

- c) Pacjent występujący z żądaniem wypisania jest informowany o możliwych następstwach zaprzestania dalszego udzielania świadczeń zdrowotnych. Pacjent taki składa pisemne oświadczenie o wypisaniu na własne żądanie – art. 29 ust. 4.
- d) Koszty transportu sanitarnego pacjenta małoletniego lub osoby niezdolnej do samodzielnej egzystencji pokrywa gmina właściwa ze względu na miejsce zamieszkania, jeżeli przedstawiciel ustawowy pacjenta albo osoba, na której ciąży ustawowy obowiązek alimentacyjny, nie odbiera pacjenta w wyznaczonym terminie – art. 30 ust. 1.
- e) Pacjent, którego stan zdrowia nie wymaga dalszego udzielania stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych, lub osoba na której ciąży ustawowy obowiązek alimentacyjny, ponoszą koszty pobytu pacjenta, poczynwszy od dnia gdy nie ma już podstaw do leczenia szpitalnego – art. 30 ust. 4.

4. Prawa pacjenta określone w ustawie z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry

Pacjent ma prawo do:

- 1) udzielania mu świadczeń zdrowotnych przez lekarza, zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, dostępnymi lekarzowi metodami i środkami zapobiegania, rozpoznawania i leczenia chorób, zgodnie z zasadami etyki zawodowej oraz z należytą starannością – art. 4;
- 2) uzyskania od lekarza pomocy lekarskiej w każdym przypadku, gdy zwłoka w jej udzieleniu mogłaby spowodować niebezpieczeństwo utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia, oraz w innych przypadkach niecierpiących zwłoki – art. 30;
- 3) uzyskania od lekarza przystępnej informacji o swoim stanie zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych, leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu – art. 31 ust. 1;
- 4) zażądania od lekarza informacji o swoim stanie zdrowia i o rokowaniu wówczas, gdy sądzi, że lekarz ogranicza mu informację z uwagi na jego dobro – art. 31 ust. 4;
- 5) decydowania o osobach, którym lekarz może udzielać informacji, o których mowa w pkt 3 – art. 31 ust. 2;
- 6) wyrażenia żądania, aby lekarz nie udzielał mu informacji, o których mowa w pkt 3 – art. 31 ust. 3;
- 7) niewyrażenia zgody na przeprowadzenie przez lekarza badania lub udzielenie innego świadczenia zdrowotnego – art. 32 ust. 1;
- 8) wyrażenia zgody albo odmowy na wykonanie mu zabiegu operacyjnego albo zastosowania wobec niego metody leczenia lub diagnostyki stwarzającej podwyższone ryzyko; w celu podjęcia przez pacjenta decyzji lekarz musi udzielić mu informacji, o której mowa w pkt 3 – art. 34 ust. 1 i 2;
- 9) uzyskania od lekarza informacji, jeżeli w trakcie wykonywania zabiegu bądź stosowania określonej metody leczenia lub diagnostyki, w związku z wystąpieniem okoliczności stanowiących zagrożenie dla życia lub zdrowia pacjenta, lekarz dokonał zmian w ich zakresie – art. 35 ust. 2;
- 10) poszanowania przez lekarza jego intymności i godności osobistej – art. 36 ust. 1;
- 11) wyrażenia zgody albo odmowy na uczestniczenie przy udzielaniu mu świadczeń zdrowotnych osób innych niż personel medyczny niezbędny ze względu na rodzaj świadczeń – art. 36 ust. 1 i 2;
- 12) wnioskowania do lekarza o zasięgnięcie przez niego opinii właściwego lekarza specjalisty lub zorganizowania konsylium lekarskiego – art. 37;
- 13) w przypadku odstąpienia od leczenia, lekarz ma obowiązek dostatecznie wcześniej uprzedzić o tym pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego bądź opiekuna faktycznego i wskazać realne możliwości uzyskania tego świadczenia u innego lekarza lub w podmiocie leczniczym – art. 38 ust. 2;
- 14) zachowania w tajemnicy informacji związanych z nim a uzyskanych przez lekarza w związku z wykonywaniem zawodu – art. 40 ust. 1;
- 15) uzyskania od lekarza informacji o niekorzystnych dla niego skutkach, w przypadku wyrażenia zgody na ujawnienie dotyczących go informacji, będących w posiadaniu lekarza – art. 40 ust. 2 pkt 4;
- 16) wyrażenia zgody lub odmowy na podawanie przez lekarza do publicznej wiadomości danych umożliwiających identyfikację pacjenta – art. 40 ust. 4.

Pacjent, który ma być poddany eksperymentowi medycznemu, ma prawo do:

- 1) wyrażenia zgody lub odmowy na udział w eksperymencie medycznym po uprzednim poinformowaniu go przez lekarza o celach, sposobach i warunkach przeprowadzenia eksperymentu, spodziewanych korzyściach leczniczych lub poznawczych, ryzyku oraz o możliwościach cofnięcia zgody i odstąpienia od udziału w eksperymencie w każdym jego stadium – art. 24 ust. 1, art. 25 ust. 1 i art. 27 ust. 1;

- 2) poinformowania go przez lekarza o niebezpieczeństwie dla zdrowia i życia, jakie może spowodować natychmiastowe przerwanie eksperymentu – art. 24 ust. 2;
 - 3) cofnięcia zgody na eksperyment medyczny w każdym stadium eksperymentu – art. 27 ust. 1.
5. Prawa pacjenta określone w ustawie z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej

Pacjent ma prawo do:

- 1) Udzielenia świadczeń zdrowotnych przez pielęgniarkę, położną posiadającą prawo wykonywania zawodu, z należytą starannością, zgodnie z zasadami etyki zawodowej, poszanowaniem praw pacjenta, dbałością o jego bezpieczeństwo przy wykorzystaniu wskazań aktualnej wiedzy medycznej – art. 11 ust. 1.
 - 2) Udzielenia pomocy przez pielęgniarkę, położną, zgodnie z posiadanymi przez nią kwalifikacjami, w każdym przypadku, gdy zwtoka w jej udzieleniu mogłaby spowodować stan nagłego zagrożenia zdrowotnego – art. 12 ust. 1.
 - 3) Uzyskania informacji od pielęgniarki, położnej o jego prawach – art. 16 pkt 1.
 - 4) Uzyskania informacji o swoim stanie zdrowia od pielęgniarki, położnej, w zakresie koniecznym do sprawowania opieki pielęgnacyjnej lub opieki podczas ciąży oraz prowadzenia porodu i połogu, jak również do wskazania osoby, której takie informacje powinny być udzielone – art. 16 pkt 2.
 - 5) Zachowania w tajemnicy informacji związanych z nim, a uzyskanych przez pielęgniarkę, położną w związku z wykonywaniem zawodu – art. 17 ust. 1.
6. Prawa pacjenta określone w ustawie z dnia 1 lipca 2005 r. o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów

Pacjent ma prawo do:

- 1) Wyrażenia i cofnięcia w każdym czasie sprzeciwu na pobranie po jego śmierci komórek, tkanek i narządów – art. 5 i 6.
 - 2) Dobrowolnego wyrażenia zgody na pobranie od niego za życia komórek, tkanek lub narządów w celu ich przeszczepienia określonemu biorcy, jeżeli ma pełną zdolność do czynności prawnych – art. 12 ust. 1 pkt 7.
 - 3) Ochrony danych osobowych dotyczących dawcy/biorcy przeszczepu i objęcia ich tajemnicą – art. 19 ust. 1.
7. Prawa pacjenta określone w ustawie z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego
- a) Pacjent z zaburzeniami psychicznymi, chory psychicznie lub upośledzony umysłowo ma prawo do:
 - 1) Bezpłatnych świadczeń zdrowotnych udzielanych mu przez publiczne zakłady psychiatrycznej opieki zdrowotnej – art. 10 ust. 1.
 - 2) Bezpłatnych leków i artykułów sanitarnych oraz pomieszczenia i wyżywienia, jeżeli przebywa w szpitalu psychiatrycznym będącym publicznym zakładem opieki zdrowotnej – art. 10 ust. 2.
 - 3) Zapewnienia metod postępowania leczniczego właściwych nie tylko z uwagi na cele zdrowotne, ale także ze względu na interesy oraz inne jego dobro osobiste i dążenie do poprawy zdrowia w sposób najmniej uciążliwy – art. 12.
 - 4) Porozumiewania się bez ograniczeń z rodziną i innymi osobami, w przypadku gdy przebywa w szpitalu psychiatrycznym albo w domu pomocy społecznej – art. 13.
 - 5) Wystąpienia o okresowe przebywanie poza szpitalem bez wypisywania go z zakładu – art. 14.
 - 6) Upředzenia o zamiarze zastosowania przymusu bezpośredniego; dopuszczenie tego środka wobec pacjenta musi wynikać z ustawy – art. 18.
 - 7) Upředzenia o zamiarze przeprowadzenia badania psychiatrycznego bez zgody oraz podania przyczyn takiej decyzji; badanie takie może być przeprowadzone, jeżeli zachowanie pacjenta wskazuje na to, że z powodu zaburzeń psychicznych może zagrażać bezpośrednio własnemu życiu albo życiu lub zdrowiu innych osób, bądź nie jest zdolny do zaspokojenia podstawowych potrzeb życiowych – art. 21 ust. 1 i 2.
 - 8) Wyrażenia zgody lub odmowy na przyjęcie do szpitala psychiatrycznego, z wyłączeniem sytuacji, gdy przepisy ustawy dopuszczają przyjęcie do szpitala psychiatrycznego bez zgody pacjenta – art. 22 ust. 1 oraz art. 23, 24 i 29.
 - 9) Poinformowania i wyjaśnienia przyczyny przyjęcia do szpitala psychiatrycznego, gdy nie wyraził na to zgody oraz uzyskania informacji o przysługujących mu prawach – art. 23 ust. 3.
 - 10) Cofnięcia upřednio wyrażonej zgody na przyjęcie do szpitala psychiatrycznego – art. 28.
 - 11) Niezbędnych czynności leczniczych mających na celu usunięcie przyczyny przyjęcia go do szpitala bez zgody i zapoznania go z planowanym postępowaniem leczniczym – art. 33 ust. 1 i 2.
 - 12) Wypisania ze szpitala psychiatrycznego, jeżeli przebywa w nim bez wyrażenia przez siebie zgody, a ustały przyczyny jego przyjęcia i pobytu w szpitalu psychiatrycznym bez zgody – art. 35 ust. 1.

- 13) Pozostania w szpitalu za swoją później wyrażoną zgodą, jeżeli w ocenie lekarza, jego dalszy pobyt w tym szpitalu jest celowy – art. 35 ust. 2.
- 14) Złożenia wniosku o nakazanie wypisania ze szpitala psychiatrycznego – art. 36 ust. 1.
- 15) Wystąpienia do sądu opiekuńczego o nakazanie wypisania ze szpitala psychiatrycznego po uzyskaniu odmowy wypisania ze szpitala – art. 36 ust. 3.
- 16) Informacji o terminie i sposobie złożenia wniosku do sądu opiekuńczego – art. 36 ust. 3.
- 17) Złożenia wniosku o ustanowienie kuratora, jeżeli przebywając w szpitalu psychiatrycznym potrzebuje pomocy do prowadzenia swoich spraw, albo spraw określonego rodzaju – art. 44 ust. 1.
- 18) Tajemnicy dotyczącej wszystkiego, co go dotyczy, a co osoby wykonujące czynności wynikające z ustawy powzięły wiadomość wykonując te czynności – art. 50 ust. 1.

VIII. OBOWIĄZKI PACJENTA

§19

1. Zasady Zachowania i Współżycia Społecznego
 - a) Pacjent ma obowiązek odnosić się z szacunkiem do innych pacjentów oraz pracowników szpitala.
 - b) Pacjent powinien przestrzegać norm społecznego współżycia, poszanowania godności i prywatności innych osób.
 - c) Pacjent ma obowiązek współpracować z personelem szpitala w zakresie zaleceń medycznych oraz procedur.
 - d) Pacjent jest zobowiązany do przestrzegania zasad higieny osobistej.
 - e) Pacjent ma obowiązek zachowywać się na terenie szpitala w taki sposób, by nie utrudniać pracy personelu medycznego.
2. Stosowanie się do Zaleceń Medycznych
 - a) Pacjent jest zobowiązany do stosowania się do zaleceń lekarzy, pielęgniarek oraz innych pracowników medycznych.
 - b) Pacjent musi poinformować lekarza o wszystkich dotychczas przyjmowanych lekach.
 - c) Pacjent nie może przyjmować leków ani poddawać się zabiegom innym niż zlecone przez personel medyczny.
 - d) Pacjent ma obowiązek przestrzegania zasad bezpieczeństwa, ppoż oraz zaleceń lekarzy i pozostałego personelu medycznego.
3. Współpraca z Personelem
 - a) Pacjent ma obowiązek współpracować z personelem szpitala w celu poprawy swojego stanu zdrowia.
 - b) Pacjent nie może opuszczać terenu szpitala bez zgody lekarza.
4. Zakazy i Ograniczenia
 - a) Pacjent nie powinien zakłócać spokoju innych pacjentów, a także przestrzegać godzin ciszy nocnej (od godz. 22.00 do godz. 6.00).
 - b) Na terenie szpitala obowiązuje zakaz wnoszenia oraz spożywania alkoholu, używania środków odurzających oraz palenia tytoniu.
5. Kontrole i Bezpieczeństwo
 - a) Pacjenci mogą być poddani badaniom alkomatem oraz testom na obecność substancji psychoaktywnych w organizmie.
 - b) W uzasadnionych przypadkach, ze względu na bezpieczeństwo, personel medyczny może przeprowadzić kontrolę rzeczy osobistych pacjenta, szafki przyłóżkowej oraz łóżka pod kątem posiadania rzeczy niebezpiecznych (np. noży, ostrych narzędzi), alkoholu oraz środków odurzających.
6. Odpowiedzialność Pacjenta
 - a) Pacjent ponosi odpowiedzialność za wartościowe rzeczy, garderobę, pieniądze i dokumenty, które nie zostały przekazane do depozytu. Szpital nie ponosi odpowiedzialności za przedmioty zatrzymane przez pacjenta.
 - b) Pacjent jest zobowiązany do szanowania mienia Szpitala. W przypadku celowego zniszczenia mienia, pacjent może być zobowiązany do naprawienia szkody.
7. Przestrzeganie Regulaminu i konsekwencje naruszenia Regulaminu
 - a) Pacjent ma obowiązek przestrzegania regulaminu oraz przepisów zapewniających bezpieczeństwo i higienę.

- b) W przypadku rażącego naruszenia niniejszego regulaminu, pacjent może być wypisany ze Szpitala, o ile nie zagraża to jego życiu lub zdrowiu.
- 8. Spożywanie Żywności
- a) Pacjenci spożywający własne produkty żywnościowe powinni przyjmować je zgodnie z zalecaną dietą i dbać o ich świeżość.
- b) Prosimy nie przechowywać produktów łatwo psujących się w szafkach przyłóżkowych ani spożywać produktów z otwartych opakowań, które nie były przechowywane w odpowiednich warunkach chłodniczych.
- c) Produkty żywnościowe łatwo psujące się należy przechowywać w lodówce znajdującej się w kuchni oddziału, po uprzednim opisanie ich nazwiskiem i imieniem pacjenta.

IX. OBOWIĄZKI SZPITALA W RAZIE ŚMIERCI PACJENTA

§20

1. W razie pogorszenia się stanu zdrowia pacjenta powodującego zagrożenie życia pacjenta lub w razie jego śmierci Szpital ma obowiązek niezwłocznie zawiadomić osobę wskazaną przez pacjenta, instytucję lub przedstawiciela ustawowego.
2. W sytuacji, o której mowa w ust. 1 Szpital zobowiązany jest:
 - a) umożliwić pacjentowi spisanie testamentu o ile jego stan na to pozwala;
 - b) pacjenta na jego życzenie pacjent może skorzystać z opieki duszpasterskiej ze strony duchownego, zgodnie z wyznaniem pacjenta. W Szpitalu opiekę duszpasterską sprawuje kapelan wyznania rzymsko katolickiego. Informacje dotyczące możliwości kontaktu z duszpasterzami innych wyznań znajdują się w regulaminach organizacyjnych danych oddziałów Szpitala.
 - c) zapewnić warunki umierania w spokoju i godności.
3. W razie śmierci pacjenta Szpital jest zobowiązany:
 - a) 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, o której mowa w ustawie z dnia 31 stycznia 1959 r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych,
 - b) przechowywać zwłoki nie dłużej niż przez 72 godziny, licząc od godziny, w której nastąpiła śmierć pacjenta.
4. Czynności, o których mowa w pkt 1, nie stanowią przygotowania zwłok zmarłego pacjenta do pochowania.
5. Nie pobiera się opłat za czynności, o których mowa w ust. 3.
6. Pielęgniarka niezwłocznie zawiadamia o śmierci pacjenta lekarza dyżurnego.
7. Lekarz dyżurny natychmiast dokonuje oględzin zmarłego, stwierdza zgon i jego przyczynę, odnotowuje w dokumentacji medycznej dzień i godzinę śmierci oraz wystawia kartę zgonu. Karta zgonu wydawana jest w dwóch egzemplarzach.
8. Wystawienie karty zgonu następuje zgodnie z przepisami rozporządzenia Ministra Zdrowia i opieki społecznej z dnia 03.08.1961 r. w sprawie stwierdzenia zgonu i jego przyczyny jest obowiązkiem lekarza.
9. O zgonie pacjenta lekarz powiadamia niezwłocznie (osobiście lub telefonicznie) wyłącznie osobę / instytucję / przedstawiciela ustawowego wskazanych przez pacjenta lub najbliższą rodzinę osoby zmarłej w przypadku braku informacji o osobach upoważnionych. Fakt ten odnotowuje w historii choroby pacjenta, z adnotacją zawierającą dane osoby, którą powiadomiono.
10. Po wystawieniu Karty Zgonu przez lekarza leczącego lub lekarza dyżurnego pielęgniarka niezwłocznie przekazuje ją do sekretariatu medycznego Oddziału Szpitalnego.
11. Personel pielęgniarski, sporządza kartę skierowania zwłok do chłodni oraz zakłada na przegub dłoni albo stopy osoby zmarłej identyfikator, który zawiera:
 - a) imię i nazwisko osoby zmarłej;
 - b) numer PESEL osoby zmarłej, a w przypadku braku numeru PESEL - serię i numer dokumentu stwierdzającego tożsamość;
 - c) datę i godzinę zgonu.
12. Karta skierowania zwłok do chłodni zawiera:
 - a) imię i nazwisko osoby zmarłej;
 - b) numer PESEL osoby zmarłej, a w przypadku braku numeru PESEL - serię i numer dokumentu stwierdzającego tożsamość;
 - c) datę i godzinę zgonu;

- d) godzinę skierowania zwłok osoby zmarłej do chłodni;
 - e) imię, nazwisko i podpis pielęgniarki sporządzającej kartę;
 - f) godzinę przyjęcia zwłok osoby zmarłej do chłodni;
 - g) imię, nazwisko i podpis osoby przyjmującej zwłoki osoby zmarłej do chłodni.
13. Dane, o których mowa w ust. 12 pkt a-e, wpisuje personel pielęgniarstwa.
 14. Dane, o których mowa w ust. 12 pkt f-g, wpisuje osoba przyjmująca zwłoki osoby zmarłej do chłodni.
 15. Jeżeli nie jest możliwe ustalenie tożsamości osoby zmarłej, w karcie skierowania zwłok do chłodni oraz na identyfikatorze, o których mowa w ust. 11, dokonuje się oznaczenia "NN" z podaniem przyczyny i okoliczności uniemożliwiających ustalenie tożsamości.
 16. W okresie pomiędzy stwierdzeniem zgonu a przewiezieniem do chłodni zwłoki osoby zmarłej są przechowywane jeszcze przez 2 godziny w specjalnie przeznaczonym do tego celu pomieszczeniu na oddziale, a w razie jego braku - w innym miejscu, z zachowaniem godności należnej zmarłemu.
 17. Zwłoki przewozi się do chłodni w taki sposób, aby transport nie zwracał uwagi innych pacjentów.
 18. Po stwierdzeniu zgonu pacjenta pielęgniarka sporządza protokolarnie spis rzeczy osobistych oraz rzeczy wartościowych zmarłego, następnie przekazując rzeczy wartościowe do depozytu Szpitala, a rzeczy osobiste zmarłego do magazynu przedmiotów należących do pacjentów.

§21

1. Zwłoki pacjenta nie są poddawane sekcji, jeżeli przedstawiciel ustawowy tej osoby wyraził sprzeciw lub uczyniła to ta osoba za życia.
2. O zaniechaniu sekcji zwłok z przyczyny określonej w ust. 1 sporządza się adnotację w dokumentacji medycznej i załącza sprzeciw, o którym mowa w ust. 1.
3. Przepisów ust. 1-2 nie stosuje się w przypadkach:
 - a) określonych w Kodeksie postępowania karnego i Kodeksie karnym wykonawczym oraz aktach wykonawczych wydanych na ich podstawie;
 - b) gdy przyczyny zgonu nie można ustalić w sposób jednoznaczny;
 - c) określonych w przepisach o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi.
4. W dokumentacji medycznej pacjenta sporządza się adnotację o dokonaniu albo zaniechaniu sekcji zwłok, z odpowiednim uzasadnieniem.
5. Dokonanie sekcji zwłok nie może nastąpić wcześniej niż po upływie 12 godzin od stwierdzenia zgonu.
6. Dyrektor Szpitala na wniosek Ordynatora (lekarza kierującego oddziałem) lub po zasięgnięciu jego opinii, zarządza dokonanie lub odstąpienie od sekcji zwłok.
7. Jeżeli zachodzi potrzeba pobrania ze zwłok komórek, tkanek lub narządów, Dyrektor Szpitala lub Dyrektora do spraw Medycznych, przy zachowaniu zasad i trybu przewidzianych w przepisach odnoszących się do pobierania i przeszczepiania komórek, tkanek i narządów.
8. Kartę zgonu pacjenta wydaje się jego najbliższej rodzinie.

§22

1. W razie zgonu pacjenta, którego tożsamość nie została ustalona, bądź zgonu, co, do którego istnieje pewność lub uzasadnione podejrzenie, że nastąpił skutek przestępstwa albo nieszczęśliwego wypadku lekarz niezwłocznie powiadamia właściwego prokuratora lub najbliższy posterunek Policji.
2. Szpital jest obowiązany zgłosić, na podany przez jednostkę Policji numer telefonu, numer faksu lub adres poczty elektronicznej fakt zgonu pacjenta, którego tożsamości nie można ustalić albo potwierdzić na podstawie dokumentów stwierdzających tożsamość — nie później niż w okresie 8 godzin od zgonu.
3. Jeżeli lekarz przy oględzinach zwłok będzie miał pewność lub uzasadnione podejrzenie, że przyczyną zgonu była choroba zakaźna, podlegająca obowiązkowemu zgłoszeniu, powinien zawiadomić o tym natychmiast właściwego inspektora sanitarnego.
4. W przypadku braku możliwości ustalenia tożsamości osoby zmarłej w karcie przekazania do chłodni oraz na identyfikatorze, Szpital dokonuje oznaczenia, „NN” z podaniem przyczyny i okoliczności uniemożliwiających ustalenie tożsamości. Szpital w przypadku osoby zmarłej „NN” ma obowiązek powiadomienia prokuratury i podjęcia działań zgodnie z obowiązującymi procedurami w tym zakresie prawa oraz w zakresie współpracy z Ośrodkiem Pomocy Społecznej.
5. Zawiadomienia o zgonie pacjenta o nieznanym tożsamości do właściwego urzędu stanu cywilnego dokonuje sekretariat medyczny oddziału.

§23

1. Przewiezienie zwłok z oddziału (potwierdzony na karcie skierowania zwłok do chłodni) przez pracowników transportu medycznego odbywa się 7 dni w tygodniu przez całą dobę.
2. Obowiązki Szpitala w zakresie odbioru i transportu zwłok z chłodni oraz wydanie osobie lub instytucjom uprawnionym do ich pochowania realizują podmioty zewnętrzne.

X. DOKUMENTACJA MEDYCZNA, ZASADY TWORZENIA, PRZECHOWYWANIA I UDOSTĘPNIANIA

§24

1. Dokumentacja medyczna stanowi własność Szpitala Specjalistycznego Pro-Familia i jest przechowywana w jego pomieszczeniach.
2. Dyrektor podmiotu leczniczego zapewnia odpowiednie warunki zabezpieczające dokumentację przed zniszczeniem, uszkodzeniem lub utratą i dostępem osób nieupoważnionych. Nadzór pod względem formalno-prawnym nad prowadzeniem dokumentacji medycznej w Szpitalu Specjalistycznym Pro – Familia Tomasz Łoziński Sp.k. sprawuje Dyrektor Szpitala Specjalistycznego PRO – FAMILIA.
3. Lekarz leczący pacjenta jest odpowiedzialny za prawidłowe sporządzanie dokumentacji medycznej pacjenta. W przypadku stwierdzenia formalnych braków w dokumentacji medycznej, lekarz jest zobowiązany do ich uzupełnienia.
4. Wpis dokonany w dokumentacji nie może być z niej usunięty, a jeżeli został dokonany błędnie, należy go skreślić oraz opatrzyć datą skreślenia i podpisem osoby dokonującej skreślenia. Dokument włączony do dokumentacji medycznej, nie może być z niej usunięty.
5. Do prowadzonej dokumentacji medycznej włącza się kopie przedstawionych przez pacjenta dokumentów medycznych lub odnotowuje się zawarte w nich informacje istotne dla procesu diagnostycznego, leczniczego lub pielęgnacyjnego.

§25

1. Szpital Specjalistyczny Pro – Familia prowadzi dokumentację medyczną osób korzystających ze świadczeń zdrowotnych oraz zapewnia ochronę danych zawartych w tej dokumentacji, zgodnie z powszechnie obowiązującymi przepisami prawa, a w przypadku udzielania świadczeń finansowanych ze środków publicznych także zgodnie z wymogami określonymi przez płatnika świadczeń.
2. Niezwłocznie po przyjęciu pacjenta do szpitala zakłada się historię choroby. W przypadku gdy leczenie pacjenta wymaga wielokrotnego udzielania świadczeń zdrowotnych w tym samym zakładzie leczniczym, dopuszcza się dokonywanie kolejnych wpisów w historii choroby założonej przy przyjęciu pacjenta po raz pierwszy.
3. Historia choroby zawiera informacje dotyczące:
 - a) przyjęcia pacjenta do szpitala;
 - b) przebiegu hospitalizacji
 - c) wypisania pacjenta ze szpitala.
4. W przypadku pacjentów operowanych w Szpitalu Specjalistyczny Pro-Familia wymagane jest prowadzenie w szczególności:
 - a) protokołu operacyjnego;
 - b) okołooperacyjnej karty kontrolnej;
 - c) karty przebiegu znieczulenia.
5. W przypadku operacji w trybie natychmiastowym, dopuszcza się odstąpienie od prowadzenia okołooperacyjnej karty kontrolnej.
6. Koordynatorem okołooperacyjnej karty kontrolnej (OKK) jest lekarz anestezjolog, który prowadzi kartę, pisemnie zaznaczając realizację poszczególnych weryfikacji w trakcie zabiegu, w przypadku braku anestezjologa w zespole operacyjnym członek personelu wskazany przez operatora.
7. Karta Kontrolna dzieli zabieg operacyjny na trzy fazy lub etapy, z których każdy odpowiada poszczególnym etapom realizacji procedury zabiegowej. Są to kolejno: faza przed podaniem znieczulenia (Rozpoczęcie), faza po znieczuleniu lecz przed nacięciem (Odliczanie) oraz faza w trakcie „zamykania” rany lub tuż po, ale przed wywiezieniem pacjenta z sali operacyjnej (Zakończenie).
8. Na każdym z wyszczególnionych etapów, koordynator Karty Kontrolnej musi uzyskać od zespołu wyraźne potwierdzenie, że zrealizowano określony wymóg weryfikacyjny i wpisać go niezwłocznie w OKK. Uzyskanie potwierdzenia warunkuje przejście do kolejnej fazy zabiegu.

§26

1. Dokumentacja medyczna jest udostępniana pacjentowi lub jego przedstawicielowi ustawowemu, bądź osobie upoważnionej przez pacjenta (po śmierci pacjenta, prawo do wglądu w dokumentację medyczną ma osoba upoważniona przez pacjenta za życia, osoba, która w chwili zgonu pacjenta była jego przedstawicielem ustawowym, a także osoba bliska, chyba że udostępnieniu sprzeciwi się inna osoba bliska lub sprzeciwił się temu pacjent za życia, z zastrzeżeniem ust. 2a i 2b Ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta a lub innym uprawnionym organom, podmiotom, osobom i instytucjom o których mowa w Ustawie z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta a z zapewnieniem ochrony danych zawartych w dokumentacji.

§27

Dokumentacja medyczna jest udostępniana:

1. Dokumentacja medyczna może być udostępniona w następujących formach:
 - a) do wglądu, w tym także do baz danych w zakresie ochrony zdrowia w miejscu udzielania świadczeń zdrowotnych, z wyłączeniem medycznych czynności ratunkowych, albo w siedzibie Szpitala, z zapewnieniem pacjentowi lub innym uprawnionym organom lub podmiotom możliwości sporządzenia notatek lub zdjęć, w obecności lekarza prowadzącego albo lekarza odpowiedniej specjalności lub innego upoważnionego pracownika Szpitala, w warunkach gwarantujących pacjentowi pełną dyskrecję i ochronę przez dostępem do dokumentacji osób nieupoważnionych. Osoba przeglądająca dokumentację medyczną nie ma możliwości wyniesienia jej poza przeznaczone do tego celu pomieszczenie;
 - b) poprzez sporządzenie jej kserokopii, odpisów, wyciągów lub wydruków;
 - c) przez wydanie oryginału za potwierdzeniem odbioru i z zastrzeżeniem zwrotu po wykorzystaniu, na żądanie organów władzy publicznej albo sądów powszechnych, a także w przypadku, gdy zwłoka w "wydaniu" dokumentacji mogłaby spowodować zagrożenie życia lub zdrowia pacjenta;
 - d) za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej,
 - e) na informatycznym nośniku danych.
2. Decyzję o udostępnieniu oryginału dokumentacji medycznej podejmuje Dyrektor Szpitala. Pracownik rejestracji wykonuje kopie dokumentacji, które pozostawia się w miejsce oryginałów dokumentacji medycznej. Wyjątkowo – jeżeli dokumentacja indywidualna wewnętrzna pacjenta jest niezbędna do zapewnienia dalszego leczenia, a zwłoka w jej wydaniu mogłaby narazić pacjenta na szkodę na zdrowiu – decyzję o udostępnieniu kopii dokumentacji na zewnątrz innym organom, podmiotom leczniczym lub lekarzowi bez pozostawienia kopii może podjąć Dyrektor Szpitala lub w razie jego nieobecności lekarz leczący pacjenta.
3. Udostępnienie dokumentacji następuje w trybie zapewniającym zachowanie poufności i ochrony danych osobowych.
4. Szczegółowe zasady prowadzenia i udostępniania dokumentacji medycznej określa procedura „PM-2”.

XI. SKARGI I WNIOSKI

§28

1. Pacjent, którego prawa zostały naruszone w trakcie korzystania ze świadczeń medycznych w Szpitalu Specjalistycznym Pro-Familia ma prawo do złożenia ustnej lub pisemnej skargi do Dyrektora Szpitala.
2. Skargi przyjmowane są pisemnie na adres siedziby szpitala lub drogą elektroniczną.
3. W zakresie naruszenia praw pacjenta, skargi rozpatruje Pełnomocnik ds. Praw Pacjenta.
4. Każda komórka organizacyjna szpitala zobowiązana jest do przyjmowania skarg oraz ich niezwłocznego przekazywania do Biura Dyrektora.
5. Skargi będą rozpatrywane niezwłocznie, nie później niż w terminie do 30 dni roboczych od daty ich wpłynięcia.
6. Pacjent otrzymuje pisemną odpowiedź z informacją o podjętych działaniach oraz ewentualnych dalszych krokach w celu rozwiązania zgłoszonego problemu.
7. Szpital prowadzi rejestr skarg, który umożliwia monitorowanie przebiegu ich rozpatrywania oraz zapewnia ich właściwe archiwizowanie.

XII. Wewnętrzny system zarządzania jakością i bezpieczeństwem pacjenta

§ 29

1. W Szpitalu został wdrożony i jest utrzymywany wewnętrzny system zarządzania jakością i bezpieczeństwem pacjenta zgodny z Ustawą o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta z dnia 16.06.2023 r. (Dz.U. z 2023 r. poz. 1692).

2. Na wewnętrzny system zarządzania jakością i bezpieczeństwem pacjenta składają się procedury, standardowe opisy postępowania, instrukcje, w tym dotyczące zarządzania zdarzeniami niepożądanymi, nadzoru nad systemem i oceny jego skuteczności wydane zarządzeniami Dyrektora.

XIII. ZASADY OBSERWACJI POMIESZCZEŃ I TERENU

§ 30

1. W Szpitalu prowadzona jest obserwacja pomieszczeń i terenu wokół budynków będących w jego dyspozycji, za pomocą systemu monitoringu (rejestracji obrazu).
2. Monitoring, o którym w pkt. 1, jest niezbędny do zapewnienia bezpieczeństwa pacjentów, pracowników i pomieszczeń.
3. Monitoring pomieszczeń w Szpitalu, gdzie udzielane są świadczenia zdrowotne oraz pobyty pacjentów, w szczególności pokoi łóżkowych, pomieszczeń higieniczno-sanitarnych, przebieralni, szatni, możliwy jest tylko w sytuacji, gdy jest to zgodne z odrębnymi przepisami.
4. Nagrania obrazu uzyskane w wyniku monitoringu, o którym mowa w pkt. 1-3, zawierające dane osobowe, Szpital przetwarza wyłącznie do celów, dla których zostały zebrane i przechowuje przez okres nie dłuższy niż 3 miesiące od dnia nagrania.
2. Po upływie okresu, o którym mowa w pkt. 4, uzyskane w wyniku monitoringu nagrania obrazu zawierające dane osobowe podlegają zniszczeniu, o ile przepisy odrębne nie stanowią inaczej.

XIV. ZASADY ZABEZPIECZENIA RZECZY OSOBISTYCH I WARTOŚCIOWYCH PERSONELU

§ 31

1. Personel Szpitala jest zobowiązany do należytego zabezpieczenia swoich rzeczy wartościowych oraz osobistych.
2. Rzeczy wartościowe oraz osobiste należy przechowywać w zamkniętych szafkach lub w innych wyznaczonych do tego miejscach.
3. Personel Szpitala jest zobowiązany do zabezpieczania pomieszczeń pracowniczych przed nieuprawnionym dostępem osób trzecich.

XV. POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 32

1. Regulamin organizacyjny wchodzi w życie z dniem **01.01.2025 r.**

Załącznik nr 1

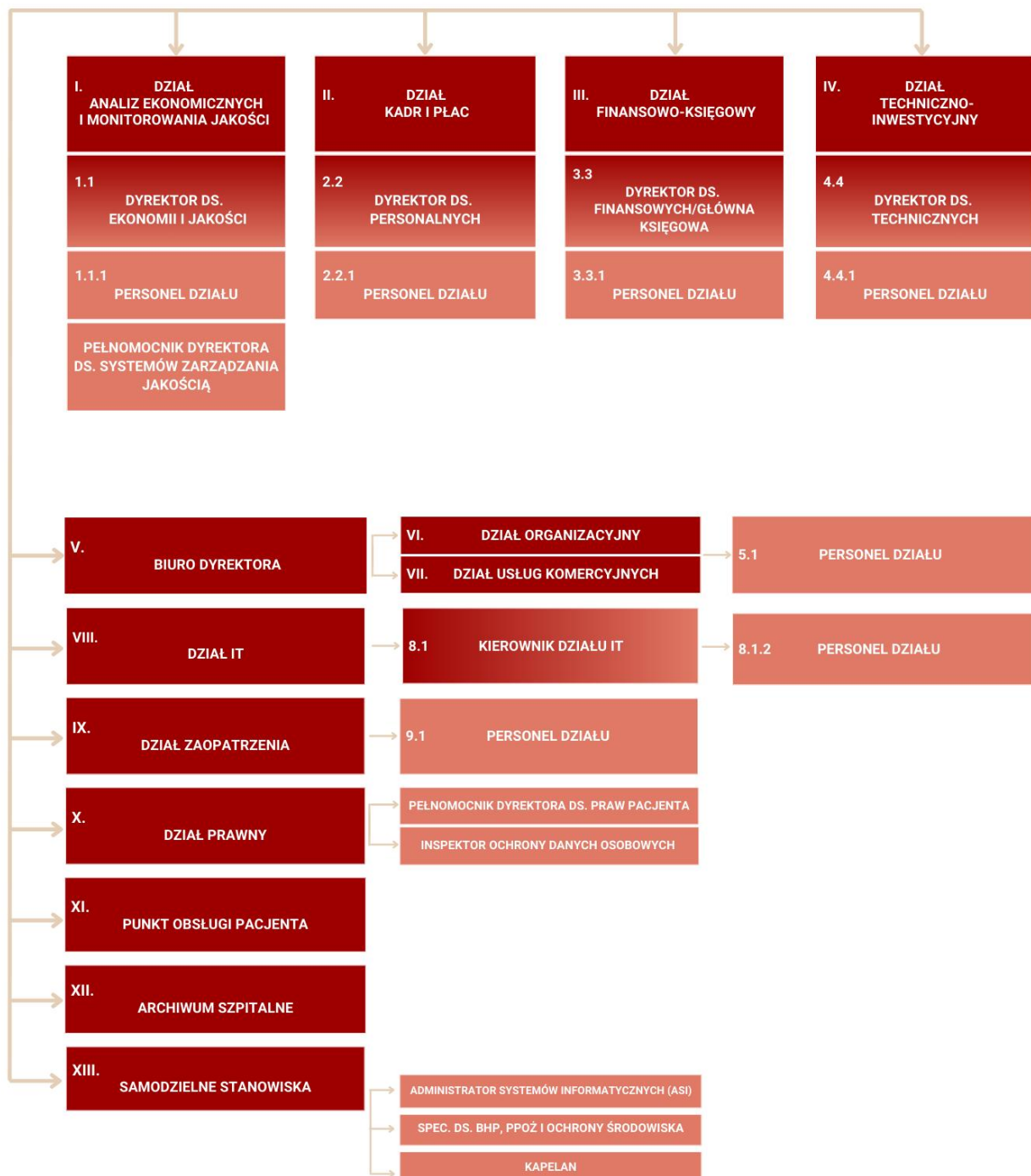
**SCHEMAT ORGANIZACYJNY SZPITALA SPECJALISTYCZNEGO PRO-FAMILIA W RZESZOWIE
PION ADMINISTRACYJNY**



STRUKTURA ORGANIZACYJNA

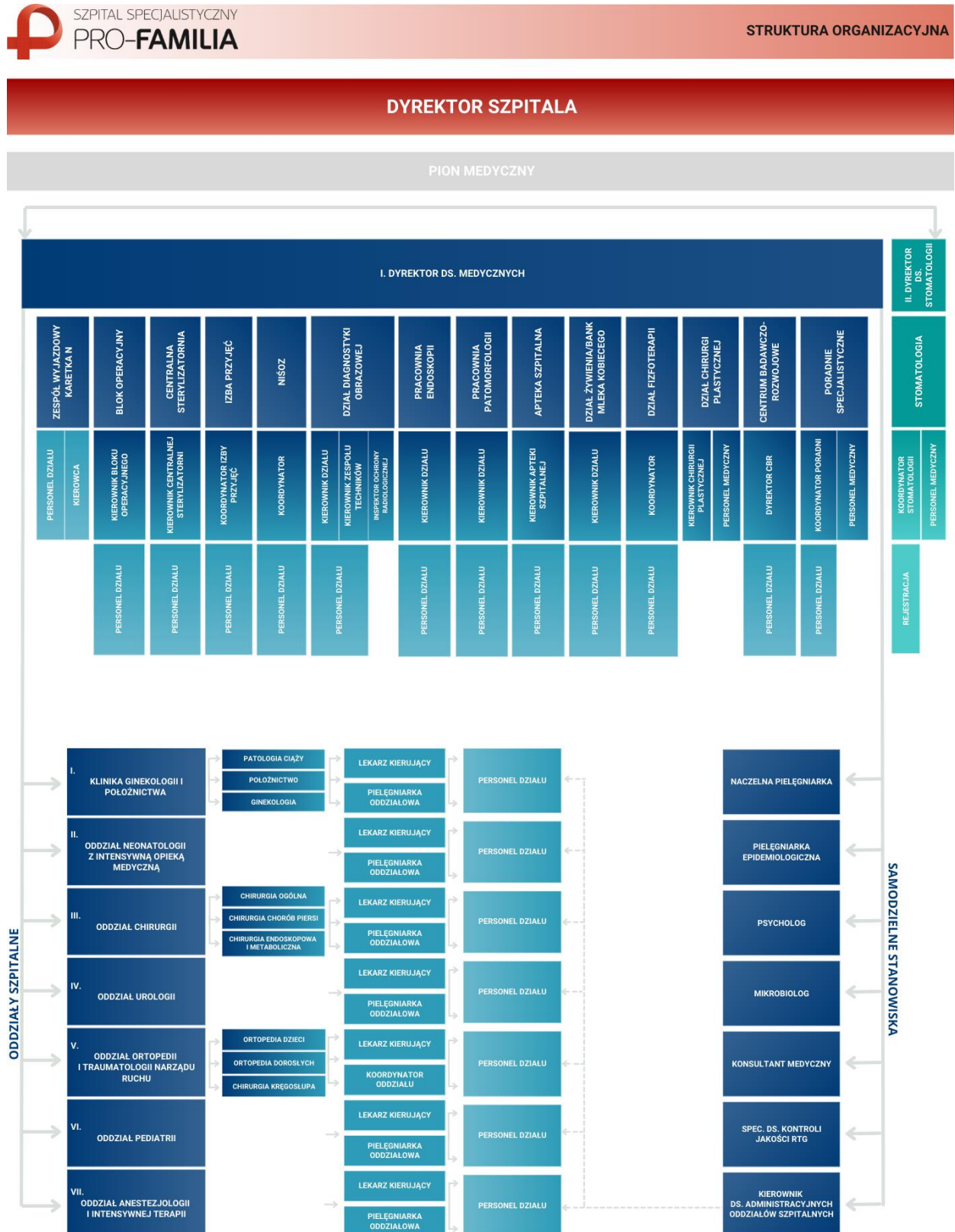
DYREKTOR SZPITALA

PION ADMINISTRACYJNY



Załącznik nr 1

**SCHEMAT ORGANIZACYJNY SZPITALA SPECJALISTYCZNEGO PRO-FAMILIA W RZESZOWIE
PION MEDYCZNY**



Załącznik nr 2

CENNIK OPŁAT ZA ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE UDZIELANE KOMERCYJNIE