

# **REGULAMIN ORGANIZACYJNY**

## **Samodzielnego Publicznego Sanatorium Gruźlicy i Chorób Płuc w Poniatowej**

ROZDZIAŁ I	POSTANOWIENIA OGÓLNE
ROZDZIAŁ II	ZARZĄDZANIE PODMIOTEM
ROZDZIAŁ III	STRUKTURA ORGANIZACYJNA
ROZDZIAŁ IV	PRZEBIEG PROCESU UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH
Podrozdział 1	Przyjęcie Pacjenta do Szpitala
Podrozdział 2	Pobyt w Szpitalu
Podrozdział 3	Wypis pacjenta
Podrozdział 4	Przeniesienie pacjenta do innego Podmiotu
Podrozdział 5	Postępowanie w przypadku pogorszenia stanu zdrowia pacjenta lub w razie jego śmierci
Podrozdział 6	Transport sanitarny
Podrozdział 7	Udzielanie świadczeń zdrowotnych w Poradni Gruźlicy i Chorób Płuc
Podrozdział 8	Prowadzenie dokumentacji medycznej oraz opłaty za jej udostępnienie.
Podrozdział 9	Organizacja procesu udzielania świadczeń zdrowotnych w przypadku pobierania opłat
ROZDZIAŁ V	ORGANIZACJA, ZADANIA POSZCZEGÓLNYCH KOMÓREK ORGANIZACYJNYCH ORAZ WARUNKI ICH WSPÓŁDZIAŁANIA
Podrozdział 1	Zadania komórek organizacyjnych wchodzących w skład zakładu leczniczego - Szpital
Podrozdział 2	Zadania i organizacja komórek organizacyjnych wchodzących w skład zakładu leczniczego - Przychodnia
Podrozdział 3	Zadania i organizacja pozostałych komórek Podmiotu
ROZDZIAŁ VI	WARUNKI WSPÓŁDZIAŁANIA Z INNYMI PODMIOTAMI WYKONUJĄCYMI DZIAŁALNOŚĆ LECZNICZĄ W ZAKRESIE ZAPEWNIENIA PRAWDIWOŚCI DIAGNOSTYKI, LECZENIA, PIELĘGNACJI I REHABILITACJI PACJENTÓW ORAZ CIĄGŁOŚCI PRZEBIEGU PROCESU UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH
ROZDZIAŁ VII	SKARGI I WNIOSKI
ROZDZIAŁ VIII	POSTANOWIENIA KOŃCOWE

#### Załączniki:

Załącznik Nr 1	Zasady pobierania opłat za udostępnianie dokumentacji medycznej
Załącznik Nr 2	Wysokość opłaty za przechowywanie zwłok pacjenta przez okres dłuższy niż 72 godziny
Załącznik Nr 3	Schemat organizacyjny Samodzielnego Publicznego Sanatorium Gruźlicy i Chorób Płuc w Poniatowej

## ROZDZIAŁ I POSTANOWIENIA OGÓLNE

### § 1

1. Regulamin organizacyjny Samodzielnego Publicznego Sanatorium Gruźlicy i Chorób Płuc w Poniatowej zwany dalej „Regulaminem” określa:
  - 1) cele i zadania Podmiotu;
  - 2) rodzaj działalności leczniczej, miejsce oraz zakres udzielania świadczeń zdrowotnych, przebieg procesu udzielania świadczeń zdrowotnych;
  - 3) strukturę organizacyjną, w tym organizację i zadania poszczególnych jednostek i komórek organizacyjnych, a także sposób kierowania tymi jednostkami i komórkami organizacyjnymi oraz sposób ich współdziałania;
  - 4) warunki współdziałania z innymi podmiotami wykonującymi działalność leczniczą w zakresie zapewnienia prawidłowości diagnostyki, leczenia, pielęgnacji i rehabilitacji pacjentów oraz ciągłości przebiegu procesu udzielania świadczeń zdrowotnych;
  - 5) wysokość opłat za świadczenia zdrowotne, które mogą być zgodnie z przepisami ustawy lub przepisami odrębnymi udzielane za częściową lub całkowitą odpłatnością oraz organizację procesu udzielania świadczeń zdrowotnych w przypadku pobierania opłat;
  - 6) zasady prowadzenia dokumentacji medycznej i wysokość opłat za udostępnienie dokumentacji medycznej;
  - 7) Wysokość opłat za przechowywanie zwłok pacjenta przez okres dłuższy niż 72 godziny od osób lub instytucji uprawnionych do pochowania zwłok na podstawie przepisów powszechnie obowiązującego prawa oraz od podmiotów, na zlecenie których przechowuje się zwłoki w związku z toczącym się postępowaniem karnym;
  - 8) prawa i obowiązki pacjenta;
  - 9) zasady składania skarg i wniosków;
  - 10) zasady zaopatrywania pacjentów w znaki identyfikacyjne.
2. Postanowienia Regulaminu dotyczą wszystkich pracowników Podmiotu oraz osób przebywających w Podmiocie, w tym pacjentów korzystających ze świadczeń zdrowotnych udzielanych przez Podmiot.

### § 2

W rozumieniu niniejszego Regulaminu określenie:

- 1) Podmiot oznacza Samodzielne Publiczne Sanatorium Gruźlicy i Chorób Płuc w Poniatowej;
- 2) Statut oznacza Statut Podmiotu;
- 3) Dyrektor oznacza Dyrektora Podmiotu (kierownika podmiotu leczniczego niebędącego przedsiębiorcą);

- 4) Zakład leczniczy – zespół składników majątkowych, za pomocą którego podmiot leczniczy wykonuje określony rodzaj działalności leczniczej;
- 5) Komórka organizacyjna – oznacza w szczególności: oddział, dział, sekcję, poradnię, pracownię oraz inną wymienioną w Regulaminie komórkę organizacyjną Podmiotu, dla której ustalono inną nazwę;
- 6) Oddział – oznacza podstawową komórkę organizacyjną diagnostyczno-leczniczo-profilaktycznej działalności Podmiotu.
- 7) Świadczenie zdrowotne – oznacza działania służące zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia oraz inne działania medyczne wynikające z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich wykonywania;
- 8) Świadczenie szpitalne – oznacza wykonywane całą dobę kompleksowe świadczenia zdrowotne polegające na diagnozowaniu, leczeniu, pielęgnacji i rehabilitacji, które nie mogą być realizowane w ramach innych stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych lub ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych; świadczeniami szpitalnymi są także świadczenia udzielane z zamiarem zakończenia ich udzielania w okresie nieprzekraczającym 24 godzin;
- 9) Ambulatoryjne świadczenia zdrowotne – oznacza świadczenia podstawowej lub specjalistycznej opieki zdrowotnej oraz świadczenia z zakresu rehabilitacji leczniczej, udzielane w warunkach niewymagających ich udzielania w trybie stacjonarnym i całodobowym w odpowiednio urządzonej, stałym pomieszczeniu;
- 10) Lekarz dyżurny – oznacza lekarza zabezpieczającego świadczenia zdrowotne poza godzinami normalnych ordynacji, czyli poza obowiązującym rozkładem czasu pracy w ramach systemu czasu pracy funkcjonującego w komórkach organizacyjnych.

### § 3

1. Samodzielne Publiczne Sanatorium Gruźlicy i Chorób Płuc w Poniatowej jest podmiotem leczniczym niebędącym przedsiębiorcą funkcjonującym jako samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej.
2. Podmiot działa na podstawie:
  - 1) ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej;
  - 2) ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych;
  - 3) ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta;
  - 4) Statutu Podmiotu;
  - 5) innych przepisów dotyczących podmiotów wykonujących działalność leczniczą;
  - 6) niniejszego Regulaminu.

#### § 4

Obszar działania Podmiotu na rzecz osób uprawnionych do świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych określają umowy zawarte z dysponentami tych środków.

#### § 5

Celem Podmiotu jest prowadzenie działalności leczniczej polegającej na:

- 1) udzielaniu świadczeń zdrowotnych;
- 2) promocji zdrowia.

#### § 6

1. Do zadań Podmiotu należy:

- 1) udzielanie stacjonarnych i całodobowych oraz ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych;
- 2) prowadzenie działań związanych z promocją zdrowia;
- 3) prowadzenie działalności związanej z bezpieczeństwem i higieną pracy, ochroną przeciwpożarową oraz obronnością kraju;
- 4) wykonywanie zadań zleconych przez organy administracji rządowej i samorządowej.

2. Podmiot prowadzi działalność leczniczą w rodzaju:

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

3. Zakres udzielanych świadczeń zdrowotnych obejmuje:

- 1) leczenie stacjonarne;
- 2) leczenie ambulatoryjne;
- 3) badania diagnostyczne.

#### § 7

1. Podmiot nie prowadzi wyodrębnionej organizacyjnie działalności, innej niż lecznicza.
2. Wyodrębniona organizacyjnie działalność, inna niż lecznicza może być prowadzona przez Podmiot przy uwzględnieniu treści art. 13 ustawy z dnia 14 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej oraz zasad dotyczących zbycia aktywów trwałych samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej, oddanie go w dzierżawę, najem, użytkowanie oraz użyczenie uchwalonych przez Sejmik Województwa Lubelskiego w trybie art. 54 ust. 2 ustawy o działalności leczniczej.
3. Podmiot realizuje zadania obronne zgodnie z ustawą z dnia 11 marca 2022 r. o obronie Ojczyzny oraz przepisami wykonawczymi, wydanymi na jej podstawie.

#### § 8

Sposób postępowania z dokumentacją wytworzoną i przechowywaną w Podmiocie regulują wewnętrzne przepisy kancelaryjno - archiwalne ustalone przez Dyrektora Podmiotu, zatwierdzone przez Archiwum Państwowe.

## § 9

Wewnętrzny porządek oraz czas pracy dla poszczególnych grup zawodowych określa regulamin pracy Podmiotu ustalony przez Dyrektora Podmiotu, po uzgodnieniu z Przedstawicielem Pracowników.

## ROZDZIAŁ II ZARZĄDZANIE PODMIOTEM

### § 10

1. Podmiotem kieruje i reprezentuje go na zewnątrz Dyrektor.
2. Dyrektor podejmuje decyzje dotyczące Podmiotu, nie zastrzeżone przepisami prawa dla innych organów oraz ponosi odpowiedzialność za ich podjęcie.
3. Podczas nieobecności Dyrektora zastępuje go, Zastępca Dyrektora ds. medycznych, a w przypadku także jego nieobecności Główny Księgowy.
4. Dyrektor jest przełożonym wszystkich pracowników.

### § 11

Dyrektor kieruje Podmiotem przy pomocy:

- 1) Zastępcy Dyrektora ds. medycznych;
- 2) Głównego Księgowego;
- 3) Naczelnej Pielęgniarki.

### § 12

1. Do podstawowych zadań Dyrektora należy:
  - 1) reprezentowanie Podmiotu na zewnątrz,
  - 2) planowanie i nadzorowanie działalności Podmiotu,
  - 3) wydawanie wewnętrznych aktów prawnych regulujących funkcjonowanie Podmiotu,
  - 4) podejmowanie decyzji związanych z zatrudnianiem i nagradzaniem pracowników Podmiotu,
  - 5) nadzór nad pozyskiwaniem funduszy na finansowanie działalności bieżącej i inwestycyjnej,
  - 6) współdziałanie z przedstawicielem pracowników;
  - 7) wykonywanie innych czynności związanych z zarządzaniem i kierowaniem Podmiotem, wynikających z obowiązujących przepisów.
2. Dyrektorowi podlegają bezpośrednio:
  - 1) Zastępca Dyrektora ds. Medycznych;
  - 2) Naczelna Pielęgniarka;
  - 3) Główny Księgowy;
  - 4) Kierownik Działu Administracyjno – Gospodarczego;

- 5) Pracownik ds. Kadr i Płac;
- 6) Inspektor ds. Bezpieczeństwa i Higieny Pracy;
- 7) Inspektor Ochrony Danych;
- 8) Inspektor ds. Obronnych i Rezerw;
- 9) Inspektor Ochrony Przeciwpożarowej
- 10) Pełnomocnik Dyrektora ds. Poprawy Jakości

### § 13

1. Do zadań Zastępcy Dyrektora ds. medycznych należy:
  - 1) nadzór nad komórkami organizacyjnymi udzielającymi świadczeń zdrowotnych w celu zapewnienia właściwego poziomu świadczonych usług oraz możliwie najlepszych efektów ekonomicznych;
  - 2) planowanie i organizacja pracy komórek organizacyjnych udzielających świadczeń zdrowotnych;
  - 3) monitorowanie i kontrola realizacji umów z NFZ, umów o udzielanie zamówienia na świadczenia zdrowotne i umowy na dostawę leków;
  - 4) opracowywanie procedur wykonawczych dla komórek organizacyjnych udzielających świadczeń zdrowotnych;
  - 5) kontrola prawidłowości wykonywania świadczeń zdrowotnych w Oddziale;
  - 6) współpraca z działem finansowym oraz działem administracyjno – gospodarczym w zakresie projektowania i realizacji planu finansowego oddziału, kontroli i rozliczeń umów;
  - 7) planowanie i realizacja planu finansowego oddziału w zakresie świadczeń zdrowotnych;
  - 8) przygotowywanie raportów, sprawozdań i informacji dotyczących pracy podległych komórek organizacyjnych, w zakresie i terminach określonych przez NFZ.
2. Zastępcy Dyrektora ds. medycznych podlegają bezpośrednio:
  - 1) Lekarz Kierujący Oddziałem;
  - 2) Kierownik Poradni Gruźlicy i Chorób Płuc;
  - 3) Specjalista ds. Epidemiologii;
  - 4) Pracownik Działu Farmacji;
  - 5) Pracownik Pracowni RTG.

### § 14

1. Do zadań Głównego Księgowego należy:
  - 1) prowadzenie rachunkowości Sanatorium;
  - 2) wykonywanie dyspozycji środkami pieniężnymi;
  - 3) dokonywanie wstępnej kontroli zgodności operacji gospodarczych i finansowych z planem finansowym;
  - 4) sporządzanie sprawozdań finansowych;

- 5) odpowiedzialność za opracowanie planu kont zgodnie z określonymi standardami sprawozdawczymi, wymogami kontrolingu oraz prawem podatkowym;
  - 6) odpowiedzialność za procedurę potwierdzania sald z kontrahentami, rozliczanie inwentaryzacji aktywów firmy, prowadzenie wszystkich ewidencji księgowych;
  - 7) przygotowywanie sprawozdań i raportów na potrzeby Dyrektora, Podmiotu tworzącego oraz instytucji zewnętrznych;
  - 8) nadzór nad prawidłowym obiegiem dokumentów księgowych;
  - 9) kontaktowanie się i współpraca z instytucjami zewnętrznymi (US, ZUS, GUS, NBP);
  - 10) nadzór nad prawidłowością rozliczeń podatkowych;
  - 11) nadzór merytoryczny i organizacyjny nad pracownikiem ds. księgowości i finansów.
2. Głównemu Księgowemu podlegają bezpośrednio:
    - 1) Pracownicy Działu Finansowego.

## § 15

1. Do zadań Naczelnej Pielęgniarki należy w szczególności:
  - 1) sprawowanie nadzoru nad poziomem i organizacją pracy personelu pielęgniarskiego oraz salowych w zakresie przestrzegania obowiązujących przepisów i regulaminów wewnętrznych;
  - 2) określanie liczby i rodzaju stanowisk pracy oraz poziomu kwalifikacji zawodowych personelu pielęgniarskiego dla zabezpieczenia potrzeb lecznictwa w Podmiocie;
  - 3) dokonywanie systematycznej oceny jakości oraz przestrzegania standardów opieki realizowanych przez personel pielęgniarski;
  - 4) uzgadnianie spraw dotyczących organizacji pracy podległego personelu z kierownikami poszczególnych komórek organizacyjnych oraz Dyrektorem;
  - 5) całkowita odpowiedzialność za organizację i przebieg szkoleń wewnątrzzakładowych i wewnątrzoddziałowych personelu;
  - 6) nadzór nad prawidłowym prowadzeniem dokumentacji medycznej w zakresie sporządzanym przez personel pielęgniarski;
  - 7) czuwanie nad właściwym wyposażeniem podległych stanowisk pracy w sprzęt, aparaturę, materiały, w tym środki ochrony niezbędne do działalności zawodowej, a także zgłaszanie Dyrektorowi zapotrzebowania na nie z odpowiednim wyprzedzeniem umożliwiającym przeprowadzenie właściwych postępowań.
2. Naczelnej Pielęgniarce bezpośrednio podlegają:
  - 1) Pielęgniarka Koordynująca i Nadzorująca Pracę innych Pielęgniarek;
  - 2) Pielęgniarka Oddziału
  - 3) Pielęgniarka Poradni Gruźlicy i Chorób Płuc
  - 4) Dietetyk



#### § 16

1. Komórkami organizacyjnymi kierują i ponoszą odpowiedzialność za ich pracę Kierownicy.
2. Dyrektor może powierzyć kierownikowi kierowanie więcej niż jedną komórką organizacyjną.
3. W przypadku niepowołania przez Dyrektora Podmiotu kierowników poszczególnych komórek organizacyjnych, Dyrektor wykonuje ich zadania samodzielnie lub za pośrednictwem upoważnionego pracownika.

#### § 17

Oddziałem kieruje Lekarz Kierujący Oddziałem.

#### § 18

1. Do zadań Lekarza Kierującego Oddziałem należy w szczególności:
  - 1) organizowanie udzielania świadczeń zdrowotnych pacjentom na Oddziale;
  - 2) sprawowanie nadzoru nad:
    - a) jakością świadczeń zdrowotnych udzielanych pacjentom na Oddziale;
    - b) realizacją świadczeń zdrowotnych zgodnie z Kodeksem Etyki Lekarskiej oraz z Kartą Praw Pacjenta;
    - c) prawidłowością prowadzenia dokumentacji medycznej na Oddziale;
    - d) efektywnym i oszczędnym stosowaniem procedur leczniczych;
    - e) realizacją na Oddziale od strony medycznej kontraktów na świadczenia zdrowotne.

#### § 19

Organami doradczymi i opiniodawczymi Dyrektora są:

- 1) Rada Społeczna;
- 2) Komitet Terapeutyczny;
- 3) Komitet Kontroli Zakażeń Szpitalnych.

#### § 20

1. Rada Społeczna jest organem inicjującym i opiniodawczym Samorządu Województwa Lubelskiego i doradczym Dyrektora.
2. Zasady i tryb działania Rady Społecznej określa ustawa o działalności leczniczej, Statut Podmiotu oraz Regulamin Rady Społecznej.

#### § 21

Do zadań Komitetu Terapeutycznego należy w szczególności:

- 1) Opracowanie Receptariusza Szpitalnego;
- 2) Okresowa analiza i aktualizacja Receptariusza Szpitalnego;
- 3) Sporządzanie Szpitalnej Listy Leków;

- 4) Kontrola stosowania Szpitalnej Listy Leków;
- 5) Opiniowanie wniosków lekarzy dotyczących wpisania i skreślenia leków ze Szpitalnej Listy Leków;
- 6) Uaktualnianie procedur i instrukcji aptecznych oraz nadzorowanie ich stosowania, m. in.:
  - a) zasad stosowania leków spoza receptariusza,
  - b) zasad pozyskiwania leków w trybie nagłym;
- 7) Okresowa analiza efektów niepożądanych leków;
- 8) Rozpatrywanie wszystkich spraw związanych z farmakoterapią pacjentów Podmiotu;
- 9) Opracowywanie projektów zarządzeń Dyrektora w sprawie racjonalnej farmakoterapii oraz gospodarki lekami i materiałami medycznymi.

## § 22

Do zadań Komitetu Kontroli Zakażeń Szpitalnych należy w szczególności:

- 1) przedstawianie Dyrektorowi Podmiotu wniosków i opinii w sprawach:
  - a) związanych z zapewnieniem bezpieczeństwa epidemiologicznego Podmiotu;
  - b) związanych z planowaniem, oceną i wdrażaniem metod kontroli zakażeń;
- 2) sprawowanie merytorycznego nadzoru nad kontrolą zakażeń szpitalnych poprzez:
  - a) opracowywanie i aktualizację standardów farmakoprofilaktyki i farmakoterapii zakażeń i chorób zakaźnych w Podmiocie;
  - b) ocenę wyników kontroli wewnętrznych przedstawianych przez Zespół Kontroli Zakażeń Szpitalnych;
- 3) określenie zadań komórek organizacyjnych Podmiotu w zakresie kontroli zakażeń:
  - a) sprawowanie merytorycznego nadzoru nad pracą Zespołu Kontroli Zakażeń Szpitalnych;
  - b) analiza raportów okresowych i zatwierdzanie rocznego sprawozdania z realizacji planu pracy Zespołu Kontroli Zakażeń Szpitalnych.

## ROZDZIAŁ III STRUKTURA ORGANIZACYJNA

### § 23

Podmiot prowadzi następujące zakłady lecznicze w rozumieniu ustawy:

- 1) Szpital - dla świadczeń zdrowotnych w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne szpitalne;
- 2) Przychodnia - dla świadczeń zdrowotnych w rodzaju ambulatoryjne świadczenia zdrowotne.

## § 24

1. W skład zakładu leczniczego - Szpital - wchodzi:
  - 1) Komórki organizacyjne:
    - a) Oddział Gruźlicy i Chorób Płuc;
    - b) Pracownia RTG;
    - c) Pracownia Spirometrii;
    - d) Pracownia USG;
    - e) Pracownia Bronchoskopowa;
    - f) Pracownia Polisomnografii
    - g) Izba Przyjęć;
    - h) Dział Farmacji.
2. W skład zakładu leczniczego – Przychodnia - wchodzi:
  - 1) Komórki organizacyjne:
    - a) Poradnia Gruźlicy i Chorób Płuc;
    - b) Gabinet Diagnostyczno – Zabiegowy.

## § 25

Komórki organizacyjne obsługujące zakłady lecznicze:

- 1) Dział Administracyjno - Gospodarczy;
- 2) Dział Finansowy;
- 3) Samodzielne stanowiska.

## § 26

1. W Szpitalu dopuszcza się możliwość tworzenia stałych lub doraźnych komisji, komitetów lub zespołów w zależności od potrzeb, zwanych dalej zespołami zadaniowymi.
2. Zespoły zadaniowe, o których mowa w ust.1 są powoływane w formie zarządzenia w celu opracowania lub opiniowania projektów przedsięwzięć podejmowanych w określonej dziedzinie lub wykonania innych zadań, w tym wymagających współdziałania kilku komórek organizacyjnych, z zastrzeżeniem ust. 3.
3. W uzasadnionych przypadkach czynności, o których mowa w ust. 2 mogą być powierzone jednej osobie.

## § 27

Schemat struktury organizacyjnej Samodzielnego Publicznego Sanatorium Gruźlicy i Chorób Płuc w Poniatowej stanowi Załącznik Nr 3 do niniejszego Regulaminu.

## **ROZDZIAŁ IV PRZEBIEG PROCESU UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH**

### **§ 28**

1. Świadczenia zdrowotne udzielane są w zakładach leczniczych Podmiotu.
2. Miejscem udzielania świadczeń zdrowotnych jest Poniatowa, ul. Fabryczna 6.

### **§ 29**

Podmiot udziela świadczeń zdrowotnych w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne i ambulatoryjne świadczenia zdrowotne, w szczególności: w Oddziale, Poradni Gruźlicy i Chorób Płuc oraz komórkach diagnostycznych, z zapewnieniem właściwej dostępności i jakości tych świadczeń.

### **§ 30**

W zakresie koniecznym do wykonania świadczeń gwarantowanych Podmiot zapewnia pacjentom nieodpłatnie badania diagnostyczne, leki i wyroby medyczne oraz środki pomocnicze, a także transport sanitarny w sytuacjach medycznie uzasadnionych.

### **§ 31**

1. Podmiot udziela świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych ubezpieczonym oraz innym osobom uprawnionym do tych świadczeń na podstawie odrębnych przepisów nieodpłatnie za częściową odpłatnością lub całkowitą odpłatnością.
2. Specjalistyczne ambulatoryjne świadczenie zdrowotne są udzielane na podstawie skierowania lekarza ubezpieczenia zdrowotnego.
3. Upoważnionymi do bezpłatnego korzystania ze świadczeń Podmiotu są osoby ubezpieczone oraz inne osoby uprawnione na podstawie odrębnych przepisów i umów.
4. Pacjenci uprawnieni do bezpłatnych świadczeń zdrowotnych w ramach ubezpieczenia zdrowotnego lub umów cywilnoprawnych zgłaszają się do rejestracji z dokumentem potwierdzającym uprawnienia lub wskazują na tytuł uprawnień.
5. Podmiot każdorazowo sprawdza uprawnienia pacjenta do uzyskania bezpłatnych świadczeń zdrowotnych.
6. Podmiot może udzielać odpłatnie świadczeń zdrowotnych osobom nieuprawnionym do bezpłatnych świadczeń zdrowotnych w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego.
7. Każdy pacjent Podmiotu uzyskuje świadczenia zdrowotne zgodne ze swoimi potrzebami zdrowotnymi, aktualnym stanem wiedzy medycznej, z wykorzystaniem najskuteczniejszych w danej sytuacji czynności zapobiegawczych, diagnostycznych i leczniczych.
8. W Podmiocie świadczenia zdrowotne udzielane są wyłącznie przez osoby wykonujące zawód medyczny lub inne osoby posiadające odpowiednie kwalifikacje i uprawnienia oraz spełniające wymagania określone w odrębnych przepisach.

9. Dostępność do świadczeń zdrowotnych w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna w zakresie gruźlicy i chorób płuc określa się na poziomie 37 godz. 55 min. w dniach od poniedziałku do piątku.
10. Świadczenia zdrowotne udzielane są z poszanowaniem intymności i godności osobistej pacjenta. W tym celu, w czasie przeprowadzenia wywiadów lekarskich, udzielania porad i rozmów z pacjentami lub ich przedstawicielem ustawowym, zapewnia się odpowiednie warunki lokalowe.
11. Podmiot zapewnia ochronę danych dotyczących stanu zdrowia pacjenta i sposobu leczenia poprzez odpowiednie zabezpieczenia tych danych przed osobami postronnymi oraz zobowiązanie pracowników do przestrzegania przepisów obowiązujących w tym zakresie.
12. Wszyscy pracownicy Podmiotu zobowiązani są do uprzejmego, życzliwego traktowania pacjentów i ich rodzin.
13. Wszyscy pracownicy zobowiązani są do noszenia na ubiorze identyfikatorów w formie tabliczek z imieniem i nazwiskiem oraz określeniem stanowiska pracy.
14. Podmiot organizuje świadczenia zdrowotne w sposób zapewniający pacjentom najbardziej dogodną formę korzystania ze świadczeń.
15. Rejestracja pacjentów w siedzibie Podmiotu odbywa się w każdej formie tj. osobiście, przez członków rodziny, telefonicznie, z wyznaczeniem dnia i godziny realizacji świadczenia zdrowotnego.
16. Świadczenia zdrowotne udzielane są w dniu zgłoszenia lub terminie uzgodnionym z pacjentem (osobą go reprezentującą).
17. Informacja o dniach i godzinach udzielania świadczeń zdrowotnych znajduje się przy wejściu do siedziby Podmiotu, w rejestracji, na drzwiach gabinetu lekarskiego poradni.
18. Przebieg procesu udzielania świadczeń zdrowotnych w Podmiocie regulowany jest wymogami ustawy o działalności leczniczej, umów zawartych z Narodowym Funduszem Zdrowia o udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie:
  - 1) leczenie chorób płuc i gruźlicy w oddziale;
  - 2) badania i porady lekarskie w Poradni Gruźlicy i Chorób Płuc;
  - 3) badania diagnostyczne i analityki medycznej;
  - 4) pielęgnacja chorych;
  - 5) orzekanie o stanie zdrowia.
19. Podmiot umieszcza numer identyfikacyjny umów zawartych z Narodowym Funduszem Zdrowia na wszystkich orzeczeniach, zaświadczeniach i skierowaniach wystawianych w związku z realizacją obowiązków wynikających z umowy.

20. Podmiot zapewnia pacjentom:

- 1) świadczenia zdrowotne z zakresu gruźlicy i chorób płuc;
- 2) produkty lecznicze i wyroby medyczne;
- 3) pomieszczenia i wyżywienie odpowiednie do stanu zdrowia;
- 4) realizację prawa do opieki duszpasterskiej.

21. Podmiot ordynuje produkty lecznicze i wyroby medyczne, zgodnie z aktualnym stanem wiedzy i praktyki medycznej w sposób nie przekraczający granic koniecznej potrzeby.

22. Szczegółowy tryb udzielania świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych ubezpieczonym oraz innym osobom uprawnionym zawarty jest w umowach z Narodowym Funduszem Zdrowia.

## **PODROZDZIAŁ 1 PRZYJĘCIE PACJENTA DO SZPITALA**

### **§ 32**

1. Przyjęcie pacjentów zgłaszających się do Szpitala odbywa się w Izbie Przyjęć na podstawie skierowania od lekarza ubezpieczenia zdrowotnego.
2. Pacjentów przyjmuje się na podstawie dokumentu tożsamości oraz na podstawie systemu NFZ - eWUŚ albo dokumentu ubezpieczenia zdrowotnego albo oświadczenia o przysługującym świadczeniobiorcy prawie do świadczeń opieki zdrowotnej, zgodnie z obowiązującymi przepisami.
3. Badania radiologiczne wykonywane są w Pracowni RTG Sanatorium. Badania diagnostyczne laboratoryjne i bakteriologiczne wykonywane są na podstawie umowy zawartej z laboratorium zewnętrznym.

### **§ 33**

1. Prawo do korzystania poza kolejnością ze świadczeń opieki zdrowotnej mają osoby określone w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.
2. Osoby posiadające szczególne uprawnienia do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej poza kolejnością, o których mowa w ust. 1 są zobowiązane do przedstawienia dokumentu potwierdzającego uprawnienia.

### **§ 34**

1. W stanach nagłych świadczenia zdrowotne udzielane są bez wymaganego skierowania i dowodu ubezpieczenia. Szpital nie może odmówić udzielenia świadczenia zdrowotnego osobie, która potrzebuje natychmiastowego udzielenia takiego świadczenia ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia.
2. W przypadku stanu nagłego lub w przypadku, gdy ze względu na stan zdrowia nie jest możliwe złożenie oświadczenia o którym mowa w § 30 ust. 2 osoba, której udzielono

świadczenia opieki zdrowotnej jest zobowiązana do przedstawienia dokumentu potwierdzającego prawo do świadczeń opieki zdrowotnej albo złożenia ww. oświadczenia w terminie 14 dni od dnia rozpoczęcia udzielania świadczeń opieki zdrowotnej a jeżeli świadczenie to jest udzielane w oddziale szpitalnym w terminie 7 dni od zakończenia udzielania świadczeń opieki zdrowotnej.

#### § 35

1. Pacjentowi będącemu w stanie bezpośredniego zagrożenia życia musi być udzielona pomoc medyczna bez zwłoki czasowej.
2. Jeżeli lekarz stwierdzi potrzebę niezwłocznego umieszczenia pacjenta w Szpitalu, a zakres świadczeń udzielanych przez Podmiot lub względy epidemiologiczne nie pozwalają na przyjęcie, lekarz udzielający świadczeń po udzieleniu niezbędnej pomocy zapewnia w razie potrzeby transport do najbliższego podmiotu leczniczego udzielającego świadczeń opieki zdrowotnej w odpowiednim zakresie.

#### § 36

1. Nieprzyjęcie pacjenta do Szpitala może nastąpić w przypadku niewyrażenia zgody przez pacjenta na hospitalizację. Lekarz jest obowiązany uzyskać od pacjenta (przedstawiciela ustawowego, opiekuna prawnego) pisemne oświadczenie z adnotacją, że został on poinformowany o następstwach mogących wystąpić w przypadku odmowy hospitalizacji.
2. W przypadku odmowy sporządzenia ww oświadczenia lekarz sporządza stosowną adnotację w dokumentacji medycznej.

### **PODROZDZIAŁ 2 POBYT W SZPITALU**

#### § 37

1. Pacjent po przyjęciu do Oddziału zostaje zbadany przez lekarza dyżurnego, który zleca niezbędne badania diagnostyczne i wdraża leczenie.
2. W przypadku konieczności uzyskania opinii konsultantów, chory zostaje skierowany do odpowiednich poradni specjalistycznych.

#### § 38

1. Lekarz Kierujący Oddziałem wyznacza dla każdego pacjenta lekarza odpowiedzialnego za bieżącą terapię i opiekę medyczną, bieżące informowanie oraz prowadzenie jego dokumentacji. Wyznaczenie to może być dokonane przez przydział określonych sal chorych.
2. Obejmując opiekę nad pacjentem lekarz zobowiązany jest przedstawić się imieniem i nazwiskiem oraz podać stanowisko służbowe.

3. Każdy lekarz kontaktujący się z pacjentem zobowiązany jest do analogicznego postępowania, niezależnie od obowiązku noszenia identyfikatorów.

#### § 39

1. Pacjenta zaopatruje się w znak identyfikacyjny przy przyjęciu do Szpitala, po ustaleniu jego tożsamości.
2. Pacjenta, którego tożsamości nie można ustalić przy przyjęciu do Szpitala, zaopatruje się w znak identyfikacyjny zawierający oznaczenie „NN” oraz dodatkowe oznaczenie numeryczne, umożliwiające identyfikację pacjenta do czasu ustalenia jego tożsamości.
3. Znak identyfikacyjny umieszcza się na opasce oraz w indywidualnej dokumentacji medycznej pacjenta.
4. Opaskę zakłada się na nadgarstek pacjenta, a w przypadku, gdy jest to niemożliwe albo niewskazane ze względu na przebieg procesu leczenia, na kostkę nogi.
5. Opaska powinna być zapięta w sposób zapewniający jej utrzymanie się na nadgarstku lub kostce nogi pacjenta w trakcie jego pobytu w Szpitalu.
6. Przy wypisywaniu pacjenta ze Szpitala, po sprawdzeniu zgodności znaku identyfikacyjnego umieszczonego na opasce, ze znakiem identyfikacyjnym umieszczonym w indywidualnej dokumentacji medycznej, opaskę wydaje się pacjentowi albo jego opiekunowi prawnemu.
7. W przypadku stwierdzenia braku albo zniszczenia opaski niezwłocznie potwierdza się tożsamość pacjenta i zakłada się pacjentowi nową opaskę.

#### § 40

Pacjenci kierowani na badania specjalistyczne i zabiegi lecznicze powinni być, zależnie od stanu zdrowia, przeprowadzani lub przewożeni na wózkach lub przenoszeni na noszach przez personel.

#### § 41

1. Pacjent ma prawo do wyrażenia zgody na udzielenie określonych świadczeń zdrowotnych lub odmowy takiej zgody po uzyskaniu odpowiedniej informacji.
2. Szczegółowe zasady wyrażania zgody przez pacjenta lub inne osoby na udzielenie świadczenia zdrowotnego określają przepisy prawa.

#### § 42

1. Pracownie diagnostyczne udzielają świadczeń z zakresu: badań diagnostycznych, analiz w celu rozpoznania stanu zdrowia, postawienia diagnozy i ewentualnego dalszego leczenia.
2. Szczegółowy zakres udzielanych świadczeń określonych w ust. 1, sposób pobierania materiału do badań, wykonywania badań i analiz, zasady wykonywania, zabezpieczania i transportowania materiału do badań określają wewnętrzne przepisy poszczególnych pracowni.



#### § 43

1. W przypadku pogorszenia stanu zdrowia chorego wymagającego przeniesienia lub hospitalizacji w innym oddziale pacjent zostaje skierowany do innego szpitala.
2. W przypadku konieczności diagnozy w szpitalu o wyższym stopniu referencji pacjent zostaje skierowany do takiego szpitala.
3. Karta informacyjna z całego pobytu pacjenta w Szpitalu sporządzana jest w Oddziale.

#### § 44

1. Pacjent ma prawo do:
  - 1) świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej;
  - 2) do informacji o swoim stanie zdrowia oraz o rodzaju i zakresie udzielanych mu świadczeń zdrowotnych;
  - 3) do zachowania w tajemnicy przez osoby wykonujące zawód medyczny, w tym udzielające mu świadczeń zdrowotnych, informacji z nim związanych, a uzyskanych w związku z wykonywaniem zawodu medycznego;
  - 4) wyrażenia zgody na udzielenie określonych świadczeń zdrowotnych albo odmowy takiej zgody, po uzyskaniu informacji o swoim stanie zdrowia;
  - 5) do poszanowania intymności i godności, w szczególności w czasie udzielania mu świadczeń zdrowotnych (prawo do poszanowania godności obejmuje także prawo do umierania w spokoju i godności);
  - 6) do leczenia bólu;
  - 7) do dokumentacji medycznej;
  - 8) kontaktu osobistego, telefonicznego lub korespondencyjnego z innymi osobami;
  - 9) do dodatkowej opieki pielęgnacyjnej;
  - 10) do opieki duszpasterskiej;
  - 11) do przechowywania rzeczy wartościowych w depozycie.
2. Pacjent ponosi koszty realizacji praw, określonych ust.1 pkt 8 i 9, jeżeli realizacja tych praw skutkuje kosztami poniesionymi przez Sanatorium.
3. Pacjent ma prawo domagać się zadośćuczynienia i dochodzić innych swoich praw na drodze sądowej.
4. Prawa pacjenta określa w szczególności ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.
5. Szczegółowa informacja o prawach pacjenta jest udostępniona w formie pisemnej w siedzibie Podmiotu w miejscu ogólnodostępnym oraz w miejscach pobytu pacjentów.
6. Szczegółowych informacji o prawach pacjenta udziela:

**Biuro Praw Pacjenta przy Ministrze Zdrowia**  
**ul. Młynarska 46**  
**01 – 171 Warszawa**  
**bezpłatna infolinia Biura: 0 – 800- 190- 590**  
**e-mail: [kancelaria@rpp.gov.pl](mailto:kancelaria@rpp.gov.pl)**

7. Na wniosek pacjenta Podmiot udziela:

- 1) szczegółowych informacji na temat udzielanych świadczeń zdrowotnych, w szczególności informacji dotyczących stosowanych metod diagnostycznych lub terapeutycznych oraz jakości i bezpieczeństwa tych metod;
- 2) niezbędnych informacji na temat zawartych umów ubezpieczenia, o których mowa w ustawie o działalności leczniczej;
- 3) informacji objętych wpisem do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, dotyczących Podmiotu.

**§ 45**

1. Dyrektor ustala w drodze zarządzenia regulamin dla pacjentów obowiązujący w Szpitalu.
2. Dyrektor ustala w drodze zarządzenia regulamin dla odwiedzających, obowiązujący w Szpitalu.

**§ 46**

Pacjent i osoby odwiedzające zobowiązane są do poszanowania mienia będącego własnością Podmiotu. W przypadku niezastosowania się do powyższego, ponoszą one odpowiedzialność materialną za jego zniszczenie lub uszkodzenie z własnej winy.

**§ 47**

1. Obowiązkiem pacjenta korzystającego ze świadczeń zdrowotnych w Szpitalu jest w szczególności:
  - 1) przestrzegać podanych do wiadomości przepisów wewnętrznych Sanatorium w ten sposób, aby nie zakłócać procesu udzielania świadczeń zdrowotnych;
  - 2) realizować uprawnienia z zachowaniem kultury osobistej i poszanowaniem godności personelu Sanatorium;
  - 3) zachować czystość w pomieszczeniach;
  - 4) zastosować się do zakazu palenia tytoniu;
  - 5) każdorazowo okazywać na wezwanie dokumenty poświadczające uprawnienia do bezpłatnych świadczeń zdrowotnych;
  - 6) udzielać pracownikom medycznym informacji niezbędnych do zastosowania prawidłowego procesu diagnostyki lub leczenia;
  - 7) przestrzegać zaleceń lekarskich w ten sposób, aby wspomóc, a nie zakłócać proces leczenia;
  - 8) dokonywać terminowo opłaty za świadczenia zdrowotne w przypadku, gdy udzielane są osobom nieuprawnionym do bezpłatnych świadczeń.

#### § 48

Informacji o stanie zdrowia chorych udzielają wyłącznie lekarze.

### **PODROZDZIAŁ 3 WYPIS PACJENTA**

#### § 49

1. Po zakończeniu procesu diagnostyczno-terapeutycznego w Oddziale pacjent zostaje wypisany ze stanu chorych Szpitala.
2. Chorzy wypisani po zakończonej hospitalizacji wymagający kontynuowania leczenia w Poradni Gruźlicy i Chorób Płuc, kierowani są do Poradni Sanatorium.
3. Wypisanie pacjenta hospitalizowanego ze Szpitala następuje:
  - 1) gdy stan zdrowia pacjenta nie wymaga dalszego leczenia w Szpitalu;
  - 2) na żądanie pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego;
  - 3) gdy pacjent 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.
4. Gdy pacjent występuje o wypisanie ze Szpitala na własne żądanie - wówczas jest informowany przez lekarza o możliwych następstwach zaprzestania dalszego udzielania świadczeń zdrowotnych. Pacjent taki składa pisemne oświadczenie o wypisaniu na własne żądanie. W przypadku braku takiego oświadczenia, lekarz sporządza adnotację w dokumentacji medycznej.
5. Gdy stan pacjenta tego wymaga, pacjent jest kierowany do innego podmiotu wykonującego działalność leczniczą w celu kontynuacji procesu diagnostyczno-leczniczego.

### **PODROZDZIAŁ 4 PRZENIESIENIE PACJENTA DO INNEGO PODMIOTU**

#### § 50

1. Przeniesienie pacjenta z Samodzielnego Publicznego Sanatorium Gruźlicy i Chorób Płuc w Poniatowej do innego Podmiotu powinno wynikać ze wskazań medycznych.
2. Zapewnienie transportu pacjenta z Samodzielnego Publicznego Sanatorium Gruźlicy i Chorób Płuc w Poniatowej do innego Podmiotu odbywa się zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.
3. Lekarz Kierujący Oddziałem, lekarz upoważniony przez Lekarza Kierującego Oddziałem lub lekarz dyżurny podejmuje decyzję o składzie obsługi transportu sanitarnego, kierując się stanem zdrowia pacjenta.

4. Pacjent otrzymuje kartę informacyjną z pobytu w Samodzielnym Publicznym Sanatorium Gruźlicy i Chorób Płuc w Poniatowej oraz skierowanie do Podmiotu, do którego jest przewożony. Jeżeli pacjent jest w ciężkim stanie ww. dokumentację otrzymuje obsługa transportu sanitarnego.
5. W razie konieczności udostępnienia innych dokumentów z leczenia pacjenta, należy je przekazać pacjentowi lub obsłudze transportu sanitarnego.
6. Lekarz bezpośrednio przekazujący pacjenta ma obowiązek udzielić obsłudze transportu pisemnej informacji, jeżeli stan pacjenta wymaga kontynuacji leczenia w trakcie transportu.
7. Za stan zdrowia pacjenta w czasie trwania transportu odpowiada zespół transportowy.
8. Jeżeli w transporcie pacjenta uczestniczy lekarz za stan zdrowia pacjenta odpowiada lekarz bezpośrednio uczestniczący w transporcie sanitarnym.

## **PODROZDZIAŁ 5**

### **POSTĘPOWANIE W PRZYPADKU POGORSZENIA STANU ZDROWIA PACJENTA LUB W RAZIE JEGO ŚMIERCI**

#### **§ 51**

W razie pogorszenia się stanu zdrowia pacjenta, powodującego zagrożenie życia lub w razie jego śmierci, lekarz leczący lub lekarz dyżurny jest zobowiązany niezwłocznie zawiadomić wskazaną przez pacjenta osobę lub instytucję, lub przedstawiciela ustawowego.

#### **§ 52**

1. Pielęgniarka niezwłocznie powiadamia lekarza leczącego lub lekarza dyżurnego o śmierci pacjenta przebywającego w Szpitalu.
2. Lekarz, o którym mowa w ust.1 po przeprowadzeniu oględzin, stwierdza zgon i jego przyczynę oraz wystawia kartę zgonu.
3. W przypadku przeprowadzenia sekcji zwłok stwierdzenie przyczyny zgonu następuje po jej przeprowadzeniu.
4. Szczegółowe zasady postępowania w przypadku zgonu pacjenta regulują wewnętrzne przepisy Podmiotu oparte na obowiązujących w tym zakresie przepisach prawa.

#### **§ 53**

1. Zwłoki pacjentów zmarłych w Podmiocie są przechowywane w chłodni nie dłużej niż 72 godziny.
2. Zwłoki pacjenta mogą być przechowywane dłużej niż 72 godziny, 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.
3. Wysokość opłaty za przechowywanie zwłok pacjenta przez okres dłuższy niż 72 godziny określa załącznik Nr 2 do Regulaminu Organizacyjnego.

## **PODROZDZIAŁ 6 TRANSPORT SANITARNY**

### **§ 54**

Zasady oraz tryb zlecenia transportu sanitarnego regulują umowy zawarte z Podmiotami świadczącymi usługi transportu sanitarnego, oparte na obowiązujących w tym zakresie przepisach prawa.

## **PODROZDZIAŁ 7 UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W PORADNI GRUŹLICY I CHORÓB PŁUC**

### **§ 55**

1. Ambulatoryjne świadczenia specjalistyczne finansowane ze środków publicznych są udzielane na podstawie skierowania lekarza ubezpieczenia zdrowotnego w Poradni Gruźlicy i Chorób Płuc.
2. Skierowanie, o którym mowa w ust. 1, nie jest wymagane do świadczeń specjalistycznych zgodnie z ustawą o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych dla osób chorych na gruźlicę.
3. W przypadku niemożności udzielenia w/w świadczeń, tworzy się listę oczekujących na udzielenie świadczenia wg. kolejności zgłoszeń pacjentów.
4. Lista oczekujących podlega okresowej ocenie pod kątem kryteriów medycznych oraz terminowości przyjmowania pacjentów.
5. Informacja o liczbie oczekujących na świadczenia specjalistyczne i średnim czasie oczekiwania przekazywana jest codziennie Oddziałowi Wojewódzkiemu NFZ.
6. Lekarz poradni kieruje pacjentów na leczenie szpitalne, jeżeli cel leczenia nie może być osiągnięty przez leczenie ambulatoryjne.
7. Lekarz w w/w przypadku wystawia skierowanie do Szpitala lub innego szpitala udzielającego świadczeń zdrowotnych w ramach umów zawartych z Narodowym Funduszem Zdrowia. Konieczność hospitalizacji uzasadnia się na skierowaniu.

### **§ 56**

Świadczenia zdrowotne są udzielane w Poradni Gruźlicy i Chorób Płuc w dni robocze od poniedziałku do piątku z uwzględnieniem różnych godzin przyjęć w poszczególne dni tygodnia. Szczegółowy harmonogram przyjęć pacjentów w poradni jest wywieszony na drzwiach gabinetu oraz tablicy ogłoszeń.

## PODROZDZIAŁ 8 PROWADZENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ ORAZ OPŁATY ZA JEJ UDOSTĘPNIENIE

### § 57

1. Podmiot jest obowiązany prowadzić dokumentację medyczną osób korzystających ze świadczeń zdrowotnych Podmiotu.
2. Podmiot zapewnia ochronę danych zawartych w dokumentacji, o której mowa w ust. 1.

### § 58

1. Dokumentacja medyczna Podmiotu dzieli się na:
  - 1) dokumentację indywidualną odnoszącą się do poszczególnych pacjentów korzystających ze świadczeń zdrowotnych;
  - 2) dokumentację zbiorczą odnoszącą się do ogółu pacjentów korzystających ze świadczeń zdrowotnych Sanatorium lub określonych grup tych pacjentów.
2. Dokumentacja indywidualna dzieli się na dokumentację indywidualną wewnętrzną przeznaczoną na potrzeby Podmiotu oraz dokumentację indywidualną zewnętrzną przeznaczoną na potrzeby pacjenta korzystającego ze świadczeń zdrowotnych udzielanych w Podmiocie.
3. Dokumentacją indywidualną wewnętrzną są w szczególności historia choroby.
4. Dokumentacją indywidualną zewnętrzną są w szczególności skierowania do podmiotu leczniczego lub innego podmiotu udzielającej świadczeń zdrowotnych poza Podmiotem, a także inne skierowania na badania diagnostyczne i konsultacje, zaświadczenia, orzeczenia, opinie lekarskie, karty informacyjne z leczenia szpitalnego.

### § 59

1. Dokumentacja indywidualna medyczna zawiera co najmniej:
  - 1) oznaczenie pacjenta, pozwalające na ustalenie tożsamości;
    - a) nazwisko i imię (imiona),
    - b) data urodzenia,
    - c) oznaczenie płci,
    - d) adres miejsca zamieszkania,
    - e) numer PESEL, jeżeli został nadany, a w przypadku osób, które nie mają nadanego numeru PESEL – rodzaj i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość;
  - 2) oznaczenie podmiotu leczniczego ze wskazaniem komórki organizacyjnej Podmiotu, w której udzielono świadczeń zdrowotnych;
  - 3) opis stanu zdrowia pacjenta, o którym mowa w pkt 1, lub udzielonych mu świadczeniach zdrowotnych;
  - 4) oznaczenie osoby udzielającej świadczeń zdrowotnych oraz kierującej na badania, konsultację lub leczenie;

- 5) oświadczenie pacjenta o upoważnieniu osoby do uzyskania informacji o jego stanie zdrowia;
  - 6) datę sporządzenia.
2. Podmiot udostępnia dokumentację, o której mowa w ust.1:
- 1) pacjentowi albo jego przedstawicielowi ustawowemu bądź osobie upoważnionej przez pacjenta;
  - 2) podmiotom udzielającym świadczeń zdrowotnych, jeżeli dokumentacja ta jest niezbędna do zapewnienia ciągłości świadczeń zdrowotnych;
  - 3) innym podmiotom i organom określonym w art. 26 ust. 3 ustawy z dnia 6 listopada 2008 roku o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (t.j. Dz. U. 2017 poz. 1318 ze zm.);
3. Dokumentacja medyczna jest udostępniana:
- 1) do wglądu, w tym także do baz danych w zakresie ochrony zdrowia w Podmiocie, z zapewnieniem pacjentowi lub innym uprawnionym organom lub podmiotom możliwości sporządzenia notatek lub zdjęć;
  - 2) przez sporządzenie jej wyciągu, odpisu, kopii lub wydruku;
  - 3) przez wydanie oryginału za pokwitowaniem odbioru i z zastrzeżeniem zwrotu po wykorzystaniu, na żądanie organu władzy publicznej albo sądów powszechnych, a także w przypadku, gdy zwłoka w wydaniu dokumentacji mogłaby spowodować zagrożenie życia lub zdrowia pacjenta;
  - 4) za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej;
  - 5) na informatycznym nośniku danych;
  - 6) zdjęcia rentgenowskie wykonane na kliszy, przechowywane przez Podmiot są udostępniane za potwierdzeniem odbioru i z zastrzeżeniem zwrotu po wykorzystaniu.
4. Dokumentacja medyczna prowadzona w postaci papierowej może być udostępniona przez sporządzenie kopii w formie odwzorowania cyfrowego (skanu) i przekazanie w sposób określony w ust. 3 pkt 4 i 5, na żądanie pacjenta lub innych organów lub podmiotów.
5. Podmiot prowadzi wykaz zawierający informacje dotyczące udostępnianej dokumentacji medycznej zgodnie z art. 27 ust. 4 ustawy z dnia 6 listopada 2008 roku o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (t.j. Dz. U. 2022 poz. 1876 ze zm.);
6. Za udostępnienie dokumentacji medycznej określonym w ust. 3 pkt 2 i 5 oraz w ust. 4 Podmiot pobiera opłatę zgodnie z cennikiem stanowiącym załącznik Nr 1 do Regulaminu Organizacyjnego.
7. Postanowienie ust. 6 nie narusza uprawnień organów rentowych określonych w art.77 ust. 5 ustawy z dnia 13 października 1998r. o systemie ubezpieczeń społecznych (t.j. Dz.U. z 2022 r., poz. 1009 z późn. zm.) i art. 121 ust. 2 ustawy z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (t.j. Dz.U. z 2022 r., poz. 504 z późn. zm.).

8. Opłaty, o której mowa w ust. 6, nie pobiera się w przypadku udostępnienia dokumentacji medycznej:
  - 1) pacjentowi albo jego przedstawicielowi ustawowemu po raz pierwszy w żądanym zakresie i w sposób, o którym mowa w ust. 3 pkt 2 i 5 oraz w ust. 4;
  - 2) w związku z postępowaniem przed wojewódzką komisją do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych, o której mowa w art. 67e ust. 1 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.
9. Opłaty, o której mowa w ust. 6 nie pobiera się w przypadku udostępnienia dokumentacji medycznej Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji oraz Agencji Badań Medycznych.
10. Dokumentacja medyczna jest przechowywana przez okres 20 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym dokonano ostatniego wpisu, z wyjątkiem:
  - 1) dokumentacji medycznej w przypadku zgonu pacjenta na skutek uszkodzenia ciała lub zatrucia, która jest przechowywana przez okres 30 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym nastąpił zgon;
  - 2) zdjęć rentgenowskich przechowywanych poza dokumentacją medyczną, które są przechowywane przez okres 10 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym wykonano zdjęcie;
  - 3) skierowań na badania lub zleceń lekarza, które są przechowywane przez okres:
    - a) 5 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym udzielono świadczenia zdrowotnego będącego przedmiotem skierowania lub zlecenia lekarza;
    - b) 2 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym wystawiono skierowanie – w przypadku, gdy świadczenie zdrowotne nie zostało udzielone z powodu niezgłoszenia się pacjenta w ustalonym terminie, chyba że pacjent odebrał skierowani.
11. Po upływie okresów wymienionych w ust. 10 Podmiot niszczy dokumentację medyczną w sposób uniemożliwiający identyfikację pacjenta, którego dotyczyła. Dokumentacja medyczna przeznaczona do zniszczenia może być wydana pacjentowi, jego przedstawicielowi ustawowemu lub osobie upoważnionej przez pacjenta.
12. Podmiot prowadzi dokumentację medyczną wg obowiązujących w tym zakresie przepisów oraz zapewnia ochronę danych zawartych w tej dokumentacji. Sposób prowadzenia, rodzaj dokumentacji oraz zasady jej udostępniania określone są w ustawie z dnia 6 listopada 2008r o prawach pacjenta i Rzecznika Praw Pacjenta oraz w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. 2022 r. poz. 1304 z późn. zm.).



**PODROZDZIAŁ 9**  
**ORGANIZACJA PROCESU UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH**  
**W PRZYPADKU POBIERANIA OPŁAT**

**§ 60**

1. Podmiot udziela świadczeń zdrowotnych odpłatnie wyłącznie na rzecz 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.
3. Odpłatne świadczenia ambulatoryjne udzielane są w Pracowni RTG i Poradni Gruźlicy i Chorób Płuc.
4. Wysokość opłat za wykonywanie świadczeń zdrowotnych inne niż finansowane ze środków publicznych ustalona jest w cenniku stanowiącym odrębne zarządzenie Dyrektora oraz umowy z innymi podmiotami.

**ROZDZIAŁ V**  
**ORGANIZACJA, ZADANIA POSZCZEGÓLNYCH KOMÓREK ORGANIZACYJNYCH**  
**ORAZ WARUNKI ICH WSPÓŁDZIAŁANIA**

**§ 61**

Wszystkie komórki organizacyjne Podmiotu współdziałają ze sobą w celu zapewnienia dostępności i jakości świadczeń zdrowotnych oraz sprawności funkcjonowania Podmiotu.

**PODROZDZIAŁ 1**  
**ZADANIA I ORGANIZACJA KOMÓREK ORGANIZACYJNYCH WCHODZĄCYCH W**  
**SKŁAD ZAKŁADU LECZNICZEGO – SZPITAL**

**§ 62**

1. Oddział Gruźlicy i Chorób Płuc:
  - 1) Do zadań Oddziału Gruźlicy i Chorób Płuc należy:
    - a) leczenie chorych zgodnie z aktualnym stanem wiedzy medycznej;
    - b) codzienny raport lekarski i pielęgniarski;
    - c) przeprowadzenie wizyty lekarsko – pielęgniarskiej;
    - d) prowadzenie na bieżąco obowiązującej dokumentacji Oddziału;
    - e) wykonywanie badań diagnostycznych;
    - f) pobieranie materiału od chorych do badań laboratoryjnych;
    - g) dbanie o celowość wykonywanych badań diagnostycznych oraz racjonalna gospodarka lekami;
    - h) rehabilitacja pulmonologiczna – usprawnianie układu oddechowego;

- i) pielęgnacja chorych w Oddziale zgodnie z obowiązującymi standardami;
  - j) przestrzeganie i stosowanie standardów epidemiologicznych, higieniczno – sanitarnych i pielęgnacyjnych obowiązujących w oddziałach leczenia stacjonarnego;
  - k) udzielanie konsultacji lekarskich w razie potrzeb;
  - l) stałe podnoszenie kwalifikacji personelu;
  - m) dbanie o stan techniczny aparatury i sprzętu medycznego.
- 2) Za organizację i funkcjonowanie Oddziału Gruźlicy i Chorób Płuc pod względem merytorycznym odpowiada Lekarz Kierujący Oddziałem.
2. Pracownia RTG:
- 1) Do zadań Pracowni RTG należy:
    - a) Wykonywanie zdjęć rtg płuc dla potrzeb Oddziału Gruźlicy i Chorób Płuc i pacjentów z Poradni Gruźlicy i Chorób Płuc;
    - b) prowadzenie obowiązującej dokumentacji w pracowniach rtg;
    - c) przestrzeganie zasad epidemiologicznych oraz higieniczno – sanitarnych zgodnie z wytycznymi PZH, WSSE;
    - d) zaopatrzenie pracowników w błony dozymetryczne oraz prowadzenie odpowiedniego rejestru;
    - e) dbanie o stan techniczny aparatury i sprzętu technicznego i medycznego.
  - 2) Pracownik zatrudniony w Pracowni RTG podlega Zastępcy Dyrektora d/s medycznych, a merytorycznie Lekarzowi Kierującemu Oddziałem.
3. Pracownia Bronchoskopowa:
- 1) Do zadań pracowni bronchoskopowej należy:
    - a) Wykonywanie badań endoskopowych układu oddechowego dla potrzeb Oddziału Gruźlicy i Chorób Płuc i Poradni Gruźlicy i Chorób Płuc;
    - b) prowadzenie obowiązkowej dokumentacji medycznej;
    - c) przestrzeganie zasad epidemiologicznych oraz higieniczno – sanitarnych zgodnie z wytycznymi PZH, WSSE;
    - d) dbanie o stan techniczny aparatury i sprzętu technicznego i medycznego.
  - 2) Pracownik zatrudniony w Pracowni Bronchoskopowej podlega Zastępcy Dyrektora d/s medycznych, a merytorycznie Lekarzowi Kierującemu Oddziałem.
4. Pracownia USG:
- 1) Do zadań Pracowni USG należy:
    - a) wykonywanie badań usg klatki piersiowej i jamy brzusznej, dla potrzeb Oddziału Gruźlicy i Chorób Płuc i pacjentów z Poradni Gruźlicy i Chorób Płuc;
    - b) prowadzenie obowiązującej dokumentacji w pracowniach usg;
    - c) przestrzeganie zasad epidemiologicznych oraz higieniczno – sanitarnych zgodnie z wytycznymi PZH, WSSE;
    - d) dbanie o stan techniczny aparatury i sprzętu technicznego i medycznego.

- 2) Pracownik zatrudniony w Pracowni USG podlega Zastępcy Dyrektora ds. medycznych, a merytorycznie Lekarzowi Kierującemu Oddziałem.
5. Pracownia Spirometrii:
- 1) Do zadań Pracowni Spirometrii należy:
    - a) wykonywanie badań spirometrycznych dla potrzeb Oddziału Gruźlicy i Chorób Płuc i pacjentów z Poradni Gruźlicy i Chorób Płuc;
    - b) prowadzenie obowiązującej dokumentacji;
    - c) przestrzeganie zasad epidemiologicznych oraz higieniczno – sanitarnych zgodnie z wytycznymi PZH, WSSE;
    - d) dbanie o stan techniczny aparatury i sprzętu technicznego i medycznego.
  - 2) Pracę Pracowni Spirometrii organizuje i koordynuje Kierownik Poradni Gruźlicy i Chorób Płuc we współpracy z Lekarzem Kierującym Oddziałem.
6. Izba Przyjęć:
- 1) Do zadań Izby Przyjęć należy przyjmowaniem chorych skierowanych na leczenie w oddziale gruźlicy i chorób płuc;
  - 2) Funkcję lekarza izby przyjęć w godz. 7:00 – 14:35 pełni lekarz przyjmujący w Poradni, a w czasie dyżuru medycznego lekarz dyżurny Oddziału Gruźlicy i Chorób Płuc;
  - 3) Pacjent skierowany na leczenie przedstawia dokument potwierdzający jego tożsamość (dowód osobisty, paszport, prawo jazdy). Weryfikacja uprawnień pacjenta do świadczeń zdrowotnych dokonywana jest przez system eWUŚ;
  - 4) Pacjenci skierowani na leczenie stacjonarne do Sanatorium przyjmowani są w pomieszczeniu Izby Przyjęć;
  - 5) W pomieszczeniu Izby Przyjęć dokonuje się wpisu pacjenta do systemu informatycznego Medicus, zakłada indywidualną dokumentację i przekazuje chorego do Oddziału Gruźlicy i Chorób Płuc;
  - 6) W pomieszczeniach sanitarnych Izby Przyjęć, wykonuje się niezbędne zabiegi higieniczne u pacjenta. Odzież osobista chorego zostaje przekazana do szatni chorych;
  - 7) W Izbie Przyjęć prowadzona jest dokumentacja zgodnie z obowiązującymi przepisami;
  - 8) Pracę Izby Przyjęć organizuje i koordynuje Kierownik Poradni Gruźlicy i Chorób Płuc we współpracy z lekarzami zatrudnionymi w Podmiocie i pozostałym personelem Poradni.
7. Dział Farmacji:
- 1) Do zadań Działu Farmacji należy:
    - a) organizowanie zaopatrywanie oddziału w produkty lecznicze i wyroby medyczne;
    - b) właściwe przechowywanie produktów leczniczych i wyrobów medycznych;
    - c) prowadzenie właściwych rejestrów, zgodnie z obowiązującymi przepisami.

- 2) Pracownik zatrudniony w dziale farmacji podlega Zastępcy Dyrektora ds. medycznych i odpowiada za prawidłowe funkcjonowanie Działu Farmacji.
8. Pracownia Polisomnografii:
- 1) Do zadań Pracowni Polisomnografii należy:
    - a) diagnostyka i leczenie obturacyjnego bezdechu sennego;
    - b) prowadzenie obowiązującej dokumentacji.
  - 2) Za organizację i funkcjonowanie Pracowni Polisomnografii pod względem merytorycznym odpowiada Lekarz Kierujący Oddziałem.

## **PODROZDZIAŁ 2**

### **ZADANIA I ORGANIZACJA KOMÓREK ORGANIZACYJNYCH WCHODZĄCYCH W SKŁAD ZAKŁADU LECZNICZEGO - PRZYCHODNIA**

#### **§ 63**

1. Poradnia Gruźlicy i Chorób Płuc:
  - 1) Do zadań Poradni Gruźlicy i Chorób Płuc należy zapewnienie kompleksowego udzielania świadczeń ambulatoryjnej opieki specjalistycznej z zakresu gruźlicy i chorób płuc;
  - 2) W Poradni pracują lekarze z II<sup>o</sup> i I<sup>o</sup> specjalizacji zgodnym ze specjalnością poradni (zatrudnieni w Sanatorium), pielęgniarka i statystyk medyczny;
  - 3) Za organizację i funkcjonowanie poradni odpowiada Kierownik Poradni;
  - 4) Kierownik Poradni podlega Zastępcy Dyrektora d/s medycznych.
2. Gabinet diagnostyczno – zabiegowy:
  - 1) Do zadań gabinetu diagnostyczno – zabiegowego należy:
    - a) wykonywanie zabiegów pacjentom leczonym w Poradni Gruźlicy i Chorób Płuc;
    - b) prowadzenie obowiązującej dokumentacji;
    - c) przestrzeganie zasad epidemiologicznych oraz higieniczno – sanitarnych zgodnie z wytycznymi PZH, WSSE;
    - d) dbanie o stan techniczny aparatury i sprzętu technicznego i medycznego.
  - 2) Pracę gabinetu diagnostyczno – zabiegowego organizuje i koordynuje Kierownik Poradni Gruźlicy i Chorób Płuc.

#### **§ 64**

1. Rejestracja pacjentów w Poradni Gruźlicy i Chorób Płuc zawiera komputerową bazę danych oraz kartoteki leczonych pacjentów.
2. Zasady rejestracji pacjentów:
  - 1) pacjenci zgłaszają się ze skierowaniem od lekarza ubezpieczenia zdrowotnego posiadającego umowę z NFZ;
  - 2) bez skierowania chorzy: z czynną gruźlicą, nowotwory płuc, w stanie zagrożenia życia;

- 3) informacje o rejestracji, godzinach przyjęć i dane lekarza udzielającego świadczeń umieszczone są na drzwiach poradni;
  - 4) rejestracji można dokonać osobiście, przez członków rodziny, telefonicznie, z wyznaczeniem dnia i godziny realizacji świadczenia zdrowotnego;
  - 5) czas oczekiwania na realizację świadczenia może być uzależniony od liczby pacjentów.
3. Porady udzielane są w kolejności zapisu. W nagłych przypadkach pacjent przyjmowany jest poza kolejnością.
  4. Pacjent skierowany na leczenie przedstawia dokument potwierdzający jego tożsamość (dowód osobisty, paszport, prawo jazdy), a także karty informacyjne dotyczące poprzednich hospitalizacji. Weryfikacja uprawnień pacjenta do świadczeń zdrowotnych dokonywana jest przez system eWUŚ.
  5. Koszty porady pacjentów nie ubezpieczonych leczonych na gruźlicę pokrywa Narodowy Fundusz Zdrowia.
  6. Poza kolejnością przyjmowani są: pacjenci wymagający natychmiastowej pomocy lekarskiej, kombatancki, honorowi dawcy krwi, inwalidzi I grupy, inwalidzi wojenni i pracownicy służby zdrowia.
  7. W przypadku skierowania pacjenta na kontynuację leczenia lub do diagnostyki do innych podmiotów leczniczych pacjent zostaje poinformowany o placówkach, w których może odbywać się kontynuacja leczenia lub diagnostyki zleconej przez lekarza specjalistę w ramach ubezpieczenia zdrowotnego.
  8. Jeżeli stan zdrowia pacjenta wymaga stałego leczenia specjalistycznego przez danego specjalistę, to związane z tym kolejne wizyty w gabinecie lekarza specjalisty odbywają się na podstawie skierowania wydanego przez lekarza POZ na leczenie stałe.
  9. Wzajemne relacje – pacjent/ lekarz/ pielęgniarka nie mogą naruszać ogólnych zasad relacji międzyludzkich, powinny je cechować szacunek i wzajemne rozumienie.

### **PODROZDZIAŁ 3 ZADANIA I ORGANIZACJA POZOSTAŁYCH KOMÓREK PODMIOTU**

#### **§ 65**

1. Dział Administracyjno – Gospodarczy:
  - 1) Do zadań Działu Administracyjno - Gospodarczego należy:
    - a) organizowanie i prowadzenie spraw administracyjnych i gospodarczych stosownie do potrzeb komórek organizacyjnych Podmiotu;
    - b) prowadzenie spraw związanych z zamówieniami publicznymi;
    - c) prowadzenia spraw kancelaryjnych Podmiotu;
    - d) prowadzenie archiwum zakładowego.
  - 2) Za sprawne funkcjonowanie Działu Administracyjno – Gospodarczego pod względem merytorycznym, administracyjnym i gospodarczym odpowiada Kierownik Działu Administracyjno - Gospodarczego.

- 3) Kierownik Działu Administracyjno – Gospodarczego podlega bezpośrednio Dyrektorowi.
2. Dział Finansowy:
    - 1) Do zadań Działu Finansowego należy:
      - a) prowadzenie spraw wchodzących w zakres finansowania działalności Sanatorium, zgodnie z ustawą o rachunkowości oraz ustawą o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych;
      - b) sporządzanie sprawozdań finansowych i inwestycyjnych z działalności Sanatorium w okresach miesięcznych, kwartalnych i rocznych;
      - c) współpraca z innymi komórkami Podmiotu w zakresie sprawozdawczości finansowej i innej.
    - 2) Za sprawne funkcjonowanie działu finansowego pod względem merytorycznym, administracyjnym i gospodarczym odpowiada Główny Księgowy.
    - 3) Główny Księgowy podlega bezpośrednio Dyrektorowi.
  3. Stanowisko do spraw kadr i płac:
    - 1) Do zadań stanowiska kadr i płac należy:
      - a) prowadzenie spraw w zakresie osobowym, zatrudnienia oraz wynagrodzeni pracowników Sanatorium;
      - b) przygotowywanie materiałów na potrzeby Rady Społecznej;
      - c) prowadzenie spraw związanych z ZFŚS w Sanatorium.
    - 2) Pracownik zatrudniony na stanowisku kadr i płac podlega bezpośrednio Dyrektorowi.
  4. Inspektor ds. bezpieczeństwa i higieny pracy (BHP):
    - 1) Do zadań Inspektora ds. bezpieczeństwa i higieny pracy należy:
      - a) przeprowadzanie kontroli warunków pracy oraz przestrzegania przepisów i zasad bezpieczeństwa i higieny pracy, ze szczególnym uwzględnieniem stanowisk pracy, na których są zatrudnione kobiety w ciąży lub karmiące dziecko piersią, młodociani, niepełnosprawni, pracownicy wykonujący pracę zmianową, w tym pracujący w nocy, oraz osoby fizyczne wykonujące pracę na innej podstawie niż stosunek pracy w zakładzie pracy lub w miejscu wyznaczonym przez pracodawcę;
      - b) bieżące informowanie pracodawcy o stwierdzonych zagrożeniach zawodowych, wraz z wnioskami zmierzającymi do usuwania tych zagrożeń;
      - c) sporządzanie i przedstawianie pracodawcy, co najmniej raz w roku, okresowych analiz stanu bezpieczeństwa i higieny pracy zawierających propozycje przedsięwzięć technicznych i organizacyjnych mających na celu zapobieganie zagrożeniom życia i zdrowia pracowników oraz poprawę warunków pracy;
      - d) udział w opracowywaniu planów modernizacji i rozwoju zakładu pracy oraz przedstawianie propozycji dotyczących uwzględnienia w tych planach

- rozwiązań techniczno-organizacyjnych zapewniających poprawę stanu bezpieczeństwa i higieny pracy;
- e) udział w ocenie założeń i dokumentacji dotyczących modernizacji zakładu pracy albo jego części, a także nowych inwestycji, oraz zgłaszanie wniosków dotyczących uwzględnienia wymagań bezpieczeństwa i higieny pracy w tych założeniach i dokumentacji;
  - f) udział w przekazywaniu do użytkowania nowo budowanych lub przebudowywanych obiektów budowlanych albo ich części, w których przewiduje się pomieszczenia pracy, urządzeń produkcyjnych oraz innych urządzeń mających wpływ na warunki pracy i bezpieczeństwo pracowników;
  - g) zgłaszanie wniosków dotyczących wymagań bezpieczeństwa i higieny pracy w stosowanych oraz nowo wprowadzanych procesach produkcyjnych;
  - h) przedstawianie pracodawcy wniosków dotyczących zachowania wymagań ergonomii na stanowiskach pracy;
  - i) udział w opracowywaniu wewnętrznych zarządzeń, regulaminów i instrukcji ogólnych dotyczących bezpieczeństwa i higieny pracy oraz w ustalaniu zadań osób kierujących pracownikami w zakresie bezpieczeństwa i higieny pracy;
  - j) opiniowanie szczegółowych instrukcji dotyczących bezpieczeństwa i higieny pracy na poszczególnych stanowiskach pracy;
  - k) udział w ustalaniu okoliczności i przyczyn wypadków przy pracy oraz w opracowywaniu wniosków wynikających z badania przyczyn i okoliczności tych wypadków oraz zachorowań na choroby zawodowe, a także kontrola realizacji tych wniosków;
  - l) prowadzenie rejestrów, kompletowanie i przechowywanie dokumentów dotyczących wypadków przy pracy, stwierdzonych chorób zawodowych i podejrzeń o takie choroby, a także przechowywanie wyników badań i pomiarów czynników szkodliwych dla zdrowia w środowisku pracy;
  - m) doradztwo w zakresie stosowania przepisów oraz zasad bezpieczeństwa i higieny pracy;
  - n) udział w dokonywaniu oceny ryzyka zawodowego, które wiąże się z wykonywaną pracą;
  - o) doradztwo w zakresie organizacji i metod pracy na stanowiskach pracy, na których występują czynniki niebezpieczne, szkodliwe dla zdrowia lub warunki uciążliwe, oraz doboru najwłaściwszych środków ochrony zbiorowej i indywidualnej;
  - p) współpraca z właściwymi komórkami organizacyjnymi lub osobami, w szczególności w zakresie organizowania i zapewnienia odpowiedniego poziomu szkoleń w dziedzinie bezpieczeństwa i higieny pracy oraz

zapewnienia właściwej adaptacji zawodowej nowo zatrudnionych pracowników;

- q) współpraca z laboratoriami upoważnionymi, zgodnie z odrębnymi przepisami, do dokonywania badań i pomiarów czynników szkodliwych dla zdrowia lub warunków uciążliwych, występujących w środowisku pracy, w zakresie organizowania tych badań i pomiarów oraz sposobów ochrony pracowników przed tymi czynnikami lub warunkami;
- r) współpraca z laboratoriami i innymi jednostkami zajmującymi się pomiarami stanu środowiska naturalnego, działającymi w systemie państwowego monitoringu środowiska, określonego w odrębnym przepisach;
- s) współdziałanie z lekarzem sprawującym profilaktyczną opiekę zdrowotną nad pracownikami, a w szczególności przy organizowaniu okresowych badań lekarskich pracowników;
- t) współdziałanie ze społeczną inspekcją pracy oraz z zakładowymi organizacjami związkowymi;
- u) 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 przy pracy.

2) Inspektor ds. bezpieczeństwa i higieny pracy podlega bezpośrednio Dyrektorowi.

#### 5. Inspektor Ochrony Danych:

1) Do zadań IOD należy:

- a) informowanie administratora oraz pracowników o obowiązkach związanych z ochroną danych osobowych (o obowiązkach spoczywających na nich na mocy RODO oraz innych przepisów o ochronie danych) i doradzanie im w tej sprawie;
- b) monitorowanie przestrzegania procesów przetwarzania danych osobowych zachodzących w Sanatorium;
- c) przeprowadzanie szkoleń z zakresu ochrony danych osobowych;
- d) przeprowadzanie audytów;
- e) monitorowanie operacji przetwarzania danych osobowych w systemach informatycznych;
- f) dokonywanie oceny skutków (analiza ryzyka) na operacje związane z przetwarzaniem danych osobowych;
- g) współpraca z organem nadzorczym (Prezesa UODO);
- h) pełnienie funkcji punktu kontaktowego w kwestiach związanych z przetwarzaniem danych osobowych w Sanatorium.

2) Inspektor Ochrony Danych podlega bezpośrednio Dyrektorowi.

#### 6. Inspektor ds. Obronnych i Rezerw:



- 1) Do zadań Inspektora ds. Obronnych i Rezerw należy:
  - a) sporządzanie planu Obrony Cywilnej Podmiotu;
  - b) prowadzenie dokumentacji związanej z funkcjonowaniem formacji O.C. na terenie Podmiotu;
  - c) opracowanie Planu Rozwinięcia Wydzielonej Bazy Łózkowej;
  - d) prowadzenie sprawozdawczości wymaganej i określonej przez Wydział Zarządzania Kryzysowego Lubelskiego Urzędu Wojewódzkiego w Lublinie dotyczącej bazy łózkowej i personelu medycznego;
  - e) sprawowanie nadzoru nad przekazanym Podmiotowi sprzętem O.C. składowanym w magazynie Podmiotu;
  - f) prowadzenie ksiąg ewidencyjnych sprzętu, o którym mowa w pkt. e) powyżej;
  - g) przeprowadzanie regulaminowych inwentaryzacji przedmiotowego sprzętu, o którym mowa w pkt. e);
  - h) dokonywanie okresowych klasyfikacji sprzętu, o którym mowa w pkt. e) powyżej, według obowiązujących norm;
  - i) sporządzanie protokołów klasyfikacyjnych i likwidacyjnych w określonych przepisami przypadkach;
  - j) przekazywanie protokołów, o których mowa w pkt. i) powyżej, Wydziałowi Zarządzania Kryzysowego celem zatwierdzenia;
  - k) po uzyskaniu zatwierdzenia, nadzór nad przekazywaniem określonego sprzętu do kasacji;
  - l) udział w szkoleniach organizowanych przez Wydział Zarządzania Kryzysowego;
  - m) organizowanie szkoleń dla członków formacji O.C. Podmiotu;
  - n) prowadzenie ewidencji osobowej członków formacji;
  - o) w przypadku wystąpienia określonych zagrożeń czynne uczestnictwo w prowadzeniu akcji ratunkowych;
  - p) sporządzanie dokumentacji z przeprowadzonych działań;
  - q) sporządzanie dokumentacji stałego dyżuru i prowadzenie tej dokumentacji w warunkach ćwiczeń lub autentycznego zagrożenia bezpieczeństwa;
  - r) współpraca z komórkami zarządzania kryzysowego Lubelskiego Urzędu Wojewódzkiego w Lublinie, Urzędu Marszałkowskiego Województwa Lubelskiego w Lublinie i Urzędu Miasta w Poniatowej;
  - s) stała aktualizacja danych zawartych w istniejących Planach: Obrony Cywilnej, Wydzielonej Bazy Łózkowej i Przygotowań Podmiotu dla Potrzeb Obronnych Państwa;
  - t) aktualizacja świadczeń na rzecz Podmiotu z zakresu Obrony Cywilnej w wypadku wystąpienia zagrożeń bezpieczeństwa państwa w zakresie:
    - dodatkowych środków transportu;
    - dodatkowego wyposażenia.

- u) prowadzenie i aktualizacja ewidencji personelu medycznego z wyszczególnieniem osób posiadających przydziały mobilizacyjne;
- v) organizowanie wysyłki korespondencji oznakowanej jako „dokumenty niejawne”;
- w) przechowywanie i prowadzenie ewidencji dokumentów oznakowanych jako informacje niejawne, a dotyczące zadań Podmiotu w wypadku wystąpienia zagrożeń bezpieczeństwa państwa.

2) Inspektora ds. obronnych i rezerw podlega bezpośrednio Dyrektorowi.

#### 7. Inspektor Ochrony Przeciwpożarowej:

1) Do zadań Inspektora Ochrony Przeciwpożarowej należy:

- a) nadzorowanie przestrzegania w Podmiocie przepisów ochrony przeciwpożarowej;
- b) ustalanie przyczyn oraz okoliczności powstania i rozprzestrzeniania się pożarów, uczestniczenie w dochodzeniach dotyczących przyczyn pożaru;
- c) przygotowywanie analiz dotyczących ochrony przeciwpożarowej w Podmiocie oraz wnioskowanie o usunięcie zagrożeń pożarowych;
- d) uczestniczenie w odbiorach technicznych nowych obiektów pod kątem ochrony przeciwpożarowej;
- e) prowadzenie szkoleń w zakresie obowiązujących zasad i przepisów ochrony przeciwpożarowej, popularyzacja zagadnień ochrony przeciwpożarowej;
- f) prowadzenie szkoleń wstępnych z zakresu ppoż. dla nowo przyjętych pracowników;
- g) sprawdzanie i analizowanie sprawności działania automatycznych zabezpieczeń ppoż., alarmowych oraz wykrywających inne lokalne zagrożenie;
- h) przygotowywanie informacji o stanie bezpieczeństwa przeciwpożarowego w zakładzie, Podmiocie;
- i) wstrzymywanie pracy maszyn i urządzeń technicznych w razie bezpośredniego zagrożenia pożarem życia lub zdrowia pracowników.

2) Inspektor Ochrony Przeciwpożarowej podlega bezpośrednio Dyrektorowi.

#### 8. Specjalista ds. epidemiologii:

1) Do zadań Specjalisty ds. epidemiologii należy w szczególności:

- a) współuczestniczenie w wypracowaniu strategii działań Podmiotu w zakresie profilaktyki i zwalczania zakażeń szpitalnych;
- b) nadzorowanie i monitorowanie stanu sanitarno-epidemiologicznego Podmiotu;
- c) prowadzenie nadzoru nad:
  - realizacją programu zapobiegania i kontroli zakażeń szpitalnych,
  - procesami dekontaminacji /dezynfekcji i sterylizacji/,
  - prowadzeniem dokumentacji dotyczącej kontroli zakażeń szpitalnych,

- przestrzeganiem przez personel zasad aseptyki oraz obowiązujących: standardów, zasad postępowania, procedur w poszczególnych pomieszczeniach zakładu, w tym szczególnie: w pomieszczeniach związanych z pobytem pacjenta /oddział szpitalny, pracownie diagnostyczne, gabinety zabiegowe;
- d) współuczestniczenie w opracowywaniu standardów, zasad postępowania, procedur organizacyjnych dotyczących systemu pracy w szpitalu/przychodni, szczególnie:
    - metod i technik pracy personelu,
    - systemu transportu wewnętrznego,
    - sposobów zbierania, gromadzenia i przekazywania do utylizacji odpadów,
    - procesów dezynfekcji i deratyzacji;
  - e) określanie czynników ryzyka zakażeń wśród pacjentów i personelu;
  - f) przeprowadzanie dochodzeń epidemiologicznych i postępowań w przypadku wystąpienia ognisk epidemicznych;
  - g) prowadzenie rejestru zakażeń szpitalnych;
  - h) współuczestniczenie w planowaniu opieki nad pacjentem z zakażeniem;
  - i) sprawowanie nadzoru nad systemem izolacji pacjentów, którzy stwarzają ryzyko zakażeń dla innych;
  - j) współpraca ze wszystkimi komórkami organizacyjnymi Podmiotu w zakresie powierzonych zadań;
  - k) szkolenie personelu w zakresie zasad praktyki i metod kontroli zakażeń szpitalnych;
  - l) uczestnictwo w pracach Komitetu Kontroli Zakażeń Szpitalnych oraz Zespołu Kontroli Zakażeń Szpitalnych zgodnie z zakresem zadań Komitetu i Zespołu.
- 2) Specjalista ds. epidemiologii podlega bezpośrednio Zastępcy Dyrektora ds. medycznych.

## 9. Dietetyk:

### 1) Do zadań Dietetyka należy:

- a) udzielanie pacjentom Podmiotu porad żywieniowych;
- b) opracowywanie jadłospisów zapewniających urozmaicenie potraw i zbilansowanie wartości składników odżywczych w diecie;
- c) sporządzanie jadłospisu z uwzględnieniem norm żywieniowych i wymogów dietetyczno – leczniczych, zachowując między innymi wymogi wskazane w § 8 ust. 4 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 25 września 2023;
- d) publikowanie na stronie internetowej Podmiotu, codziennie w dni robocze, zdjęć co najmniej dwóch posiłków spośród najczęściej stosowanych diet z danego dnia wraz z odniesieniem do pozycji z jadłospisu;

- e) opracowywanie jadłospisów na co najmniej 7 dni, a także publikacja jadłospisów na stronie internetowej Podmiotu;
  - f) dokonywanie i dokumentowanie weryfikacji zgodności posiłków z jadłospisem oraz organoleptycznej oceny podstawowych parametrów posiłków obejmującej świeżość produktów, temperaturę, zapach oraz wygląd i konsystencję tego posiłku. Weryfikacja i ocena, ma być prowadzona codziennie w zakresie wszystkich posiłków w co najmniej połowie rodzaju stosowanych diet, a każda ze stosowanych diet musi być oceniana minimum raz w tygodniu;
  - g) kontrola dostaw i dystrybucji posiłków z firmy zewnętrznej zgodnie z postanowieniami zawartej umowy;
  - h) zatwierdzanie jadłospisów dekadowych przekazywanych z firmy zewnętrznej zgodnie z postanowieniami zawartej umowy;
  - i) prowadzenie całokształtu spraw związanych z promocją zdrowia i żywienia;
  - j) objęcie opieką dietetyczną pacjentów z współistniejącymi przewlekłymi chorobami przewodu pokarmowego, nerek, chorób metabolicznych itp.;
  - k) prowadzenie dokumentacji żywieniowej, szkoleniowej;
  - l) wykonywanie zadań związanych z żywieniem, zleconych przez Zastępcę Dyrektora ds. medycznych;
  - m) sprawdzanie stanu higieniczno – sanitarnego pomieszczeń, do których trafiają posiłki dla pacjentów;
  - n) uczestniczenie w przygotowywaniu materiałów do postępowania przetargowego dotyczącego kompleksowego żywienia pacjentów.
- 2) Dietetyk podlega bezpośrednio Naczelnej Pielęgniarsce.
10. Pełnomocnik Dyrektora ds. Poprawy Jakości:
- 1) Do zadań Pełnomocnika Dyrektora ds. Poprawy Jakości należy:
    - a) ocena poziomu jakości w Szpitalu;
    - b) opracowanie założeń programu poprawy jakości;
    - c) powołanie zespołów zadaniowych do opracowania, wdrożenia i nadzór nad aktualizacją standardów akredytacyjnych;
    - d) opracowanie harmonogramu realizacji zadań;
    - e) opracowanie i wdrożenie procedur postępowania w oparciu o wymogi akredytacyjne;
    - f) monitorowanie i ocena wprowadzonych zmian w celu poprawy jakości.
  - 2) Pełnomocnik Dyrektora ds. Poprawy Jakości podlega bezpośrednio Dyrektorowi.

## ROZDZIAŁ VI

### WARUNKI WSPÓLDZIAŁANIA Z INNYMI PODMIOTAMI WYKONUJĄCYMI DZIAŁALNOŚĆ LECZNICZĄ W ZAKRESIE ZAPEWNIENIA PRAWDIWOŚCI DIAGNOSTYKI, LECZENIA, PIELEGNACJI I REHABILITACJI PACJENTÓW ORAZ CIĄGŁOŚCI PRZEBIEGU PROCESU UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH

#### § 66

1. Warunki współdziałania z innymi podmiotami wykonującymi działalność leczniczą w zakresie zapewnienia prawidłowości leczenia i diagnostyki pacjentów oraz ciągłości przebiegu udzielania świadczeń zdrowotnych określają umowy cywilnoprawne zawarte z innymi podmiotami leczniczymi udzielającymi świadczeń uzupełniających kompetencje Podmiotu.
2. Podstawowe zasady współpracy między podmiotami leczniczymi w zakresie leczenia pacjenta Podmiotu w oddziale intensywnej terapii i anestezjologii:
  - 1) lekarz dyżurny zatrudniony w Podmiocie konsultuje potrzebę leczenia w oddziale anestezjologii i intensywnej terapii oraz uzgadnia telefonicznie termin dostarczenia pacjenta,
  - 2) lekarz dyżurny zamawia transport specjalistyczny (zespół ratownictwa medycznego)
  - 3) lekarz przekazuje dokumentację medyczną oraz istotne informacje umożliwiające leczenie w „OAIIT” lekarzowi z zespołu ratownictwa,
  - 4) po zakończonym leczeniu w „OAIIT” pacjent zostaje ponownie przyjęty do Podmiotu
3. Nazwa oraz adres szpitala z oddziałem „OAIIT”, do którego kierowany jest pacjent wymagający leczenia w oddziale „OAIIT”, wywieszona jest na tablicy ogłoszeń w oddziale Podmiotu.
4. Ponadto zasady współdziałania z innymi podmiotami leczniczymi zawarte są w kompetencjach lekarza specjalisty oraz ogólnych warunkach umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych, opracowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia.
5. W/w lekarz współpracuje ściśle z podmiotami leczniczymi, które udzielają stacjonarnej i ambulatoryjnej opieki zdrowotnej, a więc ze szpitalami, pogotowiem ratunkowym, poradniami specjalistycznymi, zakładami diagnostyki medycznej, z klinikami i instytucjami naukowymi.
6. Współpracując z innymi podmiotami leczniczymi czy też z lekarzami prowadzącymi praktyki indywidualne lekarz ubezpieczenia zdrowotnego powinien mieć na uwadze dobro pacjenta, a w tym celu:
  - 1) kierować go na badania diagnostyczne i do takich podmiotów leczniczych, które umożliwiają mu prawidłowe postawienie diagnozy,
  - 2) w razie wątpliwości co do rozpoznania albo leczenia specjalistycznego kierować pacjenta bez zbędnej zwłoki do innych poradni specjalistycznych na konsultację lub leczenie,

- 3) w razie konieczności leczenia stacjonarnego kierować pacjenta do właściwego szpitala uwzględniając jego życzenia w tym zakresie,
- 4) informować pacjentów, że nie jest wymagane skierowanie lekarza ubezpieczenia zdrowotnego do uzyskania świadczeń specjalistycznych zgodnie z ustawą o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych:
  - a) ginekologa i położnika;
  - b) wenerologa;
  - c) dentysty;
  - d) onkologa;
  - e) psychiatry;
  - f) lecznictwa odwykowego dla osób uzależnionych od alkoholu i środków odurzających oraz substancji psychoaktywnych;
  - g) osób zakażonych wirusem HIV;
  - h) osób chorych na gruźlicę;
  - i) inwalidów wojennych i osób represjonowanych oraz kombatantów;
  - j) cywilnych niewidomych ofiar działań wojennych;
  - k) uprawnionego żołnierza lub pracownika do leczenia urazów lub chorób nabytych podczas wykonywania zadań poza granicami państwa.
7. Lekarze Poradni są obowiązani prowadzić dokumentację medyczną zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami. Dokumentacja medyczna jest przekazywana do innego podmiotu leczniczego lub innego lekarza, jeżeli wymaga tego dalsze leczenie pacjenta.
8. Zasady udostępniania dokumentacji medycznej określają przepisy ustawy o działalności i leczniczej i rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie udostępniania dokumentacji medycznej.

## **ROZDZIAŁ VII SKARGI I WNIOSKI**

### **§ 67**

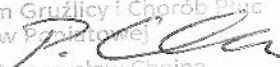
Skargi i wnioski podlegają przyjęciu i rozpatrzeniu na zasadach przewidzianych w Regulaminie zgłaszania i rozpatrywania skarg i wniosków w Podmiocie dostępnym na stronie internetowej.

## **ROZDZIAŁ VIII POSTANOWIENIA KOŃCOWE**

### **§ 68**

Do spraw dotyczących sposobu i warunków udzielania świadczeń zdrowotnych w Podmiocie oraz spraw organizacyjnych nieuregulowanych w niniejszym Regulaminie mają

zastosowanie przepisy powszechnie obowiązującego prawa oraz postanowienia przepisów wewnętrznych Podmiotu.

DYREKTOR  
Samodzielnego Publicznego  
Sanatorium Gruźlicy i Chorób Płuc  
w Poniatowej  
  
mgr Przemysław Chojna

### Zasady pobierania opłat za udostępnianie dokumentacji medycznej.

Wysokość opłaty za udostępnienie dokumentacji medycznej wynosi:

- 1) za jedną stronę wyciągu albo odpisu dokumentacji medycznej - 0,002;
- 2) za jedną stronę kopii albo wydruku dokumentacji medycznej - 0,00007;
- 3) za udostępnienie dokumentacji medycznej na informatycznym nośniku danych - 0,0004;

- przeciętnego wynagrodzenia w poprzednim kwartale, ogłaszanego przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego w Dzienniku Urzędowym Rzeczypospolitej Polskiej "Monitor Polski" na podstawie art. 20 pkt 2 ustawy z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych, począwszy od pierwszego dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym nastąpiło ogłoszenie.



**Wysokość opłaty za przechowywanie zwłok pacjenta przez okres dłuższy niż 72 godziny.**

Wysokość opłaty za przechowywanie zwłok pacjenta przez okres dłuższy niż 72 godziny od osób lub instytucji uprawnionych do pochowania zwłok na podstawie ustawy z dnia 31 stycznia 1959 r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych (t.j. Dz. U. z 2019r., poz. 1473) oraz od podmiotów, na zlecenie których przechowuje się zwłoki w związku z toczącym się postępowaniem karnym wynosi 2,50 zł netto za jedną godzinę.

**Schemat organizacyjny Samodzielnego Publicznego Sanatorium Gruźlicy i Chorób Płuc w Poniatowej**

