

Zarządzenie Nr 42/2026
Dyrektora Szpitala Powiatowego w Kętrzynie
z dnia 18.09.2026 r. w przedmiocie zmiany
Regulaminu Organizacyjnego Szpitala Powiatowego w Kętrzynie

Na podstawie art. 23 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (t.j. Dz. U. z 2026 r. poz. 156 z późn. zm.), § 66 ust. 2 i 3 Regulaminu Organizacyjnego Szpitala Powiatowego w Kętrzynie wprowadzonego Zarządzeniem Dyrektora Szpitala Powiatowego w Kętrzynie nr 17/2025 z dnia 11 kwietnia 2025 r., w związku z uchwałą nr II/4/2026 Rady Społecznej Szpitala Powiatowego w Kętrzynie z dnia 25.06.2025 opiniującą pozytywnie zmiany w Regulaminie Organizacyjnym Szpitala Powiatowego w Kętrzynie, zarządzam:

§ 1.

1. Wprowadzić następujące zmiany w Regulaminie Organizacyjnym Szpitala Powiatowego w Kętrzynie (dalej: Regulamin):
 - w § 7 Regulaminu skreśla się lit. c), a dotychczasowe lit. d) – g) otrzymują oznaczenie odpowiednio lit. c) – f),
 - w § 10 ust. 4 Regulaminu skreśla się pkt 3), a dotychczasowe pkt 4) – 24) otrzymują oznaczenie odpowiednio pkt 3) – 23),
 - w § 12 pkt 1) Regulaminu skreśla się lit. d),
 - w § 13 Regulaminu skreśla się pkt 4),
 - § 14 pkt 4) Regulaminu otrzymuje nowe następujące brzmienie: „*Poradnia Położniczo-Ginekologiczna*”,
 - w § 14 pkt 5) Regulaminu skreśla się lit. a), a dotychczasowe lit. b)-c) otrzymują oznaczenie odpowiednio lit. a) – b),
 - § 16 pkt 1) Regulaminu otrzymuje nowe następujące brzmienie: „*pielęgniarki/położne, oddziałowe/koordynujące, asystent pielęgniarki*”,
 - § 17 pkt 2) lit. b) Regulaminu otrzymuje nowe następujące brzmienie: „*Koordinator Sekretarek Medycznych*”,
 - § 17 pkt 2) lit. c) Regulaminu otrzymuje nowe następujące brzmienie: „*Sekcja statystyki*”,
 - § 17 pkt 3) Regulaminu otrzymuje nowe następujące brzmienie: „*Dział Techniczny i Zaopatrzenia, w skład którego wchodzi Sekcja Techniczna*”,
 - w § 17 pkt 14) Regulaminu otrzymuje nowe następujące brzmienie: „*Koordinator ds. Zgłoszeń Naruszeń Prawa*”,
 - w § 17 Regulaminu dodaje się pkt 16) o następującej treści: „*15) Informatyk*”,
 - § 19 ust. 4 Regulaminu otrzymuje nowe następujące brzmienie: „*W Szpitalu funkcjonuje nadto Komisja wyjaśniająca ds. Zgłoszeń Naruszeń Prawa, której skład osobowy ustalany jest przez Koordynatora ds. Naruszeń Prawa zgodnie z Procedurą Przyjmowania Wewnętrznych Zgłoszeń Naruszeń Prawa i Podejmowania Działań Następczych w Szpitalu Powiatowym w Kętrzynie oraz Komisja wyjaśniająca ds. Jakości i Bezpieczeństwa, której skład osobowy jest ustalany przez Koordynatora ds. Jakości i Bezpieczeństwa zgodnie z Wewnętrznym Systemem Zarządzania Jakością i Bezpieczeństwem w Szpitalu Powiatowym w Kętrzynie.*”,
 - w § 25 Regulaminu skreśla się pkt 4),
 - zdanie wstępne § 35 Regulaminu otrzymuje nowe następujące brzmienie: „*Do podstawowych zadań Działu Technicznego i Zaopatrzenia oraz Sekcji Technicznej oprócz zadań określonych w § 21 Regulaminu, należy organizowanie i prowadzenie działalności techniczno-eksploatacyjnej oraz zaopatrzenia i zamówień publicznych, a w szczególności:*”,
 - § 35 pkt 3) Regulaminu otrzymuje nowe następujące brzmienie: „*nadzór nad prawidłowością stosowania trybu zamówień publicznych o wartości poniżej kwoty 170.000 zł, niepodlegających przepisom ustawy z dnia 11 września 2019 r. - Prawo zamówień publicznych*”,
 - § 31 Regulaminu skreśla się,
 - dotychczasowy § 32 Regulaminu otrzymuje oznaczenie „§ 31.”,
 - dotychczasowy § 33 Regulaminu otrzymuje oznaczenie „§ 32.”,
 - dotychczasowy § 34 Regulaminu otrzymuje oznaczenie „§ 33.”,

- dotychczasowy § 35 Regulaminu otrzymuje oznaczenie „§ 34.”,
- dotychczasowy § 36 Regulaminu otrzymuje oznaczenie „§ 35.”,
- dotychczasowy § 37 Regulaminu otrzymuje oznaczenie „§ 36.”,
- dodaje się § 37 Regulaminu o następującej treści:
„Do podstawowych zadań Informatyka, oprócz zadań określonych w § 21 Regulaminu należy:
 - 1) *wdrażanie programów komputerowych dla potrzeb komórek organizacyjnych Szpitala,*
 - 2) *zarządzanie sieciami teleinformatycznymi Szpitala w zakresie konfiguracji, polityk bezpieczeństwa, legalności używanego oprogramowania, nadzoru nad instalacją urządzeń aktywnych oraz planowaniem i realizacją rozbudowy,*
 - 3) *konserwacja sieci komputerowej wraz z systemem zasilania awaryjnego,*
 - 4) *dbanie o nieprzerwaną pracę serwera, zasilaczy awaryjnych, urządzeń sieciowych i peryferyjnych używanych w Szpitalu,*
 - 5) *zapewnienie ciągłości pracy modułów we wszystkich komórkach organizacyjnych Szpitala,*
 - 6) *opieka i naprawa urządzeń, sprzętu komputerowego oraz sieci komputerowej,*
 - 7) *naprawa i usuwanie usterek w programach,*
 - 8) *obsługa serwisu WWW Szpitala oraz poczty wewnętrznej i zewnętrznej Szpitala,*
 - 9) *odpowiedzialność za modyfikację strony WWW Szpitala oraz ciągła jej aktualizacja na zlecenie Dyrekcji Szpitala oraz innych komórek organizacyjnych po akceptacji Dyrektora Szpitala,*
 - 10) *utrzymywanie odpowiednich standardów komunikacji z instytucjami administracji państwowej – rozliczenia z NFZ, ZUS, US, sprawozdawczość innych,*
 - 11) *zabezpieczenie całego systemu przed wykorzystaniem infrastruktury do działań niezgodnych z prawem, w tym w szczególności przed:*
 - a) *atakami z zewnątrz i wewnątrz,*
 - b) *kradzieżą, w tym kradzieżą oprogramowania,*
 - c) *dokonywaniem włamań do systemów komputerów,*
 - 12) *zaopatrywanie Szpitala w sprzęt, urządzenia, oprogramowanie komputerowe,*
 - 13) *opracowywanie rocznego planu zakupu sprzętu i urządzeń komputerowych dla Szpitala i przedkładanie do Sekcji Zamówień Publicznych,*
 - 14) *organizowanie dostaw i usług dla Szpitala zgodnie z przepisami ustawy Prawo zamówień publicznych i wewnętrznymi regulaminami zamówień,*
 - 15) *opracowywanie określonych problemowo planów pracy dotyczących zajmowanego stanowiska i przedkładanie ich Kierownikowi do zatwierdzenia,*
 - 16) *podejmowanie systematycznych działań w celu usprawnienia organizacji i techniki pracy na zajmowanym stanowisku, współpraca z Kierownikiem oraz innymi pracownikami komórek organizacyjnych,*
 - 17) *wykonywanie innych czynności zleconych przez przełożonego.”,*
- § 46 Regulaminu otrzymuje nowe następujące brzmienie:
 1. *„Do podstawowych zadań Koordynatora ds. Zgłoszeń Naruszeń Prawa, oprócz zadań określonych w § 21 Regulaminu należy prowadzenie procesu przyjęcia, ewidencji i rozpatrzenia nieprawidłowości w trybie i na zasadach opisanych w Procedurze przyjmowania wewnętrznych zgłoszeń naruszeń prawa i podejmowania działań następczych w Szpitalu Powiatowym w Kętrzynie, tj. w szczególności:*
 - 1) *przyjmowanie zgłoszeń dokonywanych właściwymi kanałami zgłoszeniowymi,*
 - 2) *występowanie z wnioskiem o uzupełnienie zgłoszenia, w przypadku zaistnienia ku temu przesłanek,*
 - 3) *informowanie zgłaszającego o wpływie zgłoszenia nieprawidłowości,*
 - 4) *dokonywanie wstępnej analizy zgłoszenia i prowadzenie postępowania wyjaśniającego bądź odstąpienie od przeprowadzenia postępowania wyjaśniającego w przypadku zaistnienia ku temu przesłanek,*
 - 5) *informowanie Dyrektora Szpitala lub Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa o wpływie zgłoszenia i wszczęciu postępowania wyjaśniającego,*
 - 6) *wydawanie decyzji w przedmiocie nadania lub odmowy nadania statusu sygnalisty,*
 - 7) *informowanie zgłaszającego o sposobie rozpatrzenia zgłoszenia nieprawidłowości,*

- 8) przestrzeganie właściwych terminów rozpatrywania zgłoszeń, przekazywania informacji określonym podmiotom, wydawania decyzji oraz podejmowania pozostałych czynności, dla których w Procedurze Przyjmowania wewnętrznych zgłoszeń naruszeń prawa i podejmowania działań następczych zastrzeżono określony termin,
 - 9) przewodniczenie Komisji wyjaśniającej ds. Zgłoszeń Naruszeń Prawa,
 - 10) prowadzenie rejestru nieprawidłowości,
 - 11) dokonywanie przynajmniej raz w roku przeglądu Procedury przyjmowania wewnętrznych zgłoszeń naruszeń prawa i podejmowania działań następczych w Szpitalu Powiatowym w Kętrzynie i w razie potrzeby opracowywanie projektów jego zmian, a następnie przekazywanie tych projektów Dyrektorowi Szpitala.
2. Do podstawowych zadań Koordynatora ds. Jakości i Bezpieczeństwa, oprócz zadań określonych w § 21 Regulaminu należy prowadzenie procesu przyjęcia, ewidencji i rozpatrzenia nieprawidłowości w trybie i na zasadach opisanych w Wewnętrznym Systemie Zarządzania Jakością i Bezpieczeństwem w SPZOZ Szpitalu Powiatowym w Kętrzynie, tj. w szczególności:
- 1) przyjmowanie i rozpatrywanie Zgłoszeń wystąpienia Zdarzeń Niepożądanych w Szpitalu,
 - 2) sporządzanie protokołu z rozmowy telefonicznej lub spotkania ze Zgłaszającym w sprawie Zdarzenia Niepożądanego, z uwzględnieniem informacji wymaganych w formularzu zgłoszeniowym.
 - 3) dokonanie Wstępnej Analizy Zdarzenia Niepożądanego,
 - 4) podejmowanie decyzji o wszczęciu i przeprowadzeniu Postępowania Wyjaśniającego albo odstąpieniu od jego przeprowadzenia, jeżeli Zgłoszenie jest oczywiście nieprawdziwe lub nie można uzyskać informacji niezbędnych do przeprowadzenia postępowania,
 - 5) przewodniczenie Komisji wyjaśniającej ds. Jakości i Bezpieczeństwa,
 - 6) udział w pracach Komisji Wyjaśniającej ds. Jakości i Bezpieczeństwa
 - 7) prowadzenie Rejestru Zdarzeń Niepożądanych,
 - 8) przekazywanie Dyrektorowi Szpitala raportu sporządzonego po zakończeniu Postępowania Wyjaśniającego,
 - 9) dokonywanie przynajmniej raz do roku Wewnętrznego Systemu Zarządzania Jakością i Bezpieczeństwem w SPZOZ Szpitalu Powiatowym w Kętrzynie i w razie potrzeby opracowywanie projektów jego zmian, a następnie przekazywanie tych projektów Dyrektorowi Szpitala.”,
- § 48 Regulaminu otrzymuje nowe następujące brzmienie:
1. „Zadania Komisji wyjaśniającej ds. Zgłoszeń Naruszeń Prawa określa Procedura Przyjmowania Wewnętrznych Zgłoszeń Naruszeń Prawa i Podejmowania Działan Następczych w Szpitalu Powiatowym w Kętrzynie.
 2. Zadania Komisji wyjaśniającej ds. Jakości i bezpieczeństwa określa Wewnętrzny System Zarządzania Jakością i Bezpieczeństwem w SPZOZ Szpitalu Powiatowym w Kętrzynie.”.
- Załącznik nr 1 do Regulaminu – Schemat Organizacyjny Szpitala otrzymuje brzmienie zgodne z aktualną strukturą organizacyjną Szpitala.
2. Wprowadzić tekst jednolity Regulaminu Organizacyjnego SPZOZ Szpitala Powiatowego w Kętrzynie uwzględniający zmiany wprowadzone zgodnie z ust. 1 powyżej.

§ 2.

Zarządzenie wchodzi w życie z dniem podjęcia.

DYREKTOR
Szpitala Powiatowego w Kętrzynie

Wojciech Glinka

.....
Wojciech Glinka
Dyrektor Szpitala Powiatowego w Kętrzynie

Załączniki:

1. *Regulamin Organizacyjny Szpitala Powiatowego w Kętrzynie uwzględniający zmiany wprowadzone niniejszym zarządzeniem.*
2. *Schemat Organizacyjny Szpitala stanowiący załącznik nr 1 do Regulaminu Organizacyjny.*

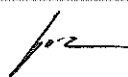
Załącznik nr 1
do Zarządzenia Nr ⁴².../2026
Dyrektora Szpitala Powiatowego w Kętrzynie
z dnia 18.09.2026 r.

**REGULAMIN
ORGANIZACYJNY
SPZOZ Szpitala Powiatowego w Kętrzynie**

Kętrzyn, 18.09. 2026 r.

SPIS TREŚCI

DZIAŁ 1.	4
PRZEPISY WSTĘPNE	4
ROZDZIAŁ I	4
Postanowienia ogólne	4
ROZDZIAŁ II	4
Nazwa, forma i podstawy prawne działania oraz siedziba	4
ROZDZIAŁ III.	5
Cele i zadania Szpitala	5
 DZIAŁ 2.	 6
STRUKTURA ORGANIZACYJNA	6
ROZDZIAŁ I	6
Postanowienia ogólne	6
ROZDZIAŁ II	6
Sposób kierowania Szpitalem, zakres zadań podmiotów na stanowiskach kierowniczych i warunki ich współdziałania	6
RODZIAŁ III	10
Wykaz komórek organizacyjnych Szpitala z określeniem zasad ich podległości	10
 DZIAŁ 3	 12
ZADANIA KOMÓREK ORGANIZACYJNYCH	12
ROZDZIAŁ I	12
Postanowienia ogólne	12
ROZDZIAŁ II	13
Zadania komórek udzielających świadczenia zdrowotne	13
ROZDZIAŁ III	14
Zadania oddziałów szpitalnych	14
ROZDZIAŁ IV	15
Zadania jednostek zabiegowo-leczniczych	15
ROZDZIAŁ V	15
Zadania działów i pracowni diagnostyki medycznej	15
ROZDZIAŁ VI	15
Zadania poradni przyszpitalnych	15
ROZDZIAŁ VII	15
Zadania pozostałych komórek organizacyjnych	15
ROZDZIAŁ VIII	21
Zadania osób na samodzielnych stanowiskach	21
 DZIAŁ 4	 25
ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE	25
Rozdział I	25
Przebieg procesu udzielania świadczeń zdrowotnych	25
Rozdział II	28
Odpłatne świadczenia zdrowotne	28
Rozdział III	29
Współdziałanie z innymi podmiotami wykonującymi działalność leczniczą	29
 DZIAŁ 5	 29
PRAWA I OBOWIĄZKI PACJENTA	29



Rozdział I-----	29
Prawa Pacjenta-----	29
Rozdział II -----	30
Obowiązki Pacjenta-----	30
 DZIAŁ 6 -----	 30
POSTĘPOWANIE ZE ZWŁOKAMI-----	30
Rozdział I-----	30
Obowiązki personelu medycznego w przypadku śmierci pacjenta-----	30
Rozdział II -----	30
Karta skierowania do chłodni i identyfikator osoby zmarłej-----	30
Rozdział III -----	31
Postępowanie ze zwłokami i rzeczami osoby zmarłej-----	31
Rozdział IV -----	32
Sekcja zwłok -----	32
 DZIAŁ 7 -----	 32
UDOSTĘPNIANIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ-----	32
Rozdział I-----	32
Podmioty uprawnione do udostępniania im dokumentacji medycznej-----	32
Rozdział II -----	33
Sposób udostępniania dokumentacji medycznej -----	33
 DZIAŁ 8. -----	 35
PRZEPISY KOŃCOWE-----	35

DZIAŁ 1.
PRZEPISY WSTĘPNE

ROZDZIAŁ I
Postanowienia ogólne

§ 1.

1. Ilekroć w Regulaminie organizacyjnym SPZOZ Szpitala Powiatowego w Kętrzynie mowa jest o:
 - 1) „Regulaminie” – rozumie się przez to niniejszy Regulamin organizacyjny SPZOZ Szpitala Powiatowego w Kętrzynie,
 - 2) „Szpitalu” lub „Szpitalu Powiatowym w Kętrzynie” – rozumie się przez to SPZOZ Szpital Powiatowy w Kętrzynie,
 - 3) „Dyrektorze” lub „Dyrektorze Szpitala” – rozumie się przez to Kierownika Szpitala,
 - 4) „Komórce organizacyjnej” – rozumienie się przez to wyodrębnioną w Regulaminie jednostkę stanowiącą element struktury organizacyjnej Szpitala,
 - 5) „Pacjencie” – rozumie się przez to osobę korzystającą w Szpitalu ze świadczeń zdrowotnych.
 - 6) „Świadczeniach zdrowotnych” – rozumienie się przez podejmowane przez personel Szpitala względem Pacjentów działania służące zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia oraz inne działania medyczne wynikające z procesu leczenia, których szczegółowy zakres określa Regulamin.
2. Regulamin określa organizację i porządek procesu udzielania świadczeń zdrowotnych w Szpitalu, a w szczególności:
 - 1) nazwę i formę działania,
 - 2) podstawy prawne działania,
 - 3) siedzibę Szpitala i miejsce udzielania świadczeń zdrowotnych,
 - 4) cele i zadania Szpitala,
 - 5) strukturę organizacyjną i sposób kierowania Szpitalem oraz zakres zadań podmiotów na stanowiskach kierowniczych i warunki ich współdziałania,
 - 6) wykaz komórek organizacyjnych Szpitala, zasady ich podległości i zadania poszczególnych komórek organizacyjnych,
 - 7) przebieg procesu udzielania świadczeń zdrowotnych, w tym zasady udzielania odpłatnych świadczeń zdrowotnych,
 - 8) warunki i zasady współdziałania z innymi podmiotami wykonującymi działalność leczniczą,
 - 9) prawa i obowiązki pacjenta.
 - 10) zasady postępowania ze zwłokami osób zmarłych w Szpitalu,
 - 11) zasady i sposób udostępniania dokumentacji medycznej.
3. W odrębnym trybie ustala się:
 - 1) regulamin pracy,
 - 2) regulamin zgłaszania nieprawidłowości,
 - 3) instrukcję obiegu dokumentów.

ROZDZIAŁ II

Nazwa, forma i podstawy prawne działania oraz siedziba Szpitala

§ 2.

1. Szpital Powiatowy w Kętrzynie jest podmiotem leczniczym prowadzonym w formie samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej, wpisanym do rejestru stowarzyszeń, innych organizacji społecznych i zawodowych, fundacji oraz samodzielnych publicznych



zakońców opieki zdrowotnej Krajowego Rejestru Sądowego prowadzonego przez Sąd Rejonowy w Olsztynie, VIII Wydział Gospodarczy KRS pod numerem 0000000499, posiadającym nadany numer NIP: 7421836030 oraz REGON: 510929362.

2. Szpital może używać nazwy skróconej „Szpital Powiatowy w Kętrzynie”.
3. Szpital posiada osobowość prawną.
4. Podmiotem tworzącym Szpital jest Powiat Kętrzyński.

§ 3.

Szpital działa na podstawie:

- 1) ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (t. j. Dz. U. z 2022 r. poz. 633 z późn. zm.) oraz wydanych na jej podstawie przepisów wykonawczych,
- 2) ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t. j. Dz. U. z 2021 r. poz. 1285 z późn. zm.),
- 3) ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych (t. j. Dz. U. z 2022 r. poz. 1634 z późn. zm.),
- 4) Statutu Szpitala,
- 5) innych powszechnie obowiązujących przepisów prawa.

§ 4.

Siedzibą Szpitala jest miasto Kętrzyn, adres: ul. M. C. Skłodowskiej 2, 11-400 Kętrzyn.

ROZDZIAŁ III. Cele i zadania Szpitala

§ 5.

Do podstawowych celów Szpitala należy ochrona zdrowia ludności objętej obszarem jego działania poprzez udzielanie świadczeń zdrowotnych osobom wymagającym leczenia stacjonarnego, promocja zdrowia, profilaktyka zdrowotna i udział w kształceniu kadr medycznych.

§ 6.

1. Szpital realizuje zadania zapewniając w sposób ciągły całodobową opiekę lekarską i pielęgniarską.
2. Do zadań Szpitala należy organizowanie i udzielanie świadczeń zdrowotnych służących zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu i poprawie zdrowia, w szczególności związanych z:
 - 1) badaniem, pomocą doraźną i poradą lekarską,
 - 2) leczeniem,
 - 3) rehabilitacją leczniczą,
 - 4) badaniem diagnostycznym, w tym z analityką medyczną,
 - 5) pielęgnacją chorych,
 - 6) orzekaniem i opiniowaniem o stanie zdrowia,
 - 7) wykonywaniem zadań wynikających z obowiązujących przepisów prawa, w tym realizacją zadań na potrzeby obronności państwa oraz organizacją innych form opieki medycznej w sytuacjach awaryjnych (klęski żywiołowe, katastrofy, epidemie itp.).
3. Szczegółowe cele i zadania Szpitala określa jego Statut.

§ 7.

Szpital udziela świadczeń zdrowotnych w zakresie:

- 1) hospitalizacji osób, których stan zdrowia wymaga udzielania całodobowych lub całodziennych świadczeń specjalistycznych w dziedzinach:
 - a) chorób wewnętrznych,

- b) pediatrii,
 - c) chirurgii ogólnej,
 - d) chirurgii urazowo-ortopedycznej,
 - e) anestezjologii i intensywnej terapii,
 - f) rehabilitacji leczniczej,
- 2) badań diagnostycznych, w tym analiz wykonywanych w celu rozpoznania stanu zdrowia i ustalenia dalszego postępowania leczniczego;
 - 3) ambulatoryjnej specjalistycznej opieki zdrowotnej;
 - 4) nocnej i świątecznej (ambulatoryjnej i wyjazdowej) podstawowej opieki zdrowotnej.

DZIAŁ 2.

STRUKTURA ORGANIZACYJNA

ROZDZIAŁ I

Postanowienia ogólne

§ 8.

- 1. Strukturę organizacyjną Szpitala tworzą wyszczególnione w niniejszym dziale organy, stanowiska, w tym stanowiska samodzielne oraz komórki organizacyjne.
- 2. Szczegółową strukturę organizacyjną Szpitala określa schemat organizacyjny Szpitala stanowiący Załącznik nr 1 do Regulaminu.

ROZDZIAŁ II

Sposób kierowania Szpitalem, zakres zadań podmiotów na stanowiskach kierowniczych i warunki ich współdziałania

§ 9.

- 1. Dyrektor Szpitala Powiatowego w Kętrzynie jest najwyższym organem Szpitala, kierującym jego działalnością.
- 2. Dyrektor jest przełożonym wszystkich pracowników Szpitala.
- 3. Do wyłącznej kompetencji Dyrektora należy w szczególności:
 - 1) zarządzanie Szpitalem,
 - 2) reprezentowanie Szpitala na zewnątrz,
 - 3) samodzielne wydawanie decyzji dotyczących funkcjonowania Szpitala,
 - 4) wydawanie zarządzeń wewnętrznych,
 - 5) podejmowanie decyzji w sprawach pracowniczych.
- 4. Dyrektor może ustanawiać pełnomocników do realizacji określonych zadań Szpitala ustalając każdorazowo zakres i czas ich umocowania. Ewidencję pełnomocnictw i upoważnień udzielanych przez Dyrektora oraz ewidencję ich odwołań lub przypadków wygaśnięcia z innych przyczyn prowadzi Sekcja Kadr.
- 5. Dyrektor wykonując swoje zadania współpracuje z Radą Społeczną Szpitala w zakresie jej kompetencji.
- 6. Dyrektor kieruje Szpitalem przy pomocy:
 - 1) Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa,
 - 2) Zastępcy Dyrektora ds. Pielęgniarstwa,
 - 3) Głównego Księgowego,
 - 4) Koordynatora Działu Administracyjno-Organizacyjnego,
 - 5) Koordynatora Działu Technicznego i Zaopatrzenia,
 - 6) pracowników na stanowiskach samodzielnych bezpośrednio podległych Dyrektorowi.



§ 10.

1. Zastępca Dyrektora ds. Lecznictwa odpowiada za stan i jakość opieki profilaktyczno-leczniczej świadczonej przez lekarzy zatrudnionych w Szpitalu. Do jego zadań należy w szczególności:
 - 1) zastępowanie Dyrektora w czasie jego nieobecności,
 - 2) reprezentowanie Szpitala na zewnątrz w zakresie określonym przez pełnomocnictwo udzielone przez Dyrektora,
 - 3) podpisywanie Dyrektorowi delegacji służbowych,
 - 4) nadzorowanie pracy pracowników Szpitala oraz udzielanych przez nich świadczeń zdrowotnych,
 - 5) zatwierdzanie w porozumieniu z kierownikami właściwych komórek organizacyjnych harmonogramów pracy podległego personelu proponowanych przez koordynatorów oddziałów lub kierowników komórek organizacyjnych
 - 6) nadzorowanie prawidłowości sporządzania dokumentacji lekarskiej,
 - 7) sprawowanie nadzoru nad stanem sanitarno-epidemiologicznym Szpitala, w tym współdziałanie z podległą mu pielęgniarką epidemiologiczną w celu zapewnienia właściwego stanu sanitarno-epidemiologicznego Szpitala,
 - 8) kontrolowanie prawidłowości i kompletności wyposażenia Szpitala w sprzęt medyczny,
 - 9) kontrolowanie gospodarki lekami i artykułami medycznymi,
 - 10) czuwanie nad przeprowadzeniem szczepień ochronnych pracowników,
 - 11) organizowanie szkoleń podległego personelu,
 - 12) wyznaczanie Koordynatora dyżurów, o którym mowa w § 49 Regulaminu,
 - 13) wykonywanie innych zadań zleconych przez Dyrektora Szpitala.
2. Zastępca Dyrektora ds. Pielęgniarstwa odpowiada za organizację, stan i jakość świadczeń pielęgniarskich Szpitala. Do jego zadań należy w szczególności:
 - 1) sprawowanie nadzoru nad pielęgniarkami i położnymi,
 - 2) dokonywanie we współpracy z koordynatorami oddziałów lub lekarzami kierującymi oddziałami systematycznej oceny jakości świadczonych usług pielęgniarskich, stosowanych metod opieki nad pacjentem, wyposażenia i obsługi pielęgniarskich stanowisk pracy, poziomu kwalifikacji personelu,
 - 3) zatwierdzanie w porozumieniu z kierownikami właściwych komórek organizacyjnych harmonogramów pracy podległego personelu proponowanych przez pielęgniarki oddziałowe/koordynujące,
 - 4) sprawowanie nadzoru nad wyposażeniem Oddziałów, Działów i Pracowni w sprzęt i aparaturę potrzebną do realizacji świadczeń pielęgniarskich,
 - 5) stwarzanie warunków umożliwiających podnoszenie kwalifikacji zawodowych pielęgniarek, położnych i innych pracowników pionu,
 - 6) sprawowanie nadzoru nad prawidłowością prowadzenia dokumentacji pielęgniarskiej,
 - 7) organizowanie i nadzorowanie całodobowej opieki pielęgniarskiej w zakresie pielęgniarstwa stacjonarnego, pielęgniarstwa specjalistycznego oraz pielęgniarskiej opieki długoterminowej,
 - 8) analizowanie i ocena jakości pracy pielęgniarek i położnych,
 - 9) organizowanie szkoleń podległego personelu,
 - 10) wykonywanie innych zadań zleconych przez Dyrektora Szpitala.
3. Główny Księgowy jest odpowiedzialny za prawidłową, zgodną z przepisami prawa gospodarkę finansową Szpitala w Kętrzynie oraz rozliczenia podatkowe. Do jego zadań należy w szczególności:
 - 1) reprezentowanie Szpitala w postępowaniach przed organami fiskalnymi w zakresie określonym pełnomocnictwem udzielonym przez Dyrektora,
 - 2) prowadzenie gospodarki finansowej Szpitala, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa i poleceniami Dyrektora,
 - 3) wykonywanie dyspozycji środkami pieniężnymi będącymi w dyspozycji Szpitala, zgodnie z przepisami prawa,

- 4) nadzór nad prawidłowością zawieranych przez Szpital umów pod względem finansowym,
 - 5) zapewnienie terminowej spłaty zobowiązań oraz ściągania należności i dochodzenia roszczeń spornych we współpracy z Radcą Prawnym,
 - 6) prowadzenie ewidencji kosztów i przychodów Szpitala oraz nadzór nad prowadzeniem ksiąg rachunkowych Szpitala, zgodnie z ustawą o rachunkowości,
 - 7) nadzór nad terminowym przekazywaniem rzetelnych informacji finansowych oraz prawidłowym dokonywaniem rozliczeń,
 - 8) nadzór i kontrola rozliczeń z Narodowym Funduszem Zdrowia,
 - 9) nadzór nad sporządzaniem sprawozdań finansowych, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa,
 - 10) nadzór nad sporządzaniem, obiegiem i archiwizowaniem dokumentacji finansowej w sposób zapewniający właściwy przebieg operacji finansowych,
 - 11) przygotowywanie wniosków na pozyskanie środków finansowych ze źródeł zewnętrznych, kontrola ich realizacji oraz raportowanie efektów tych projektów zgodnie z wymaganiami wynikającymi z zawartych umów,
 - 12) nadzór nad prawidłowością wykorzystania środków przydzielanych z budżetu Państwa lub samorządów np. dotacji, finansowania programów zdrowotnych lub innych środków będących w dyspozycji Szpitala oraz sprawozdawczością z ich wykorzystania,
 - 13) prowadzenie spraw ubezpieczeń Szpitala w tym majątkowych oraz od odpowiedzialności cywilnej we współpracy z Radcą Prawnym i właściwymi komórkami organizacyjnymi w zależności od rodzaju ubezpieczeń,
 - 14) opracowanie planów rzeczowo-finansowych, sprawozdań z realizacji planów rzeczowo-finansowych oraz innych dokumentów sprawozdawczych i rozliczeniowych,
 - 15) nadzorowanie ewidencję środków trwałych,
 - 16) współpraca z wyznaczonym biegłym rewidentem w zakresie badania bilansu,
 - 17) wykonywanie innych zadań zleconych przez Dyrektora Szpitala.
4. Koordynator Działu Administracyjno-Organizacyjnego nadzoruje i kieruje pracami Działu Administracyjno-Organizacyjnego. Do jego zadań należy w szczególności:
- 1) nadzór nad gospodarką majątkiem ruchomym i nieruchomym Szpitala,
 - 2) nadzór nad poprawnym funkcjonowaniem sekretariatu,
 - 3) nadzór nad prowadzeniem dokumentacji medycznej, indywidualnej i zbiorczej pod względem formalnym,
 - 4) nadzór nad prowadzeniem archiwum Szpitala,
 - 5) współdziałanie z działem zamówień publicznych w zakresie prowadzenia spraw związanych z zakupami, dostawami i usługami w oparciu o ustawę prawo zamówień publicznych,
 - 6) współdziałanie z Działem Technicznym i Zaopatrzenia w celu zapewnienia prawidłowego funkcjonowania Szpitala,
 - 7) współdziałanie w zakresie przygotowywania specyfikacji w zakresie zakupów wynikających z zamówień publicznych,
 - 8) obsługa administracyjna Rady Społecznej Szpitala,
 - 9) bieżące analizowanie i dostosowanie przepisów wewnętrznych Szpitala do zmian przepisów prawa powszechnie obowiązującego,
 - 10) współudział w opracowywaniu strategii rozwoju Szpitala,
 - 11) analizowanie efektów realizacji strategii rozwoju Szpitala w poszczególnych komórkach organizacyjnych,
 - 12) identyfikowanie problemów i poszukiwanie rozwiązań w celu rozwoju Szpitala,
 - 13) podejmowanie działań w zakresie minimalizacji kosztów działalności,
 - 14) raportowanie z postępu prac nad projektami, inicjatywami oraz działaniami udoskonalającymi prowadzonych w podległych komórkach,
 - 15) współudział w opracowaniu planów inwestycyjno – remontowych,

- 16) nadzór nad realizacją zatwierdzonych planów inwestycyjno – remontowych oraz zatwierdzonych do realizacji bieżących remontów
 - 17) uzyskiwanie pozwoleń, decyzji oraz opinii niezbędnych do realizowania planów inwestycyjno – remontowych oraz zatwierdzonych do realizacji bieżących remontów,
 - 18) nadzór nad prowadzonymi inwestycjami i remontami na terenie Szpitala,
 - 19) akceptacja merytoryczna dokumentów rzeczowych i finansowych z zakresu realizowanych zadań,
 - 20) współpraca z Inspektorem ds. Ppoż. w zakresie zabezpieczenia ppoż. Szpitala
 - 21) współpraca z kontrolującymi instytucjami zewnętrznymi, jak: NFZ, NIK, PIP, straż pożarna, sanepid, itp.,
 - 22) współpraca z kierownikami innych komórek organizacyjnych w sprawach wchodzących w zakres prac działu,
 - 23) wykonywanie innych zadań zleconych przez Dyrektora Szpitala.
5. Koordynator Działu Technicznego i Zaopatrzenia nadzoruje i kieruje pracami Działu Technicznego i Zaopatrzenia. Do jego zadań należy w szczególności:
- 1) nadzór nad utrzymywaniem budynków i budowli oraz wyposażenia Szpitala w stanie sprawności techniczno-eksploatacyjnej,
 - 2) nadzór nad zapewnieniem ciągłości dostaw mediów, w tym gazów medycznych i technicznych,
 - 3) nadzór nad terminowym dokonywaniem przeglądów i uzyskiwaniem/ przedłużaniem wymaganych certyfikatów, dopuszczeń, atestów itp. w zakresie wymaganym przepisami prawa dla budynków oraz sprzętu technicznego i medycznego prowadzenie obowiązującej w tym zakresie dokumentacji,
 - 4) zapewnienie bezawaryjnej pracy urządzeń i instalacji infrastruktury technicznej,
 - 5) realizowanie zatwierdzonych planów inwestycyjno – remontowych oraz zatwierdzonych do realizacji bieżących remontów,
 - 6) wykonywanie napraw i remontów wyposażenia technicznego i obiektów,
 - 7) nadzór nad czynnościami wykonywanymi przez usługodawców zewnętrznych w zakresie:
 - a) utrzymania czystości terenów zewnętrznych, przepustowości ciągów komunikacyjnych,
 - b) wywozu i utylizacji odpadów komunalnych, medycznych i niebezpiecznych,
 - c) dezynfekcji, dezynsekcji i deratyzacji,
 - d) ochrony i monitoringu,
 - 8) organizacja sprzedaży środków trwałych i wyposażenia zbędnych w działalności Szpitala łącznie z przeprowadzeniem przetargów zgodnie z odrębnymi przepisami,
 - 9) monitorowanie umów poprzetargowych dotyczących zakresu odpowiedzialności stanowiska, kontrola ich realizacji, występowanie z wnioskami o przygotowanie postępowań przetargowych,
 - 10) pomoc merytoryczna w przygotowaniu specyfikacji przetargowych,
 - 11) właściwe gospodarowanie powierzonym majątkiem Szpitala,
 - 12) organizowanie napraw aparatury medycznej przez zewnętrzne firmy serwisowe,
 - 13) przyjmowanie zgłoszeń awarii aparatury medycznej, organizowanie i przeprowadzanie napraw, przeglądów okresowych i konserwacji aparatury medycznej,
 - 14) uzyskiwanie pozwoleń, decyzji oraz opinii niezbędnych do realizowania planów inwestycyjno – remontowych oraz zatwierdzonych do realizacji bieżących remontów,
 - 15) nadzór nad szkoleniami oraz kwalifikacjami podległych pracowników,
 - 16) akceptacja merytoryczna dokumentów rzeczowych i finansowych z zakresu realizowanych zadań,
 - 17) współpraca z kadrą kierowniczą Szpitala w zakresie realizowanych zadań,
 - 18) planowanie i organizacja zadań podległych stanowisk,
 - 19) współpraca z organami kontrolnymi,

- 20) prawidłowa organizacja pracy Działu Technicznego, w tym stały, merytoryczny i formalno-prawny nadzór nad czynnościami wykonywanymi przez podległych pracowników,
 - 21) wykonywanie innych zadań zleconych przez Dyrektora Szpitala.
6. Działalnością poszczególnych komórek organizacyjnych Szpitala kierują wskazani w Regulaminie kierownicy komórek organizacyjnych, odpowiadający za całokształt spraw prowadzonych i rozpatrywanych przez podległą im komórkę organizacyjną, w tym planowanie, koordynowanie i nadzorowanie pracy podległych im pracowników, a zwłaszcza za:
- 1) prawidłowe i terminowe wykonanie zadań oraz prowadzenie korespondencji, dokumentacji i sprawozdawczości,
 - 2) organizację i dyscyplinę pracy,
 - 3) właściwą gospodarkę oraz nadzór nad mieniem powierzonym kierowanej przez niego komórce organizacyjnej,
 - 4) realizowanie polityki kadrowej poprzez wnioskowanie o awans, nagrodę, karę porządkową bądź rozwiązanie stosunku pracy w stosunku do podległych mu pracowników,
 - 5) efektywne współdziałanie z innymi komórkami organizacyjnymi,
 - 6) opracowywanie i przedkładanie Dyrektorowi do zatwierdzenia zakresu czynności podległych mu pracowników,
 - 7) wykonywanie innych zadań zleconych przez Dyrektora Szpitala.

RODZIAŁ III

Wykaz komórek organizacyjnych Szpitala z określeniem zasad ich podległości

§ 11.

W Szpitalu funkcjonują:

- 1) jednostki stacjonarnej opieki zdrowotnej podległe organizacyjnie Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa,
- 2) działy i pracownie diagnostyki medycznej podległe organizacyjnie Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa,
- 3) poradnie przyszpitalne podległe organizacyjnie Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa,
- 4) inne medyczne komórki organizacyjne i wyodrębnione stanowiska podległe organizacyjnie Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa,
- 5) komórki organizacyjne podległe organizacyjnie Zastępcy Dyrektora ds. Pielęgniarstwa,
- 6) służące działalności podstawowej komórki organizacyjne i samodzielne stanowiska podległe bezpośrednio Dyrektorowi.

§ 12.

Jednostki stacjonarnej opieki zdrowotnej to następujące oddziały specjalistyczne i jednostki zabiegowo-lecznicze to:

- 1) oddziały specjalności zabiegowych:
 - a) Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii,
 - b) Oddział Chirurgii Ogólnej,
 - c) Oddział Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej,
- 2) oddziały specjalności zachowawczych:
 - a) Oddział Chorób Wewnętrznych, w strukturze którego funkcjonuje Sala Intensywnej Opieki Kardiologicznej,
 - b) Oddział Dziecięcy,
- 3) Blok Operacyjny,
- 4) Izba Przyjęć.

§ 13.

Działy i pracownie diagnostyki medycznej to:

- 1) Pracownia Serologii Transfuzjologicznej z Bankiem Krwi,
- 2) Dział Diagnostyki Obrazowej z pracowniami:
 - a) rentgenodiagnostyki (RTG),
 - b) ultrasonografii (USG),
 - c) tomografii komputerowej (TK)
- 3) Pracownia Endoskopii.

§ 14.

Poradnie przyszpitalne to:

- 1) Poradnia Chirurgiczna,
- 2) Poradnia Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej,
- 3) Poradnia Neurologiczna,
- 4) Poradnia Położniczo-Ginekologiczna,
- 5) Dział Fizjoterapii i Rehabilitacji, w ramach którego działają:
 - a) Dzienny Ośrodek Rehabilitacyjny,
 - b) Fizjoterapia Ambulatoryjna.

§ 15.

Inne medyczne komórki organizacyjne i wyodrębnione stanowiska to:

- 1) Apteka,
- 2) Pielęgniarka Epidemiologiczna i podległy jej Dział Higieny Szpitala, w którego skład wchodzi Punkt wydawania bielizny czystej,
- 3) Koordynator Działu Ratownictwa Medycznego i podległe mu:
 - a) Zespoły Ratownictwa Medycznego Podstawowego,
 - b) Zespół Transportu Sanitarnego,
- 4) Nocna i świąteczna pomoc ambulatoryjna w ramach POZ,
- 5) Nocna i świąteczna pomoc wyjazdowa w ramach POZ.

§ 16.

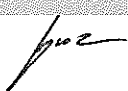
W Szpitalu funkcjonują podległe Zastępcy Dyrektora ds. Pielęgniarstwa:

- 1) pielęgniarki/położne, oddziałowe/koordynujące, asystent pielęgniarki,
- 2) Centralna Sterylizatornia.

§ 17.

W Szpitalu funkcjonują następujące komórki organizacyjne i stanowiska samodzielne, służące działalności podstawowej Szpitala:

- 1) Główny Księgowy z następującymi podległymi mu sekcjami:
 - a) Sekcją Ekonomiczną i Księgowości,
 - b) Sekcją Płac,
- 2) Dział Administracyjno-Organizacyjny, w skład którego wchodzi:
 - a) Sekretariat,
 - b) Koordynator Sekretarek Medycznych,
 - c) Sekcja statystyki,
 - d) Archiwum,
- 3) Dział Techniczny i Zaopatrzenia, w skład którego wchodzi Sekcja Techniczna.
- 4) Sekcja Kadr,
- 5) Sekcja Usług Medycznych,
- 6) Radca Prawny,
- 7) Kapelani Szpitalni,



- 8) Specjalista ds. BHP,
- 9) Inspektor ds. Ppoż.,
- 10) Samodzielne stanowisko ds. Obrony Cywilnej,
- 11) Samodzielne stanowisko ds. Ochrony Środowiska,
- 12) Specjalista ds. Zamówień Publicznych,
- 13) Inspektor Ochrony Danych Osobowych,
- 14) Koordynator ds. Zgłoszeń Naruszeń Prawa,
- 15) Koordynator ds. Jakości i Bezpieczeństwa,
- 16) Informatyk.

§ 18.

1. Jeżeli Regulamin nie stanowi inaczej, poszczególnymi komórkami organizacyjnymi kierują:
 - 1) oddziałami szpitalnymi – koordynatorzy lub lekarze niebędący koordynatorami, we współpracy z pielęgniarkami koordynującymi/oddziałowymi,
 - 2) działami – koordynatorzy działów,
 - 3) pracowniami – kierownicy pracowni,
 - 4) innymi komórkami organizacyjnymi – kierownicy tych komórek.
2. Kierownicy komórek organizacyjnych są bezpośrednimi przełożonymi wszystkich pracowników zatrudnionych w kierowanej przez nich komórkach organizacyjnych.
3. W razie nieobecności kierownika komórki organizacyjnej, kierownik ten zastępowany jest przez wyznaczonego przez niego zastępcę.
4. W przypadku gdy oddziałem szpitalnym kieruje lekarz niebędący koordynatorem, na stanowisko lekarza kierującego oddziałem, konkursu nie przeprowadza się.

§ 19.

1. W Szpitalu funkcjonują także:
 - 1) Komitet Kontroli Zakażeń Szpitalnych,
 - 2) Komitet ds. Antybiotykoterapii,
 - 3) Komitet Transfuzjologiczny,
 - 4) Zespół Oceny Przyjęć Planowanych,
 - 5) Zespół Kontroli Zakażeń Szpitalnych,
 - 6) Komitet d/s Jakości,
 - 7) Zespół ds. Żywienia Pacjentów,
 - 8) Zespół ds. Profilaktyki i Leczenia Odleżyn.
2. W miarę potrzeb Dyrektor powołuje także inne komitety i zespoły.
3. Skład osobowy komitetów i zespołów ustala Dyrektor.
4. W Szpitalu funkcjonuje nadto Komisja wyjaśniająca ds. Zgłoszeń Naruszeń Prawa, której skład osobowy ustalany jest przez Koordynatora ds. Naruszeń Prawa zgodnie z Procedurą Przyjmowania Wewnętrznych Zgłoszeń Naruszeń Prawa i Podejmowania Działań Następczych w Szpitalu Powiatowym w Kętrzynie oraz Komisja wyjaśniająca ds. Jakości i Bezpieczeństwa, której skład osobowy jest ustalany przez Koordynatora ds. Jakości i Bezpieczeństwa zgodnie z Wewnętrznym Systemem Zarządzania Jakością i Bezpieczeństwem w Szpitalu Powiatowym w Kętrzynie.
5. W Szpitalu funkcjonuje również Koordynator dyżurów.

DZIAŁ 3

ZADANIA KOMÓREK ORGANIZACYJNYCH

ROZDZIAŁ I

Postanowienia ogólne



§ 20.

1. Komórki organizacyjne Szpitala wykonują zadania określone w niniejszym dziale oraz zadania zlecone przez Dyrektora, przy czym szczegółowe opisy stanowisk pracy pracowników wchodzących w skład poszczególnych komórek organizacyjnych Szpitala, zawarte są w aktach osobowych tych pracowników.
2. W trakcie wykonywania zadań komórki organizacyjne zobowiązane są do współdziałania w drodze uzgodnień i konsultacji, opiniowania, udostępniania materiałów i danych oraz prowadzenia wspólnych prac nad określonymi zadaniami.
3. Dyrektor może powoływać osoby lub zespoły do wykonania określonego zadania oraz wskazać termin jego realizacji. Jeżeli do wykonania określonego zadania konieczne jest współdziałanie kilku komórek organizacyjnych, Dyrektor wyznacza koordynatora zadania. Koordynator zadania uprawniony jest do zwoływania posiedzeń zespołu.

§ 21.

Do zadań komórek organizacyjnych należy także w szczególności:

- 1) wykonywanie zadań wynikających z kompetencji określonych przepisami prawa,
- 2) wykonywanie zadań określonych w zarządzeniach Dyrektora,
- 3) realizowanie zadań wynikających z obowiązku współdziałania Szpitala z innymi zakładami opieki zdrowotnej, centralnymi i terenowymi organami administracji publicznej, organizacjami samorządu zawodowego oraz związkami zawodowymi i organizacjami społecznymi,
- 4) współdziałanie z placówkami naukowo - badawczymi oraz wykorzystywanie wyników ich badań,
- 5) pomoc w przygotowywaniu merytorycznych części uzasadnień do pism procesowych Radcy Prawnego,
- 6) gromadzenie informacji oraz opracowywanie ocen, analiz, opinii i innych dokumentów z zakresu działania komórki organizacyjnej,
- 7) prowadzenie ewidencji i zbioru przepisów prawnych związanych z zakresem działania komórki organizacyjnej, a także bieżąca analiza zmian obowiązującego prawa,
- 8) realizowanie wniosków pokontrolnych właściwych organów kontrolujących,
- 9) przestrzeganie przepisów o ochronie informacji niejawnych i danych osobowych,
- 10) wykonywanie innych zadań zleconych przez Dyrektora.

ROZDZIAŁ II

Zadania komórek udzielających świadczenia zdrowotne

§ 22.

1. Do zadań komórek udzielających świadczenia zdrowotne wskazanych w § 12-16 Regulaminu, oprócz ich zadań określonych również w § 21 Regulaminu, należy prowadzenie dokumentacji medycznej i ochrona danych osobowych pacjentów.
2. Rodzaje dokumentacji medycznej, sposób jej prowadzenia oraz zasady udostępniania i ochrony zawartych w niej danych określa Dział 6 Regulaminu oraz obowiązujące w tym zakresie przepisy, w szczególności Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (t. j. Dz. U. z 2022 r. poz. 1304 z późn. zm.).



ROZDZIAŁ III

Zadania oddziałów szpitalnych

§ 23.

1. Do podstawowych zadań oddziałów szpitalnych wskazanych w § 12 Regulaminu oprócz zadań określonych w § 21 Regulaminu należy prowadzenie działalności profilaktycznej, diagnostycznej i leczniczej w dziedzinie medycyny reprezentowanej przez daną jednostkę, a w szczególności:
 - 1) organizacja przyjęcia/wypisu pacjenta do/z oddziału,
 - 2) zapewnienie ciągłej całodobowej opieki pielęgniarstwa i lekarskiej nad pacjentem oraz zapewnienie właściwego leczenia zgodnie z ustalonym rozpoznaniem i ustalonymi procedurami diagnostyczno - leczniczymi,
 - 3) organizacja i prowadzenie badań diagnostycznych umożliwiających ustalenie przyczyny hospitalizacji,
 - 4) wykonywanie niezbędnych konsultacji i zlecanie konsultacji w ramach prowadzonej diagnostyki,
 - 5) wprowadzanie nowych metod diagnostyki i leczenia chorób,
 - 6) systematyczne wprowadzanie standardów postępowania w poszczególnych jednostkach chorobowych oraz podnoszenie jakości opieki medycznej udzielanej na oddziale,
 - 7) zapewnienie pacjentowi bezpieczeństwa podczas leczenia, zabiegów i badań diagnostycznych,
 - 8) współpraca w obszarze diagnostyczno - leczniczym z innymi komórkami organizacyjnymi Szpitala,
 - 9) przestrzeganie praw pacjenta określonych w karcie „Prawa i obowiązki pacjenta” oraz Ustawie z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta,
 - 10) racjonalne gospodarowanie krwią i preparatami krwiopochodnymi zgodnie z procedurami wewnątrzzpitalnymi,
 - 11) właściwe zabezpieczenie i przechowywanie leków i wyrobów medycznych pobranych z Apteki Szpitalnej oraz należyte przechowywanie oraz kontrola terminów ważności produktów leczniczych, wyrobów medycznych, środków dezynfekcyjnych itp.,
 - 12) prowadzenie indywidualnej dokumentacji medycznej pacjentów w formie elektronicznej oraz zbiorczej dokumentacji medycznej zgodnie z obowiązującym rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania oraz wewnętrznymi procedurami Szpitala,
 - 13) terminowe sporządzanie wymaganych w Szpitalu dokumentów statystycznych,
 - 14) współpraca w obszarze diagnostyczno – leczniczym z innymi medycznymi komórkami organizacyjnymi, a w innych obszarach działalności - z pozostałymi komórkami organizacyjnym Szpitala,
 - 15) organizacja i prowadzenie staży podyplomowych dla lekarzy i pielęgniarek,
 - 16) przestrzeganie umów zawartych z Narodowym Funduszem Zdrowia,
 - 17) racjonalizacja kosztów oddziału,
 - 18) właściwe wykorzystanie sprzętu medycznego i pozostałych zasobów materialnych w oddziale dla zapewnienia odpowiedniej opieki lekarsko- pielęgniarstwa,
 - 19) dbałość o mienie oddziału oraz przestrzeganie przepisów bhp oraz przepisów przeciwpożarowych,
 - 20) udział w postępowaniach o udzielenie zamówienia publicznego odnoszących się do oddziału.
2. Swoje zadania oddziały szpitalne wykonują w ścisłym współdziałaniu z pracownikami diagnostycznymi oraz z innymi oddziałami i komórkami organizacyjnymi.

ROZDZIAŁ IV

Zadania jednostek zabiegowo-leczniczych

§ 24.

Oprócz zadań określonych w § 21 Regulaminu, do podstawowych zadań:

- 1) Bloku Operacyjnego należy wykonywanie zabiegów operacyjnych oraz wszystkich czynności poprzedzających zabieg, towarzyszących mu i niezbędnych zaraz po jego wykonaniu,
- 2) Izby Przyjęć należy przyjmowanie i badanie chorych skierowanych do Szpitala, udzielanie doraźnej pomocy osobom znajdującym się w stanie zagrożenia życia, wykonywanie zabiegów lekarskich i pielęgniarских oraz czynności higieniczno-sanitarnych i administracyjnych związanych z przyjęciem chorego do Szpitala.

ROZDZIAŁ V

Zadania działów i pracowni diagnostyki medycznej

§ 25.

Oprócz zadań określonych w § 21 Regulaminu, do podstawowych zadań:

- 1) Pracowni Serologii Transfuzjologicznej z Bankiem Krwi należy udzielanie świadczeń diagnostycznych z zakresu serologii grup krwi i transfuzjologii,
- 2) Działu Diagnostyki Obrazowej należy udzielanie świadczeń diagnostycznych w zakresie diagnostyki obrazowej,
- 3) Pracowni Endoskopii, należy udzielanie świadczeń w zakresie diagnostyki górnego i dolnego odcinka przewodu pokarmowego i układu moczowego.

ROZDZIAŁ VI

Zadania poradni przyszpitalnych

§ 26.

Oprócz zadań określonych w § 21 Regulaminu, do podstawowych zadań:

- 1) Poradni przyszpitalnych należy prowadzenie działalności profilaktycznej, diagnostycznej i leczniczej w dziedzinie medycyny reprezentowanej przez daną jednostkę, a w szczególności udzielanie zgłaszającym się pacjentom świadczeń zdrowotnych związanych z badaniem i poradą lekarską,
- 2) Działu Fizjoterapii i Rehabilitacji należy udzielanie świadczeń służących usprawnieniu leczniczemu przy zastosowaniu fizykoterapii, kinezyterapii i masażu.

ROZDZIAŁ VII

Zadania pozostałych komórek organizacyjnych

§ 27.

Oprócz zadań określonych w § 21 Regulaminu, do podstawowych zadań:

- 1) Apteki należy zabezpieczenie, przechowywanie, przygotowywanie i wydawanie na zlecenie lekarskie leków, artykułów sanitarnych oraz materiałów medycznych niezbędnych dla hospitalizowanych pacjentów,
- 2) Pielęgniarki Epidemiologicznej należy nadzorowanie i monitorowanie stanu sanitarno-epidemiologicznego Szpitala, opracowywaniu standardów organizacyjnych i monitorowanie ich przestrzegania, nadzorowanie sposobów przechowywania sterylnej sprzętu medycznego,

określanie czynników ryzyka zagrożeń wśród pacjentów i personelu, analizowanie źródeł zakażeń, nadzorowanie prowadzenia dokumentacji zakażeń szpitalnych, uczestniczenie w planowaniu opieki nad pacjentem z zakażeniem szpitalnym. Pielęgniarka epidemiologiczna współpracuje ze służbą bhp w zakresie przestrzegania w Szpitalu przepisów bhp oraz lekarzem medycyny pracy w zakresie szczepień ochronnych oraz z kierownikami innych komórek organizacyjnych,

- 3) Działu Higieny Szpitala i Punktu wydawania bielizny czystej należy utrzymanie czystości w Szpitalu oraz na jego posesji oraz nadzór nad zaopatrzeniem i gospodarką środkami czystości,
- 4) Zespołu Ratownictwa Medycznego Podstawowego należy przewóz osób albo materiałów biologicznych i materiałów wykorzystywanych do udzielania świadczeń zdrowotnych, wymagających specjalnych warunków transportu,
- 5) Zespołu Transportu Sanitarnego należy zapewnienie transportu sanitarnego pacjentom skierowanym od lekarza podstawowej opieki zdrowotnej w dni powszednie w godz. od 8.00 do 18.00,
- 6) Nocnej i świątecznej pomocy ambulatoryjnej w ramach POZ należy udzielanie świadczeń zdrowotnych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej w formie porad ambulatoryjnych w przypadku nagłego zachorowania lub nagłego pogorszenia stanu zdrowia w dni powszednie w godz. od 18.00 do 8.00 oraz całodobowo w soboty, niedziele i święta,
- 7) Nocnej i świątecznej pomocy wyjazdowej w ramach POZ należy udzielanie świadczeń zdrowotnych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej w domu pacjenta w przypadku nagłego zachorowania lub nagłego pogorszenia stanu zdrowia w dni powszednie w godz. od 18.00 do 8.00 oraz całodobowo w soboty, niedziele i święta,
- 8) Centralnej Sterylizatorni należy sterylizacja pakietów narzędzi, sprzętu medycznego, materiałów opatrunkowych i bielizny operacyjnej dla potrzeb wszystkich komórek organizacyjnych Szpitala.

§ 28.

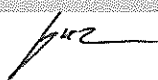
Do podstawowych zadań Sekcji Ekonomicznej i Księgowości oprócz zadań określonych w § 21 Regulaminu należy:

- 1) opracowywanie rocznych planów finansowych i informacji z ich wykonania, analiz ekonomicznych, biznesplanów, wniosków kredytowych,
- 2) prowadzenie dokumentacji finansowej operacji gospodarczych i ich ewidencja księgowa zgodnie z obowiązującymi zasadami rachunkowości,
- 3) prowadzenie ksiąg rachunkowych i składanie obowiązujących w tym zakresie sprawozdań,
- 4) naliczanie i odprowadzanie podatków i innych obowiązkowych składek i opłat związanych z prowadzoną przez Szpital działalnością oraz składanie sprawozdań z tego zakresu,
- 5) prowadzenie ewidencji majątku obrotowego i trwałego będącego w dyspozycji Szpitala,
- 6) prowadzenie kasy Szpitala,
- 7) realizacja dyspozycji płatności Szpitala,
- 8) windykacja należności Szpitala,
- 9) ochrona danych osobowych pracowników i pacjentów Szpitala w zakresie informacji przetwarzanych i przechowywanych w Sekcji.

§ 29.

Do podstawowych zadań Sekcji Płac oprócz zadań określonych w § 21 Regulaminu należy:

- 1) realizacja świadczeń z Zakładowego Funduszu Świadczeń Socjalnych, przekazywanie list do Działu Księgowości,
- 2) zapewnienie prawidłowego i terminowego sporządzania list wynagrodzeń, zasiłków z ubezpieczenia społecznego, nagród, odpraw emerytalnych oraz wynagrodzeń z tytułu zawieranych umów cywilno-prawnych,



- 3) zapewnienie terminowego naliczania zaliczek na podatek dochodowy od wynagrodzeń i umów cywilno-prawnych oraz składek do ZUS,
- 4) przygotowywanie materiałów do Planu Rzeczowo-Finansowego, sporządzanie wymaganej sprawozdawczości miesięcznej, kwartalnej, rocznej w zakresie realizacji płac pracowników dla podmiotów zewnętrznych.

§ 30.

Do podstawowych zadań Sekretariatu, oprócz zadań określonych w § 21 Regulaminu należy:

- 1) zapewnienie sprawnego funkcjonowania, koordynacja pracy oraz przepływ informacji pomiędzy Dyrektorem Szpitala, jego Zastępcą oraz podległymi jednostkami i komórkami organizacyjnymi,
- 2) nadzór nad terminowym przekazywaniem korespondencji, sprawozdań i innych dokumentów do instytucji zewnętrznych
- 3) prowadzenie ewidencji i rejestrów:
 - a) uchwał Rady Społecznej Szpitala,
 - b) protokołów z Posiedzeń Rady Społecznej,
 - c) zarządzeń i poleceń służbowych Dyrektora Szpitala
 - d) ewidencji korespondencji przychodzącej i wychodzącej
 - e) umów zawieranych przez Szpital,
 - f) kontroli prowadzonych przez jednostki zewnętrzne,
- 4) przygotowywanie materiałów i obsługa kancelaryjno-techniczna posiedzeń Rady Społecznej oraz innych posiedzeń i narad
- 5) przyjmowanie, rozdział do właściwych komórek i wysyłanie korespondencji oraz przesyłek,
- 6) przyjmowanie skarg i zażaleń przekazywanie ich do załatwienia właściwym komórkom, a także prowadzenie rejestru skarg i zażaleń,
- 7) zamawianie i ewidencja pieczęci.

§ 31.

Do podstawowych zadań Koordynatora Sekretarek Medycznych, oprócz zadań określonych w § 21 Regulaminu należy kierowanie pracą Sekcji Statystyki, a nadto organizacja pracy sekretarek medycznych w zakresie:

- 1) nadzoru nad prowadzeniem dokumentacji medycznej, indywidualnej i zbiorczej pod względem formalno-prawnym,
- 2) uczestnictwa w obchodach lekarskich,
- 3) przygotowywania dokumentacji do sporządzania kart informacyjnych wypisu pacjenta ze Szpitala,
- 4) sprawdzenia posiadanego ubezpieczenia przez pacjenta leczonego w oddziale, w razie braku poinformowanie Sekcji Usług Medycznych,
- 5) sporządzania kart informacyjnych z pobytu pacjenta w oddziale,
- 6) przekazywanie sporządzanych kart informacyjnych z pobytu pacjenta w oddziale do Sekcji Usług Medycznych i prowadzenie ewidencji przekazanych kart,
- 7) pobierania druków ZUS ZLA z Zakładu Ubezpieczeń Społecznych po uprzednim otrzymaniu upoważnienia od lekarza,
- 8) wypisywania druków ZUS ZLA,
- 9) wypisywania skierowań do poradni, szpitali itp.,
- 10) wystawienia zaświadczeń o urlopie macierzyńskim,
- 11) kontrola historii pacjenta i przekazywanie zgodnie z obowiązującymi instrukcjami do Sekcji Usług Medycznych,
- 12) sporządzania zestawień z wykonywanych procedur medycznych na poszczególnych prowadzenie zestawień dziennych oddziału tzw. ruch chorych (w porozumieniu z pielęgniarką oddziałową bądź koordynującą),

- 13) prowadzenia innej obowiązującej dokumentacji na oddziałach,
- 14) przekazywania do Sekcji Usług Medycznych materiałów z oddziałów do badań histopatologicznych, do Stacji Sanitarно- Epidemiologicznej czy też innych instytucji,
- 15) prowadzenia ewidencji przekazywanych materiałów do badań,
- 16) wypisywania i wydawania zaświadczeń na prośbę pacjentów,
- 17) prowadzenia na oddziale tzw. kolejek oczekujących,
- 18) wykonywania innych czynności zleconych przez bezpośredniego przełożonego, pielęgniarkę oddziałową, pielęgniarkę koordynującą, koordynatora oddziału.

§ 32.

Do podstawowych zadań Sekcji Statystyki, oprócz zadań określonych w § 21 Regulaminu należy:

- 1) prowadzenie statystyki w zakresie usług medycznych Szpitala,
- 2) prowadzenie ewidencji ruchu chorych,
- 3) przyjmowanie dokumentacji medycznej z oddziałów i przekazywanie ich do archiwizacji,
- 4) wydawanie kopii dokumentacji medycznej dla uprawnionych organów bądź pacjentów zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie regulacjami w Szpitalu,
- 5) prowadzenie korespondencji dotyczącej pacjentów, z uprawnionymi instytucjami (prokuratura, policja, ZUS, inne),
- 6) przygotowanie rozliczeń i sprawozdań z wykonanych usług medycznych dla odpowiednich instytucji ubezpieczenia zdrowotnego,
- 7) przekazywanie materiałów do badań histopatologicznych oraz prowadzenie ewidencji przekazanych materiałów do badań.

§ 33

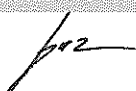
Do podstawowych zadań Archiwum, oprócz zadań określonych w § 21 Regulaminu należy:

- 1) przyjmowanie i prowadzenie ewidencji akt,
- 2) udostępnianie akt zgodnie z obowiązującymi przepisami i regulacjami wewnętrznymi,
- 3) inicjowanie brakowania akt,
- 4) udział w komisyjnym brakowaniu akt,
- 5) przekazywanie materiałów archiwalnych do archiwum państwowego.

§ 34

Do podstawowych zadań Działu Technicznego i Zaopatrzenia oraz Sekcji Technicznej oprócz zadań określonych w § 21 Regulaminu, należy organizowanie i prowadzenie działalności techniczno-eksploatacyjnej oraz zaopatrzenia i zamówień publicznych, a w szczególności:

- 1) utrzymanie, konserwacja, kontrola techniczna budynków, sprzętu i urządzeń szpitalnych,
- 2) zapewnienie prawidłowej eksploatacji:
 - a) urządzeń energetycznych,
 - b) kotłowni,
 - c) sieci i instalacji wewnętrznej gazu ziemnego, gazów medycznych, chłodzi,
 - d) instalacji elektrycznej,
 - e) sieci i instalacji wodno-kanalizacyjnej,
 - f) sieci centralnego ogrzewania, wentylacji, klimatyzacji,
 - g) systemów łączności, instalacji alarmowych i sygnalizacyjnych,
 - h) sprzętu medycznego,
 - i) sprzętu techniczno-gospodarczego,
- 3) nadzór nad prawidłowością stosowania trybu zamówień publicznych o wartości poniżej kwoty 170.000 zł, niepodlegających przepisom ustawy z dnia 11 września 2019 r. - Prawo zamówień publicznych,
- 4) realizacja zakupu towarów i usług zgodnie z obowiązującą w Szpitalu procedurą zakupów na rzecz Szpitala,



- 5) nadzór nad terminowym dokonywaniem przeglądów i uzyskiwaniem/ przedłużaniem wymaganych certyfikatów, dopuszczeń, atestów itp. w zakresie wymaganym przepisami prawa dla budynków oraz sprzętu technicznego i prowadzenie obowiązującej w tym zakresie dokumentacji,
- 6) nadzór nad zapewnieniem ciągłości dostaw mediów, w tym gazów medycznych i technicznych,
- 7) nadzór nad czynnościami wykonywanymi przez usługodawców zewnętrznych w zakresie:
 - a) utrzymania czystości terenów zewnętrznych, przepustowości ciągów komunikacyjnych,
 - b) wywozu i utylizacji odpadów komunalnych, i niebezpiecznych,
 - c) ochrony i monitoringu,
- 8) organizację sprzedaży środków trwałych i wyposażenia oraz fizycznego złomowania zbędnych w działalności Szpitala łącznie zgodnie z obowiązującymi przepisami w tym zakresie w Szpitalu,
- 9) monitorowanie umów przetargowych dotyczących zakresu odpowiedzialności stanowiska, kontrola ich realizacji, występowanie z wnioskami o przygotowanie postępowań przetargowych,
- 10) pomoc merytoryczna w przygotowaniu specyfikacji przetargowych,
- 11) właściwe gospodarowanie powierzonym majątkiem Szpitala,
- 12) organizowanie napraw aparatury medycznej przez zewnętrzne firmy serwisowe,
- 13) przyjmowanie zgłoszeń awarii aparatury medycznej, organizowanie i przeprowadzanie napraw, przeglądów okresowych i konserwacji aparatury medycznej,
- 14) planowanie i prowadzenie inwestycji w zakresie infrastruktury budowlanej, technicznej i sprzętu medycznego,
- 15) udział w opracowaniu finansowego planu inwestycyjnego,
- 16) nadzór nad techniczno-eksploatacyjnym zabezpieczeniem działalności Szpitala.

§ 35.

Do podstawowych zadań Sekcji Kadr, oprócz zadań określonych w § 9 ust. 4 zd. 2 Regulaminu i § 21 Regulaminu, należy:

- 1) całościowe prowadzenie spraw związanych z nawiązywaniem i rozwiązywaniem stosunku pracy, oraz wszelkimi innymi sprawami wynikającymi ze stosunku pracy określonymi w Kodeksie pracy,
- 2) prowadzenie spraw osobowych pracowników Szpitala,
- 3) prowadzenie rekrutacji pracowników,
- 4) organizowanie konkursów na stanowiska, co do których istnieje wymóg przeprowadzania konkursu, w porozumieniu z właściwymi samorządami zawodowymi, organizacjami i instytucjami,
- 5) prowadzenie spraw związanych z podnoszeniem kwalifikacji zawodowych pracowników Szpitala,
- 6) prowadzenie spraw związanych z zawieraniem i rozliczaniem umów o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne i umów cywilnoprawnych z lekarzami i innymi podmiotami,
- 7) prowadzenie działalności socjalnej w ramach zakładowego funduszu świadczeń socjalnych na rzecz osób uprawnionych, a w szczególności pracowników Szpitala, emerytów i rencistów oraz członków rodzin wymienionych osób,
- 8) współpraca z lekarzem medycyny pracy i nadzorowanie przeprowadzania badań okresowych pracowników,
- 9) opracowywanie wewnętrznych aktów normatywnych dotyczących organizacji pracy: regulaminu pracy i regulaminu wynagradzania,
- 10) nadzór nad dyscypliną pracy, kontrolowanie ewidencji czasu pracy, w tym jego ewidencjonowanie w systemie kadrowo-płacowym,

- 11) sporządzanie wymaganej sprawozdawczości miesięcznej, kwartalnej, rocznej w zakresie realizacji zatrudnienia pracowników dla podmiotów zewnętrznych,
- 12) zapewnienie ochrony danych osobowych pracowników w zakresie przetwarzanych w Sekcji informacji.

§ 36.

Do podstawowych zadań Sekcji Usług Medycznych, oprócz zadań określonych w § 21 Regulaminu, należy:

- 1) rejestrowanie udzielanych przez Szpital i inne podmioty świadczeń zdrowotnych w systemie ewidencyjno-informatycznym,
- 2) przygotowanie rozliczeń i sprawozdań z wykonanych usług medycznych dla odpowiednich instytucji ubezpieczenia zdrowotnego,
- 3) sporządzanie sprawozdań na rzecz GUS i Warmińsko-Mazurskiego Centrum Zdrowia Publicznego - zgodnie z odrębnymi przepisami,
- 4) zapewnianie ochrony danych osobowych pacjentów Szpitala w zakresie informacji przetwarzanych i przechowywanych w tej komórce organizacyjnej,
- 5) prowadzenie rozliczeń za świadczenia zdrowotne udzielane na rzecz osób nie posiadających uprawnień z tytułu ubezpieczenia zdrowotnego, a także dla pacjentów, którzy na podstawie odrębnych przepisów korzystają odpłatnie ze świadczeń zdrowotnych Szpitala, opracowywanie cenników medycznych,
- 6) sporządzanie zestawień z wykonywanych procedur medycznych na poszczególnych oddziałach (sumowanie i podawanie punktacji miesięcznej za wykonane świadczenia medyczne dla hospitalizowanych pacjentów),
- 7) przygotowywanie projektów ofert do odpowiednich instytucji ubezpieczenia zdrowotnego w ramach organizowanych przez nich konkursów ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych we współpracy z koordynatorami, Sekcją Ekonomiczną i Księgowości oraz innymi komórkami - pod kierunkiem Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa,
- 8) zgłaszanie zmian do Narodowego Funduszu Zdrowia w zakresie zmian dotyczących zatrudnienia personelu medycznego, sprzętu medycznego i liczby łóżek,
- 9) dokonywanie rozliczeń ze wszystkimi podmiotami w zakresie zrealizowanych świadczeń medycznych - naliczanie obciążeń, fakturowanie, prowadzenie właściwej korespondencji, przygotowywanie odpowiednich załączników itd.,
- 10) obsługa informatycznego systemu rozliczeń świadczeń medycznych w zakresie wymiany danych z zewnętrznymi systemami płatników oraz prowadzenie rejestru sprzedaży w informatycznym systemie finansowym Szpitala,
- 11) bieżąca współpraca z płatnikami (ze szczególnym uwzględnieniem NFZ) w tym przygotowywanie korespondencji oraz prowadzenie rozmów w zakresie powierzonym przez Dyrektora Szpitala. Ciągły monitoring realizacji zawartych umów na udzielanie świadczeń medycznych i raportowanie stanu zaawansowania Dyrekcji Szpitala i Głównemu Księgowemu oraz monitorowanie poziomu błędów w danych rozliczeniowych i podejmowanie działań mających na celu ich eliminowanie,
- 12) weryfikacja pod kątem formalnym danych sprawozdawczych, usuwanie części błędów, współpraca z rejestratorkami medycznymi (lub sekretarkami) w zakresie sprawozdawczości rozliczeniowej,
- 13) gromadzenie, przetwarzanie i raportowanie danych medycznych o charakterze finansowo-zarządczym oraz podejmowanie działań mających na celu usprawnianie systemu sprawozdawczego Szpitala,
- 14) sporządzanie wymaganych sprawozdań z wykonania świadczeń za pośrednictwem informatycznego systemu sprawozdawczego,
- 15) analizowanie kontraktów na udzielanie świadczeń medycznych przygotowywanie projektów zmian w obowiązujących kontraktach oraz materiałów do negocjacji,
- 16) przygotowanie ofert konkursowych na świadczenia medyczne realizowane przez Szpital – koordynowanie w tym zakresie działań komórek organizacyjnych Szpitala,



- 17) nadzorowanie zmian zachodzących w warunkach realizacji kontraktu - wymagań płatnika, bieżąca aktualizacja danych ofertowych zgodnie z wymogami płatnika oraz proponowanie rozwiązań organizacyjnych usprawniających proces kontraktacji świadczeń medycznych,
- 18) proponowanie zmian w Rejestrze podmiotów prowadzących działalność leczniczą, mających na celu dostosowanie struktury Szpitala do wymogów NFZ,
- 19) monitorowanie rynku świadczeń medycznych, ze szczególnym uwzględnieniem pozycji Szpitala oraz poziomu obowiązujących cen i podejmowanie działań mających na celu zwiększenie sprzedaży usług,
- 20) analiza danych zawartych w dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania, zabezpieczenia, obiegu,
- 21) ewidencjonowanie oraz nadzór nad drukami ścisłego zarachowania – druków recept zwykłych i narkotycznych.

ROZDZIAŁ VIII

Zadania osób na samodzielnych stanowiskach

§ 37.

Do podstawowych zadań Informatyka, oprócz zadań określonych w § 21 Regulaminu należy:

- 1) wdrażanie programów komputerowych dla potrzeb komórek organizacyjnych Szpitala,
- 2) zarządzanie sieciami teleinformatycznymi Szpitala w zakresie konfiguracji, polityk bezpieczeństwa, legalności używanego oprogramowania, nadzoru nad instalacją urządzeń aktywnych oraz planowaniem i realizacją rozbudowy,
- 3) konserwacja sieci komputerowej wraz z systemem zasilania awaryjnego,
- 4) dbanie o nieprzerwaną pracę serwera, zasilaczy awaryjnych, urządzeń sieciowych i peryferyjnych używanych w Szpitalu,
- 5) zapewnienie ciągłości pracy modułów we wszystkich komórkach organizacyjnych Szpitala,
- 6) opieka i naprawa urządzeń, sprzętu komputerowego oraz sieci komputerowej,
- 7) naprawa i usuwanie usterek w programach,
- 8) obsługa serwisu WWW Szpitala oraz poczty wewnętrznej i zewnętrznej Szpitala,
- 9) odpowiedzialność za modyfikację strony WWW Szpitala oraz ciągła jej aktualizacja na zlecenie Dyrekcji Szpitala oraz innych komórek organizacyjnych po akceptacji Dyrektora Szpitala,
- 10) utrzymywanie odpowiednich standardów komunikacji z instytucjami administracji państwowej – rozliczenia z NFZ, ZUS, US, sprawozdawczość innych,
- 11) zabezpieczenie całego systemu przed wykorzystaniem infrastruktury do działań niezgodnych z prawem, w tym w szczególności przed:
 - a) atakami z zewnątrz i wewnątrz,
 - b) kradzieżą, w tym kradzieżą oprogramowania,
 - c) dokonywaniem włamań do systemów komputerów,
- 12) zaopatrywanie Szpitala w sprzęt, urządzenia, oprogramowanie komputerowe,
- 13) opracowywanie rocznego planu zakupu sprzętu i urządzeń komputerowych dla Szpitala i przedkładanie do Sekcji Zamówień Publicznych,
- 14) organizowanie dostaw i usług dla Szpitala zgodnie z przepisami ustawy Prawo zamówień publicznych i wewnętrznymi regulaminami zamówień,
- 15) opracowywanie określonych problemowo planów pracy dotyczących zajmowanego stanowiska i przedkładanie ich Kierownikowi do zatwierdzenia,
- 16) podejmowanie systematycznych działań w celu usprawnienia organizacji i techniki pracy na zajmowanym stanowisku, współpraca z Kierownikiem oraz innymi pracownikami komórek organizacyjnych,
- 17) wykonywanie innych czynności zleconych przez przełożonego.

§ 38.

Do podstawowych zadań Radcy Prawnego, oprócz zadań określonych w § 21 Regulaminu należy:

- 1) udzielanie porad prawnych w zakresie bieżącej działalności prowadzonej przez Szpital,
- 2) sporządzanie na żądanie Dyrektora i innych pracowników Szpitala opinii prawnych oraz pism procesowych,
- 3) sporządzanie na żądanie Dyrektora projektów pism związanych z aspektami prawnymi w zakresie bieżącej działalności Szpitala,
- 4) analiza, sporządzanie i opiniowanie umów zawieranych przez Szpital,
- 5) reprezentowanie Szpitala w postępowaniach sądowych przed sądami powszechnymi, sądami polubownymi i sądami administracyjnymi oraz w postępowaniach administracyjnych przed Wojewódzką Komisją ds. Zdarzeń Medycznych, Rzecznikiem Praw Pacjenta i Narodowym Funduszem Zdrowia.

§ 39.

Do podstawowych zadań Kapelanów Szpitalnych należy sprawowanie opieki duszpasterskiej nad pacjentami Szpitala, którzy wyrazili takie życzenie.

§ 40.

Do podstawowych zadań Specjalisty ds. BHP, oprócz zadań określonych w § 21 Regulaminu należy pełnienie obowiązków służby BHP zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami.

§ 41.

Do podstawowych zadań Inspektora ds. Ppoż, oprócz zadań określonych w § 21 Regulaminu należy sprawowanie nadzoru nad ochroną przeciwpożarową w obiektach Szpitala zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami.

§ 42.

Do podstawowych zadań Specjalisty ds. Obrony Cywilnej oprócz zadań określonych w § 21 Regulaminu, należy:

- 1) opracowanie planu zabezpieczenia medycznego ludności Powiatu Kętrzyńskiego na wypadek zaistnienia sytuacji kryzysowych oraz zagrożenia bezpieczeństwa państwa i wojny - w zakresie należącym do kompetencji Szpitala Powiatowego w Kętrzynie, we współdziałaniu z burmistrzami miast i wójtami gmin oraz Starostą Kętrzyńskim,
- 2) koordynowanie zadań i czynności komórek organizacyjnych w zakresie przygotowań obronnych oraz wykonywanie innych zadań wynikających z przepisów ustawy o powszechnym obowiązku obrony Rzeczypospolitej Polskiej, aktów wykonawczych, umów międzynarodowych i programów - w zakresie dotyczącym obronności,
- 3) przygotowywanie i aktualizacja planu ewakuacji Szpitala.

§ 43.

Do podstawowych zadań Specjalisty ds. Ochrony Środowiska oprócz zadań określonych w § 21 Regulaminu należy:

- 1) współpraca z podmiotami zewnętrznymi w zakresie ochrony środowiska (m.in. utylizacja odpadów),
- 2) prowadzenie niezbędnej dokumentacji oraz sprawozdawczości wymaganej przepisami prawa w zakresie ochrony środowiska,
- 3) monitorowanie zagadnień w zakresie gospodarowania odpadami,
- 4) wdrażanie procedur i prowadzenie szkoleń dla personelu w zakresie ochrony środowiska.



§ 44.

Do podstawowych zadań Specjalisty ds. Zamówień Publicznych, oprócz zadań określonych w § 21 Regulaminu należy:

- 1) przygotowanie i przeprowadzenie postępowania o udzielenie zamówienia publicznego zgodnie z przepisami ustawy z dnia 11 września 2019 r. - Prawo zamówień publicznych, (t. j. Dz. U. z 2022 r. poz. 1710 z późn. zm.),
- 2) weryfikacja opis przedmiotu zamówienia
- 3) przygotowanie specyfikacji warunków zamówienia
- 4) współpraca z członkami zespołu / komisji przetargowej
- 5) rekomendacja wyboru najkorzystniejszej oferty oraz zawarcie umowy z wykonawcą,
- 6) prowadzenie dokumentacji przetargowej,
- 7) sporządzanie wszelkiej dokumentacji, raportów i sprawozdań dotyczących postępowań przetargowych.

§ 45.

1. Do podstawowych zadań Inspektora Ochrony Danych Osobowych, oprócz zadań określonych w § 21 Regulaminu należy sprawowanie nadzoru nad przestrzeganiem zasad i wymogów ochrony danych osobowych w Szpitalu, zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych, dalej „Rozporządzenie”), a w szczególności:
 - 1) informowanie Dyrektora oraz pracowników Szpitala, którzy przetwarzają dane osobowe, o obowiązkach spoczywających na nich na mocy Rozporządzenia oraz innych przepisów o ochronie danych i doradzenie im w tej sprawie,
 - 2) monitorowanie przestrzegania przepisów Rozporządzenia, innych przepisów o ochronie danych oraz polityk Szpitala w dziedzinie ochrony danych osobowych, w tym podział obowiązków, działanie zwiększające świadomość, szkolenia personelu uczestniczącego w operacjach przetwarzania oraz powiązane z tym audyty;
 - 3) udzielanie na żądanie zaleceń co do oceny skutków dla ochrony danych osobowych oraz monitorowanie jej wykonania,
 - 4) współpraca z organem nadzorczym właściwym w sprawie ochrony danych osobowych,
 - 5) kontakt z organem nadzorczym właściwym w sprawie ochrony danych osobowych w kwestiach związanych z ich przetwarzaniem,
 - 6) kontakt z osobami, które objęte są przetwarzaniem danych we wszystkich sprawach związanych z przetwarzaniem ich danych osobowych oraz z wykonaniem praw przysługujących im na mocy Rozporządzenia,
 - 7) prowadzenie rejestru czynności przetwarzania danych osobowych oraz rejestru kategorii czynności przetwarzania.
 - 8) opiniowanie dokumentów i formularzy w zakresie zgodności z przepisami Rozporządzenia,
 - 9) monitorowanie zmian w przepisach prawa regulujących ochronę danych osobowych,
 - 10) inicjowanie i podejmowanie przedsięwzięć w zakresie doskonalenia przestrzegania bezpieczeństwa i ochrony danych osobowych w Szpitalu.
2. Inspektor Ochrony Danych Osobowych jest włączony we wszystkie sprawy dotyczące ochrony danych osobowych w Szpitalu.
3. Inspektor Ochrony Danych Osobowych w zakresie ochrony danych współpracuje z osobą zatrudnioną na stanowisku Radcy Prawnego.

§ 46.

1. Do podstawowych zadań Koordynatora ds. Zgłoszeń Naruszeń Prawa, oprócz zadań określonych w § 21 Regulaminu należy prowadzenie procesu przyjęcia, ewidencji i rozpatrzenia

nieprawidłowości w trybie i na zasadach opisanych w Procedurze przyjmowania wewnętrznych zgłoszeń naruszeń prawa i podejmowania działań następnych w Szpitalu Powiatowym w Kętrzynie, tj. w szczególności:

- 1) przyjmowanie zgłoszeń dokonywanych właściwymi kanałami zgłoszeniowymi,
 - 2) występowanie z wnioskiem o uzupełnienie zgłoszenia, w przypadku zaistnienia ku temu przesłanek,
 - 3) informowanie zgłaszającego o wpływie zgłoszenia nieprawidłowości,
 - 4) dokonywanie wstępnej analizy zgłoszenia i prowadzenie postępowania wyjaśniającego bądź odstąpienie od przeprowadzenia postępowania wyjaśniającego w przypadku zaistnienia ku temu przesłanek,
 - 5) informowanie Dyrektora Szpitala lub Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa o wpływie zgłoszenia i wszczęciu postępowania wyjaśniającego,
 - 6) wydawanie decyzji w przedmiocie nadania lub odmowy nadania statusu sygnalisty,
 - 7) informowanie zgłaszającego o sposobie rozpatrzenia zgłoszenia nieprawidłowości,
 - 8) przestrzeganie właściwych terminów rozpatrywania zgłoszeń, przekazywania informacji określonym podmiotom, wydawania decyzji oraz podejmowania pozostałych czynności, dla których w Procedurze Przyjmowania wewnętrznych zgłoszeń naruszeń prawa i podejmowania działań następnych zastrzeżono określony termin,
 - 9) przewodniczenie Komisji wyjaśniającej ds. Zgłoszeń Naruszeń Prawa,
 - 10) prowadzenie rejestru nieprawidłowości,
 - 11) dokonywanie przynajmniej raz w roku przeglądu Procedury przyjmowania wewnętrznych zgłoszeń naruszeń prawa i podejmowania działań następnych w Szpitalu Powiatowym w Kętrzynie i w razie potrzeby opracowywanie projektów jego zmian, a następnie przekazywanie tych projektów Dyrektorowi Szpitala.
2. Do podstawowych zadań Koordynatora ds. Jakości i Bezpieczeństwa, oprócz zadań określonych w § 21 Regulaminu należy prowadzenie procesu przyjęcia, ewidencji i rozpatrzenia nieprawidłowości w trybie i na zasadach opisanych w Wewnętrznym Systemie Zarządzania Jakością i Bezpieczeństwem w SPZOZ Szpitalu Powiatowym w Kętrzynie, tj. w szczególności:
- 1) przyjmowanie i rozpatrywanie Zgłoszeń wystąpienia Zdarzeń Niepożądanych w Szpitalu,
 - 2) sporządzanie protokołu z rozmowy telefonicznej lub spotkania ze Zgłaszającym w sprawie Zdarzenia Niepożądanego, z uwzględnieniem informacji wymaganych w formularzu zgłoszeniowym.
 - 3) dokonanie Wstępnej Analizy Zdarzenia Niepożądanego,
 - 4) podejmowanie decyzji o wszczęciu i przeprowadzeniu Postępowania Wyjaśniającego albo odstąpieniu od jego przeprowadzenia, jeżeli Zgłoszenie jest oczywiście nieprawdziwe lub nie można uzyskać informacji niezbędnych do przeprowadzenia postępowania,
 - 5) przewodniczenie Komisji wyjaśniającej ds. Jakości i Bezpieczeństwa,
 - 6) udział w pracach Komisji Wyjaśniającej ds. Jakości i Bezpieczeństwa
 - 7) prowadzenie Rejestru Zdarzeń Niepożądanych,
 - 8) przekazywanie Dyrektorowi Szpitala raportu sporządzonego po zakończeniu Postępowania Wyjaśniającego,
 - 9) dokonywanie przynajmniej raz do roku Wewnętrznego Systemu Zarządzania Jakością i Bezpieczeństwem w SPZOZ Szpitalu Powiatowym w Kętrzynie i w razie potrzeby opracowywanie projektów jego zmian, a następnie przekazywanie tych projektów Dyrektorowi Szpitala.

§ 47.

Zakres zadań wykraczających poza zadania określone w § 21 Regulaminu oraz obowiązków i uprawnień komitetów i zespołów, o których mowa w § 19 ust. 1-2 Regulaminu ustala Dyrektor.

§ 48.

1. Zadania Komisji wyjaśniającej ds. Zgłoszeń Naruszeń Prawa określa Procedura Przyjmowania Wewnętrznych Zgłoszeń Naruszeń Prawa i Podejmowania Działań Następczych w Szpitalu Powiatowym w Kętrzynie.
2. Zadania Komisji wyjaśniającej ds. Jakości i bezpieczeństwa określa Wewnętrzny System Zarządzania Jakością i Bezpieczeństwem w SPZOZ Szpitalu Powiatowym w Kętrzynie.

§ 49.

Koordynator dyżurów jest lekarzem odpowiadającym za koordynację działań komórek organizacyjnych Szpitala podczas dyżurów w dni robocze między godziną 15:00 a godziną 7:25 dnia następnego oraz podczas dyżurów w dni wolne od pracy.

DZIAŁ 4
ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE

Rozdział I

Przebieg procesu udzielania świadczeń zdrowotnych

§ 50.

1. Szpital udziela świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych osobom ubezpieczonym oraz innym osobom upoważnionych do tych świadczeń na podstawie odrębnych przepisów, a także za całkowitą odpłatnością.
2. Świadczenia zdrowotne udzielane są:
 - 1) wyłącznie przez osoby wykonujące zawody medyczne oraz spełniające wymagania kwalifikacyjne określone w odrębnych przepisach,
 - 2) w trybie i na zasadach uwzględniających indywidualne potrzeby zdrowotne pacjentów, określanych zgodnie z właściwymi kryteriami medycznymi i aktualną wiedzą medyczną oraz w sposób zapewniający poszanowanie zasady sprawiedliwego, równego, niedyskryminującego i przejrzystego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej,
 - 3) z zachowaniem należytej staranności, zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, dostępnymi metodami i środkami zapobiegania, rozpoznawania i leczenia chorób oraz zgodnie z zasadami etyki zawodowej,
 - 4) z zastosowaniem wyrobów odpowiadających wymaganiom przewidzianym w przepisach ustawy z dnia 7 kwietnia 2022 r. o wyrobach medycznych (Dz. U. poz. 974).
3. Szpital prowadzi dokumentację medyczną dotyczącą osób korzystających ze świadczeń zdrowotnych z zapewnieniem ochrony danych osobowych zawartych w dokumentacji oraz udostępnia dokumentację na zasadach opisanych w Dziale 6 Regulaminu oraz w oparciu o obowiązujące w tym zakresie przepisy, w szczególności Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (t. j. Dz. U. z 2022 r. poz. 1304 z późn. zm.).

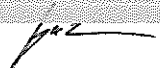
§ 51.

1. Żadne okoliczności nie mogą stanowić podstawy do odmowy udzielania świadczeń zdrowotnych, jeżeli osoba zgłaszająca się do Szpitala potrzebuje natychmiastowego udzielenia pomocy medycznej, ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia.
2. Ocena, czy osoba zgłaszająca się do Szpitala pozostaje w sytuacji, o której mowa w ust. 1 powyżej należy do lekarza komórki organizacyjnej Szpitala, do której osoba ta się zgłosiła. Lekarz ten ma obowiązek zbadać osobę zgłaszającą się do Szpitala, a w razie wątpliwości do co oceny stanu jej zdrowia, poprosić o konsultację innego lekarza Szpitala oraz poinformować o tym fakcie bezpośredniego przełożonego.

3. W przypadku niezaistnienia przesłanek do udzielenia świadczeń zdrowotnych osobie, o której mowa w ust. 1 powyżej, osobie tej udziela się informacji o właściwym dalszym sposobie postępowania oraz umieszcza stosowne informacje w dokumentacji medycznej tej osoby.

§ 52.

1. Do korzystania ze świadczeń stacjonarnej opieki zdrowotnej udzielanych bezpłatnie w Szpitalu uprawnione są osoby zgodnie z ustawą o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.
2. Bezpłatne świadczenia stacjonarnej opieki zdrowotnej udzielane są także osobom nie posiadającym uprawnień z tytułu ubezpieczenia zdrowotnego, na podstawie odrębnych przepisów określających źródło finansowania tych świadczeń.
3. Pacjenci zgłaszający się do Szpitala mają weryfikowany status ubezpieczenia na podstawie dokumentu tożsamości w elektronicznym systemie weryfikacji uprawnień świadczeniobiorców do świadczeń zdrowotnych (eWUŚ). W przypadku negatywnej weryfikacji pacjenci ubezpieczeni winni okazać się dokumentem potwierdzającym aktualne ubezpieczenie lub wypełnić oświadczenie o przysługującym prawie do świadczeń opieki zdrowotnej.
4. Dokumentem potwierdzającym prawo do świadczeń opieki zdrowotnej może być:
 - 1) dla osoby zatrudnionej na podstawie umowy o pracę:
 - a) druk ZUS RMUA,
 - b) aktualne zaświadczenie z zakładu pracy,
 - 2) dla osoby prowadzącej działalność gospodarczą - aktualny dowód wpłaty składki na ubezpieczenie zdrowotne,
 - 3) dla osoby ubezpieczonej w KRUS - legitymacja KRUS wraz z dowodem wpłaty ostatniej składki na ubezpieczenie społeczne,
 - 4) dla emerytów i rencistów - legitymacja emeryta lub rencisty lub aktualny odcinek emerytury lub renty,
 - 5) dla osoby bezrobotnej - aktualne zaświadczenie z Urzędu Pracy potwierdzające status osoby bezrobotnej,
 - 6) dla osoby ubezpieczonej dobrowolnie - umowa zawarta z NFZ wraz z aktualnym dowodem opłaty składki,
 - 7) dla członka rodziny osoby ubezpieczonej:
 - a) druk ZUS ZCZA lub ZUS ZCNA z aktualną pieczęcią pracodawcy,
 - b) aktualne zaświadczenie z zakładu pracy,
 - c) legitymacja emeryta lub rencisty z wpisanymi członkami rodziny wraz z aktualnym odcinkiem emerytury lub renty,
 - 8) w przypadku kontynuacji nauki:
 - a) legitymacja szkolna/studencka lub dokument potwierdzający znaczny stopień niepełnosprawności,
 - b) w przypadku studentów po ukończeniu 26. roku życia - zgłoszenie do ubezpieczenia przez uczelnię (druk ZUS ZZA) oraz legitymacja studencka lub doktorancka.
 - 9) dla osoby nieubezpieczonej, spełniającej kryterium dochodowe uprawniające do otrzymywania świadczeń z pomocy społecznej – potwierdzająca ten fakt decyzja wójta (burmistrza, prezydenta) gminy właściwej ze względu na miejsce zamieszkania tej osoby,
 - 10) dla osoby przebywającej na zasiłku chorobowym lub wypadkowym - zaświadczenie z ZUS - do końca okresu pobierania zasiłku chorobowego lub wypadkowego,
 - 11) dla osoby ubezpieczonej w innym niż Polska państwie członkowskim Unii Europejskiej lub Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu:
 - a) poświadczenie wydane przez OW NFZ,
 - b) karta EKUZ (lub certyfikat ją zastępujący) wydana przez inny niż Polska kraj członkowski UE lub EFTA.



1. O przyjęciu do Szpitala decyduje w Izbie Przyjęć lekarz odpowiedniego oddziału, po zapoznaniu się ze stanem zdrowia pacjenta, na podstawie: skierowania do Szpitala wystawionego przez lekarza wraz z załączonymi wynikami niezbędnych badań dodatkowych i/lub badania podmiotowego oraz przedmiotowego oraz wykonanych w Izbie Przyjęć badań diagnostycznych niezbędnych do podjęcia decyzji o konieczności prowadzenia diagnostyki lub leczenia w trybie hospitalizacji, po uzyskaniu zgody pacjenta, jego przedstawiciela ustawowego lub opiekuna faktycznego.
2. W stanach nagłych, skierowanie, o którym mowa w ust. 1 powyżej nie jest wymagane do przyjęcia do Szpitala.
3. W przypadku konieczności natychmiastowej hospitalizacji pacjenta, gdy Szpital nie zapewnia realizacji świadczeń w wymaganym zakresie lub nie dysponuje wolnymi miejscami w oddziale szpitalnym realizującym świadczenia w wymaganym zakresie, lekarz obsługujący pacjenta w Izbie Przyjęć ustala telefonicznie miejsce, w miarę możliwości w najbliższej placówce realizującej świadczenia w wymaganym zakresie oraz w razie konieczności organizuje transport medyczny, z zastrzeżeniem § 49 ust. 5 Regulaminu
4. Pacjenci przyjmowani do hospitalizacji w oddziałach zaopatrywani są w opaski identyfikacyjne, zakładane na nadgarstek lub kostkę zawierające znaki identyfikacyjne pozwalające na ustalenie: imienia i nazwiska, nr-u księgi głównej i nazwy oddziału Szpitala, w którym jest hospitalizowany.
5. Przy przyjęciu do Szpitala pacjentowi zakłada się niezwłocznie dokumentację medyczną spełniającą obowiązujące wymogi Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (t. j. Dz. U. z 2022 r. poz. 1304 z późn. zm.) oraz wewnętrzne wymogi Szpitala.
6. W historii choroby leczenia szpitalnego, przy przyjęciu należy uzyskać pisemne oświadczenie pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego, obejmujące wskazanie osoby lub instytucji upoważnionej przez pacjenta do uzyskiwania:
 - 1) informacji o jego stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych, ze wskazaniem imienia i nazwiska osoby upoważnionej oraz danych umożliwiających kontakt z tą osobą lub pisemne oświadczenie o braku takiego upoważnienia,
 - 2) dokumentacji medycznej, a w przypadku śmierci pacjenta - do wglądu do dokumentacji medycznej, ze wskazaniem imienia i nazwiska osoby upoważnionej lub pisemne oświadczenie o braku takiego upoważnienia.
7. W sytuacji gdy stan zdrowia pacjenta nieposiadającego przedstawiciela ustawowego uniemożliwia uzyskanie oświadczeń, o których mowa w ust. 6 powyżej przy przyjęciu, w historii choroby należy odnotować przyczynę nie odebrania od pacjenta powyższych oświadczeń i uzyskać je od pacjenta w trakcie pobytu w Szpitalu - z chwilą, gdy stan zdrowia pacjenta na to pozwoli.
8. W sytuacji powtarzających się hospitalizacji, wcześniej udzielone przez pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego upoważnienia zachowują moc prawną, o ile nie zostały przez w/w osoby w formie pisemnej odwołane. W/w oświadczenia woli dotyczą wyłącznie upoważnień wyrażonych w odniesieniu do hospitalizacji mających miejsce w tutejszym Szpitalu.
9. Postępowanie z rzeczami pacjentów ujęte jest w obowiązującej w Szpitalu Powiatowym w Kętrzynie Instrukcji Systemu Zarządzania Jakością (ISZJ) QI-031/P w sprawie *Sposobu przyjmowania i rejestracji rzeczy wartościowych oddawanych do depozytu* oraz ISZJ QI-133/P w sprawie *Postępowania z odzieżą pacjenta*.
10. Szpital realizuje świadczenia zdrowotne w trybie nagłym lub terminie określonym kolejną oczekujących na realizację świadczenia w trybie stabilnym – przyjęcia planowe, w zależności od stwierdzonego stanu pacjenta.
11. Realizacja określonych świadczeń zdrowotnych może nastąpić wyłącznie po uzyskaniu zgody pacjenta, a w przypadku zabiegu operacyjnego albo zastosowania metody leczenia lub diagnostyki o podwyższonym ryzyku, wymagana jest zgoda pacjenta na piśmie.
12. Szpital zapewnia przyjętemu pacjentowi:
 - 1) realizację świadczeń zdrowotnych,
 - 2) środki farmaceutyczne i materiały medyczne konieczne do wykonywania świadczenia,
 - 3) pomieszczenie i wyżywienie odpowiednie do stanu zdrowia.

§ 54.

1. Wpisy w okołooperacyjnej karcie kontrolnej dokonywane są przez koordynatora karty, którym jest lekarz anestezjolog dokonujący znieczulenia.
2. Koordynator karty dokonuje wpisów w okołooperacyjnej karcie kontrolnej na podstawie informacji udzielanych przez członków zespołu operacyjnego, zgodnie z zakresem ich zadań podczas operacji.
3. Okołooperacyjną kartę kontrolną podpisuje koordynator karty.
4. W przypadku zabiegów wykonywanych w znieczuleniu miejscowym, koordynatorem karty jest lekarz – operator.
5. W przypadku operacji w trybie natychmiastowym, dopuszcza się odstępianie od prowadzenia okołooperacyjnej karty kontrolnej.
6. Okołooperacyjna karta kontrolna stanowi integralną część indywidualnej dokumentacji medycznej pacjenta.

§ 55.

1. Wypisanie pacjenta, jeżeli przepisy odrębne nie stanowią inaczej, następuje:
 - 1) gdy stan zdrowia pacjenta nie wymaga dalszego udzielania mu stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych,
 - 2) na żądanie pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego,
 - 3) gdy pacjent w sposób rażący narusza porządek lub przebieg procesu udzielania świadczeń zdrowotnych, a nie zachodzi obawa, że odmowa lub zaprzestanie udzielania świadczeń zdrowotnych może spowodować bezpośrednie niebezpieczeństwo dla jego życia lub zdrowia albo życia lub zdrowia innych osób.
2. Jeżeli przedstawiciel ustawowy żąda wypisania pacjenta, którego stan zdrowia wymaga dalszego udzielania świadczeń zdrowotnych, Dyrektor lub lekarz przez niego wyznaczony może odmówić wypisania do czasu wydania w tej sprawie orzeczenia przez właściwy ze względu na siedzibę Szpitala sąd opiekuńczy. Właściwy sąd opiekuńczy zawiadamiany jest niezwłocznie o odmowie wypisania ze Szpitala i o przyczynach odmowy.
3. Pacjent występujący o wypisanie ze Szpitala na własne żądanie składa pisemne oświadczenie o wypisaniu ze Szpitala na własne żądanie, po uzyskaniu od lekarza informacji o możliwych następstwach zaprzestania leczenia w Szpitalu. W przypadku braku takiego oświadczenia – lekarz sporządza na ten temat adnotację w dokumentacji medycznej pacjenta.
4. Jeżeli przedstawiciel ustawowy lub opiekun faktyczny nie odbiera małoletniego lub osoby niezdolnej do samodzielnej egzystencji ze Szpitala w wyznaczonym terminie, Szpital zawiadamia o tym niezwłocznie organ gminy właściwej ze względu na miejsce zamieszkania lub pobytu tej osoby oraz organizuje na koszt gminy przewiezienie do miejsca zamieszkania.
5. W razie pogorszenia stanu zdrowia pacjenta powodującego zagrożenie życia lub w razie jego śmierci, Szpital obowiązany jest niezwłocznie zawiadomić osobę/instytucję wskazaną przez pacjenta w trybie opisanym w § 53 ust. 6 pkt 1) Regulaminu, przedstawiciela ustawowego albo opiekuna faktycznego pacjenta.

Rozdział II

Odpłatne świadczenia zdrowotne

§ 56.

1. Szpital udziela świadczeń zdrowotnych odpłatnie:
 - 1) osobom nieuprawnionym do bezpłatnych świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych,
 - 2) na podstawie umów zawartych z innymi podmiotami,

- 3) na życzenie pacjenta, gdy przyjmowany jest do Szpitala bez skierowania.
2. Jeżeli pacjent jest nieubezpieczony (nie posiada uprawnień do bezpłatnych świadczeń z tytułu ubezpieczenia zdrowotnego), sekretarka medyczna w dniu wypisu przekazuje pacjentowi fakturę za leczenie i pobyt szpitalny.
3. Świadczenia zdrowotne udzielane odpłatnie nie mogą wpływać negatywnie na organizację pracy komórek organizacyjnych Szpitala oraz tryb udzielania przez Szpital nieodpłatnych świadczeń zdrowotnych na rzecz osób do tych świadczeń uprawnionych.
4. Wysokość opłat za udzielania odpłatnych świadczeń zdrowotnych określona w Cenniku Usług Medycznych Szpitala Powiatowego w Kętrzynie. Pacjent zwracający się o udzielenie odpłatnych świadczeń zdrowotnych informowany jest o warunkach udzielania tych świadczeń, jak również przedstawiany jest mu cennik, o którym mowa w zdaniu poprzednim.

Rozdział III

Współdziałanie z innymi podmiotami wykonującymi działalność leczniczą

§ 57.

1. Szpital realizując swoje zadania współpracuje z innymi podmiotami wykonującymi działalność leczniczą w zakresie zapewnienia prawidłowości diagnostyki, leczenia, pielęgnacji i rehabilitacji pacjentów oraz ciągłości procesu udzielania świadczeń zdrowotnych.
2. Współpraca z innymi podmiotami wykonującymi działalność leczniczą odbywa się w ramach podpisanych przez Szpital umów i porozumień w przedmiocie świadczeń zdrowotnych.
3. Szpital na bieżąco informuje współpracujące z nim podmioty wykonujące działalność leczniczą oraz gabinety lekarzy rodzinnych o zakresie udzielanych świadczeń medycznych oraz możliwościach diagnostycznych Szpitala.
4. Informacje, o których mowa w ust. 3 powyżej przekazywane są w formie zwyczajowo przyjętej przez Dyrektora.
5. Przewiezienie pacjenta Szpitala do innego zakładu opieki zdrowotnej w celu zapewnienia mu ciągłości i kontynuacji procesu leczenia wymaga podjęcia wcześniejszych ustaleń z przedstawicielami placówki, do której pacjent jest kierowany. Odpowiedzialność za dopełnienie wszystkich niezbędnych formalności w tym zakresie, a w szczególności uzgodnienie terminu przyjęcia chorego przez tę placówkę, właściwe przygotowanie pacjenta oraz dokumentacji medycznej spoczywa na Koordynatorze oddziału, na którym pacjent był dotychczas hospitalizowany.

DZIAŁ 5

PRAWA I OBOWIĄZKI PACJENTA

Rozdział I

Prawa Pacjenta

§ 58.

1. Prawa pacjenta Szpitala regulują w szczególności przepisy:
 - 1) ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzecznik Praw Pacjenta (t. j. Dz. U. z 2022 r. poz. 1876),
 - 2) ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (t. j. Dz. U. z 2022 r. poz. 1731 z późn. zm.),
 - 3) ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (t. j. Dz. U. z 2022 r. poz. 633 z późn. zm.).
2. Szpital zapewnia pacjentowi dostępność informacji o prawach pacjenta poprzez umieszczenie ich w ogólnodostępnym i widocznym miejscu, np. na tablicach informacyjnych umieszczonych w



poszczególnych oddziałach Szpitala oraz innych komórkach organizacyjnych udzielających świadczeń zdrowotnych, a także na stronie internetowej Szpitala mieszczącej się pod adresem <https://www.szpital-ketrzyn.pl/>.

3. Dyrektor lub upoważniony przez niego lekarz może ograniczyć korzystanie z praw pacjenta w przypadku wystąpienia zagrożenia epidemicznego lub ze względu na bezpieczeństwo zdrowotne pacjentów, a w przypadku praw pacjenta do kontaktu osobistego, telefonicznego lub korespondencyjnego z innymi osobami, także ze względu na możliwości organizacyjne Szpitala.
4. Jeżeli pacjent uzna, że w Szpitalu doszło do naruszenia jego praw, może zgłosić uwagi, skargę lub złożyć wniosek w tym zakresie osobie lub osobom udzielającym mu świadczeń zdrowotnych, koordynatorom oddziałów lub kierować je bezpośrednio do Dyrektora. Jeśli właściwe w tym zakresie przepisy nie stanowią inaczej, wnoszący skargę lub składający wniosek winien w sposób zwięzły określić zdarzenie, które jest przedmiotem tej skargi lub wniosku, celem umożliwienia podjęcia postępowania wyjaśniającego w związku ze skargą lub wnioskiem.

Rozdział II

Obowiązki Pacjenta

§ 59.

Obowiązki pacjenta Szpitala określa Dyrektor w drodze zarządzenia porządkowego.

DZIAŁ 6

POSTĘPOWANIE ZE ZWŁOKAMI

Rozdział I

Obowiązki personelu medycznego w przypadku śmierci pacjenta

§ 60.

Do obowiązków personelu medycznego komórki organizacyjnej Szpitala, w której nastąpiła śmierć pacjenta należy:

- 1) niezwłoczne zawiadomienie o śmierci pacjenta przebywającego w Szpitalu lekarza leczącego lub lekarza dyżurnego przez pielęgniarkę lub położną,
- 2) przeprowadzenie przez lekarza oględzin zwłok, stwierdzenie zgonu – z zastrzeżeniem § 63 ust. 3 poniżej, ustalenie przyczyny zgonu oraz wystawienie karty zgonu,
- 3) przekazanie przez pielęgniarkę karty zgonu do kancelarii Szpitala niezwłocznie po jej sporządzeniu przez lekarza,
- 4) niezwłocznie po stwierdzeniu zgonu, zawiadomienie przez lekarza o śmierci pacjenta osobę lub instytucję wynikającą ze wskazania pacjenta zgodnie z § 53 ust. 6 pkt 1) Regulaminu, odnotowanego w dokumentacji medycznej,
- 5) po stwierdzeniu zgonu przez lekarza, wypełnienie przez pielęgniarkę lub położną karty skierowania zwłok do chłodni, o której to karcie mowa w § 61 ust. 1 Regulaminu, a następnie założenie na przegub dłoni lub stopy zmarłego identyfikatora, o którym mowa w § 61 ust. 2 Regulaminu, po czym przewiezienie do chłodni zwłok wraz z kartą skierowania do chłodni i identyfikatorem.

Rozdział II

Karta skierowania do chłodni i identyfikator osoby zmarłej



§ 61.

1. Karta skierowania do chłodni zawiera:
 - 1) imię i nazwisko osoby zmarłej,
 - 2) PESEL osoby zmarłej, a w przypadku jego braku – serię i numer dokumentu stwierdzającego tożsamość,
 - 3) datę i godzinę zgonu,
 - 4) godzinę przyjęcia zwłok osoby zmarłej do chłodni,
 - 5) imię, nazwisko i podpis pielęgniarki lub położnej wypełniającej kartę skierowania do chłodni.
2. Identyfikator osoby zmarłej wykonany jest z tasiemki, płótna lub tworzywa sztucznego i zawiera:
 - 1) imię i nazwisko osoby zmarłej,
 - 2) PESEL osoby zmarłej, a w przypadku jego braku – serię i numer dokumentu stwierdzającego tożsamość,
 - 3) datę i godzinę zgonu.
3. Jeżeli nie jest możliwe ustalenie tożsamości osoby zmarłej, w karcie skierowania do chłodni oraz na identyfikatorze osoby zmarłej dokonuje się oznaczenia "NN" z podaniem przyczyny i okoliczności uniemożliwiających ustalenie tożsamości.

Rozdział III

Postępowanie ze zwłokami i rzeczami osoby zmarłej

§ 62.

1. Po wykonaniu czynności, o których mowa w § 60 powyżej, zwłoki osoby zmarłej przewożone są niezwłocznie do pomieszczenia post mortem.
2. Rzeczy osoby zmarłej wpisuje się w obecności drugiej pielęgniarki, położnej lub innego pracownika Szpitala do zeszytu rzeczy osób zmarłych, a spis potwierdza się własnoręcznym podpisem.
3. Rzeczy osoby zmarłej przekazuje się za pokwitowaniem rodzinie lub osobie upoważnionej do ich odebrania lub przekazuje się do magazynu, a rzeczy wartościowe do depozytu Szpitala.
4. Zwłoki osoby zmarłej mogą być przechowywane w chłodni nie dłużej niż 72 godziny, licząc od godziny, w której nastąpiła śmierć pacjenta.
5. Zwłoki osoby zmarłej po umyciu i ubraniu w jednorazowe okrycie wydawane są przez pracownika prosektorium Szpitala osobie uprawnionej do ich pochowania w stanie zapewniającym zachowanie godności należnej osobie zmarłej.
6. Zwłoki pacjenta mogą być przechowywane w chłodni 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 ważne przyczyny, za zgodą albo na wniosek osoby lub instytucji uprawnionej do pochowania zwłok pacjenta.
7. Szpital nie pobiera opłat za przechowywanie zwłok pacjenta, a zastrzeżeniem ust. 8-9 poniżej.
8. Opłata za przechowywanie zwłok przez okres dłuższy niż okres, o którym mowa w ust. 4 powyżej, może zostać pobrana 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 2020 r. poz. 1947) oraz od podmiotów, na zlecenie których przechowuje się zwłoki w związku z toczącym się postępowaniem karnym.
9. W przypadku, o którym mowa w art. 10 ust. 3 ustawy z dnia 31 stycznia 1959 r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych (t. j. Dz. U. z 2020 r. poz. 1947), dopuszcza się pobieranie od gminy opłaty za przechowywanie zwłok pacjenta za okres przypadający po upływie 3 dni od dnia powiadomienia gminy o konieczności pochowania zwłok pacjenta w związku z niepochowaniem ich przez inne uprawnione osoby lub instytucje.

10. W przypadkach, o których mowa w ust. 8-9 powyżej, wysokość opłaty za przechowywanie zwłok wynosi 65,00 zł za każdą kolejną rozpoczętą dobę.

Rozdział IV

Sekcja zwłok

§ 63.

1. Zwłoki osoby, która zmarła w Szpitalu mogą być poddane sekcji, w szczególności, gdy zgon tej osoby nastąpił przed upływem 12 godzin od przyjęcia do Szpitala.
2. Dokonanie sekcji zwłok nie może nastąpić wcześniej niż po upływie 12 godzin od chwili stwierdzenia zgonu.
3. W przypadku przeprowadzenia sekcji zwłok, stwierdzenie przyczyny zgonu, następuje po jej przeprowadzeniu.
4. Zwłok nie poddaje się sekcji jest że przedstawiciel ustawowy osoby zmarłej wyraził sprzeciw lub uczyniła to ta osoba za życia.
5. Dokonanie lub zaniechanie sekcji zwłok zarządza Z-ca Dyrektora ds. Lecznictwa, a w razie jego nieobecności, upoważniony przez niego lekarz, na wniosek właściwego koordynatora oddziału, lub w razie potrzeby, po zasięgnięciu jego opinii.
6. W przypadku zaniechania sekcji zwłok z uwagi na sprzeciw, o którym mowa w ust. 4 powyżej, w dokumentacji medycznej sporządza się adnotację o zaniechaniu dokonania sekcji zwłok ze wskazaniem przyczyny tego zaniechania, jak również do dokumentacji medycznej zmarłego załącza się przedmiotowy sprzeciw.

DZIAŁ 7

UDOSTĘPNIANIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Rozdział I

Podmioty uprawnione do udostępniania im dokumentacji medycznej

§ 64.

1. Dokumentacja medyczna udostępniana jest pacjentowi lub jego przedstawicielowi ustawowemu, bądź osobie lub instytucji upoważnionej przez pacjenta w trybie opisanym w § 53 ust. 6 pkt 2) Regulaminu.
2. Po śmierci pacjenta, prawo wglądu w jego dokumentację medyczną ma przedstawiciel ustawowy pacjenta oraz osoba lub instytucja upoważniona przez pacjenta za życia w trybie opisanym w § 53 ust. 6 pkt 2) Regulaminu.
3. Szpital udostępnia dokumentację medyczną również:
 - 1) podmiotom udzielającym pacjentowi świadczeń zdrowotnych, jeżeli dokumentacja ta jest niezbędna do zapewnienia ciągłości świadczeń zdrowotnych udzielanych pacjentowi,
 - 2) organom władzy publicznej, w tym Rzecznikowi Praw Pacjenta, Narodowemu Funduszowi Zdrowia, organom samorządu zawodów medycznych oraz konsultantom w ochronie zdrowia, a także Rzecznikowi Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego, w zakresie niezbędnym do wykonywania przez te podmioty ich zadań, w szczególności nadzoru i kontroli,
 - 3) podmiotom, o których mowa w art. 119 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (t. j. Dz. U. z 2022 r. poz. 633 z późn. zm.), w zakresie niezbędnym do przeprowadzenia kontroli na zlecenie ministra właściwego do spraw zdrowia,
 - 4) upoważnionym przez podmiot, o którym mowa w art. 121 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (t. j. Dz. U. z 2022 r. poz. 633 z późn. zm.), osobom



- wykonującym zawód medyczny, w zakresie niezbędnym do sprawowania nadzoru nad podmiotem leczniczym niebędącym przedsiębiorcą,
- 5) Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, w zakresie niezbędnym do wykonywania przez nią zadań określonych w art. 31n ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t. j. Dz. U. z 2021 r. poz. 1285 z późn. zm.),
 - 6) Agencji Badań Medycznych w zakresie określonym ustawą z dnia 21 lutego 2019 r. o Agencji Badań Medycznych (Dz. U. z 2022 r. poz. 451),
 - 7) ministrowi właściwemu do spraw zdrowia, sądom, w tym sądom dyscyplinarnym, prokuraturom, lekarzom sądowym i rzecznikom odpowiedzialności zawodowej, w związku z prowadzonym postępowaniem,
 - 8) uprawnionym na mocy odrębnych ustaw organom i instytucjom, jeżeli badanie zostało przeprowadzone na ich wniosek,
 - 9) organom rentowym oraz zespołom do spraw orzekania o niepełnosprawności, w związku z prowadzonym przez nie postępowaniem,
 - 10) podmiotom prowadzącym rejestry usług medycznych, w zakresie niezbędnym do prowadzenia rejestrów,
 - 11) zakładom ubezpieczeń - za zgodą pacjenta,
 - 12) komisjom lekarskim podległym ministrowi właściwemu do spraw wewnętrznych, wojskowym komisjom lekarskim oraz komisjom lekarskim Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego lub Agencji Wywiadu, podległym Szefom właściwych Agencji,
 - 13) osobom wykonującym zawód medyczny, w związku z prowadzeniem procedury oceniającej podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych na podstawie przepisów o akredytacji w ochronie zdrowia albo procedury uzyskiwania innych certyfikatów jakości, w zakresie niezbędnym do ich przeprowadzenia,
 - 14) wojewódzkiej komisji do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych, o której mowa w art. 67e ust. 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzecznik Praw Pacjenta (t. j. Dz. U. z 2022 r. poz. 1876), na potrzeby prowadzonego przez tę komisję postępowania,
 - 15) spadkobiercom w zakresie postępowania prowadzonego przed wojewódzką komisją do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych, o której mowa w art. 67e ust. 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzecznik Praw Pacjenta (t. j. Dz. U. z 2022 r. poz. 1876),
 - 16) osobom wykonującym czynności kontrolne na podstawie art. 39 ust. 1 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (t. j. Dz. U. z 2022 r. poz. 1555), w zakresie niezbędnym do przeprowadzenia tych czynności,
 - 17) członkom zespołów kontroli zakażeń szpitalnych, o których mowa w art. 14 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (t. j. Dz. U. z 2022 r. poz. 1657) w zakresie niezbędnym do wykonywania ich zadań.
4. Dokumentacja medyczna może być udostępniona także szkole wyższej lub instytutowi badawczemu do wykorzystania w celach naukowych, bez ujawniania nazwiska i innych danych umożliwiających identyfikację osoby, której dokumentacja ta dotyczy.

Rozdział II

Sposób udostępniania dokumentacji medycznej

§ 65.

1. Szpital udostępnia dokumentację medyczną podmiotom uprawnionym, o których mowa w § 64 powyżej na ich wniosek, w następujących formach:
 - 1) poprzez udostępnienie do wglądu w siedzibie Szpitala, w tym także do wglądu baz danych w zakresie ochrony zdrowia, z zapewnieniem możliwości sporządzenia notatek lub zdjęć,
 - 2) poprzez sporządzenie jej wyciągów, odpisów, kopii lub wydruków,

- 3) poprzez sporządzenie kopii elektronicznej na informatycznym nośniku danych (płyta CD),
 - 4) poprzez przekazanie elektronicznej kopii dokumentacji medycznej lub jej odwzorowania cyfrowego (skanu) za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej,
 - 5) poprzez wydanie oryginałów za pokwitowaniem odbioru, z zastrzeżeniem zwrotu po wykorzystaniu, jeśli uprawniony organ lub podmiot żąda oryginałów tej dokumentacji,
2. Dokumentację medyczną wydaje w formie wskazanej w treści wniosku o wydanie dokumentacji medycznej złożonym przez uprawniony podmiot, o ile we wniosku wskazano jedną z form wskazanych w ust. 1 powyżej. W przypadku wskazania we wniosku o wydanie dokumentacji medycznej innej formy, stosuje się ust. 6 poniżej.
 3. Dokumentację medyczną udostępnia się z zachowaniem jej integralności, poufności i autentyczności, a nadto bez zbędnej zwłoki.
 4. Za udostępnianie dokumentacji medycznej pobiera się opłatę ustaloną zgodnie z obowiązującym w Szpitalu Cennikiem Usług Medycznych z zastrzeżeniem ust. 5 poniżej.
 5. Opłaty nie pobiera się za udostępnienie dokumentacji medycznej:
 - 1) pacjentowi albo jego przedstawicielowi ustawowemu po raz pierwszy w żądanym zakresie i w sposób, o którym mowa w ust. 1 pkt 2), 3) lub 4) powyżej,
 - 2) Zakładowi Ubezpieczeń Społecznych – w przypadku określonym w art. 77 ust. 5 ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (t. j. Dz. U. z 2022 r. poz. 1009 z późn. zm.),
 - 3) w związku z postępowaniem, o którym mowa w art. 17d ust. 1 Ustawa z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (t. j. Dz. U. z 2022 r. poz. 1657), prowadzonym przez Rzecznika Praw Pacjenta,
 - 4) wojewódzkiej komisji do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych, o której mowa w art. 67e ust. 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzecznik Praw Pacjenta (t. j. Dz. U. z 2022 r. poz. 1876), udostępnianej w związku z prowadzonym przez tę komisję postępowaniem.
 6. W przypadku gdy dokumentacja medyczna jest udostępniana w formie wydruku, dokumentacja ta potwierdzana jest za zgodność z oryginałem oraz opatrywana oznaczeniem, zawierającym imię (imiona), nazwisko, stanowisko i podpis osoby potwierdzającej zgodność dokumentacji medycznej z oryginałem. Wydruk dokumentacji medycznej sporządza się ponadto w sposób umożliwiający identyfikację osoby udzielającej świadczeń zdrowotnych, tj. dokumentacja winna zawierać podpis tej osoby oraz następujące dane tej osoby:
 - 1) imię (imiona) i nazwisko,
 - 2) tytuł zawodowy – o ile osoba ta nie jest osobą upoważnioną, o której mowa w art. 31b ust. 1 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (t. j. Dz. U. z 2022 r. poz. 1555),
 - 3) numer prawa wykonywania zawodu – jeżeli został nadany,
 - 4) unikalny identyfikator upoważnienia nadany przez Rejestr Asystentów Medycznych, o którym mowa w art. 31b ust. 7 pkt 7 ustawy, o której mowa w pkt. 2) powyżej – w przypadku osoby upoważnionej, o której mowa w art. 31b ust. 1 tej ustawy.
 7. W przypadku gdy udostępnienie dokumentacji nie jest możliwe, odmowę przekazuje się w postaci elektronicznej albo papierowej, zgodnie z żądaniem uprawnionego organu lub podmiotu. W każdym przypadku wymagane jest podanie przyczyny odmowy.
 8. Szpital prowadzi wykaz zawierający następujące informacje dotyczące udostępnianej dokumentacji medycznej:
 - 1) imię (imiona) i nazwisko pacjenta, którego dotyczy dokumentacja medyczna,
 - 2) sposób udostępnienia dokumentacji medycznej,
 - 3) zakres udostępnionej dokumentacji medycznej,
 - 4) imię (imiona) i nazwisko osoby innej niż pacjent, której została udostępniona dokumentacja medyczna, bądź nazwę organu lub podmiotu, któremu dokumentacja ta została udostępniona,
 - 5) imię (imiona) i nazwisko oraz podpis osoby, która udostępniła dokumentację medyczną,
 - 6) datę udostępnienia dokumentacji medycznej.

9. W zakresie nieuregulowanym w niniejszym Dziale, stosuje się Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (t. j. Dz. U. z 2022 r. poz. 1304 z późn. zm.) oraz ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzecznik Praw Pacjenta (t. j. Dz. U. z 2022 r. poz. 1876).

DZIAŁ 8.

PRZEPISY KOŃCOWE

§ 66.

1. W przypadkach nieuregulowanych Regulaminem zastosowanie mają przepisy ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej, przepisy wykonawcze do tej ustawy, inne powszechnie obowiązujące przepisy prawa oraz statut Szpitala.
2. Regulamin ustala w drodze zarządzenia Dyrektor Szpitala, po zasięgnięciu opinii Rady Społecznej Szpitala Powiatowego w Kętrzynie.
3. Zmiany Regulaminu zapadają w trybie przewidzianym w ust. 2 powyżej.
4. Załączniki do Regulaminu stanowią jego integralną część.

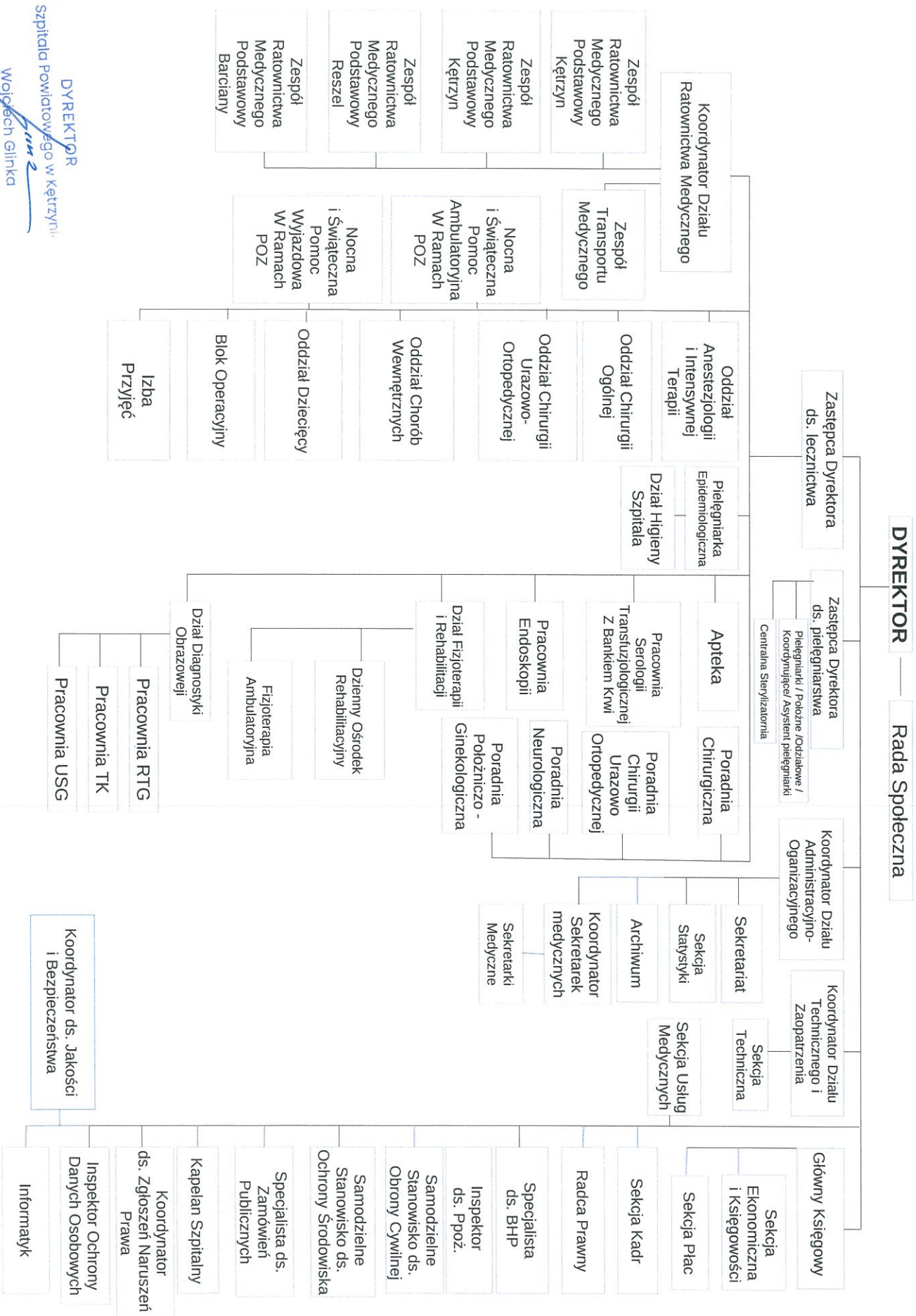
§ 67.

Z dniem wejścia w życie Regulaminu traci moc Regulamin Organizacyjny Szpitala Powiatowego w Kętrzynie ustalony Zarządzeniem Nr 75/2016 Dyrektora Szpitala Powiatowego w Kętrzynie z dnia 28 grudnia 2016 r. z późn. zm.

DYREKTOR
Szpitala Powiatowego w Kętrzynie

Wojciech Glinka

SZPITAL POWIATOWY W KĘTRZYNI - SCHEMAT ORGANIZACYJNY



DYREKTOR
Szpitala Powiatowego w Kętrzynie

Wojciech Glinka

