ZARZĄDZENIE NR 121/2021

Dyrektora Samodzielnego Publicznego Zespołu Opieki Zdrowotnej w Turku z dnia 1 grudnia 2021 roku w sprawie zmiany i ustalenia tekstu jednolitego Regulaminu Organizacyjnego Samodzielnego Publicznego Zespołu Opieki Zdrowotnej w Turku

Na podstawie art. 46 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (t.j. Dz. U. z 2021 r. poz. 711 z późn. zm.) i § 9 Statutu Samodzielnego Publicznego Zespołu Opieki Zdrowotnej w Turku zarządzam, co następuje:

§ 1

W Regulaminie Organizacyjnym Samodzielnego Publicznego Zespołu Opieki Zdrowotnej w Turku, stanowiącym Załącznik nr 1 do Zarządzenia nr 68/2020 Dyrektora SP ZOZ w Turku z dnia 14.09.2020 roku, wprowadza się następujące zmiany:

1. Zmienia się treść § 9 ust. 6 Regulaminu Organizacyjnego, który otrzymuje brzmienie:

   6. W skład jednostki organizacyjnej, o której mowa w ust. 3 pkt 2 wchodzą następujące komórki organizacyjne:
   1) Poradnia Chirurgii Ogólnej,
   2) Poradnia Ortopedii i Traumatologii Narządu Ruchu,
   3) Poradnia Urologiczna,
   4) Poradnia Ginekologiczno-Położnicza,
   5) Poradnia Nefrologii Dziecięcej,
   6) Poradnia Diabetologiczna,
   7) Poradnia Chorób Wewnętrznych
   8) Poradnia Kardiologiczna
   9) Gabinet Diagnostyczno - Zabiegowy Poradni Chirurgii Ogólnej,
   10) Gabinet Diagnostyczno - Zabiegowy Poradni Ortopedii i Traumatologii Narządu Ruchu,
   11) Gabinet Diagnostyczno - Zabiegowy Poradni Urologicznej,
   12) Gabinet Diagnostyczno - Zabiegowy Poradni Ginekologiczno-Położniczej,
   13) Gabinet Diagnostyczno - Zabiegowy Poradni Diabetologicznej.

2. W § 40 ust. 7 Regulaminu Organizacyjnego skreśla się pkt 12 o treści: „generowanie billingów rozmów z centrali telefonicznej Zespołu".

3. Zmienia się § 41 ust.1 ppkt 2 lit c), który otrzymuje brzmienie:
   c) kompleksowe prowadzenie procedur w oparciu o ustawę Prawo zamówień publicznych, w szczególności:
   - pełnienie funkcji sekretarza komisji przetargowych zgodnie z Regulaminem Pracy Komisji Przetargowej,
   - sporządzanie specyfikacji warunków zamówienia publicznego przy współudziale właściwej merytorycznie komórki,
   - sporządzanie ogłoszeń, zamówień, zawiadomień oraz informacji niezbędnych do

przeprowadzenia postępowania,
- zamieszczenie ogłoszeń, specyfikacji warunków zamówienia oraz informacji na stronach internetowych i w miejscu publicznie dostępnym,
- sporządzanie wyjaśnień i modyfikacji specyfikacji warunków zamówienia,
- dokumentowanie postępowań,
- przygotowanie umów o zamówienia publiczne,
- przygotowanie procedury związanej z rozpatrywaniem odwołań,

4. W § 42 ust. 1 dodaje się punkty 8, 9 i 10 o treści:
   8) prowadzenie bieżącego nadzoru nad eksploatacją aparatury i sprzętu medycznego,
   9) pozyskiwanie wykonawców napraw i remontów, posiadających wymagane kwalifikacje (uprawnienia) do wykonywania prac remontowych, naprawczych, serwisowych,
   10) przekazywanie informacji do Systemu Ewidencji Zasobów Ochrony Zdrowia (SEZOZ).

5. Zmienia się treść § 100, który otrzymuje brzmienie:

1. W związku z tym, iż SP ZOZ w Turku jest podmiotem leczniczym udzielającym świadczeń zdrowotnych w zakresie opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie ciąży, porodu, połogu oraz nad noworodkiem, wdrożony został do stosowania w tym zakresie obowiązujący standard organizacyjny.
2. Standard określa poszczególne elementy organizacji opieki mającej na celu zapewnienie dobrego stanu zdrowia matki i dziecka, przy ograniczeniu niezbędnych interwencji medycznych.
3. Miernikiem skuteczności opieki okołoporodowej w SP ZOZ w Turku jest monitorowanie wskaźników tej opieki i ich analiza. Za wskaźniki opieki okołoporodowej, podlegające monitorowaniu, przyjęto interwencje medyczne (ze wskazaniem na ich ograniczenie):
   3.1. omniotomię,
   3.2. indukcję porodu ,
   3.3. stymulację czynności skurczowej,
   3.4. podawanie opioidów,
   3.5. nacięcia krocza,
   3.6. cięcia cesarskie,
   3.7. podania noworodkowi mleka modyfikowanego,

   z uwzględnieniem zasad bezpieczeństwa zdrowotnego, w ramach których opieka medyczna opiera się na praktykach o udowodnionej skuteczności.
4. Kierownicy Oddziałów Ginekologiczno-Położniczego z Salą Porodową oraz Noworodkowego przekazują raport z monitorowania wskaźników wskazanych w punktach od 3.1 do 3.7 do Pełnomocnika ds. zarządzania jakością co 6 miesięcy, nie później niż 14 dni od zakończenia okresu sprawozdawczego. Nadzór nad stosowaniem zapisów ust. 3 sprawuje Z-ca Dyrektor ds. Lecznictwa.
5. Ocena satysfakcji pacjentek zgłaszających się do porodu jest realizowana na podstawie ankiet badania satysfakcji, dostępnych dla wszystkich rodzących pacjentek. Oddziałowa Oddziału Ginekologiczno-Położniczego z Salą Porodową jest zobowiązana do przekazywania Pełnomocnikowi ds. zarządzania jakością sporządzonych kwartalnych analiz wykonanych na podstawie wypełnionych ankiet przez pacjentki. Nadzór nad stosowaniem zapisów ust. 4 sprawuje Pełnomocnik ds. zarządzania jakością.
6. Na podstawie wyników analiz podejmowane są środki naprawcze lub działania doskonalące.

6. Dotychczasowy § 100 Regulaminu otrzymuje nową numerację tj. § 101.

7. Zmienia się schemat organizacyjny Samodzielnego Publicznego Zespołu Opieki Zdrowotnej w Turku stanowiący załącznik nr 1 do Regulaminu Organizacyjnego (uwzględniający

dodanie Poradni Chorób Wewnętrznych i Poradni Kardiologicznej), który otrzymuje brzmienie Załącznika nr 2 do niniejszego Zarządzenia.

§ 2

Pozostałe postanowienia Regulaminu Organizacyjnego SP ZOZ w Turku pozostają bez zmian.

§ 3

Ustala się tekst jednolity Regulaminu Organizacyjnego Samodzielnego Publicznego Zespołu Opieki Zdrowotnej w Turku stanowiący Załącznik nr 1 do niniejszego Zarządzenia.

§ 4

Wykonanie zarządzenia powierzam Kierownikowi Działu Spraw Pracowniczych i Organizacji.

§ 5

Zarządzenie wchodzi w życie z dniem podpisania.

DYREKTOR
Samodzielnego Publicznego
Zespołu Opieki Zdrowotnej w Turku
K. Sobczak
Krzysztof Sobczak

Dariusz Grzesiak
Adwokat

SCHEMAT ORGANIZACYJNY SAMODZIELNEGO PUBLICZNEGO ZESPOŁU OPIEKI ZDROWOTNEJ W TURKU

D — **DYREKTOR**

RADA SPOŁECZNA

DL — **Z -ca Dyrektora ds. Lecznictwa**

DP — **Naczelna Pielęgniarka**

- Punkt Żywienia Pacjentów
- Punkt Pralniczy

DO — Dział Spraw Pracowniczych i Organizacji

DZ — Dział Zaopatrzenia i Zamówień Publicznych

DT — Dział Techniczno – Eksploatacyjny

DGK — **Główny Księgowy**

GF — Dział Finansowo – Księgowy

GS — Dział Statystyki Medycznej i Rozliczeń Świadczeń Zdrowotnych

Szpital Powiatowy

Ambulatorium Powiatowe

Oddziały szpitalne i inne komórki opieki szpitalnej

Oddziały

- **OW** - Oddział Chorób Wewnętrznych
- **OOT** - Oddział Ortopedii i Traumatologii Narządu Ruchu
- **OGP** - Oddział Ginekologiczno- Położniczy z Salą Porodową
- **OCH** - Oddział Chirurgii Ogólnej
- **OD** - Oddział Dziecięcy
- **ON** - Oddział Noworodkowy
- **OA** - Oddział Anestezjologii

LP — **Dział Pomocy Doraźnej i Przyjęć**

- Izba Przyjęć
- Ambulatorium
- Zespół Ratownictwa Medycznego Podstawowy "P1"
- Zespół Ratownictwa Medycznego Podstawowy "P2"
- Zespół Ratownictwa Medycznego Specjalistyczny "S"
- Zespół Transportu Sanitarnego

LPS — **Poradnie Specjalistyczne**

- Poradnia Chirurgii Ogólnej
- Poradnia Ortopedii i Traumatologii Narządu Ruchu
- Poradnia Urologiczna
- Poradnia Ginekologiczno – Położnicza
- Poradnia Nefrologii Dziecięcej
- Poradnia Diabetologiczna
- Poradnia Chorób Wewnętrznych
- Poradnia Kardiologiczna
- Gabinet Diagnostyczno – Zabiegowy Poradni Chirurgii Ogólnej
- Gabinet Diagnostyczno – Zabiegowy Poradni Ortopedii i Traumatologii Narządu Ruchu
- Gabinet Diagnostyczno – Zabiegowy Poradni Urologicznej
- Gabinet Diagnostyczno – Zabiegowy Poradni Ginekologiczno - Położniczej
- Gabinet Diagnostyczno - Zabiegowy Poradni Diabetologicznej

DE — Pielęgniarka Epidemiologiczna

DR — Radca Prawny

DW — Pełnomocnik ds. Informacji Niejawnych

DB — Stanowisko ds. BHP i Ochrony Przeciwpożarowej

DI — Inspektor Ochrony Danych

DJ — Pełnomocnik ds. Systemu Zarządzania Jakością

LB — Blok Operacyjny

LA — Apteka Szpitalna

LS — Centralna Sterylizatornia

LL — **Laboratorium Analityczne**

- Pracownia Biochemii i Immunochemii
- Pracownia Analityki Ogólnej
- Pracownia Hematologii
- Pracownia Bakteriologii
- Punkt Pobrań
- Pracownia Serologii Transfuzjologicznej z Bankiem Krwi

LZ — Prosektorium

LD — **Dział Diagnostyki Obrazowej**

- Pracownia RTG
- Pracownia USG
- Pracownia Mammografii
- Pracownia Tomografii Komputerowej
- Pracownia Spirometrii
- Pracownia Endoskopii Gastroenterologicznej
- Pracownia Nieinwazyjnych Badań Kardiologicznych

DYREKTOR
Samodzielnego Publicznego
Zespołu Opieki Zdrowotnej w Turku
Krzysztof Sobczak

Załącznik nr 2 do Zarządzenia nr 121/ 2021 Dyrektora SP ZOZ w Turku z dnia 01.12.2021r. Załącznik nr 1 do Regulaminu Organizacyjnego SP ZOZ w Turku

Załącznik nr 1 do Zarządzenia nr 121/ 2021
Dyrektora SP ZOZ w Turku z dnia 01.12.2021 r.

REGULAMIN ORGANIZACYJNY SAMODZIELNEGO PUBLICZNEGO ZESPOŁU OPIEKI ZDROWOTNEJ W TURKU

DYREKTOR
Samodzielnego Publicznego
Zespołu Opieki Zdrowotnej w Turku
Krzysztof Sobczak

Dyrektor
SP ZOZ w Turku

TUREK 2021

SPIS TREŚCI

DZIAŁ I POSTANOWIENIA OGÓLNE 3
DZIAŁ II ORGANIZACJA I ZADANIA JEDNOSTEK I KOMÓREK ORGANIZACYJNYCH 5
Rozdział I Postanowienia ogólne 5
Rozdział II Uprawnienia, obowiązki i odpowiedzialność osób pełniących funkcje kierownicze 7
Rozdział III Zadania jednostek i komórek organizacyjnych 11

DZIAŁ III PRZEBIEG PROCESU UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH 21
Rozdział I Postanowienia ogólne 21
Rozdział II Szpital Powiatowy 23
Rozdział III Ambulatorium Powiatowe 24

DZIAŁ IV WARUNKI WSPÓŁDZIAŁANIA Z INNYMI PODMIOTAMI WYKONUJĄCYMI DZIAŁALNOŚĆ LECZNICZĄ 27

DZIAŁ V UDOSTĘPNIANIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ 27
Rozdział I Postanowienia ogólne 27
Rozdział II Wysokość opłat za udostępnianie dokumentacji medycznej 30

DZIAŁ VI OBOWIĄZKI ZESPOŁU W RAZIE ZGONU PACJENTA 31
Rozdział I Postanowienia ogólne 31
Rozdział II Wysokość opłat za przechowywanie zwłok pacjenta przez okres dłuższy niż 72 godziny 32

DZIAŁ VII ORGANIZACJA OPIEKI OKOŁOPORODOWEJ 33

DZIAŁ VIII POSTANOWIANIA KOŃCOWE 34

ZAŁĄCZNIKI

Załącznik nr 1 Schemat Organizacyjny Samodzielnego Publicznego Zespołu Opieki Zdrowotnej w Turku

Załącznik nr 2 Wykaz łóżek w oddziałach szpitalnych Samodzielnego Publicznego Zespołu Opieki Zdrowotnej w Turku

Załącznik nr 3 Wykaz symboli literowych jednostek i komórek organizacyjnych Samodzielnego Publicznego Zespołu Opieki Zdrowotnej w Turku

DZIAŁ I
POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1

Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Turku jest podmiotem leczniczym niebędącym przedsiębiorcą, działającym w formie samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej.

§ 2

1. Regulamin Organizacyjny Samodzielnego Publicznego Zespołu Opieki Zdrowotnej w Turku, zwany dalej Regulaminem, określa sposób i warunki udzielania świadczeń zdrowotnych, a w szczególności:
   1) nazwę podmiotu,
   2) cele i zadania podmiotu,
   3) strukturę organizacyjną,
   4) rodzaj działalności leczniczej oraz zakres udzielanych świadczeń zdrowotnych,
   5) miejsce udzielania świadczeń zdrowotnych,
   6) przebieg procesu udzielania świadczeń zdrowotnych z zapewnieniem właściwej dostępności i jakości tych świadczeń w jednostkach lub komórkach organizacyjnych Zespołu,
   7) organizację i zadania poszczególnych jednostek lub komórek organizacyjnych Zespołu oraz warunki ich współdziałania dla zapewnienia sprawnego i efektywnego funkcjonowania Zespołu pod względem diagnostyczno-leczniczym, pielęgnacyjnym i administracyjno-gospodarczym,
   8) warunki współdziałania z innymi podmiotami wykonującymi działalność leczniczą w zakresie zapewnienia prawidłowości diagnostyki, leczenia, pielęgnacji i rehabilitacji pacjentów oraz ciągłości przebiegu procesu udzielania świadczeń zdrowotnych,
   9) wysokość opłaty za udostępnianie dokumentacji medycznej ustalonej w sposób określony w art. 28 ust. 4 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta,
   10) organizację procesu udzielania świadczeń zdrowotnych w przypadku pobierania opłat,
   11) wysokość opłaty za przechowywanie zwłok pacjenta przez okres dłuższy niż 72 godziny od osób lub instytucji uprawnionych do pochowania zwłok na podstawie ustawy z dnia 31 stycznia 1959 r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych oraz od podmiotów, na zlecenie, których przechowuje się zwłoki w związku z toczącym się postępowaniem karnym,
   12) wysokość opłat za świadczenia zdrowotne, które mogą być, zgodnie z przepisami ustawy o działalności leczniczej lub przepisami odrębnymi, udzielane za częściową albo całkowitą odpłatnością,
   13) sposób kierowania jednostkami i komórkami organizacyjnymi Zespołu.
2. Regulamin organizacyjny ustala Dyrektor, a opiniuje Rada Społeczna Samodzielnego Publicznego Zespołu Opieki Zdrowotnej w Turku.

§ 3

1. Niniejszy Regulamin opracowano na podstawie:
   1) ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej (t.j. Dz. U. z 2020 r., poz. 295),
   2) ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz. U. z 2019 r., poz. 1373),
   3) ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych (t.j. Dz. U. z 2019 r., poz. 869),
   4) ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (t.j. Dz. U. z 2020 r., poz. 849),
   5) ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. z 2020, poz. 882),
   6) Statutu Samodzielnego Publicznego Zespołu Opieki Zdrowotnej w Turku,
   7) innych przepisów prawa dotyczących funkcjonowania podmiotów wykonujących działalność leczniczą.

§ 4

1. Ilekroć w Regulaminie jest mowa o:
   1) Zespole – należy przez to rozumieć Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Turku,
   2) Dyrektorze – należy przez to rozumieć Dyrektora Samodzielnego Publicznego Zespołu Opieki Zdrowotnej w Turku,
   3) Radzie Społecznej – należy przez to rozumieć Radę Społeczną Samodzielnego Publicznego Zespołu Opieki Zdrowotnej w Turku,

4) przedsiębiorstwach podmiotu leczniczego – rozumie się przez to Szpital Powiatowy, zwany dalej Szpitalem i Ambulatorium Powiatowe, zwane dalej Ambulatorium,
5) jednostkach organizacyjnych – należy przez to rozumieć wyodrębnione części przedsiębiorstw podmiotu leczniczego, tj. Oddziały szpitalne i inne komórki opieki szpitalnej, Dział Pomocy Doraźnej i Przyjęć, Poradnie Specjalistyczne, Laboratorium Analityczne, Dział Diagnostyki Obrazowej.
6) komórkach organizacyjnych – należy przez to rozumieć części jednostek organizacyjnych tj. działy albo części przedsiębiorstw podmiotu leczniczego działające poza jednostkami organizacyjnymi, a także części podmiotu leczniczego działające poza przedsiębiorstwami, w tym samodzielne stanowiska pracy.

§ 5

Podmiotem tworzącym Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Turku jest Powiat Turecki.

§ 6

1. Zespół udziela świadczeń zdrowotnych na podstawie wpisu do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą prowadzonego przez Wojewodę Wielkopolskiego.
2. Zespół udziela świadczeń zdrowotnych w następujących miejscach: Turek, ul. Poduchowne 1, ul. Łąkowa 4a, Dobra, ul. Wiatraki 15.
3. Udzielanie świadczeń zdrowotnych odbywa się w medycznych komórkach organizacyjnych Zespołu w ramach umów zawartych z Narodowym Funduszem Zdrowia lub z innymi podmiotami zewnętrznymi zapewniającymi finansowanie działalności leczniczej.

§ 7

1. Głównym celem działania Zespołu jest prowadzenie działalności leczniczej polegającej na udzielaniu świadczeń zdrowotnych oraz promocji zdrowia.
2. Do zadań Zespołu należy w szczególności:
   1) udzielanie świadczeń zdrowotnych stacjonarnych, ambulatoryjnych i ratownictwa medycznego,
   2) wykonywanie badań diagnostycznych,
   3) prowadzenie działalności mającej na celu promocję zdrowia,
   4) realizacja zadań z zakresu powszechnego obowiązku obrony Rzeczypospolitej Polskiej i wynikających z odrębnych przepisów.
3. Zadania określone w ust. 2 Zespół wykonuje w szczególności poprzez:
   1) hospitalizację osób wymagających całodobowych świadczeń zdrowotnych,
   2) udzielanie świadczeń zdrowotnych w izbie przyjęć,
   3) udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej,
   4) udzielanie świadczeń ratownictwa medycznego osobom w stanach nagłego zagrożenia zdrowotnego przez specjalistyczny i podstawowe zespoły ratownictwa medycznego,
   5) przeprowadzanie badań profilaktycznych,
   6) uczestniczenie w kształceniu osób przygotowujących się do wykonywania zawodu medycznego lub wykonujących zawód medyczny.

§ 8

Zakres udzielanych świadczeń wynika ze Statutu Zespołu oraz wpisu do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą (RPWDL).

DZIAŁ II
ORGANIZACJA I ZADANIA JEDNOSTEK I KOMÓREK ORGANIZACYJNYCH

ROZDZIAŁ I
POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 9

1. Zespół prowadzi dwa przedsiębiorstwa w rozumieniu zapisów ustawy:
   1) Szpital Powiatowy,
   2) Ambulatorium Powiatowe.
2. W ramach przedsiębiorstwa Szpital Powiatowy funkcjonuje jednostka organizacyjna o nazwie Oddziały szpitalne i inne komórki opieki szpitalnej.
3. W ramach przedsiębiorstwa Ambulatorium Powiatowe funkcjonują następujące jednostki organizacyjne:
   1) Dział Pomocy Doraźnej i Przyjęć,
   2) Poradnie Specjalistyczne,
   3) Laboratorium Analityczne,
   4) Dział Diagnostyki Obrazowej,
4. W skład jednostki organizacyjnej, o której mowa w ust. 2 wchodzą następujące komórki organizacyjne:
   1) Oddział Chorób Wewnętrznych,
   2) Oddział Ortopedii i Traumatologii Narządu Ruchu,
   3) Oddział Ginekologiczno-Położniczy z Salą Porodową,
   4) Oddział Chirurgii Ogólnej,
   5) Oddział Dziecięcy,
   6) Oddział Noworodkowy,
   7) Oddział Anestezjologii,
   8) Blok Operacyjny,
   9) Apteka Szpitalna,
   10) Centralna Sterylizatornia,
   11) Prosektorium.
5. W skład jednostki organizacyjnej, o której mowa w ust. 3 pkt 1 wchodzą następujące komórki organizacyjne:
   1) Izba Przyjęć,
   2) Ambulatorium,
   3) Zespół Ratownictwa Medycznego Specjalistyczny „S",
   4) Zespół Ratownictwa Medycznego Podstawowy „P1",
   5) Zespół Ratownictwa Medycznego Podstawowy „P2",
   6) Zespół Transportu Sanitarnego,
   7) Transport Specjalistyczny.
6. W skład jednostki organizacyjnej, o której mowa w ust. 3 pkt 2 wchodzą następujące komórki organizacyjne:
   1) Poradnia Chirurgii Ogólnej,
   2) Poradnia Ortopedii i Traumatologii Narządu Ruchu,
   3) Poradnia Urologiczna,
   4) Poradnia Ginekologiczno-Położnicza,
   5) Poradnia Nefrologii Dziecięcej,
   6) Poradnia Diabetologiczna,
   7) Poradnia Chorób Wewnętrznych
   8) Poradnia Kardiologiczna
   9) Gabinet Diagnostyczno - Zabiegowy Poradni Chirurgii Ogólnej,
   10) Gabinet Diagnostyczno - Zabiegowy Poradni Ortopedii i Traumatologii Narządu Ruchu,
   11) Gabinet Diagnostyczno - Zabiegowy Poradni Urologicznej,
   12) Gabinet Diagnostyczno - Zabiegowy Poradni Ginekologiczno-Położniczej,
   13) Gabinet Diagnostyczno - Zabiegowy Poradni Diabetologicznej.
7. W jednostce organizacyjnej, o której mowa w ust. 3 pkt 3 funkcjonuje komórka organizacyjna pod nazwą Laboratorium Analityczne.
8. W skład jednostki organizacyjnej, o której mowa w ust. 3 pkt 4 wchodzą następujące komórki

organizacyjne:
1) Pracownia RTG,
2) Pracownia USG,
3) Pracownia Mammografii,
4) Pracownia Spirometrii,
5) Pracownia Endoskopii Gastroenterologicznej,
6) Pracownia Nieinwazyjnych Badań Kardiologicznych,
7) Pracownia Tomografii Komputerowej.

§ 10

1. Stanowiska i komórki organizacyjne Zespołu działające poza przedsiębiorstwami, o których mowa w §9:
   1) Dział Finansowo – Księgowy,
   2) Dział Statystyki Medycznej i Rozliczeń Świadczeń Zdrowotnych,
   3) Dział Spraw Pracowniczych i Organizacji,
   4) Dział Zaopatrzenia i Zamówień Publicznych,
   5) Dział Techniczno – Eksploatacyjny.

2. Samodzielne stanowiska pracy:
   1) Pielęgniarka epidemiologiczna,
   2) Radca prawny,
   3) Pełnomocnik ds. ochrony informacji niejawnych,
   4) Stanowisko ds. bezpieczeństwa i higieny pracy oraz ochrony przeciwpożarowej,
   5) Inspektor Ochrony Danych,
   6) Pełnomocnik ds. Systemu Zarządzania Jakością.

§ 11

Kierownictwo Zespołu tworzą: Dyrektor, Zastępca Dyrektora ds. Lecznictwa, Naczelna Pielęgniarka i Główny Księgowy.

§ 12

Strukturę organizacyjną Zespołu przedstawia Schemat Organizacyjny Samodzielnego Publicznego Zespołu Opieki Zdrowotnej w Turku, stanowiący załącznik nr 1 do niniejszego Regulaminu.

§ 13

Jednostki i komórki organizacyjne przedstawione w schemacie organizacyjnym Zespołu posiadają wewnętrzną strukturę organizacyjną, uzależnioną od zakresu i rodzaju wykonywanych zadań.

§ 14

1. Dyrektor tworzy, reorganizuje i likwiduje komórki organizacyjne Zespołu.
2. W zależności od potrzeb Dyrektor może tworzyć działy, sekcje, pracownie i samodzielne stanowiska pracy ustalając jednocześnie ich pozycję oraz sposób podporządkowania w obrębie struktury organizacyjnej Zespołu.
3. Uprawnienia, o których mowa w ust. 1 i 2 Dyrektor realizuje w ramach swych kompetencji określonych w Statucie Zespołu.

§ 15

1. Oddziałami szpitalnymi kierują kierownicy oddziałów/ordynatorzy, pełniący również nadzór medyczny nad działaniami odpowiednich poradni specjalistycznych.
2. Blokiem Operacyjnym, Działem Pomocy Doraźnej i Przyjęć, Laboratorium Analitycznym, Apteką Szpitalną oraz innymi działami kierują kierownicy.
3. Centralną Sterylizatornią kieruje pielęgniarka nadzorująca i koordynująca.
4. Pielęgniarki oddziałowe i pielęgniarki koordynujące organizują i sprawują nadzór nad pracą średniego personelu medycznego w podległych komórkach. W Dziale Pomocy Doraźnej i Przyjęć organizację i nadzór na pracą średniego personelu medycznego wykonuje Koordynator ds. Personelu Średniego.

§ 16

1. W Zespole funkcjonują samodzielne stanowiska pracy, które mogą być jednoosobowe lub wieloosobowe.
2. Pracownicy zatrudnieni na samodzielnych stanowiskach pracy odpowiedzialni są za właściwe organizowanie pracy oraz zapewnienie prawidłowego i terminowego wykonywania powierzonych zadań i obowiązków.
3. Do obowiązków pracowników zajmujących samodzielne stanowiska pracy w szczególności należy realizowanie jednorodnych lub tematycznie wyspecjalizowanych czynności w oparciu o obowiązujące przepisy prawne oraz wewnętrzne akty normatywne oraz współdziałanie z kierownikami poszczególnych komórek organizacyjnych Zespołu w zakresie prawidłowego jego funkcjonowania.
4. Pracownicy zatrudnieni na samodzielnych stanowiskach pracy podlegają bezpośrednio Dyrektorowi lub Zastępcy Dyrektora i przed nim odpowiadają za wykonywanie swoich zadań.

§ 17

Dyrektor powołuje pełnomocników do realizacji określonych tematycznie zadań. Powołanie następuje w drodze zarządzenia.

§ 18

1. Pracę jednostek i komórek organizacyjnych uzupełniają komitety, komisje i zespoły stałe i doraźne powoływane zarządzeniem Dyrektora.
2. Zadania i zasady funkcjonowania komitetów, komisji i zespołów określone są w zarządzeniach Dyrektora.

§ 19

1. Zespołem kieruje i reprezentuje go na zewnątrz Dyrektor, który ponosi odpowiedzialność za zarządzanie Zespołem.
2. Dyrektor jest przełożonym wszystkich pracowników Zespołu.

§ 20

Wewnętrznymi aktami normatywnymi obowiązującymi w Zespole są wydawane przez Dyrektora:

1) regulaminy,
2) zarządzenia,
3) procedury,
4) instrukcje.

§ 21

1. Projekty dokumentów wymienionych w § 20 opracowuje właściwa merytorycznie komórka organizacyjna Zespołu.
2. W przypadku regulowania zagadnień należących do kompetencji kilku komórek, projekt odnośnego aktu normatywnego opracowuje komórka wskazana przez Dyrektora we współpracy z kompetencyjnie właściwymi komórkami organizacyjnymi.
3. Opracowane i uzgodnione projekty dokumentów wymienionych w § 20 pkt 1 i 2 przekazywane są, po zaopiniowaniu przez radcę prawnego, do podpisania przez Dyrektora. Projekty procedur i instrukcji nie wymagają opinii radcy prawnego.

ROZDZIAŁ II
UPRAWNIENIA, OBOWIĄZKI I ODPOWIEDZIALNOŚĆ OSÓB PEŁNIĄCYCH FUNKCJE KIEROWNICZE

§ 22
DYREKTOR

1. Dyrektor kieruje działalnością Zespołu, reprezentuje go na zewnątrz i podejmuje samodzielne decyzje dotyczące jego funkcjonowania.
2. W sprawach określonych w ustawie Dyrektor zobowiązany jest do uzyskania opinii i wniosków Rady Społecznej.

3. W czasie nieobecności Dyrektora, jego uprawnienia i obowiązki przejmuje Zastępca Dyrektora ds. Lecznictwa, a w razie nieobecności Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa Główny Księgowy lub inna osoba, jeżeli zostanie przez Dyrektora wyznaczona. Przejęcie obowiązków w czasie nieobecności Dyrektora przez Zastępcę Dyrektora ds. Lecznictwa oraz Głównego Księgowego nie wymaga pisemnego ustanowienia zastępstwa. Wyznaczenie osoby przez Dyrektora, o której mowa w zdaniu pierwszym wyłącza przejęcie obowiązków Dyrektora przez Dyrektora ds. Lecznictwa oraz Głównego Księgowego.
4. Dyrektor ma prawo ustanowić zastępstwo:
   1) w związku z usprawiedliwioną nieobecnością lub z powodu innych ważnych przyczyn,
   2) dla wykonania określonych czynności faktycznych lub prawnych w sposób jednorazowy lub trwały.
5. Ustanowienie zastępstwa następuje z zachowaniem formy pisemnej pod rygorem nieważności.
6. Zastępstwo w trybie ust. 4 i 5 nie zwalnia Dyrektora z odpowiedzialności za zarządzanie Zespołem.
7. Dyrektor przy znakowaniu spraw używa symbolu D.

§ 23

1. Do wyłącznej decyzji Dyrektora należy:
   1) ustalanie planów finansowych, sprawozdań rocznych, bilansów, rachunków zysków i strat,
   2) zatwierdzanie planów inwestycyjnych, naprawczych, audytów wewnętrznych,
   3) przedkładanie uprawnionym organom wniosków do zmian w Statucie Zespołu,
   4) wnioskowanie do Rady Społecznej w zakresie wynikającym z ustawy,
   5) tworzenie wewnętrznych aktów normatywnych,
   6) wydawanie upoważnień i pełnomocnictw do załatwiania określonych spraw,
   7) reprezentowanie Zespołu przed organami kontroli zewnętrznej w trakcie ich przeprowadzania i w postępowaniu pokontrolnym,
   8) współdziałanie z administracją rządową, samorządową i innymi instytucjami w sprawach Zespołu,
   9) zawieranie umów na udzielanie świadczeń zdrowotnych,
   10) powoływanie zespołów specjalistycznych i komisji spośród zatrudnionych specjalistów,
   11) zawieranie umów cywilnoprawnych,
   12) zatrudnianie i zwalnianie pracowników Zespołu,
   13) współpraca z mediami,
   14) współpraca z organizacjami związkowymi,
   15) reprezentowanie Zespołu przed samorządami zawodowymi,
   16) nagradzanie i karanie pracowników.

§ 24

1. Dyrektor realizuje zadania statutowe w Zespole przy pomocy:
   1) Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa,
   2) Naczelnej Pielęgniarki,
   3) Głównego Księgowego.

§ 25

ZASTĘPCA DYREKTORA DS. LECZNICTWA

1. Do zadań Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa należy organizowanie i zarządzanie działalnością medyczną Zespołu, a w szczególności:
   1) koordynowanie i nadzór nad jakością udzielanych świadczeń zdrowotnych,
   2) współdziałanie w przygotowywaniu ofert do NFZ i ewentualnie innych płatników oraz nadzór nad realizacją zawartych umów w zakresie wykonywania świadczeń zdrowotnych,
   3) planowanie zatrudnienia kadry medycznej oraz sprawowanie nadzoru nad personelem medycznym,
   4) zapewnienie sprawnej organizacji zadań realizowanych przez personel medyczny i wykonywanie czynności kontrolnych,
   5) udział w planowaniu strategicznym rozwoju Zespołu, odpowiedzialność za jego wykonanie,
   6) organizacja systemu kontroli i podnoszenia jakości usług medycznych realizowanych przez Zespół,
   7) nadzór nad gospodarką lekami i materiałami medycznymi,
   8) nadzór nad prawidłowością prowadzenia dokumentacji medycznej, sprawozdawczością

i statystyką,
9) zatwierdzanie harmonogramów czasu pracy lekarzy,
10) współpraca z samorządami zawodów medycznych.

2. Zastępca Dyrektora ds. Lecznictwa współpracuje z konsultantami dyscyplin medycznych, innymi jednostkami ochrony zdrowia, izbami lekarskimi i związkami zawodowymi.
3. Zastępca Dyrektora ds. Lecznictwa podlega bezpośrednio Dyrektorowi i przed nim odpowiada za wykonywanie swoich zadań.
4. Zastępca Dyrektora ds. Lecznictwa przy znakowaniu spraw używa symbolu DL.

§ 26
NACZELNA PIELĘGNIARKA

1. Naczelna Pielęgniarka organizuje, nadzoruje i koordynuje pracę pielęgniarek i położnych oraz innych grup zawodowych średniego i niższego personelu medycznego przy pomocy bezpośrednio jej podległych pielęgniarek oddziałowych, położnej oddziałowej, pielęgniarek koordynujących, koordynatora ds. średniego personelu oraz podległych pośrednio innych pracowników komórek organizacyjnych Zespołu.
2. Zakres uprawnień i obowiązków Naczelnej Pielęgniarki obejmuje w szczególności:
   1) wnioskowanie i opiniowanie w sprawach dotyczących zatrudnienia i zwalniania, awansowania, nagradzania i karania, a także w innych kwestiach dotyczących podległego personelu,
   2) udział w planowaniu i nadzór nad podnoszeniem kwalifikacji personelu pielęgniarskiego/położniczego oraz organizacją systemu szkoleń wewnątrzzakładowych,
   3) współpraca z pielęgniarkami oddziałowymi i koordynującymi,
   4) wdrażanie standardów i procedur pielęgniarskich i położniczych,
   5) współpraca z kierownikami komórek organizacyjnych Zespołu, kierownikami oddziałów, pielęgniarkami i położnymi oddziałowymi oraz członkami zespołu terapeutycznego w zakresie sprawnego funkcjonowania Zespołu oraz prawidłowego przebiegu hospitalizacji pacjentów,
   6) wdrażanie dokumentacji pielęgniarskiej i położniczej oraz nadzór nad jej prawidłowym prowadzeniem,
   7) podnoszenie jakości świadczonych usług pielęgniarskich i położniczych,
   8) współpraca z Pełnomocnikiem ds. Praw Pacjenta w zakresie przestrzegania praw pacjenta,
   9) współpraca z Pełnomocnikiem ds. SZJ w zakresie realizacji zadań związanych z utrzymaniem i doskonaleniem systemu zarządzania jakością,
   10) nadzór nad procesem żywienia w szpitalu pod względem ilości i jakości wydawanych posiłków,
   11) współpraca z Pielęgniarką Epidemiologiczną w zakresie nadzoru na stanem sanitarno-epidemiologicznym,
   12) uczestniczenie w zespołach, komisjach itp. powoływanych w razie potrzeby do realizacji zadań związanych z funkcjonowaniem Zespołu,
   13) współpraca z samorządami zawodów medycznych.
3. Nadzór nad procesem żywienia pacjentów w SP ZOZ w Turku w tym:
   1) współpraca z firmą cateringową,
   2) kontrola zgodności rodzaju sporządzanych potraw z zaplanowanymi jadłospisami, gramatur posiłków, estetyki ich podawania.
   3) opracowywanie planów, sprawozdań oraz innych zestawień dotyczących gospodarki żywieniowej.
4. Nadzór nad prawidłowym funkcjonowaniem punktu pralniczego w zakresie zadań związanych z obiegiem bielizny szpitalnej oraz świadczonych usług pralniczych w tym:
   1) przekazywanie pracownikowi firmy świadczącej usługi pralnicze brudnej bielizny szpitalnej, operacyjnej, odzieży ochronnej i roboczej, mopów, itp. i odbiór po wykonaniu usługi,
   2) postępowanie z bielizną zgodnie z zasadami obiegu bielizny szpitalnej obowiązującymi w Zespole,
   3) okresowe przechowywanie bielizny brudnej,
   4) ewidencjonowanie ilości wypranej bielizny oraz przekazywanie danych do komórki organizacyjnej właściwej ds. kosztów,
   5) pozostawanie w stałym kontakcie z firmą świadczącą na rzecz Zespołu usługi pralnicze,
   6) utrzymanie w należytej czystości pomieszczeń punktu pralniczego,
   7) współpraca z komórkami organizacyjnymi Zespołu w celu zapewnienia prawidłowego obiegu

bielizny szpitalnej, operacyjnej, itp.

5. Naczelna Pielęgniarka podlega bezpośrednio Dyrektorowi i przed nim odpowiada za wykonywanie swoich zadań.
6. Naczelna Pielęgniarka przy znakowaniu spraw używa symbolu DP.

§ 27
GŁÓWNY KSIĘGOWY

1. Główny Księgowy odpowiada za całokształt spraw ekonomiczno-finansowych oraz bezpośrednio nadzoruje, koordynuje i ponosi odpowiedzialność za pracę Działu Finansowo-Księgowego.
2. Główny Księgowy wykonuje zadania określone w ustawach: o działalności leczniczej, o finansach publicznych, o rachunkowości i w przepisach wykonawczych do ustaw.
3. Główny Księgowy współpracuje z Działem Techniczno-Eksploatacyjnym, Działem Spraw Pracowniczych i Organizacji w zakresie dokonywania rozliczeń kosztów działalności administracyjno-gospodarczej i ewidencji majątku.
4. Główny Księgowy współpracuje z innymi komórkami organizacyjnymi Zespołu w zakresie rozliczeń ekonomiczno – finansowych.
5. Główny Księgowy podlega bezpośrednio Dyrektorowi.
6. Główny Księgowy przy znakowaniu spraw używa symbolu DGK.

§ 28
KIEROWNICY KOMÓREK ORGANIZACYJNYCH

1. Kierownicy komórek organizacyjnych Zespołu odpowiedzialni są za właściwe organizowanie pracy w podległych komórkach oraz za zapewnienie prawidłowego i terminowego wykonywania powierzonych zadań i obowiązków.
2. Do obowiązków kierowników komórek organizacyjnych należy w szczególności:
   1) ustalenie zakresów obowiązków, uprawnień oraz odpowiedzialności podległych pracowników,
   2) organizowanie i planowanie pracy komórki,
   3) nadzorowanie i kontrolowanie prawidłowego oraz terminowego wykonania przez podległą komórkę obowiązków i zadań,
   4) przydzielenie pracy podległym pracownikom i udzielanie wytycznych, co do sposobu ich wykonania, nadzorowanie i kontrolowanie przestrzegania przez podległych pracowników dyscypliny pracy, etyki zawodowej oraz przepisów ustawy o ochronie informacji niejawnych i ustawy o ochronie danych osobowych,
   5) wnioskowanie o przeszeregowanie pracowników podległej komórki,
   6) sporządzanie planów urlopów,
   7) współdziałanie z innymi komórkami organizacyjnymi w celu należytej realizacji zadań wymagających uzgodnień,
   8) udzielanie wyjaśnień w sprawach skarg i wniosków,
   9) usprawnianie organizacji, metod i form pracy komórki organizacyjnej,
   10) optymalizacja działania i dbałość o racjonalny rachunek kosztów.
3. Przed podjęciem decyzji o istotnym znaczeniu kierownicy komórek organizacyjnych Zespołu mają obowiązek zasięgać opinii prawnej. W szczególności wymagają opinii prawnej decyzje dotyczące:
   1) wydawania aktów prawnych o charakterze ogólnym,
   2) spraw indywidualnych, skomplikowanych pod względem prawnym,
   3) wzorów opracowywanych umów,
   4) rozwiązywania z pracownikiem stosunku pracy bez wypowiedzenia,
   5) spraw związanych z postępowaniem przed organami orzekającymi.

ROZDZIAŁ III
ZADANIA JEDNOSTEK I KOMÓREK ORGANIZACYJNYCH

§ 29
ZADANIA ODDZIAŁÓW SZPITALNYCH

1. Do zadań oddziałów szpitalnych należy w szczególności:
   1) zapewnienie pacjentom całodobowej kompleksowej opieki stacjonarnej,
   2) rozpoznawanie, leczenie i orzekanie o stanie zdrowia,
   3) wykonywanie badań diagnostycznych,
   4) udzielanie konsultacji specjalistycznych,
   5) szkolenie i doskonalenie personelu medycznego,
   6) prawidłowa gospodarka lekami,
   7) prowadzenie dokumentacji medycznej zgodnie z obowiązującymi przepisami,
   8) prowadzenie kontroli i rejestracji zakażeń szpitalnych,
   9) współdziałanie z innymi podmiotami leczniczymi i instytucjami pomocy społecznej,
   10) prowadzenie specjalizacji i staży kierunkowych w ramach specjalizacji.
2. Oddziały szpitalne przy znakowaniu spraw używają symboli literowych określonych, w załączniku nr 3 do niniejszego Regulaminu.

§ 30
ZADANIA BLOKU OPERACYJNEGO

1. Do zadań bloku operacyjnego należy w szczególności:
   1) wykonywanie zabiegów operacyjnych oraz wszystkich czynności poprzedzających zabieg, towarzyszących mu i niezbędnych zaraz po jego zakończeniu,
   2) umożliwienie przeprowadzenia zabiegu operacyjnego przez współpracujące oddziały zabiegowe, zarówno w trybie planowym, jak i ostrym, poprzez właściwe zabezpieczenie zasobów kadrowych, sprzętowych i innych,
   3) prowadzenie dokumentacji medycznej zgodnie z obowiązującymi przepisami,
   4) utrzymywanie pomieszczeń bloku operacyjnego w stanie wzorowej czystości i porządku,
   5) planowanie zabiegów operacyjnych,
   6) współpraca bloku operacyjnego z oddziałem anestezjologii oraz wszystkimi oddziałami zabiegowymi wykonującymi zabiegi na bloku operacyjnym.
2. Blok operacyjny przy znakowaniu spraw używa symbolu LB.

§ 31
ZADANIA APTEKI SZPITALNEJ

1. Do zadań Apteki Szpitalnej należy w szczególności:
   1) organizowanie zaopatrzenia w produkty lecznicze i wyroby medyczne,
   2) przyjmowanie, wydawanie i właściwe przechowywanie leków i wyrobów medycznych,
   3) sporządzanie leków recepturowych i aptecznych,
   4) kontrola rozchodu środków narkotycznych i psychotropowych stosowanych w procesie leczenia,
   5) informowanie komórek organizacyjnych o decyzjach Głównego Inspektora Farmaceutycznego dotyczących wstrzymań, wycofań lub dopuszczeń poszczególnych serii leków,
   6) kontrola przechowywania i zabezpieczania leków w medycznych komórkach organizacyjnych,
   7) kontrola zgodności merytorycznej zamówień realizowanych na podstawie umów przetargowych (wyłącznie zamówienia do apteki),
   8) księgowanie przychodów i rozchodów leków i wyrobów medycznych,
   9) współuczestniczenie w prowadzeniu gospodarki produktami leczniczymi i wyrobami medycznymi,
   10) udział w monitorowaniu działań niepożądanych leków,
   11) udział w komisjach przetargowych na zakup produktów leczniczych i wyrobów medycznych,
   12) prowadzenie wymaganej dokumentacji związanej z funkcjonowaniem Apteki Szpitalnej.
2. Apteka Szpitalna przy znakowaniu spraw używa symbolu LA.

§ 32
ZADANIA CENTRALNEJ STERYLIZATORNI

1. Do zadań Centralnej Sterylizatorni należy w szczególności:
   1) przyjmowanie narzędzi, sprzętu medycznego, materiałów opatrunkowych i bielizny operacyjnej w celu poddania ich procesowi sterylizacji,
   2) sterylizacja narzędzi, sprzętu medycznego, materiałów opatrunkowych i bielizny operacyjnej dla potrzeb Zespołu,
   3) świadczenie usługi sterylizacji w ramach podpisanych umów z kontrahentami zewnętrznymi,
   4) monitorowanie prawidłowości przebiegu procesu sterylizacji,
   5) segregacja i przechowywanie materiałów sterylnych w pomieszczeniu magazynowym,
   6) transport wysterylizowanego sprzętu do oddziałów szpitalnych i innych medycznych komórek organizacyjnych Zespołu,
   7) nadzór nad urządzeniami sterylizacyjnymi,
   8) prowadzenie dokumentacji potwierdzającej prawidłowość procesów sterylizacji.
2. Centralna Sterylizatornia przy znakowaniu spraw używa symbolu LS.

§ 33
ZADANIA PROSEKTORIUM

1. Do zadań Prosektorium należy w szczególności:
   1) transport zwłok z budynku szpitalnego do chłodni,
   2) przechowywanie zwłok,
   3) należyte przygotowanie zwłok, z zachowaniem godności należnej osobie zmarłej, do wydania ich osobie lub instytucji uprawnionej do ich pochowania,
   4) udostępnianie pomieszczenia celem samodzielnego ubrania zwłok przez osobę lub instytucję uprawnioną do ich pochowania,
   5) przygotowanie zwłok do sekcji i pomoc podczas jej wykonywania,
   6) utrzymanie pomieszczeń i narzędzi w należytej czystości,
   7) prowadzenie wymaganej dokumentacji.
2. Prosektorium przy znakowaniu spraw używa symbolu LZ.

§ 34
ZADANIA DZIAŁU POMOCY DORAŹNEJ I PRZYJĘĆ

1. Do zadań Działu Pomocy Doraźnej i Przyjęć należy w szczególności:
   1) zapewnienie całodobowej gotowości do udzielania świadczeń ratownictwa medycznego (medycznych czynności ratunkowych) poprzez utrzymanie w stałej dyspozycji obsady kadrowej, środków transportu wraz z niezbędnymi elementami wyposażenia w sprzęt i aparaturę medyczną, a także kompletnego zestawu leków i wyrobów medycznych,
   2) udzielanie w miejscu zdarzenia świadczeń zdrowotnych w sytuacjach związanych z wypadkiem, urazem, porodem, nagłym zachorowaniem lub nagłym pogorszeniem stanu zdrowia powodującym zagrożenie życia,
   3) wykonywanie czynności lekarskich, pielęgniarskich i diagnostycznych właściwych dla komórki organizacyjnej izba przyjęć określonych w aktualnie obowiązujących przepisach,
   4) wykonywanie czynności diagnostycznych, lekarskich oraz administracyjno-statystycznych związanych z przyjęciem pacjenta do Szpitala,
   5) przewóz chorych i rannych wymagających ratowania życia lub zachowania ciągłości leczenia do placówek leczniczych,
   6) udzielanie niezbędnej pomocy medycznej w przypadku klęsk żywiołowych, katastrof oraz innych zdarzeń zagrażających życiu i zdrowiu w skali masowej,
   7) prowadzenie rejestracji zgłoszeń i udzielanie informacji o pacjentach, którym w związku z wypadkiem, nagłym pogorszeniem stanu zdrowia została udzielona pomoc,
   8) wystawienie karty informacyjnej udzielenia pomocy doraźnej,
   9) orzekanie o stanie zdrowia pacjenta i niezdolności do pracy,
   10) prowadzenie depozytu rzeczy wartościowych pacjenta,
   11) przewóz osób wymagających specjalnych warunków transportu na podstawie zleceń lekarzy udzielających świadczeń w podstawowej opiece zdrowotnej określonych w odrębnych

przepisach,

12) transport pacjentów ze szpitala do innej placówki medycznej, do domu pomocy społecznej lub do miejsca zamieszkania, na podstawie zlecenia lekarza oddziału, na zasadach określonych w odrębnych przepisach, w przypadkach, gdy jest to konieczne ze względu na stan zdrowia,
13) transport materiałów biologicznych,
14) wykonywanie usług transportu sanitarnego polegających na przewozie osób, na zlecenie innych zainteresowanych, w tym również osób fizycznych,
15) udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie niezbędnej pomocy medycznej przez lekarzy w przypadku nagłego zachorowania lub nagłego pogorszenia stanu zdrowia od poniedziałku do piątku w godz. od 18^{00} do 8^{00} dnia następnego oraz w soboty, niedziele i dni ustawowo wolne od pracy (święta) od 8^{00} do 8^{00} dnia następnego:
    a) w ambulatorium o charakterze wizyt ambulatoryjnych w zakresie świadczeń w nocnej i świątecznej opiece lekarskiej i pielęgniarskiej określonych w odrębnych przepisach,
    b) w domu ubezpieczonego w zakresie świadczeń zdrowotnych w nocnej i świątecznej opiece lekarskiej i pielęgniarskiej określonych w odrębnych przepisach,
16) odpłatne zabezpieczenie medyczne imprez masowych,
17) prowadzenie wymaganej dokumentacji zgodnie z obowiązującymi przepisami z uwzględnieniem specyfiki działu.

2. Dział Pomocy Doraźnej i Przyjęć przy znakowaniu spraw używa symbolu LP.

§ 35
ZADANIA PORADNI SPECJALISTYCZNYCH

1. Do zadań poradni specjalistycznych należy w szczególności:
    1) objęcie diagnostyką i leczeniem pacjentów zgłaszających się do poradni,
    2) współpraca z oddziałami szpitalnymi w zakresie hospitalizacji,
    3) orzekanie o stanie zdrowia pacjenta i czasowej niezdolności do pracy,
    4) prowadzenie wymaganej dokumentacji medycznej zgodnie z obowiązującymi przepisami z uwzględnieniem specyfiki poradni,
    5) prowadzenie sprawozdawczości z zakresu właściwości poradni specjalistycznych.
2. Poradnie specjalistyczne przy znakowaniu spraw używają symbolu LPS.

§ 36
ZADANIA LABORATORIUM ANALITYCZNEGO

1. Do zadań Laboratorium Analitycznego należy w szczególności:
    1) wykonywanie badań diagnostycznych na zlecenie właściwych jednostek i komórek organizacyjnych Zespołu,
    2) wykonywanie badań diagnostycznych na rzecz innych podmiotów leczniczych na zasadach określonych w odrębnych umowach i porozumieniach podpisanych z tymi podmiotami,
    3) wykonywanie badań diagnostycznych za odpłatnością zgodnie z obowiązującym cennikiem,
    4) ścisłe przestrzeganie przyjętych procedur postępowania przedanalitycznego, analitycznego i poanalitycznego, zgodnie z obowiązującymi standardami jakości w zakresie laboratoryjnej diagnostyki medycznej,
    5) ścisła współpraca z oddziałami i poradniami Zespołu w zakresie pobierania i dostarczania materiału do badań oraz przekazywanie informacji o stosowanych metodach i zakresach wartości prawidłowych,
    6) prowadzenie i nadzór nad magazynem materiałów i odczynników diagnostycznych,
    7) prawidłowe gospodarowanie zapasami w zakresie materiałów i odczynników diagnostycznych,
    8) prowadzenie wymaganej dokumentacji medycznej i sprawozdawczości.
2. Laboratorium Medyczne przy znakowaniu spraw używa symbolu LL.

§ 37
ZADANIA DZIAŁU DIAGNOSTYKI OBRAZOWEJ

1. Do zadań Działu Diagnostyki Obrazowej należy w szczególności:
    1) wykonywanie diagnostycznych badań obrazowych (radiologicznych, ultrasonograficznych, endoskopowych i innych) na zlecenie właściwych jednostek i komórek organizacyjnych Zespołu

oraz na zlecenie innych podmiotów leczniczych na zasadach określonych w odrębnych umowach i porozumieniach podpisanych z tymi podmiotami,
2) wykonywanie badań tomografii komputerowej (TK),
3) ścisłe przestrzeganie obowiązujących procedur postępowania, zgodnie z przyjętym systemem zapewnienia jakości,
4) wykonywanie badań odpłatnych zgodnie z obowiązującym cennikiem,
5) prowadzenie wymaganej sprawozdawczości,
6) prowadzenie archiwum kart radiologicznych w wersji elektronicznej oraz archiwum zdjęć,
7) prowadzenie dokumentacji medycznej zgodnie z obowiązującymi przepisami z uwzględnieniem specyfiki działu.

2. Dział Diagnostyki Obrazowej przy znakowaniu spraw używa symbolu LD.

§ 38
ZADANIA DZIAŁU FINANSOWO-KSIĘGOWEGO

1. Do zadań Działu Finansowo-Księgowego należy w szczególności:
   1) prowadzenie rachunkowości Zespołu zgodnie z obowiązującymi przepisami i zasadami, w tym:
      a) przyjmowanie, sporządzanie, obieg i archiwizacja dokumentacji księgowej,
      b) ewidencja mienia będącego w posiadaniu Zespołu
      c) prawidłowe rozliczanie kosztów rodzajowych między ośrodki kosztów,
      d) terminowe przekazywanie informacji finansowo-ekonomicznych wymaganych przepisami oraz wytycznymi organu nadzorującego,
   2) prowadzenie gospodarki finansowej Zespołu zgodnie z obowiązującymi przepisami, w tym:
      a) sporządzanie rocznego planu finansowego,
      b) monitorowanie realizacji tego planu, zapewnienie terminowego ściągania należności Zespołu i podejmowanie działań celem egzekwowania należnych środków,
      c) terminowe i prawidłowe rozliczanie otrzymanych dotacji,
   3) sporządzanie sprawozdań finansowych Zespołu i ich analiza,
   4) prowadzenie dokumentacji dla potrzeb podatku od towarów i usług zgodnie z obowiązującymi przepisami, w tym:
      a) wystawianie faktur VAT na podstawie otrzymanych zleceń, prowadzenie rejestru sprzedaży,
      b) sporządzanie miesięcznych deklaracji VAT,
   5) obsługa kasowa Zespołu,
   6) opracowywanie projektów przepisów wewnętrznych dotyczących prowadzenia rachunkowości, zakładowego planu kont, obiegu dokumentów księgowych, zasad przeprowadzania inwentaryzacji i kasacji,
   7) prowadzenie rejestru umów,
   8) nadzorowanie całokształtu prac z zakresu rachunkowości, wykonywanych przez inne komórki organizacyjne Zespołu.
2. Dział Finansowo – Księgowy podlega bezpośrednio Głównemu Księgowemu.
3. Dział Finansowo-Księgowy przy znakowaniu spraw używa symbolu GF.

§ 39
ZADANIA DZIAŁU STATYSTYKI MEDYCZNEJ I ROZLICZEŃ ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH

1. Do zadań Działu Statystyki Medycznej i Rozliczeń Świadczeń Zdrowotnych należy w szczególności:
   1) opracowywanie ofert w postępowaniu konkursowym i dokumentacji aktualizującej umowy z NFZ we wszystkich rodzajach i zakresach świadczeń,
   2) współpraca w poszukiwaniu możliwości pozyskiwania dodatkowych środków finansowych przeznaczonych na cele rozwojowe Zespołu i w przygotowywaniu wniosków w tym zakresie do instytucji zarządzających tymi funduszami,
   3) planowanie działań na rzecz uzyskania przez oddziały szpitalne akredytacji na prowadzenie specjalizacji i staży kierunkowych,
   4) przygotowywanie ofert na realizację programów polityki zdrowotnej ogłaszanych przez Ministerstwo Zdrowia i jednostki samorządu terytorialnego,

5) bieżące monitorowanie zarządzeń Prezesa NFZ, komunikatów i ogłoszeń NFZ, a następnie przekazywanie ich Z-cy Dyrektora ds. Lecznictwa celem uzyskania niezbędnych dyspozycji,
6) sporządzanie zbiorczych list oczekujących w poszczególnych rodzajach i zakresach świadczeń,
7) comiesięczne rozliczanie świadczeń zdrowotnych udzielanych pacjentom, wykazanych w raportach statystyczno-medycznych, rozliczeniowych i wystawianie rachunków do NFZ,
8) analiza i sprawdzanie dokumentów wystawianych przez Zespół dla NFZ,
9) bieżąca analiza refundacji kosztów przez NFZ,
10) opracowywanie sprawozdań z udzielanych świadczeń zdrowotnych oraz analiz dla potrzeb Zespołu oraz uprawnionych instytucji i organów,
11) sporządzanie sprawozdań statystycznych GUS z zakresu działalności Zespołu, zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami,
12) prowadzenie Księgi głównej przyjęć i wypisów dotyczącej rejestracji, przyjęć i wypisów chorych z Zespołu zgodnie z obowiązującymi przepisami,
13) prowadzenie Księgi zgonów,
14) egzekwowanie terminowego przekazywania przez oddziały szpitalne historii chorób,
15) udostępnianie i przesyłanie dokumentacji medycznej uprawnionym osobom i organom, zgodnie z obowiązującymi przepisami,
16) bieżące sporządzanie dziennego, miesięcznego i okresowego ruchu chorych,
17) prowadzenie całokształtu prac związanych z archiwizowaniem dokumentacji medycznej, zgodnie z obowiązującymi przepisami,
18) nadzorowanie prawidłowości prowadzenia dokumentacji medycznej zgodnie z obowiązującymi przepisami,
19) prawdzanie, w oparciu o odpowiednie dokumenty, uprawnień pacjenta do świadczeń zdrowotnych,
20) przekazywanie do właściwych organów zgłoszeń hospitalizowanych pacjentów chorych na choroby nowotworowe, zgodnie z obowiązującymi przepisami.

2. Dział Statystyki Medycznej i Rozliczeń Świadczeń Zdrowotnych bezpośrednio podlega Głównemu Księgowemu, działem kieruje Kierownik Dział Statystyki Medycznej i Rozliczeń Świadczeń Zdrowotnych - Zastępcy Głównego Księgowego.
3. Kierownik Działu Statystyki Medycznej i Rozliczeń Świadczeń Zdrowotnych – Zastępca Głównego Księgowego bezpośrednio podlega Głównemu Księgowemu.
4. Dział Statystyki Medycznej i Rozliczeń Świadczeń Zdrowotnych przy znakowaniu spraw używa symbolu GS.

§ 40
ZADANIA DZIAŁU SPRAW PRACOWNICZYCH I ORGANIZACJI

1. Do zadań Działu Spraw Pracowniczych i Organizacji należy w szczególności:
   1) prowadzenie spraw kadrowo płacowych w tym:
      a) prowadzenie właściwej polityki doboru i wykorzystywania personelu zatrudnionego w Zespole w ramach stosunku pracy lub na podstawie innej niż stosunek pracy,
      b) prowadzenie spraw pracowniczych i socjalnych,
      c) opracowywanie i doskonalenie systemu oceniania i motywowania pracowników,
      d) opracowywanie planów szkoleń i monitorowanie ich realizacji,
      e) współpraca z reprezentatywnymi organizacjami związkowymi,
      f) współtworzenie i nadzór nad przestrzeganiem regulaminu pracy na podstawie obowiązujących w tym zakresie przepisów prawa,
      g) opracowywanie i realizacja planu funduszu płac Zespołu,
      h) nadzór i kontrola nad przestrzeganiem dyscypliny pracy,
      i) ewidencja i naliczanie wynagrodzeń,
      j) zgłaszanie pracowników podejmujących pracę do ZUS oraz wyrejestrowywanie ich w przypadku ustania stosunku pracy,
      k) prowadzenie wymaganej dokumentacji i sprawozdawczości.
2. Opracowywanie projektów regulaminów oraz innych aktów normatywnych dotyczących funkcjonowania Zespołu i nadzór nad przygotowaniem takich projektów dotyczących procedur przeprowadzanych w poszczególnych komórkach organizacyjnych,
3. Prowadzenie spraw związanych z audytem, kontrolą wewnętrzną,
4. Zabezpieczenie obsługi kancelaryjnej i urządzeń poligraficznych.
5. Organizację prac związanych z obsługą sekretariatu w tym:

1) zapewnienie sprawnej obsługi administracyjno-biurowej sekretariatu Dyrektorów,
2) przyjmowanie, wysyłanie, ewidencjonowanie i przechowywanie korespondencji zewnętrznej i wewnętrznej, zgodnie z systemem obiegu dokumentów obowiązujących w Zespole,
3) obsługa telefoniczna, faksowa oraz poczty elektronicznej sekretariatu,
4) obsługa sprzętów i urządzeń będących na wyposażeniu sekretariatu,
5) rozdział korespondencji zgodnie z dyspozycjami Dyrektora i Zastępcy Dyrektora,
6) prowadzenie terminarza przyjęć interesantów Dyrektora i Zastępcy Dyrektora,
7) prowadzenie rejestru skarg, wniosków i pism,
8) gromadzenie i ewidencjonowanie aktów wewnętrznych dotyczących Zespołu,
9) współpraca z innymi jednostkami organizacyjnymi i komórkami Zespołu.

6. Zapewnienie chorym przebywającym w Szpitalu potrzeb religijnych w tym:
   1) udzielanie sakramentów świętych w kaplicy szpitalnej i salach chorych,
   2) odprawianie nabożeństw,
   3) troska o kaplicę szpitalną oraz umożliwienie osobom potrzebującym wsparcia duchowego korzystania z niej w ciągu dnia,
   4) przyjazd do Szpitala na każde wezwanie chorych.
7. Prowadzenie bieżącej obsługi sieci i sprzętu komputerowego, prowadzenie szkoleń z zakresu obsługi sprzętu informatycznego i oprogramowania, administrowanie danymi znajdującymi się w systemie informatycznym Zespołu oraz sprawowanie nadzoru nad bezpieczeństwem systemów informatycznych oraz ich użytkowaniem, a w szczególności:
   1) rozbudowa i modernizacja fizycznej sieci komputerowej Zespołu, a w szczególności proponowanie rozwiązań technologicznych, projektowanie i tworzenie nowych punktów dostępowych, modernizacja istniejących połączeń sieciowych oraz dobór i konfiguracja urządzeń sieciowych,
   2) instalacja, konfiguracja i utrzymanie serwerów Zespołu obejmujących działalność podstawową i administracyjną,
   3) instalacja i administracja systemami komputerowymi Zespołu, w szczególności utrzymanie systemu komputerowego w gotowości do pracy poprzez bieżące usuwanie awarii, okresowe sprawdzanie czy wszystkie stanowiska w systemie pracują poprawnie, statystyki pamięci, dysków, ilości i klasy błędów w sieci i zapobieganie ich powstawaniu, włączanie nowych użytkowników i obiektów, sprawdzanie zdolności odzyskania systemu w razie awarii,
   4) instalacja nowego i aktualizacja już używanego oprogramowania systemowego, narzędziowego i użytkowego na stacjach roboczych, opieka nad bazami danych,
   5) udzielanie stałej konsultacji (osobistej i telefonicznej) użytkownikom w zakresie funkcjonowania sprzętu i oprogramowania,
   6) wykonywanie prac konserwacyjnych stacji roboczych, serwerów i oprogramowania,
   7) nadzór nad serwisowaniem oprogramowania i sprzętu komputerowego,
   8) szkolenie w zakresie obsługi i użytkowania sprzętu komputerowego i systemów informatycznych Zespołu,
   9) zapewnienie bezpieczeństwa sieciowego Zespołu ze względu na gromadzenie, przetwarzanie i przechowywanie danych osobowych i medycznych oraz informacji poufnych,
   10) wykonywanie kopii bezpieczeństwa danych z serwerów i stacji roboczych użytkowników oraz archiwizacja danych,
   11) doradztwo techniczne w zakresie zamówień i zakupów oprogramowania i sprzętu komputerowego oraz przygotowanie niezbędnych materiałów do ich zakupu zgodnie z wymaganiami ustawy prawo zamówień publicznych,
8. Dział Spraw Pracowniczych i Organizacji podlega bezpośrednio Dyrektorowi, działem kieruje Kierownik Działu Spraw Pracowniczych i Organizacji.
9. Dział Spraw Pracowniczych i Organizacji przy znakowaniu spraw używa symbolu DO.

§ 41
ZADANIA DZIAŁU ZAOPATRZENIA I ZAMÓWIEŃ PUBLICZNYCH

1. Do zadań Działu Zaopatrzenia i Zamówień Publicznych należy w szczególności:
   1) prowadzenie gospodarki zaopatrzeniowo - magazynowej w tym:
      a) kompleksowe zaopatrywanie komórek organizacyjnych Zespołu w materiały niezbędne do ich prawidłowego funkcjonowania,
      b) współpraca z dostawcami w zakresie zakupu oraz ustalanie warunków i terminu dostaw,

c) zapewnienie prawidłowej gospodarki magazynowej,
d) bieżące gromadzenie ofert, katalogów, informacji o towarach, producentach i dostawcach,
e) zakup odzieży ochronnej i środków ochrony indywidualnej dla pracowników Zespołu,
f) prowadzenie wymaganej dokumentacji i sprawozdawczości.

2) prowadzenie spraw związanych z zamówieniami publicznymi w tym:
a) wybór trybu udzielenia zamówienia publicznego zgodny z ustawą o zamówieniach publicznych,
b) przeprowadzanie postępowań o zamówienia publiczne,
c) kompleksowe prowadzenie procedur w oparciu o ustawę Prawo zamówień publicznych, w szczególności:
- pełnienie funkcji sekretarza komisji przetargowych zgodnie z Regulaminem Pracy Komisji Przetargowej,
- sporządzanie specyfikacji warunków zamówienia publicznego przy współudziale właściwej merytorycznie komórki,
- sporządzanie ogłoszeń, zamówień, zawiadomień oraz informacji niezbędnych do przeprowadzenia postępowania,
- zamieszczenie ogłoszeń, specyfikacji warunków zamówienia oraz informacji na stronach internetowych i w miejscu publicznie dostępnym,
- sporządzanie wyjaśnień i modyfikacji specyfikacji warunków zamówienia,
- dokumentowanie postępowań,
- przygotowanie umów o zamówienia publiczne,
- przygotowanie procedury związanej z rozpatrywaniem odwołań,
d) prowadzenie rejestru postępowań,
f) prowadzenie rejestru protestów i odwołań,
g) prowadzenie korespondencji z zakresu zamówień publicznych,
h) prowadzenie sprawozdawczości w zakresie zamówień publicznych.
i) przeprowadzanie przetargów i przygotowywanie projektów umów na zbycie, wydzierżawienie i najem majątku trwałego.

2. Działu Zaopatrzenia i Zamówień Publicznych podlega bezpośrednio Dyrektorowi działem kieruje Kierownik Działu Zaopatrzenia i Zamówień Publicznych.
3. Dział Zaopatrzenia i Zamówień Publicznych przy znakowaniu spraw używa symbolu DZ.

§ 42
ZADANIA DZIAŁU TECHNICZNO – EKSPLOATACYJNEGO

1. Do zadań Działu Techniczno – Eksploatacyjnego należy w szczególności:
1) zarządzanie i administrowanie nieruchomościami pozostającymi w zasobach Zespołu,
2) bieżące utrzymywanie obiektów i otoczenia szpitalnego w stanie technicznym i funkcjonalnym umożliwiającym wypełnianie przez Zespół jego zadań statutowych i bezpieczeństwa,
1) organizacja i nadzór nad gospodarką odpadami i substancjami niebezpiecznymi dla ludzi i środowiska, prowadzenie rozliczeń związanych z administrowaniem nieruchomościami zarządzanymi przez Zespół,
2) nadzór i koordynacja działań w zakresie ochrony powietrza, środowiska przed odpadami medycznymi, komunalnymi i ściekami,
3) zapewnienie prawidłowej i bezawaryjnej eksploatacji pod kątem utrzymania w pełnej ciągłości pracy i sprawności technicznej oraz bieżącej konserwacji i napraw instalacji i urządzeń elektroenergetycznych, gazów medycznych, wodociągowo-sanitarnych, sieci węzłów ciepłowniczych, sieci i systemów instalacji i klimatyzacji, kontrolno-pomiarowych, itp.,
4) zapewnienie odpowiedniego stanu technicznego nieruchomości będących w zasobach Zespołu, z uwzględnieniem koniecznych dla ich prawidłowego funkcjonowania robót ślusarsko-hydraulicznych oraz murarsko-stolarskich,
5) nadzór nad dostarczaniem ciepła, ciepłej wody oraz pary technologicznej do obiektów szpitala,
6) organizowanie i przeprowadzanie okresowych przeglądów i inspekcji nieruchomości, instalacji oraz sprzętu w celu zapewnienie ich właściwego funkcjonowania,
7) prowadzenie dokumentacji technicznej nadzorowanych inwestycji i modernizacji, jak również maszyn, urządzeń instalacji i sieci energetycznych,
8) prowadzenie bieżącego nadzoru nad eksploatacją aparatury i sprzętu medycznego,
9) pozyskiwanie wykonawców napraw i remontów, posiadających wymagane kwalifikacje

(uprawnienia) do wykonywania prac remontowych, naprawczych, serwisowych,
10) przekazywanie informacji do Systemu Ewidencji Zasobów Ochrony Zdrowia (SEZOZ).

2. Dział Techniczno- Eksploatacyjny podlega bezpośrednio Dyrektorowi działem kieruje Kierownik Działu Techniczno –Eksploatycyjnego.
3. Dział Techniczno- Eksploatacyjny przy znakowaniu spraw używa symbolu DT.

§ 43
ZADANIA PIELĘGNIARKI EPIDEMIOLOGICZNEJ

1. Do zadań pielęgniarki epidemiologicznej należy w szczególności:
   1) nadzorowanie i monitorowanie stanu sanitarno-epidemiologicznego Zespołu oraz pracy personelu we wszystkich komórkach organizacyjnych i pomieszczeniach szpitalnych,
   2) współuczestnictwo w wypracowaniu strategii działań Zespołu w zakresie profilaktyki i zwalczania zakażeń,
   3) prowadzenie kontroli wewnętrznej oraz przedstawianie wyników i wniosków z tej kontroli Dyrektorowi,
   4) określanie ryzyka zakażeń wśród pacjentów i personelu oraz monitorowanie zakażeń szpitalnych,
   5) organizowanie szkoleń z zakresu higieny, epidemiologii i zakażeń szpitalnych,
   6) uczestnictwo w pracach Zespołu ds. Kontroli Zakażeń Szpitalnych,
   7) opracowywanie planów oraz instrukcji, procedur i standardów postępowania w zakresie higieny, epidemiologii i zakażeń szpitalnych,
   8) udział w komisjach przetargowych na zakup sprzętu medycznego jednorazowego i wielorazowego, środków czystości, preparatów dezynfekcyjnych na potrzeby Zespołu,
   9) współpraca z organami Państwowej Inspekcji Sanitarnej,
   10) prowadzenie wymaganej dokumentacji i sprawozdawczości.
2. Pielęgniarka epidemiologiczna podlega bezpośrednio Dyrektorowi i przed nim odpowiada za wykonywanie swoich zadań.
3. Pielęgniarka epidemiologiczna przy znakowaniu spraw używa symbolu DE.

§ 44
ZADANIA RADCY PRAWNEGO

1. Do zadań radcy prawnego należy zapewnienie kompleksowej obsługi prawnej Zespołu, a w szczególności:
   1) udzielanie porad, opinii i wyjaśnień w sprawach dotyczących stosowania obowiązujących przepisów prawnych,
   2) pomoc w opracowywaniu i opiniowanie umów i innych aktów wywołujących skutki prawne,
   3) opiniowanie pod względem prawnym wewnętrznych aktów normatywnych,
   4) zastępstwo w postępowaniu sądowym, administracyjnym oraz przed innymi organami orzekającymi.
2. Stanowisko radcy prawnego podlega bezpośrednio Dyrektorowi.
3. Radca prawny przy znakowaniu spraw używa symbolu DR.

§ 45
ZADANIA STANOWISKA DS. OCHRONY INFORMACJI NIEJAWNYCH I OBRONY CYWILNEJ

1. Do zadań Pełnomocnika ds. ochrony informacji niejawnych należy w szczególności:
   1) zapewnienie aktualności dokumentacji związanej z podwyższeniem gotowości obronnej (plan, zestawy zadań, stały dyżur),
   2) organizowanie i szkolenie członków stałego dyżuru,
   3) zapewnienie rozwinięcia planowanej bazy łóżkowej na zastępcze miejsca szpitalne oraz poszerzenie bazy szpitalnej,
   4) współdziałanie z Wydziałem Zarządzania Kryzysowego i Ochrony Zdrowia Starostwa Powiatowego i Wielkopolskiego Urzędu Wojewódzkiego w zakresie spraw obronnych,
   5) wykonywanie zadań pełnomocnika ds. ochrony informacji niejawnych wynikających z ustawy o ochronie informacji niejawnych.
2. Pełnomocnik ds. ochrony informacji niejawnych podlega bezpośrednio Dyrektorowi.
3. Pełnomocnik ds. ochrony informacji niejawnych przy znakowaniu spraw używa symbolu DW.

§ 46
ZADANIA STANOWISKA DS. BEZPIECZENSTWA I HIGIENY PRACY ORAZ OCHRONY PRZECIWPOŻAROWEJ

1. Do zadań stanowiska ds. bezpieczeństwa i higieny pracy oraz ochrony przeciwpożarowej należy w szczególności:
   1) sporządzanie i przedstawianie Dyrektorowi, co najmniej raz w roku okresowych analiz stanu bhp zawierających propozycje przedsięwzięć organizacyjnych i technicznych, mających na celu zapobieganie zagrożeniom życia i zdrowia pracowników oraz poprawę warunków pracy,
   2) bieżące informowanie Dyrektora o stwierdzonych zagrożeniach zawodowych wraz z wnioskami zmierzającymi do ich usunięcia,
   3) udział w opracowywaniu zarządzeń, regulaminów i instrukcji dotyczących bhp,
   4) udział w dochodzeniach powypadkowych, prowadzenie rejestrów, kompletowanie i przechowywanie dokumentów dotyczących wypadków przy pracy, stwierdzonych chorób zawodowych, przechowywanie wyników badań środowiska pracy,
   5) współpraca ze służbą pracowniczą w zakresie organizowania i przeprowadzania szkoleń w zakresie bhp i ppoż. oraz zapewnienia właściwej adaptacji zawodowej nowo zatrudnionych pracowników.
   6) realizacja zadań w zakresie zabezpieczenia przeciwpożarowego Zespołu zgodnie z obowiązującymi przepisami,
   7) opracowywaniem planów poprawy stanu bezpieczeństwa pożarowego oraz czuwanie nad ich realizacją,
   8) udział w komisjach odbioru urządzeń i obiektów lub ich części,
   9) planowanie potrzeb wyposażenia obiektów w sprzęt i urządzenia pożarnicze oraz w instalacje sygnalizacyjno-alarmowe,
   10) nadzór nad kontrolą i konserwacją podręcznego sprzętu gaśniczego,
   11) prowadzenie dokumentacji dotyczącej zabezpieczenia przeciwpożarowego obiektów,
   12) opracowanie i aktualizacja instrukcji bezpieczeństwa pożarowego,
   13) współdziałanie z właściwymi terenowo jednostkami organizacyjnymi Państwowej Straży Pożarnej
2. Stanowisko ds. bezpieczeństwa i higieny pracy oraz ochrony przeciwpożarowej podlega bezpośrednio Dyrektorowi
3. Stanowisko ds. bezpieczeństwa i higieny pracy oraz ochrony przeciwpożarowej przy znakowaniu spraw używa symbolu DB.

§ 47
ZADANIA INSPEKTORA OCHRONY DANYCH

1. Do zadań Inspektora Ochrony Danych należy:

   1) informowanie Dyrektora oraz pracowników o obowiązkach spoczywających na nich na mocy Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27.04.2016 roku w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE zwanego dalej Rozporządzeniem oraz innych przepisów,
   2) monitorowanie przestrzegania Rozporządzenia oraz innych przepisów Unii i państw członkowskich oraz polityk administratora lub procesora,
   3) szkolenie personelu uczestniczącego w operacjach przetwarzania,
   4) przeprowadzanie systematycznych audytów w Zakładzie,
   5) udzielanie wskazówek w przedmiocie wdrożenia odpowiednich i skutecznych środków technicznych jak również organizacyjnych mających zabezpieczyć dane osobowe oraz jak wykazać przestrzeganie prawa przez administratora lub podmiotu przetwarzającego dane w szczególności, jeżeli chodzi o identyfikowanie ryzyka związanego z przetwarzaniem, o jego ocenę pod katem źródła, charakteru, prawdopodobieństwa i wagi zagrożenia oraz o najlepsze praktyki pozwalające zminimalizować to ryzyko,
   6) udzielanie na żądanie zaleceń, co do oceny skutków oraz monitorowanie ich wykonania w przypadku, gdy Dyrektor przed rozpoczęciem przetwarzania zobowiązany jest do przeprowadzenia oceny skutków planowanych operacji przetwarzania dla ochrony danych,
   7) udzielanie na żądanie zaleceń, co do oceny skutków dla ochrony danych oraz monitorowanie

jej wykonania zgodnie z Rozporządzeniem,

8) współpraca z organem nadzorczym i pełnienie funkcji punktu kontaktowego dla organu nadzorczego w kwestiach związanych z przetwarzaniem, w tym z uprzednimi konsultacjami, o których mowa w Rozporządzeniu, oraz w stosownych przypadkach prowadzenie konsultacji we wszelkich innych sprawach,

9) pełnienie roli punktu kontaktowego dla osób, których dane dotyczą, we wszystkich sprawach związanych z przetwarzaniem ich danych osobowych oraz z wykonywaniem praw przysługujących im na mocy niniejszego rozporządzenia.

10) prowadzenie rejestru czynności lub rejestru kategorii czynności.

2. Inspektor Ochrony Danych przy znakowaniu spraw używa symbolu DI.
3. Inspektor Ochrony Danych podlega bezpośrednio Dyrektorowi.

§ 48
ZADANIA PEŁNOMOCNIKA DS. SYSTEMU ZARZĄDZANIA JAKOŚCIĄ

1. Do zadań Pełnomocnika ds. Systemu Zarządzania Jakością należy w szczególności:
   1) gromadzenie dokumentów systemowych, ich przechowywanie przegląd, aktualizację i dystrybucje,
   2) planowanie, rejestrowanie i realizacje audytów wewnętrznych zgodnie z procedurą,
   3) dobór audytorów do przeprowadzenia audytów wewnętrznych i aktualizowanie listy audytorów,
   4) kompletowanie dokumentów związanych z audytami wewnętrznymi oraz kartami niezgodności,
   5) nadzorowanie prowadzenia rejestru działań korygujących i zapobiegawczych,
   6) przygotowywanie planów przeglądów zarządzania,
   7) sporządzanie protokołu z przeglądu oraz ich dystrybucję,
   8) prowadzenie szkoleń okresowych i bieżących dla audytorów wewnętrznych,
   9) uczestniczenie w projektowaniu celów i zadań oraz Polityki Jakości,
   10) zapewnienie właściwej komunikacji wewnętrznej i zewnętrznej w sprawach dotyczących systemu zarządzania jakością (SZJ),
   11) określenie potrzeb szkoleniowych w zakresie wynikającym z nadzorowania i doskonalenia systemu zarządzania jakością,
   12) prowadzenie korespondencji i współpraca z organem tworzącym,
   13) opracowywanie i przygotowywanie materiałów dla Rady Społecznej oraz obsługa posiedzenia Rady,
   14) prowadzenie spraw związanych z ubezpieczeniem Zespołu,
   15) nadzorowanie systemu zarządzania jakością w Zespole,
   16) przechowywanie i aktualizacja dokumentacji systemowej,
   17) przygotowywanie planów przeglądów zarządzania i audytów wewnętrznych i nadzór nad ich realizacją,
   18) inicjowanie działań doskonalących z zakresu systemu zarządzania jakością,
   19) współpraca w administrowaniu systemów informatycznych związanych z ochroną zdrowia,
   20) współpraza z kierownikami komórek organizacyjnych Zespołu oraz udzielanie pomocy w sprawach związanych z Systemem Zarządzania Jakością.
   21) prowadzenie dokumentacji związanej z rejestracją Zespołu i prawnymi zasadami jego funkcjonowania,
   22) nadzór nad terminowym załatwianiem skarg i wniosków składanych do Dyrektora,
   23) prowadzenie i aktualizacja obowiązujących rejestrów.
2. Nadto Pełnomocnika ds. Zarządzania Jakością uprawniony jest do:
   1) inicjowania i organizowania spotkań szkoleniowych z audytorami wewnętrznymi na szczeblu SP ZOZ w Turku,
   2) zlecenia zadań do wykonania związanych z utrzymaniem SZJ,
   3) kwalifikowanie personelu do przeprowadzenia audytów wewnętrznych,
   4) ocena pracy audytorów i wnioskowanie o ich motywację,
   5) inicjowanie działań doskonalących z zakresu SZJ,
   6) ustalenie środków na utrzymanie i doskonalenie SZJ i wnioskowanie o ich przyznanie,
   7) reprezentowanie SP ZOZ w kontaktach z klientami w zakresie SZJ.
3. Pełnomocnik ds. Systemu Zarządzania Jakością podlega bezpośrednio Dyrektorowi.
4. Pełnomocnik ds. Systemu Zarządzania Jakością przy znakowaniu spraw używa symbolu DJ.

DZIAŁ III
PRZEBIEG PROCESU UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH

Rozdział I
POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 49

Zespół organizuje udzielanie świadczeń zdrowotnych w sposób zapewniający pacjentom najdogodniejszą formę korzystania ze świadczeń, właściwą ich dostępność, a także właściwą jakość udzielanych świadczeń.

§ 50

Świadczenia zdrowotne udzielane są wyłącznie przez osoby wykonujące zawody medyczne oraz spełniające wymagania kwalifikacyjne określone w odrębnych przepisach.

§ 51

1. Świadczenia zdrowotne realizowane są przez Zespół w ramach przedsiębiorstw określonych w § 9.
2. Strukturę organizacyjną Zespołu przedstawia załącznik nr 1 do niniejszego Regulaminu, stanowiący jego integralną część.

§ 52

1. Świadczenia zdrowotne udzielane są pacjentom z należytą starannością, z poszanowaniem praw pacjenta, zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, dostępnymi metodami i środkami zapobiegania, rozpoznawania, leczenia chorób oraz zasadami etyki zawodowej, przepisami prawa obowiązującymi w tym zakresie.
2. Misja Zespołu to: „Opiekę i zdrowie znajdziesz w SP ZOZ w Turku".

§ 53

1. Zespół udziela świadczeń zdrowotnych na podstawie skierowania lekarza (felczera) ubezpieczenia zdrowotnego lub bez skierowania.
2. Świadczenia zdrowotne w Zespole są udzielane bez skierowania w razie wypadków, zatruć, urazów, porodu, stanów zagrożenia życia lub w innych przypadkach wskazanych w powszechnie obowiązujących aktach prawnych.
3. Żadne okoliczności nie mogą stanowić podstawy do odmowy udzielania świadczenia zdrowotnego, jeżeli osoba zgłaszająca się do Zespołu potrzebuje natychmiastowego udzielenia takiego świadczenia ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia.
4. Lekarz udzielający świadczeń zdrowotnych decyduje o konieczności wykonania badań laboratoryjnych oraz diagnostycznych, a także zabiegów, wskazując jednocześnie miejsce ich nieodpłatnego wykonania w komórkach organizacyjnych Zespołu lub przez podmioty, z którymi Zespół posiada zawarte umowy.
5. Zespół prowadzi dokumentację medyczną dotycząca osób korzystających ze świadczeń zdrowotnych z zapewnieniem ochrony danych osobowych zawartych w dokumentacji oraz udostępnia dokumentację zgodnie z obowiązującymi przepisami.

§ 54

1. W celu skorzystania z bezpłatnych świadczeń zdrowotnych należy przedstawić dokument potwierdzający tożsamość osoby zgłaszającej się do rejestracji celem uzyskania świadczenia zdrowotnego.
2. Na podstawie przedłożonego dokumentu oraz numeru PESEL weryfikuje się prawo tej osoby do bezpłatnych świadczeń zdrowotnych przy wykorzystaniu Elektronicznej Weryfikacji Uprawnień Świadczeniobiorców (eWUŚ).
3. W przypadku negatywnej weryfikacji (braku potwierdzenia uprawnień do bezpłatnych świadczeń) prawo do nich można potwierdzić za pomocą dokumentów papierowych, np. zaświadczeniem z zakładu pracy, legitymacją emeryta lub rencisty, aktualnym zgłoszeniem do ubezpieczenia zdrowotnego.
4. Pacjent nieposiadający przy sobie dokumentów, o których mowa w ust. 3 może złożyć oświadczenie o uprawnieniu do świadczeń, które musi zawierać: imię i nazwisko pacjenta, adres zamieszkania, podstawę prawną do świadczeń, np. zawarta umowa o pracę, emerytura, numer PESEL, rodzaj dokumentu potwierdzającego tożsamość.

§ 55

1. Zespół udziela świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych osobom ubezpieczonym oraz innym osobom uprawnionym do tych świadczeń na podstawie odrębnych przepisów, a także za odpłatnością.
2. Wysokość opłat za świadczenia zdrowotne wykonywane za odpłatnością ustalona jest odrębnym Zarządzeniem Dyrektora.
3. Wysokość opłat za przechowywanie zwłok pacjenta przez okres dłuższy niż 72 godziny ustalona jest odrębnym Zarządzeniem Dyrektora.
4. Wysokość opłat za udostępnienie dokumentacji medycznej poprzez sporządzenie wyciągów, odpisów lub kopii ustalona jest odrębnym Zarządzeniem Dyrektora.

§ 56

1. Świadczenia opieki zdrowotnej są udzielane pacjentom według kolejności zgłoszenia.
2. Inwalidzi wojskowi i wojenni, kombatanci, zasłużeni Honorowi Dawcy Krwi, Zasłużeni Dawcy Przeszczepu mają prawo korzystać poza kolejnością ze świadczeń zdrowotnych.
3. W przypadku braku miejsc, względów epidemicznych, wyczerpania limitu na udzielanie świadczeń lub ze względu na zakres świadczeń udzielanych przez Zespół, pacjenci kierowani są do innych placówek lecznictwa stacjonarnego, bądź - jeśli jest to możliwe ze względu na stan zdrowia - wpisywani są na listę oczekujących na udzielenie świadczenia.
4. Poza kolejnością udziela się świadczeń zdrowotnych pacjentom w przypadkach stanu zagrożenia życia lub porodu, wypadku, zatrucia, urazu.

§ 57

1. Świadczenia zdrowotne szpitalne i świadczenia ambulatoryjne są udzielane według kolejności zgłoszenia.
2. Oddziały szpitalne i poradnie specjalistyczne Zespołu w szczególności:
   1) ustalają kolejność udzielenia świadczenia na podstawie zgłoszeń pacjentów wpisując ich na listę oczekujących,
   2) informują pacjenta o terminie udzielenia świadczenia,
   3) wpisują datę i przyczynę skreślenia pacjenta z listy,
   4) każda zmiana terminu planowego świadczenia medycznego może nastąpić po uzgodnieniu z pacjentem osobiście lub telefonicznie i odnotowaniu we właściwej dokumentacji w następujących okolicznościach:
      a) rezygnacji pacjenta,
      b) zdarzeń losowych i chorobowych,
      c) w przypadku awarii aparatury niezbędnej do wykonania świadczenia.
3. Lista oczekujących stanowi integralną część dokumentacji medycznej.
4. Lista oczekujących prowadzona jest w sposób zapewniający poszanowanie zasady sprawiedliwego, równego, niedyskryminującego i przejrzystego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej oraz zgodnie z zasadami określonymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

Rozdział II
SZPITAL POWIATOWY

§ 58

1. Świadczeniobiorca ma prawo do leczenia szpitalnego na podstawie skierowania lekarza, lekarza dentysty lub felczera, jeżeli cel leczenia nie może być osiągnięty przez leczenie ambulatoryjne.
2. Pacjenci przyjmowani są do Szpitala w trybie nagłym lub planowym.

§ 59

1. Przyjęcie pacjentów do Szpitala w trybie nagłym odbywa się całodobowo w Izbie Przyjęć.
2. O przyjęciu do Szpitala osoby zgłaszającej się lub przywiezionej do Szpitala decyduje lekarz dyżurny Izby Przyjęć, po zapoznaniu się ze stanem zdrowia i ewentualnej konsultacji specjalistycznej, w porozumieniu z kierownikiem oddziału/ordynatorem, z-cą ordynatora lub lekarzem dyżurującym właściwego oddziału; w celu przyjęcia do szpitala konieczne jest uzyskanie zgody tej osoby, jej opiekuna faktycznego lub przedstawiciela ustawowego, chyba, że na mocy odrębnych przepisów możliwe jest przyjęcie do Szpitala bez wyrażenia zgody.
3. Jeżeli lekarz Izby Przyjęć stwierdzi potrzebę niezwłocznego umieszczenia pacjenta w szpitalu, a brak miejsc, zakres udzielanych przez Szpital świadczeń lub względy epidemiologiczne nie pozwalają na przyjęcie, po udzieleniu niezbędnej pomocy medycznej w Dziale Pomocy Doraźnej i Przyjęć, zapewnia się w razie potrzeby przewiezienie pacjenta do innego szpitala, po uprzednim porozumieniu się z tym szpitalem. O dokonanym rozpoznaniu stanu zdrowia i podjętych czynnościach lekarz dokonuje odpowiedniego wpisu w dokumentacji medycznej.
4. Jeżeli przyjęcie do Szpitala nie musi nastąpić natychmiast, nie występuje sytuacja bezpośredniego zagrożenia zdrowia lub życia, a Szpital nie ma w danej chwili możliwości przyjęcia, świadczeniobiorcę wpisuje się na listę oczekujących.

§ 60

1. Pacjent przyjmowany w trybie planowym zgłasza się do Rejestracji Izby Przyjęć w wyznaczonym terminie z kompletem wymaganej dokumentacji: skierowaniem do szpitala, wymaganymi badaniami dodatkowymi, dokumentacją z przebytych chorób i leczenia oraz z dokumentem tożsamości i numerem PESEL.
2. Po dokonaniu przez pielęgniarkę pomiaru parametrów życiowych i założeniu stosownej dokumentacji medycznej pacjent zostaje przekazany z Izby Przyjęć do właściwego oddziału szpitalnego.

§ 61

1. Z chwilą przyjęcia do Szpitala pacjent ma możliwość przekazania przedmiotów wartościowych do depozytu.
2. Przedmioty wartościowe wydawane są pacjentowi na każde życzenie, przez uprawnionego pracownika Zespołu za pokwitowaniem.
3. Za przedmioty wartościowe nieprzekazane przez pacjenta do depozytu Zespół nie ponosi odpowiedzialności.

§ 62

W ramach świadczeń zdrowotnych z zakresu leczenia szpitalnego pacjenci są hospitalizowani w funkcjonujących w Zespole oddziałach szpitalnych, określonych w załączniku nr 1 do niniejszego Regulaminu.

§ 63

1. Oddziały szpitalne zapewniają przyjętym pacjentom:
   1) świadczenia zdrowotne,
   2) środki farmaceutyczne i materiały medyczne niezbędne do prawidłowego procesu leczenia,
   3) pomieszczenie i wyżywienie odpowiednie do stanu zdrowia,
   4) transport sanitarny na warunkach określonych w odrębnych przepisach.

§ 64

Pacjenta do Szpitala przyjmuje się w każdym dniu i o każdej porze dnia na podstawie decyzji kierownika oddziału/ordynatora, jego zastępcy lub lekarza dyżurnego w przypadkach uzasadnionych medycznie.

§ 65

1. Hospitalizacja pacjenta obejmuje:
   1) kompleksową ocenę stanu zdrowia,
   2) przeprowadzenie procedur diagnostycznych i medycznych,
   3) leczenie farmakologiczne i zabiegowe,
   4) wydanie zaleceń lekarskich po hospitalizacji,
   5) wydanie zaświadczenia o niezdolności do pracy,
   6) wypis pacjenta.

§ 66

1. Wypisanie ze Szpitala, jeżeli przepisy szczególne nie stanowią inaczej, następuje:
   1) gdy stan zdrowia pacjenta nie wymaga dalszego leczenia w Szpitalu,
   2) na żądanie osoby przebywającej w Szpitalu, jego przedstawiciela ustawowego po złożeniu odpowiedniego oświadczenia (w przypadku jego braku lekarz musi sporządzić adnotację w dokumentacji medycznej). Osoba występująca o wypisanie ze Szpitala na własne żądanie jest informowana przez lekarza o możliwych następstwach związanych z zaprzestaniem leczenia w szpitalu,
   3) gdy pacjent w sposób rażący narusza porządek lub przebieg procesu udzielania świadczeń zdrowotnych, a nie zachodzi obawa, że odmowa lub zaprzestanie udzielania świadczenia 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 można odmówić wypisania do czasu wydania w tej sprawie orzeczenia przez właściwy ze względu na miejsce udzielania świadczeń sąd opiekuńczy. Właściwy sąd opiekuńczy zawiadamiany jest niezwłocznie o odmowie wypisania ze Szpitala i przyczynach odmowy.
3. Jeżeli przedstawiciel ustawowy lub opiekun faktyczny nie odbiera małoletniego lub osoby niezdolnej do samodzielnej egzystencji ze Szpitala w wyznaczonym terminie, Zespół zawiadamia o tym niezwłocznie organ gminy właściwy ze względu na miejsce zamieszkania lub pobytu tej osoby oraz organizuje na koszt gminy przewiezienie do miejsca zamieszkania.

Rozdział III
AMBULATORIUM POWIATOWE

§ 67

1. Ambulatoryjne świadczenia zdrowotne, udzielane w Ambulatorium Powiatowym, obejmują świadczenia podstawowej i specjalistycznej opieki zdrowotnej, a także świadczenia zdrowotne z zakresu badań diagnostycznych oraz pomocy doraźnej i ratownictwa medycznego.
2. Świadczenia zdrowotne, o których mowa w ust.1 udzielane są w Dziale Pomocy Doraźnej i Przyjęć, Poradniach Specjalistycznych, Laboratorium Analitycznym, Dziale Diagnostyki Obrazowej.

§ 68

1. Zespoły ratownictwa medycznego, funkcjonujące w strukturze Działu Pomocy Doraźnej i Przyjęć, udzielają całodobowo i codziennie świadczeń zdrowotnych z zakresu ratownictwa medycznego w stanach nagłego zagrożenia zdrowotnego w miejscu zdarzenia.
2. Miejscem wyczekiwania zespołu ratownictwa medycznego specjalistycznego „S" oraz zespołu ratownictwa medycznego podstawowego „P1" jest Turek, ul. Poduchowne 1, a zespołu ratownictwa medycznego podstawowego „P2" - Dobra, ul. Wiatraki 15.
3. Zgłoszenia o zdarzeniach przyjmuje dyspozytor medyczny Wojewódzkiej Stacji Pogotowia Ratunkowego w Koninie (tel. 999, 112).

§ 69

1. Proces udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie ratownictwa medycznego opiera się w szczególności na następujących zasadach:
   1) polecenie wyjazdu zespołu ratownictwa medycznego wydaje dyspozytor medyczny wraz z przekazaniem przyjętych w trakcie zgłoszenia informacji,
   2) zespół ratownictwa medycznego dociera na miejsce zdarzenia w możliwie najkrótszym czasie,

3) na miejscu zdarzenia zespół ratownictwa medycznego podejmuje medyczne czynności ratunkowe kierując się poleceniami osoby kierującej akcją prowadzenia medycznych czynności ratunkowych, wyznaczoną przez dyspozytora medycznego; zespół ocenia również stan bezpieczeństwa miejsca zdarzenia pod kątem zagrożeń dla osób znajdujących się w miejscu zdarzenia oraz wzywa odpowiednie służby (np. Policję, PSP) w celu ograniczenia lub wyeliminowania tych zagrożeń,
4) zespół ratownictwa medycznego transportuje osobę w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego do najbliższego, pod względem czasu dotarcia, szpitalnego oddziału ratunkowego lub do szpitala wskazanego przez dyspozytora medycznego lub lekarza koordynatora ratownictwa medycznego,
5) jeśli liczba osób wymagających udzielenia medycznych czynności ratunkowych przekracza możliwości zespołu ratownictwa medycznego, zespół zobowiązany jest po dokonaniu oceny stanu zdrowia osób poszkodowanych powiadomić dyspozytora medycznego o zaistniałej sytuacji i konieczności wezwania dodatkowych zespołów lub innych służb ratowniczych,
6) podczas zdarzeń, w których prowadzone są także działania w zakresie gaszenia pożarów, ratownictwa chemicznego, ekologicznego lub technicznego, kierowanie jest prowadzone przez kierującego działaniami ratowniczymi w rozumieniu przepisów o ochronie przeciwpożarowej,
7) w razie konieczności użycia jednostek systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego spoza rejonu operacyjnego zespołu, dyspozytor medyczny powiadamia o tym fakcie lekarza koordynatora ratownictwa medycznego,
8) po powrocie do miejsca stacjonowania (wyczekiwania) zespół ratownictwa medycznego bez zwłoki zgłasza swój powrót dyspozytorowi medycznemu,
9) w przypadku wezwania do pacjenta z zaburzeniami psychicznymi lekarz lub inna osoba uprawniona może zdecydować o zastosowaniu przymusu bezpośredniego, w trybie i na zasadach określonych obowiązującymi przepisami prawa,
10) w przypadku stwierdzenia zgonu personel Działu Pomocy Doraźnej i Przyjęć postępuje zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa dotyczącymi stwierdzania zgonu i jego przyczyny oraz zasad wystawiania karty zgonu,
11) zespół ratownictwa medycznego pozostaje w stałej łączności z dyspozytorem medycznym,
12) lekarz wykonujący medyczne czynności ratunkowe nie zleca badań diagnostycznych ani konsultacji specjalistycznych czy szpitalnych; ma natomiast obowiązek skierować pacjenta na dalsze leczenie, jeżeli stan pacjenta tego wymaga.

§ 70

1. Zespół transportu sanitarnego realizuje przewozy osób i materiałów biologicznych oraz materiałów do udzielania świadczeń zdrowotnych wymagających specjalnych warunków transportu.
2. Miejscem wyczekiwania zespołu transportu sanitarnego jest Turek, ul. Poduchowne 1.
3. W zakresie transportu sanitarnego miejsce udzielania świadczeń wynika ze zlecenia na transport sanitarny oraz dyspozycji kierownika Działu Pomocy Doraźnej i Przyjęć lub osoby przez niego upoważnionej.

§ 71

1. Realizacja zadań w zakresie transportu sanitarnego opiera się w szczególności na następujących zasadach:
   1) bezpłatny przejazd środkiem transportu sanitarnego przysługuje na podstawie zlecenia lekarza (felczera) ubezpieczenia zdrowotnego do najbliższego podmiotu leczniczego, udzielającego świadczeń we właściwym zakresie, i z powrotem w przypadkach:
      a) konieczności podjęcia natychmiastowego leczenia w podmiocie leczniczym,
      b) wynikających z potrzeby zachowania ciągłości leczenia,
      c) dysfunkcji narządu ruchu uniemożliwiającej korzystanie ze środków transportu publicznego – w celu odbycia leczenia,
   2) w przypadkach niewymienionych w pkt 1 na podstawie zlecenia lekarza (felczera) ubezpieczenia zdrowotnego pacjentowi przysługuje przejazd środkami transportu sanitarnego odpłatnie lub za częściową odpłatnością w oparciu o obowiązujące przepisy,
   3) transport sanitarny powinien się odbyć do najbliższego podmiotu wykonującego działalność leczniczą, udzielającego świadczeń zdrowotnych we właściwym zakresie; w przypadkach, gdy miejsce udzielenia świadczenia wskazane skierowaniem na transport sanitarny, nie jest najbliższym we właściwym, uzasadnionym względami medycznymi, zakresie – koszty transportu wynikające z różnicy odległości pomiędzy podmiotem najbliższym i docelowym, pokrywa

pacjent, zgodnie z cennikiem obowiązującym w Zespole. O konieczności poniesienia tych kosztów informuje pacjenta lekarz wystawiający zlecenie na transport.

§ 72

1. Bezpłatny transport sanitarny w POZ obejmuje:
   1) przewóz z miejsca zamieszkania na leczenie realizowane w trybie stacjonarnym,
   2) przewóz z miejsca zamieszkania na leczenie w trybie dziennym,
   3) przewóz z miejsca zamieszkania na pierwszorazowe świadczenie z rodzaju ambulatoryjnej opieki specjalistycznej albo leczenia stomatologicznego i z powrotem,
   4) przewóz z miejsca zamieszkania celem wykonania zabiegów i procedur medycznych wynikających z procesu leczenia realizowanego przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, do którego zadeklarowany jest pacjent, i z powrotem,
   5) przewóz z miejsca zamieszkania do zakładu długoterminowej opieki zdrowotnej.

§ 73

1. Świadczenia zdrowotne z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej udzielane są w ramach funkcjonujących w Ambulatorium Powiatowym poradni specjalistycznych oraz gabinetów zabiegowo-diagnostycznych działających przy poszczególnych poradniach, określonych w załączniku nr 1 do niniejszego Regulaminu.
2. Rejestracja pacjentów do lekarza specjalisty odbywa się osobiście, telefonicznie lub za pośrednictwem innej osoby z wyznaczeniem dnia realizacji świadczenia zdrowotnego.

§ 74

W przypadku, gdy pacjent objęty leczeniem ambulatoryjnym wymaga leczenia szpitalnego, lekarz kierujący zobowiązany jest do wykonania i dołączenia do skierowania do szpitala aktualnych wyników badań diagnostycznych zgodnie z rozpoznanym schorzeniem, aktualną wiedzą i praktyką medyczną w celu potwierdzenia wstępnego rozpoznania.

§ 75

1. Lekarz specjalista udzielający porady ma obowiązek:
   1) kompleksowej oceny stanu zdrowia pacjenta,
   2) podjęcia procesu leczenia,
   3) realizacji procedur diagnostycznych i medycznych właściwych dla ambulatoryjnej opieki specjalistycznej,
   4) prowadzenia dokumentacji medycznej określonej odrębnymi przepisami, a także wystawiania zaświadczeń i skierowań w przypadkach określonych umową z Narodowym Funduszem Zdrowia.

§ 76

Udzielanie specjalistycznych świadczeń ambulatoryjnych odbywa się w dni robocze zgodnie z harmonogramem pracy ustalonym dla poszczególnych poradni.

§ 77

1. Czas oczekiwania na wizytę planową do poradni specjalistycznych zależy od liczby zarejestrowanych osób oczekujących i limitu określonego w umowie zawartej z Narodowym Funduszem Zdrowia.
2. Wszystkie przypadki nagłe przyjmowane są poza kolejnością.

§ 78

1. W ramach podstawowej opieki zdrowotnej realizowane są świadczenia z zakresu:
   1) nocnej i świątecznej wyjazdowej opieki lekarskiej i pielęgniarskiej,
   2) nocnej i świątecznej ambulatoryjnej opieki lekarskiej i pielęgniarskiej,
   3) transportu sanitarnego zlecanego przez lekarza POZ, wykonywanego od poniedziałku do piątku w godz. od 8^{00} do 18^{00}.

§ 79

Pacjent może skorzystać z nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej od poniedziałku do piątku w godz. od 18^{00} do 8^{00} dnia następnego oraz w soboty, niedziele i dni ustawowo wolne od pracy w godz. od 8^{00} do 8^{00} dnia następnego.

§ 80

1. Świadczenia w nocnej i świątecznej ambulatoryjnej i wyjazdowej opiece lekarskiej udzielane są bez skierowania.
2. Zakres świadczeń zdrowotnych w nocnej i świątecznej ambulatoryjnej i wyjazdowej opiece lekarskiej obejmuje świadczenia zdrowotne udzielane przez lekarza w formie porad w warunkach ambulatoryjnych lub w warunkach domowych, w przypadku nagłego zachorowania lub nagłego pogorszenia stanu zdrowia, z wyłączeniem stanów nagłych i stanów bezpośredniego zagrożenia życia.

§ 81

Świadczenia zdrowotne z zakresu wyjazdowej opieki pielęgniarskiej, wynikające z potrzeby ciągłości leczenia i pielęgnacji, realizowane są w domu pacjenta na zlecenie lekarza ubezpieczenia zdrowotnego.

§ 82

Świadczenia zdrowotne z zakresu badań diagnostycznych, w tym laboratoryjnych i diagnostyki obrazowej udzielane są w ramach funkcjonujących w Ambulatorium Powiatowym pracowni, określonych w załączniku nr 1 do niniejszego Regulaminu.

§ 83

1. Pracownie diagnostyczne wykonują badania laboratoryjne nieodpłatnie na rzecz uprawnionych ubezpieczonych leczonych w oddziałach szpitalnych oraz przyjmowanych w poradniach specjalistycznych i Izbie Przyjęć na podstawie skierowania lekarza Zespołu lub innego lekarza ubezpieczenia zdrowotnego mającego zawartą umowę z Zespołem.
2. Na rzecz innych osób niż wymienione w ust. 1 badania wykonywane są odpłatnie.

§ 84

1. Pracownie diagnostyczne wykonują nieodpłatnie badania z zakresu diagnostyki obrazowej na rzecz uprawnionych ubezpieczonych na podstawie skierowania lekarza Zespołu lub innego lekarza ubezpieczenia zdrowotnego mającego zawartą umowę z Zespołem, bądź w ramach realizacji umowy z WOW NFZ.
2. Na rzecz innych osób niż wymienione w ust. 1 badania wykonywane są odpłatnie.

§ 85

Pracownie diagnostyczne pracują zgodnie z ustalonymi dla nich harmonogramami pracy.

DZIAŁ IV
WARUNKI WSPÓŁDZIAŁANIA Z INNYMI PODMIOTAMI WYKONUJĄCYMI DZIAŁALNOŚĆ LECZNICZĄ

§ 86

1. Zespół współpracuje z innymi podmiotami wykonującymi działalność leczniczą w zakresie zapewnienia prawidłowości diagnostyki, leczenia pacjentów i ciągłości postępowania.
2. Podstawą współdziałania są umowy i porozumienia zawierane z innymi podmiotami leczniczymi w zakresie wykonywania usług medycznych, które zapewniają kompleksowe udzielanie świadczeń zdrowotnych zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy i praktyki medycznej, dostępnymi metodami i środkami zapobiegania, rozpoznawania i leczenia chorób.

DZIAŁ V
UDOSTĘPNIANIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

ROZDZIAŁ I
POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 87

W ramach udzielanych świadczeń zdrowotnych Zespół prowadzi, przechowuje i udostępnia dokumentację medyczną osób korzystających z tych świadczeń, zapewniając ochronę danych zawartych w tej dokumentacji, zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami prawa.

§ 88

1. Dokumentacja medyczna zawiera co najmniej:
   oznaczenie pacjenta, pozwalające na ustalenie jego tożsamości:
   1) nazwisko i imię (imiona),
   2) datę urodzenia,
   3) oznaczenie płci,
   4) adres miejsca zamieszkania,
   5) numer PESEL, jeżeli został nadany, w przypadku noworodka – numer PESEL matki,
   a w przypadku osób, które nie mają nadanego numeru PESEL – rodzaj i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość,
   6) w przypadku, gdy pacjentem jest osoba małoletnia, całkowicie ubezwłasnowolniona lub niezdolna do świadomego wyrażenia zgody – nazwisko i imię (imiona) przedstawiciela ustawowego oraz adres jego miejsca zamieszkania,
2. Oznaczenie podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych ze wskazaniem komórki organizacyjnej, w której udzielono świadczeń zdrowotnych,
3. Opis stanu zdrowia pacjenta lub udzielonych mu świadczeń zdrowotnych,
4. Datę sporządzenia.

§ 89

1. Zespół udostępnia dokumentację medyczną pacjentowi lub jego przedstawicielowi ustawowemu, bądź osobie upoważnionej przez pacjenta.
2. Po śmierci pacjenta dokumentacja medyczna jest udostępniana osobie upoważnionej przez pacjenta za życia lub osobie, która w chwili zgonu pacjenta była jego przedstawicielem ustawowym. Dokumentacja medyczna jest udostępniana także osobie bliskiej, chyba, że udostępnieniu sprzeciwi się inna osoba bliska lub sprzeciwił się temu pacjent za życia, z zastrzeżeniem ust. 2a i 2b.

2a. W przypadku sporu między osobami bliskimi o udostępnienie dokumentacji medycznej, zgodę na udostępnienie wyraża sąd, o którym mowa w art. 628 ustawy z dnia 17 listopada 1964 r. - Kodeks postępowania cywilnego, w postępowaniu nieprocesowym na wniosek osoby bliskiej lub osoby wykonującej zawód medyczny. Osoba wykonująca zawód medyczny może wystąpić z wnioskiem do sądu także w przypadku uzasadnionych wątpliwości, czy osoba występująca o udostępnienie dokumentacji lub sprzeciwiająca się jej udostępnieniu jest osobą bliską.

2b. W przypadku, gdy pacjent za życia sprzeciwił się udostępnieniu dokumentacji medycznej, o którym mowa w ust. 2, sąd, o którym mowa w art. 628 ustawy z dnia 17 listopada 1964 r. - Kodeks postępowania cywilnego, w postępowaniu nieprocesowym na wniosek osoby bliskiej, może wyrazić zgodę na udostępnienie dokumentacji medycznej i określić zakres jej udostępnienia, jeżeli jest to niezbędne:
   1) w celu dochodzenia odszkodowania lub zadośćuczynienia, z tytułu śmierci pacjenta;
   2) dla ochrony życia lub zdrowia osoby bliskiej.

3. Zespół udostępnia dokumentację medyczną również:
   1) podmiotom udzielającym świadczeń zdrowotnych, jeżeli dokumentacja ta jest niezbędna do zapewnienia ciągłości świadczeń zdrowotnych;
   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;

2a) podmiotom, o których mowa w art. 119 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, w zakresie niezbędnym do przeprowadzenia kontroli na zlecenie ministra właściwego do spraw zdrowia;

2b) upoważnionym przez podmiot, o którym mowa w art. 121 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, osobom wykonującym zawód medyczny, w zakresie niezbędnym do sprawowania nadzoru nad podmiotem leczniczym niebędącym przedsiębiorcą;

2c) 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,

2d) Agencji Badań Medycznych w zakresie określonym ustawą z dnia 21 lutego 2019 r. o Agencji Badań Medycznych;

3) ministrowi właściwemu do spraw zdrowia, sądom, w tym sądom dyscyplinarnym, prokuraturom, lekarzom sądowym i rzecznikom odpowiedzialności zawodowej, w związku z prowadzonym postępowaniem;
4) uprawnionym na mocy odrębnych ustaw organom i instytucjom, jeżeli badanie zostało przeprowadzone na ich wniosek;
5) organom rentowym oraz zespołom do spraw orzekania o niepełnosprawności, w związku z prowadzonym przez nie postępowaniem;
6) podmiotom prowadzącym rejestry usług medycznych, w zakresie niezbędnym do prowadzenia rejestrów;
7) zakładom ubezpieczeń, za zgodą pacjenta;
7a) komisjom lekarskim podległym ministrowi właściwemu do spraw wewnętrznych, wojskowym komisjom lekarskim oraz komisjom lekarskim Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego lub Agencji Wywiadu, podległym Szefom właściwych Agencji;
8) 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;
9) wojewódzkiej komisji do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych, o której mowa w art. 67e ust. 1, w zakresie prowadzonego postępowania;
10) spadkobiercom w zakresie prowadzonego postępowania przed wojewódzką komisją do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych, o której mowa w art. 67e ust. 1;
11) osobom wykonującym czynności kontrolne na podstawie art. 39 ust. 1 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia, w zakresie niezbędnym do ich przeprowadzenia;
12) członkom zespołów kontroli zakażeń szpitalnych, o których mowa w art. 14 ustawy z dnia 5grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, 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 dotyczy.

§ 90

1. Udostępnienie dokumentacji medycznej następuje na podstawie decyzji Dyrektora lub osoby przez niego upoważnionej, z zachowaniem poufności i ochrony danych zawartych w tej dokumentacji.
2. Odmowa udostępnienia dokumentacji wymaga formy pisemnej oraz podania przyczyny.
3. Dokumentacja medyczna udostępniana jest:
   1) do wglądu w siedzibie SP ZOZ w Turku (po wcześniejszym uzgodnieniu terminu);
   2) poprzez sporządzenie jej wyciągów, odpisów, kopii lub wydruków;
   3) poprzez wydanie oryginału za pokwitowaniem odbioru i z zastrzeżeniem zwrotu po wykorzystaniu, jeżeli uprawniony organ władzy publicznej lub sąd powszechny żąda udostępnienia oryginałów tej dokumentacji;
   4) za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej (jeżeli jest prowadzona w postaci elektronicznej)
   5) na informatycznym nośniku danych (jeżeli jest prowadzona w postaci elektronicznej)
4. W przypadku wydania oryginałów dokumentacji medycznej w Zespole należy pozostawić kopię lub pełny odpis wydanej dokumentacji, z wyjątkiem sytuacji, gdy zwłoka w wydaniu dokumentacji mogłaby narazić pacjenta na szkodę.

§ 91

1. W celu udostępnienia dokumentacji należy:
   1) złożyć wniosek o udostępnienie dokumentacji medycznej do sekretariatu Dyrektora, Poradni Specjalistycznej, Sekcji Statystyki Medycznej i Rozliczeń Świadczeń Zdrowotnych, Działu Pomocy Doraźnej i Przyjęć lub Działu Diagnostyki Obrazowej.
   2) dokonać opłaty za udostępnienie dokumentacji medycznej w Kasie SP ZOZ w Turku lub przelewem na rachunek bankowy SP ZOZ w Turku,
   3) potwierdzić swoją tożsamość dowodem osobistym lub innym dokumentem urzędowym ze zdjęciem, (w przypadku, gdy o udostępnienie dokumentacji wnioskuje pacjent, jego przedstawiciel ustawowy lub osoba upoważniona)

4) przedstawić pisemne upoważnienie podpisane przez pacjenta lub powołać się na upoważnienie udzielone przez pacjenta znajdujące się w dokumentacji medycznej SP ZOZ w Turku (w przypadku, gdy o udostępnienie dokumentacji wnioskuje osoba upoważniona).

§ 92

1. Zespół przechowuje dokumentację medyczną przez okres 20 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym dokonano ostatniego wpisu, z wyjątkiem:
   1) dokumentacji medycznej w przypadku zgonu pacjenta na skutek uszkodzenia ciała lub zatrucia, która jest przechowywana przez okres 30 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym nastąpił zgon,
   2) dokumentacji medycznej zawierającej dane niezbędne do monitorowania losów krwi i jej składników, która jest przechowywana przez okres 30 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym dokonano ostatniego wpisu,
   3) zdjęć rentgenowskich przechowywanych poza dokumentacją medyczną pacjenta, które są przechowywane przez okres 10 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym wykonano zdjęcie,
   4) skierowań na badania lub zleceń lekarza, które są przechowywane przez okres:
      a) 5 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym udzielono świadczenia zdrowotnego będącego przedmiotem skierowania lub zlecenia lekarza,
      b) 2 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym wystawiono skierowanie w przypadku, gdy świadczenie zdrowotne nie zostało udzielone z powodu niezgłoszenia się pacjenta w ustalonym terminie, chyba, że pacjent odebrał skierowanie;
   5) dokumentacji medycznej dotyczącej dzieci do ukończenia 2. roku życia, która jest przechowywana przez okres 22 lat.
2. Po upływie okresów wymienionych w ust. 1 Zespół niszczy dokumentację medyczną w sposób uniemożliwiający identyfikację pacjenta, którego dotyczyła/
3. Po upływie okresów, o których mowa w ust. 1, do postępowania z dokumentacją medyczną będącą materiałem archiwalnym w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach, stosuje się przepisy wydane na podstawie art. 5 ust. 2 i 2b tej ustawy.

ROZDZIAŁ II
WYSOKOŚĆ OPŁAT ZA UDOSTĘPNIANIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

§ 93

1. Wysokość opłat za udostępnianie dokumentacji medycznej ustalana jest na podstawie art. 28 ust. 4 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, zgodni z którym maksymalna wysokość opłaty za:
   1) jedną stronę wyciągu lub odpisu dokumentacji medycznej nie może przekroczyć 0,002 przeciętnego wynagrodzenia w poprzednim kwartale począwszy od pierwszego dnia następnego miesiąca po ogłoszeniu przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego w Dzienniku Urzędowym Rzeczpospolitej „Monitor Polski" na podstawie art.20 pkt 2 ustawy z dnia 17 grudnia 1998r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych,
   2) jedną stronę kopii albo wydruku dokumentacji medycznej nie może przekraczać 0,00007 przeciętnego wynagrodzenia, o którym mowa w pkt 1,
   3) udostępnienie dokumentacji medycznej na elektronicznym nośniku danych, jeżeli zakład prowadzi dokumentację medyczną w formie elektronicznej nie może przekraczać 0,0004 przeciętnego wynagrodzenia, o którym mowa w pkt 1.
2. Opłaty, o której mowa w ust. 1, nie pobiera się w przypadku udostępniania dokumentacji medycznej:
   1) w związku z postępowaniem przed wojewódzką komisją do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych,
   2) pacjentowi lub jego przedstawicielowi ustawowemu po raz pierwszy w żądanym zakresie i gdy dokumentacja jest udostępniania przez sporządzenie jej wyciągu, odpisu, kopii lub wydruku lub na informatycznym nośniku danych (jeżeli jest prowadzona w postaci elektronicznej),
   3) Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji oraz Agencji Badań Medycznych,

4) Zakładowi Ubezpieczeń Społecznych i Kasie Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego w sprawach świadczeń przewidzianych z ubezpieczeń społecznych i osób ubiegających się o emeryturę lub rentę.

§ 94

1. Wysokość opłat za udostępnienie dokumentacji medycznej określa cennik wprowadzany przez Dyrektora w drodze zarządzenia.
2. Aktualizacji cennika ustalającego wysokość opłat za udostępnienie dokumentacji medycznej zgodnie z przepisami, o których mowa w ust. 1 dokonuje Dział Finansowo-Księgowy, z uwzględnieniem zasady, że przy ustalaniu opłat za udostępnianie dokumentacji medycznej każdorazowo przyjmuje się jej maksymalną wysokość.
3. Do opłaty za udostępnienie dokumentacji medycznej dolicza się rzeczywiste dodatkowe koszty poniesione przez Zespół w związku z udostępnieniem dokumentacji (np. koszt przesyłki pocztowej, poświadczenie za zgodność z oryginałem).

DZIAŁ VI
OBOWIĄZKI ZESPOŁU W RAZIE ZGONU PACJENTA

ROZDZIAŁ I
POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 95

1. Zespół, jako podmiot leczniczy wykonujący działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne jest obowiązany:
   1) w razie pogorszenia się stanu zdrowia pacjenta, powodującego zagrożenie życia lub w razie jego śmierci, niezwłocznie zawiadomić wskazaną przez pacjenta osobę lub instytucję, lub przedstawiciela ustawowego;
   2) należycie przygotować zwłoki poprzez ich umycie i okrycie, z zachowaniem godności należnej osobie zmarłej, w celu ich wydania osobie lub instytucji uprawnionej do ich pochowania, o której mowa w ustawie z dnia 31 stycznia 1959 r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych,
   3) przechowywać zwłoki nie dłużej niż 72 godziny, licząc od godziny, w której nastąpiła śmierć pacjenta.
2. 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 niż wymienione w pkt 1 i 2 ważne przyczyny, za zgodą albo na wniosek osoby lub instytucji uprawnionej do pochowania zwłok pacjenta.

§ 96

1. W razie zgonu pacjenta:
   1) lekarz, pielęgniarka lub statystyk medyczny obowiązany jest niezwłocznie zawiadomić wskazaną przez niego osobę lub instytucję, przedstawiciela ustawowego lub opiekuna faktycznego,
   2) zwłoki osoby, która zmarła w szpitalu mogą zostać poddane sekcji zwłok, chyba, że osoba ta za życia wyraziła sprzeciw lub uczynił to jej przedstawiciel ustawowy, z zastrzeżeniem pkt. 5,
   3) o zaniechaniu sekcji zwłok z przyczyny określonej w pkt. 2 sporządza się adnotację w dokumentacji medycznej i załącza oświadczenie woli osoby zmarłej lub jego przedstawiciela ustawowego,
   4) Zastępca Dyrektora ds. Lecznictwa lub właściwy ordynator/lekarz kierujący oddziałem (Kierownik Oddziału), zarządza dokonanie lub zaniechanie sekcji zwłok; w dokumentacji medycznej sporządza się adnotację o dokonaniu lub zaniechaniu sekcji zwłok z odpowiednim uzasadnieniem,
   5) przepis pkt. 2 nie dotyczy dokonywania sekcji w sytuacjach:
      a) określonych w Kodeksie postępowania karnego,

b) gdy przyczyny zgonu nie można określić w sposób jednoznaczny,
c) gdy zgon pacjenta nastąpił przed upływem 12 godzin od przyjęcia do Szpitala.

6) dokonanie sekcji zwłok nie może nastąpić wcześniej niż po upływie 12 godzin od stwierdzenia zgonu.

§ 97

1. Zgon i jego przyczynę stwierdza w karcie zgonu lekarz.
2. Jeżeli istnieje uzasadnione podejrzenie, że przyczyną śmierci było przestępstwo lub samobójstwo, albo nie można ustalić tożsamości zwłok, należy niezwłocznie zawiadomić o tym prokuratora lub najbliższy organ policji. W tym przypadku kartę zgonu wystawia lekarz działający na zlecenie sądu lub prokuratury.
3. Stwierdzenie zgonu obejmuje: dokonanie oględzin zwłok, ustalenie przyczyny zgonu oraz odnotowania w historii choroby przyczyny zgonu, daty i godziny zgonu.
4. Jeżeli przyczyną zgonu była choroba zakaźna podlegająca obowiązkowemu zgłoszeniu lekarz natychmiast zawiadamia o tym właściwego inspektora sanitarnego.

§ 98

1. Jeżeli zgon nastąpił na terenie Zespołu:
   1) po stwierdzeniu zgonu przez lekarza, należy oznakować zwłoki (imię i nazwisko, data urodzenia, data i godzina zgonu, nazwa komórki organizacyjnej Zespołu),
   2) zwłoki osoby zmarłej należy przewieźć do chłodni nie wcześniej niż po upływie 2 godzin od czasu zgonu, wskazanego w dokumentacji medycznej. W okresie pomiędzy stwierdzeniem zgonu a przewiezieniem do chłodni zwłoki osoby zmarłej są przechowywane w specjalnie do tego celu przeznaczonym pomieszczeniu, a w razie jego braku w innym chłodnym miejscu, z zachowaniem godności należnej zmarłemu,
   3) o śmierci pacjenta należy niezwłocznie powiadomić rodzinę zmarłego lub jego opiekunów, a w razie ich braku lub nie zgłoszenia się gminę właściwą ze względu na ostatnie miejsce zamieszkania,
   4) należy zgłosić zgon w Urzędzie Stanu Cywilnego najpóźniej w ciągu 3 dni, a w przypadku, gdy przyczyną zgonu była choroba zakaźna nie później niż w ciągu 24 godzin od zgonu,
   5) przedmioty pozostałe po zmarłym należy wydać za pokwitowaniem osobie uprawnionej,
   6) zabrania się pracownikom szpitala Zespołu i osobom udzielającym świadczeń zdrowotnych dla Szpitala udzielania informacji o zgonach zakładom pogrzebowym.

ROZDZIAŁ II
WYSOKOŚĆ OPŁAT ZA PRZECHOWYWANIE ZWŁOK PACJENTA PRZEZ OKRES DŁUŻSZY NIŻ 72 GODZINY

§ 99

1. Za przechowywanie zwłok pacjenta przez okres dłuższy niż 72 godziny, licząc od godziny, w której nastąpiła śmierć pacjenta, Zespół pobiera opłatę od osób lub instytucji uprawnionych do pochowania zwłok.
2. Wysokość opłaty za przechowywanie zwłok przez okres dłuższy niż 72 godziny określa cennik wprowadzony przez Dyrektora w drodze zarządzenia.

DZIAŁ VIII
ORGANIZACJA OPIEKI OKOŁOPORODOWEJ

§ 100

1. W związku z tym, iż SP ZOZ w Turku jest podmiotem leczniczym udzielającym świadczeń zdrowotnych w zakresie opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie ciąży, porodu, połogu oraz nad noworodkiem, wdrożony został do stosowania w tym zakresie obowiązujący standard organizacyjny.
2. Standard określa poszczególne elementy organizacji opieki mającej na celu zapewnienie dobrego stanu zdrowia matki i dziecka, przy ograniczeniu niezbędnych interwencji medycznych.
3. Miernikiem skuteczności opieki okołoporodowej w SP ZOZ w Turku jest monitorowanie wskaźników tej opieki i ich analiza. Za wskaźniki opieki okołoporodowej, podlegające monitorowaniu, przyjęto interwencje medyczne (ze wskazaniem na ich ograniczenie):
   3.1. omniotomię,
   3.2. indukcję porodu ,
   3.3. stymulację czynności skurczowej,
   3.4. podawanie opioidów,
   3.5. nacięcia krocza,
   3.6. cięcia cesarskie,
   3.7. podania noworodkowi mleka modyfikowanego,

   z uwzględnieniem zasad bezpieczeństwa zdrowotnego, w ramach których opieka medyczna opiera się na praktykach o udowodnionej skuteczności.
4. Kierownicy Oddziałów Ginekologiczno-Położniczego z Salą Porodową oraz Noworodkowego przekazują raport z monitorowania wskaźników wskazanych w punktach od 3.1 do 3.7 do Pełnomocnika ds. zarządzania jakością co 6 miesięcy, nie później niż 14 dni od zakończenia okresu sprawozdawczego. Nadzór nad stosowaniem zapisów ust. 3 sprawuje Z-ca Dyrektor ds. Lecznictwa.
5. Ocena satysfakcji pacjentek zgłaszających się do porodu jest realizowana na podstawie ankiet badania satysfakcji, dostępnych dla wszystkich rodzących pacjentek. Oddziałowa Oddziału Ginekologiczno-Położniczego z Salą Porodową jest zobowiązana do przekazywania Pełnomocnikowi ds. zarządzania jakością sporządzonych kwartalnych analiz wykonanych na podstawie wypełnionych ankiet przez pacjentki. Nadzór nad stosowaniem zapisów ust. 4 sprawuje Pełnomocnik ds. zarządzania jakością.
6. Na podstawie wyników analiz podejmowane są środki naprawcze lub działania doskonalące.

DZIAŁ VIII
POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 101

1. W sprawach nieuregulowanych w niniejszym Regulaminie zastosowanie mają przepisy powszechnie obowiązującego prawa.
2. Regulamin Organizacyjny jest wprowadzany w życie zarządzeniem Dyrektora po uprzednim zaopiniowaniu przez Radę Społeczną.
3. Traci moc Regulamin Organizacyjny Samodzielnego Publicznego Zespołu Opieki Zdrowotnej w Turku wprowadzony Zarządzeniem nr 65/2013 Dyrektora Samodzielnego Publicznego Zespołu Opieki Zdrowotnej w Turku z dnia 31 grudnia 2013 r., zmieniony Zarządzeniem Dyrektora Samodzielnego Publicznego Zespołu Opieki Zdrowotnej w Turku nr 5/2016 z dnia 29 stycznia 2016 roku i Zarządzeniem Dyrektora Samodzielnego Publicznego Zespołu Opieki Zdrowotnej w Turku nr 35/2018 z dnia 22 czerwca 2018 roku.

DYREKTOR
Samodzielnego Publicznego
Zespołu Opieki Zdrowotnej w Turku
K. Sobczak
Krzysztof Sobczak

SCHEMAT ORGANIZACYJNY SAMODZIELNEGO PUBLICZNEGO ZESPOŁU OPIEKI ZDROWOTNEJ W TURKU

D — **DYREKTOR**

RADA SPOŁECZNA

DL — **Z -ca Dyrektora ds. Lecznictwa**

Szpital Powiatowy

Oddziały szpitalne i inne komórki opieki szpitalnej

Oddziały

- **OW** - Oddział Chorób Wewnętrznych
- **OOT** - Oddział Ortopedii i Traumatologii Narządu Ruchu
- **OGP** - Oddział Ginekologiczno- Położniczy z Salą Porodową
- **OCH** - Oddział Chirurgii Ogólnej
- **OD** - Oddział Dziecięcy
- **ON** - Oddział Noworodkowy
- **OA** - Oddział Anestezjologii

LB — Blok Operacyjny

LA — Apteka Szpitalna

LS — Centralna Sterylizatornia

LZ — Prosektorium

DP — **Naczelna Pielęgniarka**

- Punkt Żywienia Pacjentów
- Punkt Pralniczy

Ambulatorium Powiatowe

LP — **Dział Pomocy Doraźnej i Przyjęć**

- Izba Przyjęć
- Ambulatorium
- Zespół Ratownictwa Medycznego Podstawowy "P1"
- Zespół Ratownictwa Medycznego Podstawowy "P2"
- Zespół Ratownictwa Medycznego Specjalistyczny "S"
- Zespół Transportu Sanitarnego

LPS — **Poradnie Specjalistyczne**

- Poradnia Chirurgii Ogólnej
- Poradnia Ortopedii i Traumatologii Narządu Ruchu
- Poradnia Urologiczna
- Poradnia Ginekologiczno – Położnicza
- Poradnia Nefrologii Dziecięcej
- Poradnia Diabetologiczna
- Poradnia Chorób Wewnętrznych
- Poradnia Kardiologiczna
- Gabinet Diagnostyczno – Zabiegowy Poradni Chirurgii Ogólnej
- Gabinet Diagnostyczno – Zabiegowy Poradni Ortopedii i Traumatologii Narządu Ruchu
- Gabinet Diagnostyczno – Zabiegowy Poradni Urologicznej
- Gabinet Diagnostyczno – Zabiegowy Poradni Ginekologiczno - Położniczej
- Gabinet Diagnostyczno - Zabiegowy Poradni Diabetologicznej

LL — **Laboratorium Analityczne**

- Pracownia Biochemii i Immunochemii
- Pracownia Analityki Ogólnej
- Pracownia Serologii Transfuzjologicznej z Bankiem Krwi
- Pracownia Hematologii
- Pracownia Bakteriologii
- Punkt Pobrań

LD — **Dział Diagnostyki Obrazowej**

- Pracownia RTG
- Pracownia USG
- Pracownia Mammografii
- Pracownia Tomografii Komputerowej
- Pracownia Spirometrii
- Pracownia Endoskopii Gastroenterologicznej
- Pracownia Nieinwazyjnych Badań Kardiologicznych

DO — Dział Spraw Pracowniczych i Organizacji

DZ — Dział Zaopatrzenia i Zamówień Publicznych

DT — Dział Techniczno – Eksploatacyjny

DGK — **Główny Księgowy**

- **GF** — Dział Finansowo – Księgowy
- **GS** — Dział Statystyki Medycznej i Rozliczeń Świadczeń Zdrowotnych

DE — Pielęgniarka Epidemiologiczna

DR — Radca Prawny

DW — Pełnomocnik ds. Informacji Niejawnych

DB — Stanowisko ds. BHP i Ochrony Przeciwpożarowej

DI — Inspektor Ochrony Danych

DJ — Pełnomocnik ds. Systemu Zarządzania Jakością

DYREKTOR
Samodzielnego Publicznego
Zespołu Opieki Zdrowotnej w Turku
K. Sobczak
Krzysztof Sobczak

Załącznik nr 1 do Regulaminu Organizacyjnego SP ZOZ w Turku

Załącznik nr 2 do
Regulaminu Organizacyjnego
SP ZOZ w Turku

WYKAZ ŁÓŻEK W ODDZIAŁACH SZPITALNYCH

Samodzielnego Publicznego Zespołu opieki Zdrowotnej w Turku

Liczba łóżek w poszczególnych oddziałach szpitalnych:

1. Oddział Chorób Wewnętrznych – 38, w tym:
   - łóżka intensywnej opieki medycznej - 2,
   - łóżka intensywnego nadzoru kardiologicznego- 1.

2. Oddział Ortopedii i Traumatologii Narządu Ruchu – 27, w tym:
   - łóżka intensywnej opieki medycznej – 2.

3. Oddział Ginekologiczno – Położniczy z Salą Porodową – 30, w tym:
   - odcinek ginekologiczny - 15,
   - odcinek położniczy – 15,
     w tym: łóżka intensywnej opieki medycznej – 2.

4. Oddział Chirurgii Ogólnej – 26, w tym:
   - łóżka intensywnej opieki medycznej - 1.

5. Oddział Dziecięcy – 20, w tym:
   - łóżka intensywnej opieki medycznej – 1.

3. Oddział Noworodkowy – 15.

DYREKTOR
Samodzielnego Publicznego
Zespołu Opieki Zdrowotnej w Turku
Krzysztof Sobczak

Załącznik nr 3 do
Regulaminu Organizacyjnego
SP ZOZ w Turku

Wykaz symboli literowych jednostek i komórek organizacyjnych Samodzielnego Publicznego Zespołu Opieki Zdrowotnej w Turku

Lp.	Nazwa	Symbol
	Kierownictwo (zarząd) SP ZOZ w Turku	
1	Dyrektor	D
2	Zastępca Dyrektora ds. Lecznictwa	DL
3	Naczelna Pielęgniarka	DP
4	Główny Księgowy	DGK
	Działy w SP ZOZ w Turku	
5	Dział Finansowo - Księgowy	GF
6	Dział Statystyki Medycznej i Rozliczeń Świadczeń Zdrowotnych	GS
7	Dział Spraw Pracowniczych i Organizacji	DO
8	Dział Zaopatrzenia i Zamówień Publicznych	DZ
9	Dział Techniczno-Eksploatacyjny	DT
	Samodzielne stanowiska pracy w SP ZOZ w Turku	
10	Pielęgniarka Epidemiologiczna	DE
11	Radca Prawny	DR
12	Pełnomocnik ds. Informacji Niejawnych	DW
13	Stanowisko ds. BHP i Ochrony Przeciwpożarowej	DB
14	Inspektor Ochrony Danych	DI
15	Pełnomocnik ds. Systemu Zarządzania Jakością	DJ
	Oddziały szpitalne i inne komórki opieki szpitalnej w SP ZOZ w Turku	
16	Oddział Chorób Wewnętrznych	OW
17	Oddział Ortopedii i Traumatologii Narządu Ruchu	OOT
18	Oddział Ginekologiczno – Położniczy z Salą Porodową	OGP
19	Oddział Chirurgii Ogólnej	OCH
20	Oddział Dziecięcy	OD
21	Oddział Noworodkowy	ON
22	Oddział Anestezjologii	OA
23	Blok Operacyjny	LB
24	Apteka Szpitalna	LA
25	Centralna Sterylizatornia	LS
26	Prosektorium	LZ
	Ambulatorium Powiatowe w SP ZOZ w Turku	
27	Dział Pomocy Doraźnej i Przyjęć	LP
28	Poradnie Specjalistyczne	LPS
29	Laboratorium Analityczne	LL
30	Dział Diagnostyki Obrazowej	LD

DYREKTOR
Samodzielnego Publicznego
Zespołu Opieki Zdrowotnej w Turku
Krzysztof Sobczak