

**REGULAMIN ORGANIZACYJNY**  
**Samodzielnego Publicznego Zespołu Zakładów  
Opieki Zdrowotnej w Gryficach**

Zatwierdzam

**DYREKTOR**  
SPZZOZ w Gryficach

*Piotr Soltysieński*



|                                                                                                   |           |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>WSTĘP.....</b>                                                                                 | <b>4</b>  |
| <b>CZĘŚĆ A .....</b>                                                                              | <b>5</b>  |
| <b>POSTANOWIENIA OGÓLNE .....</b>                                                                 | <b>5</b>  |
| <b>I. PODSTAWY PRAWNE DZIAŁANIA ZESPOŁU .....</b>                                                 | <b>5</b>  |
| Organy, struktura organizacyjna .....                                                             | 5         |
| Cele i zadania Zespołu .....                                                                      | 6         |
| <b>II. UPRAWNIENIA, OBOWIĄZKI I ODPOWIEDZIALNOŚĆ DYREKTORÓW .....</b>                             | <b>7</b>  |
| <b>III. UPRAWNIENIA, OBOWIĄZKI I ODPOWIEDZIALNOŚĆ KIEROWNIKÓW KOMÓREK ORGANIZACYJNYCH .....</b>   | <b>7</b>  |
| <b>IV. OGÓLNY ZAKRES OBOWIĄZKÓW, UPRAWNIENI I ODPOWIEDZIALNOŚCI PRACOWNIKÓW WYKONAWCZYCH ....</b> | <b>9</b>  |
| <b>V. PEŁNOMOCNICTWA I UPOWAŻNIENIA .....</b>                                                     | <b>10</b> |
| <b>VI. WYDAWANIE WEWNĘTRZNYCH AKTÓW NORMATYWNYCH I PODPISYWANIE KORESPONDENCJI .....</b>          | <b>10</b> |
| <b>VIA. MONITORING WIZYJNY .....</b>                                                              | <b>10</b> |
| <b>CZĘŚĆ B .....</b>                                                                              | <b>12</b> |
| <b>ZASADY DZIAŁANIA KOMÓREK ORGANIZACYJNYCH .....</b>                                             | <b>12</b> |
| <b>VII. Dyrektor .....</b>                                                                        | <b>12</b> |
| Inspektor Ochrony Danych.....                                                                     | 13        |
| Administrator Informacji.....                                                                     | 14        |
| Administrator Systemu .....                                                                       | 15        |
| Pełnomocnik ds. Zintegrowanego Systemu Zarządzania .....                                          | 18        |
| Pielęgniarka Naczelna .....                                                                       | 18        |
| Pełnomocnik ds. Praw Pacjenta .....                                                               | 19        |
| Pełnomocnik ds. Kontroli Usług Zewnętrznych (wykonywanych na terenie Zespołu).....                | 19        |
| Radca Prawny .....                                                                                | 19        |
| Pełnomocnik ds. Ochrony Informacji Niejawnych .....                                               | 20        |
| Inspektor ds. Obronnych i Rezerw .....                                                            | 20        |
| Służba BHP .....                                                                                  | 20        |
| Sekretariat.....                                                                                  | 20        |
| Rzecznik Prasowy .....                                                                            | 21        |
| Inspektor Ochrony Radiologicznej .....                                                            | 21        |
| <b>VIII. ZASTĘPCA DYREKTORA DS. LECZNICTWA.....</b>                                               | <b>21</b> |
| Zespół ds. Zakażeń Szpitalnych .....                                                              | 23        |
| Dział Statystyki .....                                                                            | 24        |
| Dział Marketingu i Rozliczeń Usług Medycznych .....                                               | 25        |
| <b>IX. ZASTĘPCA DYREKTORA DS. EKONOMICZNYCH .....</b>                                             | <b>26</b> |
| Główny Księgowy .....                                                                             | 27        |
| Dział Finansowo-Księgowy .....                                                                    | 28        |
| Dział Kadrowo-Płacowy.....                                                                        | 29        |
| Dział Zamówień Publicznych .....                                                                  | 30        |
| Dział Planowania i Analiz.....                                                                    | 30        |

|                                                                                                                                                               |               |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|
| <b>X. ZASTĘPCA DYREKTORA DS. TECHNICZNYCH .....</b>                                                                                                           | <b>31</b>     |
| Dział Techniczny .....                                                                                                                                        | 32            |
| Dział Gospodarczy .....                                                                                                                                       | 33            |
| Dział Zaopatrzenia.....                                                                                                                                       | 34            |
| <br><b>CZĘŚĆ C .....</b>                                                                                                                                      | <br><b>35</b> |
| <br><b>ZASADY UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH .....</b>                                                                                                      | <br><b>35</b> |
| <b>XI. SPZZOZ w Gryficach, jako podmiot leczniczy udziela świadczeń medycznych w posiadanych zakładach leczniczych.....</b>                                   | <b>35</b>     |
| <b>XII. Zasady ogólne.....</b>                                                                                                                                | <b>35</b>     |
| <br><b>XIII. ZASADY UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ STACJONARNYCH .....</b>                                                                                              | <br><b>36</b> |
| Kierowanie pacjentów .....                                                                                                                                    | 36            |
| Rejestracja pacjentów .....                                                                                                                                   | 36            |
| Przyjęcie pacjentów do oddziału szpitalnego .....                                                                                                             | 37            |
| Prowadzenie procesu leczenia pacjenta w oddziale .....                                                                                                        | 38            |
| Wypis pacjenta z oddziału.....                                                                                                                                | 39            |
| Zlecenie i organizacja transportu sanitarnego .....                                                                                                           | 39            |
| Prowadzenie dokumentacji medycznej i statystycznej w oddziale.....                                                                                            | 40            |
| Zasady zaopatrzenia i prowadzenia obrotu lekami sprzętem medycznym i materiałami eksploatacyjnymi .....                                                       | 41            |
| Zasady zlecania i wykonywania konsultacji specjalistycznych na rzecz komórek organizacyjnych szpitala .....                                                   | 41            |
| Zlecanie usług zewnętrznych .....                                                                                                                             | 41            |
| Podległość służbowa, zawodowa, odpowiedzialność i kontrola jakości świadczonych usług .....                                                                   | 42            |
| Tajemnica służbowa, lekarska, pielęgniarska i zasady etyki zawodowej .....                                                                                    | 42            |
| <br><b>XIV. ZASADY ORGANIZACJI UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ AMBULATORYJNYCH.....</b>                                                                                  | <br><b>42</b> |
| <br><b>XV. ORGANIZACJA UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W INNYCH NIŻ ODDZIAŁY I PORADNIE KOMÓRKACH ORGANIZACYJNYCH SZPITALA, O CHARAKTERZE MEDYCZNYM.....</b> | <br><b>44</b> |
| <br><b>XVI. ZASADY ODWIEDZIN PACJENTÓW W SZPITALU I UDZIELANIE INFORMACJI O STANIE ZDROWIA.....</b>                                                           | <br><b>44</b> |
| <br><b>CZĘŚĆ D .....</b>                                                                                                                                      | <br><b>45</b> |
| <br><b>WARUNKI WSPÓŁDZIAŁANIA Z INNYMI ZAKŁADAMI OPIEKI ZDROWOTNEJ .....</b>                                                                                  | <br><b>45</b> |
| <br><b>CZĘŚĆ E .....</b>                                                                                                                                      | <br><b>46</b> |
| <br><b>PRAWA I OBOWIĄZKI PACJENTA.....</b>                                                                                                                    | <br><b>46</b> |
| Rzecznik Praw Pacjenta.....                                                                                                                                   | 49            |
| Obowiązki Pacjenta .....                                                                                                                                      | 49            |
| Składanie skarg.....                                                                                                                                          | 49            |
| <br><b>CZĘŚĆ F.....</b>                                                                                                                                       | <br><b>51</b> |
| <br><b>OBOWIĄZKI SPZZOZ W RAZIE ŚMIERCI PACJENTA .....</b>                                                                                                    | <br><b>51</b> |

## **WSTĘP**

Niniejszy Regulamin organizacyjny, zwany dalej Regulaminem, określa podstawowe zasady organizacji Samodzielnego Publicznego Zespołu Zakładów Opieki Zdrowotnej w Gryficach, zakres odpowiedzialności Dyrektora, jego zastępców, a także kierowników komórek organizacyjnych, ordynatorów, lekarzy kierujących oddziałami i pozostałych pracowników.



## CZĘŚĆ A

### POSTANOWIENIA OGÓLNE

#### I. PODSTAWY PRAWNE DZIAŁANIA ZESPOŁU

1. Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Gryficach, zwany dalej Zespołem, jest samodzielnym zakładem opieki zdrowotnej, utworzonym przez Zarząd Województwa Zachodniopomorskiego.
2. Nadzór nad Zespołem sprawuje z upoważnienia organu tworzącego Wydział Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego.
3. SPZZOZ w Gryficach działa na podstawie:
  - 3.1 Ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. 2016 poz. 1638 ze zm.) i przepisów wydanych na jej podstawie.
  - 3.2 Ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2016 r., poz. 1793 ze zm.) i przepisów wydanych na jej podstawie..
  - 3.3 Statutu Samodzielnego Publicznego Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Gryficach.
  - 3.4 Innych ustaw dotyczących ochrony zdrowia i przepisów wydanych na ich podstawie.
4. Zespół wpisany jest do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą prowadzonego przez Wojewodę Zachodniopomorskiego, pod numerem księgi rejestrowej 000000017642-W-32
5. Zespół posiada osobowość prawną od dnia wpisania do Krajowego Rejestru Sądowego, pod numerem 0000001803, prowadzonego przez Sąd Rejonowy Szczecin – Centrum w Szczecinie XIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego.
6. Siedzibą Zespołu jest miasto Gryfice, ul. Niechorska 27.
7. Obszarem działania Zespołu jest teren woj. zachodniopomorskiego oraz całego kraju na podstawie dodatkowych porozumień.
8. Obszar działania Zespołu na rzecz osób uprawnionych do świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych określają umowy zawarte z dysponentami tych środków.
9. Zespół zobowiązany jest do udzielania świadczeń zdrowotnych osobom innym niż wymienione punkcie 8 w przypadku bezpośredniego zagrożenia życia lub zdrowia oraz na podstawie odrębnych umów lub odpłatności obywateli polskich lub cudzoziemców.

#### Organy, struktura organizacyjna

1. Dyrektor – kieruje jednoosobowo działalnością Zespołu oraz reprezentuje go na zewnątrz.
2. Rada Społeczna – jako organ doradczy Dyrektora oraz organu tworzącego.
3. Do składania oświadczeń woli w imieniu Zespołu upoważniony jest jednoosobowo Dyrektor Zespołu lub osoba posiadająca pełnomocnictwo Dyrektora w granicach objętych pełnomocnictwem.
4. Dyrektor ponosi odpowiedzialność za zarządzanie Zespołem, zgodnie z art. 46 ust. 1 Ustawy o działalności leczniczej oraz Statutu SPZZOZ.
5. Z-cy Dyrektora, kierownicy komórek organizacyjnych medycznych i nie medycznych, pracownicy na stanowiskach samodzielnych kierują powierzonym im zakresem prac i są odpowiedzialni za ich wykonanie przed bezpośrednim przełożonym.
6. Szczegółowe zakresy czynności pracowników przechowywane są w Dziale Kadrowo-Płacowym.
7. Schemat organizacyjny stanowi załącznik nr 1a do Regulaminu Organizacyjnego SPZZOZ.
8. Regulaminy wewnętrzne komórek medycznych stanowiące kolejne załączniki do Regulaminu Organizacyjnego określają zadania oraz warunki współdziałania dla zapewnienia sprawności funkcjonowania zakładu i procesu zapewnienia właściwej dostępności i jakości tych świadczeń.

Dokumenty związane z organizacją Zespołu, a w szczególności:

Statut SPZZOZ, Schemat Organizacyjny, Regulamin Organizacyjny, przechowywane są w Dziale Statystyki i Marketingu Usług Medycznych, który dokonuje aktualizacji oraz udostępnia dokumenty.

### **Cele i zadania Zespołu**

1. Cele i zadania zespołu zostały określone w Statucie SPZZOZ.  
Podstawowym celem zespołu jest udzielanie świadczeń zdrowotnych służących zachowaniu, przywracaniu i poprawie zdrowia ludności oraz promocja zdrowia.
2. Do zadań Zespołu należy:
  - 2.1 Udzielanie specjalistycznych świadczeń zdrowotnych w warunkach szpitalnych, podstawowej opiece zdrowotnej i ambulatoryjnych, ze szczególnym uwzględnieniem świadczeń wysokospecjalistycznych w ramach specjalności reprezentowanych przez medyczne komórki organizacyjne Zespołu poprzez:
    - a) badania i porady lekarskie,
    - b) leczenie,
    - c) rehabilitację leczniczą,
    - d) opiekę nad kobietą ciężarną oraz noworodkiem,
    - e) opiekę nad zdrowym dzieckiem,
    - f) zapobieganie powstawaniu urazów i chorób przez działania profilaktyczne a także szczepienia ochronne,
    - g) badania diagnostyczne i analitykę medyczną,
    - h) pielęgnację chorych i niepełnosprawnych oraz opiekę nad nimi,
    - i) opiekę paliatywną,
    - j) orzekanie i opiniowanie o stanie zdrowia,
    - k) czynności z zakresu zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze.
  - 2.2 Uczestniczenie w przygotowywaniu osób do wykonywania zawodów medycznych oraz doskonaleniu zawodowym kadr lekarskich, pielęgniarских i innych zawodów w zakresie określonym w odrębnych przepisach oraz umowach.
  - 2.3 Prowadzenie działalności mającej na celu promocję zdrowia i profilaktykę zdrowotną.
3. Zespół może prowadzić działalność gospodarczą, a w szczególności:
  - 1) usługi medyczne,
  - 2) obrót produktami leczniczymi i wyrobami medycznymi,
  - 3) obrót artykułami zielarskimi i higieniczno-kosmetycznymi,
  - 4) organizacja szkoleń, kursów, konferencji,
  - 5) usługi oświaty zdrowotnej i promocji zdrowia,
  - 6) usługi poligraficzne,
  - 7) obsługa imprez w zakresie zabezpieczenia medycznego,
  - 8) usługi parkingowe, transportowe i spedycyjne,
  - 9) usługi w zakresie napraw i przeglądu sprzętu medycznego,
  - 10) wypożyczanie sprzętu medycznego,
  - 11) dzierżawę pomieszczeń i urządzeń,
  - 12) usługi stołówkowe dla pacjentów i klientów zewnętrznych,
  - 13) usługi gastronomiczne, catering,
  - 14) handel artykułami spożywczo-przemysłowymi, prasą,
  - 15) prowadzenia lotto umów,
  - 16) sprzedaż kart operatorów telekomunikacyjnych,
  - 17) prowadzenie żłobka, przedszkola lub podobnych form opieki nad dziećmi;
  - 18) szkoła rodzenia,

- 19) usługi hotelarskie,
- 20) usługi pralnicze,
- 21) usługi sterylizacyjne,
- 22) utylizacja odpadów medycznych,
- 23) sprzedaż ciepła.

## **II. UPRAWNIENIA, OBOWIĄZKI I ODPOWIEDZIALNOŚĆ DYREKTORÓW**

Do ogólnych uprawnień Dyrektorów, w ramach posiadanych pełnomocnictw należy:

1. Podejmowanie decyzji w sprawach należących do obszaru działania,
2. Wnioskowanie do Dyrektora Zakładu o podjęcie decyzji wykraczających poza obszar podległy, a wynikających z realizowanych funkcji,
3. Zatwierdzanie dokumentów sporządzanych przez podległe komórki,
4. Nadzór nad funkcjonowaniem systemu zarządzania jakością w podległych komórkach organizacyjnych,
5. Podejmowanie decyzji o przyjęciach i zwolnieniach podległych pracowników (awanse, wyróżnienia, sankcje, itp.),
6. Zatwierdzanie planów urlopów dla pracowników przy zachowaniu obowiązujących przepisów w sposób gwarantujący wykonanie zadań planowych,
7. Rozdział etatów w podległych komórkach.

Do ogólnych obowiązków Dyrektorów w ramach posiadanych pełnomocnictw należy:

1. Organizowanie pracy w sposób zapewniający pełną realizację przydzielonych zadań,
2. Ustalenie zadań planowych dla podległych komórek organizacyjnych,
3. Nadzór nad prawidłowym i terminowym wykonaniem zadań przez podporządkowane komórki organizacyjne,
4. Informowanie Dyrektora Zespołu o stanie realizacji zadań oraz potrzebach warunkujących sprawne funkcjonowanie,
5. Koordynowanie działalności podległych komórek organizacyjnych z działalnością pozostałych komórek wg zakresu posiadanych uprawnień i obowiązków,
6. Zarządzanie jakością w zakresie działalności podległego obszaru,
7. Nadzorowanie zgodności wykonywania prac z obowiązującymi przepisami prawnymi i wewnętrznymi aktami normatywnymi,
8. Stałe wprowadzanie do pracy usprawnień organizacyjno-technicznych w celu podnoszenia jakości i racjonalizacji finansowej działalności,
9. Ustalanie uprawnień, obowiązków, zadań i odpowiedzialności kierowników nadzorowanych komórek organizacyjnych,
10. Sprawowanie nadzoru nad przestrzeganiem przepisów o tajemnicy zawodowej, służbowej i państwowej,
11. Nadzór nad doskonaleniem oraz racjonalnym wykorzystaniem kwalifikacji podległych pracowników,
12. Ocena i opiniowanie pracowników bezpośrednio podległych.

## **III. UPRAWNIENIA, OBOWIĄZKI I ODPOWIEDZIALNOŚĆ KIEROWNIKÓW KOMÓREK ORGANIZACYJNYCH**

Zakres uprawnień kierownika komórki organizacyjnej w ramach posiadanych pełnomocnictw obejmuje:

1. W stosunku do bezpośredniego przełożonego:
  - 1.1 Żądanie jednoznacznego określenia zadań w terminach pozwalających na ich przygotowanie

- i wykonanie,
- 1.2 Żądanie zapewnienia we właściwym czasie środków niezbędnych do wykonania zleconych zadań,
- 1.3 Żądanie zapewnienia informacji w zakresie niezbędnym do podejmowania decyzji i do ogólnej orientacji w problemach Zespołu.
- 2. W stosunku do podwładnych i podwykonawców:
  - 2.1 Okresowe i stałe przekazywanie uprawnień na rzecz podwładnych i podwykonawców,
  - 2.2 Wydawanie wszelkich poleceń niezbędnych do realizacji zadań oraz dla ratowania życia lub mienia,
  - 2.3 Opracowanie wniosków i występowanie wobec bezpośrednich przełożonych w sprawach organizacji kierowanej komórki, obsady personalnej, systemu wynagrodzeń, wyróżnień, nagród i sankcji dyscyplinarnych,
  - 2.4 Udzielanie urlopów wypoczynkowych i okolicznościowych,
  - 2.5 Decydowanie o usprawiedliwionych nieobecnościach w pracy lub spóźnieniu do pracy,
  - 2.6 Opiniowanie i ocena pracowników i jakości usług wykonywanych przez podwykonawców.

Do zakresu podstawowych **obowiązków** kierowników komórek należy:

1. Planowanie, organizowanie, kierowanie i kontrolowanie pracy w podległej komórce organizacyjnej, stosownie do wymogów ekonomicznych, technicznych, organizacyjnych, prawnych, socjalnych oraz bezpieczeństwa i higieny pracy, w celu optymalnego wykonania przypisanych komórce zadań i obowiązków.
2. Podział pracy w podległej komórce, ustalanie zakresu zadań, obowiązków, uprawnień i odpowiedzialności dla podległych pracowników.
3. Znajomość i stosowanie obowiązujących przepisów prawnych regulujących działalność kierowanej komórki organizacyjnej.
4. Systematyczne usprawnianie organizacji pracy i dostosowywanie jej do warunków pracy,
5. Dbłość o koszty, proponowanie i wdrażanie zmian mających na celu ich obniżkę.
6. Zapewnienie przestrzegania przez podległych pracowników regulaminu pracy, dyscypliny pracy, zasad i przepisów bhp, przepisów p/pożarowych, ochrony tajemnicy zawodowej, państwowej i służbowej, ochrony środowiska.
7. Koordynowanie i kontrolowanie spraw w Zespole wchodzących w zakres działania komórki, w celu niedopuszczenia do nieprawidłowości i odchyłeń od norm przyjętych do stosowania.
8. Współtworzenie, przestrzeganie i nadzorowanie realizacji planu rzeczowo-finansowego podległej komórki.
9. Opracowywanie wytycznych, instrukcji, procedur, standardów postępowania, projektów aktów normatywnych dotyczących bezpośredniego działania komórki oraz przedmiotowych zagadnień, nadzorowanych przez komórkę.
10. Zapewnienie zaopatrzenia pracowników w sprzęt, narzędzia pracy, środki ochrony osobistej, itp. niezbędne do wykonywania przez nich prac oraz dopilnowanie stosowania ich zgodnie z przeznaczeniem.
11. Prowadzenie prawidłowej gospodarki powierzonym mieniem i jego ochrona.
12. Mobilizowanie i ułatwianie pracownikom podnoszenia kwalifikacji zawodowych,
13. Realizacja działań określonych przez Zintegrowany System Zarządzania Jakością.
14. Kształtowanie prawidłowych zasad współżycia społecznego wśród pracowników w podległej komórce organizacyjnej.
15. Kontrola świadczeń wykonywanych w komórce przez podwykonawców – zleceniobiorców.
16. Wykonywanie zadań obronnych w przypadku zagrożenia bezpieczeństwa państwa i wojny oraz wystąpienia innych nadzwyczajnych zdarzeń.

#### IV. OGÓLNY ZAKRES OBOWIĄZKÓW, UPRAWNIENÍ I ODPOWIEDZIALNOŚCI PRACOWNIKÓW WYKONAWCZYCH

Do podstawowych obowiązków pracowników wykonawczych należy:

1. Postępowanie i wykonywanie zadań w sposób zapewniający utrzymanie odpowiedniego poziomu jakości, wyznaczonego przez wymagania dokumentacyjne i polecenia kierownicze oraz Systemu Zarządzania Jakością,
2. Przestrzeganie ustalonego w Zespole czasu pracy i wykorzystanie go w sposób jak najbardziej efektywny,
3. Dążenie do uzyskania w pracy jak najlepszych wyników i przejawianie w tym celu odpowiedniej inicjatywy,
4. Przestrzeganie regulaminu pracy oraz ustalonego w Zespole porządku i instrukcji służbowych,
5. Przestrzeganie przepisów i zasad bezpieczeństwa i higieny pracy, przepisów p.pożarowych oraz ochrony środowiska,
6. Troska o dobro zakładu pracy , ochrona mienia zakładu i używanie go zgodnie z przeznaczeniem,
7. Czynne przeciwdziałanie marnotrawstwu, sprzeniewierzeniom, niszczeniu i kradzieżom majątku Zespołu, jak również każdemu innemu niebezpieczeństwu zagrażającemu pracującym lub pracy w Zespole,
8. Przestrzeganie tajemnicy służbowej i zawodowej oraz przepisów o ochronie danych osobowych,
9. Przestrzeganie zasad współżycia społecznego, zachowanie koleżeńskiego stosunku względem współpracowników, zwłaszcza okazywanie pomocy nowoprzyjętym,
10. Utrzymywanie w należyтым porządku i czystości sprzętu, stanowiska pracy i odzieży przyjętej do użytkowania,
11. Pełnienie swoich obowiązków zgodnie z polityką jakości Zespołu wynikającą z Systemu Zarządzania Jakością,
12. Zawiadamianie niezwłocznie przełożonych o wszelkich uchybieniach i nadużyciach w pracy,
13. Wykonywanie zadań obronnych w przypadku zagrożenia bezpieczeństwa państwa i wojny oraz wystąpienia innych nadzwyczajnych zdarzeń.

Pracownikowi wykonawczemu przysługują następujące uprawnienia:

1. Otrzymywanie poleceń służbowych za pośrednictwem swojego przełożonego.
2. Domaganie się od bezpośredniego przełożonego jednoznacznego określenia zadań oraz zapewnienia niezbędnych środków, informacji oraz terminów potrzebnych do należytego ich wykonania.
3. Wnoskowanie o przeniesienie do pracy lepiej odpowiadającej kwalifikacjom lub predyspozycjom.
4. Składanie wniosków w zakresie uprawnień, powierzonej pracy i działalności Zespołu.
5. Odwoływanie się od decyzji bezpośredniego przełożonego do przełożonego wyższego szczebla.

Pracownik wykonawczy ponosi odpowiedzialność za:

1. Termin, ilość i jakość wykonywanych zadań stosownie do posiadanych uprawnień dotyczących doboru środków i warunków działania.
2. Stan i sposób wykorzystania powierzonego majątku stosownie do stojących do jego dyspozycji środków materialnych, finansowych i organizacyjnych.
3. Przestrzeganie obowiązującego prawa, norm etycznych i procedur działania.



## **V. PEŁNOMOCNICTWA I UPOWAŻNIENIA**

1. Do zaciągania zobowiązań oraz składania oświadczeń woli mogą być ustanowieni pełnomocnicy. Zasady udzielania pełnomocnictw wynikają ze statutu Zespołu oraz przepisów ogólnie obowiązujących.
2. Pełnomocnictwa do wykonywania określonych czynności lub dokonywania określonego rodzaju czynności udzielane są imiennie.
3. Kopie pełnomocnictw przechowywane są w Dziale Kadrowo-Płacowym.

## **VI. WYDAWANIE WEWNĘTRZNYCH AKTÓW NORMATYWNYCH I PODPISYWANIE KORESPONDENCJI**

1. Dyrektorowi należy przedkładać do podpisu:
  - 1.1 Pisma kierowane do jednostek nadrzędnych oraz instytucji współdziałających z Zespołem, o istotnym znaczeniu,
  - 1.2 Decyzje i postanowienia o skutkach organizacyjnych i gospodarczych dla całego Zespołu,
  - 1.3 Wszystkie zarządzenia oraz decyzje i instrukcje regulując sprawy dotyczące całego Zespołu.
2. Z -cy Dyrektora podpisują i zatwierdzają:
  - 2.1 Pisma kierowane do przedsiębiorstw i instytucji współdziałających z Zespołem w zakresie spraw należących do właściwości kierowanego obszaru, z wyłączeniem tych, które zawierają oświadczenia woli,
  - 2.2 Instrukcje i polecenia służbowe dotyczące prowadzonej i nadzorowanej działalności,
  - 2.3 Sprawy wchodzące w zakres działania podległego obszaru i nie zastrzeżone do decyzji Dyrektora.
3. Kierownicy działów podpisują:
  - 3.1 Pisma kierowane do równorzędnych służb innych przedsiębiorstw i instytucji o charakterze porządkowym, wyjaśniającym, itp. oraz w sprawach, do których zostali upoważnieni przez przełożonych,
  - 3.2 Opisy stanowisk pracy i instrukcje dla podległych pracowników,
  - 3.3 Wewnętrzne informacje, komunikaty dotyczące prowadzonej działalności.
4. Przełożony może upoważnić pracownika do podpisywania dokumentacji sporządzonej w ramach jego obowiązków służbowych.
5. Podpisy, względnie parafy składane na dokumentach i korespondencji są opatrzone pieczętką stanowiskową imienną.
6. Tryb sporządzania, podpisywania i obiegu poszczególnych dokumentów regulują odrębne instrukcje.

## **VIA. MONITORING WIZYJNY**

1. W SPZZOZ w Gryficach jest stosowany monitoring polegający na rejestrowaniu obrazu z wykorzystaniem kamer, a następnie zapisywania danych na informatycznym nośniku danych. Monitoring wprowadzony jest w celach:
  - 1.1. zapewnienia bezpieczeństwa pacjentów, osób odwiedzających, personelu medycznego i innych osób przebywających na terenie SPZZOZ w Gryficach,
  - 1.2. ochrony mienia.
2. Administratorem monitoringu wizyjnego jest SPZZOZ w Gryficach.
3. Monitoring wizyjny obejmuje miejsca ogólnodostępne. Monitoringiem nie są objęte pomieszczenia socjalne pracowników, pomieszczenia higieniczno - sanitarne, przebieralnie i szatnie.

4. Monitoring może obejmować gabinety lekarzy, sale pacjentów i sale zabiegowe, jeśli jest to uzasadnione procesem leczenia i bezpieczeństwem pacjenta.
5. Monitoring może obejmować pomieszczenia przeznaczone do izolacji pacjentów z zaburzeniami psychicznymi i pomieszczenia lub ich części przeznaczone do celów sanitarnohigienicznych tych pacjentów, zgodnie z ustawą z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. z 2018 r., poz. 1878 ze zm.). Obraz z pomieszczeń przeznaczonych do celów sanitarnohigienicznych jest przekazywany w sposób uniemożliwiający ukazywanie intymnych części ciała ludzkiego oraz intymnych czynności fizjologicznych.
6. Informacja o funkcjonowaniu monitoringu wizyjnego podawana jest poprzez rozmieszczenie tablic z piktogramem kamery na terenie SPZZOZ w Gryficach.
7. Zapisy z kamer przechowywane są przez okres 3 miesięcy, a następnie dane ulegają usunięciu poprzez nadpisanie danych na urządzeniu rejestrującym lub ich skasowanie w sposób uniemożliwiający jego odzyskanie. W przypadku, w którym nagrania obrazu stanowią dowód w postępowaniu prowadzonym na podstawie prawa lub SPZZOZ w Gryficach powziął wiadomość, iż mogą one stanowić dowód w postępowaniu, termin przechowywania zapisu z kamer ulega przedłużeniu do czasu prawomocnego zakończenia postępowania.
8. Zapis z monitoringu, o którym mowa w ust. 5 przechowuje się przez okres co najmniej 12 miesięcy od dnia jego zarejestrowania, nie dłużej jednak niż przez 13 miesięcy od dnia jego zarejestrowania, o ile nie zostanie on zabezpieczony jako dowód w sprawie w przypadku toczącego się postępowania. Po upływie terminu przechowywania zapis usuwa się w sposób uniemożliwiający jego odzyskanie, zgodnie z ustawą wskazaną w ust. 5.

## CZĘŚĆ B

### ZASADY DZIAŁANIA KOMÓREK ORGANIZACYJNYCH

#### VII. Dyrektor

Dyrektor Zespołu kieruje całokształtem działań Zespołu, podejmuje decyzje nie zastrzeżone do kompetencji innych organów Zespołu, a w szczególności:

- organizuje działalność Zespołu zgodnie z jego statutem w zakresie profilaktycznym, leczniczym i rehabilitacyjnym a także gospodarowania powierzonym majątkiem,
- zapewnia ład i porządek organizacyjny w Zespole,
- organizuje sterowanie działalnością Zespołu w sposób zapewniający realizację zadań,
- bilansuje przychody i koszty Zespołu,
- ustala Politykę Jakości Zespołu,
- ponosi odpowiedzialność za realizację zadań obronnych.

1. Do zadań Dyrektora Zespołu należy w szczególności:

- a) kształtowanie wizerunku zewnętrznego Zespołu,
- b) ustalanie kierunków, programów rozwoju i celów strategicznych Zespołu,
- c) ustalanie struktury organizacyjnej oraz wewnętrznego systemu zarządzania,
- d) kreowanie Polityką Jakości Zespołu i nadzór nad jej realizacją,
- e) kształtowanie polityki kadrowej,
- f) reprezentacja i ochrona prawna interesów Zespołu,
- g) współpraca z Organem Założycielskim,
- h) współpraca z organizacjami związkowymi i samorządowymi oraz innymi mającymi wpływ na funkcjonowanie Zespołu,
- i) ustalanie podstawowych zadań dla poszczególnych komórek organizacyjnych,
- j) wykonywanie innych funkcji zleconych przez Organ Założycielski,
- k) nadzór nad systemem kontroli wewnętrznej w Zespole
- l) nadzór nad przestrzeganiem zasad BHP i ochrony środowiska,
- m) stwarzanie warunków do podnoszenia kwalifikacji zawodowych pracowników,
- n) przyjmowanie i rozpatrywanie skarg i wniosków.

2. Dyrektor Zespołu odpowiada w szczególności za:

- a) za sporządzenie właściwego, odpowiadającego wymogom i potrzebom Zakładu, planu rozwoju,
- b) za realizację zobowiązań wobec Organu Założycielskiego i pracowników,
- c) za celowość wydatków,
- d) za właściwą eksploatację środków trwałych,
- e) za właściwą politykę kadrową,
- f) za stworzenie należytych warunków BHP i p/poż.

Ponadto Dyrektor Zespołu ponosi odpowiedzialność z tytułu innych przepisów regulujących zasady działalności Zespołu



## Inspektor Ochrony Danych

Inspektor Ochrony Danych podlega bezpośrednio Dyrektorowi Zespołu.

### Do zakresu zadań Inspektora Ochrony Danych (IOD) należy:

1. informowanie administratora, podmiotu przetwarzającego oraz pracowników, którzy przetwarzają dane osobowe, o obowiązkach spoczywających na nich na mocy *Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 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 RODO)* oraz innych przepisów Unii lub państw członkowskich o ochronie danych i doradzanie im w tej sprawie;
2. monitorowanie przestrzegania RODO, innych przepisów Unii lub państw członkowskich o ochronie danych oraz polityk administratora lub podmiotu przetwarzającego w dziedzinie ochrony danych osobowych, w tym podział obowiązków, działania zwiększające świadomość, szkolenia personelu uczestniczącego w operacjach przetwarzania oraz powiązane z tym audyty;
3. udzielanie na żądanie zaleceń co do oceny skutków dla ochrony danych oraz monitorowanie jej wykonania;
4. współpraca z organem nadzorczym;
5. pełnienie funkcji punktu kontaktowego dla organu nadzorczego w kwestiach związanych z przetwarzaniem, w tym z uprzednimi konsultacjami, oraz w stosownych przypadkach prowadzenie konsultacji we wszelkich innych sprawach;
6. wypełnianie zadań z należytym uwzględnieniem ryzyka związanego z operacjami przetwarzania, mając na uwadze charakter, zakres, kontekst i cele przetwarzania;
7. przygotowanie, wdrożenie i aktualizacja Polityk Bezpieczeństwa Informacji SPZZOZ w Gryficach oraz Polityki Bezpieczeństwa Grupy Danych Osobowych;
8. weryfikacja adekwatności i kompletności polityk bezpieczeństwa grup informacji, procedur eksploatacyjnych i regulaminów w zakresie bezpieczeństwa informacji, zatwierdzanie/odrzucanie poprawek w ww. dokumentach;
9. przyjmowanie zgłoszeń o incydentach bezpieczeństwa i uruchamianie działań stosownych do zidentyfikowanego zagrożenia oraz analiza raportów dotyczących incydentów bezpieczeństwa w SPZZOZ w Gryficach;
10. weryfikacja osób dopuszczonych do grupy informacji przez Administratora Informacji;
11. składanie okresowych raportów Usługobiorcy z przeprowadzonych działań w zakresie Systemu Zarządzania Bezpieczeństwem Informacji oraz stanu bezpieczeństwa firmy.
12. zlecanie i koordynacja zadań związanych z przeprowadzeniem wewnętrznych audytów bezpieczeństwa; okresowa kontrola poprawności funkcjonowania Systemu Zarządzania Bezpieczeństwem Informacji w podległych obszarach;
13. określenie wytycznych w zakresie szkoleń z tematyki bezpieczeństwa informacji;
14. prowadzenie nadzoru nad ewidencjonowaniem udostępnianych danych;
15. dopuszczenie osób do przetwarzania danych osobowych – weryfikacja, czy osoby, które mają mieć dostęp do danych osobowych zostały przeszkolone z przepisów prawa w tym zakresie i z mocy nadanej przez SPZZOZ w Gryficach (Administratora Danych) udzielenie upoważnienia do przetwarzania danych osobowych;
16. prowadzenie rejestru umów o powierzeniu danych osobowych do przetwarzania firmom trzecim;

17. prowadzenie ewidencji obszarów przetwarzania danych, zbiorów danych, systemów przetwarzania danych, osób upoważnionych do przetwarzania danych;
18. planowanie testów scenariuszy Planu Ciągłości Działania dla SPZZOZ w Gryficach, koordynacja działań związanych z wykonaniem testów, analiza raportów z przeprowadzonych testów i uruchamianie działań doskonalących Plan Ciągłości Działania SPZZOZ w Gryficach;
19. przedstawienie do zatwierdzenia przez SPZZOZ w Gryficach Raportu z Analizy Ryzyka, Planu Postępowania z Ryzykiem, Polityk Bezpieczeństwa Informacji oraz wynikających z niej procedur eksploatacyjnych i regulaminów;
20. koordynacja działań związanych z przeprowadzaniem analizy ryzyka poszczególnych grup informacji firmy, koordynowanie i nadzorowanie działań w zakresie ochrony danych osobowych;
21. inicjowanie i aktywne uczestnictwo w pracach Sztabu Kryzysowego.

#### **Zakres uprawnień Inspektora Ochrony Danych:**

1. Żądania zapewnienia we właściwym czasie środków niezbędnych do wykonania zleconych prac.
2. Kontrola dostępu pracowników/współpracowników SPZZOZ w Gryficach do informacji chronionych określonych w grupach informacji.
3. Kontrola przestrzegania przez pracowników/współpracowników SPZZOZ w Gryficach Polityk Bezpieczeństwa Informacji, polityk bezpieczeństwa grup informacji, Regulaminu Ochrony i Klasyfikacji Informacji oraz Regulaminu Użytkownika Systemu Komputerowego.
4. Kontrola poprawności działań w podległych komórkach (Administrator Informacji, Administrator Systemu).
5. Wydawanie poleceń w zakresie ochrony informacji, które decyzją SPZZOZ w Gryficach traktowane są jako polecenia służbowe w rozumieniu Kodeksu Pracy.

#### **Zakres odpowiedzialności Inspektora Ochrony Danych**

1. Inspektor Ochrony Danych odpowiada za:
  - a. poprawność funkcjonowania Systemu Zarządzania Bezpieczeństwem Informacji,
  - b. ciągłe doskonalenie Systemu Zarządzania Bezpieczeństwem Informacji,
  - c. nadzór nad spełnieniem przez SPZZOZ w Gryficach wymagań ustawy o ochronie danych osobowych oraz RODO.
2. Praca Inspektora Ochrony Danych nadzorowana jest pod kątem bezpieczeństwa przez Dyrektora Zespołu.

#### **Administrator Informacji**

Administrator Informacji podlega bezpośrednio Dyrektorowi, pośrednio Inspektorowi Ochrony Danych.

#### **Zakres obowiązków Administratora Informacji**

1. Określenie zakresu grupy informacji – podstawy prawne, zakres informacji przetwarzanej w danej grupie, wykaz dokumentów stanowiących informacje chronione.
2. Opracowanie, wdrożenie i aktualizacja dokumentów polityki bezpieczeństwa dla danej grupy informacji chronionych zgodnie z obowiązującą Polityką Bezpieczeństwa Informacji.
3. Analiza ryzyka grupy informacji – na podstawie predefiniowanej listy zasobów i zagrożeń okresowa analiza ryzyka lub w przypadku pojawienia się nowych zasobów/zagrożeń dotyczących grupy informacji chronionych.

4. Zarządzanie ryzykiem grupy informacji – przedkładanie Dyrektorowi SPZZOZ propozycji postępowania ze oszacowanym ryzykiem (akceptacja ryzyka, przeniesienie ryzyka, monitorowanie ryzyka, plany ciągłości działania).
5. Określenie metod przetwarzania grupy informacji – określenie systemów przetwarzających dane w grupie informacji chronionych (obieg dokumentów papierowy, wyszczególnienie systemów komputerowych).
6. Określenie ról dostępu do systemów przetwarzających informację danej grupy informacji chronionych.
7. Określenie osób dopuszczonych do grupy informacji i ich praw dostępu (role dostępu) do informacji z grupy (w szczególności do systemów informatycznych).
8. Weryfikacja przeszkolenia osób starających się o dostęp do danej grupy informacji.
9. Administrator Informacji zobowiązany jest do sporządzenia okresowego raportu (raz na 6 miesięcy) dla Inspektora Ochrony Danych o funkcjonowaniu podległego mu obszaru (na podstawie wytycznych IOD).

#### Zakres uprawnień Administratora Informacji

1. Żądanie zapewnienia we właściwym czasie środków niezbędnych do wykonywania zleconych prac.
2. Nadawanie/znoszenie klauzuli informacji chronionych dokumentom określonym w zakresie grupie informacji chronionych. Modyfikacja zakresu informacji chronionych w grupie (wykazu informacji chronionych) oraz klasyfikacja informacji w Jednolitym Rzeczowym Wykazie Akt.
3. Nadawanie/odbieranie uprawnień dostępu do grupy informacji oraz określanie osób posiadających dostęp do informacji chronionych.
4. Udostępnianie informacji chronionych na wniosek Dyrektora SPZZOZ.

#### Zakres odpowiedzialności Administratora Informacji

Administrator Informacji odpowiada za:

1. Zarządzanie dostępem do grupy informacji dla osób uprawnionych (zgodnie z zasadą wiedzy uzasadnionej) oraz zgodnie z postanowieniami polityki bezpieczeństwa grupy informacji i Polityki Bezpieczeństwa Informacji.
2. Stan bezpieczeństwa powierzonych informacji zgodnie z postanowieniami polityki bezpieczeństwa grupy informacji i Polityki Bezpieczeństwa Informacji.

Praca Administratora Informacji nadzorowana jest pod kątem bezpieczeństwa przez Inspektora Ochrony Danych.

#### Administrator Systemu

Administrator Systemu (AS) podlega bezpośrednio Dyrektorowi ds. Technicznych, pośrednio Inspektorowi Ochrony Danych.

#### Zakres obowiązków Administratora Systemu

##### I. Ogólny zakres obowiązków

1. Administrator Systemu (AS) zobowiązany jest do bieżącego raportowania zdarzeń i prac o kluczowym znaczeniu mających miejsce w podległym obszarze Administratorowi Informacji GIT (grupy informacji technicznych). AS sporządza również okresowe (raz na 6 miesięcy) sprawozdanie dla Administratora Informacji GIT o funkcjonowaniu podległego mu obszaru.
2. W zakresie powierzonego systemu, AS aktywnie uczestniczy w pracach związanych z zarządzaniem ryzykiem, w tym:

- a) Szacowanie ryzyka, co do powierzonych zasobów,
  - b) Opracowywanie planów i procedur awaryjnych (disaster recovery procedure –DRP) dla serwerów,
  - c) Planowanie i przeprowadzanie testów odtworzeń po katastrofie i scenariuszy Planu Ciągłości Działania (business continuity planning BCP).
3. AS zobowiązany jest do wprowadzania zmian w podległej części dokumentacji technicznej systemów SPZZOZ. Zmiany wprowadzone w podległym obszarze przez AS wymagające modyfikacji dokumentacji powinny być wprowadzone najpóźniej w ciągu 5 dni roboczych. Forma aktualizacji i szablon dokumentacji jest określany przez Administratora Informacji GIT.
  4. AS aktywnie uczestniczy w projektowaniu i rozwoju systemów informatycznych firmy - współpracuje z Administratorem Informacji GIT.
  5. Informowanie Inspektora Ochrony Danych o wszelkich zdarzeniach i incydentach związanych z bezpieczeństwem.

## **II. Obowiązki AS w zakresie zarządzania siecią LAN/WAN**

1. Zarządzanie bezpieczeństwem sieci:
  - a) Ochrona sieci przed nieuprawnionym dostępem,
  - b) Zarządzanie usługami związanymi z dostępem zewnętrznym do sieci ,
  - c) Aktualizacja oprogramowania urządzeń aktywnych,,
  - d) Przechowywanie aktualnej konfiguracji urządzeń.
2. Tworzenie dokumentacji sieci i jej bieżąca aktualizacja każdorazowo po wprowadzeniu zmian. Przechowywanie aktualnych danych o:
  - a) Topologii sieci,
  - b) Adresacji,
  - c) Urządzeniach aktywnych,
  - d) Okablowaniu,
  - e) Serwerach,
  - f) Stacjach roboczych.
3. Zapewnienie odpowiedniej wydajności i jakości usług sieciowych w zakresie powierzonych urządzeń:
  - a) Analiza obciążenia sieci i inicjowanie jej modernizacji
  - b) Rozwiązywanie problemów związanych z obsługą sieci
  - c) Monitorowanie pracy urządzeń sieciowych i gromadzenie danych o ich stanie
  - d) W oparciu o zgromadzone dane - projektowanie rozbudowy i konfigurowanie sieci we współpracy z Administratorem GIT.
4. Informowanie użytkowników sieci o uszkodzeniach i planowanych wyłączeniach. Zapisywanie w dzienniku systemowym danych dotyczących uszkodzeń i niewłaściwego działania sieci w ramach powierzonych urządzeń. Usuwanie uszkodzeń sieci w ramach powierzonych urządzeń.

## **III. Obowiązki AS w zakresie zarządzania serwerami**

1. Zarządzanie bezpieczeństwem serwerów:
  - a) Instalowanie, wdrażanie, eksploatacja i kontrola systemów operacyjnych i oprogramowania,
  - b) Wykonywanie prac związanych z kopiami zapasowymi i archiwizacją zasobów powierzonych serwerów,
  - c) Przechowywanie aktualnych informacji o konfiguracji serwerów.
  - d) Testowanie i instalowanie poprawek systemowych.
  - e) Zapewnienie ochrony antywirusowej.

2. Zapewnienie odpowiedniej wydajności i jakości usług serwerów:

- a) Monitorowanie pracy serwerów i gromadzenie danych o ich stanie
- b) Analiza obciążenia serwerów oraz inicjowanie ich modernizacji
- c) W oparciu o zgromadzone dane - projektowanie rozbudowy i konfigurowanie serwerów we współpracy z Administratorem Informacji GIT

**IV. Obowiązki AS w zakresie zarządzania stacjami roboczymi**

1. Zarządzanie bezpieczeństwem stacji:

- a) Sprawowanie kontroli nad zgodnością stacji roboczej z przyjętym standardem.
- b) Sprawowanie kontroli nad legalnością oprogramowania instalowanego na stacjach
  - Podłączanie stacji roboczych do sieci LAN spełniających standard oprogramowania
  - Odłączanie stacji roboczych od sieci LAN niespełniających standardu oprogramowania lub stanowiących bezpośrednie zagrożenie dla bezpieczeństwa systemów informatycznych firmy,
  - Testowanie i dopuszczanie do eksploatacji poprawek dla systemów operacyjnych zainstalowanych na stacjach roboczych.

**V. Obowiązki AS w zakresie zarządzania systemem przetwarzania**

- 1. Zarządzanie prawami użytkowników w podległych systemach przetwarzania na podstawie zatwierdzonych przez AI list użytkowników (ujętych w wykazie informacji chronionych danej grupy informacji):
  - a) Zakładanie konta użytkownika,
  - b) Nakładanie restrykcji na użytkownika, co do dostępu do zasobów,
  - c) Blokowanie/usuwanie kont użytkownika.

Sposób zarządzania prawami użytkowników uregulowany jest stosownymi procedurami eksploatacyjnymi.

**Zakres uprawnień Administratora Systemu**

- 1. Żądanie zapewnienia we właściwym czasie środków niezbędnych do wykonywania zleconych prac.
- 2. Dysponowanie środkami przydzielonymi do wykonania zleconych zadań.
- 3. Uzyskanie dostępu do pomieszczeń, w których znajdują się powierzone urządzenia.

**Zakres odpowiedzialności Administratora Systemu**

- 1. Administrator Systemu odpowiada za:
  - a) Zarządzanie podlegającymi mu zasobami informatycznymi zgodnie z postanowieniami Polityki Bezpieczeństwa Informacji, polityk bezpieczeństwa grupy informacji, oraz procedurami eksploatacyjnymi.
  - b) Stan bezpieczeństwa powierzonych zasobów informatycznych zgodnie z postanowieniami Polityki Bezpieczeństwa Informacji, polityk bezpieczeństwa grupy informacji i oraz procedurami eksploatacyjnymi.
- 2. Praca Administratora Systemu nadzorowana jest pod kątem bezpieczeństwa przez Inspektora Ochrony Danych.



3. Polecenia Inspektora Ochrony Danych SPZZOZ w Gryficach w zakresie ochrony informacji, traktowane jako polecenia służbowe w rozumieniu Kodeksu Pracy.

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

Generalnym celem działalności jest sterowanie wszelkimi działaniami niezbędnymi do skutecznego funkcjonowania Zintegrowanego Systemu Zarządzania w SPZZOZ.

Do jego zadań należy:

- a) sterowanie działaniami niezbędnymi do skutecznego funkcjonowania i rozwoju Zintegrowanego Systemu Zarządzania w SPZZOZ.
- b) koordynacja, opracowywanie, wydawanie i wdrażanie dokumentacji ZSZ oraz nadzorowanie wprowadzania zmian i modyfikacji dokumentów ZSZ,
- c) planowanie, koordynacja i przeprowadzenie szkoleń z zakresu ZSZ i auditów wewnętrznych,
- d) reprezentowanie Zespołu w zakresie ZSZ w kontaktach z klientami,
- e) dokonywanie cyklicznego przeglądu aktualności dokumentów ZSZ,
- f) współpraca z firmą certyfikującą w zakresie uzgodnień dotyczących certyfikatów kontrolnych i przedłużających ich ważności oraz koordynuje prace związane z przedłużeniem certyfikatu,
- g) współuczestnictwo w tworzeniu strategicznych planów działalności Zespołu,
- h) pełnienie swoich obowiązków zgodnie z polityką jakości Zespołu wynikającą z Zintegrowanego Systemu Zarządzania
- i) Zapewnienie, że Zintegrowany System Zarządzania (PN-EN ISO 9001:2009, PN-EN ISO 14001:2006, PN ISO-IEC 27001:2007), jest udokumentowany, wdrożony i stosowany,
- j) Utrzymywanie i bieżąca aktualizacja dokumentacji Zintegrowanego Systemu Zarządzania,
- k) Zapewnienie, że są dokonywane systematyczne i planowe audyty wewnętrzne Zintegrowanego Systemu Zarządzania (ZSZ) i przeglądy zarządzania,
- l) Koordynacja działań w zakresie doskonalenia ZSZ.
- m) Uczestnictwo w analizie ryzyka bezpieczeństwa informacji,
- n) Kontakty z jednostkami certyfikującym

Zakres funkcji kontrolnych obejmuje przestrzeganie założeń ZSZ (postanowienia Księgi Jakości, procedur, instrukcji, działań korygujących, zapobiegawczych, itp.) oraz kontakty z klientem zewnętrznym w zakresie ZSZ.

### **Pielęgniarka Naczelna**

1. Pielęgniarka Naczelna podlega bezpośrednio Dyrektorowi Zespołu.
2. Do obowiązków Pielęgniarki Naczelnej należy:
  - a) organizacja i nadzór nad działalnością podległego personelu,
  - b) zapewnienie pacjentom opieki pielęgniarskiej i położniczej zgodnej z wymaganiami medycyny i dostępnymi zasobami,
  - c) opracowywanie, wdrażanie i nadzór nad aktualizacją standardów opieki,
  - d) planowanie zasobów, w tym ludzkich niezbędnych do zapewnienia opieki pacjentom Zespołu oraz realizowania pozostałych zadań przez podległy personel,
  - e) nadzorowanie jakości opieki oraz jej doskonalenie,
  - f) planowanie szkoleń i nadzór nad ich realizacją,
  - g) planowanie, rozliczanie i kontrolowanie czasu pracy podległego personelu,
  - h) wnioskowanie i wdrażanie rozwiązań organizacyjnych i merytorycznych doskonalących opiekę nad pacjentami,
  - i) nadzór nad bezpieczeństwem pacjentów i podległego personelu w trakcie realizacji zadań,
  - j) nadzorowanie praktyk zawodowych słuchaczy szkół medycznych,
  - k) przestrzeganie obowiązującego prawa,



- l) współpraca z ordynatorami/lekarzami kierującymi oddziałami i kierownikami oddziałów i innych medycznych komórek organizacyjnych w zakresie realizowanych zadań,
  - m) współpraca z kadrą kierowniczą Zespołu w zakresie realizowanych zadań,
  - n) współpraca z podmiotami kontrolnymi i innymi służbami np. NFZ, PIP, PSSE, WSSE,
  - o) naczelnej Pielęgniarki podlega personel pielęgniarski i położniczy, niższy personel medyczny wykazany w schemacie organizacyjnym Zespołu.
3. Z tytułu nałożonych obowiązków, Pielęgniarka Naczelna posiada uprawnienia do:
- a) merytorycznej oceny podległego personelu,
  - b) opracowywania kryteriów doboru personelu i jego dobór zgodnie z ww. kryteriami,
  - c) rozpatrywanie skarg i wniosków dotyczących opieki pielęgniarskiej i położniczej,
  - d) reprezentowanie Zespołu na zewnątrz w sprawach związanych z realizowanymi zadaniami,
  - e) podpisywanie z upoważnienia Dyrektora Zespołu dokumentów związanych z zatrudnianiem i zwalnianiem personelu pielęgniarskiego, położniczego i niższego personelu medycznego.

### **Pełnomocnik ds. Praw Pacjenta**

Do zadań Pełnomocnika ds. Praw Pacjenta należy w szczególności:

1. Czuwanie nad przestrzeganiem praw pacjenta w SPZZOZ w Gryficach.
2. Przyjmowanie skarg i zażaleń od pacjentów.
3. Podejmowanie działań interwencyjnych – przeprowadzenie postępowania wyjaśniającego przebieg zdarzenia będącego przedmiotem skargi pacjenta, a także okoliczności jego zaistnienia, z wyłączeniem spraw podlegających nadzorowi medycznemu.
4. Udzielanie odpowiedzi na pytania i skargi pacjentów.
5. Analiza skarg i wniosków kierowanych do Pełnomocnika.
6. Stały monitoring realizacji praw pacjenta.
7. Wywiady i rozmowy indywidualne z pacjentami.
8. Ocena realizowanych świadczeń zdrowotnych w aspekcie przestrzegania praw pacjenta we wszystkich komórkach organizacyjnych SPZZOZ.

Pełnomocnik ds. Praw Pacjenta współpracuje z:

1. Kadrą kierowniczą SPZZOZ.
2. Zespołem ds. Oceny Świadczonej Usług.
3. Rzecznikiem Praw Pacjenta.

### **Pełnomocnik ds. Kontroli Usług Zewnętrznych (wykonywanych na terenie Zespołu)**

Pełnomocnik ds. Kontroli Usług Zewnętrznych podlega bezpośrednio Dyrektorowi Zespołu.

Zadaniem Pełnomocnika ds. Kontroli Usług Zewnętrznych jest nadzorowanie realizacji umów zawieranych przez Zespół z podmiotami zewnętrznymi, a w szczególności kontrola ich jakości.

Czuwa on nad prawidłową realizacją umów, przestrzeganiem ich zapisów. W zakresie swoich obowiązków współpracuje z kadrą kierowniczą Zespołu oraz kierownikami komórek organizacyjnych i Zespołem ds. Zakażeń Szpitalnych.

### **Radca Prawny**

Radca prawny sprawuje nadzór nad zgodnością działań Zespołu z obowiązującym prawem.

Do jego zadań należy:

- a) opiniowanie zawieranych przez Zespół umów pod względem prawnym.
- b) występowanie w imieniu Zespołu przed sądami, wobec władz, urzędów oraz innych osób prawnych.
- c) informowanie kierownictwa Zespołu o treści aktów normatywnych, ich interpretacja oraz udzielanie potrzebnych wyjaśnień.

d) udzielanie porad prawnych w zakresie dotyczącym działania Zespołu, prawa pracy, itp.

### **Pełnomocnik ds. Ochrony Informacji Niejawnych**

Pełnomocnik ds. Ochrony Informacji Niejawnych podlega bezpośrednio Dyrektorowi Zespołu.

Zakres odpowiedzialności określa ustawa o ochronie informacji niejawnych z dnia 5 sierpnia 2010r. o ochronie informacji niejawnych (Dz. U. 2016 r. poz. 1167 ze zm.), odpowiada za:

1. Zapewnienie przestrzegania przepisów o ochronie informacji niejawnych;
2. Kierowanie wyodrębnioną komórką organizacyjną ds. ochrony informacji niejawnych, zwaną „pionem ochrony”;
3. Urządzenie kancelarii tajnej i zaproponowanie osoby do jej prowadzenia;
4. Przeszkolenie pracowników pionu i innych dopuszczonych do informacji niejawnych w zakresie ochrony tych informacji;
5. Zapewnienie ochrony fizycznej jednostki organizacyjnej (SPZZOZ);
6. Kontrolowanie ochrony informacji niejawnych, materiałów, obiegu dokumentów i ewidencji;
7. Opracowanie planu ochrony SPZZOZ i nadzorowanie jego realizacji
8. Opracowanie wymagań do dokumentów oznaczonych klauzulą „ZASTRZEŻONE”

Pełnomocnik ochrony w zakresie realizacji swoich zadań, w razie wprowadzenia stanu nadzwyczajnego, ma prawo żądać od komórek organizacyjnych w SPZZOZ udzielenia pomocy.

Współpracuje z właściwymi jednostkami i komórkami organizacyjnymi służb ochrony państwa. Informuje na bieżąco Dyrektora o przebiegu tej współpracy.

W razie wprowadzenia stanu nadzwyczajnego opracowuje plan postępowania z materiałami zawierającymi informacje niejawne.

Pełnomocnik ochrony podejmuje działania zmierzające do wyjaśnienia okoliczności naruszania przepisów o ochronie informacji niejawnych zawiadamiając o tym dyrektora, a w przypadku naruszenia przepisów dokumentacji o klauzuli „POUFNE”, właściwą służbę ochrony państwa.

### **Inspektor ds. Obronnych i Rezerw**

Inspektor ds. Obronnych podlega bezpośrednio Dyrektorowi Zespołu do jego podstawowego zakresu obowiązków należy:

1. Planowanie obronne i przygotowanie zakładu do realizacji zadań obronnych.
2. Opracowanie dokumentacji i organizacja stałego dyżuru.
3. Planowanie i organizowanie oraz prowadzenie szkolenia obronnego.
4. Opracowanie planu obrony cywilnej i planu działania szpitala w przypadku katastrof, klęsk żywiołowych i innych zdarzeń oraz instrukcji w przypadku zdarzenia radiacyjnego.

### **Służba BHP**

Służba BHP podlega bezpośrednio Dyrektorowi Zespołu. Pełni funkcje doradcze i kontrolne w zakresie bezpieczeństwa i higieny pracy w SPZZOZ w Gryficach. Szczegółowy zakres działania oraz uprawnienia Służby BHP regulują powszechnie obowiązujące przepisy prawa.

### **Sekretariat**

Sekretariat podlega bezpośrednio Dyrektorowi Zespołu.

Do podstawowych zadań Sekretariatu należy:

- a) prowadzenie wszelkich spraw związanych z korespondencją przychodzącą i wychodzącą z Zespołu,
- b) obsługa dokumentacyjna Rady Społecznej,

- c) obsługa administracyjna zebrań i posiedzeń Dyrekcji Zespołu,
- d) prowadzenie terminarza spotkań Dyrektora Zespołu,
- e) prowadzenie rejestru zarządzeń Dyrektora Zespołu oraz ich dystrybucję,

Szczegółowe zasady pracy Sekretariatu reguluje odrębna instrukcja - Instrukcja Kancelaryjna oraz Instrukcja administracji i dokumentacji.

### **Rzecznik Prasowy**

Rzecznik Prasowy podlega Dyrektorowi SPZZOZ w Gryficach. Reprezentuje Szpital w kontaktach z mediami poprzez konferencje prasowe i inne wydarzenia medialne. Do jego obowiązków należy:

1. przekazywanie informacji do mediów w przypadku zaistnienia nadzwyczajnych zdarzeń w obiektach Szpitala;
2. udzielanie informacji w przypadku napływu do Szpitala zwiększonej ilości pacjentów w sytuacji katastrof lub innych zdarzeń masowych z dużą ilością poszkodowanych;
3. przygotowywanie konferencji prasowych;
4. kreowanie wizerunku Szpitala w mediach;
5. wydawanie oświadczeń i publiczne prezentowanie działań, inicjatyw i programów podejmowanych przez Dyрекcję Szpitala;
6. prowadzenie monitoringu mediów, w szczególności prasy branżowej;
7. redagowanie aktualności i sekcji prasowej na stronie WWW szpitala;
8. pisanie informacji prasowych, artykułów sponsorowanych, oraz opracowywanie informacji o instytucji, która ma trafić do mediów.

### **Inspektor Ochrony Radiologicznej**

Inspektor Ochrony Radiologicznej podlega bezpośrednio Dyrektorowi Zespołu. Do jego zadań należy:

1. wewnętrzny nadzór nad przestrzeganiem wymagań ochrony radiologicznej,
2. nadzór nad spełnieniem warunków dopuszczających pracowników do zatrudnienia na danym stanowisku i Usługodawców świadczących usługi,
3. dokonywanie wstępnej oceny narażania pracowników i usługodawców na podstawie wyników pomiarów dawek indywidualnych,
4. ustalanie wyposażenia komórek organizacyjnych w środki ochrony indywidualnej,
5. współpraca z zakładowymi służbami bezpieczeństwa i higieny pracy, osobami wdrażającymi program zapewnienia jakości, służbami przeciwpożarowymi i ochrony środowiska w zakresie ochrony przed promieniami jonizującymi,
6. nadzór nad postępowaniem wynikającym z zakładowego planu postępowania awaryjnego, jeżeli na terenie jednostki organizacyjnej zaistnieje zdarzenie radiacyjne,
7. przestrzeganie przepisów ustawy z dnia 29.11.2000 r. Prawo atomowe (Dz.U. z 2019 r. poz. 1792 ze zm.).

## **VIII. ZASTĘPCA DYREKTORA DS. LECZNICTWA**

1. Zastępca Dyrektora ds. Lecznictwa podlega bezpośrednio Dyrektorowi Zespołu.

2. Realizuje nałożone zadania przy pomocy ordynatorów/lekarzy kierujących oddziałami, Kierowników Działów Diagnostycznych i Kierowników pozostałych podległych komórek organizacyjnych.
3. Do obowiązków Z-cy Dyrektora ds. Lecznictwa należy w szczególności:
  - a) zarządzanie i nadzór nad organizacją działalności podstawowej Zespołu,
  - b) nadzór nad poziomem merytorycznym i jakością udzielanych świadczeń zdrowotnych,
  - c) udział w planowaniu strategicznym działalności Zespołu, odpowiada za prawidłowe wykonanie zadań operacyjnych wynikających z przyjętej strategii,
  - d) prowadzenie racjonalnej polityki kadrowej w odniesieniu do podległego personelu,
  - e) zapewnienie bezpieczeństwa ludzi i mienia w trakcie udzielania świadczeń zdrowotnych,
  - f) nadzór nad doskonaleniem zawodowym oraz racjonalnym zatrudnianiem personelu, w obszarze realizowanych działań,
  - g) nadzór nad zaopatrzeniem komórek działalności podstawowej w urządzenia medyczne, leki oraz ich prawidłowe magazynowanie,
  - h) zorganizowanie oraz nadzór nad funkcjonowaniem systemu kontroli jakości świadczonych usług medycznych,
  - i) nadzór nad prawidłowym, racjonalnym i zgodnym z prawem wykorzystaniem zasobów udostępnionych do realizowania zadań, w tym leków,
  - j) nadzór merytoryczny nad przygotowaniem materiałów niezbędnych do składania ofert oraz negocjowanie umów i kontraktów na świadczenia zdrowotne,
  - k) nadzór nad realizacją, i rozliczaniem zawartych umów i kontraktów dotyczących udzielania świadczeń zdrowotnych oraz związaną z tym sprawozdawczością,
  - l) nadzór nad problematyką epidemiologiczną w Zespole – monitorowanie, profilaktyka, podejmowanie działań operacyjnych w tym zakresie oraz analiza incydentów epidemiologicznych,
  - m) opiniowanie merytoryczne umów i kontraktów dotyczących zaopatrzenia w produkty lecznicze, biobójcze, wyroby medyczne, sprzęt i aparaturę medyczną i innych działań dotyczących zakupów, remontów lub inwestycji z zakresu działalności podstawowej,
  - n) nadzór nad zgodnością z prawem zaopatrzenia podległych komórek organizacyjnych w artykuły i sprzęt niezbędny do ich funkcjonowania,
  - o) doskonalenie organizacyjne i funkcjonalne działalności leczniczej Zespołu,
  - p) aktywne uczestniczenie w pracach zespołów zadaniowych,
  - q) przestrzeganie obowiązującego prawa,
  - r) współpraca z kadrą kierowniczą Zespołu w zakresie realizowanych zadań,
  - s) współpraca z podmiotami kontrolnymi i innymi służbami,  
np. MZ, NFZ, PIP, WSSE, PSSE.
4. Z-cy Dyrektora ds. Lecznictwa podlegają odpowiednio:
  - Oddziały Szpitalne,
  - Poradnie Specjalistyczne,
  - Działy diagnostyczne i lecznicze,
  - Centralny Blok Operacyjny,
  - Sterylizacja,
  - Apteka szpitalna,
  - Zespół ds. Zakażeń Szpitalnych,
  - Dział Statystyki,
  - Dział Marketingu i Rozliczeń Usług Medycznych,
  - POZ,
  - RUM.

5. Z tytułu nałożonych obowiązków, Z-ca Dyrektora ds. Lecznictwa posiada uprawnienia do:
- a) podpisywania dokumentów finansowych dotyczących lecznictwa – na podstawie pisemnego upoważnienia dyrektora,
  - b) merytorycznej oceny podległego personelu,
  - c) opracowywanie kryteriów doboru i dobór kadry medycznej wg opracowanych zasad,
  - d) opiniowanie merytoryczne projektów zamówień, planów i umów dotyczących sprzętu i aparatury medycznej,
  - e) wnioskowanie, analizowanie, zgłaszanie projektów i propozycji dotyczących obszaru realizowanych zadań,
  - f) rozpatrywanie skarg, zażaleń oraz wniosków dotyczących lecznictwa,
  - g) reprezentowanie Zespołu na zewnątrz w sprawach związanych z realizowanymi zadaniami.

### **Zespół ds. Zakażeń Szpitalnych**

Zespół ds. Zakażeń Szpitalnych podlega służbowo Z-cy Dyrektora ds. Lecznictwa SPZZOZ Gryfice i organizacyjnie Lekarzowi Epidemiologowi.

1. Do zadań Zespołu ds. Zakażeń Szpitalnych należy:

- a) monitorowanie i analizowanie zakażeń szpitalnych oraz stanu bakteriologicznego wszystkich komórek szpitala,
- b) kontrola wszystkich ogniw odpowiedzialnych za realizację programu kontroli zakażeń szpitalnych,
- c) kontrola wykonania wydanych zaleceń i zarządzeń,
- d) koordynowanie i nadzór pracy pielęgniarek oddziałowych i kierowników poszczególnych komórek organizacyjnych odpowiedzialnych za sprawy epidemiologiczne,
- e) nadzór nad pacjentami z zakażeniami szpitalnymi w zakresie pielęgnacji, zasad i sposobu izolacji,
- f) nadzór (kontrola) nad przestrzeganiem procedur zapewniających ochronę przed zakażeniami szpitalnymi,
- g) nadzór (kontrola) nad sposobem przechowywania sterylnej aparatury medycznej,
- h) przeprowadzenie wywiadów i dochodzeń epidemiologicznych,
- i) doradztwo w postępowaniu pielęgnacyjnym z chorymi narażonymi szczególnie na zakażenia szpitalne,
- j) opracowywanie i wdrażanie programów i procedur w zakresie profilaktyki zakażeń szpitalnych,
- k) współudział w opracowywaniu i nadzór nad wdrażaniem i przestrzeganiem standardów i zasad postępowania dla czynności dotyczących profilaktyki i kontroli zakażeń m.in. metod i technik pracy personelu, procesów dezynfekcji i sterylizacji, procesów dezynsekcji i deratyzacji, systemu transportu wewnętrznego, sposobu zbierania, gromadzenia i utylizacji odpadów,
- l) uaktualnianie zaleceń, instrukcji i standardów,
- m) określanie i analizowanie ryzyka zakażeń personelu,
- n) współpraca z instytucjami i organizacjami (stowarzyszeniami) w zakresie edukacji personelu,
- o) określanie zapotrzebowania edukacyjnego, organizowanie i prowadzenie szkoleń personelu z zakresu epidemiologii,
- p) przedstawianie raportów o sytuacji sanitarno-epidemiologicznej Dyrektorowi szpitala i kierownikom komórek organizacyjnych szpitala,
- q) prowadzenie bazy danych dotyczących zakażeń na poziomie szpitala,



- r) wdrażanie i nadzór nad wypełnieniem dokumentacji dotyczącej rejestrów zakażeń szpitalnych,
  - s) prowadzenie i przechowywanie niezbędnej dokumentacji,
  - t) inne działania niezbędne dla zapobiegania zakażeniom szpitalnym,
  - u) wykonywanie innych zadań na polecenie Dyrektora.
2. Zakres uprawnień Zespołu ds. Zakażeń Szpitalnych:
- a) ustalanie sposobu realizacji programu zapobiegania i kontroli zakażeń szpitalnych zgodnie z wiedzą, standardami ustalonymi w szpitalu oraz zasadami etyki zawodowej,
  - b) dobór metod i sposobów realizacji programów profilaktycznych oraz ustalenie zakresu i treści informacji przekazywanych pracownikom,
  - c) prawo dostępu do informacji o pacjentach, metodach diagnozowania, leczenia i rehabilitacji,
  - d) prawo do kontroli stanu sanitarno-higienicznego oddziałów / komórek organizacyjnych szpitala – zgodnie z wykonywaną kontrolą ma prawo wstępu o każdej porze dnia i nocy na teren szpitala,
  - e) uczestnictwo w szkoleniach i kursach podnoszących kwalifikacje zawodowe,
  - f) zgłaszanie uwag, spostrzeżeń i propozycji dotyczących zmian w zakresie realizacji programu zapobiegania i kontroli zakażeń szpitalnych.

## Dział Statystyki

### Organizacja i zadania Działu Statystyki

1. Dział Statystyki podlega bezpośrednio Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa.
2. Dział Statystyki obejmuje:
  - Sekcję Statystyki
  - Medyczne Archiwum Zakładowe
3. Do zadań działu należy w szczególności:
  - a) prowadzenie podstawowej dokumentacji statystycznej szpitalnej;
  - b) prowadzenie dokumentacji zbiorczej wewnętrznej i zewnętrznej dla potrzeb SPZZOZ;
  - c) ewidencjonowanie i przekazywanie do Wojewódzkiego Ośrodka Onkologii KZN,
  - d) ewidencja i archiwizowanie karty statystycznej;
  - e) przekazywanie w systemie informatycznym danych do Państwowego Instytutu Higieny;
  - f) nadzór i kontrola „ruchu chorych”
  - g) nadzór i kontrola przekazywania dokumentacji medycznej przez komórki do archiwum;
  - h) ewidencjonowanie i przechowywanie wszelkiej dokumentacji medycznej w Medycznym Archiwum Zakładowym
  - i) archiwizowanie wszelkiej dokumentacji medycznej wg Rozporządzenia MZ;
  - j) brakowanie dokumentacji medycznej i przekazywanie do Archiwum Państwowego;
  - k) przygotowanie dokumentacji medycznej na potrzeby działalności naukowo-badawczej dla fachowych pracowników medycznych zatrudnionych w SPZZOZ;
  - l) ewidencjonowanie ilości osób leczonych SPZZOZ;
  - m) ewidencjonowanie zgonów stwierdzonych w szpitalu;
  - n) sporządzanie zbiorczych opracowań z zakresu sprawozdawczości bieżącej medycznych komórek organizacyjnych SPZZOZ;
  - o) sporządzanie miesięcznych zestawień danych niezbędnych do opracowywania
  - p) podstawowych wskaźników statystycznych;
  - q) przekazywanie danych statystycznych dotyczących zakresu komórek,
  - r) sporządzanie sprawozdawczości medycznej dla potrzeb GUS,
  - s) sporządzanie sprawozdawczości medycznej dla potrzeb Wydziału Polityki Społecznej Zachodniopomorskiego Urzędu Wojewódzkiego;



- t) udostępnianie dokumentacji medycznej na zewnątrz zakładu organom i podmiotom uprawnionym do pozyskania dokumentacji
- u) prowadzenie korespondencji związanej z lecznictwem;
- v) udzielanie informacji terenowym organom administracji państwowej;
- w) prowadzenie korespondencji w zakresie uzyskania akredytacji na prowadzenie specjalizacji w oddziałach szpitalnych;
- x) współpraca z podmiotami kontrolnymi;
- y) administrowanie systemu informatycznego części medycznej.

## **Dział Marketingu i Rozliczeń Usług Medycznych**

### **Organizacja i zadania Działu Statystyki:**

1. Dział Marketingu i Rozliczeń Usług Medycznych podlega bezpośrednio Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa
2. Dział Marketingu i Rozliczeń Usług Medycznych obejmuje:
  - Sekcję Rozliczeń Usług Medycznych
  - Sekcję Marketingu

#### **2.1 Sekcja Rozliczeń Usług Medycznych**

Do zadań sekcji należy koordynowanie i sporządzanie sprawozdawczości medycznej niezbędnej do rozliczenia świadczonych usług medycznych w jednostkach i komórkach organizacyjnych SPZZOZ, a w szczególności:

- a) przygotowywanie ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych do Narodowego Funduszu Zdrowia w wymaganej formie,
- b) kontraktowanie świadczeń zdrowotnych z Narodowym Funduszem Zdrowia,
- c) prowadzenie rozliczeń z Narodowym Funduszem Zdrowia wg obowiązujących zasad oraz wszelkiej z nim korespondencji,
- d) przygotowywanie zestawień świadczeń zdrowotnych udzielanych osobom nieposiadającym uprawnień z tytułu ubezpieczenia zdrowotnego i finansowanych z budżetu państwa,
- e) sporządzanie zbiorczych opracowań z zakresu sprawozdawczości bieżącej komórek organizacyjnych dotyczącej rozliczenia realizacji umowy z NFZ w zakresie sprzedaży usług medycznych.
- f) współpraca z podmiotami zewnętrznymi: Narodowy Fundusz Zdrowia oraz z komórkami wewnętrznymi SPZZOZ pod względem administracyjnym: Dział Finansowo-Księgowy, Dział Planowania i Analiz, Zespół ds. oceny list oczekujących, sekretariaty/rejestracje oddziałów szpitalnych, poradni/działów i zakładów.
- g) wykonywanie innych zadań zleconych przez Dyrektora Zespołu.

#### **2.2 Sekcja Marketingu**

Dział Statystyki i Marketingu realizuje działania marketingowe dotyczące sprzedaży usług medycznych. Do szczegółowych obowiązków sekcji należy:

1. Koordynowanie i sporządzanie sprawozdawczości statystycznej niezbędnej doprowadzenia działań marketingowych dotyczących usług medycznych.
2. Pozyskiwanie niezbędnych dla pracy działu informacji z innych komórek organizacyjnych Zespołu.
3. Sporządzanie miesięcznych, kwartalnych, półrocznych i rocznych zestawień i analiz danych dotyczących marketingu usług medycznych świadczonych przez SPZZOZ.
4. Opracowanie i realizacja strategii wizerunkowej Zespołu.
5. Badanie pozycji konkurencyjnej Zespołu na rynku oraz przygotowanie propozycji działań jej poprawy (w miarę potrzeb).
6. Badania marketingowe niezbędne do wprowadzania nowych produktów.

7. Promocja Zespołu wobec otoczenia instytucjonalnego i medialnego, w tym przygotowanie wszelkich materiałów promocyjnych, oraz utrzymywanie stałych kontaktów szczególnie z mediami.
8. Bieżące redagowanie strony internetowej SPZZOZ wg otrzymanych materiałów i informacji z komórek organizacyjnych zakładu.
9. Badanie poziomu satysfakcji klientów - pacjentów oraz klientów instytucjonalnych.
10. Kontrola działań mających wpływ na tworzenie właściwego wizerunku Zespołu, oraz podejmowanie akcji korekcyjnych.

Dział Statystyki i Dział Marketingu i Rozliczeń Usług Medycznych współpracują z komórkami organizacyjnymi zespołu.

Komórki organizacyjne SPZZOZ zobowiązane są do przekazywania do Działu Marketingu i Rozliczeń Usług Medycznych informacji dotyczących funkcjonowania komórek celem aktualizacji strony internetowej, jak również informacji dotyczących ważnych wydarzeń medialnych.

Komórki organizacyjne SPZZOZ oraz komisje/zespoły funkcjonujące w SPZZOZ zobowiązane są do przekazywania informacji dotyczących zakresu danych analizowanych przez Dział Statystyki i Dział Marketingu i Rozliczeń Usług Medycznych w ustalonych odrębnie terminach.

## **IX. ZASTĘPCA DYREKTORA DS. EKONOMICZNYCH**

Z-ca Dyrektora ds. Ekonomicznych współuczestniczy w zarządzaniu Zespołem poprzez kształtowanie i nadzorowanie realizacji polityki finansowej zgodnej z założonymi kierunkami rozwoju i obejmującej organizację i modernizację systemów oraz rejestrację w tych systemach zjawisk gospodarczych. Reprezentuje Zespół w kontaktach z klientem zewnętrznym.

Kieruje podległym sobie pionem organizacyjnym poprzez:

1. Zapewnienie planowania finansowego i nadzór nad jego realizacją.
2. Stworzenie systemu analizy finansowej dostarczającej odpowiednich informacji ośrodkom decyzyjnym Zespołu.
3. Odpowiednie zorganizowanie rachunkowości, w tym zwłaszcza rachunku kosztów oraz umożliwienia efektywnej kontroli poziomu kosztów w poszczególnych komórkach Zespołu.
4. Inicjowanie i wspomaganie działań zmierzających do obniżki kosztów.
5. Sprawne zarządzanie środkami obrotowymi, tj. określanie i kontrolę poziomu zapasów, zobowiązań, należności oraz środków pieniężnych.
6. Określanie potrzeb kapitałowych Zespołu oraz źródeł ich pokrycia.
7. Uczestnictwo w formułowaniu długofalowych celów Zespołu, określanie przyszłej struktury jego majątku oraz struktury finansowania.
8. Nadzór i kontrolę nad obiegiem dokumentacji księgowej w Zespole.
9. Organizowanie i kierowanie pracą zespołów ludzkich w sposób zapewniający pełną realizację zadań pionu.
10. Planowanie i programowanie zadań związanych z zakresem działania podległego pionu oraz nadzór nad ich realizacją.
11. Podejmowanie decyzji, ustalanie instrukcji, wytycznych i poleceń dla podległych komórek organizacyjnych.
12. Realizacja Polityki Jakości, w tym precyzowanie zadań wynikających z Systemu Zarządzania Jakością w odniesieniu do bezpośrednio podległych komórek organizacyjnych i pracowników w nich zatrudnionych.
13. Zapewnienie środków finansowych niezbędnych do prawidłowego funkcjonowania Systemu Zarządzania Jakością w Zespole.

14. Nadzór nad rachunkowością i kontrolą wewnętrzną w Zakładzie.
15. Nadzór nad sporządzaniem obowiązującej sprawozdawczości.
16. Przeprowadzanie bieżącej doraźnej oraz okresowej wewnętrznej kontroli celem zbadania legalności należności, prawidłowości, celowości i gospodarności poszczególnych komórek organizacyjnych jako całości.
17. Odpowiedzialność w szczególności za: prawidłowe planowanie finansowe, właściwe gospodarowanie funduszami Zespołu, prawidłowe i terminowe rozrachunki z dostawcami, wykonawcami i innymi zleceniobiorcami, ścisłą współpracę z bankami w zakresie obrotu pieniężnego, planowania kasowego, inkasa, kredytów i kontroli bankowej, prawidłowe wykonywanie czynności związanych z prowadzeniem kontroli wewnętrznej, kontrola trybu postępowania, sprawdzania i obiegu dokumentów.
18. Opiniowanie projektów zmian organizacyjnych, zakupów i inwestycji w komórkach organizacyjnych pod względem zgodności z planami rzeczowo-finansowymi komórek.
19. Stałe monitorowanie przestrzegania planów rzeczowo-finansowych komórek organizacyjnych.
20. Zatwierdzanie dokumentów finansowych wystawianych przez zleceniobiorców i podwykonawców zgodnie z zawartymi umowami.
21. Negocjowanie porozumień, ugód i umów z kontrahentami.
22. Nadzorowanie i kreowanie programów restrukturyzacyjnych, szczególnie w aspekcie finansowym.
23. Poszukiwanie i pozyskiwanie dodatkowych źródeł finansowania i dotacji w ramach środków pomocowych i funduszy zewnętrznych.
24. Sprawowanie nadzoru nad obowiązkowymi i dodatkowymi ubezpieczeniami Zespołu

Zakres funkcji kontrolnych obejmuje wszystkie aspekty działalności pionu finansowego oraz działalność pozostałych komórek organizacyjnych w dziedzinie finansów.

### **Główny Księgowy**

1. Główny Księgowy podlega organizacyjnie Dyrektorowi Ekonomicznemu zaś służbowo Dyrektorowi Zespołu.
2. Do obowiązków Głównego Księgowego należy:
  - a) prowadzenie rachunkowości Szpitala zgodnie z obowiązującymi przepisami i zasadami, szczególnie:
    - organizacji sporządzania, przyjmowania, obiegu, archiwizowania i kontroli dokumentów w sposób zapewniający:
      - właściwy przebieg operacji gospodarczych,
      - ochronę mienia będącego w posiadaniu Zespołu,
      - sporządzanie sprawozdawczości finansowej.
  - b) bieżące i prawidłowe prowadzenie księgowości oraz sprawozdawczości finansowej w sposób umożliwiający:
    - terminowe przekazywanie rzetelnych informacji ekonomicznych,
    - ochronę mienia będącego w posiadaniu Zespołu oraz terminowe,
    - prawidłowe i terminowe dokonywanie rozliczeń finansowych.
  - c) nadzorowanie prac z zakresu rachunkowości, wykonywanych przez podległe komórki organizacyjne zgodnie ze schematem organizacyjnym Zespołu.
  - d) prowadzenie gospodarki finansowej Zespołu zgodnie z obowiązującymi zasadami, szczególnie:
    - zapewnienie pod względem finansowym prawidłowości umów zawieranych przez Zespół,

- przestrzeganie zasad rozliczeń pieniężnych i ochrony wartości pieniężnych,
  - zapewnienie terminowanego ściągania należności i dochodzenie roszczeń spornych,
  - e) nadzór nad prawidłowością wykorzystania środków przydzielonych z budżetu Państwa np. dotacji lub innych środków będących w dyspozycji Zespołu.
  - f) dokonywanie, w ramach kontroli wewnętrznej:
    - wstępnej, bieżącej i następnej kontroli funkcjonalnej w zakresie powierzonych obowiązków,
    - wstępnej kontroli legalności dokumentów dotyczących wykonywania planów finansowych oraz ich zmian,
    - kontroli operacji gospodarczych Zespołu stanowiących przedmiot księgowania,
  - g) opracowywanie projektów przepisów wewnętrznych wydawanych przez Dyrektora Zespołu, dotyczących prowadzenia polityki rachunkowości, a w szczególności zakładowego planu kont, obiegu dokumentów księgowych, zasad prowadzenia i rozliczania inwentaryzacji.
  - h) znajomość i przestrzeganie obowiązującego prawa.
  - i) wykonywanie innych zadań o charakterze operacyjnym i strategicznym z zakresu polityki finansowej zleconych przez Dyrektora.
  - j) kontrola wstępna dokumentów dotyczące operacji gospodarczych i parafowanie przed podpisaniem ich przez osoby upoważnione do reprezentowania jednostki.
3. Głównemu Księgowemu podlegają komórki organizacyjne wykazane w schemacie organizacyjnym Zespołu.
4. Z tytułu nałożonych obowiązków, Główny Księgowy posiada uprawnienia do:
- a) merytorycznej oceny podległego personelu,
  - b) zgłaszania wniosków, propozycji i projektów dotyczących działań operacyjnych lub/i strategicznych z zakresu realizowanych zadań,
  - c) udziału w odprawach i naradach ścisłego kierownictwa Zespołu.
5. Wyszczególnione powyżej obowiązki oraz przyznane uprawnienia stanowią bezpośrednią podstawę do definiowania odpowiedzialności pracownika jako równoznacznej z jego obowiązkami.

### **Dział Finansowo-Księgowy**

Dział Finansowo-Księgowy odpowiada za rejestrację zdarzeń gospodarczych i przetwarzanie ich w określone kategorie ekonomiczne oraz za całokształt prac z zakresu rachunkowości.

#### Do podstawowych zadań Działu należy:

- a) organizowanie i doskonalenie rachunkowości Zespołu, w tym zasad sporządzania, obiegu i kontroli dokumentów księgowych oraz ewidencji, w sposób zapewniający:
  - zgodność stosowanych rozwiązań z przepisami,
  - aktualność, kompletność i właściwy układ informacji,
- b) zarządzanie podatkami w interesie Zespołu, a także prawidłowe i rzetelne prowadzenie niezbędnych rejestrów oraz sporządzanie deklaracji podatkowych związanych z wszelkimi zobowiązaniami podatkowymi,
- c) prawidłowa – zgodna z obowiązującymi przepisami wewnętrznymi, terminowa ewidencja wszystkich operacji gospodarczych,
- d) przyjmowanie i ewidencjonowanie wszystkich rachunków i faktur wpływających do Zespołu:
  - sprawdzanie pod względem formalnym i rachunkowym,
  - przekazywanie do kompetentnych komórek dla stwierdzenia faktu zakupu lub wykonania usługi,

- f) kontrola dokumentów w zakresie wynikającym z obowiązujących zasad sporządzania, obiegu i kontroli dokumentów księgowych,
- g) prawidłowe przechowywanie dokumentów księgowych,
- h) ewidencja oraz przechowywanie protokołów pokontrolnych zewnętrznych organów kontroli oraz odwołań od nich,
- i) windykacja należności z tytułu niedoborów i szkód,
- j) prawidłowa eksploatacja komputerowych systemów księgowych,
- k) sporządzanie sprawozdań finansowych zgodnie z wymogami GUS i innych uprawnionych organów i instytucji,
- l) zabezpieczenie prawidłowego funkcjonowania kasy oraz organizacja wypłat wynagrodzeń i innych płatności gotówkowych w ustalonych terminach (m.in. diet, nie podjętych płac, itp.)
- m) zarządzanie gotówką poprzez bieżące planowanie oraz kontrolę wykonania przepływów pieniężnych,
- n) poszukiwanie i pozyskiwanie dla Zespołu korzystnych źródeł finansowania,
- o) współpraca z bankami obsługującymi Zespół
  - dbałość o aktualność dokumentacji posiadanej przez banki (karty wzorów podpisów, informacje dotyczące sytuacji finansowej i inne),
  - prawidłowe i rzetelne sporządzanie wniosków kredytowych, obsługa zadłużenia oraz dbałość o korzystne ustalenie warunków i terminów spłat,
  - wystawianie odpowiednich dokumentów płatniczych i rozliczeniowych (przelewy, inkaso dokumentowe, akredytywa dokumentowa, чеки potwierdzone, чеки gotówkowe i inne dokumenty),
  - składanie zleceń wykonania wszelkich innych operacji bankowych,
- p) dokonywanie zapłaty zobowiązań, dbałość o dobre stosunki z wierzycielami Zespołu, kontrola stosowanych terminów i form płatności,
- q) utrzymywanie kontaktu z dłużnikami Przedsiębiorstwa i nadzorowanie spływu należności, wyjaśnianie ewentualnych różnic i niezgodności oraz windykacji należności.

### **Dział Kadrowo-Płacowy**

Dział Kadrowo-Płacowy wykonuje zadania związane z prowadzoną przez Zespół polityką kadrową, prowadzi wszelkie sprawy pracownicze, nalicza wynagrodzenia, a w szczególności do zadań działu należy:

- a) w zakresie realizacji polityki kadrowej:
  - zarządzanie potencjałem ludzkim,
  - realizacja polityki personalnej,
  - nadzór nad tworzeniem i realizacją procedur dotyczących:
    - rekrutacji i doboru pracowników,
    - oceny wyników pracy i możliwości rozwoju pracowników,
    - rozwoju zawodowego (szkoleń),
  - nadzór nad administrowaniem kadrami,
  - nadzór nad przestrzeganiem postanowień Kodeksu Pracy, Regulaminu Pracy,
  - realizacja działań określonych przez System Zarządzania Jakością.
- b) w zakresie spraw personalnych:
  - analiza stanu zatrudnienia, sporządzanie bilansu potrzeb,
  - rozwijanie metod rekrutacji i doboru kadr,
  - obsada stanowisk,
  - opracowywanie systemu ocen pracowniczych,
  - rozwijanie systemu wynagradzania i motywacji pracowników,



- planowanie szkoleń i ich realizacja,
  - tworzenie kultury organizacyjnej oraz przyjaznego klimatu społecznego,
  - administrowanie kadrami,
  - prowadzenie i koordynacja całości spraw osobowych
  - obsługa osobowa w zakresie przyjmowania, zwalniania i przenoszenia na inne stanowiska – prowadzenie nadzoru nad przestrzeganiem Kodeksu Pracy i Regulaminu Pracy,
  - ewidencja bieżącego stanu zatrudnienia, średnich stanów zatrudnienia oraz wykonywanie analiz w tym zakresie,
  - prowadzenie obowiązującej sprawozdawczości dla potrzeb różnych instytucji.
- c) w zakresie płac:
- prowadzenie całokształtu spraw związanych z zabezpieczeniem emerytalnym i rentowym pracowników, ubezpieczeniem pracowników oraz odszkodowaniami powypadkowymi,
  - prowadzenie całości spraw związanych z obliczaniem wynagrodzenia, zasiłków chorobowych i rodzinnych oraz odszkodowań powypadkowych,
  - prowadzenie całokształtu spraw związanych z obliczaniem składek na ZUS, FP, FGŚP,
  - ewidencja czasu pracy według grup zawodowych i składników czasu pracy oraz wszelkich elementów wynagrodzeń oraz wykonanie analiz w tym zakresie,
  - realizacja działań określonych przez System Zarządzania Jakością.
- d) umowy cywilno-prawne z jednoosobowymi podmiotami,
- e) umowy pozakodeksowe (zlecenia, itp.),
- f) współpraca ze związkami zawodowymi i nadzorowanie przestrzegania ustawy o związkach zawodowych przez obie strony.

**Szczegółowe zakresy obowiązków wszystkich pracowników Zespołu znajdują się w aktach osobowych w Dziale Kadrowo-Płacowym, zaś osób świadczących usługi na podstawie umów cywilnoprawnych w zawartych umowach u Kierownika Działu Kadrowo-Płacowego.**

### **Dział Zamówień Publicznych**

#### Zakres czynności pracowników:

1. Przeprowadzanie procedur przetargowych zgodnie z ustawą z dnia 29 stycznia 2004r. „Prawo zamówień publicznych”:
2. Przygotowywanie wniosku o wszczęcie procedury przetargowej.
3. Określanie wartości szacunkowej przedmiotu zamówienia.
4. Wybór trybu przetargowego.
5. Opracowywanie Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia.
6. Udzielanie odpowiedzi dt. SIWZ na zadane pytania przez Wykonawców.
7. Uczestnictwo w pracach (posiedzeniach) komisji przetargowej.
8. Ocena złożonych ofert i przedstawienie wyników oceny Dyrektorowi do zatwierdzenia.
9. Wysyłanie informacji o zatwierdzeniu postępowania przetargowego przez Dyrektora.
10. Przygotowanie umów do podpisania przez Dyrektora.
11. Sprawdzanie zgodności realizowanych zamówień z umową.

### **Dział Planowania i Analiz**

Dział Planowania i Analiz odpowiada za działania polegające na pozyskiwaniu klienta oraz poszerzaniu asortymentu świadczonych usług zgodnie z zapotrzebowaniem i posiadanym potencjałem, jak również doskonaleniu jakości usług.

Do podstawowych zadań działu należy również sporządzanie planów działalności Zespołu oraz kontrola ich realizacji, sporządzanie informacji i analiz niezbędnych do podejmowania racjonalnych decyzji przez kierownictwo Zespołu.

Zadania z zakresu planowania i analiz oraz sprzedaży:

- a) prowadzenie akcji informacyjnych;
- b) opracowywanie strategii wejścia z nowym produktem/usługą lub na nowy rynek;
- c) współpraca międzynarodowa – rozumiana jako współpraca z zagranicznymi ubezpieczycielami, odpowiednikami NFZ, osobami fizycznymi;
- d) przygotowanie listy produktów/usług, które mogą być sprzedawane na zewnątrz poza systemem ubezpieczeń;
- e) definiowanie innych usług możliwych do sprzedaży na zewnątrz;
- f) raportowanie na potrzeby zarządcze z zakresu zadań realizowanych w Dziale,
- g) analizowanie informacji i przepisów mających wpływ na funkcjonowanie SPZZOZ;
- h) kreowanie pozytywnego wizerunku placówki w otoczeniu bliższym i dalszym;
- i) badanie pozycji SPZZOZ Gryfice na rynku usług;
- j) analiza perspektywicznej atrakcyjności dotychczasowego profilu działania, poszukiwanie nowych obszarów i kierunków działania,
- k) realizacja działań określonych przez System Zarządzania Jakością.
- l) gromadzenie danych finansowych i statystycznych niezbędnych do przeprowadzania wstecznej analizy kosztów,
- m) gromadzenie niezbędnych danych stanowiących podstawę do sporządzania planów finansowo-rzeczowych,
- n) sporządzanie planów finansowo-rzeczowych w ujęciu rocznym i miesięcznym,
- o) sporządzanie wszelkich programów i planów dla potrzeb kierownictwa Zespołu,
- p) rozliczanie wykonania przyjętych do realizacji planów oraz analiza odchyleń,
- q) sporządzanie okresowych raportów z wykonania planów finansowo-rzeczowych przez poszczególne komórki organizacyjne,
- r) prowadzenie korespondencji z pacjentami, którym udzielono pomocy medycznej w SOR,
- s) kalkulacja kosztów usług medycznych udzielonych pacjentom,
- t) sporządzanie umów na usługi medyczne dla klientów instytucjonalnych, kontrola ich realizacji oraz archiwowanie,
- u) prawidłowe rozliczanie osób majątkowo odpowiedzialnych za mienie Zespołu,
- v) zapewnienie prawidłowej organizacji inwentaryzacji składników majątkowych oraz dokonywanie jej rozliczenia.

## **X. ZASTĘPCA DYREKTORA DS. TECHNICZNYCH**

1. Zastępca Dyrektora ds. technicznych podlega bezpośrednio Dyrektorowi Zespołu.
2. Realizuje nałożone zadania przy pomocy kierowników podległych komórek organizacyjnych.
3. Do obowiązków Z-cy Dyrektora ds. Technicznych należy:
  - a) zarządzanie i racjonalna eksploatacja infrastrukturą techniczną Zespołu,
  - b) zapewnienie ciągłości dostaw mediów, w tym gazów medycznych w ilości i jakości odpowiadającym potrzebom i posiadanym zasobom,
  - c) bieżące utrzymanie podległej infrastruktury w stanie zapewniającym realizację zadań Zespołu oraz bezpieczeństwo ludzi i mienia,
  - d) nadzór nad szkoleniami i kwalifikacjami podległych pracowników, w szczególności w zakresie konieczności posiadania wymaganych uprawnień i certyfikatów,
  - e) efektywne zarządzanie mieniem udostępnionym do realizacji działań, w tym magazynowaniem materiałów oraz użytkowanymi narzędziami,
  - f) zaopatrzenie podległych pracowników w sprzęt, materiały, narzędzia, itp. artykuły,

- g) organizacja i nadzór nad remontami i inwestycjami, w tym wykonywanie kosztorysów zadań remontowych i inwestycyjnych planowanych w Zespole,
  - h) wykonanie niezbędnych remontów,
  - i) planowanie, koordynacja i nadzór działań z zakresu informatyki, teleinformatyki, telefonii, telewizji, itp. technologii w zakresie budowy, eksploatacji, zakupów, montażu i napraw sieci, sprzętu, itp.
  - j) organizacja i nadzór, zgodnie z obowiązującymi przepisami, nad gospodarką mediami, olejami i paliwami oraz odpadami powstającymi w wyniku ich używania,
  - k) prowadzenie lub/i udział w negocjacjach handlowych i opracowywanie projektów umów dotyczących realizowanych zadań,
  - l) działalność administracyjna w obszarach realizowanych zadań, w tym przygotowanie materiałów niezbędnych do organizacji przetargów i innych procedur określonych Ustawą o Zamówieniach Publicznych,
  - m) uczestniczenie w opracowywaniu planów rzeczowo-finansowych Zespołu,
  - n) nadzór nad racjonalnym wykorzystaniem zasobów przeznaczonych do realizacji zadań,
  - o) nadzorowanie realizacji zawartych przez Zespół umów i kontraktów, dotyczących zakupów, dostaw, instalacji, napraw lub modernizacji podległej infrastruktury,
  - p) organizacja okresowych przeglądów podległych zasobów,
  - q) opiniowanie pod względem merytorycznym umów zawieranych z podmiotami zewnętrznymi, dotyczącymi realizowanych zadań,
  - r) akceptacja merytoryczna dokumentów finansowych z zakresu realizowanych działań,
  - s) opracowywanie okresowych planów dotyczących działań planowych, dla realizacji których przewidziane są środki finansowe lub niezbędne będzie zapewnienie środków finansowych,
  - t) współpraca z kadrą kierowniczą Zespołu w zakresie realizowanych zadań,
  - u) planowanie i nadzór nad pracą podległych komórek organizacyjnych,
  - v) przestrzeganie obowiązującego prawa,
  - w) współpraca z podmiotami kontrolnymi i innymi służbami  
np. UDT, PSP, PPIP, WSSE, Policją
4. Z-cy Dyrektora ds. Technicznych podlegają komórki organizacyjne określone w schemacie organizacyjnym Zespołu.
5. Z tytułu nałożonych obowiązków, Z-ca Dyrektora ds. Technicznych posiada uprawnienia do:
- a) zarządzania zasobami ludzkimi w podległych komórkach organizacyjnych,
  - b) merytorycznej oceny podległego personelu,
  - c) wnioskowania i zgłaszania uwag dotyczących funkcjonowania Zespołu,
  - d) udziału w komisjach przetargowych lub/i innych związanych z wykonywanymi zadaniami,
  - e) doskonalenia wiedzy i umiejętności poprzez udział w kursach, szkoleniach, konferencjach, itp.
  - f) reprezentowania Zespołu na zewnątrz w sprawach związanych z realizowanymi zadaniami,
6. Wyszczególnione powyżej obowiązki oraz przyznane uprawnienia stanowią bezpośrednią podstawę do definiowania odpowiedzialności pracownika jako równoznacznej z jego obowiązkami.

## **Dział Techniczny**

### Do podstawowych zadań Działu Technicznego należy:

- a) utrzymanie w należytym stanie technicznym obiektów, urządzeń, sieci i instalacji,

- b) organizowanie i wykonywanie napraw, konserwacji, remontów budynków i budowli oraz innych środków trwałych siłami własnymi lub systemem zleconym,
- c) usuwanie skutków awarii eksploatowanych urządzeń, sieci, instalacji,
- d) przygotowanie i realizacja inwestycji,
- e) przedstawienie rocznego planu przedsięwzięć remontowych, modernizacyjnych, inwestycyjnych, budynków, budowli, instalacji, urządzeń oraz nadzór nad jego realizacją,
- f) prowadzenie dokumentacji techniczno-eksploatacyjnej urządzeń,
- g) prowadzenie dla każdego budynku książki obiektu budowlanego,
- h) przechowywanie dokumentacji budowy, dokumentów i decyzji dotyczących obiektu w okresie jego istnienia,
- i) prowadzenie sprawozdawczości w zakresie wykonanych remontów, modernizacji budynków, budowli, instalacji oraz innych środków trwałych,
- j) wystawianie orzeczeń technicznych,
- k) racjonalne wykorzystanie posiadanego sprzętu i urządzeń,
- l) analizowanie potrzeb w zakresie modernizacji i wyposażenia zaplecza technicznego,
- m) opracowywanie kryteriów stałego podnoszenia jakości świadczonych usług,
- n) inicjowanie i wdrażanie postępu technicznego,
- o) inicjowanie przedsięwzięć mających na celu usprawnienie i poprawę jakości obsługi technicznych oraz napraw,
- p) ścisła współpraca z innymi komórkami w sprawie organizowania i wykonawstwa remontów, napraw i konserwacji budynków, budowli oraz innych środków trwałych.

## **Dział Gospodarczy**

Do podstawowych zadań Działu Gospodarczego należy:

- a) w zakresie administracyjnym:
  - prowadzenie spraw związanych z obsługą centrali telefonicznej,
  - nadzorowanie wszystkich spraw związanych z ochroną mienia,
  - prowadzenie ewidencji przedmiotów nietrwałych, rejestru przesunięć i likwidacji,
  - prowadzenie rozliczeń za dzierżawę pomieszczeń przedsiębiorstwa,
  - nadzorowanie utrzymywania terenu Zespołu w czystości,
  - gospodarka odpadami komunalnymi,
  - administrowanie pomieszczeniami Zespołu, organizowanie przeprowadzek,
  - prowadzenie ewidencji niskocenowych składników majątkowych,
  - prace gospodarcze oraz drobne naprawy,
  - administrowanie zasobami mieszkaniowymi Zespołu,
  - realizacja działań określonych przez System Zarządzania Jakością,
- b) w zakresie ochrony środowiska:
  - prowadzenie spraw związanych z wymaganiami ochrony środowiska i prawa wodnego: operaty, pozwolenia, decyzje, oceny i inne akty prawne związane z ochroną środowiska i prawem wodnym,
  - korespondencja z tym związana z instytucjami zewnętrznymi,
  - obsługa kontroli zewnętrznych,
  - sprawozdawczość i rozliczenia z urzędami państwowymi,
  - ustalenia inwestycyjne i remontowe,
  - organizacja funkcjonowania i kontrola obiektów w zakresie ochrony środowiska,
  - koordynacja spraw związanych z gospodarką odpadami,
  - kontrola funkcjonowania eksploatowanych obiektów, urządzeń technologicznych i układów wodościekowych,

- nadzór nad eksploatacją urządzeń zabezpieczających środowisko,
- wprowadzanie nowych rozwiązań technicznych i organizacyjnych w celu spełnienia wymagań przepisów o ochronie środowiska,
- organizacja działań przy zapobieganiu lub usuwaniu skutków uszkodzeń lub awarii, które mogą spowodować zanieczyszczenie środowiska,
- Dział Gospodarczy współpracuje ze wszystkimi komórkami organizacyjnymi Zespołu. Zakres współpracy oraz jej zasady określają przepisy prawne regulujące zadania działu oraz zarządzenia wewnętrzne Dyrektora Zakładu.

## **Dział Zaopatrzenia**

Do podstawowych zadań Działu Zaopatrzenia należy:

- a) w zakresie zaopatrzenia – gospodarka zaopatrzeniowo-magazynowa oraz realizacja zakupów inwestycyjnych, a w szczególności:
  - opracowywanie zamówień oraz dokonywanie zakupów materiałów, części zamiennych i urządzeń,
  - realizacja dostaw wynikających z zamówień,
  - prawidłowe kształtowanie stanu zapasów materiałowych,
  - kontrola dokumentów dotyczących dostaw oraz potwierdzanie merytoryczne zgodności faktur,
  - składanie i prowadzenie reklamacji w zakresie dostaw materiałowych,
  - upływnianie zapasów zbędnych, zagospodarowanie zapasów nadmiernych i surowców wtórnych,
  - współpraca z innymi komórkami organizacyjnymi w zakresie właściwego przygotowania zapotrzebowań i wyboru ofert zakupu,
  - indeksowanie materiałów i wystawianie faktur PZ,
  - prowadzenie ewidencji ilościowo-wartościowej zapasów magazynowych (w systemie komputerowym),
  - sporządzanie sprawozdań dla potrzeb GUS w zakresie działalności,
  - realizacja działań określonych przez System Zarządzania Jakością,
- b) w zakresie gospodarki magazynowej – zapewnienie zgodnego z przepisami i ustaleniami przyjmowania, przechowywania i wydawania materiałów i urządzeń, a w szczególności:
  - organizacja pracy w magazynach w zakresie przyjmowania i wydawania materiałów – właściwe rozmieszczenie, oznakowanie, zabezpieczenie i przechowywanie materiałów,
  - ewidencja materiałów w magazynach, przestrzeganie obowiązujących przepisów i instrukcji dotyczących gospodarki magazynowej,
  - właściwe wykorzystanie przestrzeni magazynowych, utrzymanie należytego stanu technicznego i wyposażenie magazynów w niezbędne urządzenia i sprzęt pomocniczy,
  - organizacja odbioru dostaw w zakresie: rozładunku i odbioru jakościowego,
  - sporządzanie protokołów braków i różnic materiałowych, związanych z dostawami,
  - gospodarka opakowaniami,
  - wystawianie i prowadzenie dokumentów wynikających z przepisów zawartych w odpowiednich instrukcjach,
  - realizacja działań określonych przez System Zarządzania Jakością.



## CZĘŚĆ C

### ZASADY UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH

#### **XI. SPZZOZ w Gryficach, jako podmiot leczniczy udziela świadczeń medycznych w posiadanych zakładach leczniczych.**

1. Wykaz szczegółowy zakładów leczniczych stanowi załącznik nr 1 do Regulaminu Organizacyjnego.
2. Struktura organizacyjna komórek organizacyjnych stanowi załącznik nr 1a do Regulaminu.
3. Oddziałami szpitalnymi kierują ordynatorzy lub lekarze niebędący ordynatorami (lekarze kierujący oddziałami lub koordynatorzy, w niniejszym Regulaminie określani jako „lekarz kierujący oddziałem”).

#### **XII. Zasady ogólne**

##### **Zespół stosownie do określonego w Statucie zakresu działania zapewnia przyjętemu pacjentowi:**

1. Świadczenia zdrowotne obejmujące badanie i poradę lekarską, badania diagnostyczne i analitykę medyczną, specjalistyczne leczenie ambulatoryjne i szpitalne, rehabilitację leczniczą, świadczenia pielęgniarские, opiekę nad kobietą w ciąży, porodu i połogu, opiekę prenatalną nad płodem i opiekę nad noworodkiem, opiekę paliatywną, zaopatrzenie w leki i materiały medyczne, orzekanie o stanie zdrowia.
2. Pacjentowi hospitalizowanemu pomieszczenia i wyżywienie odpowiednie do stanu zdrowia.
3. Świadczenia Poradni Specjalistycznych obejmują lekarskie badanie przedmiotowe i podmiotowe, zabiegi diagnostyczno – lecznicze, ordynację koniecznych leków i materiałów oraz zalecenia ich dawkowania, wystawianie niezbędnych zleceń, skierowań i orzeczeń oraz edukację i promocję zdrowia.
4. Świadczenia Działu Rehabilitacji obejmują świadczenia zdrowotne stosowane w celu zapobiegania niesprawności, jej usunięcia, ograniczenia lub złagodzenia jej skutków.
5. Świadczenie Zakładów Diagnostycznych obejmują analizy i inne badania mające na celu rozpoznanie stanu zdrowia.
6. Zespół udziela świadczeń w ramach ubezpieczenia zdrowotnego lub odpłatnie na zasadach określonych w obowiązujących przepisach prawa. Rachunki wg obowiązującego w zakładzie cennika, wystawiają jednostki wg właściwości.

#### **Zakaz fotografowania i rejestrowania obrazu lub dźwięku**

Dla zapewnienia ochrony dóbr osobistych pacjentów, osób im towarzyszących oraz personelu Zespołu, jak również niezakłóconego udzielania świadczeń zdrowotnych, w budynkach Zespołu, a w szczególności w oddziałach szpitalnych, poradniach oraz poczekalniach, obowiązuje zakaz fotografowania oraz rejestrowania obrazu lub dźwięku, chyba że:

- 1) zgodę na fotografowanie i rejestrowanie obrazu lub dźwięku wyraził Dyrektor Zespołu lub jego Zastępca  
oraz
- 2) fotografowanie lub nagrywanie odbywa się w obecności lub za wiedzą Rzecznika Prasowego Zespołu.

Powyższe zasady obowiązują również dziennikarzy i inne osoby, które świadczą pracę lub usługi na rzecz prasy, radia lub telewizji. Niezastosowanie się do zakazu będzie uprawniać personel Zespołu do wezwania ochrony i nakazania skasowania materiału oraz opuszczenia terenu Zespołu przez osobę

łamiącą zakaz, jeśli nie będą zachodzić przesłanki do udzielenia jej świadczeń zdrowotnych w trybie nagłym.

### **XIII. ZASADY UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ STACJONARNYCH**

#### **Kierowanie pacjentów**

1. Bez skierowania lekarza ubezpieczenia zdrowotnego Zespół udziela świadczeń:
  - a) w przypadku urazu, zatrucia, wypadku, stanu zagrożenia życia lub porodu,
  - b) w zakresie ambulatoryjnej specjalistycznej opieki zdrowotnej w ginekologii i położnictwie, stomatologii, dermatologii i wenerologii, onkologii, psychiatrii, okulistyce, dla osób chorych na gruźlicę, dla osób zakażonych wirusem HIV, dla inwalidów wojennych i osób represjonowanych, dla osób uzależnionych od alkoholu, środków odurzających i substancji psychotropowych – w zakresie leczenia odwykowego.
2. W przypadku innym niż określone w pkt. 1. wymagane jest skierowanie lekarza ubezpieczenia zdrowotnego i dowód ubezpieczenia.
3. Na druku skierowania należy dokładnie określić miejsce, do którego kierowany jest ubezpieczony oraz cel i zasadność kierowania (przyjęcie, konsultacja itp.) i zawrzeć nr Umowy z NFZ, PESEL kierowanego, adres, rozpoznanie i opis dotychczasowego leczenia.
4. Skierowanie powinno być czytelne, podpisane przez osobę kierującą.

#### **Rejestracja pacjentów**

Świadczenia opieki zdrowotnej w oddziałach szpitalnych i świadczenia specjalistyczne w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej są udzielane według kolejności zgłoszeń pacjentów w dniach i godzinach ich udzielania. W tym celu:

1. Ustala się kolejność udzielania świadczeń zdrowotnych na podstawie zgłoszeń pacjentów.
2. Informuje pisemnie pacjentów o terminie udzielania świadczenia oraz uzasadnia przyczynę wyboru tego terminu.
3. Wpis do stosownej dokumentacji rejestracji za zgodą pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego obejmuje:
  - a) numer kolejny,
  - b) datę i godzinę wpisu,
  - c) imię i nazwisko pacjenta,
  - d) numer PESEL, a w przypadku jego braku – numer dokumentu potwierdzającego tożsamość pacjenta,
  - e) rozpoznanie lub powód przyjęcia,
  - f) adres pacjenta,
  - g) numer telefonu lub oznaczenie innego sposobu komunikacji z pacjentem lub jego opiekunem,
  - h) termin udzielenia świadczenia,
  - i) imię i nazwisko oraz podpis osoby dokonującej wpisu
4. W kolejnej pozycji prowadzonej przez siebie listy oczekujących na udzielenie świadczenia wpisuje datę i przyczynę skreślenia pacjenta z prowadzonej przez osobę uprawnioną listę oczekujących na świadczenia a także udziela się informacji pisemnej.
5. Lista oczekujących na udzielenie świadczenia stanowi integralną część dokumentacji medycznej prowadzoną przez komórki organizacyjne SPZZOZ z którymi jest zawarta umowa z NFZ.
6. Listę oczekujących prowadzi się w sposób zapewniający poszanowanie zasady sprawiedliwego, równego, nie dyskryminującego i przejrzystego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej, oraz zgodnie z kryteriami medycznymi (uwzględniając aktualną wiedzę medyczną).

7. W razie zmiany stanu zdrowia pacjenta, wskazującego na potrzebę wcześniejszego niż w ustalonym terminie udzielania świadczenia, pacjent jest zobowiązany do powiadomienia Zakładu oraz przedstawienia zasadności zmiany terminu udzielania świadczenia opieki zdrowotnej na wcześniejszy.
8. W razie wystąpienia okoliczności, których nie można było przewidzieć w chwili ustalania terminu udzielania świadczenia, a które uniemożliwiają zachowanie terminu wynikającego z listy oczekujących, Zakład informuje pacjenta w każdy dostępny sposób o zmianie terminu wynikającego ze zmiany kolejności udzielania świadczenia i jej przyczynie, również w przypadku zmiany terminu udzielania świadczenia na wcześniejszy.
9. W przypadku gdy pacjent nie może stawić się na wyznaczony termin lub rezygnuje ze świadczenia opieki zdrowotnej jest on zobowiązany niezwłocznie powiadomić o tym daną jednostkę SPZZOZ Gryfice.
10. W celu otrzymania jednego świadczenia opieki zdrowotnej na podstawie skierowania, pacjent może wpisać się na jedną listę oczekujących u jednego świadczeniodawcy.
11. Listy oczekujących pacjentów na świadczenia podlegają okresowej, co najmniej raz w miesiącu, ocenie Zespołu ds oceny przyjęć powołanego przez Dyrektora Zakładu.
12. Zakład przekazuje co miesiąc ZOW NFZ informację o liczbie oczekujących na udzielenie świadczenia i średnim czasie oczekiwania.
13. Za prawidłowy przebieg procesu rejestracji i przyjęć odpowiadają kierownicy jednostek organizacyjnych wg właściwości oraz podległy im personel.

#### **Przyjęcie pacjentów do oddziału szpitalnego**

1. Przyjęcia pacjentów w oddziały szpitalne wykonywane są w trybie planowym, pilnym i natychmiastowym w stanach zagrożenia życia i nagłego pogorszenia stanu zdrowia, w trybie całodobowym według wskazań medycznych ocenianych każdorazowo na podstawie badania lekarskiego przez lekarza dyżurnego oddziału.
2. Uprawnionymi do przyjęcia w trybie planowym są pacjenci posiadający uprawnienia do nieodpłatnego korzystania ze świadczeń medycznych w ramach obowiązujących przepisów prawnych (posiadający ważny dowód ubezpieczenia), posiadający ważne skierowanie do oddziału wydane przez lekarza uprawnionego potwierdzającego celowość i zasadność kierowania pacjenta do hospitalizacji, posiadający aktualne wyniki badań dodatkowych niezbędne do leczenia operacyjnego i zachowawczego zgodnie z kwalifikacją wraz z dotychczasową dokumentacją leczenia, zgłaszający się w terminie wcześniej ustalony. Pacjent spełniający w/w wymogi musi zostać przyjęty w umówionym terminie do oddziału.
3. W przypadku przyjęć pacjentów w stanie nagłego pogorszenia stanu zdrowia skierowanie do oddziału wystawia lekarz dyżurny SOR, jeśli osiągnięcie poprawy stanu zdrowia pacjenta jest niemożliwe w trybie ambulatoryjnym. Ostateczna decyzja o przyjęciu pacjenta pozostaje w gestii lekarza dyżurnego oddziału. W przypadkach spornych decyzję podejmuje lekarz naczelny szpitala (dyżurny SOR). W każdym takim przypadku lekarz kierujący winien wykonać przed skierowaniem pacjenta niezbędną diagnostykę uzasadniającą skierowanie. Pacjent winien posiadać dowód ubezpieczenia, a przyjęcie winno nastąpić bez zbędnej zwłoki.
4. W przypadku pacjentów w stanie zagrożenia życia przyjęcia dokonywane są przez lekarza dyżurnego oddziału w trybie natychmiastowym niezależnie od posiadania skierowania i dowodu ubezpieczenia przez pacjenta.
5. W każdym przypadku kierowania pacjenta przez Zespoły Ratownictwa Medycznego (ZRM) bezwzględnie musi następować osobiste i bezpośrednie przekazanie pacjenta przez lekarza dyżurnego oddziału i lekarza ZRM, a ZRM może opuścić Izbę Przyjęć Szpitala dopiero po potwierdzeniu przyjęcia dokonany w karcie wyjazdowej przez lekarza dyżurnego oddziału.

6. W każdym przypadku kierowania pacjenta z innego oddziału lub do innego oddziału szpitalnego bezwzględnie konieczne jest ustalenie terminu i warunków przekazania pacjenta z ordynatorem/lekarzem kierującym oddziałem lub lekarzem dyżurnym. Pacjent przekazywany z innej lub do innej jednostki szpitalnej winien być zabezpieczony na czas transportu i transportowany środkami transportu sanitarnego w asyście odpowiadającej jego stanowi zdrowia. Każde uchybienie w/w zasadom muszą być odnotowane przez lekarza dyżurnego oddziału w historii choroby odpowiednim wpisem.
7. W przypadku przyjęć planowych, jeśli niezbędne jest wykonanie badań dodatkowych zlecenia wykonywane są przez personel oddziału; w przypadku przyjęć w trybie pilnym i natychmiastowym materiał do badań laboratoryjnych pobierany jest przez personel IPS po badaniu lekarskim, na zlecenie pisemne lekarza dyżurnego oddziału, a wyniki odbierane przez personel oddziału.
8. W czasie przyjęcia lekarz dyżurny oddziału dokonuje osobistego badania lekarskiego, zakłada i wypełnia historię choroby, zleca niezbędne badania dodatkowe i ordynuje leki i zabiegi odnotowując zlecenia w karcie zleceń; informuje pacjenta o proponowanym leczeniu, uzyskując jego pisemną zgodę na hospitalizację, zbiera wywiad epidemiologiczny i potwierdza go podpisem w obecności pacjenta.
9. Pacjent po podpisaniu wymaganych dokumentów, zaewidencjonowaniu w księdze głównej szpitala, z wypełnioną historią choroby, po zdaniu rzeczy osobistych do magazynu odzieży i podpisaniu karty przyjęcia, jest odprowadzany do oddziału przez personel IPS. W przypadkach wyjątkowych, takich jak wypadki i zdarzenia masowe odtransportowaniem pacjenta do oddziału zajmuje się personel oddziału przyjmującego, wezwany do pomocy.
10. W przypadku przyjęcia pacjenta o ograniczonych zdolnościach prawnych z powodu stanu zdrowia (przyjęcie w stanie zagrożenia życia), pacjent jest przyjmowany bez pisemnej zgody na leczenie, lekarz dyżurny oddziału potwierdza zasadność przyjęcia w historii choroby. Uzupełnienie niezbędnych danych następuje z chwilą odzyskania zdolności do czynności prawnych przez pacjenta w oddziale.
11. W przypadku przyjęć w każdym trybie pacjentów nieletnich zgodę wyraża opiekun prawny nieletniego lub właściwy miejscowo Sąd powiadomiony o konieczności hospitalizacji przez lekarza dyżurnego.
12. Pacjent przy przyjęciu do oddziału może skorzystać z możliwości oddania do depozytu przedmiotów wartościowych zgodnie z instrukcją. W przypadku nie przekazania przedmiotów wartościowych do depozytu Zakład nie odpowiada za ich utratę w trakcie hospitalizacji, a w przypadku przyjęć pacjentów o ograniczonym stanie zdrowia czynności prawnych zabezpieczeniem przedmiotów wartościowych zajmuje się personel Izby Przyjęć według przyjętej instrukcji postępowania.

### **Prowadzenie procesu leczenia pacjenta w oddziale**

1. Tryb pobytu pacjenta w oddziale szpitala określa ordynator/lekarz kierujący oddziałem z uwzględnieniem planu raportów lekarskich, wizyt, dyżurów, harmonogramów, badań, zabiegów, etc.
2. Bezpośrednio odpowiedzialnym za proces leczenia, diagnostyki i ordynacji jest lekarz prowadzący, który ma obowiązek planować i prowadzić leczenie pacjenta pod kierunkiem ordynatora/lekarza kierującego oddziałem; informować pacjenta o planowanym leczeniu i diagnostyce i uzyskać na piśmie zgodę na proponowane procedury medyczne oraz dokumentować wszystkie wykonane i planowane czynności w historii choroby.
3. Ordynator/lekarz kierujący oddziałem jest odpowiedzialny za prowadzenie procesu leczenia przez cały zespół pracowników zgodnie z aktualnym stanem wiedzy medycznej.



4. W czasie dyżuru lekarskiego odpowiedzialnym za proces leczenia pacjenta jest lekarz dyżurny oddziału.
5. Z chwilą zakończenia procesu leczenia oraz braku wskazań do dalszej hospitalizacji lekarz prowadzący w porozumieniu z ordynatorem/lekarzem kierującym oddziałem kwalifikuje pacjenta do wypisu, informuje o dalszym postępowaniu, kontynuacji leczenia w trybie ambulatoryjnym i co najmniej 24 godziny przed planowanym wypisem informuje o decyzji pacjenta, rodzinę lub opiekuna prawnego.
6. W przypadku konieczności przekazania pacjenta do dalszego leczenia w innym szpitalu lub innym oddziale lekarz prowadzący ustala osobiście lub telefonicznie termin i warunki przekazania pacjenta.
7. Najpóźniej w dniu wypisu lekarz prowadzący oraz pielęgniarka odcinkowa zamykają historię choroby dokonując odpowiednich adnotacji i przekazują całość dokumentacji do sekretariatu.

### **Wypis pacjenta z oddziału**

1. W wyznaczonym dniu wypisu lekarz prowadzący do wyznaczonej godziny przekazuje zakończoną historię choroby pacjenta do sekretariatu oddziału, celem sporządzenia karty informacyjnej. Wraz z zakończoną historią choroby lekarz prowadzący wystawia pacjentowi niezbędne do kontynuacji leczenia recepty, zaświadczenia i skierowania; informuje pacjenta o stanie zdrowia, zasadach dalszego postępowania, terminach i miejscu kontroli wizyt ambulatoryjnych. Pielęgniarka odcinkowa informuje pacjenta o zaleceniach dietetycznych i pielęgnacyjno – rehabilitacyjnych.
2. Karta informacyjna jest sporządzona w sekretariacie oddziału i po zatwierdzeniu przez ordynatora/lekarza kierującego oddziałem lub osobę wyznaczoną, przekazywana pacjentowi do oznaczonej godziny.
3. Wraz z kartą informacyjną wydawane są pacjentowi wszystkie dokumenty z wcześniejszego leczenia zdeponowane w historii choroby przy przyjęciu na czas hospitalizacji, rzeczy osobiste przekazane do magazynu odzieży, zgodnie z posiadanymi dokumentami.
4. W przypadku braku stałego miejsca zamieszkania pacjenta lub braku możliwości zapewnienia pacjentowi opieki w miejscu zamieszkania sekretariat oddziału w porozumieniu z placówkami opieki społecznej ustala miejsce przekazania pacjenta.

### **Zlecenie i organizacja transportu sanitarnego**

1. Transport sanitarny pacjenta zlecany jest przez lekarza prowadzącego zgodnie z zasadami zawartymi w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie transportu sanitarnego, oraz w oparciu o zasady bezpieczeństwa chorego i wynik ekonomiczny- łączenie przewozów .
2. W przypadku konieczności przewiezienia pacjenta przy użyciu transportu sanitarnego lekarz prowadzący ustala wskazania do transportu, rodzaj transportu i zakres opieki na czas transportu, zgodnie z zarządzeniem Dyrektora w sprawie transportu sanitarnego.
3. W przypadku konieczności transportowania w obstawie anestezjologicznej transport jest zlecany wyspecjalizowanym jednostkom Wojewódzkiej Stacji Pogotowia Ratunkowego, lub Lotniczego Pogotowia Ratunkowego na podstawie zlecenia wystawionego przez lekarza prowadzącego lub lekarza dyżurnego oddziału. W każdym przypadku zlecenia transportu zewnętrznym jednostkom zlecający musi uzyskać zgodę Dyrektora lub zastępcy ds. lecznictwa.
4. W przypadku konieczności transportowania pacjenta bez konieczności prowadzenia wentylacji zastępczej w czasie transportu, lekarz prowadzący zleca transport sanitarny ambulansem szpitalnym, zabezpieczając obsługę lekarską i/lub pielęgniarzką personelem oddziału zlecającego.
5. Sekretariat oddziału najpóźniej na 24 godziny przed planowanym transportem ustala termin i warunki wykonania transportu z pielęgniarką oddziałową SOR.



6. W przypadku braku zabezpieczenia medycznego ze strony personelu oddziału zlecającego pielęgniarka oddziałowa może odmówić realizacji zlecenia i informuje o powyższym zdarzeniu ordynatora/lekarza kierującego oddziałem oddziału ratunkowego. Kwestie sporne rozstrzygają ordynatorzy/lekarze kierujący oddziałami - zlecającym i ratunkowym.
7. Po przyjęciu o potwierdzeniu zlecenia w wyznaczonym dniu o wyznaczonej godzinie pacjent powinien być przygotowany do transportu, a kierowca/ratownik przejmuje opiekę nad pacjentem i dokumentacją oraz realizuje zlecenie na podstawie zlecenia przewozu.
8. W przypadku wątpliwości, co do stanu pacjenta przy braku obstawy medycznej personel transportujący informuje o tym fakcie ordynatora/lekarza kierującego oddziałem SOR, który podejmuje ostateczną decyzję o możliwości transportowania pacjenta bez opieki pielęgniarsko – lekarskiej.
9. W przypadku transportowania pacjenta do innej jednostki zespół transportujący musi uzyskać potwierdzenie przyjęcia pacjenta przez jednostkę.

### **Prowadzenie dokumentacji medycznej i statystycznej w oddziale**

1. W oddziałach szpitalnych dokumentacja prowadzona jest zgodnie z obowiązującymi zasadami prawnymi, zachowaniem tajemnicy służbowej, lekarskiej, pielęgniarskiej, danych osobowych i medycznych.
2. Dokumentacja oddziału składa się z dokumentacji zbiorczej i indywidualnej.
3. Dokumentacja indywidualna lekarska i pielęgniarska prowadzona jest dwutorowo w formie historii choroby zawierającej dane osobowe, informacje o stanie zdrowia pacjenta w przebiegu procesu leczenia, kwalifikacje do leczenia operacyjnego, zabiegów diagnostycznych, terapeutycznych, znieczulenia, konsultacje specjalistyczne, wyniki badań diagnostycznych, przebiegu procesu pielęgnowania, ordynowania leków.
4. Za zgromadzenie danych osobowych, statystycznych, wyników badań niezbędnych do rozliczenia z płatnikiem, dokumentację zbiorczą oraz powiadamianie na bieżąco zakładów pracy i PUP o przyjęciu chorego na leczenie szpitalne odpowiedzialny jest personel sekretariatu oddziału.
5. Za dane dotyczące zabiegów pielęgniarskich, wykonywanych zleceń lekarskich i profilaktycznych odpowiedzialna jest pielęgniarka oddziałowa.
6. Za pozostałe dane dotyczące stanu pacjenta, przeprowadzonych badań, zabiegów i ordynowanych leków odpowiedzialny jest lekarz prowadzący.
7. Nadzór nad całością dokumentacji prowadzonej w oddziale sprawuje ordynator/lekarz kierujący oddziałem.
8. Dokumentacja musi być prowadzona w sposób czytelny, rzetelny i przejrzysty; musi co najmniej zawierać wywiad i opis badania przedmiotowego przy przyjęciu, obserwacje stanu pacjenta zamieszczane chronologicznie w odstępach czasu wynikających ze stanu pacjenta, przy czym nie rzadziej, niż co drugi dzień; opisy zabiegów operacyjnych i diagnostycznych dokonane w dniu wykonania zabiegu, wyniki wykonywanych badań diagnostycznych i konsultacji specjalistycznych.
9. Po podjęciu decyzji o wypisie pacjenta lekarz prowadzący w porozumieniu z ordynatorem/lekarzem kierującym oddziałem dokonując zamknięcia historii choroby ustala rozpoznania jednostek chorobowych i najpóźniej w dniu wypisu sporządza epikryzę zawierającą główne sentencje z przeprowadzonego procesu leczenia, nadaje odpowiednie numery statystyczne rozpoznanyim jednostkom chorobowym oraz wykonanym procedurom medycznym i przekazuje zakończoną historię choroby do zatwierdzenia ordynatorowi/lekarzowi kierującemu oddziałem.
10. Zakończoną historię choroby sekretariat oddziału, zgodnie z obowiązującą procedurą nadzoru nad dokumentacją medyczną przekazuje do Działu Statystyki i Dokumentacji Medycznej.

11. Dokumentacja indywidualna wewnętrzna oraz dokumentacja zbiorcza przechowywana jest w archiwum zakładowym.

### **Zasady zaopatrzenia i prowadzenia obrotu lekami sprzętem medycznym i materiałami eksploatacyjnymi**

1. Za bieżące zaopatrzenie oddziału w leki, materiały eksploatacyjne i sprzęt medyczny odpowiedzialna jest pielęgniarka oddziałowa.
2. Za zaopatrzenie w materiały biurowe i druki odpowiedzialny jest sekretariat oddziału.
3. Za zaopatrzenie, dystrybucję i nadzór nad lekami narkotycznymi i preparatami krwiopochodnymi odpowiada lekarz wyznaczony imiennie przez ordynatora/lekarza kierującego oddziałem.
4. Oddział szpitalny utrzymuje stały zapas leków zgodnych z receptariuszem szpitalnym i sprzętu medycznego w gabinetach zabiegowych zabezpieczony przed dostępem osób niepowołanych, nie przekraczający średniego dwutygodniowego zużycia.
5. W przypadku konieczności zastosowania leków i sprzętu medycznego wykraczające poza bieżące zaopatrzenie ordynator/lekarz kierujący oddziałem występuje z wnioskiem do dyrektora o dokonanie zakupu, szczegółowo uzasadniając jego konieczność.
6. Osobami odpowiedzialnymi materialnie za sprzęt medyczny, środki trwałe i zasoby magazynowe jest ordynator/lekarz kierujący oddziałem i pielęgniarka oddziałowa.
7. W przypadku konieczności dokonania zakupu inwestycyjnego w trybie realizacji zamówienia w oparciu o Ustawę o Zamówieniach Publicznych ordynator/lekarz kierujący oddziałem występuje do dyrektora z wnioskiem o dokonanie zakupu.
8. Ordynator/lekarz kierujący oddziałem odpowiada osobiście za racjonalną gospodarkę finansową.

### **Zasady zlecania i wykonywania konsultacji specjalistycznych na rzecz komórek organizacyjnych szpitala**

1. Ordynator/lekarz kierujący oddziałem wyznacza lekarzy oddziału odpowiedzialnych za wykonanie konsultacji specjalistycznych w innych jednostkach szpitala.
2. Zlecenie planowych konsultacji specjalistycznych przyjmuje sekretariat w godzinach pracy w dni robocze, a konsultacji pilnych lekarz dyżurny oddziału.
3. Zlecenie badań laboratoryjnych i obrazowych odbywa się w trakcie obchodu ordynatora/lekarza kierującego oddziałem lub w każdym innym czasie, zawsze na podstawie wskazań medycznych, poprzez wypełnienie przez lekarza prowadzącego lub dyżurnego karty zlecenia.
4. Zlecenie badań diagnostycznych i konsultacji specjalistycznych oparte jest o bezwzględną celowość i uzasadnienie kliniczne, oraz ekonomiczność. Badania diagnostyczne w procesie leczenia winny być wykonane według zasady najmniejszej inwazyjności i ekonomicznego uzasadnienia.

### **Zlecanie usług zewnętrznych**

1. W przypadku konieczności wykonania badań diagnostycznych poza jednostkami SPZZOZ Gryfice decyzję o zleceniu badania podejmuje ordynator/lekarz kierujący oddziałem na wniosek lekarza prowadzącego.
2. Po podjęciu decyzji o konieczności wykonania badania ordynator/lekarz kierujący oddziałem wystawia wniosek na badanie do Dyrektora SPZZOZ.

### **Podległość służbowa, zawodowa, odpowiedzialność i kontrola jakości świadczonych usług**

1. Przełożonym wszystkich pracowników oddziału jest ordynator/lekarz kierujący oddziałem, który realizuje swoje obowiązki i uprawnienia kierownicze określone w zakresie warunków szczegółowych umowy bezpośrednio, lub poprzez zastępcę, pielęgniarkę oddziałową lub inne wyznaczone osoby.
2. Ordynator/lekarz kierujący oddziałem kontroluje z upoważnienia dyrektora jakość świadczonych usług przez podmioty świadczące usługi w ramach umów cywilnoprawnych w oddziale i zatwierdza ich wykonanie.
3. Personel pielęgniarski podlega służbowo pielęgniarce oddziałowej.
4. Personel niższy i pomocniczy podlega bezpośrednio pielęgniarce oddziałowej.
5. W trakcie dyżuru obowiązki ordynatora/lekarza kierującego oddziałem pełni lekarz dyżurny oddziału.
6. Skargi przyjmuje i rozpatruje ordynator/lekarz kierujący oddziałem w podstawowych godzinach pracy.

### **Tajemnica służbowa, lekarska, pielęgniarska i zasady etyki zawodowej**

1. Personel medyczny : lekarski i pielęgniarski zobowiązany jest do przestrzegania tajemnicy zawodowej w oparciu o przepisy Ustawy o zawodzie pielęgniarki i położnej, oraz Ustawy o zawodzie lekarza.
2. Wszyscy pracownicy i usługodawcy oddziału są zobowiązani do bezwzględnego przestrzegania tajemnicy służbowej oraz bezwzględnej ochrony danych osobowych pacjentów.
3. Dane dotyczące stanu zdrowia pacjentów, wykonywanych procedur leczniczych i diagnostycznych, wyników badań przekazywane są pacjentom przez lekarza prowadzącego lub ordynatora/lekarza kierującego oddziałem.
4. Dane wyżej wymienione mogą być przekazywane najbliższym członkom rodziny pacjenta, wyłącznie osobiście przez lekarza prowadzącego lub ordynatora/lekarza kierującego oddziałem, o ile pacjent nie zastrzegł sobie wcześniej.
5. Wydanie opinii o stanie zdrowia na potrzeby instytucji ubezpieczeniowych jest możliwe jedynie po przedstawieniu przez ubezpieczyciela pisemnej zgody na udostępnienie tych danych, a kopia zgody pozostaje w dokumentacji pacjenta.
6. Wszystkie dane zapisane w dokumentacji medycznej podlegają procedurze nadzoru nad dokumentacją medyczną.

### **XVI. ZASADY ORGANIZACJI UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ AMBULATORYJNYCH**

1. Rodzaj udzielanych świadczeń ambulatoryjnych jest zgodny z zakresem uprawnień wynikających z wyuczonej specjalności oraz zakresu obowiązków lekarza udzielającego porady.
2. Świadczenia ambulatoryjne z zakresu specjalistycznej opieki zdrowotnej udzielane są ubezpieczonemu na podstawie skierowania lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, za wyjątkiem specjalności określonych w odrębnych przepisach.
3. Jeśli stan zdrowia osoby ubezpieczonej wymaga kontynuacji leczenia specjalistycznego, to związane z tym kolejne wizyty w gabinecie lekarza specjalisty odbywają się bez ponownego skierowania lekarza.
4. Jeżeli skierowanie jest wymagane, a pacjent go nie posiada, wówczas ponosi on koszty świadczenia.
5. Świadczenia zdrowotne związane z wypadkiem, zatruciem, urazem, stanem zagrożenia życia udzielane są bez skierowania.
6. W przypadku, gdy osoba ubezpieczona nie przedstawi dokumentu potwierdzającego objęcie ubezpieczeniem zdrowotnym lub nie opłaci składki przez okres dłuższy niż 30 dni, Szpital kosztami udzielonego świadczenia obciąża pacjenta.

7. W przypadku, gdy osoba ubezpieczona nie przedstawi dokumentu potwierdzającego objęcie ubezpieczeniem zdrowotnym lub nie ureguluje składek w terminie określonym w ustawie i poniesie koszty świadczenia, może później ubiegać się o zwrot kosztów leczenia od instytucji ubezpieczenia zdrowotnego, przedstawiając w późniejszym terminie dokument ubezpieczenia.
8. Poradnie Specjalistyczne w budynku Zespołu funkcjonującego od godziny 7.00 do godziny 18.00, przyjmują pacjentów w dni powszednie wg harmonogramów opracowanych dla poszczególnych poradni. Godziny przyjęć poradni określają ordynatorzy/lekarze kierujący oddziałami.
9. Szczegółowe informacje o godzinach pracy poradni pacjent może uzyskać telefonicznie lub osobiście w Rejestracji Przychodni.
10. Pacjent przyjmowany do poradni musi posiadać:
  - a) dokument uprawniający do korzystania ze świadczeń zdrowotnych w ramach ubezpieczenia zdrowotnego,
  - b) skierowanie od lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, zawierające oznaczenie kodu jednostki chorobowej,
  - c) w niektórych przypadkach, takich jak wypadki, urazy, zatrucia, bezpośrednim zagrożeniu życia i zdrowia, skierowanie od lekarza POZ nie jest wymagane,
  - d) wyniki badań wykonywanych na zlecenie lekarza POZ, leżące w jego kompetencjach,
  - e) kartę/y informacyjną/e leczenia szpitalnego, jeśli pacjent był wcześniej hospitalizowany.
11. Przed przyjściem do poradni pacjent powinien zostać zarejestrowany – osobiście lub telefonicznie.
12. Pacjent ma prawo do wyboru lekarza specjalisty spośród lekarzy udzielających świadczeń ambulatoryjnych, z którego usług medycznych będzie korzystał.
13. W przypadku nieobecności lekarzy udzielających świadczeń zdrowotnych Szpital jest odpowiedzialny za ustalenie zastępstw.
14. Przyjmowanie pacjentów w poradniach następuje bez zbędnej zwłoki. Jeśli jest to niemożliwe tworzy się listę osób oczekujących.
15. W przypadku nagłych zachorowań, porada w ambulatorium, niezbędny zabieg lub wizyta odbywa się w dniu zgłoszenia.
16. Świadczenia medyczne są udzielane po uzyskaniu zgody od pacjenta. Osobom małoletnim świadczenia medyczne udzielane są w obecności opiekuna prawnego, który wyraża zgodę na ich udzielenie. W przypadku pacjentów małoletnich (pomiędzy 16 a 18 rokiem życia) pierwsza wizyta w danej poradni odbywa się w obecności przedstawiciela ustawowego. Kolejne świadczenia medyczne w danej poradni mogą być udzielane pacjentowi małoletniemu (pomiędzy 16 a 18 rokiem życia) bez obecności opiekuna prawnego po uprzednim wyrażeniu przez niego pisemnej zgody, za każdym razem w przypadku ponownej wizyty. Dokumentem stanowiącym zgodę jest oświadczenie woli opiekuna prawnego z którego w sposób niebudzący wątpliwości wynika jakiego świadczenia zdrowotnego dotyczy złożona zgoda.
17. Ustalanie terminów badań i zabiegów odbywa się w drodze zgłoszenia osobistego lub telefonicznie.
18. Ustalanie kolejności przyjęć w dniu zgłoszenia ma charakter wyłącznie porządkowy. W przypadkach nagłego pogorszenia się stanu zdrowia lub życia pacjenta oczekującego na przyjęcie przez lekarza specjalistę, lekarz może podjąć decyzję o zmianie kolejności przyjęć.
19. W przypadkach wykonywania procedur wysokospecjalistycznych oraz kosztochłonnych, w ambulatoryjnej lub szpitalnej opiece specjalistycznej, których liczba realizowana w ciągu roku została określona w umowie zawartej z NFZ Szpital tworzy listę oczekujących na świadczenia. Lista jest jawna, dostępna dla zainteresowanych pacjentów i oparta wyłącznie na kryteriach medycznych.
20. Gdy cel leczenia nie może być osiągnięty w warunkach ambulatoryjnych, lekarz specjalista kieruje pacjenta do leczenia szpitalnego.



21. Warunki techniczno-lokalowe wszystkich poradni winny spełniać wymagania w zakresie sanitarno-epidemiologicznym.

#### **XV. ORGANIZACJA UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W INNYCH NIŻ ODDZIAŁY I PORADNIE KOMÓRKACH ORGANIZACYJNYCH SZPITALA, O CHARAKTERZE MEDYCZNYM**

1. W zakładach, laboratoriach lub pracowniach wykonywane są badania diagnostyczne i lecznicze na podstawie skierowania lekarza ubezpieczenia zdrowotnego.
2. W zakładach, laboratoriach lub pracowniach wykonywane są także badania diagnostyczne i lecznicze na podstawie podpisanych umów z innymi zakładami opieki zdrowotnej.
3. W zakładach, laboratoriach lub pracowniach Szpitala wykonywane są również badania odpłatne, zgodnie z obowiązującym cennikiem.
4. Wykonanie świadczenia zdrowotnego w zakładzie lub pracowni następuje po uprzedniej rejestracji – osobistej lub telefonicznej.
5. Badania oznaczone przez lekarza kierującego jako „pilne” wykonywane są na bieżąco.

#### **XVI. ZASADY ODWIEDZIN PACJENTÓW W SZPITALU I UDZIELANIE INFORMACJI O STANIE ZDROWIA**

1. Godziny odwiedzin w oddziałach szpitalnych regulują regulaminy tych komórek organizacyjnych.
2. Szczegółowe informacje o godzinach odwiedzin winny być umieszczone przy wejściu do każdego oddziału, w widocznym miejscu.
3. Osoby odwiedzające zobowiązane są do podporządkowania się wszelkim poleceniom i wskazówkom personelu szpitalnego.
4. Każda decyzja ograniczająca czas i zakres odwiedzin pacjentów, w sytuacjach określonych w Regulaminie zostaje wydana przez ordynatora/lekarza kierującego oddziałem lub Dyrektora Zespołu, w formie pisemnej i winna zawierać uzasadnienie podjętej decyzji i przewidywany termin trwania ograniczeń. Treść takiej decyzji zostaje przekazana personelowi szpitalnemu oraz pacjentom i odwiedzającym (ogłoszenie).
5. Informacji o stanie zdrowia pacjentów udzielają wyłącznie ordynator/lekarz kierujący oddziałem, lekarze prowadzący lub lekarze dyżurni, w godzinach ustalonych przez ordynatora/lekarza kierującego oddziałem i podanych do ogólnej wiadomości.
6. O stanie zdrowia ciężko chorych pacjentów, bądź w przypadkach szczególnie uzasadnionych lekarze udzielają informacji w każdym czasie.
7. Informacji o stanie zdrowia pacjentów nie udziela się przez telefon.
8. Pielęgniarki i położne mogą udzielać informacji wyłącznie dotyczących opieki pielęgniarskiej.



## **CZĘŚĆ D**

### **WARUNKI WSPÓŁDZIAŁANIA Z INNYMI ZAKŁADAMI OPIEKI ZDROWOTNEJ**

1. SPZZOZ w Gryficach prowadzi ścisłą współpracę z innymi ZOZ w kraju i za granicą, w zakresie zapewnienia prawidłowego diagnozowania, leczenia pacjentów i ciągłości postępowania
2. W przypadku niemożności zapewnienia dostępu do określonych metod diagnostycznych i leczniczych przez SPZZOZ, w ramach umów i ustaleń z innymi zakładami opieki zdrowotnej, pacjenci kierowani są do innych jednostek w celu wykonania badań diagnostycznych, konsultacji lub kontynuacji leczenia.
3. SPZZOZ przyjmuje pacjentów skierowanych z innych jednostek opieki zdrowotnej w zależności od posiadania wolnych miejsc, z wyjątkiem stanów bezpośredniego zagrożenia życia. Przyjęcie następuje po ustaleniu przez kierującego terminu i miejsca z ordynatorem/lekarzem kierującym oddziałem, bądź lekarzem pełniącym dyżur medyczny w oddziale.
4. SPZZOZ prowadzi szkolenia w zakresie specjalizacji i staży podyplomowych dla pracowników innych zakładów na podstawie akredytacji i na zasadach określonych przez Ministra Zdrowia.

## CZĘŚĆ E

### PRAWA I OBOWIĄZKI PACJENTA

#### KARTA PRAW PACJENTA

**Podstawowe unormowania prawne określone w ustawie z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta**

#### Przepisy ogólne

1. Przestrzeganie praw pacjenta określonych w ustawie jest obowiązkiem organów władzy publicznej właściwych w zakresie ochrony zdrowia, Narodowego Funduszu Zdrowia, podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych, osób wykonujących zawód medyczny oraz innych osób uczestniczących w udzielaniu świadczeń zdrowotnych (art. 2).
2. Kierownik podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych lub upoważniony przez niego lekarz może ograniczyć korzystanie z praw pacjenta w przypadku wystąpienia zagrożenia epidemicznego lub ze względu na bezpieczeństwo zdrowotne pacjentów a w przypadku praw o których mowa w art.33 także ze względu na możliwości organizacyjne zakładu (art. 5).

#### Prawo pacjenta do świadczeń zdrowotnych

1. Pacjent ma prawo do świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej (art.6).
2. Pacjent ma prawo, w sytuacji ograniczonych możliwości udzielenia odpowiednich świadczeń zdrowotnych, do przejrzystej, obiektywnej, opartej na kryteriach medycznych, procedury ustalającej kolejność dostępu do tych świadczeń (art.6).
3. Pacjent ma prawo żądać, aby udzielający mu świadczeń zdrowotnych:
  5. lekarz zasięgnął opinii innego lekarza lub zwołał konsylium lekarskie;
  6. pielęgniarka (położna) zasięgnęła opinii innej pielęgniarki (położnej).
4. Lekarz może odmówić zwołania konsylium lekarskiego lub zasięgnięcia opinii innego lekarza, jeżeli uzna, że żądanie, o którym mowa w ust. 3, jest bezzasadne.(art.6).
5. Przepisy ust. 4 i 5 stosuje się do pielęgniarki (położnej) w zakresie zasięgania opinii innej pielęgniarki (położnej) (art.6).
6. Pacjent ma prawo do natychmiastowego udzielenia świadczeń zdrowotnych ze względu na zagrożenie zdrowia lub życia (art.7).
7. W przypadku porodu pacjentka ma prawo do uzyskania świadczeń zdrowotnych związanych z porodem (art. 7).
8. Pacjent ma prawo do świadczeń zdrowotnych udzielanych z należytą starannością przez podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych w warunkach odpowiadających określonym w odrębnych przepisach wymaganiom fachowym i sanitarnym. Przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych osoby wykonujące zawód medyczny kierują się zasadami etyki zawodowej określonymi przez właściwe samorządy zawodów medycznych (art.8).

#### Prawo pacjenta do informacji

1. Pacjent ma prawo do informacji o swoim stanie zdrowia (art.9).
2. Pacjent, w tym małoletni, który ukończył 16 lat, lub jego ustawowy przedstawiciel mają prawo do uzyskania od osoby wykonującej zawód medyczny, przystępnej informacji o stanie zdrowia pacjenta, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych i leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu w zakresie udzielanych przez tę osobę świadczeń

- zdrowotnych oraz zgodnie z posiadanymi przez nią uprawnieniami (art. 9).
3. Pacjent lub jego ustawowy przedstawiciel mają prawo do wyrażenia zgody na udzielenie informacji wymienionych w ust. 2 innym osobom (art.9).
  4. Pacjent ma prawo żądać, aby osoba wykonująca zawód medyczny nie udzielała mu informacji, o której mowa w ust.2(art.9).
  5. Po uzyskaniu informacji, o których mowa w ust. 2., pacjent ma prawo przedstawić osobie wykonującej zawód medyczny swoje zdanie w tym zakresie (art.9).
  6. Pacjent małoletni, który nie ukończył 16 lat, ma prawo do uzyskania od osoby wykonującej zawód medyczny informacji, o których mowa w ust. 2., w zakresie i formie potrzebnej do prawidłowego przebiegu procesu diagnostycznego lub terapeutycznego (art. 9).
  7. Pacjent, w tym małoletni, który ukończył 16 lat, lub jego ustawowy przedstawiciel mają prawo do uzyskania od pielęgniarki, położnej przystępnej informacji o jego pielęgnacji i zabiegach pielęgniarstwach (art.9).
  8. W przypadku, o którym mowa w art. 38 ust. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty, pacjent, jego przedstawiciel ustawowy lub opiekun faktyczny mają prawo do dostatecznie wczesnej informacji o zamiarze odstąpienia przez lekarza od leczenia pacjenta i wskazania przez tego lekarza możliwości uzyskania świadczenia zdrowotnego u innego lekarza lub podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych (art.10).
  9. Pacjent ma prawo do informacji o prawach pacjenta określonych w niniejszej ustawie oraz w przepisach odrębnych, uwzględniających ograniczenia tych praw określone w tych przepisach. Podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych udostępnia tę informację w formie pisemnej, poprzez umieszczenie jej w swoim lokalu, w miejscu ogólnodostępnym (art. 11).
  10. Pacjent ma prawo do informacji o rodzaju i zakresie świadczeń zdrowotnych udzielanych przez podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych, w tym o profilaktycznych programach zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych, realizowanych przez ten podmiot (art.12).

### **Prawo pacjenta do zgłaszania działań niepożądanych produktów leczniczych**

1. Pacjent lub jego przedstawiciel ustawowy, lub opiekun faktyczny ma prawo zgłaszania osobom wykonującym zawód medyczny, Prezesowi Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych lub podmiotowi odpowiedzialnemu za wprowadzenie produktu leczniczego do obrotu działania niepożądanego produktu leczniczego zgodnie z ustawą o prawie farmaceutycznym (art. 12a)

### **Prawo pacjenta do tajemnicy informacji z nim związanych**

1. Pacjent ma prawo do zachowania w tajemnicy przez osoby wykonujące zawód medyczny, w tym udzielające mu świadczeń zdrowotnych, informacji z nim związanych, a uzyskanych w związku z wykonywaniem zawodu medycznego (art.13).
2. W celu realizacji prawa, o którym mowa w art. 13., osoby wykonujące zawód medyczny są obowiązane zachować w tajemnicy informacje związane z pacjentem, w szczególności ze stanem zdrowia pacjenta (art. 14).
3. Osoby wykonujące zawód medyczny są związane tajemnicą również po śmierci pacjenta, chyba że zgodę na ujawnienie tajemnicy wyrazi osoba bliska (art. 14).
4. Zwolnienia z tajemnicy nie stosuje się jeśli ujawnieniu tajemnicy sprzeciwia się osoba bliska (art. 14).

### **Prawo pacjenta do wyrażenia zgody na udzielenie świadczeń zdrowotnych**

1. Pacjent ma prawo do wyrażenia zgody na udzielenie określonych świadczeń zdrowotnych lub odmowy takiej zgody, po uzyskaniu informacji w zakresie określonym w art. 9 (art. 16).
2. Pacjent, w tym małoletni, który ukończył 16 lat, ma prawo do wyrażenia zgody na przeprowadzenie badania lub udzielenie innych świadczeń zdrowotnych przez (art. 17).
3. Pacjent małoletni, który ukończył 16 lat, osoba ubezwłasnowolniona albo pacjent chory psychicznie lub upośledzony umysłowo lecz dysponujący dostatecznym rozeznaniem, ma prawo do wyrażenia sprzeciwu co do udzielenia świadczenia zdrowotnego, pomimo zgody przedstawiciela ustawowego lub opiekuna faktycznego. W takim przypadku wymagane jest zezwolenie sądu opiekuńczego (art. 17)
4. W przypadku zabiegu operacyjnego albo zastosowania metody leczenia lub diagnostyki stwarzających podwyższone ryzyko dla pacjenta, zgodę, o której mowa w art. 17. ust.1, wyraża się w formie pisemnej (art. 18). Do wyrażenia zgody oraz sprzeciwu stosuje się art. 17 ust 2 i 3.
5. Przed wyrażeniem zgody w sposób określony w ust 1. pacjent ma prawo do uzyskania informacji, o której mowa w art. 9 ust. 2 (art. 18).

### **Prawo do poszanowania intymności i godności pacjenta**

1. Pacjent ma prawo do poszanowania intymności i godności, w szczególności w czasie udzielania mu świadczeń zdrowotnych (art. 20).
2. Prawo do poszanowania godności obejmuje także prawo do umierania w spokoju i godności (art. 20).
3. Pacjent ma prawo do leczenia bólu (art. 20 a).
4. Przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych może być obecna osoba bliska (art.21).
5. Osoba wykonująca zawód medyczny udzielająca świadczeń zdrowotnych pacjentowi może odmówić obecności osoby bliskiej przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych, w przypadku istnienia prawdopodobieństwa wystąpienia zagrożenia epidemiologicznego lub ze względu na bezpieczeństwo zdrowotne pacjenta (art. 21).
6. W celu realizacji prawa, o którym mowa w art. 20 ust. 1, osoba wykonująca zawód medyczny ma obowiązek postępować w sposób zapewniający poszanowanie intymności i godności pacjenta (art.22).

### **Prawo pacjenta do dokumentacji medycznej**

1. Pacjent ma prawo do dostępu do dokumentacji medycznej dotyczącej jego stanu zdrowia oraz udzielonych mu świadczeń zdrowotnych (art. 23).
2. Podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych udostępnia dokumentację medyczną pacjentowi lub jego przedstawicielowi ustawowemu, bądź osobie upoważnionej przez pacjenta (art. 26).
3. Po śmierci pacjenta, prawo wglądu w dokumentację medyczną ma osoba upoważniona przez pacjenta za życia lub osoba która w chwili zgonu pacjenta była jego przedstawicielem ustawowym (art.26).
4. Za udostępnienie dokumentacji medycznej w sposób określony w art. 27, pkt. 2 podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych może pobierać opłatę (art. 28).

### **Prawo pacjenta do zgłoszenia sprzeciwu wobec opinii albo orzeczenia lekarza**

1. Pacjent lub jego przedstawiciel ustawowy mogą wnieść sprzeciw wobec opinii albo orzeczenia określonych w art. 2. ust. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry, jeżeli opinia albo orzeczenie ma wpływ na prawa lub obowiązki pacjenta wynikające z przepisów prawa (art.31).
2. Sprzeciw wnosi się do Komisji Lekarskiej działającej przy Rzeczniku Praw Pacjenta, za pośrednictwem Rzecznika Praw Pacjenta, w terminie 30 dni od dnia wydania opinii albo

orzeczenia przez lekarza orzekającego o stanie zdrowia pacjenta (art. 31).

### **Prawo pacjenta do poszanowania życia prywatnego i rodzinnego**

1. Pacjent w stacjonarnym zakładzie opieki zdrowotnej ma prawo do kontaktu osobistego, telefonicznego lub korespondencyjnego (art. 33).
2. Pacjent ma prawo do odmowy kontaktu z osobami wymienionymi w ust 1 (art.33).
3. Pacjent ma prawo do dodatkowej opieki pielęgnacyjnej (art.34).
4. Przez dodatkową opiekę pielęgnacyjną, o której mowa w ust. 1 rozumie się opiekę, która nie polega na udzielaniu świadczeń zdrowotnych, w tym także opiekę sprawowaną nad pacjentką w warunkach ciąży, porodu i połogu (art. 34).
5. Pacjent ponosi koszty realizacji praw, o których mowa w art. 33 ust. 1 i art.34 ust. 1, jeżeli realizacja tych praw skutkuje kosztami poniesionymi przez stacjonarny zakład opieki zdrowotnej (art. 35).

### **Prawo pacjenta do opieki duszpasterskiej**

1. Pacjent w stacjonarnym zakładzie opieki zdrowotnej ma prawo do opieki duszpasterskiej (art.36).
2. W sytuacji pogorszenia się stanu zdrowia lub zagrożenia życia, stacjonarny zakład opieki zdrowotnej jest obowiązany umożliwić pacjentowi kontakt z duchownym (art.37).
3. Stacjonarny zakład opieki zdrowotnej ponosi koszty realizacji praw pacjenta, o których mowa w art. 36 i 37, chyba że przepisy odrębne stanowią inaczej (art.38).

### **Prawo pacjenta do przechowywania rzeczy wartościowych w depozycie**

1. Pacjent w stacjonarnym zakładzie opieki zdrowotnej ma prawo do przechowywania rzeczy wartościowych w depozycie. Koszty realizacji tego prawa ponosi stacjonarny zakład opieki zdrowotnej, chyba że przepisy odrębne stanowią inaczej (art. 39).

### **Rzecznik Praw Pacjenta**

1. W celu ochrony praw pacjenta określonych w niniejszej ustawie oraz w przepisach odrębnych ustanawia się Rzecznika Praw Pacjenta, zwanego dalej „Rzecznikiem” (art. 41).
2. Rzecznik jest centralnym organem administracji rządowej właściwym w sprawach ochrony praw pacjentów określonych w niniejszej ustawie oraz w przepisach odrębnych (art. 42).

### **Obowiązki Pacjenta**

Przestrzeganie:

1. Rozkładu dnia w oddziale.
2. Zasad korzystania z urządzeń i powierzonego sprzętu.
3. Zasad bezpieczeństwa przeciwpożarowego.
4. Regulaminu porządkowego naszego zakładu.
5. Bezwzględnego zakazu spożywania alkoholu na terenie zakładu.
6. Zakazu palenia tytoniu.
7. Ogólnie przyjętych zasad współżycia społecznego.

### **Składanie skarg**

1. Skargi dotyczące działania Zespołu, należy kierować do Dyrektora Zespołu lub właściwego Zastępcy. Skargi dotyczące niewłaściwego postępowania personelu medycznego Zespołu, należy kierować do ordynatora/lekarza kierującego oddziałem (koordynatora), Pełnomocnika ds. Praw Pacjenta, Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa lub Dyrektora Zespołu. Skarga może być złożona w formie ustnej – osobiście przez skarżącego lub w formie pisemnej opatrzonej



własnoręcznym czytelnym podpisem skarżącego wraz z podaniem jego imienia i nazwiska oraz adresu zamieszkania. Dopuszcza się również złożenie skargi w formie elektronicznej za pośrednictwem platformy ePUAP z użyciem Profilu Zaufanego lub w formie elektronicznego pisma opatrzonego kwalifikowanym podpisem elektronicznym. Skargi niespełniające wymagań pozostawia się bez rozpoznania. Powyższe regulacje stosuje się odpowiednio do wniosków.

2. Skargi na błędy w procesie leczenia lub dotyczące nieetycznego postępowania lekarza należy kierować do Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej przy Okręgowej Izbie Lekarskiej.
3. Skargi na błędy w postępowaniu zawodowym pielęgniarek lub położnych należy kierować do Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej przy Okręgowej Izbie Pielęgniarek i Położnych.
4. Skargi na łamanie ustawy o ochronie danych osobowych należy kierować do Biura Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, ul. Stawki 2; 00 – 193 Warszawa

## CZĘŚĆ F

### OBOWIĄZKI SPZZOZ W RAZIE ŚMIERCI PACJENTA

Obowiązki zakładów opieki zdrowotnej w przypadku śmierci pacjentów leczonych w tych zakładach regulują art. 28, 31 i 32 ustawy o działalności leczniczej.

1. Szpital zapewnia każdemu pacjentowi prawo do umierania w spokoju i w godności.
2. Szpital niezwłocznie powiadamia o śmierci pacjenta jego rodzinę, opiekuna faktycznego lub przedstawiciela ustawowego, a w razie ich nie zgłoszenia się – urząd gminy /miasta właściwy ze względu na ostatnie miejsce zamieszkania /pobytu pacjenta.
3. Zwłoki osób zmarłych, po odpowiednich działaniach lekarsko –pielęgnacyjnych przekazywane są do Zakładu Anatomii Patologicznej.
4. Wszystkie czynności przy zmarłym pacjencie oraz transport zwłok winny odbywać się z zachowaniem powagi i poszanowaniem godności zmarłego i jego bliskich
5. Zwłoki osoby, która zmarła w szpitalu , mogą zostać poddane badaniu pośmiertnemu, chyba że osoba ta za życia wyraziła sprzeciw lub uczynił to jej przedstawiciel ustawowy, przepis ten nie dotyczy dokonywania sekcji w sytuacjach :
  - określonych w Kodeksie postępowania karnego,
  - gdy przyczyn zgonu nie można ustalić w sposób jednoznaczny,
  - gdy zgon pacjenta nastąpił przed upływem 12 godzin od przyjęcia do szpitala,
  - określonych w przepisach o chorobach zakaźnych i zakażeniach
6. W przypadku poza określonymi w pkt.5 przedstawiciel ustawowy może wnioskować o odstąpienie od badania sekcyjnego do Z-cy Dyrektora ds. Lecznictwa, który podejmuje ostateczną decyzję po konsultacji z ordynatorem/lekarzem kierującym oddziałem o zasadności takiego wniosku.
7. Dokonanie sekcji zwłok nie może nastąpić wcześniej niż po upływie 12 godzin od stwierdzenia zgonu.
8. W dokumentacji medycznej sporządza się adnotację o dokonaniu lub zaniechaniu sekcji zwłok, z odpowiednim uzasadnieniem.
9. Przedstawiciel ustawowy otrzymuje kartę zgonu wystawioną przez ordynatora/lekarza kierującego oddziałem lub lekarza prowadzącego.
10. W przypadku niejasnej przyczyny zgonu kartę zgonu wydaje się po przeprowadzeniu badania pośmiertnego.
11. Wydanie zwłok następuje, zgodnie z decyzją rodziny, na podstawie pisemnego upoważnienia zawierającego nazwę wybranego Zakładu Pogrzebowego.
12. Za przechowywanie zwłok powyżej 72 godzin pobierana jest opłata wg cennika SPZZOZ.

Niniejszy regulamin wchodzi w życie z dniem zatwierdzenia przez Radę Społeczną SPZZOZ Gryfice.