

Zarządzenie Nr 39/2021

Dyrektora

Wojewódzkiego Samodzielnego Zespołu Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej im. prof.
Eugeniusza Wilczkowskiego w Gostyninie
z dnia 1 czerwca 2021 r.

w sprawie ustalenia Regulaminu organizacyjnego Wojewódzkiego Samodzielnego Zespołu Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej im. prof. Eugeniusza Wilczkowskiego w Gostyninie.

Na podstawie art. 23 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. z 2021 r. poz. 711 z późn. zm.) zarządza się, co następuje:

§ 1.

Ustala się Regulamin organizacyjny Wojewódzkiego Samodzielnego Zespołu Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej im. prof. Eugeniusza Wilczkowskiego w Gostyninie, stanowiący załącznik do niniejszego Zarządzenia.

§ 2.

Traci moc Zarządzenie Nr 21/12 Dyrektora Wojewódzkiego Samodzielnego Zespołu Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej im. prof. Eugeniusza Wilczkowskiego w Gostyninie z dnia 17 maja 2012 r. w sprawie ustalenia Regulaminu organizacyjnego Wojewódzkiego Samodzielnego Zespołu Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej im. prof. Eugeniusza Wilczkowskiego w Gostyninie.

§ 3.

Zarządzenie wchodzi w życie z dniem podpisania.

DYREKTOR
Wojewódzkiego Samodzielnego Zespołu
Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej
im. Profesora Eugeniusza Wilczkowskiego
w Gostyninie
Katarzyna Głowacz-Szewczyk

Barbara Mieszkowska
RADCA PRAWNY

Barbara Mieszkowska
Nr Rej. WA-P-105

Załącznik
do Zarządzenia Nr 39/2021
Dyrektora WSZPZOZ Gostynin-Zalesie
z dnia 1 czerwca 2021 r.
w sprawie ogłoszenia tekstu jednolitego
Regulaminu Organizacyjnego Wojewódzkiego
Samodzielnego Zespołu Publicznych Zakładów Opieki
Zdrowotnej
im. prof. Eugeniusza Wilczkowskiego
w Gostyninie

Regulamin ORGANIZACYJNY

**Wojewódzkiego Samodzielnego Zespołu Publicznych
Zakładów Opieki Zdrowotnej
im. prof. Eugeniusza Wilczkowskiego
w Gostyninie**

Spis treści	
Spis treści	2
Rozdział I	3
Postanowienia ogólne	3
Rozdział II	4
Firma, cele i zadania, struktura organizacyjna	4
Rozdział III	7
Miejsce udzielania świadczeń zdrowotnych, rodzaj działalności leczniczej oraz zakres udzielanych świadczeń zdrowotnych	7
Rozdział IV	9
Przebieg procesu udzielania świadczeń zdrowotnych z zapewnieniem właściwej dostępności i jakości tych świadczeń w komórkach organizacyjnych	9
Rozdział V	21
Warunki współdziałania z innymi zakładami opieki zdrowotnej w zakresie zapewnienia prawidłowości diagnostyki, leczenia, pielęgnacji i rehabilitacji pacjentów oraz ciągłości przebiegu procesu udzielania świadczeń zdrowotnych	21
Rozdział VI	21
Prawa i obowiązki pacjenta	21
Rozdział VII	24
Zasady prowadzenia i udostępniania dokumentacji medycznej oraz wysokość opłaty za jej udostępnienie ustalone w sposób określony w art. 28 ust. 4 ustawy z dnia 6 listopada 2008 o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta	24
Rozdział VIII	25
Organizacja procesu udzielania świadczeń zdrowotnych w przypadku pobierania opłat	25
Rozdział IX	26
Wysokość opłat za świadczenia zdrowotne, które mogą być, zgodnie z przepisami prawa, udzielane za częściową albo całkowitą odpłatnością	26
Rozdział X	27
Obowiązki Zespołu w razie śmierci pacjenta oraz wysokość opłaty za przechowywanie zwłok pacjenta przez okres dłuższy niż 72 godziny od osób lub instytucji uprawnionych do pochowania zwłok na podstawie ustawy z dnia 31 stycznia 1959 r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych	27
oraz od podmiotów, na zlecenie których przechowuje się zwłoki	27
w związku z toczącym się postępowaniem karnym	27
Rozdział XI	30
Sposób kierowania jednostkami i komórkami organizacyjnymi	30
ROZDZIAŁ XIII	60
Postanowienia końcowe	60

Rozdział I Postanowienia ogólne

§ 1.

Regulamin organizacyjny Wojewódzkiego Samodzielnego Zespołu Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej im. prof. Eugeniusza Wilczkowskiego w Gostyninie określa:

- 1) nazwę podmiotu;
- 2) cele i zadania oraz strukturę organizacyjną;
- 3) miejsce udzielania świadczeń zdrowotnych;
- 4) rodzaj działalności leczniczej oraz zakres udzielanych świadczeń zdrowotnych;
- 5) przebieg procesu udzielania świadczeń zdrowotnych z zapewnieniem właściwej dostępności i jakości tych świadczeń w komórkach organizacyjnych zakładu leczniczego;
- 6) warunki współdziałania z innymi podmiotami wykonującymi działalność leczniczą w zakresie zapewnienia prawidłowości diagnostyki, leczenia, pielęgnacji i rehabilitacji pacjentów oraz ciągłości przebiegu procesu udzielania świadczeń zdrowotnych;
- 7) prawa i obowiązki pacjenta;
- 8) zasady prowadzenia i udostępniania dokumentacji medycznej oraz wysokość opłaty za jej udostępnienie ustalone w sposób określony w art. 28 ust. 4 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta;
- 9) obowiązki Zespołu w razie śmierci pacjenta oraz wysokość opłaty za przechowywanie zwłok pacjenta przez okres dłuższy niż 72 godziny od osób lub instytucji uprawnionych do pochowania zwłok na podstawie ustawy z dnia 31 stycznia 1959 r. *o cmentarzach i chowaniu zmarłych* (Dz.U. z 2020 r. poz. 1947) oraz od podmiotów, na zlecenie których przechowuje się zwłoki w związku z toczącym się postępowaniem karnym;
- 10) organizację procesu udzielania świadczeń zdrowotnych w przypadku pobierania opłat;
- 11) wysokość opłat za świadczenia zdrowotne, które mogą być, zgodnie z przepisami prawa, udzielane za częściową albo całkowitą odpłatnością;
- 12) sposób kierowania komórkami organizacyjnymi zakładu leczniczego podmiotu leczniczego;
- 13) organizację i zadania poszczególnych komórek organizacyjnych zakładów leczniczych podmiotu oraz warunki współdziałania tych jednostek lub komórek dla zapewnienia sprawnego i efektywnego funkcjonowania podmiotu pod względem diagnostyczno-leczniczym, pielęgnacyjnym, rehabilitacyjnym i administracyjno-gospodarczym,
- 14) sposób obserwacji pomieszczeń ogólnodostępnych oraz pomieszczeń, w których są udzielane świadczenia zdrowotne oraz pobytu pacjentów, w szczególności pokoi łóżkowych, pomieszczeń higieniczno-sanitarnych, przebieralni, szatni, jeżeli wynika to z przepisów odrębnych - za pomocą urządzeń umożliwiających rejestrację obrazu (monitoring).

§ 2.

Użyte w Regulaminie organizacyjnym określenia oznaczają:

- 1) regulamin – Regulamin organizacyjny;
- 2) podmiot leczniczy – Wojewódzki Samodzielny Zespół Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej im. prof. Eugeniusza Wilczkowskiego w Gostyninie, zwany także Zespołem;
- 3) pacjent, świadczeniobiorca – osoba zwracająca się o udzielenie świadczeń zdrowotnych lub korzystająca ze świadczeń zdrowotnych udzielanych przez Zespół;
- 4) kierownik podmiotu leczniczego – dyrektor Zespołu;
- 5) kadra kierownicza – dyrektorzy, główny księgowy, przełożona pielęgniarek, ordynatorzy, kierownicy oddziałów, kierownicy komórek organizacyjnych, pielęgniarki oddziałowe, pielęgniarki koordynujące;
- 6) komórka organizacyjna – oddziały i pododdziały Zespołu (zwane dalej „oddziałami”), poradnie, pracownie, działy, samodzielne stanowiska pracy, zespoły;
- 7) szpital psychiatryczny – komórki organizacyjne Zespołu udzielające świadczeń zdrowotnych w zakresie opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień;
- 8) internacja – środek zabezpieczający orzeczone prawomocnym postanowieniem sądu;
- 9) ZOL - Zakład Opiekuńczo-Leczniczy Zespołu.

Rozdział II

Firma, cele i zadania, struktura organizacyjna

§ 3.

1. Wojewódzki Samodzielny Zespół Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej im. prof. Eugeniusza Wilczkowskiego, zwany dalej „Zespołem” jest podmiotem leczniczym, niebędącym przedsiębiorcą w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. z 2021 r. poz. 711 z późn. zm.).
2. Zespół jest wpisany do rejestru stowarzyszeń, innych organizacji społecznych i zawodowych, fundacji oraz samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej krajowego rejestru sądowego prowadzonego przez Sąd Rejonowy dla Łodzi – Śródmieścia w Łodzi, XX Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego, pod numerem 0000143356.
3. Podmiotem tworzącym Zespół jest Samorząd Województwa Mazowieckiego.
4. Siedziba Zespołu mieści się w Gostyninie przy ul. Zalesie 1.
5. Zespół działa w szczególności na podstawie:
 - 1) ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. z 2021 r. poz. 711 z późn. zm.), zwanej dalej „ustawą o działalności leczniczej”;
 - 2) ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2020 r. poz. 1398 ze zm.¹);
 - 3) ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz.U. z 2020 r., poz. 685);
 - 4) ustawy z dnia 6 listopada 2008 roku o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U. z 2020 r. poz. 849);
 - 5) ustawy z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości (Dz.U. z 2021 r. poz. 217 i 2020 poz. 2123);
 - 6) ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych (Dz.U. z 2021 r. poz. 305);
 - 7) ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. kodeks karny (Dz.U. z 2020 r. poz. 1444, 1517);
 - 8) ustawy kodeks karny wykonawczy (Dz.U. z 2021 r. poz. 53, 472);
 - 9) rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 19 czerwca 2019 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień (Dz. U. z 2019 r. poz. 1285 ze zm.²);
 - 10) rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz. U. z 2021 r. poz. 265);
 - 11) rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 września 2005 r. w sprawie kryteriów medycznych, jakimi powinni kierować się świadczeniodawcy, umieszczając świadczeniobiorców na listach oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej (Dz.U. z 2005 r. Nr 200, poz. 1661);
 - 12) rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2018 r. w sprawie szczegółowego sposobu postępowania w sprawach przyjęcia oraz wypisywania ze szpitala psychiatrycznego (Dz. U. z 2018 r. poz. 2475);
 - 13) rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2018 r. w sprawie stosowania przymusu bezpośredniego wobec osoby z zaburzeniami psychicznymi (Dz.U z 2018 r. poz. 2459);
 - 14) rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 16 stycznia 2017 r. w sprawie komisji psychiatrycznej do spraw środków zabezpieczających i wykonywania środków zabezpieczających w zakładach psychiatrycznych (Dz.U. z 2020 poz. 1780);
 - 15) Statutu;
 - 16) Niniejszego Regulaminu organizacyjnego;
 - 17) innych, obowiązujących w zakresie prowadzonej działalności, przepisów prawa oraz aktów wewnętrznych.

§ 4.

Postanowienia niniejszego Regulaminu organizacyjnego obowiązują wszystkich pracowników Zespołu, a także osoby zatrudnione na podstawie umów cywilnoprawnych, osoby korzystające ze świadczeń zdrowotnych Zespołu oraz inne osoby przebywające na terenie Zespołu.

§ 5.

Podmiot leczniczy, jakim jest Zespół, wykonuje działalność leczniczą w oparciu o następujące zakłady lecznicze:

- 1) Szpital;

¹ zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone Dz.U. z 2020 r. poz. 1492, 1493, 1578, 1875, 2112, 2345, 2401, z 2019 r. poz. 1590, 2020 oraz z 2021 r. poz. 159, 97, 694;

² zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone Dz.U. z 2019 r. poz. 1640 oraz z 2020 r., poz. 456, 1641, 1785, 2155;



- 2) Zakład Opiekuńczo-Lecznicy;
- 3) Zespół Poradni i Pracowni.

§ 6.

W skład zakładu leczniczego podmiotu leczniczego, o którym mowa w §5 pkt 1, wchodzi następujące komórki organizacyjne:

- 1) Izba Przyjęć;
- 2) Oddział Rehabilitacji Psychiatrycznej;
- 3) Oddział Psychogeriatricznej;
- 4) Oddział Psychiatryczny III;
- 5) Oddział Psychiatryczny V;
- 6) Oddział Psychiatryczny VI;
- 7) Oddział Leczenia Alkoholowych Zespołów Abstynencyjnych;
- 8) Pododdział Leczenia Zespołów Abstynencyjnych po Substancjach Psychoaktywnych;
- 9) Całodobowy Oddział Terapii Uzależnienia od Alkoholizmu;
- 10) Oddział Rehabilitacji Neurologicznej;
- 11) Dział Farmacji Szpitalnej.

§ 7.

W skład zakładu leczniczego podmiotu leczniczego, o którym mowa w §5 pkt 3, wchodzi następujące komórki organizacyjne:

- 1) Laboratorium Analityczne;
- 2) Ambulatorium Ogólne;
- 3) Poradnia Zdrowia Psychicznego;
- 4) Poradnia Terapii Uzależnienia od Alkoholizmu i Współuzależnienia;
- 5) Poradnia Psychologiczna dla Dzieci i Młodzieży;
- 6) Poradnia Zdrowia Psychicznego dla Dzieci.

§ 8.

1. Podstawowym celem działania Zespołu jest wykonywanie działalności leczniczej poprzez udzielanie świadczeń zdrowotnych i promocja zdrowia oraz realizacja zadań dydaktycznych i badawczych w powiązaniu z udzielaniem świadczeń zdrowotnych i promocją zdrowia, w tym wdrażanie nowych technologii medycznych oraz metod leczenia.
2. Realizując cele określone w ust. 1, Zespół może uczestniczyć w przygotowaniu osób do wykonywania zawodu medycznego i kształceniu osób wykonujących zawód medyczny.

§ 9.

1. Do podstawowych zadań Zespołu należy:
 - 1) udzielanie świadczeń zdrowotnych służących zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu i poprawie stanu zdrowia oraz prowadzenie innych działań medycznych wynikających z procesu leczenia w zakresie opieki psychiatrycznej, leczenia uzależnień oraz rehabilitacji leczniczej;
 - 2) realizacja zadań obronnych na potrzeby obronne państwa.
2. Zespół może udzielać świadczeń zdrowotnych za częściową lub całkowitą odpłatnością, z zastrzeżeniem przepisów odrębnych.
3. Zespół może organizować i prowadzić szkolenia dla innych podmiotów leczniczych w zakresie wykonywania zawodów medycznych, organizacji pracy oddziałów szpitalnych, zarządzania w służbie zdrowia i prawa medycznego.
4. W wykonywaniu zadań Zespół współpracuje z:
 - 1) innymi podmiotami wykonującymi działalność leczniczą;
 - 2) stacjami sanitarno-epidemiologicznymi;
 - 3) organizacjami społecznymi;
 - 4) innymi niż wykonujące działalność leczniczą podmiotami;
 - 5) osobami fizycznymi-w zakresie niezbędnym do realizacji celów statutowych.
5. Zespół realizuje także zadania określone w przepisach odrębnych, w szczególności w zakresie:
 - 1) profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracownikami;
 - 2) bezpieczeństwa i higieny pracy, ochrony przeciwpożarowej, ochrony cywilnej i obronności;
 - 3) wydawania opinii sądowo – psychiatrycznych;
 - 4) realizacji środka zabezpieczającego, w postaci umieszczenia w szpitalu psychiatrycznym;
 - 5) leczenia osób uzależnionych od alkoholu.

§ 10.

Zespół prowadzi wyodrębnioną organizacyjnie działalność, w tym gospodarczą, inną niż działalność lecznicza, polegającą na:

- 1) wynajmowaniu powierzchni użytkowych i lokali mieszkalnych;
- 2) wykonywaniu usług związanych z zarządzaniem nieruchomościami;
- 3) wykonywaniu usług związanych z dostarczaniem pary wodnej i gorącej wody w systemie sieciowym;
- 4) wykonywaniu usług związanych z uzdatnianiem i dostarczaniem wody za pośrednictwem sieci wodociągowych;
- 5) wykonywaniu usług parkingowych;
- 6) prowadzeniu szkoleń, konferencji, kursów w zakresie promocji zdrowia dla placówek szkolnych, oświatowych, organizacji społecznych, stowarzyszeń, zainteresowanych osób fizycznych oraz udostępnianiu swojego mienia na ten cel innym jednostkom.

§ 11.

1. Strukturę organizacyjną Zespołu przedstawia schemat organizacyjny, stanowiący załącznik do niniejszego Regulaminu.
2. Przy znakowaniu spraw, funkcjonujące w strukturze organizacyjnej Zespołu komórki organizacyjne i samodzielne stanowiska pracy używają następujących symboli:
 - 1) Dyrektor - D
 - 2) Zastępca Dyrektora ds. Medycznych - DL
 - 3) Główny Księgowy - GK
 - 4) Przełożona Pielęgniarek - PP
 - 5) Dział Kadr i Płac - DKP
 - 6) Dział Księgowości - DK
 - 7) Dział Administracyjno-Gospodarczy - DAG
 - a) Składnica Akt - SA
 - b) Sekcja Gospodarcza - SG
 - c) Sekcja Techniczna - ST
 - 8) Radca Prawny - RP
 - 9) Sekcja Informatyki - SI
 - 10) Sekcja Zamówień Publicznych - SZP
 - 11) Sekcja Statystyki Medycznej i Dokumentacji Chorych - SMDC
 - 12) Samodzielne stanowiska pracy:
 - a) Inspektor BHP - BHP
 - b) Inspektor P.POŻ - PPOŻ
 - c) Inspektor ds. Obronności i Obrony Cywilnej - IOiOC
 - d) Inspektor ds. Ochrony Danych Osobowych - IODO
 - e) Kapelan
 - 13) Szpital:
 - a) Izba Przyjęć - IP
 - b) Oddział Rehabilitacji Psychiatrycznej - ORP
 - c) Oddział Psychogeriatry - PG
 - d) Oddział Psychiatryczny III - III
 - e) Oddział Psychiatryczny V - V
 - f) Oddział Psychiatryczny VI - VI
 - g) Oddział Leczenia Alkoholowych Zespołów Abstynencyjnych - OLAZA
 - h) Pododdział Leczenia Zespołów Abstynencyjnych po Substancjach Psychoaktywnych - NAR
 - i) Całodobowy Oddział Terapii Uzależnienia od Alkoholu - COTUA
 - j) Oddział Rehabilitacji Neurologicznej - RN
 - k) Dział Farmacji Szpitalnej - DFS
 - 14) Zakład Opiekuńczo-Leczniczy - ZOL
 - 15) Pielęgniarka Epidemiologiczna - PE
 - 16) Zespół Poradni i Pracowni:
 - a) Laboratorium Analityczne - L
 - b) Ambulatorium Ogólne - AMB
 - c) Poradnia Zdrowia Psychicznego - PZP
 - d) Poradnia Terapii Uzależnienia od Alkoholu i Współuzależnienia - PTU

- e) Poradnia Psychologiczna dla Dzieci i Młodzieży
- f) Poradnia Zdrowia Psychicznego dla Dzieci

- PPDM
- PZPD.

Rozdział III

Miejsce udzielania świadczeń zdrowotnych, rodzaj działalności leczniczej oraz zakres udzielanych świadczeń zdrowotnych

§ 12.

1. Miejscem udzielania świadczeń zdrowotnych jest siedziba Zespołu.
2. Świadczenia zdrowotne udzielane są w:
 - 1) Izbie Przyjęć;
 - 2) Oddziale Rehabilitacji Psychiatrycznej;
 - 3) Oddziale Psychogeriatry;
 - 4) Oddziale Psychiatrycznym III;
 - 5) Oddziale Psychiatrycznym V;
 - 6) Oddziale Psychiatrycznym VI;
 - 7) Oddziale Leczenia Alkoholowych Zespołów Abstynencyjnych;
 - 8) Pododdziale Leczenia Zespołów Abstynencyjnych po Substancjach Psychoaktywnych;
 - 9) Całodobowym Oddziale Terapii Uzależnienia od Alkohol;
 - 10) Oddziale Rehabilitacji Neurologicznej;
 - 11) Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicznym;
 - 12) Laboratorium Analitycznym;
 - 13) Ambulatorium Ogólnym;
 - 14) Poradni Zdrowia Psychicznego;
 - 15) Poradni Terapii Uzależnienia od Alkohol i Współuzależnienia;
 - 16) Poradni Psychologicznej dla Dzieci i Młodzieży;
 - 17) Poradni Zdrowia Psychicznego dla Dzieci.

§ 13.

Udzielane przez Zespół świadczenia zdrowotne należy rozumieć, jako działania służące profilaktyce, zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia oraz inne działania medyczne wynikające z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich wykonywania.

§ 14.

Rodzajami działalności leczniczej udzielanej przez Zespół są:

- 1) stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne:
 - a) szpitalne w zakresie:
 - opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień dla dorosłych,
 - rehabilitacja psychiatryczna lecznicza dla dorosłych,
 - b) inne niż szpitalne obejmujące:
 - świadczenia opiekuńczo-lecznicze psychiatryczne dla dorosłych;
- 2) ambulatoryjne świadczenia zdrowotne.

§ 15.

1. Zespół w zakresie opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień, udziela osobom pełnoletnim poniżej wskazanych świadczeń zdrowotnych:
 - 1) świadczenia w Izbie Przyjęć;
 - 2) świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej;
 - 3) świadczenia psychiatryczne dla dorosłych;
 - 4) świadczenia psychogeriatryczne;
 - 5) leczenie alkoholowych zespołów abstynencyjnych;
 - 6) leczenie zespołów abstynencyjnych po substancjach psychoaktywnych;
 - 7) świadczenia terapii uzależnienia od alkoholu stacjonarne;
 - 8) świadczenia opiekuńczo-lecznicze psychiatryczne dla dorosłych;
 - 9) świadczenia psychiatryczne ambulatoryjne dla dorosłych;
 - 10) świadczenia ambulatoryjne leczenia uzależnień.

2. Zespół udziela świadczeń ambulatoryjnych dla dzieci i młodzieży w zakresach:

- 1) świadczenia psychiatryczne;
- 2) opieka psychologiczna i psychoterapeutyczna.

§ 16.

1. Świadczenia opiekuńczo-lecznicze psychiatryczne dla dorosłych udzielane w Zespole obejmują swoim zakresem opiekę, pielęgnację i rehabilitację oraz leczenie chorych ze znacznymi i utrwalonymi zaburzeniami zachowania, niewymagających hospitalizacji, którym nie można zapewnić opieki w innych warunkach.
2. Osobom przebywającym w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznym zapewnia się produkty lecznicze i wyroby medyczne oraz pomieszczenia i wyżywienie odpowiednie do stanu zdrowia.

§ 17.

1. W zakresie rehabilitacja lecznicza Zespół udziela świadczeń rehabilitacji neurologicznej w warunkach stacjonarnych.
2. Świadczenia z zakresu rehabilitacji neurologicznej w warunkach stacjonarnych są udzielane świadczeniobiorcom, którzy ze względu na kontynuację leczenia wymagają stosowania kompleksowych świadczeń rehabilitacyjnych oraz całodobowego nadzoru lekarskiego i pielęgnarskiego.
3. Kwalifikację świadczeniobiorcy do rehabilitacji neurologicznej w warunkach stacjonarnych przeprowadza się na podstawie oceny stanu klinicznego pacjenta z uwzględnieniem istniejących skal medycznych.
4. Rehabilitacja neurologiczna prowadzona jest w ramach wyodrębnionych grup świadczeń zawartych w katalogu JGP w stacjonarnej rehabilitacji leczniczej zgodnie z zawartą z Narodowym Funduszem Zdrowia umową o udzielanie świadczeń zdrowotnych w rodzaju rehabilitacja lecznicza, która obejmuje następujące grupy:
 - 1) rehabilitacja neurologiczna zaburzeń funkcji mózgu;
 - 2) rehabilitacja neurologiczna zaburzeń funkcji rdzenia kręgowego i korzeni nerwowych;
 - 3) rehabilitacja neurologiczna zaburzeń funkcji obwodowego układu nerwowego i dystrofie mięśniowe;
 - 4) rehabilitacja neurologiczna przewlekła.

§ 18.

Promocja zdrowia opiera się na działaniach umożliwiających poszczególnym osobom i społeczności zwiększenie kontroli nad czynnikami warunkującymi stan zdrowia i przez to jego poprawę, promowaniu zdrowego stylu życia oraz środowiskowych i indywidualnych czynników sprzyjających zdrowiu.

§ 19.

Pacjentowi przyjętemu do Zespołu zapewnia się bezpłatnie leki i wyroby medyczne, jeżeli są one konieczne do wykonania świadczenia.

§ 20.

1. Świadczeniobiorcy, na podstawie zlecenia lekarza Zespołu, przysługuje bezpłatny przejazd środkami transportu sanitarnego do najbliższego podmiotu leczniczego, o którym mowa w przepisach o działalności leczniczej, udzielającego świadczeń we właściwym zakresie w przypadkach:
 - 1) konieczności podjęcia natychmiastowego leczenia w podmiocie leczniczym;
 - 2) wynikających z potrzeby zachowania ciągłości leczenia.
2. Świadczeniobiorcy, na podstawie zlecenia lekarza Zespołu, przysługuje bezpłatny przejazd środkami transportu sanitarnego - w przypadku dysfunkcji narządu ruchu uniemożliwiającej korzystanie ze środków transportu publicznego, do miejsca zamieszkania.
3. W przypadkach niewymienionych w ust. 1 i 2, na podstawie zlecenia lekarza Zespołu, świadczeniobiorcy przysługuje przejazd środkami transportu sanitarnego odpłatnie lub za częściową odpłatnością, co regulują odrębne przepisy.
4. Osobie, wobec której został zastosowany środek zabezpieczający w postaci umieszczenia w Zespole, przysługuje bezpłatne zabezpieczenie transportu sanitarnego w związku z realizacją tego świadczenia gwarantowanego.

§ 21.

Świadczeniobiorcy nie przysługują bezpłatnie:

- 1) orzeczenia o zdolności do prowadzenia pojazdów mechanicznych oraz inne orzeczenia i zaświadczenia lekarskie wydawane na życzenie świadczeniobiorcy, jeżeli nie są one związane z dalszym leczeniem, rehabilitacją, niezdolnością do pracy, kontynuowaniem nauki, uczestnictwem dzieci, uczniów, słuchaczy zakładów kształcenia nauczycieli i studentów w zajęciach sportowych i w zorganizowanym wypoczynku, a także jeżeli nie są wydawane dla celów pomocy społecznej, wspierania rodziny i systemu pieczy zastępczej, orzecznictwa o niepełnosprawności, uzyskania zasiłku pielęgnacyjnego, uzyskania świadczenia

uzupełniającego, o którym mowa w ustawie z dnia 31 lipca 2019 r. o świadczeniu uzupełniającym dla osób niezdolnych do samodzielnej egzystencji lub ustalenia przyczyn i rodzaju uszkodzeń ciała związanych z użyciem przemocy w rodzinie;

2) świadczenia opieki zdrowotnej niezakwalifikowane jako gwarantowane.

Rozdział IV

Przebieg procesu udzielania świadczeń zdrowotnych z zapewnieniem właściwej dostępności i jakości tych świadczeń w komórkach organizacyjnych

§ 22.

Misją Zespołu jest udzielanie świadczeń zdrowotnych zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej i określonymi standardami, z wykorzystaniem metod diagnostyczno-terapeutycznych odpowiadających najnowszym osiągnięciom wiedzy medycznej, na zasadach określonych w ustawach, przepisach szczególnych lub umowach cywilnoprawnych.

§ 23.

1. Zakres świadczeń zdrowotnych udzielanych bezpłatnie określają powszechnie obowiązujące przepisy prawa i umowy cywilnoprawne zawarte z podmiotami, które finansują te świadczenia.
2. Za świadczenia zdrowotne w zakresie psychiatrycznej opieki zdrowotnej udzielane osobie chorej psychicznie nie pobiera się od tej osoby opłat.
3. Od osób uzależnionych od alkoholu za świadczenia w zakresie leczenia odwykowego udzielane w Zespole nie pobiera się opłat.
4. Niniejszy Regulamin nie narusza przepisów o świadczeniach opieki zdrowotnej udzielanych bezpłatnie bez względu na uprawnienia z tytułu ubezpieczenia zdrowotnego na podstawie przepisów odrębnych.

§ 24.

1. Świadczenia zdrowotne udzielane są przez osoby wykonujące zawód medyczny, spełniające wymagania określone w obowiązujących przepisach.
2. Świadczenia zdrowotne mogą być udzielane również w ramach wolontariatu, na zasadach określonych w ustawie z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie (Dz.U. z 2020 r. poz. 1057 oraz z 2019 r. poz. 2020).

§ 25.

Żadne okoliczności nie mogą stanowić podstawy do odmowy udzielenia świadczenia zdrowotnego, jeżeli osoba zgłaszająca się do Zespołu potrzebuje natychmiastowego udzielenia takiego świadczenia ze względu na zagrożenie zdrowia lub życia.

§ 26.

1. Przyjęcia pacjentów do oddziałów i ZOL-u odbywają się w Izbie Przyjęć we wszystkie dni tygodnia przez całą dobę.
2. Przyjęcia pacjentów odbywają się w trybie:
 - 1) planowym, według listy oczekujących – na podstawie skierowania wystawionego przez lekarza, zgodnie z obowiązującymi przepisami;
 - 2) nagłym – w przypadkach nagłych.
3. O przyjęciu decyduje lekarz wyznaczony do tej czynności, po osobistym zbadaniu osoby zgłaszającej się na Izbę Przyjęć.
4. W sposób planowy odbywają się przyjęcia:
 - 1) do Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego;
 - 2) do Całodobowego Oddziału Terapii Uzależnienia od Alkoholu;
 - 3) do Oddziału Rehabilitacji Neurologicznej;
 - 4) do Oddziału Rehabilitacji Psychiatrycznej;
 - 5) osób zobowiązanych prawomocnym postanowieniem sądu do leczenia odwykowego;
 - 6) na obserwację sądowo-psychiatryczną;
 - 7) osób, wobec których został orzeczony prawomocnym postanowieniem sądu środek zabezpieczający.
5. Do pozostałych oddziałów przyjęcia odbywają się zarówno w trybie planowym, jak i nagłym.
6. Przyjęcie następuje na podstawie skierowania i po wyrażeniu zgody przez pacjenta, chyba że na mocy obowiązujących przepisów prawa możliwe jest przyjęcie tej osoby bez skierowania lub zgody.

7. Przyjęcie do szpitala psychiatrycznego wymaga ustalenia albo potwierdzenia tożsamości, jeżeli jest to możliwe:
 - 1) osoby przyjmowanej do szpitala psychiatrycznego;
 - 2) przedstawiciela ustawowego, opiekuna prawnego lub faktycznego osoby, o której mowa w pkt 1, jeżeli dotyczy.
8. Tożsamość osób, o których mowa w ust. 7, ustala się albo potwierdza na podstawie dokumentu stwierdzającego tożsamość danej osoby.

§ 27.

1. W stanach nagłych, świadczenia opieki zdrowotnej są udzielane świadczeniobiorcy niezwłocznie.
2. W razie braku możliwości udzielania świadczeń opieki zdrowotnej określonych w umowie o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z przyczyn leżących po stronie Zespołu lub w związku z wystąpieniem siły wyższej, Zespół zapewnia, w przypadku, o którym mowa w ust. 1, udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej przez innego świadczeniodawcę.

§ 28.

1. Kolejność dostępu do świadczeń ustala się według kolejności zgłoszenia.
2. Świadczeniobiorcę informuje się w wybrany przez siebie sposób o zakwalifikowaniu do kategorii medycznej, zgodnie z kryteriami medycznymi określonymi w przepisach i terminie udzielenia świadczenia oraz na żądanie świadczeniobiorcy uzasadnia przyczyny wyboru tego terminu.
3. Jeżeli świadczenie zdrowotne nie może zostać udzielone w chwili zgłoszenia, świadczeniobiorcę wpisuje się za jego zgodą lub zgodą opiekuna prawnego na listę oczekujących, którą prowadzi się w formie elektronicznej.
4. Dokonanie czynności, o której mowa w ust. 3, jest równoznaczne ze zobowiązaniem się do udzielenia danego świadczenia zdrowotnego.
5. W przypadku skreślenia z listy oczekujących na udzielenie świadczenia wpisuje się datę i przyczynę skreślenia świadczeniobiorcy z listy oczekujących.
6. W przypadku skreślenia z listy oczekujących w wyniku rezygnacji z udzielania świadczenia, niezgłoszenia się na ustalony termin udzielenia świadczenia albo zakończenia przez świadczeniodawcę wykonywania umowy o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej, dokonuje się zwrotu oryginału skierowania albo umożliwia się ponowne użycie skierowania przez odpowiednią zmianę jego statusu w systemie teleinformatycznym.
7. W przypadku braku wskazań do hospitalizacji w Zespole, lekarz dyżurny Izby Przyjęć odnotowuje ten fakt w księdze odmów i porad ambulatoryjnych. Osoby niezakwalifikowane do hospitalizacji, które wymagają leczenia ambulatoryjnego, otrzymują w Izbie Przyjęć poradę, co odnotowuje się w księdze odmów i porad ambulatoryjnych.
8. Listę oczekujących prowadzi się w sposób zapewniający poszanowanie zasady sprawiedliwego, równego, niedyskryminującego i przejrzystego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej oraz zgodnie z kryteriami medycznymi.
9. W razie zmiany stanu zdrowia świadczeniobiorcy, wskazującej na potrzebę wcześniejszego niż w ustalonym terminie udzielenia świadczenia, świadczeniobiorca informuje o tym Zespół, który jeżeli wynika to z kryteriów medycznych, koryguje odpowiednio termin udzielenia świadczenia i informuje niezwłocznie świadczeniobiorcę o nowym terminie.
10. W przypadku wystąpienia okoliczności, których nie można było przewidzieć w chwili ustalania terminu udzielenia świadczenia zdrowotnego, a które uniemożliwiają zachowanie terminu wynikającego z listy oczekujących, Zespół informuje osobę oczekującą w każdy dostępny sposób o zmianie terminu wynikającego ze zmiany kolejności udzielenia świadczenia i jej przyczynie. Dotyczy to również przypadku zmiany terminu udzielenia świadczenia na wcześniejszy. W przypadku gdy świadczeniobiorca nie wyraża zgody na zmianę terminu udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej na wcześniejszy, świadczeniodawca informuje o możliwości zmiany terminu następnego świadczeniobiorcę z listy oczekujących, zgodnie z kolejnością ustaloną na podstawie zgłoszenia.
11. W przypadku, o którym mowa w ust. 10, przekazanie świadczeniobiorcy informacji o zmianie terminu udzielenia świadczenia, w przypadku świadczeń, dla których do planowanego terminu udzielenia świadczenia pozostało więcej niż 180 dni, może odbywać się raz na trzy miesiące.
12. Jeżeli osoba oczekująca na przyjęcie do Zespołu nie może stawić się w ustalonym terminie lub gdy zrezygnowała ze świadczenia zdrowotnego, jest zobowiązana niezwłocznie powiadomić o tym Zespół.
13. W przypadku pojawienia się wolnego terminu udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej, informowanie o możliwości zmiany terminu udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej na wcześniejszy można ograniczyć do świadczeniobiorców wpisanych na listę oczekujących na udzielenie świadczenia, którym określono termin udzielenia świadczenia w przedziale między 7 a 30 dniem liczonym od daty tego wolnego terminu oraz niezależnie od kolejności świadczeniobiorców na tej liście, z uwzględnieniem kryteriów medycznych określonych w przepisach odrębnych.

14. W przypadku, gdy świadczeniobiorca nie wyraża zgody na zmianę terminu udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej na wcześniejszy lub w przypadku bezskuteczności próby kontaktu ze świadczeniobiorcą w celu poinformowania o możliwości zmiany terminu na wcześniejszy, dotychczasowy termin wyznaczony dla tego świadczeniobiorcy jest równoznaczny z rezerwacją terminu.
15. Listy oczekujących na udzielenie świadczenia w oddziałach psychiatrycznych prowadzi Izba Przyjęć, w pozostałych oddziałach - upoważniony pracownik oddziału, w Poradniach upoważnieni pracownicy Poradni.
16. Dla osób oczekujących na przyjęcie osób zobowiązanych przez sąd do leczenia odwykowego prowadzi się odrębne listy oczekujących.
17. W przypadku niezgłoszenia się na ustalony termin udzielenia świadczenia, świadczeniobiorca podlega skreśleniu z listy oczekujących, chyba że uprawdopodobni, że niezgłoszenie się nastąpiło z powodu siły wyższej.
18. Wniosek o przywrócenie na listę oczekujących świadczeniobiorca jest obowiązany zgłosić niezwłocznie, nie później niż w terminie 7 dni od dnia ustania przyczyny niezgłoszenia się na ustalony termin udzielenia świadczenia. W przypadku przywrócenia na listę oczekujących przepis ust. 10 stosuje się odpowiednio.
19. Postanowienia niniejszego paragrafu nie ograniczają uprawnień osób do korzystania ze świadczeń zdrowotnych poza kolejnością.
20. Podstawą do uzyskania świadczeń opieki zdrowotnej poza kolejnością jest okazanie dokumentu ubezpieczenia oraz dokumentu potwierdzającego status osoby uprawnionej.
21. Regulacje niniejszego paragrafu nie dotyczą przyjęć osób zobowiązanych do leczenia przez sąd oraz osób, wobec których został zastosowanych środek zabezpieczający.

§ 29.

1. Przyjęcie osoby z zaburzeniami psychicznymi do szpitala psychiatrycznego następuje za jej pisemną zgodą na podstawie skierowania do szpitala, jeżeli lekarz wyznaczony do tej czynności, po osobistym zbadaniu tej osoby, stwierdzi wskazania do przyjęcia.
2. W przypadku świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych na podstawie skierowania, świadczeniobiorca jest obowiązany:
 - 1) dostarczyć oryginał skierowania w postaci papierowej, nie później niż w terminie 14 dni roboczych od dnia dokonania wpisu na listę oczekujących, pod rygorem skreślenia z listy oczekujących albo
 - 2) udostępnić świadczeniodawcy, przed dokonaniem wpisu na listę oczekujących na udzielenie świadczenia:
 - a) klucz dostępu do skierowania, albo
 - b) kod dostępu oraz numer PESEL, a w przypadku jego braku serię i numer paszportu lub innego dokumentu potwierdzającego tożsamość.
3. W nagłych przypadkach, w szczególności w przypadku braku możliwości uzyskania pomocy lekarskiej przed zgłoszeniem się do szpitala, osoba z zaburzeniami psychicznymi może być przyjęta do szpitala psychiatrycznego, za jej pisemną zgodą, bez skierowania, o którym mowa w ust. 1.
4. Przyjęcie do szpitala psychiatrycznego osoby chorej psychicznie lub osoby upośledzonej umysłowo niezdolnej do wyrażenia zgody lub stosunku do przyjęcia do szpitala psychiatrycznego i leczenia następuje po uzyskaniu zgody sądu opiekuńczego właściwego ze względu na miejsce zamieszkania tej osoby.
5. W przypadkach nagłych osoba, o której mowa w ust. 4, może być przyjęta do szpitala psychiatrycznego bez wcześniejszego uzyskania zgody sądu opiekuńczego. W takim przypadku lekarz przyjmujący tę osobę ma obowiązek, o ile to możliwe, zasięgnięcia pisemnej opinii innego lekarza, w miarę możliwości psychiatry, albo pisemnej opinii psychologa.
6. W przypadkach, o których mowa w ust. 5, kierownik szpitala psychiatrycznego zawiadamia niezwłocznie sąd opiekuńczy, właściwy ze względu na siedzibę szpitala, w celu uzyskania zgody sądu na pobyt tej osoby w szpitalu. W zawiadomieniu kierownik szpitala psychiatrycznego wskazuje okoliczności uzasadniające przyjęcie.
7. Jeżeli osoba, o której mowa w ust. 5, sprzeciwia się przyjęciu do szpitala psychiatrycznego, a jej dotychczasowe zachowanie wskazuje na to, że zagraża bezpośrednio własnemu życiu albo życiu lub zdrowiu innych osób, stosuje się odpowiednio przepisy art. 23 ust. 3-5 oraz art. 25 i 27 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego.
8. Przyjęcie do szpitala psychiatrycznego osoby ubezwłasnowolnionej całkowicie następuje za pisemną zgodą jej przedstawiciela ustawowego.
9. Jeżeli przyjęcie do szpitala dotyczy osoby pełnoletniej ubezwłasnowolnionej całkowicie, zdolnej do wyrażenia zgody, jest wymagane również uzyskanie zgody tej osoby na przyjęcie. W przypadku sprzecznych oświadczeń w sprawie przyjęcia do szpitala psychiatrycznego tej osoby i jej przedstawiciela ustawowego, zgodę na przyjęcie do szpitala wyraża sąd opiekuńczy właściwy ze względu na miejsce zamieszkania tej osoby.
10. Przedstawiciel ustawowy osoby, która nie pozostaje pod władzą rodzicielską, wyraża zgodę, o której mowa w ust. 8, za zgodą sądu opiekuńczego właściwego ze względu na miejsce zamieszkania tej osoby; w wypadkach nagłych nie jest konieczne uzyskanie zgody sądu opiekuńczego przed przyjęciem do szpitala psychiatrycznego.

11. O każdorazowym przyjęciu osoby z zaburzeniami psychicznymi w warunkach przewidzianych w ust. 10, kierownik szpitala psychiatrycznego zawiadamia bezzwłocznie sąd opiekuńczy miejsca siedziby szpitala. W zawiadomieniu kierownik szpitala psychiatrycznego wskazuje okoliczności uzasadniające przyjęcie.
12. Osoba chora psychicznie może być przyjęta do szpitala psychiatrycznego bez zgody tylko wtedy, gdy jej dotychczasowe zachowanie wskazuje na to, że z powodu tej choroby zagraża bezpośrednio własnemu życiu albo życiu lub zdrowiu innych osób.
13. O przyjęciu do szpitala osoby, o której mowa w ust. 12, postanawia lekarz wyznaczony do tej czynności po osobistym jej zbadaniu i zasięgnięciu w miarę możliwości opinii drugiego lekarza psychiatry albo psychologa.
14. Lekarz, o którym mowa w ust. 13, jest obowiązany wyjaśnić choremu przyczyny przyjęcia do szpitala bez zgody i poinformować go o jego prawach.
15. Przyjęcie do szpitala, o którym mowa w ust. 12, wymaga zatwierdzenia przez ordynatora (lekarza kierującego oddziałem) w ciągu 48 godzin od chwili przyjęcia. Kierownik szpitala zawiadamia o powyższym sąd opiekuńczy miejsca siedziby szpitala w ciągu 72 godzin od chwili przyjęcia.
16. Czynności, o których mowa w ust. 13-15, odnotowuje się w dokumentacji medycznej.
17. Osoba, której dotychczasowe zachowanie wskazuje na to, że z powodu zaburzeń psychicznych zagraża bezpośrednio swojemu życiu albo życiu lub zdrowiu innych osób, a zachodzą wątpliwości, czy jest ona chora psychicznie, może być przyjęta bez zgody szpitala w celu wyjaśnienia tych wątpliwości. Pobyt w szpitalu tej osoby nie może trwać dłużej niż 10 dni.
18. Jeżeli lekarz wyznaczony do tej czynności, przy przyjęciu chorego poweźmie podejrzenie, że stwierdzone uszkodzenia ciała lub zaburzenia czynności psychicznych pozostają w związku z popełnieniem przestępstwa jest zobowiązany bezzwłocznie powiadomić o tym fakcie dyrektora lub zastępcę dyrektora ds. medycznych oraz policję lub prokuratora.
19. Jeżeli przy przyjęciu nie można ustalić personaliów pacjenta, lekarz wyznaczony do tej czynności odnotowuje okoliczności znalezienia chorego, jego ówczesny stan (wygląd), czas i okoliczności przewiezienia (dane osób towarzyszących) i okoliczności przyjęcia chorego.
20. Oddział, do którego przyjęto osobę, o której mowa w ust. 18, zawiadamia o tym fakcie właściwy organ policji w celu ustalenia tożsamości pacjenta.
21. Jeżeli lekarz wyznaczony do tej czynności stwierdzi potrzebę niezwłocznego umieszczenia pacjenta w szpitalu, a brak miejsc, zakres udzielanych świadczeń lub względy epidemiologiczne nie pozwalają na przyjęcie, po udzieleniu niezbędnej pomocy zapewnia się w razie potrzeby przewiezienie pacjenta do innego szpitala, po uprzednim porozumieniu się z tym szpitalem. O rozpoznaniu i o podjętych czynnościach lekarz dokonuje odpowiedniego wpisu w dokumentacji medycznej.

§ 30.

Ogólne zasady przyjęć do Zespołu:

- 1) lekarz wyznaczony do tej czynności przy przyjęciu pacjenta ustala wstępne rozpoznanie i w razie konieczności ordynuje odpowiednie badania i leczenie;
- 2) pacjentów, z wyłączeniem pacjentów szpitala psychiatrycznego, zaopatruje się w znaki identyfikacyjne uniemożliwiające identyfikację pacjenta przez osoby nieuprawnione – zgodnie z obowiązującymi przepisami;
- 3) po wykonaniu czynności związanych z przyjęciem, pacjent kierowany jest do właściwego oddziału w towarzystwie pracownika Izby Przyjęć lub przewożony transportem sanitarnym;
- 4) przy przyjęciu do oddziału/ZOL-u pielęgniarka dokonuje niezbędnych czynności związanych z przyjęciem, wskazuje pacjentowi miejsce na sali, zapoznaje z regulaminem i prawami pacjenta oraz topografią oddziału;
- 5) badanie w celu ustalenia rozpoznania, a o ile jest to możliwe również leczenie, powinno być rozpoczęte z chwilą przyjęcia pacjenta na oddział;
- 6) wszczęcie postępowania diagnostycznego, leczniczego i zapobiegawczego bez zgody pacjenta może nastąpić tylko w przypadkach przewidzianych prawem;
- 7) lekarz zapoznaje pacjenta z planowanym postępowaniem leczniczym;
- 8) przy wyborze rodzaju i metod postępowania leczniczego bierze się pod uwagę nie tylko cele zdrowotne, ale także interesy oraz inne dobra osobiste osoby z zaburzeniami psychicznymi i dąży do osiągnięcia poprawy stanu zdrowia w sposób najmniej dla tej osoby uciążliwy;
- 9) wobec osoby przyjętej do szpitala psychiatrycznego bez jej zgody można stosować niezbędne czynności lecznicze, mające na celu usunięcie przewidzianych w odpowiednich przepisach prawa przyczyn przyjęcia bez zgody, z wyłączeniem osoby przyjętej do szpitala psychiatrycznego w celu wyjaśnienia wątpliwości, czy jest ona chora psychicznie;
- 10) w uzasadnionych przypadkach na zlecenie lekarza pacjenci poddawani są ścisłemu nadzorowi medycznemu.

§ 31.

1. Pacjent ma prawo do wyrażenia zgody na udzielenie określonych świadczeń zdrowotnych lub odmowy takiej zgody, po uzyskaniu informacji o stanie zdrowia, jeżeli przepisy prawa nie stanowią inaczej.
2. Przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych, na życzenie pacjenta, może być obecna osoba bliska dla pacjenta.
3. Osoba wykonująca zawód medyczny udzielająca świadczeń zdrowotnych pacjentowi może odmówić obecności osoby bliskiej przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych, w przypadku istnienia prawdopodobieństwa wystąpienia zagrożenia epidemicznego lub ze względu na bezpieczeństwo zdrowotne pacjenta. Odmowę odnotowuje się w dokumentacji medycznej.
4. Osoby wykonujące zawód medyczny, inne niż udzielające świadczeń zdrowotnych, uczestniczą przy udzielaniu tych świadczeń tylko wtedy, gdy jest to niezbędne ze względu na rodzaj świadczenia lub wykonywanie czynności kontrolnych na podstawie przepisów o działalności leczniczej. Uczestnictwo, a także obecność innych osób wymaga zgody pacjenta, a w przypadku pacjenta całkowicie ubezwłasnowolnionego lub niezdolnego do świadomego wyrażenia zgody, jego przedstawiciela ustawowego i osoby wykonującej zawód medyczny, udzielającej świadczenia zdrowotnego.

§ 32.

1. Osoba z zaburzeniami psychicznymi leczona w szpitalu psychiatrycznym może uzyskać pisemną zgodę ordynatora (lekarza kierującego oddziałem) na okresowe przebywanie poza szpitalem (przepustka) bez wypisywania jej z Zespołu, jeżeli nie zagraża to jej życiu albo życiu lub zdrowiu innych osób.
2. Opuszczenie terenu Zespołu, w przypadku określonym w ust. 1, może odbyć się na podstawie ważnej pisemnej przepustki.
3. Przepustkę wydaje się na okres do 3 dni, a w uzasadnionych przypadkach w związku z wydarzeniami losowymi do 7 dni, co winno być potwierdzone wpisem w dokumentacji medycznej, z zastrzeżeniem ust. 4-6.
4. Łączny czas przebywania na przepustkach nie może przekraczać 25% czasu trwania hospitalizacji, z wyłączeniem sytuacji wskazanych w ust. 5 i 6.
5. W Zakładzie Opiekuńczo-Lecznym przepustka może być wydana na okres do 30 dni, z tym że za przepustkę uważa się także okresowe przebywanie osoby z zaburzeniami psychicznymi poza zakładem w związku z jego samowolnym opuszczeniem, wynikającym ze stanu zdrowia psychicznego.
6. W psychiatrycznym zakładzie opieki długoterminowej oraz w przypadku długotrwałego pobytu powyżej 365 dni w ramach oddziału rehabilitacji psychiatrycznej i leczenia uzależnień łączny czas przebywania na przepustkach nie może przekraczać 10% (36 dni okresu rozliczeniowego - okresu roku kalendarzowego).
7. Przepustkę wystawia ordynator/kierownik oddziału, lekarz kierujący oddziałem lub lekarz przez niego upoważniony lub dyrektor szpitala psychiatrycznego po uzyskaniu opinii lekarza prowadzącego.
8. Przed wystawieniem przepustki ordynator/kierownik oddziału, lekarz kierujący oddziałem lub lekarz przez niego upoważniony ocenia aktualny stan zdrowia pacjenta oraz rodzaj stosowanego leczenia. Udzielenie przepustki zależne jest od stanu zdrowia psychicznego i somatycznego pacjenta. Stan psychiczny pacjenta, któremu ma być udzielona przepustka nie może budzić wątpliwości co do zagrożenia jego bezpieczeństwa i bezpieczeństwa otoczenia. W szczególności lekarz musi ocenić ryzyko występowania myśli lub tendencji samobójczych, zachowań autoagresywnych i agresywnych wobec otoczenia u chorych z potencjalnym ryzykiem samobójstwa (zespoły depresyjne, psychotyczne, reakcje sytuacyjne itp.) lub u chorych, u których występowały myśli lub próby samobójcze. W dokumentacji lekarz dokonuje wpisu, że w chwili udzielania przepustki dokonał oceny ryzyka samobójstwa i ono nie występuje. Realne ryzyko samobójstwa jest przeciwwskazaniem do udzielenia przepustki.
9. Przepustkę wystawia się w dwóch egzemplarzach: oryginał dla pacjenta (lub jego opiekuna), kopia jest przechowywana w okresie ważności przepustki w dyżurce pielęgniarskiej łącznie z rejestrem udzielonych przepustek, a potem jest dołączana do dokumentacji medycznej.
10. W formularzu przepustki odnotowuje się:
 - 1) imię i nazwisko pacjenta;
 - 2) adres pobytu w czasie przepustki oraz numer telefonu, pod którym pacjent będzie dostępny w czasie przepustki;
 - 3) okres przepustki: data wraz z godziną jej rozpoczęcia i zakończenia;
 - 4) imię, nazwisko, adres i nr telefonu osoby faktycznie sprawującej opiekę nad pacjentem w czasie przepustki; jeżeli są takie same jak w pkt 2 wystarczy imię i nazwisko tej osoby;
 - 5) leki, które pacjent ma przyjmować w czasie przepustki i sposób ich dawkowania;
 - 6) inne zalecenia dla pacjenta lub osoby faktycznie sprawującej nad pacjentem opiekę w czasie przepustki;
 - 7) datę, godzinę, czytelny podpis oraz pieczęć lekarza udzielającego przepustki;
 - 8) podpis pacjenta (lub opiekuna) z adnotacją „otrzymałem i zapoznałem się”;
 - 9) podpis pielęgniarki wydającej leki.

11. Ordynator, lekarz kierujący oddziałem lub lekarz przez niego upoważniony odnotowuje w dokumentacji medycznej pacjenta okres ważności przepustki oraz ocenę stanu zdrowia pacjenta przed udzieleniem przepustki i po powrocie pacjenta z przepustki.
12. W Oddziale prowadzony jest rejestr wystawionych przepustek, który zawiera w szczególności:
 - 1) liczba porządkowa w danym roku;
 - 2) imię i nazwisko pacjenta;
 - 3) imię i nazwisko lekarza wystawiającego przepustkę;
 - 4) datę i godzinę faktycznego rozpoczęcia i zakończenia przepustki;
 - 5) podpis pacjenta (lub opiekuna);
 - 6) podpis pielęgniarki wydającej leki;
 - 7) istotne uwagi (m.in. rzeczywisty termin powrotu z przepustki, gdy nie jest zgodny z planowanym, i inne informacje istotne z klinicznego punktu widzenia).
13. W uzasadnionych przypadkach przed wystawieniem przepustki ordynator/kierownik oddziału, lekarz kierujący oddziałem lub lekarz przez niego upoważniony, po uzyskaniu zgody pacjenta, informuje osobę faktycznie sprawującą opiekę nad osobą z zaburzeniami psychicznymi o jej stanie zdrowia i zakresie wymaganej opieki w czasie trwania przepustki.
14. Na czas trwania przepustki wydaje się pacjentowi leki z apteczki oddziałowej w ilości wynikającej z zaleceń określonych w przepustce.
15. Pacjentowi w czasie przepustki nie przysługuje wyżywienie szpitalne lub ekwiwalent pieniężny za wyżywienie.
16. W razie niezgłoszenia się pacjenta do szpitala po upływie terminu ważności przepustki ordynator/kierownik oddziału, lekarz kierujący oddziałem lub lekarz przez niego upoważniony podejmuje bezzwłocznie działania mające na celu wyjaśnienie przyczyn niezgłoszenia się, poprzez próbę nawiązania kontaktu telefonicznego z pacjentem lub jego faktycznym opiekunem albo podejmuje inne czynności dla ustalenia losów pacjenta, łącznie ze zgłoszeniem tego faktu na policję, o ile uzna za zasadne.
17. Jeżeli ordynator/kierownik oddziału, lekarz kierujący oddziałem lub lekarz przez niego upoważniony ustali, że zachodzą dodatkowe okoliczności i uzna za zasadne zgłoszenie faktu braku powrotu pacjenta z przepustki, informuje o tym fakcie Policję i jednocześnie według swojej wiedzy wskazuje poziom poszukiwania - stopień określający niezwłoczność i zakres podjęcia czynności poszukiwawczych w zależności od stwierdzonego ryzyka wystąpienia zagrożenia dla życia, zdrowia lub wolności osoby zaginionej (zgodnie z obowiązującym Zarządzeniem Komendanta Głównego Policji w sprawie prowadzenia przez Policję poszukiwania osoby zaginionej oraz postępowania w przypadku ujawnienia osoby o nieustalonej tożsamości lub znalezienia nieznanymi zwłok oraz szczątków ludzkich).
18. Przepustek nie udziela się pacjentom Oddziału Rehabilitacji Neurologicznej.
19. Osobie przebywającej w Zespole na obserwacji sądowo-psychiatrycznej przepustkę można wydać tylko za zgodą właściwego sądu.
20. Do osoby, wobec której stosowany jest środek zabezpieczający, znajdują zastosowanie postanowienia § 33.

§ 33.

Proces udzielania świadczeń zdrowotnych pacjentom, wobec których stosowany jest środek zabezpieczający

1. Osobę, wobec której stosowany jest środek zabezpieczający, obejmuje się odpowiednim postępowaniem leczniczym lub/i psychoterapeutycznym, którego celem jest poprawa stanu jej zdrowia i zachowania w stopniu umożliwiającym dalsze leczenie w warunkach poza szpitalem.
2. Przy przyjęciu do Zespołu tożsamość osoby, wobec której stosowany jest środek zabezpieczający, ustala osoba przyjmująca do Zespołu - lekarz dyżurny Izby Przyjęć, w szczególności na podstawie dokumentu tożsamości lub innego dokumentu poświadczającego tożsamość.
3. Osoba przyjęta do Zespołu w celu wykonania środka zabezpieczającego przekazuje do depozytu:
 - 1) środki pieniężne i inne rzeczy wartościowe;
 - 2) przedmioty, które mogą stanowić zagrożenie dla porządku lub bezpieczeństwa jego pobytu lub zagrożenie dla zdrowia lub życia innych osób, w szczególności przedmioty posiadające ostre krawędzie lub zakończenie, środki służące do obezwładniania, produkty lecznicze będące środkami odurzającymi, substancjami psychotropowymi lub prekursorami, alkohol oraz inne przedmioty, których wymiary lub ilość mogą naruszyć ustalony porządek lub bezpieczeństwo wykonywania środka zabezpieczającego.
4. Osobę przyjętą do Zespołu w celu wykonania środka zabezpieczającego informuje się o:
 - 1) zasadach wykonywania orzeczonego środka zabezpieczającego określonych w ustawie z dnia 6 czerwca 1997 r. - Kodeks karny wykonawczy;

- 2) warunkach i sposobie udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach wykonywania orzeczonego środka zabezpieczającego i kontrolowania stanu zdrowia sprawcy, zgodnie z obowiązującymi przepisami oraz regulaminem organizacyjnym Zespołu;
- 3) wyposażeniu pomieszczeń przeznaczonych do wykonywania orzeczonego środka zabezpieczającego w środki techniczne służące do obserwowania i rejestrowania obrazu, jeżeli takie środki są zainstalowane.
5. Adnotację o przekazaniu osobie przyjętej do Zespołu w celu wykonania środka zabezpieczającego informacji, o których mowa w ust. 4, zamieszcza się w dokumentacji medycznej. Fakt zapoznania się z tymi informacjami osoba ta potwierdza przez złożenie podpisu. Informację o niemożności albo odmowie złożenia przez osobę przyjętą do Zespołu w celu wykonania środka zabezpieczającego podpisu zamieszcza się w formie adnotacji w dokumentacji medycznej.
6. Środki pieniężne i inne rzeczy wartościowe oraz przedmioty, o których mowa w ust. 3 pkt 2, przekazuje się do depozytu także wówczas, gdy osoba przyjęta do Zespołu w celu wykonania środka zabezpieczającego wejdzie w ich posiadanie w czasie wykonywania środka zabezpieczającego.
7. Kierownik Zespołu zawiadamia właściwy sąd oraz komisję psychiatryczną do spraw środków zabezpieczających o przyjęciu, przeniesieniu albo wypisaniu osoby przyjętej do Zespołu w celu wykonania środka zabezpieczającego.
8. Kierownik Zespołu, nie rzadziej niż co 6 miesięcy, przesyła do sądu opinię o stanie zdrowia osoby, wobec której stosowany jest środek zabezpieczający umieszczonej w Zespole i o postępach w leczeniu lub terapii. Opinię taką należy przesłać bezzwłocznie, jeżeli w związku ze zmianą stanu zdrowia uzna, że jego dalsze pozostawanie w Zespole nie jest konieczne.
9. Sąd może w każdym czasie żądać opinii o stanie zdrowia i stosowanym leczeniu lub terapii oraz ich wyników wobec osoby umieszczonej w Zespole, o której mowa w ust.1.
10. Wobec osoby, wobec której stosowany jest środek zabezpieczający, można stosować środki przymusu bezpośredniego na zasadach, w trybie i w sposób określony w przepisach o ochronie zdrowia psychicznego.
11. Osobie, wobec której stosowany jest środek zabezpieczający, można udzielić zezwolenia na czasowy pobyt poza Zespołem pod opieką członka rodziny lub osoby godnej zaufania, jeżeli jest to uzasadnione względami terapeutycznymi lub ważnymi względami rodzinnymi, zaś niebezpieczeństwo, że osoba przebywająca poza Zespołem dopuści się czynu zabronionego lub zagrozi własnemu życiu lub zdrowiu, jest nieznaczne.
12. Zezwolenia udziela się na okres nieprzekraczający 3 dni. W wyjątkowych, szczególnie uzasadnionych wypadkach można udzielić zezwolenia na okres nieprzekraczający 7 dni.
13. Zezwolenia udziela kierownik Zespołu po uzyskaniu opinii lekarza prowadzącego. O udzieleniu zezwolenia kierownik Zespołu niezwłocznie informuje sąd.
14. Osobie, o której mowa w ust. 11, która nie powróciła do Zespołu z upływem okresu, na który udzielono zezwolenia, można udzielić ponownego zezwolenia na czasowy pobyt poza zakładem nie wcześniej niż po upływie roku od dnia powrotu osoby do zakładu.
15. Osobie, o której mowa w ust. 11, która przebywając poza Zespołem, dopuściła się czynu zabronionego lub zagroziła własnemu życiu lub zdrowiu, nie udziela się ponownego zezwolenia na czasowy pobyt poza Zespołem.

§ 34.

1. W razie stwierdzenia, że dobro osoby chorej psychicznie lub upośledzonej umysłowo wymaga jej ubezwłasnowolnienia, dyrektor Zespołu zawiadamia o tym prokuratora.
2. W razie stwierdzenia, że przedstawiciel ustawowy osoby chorej psychicznie lub upośledzonej umysłowo nie wykonuje należycie swoich obowiązków wobec tej osoby, dyrektor Zespołu zawiadamia o tym sąd opiekuńczy miejsca zamieszkania tej osoby.

§ 35.

1. Pacjent ma prawo do porozumiewania się bez ograniczeń z rodziną i innymi osobami; korespondencja takiej osoby nie podlega kontroli.
2. Pacjent ma prawo do odwiedzin przez inne osoby. Odwiedziny pacjentów odbywają się codziennie, w wyznaczonych przez oddziały oraz Zakład Opiekuńczo-Leczniczy godzinach i miejscach. Ze względów epidemiologicznych lub ze względu na bezpieczeństwo zdrowotne pacjentów dyrektor Zespołu może okresowo wprowadzić zakaz odwiedzania pacjentów.

§ 36.

Zasady udzielania informacji o stanie zdrowia pacjentów:

- 1) pacjent ma prawo do zachowania w tajemnicy przez osoby zatrudnione w Zespole, w tym udzielające mu świadczeń zdrowotnych, informacji związanych z pacjentem, uzyskanych w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych w tym wykonywaniem zawodu medycznego;
- 2) osoby zatrudnione w Zespole są zobowiązane do zachowania w tajemnicy informacji związanych z pacjentem, w szczególności ze stanem zdrowia pacjenta;
- 3) Przepisu pkt 1-2 nie stosuje się, w przypadku gdy:
 - a) tak stanowią przepisy odrębnych ustaw,
 - b) zachowanie tajemnicy może stanowić niebezpieczeństwo dla życia lub zdrowia pacjenta lub innych osób,
 - c) pacjent lub jego przedstawiciel ustawowy wyraża zgodę na ujawnienie tajemnicy,
 - d) zachodzi potrzeba przekazania niezbędnych informacji o pacjencie związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych innym osobom wykonującym zawód medyczny, uczestniczącym w udzielaniu tych świadczeń,
 - e) do postępowania przed wojewódzką komisją do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych;
- 4) informacji o stanie zdrowia udzielają lekarze w dniach i godzinach ustalonych przez ordynatora oddziału/kierownika ZOL-u. O stanie zdrowia ciężko chorych, bądź w przypadkach szczególnie uzasadnionych lekarze powinni udzielać informacji także poza wyznaczonym czasem;
- 5) pielęgniarka udziela informacji o stanie zdrowia pacjenta w zakresie koniecznym do sprawowania opieki pielęgnacyjnej;
- 6) informacje o stanie zdrowia i udzielonych pacjentowi świadczeniach zdrowotnych mogą być udzielane pacjentowi, jego przedstawicielowi ustawowemu oraz osobom upoważnionym przez pacjenta;
- 7) informacje o stanie zdrowia i udzielonych pacjentowi świadczeniach zdrowotnych mogą być udzielone innym osobom uprawnionym na mocy przepisów prawa na zasadach i w zakresie określonym w tych przepisach;
- 8) istnieje możliwość udzielenia informacji o stanie zdrowia pacjenta przez telefon, wyłącznie po identyfikacji osoby dzwoniącej, upoważnionej do powyższej informacji;
- 9) identyfikacja, o której mowa w pkt 6, odbywa się dwuetapowo. W pierwszej kolejności należy dokonać weryfikacji tożsamości osoby dzwoniącej, uprawnionej do uzyskania informacji, która zobowiązana jest podać:
 - a) hasło znajdujące się w dokumentacji pacjenta (o ile zostało ustalone),
 - b) pełne imię i nazwisko,
 - c) drugie imię,
 - d) numer PESEL;
- 10) w przypadku uzyskania prawidłowych odpowiedzi na zadane pytania, o których mowa w pkt 9, zgodnych z bazą danych Zespołu, należy dokonać drugiego etapu weryfikacji, poprzez podanie przez osobę dzwoniącą poniższych danych pacjenta:
 - a) daty urodzenia,
 - b) miejsca urodzenia,
 - c) adresu zamieszkania,
 - d) imienia matki,
 - e) stopnia pokrewieństwa,
 - f) ostatnich czterech liczb numeru pesel,
 - g) numeru telefonu lub adresu e-mail, wskazanego do kontaktu;
- 11) uzyskanie prawidłowych odpowiedzi na co najmniej 3 pytania, o których mowa w pkt 10, pozwala na potwierdzenie tożsamości rozmówcy.

§ 37.

Ogólne zasady odwiedzania pacjentów:

- 1) odwiedziny nie mogą kolidować z procesem i procedurami leczenia;
- 2) odwiedziny nie mogą kolidować z prawami innych pacjentów;
- 3) pacjentów mogą odwiedzać osoby pełnoletnie;
- 4) osoby niepełnoletnie mogą odwiedzać pacjentów, jeżeli są w towarzystwie osoby dorosłej. Lekarz oddziału lub lekarz dyżurny oddziałów może zezwolić na samodzielne odwiedzenie pacjenta osobie niepełnoletniej z najbliższej rodziny, która ukończyła 13 rok życia;
- 5) zabrania się odwiedzania pacjentów osobom dotkniętym chorobą zakaźną, osobom znajdującym się w stanie nietrzeźwym oraz osobom znajdującym się pod wpływem środków odurzających;
- 6) osoba odwiedzająca zobowiązana jest:
 - a) włożyć odzież ochronną, jeżeli takie będą zalecenia personelu medycznego,

- b) zachowywać się w czasie odwiedzin kulturalnie, podporządkować się wskazówkom i poleceniom personelu medycznego;
- 7) osoby odwiedzające nie powinny w szczególności:
 - a) dostarczać alkoholu, środków odurzających oraz artykułów, które zostały zabronione przez lekarza,
 - b) przynosić przedmiotów, których posiadanie w podmiocie leczniczym może stwarzać zagrożenie (np. grzałki elektryczne, ostre narzędzia, itp.),
 - c) prowadzić głośnych rozmów oraz zachowywać się w sposób zakłócający spokój innych pacjentów,
 - d) wprowadzać na teren podmiotu leczniczego jakichkolwiek zwierząt,
 - e) palić tytoniu – na terenie Zespołu obowiązuje zakaz palenia tytoniu;
- 8) dostarczana pacjentowi przez osoby odwiedzające żywność oraz inne przedmioty i artykuły mogą podlegać kontroli personelu medycznego.

§ 38.

Zasady pełnienia dyżuru medycznego:

- 1) listę osób zobowiązanych do pełnienia dyżurów medycznych i czas ich trwania określa harmonogram dyżurów medycznych;
- 2) rozkład dyżurów medycznych zatwierdza z-ca dyrektora ds. medycznych;
- 3) dyżur medyczny w Zespole jest pełniony jednocześnie przez dwóch lekarzy, z tym że jeden z lekarzy, zwany lekarzem dyżurnym oddziałów, udziela świadczeń zdrowotnych pacjentom oddziałów psychiatrycznych, oddziałów odwykowych, Oddziału Psychogeriatric, Oddziału Rehabilitacji Psychiatrycznej, Oddziału Rehabilitacji Neurologicznej oraz Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego, drugi lekarz, zwany lekarzem dyżurnym Izby Przyjęć, udziela świadczeń zdrowotnych w Izbie Przyjęć;
- 4) dopuszcza się pełnienie dyżuru medycznego na podstawie umowy cywilnoprawnej;
- 5) w czasie trwania dyżuru medycznego lekarz dyżurny wykonuje swoje obowiązki zgodnie z wiedzą medyczną, przepisami prawa i zakresem obowiązków;
- 6) lekarz dyżurny Izby Przyjęć oraz lekarz dyżurny oddziałów są zobowiązani do składania pisemnego raportu z odbytego dyżuru;
- 7) lekarz kończący dyżur medyczny jest zobowiązany do zdania dyżuru lekarzowi przejmującemu dyżur;
- 8) w przypadku niestawienia się lekarza przejmującego dyżur lekarz kończący dyżur informuje o zaistniałej sytuacji z-cę dyrektora ds. medycznych, który w razie konieczności wyznacza do pełnienia dyżuru innego lekarza;
- 9) poza godzinami pracy lekarzy oddziału opiekę nad pacjentami przejmuje lekarz dyżurny oddziałów;
- 10) ordynator lub lekarz prowadzący ma obowiązek powiadomić lekarza dyżurnego oddziałów o pacjentach pozostających w oddziale będących w ciężkim stanie somatycznym lub psychicznym;
- 11) pielęgniarka pełniąca dyżur obowiązana jest do niezwłocznego informowania ordynatora i lekarza prowadzącego bądź lekarza dyżurnego oddziałów o pogorszeniu stanu zdrowia pacjenta;
- 12) w przypadku określonym w pkt 11 lekarz podejmuje niezwłocznie czynności medyczne.

§ 39.

Zasady stosowania przymusu bezpośredniego:

- 1) stosowanie przymusu bezpośredniego wobec osób z zaburzeniami psychicznymi reguluje ustawa o ochronie zdrowia psychicznego oraz przepisy wydane na jej podstawie;
- 2) przymus bezpośredni wobec osób z zaburzeniami psychicznymi, przy wykonywaniu czynności przewidzianych w ustawie o ochronie zdrowia psychicznego, można stosować tylko wtedy, gdy przepis ustawy o ochronie zdrowia psychicznego do tego upoważnia, albo osoby te:
 - a) dopuszczają się zamachu przeciwko:
 - życiu lub zdrowiu własnemu lub innej osoby lub
 - bezpieczeństwu powszechnemu, lub
 - b) w sposób gwałtowny niszczą lub uszkodzają przedmioty znajdujące się w ich otoczeniu, lub
 - c) poważnie zakłócają lub uniemożliwiają funkcjonowanie podmiotu leczniczego udzielającego świadczenia zdrowotnego w zakresie psychiatrycznej opieki zdrowotnej, innego zakładu leczniczego;
- 3) o zastosowaniu przymusu bezpośredniego decyduje lekarz, który określa rodzaj zastosowanego środka przymusu oraz osobiście nadzoruje jego wykonanie. Jeżeli nie jest możliwe uzyskanie natychmiastowej decyzji lekarza, o zastosowaniu przymusu bezpośredniego decyduje i nadzoruje osobiście jego wykonanie pielęgniarka, która jest zobowiązana niezwłocznie zawiadomić o tym lekarza;
- 4) lekarz niezwłocznie zatwierdza zastosowanie przymusu bezpośredniego zleconego przez pielęgniarkę lub nakazuje zaprzestanie jego stosowania;

- 5) każdy przypadek zastosowania przymusu bezpośredniego i uprzedzenia o możliwości jego zastosowania odnotowuje się w dokumentacji medycznej;
- 6) w przypadku, w którym osoba z zaburzeniami psychicznymi, z uwagi na jej stan, jest niezdolna do zrozumienia przekazywanych jej informacji, w dokumentacji medycznej odnotowuje się przyczynę odstąpienia od uprzedzenia tej osoby o możliwości zastosowania przymusu bezpośredniego;
- 7) zastosowanie przymusu bezpośredniego wobec osoby, o której mowa w pkt 2 lit. a i b, polega na przytrzymaniu, przymusowym podaniu leków, unieruchomieniu lub izolacji, a wobec osoby, o której mowa w pkt 2 lit. c, - na przytrzymaniu lub przymusowym podaniu leku;
- 8) przed zastosowaniem przymusu bezpośredniego uprzedza się o tym osobę, wobec której środek ten ma być podjęty. Przy wyborze środka przymusu należy wybierać środek możliwie dla tej osoby najmniej uciążliwy, a przy stosowaniu przymusu należy zachować szczególną ostrożność i dbałość o dobro tej osoby;
- 9) zasadność zastosowania przymusu bezpośredniego przez lekarza podmiotu leczniczego, w tym lekarza, który zatwierdził stosowanie środka przymusu bezpośredniego zleconego przez inną osobę, ocenia, w terminie 3 dni kierownik tego podmiotu, jeżeli jest lekarzem lub lekarz przez niego upoważniony.
- 10) szczegółowe zasady stosowania przymusu bezpośredniego regulują odrębne przepisy oraz akty wewnętrzne.

§ 40.

Zasady wypisywania pacjentów z oddziałów:

- 1) wypisanie pacjenta, jeżeli przepisy szczegółowe nie stanowią inaczej, następuje:
 - a) gdy stan zdrowia pacjenta nie wymaga dalszego udzielania świadczeń zdrowotnych w warunkach oddziału,
 - b) na żądanie pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego,
 - c) gdy pacjent w sposób rażący narusza porządek lub przebieg procesu udzielania świadczeń zdrowotnych, a nie zachodzi obawa, że odmowa lub zaprzestanie udzielania świadczeń może spowodować bezpośrednie niebezpieczeństwo dla jego życia lub zdrowia albo życia lub zdrowia innych osób,
 - d) w przypadku konieczności kontynuacji leczenia w innym podmiocie leczniczym,
 - e) w przypadku, gdy pacjent samowolnie opuści oddział i nie powróci do oddziału;
- 2) po otrzymaniu wypisu pacjent zobowiązany jest niezwłocznie opuścić oddział;
- 3) jeżeli przedstawiciel ustawowy żąda wypisania pacjenta, którego stan zdrowia wymaga dalszego udzielania świadczeń zdrowotnych, można odmówić wypisania do czasu wydania w tej sprawie orzeczenia przez właściwy ze względu na siedzibę podmiotu leczniczego sąd opiekuńczy, który należy bezzwłocznie zawiadomić o odmowie wypisania, z podaniem przyczyn odmowy;
- 4) jeżeli przedstawiciel ustawowy lub faktyczny opiekun nie odbiera osoby niezdolnej do samodzielnej egzystencji, w wyznaczonym przez oddział terminie, dyrektor Zespołu zawiadamia o tym niezwłocznie gminę właściwą ze względu na miejsce zamieszkania lub pobytu pacjenta i organizuje, na koszt gminy, przewiezienie osoby do jej miejsca zamieszkania lub w przypadku innych ustaleń, do miejsca wskazanego przez gminę;
- 5) pacjent może złożyć w dowolnej formie wnioszek o wypisanie go, co odnotowuje się w dokumentacji medycznej;
- 6) osoba występująca o wypisanie na własne żądanie jest informowana przez lekarza o możliwych następstwach zaprzestania leczenia; osoba ta składa pisemne oświadczenie o wypisaniu ze szpitala na własne żądanie oraz że została uprzedzona o możliwych następstwach zaprzestania hospitalizacji; oświadczenie należy włączyć do dokumentacji medycznej pacjenta z przebiegu hospitalizacji; w przypadku braku takiego oświadczenia lekarz sporządza adnotację w dokumentacji medycznej;
- 7) przepisy pkt 1-6 nie mają zastosowania do osób kierowanych do szpitala psychiatrycznego przez właściwy organ państwowy na podstawie innych ustaw oraz przyjętych bez zgody;
- 8) wypisanie ze szpitala psychiatrycznego wymaga ustalenia albo potwierdzenia tożsamości:
 - 1) osoby wypisywanej;
 - 2) przedstawiciela ustawowego, opiekuna prawnego lub faktycznego osoby, o której mowa w pkt 1, jeżeli dotyczy.

§ 41.

Wypisanie ze szpitala psychiatrycznego osoby przebywającej bez jej zgody:

- 1) o wypisaniu ze szpitala psychiatrycznego osoby przebywającej w tym szpitalu bez jej zgody postanawia ordynator (lekarz kierujący oddziałem), jeżeli uzna, że ustały przewidziane w niniejszej ustawie przyczyny przyjęcia i pobytu tej osoby w szpitalu psychiatrycznym bez jej zgody;
- 2) osoba ta może za swoją później wyrażoną zgodą pozostać w szpitalu psychiatrycznym, jeżeli w ocenie lekarza jej dalszy pobyt w tym szpitalu jest celowy;

- 3) o wypisaniu ze szpitala w trybie pkt 1 i okolicznościach, o których mowa w pkt 2, kierownik szpitala psychiatrycznego zawiadamia sąd opiekuńczy;
- 4) osoba przebywająca w szpitalu psychiatrycznym, w tym również osoba ubezwłasnowolniona, może złożyć w szpitalu, w dowolnej formie, wniosek o nakazanie wypisania jej ze szpitala, co odnotowuje się w dokumentacji medycznej;
- 5) wypisania ze szpitala psychiatrycznego osoby przebywającej w nim bez swojej zgody mogą żądać również: przedstawiciel ustawowy, małżonek, rodzeństwo, krewni w linii prostej oraz osoba sprawująca faktyczną nad nią opiekę;
- 6) żądanie, o którym mowa w pkt 5, może być zgłoszone w dowolnej formie; odnotowuje się je w dokumentacji medycznej;
- 7) w razie odmowy wypisania osoba przebywająca w szpitalu oraz odpowiednio inne osoby wymienione w pkt 5 mogą wystąpić do sądu opiekuńczego, w którego okręgu znajduje się ten szpital, o nakazanie wypisania. Wniosek składa się w terminie 7 dni od powiadomienia tej osoby o odmowie wypisania oraz o terminie i sposobie złożenia wniosku;
- 8) jeżeli zachowanie osoby przyjętej do szpitala psychiatrycznego za zgodą wymaganą w art. 22 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego wskazuje na to, że zachodzą okoliczności określone w art. 23 ust. 1 tej ustawy, a zgoda ta została cofnięta, stosuje się odpowiednio przepisy art. 23 ust. 2-5 oraz art. 25-27 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego;
- 9) przepisy punktu 1-7 nie mają zastosowania do osób kierowanych do szpitala psychiatrycznego przez właściwy organ państwowy na podstawie innych ustaw.

§ 42.

Zasady przyjęć do Oddziału Rehabilitacji Neurologicznej:

- 1) Oddział Rehabilitacji Neurologicznej udziela świadczeń zdrowotnych z zakresu rehabilitacji neurologicznej w warunkach stacjonarnych, zgodnie z wymaganiami określonymi w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej oraz zarządzeniach Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju rehabilitacja lecznicza;
- 2) świadczenia rehabilitacji neurologicznej wykonywane w Oddziale Rehabilitacji Neurologicznej przeznaczone są dla świadczeniobiorców ze schorzeniami neurologicznymi od 18 roku życia;
- 3) przyjęcie do Oddziału Rehabilitacji Neurologicznej następuje na podstawie ważnego skierowania i po wyrażeniu zgody przez pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego;
- 4) w przypadku rehabilitacji neurologicznej zaburzeń funkcji mózgu, zaburzeń funkcji rdzenia i korzeni nerwowych, zaburzeń obwodowego układu nerwowego i dystrofii mięśniowych oraz rehabilitacji przewlekłej, pod warunkiem, że chorzy są już po przebytej rehabilitacji, w tym w wyżej wymienionych grupach, i wymagają kontynuacji rehabilitacji w warunkach stacjonarnych przyjęcie do oddziału odbywa się:
 - a) ze skierowaniem z oddziału lub kliniki: anestezjologii i intensywnej terapii, neurologii, neurochirurgii, chirurgii ogólnej, ortopedii i traumatologii, chorób zakaźnych, chorób wewnętrznych lub
 - b) ze skierowaniem z poradni specjalistycznej: rehabilitacyjnej, neurologicznej, neurochirurgicznej, chirurgii ogólnej, urazowo-ortopedycznej;
- 5) termin przyjęcia pacjenta na wczesną rehabilitację neurologiczną ustala lekarz z oddziału/kliniki wystawiającej skierowanie z lekarzem Oddziału Rehabilitacji Neurologicznej pod nr telefonu 24 236 01 41;
- 6) termin przyjęcia pacjenta na tzw. wczesną rehabilitację neurologiczną ze skierowaniem z poradni specjalistycznej ustala telefonicznie, z lekarzem Oddziału Rehabilitacji Neurologicznej, lekarz kierujący lub rodzina chorego po otrzymaniu skierowania pod nr telefonu 24 236 01 41;
- 7) bezwzględnym kryterium kwalifikacji do hospitalizacji w Oddziale Rehabilitacji Neurologicznej jest czas, jaki upłynął od wypisania pacjenta z ośrodka leczenia ostrej fazy uszkodzenia OUN do czasu przyjęcia na rehabilitację neurologiczną. Czas ten wynosi:
 - a) 14 dni dla grup: RNMS01, RNRS01, RNOS01,
 - b) 30 dni dla grup: RNMS02, RNMS03, RNMS04, RNRS02, RNRS03, RNRS04, RNO02;
- 8) o przyjęciu na rehabilitację neurologiczną decyduje lekarz Oddziału Rehabilitacji Neurologicznej po zbadaniu pacjenta w Izbie Przyjęć Zespołu w wyznaczonym uprzednio dniu;
- 9) warunkiem zakwalifikowania świadczeniobiorcy na tzw. wczesną rehabilitację neurologiczną jest udokumentowanie oceny ciężkości stanu klinicznego świadczeniobiorcy w indywidualnej dokumentacji medycznej, w oparciu o wymagania określone przez NFZ;
- 10) wymaga się, aby pacjent:
 - a) posiadał istotną dla leczenia dokumentację medyczną - karty informacyjne z leczenia szpitalnego, w szczególności z ostatniego pobytu w ośrodku leczenia ostrej fazy OUN,
 - b) akceptował ustalony program rehabilitacji,

- c) aktywnie współpracował w realizacji programu rehabilitacji;
- 11) przeciwwskazaniem do przyjęcia na rehabilitację leczniczą jest:
 - a) niestabilizowany ogólny stan zdrowia wymagający leczenia ostrych schorzeń oraz przeprowadzenia specjalistycznej diagnostyki w innych placówkach służby zdrowia,
 - b) niewydolność krążenia, z wyłączeniem I – III NYHA,
 - c) odleżyny z martwicą tkanek wymagające leczenia specjalistycznego.

§ 43.

Zasady przyjęć do Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego:

Klasyfikacja osób ubiegających się o przyjęcie odbywa się na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 19 czerwca 2019 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień oraz zarządzeń Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia:

- 1) jednostki chorobowe wg klasyfikacji ICD 10 kwalifikujące do ZOL-u o profilu psychiatrycznym (kod resortowy - 5172):
 - a) F00-F09 Organiczne zaburzenia psychiczne, włącznie z zespołami objawowymi,
 - b) F20-F29 Schizofrenia, zaburzenia typu schizofrenii (schizotypowe) i urojeniowe,
 - c) F30-F39 Zaburzenia nastroju (afektywne),
 - d) F70-F79 Upośledzenie umysłowe;
- 2) do przyjęcia do ZOL-u o profilu psychiatrycznym kwalifikują wskazane w pkt 1 jednostki chorobowe, jeżeli występują jako rozpoznanie zasadnicze (wiodące).

§ 44.

1. Osoba przebywająca w ZOL-u ponosi koszty wyżywienia i zakwaterowania. Miesięczną opłatę ustala się w wysokości odpowiadającej 250 % najniższej emerytury, z tym że opłata nie może być wyższa niż kwota odpowiadająca 70% miesięcznego dochodu świadczeniobiorcy w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej.
2. Opłatę, o której mowa w ust. 1, ustala się na okres roku, z tym że ustala się ją ponownie po każdorazowej zmianie wysokości dochodu osoby przebywającej w Zakładzie.

§ 45.

1. Przyjęcie do ZOL-u następuje na podstawie ważnego skierowania do szpitala psychiatrycznego z dopiskiem „do Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego”, wystawionego przez lekarza (w tym również lekarza niebędącego lekarzem ubezpieczenia zdrowotnego). Wzór skierowania powinien być zgodny z załącznikiem nr 1 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2018 r. w sprawie szczegółowego sposobu postępowania w sprawach przyjęcia oraz wypisywania ze szpitala psychiatrycznego.
2. Do skierowania, o którym mowa w ust. 1, dołącza się dokumenty określone w odrębnych przepisach.
3. Przyjęcie do ZOL-u wymaga ustalenia albo potwierdzenia tożsamości, jeżeli jest to możliwe:
 - 1) osoby przyjmowanej;
 - 2) przedstawiciela ustawowego, opiekuna prawnego lub faktycznego osoby, o której mowa w pkt 1, jeżeli dotyczy.
4. Wypisanie z ZOL-u wymaga ustalenia albo potwierdzenia tożsamości:
 - 1) osoby wypisywanej;
 - 2) przedstawiciela ustawowego, opiekuna prawnego lub faktycznego osoby, o której mowa w pkt 1, jeżeli dotyczy.
5. Tożsamość osób, o których mowa w ust. 3 i 4, ustala się albo potwierdza na podstawie dokumentu stwierdzającego tożsamość danej osoby.

§ 46.

1. Skierowanie, o którym mowa w § 45 ust. 1, wraz z wymaganymi dokumentami składa się w ZOL-u.
2. Możliwe jest złożenie kompletu dokumentów także drogą korespondencyjną.
3. Rozpatrzeniu podlegają skierowania, do których załączone zostały wszystkie wymagane przepisami prawa dokumenty.
4. W przypadku niespełnienia wymagań ustalonych w przepisach prawa wzywa się do uzupełnienia braków z pouczeniem, że nieusunięcie tych braków spowoduje pozostawienie dokumentów bez rozpatrzenia.

§ 47.

1. W sytuacjach określonych przepisami może być wydane skierowanie do zakładu opiekuńczo-leczniczego bez zachowania trybu określonego w niniejszym Regulaminie.
2. W przypadku braku wolnych miejsc, osoba zakwalifikowana do przyjęcia do ZOL-u jest wpisywana na listę oczekujących prowadzoną zgodnie z odrębnymi przepisami.

- Świadczeniobiorcę lub inne osoby uprawnione, zgodnie z przepisami prawa, informuje się o kolejności na liście oczekujących oraz o przewidywanej dacie przyjęcia do Zakładu.
- Świadczeniobiorcę lub inne osoby upoważnione zawiadamia się pisemnie o terminie przyjęcia do ZOL-u.
- W przypadku, gdy osoba oczekująca do ZOL-u nie może stawić się w wyznaczonym terminie lub zrezygnowała ze świadczenia, jest zobowiązana niezwłocznie powiadomić o tym fakcie ZOL.
- Osoba ubiegająca się o przyjęcie do ZOL-u lub jej przedstawiciel ustawowy ma obowiązek zawiadomić o każdej zmianie swego adresu. W razie zaniedbania tego obowiązku może być utrudnione lub niemożliwe doręczenie pisma, co będzie rozumiane jako rezygnacja ze świadczenia.
- W sytuacji, gdy osoba oczekująca do ZOL-u pomimo właściwego pisemnego zawiadomienia o terminie przyjęcia nie stawi się do ZOL-u bez usprawiedliwienia w terminie 14 dni od daty otrzymania zawiadomienia będzie to oznaczało rezygnację ze świadczenia.
- Podanie numeru telefonu kontaktowego do osoby ubiegającej się o przyjęcie do ZOL-u lub jej przedstawiciela ustawowego może usprawnić działanie i skrócić czas powiadamiania o terminie przyjęcia.

Rozdział V

Warunki współdziałania z innymi zakładami opieki zdrowotnej w zakresie zapewnienia prawidłowości diagnostyki, leczenia, pielęgnacji i rehabilitacji pacjentów oraz ciągłości przebiegu procesu udzielania świadczeń zdrowotnych

§ 48.

- Zespół współdziała z innymi podmiotami wykonującymi działalność leczniczą w zakresie prawidłowości diagnostyki, leczenia pacjentów i ciągłości postępowania, w szczególności poprzez kierowanie pacjentów do innych placówek w celu dalszego leczenia, konsultacji specjalistycznych, zlecenie badań laboratoryjnych niewykonywanych lub niemożliwych przejściowo do wykonania w Zespole, kierowanie na zabiegi specjalistyczne.
- Warunki współdziałania z innymi podmiotami wykonującymi działalność leczniczą w zakresie zapewnienia prawidłowości diagnostyki, leczenia, pielęgnacji i rehabilitacji pacjentów oraz ciągłości przebiegu procesu udzielania świadczeń zdrowotnych są regulowane umowami zawartymi pomiędzy Zespołem, a tymi podmiotami.
- Jeżeli niezbędne jest udzielenie pacjentowi świadczeń zdrowotnych wykraczających poza rodzaj bądź zakres świadczeń zdrowotnych udzielanych przez Zespół pacjent, o uzgodnieniu miejsca, jest przewożony na koszt Zespołu do innego podmiotu leczniczego udzielającego świadczeń zdrowotnych w odpowiednim rodzaju i zakresie.
- Jeżeli wymaga tego proces diagnostyczny lub leczniczy, Zespół zapewnia pacjentowi wykonanie niezbędnych świadczeń zdrowotnych, w tym konsultacji i badań w innym podmiocie leczniczym, co regulują odpowiednie umowy.
- Niezbędne świadczenia zdrowotne, o których mowa w ust. 4, udzielane są pacjentom na koszt Zespołu.

Rozdział VI

Prawa i obowiązki pacjenta

§ 49.

Osoba korzystająca ze świadczeń zdrowotnych w Zespole ma w szczególności prawo do:

- uzyskania świadczeń zdrowotnych udzielanych z należytą starannością, w warunkach odpowiadających określonym w przepisach wymaganiom fachowym i sanitarnym, zgodnie z zasadami etyki zawodowej;
- świadczeń zdrowotnych odpowiadających aktualnym wymaganiom wiedzy medycznej udzielanych przez osoby o odpowiednich kwalifikacjach do ich wykonywania;
- natychmiastowego udzielenia świadczeń zdrowotnych ze względu na zagrożenie zdrowia i życia;
- w sytuacji ograniczonych możliwości udzielenia odpowiednich świadczeń zdrowotnych do przejrzystej, obiektywnej, opartej na kryteriach medycznych, procedury ustalającej kolejność dostępu do tych świadczeń;
- uzyskania przystępnej informacji o swoim stanie zdrowia, a w szczególności o rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych i leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu;
- przedstawienia osobie wykonującej zawód medyczny swojego zdania w zakresie uzyskanych informacji, o których mowa w pkt 5;

- 7) wyrażenia zgody na udzielenie określonych świadczeń zdrowotnych lub ich odmowy, po uzyskaniu odpowiedniej informacji, o której mowa w pkt 5, jeżeli przepisy ustaw nie stanowią inaczej;
- 8) wyrażenia odrębnej pisemnej zgody na zastosowanie metody leczenia lub diagnostyki stwarzających podwyższone ryzyko;
- 9) żądania, aby osoba wykonująca zawód medyczny nie udzieliła jej informacji o stanie zdrowia, a w szczególności o rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych i leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu;
- 10) żądania, aby osoba wykonująca zawód medyczny udzieliła jej informacji, o której mowa w pkt 5, w pełnym zakresie - w przypadku określonym w art. 31 ust. 4 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz.U. z 2020 r. poz. 514 ze zm.³);
- 11) wyrażenia zgody na udzielenie informacji, o której mowa w pkt 5, innym osobom;
- 12) poszanowania godności i intymności, w szczególności w czasie udzielania świadczeń zdrowotnych; prawo do poszanowania godności obejmuje także prawo do umierania w spokoju i godności;
- 13) podejmowania działań polegających na określeniu stopnia natężenia bólu, leczenia bólu oraz monitorowania skuteczności tego leczenia;
- 14) życzliwego i kulturalnego traktowania, zgodnego z zasadami etyki zawodowej postępowania personelu;
- 15) zgodnego z zasadami etyki zawodowej, określonymi przez właściwe samorządy zawodów medycznych, postępowania osób wykonujących zawód medyczny;
- 16) uzyskania informacji o rodzaju i zakresie udzielanych świadczeń zdrowotnych;
- 17) uzyskania od pielęgniarki przystępnej informacji o jego pielęgnacji i zabiegach pielęgniarstwie;
- 18) żądania zasięgnięcia opinii innego lekarza, zwołania konsylium lekarskiego;
- 19) żądania zasięgnięcia opinii innej pielęgniarki;
- 20) wyrażenia zgody na udzielenie informacji o swoim stanie zdrowia innym osobom;
- 21) zachowania w tajemnicy informacji z nim związanych, a uzyskanych w szczególności w związku z wykonywaniem zawodu medycznego, ograniczenia w tym zakresie określa ustawa;
- 22) pomocy w ochronie swoich praw;
- 23) informacji o zakresie działania i sposobie kontaktu z Rzecznikiem Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego;
- 24) znajomości imion i nazwisk oraz funkcji osób zatrudnionych w Zespole;
- 25) kontaktu osobistego, telefonicznego i korespondencyjnego z osobami z zewnątrz z zastrzeżeniem, że koszty wynikające z tych uprawnień ponosi sam pacjent;
- 26) odmowy kontaktu ze wskazanymi osobami odwiedzającymi;
- 27) poszanowania przekonań religijnych i opieki duszpasterskiej (w pawilonie głównym Zespołu usytuowana jest Kaplica, oddziały są wizytowane przez księdza wyznania rzymskokatolickiego);
- 28) dodatkowej opieki pielęgnacyjnej; sposób sprawowania dodatkowej opieki pielęgnacyjnej podlega kontroli osób wykonujących zawód medyczny; prawo to może być ograniczone ze względu na stan epidemii, zagrożenie epidemiczne lub ze względu na bezpieczeństwo zdrowotne pacjentów;
- 29) wyrażenia zgody na obecność innych osób niż udzielające świadczenia zdrowotnego przy udzielaniu tych świadczeń;
- 30) przechowywania rzeczy wartościowych w depozycie; za rzeczy pozostawione przez pacjenta przy sobie Zespół nie ponosi odpowiedzialności;
- 31) oddania do magazynu odzieży;
- 32) poruszania się po terenie Zespołu po uzyskaniu zgody ordynatora/kierownika oddziału lub innego upoważnionego lekarza;
- 33) zgłaszania ustnych i pisemnych skarg i wniosków i uzyskania na nie odpowiedzi;
- 34) zapoznania się ze swoją dokumentacją medyczną oraz do uzyskania kserokopii, wyciągów, odpisów z tej dokumentacji;
- 35) zawiadomienia osoby wskazanej przez siebie, przedstawiciela ustawowego lub faktycznego opiekuna w razie pogorszenia się stanu zdrowia powodującego zagrożenie życia;
- 36) obecności przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych osoby bliskiej, w przypadku braku odmowy ze strony osoby wykonującej zawód medyczny udzielającej świadczenia;
- 37) pacjent w stanie terminalnym ma prawo do świadczeń zdrowotnych zapewniających łagodzenie bólu i innych cierpień;
- 38) prawo do zgłoszenia sprzeciwu wobec opinii albo orzeczenia lekarza;

³ zmiany testu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone Dz.U. z 2020 r., poz. 567, 1291, 1493, 2112, 2345, 2401 i z 2021 r., poz. 159 oraz z 2019 r., poz. 1590.

- 39) uprzedzenia o zamiarze zastosowania przymusu bezpośredniego - dopuszczenie zastosowania przymusu bezpośredniego musi wynikać z ustawy;
- 40) zgłoszenia sprzeciwu na wykonanie sekcji zwłok, pobranie komórek, tkanek i narządów po śmierci; sprzeciw może być wyrażony w formie wpisu w centralnym rejestrze zgłoszonych sprzeciwów, oświadczenia pisemnego zaopatrzonego we własnoręczny podpis, oświadczenia ustnego złożonego w obecności co najmniej dwóch świadków;
- 41) zapoznania się z obowiązującymi regulaminami;
- 42) uzyskania informacji o prawach pacjenta, uwzględniającej ograniczenia tych praw;
- 43) informacji o rodzaju i zakresie świadczeń zdrowotnych udzielanych przez Zespół.

§ 50.

Dyrektor Zespołu albo inna upoważniona przez niego osoba może ograniczyć korzystanie z praw pacjenta w przypadku wystąpienia stanu epidemii, zagrożenia epidemicznego lub ze względu na bezpieczeństwo zdrowotne pacjentów, a w przypadku prawa pacjenta do kontaktu osobistego, telefonicznego lub korespondencyjnego z innymi osobami, także ze względu na możliwości organizacyjne Zespołu.

§ 51.

Pacjenci Zespołu zobowiązani są do przestrzegania ustalonych regulaminów i zarządzeń porządkowych oraz zaleceń personelu, w tym w szczególności:

- 1) przestrzegania zaleceń leczniczych wydawanych przez lekarzy i pielęgniarki;
- 2) poddawania się procedurom sanitarno-epidemiologicznym;
- 3) w uzasadnionych przypadkach poddania się dezynsekcji i innym zabiegom doprowadzającym do należytego stanu sanitarno-higienicznego;
- 4) przebywania w wyznaczonych salach w porach obchodów lekarskich, wykonywania zabiegów, podawania leków oraz w porach wydawania posiłków;
- 5) posiadania odzieży, piżamy, stosownego obuwia oraz własnych środków do higieny i przyborów toaletowych, w szczególności takich jak mydło, szampon, pasta do zębów, grzebień, szczoteczka do zębów, przybory do golenia;
- 6) utrzymywania w miarę możliwości higieny osobistej;
- 7) właściwego korzystania z pomieszczeń, ze sprzętów i urządzeń sanitarnych;
- 8) przestrzegania zakazu wnoszenia, posiadania i spożywania napojów alkoholowych oraz innych substancji psychoaktywnych;
- 9) przestrzegania zakazu używania leków oraz poddawania się zabiegom, badaniom niezleconym;
- 10) przestrzegania zakazu palenia tytoniu na terenie Zespołu, z zastrzeżeniem wyznaczonych do tego celu pomieszczeń zwanych palarniami, wydzielonych w całodobowych oddziałach psychiatrycznych;
- 11) przestrzegania zakazu uprawiania gier hazardowych;
- 12) przestrzegania zakazu uruchamiania wszelkich urządzeń technicznych i medycznych oraz prób manipulowania nimi;
- 13) przestrzegania ciszy nocnej;
- 14) przestrzegania zakazu wchodzenia do pomieszczeń nieprzeznaczonych dla pacjentów;
- 15) przestrzegania zakazu opuszczania oddziału bądź terenu Zespołu bez zgody lekarza lub innej uprawnionej osoby;
- 16) odnoszenia się z szacunkiem do innych pacjentów i personelu oraz poszanowania mienia Zespołu;
- 17) stosowania się do przepisów bhp i p.poż.;
- 18) przestrzegania zakazu handlu;
- 19) przestrzegania Regulaminu organizacyjnego.

Rozdział VII

Zasady prowadzenia i udostępniania dokumentacji medycznej oraz wysokość opłaty za jej udostępnienie ustalone w sposób określony w art. 28 ust. 4 ustawy z dnia 6 listopada 2008 o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta

§ 52.

1. Zespół prowadzi, przechowuje i udostępnia dokumentację medyczną osób korzystających ze świadczeń zdrowotnych oraz zapewnia ochronę danych osobowych zawartych w dokumentach, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.
2. Dokumentacja medyczna jest przechowywana przez okres 20 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym dokonano ostatniego wpisu, z wyjątkiem:
 - 1) dokumentacji medycznej w przypadku zgonu pacjenta na skutek uszkodzenia ciała lub zatrucia, która jest przechowywana przez okres 30 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym nastąpił zgon;
 - 2) dokumentacji medycznej zawierającej dane niezbędne do monitorowania losów krwi i jej składników, która jest przechowywana przez okres 30 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym dokonano ostatniego wpisu;
 - 3) zdjęć rentgenowskich przechowywanych poza dokumentacją medyczną pacjenta, które przechowuje się przez okres 10 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym wykonano zdjęcie;
 - 4) skierowań na badania lub zleceń lekarza, które są przechowywane przez okres:
 - a) 5 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym udzielono świadczenia zdrowotnego będącego przedmiotem skierowania lub zlecenia lekarza,
 - b) 2 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym wystawiono skierowanie – w przypadku gdy świadczenie zdrowotne nie zostało udzielone z powodu niezgłoszenia się pacjenta w ustalonym terminie, chyba że pacjent odebrał skierowanie.
3. Po upływie okresów przechowywania Zespół niszczy dokumentację medyczną w sposób uniemożliwiający identyfikację pacjenta, którego dotyczyła. Dokumentacja medyczna przeznaczona do zniszczenia może być wydana pacjentowi, jego przedstawicielowi ustawowemu lub osobie upoważnionej przez pacjenta.
4. Odrębne postępowanie z dokumentacją medyczną jest zastrzeżone dla dokumentacji będącej materiałem archiwalnym w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach (Dz.U. z 2020 r. poz. 164 i z 2019 r. poz. 2020).
5. Dokumentację medyczną zabezpiecza się przed dostępem osób nieupoważnionych, a także przed zniszczeniem.
6. Dokumentacja medyczna jest udostępniana pacjentowi lub jego przedstawicielowi ustawowemu, bądź osobie upoważnionej przez pacjenta.
7. Po śmierci pacjenta dokumentacja medyczna jest udostępniana osobie upoważnionej przez pacjenta za życia lub osobie, która w chwili zgonu pacjenta była jego przedstawicielem ustawowym. Dokumentacja medyczna jest udostępniana także osobie bliskiej, chyba że udostępnieniu sprzeciwi się inna osoba bliska lub sprzeciwił się temu pacjent za życia. W przypadku sporu między osobami bliskimi o udostępnienie dokumentacji medycznej, zgodę na udostępnienie wyraża sąd, o którym mowa w art. 628 ustawy z dnia 17 listopada 1964 r. - Kodeks postępowania cywilnego. Osoba wykonująca zawód medyczny może wystąpić z wnioskiem do sądu także w przypadku uzasadnionych wątpliwości, czy osoba występująca o udostępnienie dokumentacji lub sprzeciwiająca się jej udostępnieniu jest osobą bliską.
8. Zespół udostępnia dokumentację medyczną również innym uprawnionym na mocy przepisów prawa podmiotom, osobom, organom i instytucjom.
9. Dokumentacja medyczna jest udostępniana:
 - 1) do wglądu, w tym także do baz danych w zakresie ochrony zdrowia, w miejscu udzielania świadczeń zdrowotnych, z wyłączeniem medycznych czynności ratunkowych, albo w siedzibie podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych, z zapewnieniem pacjentowi lub innym uprawnionym organom lub podmiotom możliwości sporządzenia notatek lub zdjęć;
 - 2) przez sporządzenie jej wyciągu, odpisu, kopii lub wydruku;
 - 3) przez wydanie oryginału za potwierdzeniem odbioru i z zastrzeżeniem zwrotu po wykorzystaniu, na żądanie organów władzy publicznej albo sądów powszechnych, a także w przypadku gdy zwłoka w wydaniu dokumentacji mogłaby spowodować zagrożenie życia lub zdrowia pacjenta;
 - 4) za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej;
 - 5) na informatycznym nośniku danych.
10. Zdjęcia rentgenowskie wykonane na kliszy, przechowywane przez podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych, są udostępniane za potwierdzeniem odbioru i z zastrzeżeniem zwrotu po wykorzystaniu.

11. Dokumentacja medyczna prowadzona w postaci papierowej może być udostępniona przez sporządzenie kopii w formie odwzorowania cyfrowego (skanu) i przekazana za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej lub na informatycznym nośniku danych, na żądanie pacjenta lub innych uprawnionych organów lub podmiotów.
12. Zespół prowadzi wykaz zawierający następujące informacje dotyczące udostępnianej dokumentacji medycznej:
 - 1) imię (imiona) i nazwisko pacjenta, którego dotyczy dokumentacja medyczna;
 - 2) sposób udostępnienia dokumentacji medycznej;
 - 3) zakres udostępnionej dokumentacji medycznej;
 - 4) imię (imiona) i nazwisko osoby innej niż pacjent, której została udostępniona dokumentacja medyczna, a także nazwę uprawnionego organu lub podmiotu;
 - 5) imię (imiona) i nazwisko oraz podpis osoby, która udostępniła dokumentację medyczną;
 - 6) datę udostępnienia dokumentacji medycznej.
13. Za udostępnienie dokumentacji medycznej przez sporządzenie jej wyciągu, odpisu, kopii lub wydruku lub na informatycznym nośniku danych Zespół może pobierać opłatę.
14. Opłaty, o której mowa w ust. 13, nie pobiera się w przypadku udostępnienia dokumentacji medycznej:
 - 1) pacjentowi albo jego przedstawicielowi ustawowemu po raz pierwszy w żądanym zakresie przez sporządzenie jej wyciągu, odpisu, kopii lub wydruku lub na informatycznym nośniku danych;
 - 2) w związku z postępowaniem przed wojewódzką komisją do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych;
 - 3) Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji oraz Agencji Badań Medycznych;
 - 4) organów rentowych określonych w art. 77 ust. 5 ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (Dz. U. z 2021 r. poz. 423) i art. 121 ust. 2 ustawy z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (Dz. U. z 2021 r. poz. 291, poz. 353).
15. Koszty udostępnienia dokumentacji medycznej na zewnątrz Zespołu organom, podmiotom i instytucjom uprawnionym na podstawie odrębnych przepisów, z wyjątkiem organów uprawnionych na mocy obowiązujących przepisów prawa do bezpłatnego udostępnienia dokumentacji na zewnątrz, ponoszą te organy.
16. Opłata:
 - 1) za jedną stronę kopii lub wydruku dokumentacji medycznej wynosi 0,32 zł netto (0,39 zł brutto);
 - 2) za jedną stronę wyciągu lub odpisu dokumentacji medycznej wynosi 9,23 zł netto (11,35 zł brutto);
 - 3) za udostępnienie dokumentacji medycznej na informatycznym nośniku danych wynosi 1,84 zł netto (2,26 zł brutto);

z zastrzeżeniem, że wysokość opłaty uwzględnia podatek od towarów i usług, jeżeli na podstawie odrębnych przepisów usługa jest opodatkowana tym podatkiem.
17. Fakturę VAT za udostępnienie dokumentacji medycznej w przypadku sporządzenia jej kopii, wydruku, wyciągu, odpisu lub udostępnienia na informatycznym nośniku danych wystawia Dział Administracyjno-Gospodarczy lub Dział Księgowości.
18. Do kosztów dokumentacji medycznej udostępnianej drogą pocztową dolicza się koszty przesyłki poleconej za zwrotnym poświadczeniem odbioru bądź przesyłki za pobraniem.
19. Udostępnienie dokumentacji medycznej na zewnątrz organom i podmiotom uprawnionym na podstawie odrębnych przepisów następuje na podstawie decyzji dyrektora Zespołu lub upoważnionej przez niego osoby.
20. Udostępnianie dokumentacji medycznej na zewnątrz Zespołu następuje w trybie zapewniającym zachowanie poufności i ochrony danych osobowych, za pokwitowaniem odbioru i zastrzeżeniem zwrotu po wykorzystaniu, jeżeli uprawniony organ lub podmiot żąda udostępnienia oryginału dokumentacji.

Rozdział VIII

Organizacja procesu udzielania świadczeń zdrowotnych w przypadku pobierania opłat

§ 53.

1. Zespół udziela świadczeń zdrowotnych nieodpłatnie, za częściową odpłatnością lub odpłatnie na zasadach określonych w ustawach, przepisach szczególnych lub umowach cywilnoprawnych.
2. Udzielanie świadczeń zdrowotnych za odpłatnością organizowane jest w taki sposób, aby nie ograniczać dostępności do świadczeń finansowanych ze środków publicznych oraz w sposób zapewniający poszanowanie zasady sprawiedliwego, równego, niedyskryminującego i przejrzystego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej oraz zgodnie z kryteriami medycznymi.

3. Udzielanie świadczeń zdrowotnych za odpłatnością pozostaje bez wpływu na kolejność na listach oczekujących na udzielenie świadczenia finansowanego ze środków publicznych.
4. Odpłatnie wykonywane są badania, konsultacje oraz wydawane orzeczenia na zlecenie uprawnionych podmiotów i organów, w tym obserwacje sądowo-psychiatryczne.
5. Odpłatnie oraz za częściową odpłatnością Zespół udziela świadczeń z zakresu transportu sanitarnego, na podstawie zlecenia lekarza Zespołu, zgodnie z odrębnymi przepisami prawa.
6. Wykaz świadczeń udzielanych pacjentom odpłatnie, z wyłączeniem świadczeń określonych w ust. 4-5, określa cennik, stanowiący załącznik Nr 2 do niniejszego Regulaminu.
7. Zespół może wykonywać odpłatnie badania diagnostyczne lub laboratoryjne niewymienione w wykazie, o którym mowa w ust. 6, u podwykonawcy, z którym ma zawartą umowę.
8. Pacjent ma prawo do pełnej informacji o wysokości opłat za świadczenia zdrowotne przed rozpoczęciem jego udzielania.
9. Świadczenia zdrowotne za odpłatnością realizowane są w miarę możliwości w dniu zgłoszenia lub w innym terminie uzgodnionym z pacjentem, według ustalonej kolejności w dniach i godzinach ich udzielania.
10. Wysokość opłat umieszczana jest w widocznych miejscach na tablicy informacyjnej, w miejscach udzielania świadczeń zdrowotnych, w sposób umożliwiający zapoznanie się z jej treścią przez pacjentów, a także przez inne osoby zainteresowane.
11. Płatności za świadczenia udzielane odpłatnie regulowane są w kasie Zespołu lub na rachunek bankowy Zespołu.
12. Gmina właściwa ze względu na miejsce zamieszkania, a w przypadku niemożności ustalenia miejsca zamieszkania właściwa ze względu na ostatnie miejsce pobytu pacjenta, pokrywa koszty transportu sanitarnego osoby niezdolnej do samodzielnej egzystencji do miejsca pobytu, jeżeli przedstawiciel ustawy pacjenta albo osoba, na której w stosunku do pacjenta ciąży ustawowy obowiązek alimentacyjny, nie odbiera pacjenta w wyznaczonym terminie.
13. Gmina pokrywa koszty transportu sanitarnego, o którym mowa w ust. 12, na podstawie rachunku wystawionego przez Zespół.
14. Pacjent, którego stan zdrowia nie wymaga dalszego udzielania świadczeń szpitalnych albo całodobowych i stacjonarnych świadczeń zdrowotnych innych niż szpitalne lub osoba, na której w stosunku do pacjenta ciąży ustawowy obowiązek alimentacyjny, ponoszą koszty pobytu pacjenta, począwszy od terminu określonego przez kierownika, niezależnie od uprawnień do bezpłatnych świadczeń zdrowotnych określonych w przepisach odrębnych.
15. Za świadczenia zdrowotne udzielone odpłatnie, w sytuacjach, w których ustawa o działalności leczniczej oraz przepisy odrębne dopuszczają taką odpłatność, wystawia się rachunek, w którym na wniosek pacjenta, wyszczególnia się zrealizowane procedury diagnostyczne i terapeutyczne.
16. Rachunek, o którym mowa w ust. 15, powinien być zgodny z aktualną wysokością opłat podaną do wiadomości zgodnie z art. 24 ust. 2. ustawy o działalności leczniczej. Podmiot wykonujący działalność leczniczą nie może różnicować opłat za udzielane świadczenia zdrowotne w zależności od obywatelstwa lub państwa zamieszkania pacjenta.

Rozdział IX

Wysokość opłat za świadczenia zdrowotne, które mogą być, zgodnie z przepisami prawa, udzielane za częściową albo całkowitą odpłatnością

§ 54.

1. Wysokość opłat za świadczenia zdrowotne inne niż finansowane ze środków publicznych określa cennik, stanowiący załącznik nr 2 do niniejszego Regulaminu.
2. Wysokość opłat za transport sanitarny określa się następująco:
 - 1) w przypadkach niewymienionych w art. 41 ust. 1 i 2 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, na podstawie zlecenia lekarza Zespołu, przysługuje przejazd środkiem transportu sanitarnego odpłatnie lub za częściową odpłatnością;
 - 2) w przypadkach, o których mowa w pkt 1, ustala się stawkę netto odpłatności za przewóz środkiem transportu sanitarnego Zespołu w wysokości:
 - a) za 1 km – 1,69 zł,
 - b) za wozogodzinę – 53,26 zł,z zastrzeżeniem pkt 3;

- 3) w przypadku:
- a) chorób krwi i narządów krwiotwórczych,
 - b) chorób nowotworowych,
 - c) chorób oczu,
 - d) chorób przemiany materii,
 - e) chorób psychicznych i zaburzeń zachowania,
 - f) chorób skóry i tkanki podskórnej,
 - g) chorób układu krążenia,
 - h) chorób układu moczowo-płciowego,
 - i) chorób układu nerwowego,
 - j) chorób układu oddechowego,
 - k) chorób układu ruchu,
 - l) chorób układu trawiennego,
 - m) chorób układu wydzielania wewnętrznego,
 - n) chorób zakaźnych i pasożytniczych,
 - o) urazów i zatruc,
 - p) wad rozwojowych wrodzonych, zniekształceń i aberracji chromosomowych

– gdy ze zlecenia lekarza Zespołu wynika, że świadczeniobiorca jest zdolny do samodzielnego poruszania się bez stałej pomocy innej osoby, ale wymaga, przy korzystaniu ze środków transportu publicznego, pomocy innej osoby lub środka transportu publicznego dostosowanego do potrzeb osób niepełnosprawnych odpłatność wynosi 60 % stawki określonej w pkt 2;

4) podstawą rozliczenia usługi jest:

- a) zlecenie lekarza Zespołu na transport sanitarny,
- b) ustalenie liczby kilometrów wykonanego przewozu,
- c) ustalenie czasu wykonania usługi z uwzględnieniem czasu postoju;

5) zlecenie lekarza Zespołu na transport sanitarny, o którym mowa w pkt 4 lit. a, powinno określać procentowy udział odpłatności świadczeniobiorcy za transport sanitarny;

6) ustalenie liczby kilometrów, czasu wykonania usługi oraz wystawienie faktury powierza się Działowi Administracyjno-Gospodarczemu.

- 3. Odpłatność za wykonane dla uprawnionych podmiotów obserwacje sądowo-psychiatryczne ustala się w wysokości określonej w umowie z Narodowym Funduszem Zdrowia.
- 4. Za badania diagnostyczne i laboratoryjne wykonywane u podwykonawców pobiera się opłaty ustalone w umowach cywilnoprawnych z podwykonawcami, z zastrzeżeniem ust. 5.
- 5. Do ceny określonej w umowie z podwykonawcą zostaje doliczona marża obejmująca koszty Zespołu, w szczególności koszty transportu.
- 6. Wysokość opłat za udzielone świadczenia zdrowotne inne niż wymienione w ust. 1-4, zostanie określona w umowach cywilnoprawnych.
- 7. Ceny świadczeń ustalane są po uprzedniej kalkulacji kosztów danego świadczenia, analizie lokalnego rynku usług medycznych pod kątem oferty, dostępności oraz cen danego świadczenia obowiązujących w innych podmiotach leczniczych, które mogą stanowić konkurencję dla świadczeń udzielanych w Zespole.
- 8. W przypadku, o którym mowa w § 53 ust. 14, koszty pobytu pacjenta zostaną określone odrębnym zarządzeniem dyrektora Zespołu.

Rozdział X

Obowiązki Zespołu w razie śmierci pacjenta oraz wysokość opłaty za przechowywanie zwłok pacjenta przez okres dłuższy niż 72 godziny od osób lub instytucji uprawnionych do pochowania zwłok na podstawie ustawy z dnia 31 stycznia 1959 r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych oraz od podmiotów, na zlecenie których przechowuje się zwłoki w związku z toczącym się postępowaniem karnym

§ 55.

- 1. O pogorszeniu stanu zdrowia pacjenta mogącego powodować zagrożenie życia lub w razie jego śmierci, ordynator oddziału (lekarz dyżurny) lub osoba przez niego upoważniona niezwłocznie zawiadamia wskazaną przez pacjenta osobę lub instytucję, przedstawiciela ustawowego albo opiekuna faktycznego.

2. Pielęgniarki są zobowiązane do bezzwłocznego poinformowania lekarza oddziału/lekarza dyżurnego oddziałów o śmierci pacjenta.
3. Pielęgniarka odnotowuje dokładny czas śmierci pacjenta w raporcie pielęgniarskim (dzień, godzina z minutami).
4. W razie zgonu pacjenta obowiązkiem lekarza jest niezwłoczne dokonanie oględzin zwłok, stwierdzenie zgonu, sporządzenie odpowiedniej notatki w historii choroby zawierającej m.in. przyczynę zgonu, dzień i godzinę śmierci.
5. Lekarz stwierdzający zgon wystawia kartę zgonu. W przypadku dokonania sekcji zwłok kartę zgonu wystawia lekarz wykonujący sekcję zwłok.
6. Zwłoki osoby, która zmarła w Zespole, mogą być poddane sekcji, w szczególności gdy zgon tej osoby nastąpił przed upływem 12 godzin od przyjęcia jej do Zespołu, chyba że przedstawiciel ustawowy tej osoby wyraził sprzeciw lub uczyniła to ta osoba za życia.
7. Dokonanie sekcji zwłok nie może nastąpić wcześniej niż po upływie 12 godzin od stwierdzenia zgonu.
8. W przypadku zaniechaniu sekcji zwłok z powodu sprzeciwu osoby zmarłej lub jej przedstawiciela ustawowego sporządza się adnotację w dokumentacji medycznej i załącza sprzeciw osoby zmarłej lub przedstawiciela ustawowego.
9. Zaniechanie sekcji zwłok nie dotyczy sytuacji:
 - 1) określonych w Kodeksie postępowania karnego i Kodeksie karnym wykonawczym oraz aktach wykonawczych wydanych na ich podstawie;
 - 2) gdy przyczyny zgonu nie można ustalić w sposób jednoznaczny;
 - 3) określonych w przepisach o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi.
10. W dokumentacji medycznej pacjenta, który zmarł w Zespole, sporządza się adnotację o dokonaniu lub zaniechaniu sekcji zwłok z odpowiednim uzasadnieniem.
11. Karta zgonu, egzemplarz A i egzemplarz B, jest wydawana osobie uprawnionej do pochowania zwłok.
12. W przypadku zaniechania sekcji zwłok kartę zgonu wydaje się nie wcześniej niż po upływie 12 godzin od stwierdzenia zgonu.
13. Osobę odbierającą kartę zgonu lekarz informuje o konieczności zgłoszenia się do Sekcji Statystyki Medycznej i Dokumentacji Chorych w celu uzupełnienia danych, dotyczących w szczególności miejsca pochowania zwłok.
14. Po stwierdzeniu zgonu przez lekarza, pielęgniarka wypełnia „kartę skierowania zwłok do chłodni” oraz zakłada na przegub dłoni lub stopy osoby zmarłej identyfikator wykonany z tasiemki, płótna lub tworzywa sztucznego, po czym zwłoki wraz z tą kartą oraz identyfikatorem są przewożone do chłodni.
15. Karta skierowania zwłok do chłodni zawiera:
 - 1) imię i nazwisko osoby zmarłej;
 - 2) numer PESEL osoby zmarłej, a w przypadku braku numeru PESEL, serię i numer dokumentu stwierdzającego tożsamość;
 - 3) datę i godzinę zgonu;
 - 4) godzinę skierowania zwłok osoby zmarłej do chłodni;
 - 5) imię, nazwisko i podpis pielęgniarki sporządzającej wypełniającą kartę;
 - 6) godzinę przyjęcia zwłok osoby zmarłej do chłodni;
 - 7) imię i nazwisko i podpis osoby przyjmującej zwłoki osoby zmarłej do chłodni.
16. Identyfikator zakładany na przegub dłoni lub stopy osoby zmarłej zawiera:
 - 1) imię i nazwisko osoby zmarłej;
 - 2) numer PESEL osoby zmarłej, a w przypadku braku numeru PESEL - serię i numer dokumentu stwierdzającego tożsamość;
 - 3) datę i godzinę zgonu.
17. Jeżeli nie jest możliwe ustalenie tożsamości osoby zmarłej, w karcie skierowania zwłok do chłodni oraz na identyfikatorze, o których mowa w ust. 16, dokonuje się oznaczenia "NN" z podaniem przyczyny i okoliczności uniemożliwiających ustalenie tożsamości.
18. Zwłoki osoby zmarłej wraz z wypełnioną kartą skierowania zwłok do chłodni i identyfikatorem są przewożone do chłodni nie wcześniej niż po upływie dwóch godzin od czasu zgonu, wskazanego w dokumentacji medycznej. Drugi egzemplarz karty skierowania zwłok do chłodni załącza się do historii choroby.
19. W okresie pomiędzy stwierdzeniem zgonu, a przewiezieniem do chłodni, zwłoki osoby zmarłej są przechowywane w specjalnie przeznaczonym do tego celu pomieszczeniu, a w razie jego braku, w innym chłodnym miejscu, z zachowaniem godności należnej zmarłemu.
20. Zespół zapewnia należyte przygotowanie zwłok osoby zmarłej w Zespole w celu ich wydania osobom uprawnionym do ich pochowania.

21. Wszystkie czynności przy zmarłym oraz transport zwłok odbywają się z zachowaniem godności należytej zmarłemu, a także bezpieczeństwa sanitarnego.
22. Pielęgniarka sporządza protokołarnie spis rzeczy, pieniędzy i przedmiotów zmarłego, a następnie przedmioty wartościowe i pieniądze przekazuje do depozytu Zespołu, a rzeczy do magazynu.
23. Ordynator/kierownik oddziału lub osoba go zastępująca zobowiązany jest poinformować o każdym zgonie i jego przyczynie zastępcę dyrektora ds. medycznych lub dyrektora Zespołu i dostarczyć zakończoną historię choroby.
24. Pracownik chłodni, do której została przewieziona osoba zmarła w Zespole, myje zwłoki osoby zmarłej, ubiera i wydaje osobie uprawnionej do ich pochowania w stanie zapewniającym zachowanie godności należytej osobie zmarłej. Za czynności te odpłatność ponosi Zespół.
25. Zwłoki osoby zmarłej przechowuje się w chłodni nie dłużej niż 72 godziny.
26. Zwłoki osoby zmarłej mogą być przechowywane w chłodni dłużej niż 72 godziny, jeżeli:
 - 1) nie mogą zostać wcześniej odebrane przez osoby lub instytucje uprawnione do pochowania zwłok pacjenta;
 - 2) w związku ze zgonem zostało wszczęte dochodzenie lub śledztwo, a prokurator nie zezwolił na pochowanie zwłok;
 - 3) przemawiają za tym inne niż wymienione w pkt 1 i 2 ważne przyczyny - za zgodą albo na wniosek osoby lub instytucji uprawnionej do pochowania zwłok pacjenta.
27. Wysokość opłaty za przechowywanie zwłok pacjenta, przez okres dłuższy niż 72 godziny, od osób lub instytucji uprawnionych do pochowania zwłok na podstawie ustawy z dnia 31 stycznia 1959 r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych (Dz.U. z 2020 r. poz. 1947) oraz od podmiotów, na zlecenie których przechowuje się zwłoki w związku z toczącym się postępowaniem karnym, ustala się na poziomie ponoszonych kosztów w wysokości 3 zł za godzinę.
28. W razie zgonu pacjenta, którego tożsamość nie została ustalona, bądź zgonu, co do którego istnieje pewność lub uzasadnione podejrzenie, że jest wynikiem przestępstwa, samobójstwa lub wypadku, lekarz stwierdzający zgon powiadamia natychmiast ordynatora oddziału, z-cę dyrektora ds. medycznych lub dyrektora Zespołu oraz prokuratora rejonowego.
29. W przypadku zgonu osoby samotnej bądź niezgłoszenia się osób uprawnionych do pochowania zwłok po ich odbiór, oddział powiadamia właściwy ze względu na miejsce zamieszkania lub pobytu osoby zmarłej ośrodek pomocy społecznej.
30. Z-ca dyrektora ds. medycznych lub upoważniony przez niego lekarz, na wniosek właściwego ordynatora/kierownika oddziału, a w przypadku, gdy kierownik nie jest lekarzem także lekarza prowadzącego, zarządza dokonanie lub zaniechanie sekcji zwłok.
31. W przypadku złożenia przez rodzinę osoby zmarłej wniosku o zaniechanie sekcji zwłok załącza się taki wniosek do historii choroby pacjenta.
32. W przypadku stwierdzenia zgonu na choroby zakaźne, wymienione w odpowiednich przepisach, w przypadku których stwierdzenie zgonu wymaga szczególnego postępowania ze zwłokami osób zmarłych na te choroby, stosuje się tryb postępowania określony w przepisach dotyczących postępowania ze zwłokami i szczątkami ludzkimi.
33. W razie zgonu osoby w czasie odbywania kary pozbawienia wolności, zastosowanie mają przepisy w sprawie sposobu postępowania ze zwłokami osób zmarłych w czasie odbywania kary pozbawienia wolności.
34. Jeżeli zachodzi potrzeba pobrania ze zwłok komórek, tkanek lub narządów, kierownik zakładu, a jeżeli kierownik nie jest lekarzem, to upoważniony przez niego lekarz, może zdecydować o dokonaniu sekcji zwłok przed upływem 12 godzin, przy zachowaniu zasad i trybu przewidzianych w przepisach o pobieraniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów.
35. Sekcja Statystyki Medycznej i Dokumentacji Chorych dla celów statystycznych prowadzi Księgę zgonów.
36. Pieniądze i przedmioty wartościowe znajdujące się w depozycie wydaje się za pokwitowaniem spadkobiercom zmarłego na podstawie prawomocnego orzeczenia sądowego.
37. Osoba uprawniona do pochowania zwłok, ponosząca koszty pochowania zwłok może, po złożeniu oryginałów rachunków, uzyskać z pieniędzy zmarłego pozostających w depozycie zwrot poniesionych kosztów – do wysokości przedstawionych rachunków.

Rozdział XI

Sposób kierowania jednostkami i komórkami organizacyjnymi

§ 56.

1. Dyrektor zarządza, kieruje Zespołem oraz reprezentuje go na zewnątrz, odpowiadając jednoosobowo za jego działalność.
2. Dyrektor dokonuje za pracodawcę czynności z zakresu prawa pracy w stosunku do pracowników Zespołu.
3. Dyrektor podejmuje decyzje dotyczące funkcjonowania Zespołu, uzyskując w przypadkach przewidzianych prawem odpowiednie opinie, w tym opinie Rady Społecznej.
4. Dyrektor wykonuje swoje zadania przy pomocy: zastępcy dyrektora ds. medycznych, głównego księgowego, przełożonej pielęgniarek, kierowników bezpośrednio mu podległych komórek organizacyjnych.
5. Kadra kierownicza wymieniona w ust. 4 wykonuje zadania i kompetencje w zakresie określonym w niniejszym Regulaminie i obowiązujących przepisach prawa, zakresach czynności oraz odrębnych upoważnieniach udzielonych przez dyrektora Zespołu.
6. Dyrektora w czasie jego nieobecności zastępuje zastępca dyrektora ds. medycznych.
7. W czasie nieobecności dyrektora i zastępcy dyrektora ds. medycznych zastępstwo pełni wyznaczony przez dyrektora inny członek kadry kierowniczej.
8. Zastępcę dyrektora ds. medycznych, w przypadku jego nieobecności, zastępuje wyznaczony, za zgodą dyrektora, ordynator.
9. W przypadku uzasadnionym szczególnymi potrzebami organizacji pracy dyrektor może ustanowić swojego pełnomocnika do prowadzenia spraw w zakresie oznaczonym w pełnomocnictwie.
10. Kierownika komórki organizacyjnej w przypadku jego nieobecności zastępuje zastępca lub wyznaczony przez kierownika pracownik.
11. Ordynatora oddziału w czasie nieobecności zastępuje jego zastępca lub wyznaczony przez ordynatora, po uzyskaniu akceptacji z-cy dyrektora ds. medycznych, lekarz.
12. Przełożoną pielęgniarek w czasie nieobecności zastępuje wyznaczona przez nią, za zgodą z-cy dyrektora pielęgniarka.
13. Pielęgniarkę oddziałową w czasie nieobecności zastępuje wyznaczona przez nią, za zgodą ordynatora, pielęgniarka.
14. Kierownik komórki organizacyjnej nie ma prawa wydawania bezpośrednio poleceń kierownikom i pracownikom innych komórek organizacyjnych.
15. Kierownik danej komórki organizacyjnej może być uprawniony do kontrolowania pracy innych komórek organizacyjnych lub ich kierowników w zakresie swojej kompetencji służbowej, jak również do udzielania tym komórkom, skoordynowanych z poleceniami ich bezpośrednich przełożonych, wskazówek i wytycznych odnośnie kierunków i metod pracy.
16. Każdy pracownik podlega bezpośrednio tylko jednemu zwierzchnikowi, od którego otrzymuje polecenia służbowe i przed którym jest odpowiedzialny za wykonanie zadań.
17. Ciągłość sprawowania funkcji kierowniczych powinna być zabezpieczona przez przekazywanie spraw, w razie nieobecności kierownika, jego zastępcy lub wyznaczonemu przez kierownika pracownikowi.
18. Komórki organizacyjne obowiązują zasada wzajemnego współdziałania, koordynacji pracy, wymiany poglądów i opinii.
19. Przy załatwianiu spraw wchodzących w zakres działania kilku komórek organizacyjnych obowiązują zasada, że wiodącą jest komórka, której zakres działania obejmuje główne zagadnienia występujące w przedmiocie sprawy, wskazane przez dyrektora lub jego zastępcę.

§ 57.

Zasady stanowienia wewnętrznych aktów normatywnych

1. Do wydawania wewnętrznych aktów normatywnych upoważniony jest dyrektor Zespołu.
2. Wewnętrznymi aktami normatywnymi, wydawanymi przez dyrektora są w szczególności zarządzenia, regulaminy, instrukcje, procedury, decyzje, wytyczne i inne regulacje wewnętrzne wydawane przez dyrektora Zespołu.
3. Projekty wewnętrznych aktów normatywnych powinny być przygotowywane zgodnie z obowiązującymi zasadami techniki legislacyjnej przez merytoryczną komórkę organizacyjną z własnej inicjatywy bądź na polecenie dyrektora lub zastępcy dyrektora ds. medycznych.
4. Projekt aktu prawnego wymagający uzgodnień przekazywany jest przez kierownika komórki organizacyjnej do właściwych w zakresie uzgodnień komórek organizacyjnych Zespołu, w tym głównego księgowego Zespołu.

5. Projekt aktu prawnego po przeprowadzeniu niezbędnych uzgodnień weryfikuje pod kątem zgodności z obowiązującymi przepisami prawa radca prawny, a następnie parafuje go.
6. W przypadku wątpliwości, co do projektu aktu prawnego, radca prawny sporządza adnotację z uwagami i przekazuje go kierownikowi komórki merytorycznej w celu ponownego opracowania projektu wewnętrznego aktu prawnego uwzględniającego uwagi radcy prawnego.
7. W przypadku określonym w ust. 6, procedura określona w ust. 2 – 5 wytycznych ponawiana jest odpowiednio.
8. Projekt aktu prawnego podpisują z lewej strony:
 - 1) osoba odpowiedzialna za opracowanie projektu aktu;
 - 2) radca prawny, co do zgodności pod względem wymagań formalno-prawnych oraz zasad techniki prawodawczej;
 - 3) kierownik Działu Administracyjno-Gospodarczego, jeżeli akt prawny dotyczy spraw organizacyjnych;
 - 4) główny księgowy, jeżeli akt prawny może wywołać skutki finansowe.
9. W razie potrzeby projekt aktu prawnego uzgadnia się z innymi komórkami organizacyjnymi.
10. Uzasadnienie aktu prawnego podpisuje osoba, która je sporządziła oraz osoba odpowiedzialna za przygotowanie projektu aktu.
11. Po dokonaniu uzgodnień, kierownik merytorycznej komórki organizacyjnej przekazuje projekt aktu prawnego w wersji papierowej do sekretariatu Dyrekcji, celem jego akceptacji i podpisania przez dyrektora Zespołu.
12. Podpisane przez dyrektora egzemplarze projektu aktu prawnego rejestruje się w rejestrze aktów prawnych.
13. Egzemplarz zarządzenia parafowany przez osoby wymienione w ust. 8 pozostaje w aktach w sekretariacie Dyrekcji, pozostałe egzemplarze sekretariat Dyrekcji przekazuje do wykonania i przechowywania kierownikowi merytorycznej komórki organizacyjnej.
14. Sekretariat Dyrekcji publikuje na Portalu Pracownika akty prawne oraz przekazuje Sekcji Informatyki wersję elektroniczną tych aktów, które wymagają publikacji na stronie internetowej Zespołu w Biuletynie Informacji Publicznej:
 - 1) niezwłocznie po podpisaniu aktu prawnego przez dyrektora;
 - 2) w formacie umożliwiającym przeglądanie i drukowanie zarządzenia przy użyciu popularnych przeglądarek i edytorów, tj.: .pdf, .doc, .rtf, .txt, .jpg, .gif, .tif, .png, .svg;
 - 3) w przypadku aktu prawnego posiadającego załączniki, każdy załącznik winien być zapisany w odrębnych plikach.
15. W treści projektu aktu prawnego zamieszcza się postanowienia aktu ujęte w: paragrafy, ustępy, punkty, litery i tirydy.
16. Obligatoryjne elementy zarządzenia:
 - 1) nagłówek w brzmieniu i podziale na wiersze:
„ZARZĄDZENIE NR/rok
Dyrektora Wojewódzkiego Samodzielnego Zespołu Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej im. prof. Eugeniusza Wilczkowskiego w Gostyninie
z dnia (miejsce na wpisanie dnia) miesiąc (wpisany słownie lub wielokropkiem na wpisanie słownie nazwy miesiąca) rok (oznaczony skrótem „r.”)”;
 - 2) tytuł określający zakres przedmiotowy podlegający regulacji i rozpoczynający się od słów „w sprawie (...)”;
 - 3) podstawa prawna – rozpoczynająca się od słów „Na podstawie (...)” lub „Działając na podstawie (...)”.
W podstawie prawnej powołuje się przepisy kompetencyjne i przepisy prawa materialnego z użyciem zwrotu: „zarządza się, co następuje”;
 - 4) treść zarządzenia – część merytoryczna zarządzenia:
 - a) treść zarządzenia powinna jasno wyrażać rozstrzygnięcia i być zwięźle zredagowana z zachowaniem jednolitej terminologii wynikającej z obowiązujących przepisów,
 - b) treść zarządzenia należy ujmować w:
 - paragrafy (§) wraz z kolejną cyfrą arabską przy zachowaniu ciągłości numeracji,
 - ustępy oznaczone cyframi arabskimi z kropką bez nawiasów z zachowaniem ciągłości numeracji w obrębie paragrafu,
 - punkty oznaczone cyframi arabskimi, z nawiasem z prawej strony, z zachowaniem ciągłości numeracji w obrębie ustępu lub paragrafu,
 - litery (wyliczenia w obrębie punktów) oznaczone małymi literami alfabetu z nawiasem z prawej strony z zachowaniem ciągłości alfabetycznej w obrębie punktu,
 - tirydy (wyliczenia w obrębie punktów) oznaczone znakiem myślnika.

- c) zapisy postanowień merytorycznych w paragrafach dokonuje się w bezokolicznikach: „wyrazić”, „wprowadzić” lub w osobowej formie czasownika z zaimkiem zwrotnym: „się”, „wyraża się”, „postanawia się”;
- 5) postanowienia przepisów końcowych – w kolejności odpowiednio:
 - a) przepisy ustalające odpowiedzialność za wykonanie zarządzenia – należy wskazać osobę odpowiedzialną za wykonanie zarządzenia lub nadzorującą wykonanie zarządzenia, przy użyciu zwrotów: „Wykonanie zarządzenia powierza się (...)” lub „Nadzór nad wykonaniem zarządzenia powierza się (...)”, przy czym wykonanie zarządzenia powierza się odpowiednio kierownikom komórek organizacyjnych,
 - b) przepisy uchylające – w paragrafie uchylającym należy wyczerpująco wymienić przepisy, które tracą moc lub jednoznacznie wskazać uchylone paragrafy, posługując się zwrotem: „Traci moc (...)”,
 - c) przepisy o wejściu w życie zarządzenia – przepis o wejściu aktu może mieć brzmienie:
 - „(...) wchodzi w życie z dniem podpisania”,
 - „(...) wchodzi w życie z dniem ogłoszenia”,
 - „(...) wchodzi w życie z dniem podpisania z mocą obowiązującą od dnia (dzień oznaczony kalendarzowo)”,
 - „(...) wchodzi w życie po uzyskaniu pozytywnej opinii Rady Społecznej”.
- 17. Zmiany zarządzenia dokonuje się odrębnym zarządzeniem.
- 18. Jednym aktem nowelizuje się tylko jedno zarządzenie, chyba że ze względu na przedmiot regulacji zachodzi potrzeba zmiany kilku zarządzeń.
- 19. Nowelizuje się zawsze tekst pierwotny lub pierwotny tekst ze zmianami, a nie tekst zarządzenia poprzednio nowelizowanego.
- 20. Co do zasady tytuł zmieniającego zarządzenia zawiera zwrot: „zmieniające (...)” wraz z pełnym tytułem aktu podlegającego zmianie.
- 21. Treść paragrafu wprowadzającego zmiany powinna rozpoczynać się od wyrazów: „w (...) wprowadza się następujące zmiany”.
- 22. Każdy nowelizowany przepis ujmuje się w oddzielny punkt.
- 23. Kierownicy komórek organizacyjnych:
 - 1) przekazują akty prawne osobom, na które nałożono obowiązek realizacji zadań określonych tymi aktami;
 - 2) niezwłocznie, po otrzymaniu aktu prawnego, podejmują działania mające na celu właściwe wykonanie zadań z niego wynikających;
 - 3) prowadzą bieżącą analizę aktów prawnych objętych zakresem swojego działania pod kątem ich aktualności;
 - 4) występują z odpowiednimi projektami zmiany danego aktu prawnego lub jego uchylecia z powodu dezaktualizacji;
 - 5) odpowiadają za zapewnienie podległym pracownikom dostępu do przepisów prawnych, w celu umożliwienia im zapoznanie się z ich treścią;
 - 6) kontrolują realizację aktów prawnych.

§ 58.

Zasady tworzenia umów i porozumień zawieranych przez Zespół, z wyłączeniem umów wynikających ze stosunku pracy, umów na używanie pojazdów prywatnych do celów służbowych oraz aneksów do umów

1. Umowy i porozumienia mogą być zawierane:
 - 1) na podstawie poleceń dyrektora Zespołu;
 - 2) z inicjatywy komórki organizacyjnej bądź osoby upoważnionej, właściwych w sprawach objętych umową i odpowiedzialnych za jej stronę merytoryczną.
2. Umowa lub porozumienie powinna być sporządzona co najmniej w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach.
3. Projekty umów/porozumień przygotowuje Sekcja Zamówień Publicznych w porozumieniu z komórką merytoryczną i głównym księgowym, z wyłączeniem umów darowizny, umów na najem lokali zakładowych, umów na dostawę wody, umów na dostawę ciepła, które są przygotowywane przez Dział Administracyjno-Gospodarczy.
4. Projekt umów/porozumień podpisują z lewej strony:
 - 1) osoba odpowiedzialna za opracowanie projektu umowy;
 - 2) kierownik Sekcji Zamówień Publicznych;
 - 3) radca prawny co do zgodności pod względem wymagań formalno-prawnych oraz zasad techniki prawodawczej;

- 4) kierownik komórki merytorycznej;
- 5) główny księgowy.
5. W razie potrzeby projekt umowy/porozumienia uzgadnia się z innymi komórkami organizacyjnymi.
6. Po dokonaniu uzgodnień, projekt umowy/porozumienia kierownik Sekcji Zamówień Publicznych przekazuje do akceptacji i podpisania przez dyrektora Zespołu.
7. Projekt umowy/porozumienia pod względem formalno-prawnym opiniuje radca prawny.
8. Projekt umowy/porozumienia, do którego wniesiono uwagi, zmiany lub poprawki, wymaga ponownego zaopiniowania przez radcę prawnego.
9. Zaopiniowanie projektu umowy/porozumienia pod względem formalno-prawnym potwierdza radca prawny poprzez złożenie podpisu.
10. Akceptacji radcy prawnego nie wymagają powtarzające się umowy/porozumienia, dotyczące spraw tego samego rodzaju, dla których został opracowany, zaopiniowany i zaakceptowany pod względem formalno-prawnym stosowny wzór.
11. Kierownik komórki merytorycznej, w zakresie swoich kompetencji, odpowiada za obsługę umowy, realizację i terminowe rozliczenie finansowe.
12. Kierownik Sekcji Zamówień Publicznych odpowiada za obsługę umowy w zakresie realizacji zamówień publicznych oraz jej rejestrację w Rejestrze Umów i Porozumień.
13. W celu utworzenia jednolitej ewidencji zawieranych umów i porozumień tworzy się w Zespole Rejestr Umów i Porozumień zwany dalej „Rejestrem”.
14. Rejestr prowadzony jest w formie elektronicznej przez wyznaczonego pracownika Sekcji Zamówień Publicznych.
15. Obowiązek rejestracji w Rejestrze dotyczy wszystkich umów i porozumień oraz aneksów do nich.
16. Podstawą rejestracji jest oryginalny egzemplarz umowy/porozumienia lub aneksu.
17. Osoba prowadząca Rejestr jest zobowiązana do prowadzenia zbioru zarejestrowanych umów, porozumień w formie uwierzytelnionych kopii lub skanów.
18. Potwierdzeniem rejestracji umowy/porozumienia jest opatrzenie egzemplarza umowy/porozumienia pozostającego w Zespole adnotacją o treści: „Umowa zarejestrowana dnia..... pod poz..... podpis.....”.
19. Zobowiązuje się komórki organizacyjne Zespołu, właściwe w sprawach objętych zawieraną umową i odpowiedzialne za jej stronę merytoryczną, do prowadzenia we własnym zakresie ich ewidencji zgodnie z aktami spraw.
20. Aneks do zawartej umowy składa się z: nazwy „Aneks”, numeru kolejnego aneksu, daty aneksu oraz nr umowy podstawowej, jeżeli został nadany oraz daty umowy.
21. W rejestrze wpisuje się numer i datę aneksu w odpowiedniej kolumnie, w wierszu, w którym jest wpisana umowa, której aneks dotyczy.

§ 59.

1. Dyrektor Zespołu ustala i zatwierdza zakresy czynności, uprawnień i odpowiedzialności zastępcy dyrektora ds. medycznych, głównego księgowego, kierowników bezpośrednio podległych mu komórek/jednostek organizacyjnych oraz osób zajmujących samodzielne stanowiska pracy.
2. Zastępca dyrektora ds. medycznych i główny księgowy ustalają zakresy czynności, uprawnień i odpowiedzialności bezpośrednio podległej kadrze kierowniczej oraz bezpośrednio podległym pracownikom.
3. Przełożona pielęgniarek ustala zakresy czynności, uprawnień i odpowiedzialności dla pielęgniarek w tym pielęgniarek oddziałowych, sanitariuszy i salowych.
4. Kierownicy komórek organizacyjnych ustalają zakresy czynności, uprawnień i odpowiedzialności dla podległych pracowników z wyłączeniem pielęgniarek, salowych i sanitariuszy.
5. Ustalone zakresy czynności, uprawnień i odpowiedzialności, określone w ust. 2-4, zatwierdza odpowiednio dyrektor lub zastępca dyrektora ds. medycznych.
6. Osoby wymienione w ust. 1-4 zapoznają podległych kierowników oraz pracowników z ich zakresami czynności.
7. Zakresy czynności, o których mowa w ust. 1-4, nie mogą naruszać postanowień niniejszego Regulaminu i tworzone są zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa, w szczególności z Kodeksem pracy.
8. Zakresy czynności, uprawnień i odpowiedzialności pracowników składa się do ich akt osobowych.

§ 60.

1. Dyrektor Zespołu wykonuje nadzór i kontrolę w odniesieniu do wszystkich komórek organizacyjnych w szczególności w zakresie:
 - 1) właściwej realizacji zadań wynikających z przepisów prawa;

- 2) właściwego i terminowego załatwiania spraw;
 - 3) sposobu i terminowości załatwiania skarg i wniosków;
 - 4) realizacji zaleceń pokontrolnych, będących wynikiem kontroli;
 - 5) spraw związanych z dyscypliną pracy, przestrzeganiem przepisów bhp i p.poż.;
 - 6) poprawności stosowania regulaminów, zarządzeń, instrukcji kancelaryjnej i rzeczowego wykazu akt oraz instrukcji archiwalnej.
2. Sposób rozpatrywania skarg i wniosków, o którym mowa w ust. 1 pkt 3, określa § 61 niniejszego regulaminu.
 3. Zastępca dyrektora ds. medycznych, główny księgowy, kierownik Działu Administracyjno-Gospodarczego, kierownik Sekcji Zamówień Publicznych, kierownik Działu Kadr i Płac, przełożona pielęgniarek, kierownicy komórek organizacyjnych, pracownicy zatrudnieni na stanowiskach inspekcyjnych, komisje i zespoły problemowe/zadaniowe prowadzą kontrolę w zakresie posiadanych uprawnień i w zakresie swoich właściwości.
 4. Kontrola wewnętrzna ma na celu zwiększenie efektywności gospodarowania poprzez dostarczenie obiektywnych informacji o występujących nieprawidłowościach w działalności statutowej i do podejmowania decyzji w celu uzyskania poprawy w tym zakresie.
 5. Kontrola obejmuje następujące czynności:
 - 1) ustalenie stanu faktycznego w dniu kontroli;
 - 2) ustalenie stanu obowiązującego;
 - 3) porównanie zgodności lub odstępstw od obowiązujących przepisów;
 - 4) wskazanie sposobów i środków likwidacji stwierdzonych nieprawidłowości w formie zaleceń oraz terminów ich usunięcia.
 6. Nadzór nad skutecznością działania kontroli wewnętrznej i prawidłowością wykorzystania jej wyników sprawuje dyrektor Zespołu.
 7. Kontrola zewnętrzna prowadzona jest przez uprawnione organy i winna być odnotowana w książce kontroli Zespołu, która jest dostępna w sekretariacie dyrektora Zespołu.
 8. Protokoły, wystąpienia pokontrolne podpisuje dyrektor Zespołu lub z upoważnienia bądź w zastępstwie z-ca dyrektora ds. medycznych lub inna upoważniona przez dyrektora osoba.
 9. Dokumentację z przeprowadzonych kontroli zewnętrznych i wydanych zaleceń pokontrolnych przechowuje sekretariat dyrektora Zespołu, kopie dokumentacji kompletują i przechowują właściwe komórki organizacyjne.

§ 61.

Sposób rozpatrywania skarg i wniosków

1. Przedmiotem skargi może być, w szczególności:
 - 1) zaniechanie lub nienależyte wykonanie zadań przez właściwe komórki organizacyjne Zespołu albo ich pracowników, naruszenie praworządności lub interesów skarżących;
 - 2) przewlekłe lub biurokratyczne załatwianie spraw.
2. Przedmiotem wniosku mogą być w szczególności sprawy ulepszenia działania komórek organizacyjnych Zespołu, wzmocnienia praworządności, usprawnienia pracy i zapobiegania nadużyciom, ochrony własności, lepszego zaspokojenia potrzeb.
3. Postępowanie w przypadku odmowy wypisania z Zespołu regulują odrębne przepisy. Wnioski w tej sprawie nie podlegają rejestracji w księdze skarg i wniosków. Wniosek o wypisanie ze szpitala, pacjent lub jego opiekun prawny składa w dowolnej formie u ordynatora (kierownika) właściwego oddziału, co odnotowuje się w dokumentacji medycznej.
4. Skargi i wnioski mogą być wnoszone pisemnie, telegraficznie, za pomocą dalekopisu, telefaksu, poczty elektronicznej lub ustnie do protokołu.
5. W razie zgłoszenia skargi lub wniosku ustnie przyjmujący zgłoszenie sporządza protokół; protokół podpisują wnoszący skargę lub wniosek i przyjmujący zgłoszenie. W protokole zamieszcza się datę przyjęcia skargi lub wniosku, imię, nazwisko (nazwę) i adres zgłaszającego oraz zwięzły opis treści sprawy.
6. Przyjmujący skargę lub wniosek jest obowiązany potwierdzić ich złożenie, jeżeli tego zażąda wnoszący. Skargi i wnioski powinny być rozpatrzone i załatwione bez zbędnej zwłoki, nie później jednak niż w terminie 30 dni.
7. Skargi i wnioski niezawierające imienia i nazwiska (nazwy) oraz adresu wnoszącego pozostawia się bez rozpoznania.
8. Przyjmowanie i koordynowanie rozpatrywania skarg i wniosków powierza się sekretariatowi Dyrekcji. Rozpatrywanie skarg związanych z działalnością Zespołu powierza się z-cy dyrektora ds. medycznych lub innej osobie wyznaczonej przez dyrektora Zespołu.
9. Jeżeli wnoszący skargę lub wniosek jest niezadowolony z rozstrzygnięcia skargi lub wniosku przez z-cę dyrektora ds. medycznych lub inną osobę rozpatrującą, może złożyć skargę do dyrektora Zespołu.

10. Rozpatrujący skargę lub wniosek zawiadamia skarżącego bądź wnioskodawcę o sposobie załatwienia skargi lub wniosku.
11. Informację o dniach i godzinach przyjmowania interesantów w sprawie skarg i wniosków wywiesza się w miejscu ogólnodostępnym.
12. Dyrektor Zespołu, z-ca dyrektora ds. leczenia, ordynatorzy oraz kierownicy oddziałów przyjmują interesantów w sprawach skarg i wniosków w wyznaczonych dniach i godzinach pracy.
13. Zgłoszone skargi i wnioski powinny być rozpatrzone i załatwione z należytą starannością, wnikliwością i terminowo.
14. Załatwienie skargi lub wniosku powinno być poprzedzone rozpatrzeniem wszystkich okoliczności sprawy. Załatwienie polega na rozstrzygnięciu, wydaniu poleceń lub podjęciu innych stosownych środków, usunięciu stwierdzonych uchybień i w miarę możliwości przyczyn ich powstania oraz zawiadomieniu w sposób wyczerpujący skarżącego bądź zgłaszającego wniosek o wynikach rozpatrzenia, dokonanych rozstrzygnięciach, wydanych poleceniach lub podjętych środkach i działaniach.
15. Pracownik, który otrzymał skargę dotyczącą jego działalności, obowiązany jest przekazać ją niezwłocznie swojemu przełożonemu.
16. Skarga, która dotyczy określonej osoby, nie może być przekazana do rozpatrzenia tej osobie oraz osobie, wobec której pozostaje ona w stosunku nadrzędności służbowej.
17. Osoby załatwiające skargę lub wniosek są odpowiedzialne za ścisłe przestrzeganie przy ich rozpatrywaniu przepisów kodeksu postępowania administracyjnego, przepisów wydanych na jego podstawie oraz postanowień niniejszej instrukcji.
18. Skargi i wnioski wpływające do Zespołu oraz związane z nimi pisma należy rejestrować i przechowywać oddzielnie od innych spraw, w sposób ułatwiający kontrolę przebiegu i terminu ich załatwienia.
19. Ordynatorzy (kierownicy oddziałów) są zobowiązani do przekazywania przyjętych skarg i wniosków do sekretariatu Dyrekcji lub innej osobie wyznaczonej przez dyrektora Zespołu.
20. Do zadań sekretariatu Dyrekcji w zakresie całokształtu spraw związanych z przyjmowaniem i załatwianiem skarg i wniosków, należą:
 - 1) ewidencjonowanie w rejestrze wpływających skarg i wniosków;
 - 2) czuwanie nad terminowością załatwiania skarg i wniosków;
 - 3) sygnalizowanie osobie rozpatrującej skargi lub wnioski nieprawidłowości w załatwianiu skarg i wniosków,
 - 4) sygnalizowanie nasilonych lub ujemnych zjawisk wynikających ze skarg i wniosków.
21. Ordynator (kierownik oddziału) dokonuje raz w roku analizy przyjmowania i załatwiania skarg i wniosków, które zostały przekazane mu do rozpatrzenia oraz dostarcza dyrektorowi Zespołu w terminie do 15 stycznia każdego roku zestawienie załatwionych skarg i wniosków oraz zestawienie przyjęć interesantów za rok poprzedni.
22. W sprawozdaniu składanym do dyrektora Zespołu przez ordynatorów (kierowników oddziałów) należy w szczególności omówić problematykę skarg i wniosków, podać dane skarżącego bądź składającego wniosek, datę przyjęcia skargi lub wniosku oraz sposób ich rozpatrzenia.

§ 62.

1. Poza dyrektorem Zespołu prawo do podpisywania pism wychodzących w obszarze wynikającym z zakresu obowiązków lub na podstawie stosownego upoważnienia mają:
 - 1) Z-ca dyrektora ds. medycznych;
 - 2) Główny księgowy;
 - 3) Ordynatorzy/kierownicy oddziałów.
2. Pozostała kadra kierownicza podpisuje pisma wychodzące na podstawie upoważnienia udzielonego im przez dyrektora Zespołu.
3. Upoważnienia do działania w swoim imieniu w zakresie dozwolonym obowiązującymi przepisami może udzielić każdy kierownik komórki organizacyjnej, po akceptacji bezpośredniego przełożonego, składając pisemne oświadczenie, szczegółowo precyzujące rodzaj, zakres i termin ważności upoważnienia.

§ 63.

Przy Zespole działa Rada Społeczna, która jest organem inicjującym i opiniodawczym podmiotu, który utworzył Zespół, oraz organem doradczym dyrektora Zespołu i działa na podstawie obowiązujących przepisów.

§ 64.

1. Zadania pomocnicze w stosunku do dyrektora wykonuje niżej wymieniona kadra kierownicza:
 - 1) ordynatorzy oddziałów;
 - 2) kierownicy: zakładów, oddziałów, poradni, pracowni, Izby Przyjęć, działów, sekcji i innych komórek organizacyjnych;
 - 3) przełożona pielęgniarek;
 - 4) pielęgniarki oddziałowe.
2. Do wspólnych zadań kadry kierowniczej wymienionej w ust. 1 należy w szczególności:
 - 1) kierowanie działalnością komórki, zgodnie z obowiązującymi przepisami, wytycznymi i poleceniami dyrektora;
 - 2) ustalanie zadań dla poszczególnych komórek organizacyjnych oraz zakresów czynności, obowiązków i odpowiedzialności dla bezpośrednio podległych pracowników;
 - 3) nadzór nad prawidłowym, zgodnym z prawem i terminowym wykonywaniem zadań przez podległych pracowników;
 - 4) nadzór nad przestrzeganiem przez pracowników dyscypliny pracy oraz przepisów o zabezpieczeniu tajemnicy państwowej, służbowej i danych osobowych;
 - 5) ochrona powierzonego mienia, sprzętu, urządzeń oraz majątku będącego na wyposażeniu podległej komórki organizacyjnej;
 - 6) odpowiedzialność za bezpieczeństwo i higienę pracy oraz egzekwowanie przestrzegania przepisów p.poż. przez podległych pracowników;
 - 7) organizowanie okresowych narad oraz szkoleń wewnętrznych w zakresie ukazujących się przepisów prawnych i innej tematyki dotyczącej pracy podległych pracowników.
3. Kierownicy komórek organizacyjnych oraz pracownicy na samodzielnych stanowiskach sprawujący, i wykonujący funkcję związaną z odpowiedzialnością materialną, ponoszą odpowiedzialność na zasadach określonych odrębnymi przepisami, niezależnie od odpowiedzialności służbowej.

§ 65.

1. W Zespole mogą być powoływane i działać komisje, komitety i zespoły problemowe/zadaniowe tworzone celem załatwiania stałych lub terminowych spraw wynikających z przepisów prawa lub konieczności rozwiązywania problemów wykraczających poza zakres działania jednej komórki organizacyjnej.
2. Komisje, komitety i zespoły zadaniowe powoływane są w drodze zarządzenia dyrektora Zespołu określającego w szczególności:
 - 1) cel i przedmiot działania, zadania;
 - 2) skład personalny lub stanowiskowy, w tym przewodniczącego;
 - 3) termin wykonania zadania;
 - 4) termin przedkładania wniosków i propozycji, analiz, sprawozdań itp.
3. Informacja o powołaniu komisji, komitetu lub zespołu problemowego/zadaniowego jest podawana do wiadomości zainteresowanych oraz ich bezpośrednich przełożonych.
4. Uczestnictwo w pracach komisji, komitetu lub zespołu problemowego/zadaniowego nie zwalnia od obowiązku realizacji zadań określonych w zakresie czynności pracownika, chyba że decyzja o utworzeniu komisji lub zespołu stanowi inaczej.

§ 66.

1. Prawo posiadania pieczętek służbowych przysługuje:
 - 1) dyrektorowi;
 - 2) z-cy dyrektora ds. medycznych;
 - 3) kadrze kierowniczej;
 - 4) innym pracownikom na podstawie decyzji dyrektora lub przepisów prawa powszechnie obowiązującego.
2. Pieczętka imienna powinna zawierać, w szczególności imię i nazwisko, aktualne stanowisko służbowe zgodne z obowiązującym schematem organizacyjnym.
3. Pisma wychodzące na zewnątrz Zespołu powinny być przygotowywane na papierze firmowym.
4. Wszelkie pisma powinny zawierać sformułowanie „sprawę prowadzi”, imię nazwisko, stanowisko osoby prowadzącej sprawę oraz dane kontaktowe.

§ 67.

1. Działalnością komórek organizacyjnych Zespołu kieruje kadra kierownicza, która odpowiada za właściwą i terminową realizację zadań, sprawną organizację oraz należytą dyscyplinę pracy w kierowanej przez siebie komórce organizacyjnej.

2. Oprócz szczegółowych zadań wynikających z zakresu działania komórki kadra kierownicza zobowiązana jest w szczególności do:
- 1) planowania, organizowania, koordynowania i kontroli pracy podległych pracowników;
 - 2) przestrzegania przepisów prawa;
 - 3) ochrony tajemnicy służbowej, tajemnicy zawodowej oraz ochrony danych osobowych;
 - 4) podejmowania inicjatywy w celu zwiększenia efektywności działania kierowanej komórki;
 - 5) organizowania i prowadzenia szkoleń dla podległego personelu w zakresie zadań własnej komórki organizacyjnej;
 - 6) współpracy z innymi jednostkami/komórkami w zakresie wspólnie realizowanych zadań;
 - 7) dbałości o mienie Zespołu oraz dobry wizerunek Zespołu;
 - 8) niezwłocznego przekazywania do sekretariatu Dyrekcji oryginałów dokumentacji z kontroli przeprowadzonych przez podmioty zewnętrzne;
 - 9) monitorowania i nadzoru zawartych przez Zespół umów;
 - 10) przekazywania dyrektorowi Zespołu informacji o niemożliwości wykonania obowiązku pracy zgodnie z przepisami bhp i p.poż.

§ 68.

Kadrze kierowniczej przysługują w szczególności następujące uprawnienia:

- 1) wynikające z przepisów prawa pracy, obowiązujących regulaminów, w tym regulaminu pracy oraz innych przepisów szczegółowych;
- 2) posiadanie ściśle i jasno określonego przez przełożonego zakresu zadań, obowiązków, odpowiedzialności i uprawnień związanych z zajmowanym stanowiskiem;
- 3) dostęp do informacji niezbędnych do podejmowania decyzji i realizowania zadań;
- 4) uprawnienie do odwołania się od decyzji bezpośredniego przełożonego do przełożonego wyższego szczebla;
- 5) wnioskowanie m.in. w sprawach szkoleń, przeszerogowań i awansowania, a także w sprawach karnania, przeniesienia lub zwolnienia podległych pracowników;
- 6) proponowanie zastępstw zapewniających wykonywanie zadań;
- 7) udzielanie urlopów, po uprzednim uzyskaniu zgody przez pracodawcę, zgodnie z planem urlopów zatwierdzonym przez pracodawcę oraz opiniowanie wniosków urlopowych pracowników poza planem urlopów;
- 8) zgłaszanie wniosków dotyczących usprawnienia działalności zarówno komórki podległej jak i pozostałych.

§ 69.

1. Każdy kierujący komórką organizacyjną ponosi odpowiedzialność w szczególności za:
 - 1) właściwe organizowanie i kierowanie pracami podległej komórki;
 - 2) prawidłowe planowanie i kontrolowanie realizacji zadań ustalonych dla danej komórki w sposób zapewniający terminowe i właściwe ich wykonanie;
 - 3) przekazywanie informacji zapewniających prawidłowe funkcjonowanie komórki oraz prawidłową i terminową realizację nałożonych zadań;
 - 4) należyłą jakość pracy;
 - 5) politykę szkoleniową podległych pracowników;
 - 6) dyscyplinę pracy podległych pracowników;
 - 7) rzetelne i terminowe opracowywanie informacji i sprawozdań z zakresu działania komórki i przekazywanie ich bezpośredniemu przełożonemu oraz opracowywanie innych dokumentów wynikających z realizowanych umów;
 - 8) prawidłowe zabezpieczenie mienia i jego ochronę;
 - 9) prawidłowy obieg dokumentacji;
 - 10) zapewnienie warunków pracy zgodnie z przepisami bhp i p.poż.;
 - 11) zachowanie w tajemnicy informacji powziętych w związku z pełnieniem obowiązków służbowych, w tym tajemnicy zawodowej.
2. Kierownika komórki organizacyjnej w przypadku jego nieobecności zastępuje zastępca lub wyznaczony przez niego pracownik, za zgodą bezpośredniego przełożonego.

§ 70.

Podziału zadań pomiędzy poszczególnych pracowników komórki dokonuje kadra kierownicza.

Rozdział XII

Organizacja i zadania poszczególnych komórek organizacyjnych zakładów leczniczych podmiotu leczniczego oraz warunki współdziałania tych komórek dla zapewnienia sprawnego i efektywnego funkcjonowania podmiotu pod względem diagnostyczno-leczniczym, pielęgnacyjnym, rehabilitacyjnym i administracyjno-gospodarczym

§ 71.

Współpraca pomiędzy komórkami organizacyjnymi Zespołu oparta jest na następujących zasadach:

- 1) komórki organizacyjne zobowiązane są do współdziałania, w zakresie co najmniej niezbędnym do zapewnienia wykonania i koordynacji zadań;
- 2) w przypadku opracowywania, uzgadniania lub opiniowania spraw wchodzących w zakres kompetencji kilku komórek organizacyjnych obowiązuje zasada, że prowadzenie tych spraw należy do komórki koordynującej, którą wyznacza dyrektor Zespołu lub osoba przez niego wskazana;
- 3) komórki współpracujące przygotowują i przekazują komórce koordynującej niezbędne materiały, informacje, wyjaśnienia, ekspertyzy i opinie konieczne do opracowania danej sprawy;
- 4) komórka koordynująca jest zobowiązana do rozpatrzenia opinii i stanowisk komórek współpracujących przy formułowaniu ostatecznego stanowiska;
- 5) opinie, wnioski i decyzje komórki organizacyjnej wymagają akceptacji jej kierownika lub osób przez niego upoważnionych.

§ 72.

1. Zadania i kompetencje dyrektora:

- 1) wykonuje funkcję pracodawcy w stosunku do wszystkich pracowników;
- 2) odpowiada za realizację zadań statutowych;
- 3) odpowiada za dostępność i poziom udzielanych świadczeń zdrowotnych;
- 4) wykonuje funkcję głównego dysponenta środków finansowych i odpowiada za właściwe prowadzenie polityki finansowo-księgowej;
- 5) wydaje zarządzenia, decyzje i inne wytyczne dotyczące funkcjonowania i działalności Zespołu;
- 6) upoważnia swojego zastępcę lub kierowników do wydawania decyzji w jego imieniu, w ustalonym zakresie spraw, nie zastrzeżonych do jego wyłącznej kompetencji;
- 7) zawiera kontrakty o udzielanie świadczeń zdrowotnych z dysponentami środków publicznych;
- 8) sprawuje nadzór nad organizacją i systemem pracy pracowników;
- 9) zapewnia sprawne funkcjonowanie Zespołu, w tym właściwe warunki pracy i wyposażenie techniczne;
- 10) realizuje zadania polityki personalnej, dba o należyty dobór pracowników i podnoszenie ich kwalifikacji;
- 11) odpowiada za bezpieczeństwo i higienę pracy oraz zabezpieczenie p.poż.;
- 12) nadzoruje sprawy socjalne pracowników;
- 13) czuwa nad wdrażaniem systemów informatycznych i unowocześnianiem technik pracy biurowej;
- 14) zapewnia sprawną organizację obsługi interesantów, przestrzegając trybu i terminów załatwiania spraw zgodnie z k.p.a.;
- 15) zapewnia właściwą obsługę prawną;
- 16) nadzoruje sprawy dotyczące przestrzegania tajemnicy powziętej w związku z wykonywaniem obowiązków służbowych, w tym tajemnicy zawodowej oraz ochrony danych osobowych;
- 17) współpracuje z organizacjami związkowymi i samorządowymi;
- 18) współpracuje z Radą Społeczną, jako organem inicjującym i opiniodawczym;
- 19) ustala Regulamin organizacyjny Zespołu;
- 20) wykonuje inne zadania określone w obowiązujących przepisach prawa.

2. Dyrektor Zespołu nadzoruje bezpośrednio pracę:

- 1) zastępcy dyrektora ds. medycznych;
- 2) kierownika Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego;
- 3) głównego księgowego;
- 4) kierownika Działu Kadr i Płac;
- 5) kierownika Działu Administracyjno-Gospodarczego;
- 6) Sekcji Informatyki;
- 7) kierownika Sekcji Zamówień Publicznych;
- 8) radcy prawnego;

- 9) inspektora BHP;
- 10) inspektora p.poż.;
- 11) inspektora ds. Obronności i Obrony Cywilnej;
- 12) inspektora Ochrony Danych Osobowych;
- 13) kapelana.

§ 73.

1. Zadania i kompetencje zastępcy dyrektora ds. medycznych:

- 1) czuwa nad organizacją i realizacją całości zadań medycznych Zespołu;
 - 2) nadzoruje tryb przyjmowania chorych do Zespołu;
 - 3) czuwa nad prawidłowym udzielaniem świadczeń zdrowotnych i realizacją procedur medycznych;
 - 4) współdziała z przełożoną pielęgniarką, ordynatorami i kierownikami podległych mu komórek oraz udziela im pomocy organizacyjnej i merytorycznej w wykonywaniu zadań i podnoszeniu poziomu jakości świadczeń zdrowotnych;
 - 5) dba o rozszerzanie zakresu świadczeń niezbędnych dla zabezpieczenia potrzeb zdrowotnych ludności na obszarze działania Zespołu oraz zapewnienie dostępności do tych świadczeń;
 - 6) nadzoruje właściwe zaopatrzenie Zespołu w leki i materiały opatrunkowe, sprzęt i aparaturę medyczną;
 - 7) nadzoruje pracę komitetu terapeutycznego;
 - 8) nadzoruje pracę komitetu zakażeń szpitalnych oraz zespołu zakażeń szpitalnych;
 - 9) ustala skład konsyliów lekarskich na wniosek ordynatora;
 - 10) współpracuje w zakresie opiniowania programów remontów w celu poprawy warunków udzielania świadczeń zdrowotnych i warunków pracy personelu medycznego;
 - 11) uczestniczy w opracowywaniu planów i programów działania oraz sprawozdań z realizacji zadań nadzorowanych komórek organizacyjnych;
 - 12) czuwa nad stanem zatrudnienia wyższego personelu medycznego i podnoszeniem jego kwalifikacji;
 - 13) czuwa nad prawidłowym przebiegiem specjalizacji lekarzy zatrudnionych w Zespole;
 - 14) sprawuje łącznie z ordynatorami i kierownikami oddziałów, nadzór nad pracą lekarzy stażystów;
 - 15) czuwa nad właściwym i terminowym rozpatrywaniem wnoszonych do Zespołu skarg i wniosków;
 - 16) sprawuje nadzór nad dokumentacją medyczną i przeprowadza systematyczne kontrole historii chorób i pozostałej dokumentacji fachowej;
 - 17) dokonuje okresowych obchodów Szpitala, zwracając szczególną uwagę na stan sanitarno-higieniczny oddziałów i pomieszczeń pomocniczych;
 - 18) wykonuje inne zadania wynikające z obowiązujących przepisów prawa oraz zlecone przez bezpośredniego przełożonego.
2. Zastępca dyrektora ds. medycznych nadzoruje bezpośrednio pracę:
- 1) przełożonej pielęgniarki;
 - 2) ordynatorów i kierowników oddziałów;
 - 3) kierownika Poradni Terapii Uzależnienia od Alkoholu i Współuzależnienia;
 - 4) koordynatora Poradni Psychologicznej dla Dzieci i Młodzieży;
 - 5) Izby Przyjęć;
 - 6) kierownika Sekcji Statystyki Medycznej i Dokumentacji Chorych;
 - 7) kierownika Laboratorium Analitycznego;
 - 8) kierownika Działu Farmacji Szpitalnej;
 - 9) Zespołu Poradni i Pracowni i ich kierowników i koordynatorów;
 - 10) pielęgniarki epidemiologicznej.

§ 74.

1. Zadania i kompetencje głównego księgowego:

- 1) sporządzanie rocznych planów finansowych i analiz ekonomicznych;
- 2) wnioskowanie w sprawie zmiany planu;
- 3) udział w tworzeniu programów restrukturyzacji;
- 4) współudział w opracowywaniu planów inwestycyjnych;
- 5) sporządzanie rocznych sprawozdań z realizacji planu finansowego i inwestycyjnego;
- 6) współkreowanie polityki finansowej Zespołu związanej z przeznaczeniem oraz zabezpieczeniem środków na realizację zadań;
- 7) opracowywanie zakładowego planu kont;
- 8) organizowanie prawidłowego prowadzenia rachunkowości Zespołu;

- 9) nadzorowanie prowadzenia gospodarki finansowo-księgowej Zespołu zgodnie z obowiązującymi przepisami;
 - 10) opracowywanie zasad gospodarki kasowej;
 - 11) opracowywanie zasad rachunku kosztów z uwzględnieniem obowiązujących przepisów w tym zakresie oraz potrzeb Zespołu;
 - 12) prowadzenie rozliczenia z dostawcami i odbiorcami, budżetem, ZUS itp.;
 - 13) opracowywanie zasad obiegu i kontroli dokumentów finansowo-księgowych;
 - 14) kontrolowanie wykorzystania środków finansowych przeznaczonych na inwestycje;
 - 15) dokonywanie okresowych ocen wykonania zadań, dochodów i wydatków;
 - 16) ponoszenie odpowiedzialności za prawidłowe sporządzanie sprawozdawczości finansowo-księgowej i właściwe przechowywanie dokumentacji;
 - 17) nadzorowanie i koordynowanie prac w zakresie inwentaryzacji składników majątkowych;
 - 18) egzekwowanie od pracowników innych komórek organizacyjnych udzielania niezbędnych informacji i wyjaśnień oraz usunięcia w wyznaczonym terminie stwierdzonych nieprawidłowości;
 - 19) określanie zasad, według których mają być wykonane przez inne komórki organizacyjne prace niezbędne do zapewnienia prawidłowości gospodarki finansowej oraz księgowości, kalkulacji kosztów oraz sprawozdawczości finansowej;
 - 20) współpracowanie ze wszystkimi komórkami organizacyjnymi Zespołu oraz podmiotami gospodarczymi i instytucjami działającymi na rzecz Zespołu;
 - 21) wnioskowanie w sprawach związanych z zatrudnianiem i zwalnianiem oraz nagradzaniem, awansowaniem, premiowaniem i karaniem podległych pracowników;
 - 22) wykonywanie innych zadań wynikających z obowiązujących przepisów prawa oraz zleconych przez bezpośredniego przełożonego.
2. Główny księgowy nadzoruje bezpośrednio pracę podległych pracowników Działu Księgowości.

§ 75.

Zadania i kompetencje przełożonej pielęgniarek:

- 1) sprawuje merytoryczny nadzór nad pracą pielęgniarek oraz personelu pomocniczego i jest odpowiedzialna za zagwarantowanie kompleksowej opieki pielęgniarskiej na odpowiednio wysokim poziomie;
- 2) podlega służbowo zastępcy dyrektora ds. medycznych;
- 3) sprawuje swoją funkcję przy pomocy pielęgniarek oddziałowych i pielęgniarek koordynujących pracę w wyodrębnionych komórkach organizacyjnych Zespołu;
- 4) sprawuje merytoryczny nadzór nad wewnętrznym transportem sanitarnym;
- 5) przełożonej pielęgniarek bezpośrednio podlegają:
 - 1) dietetyk;
 - 2) pielęgniarka Ambulatorium Ogólnego;
 - 3) pracownik magazynu medycznego;
 - 4) sprzątaczkę.

§ 76.

Do podstawowych zadań przełożonej pielęgniarek należy:

- 1) zapewnienie fachowego poziomu opieki pielęgniarskiej i innych świadczeń realizowanych przez pielęgniarki i personel pomocniczy;
- 2) określanie rodzaju i warunków udzielania świadczeń przez nadzorowany personel zgodnie z realizowanymi celami i zadaniami Zespołu poprzez:
 - a) planowanie zadań optymalizujących poziom udzielanych świadczeń,
 - b) współdziałanie w planowaniu zatrudnienia i czuwanie nad właściwym rozmieszczeniem kadry pielęgniarskiej i personelu pomocniczego,
 - c) wdrażanie programów zapewniających odpowiednią jakość udzielanych świadczeń we współpracy z zastępcą dyrektora ds. medycznych, ordynatorami i kierownikami oddziałów,
 - d) planowanie zakupów wyposażenia, materiałów i sprzętu niezbędnego do prawidłowej opieki nad pacjentami;
- 3) diagnozowanie i rozwiązywanie problemów organizacyjnych Zespołu w celu zapewnienia sprawnej opieki pielęgniarskiej nad pacjentami;
- 4) zatwierdzanie, w porozumieniu z kierownikami właściwych komórek organizacyjnych, rozkładu zmian pracy (dyżurów) opracowanych przez pielęgniarki oddziałowe;
- 5) ustalanie zastępstw na okres urlopów i nieobecności pielęgniarek i personelu pomocniczego oraz podległego;
- 6) współorganizowanie opieki zdrowotnej profilaktycznej i leczniczej nad pracownikami;
- 7) systematyczne ocenianie jakości świadczonej pracy pielęgniarek i personelu pomocniczego;

- 8) współpraca i nadzór nad pracą dietetyka przy ustalaniu systemu obsługi chorych w zakresie żywienia w oddziałach Zespołu;
- 9) organizowanie doskonalenia zawodowego pielęgniarek i personelu pomocniczego;
- 10) współuczestniczenie w sprawach związanych z zatrudnianiem, zwalnianiem, awansowaniem, karaniem, nagradzaniem i premiowaniem podległego i nadzorowanego personelu;
- 11) rozpatrywanie wniosków i skarg składanych przez nadzorowany personel, współpracowników i pacjentów;
- 12) kontrola pod względem merytorycznym faktur i rachunków za dostawy sprzętu jednorazowego użytku, środków ochrony indywidualnej, środków dezynfekcyjnych, zaopatrzenia medycznego przyjmowanych przez magazyn medyczny;
- 13) przygotowywanie zamówień i czuwanie nad realizacją zamówień sprzętu jednorazowego użytku, środków ochrony indywidualnej, środków dezynfekcyjnych, zaopatrzenia medycznego i zaopatrzenia w artykuły czystościowe;
- 14) nadzór nad magazynem medycznym;
- 15) współpraca z innymi komórkami organizacyjnymi Zespołu w celu zapewnienia właściwych warunków do realizacji świadczeń opiekuńczych.

§ 77.

1. Działem Kadr i Płac kieruje kierownik, który sprawuje bezpośredni nadzór nad pracą podległych pracowników.
2. Dział Kadr i Płac obejmuje Sekcję Kadr i Sekcję Płac.
3. Kierownik Działu Kadr i Płac podlega służbowo dyrektorowi Zespołu.
4. Kierownika Działu Kadr i Płac w czasie jego nieobecności zastępuje zastępca kierownika Działu Kadr i Płac lub inna osoba wyznaczona przez kierownika Działu Kadr i Płac.

§ 78.

Do podstawowych zadań Działu Kadr i Płac należy:

- 1) współdziałanie w ustalaniu i utrzymaniu optymalnego poziomu i struktury zatrudnienia;
- 2) ułatwianie osiągnięcia celów organizacyjnych poprzez:
 - a) zapewnienie odpowiedniej liczby pracowników,
 - b) przyjmowanie, zatrudnianie, troska o odpowiednio wykwalifikowanych pracowników na wszystkich stanowiskach, którzy zdolni są do wykonywania przypisanych zadań zgodnie z celami Zespołu;
- 3) dobór i rekrutacja kandydatów do zatrudnienia;
- 4) diagnozowanie aktualnych i prognozowanie przyszłych potrzeb kadrowych Zespołu;
- 5) przedkładanie danych dotyczących wielkości rezerw, zatrudnienia oraz kierunków i sposobów właściwego ich wykorzystania;
- 6) koordynowanie działalności obejmującej rozwój zawodowy pracowników;
- 7) nadzorowanie szkoleń i doskonalenia zawodowego personelu, w tym również kadry kierowniczej;
- 8) doradztwo w sprawach pracy, w tym również dla odchodzących pracowników;
- 9) kontrola przestrzegania obowiązujących przepisów z zakresu dyscypliny pracy pracowników;
- 10) prowadzenie akt osobowych i bazy danych personalnych pracowników w systemie kadrowo-płacowym (bieżąca ewidencja danych osobowych oraz przechowywanie danych archiwalnych);
- 11) prowadzenie spraw związanych z udzielaniem urlopów, zwolnień od pracy, wyjazdów służbowych oraz innych z tego zakresu;
- 12) prowadzenie ewidencji czasu pracy zgodnie z przepisami prawa pracy;
- 13) sporządzanie dokumentacji dotyczącej przyznawania nagród jubileuszowych za staż pracy zgodnie z obowiązującym regulaminem wynagradzania;
- 14) przygotowywanie i rozliczanie umów o pracę, umów zleceń i innych;
- 15) naliczanie wynagrodzenia za pracę pracowników oraz sporządzanie list płac na podstawie raportów kadrowo-płacowych;
- 16) dokonywanie potrąceń z wynagrodzenia zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami oraz na podstawie tytułów wykonawczych;
- 17) wykonywanie zadań wynikających z ustawy o ubezpieczeniach społecznych, emerytalnych i rentowych, zdrowotnych;
- 18) prowadzenie dokumentacji rozliczającej świadczenia określone w przepisach z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa oraz przesyłania do ZUS;
- 19) pobieranie zaliczki na podatek dochodowy od osób fizycznych i terminowe rozliczanie deklaracji podatkowych;
- 20) sporządzanie rozliczeń rocznych podatku dochodowego od osób fizycznych (PIT);

- 21) wypełnianie dokumentów i prowadzenie rozliczeń związanych ze świadczeniami PZU;
- 22) prowadzenie kartoteki wynagrodzeń pracowników oraz rozliczanie wynagrodzeń wg miejsca powstawania kosztów;
- 23) przekazywanie zakończonej dokumentacji kadrowo-płacowej do Składnicy Akt;
- 24) sporządzanie wszelkich dokumentów związanych z przebiegiem zatrudnienia, w szczególności świadectw pracy, zaświadczeń dla celów emerytalnych i rentowych oraz innych zaświadczeń o zatrudnieniu i zarobkach pracowników;
- 25) sporządzanie sprawozdań z zatrudnienia i funduszu płac;
- 26) współudział w tworzeniu systemów wynagradzania za pracę;
- 27) opracowywanie planów zakładowego funduszu świadczeń socjalnych w uzgodnieniu z organizacjami związkowymi;
- 28) administrowanie Zakładowym Funduszem Świadczeń Socjalnych;
- 29) współpraca ze wszystkimi komórkami organizacyjnymi Zespołu;
- 30) współpraca z innymi podmiotami w celu realizacji zadań.

§ 79.

1. Działem Księgowości kieruje główny księgowy.
2. Głównego księgowego zastępuje zastępca lub wyznaczony przez głównego księgowego pracownik.

§ 80.

Do podstawowych zadań Działu Księgowości należy:

- 1) prowadzenie ksiąg rachunkowych Zespołu zgodnie z obowiązującymi przepisami oraz uregulowaniami wewnętrznymi;
- 2) kontrola pod względem formalnym i rachunkowym dokumentów księgowych (faktur, rachunków);
- 3) kwalifikowanie sprawdzonych dokumentów księgowych do ujęcia w księgach rachunkowych;
- 4) dokonywanie księgowania zatwierdzonych operacji finansowych;
- 5) rozliczanie kosztów w miejscach ich powstawania;
- 6) sporządzanie zestawień ponoszonych kosztów na poszczególne komórki organizacyjne;
- 7) dokonywanie rozliczeń finansowych z dostawcami i odbiorcami dostaw, robót i usług;
- 8) przekazywanie środków finansowych na indywidualne konta pracowników z tytułu wynagrodzeń, potrąceń z list płac oraz pożyczek i zapomóg z ZFŚS;
- 9) prowadzenie rozliczeń finansowych z tytułu podatków, opłat i składek na rzecz ZUS;
- 10) ewidencja i rozliczanie udzielonych zaliczek na zakupy gotówkowe;
- 11) prowadzenie obsługi kasowej;
- 12) dokonywanie bieżącej analizy należności i zobowiązań;
- 13) prowadzenie procedury windykacji należności;
- 14) sporządzanie okresowych sprawozdań budżetowych i informacji finansowych;
- 15) dokonywanie miesięcznych uzgodnień stanów zapasów magazynowych z ewidencją księgową;
- 16) rozliczanie inwentaryzacji składników majątku Zespołu;
- 17) współpraca z Działem Administracyjno-Gospodarczym w zakresie ustalania opłat za media;
- 18) prowadzenie dokumentacji związanej z depozytami pieniężnymi i rzeczowymi pacjentów;
- 19) sporządzanie zestawienia obrotów i sald w okresach miesięcznych;
- 20) prowadzenie dokumentacji związanej z podatkiem VAT (rejstry, deklaracje);
- 21) sporządzanie miesięcznych i rocznych deklaracji PFRON;
- 22) ustalanie przychodów i kosztów zgodnie z obowiązującymi przepisami w zakresie podatku dochodowego od osób prawnych oraz sporządzanie deklaracji CIT;
- 23) sporządzanie sprawozdania finansowego w części dotyczącej not do informacji dodatkowej.

§ 81.

1. Działem Administracyjno-Gospodarczym kieruje kierownik, który sprawuje bezpośredni nadzór nad pracą podległych pracowników Działu w tym pracownika magazynu technicznego, kierowników podległych sekcji.
2. W Dziale Administracyjno-Gospodarczym wyodrębnia się następujące sekcje:
 - 1) Składnica Akt;
 - 2) Sekcja Gospodarcza;
 - 3) Sekcja Techniczna;
3. Kierownik Działu Administracyjno-Gospodarczego podlega służbowo dyrektorowi Zespołu.
4. Sekcjami wchodzącymi w skład Działu kierują kierownicy sekcji, którzy nadzorują pracę podległych pracowników.

5. Kierownika Działu Administracyjno-Gospodarczego, w czasie jego nieobecności, zastępuje zastępca kierownika Działu Administracyjno-Gospodarczego lub inna osoba wyznaczona przez kierownika Działu.
6. Z-ca kierownika Działu Administracyjno-Gospodarczego odpowiada za całość spraw eksploatacyjno-gospodarczych oraz z zakresu ochrony środowiska i marketingu.

§ 82.

Do podstawowych zadań Działu Administracyjno-Gospodarczego należy w szczególności:

- 1) nadzór nad prawidłową eksploatacją nieruchomości, urządzeń energetycznych, techniczno-gospodarczych oraz nad gospodarką wodno-ściekową, gospodarką odpadami;
- 2) nadzór przebiegu prac remontowo-modernizacyjnych prowadzonych na terenie obiektów Zespołu;
- 3) nadzór spraw związanych z przygotowaniem i opracowywaniem dokumentacji dotyczącej remontów i inwestycji;
- 4) współpraca z inspektorami nadzoru budowlanego oraz innymi osobami uprawnionymi do nadzoru technicznego w zakresie kontroli wykonawstwa robót;
- 5) ustalanie planów przeglądów i konserwacji urządzeń, instalacji technicznych oraz współuczestnictwo w wyborze wykonawców tych prac, zgodnie z obowiązującą procedurą w tym zakresie;
- 6) opracowywanie planów remontów, planów inwestycyjnych, zaopatrzenia dla potrzeb Zespołu;
- 7) bieżący nadzór nad prowadzeniem właściwej gospodarki magazynowej z wyłączeniem magazynu medycznego;
- 8) sporządzanie inwentaryzacji składników majątkowych w terminach ustalonych zarządzeniem dyrektora oraz dokonywanie okresowych uzgodnień stanów zewidencjonowanych ze stanami księgowymi;
- 9) znakowanie środków trwałych oraz wyposażenia z podziałem na poszczególne komórki organizacyjne;
- 10) prowadzenie ewidencji ilościowo-wartościowej materiałów zakupionych i wydanych do dyspozycji komórek organizacyjnych;
- 11) sporządzanie zestawień przychodów i rozchodów i stanów magazynowych;
- 12) sporządzanie planu amortyzacji, gospodarowanie środkami trwałymi;
- 13) współpraca z Działem Księgowości w zakresie ustalania opłat za media;
- 14) wystawianie faktur za wykonane usługi;
- 15) kontrola pod względem merytorycznym faktur i rachunków, z wyłączeniem faktur za leki i artykuły medyczne;
- 16) opisywanie faktur i rachunków oraz ich rozliczanie pod względem kosztowym na poszczególne komórki organizacyjne;
- 17) prowadzenie spraw związanych z najmem i dzierżawą nieruchomości;
- 18) dokonywanie końcowych rozliczeń skasowanego sprzętu i wyposażenia;
- 19) współpraca z podmiotami gospodarczymi świadczącymi usługi pralnicze, dezynfekcyjne, remontowo-techniczne oraz w zakresie żywienia pacjentów, zabezpieczenia mienia, utrzymania porządku i czystości, gospodarki odpadami, a także ocena jakości wykonywanych usług wynikających z zawartych umów;
- 20) nadzór nad właściwą i racjonalną gospodarką zasobami mieszkaniowymi Zespołu;
- 21) koordynacja działań interwencyjnych w sytuacjach awaryjnych;
- 22) sporządzanie dokumentacji administracyjnej i statystycznej obejmującej całość spraw powierzonych do realizacji;
- 23) obsługa kancelaryjna i archiwalna;
- 24) wnioskowanie w sprawach dotyczących usprawniania funkcjonowania Zespołu i inicjowanie realizacji zadań na rzecz ochrony środowiska;
- 25) kontrolowanie stanu sanitarno-higienicznego Zespołu i jego bezpośredniego otoczenia;
- 26) nadzór nad przestrzeganiem przepisów w zakresie bezpieczeństwa i higieny pracy oraz nad zaopatrzeniem pracowników w odzież ochronną;
- 27) wnioskowanie w sprawach związanych z zatrudnianiem i zwalnianiem podległych pracowników;
- 28) wnioskowanie w sprawach związanych z nagradzaniem, awansowaniem, premiovaniem i karaniem podległych pracowników;
- 29) podejmowanie działań promocyjnych w zakresie udzielanych przez Zespół świadczeń zdrowotnych;
- 30) analiza rynku usług medycznych;
- 31) udział w planowaniu, inicjowaniu i nadzorowaniu przebiegu zmian systemów organizacyjnych Zespołu, w uzasadnionych interesami Zespołu zakresach, wynikających z uwarunkowań formalno-prawnych i analizy rynku usług medycznych;
- 32) sporządzanie dokumentacji regulującej i normującej zasady działalności w ustalonych zakresach;
- 33) udział w prowadzeniu spraw dotyczących opracowywania i wdrażania do stosowania oraz aktualizowania w razie potrzeby wewnętrznych aktów normatywnych, w szczególności:

- a) regulaminów koniecznych do sprawnego funkcjonowania Zespołu, w tym Regulaminu organizacyjnego, schematu organizacyjnego,
 - b) zarządzeń wewnętrznych dyrektora,
 - c) instrukcji, rejestrów;
- 34) udział w gromadzeniu i ewidencjonowaniu przepisów regulujących działalność Zespołu oraz wdrażanie do realizacji wytycznych i zaleceń wynikających z tych przepisów;
 - 35) sporządzanie sprawozdawczości i informacji dla potrzeb Zespołu, organu założycielskiego i innych uprawnionych podmiotów z zakresu zadań Działu;
 - 36) współpraca z Sekcją Informatyki w zakresie promocji działań Zespołu poprzez wykorzystanie zastosowań teleinformatycznych (www, e-mail).

§ 83.

Do podstawowych zadań radcy prawnego należy:

- 1) prowadzenie obsługi prawnej Zespołu w celu zapewnienia jego właściwego funkcjonowania;
- 2) opracowywanie, analizowanie i opiniowanie, pod względem prawnym, otrzymanych od kierowników komórek organizacyjnych i samodzielnych pracowników projektów umów, wewnętrznych aktów normatywnych, w tym w szczególności zarządzeń, regulaminów, procedur, wzorów decyzji, wytycznych;
- 3) udzielanie ustnych porad i wydawanie opinii prawnych związanych z działalnością Zespołu oraz opracowywanie wyjaśnień w zakresie stosowania prawa na żądanie kierowników komórek organizacyjnych i samodzielnych stanowisk pracy;
- 4) występowanie w imieniu dyrektora Zespołu w sprawach przed sądami powszechnymi oraz organami administracji rządowej i samorządowej.

§ 84.

1. Sekcją Informatyki kieruje informatyk, który sprawuje nadzór nad całością spraw związanych z informatyzacją i rozwojem systemów komputerowych dla potrzeb Zespołu.
2. Informatyka w czasie jego nieobecności zastępuje wyznaczony przez niego pracownik.

§ 85.

Do podstawowych zadań Sekcji Informatyki należy:

- 1) opracowywanie planów informatyzacji i rozwoju systemów komputerowych na potrzeby komórek organizacyjnych Zespołu;
- 2) projektowanie procesów informacyjnych i wdrażanie oprogramowania wspomagającego oraz usprawniającego pracę Zespołu;
- 3) upowszechnianie wymogów stawianych systemom informatycznym w świetle ustawy o ochronie danych osobowych;
- 4) opracowanie i wdrożenie polityki bezpieczeństwa informacji;
- 5) nadzorowanie działań zapewniających bezpieczeństwo zasobów zgromadzonych i udostępnianych w sieciach informatycznych oraz czuwanie nad ich bezpieczeństwem;
- 6) inicjowanie i prowadzenie projektowych prac dla potrzeb Zespołu w zakresie rozwoju systemów informacyjnych wspomaganych technikami i narzędziami informatycznymi;
- 7) usprawnianie pracy zespołowej poprzez dostęp i wymianę informacji w drodze opracowywania systemów integrujących oraz stosowania technik transmisyjnych;
- 8) usprawnianie organizacji systemu informatycznego poprzez:
 - a) wdrażanie najnowszych technik biurowych i standardów koniecznych dla współpracy systemów i urzędzeń,
 - b) rozpowszechnianie aktualnych informacji niezbędnych do wykonywania wyznaczonych zadań poprzez dostęp do poczty elektronicznej oraz elektroniczną wymianę informacji (www, e-mail),
 - c) zapewnienie bezawaryjnej pracy sieci komputerowej i sprzętu,
 - d) bieżące szkolenie pracowników w zakresie prawidłowego korzystania z informacji;
- 9) dostarczanie technologii informatycznej zabezpieczającej ciągłą poprawę jakości informacji oraz podnoszenie efektywności pracy poszczególnych komórek organizacyjnych;
- 10) koordynowanie procesów informatyzacji Zespołu poprzez:
 - a) współpracę w opracowywaniu programów informatyzacji komórek organizacyjnych,
 - b) konsultacje procesu informatyzacji,
 - c) określanie i narzucanie standardów informatycznych;
- 11) prowadzenie i aktualizowanie strony internetowej Zespołu;
- 12) czuwanie nad działaniem urządzeń monitoringu prowadzonego w oddziałach;

- 13) współpraca z jednostkami administracji rządowej i samorządowej w procesie opracowywania i wdrażania systemów o charakterze terytorialnym w celu zapewnienia zgodności rozwiązań z istniejącymi i planowanymi systemami teleinformatycznymi.

§ 86.

1. Sekcją Statystyki Medycznej i Dokumentacji Chorych kieruje kierownik, który sprawuje nadzór nad całością spraw prowadzonych przez podległych pracowników.
2. Kierownika Sekcji w czasie jego nieobecności zastępuje wyznaczony przez niego pracownik.

§ 87.

Do podstawowych zadań Sekcji Statystyki Medycznej i Dokumentacji Chorych należy:

- 1) opracowywanie sprawozdań z udzielonych świadczeń zdrowotnych oraz analiz, wykazów, meldunków, informacji itp. dla potrzeb Zespołu oraz uprawnionych instytucji i organów;
- 2) sporządzanie sprawozdań statystycznych z zakresu działalności Zespołu zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami;
- 3) przygotowywanie ofert dotyczących zawierania umów z płatnikiem;
- 4) przekazywanie danych sprawozdawczych o udzielonych świadczeniach zdrowotnych do płatnika zgodnie z obowiązującymi przepisami;
- 5) prowadzenie „Księgi głównej przyjęć i wypisów” dotyczącej rejestracji, przyjęć i wypisów chorych z Zespołu zgodnie z obowiązującymi przepisami;
- 6) prowadzenie „Księgi zgonów”;
- 7) prowadzenie rejestru pacjentów przyjętych do Zespołu bez ich zgody zgodnie z przepisami ustawy o ochronie zdrowia psychicznego;
- 8) gromadzenie informacji na temat udzielonych świadczeń zdrowotnych w systemie teleinformatycznym zgodnie z obowiązującymi przepisami;
- 9) egzekwowanie terminowego przekazywania przez oddziały szpitalne historii chorób;
- 10) udostępnianie i przysyłanie dokumentacji medycznej uprawnionym osobom i organom zgodnie z obowiązującymi przepisami;
- 11) bieżące sporządzanie dziennego, miesięcznego i okresowego ruchu chorych;
- 12) prowadzenie całokształtu prac związanych z archiwizowaniem dokumentacji medycznej zgodnie z obowiązującymi przepisami;
- 13) współpraca w zakresie przetwarzania danych z Sekcją Informatyki oraz pozostałymi komórkami Zespołu;
- 14) nadzorowanie prawidłowości prowadzenia dokumentacji medycznej zgodnie z obowiązującymi przepisami;
- 15) wystawianie faktur za udzielone świadczenia zdrowotne dla Narodowego Funduszu Zdrowia;
- 16) sprawdzanie, w oparciu o odpowiednie dokumenty, uprawnień pacjenta do świadczeń zdrowotnych, w tym uprawnień do świadczeń udzielanych poza kolejnością;
- 17) dokonywanie oceny dostępności oraz poziomu świadczeń opieki zdrowotnej;
- 18) współdziałanie w przygotowywaniu programów profilaktycznych, ofert usług medycznych i innych dokumentów koniecznych do zawierania kontraktów z dysponentami środków publicznych;
- 19) prowadzenie działalności metodyczno-organizacyjnej w zakresie spraw medycznych.

§ 88.

1. Sekcją Zamówień Publicznych kieruje kierownik, któremu bezpośrednio podlegają pracownicy zatrudnieni w sekcji, kierownicy oraz zaopatrzeniowic.
2. Kierownika Sekcji Zamówień Publicznych w czasie jego nieobecności zastępuje kierownik Działu Administracyjno-Gospodarczego.

§ 89.

Do podstawowych zadań Sekcji Zamówień Publicznych należy:

- 1) prowadzenie spraw związanych z realizacją ustawy Prawo zamówień publicznych, a zwłaszcza opracowywanie Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia, przy współpracy z działem, sekcją, komórką lub osobą kompetentną w zakresie przedmiotu zamówienia;
- 2) kompletowanie i przechowywanie dokumentacji przetargowej zgodnie z obowiązującymi przepisami;
- 3) zamieszczanie ogłoszeń o zamówieniach publicznych w Biuletynie Zamówień Publicznych, Dzienniku Urzędowym Unii Europejskiej oraz na stronie internetowej Zespołu w przypadkach określonych ustawą Prawo zamówień publicznych;
- 4) opracowywanie zgodnie z obowiązującymi wymogami, umów o zamówienie publiczne oraz prowadzenie ich rejestru;
- 5) składanie wniosków dotyczących uprawnień w organizacji zakładowego systemu zamówień publicznych w świetle obowiązujących przepisów;

- 6) powadzenie spraw związanych z planowaniem zamówień publicznych oraz ich realizacją;
- 7) opracowywanie i przekazanie rocznego sprawozdania o udzielonych zamówieniach publicznych do Prezesa Urzędu Zamówień Publicznych;
- 8) opracowanie regulaminu udzielania zamówień publicznych na podstawie obowiązujących przepisów ustawy Prawo zamówień publicznych;
- 9) opracowanie regulaminu pracy komisji przetargowej powołanej do przygotowania i przeprowadzenia postępowań o zamówienie publiczne na podstawie ustawy Prawo zamówień publicznych;
- 10) opisywanie faktur pod względem merytorycznym zgodnie z przeprowadzoną procedurą przetargową o udzielenie zamówienia publicznego, zapytaniem ofertowym oraz faktur nie podlegających procedurze przetargowej;
- 11) organizacja i nadzór nad właściwym i zasadnym wykorzystywaniem środków transportu zewnętrznego i wewnętrznego;
- 12) nadzór nad bieżącym zaopatrzeniem Zespołu.

§ 90.

Do podstawowych zadań Inspektora BHP należy wykonywanie zadań wynikających z przepisów prawa w sprawie służby bezpieczeństwa i higieny pracy, a w szczególności:

- 1) przeprowadzanie kontroli warunków pracy, przestrzegania przepisów i zasad bezpieczeństwa i higieny pracy;
- 2) bieżące informowanie pracodawcy o stwierdzonych zagrożeniach zawodowych wraz z wnioskami zmierzającymi do usuwania tych zagrożeń;
- 3) sporządzanie okresowych analiz stanu bezpieczeństwa i higieny pracy oraz opracowywanie planów dotyczących rozwiązań techniczno-organizacyjnych zapewniających poprawę stanu bhp;
- 4) udział w ocenie założeń i dokumentacji dotyczących modernizacji lub przekazania do użytkowania nowo budowanych obiektów Zespołu, w których przewiduje się pomieszczenia pracy, a także sprzętu i urządzeń mających wpływ na warunki pracy i bezpieczeństwo pracowników;
- 5) udział w dokonywaniu oceny ryzyka zawodowego, które wiąże się z wykonywaną pracą zgodnie z obowiązującymi przepisami;
- 6) udział w ustalaniu okoliczności i przyczyn wypadków przy pracy, jak również opracowywanie wniosków wynikających z badania przyczyn i okoliczności tych wypadków oraz zachorowań na choroby zawodowe, a także kontrola realizacji tych wniosków;
- 7) prowadzenie rejestrów, kompletowanie i przechowywanie dokumentów dotyczących wypadków przy pracy, stwierdzonych chorób zawodowych i podejrzeń o takie choroby, wyników badań i pomiarów czynników szkodliwych dla zdrowia w środowisku pracy;
- 8) współpraca z lekarzem sprawującym profilaktyczną opiekę nad pracownikami;
- 9) organizowanie i zapewnienie odpowiedniego poziomu szkoleń w dziedzinie bezpieczeństwa i higieny pracy oraz zapewnienie właściwej adaptacji zawodowej nowo zatrudnionych pracowników;
- 10) współpraca z laboratoriami upoważnionymi, zgodnie z odrębnymi przepisami, do dokonywania badań i pomiarów czynników szkodliwych dla zdrowia lub warunków uciążliwych dla zdrowia, występujących w środowisku pracy, w zakresie organizowania tych badań i pomiarów oraz sposobów ochrony pracowników przed tymi czynnikami lub warunkami;
- 11) współpraca z laboratoriami i innymi jednostkami zajmującymi się pomiarami stanu środowiska naturalnego, działającymi w systemie państwowego monitoringu środowiska, określonego w odrębnych przepisach;
- 12) współdziałanie ze społeczną inspekcją pracy oraz zakładowymi organizacjami związkowymi przy podejmowaniu przez nie działań mających na celu przestrzeganie przepisów oraz zasad bezpieczeństwa i higieny pracy w trybie i zakresie ustalonym w odrębnych przepisach oraz przy podejmowanych przez pracodawcę przedsięwzięciach mających na celu poprawę warunków pracy;
- 13) inicjowanie i rozwijanie na terenie zakładu pracy różnych form popularyzacji problematyki bezpieczeństwa i higieny pracy oraz ergonomii;
- 14) prowadzenie doradztwa w zakresie przepisów oraz zasad bhp i opracowywanie szczegółowych instrukcji dotyczących bezpieczeństwa i higieny pracy na poszczególnych stanowiskach pracy;
- 15) opracowywanie tabel norm przydziału odzieży ochronnej, roboczej i obuwia oraz szczegółowych instrukcji dotyczących bezpieczeństwa i higieny pracy na poszczególnych stanowiskach;
- 16) zaopatrywanie personelu Zespołu w środki ochrony osobistej (odzież ochronną i roboczą oraz obuwie), a także sprawowanie nadzoru nad przestrzeganiem ich używania zgodnie z przepisami bhp.

§ 91.

Do podstawowych zadań inspektora ds. przeciwpożarowych należy:

- 1) czuwanie nad przestrzeganiem w Zespole przepisów przeciwpożarowych i wytycznych jednostek nadrzędnych;
- 2) opracowywanie i aktualizowanie instrukcji w zakresie ochrony przeciwpożarowej;
- 3) przeprowadzanie kontroli zabezpieczenia przeciwpożarowego w zajmowanych przez Zespół pomieszczeniach i udział w kontrolach prowadzonych przez organy ochrony przeciwpożarowej lub jednostkę nadrzędną, a także nadzorowanie wykonania zaleceń i decyzji pokontrolnych;
- 4) planowanie potrzeb w zakresie wyposażenia pomieszczeń w podręczny sprzęt gaśniczy i urządzenia przeciwpożarowe;
- 5) opiniowanie dokumentacji projektów remontów i inwestycji prowadzonych na terenie Zespołu oraz udzielanie doradztwa fachowego z zakresu ochrony przeciwpożarowej;
- 6) nadzorowanie pod względem zabezpieczenia przeciwpożarowego przeprowadzanych remontów i modernizacji na terenie Zespołu oraz udział w odbiorach technicznych;
- 7) uczestniczenie w przeglądach stanowisk pracy pod względem bezpieczeństwa przeciwpożarowego, a także kontrolowanie terminowej konserwacji podręcznego sprzętu gaśniczego i urządzeń przeciwpożarowych;
- 8) uzupełnianie oznakowania ewakuacyjnego i informacyjnego w obiektach i pomieszczeniach Zespołu;
- 9) nadzorowanie realizacji zadań z zakresu ochrony przeciwpożarowej przez komórki organizacyjne Zespołu i firmy zewnętrzne odpowiedzialne za ich przestrzeganie;
- 10) prowadzenie instruktażu wstępnego i szkolenia w zakresie p.poż. dla pracowników Zespołu;
- 11) zgłaszanie dyrektorowi spostrzeżeń i wniosków mających wpływ na stan zabezpieczenia przeciwpożarowego zajmowanych przez Zespół pomieszczeń;
- 12) prowadzenie dokumentacji z zakresu ochrony przeciwpożarowej Zespołu.

§ 92.

Do podstawowych zadań inspektora ds. obronności i obrony cywilnej należy:

- 1) opracowywanie i systematyczna aktualizacja planów oraz innej dokumentacji operacyjno-obronnej zgodnie z potrzebami oraz obowiązującymi przepisami prawa;
- 2) czuwanie nad stanem gotowości obronnej w Zespole;
- 3) organizowanie szkoleń z zakresu obronności i obrony cywilnej;
- 4) utrzymanie w stałej gotowości obronnej formacji obrony cywilnej istniejącej w Zespole poprzez utrzymanie maksymalnych obsad etatowych formacji obrony cywilnej, nadawanie przydziałów organizacyjnych oraz prowadzenie treningów;
- 5) kierowanie punktem wykrywania zagrożeń i alarmowania o zagrożeniach;
- 6) planowanie i wykorzystywanie formacji obrony cywilnej do podejmowania akcji ratowniczych w przypadku zaistnienia nadzwyczajnego zagrożenia;
- 7) prowadzenie gospodarki materiałowej z zakresu obrony cywilnej;
- 8) organizowanie oraz nadzór nad funkcjonowaniem magazynu sprzętu obrony cywilnej i ich rezerw;
- 9) organizowanie i nadzorowanie przebiegu szkolenia formacji obrony cywilnej oraz osób funkcyjnych będących w strukturach samoobronnych;
- 10) przeprowadzanie ćwiczeń zgrywających zespoły do akcji ratowniczej;
- 11) prowadzenie dokumentacji szkoleniowej;
- 12) wdrażanie aktów normatywnych i wytycznych z zakresu realizacji zadań obrony cywilnej;
- 13) sporządzanie sprawozdań z realizacji zadań;
- 14) planowanie i organizacja systemu powszechnego ostrzegania załogi Zespołu o zagrożeniu uderzeniami z powietrza, skażeniami i zakażeniami oraz utrzymanie w gotowości działania urządzeń tego systemu, jak również prowadzenie okresowych treningów sprawdzających jego funkcjonowanie;
- 15) planowanie odpowiedniego systemu zabezpieczenia;
- 16) współpraca z właściwymi organami w zakresie obrony cywilnej, zarządzania kryzysowego i spraw obronnych;
- 17) współpraca z WKU w zakresie prac wojskowych, obronnych, a w szczególności reklamowania polegającego na szczegółowym wykazie stanowisk, których zajmowanie powoduje reklamowanie z urzędu od obowiązku pełnienia czynnej służby wojskowej w razie ogłoszenia mobilizacji i w czasie wojny;
- 18) popularyzowanie problematyki obrony cywilnej wśród pracowników Zespołu.

§ 93.

Do podstawowych zadań inspektora Ochrony Danych Osobowych należy nadzorowanie systemu ochrony danych osobowych z należyтым uwzględnieniem ryzyka związanego z operacjami przetwarzania, w szczególności:

- 1) informowanie administratora, podmiotu przetwarzającego oraz pracowników, którzy przetwarzają dane osobowe, o obowiązkach spoczywających na nich na mocy rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz innych przepisów o ochronie danych i doradzania im w tej sprawie;
- 2) monitorowanie przestrzegania RODO, innych przepisów Unii lub państw członkowskich o ochronie danych oraz polityki bezpieczeństwa administratora lub podmiotu przetwarzającego w dziedzinie ochrony danych osobowych, w tym podział obowiązków, działania zwiększające świadomość, szkolenia pracowników oraz powiązane z tym audyty;
- 3) udzielenie na żądanie zaleceń co do oceny skutków dla ochrony danych osobowych oraz monitorowanie jej wykonania zgodnie z RODO;
- 4) prowadzenie rejestru czynności przetwarzania danych osobowych;
- 5) współpraca z organem nadzorczym;
- 6) zgłaszanie naruszeń bezpieczeństwa do organu nadzoru oraz osób, których dane dotyczą;
- 7) prowadzenie rejestru naruszeń ochrony danych osobowych;
- 8) pełnienie funkcji punktu kontaktowego dla organu nadzorczego w kwestiach związanych z przetwarzaniem, w tym z uprzednimi konsultacjami, o których mowa w art. 36 RODO oraz w stosowanych przypadkach prowadzenia konsultacji we wszystkich innych sprawach;
- 9) pełnienie funkcji punktu konsultacyjnego dla osób, których dane dotyczą we wszystkich sprawach związanych z przetwarzaniem ich danych osobowych oraz wykonywaniem praw przysługujących im na mocy RODO oraz innych przepisów;
- 10) współudział przy weryfikacji obowiązujących umów, pełnomocnictw;
- 11) współudział przy weryfikacji zakresów i sposobów przetwarzania danych osobowych oraz sposobu ich przechowywania;
- 12) współudział przy weryfikacji sposobu zabezpieczenia danych osobowych utrwalonych w sposób fizyczny oraz kontroli nad ich przepływem;
- 13) udział w tworzeniu procedur w zakresie ochrony danych osobowych;
- 14) nadzór nad sposobem tworzenia kopii zapasowych, zbiorów danych oraz naprawy i konserwacji nośników danych osobowych;
- 15) analiza zgodności funkcjonowania systemów mailingowych i serwisu www Zespołu z obowiązującymi przepisami prawa;
- 16) weryfikacja adekwatności poziomu zabezpieczeń dla zbiorów danych przetwarzanych w formie papierowej.

§ 94.

Do podstawowych zadań kapelana należy:

- 1) zapewnienie pacjentom opieki duszpasterskiej;
- 2) udzielanie posług religijnych na wezwanie pacjenta, jego rodziny (opiekuna) lub personelu medycznego Zespołu;
- 3) odprowadzanie nabożeństw dla pacjentów Zespołu.

§ 95.

1. Izbą Przyjęć kieruje z-ca dyrektora ds. medycznych przy współpracy pielęgniarki oddziałowej Izby Przyjęć, który nadzoruje pracę zatrudnionego personelu, a którego w czasie nieobecności zastępuje wyznaczony lekarz.
2. Świadczenia medyczne w Izbie Przyjęć udzielane są przez lekarza dyżurnego, pielęgniarkę dyżurną oraz inny personel medyczny.

§ 96.

Do podstawowych zadań Izby Przyjęć należy:

- 1) przyjmowanie do szpitala pacjentów, wstępna diagnostyka, kierowanie do właściwych oddziałów szpitalnych;
- 2) zapewnienie działań leczniczych w sytuacjach nagłego zagrożenia zdrowia lub życia;
- 3) badanie, kwalifikacja do leczenia lub udzielenie porady każdemu zgłaszającemu się choremu;
- 4) pacjentom zakwalifikowanym do niezwłocznego leczenia szpitalnego, w przypadku braku miejsc w odpowiednim oddziale, zapewnienie hospitalizacji w innym oddziale Szpitala lub w innym szpitalu;

- 5) udzielenie koniecznej pomocy medycznej i właściwych wskazówek chorym niezakwalifikowanym do hospitalizacji;
- 6) pacjentom w ciężkim stanie zdrowia udzielenie natychmiastowej pomocy lekarsko-pielęgniarskiej do chwili przejścia opieki przez personel właściwego oddziału lub zespołu ratownictwa medycznego;
- 7) prowadzenie racjonalnej gospodarki lekami;
- 8) kierowanie ruchem chorych w obrębie Zespołu oraz ustalanie stanu wolnych łóżek w oddziałach;
- 9) utrzymanie urządzeń i aparatury medycznej w stanie pełnej sprawności technicznej;
- 10) utrzymanie właściwego stanu sanitarno-higienicznego w pomieszczeniach Izby Przyjęć;
- 11) bieżące prowadzenie dokumentacji medycznej dotyczącej zgłaszających się pacjentów zgodnie z obowiązującymi przepisami;
- 12) sporządzanie sprawozdań, wykazów i informacji dla potrzeb wewnętrznych komórek organizacyjnych Zespołu oraz uprawnionych organów, itp.;
- 13) prowadzenie list oczekujących na udzielenie świadczeń medycznych;
- 14) organizowanie transportu pacjentów do oddziału.

§ 97.

1. Oddziałami szpitalnymi kierują ordynatorzy i kierownicy oddziałów przy współpracy z pielęgniarkami oddziałowymi i pielęgniarkami koordynującymi.
2. Ordynatorzy i kierownicy oddziałów bezpośrednio nadzorują pracę zatrudnionych lekarzy, asystentów, psychoterapeutów, pielęgniarek oddziałowych, techników medycznych, sekretarek medycznych, pracowników socjalnych, instruktorów terapii uzależnień, instruktorów terapii zajęciowej i innych.
3. Pielęgniarki oddziałowe i pielęgniarki koordynujące bezpośrednio nadzorują pracę pielęgniarek i personelu pomocniczego.

§ 98.

1. Całodobowe, stacjonarne świadczenia zdrowotne zapewniają:
 - 1) Oddział Rehabilitacji Psychiatrycznej;
 - 2) Oddział Psychogeriatrici;
 - 3) Oddział Psychiatryczny III;
 - 4) Oddział Psychiatryczny V;
 - 5) Oddział Psychiatryczny VI;
 - 6) Oddział Leczenia Alkoholowych Zespołów Abstynencyjnych;
 - 7) Pododdział Leczenia Zespołów Abstynencyjnych po Substancjach Psychoaktywnych;
 - 8) Całodobowy Oddział Terapii Uzależnienia od Alkohol;
 - 9) Oddział Rehabilitacji Neurologicznej.
2. Świadczenia zdrowotne obejmujące swoim zakresem pielęgnację, opiekę i rehabilitację osób niewymagających hospitalizacji zapewnia Zakład Opiekuńczo-Lecznicy.

§ 99.

Do podstawowych zadań oddziałów szpitalnych należy:

- 1) udzielanie świadczeń zdrowotnych zgodnie ze specyfiką danego oddziału oraz potrzebami zdrowotnymi pacjentów, zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, wszelkimi dostępnymi metodami i środkami zapobiegania, rozpoznawania i leczenia chorób, respektując prawa pacjenta oraz przestrzegając zasad etyki zawodowej, w sposób zapewniający realizację zawartych umów;
- 2) zapewnienie całodobowej opieki lekarskiej i pielęgniarskiej zgodnej z przyjętymi standardami postępowania, sprzyjającej sprawnemu przebiegowi rozpoznawania oraz leczenia chorób u hospitalizowanych pacjentów;
- 3) przeprowadzanie badań lekarskich chorych powierzonych opiece;
- 4) ustalenie rozpoznania choroby oraz podjęcie właściwych metod leczenia i rehabilitacji pacjenta;
- 5) zlecenie badań diagnostycznych leczonym pacjentom i ścisła współpraca z pracownikami i zakładami diagnostycznymi w celu ich wykonania;
- 6) bieżące prowadzenie dokumentacji medycznej dotyczącej leczonych pacjentów zgodnie z obowiązującymi przepisami;
- 7) sporządzanie sprawozdań, wykazów i innych informacji z działalności medycznej dla potrzeb wewnętrznych komórek organizacyjnych Zespołu oraz uprawnionych organów i instytucji;
- 8) udzielanie informacji o stanie zdrowia pacjentowi, jego przedstawicielowi ustawowemu lub osobie upoważnionej przez pacjenta;
- 9) orzekanie o stanie zdrowia pacjentów zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa;
- 10) realizacja zadań z zakresu promocji zdrowia;
- 11) prowadzenie działalności oświatowo-zdrowotnej wśród pacjentów;
- 12) przestrzeganie zasad racjonalnej gospodarki lekami i właściwego ich ordynowania;

- 13) prowadzenie szkoleń w oddziale, w tym szkoleń lekarzy stażystów;
- 14) potwierdzenie zgonu przez lekarza w przypadku śmierci pacjenta i dokonanie dalszych czynności z tym związanych;
- 15) zapobieganie zakażeniom poprzez przestrzeganie procedur zapobiegania zakażeniom szpitalnym;
- 16) przestrzeganie zasad reżimu sanitarnego poprzez utrzymanie sal chorych i innych pomieszczeń oddziału w należyтым porządku i czystości;
- 17) utrzymanie urządzeń i aparatury medyczo-diagnostycznej w stanie sprawności technicznej;
- 18) dokumentowanie udzielanych świadczeń i procesu ich udzielania zgodnie z zasadami wynikającymi z obowiązujących przepisów prawa oraz procedur przyjętych w Zespole;
- 19) dokonywanie bieżących analiz prowadzonej działalności.

§ 100.

1. Oddziałem Rehabilitacji Psychiatrycznej kieruje ordynator, któremu podlegają bezpośrednio: zastępca ordynatora, lekarze asystenci oddziału, psycholog, psychoterapeuta, pielęgniarka oddziałowa, sekretarka medyczna, pracownik socjalny, specjaliści i instruktorzy terapii zajęciowej.
2. W czasie nieobecności ordynatora Oddziału Rehabilitacji Psychiatrycznej zastępuje go zastępca lub wyznaczony lekarz.
3. Ordynator Oddziału Rehabilitacji Psychiatrycznej podlega bezpośrednio zastępcy dyrektora ds. medycznych. Pielęgniarki i personel pomocniczy podlega bezpośrednio pielęgniarce oddziałowej, której pracę nadzoruje pod względem merytorycznym przełożona pielęgniarek.
4. W czasie nieobecności pielęgniarki oddziałowej zastępuje ją wyznaczona pielęgniarka.

§ 101.

Do zadań Oddziału Rehabilitacji Psychiatrycznej należy w szczególności:

- 1) wykonywanie czynności określonych w § 99;
- 2) rehabilitacja i leczenie osób z zaburzeniami psychicznymi, od 18 roku życia, wymagających rehabilitacji w trybie całodobowym z powodu znacznych i utrwalonych zaburzeń funkcjonowania życiowego, obejmujące:
 - a) diagnostykę psychiatryczną,
 - b) diagnostykę psychologiczną,
 - c) diagnostykę funkcjonalną,
 - d) farmakoterapię i inne formy terapii biologicznej,
 - e) psychoterapię indywidualną i grupową,
 - f) socjoterapię,
 - g) czynności pielęgnacyjne,
 - h) rehabilitację psychiatryczną (poprawa kompetencji społecznych, wzmocnienie oparcia społecznego, pomoc rodzinie, treningi umiejętności społecznych),
 - i) terapię zajęciową,
 - j) interwencje socjalne;
- 3) orzekanie i opiniowanie o stanie zdrowia;
- 4) zapewnienie specjalistycznych konsultacji medycznych w uzasadnionych względami medycznymi przypadkach;
- 5) zapewnienie możliwości przeniesienia pacjenta do innego oddziału szpitalnego w sytuacjach wymagających kontynuacji leczenia w warunkach oddziału stacjonarnego;
- 6) wykonywanie czynności związanych z wypisaniem pacjenta z oddziału i wydaniem zaleceń;
- 7) prowadzenie dokumentacji medycznej zgodnie z obowiązującymi przepisami.

§ 102.

1. Oddziałem Psychogeriatрії kieruje ordynator, któremu podlegają bezpośrednio: zastępca ordynatora, lekarze asystenci oddziału, psycholog, pielęgniarka oddziałowa, sekretarka medyczna, pracownik socjalny, instruktorzy terapii zajęciowej.
2. W czasie nieobecności ordynatora Oddziału Psychogeriatрії zastępuje go zastępca lub wyznaczony lekarz.
3. Ordynator Oddziału Psychogeriatрії podlega bezpośrednio zastępcy dyrektora ds. medycznych.
4. Pielęgniarki i personel pomocniczy podlega bezpośrednio pielęgniarce oddziałowej, której pracę nadzoruje pod względem merytorycznym przełożona pielęgniarek.
5. W czasie nieobecności pielęgniarki oddziałowej zastępuje ją wyznaczona pielęgniarka.

§ 103.

Do zadań Oddziału Psychogeriatrici należy w szczególności:

- 1) wykonywanie czynności określonych w § 99;
- 2) diagnostyka, leczenie i wczesna rehabilitacja, zwłaszcza osób od 60 roku życia, z zaburzeniami psychicznymi, zaburzeniami poznawczymi, wymagających postępowania w trybie całodobowym, obejmujące:
 - a) diagnostykę psychiatryczną,
 - b) diagnostykę i farmakoterapię internistyczną,
 - c) diagnostykę psychologiczną,
 - d) psychofarmakoterapię i inne formy terapii biologicznej,
 - e) rehabilitację poznawczą i ruchową,
 - f) terapię zajęciową,
 - g) treningi,
 - h) czynności pielęgnacyjne,
 - i) pracę z opiekunami chorych (edukacja, pomoc psychologiczna);
- 3) orzekanie i opiniowanie o stanie zdrowia;
- 4) zapewnienie specjalistycznych konsultacji medycznych w uzasadnionych względami medycznymi przypadkach;
- 5) zapewnienie możliwości przeniesienia pacjenta do oddziału szpitalnego o innym profilu działania w sytuacjach wymagających leczenia w warunkach oddziału stacjonarnego;
- 6) wykonywanie czynności związanych z wypisaniem pacjenta z oddziału i wydaniem zaleceń;
- 7) prowadzenie dokumentacji medycznej zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa, regulacjami i procedurami wewnętrznymi.

§ 104.

1. Oddziałem Psychiatrycznym III kieruje ordynator, któremu podlegają bezpośrednio: zastępca ordynatora, lekarze asystenci oddziału, psycholog, psychoterapeuta, pielęgniarka oddziałowa, sekretarka medyczna, pracownik socjalny, instruktorzy terapii zajęciowej.
2. W czasie nieobecności ordynatora Oddziału Psychiatrycznego III zastępuje go zastępca lub wyznaczony lekarz.
3. Ordynator Oddziału Psychiatrycznego III podlega bezpośrednio zastępcy dyrektora ds. medycznych.
4. Pielęgniarki i personel pomocniczy podlega bezpośrednio pielęgniarce oddziałowej, której pracę nadzoruje pod względem merytorycznym przełożona pielęgniarek.
5. W czasie nieobecności pielęgniarki oddziałowej zastępuje ją wyznaczona pielęgniarka.

§ 105.

Do zadań Oddziału Psychiatrycznego III należy w szczególności:

- 1) wykonywanie czynności określonych w § 99;
- 2) diagnostyka, leczenie i wczesna rehabilitacja osób z zaburzeniami psychicznymi, zwłaszcza psychotycznymi, od 18 roku życia, wymagającymi postępowania w trybie całodobowym, obejmujące:
 - a) diagnostykę psychiatryczną,
 - b) diagnostykę psychologiczną,
 - c) farmakoterapię i inne formy terapii biologicznej,
 - d) psychoterapię indywidualną i grupową,
 - e) socjoterapię (poprawa indywidualnej kompetencji społecznej, wzmacnianie oparcia społecznego),
 - f) czynności pielęgnacyjne,
 - g) terapię zajęciową,
 - h) interwencje socjalne;
- 3) orzekanie i opiniowanie o stanie zdrowia;
- 4) zapewnienie specjalistycznych konsultacji medycznych w uzasadnionych względami medycznymi przypadkach;
- 5) zapewnienie możliwości przeniesienia pacjenta do oddziału szpitalnego o innym profilu działania w sytuacjach wymagających leczenia w warunkach oddziału stacjonarnego;
- 6) wykonywanie czynności związanych z wypisaniem pacjenta z oddziału i wydaniem zaleceń;
- 7) prowadzenie dokumentacji medycznej zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa, regulacjami i procedurami wewnętrznymi.

§ 106.

1. Oddziałem Psychiatrycznym V kieruje ordynator, któremu podlegają bezpośrednio: zastępca ordynatora, lekarze asystenci oddziału, psycholog, pielęgniarka oddziałowa, sekretarka medyczna, pracownik socjalny, instruktorzy terapii zajęciowej.
2. W czasie nieobecności ordynatora Oddziału Psychiatrycznego V zastępuje go zastępca lub wyznaczony lekarz.
3. Ordynator Oddziału Psychiatrycznego V podlega bezpośrednio zastępcy dyrektora ds. medycznych.
4. Pielęgniarki i personel pomocniczy podlega bezpośrednio pielęgniarce oddziałowej, której pracę nadzoruje pod względem merytorycznym przełożona pielęgniarek.
5. W czasie nieobecności pielęgniarki oddziałowej zastępuje ją wyznaczona pielęgniarka.

§ 107.

Do zadań Oddziału Psychiatrycznego V należy w szczególności:

- 1) wykonywanie czynności określonych w § 99;
- 2) diagnostyka, leczenie i wczesna rehabilitacja osób z zaburzeniami psychicznymi, zwłaszcza psychotycznymi, od 18 roku życia, wymagające postępowania w trybie całodobowym, obejmujące:
 - a) diagnostykę psychiatryczną,
 - b) diagnostykę psychologiczną,
 - c) farmakoterapię i inne formy terapii biologicznej,
 - d) psychoterapię indywidualną i grupową,
 - e) socjoterapię (poprawa indywidualnej kompetencji społecznej, wzmacnianie oparcia społecznego),
 - f) czynności pielęgnacyjne,
 - g) terapię zajęciową,
 - h) interwencje socjalne;
- 3) orzekanie i opiniowanie o stanie zdrowia;
- 4) zapewnienie specjalistycznych konsultacji medycznych w uzasadnionych, względami medycznymi, przypadkach;
- 5) zapewnienie możliwości przeniesienia pacjenta do oddziału szpitalnego o innym profilu działania w sytuacjach wymagających leczenia w warunkach oddziału stacjonarnego;
- 6) wykonywanie czynności związanych z wypisaniem pacjenta z oddziału i wydaniem zaleceń;
- 7) prowadzenie dokumentacji medycznej zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa, regulacjami i procedurami wewnętrznymi.

§ 108.

1. Oddziałem Psychiatrycznym VI kieruje ordynator, któremu podlegają bezpośrednio: zastępca ordynatora, lekarze asystenci oddziału, psycholog, pielęgniarka oddziałowa, sekretarka medyczna, pracownik socjalny, instruktorzy terapii zajęciowej.
2. W czasie nieobecności ordynatora Oddziału Psychiatrycznego VI zastępuje go wyznaczony lekarz.
3. Ordynator Oddziału Psychiatrycznego VI podlega bezpośrednio zastępcy dyrektora ds. medycznych.
4. Pielęgniarki i personel pomocniczy podlega bezpośrednio pielęgniarce oddziałowej, której pracę nadzoruje pod względem merytorycznym przełożona pielęgniarek.
5. W czasie nieobecności pielęgniarki oddziałowej zastępuje ją wyznaczona pielęgniarka.

§ 109.

Do zadań Oddziału Psychiatrycznego VI należy w szczególności:

- 1) wykonywanie czynności określonych w § 99;
- 2) diagnostyka, leczenie i wczesna rehabilitacja osób z zaburzeniami psychicznymi, zwłaszcza psychotycznymi, od 18 roku życia, wymagające postępowania w trybie całodobowym, obejmujące:
 - a) diagnostykę psychiatryczną,
 - b) diagnostykę psychologiczną,
 - c) farmakoterapię i inne formy terapii biologicznej,
 - d) psychoterapię indywidualną i grupową,
 - e) socjoterapię (poprawa indywidualnej kompetencji społecznej, wzmacnianie oparcia społecznego),
 - f) czynności pielęgnacyjne,
 - g) terapię zajęciową,
 - h) interwencje socjalne;
- 3) orzekanie i opiniowanie o stanie zdrowia;
- 4) zapewnienie specjalistycznych konsultacji medycznych w uzasadnionych, względami medycznymi, przypadkach chorobowych;

- 5) zapewnienie możliwości przeniesienia pacjenta do oddziału szpitalnego o innym profilu działania w sytuacjach wymagających leczenia w warunkach oddziału stacjonarnego;
- 6) wykonywanie czynności związanych z wypisaniem pacjenta z oddziału i wydaniem zaleceń;
- 7) prowadzenie dokumentacji medycznej zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa, regulacjami i procedurami wewnętrznymi.

§ 110.

1. Oddziałem Leczenia Alkoholowych Zespołów Abstynencyjnych i Pododdziałem Leczenia Zespołów Abstynencyjnych po Substancjach Psychoaktywnych kieruje ordynator, któremu podlegają bezpośrednio: zastępca ordynatora, lekarze asystenci oddziału, pielęgniarka oddziałowa, instruktor terapii uzależnień, specjaliści psychoterapii uzależnień, pracownik socjalny, sekretarka medyczna.
2. W czasie nieobecności ordynatora Oddziału Leczenia Alkoholowych Zespołów Abstynencyjnych i Pododdziału Leczenia Zespołów Abstynencyjnych po Substancjach Psychoaktywnych zastępuje go zastępca lub wyznaczony lekarz.
3. Ordynator Oddziału Leczenia Alkoholowych Zespołów Abstynencyjnych i Pododdziału Leczenia Zespołów Abstynencyjnych po Substancjach Psychoaktywnych podlega bezpośrednio z-cy dyrektora ds. medycznych.
4. Pielęgniarki i personel pomocniczy podlega bezpośrednio pielęgniarce oddziałowej, której pracę nadzoruje pod względem merytorycznym przełożona pielęgniarek.
5. W czasie nieobecności pielęgniarki oddziałowej zastępuje ją wyznaczona pielęgniarka.

§ 111.

Do zadań Oddziału Leczenia Alkoholowych Zespołów Abstynencyjnych i Pododdziału Leczenia Zespołów Abstynencyjnych po Substancjach Psychoaktywnych należy w szczególności:

- 1) wykonywanie zadań wymienionych w § 99;
- 2) udzielanie świadczeń zdrowotnych osobom uzależnionym od alkoholu i środków psychoaktywnych, obejmujących:
 - a) działania diagnostyczne w zakresie uzależnienia oraz związanych z tym szkód zdrowotnych,
 - b) postępowanie medyczne ukierunkowane na leczenie szkód zdrowotnych, a w szczególności:
 - leczenie alkoholowych zespołów abstynencyjnych,
 - leczenie zespołów abstynencyjnych po substancjach psychoaktywnych,
 - oddziaływanie farmakologiczne wspomagające psychoterapię uzależnień;
- 3) prowadzenie działań informacyjno-edukacyjnych mających na celu motywowanie pacjentów do podjęcia psychoterapii uzależnienia;
- 4) przygotowanie osób uzależnionych do udziału w procesie terapii;
- 5) kształtowanie u osób uzależnionych motywacji do utrzymywania abstynencji od alkoholu i środków psychoaktywnych;
- 6) wykonywanie czynności związanych z wypisaniem pacjenta z oddziału i wydaniem zaleceń;
- 7) udzielanie osobom uzależnionym pomocy w kontynuowaniu leczenia, rehabilitacji i readaptacji po zwolnieniu z oddziału;
- 8) orzekanie i opiniowanie o stanie zdrowia;
- 9) prowadzenie dokumentacji medycznej zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa, regulacjami i procedurami wewnętrznymi.

§ 112.

1. Całodobowym Oddziałem Terapii Uzależnienia od Alkoholu kieruje kierownik, któremu podlegają bezpośrednio: lekarz oddziału, asystenci oraz specjaliści psychoterapii uzależnień, psycholog, instruktorzy terapii uzależnień, pielęgniarka oddziałowa, pracownik socjalny, sekretarka medyczna.
2. W czasie nieobecności kierownika Całodobowego Oddziału Terapii Uzależnienia od Alkoholu zastępuje go zastępca lub wyznaczony specjalista psychoterapii uzależnień lub lekarz.
3. Kierownik Całodobowego Oddziału Terapii Uzależnienia od Alkoholu podlega bezpośrednio zastępcy dyrektora ds. medycznych.
4. Pielęgniarki i personel pomocniczy podlega bezpośrednio pielęgniarce oddziałowej, której pracę nadzoruje pod względem merytorycznym przełożona pielęgniarek.
5. W czasie nieobecności pielęgniarki oddziałowej zastępuje ją wyznaczona pielęgniarka.

§ 113.

Do zadań Całodobowego Oddziału Terapii Uzależnienia od Alkoholu należy w szczególności:

- 1) wykonywanie zadań wymienionych w § 99;
- 2) świadczenia leczniczo-rehabilitacyjne, w skład których wchodzi:
 - a) realizacja programów psychoterapii uzależnienia od alkoholu,

- b) działania diagnostyczne w zakresie uzależnienia oraz związanych z tym szkód zdrowotnych,
- c) udzielanie indywidualnych świadczeń zapobiegawczo-leczniczych osobom uzależnionym od alkoholu,
- d) prowadzenie działań konsultacyjno-edukacyjnych dla członków rodzin osób uzależnionych,
- e) przygotowanie pacjenta kończącego podstawowy program terapii uzależnień do kontynuacji terapii w trybie ambulatoryjnym po opuszczeniu oddziału,
- f) postępowanie medyczne ukierunkowane na leczenie szkód zdrowotnych w zakresie, który nie koliduje z realizacją programu terapeutycznego w oddziale,
- g) porady socjalne,
- h) motywowanie do dalszej terapii uzależnienia,
- i) współpraca z organami samorządów terytorialnych i innymi ośrodkami w zakresie rozpoznawania, terapii uzależnienia od alkoholu oraz konsultacji i szkolenia personelu w zakresie rozwiązywania problemów alkoholowych,
- j) prowadzenie dokumentacji medycznej zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa, regulacjami i procedurami wewnętrznymi.

§ 114.

1. Oddziałem Rehabilitacji Neurologicznej kieruje ordynator, któremu podlegają bezpośrednio: zastępca ordynatora, lekarze asystenci oddziału, psycholog, logopeda, pielęgniarka oddziałowa, magistrzy rehabilitacji, technicy fizjoterapii, magistrzy fizjoterapii, sekretarka medyczna.
2. W czasie nieobecności ordynatora Oddziału Rehabilitacji Neurologicznej zastępuje go zastępca lub wyznaczony lekarz.
3. Ordynator Oddziału Rehabilitacji Neurologicznej podlega bezpośrednio zastępcy dyrektora ds. medycznych.
4. Pielęgniarki i personel pomocniczy podlega bezpośrednio pielęgniarce oddziałowej, której pracę nadzoruje pod względem merytorycznym przełożona pielęgniarek.
5. W czasie nieobecności pielęgniarki oddziałowej zastępuje ją wyznaczona pielęgniarka.

§ 115.

Do zadań Oddziału Rehabilitacji Neurologicznej należy w szczególności:

- 1) wykonywanie zadań określonych w § 99;
- 2) rehabilitacja neurologiczna:
 - a) zaburzeń funkcji mózgu,
 - b) zaburzeń funkcji rdzenia kręgowego i korzeni nerwowych,
 - c) zaburzeń funkcji obwodowego układu nerwowego i dystrofie mięśniowej;
- 3) zapewnienie specjalistycznych konsultacji medycznych w uzasadnionych, względami medycznymi, przypadkach;
- 4) zapewnienie możliwości przeniesienia pacjenta do innego oddziału szpitalnego w sytuacjach wymagających kontynuacji leczenia w warunkach oddziału stacjonarnego;
- 5) wykonywanie czynności związanych z wypisaniem pacjenta z oddziału i wydaniem zaleceń;
- 6) orzekanie o stanie zdrowia;
- 7) prowadzenie dokumentacji medycznej zgodnie z obowiązującymi przepisami i wymogami.

§ 116.

1. Kierownikowi Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego, który odpowiada za organizację Zakładu pod względem administracyjnym, gospodarczym i pielęgnacyjnym, podlegają bezpośrednio lekarze, psycholog, pielęgniarka oddziałowa, terapeuci zajęciowi, pracownik socjalny, sekretarka medyczna, a pośrednio pielęgniarki i personel pomocniczy.
2. Organem bezpośrednio nadzorującym działalność Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego i bezpośrednim przełożonym kierownika jest dyrektor Zespołu.
3. W czasie nieobecności kierownika Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego zastępuje wyznaczona przez niego osoba, posiadająca wymagane przepisami prawa kwalifikacje.
4. Pielęgniarki i personel pomocniczy podlega bezpośrednio pielęgniarce oddziałowej, której pracę nadzoruje pod względem merytorycznym przełożona pielęgniarek.

§ 117.

Do zadań Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego należy w szczególności:

- 1) wykonywanie zadań wymienionych w § 99;
- 2) udzielanie całodobowych świadczeń zdrowotnych, obejmujących swoim zakresem:
 - a) opiekę i pielęgnację,

- b) leczenie,
- c) rehabilitację osób niewymagających leczenia szpitalnego z uwzględnieniem kontynuacji leczenia farmakologicznego i dietetycznego;
- 3) wsparcie psychologiczne;
- 4) organizacja czasu wolnego;
- 5) pomoc w rozwiązywaniu problemów biopsychospołecznych;
- 6) pomoc w załatwieniu spraw osobistych;
- 7) zapewnienie dostępu do różnorodnych form pomocy socjalnej;
- 8) organizacja systemu wsparcia;
- 9) przygotowanie chorego do samodzielnego funkcjonowania w środowisku domowym;
- 10) edukacja zdrowotna osób przebywających w Zakładzie, członków ich rodzin oraz pracowników Zakładu;
- 11) zapewnienie konsultacji lekarzy specjalistów;
- 12) zapewnienie dostępu do niezbędnych badań diagnostycznych i laboratoryjnych;
- 13) orzekanie i opiniowanie o stanie zdrowia;
- 14) prowadzenie dokumentacji medycznej zgodnie z obowiązującymi przepisami.

§ 118.

Do podstawowych zadań Pielęgniarki epidemiologicznej należy:

- 1) nadzorowanie i monitorowanie stanu sanitarno-epidemiologicznego;
- 2) identyfikacja, analiza i monitorowanie czynników ryzyka występowania zakażeń szpitalnych;
- 3) współuczestniczenie w opracowywaniu, wdrażaniu, opiniowaniu standardów i procedur w zakresie profilaktyki i zwalczania zakażeń;
- 4) prowadzenie nadzoru nad:
 - a) realizacją programu zapobiegania i kontroli zakażeń szpitalnych,
 - b) prawidłowością wykonywanych procesów (sterylizacji, dezynfekcji, dezynsekcji, deratyzacji),
 - c) prowadzeniem dokumentacji dotyczącej kontroli zakażeń szpitalnych,
 - d) przestrzeganiem przez personel zasad aseptyki oraz obowiązujących standardów i zasad postępowania;
- 5) współuczestniczenie w opracowywaniu standardów, zasad postępowania, procedur organizacyjnych dotyczących systemu pracy w Zespole, w szczególności:
 - a) metod i technik pracy personelu,
 - b) systemu transportu wewnętrznego,
 - c) sposobów zbierania, gromadzenia i przekazywania do utylizacji odpadów,
 - d) procesów dezynfekcji i sterylizacji,
 - e) procesów dezynsekcji i deratyzacji;
- 6) określanie czynników ryzyka zakażeń wśród pacjentów i personelu;
- 7) przeprowadzanie dochodzeń epidemiologicznych i postępowań w przypadku wystąpienia ognisk epidemicznych;
- 8) prowadzenie rejestru zakażeń szpitalnych;
- 9) współuczestniczenie w planowaniu opieki nad pacjentem z zakażeniem;
- 10) sprawowanie nadzoru nad systemem izolacji pacjentów stwarzających ryzyko zakażeń dla innych;
- 11) współpraca ze wszystkimi komórkami organizacyjnymi Zespołu w zakresie epidemiologicznym;
- 12) monitorowanie występowania ekspozycji zawodowych oraz analizowanie przyczyn ich występowania we współpracy z inspektorem BHP;
- 13) planowanie i organizowanie szkoleń personelu w zakresie kontroli zakażeń szpitalnych;

§ 119.

- 1. Działem Farmacji Szpitalnej kieruje kierownik, któremu bezpośrednio podlegają zatrudnieni pracownicy.
- 2. Kierownika Działu Farmacji Szpitalnej w czasie jego nieobecności zastępuje osoba posiadająca stosowne uprawnienia.

§ 120.

Do podstawowych zadań Działu Farmacji Szpitalnej należy:

- 1) organizowanie zaopatrzenia Zespołu w produkty lecznicze i wyroby medyczne zgodnie z ustawą Prawo farmaceutyczne oraz ustawą Prawo zamówień publicznych;
- 2) właściwe i zgodne z terminem ważności przechowywanie zapasów leków i materiałów opatrunkowych;
- 3) wydawanie produktów leczniczych i wyrobów medycznych poszczególnym komórkom organizacyjnym zgodnie z zapotrzebowaniem i obowiązującymi przepisami;
- 4) udzielanie informacji o produktach leczniczych i wyrobach medycznych;
- 5) udział w monitorowaniu działań niepożądanych leków;

- 6) udział w racjonalizacji farmakoterapii;
- 7) prowadzenie ewidencji przychodu i rozchodu leków i materiałów opatrunkowych znajdujących się w Dziale Farmacji Szpitalnej;
- 8) kontrola pod względem merytorycznym faktur i rachunków za leki i materiały opatrunkowe zamawiane do Działu Farmacji Szpitalnej;
- 9) właściwe przechowywanie oraz zabezpieczenie środków odurzających i psychotropowych, spirytusów oraz trucizn;
- 10) prowadzenie rejestru środków odurzających i spirytusowych;
- 11) współuczestniczenie w prowadzeniu gospodarki produktami leczniczymi i wyrobami medycznymi w szpitalu;
- 12) prowadzenie ewidencji próbek do badań klinicznych oraz uzyskiwanych darów produktów leczniczych i wyrobów medycznych;
- 13) ustalanie procedur wydawania produktów leczniczych lub wyrobów medycznych na oddziały oraz dla pacjenta;
- 14) utrzymanie Działu Farmacji Szpitalnej w należyтым stanie sanitarno-higienicznym i porządkowym;
- 15) sporządzanie rozliczeń i sprawozdań związanych z zakresem prowadzonej działalności.

§ 121.

1. Laboratorium Analitycznym kieruje kierownik, któremu bezpośrednio podlegają zatrudnieni pracownicy.
2. Kierownika Laboratorium Analitycznego w czasie jego nieobecności zastępuje wyznaczony przez niego pracownik.
3. Bezpośredni nadzór nad działalnością Laboratorium Analitycznego i pracą kierownika sprawuje zastępca dyrektora ds. medycznych.

§ 122.

Do podstawowych zadań Laboratorium Analitycznego należy:

- 1) udział w diagnostyce, profilaktyce i monitorowaniu leczenia;
- 2) wykonywanie badań diagnostycznych w zakresie: analityki, chemii klinicznej, hematologii, koagulologii;
- 3) pobieranie i segregowanie materiału do badania, odpowiednie jego znakowanie i wpisanie do właściwej księgi badań;
- 4) opisywanie wykonanych badań i wydawanie wyników laboratoryjnych;
- 5) sporządzanie sprawozdań statystycznych i informacji z zakresu świadczonych usług;
- 6) prowadzenie systematycznej kontroli jakości badań i udział w kontrolach zewnątrzlaboratoryjnych;
- 7) prowadzenie dokumentacji;
- 8) śledzenie postępów w diagnostyce laboratoryjnej i wprowadzanie nowych badań zgodnie z postępem nauk medycznych;
- 9) utrzymywanie współpracy z klinicystami dla dobra pacjenta.

§ 123.

- 1) Ambulatorium Ogólnym kieruje zastępca dyrektora ds. medycznych, któremu bezpośrednio podlegają zatrudnieni lekarze.
- 2) Pielęgniarka Ambulatorium Ogólnego podlega bezpośrednio przełożonej pielęgniarek.
- 3) Pielęgniarkę Ambulatorium Ogólnego w czasie jej nieobecności zastępuje wyznaczona przez nią, w uzgodnieniu z przełożoną pielęgniarek, pielęgniarka.

§ 124.

Ambulatorium Ogólne udziela świadczeń zdrowotnych obejmujących:

- 1) konsultacje dla pacjentów Zespołu, w szczególności w zakresie chorób wewnętrznych, chirurgii i neurologii;
- 2) opiekę profilaktyczną nad pracownikami Zespołu w zakresie medycyny pracy, epidemiologii, szczepień ochronnych;
- 3) wykonywanie badań diagnostycznych w zakresie elektrokardiografii, elektroencefalografii;
- 4) implantację Disulfiramu.

§ 125.

Do podstawowych zadań Ambulatorium Ogólnego należy:

- 1) udzielanie świadczeń ambulatoryjnych pacjentom, zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, dostępnymi metodami i środkami zapobiegania, rozpoznawania i leczenia chorych, respektując prawa pacjenta oraz przestrzegając zasad etyki zawodowej;
- 2) prowadzenie rejestracji pacjentów;

- 3) wykonywanie lub zlecenie badań diagnostycznych i zabiegów leczniczych i rehabilitacyjnych oraz współpraca z odpowiednimi pracownikami i zakładami w celu ich wykonania;
- 4) wykonywanie badań diagnostycznych w zakresie elektrokardiografii, elektroencefalografii;
- 5) przygotowywanie opinii, zaświadczeń, orzeczeń oraz wniosków do celów inwalidztwa, zatrudnienia i sądownictwa;
- 6) zabezpieczenie w niezbędne środki farmaceutyczne, sprzęt i materiały medyczne;
- 7) prowadzenie promocji zdrowia i szerzenie oświaty zdrowotnej;
- 8) wysuwanie propozycji co do dalszego postępowania leczniczo-rehabilitacyjnego wobec konsultowanego pacjenta;
- 9) prowadzenie dokumentacji medycznej zgodnie z obowiązującymi przepisami;
- 10) utrzymanie pomieszczeń w należyтым porządku i stanie sanitarno-higienicznym;
- 11) dbanie o powierzone mienie, a w szczególności utrzymanie w pełnej sprawności technicznej urządzeń i aparatury;
- 12) sporządzanie sprawozdań, wykazów i informacji dla potrzeb wewnętrznych komórek organizacyjnych Zespołu oraz uprawnionych organów i instytucji.

§ 126.

1. Poradnia Zdrowia Psychicznego świadczy usługi w trybie ambulatoryjnym obejmujące:
 - 1) świadczenia terapeutyczne;
 - 2) niezbędne badania diagnostyczne;
 - 3) leki niezbędne w stanach nagłych.
2. Poradnia może realizować świadczenia z wykorzystaniem systemów teleinformatycznych.
3. Bezpośredni nadzór nad działalnością Poradni Zdrowia Psychicznego sprawuje zastępca dyrektora ds. medycznych.

§ 127.

Do podstawowych zadań Poradni Zdrowia Psychicznego należą:

- 1) diagnostyka zaburzeń psychicznych obejmująca zebranie wywiadu, ocenę stanu psychicznego i somatycznego, skierowanie na niezbędne badanie psychologiczne, niezbędne badania diagnostyczne, w tym laboratoryjne oraz ustalenie rozpoznania, diagnozy psychologicznej i planu terapeutycznego;
- 2) leczenie według planu terapeutycznego, obejmujące psychoterapię indywidualną i grupową, ocenę stanu psychicznego i somatycznego, ocenę postępów leczenia, niezbędne kontrolne badania diagnostyczne, w tym laboratoryjne oraz czynności pielęgniarstwa;
- 3) ogólna ocena przebiegu leczenia oraz ocena stanu somatycznego, np. przy objawach polekowych oraz wydanie niezbędnych zaleceń odnośnie kontynuacji leczenia, wsparcie psychospołeczne.

§ 128.

1. Poradnia Terapii Uzależnienia od Alkoholu i Współuzależnienia świadczy usługi w trybie ambulatoryjnym obejmujące:
 - 1) świadczenia terapeutyczne;
 - 2) niezbędne badania diagnostyczne;
 - 3) leki niezbędne w stanach nagłych;
 - 4) działania edukacyjno-konsultacyjne dla rodzin.
2. Poradnia Terapii Uzależnienia od Alkoholu i Współuzależnienia czynna jest w dni powszednie w wyznaczonych godzinach. Harmonogram pracy Poradni ustala kierownik po uzgodnieniu z z-cą dyrektora ds. medycznych.
3. Udzielenie świadczenia w Poradni Terapii Uzależnienia od Alkoholu i Współuzależnienia nie wymaga skierowania.
4. Pacjenci przyjmowani są na podstawie kolejności zgłoszeń. Terminy kolejnych wizyt oraz udziału w zajęciach grupowych wyznaczane są indywidualnie według potrzeb, osobiście lub telefonicznie.
5. Świadczenia zdrowotne udzielane są przez specjalistów psychoterapii uzależnień, psychologa, lekarza psychiatrę.
6. Pacjent ma możliwość wyboru specjalisty udzielającego świadczeń zdrowotnych.
7. Poradnia może realizować świadczenia z wykorzystaniem systemów teleinformatycznych.
8. Poradnia Terapii Uzależnienia od Alkoholu i Współuzależnienia przyjmuje osoby uzależnione od alkoholu skierowane przez Sąd do leczenia w warunkach ambulatoryjnych na podstawie postanowienia o obowiązku leczenia odwykowego.
9. Poradnią Terapii Uzależnienia od Alkoholu i Współuzależnienia kieruje kierownik, któremu bezpośrednio podlegają zatrudnieni pracownicy.

10. Kierownika Poradni Terapii Uzależnienia od Alkoholu i Współuzależnienia w czasie jego nieobecności zastępuje wyznaczona osoba posiadająca odpowiednie kwalifikacje.
11. Bezpośredni nadzór nad działalnością Poradni Terapii Uzależnienia od Alkoholu i Współuzależnienia i pracą kierownika sprawuje zastępca dyrektora ds. medycznych.

§ 129.

Do podstawowych zadań Poradni Terapii Uzależnienia od Alkoholu i Współuzależnienia należy:

- 1) diagnostyka osoby uzależnionej i osób współuzależnionych, obejmująca zebranie wywiadu, ocenę stanu psychicznego i somatycznego, niezbędne badanie psychologiczne, niezbędne badania diagnostyczne, w tym laboratoryjne oraz ustalenie rozpoznania i planu terapeutycznego;
- 2) leczenie osoby uzależnionej i osób współuzależnionych według ustalonego planu terapeutycznego, obejmujące terapię indywidualną, grupową, rodzinną, sesje psychoedukacyjne oraz czynności pielęgniarstwa;
- 3) działania informacyjno - motywacyjne na wstępnym etapie kontaktu świadczeniobiorcy z placówką przed ustaleniem diagnozy i indywidualnego planu leczenia, udzielanie wsparcia psychologicznego, działania edukacyjne oraz oddziaływania interwencyjne;
- 4) ocena postępu leczenia i realizacji zadań zaplanowanych w indywidualnym planie leczenia, niezbędne skierowania na konsultacje specjalistyczne, ocena przebiegu leczenia, wsparcia psychologicznego, działań edukacyjnych oraz oddziaływania interwencyjnego.

§ 130.

1. Poradnia Psychologiczna dla Dzieci i Młodzieży udziela świadczeń obejmujących:
 - 1) porady psychologiczne, sesje psychoterapii indywidualnej, sesje psychoterapii rodzinnej, sesje psychoterapii grupowej, sesje wsparcia psychospołecznego;
 - 2) wizyty, porady domowe lub środowiskowe;
 - 3) konsultacje edukacyjno-profilaktyczne, konsylia lub sesje koordynacji udzielanych świadczeń.
2. Poradnię Psychologiczną dla Dzieci i Młodzieży kieruje koordynator, który organizuje pracę Poradni.
3. Koordynatora Poradni Psychologicznej dla Dzieci i Młodzieży w czasie jego nieobecności zastępuje wyznaczona osoba posiadająca odpowiednie kwalifikacje.
4. Bezpośredni nadzór nad działalnością Poradni Psychologicznej dla Dzieci i Młodzieży sprawuje zastępca dyrektora ds. medycznych.

§ 131.

1. Do podstawowych zadań Poradni Psychologicznej dla Dzieci i Młodzieży należy:

- 1) opieka psychologiczna i psychoterapeutyczna, obejmująca w szczególności: diagnostykę, poradnictwo, psychoterapię, realizowane poprzez porady psychologiczne diagnostyczne, porady psychologiczne, sesje psychoterapii indywidualnej, rodzinnej, grupowej, sesje wsparcia psychospołecznego, wizyty, porady domowe lub środowiskowe;
- 2) konsultacje edukacyjno-profilaktyczne indywidualne lub grupowe dla rodzin, opiekunów prawnych, rówieśników lub innych osób stanowiących wsparcie społeczne świadczeniobiorcy;
- 3) konsylia lub sesje koordynacji udzielanych świadczeń;
- 4) współpraca ze świadczeniodawcami z tego samego lub innego poziomu referencyjnego w ramach koordynacji udzielanych świadczeń lub kontynuacji leczenia.
2. Do zadań Poradni Psychologicznej dla Dzieci i Młodzieży należy także ocena przebiegu procesu terapeutycznego oraz realizacji zadań zaplanowanych w indywidualnym planie terapeutycznym.
3. Świadczeniodawca udziela świadczeń ambulatoryjnych lub środowiskowych następującej grupie świadczeniobiorców: dzieci przed rozpoczęciem realizacji obowiązku szkolnego, dzieci i młodzież objęci obowiązkiem szkolnym i obowiązkiem nauki oraz kształcący się w szkołach ponadpodstawowych - do ich ukończenia, a także ich rodziny lub opiekunowie prawni.
4. W uzasadnionych przypadkach Poradnia może udzielić konsultacji edukacyjno-profilaktycznych indywidualnych lub grupowych dla rodzin, opiekunów prawnych, rówieśników lub innych osób stanowiących wsparcie społeczne pacjenta, bez jego obecności.
5. Poradnia może realizować świadczenia z wykorzystaniem systemów teleinformatycznych.
6. Poradnia udziela świadczeń w dni powszednie w wyznaczonych godzinach. Harmonogram pracy Poradni ustala koordynator po uzgodnieniu z z-cą dyrektora ds. medycznych.
7. Sesje psychoterapii odbywają się według ustalonego indywidualnego planu terapeutycznego.
8. Przyjęcie świadczeniobiorcy w celu realizacji świadczeń odbywa się bez skierowania.
9. Pierwsza porada lub wizyta następuje w okresie do 7 dni roboczych od dnia zgłoszenia do Poradni, z wyłączeniem sytuacji niezależnych od świadczeniodawcy.

10. Poradnia zapewnia każdemu pacjentowi współpracę z psychologiem oraz zależnie od potrzeb terapeutycznych pacjenta z psychoterapeutą, terapeutą środowiskowym lub zespołem specjalistów.
11. Psycholog lub psychoterapeuta wspólnie z pacjentem, rodzicami/opiekunami prawnymi, ustala plan zdrowienia.
12. Proces terapeutyczny realizowany w Poradni obejmuje:
 - poradę psychologiczną,
 - 1) poradę psychologiczną diagnostyczną, w tym przeprowadzenie niezbędnych testów diagnostycznych;
 - 2) sesje psychoterapii indywidualnej;
 - 3) sesja psychoterapii rodzinnej;
 - 4) sesje psychoterapii grupowej;
 - 5) sesje wsparcia psychospołecznego;
 - 6) wizyty, porady domowe lub środowiskowe miejscowe lub zamiejscowe, w tym w ramach współpracy z zespołem podstawowej opieki zdrowotnej, szkołą (przedszkolem) placówką, pielęgniarką, higienistką szkolną, osobami udzielającymi pomocy psychologiczno-pedagogicznej w jednostkach systemu oświaty lub pomocy społecznej oraz asystentami i pracownikami socjalnymi w podmiotach pomocy społecznej.
13. Cele pomocy psychologicznej, terapii indywidualnej/grupowej/rodzinnej/sesji wsparcia oraz plan oddziaływań środowiskowych ustalają się odrębnie właściwi specjaliści.
14. Wszystkie świadczenia i czynności z nimi związane oraz pozyskane informacje są odnotowywane w dokumentacji medycznej pacjenta.
15. Poradnia współpracuje:
 - 1) ze świadczeniodawcami z tego samego lub innego poziomu referencyjnego w ramach koordynacji udzielanych świadczeń lub kontynuacji leczenia;
 - 2) z zespołem podstawowej opieki zdrowotnej, poradniami zdrowia psychicznego, centrami zdrowia psychicznego, szpitalami, szpitalami (np. oddział psychiatryczny, dziecięcy, pediatryczny) oraz pielęgniarką środowiskową, higienistką szkolną;
 - 3) z wyższymi poziomami referencyjności, PZP oraz CZP w zakresie konsultacji lekarskich, leczenia farmakologicznego oraz dokończenia/pogłębienia diagnozy o medyczną poradę diagnostyczną;
 - 4) z kadrą psychologiczno-pedagogiczną w szkołach, w szczególności z nauczycielami, specjalistami psychologami i pedagogami w placówkach oświatowych (po uzyskaniu zgody rodziców lub opiekunów prawnych świadczeniobiorców albo pełnoletniego świadczeniobiorcy), a także asystentami i pracownikami socjalnymi w podmiotach pomocy społecznej oraz kuratorską służbą sądową;
 - 5) ze służbami, policją, zespołem kuratorów sądowych.
16. Współpraca, o której mowa ust. 15 w pkt 1 – 5 odbywa się wyłącznie po uzyskaniu zgody rodziców lub opiekunów prawnych pacjentów do 16 r.ż. albo po uzyskaniu zgody rodziców lub opiekunów prawnych pacjentów i jednoczesnym uzyskaniu zgody świadczeniobiorcy powyżej 16 r.ż. albo po uzyskaniu zgody pełnoletniego pacjenta.
17. W przypadku uzasadnionego podejrzenia zaistnienia przemocy w rodzinie pracownicy Poradni uruchamiają procedurę „Niebieskiej karty”, zgodnie z ustawą z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie (Dz.U. z 2020 r. poz. 218 i poz. 956).
18. Przynajmniej raz w miesiącu, po uzyskaniu zgody rodziców/opiekunów prawnych lub zgody pełnoletniego pacjenta, Poradnia realizuje konsylia lub sesje koordynacji udzielanych świadczeń z innymi świadczeniodawcami, instytucjami lub podmiotami udzielającymi wsparcia dla pacjentów pozostających pod opieką Poradni.

§ 132.

Do podstawowych zadań Poradni Zdrowia Psychicznego dla Dzieci należy:

- 1) udzielanie lekarskich porad specjalistycznych, diagnostycznych, terapeutycznych, kontrolnych;
- 2) udzielanie porad psychologicznych i psychologicznych diagnostycznych;
- 3) psychoterapia indywidualna, grupowa i rodzinna;
- 4) wsparcie psychospołeczne;
- 5) działania edukacyjne.

§ 133.

1. Poradnia Zdrowia Psychicznego dla Dzieci świadczy usługi w trybie ambulatoryjnym obejmujące:
 - 1) diagnostykę oraz terapię psychiatryczną i psychologiczną;
 - 2) inne niezbędne badania diagnostyczne;
 - 3) leki niezbędne w stanach nagłych;
 - 4) działania terapeutyczne, edukacyjne i konsultacyjne dla rodzin.
2. Poradnia czynna jest w dni powszednie w wyznaczonych godzinach. Harmonogram pracy Poradni ustala z-ca dyrektora ds. medycznych.

3. Przyjęcie pacjenta do poradni nie wymaga skierowania.
4. Pacjenci przyjmowani są na podstawie kolejności zgłoszeń po wcześniejszym telefonicznym lub osobistym zgłoszeniu.
5. Poradnia może realizować świadczenia z wykorzystaniem systemów teleinformatycznych.
6. Poradnia Zdrowia Psychicznego dla Dzieci podlega bezpośrednio z-cy dyrektora ds. medycznych.

ROZDZIAŁ XIII **Postanowienia końcowe**

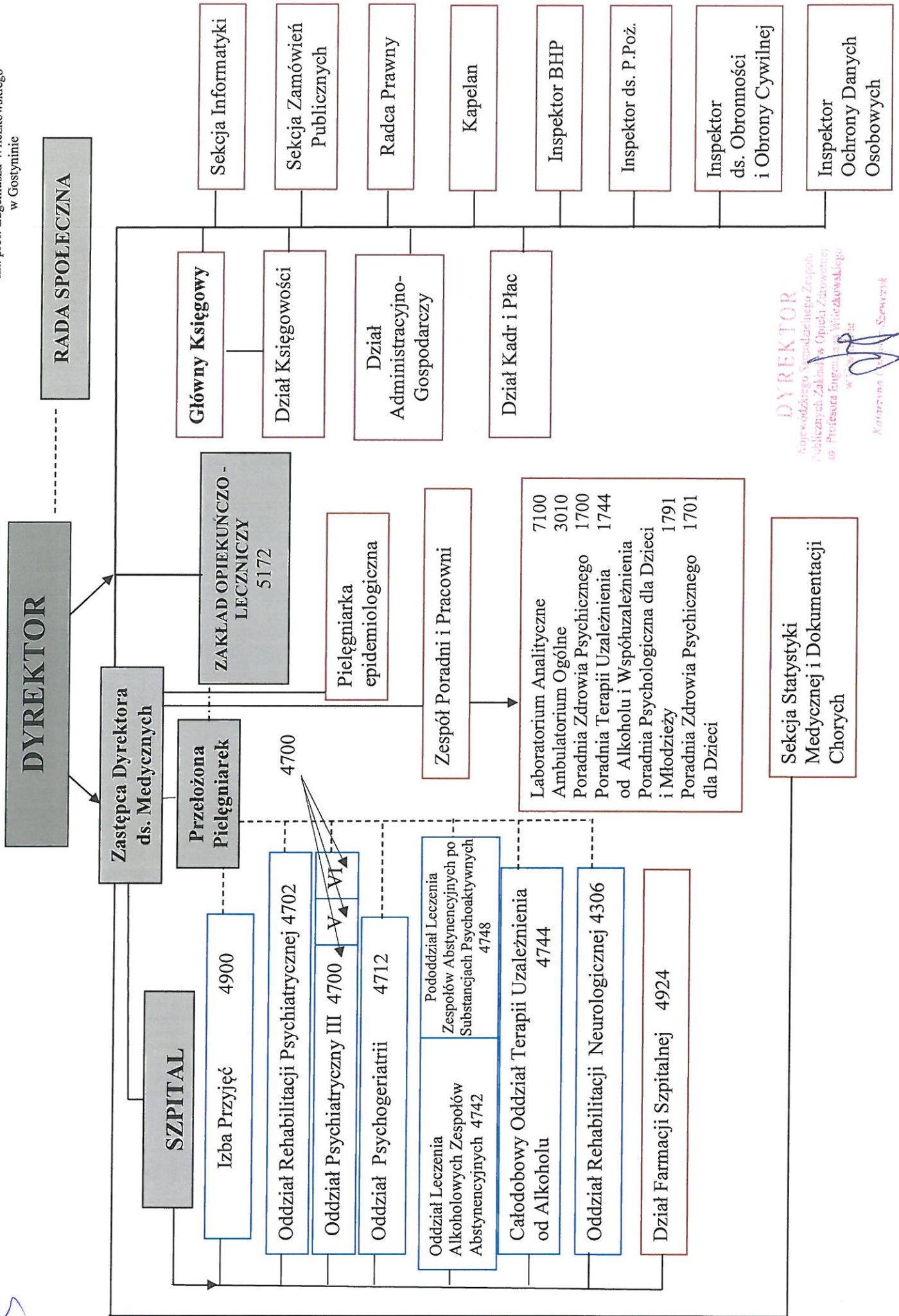
§ 134.

1. Kierownicy komórek organizacyjnych Zespołu są odpowiedzialni za egzekwowanie przestrzegania postanowień niniejszego regulaminu.
2. Sprawy nieuregulowane w niniejszym regulaminie określają przepisy prawa obowiązujące w zakresie prowadzonej działalności i statut Zespołu.
3. Szczegółowe zasady procesu udzielania świadczeń zdrowotnych w oddziałach Zespołu oraz w Izbie Przyjęć, określają regulaminy tych oddziałów i regulamin Izby Przyjęć.
4. Szczegółowe zasady procesu udzielania świadczeń zdrowotnych w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicy określają regulamin Zakładu Opiekuńczo-Lecznicy.
5. Zasady wykonywania środka zabezpieczającego uwzględnia się w regulaminach oddziałów wykonujących środek zabezpieczający: Oddziału Psychiatrycznego III, Oddziału Psychiatrycznego V, Oddziału Psychiatrycznego VI oraz Oddziału Psychogeriatry.
6. Szczegółowe zasady procesu monitoringu wizyjnego określa załącznik nr 3 do niniejszego regulaminu – Regulamin monitoringu wizyjnego.
7. Zmiana postanowień Regulaminu może być wprowadzona w trybie właściwym dla jego ustalenia.
8. Regulamin wchodzi w życie po uzyskaniu pozytywnej opinii Rady Społecznej i podlega ogłoszeniu poprzez wywieszanie na tablicy informacyjnej Zespołu.

DYREKTOR
Wojewódzkiego Samodzielnego Zespołu
Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej
na. Profesora Eugeniusza Władkowskiego
w Gostyniu
Katarzyna Lisowska-Pomorska

SCHEMAT ORGANIZACYJNY

Załącznik Nr 1
do Regulaminu organizacyjnego
Wojewódzkiego Samodzielnego Zespołu Publicznych
Zakładów Opieki Zdrowotnej
im. prof. Eugeniusza Wilczkowskiego
w Gostyninie



DYREKTOR
Wojewódzkiego Samodzielnego Zespołu
Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej
im. Prof. Eugeniusza Wilczkowskiego
w Gostyninie
Katarzyna Górska-Szewczyk

Załącznik Nr 2
do Regulaminu organizacyjnego
Wojewódzkiego Samodzielnego Zespołu
Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej
im. prof. Eugeniusza Wilczkowskiego
w Gostyninie

**CENNIK
BADAŃ DIAGNOSTYCZNYCH
I
LABORATORYJNYCH**

**Wojewódzkiego Samodzielnego Zespołu
Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej
im. prof. Eugeniusza Wilczkowskiego
w Gostyninie**

LABORATORIUM ANALITYCZNE

tel. 24 236 00 39 lub 24 236 00 40

L.p.	Nazwa badania	Cena w zł
1.	Morfologia krwi (rozmaz + płytki)	9,00
2.	Rozmaz krwi ręczny (barwienie + ocena)	16,00
3.	OB	5,00
4.	APTT	9,00
5.	Czas protrombinowy (wsk. prothr. + INR)	9,00
6.	Retikulocyty	11,00
7. Badanie ogólne moczu		
8.	Dobowa zbiórka moczu (DZM) na utratę białka	7,00
9.	Dobowa zbiórka moczu (DZM) na cukier + aceton	7,00
10.	Krew utajona w kale (bez zachowania diety)	12,00
11.	Test ciążowy	13,00
12.	WR	9,00
13. Alat		
14.	Aspat	7,00
15.	Amylaza w surowicy	9,00
16.	Amylaza w moczu	9,00
17.	Białko w surowicy	6,00
18.	Bilirubina całkowita	6,00
19.	Cholesterol	8,00
20.	Cholesterol – HDL	9,00
21.	CPK - kinaza fosfokreatynowa	9,00
22.	CRP-turbilatex	13,00
23.	Fosfataza alkaliczna	9,00
24.	GGTP	8,00
25.	Glukoza	5,00
26.	Glukoza -dobowy profil glikemii (6 badań)	25,00
27.	Glukoza-profil glikemii - 4 badania	17,00
28.	Glukoza -test tolerancji	9,00
29.	Glukoza -krzywa cukrowa (po	25,00

	obciążeniu glukozą)	
30.	Jonogram (sód, potas)	9,00
31.	Kreatynina w surowicy	7,00
32.	Kreatynina w moczu	8,00
33.	Klirens kreatyniny	11,00
34.	Kwas moczowy w surowicy	8,00
35.	Kwas moczowy w moczu	8,00
36.	Lit w surowicy	10,00
37.	Mocznik	8,00
38.	Trójglicerydy	8,00
BADANIA INNE		
39.	Test z kału na rotawirusy i adenowirusy	30,00
40.	Kał na Clostridium difficile z określeniem toksyny	80,00
41.	Test przesiewowy HIV – p/ciała typu 1, typu 2 i podtypu 0 (jakościowo)	50,00
42.	Test na narkotyki – 10 paramentów	50,00
43.	Test na syntetyczne narkotyki (dopalacze) – 5 parametrów	50,00
BADANIA BIOCHEMICZNE *		
44.	Albumina w surowicy	5,00
45.	Alfa –amylaza – izoenzym trzustkowy	10,20
46.	Alfa –amylaza izoenzym trzustkowy w moczu	10,80
47.	Białko + proteinogram	11,40
48.	Bilirubina bezpośrednia + całkowita	9,00
49.	Chlorki w surowicy	6,00
50.	Chlorki DZM - wydalanie	12,00
51.	CK-MB (aktywność)	16,80
52.	Cynk	84,00
53.	Fosfataza alkaliczna – izoenzym kostny	9,60
54.	Fosforany w moczu DZM -wydalanie	8,40
55.	Fosforany w surowicy	4,80
56.	Hemoglobina glikozylowana HbA1C	18,00
57.	Jonogram pełny(Na,K,Cl,Mg,fosf.)	18,00
58.	LDH - w surowicy	4,70
59.	Lipaza w surowicy	10,40
60.	Magnez w surowicy	6,60

61.	Magnez w moczu DZM -wydalanie	8,40
62.	Miedź w surowicy	84,00
63.	Osmolarność w surowicy	9,60
64.	Prokalcytonina	60,00
65.	Pseudocholinoesteraza	12,00
66.	Troponina T	24,00
67.	Wapń w surowicy	5,40
68.	Wapń w moczu DZM - wydalenie	10,80
BADANIA HORMONALNE*		
69.	ACTH	56,40
70.	Aldosteron	60,00
71.	Androstendion	60,00
72.	DHEA –dihydroepiandrosteron	60,00
73.	DHEA –S	26,40
74.	Estradiol	19,20
75.	FSH	14,40
76.	HCG	21,60
77.	Hormon wzrostu	52,80
78.	Insulina	34,80
79.	Kortyzol w surowicy	21,60
80.	Kortyzol w moczu	21,60
81.	LH	14,40
82.	Parathormon (PTH)	27,60
83.	P/ciała anty-TG	25,20
84.	P/ciała anty - TPO	25,20
85.	Progesteron	19,20
86.	17-OH Progesteron	60,00
87.	Prolaktyna (PRL)	19,20
88.	Testosteron	19,20
89.	TSH	13,20
90.	fT3	14,40
91.	fT4	14,40
MARKERY NOWOTWOROWE I OSTEOPOROZY*		
92.	Alfa-fetoproteina	26,40
93.	Ca 15.3	60,00
94.	Ca 19.9	60,00

95.	CA-125	30,00
96.	CEA	21,60
97.	PSA	22,80
IMMUNOGLOBULINY*		
98.	*Kalcytonina	74,40
99.	*Ostekalcyna	75,60
100.	IgA	14,40
101.	IgG	14,40
102.	IgM	14,40
103.	Immunoglobuliny (IgA, IgG, IgM)	28,80
104.	IgE całkowite	21,60
DIAGNOSTYKA INFEKCJI*		
105.	Anty - HBe	62,40
106.	Anty - HCV	26,40
107.	HCV genotypowanie + HCV met.PCR ilościowo	636,00
108.	Badanie w kier. HCV RNA met.PCR jakościowe	153,60
109.	Badanie w kier. HCV RNA met.PCR ilościowe	396,00
110.	Borelioza (IgG)	48,00
111.	Borelioza (IgM)	48,00
112.	Borelioza test potw. Western blot (jedna klasa)	132,00
113.	Cytomegalovirus (IgG)	26,40
114.	Cytomegalovirus (IgM)	24,00
115.	HBe- Ag	62,40
116.	HBs - Ag	14,40
117.	Anty-HBc total	64,80
118.	MONO (test na mononukleozę)	14,40
119.	Oznaczenie p/ciał anty - HIV/antyg.(combo) Test potwierdzenia dla HIV Western-blot	48,00 bezpłatnie
120.	P/ciała anty HBS	22,80
121.	Różyczka (IgG)	26,40
122.	Różyczka (IgM)	24,00
123.	Toksoplazmoza (IgG)	24,00
124.	Toksoplazmoza (IgM)	24,00
BADANIA IMMUNOLOGICZNE*		

125.	ASO	14,60
126.	Badanie weryfikacyjne WR (FTA)	36,00
127.	Badanie weryfikacyjne WR (FTA- ABS)	36,00
128.	Badanie WR (VDRL)	12,00
129.	Serologia kiły met. TPHA	36,00
130.	Czynnik reumatoidalny -RF	14,40
131.	P/ciała p/jądrowe ANA1 (met. IF)	67,20
132.	P/ciała p/jądrowe (test przesiewowy ELISA)	24,00
ANALITYKA OGÓLNA*		
133.	Kał na jaja pasożytów	14,40
134.	Mikroalbuminuria	11,40
135.	Test lamblia	18,00
HEMATOLOGIA I KOAGULOLOGIA*		
136.	D-dimer (ilościowo)	20,40
137.	PMR – płyn mózgowo-rdzeniowy, badanie ogólne	33,60
138.	Fibrynogen	9,60
DIAGNOSTYKA ANEMII*		
139.	Ferrytyna	20,40
140.	Kwas foliowy w surowicy	56,40
141.	TIBC	9,60
142.	Transferyna	12,00
143.	UIBC	6,20
144.	Vit B12 w surowicy	56,40
145.	Żelazo w surowicy	4,80
INNE BADANIA*		
146.	Karbamazepina w surowicy	28,80
147.	Kwas walproinowy	60,00
BADANIA BAKTERIOLOGICZNE* podane ceny są niezależne od ilości wyizolowanych patogenów i wykonanych lekowrażliwości (antybiogramów)		
Pracownia Bakteriologii Klinicznej *		
148.	Badanie moczu (posiew, identyfikacja, czynniki hamujące)	30,00
149.	Badanie bakteriologiczne wymazów z:	
	nosa	36,00
	gardła	36,00

	plwocina (popłuczyny z oskrzeli)	36,00
	jama ustna	36,00
150.	Badanie bakteriologiczne wymazów z:	
	ran	42,00
	treść ropna	42,00
151.	Wydzielina z drzewa oskrzelowego, rurki intubacyjnej	48,00
152.	Wymazy:	
	z ucha	36,00
	z szyjki macicy, pochwy	36,00
	z worków spojówkowych	36,00
	ze skóry	36,00
	w kierunku Neisseria gonorrhoeae	36,00
	z odbytu (grzyby, gronkowiec)	36,00
	nasienia	36,00
*podane ceny dotyczą badania bakteriologicznego niezależnie od ilości wyizolowanych patogenów i wykonywanych lekowrażliwości (antybiogramów)		
PRACOWNIA BEZTLENOWCÓW*		
153.	Krew na beztlenowce (BACT ALERT) – posiew ujemny (-)	54,00
154.	Wymaz z odbytu w kierunku pałeczek z rodziny Enterobacteraceae produkujących karbapenemazy (CPE)	30,00
155.	Krew na beztlenowce (BACT ALERT)-posiew dodatni (+) z identyfikacją szczepu i antybiogramem	93,60
156.	Ropa na beztlenowce (wymaz, punktata)- posiew	50,40
157.	Ident.+antybiogram drobnoustrojów beztlenowych z ropy	66,00
158.	Test na p.ciała dla H.pylori (lateksowy)	30,00
PRACOWNIA PRĄTKA GRUŻLICY*		
	Badania w kierunku gruźlicy:	
159.	Plwocina	36,00
160.	Mocz	36,00
161.	Płyn mózgowo-rdzeniowy	36,00
162.	Drenaże z rany	36,00

M

163.	Material z bronchoskopii	36,00
164.	Popłuczyny żołądkowe	36,00
165.	Badania w kierunku gruźlicy, system MB Bact	84,00

* badania wykonywane u podwykonawców.

AMBULATORIUM OGÓLNE

tel. (0-24)236-00-37

Lp.	Nazwa zabiegu	Cena
1	Implantacja Disulfiramu	500,00 *

*w koszt zabiegu została wliczona cena leku Disulfiram.

ZAKŁAD PATOMORFOLOGII*

2	Badanie histopatologiczne	48,00
---	---------------------------	-------

*badanie wykonywane u podwykonawców.


DYREKTOR
 Wojewódzkiego Szpitalnego Zespołu
 Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej
 im. Profesora Eugeniusza Wilczkowskiego
 w Gorzynie
 Katarzyna Kosicz-Szewczyk

M

Załącznik Nr 3
do Regulaminu organizacyjnego
Wojewódzkiego Samodzielnego Zespołu Publicznych Zakładów
Opieki Zdrowotnej im. prof. Eugeniusza Wilczkowskiego
w Gostyninie

REGULAMIN MONITORINGU WIZYJNEGO

Wojewódzkiego Samodzielnego Zespołu
Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej
im. prof. Eugeniusza Wilczkowskiego
w Gostyninie

§1.

Postanowienia ogólne

1. Niniejszy Regulamin monitoringu wizyjnego Wojewódzkiego Samodzielnego Zespołu Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej im. prof. Eugeniusza Wilczkowskiego w Gostyninie określa:
 - 1) zasady funkcjonowania monitoringu wizyjnego z rejestracją obrazu,
 - 2) lokalizację systemu monitoringu wizyjnego oraz sposób oznakowania,
 - 3) reguły przetwarzania danych, w tym rejestracji i zapisu informacji oraz sposób ich zabezpieczenia,
 - 4) sposób udostępniania danych z monitoringu osobom upoważnionym i podmiotom uprawnionym.
2. Użyte w Regulaminie monitoringu wizyjnego Wojewódzkiego Samodzielnego Zespołu Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej im. prof. Eugeniusza Wilczkowskiego w Gostyninie określenia oznaczają:
 - 1) *Regulamin* - Regulamin monitoringu wizyjnego Wojewódzkiego Samodzielnego Zespołu Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej im. prof. Eugeniusza Wilczkowskiego w Gostyninie,
 - 2) *Zespół* - Wojewódzki Samodzielny Zespół Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej im. prof. Eugeniusza Wilczkowskiego w Gostyninie,
 - 3) *monitoring* - monitoring wizyjny prowadzony przez Wojewódzki Samodzielny Zespół Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej im. prof. Eugeniusza Wilczkowskiego w Gostyninie, obejmujący działkę o nr ewidencyjnym 6721/3 i obiekty na niej położone,
 - 4) *przetwarzanie danych* - jakiegokolwiek operacje wykonywane na danych osobowych, takie jak zbieranie, utrwalanie, przechowywanie, opracowywanie, zmienianie, udostępnianie i usuwanie, a zwłaszcza te, które wykonuje się w systemach informatycznych¹,
 - 5) *osoba upoważniona* - osoba, która na podstawie niniejszego Regulaminu lub odrębnego upoważnienia może mieć wgląd do obrazu z monitoringu wizyjnego a także, której może być udostępniony zapis z monitoringu wizyjnego,
 - 6) *podmiot uprawniony* - podmioty, które na podstawie odrębnych przepisów prawa mogą mieć wgląd do obrazu z monitoringu wizyjnego a także, którym mogą zostać udostępnione dane/zapis z monitoringu wizyjnego,
 - 7) *Inspektor Ochrony Danych Osobowych* - osoba nadzorująca, przestrzeganie stosowania środków technicznych i organizacyjnych zapewniających ochronę przetwarzanych danych osobowych w sposób odpowiedni do zagrożeń oraz kategorii danych objętych ochroną.

§2.

Cel wdrożenia monitoringu wizyjnego

1. Celem wdrożenia monitoringu wizyjnego jest:
 - 1) ograniczenie dostępu osobom postronnym;
 - 2) ochrona mienia przed włamaniami, kradzieżą lub zniszczeniem mienia i innymi zdarzeniami;
 - 3) zwiększenie stanu bezpieczeństwa osób przebywających na terenie Wojewódzkiego Samodzielnego Zespołu Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej w Gostyninie,
 - 4) ograniczenie zachowań niedozwolonych, czynów zabronionych oraz zdarzeń niepożądanych zagrażających zdrowiu bądź mieniu użytkowników obiektu,
 - 5) zapewnienie rejestracji danych umożliwiającą ustalenie stanu faktycznego, wyjaśnienie okoliczności zdarzeń, rozpoznawanie i eliminowanie czynników ryzyka, z zastrzeżeniem, iż nie rejestruje się obrazu z pomieszczeń sal chorych.
2. Monitoring wizyjny nie służy jako środek kontroli jakości wykonywania pracy.

§3.

Monitoring w Zespole

1. Monitoringiem wizyjnym z rejestracją obrazu w Zespole objęto:
 - 1) Pawilon nr 7 - korytarze, jadalnie, pokoje dziennego pobytu, palarnie w Oddziale psychiatrycznym V i Oddziale psychiatrycznym VI, serwerownia i główna klatka schodowa.
 - 2) wjazd na teren Zespołu;
 - 3) obszar kotłowni i budynku warsztatów i garaży.
2. Informacje o funkcjonowaniu systemu monitoringu wizyjnego rozmieszczono w widocznych miejscach przy wejściach na obszarze monitorowanym w postaci piktogramów i tablic sygnalizujących obszar objęty zasięgiem kamer wizyjnych.

¹ Art. 7 pkt 2 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz.U z 2016 r., poz. 922, ze zm.).

3. System monitoringu wizyjnego składa się z:
 - 1) kamer rejestrujących obraz w kolorze przy rozdzielczości umożliwiającej identyfikację osób;
 - 2) urządzeń rejestrujących i zapisujących obraz na nośniku.
4. Kamery są podłączone do dedykowanej sieci komputerowej, która pozwala na przekazywanie obrazów do urządzeń rejestrujących, a następnie na ich utwalenie na elektronicznych nośnikach danych.
5. Monitoring wizyjny funkcjonuje całą dobę w każdy dzień tygodnia.
6. Rejestracji i zapisu na nośniku fizycznym podlega tylko obraz (wizja) generowany z kamer systemu monitoringu.
7. Nie prowadzi się monitoringu dźwiękowego i nie rejestruje się dźwięku (fonii).

§4.

Administrowanie danymi osobowymi w systemie monitoringu wizyjnego

1. Wojewódzki Samodzielny Zespół Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej im. prof. Eugeniusza Wilczkowskiego w Gostyninie jest administratorem danych osobowych przetwarzanych w systemie monitoringu wizyjnego zainstalowanego w Pawilonie nr 7, kotłowni, budynku warsztatów i garaży oraz portierni.
2. Za informatyczne nośniki danych uznaje się elektroniczne, optomagnetyczne lub magnetyczne pamięci masowe lub przenośne, na których gromadzone są nagrania z systemu monitoringu. Są one zabezpieczone przed nieuprawnionym dostępem osób lub ich kopiowaniem.
3. Osoby postronne nie mają możliwości fizycznego dostępu do pomieszczeń, w których przechowywane są nagrania monitoringu i nie mogą uzyskać dostępu do nośników informatycznych. Wejście osób postronnych odbywa się na zasadach określonych w Planie ochrony w towarzystwie Inspektora Ochrony Danych Osobowych (IODO).

§5.

Postępowanie z materiałami pochodzącymi z monitoringu

Udostępnianie danych objętych monitoringiem

1. Dane pochodzące z nagrań umożliwiające identyfikację osoby, zarejestrowane i przechowywane uważane są za dane osobowe. Dane z monitoringu wizyjnego kasują się automatycznie przez tzw. nadpisywanie. Rejestratory umożliwiają przechowywanie danych do 1 miesiąca.
2. Udostępnianie danych osobowych zarejestrowanych za pomocą monitoringu wizyjnego odbywa się na zasadach określonych przepisami prawa oraz w niniejszym Regulaminie.
3. Dostęp do nagrań pochodzących z monitoringu wizyjnego zamontowanego w Pawilonie nr 7 posiada:
 - 1) Dyrektor Zespołu, Zastępca Dyrektora ds. Medycznych lub osoba pełniąca zastępstwo;
 - 2) Inspektor Ochrony Danych Osobowych;
 - 3) Ordynator lub osoba pełniąca zastępstwo po uprzednim złożeniu pisemnego wniosku z wyłączeniem serwerowni;
 - 4) Przewodniczący Zespołu ds. zdarzeń niepożądanych lub osoba pełniąca zastępstwo po uprzednim złożeniu pisemnego wniosku z wyłączeniem serwerowni;
 - 5) inne osoby upoważnione przez Dyrektora lub jego zastępcę po uprzednim złożeniu wniosku.
4. Dostęp do monitoringu oraz nagrań pochodzących z monitoringu wizyjnego zamontowanego na wjeździe oraz na obszarze kotłowni posiada:
 - 1) do obrazu na żywo, pochodzącego z kamer zamontowanych na wjeździe do Zespołu posiadają pracownicy Des Sp. z o.o., sprawujący ochronę obiektów Zespołu, natomiast wszelkie ustawienia oraz zgrywanie nagrań wykonują tylko instalatorzy firmy DES Sp. z o.o. Dostęp zabezpieczony jest hasłem dostępowym do danych;
 - 2) do obrazu pochodzącego z kamer zamontowanych na obszarze kotłowni posiadają pracownicy DES Sp. z o.o., sprawujący ochronę obiektów Zespołu, natomiast wszelkie ustawienia oraz zgrywanie nagrań wykonują tylko instalatorzy firmy DES Sp. z o.o. Dostęp zabezpieczony jest hasłem dostępowym oraz możliwością podglądu zdalnego (transfer danych na dyżurkę);
 - 3) Dyrektor Zespołu, Zastępca Dyrektora ds. Medycznych lub osoba pełniąca zastępstwo;
 - 4) Inspektor Ochrony Danych Osobowych;
 - 5) Kierownik Działu Administracyjno-Gospodarczego lub osoba pełniąca zastępstwo;
 - 6) inne osoby upoważnione przez Dyrektora lub jego zastępcę po uprzednim złożeniu wniosku.
5. Dostęp do monitoringu oraz nagrań pochodzących z monitoringu wizyjnego zamontowanego w obszarze budynku warsztatów i garaży posiada:

- 1) Dyrektor Zespołu, Zastępca Dyrektora ds. Medycznych lub osoba pełniąca zastępstwo;
 - 2) Inspektor Ochrony Danych Osobowych;
 - 3) Kierownik Działu Administracyjno-Gospodarczego lub osoba pełniąca zastępstwo;
 - 4) Kierownik Sekcji Technicznej;
 - 5) inne osoby upoważnione przez Dyrektora lub jego zastępcę po uprzednim złożeniu wniosku.
6. Wzór wniosku, o którym mowa w ust. 3 -5, stanowi załącznik nr 1 do niniejszego Regulaminu.
 7. Wniosek, o którym mowa w ust. 3-5, Inspektor Ochrony Danych Osobowych przedkłada Dyrektorowi Zespołu lub osobie pełniącej zastępstwo w celu uzyskania zgody na udostępnienie materiału pochodzącego z monitoringu wizyjnego.
 8. W przypadku wystąpienia z żądaniem zabezpieczenia monitoringu na nośniku danych Inspektor Ochrony Danych Osobowych niezwłocznie zabezpiecza dane i udostępnia je za zgodą dyrektora. W celu wydania danych uprawnionym organom na zewnątrz niezbędne jest uprzednie uzyskanie opinii radcy prawnego.
 9. Inspektor Ochrony Danych Osobowych prowadzi rejestr zdarzeń i wniosków o udostępnienie materiału z monitoringu wizyjnego oraz osób, którym udostępniany jest materiał. Wzór rejestru stanowi załącznik nr 2 do niniejszego Regulaminu. Rejestr może być prowadzony w formie elektronicznej.
 10. Rejestr, o którym mowa w ust. 9, zawiera w szczególności: informacje o awarii urządzeń monitorujących, wszelkie podejmowane działania w zakresie monitorowania, informacje dotyczące wydawania materiału z monitoringu.
 11. Osoby otrzymujące zabezpieczony materiał pochodzący z monitoringu zgrany na nośnik danych pisemnie kwitują odbiór materiału.
 12. Wgląd do materiału pochodzącego z monitoringu możliwy jest tylko i wyłącznie w obecności Inspektora Ochrony Danych Osobowych.
 13. Do przegrywania materiału z rejestratora upoważniony jest tylko i wyłącznie Inspektor Ochrony Danych Osobowych lub inna osoba wskazana przez dyrektora.
 14. W przypadku zaistnienia konieczności zabezpieczenia zapisów z systemu monitoringu wizyjnego na nośnikach zewnętrznych, użyty nośnik oznacza się informacją zawierającą następujące dane:
 - 1) imię i nazwisko oraz stanowisko osoby zgłaszającej konieczność zabezpieczenia nagrań,
 - 2) daty skrajne danych z monitoringu,
 - 3) określenie lokalizacji monitoringu,
 - 4) datę i czas zabezpieczenia danych oraz imię i nazwisko osoby utrwalającej nagrane dane.
 15. Nośnik danych, o którym mowa w ust. 14-15, musi być zabezpieczony hasłem do odczytu i przechowywany w kasie pancernej zabezpieczonej przed dostępem osób nieuprawnionych i działaniem czynników szkodliwych.
 16. Dane na nośniku, o którym mowa w ust. 14-15, przechowywane są przez okres nie dłuższy niż 3 miesiące od dnia nagrania.
 17. Zniszczenie danych z nośnika, o którym mowa w ust. 14-16, należy odpowiednio udokumentować poprzez protokolarne określenie czasu i sposobu zniszczenia nośnika.
 18. Jeżeli uprawnione organy żądają wydania nośnika danych, o którym mowa w ust. 14-15, należy zwrócić się o przekazanie nakazu wydania rzeczy w formie pisemnej. Jednocześnie konieczne jest uzyskanie pisemnego potwierdzenia odbioru oraz poprawności zapisu wydanych nagrań.

§6.

Obsługa monitoringu wizyjnego

1. Nadzór nad prawidłowością funkcjonowania monitoringu wizyjnego w Zespole pełni Inspektor Ochrony Danych Osobowych.
2. Inspektor Ochrony Danych Osobowych jest odpowiedzialny za:
 - 1) obsługę i funkcjonowanie systemu monitoringu wizyjnego w Pawilonie nr 7,
 - 2) obsługę i funkcjonowanie systemu monitoringu wizyjnego w obszarze warsztatów i garaży,
 - 3) rejestrację bieżących nagrań i ich ewentualną archiwizację, przechowywanie, niszczenie,
 - 4) bieżące nagrywanie oraz odtwarzanie nagrań z monitoringu (wyłącznie w przypadku zgłoszenia zdarzenia),
 - 5) prowadzenie rejestru zdarzeń i wniosków o udostępnienie materiału z monitoringu wizyjnego oraz osób, którym udostępniany jest materiał,
 - 6) udostępnianie materiału z monitoringu.

3. Wszystkie osoby mające dostęp do danych z monitoringu wizyjnego są zobowiązane do zachowania w tajemnicy informacji uzyskanych z monitoringu wizyjnego.


DYREKTOR
Wojewódzkiego Specjalnego Zespołu
Publicznej Zakładowej Opieki Zdrowotnej
im. Profesora Eugeniusza Wilczkowskiego
w Ostrołęce
Katarzyna Osowicz-Szewczyk



WNIOSEK
o udostępnienie danych/nagrań z monitoringu wizyjnego WSZPZOZ Gostynin - Zalesie

Wnioskodawca:

.....
.....
.....

(imię nazwisko, stanowisko, oznaczenie instytucji)

zgłaszam wniosek o udostępnienie danych/nagrań z monitoringu wizyjnego z:

.....
(wskazanie danych dotyczących lokalizacji monitoringu)

okres objęty wnioskiem:

.....
(daty/godziny)

Sposób udostępnienia danych (wgląd, nośnik danych):

.....

Wskazanie obszaru rejestracji kamer:

.....

Uzasadnienie ze wskazaniem uprawnień:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

.....
(podpis wnioskodawcy)

.....
(data wpływu wniosku, podpis Inspektora Ochrony Danych Osobowych)

.....
(akceptacja Dyrektora)

.....
(pokwitowanie odbioru, podpis osoby odbierającej dane z monitoringu)

Załącznik nr 2 do Regulaminu
monitoringu wizyjnego
(wzór rejestru)

Rejestr zdarzeń i wniosków o udostępnienie materiału z monitoringu wizyjnego oraz osób, którym udostępniany jest materiał z monitoringu wizyjnego

Lp.	Opis awarii/ zdarzenia/ dane wnioskującego o udostępnienie danych z monitoringu (imię, nazwisko, stanowisko, oznaczenie Instytucji)	Data awarii/zda rzenia/ wpływu wniosku	Lokalizacja awarii zdarzenia/ Określenie żądanych danych (lokalizacja monitoringu)	Przyczyny awarii, zdarzenia/ cel, sposób udostępnienia, posiadane uprawnienia	Daty skrajne żądanych danych (daty, godziny)	Informacje o usunięciu awarii/rozstrzygnięcie, uzasadnienie rozstrzygnięcia z podaniem podstawy prawnej, sposób udostępnienia danych	Dane osoby, które zostały udostępnione dane z monitoringu	Uwagi