

**Załącznik nr 1 do Uchwały Nr 7/2025 Rady Społecznej Samodzielnego Publicznego
Zakładu Opieki Zdrowotnej w Augustowie z dnia 26 czerwca 2025 r.**

Wprowadzony Zarządzeniem nr 41/2025 Dyrektora Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki
Zdrowotnej w Augustowie z dnia 26 czerwca 2025 r.

Zaopiniowany Uchwałą nr 7/2025 Rady Społecznej Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki
Zdrowotnej w Augustowie z dnia 26 czerwca 2025 r.

REGULAMIN ORGANIZACYJNY

SAMODZIELNEGO PUBLICZNEGO ZAKŁADU OPIEKI ZDROWOTNEJ

W AUGUSTOWIE (TEKS JEDNOLITY)

SPIS TREŚCI :

1. Rozdział I – Postanowienia ogólne – str. 3
2. Rozdział II – Nazwa Szpitala – str. 4
3. Rozdział III – Cel i zadania Szpitala – str. 5
4. Rozdział IV – Struktura organizacyjna Szpitala – str. 6
5. Rozdział V – Rodzaj działalności leczniczej oraz zakres udzielanych świadczeń zdrowotnych – str. 12
6. Rozdział VI – Miejsce udzielania świadczeń zdrowotnych – str. 14
7. Rozdział VII – Przebieg procesu udzielania świadczeń zdrowotnych, z zapewnieniem właściwej dostępności i jakości tych świadczeń w komórkach organizacyjnych Szpitala – str. 14
8. Rozdział VIII – Organizacja i zadania poszczególnych jednostek lub komórek organizacyjnych Szpitala oraz warunki współdziałania tych jednostek lub komórek – str. 34
9. Rozdział IX – Warunki współdziałania z innymi podmiotami wykonującymi działalność leczniczą – str. 35
10. Rozdział X – Wysokość opłaty za udostępnienie dokumentacji medycznej – str. 35
11. Rozdział XI – Organizacja procesu udzielania świadczeń zdrowotnych w przypadku pobierania opłat – str. 36
12. Rozdział XII – Wysokość opłaty za przechowywanie zwłok pacjenta przez okres dłuższy niż 72 godziny – str. 36
13. Rozdział XIII – Wysokość opłat za udzielane świadczenia zdrowotne inne niż finansowane ze środków publicznych – str. 36
14. Rozdział XIV – Sposób kierowania komórkami organizacyjnymi Szpitala – str. 37
15. Rozdział XV – Postanowienia końcowe – str. 37

ROZDZIAŁ I

Postanowienia ogólne

§1

Szpital działa w oparciu o:

- 1) Ustawę z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (tj. Dz. U. 2023 r, poz. 991),
- 2) Ustawę z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych (tj. Dz.U. z 2023 r., poz. 1270),
- 3) Ustawę z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tj. Dz. U. z 2022 r., poz. 2561 ze zm.),
- 4) Ustawę z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U. z 2023 r., poz. 1545),
- 5) Umowy o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej zawarte z Narodowym Funduszem Zdrowia lub innym dysponentem środków publicznych, w przypadku zawarcia takich umów,
- 6) Statut Szpitala wprowadzony Uchwałą Rady Powiatu Nr 118/XVII/12 z dnia 13 lipca 2012 r.,
- 7) Inne przepisy dotyczące funkcjonowania podmiotów prowadzących działalność leczniczą.

§2

1. Niniejszy Regulamin Organizacyjny został sporządzony w oparciu o art. 24 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.
2. Regulamin obowiązuje:
 - 1) wszystkie osoby zatrudnione w Szpitalu, niezależnie od formy zatrudnienia,
 - 2) pacjentów Szpitala.

§3

Regulamin Organizacyjny określa w szczególności:

- 1) nazwę Szpitala,
- 2) cele i zadania Szpitala,
- 3) strukturę organizacyjną Szpitala,
- 4) rodzaj działalności leczniczej oraz zakres udzielanych świadczeń zdrowotnych,
- 5) miejsce udzielania świadczeń zdrowotnych,
- 6) przebieg procesu udzielania świadczeń zdrowotnych, z zapewnieniem właściwej dostępności i jakości tych świadczeń w jednostkach lub komórkach organizacyjnych Szpitala,
- 7) organizację i zadania poszczególnych jednostek lub komórek organizacyjnych Szpitala oraz warunki współdziałania tych jednostek lub komórek dla zapewnienia sprawnego i efektywnego

funkcjonowania podmiotu pod względem diagnostyczno-lecznym, pielęgnacyjnym, rehabilitacyjnym i administracyjno-gospodarczym,

- 8) warunki współdziałania z innymi podmiotami wykonującymi działalność leczniczą w zakresie zapewnienia prawidłowości diagnostyki, leczenia, pielęgnacji i rehabilitacji pacjentów oraz ciągłości przebiegu procesu udzielania świadczeń zdrowotnych,
- 9) wysokość opłaty za udostępnienie dokumentacji medycznej ustalonej w sposób określony w art. 28 ust. 4 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta,
- 10) organizację procesu udzielania świadczeń zdrowotnych w przypadku pobierania opłat,
- 11) wysokość opłaty za przechowywanie zwłok pacjenta przez okres dłuższy niż 72 godziny od osób lub instytucji uprawnionych do pochowania zwłok na podstawie ustawy z dnia 31 stycznia 1959 r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych (Dz. U. z 2017 r. poz. 912 oraz z 2018 r. poz. 1669) oraz od podmiotów, na zlecenie których przechowuje się zwłoki w związku z toczącym się postępowaniem karnym,
- 12) wysokość opłat za świadczenia zdrowotne, które mogą być, zgodnie z przepisami ustawy lub przepisami odrębnymi, udzielane za częściową albo całkowitą odpłatnością,
- 13) sposób kierowania jednostkami lub komórkami organizacyjnymi Szpitala.

§4

Ileokroć w dalszej części są używane słowa:

- 1) „Szpital” - rozumie się przez to Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Augustowie, w skrócie SPZOZ;
- 2) „Dyrektor” - rozumie się przez to Dyrektora Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Augustowie;
- 3) „Ordynator/Lekarz Kierujący Oddziałem” - rozumie się przez to Kierownika oddziału szpitalnego;
- 4) „Pacjent” - w rozumieniu ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta;
- 5) „Oddział, poradnia, pracownia, dział, gabinet, samodzielne stanowisko” - rozumie się przez to komórki organizacyjne Szpitala.

ROZDZIAŁ II

Nazwa Szpitala

§5

Podmiot leczniczy działa pod nazwą Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Augustowie.

§6

1. Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Augustowie jest podmiotem leczniczym

prowadzonym w formie samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej, którego podmiotem tworzącym jest Powiat Augustowski, posiadającym osobowość prawną od dnia wpisania do Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem 0000037781 prowadzonego przez Sąd Rejonowy w Białymstoku, XII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego.

2. Zgodnie z art. 2 ust. 1 pkt 9 ustawy o działalności leczniczej:
 - 1) działalność lecznicza w zakresie świadczeń szpitalnych wykonywana jest całą dobę w ramach wyodrębnionych oddziałów (tj. kompleksowe świadczenia zdrowotne polegające na diagnozowaniu, leczeniu, pielęgnacji i rehabilitacji).
 - 2) działalność lecznicza w zakresie ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych prowadzona jest w ramach poradni specjalistycznych oraz nocnej i świątecznej opieki ambulatoryjnej lekarskiej i pielęgniarskiej w POZ.
 - 3) strukturę organizacyjną tworzą oddziały, działy, gabinety, poradnie, stanowiska samodzielne wyodrębnione w strukturze, powołane do obsługi eksploatacyjnej oraz administrowania Szpitalem.
3. Siedzibą Szpitala jest miasto Augustów w województwie podlaskim.
4. Podmiot leczniczy posiada identyfikator w systemie REGON 790317038 oraz Numer Identyfikacji Podatkowej NIP 846-13-75-707.

§7

Regulamin Organizacyjny wprowadza Dyrektor Szpitala, a jego projekt opiniuje Rada Społeczna.

ROZDZIAŁ III

Cele i zadania Szpitala

§8

1. Celem Szpitala jest prowadzenie działalności leczniczej obejmującej stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne oraz ambulatoryjne świadczenia zdrowotne.
2. Szpital prowadzi działania z zakresu promocji zdrowia, tj. działania umożliwiające poszczególnym osobom i społeczności zwiększenie kontroli nad czynnikami warunkującymi stan zdrowia i przez to jego poprawę, promowanie zdrowego stylu życia oraz środowiskowych i indywidualnych czynników sprzyjających zdrowiu.
3. Szpital realizuje zadania dydaktyczne i badawcze w powiązaniu z udzielaniem świadczeń zdrowotnych i promocją zdrowia, w tym wdrażaniem nowych technologii medycznych oraz metod leczenia, oraz uczestniczy w przygotowywaniu osób do wykonywania zawodu medycznego i kształceniu osób wykonujących zawód medyczny.
4. Szpital realizuje zadania z zakresu obronności i bezpieczeństwa publicznego na podstawie odrębnych przepisów.
5. Szpital może prowadzić wydzieloną działalność w zakresie najmu, dzierżawy oraz udostępniania

w innej formie posiadanego majątku, przy czym oddanie w dzierżawę, najem, użytkowanie oraz użyczenie aktywów trwałych Szpitala może nastąpić na zasadach określonych przez podmiot tworzący.

§9

Cele i zadania będą realizowane z wykorzystaniem nowoczesnych, dostępnych metod leczenia, rehabilitacji, profilaktyki i promocji zdrowia z zachowaniem profesjonalizmu i bezpieczeństwa.

§10

Określone cele i zadania podmiot realizuje z wykorzystaniem posiadanych zasobów kadrowych, lokalowych, sprzętowych i finansowych.

ROZDZIAŁ IV

Struktura organizacyjna Szpitala

§11

1. Dyrektor Szpitala samodzielnie zarządza Szpitalem, kieruje jego działalnością, reprezentuje na zewnątrz i jest przełożonym wszystkich pracowników.
2. Zarząd Powiatu Augustowskiego nawiązuje stosunek pracy z Dyrektorem na podstawie powołania, umowy o pracę albo zawiera z nim umowę cywilnoprawną.
3. Dyrektor zarządza Szpitalem bezpośrednio lub za pośrednictwem swojego zastępcy.
4. Dyrektor Szpitala może część swych kompetencji i uprawnień przenieść na innych pracowników.
5. Dyrektor wyznacza zastępcę i deleguje uprawnienia na czas swojej nieobecności.

§12

1. Do obowiązków i uprawnień Dyrektora należy w szczególności:
 - 1) zapewnienie sprawnego funkcjonowania Szpitala,
 - 2) organizowanie pracy w Szpitalu w sposób zapewniający osiągnięcie celów oraz możliwość realizacji zadań statutowych Szpitala,
 - 3) należyte gospodarowanie mieniem własnym lub przekazanym Szpitalowi do użytkowania,
 - 4) prowadzenie właściwej polityki płacowo-kadrowej, zatrudnianie i zwalnianie pracowników,
 - 5) należyte gospodarowanie środkami finansowymi i rzeczowymi pozostającymi w dyspozycji Szpitala,
 - 6) zapewnienie właściwego poziomu świadczonych usług,
 - 7) zatwierdzanie planów inwestycyjno-remontowych oraz planów zakupów aparatury i sprzętu medycznego,

- 8) zapewnienie właściwego stanu sanitarnego Szpitala i jego najbliższego otoczenia,
 - 9) zapewnienie pracownikom bezpiecznych i higienicznych warunków pracy oraz dbałość o przestrzeganie przepisów przeciwpożarowych,
 - 10) współpraca ze Starostwem Powiatowym w Augustowie oraz Radą Społeczną Szpitala,
 - 11) zapewnienie funkcjonowania w szpitalu adekwatnej, skutecznej i efektywnej kontroli zarządczej,
 - 12) wykonywanie innych zadań wynikających z odrębnych przepisów,
 - 13) wytyczenie kierunków i realizacja strategii rozwoju Szpitala,
 - 14) realizacja polityki zarządzania jakością poprzez koordynowanie i podejmowanie działań mających na celu podnoszenie jakości usług świadczonych przez Szpital,
 - 15) wykonywanie innych zadań zleconych przez podmiot tworzący lub określonych w przepisach szczególnych.
 - 16) Dyrektor zarządza przy pomocy kierowników komórek organizacyjnych, ordynatorów i pracowników na samodzielnych stanowiskach.
2. W celu realizacji zadań Dyrektor Szpitala:
- 1) wydaje zarządzenia wewnętrzne, komunikaty, instrukcje, polecenia służbowe,
 - 2) ustala regulaminy wewnętrzne,
 - 3) powołuje zespoły opiniodawcze, komisje, itp.

§13

1. Do dokonywania czynności prawnych w imieniu Szpitala jest upoważniony Dyrektor.
2. Dyrektor może upoważnić inne osoby do dokonywania niektórych czynności prawnych, określając zakres udzielonego pełnomocnictwa.

§14

1. Dyrektor Szpitala dokonuje wyboru osoby na stanowiska swojego zastępcy.
2. Podejmuje decyzje w sprawach osobowych, a w szczególności:
 - 1) ogłasza konkursy na stanowiska kierownicze,
 - 2) realizuje politykę kadrową Szpitala: zawiera i rozwiązuje umowy, nagradza i wyróżnia pracowników, udziela kar, ustala wysokość wynagrodzenia pracowniczego.
3. Dyrektor Szpitala lub upoważniony przez niego pracownik przyjmuje skargi i wnioski pacjentów oraz innych zainteresowanych osób i załatwia je według posiadanych kompetencji.
4. Dokonuje okresowej oceny pracowników zatrudnionych na stanowiskach kierowniczych.
5. Sprawuje nadzór nad wykonywaniem zadań przez pracowników bezpośrednio podległych.

§15

1. Dyrektor Szpitala udziela zamówienia na świadczenia zdrowotne oraz zawiera umowy cywilnoprawne związane z ich realizacją.
2. Dyrektor Szpitala dokonuje oceny jakości realizowania świadczeń medycznych oraz ich zgodności z zawartą umową cywilnoprawną.

§16

1. Do zadań Z-cy Dyrektora ds. opieki zdrowotnej należy w szczególności:
 - 1) współorganizowanie i współzarządzanie działalnością podstawową Szpitala,
 - 2) współdziałanie w przygotowaniu i nadzór nad realizacją umów na świadczenia zdrowotne,
 - 3) zabezpieczenie i organizowanie sprawnego funkcjonowania opieki medycznej,
 - 4) zapewnienie sprawnej organizacji zadań realizowanych przez personel medyczny,
 - 5) sprawowanie nadzoru nad dokumentacją medyczną,
 - 6) udział w planowaniu strategicznym rozwoju Szpitala,
 - 7) współpraca z kadrą kierowniczą,
 - 8) wykonywanie innych czynności zleconych przez Dyrektora, a wiążących się bezpośrednio z zakresem działalności Z-cy Dyrektora ds. opieki zdrowotnej.

§17

1. Szpital prowadzi działalność leczniczą w podziale na:

a) szpitalną:

- 1) Oddział Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej – 20 łóżek
- 2) Oddział Chirurgii Ogólnej – 30 łóżek
- 3) Oddział Ginekologiczno – Położniczy – 15 łóżek
- 4) Oddział Pediatryczny – 10 łóżek
- 5) Oddział Chorób Wewnętrznych – 50 łóżek
- 6) Oddział Obserwacyjno – Zakaźny – 15 łóżek
- 7) Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii – 6 łóżek
- 8) Szpitalny Oddział Ratunkowy – 5 łóżek
- 9) Izba przyjęć
- 10) Blok Operacyjny
- 11) Apteka szpitalna
- 12) Centralna Sterylizatornia

b) ambulatoryjną:

- 1) Poradnia Chirurgii Ogólnej,

- 2) Poradnia Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej
- 3) Poradnia Ginekologiczno-Położnicza
- 4) Poradnia Chorób Zakaźnych
- 5) Poradnia Rehabilitacyjna
- 6) Poradnia Pediatriczna
- 7) Poradnia Chorób Wewnętrznych
- 8) Poradnia Okulistyczna
- 9) Poradnia Alergologiczna
- 10) Poradnia Dermatologiczna
- 11) Poradnia Medycyny Pracy
- 12) Dział Fizjoterapii
- 13) Gabinet Diagnostyczny – Zabiegowy
- 14) Podstawowa opieka zdrowotna w zakresie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej
- 15) Poradnia lekarza podstawowej opieki zdrowotnej
- 16) Poradnia pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej
- 17) Poradnia położnej podstawowej opieki zdrowotnej
- 18) Pracownia RTG
- 19) Pracownia USG
- 20) Pracownia Tomografii Komputerowej
- 21) Pracownia Spirometryczna
- 22) Pracownia Diagnostyki Kardiologicznej
- 23) Pracownia Endoskopowa Przewodu Pokarmowego
- 24) Izba Przyjęć Oddziału Obserwacyjno - Zakaźnego
- 25) Prosektorium

2. W skład kadry zarządzającej szpitala wchodzi:

- 1) Dyrektor SP ZOZ w Augustowie,
- 2) Zastępca Dyrektora ds. opieki zdrowotnej,
- 3) Główny księgowy,
- 4) Naczelna Pielęgniarka.

3. W skład administracji szpitala wchodzi:

- 1) Dział Ekonomiczny,
- 2) Dział Personalny,
- 3) Dział Administracyjny,
- 4) Dział Obsługi Pacjenta,
- 5) Specjalista do spraw BHP,
- 6) Inspektor do spraw ochrony przeciwpożarowej,
- 7) Radca Prawny,

- 8) Inspektor Ochrony Danych,
- 9) Inspektor ds. kontroli zarządczej,
- 10) Pielęgniarka Epidemiologiczna,
- 11) Kapelan szpitalny,
- 12) Inspektor ochrony radiologicznej.

4. Nadzór bezpośredni nad poradniami specjalistycznymi sprawują ordynatorzy/lekarze kierujący oddziałem:

- a) Ordynator/Lekarz Kierujący Oddziałem Chirurgii Urazowo - Ortopedycznej sprawuje nadzór merytoryczny nad: Poradnią Chirurgii Urazowo - Ortopedycznej,
- b) Ordynator/Lekarz Kierujący Oddziałem Chirurgii Ogólnej sprawuje nadzór merytoryczny nad: Poradnią Chirurgii Ogólnej,
- c) Ordynator/Lekarz Kierujący Oddziałem Ginekologiczno - Położniczym sprawuje nadzór merytoryczny nad: Poradnią Ginekologiczną - Położniczą,
- d) Ordynator/Lekarz Kierujący Oddziałem Pediatricznym sprawuje nadzór merytoryczny nad: opieką medyczną sprawowaną nad dziećmi w ramach nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej/SOR i nad Poradnią Pediatriczną,
- e) Ordynator/Lekarz Kierujący Oddziałem Chorób Wewnętrznych sprawuje nadzór merytoryczny nad: Poradnią Chorób Wewnętrznych, Poradnią Alergologiczną, Pracownią Diagnostyki Kardiologicznej, Pracownią Endoskopową Przewodu Pokarmowego, Pracownią Spirometryczną i Poradnią Dermatologiczną,
- f) Ordynator/Lekarz Kierujący Oddziałem Obserwacyjno-Zakaźnym sprawuje nadzór merytoryczny nad: Poradnią Chorób Zakaźnych,
- g) Ordynator/Lekarz Kierujący Szpitalnym Oddziałem Ratunkowym sprawuje nadzór merytoryczny nad: Podstawową Opieką Zdrowotną w zakresie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej i Izbą przyjęć,
- h) Ordynator/Lekarz Kierujący Oddziałem Anestezjologii i Intensywnej Terapii sprawuje nadzór merytoryczny nad: Blokiem Operacyjnym, Poradnią Okulistyczną i Poradnią Medycyny Pracy;
- i) Kierownik Poradni Rehabilitacyjnej sprawuje nadzór merytoryczny nad: Poradnią Rehabilitacyjną i Działem Rehabilitacji,
- j) Kierownik Pracowni RTG sprawuje nadzór merytoryczny nad: Pracownią USG i Pracownią Tomografii Komputerowej,
- k) Lekarz poradni podstawowej opieki zdrowotnej sprawuje nadzór nad:
 - 1) Poradnią położnej podstawowej opieki zdrowotnej,
 - 2) Poradnią pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej,
 - 3) Gabinetem zabiegowym,
 - 4) Punktem szczepień.

5. Komitety i Zespoły działające w SPZOZ w Augustowie:

- a) Zespół ds. kontroli zakażeń szpitalnych,
- b) Pełnomocnik Praw Pacjenta,
- c) Komisja sprawująca nadzór nad jakością działalności dydaktycznej, a w szczególności nad kształceniem podyplomowym lekarzy,
- d) Zespół ds. farmakoterapii,
- e) Zespół ds. analiz zgonów i zgonów okołoperacyjnych,
- f) Komitet Kontroli Zakażeń Zakładowych,
- g) Komitet Transfuzyjny,
- h) Zespół ds. żywienia,
- i) Komitet do spraw bezpieczeństwa,
- j) Komisja inwentaryzacyjna,
- k) Komisja orzekająca o trwałym i nieodwracalnym ustaniu czynności mózgu,
- l) Zespół Zarządzania Kryzysowego,
- m) Komisja oceniająca skuteczność leczenia,
- n) Zespół ds. oceny, monitorowania i leczenia bólu,
- o) Zespół ds. opracowania, organizacji i zasad funkcjonowania wewnętrznej kontroli,
- p) Zespół oceny przyjęć pacjentów oczekujących na świadczenia w tym pacjentów oczekujących na endoprotezę,
- r) Zespół ds. leczenia i diagnostyki onkologicznej,
- s) Zespół ds. akredytacji szpitala,
- t) Pełnomocnik ds. Systemu Zarządzania Bezpieczeństwem Informacji,
- u) Zespół ds. etyki,
- v) Zespół ds. jakości dokumentacji medycznej,
- w) Zespół ds. analizy zdarzeń niepożądanych,
- x) Zespół ds. analiz profilaktyki i leczenia odleżyn,
- y) Zespół ds. odmów hospitalizacji, nieplanowanych powrotów hospitalizacji i przyczyn przedłużonych pobytów,
- z) Zespół ds. analizy przebiegów i skutków znieczuleń,
- aa) Zespół ds. analizy i skuteczności podjętych czynności reanimacyjnych,
- bb) Pełnomocnik ds. jakości.

§18

1. Współdziałanie między poszczególnymi komórkami organizacyjnymi Szpitala odbywa się w sposób zapewniający sprawność funkcjonowania Szpitala oraz kompleksowość, dostępność i należyta

jakość udzielanych przez Szpital świadczeń opieki zdrowotnej.

2. W zakresie współdziałania między komórkami organizacyjnymi Szpitala uprawnienia nadzorczo - koordynujące posiadają właściwi kierownicy jednostek organizacyjnych lub osoby przez nich wyznaczone.
3. Kanały komunikacyjne w Szpitalu:
 - 1) Rada Ordynatorów oraz zebrania kadry kierowniczej,
 - 2) Zarządzenia wewnętrzne, regulaminy,
 - 3) Procedury i instrukcje,
 - 4) Strona internetowa Szpitala.

ROZDZIAŁ V

Rodzaj działalności leczniczej oraz zakres udzielanych świadczeń zdrowotnych

§19

1. Podmiot prowadzi działalność leczniczą w rodzaju:
 - 1) Stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne:
 - a) szpitalne,
 - b) ambulatoryjne.

§20

1. Podmiot realizuje świadczenia zdrowotne poprzez działania służące zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia oraz inne działania medyczne wynikające z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich udzielania w szczególności specjalistyczne świadczenia zdrowotne, ambulatoryjne i stacjonarne obejmujące:
 - 1) badanie i poradę lekarską,
 - 2) leczenie,
 - 3) rehabilitację leczniczą,
 - 4) opiekę nad kobietą ciężarną i jej płodem, porodem, położeniem oraz nad noworodkiem,
 - 5) opiekę nad zdrowym dzieckiem,
 - 6) badanie diagnostyczne,
 - 7) pielęgnację chorego,
 - 8) szczepienia ochronne,
 - 9) opiniowanie o stanie zdrowia.

§21

1. Ambulatoryjne świadczenia zdrowotne obejmują świadczenia podstawowej lub specjalistycznej

opieki zdrowotnej oraz świadczenia z zakresu rehabilitacji leczniczej, udzielane w warunkach niewymagających ich udzielania w trybie stacjonarnym i całodobowym w odpowiednio urządzonym, stałym pomieszczeniu.

2. Działalność lecznicza ambulatoryjna może obejmować także udzielanie świadczeń zdrowotnych, które obejmują swoim zakresem badania diagnostyczne wykonywane w celu rozpoznania stanu zdrowia i ustalenia dalszego postępowania leczniczego.

§22

1. Szpital udziela świadczeń zdrowotnych bezpłatnie lub odpłatnie na zasadach określonych w ustawie o działalności leczniczej, w przepisach odrębnych, w niniejszym Regulaminie lub w umowie cywilnoprawnej.
2. Szpital udziela świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych osobom ubezpieczonym oraz innym, osobom uprawnionym do tych świadczeń na podstawie odrębnych przepisów, na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawartej Narodowym Funduszem Zdrowia.
3. Świadczenia zdrowotne udzielane są w medycznych komórkach organizacyjnych Szpitala, których zakres obejmuje Statut oraz niniejszy Regulamin.

§23

1. Szpital nie może odmówić udzielenia świadczeń zdrowotnych osobie, która potrzebuje natychmiastowego udzielenia takiego świadczenia, ze względu na zagrożenie zdrowia lub życia.
2. Świadczenia opieki zdrowotnej finansowane ze środków publicznych udzielane są osobom ubezpieczonym. Za pomocą systemu eWUŚ (Elektroniczna Weryfikacja Uprawnień Świadczeniobiorców) Szpital dostaje natychmiastowe potwierdzenie prawa pacjenta do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. W przypadku pacjentów, u których system nie potwierdził prawa do świadczeń, pacjent może przedstawić dokument potwierdzający prawo do świadczeń lub złożyć pisemne oświadczenie o przysługującym mu prawie do świadczeń.
3. Brak potwierdzenia prawa pacjenta do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych nie może być podstawą odmowy udzielenia świadczenia w razie nagłego zachorowania, wypadku, urazu, zatrucia, stanu zagrożenia życia lub porodu.
4. Bezpłatnie, niezależnie od uprawnień z tytułu ubezpieczenia zdrowotnego udziela się świadczeń zdrowotnych związanych z ciążą, porodem i porodem.

§24

1. Świadczenia lecznicze w medycznych komórkach organizacyjnych wykonywane są:
 - 1) na podstawie skierowania lekarza, jeżeli cel leczenia nie może być osiągnięty przez leczenie

- ambulatoryjne,
- 2) bez skierowania w stanach bezpośredniego zagrożenia zdrowia i życia lub porodu,
 - 3) na podstawie odrębnych umów z dysponentami środków finansowych.

§25

W Szpitalu świadczenia opieki zdrowotnej udzielane są przez osoby wykonujące zawody medyczne oraz przez wolontariuszy, spełniających wymagania, określone w odrębnych przepisach.

§26

1. Szpital może udzielać zamówienia na świadczenia opieki zdrowotnej w celu wykonywania zadań Szpitala określonych w Statucie innemu publicznemu lub niepublicznemu zakładowi opieki zdrowotnej, osobie wykonującej zawód medyczny w ramach indywidualnej praktyki lub indywidualnej specjalistycznej praktyki, grupowej praktyce lekarskiej i grupowej praktyce pielęgniarek, położnych, osobie legitymującej się nabyciem fachowych kwalifikacji do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w określonym zakresie lub w określonej dziedzinie medycyny.
2. Szczegółowe zasady zamówienia na świadczenia opieki zdrowotnej określają przepisy odrębne oraz umowa między Szpitalem oraz przyjmującym zamówienie.

§27

Świadczenia zdrowotne dla pacjentów Szpitala, udzielane są w siedzibie Szpitala, w budynkach Szpitala, w pomieszczeniach, spełniających wymogi do udzielania w nich świadczeń zdrowotnych.

ROZDZIAŁ VI

Miejsce udzielania świadczeń zdrowotnych

§28

Miejscem udzielania świadczeń zdrowotnych jest Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Augustowie, ul. Szpitalna 12, 16-300 Augustów.

ROZDZIAŁ VII

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

Zapewnienie dostępności i jakości świadczeń opieki zdrowotnej

§29

1. W Szpitalu świadczenia opieki zdrowotnej udzielane są w trybie odpowiadającym potrzebom zdrowotnym pacjentów, wedle określonego porządku oraz w ramach procedury zapewniającej

pacjentom sprawiedliwy, równy, niedyskryminujący i przejrzysty dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne, ambulatoryjna opieka lekarska.

1. Potrzeby zdrowotne pacjentów kwalifikuje się jako:

- 1) przypadek nagły, kiedy stwierdza się u pacjenta stan polegający na nagłym lub przewidywanym w krótkim czasie pojawieniu się objawów pogarszania zdrowia, którego bezpośrednim następstwem może być poważne uszkodzenie funkcji organizmu lub uszkodzenie ciała lub utrata życia, wymagający podjęcia natychmiastowych medycznych czynności ratunkowych i leczenia,
- 2) przypadek pilny, jeżeli istnieje konieczność pilnego udzielenia świadczenia ze względu na dynamikę procesu chorobowego i możliwość szybkiego pogorszenia stanu zdrowia lub znaczącego zmniejszenia szans na powrót do zdrowia,
- 3) przypadek stabilny, jeśli pacjent nie znajduje się w stanie nagłym i nie został zakwalifikowany jako przypadek pilny.

2. Kolejność udzielania świadczeń opieki zdrowotnej ustalana jest na podstawie kryteriów medycznych opartych na aktualnej wiedzy medycznej.

Przyjęcia nagłe

§30

1. Przyjęcia nagłe (ze wskazań życiowych) - odbywają się w SOR wg następujących zasad:

- 1) w Szpitalu funkcjonuje SOR, którego celem jest przyjmowanie oraz kompleksowa diagnoza i leczenie pacjenta, zgodnie z aktualną wiedzą medyczną w zakresie terapii ciężkich, mnogich lub wielonarządowych obrażeń ciała,
- 2) przyjęcia nagłe lub poród oraz pacjenci przywiezieni przez pogotowie nie wymagają skierowania na leczenie,
- 3) lekarz Szpitala indywidualnie ustala/zgłasza przyjęcie do określonego oddziału Szpitala,
- 4) tożsamość pacjentów przyjmowanych do SOR powinna być ustalana na podstawie dowodu osobistego lub innego dokumentu potwierdzającego tożsamość,
- 5) ubezpieczenie pacjenta potwierdzane jest elektronicznie w eWUŚ (elektroniczna weryfikacja uprawnień świadczeniobiorcy). W przypadku braku ubezpieczenia pacjent po uzyskaniu świadczeń zdrowotnych zobowiązany jest do opłaty za wykonaną usługę medyczną,
- 6) jeżeli z wstępnego badania (badanie przedmiotowe, podmiotowe, badania dodatkowe i konsultacje) wynikają bezwzględne wskazania do natychmiastowego leczenia szpitalnego, względnie obserwacji szpitalnej, lekarz SOR kieruje pacjenta na właściwy oddział Szpitala,
- 7) decyzję o przyjęciu pacjenta SOR do Szpitala podejmuje lekarz SOR w uzgodnieniu z lekarzem dyżurnym danego oddziału Szpitala,
- 8) jeżeli w czasie badania pacjenta SOR okaże się, że istnieje podejrzenie występowania u niego

choroby zakaźnej, należy bezzwłocznie skierować pacjenta do właściwego oddziału chorób zakaźnych, a w pomieszczeniach, w których przebywał przeprowadzić dezynfekcję,

- 9) jeżeli lekarz przy badaniu pacjenta poweźmie uzasadnione podejrzenie, że uszkodzenie ciała lub zaburzenia czynności organizmu pacjenta pozostają w związku z popełnieniem przestępstwa, bezzwłocznie zawiadamia o tym fakcie właściwą jednostkę organizacyjną Policji.

§31

Po wstępnej diagnostyce i leczeniu w SOR może mieć miejsce sytuacja, że pacjent wymaga kontynuacji leczenia szpitalnego w szpitalu o profilu, którego nie posiada Szpital. Lekarz SOR ustala miejsce w szpitalu, do którego kieruje pacjenta i jeżeli zachodzi taka potrzeba zamawia transport sanitarny.

Przyjęcia planowe

§32

1. Kwalifikacja pacjenta odbywa się w Obszarze Przyjęć Planowych lub Izbie Przyjęć Oddziału Obserwacyjno – Zakaźnego. Kwalifikacji dokonuje ordynator danego oddziału lub upoważniony przez ordynatora lekarz oddziału.
2. Po weryfikacji (badanie przedmiotowe, podmiotowe, analiza wcześniej wykonanych badań, będących podstawą skierowania) pacjent zostaje przyjęty do Szpitala lub otrzymuje zalecenia od lekarza kierującego co do dalszego postępowania.
3. Zgodnie z ustawą z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, szczególne uprawnienia do korzystania ze świadczeń poza kolejnością przysługują:
 - 1) kobietom w ciąży,
 - 2) świadczeniobiorcy, będącym żywym dawcą narządu,
 - 3) pacjentom, którzy posiadają tytuł „Zasłużonego Honorowego Dawcy Krwi”,
 - 4) pacjentom, którzy posiadają tytuł „Zasłużonego Dawcy Przeszczepu”,
 - 5) inwalidom wojennym i wojskowym, kombatanom oraz działaczom opozycji antykomunistycznej i osobom represjonowanym z powodów politycznych,
 - 6) osobom ze znacznym stopniem niepełnosprawności,
 - 7) żołnierzom służby wojskowej,
 - 8) cywilnym niewidomym ofiarom działań wojennych,
 - 9) osobom deportowanym do pracy przymusowej,
 - 10) dawcom krwi, którzy oddali co najmniej 3 donacje krwi lub jej składników, w tym osocza po chorobie COVID-19.
4. Szpital udziela świadczeń opieki zdrowotnej w dniu zgłoszenia. W przypadku, gdy udzielenie świadczenia nie jest możliwe w dniu zgłoszenia, Szpital wyznacza inny termin poza kolejnością

przyjąć.

§33

Pacjent ma możliwość uzyskać informacje o możliwości udzielenia świadczenia przez innych świadczeniodawców, o średnim czasie oczekiwania na nie oraz o liczbie pacjentów oczekujących na stronie internetowej <https://www.nfz-bialystok.pl/>.

Przebieg procesu udzielania świadczeń opieki zdrowotnej - Stacjonarna opieka zdrowotna. Przyjęcie do szpitala

§34

1. W dniu ustalonego terminu przyjęcia do Szpitala do leczenia w danym oddziale w trybie planowym pacjent zgłasza się do Obszaru Przyjęć Planowych działającego przy SOR.
2. Podczas przyjęcia do Szpitala pacjent obowiązany jest przedstawić:
 - 1) skierowanie do Szpitala wraz z posiadaną dokumentacją medyczną i wynikami badań zleconych przez lekarza kierującego,
 - 2) dowód osobisty lub inny dokument potwierdzający tożsamość pacjenta,
 - 3) ubezpieczenie pacjenta potwierdzane jest elektronicznie w eWUŚ (elektroniczna weryfikacja uprawnień świadczeniobiorcy). W przypadku braku ubezpieczenia pacjent po uzyskaniu świadczeń zdrowotnych zobowiązany jest do opłaty za wykonaną usługę medyczną.
3. Pacjent w Szpitalu może korzystać z własnej odzieży osobistej typu piżama, obuwie, wskazane jest również posiadanie przyborów higienicznych.
4. Odzież i obuwie zewnętrzne pacjent powinien przekazać rodzinie lub do magazynu odzieży za pokwitowaniem.
5. Posiadane przedmioty wartościowe po odpowiednim udokumentowaniu pacjent może przekazać do zabezpieczenia w depozycie Szpitala. Szpital nie ponosi odpowiedzialności materialnej za przedmioty wartościowe pacjenta, jeżeli nie zostały oddane do depozytu.
6. Sposób prowadzenia depozytu przedmiotów wartościowych oraz magazynu odzieży w Szpitalu określa procedura zabezpieczenia rzeczy wartościowych oraz przechowywania rzeczy pacjenta w magazynie odzieży.
7. W Obszarze Przyjęć planowych pacjent zostaje zarejestrowany w Księdze Głównej Przyjęć, założona jest dokumentacja medyczna w postaci historii choroby.
8. Pacjent informowany jest o prawach pacjenta.
9. Pacjent wskazuje osoby upoważnione do udostępniania dokumentacji medycznej oraz wskazuje osoby upoważnione do informowania o jego stanie zdrowia, dane te potwierdza własnoręcznym podpisem.
10. W przypadku wyrażania woli przez pacjenta ustnie fakt ten dokumentowany jest w dokumentacji

medycznej i potwierdzony pieczętą i podpisem lekarza lub pielęgniarki.

11. Pacjent wraz z dokumentacją medyczną, pod opieką uprawnionego pracownika kierowany jest do oddziału zgodnie ze skierowaniem lekarza i specyfiką schorzenia.

Przebieg procesu udzielania świadczeń opieki zdrowotnej - Stacjonarna opieka zdrowotna.

Identyfikacja pacjenta

§35

1. W trakcie przyjęcia do szpitala uprawniony personel Obszaru Przyjęć planowych lub SOR pozyskuje od pacjenta dane pozwalające na identyfikację pacjenta niezbędne do realizacji i dokumentowania świadczeń medycznych:
 - 1) nazwisko i imię (imiona),
 - 2) data urodzenia,
 - 3) oznaczenie płci,
 - 4) adres zamieszkania,
 - 5) numer PESEL, jeżeli został nadany, w przypadku noworodka - numer PESEL opiekuna a w przypadku osób, które nie mają nadanego numeru PESEL - rodzaj i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość.
2. Jeżeli nie jest możliwe ustalenie tożsamości pacjenta, w dokumentacji dokonuje się oznaczenia: „NN”, płeć, okoliczności przyjęcia wraz z numerem księgi głównej. Kolejne osoby „NN” przyjmowane w trakcie doby oznacza się kolejnymi cyframi rzymskimi.
3. Pacjent wpisywany jest do ewidencji szpitala - Księga Główna Przyjęć; otrzymuje numer, który zamieszczany jest w historii choroby. Każdy pobyt w szpitalu opatrzony jest innym numerem Księgi Główniej.
4. Pacjenci kierowani na zabiegi operacyjne i badania inwazyjne zaopatrywani są w znaki tożsamości w postaci opasek z tworzywa sztucznego, zakładanych na nadgarstek.
5. Dzieci urodzone w Szpitalu zaopatrywane są w znaki tożsamości natychmiast po urodzeniu. Położna pokazuje dziecko matce, informuje o płci, zaopatruje dziecko w obecności matki w znaki tożsamości.
6. Znakami tożsamości noworodków są opaski wykonane z tworzywa sztucznego, na których są wpisywane czytelnie: płeć, data i godzina urodzenia się dziecka oraz imię i nazwisko matki, waga dziecka. Znaki tożsamości dzieci urodzonych z ciąży mnogiej dodatkowo zawierają cyfry rzymskie wskazujące na kolejność rodzenia się dzieci.
7. Znakami tożsamości pacjentów są opaski wykonane z tworzywa sztucznego, na których znajduje się numer księgi głównej/rok oraz kod kreskowy.
8. W przypadku gdy przebieg porodu nie pozwala na pokazanie dziecka matce i na poinformowanie jej o płci, lekarz lub położna są obowiązani zaopatrzyć dziecko w znaki tożsamości natychmiast po urodzeniu się dziecka.

9. Znaki tożsamości są zakładane swobodnie wokół nadgarstków obu rąk albo kostek obu nóg dziecka, w sposób zapewniający ich utrzymanie się.
10. Fakt zaopatrzenia urodzonego dziecka w znaki tożsamości oraz dane zawarte na znakach odnotowuje się w dokumentacji medycznej oraz potwierdza podpisem położna zakładająca znaki tożsamości.
11. W przypadku stwierdzenia zniszczenia lub zmniejszenia czytelności znaków tożsamości założonych po urodzeniu dziecka w Szpitalu, położna/pielęgniarka wymienia na czytelne znaki tożsamości i dokumentuje ten fakt w dokumentacji medycznej.
12. Przy wypisywaniu dziecka urodzonego w Szpitalu pracownik Szpitala w obecności osoby odbierającej dziecko, jest obowiązany sprawdzić jego tożsamość, odnotować tę okoliczność w dokumentacji medycznej i potwierdzić podpisem. Adnotację tę podpisuje także osoba odbierająca dziecko.
13. Do dokumentacji medycznej dziecka dołącza się znaki tożsamości dziecka, w które było ono zaopatrzone podczas pobytu w Szpitalu.

**Przebieg procesu udzielania świadczeń opieki zdrowotnej - Stacjonarna opieka zdrowotna.
Identyfikacja personelu**

§36

1. Pracownicy szpitala, pracownicy podwykonawcy usług oraz uczestnicy kształcenia zawodowego zobligowani są do noszenia identyfikatorów osobistych pozwalających na ustalenie imienia nazwiska i pełnionej funkcji oraz tytułu zawodowego lub naukowego.
2. W oddziale widnieją tablice informujące o osobach kierujących komórką organizacyjną.
3. Pracownicy medyczni realizujący świadczenia zobowiązani są do przedstawiania się z imienia i nazwiska oraz funkcji.

**Przebieg procesu udzielania świadczeń opieki zdrowotnej - Stacjonarna opieka zdrowotna.
Realizacja świadczeń zdrowotnych w oddziale.**

§37

1. Świadczenia medyczne w oddziałach realizowane są całodobowo przez pracowników medycznych poszczególnych oddziałów zgodnie z posiadanymi kwalifikacjami i nadanymi uprawnieniami.
2. Procesem leczenia poszczególnych pacjentów kieruje lekarz prowadzący, natomiast w godzinach dyżurowych opiekę nad chorymi w oddziale sprawuje lekarz dyżurny.
3. Pacjenci przyjęci w trybie nagłym, w godzinach dyżurowych objęci zostają opieką przez lekarza dyżurnego.
4. Pielęgniarka oddziałowa wyznacza zgodnie z rozkładem pracy pielęgniarki/położne opiekujące się pacjentami w każdym dniu i na zmianie roboczej.

5. W procesie diagnozowania i leczenia pacjenta, lekarz oddziału może korzystać z konsultacji lekarskich specjalistów innych dziedzin, zatrudnionych w szpitalu. W przypadku braku lekarza niezbędnej specjalizacji może wezwać lekarza konsultującego spoza szpitala zgodnie z umowami zawartymi przez szpital.
6. Materiał do badań diagnostycznych pobierany jest od pacjenta w oddziale, w którym przebywa lub na oddziale SOR.
7. Badania i zabiegi wymagające aparatury medycznej wykonywane są w pracowniach/gabinetach diagnostycznych i zabiegowych szpitala lub podwykonawcy zgodnie z obowiązującą umową.
8. W przypadku kiedy szpital nie posiada możliwości wykonania koniecznego badania/zabiegu wynikającego z procesu leczniczego, pacjent lub materiał do badań transportowany jest do podwykonawcy na koszt szpitala.
9. Szpital zapewnia pacjentom niezbędne środki lecznicze, pielęgnacyjne wynikające z procesu leczenia. Leki zlecane są przez lekarzy w oparciu o przyjętą przez szpital listę leków tzw. Receptariusz szpitala.
10. Pacjenci zobowiązani są do poinformowania lekarza o rodzaju i dawkach leków przyjmowanych przed hospitalizacją.

**Przebieg procesu udzielania świadczeń opieki zdrowotnej - Stacjonarna opieka zdrowotna.
Dokumentacja medyczna**

§38

1. Pobyt i leczenie pacjenta na poszczególnych etapach dokumentowane są zgodnie z obowiązującym prawem w dokumentacji medycznej indywidualnej i zbiorczej.
2. Dokumentacja prowadzona jest w postaci elektronicznej i w postaci papierowej przez pracowników medycznych, zgodnie z posiadanymi kompetencjami i wymaganiami obowiązującymi w tym zakresie. Dostęp do dokumentacji w wersji elektronicznej posiadają osoby uprawnione w oparciu o kody dostępu nadane przez administratora danych.
3. Dokumentacja tworzona jest na bieżąco zgodnie z chronologią działań.
4. W szpitalu ustanowiono procedurę tworzenia, prowadzenia i zabezpieczenia dokumentacji medycznej oraz wzory obowiązującej dokumentacji.
5. Historia choroby zakładana jest niezwłocznie po przyjęciu do szpitala. Zawiera ona pogrupowane informacje dotyczące przyjęcia do szpitala, przebiegu hospitalizacji, wypisania pacjenta ze szpitala. Do historii choroby dołącza się dokumenty dodatkowe prowadzone w zależności od rodzaju udzielanych świadczeń w szczególności:
 - 1) kartę indywidualnej opieki pielęgniarzkiej,
 - 2) kartę indywidualnej opieki prowadzonej przez położną,
 - 3) kartę obserwacji,

- 4) kartę gorączkowa,
 - 5) kartę zleceń lekarskich,
 - 6) kartę obserwacji przebiegu porodu,
 - 7) kartę noworodka,
 - 8) kartę przebiegu znieczulenia,
 - 9) kartę zabiegów fizjoterapeutycznych,
 - 10) kartę czynności ratunkowych,
 - 11) kontrolka dobowej zbiórki moczu,
 - 12) kontrolka badań RR,
 - 13) kontrolka poziomu cukru,
 - 14) wyniki badań diagnostycznych, jeżeli nie zostały wpisane do historii choroby,
 - 15) wyniki badań obrazowych,
 - 16) wyniki badań histopatologicznych,
 - 17) wyniki konsultacji,
 - 18) protokół operacyjny,
 - 19) dokumentację monitorowania bólu w przypadkach wymagających monitorowania,
 - 20) oświadczenia pacjenta lub przedstawiciela ustawowego o wyrażeniu zgody lub odmowy na wykonanie określonych procedur medycznych,
 - 21) okołooperacyjną kartę kontrolną.
6. Lekarz wypisujący przedstawia zakończoną i podpisaną historię choroby do akceptacji i podpisu lekarzowi kierującemu oddziałem, ordynatorowi.
 7. Dokumentację dotyczącą opieki pielęgniarskiej akceptuje pielęgniarka/położna oddziałowa.
 8. Zakończona historia przekazywana jest do Działu Statystyki i Dokumentacji Medycznej, a następnie do Archiwum Medycznego Szpitala.
 9. Dokumentacja medyczna zabezpieczona i przechowywana jest w Archiwum Szpitala przez okres 20 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym dokonano ostatniego wpisu, z wyjątkiem:
 - 1) dokumentacji medycznej w przypadku zgonu pacjenta na skutek uszkodzenia ciała lub zatrucia, która jest przechowywana przez okres 30 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym nastąpił zgon,
 - 2) dokumentacji medycznej zawierającej dane niezbędne do monitorowania losów krwi i jej składników, która jest przechowywana przez okres 30 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym dokonano ostatniego wpisu,
 - 3) zdjęć rentgenowskich przechowywanych poza dokumentacją medyczną pacjenta, które są przechowywane przez okres 10 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym wykonano zdjęcie,

- 4) skierowań na badania lub zleceń lekarza, które są przechowywane przez okres 5 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym udzielono świadczenia zdrowotnego będącego przedmiotem skierowania lub zlecenia lekarskiego,
- 5) skierowań na badania lub zleceń lekarza, które są przechowywane przez okres 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,
- 6) dokumentacji medycznej dotyczącej dzieci do ukończenia drugiego roku życia, która jest przechowywana przez okres 22 lat.

Dokumentacja medyczna – zasady wydawania

Procedura udostępniania dokumentacji medycznej

I. Dokumentacja medyczna jest udostępniana:

1. Pacjentowi, którego dokumentacja dotyczy za okazaniem dowodu tożsamości np. dowód osobisty, paszport.
2. Przedstawicielowi ustawowemu pacjenta za okazaniem odpowiedniego dokumentu:
 - a) rodzicom, do chwili ukończenia przez dziecko 18 lat, za okazaniem swojego dokumentu tożsamości,
 - b) opiekunom ustanowionym przez sąd, za okazaniem stosownego orzeczenia (opieka nad małoletnim, opieka nad niepełnosprawnym lub ubezwłasnowolnionym, kurator itp.) oraz dowodu tożsamości.
3. Osobie upoważnionej przez pacjenta w dokumentacji medycznej, za okazaniem dowodu tożsamości np. dowód osobisty, paszport.
4. Osobie upoważnionej przez pacjenta na podstawie odrębnego pełnomocnictwa (upoważnienia) z podpisem notarialnie poświadczonym lub podpisanego w obecności pracownika, który poświadcza fakt złożenia podpisu przez upoważniającego.
5. Po śmierci pacjenta prawo dostępu do dokumentacji medycznej ma osoba upoważniona przez pacjenta za życia.

II. Formy udostępniania dokumentacji

1. Do wglądu w komórce udzielającej świadczeń medycznych w obecności kierownika komórki lub osoby przez niego upoważnionej.
2. Do wglądu w dokumentację medyczną archiwalną w Dziale Statystyki i Dokumentacji Medycznej w obecności kierownika lub osoby przez niego upoważnionej.
3. Poprzez sporządzenie jej wyciągów, odpisów lub kopii.

III. Zasady udostępniania dokumentacji medycznej osobom fizycznym

1. Uzyskanie kopii dokumentacji medycznej odbywa się na podstawie wniosku pisemnego złożonego przez pacjenta, jego przedstawiciela ustawowego lub osoby przez niego upoważnionej.
2. Wniosek można pobrać:
 - a) w rejestracji do poradni specjalistycznych,
 - b) w Dziale Statystyki i Dokumentacji Medycznej (budynek Administracji, parter),
 - c) na stronie internetowej <http://spzoz.augustow.pl/dokumenty-do-pobrania>.
3. Termin wglądu do dokumentacji pacjenta podczas pobytu w oddziale należy ustalić z Kierownikiem oddziału lub lekarzem prowadzącym.
4. W celu uzyskania kopii dokumentacji medycznej pacjent, jego przedstawiciel ustawowy lub osoba upoważniona przez niego składa pisemny wniosek o wydanie dokumentacji medycznej. Wniosek powinien zawierać niezbędne informacje umożliwiające identyfikację pacjenta. We wniosku należy również zawrzeć informacje o żądanym zakresie dokumentacji medycznej, którą należy przygotować.
5. Wydanie kopii dokumentacji medycznej nastąpi w terminie ustalonym z pracownikiem Działu Statystyki i Dokumentacji Medycznej – osobiście lub w rozmowie telefonicznej tel. (87 64 44 278).
6. Odbiór kopii dokumentacji medycznej pacjent lub osoba upoważniona potwierdza podpisem i datą odbioru na wniosku.
7. W przypadku odbioru dokumentacji przez osobę upoważnioną, która nie jest wskazana w dokumentacji, należy we wniosku o wydanie dokumentacji zaznaczyć odpowiednią kratkę oraz wpisać dane osoby upoważnionej.
8. Wnioski można składać od poniedziałku do piątku w rejestracji do poradni specjalistycznych lub w Dziale Statystyki i Dokumentacji Medycznej.
9. Kopia dokumentacji medycznej pacjenta może być przesłana pocztą (przesyłką poleconą za potwierdzeniem odbioru) na wskazany adres wraz z dołączonym rachunkiem.

IV. Zasady odpłatności za sporządzenie wyciągu, odpisu lub kopii dokumentacji medycznej

1. Za udostępnienie dokumentacji medycznej SPZOZ w Augustowie pobiera opłatę: Podmiot udzielający świadczeń opieki zdrowotnej ma obowiązek prowadzić dokumentację medyczną osób korzystających ze świadczeń zdrowotnych w tym zakładzie oraz zapewnić ochronę danych zawartych w tej dokumentacji.

Za udostępnienie dokumentacji medycznej przez sporządzenie jej wyciągu, odpisu, kopii lub wydruku, na elektronicznym nośniku danych, przez sporządzenie kopii w formie odwzorowania cyfrowego (skanu), podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych może pobierać opłatę. Jej maksymalną wysokość określa ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

V. Przekazywanie dokumentacji medycznej do archiwum szpitala

1. Przejęcie dokumentacji przez archiwum szpitala oznacza uznanie jej za dokumentację archiwum szpitalnego.

2. Dokumentację przed przekazaniem do archiwum szpitala przegląda i porządkuje osoba odpowiedzialna z komórki organizacyjnej przekazującej dokumentację.

3. Przekazywanie dokumentacji odbywa się na podstawie „spisu zdawczo–odbiorczego”, przygotowanego przez pracownika komórki organizacyjnej przekazującej dokumentację do archiwum szpitalnego.

4. Dokumentację papierową przekazuje się do archiwum szpitalnego na podstawie spisu zdawczo-odbiorczego zawierającego co najmniej:

- a) pełną nazwę Szpitala i komórki organizacyjnej przekazującej dokumentację,
- b) informację jakiego rodzaju jest to dokumentacja,
- c) rozmiar lub ilość dokumentacji przekazywanej do archiwum oraz zakres dat, w których dokumentacja powstawała,
- d) imię, nazwisko i podpis pracownika, który przygotował spis,
- e) imię, nazwisko i podpis kierownika komórki organizacyjnej odpowiadającej za powstałą dokumentację,
- f) imię, nazwisko i podpis archiwisty przyjmującego dokumentację,
- g) datę przekazania,
- h) datę do której należy przechowywać dokumentację w archiwum szpitalnym,
- i) oznaczenie kategorii archiwalnej,
- j) miejsce przechowywania w archiwum zakładowym,
- k) miejsce na ewentualne uwagi.

5. Elementy spisu, o których mowa w ust. 4 pkt od h do k, uzupełnia pracownik archiwum szpitalnego.

6. Archiwum szpitalne zwraca jeden egzemplarz spisu zdawczo-odbiorczego komórce organizacyjnej przekazującej dokumentację.

7. Uporządkowanie dokumentacji papierowej polega na:

- a) ułożeniu dokumentacji wewnątrz teczek aktowych, kopert lub kartonów w kolejności chronologicznej zgodnej z przebiegiem jej powstawania,
- b) wyjęciu zbędnych identycznych kopii i pism,
- c) usunięciu z dokumentacji części metalowych i plastikowych (np. spinaczy, zszywek, wąsów, koszulek); w przypadku historii chorób z leczenia szpitalnego zezwala się na spięcie jej plastikowymi wąsami,
- d) ponumerowaniu stron materiałów archiwalnych zwykłym miękkim ołówkiem,
- e) złożeniu arkuszy o wymiarach większych od formatu A4 do tego formatu,
- f) umieszczeniu dokumentacji w wiązanych teczkach aktowych, a tych w razie potrzeby – w pudełach,
- g) ułożeniu teczek aktowych, ksiąg etc. w pudle kolejności wynikającej z chronologii ich powstawania,
- h) opisaniu pudeł.

8. Każde pudełko zawierające papierową dokumentację medyczną powinno być opisane.

9. Opis umieszczony na pudle zawierającym dokumentację medyczną składa się z:

- a) pełnej nazwy Szpitala i komórki organizacyjnej przekazującej dokumentację,
- b) informacji jakiego rodzaju jest to dokumentacja,
- c) rozmiaru lub ilości dokumentacji przekazywanej oraz zakres dat, w których dokumentacja powstawała,
- d) daty do której należy przechowywać dokumentację w archiwum szpitalnym,
- e) oznaczenie kategorii archiwalnej (wyznacza archiwista).

10. Do dokumentacji przekazywanej do archiwum zakładowego dołącza się wszelkie pomoce ewidencyjne, w szczególności:

- 1) rejestry,
- 2) ewidencje,
- 3) kartoteki,
- 4) skorowidze.

11. Archiwista może odmówić przyjęcia dokumentacji, jeżeli:

- 1) dokumentacja nie została prawidłowo uporządkowana,
- 2) spis zdawczo-odbiorczy zawiera braki lub błędy;
- 3) dokumentacja nie odpowiada spisom zdawczo-odbiorczym.

12. O powodach odmowy przejęcia dokumentacji archiwista może powiadomić kierownika komórki organizacyjnej, która dokumentację przygotowała oraz dyrektora szpitala.

Przebieg procesu udzielania świadczeń opieki zdrowotnej - Stacjonarna opieka zdrowotna. Prawa pacjenta

§39

W procesie udzielania świadczeń przestrzegane są prawa pacjenta zgodnie z obowiązującymi aktami prawnymi. Prawa pacjenta, opublikowane w ustawie o prawach pacjenta i Rzeczniku praw pacjenta dostępne są w każdym oddziale, w dyżurce pielęgniarskiej natomiast wyciąg z ustawy wyeksponowany na tablicach informacyjnych w miejscach udzielania świadczeń.

1. Prawo pacjenta do świadczeń zdrowotnych:

- 1) Pacjent ma prawo do świadczeń zdrowotnych udzielanych z należytą starannością, odpowiadających wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej.
- 2) Pacjent ma prawo do korzystania z rzetelnej, opartej na kryteriach medycznych listy oczekujących - w sytuacji ograniczonej dostępności do świadczeń zdrowotnych.
- 3) Pacjent ma prawo żądać drugiej opinii. W razie wątpliwości pacjent ma prawo żądać, by lekarz zasięgnął opinii innego lekarza lub zwołał konsylium lekarskie, a pielęgniarka (położna) zasięgnęła opinii innej pielęgniarki (położnej). Żądanie oraz ewentualną odmowę odnotowuje się w dokumentacji medycznej.

4) Prawo wyboru. Każdy pacjent korzystający ze świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych z środków publicznych ma prawo wyboru:

- a) w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej - świadczeniobiorca ma prawo wyboru świadczeniodawcy udzielającego ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych spośród tych świadczeniodawców, którzy zawarli umowy o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej.
- b) w ramach leczenia szpitalnego - świadczeniobiorca ma prawo wyboru szpitala spośród szpitali, które zawarły umowę o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej.

2. Prawo do informacji:

- 1) Pacjent ma prawo do informacji o swoich prawach, dlatego szpital wyeksponował treść praw pacjenta w miejscach udzielania świadczeń w informatorze dla pacjenta oraz na stronie internetowej.
- 2) Pacjent ma prawo do informacji o rodzaju i zakresie świadczeń udzielanych u danego świadczeniodawcy oraz o osobach udzielających tych świadczeń.
- 3) Pacjent ma prawo do informacji zrozumiałej i przystępnej dla niego.
- 4) Pacjent ma prawo do informacji o swoim stanie zdrowia, rozpoznaniu, metodach diagnostycznych i leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu. Ma także prawo zdecydować komu i jakie informacje o tym mogą być przekazywane.
- 5) Pacjent ma prawo do rezygnacji z otrzymywania informacji. Powinien jednak dokładnie wskazać z których informacji rezygnuje, np. o swojej sytuacji zdrowotnej. Pacjent po ukończeniu 16 roku życia ma prawo do uzyskania od lekarza informacji w formie i w zakresie niezbędnym do prawidłowego udzielenia świadczenia.

3. Prawo do wyrażenia zgody:

- 1) Pacjent, także małoletni, który ukończył 16 lat, ma prawo do wyrażenia świadomej zgody na udzielenie świadczenia zdrowotnego.
- 2) Jeżeli pacjent nie ukończył 18 lat, jest całkowicie ubezwłasnowolniony, niezdolny do świadomego wyrażenia zgody, prawo do wyrażenia zgody ma przedstawiciel ustawowy, a w przypadku jego braku - opiekun faktyczny lub sąd.
- 3) Pacjent ma prawo odmówić lub zażądać zaprzestania udzielania świadczenia.
- 4) Pacjent który ukończył 16 lat, ubezwłasnowolniony, chory psychicznie lub upośledzony umysłowo, lecz dysponujący dostatecznym rozeznaniem, ma prawo do wyrażenia sprzeciwu co do udzielenia świadczenia zdrowotnego, pomimo zgody przedstawiciela ustawowego lub opiekuna faktycznego. W takim przypadku wymagane jest zezwolenie sądu opiekuńczego.
- 5) Zgoda lub odmowa powinna zostać poprzedzona przedstawieniem pacjentowi wyczerpującej informacji na temat planowanego, bądź już udzielanego świadczenia. W przypadku zabiegu operacyjnego albo zastosowania metody leczenia lub diagnostyki stwarzających podwyższone

ryzyko dla pacjenta, zgodę wyraża się w formie pisemnej.

4. Prawo pacjenta do tajemnicy informacji z nim związanych:

- 1) Pacjent ma prawo do poufności - zachowania w tajemnicy wszelkich informacji z nim związanych, a w szczególności o jego stanie zdrowia, rozpoznaniu i rokowaniu, badaniach i ich wynikach.
- 2) Bez zgody pacjenta (lub zgody osoby sprawującej opiekę prawną nad pacjentem) nie wolno informować nikogo o jego stanie zdrowia. Pacjent ma prawo wskazać, komu informacje objęte tajemnicą będą przekazywane. Prawo to obowiązuje także po śmierci pacjenta.

5. Prawo do poszanowania intymności i godności pacjenta:

- 1) Pacjent ma prawo do poszanowania intymności i godności- osoba udzielająca świadczeń ma obowiązek postępować w sposób zapewniający poszanowanie tego prawa.
- 2) Pacjent ma prawo do godnego umierania.
- 3) Pacjent ma prawo do obecności bliskiej osoby przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych. Ze względu na bezpieczeństwo zdrowotne pacjenta lub w przypadku prawdopodobieństwa wystąpienia zagrożenia epidemiologicznego osoba udzielająca świadczeń zdrowotnych może odmówić obecności osoby bliskiej pacjentowi. Odmowa musi zostać odnotowana w dokumentacji medycznej.
- 4) Obecność innych osób przy udzielaniu świadczenia, np. studentów medycyny, wymaga zgody pacjenta. Jeżeli pacjent jest małoletni, całkowicie ubezwłasnowolniony lub niezdolny do świadomego wyrażenia zgody, wymagana jest zgoda jego opiekuna oraz lekarza udzielającego świadczenia zdrowotnego.
- 5) Pacjent ma prawo do leczenia bólu.

6. Prawo pacjenta do dokumentacji medycznej: Pacjent ma prawo do dostępu do dokumentacji medycznej dotyczącej jego stanu zdrowia oraz udzielonych mu świadczeń zdrowotnych (patrz Dokumentacja medyczna).

7. Prawo pacjenta do przechowywania rzeczy wartościowych w depozycie. Pacjent przebywający w szpitalu ma prawo do przechowywania rzeczy wartościowych w depozycie. Koszty przechowywania ponosi szpital.

8. Prawo do zgłoszenia sprzeciwu wobec opinii albo orzeczenia lekarza: Pacjent lub jego przedstawiciel ustawowy mogą wnieść sprzeciw wobec opinii albo orzeczenia lekarza, jeżeli mają one wpływ na prawa lub obowiązki pacjenta.

9. Prawo do poszanowania życia prywatnego i rodzinnego:

- 1) Pacjent przebywający w szpitalu ma prawo do kontaktu osobistego, telefonicznego lub korespondencyjnego z innymi osobami, ale też ma prawo do odmowy takiego kontaktu.
- 2) Pacjent ma prawo do dodatkowej opieki pielęgnacyjnej, która nie polega na udzielaniu świadczeń zdrowotnych.

10. Pacjent ma prawo do opieki duszpasterskiej - w sytuacji pogorszenia się stanu zdrowia lub zagrożenia życia, Szpital ułatwia pacjentowi kontakt z duchownym wyznawanej religii. Szpital zatrudnia duchownego wyznania rzymskokatolickiego i umożliwia korzystanie z usług duszpasterskich w oddziałach oraz w kaplicy szpitalnej.
11. Dyrektor lub upoważniony przez niego lekarz może ograniczyć korzystanie z praw pacjenta w przypadku wystąpienia zagrożenia epidemicznego lub ze względu na bezpieczeństwo zdrowotne pacjentów, a w przypadku niektórych praw także ze względu na możliwości organizacyjne.

Przebieg procesu udzielania świadczeń opieki zdrowotnej - Stacjonarna opieka zdrowotna.

Ciągłość opieki, transport pacjentów.

§40

1. Opieka lekarska w oddziałach szpitala realizowana jest przez lekarzy w systemie zapewniającym ciągłość opieki.
2. Opieka pielęgniarska realizowana jest w systemie zmianowym.
3. Lekarze i pielęgniarki wymieniają istotne informacje o pacjentach wielokrotnie w ciągu doby, zapewniając ciągłość opieki nad pacjentami.
4. Informacje o stanie zdrowia poszczególnych pacjentów są dokumentowane na bieżąco w indywidualnej dokumentacji medycznej pacjenta.
5. Przekazanie opieki kolejnym zmianom następuje na styku dyżurów, lekarze 1 x na dobę o godzinie 7.30-8.00, pielęgniarki i położne 2x na dobę o godzinie 7.00 i 19.00.
6. Lekarze, pielęgniarki, położne przekazując pacjentów kolejnej zmianie przedstawiają istotne informacje o stanie zdrowia pacjentów, nowych przyjęciach na oddziałach, istotnych zdarzeniach, ich okolicznościach, podjętych działaniach.
Informacje te dokumentowane są w książkach raportów lekarskich i książkach raportów pielęgniarskich.
7. Pacjenci wymagający realizacji świadczeń medycznych w innym oddziale, pracowni diagnostycznej lub na bloku operacyjnym transportowani są przez upoważnionych pracowników. Sposób transportu pacjenta określony jest przez lekarza lub pielęgniarkę/położną. Pacjenci wymagający transportu w pozycji leżącej transportowani są przez pielęgniarki/położne lub ratowników medycznych. Pacjenci nieprzytomni, wymagający oddechu zastępczego transportowani są przez pielęgniarki/położne, ratowników oraz pod opieką lekarza danego oddziału lub lekarzy anestezjologów. Do transportu pacjenta dołączona jest jego dokumentacja medyczna (historia choroby).
8. Pacjent, który został przetransportowany przez Lotnicze Pogotowie Ratunkowe jest przywieziony przez zespół LPR i personel SOR – u do Szpitalnego Oddziału Ratunkowego i następuje przekazanie pacjenta wraz z jego dokumentacją personelowi szpitala.

9. Pacjenci transportowani są na zewnątrz szpitala w przypadku:
 - 1) realizacji świadczeń zdrowotnych, których szpital nie udziela,
 - 2) kontynuacji leczenia w innym zakładzie opieki zdrowotnej,
 - 3) wypisu ze szpitala pacjenta, którego dysfunkcja narządu ruchu uniemożliwia transport środkami komunikacji publicznej.
10. Pacjenci wymagający realizacji świadczeń medycznych w innym zakładzie, po uprzednim uzgodnieniu miejsca, transportowani są na podstawie pisemnego zlecenia określającego warunki transportu kołowego lub lotniczego. Zlecenie wystawiane jest przez ordynatora lub upoważnionego lekarza. W zleceniu określone jest, w jakiej pozycji pacjent powinien być transportowany i kto powinien sprawować opiekę medyczną (ratownik, lekarz + ratownik). Pacjent jest odbierany z oddziału przez personel karetki lub personel LPR.
11. Pacjenci przebywający czasowo poza oddziałem np. w przypadku badań, zabiegów objęci są opieką przez pracowników medycznych komórki wykonującej te świadczenia.
12. Pacjenci wymagający kontynuacji leczenia w innym oddziale szpitala są wypisywani w trybie przeniesienia a następnie przyjmowani do nowego oddziału z zachowaniem ciągłości pobytu w szpitalu. Pacjent przekazywany jest wraz z dokumentacją medyczną oddziału, z którego jest przenoszony.
13. Pacjenci, wymagający zapewnienia ciągłości i kontynuacji opieki w placówkach pielęgnacyjno-opiekuńczych lub domach opieki społecznej a nieposiadający rodziny wydolnej opiekuńczo uzyskują wsparcie ze strony Szpitala w działaniach organizacyjnych umożliwiających pozyskanie stosownego miejsca opieki. Zadania te realizowane są na wniosek pacjenta lub rodziny pacjenta przez lub przy udziale pracownika socjalnego.

Przebieg procesu udzielania świadczeń opieki zdrowotnej - Stacjonarna opieka zdrowotna.

Wypisanie pacjenta

§41

1. Wypisanie pacjenta ze Szpitala, jeżeli przepisy szczególne nie stanowią inaczej następuje:
 - 1) gdy stan zdrowia nie wymaga dalszego leczenia w Szpitalu,
 - 2) na żądanie osoby przebywającej w Szpitalu lub jej przedstawiciela ustawowego, z zastrzeżeniem przepisów szczególnych,
 - 3) jeżeli osoba przebywająca w Szpitalu w sposób rażąco narusza obowiązujące w Szpitalu przepisy (regulaminy), a nie zachodzi obawa, że zaprzestanie udzielania świadczeń może spowodować bezpośrednie niebezpieczeństwo dla jej życia lub zdrowia albo życia lub zdrowia innych osób.
 - 4) w przypadku zgonu.
2. Osoba występująca o wypisanie ze Szpitala na własne żądanie jest informowana przez lekarza

wypisującego o możliwych następstwach zaprzestania leczenia w Szpitalu. Osoba ta składa pisemne oświadczenie o wypisaniu ze Szpitala na własne żądanie. W przypadku nie złożenia przez pacjenta takiego oświadczenia lekarz wypisujący sporządza adnotację w historii choroby.

3. Wypisany pacjent ze Szpitala otrzymuje:

1) Kartę informacyjną z leczenia szpitalnego, która winna zawierać:

- a) dane identyfikujące pacjenta tj. imię i nazwisko, data urodzenia, adres zamieszkania lub pobytu, numer PESEL,
- b) rozpoznanie choroby w języku polskim - przyczyna hospitalizacji (dopuszcza się rozpoznanie w języku łacińskim w przypadku, gdy pacjent żąda, aby lekarz nie udzielał mu informacji do swoim stanie zdrowia),
- c) opis wyników wykonanych badań diagnostycznych lub konsultacji,
- d) opis zastosowanego leczenia w przypadku wykonania zabiegu lub operacji - datę wykonania,
- e) orzeczenie czasowej niezdolności do pracy, a w miarę potrzeby ocenę zdolności do wykonywania dotychczasowego zatrudnienia,
- f) adnotacje o produktach leczniczych wraz z dawkowaniem i wyrobach medycznych w ilościach odpowiadających ilościom na receptach wystawionych pacjentowi,
- g) terminy planowanych konsultacji, na które wystawiono skierowania,
- h) wskazania dla lekarza przyjmującego opiekę nad pacjentem lub pacjenta, dotyczące dalszego sposobu leczenia, żywienia, pielęgnowania lub trybu życia.

2) Recepty na leki i zlecenia na środki pomocnicze lub wyroby medyczne, będące środkami ortopedycznymi zlecone w karcie informacyjnej.

3) Skierowanie na świadczenia zalecone w karcie informacyjnej.

4) Zlecenia na transport zgodnie z odrębnymi przepisami.

4. Lekarz prowadzący lub ordynator zobowiązany jest powiadomić pacjenta o wynikach jego badań, jeśli wynik został dostarczony do Oddziału po wypisie pacjenta ze Szpitala.

**Przebieg procesu udzielania świadczeń opieki zdrowotnej - Stacjonarna opieka zdrowotna.
Postępowanie w przypadku śmierci pacjenta**

§42

1. W przypadku śmierci pacjenta pielęgniarzka/położna niezwłocznie zawiadamia lekarza leczącego lub lekarza dyżurnego o śmierci pacjenta przebywającego w oddziale. Lekarz po przeprowadzeniu oględzin stwierdza zgon i jego przyczynę oraz wystawia kartę zgonu. W przypadku, gdy nie można ustalić przyczyny zgonu w sposób jednoznaczny, lekarz zarządza sekcję zwłok. Kartę zgonu wystawia lekarz oddziału po przeprowadzeniu sekcji.
2. W sytuacji niebudzącej wątpliwości co do przyczyn zgonu, na wniosek pacjenta ustanowiony przed śmiercią lub na wniosek rodziny zmarłego, lekarz leczący może wyrazić zgodę na odstąpienie od

sekcji.

3. Lekarz niezwłocznie po stwierdzeniu zgonu osoby zmarłej powiadamia wskazaną przez pacjenta osobę lub instytucję, lub przedstawiciela ustawowego. W przypadku braku osoby deklarującej pochowanie zwłok pracownik ds. socjalnych ustala odpowiednią instytucję państwową zobligowaną do pochówku.
4. Pielęgniarka sporządza kartę skierowania zwłok do chłodni oraz zakłada na przegub dłoni albo stopy osoby zmarłej identyfikator wykonany z tworzywa sztucznego.
5. Karta skierowania zawiera:
 - 1) imię i nazwisko osoby zmarłej,
 - 2) numer PESEL, 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 i nazwisko oraz podpis pielęgniarki sporządzającej kartę,
 - 6) godzinę przyjęcia zwłok osoby zmarłej do chłodni.
6. Identyfikator, zawiera:
 - 1) imię i nazwisko osoby zmarłej,
 - 2) numer PESEL, a w przypadku braku numeru PESEL - serię i numer dokumentu stwierdzającego tożsamość,
 - 3) datę i godzinę zgonu.
7. Jeżeli nie jest możliwe ustalenie tożsamości osoby zmarłej, w karcie skierowania oraz na identyfikatorze dokonuje się oznaczenia „NN,” z podaniem przyczyny i okoliczności uniemożliwiających ustalenie tożsamości. Ponadto należy wpisać nr Księgi Głównej, pod którym pacjent został przyjęty do szpitala.
8. Zwłoki osoby zmarłej przewożone są przez pracowników szpitala do chłodni znajdującej się w budynku Prosektorium nie wcześniej niż po upływie dwóch godzin od czasu zgonu.
9. W przypadku zgonu osoby zmarłej na chorobę zakaźną stosuje się odrębne przepisy prawa.
10. W przypadku dzieci martwo urodzonych, bez względu na czas trwania ciąży, na życzenie matki jest wystawiana karta zgonu, a zwłoki przekazywane są do prosektorium a stamtąd do pochówku.
11. W Prosektorium pracownik szpitala po odpowiednim udokumentowaniu wydaje zwłoki osobie uprawnionej do pochówku, po okazaniu aktu zgonu lub karty zgonu.

Przebieg procesu udzielania świadczeń opieki zdrowotnej - Ambulatoryjna opieka specjalistyczna

§43

1. Świadczenia opieki zdrowotnej w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej udzielane są

w poradniach specjalistycznych, pacjentom posiadającym skierowanie od lekarza ubezpieczenia zdrowotnego.

2. Skierowanie nie jest wymagane w przypadku udzielania świadczeń zdrowotnych dla:
 - a) pacjentek lekarza ginekologa i położnika,
 - b) osób chorych na gruźlicę,
 - c) osób chorych na HIV,
 - d) inwalidów wojennych i wojskowych, osób represjonowanych, kombatanów,
 - e) niewidomych cywilnych ofiar działań wojennych,
 - f) uzależnionych od alkoholu, środków odurzających i substancji psychotropowych,
 - g) uprawnionych (żołnierze lub pracownicy) - w zakresie leczenia urazów lub chorób nabytych w czasie wykonywania zadań poza granicami państwa.
3. Świadczenia, o których mowa w ust. 1, związane z wypadkiem, urazem, stanem zagrożenia życia udzielane są bez skierowania lekarza ubezpieczenia zdrowotnego.
4. W uzasadnionych medycznie przypadkach świadczenia opieki zdrowotnej w trybie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej oraz rehabilitacji leczniczej mogą być udzielane w warunkach domowych w miejscu zamieszkania lub pobytu pacjenta.
5. Rejestracja pacjenta odbywa się na podstawie zgłoszenia, w szczególności: osobistego, telefonicznego, za pośrednictwem osoby trzeciej lub drogą elektroniczną. W przypadku braku możliwości przyjęcia pacjenta w dniu rejestracji - wyznacza się datę i godzinę realizacji świadczenia opieki zdrowotnej.
6. Przed uzyskaniem świadczenia opieki zdrowotnej (podczas rejestracji) dane pacjenta są sprawdzane w systemie Elektronicznej Weryfikacji Uprawnień Świadczeniobiorcy (eWUŚ).
7. W uzasadnionych medycznie przypadkach, lekarz specjalista wydaje skierowania na dodatkowe konsultacje, albo leczenie skojarzone do innych poradni specjalistycznych lub skierowania do leczenia stacjonarnego w Szpitalu.
8. W uzasadnionych medycznie przypadkach lekarz specjalista może objąć pacjenta stałym leczeniem w poradni specjalistycznej.

§44

1. Udzielanie świadczeń zdrowotnych na Oddziale Położniczo - Ginekologicznym w zakresie opieki okołoporodowej realizowane jest zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 16 sierpnia 2018 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej, które obowiązuje od 01.01.2019 r. Wprowadza się procedury na Oddziale Położniczo - Ginekologicznym i ustala się wskaźniki opieki okołoporodowej, które będą monitorowane dwa razy w roku.

Wskaźniki monitorowane:

- 1) współczynniki zgonów,

- 2) urodzenia według czasu trwania ciąży, masy urodzeniowej i skali Apgar,
 - 3) umieralność kobiet w czasie ciąży, porodu i połogu,
 - 4) częstotliwość występowania wad wrodzonych,
 - 5) ilość kobiet palących w ciąży,
 - 6) ilość porodów po leczeniu niepłodności,
 - 7) urodzenia według sposobu ukończenia ciąży, według rozpoczęcia czynności skurczowej oraz według miejsca urodzenia,
 - 8) ilość noworodków karmionych wyłącznie piersią,
 - 9) ilość matek przedwcześnie urodzonych dzieci, które uzyskały pomoc w zakresie odciągania pokarmu w ciągu 1-2 godzin od narodzin,
 - 10) ilość kobiet z dwugodzinnym kontaktem „skóra do skóry”,
 - 11) ilość personelu przeszkolonego w zakresie opieki laktacyjnej,
 - 12) ilość kobiet, które zgłosiły się z planem porodu,
 - 13) kobiety z pozytywnym doświadczeniem porodu,
 - 14) odsetek ciągłego zapisu KTG podczas porodu,
 - 15) sposób znieczulenia podczas porodu,
 - 16) odsetek nacięć krocza,
 - 17) odsetek ciąż i porodów prowadzonych wyłącznie przez położną,
 - 18) porody z osobami towarzyszącymi.
2. Zgodnie ze standardem organizacyjnym opieki okołoporodowej na Oddziale Ginekologicznym - Położniczym prowadzona jest szczegółowa dokumentacja medyczna dołączana do dokumentacji pacjentki. Wprowadza się kwestionariusz oceniający satysfakcję i realizację oczekiwań kobiet wobec opieki okołoporodowej.

§45

Maksymalny czas na podjęcie decyzji przez lekarza dyżurnego Szpitalnego Oddziału Ratunkowego o skierowaniu pacjenta do oddziałów szpitala wynosi do 6 godzin.

§46

Maksymalny czas na podjęcie decyzji przez lekarza dyżurnego Szpitalnego Oddziału Ratunkowego o odmowie przyjęcia do SOR osoby niebędącej w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego wynosi do 6 godzin.

§47

Maksymalny czas na podjęcie decyzji przez lekarza Szpitalnego Oddziału Ratunkowego o przyjęciu

pacjenta na SOR wynosi do 6 godzin.

§48

1. Pacjenci zgłaszający się do SOR poddawani są segregacji medycznej, którą przeprowadza pielęgniarka systemu, ratownik medyczny lub lekarz systemu poprzez przeprowadzenie wywiadu medycznego i zebranie danych służących ocenie stanu zdrowia osoby. Celem segregacji jest ocena stanu zdrowia pacjenta pod względem ustalenia priorytetu udzielania mu świadczeń zdrowotnych i przypisania do jednej z poniższych kategorii pilności:
 - 1) kolor czerwony oznacza natychmiastowy kontakt z lekarzem;
 - 2) kolor pomarańczowy oznacza czas oczekiwania na pierwszy kontakt z lekarzem do 10 minut;
 - 3) kolor żółty oznacza czas oczekiwania na pierwszy kontakt z lekarzem do 60 minut;
 - 4) kolor zielony oznacza czas oczekiwania na pierwszy kontakt z lekarzem do 120 minut;
 - 5) kolor niebieski oznacza czas oczekiwania na pierwszy kontakt z lekarzem do 240 minut.
2. Osoby, które zostały przydzielone do kategorii pilności oznaczonej kolorem zielonym lub niebieskim, mogą być kierowane z SOR do miejsc udzielania świadczeń zdrowotnych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej:
 - 1) w godzinach funkcjonowania poradni lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, tj. od poniedziałku do piątku w godzinach 8-18 z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy pacjenci zostają skierowani do właściwej poradni lekarza POZ.
 - 2) poza ww. godzinami, tj. od poniedziałku do piątku w godzinach od 18.00 do 8.00 dnia następnego oraz całodobowo w dni ustawowo wolne od pracy - pacjenci zostają skierowani do Poradni POZ (Ambulatorium) w zakresie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej

ROZDZIAŁ VIII

Organizacja i zadania poszczególnych jednostek lub komórek organizacyjnych Szpitala oraz warunki współdziałania tych jednostek lub komórek

§49

1. Do zadań poszczególnych komórek organizacyjnych należy w szczególności :
 - 1) udzielanie świadczeń zdrowotnych,
 - 2) udzielanie świadczeń zdrowotnych chorym wymagającym hospitalizacji,
 - 3) udzielanie świadczeń specjalistycznych i profilaktyczne- leczniczych,
 - 4) udzielanie całodobowych świadczeń zdrowotnych w przypadku urazów oraz nagłych stanów zagrożenia zdrowia i życia,
 - 5) wykonywanie badań diagnostycznych,
 - 6) przeprowadzanie rehabilitacji leczniczej,

- 7) prowadzenie profilaktyki zdrowotnej i promocji zdrowia, w tym w szczególności podejmowanie działań na rzecz ochrony oraz poprawy stanu zdrowia ludności poprzez organizowanie i prowadzenie działalności leczniczej, profilaktycznej i rehabilitacyjnej,
 - 8) kształcenie osób wykonujących zawody medyczne,
 - 9) propagowanie zachowań prozdrowotnych,
 - 10) zapewnienie mieszkańcom powiatu oraz innym osobom dostępu do świadczeń zdrowotnych ambulatoryjnych oraz stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych szpitalnych,
 - 11) prowadzenie czynnego poradnictwa,
 - 12) zapobieganie powstawaniu urazów i chorób poprzez działania profilaktyczne,
 - 13) pielęgnacja chorych,
 - 14) orzekanie i opiniowanie o stanie zdrowia.
2. Zasady i organizacja łączenia dyżuru lekarskiego z innymi komórkami organizacyjnymi Szpitala odbywają się zgodnie z wymogami zawartymi w załączniku nr 3 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz.U. z 2018 r., poz. 2190 ze zm.).
 3. Komórki organizacyjne zobowiązane są do współdziałania co najmniej w zakresie niezbędnym do zapewnienia koordynacji zadań.
 4. 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 Zakładu lub osoba przez niego wskazana.
 5. Komórki współpracujące przygotowują i przekazują komórce koordynującej niezbędne materiały, informacje, wyjaśnienia, ekspertyzy i opinie konieczne do opracowania danej sprawy.
 6. Komórka koordynująca jest zobowiązana do rozpatrzenia opinii i stanowisk komórek współpracujących przy formułowaniu ostatecznego stanowiska.
 7. Opinie, wnioski i decyzje komórki organizacyjnej wymagają akceptacji jej kierownika lub osób przez niego upoważnionych.

ROZDZIAŁ IX

Warunki współdziałania z innymi podmiotami wykonującymi działalność leczniczą

§50

1. Szpital współpracuje z instytucjami zewnętrznymi celem zapewnienia kompleksowości świadczeń. Zakres, zasady współpracy oraz nadzór nad dostarczaniem świadczeń i usług regulują umowy zawarte pomiędzy podmiotami.
2. Podstawowe świadczenia i usługi realizowane przez podmioty zewnętrzne:
 - 1) diagnostyka obrazowa,
 - 2) usługi badań laboratoryjnych,

- 3) usługi żywienia pacjentów,
- 4) usługa prania bielizny szpitalnej.

ROZDZIAŁ X

Wysokość opłaty za udostępnienie dokumentacji medycznej

§51

1. Za udostępnienie dokumentacji medycznej Szpital pobiera opłatę w sposób ustalony przez Dyrektora Szpitala, jednak maksymalna wysokość opłaty za:
 - jedną stronę wyciągu lub odpisu dokumentacji medycznej nie może przekroczyć 0,002;
 - jedną stronę kopii albo wydruku dokumentacji medycznej nie może przekroczyć 0,00007;przeciętnego wynagrodzenia w poprzednim kwartale od pierwszego dnia następnego miesiąca po ogłoszeniu przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego w Dzienniku Urzędowym Rzeczypospolitej Polskiej „Monitor Polski” na podstawie art. 20 pkt 2 ustawy z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych.
2. Sporządzenie kopii dokumentacji medycznej na elektronicznym nośniku danych - jeśli Szpital prowadzi dokumentację medyczną w formie elektronicznej - nie może przekraczać 0,0004 przeciętnego wynagrodzenia, o którym mowa wyżej.

ROZDZIAŁ XI

Organizacja procesu udzielania świadczeń zdrowotnych w przypadku pobierania opłat

§52

1. Szpital nie pobiera opłat za udzielane świadczenia zdrowotne osobom ubezpieczonym w Narodowym Funduszu Zdrowia.
2. Osoby nieubezpieczone ponoszą koszty leczenia zgodnie z cennikiem obowiązującym w Szpitalu.

ROZDZIAŁ XII

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

§53

1. W przypadku zgonu pacjenta, który nastąpił w Szpitalu zwłoki osoby zmarłej przechowywane są w chłodni bez pobierania opłat nie dłużej niż 72 godziny od momentu, w którym zatwierdzono zgon. Do 72 godzinnego okresu nieodpłatnego przechowywania zwłok nie wlicza się dni ustawowo wolnych od pracy.
2. Za przechowywanie zwłok w chłodni po 72 godzinach pobiera jest opłata za każdą rozpoczętą dobę, zgodnie z cennikiem obowiązującym w Szpitalu.
3. Opłata pobierana jest od osób odbierających zwłoki lub instytucji uprawnionych do pochówku.

4. Opłata od gminy pobierana jest po upływie 3 dni od dnia powiadomienia gminy o konieczności pochówku.
5. W sytuacji przechowywania zwłok, osoby której zgon nie nastąpił w Szpitalu pobierana jest opłata zgodnie z obowiązującym cennikiem, za każdą rozpoczętą dobę.

ROZDZIAŁ XIII

Wysokość opłat za udzielane świadczenia zdrowotne inne niż finansowane ze środków publicznych

§54

Wysokość opłat za udzielane świadczenia zdrowotne, inne niż finansowane ze środków publicznych, określona jest w cenniku dla osób nieubezpieczonych obowiązującym w Szpitalu.

ROZDZIAŁ XIV

Sposób kierowania komórkami organizacyjnymi Szpitala

§55

1. Do zadań Kierownika komórki organizacyjnej należy w szczególności:
 - a) kierowanie wydzieloną strukturą organizacyjną oraz powierzonym obszarem zadań zgodnie z zasadą jednoosobowego kierownictwa i odpowiedzialności za wyniki pracy,
 - b) stałe monitorowanie jakości i efektywności pracy podległego personelu,
 - c) realizacja w stosownym zakresie planu finansowego i inwestycyjnego szpitala,
 - d) wdrażanie zarządzeń i poleceń służbowych Dyrektora,
 - e) wnioskowanie do Dyrektora w sprawach nagradzania i karania pracowników kierowanej komórki organizacyjnej,
 - f) realizacja polityki zarządzania jakością poprzez koordynowanie i podejmowanie działań mających na celu podnoszenie jakości usług świadczonych przez Szpital,
 - g) realizacja zaleceń pokontrolnych formułowanych przez organy kontroli zewnętrznej oraz zaleceń wewnętrznych, wykonywanie innych zadań zleconych przez Dyrektora.

RODZIAŁ XV

Postanowienia końcowe

§56

1. Regulamin Organizacyjny wchodzi w życie z dniem podpisania Zarządzenia wprowadzającego przez Dyrektora, po zaopiniowaniu przez Radę Społeczną Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Augustowie.
2. W przypadkach nieuregulowanych niniejszym Regulaminem zastosowanie mają przepisy ustawy o działalności leczniczej, ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz przepisy aktów wykonawczych do tych ustaw.

3. Niniejszy Regulamin jest zgodny ze Statutem Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Augustowie, jego aktami wewnętrznymi i innymi odrębnie obowiązującymi przepisami prawnymi.
4. Traci moc Regulamin Organizacyjny Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Augustowie zaopiniowany Uchwałą Rady Społecznej Nr 1/2024 z dnia 7 marca 2024 r. i wprowadzony w życie Zarządzeniem Nr 8/2024 Dyrektora Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Augustowie z dnia 7 marca 2024 r.
5. Wszelkie zmiany Regulaminu wymagają formy pisemnej pod rygorem nieważności.