

do Uchwały Zarządu  
Szpitali Pomorskich Sp. z o. o.  
Nr 1/02/2023  
z dnia 15 lutego 2023 roku

**SZPITALE POMORSKIE**  
**Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością**

**REGULAMIN ORGANIZACYJNY**

Gdynia, dnia 15 lutego 2023 roku  
**TEKST UJEDNOLICONY NA DZIEŃ 21.08.2024 r.**

## **SPIS TREŚCI**

<b>ROZDZIAŁ I POSTANOWIENIA OGÓLNE .....</b>	<b>3</b>
<b>ROZDZIAŁ II CEL DZIAŁANIA I ZADANIA SPÓŁKI .....</b>	<b>3</b>
<b>ROZDZIAŁ III RODZAJ DZIAŁALNOŚCI LECZNICZEJ ORAZ ZAKRES I MIEJSCE UDZIELANYCH ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH .....</b>	<b>4</b>
<b>ROZDZIAŁ IV STRUKTURA ORGANIZACYJNA SPÓŁKI .....</b>	<b>5</b>
<b>ROZDZIAŁ V SPOSÓB KIEROWANIA SPÓŁKĄ I KOMÓRKAMI ORGANIZACYJNYMI .....</b>	<b>12</b>
<b>ROZDZIAŁ VI ORGANIZACJA I ZADANIA POSZCZEGÓLNYCH KOMÓREK ZAKŁADÓW LECZNICZYCH ORAZ WARUNKI WSPÓŁDZIAŁANIA TYCH ZAKŁADÓW I KOMÓREK .....</b>	<b>25</b>
<b>ROZDZIAŁ VII WARUNKI WSPÓŁDZIAŁANIA Z INNYMI PODMIOTAMI WYKONUJĄCYMI DZIAŁALNOŚĆ LECZNICZĄ.....</b>	<b>33</b>
<b>ROZDZIAŁ VIII PRZEBIEG PROCESU UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH. ....</b>	<b>34</b>
<b>ROZDZIAŁ IX PROWADZENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ ORAZ OPŁATY ZA JEJ UDOSTĘPNIANIE..</b>	<b>53</b>
<b>ROZDZIAŁ X ORGANIZACJA PROCESU UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W PRZYPADKU POBIERANIA OPŁAT. ....</b>	<b>55</b>
<b>ROZDZIAŁ XI WYSOKOŚĆ OPŁAT ZA UDZIELANE ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE INNE NIŻ FINANSOWANE ZE ŚRODKÓW PUBLICZNYCH.....</b>	<b>55</b>
<b>ROZDZIAŁ XII WYSOKOŚĆ OPŁATY ZA PRZECHOWYWANIE ZWŁOK PACJENTA W PRZYPADKU, O KTÓRYM MOWA W ART. 24 UST. 1 PKT 11 USTAWY Z DNIA 15 KWIETNIA 2011R. O DZIAŁALNOŚCI LECZNICZEJ.....</b>	<b>56</b>
<b>ROZDZIAŁ XIII POSTANOWIENIA KOŃCOWE .....</b>	<b>56</b>
<b><u>ZAŁĄCZNIKI DO REGULAMINU ORGANIZACYJNEGO</u></b>	

## **Rozdział I**

### **Postanowienia ogólne**

#### **§ 1**

1. Niniejszy Regulamin Organizacyjny Szpitali Pomorskich Sp. z o.o. z siedzibą w Gdyni, zwanej dalej „Spółką” określa: cele i zadania Spółki,
  - 1) rodzaj działalności leczniczej oraz zakres udzielanych świadczeń zdrowotnych,
  - 2) miejsce udzielania świadczeń zdrowotnych,
  - 3) strukturę organizacyjną Spółki i jej zakładów leczniczych,
  - 4) organizację i zadania poszczególnych komórek organizacyjnych Spółki oraz warunki współdziałania tych komórek,
  - 5) przebieg procesu udzielania świadczeń zdrowotnych,
  - 6) warunki współdziałania z innymi podmiotami wykonującymi działalność leczniczą,
  - 7) 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,
  - 8) organizację procesu udzielania świadczeń zdrowotnych w przypadku pobierania opłat,
  - 9) wysokość opłat za udzielane świadczenia zdrowotne inne niż finansowane ze środków publicznych, które mogą być, zgodnie z przepisami ustawy lub przepisami odrębnymi, udzielane za częściową albo całkowitą odpłatnością,
  - 10) sposób kierowania Spółką i komórkami organizacyjnymi Spółki,
  - 11) wysokość opłaty za przechowywanie zwłok pacjenta przez okres dłuższy niż 72 godziny pobieranej od osób lub instytucji uprawnionych do pochowania zwłok na podstawie obowiązującej 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.
2. Użyte w Regulaminie organizacyjnym określenia oznaczają:
  - 1) „Spółka” – Szpitale Pomorskie Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością z siedzibą w Gdyni,
  - 2) „Zarząd Spółki” - organ uprawniony do kierowania podmiotem leczniczym i reprezentowania go na zewnątrz zgodnie z Aktem Założycielskim Spółki i powszechnie obowiązującymi przepisami prawa,
  - 3) „Struktura organizacyjna” – struktura określająca systematykę oraz podległości służbowe w ramach poszczególnych pionów, działów, komórek organizacyjnych oraz samodzielnych stanowisk pracy Spółki,
  - 4) „Zakład leczniczy” – zespół składników majątkowych, za pomocą którego podmiot leczniczy wykonuje określony rodzaj działalności leczniczej.

## **Rozdział II**

### **Cel działania i zadania Spółki**

#### **§ 2**

Podstawowym celem działalności Spółki jest udzielanie świadczeń zdrowotnych ludności zamieszkałej na terenie powiatu Gdyni, Gdańska i Wejherowa, województwa, kraju, obywatelom Unii Europejskiej oraz innym osobom wymagającym udzielenia świadczeń zdrowotnych.

### § 3

1. Zadania Spółki - udzielanie świadczeń zdrowotnych w rodzajach:
  - a) stacjonarne i całodobowe świadczenia szpitalne,
  - b) podstawowe i specjalistyczne ambulatoryjne świadczenia zdrowotne,
  - c) stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne inne niż szpitalne – świadczenia pielęgnacyjno– opiekuńcze i opiekuńczo-lecznicze,
  - d) ratownictwo medyczne,
  - e) rehabilitacja lecznicza,
  - f) POZ – Nocna i Świąteczna Opieka Zdrowotna.
2. Realizacja świadczeń zdrowotnych diagnostycznych.
3. Zapobieganie szerzeniu się chorób zakaźnych.
4. Promocja zdrowia i zdrowego trybu życia - profilaktyczna opieka zdrowotna.
5. Uczestnictwo w prowadzeniu i realizacji programów naukowych, prac badawczo-rozwojowych i eksperymentalnych, wdrażanie nowych technologii medycznych oraz metod leczenia w powiązaniu z udzielaniem świadczeń zdrowotnych i promocją zdrowia.
6. Uczestnictwo w przygotowywaniu osób do wykonywania zawodów medycznych i kształcenie osób wykonujących zawody medyczne poprzez realizowanie praktyk, specjalizacji, staży i szkoleń.
7. Realizacja przewidzianych przepisami prawa zadań na potrzeby obronne państwa.
8. Prowadzenie innej działalności zgodnej z aktem założycielskim Spółki.

### Rozdział III

#### Rodzaj działalności leczniczej oraz zakres i miejsce udzielanych świadczeń zdrowotnych

### § 4

1. Spółka udziela świadczeń zdrowotnych w rodzajach:
  - 1) stacjonarne i całodobowe oraz w ramach profilu „leczenia jednego dnia”, które wykonywane są w zakładzie leczniczym pod nazwą: **Szpital Pomorskie**,
  - 2) ambulatoryjne świadczenia zdrowotne, które wykonywane są w zakładzie leczniczym pod nazwą: **Poradnie Pomorskie**,
  - 3) stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne inne niż szpitalne, które wykonywane są w zakładzie leczniczym pod nazwą: **Zakład Opiekuńczo-Leczniczy**.
2. Świadczenia zdrowotne w Szpitalach udzielane są w lokalizacjach:
  - a) ul. Powstania Styczniowego 1 w Gdyni,
  - b) ul. Wójta Radtkego 1 w Gdyni,
  - c) ul. dr. A. Jagalskiego 10 w Wejherowie,
  - d) (skreślony)i obejmują wykonywane całą dobę lub w trybie leczenia jednego dnia kompleksowe świadczenia zdrowotne polegające na diagnozowaniu, leczeniu, pielęgnacji i rehabilitacji.
3. Ambulatoryjne świadczenia zdrowotne obejmują świadczenia specjalistycznej oraz podstawowej opieki zdrowotnej oraz świadczenia z zakresu rehabilitacji leczniczej i są udzielane w Gdyni przy ul. Powstania Styczniowego 1, ul. Huzarskiej 1 oraz ul. Wójta Radtkego 1 i ul. Wejherowskiej 59, przy ul. dr. A. Jagalskiego 10 w Wejherowie i ul. M. Smoluchowskiego 18 w Gdańsku.
4. Świadczenia zdrowotne inne niż szpitalne obejmują świadczenia opiekuńczo-lecznicze i są udzielane w Gdańsku, ul. M. Smoluchowskiego 18.
5. Świadczenia z zakresu ratownictwa medycznego realizowane są przez jednostki systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego:

- a) Szpitalny Oddział Ratunkowy - w Wejherowie ul. dr A. Jagalskiego 10;
- b) Szpitalny Oddział Ratunkowy – w Gdyni ul. Wójta Radtkego 1;
- c) Zespoły Ratownictwa Medycznego;
- d) Świadczenia zdrowotne z zakresu ratownictwa medycznego realizowane są w siedzibie jednostek organizacyjnych zakładów leczniczych Spółki: Szpital Specjalistyczny im. F. Ceynowy w Wejherowie i Szpital Św. Wincentego a Paulo w Gdyni, w miejscu pobytu pacjenta lub w pojeździe przeznaczonym do udzielania tych świadczeń.

## **Rozdział IV**

### **Struktura organizacyjna Spółki**

#### **§ 5**

W skład struktury organizacyjnej Spółki wchodzi: **jednostki organizacyjne zakładów leczniczych Spółki**, w których wykonywana jest działalność lecznicza:

#### **1. SZPITAL Morski im. PCK - Gdynia:**

**Gdyńskie Centrum Onkologii (GCO)**, w strukturze którego funkcjonują:

- 1) (skreślony)
  - 2) Oddział Chirurgii Onkologicznej z pododdziałem Chirurgii Nowotworów Piersi, Skóry i Tkanek Miękkich,
  - 2a) Oddział Chirurgii Rekonstrukcyjnej Głowy i Szyi i Chirurgii Robotycznej,
  - 3) Oddział Ginekologii Onkologicznej,
  - 4) Oddział Onkologii i Radioterapii, w tym:
    - A. Oddział Radioterapii,
    - B. Oddział Onkologii Klinicznej o profilu całodobowym i dziennym – leczenie jednego dnia.
  - 5) Blok Operacyjny,
  - 6) Pracownia Tomografii Komputerowej (TK),
  - 7) Poradnia Chemioterapii,
  - 8) Poradnia Chirurgii Onkologicznej,
  - 9) Poradnia Onkologiczna,
  - 10) Poradnia Rehabilitacyjna,
  - 11) Zakład Fizyki Medycznej,
  - 12) Zakład Medycyny Nuklearnej,
  - 13) Zakład Patomorfologii:
    - a) Pracownia Histopatologiczna;
    - b) Pracownia Histochemiczna;
    - c) Pracownia Immunohistochemiczna;
    - d) Pracownia Cytologiczna;
    - e) Pracownia Badań Śródoperacyjnych GCO;
    - f) Pracownia Sekcyjna;
- oraz:
- 14) Izba Przyjęć
  - 15) Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii,
  - 16) Oddział Chorób Wewnętrznych
  - 17) Oddział Endokrynologiczny

- 18) Oddział Ginekologiczno – Położniczy,
- 19) Oddział Hematologii i Transplantologii Szpiku,
- 20) Oddział Neonatologiczny i Intensywnej Terapii Noworodka,
- 21) Oddział Nefrologiczny,
- 22) Oddział Okulistyczny,
- 23) Oddział Pulmonologiczny,
- 24) Oddział Urologii, Urologii Onkologicznej i Andrologii,
- 25) Apteka Szpitalna,
- 26) Bank Krwi,
- 27) Zespół noclegowy dla pacjentów onkologicznych,
- 28) Oddział Chorób Zakaźnych z Pododdziałem Obserwacyjno – Zakaźnym i Pododdziałem Leczenia Nabytych Niedoborów Odporności.

## **2. ZESPÓŁ ZAKŁADÓW i PORADNI przy Szpitalu Morskim im. PCK:**

- 1) Poradnia Chorób Płuc
- 2) Poradnia Chorób Wewnętrznych,
- 3) Poradnia Domowego Leczenia Tlenem
- 4) Poradnia Endokrynologiczna
- 5) Poradnia Genetyczna,
- 6) Poradnia Hematologiczna,
- 7) Poradnia Kardiologiczna,
- 8) Poradnia Leczenia Bólu
- 9) Poradnia Medycyny Pracy,
- 10) Poradnia Neonatologiczna,
- 11) Poradnia Okulistyczna,
- 12) (skreślony)
- 13) Poradnia Położniczo – Ginekologiczna
- 14) Poradnia Profilaktyki Chorób Piersi
- 15) (skreślony)
- 16) Poradnia Urologiczna,
- 17) POZ Redłowo,
- 18) Poradnia Położnej POZ,
- 19) Poradnia Nocnej i Świątecznej Opieki Zdrowotnej – Redłowo,
- 20) Pracownia Echokardiografii
- 21) Pracownia Endoskopii,
- 22) Pracownia Kolposkopii,
- 23) Zakład Diagnostyki Obrazowej:
  - Pracownia RTG;
  - Pracownia USG;
  - Pracownia Mammografii;
  - Pracownia TK;
- 24) Szkoła Rodzenia,
- 25) Bank Mleka Kobięcego,
- 26) Farmakoterapeutyczny Ośrodek Konsultacyjny,
- 27) Poradnia Anestezjologiczna,
- 28) Pracownia MRI,
- 29) Zakład Brachyterapii,

### **3. SZPITAL św. Wincentego a Paulo - Gdynia:**

- 1) Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii,
- 2) Oddział Chirurgii Dziecięcej
- 3) Oddział Chirurgii Naczyniowej,
- 4) Oddział Chirurgiczny Ogólny,
- 5) Oddział Chirurgii Plastycznej,
- 6) Oddział Chirurgii Urazowo – Ortopedycznej,
- 7) Oddział Chirurgii Szczękowej z pododdziałem dla Dzieci,
- 8) Oddział Chorób Wewnętrznych,
- 9) Oddział Kardiologii i Chorób Wewnętrznych, w tym:
  - a) Pododdział Intensywnego Nadzoru Kardiologicznego;
  - b) Pracownia Elektrofizjologii;
  - c) Pracownia Hemodynamiki i Angiologii;
  - d) Pracownia Urządzeń Wszczepialnych Serca;
- 10) Oddział Neurologii z Oddziałem Udarowym,
- 11) Oddział Otorinolaryngologiczny,
- 12) Oddział Pediatriczny,
- 13) Oddział Rehabilitacji Neurologicznej,
- 14) Szpitalny Oddział Ratunkowy,
- 15) Izba Przyjęć Planowych,
- 16) Apteka Szpitalna,
- 17) Bank Krwi,
- 18) Blok Operacyjny,
- 19) Dział Epidemiologii.

### **4. ZESPÓŁ ZAKŁADÓW i PORADNI przy Szpitalu św. Wincentego a Paulo:**

- 1) Poradnia Anestezjologiczna,
- 2) Poradnia Audiologiczna,
- 3) Poradnia Chirurgii Dziecięcej
- 4) Poradnia Chirurgii Ogólnej,
- 5) Poradnia Chirurgii Naczyniowej,
- 6) Poradnia Chirurgii Urazowo – Ortopedycznej,
- 7) Poradnia Chirurgii Szczękowo – Twarzowej,
- 8) Poradnia Chorób Naczyń,
- 9) Poradnia Chorób Wewnętrznych,
- 10) Poradnia Dermatologiczna,
- 11) Poradnia Diabetologiczna,
- 12) Poradnia Gastroenterologiczna,
- 13) Poradnia Kardiologiczna,
- 14) Poradnia Kontroli Rozruszników i Kardiowerterów,
- 15) Poradnia Neurologiczna,
- 16) Poradnia Otorinolaryngologiczna,
- 17) Poradnia Pediatriczna,

- 18) Poradnia Psychologiczna dla Dzieci i Młodzieży,
- 19) Poradnia Stomatologiczna,
- 20) Poradnia Żywieniowa,
- 21) POZ Centrum,
- 22) Poradnia Nocnej i Świątecznej Opieki Zdrowotnej - Centrum,
- 23) Pracownia Endoskopii,
- 24) Pracownia Diagnostyki Obrazowej, w tym:
  - a) Pracownia Radiologii Zabiegowej;
  - b) Pracownia Rentgenodiagnostyki Ogólnej;
  - c) Pracownia Tomografii Komputerowej;
  - d) Pracownia USG;
- 25) Nocna i Świąteczna Opieka Zdrowotna Chylonia.

## **5. SZPITAL Specjalistyczny im. F. Ceynowy – Wejherowo:**

**Kaszubskie Centrum Chorób Serca i Naczyń**, w strukturze którego funkcjonują:

- 1) Oddział Kardiologii i Angiologii Interwencyjnej z Oddziałem Intensywnego Nadzoru Kardiologicznego, w tym:
    - a) Pracownia Elektrofizjologii i Elektroterapii Serca,
    - b) Pracownia Radiologii Zabiegowej;
    - c) Pracownia Kontroli Stymulatorów i Kardiowerterów;
    - d) Pracownia ECHO;
    - e) Pracownia Nieinwazyjnych Testów Diagnostycznych (EKG, Holter, testy: wysiłkowe i pochyleniowe);
  - 2) Oddział Kardiochirurgii z Oddziałem Intensywnej Terapii Kardiochirurgicznej
  - 3) Oddział Rehabilitacji Kardiologicznej,
  - 4) Poradnia Kardiologiczna,
  - 5) Poradnia Kardiochirurgiczna,
- oraz:
- 6) Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii,
  - 7) Oddział Chemioterapii – chemioterapia dzienna,
  - 8) Oddział Chirurgii Dziecięcej,
  - 9) Oddział Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej,
  - 10) Oddział pod nazwą Centrum Chorób Płuc i Pneumonologii Interwencyjnej z Pododdziałem Rehabilitacji Pulmonologicznej, w skład którego wchodzi:
    - a) Pracownia Badań Mechaniki Oddychania i Wydolności Oddechowej
    - b) Pracownia Pneumonologii Interwencyjnej
    - c) Pracownia Diagnostyki i Leczenia Bezdechu Sennego
    - d) Obszar wzmożonego nadzoru z terapią niewydolności oddechowej -0 NIV
  - 11) Oddział Chorób Wewnętrznych i Diabetologii,
  - 12) Oddział Dermatologii,
  - 13) Oddział Neurologii z Oddziałem Udarowym i Pracownią Badań Neurofizjologicznych,
  - 14) Oddział Neonatologii i Intensywnej Terapii Noworodka,
  - 15) Oddział Okulistyki,
  - 16) Oddział Otolaryngologii,
  - 17) Oddział Ortopedii i Traumatologii Narządu Ruchu,
  - 18) Oddział Pediatrii,
  - 19) Oddział Położnictwa i Ginekologii z Traktem Porodowy,



- 20) Oddział Urologii z Pracownią Badań Urodynamicznych,
- 21) Szpitalny Oddział Ratunkowy,
- 22) Apteka Szpitalna,
- 23) Blok Operacyjny,
- 24) Izba Przyjęć Planowych,
- 25) Ośrodek Rehabilitacji Kardiologicznej Diennej.

## **6. ZESPÓŁ ZAKŁADÓW i PORADNI przy Szpitalu Specjalistycznym im. F. Ceynowy:**

- 1) Poradnia Anestezjologiczna,
- 2) Poradnia Chirurgii Dziecięcej,
- 3) Poradnia Chirurgii Ogólnej,
- 4) Poradnia Chorób Płuc
- 5) Poradnia Chorób Wewnętrznych,
- 6) Poradnia Dermatologiczna,
- 7) Poradnia Laryngologiczna z Gabinetem Badań Audiologicznych,
- 8) Poradnia Neonatologiczna,
- 9) Poradnia Neurologiczna,
- 10) Poradnia Okulistyczna z:
  - a) Pracownią AFL (angiografii fluoresceinowej);
  - b) Pracownią Laserową;
- 11) Poradnia Onkologiczna,
- 12) Poradnia Pediatriczna,
- 13) Poradnia Położniczo – Ginekologiczna,
- 14) Poradnia Urazowo – Ortopedyczna,
- 15) Poradnia Urologiczna,
- 15A) Poradnia Diabetologiczna,
- 16) POZ Ceynowa,
- 17) Poradnia Położnej POZ,
- 18) Poradnia Nocnej i Świątecznej Opieki Zdrowotnej – Wejherowo,
- 19) Pracownia Endoskopii,
- 20) Zakład Diagnostyki Laboratoryjnej:
  - a) Pracownia Serologii Transfuzjologicznej i Bankiem Krwi;
  - b) Pracownia Hematologii i Koagulologii;
  - c) Pracownia Biochemii i Immunochemii;
  - d) Pracownia Analizy Ogólnej i Równowagi Kwasowo – Zasadowej;
- 21) Zakład Diagnostyki Mikrobiologicznej:
  - a) Pracownia Bakteriologii Ogólnej;
  - b) Pracownia Bakteriologii Gruźlicy;
  - c) Pracownia Dermatologiczna;
- 22) Zakład Diagnostyki Obrazowej:
  - a) Gabinety Radiologii Klasycznej (RTG);
  - b) Gabinety USG;
  - c) Pracownia Mammografii;
  - d) Pracownia Tomografii Komputerowej;
- 23) Zakład Patomorfologii:
  - a) Pracownia Histopatologiczna;
  - b) Pracownia Histochemiczna;

- c) Pracownia Immunohistochemiczna;
  - d) Pracownia Cytologiczna;
  - e) Pracownia Badań Śródoperacyjnych;
  - f) Pracownia Sekcyjna;
- 24) Zakład Rehabilitacji:
- a) Poradnia Rehabilitacyjna;
  - b) Dział Fizjoterapii;
  - c) Ośrodek Rehabilitacji Diennej;
- 25) Zespół Ratownictwa Medycznego S
- 26) Zespoły Ratownictwa Medycznego P

## **7. CENTRUM MEDYCZNE SMOLUCHOWSKIEGO – Gdańsk:**

- 1) (skreślony)
- 2) (skreślony)
- 3) (skreślony)
- 4) (skreślony)

## **8. ZESPÓŁ ZAKŁADÓW i PORADNI przy Centrum Medycznym Smoluchowskiego – Gdańsk:**

- 1) Poradnia Chorób Zakaźnych,
- 2) Poradnia Chorób Zakaźnych dla Dzieci,
- 3) (skreślony)
- 4) Poradnia Hepatologiczna,
- 5) Poradnia Leczenia Nabytych Niedoborów Odporności,
- 6) Poradnia Promocji Zdrowia,
- 7) (skreślony),
- 8) Pracownia Elektrofizjologii (EKG),
- 9) (skreślony),
- 10) Pracownia USG,
- 11) (skreślony),
- 12) Dział Fizjoterapii,
- 13) Dział Higieny i Epidemiologii, w strukturze którego funkcjonują:
  - a) Pielęgniarka Epidemiologiczna;
  - b) Sekcja Dezynfekcji;
  - c) łącznicy oddziałów i innych komórek organizacyjnych z Zespołem Kontroli Zakażeń Szpitalnych.

## **9. ZAKŁAD OPIEKUŃCZO - LECZNICZY „SENECTUS” - Gdańsk**

### **10. Komórki organizacyjne / samodzielne stanowiska i pracownicy realizujący pozostałe zadania związane z podstawową działalnością zakładów leczniczych Spółki:**

- 1) Dział Sterylizacji i Dezynfekcji działający w strukturach Gdyńskiego Centrum Onkologii oraz Szpitala Specjalistycznego w Wejherowie,
- 2) Sterylizatornia działająca w ramach jednostki organizacyjnej zakładu leczniczego Szpitala Św. Wincentego a Paulo,
- 3) Transfuzjodolży,
- 4) Dział Epidemiologii,
- 5) Zespół Kontroli Zakażeń,

- 6) Farmakolog Kliniczny,
- 7) Inspektorzy Ochrony Radiologicznej,
- 8) Koordynator Pobierania Narządów do Transplantacji,
- 9) Zespół Psychologów, Logopedów, Fizjoterapeutów,
- 10) Dietetycy i kuchnia mleczna,
- 11) Lekarz służby medycyny pracy - Lekarz Profilaktyk,

**11. Komórki organizacyjne zapewniające Spółce obsługę ekonomiczną, administracyjną, organizacyjną, prawną, gospodarczą i techniczną:**

- 1) Pion Dyrektora Biura Prawnego – Koordynatora Zespołu Radców Prawnych
  - a. Zespół Radców Prawnych
  - b. Biuro Prawne.
- 2) Pion Dyrektora/Zastępców Dyrektora ds. HR:
  - a. Dział Kadr;
  - b. Dział Płac;
  - c. Dział Kontraktów;
  - d. Dział Zarządzania Zasobami Ludzkimi;
  - e. Dział Służb BHP (organizacyjnie),
- 3) Pion Dyrektora/Zastępcy Dyrektora ds. Finansowych - Głównego Księgowego:
  - a. Dział Finansowo-Księgowy;
  - b. Sekcja Analiz Finansowych,
  - c. Sekcja ds. Środków Pozabudżetowych.
- 4) Pion Dyrektora/Zastępców Dyrektora ds. Administracyjno-Technicznych:
  - a. Dział Zaopatrzenia;
  - b. Dział Aparatury Medycznej;
  - c. Działy Outsourcingu i Transportu;
  - d. Dział Techniczny (Sekcja Inwestycji, Sekcja Eksploatacji – lokalizacje w Gdyni);
  - e. Dział Techniczny (Sekcja Inwestycji, Sekcja Eksploatacji - lokalizacja Wejherowo);
  - f. (skreślony)
  - g. Główny Specjalista ds. Norm Środowiskowych,
  - h. Koordynator ds. Administracyjno-Technicznych (lokalizacja Gdańsk);
  - i. Dział Utrzymania Czystości i Transportu Wewnętrznego
- 5) Pion Dyrektora ds. Zamówień Publicznych i Informatyki:
  - a. Dział Zamówień Publicznych;
  - b. Dział Informatyki,
- 6) Pion Dyrektora ds. Komunikacji Społecznej i Promocji:
  - a. Dział Promocji i Programów Zdrowotnych;
  - b. Koordynator Wolontariatu
- 7) Pion Dyrektora/Zastępcy Dyrektora ds. Sprzedaży:
  - a. Dział Umów i Kontraktowania;
  - b. Działy Rozliczeń i Sprzedaży (lokalizacja Gdynia i Wejherowo);
  - c. Dział Dokumentacji Medycznej i Archiwum (wszystkie lokalizacje);
  - d. Dział Statystyki Medycznej (wszystkie lokalizacje);
  - e. Dział Pakietu Onkologicznego;
  - f. Call-Center (wszystkie lokalizacje)
- 8) Pion Dyrektora ds. Controllingu:
  - a. Dział Controllingu;

- 9) Sekcja ds. Jakości i Bezpieczeństwa Pacjenta:
- Kierownik Sekcji ds. Jakości i Bezpieczeństwa Pacjenta;
  - Pełnomocnik Zarządu ds. Zintegrowanego Systemu Zarządzania,
  - Specjalista ds. Jakości.
- 10) (skreślony)
- 11) Pełnomocnicy Zarządu oraz samodzielne stanowiska pracy:
- Pełnomocnik Zarządu ds. Programu Zapewnienia Jakości w Zakładzie Diagnostyki Obrazowej,
  - Pełnomocnik Zarządu ds. Jakości w Zakładzie Fizyki Medycznej,
  - Pełnomocnicy Zarządu ds. Praw Pacjenta,
  - Pełnomocnik Zarządu ds. Kombatantów,
  - Pełnomocnik Zarządu ds. Ochrony Informacji Niejawnych i Obronności,
  - Pełnomocnik Zarządu ds. Programu Zapewnienia Jakości Ochrony Radiologicznej,
  - Inspektor Ochrony Danych,
  - Kapelani Szpitalni,
- 12) Pomorskie Onko-Centrum Wsparcia Badań Klinicznych,
- 13) Stanowisko ds. komercji.
- 14) Pomorskie Centrum Medycyny Cyfrowej.

**Schemat organizacyjny Spółki stanowi Załącznik nr 1 do niniejszego Regulaminu.**

## **Rozdział V**

### **Sposób kierowania Spółką i komórkami organizacyjnymi**

#### **§ 6**

- Organami Spółki Szpitale Pomorskie Sp. z o. o. są: Zgromadzenie Wspólników, Rada Nadzorcza oraz Zarząd.
- Zarząd Spółki kieruje całością działalności Spółki oraz reprezentuje ją na zewnątrz.
- Zarząd podejmuje decyzje dotyczące Spółki w granicach określonych prawem i ponosi za nie odpowiedzialność.
- W celu realizacji zadań i zapewnienia prawidłowego funkcjonowania Spółki, Zarząd wydaje akty wewnętrzne, a w szczególności:
  - uchwały,
  - regulaminy,
  - procedury i instrukcje.
- Zarząd Spółki jest trzyosobowy i tworzą go:
  - Prezes Zarządu,
  - dwóch Wiceprezesów.
- Zarząd Spółki jest przełożonym wszystkich osób zatrudnionych w Spółce.
- Zarząd Spółki sprawuje nadzór nad całą działalnością Spółki.
- Zarząd Spółki odpowiada za realizację uchwał Zgromadzenia Wspólników, Rady Nadzorczej i zaleceń zewnętrznych organów kontrolnych.
- Zarząd Spółki przestrzega zasad racjonalnego i prawidłowego gospodarowania mieniem, środkami finansowymi i rzeczowymi oraz stosowania rachunku ekonomicznego pozostającymi w dyspozycji Spółki, wykorzystując elementy kontroli zarządczej.
- Pracodawcą w rozumieniu obowiązującej ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy jest Spółka.
- Czynności z zakresu prawa pracy dokonuje Prezes Zarządu lub osoby przez niego upoważnione, z zastrzeżeniem, że Rada Nadzorcza lub pełnomocnik ustanowiony uchwałą Zgromadzenia

Wspólników zawiera umowy stanowiące podstawę zatrudnienia z członkami Zarządu oraz dokonuje innych czynności prawnych pomiędzy Spółką a Członkami Zarządu.

12. Przyjmuje się, że w ramach stosunków wewnętrznych panujących w Spółce, Członkowie Zarządu działają samodzielnie, według przydzielonych im niniejszym Regulaminem zakresów odpowiedzialności oraz współdziałają ze sobą w ramach Zarządu.
13. Zarząd Spółki sprawuje nadzór nad przestrzeganiem praw pacjenta oraz etyki zawodowej.

## **§ 7**

1. Każdy z Członków Zarządu kieruje sprawami Spółki zgodnie z przypisanym mu obszarem odpowiedzialności, wykonując swoje zadania przy pomocy:
  - 1) Dyrektorów poszczególnych pionów,
  - 2) osób kierujących komórkami organizacyjnymi,
  - 3) osób zajmujących samodzielne stanowiska pracy,
  - 4) osób pełniących funkcje pełnomocników/koordynatorów,
  - 5) zespołów powołanych do realizacji określonych celów związanych z działalnością Spółki.
2. **Prezesowi Zarządu** Spółki podlegają:
  - 1) Zakres działalności Dyrektora Biura Prawnego – Koordynatora Zespołu Radców Prawnych,,
  - 2) Zakres działalności Dyrektora ds. HR,
  - 3) Zakres działalności Dyrektora ds. Administracyjno-Technicznych,
  - 4) Zakres działalności Dyrektora ds. Finansowych,
  - 5) Zakres działalności Dyrektora ds. Zamówień Publicznych i Informatyki,
  - 6) Zakres działalności Dyrektora ds. Komunikacji Społecznej i Promocji,
  - 7) Zespół Radców Prawnych,
  - 8) Pełnomocnicy Zarządu,
  - 9) Dział Służb BHP,
  - 10) Inspektorzy Ochrony Radiologicznej,
  - 11) Inspektor Ochrony Danych,
  - 12) pracownicy na samodzielnych stanowiskach administracyjnych,
  - 13) Sekcja ds. Jakości i Bezpieczeństwa Pacjenta.
3. **I Wiceprezesowi Zarządu**
  - 1) Zakres działalności Dyrektorów ds. Medycznych we wszystkich lokalizacjach Spółki,
  - 2) Zakres działalności Dyrektorów ds. Pielęgniarstwa we wszystkich lokalizacjach Spółki,
  - 3) Zakres działalności Dyrektora ds. Controllingu,
  - 4) (skreślony)
  - 5) Zakres działalności Pomorskiego Onko-Centrum Wsparcia Badań Klinicznych.
  - 6) Zakres działalności Pomorskiego Centrum Medycyny Cyfrowej.
4. **II Wiceprezesowi Zarządu**
  - 1) Zakres działalności Dyrektora ds. Sprzedaży (wszystkie lokalizacje Spółki),
  - 2) Stanowisko ds. komercji,
  - 3) Zespół Farmacji Szpitalnej (wszystkie lokalizacje Spółki),
  - 4) Poradnie specjalistyczne, Izby Przyjęć, Izby Przyjęć Planowych (wszystkie lokalizacje Spółki),
  - 5) Sekcja ds. Jakości i Bezpieczeństwa Pacjenta – pod względem merytorycznym.
5. Bezpośrednio **Dyrektorowi ds. Medycznych** podlegają:
  - 1) Personel lekarski komórek medycznych i ZRM ( w lokalizacji: Wejherowo )
  - 2) Personel diagnostów laboratoryjnych i farmaceutów,
  - 3) Farmakolog kliniczny,
  - 4) Koordynator Pobierania Narządów do Transplantacji,

- 5) Transfuzjologdy,
  - 6) Zespół Psychologów, Logopedów i Fizjoterapeutów,
  - 7) Dział Epidemiologii,
  - 8) Centralna Sterylizatornia
6. Bezpośrednio **Dyrektorowi ds. Pielęgniarstwa** podlegają:
- 1) Zespół pielęgniarski, położne, ratownicy medyczni, opiekunowie pacjenta, pomoce pielęgniarskie oraz sekretarki medyczne i technicy komórek medycznych,
  - 2) Dietetycy,
  - 3) Pielęgniarki Społeczne/Pracownicy Socjalni/Pracownicy ds. Społecznych,
  - 4) Koordynator ds. ZRM – w lokalizacji Wejherowo pod względem organizacyjnym i medycznym ,
  - 5) Rejestratorki medyczne w lokalizacjach: dr A. Jagalskiego Wejherowo i Smoluchowskiego Gdańsk oraz w lokalizacjach: Wójta Radtkego Gdynia, Powstania Styczniowego Gdynia,
  - 6) (skreślony).
7. Bezpośrednio **Dyrektorowi HR** podlegają:
- 1) Zastępcy Dyrektora ds. HR,
  - 2) Kierownik Działu Kadr,
  - 3) Kierownik Działu Płac,
  - 4) Kierownik Działu Kontraktów,
  - 5) Koordynator Działu Zarządzania Zasobami Ludzkimi.
8. Bezpośrednio **Dyrektorowi ds. Finansowych - Głównemu Księgowemu** podlegają:
- 1) Zastępcy Dyrektora ds. finansowych,
  - 2) Kierownik Działu Finansowo – Księgowego,
  - 3) Dział Finansowo – Księgowy,
  - 4) Sekcja Analiz Finansowych,
  - 5) Sekcja ds. Środków Pozabudżetowych.
9. Bezpośrednio **Dyrektorowi ds. Administracyjno-Technicznych** podlegają:
- 1) Zastępcy Dyrektora ds. Administracyjno – Technicznych (lokalizacja: ul. dr A. Jagalskiego Wejherowo i ul. Smoluchowskiego Gdańsk), któremu podlegają:
    - a. Dział Techniczny (Sekcja Inwestycji, Sekcja Eksploatacji - lokalizacja Wejherowo);
    - b. (skreślony)
    - c. Dział Aparatury Medycznej;
    - d. Główny Specjalista ds. Norm Środowiskowych;
    - e. Koordynator ds. Administracyjno-Technicznych (lokalizacja Gdańsk).
  - 1a) Zastępcy Dyrektora ds. Administracyjno – Technicznych (lokalizacja: Szpital Morski im. PCK oraz Szpital Św. Wincentego a Paulo), któremu podlegają:
    - a. Dział Administracyjno-Techniczny w skład którego wchodzi: Sekcja Inwestycji oraz Sekcja Eksploatacji;
    - b. Dział Aparatury Medycznej;
  - 2) Dział Zaopatrzenia,
  - 3) Dział Techniczny (Sekcja Inwestycji, Sekcja Eksploatacji w lokalizacji: ul. Powstania Styczniowego 1 Gdynia i ul. Wójta Radtkego Gdynia),
  - 4) Dział Outsourcingu i Transportu,
  - 5) Dział Utrzymania Czystości i Transportu Wewnętrznego
10. Bezpośrednio **Dyrektorowi ds. Sprzedaży** podlegają:
- 1) Dział Umów i Kontraktowania,
  - 2) Dział Statystyki Medycznej (wszystkie lokalizacje),
  - 3) Działy Rozliczeń i Sprzedaży ( lokalizacja Gdynia i Wejherowo ),
  - 4) Dział Dokumentacji Medycznej i Archiwum (wszystkie lokalizacje),

- 5) Dział Pakietu Onkologicznego,
- 6) Call Center (wszystkie lokalizacje)
- 11. Bezpośrednio **Dyrektorowi ds. Zamówień Publicznych i Informatyki** podlegają:
  - 1) Dział Zamówień Publicznych,
  - 2) Dział Informatyki.
- 12. Bezpośrednio **Dyrektorowi ds. Komunikacji Społecznej i Promocji** podlegają:
  - 1) Dział Promocji i Programów Zdrowotnych,
  - 2) Koordynator Wolontariatu.
- 13. Bezpośrednio **Dyrektorowi ds. Controllingu** podlegają:
  - 1) Dział Controllingu,

## **§ 8**

Do zadań **Zarządu Spółki** należy w szczególności:

- 1. Kierowanie działalnością Spółki, zarządzanie jej majątkiem oraz reprezentowanie Spółki we wszystkich czynnościach sądowych i pozasądowych,
- 2. Realizacja wszelkich spraw związanych z prowadzeniem Spółki, nie zastrzeżonych przepisami prawa lub postanowieniami Aktu Założycielskiego Spółki dla Zgromadzenia Wspólników lub Rady Nadzorczej,
- 3. Ustalanie kierunków i strategii rozwoju Spółki oraz ich realizacja.

## **§ 9**

Do zadań **Dyrektora ds. Finansowych** należy w szczególności:

- 1. Kształtowanie i realizacja strategii finansowej Spółki,
- 2. Nadzór nad pracą i realizacją zadań przez podległy personel i komórki organizacyjne,
- 3. Nadzór nad przygotowaniem (skonsolidowanych) sprawozdań finansowych oraz raportów,
- 4. Nadzór nad przygotowaniem rocznego budżetu i planów wieloletnich oraz kontrolowanie ich realizacji,
- 5. Optymalizowanie polityki podatkowej,
- 6. Optymalizowanie struktury kosztów i poziomu majątku obrotowego, ocena projektów inwestycyjnych,
- 7. Odpowiedzialność za płynność finansową, zabezpieczenie ryzyka kursowego oraz stóp procentowych,
- 8. Kontakty i współpraca z bankami, firmami ubezpieczeniowymi, inwestorami oraz organami podatkowymi i wierzycielami,
- 9. Zarządzanie ryzykiem,
- 10. Poszukiwanie możliwości i źródeł wzrostu wartości Spółki,
- 11. Poszukiwanie źródeł finansowania operacji i strategii Spółki,
- 12. Pomiar i monitorowanie wyników biznesowych,
- 13. Komunikowanie z inwestorami, analitykami, kontrahentami,
- 14. Nadzór i kontrola finansowa nad realizacją umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawartych z NFZ oraz innymi płatnikami,
- 15. Nadzór nad sporządzaniem planów rzeczowo-finansowych Spółki, korekt oraz prognoz,
- 16. Kontrola należności i zobowiązań,
- 17. Kształtowanie polityki rachunkowości i nadzór nad jej przestrzeganiem,
- 18. Odpowiedzialność w zakresie zapewnienia bezpieczeństwa informacji, jak również podejmowanie ustalonych w tym obszarze działań w przypadku jej naruszenia, w odniesieniu do podległej komórki organizacyjnej.

19. Monitorowanie instytucji zewnętrznych pod kątem możliwości uzyskania funduszy na realizację projektów.
20. Przygotowanie dokumentacji źródłowej oraz uczestniczenie w tworzeniu dokumentacji aplikacyjnej.
21. Nadzór nad zgodnością realizacji projektu z zapisami umów dotacji, pożyczki itp. Oraz regulaminami i dyrektywami obowiązującymi w przedmiotowym zakresie.
22. Rozliczanie projektów współfinansowanych ze środków pozabudżetowych.
23. Współpraca z Działem Administracyjno-Technicznym w zakresie koordynacji i realizacji zadań inwestycyjnych dofinansowanych ze źródeł zewnętrznych.

#### **§ 10**

Do zadań **Dyrektora ds. Medycznych** należy w szczególności:

1. Nadzór nad pracą i realizacją zadań przez podległy personel i komórki organizacyjne,
2. Nadzór nad prawidłowym prowadzeniem dokumentacji medycznej przez podległy personel,
3. Planowanie obsady osobowej personelu w komórkach organizacyjnych pionu,
4. Współudział w planowaniu zadań Szpitala,
5. Nadzór nad jakością świadczeń zdrowotnych udzielanych przez spółkę,
6. Stwarzanie warunków umożliwiających podnoszenie kwalifikacji zawodowych podległego personelu,
7. Nadzór nad prawidłowym przebiegiem specjalizacji podległego personelu,
8. Nadzór nad harmonogramem pracy podległego personelu,
9. Nadzór nad zapewnieniem wymaganego stanu sanitarno-higienicznego Oddziałów i pomieszczeń pracowniczych i przeciwdziałanie powstawaniu zakażeń szpitalnych,
10. Współudział w rozpatrywaniu uwag i skarg pacjentów związanych z wykonywaniem świadczeń medycznych przez podległy personel,
11. Nadzór nad gospodarką lekami w Szpitalu,
12. Nadzór nad gospodarką krwią na Oddziałach,
13. Koordynacja pracy zespołu kontroli zakażeń,
14. Współdziałanie z działem zamówień w sprawach dotyczących zakupów leków, wyrobów medycznych i aparatury medycznej,
15. Nadzór nad zespołami zadaniowymi w zakresie analiz działalności klinicznej,
16. Realizacja zadań związanych z medycznymi zdarzeniami niepożądanymi dotyczącymi procesu udzielania świadczeń zdrowotnych.
17. Odpowiedzialność w zakresie zapewnienia bezpieczeństwa informacji, jak również podejmowanie ustalonych w tym obszarze działań w przypadku jej naruszenia, w odniesieniu do podległej komórki organizacyjnej.

#### **§ 11**

Do zadań **Dyrektora ds. Pielęgniarstwa** należy w szczególności:

1. Organizowanie prawidłowego toku pracy i nadzorowanie pracy podległego personelu we wszystkich komórkach organizacyjnych Spółki,
2. Nadzór nad prawidłowym prowadzeniem dokumentacji medycznej przez podległy personel,
3. Planowanie obsady osobowej podległego personelu,
4. Współuczestnictwo w planowaniu zadań Szpitala,
5. Koordynowanie i nadzór merytoryczny zadań wykonywanych przez podległy personel,
6. Ustalanie planów szkolenia podległego personelu,
7. Współudział w ustalaniu standardów opieki pielęgniarskiej,
8. Współudział w ustalaniu zasad wynagradzania oraz wynagrodzeń indywidualnych podległego personelu,



9. Współdział w organizowaniu adaptacji zawodowej i opieki profilaktycznej pracowników Spółki, praktyk i staży zawodowych,
10. Rozpatrywanie skarg i wniosków związanych z wykonywaniem świadczeń medycznych przez podległy personel,
11. Nadzór nad systematycznym podnoszeniem kwalifikacji i umiejętności podległego personelu oraz organizowanie różnych form doskonalenia zawodowego,
12. Nadzór nad zespołami zadaniowymi w zakresie analiz działalności klinicznej dotyczących opieki pielęgniarskiej,
13. Zapewnienie należytego stanu opieki pielęgniarskiej i bezpieczeństwa pacjentów,
14. Nadzór nad dbałością o należyty stan sanitarno-higieniczny Oddziałów i pomieszczeń pracowniczych oraz przeciwdziałanie powstawaniu zakażeń szpitalnych,
15. Nadzorowanie prawidłowości oraz doboru metod opieki pielęgnacyjnej nad pacjentami,
16. Współdział we wnioskowaniu o zakup sprzętu do realizacji świadczeń pielęgniarskich,
17. Współdziałanie z działem zamówień w sprawach dotyczących zakupów leków, wyrobów medycznych i aparatury medycznej.
18. Odpowiedzialność w zakresie zapewnienia bezpieczeństwa informacji, jak również podejmowanie ustalonych w tym obszarze działań w przypadku jej naruszenia, w odniesieniu do podległej komórki organizacyjnej.

## **§ 12**

Do zadań **Dyrektora ds. Administracyjno-Technicznych** należy w szczególności:

1. Współdziałanie z Zarządem Spółki oraz pozostałymi Dyrektorami w zakresie prowadzenia spraw administracyjnych, organizacyjnych, technicznych i inwestycyjnych Spółki,
2. Nadzór nad całością działań gospodarczych, inwestycyjnych i remontowych Spółki oraz analiza kosztów związanych z realizacją tych celów,
3. Nadzór nad prawidłowością stosowanych procedur w podległych działach,
4. Analizowanie zadań inwestycyjnych z punktu widzenia celowości i warunków niezbędnych do realizacji poszczególnych przedsięwzięć oraz opracowywanie wniosków w tym zakresie,
5. Nadzór nad realizacją zadań w zakresie administracji budynków, prowadzenia gospodarki materiałowej i energetycznej, eksploatacji infrastruktury technicznej, transportu i logistyki, planowania inwestycji i remontów, ochrony środowiska, bhp oraz ochrony przeciwpożarowej,
6. Sporządzanie analiz i przygotowanie wniosków w zakresie gospodarki nieruchomościami oraz nadzór nad wymaganą przepisami prawa dokumentacją i sprawozdawczością w podległych działaniach,
7. Przygotowanie i realizacja spraw w zakresie ubezpieczenia mienia Spółki oraz jej środków transportu, w tym zgłaszanie mienia do ubezpieczenia oraz likwidacja szkód objętych ubezpieczeniem.
8. Odpowiedzialność w zakresie zapewnienia bezpieczeństwa informacji, jak również podejmowanie ustalonych w tym obszarze działań w przypadku jej naruszenia, w odniesieniu do podległej komórki organizacyjnej.

## **§ 13**

Do zadań **Dyrektora ds. Sprzedaży** należy w szczególności:

1. Organizowanie prawidłowego toku pracy, koordynowanie i nadzorowanie pracy podległego personelu,
2. Nadzorowanie prac związanych z przygotowywaniem konkursów ofert do Pomorskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia lub innego Płatnika (następcy prawnego)

- i Ministerstwa Zdrowia oraz na udzielanie świadczeń z zakresu opieki zdrowotnej (z podwykonawcami),
3. Nadzorowanie realizacji umów dotyczących udzielania świadczeń zdrowotnych zawartych z NFZ lub innym Płatnikiem, MZ oraz z podwykonawcami, renegocjowanie tych umów,
  4. Nadzorowanie aneksowania zasobów sprzętowych, kadrowych i harmonogramów udzielania świadczeń zdrowotnych w aplikacji POW NFZ - Portalu Świadczeniodawcy,
  5. Nadzór nad prawidłowym sprawozdawaniem kolejek oczekujących,
  6. Nadzór w zakresie sprawozdawania i rozliczania świadczeń zdrowotnych do NFZ i MZ,
  7. Współpraca w zakresie aktualizacji cenników dotyczących świadczeń zdrowotnych udzielanych w Spółce odpłatnie,
  8. Proponowanie rozwiązań organizacyjnych mających na celu poprawę efektywności procesu sprzedaży i rozliczania usług w Spółce,
  9. Wykonywanie na zlecenie Zarządu analiz dotyczących realizacji umów z płatnikami publicznymi i przedstawianie rekomendacji w tym zakresie,
  10. Nadzór nad prowadzeniem archiwum dokumentacji medycznej, udostępnianiem dokumentacji oraz nad prowadzeniem korespondencji w tym zakresie,
  11. Przygotowywanie i terminowe składanie dokumentów celem ujawnienia zdarzeń podlegających wpisowi do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą,
  12. Weryfikacja i nadzór nad prawidłowym prowadzeniem pod względem organizacyjnym procesu diagnostyki i leczenia w ramach Pakietu Onkologicznego, celem zapewnienia terminowości realizacji procedur wymaganych kartą DiLO,
  13. Nadzór nad prawidłowym prowadzeniem kart DiLO zgodnie z wymogami dotyczącymi rozliczania świadczeń do NFZ,
  14. Ścisła współpraca z innymi komórkami organizacyjnymi w zakresie realizacji świadczeń w ramach Pakietu Onkologicznego,
  15. Monitorowanie jakości obsługi pacjentów objętych szybką ścieżką onkologiczną zgodnie z obowiązującymi przepisami i wytycznymi,
  16. Administrowanie uprawnieniami użytkowników Portalu DiLO,
  17. Stała i bieżąca aktualizacja znajomości przepisów związanych z realizacją i rozliczaniem świadczeń w oparciu o kartę DiLO oraz bieżące wspieranie w powyższym zakresie personelu medycznego realizującego ww. świadczenia.
  18. Koordynacja i nadzór nad prawidłowym wykonywaniem zadań przez Call Center.
  19. Monitorowanie jakości obsługi pacjentów zgodnie z obowiązującymi przepisami i wytycznymi – w zakresie rejestracji dokonywanej w Call Center.
  20. Stała, bieżąca aktualizacja znajomości przepisów związanych z realizacją i rozliczaniem świadczeń oraz bieżące wspieranie w powyższym zakresie personelu medycznego realizującego ww. świadczenia,
  21. Odpowiedzialność w zakresie zapewnienia bezpieczeństwa informacji, jak również podejmowanie ustalonych w tym obszarze działań w przypadku jej naruszenia, w odniesieniu do podległej komórki organizacyjnej.

#### § 14

Do zadań **Dyrektora ds. HR** należy w szczególności:

1. Kształtowanie i realizacja polityki personalnej, zgodnej ze strategią i celami Spółki,
2. Nadzór nad pracą i realizacją zadań przez podległy personel i komórki organizacyjne,
3. Stwarzanie warunków umożliwiających podnoszenie kwalifikacji zawodowych personelu,
4. Tworzenie planu zatrudnienia, koordynowanie procesu rekrutacji pracowników,

5. Projektowanie i realizacja procesów szkoleniowych, rozwojowych, ocen pracowniczych,
6. Bieżące wsparcie dla kadry kierowniczej w zarządzaniu zasobami ludzkimi,
7. Kształtowanie właściwej kultury organizacyjnej,
8. Kształtowanie odpowiedniej polityki informacyjnej w zakresie spraw pracowniczych,
9. Bieżąca współpraca z zakładowymi organizacjami związkowymi w zakresie spraw pracowniczych,
10. Realizacja z projektów dofinansowanych ze źródeł zewnętrznych, w tym z Europejskiego Funduszu Społecznego, wspierających rozwój kadr,
11. Prowadzenie spraw związanych z Państwowym Funduszem Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych,
12. Prowadzenie prac związanych z uzyskiwaniem akredytacji do prowadzenia specjalizacji i SMK,
13. Nadzór nad bieżącą aktualizacją Portalu Świadczeniodawcy w zakresie zasobów kadrowych Spółki oraz prowadzeniem rejestrów w tym zakresie.
14. Odpowiedzialność w zakresie zapewnienia bezpieczeństwa informacji, jak również podejmowanie ustalonych w tym obszarze działań w przypadku jej naruszenia, w odniesieniu do podległej komórki organizacyjnej.

## **§ 15**

Do zadań **Dyrektora ds. Zamówień Publicznych i Informatyki** należy w szczególności:

1. Współdziałanie z Zarządem Spółki oraz pozostałymi Dyrektorami w zakresie prowadzenia spraw związanych z udzielaniem zamówień publicznych, informatyki i informatyzacji,
2. Nadzór nad prowadzonymi działaniami w podległych mu Działach, w tym analiza kosztów związanych z planowanymi inwestycjami w Działach,
3. Koordynacja zadań podległych mu Działów w zakresie zamówień publicznych, informatyki i informatyzacji oraz cyberbezpieczeństwa i bezpieczeństwa informacji,
4. Nadzór nad prawidłowością stosowanych procedur obowiązujących w Spółce, w zakresie w jakim dotyczą one podległych mu Działów i są związane z ich zakresem,
5. Nadzór nad realizacją założonych zadań w zakresie zamówień publicznych, informatyki i informatyzacji, analiza celowości planowanych zadań,
6. Opracowywanie lub zatwierdzanie projektów regulaminów, procedur, zarządzeń, wytycznych i schematów związanych z realizacją zadań podległych mu Działów,
7. Przygotowywanie w koordynacji z Kierownikami podległych mu Działów planów rozwoju Spółki w zakresie zamówień publicznych, informatyki i informatyzacji,
8. Przygotowywanie w koordynacji z Kierownikami podległych mu Działów wszelkich raportów na potrzeby Zarządu w zakresie związanym z zadaniami przez nie realizowanymi,
9. Uczestnictwo w procesie rekrutacji pracowników w oparciu o rekomendacje Kierowników podległych mu Działów.
10. Odpowiedzialność w zakresie zapewnienia bezpieczeństwa informacji, jak również podejmowanie ustalonych w tym obszarze działań w przypadku jej naruszenia, w odniesieniu do podległej komórki organizacyjnej.

## **§ 16**

Do zadań **Dyrektora ds. Komunikacji Społecznej i Promocji** należy w szczególności:

1. Współdziałanie z Zarządem Spółki oraz pozostałymi Dyrektorami w zakresie udostępniania informacji o działalności Spółki,
2. Bezpośredni kontakt ze środkami masowego przekazu i informowanie o bieżącej działalności Spółki, w tym udzielanie odpowiedzi na zapytania prasowe oraz zarządzanie informacją w sytuacjach kryzysowych (polemiki, sprostowania itp.),
3. Nadzór nad zadaniami w zakresie:

- a) tworzenia strategii promocji – kreowanie wizerunku Spółki;
  - b) koordynacji polityki informacyjnej Spółki;
  - c) przygotowywania publikacji materiałów promocyjnych (redagowanie ulotek, broszur, folderów, listów gratulacyjnych i innych);
  - d) inicjowania i przygotowywania wydarzeń i spotkań o charakterze edukacyjno-promocyjnym;
  - e) zarządzania treścią strony internetowej Spółki oraz jej bieżącej aktualizacji;
  - f) prowadzenia profili w mediach społecznościowych;
  - g) inicjowania, projektowania i prowadzenia działań marketingowych promujących ofertę usług medycznych;
  - h) opracowania i wdrażania systemu identyfikacji wizualnej Spółki oraz nadzoru nad jego przestrzeganiem.
4. Przygotowywanie i realizacja projektów finansowanych ze środków zewnętrznych, w tym z Europejskiego Funduszu Społecznego dotyczących profilaktyki zdrowotnej mieszkańców.
- 4a. Koordynacja prac wolontariuszy świadczących usługi w Spółce w tym w szczególności:
- rekrutacja i selekcja wolontariuszy,
  - organizowanie i prowadzenie kampanii rekrutacyjnych,
  - organizacja programów szkoleniowych wolontariuszy,
  - koordynacja i zarządzanie harmonogramami pracy wolontariuszy,
  - monitorowanie i ewaluacja pracy wolontariuszy,
  - opracowywanie systemów uznawania osiągnięć wolontariuszy,
  - prowadzenie i aktualizowanie bazy danych wolontariuszy,
  - planowanie i realizacja budżetu działu wolontariuszy,
  - pozyskiwanie funduszy na programy wolontariackie,
  - promowanie działań wolontariackich w mediach społecznościowych i tradycyjnych,
  - współpraca z personelem medycznym „Szpitali Pomorskich” w zakresie wolontariatu,
  - zapewnienie wsparcia psychologicznego i emocjonalnego wolontariuszom w razie potrzeby.
5. Odpowiedzialność w zakresie zapewnienia bezpieczeństwa informacji, jak również podejmowanie ustalonych w tym obszarze działań w przypadku jej naruszenia, w odniesieniu do podległej komórki organizacyjnej.

## § 17

Do zadań **Dyrektora ds. Controllingu** należy w szczególności:

1. Nadzorowanie wykonywania analiz kosztowych oraz zestawień rentowności świadczeń zdrowotnych udzielanych przez Spółkę,
2. Opracowywanie koncepcji/modelu – wyceny świadczeń medycznych i procedur będących podstawą do naliczania wynagrodzeń dla Wykonawców/Zleceniobiorców w umowach cywilnoprawnych i innych oraz dokonywanie w tym zakresie analizy opłacalności zawarcia umów odpowiadających na potrzeby i możliwości Spółki,
3. Bieżąca analiza kosztów funkcjonowania komórek organizacyjnych Spółki i przedstawianie propozycji/wniosków/rekomendacji w tym zakresie.
4. Bieżąca współpraca ze wszystkimi komórkami organizacyjnymi Spółki.
5. Nadzór i bieżąca kontrola jakości i dyscypliny pracy w podległym zespole, nad wykonywaniem zarządzeń wewnętrznych przełożonych oraz ergonomicznym i bezpiecznym środowiskiem pracy,
6. Prowadzenie kontroli wewnętrznej w zakresie organizacyjnym,
7. Zgłaszanie propozycji usprawnień organizacyjnych w Spółce,

8. Planowanie i organizowanie zadań administracyjnych podległych komórkom w sposób zgodny ze standardami Spółki,
9. Przestrzeganie oraz nadzór nad przestrzeganiem w podległych komórkach obowiązujących procedur, regulaminów i aktów prawa wewnętrznego Spółki oraz porządku i zasad współżycia społecznego.
10. Odpowiedzialność w zakresie zapewnienia bezpieczeństwa informacji, jak również podejmowanie ustalonych w tym obszarze działań w przypadku jej naruszenia, w odniesieniu do podległej komórki organizacyjnej.

## **§ 18**

Do zadań **Dyrektora Biura Prawnego – Koordynatora Zespołu Radców** Prawnych należy w szczególności:

1. W zakresie zadań Koordynatora Radców Zespołu Prawnych - nadzór organizacyjny dotyczący:
  - a) Udzielania porad, opinii i wyjaśnień w sprawach dotyczących stosowania obowiązujących przepisów prawnych przez Radców Prawnych Spółki,
  - b) Opracowywania i opiniowania przez Radców Prawnych Spółki umów oraz innych aktów wywołujących skutki prawne na podstawie przygotowanych projektów oraz dokumentów przedstawionych przez komórkę organizacyjną merytorycznie odpowiedzialną,
  - c) Opiniowania pod względem prawnym wewnętrznych aktów normatywnych przez Radców Prawnych Spółki,
  - d) Zastępstwa w postępowaniu sądowym, administracyjnym i egzekucyjnym wykonywanym przez Radców Prawnych Spółki,
  - e) Prowadzenia przez radców prawnych spraw w zakresie rozpatrywania skarg, w postępowaniu przed Rzecznikiem Praw Pacjenta oraz przy rozpatrywaniu pozostałych roszczeń zgłoszonych do Spółki, w tym współudział w prowadzeniu rejestru skarg i roszczeń,
  - f) Realizacji roszczeń OC Spółki oraz ubezpieczenia odpowiedzialności członków władz Spółki,
  - g) Koordynacji pracy zewnętrznych Kancelarii Prawnych.
2. W zakresie prawno-organizacyjnym – kierowanie pracami Biura Prawnego, do którego zadań należy:
  - a) Organizowanie i koordynowanie prac Zarządu Spółki oraz prowadzenie jego kalendarza,
  - b) Organizowanie i protokołowanie posiedzeń organów Spółki, tj. Zarządu, Rady Nadzorczej.
  - c) Przygotowywanie, rejestrowanie i prowadzenie dokumentacji organów Spółki, w szczególności protokołów, uchwał i zarządzeń, a także przekazywanie Zespołowi Radców Prawnych dokumentacji i informacji niezbędnych do złożenia wniosków do Krajowego Rejestru Sądowego,
  - d) Nadzorowanie i realizacja umów ubezpieczeniowych w Spółce w zakresie odpowiedzialności Zarządu Spółki, w tym OC.
  - e) Prowadzenie zbioru dokumentacji Spółki i Zarządu.
  - f) Zapewnienie prawidłowego pod względem prawno-organizacyjnym funkcjonowania sekretariatów i kancelarii Spółki.
  - g) Podejmowanie działań na rzecz zapewnienia sprawnej, zgodnej z wewnętrznymi regulacjami komunikacji wewnętrznej w Spółce.
  - h) Prowadzenie nadzoru nad obiegiem dokumentów oraz sprawną i terminową realizacją zadań Zarządu.
  - i) Utrzymywanie bieżących kontaktów z organami nadzoru, w tym właścicielem Spółki.
  - j) Ścisła i na bieżąco współpraca ze wszystkimi komórkami organizacyjnymi Spółki.

- k) Monitorowanie realizacji strategii Spółki i jej planów rozwojowych przez wskazane komórki organizacyjne.
- l) Załatwianie skarg i petycji wpływających do Spółki oraz udostępnianiem informacji publicznej.
- m) Odpowiedzialność w zakresie zapewnienia bezpieczeństwa informacji, jak również podejmowanie ustalonych w tym obszarze działań w przypadku jej naruszenia, w odniesieniu do podległej komórki organizacyjnej.
- n) Kontrolowanie terminowości i jakości realizowanych zadań przez wskazane komórki organizacyjne Spółki, przepływu informacji i komunikacji, jak również spójności przekazu oraz dbałości o pozytywny wizerunek Spółki i jej Zarządu.

## § 19

Do zadań **Sekcji ds. Jakości i Bezpieczeństwa Pacjenta** należy w szczególności:

1. Nadzór nad realizacją, skutecznością oraz doskonaleniem procesów dotyczących jakości i bezpieczeństwa pacjenta w Spółce,
2. Nadzór w zakresie stosowania i spełniania wymogów jakości i bezpieczeństwa pacjenta obowiązujących w Spółce,
3. Realizacja polityki jakości i jej standardów, monitorowanie procedur systemowych, instrukcji, algorytmów, planów, harmonogramów, programów, itp.,
4. Kompleksowe prowadzenie, nadzorowanie i koordynacja wszelkich spraw związanych z funkcjonowaniem jakości i bezpieczeństwa pacjenta,
5. Definiowanie celów i zadań dotyczących jakości i bezpieczeństwa pacjenta, ich utrzymania, doskonalenia i skutecznego funkcjonowania poprzez, m. in.:
  - 1) udział w określaniu polityki jakości, proponowanie szczegółowych celów jakościowych, zgodnie z obowiązującą polityką i nadzór nad ich realizacją;
  - 2) planowanie oraz inicjowanie prac na rzecz doskonalenia jakości i bezpieczeństwa pacjenta organizowanie audytów;
  - 3) nadzór nad spełnianiem wymagań jakości;
  - 4) nadzór nad dokumentacją i jej aktualizacją;
  - 5) organizowanie i koordynowanie współpracy pomiędzy jednostkami organizacyjnymi Spółki oraz Szpitalami ją tworzącymi w sprawach dotyczących zarządzania jakością i bezpieczeństwem pacjenta;
  - 6) zapewnienie monitorowania jakości usług zdrowotnych poprzez współpracę w badaniach satysfakcji pacjentów i osób zatrudnionych w Spółce,
6. Nadzór nad realizacją, skutecznością oraz doskonaleniem procesów dotyczących systemów zarządzania jakością i akredytacyjnych poprzez realizację działań w zakresie, m. in.:
  - 1) prowadzenia i aktualizacji dokumentacji dotyczącej jakości;
  - 2) planowania i sterowania audytami wewnętrznymi;
  - 3) monitorowania, pomiarów oraz analizy danych dotyczących systemów zarządzania jakością i akredytacji w celu ciągłego udoskonalania;
  - 4) planowania, wprowadzania i weryfikowania skuteczności działań korygujących, zapobiegawczych i innych doskonalących w odniesieniu do systemów;
  - 5) ciągłego doskonalenia systemów;
  - 6) inicjowania, zalecania i stosowania określonych technik statystycznych w procesach analizy danych i ulepszania;
  - 7) nadzór nad działaniami korygującymi oraz ich monitorowanie;

- 8) przygotowywanie oraz przedstawianie przełożonym sprawozdań dotyczących funkcjonowania jakości, jak również potrzeb związanych z ich doskonaleniem;
7. Stosowanie się do wymogów jakości obowiązujących w Spółce Szpitale Pomorskie Sp. z o. o.
8. Przygotowywanie kompleksowych materiałów przełożonym do okresowych przeglądów funkcjonowania systemów,
9. Proponowanie i organizowanie szkoleń z zakresu doskonalenia jakości.
10. Inspirowanie nowatorskich rozwiązań w Spółce Szpitale Pomorskie Sp. z o. o. w zakresie realizowanych zadań.
11. Odpowiedzialność w zakresie zapewnienia bezpieczeństwa informacji, jak również podejmowanie ustalonych w tym obszarze działań w przypadku jej naruszenia, w odniesieniu do podległej komórki organizacyjnej.

## § 20

Do zadań **Pomorskiego Onko-Centrum Wsparcia Badań Klinicznych** należy w szczególności:

1. Kompleksowa i systemowa realizacja badań klinicznych, komercyjnych i niekomercyjnych, mających na celu potwierdzenie bezpieczeństwa i skuteczności nowych leków lub metod leczenia.
2. Dbłość o wysoką jakość badań klinicznych, stały profesjonalizm i doskonalenie metod i narzędzi pracy zmierzających do zapewnienia ich najwyższej jakości.
3. Pozyskiwanie nowych sponsorów i stałe poszerzanie zakresu realizowanych badań komercyjnych i niekomercyjnych.
4. Pozyskiwanie pacjentów do badań, zapewnienie im właściwych warunków uczestnictwa w badaniach i dbłość o komfort ich pobytu.
5. Odpowiedzialność w zakresie zapewnienia bezpieczeństwa informacji, jak również podejmowanie ustalonych w tym obszarze działań w przypadku jej naruszenia, w odniesieniu do podległej komórki organizacyjnej.

## § 20 a

1. Do zadań Pomorskiego Centrum Medycyny Cyfrowej należy w szczególności:

- 1) wsparcie wykorzystania zaawansowanych nowoczesnych technologii cyfrowych w podmiotach leczniczych Szpitale Pomorskie, w szczególności w oparciu o sztuczną inteligencję, rozwiązania telemedyczne oraz aplikacje zdrowotne,
- 2) wsparcie wdrażania i wykorzystania systemów zarządzania dokumentacją medyczną w podmiotach leczniczych SzP,
- 3) analiza danych medycznych, identyfikowanie, wzorców, trendów i zależności, z wykorzystaniem nowoczesnych technologii cyfrowych, w szczególności na potrzeby realizowanych oraz planowanych badań naukowych,
- 4) rozwój i implementacja zaawansowanych systemów medyczno-informatycznych w podmiotach leczniczych SzP,
- 5) wsparcie poprawy zarządzania danymi medycznymi w celu zwiększenia liczby realizowanych badań naukowych,
- 6) pomoc w projektowaniu badań naukowych i polepszenia jakości badania na etapie projektowym (quality by design) poprzez wsparcie w obliczaniu mocy projektowanego badania, określenie odpowiedniej wielkości próby badawczej, obliczanie mocy badania, dla uzyskania statystycznie istotnych wyników,
- 7) wsparcie poprawy efektywności procesów medycznych o dostępności informacji dla personelu medycznego z wykorzystaniem nowoczesnych analitycznych technologii cyfrowych,
- 8) wsparcie rozwoju telemedycyny i zdalnej opieki zdrowotnej w podmiotach SzP,
- 9) integracja, analiza, przetwarzanie i udostępnianie zbieranych danych wspierających rozwój profilu naukowego SzP w obszarach terapeutycznych, w których są prowadzone i planowane badania naukowe,

- 10) opracowanie i wdrożenie polityki szkoleń oraz innych działań podnoszących kompetencje cyfrowe pracowników,
  - 11) współpraca międzysektorowa (medycyna, informatyka, technologia, nauka o danych) w celu stworzenia interdyscyplinarnego środowiska sprzyjającego powstawaniu i wdrażaniu innowacji,
  - 12) współpraca z Onkologicznym CWBK SzP,
  - 13) ścisła współpraca z Działem IT SzP,
  - 14) ścisła współpraca z Agencją Badań Medycznych w celu efektywnej realizacji projektu utworzenia PCMC,
  - 15) współpraca z krajowymi i międzynarodowymi podmiotami w zakresie niezbędnym do prawidłowej realizacji zadań PCMC.
2. Pomorskie Centrum Medycyny Cyfrowej ściśle współdziała z Bankiem Komórek Macierzystych działającym w strukturze organizacyjnej Oddziału Hematologii i Transplantologii Szpiku, w szczególności z Kierownikiem Banku Komórek Macierzystych.

## **§ 21 (skreślony)**

## **§ 22**

1. Kierownicy komórek organizacyjnych zarządzają podległym personelem oraz odpowiadają za sprawne funkcjonowanie kierowanej komórki.
2. Do zadań osób kierujących komórkami organizacyjnymi należy w szczególności:
  - 1) organizowanie pracy podległej komórki organizacyjnej w sposób zapewniający prawidłowe, w tym terminowe i rzetelne wykonywanie powierzonych zadań;
  - 2) kontrola i nadzór nad wykonywaniem obowiązków przez podległy personel, stałe monitorowanie jakości i efektywności pracy podległego personelu;
  - 3) przestrzeganie przy realizacji zadań zasad efektywności finansowej i ekonomicznej;
  - 4) nadzór nad warunkami pracy podległego personelu;
  - 5) zapewnienie przestrzegania przez podległy personel Regulaminu pracy, zasad dyscypliny pracy oraz bhp i ochrony przeciwpożarowej, a także przepisów wewnątrzzakładowych;
  - 6) wdrażanie aktów prawa wewnątrzzakładowego;
  - 7) zapewnienie sprawnej współpracy z innymi komórkami organizacyjnymi w celu zapewnienia prawidłowej realizacji zadań Spółki;
  - 8) wykonywanie innych zadań zleconych przez Zarząd Spółki, leżących w kompetencjach komórki organizacyjnej.

## **§ 23**

Do zadań osób kierujących komórkami organizacyjnymi, które udzielają świadczeń zdrowotnych, poza zadaniami wymienionymi w § 22, należy również:

- 1) prawidłowa organizacja procesu diagnostyczno–lecniczego, pielęgnacyjnego i rehabilitacyjnego,
- 2) zapewnienie poziomu udzielanych świadczeń odpowiedniego do aktualnych wymagań medycyny, obowiązujących standardów i możliwości Spółki,
- 3) nadzór nad stosowaniem zasad etyki zawodowej, przestrzeganiem tajemnicy lekarskiej oraz poszanowaniem praw pacjenta przez podległy personel,
- 4) rozpatrywanie skarg i zażaleń pacjentów związanych z udzieleniem im świadczenia zdrowotnego w komórce organizacyjnej,
- 5) racjonalne wykorzystywanie zasobów komórki organizacyjnej,
- 6) nadzór nad prawidłowym rozliczaniem świadczeń zdrowotnych udzielanych w komórce organizacyjnej,



- 7) nadzór nad prawidłowym prowadzeniem dokumentacji medycznej przez podległy personel,
- 8) wnioskowanie w sprawie zakupu nowego sprzętu i aparatury medycznej,
- 9) prowadzenie efektywnej gospodarki lekami, produktami medycznymi, artykułami sanitarnymi i środkami dezynfekcyjnymi.

## **§ 24**

### **Zasady załatwiania spraw, sporządzania i podpisywania dokumentów**

1. Przy załatwianiu spraw w Spółce stosuje się odpowiednie przepisy prawa.
2. Czynności biurowe i kancelaryjne regulowane są stosownymi przepisami prawa i zarządzeniami wewnętrznymi Członków Zarządu.
3. Działalność Spółki jest jawna, tj. Spółka zapewnia realizację uprawnień obywateli do dostępu do informacji publicznej związanej z jej działalnością na zasadach określonych właściwymi przepisami prawa z zastrzeżeniem ochrony tajemnicy przedsiębiorstwa Spółki.
4. Spółka przy realizacji zadań gromadzi, przetwarza i przechowuje dane osobowe w granicach określonych przepisami prawa oraz zapewnia ochronę zbiorów danych osobowych zgodnie z właściwymi przepisami.
5. Członkowie Zarządu, Dyrektorzy i ich zastępcy, kierownicy, koordynatorzy i inni pracownicy podpisują pisma i inne dokumenty należące do zakresu działania Spółki zgodnie z posiadanymi pełnomocnictwami/upoważnieniami.
6. Do podpisu członków Zarządu zastrzeżone są następujące dokumenty:
  - a) zarządzenia,
  - b) decyzje w sprawach osobowych, w tym zawieranie i rozwiązywanie umów o pracę, umów zlecenia i umów o dzieło, kontraktowych,
  - c) dokumenty stanowiące oświadczenia woli Zarządu,
  - d) umowy, dokumenty urzędowe i pisma, o ile przepisy tak stanowią, chyba, że w sprawach z pkt b)-d) zostały upoważnione imiennie inne osoby.
7. Dokumenty nie zastrzeżone do podpisu członków Zarządu podpisują dyrektorzy, ich zastępcy, kierownicy, koordynatorzy lub inni pracownicy Spółki posiadający stosowne pełnomocnictwa/upoważnienia.
8. Pisma zastrzeżone do podpisu Członków Zarządu, wymienione w ust. 6, przygotowuje komórka organizacyjna właściwa ze względu na przedmiot sprawy, a gdy sprawa dotyczy zakresu działania różnych komórek organizacyjnych – komórka, do której należy załatwienie sprawy w podstawowym zakresie.
9. Zarząd Spółki może upoważnić inną osobę do załatwiania niektórych spraw w jego imieniu.
10. Pełnomocnictwa/upoważnienia wydawane są w Spółce zgodnie z ustaloną przez Zarząd procedurą.
11. Pisma przedstawiane do podpisu Członków Zarządu winny być uprzednio parafowane przez pracownika przygotowującego sprawę poprzez wpisanie w treści pisma (na ostatniej stronie) w lewym, dolnym rogu symbolu stanowiska (bądź parafowanie i postawienie pieczęci służbowej) oraz parafowane i opieczątowane z lewej strony na ostatniej stronie przez przełożonego komórki organizacyjnej. Powyższe dotyczy egzemplarza pozostającego w aktach sprawy.
12. Umowy lub oświadczenia woli wywołujące skutki finansowe podpisują w następującej kolejności i w następującym zakresie:
  - a) Dyrektor komórki organizacyjnej – pod względem akceptacji rozstrzygnięcia merytorycznego,
  - b) Radca Prawny – pod względem poprawności rozstrzygnięcia formalno-prawnego,
  - c) Dyrektor ds. finansowy/Główny księgowy – potwierdzając zabezpieczenie środków finansowych w planie finansowym Spółki,

- d) Zarząd – po zaakceptowaniu rozwiązań merytorycznych, finansowych i prawnych – nadając im moc prawną,
- przy czym w przypadku wykorzystania wzoru umowy, który uprzednio został zaakceptowany pod względem formalno-prawnym przez Radcę Prawnego i braku zmian do treści prawnej tego wzoru, zamiast podpisu Radcy Prawnego, o którym mowa w podpunkcie b) Dyrektor komórki organizacyjnej, lub upoważniona przez niego osoba (a w przypadku umów zawieranych w ramach postępowania prowadzonego przez Dział Zamówień Publicznych – Dyrektor Działu Zamówień Publicznych i IT lub upoważniona przez niego osoba) umieszcza i podpisuje klauzulę: „projekt umowy zgodny ze wzorem zaakceptowanym przez radcę prawnego
13. Uchwały, zarządzenia, regulaminy, instrukcje, procedury – przygotowane przez odpowiednie komórki merytoryczne - podpisują w następującej kolejności i w następującym zakresie:
- a) Dyrektor/przełożony komórki organizacyjnej – pod względem akceptacji rozstrzygnięcia merytorycznego,
  - b) Radca Prawny – pod względem poprawności rozstrzygnięcia formalno-prawnego, chyba że – w przypadku procedur i instrukcji z zakresu Sekcji Jakości i Bezpieczeństwa Pacjenta (dokumentacja ISO i akredytacyjna) procedura lub instrukcja dotyczy wyłącznie kwestii techniczno-merytorycznych,
  - c) Zarząd lub uprawniony Członek Zarządu – po zaakceptowaniu rozwiązań merytorycznych, finansowych i prawnych – nadając im moc prawną.

## **§ 25**

1. Dyrektorzy poszczególnych pionów zobowiązani są do systematycznej analizy struktury organizacyjnej oraz podziału zadań w podległych komórkach organizacyjnych i przedkładania w miarę potrzeb stosownych projektów zarządzeń.
2. Projekty zarządzeń powinny być pisemnie zaopiniowane przez Dyrektora ds. HR, Dyrektora Biura Prawnego – Koordynatora Zespołu Radców Prawnych lub Radcę Prawnego.

## **Rozdział VI**

### **Organizacja i zadania poszczególnych komórek zakładów leczniczych oraz warunki współdziałania tych zakładów i komórek**

## **§ 26**

1. Wszystkie zakłady lecznicze i komórki organizacyjne współdziałają ze sobą dla zapewnienia sprawnego i efektywnego funkcjonowania Spółki pod względem diagnostyczno-leczniczym, pielęgnacyjnym, rehabilitacyjnym i administracyjno-gospodarczym.
2. Zakłady lecznicze i komórki organizacyjne Spółki współpracują ze sobą w celu zapewnienia prawidłowego przepływu informacji, mającego wpływ na szybkość i jakość udzielanych świadczeń zdrowotnych oraz ich prawidłowe dokumentowanie.
3. W celu zapewnienia prawidłowego współdziałania zakładów leczniczych i komórek organizacyjnych Spółki oraz ustalania kierunków działania okresowo organizowane są:
  - 1) spotkania kierownictwa Spółki,
  - 2) spotkania z kierownikami komórek organizacyjnych.

## **§ 27**

O ile w poniższym Rozdziale nie zostało to uregulowane, organizacja i zadania poszczególnych komórek zakładów leczniczych oraz warunki współdziałania – część szczegółowa w poszczególnych jednostkach organizacyjnych określona jest w załącznikach nr 4,5,6,7 do niniejszego Regulaminu Organizacyjnego:

Załącznik nr 4 – Szpital Morski im. PCK w Gdyni, ul. Powstania Styczniowego 1

Załącznik nr 5 – Szpital im. Św. Wincentego a Paulo w Gdyni, ul. Wójta Radtkego 1

Załącznik nr 6 – Szpital Specjalistyczny im. F. Ceynowy w Wejherowie, ul. Dr A. Jagalskiego 10

Załącznik nr 7 – Centrum Medyczne Smoluchowskiego w Gdańsku ul. Smoluchowskiego 18.

## **§ 28**

### **Zespół Farmacji Szpitalnej – Apteki Szpitalne**

1. W skład Zespołu Farmacji Szpitalnej wchodzi Apteki Szpitalne, będące komórkami organizacyjnymi Szpitali Spółki – odrębnymi dla każdej lokalizacji, do zadań których należy w szczególności:

- 1) zakup i zarządzanie zapasami leków, prowadzenie rachunku materiałowego z uwzględnieniem właściwego przechowywania leków oraz monitorowanie leków w Oddziałach i innych komórkach działalności podstawowej Spółki;
- 2) opracowanie i stosowanie procedur dotyczących zakupu leków, preparatów krwiopochodnych, radiopreparatów, gazów medycznych, antyseptyków, opatrunków, materiałów szewnych, siatek przepuklinowych i wyrobów medycznych;
- 3) zaopatrywanie Oddziałów szpitalnych i pozostałych komórek działalności podstawowej w leki, preparaty do żywienia dojelitowego i pozajelitowego, środki kontrastowe, opatrunki i wyroby medyczne;
- 4) wybór i nadzór nad systemem dystrybucji leków, nadzór i rozliczanie leków występujących w Oddziałach i innych komórkach działalności podstawowej;
- 5) nadzór i kontrola recept szpitalnych w zakresie racjonalnej gospodarki lekiem;
- 6) wspólnie z personelem lekarskim – opracowywanie standardów leczenia w oparciu o wytyczne farmakoterapeutyczne i zapobiegające nieracjonalnej gospodarce lekiem;
- 7) sporządzenie leków recepturowych, leków jałowych – głównie: roztworów do żywienia pozajelitowego (zarówno na bazie gotowych zestawów, jak i opracowanych nowych receptur) i roztworów cytostatyków;
- 8) udział w Komitecie Terapeutycznym i redagowanie lekopisu szpitalnego – Receptariusz Szpitalny;
- 9) wykonywanie analiz farmakoekonomicznych i opracowań ekonomicznych w celu obniżenia kosztów leczenia;
- 10) planowanie potrzeb asortymentowo-finansowych, kontrola i analiza zużycia leków i wyrobów medycznych;
- 11) zarządzanie aptecznym systemem informacyjnym, jako integralną częścią informatycznego systemu szpitalnego.

11. Apteka Szpitalna jest uczestnikiem prowadzonych w Spółce badań klinicznych.

12. Apteka organizuje i prowadzi szkolenia wewnętrzne personelu.

13. Apteka prowadzi praktyki studenckie oraz praktyki zawodowe.

14. Apteka realizuje zadania od poniedziałku do piątku w godzinach 7:00-14:35. W niedziele, święta i inne dni ustawowo wolne od pracy realizują zadania Apteki w następujących lokalizacjach:

- 3) w zakresie przygotowania preparatów stosowanych w żywieniu dojelitowym i pozajelitowym w lokalizacjach: Szpital Morski im. PCK, Szpital im. Św. Wincentego a Paulo i Szpital Specjalistyczny im. F. Ceynowy;
- 4) w zakresie przygotowywania roztworów cytostatyków w lokalizacjach: Szpital Morski im. PCK, Szpital Specjalistyczny im. F. Ceynowy.

## § 29

### Bloki operacyjne

1. Blok operacyjny jest komórką organizacyjną Szpitala gotową do realizacji zadań 24 godziny na dobę we wszystkie dni w roku.
2. Blok operacyjny realizuje zadania w odniesieniu do pacjentów hospitalizowanych w Oddziałach Szpitala w trybie planowym, w trybie nagłym oraz w trybie natychmiastowym.
3. Blok operacyjny realizuje świadczenia w oparciu o dwa podstawowe zespoły:
  - 1) zabiegowe – w skład których wchodzi lekarze specjalności zabiegowych i pielęgniarki operacyjne;
  - 2) anestezjologiczne- w skład których wchodzi lekarze anestezjolodzy i pielęgniarki anestezjologiczne.
4. Zabiegi operacyjne planowane realizowane są w oparciu o dzienny harmonogram ustalany przez Kierownika Bloku Operacyjnego, obejmujący przydział odpowiedniej Sali operacyjnej oraz kolejność realizacji poszczególnych zabiegów operacyjnych, z uwzględnieniem zachowania zasad aseptyki chirurgicznej.
5. Zabiegi operacyjne planowane powinny rozpoczynać się o godz. 8:15.
6. Plany zabiegów operacyjnych z poszczególnych Oddziałów przekazywane są Kierownikowi Bloku Operacyjnego co najmniej w przeddzień planowanego zabiegu, do godziny 11:00; Kierownik bloku Operacyjnego przekazuje harmonogram zabiegów na dzień następny Ordynatorowi/lekarzowi kierującym Oddziałem/Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii oraz do poszczególnych Oddziałów.
7. Informację o zmianach w harmonogramie zabiegów operacyjnych Kierownik Bloku Operacyjnego przekazuje niezwłocznie wszystkim zainteresowanym.
8. Harmonogram zabiegów operacyjnych umieszczany jest na tablicy ogłoszeń i obejmuje w szczególności:
  - 1) datę i godzinę rozpoczęcia zabiegu operacyjnego,
  - 2) dane osobowe pacjenta (imię i nazwisko, wiek),
  - 3) rodzaj operacji – w języku polskim,
  - 4) imiona i nazwiska zespołu operacyjnego (zabiegowego i anestezjologicznego),
  - 5) przydział sali operacyjnej,
  - 6) kolejność zabiegów operacyjnych na danej sali operacyjnej.
9. W dniu zabiegu pacjent wraz z niezbędną dokumentacją medyczną przekazywany jest do bloku Operacyjnego pod opiekę zespołu anestezjologicznego przez pielęgniarkę Oddziału; zespół anestezjologiczny zapewnia pacjentowi stałą opiekę od momentu przyjęcia na Blok Operacyjny do momentu opuszczenia przez pacjenta Bloku Operacyjnego; powyższe znajduje odzwierciedlenie w dokumentacji medycznej pacjenta.
10. W odniesieniu do każdego operowanego pacjenta prowadzona jest **Okołooperacyjna Karta Kontrolna**, której koordynatorem jest lekarz odpowiedzialny za znieczulenie pacjenta. Kartę podpisuje: **lekarz anestezjolog (Koordynator karty)**. W przypadku operacji realizowanej w trybie natychmiastowym, dopuszcza się odstępnie od prowadzenia OKK.
11. Pacjent może opuścić Blok Operacyjny (salę wybudzeń) po ocenie stanu pacjenta przez lekarza anestezjologa, stwierdzającej, że stan pacjenta pozwala na przekazanie pacjenta do właściwego Oddziału Szpitala bądź wskazuje na konieczność przekazania na Oddział Intensywnej Terapii.
12. Pacjent opuszcza Blok Operacyjny poprzez przekazanie przez zespół anestezjologiczny pielęgniarkę właściwego Oddziału Szpitala, za pisemnym potwierdzeniem daty, godziny oraz stanu przekazywanego pacjenta.

13. W przypadku zgonu pacjenta na sali operacyjnej, lekarz anestezjolog stwierdza zgon pacjenta, lekarz operujący powiadamia lekarzy Oddziału, w którym hospitalizowany jest pacjent, a zwłoki pacjenta zgodnie z procedurą przewożone są do szpitalnej przechowalni zwłok.
14. Zadania personelu Bloku Operacyjnego obejmują w szczególności:
- 1) W zakresie realizacji procedur zabiegowych:
    - a) przygotowanie właściwego sprzętu, zestawów i materiałów opatrunkowych;
    - b) Instrumentowanie;
    - c) obsługa sprzętu i aparatury medycznej;
    - d) kontrola ilościowa i jakościowa narzędzi i materiałów opatrunkowych;
    - e) zabezpieczenie materiału pobranego do badań histopatologicznych; w sytuacji wykonywania przekazuje pobrany materiał do Zakładu Patomorfologii Spółki. Informacja zwrotna od lekarza patomorfologa przekazywana jest telefonicznie oraz w formie pisemnej;
    - f) zamawianie i przechowywanie allogenicznych tkanek układu mięśniowo-szkieletowego.
  - 2) W zakresie zapobiegania zakażeniom:
    - a) planowanie kolejności realizacji zabiegów operacyjnych;
    - b) kontrola sterylności zestawów narzędzi, pakietów z materiałem opatrunkowym, materiałów medycznych jednorazowego użytku;
  - 3) Prowadzenie dokumentacji Bloku Operacyjnego;
  - 4) Podnoszenie kwalifikacji, przestrzeganie przepisów BHP i p-poż.;
  - 5) Zabezpieczenie Bloku Operacyjnego w niezbędny sprzęt, materiały szewne, leki, materiały opatrunkowe, narzędzia, materiały medyczne i jednorazowego użytku.

### § 30

#### Koordinator Okołooperacyjnej Karty Kontrolnej

Do zadań Koordynatora należą:

- 1) Dokonywanie wpisów w okołooperacyjnej karcie kontrolnej na podstawie informacji udzielonych przez członków Zespołu operacyjnego, zgodnie z zakresem ich zadań podczas operacji;
- 2) Podpisywanie okołooperacyjnej karty kontrolnej, która stanowi integralną część historii choroby.

### Zakłady Diagnostyczne

#### Zakład Diagnostyki Laboratoryjnej (ZDL)

### § 31

1. ZDL – w lokalizacji: Wejherowo – wykonuje badania diagnostyczne na rzecz pacjentów zakładów leczniczych Spółki, podmiotów zewnętrznych w oparciu o stosowne umowy oraz na rzecz osób fizycznych.
2. Zakres wykonywanej w poszczególnych pracowniach diagnostyki laboratoryjnej obejmuje:
  - 1) **Pracownia Hematologii i Koagulologii:** morfologia krwi 18 i 24- parametrowa, rozmaz krwi obwodowej – ocena mikroskopowa, OB., ocena cytomorfologiczna szpiku kostnego, poziom retikulocytów, testy na obecność komórek LE, przeciwciał przeciw mononukleozie, ocena oporności osmotycznej erytrocytów; badania układu krzepnięcia krwi: wskaźnik protrombinowy, aPTT, fibrynogen, aktywność: AT, czynnika X, czas trombinowy, stężenie D-Dimerów;
  - 2) **Pracownia Biochemii i Immunochemii:** glukoza, lipidogram, enzymy i izoenzymy (sercowe, wątrobowe, trzustkowe), gospodarka żelazowa, mocznik, kreatynina, e-GFR, jony (sód, potas, chlorki, fosfor, wapń, magnez), białko całkowite z rozdziałem, albumina, bilirubina z

rozdziłem, HbA1c, etanol, kwas moczowy, badanie płynu mózgowo-rdzeniowego; hormony płciowe, tarczycowe, markery zawału: troponina I, CkMB-masa, BNP, wirusologia: antygen i przeciwciała anty HBS, przeciwciała anty HIV, przeciwciała przeciw CMV, przeciw Toksoplazma, przeciw Borelia burgdorferi, przeciwciała przeciwko Treponema pallidum, markery nowotworowe (Ca125, CEA,PSA) ferrytyna, witamina B12, witamina D, kwas foliowy, CRP, PCT;

- 3) **Pracownia Analizy Ogólnej i Równowagi Kwasowo-Zasadowej** – badanie ogólne moczu, dobowe wydalenie białka i glukozy w moczu, badanie kału- ogólne i w kierunku pasożytów, wykrywanie antygenu Giardia lamblia, wykrywanie krwi utajonej, badanie ogólne nasienia, ocena jakościowa kamieni nerkowych, badania RKZ, oksymetria oraz poziom metabolitów (kwasu mlekowego); białka, układu dopełniacza C3, C4, czynnik reumatoidalny R, testy alergiczne (alergeny oddechowe i pokarmowe);
- 4) **Pracownia Serologii Transfuzjologicznej z Bankiem Krwi** – badania: grupa krwi i czynnika Rh, poziom przeciwciał u kobiet w ciąży, BTA, PTA, próby zgodności krwi. Pracownia prowadzi Bank Krwi dla potrzeb pacjentów Szpitala. Istnieje możliwość uzyskania wpisu dot. grupy krwi do trwałego dokumentu – tzw. *Identyfikacyjnej karty grupy krwi*.
3. Opracowywanie wyników kontroli i zabezpieczenie dokumentacji potwierdzającej wykonywanie codziennej i okresowej kontroli wewnątrz i zewnątrz laboratoryjnej.
4. Czas pracy ZDL:
  - 1) **Całodobowo**, we wszystkie dni tygodnia - **dla pacjentów Szpitala** oraz podmiotów zewnętrznych w oparciu o podpisane umowy;
  - 2) **Dla pacjentów ambulatoryjnych** – przyjęcie/ pobieranie materiału do badań i wydawanie wyników: od poniedziałku do piątku od 7:00 – 15:00;
  - 3) Codziennie od poniedziałku do piątku w godzinach 10:00-11:00 – pobieranie krwi do badań od dzieci.
5. ZDL pracuje zgodnie z wdrożonym systemem zarządzania jakością.  
Poddaje się zewnętrznym kontrolom jakości poświadczonymi certyfikatami uczestnictwa:
  - 1) Międzynarodowa kontrola SOWA-lab,
  - 2) Międzynarodowa kontrola hematologiczna SYSMEX,
  - 3) Krajowa kontrola COBJWDL w Łodzi,
  - 4) Krajowa kontrola Instytutu Hematologii w Warszawie,
  - 5) RCKiK w Gdańsku,
  - 6) Kontrola DiaMed.

### **Zakład Diagnostyki Mikrobiologicznej (ZDM)**

#### **§ 32**

1. ZDM- w lokalizacji: Wejherowo – wykonuje badania diagnostyczne na rzecz pacjentów zakładów leczniczych Spółki, podmiotów zewnętrznych w oparciu o stosowne umowy oraz na rzecz osób fizycznych.
2. Zakres diagnostyki mikrobiologicznej obejmuje diagnostykę bakteriologiczną w zakresie schorzeń centralnego układu nerwowego, układów: pokarmowego, oddechowego, moczowo-płciowego, posocznicy, schorzeń ropnych i innych schorzeń o etiologii bakteryjnej i wirusowej z uwzględnieniem flory beztlenowej.
3. Strukturę organizacyjną ZDM tworzą:
  - 1) Pracownia Bakteriologii Ogólnej,
  - 2) Pracownia Bakteriologii Gruźlicy,
  - 3) Pracownia Dermatologiczna.

4. **Pracownia Bakteriologii Ogólnej** wykonuje:

- 1) posiewy mikrobiologiczne wszystkich materiałów klinicznych: moczu, materiałów z górnych i dolnych dróg oddechowych, wymazów z ran, ropni, owrzodzeń, odleżyn, wymazów z ucha i oka, materiałów z dróg rodnych, cewki moczowej, nasienia: posiewy ropy, punktatów, materiałów biopsyjnych i sekcyjnych;
- 2) posiewy krwi, PMR i innych płynów ustrojowych; ilościowe posiewy końcówek cewników naczyniowych, posiewy kału;
- 3) identyfikację do gatunku drobnoustrojów tlenowych i beztlenowych
- 4) badania PCR w kierunku wybranych wirusów, bakterii, grzybów i pasożytów
- 5) oznaczenie wrażliwości na leki wyizolowanych szczepów bakteryjnych tlenowych (łączenie z oznaczeniem minimalnego stężenia hamulcowego- MIC – w sytuacjach tego wymagających);
- 6) identyfikację niebezpiecznych mechanizmów odporności wyizolowanych szczepów;
- 7) badanie nosicielstwa bakterii uznanych za niebezpieczne ze względów epidemiologicznych;
- 8) biologiczną kontrolę skuteczności procesów sterylizacji;
- 9) kontrolę mikrobiologiczną środowiska szpitalnego;
- 10) wykrywanie zakażeń szpitalnych i wykonywanie analiz dotyczących zapobiegania zakażeniom;
- 11) analizę statystyczną rozkładu drobnoustrojów na poszczególnych Oddziałach oraz rozkładu i zmian wrażliwości na leki przeciwbakteryjne z uwzględnieniem niebezpiecznych mechanizmów oporności.

Pracownia posiada zorganizowany system przesyłania próbek do odpowiednich pracowni referencyjnych w celu specjalistycznej diagnostyki (na przykład typowanie genotypowe).

5. **Pracownia Bakteriologii Gruźlicy** wykonuje badania materiałów diagnostycznych w kierunku gruźlicy:

- 1) metodą posiewu na podłoża stałe oraz na podłożę płynne w systemie automatycznym,
- 2) badanie mikroskopową metodą pośrednią,
- 3) identyfikacja *Mycobacterium tuberculosis complex*.
- 4) wykonywanie lekowrażliwości *Mycobacterium tuberculosis complex*.
- 5) badanie PCR w kierunku *Mycobacterium tuberculosis complex*.

6. **Pracownia Dermatologiczna** prowadzi:

- 1) kompleksową diagnostykę schorzeń o etiologii grzybiczej w zakresie grzybów drożdżopodobnych wraz z oznaczeniem ich oporności na leki przeciwgrzybicze metodą stężeń krytycznych lub oznaczeniem minimalnego stężenia hamującego – MIC,
- 2) diagnostyką grzybic skóry i jej przydatków w kierunku dermatofitów,
- 3) kompleksową diagnostykę inwazji pasożytniczych przy użyciu metod mikroskopowych (badania w kierunku nużeńca, świerzbowca),
- 4) diagnostykę rzeżączki i nie rzeżączkowych stanów zapalnych cewki moczowej i pochwy.

7. ZDM należy do sieci EARS- krajowych i europejskich laboratoriów monitorujących lekooporność drobnoustrojów. ZDM posiada Świadectwa Wiarygodności Badań Mikrobiologicznych POLMICRO oraz NEQUAS U.K i EQAP labqality Finland.

8. Czas pracy:

- 1) Pracownia Bakteriologii Ogólnej – pracuje 7 dni w tygodniu.
- 2) Pracownia Dermatologiczna i Pracownia Bakteriologii Gruźlicy – pracuje 5 dni w tygodniu; pobieranie materiałów do badań od pacjentów na miejscu, po wcześniejszej rejestracji.

## **Zakład Diagnostyki Obrazowej**

### **§ 33**

1. Zakład Diagnostyki Obrazowej wykonuje badania diagnostyczne na rzecz pacjentów zakładów leczniczych Spółki, podmiotów zewnętrznych w oparciu o stosowne umowy oraz na rzecz pacjentów prywatnych- w oparciu o Cennik Spółki.
2. Strukturę organizacyjną Zakładu Diagnostyki Obrazowej tworzą:
  - 1) Pracownia Tomografii Komputerowej (TK),
  - 2) Pracownia/Gabinety radiologii klasycznej (RTG),
  - 3) Pracownia/ Gabinety USG,
  - 4) Pracownia Mammografii.
3. Zakres świadczeń realizowanych w ZDO:
  - 1) radiologia klasyczna (RTG)- pełen zakres świadczeń, w tym badania kontrastowe;
  - 2) USG- badania podstawowe- pełen zakres świadczeń;
  - 3) Tomografia Komputerowa:
    - a) badania podstawowe- pełen zakres świadczeń
    - b) badania specjalistyczne:
      - wirtualna kolonoskopia,
      - osteo-TK- badania densytometryczne,
      - biopsje pod kontrolą TK.
  - 4) Mammografia:
    - a) badanie radiologiczne,
    - b) USG piersi,
    - c) Galaktografia,
    - d) biopsje stereotaktyczne i pod kontrolą USG.
4. Zakład realizuje świadczenia całodobowo, we dni tygodnia – pacjentom Szpitala oraz zgodnie z aktualnymi harmonogramami pracy – w odniesieniu do pacjentów ambulatoryjnych.
5. W lokalizacji – Szpital Św. Wincentego a Paulo funkcjonuje także Pracownia Radiologii Zabiegowej.

### **§ 34**

Nadzór nad przestrzeganiem przez Spółkę warunków zezwolenia na wykonywanie działalności związanej z narażeniem na promieniowanie jonizujące sprawuje **Inspektor Ochrony Radiologicznej** podlegający bezpośrednio Prezesowi Zarządu Spółki.

## **Zakład Patomorfologii**

### **§ 35**

1. Zakład Patomorfologii wykonuje badania diagnostyczne na rzecz pacjentów zakładów leczniczych Spółki, podmiotów zewnętrznych w oparciu o stosowne umowy oraz na rzecz pacjentów prywatnych – w oparciu o aktualny Cennik Spółki.
2. Strukturę organizacyjną Zakładu Patomorfologii tworzą:
  - 1) Pracownia Histopatologiczna,
  - 2) Pracownia Histochemiczna,
  - 3) Pracownia Immunohistochemiczna,



- 4) Pracownia Cytologiczna,
  - 5) Pracownia Badań Śródoperacyjnych,
  - 6) Pracownia Sekcyjna.
3. Zakres świadczeń realizowanych przez Zakład Patomorfologii obejmuje w szczególności:
- 1) biopsję aspiracyjną cienkoigłową (BAC) pod kontrolą USG, TK,
  - 2) biopsję aspiracyjną gruboigłową wykonywaną pod kontrolą TK, USG,
  - 3) badania śródoperacyjne,
  - 4) badania cytologii złuszczeniowej,
  - 5) badania histopatologiczne,
  - 6) badania histochemiczne,
  - 7) badania immunohistochemiczne,
  - 8) przygotowanie materiału do badań genetycznych,
  - 9) badania molekularne techniką ISH (Gdynia),
  - 10) sekcje zwłok lekarskie i sądowo-lekarskie,
  - 11) przechowywanie zwłok osób zmarłych w Szpitalu i poza Szpitalem,
  - 12) przygotowywanie zwłok do pochówku na zlecenie osób lub podmiotów uprawnionych do pochówku.
4. W Zakładzie Patomorfologii znajduje się przechowalnia zwłok oraz sala identyfikacji i wydawania zwłok.
5. W Zakładzie Patomorfologii przechowuje się:
- 1) bloczki parafinowe, preparaty histopatologiczne – przez okres 20 lat od daty badania patomorfologicznego,
  - 2) preparaty cytologiczne przez okres 10 lat od daty badania patomorfologicznego.
6. Zakład Patomorfologii udostępnia za potwierdzeniem odbioru, z zastrzeżeniem zwrotu po wykorzystaniu bloczki parafinowe, preparaty histopatologiczne i preparaty cytologiczne na pisemny wniosek:
- 1) pacjenta, od którego pobrano materiał, jego przedstawiciela ustawowego lub osoby przez niego upoważnionej,
  - 2) osoby upoważnionej przez zmarłego pacjenta,
  - 3) podmiotu wykonującego działalność leczniczą, którego lekarz zlecił i skierował na badanie,
  - 4) innego niż wymienionego w pkt 3 podmiotu wykonującego działalność leczniczą, prowadzącego dalsze leczenie pacjenta albo wykonującego dalsze badania materiału pobranego ze zwłok.
- Zakład Patomorfologii prowadzi ewidencję udostępnionych bloczków i preparatów.
7. Zadania Zakładu obejmują ponadto:
- 1) organizację i prowadzenie szkoleń wewnętrznych personelu,
  - 2) prowadzenie szkoleń podyplomowych,
  - 3) bieżącą kontrolę jakości realizowanych badań.

### **Transport sanitarny**

#### **§ 36**

1. Transport sanitarny obejmuje przewóz osób albo materiałów biologicznych i materiałów wykorzystywanych do udzielania świadczeń zdrowotnych wymagających specjalnych warunków transportu.

2. Transport sanitarny osób realizowany jest na zlecenie lekarza ubezpieczenia zdrowotnego.
3. **Transport bezpłatny** przysługuje pacjentowi **do najbliższego** podmiotu leczniczego udzielającego świadczeń we właściwym zakresie i z powrotem:
  - a) osobą z dysfunkcją narządu ruchu uniemożliwiającą korzystanie ze środków transportu publicznego bez względu na schorzenie pacjenta;
  - b) w przypadku konieczności podjęcia natychmiastowego leczenia w podmiocie leczniczym udzielającym świadczeń we właściwym zakresie oraz wynikającym z potrzeby zachowania ciągłości leczenia.
4. **Transport częściowo płatny** (40% pokrywa Spółka, **60% pacjent**) przysługuje pacjentom zdolnym do samodzielnego poruszania się bez stałej pomocy innej osoby, ale wymagającym pomocy innej osoby przy korzystaniu ze środków transportu publicznego lub wymagającym korzystania z pojazdów dostosowanych do potrzeb osób niepełnosprawnych.
5. **Transport odpłatny** realizowany jest na zlecenie lekarza ubezpieczenia zdrowotnego w przypadkach nie wymienionych wyżej.
6. Pacjent pokrywa koszty transportu wynikające z różnicy odległości pomiędzy świadczeniodawcą najbliższym, a docelowym wskazanym w skierowaniu na transport sanitarny.
7. Spółka realizuje usługi transportu sanitarnego w oparciu o własne zespoły transportowe lub umowy z podmiotami zewnętrznymi.
8. Realizacja transportu sanitarnego wymaga udokumentowania.
9. Dokumentowania przebiegu realizacji transportu sanitarnego wymaga transport każdego pacjenta poszczególnych jednostek organizacyjnych Spółki:
  - 1) pomiędzy jednostkami Spółki,
  - 2) do innych podmiotów leczniczych,
  - 3) do domu/ miejsca pobytu pacjenta.

#### § 36 a

##### Koordynatorzy Pobierania Narządów do Transplantacji

1. W Szpitalu Morskim im. PCK, Szpitalu Św. Wincentego a Paulo oraz Szpitalu Specjalistycznym im. F. Ceynowy powoływani są Koordynatorzy Pobierania Narządów do Transplantacji, podlegający Dyrektorowi ds. Medycznych danego Szpitala.
2. Do zadań Koordynatorów Pobierania Narządów do Transplantacji należy:
  - 1) Wypełnianie zadań w zakresie rekrutacji zmarłych dawców i koordynacja pobrania narządów:
    - identyfikacja i wstępna kwalifikacja medyczna potencjalnych zmarłych dawców narządów,
    - organizacja i dokumentacja pracy lekarzy stwierdzających śmierć mózgu lub śmierć w mechanizmie nieodwracalnego zatrzymania krążenia poprzedzającego pobrania narządu,
    - autoryzacja pobrania w tym rozmowa z rodziną zmarłego dawcy, pozyskiwanie opinii prokuratora w przypadku, gdy jest to konieczne,
    - organizacja opieki nad potencjalnym dawcą.
    - koordynacja pobrania wielonarządowego z użyciem narzędzie sieciowego <https://rejestrytx.gov.pl/tx>,
    - organizacja pozyskania i zabezpieczenia materiału do typowania tkankowego,
    - organizacja pobrania w szpitalu,
    - współpraca z koordynatorami w ośrodkach transplantacyjnych oraz Poltransplantem,
    - dokumentacja pobrania narządów w tym włączenie się do ustawowych rejestrów transplantacyjnych,

- comiesięczne składania sprawozdań Dyrektorowi ds. Medycznych oraz Poltransplantowi pod postacią zestawień, o których mowa w punktach 5 i 6
  - 2) odbycie szkolenia wstępnego i szkoleń ustawicznych nie rzadziej niż co 2 lata z godnie z art.40a ustawy o pobieraniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów,
  - 3) organizacja i prowadzenie działalności promującej medycynę transplantacyjną i dawstwo w zakresie pobierania i przeszczepiania narządów od osób zmarłych, nie rzadziej niż raz w roku
  - 4) monitorowanie przypadków śmierci w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii i dyskontowanie potencjału dawstwa w szpitalu oraz składanie dotyczących tego zagadnienia sprawozdań Dyrektorowi ds. Medycznych oraz Poltransplantowi;
  - 5) bieżąca dokumentacja każdego przypadku śmierci w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii w narzędziu sieciowym [www.koordinator.net](http://www.koordinator.net),
  - 6) sporządzanie zbiorczych miesięcznych sprawozdań z przypadków zgonów w szpitalnym Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii oraz dostarczanie tych zestawień Dyrektorowi ds. Medycznych.
3. Koordynator Pobierania Narządów do Transplantacji realizuje swoje zadania według potrzeb, w różnych godzinach, w tym także w trybie zdalnym. Szczegóły i zasady realizacji zadań w tym zakresie określa Zarządzenie o powołaniu Koordynatora Pobierania Narządów do Transplantacji.
4. Koordynator Pobierania Narządów do Transplantacji realizuje zadania administracyjne i sprawozdawcze na zasadach określonych w obowiązujących przepisach prawa oraz w Zarządzeniu o powołaniu Koordynatora Pobierania Narządów do Transplantacji.
5. Koordynator Pobierania Narządów do Transplantacji, na podstawie udzielonych pełnomocnictw i w zakresie określonym w Zarządzeniu o powołaniu Koordynatora Pobierania Narządów do Transplantacji, upoważniony jest w szczególności do:
- 1) sprawdzenia wpisu w Centralnym Rejestrze Sprzeciwów,
  - 2) zasięgania opinii prokuratora lub sądu rodzinnego ws. Pobrania narządów, tkanek o komórek (dotyczy koordynatorów-lekarzy);
  - 3) korzystania z systemu z narzędzia sieciowego ustawowych rejestrów transplantacyjnych;
  - 4) planowania działań innowacyjnych w zakresie procesu donacji,
  - 5) wglądu do dokumentacji medycznej chorych i zmarłych, w tym w systemie informatycznym szpitala;
  - 6) wizytacji w oddziałach kluczowych dla dawstwa narządów i tkanek.

## **ROZDZIAŁ VII**

### **WARUNKI WSPÓŁDZIAŁANIA Z INNYMI PODMIOTAMI LECZNICZYMI WYKONUJĄCYMI DZIAŁALNOŚĆ LECZNICZĄ**

#### **§ 37**

1. Spółka w celu zapewnienia prawidłowości diagnostyki, leczenia, pielęgnacji i rehabilitacji pacjentów oraz zapewnienia ciągłości przebiegu procesu udzielania świadczeń zdrowotnych, współdziała z innymi podmiotami wykonującymi działalność leczniczą.
2. Spółka, a w szczególności osoby udzielające w jej imieniu świadczeń zdrowotnych udzielają innym podmiotom wykonującym działalność leczniczą informacji związanych z pacjentem w przypadku gdy:
  - 1) zachodzi potrzeba przekazania niezbędnych informacji o pacjencie związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych innym osobom wykonującym zawód medyczny, uczestniczącym w udzielaniu tych świadczeń;
  - 2) zachowanie tajemnicy może stanowić niebezpieczeństwo dla życia lub zdrowia pacjenta lub innych osób;
  - 3) pacjent lub jego przedstawiciel ustawowy wyraża zgodę na ujawnienie tajemnicy;

- 4) tak stanowią odrębne przepisy prawa.
3. Spółka udostępnia podmiotom wykonującym działalność leczniczą dokumentację medyczną pacjentów, jeżeli ta dokumentacja jest niezbędna dla zapewnienia ciągłości realizacji świadczeń zdrowotnych.
4. Spółka – w oparciu o stosowne umowy – zleca realizację określonych świadczeń zdrowotnych pacjentom poszczególnych zakładów leczniczych i jednostek organizacyjnych Spółki podwykonawcom. Realizacja w/w świadczeń odbywa się w miejscu pobytu pacjenta Spółki lub siedzibie podwykonawcy.
5. Współdziałanie z innymi podmiotami wykonującymi działalność leczniczą odbywa się z poszanowaniem powszechnie obowiązujących przepisów prawa oraz poszanowaniem praw pacjenta.

## ROZDZIAŁ VIII

### PRZEBIEG PROCESU UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH

#### OGÓLNE ZASADY UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ

#### § 38

1. Szpitale Pomorskie Sp. z o.o. realizują świadczenia zdrowotne w zakresie określonym niniejszym Regulaminem, z zapewnieniem ich właściwej dostępności i jakości.
2. W uzasadnionych przypadkach i określonych zakresach świadczenia mogą być udzielane w domu bądź innym miejscu pobytu pacjenta.
3. Spółka udziela świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych osobom ubezpieczonym oraz innym osobom uprawnionym, w tym:
  - 1) osobom posiadającym miejsce zamieszkania na terytorium RP, które posiadają obywatelstwo polskie lub uzyskały status uchodźcy, lub ochronę uzupełniającą, lub zezwolenie na pobyt czasowy;
  - 2) osobom, które nie ukończyły 18-go roku życia i posiadają obywatelstwo polskie lub posiadają miejsce zamieszkania na terytorium RP, które posiadają obywatelstwo polskie lub uzyskały status uchodźcy, lub ochronę uzupełniającą, lub zezwolenie na pobyt czasowy;
  - 3) osobom, które są w okresie ciąży, porodu lub połogu i posiadają obywatelstwo polskie lub posiadają miejsce zamieszkania na terytorium RP, które posiadają obywatelstwo polskie lub uzyskały status uchodźcy, lub ochronę uzupełniającą, lub zezwolenie na pobyt czasowy.
4. Spółka zobowiązana jest **weryfikacji** prawa świadczeniobiorcy do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, w szczególności w oparciu o elektroniczny system weryfikacji uprawnień pacjentów **e-WUŚ** (wymagany numer PESEL) bądź na podstawie dokumentu potwierdzającego uprawnienia do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, w szczególności aktualnego dokumentu potwierdzającego opłacenie składek na ubezpieczenie zdrowotne.
5. W przypadku stanu nagłego dokument, o którym mowa w ust. 4 może zostać przedstawiony w innym czasie, nie później niż w terminie **14 dni od dnia rozpoczęcia udzielania świadczenia opieki zdrowotnej**, a jeżeli świadczenie jest udzielane w oddziale szpitalnym – w terminie **7 dni od dnia zakończenia udzielania świadczenia**.
6. W razie nie przedstawienia dokumentu, o którym mowa w ust. 4 w terminach, o których mowa w ust. 5 świadczenie zostaje udzielone na koszt świadczeniobiorcy (pacjenta) lub osoby na której w stosunku do pacjenta ciąży ustawowy obowiązek alimentacyjny.
7. Brak potwierdzenia w systemie e-WUŚ uprawnień oraz brak innych dokumentów potwierdzających uprawnienia do korzystania ze świadczeń finansowanych ze środków

publicznych pozwala na realizację świadczenia finansowanego ze środków publicznych w oparciu o złożenie oświadczenia:

- 1) o przysługującym świadczeniobiorcy do świadczeń opieki zdrowotnej;
- 2) o przysługującym świadczeniobiorcy prawie do świadczeń opieki zdrowotnej składane przez przedstawiciela ustawowego albo opiekuna prawnego lub faktycznego.

Przyjęcie oświadczenia wymaga dokumentu potwierdzającego tożsamość osoby ubiegającej się o udzielenie świadczenia zdrowotnego: dowód osobisty, paszport lub prawo jazdy, a w przypadku dzieci objętych obowiązkiem szkolnym do ukończenia 18-go roku życia – legitymacja szkolna. W przypadku świadczeniobiorców małoletnich oraz innych osób nie posiadających pełnej zdolności do czynności prawnych, oświadczenie składa przedstawiciel ustawowy albo opiekun prawny lub faktyczny.

8. W przypadku dzieci do ukończenia 3 miesiąca życia potwierdzenie następuje na podstawie numeru PESEL osoby zobowiązanej do zgłoszenia dziecka do ubezpieczenia zdrowotnego.
9. Dokumentem potwierdzającym prawo do świadczeń jest także **decyzja** wójta (burmistrza, prezydenta) gminy właściwej ze względu na miejsce zamieszkania świadczeniobiorcy; decyzję wydaje się na wniosek świadczeniobiorcy, a w przypadku stanu nagłego – na wniosek świadczeniodawcy udzielającego świadczenia, złożony niezwłocznie po udzieleniu świadczenia.
10. Późniejsze niż określone w ust. 5, ale w okresie nie dłuższym niż rok, licząc od dnia upływu w/w terminów przedstawienie dokumentów potwierdzających prawo do świadczeń albo złożenie oświadczenia nie może stanowić podstawy odmowy zwolnienia świadczeniobiorcy z obowiązku poniesienia kosztów udzielonego świadczenia albo zwrotu tych kosztów.
11. Świadczeniobiorcy z UE i krajów EFTA korzystają ze świadczeń opieki zdrowotnej nieodpłatnie w oparciu o przepisy o koordynacji:
  - 1) **Kartę EKUZ** (lub Certyfikat tymczasowo zastępujący kartę EKUZ) – pobyt czasowy, nie związany z zamieszkiwaniem na terytorium RP- poświadcza prawa osoby ubezpieczonej do rzeczowych świadczeń zdrowotnych na terenie innego państwa członkowskiego UE/EFTA (Islandia, Lichtenstein, Norwegia, Szwajcaria), które są niezbędne ze względów medycznych, z myślą o zapobieganiu przymusowemu powrotowi posiadacza karty do państwa właściwego lub państwa zamieszkania przed końcem planowanego pobytu w celu poddania się wymaganemu leczeniu; o tym jakie świadczenia są dla danej osoby niezbędne wg powyższych kryteriów, decyduje lekarz w państwie pobytu. Leczenie niezbędne odnosi się również do świadczeń zdrowotnych, z których pacjent musi skorzystać ze względu na chorobę przewlekłą;
  - 2) **Poświadczenie** Oddziału Funduszu potwierdzającego prawo do świadczeń opieki zdrowotnej na terenie RP: **S1, DA1** lub formularze E106, E109, E120, E121, E123 – dotyczy osób zamieszkałych w Polsce oraz członków ich rodzin, odprowadzających składki na ubezpieczenie zdrowotne za granicą; zakres świadczeń – zgodny z informacją zawartą w poświadczeniu;
  - 3) **Druk S2,S3, E112 lub E123** – uprawniający do planowego leczenia, wystawiony przez instytucję kraju właściwego dla opłacanych składek ubezpieczenia zdrowotnego;
  - 4) **Druk E129** – uprawniający do uzyskiwania świadczeń w zakresie wskazanym w druku, w przypadku wypadku przy pracy.
12. Zakresy realizowanych przez Spółkę świadczeń określają w szczególności aktualne umowy z dysponentem środków publicznych z innymi podmiotami oraz Cennik Spółki.
13. Żadne okoliczności nie mogą stanowić podstawy do odmowy udzielania świadczenia zdrowotnego jeżeli osoba zgłaszająca się do Szpitala potrzebuje natychmiastowego udzielenia pomocy medycznej, ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia.

14. Ze szczególnych uprawnień w dostępie do świadczeń zdrowotnych, w tym udzielania ich poza kolejnością korzystają osoby wskazane w odrębnych przepisach. Uprawnienie do korzystania ze świadczeń poza kolejnością oznacza korzystanie ze świadczeń poza kolejnością przyjęć wynikającą z prowadzonej listy/list oczekujących; co do zasady przyjęcie osoby uprawnionej winno nastąpić w dniu zgłoszenia, a gdy nie jest to możliwe – w innym terminie, poza kolejnością przyjęć wynikającą z prowadzonej listy oczekujących.
15. Spółka prowadzi i archiwizuje dokumentację medyczną dotyczącą osób korzystających ze świadczeń zdrowotnych zgodnie z aktualnie obowiązującymi przepisami, z zapewnieniem ochrony danych osobowych zawartych w dokumentacji oraz udostępnia dokumentację medyczną zgodnie z obowiązującymi przepisami.
16. Pacjentami, którego stan zdrowia nie wymaga dalszego leczenia szpitalnego, lub osoba na której w stosunku do pacjenta ciąży ustawowy obowiązek alimentacyjny, ponoszą koszty pobytu pacjenta w Szpitalu począwszy od dnia który uzgodniono lub wyznaczono jako właściwy do odebrania pacjenta ze Szpitala. Informacja o powyższym musi znaleźć odzwierciedlenie w dokumentacji medycznej pacjenta. O nie odebraniu ze Szpitala pacjenta małoletniego lub osoby niezdolnej do samodzielnej egzystencji Dyrektor ds. Medycznych powiadamia niezwłocznie wójta (burmistrza, prezydenta) gminy właściwej ze względu na miejsce zamieszkania lub ostatniego pobytu pacjenta i organizuje transport sanitarny na koszt gminy.
17. Świadczenia opieki zdrowotnej udzielane są wyłącznie przez osoby wykonujące zawody medyczne oraz spełniające wymagania określone przepisami prawa.
18. Osoby zatrudnione w Spółce oraz pozostające z nią w stosunku cywilno-prawnym obowiązane są nosić w widocznym miejscu identyfikator zawierający imię nazwisko oraz funkcję.
19. Przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych, za zgodą pacjenta, może być osoba bliska. W sytuacji zagrożenia epidemiologicznego lub ze względu na bezpieczeństwo zdrowotne pacjenta, bądź ze względu na możliwość organizacyjnie można odmówić realizacji powyższego uprawnienia; odmowę odnotowuje się w dokumentacji medycznej.
20. Świadczenia opieki zdrowotnej udzielane są z poszanowaniem intymności i godności pacjenta.
21. Obecność w trakcie realizacji świadczeń osób innych niż udzielające świadczeń wymaga zgody pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego.
22. Osoby wykonujące zawód medyczny mają obowiązek zachowania w tajemnicy informacji z nim związanych, a uzyskanych w związku z wykonywaniem zawodu medycznego.  
Do dostępu do dokumentacji za życia pacjenta uprawnieni są:
  - 1) pacjent,
  - 2) przedstawiciel ustawowy (w przypadku pacjenta małoletniego lub ubezwłasnowolnionego całkowicie),
  - 3) osoba upoważniona przez pacjenta (na podstawie udzielonego upoważnienia).Po śmierci pacjenta dokumentacja medyczna jest udostępniana:
  - 4) osobie upoważnionej przez pacjenta za życia,
  - 5) osobie, która w chwili zgonu była jego przedstawicielem ustawowym,
  - 6) osobie bliskiej, chyba że udostępnieniu sprzeciwi się inna osoba bliska lub sprzeciwił się temu pacjent za życia.Osoba bliska: małżonek, krewny lub powinowaty do drugiego stopnia w linii prostej, przedstawiciel ustawowy, osoba pozostająca we wspólnym pożyciu lub osoba wskazana przez pacjenta.  
Powyższe nie obowiązuje w przypadku gdy:
  - 7) tak stanowią przepisy odrębnych ustaw;

- 8) zachowanie tajemnicy może stanowić niebezpieczeństwo dla życia lub zdrowia pacjenta lub innych osób;
  - 9) pacjent lub przedstawiciel ustawowy wyraża zgodę na ujawnienie tajemnicy;
  - 10) zachodzi potrzeba przekazania niezbędnych informacji o pacjencie związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych innym osobom wykonującym zawód medyczny, uczestniczącym w udzielaniu tych świadczeń.
23. Informacji o stanie zdrowia pacjenta udzielają pacjentowi, przedstawicielom ustawowym pacjenta lub osobom wskazanym przez pacjenta wyłącznie lekarze, w godzinach nie kolidujących z realizacją podstawowych zadań; co do zasady nie udziela się informacji o stanie zdrowia pacjenta telefonicznie.
24. Pielęgniarki i położne udzielają pacjentowi, ich przedstawicielom ustawowym pacjenta lub osobom wskazanym przez pacjenta wyłącznie informacji z zakresu pielęgnacji i zabiegów pielęgniarstwa.
25. Osoby, które w związku z wykonywaniem swoich obowiązków służbowych lub zawodowych powzięły podejrzenie o popełnieniu ściganego z urzędu przestępstwa z użyciem przemocy w rodzinie, niezwłocznie zawiadamiają o tym policję lub prokuratora i osobie, która zgłosiła się z obrażeniami będącymi następstwem przemocy w rodzinie wystawiają „*Zaświadczenie lekarskie o przyczynach i rodzaju uszkodzeń związanych z użyciem przemocy w rodzinie*” i dokonują w dokumentacji lekarskiej stosownej adnotacji.
26. Szpital zapewnia przyjętemu do hospitalizacji pacjentowi:
- 1) realizację świadczeń zdrowotnych,
  - 2) środki farmaceutyczne i wyroby medyczne związane z procesem leczenia,
  - 3) świadczenia towarzyszące: zakwaterowanie i wyżywienie oraz niezbędne usługi transportu sanitarnego,
  - 4) za dodatkową odpłatnością – świadczenia ponadstandardowe, których zakres i cenę określa Cennik Spółki.
27. O ile jest to konieczne ze względu na zapewnienie prawidłowości postępowania medycznego, lekarz właściwego Oddziału Szpitala, po zakończeniu leczenia szpitalnego wystawia świadczeniobiorcy (pacjentowi) zlecenie na zaopatrzenie w wyroby medyczne wydawane na zlecenie, określone aktualnym rozporządzeniem Ministra Zdrowia. Adnotacja o powyższym znajduje się w Karcie informacyjnej leczenia szpitalnego.
28. Rejestracja pacjentów, w szczególności w odniesieniu do świadczeń, realizowanych w trybie ambulatoryjnym odbywa się w każdej formie tj. osobiście, za pośrednictwem członków rodziny lub osób trzecich, telefonicznie z wyznaczeniem dnia i orientacyjnej godziny realizacji świadczenia. Rejestracja do poradni specjalistycznych możliwa jest także poprzez e-Rejestrację.
29. Świadczenia zdrowotne udzielane są w miarę możliwości w dniu zgłoszenia lub innym terminie uzgodnionym z pacjentem, według ustalonej kolejności, w dniach i godzinach ich udzielania. W celu zabezpieczenia prawidłowej kolejności udzielania świadczeń komórki organizacyjne działalności podstawowej Spółki prowadzą **listy pacjentów oczekujących na realizację świadczenia** w sposób zapewniający poszanowanie zasady sprawiedliwego, równego, niedyskryminującego i przejrzystego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej oraz zgodnie z kryteriami medycznymi oraz obowiązującymi przepisami prawa. Dla świadczeniobiorców objętych diagnostyką onkologiczną lub leczeniem onkologicznym prowadzi się odrębną listę oczekujących.

Korekta uzgodnionego terminu realizacji świadczenia następuje:

- 1) W razie zmiany stanu zdrowia pacjenta, wskazującej na potrzebę wcześniejszego udzielania świadczenia niż wynika to z kolejności na liście oczekujących;

- 2) W razie wystąpienia okoliczności, których nie można było przewidzieć w chwili ustalania terminu udzielenia świadczenia, a które uniemożliwiają zachowanie terminu wynikającego z listy oczekujących; o zmianie terminu pacjent informowany jest w każdy dostępny sposób.
- W stanach nagłych świadczenia udzielane są niezwłocznie.
30. Szpital ma obowiązek dokonania zgłoszenia funkcjonariuszom Policji:
- 1) Przyjęcia pacjenta małoletniego, z którego przedstawicielem ustawowym lub opiekunem faktyczny nie można się skontaktować - nie później niż w okresie **do 4 godzin od przyjęcia**;
  - 2) Przyjęcia albo zgonu pacjenta, którego tożsamości nie można ustalić albo potwierdzić na podstawie dokumentów stwierdzających tożsamość – nie później niż w okresie **do 8 godzin odpowiednio od przyjęcia albo zgonu**.
31. Na żądanie Policji Szpital udziela informacji o fakcie przyjęcia osoby zaginionej w rozumieniu ustawy z dnia 6 kwietnia 1990 r. o Policji.
32. Spółka realizuje świadczenia odpłatne w odniesieniu do osób nieubezpieczonych i innych nie posiadających uprawnień, o których mowa w art. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz świadczenia komercyjne w oparciu o indywidualne umowy, a także w sytuacji braku kontaktu z NFZ w określonym zakresie świadczeń, zgodnie z aktualnym Cennikiem Spółki. Decyzję o skorzystaniu ze świadczeń odpłatnie podejmuje pacjent/ jego przedstawiciel ustawowy. Potwierdzenie decyzji pacjenta/ przedstawiciela ustawowego o skorzystaniu ze świadczenia odpłatnie musi znaleźć odzwierciedlenie w indywidualnej dokumentacji medycznej pacjenta.

### **Organizacja oraz przebieg procesu udzielania świadczeń w szpitalach Spółki**

#### **§ 39**

1. Świadczeniobiorca ma prawo do leczenia szpitalnego na podstawie skierowania lekarza, jeżeli cel leczenia nie może być osiągnięty przez leczenie ambulatoryjne. W stanach nagłych świadczenia zdrowotne udzielane są bez wymaganego skierowania.
2. Do zadań Oddziałów Szpitali należy udzielane w szczególności stacjonarnych, całodobowych świadczeń opieki zdrowotnej, a także świadczeń w trybie jednego dnia – dziennych, obejmujących:
  - 1) Hospitalizację pacjentów, tj. całodobowe lub dzienne, kompleksowe udzielanie świadczeń, w szczególności gwarantowanych, w reprezentowanych w Szpitalach zakresach, w trybie planowym albo nagłym, obejmujące proces diagnostyczno-terapeutyczny oraz proces pielęgnowania i rehabilitacji od chwili przyjęcia świadczeniobiorcy (pacjenta) do chwili jego wypisu albo zgonu, wynikające w szczególności ze stanu klinicznego świadczeniobiorcy.
  - 2) Hospitalizacja w stanach nagłych realizowana jest niezwłocznie; w trybie planowym wymagane jest skierowanie do właściwego Oddziału Szpitala.
  - 3) Zapewnienie wymaganej odrębnymi przepisami lub indywidualnymi potrzebami całodobowej opieki lekarskiej i pielęgniarstwa/ położnych we wszystkie dni tygodnia, w tym niezbędnych konsultacji lekarskich w specjalnościach innych niż reprezentowana przez Oddział, w którym aktualnie przebywa pacjent.
  - 4) Zapewnienie realizacji świadczeń w oparciu o zasady postępowania medycznego zgodnego z aktualny, stanem wiedzy, zawartych w standardach określonych w obowiązujących przepisach prawa oraz wytycznych, zaleceniach i rekomendacjach wydawanych przez towarzystwa naukowe zrzeszające specjalistów z właściwych dziedzin medycyny po uzyskaniu świadomej zgody pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego na realizację



określonego świadczenia; w przypadku realizacji świadczeń o podwyższonym ryzyku dla pacjenta – zawsze w formie pisemnej. Brak możliwości uzyskania zgody pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego wymaga dokonania odpowiedniej adnotacji w dokumentacji medycznej pacjenta oraz podpisu drugiego lekarza, w miarę możliwości tej samej specjalności, jak również powiadomienia właściwego ze względu na siedzibę świadczeniodawcy sądu opiekuńczego.

- 5) Zapewnienie niezbędnej diagnostyki, produktów leczniczych oraz wyrobów medycznych w realizowanym w oddziale zakresie świadczeń. Świadczeniobiorcy przyjętemu do szpitala zapewnia się bezpłatne leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyroby medyczne, jeżeli są konieczne do wykonania świadczenia.

Za wyroby medyczne o standardzie wyższym niż stosowanie w Spółce, na wniosek pacjenta/przedstawiciela ustawowego i za zgodą lekarza prowadzącego, dopuszcza się stosowanie wyrobów medycznych inne niż dostępne w zakładzie leczniczym Spółki; całkowity koszt tak zrealizowanego świadczenia pokrywa pacjent/przedstawiciel ustawowy.

- 6) Monitorowanie i terapię bólu.
- 7) Prowadzenie określonej odrębnymi przepisami dokumentacji medycznej, w tym w szczególności indywidualnej dokumentacji medycznej pacjenta (historia choroby) oraz zapewnienie poufności i bezpieczeństwa danych w niej zawartych.
- 8) Prowadzenie wymaganych odrębnymi przepisami list oczekujących na realizację świadczenia zdrowotnego w sytuacji, gdy jego realizacja ze względu na stan zdrowia pacjenta nie wymaga natychmiastowej hospitalizacji pacjenta.
- 9) W razie pogorszenia się stanu zdrowia pacjenta, powodującego zagrożenie życia lub w razie jego śmierci, niezwłocznie zawiadomienie wskazanej przez pacjenta osoby lub instytucji, lub przedstawiciela ustawowego.
- 10) Wypisanie pacjenta, o ile odrębne przepisy nie stanowią inaczej:
- a) gdy stan zdrowia pacjenta nie wymaga dalszego udzielania świadczeń zdrowotnych w rodzaju stacjonarne i całodobowe lub dzienne świadczenia zdrowotne;
  - b) na żądanie pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego, po uzyskaniu pisemnego oświadczenia o wypisaniu na własne żądanie, zawierającego potwierdzenie uzyskania informacji o możliwych następstwach zaprzestania dalszego udzielania świadczeń.

W przypadku braku takiego oświadczenia, lekarz sporządza stosowną adnotację w dokumentacji medycznej pacjenta.

- c) gdy pacjent w sposób rażący narusza porządek lub przebieg procesu udzielania świadczeń zdrowotnych, a nie zachodzi obawa, że odmowa lub zaprzestanie udzielania świadczeń zdrowotnych może spowodować bezpośrednie niebezpieczeństwo dla jego życia lub zdrowia albo życia lub zdrowia innych osób.
- 11) Dopuszcza się odmowę wypisania pacjenta na życzenie przedstawiciela ustawowego do czasu wydania orzeczenia w tej sprawie przez właściwy ze względu na miejsce udzielania świadczeń sąd opiekuńczy, o ile stan zdrowia pacjenta stanowi zagrożenie życia lub wymaga kontynuacji udzielania świadczeń zdrowotnych.
3. Przedstawiciel ustawy albo opiekun faktyczny sprawujący dodatkową opiekę pielęgnacyjną nad pacjentem małoletnim lub posiadającym aktualne orzeczenie o znaczny, stopniu niepełnosprawności ma prawo do nieodpłatnego pobytu w Oddziale/Oddziałach w trakcie hospitalizacji (miejsce do spania – w tej samej Sali lub w pobliżu, pościel, korzystanie z mediów); wskazane uprawnienie nie obejmuje posiłków.
4. Na życzenie pacjenta/ jego przedstawiciela ustawowego i w miarę, możliwości lokalowych Oddziałów poszczególnych Szpitali, pacjent może skorzystać z Sali chorych o podwyższonym

standardzie (sala jednoosobowa, w miarę możliwości z odrębnym węzłem sanitarnym,) za odpłatnością, której wysokość określa Cennik Spółki.

5. **O przyjęciu do Szpitala** decyduje lekarz SOR/IP lub lekarz odpowiedniego Oddziału Szpitala po zapoznaniu się ze stanem zdrowia pacjenta, na podstawie: skierowania do Szpitala wystawionego przez lekarza wraz z załączonymi wynikami niezbędnych badań dodatkowych i/lub badania podmiotowego- wywiad i przedmiotowego- badanie fizykalne oraz badań diagnostycznych niezbędnych do podjęcia decyzji o konieczności prowadzenia diagnostyki lub leczenia w trybie hospitalizacji, **po uzyskaniu zgody** pacjenta, jego przedstawiciela ustawowego lub opiekuna faktycznego, a w odniesieniu do pacjenta małoletniego, który ukończył 16 rok życia, zgody kumulatywnej. Sprzeciw małoletniego, który ukończył 16 rok życia, osoby ubezwłasnowolnionej albo chorej albo psychicznie lub upośledzonej umysłowo lecz dysponującej dostatecznym rozeznaniem wymaga zgody sądu opiekuńczego właściwego ze względu na siedzibę Spółki.

W stanach nagłych nie jest wymagane skierowanie.

6. W przypadku konieczności natychmiastowej hospitalizacji pacjenta, gdy Szpital nie zapewnia realizacji świadczeń w wymaganym zakresie lub nie dysponuje wolnymi miejscami w oddziale szpitalnym realizującym świadczenia w wymaganym zakresie, lekarz SOR, IP lub odpowiedniego Oddziału Szpitala ustala telefonicznie miejsce, w miarę możliwości w najbliższej placówce realizującej świadczenia w wymaganym zakresie oraz w razie konieczności wystawia odpowiednie zlecenie na realizację transportu sanitarnego lub medycznego.
7. Pacjenci przyjmowani do hospitalizacji w Oddziałach Szpitala zaopatrywani są w znaki identyfikacyjne w formie opaski lub zdjęcia.
8. Dzieci w wieku do lat 6 przy przyjęciu do Szpitala zaopatrywane są w znaki tożsamości – opaska identyfikacyjna na nadgarstku lub kostce kończyny dolnej, lub zdjęcie ze znakiem identyfikacyjnym umieszczone na łóżku dziecka lub inkubatorze. Noworodki urodzone w Szpitalu zaopatrywane są w trzy opaski identyfikacyjne – jedna zakładana bezpośrednio po porodzie oraz dwie kolejne po uzyskaniu numeru Księgi Głównej Szpitala.
9. Dokumentacja fotograficzna sporządzana jest także osobom o niezidentyfikowanej tożsamości (NN), w odniesieniu do których podjęto decyzję o hospitalizacji. Powyższa stanowi integralną część Historii choroby leczenia szpitalnego.
10. Przy przyjęciu do Szpitala pacjentowi zakłada się niezwłocznie dokumentację medyczną spełniającą aktualnie obowiązujące wymagania rozporządzenia MZ; historia choroby pacjenta przyjmowanego do Oddziałów Szpitala otrzymuje Nr Księgi Głównej nadawany automatycznie przez system informatyczny Szpitala.
11. W historii choroby leczenia szpitalnego, przy przyjęciu należy uzyskać pisemną zgodę na hospitalizację oraz pisemne wskazanie przez pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego:
  - 1) osoby/osób **upoważnionej/ych przez pacjenta do uzyskania informacji** o jego stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych, ze wskazaniem imienia i nazwiska osoby upoważnionej oraz danych umożliwiających kontakt z tą osobą lub pisemne oświadczenie o braku takiego upoważnienia;
  - 2) osoby/osób **upoważnionej/ych przez pacjenta do uzyskiwania dokumentacji**, ze wskazaniem imienia i nazwiska osoby upoważnionej lub pisemne oświadczenie o braku takiego upoważnienia.

Złożenie w/w oświadczeń woli jest niezbędne w sytuacji braku ich złożenia za pośrednictwem Internetowego Konta Pacjenta (IKP).

W sytuacji, gdy stan zdrowia pacjenta uniemożliwia uzyskanie w/w oświadczeń przy przyjęciu, w Historii choroby należy odnotować przyczynę nieodebrania od pacjenta powyższych i uzyskać je od pacjenta w trakcie pobytu w Szpitalu z chwilą, gdy stan zdrowia pacjenta na to pozwoli. W przypadku powtarzających się hospitalizacji, wcześniej udzielone przez pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego upoważnienia zachowują moc prawną, o ile nie zostały przez w/w/ osoby w formie pisemnej odwołane.

12. Realizacja określonych świadczeń zdrowotnych może nastąpić wyłącznie po uzyskaniu zgody pacjenta, jego przedstawiciela ustawowego, w przypadku małoletniego, który ukończył 16 r.ż. – zgody kumulatywnej, a w przypadku zabiegu operacyjnego albo zastosowania metody leczenia lub diagnostyki o podwyższonym ryzyku, po uzyskaniu doinformowanej **zgody** na realizację konkretnego świadczenia **w formie pisemnej**.
13. Szpitale Pomorskie zapewniają przyjętemu pacjentowi:
  - 1) realizację świadczeń zdrowotnych w zakresach reprezentowanych w Szpitalu/ jednostkach organizacyjnych Szpitali Pomorskich;
  - 2) produkty lecznicze i wyroby medyczne konieczne do wykonywania świadczenia;
  - 3) pomieszczenie/a i wyżywienie odpowiednie do stanu zdrowia;
  - 4) transport sanitarny lub medyczny w niezbędnym zakresie.
14. W razie pogorszenia stanu zdrowia pacjenta, powodującego zagrożenie życia lub w razie jego śmierci niezwłocznie powiadamia wskazaną przez pacjenta osobę lub instytucję, lub przedstawiciela ustawowego. Obowiązek powiadomienia spoczywa w szczególności na lekarzu sprawującym aktualnie opiekę nad pacjentem lub pielęgniarcze/położnej – w odniesieniu do powiadamiania instytucji.
15. W odniesieniu do pacjentów wykazujących zaburzenia psychiczne, którzy dopuszczają się zamachu przeciwko życiu lub zdrowiu własnemu, życiu lub zdrowi innej osoby, bezpieczeństwu powszechnemu, w sposób gwałtowny niszczą lub uszkadzają przedmioty znajdujące się w otoczeniu, zakłócają lub uniemożliwiają prawidłowe funkcjonowanie komórki organizacyjnej Szpitala bądź uniemożliwiają dokonania niezbędnych czynności leczniczych mogą mieć zastosowanie środki **przymusu bezpośredniego**.

Przy podejmowaniu decyzji o zastosowaniu przymusu bezpośredniego należy stosować zasadę jak najmniejszej dolegliwości dla pacjenta- tj. wybrać formę najłagodniejszą, ale taką która przyniesie oczekiwany efekt.

Szczegółowy przebieg zastosowania przymusu bezpośredniego określa procedura wewnętrzna.
16. Przebieg całej hospitalizacji dokumentowany jest w formie papierowej i/lub elektronicznej i obejmuje:
  - 1) dokumentację indywidualną – odnoszącą się do poszczególnych pacjentów korzystających ze świadczeń zdrowotnych w trybie hospitalizacji obejmuje:
    - a) dokumentację indywidualną wewnętrzną – w szczególności – Historia choroby leczenia szpitalnego- przeznaczoną na potrzeby Szpitala;
    - b) dokumentację indywidualną zewnętrzną – przeznaczoną na potrzeby pacjenta korzystającego ze świadczeń Szpitala.
  - 2) dokumentację zbiorczą – odnoszącą się do ogółu pacjentów korzystających ze świadczeń zdrowotnych w Szpitalu.
  - 3) pacjent, jego przedstawiciel ustawowy bądź osoba upoważniona przez pacjenta, ma prawo bieżącego wglądu do dokumentacji indywidualnej wewnętrznej.
17. Przy przyjęciu do Szpitala, o ile stan zdrowia pacjenta to uniemożliwia- w trakcie hospitalizacji, pacjent uzyskuje informacje o prawach pacjenta oraz informacje o dostępności w komórkach

organizacyjnych Szpitala przepisów o prawach pacjenta. W szczególności informowanie o prawach pacjenta spoczywa na pielęgniarkach i położnych.

18. W trakcie hospitalizacji pacjent ma w szczególności prawo do:

- 1) uzyskiwania informacji o swoim stanie zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych i leczniczych, dających się przewidzieć następstwach i zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu, bądź żądania, by lekarz nie udzielił mu informacji; pacjent lub jego przedstawiciel ustawowy mają prawo do wyrażenia zgody na udzielenie w/w informacji innym osobom. Od pielęgniarek i położnych pacjent ma prawo uzyskać wyłącznie informacje z zakresu jego pielęgnacji i zabiegów pielęgnacyjnych.
- 2) poszanowania intymności i godności, szczególnie w czasie udzielania mu świadczeń zdrowotnych.
- 3) kontaktu osobistego ( odwiedziny ), telefonicznego lub korespondencyjnego z innymi osobami, jak również prawo do odmowy takiego kontaktu. Koszty realizacji w/w praw, o ile ich realizacja nie skutkuje kosztami dla Szpitala ponosi pacjent. Prawo do odwiedzin może zostać okresowo ograniczone w szczególności z powodu wystąpienia zagrożenia epidemicznego, adekwatnie do zagrożenia i przez okres niezbędny.
- 4) dodatkowej opieki pielęgnacyjnej, tj. opieki, która nie polega na udzielaniu świadczeń zdrowotnych; koszty realizacji w/w/ uprawnienia, o ile ich realizacja skutkuje kosztami dla Szpitala ponosi pacjent z wyłączeniem przedstawiciela ustawowego albo opiekuna faktycznego sprawującego dodatkową opiekę pielęgnacyjną nad pacjentem małoletnim lub posiadającym aktualne orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności.
- 5) opieki duszpasterskiej, którą w Szpitalu realizuje duchowny wyznania rzymsko-katolickiego.
- 6) W sytuacji pogorszenia się stanu zdrowia lub zagrożenia życia Szpital umożliwia pacjentowi kontakt z duchownym.
- 7) dostępu do swojej dokumentacji medycznej.
- 8) tajemnicy informacji z nim związanych oraz poszanowania życia prywatnego i rodzinnego.
- 9) W przypadku żądania pacjenta by udzielający mu świadczeń zdrowotnych lekarz zasięgnął opinii innego lekarza lub zwołał konsylium lekarskie, a pielęgniarka (położna) zasięgnęła opinii innej pielęgniarki (położnej) odmowa realizacji powyższego musi znaleźć uzasadnienie w dokumentacji medycznej pacjenta.

19. **Wypis ze Szpitala**, jeżeli przepisy odrębne nie stanowią inaczej, następuje:

- 1) gdy stan zdrowia pacjenta nie wymaga dalszego leczenia w Szpitalu;
- 2) na żądanie pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego;
- 3) gdy pacjent w sposób rażący narusza porządek lub przebieg procesu udzielania świadczeń zdrowotnych, a nie zachodzi obawa, że odmowa lub zaprzestanie udzielania świadczeń może spowodować bezpośrednio niebezpieczeństwo dla jego życia lub zdrowia, albo życia lub zdrowia albo życia lub zdrowia innych osób;
- 4) jeżeli przedstawiciel ustawowy żąda wypisania osoby, której stan zdrowia wymaga leczenia w Szpitalu, Dyrektor ds. Medycznych lub lekarz przez niego upoważniony może odmówić wypisania do czasu wydania w tej sprawie orzeczenia przez właściwy ze względu na siedzibę Spółki sąd opiekuńczy.

Właściwy sąd opiekuńczy zawiadamiany jest niezwłocznie o odmowie wypisania ze Szpitala i przyczynach odmowy.

- 5) Pacjent występujący o wypisanie ze Szpitala na własne żądanie składa pisemne oświadczenie o wypisaniu ze Szpitala na własne żądanie po uzyskaniu od lekarza informacji o możliwych następstwach zaprzestania leczenia w Szpitalu. W przypadku braku takiego oświadczenia- lekarz sporządza adnotację w dokumentacji medycznej.
  - 6) Jeżeli przedstawiciel ustawowy lub opiekun faktyczny nie odbiera małoletniego lub osoby niezdolnej do samodzielnej egzystencji ze Szpitala w wyznaczonym terminie, Dyrektor Naczelny zawiadamia o tym niezwłocznie organ gminy w właściwej ze względu na miejsce zamieszkania lub pobytu tej osoby oraz organizuje na koszt gminy przewiezienie do miejsca zamieszkania.
  - 7) Pacjent, którego stan zdrowia nie wymaga dalszego leczenia szpitalnego lub osoba, na której w stosunku do pacjenta ciąży ustawowy obowiązek alimentacyjny ponoszą koszty pobytu pacjenta w Szpitalu począwszy od terminu określonego przez Dyrektora ds. Medycznych, niezależnie od uprawnień do bezpłatnych świadczeń określonych w przepisach odrębnych.
20. Pacjent wypisany z Oddziału/Oddziałów Szpitala, jego przedstawiciel ustawowy lub osoba wskazana przez pacjenta do uzyskiwania dokumentacji medycznej otrzymuje opaskę identyfikacyjną/zdjęcie ze znakami identyfikacyjnymi oraz dwa egzemplarze Karty informacyjnej leczenia szpitalnego; trzeci egzemplarz pozostaje w Historii choroby pacjenta.
21. Karta informacyjna leczenia szpitalnego zawiera:
- 1) dane Spółki: nazwa, adres, nr telefonu, regon, nazwę komórki organizacyjnej w której hospitalizowany był pacjent;
  - 2) dane pacjenta;
  - 3) rozpoznanie choroby w języku polskim;
  - 4) opis wyników badań diagnostycznych lub konsultacji;
  - 5) opis zastosowanego leczenia, a w przypadku wykonania zabiegu lub operacji – datę wykonania;
  - 6) wskazania dotyczące dalszego leczenia, żywienia, pielęgnowania lub tryby życia;
  - 7) orzeczony przy wypisie okres czasowej niezdolności do pracy;
  - 8) adnotacje o produktach leczniczych wraz z dawkowaniem i wyrobach medycznych w ilościach odpowiadających ilościom na receptach wystawionych pacjentowi;
  - 9) terminy planowanych konsultacji, na które wystawiono skierowania.
- W przypadku zgonu pacjenta – dane o których mowa w pkt. 1)-3) oraz:
- 10) datę zgonu pacjenta ze wskazaniem godziny i minut;
  - 11) opis słowny stanów chorobowych prowadzących do zgonu: przyczynę główną, wtórną i bezpośrednią;
  - 12) adnotacje o wykonaniu lub niewykonaniu sekcji zwłok z uzasadnieniem podjętej decyzji.
22. Pacjent ma prawo do umierania w spokoju i godności; pacjent w stanie terminalnym ma prawo do świadczeń zdrowotnych zapewniających łagodzenie bólu i innych cierpień.
23. W razie **śmierci pacjenta w Szpitalu**, do obowiązków Szpitala należy:
- 1) należyście przygotować zwłoki poprzez ich umycie i okrycie, z zachowaniem godności należyj osobie zmarłej, w celu wydania osobie lub instytucji uprawnionej do pochowania; w/w czynności realizowane są nieodpłatnie i **nie stanowią przygotowania zwłok zmarłego do pochowania.**
  - 2) przechowywać zwłoki nie dłużej niż przez 72 godziny, licząc od godziny, w której nastąpiła śmierć pacjenta.
  - 3) zwłoki pacjenta mogą być przechowywane w chłodni dłużej niż 72 godziny, jeżeli:

- a) nie mogą zostać wcześniej odebrane przez osoby lub instytucje uprawnione do pochowania zwłok;
  - b) w związku ze zgonem zostało wszczęte dochodzenie albo śledztwo, a prokurator nie zezwolił na pochowanie zwłok;
  - c) przemawiają za tym inne niż wskazane w pkt, a i b ważne przyczyny, za zgodą albo na wniosek osoby lub instytucji uprawnionej do pochowania zwłok pacjenta.
- 4) **Za przechowywanie zwłok po upływie 72 godzin (3 dób) Spółka pobiera opłatę zgodnie z aktualnym Cennikiem Spółki** stanowiącym załącznik do niniejszego Regulaminu. Spółka pobiera opłatę za przechowywanie zwłok od gminy za okres przypadający po upływie 3 dni od dnia powiadomienia gminy o konieczności pochowania zwłok pacjenta w związku z nie pochowaniem ich przez inne uprawnione osoby lub instytucje, zgodnie z aktualnym Cennikiem Spółki.

24. W razie **śmierci pacjenta w oddziale** Szpitala:

- 1) Pielęgniarka/ położna powiadamia o tym bezzwłocznie lekarza, w szczególności lekarza leczącego lub lekarza dyżurnego;
- 2) Lekarz po przeprowadzeniu oględzin stwierdza zgon i jego przyczynę oraz wystawia kartę zgonu; za pisemnym potwierdzeniem odbioru w Historii choroby osoby zmarłej Karty zgonu wydaje lekarz leczący pacjenta osobiście lub instytucji uprawnionej do pochowania pacjenta.

Kart zgonu nie odebrane przez w/w osoby lub instytucje przekazywane są niezwłocznie przez pielęgniarkę/ położną lub sekretarkę /rejestratorkę medyczną Oddziału do Kancelarii Spółki celem przesłania do USC.

- 3) Kartę zgonu pacjenta wystawia się dla każdej osoby zmarłej oraz dla dzieci martwo narodzonych, bez względu na wiek ciąży- na wniosek osób uprawnionych do ich pochowania. Nieistnienie tkanek płodu, stwierdzone makroskopowo i mikroskopowo uniemożliwia wydanie Karty zgonu.
- 4) Po stwierdzeniu zgonu przez lekarza, pielęgniarka wypełnia **kartę skierowania** zwłok do chłodni/przechowalni zwłok oraz zakłada na przegub dłoni albo stopy osoby zmarłej **identyfikator**/tasiemka/plótno lub tworzywo sztuczne, który zawiera: imię i nazwisko osoby zmarłej, PESEL osoby zmarłej, w przypadku braku numeru PESEL – serię i numer dowodu stwierdzającego tożsamość, datę i godzinę zgonu.
- 5) Karta skierowania zwłok do chłodni/przechowalni zwłok zawiera:
  - a) Imię i nazwisko osoby zmarłej;
  - b) PESEL osoby zmarłej, a w przypadku braku numeru PESEL – serię i numer dowodu stwierdzającego tożsamość osoby zmarłej;
  - c) datę i godzinę zgonu;
  - d) godzinę skierowania zwłok osoby zmarłej do chłodni/przechowywali zwłok;
  - e) Imię, nazwisko i podpis pielęgniarki sporządzającej kartę;
  - f) godzinę przyjęcia zwłok osoby zmarłej do chłodni;
  - g) imię, nazwisko i podpis osoby przyjmującej zwłoki osoby zmarłej do chłodni.
- 6) Jeżeli nie jest możliwe ustalenie tożsamości osoby zmarłej, w karcie skierowania zwłok do chłodni oraz na identyfikatorze dokonuje się oznaczenia „NN” z podaniem przyczyny i okoliczności uniemożliwiających ustalenie tożsamości;
- 7) Zwłoki osoby zmarłej przewożone są do chłodni/przechowalni zwłok nie wcześniej, niż po upływie 2 godzin od czasu zgonu, wskazanego w dokumentacji medycznej;

- 8) W okresie między stwierdzeniem zgonu, a przewiezieniem do chłodni/przechowalni zwłok, zwłoki osoby zmarłej są przechowywane we wskazanym do tego pomieszczeniu, z zachowaniem godności należnej zmarłemu;
- 9) Zwłoki osoby, która zmarła w Szpitalu **mogą być poddane sekcji**, w szczególności gdy zgon tej osoby nastąpił przed upływem 12 godzin od przyjęcia do Szpitala; dokonanie sekcji nie może nastąpić wcześniej niż po upływie 12 godzin od stwierdzenia zgonu.
- 10) Zwłoki osoby, która zmarła w Szpitalu nie są poddawane sekcji, jeżeli przedstawiciel ustawowy tej osoby wyraził sprzeciw lub uczyniła to osoba za życia;
- 11) Decyzję o zaniechaniu wykonania sekcji zwłok podejmuje osoba kierująca Oddziałem, w którym nastąpił zgon pacjenta lub w którego stanie hospitalizowanych pozostawał pacjent w momencie zgonu; informacja o powyższym musi znaleźć odzwierciedlenie w Historii choroby pacjenta, a w przypadku o którym mowa w pkt. 10 do dokumentacji załącza się sprzeciw.
- 12) Wniosek o odstąpienie od wykonania sekcji osoby innej niż przedstawiciel ustawowy osoby małoletniej bądź całkowicie ubezwłasnowolnionej nie ma podstaw prawnych.
- 13) Sprzeciw osoby dokonany za życia lub jej przedstawiciela ustawowego nie ma skutków prawnych w przypadkach:
  - a) określonych w Kodeksie postępowania karnego i Kodeksie karnym wykonawczym oraz aktach wykonawczych wydanych na ich podstawie;
  - b) gdy przyczyny zgonu nie można ustalić w sposób jednoznaczny;
  - c) określonych w przepisach o zapobieganiu oraz zwalczaniu chorób zakaźnych u ludzi.
- 14) O konieczności dokonania pochówku zwłok dziecka martwo urodzonego, w odniesieniu do którego najbliższa rodzina odmówiła dokonania pochówku, Szpital powiadamia Ośrodek Pomocy Społecznej właściwy dla lokalizacji Szpitala i przygotowuje zwłoki dziecka do pochówku, zamykając je w odpowiedniej trumnie dostarczonej do Zakładu Patomorfologii Szpitala.
- 15) W Szpitalu prowadzony jest **Rejestr zgonów** w oparciu o kartę „Zgłoszenia zgonu”.
25. Jeżeli zachodzi **potrzeba pobrania ze zwłok komórek, tkanek lub narządów**, Dyrektor ds. Medycznych lub upoważniony przez niego lekarz, może decydować o dokonaniu sekcji przed upływem 12 godzin, przy zachowaniu zasad i trybu przewidzianych w przepisach o pobieraniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów.
26. Spółka współpracuje z Centrum Organizacyjno – Koordynacyjnym ds. Transplantacji „Poltransplant”, w szczególności poprzez:
  - 1) dokonywanie wstępnej kwalifikacji potencjalnego dawcy i przeprowadzenie badań laboratoryjnych, w tym wirusologicznych, zgodności tkankowej, niezbędnych do oceny przydatności komórek, tkanek i narządów do przeszczepienia;
  - 2) niezwłoczne informowanie o każdym przypadku możliwości pobrania komórek, tkanek i narządów w celu przeszczepienia po stwierdzeniu śmierci mózgu, zgodnie z kryteriami określonymi przez Ministra Zdrowia w sprawie kryteriów i sposobów stwierdzania nieodwracalnego ustania czynności mózgu.
27. Lekarz zamierzający dokonać pobrania ze zwłok komórek, tkanek lub narządów, poprzez Koordynatora Regionalnego ustala istnienie wpisu w centralnym rejestrze sprzeciwów prowadzonym przez Centrum Organizacyjno – Koordynacyjnym ds. Transplantacji „Poltransplant”. Odpowiedź o istnieniu lub braku wpisu sprzeciwu w centralnym rejestrze sprzeciwów potwierdzana jest niezwłocznie.
28. Zadania Oddziału obejmują ponadto:

- 1) prowadzenie dydaktyki przed i podyplomowej,
- 2) organizację i prowadzenie szkoleń wewnętrznych personelu,
- 3) konsultacje we wszystkich Oddziałach Szpitala, w tym SOR – odpowiednio w poszczególnych lokalizacjach,
- 4) zapewnienie przez Ordynatora Oddziału – w przypadku nie powołania Kierownika poradni/pracowni – prawidłowego funkcjonowania oraz nadzór merytoryczny nad pracą poradni przyszpitalnych oraz pracowni funkcjonujących w strukturze organizacyjnej Oddziału.

### **Organizacja i przebieg procesu udzielania świadczeń w poradniach specjalistycznych**

#### **§ 40**

1. Poradnie specjalistyczne udzielają ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznej opieki zdrowotnej świadczeniobiorcom (pacjentom) nie wymagającym ich udzielenia w trybie stacjonarnym i całodobowym w pomieszczeniach Spółki lub w sytuacjach tego wymagających – w miejscu pobytu pacjenta i obejmują swoim zakresem badania diagnostyczne wykonywane w celu rozpoznania stanu zdrowia i ustalenia dalszego postępowania leczniczego lub rehabilitacyjnego. W uzasadnionych przypadkach świadczenia mogą być udzielane w formie **teleporad**, informacja o udzieleniu świadczenia w tej formie winna znaleźć odzwierciedlenie w dokumentacji medycznej pacjenta.
2. Zakres realizowanych przez poradnie specjalistyczne świadczeń określają w szczególności umowy zawarte z NFZ oraz określona materiałami informacyjnymi NFZ charakterystyka ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych. Spółka realizuje świadczenia ambulatoryjnej opieki specjalistycznej także w zakresach nie objętych umową z NFZ, w zakresie i cenach określonych Cennikiem Spółki.
3. Świadczenia realizowane w oparciu o umowę z NFZ udzielane są w poradniach specjalistycznych na podstawie skierowania lekarza ubezpieczenia zdrowotnego chyba, że przepisy stanowią inaczej; **skierowanie nie jest wymagane** od:
  - 1) inwalidów wojennych i wojskowych, osób represjonowanych oraz kombatantów,
  - 2) cywilnych niewidomych ofiar działań wojennych,
  - 3) uprawnionego żołnierza lub pracownika w zakresie leczenia urazów lub chorób nabytych podczas wykonywania zadań poza granicami państwa,
  - 4) weterana poszkodowanego – w zakresie leczenia urazów i chorób nabytych podczas wykonywania zadań poza granicami państwa,
  - 5) świadczeniobiorcy posiadającego aktualne orzeczenia o znacznym stopniu niepełnosprawności,
  - 6) świadczeniobiorcy do 18 r.ż. posiadającego zaświadczenie o stwierdzonym ciężkim nieodwracalnym upośledzeniu albo nieuleczalnej chorobie zagrażającej życiu, które powstały w prenatalnym okresie rozwoju dziecka lub czasie porodu,
  - 7) osoby deportowanej do pracy przymusowej lub osadzone w obozie pracy przez III Rzeszę lub ZSRR,
  - 8) żołnierza zastępczej służby wojskowej przymusowo zatrudnionego w kopalniach węgla, kamieniołomach, zakładach rud uranu i batalionach budowlanych,
  - 9) osób zakażonych wirusem HIV i chorych na gruźlicę,
 z wyłączeniem badań diagnostycznych kosztochłonnych i świadczeń z zakresu rehabilitacji.
4. W stanach nagłych świadczenia zdrowotne w poradniach specjalistycznych udzielane są bez wymaganego skierowania; powyższe wymaga odnotowania w dokumentacji pacjenta.



5. Ambulatoryjne świadczenia specjalistyczne udzielone świadczeniobiorcy bez wymaganego skierowania lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, opłaca świadczeniobiorca.
6. Lekarz kierujący pacjenta do poradni specjalistycznej obowiązany jest dołączyć do skierowania wyniki niezbędnych badań diagnostycznych, zgodnie z rozpoznaniem schorzeniem, aktualną wiedzą i praktyką medyczną, umożliwiające potwierdzenie wstępnego rozpoznania.
7. Świadczeniodawca jest zobowiązany do weryfikacji prawa świadczeniobiorcy do uzyskania świadczeń na podstawie karty ubezpieczenia zdrowotnego lub innego dokumentu, który potwierdza uprawnienia do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.
8. Przyjęcia pacjentów w poszczególnych poradniach specjalistycznych odbywają się w dniach i godzinach określonych harmonogramem pracy każdej poradni, umieszczonym w miejscu ogólnie dostępnym, bez zbędnej zwłoki, a w sytuacjach gdy jest to niemożliwe- na podstawie list oczekujących. Ustalanie terminów wizyt następuje poprzez zgłoszenie osobiste, telefoniczne lub poprzez osoby trzecie; brak wskazań lub możliwości realizacji świadczenia w dniu zgłoszenia, za zgodą pacjenta powoduje wpisanie na listę oczekujących na udzielenie świadczenia. Rejestracji do poradni można dokonywać również drogą elektroniczną.
9. Historię zdrowia i choroby zakłada się przy udzielaniu świadczenia zdrowotnego po raz pierwszy, pacjentowi dotychczas niezarejestrowanemu ; kolejne wizyty pacjenta odnotowuje się w w/w dokumentacji medycznej w porządku chronologicznym, czytelnie, w zakresie określonym odrębnymi przepisami w szczególności z określeniem kodu rozpoznania zasadniczego ICD-10 oraz kodów istotnych procedur medycznych ICD-9.  
W historii zdrowia i choroby odnotowuje się szczególne uprawnienia do świadczeń wraz z numerem dokumentu potwierdzającego przysługujące uprawnienie, potwierdzoną podpisem pacjenta lub przedstawiciela ustawowego informację dotyczącą wskazanej z imienia i nazwiska osoby uprawnionej do uzyskiwania informacji o stanie zdrowia pacjenta bądź oświadczenia o braku takiego uprawnienia oraz osoby wskazanej z imienia i nazwiska upoważnionej do uzyskiwania dokumentacji bądź oświadczenie o braku takiego upoważnienia.  
Złożenie w/w oświadczeń woli jest niezbędne w sytuacji braku ich złożenia za pośrednictwem Internetowego Konta Pacjenta (IKP).
10. Świadczenia realizowane w poradniach specjalistycznych obejmują w szczególności:
  - 1) badanie lekarskie – podmiotowe i przedmiotowe, zakończone postawieniem diagnozy wstępnej luostatecznego rozpoznania,
  - 2) udzielanie lub zlecanie niezbędnych świadczeń diagnostycznych, terapeutycznych, rehabilitacyjnych, ordynowanie koniecznych leków, zlecanie zaopatrzenia w wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi oraz środkami pomocniczymi,
  - 3) kierowanie na konsultacje specjalistyczne, leczenie szpitalne, leczenie uzdrowiskowe, rehabilitację leczniczą,
  - 4) zlecanie transportu sanitarnego w wymaganym zakresie i na warunkach określonych odrębnymi przepisami,
  - 5) orzekanie o stanie zdrowia,
  - 6) edukację, promocję zdrowia, badania profilaktyczne.
11. Lekarz leczący pacjenta w poradni specjalistycznej obowiązany jest do pisemnego informowania lekarza kierującego/lekarza POZ o rozpoznaniu, sposobie leczenia, rokowaniu, ordynowanych lekach, w tym czasokresie ich stosowania oraz dawkowaniu, a także wyznaczanych wizytach kontrolnych; powyższe wymagane jest szczególnie w sytuacji przekazania pacjenta do dalszego leczenia w POZ lub innej poradni specjalistycznej.

12. Świadczeniobiorca korzystający ze świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych ma prawo wyboru świadczeniodawcy udzielającego świadczeń ambulatoryjnej specjalistycznej opieki zdrowotnej spośród świadczeniodawców, którzy zawarli umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z NFZ.
13. Spółka realizuje świadczenia ambulatoryjnej opieki specjalistycznej odpłatnie w oparciu o indywidualne umowy, a także w sytuacji braku kontraktu z NFZ w określonym zakresie świadczeń oraz świadczenia nie będące stanami nagłymi wymagającymi skierowania, zgodnie z aktualnym Cennikiem Spółki. Decyzję o skorzystaniu ze świadczeń odpłatnie podejmuje pacjent/jego przedstawiciel ustawowy. Potwierdzenie decyzji pacjenta/przedstawiciela ustawowego o skorzystaniu ze świadczenia odpłatnie musi znaleźć odzwierciedlenie w indywidualnej dokumentacji medycznej pacjenta.

## Organizacja i przebieg procesu udzielania świadczeń w Podstawowej Opiece Zdrowotnej

### § 41

1. Spółka realizuje świadczenia w rodzaju: podstawowa opieka zdrowotna w zakresach:
  - 1) świadczenia lekarza POZ, w tym porady patronażowe oraz badania bilansowe,
  - 2) świadczenia pielęgniarki POZ,
  - 3) świadczenia położnej POZ, w tym świadczenia z zakresu poradnictwa laktacyjnego oraz profilaktyki i promocji zdrowia rodziny.
  - 4) świadczenia medycznej diagnostyki laboratoryjnej, diagnostyki obrazowej i nie obrazowej określone wykazem świadczeń pozostających w kompetencji lekarza POZ,
  - 5) szczepienia ochronne realizowane zgodnie z zasadami określonymi w przepisach o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi,
  - 6) świadczenia Nocnej i Świątecznej Opieki Zdrowotnej,
  - 7) świadczenia POZ oraz NŚOZ mogą być udzielane w formie **teleporad**; informacja o udzieleniu świadczenia w tej formie winna znaleźć odzwierciedlenie w dokumentacji medycznej pacjenta.
2. Świadczenia w rodzaju POZ udzielane są:
  - 1) osobom znajdującym się na listach świadczeniobiorców, w oparciu o złożone deklaracje wyboru;
  - 2) ubezpieczonym nie znajdującym się na liście świadczeniobiorców w przypadkach uzasadnionych medycznie, w szczególności nagłego pogorszenia stanu zdrowia;
  - 3) uprawnionym – w oparciu o przepisy ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.
3. Deklaracje wyboru: lekarza POZ, pielęgniarki POZ, położnej POZ, udzielających świadczeń w Spółce przyjmowane są na bieżąco. Każdorazowo przed przyjęciem deklaracji wyboru oraz przy udzielaniu świadczeń obowiązkiem świadczeniodawcy jest potwierdzenie uprawnień świadczeniobiorcy.
4. Świadczenia lekarza udzielane są w oparciu o Poradnię Lekarza POZ od poniedziałku do piątku w godzinach 8:00- 18:00 za wyjątkiem dni ustawowo wolnych od pracy, w zespołach zakładów i poradni –we właściwych lokalizacjach Spółki oraz w przypadkach uzasadnionych medycznie – w domu/miejscu pobytu świadczeniobiorcy.
5. W przypadkach uzasadnionych stanem zdrowia świadczeniobiorcy, świadczenie udzielane jest w dniu zgłoszenia, zgodnie z harmonogramem pracy świadczeniodawcy, w przypadkach innych- w terminie uzgodnionym ze świadczeniobiorcą.

6. Gabinet zabiegowy POZ – wraz z gabinetem szczepień – dostępny jest od poniedziałku do piątku z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy w celu realizacji zabiegów i procedur diagnostyczno—terapeutycznych w trakcie udzielania porady lekarskiej i wynikających z udzielonej przez lekarza porady; raz w tygodniu także po godzinie 15:00.
7. Świadczenia Nocnej i Świątecznej Opieki Zdrowotnej obejmują:
  - 1) poradę lekarską udzielaną w warunkach ambulatoryjnych w bezpośrednim kontakcie ze świadczeniobiorcą lub telefonicznie, a w przypadkach uzasadnionych stanem zdrowia świadczeniobiorcy – w miejscu jego zamieszkania/pobytu;
  - 2) świadczenia udzielane przez pielęgniarkę w warunkach ambulatoryjnych lub w miejscu zamieszkania świadczeniobiorcy, zlecone przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, wynikające z potrzeby zachowania ciągłości leczenia lub pielęgnacji oraz świadczenia doraźne, wynikające z porady, o której mowa ppkt. 1
8. Świadczenia położnych POZ udzielane są w Poradni Położnej POZ i obejmują świadczenia realizowane w oparciu o kontrakt z NFZ oraz świadczenia komercyjne.

### **Organizacja i przebieg procesu udzielania świadczeń z zakresu ratownictwa medycznego**

#### **§ 42**

1. Świadczenia w zakresie ratownictwa medycznego Spółka realizuje poprzez zapewnienie ich realizacji w Szpitalnych Oddziałach Ratunkowych (**SOR**) – w lokalizacjach: Szpital św. Wincentego a Paulo i Szpital Specjalistyczny im. F. Ceynowy w Wejherowie oraz Zespołów Ratownictwa Medycznego (**ZRM**) w lokalizacji w Wejherowie.
2. Zadania i organizacja udzielania świadczeń w Oddziałach Ratunkowych (SOR) – jednostce systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne – funkcjonujących w Spółce:
  - 1) **SOR** jest komórką organizacyjną Szpitala działająca w ramach systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego w oparciu o przepisy Ustawy z dnia 08.09.2006 r. *o Państwowym Ratownictwie Medycznym* oraz wydane w oparciu o powyższe przepisy wykonawcze.
  - 2) W strukturze SOR działają – w lokalizacji w Wejherowie - Zespoły Ratownictwa Medycznego (ZRM).
  - 3) SOR udziela świadczeń zdrowotnych osobom w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego polegającego na nagłym lub przewidywanym w krótkim czasie pojawieniem się objawów pogorszenia zdrowia, którego bezpośrednim następstwem może być poważne uszkodzenie funkcji organizmu, uszkodzenie ciała lub utrata życia, wymagającym podjęcia natychmiastowych medycznych czynności ratunkowych i leczenia.
  - 4) SOR udziela świadczeń opieki zdrowotnej polegającej na wstępnej diagnostyce oraz podjęciu leczenia w zakresie niezbędnym dla stabilizacji funkcji życiowych osób, które znajdują się w stanach nagłego zagrożenia zdrowotnego, w oparciu o segregację pacjentów i określenie priorytetu pacjentów trafiających na SOR.
  - 5) Organizacja udzielania świadczeń w zakresie ratownictwa medycznego:  
**SOR** – w oddziale całodobowo przebywa co najmniej jeden lekarz będący lekarzem systemu- oraz lekarze w liczbie niezbędnej dla zabezpieczenia prawidłowego funkcjonowania Oddziału. W sytuacjach awaryjnych lekarzami udzielającymi świadczeń pacjentom SOR mogą być lekarze zatrudnieni w Oddziałach Szpitala wyspecjalizowanych w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego oraz lekarze NiŚOZ.
  - 6) Ordynator SOR, a w czasie nieobecności Ordynatora – lekarz wskazany przez Ordynatora koordynuje pracę Oddziału w systemie całodobowym.

- 7) Każda osoba dowożona lub zgłaszająca się do SOR podlega segregacji medycznej ( *triage* ), której wyniki są dokumentowane w karcie segregacji medycznej( KSM ) zgodnie z algorytmem Emergency Severity Index ( ESI ) w oparciu o TOPSOR.
- 8) Pojęcie działań w odniesieniu do osób dowożonych lub zgłaszających się do SOR odbywa się w oparciu o przydzieloną kategorię, zróżnicowaną pod względem stopnia pilności udzielania świadczeń zdrowotnych.
- Kolor **CZERWONY** - natychmiastowy kontakt z lekarzem ( ESI-1 )
  - Kolor POMARAŃCZOWY – czas oczekiwania na pierwszy kontakt z lekarzem **do 10 minut** ( ESI-2 )
  - Kolor **ŻÓŁTY** - czas oczekiwania na pierwszy kontakt z lekarzem **do 60 minut** ( ESI-3 )
  - Kolor **ZIELONY** - czas oczekiwania na pierwszy kontakt z lekarzem **do 120 minut** ( ESI-4 )
  - Kolor **NIEBIESKI** - czas oczekiwania na pierwszy kontakt z lekarzem **do 240 minut** ( ESI-5 )
- 9) Osoby o przydzielonej kategorii pilności oznaczonej kolorem **zielonym lub niebieskim** mogą być kierowane do placówek POZ, w tym, NiŚOZ:
- a) decyzję o przekierowaniu pacjenta z kategorią pilności zieloną lub niebieską podejmuje Ordynator SOR lub lekarz dyżurny wskazany przez Ordynatora;
  - b) decyzja, o której mowa w ppkt. a) musi znaleźć odzwierciedlenie w dokumentacji medycznej pacjenta;
  - c) Karta informacyjna wydawana pacjentowi zawiera informację o braku wskazań do realizacji świadczenia w SOR z zaleceniem kontaktu z lekarzem POZ lub NiŚOZ.
- 10) Pacjenci SOR pozostają pod opieką pielęgniarki systemu, ratownika medycznego lub lekarza systemu i w razie potrzeby poddawani są ocenie ich stanu klinicznego.
- 11) Czas realizacji świadczeń w SOR jest odnotowywany w dokumentacji medycznej oraz w TOPSOR. Czas oczekiwania pacjenta na realizację wymaganego transportu sanitarnego nie jest czasem realizacji świadczeń w SOR.
- 12) Zadania i uprawnienia Ordynatora SOR lub lekarza dyżurnego SOR obejmują w szczególności:
- a) udzielanie świadczeń zdrowotnych w SOR;
  - b) kierowanie pacjentów na leczenie do innych Oddziałów Szpitala, w którym funkcjonuje SOR;
  - c) odmowę przyjęcia w SOR osoby nie będącej w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego;
  - d) potwierdzenie lub wystawienie skierowań pacjentom SOR wymagających leczenia w innym Szpitalu;
  - e) wystawianie zleceń na transport lotniczy.
- 13) Maksymalny czas na podjęcie decyzji:
- a) przez Ordynatora SOR lub lekarza dyżurnego SOR – o skierowaniu pacjenta SOR na dalsze leczenie w Oddziale Szpitala, w którym funkcjonuje SOR – **do 24 godzin**;
  - b) przez lekarza oddziału właściwego ze względu na problem zdrowotny pacjenta – do 6 godzin; nie przejście pacjenta z SOR po upływie 6 h skutkuje formalnym przeniesieniem ( założenie historii choroby w ruchu międzyoddziałowym ) do właściwego oddziału, a w przypadku braku miejsc w wymaganym oddziale, podjęciem przez lekarza SOR decyzji o fizycznym umieszczeniu pacjenta w innym oddziale Szpitala dysponującym wolnymi miejscami, w którym opiekę nad pacjentem sprawuje personel oddziału, do którego formalnie przeniesiono pacjenta.

3. W odniesieniu do pacjenta wymagającego dalszego leczenia w innym oddziale Szpitala, Historia choroby SOR stanowi integralną część Historii choroby leczenia szpitalnego.
4. Pacjent wymagający podjęcia leczenia w innej placówce otrzymuje Kartę informacyjną SOR oraz skierowanie do odpowiedniej placówki; w przypadku wymagającym natychmiastowego podjęcia leczenia wraz ze zleceniem na odpowiedni transport sanitarny lub medyczny - w sytuacji wymagającej transportu.
5. Przy realizacji świadczeń z zakresu ratownictwa medycznego Spółka wykorzystuje lądowiska dla śmigłowców; lądowisko w Wejherowie zlokalizowane w odległości **394m** do wjazdu do SOR – czas transportu **nie przekracza 2 min.**
6. Do **zadań Zespołów Ratownictwa Medycznego** należy podejmowanie niezbędnych czynności ratunkowych w warunkach pozaszpitalnych, w razie wypadku, urazu, porodu, nagłego zachorowania lub nagłego pogorszenia stanu zdrowia, powodującego zagrożenie życia. ZRM transportuje osobę w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego do najbliższego, pod względem czasu dotarcia SOR lub do szpitala wskazanego przez dyspozytora medycznego lub lekarza koordynatora ratownictwa medycznego.  
ZRM prowadzą dokumentację medyczną realizowanych świadczeń:
  - 1) Karta zlecenia wyjazdu Zespołu Ratownictwa Medycznego,
  - 2) Karta medycznych czynności ratunkowych.
7. W przypadku realizacji świadczeń w odniesieniu do osób z zaburzeniami psychicznymi, wymagającymi zastosowania przymusu bezpośredniego- *Kartę zastosowania przymusu bezpośredniego wobec osoby, której pomocy udziela ZRM wraz z Kartą medycznych czynności ratunkowych* należy w ciągu 3 dni przestać (za pośrednictwem Sekretariatu Szpitala) upoważnionemu przez Marszałka Województwa lekarzowi – specjalście w dziedzinie psychiatrii. Przekazaną zwrótnie dokumentację Koordynator ZRM dołącza do dokumentacji medycznej pacjenta.

### **Organizacja i przebieg procesu udzielania świadczeń z zakresu rehabilitacji leczniczej**

#### **§ 43**

1. Świadczenia opieki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji obejmują kompleksowe postępowanie mające na celu przywrócenie pełnej lub możliwej do osiągnięcia sprawności fizycznej i psychicznej, zdolności do pracy oraz czynnego udziału w życiu społecznym – poprawę jakości życia.
2. W zakładach leczniczych i jednostkach organizacyjnych Szpitali Pomorskich Sp. z o.o. w/w świadczenia realizowane są:
  - 1) w trybie ambulatoryjnym – rehabilitacja ogólnoustrojowa,
  - 2) w warunkach domowych – rehabilitacja ogólnoustrojowa – udzielana jest świadczeniobiorcom, którzy ze względu na brak możliwości samodzielnego poruszania się nie mogą dotrzeć do świadczeniodawcy realizującego świadczenia w trybie ambulatoryjnym lub ośrodka dziennego, a nie wymagają rehabilitacji w warunkach stacjonarnych, spełniającym warunki określone odrębnymi przepisami.
  - 3) w ośrodku dziennym- rehabilitacja ogólnoustrojowa,
  - 4) w warunkach stacjonarnych- rehabilitacja kardiologiczna i rehabilitacja neurologiczna.

3. Świadczenia rehabilitacyjne udzielane są również pacjentom Spółki wymagającym rehabilitacji i wsparcia psychologicznego w trakcie hospitalizacji oraz leczenia w trybie dziennym i ambulatoryjnym.
4. Skierowanie wystawione przez lekarza na cykl zabiegów – fizjoterapia ambulatoryjna – świadczeniobiorca jest obowiązany zarejestrować w wybranym gabinecie, zakładzie rehabilitacji nie później niż 30 dni od dnia jego wystawienia.

### **Świadczenie opiekuńczo – lecznicze**

#### **§ 44**

1. Świadczenia opiekuńczo – lecznicze udzielane są pacjentom powyżej 18 r. ż. wymagającym ze względu na stan zdrowia całodobowych świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych, rehabilitacyjnych oraz kontynuacji leczenia, a nie wymagają hospitalizacji na oddziale szpitalnym.
2. Zakres świadczeń realizowanych w odniesieniu do pacjentów ZOL obejmuje:
  - 1) świadczenia lekarza POZ Spółki oraz konsultacje specjalistyczne w dziedzinach medycyny reprezentowanych w Spółce,
  - 2) świadczenia pielęgnacyjne realizowane przez personel pielęgniarstwa,
  - 3) rehabilitację ogólną w podstawowym zakresie prowadzoną w celu zmniejszenia skutków upośledzenia ruchowego oraz usprawnienia ruchowego,
  - 4) niezbędną diagnostykę,
  - 5) leczenie farmakologiczne, dietetyczne, zaopatrzenie w wyroby medyczne stosowane przy udzielaniu świadczeń w zakładzie opiekuńczym.
3. Świadczenia ZOL Spółki udzielane są w pierwszej kolejności pacjentom hospitalizowanym w Szpitalach Pomorskich.

### **Postępowanie z rzeczami wartościowymi pacjenta**

#### **§ 45**

1. Pacjent przyjęty w poczet hospitalizowanych w Szpitalu ma prawo do przechowywania rzeczy wartościowych w depozycie; koszty powyższego ponosi Spółka.
2. Potwierdzeniem przyjęcia rzeczy wartościowych oddawanych do depozytu Spółki jest Karta depozytowa, zakładana w szczególności przez pielęgniarkę Izby Przyjęć, SOR bądź pielęgniarkę/położną innego Oddziału Szpitala, w trzech egzemplarzach; o ile to możliwe podpisana przez pacjenta.
3. Rzeczy wartościowe przechowywane są w depozycie, gdzie zostają zabezpieczone do czasu odebrania przez pacjenta, osobę przez pacjenta upoważnioną lub spadkobiercę.
4. Każdy Szpital prowadzi Księgę depozytów. Rzeczy w depozycie przechowywane są w opakowaniu trwale zamkniętym, oznaczonym nadrukiem, naklejką lub pieczęcią Szpitala zawierającą: nazwę zakładu, jego adres, NIP, nr telefonu oraz numer, pod którym depozyt zapisany został w Księdze depozytów.

## **ROZDZIAŁ IX**

**§ 46**

1. Spółka prowadzi, przechowuje lub w oparciu o umowy powierza przechowywanie i udostępnia dokumentację medyczną zgodnie z aktualnie obowiązującymi przepisami.
2. Spółka zapewnia ochronę danych zawartych w dokumentacji medycznej.
3. Pacjent ma prawo dostępu do dokumentacji medycznej dotyczącej jego stanu zdrowia oraz udzielonych mu świadczeń zdrowotnych.
4. Spółka udostępnia dokumentację medyczną:
  - 1) do wglądu w siedzibie Spółki, z zapewnieniem możliwości sporządzania notatek lub zdjęć;
  - 2) poprzez sporządzanie jej wyciągów, odpisów, kopii, na elektronicznym nośniku danych bądź za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej, dokumentacja medyczna sporządzona w formie papierowej nie podlega udostępnieniu poprzez jej odwzorowanie cyfrowe (skan).
  - 3) w uzasadnionych przypadkach – poprzez wydanie oryginału za pokwitowaniem/potwierdzeniem odbioru z zastrzeżeniem zwrotu po wykorzystaniu. Oryginał dokumentacji medycznej wydawany jest na żądanie organów władzy publicznej albo sądów powszechnych, a także w przypadku, gdy zwłoka w wydaniu dokumentacji mogłaby spowodować zagrożenie życia lub zdrowia pacjenta. Pacjent jest podmiotem uprawnionym do uzyskiwania oryginału swojej dokumentacji medycznej.
5. Udostępnianie dokumentacji na zewnątrz następuje: za pośrednictwem Działu Dokumentacji Medycznej i Archiwum.
6. Za sporządzenie wyciągów, odpisów, kopii lub wydruków bądź udostępnianie danych na informatycznym nośniku danych Spółka pobiera opłatę, której wysokość określana jest w Cenniku Spółki, na podstawie art. 28 ustawy o *prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta* (up), w oparciu o ogłoszone przez Prezesa GUS w Dzienniku Urzędowym „Monitor Polski” przeciętne wynagrodzenie w poprzednim kwartale.
7. Spółka nie pobiera opłaty:
  - 1) za kopie dokumentacji medycznej dotyczącej diagnostyki lub leczenia onkologicznego świadczeniobiorcy posiadającego Kartę Diagnostyki i Leczenia Onkologicznego (DiLO) stanowiącej załącznik Karty DiLO,
  - 2) za udostępnianie dokumentacji medycznej w związku z postępowaniem przed Wojewódzką Komisją ds. Orzekania o Zdarzeniach Medycznych,
  - 3) za pierwsze udostępnienie dokumentacji we wskazanym zakresie, wyłącznie na wniosek pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego.
8. Spółka udostępnia dokumentację medyczną pacjentowi lub jego przedstawicielowi ustawowemu bądź osobie wskazanej przez pacjenta oraz innym podmiotom wskazanym w up:
  - 1) podmiotom udzielającym świadczeń zdrowotnych, jeżeli dokumentacja ta jest niezbędna do zapewnienia ciągłości świadczeń zdrowotnych;
  - 2) organom władzy publicznej, w tym Rzecznikowi Praw Pacjenta, NFZ, organom samorządu zawodów medycznych oraz konsultantom krajowymi i wojewódzkim, w zakresie niezbędnym do wykonywania przez te podmioty ich zadań, w szczególności kontroli i nadzoru;
  - 3) wojewodom, konsultantom krajowym, jednostkom organizacyjnym podległym lub nadzorowanym przez ministra, organom samorządów zawodów medycznych, medycznym towarzystwom naukowym, uczelniom medycznym, instytutom badawczym, specjalistom

- z poszczególnych dziedzin medycyny – celem realizacji kontroli zleconej przez Ministra Zdrowia;
- 4) ministrowi właściwemu ds. zdrowia, sądom w tym sądom dyscyplinarnym, prokuratorom, lekarzom sądowym i rzecznikom odpowiedzialności zawodowej w związku z prowadzonym postępowaniem;
  - 5) uprawnionym na mocy odrębnych ustaw organom i instytucjom, jeżeli badanie zostało przeprowadzone na ich wniosek;
  - 6) organom rentowym oraz zespołom ds. orzekania o niepełnosprawności, w związku z prowadzonym przez nie postępowaniem;
  - 7) podmiotom prowadzącym rejestry usług medycznych, w zakresie niezbędnym do prowadzenia rejestrów;
  - 8) zakładom ubezpieczeń, za zgodą pacjenta;
  - 9) komisjom lekarskim podległym ministrowi właściwemu ds. wewnętrznych, wojskowym komisjom lekarskim, komisjom lekarskim Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego lub Agencji Wywiadu, podległym szefom właściwych Agencji;
  - 10) lekarzowi, pielęgniarce, położnej, w związku z prowadzeniem procedury oceniającej podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych na podstawie przepisów o akredytacji w ochronie zdrowia, w zakresie niezbędnym do jej przeprowadzenia;
  - 11) wojewódzkiej komisji ds. orzekania o zdarzeniach medycznych, w zakresie prowadzonego postępowania;
  - 12) spadkobiercom w zakresie prowadzonego postępowania przed wojewódzką komisją ds. orzekania o zdarzeniach medycznych;
  - 13) osobom wykonującym czynności kontrolne na podstawie art. 39 ust. 1 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. *o systemie informacji w ochronie zdrowia*, w zakresie niezbędnym do ich przeprowadzenia;
  - 14) Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w zakresie niezbędnym do wykonywania przez nią zadań oraz Agencji badań Medycznych.
9. Dokumentacja medyczna może być udostępniona szkole wyższej lub instytutowi badawczemu do wykorzystania w celach naukowych, bez ujawniania nazwiska i innych danych umożliwiających identyfikację osoby, której dokumentacja dotyczy.
10. Po śmierci pacjenta dokumentacja medyczna może być udostępniana osobie upoważnionej przez pacjenta za życia lub osobie, która w chwili zgonu pacjenta była jego przedstawicielem ustawowym.

Dokumentacja medyczna udostępniana jest także osobie bliskiej, chyba, że udostępnieniu sprzeciwi się inna osoba bliska lub sprzeciwił się sam pacjent za życia. Sprzeciw może być przełamany w dwóch sytuacjach:

- 1) w celu dochodzenia odszkodowania lub zadośćuczynienia z tytułu śmierci pacjenta,
- 2) dla ochrony życia lub zdrowia osoby bliskiej.

O powyższym decyduje sąd w postępowaniu nieprocesowym (na wniosek osoby bliskiej).

11. Przechowywanie dokumentacji medycznej – 20 lat licząc od końca roku kalendarzowego, w którym dokonano ostatniego wpisu za wyjątkiem:
- 1) 30 lat – w przypadku zgonu pacjenta oraz leczenia krwią i/lub preparatami krwiopochodnymi;
  - 2) 22 lata- dotyczy dokumentacji medycznej dzieci do ukończenia 2-go roku życia;
  - 3) 10 lat – zdjęcia RTG przechowywane poza dokumentacją medyczną pacjenta;
  - 4) 5 lat – skierowania na badania lub zlecenia lekarza.



Po upływie w/w okresów Spółka niszczy dokumentację medyczną w sposób uniemożliwiający identyfikację pacjenta, którego dotyczyła.

12. Po upływie okresów, o których mowa w pkt. 11 do postępowania z dokumentacją medyczną będącą materiałem archiwalnym w rozumieniu przepisów ustawy o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach, stosuje się przepisy tej ustawy.

## **ROZDZIAŁ X**

### **Organizacja procesu udzielania świadczeń zdrowotnych w przypadku pobierania opłat**

#### **§ 47**

1. Spółka udziela świadczeń zdrowotnych nieodpłatnie, za częściową odpłatnością i odpłatnie.
2. Świadczenia zdrowotne finansowane ze środków publicznych (świadczenia zdrowotne nieodpłatne) udzielane są osobom ubezpieczonym w Narodowym Funduszu Zdrowia bądź innym osobom uprawnionym, na podstawie umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych zawartych między Spółką a POW NFZ.
3. Za udzielone świadczenia zdrowotne inne niż finansowane ze środków publicznych (świadczenia zdrowotne odpłatne) pacjenci wnoszą opłaty zgodnie z aktualnym Cennikiem Spółki.
4. Cennik Spółki podlega okresowej aktualizacji.
5. Udzielanie świadczeń zdrowotnych odpłatnych, w szczególności komercyjnych organizowane jest w taki sposób, aby nie ograniczać dostępności świadczeń finansowanych ze środków publicznych, w sposób zapewniający poszanowanie zasady sprawiedliwego, równego, niedyskryminującego i przejrzystego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej oraz zgodnie z kryteriami medycznymi.
6. Udzielanie świadczeń zdrowotnych odpłatnych pozostaje bez wpływu na kolejność pozycji na prowadzonych przez Spółkę listach oczekujących na udzielanie świadczenia finansowego ze środków publicznych.
7. Świadczenia zdrowotne odpłatne realizowane są w miarę możliwości w dniu zgłoszenia lub w innym terminie uzgodnionym z pacjentem, według ustalonej kolejności w dniach i godzinach ich udzielania.
8. Pacjent ma prawo do pełnej informacji dotyczącej jego prawa do uzyskania świadczenia finansowanego ze środków publicznych oraz warunków uzyskania takiego świadczenia.
9. Spółka nie może odmówić udzielenia świadczenia zdrowotnego osobie, która potrzebuje natychmiastowego udzielenia świadczenia ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia.

## **Rozdział XI**

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

#### **§ 48**

Wysokość opłat za udzielane świadczenia zdrowotne inne niż finansowane ze środków publicznych określa Załącznik nr 3 do niniejszego Regulaminu Organizacyjnego.

## **Rozdział XII**

### **Wysokość opłaty za przechowywanie zwłok pacjenta w przypadku, o którym mowa w art. 24 ust. 1 pkt 11 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej**

#### **§ 49**

1. Za przechowywanie zwłok pacjenta przez okres dłuższy niż przez 72 godziny, licząc od godziny, w której nastąpiła śmierć pacjenta, pobiera się opłatę od: osób lub instytucji uprawnionych do pochowania zwłok na podstawie ustawy z dnia 31 stycznia 1959 r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych oraz podmiotów, na zlecenie których przechowuje się zwłoki w związku z toczącym się postępowaniem karnym.
2. Wysokość opłaty o której mowa w ust. 1 określa Cennik.
3. W przypadku, gdy uprawnione osoby lub instytucje nie dokonają pochowania zwłok, obowiązek ich pochowania spoczywa na gminie. W takiej sytuacji opłata za przechowywanie zwłok pacjenta, w wysokości określonej w ust. 2, pobierana jest od gminy za okres przypadający po upływie 3 dni od dnia powiadomienia gminy o konieczności dokonania pochówku w związku z nie pochowaniem ich przez inne uprawnione osoby lub instytucje.

## **Rozdział XIII**

### **Postanowienia końcowe**

#### **§ 50**

1. Procedury organizacyjno-administracyjne dotyczące funkcjonowania Spółki, nie ujęte w Regulaminie Organizacyjnym, określone zostały w odrębnych aktach wewnętrznych Spółki.
2. Zmiany niniejszego Regulaminu organizacyjnego albo ustalenie nowego Regulaminu organizacyjnego są dokonywane w formie uchwały Zarządu, wymagającej zatwierdzenia przez Radę Nadzorczą w formie uchwały.

#### **§ 51**

Niniejszy Regulamin organizacyjny wchodzi w życie z dniem zatwierdzenia przez Radę Nadzorczą Spółki.

#### **Załączniki do Regulaminu organizacyjnego:**

- |             |   |
|-------------|---|
| <b>Nr 1</b> | Schemat organizacyjny Spółki.   |
| <b>Nr 2</b> | Cennik opłat za udostępnienie dokumentacji medycznej.   |
| <b>Nr 3</b> | Wysokość opłat za udzielane świadczenia zdrowotne inne niż finansowane ze środków publicznych.  |
| <b>Nr 4</b> | Zadania komórek organizacyjnych Szpitala Morskiego im. PCK w Gdyni, ul. Powstania Styczniowego 1 oraz Zespołu Zakładów i Poradni przy Szpitalu Morskim im. PCK.                                 |
| <b>Nr 5</b> | Zadania komórek organizacyjnych Szpitala im. Św. Wincentego a Paulo w Gdyni, ul. Wójta Radtkego 1 oraz Zespołu Zakładów i Poradni przy Szpitalu im. Św. Wincentego a Paulo.                     |
| <b>Nr 6</b> | Zadania komórek organizacyjnych Szpitala Specjalistycznego im. F. Ceynowy w Wejherowie. ul. dr A. Jagalskiego 10 oraz Zespołu Zakładów i Poradni przy Szpitalu Specjalistycznym im. F. Ceynowy. |
| <b>Nr 7</b> | Zadania komórek organizacyjnych oraz Zespołu Zakładów i Poradni Centrum Medyczne Smoluchowskiego w Gdańsku, ul. Smoluchowskiego 18.   |