

Załącznik do zarządzenia Nr 48/2024  
Dyrektora Wojewódzkiego Szpitala Dziecięcego  
im. Józefa Brudzińskiego w Bydgoszczy  
z dnia 01.08.2024 r.

*Miłość i służba nadają sens naszemu życiu i czynią je  
pięknym, ponieważ wiemy, czemu i komu je poświęcamy.*

św. Jan Paweł II  
Patron Województwa Kujawsko-Pomorskiego



## **Regulamin organizacyjny**

**Wojewódzkiego Szpitala Dziecięcego  
im. Józefa Brudzińskiego  
w Bydgoszczy**

(obowiązujący od dnia 01.10.2024 r.)



## SPIS TREŚCI

1. Postanowienia ogólne.	str. 3
2. Nazwa, cele i zadania Szpitala.	str. 4
3. Rodzaj działalności leczniczej oraz zakres i miejsca udzielanych świadczeń zdrowotnych.	str. 5
4. Kierownictwo Wojewódzkiego Szpitala Dziecięcego w Bydgoszczy.	str. 6
5. Struktura organizacyjna Wojewódzkiego Szpitala Dziecięcego w Bydgoszczy.	str. 15
6. Organizacja, sposób kierowania i zadania poszczególnych jednostek i komórek organizacyjnych Szpitala.	str. 15
7. Przebieg procesu udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie leczenia stacjonarnego.	str. 25
8. Przebieg procesu udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie leczenia ambulatoryjnego.	str. 28
9. Przebieg procesu udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie rehabilitacji.	str. 31
10. Przebieg procesu udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie opieki nocnej i świątecznej.	str. 31
11. Warunki współdziałania między jednostkami i komórkami organizacyjnymi Wojewódzkiego Szpitala Dziecięcego w Bydgoszczy.	str. 32
12. Warunki współdziałania jednostek i komórek organizacyjnych Szpitala z innymi podmiotami wykonującymi działalność leczniczą.	str. 32
13. Zasady przyjmowania i załatwiania skarg i wniosków.	str. 33
14. Prawa i obowiązki pacjenta.	str. 34
15. Udostępnianie dokumentacji medycznej.	str. 36
16. Obowiązki Szpitala w razie śmierci pacjenta.	str. 37
17. Dostępność opieki duszpasterskiej.	str. 37
18. Wysokość opłat za udzielanie świadczeń oraz usług innych niż świadczenia zdrowotne - organizacja procesu udzielania świadczeń zdrowotnych w przypadku pobierania opłat.	str. 38
19. Zasady podpisywania pism.	str. 40
20. Monitoring pomieszczeń	str. 40
21. Postanowienia końcowe.	str. 41
22. Załączniki.	str. 41



## Rozdział 1 Postanowienia ogólne

- § 1. Regulamin Organizacyjny Wojewódzkiego Szpitala Dziecięcego im. Józefa Brudzińskiego w Bydgoszczy, zwany dalej Regulaminem, określa sposób i warunki udzielania świadczeń zdrowotnych, w szczególności organizację wewnętrzną Szpitala, w tym zasady realizacji zadań i kierowania, strukturę organizacyjną, przebieg procesu udzielania świadczeń zdrowotnych, warunki współdziałania, zasadniczy zakres działania poszczególnych jednostek i komórek organizacyjnych, a także tryb załatwiania spraw w Szpitalu.
- § 2. Wojewódzki Szpital Dziecięcy im. Józefa Brudzińskiego w Bydgoszczy, zwany dalej Szpitalem, działa na podstawie:
- 1) ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej;
  - 2) ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych z środków publicznych;
  - 3) ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta;
  - 4) innych przepisów prawa regulujących zadania i kompetencje w zakresie ochrony zdrowia oraz dotyczące funkcjonowania podmiotów prowadzących działalność leczniczą;
  - 5) Statutu Wojewódzkiego Szpitala Dziecięcego im. Józefa Brudzińskiego w Bydgoszczy;
  - 6) zestawu standardów akredytacyjnych Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia;
  - 7) niniejszego Regulaminu;
  - 8) innych aktów normatywnych własnych.
- § 3. Regulamin Organizacyjny Wojewódzkiego Szpitala Dziecięcego im. Józefa Brudzińskiego w Bydgoszczy uwzględnia wymagania, o których mowa w art. 24 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.
- § 4. Zasady określone w Regulaminie obowiązują odpowiednio:
- 1) pracowników Szpitala, niezależnie od formy zatrudnienia;
  - 2) pacjentów Szpitala;
  - 3) osoby odwiedzające;
  - 4) inne osoby realizujące zadania lub przebywające na terenie Szpitala.
- § 5. Użyte w Regulaminie określenia oznaczają:
- 1) Statut – Statut Wojewódzkiego Szpitala Dziecięcego im. Józefa Brudzińskiego w Bydgoszczy, stanowiący załącznik do uchwały Nr LIII/736/23 Sejmiku Województwa Kujawsko-Pomorskiego z dnia 27 lutego 2023 r.;
  - 2) Dyrektor – Dyrektor Wojewódzkiego Szpitala Dziecięcego im. Józefa Brudzińskiego w Bydgoszczy;
  - 3) świadczenie zdrowotne – działanie służące zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu i poprawie zdrowia oraz inne działanie medyczne wynikające z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich wykonywania;



- 4) ambulatoryjna opieka zdrowotna – udzielanie świadczeń zdrowotnych pacjentom niewymagającym hospitalizacji;
  - 5) komórka organizacyjna – jednostka wyodrębniona w strukturze organizacyjnej Szpitala, utworzona w celu organizacji stanowisk pracy, w tym oddział, zakład, izba, ośrodek, poradnia, pracownia, dział, zespół, apteka lub laboratorium;
  - 6) prawa i obowiązki pacjenta – także prawa i obowiązki przedstawiciela ustawowego lub opiekuna osoby małoletniej korzystającej ze świadczeń zdrowotnych Szpitala;
  - 7) przedstawiciel ustawy pacjenta – rodzice pacjenta, opiekun/kurator pacjenta ustawiony przez sąd opiekuńczy;
  - 8) opiekun faktyczny – osoba sprawująca, bez obowiązku ustawowego, stałą opiekę nad pacjentem, który ze względu na wiek, stan zdrowia albo stan psychiczny opieki takiej wymaga.
- § 6. Szpital udziela świadczeń zdrowotnych na zasadach obowiązujących na terenie Rzeczypospolitej Polskiej.
- § 7. Świadczenia zdrowotne udzielane są wyłącznie przez osoby wykonujące zawód medyczny, spełniające wymagania zdrowotne oraz inne określone w odrębnych przepisach prawa.
- § 8. Szpital zapewnia obsługę administracyjną Rady Społecznej.
- § 9. Treść Regulaminu w formie papierowej udostępnia się w sekretariacie dykcji Szpitala oraz w formie elektronicznej na stronie podmiotowej Biuletynu Informacji Publicznej - <https://bip.wsd.org.pl/>.

## **Rozdział 2**

### **Nazwa, cele i zadania Szpitala**

- § 10.1. Szpital działa w formie samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej pod nazwą: **Wojewódzki Szpital Dziecięcy im. Józefa Brudzińskiego w Bydgoszczy**.
2. Szpital wpisany został do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczącą - numer księgi rejestrowej: 000000002215.
  3. W działalności Szpital korzysta z następujących danych rejestrowych:  
REGON 000898946, NIP 554-22-35-340, numer KRS: 0000002360.
- § 11.1. Celem Szpitala jest udzielanie świadczeń zdrowotnych, zapobieganie powstawaniu chorób i promocja zdrowia.
2. Świadczenia zdrowotne są udzielane dzieciom oraz osobom dorosłym zgodnie z posiadanymi specjalnościami określonymi we właściwych wpisach rejestrowych.
  3. Szpital prowadzi badania naukowe i prace badawczo-rozwojowe w powiązaniu z udzielaniem świadczeń zdrowotnych i promocją zdrowia.
  4. Szpital uczestniczy w kształceniu osób wykonujących zawód medyczny na zasadach określonych w odrębnych przepisach regulujących kształcenie tych osób, a także realizuje zadania w zakresie szkoleń podyplomowych.



### Rozdział 3

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

- § 12. Szpital jest wielospecjalistycznym szpitalem pediatrycznym, udzielającym świadczeń zdrowotnych zachowawczych i zabiegowych w pełnym specjalistycznym zakresie.
- § 13.1. Do zadań Szpitala należy w szczególności udzielanie świadczeń zdrowotnych przewidzianych w ustawie o działalności leczniczej, w tym:
- 1) stacjonarne leczenie zachowawcze specjalistyczne i ogólnopediatryczne oraz zabiegowe: chirurgiczne, urologiczne, neurochirurgiczne, otolaryngologiczne, i ortopedyczne;
  - 2) ambulatoryjne leczenie specjalistyczne oraz w zakresie pediatrii i chorób wewnętrznych ambulatoryjna nocna i świąteczna opieka zdrowotna;
2. Szpital uczestniczy w realizacji programów zdrowotnych oraz promocji zdrowia.
3. Szpital realizuje ponadto zadania w zakresie kontroli zarządczej, zgodnie z ustawą o finansach publicznych oraz zadania na potrzeby obronne państwa, obrony cywilnej, zarządzania kryzysowego i bezpieczeństwa publicznego, na zasadach określonych odrębnymi przepisami prawa.
- § 14. W Szpitalu udzielane są:
- 1) stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne obejmujące: pediatrię, endokrynologię i diabetologię dziecięcą, kardiologię dziecięcą, alergologię i choroby płuc u dzieci, audiologię, foniatrię i otolaryngologię dziecięcą, anestezjologię i intensywną terapię dla dzieci, neurologię dziecięcą, neurochirurgię dziecięcą, radiologię i diagnostykę obrazową, neonatologię, reumatologię, onkologię i hematologię dziecięcą, chirurgię dziecięcą, ortopedię, gastroenterologię dziecięcą oraz urologię dziecięcą;
  - 2) ambulatoryjne świadczenia zdrowotne obejmujące: endokrynologię i diabetologię dziecięcą, kardiologię dziecięcą, alergologię i choroby płuc u dzieci, audiologię, foniatrię i otolaryngologię dziecięcą, neurologię dziecięcą, neurochirurgię dziecięcą, radiologię i diagnostykę obrazową oraz laboratoryjną, reumatologię, onkologię i hematologię dziecięcą, chirurgię dziecięcą, rehabilitację medyczną dla dzieci, ginekologię dla dziewcząt, dermatologię i wenerologię, gastroenterologię dziecięcą, gastroenterologię, urologię dziecięcą, pediatrię, a także choroby wewnętrzne.
- § 15. Szpital wykonuje działalność leczniczą poprzez następujące zakłady lecznicze przy ul. Chodkiewicza 44 w Bydgoszczy:
- 1) Wojewódzki Szpital Dziecięcy;
  - 2) Zespół Specjalistycznej Opieki Ambulatoryjnej;
  - 3) Wojewódzka Przychodnia Specjalistyczna dla Dzieci;
  - 4) Wojewódzki Ośrodek Rehabilitacji dla Dzieci;
  - 5) Nocna i świąteczna opieka zdrowotna (dla dzieci) oraz przy ul. Królowej Jadwigi 16 (dla dorosłych).



- § 16. Szpital może prowadzić wydzieloną działalność gospodarczą inną niż działalność lecznicza w zakresie: handlu detalicznego (bufetu), usług hotelowych, usług gastronomicznych, usług parkingowych, usług transportu sanitarnego, usług radiołączności, dzierżawy masztów radiowych, usług medycznego zabezpieczenia imprez, usług sterylizacji i dezynfekcji, a także może osiągać przychody z najmu i dzierżawy majątku trwałego.
- § 17. 1. W miejscu udzielania świadczeń zdrowotnych nie mogą być realizowane usługi pogrzebowe oraz prowadzona ich reklama.  
2. Działalność, o której mowa w § 16 Regulaminu może być wykonywana pod warunkiem, że nie jest uciążliwa dla pacjenta lub nie utrudnia przebiegu leczenia.
- § 18. Jakość świadczeń zdrowotnych realizowanych w Szpitalu potwierdzana jest przez zewnętrzne systemy oceny jakości.

#### **Rozdział 4 Kierownictwo Wojewódzkiego Szpitala Dziecięcego w Bydgoszczy**

- § 19. 1. Dyrektor kieruje Szpitalem i reprezentuje go na zewnątrz.  
2. Dyrektor samodzielnie podejmuje decyzje dotyczące Szpitala i ponosi za nie odpowiedzialność.  
3. Dyrektor jest przełożonym wszystkich pracowników Szpitala.
- § 20. 1. Do zadań i kompetencji Dyrektora należy w szczególności:
- 1) wykonywanie obowiązków kierownika Szpitala w celu zapewnienia właściwego funkcjonowania i organizacji pracy podmiotu;
  - 2) podejmowanie decyzji w sprawach kadrowych i działań w celu stosowania oraz przestrzegania regulacji z zakresu prawa pracy w Szpitalu, w ramach kompetencji przypisanych pracodawcy w rozumieniu przepisów Kodeksu Pracy;
  - 3) prowadzenie nadzoru nad realizowaniem polityki zatrudnienia oraz zarządzania zasobami ludzkimi w Szpitalu, w tym dobór pracowników i podnoszenie ich kwalifikacji;
  - 4) dokonywanie wyboru swoich zastępców, z zastrzeżeniem zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa oraz Naczelnej Pielęgniarki, których wybór poprzedzony jest konkursem;
  - 5) zatwierdzanie struktury organizacyjnej i zakresu działania jednostek i komórek organizacyjnych Szpitala;
  - 6) dokonywanie oceny podległych pracowników;
  - 7) sprawowanie nadzoru nad wykonywaniem zadań przez pracowników bezpośrednio podległych;
  - 8) realizowanie zadań administratora danych osobowych;
  - 9) wykonywanie innych zadań wynikających z obowiązujących przepisów prawa.



2. W celu realizacji zadań i określonych obowiązków Dyrektor wydaje akty normatywne wewnętrzne (zarządzenia, decyzje) oraz zatwierdza obowiązujące standardy, procedury i instrukcje.
3. Dyrektor wyznacza zastępcę na czas swojej nieobecności z uwzględnieniem systemu zastępstw wynikającym z niniejszego Regulaminu.
4. Dyrektor może ustanawiać pełnomocników do realizacji określonych zadań oraz ustalać zakres i czas ich umocowania, a także powoływać przedmiotowe zespoły oraz komisje o charakterze trwałym lub doraźnym.
5. Dyrektor odpowiada za nadzorowanie realizacji zadań obronnych, obrony cywilnej, zarządzania kryzysowego oraz bezpieczeństwa publicznego, zleconych Szpitalowi przez właściwe organy.

§ 21. 1. Dyrektorowi bezpośrednio podlegają:

- 1) Zastępca Dyrektora ds. Lecznictwa;
- 2) Zastępca Dyrektora ds. Ekonomiczno-Finansowych / Główny Księgowy;
- 3) Zastępca Dyrektora ds. Administracyjno-Technicznych;
- 4) Zastępca Dyrektora ds. Przychodów;
- 5) Naczelną Pielęgniarka;
- 6) Kierownik Działu Kadr;
- 7) Kierownik Działu Organizacji i Nadzoru;
- 8) Kierownik Działu Zamówień Publicznych;
- 9) Kierownik Działu Inwestycji;
- 10) Kierownik Działu Podwykonawstwa;
- 11) Kierownik Kancelarii Ogólnej;
- 12) Radca Prawny;
- 13) Pełnomocnik ds. Ochrony Informacji Niejawnych;
- 14) Inspektor Ochrony Danych;
- 15) Specjalista ds. BHP;
- 16) Specjalista ds. Marketingu i Komunikacji;
- 17) Kapelan Szpitalny.

2. Komórki organizacyjne oraz stanowiska pracy, które podlegają bezpośrednio Dyrektorowi wspierają realizację celów statutowych Szpitala, w zakresie: organizacji i zarządzania, obsługi kancelaryjnej, realizacji zadań inwestycyjnych i pozyskiwania środków finansowych na projekty inwestycyjne, obsługi prawnej i kształtowania stosunków prawnych z innymi podmiotami, zamówień publicznych, prowadzenia polityki kadrowej i obsługi pracowników, przestrzegania warunków bezpieczeństwa i higieny pracy, podwykonawstwa w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych, informacji niejawnych, ochrony danych osobowych, tworzenia i kształtowania pozytywnego wizerunku za pomocą działań marketingowych oraz promocyjnych, a także opieki duszpasterskiej.

- § 22. 1. Zastępca Dyrektora ds. Lecznictwa organizuje, koordynuje oraz pełni nadzór nad udzielaniem świadczeń zdrowotnych, a także odpowiada za właściwą organizację i przebieg udzielanych świadczeń, sprawowanie nadzoru nad jakością świadczonych usług, w tym poprzez kontrolę wewnętrzną.



2. Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa bezpośrednio podlegają:
  - 1) Ordynatorzy i kierujący oddziałami szpitalnymi, kierownicy działów medycznych oraz zakładów i pracowni diagnostycznych;
  - 2) Koordynator Izby Przyjęć;
  - 3) Kierownik Bloku Operacyjnego;
  - 4) Kierownik Apteki Szpitalnej;
  - 5) Kierownik Laboratorium Mikrobiologicznego;
  - 6) Kierownik Zespołu Psychologów;
  - 7) Kierownik Zespołu Diabetyków;
  - 8) Kierownik Działu Zintegrowanego Systemu Zarządzania Jakością;
  - 9) Kierownik Działu Sekretariatów Medycznych;
  - 10) Samodzielne stanowiska lekarzy i specjalistów, w tym:
    - a) samodzielne stanowisko lekarza transfuzjologa szpitalnego,
    - b) samodzielne stanowisko lekarza okulisty,
    - c) samodzielne stanowisko lekarza epidemiologa szpitalnego,
    - d) samodzielne stanowisko lekarza stomatologa,
    - e) samodzielne stanowisko specjalisty ds. rehabilitacji społecznej,
    - f) samodzielne stanowisko specjalisty ds. epidemiologii,
    - g) koordynator kontroli zarządczej.
3. Zadania statutowe Szpitala realizowane są bezpośrednio przez komórki organizacyjne oraz stanowiska pracy, które podlegają bezpośrednio Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa – w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych.
4. Komórki organizacyjne oraz stanowiska pracy, o których mowa w ust. 2, wykonują zadania w zakresie:
  - 1) lecznictwa stacjonarnego – zachowawczego: specjalistycznego i ogólnopediatrycznego;
  - 2) lecznictwa ambulatoryjnego – prowadzenie działalności specjalistycznej oraz nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej;
  - 3) realizacji procedur stwarzających podwyższone ryzyko dla pacjenta;
  - 4) zabiegów: chirurgicznych, urologicznych, neurochirurgicznych, otolaryngologicznych i ortopedycznych;
  - 5) postępowania rehabilitacyjnego – udzielanie świadczeń w zakresie usprawniania ruchowego, fizjoterapii oraz psychoterapii w ramach opieki stacjonarnej i ambulatoryjnej;
  - 6) diagnostyki – wykonywanie badań w celu rozpoznania choroby, ustalenia sposobu terapii i/lub rehabilitacji;
  - 7) programów terapeutycznych;
  - 8) adaptacji społecznej;
  - 9) terapii psychologicznej, logopedycznej i neurologopedycznej;
  - 10) profilaktyki i promocji zdrowia,
  - 11) orzekania o stanie zdrowia pacjenta;
  - 12) nadzoru nad dokumentacją i żywieniem pacjentów;
  - 13) współuczestnictwa w badaniach naukowych i pracach badawczo-rozwojowych prowadzonych w Szpitalu;





- 14) poprawy jakości i efektywności ekonomicznej udzielania świadczeń zdrowotnych oraz wdrażania nowych technologii medycznych;
  - 15) kształcenia podyplomowego personelu medycznego.
5. Zastępca Dyrektora ds. Lecznictwa współpracuje z ordynatorami i kierownikami podległych oddziałów szpitalnych, działów medycznych oraz zakładów i pracowni diagnostycznych, a także z Naczelną Pielęgniarką.
6. Do zadań Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa należy:
- 1) nadzór nad jakością, efektywnością i organizacją świadczeń zdrowotnych;
  - 2) koordynacja działalności medycznej Szpitala, współpracy pomiędzy medycznymi komórkami organizacyjnymi;
  - 3) kształtowanie czasu pracy podległych pracowników;
  - 4) kształtowanie czasu pracy podwykonawców zgodnie z zawartymi umowami;
  - 5) współpraca z podwykonawcami, określanie potrzeb w zakresie podwykonawstwa;
  - 6) efektywne zarządzanie kadrą medyczną, planowanie zatrudnienia i kształcenia podległej kadry niezbędnej do realizacji świadczeń i rozwoju Szpitala;
  - 7) nadzór nad organizacją i przebiegiem staży podyplomowych lekarzy;
  - 8) opracowywanie i realizacja programu adaptacji nowo zatrudnionych lekarzy;
  - 9) sprawowanie nadzoru nad prawidłowością prowadzenia dokumentacji lekarskiej;
  - 10) przewodniczenie w pracach komisji i zespołów jakości oraz definiowanie polityki jakości;
  - 11) monitorowanie zdarzeń niepożądanych i analiza przyczyn źródłowych ich powstawania;
  - 12) zapewnienie funkcjonowania adekwatnej, skutecznej i efektywnej kontroli wewnętrznej;
  - 13) koordynowanie działań promocyjnych i marketingowych w celu tworzenia i kształtowania pozytywnego wizerunku Szpitala;
  - 14) współpraca z kierownikiem Apteki w zakresie racjonalnej gospodarki lekami;
  - 15) planowanie zakupów sprzętu i aparatury medycznej niezbędnej do realizacji świadczeń i rozwoju Szpitala;
  - 16) współuczestnictwo w opracowywaniu standardów i procedur postępowania w Szpitalu;
  - 17) uczestnictwo w zarządzaniu ogólnym Szpitalem, zarządzaniu zasobami i zarządzaniu informacją;
  - 18) analiza sprawozdawczości w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych;
  - 19) rozpatrywanie uwag i skarg pacjentów oraz ich przedstawicieli ustawowych/opiekunów;
  - 20) udział w postępowaniach przetargowych według odrębnych zarządzeń Dyrektora;
  - 21) udział w posiedzeniach kierownictwa Szpitala i zespołach powoływanych przez Dyrektora;
  - 22) realizowanie zadań obronnych, obrony cywilnej, zarządzania kryzysowego oraz bezpieczeństwa publicznego.
7. Zastępca Dyrektora ds. Lecznictwa zastępuje Dyrektora w razie jego nieobecności jako pierwszy zastępca.
8. Uprawnienie Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa, o którym mowa w ust. 7, obejmuje:



- 1) reprezentowanie Szpitala wobec innych podmiotów i organów administracji publicznej;
- 2) podpisywanie dokumentów i składanie oświadczeń woli;
- 3) zawieranie umów z Wykonawcami wybranymi w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego na zasadach określonych ustawą – Prawo zamówień publicznych oraz wewnętrznymi przepisami obowiązującymi w Szpitalu, dot. m.in. świadczenia usług, dostawy towarów, produktów leczniczych, wyrobów medycznych itp.;
- 4) wystawiania i przyjmowania dokumentów finansowych, w tym rachunków i faktur VAT.

§ 23.1. Zastępca Dyrektora ds. Ekonomiczno-Finansowych - Główny Księgowy kieruje i prowadzi gospodarkę finansową Szpitala zgodnie z zadaniami oraz obowiązującymi przepisami, sprawuje nadzór nad prowadzeniem rachunkowości i działalnością ekonomiczną, a także organizuje i koordynuje monitoring kosztów.

2. Zastępcy Dyrektora ds. Ekonomiczno-Finansowych - Głównemu Księgowemu bezpośrednio podlegają:
  - 1) Kierownik Działu Finansowo-Księgowego;
  - 2) Kierownik Działu Analiz Ekonomicznych i Planowania;
  - 3) Kierownik Działu Płac.
3. Komórki organizacyjne oraz stanowiska pracy, które podlegają bezpośrednio Zastępcy Dyrektora ds. Ekonomiczno-Finansowych – Głównemu Księgowemu realizują zadania w zakresie planowania środków finansowych związanych z długoletnim funkcjonowaniem Szpitala, analiz ekonomicznych i finansowych, obsługi finansowo-księgowej oraz płacowej, w szczególności: prowadzenia ksiąg rachunkowych, prowadzenia rozliczeń finansowych z dostawcami i odbiorcami, prowadzenia ewidencji materiałowej, ewidencji i zmian w majątku, planowania przepływów pieniężnych, sprawozdawczości finansowej, prowadzenia kasy oraz rozliczeń z Urzędem Skarbowym.
4. Do zadań Zastępcy Dyrektora ds. Ekonomiczno-Finansowych - Głównego Księgowego należy:
  - 1) określanie zasad, według których pozostałe komórki organizacyjne Szpitala winny zapewnić prawidłową realizację gospodarki finansowej, kalkulacji kosztów i sprawozdawczości finansowej;
  - 2) pełnienie nadzoru nad przestrzeganiem polityki rachunkowości Szpitala oraz przygotowanie materiałów do jej prowadzenia;
  - 3) zapewnienie sprawnego obiegu i kontroli dokumentów finansowych;
  - 4) współtworzenie rocznych i wieloletnich planów rzeczowo-finansowych Szpitala;
  - 5) dokonywanie analiz płynności finansowej Szpitala, w tym w ujęciu długoterminowej strategii zarządzania;
  - 6) prowadzenie analizy kosztów i sprawowanie kontroli wykonania rocznych oraz wieloletnich planów rzeczowo-finansowych Szpitala, a także analiza powstałych odchyleń;



- 7) sporządzanie miesięcznych i rocznych sprawozdań ekonomiczno-finansowych dla jednostek zewnętrznych i wewnętrznych oraz bieżących analiz podstawowych parametrów ekonomicznych Szpitala;
  - 8) przygotowywanie, organizowanie i doskonalenie systemu wewnętrznej informacji ekonomiczno-finansowej Szpitala;
  - 9) zapewnienie bieżącej weryfikacji rachunku kosztów Szpitala oraz sprawdzanie i kompletowanie dokumentów do wystawiania rachunków za sprzedane usługi;
  - 10) nadzorowanie prawidłowości wykorzystania środków i funduszy specjalnych;
  - 11) prowadzenie nadzoru nad przyjętym modelem alokacji kosztów;
  - 12) zapewnienie bieżącej aktualizacji kosztów rodzajowych oraz OPK funkcjonujących w Szpitalu;
  - 13) współpraca z Agencją Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji;
  - 14) ustalanie finalnych kosztów wyceny procedur medycznych na podstawie danych zbiorczych;
  - 15) ocena wykonywanych zadań w zakresie gospodarki finansowej;
  - 16) udział w postępowaniach przetargowych i konkursowych według odrębnych zarządzeń Dyrektora;
  - 17) współpraca z Działem Zamówień Publicznych w zakresie weryfikacji dokumentów finansowych przedstawionych przez podmioty wyłonione w drodze postępowania przetargowego;
  - 18) kształtowanie czasu pracy podległych pracowników;
  - 19) realizowanie zadań obronnych, obrony cywilnej, zarządzania kryzysowego oraz bezpieczeństwa publicznego.
5. Zastępca Dyrektora ds. ds. Ekonomiczno-Finansowych zastępuje Dyrektora w razie jego nieobecności jako drugi zastępca.
- § 24.1. Zastępca Dyrektora ds. Administracyjno-Technicznych odpowiada za administrację i gospodarkę Szpitala w zakresie właściwego utrzymania i gospodarowania mieniem oraz za prawidłową organizację i jakość pracy podległych mu działów.
2. Zastępcy Dyrektora ds. Administracyjno-Technicznych bezpośrednio podlegają:
    - 1) Kierownik Działu Technicznego;
    - 2) Kierownik Działu Informatyki;
    - 3) Kierownik Działu Logistyki i Zarządzania Majątkiem;
    - 4) Kierownik Kancelarii Materiałów Niejawnych;
    - 5) Inspektor Obrony Cywilnej;
    - 6) Inspektor Ochrony Radiologicznej;
    - 7) Stanowisko ds. Ochrony Przeciwożarowej.
  3. Komórki organizacyjne oraz stanowiska pracy, które podlegają bezpośrednio Zastępcy Dyrektora ds. Administracyjno-Technicznych realizują zadania w zakresie obsługi administracyjnej i technicznej Szpitala, w szczególności: informatyzacji, administrowania majątkiem, a zwłaszcza nieruchomościami Szpitala i mieniem zewnętrznym Szpitala, nadzoru technicznego, wykonywania remontów budynków i zagospodarowania mienia zewnętrznego, serwisowania i konserwacji aparatury medycznej i innych urządzeń technicznych, obsługi technicznej prac wynikających z działalności statutowej Szpitala, transportu, zaopatrzenia, inwentaryzacji mienia, gospodarki odpadami oraz inne



pozamedyczne, związane z administracją Szpitala, w tym ochroną informacji niejawnych.

4. Do zadań Zastępcy Dyrektora ds. Administracyjno-Technicznych należy:

- 1) prowadzenie nadzoru nad ciągłością dostaw do Szpitala energii elektrycznej, energii cieplnej, wody itp.
- 2) sprawowanie nadzoru nad prawidłową eksploatacją nieruchomości, instalacji, urządzeń, sprzętu i aparatury;
- 3) pełnienie nadzoru nad procesem przeprowadzania konserwacji, napraw i remontów;
- 4) organizowanie usług technicznych;
- 5) prowadzenie nadzoru nad przestrzeganiem zasad konserwacji sprzętu i aparatury medycznej zgodnie z wymogami i wytycznymi;
- 6) zapewnienie nadzoru nad ochroną obiektu i bezpieczeństwem fizycznym pracowników oraz pacjentów;
- 7) nadzorowanie działalności gospodarczej tj. gospodarki materiałowej i zaopatrzenia w Centralnym Magazynie Gospodarczym;
- 8) opracowywanie rocznych i wieloletnich planów rzeczowo-finansowych Szpitala, w tym inwestycyjnych, remontowych i konserwacji;
- 9) nadzorowanie rozliczania usług pozamedycznych świadczonych na rzecz Szpitala;
- 10) dbanie o właściwy stan sanitarno-higieniczny i estetyczny obiektu oraz jego otoczenia;
- 11) sprawowanie nadzoru nad przestrzeganiem przepisów BHP i przeciwpożarowych oraz nad zaopatrzeniem pracowników w odzież ochronną;
- 12) organizacja zakupów, remontów i modernizacji zgodnie z obowiązującymi przepisami dotyczącymi zamówień publicznych;
- 13) udział w postępowaniach przetargowych według odrębnych zarządzeń Dyrektora;
- 14) zapewnienie nadzoru nad prawidłowym funkcjonowaniem, administrowaniem i rozbudową systemów informatycznych oraz realizowaniem zadań związanych z obsługą informatyczną Szpitala;
- 15) planowanie i koordynowanie działań związanych z podnoszeniem poziomu cyberbezpieczeństwa infrastruktury informatycznej Szpitala;
- 16) prowadzenie nadzoru nad stanem bezpieczeństwa systemów teleinformatycznych oraz innych działań odpowiednich do wprowadzonych stopni alarmowych CRP;
- 17) zapewnienie realizacji obowiązków określonych dla podmiotów publicznych w przepisach dotyczących bezpieczeństwa informacji;
- 18) realizowanie zadań obronnych, obrony cywilnej, zarządzania kryzysowego oraz bezpieczeństwa publicznego;
- 19) kształtowanie czasu pracy podległych pracowników.

§ 25.1. Zastępca Dyrektora ds. Przychodów sprawuje nadzór nad rozliczaniem świadczeń zdrowotnych w ramach zawartych umów z NFZ, odpowiada za bieżące monitorowanie przepisów prawa i wytycznych (rozporządzenia prezesa NFZ i MZ) związanych z rozliczaniem świadczeń, koordynuje przygotowywanie, zawieranie, nadzorowanie i rozliczanie umów z kontrahentami zewnętrznymi, a także zapewnia prawidłowy obieg dokumentacji medycznej i informacji statystycznej.

2. Zastępcy Dyrektora ds. Przychodów bezpośrednio podlegają:

- 1) Kierownik Działu Rozliczeń Umów z NFZ i Kontraktowania Świadczeń;



- 2) Kierownik Działu Obsługi i Rozliczania Umów z Kontrahentami Zewnętrznymi;
  - 3) Kierownik Działu Statystyki i Dokumentacji Medycznej.
3. Komórki organizacyjne oraz stanowiska pracy, które podlegają bezpośrednio Zastępcy Dyrektora ds. Przychodów realizują zadania w zakresie: przygotowywania dokumentacji, rozliczania, nadzorowania, weryfikacji i analizy umów na usługi medyczne (zawarte z NFZ i innymi podmiotami) oraz rozliczania umów na usługi niemedyce (np. obsługa parkingu, wynajem powierzchni), sprawozdawczości kolejek oczekujących, sporządzania analiz i raportów dot. realizacji umów, przygotowywania zestawień, sprawozdań i analiz statystycznych oraz prowadzenia archiwum zakładowego.
4. Do zadań Zastępcy Dyrektora ds. Przychodów należy:
- 1) współpraca z Narodowym Funduszem Zdrowia w zakresie rodzaju, ilości i wartości świadczeń;
  - 2) nadzorowanie rozliczania świadczeń wykonywanych w ramach umów z NFZ, MZ przez wszystkie jednostki i komórki organizacyjne Szpitala;
  - 3) prowadzenie analizy przychodów i sprawowanie kontroli planu przychodów;
  - 4) koordynowanie sprawozdawczości z działalności Szpitala do wskazanych przez przepisy prawa instytucji i urzędów w zakresie statystyki i rozliczeń wykonanych świadczeń;
  - 5) nadzorowanie prowadzenia i sprawozdawczości w zakresie kolejki oczekujących na poszczególne świadczenia zdrowotne;
  - 6) przygotowywanie materiałów pomocniczych i ofert do postępowań o udzielanie świadczeń zdrowotnych;
  - 7) koordynowanie przygotowywania analiz statystycznych na potrzeby Dyrekcji Szpitala i wskazanych przez nią podmiotów;
  - 8) współpraca z innymi działami i komórkami Szpitala w zakresie koniecznym do realizacji nałożonych na nie zadań;
  - 9) bieżące monitorowanie cen rynkowych usług medycznych i bieżąca aktualizacja Cennika Procedur Medycznych;
  - 10) rozliczanie usług wykonywanych na rzecz Szpitala przez podmioty zewnętrzne;
  - 11) przygotowywanie materiałów pomocniczych do przetargów ogólnopolskich, organizowanych przez Ministerstwo Zdrowia na rzecz Szpitala;
  - 12) prowadzenie korespondencji z NFZ, MZ i innymi instytucjami w zakresie rozliczania świadczeń i innej sprawozdawczości;
  - 13) nadzorowanie pracy Archiwum Szpitala oraz przechowywania i udostępniania dokumentacji medycznej;
  - 14) prowadzenie korespondencji w zakresie udostępniania dokumentacji medycznej;
  - 15) nadzorowanie rozliczania indywidualnych świadczeń medycznych;
  - 16) koordynowanie aktualizacji danych w ewidencji SZOI;
  - 17) kształtowanie czasu pracy podległych pracowników.
- § 26.1. Naczelna Pielęgniarka sprawuje nadzór nad zapewnieniem odpowiedniego poziomu opieki pielęgniarskiej i jakości udzielanych świadczeń przez podległy personel w celu zagwarantowania kompleksowej opieki pielęgniarskiej w Szpitalu.



2. Naczelną Pielęgniarkę pełni swoją funkcję przy pomocy pielęgniarek oddziałowych, pielęgniarek koordynujących pracę w wyodrębnionych komórkach organizacyjnych Szpitala oraz kierowników działów jej podległych.
3. Naczelną Pielęgniarkę bezpośrednio podlegają:
  - 1) Pielęgniarki oddziałowe;
  - 2) Pielęgniarki koordynujące;
  - 3) Kierownik Działu Centralnej Sterylizacji i Dezynfekcji;
  - 4) Rejestratorzy medyczne.
4. Komórki organizacyjne oraz stanowiska pracy, które podlegają bezpośrednio Naczelną Pielęgniarkę wykonują zadania w szczególności w zakresie: organizacji i realizacji świadczeń pielęgniarskich, czynności pielęgnacyjnych i opiekuńczych, monitorowania zaopatrzenia w sprzęt, narzędzia i inne wyroby medyczne, środki do sterylizacji i dezynfekcji oraz kontroli procesów sterylizacyjnych, prowadzenia działalności na rzecz profilaktyki i promocji zdrowia, kształcenia podyplomowego oraz innych form szkolenia i doskonalenia zawodowego personelu medycznego.
5. Do zadań Naczelną Pielęgniarkę należy:
  - 1) koordynowanie prac związanych z opracowywaniem i wdrażaniem standardów opieki pielęgniarskiej i procedur postępowania pielęgniarskiego w Szpitalu;
  - 2) koordynowanie i nadzorowanie realizacji zadań przez personel pielęgniarski;
  - 3) współdecydowanie o liczebności i przebiegu polityki kadrowej odnośnie pracowników niezbędnych do realizowania świadczeń pielęgniarskich w poszczególnych komórkach organizacyjnych Szpitala;
  - 4) prowadzenie nadzoru nad prawidłową adaptacją zawodową nowych pracowników i przebiegu szkolenia oraz doskonalenia zawodowego personelu pielęgniarskiego;
  - 5) określanie liczby, struktury i poziomu kwalifikacji stanowisk pracy pionu pielęgniarskiego w poszczególnych komórkach organizacyjnych;
  - 6) planowanie zatrudnienia dla podległych stanowisk pracy oraz podwykonawstwa;
  - 7) ustalanie zakresów obowiązków, odpowiedzialności i uprawnień dla każdego z podległych stanowisk pracy;
  - 8) opracowywanie strategii rozwoju pielęgniarstwa w Szpitalu;
  - 9) opracowywanie i doskonalenie systemu oceniania i motywowania pracowników;
  - 10) organizowanie odpraw pielęgniarskich w celu omówienia spraw związanych z realizacją świadczeń pielęgniarskich;
  - 11) dbanie o wysoki poziom usług pielęgniarskich, poprzez systematyczne monitorowanie, ocenę i analizę jakości wykonywanej pracy;
  - 12) sprawowanie nadzoru nad przestrzeganiem przez podległy personel obowiązujących w Szpitalu zasad i przepisów oraz kompletnością i prawidłowością prowadzonej przez personel pielęgniarski dokumentacji medycznej;
  - 13) współpracowanie w ramach kierowania, w szczególności z zastępcą Dyrektora ds. Lecznictwa oraz komórkami organizacyjnymi Szpitala w celu zapewnienia prawidłowej opieki pielęgniarskiej;
  - 14) rozpatrywanie skarg związanych z jakością pracy personelu pielęgniarskiego;



- 15) współuczestniczenie w procesie planowania rozwoju Szpitala;
- 16) kształtowanie czasu pracy podległych pracowników oraz podwykonawców.

§ 27. 1. Kierownictwo Szpitala - osoby wskazane w § 21 ust. 1 pkt 1-5, ponoszą odpowiedzialność za zadania realizowane przez podległe im zakłady lecznicze, komórki organizacyjne oraz samodzielne stanowiska pracy oraz prowadzą nadzór nad rozliczaniem czasu pracy podległych pracowników i podwykonawców.

## **Rozdział 5**

### **Struktura organizacyjna Wojewódzkiego Szpitala Dziecięcego w Bydgoszczy**

- § 28. 1. Strukturę organizacyjną Szpitala obejmują: piony, zakłady lecznicze, komórki organizacyjne oraz samodzielne stanowiska pracy.
2. Elementy wchodzące w skład struktury organizacyjnej Szpitala tworzy, likwiduje lub przekształca Dyrektor.
  3. Schemat organizacyjny Szpitala określa załącznik nr 1 do niniejszego Regulaminu.

## **Rozdział 6**

### **Organizacja, sposób kierowania i zadania poszczególnych jednostek i komórek organizacyjnych Szpitala**

- § 29. 1. Pracownicy zajmujący stanowiska kierownicze zobowiązani są do planowania, organizowania, nadzorowania oraz bieżącej kontroli w zakresie funkcjonowania działalności kierowanych komórek organizacyjnych Szpitala.
2. Do zadań kierowników należy w szczególności:
    - 1) kierowanie działalnością komórek organizacyjnych w sposób zapewniający wykonywanie zadań statutowych Szpitala;
    - 2) prawidłowe i terminowe realizowanie zadań oraz sprawowanie kontroli nad załatwianiem spraw przez podległych pracowników;
    - 3) zapewnienie zgodności działania z obowiązującymi przepisami prawa i dyspozycjami Dyrektora;
    - 4) informowanie Dyrektora o stanie realizacji zadań w podległej komórce organizacyjnej;
    - 5) zapewnienie prawidłowego podziału zadań pomiędzy stanowiskami pracy;
    - 6) prowadzenie nadzoru służbowego nad wykonywanymi przez podległych pracowników zadaniami oraz udzielanie im w miarę potrzeb wyjaśnień, wskazówek i instruktażu zawodowego;
    - 7) parafowanie pod względem merytorycznym wszelkich dokumentów sporządzanych w kierowanej przez siebie komórce organizacyjnej, a przedkładanych do podpisu lub wiadomości Dyrektora;
    - 8) prowadzenie dokumentacji w sposób zgodny z obowiązującymi przepisami i zasadami ustalonymi przez Dyrektora;
    - 9) optymalizacja działania i dbałość o racjonalny rachunek kosztów;



- 10) w przypadku medycznych komórek organizacyjnych, prowadzenie dokumentacji medycznej na bieżąco w sposób czytelny i umożliwiający identyfikację osób dokonujących wpisów;
  - 11) przestrzeganie oraz nadzorowanie przestrzegania przez podległych pracowników przepisów prawa, aktów normatywnych wewnętrznych i obowiązujących norm etycznych;
  - 12) stosowanie przyjętych w Szpitalu standardów, instrukcji, procedur i dokumentów nadzorowanych w związku z wdrożonym Zintegrowanym Systemem Zarządzania Jakością;
  - 13) pełnienie nadzoru nad prawidłowym i terminowym wykonywaniem obowiązków wynikających z zawartych przez Szpital kontraktów;
  - 14) prowadzenie nadzoru nad warunkami pracy pracowników, z uwzględnieniem przepisów BHP i p.poż., a także nad przestrzeganiem przez pracowników dyscypliny pracy oraz przepisów, na podstawie których działa Szpital;
  - 15) ustalanie i aktualizowanie indywidualnych zakresów czynności i kart stanowisk pracy dla podległych im pracowników;
  - 16) wprowadzanie nowoprzyjętych pracowników w zakres realizowanych zadań i nadzór nad przebiegiem ich adaptacji w zespole;
  - 17) przeprowadzanie stanowiskowych szkoleń pracowników na stanowisku pracy z zakresu bezpieczeństwa i higieny pracy;
  - 18) informowanie pracowników o ryzyku zawodowym na stanowisku pracy;
  - 19) zapewnienie przestrzegania przez pracowników reżimu sanitarno-epidemiologicznego,
  - 20) inspirowanie i wspieranie rozwoju zawodowego podległych pracowników;
  - 21) ocenianie i opiniowanie pracy podległych pracowników;
  - 22) wnioskowanie w sprawach: przyjmowania i zwalniania pracowników, awansów, premii oraz kar regulaminowych.
3. Kierownicy komórek organizacyjnych są uprawnieni do:
- 1) opiniowania kandydatów do pracy w podległych komórkach organizacyjnych;
  - 2) wydawania podległym pracownikom poleceń służbowych w zakresie zadań przypisanych komórce organizacyjnej, wyznaczania podległym pracownikom stałych obowiązków i doraźnych zadań oraz dokonywania oceny ich realizacji;
  - 3) wnioskowania w sprawie nagradzania lub karania podległych pracowników;
  - 4) decydowania o:
    - a) sposobie wykonywania zadań przydzielonych podległym komórkom organizacyjnym z uwzględnieniem prawidłowej współpracy z innymi komórkami organizacyjnymi,
    - b) organizacji pracy i jej podziale w podległych komórkach organizacyjnych,
    - c) wyznaczeniu swojego zastępcy oraz okresowego lub stałego delegowania części posiadanych uprawnień poszczególnym pracownikom.
4. Kierownicy komórek organizacyjnych ponoszą odpowiedzialność za realizację przypisanych zadań, w szczególności za:





- 1) prawidłową, rzetelną oraz terminową realizację zadań, o których mowa w ust. 1 i 2, a także za zaniechanie niezbędnego działania, za działania nieprawidłowe, jak również za brak nadzoru nad realizacją zadań przypisanych nadzorowanej komórce organizacyjnej;
  - 2) dyscyplinę pracy i efektywne wykorzystywanie czasu pracy przez podległych pracowników;
  - 3) terminowe i należyte przygotowywanie oraz prowadzenie dokumentacji;
  - 4) podejmowanie inicjatyw mających na celu zwiększenie efektywności i skuteczności pracy w nadzorowanej komórce organizacyjnej;
  - 5) porządek i dyscyplinę pracy w nadzorowanej komórce organizacyjnej;
  - 6) właściwą gospodarkę powierzonym mieniem i jego ochronę, zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami i regulacjami wewnętrznymi;
  - 7) przestrzeganie przepisów bezpieczeństwa i higieny pracy oraz przepisów przeciwpożarowych obowiązujących dla poszczególnych stanowisk pracy;
  - 8) zapewnianie ochrony informacji niejawnych i danych osobowych;
  - 9) przeprowadzanie kontroli wydatków realizowanych przez podległą komórkę organizacyjną pod względem legalności, gospodarności, celowości, rzetelności,
  - 10) współpracę z komórką zamówień publicznych w zakresie tworzenia SIWZ związanych z postępowaniem przetargowym i pozaprzetargowym.
5. Kierownicy realizują zadania powierzone im imiennie przez Dyrektora lub jego zastępców zgodnie z podporządkowaniem organizacyjnym.
6. Do obowiązków kierowników komórek organizacyjnych należy zapoznawanie się z powszechnie obowiązującymi i wewnętrznymi przepisami prawa oraz przekazywanie ich podległym pracownikom w celu umożliwienia zapoznania się z ich treścią i stosowania w realizacji bieżących zadań.
- § 30.1. Do podstawowych obowiązków pracowników Szpitala należy w szczególności:
- 1) realizowanie zadań określonych w Statucie;
  - 2) rzetelne i terminowe wywiązywanie się z przyjętych obowiązków, w sposób zgodny z obowiązującymi przepisami i interesem Szpitala;
  - 3) znajomość i przestrzeganie obowiązujących przepisów prawa, zarządzeń, procedur, instrukcji i regulaminów dotyczących w szczególności powierzonego zakresu pracy, zasad organizacji pracy w Szpitalu oraz zasad ustalonych w ramach Zintegrowanego Systemu Zarządzania Jakością;
  - 4) informowanie przełożonych o nie dających się samodzielnie usunąć przeszkodach w realizacji zadań, potrzebach organizacyjnych i technicznych oraz o innowacjach;
  - 5) utrzymywanie kwalifikacji zawodowych na poziomie niezbędnym dla wykonywania zadań na danym stanowisku, przestrzeganie przepisów dyscypliny pracy, BHP, p.poż i reżimu sanitarno-epidemiologicznego;
  - 6) realizacja zadań w zakresie obronności, ochrony przeciwpożarowej oraz ochrony mienia;
  - 7) kształtowanie zasad gospodarności, racjonalności i prawidłowej eksploatacji wyposażenia;



- 8) zgodne z przepisami i przeznaczeniem wykorzystywanie powierzonego majątku Szpitala, zabezpieczenie dostępnymi środkami przed zniszczeniem, kradzieżą lub obniżeniem wartości;
  - 9) przestrzeganie tajemnicy służbowej i zawodowej;
  - 10) dbanie o dobry wizerunek Szpitala.
2. Ogólne uprawnienia pracowników obejmują w szczególności:
- 1) otrzymanie i aktualizację formalnie określonych zakresów obowiązków, uprawnień i odpowiedzialności;
  - 2) dostęp do środków niezbędnych do realizacji wykonywanych zadań;
  - 3) właściwych i bezpiecznych dla danego stanowiska warunków pracy;
  - 4) wyboru sposobu, miejsca i czasu realizacji zadań o ile nie są one ograniczone lub określone decyzją przełożonego, organizacją pracy, procedurami lub przepisami;
  - 5) zwracanie się o pomoc do bezpośredniego przełożonego w przypadku trudności w samodzielnym wywiązaniu się z zadań;
  - 6) zwracanie się do przełożonego wyższego szczebla w sprawach spornych lub nie rozstrzygniętych przez bezpośredniego przełożonego.
3. Pracownik ponosi w szczególności odpowiedzialność za:
- 1) jakość, terminowość i ilość wykonanych zadań stosownie do posiadanych uprawnień, środków i warunków ich realizacji;
  - 2) stan i sposób wykorzystania powierzonego do jego dyspozycji majątku i środków materialnych, finansowych i organizacyjnych;
  - 3) przestrzeganie obowiązujących przepisów prawa, norm etycznych oraz zasad i procedur obowiązujących w Szpitalu.
- § 31.1. Obowiązki służbowe pracowników Szpitala określają ich indywidualne zakresy czynności, które sporządza się w formie pisemnej w co najmniej dwóch egzemplarzach (po jednym dla pracownika i Działu Kadr) oraz karty stanowisk pracy.
2. Ogólne prawa i obowiązki pracowników wynikające z przepisów prawa pracy określają regulaminy pracy i wynagradzania.
  3. Pracownicy zobowiązani są do przestrzegania przepisów prawa, aktów normatywnych własnych wdrożonych w Szpitalu, w tym Kodeksu Etyki oraz innych przepisów prawnych związanych z wykonywanym zawodem.
- § 32. Kierownictwo Wojewódzkiego Szpitala Dziecięcego w Bydgoszczy w zakresie realizowanych spraw używa następującego oznakowania:
- |   |     |
|---|-----|
| 1) Dyrektor   | D   |
| 2) Zastępca Dyrektora ds. Lecznictwa                                | DL  |
| 3) Zastępca Dyrektora ds. Ekonomiczno-Finansowych / Główny Księgowy | DGK |
| 4) Zastępca Dyrektora ds. Administracyjno-Technicznych              | DAT |
| 5) Zastępca Dyrektora ds. Przychodów                                | DP  |
| 6) Naczelną Pielęgniarką  | NP  |



§ 33. W ramach pionu leczenia w Szpitalu funkcjonują zakłady lecznicze, jednostki, działy i komórki organizacyjne, używające następującego oznakowania:

- 1) Wojewódzki Szpital Dziecięcy:
  - a) Izba Przyjęć IP
  - b) Oddziały Szpitalne:
    - Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii Dziecięcej OAITD
    - Oddział Chirurgii Dziecięcej OCHD
    - Oddział Neurochirurgii Dziecięcej ONCHD
    - Oddział Neurologii Dziecięcej OND
    - Oddział Otolaryngologii, Audiologii i Foniatrii Dziecięcej OOAFD
    - Oddział Patologii Noworodka OPN
    - Oddział Pediatrii, Endokrynologii i Diabetologii OPED
    - Oddział Pediatrii, Hematologii, Onkologii i Reumatologii OPHOR
    - Oddział Pediatrii i Kardiologii OPK
    - Oddział Pediatrii, Pneumonologii i Alergologii OPPA
  - c) Dział Sekretariatów Medycznych DSM
  - d) Dział Zintegrowanego Systemu Zarządzania Jakością DZSZJ
  - e) Blok Operacyjny BO
  - f) Pracownie Diagnostyczne:
    - Pracownia Diagnostyki Nieinwazyjnej Układu Krążenia PDNUK
    - Pracownia Neurofizjologii Klinicznej PNK
    - Pracownia Endoskopii PE
    - Pracownia Densytometrii Klinicznej PDK
  - g) Zakład Diagnostyki Obrazowej: ZDO
    - Pracownia Rentgenodiagnostyki (RTG) PRTG
    - Pracownia Ultrasonografii (USG) PUSG
    - Pracownia Tomografii Komputerowej (TK) PTK
    - Pracownia Rezonansu Magnetycznego (RM) PRM
  - h) Apteka Szpitalna AS
  - i) Zakład Diagnostyki Laboratoryjnej ZDL
  - j) Bank Krwi z Pracownią Immunologii Transfuzjologicznej BK
  - k) Laboratorium Mikrobiologiczne LM
  - l) Samodzielne stanowiska lekarzy:
    - Lekarz Transfuzjolog LT
    - Lekarz Okulista LO
    - Lekarz Epidemiolog LE
    - Lekarz Stomatolog LS



- m) Stanowiska specjalistów:
- Zespół Psychologów ZP
  - Zespół Dietetyków ZD
  - Specjalista ds. Rehabilitacji Społecznej SRS
  - Specjalista ds. Epidemiologii SE
- 2) Zespół Specjalistycznej Opieki Ambulatoryjnej:
- a) Wojewódzka Przychodnia Specjalistyczna Dla Dzieci:
- Poradnia Alergologiczna WPSA
  - Poradnia Audiologiczna WPSAU
  - Poradnia Chirurgii Dziecięcej WPSCH
  - Poradnia Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej dla Dzieci WPSCHUO
  - Poradnia Chorób Metabolicznych WPSCHM
  - Poradnia Dermatologiczna WPSDER
  - Poradnia Diabetologiczna WPSD
  - Poradnia Endokrynologiczna WPSE
  - Poradnia Foniatryczna WPSF
  - Poradnia Ginekologiczna dla Dziewcząt WPSG
  - Poradnia Hematologii i Onkologii Dzieci i Młodzieży WPSHO
  - Poradnia Kardiologiczna WPSK
  - Poradnia Mukowiscydozy WPSM
  - Poradnia Nadciśnienia Tętniczego WPSNT
  - Poradnia Neurochirurgii Dziecięcej WPSNCH
  - Poradnia Neurologiczna WPSN
  - Poradnia Otolaryngologiczna WPSO
  - Poradnia Pneumonologiczna WPSPN
  - Poradnia Preluksacyjna WPSP
  - Poradnia Reumatologiczna WPSR
  - Poradnia Urologii Dziecięcej WPSU
- b) Wojewódzki Ośrodek Rehabilitacji Dla Dzieci:
- Poradnia Rehabilitacyjna WOR
  - Dział Fizjoterapii Ambulatoryjnej PR
  - Ośrodek Rehabilitacji Diennej DFA
  - Ośrodek Rehabilitacji Diennej ORD
- c) Nocna i Świąteczna Opieka Zdrowotna:
- Poradnia Nocnej i Świątecznej Opieki Zdrowotnej NŚOZ
  - Poradnia Nocnej i Świątecznej Opieki Zdrowotnej PNŚOZ
- 3) Dział Centralnej Sterylizacji i Dezynfekcji DCSD



§ 34. W ramach pionu usług niemedycechnych w Szpitalu funkcjonują działy i komórki organizacyjne niewchodzące w skład działu, używające następującego oznakowania:

1) Działy:

a) Dział Finansowo-Księgowy	DFK
b) Dział Analiz Ekonomicznych i Planowania	DAEP
c) Dział Płac	DPC
d) Dział Kadr	DK
e) Dział Organizacji i Nadzoru	DON
f) Dział Zamówień Publicznych	DZP
g) Dział Rozliczeń Umów z NFZ i Kontraktowania Świadczeń	DRU
h) Dział Obsługi i Rozliczania Umów z Kontrahentami Zewnętrznymi	DOUKZ
i) Dział Statystyki i Dokumentacji Medycznej	DSDM
- Archiwum	
j) Dział Techniczny	DT
k) Dział Informatyki	DI
l) Dział Logistyki i Zarządzania Majątkiem	DLZM
- Centralny Magazyn Gospodarczy	CMG
m) Dział Inwestycji	DIN
n) Dział Podwykonawstwa	DPW

2) komórki organizacyjne niewchodzące w skład działu i samodzielne stanowiska pracy:

a) Kancelaria Ogólna	KO
b) Kancelaria Materiałów Niejawnych	KMN
c) Radca Prawny	RP
d) Pełnomocnik ds. Ochrony Informacji Niejawnych	PIN
e) Inspektor Ochrony Radiologicznej	IOR
f) Inspektor Obrony Cywilnej (OC)	IOC
g) Inspektor Ochrony Danych	IOD
h) Stanowisko ds. Ochrony Przeciwpożarowej	PPOŻ
i) Stanowisko specjalisty ds. marketingu i komunikacji	MK
j) Kontroler wewnętrzny	KW
k) Specjalista ds. BHP	BHP
l) Kapelan Szpitalny	KS

§ 35. Oznaczenia określone w § 32-34 Regulaminu stosuje się jako element znaku sprawy w ramach tworzenia dokumentacji, zgodnie z zasadami wykonywania czynności kancelaryjnych obowiązującymi w Szpitalu, w systemie tradycyjnym oraz w EZD.

§ 36. Zadania i organizację pracy poszczególnych komórek organizacyjnych Szpitala oraz stanowisk bezpośrednio podległych, z wyłączeniem ustalonych w Ramowym zakresie działania, określają regulaminy wewnętrzne i zakresy czynności ustalone przez Dyrektora lub Zastępców Dyrektora w ramach nadzoru organizacji pracy.



## Ramowy zakres działania komórek organizacyjnych w pionie usług niemedycznych

§ 37. Do zakresu działania Działu Kadr należy w szczególności:

- 1) zapewnienie obsługi w zakresie obsługi personalnej Szpitala zgodnie z obowiązującymi przepisami;
- 2) gromadzenie i porządkowanie akt osobowych pracowników;
- 3) prowadzenie spraw związanych z nawiązywaniem i rozwiązywaniem stosunku pracy oraz bieżąca obsługa pracowników w zakresie spraw dotyczących przebiegu ich zatrudnienia;
- 4) ustalanie potrzeb kadrowych Szpitala, realizacja przyjętej polityki kadrowej;
- 5) prowadzenie spraw związanych z wykorzystaniem Zakładowego Funduszu Świadczeń Socjalnych;
- 6) kontrolowanie porządku i dyscypliny pracy;
- 7) współpraca ze związkami zawodowymi działającymi na terenie Szpitala;
- 8) współpraca z podmiotami zewnętrznymi – Powiatowy Urząd Pracy, Główny Urząd Statystyczny, Samorząd Województwa Kujawsko-Pomorskiego, Kujawsko-Pomorski Urząd Wojewódzki, Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego, Państwowa Inspekcja Pracy, Zakład Ubezpieczeń Społecznych;
- 9) opracowywanie projektów regulaminu pracy i wynagradzania;
- 10) *(uchylono)*;
- 11) *(uchylono)*;
- 12) *(uchylono)*.

§ 38. Do zakresu działania Działu Organizacji i Nadzoru należy w szczególności:

- 1) prowadzenie sekretariatu Szpitala;
- 2) sporządzanie pism i zarządzeń oraz nadzór nad ich obiegiem i wykonaniem;
- 3) prowadzenie terminarza spotkań dyrekcji, szkoleń, zebrań i spotkań odbywających się w salach konferencyjnych Szpitala;
- 4) prowadzenie i nadzór nad dokumentacją organizacyjną Szpitala;
- 5) obsługa administracyjna Rady Społecznej;
- 6) sporządzanie i dystrybucja kopii dokumentów organizacyjnych poszczególnym osobom lub komórkom organizacyjnym;
- 7) ewidencja kontroli jednostek nadrzędnych, nadzór i dystrybucja protokołów z przeprowadzonych kontroli;
- 8) rejestracja skarg, wniosków i petycji wpływających do Szpitala;
- 9) dbanie o prawidłowy obieg informacji do osób zarządzających i komórek organizacyjnych Szpitala;
- 10) udzielanie informacji interesantom, a w razie potrzeby kierowanie ich do właściwych komórek organizacyjnych.

§ 39. Do zakresu działania Działu Zamówień Publicznych należy w szczególności:

- 1) przyjmowanie i analiza wszystkich zapotrzebowań zgłaszanych przez komórki organizacyjne Szpitala na dostawy towarów, usług i roboty budowlane;



- 2) określanie trybu realizacji zamówień oraz prowadzenie postępowań przetargowych zgodnie z ustawą Prawo Zamówień Publicznych;
- 3) dokumentowanie przebiegu postępowania o udzielenie zamówienia oraz późniejsza jego archiwizacja;
- 4) przygotowanie umów z kontrahentami w zakresie działań realizowanych przez Dział;
- 5) prowadzenie rejestru umów dla wszystkich udzielonych zamówień niezależnie od ich wartości oraz monitorowanie stopnia ich realizacji;
- 6) opracowywanie planu zamówień towarów, usług i robót budowlanych dla całego Szpitala na podstawie danych zgłaszanych przez komórki organizacyjne Szpitala;
- 7) współpraca z komórkami ds. finansowych w zakresie przygotowania rocznego planu wnoszenia i zwrotu wadium i zabezpieczenia należytego wykonania umowy;
- 8) przygotowanie sprawozdawczości ustawowej oraz wewnętrznej w zakresie działalności zamówień publicznych;
- 9) współpraca z wnioskodawcami w zakresie zdefiniowania przedmiotu zamówienia;
- 10) prowadzenie ewidencji dotyczącej realizacji zakupów i dostaw, pełnej dokumentacji wniosków, zamówień niezależnie od ich wartości.

§ 40. Do zakresu działania Działu Inwestycji należy w szczególności:

- 1) przygotowywanie danych do opracowywania programów funkcjonalno-użytkowych i współpraca z wykonawcą planów;
- 2) współpraca z komórkami organizacyjnymi podczas przygotowania dokumentacji oraz na etapie realizacji inwestycji;
- 3) przygotowanie materiałów związanych z rozliczaniem inwestycji;
- 4) przygotowanie dokumentacji wyjściowej do realizacji inwestycji;
- 5) odbiór robót budowlanych i przekazywanie ich do użytkowania;
- 6) uzgadnianie i gromadzenie niezbędnej dokumentacji projektowej i powykonawczej;
- 7) pozyskiwanie decyzji administracyjnych warunkujących realizację robót budowlanych;
- 8) prowadzenie archiwum dokumentacji projektowych oraz technicznych związanych z realizacją inwestycji i robót budowlanych;
- 9) nadzór nad rozliczeniem zadań inwestycyjnych oraz kontrola realizacji zapisów umów;
- 10) współpraca, doradztwo techniczne w sprawach planowania i przygotowania robót inwestycyjnych;
- 11) współpraca w przygotowywaniu wniosków o dofinansowanie realizowanych zadań inwestycyjnych.

§ 41. Do zakresu działania Działu Podwykonawstwa należy w szczególności:

- 1) organizacja i prowadzenie analiz statystyczno-finansowych z działalności Szpitala, niezbędnych w procesie kontraktowania usług medycznych;
- 2) planowanie i monitorowanie usług w oparciu o zawarte umowy z podwykonawcami;
- 3) badanie rynku podwykonawców;
- 4) organizowanie konkursów, opracowywanie kryteriów oceny ofert oraz wzorcowych dokumentów, w tym:



- a) przygotowywanie specyfikacji konkursowych na udzielanie świadczeń zdrowotnych,
  - b) ogłaszanie i przeprowadzanie postępowania konkursowego,
  - c) sporządzanie umów na podstawie przeprowadzonego postępowania,
  - d) prowadzenie i rejestracja umów na usługi medyczne,
  - e) obsługa merytoryczna rozliczeń z podwykonawcami;
- 5) prowadzenie analiz finansowych i badanie efektywności umów na podwykonawstwo medyczne;
  - 6) uzgadnianie umów na udzielanie świadczeń zdrowotnych;
  - 7) współpraca z Zastępcą Dyrektora ds. Lecznictwa i z Zastępcą Dyrektora ds. Przychodów w zakresie określenia potrzeb udzielania świadczeń zdrowotnych realizowanych w trybie podwykonawstwa;
  - 8) kontrolowanie realizacji umów na świadczenia medyczne w ramach zawartych umów z innymi podmiotami (podwykonawstwo);
  - 9) przedkładanie Dyrektorowi wniosków o potrzebie zmian w organizacji procesu udzielania świadczeń zdrowotnych oraz wdrażania innych wytycznych celem dostosowania Szpitala do wymagań rynku usług;
  - 10) opracowywanie wniosków dotyczących współpracy z podwykonawcami;
  - 11) udzielanie ordynatorom, lekarzom informacji (doradztwo) o sposobach rozliczania świadczeń zdrowotnych w indywidualnych przypadkach;
  - 12) współpraca z pozostałymi komórkami organizacyjnymi medycznymi i niemedycznymi Szpitala w zakresie podwykonawstwa.

§ 42. Do zakresu działania Kancelarii Ogólnej należy w szczególności:

- 1) przyjmowanie oraz rozdział wszystkich pism i innych przesyłek dostarczanych przez pocztę, doręczycieli i interesantów lub przesłanych drogą elektroniczną, prowadzenie ewidencji wpływów;
- 2) współdziałanie z innymi komórkami organizacyjnymi w zakresie realizacji zadań;
- 3) rejestracja korespondencji i przesyłek wpływających i wysyłanych przez poszczególne komórki organizacyjne Szpitala;
- 4) przygotowywanie otrzymanej korespondencji do dekretacji przez Dyrektora;
- 5) sporządzanie codziennych zestawień wysyłanej korespondencji dla operatora pocztowego;
- 6) prowadzenie stosownych rejestrów: wpływających przesyłek imiennych, paczek, awiz oraz zwrotów poleconych i zwykłych przesyłek pocztowych oraz przekazywanie ich do poszczególnych komórek organizacyjnych wydawanych za potwierdzeniem odbioru;
- 7) obsługa i administrowanie systemem elektronicznego obiegu spraw i dokumentów;
- 8) przekazywanie kurierowi paczek do wysyłki.





## **Rozdział 7**

### **Przebieg procesu udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie lecznictwa stacjonarnego**

- § 43. 1. Świadczeniem zdrowotnym udzielanym w Szpitalu są działania służące zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia oraz inne działania medyczne wynikające z procesu leczenia lub przepisów odrębnie regulujących zasady ich udzielania.
2. Szpital udziela specjalistycznych świadczeń zdrowotnych w zakresie leczenia stacjonarnego w sposób zapewniający pacjentom najdogodniejszą formę korzystania ze świadczeń, właściwą ich dostępność, a także właściwą jakość udzielanych świadczeń.
  3. Szpital zapewnia udzielanie świadczeń w sposób kompleksowy w pełnym specjalistycznym zakresie chorób dzieci i młodzieży.
  4. Szpital udziela świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych ubezpieczonym oraz innym osobom uprawnionym do tych świadczeń na podstawie odrębnych przepisów nieodpłatnie, za częściową odpłatnością lub całkowitą odpłatnością.
  5. W celu zapewnienia właściwego poziomu jakości udzielanych świadczeń, zapewnienia bezpieczeństwa pacjentów i pracowników Dyrektor zatwierdza odpowiednie standardy i procedury postępowania. Kierownicy komórek organizacyjnych odpowiedzialni są za nadzór nad ich realizacją.
  7. Świadczenia zdrowotne udzielane są wyłącznie przez osoby o odpowiednich uprawnieniach i kwalifikacjach zawodowych oraz spełniające wymagania zdrowotne, określone w odrębnych przepisach.
  8. Szpital nie może odmówić udzielenia świadczenia zdrowotnego osobie, która potrzebuje natychmiastowego udzielenia takiego świadczenia ze względu na zagrożenie zdrowia lub życia.
  9. Szczegółowy zakres wykonywanych świadczeń zdrowotnych określają umowy z dysponentami publicznych środków finansowych oraz innymi podmiotami.
  10. Komórki medyczne mogą tworzyć własne regulaminy wewnętrzne (porządkowe i organizacyjne) dot. realizacji zadań, organizacji pracy, praw i obowiązków pacjenta (w tym osób przebywających z pacjentem). Regulaminy podlegają akceptacji Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa i Naczelnej Pielęgniarki.
- § 44. 1. Przyjęcia do szpitala dokonuje się w Izbie Przyjęć w trybie:
- 1) planowym (na podstawie skierowania lekarza);
  - 2) nagłym (ze skierowaniem lub bez skierowania, w przypadku nagłego zagrożenia zdrowotnego).
2. Izba Przyjęć funkcjonuje przez całą dobę w budynku B1 Szpitala przy ul. Chodkiewicza 44.
  3. Szpital zapewnia udzielanie świadczeń ambulatoryjnych w Izbie Przyjęć w sytuacji zagrożenia dla życia lub zdrowia głównie pacjentom kierowanym przez inne podmioty lecznicze w tym jednostki świadczące nocną i świąteczną opiekę zdrowotną lub osobom bez skierowania do szpitala.



4. Termin przyjęcia planowego ustalany jest przez przedstawiciela ustawowego/opiekuna pacjenta lub za pośrednictwem osoby trzeciej z oddziałem szpitalnym do którego pacjent jest kierowany.
5. Pacjent jest rejestrowany w kolejce oczekujących (dane ze skierowania i data wpisu na listę oczekujących) i w terminie 14 dni zobowiązany jest do dostarczenia skierowania do wskazanego oddziału Szpitala osobiście, za pośrednictwem osoby trzeciej lub listownie (dot. tylko skierowania w formie papierowej).
6. Pacjent zgłaszający się do Izby Przyjęć jest niezwłocznie badany przez lekarza dyżurnego Izby Przyjęć i w razie potrzeby odpowiedniego lekarza specjalistę.
7. Kolejność przyjmowania pacjentów ustala pielęgniarka dyżurna na podstawie wstępnej oceny stanu ogólnego (wywiadu). Pierwszeństwo przyjmowania mają pacjenci w stanie zagrożenia dla życia lub zdrowia.
8. W wyniku przeprowadzonego badania lekarz dyżurny Izby Przyjęć orzeka o przyjęciu zgłaszającego się do Szpitala po uzyskaniu zgody przedstawiciela ustawowego i pacjenta powyżej 16 r. ż. Wyrażenie zgody następuje w formie pisemnego oświadczenia.
9. Pacjenci przyjmowani do Szpitala zaopatrywani są w znak tożsamości. Szczegółowe warunki i tryb zaopatrywania pacjentów przyjmowanych do Szpitala w znak tożsamości oraz zasady postępowania w razie stwierdzenia braku tych znaków określają odrębne przepisy.
10. W przypadku gdy pacjent wymaga bezwzględnej hospitalizacji, a zakres świadczeń udzielanych przez szpital lub względy epidemiologiczne bądź brak miejsc nie pozwalają na przyjęcie, szpital po udzieleniu niezbędnej pomocy kieruje pacjenta do innego szpitala po telefonicznym uzgodnieniu miejsca, zapewniając transport sanitarny.
11. W przypadku braku wolnych miejsc w Szpitalu, gdy stan pacjenta nie wymaga natychmiastowej hospitalizacji, lekarz dyżurny Izby Przyjęć wpisuje pacjenta na listę oczekujących na przyjęcie do oddziału.
12. Każdy przypadek odmowy przyjęcia do Szpitala lub udzielonej porady jest odnotowywany, po konsultacji z lekarzem koordynującym dyżur, w Księdze porad ambulatoryjnych i odmów. Pacjent po udzielonym świadczeniu otrzymuje Kartę informacyjną Izby Przyjęć, Kartę konsultacji w przypadku udzielonej konsultacji specjalistycznej.
13. Pacjent wymagający hospitalizacji, z Izby Przyjęć przekazywany jest do odpowiedniego oddziału w zależności od wymaganych świadczeń zdrowotnych.
14. Proces udzielania świadczeń zdrowotnych na oddziale szpitalnym przebiega w sposób zaplanowany i dostosowany do indywidualnych potrzeb pacjenta.
15. W zależności od potrzeb pacjenta korzysta się ze specjalistycznych usług innych oddziałów lub innych jednostek ochrony zdrowia.
16. Wypis pacjenta ze szpitala następuje:
  - 1) po zakończeniu leczenia lub przekazaniu pacjenta do innego oddziału Szpitala lub innej jednostki ochrony zdrowia w celu kontynuacji leczenia;
  - 2) na żądanie przedstawiciela ustawowego pacjenta.
17. O wypisie z oddziału decyduje ordynator/kierujący oddziałem w porozumieniu z lekarzem prowadzącym lub lekarz dyżurny oddziału.



18. Kartę informacyjną leczenia szpitalnego podpisuje lekarz wypisujący i ordynator/kierujący oddziałem albo lekarz przez niego upoważniony.
- § 45.1. Pracownie diagnostyczne czynne są w dni robocze w godzinach ustalonych dla poszczególnych pracowni, a badania RTG, TK i USG dostępne są całodobowo.
2. Prowadzone postępowanie diagnostyczne obejmuje:
    - 1) rentgenodiagnostykę i ultrasonografię;
    - 2) diagnostykę laboratoryjną (analityczną, mikrobiologiczną i serologiczną);
    - 3) elektroencefalografię i elektromiografię;
    - 4) diagnostykę nieinwazyjną układu krążenia;
    - 5) densytometrię;
    - 6) endoskopię przewodu pokarmowego;
    - 7) tomografię komputerową;
    - 8) rezonans magnetyczny.
  3. Dla badań ambulatoryjnych rozliczanych przez NFZ, tj. endoskopii, tomografii komputerowej i rezonansu magnetycznego, Szpital prowadzi kolejkę oczekujących zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami.
  4. Pracownie diagnostyczne wykonują badania dla pacjentów hospitalizowanych, ambulatoryjnych, a badania wymienione w ust. 2 pkt 1-3 i 5-8 pacjentom dorosłym.
  5. Obowiązuje wcześniejsza rejestracja pacjentów na podstawie e-skierowania lub skierowania w wersji papierowej. Skierowanie wymagane jest w przypadku badań radiologicznych. Badania odpłatne wykonywane są na podstawie obowiązującego cennika i nie wymagają skierowania, za wyjątkiem badań: RTG, TK i RM.
  6. Pacjenci hospitalizowani mają zapewniony całodobowy dostęp do usług świadczonych przez pracownie, z wyjątkiem Pracowni Densytometrii Klinicznej oraz Pracowni Endoskopii.
  7. Kryterium nadrzędnym trybu wykonania badania jest wskazanie medyczne.
  8. Badania wykonuje wykwalifikowany personel medyczny, po odpowiednim przygotowaniu pacjenta (jeśli jest wymagane) i/lub dostarczeniu odpowiednio pobranych próbek materiału biologicznego.
  9. Badania wykonywane są w sposób zapewniający wiarygodność wyniku.
  10. Badania diagnostyczne inwazyjne oraz stanowiące podwyższone ryzyko dla pacjenta wymagają pisemnej zgody przedstawiciela ustawowego pacjenta i pacjenta powyżej 16 r. ż. na odpowiednim formularzu w obecności lekarza zlecającego.
  11. Wyniki badań wydawane są w sposób zapewniający ochronę danych osobowych pacjenta oraz chroniący je przed dostępem osób niepowołanych, wyłącznie: osobom pisemnie upoważnionym przez jednostkę, z którą Szpital podpisał umowę na świadczenie usług, przedstawicielowi ustawowemu pacjenta lub osobie pisemnie upoważnionej przez przedstawiciela ustawowego/pacjenta, za okazaniem dokumentu tożsamości (pacjent powyżej 16 r. ż. po okazaniu legitymacji szkolnej).



## Rozdział 8

### Przebieg procesu udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie leczenia ambulatoryjnego

- § 46. 1. Świadczenia zdrowotne w poradniach specjalistycznych obejmują:
- 1) badania lekarskie zakończone postawieniem diagnozy wstępnej lub ostatecznego rozpoznania;
  - 2) udzielanie albo zlecenie niezbędnych świadczeń diagnostycznych i terapeutycznych, ordynowanie koniecznych leków i/lub zlecenie zaopatrzenia w wyroby medyczne, będące przedmiotami ortopedycznymi oraz środkami pomocniczymi;
  - 3) kierowanie do innej poradni specjalistycznej do leczenia szpitalnego, leczenia uzdrowskiego lub na rehabilitację leczniczą;
  - 4) orzekanie o stanie zdrowia w zakresie określonym w ustawie;
  - 5) niezbędną edukację i promocję zachowań prozdrowotnych;
  - 6) realizację programów lekowych.
2. Specjalistyczne świadczenia zdrowotne udzielane są w poradniach specjalistycznych przez lekarzy specjalistów w zakresie reprezentowanych specjalności medycznych oraz w pracowniach diagnostycznych Szpitala.
3. Poradnie specjalistyczne przyjmują pacjentów w dni powszednie, zgodnie z harmonogramem pracy przychodni umieszczonym na drzwiach wejściowych do każdej poradni specjalistycznej, gdzie umieszczone są również nazwiska lekarzy wraz z tygodniowym harmonogramem ich pracy.
4. Informacje o godzinach pracy poradni można uzyskać telefonicznie, osobiście lub przez osoby trzecie w rejestracji oraz na stronie internetowej Szpitala.
5. Warunkiem korzystania z usług poradni specjalistycznych jest posiadanie aktualnego ubezpieczenia zdrowotnego oraz skierowania do poradni z wyjątkiem świadczeń z zakresu ginekologii.
- § 47. 1. Rejestracja pacjentów odbywa się w godzinach pracy poradni w siedzibie Szpitala po telefonicznym, e-mailowym lub osobistym zgłoszeniu (bądź przez członków rodziny, czy też osoby trzecie), z wyznaczeniem dnia i godziny wizyty.
2. Dla każdej poradni specjalistycznej obowiązuje odrębna lista oczekujących uwzględniająca tryb przyjęcia pacjenta jeżeli wskazano na skierowaniu.
  3. Zapisy odbywają się z wyprzedzeniem na określony dzień (wolny termin) i/lub godzinę planowanej wizyty. Kolejność przyjmowania pacjentów w danej poradni zależy od kolejności zgłoszenia się pacjenta lub rejestracji pacjenta na godzinę w danym dniu.
  4. Rejestratorka uzupełnia dane osobowe pacjenta pierwszorazowego w Rejestrze Pacjentów. Przychodni (oddzielnego dla każdej poradni) i zakłada indywidualną Kartotekę pacjenta, dołączając do Historii zdrowia i choroby skierowanie do poradni specjalistycznej.
  5. Przedstawiciel ustawy/opiekun pacjenta zobowiązany jest do zgłaszania w Rejestracji zmiany danych pacjenta, opiekunów (dane identyfikacyjne i kontaktowe).



6. O zmianie terminu wizyty, zabiegu i badania diagnostycznego pacjenci są powiadamiani w każdy dostępny sposób.
- § 48. 1. Przedstawiciel ustawowy/opiekun pacjenta w okresie 14 dni od wyznaczenia terminu wizyty zobowiązany jest osobiście, za pośrednictwem osób trzecich lub listownie do dostarczenia do Rejestracji poradni oryginału skierowania (dot. tylko skierowania w formie papierowej). Brak dostarczonego skierowania skutkuje wykreśleniem pacjenta z kolejki oczekujących.
2. W każdym momencie przed udzieleniem świadczenia w poradni pacjent ma możliwość rezygnacji z wyznaczonej wizyty.
- § 49. 1. W gabinecie lekarz przeprowadza wywiad i badanie przedmiotowe, sporządzając odpowiedni zapis z udzielonego świadczenia medycznego w elektronicznej Historii zdrowia i choroby.
2. Na podstawie uzyskanych danych podejmuje decyzję o wykonaniu badań diagnostycznych, wdrożeniu postępowania leczniczego i/lub skierowania na zabiegi rehabilitacyjne.
  3. Badania diagnostyczne, lecznicze wykonują odpowiednio: lekarz lub pielęgniarka, technik medyczny, fizjoterapeuta na zlecenie lekarza.
  4. Pacjenci do 18 roku życia przyjmowani są w obecności przedstawiciela ustawowego/opiekuna pacjenta.
  5. W przypadku, gdy stan zdrowia pacjenta wymaga kontynuacji leczenia specjalistycznego, kolejne porady u lekarza specjalisty odbywają się bez ponownego skierowania.
  6. W przypadku wizyty kontrolnej w danej poradni pacjent udaje się bezpośrednio w wyznaczonym dniu do danego gabinetu lekarskiego.
  7. Na zakończenie wizyty (w razie potrzeby) lekarz ustala termin następnej wizyty/wizyty kontrolnej, rejestrując pacjenta w terminarzu elektronicznej bazy danych pacjentów.
- § 50. 1. Jeżeli cel leczenia nie może być osiągnięty w warunkach ambulatoryjnych, lekarz specjalista kieruje pacjenta do leczenia szpitalnego.
2. W przypadku badań inwazyjnych, zabiegów stanowiących podwyższone ryzyko dla pacjenta wymagana jest pisemna zgoda przedstawiciela ustawowego pacjenta i pacjenta powyżej 16 r. ż.
- § 51. 1. W ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej Szpital zapewnia udzielanie teleporad.
2. Teleporada jest świadczeniem zdrowotnym udzielanym w formie porady telefonicznej.
  3. Osobą udzielającą teleporady jest lekarz specjalista lub lekarz w trakcie specjalizacji.
  4. Teleporada jest realizowana w przypadku, gdy pacjent lub przedstawiciel ustawowy /opiekun pacjenta wyrazi na nią zgodę podczas ustalania terminu kolejnej wizyty.
  5. Pracownik odpowiedzialny za rejestrację informuje poprzez wiadomość SMS przedstawiciela ustawowego/opiekuna pacjenta o terminie teleporady.



6. Pracownik odpowiedzialny za rejestrację kilka dni przed planowanym terminem teleporady wysyła wiadomość SMS przedstawicielowi ustawowemu/opiekunowi pacjenta z informacją przypominającą o terminie i zasadach teleporady.
7. Potwierdzenie tożsamości pacjenta odbywa się na podstawie danych, o których mowa w art. 25 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz danych zawartych w dokumentacji medycznej.
8. W przypadku wystąpienia okoliczności niezależnych od udzielającego świadczenie, takich jak awaria urządzeń, systemów komunikacji lub brak dostępności lekarza, niezwłocznie ustalany jest nowy termin teleporady.
9. Podczas teleporady osoba jej udzielająca zbiera wywiad, dokonuje oceny stanu zdrowia pacjenta, ustala czy teleporada jest wystarczająca do aktualnego problemu zdrowotnego, w razie potrzeby wystawia e-receptę, e-skierowanie, e-zwolnienie, e-zlecenie badania diagnostycznego lub e-zlecenie na wyroby medyczne.
10. W sytuacji, gdy ze względu na stan zdrowia pacjenta świadczenie zdrowotne nie jest możliwe do zrealizowania w formie teleporady, osoba udzielająca świadczeń w porozumieniu z przedstawicielem ustawowym/opiekunem pacjenta ustala wizytę osobistą.
11. Przedstawiciel ustawowy/opiekun pacjenta ma prawo do zgłoszenia w trakcie teleporady woli osobistego kontaktu z właściwym lekarzem specjalistą lub lekarzem w trakcie specjalizacji.
12. Teleporady realizowane są w warunkach gwarantujących poufność oraz zapewnienie braku dostępu osób nieuprawnionych do informacji przekazywanych w związku z udzieleniem porady.
13. Świadczenia zdrowotne zrealizowane w ramach teleporady odnotowywane są w dokumentacji medycznej.
14. Świadczenia w bezpośrednim kontakcie z pacjentem udzielane są:
  - 1) w przypadku, gdy przedstawiciel ustawowy/opiekun pacjenta nie wyraził zgody na realizację świadczenia w formie teleporady;
  - 2) podczas pierwszej porady w przypadku pacjentów rozpoczynających leczenie w danym podmiocie albo objętych opieką w danym podmiocie, ale zgłaszających nowy problem zdrowotny;
  - 3) w związku z chorobą przewlekłą, w przebiegu której doszło do pogorszenia lub zmiany objawów;
  - 4) w związku z podejrzeniem, zdiagnozowaniem i leczeniem choroby nowotworowej;
  - 5) dzieciom do 6. roku życia poza poradami kontrolnymi w trakcie leczenia ustalonego w wyniku osobistego badania pacjenta, których udzielenie jest niemożliwe bez badania fizykalnego.
15. Zdalna porada wskazana jest w przypadku choroby infekcyjnej pacjenta.



## **Rozdział 9**

### **Przebieg procesu udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie rehabilitacji**

- § 52. 1. Zabiegi rehabilitacyjne wykonywane są w wyznaczonym wcześniej terminie, na podstawie skierowania wystawionego przez lekarza specjalistę.
2. Pacjent ze skierowaniem zgłasza się do lekarza Ośrodka, który po zbadaniu pacjenta i założeniu dokumentacji medycznej dokonuje kwalifikacji do leczenia rehabilitacyjnego;
  3. W Ośrodku pacjent przebywa z przedstawicielem ustawowym/opiekunem, który sprawuje opiekę w przerwach między świadczeniami;
  4. Przedstawiciel ustawowy/opiekun pacjenta może korzystać z sali dziennego pobytu, aby przygotować posiłek dla dziecka lub wypocząć po zabiegach;
  5. Pracownicy zatrudnieni w Ośrodku wykonują swoje zadania zgodnie z zakresem obowiązków, uprawnień i odpowiedzialności, zależnie od wykonywanych czynności.

## **Rozdział 10**

### **Przebieg procesu udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie opieki nocnej i świątecznej**

- § 53. 1. Poradnia oraz gabinet diagnostyczno-zabiegowy nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej czynne są od poniedziałku do piątku w godzinach od 18.00 do 8.00 dnia następnego oraz całodobowo w dni ustawowo wolne od pracy.
2. Nocna i świąteczna opieka zdrowotna świadczy usługi medyczne dla dzieci i dorosłych w odrębnych lokalizacjach.
  3. Dyżurujący lekarz udziela porad:
    - 1) w warunkach ambulatoryjnych;
    - 2) w domu pacjenta (w przypadkach medycznie uzasadnionych);
    - 3) telefonicznie.
  4. W przypadku nagłego zachorowania, niespodziewanego pogorszenia stanu zdrowia oraz gdy oczekiwanie na przyjęcie w przychodni może znacząco niekorzystnie wpłynąć na stan zdrowia pacjenta, można skorzystać z pomocy lekarza i pielęgniarki w dowolnym punkcie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej, niezależnie od tego, gdzie pacjent mieszka, i do którego lekarza/pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) złożył swoją deklarację.
  5. Udzielane przez Poradnię świadczenia zdrowotne obejmują m.in. następujące zakresy:
    - 1) pediatria;
    - 2) choroby wewnętrzne.
  6. W gabinecie diagnostyczno-zabiegowym nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej realizowane są przez pielęgniarkę zabiegi diagnostyczno-lecznicze na zlecenie lekarza NŚOZ lub POZ (poza godzinami pracy przychodni POZ).



7. Odnośnie rejestracji pacjentów w Poradni odpowiednie zastosowanie mają zasady dotyczące przebiegu procesu udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie leczenia ambulatoryjnego.

## **Rozdział 11**

### **Warunki współdziałania między jednostkami i komórkami organizacyjnymi Wojewódzkiego Szpitala Dziecięcego w Bydgoszczy**

- § 54.1. Wyodrębnione w strukturze organizacyjnej Szpitala pionos, zakłady lecznicze i komórki organizacyjne współdziałają ze sobą w celu zapewnienia sprawnego i efektywnego funkcjonowania Szpitala pod względem diagnostyczno-leczniczym, pielęgnacyjnym, rehabilitacyjnym i administracyjno-gospodarczym.
2. Podstawowy element współdziałania stanowią okresowe spotkania:
    - 1) Dyrektora z kadrą kierowniczą;
    - 2) Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa z ordynatorami i kierownikami komórek organizacyjnych w pionie lecznictwa;
    - 3) Naczelnej Pielęgniarki z pielęgniarkami oddziałowymi/koordynującymi i kierownikami komórek organizacyjnych w pionie lecznictwa.
  3. Spotkania, o których mowa w ust. 2, prowadzone są w celu zapewnienia:
    - 1) wymiany informacji oraz doskonalenia współdziałania;
    - 2) usprawnienia procesów decyzyjnych i informacyjnych;
    - 3) przekazywania informacji o podejmowanych kierunkach i strategiach działania;
    - 4) omówienia realizacji zadań oraz problemów w ich realizacji;
    - 5) oceny sytuacji finansowej i zagospodarowania mienia;
    - 6) integracji działań komórek organizacyjnych Szpitala.
  4. Ordynatorzy, pielęgniarki oddziałowe/koordynujące oraz kierownicy komórek organizacyjnych są zobowiązani do przekazania podległym pracownikom uzyskanych informacji dotyczących realizacji zadań Szpitala.

## **Rozdział 12**

### **Warunki współdziałania jednostek i komórek organizacyjnych Szpitala z innymi podmiotami wykonującymi działalność leczniczą**

- § 55.1. Szpital współdziała z innymi podmiotami leczniczymi w zakresie zapewnienia prawidłowości diagnostyki, leczenia, pielęgnacji i rehabilitacji pacjentów i ciągłości przebiegu procesu udzielania świadczeń zdrowotnych.
2. Podstawą współdziałania są zawierane umowy i porozumienia z innymi jednostkami służby zdrowia w zakresie wykonywania usług medycznych, które zapewniają kompleksowe udzielanie świadczeń zdrowotnych zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy i praktyki medycznej, dostępnymi metodami i środkami zapobiegania, rozpoznawania i leczenia chorób.
  3. Współdziałanie prowadzone jest poprzez bezpośredni kontakt personelu medycznego z właściwymi placówkami medycznymi, stosownie do potrzeb wynikających z procesu leczenia.





4. Przekazanie pacjenta do innego podmiotu leczniczego celem dalszej opieki wymaga wystawienia skierowania oraz uzgodnienia miejsca z ordynatorem oddziału lub lekarzem dyżurnym w przypadku pacjenta wymagającego hospitalizacji.
  5. Wykaz podmiotów leczniczych oraz innych instytucji współpracujących ze Szpitalem znajduje się w Izbie Przyjęć oraz w sekretariacie Dyrektora Szpitala.
  6. Zasady transportu pacjenta określają odrębne przepisy wydane przez Ministra Zdrowia i Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia.
- § 56. 1. Szpital współdziała z towarzystwami naukowymi w zakresie kształcenia personelu medycznego oraz współpracuje z organami administracji rządowej i samorządowej.
2. Pracownicy medyczni Szpitala współdziałają z konsultantami krajowymi i wojewódzkimi z poszczególnych dziedzin medycyny oraz innych dziedzin mających zastosowanie w ochronie zdrowia w ramach zadań i uprawnień konsultantów.
  3. Szpital samodzielnie prowadzi lub uczestniczy w wielośrodkowych badaniach klinicznych.
  4. Szpital współpracuje ze związkami zawodowymi działającymi w imieniu pracowników.
  5. Szpital poddaje się regularnej zewnętrznej ocenie przez akredytowane jednostki dotyczące jakości: udzielanych świadczeń medycznych, wykonywanych badań diagnostycznych oraz systemu zarządzania.

### **Rozdział 13**

#### **Zasady przyjmowania i załatwiania skarg i wniosków**

- § 57. 1. Skargi i wnioski wpływające do Szpitala rozpatrują i załatwiają:
- 1) Dyrektor – w sprawach dotyczących Zastępców Dyrektora, Naczelnej Pielęgniarki i kierowników komórek organizacyjnych w pionie usług niemedyceńskich oraz składanych przez pracowników Szpitala;
  - 2) Zastępca Dyrektora ds. Lecznictwa – w sprawach dotyczących udzielania świadczeń zdrowotnych przez podległy personel;
  - 3) Naczelna Pielęgniarka – w sprawach dotyczących opieki pielęgniarskiej i jakości udzielanych świadczeń przez podległy personel;
2. Informacja o przyjęciach w sprawach skarg i wniosków udostępniana jest w segregatorach informacyjnych pacjenta w oddziałach i działach Szpitala.
3. Skargi i wnioski mogą być składane:
- 1) osobiście do osób uprawnionych do ich rozpatrywania i załatwiania, zgodnie z właściwością spraw ustaloną w ust. 1;
  - 2) osobiście lub pisemnie do Dyrektora Szpitala bądź osoby przez niego wyznaczonej;
  - 3) za pośrednictwem Sekretariatu:
    - a) pocztą elektroniczną na adres: sekretariat@wsd.org.pl,
    - b) poprzez Elektroniczną Skrzynkę Podawczą (ESP): /WSDBydgoszcz/SkrytkaESP.



4. Skargi pacjentów rejestrowane są i gromadzone w Sekretariacie Szpitala, zgodnie z zasadami przyjmowania, rozpatrywania i załatwiania skarg i wniosków oraz przepisami kancelaryjnymi.
5. Skargi i wnioski pisemne złożone osobiście, nadesłane pocztą lub pocztą elektroniczną powinny zawierać imię, nazwisko oraz adres korespondencyjny osoby wnoszącej skargę lub wniosek.
6. Odpowiedzi na skargi i wnioski sporządzane są w formie pisemnej i przekazywane osobom wnoszącym w sposób określony w ich treści lub drogą wpływu (pocztą tradycyjną lub elektroniczną).
7. Jeśli składana skarga lub wniosek nie posiada formy pisemnej, osoba przyjmująca sporządza notatkę zawierającą treść skargi lub wniosku i dane osoby składającej.
8. Skargi i wnioski niezawierające imienia i nazwiska (nazwy) oraz adresu wnoszącego pozostawia się bez rozpoznania.

#### **Rozdział 14** **Prawa i obowiązki pacjenta**

- § 58. 1. Każdy pracownik Szpitala mający bezpośredni bądź pośredni kontakt z pacjentem ma obowiązek przestrzegania i poszanowania praw pacjenta.
2. Prawa i obowiązki pacjenta Szpitala powinny być udostępnione w miejscu widocznym w każdym zakładzie, oddziale, poradni, dziale oraz w innej komórce organizacyjnej, w której udzielane są świadczenia zdrowotne.
  3. Prawa pacjenta dotyczą wszystkich osób korzystających ze świadczeń zdrowotnych w Szpitalu w ramach ubezpieczenia zdrowotnego, korzystających z prywatnego sektora usług medycznych oraz innych osób niż ubezpieczeni.
  4. Szczegółowe informacje o prawach pacjenta dostępne są na stronie internetowej Rzecznika Praw Pacjenta <https://www.gov.pl/web/rpp/prawa-pacjenta>.
  5. Wyznaczony przez Dyrektora pracownik pełni funkcję szpitalnego pełnomocnika do spraw praw pacjenta i zajmuje się sprawami dotyczącymi przestrzegania praw pacjenta w Szpitalu.
- § 59. 1. Każda osoba korzystających ze świadczeń zdrowotnych w Szpitalu (pacjent) ma prawo do:
- 1) świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom wiedzy medycznej w zakresie pediatrycznej, interdyscyplinarnej, holistycznej, specjalistycznej opieki zdrowotnej, leczenia bólu, edukacji zdrowotnej;
  - 2) poszanowania jego intymności, godności w czasie udzielania świadczeń zdrowotnych;
  - 3) współuczestniczenia w procesie leczenia, pielęgnowania i rehabilitacji;
  - 4) wyrażenia zgody lub jej odmowy na leczenie szpitalne i zastosowanie procedur wymagających odrębnej zgody;
  - 5) informacji o stanie zdrowia w stopniu dostosowanym do wieku;
  - 6) wglądu do własnej dokumentacji medycznej;
  - 7) możliwości korzystania z własnej bielizny osobistej;



- 8) zabawy zgodnie z jego możliwościami wynikającymi z wieku, stopnia rozwoju intelektualnego, samopoczucia oraz stopnia zaawansowania choroby,
  - 9) opieki pielęgnacyjnej i kontaktu osobistego z rodzicami lub opiekunami w takiej formie i zakresie, jaki jest potrzebny do zapewnienia mu poczucia bezpieczeństwa i zaspokojenia jego potrzeb;
  - 10) kontynuacji nauki szkolnej i opieki duszpasterskiej;
  - 11) korzystania z telewizji dostępnej w salach oraz z sieci Internet;
  - 12) korzystania z urządzeń zapewniających kontakt telefoniczny.
2. Dyrektor Szpitala może ograniczyć uprawnienia pacjenta do opieki pielęgnacyjnej przez osobę bliską oraz prawo do kontaktu osobistego z osobami z zewnątrz ze względów epidemiologicznych, a także ze względu na warunki przebywania innych osób chorych w Szpitalu.
  3. Pacjent, który ukończył 16 r. ż., ma prawo do informacji o stanie zdrowia, rokowaniu i wynikach leczenia oraz do wyrażenia zgody na udzielanie świadczeń zdrowotnych.
- § 60. 1. Pacjent hospitalizowany zobowiązany jest do przestrzegania następujących zasad:
- 1) okazywania szacunku dla praw innych pacjentów;
  - 2) przestrzegania zasad współżycia społecznego, szczególnie poszanowania godności, intymności, przekonań i zasad moralnych oraz życzliwego i kulturalnego odnoszenia się do innych pacjentów, odwiedzających i personelu Szpitala;
  - 3) przestrzegania zasad higieny osobistej oraz stosownego ubioru (np. piżama, dres);
  - 4) utrzymywania porządku i czystości najbliższego otoczenia w miejscu pobytu;
  - 5) stosowania się do ustalonego porządku organizacyjnego w oddziale, w szczególności przebywania w sali w porach obchodów lekarskich, zabiegów leczniczo-pielęgnacyjnych oraz w czasie wydawania posiłków;
  - 6) przestrzegania ciszy nocnej w godzinach 22<sup>00</sup> – 6<sup>00</sup> i przebywania w tym czasie w oddziale;
  - 7) zgłaszania każdorazowo pielęgniarce zamiaru opuszczenia oddziału (np. w celu dokonania zakupów w sklepiku szpitalnym) i nieopuszczanie oddziału bez zezwolenia;
  - 8) dostarczenia personelowi pełnej informacji o przebytych i obecnych chorobach oraz wszystkich aspektach medycznych mogących pomóc w leczeniu;
  - 9) poinformowania lekarza prowadzącego o stale przyjmowanych lekach niezwiązanych z jednostką chorobową, która jest przyczyną hospitalizacji - używanie tych leków w czasie pobytu w Szpitalu wymaga zgody tego lekarza;
  - 10) przestrzegania indywidualnych zaleceń lekarzy, pielęgniarek, fizjoterapeutów, techników i innego personelu medycznego zarówno w zakresie procesu diagnostyczno-terapeutycznego jak i w sprawach organizacyjno-administracyjnych;
  - 11) stosowania się do uzgodnionego planu diagnostyki i leczenia oraz zaleceń medycznych, pielęgnacji i diety;
  - 12) poszanowania własności szpitalnej, w tym wyposażenia i mienia Szpitala;
  - 13) przestrzegania zakazu manipulowania przy aparaturze i urządzeniach medycznych, elektrycznych, gazowych, wentylacyjnych i grzewczych;



- 14) przestrzegania obowiązku pozostawiania ubrań (na czas hospitalizacji) oraz zdeponowania rzeczy wartościowych w wyznaczonym miejscu;
- 15) korzystania z telefonów komórkowych i innych urządzeń (np. laptopów, MP3 itp.) w sposób nieuciążliwy dla innych pacjentów i personelu Szpitala oraz niezakłócający działania aparatury i urządzeń medycznych, w szczególności w godzinach ciszy nocnej. Dyrektor może określić strefy i pomieszczenia, w których obowiązuje całkowity zakaz korzystania z telefonów komórkowych i innych urządzeń elektronicznych;
- 16) przestrzegania zakazu obrotu, posiadania i używania alkoholu, narkotyków i środków odurzających oraz palenia papierosów na terenie Szpitala.
- 17) przestrzegania regulaminu porządkowego i organizacyjnego oddziału i innych przepisów obowiązujących na terenie Szpitala, w szczególności przepisów bezpieczeństwa i higieny pracy (BHP) oraz ochrony przeciwpożarowej (PPOŻ).

§ 61. Przedstawiciel ustawowy/opiekun pacjenta ma prawo do:

- 1) pełnego współdziałania w procesie leczenia i pielęgnacji dziecka;
- 2) wypisania dziecka ze Szpitala na żądanie;
- 3) edukacji zdrowotnej w zakresie pielęgnacji dziecka po wypisie oraz postępowania zgodnego z prozdrowotnym stylem zachowania;
- 4) pomocy w rozwiązywaniu problemów społecznych;
- 5) całonocnego przebywania z dzieckiem.

## **Rozdział 15**

### **Udostępnianie dokumentacji medycznej**

- § 62. 1. Informacje w zakresie udostępniania dokumentacji medycznej oraz wzory formularzy – są zamieszczone na stronie Szpitala: [www.wsd.org.pl](http://www.wsd.org.pl) w zakładce DLA PACJENTA.
2. Za udostępnianie dokumentacji medycznej w sposób określony w art. 27 ust. 1 pkt 2 i 5 oraz ust. 1 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta Szpital pobiera opłatę.
  3. Opłaty nie pobiera się w przypadku udostępnienia dokumentacji medycznej pacjentowi albo jego przedstawicielowi ustawowemu po raz pierwszy w żądanym zakresie i w w/w sposób.
  4. Wysokość opłaty za udostępnianie dokumentacji medycznej określona jest w zarządzeniu Dyrektora Szpitala.
  5. Po śmierci pacjenta, dokumentacja medyczna jest udostępniana osobie upoważnionej przez pacjenta za życia lub osobie, która w chwili zgonu pacjenta była przedstawicielem ustawowym. Dokumentacja medyczna jest udostępniana także osobie bliskiej, chyba że udostępnieniu sprzeciwi się inna osoba bliska lub sprzeciwił się temu pacjent za życia.



## **Rozdział 16**

### **Obowiązki Szpitala w razie śmierci pacjenta**

- § 63. 1. W kontakcie z chorym dzieckiem należy być przygotowanym na zmaganie się ze zjawiskiem śmierci oraz problemem natury fizjologicznej i moralnej. Personel opiekujący się umierającym dzieckiem musi mieć świadomość odpowiedzialności zawodowej wyrażonej przez poszanowanie najwyższej wartości jaką jest człowiek. Trudnym zadaniem czekającym personel w obliczu śmierci jest towarzyszenie umierającemu oraz jego rodzinie. Mimo, że śmierć jest elementem życia musimy pamiętać, że okres ten dla bliskich jest bolesny i przynosi wiele trudnych sytuacji.
2. Pacjent i jego rodzina oczekuje zrozumienia, wsparcia i pomocy ze strony pielęgniarek i lekarzy. Ścisła współpraca całego zespołu ukierunkowana na wspólny cel, zapewni pacjentowi i rodzinie pełną, profesjonalną pomoc w obliczu śmierci.
  3. Wszystkie czynności związane z postępowaniem personelu w przypadku śmierci pacjenta wykonywane są zgodnie z ustaloną procedurą w przypadku śmierci pacjenta.
  4. Procedura dotyczy postępowania personelu Szpitala w przypadku zgonu pacjenta, w szczególności zasad postępowania ze zwłokami, trybu powiadamiania o zgonie pacjenta, przekazywania zwłok, tworzenia dokumentacji poświadczającej zgon pacjenta.
  5. Celem ustalonego sposobu działania jest właściwe postępowanie ze zwłokami, zapewnienie szacunku osobie zmarłej i jej rodzinie, wyjaśnienie przyczyn zgonu, prawidłowe udokumentowanie zgonu, zapewnienie właściwej komunikacji pomiędzy Szpitalem – rodziną osoby zmarłej, zminimalizowanie negatywnych skutków informacji o zgonie wśród jej bliskich, w przypadkach koniecznych następuje powiadomienie prokuratury.
  6. W przypadku śmierci pacjenta przebywającego w Szpitalu pielęgniarka dyżurna niezwłocznie zawiadamia o tym zdarzeniu lekarza prowadzącego lub lekarza dyżurnego.
  7. Przechowywanie zwłok pacjenta dłużej niż 72 godziny następuje odpłatnie w wysokości określonej w cenniku podwykonawcy Szpitala.

## **Rozdział 17**

### **Dostępność opieki duszpasterskiej**

- § 64. 1. Szpital zapewnia opiekę duszpasterską w wyznaniu Rzymsko-Katolickim.
2. Wszelkie uwagi i oczekiwania przedstawicieli ustawowych/opiekunów pacjenta dotyczące dostępności do opieki duszpasterskiej należy kierować do Kapelana Szpitalnego.
  3. Wykaz ośrodków wyznaniowych w Bydgoszczy znajduje się na stronie intranetowej Szpitala (do wiadomości pracowników).



## Rozdział 18

### Wysokość opłat za udzielanie świadczeń oraz usług innych niż świadczenia zdrowotne - organizacja procesu udzielania świadczeń zdrowotnych w przypadku pobierania opłat

- § 65. Udzielanie świadczeń zdrowotnych w przypadku pobierania opłat pozostaje bez wpływu na kolejność pozycji na prowadzonej przez Szpital liście oczekujących na udzielenie świadczenia zdrowotnego finansowanego ze środków publicznych i z wykluczeniem weryfikacji prawa do ubezpieczenia zdrowotnego.
- § 66. 1. Szpital udziela świadczeń zdrowotnych odpłatnie na podstawie ustalonego cennika, pobierając opłaty w przypadku:
- 1) udzielenia świadczenia zdrowotnego na podstawie skierowania z jednostki uprawnionej, która zawarła umowę ze Szpitalem na udzielanie usług medycznych, nie podlegających rozliczeniu w ramach umów zawartych z Narodowym Funduszem Zdrowia. Koszty ponosi jednostka zlecająca świadczenie, pod warunkiem, że na skierowaniu nie jest zawarte zastrzeżenie o wykonaniu świadczenia zdrowotnego u innego świadczeniodawcy;
  - 2) udzielenia świadczenia zdrowotnego na podstawie skierowania jednostki uprawnionej, która posiada zawartą umowę z Narodowym Funduszem Zdrowia na udzielanie usług medycznych, która nie zawarła umowy ze Szpitalem na udzielanie usług medycznych nie podlegających rozliczeniu w ramach umów zawartych z NFZ. Wówczas koszty ponosi jednostka zlecająca świadczenie, pod warunkiem, że na skierowaniu:
    - a) nie jest zawarte zastrzeżenie o wykonaniu świadczenia zdrowotnego u innego świadczeniodawcy,
    - b) jednostka wyraża zgodę na wykonanie świadczenia zdrowotnego.
2. Udzielenia świadczenia zdrowotnego osobom nieuprawnionym do bezpłatnych świadczeń zdrowotnych udzielanych w Szpitalu, w szczególności na rzecz:
- 1) cudzoziemców nieuprawnionych na podstawie umów międzynarodowych do bezpłatnych świadczeń zdrowotnych;
  - 2) obywatelom państwa członkowskiego Unii Europejskiej/Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu – w przypadku braku dokumentu potwierdzającego fakt ubezpieczenia, pacjentom powyżej 18 r. ż., w zakresie badań diagnostycznych.
3. Wysokość opłat za udzielane usług na zasadach określonych w odrębnych przepisach określa Cennik Procedur Medycznych, aktualizowany na bieżąco i zatwierdzany przez Dyrektora, stanowiący załącznik nr 2 do niniejszego Regulaminu.
4. Przy ustalaniu wysokości opłat Dyrektor uwzględnia rzeczywiste koszty udzielenia świadczenia zdrowotnego.
- § 67. 1. Pacjentom do 18 roku życia udzielane są bezpłatne świadczenie zdrowotne w przypadku leczenia planowego na podstawie skierowania i w stanach nagłych.



2. Warunkiem poprawnej realizacji rozliczeń z Narodowym Funduszem Zdrowia wykonanych procedur medycznych, konieczne jest przedstawienie przez przedstawiciela ustawowego/opiekuna pacjenta, przy przyjęciu do Szpitala następujących dokumentów:
  - 1) nr PESEL pacjenta (jeżeli nadano);
  - 2) nr PESEL matki pacjenta- do momentu uzyskania przez dziecko własnego numeru PESEL;
  - 3) dokument tożsamości,w przypadku obywateli UE/krajów EFTA - karta EKUZ pacjenta lub Certyfikat Tymczasowo Zastępujący EKUZ, Formularz E106 dotyczący uprawnień do świadczeń dla osób mieszkających w państwie innym niż państwo właściwe, a podlegającym ustawodawstwu polskiemu, Formularz E109/S1 dla członków rodziny mieszkających na terytorium RP, których główny ubezpieczony mieszka i jest ubezpieczony poza terytorium RP (karta EKUZ nie uprawnia do planowego leczenia).
3. Weryfikacja zgłoszenia pacjenta do ubezpieczenia zdrowotnego, następuje na podstawie sprawdzenia danych w systemie eWUŚ.
4. Pacjent/przedstawiciel ustawowy/opiekun pacjenta ma także możliwość potwierdzenia prawa do świadczeń na podstawie:
  - 1) dokumentu potwierdzającego odprowadzenie składek na ubezpieczenie zdrowotne;
  - 2) druku ZCNA/ZZNA, potwierdzającym zgłoszenie dziecka do ubezpieczenia zdrowotnego.
5. Jeżeli pacjent nie posiada aktualnego zaświadczenia potwierdzającego prawo do świadczeń składa oświadczenie o przysługującym mu prawie do świadczeń opieki zdrowotnej (w przypadku pacjenta małoletniego oraz nieposiadającego pełnej zdolności do czynności prawnych w/w oświadczenie składane jest przez przedstawiciela ustawowego/opiekuna pacjenta). W tym przypadku pacjent musi mieć nadany nr PESEL.
6. W stanach nagłych lub w przypadku, gdy ze względu na stan zdrowia nie jest możliwe złożenie w/w oświadczenia – osoba, której udzielono świadczenia zdrowotnego, jest obowiązana do przedstawienia dokumentu potwierdzającego prawo do świadczeń albo złożenia oświadczenia:
  - 1) w terminie 14 dni od dnia rozpoczęcia udzielania świadczenia opieki zdrowotnej;
  - 2) w terminie 7 dni od dnia zakończenia udzielania świadczenia opieki zdrowotnej, jeżeli świadczenie to udzielane jest w oddziale szpitalnym.
7. Oświadczenia, o których mowa w ust. 6 składane są pod rygorem obciążenia tej osoby kosztami udzielonych świadczeń (nie dotyczy pacjenta do 18 r. ż oraz kobiet w okresie ciąży i połogu).
8. W przypadku udzielenia świadczenia zdrowotnego pacjentowi hospitalizowanemu, którego przedstawiciel ustawowy/opiekun jest osobą bezdomną lub nie posiadającą dochodu oraz możliwości uzyskania świadczeń na podstawie przepisów o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, należy niezwłocznie powiadomić o tym fakcie specjalistę ds. rehabilitacji społecznej.



## **Rozdział 19**

### **Zasady podpisywania pism**

- § 68.1. Dyrektor podpisuje w szczególności:
- 1) pisma i wystąpienia do organów administracji państwowej;
  - 2) pisma i wystąpienia kierowane do organów uchwałodawczych i wykonawczych jednostek samorządu terytorialnego;
  - 3) pisma i wystąpienia do kierowników organów kontroli zewnętrznej;
  - 4) pisma i wystąpienia związane z kontaktami zagranicznymi Szpitala;
  - 5) pisma i wystąpienia związane z wykonywaniem funkcji Dyrektora;
  - 6) polecenia krajowych i zagranicznych wyjazdów służbowych;
  - 7) pisma, które zastrzega do własnego podpisu.
2. Dyrektor może upoważnić Zastępców Dyrektora lub innych pracowników Szpitala do podpisywania pism i dokumentów, o których mowa w ust. 1.
  3. W przypadku, gdy Dyrektor nie może wykonywać czynności służbowych pisma zastrzeżone do podpisu Dyrektora podpisuje upoważniony przez niego Zastępca Dyrektora.
  4. Pisma niezastrzeżone do podpisu Dyrektora podpisują Zastępcy Dyrektora lub kierownicy komórek organizacyjnych w ramach ustalonego obszaru odpowiedzialności.
  5. Dokumenty przedkładane do podpisu Dyrektorowi i Zastępcom Dyrektorów muszą być parafowane na jednej z kopii przez osobę sporządzającą oraz, gdy wymaga tego rodzaj sprawy, przez radcę prawnego jako nie budzące zastrzeżeń pod względem formalno-prawnym.
  6. Dokumenty, które mogą powodować powstanie zobowiązań pieniężnych wymagają kontrasygnaty Zastępcy Dyrektora ds. Ekonomiczno-Finansowych/Główniej Księgowej.

## **Rozdział 20**

### **Monitoring pomieszczeń**

- § 69.1. Każdej osobie, która przebywa na terenie Szpitala przysługuje ogół uprawnień w związku z tym, że jej wizerunek jest nagrywany.
2. Monitoring wizyjny prowadzony jest w budynkach oraz na terenie wokół budynków. Rejestracji podlega wyłącznie obraz z kamer. Zakazana jest rejestracja dźwięku.
  3. Celem stosowania monitoringu wizyjnego w Szpitalu jest:
    - 1) zapewnienie bezpieczeństwa osobom przebywającym na terenie Szpitala;
    - 2) zapewnienie ochrony mienia oraz zabezpieczenia pomieszczeń, w których prowadzona jest działalność lecznicza;
    - 3) wspomaganie nadzoru medycznego nad pacjentami, w zakresie dozwolonym przez obowiązujące przepisy prawa.
  4. System monitoringu obejmuje pomieszczenia ogólnodostępne, a w odniesieniu do pomieszczeń, w których udzielane są świadczenia zdrowotne oraz pobytu pacjentów, w szczególności pokoi łóżkowych, pomieszczeń higieniczno-sanitarnych, przebieralni, szatni, jeżeli jest to dopuszczalne na podstawie obowiązujących przepisów prawa.





5. Obserwacja obejmuje wszystkie osoby przebywające na terenie objętym monitoringiem, w tym pracowników Szpitala, pacjentów, osoby odwiedzające oraz inne osoby realizujące zadania lub przebywające w miejscach monitorowanych.
  6. Osoby pozostające w obszarze monitorowanym muszą mieć świadomość, że w miejscu, w którym znajdują się, prowadzone są czynności monitoringu, tzn. że informacja o monitoringu musi być ogólnodostępna dla wszystkich.
- § 70. Szczegółowe zasady funkcjonowania systemu monitoringu wizyjnego w Szpitalu, miejsca instalacji kamer wraz z wykazem budynków i pomieszczeń objętych monitoringiem wizyjnym, zasady rejestracji i zapisu informacji oraz sposób ich zabezpieczenia, a także możliwości udostępniania zgromadzonych danych o zdarzeniach ustala w zarządzeniu Dyrektor Szpitala.

## **Rozdział 21 Postanowienia końcowe**

- § 71.1. Niniejszy Regulamin został ustalony przez Dyrektora Wojewódzkiego Szpitala Dziecięcego im. Józefa Brudzińskiego w Bydgoszczy i zaopiniowany przez Radę Społeczną Szpitala.
2. Postanowienia Regulaminu obowiązują wszystkich pracowników Szpitala, osoby wykonujące świadczenia zdrowotne na rzecz Szpitala na podstawie umów cywilnoprawnych, pacjentów oraz osoby odwiedzające.
  3. W sprawach nieuregulowanych w regulaminie, mają zastosowanie przepisy ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej oraz inne przepisy wydane na jej podstawie.
- § 72. Spory kompetencyjne pomiędzy komórkami organizacyjnymi rozstrzyga Dyrektor.
- § 73. Kierownictwo Szpitala zobowiązane jest składać Dyrektorowi wnioski w sprawie projektu zmian niniejszego Regulaminu, wynikające z doskonalenia organizacji pracy w komórkach organizacyjnych oraz w związku z wdrażaniem nowych przepisów prawnych i regulacji wewnętrznych.

## **Rozdział 22 Załączniki**

- § 74. Integralną częścią Regulaminu jest schemat organizacyjny (załącznik nr 1) oraz Cennik Procedur Medycznych (załącznik nr 2).

*Dyrektor Wojewódzkiego Szpitala Dziecięcego  
im. J. Brudzińskiego w Bydgoszczy*

*mgr Edward Hartwich*