



REGULAMIN ORGANIZACYJNY ZAKŁADU LECZNICZEGO ANALGOMED WROCŁAW

ROZDZIAŁ I

POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1

1. Podmiotem leczniczym jest ANALGOMED SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ z siedzibą przy ul. Powstańców Śląskich 95, 53-332 Wrocław, wpisanym do Krajowego Rejestru Sądowego prowadzonego przez Sąd Rejonowy dla Wrocławia Śródmieście pod nr KRS 0000662947
1. NIP: 8982228386 , REGON: 366545807, reprezentowanym przez: Ireneusz Bryła – Prezes Zarządu. Zwany dalej w skrócie ANALGOMED.

§ 2

2. Regulamin opracowano na podstawie:
 - a) ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej,
 - b) ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych,
 - c) ustawy z dnia 06 listopada 2008r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta,
 - d) ustawy z dnia 05 grudnia 1996r. o zawodzie lekarza i lekarza dentysty,
 - e) innych przepisów prawa dotyczących funkcjonowania podmiotów wykonujących działalność medyczną.

§ 3

3. Użyte w regulaminie organizacyjnym określenia oznaczają:
 - 1) Opiekun faktyczny – osoba, która bez obowiązku ustawowego, sprawuje stałą opiekę nad osobą (pacjentem), która ze względu na wiek, stan zdrowia w tym psychiczny, wymaga takiej opieki.
 - 2) Przedstawiciel ustawowy – oznacza to osobę reprezentującą (z mocy ustawy – rodzica lub na podstawie postanowienia sądu – kuratora, opiekuna) osobę (pacjenta) nie mającą lub mającą ograniczoną zdolność do czynności prawnych.
 - 3) Osoba wykonująca zawód medyczny – osoba uprawniona na podstawie odrębnych przepisów do udzielania świadczeń zdrowotnych oraz osoba legitymująca się nabyciem fachowych kwalifikacji do udzielania

świadczeń zdrowotnych w określonym zakresie lub określonej dziedzinie medycyny.

- 4) Pacjent / świadczeniobiorca/ – osoba zwracająca się o udzielenie świadczeń zdrowotnych lub korzystająca ze świadczeń zdrowotnych udzielanych przez podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych lub osobę wykonującą zawód medyczny.
- 5) Promocja zdrowia – działania umożliwiające poszczególnym osobom i społeczności zwiększenie kontroli nad czynnikami warunkującymi stan zdrowia i przez to jego poprawę, promowanie zdrowego stylu życia oraz środowiskowych i indywidualnych czynników sprzyjających zdrowiu.
- 6) Świadczenie zdrowotne – działania służące zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia oraz inne działania medyczne wynikające z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich wykonywania.
- 7) Wewnętrzne akty – ustalone lub zatwierdzone przez Dyrektora regulaminy, zarządzenia, procedury, instrukcje do stosowania w Zakładzie.
- 8) Zakład – ANALGOMED SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ.
- 9) Dyrektor – Dyrektor ANALGOMED.
- 10) Zastępca Dyrektora-Zastępca Dyrektora ANALGOMED do spraw lecznictwa.
- 11) Zakres czynności – zakres obowiązków, uprawnień i odpowiedzialności.

ROZDZIAŁ II

CELE I ZADANIA ZAKŁADU

§ 4

1. Celem zakładu jest udzielanie świadczeń zdrowotnych służących zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu i poprawie zdrowia, sprawowania profilaktycznej opieki zdrowotnej oraz podejmowanie innych działań medycznych wynikających z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich wykonywania oraz realizowanie zadań z zakresu programów zdrowotnych i promocji zdrowia.

§ 5

Zadaniem Zakładu jest udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie:

1. Podstawowej opieki zdrowotnej, udzielanej w warunkach ambulatoryjnych lub domowych w miejscu zamieszkania lub pobytu osoby potrzebującej tych świadczeń,
2. Diagnostyki i leczenia,
3. Kierowaniem na leczenie specjalistyczne, szpitalne, uzdrowiskowe i szpitalne,
4. Promocja zdrowia i profilaktyki chorób.

§ 6

W realizacji zadań Zakład współdziała z;

1. Narodowym Funduszem Zdrowia.
2. Synevo Sp. z o.o. w zakresie diagnostyki laboratoryjnej.
3. Gabinet lekarski Marcin Celer w zakresie badań ultrasonograficznych.
4. Centrum medyczne Medix w zakresie badań rentgenowskich.

ROZDZIAŁ III

ZAKRES I RODZAJ UDZIELANYCH ŚWIADCZEŃ

§ 7

1. Zakład prowadzi działalność leczniczą w zakresie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej i specjalistycznej opieki zdrowotnej.
2. W świadczeniach gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej wyodrębnia się;
 - a) świadczenia lekarza podstawowej opieki zdrowotnej,
 - b) świadczenia pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej,
 - c) świadczenia położnej podstawowej opieki zdrowotnej.

ROZDZIAŁ IV

ZASADY UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH

Zasady ogólne

§ 8

1. Zakład udziela świadczeń zdrowotnych osobom ubezpieczonym, którzy dokonali wyboru lekarza, pielęgniarki i położnej POZ poprzez złożenie odpowiedniej deklaracji wyboru. Osoby ubezpieczone w Narodowym Funduszu Zdrowia mają prawo wyboru lekarza, a także pielęgniarki i położnej POZ w placówkach mających podpisaną umowę z Oddziałem Wojewódzkim NFZ.
2. Ubezpieczony może wybrać tylko jednego lekarza, jedną pielęgniarkę i jedną położną POZ.
3. Wybór lekarza, pielęgniarki, położnej POZ może mieć miejsce nie częściej niż dwa razy w ciągu roku kalendarzowego.

§ 9

1. Zakład udziela świadczeń zdrowotnych pacjentom:
 - 1) ubezpieczonym – na podstawie dokumentu potwierdzającego opłacanie składek,
 - 2) zgodnie z treścią zawartych umów pomiędzy Zakładem, a dysponentami środków finansowych – na podstawie dokumentów wynikających z treści tych umów,
 - 3) obcokrajowcom – na zasadach określonych w art. 2 ust. 2 Ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jednolity.: Dz. U. 2019 poz.1373.),
 - 4) nieubezpieczonym – w oparciu o zasady określone w odrębnych przepisach.
2. Dokumenty potwierdzające uprawnienia, o których mowa w ust. 1 pkt. 1-4, pacjent powinien przedstawić przed udzieleniem mu świadczenia zdrowotnego, w przypadku niepotwierdzenia ubezpieczenia w systemie eWUŚ - złożenie oświadczenia o przysługującym prawie do świadczeń opieki zdrowotnej.

§ 10

1. Żadne okoliczności nie mogą stanowić podstawy do odmowy udzielenia świadczenia zdrowotnego, jeżeli osoba zgłaszająca się wymaga natychmiastowego udzielenia pomocy medycznej ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia.

§ 11

2. Świadczenia zdrowotne w Zakładzie udzielane są wyłącznie przez osoby wykonujące zawody medyczne oraz spełniające wymagania kwalifikacyjne określone w odrębnych przepisach.

§ 12

3. Każdemu pacjentowi leczonemu w Zakładzie udzielane są świadczenia zdrowotne w zakresie i rodzaju odpowiednim do jego stanu zdrowia zgodnie z aktualnym stanem wiedzy medycznej, z wykorzystaniem możliwie najskuteczniejszych metod diagnostycznych.

§ 13

4. Wszystkie osoby zatrudnione oraz osoby pozostające w stosunku cywilnoprawnym z Zakładem mają obowiązek nosić w widocznym miejscu identyfikator zawierający imię i nazwisko oraz pełnioną funkcję.

ROZDZIAŁ V STRUKTURA ORGANIZACYJNA ZAKŁADU

§ 14

Świadczenia zdrowotne dla ludności udzielane są w przychodniach, ośrodkach, poradniach oraz gabinetach –stanowiących jednostki i komórki organizacyjne Zakładu.

§ 15

1. Strukturę organizacyjną Zakładu tworzą komórki organizacyjne o charakterze usługowym leczniczym i nieleczniczym / Administracja/.
2. W skład Zakładu wchodzi następujące jednostki organizacyjne:
 - a) Analgomed Sp. z o o.
3. W skład komórek organizacyjnych o charakterze leczniczym wchodzi:
 - a) Poradnia lekarza podstawowej opieki zdrowotnej,
 - b) Poradnia lekarza podstawowej opieki zdrowotnej dla dzieci,
 - c) Punkt szczepień,
 - d) Gabinet diagnostyczno- zabiegowy,
 - e) Gabinet pielęgniarstwa podstawowej opieki zdrowotnej,
 - f) Gabinet położnej podstawowej opieki zdrowotnej.
4. W skład komórek organizacyjnych o charakterze nieleczniczym wchodzi:
 - a) Rejestracja,
 - b) Sekcja gospodarcza Przychodni.

§ 16

1. Jednostki organizacyjne, komórki organizacyjne tworzy, likwiduje, łączy i przekształca Dyrektor – po uzyskaniu pozytywnej opinii i po zatwierdzeniu wniosku przez Wojewodę dolnośląskiego w przypadku:
 - a) rozszerzania lub zawężania zakresu działalności Zakładu.
 - b) przeprowadzania zmian organizacyjnych.
 - c) zmian w przepisach nadrzędnych wymuszających wykonywanie dodatkowych zadań.
2. Przy tworzeniu komórki organizacyjnej Dyrektor uwzględnia:
 - 1) Złożoność i rodzaj zadań przemawiających za koniecznością utworzenia komórki organizacyjnej,
 - 2) Możliwości spełnienia warunków kadrowych i płacowych,
 - 3) Obowiązują przepisy, jeżeli dotyczą nowo tworzonej komórki.

ROZDZIAŁ VI ZARZĄDZANIE ZAKŁADEM

§ 18

DYREKTOR

1. Kieruje działalnością Zakładu, reprezentuje go na zewnątrz oraz ponosi odpowiedzialność za zarządzanie Zakładem.
2. Samodzielnie podejmuje decyzje dotyczące funkcjonowania Zakładu i ponosi za nie odpowiedzialność.
3. Dyrektor jest przełożonym wszystkich pracowników Zakładu.
4. Dyrektor wykonuje swoje zadania /kierownicze i zarządzające/ przy pomocy zastępcy dyrektora ds. leczenia, głównego księgowego i kierowników komórek organizacyjnych.
5. Dyrektor sprawuje bezpośredni nadzór nad działalnością niemedyzną.
6. Obowiązki Dyrektora zostały określone w Statucie.
Nadzór nad działalnością leczniczą sprawuje:
 - a) w zakresie prowadzonego procesu diagnostycznego, leczniczego oraz świadczeń ambulatoryjnych - Zastępca Dyrektora ds. leczenia,
 - b) w zakresie pracy pielęgniarek, położnych – Pielęgniarka koordynująca.
 - c) kierownik jednostki organizacyjnej nadzoruje pracę jednostki organizacyjnej.

§20

ZASTĘPCA DYREKTORA DS. LECZNICTWA

1. Podlega bezpośrednio Dyrektorowi i zastępuje go w czasie jego nieobecności.
2. W czasie swojej nieobecności jest zastępowany przez wyznaczoną przez niego osobę, która - uzyskuje akceptację Dyrektora.
3. Jest bezpośrednim przełożonym Kierowników Jednostek Organizacyjnych i Pielęgniarki koordynującej.
4. Do obowiązków należy kierowanie całością prac podstawowej opieki zdrowotnej, a w szczególności:
 - a) zapewnienie udzielania świadczeń medycznych w zakresie opieki ambulatoryjnej i opieki domowej – dorosłym i dzieciom, dzieciom i młodzieży w środowisku nauki i wychowania

- b) czuwanie nad prowadzeniem prawidłowej działalności profilaktycznej, szczególnie szczepień ochronnych i okresową ich analizę,
- c) nadzór nad realizacją programów zdrowia i programów polityki zdrowotnej,
- d) zatwierdzanie harmonogramów pracy lekarzy, zabezpieczenie pracy placówek SZOZ w okresie urlopów,
- e) nadzór nad działalnością w zakresie leków, sprzętu jednorazowego użytku i sprzętu medycznego a w szczególności zabezpieczeniem w leki, a także nad dystrybucją tych leków i prawidłowym ich wykorzystaniem przez podległe jednostki organizacyjne poprzez zatwierdzenie zamówień na leki,
- f) czuwanie nad właściwym, prawidłowym i sprawnym wykonywaniem obowiązków przez personel fachowy i pomocniczy,
- g) wnioskowanie do dyrektora w zakresie spraw związanych z lecznictwem, a także opiniowanie wniosków podległych komórek organizacyjnych oraz opiniowanie zakupu leków i artykułów medycznych oraz sprzętu medycznego,
- h) wnioskowanie do dyrektora i opiniowanie wniosków w zakresie zatrudniania i zwalniania lekarzy oraz pozostałego personelu medycznego,
- i) występowanie z wnioskiem o nagradzanie i karanie personelu medycznego,
- j) nadzór nad dyscypliną pracy,
- k) zachowanie tajemnicy prawem chronionej i służbowej,
- l) przestrzeganie „Ustawy o działalności leczniczej” wraz z wydanymi do niej aktami prawnymi w formie rozporządzenia Ministra Zdrowia oraz Ministra Finansów
- m) wnioskowanie w sprawach rozszerzania lub zawężania zakresu udzielanych świadczeń zdrowotnych,
- n) merytoryczna ocena wniosków dotyczących zakupu lub darowizny aparatury i sprzętu medycznego służącego do diagnostyki, leczenia,
- o) podejmowanie działań zmierzających do doskonalenia i ciągłego podnoszenia poziomu opieki lekarskiej w jednostkach organizacyjnych zakładu,
- p) nadzór nad działalnością komisji i zespołów problemowych powołanych w Zakładzie w zakresie świadczeń zdrowotnych,
- q) wykonywanie innych prac zleconych przez Dyrektora SZOZ w Pińczowie zgodnie z posiadanymi kwalifikacjami.

§ 21

PIELĘGNIARKA KOORDYNUJĄCA

1. Podlega bezpośrednio Zastępcy Dyrektora ds. lecznictwa.
2. W czasie swojej nieobecności jest zastępowana przez wyznaczoną przez nią osobę po uzyskaniu akceptacji Dyrektora.
3. Odpowiada za organizowanie profesjonalnych świadczeń pielęgniarskich i położnej POZ.
4. Odpowiada za zorganizowanie zespołu pracowników zdolnego do realizowania świadczeń na odpowiednim poziomie,
5. Odpowiada za planowanie liczby i struktury personelu niezbędnego do wykonania opieki pielęgniarskiej na należytym poziomie, pod kątem racjonalnego wykorzystania pracowników
6. Odpowiada za planowanie ilości i rodzaju narzędzi, sprzętu i materiałów niezbędnych do prawidłowego funkcjonowania podstawowej opieki zdrowotnej.
7. Odpowiada za kierowanie poszczególnych osób na określone stanowiska stosownie do posiadanych kwalifikacji, stażu pracy, nabytych umiejętności i zamiłowania,
8. Układanie harmonogramów czasu pracy podległego personelu,

9. Planowanie urlopów podległego personelu,
10. Organizowanie doskonalenia zawodowego pracowników i podnoszenie kwalifikacji własnych,
11. Wnioskowanie, wdrażanie i nadzór nad programami profilaktycznymi.
12. Nadzór nad utrzymaniem czystości w placówce, zapewnienie warunków do utrzymania odpowiedniego stanu sanitarno- higienicznego placówki.
13. Zapewnienie bezpiecznych i higienicznych warunków pracy personelu oraz pobytu pacjentów w przychodniach i ośrodkach zdrowia,
14. Organizacja i współuczestniczenie w zakresie realizacji promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej podopiecznych.
15. Przedkładanie Dyrektorowi sprawozdań z przebiegu pracy i wykonania obowiązków przez podległy personel.
16. Nadzorowanie prawidłowości realizacji opieki pielęgniarskiej w przychodniach, ośrodkach zdrowia, środowisku i środowisku nauczania i wychowania
17. Kontrola poziomu fachowego udzielanych świadczeń, stosunek do obowiązków, oszczędności w używaniu urządzeń, materiałów i sprzętu oraz czystości osobistej i czystości miejsca pracy.
18. Kontrola terminowości wykonywania pracy przez podległy personel.
19. Kontrola właściwego stosunku do osób korzystających ze świadczeń.
20. Nadzorowanie prawidłowości wykonywania zleceń lekarskich.
21. Prowadzenie ustalonej dokumentacji dotyczącej pacjentów, pracowników, sprzętu medycznego i leków.
22. Nadzorowanie prawidłowości zaopatrzenia placówki w sprzęt, leki, środki sanitarne, inne materiały oraz ich prawidłowego przechowywania i wykorzystania przez personel,
23. Nadzór nad jakością pielęgniarskiej dokumentacji medycznej obowiązującej w Zakładzie,
24. Podejmowanie działań mających na celu upowszechnianie i przestrzeganie praw pacjenta,
25. Prowadzenie badań mających na celu określenie poziomu zadowolenia pacjentów korzystających z usług Zakładu.
26. Merytoryczna ocena wniosków dotyczących zakupu/darowizny aparatury i sprzętu medycznego służącego do pielęgnacji pacjentów,
27. Udział w doborze kadry, zatrudnianej bezpośrednio w komórce organizacyjnej podlegającej Pielęgniarsce koordynującej.
28. Wykonywanie innych czynności zleconych przez Dyrektora zgodnie z posiadanymi kwalifikacjami.

§ 22

REJESTRACJA

1. W Zakładzie świadczenia w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej realizowane są od poniedziałku do piątku w godzinach od 8⁰⁰ do 18⁰⁰.
2. Przyjęcia pacjenta przez lekarza odbywają się w warunkach ambulatoryjnych i domowych. Warunkiem realizacji wizyty jest rejestracja pacjenta w formie: stawiennictwa osobistego, telefonicznej lub za pośrednictwem osoby trzeciej.
3. Rejestracja pacjentów odbywa się w godzinach od 8.00 do 18.00.
4. Osoby w stanie nagłego pogorszenia stanu zdrowia, kombatanci i osoby represjonowane, inwalidzi wojenni i wojskowi, cywilne niewidome ofiary działań wojennych, zasłużeni honorowi dawcy krwi i dawcy przeszczepu - rejestrowani są poza kolejnością po okazaniu stosownego dokumentu.

5. Warunkiem uzyskania bezpłatnych świadczeń opieki zdrowotnej i dokonania rejestracji do lekarza, pielęgniarki lub położnej POZ jest pozytywnie zweryfikowane ubezpieczenie zdrowotne w systemie eWUŚ, a w przypadku jego braku posiadanie aktualnego dowodu ubezpieczenia lub złożenie oświadczenia o posiadaniu ubezpieczenia zdrowotnego.
6. Osobie nie objętej ubezpieczeniem zdrowotnym świadczenia medyczne udzielane są odpłatnie. Pacjent uiszcza stosowną opłatę, a pielęgniarka rejestrująca odnotowuje ten fakt w historii choroby i przekazuje informację lekarzowi w celu wystawienia pełnopłatnej recepty.
7. Rejestracji dokonuje się zgodnie z następującymi zasadami:
 - a) przy dokonywaniu rejestracji uwzględnia się wyrażone przez pacjenta prawo do wyboru lekarza, a także sprawdza się w systemie komputerowym przynależność pacjenta do zakładu i poprawność złożonej deklaracji wyboru.
 - b) po jego weryfikacji w systemie komputerowym eWUŚ – pielęgniarka dokonuje rejestracji, informuje pacjenta o warunkach przyjęcia przez lekarza, przyznanym numerem do lekarza (z podaniem przybliżonej godziny wizyty) oraz numerze gabinetu do którego pacjent ma się udać.
 - c) w przypadku pierwszorazowej wizyty i wyrażenia chęci korzystania ze świadczeń w Zakładzie pacjent wypełnia w rejestracji deklarację wyboru. Osoba rejestrująca sprawdza jej poprawność i własnoręcznym podpisem poświadcza jej złożenie. Następnie pacjentowi założona zostaje historia choroby wraz ze stosownymi oświadczeniami.
 - d) wizyta ambulatoryjna - pacjent dokonujący rejestracji do lekarza w formie osobistej, telefonicznej lub za pośrednictwem osoby trzeciej jest weryfikowany w systemie eWUŚ pod kątem posiadania uprawnienia do bezpłatnych świadczeń zdrowotnych. Po jego weryfikacji oraz sprawdzeniu poprawności jego danych w systemie komputerowym osoba rejestrująca dokonuje rejestracji. Następnie historia choroby dostarczana jest przez pielęgniarkę bezpośrednio do lekarza (do gabinetu lekarskiego).
 - e) teleporada - po weryfikacji pacjenta rozmowa zostaje przełączana do lekarza.
 - f) wizyta domowa - świadczenia z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej w uzasadnionych medycznie przypadkach wykonywane są również w domu pacjenta. Pacjent telefonicznie bądź za pośrednictwem osoby trzeciej zgłasza potrzebę realizacji wizyty domowej bezpośrednio u lekarza rodzinnego w godzinach od 8 15 do 1015. Lekarz decyduje o konieczności realizacji takiej wizyty i ustala jej termin. W Zakładzie lekarze realizują wizyty domowe według harmonogramu zgłoszonego do NFZ. Po przyjęciu wizyty do realizacji lekarz informuje pielęgniarkę rejestrującą o tym fakcie, która sprawdza w systemie eWUŚ uprawnienia w zakresie ubezpieczenia zdrowotnego.
 - g) wizyta ambulatoryjna terminowana - w zdecydowanej większości przypadków pacjent jest przyjmowany przez lekarza w dniu zgłoszenia się na wizytę. Porady mogą być jednak udzielone w innym późniejszym terminie w następujących przypadkach:
 - w chorobach przewlekłych - jeżeli stan pacjenta nie uległ pogorszeniu,
 - przy kontynuacji leczenia,
 - gdy potrzeba kontaktu pacjenta z lekarzem POZ nie wynika z konieczności uzyskania pomocy Lekarza.

ROZDZIAŁ VII

ZADANIA KOMÓREK ORGANIZACYJNYCH

§ 23

PORADNIA /Gabinet LEKARZA POZ

1. Udzielanie świadczeń zdrowotnych odbywa się w godzinach pracy poradni zgodnie z harmonogramem zatwierdzonym przez NFZ, wg kolejności numerów nadanych pacjentowi w rejestracji. W przypadku niezachowania przez pacjenta kolejności przyjęć wynikającym ze spóźnienia się, o przyjęciu pacjenta decyduje lekarz z zastrzeżeniem ust. 2.
2. W przypadkach nagłych świadczenia udzielane są niezwłocznie z pominięciem kolejki.
3. W trakcie wizyty lekarz przeprowadza wywiad i badanie pacjenta i dokumentuje wykonane czynności, ustala rozpoznanie i proponuje możliwe sposoby postępowania.
4. W przypadku trudności z ustaleniem rozpoznania lekarz kieruje pacjenta na konsultację specjalistyczną i ustala termin kolejnej wizyty.
5. W przypadku pacjentów wymagających leczenia szpitalnego lekarz wydaje skierowanie do szpitala.
6. W przypadku konieczności leczenia specjalistycznego, lekarz kieruje pacjenta do objęcia stałą opieką specjalistyczną.
7. Wszystkie czynności wykonywane przy pacjencie, informacje dotyczące przebiegu leczenia, informacje o orzeczeniach czasowej niezdolności do pracy, wydanych zaświadczeniach itp. są dokumentowane w historii zdrowia i choroby pacjenta.
8. Do historii zdrowia i choroby dołącza się wyniki badań itp.
9. Wszystkie czynności wykonywane przy pacjencie są dokumentowane w indywidualnej wewnętrznej dokumentacji medycznej pacjenta (historia choroby, karta zdrowia dziecka).
10. Indywidualna dokumentacja medyczna prowadzona jest w postaci elektronicznej lub papierowej. W papierowej na formularzach wypełnianych pismem ręcznym, maszynowym lub komputerowym dołączanych do historii choroby.
11. Wpisów dokonują osoby wykonujące zawód medyczny.
12. Kolejne wpisy sporządzane są w porządku chronologicznym
13. Każdy wpis zawiera datę sporządzenia, zakończony jest podpisem i pieczętką osoby dokonującej wpisu.
14. Wpis dokonany w dokumentacji nie może być z niej usunięty. W przypadku błędnego wpisu należy go skreślić, opatrzyć datą, godziną i podpisem osoby dokonującej skreślenia,
15. Każdy dokument będący częścią dokumentacji musi umożliwiać identyfikację pacjenta, którego dotyczy oraz osoby sporządzającej dokument.
16. Dokument włączony do dokumentacji wewnętrznej nie może być z niej usunięty.
17. Wszyscy pracownicy mający dostęp do dokumentacji medycznej mają obowiązek zachowania tajemnicy informacji, które w związku z dostępem do dokumentacji uzyskali.
18. Zasady zakładania, prowadzenia, przechowywania oraz archiwizowania dokumentacji medycznej zawarte są w rozdziale XI.

§ 25

GABINET DIAGNOSTYCZNO-ZABIEGOWY /zabiegi, iniekcje, EKG/Spirometria

1. Pacjent zgłasza się do gabinetu zabiegowego w celu podania przez pielęgniarkę leku w iniekcji, pomiaru ciśnienia tętniczego krwi, kontroli poziomu cukru we krwi, szczepienia zalecanego.
2. Pacjent przedstawia zlecenie na wykonanie zabiegu, iniekcji, które zawiera nazwę leku, dawkę, sposób i czasokres podawania; zlecenie na pomiary ciśnienia lub badanie poziomu cukru.
3. Pielęgniarka sprawdza w komputerze przynależność pacjenta do zakładu i w systemie EWUŚ jego uprawnienie do świadczeń zdrowotnych, odnotowuje zlecenie w Księdze Zabiegów, wykonuje zlecony zabieg zgodnie z procedurą odpowiednią do rodzaju zabiegu.
4. W czasie pobytu pacjenta w gabinecie pielęgniarka prowadzi edukację zdrowotną zgodnie z aktualną wiedzą medyczną i swoimi kompetencjami.
5. Pielęgniarka odnotowuje zlecenie w księdze zabiegów.
6. Pielęgniarka wykonuje badanie, opisuje wydruk zapisu i kieruje pacjenta do lekarza.
7. W przypadku zmian w zapisie zagrażających życiu pacjenta, pielęgniarka wzywa lekarza do gabinetu. O dalszym postępowaniu decyduje lekarz.

§ 26

PORADNIA /Gabinet / POŁOŻNEJ POZ

Położna realizuje opiekę położniczo-neonatologiczno-ginekologiczną wobec kobiet, noworodków i niemowląt do ukończenia drugiego miesiąca życia. Świadczenia realizuje w gabinecie i w miejscu zamieszkania zgodnie z załącznikiem nr 3 do Rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej.

1. Po zgłoszeniu się pacjentki do gabinetu położnej sprawdzane są jej uprawnienia do świadczeń zdrowotnych.
2. Przeprowadzany jest wywiad położniczy i ogólny stanu zdrowia oraz jej rodziny. Informacja ta odnotowana jest w karcie opieki nad kobietą ciężarną.
3. Położna realizuje świadczenia pielęgnacyjne, lecznicze i diagnostyczne dokumentując wykonane czynności w karcie opieki nad kobietą ciężarną.
4. Informuje i edukuje pacjentkę w zakresie samoopieki i samopielęgnacji.
5. Położna po zakończeniu porady ustala termin następnej wizyty w kalendarzu położnej. W przypadku patronażu w domu świadczeniobiorcy.
6. Położna przyjmuje zgłoszenie pisemnie, ze szpitala lub telefonicznie bezpośrednio od pacjentki. Ustala termin wizyty patronażowej nie dłużej niż 48 godzin od zgłoszenia.
7. Położna sprawdza uprawnienia pacjentki do świadczeń zdrowotnych.
8. Przeprowadza wywiad oraz gromadzi dane na karcie patronażowej położnicy.
9. Bada, ogląda lub dokonuje czynności pielęgnacyjnych u matki według zakresu czynności.

10. Po świadczeniach realizowanych u matki, położna przechodzi do zbierania wywiadu dotyczącego noworodka.
11. Ogląda kącik noworodka i dokonuje czynności pielęgnacyjnych lub zabiegowych, leczniczych, diagnostycznych i profilaktycznych.
12. Edukuje i udziela porad matce i rodzinie.
13. Odnotowuje przekazane informacje na karcie wizyty patronażowej noworodka.
14. W przypadku nieprawidłowości u kobiety ciężarnej, położnicy lub noworodka informuje lekarzy.

§ 27

PUNKT SZCZEPIEŃ

1. Osoba podlegająca szczepieniu ochronnemu zgłasza się do punktu szczepień po uprzednim ustaleniu terminu i godziny szczepienia lub na pisemne wezwanie do szczepienia.
2. Pielęgniarka przygotowuje potrzebną dokumentację i kieruje pacjenta do lekarza na badanie kwalifikacyjne w celu wykluczenia przeciwwskazań do wykonania szczepienia.
3. Lekarz odnotowuje w karcie zdrowia dziecka wpis kwalifikujący do szczepienia. Informuje również o możliwości zaszczepienia dziecka szczepionkami zalecanymi przeciwko chorobom zakaźnym.
4. Bezpośrednio po badaniu lekarskim zakwalifikowany pacjent przechodzi do punktu szczepień, gdzie poddawany jest szczepieniu zgodnie z odpowiednią procedurą postępowania.
5. Pielęgniarka dokonuje wpisów potwierdzających wykonanie szczepienia w karcie uodpornienia i w książeczce zdrowia dziecka w części dotyczącej szczepień ochronnych oraz w zeszycie procedur dzieci zdrowych, w księdze przyjęć dzieci zdrowych, w rejestrze pacjentów.
6. Pielęgniarka prowadzi edukację zdrowotną w zakresie postępowania z dzieckiem po szczepieniu, obserwowania w kierunku niepożądanych odczynów poszczepiennych oraz ustala termin następnego szczepienia.

§28

PORADNIA/Gabinet PIELĘGNIARKI PODSTAWOWEJ OPIEKI ZAROWOTNEJ

1. Pielęgniarka POZ realizuje świadczenia wobec pacjentów w gabinecie pielęgniarki i w środowisku zamieszkania po uprzedniej weryfikacji uprawnień w systemie EWUŚ.
2. Pielęgniarka przeprowadza wywiad ze zgłaszającym się do gabinetu pacjentem lub członkiem rodziny, mający na celu rozpoznanie problemu zdrowotnego i ustala zasady dalszego postępowania.
3. Jeżeli wizyta może być zrealizowana w warunkach ambulatoryjnych, pielęgniarka podejmuje stosowne działania z zachowaniem procedur postępowania.
4. Po zakończeniu udzielania świadczeń, dokumentuje wykonanie czynności w dokumentacji indywidualnej pacjenta i w dokumentacji zbiorczej.

4. W przypadku potrzeby realizacji wizyty w domu pacjenta pielęgniarka przyjmuje zgłoszenie i ustala z pacjentem/opiekunem indywidualny plan opieki.
5. W ustalonym terminie pielęgniarka zgłasza się u pacjenta, rozpoznaje problemy zdrowotne i ustala zakres świadczeń niezbędnych do wykonania.
6. Realizuje potrzebne świadczenia zgodnie z procedurami i ustala dalszy sposób postępowania w zależności od stanu chorego. W środowisku domowym pielęgniarka realizuje również wizyty patronażowe.
7. Po powrocie do gabinetu pielęgniarka uzupełnia stosowną dokumentację medyczną.
8. W razie potrzeby konsultuje się z lekarzem prowadzącym odnośnie stanu zdrowia chorego oraz procesu jego zdrowienia.

§ 35

Obowiązki, uprawnienia i odpowiedzialność pracowników ANALGOMED.

1. Do obowiązków pracowników należy;

- 1) kompetentne, rzetelne i terminowe wywiązywanie się z przyjętych obowiązków zgodny z interesami Zakładu,
- 2) znajomość i przestrzeganie przepisów, zarządzeń, instrukcji i regulaminów dotyczących powierzonego odcinka pracy oraz zasad organizacji pracy w Zakładzie,
- 3) utrzymanie własnych kwalifikacji zawodowych na poziomie niezbędnym dla wykonywania zadań na danym stanowisku,
- 4) przestrzeganie dyscypliny pracy, przepisów i zasad BHP i ppoż.
- 5) zgodne z przepisami i przeznaczeniem wykorzystanie powierzonego majątku Zakładu, zabezpieczenie go dostępnymi środkami przed zniszczeniem lub kradzieżą,
- 6) przestrzeganie tajemnicy służbowej,
- 7) uprzejme traktowanie pacjentów i interesantów oraz rzetelne załatwianie ich spraw,

2. Do uprawnień pracowników należy;

- 1) otrzymanie formalnego określenia zakresu obowiązków, uprawnień i odpowiedzialności,
- 2) żądanie umożliwienia mu dostępu do środków działania niezbędnych do wywiązywania się z przyjętych zadań,
- 3) żądanie zabezpieczenia mu właściwych i bezpiecznych dla danego stanowiska warunków pracy,
- 4) wybór sposobu, czasu, miejsca realizacji zadań, o ile nie są one ograniczone decyzją przełożonego lub obowiązującymi procedurami,
- 5) zwracania się o pomoc do bezpośredniego przełożonego w przypadku niemożności samodzielnego wywiązywania się z zadań.

3. Pracownik ponosi odpowiedzialność za;

- 1) terminowość i jakość wykonywanych zadań stosownie do posiadanych uprawnień środków i warunków działania,

- 2) stan i sposób wykorzystania powierzonego majątku stosownie do postawionych do jego dyspozycji środków materialnych, finansowych i organizacyjnych,
- 3) przestrzeganie obowiązującego prawa, norm etycznych oraz zasad i procedur działania obowiązujących w zakładzie.

§ 36

1. Każdy pracownik ma powierzony zakres obowiązków, uprawnień i odpowiedzialności znajdujący się w aktach osobowych pracownika.
2. Każdy pracownik wykonuje swoje zadania zgodnie z powierzonym zakresem czynności właściwym ze względu na zajmowane stanowisko.
3. Każda osoba wykonująca zawód medyczny i zapewniająca opiekę pracuje zgodnie z harmonogramem czasu pracy zgłoszonym w NFZ .
4. Prawa i obowiązki wszystkich pracowników zostały zawarte w Regulaminie Pracy.

ROZDZIAŁ VIII

WARUNKI WZAJEMNEGO WSPÓŁDZIAŁANIA KOMÓREK ORGANIZACYJNYCH ZAKŁADU I PODMIOTÓW ZEWNĘTRZNYCH

§ 37

Zasady współpracy komórek organizacyjnych:

1. Celem współdziałania ze sobą poszczególnych komórek organizacyjnych jest zapewnienie sprawnego i efektywnego funkcjonowania Zakładu pod względem diagnostyczno- leczniczym, i administracyjno-gospodarczym.
2. Podstawą skutecznej współpracy jest znajomość organizacji pracy i zadań wykonywanych przez poszczególne komórki organizacyjne. W tym celu niezbędne jest podawanie do wiadomości pracowników informacji o wszelkich zmianach zachodzących w poszczególnych komórkach organizacyjnych mających wpływ na przebieg współpracy.
3. Współpraca w zakresie badań diagnostycznych opiera się na pisemnych skierowaniach przekazywanych do pracowni diagnostycznych, na podstawie których jest wykonywane lub przeprowadzane badanie. Informacja zwrotna do wystawiającego skierowanie dociera w postaci wyniku badania.
4. Współpraca w zakresie leczenia opiera się na:
 - a) zapewnieniu specjalistycznych konsultacji lekarskich w zakresie niezbędnym do prowadzenia procesu leczenia.
 - b) pisemnych zleceniach lekarskich wykonywanych przez personel pielęgniarski,
5. Współpraca w zakresie pielęgnowania opiera się na wymianie informacji pomiędzy personelem pielęgniarskim.
6. Współpraca w pozostałych obszarach opiera się na pisemnych zleceniach lub wnioskach oraz na uzgodnieniach telefonicznych i bezpośrednio zainteresowanych stron.

§ 38

1. W celu zapewnienia dostępności do badań diagnostycznych i rentgenowskich Zakład zawiera umowy z zewnętrznymi podmiotami leczniczymi w zakresie świadczeń przekraczających możliwości Zakładu.
2. Zakład udziela świadczeń zdrowotnych podmiotom zewnętrznym w zakresie prowadzonej działalności na podstawie zawieranych umów.
3. Umowy, o których mowa w ust. 1 i 2, precyzują warunki współpracy.

ROZDZIAŁ IX

PRZEBIEG PROCESU ODPLATNEGO UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ

§ 39

Zakład pobiera opłaty za:

- 1) świadczenia zdrowotne udzielane osobom nie posiadającym uprawnień do bezpłatnych świadczeń zdrowotnych,
- 2) udostępnianie dokumentacji medycznej pacjenta,
- 3) wydane zaświadczenia i orzeczenia, o których mowa w art.16 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

§ 40

2. Wysokość opłat za poszczególne świadczenia zdrowotne inne niż finansowane ze środków publicznych jest określona w zarządzeniu dyrektora.
3. Ustalone wysokości opłat uwzględniają rzeczywiste koszty świadczeń.

§ 41

1. Świadczenia, o których mowa w § 37 pkt 1-3 są realizowane po wniesieniu opłaty.
2. Opłaty za świadczenia zdrowotne są przyjmowane na kasach fiskalnych oraz przy użyciu kart płatniczych.

§ 42

Wysokość opłat pobieranych za udostępnianie dokumentacji w formie wyciągów, odpisów i kopii jest zgodna z obowiązującymi przepisami:

- za jedną stronę wyciągu lub odpisu dokumentacji medycznej wynosi 6,00 zł.
- za jedną stronę kopii dokumentacji medycznej wynosi 0,20zł.
- za sporządzenie wyciągu, odpisu lub kopii na nośniku elektronicznym wynosi 1,50 zł .

ROZDZIAŁ X

PRAWA PACJENTA DO DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

§ 43

1. Pacjent ma prawo do dostępu dokumentacji medycznej dotyczącej jego stanu zdrowia oraz udzielanych mu świadczeń zdrowotnych.
2. Dane zawarte w dokumentacji medycznej podlegają ochronie określonej w ustawie o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz w przepisach odrębnych.
3. Zakład jest obowiązany prowadzić, przechowywać i udostępniać dokumentację medyczną /w formie papierowej lub elektronicznej/, zgodnie z obowiązującymi przepisami.
4. Lekarze, pielęgniarki i położne POZ, są uprawnione do uzyskiwania i przetwarzania danych zawartych w dokumentacji medycznej.

§ 44

Dokumentacja medyczna zawiera co najmniej;

- 1) oznaczenie pacjenta, pozwalające na ustalenie jego tożsamości:
 - a) nazwisko i imię /imiona/,
 - b) datę urodzenia,
 - c) adres miejsca zamieszkania,
 - d) numer PESEL, jeżeli nie został nadany, w przypadku noworodka – numer PESEL matki, a w przypadku osób, które nie mają nadanego numeru PESEL – rodzaj i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość,
 - e) w przypadku gdy pacjentem jest osoba małoletnia, całkowicie ubezwłasnowolniona lub niezdolna do świadomego wyrażenia zgody – nazwisko i imię /imiona/ przedstawiciela ustawowego oraz adres jego miejsca zamieszkania.
- 2) Oznaczenie podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych ze wskazaniem komórki organizacyjnej, w której udzielono świadczeń zdrowotnych,
- 3) Opis stanu zdrowia pacjenta lub udzielanych mu świadczeń zdrowotnych,
- 4) Datę sporządzenia.

§45

- 1) Zakład udostępnia dokumentację medyczną pacjentowi lub jego przedstawicielowi ustawowemu, bądź osobie upoważnionej przez pacjenta.
- 2) Po śmierci pacjenta, prawo wglądu w dokumentację medyczną ma osoba upoważniona przez pacjenta za życia.
- 3) Zakład udostępnia dokumentację medyczną również:

- a) podmiotom udzielającym świadczeń zdrowotnych, jeżeli dokumentacja ta jest niezbędna do zapewnienia ciągłości świadczeń zdrowotnych,
 - b) organom władzy publicznej, Narodowemu Funduszowi Zdrowia, organom samorządu zawodów medycznych oraz konsultantom krajowym i wojewódzkim, w zakresie niezbędnym do wykonywania przez te podmioty ich zadań, w szczególności kontroli i nadzoru,
 - c) podmiotom, o których mowa w art. 119 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej, w zakresie niezbędnym do przeprowadzenia kontroli na zlecenie ministra właściwego do spraw zdrowia,
 - d) ministrowi właściwemu do spraw zdrowia, sądom, w tym sądom dyscyplinarnym, prokuratorom, lekarzom sądowym i rzecznikom odpowiedzialności zawodowej, w związku z prowadzonym postępowaniem,
 - e) uprawnionym na mocy odrębnych ustaw organom i instytucjom, jeżeli badanie zostało przeprowadzone na ich wniosek,
 - f) organom rentowym oraz zespołom do spraw orzekania o niepełnosprawności, w związku z prowadzonym przez nie postępowaniem,
 - g) podmiotom prowadzącym rejestry usług medycznych, w zakresie niezbędnym do prowadzenia rejestrów,
 - h) zakładom ubezpieczeń, za zgodą pacjenta,
-
- i) komisjom lekarskim podległym ministrowi właściwemu do spraw wewnętrznych, wojskowym komisjom lekarskim oraz komisjom lekarskim Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego lub Agencji Wywiadu, podległym Szefom właściwych Agencji,
 - j) lekarzowi, pielęgniarce lub położnej, w związku z prowadzeniem procedury oceniającej podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych na podstawie przepisów o akredytacji w ochronie zdrowia, w zakresie niezbędnym do jej przeprowadzenia,
 - k) wojewódzkiej komisji do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych w zakresie prowadzonego postępowania,
 - l) spadkobiercom w zakresie prowadzonego postępowania przed wojewódzką komisją do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych,

- m) osobom wykonującym czynności kontrolne na podstawie art. 39 ust.1 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011r. o systemie informacji w ochronie zdrowia /Dz.U. Nr 113, poz.657 i Nr 174, poz.1039/, w zakresie niezbędnym do ich przeprowadzenia.

§ 46

Dokumentacja medyczna jest udostępniana:

- 1) do wglądu, w tym także do baz danych w zakresie ochrony zdrowia, w siedzibie Zakładu oraz komórkach organizacyjnych,
- 2) poprzez sporządzenie jej wyciągów, odpisów, kopii (skanu) lub na nośniku elektronicznym,
- 3) poprzez wydanie oryginału za pokwitowaniem odbioru i z zastrzeżeniem zwrotu po wykorzystaniu, jeżeli uprawniony organ lub podmiot żąda udostępnienia oryginałów tej dokumentacji.

§ 47

1. Za udostępnienie dokumentacji medycznej Zakład pobiera opłatę zgodnie z § 42 niniejszego Regulaminu.
2. Przepis ust. 1 nie narusza uprawnień organów rentowych określonych w art. 77 ust. 5 ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (Dz.U. z 2020 poz.266) i art. 121 ust.2 ustawy z dnia 17 grudnia 1998r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (Dz.U. z 2020 poz.53 z póź.zm.).
3. Opłaty, o których mowa w ust.1 nie pobiera się, gdy pacjent zwraca się pierwszy raz i w przypadku udostępniania dokumentacji medycznej w związku z postępowaniem przed wojewódzką komisją do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych.
4. Opłaty za udostępnienie dokumentacji medycznej w sposób określony w § 45 pkt 2 ustala podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych.

ROZDZIAŁ XI

PRZECHOWYWANIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

§ 48

1. Zakład przechowuje dokumentację medyczną przez okres 20 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym dokonano ostatniego wpisu, z wyjątkiem:
 - a) dokumentacji medycznej w przypadku zgonu pacjenta na skutek uszkodzenia ciała lub zatrucia, która jest przechowywana przez okres 30 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym nastąpił zgon,

- b) zdjęć rentgenowskich przechowywanych poza dokumentacją medyczną pacjenta, które są przechowywane przez okres 10 lat
 - c) przez okres 5 lat przechowywane są dokumenty medyczne zewnętrzne /np. wypis ze szpitala, karta informacyjna itp./
 - d) dokumentacji medycznej dotyczącej dzieci do ukończenia 2 roku życia, która jest przechowywana przez okres 22 lat.
2. Po upływie okresów wymienionych w ust. 1 podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych niszczy dokumentację medyczną w sposób uniemożliwiający identyfikację pacjenta, którego dotyczyła.
 3. Po upływie okresów, o których mowa w ust. 1, do postępowania z dokumentacją medyczną będącą materiałem archiwalnym w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 14 lipca 1983r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach (Dz.U. z 2019 poz. 553), stosuje się przepisy wydane na podstawie art. 5 ust.2 i 2b ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

ROZDZIAŁ XII

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 49

1. W sprawie skarg i wniosków Dyrektor i Zastępca ds. leczenia przyjmują osobiście w wyznaczonych dniach i godzinach.
2. W sprawach nieuregulowanych niniejszym Regulaminem stosuje się powszechnie obowiązujące przepisy prawa, w tym w szczególności ustawę o działalności leczniczej, ustawę o zawodzie lekarza i lekarza dentystry oraz ustawę o zawodach pielęgniarstwa i położnej.

§ 50

1. Niniejszy regulamin organizacyjny wchodzi w życie z dniem 01.10.2022 r.

Załącznik Nr 1 do Regulaminu Organizacyjnego

CENNIK