



BIULETYN PRAWNY

UNIwersYTETU MIKOŁAJA KOPERNIKA W TORUNIU

Rok 2025; poz. 121

ZARZĄDZENIE Nr 69

Rektora Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu

z dnia 18 marca 2025r.

Regulamin organizacyjny Szpitala Uniwersyteckiego nr 2 im. dr. Jana Biziela w Bydgoszczy

Na podstawie § 52 ust. 4 pkt 45 uchwały Nr 37 Senatu UMK z dnia 16 kwietnia 2019 r. Statut Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu (Biuletyn Prawny UMK z 2024 r., poz. 10)

z a r z ą d z a się, co następuje:

Rozdział 1 Przepisy ogólne

§ 1

Szpital Uniwersytecki nr 2 im. dr. Jana Biziela w Bydgoszczy, zwany dalej „Szpitalem”, działa na podstawie:

- 1) powszechnie obowiązujących przepisów prawa;
- 2) wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą;
- 3) statutu Szpitala, wydanego przez rektora Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu;
- 4) niniejszego regulaminu organizacyjnego, zwanego dalej „Regulaminem Szpitala”.

§ 2

1. Regulaminem Szpitala, określa w szczególności:

- 1) cele i zadania Szpitala;
- 2) strukturę organizacyjną Szpitala;
- 3) rodzaje działalności leczniczej oraz zakres udzielanych świadczeń zdrowotnych;
- 4) organizację i zadania poszczególnych jednostek oraz komórek organizacyjnych Szpitala;
- 5) sposób kierowania jednostkami oraz komórkami organizacyjnymi Szpitala;
- 6) miejsce udzielania świadczeń zdrowotnych;
- 7) przebieg procesu udzielania świadczeń zdrowotnych, z zapewnieniem właściwej dostępności i jakości tych świadczeń w jednostkach lub komórkach organizacyjnych Szpitala;
- 8) warunki współdziałania z innymi podmiotami wykonującymi działalność leczniczą w zakresie zapewnienia prawidłowości diagnostyki, leczenia, pielęgnacji i rehabilitacji pacjentów oraz ciągłości przebiegu procesu udzielania świadczeń zdrowotnych;
- 9) udostępnianie oraz wysokość opłaty za udostępnienie dokumentacji medycznej;
- 10) organizację procesu udzielania świadczeń zdrowotnych w przypadku pobierania opłat oraz wysokość opłat za udzielane świadczenia zdrowotne inne niż finansowane ze środków publicznych;

- 11) obowiązki Szpitala w razie śmierci pacjenta oraz wysokość opłaty za przechowywanie zwłok pacjenta przez okres dłuższy niż 72 godziny od osób lub instytucji uprawnionych do pochowania zwłok oraz od podmiotów, na zlecenie których przechowuje się zwłoki w związku z toczącym się postępowaniem karnym.
2. Przez świadczenia zdrowotne rozumieć należy działania służące zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia oraz inne działania medyczne wynikające z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich wykonywania.
3. Świadczenie szpitalne to wykonywane całą dobę kompleksowe świadczenia zdrowotne polegające na diagnozowaniu, leczeniu, pielęgnacji i rehabilitacji, które nie mogą być realizowane w ramach innych stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych lub ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych. Świadczeniami szpitalnymi są także świadczenia udzielane z zamiarem zakończenia ich udzielania w okresie nieprzekraczającym 24 godzin.

Rozdział 2

Cele i zadania Szpitala

§ 3

1. Misją Szpitala jest: „Przez wiedzę i doświadczenie do zdrowia chorego”.
2. Istotą funkcjonowania Szpitala jest utrzymanie statusu nowoczesnego i sprawnie zarządzanego ośrodka medycznego. W toku naszych działań pragniemy wyjść naprzeciw oczekiwaniom naszych pacjentów i zmianom zachodzącym w sektorze usług medycznych. Zadaniem Szpitala jest budowanie pozytywnego wizerunku jednostki poprzez działania public relation, respektowanie przepisów praw pacjenta, wdrażanie nowych standardów i technologii medycznych oraz ciągłe doskonalenie i kształcenie kadr, by utrzymać pozycję wiodącej jednostki w województwie kujawsko-pomorskim w zakresie wielospecjalistycznego leczenia szpitalnego i ambulatoryjnego.
3. Podstawowym celem Szpitala jest realizacja zadań dydaktycznych i badawczych polegających na kształceniu przed – i podyplomowym w zawodach medycznych w powiązaniu z udzielaniem świadczeń zdrowotnych i promocją zdrowia, w tym wdrażanie nowych technologii medycznych oraz metod leczenia.
4. Szpital może uczestniczyć w przygotowywaniu osób do wykonywania zawodu medycznego i kształceniu osób wykonujących zawód medyczny na zasadach określonych w odrębnych przepisach regulujących kształcenie tych osób.

§ 4

1. Do zadań Szpitala należy w szczególności:
 - 1) udział w realizacji zadań dydaktycznych i badawczych Uniwersytetu i innych uczelni prowadzących działalność dydaktyczną w dziedzinie nauk medycznych oraz prowadzenia działalności szkoleniowej w zakresie podnoszenia kwalifikacji zawodowych pracowników ochrony zdrowia i kształcenia podyplomowego kadr medycznych oraz organizacji szkoleń, konferencji naukowych, kursów i innej działalności dydaktycznej;
 - 2) udzielanie specjalistycznych świadczeń zdrowotnych w warunkach szpitalnych lub ambulatoryjnych ze szczególnym uwzględnieniem świadczeń wysokospecjalistycznych w ramach specjalności reprezentowanych przez komórki organizacyjne Szpitala;
 - 3) prowadzenie działalności mającej na celu promocję zdrowia i profilaktykę zdrowotną
 - 4) edukacja zdrowotna pacjentów.
2. Szpital wykonuje swoje zadania w zakresie wynikającym z obowiązujących przepisów prawa oraz zawartych umów.

Rozdział 3

Struktura organizacyjna Szpitala

§ 5

1. Szpital jest podmiotem leczniczym prowadzonym w formie samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej.
2. Szpital prowadzi dwa zakłady lecznicze pod nazwą:
 - 1) „**Szpital Biziela**” jako zakład leczniczy, w którym podmiot leczniczy wykonuje działalność leczniczą w rodzaju świadczenia szpitalne oraz
 - 2) „**Zespół Poradni i Przychodni Biziel**” jako zakład leczniczy, w którym podmiot leczniczy wykonuje działalność leczniczą w zakresie ambulatoryjne świadczenia zdrowotne obejmujące świadczenia podstawowej lub specjalistycznej opieki zdrowotnej oraz świadczenia z zakresu rehabilitacji leczniczej, udzielane w warunkach niewymagających ich udzielania w trybie stacjonarnym i całodobowym w odpowiednio urządzonym, stałym pomieszczeniu. Udzielanie tych świadczeń może odbywać się w pomieszczeniach zakładu leczniczego, w tym w pojeździe przeznaczonym do udzielania tych świadczeń, lub w miejscu pobytu pacjenta. Ponadto działalność lecznicza w rodzaju ambulatoryjne świadczenia zdrowotne obejmuje także udzielanie świadczeń zdrowotnych, które obejmują swoim zakresem badania diagnostyczne wykonywane w celu rozpoznania stanu zdrowia i ustalenia dalszego postępowania leczniczego.
3. Strukturę organizacyjną Szpitala tworzą poszczególne jednostki organizacyjne wymienione w Załączniku nr 2 do Statutu Szpitala .

Rozdział 4

Organizacja i zadania jednostek i komórek organizacyjnych Szpitala

§ 6

1. Dyrektor Szpitala, zwany dalej „Dyrektorem”, kieruje i reprezentuje na zewnątrz Szpital wraz z prowadzonymi zakładami leczniczymi oraz ponosi odpowiedzialność za zarządzanie Szpitalem, a także jest przełożonym wszystkich pracowników Szpitala.
2. Dyrektor kieruje Szpitalem wraz z zakładami leczniczymi przy pomocy:
 - 1) Dyrektora ds. Lecznictwa;
 - 2) Dyrektora ds. Pielęgniarstwa;
 - 3) Dyrektora ds. Finansowych;
 - 4) Dyrektora ds. Administracyjno-Technicznych;
 - 5) Dyrektora ds. IT i Logistyki;
 - 6) Głównego Księgowego;
 - 7) kierowników klinik, ordynatorów, lekarzy kierujących oddziałem, kierowników jednostek i komórek organizacyjnych oraz inne osoby wskazane przez Dyrektora;
 - 8) pielęgniarek oddziałowych;
 - 9) koordynatorów – pracowników lub osób zatrudnionych na innej podstawie niż stosunek pracy, współpracujących z Dyrektorem w zakresie zarządzania.
3. Organizację oraz zadania jednostek i komórek organizacyjnych Szpitala, wymienionych w załączniku nr 2 do Statutu Szpitala, oraz sposób kierowania, zasady współdziałania między nimi dla zapewnienia sprawności funkcjonowania pod względem leczniczym, administracyjnym i gospodarczym określają regulaminy zatwierdzone przez Dyrektora na wniosek kierowników klinik, ordynatorów, lekarzy kierujących oddziałem oraz kierowników poszczególnych jednostek i komórek organizacyjnych.
4. Organizacja i zadania poszczególnych jednostek i komórek organizacyjnych Szpitala w zakresie jakości świadczonych usług zostały opracowane zgodnie z wytycznymi

Zintegrowanego Systemu Zarządzania oraz standardów akredytacyjnych. Podstawowymi dokumentami są Księga Jakości oraz procedury systemowe. Współpraca między jednostkami i ich wzajemne powiązania zostały przedstawione w mapie procesu.

5. Regulaminy jednostek i komórek organizacyjnych, o których mowa w ust. 3 opierają się na przepisach wewnętrznych Szpitala, w tym m.in. są zgodne z wytycznymi Zintegrowanego Systemu Zarządzania.
6. Za prawidłowe współdziałanie odpowiedzialni są kierownicy klinik, ordynatorzy, lekarze kierujący oddziałem bądź inne osoby wyznaczone przez Dyrektora.
7. Personel Szpitala zatrudniony na umowach o pracę oraz na umowach cywilnoprawnych zobowiązany jest do przestrzegania:
 - 1) powszechnie obowiązujących przepisów prawa;
 - 2) Regulaminu Szpitala;
 - 3) regulaminów poszczególnych jednostek i komórek organizacyjnych Szpitala;
 - 4) zarządzeń Dyrektora;
 - 5) standardów akredytacyjnych;
 - 6) norm i wytycznych wynikających z wdrożonego Zintegrowanego Systemu Zarządzania;
 - 7) Kodeksu Etyki Pracownika.

Rozdział 5

Sposób kierowania jednostkami i komórkami organizacyjnymi Szpitala

§ 7

1. Dyrektor ponosi odpowiedzialność za zarządzanie Szpitalem wraz z zakładami leczniczymi.
2. Podczas nieobecności Dyrektora zastępuje go upoważniony przez niego zastępca.
3. Poszczególnymi jednostkami i komórkami organizacyjnymi kierują odpowiednio kierownicy tych jednostek i komórek organizacyjnych, z zastrzeżeniem ust. 5.
4. Kierownicy jednostek organizacyjnych podlegają nadzorowi Dyrektora, z uwzględnieniem że kierownicy komórek organizacyjnych podlegają bezpośrednio nadzorowi właściwego dyrektora pionu danej jednostki organizacyjnej.
5. W przypadku niepowołania przez Dyrektora Kierowników bądź Ordynatorów poszczególnych jednostek lub komórek organizacyjnych, upoważniony-wyznaczony pracownik wykonuje zadania przypisane do danego stanowiska z uwzględnieniem zapisów ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.
6. Zasady wyboru na dane stanowisko określają przepisy ustawy o działalności leczniczej.
7. Na podstawie decyzji Dyrektora oddziałem może kierować osoba niebędąca ordynatorem – w takim przypadku na stanowisko lekarza kierującego takim oddziałem nie przeprowadza się konkursu.

Rozdział 6

Rodzaje działalności leczniczej oraz zakres udzielanych świadczeń zdrowotnych

§ 8

1. Szpital prowadzi działalność leczniczą w rodzaju:
 - 1) stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne szpitalne – w ramach zakładu leczniczego Szpitala pod nazwą „**Szpital Biziela**”;
 - 2) ambulatoryjne świadczenia zdrowotne – w ramach zakładu leczniczego Szpitala pod nazwą „**Zespół Poradni i Przychodni Biziela**”.
2. **Szpital Biziela** udziela świadczeń szpitalnych w zakresie:
 - 1) chorób wewnętrznych, alergologii, gastroenterologii, hematologii, kardiologii, angiologii, neurologii, ginekologii onkologicznej, anestezjologii i intensywnej terapii II poziom referencyjny, reumatologii, neonatologii III poziom referencyjny, położnictwa i ginekologii III poziom referencyjny, chirurgii ogólnej, neurochirurgii, ortopedii

i traumatologii narządu ruchu, okulistyki, otorynolaryngologii, chirurgii szczękowo-twarzowej, urologii, immunologii klinicznej, świadczeń w szpitalnym oddziale ratunkowym, chirurgii naczyniowej, rehabilitacji ogólnoustrojowej;

- 2) realizacji pakietu onkologicznego;
 - 3) realizacji świadczeń z zakresu chemioterapii;
 - 4) realizacji programów zdrowotnych (lekowych).
3. **Zespół Poradni i Przychodni Biziel** udziela ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych w zakresie:
- 1) alergologii, leczenia chorób naczyń, chirurgii szczękowo-twarzowej, neurochirurgii, diabetologii, hematologii, położnictwa i ginekologii, gastroenterologii, neurologii, kardiologii, okulistyki, audiologii i foniatrii, reumatologii, neurologii dziecięcej, ortopedii i traumatologii narządu ruchu, leczenia bólu, otolaryngologii, neonatologii, onkologii, urologii, okulistyki dla dzieci, logopedii, endokrynologii, chirurgii ogólnej, immunologii, psychologii, dermatologii;
 - 2) chemioterapii w warunkach ambulatoryjnych;
 - 3) realizacji pakietu onkologicznego;
 - 4) podstawowej opieki zdrowotnej w zakresie: lekarza POZ, pielęgniarki POZ, położnej POZ;
 - 5) diagnostyki realizowanej przez zakłady i pracownie diagnostyczne w zakresie: radiologii i diagnostyki obrazowej, diagnostyki laboratoryjnej, diagnostyki mikrobiologicznej, diagnostyki immunologicznej, diagnostyki patomorfologicznej, krwiolecznictwa, innej niewymienionej diagnostyki;
 - 6) rehabilitacji w zakresie: fizykoterapii, fizjoterapii, kinezyterapii, hydroterapii, innej niewymienionej rehabilitacji;
 - 7) opieki doraźnej w zakresie zespołu wyjazdowego neonatologicznego N;
 - 8) profilaktyki i programów zdrowotnych.

Rozdział 7

Miejsce udzielania świadczeń zdrowotnych

§ 9

1. Wszelkie świadczenia zdrowotne na rzecz pacjentów Szpitala wykonywane są w siedzibie i w pomieszczeniach należących do Szpitala przy ul. Ujejskiego 75 w Bydgoszczy.
2. Udzielanie świadczeń ambulatoryjnych przez Szpital może odbywać się także w miejscu pobytu pacjenta.

Rozdział 8

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

§ 10

1. Świadczenia zdrowotne udzielane są wyłącznie przez osoby wykonujące zawód medyczny oraz spełniające wymagania zdrowotne, określone w odrębnych przepisach. Obowiązek spełnienia określonych odrębnymi przepisami wymagań zdrowotnych dotyczy również personelu pomocniczego oraz innych pracowników Szpitala uczestniczących w procesie udzielania świadczeń zdrowotnych.
2. Podczas udzielania świadczeń zdrowotnych personel Szpitala obowiązany jest wykorzystywać swoją najlepszą wiedzę, umiejętności i doświadczenie zawodowe oraz stosować standardy postępowania określone przez ministra właściwego ds. zdrowia, standardy akredytacyjne, jak i metody, procedury oraz instrukcje ustanowione w ramach wdrożonego Zintegrowanego Systemu Zarządzania, zgodnie z opublikowanymi

i obowiązującymi w środowisku medycznym rekomendacjami, wytycznymi i zaleceniami opracowanymi przez towarzystwa naukowe.

3. Zaopatrzenie i gospodarka lekiem regulowana jest ustawą o wyrobach medycznych oraz poprzez Receptariusz Szpitalny, instrukcje i procedury.
4. Szpital może powierzać wykonywanie świadczeń zdrowotnych uprawnionym podmiotom wykonującym działalność leczniczą zgodnie z ustawą o działalności leczniczej.
5. Szpital udziela świadczeń zdrowotnych w pomieszczeniach i przy pomocy urządzeń spełniających wymagania ogólnoprzestrzenne, instalacyjne i sanitarne, określone w odrębnych przepisach.

§ 11

1. Szpital udziela świadczeń zdrowotnych pacjentom zgodnie z przepisami ustawy z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz ustawy o działalności leczniczej, a także zgodnie z postanowieniami innych aktów prawnych mających charakter obowiązujący dla Szpitala, jak również w zakresie uregulowanym statutem Szpitala.
2. Szpital udziela świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych ubezpieczonym oraz innym osobom uprawnionym do tych świadczeń na podstawie odrębnych przepisów – nieodpłatnie, odpłatnie lub za częściową odpłatnością.
3. Dokumentem uprawniającym do nieodpłatnych świadczeń opieki zdrowotnej jest aktualny dokument potwierdzający, spełniający wymogi określone w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Nie dotyczy to świadczeń zdrowotnych udzielanych dzieciom od dnia urodzenia do ukończenia 3 miesiąca życia.
4. Świadczeniami odpłatnymi częściowo lub całkowicie dla osób wymienionych w ust. 2 są wyłącznie świadczenia określone odrębnymi przepisami. Dla ustalenia wysokości opłat za wykonane świadczenia zastosowanie ma komercyjny cennik świadczeń i usług medycznych obowiązujących w Szpitalu dla osób ubezpieczonych oraz innych osób uprawnionych, zatwierdzony przez Dyrektora.

§ 12

Wysokość opłat za świadczenia zdrowotne udzielane w Szpitalu osobom nieuprawnionym do uzyskania świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych ustala się na podstawie obowiązującego komercyjnego cennika świadczeń i usług medycznych.

8.1. Zasady odpłatności za transport sanitarny

§ 13

1. O zasadach transportu sanitarnego ubezpieczonych rozstrzygają wyłącznie względy medyczne.
2. Zlecenie transportu sanitarnego ubezpieczonego może wystawić w medycznie uzasadnionych przypadkach lekarz ubezpieczenia zdrowotnego lub felczer ubezpieczenia zdrowotnego.
3. Pacjentowi ubezpieczonemu, na podstawie zlecenia lekarza ubezpieczenia zdrowotnego lub felczera ubezpieczenia zdrowotnego, przysługuje bezpłatny przejazd środkami transportu sanitarnego, w tym lotniczego, do najbliższego podmiotu leczniczego, o którym mowa w przepisach ustawy o działalności leczniczej, udzielającego świadczeń we właściwym zakresie, i z powrotem, w przypadkach:
 - 1) konieczności podjęcia natychmiastowego leczenia w podmiocie leczniczym;
 - 2) wynikających z potrzeby zachowania ciągłości leczenia.
4. Pacjentowi ubezpieczonemu, na podstawie zlecenia lekarza ubezpieczenia zdrowotnego lub felczera ubezpieczenia zdrowotnego, przysługuje bezpłatny przejazd środkami transportu sanitarnego – w przypadku dysfunkcji narządu ruchu uniemożliwiającej

korzystanie ze środków transportu publicznego, w celu odbycia leczenia – do najbliższego podmiotu leczniczego udzielającego świadczeń we właściwym zakresie, i z powrotem.

5. W przypadkach niewymienionych w ust. 3 i 4, na podstawie zlecenia lekarza ubezpieczenia zdrowotnego lub felczera ubezpieczenia zdrowotnego, pacjentowi ubezpieczonemu przysługuje przejazd środkami transportu sanitarnego odpłatnie lub za częściową odpłatnością.
6. W pozostałym zakresie warunki korzystania z transportu sanitarnego oraz zasady odpłatności za transport sanitarny określa Regulamin korzystania z transportu sanitarnego Szpitala.

8.2. Przyjęcie pacjenta do Szpitala Biziela

§ 14

1. Pacjenci przywiezieni lub zgłaszający się samodzielnie do Szpitala powinni zostać przyjęci przez lekarza dyżurnego Oddziału Klinicznego Medycyny Ratunkowej.
2. O przyjęciu do leczenia w Szpitalu osoby zgłaszającej się samodzielnie lub skierowanej przez lekarza albo uprawniony podmiot decyduje lekarz dyżurny Oddziału Klinicznego Medycyny Ratunkowej.
3. O przyjęciu do leczenia w Szpitalu orzeka lekarz po zapoznaniu się ze stanem zdrowia pacjenta oraz w razie konieczności po przeprowadzeniu niezbędnych badań diagnostycznych. Warunkiem przyjęcia do Szpitala jest uzyskanie zgody pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego, chyba, że na mocy odrębnych przepisów, możliwe jest przyjęcie do Szpitala bez wyrażenia zgody.
4. Pacjentów Szpitala zaopatruje się w znaki identyfikacyjne. Znak identyfikacyjny zawiera informacje pozwalające na ustalenie imienia i nazwiska oraz daty urodzenia pacjenta, zapisane w sposób uniemożliwiający identyfikację pacjenta przez osoby nieuprawnione. Szczegółowe warunki i tryb zaopatrywania w ww. znaki identyfikacyjne określają właściwe rozporządzenia Ministra Zdrowia.
5. Celem należytego wykonania czynności medycznych u właściwego pacjenta personel medyczny powinien wdrożyć procedurę identyfikacji i weryfikacji tożsamości pacjenta.
6. W przypadku podjęcia decyzji o przyjęciu pacjenta do Szpitala lekarz decyduje o przypisaniu pacjenta do określonej jednostki organizacyjnej Szpitala Biziela przy uwzględnieniu stanu zdrowia oraz wieku pacjenta.
7. W przypadku odmowy przyjęcia do szpitala w szczególności z powodu braku miejsc, odpowiedniego sprzętu, wskazań, możliwości dostarczenia terapii i opieki wymaganej stanem zdrowia, z powodu braku zgody pacjenta na realizację świadczenia opieki zdrowotnej lekarz dyżurny Oddziału Klinicznego Medycyny Ratunkowej powinien udzielić pacjentowi niezbędnej pomocy, przekazać pisemne informacje na temat przyczyny odmowy, przekazać informację o możliwości uzyskania opieki w późniejszym terminie lub innym ośrodku, gdy stan zdrowia pacjenta tego wymaga zabezpieczyć przekazanie do innego ośrodka.

8.3. Wypis pacjenta ze Szpitala Biziela

§ 15

1. Wypisanie ze Szpitala, jeżeli przepisy szczególnie nie stanowią inaczej, następuje:
 - 1) gdy stan zdrowia pacjenta nie wymaga dalszego udzielania świadczeń zdrowotnych w Szpitalu;
 - 2) na żądanie pacjenta leczonego w Szpitalu, jego przedstawiciela ustawowego;
 - 3) gdy pacjent w sposób rażący narusza porządek lub przebieg procesu udzielania świadczeń zdrowotnych, a nie zachodzi obawa, że odmowa lub zaprzestanie udzielania świadczeń zdrowotnych może spowodować bezpośrednie niebezpieczeństwo dla jego życia lub zdrowia albo życia lub zdrowia innych osób.

2. O wypisaniu ze Szpitala w przypadkach wymienionych w ust. 1 decyduje kierownik kliniki-ordynator oddziału, lekarz kierujący oddziałem lub lekarz prowadzący po uzgodnieniu z kierownikiem/ordynatorem lub lekarzem kierującym oddziałem.
3. Wypis pacjenta ze Szpitala, wobec którego jest uprawdopodobnione, że znajduje się w stanie wyłączającym świadome albo swobodne powzięcie decyzji i wyrażenie woli, następuje po uprzednim powiadomieniu osoby bliskiej o dacie i godzinie planowanego wypisu, jeżeli osoba bliska jest znana.
4. Pacjent występujący o wypisanie ze Szpitala na własne żądanie jest informowany przez lekarza o możliwych następstwach zaprzestania dalszego udzielania świadczeń zdrowotnych- leczenia w Szpitalu. Pacjent taki składa pisemne oświadczenie o wypisanie ze Szpitala na własne żądanie. W przypadku braku takiego oświadczenia lekarz sporządza adnotację w dokumentacji medycznej.
5. Jeżeli przedstawiciel ustawowy żąda wypisania ze Szpitala osoby, której stan zdrowia wymaga dalszego leczenia, Dyrektor lub lekarz przez niego upoważniony może odmówić wypisania do czasu wydania w tej sprawie orzeczenia przez właściwy sąd opiekuńczy, chyba, że przepisy szczególne stanowią inaczej. Osoba odmawiająca wypisania zawiadamia niezwłocznie radcę prawnego Szpitala w celu wystąpienia do sądu z właściwym wnioskiem.

§ 16

1. Jeżeli przedstawiciel ustawowy lub osoba, na której w stosunku do pacjenta ciąży ustawowy obowiązek alimentacyjny nie odbiera osoby małoletniej lub osoby niezdolnej do samodzielnej egzystencji ze Szpitala w wyznaczonym terminie, Szpital zawiadamia o tym niezwłocznie wójta, burmistrza, prezydenta miasta właściwego ze względu na miejsce zamieszkania lub pobytu tej osoby oraz organizuje na koszt gminy przewiezienie do miejsca zamieszkania.
2. Pacjent, którego stan zdrowia nie wymaga dalszego udzielania stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych, lub osoba, na której w stosunku do pacjenta ciąży ustawowy obowiązek alimentacyjny, ponoszą koszty pobytu pacjenta, począwszy od upływu terminu określonego przez kierownika lub ordynatora oddziału bądź lekarza kierującego oddziałem, niezależnie od uprawnień do bezpłatnych świadczeń zdrowotnych określonych w przepisach odrębnych.

8.4. Obowiązek udzielenia pomocy lekarskiej

§ 17

Szpital nie może odmówić udzielenia świadczenia zdrowotnego osobie, która potrzebuje natychmiastowego udzielenia takiego świadczenia ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia.

8.5. Informowanie o stanie zdrowia pacjenta

§ 18

1. Lekarz ma obowiązek udzielać pacjentowi lub jego ustawowemu przedstawicielowi przystępnej informacji o stanie zdrowia pacjenta, rozpoznaniu, proponowanych oraz dostępnych metodach diagnostycznych, leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania ich stosowania, wynikach leczenia oraz rokowaniu.
2. Informacji, o której mowa w ust. 1, lekarz może udzielać innym osobom tylko za zgodą pacjenta.
3. W sytuacjach wyjątkowych, jeżeli rokowanie jest niepomyślne dla pacjenta, lekarz może ograniczyć informację o stanie zdrowia i o rokowaniu, jeżeli według oceny lekarza przemawia za tym dobro pacjenta. W takich przypadkach lekarz informuje przedstawiciela ustawowego pacjenta lub osobę upoważnioną przez pacjenta. Na żądanie pacjenta lekarz ma jednak obowiązek mu udzielić pełnej informacji o jego stanie zdrowia i rokowaniach.

4. Obowiązek lekarza, określony w ust. 1, dotyczy także pacjentów niepełnoletnich, którzy ukończyli 16 lat.
5. Jeżeli pacjent nie ukończył 16 lat lub jest nieprzytomny bądź niezdolny do zrozumienia znaczenia informacji, lekarz udziela informacji przedstawicielowi ustawowemu, a w razie jego braku lub, gdy porozumienie się z nim jest niemożliwe, opiekunowi faktycznemu pacjenta.
6. Pacjentowi, który nie ukończył 16 lat, lekarz udziela informacji w zakresie i formie potrzebnej do prawidłowego przebiegu procesu diagnostycznego lub terapeutycznego i wysłuchuje jego zdania.
7. W razie pogorszenia się stanu zdrowia pacjenta, powodującego zagrożenie życia lub w razie jego śmierci, istnieje obowiązek niezwłocznego zawiadomienia wskazanej przez pacjenta osoby lub instytucji bądź przedstawiciela ustawowego przez lekarza prowadzącego lub dyżurnego danego oddziału. Fakt ten należy odnotować w historii choroby pacjenta. Jeżeli nie można skontaktować się z ww. należy to również odnotować w historii choroby pacjenta.

8.6. Zgoda pacjenta na badania i inne świadczenia zdrowotne

§ 19

1. Lekarz może przeprowadzić badania lub udzielić innych świadczeń zdrowotnych, z wyjątkiem przypadków wymienionych w Regulaminie Szpitala lub w przepisach ustawowych, po wyrażeniu zgody przez pacjenta.
2. Jeżeli pacjent jest małoletni lub niezdolny do świadomego wyrażenia zgody, wymagana jest zgoda jego przedstawiciela ustawowego, a gdy pacjent nie ma przedstawiciela ustawowego lub porozumienie się z nim jest niemożliwe wymagana jest zgoda Sądu.
3. W przypadku osoby całkowicie ubezwłasnowolnionej zgodę wyraża przedstawiciel ustanowiony przez sąd opiekuńczy. Jeżeli osoba ubezwłasnowolniona jest w stanie z rozeznanie wypowiedzieć opinię w sprawie badania, konieczne jest ponadto uzyskanie zgody tej osoby.
4. Jeżeli pacjent ukończył 16 lat, wymagana jest także jego zgoda.
5. Jeżeli małoletni, który ukończył 16 lat, osoba ubezwłasnowolniona albo pacjent chory psychicznie lub upośledzony umysłowo, lecz dysponujący dostatecznym rozeznanie, sprzeciwia się czynnościom medycznym, poza zgodą jego przedstawiciela ustawowego lub opiekuna faktycznego albo w przypadku nie wyrażenia przez nich zgody, wymagana jest zgoda sądu opiekuńczego.
6. Zgoda osób wyżej wymienionych powinna zostać wyrażona w formie pisemnej deklaracji zgody. W wyjątkowych i uzasadnionych przypadkach dopuszczalne jest wyrażenie zgody ustnie w obecności, co najmniej dwóch pełnoletnich i w pełni świadomych świadków.
7. Jeżeli pacjent małoletni lub niezdolny do świadomego wyrażenia zgody nie ma przedstawiciela ustawowego albo porozumienie się z tymi osobami jest niemożliwe, lekarz po przeprowadzeniu badania może przystąpić do udzielenia dalszych świadczeń zdrowotnych dopiero po uzyskaniu zgody sądu opiekuńczego, chyba, że co innego wynika z Regulaminu Szpitala lub powszechnie obowiązujących przepisów prawa.
8. Do czynności wymienionych w ust. 1 stosuje się odpowiednio ust. 7.

8.7. Świadczenia zdrowotne udzielane bez zgody pacjenta

§ 20

1. Badanie lub udzielanie pacjentowi innego świadczenia zdrowotnego bez jego zgody jest dopuszczalne, jeżeli wymaga on niezwłocznej pomocy lekarskiej, a ze względu na stan zagrożenia życia nie może zgody wyrazić i nie ma możliwości porozumienia się z jego przedstawicielem ustawowym.

2. Decyzję o podjęciu czynności medycznych w okolicznościach, o których mowa w ust. 1, lekarz powinien w miarę możliwości skonsultować z innym lekarzem.
3. Okoliczności, o których mowa w ust. 1 i 2, lekarz odnotowuje w dokumentacji medycznej pacjenta.

8.8. Zabieg operacyjny i inne metody leczenia lub diagnostyki, stwarzające podwyższone ryzyko dla pacjenta

§ 21

1. Lekarz może wykonać zabieg operacyjny albo zastosować metodę leczenia lub diagnostyki stwarzającą podwyższone ryzyko dla pacjenta, po uzyskaniu jego świadomej pisemnej zgody.
2. Przed wyrażeniem zgody przez pacjenta w sytuacji, o której mowa w ust. 1, lekarz ma obowiązek udzielenia mu informacji o stanie zdrowia, zgodnie z § 18.
3. Lekarz może wykonać zabieg lub zastosować metodę, o której mowa w ust. 1, wobec pacjenta małoletniego, ubezwłasnowolnionego bądź niezdolnego do świadomego wyrażenia pisemnej zgody, po uzyskaniu zgody jego przedstawiciela ustawowego, a gdy pacjent nie ma przedstawiciela ustawowego, a porozumienie się z nim jest niemożliwe, po uzyskaniu zgody sądu opiekuńczego.
4. Jeżeli pacjent ukończył 16 lat, wymaga jest także jego pisemna zgoda.
5. W sytuacji, o której mowa w ust. 1, pacjent będący osobą małoletnią, która ukończyła 16 lat, osobą ubezwłasnowolnioną, pacjent chory psychicznie lub upośledzony umysłowo lecz dysponujący dostatecznym rozeznaniem, jeśli sprzeciwia się czynnościom medycznym, poza zgodą jego przedstawiciela ustawowego albo w przypadku nie wyrażenia przez nich zgody, wymagana jest zgoda sądu opiekuńczego.
6. Jeżeli przedstawiciel ustawowy pacjenta małoletniego, ubezwłasnowolnionego bądź niezdolnego do świadomego wyrażania zgody nie zgadza się na wykonanie przez lekarza czynności wymienionych w ust. 1, a niezbędnych dla usunięcia niebezpieczeństwa utraty przez pacjenta życia lub ciężkiego uszkodzenia ciała bądź ciężkiego rozstroju zdrowia, lekarz może wykonać takie czynności po uzyskaniu zgody sądu opiekuńczego.
7. Lekarz może wykonać czynności, o których mowa w ust. 1, bez zgody przedstawiciela ustawowego pacjenta bądź zgody właściwego sądu opiekuńczego, gdy zwłoka spowodowana postępowaniem w sprawie uzyskania zgody groziłaby pacjentowi niebezpieczeństwa utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia. W takim przypadku lekarz ma obowiązek, o ile jest to możliwe, zasięgnąć opinii drugiego lekarza, w miarę możliwości tej samej specjalności. O wykonywanych czynnościach lekarz niezwłocznie zawiadamia przedstawiciela ustawowego lub sąd opiekuńczy.
8. O okolicznościach, o których mowa w ust. 3–7, lekarz dokonuje odpowiedniej adnotacji w dokumentacji medycznej pacjenta.
9. W Szpitalu obowiązują procedury kontroli czynności okołoperacyjnych wprowadzone odrębnym zarządzeniem.
10. Koordynatorem okołoperacyjnej karty kontrolnej jest lekarz anestezjolog będący członkiem zespołu operacyjnego.

8.9. Nadzwyczajne okoliczności

§ 22

1. Jeżeli w trakcie wykonywania zabiegu operacyjnego albo stosowania metody leczniczej lub diagnostycznej wystąpią okoliczności, których nieuwzględnienie groziłoby pacjentowi niebezpieczeństwem utraty życia, ciężkim uszkodzeniem ciała lub ciężkim rozstrojem

zdrowia, a nie ma możliwości niezwłocznie uzyskać zgody pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego, lekarz ma prawo, bez uzyskania tej zgody, zmienić zakres zabiegu bądź metodę leczenia lub diagnostyki w sposób umożliwiający uwzględnienie tych okoliczności. W takim przypadku lekarz ma obowiązek, o ile jest to możliwe, zasięgnąć opinii drugiego lekarza, w miarę możliwości tej samej specjalności.

2. O okolicznościach, o których mowa w ust. 1, lekarz dokonuje odpowiedniej adnotacji w dokumentacji medycznej oraz informuje pacjenta, przedstawiciela ustawowego albo sąd.
3. W stosunku do pacjentów nie można stosować przymusu bezpośredniego, z wyjątkiem przypadku kiedy pacjent oczekuje na przekazanie do szpitala psychiatrycznego lub na oddział psychiatryczny innego podmiotu leczniczego. W przypadku zastosowania przymusu bezpośredniego wobec pacjenta lekarz zobowiązany jest do dokonania odpowiedniego wpisu w dokumentacji medycznej pacjenta.

8.10. Wątpliwości diagnostyczne i terapeutyczne

§ 23

W razie wątpliwości diagnostycznych lub terapeutycznych lekarz z własnej inicjatywy bądź na wniosek pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego, jeżeli uzna to za uzasadnione w świetle aktualnej wiedzy medycznej, powinien zasięgnąć opinii innego właściwego lekarza specjalisty lub zorganizować konsylium lekarskie.

§ 24

1. Lekarz może nie podjąć lub odstąpić od leczenia pacjenta, o ile nie zachodzi przypadek, o którym mowa w § 17.
2. W przypadku odstąpienia od leczenia pacjenta, lekarz ma obowiązek dostatecznie wcześniej uprzedzić o tym pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego i wskazać realne możliwości uzyskania tego świadczenia u innego lekarza lub w innym podmiocie leczniczym.
3. Jeżeli lekarz udziela świadczeń zdrowotnych w Szpitalu na podstawie stosunku pracy lub umowy cywilnoprawnej, może nie podjąć lub odstąpić od leczenia, jeżeli istnieją poważne ku temu powody, po uzyskaniu zgody swojego przełożonego i akceptacji Dyrektora ds. Lecznictwa.
4. W przypadku odstąpienia od leczenia lekarz ma obowiązek uzasadnić i odnotować ten fakt w dokumentacji medycznej pacjenta.

§ 25

1. Lekarz może powstrzymać się od udzielania świadczeń zdrowotnych niezgodnych z jego sumieniem, z zastrzeżeniem § 17, z tym, że ma obowiązek wskazać realne możliwości uzyskania tego świadczenia u innego lekarza lub w innym podmiocie leczniczym oraz uzasadnić i odnotować ten fakt w dokumentacji medycznej pacjenta.
2. Lekarz udzielający świadczeń zdrowotnych w Szpitalu na podstawie stosunku pracy lub umowy cywilnoprawnej ma ponadto obowiązek o wyżej wymienionym fakcie powiadomić na piśmie bezpośredniego przełożonego.

8.11. Tajemnica lekarska

§ 26

1. Lekarz ma obowiązek zachowania w tajemnicy informacji związanych z pacjentem, a uzyskanych w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych.
2. Przepisu ust. 1 nie stosuje się, gdy:
 - 1) tak stanowią ustawy;
 - 2) badanie lekarskie zostało przeprowadzone na żądanie uprawionych, na podstawie odrębnych ustaw, organów i instytucji; wówczas lekarz jest obowiązany poinformować o stanie zdrowia pacjenta wyłącznie te organy i instytucje;

- 3) zachowanie tajemnicy może stanowić niebezpieczeństwo dla życia lub zdrowia pacjenta lub innych osób;
 - 4) pacjent lub jego przedstawiciel ustawowy wyraża zgodę na ujawnienie tajemnicy, po uprzednim poinformowaniu o niekorzystnych dla pacjenta skutkach jej ujawnienia;
 - 5) zachodzi potrzeba przekazania niezbędnych informacji o pacjencie lekarzowi sądowemu;
 - 6) zachodzi potrzeba przekazania niezbędnych informacji o pacjencie związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych, innemu lekarzowi lub uprawnionym osobom uczestniczącym w udzielaniu tych świadczeń.
3. Lekarz, z zastrzeżeniem przypadków, o których mowa w ust. 2 pkt. 1-5, jest związany tajemnicą również po śmierci pacjenta.
 4. Bez zgody pacjenta lekarz nie może podać do publicznej wiadomości danych umożliwiających jego identyfikację.

8.12. Dyżury

§ 27

1. Lekarzem dyżurnym kliniki bądź oddziału, może być lekarz, z którym Dyrektor zawarł umowę o pracę lub umowę cywilnoprawną na udzielanie świadczeń zdrowotnych.
2. Plany dyżurów ustalają kierownicy klinik, ordynatorzy oddziałów, lekarze kierujący oddziałem lub lekarze przez nich upoważnieni. Plan dyżurów zatwierdza Dyrektor lub Dyrektora ds. Lecznictwa.
3. Lekarz dyżurny kliniki bądź oddziału podlega w zakresie wykonywania swych czynności w klinice – kierownikowi kliniki, w oddziale – ordynatorowi oddziału lub lekarzowi kierującemu oddziałem. Służbowo podlegają oni Dyrektorowi, natomiast w czasie jego nieobecności lekarzowi dyżurnemu Oddziału Klinicznego Medycyny Ratunkowej.
4. W czasie pełnienia dyżurów o kolejności zabiegów chirurgicznych na sali operacyjnej, z poszczególnych klinik bądź oddziałów, decyduje stan kliniczny pacjenta.

8.13. Zespół ds. donacji narządów i tkanek

§ 28

1. Zgodnie z ustawą o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów oraz art. 43a. 1 ustawy z 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty w Szpitalu działa Zespół ds. Donacji Narządów i Tkanek, którego skład określany jest zarządzeniem Dyrektora.
2. Do zadań Koordynatora ds. Donacji należy:
 - 1) opracowanie procedur proaktywnego programu identyfikacji dawców;
 - 2) organizacja i monitorowanie programu dawstwa narządów i tkanek;
 - 3) znajomość minimalnych wymogów, jakie musi spełniać dawca narządów oraz dawca tkanek, oraz bezwzględne przeciwwskazania do donacji;
 - 4) monitorowanie potencjału dawstwa (analiza każdego zgonu w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii pod kątem możliwości pobrania od zmarłej osoby narządów do przeszczepienia);
 - 5) comiesięczne raportowanie do „Poltransplantu” oraz Dyrektora ds. Lecznictwa:
 - a) liczby zgonów,
 - b) liczby przypadków, gdzie wysunięto podejrzenie śmierci mózgu,
 - c) liczby przypadków, gdzie stwierdzono śmierć mózgu,
 - d) liczby przypadków, gdzie przeprowadzono rozmowę z rodziną nt. możliwości pobrania,
 - e) liczby przypadków, gdzie zgłoszono lub nie zgłoszono możliwości pobrania do „Poltransplantu”,
 - f) czy doszło do pobrania;
 - 6) aktualizacja programu poprawy jakości w obszarze donacji;

- 7) prowadzenie działań edukacyjnych i promujących donację oraz transplantację tkanek i narządów;
 - 8) uczestnictwo w rozmowach z rodziną i w sytuacjach, gdy nie ma medycznych przeciwwskazań aby uzyskać autoryzację pobrania tkanek;
 - 9) składanie raportów ze swojej działalności.
3. Do zadań Zespołu ds. Donacji należy:
- 1) monitorowanie poprzez system informatyczny szpitala informacji o wszystkich osobach leczonych i zmarłych w szpitalu celem proaktywnej identyfikacji dawców;
 - 2) prowadzenie rejestru wszystkich prawdopodobnych zmarłych dawców narządów i tkanek;
 - 3) monitorowanie codziennie stanu klinicznego każdego prawdopodobnego zmarłego dawcy narządów;
 - 4) ocena każdego potencjalnego dawcy pod kątem możliwości wykorzystania tkanek i narządów do przeszczepienia;
 - 5) retrospektywna ocena zgonów w szpitalu pod kątem wykorzystanych i niewykorzystanych możliwości pobierania oraz przyczyn, dla których nie doszło do pobrania;
 - 6) badanie satysfakcji rodzin dawców w zakresie udzielonej opieki i wsparcia.

Rozdział 9

Monitoring wizyjny

§ 29

1. Monitoring wizyjny w Szpitalu obejmuje budynki oraz teren wokół budynków
2. Monitoring nie obejmuje pomieszczeń higieniczno-sanitarnych, socjalnych, stołówek, szatni, przebieralni, pomieszczeń udostępnianych zakładowym organizacjom związków zawodowych, miejsc udzielania świadczeń zdrowotnych za wyjątkiem miejsc dozwolonych przepisami prawa oraz prawidłowo oznaczonych znakami graficznymi (piktogramami) informującymi o monitoringu.
3. Szczegółowy opis dotyczący monitoringu zawiera Instrukcja monitoringu wizyjnego.
4. W Szpitalu obowiązuje zakaz stosowania atrap kamer.

§ 30

1. Monitoring wizyjny z zapisem stosowany jest w celu podniesienie stanu bezpieczeństwa pacjentów, pracowników i obiektów szpitala, zapobieganiu dewastacji i kradzieży w budynkach oraz rejestracji zdarzeń sprzyjających ustaleniu sprawcy szkody lub kradzieży i odzyskaniu utraconego mienia.
2. Monitoring wizyjny z zapisem funkcjonuje na terenie zakładu pracy całodobowo a rejestracji i zapisowi podlega tylko obraz (bez dźwięku) pochodzący z kamer systemu.
3. Monitorowaniem wizyjnym z zapisem objęte są:
 - 1) wejścia i wyjścia z budynków;
 - 2) elewacje budynków;
 - 3) ciągi komunikacyjne w budynkach;
 - 4) parkingi wraz z wjazdami, oraz tereny przyległe do nieruchomości szpitala objęte zasięgiem kamer, z zastrzeżeniem, że zakres przestrzeni objętej monitoringiem poza terenem szpitala jest ograniczony do minimum i wynika z parametrów technicznych urządzeń wykorzystywanych do wideorejestracji.
4. Dane pochodzące z nagrań umożliwiające identyfikację osoby uważane są za dane osobowe.
5. Nagrania obrazu przechowywane są przez okres do 60 dni. Po tym okresie nagranie ulega samoczynnemu usuwaniu.
6. W przypadku w którym nagranie obrazu stanowi dowód w postępowaniu prowadzonym na podstawie przepisów prawa lub Dyrektor Szpitala powziął wiadomość że mogą one

stanowić dowód w postępowaniu, to termin określony w pkt. 5 ulega przedłużeniu do czasu prawomocnego zakończenia postępowania a następnie ulega kasacji.

7. Obiekty i tereny objęte systemem monitoringu oznaczone się tablicami informującymi o monitorowaniu i rejestracji obrazu wraz z podaniem danych administratora sporządzanych nagrań oraz znakami graficznymi (piktogramami) informującymi o monitoringu.

§ 31

1. Monitoring wizyjny bez zapisu prowadzony jest w celach:
 - 1) zapewnienia bezpieczeństwa pacjentów Szpitala;
 - 2) wspomagania nadzoru medycznego nad pacjentami na oddziałach szpitalnych;
 - 3) realizacji działalności dydaktyczno-naukowej.
2. Monitoring wizyjny bez zapisu obrazu obejmuje:
 - 1) wybrane pokoje łóżkowe, jeżeli obserwacja pacjentów jest konieczna w procesie ich leczenia i dla zapewnienia im bezpieczeństwa;
 - 2) wybrane sale operacyjne – przy uwzględnieniu zgody pacjenta.
3. Obrazy z kamer w pokojach łóżkowych i na salach operacyjnych nie są nagrywane, lecz jedynie przekazywane w trybie „na żywo” do stanowisk pielęgniarских/lekarskich.
4. W przypadku realizacji działalności dydaktycznej lub naukowej monitoring wizyjny może być stosowany tylko na podstawie zgody pacjenta. W przypadku braku zgody pacjenta monitoring wizyjny należy wyłączyć na czas świadczenia usług temu pacjentowi, który nie wyraził zgody.

Rozdział 10

Warunki współdziałania szpitala z innymi podmiotami wykonującymi działalność leczniczą w zakresie zapewnienia prawidłowości diagnostyki, leczenia, pielęgnacji i rehabilitacji oraz ciągłości przebiegu procesu udzielania świadczeń zdrowotnych

§ 32

W przypadku stwierdzenia konieczności niezwłocznego umieszczenia pacjenta w klinice bądź oddziale i braku miejsc w Szpitalu bądź gdy zakres udzielanych w Szpitalu świadczeń lub względy epidemiologiczne nie pozwalają na przyjęcie pacjenta, Szpital po udzieleniu niezbędnej pomocy zapewnia, w razie potrzeby, przewiezienie pacjenta do innego podmiotu leczniczego, po uprzednim porozumieniu się z tym podmiotem. O dokonany rozpoznaniu stanu zdrowia i o podjętych czynnościach lekarz dokonuje odpowiedniego wpisu do dokumentacji medycznej pacjenta.

§ 33

W razie przekazania pacjenta do innego podmiotu leczniczego, Szpital jest obowiązany niezwłocznie zawiadomić o powyższym fakcie wskazaną przez pacjenta osobę, instytucję, przedstawiciela ustawowego lub opiekuna faktycznego.

§ 34

Szpital udostępnia podmiotom leczniczym dokumentację medyczną pacjentów, jeżeli dokumentacja medyczna jest niezbędna do zapewnienia ciągłości świadczeń zdrowotnych.

§ 35

Współdziałanie z innymi podmiotami leczniczymi odbywa się na zasadach określonych w zawartych umowach ze Szpitalem z poszanowaniem obowiązujących przepisów prawa oraz z poszanowaniem praw pacjenta.

Rozdział 11

Udostępnianie oraz wysokość opłaty za udostępnienie dokumentacji medycznej

§ 36

1. Szpital obowiązany jest prowadzić dokumentację medyczną osób korzystających z jego świadczeń zdrowotnych, zgodnie z zasadami określonymi w odrębnych przepisach.
2. Szpital zapewnia ochronę danych zawartych w dokumentacji medycznej.
3. Szpital udostępnia dokumentację medyczną pacjentowi lub jego przedstawicielowi ustawowemu, bądź osobie upoważnionej przez pacjenta. Po śmierci pacjenta dokumentacja medyczna jest udostępniana osobie upoważnionej przez pacjenta za życia lub osobie, która w chwili zgonu pacjenta była jego przedstawicielem ustawowym. Dokumentacja medyczna jest udostępniana także osobie bliskiej, chyba że udostępnieniu sprzeciwi się inna osoba bliska lub sprzeciwił się temu pacjent za życia. W przypadku sporu między osobami bliskimi o udostępnienie dokumentacji medycznej, zgodę na udostępnienie wyraża sąd zgodnie z zasadami określonymi w przepisach prawa. Osoba wykonująca zawód medyczny może wystąpić z wnioskiem do sądu także w przypadku uzasadnionych wątpliwości, czy osoba występująca o udostępnienie dokumentacji lub sprzeciwiająca się jej udostępnieniu jest osobą bliską. W przypadku gdy pacjent za życia sprzeciwił się udostępnieniu dokumentacji medycznej, sąd w postępowaniu nieprocesowym na wniosek osoby bliskiej, może wyrazić zgodę na udostępnienie dokumentacji medycznej i określić zakres jej udostępnienia, jeżeli jest to niezbędne w celu dochodzenia odszkodowania lub zadośćuczynienia, z tytułu śmierci pacjenta oraz dla ochrony życia lub zdrowia osoby bliskiej.
4. Szpital udostępnia dokumentację medyczną również:
 - 1) podmiotom udzielającym świadczeń zdrowotnych, jeżeli dokumentacja ta jest niezbędna do zapewnienia ciągłości świadczeń zdrowotnych;
 - 2) organom władzy publicznej, w tym Rzecznikowi Praw Pacjenta, Narodowemu Funduszowi Zdrowia, organom samorządu zawodów medycznych oraz konsultantom krajowym i wojewódzkim, w zakresie niezbędnym do wykonywania przez te podmioty ich zadań, w szczególności nadzoru i kontroli;
 - 3) podmiotom, o których mowa w art. 119 ust. 1 i 2 ustawy o działalności leczniczej, w zakresie niezbędnym do przeprowadzenia kontroli na zlecenie ministra właściwego do spraw zdrowia;
 - 4) upoważnionym przez podmiot, o którym mowa w art. 121 ustawy o działalności leczniczej, osobom wykonującym zawód medyczny, w zakresie niezbędnym do sprawowania nadzoru nad podmiotem leczniczym niebędącym przedsiębiorcą;
 - 5) Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, w zakresie niezbędnym do wykonywania przez nią zadań określonych w art. 31n ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych;
 - 6) Agencji Badań Medycznych w zakresie określonym ustawą o Agencji Badań Medycznych;
 - 7) ministrowi właściwemu do spraw zdrowia, sądom, w tym sądom dyscyplinarnym, prokuraturom, lekarzom sądowym i rzecznikom odpowiedzialności zawodowej, w związku z prowadzonym postępowaniem;
 - 8) uprawnionym na mocy odrębnych ustaw organom i instytucjom, jeżeli badanie zostało przeprowadzone na ich wniosek;
 - 9) organom rentowym oraz zespołom do spraw orzekania o niepełnosprawności, w związku z prowadzonym przez nie postępowaniem;
 - 10) podmiotom prowadzącym rejestry usług medycznych, w zakresie niezbędnym do prowadzenia rejestrów;
 - 11) zakładom ubezpieczeń, za zgodą pacjenta;

- 12) komisjom lekarskim podległym ministrowi właściwemu do spraw wewnętrznych, wojskowym komisjom lekarskim oraz komisjom lekarskim Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego lub Agencji Wywiadu, podległym Szefom właściwych Agencji;
- 13) osobom wykonującym zawód medyczny, w związku z prowadzeniem procedury oceniającej podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych na podstawie przepisów o akredytacji w ochronie zdrowia albo procedury uzyskiwania innych certyfikatów jakości, w zakresie niezbędnym do ich przeprowadzenia;
- 14) osobom wykonującym czynności kontrolne na podstawie art. 39 ust. 1 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia, w zakresie niezbędnym do ich przeprowadzenia;
- 15) członkom zespołów kontroli zakażeń szpitalnych, o których mowa w art. 14 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, w zakresie niezbędnym do wykonywania ich zadań.
5. Dokumentacja medyczna może być udostępniona także szkole wyższej lub instytutowi badawczemu do wykorzystania w celach naukowych, bez ujawniania nazwiska i innych danych umożliwiających identyfikację osoby, której dokumentacja dotyczy.
6. Elektroniczna dokumentacja medyczna, o której mowa w art. 2 pkt 6 ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia, jest udostępniana na zasadach określonych w przepisach tej ustawy.
7. Dokumentacja medyczna jest udostępniana:
 - 1) do wglądu, w tym także do baz danych w zakresie ochrony zdrowia, w miejscu udzielania świadczeń zdrowotnych, z wyłączeniem medycznych czynności ratunkowych, albo w siedzibie podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych, z zapewnieniem pacjentowi lub innym uprawnionym organom lub podmiotom możliwości sporządzenia notatek lub zdjęć;
 - 2) przez sporządzenie jej wyciągu, odpisu, kopii lub wydruku;
 - 3) przez wydanie oryginału za potwierdzeniem odbioru i z zastrzeżeniem zwrotu po wykorzystaniu, na żądanie organów władzy publicznej albo sądów powszechnych, a także w przypadku gdy zwłoka w wydaniu dokumentacji mogłaby spowodować zagrożenie życia lub zdrowia pacjenta;
 - 4) za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej;
 - 5) na informatycznym nośniku danych.
8. Na żądanie pacjenta lub innych uprawnionych organów lub podmiotów dokumentacja medyczna prowadzona w postaci papierowej może być udostępniona przez sporządzenie kopii w formie odwzorowania cyfrowego (skanu) i przekazana w sposób określony w ust. 7 pkt 4 i 5.
9. Za udostępnienie dokumentacji medycznej w sposób określony w ust. 7 pkt 2 i 5 Szpital pobiera opłatę.
10. Nie pobiera się opłaty w przypadku udostępniania dokumentacji medycznej:
 - 1) pacjentowi albo jego przedstawicielowi ustawowemu po raz pierwszy w żądanym zakresie i w sposób, o którym mowa w ust. 7 pkt 2 i 5 oraz ust. 8;
 - 2) w związku z postępowaniem, o którym mowa w art. 17d ust. 1 ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, prowadzonym przez Rzecznika Praw Pacjenta;
 - 3) w związku z postępowaniem, o którym mowa w art. 51 ust. 1 ustawy z dnia 9 marca 2023 r. o badaniach klinicznych produktów leczniczych stosowanych u ludzi, prowadzonym przez Rzecznika Praw Pacjenta;
 - 4) w związku z postępowaniem w sprawie świadczenia kompensacyjnego.
11. Wysokość opłaty za udostępnienie dokumentacji medycznej, w sposób określony w ust. 7 pkt 2 i 5, ustala Dyrektor zarządzeniem na dany rok. Maksymalna wysokość opłaty za:
 - 1) jedną stronę wyciągu albo odpisu dokumentacji medycznej – nie może przekraczać 0,002;

- 2) jedną stronę kopii albo wydruku dokumentacji medycznej – nie może przekraczać 0,00007;
 - 3) udostępnienie dokumentacji medycznej na informatycznym nośniku danych – nie może przekraczać 0,0004
- przeciętnego wynagrodzenia w poprzednim kwartale, ogłaszanego przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego w Dzienniku Urzędowym Rzeczypospolitej Polskiej "Monitor Polski" na podstawie art. 20 pkt 2 ustawy z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych, poczynawszy od pierwszego dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym nastąpiło ogłoszenie.
12. Wysokość opłaty, o której mowa w ust. 10, uwzględnia podatek od towarów i usług, jeżeli na podstawie odrębnych przepisów usługa jest opodatkowana tym podatkiem.
 13. Upoważnienie pacjenta do dostępu do dokumentacji medycznej ma charakter jednostronny i nieograniczony w czasie, z możliwością jego zmiany lub odwołania. Dane medyczne podlegają ochronie zgodnie z przepisami o ochronie danych osobowych, a zgoda na udostępnienie ich może być odwołana w każdym czasie. Odwołanie należy zgłosić pisemnie do Szpitala jako Administratora Danych.

Rozdział 12

Organizacja procesu udzielania świadczeń zdrowotnych w przypadku pobierania opłat oraz wysokość opłat za udzielane świadczenia inne niż finansowane ze środków publicznych

§ 37

1. Za udzielone świadczenia zdrowotne inne niż finansowane ze środków publicznych, tj. świadczenia zdrowotne odpłatne, pacjenci wnoszą opłaty zgodnie z ustalonym komercyjnym cennikiem opłat. Wysokość opłat określona jest w cenniku wprowadzonym zarządzeniem Dyrektora na dany rok.
2. Udzielanie świadczeń zdrowotnych odpłatnych organizowane jest w taki sposób, aby nie ograniczać dostępności do świadczeń finansowanych ze środków publicznych, w sposób zapewniający poszanowanie zasady sprawiedliwego, równego, niedyskryminującego i przejrzystego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej oraz zgodnie z kryteriami medycznymi.
3. Udzielanie świadczeń zdrowotnych odpłatnych pozostaje bez wpływu na kolejność pozycji na prowadzonej przez Szpital liście oczekujących na udzielenie świadczenia finansowanego ze środków publicznych.
4. Świadczenia zdrowotne odpłatne udzielane będą w miarę możliwości w dniu zgłoszenia lub w innym terminie uzgodnionym z pacjentem, według ustalonej kolejności w dniach i godzinach ich udzielania.
5. Udzielanie świadczeń zdrowotnych odpłatnych odbywa się po otrzymaniu przez Szpital pisemnego wniosku pacjenta zawierającego zakres udzielanych świadczeń zdrowotnych wystosowanego przez pacjenta oraz zawartej umowie pomiędzy Szpitalem a pacjentem.
6. Pacjent ma prawo do pełnej informacji dotyczącej jego prawa do uzyskania świadczenia finansowanego ze świadczeń publicznych oraz warunkach uzyskania takiego świadczenia.

Rozdział 13

Obowiązki Szpitala w razie śmierci pacjenta

§ 38

1. W razie śmierci pacjenta Szpital zobowiązany jest:

- 1) należy przygotować zwłoki poprzez ich umycie i okrycie, z zachowaniem godności należnej osobie zmarłej, w celu ich wydania osobie lub instytucji uprawnionej do ich pochowania;
- 2) przechowywać zwłoki nie dłużej niż przez 72 godziny, licząc od godziny, w której nastąpiła śmierć pacjenta.
2. Czynności, o których mowa w ust. 1 pkt. 1, nie stanowią przygotowania zwłok zmarłego pacjenta do pochowania.
3. Nie pobiera się opłat za czynności, o których mowa w ust. 1.
4. Zwłoki pacjenta mogą być przechowywane w chłodni dłużej niż 72 godziny, jeżeli:
 - 1) nie mogą zostać wcześniej odebrane przez osoby lub instytucje uprawnione do pochowania zwłok pacjenta;
 - 2) w związku ze zgonem zostało wszczęte dochodzenie albo śledztwo, a prokurator nie zezwolił na pochowanie zwłok;
 - 3) przemawiają za tym inne niż wymienione w pkt 1 i 2 ważne przyczyny, za zgodą albo na wniosek osoby lub instytucji uprawnionej do pochowania zwłok pacjenta.
5. Przechowywanie zwłok pacjenta dłużej niż 72 godziny następuje odpłatnie w wysokości i na zasadach zgodnie z zarządzeniem Dyrektora.

§ 39

1. W razie podejrzenia śmierci pacjenta pielęgniarka niezwłocznie powiadamia o tym fakcie lekarza leczącego lub lekarza dyżurnego.
2. Lekarz, po uzyskaniu informacji od pielęgniarki, obowiązany jest niezwłocznie dokonać oględzin zmarłego pacjenta, stwierdzić zgon, przyczynę i wystawić kartę zgonu. Musi także odnotować w historii choroby datę zgonu pacjenta ze wskazaniem roku, miesiąca, godziny i minuty oraz przyczynę zgonu z podaniem jej numeru statystycznego oraz dokonać innych koniecznych adnotacji wymaganych odrębnymi przepisami.
3. Lekarz stwierdzający zgon i jego przyczynę obowiązany jest na żądanie właściwych organów, udzielać wyjaśnień dla celów statystycznych, odnoszących się do faktu zgonu oraz przebiegu choroby. Wyjaśnienia te stanowią tajemnicę służbową i mogą być wykorzystywane tylko do celów statystycznych oraz w postępowaniu sądowym.

§ 40

1. Po stwierdzeniu zgonu przez lekarza, pielęgniarka wypełnia kartę skierowania zwłok do chłodni oraz zakłada na przegub dłoni albo stopy osoby zmarłej identyfikator wykonany z tasiemki, płótna lub tworzywa sztucznego, po czym wraz z tą kartą oraz identyfikatorem zwłoki są przewożone do POST MORTEM, a po upływie dwóch godzin do chłodni.
2. Karta skierowania zwłok do chłodni zawiera:
 - 1) imię i nazwisko osoby zmarłej;
 - 2) PESEL osoby zmarłej, a w przypadku braku numeru PESEL – serię i numeru dokumentu stwierdzającego tożsamość;
 - 3) datę i godzinę zgonu;
 - 4) godzinę przekazania zwłok osoby zmarłej do chłodni POST MORTEM;
 - 5) imię, nazwisko i podpis pielęgniarki wypełniającej kartę;
 - 6) podpis osoby transportującej zwłoki.
3. Identyfikator, o którym mowa w ust. 1 zawiera:
 - 1) imię i nazwisko osoby zmarłej;
 - 2) PESEL osoby zmarłej, a w przypadku braku numeru PESEL – serię i numeru dokumentu stwierdzającego tożsamość;
 - 3) datę i godzinę zgonu.
4. Jeżeli nie jest możliwe ustalenie tożsamości osoby zmarłej, w akcie skierowania do chłodni oraz na identyfikatorze, dokonuje się oznaczenia „NN” z podaniem przyczyny i okoliczności uniemożliwiających ustalenie tożsamości.

§ 41

1. Kartę zgonu wystawia lekarz leczący lub kierownik kliniki bądź ordynator oddziału.
2. Jeżeli zgon nastąpił przed ustaleniem sposobu leczenia przez lekarza kliniki lub oddziału, kartę zgonu wystawia lekarz, który przyjął pacjenta do Szpitala.
3. Karta zgonu może być wystawiona po ustaleniu rozpoznania sekcyjnego lub po zatwierdzeniu przez kierownika bądź ordynatora wniosku o odstąpienie od sekcji zwłok. Jeżeli zwłoki zostały poddane sekcji, lekarz przed wystawieniem karty zgonu powinien zapoznać się z protokołem sekcji.
4. W przypadku, jeżeli zachodzi uzasadnione podejrzenie, że przyczyną zgonu było przestępstwo kartę zgonu wystawia lekarz, który na zlecenie sądu lub prokuratora dokonał oględzin lub sekcji zwłok.
5. Kartę zgonu wydaje się osobom i podmiotom uprawnionym do dokonania pochówku, a w pierwszej kolejności osobom lub podmiotom wskazanym w dokumentacji medycznej.

§ 42

1. Po stwierdzeniu zgonu przez właściwego lekarza, uprawniony personel Szpitala zdejmuje bieliznę zmarłego, a następnie dokonuje toalety pośmiertnej polegającej na umyciu ciała, usunięciu przyrządów medycznych i opatrunków. Czynności te personel obowiązany jest wykonywać w sposób nieuchybny godności zmarłego.
2. Po dokonaniu czynności wymienionych w ust. 1 pielęgniarka dyżurna zleca pracownikowi transportu wewnętrznego niezwłoczne przewiezienie zwłok do pomieszczenia POST MORTEM.

§ 43

1. Pielęgniarka sporządza protokolarnie spis rzeczy, pieniędzy i przedmiotów wartościowych zmarłego, a następnie przedmioty wartościowe i pieniądze przekazuje do depozytu wartościowego, a rzeczy do depozytu rzeczowego.
2. Rzeczy pozostałe po zmarłym pacjencie, z wyjątkiem potrzebnych do ubrania zwłok, wydaje się za pokwitowaniem spadkobiercom zmarłego.
3. W sytuacji, gdy spadkobiercy zmarłego nie zgłoszą się po rzeczy zmarłego w ciągu 1 roku od daty zgonu Szpital wszczyna procedurę uregulowaną Regulaminem Depozytu Rzeczy Chorych.
4. Rzeczy zmarłego, którego zwłoki oddano do dyspozycji prokuratora, nie wydaje się spadkobiercom zmarłego przed dokonaniem badania pośmiertnego bądź przed otrzymaniem zawiadomienia o odstąpieniu od tego badania.

§ 44

1. O zgonie pacjenta należy niezwłocznie zawiadomić jego rodzinę lub opiekunów, a w razie niemożności skontaktowania się z nimi, gminę właściwą ze względu na ostatnie miejsce zamieszkania zmarłego.
2. O zgonie pacjenta, którego tożsamość nie została ustalona, bądź zgonu, co do którego istnieje uzasadnione podejrzenie lub pewność, że jest następstwem zabójstwa, samobójstwa, otrucia, zatrucia, nieszczęśliwego wypadku, uszkodzeń urazowych, uduszenia mechanicznego, działania wysokich temperatur, elektryczności lub sztucznego poronienia, kierownik kliniki bądź ordynator oddziału lub w jego zastępstwie lekarz dyżurny zawiadamia najbliższą jednostkę Policji.
3. W przypadku, gdy podczas sekcji nasuwa się podejrzenie, iż zgon nastąpił wskutek przestępstwa, lekarz dokonujący sekcję zawiadamia najbliższą jednostkę Policji.
4. W przypadku podejrzenia lub stwierdzenia zgonu z powodu choroby zakaźnej należy postępować zgodnie z wewnętrzną procedurą.

§ 45

1. Zwłoki pacjenta mogą być poddane sekcji, w szczególności gdy zgon tej osoby nastąpi przed upływem 12 godzin od przyjęcia, z zastrzeżeniem ust. 2.
2. Zwłoki pacjenta nie są poddawane sekcji, jeżeli przedstawiciel ustawowy tej osoby wyraził sprzeciw lub uczyniła to ta osoba za życia.
3. O zaniechaniu sekcji zwłok z przyczyny określonej w ust. 2 sporządza się adnotację w dokumentacji medycznej i załącza sprzeciw, o którym mowa w ust. 2.
4. Przepisów ust. 1-3 nie stosuje się w przypadkach:
 - 1) określonych w Kodeksie postępowania karnego i Kodeksie karnym wykonawczym oraz aktach wykonawczych wydanych na ich podstawie;
 - 2) gdy przyczyny zgonu nie można ustalić w sposób jednoznaczny;
 - 3) określonych w przepisach o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi.
5. W dokumentacji medycznej pacjenta sporządza się adnotację o dokonaniu albo zaniechaniu sekcji zwłok, z odpowiednim uzasadnieniem.
6. Dokonanie sekcji zwłok nie może nastąpić wcześniej niż po upływie 12 godzin od stwierdzenia zgonu.
7. Jeżeli zachodzi potrzeba pobrania ze zwłok komórek, tkanek lub narządów, przeprowadzenie sekcji zwłok przed upływem 12 godzin, przy zachowaniu zasad i trybu przewidzianych w przepisach o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów, może zarządzić Dyrektor ds. Lecznictwa.
8. Powiatowy Inspektor Sanitarny, w drodze decyzji administracyjnej, może zakazać wykonywania sekcji zwłok, gdy sekcja zwłok mogłaby prowadzić do zakażenia osób lub skażenia środowiska, chyba, że zachodzi podejrzenie, iż zgon nastąpił w wyniku popełnienia przestępstwa.

§ 46

W razie zgonu na chorobę zakaźną zastosowanie mają przepisy w sprawie postępowania ze zwłokami i szczątkami ludzkimi.

§ 47

W razie zgonu w Szpitalu osoby odbywającej karę pozbawienia wolności, zastosowanie mają przepisy w sprawie sposobu postępowania ze zwłokami osób zmarłych w czasie odbywania kary pozbawienia wolności.

§ 48

Zwłoki mogą być wydane do pochowania nie wcześniej niż po upływie 24 godzin od chwili zgonu i po dokonaniu sekcji, jeśli była zarządzona.

§ 49

1. Preparator zatrudniony w Szpitalu jest obowiązany zwłoki osoby zmarłej umyć, ubrać i wydać osobie uprawnionej do ich pochowania w stanie zapewniającym zachowanie godności należnej osobie zmarłej.
2. Za czynności związane z umyciem zwłok, ubraniem oraz wydaniem zwłok Szpital nie pobiera opłaty.
3. Zwłoki wydaje się do przewiezienia specjalnie do tego celu przeznaczonymi środkami przewozu.

§ 50

1. Zwłoki mogą być wydane osobom uprawnionym do pochowania zwłok ludzkich, przede wszystkim:
 - 1) najbliższej rodzinie;
 - 2) służbom mundurowym, w przypadku zwłok osób w czynnej służbie mundurowej;

- 3) organom państwowym, instytucjom i organizacjom społecznym, w przypadku zwłok osób zasłużonych wobec Państwa i społeczeństwa;
 - 4) innym osobom, upoważnionym do pochowania zwłok.
2. Szpital prowadzi „Księgę rejestru zgonów”.
 3. Wydanie zwłok następuje po uzyskaniu pisemnego potwierdzenia odbioru zwłok przez osoby uprawnione do pochowania zwłok.

Rozdział 14

Przepisy końcowe

§ 51

Zmian w Regulaminie Szpitala dokonuje rektor w drodze zarządzenia na wniosek Dyrektora.

§ 52

Zarządzenie wchodzi w życie z dniem 18 marca 2025 r.

REKTOR


prof. dr hab. Andrzej Tretyn



BIULETYN PRAWNY

UNIwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu

Rok 2025; poz. 373

ZARZĄDZENIE Nr 214

Rektora Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu

z dnia 2 grudnia 2025 r.

**zmieniające zarządzenie Nr 69 Rektora UMK z dnia 18 marca 2025 r.
Regulamin organizacyjny Szpitala Uniwersyteckiego nr 2 im. dr. Jana Biziela
w Bydgoszczy**

Na podstawie § 51 zarządzenia Nr 69 Rektora UMK z dnia 18 marca 2025 r. Regulamin organizacyjny Szpitala Uniwersyteckiego nr 2 im. dr. Jana Biziela w Bydgoszczy (Biuletyn Prawny UMK z 2025 r., poz. 121)

z a r z ą d z a s i ę, co następuje:

§ 1

W zarządzeniu Nr 69 Rektora UMK z dnia 18 marca 2025 r. Regulamin organizacyjny Szpitala Uniwersyteckiego nr 2 im. dr. Jana Biziela w Bydgoszczy (Biuletyn Prawny UMK z 2025 r., poz. 121) w § 6 ust. 2 otrzymuje brzmienie:

„2. Dyrektor kieruje Szpitalem wraz z zakładami leczniczymi przy pomocy:

- 1) Dyrektora ds. Lecznictwa;**
- 2) Dyrektora ds. Pielęgniarstwa;**
- 3) Dyrektora ds. Finansowych;**
- 4) Dyrektora ds. Infrastruktury i Logistyki;**
- 5) Głównego Księgowego;**
- 6) kierowników klinik, ordynatorów, lekarzy kierujących oddziałem, kierowników jednostek i komórek organizacyjnych oraz innych osób wskazanych przez Dyrektora;**
- 7) koordynatorów – pracowników lub osób zatrudnionych na innej podstawie niż stosunek pracy, współpracujących z Dyrektorem w zakresie zarządzania.”.**

§ 2

Zarządzenie wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2026 r.

REKTOR


prof. dr hab. Andrzej Tretyn

