



REGULAMIN ORGANIZACYJNY
NZOZ Hospicjum im. św. Józefa. Zespół Opieki Paliatywnej w Raciborzu

Rozdział I: Postanowienia ogólne

§ 1

1. Podmiotem leczniczym prowadzącym działalność na podstawie obowiązujących przepisów prawa jest Stowarzyszenie Hospicjum im. św. Józefa. Zespół Opieki Paliatywnej w Raciborzu z siedzibą w Raciborzu, zwane dalej „Stowarzyszeniem”.
2. Podmiot prowadzi zakład leczniczy pod nazwą: NZOZ Hospicjum im. św. Józefa. Zespół Opieki Paliatywnej w Raciborzu, zwany dalej „Zakładem”.
3. Regulamin organizacyjny, zwany dalej „Regulaminem”, określa cele, zadania, strukturę oraz zasady funkcjonowania Zakładu.

§ 2

Podmiot oraz Zakład działają na podstawie powszechnie obowiązujących przepisów prawa oraz aktów ustrojowych, w tym:

1. Ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.
2. Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 października 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej (z późn. zm.).
3. Aktualnie obowiązujących zarządzeń Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna.
4. § 10 Statutu Stowarzyszenia Hospicjum im. św. Józefa. Zespół Opieki Paliatywnej w Raciborzu.

Rozdział II: Cele i zadania Zakładu

§ 3

1. Celem Zakładu jest zapewnienie wszechstronnej, interdyscyplinarnej opieki paliatywnej i hospicyjnej dla dorosłych pacjentów chorujących na nieuleczalne, postępujące, ograniczające życie choroby nowotworowe i nienowotworowe, zgodnie z wykazem wskazań określonym w przepisach Ministra Zdrowia.
2. Świadczenia są realizowane w miejscu zamieszkania pacjenta (Hospicjum Domowe, wizyty wyjazdowe poradni) oraz w warunkach ambulatoryjnych (Poradnia Medycyny Paliatywnej).

§ 4

Do głównych zadań Zakładu należy:

1. Zapobieganie i uśmierzanie bólu oraz innych objawów somatycznych.
2. Łagodzenie cierpień psychicznych, duchowych i socjalnych pacjenta.
3. Wsparcie rodzin pacjentów w trakcie trwania choroby oraz w okresie osierocenia.
4. Bezpłatne wypożyczanie sprzętu medycznego i wyrobów medycznych będących na wyposażeniu Hospicjum Domowego, niezbędnych do prawidłowej pielęgnacji i leczenia w domu.



Rozdział III: Struktura organizacyjna Zakładu

§ 5

W skład Zakładu wchodzi następujące komórki organizacyjne:

1. Hospicjum Domowe dla Dorosłych – realizujące opiekę w miejscu zamieszkania pacjenta przez interdyscyplinarny zespół.
2. Poradnia Medycyny Paliatywnej – realizująca świadczenia w gabinecie ambulatoryjnym oraz w formie porad domowych (poradnia wyjazdowa) dla pacjentów, którzy z powodów medycznych nie mogą dotrzeć do placówki.

Rozdział IV: Warunki przyjęcia i zasady udzielania świadczeń

§ 6

Podstawą objęcia pacjenta opieką przez Hospicjum Domowe lub Poradnię Medycyny Paliatywnej jest:

1. Skierowanie wystawione przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego (lekarza POZ lub lekarza specjalistę).
2. Wskazanie medyczne – rozpoznanie zasadnicze (kod ICD-10) kwalifikujące do opieki paliatywnej zgodnie z załącznikiem do Rozporządzenia Ministra Zdrowia.
3. Zgoda na piśmie wyrażona przez pacjenta, a w przypadku pacjenta niezdolnego do wyrażenia woli – przez jego opiekuna prawnego.

Opiekun faktyczny Pacjenta składa pisemne oświadczenie potwierdzające świadomość charakteru opieki paliatywnej. Wzór oświadczenia stanowi Załącznik nr 2 do niniejszego Regulaminu.

§ 7

Hospicjum Domowe

1. Opieka w Hospicjum Domowym jest sprawowana przez zespół w składzie: lekarz, pielęgniarka, psycholog, fizjoterapeuta.
2. Częstotliwość wizyt personelu wynosi co najmniej:
 - o Lekarz – nie rzadziej niż 2 razy w miesiącu.
 - o Pielęgniarka – nie rzadziej niż 2 razy w tygodniu.
 - o Psycholog i fizjoterapeuta – ustalana indywidualnie przez lekarza prowadzącego w zależności od stanu zdrowia i potrzeb pacjenta.
3. Świadczenia w Hospicjum Domowym realizowane są w trybie ciągłym. Pacjent i jego rodzina mają zapewniony całodobowy telefoniczny dostęp do lekarza lub pielęgniarki przez 7 dni w tygodniu pod numerem alarmowym:

§ 8

Poradnia Medycyny Paliatywnej

1. Poradnia świadczy usługi w gabinecie stacjonarnym w dniach i godzinach określonych w harmonogramie pracy, zatwierdzonym przez NFZ.
2. Dla pacjentów, których stan zdrowia uniemożliwia osobiste stawienie się w poradni, lekarz, pielęgniarka oraz psycholog realizują porady domowe (wyjazdowe).



Rozdział V: Prawa i obowiązki pacjenta

§ 9

1. Pacjent ma prawo do świadczeń bezpłatnych, jeżeli posiada uprawnienia do ubezpieczenia zdrowotnego, a placówka posiada ważną umowę z NFZ.
2. Pacjent ma prawo do intymności, poszanowania godności osobistej oraz dostępu do pełnej informacji o swoim stanie zdrowia..

Rozdział VI: Zarządzanie i reprezentacja

§ 10

1. Podmiotem tworzącym Zakład jest „Hospicjum im. św. Józefa. Zespół Opieki Paliatywnej w Raciborzu”, zwane dalej „Stowarzyszeniem”, reprezentowane przez Zarząd Stowarzyszenia zgodnie z zapisami statutu.
2. Działalnością Zakładu kieruje, zarządza nim i reprezentuje go na zewnątrz Dyrektor Zakładu, który jest powoływany i odwoływany przez Zarząd Stowarzyszenia.
3. Dyrektor Zakładu podejmuje decyzje w sprawach dotyczących funkcjonowania komórek organizacyjnych, spraw pracowniczych oraz bieżącej działalności medycznej i administracyjnej Zakładu, w ramach uprawnień nadanych przez Stowarzyszenie.

Rozdział VII: Opłaty za świadczenia i dokumentację

§ 11

1. Świadczenia finansowane ze środków publicznych (NFZ) są udzielane bezpłatnie.
2. Opłaty za sporządzenie kopii, odpisu lub wyciągu z dokumentacji medycznej nie są pobierane.

Rozdział VII: Szczegółowe procedury zarządzania wypożyczalnią sprzętu medycznego

§ 12

1. Zakład umożliwia bezpłatne wypożyczanie sprzętu medycznego i rehabilitacyjnego pacjentom objętym opieką Hospicjum Domowego oraz Poradni Medycyny Paliatywnej.
2. Wypożyczalnia dysponuje w szczególności koncentratorami tlenu, ssakami medycznymi, materacami przeciwoleżynowymi, wózkami inwalidzkimi, chodzikami oraz podnośnikami.

§ 13

1. Warunkiem wydania sprzętu jest pisemne POTWIERDZENIE WYPOŻYCZENIA/ZWROTU SPRZĘTU [Załącznik 3.] pomiędzy Zakładem a pacjentem lub jego reprezentantem.
2. Przy wydaniu sprzętu pracownik hospicjum ma obowiązek:
 - o Przekazać sprzęt sprawny technicznie, czysty i zdezynfekowany.
 - o Przeszkolić Biorącego w użyczenie w zakresie bezpiecznej obsługi.
3. Biorący w użyczenie zobowiązuje się do używania sprzętu zgodnie z przeznaczeniem, dbania o jego stan i czystość oraz niezwłocznego zgłaszania awarii. Zabrania się oddawania sprzętu osobom trzecim.

§ 14

1. Zakład zapewnia przeglądy techniczne i konserwację aparatury zgodnie z instrukcjami producentów i przepisami o wyrobach medycznych.



2. W przypadku awarii wynikającej z prawidłowej eksploatacji, Zakład naprawia sprzęt lub wymienia go na wolny od wad w miarę dostępności zasobów.
3. Biorący w użyczenie zwraca sprzęt w stanie oczyszczonym w terminie 7 dni od dnia ustania wskazań medycznych lub zakończenia opieki w Zakładzie.
4. Po każdym zwrocie sprzęt podlega obowiązkowej dezynfekcji i kontroli sprawności.

Rozdział VIII: Procedura postępowania w przypadku zgłaszania skarg i wniosków

§ 15

1. Pacjenci oraz ich opiekunowie mają prawo do składania skarg i wniosków dotyczących działalności Zakładu.
2. Informacja o trybie składania skarg oraz dane kontaktowe Rzecznika Praw Pacjenta i Śląskiego NFZ są dostępne w siedzibie oraz na stronie internetowej Zakładu.

§ 16

1. Skargi i wnioski można składać:
 - o Osobiście: u Dyrektora Zakładu w siedzibie placówki ul. Żółkiewskiego 22, 47-400 Racibórz,
 - o Elektronicznie: na adres e-mail: krystyna.wolnik@hospicjumraciborz.pl
 - o Pisemnie (pocztą): na adres: ul. Żółkiewskiego 22, 47-400 Racibórz,
2. Zgłoszenie musi zawierać imię, nazwisko, adres korespondencyjny oraz opis sprawy. Skargi anonimowe pozostawia się bez rozpoznania, chyba że dotyczą zagrożenia życia lub zdrowia.

§ 17

1. Organem właściwym do rozpatrywania skarg i wniosków jest Dyrektor Zakładu, a w sprawach dotyczących Dyrektora – Zarząd Stowarzyszenia.
2. Każda skarga lub wniosek podlega rejestracji w Rejestrze Skarg i Wniosków.
3. Odpowiedź w formie pisemnej lub elektronicznej jest wysyłana bez zbędnej zwłoki, nie później niż w terminie 30 dni od dnia wpływu zgłoszenia.
4. Odpowiedź zawiera stanowisko Zakładu wraz z uzasadnieniem oraz informację o podjętych działaniach naprawczych.

Rozdział IX: Postanowienia końcowe

§ 18

1. Niniejszy Regulamin Organizacyjny został uchwalony przez Zarząd Stowarzyszenia i wchodzi w życie z dniem określonym w uchwale lub z dniem podpisania Zarządzenia Dyrektora Zakładu o jego wdrożeniu.
2. Wszelkie zmiany w treści Regulaminu wymagają zachowania formy pisemnej oraz zatwierdzenia przez Zarząd Stowarzyszenia.
3. Tekst Regulaminu jest stale dostępny do wglądu dla pacjentów i ich rodzin w siedzibie Poradni oraz na stronie internetowej Zakładu.



Hospicjum im. św. Józefa. Zespół Opieki Paliatywnej w Raciborzu

Zatwierdzono do użytku służbowego:

Hospicjum im. św. Józefa
Zespół Opieki Paliatywnej w Raciborzu
[Signature]
WICEPREZES ZARZĄDU
Mateusz Tonderski

.....
(Podpisy przedstawicieli Zarządu Stowarzyszenia)

DYREKTOR
NZOZ Hospicjum im. św. Józefa
Zespół Opieki Paliatywnej w Raciborzu
[Signature]
mgr piel., mgr socjol. Krystyna Wolnik
spec. w dziedzinie pielęgniarstwa opieki paliatywnej
Nr PWZ: 1305055P

.....
(Podpis i pieczęć Dyrektora Zakładu)

Hospicjum im. św. Józefa
Zespół Opieki Paliatywnej w Raciborzu
[Signature]
WICEPREZES ZARZĄDU
Andrzej Halfar

.....
(Podpisy przedstawicieli Zarządu Stowarzyszenia)

Data: 13.08.2026.....r

Załączniki:

Załącznik nr 1. Lista zbiorcza pracowników _zapoznanie z regulaminem

Załącznik nr 2. Oświadczenie opiekuna faktycznego/ osoby bliskiej _wzór

Załącznik nr 3. Potwierdzenie wypożyczenia/zwrotu sprzętu _wzór



LISTA ZBIORCZA

REGULAMIN ORGANIZACYJNY

NZOZ Hospicjum im. św. Józefa. Zespół Opieki Paliatywnej w Raciborzu

Oświadczam, że zapoznałem/am się z treścią Regulaminu Organizacyjnego NZOZ *Hospicjum im. św. Józefa. Zespół Opieki Paliatywnej w Raciborzu*, w pełni rozumiem jego postanowienia i zobowiązuję się do ich przestrzegania.

l.p	Imię i nazwisko	Stanowisko	Data zapoznania	Podpis pracownika
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				
11.				
12.				
13.				
14.				
15.				
16.				
17.				
18.				
19.				
20.				
21.				
22.				
23.				
24.				
25.				
26.				



27.				
28.				
29.				
30.				
31.				
32.				
33.				
34.				
35.				
36.				
37.				

.....
(Podpis i pieczęć Dyrektora Zakładu)



OŚWIADCZENIE OPIEKUNA FAKTYCZNEGO / OSOBY BLISKIEJ

(dotyczy objęcia pacjenta opieką w ramach hospicjum domowego)

Dane identyfikacyjne pacjenta:

Imię i nazwisko: PESEL:

Adres zamieszkania:

NR LEGITYMACJI UBEZP.: DATA WYDANIA:

SERIA, NR DOWODU OS.: NR TELEFONU:

NR HISTORII CHOROBY: ROZPOZNANIE (KOD ICD 10):

LEKARZ : PIEŁĘGNIARKA:

OBJAWY WYSTĘPUJĄCE U PACJENTA W TRAKCIE PRZYJMOWANIA ZGŁOSZENIA :

.....
.....
.....

**część oświadczenia wypełniana przez pielęgniarkę*

Dane identyfikacyjne osoby składającej oświadczenie (opiekun faktyczny / osoba bliska):

- Imię i nazwisko:
- Stopień pokrewieństwa / relacja z pacjentem:
- Adres zamieszkania:
- Numer telefonu:

TREŚĆ OŚWIADCZENIA

Ja, niżej podpisany/a, będąc opiekunem / osobą bliską wyżej opisanego Pacjenta, oświadczam, co następuje:

1. Oświadczam, że jestem w pełni świadomy/a nieuleczalnego, postępującego i ograniczającego życie charakteru choroby mojej bliskiej osoby.
2. Zostałem/łam szczegółowo poinformowany/a przez lekarza/pielęgniarkę zespołu hospicjum domowego, że opieka, której celem jest objęcie pacjenta, ma charakter **leczenia objawowego** (paliatywnego), skoncentrowanego na uśmierzaniu bólu, łagodzeniu innych objawów somatycznych oraz wsparciu psychicznym i socjalnym.



3. Oświadczam, że w trakcie trwania opieki hospicyjnej zapewniam pacjentowi stałą, całodobową opiekę ze strony bliskich, dostosowaną do jego aktualnych potrzeb i stanu zdrowia. Przyjmuję do wiadomości, że wizyty personelu medycznego (lekarza, pielęgniarki, psychologa, fizjoterapeuty) odbywają się w trybie planowym lub doraźnym. Rozumiem, że hospicjum gwarantuje telefoniczny i medyczny dostęp do świadczeń przez 7 dni w tygodniu, natomiast codzienna, ciągła opieka nad chorym pomiędzy wizytami personelu spoczywa na rodzinie lub opiekunach.

Racibórz, ...
(Data)

.....
(czytelny podpis osoby składającej oświadczenie)

-
- Podstawa prawna: Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej (Dz.U. z 2022 r. poz. 262 z późn. zm.).
 - Oświadczenie stanowi wewnętrzny dokument organizacyjny NZOZ Hospicjum im. św. Józefa. Zespół Opieki Paliatywnej w Raciborzu i jest przechowywane w dokumentacji podmiotu leczniczego zgodnie z Regulaminem Organizacyjnym placówki oraz przepisami o ochronie danych osobowych (RODO).



Załącznik 3.

POTWIERDZENIE WYPOŻYCZENIA/ZWROTU SPRZĘTU

Imię i nazwisko wypożyczającego

PESEL

numer telefonu

Dla (imię i nazwisko pacjenta)

Miejsce zamieszkania pacjenta

Rodzaj sprzętu, ilość:

1.
2.
3.
4.
5.

Nie wnoszę zastrzeżeń co do stanu technicznego pobieranego przeze mnie sprzętu.

Zobowiązuję się zwrócić wypożyczony sprzęt sprawny, nieuszkodzony i czysty !!!

Przyjmuję całkowitą odpowiedzialność materialną w przypadku zniszczenia lub utraty wypożyczonego sprzętu.

Data wypożyczenia

(Podpis wydającego)

(Podpis wypożyczającego)

Sprzęt zwrócono w dniu Podpis przyjmującego sprzęt