

SPECJALISTYCZNY SZPITAL
im. dra Alfreda Sokółowskiego
w Wałbrzychu

REGULAMIN ORGANIZACYJNY

(tekst jednolity)

WAŁBRZYCH

2023

SPIS TREŚCI

ROZDZIAŁ I	3
POSTANOWIENIA OGÓLNE	3
ROZDZIAŁ II	7
CELE i ZADANIA ZAKŁADU	7
ROZDZIAŁ III	9
STRUKTURA ORGANIZACYJNA PODMIOTU LECZNICZEGO	9
ROZDZIAŁ IV	12
SPOSÓB KIEROWANIA KOMÓRKAMI ORGANIZACYJNYMI	12
ROZDZIAŁ V	16
RODZAJ DZIAŁALNOŚCI LECZNICZEJ	16
ROZDZIAŁ VI	16
ZAKRES UDZIELANYCH ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH	16
ROZDZIAŁ VII	19
ORGANIZACJA i ZADANIA POSZCZEGÓLNYCH KOMÓREK MEDYCZNYCH SZPITALA	19
Zadania wspólne oddziałów szpitalnych.	19
Zadania wspólne Szpitalnych Poradni Specjalistycznych:	20
Zadania wspólne Zakładów i Pracowni:	21
ROZDZIAŁ VIII	28
PRZEBIEG PROCESU UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH	28
ROZDZIAŁ IX	55
ORGANIZACJA i ZADANIA POSZCZEGÓLNYCH KOMÓREK ADMINISTRACYJNYCH SZPITALA	55
ROZDZIAŁ X	77
ZASADY FUNKCJONOWANIA MONITORINGU NA TERENIE SZPITALA	77
ROZDZIAŁ XI	79
WARUNKI WSPÓLDZIAŁANIA Z INNYM PODMIOTAMI LECZNICZYMI	79
ROZDZIAŁ XII	80
FORMA, WARUNKI I OPŁATY ZA UDOSTĘPNIANIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ	80
ROZDZIAŁ XIII	84
OPŁATY ZA ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE INNE NIŻ FINANSOWANE ZE ŚRODKÓW PUBLICZNYCH	84
ROZDZIAŁ XIV	85
SKARGI I WNIOŚKI PACJENTA	85
ROZDZIAŁ XV	86
POSTANOWIENIA KOŃCOWE	86

ROZDZIAŁ I

POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1

Ilekróć w Regulaminie Organizacyjnym jest mowa o:

1. Podmiocie tworzącym – należy przez to rozumieć Samorząd Województwa Dolnośląskiego, który utworzył podmiot leczniczy w formie samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej,
2. Podmiocie leczniczym - należy przez to rozumieć Specjalistyczny Szpital im. dra Alfreda Sokołowskiego w Wałbrzychu, zlokalizowany przy ul. Sokołowskiego 4, 58-309 Wałbrzych, w zakresie w jakim wykonuje działalność leczniczą,
3. Zakładzie leczniczym – należy przez to rozumieć zespół składników majątkowych za pomocą, których podmiot leczniczy wykonuje określony rodzaj działalności leczniczej w Specjalistycznym Szpitalu im. dra Alfreda Sokołowskiego w Wałbrzychu zwanym dalej „Zakładem”,
4. Szpitalu – należy przez to rozumieć zakład leczniczy, w którym podmiot leczniczy wykonuje działalność leczniczą w rodzaju świadczenia szpitalne,
5. Dyrektorze Szpitala – należy przez to rozumieć osobę zarządzającą Specjalistycznym Szpitalem im. dra Alfreda Sokołowskiego w Wałbrzychu, wykonującą wszelkie niezbędne do funkcjonowania Zakładu czynności administracyjno-prawne,
6. Pracodawcy – należy przez to rozumieć Specjalistyczny Szpital im. dra Alfreda Sokołowskiego w Wałbrzychu,
7. Pracownikowi – należy przez to rozumieć osoby wykonujące pracę w ramach stosunku pracy zatrudnione w Zakładzie na podstawie umowy o pracę bez względu na jej rodzaj i wymiar etatu,
8. Pacjencie – należy przez to rozumieć pacjenta w rozumieniu ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta,
9. Jednostce organizacyjnej – należy przez to rozumieć jednostkę organizacyjną działalności podstawowej zakładu leczniczego,
10. Komórkach organizacyjnych – należy przez to rozumieć przewidziane w strukturze organizacyjnej zakładu leczniczego: centra, zakłady, oddziały, działy szpitalne, bloki operacyjne, samodzielne pracownie, aptekę szpitalną, poradnie specjalistyczne i podstawowej opieki zdrowotnej oraz działy zadań administracyjnych, ekonomicznych, zaopatrzeniowych i technicznych,
11. Świadczeniu zdrowotnym – należy przez to rozumieć działania służące zachowaniu, ratowaniu lub poprawie zdrowia oraz inne działania medyczne wynikające z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich wykonywania,
12. Świadczeniu szpitalnym – należy przez to rozumieć wykonywane całą dobę kompleksowe świadczenia zdrowotnej polegające na diagnozowaniu, leczeniu, pielęgnacji i rehabilitacji,

które nie mogą być realizowane w ramach innych niż stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych lub ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych,

13. Ambulatoryjnym świadczeniu zdrowotnym – należy przez to rozumieć 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,
14. Dokumentacji medycznej – należy przez to rozumieć dokumentację medyczną, o której mowa w przepisach ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta,
15. Regulaminie – należy przez to rozumieć regulamin organizacyjny,
16. Ustawie o działalności leczniczej – należy przez to rozumieć ustawę z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej,
17. Ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej – należy przez to rozumieć ustawę z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

§ 2

1. Zadania i sposób funkcjonowania Szpitala określają przede wszystkim następujące akty prawne:
 - a) Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej i wydanych na jej podstawie aktów prawnych,
 - b) Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych i wydanych na jej podstawie aktów prawnych,
 - c) Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry,
 - d) Ustawa z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej,
 - e) Ustawa z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne,
 - f) Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta,
 - g) Ustawa z dnia 27 lipca 2001 r. o diagnostyce laboratoryjnej,
 - h) Ustawa z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi,
 - i) Ustawa z dnia 21 listopada 1967 r. o powszechnym obowiązku obrony Rzeczypospolitej Polskiej,
 - j) Ustawa z dnia 26 kwietnia 2007 r. o zarządzaniu kryzysowym,
 - k) Ustawa z dnia 5 sierpnia 2010 r. o ochronie informacji niejawnych,
 - l) Ustawa z dnia 20 lipca 2018 r. Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce,
 - ł) Ustawa z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych,
 - m) Ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego.,n) Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE, zwane dalej „RODO” .
2. Działalność lecznicza Szpitala prowadzona jest również w oparciu o:

- a) Statut Szpitala,
- b) Regulamin Organizacyjny,
- c) wewnętrzne akty prawne wydawane przez Dyrektora Szpitala,
- d) umowy i porozumienia zawarte z podmiotami zewnętrznymi,
- e) inne obowiązujące akty prawne regulujące zasady działalności zakładów leczniczych.

§ 3

1. Regulamin Organizacyjny Specjalistycznego Szpitala im. dra Alfreda Sokołowskiego w Wałbrzychu został ustalony na podstawie art. 23 i 24 ustawy o działalności leczniczej i określa sposób oraz warunki udzielania świadczeń zdrowotnych, które nie zostały uregulowane w Statucie Szpitala, a w szczególności:
 - a) cele i zadania podmiotu,
 - b) strukturę organizacyjną Szpitala,
 - c) rodzaj działalności leczniczej oraz zakres udzielanych świadczeń zdrowotnych,
 - d) miejsce udzielania świadczeń zdrowotnych,
 - e) przebieg procesu udzielania świadczeń zdrowotnych w poszczególnych komórkach organizacyjnych,
 - f) organizację i zadania poszczególnych komórek organizacyjnych wraz z warunkami współdziałania tych komórek,
 - g) warunki współpracy z innymi podmiotami wykonującymi działalność leczniczą,
 - h) wysokość opłat za udostępnienie dokumentacji medycznej,
 - i) organizację procesu udzielania świadczeń zdrowotnych w przypadku pobierania opłat,
 - j) wysokość opłat za przechowywanie zwłok pacjenta przez okres dłuższy niż 72 godziny,
 - k) wysokość opłat za udzielanie świadczeń zdrowotnych innych niż finansowane ze środków publicznych,
 - l) sposób kierowania komórkami organizacyjnymi,
 - m) postępowanie kancelaryjne w Zakładzie, w tym obieg dokumentów.
2. Postanowienia regulaminu dotyczą wszystkich osób wykonujących pracę na rzecz Zakładu bez względu na formę zatrudnienia, osób uczestniczących w kształceniu przed i podyplomowym realizowanym na terenie Zakładu, osób przebywających na terenie Zakładu, w tym pacjentów korzystających ze świadczeń zdrowotnych, a także podmiotów zewnętrznych świadczących usługi na terenie Zakładu.
3. Regulamin Organizacyjny ustala Dyrektor Szpitala po zaopiniowaniu przez Radę Społeczną Szpitala.

§ 4

1. Specjalistyczny Szpital im. dra Alfreda Sokołowskiego w Wałbrzychu jest podmiotem leczniczym niebędącym przedsiębiorcą w rozumieniu ustawy o działalności leczniczej prowadzonym w formie samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej.
2. Nazwa zakładu leczniczego podmiotu wykonującego działalność leczniczą brzmi: „Specjalistyczny Szpital im. dra Alfreda Sokołowskiego”.
3. Podstawowym miejscem udzielania świadczeń zdrowotnych jest siedziba Szpitala zlokalizowana w miejscowości Wałbrzych, przy ulicy Sokołowskiego 4, 58-309 Wałbrzych.

4. Dodatkowym miejscem udzielania świadczeń zdrowotnych jest szpital zlokalizowany w miejscowości Wałbrzych, przy ulicy Batorego 4, 58-300 Wałbrzych.
5. Obszarem działania Szpitala jest terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.
6. Zakład leczniczy wpisany jest do:
 - a) Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem **KRS 0000046016** w Sądzie Rejonowym dla Wrocławia Fabrycznej we Wrocławiu, IX Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego,
 - b) rejestru podmiotów leczniczych prowadzonego przez Wojewodę Dolnośląskiego pod numerem **000000001389**
7. Podmiotem tworzącym jest Samorząd Województwa Dolnośląskiego.
8. Szpital posługuje się pieczęcią główną o treści:

Specjalistyczny Szpital im. dra Alfreda Sokołowskiego
58-309 Wałbrzych, ul. Sokołowskiego 4
tel. (0-74) 64-89-600, fax (0-74) 64-89-746

która może być uzupełniona:

- a) numerem NIP: **886-23-85-315**;
- b) numerem REGON: **890047446**;
- c) nazwą komórki organizacyjnej wg struktury organizacyjnej z niepowtarzalnym 3-znakowym kodem identyfikującym komórkę organizacyjną zakładu leczniczego, podmiotu leczniczego w strukturze organizacyjnej podmiotu leczniczego stanowiącym część VII kodu resortowego i 4-znakowym kodem charakteryzującym specjalność komórki organizacyjnej podmiotu leczniczego stanowiącym część VIII kodu resortowego;
- d) adresem komórki organizacyjnej, jeśli jest inny niż adres siedziby zakładu;
- e) numerem telefonicznym komórki organizacyjnej.

ROZDZIAŁ II

CELE i ZADANIA ZAKŁADU

§ 5

1. Podstawowym celem działalności Szpitala jest:
 - a) udzielanie świadczeń zdrowotnych służących zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia poprzez wykonywanie działalności leczniczej w rodzaju leczenie szpitalne i udzielanie świadczeń zdrowotnych z zakresu podstawowej i ambulatoryjnej specjalistycznej opieki zdrowotnej,
 - b) profilaktyka i promocja zdrowia w powiązaniu z realizacją zadań dydaktycznych, naukowych i badawczych,
 - c) wykonywanie innych działań medycznych wynikających z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich wykonywania.
2. Świadczenia zdrowotne realizowane są w strukturze 2 zakładów leczniczych - jednostek podmiotu leczniczego:
 - a) Specjalistyczny Szpital im. dra Alfreda Sokołowskiego,
 - b) Poradnie Specjalistyczne im. dra A. Sokołowskiego.
3. Szpital uczestniczy w przygotowaniu osób do wykonywania zawodu medycznego i kształceniu przed i podyplomowym osób wykonujących zawody medyczne.
4. Szpital może uczestniczyć w realizacji zadań i programów zdrowotnych oraz projektów naukowo-badawczych zleczanych przez instytucje zewnętrzne.

§ 6

1. Do zadań Szpitala należy:
 - a) udzielanie stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych,
 - b) udzielanie ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych,
 - c) udzielanie świadczeń z zakresu nocnej i świątecznej pomocy,
 - d) prowadzenie działalności mającej na celu promocję i profilaktykę zdrowotną,
 - e) wykonywanie badań diagnostycznych dla innych podmiotów leczniczych,
 - f) organizowanie i prowadzenie szkolenia i doszkalania pracowników,
 - g) uczestniczenie w przygotowaniu osób do wykonywania zawodów medycznych i kształceniu osób wykonujących zawód medyczny w oparciu o obowiązujące w tym zakresie przepisy prawne,
 - h) uczestniczenie w realizacji zadań i programów zdrowotnych oraz naukowych zleczanych przez instytucje naukowe, zakłady pracy, organizacje społeczne, komórki samorządu terytorialnego i inne podmioty,
 - i) prowadzenie prac naukowych i badawczych,
 - j) wykonywanie zadań obronnych i obrony cywilnej na czas nadzwyczajnych zagrożeń i na czas wojny,
 - k) rehabilitacja lecznicza,
 - l) pielęgnacja chorych,
 - m) pielęgnacja i opieka nad osobami niepełnosprawnymi,
 - n) orzekanie o stanie zdrowia,

- o) prowadzenie spraw związanych ze statystyką medyczną,
 - p) prowadzenie działalności związanej z bezpieczeństwem i higieną pracy oraz obronnością kraju i ochroną przeciwpożarową;
 - r) współpraca z Instytutami Akademii Medycznych, Instytutami Badawczymi, Centrum Zdrowia Dziecka, Instytutem Matki i Dziecka oraz Centrum Zdrowia Matki Polki w zakresie organizowania i szkolenia podyplomowego, doskonalenia pracowników medycznych,
 - s) wykonywanie innych zadań wynikających z przepisów lub zleconych przez właściwy terenowo organ administracji
2. Szpital może także wykonywać wydzieloną działalność gospodarczą w zakresie:
- a) usług medycznych o profilu profilaktyczno - diagnostycznym,
 - b) wynajmu i dzierżawy powierzchni użytkowych,
 - c) wynajmu, dzierżawy i sprzedaży urządzeń i sprzętu,
 - d) usług sterylizacji sprzętu i wyrobów medycznych,
 - e) usług związanych z zakwaterowaniem pacjentów i opiekunów współtowarzyszących,
 - f) działalności edukacyjno – szkoleniowej,
 - g) organizacja i realizacja praktyk zawodowych,
 - h) badań naukowych i prac rozwojowych,
 - i) świadczenia usług medycyny sądowej,
 - j) świadczenia usług transportowych,
 - k) odpłatnego przechowywania zwłok,
 - l) prowadzenia parkingu.
3. Wykonywanie wydzielonej działalności gospodarczej, o której mowa w ust. 2 odbywa się w sposób zapewniający brak negatywnego wpływu na dostępność i poziom jakości świadczeń zdrowotnych udzielanych osobom uprawnionym do bezpłatnych świadczeń zdrowotnych na podstawie przepisów powszechnie obowiązującego prawa.

ROZDZIAŁ III

STRUKTURA ORGANIZACYJNA PODMIOTU LECZNICZEGO

§ 7

1. **Strukturę organizacyjną Szpitala tworzą:**
 - a) jednostki organizacyjne działalności podstawowej zakładu leczniczego,
 - b) komórki organizacyjne działalności podstawowej zakładu leczniczego wchodzące w skład jednostek organizacyjnych,
 - c) samodzielne stanowiska pracy.
2. **Szpital składa się z następujących jednostek organizacyjnych:**
 - a) Szpital im. dra Alfreda Sokołowskiego,
 - b) Poradnie Specjalistyczne im. dra A. Sokołowskiego.
3. **W skład jednostek organizacyjnych wchodzi następujące piony i komórki organizacyjne działalności podstawowej:**
 - 1) pion medyczny,
 - 2) pion ekonomiczno - finansowy,
 - 3) pion administracyjno - eksploatacyjny,
 - 4) pion organizacyjno - zarządzający,
4. **W skład pionu medycznego wchodzi:**
 - 1) Z-ca Dyrektora ds. Lecznictwa,
 - 2) Naczelną Pielęgniarką,
 - 3) Dział Epidemiologiczny,
 - 4) oddziały szpitalne,
 - 5) poradnie specjalistyczne,
 - 6) pracownie diagnostyczne,
 - 7) inne komórki medyczne Szpitala.
5. **W skład pionu ekonomiczno – finansowego wchodzi:**
 - 1) Główny Księgowy,
 - 2) Dział Księgowości:
 - a) Sekcja Księgowości Finansowej,
 - b) Sekcja Księgowości Materiałowej,
 - c) Sekcja Budżetowania i Analiz.
6. **W skład pionu Zastępcy Dyrektora ds. organizacji i zarządzania wchodzi:**
 - 1) Dział Rozliczeń Świadczeń Zdrowotnych,
 - 2) Sekcja Organizacji i Nadzoru,
 - 3) Sekcja Statystyki i Archiwum,
 - 4) Sekcja ds. Koordynowania Opieki Szpitalnej i Poszpitalnej.
7. **W skład pionu Zastępcy Dyrektora ds. administracyjno – eksploatacyjnych wchodzi:**
 - 1) Dział Zamówień Publicznych i Zaopatrzenia,
 - 2) Dział Obsługi Szpitala,
 - 3) Dział Informatyki,
 - 4) Samodzielne Stanowisko ds. BHP,
 - 5) Samodzielne stanowisko ds. P/POŻ.

8. W skład pionu bezpośrednio podlegającego Dyrektorowi Naczelnemu wchodzi:

- 1) Sekretariat Dyrektora,
 - 2) Biuro podawcze,
 - 3) Dział Spraw Pracowniczych i Płac,
 - 4) Pełnomocnik ds. Jakości,
 - 5) Pełnomocnik ds. Skarg i Wniosków,
 - 6) Pełnomocnik ds. Zarządzania Procesami,
 - 7) Pełnomocnik ds. Marketingu,
 - 8) Inspektor ds. Obronnych i Obrony Cywilnej oraz Ochrony Informacji Niejawnych,
 - 9) Inspektor Ochrony Radiologicznej,
 - 10) Inspektor Ochrony Danych Osobowych,
 - 11) Kapelan Szpitalny.
9. Jednostki oraz komórki organizacyjne Szpitala mogą być tworzone, łączone, likwidowane, dzielone lub przekształcane na mocy decyzji Dyrektora Szpitala.
10. Nadzór i kierownictwo nad poszczególnymi komórkami organizacyjnymi sprawują osoby powoływane przez Dyrektora Szpitala.
11. Jednostki oraz komórki organizacyjne współdziałają ze sobą na zasadach równorzędności i przy wykonywaniu swoich zadań zobowiązane są do ścisłego współdziałania w drodze uzgodnień lub konsultacji, a także prowadzenia wspólnych prac nad określonymi zadaniami.
12. Celem współdziałania, o którym mowa w ust. 10, jest usprawnienie procesów informacyjno-decyzyjnych oraz zapewnienie prawidłowej realizacji zadań statutowych Szpitala, w tym zadań poszczególnych jednostek i komórek organizacyjnych, a także integracja ich działań.
13. Jednostki i komórki organizacyjne odpowiedzialne za przypisane regulaminem organizacyjnym zadania mają prawo wnioskowania do innych jednostek i komórek o udzielenie informacji, udostępnienie dokumentów oraz przygotowanie wyjaśnień, ekspertyz i opinii niezbędnych do wykonania danego zadania.
14. Strukturę wewnętrzną Szpitala określa schemat organizacyjny, stanowiący **załącznik nr 1** do Regulaminu Organizacyjnego, ustalający podległość służbą poszczególnych komórek organizacyjnych oraz samodzielnych stanowisk pracy.

§ 8

1. W Szpitalu dopuszcza się możliwość tworzenia stałych lub doraźnych komisji, komitetów lub zespołów w zależności od potrzeb, zwanych zespołami zadaniowymi.
2. Zespoły, o których mowa w ust. 1 powołuje się Zarządzeniem Dyrektora w celu opracowania lub opiniowania projektów przedsięwzięć podejmowanych w określonej dziedzinie lub wykonania innych zadań, w tym wymagających współdziałania kilku komórek organizacyjnych.

§ 9

1. Szpital może tworzyć wydzielone jednostki organizacyjne, których celem działalności jest prowadzenie działalności gospodarczej.

2. Prowadzenie działalności gospodarczej przez wydzielone jednostki organizacyjne odbywa się w sposób zapewniający brak negatywnego wpływu na dostępność i poziom jakości świadczeń zdrowotnych udzielanych osobom uprawnionym do bezpłatnych świadczeń zdrowotnych na podstawie przepisów powszechnie obowiązującego prawa.

ROZDZIAŁ IV

SPOSÓB KIEROWANIA KOMÓRKAMI ORGANIZACYJNYMI

§ 10

1. Organem zarządzającym i kierującym Specjalistycznym Szpitalem im. dra Alfreda Sokołowskiego w Wałbrzychu jest Dyrektor Naczelny.
2. Dyrektor wykonuje wszystkie obowiązki i prawa, jakie na zakład leczniczy nakładają przepisy powszechnie obowiązującego prawa.
3. Dyrektor uprawniony jest do reprezentowania Szpitala na zewnątrz oraz jest pracodawcą w rozumieniu powszechnie obowiązujących przepisów prawa i stroną umów cywilnoprawnych.
4. Dyrektor samodzielnie podejmuje decyzje dotyczące Szpitala i ponosi za nie odpowiedzialność w zakresie swoich kompetencji, a w szczególności za zarządzanie Szpitalem oraz gospodarką finansową.
5. Dyrektor Szpitala wykonując swoją funkcję zapewnia w szczególności:
 - a) koordynację działania wszystkich komórek organizacyjnych,
 - b) organizację kontroli wykonywania zadań przez poszczególne komórki organizacyjne,
 - c) współdziałanie z innymi zakładami leczniczymi w zakresie realizacji zadań statutowych,
 - d) organizację oceny jakości działań osób zatrudnionych na stanowiskach kierowniczych,
 - e) realizację zadań zleconych przez podmiot tworzący.
6. W celu realizacji zadań Dyrektor Szpitala wydaje i zatwierdza wewnętrzne akty prawne, których projekty sporządzają pracownicy właściwych komórek organizacyjnych w formie:
 - a) zarządzenia,
 - b) regulaminy,
 - c) instrukcje,
 - d) procedury,
 - e) standardy,
 - f) decyzje,
 - g) komunikaty.
7. Do wyłącznej decyzji Dyrektora Szpitala należą sprawy:
 - a) kierownictwa i nadzoru nad działalnością zakładów leczniczych, jednostek i komórek organizacyjnych oraz osób bezpośrednio podległych,
 - b) współdziałania z podmiotem tworzącym, Radą Społeczną i Związkami Zawodowymi,
 - c) wydawania wewnętrznych aktów prawnych,
 - d) ustalania regulaminu organizacyjnego,
 - e) zakupu materiałów, sprzętu oraz aparatury medycznej zgodnie z przepisami powszechnie obowiązującego prawa,
 - f) udzielania pełnomocnictw,
 - g) zawierania umów, w tym o pracę oraz cywilnoprawnych,

- h) ustanawiania zastępców, kierowników, pełnomocników i doradców,
 - i) organizacji przetwarzania oraz ochrony danych osobowych.
8. Dyrektor zarządza Szpitalem bezpośrednio lub za pośrednictwem swoich zastępców, na których może przenieść część swoich kompetencji i uprawnień.
 9. Dyrektor kieruje działalnością Szpitala przy pomocy:
 - a) zastępców,
 - b) naczelnego pielęgniarki,
 - d) głównego księgowego,
 - e) kierowników komórek organizacyjnych,
 - f) osób zatrudnionych na samodzielnych stanowiskach pracy.
 10. Na czas swojej nieobecności Dyrektor Szpitala wyznacza zastępcę oraz deleguje odpowiednie uprawnienia, udzielając stosownego pełnomocnictwa w formie pisemnej.
 11. Dyrektor może upoważnić na piśmie inne osoby do dokonywania niektórych czynności prawnych w imieniu Szpitala, określając ściśle zakres i czas na jaki udzielono pełnomocnictwa.
 12. Rejestr udzielonych pełnomocnictw prowadzi Dział Spraw Pracowniczych i Płac.
 13. Oryginał pełnomocnictwa otrzymuje osoba upoważniona oraz Dział Spraw Pracowniczych celem umieszczenia w rejestrze, o którym mowa w ust. 12.
 14. Wygaśnięcie udzielonego pełnomocnictwa następuje przede wszystkim na skutek odwołania upoważnienia, rozwiązania lub wygaśnięcia stosunku pracy albo umowy cywilno-prawnej, zmiany stanowiska lub śmierci osoby upoważnionej.
 15. Dyrektor Szpitala jest przełożonym wszystkich pracowników Zakładu w rozumieniu powszechnie obowiązujących przepisów prawa.
 16. Dyrektor Szpitala podejmuje decyzje w sprawach pracowniczych, a w szczególności dotyczących:
 - a) nawiązania i rozwiązania stosunku pracy,
 - b) karania, nagradzania i wyróżniania pracowników,
 - c) przyznawania premii i dokonywania zmian wynagrodzeń pracowników,
 - d) umocowań pracowników do realizacji określonych zadań.
 17. Dyrektor Szpitala ostatecznie rozpatruje skargi, wnioski i zażalenia pracowników, a także pacjentów oraz podmiotów zewnętrznych.
 18. W ramach prowadzonej polityki kadrowej Dyrektor Szpitala czuwa nad tym, aby pomiędzy pracownikiem i zatrudnionym w Szpitalu jego małżonkiem, krewnym lub powinowatym do drugiego stopnia włącznie oraz osobą pozostającą w stosunku przysposobienia, opieki lub kurateli nie powstał stosunek bezpośredniej podległości służbowej.

§ 11

1. Wewnętrzny porządek oraz czas pracy dla poszczególnych grup zawodowych określa Regulamin Pracy Szpitala ustalony przez Dyrektora w drodze zarządzenia, po uzgodnieniu ze Związkami Zawodowymi.
2. Zasady wynagradzania za pracę oraz przyznawania innych świadczeń związanych z pracą w Szpitalu określa Regulamin wynagradzania ustalony przez Dyrektora w drodze zarządzenia, po uzgodnieniu ze Związkami Zawodowymi.

3. Zasady bezpiecznego przetwarzania oraz ochrony danych osobowych obowiązujące w Szpitalu określają odpowiednie polityki, regulaminy, procedury oraz inne dokumenty wewnętrzne ustalone w drodze zarządzenia przez Dyrektora Szpitala.
4. W Szpitalu obowiązuje noszenie imiennych identyfikatorów przez cały personel Szpitala na zasadach określonych w przepisach odrębnych.

§ 12

1. Dyrektor Szpitala w celu zapewnienia właściwego poziomu i jakości świadczeń zdrowotnych wykonywanych w poszczególnych komórkach organizacyjnych, określa zgodnie z odrębnymi przepisami:
 - a) standardy udzielania świadczeń,
 - b) standardy medyczne, a w szczególności: standardy procesu diagnozowania, leczenia, profilaktyki, receptariusza szpitalnego i postępowania z lekami, kontroli procesu leczenia, warunków izolacji oraz pobierania i przeszczepiania komórek, tkanek i narządów,
 - c) standardy organizacji i zarządzania podmiotem leczniczym, a w szczególności: bezpieczeństwa p. poż, zabezpieczenia awaryjnego, specyficznych norm żywienia, zwalczania chorób zakaźnych i ich monitorowania, zasad higieny szpitalnej, obiegu dokumentacji, badania statystyki pacjenta, zasad współdziałania między wszystkimi komórkami organizacyjnymi Szpitala,
 - d) standardy kompletowania, prowadzenia, przechowywania oraz udostępniania dokumentacji medycznej indywidualnej i zbiorczej.

§ 13

1. Politykę Jakości Szpital realizuje poprzez stałą poprawę skuteczności działań w zakresie świadczonych usług, bezpieczeństwa i higieny pracy, bezpieczeństwa informacji przy stałym spełnianiu wymagań prawnych oraz podnoszeniu kwalifikacji i zaangażowania wszystkich pracowników i współpracowników.
2. W ramach Polityki Jakości Szpital określa cele jakościowe i zapewnia:
 - a) kompleksowość usług udzielanych w bezpiecznych warunkach, przy zachowaniu dostępu do najnowocześniejszej aparatury diagnostycznej i leczniczej, solidność, profesjonalizm i przyjazną atmosferę,
 - b) zapobieganie wypadkom przy pracy, chorobom zawodowym,
 - c) minimalizację zanieczyszczeń środowiska naturalnego i zapobieganie ich powstawaniu.
3. Szpital realizuje program poprawy jakości w oparciu o standardy akredytacyjne, określone w Programie Akredytacji Szpitali oraz wg norm ISO 9001.
4. Pracownicy Szpitala są zobowiązani do realizacji Polityki Jakości oraz standardów akredytacyjnych określonych w **Programie Akredytacji Szpitali** oraz procedur spełniających **normy ISO 9001**.

§ 14

1. W Szpitalu dopuszcza się możliwość tworzenia stałych lub doraźnych komisji, komitetów lub zespołów w zależności od potrzeb, zwanych zespołami zadaniowymi.

2. Zespoły o których mowa w ust. 1 powołuje się Zarządzeniem Dyrektora w celu opracowania lub opiniowania projektów, przedsięwzięć podejmowanych w określonej dziedzinie lub wykonywania innych zadań, w tym wymagających współdziałania kilku komórek organizacyjnych.

§ 15

1. Regulamin Organizacyjny ustalany jest przez Dyrektora Szpitala i wprowadzany w życie w drodze zarządzenia po zaopiniowaniu przez Radę Społeczną.
2. Regulamin organizacyjny udostępnia się do wglądu w formie papierowej w **Sekretariacie Szpitala**, a w formie elektronicznej poprzez umieszczenie na stronie internetowej Szpitala www.zdrowie.walbrzych.pl w zakładce **Pacjent/Regulamin**, a także na stronie **Biuletynu Informacji Publicznej** – <http://bip.zdrowie.walbrzych.pl>

§ 16

1. Obieg dokumentów, rejestracja, znakowanie pism, używanie pieczęci - określa Instrukcja Kancelaryjna ustalona przez Dyrektora Szpitala, zatwierdzona przez Archiwum Państwowe.
2. Obsługę prawną Szpitala prowadzi kancelaria prawna, na podstawie zawartej odrębnie umowy i w zakresie wynikającym z przepisów odrębnych.

ROZDZIAŁ V

RODZAJ DZIAŁALNOŚCI LECZNICZEJ

§ 17

1. Świadczenia zdrowotne w Szpitalu udzielane są w zakresie:
 - a) stacjonarnej całodobowej opieki zdrowotnej,
 - b) stacjonarnej dziennej opieki zdrowotnej,
 - c) ambulatoryjnej specjalistycznej opieki zdrowotnej w szczególności świadczeń udzielanych przez Przychodnię Specjalistyczną oraz inne medyczne komórki organizacyjne Szpitala,
 - d) świadczenia w zakresie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej.
2. Szczegółowy zakres udzielanych świadczeń zdrowotnych określają umowy z instytucjami ubezpieczenia zdrowotnego oraz umowy z osobami fizycznymi, osobami prawnymi i innymi jednostkami organizacyjnymi.

ROZDZIAŁ VI

ZAKRES UDZIELANYCH ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH

§ 18

Stacjonarna opieka medyczna:

- 1. Oddziały zabiegowe: (lokalizacja ul. Sokołowskiego 4, Wałbrzych)**
 - a) Oddział Chirurgii Ogólnej,
 - b) Oddział Neurochirurgiczny,
 - c) Oddział Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej,
 - d) Oddział Chirurgii Onkologicznej,
 - e) Oddział Urologiczny,
 - f) Oddział Chirurgii Szcękowo-Twarzowej,
 - d) Oddział Okulistyczny.
- 2. Oddziały zachowawcze: (lokalizacja ul. Sokołowskiego 4, Wałbrzych)**
 - a) Oddział Chorób Wewnętrznych I,
 - b) Oddział Kardiologiczny,
 - c) Oddział Intensywny Nadzór Kardiologiczny,
 - d) Oddział Dzienny Rehabilitacji Kardiologicznej,
 - e) Oddział Nefrologiczny,
 - f) Stacja Dializ,
 - g) Oddział Neurologiczny,
 - h) Oddział Udarowy,
 - i) Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii,
 - j) Oddział Pulmonologiczny,

- k) Oddział Onkologiczny,
- l) Oddział Radioterapii,
- m) Oddział Dzienny Chemioterapii,
- n) Oddział Hematologiczny,
- o) Szpitalny Oddział Ratunkowy,

3. Oddziały zachowawcze: lokalizacja ul. Batorego 4, Wałbrzych)

- a) Oddział Infekcyjno-Internistyczny,
- b) Oddział Rehabilitacji Ogólnej,
- c) Oddział Rehabilitacji Neurologicznej,
- d) Oddział Rehabilitacji Kardiologicznej
- e) Oddział Psychiatryczny,
- f) Izba Przyjęć psychiatryczna D,
- g) Oddział Dzienny Psychiatryczny,
- h) Oddział Alkoholowych Zespołów Abstynencyjnych (Detoksykacja).

4. Oddziały dziecięce: (lokalizacja ul. Batorego 4, Wałbrzych)

- a) Oddział Pediatriczny,
- b) Izba Przyjęć pediatryczna C,
- c) Oddział Neonatologii - Patologii Noworodka i Niemowlęcia,
- d) Zespół Wyjazdowy Neonatologiczny „N”,
- e) Oddział Dzienny Psychiatryczny Rehabilitacyjny dla Dzieci i Młodzieży.

Ambulatoryjna opieka medyczna:

5. Poradnie specjalistyczne dla dorosłych: (lokalizacja ul. Sokołowskiego 4, Wałbrzych)

- a) Poradnia Hematologiczna,
- b) Poradnia Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej,
- c) Poradnia Neurochirurgiczna,
- d) Poradnia Chirurgii Ogólnej,
- e) Poradnia Gruźlicy i Chorób Płuc,
- f) Poradnia Onkologiczna,
- g) Poradnia Chirurgii Onkologicznej,
- h) Poradnia Kardiologiczna,
- i) Poradnia Leczenia Jaskry,
- j) Poradnia Okulistyczna,
- k) Poradnia Urologiczna,
- l) Poradnia Nefrologiczna,
- m) Poradnia Gastroenterologiczna,
- n) Poradnia Chirurgii Szczękowo-Twarzowej,
- o) Poradnia Neurologiczna,
- p) Poradnia Nocnej i Świątecznej Pomocy.

6. Poradnie specjalistyczne dla dorosłych: (lokalizacja ul. Batorego 4, Wałbrzych)

- a) Poradnia WZW,
- b) Poradnia Zdrowia Psychicznego,
- c) Poradnia Leczenia Uzależnień,
- d) Poradnia Psychologiczna,

e) Zespół leczenia środowiskowego (domowego).

7. Poradnie specjalistyczne dla dzieci i młodzieży: (lokalizacja ul. Batorego 4, Wałbrzych)

- a) Poradnia Alergologiczna dla Dzieci,
- b) Poradnia Neurologiczna dla dzieci,
- c) Poradnia Neonatologiczna,
- d) Poradnia Kardiologiczna dla Dzieci,
- e) Poradnia Terapii Uzależnień dla Dzieci i Młodzieży,
- f) Poradnia Zdrowia Psychicznego dla Dzieci,
- g) Poradnia Psychologiczna dla Dzieci.

8. Zakłady i pracownie diagnostyczne:

- a) Zakład Diagnostyki Obrazowej,
- b) Zakład Diagnostyki Laboratoryjnej,
- c) Zakład Centralnej Sterylizacji,
- d) Zakład Endoskopii Zabiegowej,
- e) Zakład Patomorfologii,
- f) Zakład Fizyki Medycznej,
- g) Zakład Rehabilitacji,
- h) Pracownia Teleradioterapii,
- i) Pracownia Brachyterapii,
- j) Pracownia Modelarni,
- k) Pracownia EEG,
- l) Pracownia Spirometrii,
- ł) Pracownia Hemodynamiki,
- m) Pracownia Badań Czynnościowych,
- n) Pracownia Stałej Stymulacji Serca,
- o) Pracownia Angiografii,
- p) Pracownia Rentgenodiagnostyki Zabiegowej,
- r) Pracownia Ultrasonografii,
- s) Pracownia Cytometrii Przepływowej,
- t) Pracownia Tomografii,
- u) Pracownia Rezonansu Magnetycznego.

9. Centra Medyczne:

- a) Centrum Zdrowia Psychicznego
- b) Onkologiczne Centrum Wsparcia Badań Klinicznych
- c) Centrum Radioterapii

ROZDZIAŁ VII

ORGANIZACJA i ZADANIA POSZCZEGÓLNYCH KOMÓREK MEDYCZNYCH SZPITALA

§ 19

Zadania wspólne oddziałów szpitalnych.

1. Do zadań wspólnych oddziałów zachowawczych i zabiegowych dla dorosłych należy w szczególności:

- a) przyjęcie pacjenta na leczenie całodobowe w trybie planowym lub nagłym,
- b) rozpoznanie choroby pacjenta i zgodne z tym leczenie zachowawcze lub operacyjne w danej specjalności,
- c) przeprowadzenie konsultacji lekarskich pacjentów z innych oddziałów szpitalnych lub innych ośrodków,
- d) prowadzenie rehabilitacji w tym przyłóżkowej,
- e) całodobowa opieka lekarska i pielęgniarska,
- f) zapewnienie wyżywienia odpowiedniego do stanu zdrowia,
- g) zapewnienie odpowiednich warunków sanitarno-higienicznych,
- h) szkolenie wewnątrz zakładowe personelu,
- i) ścisła współpraca z innymi komórkami organizacyjnymi Szpitala,
- j) prowadzenie dokumentacji medycznej, zgodnie z obowiązującą ustawą, oraz rozporządzeniami Ministra Zdrowia w tym zakresie,
- k) zapobieganie zakażeniom szpitalnym,
- l) informowanie - wskazanej przez chorego, osoby o jego stanie zdrowia,
- ł) w przypadku oddziałów zabiegowych przygotowanie chorego do zabiegu, wykonanie zabiegu i leczenie pooperacyjne.

2. Do zadań wspólnych oddziałów dziecięcych należy w szczególności:

- a) przyjęcie na leczenie całodobowe w trybie pilnym lub planowym,
- b) rozpoznanie choroby dziecka i zgodne z tym leczenie zachowawcze dzieci w wieku od 0 do ukończenia 18 roku życia,
- c) przeprowadzanie konsultacji lekarskich pacjentów innych oddziałów Szpitala,
- d) prowadzenie rehabilitacji leczniczej przyłóżkowej,
- e) całodobowa opieka pielęgniarska i lekarska,
- f) zapewnienie opieki pielęgniarskiej podczas transportu dzieci do innych szpitali, jeżeli stan pacjenta tego wymaga, dowożenie lub doprowadzenie na badania i zabiegi,

- g) zapewnienie wyżywienia odpowiedniego do stanu zdrowia i potrzeb zdrowotnych pacjenta,
- h) zapobieganie zakażeniom szpitalnym,
- i) zapewnienie odpowiednich warunków sanitarno-higienicznych,
- j) ścisła współpraca ze wszystkimi komórkami organizacyjnymi Zakładu,
- k) prowadzenie wymaganej dokumentacji medycznej zgodnie z obowiązującą ustawą, oraz rozporządzeniami Ministra Zdrowia,
- l) udzielanie informacji o stanie zdrowia chorego osobie wskazanej i upoważnionej przez pacjenta, w przypadku dzieci rodzicom lub opiekunom prawnym,
- ł) sprawowanie ścisłego nadzoru nad właściwym zachowaniem się dzieci w czasie posiłków, zabaw w celu uniknięcia nieszczęśliwych wypadków, zapewnienie bezpieczeństwa,
- m) umożliwienie karmienia niemowląt piersią, które odbywa się na salach chorych oddziału w uzgodnieniu z lekarzem prowadzącym,
- n) umożliwienie udziału w zajęciach szkolnych dzieci w wieku szkolnym za zgodą wyznaczonego lekarza prowadzącego, według ustalonych z nimi indywidualnymi rozkładami zajęć, uwzględniających stan zdrowia dziecka,
- o) umożliwienie kontaktu chorego z jego opiekunem, jeżeli stan chorego na to pozwala i nie istnieje ważne przeciwwskazanie do takiego kontaktu (istnienie takich przeciwwskazań wymaga dokonania odpowiednich wpisów w dokumentacji pacjenta),
- p) szkolenie personelu medycznego.

§ 20

Zadania wspólne Szpitalnych Poradni Specjalistycznych:

1. Do zadań wspólnych Poradni Specjalistycznych należy w szczególności:

- a) udzielanie kompleksowych świadczeń opieki zdrowotnej w formie porad, badań diagnostycznych i zabiegów, wg zawartego kontraktu na usługi medyczne,
- b) udzielanie konsultacji uzupełniających opiekę podstawową,
- c) lecznictwo specjalistyczne,
- d) kontrola pacjentów po leczeniu szpitalnym,
- e) profilaktyka i promocja zdrowia,
- f) szczepienia ochronne,
- g) orzekanie o czasowej niezdolności do pracy i prowadzenie zgodnie z odpowiednimi przepisami innej działalności w zakresie orzecznictwa lekarskiego,
- h) szerzenie oświaty zdrowotnej,

- i) prowadzenie rejestracji do szpitalnych poradni specjalistycznych zgodnie z harmonogramem przyjęć,
- j) wystawianie zaświadczeń lekarskich, skierowań do leczenia stacjonarnego, skierowań na badania diagnostyczne, skierowań do innych specjalistów, wystawianie wniosków na produkty lecznicze i sprzęt rehabilitacyjny, wystawianie zwolnień lekarskich.

§ 21

Zadania wspólne Zakładów i Pracowni:

1. Do wspólnych zadań Zakładów i Pracowni należy udzielanie świadczeń zdrowotnych:
 - a) obejmujących badania diagnostyczne, w celu rozpoznania stanu zdrowia i ustalenia dalszego postępowania leczniczego na podstawie skierowania lekarza lub osoby posiadającej wymagane kwalifikacje do udzielania świadczeń zdrowotnych na podstawie obowiązujących przepisów prawa,
 - b) odpłatnych, na żądanie pacjenta w zakresie przewidzianym odrębnymi przepisami, pobieranie opłat odbywa się zgodnie z obowiązującym w Szpitalu cennikiem.
2. Wykonanie świadczenia zdrowotnego w zakładzie lub pracowni diagnostycznej następuje po uprzedniej rejestracji osobistej lub telefonicznej pacjenta.
3. Świadczenie zdrowotne, którego wykonanie nie jest możliwe ze względu na zakres świadczenia pozostający poza zakresem funkcjonowania Szpitala, jest możliwe do wykonania w zewnętrznych zakładach diagnostycznych w oparciu o zawarte umowy.

§ 22

3. Do zadań Zakładu Diagnostyki Obrazowej należy w szczególności:

- a) wykonywanie badań radiologicznych i ultrasonograficznych u pacjentów leczonych w szpitalu, poradniach specjalistycznych oraz pacjentów kierowanych przez innych świadczeniodawców w przypadku zawarcia stosownych umów,
- b) badania wykonywane są w trybie całodobowym.

§ 23

1. Do zadań Zakładu Diagnostyki Laboratoryjnej należy w szczególności:

- a) wykonywanie badań z zakresu: immunohematologii, hematologii, biochemii, immunochemii, koagulologii, analityki ogólnej, równowagi kwasowo-zasadowej, mikrobiologii,
- b) badania wykonywane są dla pacjentów leczonych w szpitalu, poradniach specjalistycznych oraz pacjentów kierowanych z innych podmiotów medycznych, z którymi Szpital ma podpisane stosowne umowy,

- c) wiarygodność wyników badań gwarantowana jest przez prowadzenie codziennej kontroli wewnątrz laboratoryjnej dla wszystkich rodzajów wykonanych badań,
 - d) udział w krajowych (COBJwDL, POLMIKRO, IHIT, RCKiK) i międzynarodowych programach (RIQAS – RANDOX) oceny jakości badań laboratoryjnych.
1. Zakład Diagnostyki Laboratoryjnej świadczy usługi całodobowo w zakresie badań podstawowych i specjalistycznych.
 2. W skład Zakładu Diagnostyki Laboratoryjnej wchodzi następujące Pracownie:
 - a) Biochemii,
 - b) Hematologii,
 - c) Analityki Ogólnej,
 - d) Immunochemii,
 - e) Immunologii Transfuzjologicznej z Bankiem Krwi,
 - f) Mikrobiologii
 - g) Cytometrii Przepływowej.

§ 24

1. Do zadań Zakładu Centralnej Sterylizacji należy w szczególności:

- a) przyjmowanie narzędzi z bloku operacyjnego oraz z oddziałów szpitala, poradni specjalistycznych, gabinetów zabiegowych. Sprzęt poddawany jest myciu i dezynfekcji maszynowej oraz manualnej,
 - b) segregowanie narzędzi do odpowiedniej metody sterylizacji,
 - c) kontrola procesu mycia, dezynfekcji, suszenia narzędzi i sterylizacji,
 - d) konserwacja narzędzi,
 - e) kompletowanie i pakowanie zestawów narzędziowych oraz kontenerów,
 - f) pakietowanie narzędzi,
 - g) oznakowanie każdego sprzętu etykietą z informacją o procesie sterylizacji i terminie ważności,
 - h) przygotowanie i zabezpieczenie materiału sterylnego do transportu,
 - i) wykonywanie roztworów środków dezynfekcyjnych dla całego szpitala, realizacja usług związanych z dezynfekcją aerozolową, dezynsekcją i deratyzacją na terenie całego szpitala.
2. Zakład Centralnej Sterylizacji świadczy usługi całodobowo na rzecz komórek organizacyjnych szpitala oraz podmiotów zewnętrznych (kontrahentów) na podstawie zawartych umów w zakresie procesu dekontaminacji, dezynfekcji, sterylizacji parowej i nadtlenkiem wodoru (plazmowej).
 3. Wszystkie procesy sterylizacji monitorowane są fizycznie, chemicznie, biologicznie oraz odpowiednio dokumentowane w obowiązującym systemie.

§ 25

1. Do zadań Zakładu Endoskopii Zabiegowej należy w szczególności:

- a) leczenie i wykonywanie badań diagnostycznych górnego i dolnego odcinka przewodu pokarmowego metodą endoskopową: gastrokopii, rektoskopii, kolonoskopii, fiberoskopii, ECPW,
- b) pobieranie materiałów do badań histopatologicznych.

§ 26

1. Do zadań Zakładu Patomorfologii należy w szczególności:

- a) diagnostyka patomorfologiczna przed i pooperacyjna materiału tkankowego, pobranego od pacjenta (rozszerzona o badanie immunohistochemiczne),
- b) diagnostyka patomorfologiczna śródoperacyjna,
- c) cytodiagnostyka złuszczeniowa i aspiracyjna,
- d) diagnostyka patomorfologiczna autopsyjna.

2. Zakład Patomorfologii składa się z następujących pracowni:

- a) Histopatologicznej,
- b) Cytologicznej,
- c) Immunohistochemicznej,
- d) Autopsyjnej.

§ 27

1. Do zadań Zakładu Rehabilitacji należy w szczególności:

- a) świadczenie usług z zakresu rehabilitacji dla pacjentów hospitalizowanych we wszystkich oddziałach Szpitala w zakresie: kinezyterapii, fizykoterapii, hydroterapii, masażu leczniczego.

§ 28

1. Do zadań Pracowni EEG, Spirometrii, Hemodynamiki, Badań Czynnościowych, Stałej Stymulacji Serca należy w szczególności:

- a) świadczenie usługi w wyznaczonych dniach i godzinach dla pacjentów leczonych w oddziałach szpitalnych i poradniach specjalistycznych oraz pacjentów kierowanych przez innych świadczeniodawców w przypadku zawarcia stosownych umów.
- b) szczegółowy przebieg procesu badania oraz jakości tego badania określają wewnętrzne procedury poszczególnych pracowni.

§ 29

1. Do zadań Szpitalnego Oddziału Ratunkowego należy w szczególności:

- a) udzielanie świadczeń zdrowotnych polegających na wstępnej diagnostyce i podjęciu leczenia w zakresie niezbędnym do stabilizacji funkcji życiowych osób znajdujących się w stanie nagłego zagrożenia życia lub zdrowia, z przyczyny wewnętrznej lub zewnętrznej, a w szczególności w razie wypadku, urazu, zatrucia,
- b) udzielanie świadczeń zdrowotnych w stanach wyjątkowych np. wypadków komunikacyjnych, katastrof, zgodnie z założeniami powiatowego i wojewódzkiego planu zabezpieczenia ratunkowego,
- c) dokonywanie zabezpieczenia medycznego pacjentów oraz organizacja transportu do innych zakładów opieki zdrowotnej.

§ 30

1. Do zadań Szpitalnej Izby Przyjęć należy w szczególności:

- a) udzielanie niezbędnej pomocy medycznej w sytuacjach zagrożenia życia lub zdrowia,
- b) ustalanie potrzeby hospitalizacji,
- c) prowadzenie ewidencji wolnych łóżek w szpitalu,
- d) transport chorych.

§ 31

1. Do zadań Bloku Operacyjnego należy w szczególności:

- a) przeprowadzanie zabiegów operacyjnych, znieczulenia pacjentów i wykonywanie innych procedur medycznych, do których niezbędne są warunki Bloku Operacyjnego,
- b) prowadzenie dokumentacji medycznej zgodnie z obowiązującymi przepisami,
- c) prowadzenie stałej kontroli parametrów życiowych w trakcie trwania znieczulenia, wybudzenia pacjenta i opieki nad nim do chwili przekazania do oddziału.

2. Koordynatorem Okołooperacyjnej Karty Kontrolnej jest:

- a) w trakcie zabiegu operacyjnego ze znieczuleniem ogólnym i przewodowym – **lekarz anestezjolog**,
- b) w trakcie zabiegu operacyjnego ze znieczuleniem miejscowym – **lekarz chirurg – operator**.

§ 32

1. Do zadań Apteki szpitalnej należy w szczególności:

- a) zaopatrywanie oddziałów szpitalnych i innych komórek medycznych Szpitala w produkty lecznicze, wyroby medyczne, środki dezynfekcyjne i antyseptyczne,
- b) raportowanie danych dotyczących obrotu produktami leczniczymi i wyrobami medycznymi do Zintegrowanego Systemu Monitorowania Obrotu Produktami Leczniczymi,
- c) weryfikacja autentyczności produktów leczniczych z wykorzystaniem systemu udostępnionego przez Krajową Organizację Weryfikacji Autentyczności Leków,

- d) opracowywanie Receptariusza Szpitalnego,
- e) sporządzanie leków recepturowych w tym cytostatyków,
- f) udzielanie informacji o produktach leczniczych i wyrobach medycznych,
- g) uczestniczenie w monitorowaniu działań niepożądanych leków,
- h) podejmowanie działań mających na celu racjonalizację farmakoterapii leków,
- i) prowadzenie ewidencji uzyskanych darów produktów leczniczych i wyrobów medycznych,
- j) sprawowanie nadzoru nad apteczkami oddziałowymi.

§ 33

1. Centrum Radioterapii

Do zadań Centrum Radioterapii należy w szczególności:

- a) badanie i konsultacja pacjentów kwalifikowanych do leczenia,
- b) nadzór i prowadzenie dokumentacji medycznej związanej z prowadzoną działalnością,
- c) nadzór nad prawidłowym działaniem i konserwacją aparatury medycznej,
- d) przestrzeganie zasad bezpieczeństwa personelu zgodnie z wymogami medycyny pracy,
- e) zapewnienie bezpieczeństwa pacjentom podczas procedur naświetlania.

2. Zakład Fizyki Medycznej

Do zadań Zakładu Fizyki Medycznej należy w szczególności:

- a) zabezpieczenie możliwości stosowania metod radioterapii oraz bezpiecznego stosowania poszczególnych procedur diagnostyczno-terapeutycznych związanych z napromienianiem,
- b) nadzór nad prawidłowym działaniem aparatury medycznej i jej konserwacja,
- c) monitorowanie bezpieczeństwa prowadzenia procedur związanych z napromienianiem,
- d) prowadzenie dokumentacji medycznej i technicznej obowiązującej w Zakładzie.

3. Pracownia Teleradioterapii

Do zadań Pracowni Teleradioterapii należy w szczególności:

- a) przygotowanie pacjentów i wykonywanie u nich procedur z zakresu teleterapii oraz monitorowanie po leczeniu.

4. Pracownia Brachyterapii

Do zadań Pracowni Brachyterapii należy w szczególności

- a) przygotowanie pacjentów i wykonywanie u nich procedur z zakresu brachyterapii oraz monitorowanie po leczeniu.

5. Pracownia Tomografii Komputerowej

Do zadań Pracowni Tomografii Komputerowej należy w szczególności:

- a) wykonywanie badań tomografii komputerowej z kontrastem i bez,
- b) badania pilne wykonywane są w systemie całodobowym,
- c) współpraca z innymi komórkami organizacyjnymi Szpitala

6. Pracownia Rezonansu Magnetycznego

Do zadań Pracowni Rezonansu Magnetycznego należy w szczególności:

- a) wykonywanie badań Rezonansu Magnetycznego z kontrastem i bez
- b) badania pilne wykonywane są w systemie całodobowym,
- c) współpraca z innymi komórkami organizacyjnymi Szpitala.

§ 34

Onkologiczne Centrum Wsparcia Badań Klinicznych

1. Zakres działania Onkologicznego Centrum Wsparcia Badań Klinicznych obejmuje:

- a) organizację, wspieranie i prowadzenie badań klinicznych komercyjnych i niekomercyjnych z zakresu onkologii, hematologii i hematoonkologii,
- b) organizację i wspieranie zespołów badawczych w prowadzeniu badań klinicznych,
- c) zapewnianie odpowiedniej jakości danych i wyników uzyskiwanych w przebiegu prowadzonych badań klinicznych,
- d) wdrażanie standardów, procedur, praktyk oraz systemów jakości mających zastosowanie przy realizacji badań klinicznych,
- e) monitorowanie stopnia uzyskania zakładanych efektów badań klinicznych w oparciu o przyjęte wskaźniki ilościowe i jakościowe oraz składanie raportów w tym zakresie,
- f) zarządzanie produktem badanym, prowadzenie oceny wykonywanych badań klinicznych i zapewnianie bezpieczeństwa pacjentów uczestniczących w badaniach,
- g) organizację i koordynację procesu zawierania umów na sponsorowane badania kliniczne produktów leczniczych i wyrobów medycznych,
- h) sporządzanie i prowadzenie dokumentacji medycznej oraz innej dokumentacji związanej z przebiegiem procesu badań klinicznych,
- i) organizację i prowadzenie szkoleń dla personelu medycznego z zakresu badań klinicznych oraz sprawowanie nadzoru nad przebiegiem procesu szkoleniowego,
- j) zapewnianie obsługi administracyjnej i prawnej prowadzonych badań klinicznych,
- k) prowadzenie gospodarki finansowej związanej z rozliczeniami badań klinicznych oraz składanie raportów w tym zakresie,
- l) zapewnianie materiałów i infrastruktury niezbędnej do prowadzenia badań klinicznych,
- m) współpracę z komórkami organizacyjnymi Szpitala oraz innych podmiotów leczniczych w zakresie rekrutacji pacjentów, organizacji i prowadzenia badań klinicznych,
- n) przygotowywanie materiałów i publikacji dotyczących działalności ONKOCWBK oraz wyników prowadzonych badań klinicznych.

2. Onkologiczne Centrum Wsparcia Badań Klinicznych podlega merytorycznie Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa.

§ 35
Centrum Zdrowia Psychicznego

1. Centrum Zdrowia Psychicznego (CZP) powstało i działa w oparciu o przepisy ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego, Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 19 czerwca 2019 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień oraz Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 27 kwietnia 2018 r. w sprawie programu pilotażowego w centrach zdrowia psychicznego.
2. Centrum Zdrowia Psychicznego stanowi wyodrębnioną część w strukturze organizacyjnej Szpitala podległą Z-cy Dyrektora ds. Lecznictwa, zapewniającą kompleksową opiekę zdrowotną nad osobami z zaburzeniami psychicznymi na określonym obszarze terytorialnym w warunkach stacjonarnych, dziennych psychiatrycznych i ambulatoryjnych.
3. W skład CZP wchodzi następujące komórki organizacyjne, potwierdzone wpisem w rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą:
 - a) Oddział Psychiatryczny – oddział szpitalny zapewniający całodobowy we wszystkie dni tygodnia dostęp do odpowiednio kwalifikowanej psychiatrycznej opieki lekarskiej w warunkach stacjonarnych,
 - b) Oddział Dzienny Psychiatryczny – zapewniający dzienną opiekę od poniedziałku do piątku w godzinach od 7.00 do 14.35.
 - c) Zespół Leczenia Środowiskowego Domowego – z zadaniem m.in. udzielania wizyt domowych, prowadzenia terapii indywidualnej i grupowej, pracy z rodziną, treningu umiejętności budowania sieci oparcia społecznego,
 - d) Poradnia Zdrowia Psychicznego – udziela w formie ambulatoryjnej porad lekarskich i psychologicznych, indywidualnej i grupowej pomocy psychoterapeutycznej.
4. Obszarem działania CZP jest obszar powiatu wałbrzyskiego, miasto Wałbrzych.
5. Z usług Centrum mogą korzystać osoby pełnoletnie cierpiące na zaburzenia psychiczne, członkowie rodzin pacjentów, a także inni bliscy i znajomi pacjentów z zaburzeniami psychicznymi.
6. Centrum Zdrowia Psychicznego udziela pomocy:
 - a) czynnej, pacjentom wymagającym długoterminowej opieki i leczenia z przewlekłymi zaburzeniami psychicznymi,
 - b) krótkoterminowej, pacjentom z zaburzeniami epizodycznymi lub nawracającymi,
 - c) doraźnej, pacjentom w stanach nagłych i przypadkach pilnych,
 - d) konsultacyjnej.

ROZDZIAŁ VIII

PRZEBIEG PROCESU UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH

§ 36

1. Szpital świadczy usługi w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych służące wyłącznie profilaktyce, zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia oraz czynności ściśle z nimi związane.
2. Dyrektor Szpitala może określić w poszczególnych komórkach organizacyjnych szczegółowe zasady, standardy, instrukcje lub procedury wykonywania czynności przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych, w celu zapewnienia jak najwyższej jakości usług medycznych.
3. Szpital świadczy usługi zdrowotne:
 - a) **bezpłatnie** - osobom uprawnionym z tytułu objęcia powszechnym – obowiązkowym i dobrowolnym ubezpieczeniem zdrowotnym, zwanych dalej „ubezpieczonymi” lub na podstawie innych przepisów powszechnie obowiązującego prawa,
 - b) **odpłatnie** - na zasadach określonych w ustawie o działalności leczniczej, przepisach odrębnych lub kontraktach zawartych z dysponentem środków ubezpieczenia zdrowotnego, osobami fizycznymi, osobami prawnymi lub innymi jednostkami organizacyjnymi.
4. Żadne okoliczności nie mogą stanowić podstawy do odmowy udzielenia świadczenia zdrowotnego, jeśli osoba znajdująca się w Szpitalu wymaga natychmiastowej pomocy medycznej ze względu na zagrożenie życia i zdrowia.
5. W Szpitalu świadczenia zdrowotne udzielane są wyłącznie przez osoby wykonujące zawody medyczne oraz spełniające wymagania kwalifikacyjne określone w odrębnych przepisach.
6. Obowiązki i odpowiedzialność osób wykonujących świadczenia zdrowotne określają indywidualne zakresy czynności pracowników obowiązujące na poszczególnych stanowiskach.
7. W Szpitalu dopuszcza się wykonywanie świadczeń przez wolontariuszy.
8. Lekarze kierujący pracą oddziału oraz kierownicy komórek organizacyjnych Szpitala zapewniają w szczególności wysoką jakość udzielania świadczeń zdrowotnych oraz efektywność pracy zespołów, którymi kierują.
9. Pracownicy i osoby zatrudnione w Szpitalu zobowiązane są zgodnie z przepisami powszechnie obowiązującego prawa oraz indywidualnym zakresem obowiązków do zachowywania w tajemnicy wszelkich informacji uzyskanych w czasie wykonywania pracy, których ujawnienie może skutkować powstaniem szkody lub odpowiedzialności materialno-prawnej, a dotyczących przede wszystkim:
 - a) przetwarzanych danych osobowych,
 - b) danych o pacjentach i stanie ich zdrowia,
 - c) organizacji i sposobu funkcjonowania Szpitala,
 - d) stosowanych środków zabezpieczeń technicznych i organizacyjnych.

10. Na każdym etapie udzielania świadczenia zdrowotnego pacjent ma prawo do złożenia skargi lub zażalenia na zachowanie i postępowanie personelu Szpitala.
11. Skargi lub zażalenia, o których mowa w ust. 10, przyjmowane są przez Zastępcę Dyrektora ds. Lecznictwa i Pełnomocnika ds. Skarg i Wniosków oraz rozpatrywane na zasadach określonych w Procedurze Organizacja Przyjmowania, Rozpatrywania Skarg i Wniosków.

§ 37

Udzielanie świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych

1. Pacjent ubiegający się o udzielenie świadczenia zdrowotnego finansowanego ze środków publicznych jest obowiązany przedstawić dokument, potwierdzający prawo ubezpieczonego do świadczeń opieki zdrowotnej, wynikający z odrębnych regulacji prawnych przed udzieleniem świadczenia.
2. Szpital dokonuje weryfikacji prawa świadczeniobiorcy do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych przede wszystkim na podstawie informacji uzyskanych z elektronicznego systemu weryfikacji uprawnień pacjentów **e-WUŚ** (wymagany jest numer PESEL pacjenta potwierdzony okazaniem dokumentu tożsamości, a w przypadku osób, które nie ukończyły 18 roku życia przez okazanie legitymacji szkolnej) lub na podstawie dokumentu potwierdzającego uprawnienia do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, bądź aktualnego dokumentu potwierdzającego opłacenie składek na ubezpieczenie zdrowotne.
3. W przypadku gdy prawo pacjenta do bezpłatnych świadczeń zdrowotnych nie zostanie potwierdzone w systemie **e-WUŚ** oraz brak innych dokumentów potwierdzających uprawnienia do korzystania ze świadczeń finansowanych ze środków publicznych pozwala na realizację świadczenia finansowanego ze środków publicznych w oparciu o złożenie oświadczenia:
 - a) o przysługującym świadczeniobiorcy prawie do świadczeń opieki zdrowotnej,
 - b) o przysługującym świadczeniobiorcy prawie do świadczeń opieki zdrowotnej składane przez przedstawiciela ustawowego albo opiekuna prawnego lub faktycznego.
4. Przyjęcie oświadczenia wymaga przedstawienia jednego z wymienionych dokumentów potwierdzających tożsamość osoby ubiegającej się o udzielenie świadczenia zdrowotnego w postaci:
 - a) dowodu osobistego,
 - b) paszportu,
 - c) prawa jazdy,
 - d) legitymacji szkolnej - w przypadku dzieci objętych obowiązkiem szkolnym, do ukończenia 18 roku życia.
5. W przypadku świadczeniobiorców małoletnich oraz innych osób nie posiadających pełnej zdolności do czynności prawnych, oświadczenie składa przedstawiciel ustawowy albo opiekun prawny lub faktyczny.
6. W przypadku dzieci do ukończenia 3 miesiąca życia potwierdzenie prawa do świadczeń opieki zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych następuje na podstawie

- numeru PESEL osoby zobowiązanej do zgłoszenia dziecka do ubezpieczenia zdrowotnego.
7. W przypadku osób zatrudnionych za których nie opłacano regularnie składki zdrowotnej określonej przepisami prawa powszechnie obowiązującego, ewentualne koszty udzielania świadczeń zdrowotnych niepodlegających finansowaniu ze środków publicznych obciążają pracodawcę.
 8. Brak dokumentu potwierdzającego uprawnienia do świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych nie może być powodem odmowy udzielenia świadczenia w przypadku:
 - a) nagłego zachorowania,
 - b) wypadku, urazu lub zatrucia,
 - c) stanu zagrożenia życia lub porodu.

§ 38

Udzielanie świadczeń zdrowotnych w przypadku pobierania opłat

1. Udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej za odpłatnością następuje po zapoznaniu pacjenta z aktualną informacją o wysokości odpłatności za poszczególne świadczenia opieki zdrowotnej.
2. Świadczenia zdrowotne odpłatne są realizowane na podstawie:
 - a) umowy cywilnoprawnej zawartej bezpośrednio ze świadczeniobiorcą korzystającym z usług medycznych, zawierającej określenie warunków realizacji świadczeń zdrowotnych,
 - b) umowy cywilnoprawnej zawartej z podmiotem zewnętrznym, w której rozliczenie udzielonych świadczeń zdrowotnych następuje w okresach ustalonych w umowie, a pacjent korzystający ze świadczenia zdrowotnego nie jest obciążony kosztami usług,
 - c) umowy cywilnoprawnej zawartej z Towarzystwem Ubezpieczeniowym, w której rozliczenie następuje w okresach miesięcznych, ustalonych w umowie, a pacjent korzystający ze świadczenia zdrowotnego nie jest obciążony kosztami usługi.
3. Świadczenia udzielane w trybie ambulatoryjnym – konsultacje specjalistyczne, badania diagnostyczne są udzielane odpłatnie pacjentom nieubezpieczonym, nie posiadającym skierowania od lekarza ubezpieczenia zdrowotnego oraz cudzoziemcom nie objętym przepisami ubezpieczenia zdrowotnego.
4. W przypadku świadczeń zdrowotnych odpłatnych, finansowanych ze środków własnych pacjenta, należności wynikające z udzielonego świadczenia powinny być wnoszone przed rozpoczęciem realizacji usług medycznych lub po ich zakończeniu.
5. Zapłata za udzielone świadczenia zdrowotne dokonywana jest gotówką za pokwitowaniem, przy wykorzystaniu systemu płatności elektronicznych, przelewem na wskazany rachunek bankowy lub w sposób i terminach określonych w umowie, o której mowa w ust. 2.
6. Za zrealizowane odpłatnie świadczenia zdrowotne pacjent otrzymuje każdorazowo paragon fiskalny lub fakturę VAT zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.
7. 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 traktowania, równego nie

dyskryminującego i przejrzystego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej oraz zgodnie z kryteriami medycznymi.

§ 39

Zasady prowadzenia list oczekujących na przyjęcie do Szpitala

1. Szpital zapewnia rejestrację pacjentów na świadczenia zdrowotne na podstawie zgłoszenia:
 - a) osobistego,
 - b) telefonicznego,
 - c) za pośrednictwem osoby drugiej,
2. Przyjęcie zgłoszenia pacjenta, na podstawie ważnego skierowania lub orzeczenia sądu odbywa się w dniach i godzinach ustalonych w poszczególnych komórkach organizacyjnych.
3. Rozpoczęcie udzielania świadczeń zdrowotnych osobie zgłaszającej się do Szpitala odbywa się po uzyskaniu pisemnej zgody na leczenie bezpośrednio od pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego albo opiekuna faktycznego, chyba że na mocy odrębnych przepisów możliwe jest przyjęcie bez wyrażenia zgody.
4. Pacjenci przyjmowani są do Szpitala według kolejności zgłoszeń:
 - a) w trybie planowym - na podstawie skierowania lekarza ubezpieczenia zdrowotnego oraz po zakwalifikowaniu pacjenta do przyjęcia przez lekarza udzielającego świadczeń zdrowotnych w Szpitalu,
 - b) w trybie nagłym - w sytuacjach zagrożenia życia lub zdrowia pacjenta oraz w innych sytuacjach wymagających natychmiastowego objęcia opieką pacjenta przez Szpital, z oddziałów i instytucji uprawnionych, po wcześniejszym zgłoszeniu oraz ustaleniu terminu przyjęcia z lekarzem udzielającym świadczeń zdrowotnych w Szpitalu.
5. Pacjenci wymagający natychmiastowego udzielenia świadczenia zdrowotnego ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia przyjmowani są do zakładu niezwłocznie poza kolejnością.
6. Osoba skierowana na leczenie planowe, która nie może być przyjęta z powodu braku wolnych miejsc w Szpitalu wpisywana jest na listę pacjentów oczekujących na udzielenie świadczenia.
7. Realizacja uprawnienia pacjenta do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych poza kolejnością odbywa się w przypadkach i na zasadach określonych w przepisach odrębnych.
8. Oddziały i Poradnie Specjalistyczne Szpitala w szczególności:
 - a) ustalają kolejność udzielania świadczeń na podstawie rejestracji pacjentów i wpisania ich na listę oczekujących,
 - b) pacjent rejestrujący się do poradni specjalistycznej, pracowni – na badanie diagnostyczne lub wyznaczony termin przyjęcia do Szpitala – zobowiązany jest udostępnić 4-cyfrowy KOD e-skierowania wraz z numerem PESEL lub dostarczyć oryginał skierowania w wersji papierowej (o ile jest ono wymagane) nie później niż w terminie 14 dni roboczych od dnia dokonania wpisu na listę oczekujących, pod rygorem skreślenia z listy oczekujących,

- c) pacjent otrzymuje na piśmie informację o terminie udzielenia świadczenia z uzasadnieniem wyznaczonego terminu
 - d) pacjentowi skreślonemu z listy oczekujących w wyniku rezygnacji z udzielenia świadczenia lub niezgłoszenia się w ustalonym terminie udzielenia świadczenia zwraca się oryginał skierowania w wersji papierowej, a w przypadku skierowania w wersji elektronicznej zmienia się jego status umożliwiając ponowne użycie u innego świadczeniodawcy,
 - e) w przypadku skreślenia pacjenta z listy oczekujących, należy wpisać datę i przyczynę skreślenia pacjenta z listy na skierowaniu lub w systemie,
 - f) każda zmiana terminu udzielenia planowego świadczenia zdrowotnego następuje po uzgodnieniu z pacjentem nowego terminu osobiście lub telefonicznie i odnotowaniu tego faktu w prowadzonej dokumentacji medycznej,
 - g) listę oczekujących prowadzi się w sposób zapewniający poszanowanie zasady sprawiedliwego, równego, niedyskryminującego i przejrzystego dostępu do świadczeń oraz zgodnie z kryteriami medycznymi określonymi w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 26 września 2005 r. w sprawie kryteriów medycznych jakimi powinni kierować się świadczeniodawcy umieszczając świadczeniobiorców na listach oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej (Dz. U. 2005 nr 200 poz. 1661 ze zm.).
10. Kolejki osób oczekujących na udzielenie świadczenia zdrowotnego prowadzone są w formie elektronicznej w systemie teleinformatycznym Szpitala.
11. Informacje o osobach ubezpieczonych oczekujących na udzielenie świadczenia i czasie oczekiwania sporządzane są przez medyczne komórki organizacyjne w systemie teleinformatycznym Szpitala.

§ 40

Udzielanie świadczeń zdrowotnych pacjentom w ramach karty diagnostyki i leczenia onkologicznego – DILO

1. Pacjent, zamierzający skorzystać ze świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych w Specjalistycznym Szpitalu im. dra Alfreda Sokołowskiego na podstawie Karty diagnostyki i leczenia onkologicznego, zwanej DILO kierowany jest do:
 - a) Ogólnej Rejestracji Poradni Specjalistycznych (celem uzyskania świadczeń zdrowotnych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej), lub
 - b) Rejestracji w SOR/Izbie Przyjęć (celem uzyskania świadczeń zdrowotnych z zakresu leczenia szpitalnego).
2. **Postępowanie w Poradniach Specjalistycznych:**
 - 1) Do Poradni Specjalistycznych mogą zgłaszać się osoby z Kartą DILO (pełniącą rolę skierowania):
 - a) na konsultację specjalistyczną zleconą przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej (lekarz POZ/lekarz rodzinny) z podejrzeniem choroby nowotworowej (w karcie DILO wypełnione pole BC),
 - b) z Kartą DILO wystawioną przez lekarza udzielającego świadczeń w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, który przeprowadził diagnostykę

podstawową, w wyniku której stwierdził konieczność przeprowadzenia diagnostyki pogłębionej u lekarza innej specjalności (w karcie DILO wypełnione pole CD).

- 2) Pacjentów z Kartą DILO wpisuje się na listę oczekujących, prowadzoną w formie elektronicznej w portalu *Kolce*, w poradni odpowiadającej zakresowi świadczeń zaznaczonych w karcie (<https://dilo.nfz.gov.pl/ap-kolce>).
- 3) Od daty wpisania na listę oczekujących, do daty pierwszej porady nie może minąć więcej niż 13 dni. Przyjęcie do poradni może się odbyć w dniu zgłoszenia się do Poradni Specjalistycznej o ile nie ma innych osób oczekujących na liście dedykowanej pacjentom z kartą DILO.
- 4) Pacjent, który chce skorzystać z diagnostyki onkologicznej na podstawie Karty DILO musi zostawić oryginał Karty w rejestracji do Poradni Specjalistycznej w dniu zgłoszenia.
- 5) Po wykonaniu diagnostyki wstępnej, lekarz Poradni Specjalistycznej uzupełnia Kartę DILO w dedykowanym serwisie informatycznym (pola CA-CE).
- 6) Jeśli lekarz specjalista potwierdzi w wyniku diagnostyki wstępnej nowotwór złośliwy, zgodny z podejrzaną lokalizacją kontynuuje diagnostykę pogłębioną (następny etap w Karcie DILO). Zasada ta dotyczy zakresu kodów dedykowanych potwierdzonym nowotworom złośliwym, oznaczonych kodami ICD10: C00-C97 bez C44 oraz D00-D09 bez D04.
- 7) W przypadku, gdy lekarz stwierdził inną lokalizację nowotworu, niż pierwotnie podejrzana, kieruje pacjenta na diagnostykę pogłębioną do lekarza innej specjalizacji.
- 8) Od daty wpisania pacjenta na listę oczekujących w kolejnej poradni, do udzielenia pierwszej porady nie może minąć więcej niż 14 dni.
- 9) Po wykonaniu diagnostyki pogłębionej lekarz Poradni Specjalistycznej uzupełnia Kartę DILO w wersji elektronicznej (pola DA-DE).
- 10) **Diagnostykę onkologiczną przeprowadza się w terminie nie dłuższym niż 7 tygodni od dnia wpisania się Świadczeniobiorcy (Pacjenta) na listę oczekujących na udzielenie świadczenia.**
- 11) W przypadku jednoznacznego potwierdzenia nowotworu złośliwego, lekarz kieruje pacjenta do wielodyscyplinarnego zespołu terapeutycznego zwanego **Konsylium**.
- 12) W skład Konsylium, organizowanego przez Szpital wchodzi:
- 13) Lekarz specjalista z dziedziny zabiegowej.
 - a) Lekarz specjalista w dziedzinie onkologii i hematologii dziecięcej albo hematologii, albo onkologii klinicznej.
 - b) Lekarz specjalista w dziedzinie rentgenodiagnostyki lub radiologii lub radiologii i diagnostyki obrazowej.
 - c) Lekarz specjalista w dziedzinie radioterapii lub radioterapii onkologicznej albo medycyny nuklearnej.

- d) Lekarz patomorfolog.
- 14) Przeprowadzenie oceny i konsultacji przez Konsylium jest niezbędnym warunkiem do rozpoczęcia leczenia szpitalnego.
- 15) W przypadku, gdy w wyniku diagnostyki onkologicznej nie stwierdzono nowotworu złośliwego lub nastąpiło zakończenie leczenia onkologicznego pacjent pozostawia Kartę DILO w Szpitalu – karta zostaje zamknięta.
- 16) Zamknięta Karta DILO wraz z kopią dokumentacji medycznej dotyczącej diagnostyki onkologicznej lub leczenia onkologicznego przekazywana jest do Koordynatora DILO w celu przesłania jej do lekarza POZ, którego pacjent wybrał jako swojego lekarza. Sekcję GD w Karcie onkologicznej wypełnia Koordynator DILO.
- 17) W sytuacji, gdy pacjent nie chce mieć wydanej Karty DILO należy dokonać w dokumentacji medycznej pacjenta adnotację o takim stanie rzeczy, pod którą pacjent powinien się czytelnie podpisać.

3. Postępowanie w Szpitalu:

- 1) Pacjent przyjmowany do Szpitala z Kartą DILO w dniu rejestracji, kiedy ma wyznaczony termin hospitalizacji pozostawia w Szpitalu oryginał Karty DILO.
- 2) Leczenie powinno się rozpocząć nie później niż w ciągu 13 dni od daty zgłoszenia się pacjenta do Szpitala, w tym okresie powinno zostać przeprowadzone Konsylium.
- 3) W skład Konsylium, organizowanego przez Szpital wchodzi:
 - a) Lekarz specjalista z dziedziny zabiegowej.
 - b) Lekarz specjalista w dziedzinie onkologii i hematologii dziecięcej albo hematologii, albo onkologii klinicznej.
 - c) Lekarz specjalista w dziedzinie rentgenodiagnostyki lub radiologii lub radiologii i diagnostyki obrazowej.
 - d) Lekarz specjalista w dziedzinie radioterapii lub radioterapii onkologicznej albo medycyny nuklearnej.
 - e) Lekarz patomorfolog.
- 4) Dodatkowo w zależności od sytuacji klinicznej, a w szczególności od chorób współistniejących do zespołu mogą być włączeni specjaliści z innych dziedzin medycyny. W skład zespołu może również wejść fizjoterapeuta, psycholog, pielęgniarka.
- 5) Główne zadania Konsylium to:
 - a) kwalifikacja pacjenta do leczenia zabiegowego, chemioterapii lub radioterapii,
 - b) ustalenie planu leczenia,
 - c) ustalenie rodzajów terapii, które będą stosowane,
 - d) wybór koordynatora leczenia.
- 6) Konsylium jest niezbędne do rozpoczęcia leczenia, w którym zespół specjalistów będzie konsultował wyniki badań pacjenta i na tej podstawie zakwalifikuje go do właściwego leczenia.

- 7) Zespół dokumentuje prowadzone działania, zgodnie z zasadami wymaganymi przy prowadzeniu dokumentacji medycznej.
- 8) Podczas leczenia szpitalnego oryginał Karty DILO pozostaje w dokumentacji medycznej pacjenta. Jeżeli po zakończonym leczeniu onkologicznego pacjent nie wymaga dalszej terapii u innego świadczeniodawcy, np. przeprowadzenia radioterapii, chemioterapii,
Karta DILO zostaje zamknięta.
- 9) Kartę DILO przesyła się do lekarza POZ, do którego pacjent złożył deklarację wyboru.

4. Zasady prowadzenia list oczekujących:

- 1) Listy oczekujących dla pacjentów z Kartą DILO prowadzi się w formie elektronicznej z wykorzystaniem systemu teleinformatycznego szpitala oraz w specjalnej aplikacji udostępnianej przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Przy sporządzaniu tego rodzaju list osób oczekujących na udzielenie świadczenia zdrowotnego nie dokonuje się kwalifikacji pacjentów do określonych kategorii medycznych: *przypadek pilny, przypadek stabilny*.
- 2) Na liście oczekujących, o której mowa w ust. 1, gromadzi się informacje o numerze identyfikacyjnym Karty onkologicznej każdej osoby wpisanej na listę oraz o kodzie etapu postępowania diagnostycznego lub leczniczego, do której została zakwalifikowany dany pacjent.
- 3) Na listach oczekujących na świadczenia udzielane na podstawie Karty onkologicznej odnotowuje się następujące etapy:
 - a) oczekiwanie na diagnostykę wstępną (kod 1),
 - b) oczekiwanie na diagnostykę pogłębioną (kod 2),
 - c) oczekiwanie na Konsylium (kod 3),
 - d) oczekiwanie na zabieg operacyjny po diagnostyce wstępnej (kod 4),
 - e) oczekiwanie na rozpoczęcie leczenia onkologicznego (kod 5),
 - f) oczekiwanie na dalsze leczenie onkologiczne (kod 6).
- 4) Karta DILO jest ważna tylko wtedy, gdy zawiera pieczętę, podpis lekarza wystawiającego Kartę, stwierdzającego rozpoznanie w trakcie diagnostyki oraz pieczętę świadczeniodawcy, wystawiającego Kartę, u którego pacjent był diagnozowany i leczony.
- 5) Pacjent może posługiwać się tylko jedną aktywną Kartą DILO.

§ 41

Przyjęcie i hospitalizacja pacjenta w zakresie stacjonarnej opieki zdrowotnej

1. W zakresie stacjonarnej opieki zdrowotnej Szpital zapewnia przyjętemu pacjentowi, zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie odrębnymi przepisami:
 - a) świadczenia zdrowotne,
 - b) produkty lecznicze, wyroby i materiały medyczne związane z procesem leczenia,
 - c) pomieszczenia i wyżywienie odpowiednie do stanu zdrowia pacjenta.

2. Hospitalizacja pacjenta może nastąpić w trybie:
 - a) planowym
 - b) nagłym
3. O przyjęciu do Szpitala osoby zgłaszającej się bez skierowania lub skierowanej przez lekarza albo uprawnioną instytucję orzeka lekarz dyżurny Szpitalnego Oddziału Ratunkowego lub Izby Przyjęć, po zapoznaniu się ze stanem zdrowia i uzyskaniu na piśmie zgody pacjenta lub przedstawiciela ustawowego albo opiekuna faktycznego, chyba że na mocy odrębnych przepisów możliwe jest przyjęcie pacjenta do Szpitala bez wyrażenia przez niego zgody.
4. Orzeczenie o przyjęciu lub odmowie przyjęcia do Szpitala lekarz wydaje po zapoznaniu się ze stanem zdrowia pacjenta. W przypadku zakwalifikowania pacjenta do hospitalizacji lekarz danego oddziału, maksymalnie w ciągu 24 godzin musi podjąć decyzję o przyjęciu pacjenta do oddziału.
5. Jeżeli lekarz, o którym mowa w ust. 3, stwierdzi potrzebę niezwłocznego umieszczenia pacjenta w Szpitalu, w przypadku braku miejsc w oddziałach, a zakres świadczeń udzielanych przez szpital lub względy epidemiczne nie pozwalają na przyjęcie, Szpital po udzieleniu niezbędnej pomocy medycznej zapewnia przewiezienie pacjenta do innego świadczeniodawcy, po uprzednim ustaleniu przyjęcia. Informacje o rozpoznaniu, stanie zdrowia pacjenta i udzielonych świadczeniach zdrowotnych lekarz odnotowuje w dokumentacji medycznej prowadzonej w Szpitalu.
6. W przypadku odmowy przyjęcia do Szpitala, pacjent otrzymuje pisemną informację o rozpoznaniu choroby, wynikach przeprowadzonych badań, przyczynie odmowy przyjęcia do Szpitala, zastosowanym postępowaniu lekarskim oraz ewentualnych zaleceniach.
7. Osoby wymagające realizacji świadczeń w SOR podlegają segregacji medycznej (triage) i są przydzielane do jednej z pięciu kategorii zróżnicowanej pod względem pilności udzielenia świadczeń zdrowotnych:
 - a) **Kolor czerwony** - oznacza natychmiastowy kontakt z lekarzem
 - b) **Kolor pomarańczowy** - oznacza czas oczekiwania na pierwszy kontakt z lekarzem do 10 minut.
 - c) **Kolor żółty** - oznacza czas oczekiwania na pierwszy kontakt z lekarzem do 60 minut.
 - d) **Kolor zielony** - oznacza czas oczekiwania na pierwszy kontakt z lekarzem do 120 minut.
 - e) **Kolor niebieski** - oznacza czas oczekiwania na pierwszy kontakt z lekarzem do 240 minut.
8. Osoby, które zostały przydzielone do kategorii oznaczonej kolorem zielonym lub niebieskim mogą być kierowane z SOR do miejsc udzielenia świadczeń zdrowotnych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej – POZ lub NIŚOZ:
 - a) w dniach od poniedziałku do piątku od godz. 8.00 do 18.00 do lekarza POZ zadeklarowanego przez pacjenta,
 - b) na dyżur Nocnej i Świątecznej Opieki Zdrowotnej w dni powszednie pomiędzy godziną 18.00 a 8.00 rano dnia następnego. W soboty, niedziele i święta całodobowo.

9. Informacja o braku wskazań do leczenia w SOR osoby zakwalifikowanej do kategorii zielonej lub niebieskiej tj. osoby niebędącej w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego, powinna zostać odnotowana w karcie segregacji medycznej (KSM).
10. W momencie przyjęcia do szpitala pacjent zobowiązany jest przedstawić:
 - a) skierowanie do Szpitala wraz z posiadaną dokumentacją medyczną i wynikami badań zleconych przez lekarza kierującego,
 - b) dowód osobisty lub inny dokument stwierdzający tożsamość pacjenta,
 - c) dokument potwierdzający ubezpieczenie zdrowotne,
 - d) numer PESEL.
11. Pacjent skierowany do Szpitala powinien posiadać przy sobie przedmioty do użytku osobistego takie jak: przybory toaletowe, szlafrok, piżamę i pantofle. Z chwilą przyjęcia na oddział szpitalny pacjent powinien przekazać odzież wierzchnią i obuwie osobie bliskiej lub do magazynu szpitalnego (depozytu) za pokwitowaniem.
12. Chory przyjęty do szpitala na zlecenie dyżurnego lekarza Szpitalnego Oddziału Ratunkowego, Izby Przyjęć, zobowiązany jest do poddania się zabiegom higieniczno-sanitarnym zgodnie ze wskazaniami personelu medycznego, a w razie potrzeby dezynfekcji, dezynsekcji i innym zabiegom doprowadzającym go do należytego stanu higienicznego.
13. Odzież pozostawiona przez pacjenta w Szpitalu przechowywana jest w depozycie ubrań zgodnie z obowiązującą w szpitalu procedurą postępowania przy przyjmowaniu odzieży pacjenta do depozytu ubrań.
14. Pacjent przyjęty do Szpitala ma prawo do nieodpłatnego przechowywania pieniędzy i przedmiotów wartościowych w depozycie, zasady funkcjonowania depozytu reguluje procedura wewnętrzna – „Postępowanie z depozytami wartościowymi i dokumentami pacjentów przyjętych do szpitala”.
15. Przyjęcie, odbiór, przechowywanie oraz likwidacja depozytów przedmiotów wartościowych odbywa się zgodnie z przyjętymi w Szpitalu zasadami postępowania z depozytem przedmiotów wartościowych pacjenta.
16. Dyrektor Szpitala odpowiedzialny jest za organizację procesu zabezpieczenia oraz przechowywania przedmiotów wartościowych pacjenta w depozycie do czasu ich odebrania przez pacjenta, osobę przez pacjenta upoważnioną lub inne osoby uprawnione zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.
17. Przedmioty wartościowe niepodjęte z depozytu Szpitala przez pacjenta lub osobę uprawnioną przechowywane są przez okres 36 miesięcy od dnia doręczenia ostatniego wezwania do odbioru depozytu, zaś w przypadku braku możliwości doręczenia wezwania - od dnia zwrotu korespondencji zawierającej wezwanie.
18. Szpital nie odpowiada za przedmioty wartościowe i pieniądze, których pacjenci nie przekazali do depozytu.
19. Przedmioty wartościowe znalezione przy pacjencie nieprzytomnym, a w przypadku braku możliwości przekazania ich osobie bliskiej, podlegają zabezpieczeniu przez personel medyczny Szpitala i są przekazywane po sporządzeniu protokołu do depozytu rzeczy wartościowych pacjentów.
20. Tożsamość pacjentów przyjmowanych do Szpitala ustalana jest na podstawie dowodu osobistego lub innego dokumentu potwierdzającego tożsamość.

21. Identyfikację tożsamości przeprowadza się u wszystkich osób, którym udzielane są świadczenia zdrowotne w Szpitalu. Jeżeli stan zdrowia pacjenta uniemożliwia dokonanie tej czynności przy przyjęciu do Szpitala, identyfikację przeprowadza się niezwłocznie po przyjęciu pacjenta do oddziału.
22. Obowiązek identyfikacji osób przyjmowanych do Szpitala dotyczy wszystkich pacjentów hospitalizowanych w Szpitalu z wyłączeniem pacjentów Oddziału Psychiatrycznego.
23. Pacjenci przyjmowani do hospitalizacji w oddziałach szpitalnych zaopatrywani są w znaki identyfikacyjne pozwalające na ustalenie imienia i nazwiska oraz daty urodzenia pacjenta, zapisane w sposób uniemożliwiający identyfikację pacjenta przez osoby nieuprawnione.
24. W przypadku uzasadnionym stanem zdrowia pacjenta lekarz kierujący oddziałem może podjąć decyzję o odstąpieniu od zaopatrywania tego pacjenta w znak identyfikacyjny. Informację w tym zakresie wraz z podaniem przyczyn odstąpienia zamieszcza się w dokumentacji medycznej pacjenta.
25. W przypadku pacjenta o nieznannej tożsamości „NN” obowiązuje zapis numeru księgi głównej, oraz określenie płci.
26. W przypadku przyjmowania do Szpitala pacjenta, którego tożsamości nie można ustalić, powiadamia się o tym fakcie jednostkę organizacyjną Policji oraz sporządza się dokumentację w formie „Formularza NN” zawierającego w szczególności następujące informacje:
 - a) okoliczności i przyczyny przyjęcia pacjenta do Szpitala,
 - b) rysopis pacjenta wraz ze zdjęciem pacjenta i zbliżenia jego twarzy, wykonanym na błonach negatywowych barwnych lub w formie zapisu cyfrowego,
 - c) imię i nazwisko, datę urodzenia i adres zamieszkania osób przekazujących pacjenta ustalone na podstawie odpowiednich dokumentów stwierdzających tożsamość, a w razie ich braku na podstawie oświadczeń potwierdzonych własnoręcznym podpisem.
27. Pracownik przyjmujący pacjenta w Szpitalu podpisuje ‘Formularz NN’, o którym mowa w ust. 26, i umieszcza w dokumentacji medycznej pacjenta.
28. Do chwili ustalenia tożsamości pacjenta, znaki tożsamości zawierają dane umożliwiające rozpoznanie pacjenta, w szczególności jego płeć, widoczne znaki szczególne.
29. W przypadku przyjmowania do Szpitala dziecka, skierowanego z innego podmiotu leczniczego, które nie jest zaopatrzone w znaki tożsamości, osoba przyjmująca dziecko jest zobowiązana sporządzić dokument w formie „Formularza NN” zawierający następujące informacje:
 - a) dane osobowe dziecka ustalone na podstawie pisemnego oświadczenia osoby przekazującej dziecko,
 - b) dane osoby przekazującej dziecko zawierające imię i nazwisko, PESEL oraz zajmowane stanowisko,
 - c) wykaz dokumentów dostarczonych do Szpitala przy przyjmowaniu dziecka.
30. Pracownik Szpitala przyjmujący dziecko podpisuje dokument, o którym mowa w ust. 27, dołączając go do dokumentacji medycznej dziecka.
31. Bezzwłocznie po sporządzeniu protokołu pracownik Szpitala przyjmujący dziecko zaopatruje je w odpowiednie znaki tożsamości.

32. W przypadku braku znaków tożsamości przyjmowanego dziecka zawiadamia się kierownika podmiotu leczniczego, który skierował dziecko do Szpitala, celem potwierdzenia jego tożsamości. Pisemne potwierdzenie tożsamości dziecka dołącza się do jego dokumentacji medycznej.
33. W każdym przypadku zgłoszenia się do Szpitala i przyjęcia pacjenta o nieznanym danych osobowych, z chorobą lub obrażeniami ciała mogącymi być skutkiem działania przestępczego, lekarz Szpitalnego Oddziału Ratunkowego, Izby Przyjęć powiadamia Policję lub Prokuraturę.
34. Za transport pacjenta przyjętego do Szpitala do oddziału szpitalnego odpowiedzialni są odpowiednio pracownicy Szpitalnego Oddziału Ratunkowego lub Izby Przyjęć. Jeżeli stan zdrowia pacjenta tego wymaga transport pacjenta do oddziału odbywa się w asyście lekarza.

§ 42

Ustalanie planu opieki nad pacjentem i leczenie.

1. Plan opieki lekarsko-pielęgniarskiej nad pacjentem zostaje opracowywany niezwłocznie od momentu przyjęcia pacjenta.
2. Plan opieki może ulec modyfikacji w zależności od stanu zdrowia pacjenta.
3. Pacjent po przyjęciu na oddział jest informowany o głównych założeniach planu opieki oraz o osobach sprawujących bezpośrednią opiekę nad nim w trakcie procesu leczenia.
4. Personel medyczny udziela pacjentowi informacji o przysługujących mu prawach oraz umożliwia zapoznanie z Kartą Praw i Obowiązków Pacjenta obowiązującą w Szpitalu.

§ 43

Uzyskiwanie zgody pacjenta na zabieg operacyjny i badania diagnostyczne.

1. W Szpitalu obowiązują następujące zasady uzyskiwania zgody pacjenta na zabieg operacyjny lub zastosowanie dalszej metody leczenia lub diagnostyki stwarzającej podwyższone ryzyko dla pacjenta:
 - a) lekarz może wykonać zabieg operacyjny albo zastosować metodę leczenia lub diagnostyki stwarzającą podwyższone ryzyko dla pacjenta po uzyskaniu jego pisemnej zgody,
 - b) przed wyrażeniem zgody przez pacjenta lekarz ma obowiązek udzielenia choremu przystępnej informacji o jego stanie zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych, leczniczych, dających się przewidzieć następstwach, wynikach leczenia oraz rokowaniu,
 - c) lekarz może wykonać zabieg lub zastosować metodę stwarzającą podwyższone ryzyko u pacjenta małoletniego, ubezwłasnowolnionego bądź niezdolnego do świadomego wyrażenia pisemnej zgody po uzyskaniu zgody jego przedstawiciela ustawowego/prawnego, a gdy pacjent nie ma przedstawiciela lub gdy porozumienie się z nim jest niemożliwe, po uzyskaniu zgody sądu opiekuńczego. Jeżeli pacjent ukończył 16 lat wymagana jest także jego pisemna zgoda,

- d) jeżeli przedstawiciel ustawowy lub prawny pacjenta małoletniego, ubezwłasnowolnionego bądź niezdolnego do świadomego wyrażenia zgody nie zgadza się na wykonanie przez lekarza czynności wymienionych w pkt. 1 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,
- e) lekarz może wykonać czynności, o których mowa w pkt. 1, bez zgody przedstawiciela ustawowego pacjenta bądź zgody właściwego sądu opiekuńczego, gdy zwłoka spowodowana postępowaniem w sprawie uzyskania zgody groziłaby pacjentowi niebezpieczeństwem 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/prawnego, opiekuna faktycznego lub sąd opiekuńczy przesyłając sporządzony Protokół Wyższej Konieczności, który dołącza do dokumentacji medycznej pacjenta,
- f) 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 metody leczniczej, diagnostycznej 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,
- g) w przypadku hospitalizacji pacjenta bez jego zgody lub przedstawiciela ustawowego/prawnego, lekarz Oddziału Psychiatrycznego musi mimo wszystko uzyskać zgodę pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego/prawnego na wykonanie: punkcji podpotylicznej lub lędźwiowej oraz leczenie elektrowstrząsami pomimo.

§ 44

Przeprowadzanie konsultacji medycznych u pacjentów hospitalizowanych

1. W uzasadnionych klinicznie przypadkach decyzję o konieczności wykonania konsultacji podejmuje lekarz prowadzący pacjenta, który odnotowuje ten fakt w karcie zleceń lekarskich.
2. Lekarz prowadzący pacjenta ustala termin i tryb wykonania konsultacji specjalistycznej oraz sposób transportu pacjenta, a informację w tej sprawie zamieszcza się w indywidualnej dokumentacji medycznej.
3. Decyzję o wdrożeniu zaleceń lekarza konsultanta podejmuje lekarz prowadzący pacjenta.
4. Wynik konsultacji lekarskiej dołącza się do dokumentacji medycznej pacjenta w wersji papierowej lub elektronicznej.

Przekazywanie pacjentów pomiędzy oddziałami i do innych zakładów opieki zdrowotnej

1. Dla sprawnego funkcjonowania oddziałów ustala się następujące zasady postępowania w przypadku przekazania pacjenta między oddziałami Szpitala:
 - a) przekazanie pacjenta na inny oddział odbywa się ze wskazań medycznych i po uzyskaniu zgody pacjenta/opiekuna ustawowego/prawnego,
 - b) zasady i termin przeniesienia pacjenta do innego oddziału ustalają lekarze kierujący oddziałem lub lekarze dyżurni,
 - c) wypis z oddziału i przyjęcie do innego oddziału winno zawierać ten sam numer księgi głównej nadany przy przyjęciu pacjenta do Szpitala. Historia choroby wraz z wypisem cząstkowym jest przekazana do oddziału jako załącznik indywidualnej dokumentacji medycznej prowadzonej w danym oddziale,
 - d) sekretarka medyczna lub pielęgniarka dyżurna wypełnia Kartę Przekazania Dokumentów i Rzeczy m.in. leków,
 - e) sposób transportu pacjenta uzależniony jest od jego stanu zdrowia oraz docelowego miejsca przekazania. Transport wykonywany jest odpowiednio: na łóżku szpitalnym, na wózku służącym do przewozu w pozycji leżącej, na wózku inwalidzkim lub szpitalnym ambulansem sanitarnym,
 - f) opiekę nad pacjentem w czasie transportu do innego oddziału, w zależności od jego stanu zdrowia, sprawuje odpowiednio: sanitariusz szpitalny, ratownik medyczny, pielęgniarka lub/i lekarz oddziału przekazującego.
2. Zasady postępowania w przypadku przekazania pacjenta do innego zakładu leczniczego:
 - a) przekazanie pacjenta do innego zakładu leczniczego odbywa się ze wskazań medycznych, po uzyskaniu zgody pacjenta lub opiekuna ustawowego/prawnego i wstępnej akceptacji lekarza kierującego oddziałem lub lekarza zabezpieczającego pracę właściwego oddziału tego zakładu,
 - b) lekarz kierujący oddziałem lub lekarz zabezpieczający pracę oddziału po podjęciu decyzji o przekazaniu pacjenta do innego zakładu leczniczego, dokonuje odpowiedniej adnotacji w historii choroby, ze wskazaniem do jakiego zakładu leczniczego został przekazany pacjent i z kim zostało ustalone przyjęcie.
3. Zakończoną historię choroby pacjenta leczonego w danym oddziale sekretarka medyczna przekazuje do Statystyki Medycznej.
4. Sekretarka medyczna lub pielęgniarka dyżurna wypełnia Kartę Przekazania Dokumentów i Rzeczy m.in. produktów leczniczych.
5. Rodzina pacjenta powinna zostać poinformowana o decyzji przeniesienia pacjenta do innego zakładu leczniczego.

6. Szpital zapewnia transport medyczny pacjenta przekazywanego do innego zakładu leczniczego.
7. Sposób transportu pacjenta uzależniony jest od jego stanu zdrowia oraz docelowego miejsca przekazania. Transport wykonywany jest odpowiednio: szpitalnym transportem wewnętrznym lub przy współdziałaniu zespołu Lotniczego Pogotowia Ratunkowego (LPR).
8. Opiekę nad pacjentem w czasie transportu do innego zakładu leczniczego, w zależności od jego stanu zdrowia, sprawuje odpowiednio: sanitariusz szpitalny, ratownik medyczny, pielęgniarka lub/i lekarz oddziału przekazującego. W przypadku transportu pacjenta z wykorzystaniem statku powietrznego opiekę nad nim sprawuje zespół Lotniczego Pogotowia Ratunkowego.

§ 46

Transport sanitarny pacjentów

Kwestia transportu pacjentów i kosztów z tym związanych została uregulowana w art. 41 Ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, który brzmi:

1. Świadczeniobiorcy, 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 o działalności leczniczej, udzielającego świadczeń we właściwym zakresie, i z powrotem, w przypadkach:
 - a) konieczności podjęcia natychmiastowego leczenia w podmiocie leczniczym;
 - b) wynikających z potrzeby zachowania ciągłości leczenia.
2. Świadczeniobiorcy, 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.**
3. W przypadkach niewymienionych w ust. 1 i 2 na podstawie zlecenia lekarza ubezpieczenia zdrowotnego lub felczera ubezpieczenia zdrowotnego świadczeniobiorcy przysługuje przejazd środkami transportu sanitarnego **odpłatnie lub za częściową odpłatnością.**

Poza przypadkami wymienionymi powyżej w ust 1 i 2 pacjentowi przysługuje przejazd środkami transportu sanitarnego finansowany w 40% ze środków publicznych (**co oznacza, że 60% kosztów transportu pokrywa pacjent**), **przy jednoczesnym spełnieniu trzech warunków:**

 - 1) zlecenie na transport wystawia lekarz ubezpieczenia zdrowotnego;
 - 2) ze zlecenia lekarza wystawiającego skierowanie na transport wynika, że pacjent jest zdolny do samodzielnego poruszania się bez stałej pomocy innej osoby, ale przy korzystaniu ze środka transportu publicznego wymaga pomocy innej osoby lub środka transportu publicznego dostosowanego do potrzeb osób niepełnosprawnych;
 - 3) pacjent cierpi na jedną z chorób wymienionych poniżej:
 - a) choroby krwi i narządów krwiotwórczych;
 - b) choroby nowotworowe,

- c) choroby oczu,
- d) choroby przemiany materii,
- e) choroby psychiczne i zaburzenia zachowania,
- f) choroby skóry i tkanki podskórnej,
- g) choroby układu krążenia,
- h) choroby układu moczowo-płciowego,
- i) choroby układu nerwowego,
- j) choroby układu ruchu,
- k) choroby układu oddechowego,
- l) choroby układu trawiennego,
- ł) choroby układu wydzielania wewnętrznego,
- m) choroby zakaźne i pasożytnicze,
- n) urazów i zatruc,
- o) wad rozwojowych wrodzonych, zniekształceń i aberacji chromosomalnych.

4. W innych przypadkach przejazd środkami transportu sanitarnego jest odpłatny w całości przez pacjenta.
5. Usługa planowego przewozu chorego wykonywana jest na podstawie prawidłowo wystawionego przez lekarza druku „Zlecenie na transport sanitarny” zawierającego na pierwszej stronie dane pacjenta (imię, nazwisko, pesel), jednostkę chorobową z zaznaczeniem czy pacjent może być transportowany w pozycji siedzącej czy leżącej, miejsce docelowe (nazwa i adres jednostki) do której ma być przetransportowany pacjent, należy również podać imię i nazwisko, numer telefonu kontaktowego lekarza, z którym uzgodniono przekazanie chorego między placówkami. W przypadku przewozu pacjenta do domu w zleceniu należy podać numer kontaktowy do opiekuna.

Druga strona zlecenia zawiera podstawy prawne oraz sposób wyliczenia kosztów przewozu środkiem transportu sanitarnego.

6. W przypadkach przewozów płatnych stosowną opłatę należy wyliczyć w/g wzoru:
liczba kilometrów x obowiązująca stawka za 1 kilometr x 2.
7. Wyliczoną opłatę za transport pacjent/opiekun pacjenta będzie mógł uiścić:
 - a) w Kasie Głównej Szpitala w godzinach od 10.00 do 12.00,
 - b) w Punkcie Pobrań Badań Płatnych w godzinach od 7.00 do 14.00,
 - c) na Portierni i w godzinach popołudniowych i wieczornych.

Po uiszczeniu stosowej opłaty pacjentowi/opiekunowi zostanie wydane zlecenie na transport w celu jego realizacji.

8. Komórka zlecająca transport jest odpowiedzialna za właściwe przygotowanie pacjenta do przewozu na wyznaczoną godzinę z kompletną dokumentacją medyczną.

§ 47

Wypisanie pacjenta ze Szpitala

1. Wypisanie pacjenta ze Szpitala, jeżeli przepisy odrębne nie stanowią inaczej następuje:
 - a) gdy stan zdrowia pacjenta nie wymaga dalszego leczenia w Szpitalu,
 - b) na żądanie osoby przebywającej w Szpitalu lub jej przedstawiciela ustawowego,

- c) gdy pacjent w sposób rażąco narusza Regulamin organizacyjny, a nie zachodzi obawa, że odmowa lub zaprzestanie udzielania świadczeń zdrowotnych może spowodować bezpośrednio niebezpieczeństwo dla jego życia lub zdrowia albo życia lub zdrowia innych osób.
2. Wypisania pacjenta ze Szpitala w przypadkach wymienionych w ust. 1 dokonuje Lekarz kierujący oddziałem lub wyznaczony przez niego lekarz.
 3. Jeżeli przedstawiciel ustawowy/prawny żąda wypisania ze Szpitala osoby nieletniej, której stan zdrowia wymaga leczenia w Szpitalu, Dyrektor ds. Lecznictwa lub lekarz przez niego upoważniony może odmówić wypisania do czasu wydania w tej sprawie orzeczenia przez sąd opiekuńczy, przy czym ten sąd jest niezwłocznie zawiadamiany o odmowie wypisania ze Szpitala i przyczynach tej odmowy.
 4. Osoba występująca o wypisanie ze Szpitala na własne żądanie jest informowana przez lekarza o możliwych następstwach zaprzestania leczenia w Szpitalu. Jeśli, mimo to, podtrzymuje swe żądanie, składa pisemne oświadczenie o wypisaniu ze Szpitala na własne żądanie. W przypadku braku takiego oświadczenia lekarz sporządza adnotację w dokumentacji medycznej.
 5. Jeżeli przedstawiciel ustawowy lub opiekun faktyczny nie odbiera małoletniego lub osoby niezdolnej do samodzielnej egzystencji w wyznaczonym przez Szpital terminie, zawiadamia się o tym niezwłocznie organ gminy właściwej ze względu na miejsce zamieszkania lub pobytu tej osoby oraz dokonuje się jej przewiezienia do miejsca zamieszkania na koszt gminy.
 6. Pacjent, którego stan zdrowia nie wymaga dalszego udzielania stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych w Szpitalu, lub osoba, na której w stosunku do pacjenta ciąży ustawowy obowiązek alimentacyjny, ponoszą koszty pobytu pacjenta, począwszy od upływu wyznaczonego terminu, wg cennika świadczeń zdrowotnych innych niż finansowane ze środków publicznych, niezależnie od uprawnień do bezpłatnych świadczeń zdrowotnych określonych w przepisach odrębnych.

§ 48

Postępowanie w razie śmierci pacjenta

1. Zasady postępowania w razie śmierci pacjenta w oddziałach szpitalnych

1) po stwierdzeniu zgonu pacjenta w oddziale szpitalnym:

- a) lekarz stwierdzający zgon - **lekarz leczący pacjenta** lub **dyżurny**, odnotowuje w historii choroby: datę i godzinę śmierci, objawy poprzedzające, zakres udzielonej pomocy medycznej i prawdopodobną przyczynę zgonu,
- b) pielęgniarka odnotowuje datę i godzinę zgonu w raporcie pielęgniarskim i na karcie gorączkowej oraz wypełnia **kartę skierowania zwłok** do Prosektorium z uwzględnieniem: nazwy oddziału, imienia i nazwiska zmarłego, wieku, numeru PESEL, daty i godziny zgonu, godziny przekazania zwłok do chłodni, którą opatruje podpisem zawierającym imię i nazwisko,

2) osobę zmarłą zaopatrzyć się w identyfikator zawierający co najmniej:

- a) imię i nazwisko zmarłego,
 - b) PESEL,
 - c) datę i godzinę zgonu.
- 3) jeżeli nie jest możliwe ustalenie tożsamości osoby zmarłej, w karcie skierowania zwłok do chłodni oraz na identyfikatorze, o których mowa w pkt. 3, dokonuje się oznaczenia „NN” z podaniem przyczyny i okoliczności uniemożliwiających ustalenie tożsamości,
 - 4) zwłoki przewożone są do wyznaczonego pomieszczenia zlokalizowanego w oddziale z zachowaniem godności należnej osobie zmarłej,
 - 5) personel medyczny zobowiązany jest zwłoki osoby zmarłej umyć, ubrać i przygotować do wydania osobie lub instytucji uprawnionej do ich pochowania w stanie zapewniającym zachowanie godności należnej osobie zmarłej. Wyżej wymienione czynności nie stanowią przygotowania zwłok zmarłego do pochowania i realizowane są nieodpłatnie,
 - 6) zwłoki przewożone są do nie wcześniej niż po upływie **2 godzin** od stwierdzenia zgonu,
 - 7) po zabraniu zwłok pielęgniarka z personelem pomocniczym przebiera pościel i wykonuje dezynfekcję sprzętu, sporządza spis rzeczy, pieniędzy, biżuterii i przedmiotów wartościowych zmarłego i zabezpiecza je w depozycie,
 - 8) zabezpieczone rzeczy mogą być wydane rodzinie zmarłego a w przypadku sekcji sądowo-lekarskiej mogą być wydane po wyrażeniu zgody przez prokuratora.
 - 9) lekarz kierujący oddziałem lub lekarz stwierdzający zgon pacjenta jest zobowiązany do niezwłocznego zawiadomienia osoby lub instytucji wskazanej przez pacjenta, albo jego przedstawiciela ustawowego/prawnego lub opiekuna faktycznego,
 - 10) informację, o której mowa w ust. 9, przekazuje się właściwej osobie w sposób rzeczowy i taktowny. Wiadomość o śmierci przekazywana jest telefonicznie lub bezpośrednio, w wyjątkowych przypadkach w inny sposób, pod warunkiem jednak, aby informacja ta dotarła do adresata bez zbędnej zwłoki. W przypadku zgonu osoby bezdomnej, samotnej, zgon pacjenta zgłasza się do Miejskiego Ośrodka Pomocy Rodzinie.

2. Sporządzanie karty zgonu osoby hospitalizowanej

- 1) kartę zgonu, w przypadku, gdy nie jest przewidziana sekcja zwłok, wystawia lekarz leczący pacjenta lub lekarz dyżurny. W przypadku skierowania zwłok do sekcji naukowo-lekarskiej kartę zgonu wystawia lekarz oddziałowy w oparciu o wyniki sekcji i dane kliniczne,
- 2) karta zgonu przekazywana jest niezwłocznie do **sekretariatu oddziału** i wydawana jest po pozostawieniu jej kserokopii w historii choroby.

3. Sporządzanie karty zgonu osoby niehospitalizowanej

- 1) w razie zgonu pacjenta po reanimacji, przekazanego z innego zakładu leczniczego lub przebywającego na terenie Szpitala, w celu wykonania badań lub konsultacji, informacje dotyczące zgonu wpisywane są do karty konsultacyjnej i powiadamiany

jest odpowiedni zakład leczniczy, zwłoki zmarłego przekazywane są do chłodni szpitalnej zgodnie z przyjętymi w Szpitalu procedurami. O dalszym postępowaniu ze zwłokami decyduje odpowiedni zakład leczniczy,

- 2) w przypadku zgonu osoby nie będącej pacjentem Szpitala, zgon po reanimacji stwierdza lekarz prowadzący resuscytację, który zobowiązany jest do wystawienia karty zgonu. O zgonie osoby, powiadamiania jest **najbliższa rodzina zmarłego** lub jej **opiekunowie**, a przy w przypadku niemożliwości ich ustalenia powiadamiany jest odpowiednio:
 - a) zakład leczniczy przekazujący pacjenta,
 - b) rejonowy komisariat policji dla miejsca, gdzie nastąpił zgon.
- 3) zwłoki zmarłego zgodnie z obowiązującymi procedurami przewożone są do chłodni szpitalnej.

4. Sporządzanie karty Informacyjnej z leczenia szpitalnego w przypadku zgonu pacjenta

- 1) Karta informacyjna w przypadku zgonu zawiera dane:
 - a) identyfikujące podmiot leczniczy,
 - b) identyfikujące komórkę organizacyjną podmiotu leczniczego,
 - c) identyfikujące pacjenta;
 - d) identyfikujące lekarza udzielającego świadczeń zdrowotnych
 - e) o rozpoznaniach choroby w języku polskim,
 - f) o wynikach badań diagnostycznych i konsultacyjnych,
 - g) o zastosowanym leczeniu, a w przypadku wykonania zabiegu - jego datę,
 - h) określające datę zgonu pacjenta - ze wskazaniem roku, miesiąca, dnia oraz godziny i minuty w systemie 24-godzinny,
 - i) określające przyczyny zgonu i ich numery statystyczne, ustalone według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych,
 - k) o wykonaniu lub niewykonaniu sekcji zwłok wraz z uzasadnieniem podjętej decyzji.
 - l) adnotację o pobraniu ze zwłok komórek tanek lub narządów.

5. Sekcja naukowa i sądowo-lekarska.

- 1) zwłoki osoby, która zmarła w szpitalu, mogą być poddane **sekcji naukowo-lekarskiej**, zwłaszcza gdy zgon nastąpił przed upływem 12 godzin od przyjęcia do szpitala, istnieją wątpliwości dotyczące rozpoznania i **jednoznacznej przyczyny zgonu** oraz obserwowano nietypowy przebieg kliniczny choroby,
- 2) przy **sprzeciwie** danej osoby za życia lub **sprzeciwie jej przedstawiciela ustawowego/prawnego** może nastąpić zwolnienie z sekcji zwłok. Sprzeciwu osób nie bierze się pod uwagę w sytuacjach:
 - a) określonych w kodeksie postępowania karnego - zwłoki są do dyspozycji prokuratury,
 - b) gdy przyczyny zgonu nie można ustalić w sposób jednoznaczny,

- c) gdy zgon pacjenta mógł nastąpić w wyniku choroby zakaźnej.
- 3) wpis o wnioskowanie sekcji naukowo-lekarskiej lekarz kierujący oddziałem zamieszcza w dokumentacji medycznej (epikryza) pacjenta z odpowiednim uzasadnieniem, a wypełnione skierowanie na sekcję wraz z dokumentacją pacjenta przekazuje lekarzowi dokonującemu sekcji do Prosektorium Szpitala,
 - 4) po wykonaniu sekcji zwłok lekarz sekcjonujący wpisuje przyczynę zgonu do dokumentacji medycznej i historii choroby przekazuje do oddziału,
 - 5) po zakończeniu wszystkich niezbędnych badań pobranych na sekcji materiałów, lekarz sekcjonujący wystawia w dwóch egzemplarzach protokół badania sekcyjnego z ustalonym rozpoznaniem patomorfologicznym. Jeden egzemplarz protokołu badania sekcyjnego zostaje u się u lekarza wykonującego sekcję, drugi egzemplarz protokołu przekazywany jest lekarzowi leczącemu pacjenta/Lekarzowi Kierującemu Oddziałem,
 - 6) lekarz wypisujący pacjenta porównuje rozpoznanie kliniczne i epikryzę z rozpoznaniem patomorfologicznym, po sekcji zwłok lub po otrzymaniu protokołu wstępnego. W razie rozbieżności między rozpoznaniem klinicznym i rozpoznaniem patomorfologicznym lekarz dokonuje zwięzłej oceny przyczyn rozbieżności oraz ustala ostateczne rozpoznanie choroby zasadniczej, chorób współistniejących i powikłań,
 - 6) podpisaną historię choroby wraz z kartą informacyjną z leczenia szpitalnego, lekarz wypisujący przedkłada do akceptacji i podpisu lekarzowi Kierującemu Oddziałem.

6. Zasady przeprowadzania sekcji zwłok:

- 1) sekcje zwłok odbywają się w Prosektorium Szpitala,
- 2) przeprowadzenie sekcji zwłok powinno odbyć się w możliwie jak najszybszym terminie w sposób niezakłócający czynności związanych z przeprowadzeniem ceremonii pogrzebowej i poszanowaniem życia prywatnego oraz rodzinnego osób bliskich zmarłego,
- 3) wykonanie sekcji nie może nastąpić wcześniej niż po upływie 12 godzin od stwierdzenia zgonu (najlepiej po 24 godzinach), z wyjątkiem uzasadnionych przypadków, gdzie wykonanie sekcji następuje później. Termin i kolejność wykonania sekcji zwłok jest zgodna z czasem, w którym nastąpił zgon, a także z terminem dostarczenia dokumentacji do **Zakładu Patomorfologii**,
- 4) dokładny czas wykonania sekcji zwłok ustala lekarz wykonujący sekcję, zawiadamia lekarza zlecającego sekcję o czasie sekcji w celu uczestnictwa zainteresowanego lekarza w sekcji,
- 5) jeżeli w czasie sekcji naukowo-lekarskiej ujawnione zostaną okoliczności uzasadniające podejrzenie, że zgon nastąpił wskutek przestępstwa, lekarz sekcjonujący powinien przerwać czynności, dokładnie opisać stan narządów wewnętrznych ze wskazaniem przyczyn uzasadniających podejrzenie, że zgon nastąpił wskutek przestępstwa i zabezpieczyć zwłoki do dalszych badań. Lekarz przeprowadzający sekcję zawiadamia niezwłocznie Dyrektora i lekarza zlecającego wykonanie sekcji, który zobowiązany jest powiadomić właściwą lokalizacyjnie Prokuraturę.

7. Odstąpienie od sekcji zwłok:

- 1) decyzja o zaniechaniu naukowo-lekarskiej sekcji zwłok może nastąpić w przypadku, gdy przyczyna zgonu nie budzi wątpliwości, pacjent za życia wyraził sprzeciw lub jego przedstawiciel ustawowy.
- 2) Zastępca Dyrektora ds. Lecznictwa podejmuje decyzję wykonania sekcji zwłok w przypadkach:
 - a) śmierci chorego przed upływem 12 godzin od momentu rozpoczęcia hospitalizacji,
 - b) gwałtownej nieprzewidzianej śmierci chorego.
 - c) wnioskowania rodziny zmarłego o odstąpienie od wykonania sekcji zwłok.

8. Zgon pacjenta z powodu ostrej choroby zakaźnej

- 1) zwłoki osób zmarłych na ostre **choroby zakaźne wymagające szczególnego postępowania** powinny być przechowywane w sposób określony przepisami odrębnymi z czytelnym oznaczeniem przez personel na karteczkach literą "Z",
- 2) w przypadku zgonu pacjenta na ostrą chorobę zakaźną informację w tej sprawie przekazuje się do odpowiedniej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej,
- 3) zabezpieczenie zwłok osoby zmarłej na ostrą chorobę zakaźną wykonywane jest wyłącznie przez upoważniony personel medyczny oraz wyznaczonych pracowników prosektorium z zastosowaniem odpowiednich środków ochrony indywidualnej.

9. Obowiązki pracowników prosektorium

- 1) przyjmowanie do chłodni zwłok osób zmarłych w Szpitalu,
- 2) przygotowanie zwłok do sekcji - naukowo- i sędowo-lekarskich, odpowiednia pomoc podczas wykonywanych sekcji i zabezpieczenie ciała po sekcji,
- 3) doprowadzenie ciała do **stanu zapewniającego zachowanie godności osobie zmarłej**, poprzez wykonanie toalety po sekcyjnej w niezbędnym zakresie,
- 4) prowadzenie dokumentacji prosektorium np.: księga ewidencji prosektorium
- 5) wydawanie zwłok **osobom uprawnionym** lub **osobom upoważnionym do pochowania**; wydawanie odbywa się po wcześniejszym zgłoszeniu odbioru ciała od poniedziałku do piątku w godzinach od 08:00 do 13:00 oraz dopuszcza się wydawanie zwłok w innych godzinach po wcześniejszym uzgodnieniu,
- 6) wykonywanie prac porządkowych niezbędnych do utrzymania czystości w pomieszczeniach prosektorium,
- 7) dbanie o stan techniczny wyposażenia prosektorium.

10. Zasady transportu zwłok

- 1) personel oddziału przekazuje zwłoki pracownikom prosektorium,
- 2) transport zwłok powinien być przeprowadzony w sposób zapewniający poszanowanie godności osoby zmarłej,
- 3) w oddziałach zlokalizowanych przy ul. Batorego za transport zwłok odpowiedzialny jest **przewoźnik zewnętrzny**, którego obowiązują odrębne przepisy,

- 4) pracownicy sekcji, jak i pracownicy zatrudnieni u przewoźnika są zobowiązani do zachowania tajemnicy poufności danych osobowych oraz innych informacji o osobie zmarłej powziętych w związku z wykonywaną pracą,
- 5) w Szpitalu obowiązuje zakaz jakiegokolwiek reklamy, czy akwizycji na rzecz firm pogrzebowych pod rygorem rozwiązania stosunku pracy w trybie dyscyplinarnym,

11. Zakres usług sekcyjnych.

- 1) sekcja szpitalna znajdująca się w strukturach Zakładu Patomorfologii posiada następujące pomieszczenia:
 - a) chłodnię do przechowywania zwłok,
 - b) wyposażoną w sprzęt salę sekcyjną w celu przeprowadzania sekcji naukowo- lekarskich, sądowo-lekarskich,
 - c) pomieszczenie do okazania i wydania zwłok,
 - d) biuro, w celu przyjmowania rodzin osób zmarłych, załatwiania formalności oraz prowadzenia odpowiednio zabezpieczonego archiwum.

12. Przechowywanie i wydawanie zwłok.

- 1) zwłoki osób zmarłych w Szpitalu są przechowywane w chłodni szpitalnej przez okres **nie dłuższy niż 72 godziny**, nie licząc dni wolnych od pracy i świąt,
- 2) zwłoki mogą być przechowywane w chłodni szpitalnej przez czas dłuższy niż 72 godziny jeżeli:
 - a) nie mogą zostać odebrane wcześniej przez osoby uprawnione do pochowania, wyłącznie w uzasadnionych przypadkach,
 - b) w związku ze zgonem zostało wszczęte dochodzenie albo śledztwo, a prokurator nie zezwolił na wcześniejsze wydanie i pochowanie zwłok,
 - c) przemawiają za tym inne niż wymienione w pkt 1 i 2 ważne przyczyny - za zgodą albo na wniosek osoby uprawnionej do pochowania.
- 3) w innych przypadkach za przechowywanie zwłok po upływie 72 godzin, nie wynikające z przyczyn leżących po stronie Szpitala, pobierana jest opłata w wysokości określonej w cenniku usług .
- 4) pracownik sekcji obowiązany jest zwłoki osób zmarłych w Szpitalu przed wydaniem zabezpieczyć z zachowaniem godności należącej osobie zmarłej.
- 5) po dokonaniu sekcji zwłok lub w przypadku zwolnienia z sekcji, ciało zmarłego wydawane jest niezwłocznie **osobom uprawnionym** lub **osobom upoważnionym do pochowania**.
- 6) wydawanie zwłok osobom upoważnionym odbywa się po przedstawieniu pisemnej formy zlecenia i w drodze dostarczenia:
 - a) zezwolenia na wydanie zwłok bez sekcji,
 - b) zezwolenia na wydanie zwłok po sekcji,
 - c) zezwolenia z prokuratury po sekcji „sądowo-lekarskiej”.

Zasady odwiedzania pacjentów

1. Odwiedziny pacjentów hospitalizowanych możliwe są codziennie. W celu niezakłócenia organizacji pracy w oddziale personel sugeruje planowanie odwiedzin w godzinach od 15.00 do 20.00. W pozostałych godzinach, prosi się o ustalenie czasu odwiedzin z Lekarzem Kierującym Oddziałem lub lekarzem dyżurnym.
2. W wyjątkowych przypadkach, u pacjentów znajdujących się w stanie zagrożenia życia, za zgodą lekarza kierującego oddziałem lub Dyrektora ds. Lecznictwa odwiedziny pacjentów mogą odbywać się w godzinach nocnych (po godz. 22.00) lub trwać przez całą dobę.
3. Korzystanie z prawa pacjenta do kontaktu osobistego, telefonicznego lub korespondencyjnego oraz do dodatkowej opieki może być ograniczone w przypadku wystąpienia zagrożenia epidemiologicznego lub ze względu na bezpieczeństwo zdrowotne pacjentów, a także ze względu na możliwości organizacyjne Szpitala. Każdorazowo decyzję w sprawie zastosowania ograniczenia praw pacjenta podejmuje Dyrektor Szpitala po zasięgnięciu opinii personelu udzielającego świadczeń zdrowotnych.
4. Na terenie Szpitala obowiązuje odwiedzających bezwzględny zakaz wnoszenia i spożywania napojów alkoholowych, palenia wyrobów tytoniowych oraz obrotu, posiadania i używania narkotyków, substancji odurzających, psychotropowych i innych podobnie działających.
5. Pacjentów nie mogą odwiedzać osoby:
 - a) będące w stanie nietrzeźwym lub pod wpływem substancji, o których mowa w ust. 4,
 - b) dotknięte chorobą zakaźną lub których stan zdrowia, zagraża personelowi i pacjentom Szpitala.
6. Osoby odwiedzające pacjenta zobowiązane są do:
 - a) zapoznania się z Regulaminem Oddziału określającym zasady odwiedzin pacjentów,
 - b) oczyszczenia obuwia i odzieży wierzchniej przed wejściem na oddział,
 - c) kulturalnego zachowania się w trakcie odwiedzin,
 - d) opuszczenia sali pobytu pacjentów podczas wizyty lekarskiej lub wykonywania przez inny personel udzielający świadczeń zdrowotnych w Szpitalu, czynności wymagających zachowania intymności w kontakcie z pacjentem,
 - e) stosowania się do zaleceń lekarzy, pielęgniarek oraz innego personelu udzielającego świadczeń zdrowotnych w Zakładzie, w tym dotyczących zalecanej pacjentowi diety,
 - f) przestrzegania zasad porządkowych oraz sanitarno-epidemiologicznych obowiązujących w Szpitalu, w tym w szczególności związanych z utrzymaniem podwyższonego reżimu sanitarnego,
 - g) uzyskania zgody personelu Szpitala na wnoszenie i pozostawienie w sali pobytu przedmiotów wartościowych takich jak: radio, telewizor, czajnik, pościel itp.,
 - h) przebywania jedynie w pomieszczeniach przeznaczonych dla pacjentów,
 - i) korzystania z ogólnodostępnych pomieszczeń i urządzeń sanitarnych.
8. Osobom odwiedzającym pacjenta zabrania się:
 - a) dostarczania pacjentom alkoholu, papierosów, narkotyków lub innych środków o podobnym działaniu oraz artykułów spożywczych, które ze względu na stan zdrowia pacjent nie powinien spożywać,

- b) przynoszenia i podawania pacjentowi leków oraz stosowania maści, kremów leczniczych itp. bez uzgodnienia z personelem medycznym oddziału,
 - c) manipulowania przy aparaturze medycznej, urządzeniach, instalacjach elektrycznych, wentylacyjnych, grzewczych itp.,
 - d) prowadzenia głośnych rozmów oraz poruszania tematów, które mogłyby wprowadzić chorego w stan niepokoju,
 - e) palenia tytoniu, picia alkoholu lub używania narkotyków lub innych środków o podobnym działaniu,
 - f) chodzenia po salach chorych pacjentów,
 - g) zaśmiecania i zanieczyszczania pomieszczeń szpitalnych oraz wyrzucania odpadów do urządzeń sanitarnych.
9. Osoby odwiedzające pacjenta mogą:
- a) zwrócić się o informację dotyczącą stanu zdrowia pacjenta do lekarza kierującego oddziałem, lekarza prowadzącego lub lekarza dyżurnego. Informacje uzyskają tylko osoby upoważnione przez pacjenta, rodzice dziecka lub opiekunowie prawni,
 - b) wykonywać za zgodą pacjenta proste czynności higieniczno – pielęgnacyjne uprzednio wskazane i uzgodnione z lekarzem lub pielęgniarką,
 - c) wyjść z pacjentem poza oddział tylko w obrębie terenu Szpitala, za zgodą lekarza kierującego oddziałem lub lekarza prowadzącego i po powiadomieniu pielęgniarki dyżurnej.
10. Osoby niepełnoletnie mogą odwiedzać pacjentów Szpitala tylko w obecności osoby dorosłej.
11. Szpital nie ponosi odpowiedzialności za:
- a) zakażenie się chorobą zakaźną na terenie Szpitala przez osobę odwiedzającą,
 - b) rzeczy wartościowe przynieszone pacjentom do Szpitala oraz za rzeczy prywatne osób odwiedzających pozostawione w salach chorych.
13. Rzeczy osobiste pacjentów muszą być odpowiednio oznakowane w sposób trwały, jednoznacznie identyfikujący właściciela.
14. Ewentualne dostarczenie przez osoby bliskie jakiegokolwiek sprzętu wykorzystywanego przez pacjenta musi być każdorazowo uzgadnianie z personelem Szpitala.
15. Personel ma prawo nakazać opuszczenie Szpitala osobom naruszającym postanowienia Regulaminu Organizacyjnego lub innych aktów prawnych regulujących przebywanie osób na terenie Szpitala, znajdującym się pod wpływem alkoholu lub substancji, o których mowa w ust. 4, a także nie stosującym się do zasady odwiedzin pacjentów.
16. Osoby odwiedzające pacjentów będące sprawcami szkód na mieniu Szpitala ponoszą odpowiedzialność karną i materialną zgodnie z przepisami powszechnie obowiązującego prawa.
17. Wszelkie życzenia i uwagi, osoby odwiedzające pacjentów mogą zgłaszać bezpośrednio personelowi oddziału lub dokonywać wpisów w Księżce Uwag i Wniosków danego oddziału.
18. Rodzica lub opiekuna zajmującego się dzieckiem w oddziale szpitalnym obowiązują określone niniejszym regulaminem zasady zachowania w Szpitalu, z uwzględnieniem poniższych wytycznych specyficznych dla oddziałów dziecięcych, tj.:
- a) w czasie wizyty lekarskiej, podczas wykonywania zabiegów i innych badań diagnostycznych oraz w porze posiłków rodzic lub opiekun może przebywać

- z dzieckiem w sali chorych. Lekarz ma prawo w uzasadnionych przypadkach poprosić o opuszczenie sali chorych.
- b) rodzic lub opiekun nie ma prawa bez zgody lekarza prowadzącego bądź pielęgniarki podawać dziecku produktów leczniczych, żywności i napojów przyniesionych spoza Szpitala,
 - c) rodzic lub opiekun zobowiązany jest niezwłocznie zgłaszać pielęgniarce dyżurnej niepokojące zmiany w zachowaniu dziecka,
 - d) wyjście rodzica lub opiekuna z dzieckiem poza oddział, dopuszczalne jest tylko w obrębie terenu Szpitala oraz wyłącznie za zgodą lekarza kierującego oddziałem lub lekarza prowadzącego i po powiadomieniu pielęgniarki dyżurnej,
 - e) z powodów organizacyjnych, społecznych, medycznych, epidemiologicznych oraz innych, możliwość przebywania rodzica lub opiekuna z dzieckiem w oddziale może być czasowo ograniczona doraźnym zarządzeniem Dyrektora lub Lekarza Kierującego oddziałem.

§ 50

Sprawowanie dodatkowej opieki pielęgnacyjnej nad pacjentem przez krewnych lub osoby wskazane przez pacjenta

1. Pacjent ma prawo do dodatkowej opieki pielęgnacyjnej. Przez dodatkową opiekę pielęgnacyjną rozumie się opiekę, która nie polega na udzielaniu świadczeń zdrowotnych.
2. Pacjent ponosi koszty realizacji prawa do dodatkowej opieki pielęgnacyjnej, jeżeli realizacja tego prawa skutkuje kosztami poniesionymi przez Szpital.
3. W Szpitalu możliwe jest włączenie się rodziny w opiekę pielęgnacyjną nad pacjentem w celu zwiększenia poczucia bezpieczeństwa chorego, ułatwienia adaptacji w środowisku szpitalnym i zaspokojeniu potrzeb pacjenta w nowych warunkach.
4. Sprawowanie dodatkowej opieki pielęgnacyjnej nad pacjentem przez osoby bliskie możliwe jest o każdej porze dnia i nocy.
5. Ze względu na bezpieczeństwo pacjentów, a w szczególności w odniesieniu do oddziałów pediatrycznych zasady i zakres opieki jaką może świadczyć rodzina lub bliscy pacjenta określa lekarz leczący chorego i pielęgniarka.
6. Sprawowanie dodatkowej opieki pielęgnacyjnej nad chorym przez osoby bliskie nie może naruszać praw pozostałych pacjentów do właściwego leczenia, spokoju i intymności, oraz zakłócać prawidłowe funkcjonowanie oddziału.
7. Sprawowanie dodatkowej opieki pielęgnacyjnej nad pacjentem przez osoby bliskie nie zwalnia personel medyczny oddziału z wykonywania obowiązkowych zadań wobec pacjenta.

§ 51

Udzielanie ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych

1. Pacjenci do Poradni Specjalistycznych przyjmowani są na podstawie skierowania wystawionego przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego.

2. Zakład zapewnia rejestrację pacjentów na podstawie zgłoszenia:
 - a) osobistego,
 - b) telefonicznego,
 - c) za pośrednictwem osoby drugiej,
3. Świadczenia zdrowotne udzielane są w miarę możliwości w dniu zgłoszenia lub innym terminie uzgodnionym z pacjentem, zgodnie z obowiązującym w szpitalu harmonogramem pracy w poszczególnych komórkach organizacyjnych. Kolejność udzielania świadczeń zdrowotnych ustala się na podstawie zaewidencjonowanych zgłoszeń pacjentów.
4. Listy oczekujących na realizację świadczenia prowadzone są przez komórki organizacyjne działalności podstawowej Szpitala w sposób zapewniający poszanowanie zasady sprawiedliwego, równego, niedyskryminującego i przejrzystego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej oraz zgodnie z kryteriami medycznymi i przy uwzględnieniu aktualnej wiedzy medycznej.
5. Zakład/ poradnia umieszcza w miejscu ogólnie dostępnym informacje o godzinach udzielania świadczeń zdrowotnych.
6. Skierowanie nie jest wymagane do ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych:
 - a) ginekologa i położnika,
 - b) onkologa,
 - c) wenerologa,
 - d) psychiatry,
 - e) dentyści.
7. Bez skierowania ze świadczeń w poradniach specjalistycznych korzystają osoby wymienione w art. 57 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.
6. W przypadku długotrwałego leczenia w poradni specjalistycznej skierowanie od lekarza pierwszego kontaktu wymagane jest tylko przy pierwszej wizycie i jest ważne aż do zakończenia procesu leczniczego. W przypadku przerwy w leczeniu trwającej ponad 12 miesięcy wymaga się ponownego skierowania do poradni. Badania specjalistyczne zapewnia lekarz specjalista w takim zakresie, jaki przewiduje procedura leczenia danego schorzenia i konkretna potrzeba diagnozowania choroby.
7. **Gabinet Nocnej i Świątecznej Pomocy** jest czynny w dni powszednie **od 18.00 do 8.00** dnia następnego, oraz **24 godziny na dobę** w dni ustawowo wolne od pracy.
8. Dyżurujący lekarz i pielęgniarka udziela porad w warunkach ambulatoryjnych, telefonicznie, a w uzasadnionych medycznie przypadkach również w domu chorego.
9. Z nocnej i świątecznej pomocy **można skorzystać** w przypadku nagłego zachorowania lub nagłego pogorszenia stanu zdrowia. Gdy nie ma objawów sugerujących bezpośrednie zagrożenie życia lub gdy zastosowane środki domowe, leki dostępne bez recepty nie przyniosły spodziewanej poprawy i zachodzi obawa, że oczekiwanie na wizytę w POZ może znacząco niekorzystnie wpłynąć na stan zdrowia.
10. Przypadki uzasadniające skorzystanie ze świadczeń nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej:
 - a) zaostrzenie dolegliwości znanej choroby przewlekłej,
 - b) infekcja dróg oddechowych z wysoką gorączką (powyżej 39 °C), szczególnie u małych dzieci i ludzi w podeszłym wieku,

- c) bóle brzucha nieustępujące pomimo stosowania leków rozkurczowych,
- d) bóle głowy, nieustępujące pomimo stosowania leków przeciwbólowych,
- e) biegunka lub wymioty, szczególnie u małych dzieci i osób w podeszłym wieku,
- f) zatrzymanie wiatrów, stolca lub moczu,
- g) nagłe bóle krzyża, kręgosłupa, stawów lub kończyn,
- i) zaburzenia psychiczne, z wyjątkiem agresji lub dokonanej próby samobójczej.

ROZDZIAŁ IX

ORGANIZACJA i ZADANIA POSZCZEGÓLNYCH KOMÓREK ADMINISTRACYJNYCH SZPITALA

§ 52

Strukturę organizacyjną Szpitala tworzą:

1. Dyrektor Naczelny.
2. Zastępcy Dyrektora.
3. Oddziały, Działy i Samodzielne Stanowiska Pracy.

§ 53

DYREKTOR NACZELNY SZPITALA – DN

1. Kieruje działalnością Szpitala i reprezentuje Szpital na zewnątrz.
2. Jest przełożonym wszystkich pracowników Szpitala.
3. Ponosi odpowiedzialność za zarządzanie Szpitalem i gospodarką finansową.
4. Sprawuje swoją funkcję zapewniając w szczególności:
 - a) koordynację działania wszystkich komórek organizacyjnych w Szpitalu w zakresie zgodności z zadaniami statutowymi,
 - b) organizację kontroli wykonywania zadań przez poszczególne komórki,
 - c) współdziałanie z innymi zakładami opieki zdrowotnej w zakresie realizacji zadań statutowych.
5. Realizację zadań zleconych przez podmiot tworzący,
6. Bieżący nadzór nad wykonywaniem przez Szpital zadań statutowych.
7. Wydaje wewnętrzne akty prawne, których projekty sporządzają pracownicy właściwych komórek organizacyjnych:
 - a) zarządzenia,
 - b) decyzje,
 - c) instrukcje,
 - d) komunikaty,
 - e) procedury.
8. Podejmuje decyzje w sprawach pracowniczych, a w szczególności:
 - a) nawiązania i rozwiązania stosunku pracy,
 - b) karania, nagradzania i wyróżniania pracowników,
 - c) przyznawania premii i dokonywania zmian wynagrodzeń pracowników,
 - d) umocowań pracowników do realizacji określonych zadań.
9. Zawiera umowy cywilno – prawne na realizację świadczeń zdrowotnych i inne.
10. Dokonuje oceny jakości działań osób zatrudnionych na stanowiskach kierowniczych.
11. Ostatecznie rozpatruje skargi, wnioski i zażalenia pracowników i pacjentów.
12. Wydaje i zatwierdza Regulaminy obowiązujące w Szpitalu.
13. Do wyłącznej aprobaty Dyrektora należą sprawy:
 - a) związane z wykonywaniem funkcji kierownika jednostki organizacyjnej,
 - b) kierowania i nadzoru nad pracą osób bezpośrednio podległych,
 - c) współdziałania z Radą Społeczną i Związkami Zawodowymi,

- d) ustalanie Regulaminu Organizacyjnego szpitala,
 - e) zakup sprzętu i aparatury medycznej zgodnie z obowiązującymi przepisami,
 - f) wydawanie wewnętrznych aktów prawnych.
14. Dyrektor kieruje pracą Szpitala przy pomocy:
- a) zastępców,
 - b) naczelnej pielęgniarki,
 - c) głównego księgowego,
 - d) kierowników komórek organizacyjnych.
15. Do dokonywania czynności prawnych w imieniu Szpitala Dyrektor może upoważnić swoich zastępców oraz inne osoby, określając ściśle zakres udzielonego pełnomocnictwa.

§ 54

ZASTĘPCA DYREKTORA DS. LECZNICTWA – DSL

1. Pełni nadzór nad komórkami organizacyjnymi Szpitala o profilu medycznym.
2. Do obowiązków Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa należy, w szczególności:
 - a) nadzór nad stanem sanitarno-epidemiologicznym Szpitala,
 - b) podejmowanie działań z dziedziny lecznictwa w celu obniżenia kosztów leczenia, przy zachowaniu odpowiedniej jakości świadczeń zdrowotnych,
 - c) udział w negocjacjach oraz nadzór nad prawidłową realizacją umów na świadczenia zdrowotne zawarte przez Szpital,
 - d) nadzór nad prawidłowym prowadzeniem dokumentacji medycznej,
 - e) nadzór nad gospodarką lekami i artykułami medycznymi,
 - f) nadzór nad prawidłowym i terminowym sporządzaniem przez podległe komórki organizacyjne sprawozdawczości, zgodnie z obowiązującymi przepisami,
 - g) organizowanie współpracy między komórkami działalności podstawowej i komórkami administracyjnymi,
 - h) nadzór i koordynacja specjalizacji lekarskich i staży podyplomowych,
 - i) udział w rozpatrywaniu skarg i wniosków pacjentów, w tym dotyczących organizacji świadczeń,
 - j) opiniowanie umów na świadczenia zdrowotne i zakupów związanych z udzielaniem przez Szpital świadczeń zdrowotnych,
 - k) nadzór nad sporządzaniem i akceptacją grafików pracy personelu w ramach dyżurów medycznych na poszczególnych oddziałach.

§ 55

ZASTĘPCA DYREKTORA DS. ORGANIZACJI I ZARZĄDZANIA - DSOZ

1. Kieruje i Nadzoruje pracę komórek organizacyjnych.
2. Optymalizacja istniejących procesów.
3. Współtworzenie oraz realizacja strategii ZOZ w zakresie działalności operacyjnej.
4. Monitorowanie trendów dla zjawisk i wskaźników przychodowych, ilościowych, kosztowych w obszarze zdarzeń medycznych i procesów administracji strategicznych dla podejmowania decyzji o kierunkach rozwoju nowych produktów i usług.

**ZASTĘPCA DYREKTORA DS. ADMINISTRACYJNO
- EKSPLOATACYJNYCH - DSAE**

1. Zarządzanie pionem administracyjno – technicznym i eksploatacyjnym Szpitala
2. Kieruje i nadzoruje pracę komórek organizacyjnych: Działu Obsługi Szpitala, Działu Zamówień Publicznych i Zaopatrzenia ora Działu Informatycznego.
3. Nadzór nad utrzymaniem infrastruktury ZOZ w stanie ciągłej i należytej sprawności.
4. Koordynowanie prac nad planem inwestycyjnym Zespołu Opieki Zdrowotnej oraz nadzór nad jego realizacją.

NACZELNA PIEŁĘGNIARKA – NP

1. Koordynowanie i nadzór nad pracą zatrudnionych w Szpitalu pielęgniarek, ratowników medycznych, opiekunów medycznych, salowych oraz sanitariuszy.
2. Koordynowanie i nadzór nad pracą pielęgniarek i salowych zatrudnionych w poradniach specjalistycznych.
3. Koordynowanie i nadzór nad pracą sekretarek medycznych – ustalanie zastępstw, planowanie urlopów, odpowiedzialność za zapewnienie ciągłości pracy sekretariatów w oddziałach.
4. Organizacja i czuwanie nad jakością opieki pielęgniarskiej w Szpitalu.
5. Opracowanie struktury organizacyjnej podległego personelu.
6. Dokonywanie okresowej oceny pracy podległych pielęgniarek oddziałowych i pielęgniarek koordynujących.
7. Organizowanie i prowadzenie okresowych odpraw z podległym personelem.
8. Ocena wyposażenia stanowisk pracy w sprzęt, narzędzia i środki niezbędne do realizacji opieki oraz ochrony pracowników.
9. Nadzór nad podnoszeniem kwalifikacji zawodowych pielęgniarek poprzez umożliwianie udziału w szkoleniach, kursach i konferencjach.
10. Nadzór nad prowadzeniem dokumentacji medycznej pielęgniarskiej.
11. Rozpatrywanie wniosków i skarg składanych przez podległy personel, współpracowników i pacjentów.
12. Współpraca z lekarzami kierującymi oddziałami i kierownikami poszczególnych działów wynikająca z pełnionych obowiązków.
13. Współpraca z samorządem pielęgniarek i położnych.
14. Nadzór nad przebiegiem przeszkolenia zawodowego pielęgniarek po przerwie w wykonywaniu zawodu.
15. Współpraca z placówkami szkolnictwa wyższego zawodowego oraz organizacja praktyk studenckich na kierunkach medycznych (pielęgniarka, ratownik medyczny, opiekun medyczny, studentów na kierunku lekarskim).
16. Wnioskowanie do Dyrekcji Szpitala w sprawie zatrudnienia osób w grupach zawodowych podległych Naczelnej Pielęgniarce. Dobór osób do pracy, opiniowanie wniosków w sprawie

zatrudnienia. Przeprowadzanie rozmów wstępnych i nadzór nad przebiegiem przyjęcia do pracy.

17. Nadzorowanie przebiegu adaptacji zawodowej nowych pracowników.
18. Organizowanie konkursów na stanowiska pielęgniarek oddziałowych, uczestniczenie w pracach komisji konkursowych, współpraca w tym zakresie z Okręgową Izbą Pielęgniarek i Położnych oraz Dolnośląską Izbą Lekarską.
19. Przeprowadzanie okresowych kontroli pracy podległego personelu podczas dyżurów nocnych i popołudniowych oraz w dni wolne od pracy.
20. Udział w nadzorowaniu stanu sanitarno- higienicznego Zakładu, uczestniczenie w pracach komitetu ds. zakażeń szpitalnych.
21. Współpraca z kierownikiem apteki szpitalnej i przeprowadzanie okresowych kontroli apteczek oddziałowych zgodnie z obowiązującymi procedurami.
22. Naczelna Pielęgniarka jako członek zarządu pełni nadzór nad Zintegrowanym Systemem Zarządzania Jakością.

§ 58

DZIAŁ EPIDEMIOLOGII – DEP

1. Nadzór nad przestrzeganiem procedur zapewniających ochronę przed zakażeniami zakładowymi.
2. Monitorowanie zakażeń zakładowych.
3. Analiza występujących zakażeń zakładowych i opracowanie raportów o ich występowaniu.
4. Szkolenie personelu w zakresie zasad i kontroli zakażeń zakładowych.
5. Rozpoznawanie ognisk epidemicznych w szpitalu i nadzór nad właściwym postępowaniem przy ich wygaszaniu.
6. Opracowanie rocznych programów zapobiegania i kontroli zakażeń zakładowych i nadzór nad ich realizacją.
7. Udział w opracowywaniu obowiązujących procedur i instrukcji w zakresie zapobiegania zakażeniom zakładowym.
8. Bieżąca współpraca z Dyrektorem Szpitala i Lekarzami kierującymi oddziałami

§ 59

KAPELAN SZPITALNY – KS

1. Zapewnienie realizacji potrzeb religijnych pacjentom Szpitala.
2. Sprawowanie sakramentu pokuty w kaplicy szpitalnej i karty chorych.
3. Odprawianie nabożeństw.
4. Udzielanie komunii św. pacjentom przebywającym w salach chorych.
5. Pomoc duszpasterska w organizowaniu pogrzebu osób samotnych.

GLÓWNY KSIĘGOWY – GK

Główny księgowy wraz z podległą służbą finansowo-księgową stanowi część systemu kontroli wewnętrznej. W celu wykorzystania funkcji informacyjno-kontrolnych rachunkowości na potrzeby bieżącego zarządzania i podnoszenia efektów ekonomicznych, zobowiązany jest do:

1. Sprawowania funkcji kierowania, nadzoru i kontroli w stosunku do podległych pracowników,
2. Prowadzenia gospodarki finansowej w sposób zapewniający realizację zawieranych umów, przestrzeganie zasad rozliczeń pieniężnych i ochrony wartości pieniężnych,
3. Dokonywania wstępnego rachunku ekonomicznego podejmowanych działań oraz analiz i oceny efektywności ekonomicznej działalności,
4. Doradztwa ekonomiczno-finansowego,
5. Udoskonalania systemu obiegu dokumentów księgowych, ewidencji i rozliczeń operacji gospodarczych,
6. Współpracy w usprawnianiu organizacji pracy i systemu informacji ekonomicznej w ramach funkcjonalnego systemu kontroli wewnętrznej.

DZIAŁ KSIĘGOWOŚCI

SEKCJA KSIĘGOWOŚCI FINANSOWEJ – SKF

1. Prowadzenie rachunkowości, zgodnie z obowiązującymi przepisami i przyjętymi zasadami polityki rachunkowości i zakładowego planu kont, a w szczególności:
 - a) organizowanie systemu przyjmowania, sporządzania i archiwizowania dowodów księgowych,
 - b) dokonywanie kontroli formalno-rachunkowej przyjętych dowodów księgowych i ich dekretacja,
 - c) prawidłowe otwieranie i zamykanie ksiąg rachunkowych,
 - d) bieżące księgowanie operacji gospodarczych oraz uzgadnianie księgowych kont syntetycznych i analitycznych.
2. Terminowe dokonywanie wszelkich rozliczeń finansowych typu zaliczki i pożyczki, delegacje krajowe i zagraniczne, ryczałty samochodowe i inne.
3. Współpraca z bankami prowadzącymi obsługę rachunków bankowych w zakresie dokonywania płatności w obrocie bezgotówkowym.
4. Bieżące regulowanie zobowiązań z tytułu zakupu, wynagrodzeń, podatków i składek ubezpieczeniowych.
5. Windykacja należności i dochodzenie roszczeń spornych przy współpracy z radcą prawnym Szpitala.
6. Prowadzenie korespondencji z kontrahentami.
7. Fakturowanie sprzedaży towarów i usług.

8. Ewidencja i rozliczenie wykorzystania środków finansowych pochodzących z dotacji krajowych i zagranicznych.
9. Sporządzanie deklaracji podatkowych w terminach nakreślonych prawem.
10. Sporządzanie obowiązujących sprawozdań finansowych i analiz.

SEKCJA KSIĘGOWOŚCI MATERIAŁOWEJ – SKM

1. Kontrola, segregacja i dekretacja księgowych dowodów obrotu magazynowego, zgodnie z przyjętymi zasadami polityki rachunkowości oraz ewidencja wszelkiego majątku rzeczowego, będącego we władaniu Szpitala.
2. Bieżąca ewidencja przychodów i rozchodów magazynowych według asortymentu zapasów.
3. Ewidencja stanu zapasów magazynowych na koniec każdego miesiąca.
4. Bieżące monitorowanie przychodów, rozchodów i stanów zapasów magazynowych.
5. Kontrola zgodności z dokumentami dostawy ilości i wartości przyjętych rzeczowych składników majątku do magazynu.
6. Księgowanie i rozliczanie odchyleń od cen ewidencyjnych zakupionych materiałów.
7. Bieżące uzgadnianie sald kont obrotu materiałowego z saldami kont finansowo-księgowych.
8. Ewidencjonowanie środków trwałych własnych i obcych oraz wartości niematerialnych i prawnych według miejsca użytkowania i osoby materialnie odpowiedzialnej za powierzone mienie z podziałem na grupy, zgodnie z obowiązującą Klasyfikacją Środków Trwałych.
9. Bieżąca ewidencja ilościowo-wartościowa środków trwałych postawionych w stan likwidacji.
10. Dokonywanie w okresach miesięcznych ewidencji planowanych odpisów amortyzacyjnych lub umorzeniowych od wartości początkowej środków trwałych użytkowanych w procesie udzielania świadczeń medycznych.
11. Współpraca z przewodniczącym komisji inwentaryzacyjnej na rzecz prawidłowego wykonania inwentaryzacji rocznej, okresowej, bądź zdawczo-odbiorczej.
12. Porównywanie przedłożonych spisów z natury ze stanem księgowym oraz rozliczanie niedoborów i nadwyżek w powierzonym mieniu osobom materialnie odpowiedzialnym.
13. Archiwizowanie dokumentacji

SEKCJA BUDŻETOWANIA I ANALIZ – SBA

1. Prezentowanie danych ekonomiczno – statystycznych z działalności Szpitala dla potrzeb zarządzania i oceny procesów ekonomicznych.
2. Bieżące informowanie lekarzy/kierowników o ekonomiczno – statystycznych aspektach funkcjonowania zarządzanych przez nich komórek organizacyjnych.
3. Koordynowanie procesu budżetowania komórek organizacyjnych Szpitala.
4. Współuczestniczenie w tworzeniu planu finansowego Szpitala.
5. Bieżąca analiza istotnych parametrów ekonomicznych.
6. Bieżąca analiza istotnych parametrów statystycznych.
7. Tworzenie baz danych dot. części parametrów: medycznych, gospodarczych, technicznych celem ich optymalnego wykorzystania w procesie informacyjnym.

DZIAŁ ROZLICZEŃ ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH – DRŚZ

1. Koordynacja i przygotowanie ofert na świadczenia medyczne kontraktowanie przez Narodowy Fundusz Zdrowia.
2. Prowadzenie korespondencji z Narodowym Funduszem Zdrowia związanej z realizacją zawartych umów i ich renegocjacji.
3. Rozliczanie procedur medycznych wykonywanych zgodnie z umowami przez oddziały szpitalne i inne komórki organizacyjne działalności podstawowej medycznej szpitala.
4. Monitorowanie i rozliczanie pacjentów leczonych w ramach terapeutycznych programów zdrowotnych oraz profilaktycznych programów zdrowotnych.
5. Rozliczanie pacjentów, którym udzielono świadczeń na podstawie przepisów o koordynacji.
6. Sporządzanie informacji o udzielonych świadczeniach medycznych osobom nieubezpieczonym i przekazywanie ich do Działu Księgowości – Finansowej celem wystawienia faktury sprzedaży.
7. Sporządzanie sprawozdań finansowych z realizacji umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia będących podstawą do wystawienia faktur za wykonanie świadczeń medycznych.
8. Sporządzanie analiz i zestawień z realizacji świadczeń medycznych w zakresie zawartych umów.
9. Przygotowywanie bieżących informacji dotyczących wykonania kontraktu w poszczególnych produktach oraz przedstawianie ich na odprawach ich na odprawach z lekarzami kierującymi oddziałami i kierownikami komórek organizacyjnych.
10. Stała współpraca z oddziałami szpitalnymi i poradniami w zakresie prawidłowej ewidencji świadczeń w szpitalnym programie rozliczeniowym (AMMS) oraz aplikacji rozliczeniowej Narodowego Funduszu Zdrowia poprzez obsługę Portalu Świadczeniodawcy i innych aplikacji.
11. Określenie potrzeb w zakresie udzielania świadczeń zgodnie z wymogami płatnika (NFZ)

SEKCJA STATYSTYKI I ARCHIWUM - SSiA

1. SEKCJA STATYSTYKI

- 1) Sporządzanie okresowych sprawozdań statystycznych do GUS, Ministerstwa Zdrowia, Urzędu Marszałkowskiego, Wojewódzkiego zgodnie z obowiązującymi przepisami.
- 2) Przekazywanie informacji statystycznych do odpowiednich komórek organizacyjnych Szpitala.
- 3) Udostępnianie dokumentacji medycznej wewnętrznej indywidualnej lub zbiorczej na zewnątrz poprzez sporządzanie odpisów, wyciągów, kserokopii uprawnionym osobom, organom i instytucjom zgodnie z obowiązującymi przepisami.
- 4) Prowadzenie korespondencji związanej z pobytem pacjenta w szpitalu.
- 5) Sprawdzanie kompletności dokumentacji medycznej przekazywanej do archiwum przez komórki organizacyjne szpitala.

- 6) Opracowywanie miesięcznych, kwartalnych, rocznych wskaźników dotyczących działalności podstawowej szpitala.

2. ARCHIWUM

- 1) Współpraca z komórkami organizacyjnymi i nadzór nad przyjmowaniem dokumentacji do archiwum, wyjaśnianie i pouczanie w sprawach klasyfikacji akt i przekazywania ich do archiwum zakładowego.
- 2) Inicjowanie na wniosek kierowników komórek organizacyjnych dodawania i rozszerzania haseł klasyfikacyjnych do obowiązującego Jednolitego Rzeczowego Wykazu Akt.
- 3) Przyjmowanie z poszczególnych komórek organizacyjnych akt oraz sprawdzanie ich zgodności ze spisem zdawczo – odbiorczym.
- 4) Sprawdzanie prawidłowości zakwalifikowania akt do odpowiedniej kategorii archiwalnej.
- 5) Przechowywanie przyjętych akt w należyтым porządku i właściwe ich zabezpieczenie
- 6) Prowadzenie ewidencji archiwum zakładowego.
- 7) Udostępnianie akt i innej dokumentacji przechowywanej w archiwum do celów służbowych i naukowych zgodnie z obowiązującymi przepisami.
- 8) Inicjowanie brakowania dokumentacji nie archiwalnej (kat. B), uczestniczenie w Komisji Brakowania Akt.
- 9) Przekazywanie brakowanych akt do składnicy surowców wtórnych lub do zniszczenia.
- 10) Przekazywanie materiałów archiwalnych do Archiwum Państwowego.
- 11) Dbanie o ład i porządek oraz estetyczny wygląd archiwum.
- 12) Monitorowanie temperatury i wilgotności powietrza w pomieszczeniach archiwum oraz odnotowywanie wyników pomiarów.

§ 64

SEKCJA ORGANIZACJI I NADZORU – SON

1. Zapewnienie sprawności zarządzania, właściwego przepływu informacji pomiędzy wszystkimi komórkami organizacyjnymi, wchodzącymi w skład Szpitala.
2. Prowadzenie spraw związanych z aktualizacją rejestru podmiotu leczniczego prowadzonego przez wojewodę i Krajowy Rejestr Sądowy i innych rejestrów wymaganych dla funkcjonowania Szpitala.
3. Prowadzenie spraw związanych ze zmianami zapisów w Statucie Szpitala, koordynowanie spraw dotyczących tworzenia i zmian w Regulaminie Organizacyjnym szpitala.
4. Przygotowanie aktualnych cenników za świadczenia medyczne.
5. Przygotowanie projektów zarządzeń, decyzji i pism ogólnych Dyrektora oraz prowadzenie ich rejestru.
6. Prowadzenie Centralnego Rejestru Umów zawartych między Szpitalem, a kontrahentami zewnętrznymi.
7. Obsługa Rady Społecznej Szpitala i prowadzenie wszelkich spraw związanych z jej działalnością (przygotowanie materiałów, opracowanie uchwał, protokołowanie itp.).

8. Występowanie w imieniu Dyrektora w sprawach organizacyjnych do wszystkich komórek Szpitala.
9. Bieżące śledzenie wydanych przepisów prawnych związanych z zakresem działalności - funkcjonowania placówek medycznych publikowanych w Dzienniku Ustaw, Monitorach.
10. Przygotowanie dokumentów formalno – prawnych związanych z kontraktowaniem świadczeń z Narodowym Funduszem Zdrowia, Ministerstwem Zdrowia i innymi instytucjami.
11. Współpraca ze Stacją Sanitarno-Epidemiologiczną, samorządami lokalnymi i innymi instytucjami w zakresie realizacji programów prozdrowotnych.
12. Opracowanie dokumentacji medycznej pacjenta (indywidualnej i zbiorowej) obowiązującej w Szpitalu oraz nadzór nad właściwym stosowaniem, zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia.
13. Prowadzenie Centralnego rejestru wzorów pieczętek stosowanych w Szpitalu i merytoryczna weryfikacja treści pieczętek przed zamówieniem w drukarni.
14. Przygotowywanie projektów umów cywilno-prawnych dotyczących świadczeń medycznych realizowanych przez Szpital.
15. Wykonywanie innych czynności zleczanych przez przełożonego.
16. Zamawianie i dystrybucja recept dla lekarzy zatrudnionych w szpitalu, poradniach.

§ 65

SEKCJA ds. KOORDYNOWANIA OPIEKI SZPITALNEJ I POSZPITALNEJ - SKOSiP

1. Koordynacja planu leczenia pacjenta:
 - a) prowadzenie pacjenta tzw. SZYBKĄ ŚCIEŻKĄ DIAGNOZOWANIA,
 - b) ustalanie terminów badań diagnostycznych,
 - c) umawianie pacjentów na wizyty u lekarzy specjalistów,
 - d) umawianie pacjentów na konsylia onkologiczne,
2. Dbanie o kompletność dokumentacji związanej z kartą diagnostyki i leczenia onkologicznego pacjenta:
 - a) potwierdzanie wykonania świadczeń medycznych,
 - b) wpisywanie etapów leczenia,
3. Koordynacja terminowego wykonania badań diagnostycznych oraz realizacji terminów w poszczególnych etapach karty DiLO;
4. Zapewnianie pacjentowi przepływu informacji na wszystkich etapach związanych z leczeniem onkologicznym;
5. Uczestnictwo w konsyliach lekarskich z ramienia Koordynatora ds. Pakietu Onkologicznego;
6. Bieżąca współpraca z personelem medycznym w zakresie realizacji świadczeń dot. pakietu onkologicznego oraz działem rozliczeń świadczeń medycznych,
7. Przygotowywanie na bieżąco sprawozdań z realizacji pakietu onkologicznego dyrekcji Szpitala;
8. Wykonywanie innych, zadań wynikających i związanych z procesem terapeutycznym pacjenta w zakresie informacyjnym, administracyjnym i organizacyjnym w ramach świadczeń związanych z leczeniem onkologicznym pacjentów.

9. Przeprowadzanie wywiadu z pacjentem w celu rozpoznania jego warunków socjalno-bytowych.
10. Kompletowanie dokumentów dot. umieszczania pacjentów w domach pomocy społecznej, zakładach opiekuńczo – leczniczych, środowiskowych domach samopomocy.
11. Kompletowanie dokumentów dot. umieszczania pacjentów poniżej 18 roku życia w domach dziecka i pogotowiach opiekuńczych, po decyzji Sądu Rodzinnego.
12. Występowanie do Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie o przyspieszenie lub o pierwszą kolejność w przyjęciu pacjentów do domu pomocy społecznej.
13. Utrzymanie stałego kontaktu z pracownikami w/w placówek w celu zapewnienia miejsca dla pacjentów wymagających przekazywania do tych placówek.
14. Utrzymywanie kontaktu z rodziną pacjenta :
 - a) omawianie z rodziną dalszych losów pacjenta.
 - b) uzgadnianie z rodziną warunków wypisania pacjenta ze szpitala.
15. Występowanie do Ośrodka Pomocy Społecznej o przyznanie zasiłków stałych i celowych.
16. Udzielanie pomocy osobom bezdomnym (umieszczanie w schroniskach, noclegowniach, domach dla bezdomnych matek, ośrodkach Monaru).
17. Podejmowania działań zmierzających do ustalenia tożsamości pacjentów niezidentyfikowanych NN we współpracy z Policją, prasą, ośrodkami telewizyjnymi, Ośrodkami Pomocy Społecznej.
18. Podejmowanie działań w celu ustalenia podstaw do korzystania z bezpłatnych świadczeń zdrowotnych.
19. Nawiązywanie kontaktu z instytucjami użyteczności publicznej, organizacjami pozarządowymi w sprawach socjalnych, zawodowych i rodzinnych pacjentów.
20. Pomoc w ustaleniu brakujących numerów PESEL u pacjentów hospitalizowanych w oddziałach.

§ 66

DZIAŁ SPRAW PRACOWNICZYCH I PŁAC - DSPiP

Do zadań działu należy:

1. Przygotowywanie dokumentów i wniosków związanych z zawieraniem i rozwiązywaniem umów o pracę i umów cywilno – prawnych, zmianą stanowisk pracy i wynagrodzeń, kar dyscyplinarnych oraz innych dokumentów kadrowych.
2. Prowadzenie ewidencji pracowników i osób zatrudnionych na podstawie umów o pracę, akt osobowych oraz spraw związanych z czasową niezdolnością do pracy, wydawanie legitymacji i zaświadczeń o zatrudnieniu.
3. Realizacja zadań w zakresie badań profilaktycznych kandydatów do pracy i pracowników na zasadach określonych w obowiązujących przepisach (wydawanie skierowań na badania wstępne, okresowe i kontrolne).
4. Kontrola porządku i dyscypliny pracy.
5. Opracowanie sprawozdań z zakresu działania.

6. Współdziałanie z organami administracji państwowej, samorządowej, Urzędami Pracy, NFZ, uczelniami w zakresie praktyk i staży pracowniczych oraz PEFRON (prowadzenie rejestru pracowników z przyznaną grupą inwalidzką, a także przesyłanie informacji o stanie zatrudnienia tych osób).
7. Obsługa programu rejestracji czasu pracy (drukowanie kart zbliżeniowych, przetwarzanie, analiza, sprawdzanie i wgrywanie do systemu materiału stanowiącego podstawę do naliczania wynagrodzeń pracownikom).
8. Przygotowanie i techniczna obsługa konkursów na kierownicze stanowiska.
9. Prowadzenie spraw związanych z wykorzystaniem zakładowego funduszu socjalnego i zakładowego funduszu mieszkaniowego (rejestrowanie wniosków, organizowanie posiedzeń komisji socjalnej, przeliczanie wysokości rat łącznie z odsetkami, sporządzanie protokołów, powiadamianie pracowników oraz nadzór nad zmianami regulaminu socjalnego).
10. Współpraca z Ministerstwem Zdrowia w zakresie zatrudniania lekarzy stażystów i lekarzy rezydentów.
11. Prowadzenie dokumentacji ZUS dla przyjmowanych, zwalnianych i aktualnie zatrudnianych pracowników.
12. Kompletowanie i prowadzenie dokumentacji i sprawozdawczości dotyczącej zawartych umów na udzielanie świadczeń medycznych.
13. Merytoryczne sprawdzanie i potwierdzanie wystawianych rachunków za udzielanie świadczeń medycznych.
14. Nadzór nad prawidłowym i terminowym sporządzaniem planów, urlopów wypoczynkowych.
15. Prowadzenie ewidencji urlopowej.
16. Monitorowanie procesu ISO Zarządzanie Zasobami Ludzkimi – w tym ocena pracowników, adaptacja zawodowa oraz szkolenie wewnętrzne i zewnętrzne.
17. Przeprowadzanie szkoleń wewnętrznych pracowników z zakresu prawa pracy i problematyki ubezpieczeń społecznych.
18. Opracowanie rocznego planu szkoleń zewnętrznych na podstawie zapotrzebowań sporządzanych przez kierowników komórek organizacyjnych.
19. Praca nad doskonaleniem procedur akredytacyjnych związanych z problematyką zatrudnienia pracowników.
20. Współpraca ze Związkami Zawodowymi, działającymi na terenie Szpitala.
21. Wnioskowanie o nagrody jubileuszowe dla pracowników na podstawie obowiązujących przepisów.
22. Współpraca z kierownikami komórek organizacyjnych w zakresie opracowania opisów stanowisk i zakresów czynności pracowników.
23. Współpraca z archiwum dotycząca spraw pracowniczych.

W zakresie plac:

1. Naliczanie wynagrodzeń dla wszystkich osób świadczących pracę, zgodnie z zawartymi umowami o pracę jak i umowami cywilno-prawnymi oraz dokonywanie wypłat wynagrodzeń w ustalonych terminach, zgodnie z odpowiednimi zapisami prawnymi.
2. Gromadzenie dokumentacji źródłowej oraz informacji z rejestratorów ewidencji czasu pracy, weryfikowanych przez Dział Pracowniczy.

3. Pobór podatków i składek, zgodnie z obowiązującymi przepisami i rozliczanie ich z odpowiednimi instytucjami oraz gromadzenie niezbędnej do tego rozliczania dokumentacji.
4. Dokonywanie potrąceń zajęć sądowych, tytułów wykonawczych oraz obowiązkowych i dobrowolnych potrąceń, zgodnie z posiadaną dokumentacją i przepisami prawa.
5. Terminowe sporządzanie na podstawie dokumentacji płacowej i zasiłkowej list płac.
6. Prowadzenie korespondencji z instytucjami w sprawie wynagrodzeń, zasiłków i potrąceń z wynagrodzeń.
7. Sporządzanie i wydawanie zaświadczeń o zarobkach oraz obsługa pracowników w zakresie informacji na temat naliczonych wynagrodzeń.
8. Sporządzanie informacji o dochodach według PIT-11 i PIT-40 dla zatrudnionych i zwolnionych pracowników, zgodnie z ustawą oraz roczne rozliczenie podatku.
9. Sporządzanie informacji o dochodach na drukach Rp-7 na cele emerytalne i rentowe.
10. Sporządzanie rocznych informacji o wynagrodzeniach zatrudnienia rencistów i emerytów na potrzeby ZUS.
11. Uzgadnianie kont księgowych dotyczących naliczonych płac i dokonanych przelewów do instytucji, na rzecz których dokonano potrąceń.
12. Sporządzanie miesięcznych raportów ZUS w programie „Płatnik” dla pracowników i osób zatrudnionych na umowę zlecenie oraz sporządzanie korekt raportów ZUS.
13. Sporządzanie pakietów przelewów wynagrodzeń na konto osobiste pracowników, do komorników oraz innych instytucji na rzecz, których dokonano potrąceń z wynagrodzeń pracowników.
14. Weryfikacja i rozliczanie wynagrodzeń i innych należności lekarzy rezydentów i lekarzy stażystów, zgodnie z umowami zawartymi z Ministerstwem Zdrowia.
15. Archiwizacja dokumentów dotyczących wynagrodzeń.

§ 67

SEKRETARIAT DYREKTORA – SD BIURO PODAWCZE - BP

1. Wykonywanie wszystkich prac wynikających z zakresu czynności oraz zleconych przez przełożonego.
2. Przyjmowanie i rozdział korespondencji.
3. Prowadzenie ewidencji korespondencji.
4. Prowadzenie grafiku spotkań Dyrektora Szpitala oraz Zastępców Dyrektora Szpitala.
5. Ewidencja i powielanie pism.
6. Przyjmowanie interesantów oraz udzielanie im ogólnych informacji, a w razie potrzeby kierowania ich do właściwych Komorek organizacyjnych.
7. Przedkładanie pism i korespondencji do dekretacji Dyrektora Szpitala oraz Zastępców Dyrektora Szpitala.
8. Przygotowanie korespondencji do wysyłki.
9. Obsługa urządzeń biurowych (telefon, fax, kserokopiarka, niszczarka itp.)
10. Informowanie przełożonego o wszystkich istotnych wydarzeniach mających wpływ na pracę sekretariatu.

11. Dbanie o dobre imię i prestiż sekretariatu i Szpitala.
12. Współpraca ze wszystkimi komórkami organizacyjnymi w zakresie rozwiązywania problemów.
13. Rejestr faktur wpływających do szpitala

§ 68

PEŁNOMOCNIK DS. ZARZĄDZANIA PROCESAMI. - PDZP

Celem nadrzędnym Pełnomocnika Dyrektora ds. Zarządzania Procesami jest powiązanie ze sobą działań w ramach funkcjonujących obszarów działalności Szpitala przy wykorzystaniu posiadanych zasobów, m.in. ludzkich, materialnych, organizacyjnych, informatycznych i innych, tak by możliwe było optymalne realizowanie celów strategicznych i operacyjnych. W szczególności dotyczy to procesów o charakterze administracyjnym, które w szpitalu często są skorelowane z procesami o charakterze medycznym.

§ 69

PEŁNOMOCNIK DS. JAKOŚCI - PDJ

Pełnomocnik ds. Jakości jest osobą odpowiedzialną za planowanie i koordynowanie Zintegrowanego Systemu Zarządzania Jakością wg norm ISO i standardów Programu Akredytacji Szpitali.

W szczególności odpowiada za:

1. Wdrażanie, utrzymanie i doskonalenie Systemu Zarządzania Jakością
2. Prowadzenie weryfikacji i akceptacji dokumentów Systemu Zarządzania Jakością pod kątem zgodności ze stanem faktycznym oraz ich integralności z istniejącym systemem.
3. Organizowanie i prowadzenie okresowych przeglądów Systemu Zarządzania Jakością.
4. Nadzorowanie opracowania projektów dokumentów Systemu Zarządzania Jakością i ich wdrażanie.
5. Przekładanie raportów o stanie funkcjonowania Systemu Zarządzania Jakością na naradach z kadrą kierowniczą.
6. Współtworzenie koncepcji rozwoju i integracji Systemu Zarządzania Jakością wewnątrz szpitala.
7. Nadzorowanie w ramach systemu Zarządzania Jakością działań korygujących i naprawczych.
8. Prowadzenie analizy wyników kontroli związanych z Systemem Zarządzania Jakością.
9. Kontrolę przestrzegania procedur Systemu Zarządzania Jakością przez wszystkich pracowników szpitala.
10. Przeprowadzanie i organizowanie szkoleń dotyczących wdrożonego Systemu Zarządzania Jakością.

§ 70

PEŁNOMOCNIK DS. MARKETINGU – PDM

1. Opracowywanie planów i strategii działalności Szpitala w zależności od potrzeb.
2. Badanie rynku usług medycznych.
3. Stała współpraca z mediami lokalnymi i ogólnopolskimi, budowanie pozytywnego wizerunku placówki.
4. Koordynacja polityki informacyjnej szpitala.
5. Monitorowanie zagadnień związanych z możliwością pozyskania środków z funduszu Unii Europejskiej wraz z bezpośrednim nadzorem nad przygotowaniem projektów ze strony szpitala.
6. Organizacja konferencji naukowych, konferencji prasowych oraz innych spotkań mających na celu promocję jednostki.

§ 71

PEŁNOMOCNIK DS. SKARG I WNIOSKÓW – PDSW

1. Pełnomocnik ds. Skarg i Wniosków czuwa nad przestrzeganiem praw pacjenta przez personel udzielający świadczeń medycznych.
2. Służy pomocą pacjentom i ich przedstawicielom ustawowym – wskazuje tryb interwencji w przypadku naruszenia praw pacjenta w szpitalu.
3. Przyjmuje skargi i wnioski pacjentów i ich przedstawicieli ustawowych dotyczące udzielanych w szpitalu świadczeń zdrowotnych.
4. Podejmuje działania interwencyjne związane z realizacją praw pacjenta w szpitalu, poradniach.
5. Dokonuje okresowej analizy i prowadzi statystykę przyjętych skarg i wniosków.

§ 72

PEŁNOMOCNIK DS. OCHRONY INFORMACJI NIEJAWNYCH – PDOIN

Do zadań Pełnomocnika ds. Ochrony Informacji Niejawnych (art. 15 ust. 1 oraz art. 17 ust. 2 ustawy o ochronie informacji niejawnych) należy:

1. Zapewnienie ochrony informacji niejawnych, w tym stosowanie bezpieczeństwa fizycznego.
2. Zapewnienie ochrony systemów teleinformatycznych, w których są przetwarzane informacje niejawne.
3. Zarządzanie ryzykiem bezpieczeństwa informacji niejawnych, w szczególności szacowanie ryzyka.
4. Kontrola informacji niejawnych oraz przestrzegania przepisów o ochronie tych informacji, w szczególności okresowa (co najmniej raz na trzy lata) kontrola ewidencji materiałów i obiegu dokumentów.

5. Opracowanie i aktualizowanie, wymagającego akceptacji kierownika jednostki organizacyjnej, planu ochrony informacji niejawnych w jednostce organizacyjnej, w tym w razie wprowadzenia stanu nadzwyczajnego i nadzorowanie jego realizacji.
6. Prowadzenie szkoleń w zakresie ochrony informacji niejawnych.
7. Prowadzenie zwykłych postępowań sprawdzających oraz kontrolnych postępowań sprawdzających.
8. Prowadzenie aktualnego wykazu osób zatrudnionych lub pełniących służbę w jednostce organizacyjnej albo wykonujących czynności zlecone, które posiadają uprawnienia do dostępu do informacji niejawnych, oraz osób, którym odmówiono wydania poświadczenia bezpieczeństwa lub je cofnięto.
9. Zawiadamianie ABW lub SKW, zgodnie z właściwością o przypadkach naruszenia przepisów o ochronie informacji niejawnych o klauzuli „poufne” lub wyższej.

§ 73

PEŁNOMOCNIK DS. OBRONNYCH I OBRONY CYWILNEJ – SDOC

2. Udział w realizowaniu planów obrony cywilnej zakładu.
3. Zapewnienie stałej gotowości sił i środków obrony cywilnej.
4. Organizowanie szkolenia pracowników szpitala
5. Udział w pracach związanych z ewakuacją Szpitala.
6. Opracowanie, przedkładanie do zatwierdzenia dokumentów dotyczących całokształtu przygotowań obrony cywilnej.
7. Opracowanie, przedkładanie do zatwierdzenia dokumentów dotyczących całokształtu przygotowań obrony cywilnej.
8. Opracowanie wniosków realizacji przedsięwzięć niezbędnych do ochrony załogi.
9. Nadzór nad konserwacją, przygotowaniem i ewidencją sprzętu obrony cywilnej.
10. Opracowanie propozycji organizacyjnych formacji obrony cywilnej i ich obsady personalnej.
10. Prowadzenie ewidencji formacji obrony cywilnej.
11. Organizowanie służb dyżurnych w ramach podwyższonej gotowości obronnej.
12. Opracowanie pism, sprawozdań oraz niezbędnych materiałów i dokumentacji.
13. Udział w opracowaniu kalendarzowego planu zamierzeń w ramach obrony cywilnej.
14. Przestrzegania zachowania tajemnicy państwowej i służbowej.

§ 74

INSPEKTOR DS. OCHRONY RADIOLOGICZNEJ - IOR

Do zakresu obowiązków inspektora ochrony radiologicznej należy nadzór nad przestrzeganiem przez Zakład wymagań ochrony radiologicznej, w tym w szczególności:

1. Nadzór nad przestrzeganiem prowadzenia działalności według instrukcji pracy oraz nad prowadzeniem dokumentacji dotyczącej bezpieczeństwa jądrowego i ochrony radiologicznej.

2. Nadzór nad spełnianiem warunków dopuszczających pracowników do zatrudnienia na danym stanowisku pracy, w tym dotyczących szkolenia pracowników na stanowisku pracy w zakresie bezpieczeństwa jądrowego i ochrony radiologicznej;
3. Opracowanie programu pomiarów dozymetrycznych w środowisku pracy i pomiarów oraz ewidencji dawek indywidualnych i przedstawienie ich do zatwierdzenia Dyrektorowi Szpitala.
4. Ustalanie wyposażenia komórki organizacyjnej w środki ochrony indywidualnej, aparaturę dozymetryczną i pomiarową oraz inne wyposażenie służące do ochrony pracowników przed promieniowaniem jonizującym, a także nadzór nad działaniem aparatury dozymetrycznej, sygnalizacji ostrzegawczej i prawidłowym oznakowaniem miejsc pracy ze źródłami promieniowania jonizującego.
5. Współpraca z inspektorem ds. bhp, osobami wdrażającymi program zapewnienia jakości, inspektorem ds. przeciwpożarowych w zakresie ochrony przed promieniowaniem jonizującym.
6. Wydawanie Dyrektorowi Szpitala opinii w zakresie ochrony przed promieniowaniem jonizującym, stosownie do charakteru działalności i typu posiadanych uprawnień;
7. Występowanie do Dyrektora Zakładu z wnioskiem o wstrzymanie prac w warunkach narażenia, gdy są naruszone warunki zezwolenia lub wymagania bezpieczeństwa jądrowego i ochrony radiologicznej, oraz informowanie o tym organu, który wydał zezwolenie.
8. Nadzór nad postępowaniem wynikającym z zakładowego planu postępowania awaryjnego, jeżeli na terenie komórki organizacyjnej zaistnieje zdarzenie radiacyjne.
9. Opiniowanie zakupów w zakresie sprzętu RTG oraz osłon przed promieniowaniem jonizującym.

§ 75

INSPEKTOR OCHRONY DANYCH - IOD

Odpowiada za bezpieczeństwo danych osobowych w systemie informatycznym, a zwłaszcza za przeciwdziałanie dostępowi osób niepowołanych do systemu, w którym dane są przetwarzane, oraz za podejmowanie działań w przypadku wykrycia naruszeń w systemie zabezpieczeń, a w szczególności:

1. Nadzór i kontrola nad przestrzeganiem zasad określonych w polityce bezpieczeństwa wdrożonej przez administratora danych;
2. Nadzór i kontrola nad przestrzeganiem zasad określonych w instrukcji zarządzania systemem informatycznym służącym do przetwarzania danych osobowych, w tym:
 - a) procedur nadawania uprawnień do przetwarzania danych i rejestrowanie tych uprawnień w systemie informatycznym, procedur rozpoczęcia, zawieszenia i zakończenia pracy przeznaczone dla użytkowników systemu,
 - b) procedury tworzenia kopii zapasowych zbiorów danych,
 - c) sposobu, miejsca i okresu przechowywania elektronicznych nośników informacji zawierających dane osobowe oraz kopii zapasowych,
 - d) sposobu zabezpieczenia systemu informatycznego przed działalnością oprogramowania, którego celem jest uzyskanie nieuprawnionego dostępu do systemu

informatycznego jak również utratą danych spowodowanych awarią zasilania lub zakłóceniami w sieci zasilającej;

- e) procedury wykonywania przeglądów konserwacji systemów oraz nośników informacji służących do przetwarzania danych.
- 3. Nadzór i kontrola nad stosowaniem środków bezpieczeństwa dostosowanych do poziomu bezpieczeństwa przetwarzania danych osobowych w systemie informatycznym – zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji z dnia 29 kwietnia 2004 roku w sprawie Dokumentacji przetwarzania danych oraz warunków technicznych organizacyjnych, jakim powinny odpowiadać urządzenia i systemy informatyczne służące do przetwarzania danych osobowych;
- 4. Nadzór nad ewidencją osób upoważnionych do przetwarzania danych osobowych, w tym również zgłaszanie administratorowi danych, potrzeby wydania nowych upoważnień;
- 5. Nadzór i kontrola zgłoszeń zbiorów danych do rejestracji Generalnemu Inspektorowi Danych Osobowych w części: „opis środków technicznych i organizacyjnych zastosowanych w celu ochrony danych osobowych” oraz, „informacja o sposobie wypełnienia warunków technicznych i organizacyjnych jakim powinny odpowiadać urządzenia i systemy informatyczne służące do przetwarzania danych osobowych”;
- 6. Niezwłoczne zgłaszanie administratorowi danych osobowych sytuacji naruszenia bezpieczeństwa danych osobowych, naruszenie systemu przez osoby niepowołane jak również przetwarzanie danych osobowych w określonych zbiorach przez osoby nieupoważnione przez administratora;
- 7. Samokształcenia oraz podnoszenie kwalifikacji w zakresie powierzonych obowiązków administratora bezpieczeństwa informacji.

§ 76

DZIAŁ INFORMATYKI – DINF

- 1. Administracja wewnętrzna sieci informatycznej.
- 2. Administracja serwerami plików i baz danych.
- 3. Administracja szpitalnym systemem informatycznym.
- 4. Dokonywanie ekspertyzy uszkodzeń sprzętów komputerowych.
- 5. Wsparcie informatyczne pracowników.
- 6. Nadzór nad prowadzeniem informacji elektronicznej (strona internetowa szpitala).
- 7. Bieżąca obsługa techniczna sprzętu informatycznego.
- 8. Nadzór usług telekomunikacyjnych i teleinformatycznych.
- 9. Doradztwo we wdrażaniu i eksploatacji systemów informatycznych.
- 10. Obsługi BIP.

§ 77

SPECJALISTA DS. BHP

- 1. Przeprowadzanie kontroli warunków pracy oraz przestrzegania przepisów i zasad bezpieczeństwa i higieny pracy.

2. Bieżące informowanie pracodawcy o stwierdzonych zagrożeniach zawodowych, wraz z wnioskami zmierzającymi do usuwania tych zagrożeń.
3. Sporządzanie i przedstawianie pracodawcy, co najmniej raz w roku, okresowych analiz stanu bezpieczeństwa i higieny pracy zawierających propozycje przedsięwzięć technicznych organizacyjnych mających na celu zapobieganie zagrożeniom życia i zdrowia pracowników oraz poprawę warunków pracy.
2. Udział w opracowaniu zarządzeń wewnętrznych, regulaminów i instrukcji ogólnych dotyczących bezpieczeństwa i higieny pracy.
3. Udział w ustalaniu okoliczności i przyczyn wypadków przy pracy oraz w opracowaniu wniosków wynikających z badania przyczyn i okoliczności tych wypadków oraz zachorowań na choroby zawodowe, a także kontrola realizacji tych wniosków.
4. Prowadzenie rejestrów, kompletowanie i przechowywanie dokumentów dotyczących wypadków przy pracy, stwierdzonych chorób zawodowych i podejrzeń o takie choroby, a także przechowywanie wyników badań i pomiarów czynników szkodliwych dla zdrowia w środowisku pracy.
5. Współpraca z laboratoriami upoważnionymi do dokonywania badań i pomiarów czynników szkodliwych dla zdrowia lub uciążliwych, występujących w środowisku pracy, w zakresie organizowania tych badań i pomiarów oraz sposobów ochrony pracowników przed tymi warunkami i czynnikami.
6. Prowadzenie rejestrów oraz przechowywanie wyników badań i pomiarów czynników szkodliwych dla zdrowia w środowisku pracy.
7. Współdziałanie z lekarzem sprawującym profilaktyczną opiekę zdrowotną nad pracownikami.
8. Wystawianie skierowań na badania okresowe i kontrolne dla pracowników.
9. Doradztwo w zakresie stosowania przepisów oraz zasad bezpieczeństwa i higieny pracy.
10. Doradztwo w zakresie organizacji i metod pracy na stanowiskach pracy na których występują czynniki niebezpieczne, szkodliwe dla zdrowia lub warunki uciążliwe, oraz doboru odpowiednich środków ochrony zbiorowej i indywidualnej.
11. Opracowywanie oceny ryzyka zawodowego dla poszczególnych stanowisk pracy oraz ich aktualizacja.
12. Uczestniczenie w pracach komisji, zespołów zajmujących się problematyką bezpieczeństwa i higieny pracy, w tym zapobieganiem chorobom zawodowym i wypadkom przy pracy.
13. Przeprowadzanie szkoleń wstępnych w zakresie bezpieczeństwa i higieny pracy nowo zatrudnionych pracowników.
14. Organizowanie szkoleń okresowych w dziedzinie bezpieczeństwa i higieny pracy.

§ 78

INSPEKTOR OCHRONY P/POŻ - SDPOŻ

1. Realizacja zadań w zakresie ochrony przeciwpożarowej zgodnie z obowiązującym przepisami dotyczącymi ochrony p/pożarowej w zakładach opieki zdrowotnej.
1. Przedkładanie Dyrektorowi informacji o stanie ochrony przeciwpożarowej wraz z wnioskami zmierzającymi do usuwania występujących zagrożeń.

2. Przestrzeganie przeciwpożarowych wymagań budowlanych, instalacyjnych i technologicznych.
3. Przeprowadzanie nadzoru i kontroli wewnętrznych z zakresu stanu ochrony przeciwpożarowej w obiektach Zakładu.
4. Informowanie o potrzebie konserwacji i naprawy sprzętu oraz urządzeń pożarniczych.
5. Prowadzenie szkoleń pracowniczych i czuwanie nad przestrzeganiem przez pracowników obowiązujących przepisów ppoż.
6. Sporządzanie sprawozdań oraz danych statystycznych w zakresie realizowanych zadań.
7. W celu zapewnienia właściwej ochrony przeciwpożarowej inspektor/specjalista ds. ochrony ppoż. współpracuje z innymi komórkami organizacyjnymi Zakładu oraz zewnętrznymi organami na zasadach określonych w odrębnych przepisach.

§ 79

DZIAŁ OBSŁUGI SZPITALA - DOS

1. Zapewnienie warunków technicznych do prawidłowego funkcjonowania Szpitala poprzez bieżące wykonywanie zabiegów konserwacyjnych, remontowych i modernizacyjnych użytkowanych obiektów, stałych urządzeń technicznych i instalacji (wodno-kanalizacyjnych, ciepłych, elektrycznych, gazowych, wentylacji i klimatyzacji, chłodniczych, parowych, paliwowych, utylizacji odpadów poszpitalnych, transportu wewnętrznego, telekomunikacji oraz innego wyposażenia technicznego z wyjątkiem aparatury medycznej i urządzeń będących na wyłącznym utrzymaniu innych komórek organizacyjnych Szpitala).
2. Sprawowanie bezpośredniego nadzoru nad prawidłową eksploatacją budynków, wyposażenia technicznego oraz instalacji. Zapewnienie opracowania i niezbędnych aktualizacji instrukcji obsługi stałych urządzeń technicznych.
3. Przeprowadzanie okresowych przeglądów stanu technicznej sprawności użytkowanych obiektów budowlanych, instalacji i urządzeń.
4. Zorganizowanie sprawnego systemu usuwania ewentualnych awarii.
5. Zapewnienie sprawnego działania aparatury i sprzętu medycznego znajdującego się na wyposażeniu Szpitala.
6. Nadzorowanie procesu napraw i konserwacji aparatury medycznej w oparciu o dokumentację techniczną.
7. Nadzorowanie wykonywania przeglądów technicznych urządzeń medycznych zgodnie z zaleceniami ich producentów.
8. Prowadzenie rejestru awarii urządzeń medycznych zgłaszanych przez poszczególne oddziały i komórki organizacyjne Szpitala.
9. Prowadzenie prawidłowej gospodarki odpadami szpitalnymi, komunalnymi i przemysłowymi oraz udział w prowadzeniu prawidłowej gospodarki odpadami medycznymi.

DZIAŁ ZAMÓWIEŃ PUBLICZNYCH I ZAOPATRZENIA - DZPiZ

1. Prowadzenie całokształtu spraw związanych z udzielaniem zamówień publicznych na dostawy, usługi i roboty budowlane.
2. Przygotowanie, uruchomienie i przeprowadzenie postępowań o udzielanie zamówień publicznych zgodnie z przepisami ustawy PZP.
3. Prowadzenie dokumentacji w zakresie określonym przepisami Ustawy - Prawo Zamówień Publicznych.
4. Prowadzenie sprawozdawczości w swoim zakresie.
5. Zaopatrywanie szpitala w materiały medyczne, sprzęt i aparaturę medyczną, materiały biurowe, środki chemiczne i dezynfekcyjne, leki, odzież ochronną i roboczą.
6. Bieżąca realizacja umów.
7. Prowadzenie Magazynu Medycznego i dokumentacji magazynowej.
8. Przygotowywanie planu zakupów oraz planu postępowań przetargowych na rok przyszły.

WSPÓLNE ZADANIA I OBOWIĄZKI KIEROWNIKÓW KOMÓREK ORGANIZACYJNYCH.

1. Do podstawowych obowiązków oraz zadań kierownika wewnętrznych komórek organizacyjnych należy:
 - a) planowanie, organizowanie i kontrola pracy wykonywanej przez podległych pracowników,
 - b) rozdział zadań i obowiązków pomiędzy poszczególnych pracowników z uwzględnieniem rodzaju i priorytetu zadań, kwalifikacji pracowników i obciążenia ich bieżącą pracą,
 - c) organizacja wewnętrznej pracy podległej jednostki organizacyjnej, rozdział stałych zadań dla pracowników,
 - d) nadzór służbowy nad wykonywanymi przez podwładnych zadaniami i udzielanie im niezbędnej pomocy merytorycznej i instruktażu zawodowego,
 - e) przestrzeganie dyscypliny ekonomicznej i finansowej przy realizacji zadań podległej jednostki organizacyjnej,
 - f) właściwa organizacja pracy pod względem BHP i p/poż. oraz sprawowanie stałego nadzoru w tym zakresie,
 - g) prowadzenie bieżącej oceny wyników i jakości pracy pracowników,
 - h) wnioskowanie w sprawie zasad systemu wynagradzania i nagradzania podległych pracowników,
 - i) nadzorowanie przestrzegania przepisów prawa, wewnętrznych aktów normatywnych oraz norm etycznych w podległej jednostce organizacyjnej,
 - j) nadzór nad procesem adaptacji zawodowej nowoprzyjętych pracowników oraz przydzielanie im zadań i obowiązków,

- k) analiza racjonalności i struktury zatrudnienia w podległej jednostce organizacyjnej proporcjonalnie do ilości powierzonych jej zadań i obowiązków,
 - l) przygotowywanie pism, wniosków oraz innych dokumentów dla przełożonych,
 - m) wykonywanie innych zadań zleconych przez przełożonych dotyczących działalności jednostki organizacyjnej, które dotyczą pracy, jeżeli nie są one sprzeczne z przepisami prawa lub umową o pracę.
2. Do podstawowych uprawnień kierowników wewnętrznych komórek organizacyjnych należy:
- a) wydawanie podległym pracownikom poleceń służbowych w zakresie zadań należących do kompetencji jednostki organizacyjnej,
 - b) wyznaczanie stałych obowiązków i doraźnych zadań podległym pracownikom oraz ocena ich realizacji,
 - c) opracowywanie wniosków w sprawach dotyczących ilości osób, ich kwalifikacji oraz struktury zatrudnienia, sposobu i metod ich wynagradzania, a także stosowania sankcji dyscyplinarnych,
 - d) dysponowanie przyznanymi komórce przez przełożonych funduszami lub środkami finansowymi,
 - e) reprezentowanie interesów podległych pracowników wobec przełożonych,
 - f) opiniowanie wniosków o udzielanie urlopów wypoczynkowych i bezpłatnych,
 - g) usprawiedliwianie spóźnień i nieobecności w pracy,
 - h) zarządzanie czasem pracy podległego personelu, zgodnie z obowiązującymi przepisami,
 - i) okresowa ocena podległych pracowników,
 - j) zatwierdzanie pism, dokumentów i sprawozdań opracowanych w podległej jednostce organizacyjnej,
 - k) wyznaczanie swojego zastępcy oraz okresowego lub stałego delegowania części posiadanych uprawnień podległym pracownikom, jak również udzielanie pracownikom upoważnień do załatwiania określonych spraw.
3. Kierownik komórki organizacyjnej ponosi odpowiedzialność za:
- a) rzetelną i terminową realizację powierzonych mu obowiązków,
 - b) prawidłowe wykonywanie zadań, zleceń i poleceń realizowanych przez podległą mu jednostkę organizacyjną,
 - c) przestrzeganie porządku i dyscypliny pracy, a zwłaszcza dyscypliny finansowej i organizacyjnej w podejmowanych decyzjach,
 - d) racjonalny i rzetelny dobór wykonawców lub środków dla realizacji powierzonych zadań,
 - e) wykonywanie innych poleceń zleconych przez przełożonych,
 - f) przestrzeganie wszystkich regulaminów obowiązujących w Szpitalu, w tym przepisów BHP i p.poż.,
 - g) stan bezpieczeństwa oraz właściwe wykorzystanie powierzonego mienia i przydzielonych jednostce organizacyjnej środków,
 - h) terminowe i rzetelne opracowywanie dokumentów sprawozdawczych, informacyjnych i analitycznych,
 - i) przestrzeganie tajemnicy państwowej i służbowej,

- j) dokładną znajomość obowiązujących przepisów prawa dotyczących w szczególności działania podległej mu jednostki organizacyjnej,
 - k) realizację zaleceń pokontrolnych i składanie informacji w tym zakresie,
 - l) należyte sporządzanie, rejestrowanie i przechowywanie wszystkich tworzonych lub otrzymanych przez podległą jednostkę organizacyjną dokumentów, pism i akt,
 - ł) dbanie o dobro oraz właściwy wizerunek Szpitala.
4. Zarządzanie i kierowanie oddziałem Szpitala jest wykonywane przez lekarza kierującego oddziałem, do którego obowiązków i zadań należy dodatkowo:
- 1) zapewnienie właściwego i prawidłowego leczenia pacjentów przyjętych na podległy oddział, w szczególności poprzez:
 - a) nadzór nad leczeniem pacjentów prowadzonych przez lekarzy oddziałowych,
 - b) zwoływanie konsultacyjnej narady lekarskiej w przypadkach szczególnie trudnych i przydzielanie specjalnej obsługi ciężko chorym pacjentom,
 - c) stosowanie w oddziale metod leczenia, zgodnych z poziomem wiedzy lekarskiej oraz poziomem referencyjnym,
 - d) dokonywanie obchodów lekarskich,
 - e) informowanie pacjentów oraz ich rodzin o stanie zdrowia i dalszych kierunkach leczenia,
 - 2) organizowanie i nadzorowanie pracy personelu oddziału pod względem fachowym, etycznym i dyscyplinarnym,
 - 3) ustalanie rozkładu zajęć pracowników medycznych, zapewniającego ciągłość pracy oraz zabezpieczanie koniecznych zastępstw w razie nieobecności,
 - 4) dbanie o stan techniczny wyposażenia i sprzętu medycznego stanowiącego wyposażenie oddziału i Szpitala,
 - 5) stałe podnoszenie kwalifikacji zawodowych w szczególności w zakresie świadczenia usług zdrowotnych obejmujących specjalizację podległego personelu w kierowanym oddziale,
 - 6) dbanie i podnoszenie kwalifikacji zawodowych podległego personelu,
 - 7) uczestniczenie w naradach lekarskich oraz organizowanie okresowych spotkań i narad z podległym personelem medycznym dla omówienia bieżących spraw,
 - 8) wykonywanie poleceń Dyrektora oraz Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa związanych z działalnością oddziału, które dotyczą pracy, jeżeli nie są one sprzeczne z przepisami prawa lub umową o pracę.

ROZDZIAŁ X

ZASADY FUNKCJONOWANIA MONITORINGU NA TERENIE SZPITALA

§ 82

1. W podmiocie leczniczym prowadzona jest obserwacja pomieszczeń ogólnodostępnych, jak również wybranych pokoi łóżkowych, pobytu pacjentów, przy wykorzystaniu środków technicznych umożliwiających rejestrację obrazu - **monitoring wizyjny. Nie jest rejestrowany dźwięk.**
2. Monitoring pomieszczeń ogólnodostępnych, na terenie Szpitala, realizowany jest w celach:
 - a) zapewnienia bezpieczeństwa pacjentom, którym udzielane są świadczenia zdrowotne,
 - b) zapewnienia bezpieczeństwa pracowników szpitala, m.in. tym, którym przysługuje ochrona na zasadach funkcjonariusza publicznego (dla lekarza, pielęgniarki, ratownika medycznego).
3. Monitoring, o którym mowa w punkcie 2, obejmuje m.in: ciągi korytarzowe, windy, wejścia do budynków, poczekalnie, rejestracje pacjentów.
4. Monitoring w Szpitalu, obejmujący wybrane pomieszczenia, w których są udzielane świadczenia zdrowotne oraz pobytu pacjentów, jest realizowany na podstawie przepisów prawa w celach:
 - a) stałego nadzoru nad osobą z zaburzeniami psychiatrycznymi przebywającą w pomieszczeniu przeznaczonym do izolacji oraz kontroli wykonywania czynności związanych z tym rodzajem środka przymusu bezpośredniego (art. 18e ustawy z dnia 19 sierpnia 1994r. o ochronie zdrowia psychicznego),
 - b) wypełnienia wymaganych warunków jakie powinny spełniać oddziały anestezyjologii i intensywnej terapii na stanowisku nadzoru pielęgniarskiego (§ 11 pkt. 6 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 16 grudnia 2016r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki zdrowotnej w dziedzinie anestezyjologii i intensywnej terapii),
 - c) spełnienia wymagań pomieszczeń i urządzeń w stacji dializ do sprawowania właściwego nadzoru pielęgniarskiego (§ 9 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą).
5. Nagrania obrazu uzyskane w wyniku monitoringu miejsc ogólnodostępnych, jak i pobytu pacjentów określonych w ust. 4 lit. b i c powyżej, zawierające dane osobowe, podmiot leczniczy przetwarza wyłącznie dla celów, dla których zostały zebrane i przechowuje przez okres nieprzekraczający 90 dni, licząc od dnia nagrania na dysku twardym rejestratora CCTV.
6. Nagrania z monitoringu, o którym mowa w ust. 4 lit. a powyżej, przechowuje się przez okres co najmniej 12 miesięcy od dnia ich zarejestrowania, nie dłużej jednak niż przez 13 miesięcy od dnia ich zarejestrowania.
7. W przypadku, w którym nagrania obrazu mogą stanowić dowód w postępowaniu prowadzonym na podstawie przepisów prawa i zostały zabezpieczone, terminy

- określone w ust. 5 i 6 mogą ulec przedłużeniu. Po upływie terminów przechowywania zapis jest usuwany poprzez jego automatyczne nadpisanie.
8. Możliwe jest również zapisywanie obrazu za zgodą pacjenta w przypadku udzielania świadczeń zdrowotnych przy zabiegach. Zakres i tryb postępowania w takim przypadku regulują inne wewnętrzne instrukcje.
 9. Pomieszczenia ogólnodostępne jak i pobytu pacjentów są oznakowane w sposób widoczny i czytelny, za pomocą odpowiednich znaków informacyjnych z napisami „Pomieszczenia Monitorowane”.
 10. Na terenie Szpitala jest również wykorzystywany monitoring wizyjny na podstawie innych przepisów prawa tj: ustawy z dnia 26 czerwca 1974r. Kodeks pracy.
 11. Informacje administratora wynikające z art. 13 ust. 1 i 2 RODO, dotyczące przetwarzania danych osobowych związanych z monitoringiem wizyjnym, są dostępne na tablicach ogłoszeń Szpitala oraz stronie internetowej.

ROZDZIAŁ XI

WARUNKI WSPÓLDZIAŁANIA Z INNYM PODMIOTAMI LECZNICZYMI

§ 83

1. Szpital w ramach prowadzonej działalności leczniczej współpracuje z innymi podmiotami leczniczymi w celu zapewnienia prawidłowości diagnostyki, leczenia, pielęgnacji, rehabilitacji oraz zapewnienia kompleksowości i ciągłości przebiegu procesu udzielania świadczeń zdrowotnych, a w szczególności w zakresie:
 - a) zapewnienia specjalistycznych konsultacji lekarskich,
 - b) wykonywania badań diagnostycznych,
 - c) organizacji transportu sanitarnego.
2. Współpraca z innymi podmiotami leczniczymi jest sformalizowana i odbywa się w ramach zawartych umów oraz różnych form porozumień.
3. Szpital w oparciu o stosowne umowy zleca podwykonawcom realizację określonych świadczeń zdrowotnych w odniesieniu do swoich pacjentów, w szczególności nie będących przedmiotem działalności leczniczej Szpitala.
4. Realizacja świadczeń zdrowotnych, o których mowa w ust.3 odbywa się odpowiednio w siedzibie Szpitala lub podwykonawcy zależnie od rodzaju świadczenia zdrowotnego.
5. Przy realizacji świadczeń zdrowotnych Szpital współpracuje przede wszystkim z:
 - a) Lotniczym Pogotowiem Ratunkowym,
 - b) Stacją Pogotowia Ratunkowego,
 - c) Centrum Powiadamiania Kryzysowego przy Wojewodzie,
 - d) placówkami opiekuńczo-leczniczymi,
 - e) ośrodkami pomocy społecznej,
 - f) lekarzami rodzinnymi.
6. Szpital udostępnia uprawnionym podmiotom wykonującym działalność leczniczą informacje o pacjencie oraz dokumentację medyczną w oparciu o przepisy powszechnie obowiązującego prawa oraz z zachowaniem zasad ochrony danych osobowych, jeżeli jest to niezbędne dla zapewnienia ciągłości realizacji świadczeń zdrowotnych.
7. Współdziałanie z innymi podmiotami wykonującymi działalność leczniczą odbywa się na zasadach określonych w przepisach powszechnie obowiązującego prawa dotyczących działalności leczniczej oraz ochrony danych z poszanowaniem praw pacjenta.

ROZDZIAŁ XII

FORMA, WARUNKI I OPŁATY ZA UDOSTĘPNIANIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

§ 84

1. Szpital sporządza i prowadzi na zasadach zawartych w przepisach powszechnie obowiązującego prawa dokumentację medyczną w wersji papierowej lub elektronicznej, która obejmuje:
 - a) dokumentację indywidualną wewnętrzną,
 - b) dokumentację zbiorczą wewnętrzną,
 - c) dokumentację zewnętrzną.
2. Dane zawarte w dokumentacji medycznej stanowią informację niejawną i są objęte tajemnicą oraz podlegają ochronie przez Szpital zgodnie z przepisami powszechnie obowiązującego prawa w tym zakresie.
3. Wszyscy pracownicy zobowiązani są do zabezpieczenia i ochrony dokumentacji medycznej, a także danych w niej zawartych zgodnie z zasadami bezpieczeństwa obowiązującymi w Szpitalu oraz przepisami powszechnie obowiązującego prawa.
4. Osoby wykonujące zawód medyczny mają obowiązek zachowania w tajemnicy, także po śmierci pacjenta informacji z nim związanych, a uzyskanych w związku z wykonywaniem zawodu medycznego, chyba że zgodę na ujawnienie tajemnicy wyrazi osoba bliska.
5. Zwolnienia z tajemnicy nie stosuje się, jeżeli ujawnieniu tajemnicy sprzeciwi się inna osoba bliska, osoba upoważniona przez pacjenta lub przedstawiciel ustawowy pacjenta.
6. Zachowanie tajemnicy o której mowa w ust. 4 nie obowiązuje w przypadku gdy:
 - a) tak stanowią przepisy odrębnych ustaw;
 - b) zachowanie tajemnicy może stanowić niebezpieczeństwo dla życia lub zdrowia pacjenta lub innych osób;
 - c) pacjent lub jego przedstawiciel ustawowy wyraża zgodę na ujawnienie tajemnicy;
 - d) zachodzi potrzeba przekazania niezbędnych informacji o pacjencie związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych innym osobom wykonującym zawód medyczny, uczestniczącym w udzielaniu tych świadczeń.

§ 85

1. Dokumentacja medyczna jest udostępniania:
 - a) do wglądu, w tym także do baz danych w zakresie ochrony zdrowia, w miejscu udzielania świadczeń zdrowotnych, z zapewnieniem pacjentowi lub innym uprawnionym organom lub podmiotom możliwości sporządzenia notatek i zdjęć,
 - b) przez sporządzenie jej wyciągu, odpisu, kopii lub wydruku,
 - c) 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,
 - d) za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej,

- e) na informatycznym nośniku danych,
2. Dokumentacja indywidualna i zbiorcza wewnętrzna jest udostępniana pacjentowi, którego dotyczy, na jego wniosek oraz przedstawicielowi ustawowemu pacjenta lub osobie przez niego upoważnionej.
3. Szpital udostępnia dokumentację medyczną również:
- a) podmiotom udzielającym świadczeń zdrowotnych, jeżeli dokumentacja ta jest niezbędna do zapewnienia ciągłości świadczeń zdrowotnych,
 - b) 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,
 - 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) upoważnionym przez podmiot, o którym mowa w art. 121 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, osobom wykonującym zawód medyczny, w zakresie niezbędnym do sprawowania nadzoru nad podmiotem leczniczym niebędącym przedsiębiorcą,
 - e) ministrowi właściwemu do spraw zdrowia, sądom, w tym sądom dyscyplinarnym, prokuraturom, lekarzom sądowym i rzecznikom odpowiedzialności zawodowej, w związku z prowadzonym postępowaniem,
 - f) uprawnionym na mocy odrębnych ustaw organom i instytucjom, jeżeli badanie zostało przeprowadzone na ich wniosek,
 - g) organom rentowym oraz zespołom do spraw orzekania o niepełnosprawności, w związku z prowadzonym przez nie postępowaniem,
 - h) podmiotom prowadzącym rejestry usług medycznych, w zakresie niezbędnym do prowadzenia rejestrów,
 - i) zakładom ubezpieczeń, za zgodą pacjenta,
 - j) komisjom lekarskim podległym ministrowi właściwemu do spraw wewnętrznych, wojskowym komisjom lekarskim oraz komisjom lekarskim Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego lub Agencji Wywiadu, podległym Szefom właściwych Agencji,
 - k) 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,
 - l) wojewódzkiej komisji do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych w zakresie prowadzonego postępowania,
 - ł) 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, w zakresie niezbędnym do ich przeprowadzenia,

- n) 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.
4. Dokumentacja medyczna może być udostępniona szkole wyższej lub instytutowi badawczemu do wykorzystania w celach naukowych, bez ujawniania nazwiska i innych danych umożliwiających identyfikację osoby, której dokumentacja dotyczy.
 5. Elektroniczna dokumentacja medyczna, o której mowa w art. 2 pkt. 6 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia, jest udostępniana na zasadach określonych w przepisach tej ustawy.
 6. Szpital sporządza i prowadzi rejestr udostępniania dokumentacji medycznej zawierający informacje wymagane obowiązującymi przepisami prawa w tym zakresie.
 7. Sporządzenie wyciągów, odpisów, kopii, wydruków lub udostępnienie danych na informatycznym nośniku danych następuje na koszt wnioskodawcy za pokwitowaniem. Wysokość opłaty określona jest w Regulaminie organizacyjnym i jest zgodna z obowiązującymi w tym zakresie przepisami prawa.
 8. Udostępnienie dokumentacji wewnętrznej pacjenta na zewnątrz Szpitala organom i podmiotom uprawnionym na podstawie odrębnych przepisów następuje na podstawie decyzji Dyrektora Szpitala.
 9. Udostępnienie dokumentacji medycznej podmiotom zewnętrznym następuje w trybie zapewniającym zachowanie poufności i ochrony danych osobowych, za pokwitowaniem odbioru i z zastrzeżeniem zwrotu po wykorzystaniu, jeżeli udostępnia się oryginał dokumentacji.
 10. W razie wydania oryginałów dokumentacji należy pozostawić kopię lub pełny odpis wydanej dokumentacji, chyba że zwłoka w jej wydaniu mogłaby narazić chorego na szkodę.
 11. Udostępnianie dokumentacji do wglądu na miejscu jest bezpłatne.

§ 86

1. Dokumentacja medyczna przechowywana jest przez okres 20 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym dokonano ostatniego wpisu z wyjątkiem:
 - 1) 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,
 - 2) dokumentacji medycznej zawierającej dane niezbędne do monitorowania losów krwi i jej składników, która jest przechowywana przez okres 30 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym dokonano ostatniego wpisu,
 - 3) skierowań na badania lub zleceń lekarskich, które są przechowywane przez okres:
 - a) 5 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym udzielono świadczenia zdrowotnego będącego przedmiotem skierowania lub zlecenia lekarza,
 - b) 2 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym wystawiono skierowanie – w przypadku gdy świadczenie zdrowotne nie zostało udzielone z powodu niezgłoszenia się pacjenta w ustalonym terminie, chyba że pacjent odebrał

skierowanie,

- 4) dokumentacji medycznej dotyczącej dzieci do ukończenia 2 roku życia, która jest przechowywana przez okres 22 lat.
2. Po upływie okresu przechowywania, Szpital niszczy dokumentację medyczną w sposób uniemożliwiający identyfikację pacjenta, którego dotyczyła. Dokumentacja medyczna przeznaczona do zniszczenia może być wydana pacjentowi, jego przedstawicielowi ustawowemu lub osobie upoważnionej przez pacjenta.

§ 87

1. Za udostępnienie dokumentacji medycznej w sposób określony w art. 27 i 28 ust.4 ustawy z dnia 6 listopada 2008r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, tj. poprzez sporządzenie jej wyciągów, odpisów, wydruków, kopii lub udostępnienie na informatycznym nośniku danych Szpital pobiera opłaty w następujących wysokościach:
 - a) **jedna strona wyciągu albo odpisu dokumentacji medycznej** – równowartość **0,002**,
 - b) **jedna strona kopii albo wydruku dokumentacji medycznej** – równowartość **0,00007**,
 - c) **udostępnienie dokumentacji medycznej na informatycznym nośniku danych** – równowartość **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, począwszy od pierwszego dnia następnego miesiąca następującego po miesiącu, w którym nastąpiło ogłoszenie.
2. Wysokość opłaty za udostępnienie dokumentacji medycznej, o której mowa powyżej uwzględnia podatek od towarów i usług, jeżeli na podstawie odrębnych przepisów usługa jest opodatkowana tym podatkiem.
3. Koszty udostępnienia dokumentacji organom lub podmiotom, uprawnionym na podstawie odrębnych przepisów, ponoszą te organy lub podmioty.
4. Opłaty, o której mowa w ust. 1, nie pobiera się w przypadku udostępnienia dokumentacji medycznej:
 - a) pacjentowi albo jego przedstawicielowi ustawowemu po raz pierwszy w żądanym zakresie
 - b) w związku z postępowaniem przed wojewódzką komisją do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych,
 - c) dotyczącej diagnostyki medycznej lub leczenia onkologicznego u pacjentów posiadających kartę DiLO,
 - d) Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji oraz Agencji Badań Medycznych.

ROZDZIAŁ XIII

OPLĄTY ZA ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE INNE NIŻ FINANSOWANE ZE ŚRODKÓW PUBLICZNYCH

§ 88

1. Opłaty za świadczenie zdrowotne inne niż finansowane ze środków publicznych są ustalane przez Dyrektora Szpitala i wprowadzane w życie w drodze zarządzenia.
2. Cennik usług medycznych podlega stałej, okresowej aktualizacji.

§ 89

1. Ustala się następujące cenniki opłaty za świadczenie zdrowotne inne niż finansowane ze środków publicznych:
 - a) Cennik Badań Radiologicznych i Ultrasonograficznych - Załącznik Nr 2 do Regulaminu Organizacyjnego.
 - b) Cennik Badań Laboratoryjnych – Załącznik Nr 3 do Regulaminu Organizacyjnego.
 - c) Cennik Świadczeń Zakładu Patomorfologii – Załącznik Nr 4 do Regulaminu Organizacyjnego.
 - d) Cennik Badań w Pracowni Bronchoskopii – Załącznik nr 5 do Regulaminu Organizacyjnego.
 - e) Cennik Porad i Badań Specjalistycznych wykonywanych w Izbie Przyjęć C – Załącznik Nr 6 do Regulaminu Organizacyjnego.
 - f) Cennik Procedur Zakładu Endoskopii Zabiegowej – Załącznik Nr 7 do Regulaminu Organizacyjnego.
 - g) Cennik Procedur Pracowni Badań Czynnościowych – Załącznik Nr 8 do Regulaminu Organizacyjnego.
 - h) Cennik Procedur Pracowni Spirometrii – Załącznik Nr 9 do Regulaminu Organizacyjnego.
 - i) Cennik Badań Okulistycznych – Załącznik Nr 10 do Regulaminu Organizacyjnego.
 - j) Cennik Procedur Szpitalnego Oddziału Ratunkowego – Załącznik Nr 11 do Regulaminu Organizacyjnego.
 - k) Cennik pozostałych procedur niefinansowanych ze środków publicznych – Załącznik Nr 12 do Regulaminu Organizacyjnego.
 - l) Cennik badań wykonywanych w Punkcie Pobrań Badań Płatnych – Załącznik nr 13 do Regulaminu Organizacyjnego.
 - ł) Cennik bań w Gabinetzie Nocnej i Świątecznej Opieki Zdrowotnej – Załącznik nr 14 do Regulaminu Organizacyjnego.
 - m) Cennik Badań w Pracowni EEG dla dzieci i dorosłych – Załącznik nr 15 do Regulaminu Organizacyjnego.

ROZDZIAŁ XIV

SKARGI I WNIOSKI PACJENTA

§ 90

1. Prawa pacjenta reguluje Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.
2. Pacjent lub opiekun ustawowy pacjenta, jeżeli uzna, że zostały naruszone prawa pacjenta, może zwrócić się z prośbą o interwencję do bezpośredniego przełożonego osoby udzielającej świadczeń, jeśli to nie odniesie oczekiwanego efektu, to do Pełnomocnika ds. Skarg i Wniosków działającego w Szpitalu, a następnie do Dyrektora Szpitala.
3. W razie niezadowolającego załatwienia skargi, może zwrócić się o jej rozpatrzenie do organu, który utworzył i prowadzi Szpital, do Regionalnego Rzecznika Praw Pacjenta przy Dolnośląskim Oddziale Wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia lub do Biura Rzecznika Praw Pacjenta przy Ministrze Zdrowia.
4. Jeżeli naruszenie prawa dotyczyło fachowej czynności medycznej, pacjent może zwrócić się do rzecznika odpowiedzialności zawodowej działającego przy okręgowej i naczelnej izbie lekarskiej, bądź przy okręgowej izbie pielęgniarek i położnych.
5. Jeżeli w wyniku działania lub zaniechania szpitala lub osoby sprawującej opiekę nad pacjentem, naruszono dobro osobiste pacjenta lub wyrządzono szkodę materialną w rozumieniu kodeksu cywilnego, pacjent może skierować sprawę do sądu.

ROZDZIAŁ XV

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 91

Postanowienia niniejszego Regulaminu mają odpowiednie zastosowanie także do podmiotów, które wykonują świadczenia zdrowotne w imieniu Szpitala na podstawie udzielonego im zamówienia (umowy cywilno-prawne).

§ 92

W sprawach nie uregulowanych w Regulaminie Organizacyjnym, mają zastosowanie przepisy ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej i pozostałe przepisy powszechnie obowiązującego prawa.

§ 93

1. Niniejszy Regulamin organizacyjny został ustalony przez Dyrektora Specjalistycznego Szpitala im. dra Alfreda Sokołowskiego w Wałbrzychu i zaopiniowany przez Radę Społeczną Szpitala.
2. Z dniem wejścia w życie Regulaminu traci moc Regulamin Organizacyjny Specjalistycznego Szpitala im. dra Alfreda Sokołowskiego w Wałbrzych zatwierdzony Uchwałą Rady Społecznej Szpitala Nr 11/2019 z dnia 30 września 2019 r. i wprowadzony w życie Zarządzeniem Dyrektora Nr 105/2019 z dnia 04 października 2019 r.
3. Podanie Regulaminu Organizacyjnego do wiadomości pacjentów następuje poprzez zamieszczenie na stronach internetowych pod adresem www.zdrowie.walbrzych.pl i www.bip.zdrowie.walbrzych.pl oraz udostępnienie tekstu w formie pisemnej w Sekretariacie Szpitala.
4. Wszelkie zmiany w Regulaminie organizacyjnym wymagają formy pisemnej i podlegają zatwierdzeniu przez Dyrektora Szpitala.

Regulamin zatwierdził

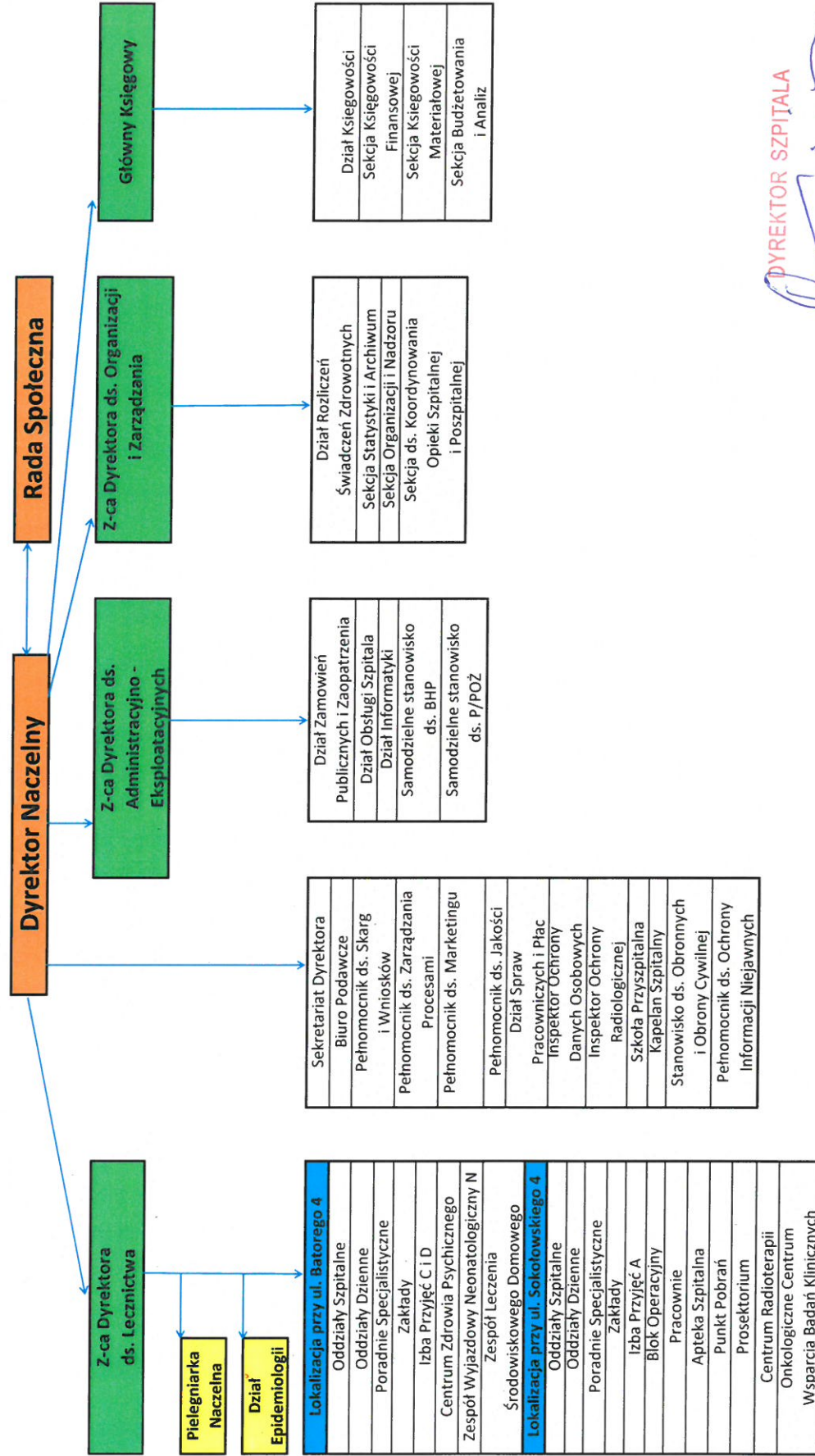
Dyrektor Szpitala


Mariusz Misiuna

Wałbrzych, dnia 27.03.2023 r.

SCHEMAT ORGANIZACYJNY Specjalistycznego Szpitala im. dra Alfreda Sokółowskiego

Załącznik nr 1 do Regulaminu Organizacyjnego



Dział Księgowości
Sekcja Księgowości Finansowej
Sekcja Księgowości Materialowej
Sekcja Budżetowania i Analiz

Dział Rozliczeń
Świadczeń Zdrowotnych
Sekcja Statystyki i Archiwum
Sekcja Organizacji i Nadzoru
Sekcja ds. Koordynowania Opieki Szpitalnej i Pospolitalnej

Dział Zamowień Publicznych i Zaopatrzenia
Dział Obsługi Szpitala
Dział Informatyki
Samodzielne stanowisko ds. BHP
Samodzielne stanowisko ds. P/POŻ

Sekretariat Dyrektora
Biurow Podawcze
Pełnomocnik ds. Skarg i Wniosków
Pełnomocnik ds. Zarządzania Procesami
Pełnomocnik ds. Marketingu
Pełnomocnik ds. Jakości
Dział Spraw Pracowniczych i Plac
Inspektor Ochrony Danych Osobowych
Inspektor Ochrony Radiologicznej
Szkoła Przeszpitalna
Kapelan Szpitalny
Stanowisko ds. Obronnych i Obrony Cywilnej
Pełnomocnik ds. Ochrony Informacji Niejawnych

Lokalizacja przy ul. Batorego 4
Oddziały Szpitalne
Oddziały Dzielne
Poradnie Specjalistyczne Zakłady
Izba Przyjęć C I D
Centrum Zdrowia Psychicznego
Zespół Wyjazdowy Neonatologiczny N
Zespół Leczenia Środowiskowego Domowego
Lokalizacja przy ul. Sokółowskiego 4
Oddziały Szpitalne
Oddziały Dzielne
Poradnie Specjalistyczne Zakłady
Izba Przyjęć A
Blok Operacyjny
Pracownie
Apteka Szpitalna
Punkt Pobrah
Prosektorium
Centrum Radioterapii
Onkologiczne Centrum
Wsparcia Badań Klinicznych

DYREKTOR SZPITALA
Mariusz Misiuna